

T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİMDALI

ONKOLOJİ HASTALARINA BAKIM
VERENLERİN BAKIM VERME YÜKÜ VE
ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEĞİN
İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÖZLEM İKDE ÖNER

2012

ONAY SAYFASI

Prof. Dr. Emine ÜNSALDI
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Bu tez Yüksek Lisans Tezi standartlarına uygun bulunmuştur.


Prof. Dr. İbrahim Hanifi ÖZERCAN

Anabilim Dalı Başkanı

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans
Tezi olarak kabul edilmiştir.

Yrd.Doç.Dr.Elanur YILMAZ KARABULUTLU 

Danışman

Yüksek Lisans Sınavı Jüri Üyeleri

Prof.Dr.İbrahim Hanifi ÖZERCAN 

Doç.Dr.Reva BALCI AKPINAR 

Yrd.Doç.Dr.Elanur YILMAZ KARABULUTLU 

Yrd.Doç.Dr.Seher Ergüney 

Yrd Doç.Dr.Ahmet Tevfik OZAN 

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim ve tezimde büyük emeği geçen danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU' ya, çalışmanın istatistiksel değerlendirme aşamasında danışmanlık eden Sayın Doç. Dr. Hafize ÖZTÜRK CAN' a ve Sayın Dr. Binbaşı Şengül DOLU' ya, her zaman yanımda olan eşim ve çocuklarıma, araştırmamda desteğini esirgemeyen F.Ü. Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği sorumlu hocası Sayın Doç. Dr. Emin Tamer ELKIRAN' a ve klinik hemşirelerine, sabırla anketleri yapmamda yardımcı olan tüm hasta yakınlarına teşekkür ederim.

Özlem İKDE ÖNER

İÇİNDEKİLER

BAŞLIK SAYFASI	I
ONAY SAYFASI	II
TEŞEKKÜR.....	III
İÇİNDEKİLER.....	IV
TABLO LİSTESİ.....	VI
KISALTMALAR LİSTESİ	VII
1. ÖZET.....	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ	3
3.1. Kanser	8
3.1.1. Kanserin Etiyolojisi.....	10
3.1.2.Kanserin Belirtileri.....	12
3.1.3. Tanı Yöntemleri	12
3.1.4. Kanser Tedavisi	13
3.1.4.1.Cerrahi.....	14
3.1.4.2. Radyoterapi	14
3.1.4.3. Kemoterapi.....	15
3.1.4.4. Diğer tedavi yöntemleri	15
3.2. Kanserin Birey ve Aileye Etkileri	16
3.3. Kanserde Hemşirelik Bakımı	20
3.4. Bakım Yüğü	24
3.4.1.Bakım Veren Yüğü Etkileyen Faktörler.....	27
3.5. Kanseri ve Bakım Yüğü.....	28
3.6. Sosyal Destek	30
3.6.1. Kanseri Hastası, Ailesi ve Sosyal Destek.....	33
4.GEREÇ VE YÖNTEM	36
4.1. Araştırmanın Şekli.....	36
4.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Tarihler.....	36
4.3. Araştırmanın Evren Ve Örneklemi.....	36
4.4. Araştırma Verilerinin Toplanması.....	36
4.5. Veri Toplama Araçları.....	37

4.6. Verilerin Değerlendirilmesi	38
4.7. Araştırmanın Değişkenleri	40
5. BULGULAR.....	41
6. TARTIŞMA.....	52
7. KAYNAKLAR	65
8. EKLER.....	74
9. ÖZGEÇMİŞ	86

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri	41
Tablo 2. Bakım verenin bakım verme rolüne ilişkin özellikleri	42
Tablo 3. Bakım verenlerin bakım verme ile ilgili bilgi durumları ve gereksinimleri	44
Tablo 4. Bakım verenin bakımla ilgili destek alma durumlarına ilişkin özellikleri.....	45
Tablo 5. Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüğü Ölçeğı Puan Ortalamaları ve Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeğı Puan Ortalamaları.....	46
Tablo 6. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Bakım Verme Yüğü Ölçeğinden Aldıkları Ortalama Puanları	47
Tablo 7. Bakım verenlerin bakım verme sürecine ilişkin özelliklerine göre Bakım Verme Yüğü Ölçeğı Ortalama Puanları	49
Tablo 8. Bakım verenlerin Bakım Verme Yüğü Ölçeğı Puan Ortalamaları İle Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeğı Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	51

KISALTMALAR LİSTESİ

ASD-AL	: Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
BVYÖ	: Bakım Verme Yüğü Ölçeği
IARC	: Uluslararası Kanseri Araştırmaları Kurumu
KİT	: Kemik iliği transplantasyonu
PKHT	: Periferik kök hücre transplantasyonu
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
ZBVYÖ	: Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği

1. ÖZET

Bu araştırma, kanser hastalarına bakım veren aile yakınlarının bakım verme yükü ve etkileyen faktörleri belirlemek ve bakım verenlerin algıladıkları sosyal desteğin bakım verme yüklerine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmaya Ekim 2010-Haziran 2011 tarihleri arasında Fırat Üniversitesi Hastanesi Onkoloji Gündüz Tedavi Ünitesi ve Onkoloji Servisine başvuran kanser hastalarına bakım veren 200 hasta yakını alınmıştır. Veri toplama aracı olarak soru formu, Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASD-AL) kullanılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde ortalama, yüzdelik dağılımlar, Independent-Samples t Test, One-Way ANOVA, Pearson korelasyon analizi ve Cronbach alfa analizi kullanılmıştır.

Bakım verenlerin aile içindeki rol ve sorumlulukları, başka bir hastalığının olup olmaması, sağlık giderlerini karşılamada güçlük yaşama durumu ve bakımla ilgili destek alma durumu bakım yükü ortalama puanında istatistiksel olarak anlamlı olarak fark oluşturmuştur. Araştırmada başka bir hastalığı olan bakım verenlerin, bakım vermede ve sağlık giderlerini karşılamada güçlük yaşayanların, aile içindeki rol ve sorumlulukları etkilenenlerin ve bakım verirken destek almayanların bakım yükü puan ortalamaları yüksek bulunmuştur.

Bakım verme yükü ile algılanan sosyal destek arasında negatif ilişki bulunmuştur ($r = -0.199$ ve $p = 0.005$). Bakım verenlerde sosyal destek azaldıkça bakım verme yükü artmıştır.

Anahtar Kelimeler: Onkoloji, bakım verme yükü, algılanan sosyal destek

2. ABSTRACT

INVESTIGATION OF PERCEIVED SOCIAL SUPPORT AND CAREGIVING BURDEN OF THOSE WHO CARE FOR ONCOLOGY PATIENTS

This research made as a descriptive study to defining the burden of caregiving about family caregivers of cancer patients and identifying the factors on their families caregiving burden and perceived social support in caregiving.

The research were made on 200 caregiver of cancer patients admitted to Firat University Oncology Clinic and Oncology Daytime Treatment Unit between October 2010 and June 2011. Zarit Caregiving Burden Scale was used as a data collection toll based on questioning forms, and Family Perceived Social Support Scale.

In the assessment of data, percentage dispersion, means, parametric Independent-Samples t Test, One-Way ANOVA, Pearson correlation analysis and Cronbach Alpha analysis were used.

Family caregiver burden averages established as a statistically significant difference in mean score of the test based on the factors; the role and responsibilities of the caregiver in the family, whether another disease of her/him, struggle to cover health care costs and received social support. The family caregiver burden averages are higher among the caregivers who has another illness, unable to afford the patient spending, effected family roles and responsibilities, and unable to receive enough social support.

Findings suggest that there is a negative correlation between family caregiver burden and perceived social support ($r = -0.199$ and $p = 0.005$). This shows that the caregivers who receive less social support has more burden.

Key Words: Onkology, caregiving burden, perceived social support

3. GİRİŞ

Kanser gelişmiş ülkelerde olduğu kadar gelişmekte olan ülkelere de giderek artan; her ülkede, her yaştaki insanın yakalanabileceği, coğrafi sınır tanımayan evrensel bir sorun niteliğindedir. Bu nedenle kanser dünyada olduğu gibi, ülkemizde de önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (1). Tanı olanaklarının gelişmesi ve sağlık kuruluşlarından yararlanmanın artması ile her yıl daha fazla kanser vakası saptanabilmektedir (2). Dünyada kansere yakalanan ve kanser hastası olarak yaşamını sürdüren birey sayısı her geçen gün arttıkça evde kanser hastası bir yakınına bakan ve onunla yaşayan birey sayısı da doğal olarak artmaktadır (3).

Son yıllarda gelişen tedavi yöntemleri sonucu kanserli hastalar daha uzun süre yaşamaktadır ve uzun süre hastanede kalmanın tedavi ve bakım maliyetini artırması nedeniyle tedaviler artık evde, taburcu edilmiş hastalara da uygulanmaktadır (4,5,6). Kanserli hastaya evde bakım verme, hastalık olayının tümü ile aile üyelerinin günlük yaşamına girmesine ve günlük rutinlerinin bozulmasına neden olmaktadır (5,7). Bu nedenle aile üyelerinde rol kaybı ya da rol değişikliği olabilir, ailenin dengesi bozulabilir. Kanser tanısı alan birey kadar aile üyelerinin de günlük yaşam düzeninin bozulduğu ve kanserli hasta ailesinin stresinin arttığı düşünülmektedir (7).

Kanser, kişinin sadece ruhsal ve fiziksel bütünlüğüne değil, aile sisteminin işlevselliğine de etkili bir hastalıktır. Aile bireylerinden birisinin hayatı tehdit edici hastalığı karşısında, ailenin tümünün yaşam şekillerini, rol dağılımlarını ve beklentilerini yeniden gözden geçirmesi gerekir (8). Yüksek maliyeti, hastalık süreci ve tedavisine bağlı gelişen sorunları nedeniyle kanser; hasta ile birlikte

hastaya bakım veren aile bireylerinin de fiziksel ve psikolojik sağlığını, sosyal yaşamını ve ekonomik durumunu olumsuz olarak etkileyebilmektedir (9). Tanı aşamasından terminal döneme dek, hastalar kadar hasta aileleri ve tedavi ekibi için de ciddi stres yaratan, tüm dengeleri ve uyumu zorlayan bir hastalıktır (10). Kanseri tanı sürecinde hasta ile birlikte aile üyeleri de aynı düzeyde etkilendiğinden bakım sürecinin her aşamasına ailenin katılımı ve desteği önemlidir. Kanserden etkilenen aile bireylerinin nasıl tepki verdiği kanserin karakteristik özelliğine göre değil, aile bireylerinin algılamasına göre değişir (11). Grunfeld ve arkadaşları (2004) meme kanserli hastalara bakım veren ailelerdeki bakım yükü ile ilgili önemli olan noktalardan birinin hastalardan daha fazla depresyon ve anksiyete yaşadıkları, bakım verme sorumluluklarından dolayı işlerinden ayrılmak zorunda kaldıklarını belirtmişlerdir (12). Yapılan çalışmalarda ileri evre kanser hastalarına bakım verenlerde; hastalarının yaşı, günlük yaşam aktivitelerini yapabilme durumu, kanser evresi ve aldığı tedavi gibi faktörlere bağlı olarak yaşam kalitesinin etkilendiği belirtilmektedir (9).

Bir birey kanser tanısı aldıktan sonra, hasta ve hasta yakınlarında hastalıkla ilgili olarak bedensel ve ruhsal tepkiler yaşanır (13). Aile bireyleri, bir yandan kendi karmaşaları ile başa çıkma uğraşı verirken, hasta olan bireye de destek ve bakım sağlamak zorundadırlar. Bu denli yoğun duygusal ve sosyal etkileşimlerin yaşandığı kriz ortamında hastanın yanı sıra, ailenin geri kalan bireylerinde de profesyonel psikolojik yardım gerektiren durumların ortaya çıkması beklenebilir (14).

Kanserli hastaların tedavilerinin gittikçe artması, ayaktan hasta temel alınarak yapıldıkça ve onların hastanede kalış süreleri kıaldıkça, birinci derece

aile üyeleri evde hastanın yönetimini ve gittikçe artan bakım sorumluluğunu üstlenmek zorunda kalırlar ve dolayısıyla kanser bir aile yaşantısı haline gelir (3,15).

Bakım vericilik; karar vermeyi, hastalık ve tedavinin ruhsal yönüyle ilgilenmeyi, artan bakım görevlerini yapmayı ve uyumu, hastalık ve tedavi semptomlarının yönetimi gibi sorumlulukları içerdiğinden primer bakım verenin yaşamını olumsuz etkileyebilir (9,16). Kanser tanı ve tedavisi hem hastayı hem de aile üyelerini her boyutu ile etkilemekte; bakım verene fiziksel, sosyal, duygusal ve ekonomik açılardan yük getirmektedir (15). Kanser birey ve aile üzerinde yarattığı değişiklikler zaman içinde giderek artmakta, artan bu olumsuzluklar başta hasta bireyin yaşam şeklini ve beklentilerini olmak üzere tüm aileyi kötü yönde etkilemekte, kısacası bireyin ve ailenin yaşam kalitesini tehdit etmektedir. Zaman içinde hastanın, ailenin yaşam kalitesi ve dengesi bozulabilmektedir (17).

Kanser hastalarında tedaviye bağlı gelişen yan etkiler de bakım veren bireylerin evde semptom kontrolünü sağlamada zorlanmalara ve strese neden olabilmektedir (18). Kanserli hastaya bakım verenler; hastalarının bakımı süresince sosyal yaşamlarında sınırlılık, hastalarını kaybetme korkusu, hastalığın getirdiği ve artan ekonomik giderlerin karşılanmasında güçlükler, fiziksel ve mental sağlıklarının bozulması gibi birçok sorunla mücadele etmek zorunda kalabilirler (19). Ayrıca bakım veren aile üyelerinin; hastaların sıkıntısı arttıkça ve semptomları kontrol edilemez hale geldikçe, algıladıkları yükün, depresyon ve anksiyeteye eğilimlerinin, uyku problemlerinin arttığı ve yaşam kalitelerinin düştüğü belirtilmektedir (20). Ailelerin destek kaynaklarının arttırılması hastalık

ve bakım vermeye bağlı ortaya çıkabilecek sorunlarla baş etmelerini kolaylaştırmak açısından önemlidir (2).

Bakım verenlerin, bakım verirken aldıkları sosyal destek durumu yaşadıkları sorunlarla baş edebilmesi açısından büyük bir öneme sahiptir. Kanser hastasının bakımında aile bağlılığı kronik bakım için kaynakları arttırır, ailenin profesyonel bakım verenlerle işbirliğini sağlar (1).

Sosyal destek, genel anlamda insanların yaşamında önemli bir yeri olan, gerektiğinde duygusal, sosyal, parasal ve bilişsel yardım sağlayan tüm kişilerarası ilişkilerdir. Ayrıca sağlığı koruyan ve geliştiren bir sistemdir. Sosyal destek sistemleri, bireyin yaşam güçlükleri ile başa çıkmasında önemli yardımcılardır (21). Sosyal destek, yaşamda meydana gelen olumsuz olayların fiziksel sağlık ve kendini iyi hissetme üzerindeki zarar verici etkisini azaltmaya ve bu olumsuzluklar karşısında strese karşı tampon işlevi görmeye yardımcı olmaktadır. Böylece, bireyi stresin olumsuz sonuçlarından koruyabildiği gibi, bireyin ait olma, kendine güven, benlik saygısı gibi duygularını olumlu yönde destekleyerek her koşulda sağlıklı kalmasını ve kendini iyi hissetmesini sağlamaktadır (22). Başa ıkma kaynağı olarak sosyal destek sağlık, sağlık davranışı ve sağlık hizmetlerinde kullanılmasında doğrudan ve dolaylı etkilere sahiptir (23). Kanserli hastaya bakım veren eşlerle yapılan çalışmalarda hastaya bakım sırasında destek kaynaklarının varlığı ve sayısının baş etme mekanizmalarını harekete geçirdiği vurgulanmıştır (24). Kanserli hasta ve yakınlarının yaşam kalitesini ve travmatik durumlarla baş etmelerini arttırmada sosyal desteğin önemini vurgulayan pek çok çalışma literatürde yer almaktadır (25,26,27,28, 29).

Sosyal destek; ekonomik olanaklar, iş ortamı, diğer sosyal ortamları ve benzeri unsurları da kapsamakla birlikte, kanserli hastaya etkisi en güçlü sosyal destek yakınlarının desteğidir. Ailenin sosyal destek olarak önemi kanıtlanmış olmakla birlikte, kanserli hastaya bakım veren ailelerin de desteğe ve güçlendirilmeye ihtiyaçları vardır (30). Bu nedenle kanser hastalarında psikososyal sorunlara yönelik danışmanlık hizmetlerinde aile içi çatışmaların çözümüne yardım, ailenin sosyal destek olarak kullanımının arttırılması, aile içi duygu paylaşımı, yaşama anlam katma ve yeniden yapılandırılmada aile üyelerine yönelik uygulamaların önceliği ve önemi çok açıktır (31).

Aileyi etkileyen bu hastalığın uzun sürmesi, yaşamı tehdit eder özellikle olması, olağan günlük yaşam düzeninin kaybedilmiş olması, işine ve sosyal yaşamına dönememe gibi nedenlerle hasta yakınının da kendine üzülme, kendi kayıplarının yasını tutma, hastası için kaygı, çaresizlik ve umutsuzluk duyguları ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Hasta bakımı veren konumda olmak, hasta yakınına alıştığı dışında roller ve sorumluluklar yükler ve duygusal yükü artırır (32).

Ailelerin baş etmelerini kolaylaştırmak için stres yaratan faktörlerin azaltılması, ailenin destek kaynaklarının arttırılması, olumsuz tutumların ortadan kaldırılması önemlidir. Kronik hastalığı olan aile üyesinin bakımı, gereksinimlerinin karşılanması, sınırlılıklarla nasıl baş edeceklerini öğretilmesi, krizi nasıl önleyecekleri, oluşan krizi nasıl tanıyacakları, önerilen tedavi rejimini nasıl uygulayacakları öğretilmelidir. Aile üyeleri kronik hastalıklı kişiye bakım ve kendi aktivite biçimleri için de bunları öğrenmelidirler. Ayrıca aileye destek grupları oluşturulabilir. Grup ortamında ortak deneyimleri paylaşma yolu ile

aileler sıklıkla sorunlarını yeniden ele alabilmekte, alternatif çözümleri görebilmektedirler. Bu ailelerin izolasyon, güçsüzlük ve çaresizlik duygularının azalmasına da yardım eder (33).

Bu araştırma kanser hastalarına bakım verenlerin bakım verme yükü ve etkileyen faktörleri belirlemek ve bakım verenlerin algıladıkları sosyal desteğin bakım verme yüklerine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

3.1. Kanser

“Kanser” kontrolsüz büyüme ve anormal şekilde yayılım özelliği gösteren hastalıklar grubunu, çoğu zaman da ölümü ve yaşamı tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Kanser, çoğu zaman ölüm ve yaşam üzerindeki kontrolün sınırlılığını sembolize eden kronik bir hastalıktır (34). Bu hastalık ciddi ve kronik bir hastalık olmanın ötesinde, belirsizlikler içeren, ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran, yoğun karmaşık duyguların yaşanmasına neden olan, kaos, kaygı ve panik uyandıran bir hastalık olarak algılanmakta ve günümüzde hala umutsuzluk, dayanılmaz ağrılar, korku ve ölüm ile eş tutulmaktadır. Kanser, klinik seyrinin belirsiz olması ve tedavisinin tam olarak garanti edilememesi nedeniyle genellikle aşırı duyarlılık, kırılganlık, çaresizlik, ölüm ve bilinmezlikle ilişkili korkular uyandırır (35).

Kanser tüm dünyada en çok korkulan hastalıklardan biridir. Son 100 yılda insan ömrünün uzaması her organ veya dokuda hücre yenilenmesinde denge bozukluğu ve karmaşık bir gelişme ile kanser oldukça sık rastlanır hale gelmiştir (36).

Kanser önemi giderek artan bir sağlık ve yaşam sorunu durumundadır. Ölüm nedeni olarak, kalp ve damar hastalıklarının hemen ardından gelmektedir (37). Kanser hem dünyada hem de ülkemizde %22 lik oran ile kardiyovasküler

hastalıklardan sonra ikinci ölüm nedenidir (38). Batı toplumlarında her yıl 250-350 kişiden biri kansere yakalanmaktadır. 60 yaşın üzerindeki grupta ise kanser sıklığı çok artmakta 300 kişide 4-5 civarına yükselmektedir. Ülkemizde kesin istatistikler bulunmamakla birlikte insidansın bunun yarısı kadar olduğu tahmin edilmektedir. Yurdumuzda en sık görülen kanserler erkeklerde akciğer, prostat, kalın barsak, rektum, mide ve pankreas; kadınlarda meme, akciğer, kalın barsak, rektum, serviks, over, mide ve pankreas kanserleri olarak sıralanabilir. Deri kanseri sıklığı her iki cinsten de yüksek olmakla birlikte, habis melanom dışındaki deri kanserleri tedaviye iyi cevap verdiklerinden ölüm oranı çok düşüktür (39).

Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu (IARC) 2008 yılında 12,4 milyon yeni kanser vakası, 7,6 milyon kanser nedeni ölüm ve 28 milyon ilk tanıdan bu yana 5 yıl ya da daha az süre geçmiş kanserli hasta olduğunu tahmin etmektedir. 2008’de dünya nüfusu tahmini 6,7 milyar olup bunun 2030’da 8,3 milyara yükselmesi beklenmektedir. Küresel çapta 2008’de 12,4 milyon yeni kanser vakası (erkeklerde 6.672.000 ve kadınlarda 5.779.000) ve 7,6 milyon kanser kaynaklı ölüm (erkeklerde 4.293.000 ve kadınlarda 3.300.000) görüldüğü tahmin edilmektedir. Yeni vakaların yarısından fazlası büyük oranda düşük ve orta gelir grubu ülkeler içeren WHO bölgelerinin (Güney Doğu Asya Bölgesi, Afrika Bölgesi, Doğu Akdeniz Bölgesi, Batı Pasifik Bölgesi) sakinlerinde görülmüştür. Küresel çapta akciğer kanseri, en yaygın kanser türü ve kanserle alakalı ölüm nedeni iken; kadınlarda en yaygın kanser türü ve kanserle alakalı ölüm nedeni meme kanseriydi (40).

Amerikan Kanser Derneği ise Birleşik Devletlerde 2006 yılında yaklaşık 11.5 milyon insanın kanserle yaşadığını, 2010’da 1.5 milyondan fazla yeni kanser

tanısı ve 1 milyonun yarısından fazla hastalıktan ölümler olacağı tahmin edilmektedir (41).

2030 yılında ise 24 milyon insanın kansere yakalanacağı ve 17 milyon insanın aynı yıl yaşamını kanser nedeniyle yitireceği 2030 yılında 75 milyon insan kanserle yaşıyor olacağı bildirilmektedir. Bu artışın en önemli nedenin kanser risklerindeki artış olduğu belirtilmektedir. Ortalama bir bakışla 2030 yılına kadar kanser görülme sıklığında tüm dünyada iki misline yakın bir artış öngörülmektedir (38).

3.1.1.Kanserin Etiyolojisi

Kanser, bazı etkilerle değişime uğramış hücrelerin, gerek yerel ve gerek uzak noktalarda kontrolsüz olarak çoğalıp büyümelerinin sonucu oluşan habis hastalıklar grubudur (42,43). Kanserinin nedeni ve oluş mekanizması tam bilinmemekle birlikte son yıllarda yapılan çalışmalarla kanser hakkında önemli bilgiler elde edilmiştir. Kanserinin etiyolojisinde birden fazla etken rol oynamaktadır. İnsanlardaki kanserlerin 1/3'ünde nedenler bilinmemekte ve çoğu kanserlerin ortaya çıkışında çevresel faktörlerin rolü olduğu düşünülmektedir.

Kanserinin etiyolojisinde çeşitli faktörlerin önemi üzerinde durulmaktadır. Bu faktörler; virüsler, bakteriler ve parazitler, fiziksel faktörler, sigara ve kimyasal faktörler, cinsel sağlık ve doğurganlık, genetik ve ailesel özellikler, diyet faktörü, hormonal faktörler, immünolojik faktörler, alkol kullanımı, uzun süre ve tehlikeli saatlerde güneş altında kalma, aşırı dozda röntgen ışınına maruz kalma, hava kirliliği ve radyasyona maruz kalmadır (34, 43, 44).

İyonize Radyasyon: Radyasyon üzerine yapılan çeşitli epidemiyolojik çalışmalarda çok fazla alınan X ışınının kansere neden olduğu gösterilmiştir.

Ultraviyole Işınlari: Deri kanserleri fazla miktarda güneş ışınlariyla karşılaşmaya bağılı olarak giderek artmaktadır. Açık havada çalışanlar, deri rengi açık insanlar ve kontrolsüz şekilde güneş ışığına maruz kalanlarda deri kanserleri sık görülür.

Hava Kirliliğı: Hava kirliliğinin tek başına ya da sigara içilmesi ile birlikte akciğer kanserlerinin yaklaşık %10'unda rol oynadığı bilinmektedir.

Kimyasal Karsinojenler: Çalışma koşulları gereğı radyasyon, ultraviyole ışınlari, asbestos, benzen, krom, egzoz gazı, katran ve kömürün yanma ürünleri gibi ajanlarla karşılaşma kanser oluşumuna yol açabilmektedir.

Beslenme Faktörleri: Son yıllarda bazı yiyeceklerin kanserojen oldukları konusunda araştırmalar devam etmektedir. Bugün birçok yiyeceğın içindeki katkı maddelerinin saklama, pişirme ya da sindirimleri sırasında oluşan yan ürünler nedeniyle kanserojen oldukları bilinmektedir.

Sigara: Sigara ile akciğer kanserinin ilişkisi kesin olarak kanıtlanmış olup, ayrıca larenks, farenks, mesane, pankreas kanserleri riskini de arttırmaktadır. Sigara içenlerde, içmeyenlere göre 10 kat daha fazla görölmektedir.

Alkol: Aşırı alkol kullanımının ağız, farenks, larenks ve özefagus kanserleri ile ilişkili olduğu bilinmektedir.

Virüsler: Bazı virüslerin kanserle ilişkili olduğu bilinmektedir. Örneğın; Hepatit-B virüsünün karaciğer kanseri ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

Ayrıca kanser oluşumuna neden olan faktörler arasında kalıtım, ırk, yaş ve cinsiyet gibi etkenler de sayılabilir (34, 43, 44). Birçok kanserde genetik yapı etkisinin, aynı çevreyi paylaşma, yaşam biçimi gibi ortak faktörlerden

kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Genel olarak genetik bazı faktörlerin zemininde çevresel karsinojenlerin rolü olduğu ileri sürülmektedir (45).

3.1.2.Kanserin Belirtileri

Kanser, hücrelerin sürekli olarak birikmesi ile karakterize bir düzen bozukluğudur. Bu durum, sürekli çoğalarak aşırı miktarda artan hücre sayısının normal olarak gerçekleşen uygun miktarda hücre kaybıyla dengelenmemesi sonucu gerçekleşir. Bu hücreler invazyon yaparlar ve organizmanın organlarını hasara uğratırlar (46). Kanserler tipik olarak köken aldıkları dokuya veya anatomik lokalizasyonlarına göre sınıflandırılırsalar da birçok özellikleri tüm tipleri tarafından paylaşılmaktadır (47).

Kanserin belirtileri çok çeşitlidir. Öncelikle hastalığın bulunduğu organa ve vücuttaki yayılım derecesine göre değişiklikler gösterir. Kanser belirtilerinin çeşitliliğine karşın bazı ortak bulgular görülebilir.

- Vücudun herhangi bir yerinde şişlik
- İyileşmeyen veya iyileşmesi geciken yara
- Ben ve siğillerdeki değişiklikler
- Olağan dışı kanama
- Yutma güçlüğü
- Ses kısıklığı ve sürekli öksürük
- İdrar ve dışkılama alışkanlıklarında değişiklikler
- Nedeni bilinmeyen ateş ve zayıflama (43, 44, 48).

3.1.3.Tanı Yöntemleri

Kanserde tanı yöntemleri anamnez, fizik muayene, tam kan sayımı, kan biyokimyası, -akciğer grafisi, tümör belirteçleri, görüntüleme yöntemleri

(ultrason, tomografi, manyetik rezonans imaging), mamografi, sintigrafi, endoskopi, sitolojik incelemeler, patolojik incelemeler, kemik iliği incelemeleri ve genetik incelemelerdir (43, 44, 48).

3.1.4.Kanser Tedavisi

Kanser, anormal ve kontrol dışı bir hücre bölünmesi süreci ile tanımlanan 200'ün üzerinde hastalık için kullanılan genel bir terimdir. Kanser türleri birbirleriyle etkileşim halindeki birçok sebebin oluşturduğu karmaşık bir ağ aracılığıyla gelişirler. Çoğu kanser, bir sağlıklı hücrenin hasara uğraması ile başlar, bunu zaman içinde biriken başka hasarlar izler (49). Kanser çok önemli bir hastalıklar grubudur. Tedavisi ve tanısı birçok uzmanlık dallarının işbirliğini gerektirmektedir. Tedavisi güçtür. Erken tanı önemlidir. Cerrahi ve radyoterapi lokal tedavi yöntemleri olup, onların arkasından kemoterapi ve immünoterapi gibi sistemik tedaviler uygulanmaktadır. Kemoterapi sitotoksik ilaçlarla yapıldığı için özel bir ihtisas konusudur. Etkili dozlarda, fakat hastayı yan tesirlerden koruyarak yapılması gereklidir (37).

Kanserler; sıklıkları, yerleşim yerleri, patolojileri, klinik gidiş ve prognozları, cerrahiye uygunlukları, iyonize radyasyona, kemoterapiye ve hormonal tedaviye duyarlılıkları yönlerinden çok farklı bir hastalık grubunu oluştururlar. Kronik bir hastalık olması nedeniyle, ilk tanıyı takiben verilecek tedavinin seçiminde hangi tedavinin uzun sürede en iyi sonucu vereceğinin belirlenmesi çok önemlidir. Kanser evresi prognozla açıkça ilgilidir ve hastalığın evresine göre seçilen tedavi farklıdır. Tedavinin amacı kaba sınırları ile tam iyileşme veya semptomların azaltılması olarak tanımlanabilir (50).

Kanser tedavisinin amacı, tümörün histolojik yapısına, hastalığın aşamasına ve metastaz olup olmamasına göre, iyileşme, kontrol ya da palyatif tedavi olmak üzere üçe ayrılır. Günümüzde en yaygın olarak kullanılan tedavi yöntemleri ise cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi ve immunoterapidir (43).

3.1.4.1.Cerrahi

Bugün kanserden iyileşen hastaların büyük kısmında (%75-80) ilk tedavi olarak yerini korumaktadır. Cerrahi, kanserde değişik amaçlarla kullanılmaktadır. Bunlar tanısal cerrahi, önleyici cerrahi, küratif (radikal) cerrahi ve palyatif cerrahidir (43).

Cerrahi girişim kanser tedavisinin en eski yöntemlerindendir. Solid tümör tedavisinin en önemli ögesi olma özelliğini de sürdürmektedir. Tek başına kanserin lokalize olduğu hastalarda iyileştirici olabilir (43).

3.1.4.2. Radyoterapi

Radyasyon tedavisi kanser tedavisinde X-ışınları, gamma ışınları, elektronlar gibi iyonize ışınların kullanılmasıdır. Bu ışınlar kanserli hücreyi tahrip ederek etki etmektedirler. Ancak bazı kanser cinsleri radyoterapiye duyarlı iken bazıları da dirençli olabilmektedir (43).

Radyoterapi iyonizan ışın ya da atom partiküllerinin kanser ve nadiren kanser dışı hastalıkların tedavisinde kullanıldığı bir tedavi yöntemidir. Radyoterapinin amacı, uygulanması istenen tümör yayılım alanına tümörü kontrol edecek miktarda ışını homojen bir şekilde tatbik etmek, tümör çevresindeki normal dokuların ise minimal miktarda ışın almasını sağlamaktır (45). Radyoterapi de, cerrahi gibi radikal ve palyatif amaçlarla kullanılmaktadır (43).

3.1.4.3. Kemoterapi

Kemoterapi kanserin ilaçla tedavisi demektir. Kanser kemoterapisi yerleşmiş bir tedavi yöntemidir. Kemoterapi 1940' larda mustard gazının kan hücrelerine etki ettiğinin gözlenmesi ile başlamıştır. Kemoterapi sistemik bir tedavidir; sadece hastalığın başladığı yere değil, uzak bölgelere yayılmış olan, saptanmış veya saptanamayan tüm kanserli hücrelere etki eder. Bu amaçla tek bir ilaç ya da birkaç ilaç birlikte kullanılabilir. Bu ilaçlar içinde çeşitli kimyasal maddeler, alkaloidler, antibiyotikler ve bazı hormonlar vardır (43).

Kemoterapi kanser tedavisinde, neoplastik hastalığın sürecini yavaşlatmak, geriletmek ya da durdurmak amacıyla antineoplastik ilaç kullanımını içermektedir. Kanser kemoterapisinde hastalarının tedavisinde tam yanıt elde etmek, kanserin tam olarak tedavi edilemeyeceği durumlarda yaşam kalitesini arttırmak ve yaşam süresini uzatmak için ve hastalığın tedavisi ya da kontrol altına alınmasının olanaksız olduğu durumlarda hastanın rahatlığını sağlamak amaçlanmaktadır. Cerrahi tedavi ve radyoterapi hastalığın lokalize olduğu durumlarda kullanılırken kemoterapinin en büyük avantajı metastaz durumlarında uygulanabilmesidir (34, 44, 48).

3.1.4.4. Diğer tedavi yöntemleri

a. İmmünoterapi: Vücudun bağışıklık sistemini uyarmanın kanser tedavisinde etkili olabileceği yolunda kanıtlar vardır. Bağışıklık sistemini bozan çeşitli hastalıklarda daha sık kanser görülmesinde immünoterapinin etkili olacağını düşündürmektedir. Bu amaçlarla BCG aşısı gibi bağışıklık sistemini uyaranlar, interlökin, interferon gibi biyolojik moleküller kullanılmaktadır (43).

İmmunoterapi, interferon, interlökin-2 (IL-2) ve monoklonal antikorlar biyolojik terapi örnekleridir. İnterferonların immünomodülatör, antiviral ve antianjiojenik etkileri vardır (45).

b. Hormon tedavisi: Hormona bağımlı olarak gelişen bazı tümörlerde örneğin meme ve prostat kanseri gibi kanserlerde özel bazı hormonlar tedavi amacı ile kullanılmaktadır (45).

c. Lazer tedavisi: Tıpta daha yaygın olarak kullanılmaya başlamıştır. Ameliyatlarda yararlı olabilmektedir. Ancak kanserde henüz yaygın olarak kullanılmamaktadır. Bazı durumlarda beyin tümörlerinde, gırtlak kanserlerinde kullanılmaktadır (43).

d. Kemik İliği Transplantasyonu (KİT): Kemik iliği transplantasyonu (KİT) veya periferik kök hücre transplantasyonu (PKHT) yoğun kanser tedavisi ile tahrip olan hastalıklı Kİ' nin, normal bir Kİ ile yer değiştirmesiyle bu hastalıkların tedavi edilmesine olanak sağlar. KİT veya PKHT her ne kadar hastalığın yüzde yüz nüks etmeyeceği garantisini vermese de kür şansını veya en azından pek çok hasta için hastalıksız yaşam süresini arttırır (51).

Hastalığı tamamen iyileştirmek ve hastayı hastalıktan tamamen bağımsız hale getirmek amacıyla kullanılan tedavi yöntemlerinden kanserli hücre topluluğunun büyüklüğü, yeri, metastaz durumu ve hastanın yaşam kalitesi üzerindeki etkileri gibi birçok etmen değerlendirilerek biri ya da birkaçı kullanılmaktadır (44).

3.2. Kanserın Birey ve Aileye Etkileri

Kanser sadece fiziksel bir hastalık değil, yaşam dengelerini psikolojik, sosyal, ekonomik alanlarda da bozan bir hastalıktır. Kanser tanısı alan birey

ekonomik gücünü, i ini, herhangi bir organını, işlevini ya da yaşamını tümüyle yitirmek olgusuyla karşı karşıyadır. Hastanın yaşam biçimi değişmektedir (52, 53).

Kanserli hastada, tanı aşamasından ba layarak tedavi aşamalarının tümünde çok değişik emosyonel ve davranışsal tepkiler ortaya çıkar. Her şeye rağmen, birçok hasta ilk kanser tanısı aldığında kendilerini kötü hisseder, bir  ok ile karşı karşıya kalır, kafaları karışır ve birçoğunun bu hastalığa karşı güçlü bir savaş vermeleri gerekir. Hastalar belirsiz bir gelecek korkusu ile hastalıklarının getirdiği stres ile ba edebilmek için kendilerine destek sağlayacak kaynaklara ihtiyaç duyar (33). Kanser tanısı sadece hasta için değil aynı zaman da ailesi içinde önemli bir etkiye sahiptir (54, 55).

Kanser nedeni ile hasta ve ailesi; hastalığın evresine göre korku, umutsuzluk, suçluluk, çaresizlik, dayanılmaz a rılar, terk edilme ve ölüm gibi duygular yaşarlar ve farklı reaksiyonlar gösterirler (11). Başlangıç evresinde ailelerin kar ıla tıkları belli ba lı sorunlar, duygusal gerginliklerle ba a çıkabilme, sağlık personeli ile iletişim kurabilme ve tıbbi bakımdan dışlanmış olarak hissetmektir. Hastalığın uyum evresinde başlıca sorunlar ise değişen yaşam şekli ve rol dağılımına uyum, aile bireylerinin kendi ihtiyaçlarının karşılanabilmesi ve belirsizlikle ya amadır. Bu dönem için daha sonra tedavilere ba lı yan etkilerle ba a çıkma ve izolasyon duyguları gibi sorunlar eklenir. Terminal dönemde ise ölmekte olan kişiye bakım ve desteğin sağlanması, aile üyelerinin yaklaşan ölüm hakkında birbirleri ile iletişim sorunları ve muhtemel kayıp ile ilgili duygular ile ba a çıkma problemleri sayılabilir (8).

Kanser bilinmeyen bir tehlikenin, ızdırıp ve acının, suçluluk ve utanç duygusunun, izolasyonun, kaos ve kaygının sembolüdür. Bu nedenle kanser, tıbbi-fiziksel bir hastalık olmanın yanında, ruhsal ve psikososyal açıdan birçok sorunu da kapsayan bir olgudur. Kanser tanısının konulması, birey ve aile için travmatik bir deneyimdir. Diğer hastalıklara göre kanser, bireyin günlük yaşam dengelerini daha çok bozarak, bireyi ve ailesini fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik her alanda etkileyebilmektedir (3,56).

Kanser tüm aile sistemini etkileyip ailenin dengesini bozabilir. Sonuçta hastanın, aile üyelerinin hatta hasta ile birlikte yaşamayan yakınlarının bile gerginlik ve stresleri artabilir, keder yaşayabilirler (48). Kanser birey ve aile üzerindeki olumsuz değişiklikleri zaman içinde giderek artan sorunlar ortaya çıkarmakta, hasta bireyin ve ailesinin yaşam şeklini ve beklentilerini kötü yönde etkilemekte, yaşamdan doyum almalarını engellemekte ve yaşam kalitesini azaltmaktadır (11, 57).

Aile üyeleri en önemli fiziksel ve emosyonel bakım sağlayıcılarıdır. Bakım veren aile üyeleri hastanın kişisel bakım, hareketinin sağlanması, taşıma, iletişim, ev işleri, emosyonel destek, randevuların organizasyonu, sosyal aktivitelerin gerçekleştirilmesine yardım etme, alış veriş, yemek hazırlama, finansman işleri, hastanın semptomlarla baş etmesine yardımcı olma ve tıbbi bakımın koordinasyonu gibi çok çeşitli aktiviteyi yapmak durumundadır (55, 58). Fiziksel bakımın yanı sıra emosyonel bakımda da sosyal destek sağlamak, karar vermeye yardımcı olma ve bilgi arama/sağlama gibi görevleri vardır. Bu nedenlerden dolayı bakım vericiler fiziksel, psikolojik, sosyal ve finansal birçok sıkıntı yaşamaktadır (55).

Hastaların fiziksel yetenekleri, vücut fonksiyonları, görünüşü, iş durumu, sexüel fonksiyonları, aile ve sosyal rollerinde değişim direk olarak bakım vericileri de etkilemektedir. Hastanın yaşadığı semptomlarla baş etmedeki yetersizlikler bakım verenlerde stres yaşanmasına neden olmaktadır. Yaşanan stresler bakım verenlerde sıkıntı, depresyon, anksiyete, korku, yalnızlık, psikosomatik semptomlar, evlilik problemleri gibi psikolojik sorunların; ve yorgunluk, iştahsızlık, sindirim güçlüğü, konstipasyon, ciddi uyku problemleri ve ağrı gibi fiziksel semptomların da ortaya çıkmasına neden olmaktadır (1, 59, 60).

Hasta ve yakınları, aile içindeki rollerde farklılaşmalarla, geleceğe yönelik belirsiz ve korku dolu düşüncelerle karşılaşmaktadır (53). Kanser tanısı alan hastaların en yaygın yakınmalarından birisi de, kendilerine ne olup bittiği ve bozuk giden şeyin ne olduğu konusunda yeterince bilgi sahibi olamamalarıdır (22). Kanser hastalarına bakım veren aile üyeleri sıklıkla kendilerini hazırlıksız hissettikleri, hastalık ve bakımla ilgili yeterli bilgileri olmadıkları ve sağlık bakım vericilerinden çok az destek aldıkları için bakım verici rollerini nasıl gerçekleştireceklerini, hastanın ne kadar bakıma ihtiyacı olduğunu ve mevcut kaynakları nasıl kullanacaklarını bilememektedirler. Bu nedenle kendi sağlıklarını ihmal edebilmekte ve yetersiz baş etme tepkileri gösterebilmektedirler (30).

Ayrıca kanser hastasına bakım veren aile üyelerinin çoğunlukla günlük yaşam aktiviteleri etkilenmekte ve psikolojik problemler, sosyal izolasyon ve rol kaybı yaşayabilmektedirler. Hastanın yaşamı boyunca devam edecek ve yaşam süresini de etkileyebilecek bir hastalığı olduğu için ona yakın kişilerin ve ailesinin hastalığı kabul etmeyi ve uyum sağlamayı öğrenmeleri gerekmektedir (61, 62). Bu nedenle hasta ve ailesinin hastalığı kabul etmesi ve uyum sağlamasını

kolaylaştırmak için uygun girişimlerin yapılması önemlidir. Burada sağlık çalışanlarına büyük sorumluluklar düşmektedir. Sağlık alışanları hasta ve yakınlarının bu durumla başa çıkabilmesi ve işlevlerini devam ettirebilmesinde aktif rolü oynar (63).

3.3.Kanserde Hemşirelik Bakımı

Hemşirelik, bireylere bakım vermede odaklanan, sürekli gelişim ve değişim içinde olan bir meslektir. Hemşireler hastaneye yatırılan hastaların fiziksel gereksinimleri için bakım verirken sık sık sağlık durumuna uyum çabası içinde olan hastaların emosyonel, spiritüel ve psikososyal gereksinimleriyle de karşılaşırlar. Hemşire bu durumda hastanın uyumunu kolaylaştırmak için bireyin sağlık ve hastalık durumunu iyi tanımlamalı, bu durum ile baş edebilme mekanizmalarının etkinliğini iyi değerlendirebilmeli ve hemşirelik girişimlerini de bu bilgiler dahilinde planlayıp uygulamalıdır (64). Hastalar hastalıkları ve hastanede bulundukları srelerde sağlık personelinin onları anlamaları ve gereksinimlerini karşılamaları konusunda kendilerini güvende hissetmek isterler. Bu nedenle hemşirelerin hasta ve ailesini destekleyici yaklaşımda bulunması oldukça önemlidir. Destekleyici yaklaşımın amacı olumsuz düşünce ve duyguları düzelterek, olumlu ve daha çok uyuma dönük baş etme yöntemlerini geliştirmektir (52, 65).

Kanser kişilere, ailelere ve topluma sosyal, ekonomik ve ruhsal yönlerden yk ve sorumluluklar getiren bir sağlık sorunudur. Hastaya etkili bir şekilde yardım edebilmek için hemşirelik girişimleri tüm ailenin sorunlarına ve gereksinimlerine yanıt verecek içerikte olmalıdır (66).

Kanser tedavisindeki hemşirelik bakımı, birçok yönden diğer hastalıkların tedavisindeki bakıma benzer. Bunun yanında üst düzeyde becerili hemşirelik girişimlerine çok fazla gereksinim olan bir alandır (67).

Kanserin ilerlemesi ya da kanser tedavisinin lokal ve sistemik etkileri, vücudun tüm sistemini etkileyebilir. Tümörün bulunduğu yere ve tedavinin toksik etkisine göre çeşitli bulgular ortaya çıkabilir. Ortaya çıkan bulantı, kusma, mukozit, yeme problemleri, alopesi, yorgunluk, dispne, konstipasyon, barsak tıkanıklıkları, abdominal distansiyon, asit, üriner sistem semptomları ve ödem gibi birçok problem yaşam kalitesini değiştirir (34). Kanser ile ilgili ağrı, hastalık süreci ya da kanser tedavisine bağlı olarak ortaya çıkabilir. Günümüzde ağrı kontrolü multidisipliner bir yaklaşımla yürütülen ekip işidir ve hemşire bu ekipte önemli bir role sahiptir (68).

Kanser hastaları hastalık süreci, tedavi sırası, sonrası ve terminal dönemde kontrolü güç olabilen, çok sayıda semptom ile karşı karşıya kalmaktadır. Semptom şiddetinin azaltılması ve etkili şekilde kontrolü, mevcut semptomların bir bütün olarak ele alınması ve semptomlar arasındaki ilişkinin daha iyi anlaşılması ile gerçekleşmektedir (69). Hemşirelik bakımı komplikasyonları önleme, erken dönemde belirleme ve kontrol etmede yoğunlaşır (34).

Kanser hastalarının bakımında amaç, tedaviye bağlı gelişen semptomların oluşmasını engelleyerek veya kontrol altına alarak, hastanın yaşam kalitesini yükseltmektir (69).

Sağlık ekibinin üyesi olan hemşireler, diğer sağlık personeline göre hastalar ve aileleriyle daha sık ve sürekli iletişim kurduklarından hasta bakımında anahtar bir role sahiptirler. Günümüzde kanserde hemşirelik bakımı hastanın

laboratuar verilerini değerlendirme, kanser cerrahisi sonrası bakım, kemoterapi uygulaması gibi alanlarda yoğunlaşmaktadır. Bununla birlikte hemşirelerin kanser ve tedavisinin ortaya çıkardığı bulantı, kusma, yorgunluk ve ağrı gibi semptomlar üzerinde durması ve bu semptomlarla baş etme stratejilerini hemşirelik bakımına yansıtması da gerekmektedir. Kanserli hasta ile çalışan hemşireler, hasta ve ailesi ile birlikte bakım gereksinimlerini belirleyip hastanın öz-bakım davranışlarını destekleyici bakımı uygulayarak yaşam kalitesini yükseltme yoluna gitmelidir (70).

Kanser hastaları; tanıları, tedavileri ve yaşantıları yönünden psikolojik, fizyolojik ve sosyolojik olarak çok nitelikli ve kapsamlı bir bakım gerektiren hasta grubudurlar. Kanser tanısının konulmasıyla hastalar ve aileleri hastalık sürecinin her aşamasında farklı psikososyal sorunlar ve gereksinimlerle karşılaşabilirler ve çeşitli tepkiler gösterebilirler. Bu tepkilerin hepsinin psikopatolojik olarak kabul edilmesi de hepsinin normal olarak kabul edilmesi de yanlıştır. Bu nedenle kanser tanı ve tedavisi multidisipliner olarak ele alınmalı ve cerrahi, radyoterapi, kemoterapi gibi yöntemlerle tedavisi ve hastanın fiziksel bakımının yanında ruhsal tedavi ve bakımı, bütüncül tedavinin ayrılmaz bir parçası olmalıdır (8). Ailelerin baş etmelerini kolaylaştırmak için stres yaratan faktörlerin azaltılması, ailenin destek kaynaklarının artırılması, olumsuz tutumların ortadan kaldırılması önemlidir. Ailelere hastaların bakımı ve gereksinimlerini nasıl karşılayacakları, sınırlılıklarla nasıl baş edeceği öğretilmeli, krizi nasıl önleyeceği, oluşan krizi nasıl tanıyacakları, önerilen tedavi rejimlerini nasıl uygulayacakları öğretilmelidir (8).

Hasta ve ailesinin eğitimi; bilgilendirme, danışmanlık ve davranış değişikliğine yönelik tekniklerin kullanılarak hastanın sağlığa yönelik bilgi ve davranışlarında değişiklik meydana getirmek amacıyla yapılan eğitimidir. Bu nedenle rasgele yapılmaz, planlaması, ulaşılması gereken hedefler ve hedeflere ulaşıp ulaşılmadığına ilişkin değerlendirmenin olması gerekir. Hasta ve ailesinin eğitimi sağlık bakım sisteminin vazgeçilmez bir unsuru olması gerekir ve eğitime yönelik mali destek, kaynaklar ve zaman ayrılması kaçınılmazdır. Kanser bakımında hasta ve ailesine teşhiste, tedavilerde, rehabilitasyonda ve hastalığın tekrarında eğitim verilmesi gerekir. Doktorlar hasta ve ailesini genellikle kanser tanısına, tedavi yaklaşımlarına, tedavilerin riskleri ve faydalarına, alternatif tedavilere ve hastalığın seyrine yönelik bilgilendirilmelidir. Hemşireler ise hasta ve ailesine tedavinin yan etkileri, yan etkileri tanıma ve derecelendirmeye ve yan etkileri en aza indirmeye yönelik yaklaşımlarla ilgili eğitim verirler (71).

Sonuç olarak, kanser gibi yaşamı tehdit eden bir hastalığı olan birey ve ailesine multidisipliner ve bütüncül bakım verilmesi gerekmektedir. Bu servislerde çalışan hemşireler ve tedavi ekibinin diğer üyeleri işbirliği içinde kanser hastalarına ve ailelerine psikososyal bakım vererek de destek olunmalıdır. Psikososyal bakım ile ilgili bilgilerin beceriye dönüştürülmesi, uygulanması, hemşireliğin gelişimine ve hemşirelik bakım kalitesinin arttırılmasına katkı sağlayacağı gibi hastaların ve ailelerinin de yeni sağlık durumu ve ortaya çıkan sorunlarla baş etme becerilerini geliştirerek hastalığa uyumlarını arttıracak ve dolayısıyla hasta ve ailesinin yaşam kalitesinin artmasına da katkı sağlayacaktır (65).

3.4.Bakım Yüğü

Bakım verme; bakım sunma faaliyetlerini ve sorumluluklarını üstlenme sürecidir (3). Bakım veren “hastalığı, sakatlığı ya da sadece yaşlılığı nedeniyle kendine bakamayan bireylere ücretsiz olarak yardım eden ya da yardımı düzenleyen kişiler” olarak tanımlanmaktadır. Bakım ise, “bakım veren kişinin yaptığı tüm uygulamalar” olarak tanımlanmaktadır. Bu yardım ev işlerini düzenleme, ekonomik, kişisel ya da tıbbi yardım olabilir (72).

Bakım verme formal ya da informal olmak üzere genellikle iki şekilde incelenmektedir.

Formal bakım verme; evde ya da kurumda sağlık bakımı ve kişisel bakım hizmetlerini sunan meslek grupları tarafından verilen bakımdır. Evde formal bakım sağlayanlar daha çok hemşire, terapistler, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen ve evde bakım yardımcılarıdır.

İnformal ya da uzmanlık gerektirmeyen bakım verme; bakım verenin bir yakınının yardım etme rolünü üstlenmesidir. İnformal bakım verenler ücret almayan, evde bakım sağlayan aile üyeleri veya arkadaşlardır (73).

Bakım verme sürecinin bakım veren kişiler üzerindeki olumsuz etkilerini ortaya koymaya çalışan araştırmacılar “yük” kavramını tanımlamıştır (74). Bakım verenlerin yükü kavramı, ilk kez 1963 yılında Grad ve Saisbury tarafından ortaya atılmıştır (72,74). Bakım verme esnasında bakım verende oluşan bedensel ve duygusal etkiler “yük” olarak tanımlanan durumun ortaya çıkmasına neden olmaktadır (74). Literatürde “yük” bakım verenin üstlendiği bakımın ortaya çıkardığı psikolojik sıkıntı, fiziksel sağlık problemleri, ekonomik problemler, sosyal problemler, aile ilişkilerinin bozulması ve kontrolün kendisinde olmadığı

duygusunu yaşama gibi olumsuz objektif ve subjektif sonuçlar şeklinde tanımlanmaktadır (3).

Bakım verenlerin yükü, bir başkasının bakımına gereksinim duyan, yetersizliği olan bireye bakım verenlerin yaşadığı fiziksel, psikolojik, duygusal, sosyal ve ekonomik sorunlar olarak tanımlanabilir (72).

Bakım verme yükünün nesnel ve öznel yük olarak iki boyutunun olduğu belirtilmiştir.

Nesnel yük; ev halkının ve bakım verenin yaşamının çeşitli yönlerindeki değişiklikleri veya aksaklıkları içine almaktadır. Nesnel yük ailenin yaşantısında hastanın hastalığının, aktivite kısıtlılıklarının, yardım ve görev tiplerinde harcanan zamanın ve sarf edilen finansal kaynakların sebep olduğu aksaklıklarla ilgilidir. Bakım verme işinin bakım vericinin yaşamına etkisi çok yaygın ve zarar verici boyutta olmaktadır. Bakım verme işinin oluşturduğu gereksinimler, kişinin diğer rolleri ile bakım rolleri arasında bir çatışma oluşturmaktadır. Bunlar, aile ilişkileri, aile rutinleri, eğlence, çalışma, sosyal aktiviteler, sosyal ilişkilerde değişimler kadar hastalığın ekonomik etkilerini de içermektedir. Rollerdeki bu değişimler hastalığın nesnel yükü olarak görülmektedir (75).

Öznel yük; bakım verenin bakım sunma yaşantısına yönelik davranışını veya duygusal tepkileri içerir. Öznel yük duygusal durum, fiziksel durum, finansal ve çalışma ortamları gibi alanlarda aile bireyinin yaşadığı hissedilen gerginliğin miktarıyla ilgilidir. Özellikle öznel yükün başarılı bir rehabilitasyon ve bakımın sürdürülmesinde önemli bir ölçüt olduğu düşünülmektedir. Öznel yük sıralanan nesnel yükü uğraşırken yaşadığı sıkıntılar olarak tanımlanmaktadır. Bazı araştırmacılar öznel yükü, bakım vericinin içinde bulunduğu durum

nedeniyle duygularında ortaya çıkan değişiklikler, bu duruma karşı tutumlar ve duygusal tepkileri olarak tanımlamışlardır. Genellikle hissedilen bu duygular keder, sıkıntı, utanma, suçluk duygusu gibi duygusal yanıtlardır. Öznel yükün göstergeleri olan kaygı, stres, suçluluk duygusu gibi tepkiler bakım verme işinin sonucu olan depresyonun da göstergeleridir ve bu da yük skorlarına katkıda bulunmaktadır (75).

Bakım verme, bakım verenin sağlığını olumsuz etkileyebilir. Bakım verdiği kişinin gereksinimlerini sürekli karşılamaya çalışması nedeniyle, yorgunluk, bitkinlik gibi bedensel yakınmalara neden olabilir. Bu da bakım verenin sağlığının bozulması, stres, depresyon, anksiyete gibi ruhsal sorunların gelişmesine yol açabilir (73, 74).

Bakım verme, bakım verenler tarafından çok boyutlu olarak algılanmaktadır. Çünkü bakım verme aslında hem olumsuz hem de olumlu yönü olan bir olgudur (74, 76). Bakım verme stresli olsa bile, bakım veren tarafından ödöl olarak da algılanabilir. Ödöl; büyük oranda samimiyet ve sevginin artması, bakım verme deneyimi sayesinde anlam bulma, kişisel gelişim, yakın ilişkilerin gelişmesi, doyum sağlama, diğer bireylerden sosyal destek alma olabilir. Ayrıca bakım verme görevini üstlendiği için diğerleri tarafından tanınma, samimiyet ve sevginin artması kendine saygı duyma, daha önce bakım alandan aldığı bakımı ve desteği geri ödediği ve sevgisini kanıtladığı için kişisel doyum sağlama, çözölmemiş sorun ve duyguların çözölmesi, yararlı olma, akrabalık ilişkilerini güçlendirme, diğerlerinin gereksinimlerini daha iyi anlama, diğerlerinin problemlerine hoşgörölü yaklaşmak gibi ailenin bütönlüğünü sağlayan yararları da vardır (73,74).

Bakım verenler konusundaki araştırmalar, bakım verme sürecinin, uzun süreli bakım gerektiren yakınlarına bakma konusunda birinci derecede sorumlu kişilere, bu durumun yoğun bir fiziksel ve duygusal yük getirdiğini göstermişlerdir. Bakım verme işinin bakım verene etkileri; fiziksel ve ruhsal sağlıkta bozulma, zaman ve özgürlüğün kısıtlanması, işini kaybetme, çalışma şeklini değiştirme veya azaltmaktan kaynaklanan ekonomik güçlükler, bakım veren kişinin eşi, ailesi veya sosyal çevresi ile ilişkilerinde yaşadığı sorunlar olabilmektedir (77). Bu nedenle kendi sağlık gereksinimlerini erteleyebilir, fiziksel ve emosyonel sağlığı olumsuz olarak etkilenir, stres ve bakım yükü ortaya çıkar, sonuçta depresyona varan sorunlar ortaya çıkabilir (11, 78).

3.4.1.Bakım Verenin Yükünü Etkileyen Faktörler

Bakımın yükü ya da daha geniş bir deyimle bakım işinin ortaya çıkardığı olumsuz etkiler kişilerden kişilere farklılık gösterdiği gibi toplumlarda da farklılık göstermektedir. Bakım verenin yükünü etkileyen faktörler bakım verene ait faktörler ve hastaya ait faktörler olarak ayrılmaktadır (72).

Bakım verene ait faktörler

Bakım verenin yaşı, cinsiyeti, ırkı, hasta ile yakınlık derecesi, bakımda gönüllü olup olmadığı, motivasyon durumu, öz etkililik derecesi, eğitim durumu, hastalığının olup olmaması, sosyal destek durumu, baş etme yetenekleri, inançları, bilgi düzeyleri, ekonomik durumu, yaşadığı toplumun kültürel özellikleri, fiziksel ve psikolojik sağlık durumu olarak sınıflandırılabilir. Bakım verene ait faktörler bakım verenlerin yüklerinin belirlenmesinde önemli bir ölçü olmakla birlikte, hastanın hastalığının gidişinde de önemli belirleyici olmaktadır (72).

Hastalara ait faktörler

Araştırmalar sonucu elde edilen bilgilere göre bakım veren yükünü etkileyen hastalara ait özellikler; bilişsel yetersizlikler (unutkanlığın boyutları ve yüksek kortikal fonksiyonlar), fonksiyonel yetersizlikler (enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ve günlük yaşam aktivitelerini yapamama), davranışsal ve psikiyatrik yetersizliklerdir (79).

3.5. Kanser ve Bakım Yüğü

Kanser hastaları bakım sunma görevlerinin zamanla artış gösterdiği bir gruptur; bunun sonucu olarak aile bireylerinin yaşadıkları sorunlar hastalık ilerledikçe artar. Hastanede kalış süresi azaldıkça kanser hastalarının aileleri bakım sunma rolünü daha sık üstlenirler ve dolayısıyla kanser bir aile yaşantısı haline gelir (80). Kanserli hastaların evde bakımı düşük sağlık bakım masraflarıyla gerçekleştirilebilir, fakat aile bireylerinin kişisel duygusal, sosyal, fiziksel ve finansal durumlarına maliyeti daha yüksek olabilir. Hastalığın fiziksel ve psikolojik komplikasyonları ve yoğun tedavi rejimleri şiddetlidir, hastalar ve onların aile bakıcıları için uzun stres kaynaklarıdır (15).

Kanserin birey ve aile üzerinde yarattığı değişiklikler zaman içinde giderek artmakta, artan bu olumsuzluklar başta hasta bireyin yaşam şeklini ve beklentilerini olmak üzere tüm aileyi kötü yönde etkilemektedir (17). Kanserden etkilenen aile bireylerinin nasıl tepki verdiği kanserin karakteristik özelliğine göre değil, aile bireylerinin algılamasına göre değişir. Hastanın bakımı konusunda bakım verenlerin yükü pek çok farklı boyutta ortaya çıkabilir (52). Bakımın ortaya çıkardığı sorunlar hastalıktan kaynaklanan direkt bakım gereksinimleri, normal ev rutininin bozulması, rollerin değişmesi, aile içindeki yapının değişmesi, hastalığın

bakımı için gereken para ve çalışamama nedeniyle gelir kaybından kaynaklanan parasal sorunlar, hastalığın ortaya çıkardığı duygusal sorunlar gibi yüklerdir (81, 82). Given ve arkadaşları (2001), kanserli hastaya bakım verenlerin bakım yükünü tanımlamışlardır. Buna göre bakım verenlerin kendilerine zaman ayırma, sosyal rolleri, fiziksel ve duygusal durumları, ekonomik imkanları ve bakma zorunlulukları gibi bir çok rolün bakım verenlerin dengelerinin bozulmasına neden olacak reaksiyonlarla sonuçlanabileceği belirtilmiştir (9).

Kanser; yüksek maliyeti, hastalık süreci ve tedavisine bağlı gelişen sorunları nedeniyle hasta ile birlikte hastaya bakım veren aile bireylerinin de fiziksel ve psikolojik sağlığını, sosyal yaşamını ve ekonomik durumunu olumsuz olarak etkileyebilmektedir. Kanser hastasına bakım verenler; hastasının bakımı ve tedavisi ile ilgili stres yaşayabilmektedirler (2). Bakım veren aile üyeleri kanserli yakınlarının bakımlarında büyük sorumluluk almakta ve zaman ve enerjilerinin büyük bölümünü bakım için harcamaktadırlar (83).

Hastalık tümü ile aile üyelerinin günlük yaşamına girerek ve günlük rutinlerinin bozulmasına neden olmaktadır. Bu nedenle aile üyelerinde rol kaybı ya da rol değişikliği olabilir, ailenin dengesi bozulabilir (83). Kanser hastası bakım verenlerinin;

- Hastalarının semptomlarını izleme
- Tıbbi tedavilerinin yapılmasını ve rahatlığını sağlama
- Problem çözme ve karar verme
- Emosyonel destek verme
- Bakımı koordine etme
- Hastalarının güvenliği ve fonksiyonlarının devamı için çevreyi düzenleme

- Hasta için uygun araç-gereç donanımını sağlama gibi karmaşık görevleri bulunmaktadır (73).

Hemşirenin bakım verenlerin gereksinim duyduklarında gerekli yardım ve rehberlik hizmetlerini nereden ve ne zaman alacakları konusunda yapacağı danışmanlık, bakım verenin yardım arama çabasını destekleyerek ona yararlı olabilir. Bireye yaşadığı duyguların normal olduğu ve yapabileceğinin en iyisini yaptığı konusunda geri bildirim verilmesi yararlı olmaktadır. Aynı zamanda hemşire bireye yaşadığı problemleri çözülebilir basamaklara ayırması, kaynakları ve uygun seçenekleri belirleyebilmesi konusunda yardım edebilir (73).

Sağlık profesyonelleri tarafından kanser hastası bakım verenlerine yönelik eğitim, sosyal destek, problem çözme ve karar vermeye yönelik girişimlerin bakım verenin yaşadığı stresin azalmasında, psikososyal iyilik halinin sağlanmasında ve hastanın yaşam kalitesinin artırılmasında olumlu sonuçları olduğu belirtilmektedir (2).

3.6. Sosyal Destek

İnsanların yaşamında önemli bir yeri olan gerektiğinde kişiye duygusal maddi ve bilişsel yardım sağlayan tüm kişilerarası ilişkiler sosyal destek sistemleri olarak kabul edilmektedir (11). Ayrıca sağlığı koruyan ve geliştiren bir sistemdir. Sosyal destek sistemleri, bireyin yaşam güçlükleri ile başa çıkmasında önemli yardımcılarıdır (11, 21).

Sosyal destek, bireylerin duygusal sorunları ile başa çıkabilmelerinde psikolojik kaynaklarının harekete geçirilmesinde yardım eden, onların yerine getirmekle sorumlu oldukları görevleri paylaşan, onlara para, çeşitli materyal, eşyalar, bilgi beceri edinmelerini sağlayarak ve tavsiyelerde bulunarak içinde

bulundukları stresli durumla başa çıkabilmelerinde yardım eden önemli kişilerden oluşan bir mekanizma olarak tanımlanmaktadır (3).

Sosyal destek kavramının temelinde, bireyin çevresi tarafından güvenilme, sevilme, saygı duyulma, ilgi görme, değer verilme gibi gereksinimlerin bulunduğu varsayımı yatmaktadır. Bu gereksinimin değişik boyutlarının vurgulanmasından dolayı farklı tanımlar ortaya çıkmıştır (84).

Literatürde sosyal desteğe ilişkin ve sosyal desteğin çeşitli yönlerine değinen birçok tanım bulmak mümkündür. Fakat genel olarak; sosyal destek, desteği alan kişinin içinde bulunduğu durumun olumlu yönde güçlendirilmesini amaçlayan, desteği alan veya sağlayan birey tarafından algılanan, iki birey arasındaki kaynak alış veriştir (85).

Günümüzde sosyal destek “güç durumdaki bireye ya da stres altındaki bireye yakından bağlı olduğu eş, aile, arkadaş gibi insanlar tarafından sağlanan maddi ve manevi yardım” olarak kabul edilmektedir. Birey, çevresindeki kişiler tarafından verilen destek sayesinde, fiziksel ve psikolojik sorunlardan kendisini daha kolay koruyabilmektedir. Aile üyelerinden, arkadaşlardan, diğer sosyal ilişkilerden sağlanan desteklerin bütünü olarak nitelendirilen sosyal desteğin, fiziksel sağlık ve kendini iyi hissetme üzerine olumlu etkileri bulunmaktadır (23).

Tanımlarından ve işlevlerinden de anlaşılacağı gibi, sosyal destek çok boyutlu bir yapı olup, farklı destek kaynaklarından doyum almanın yanı sıra, aile için gerekli olan destek kaynaklarının sayısını da ifade etmektedir (86).

Sosyal desteği, ilişkide bulunan kişi sayısı, bireye yardım edebilecek kişilerin sayısı, bireyin sırlarını paylaşabileceği, güven duyabileceği ve kendisi açısından önemli biriyle kurduğu yakın bağ ve bireyin ilişkilerinin niceliği ya da

niteliğinden çok gereksinim duyduğu anda yardım alabileceği kişilerin var olduğu algısı olarak tanımlayan yaklaşımlar vardır. Sosyal destek eş, çocuk ve sevgili gibi aile üyelerinden, arkadaş yada meslek elemanlarından, kulüpler, dini kurumlar gibi sosyal ve toplumsal ilişkilerden yada sosyal destek grupları ve toplumsal destek sağlamak amacıyla oluşturulmuş gruplardan gelebilir (87).

Yaşamın çeşitli alanlarında sevilen, aranan, değer verilen ve gerektiğinde ihtiyacı olan yardımı bulan kişinin, yakın insan ilişkilerinden daha fazla doyum aldığı ve başkalarınca desteklendiği duygusunu taşıdığı öne sürülmüştür. Algılanan destek, kişilik özellikleri gibi nispeten kalıcı özelliklerin yanı sıra, tutum ve mizaç gibi daha kolay değişen özelliklerden etkilenmektedir. Algılanan sosyal destek birey için yüksek strese karşı bir tampon rolü oynamaktadır. Bu tampon sistemi bireyi aşırı stresin olumsuz etkilerine karşı korurken, bireyin baş etme yeteneğini de artırmaktadır. Algılanan sosyal destek aynı zamanda, bireyin bağlılık duygularını doyurmakta, kimlik duygularının korunmasına ve güçlendirilmesine de yardımcı olmaktadır (84).

Algılanan sosyal destek, bir anlamda, kişinin kendine biçtiği genel değerdir. Başkaları tarafından sevildiğini, sayıldığını, gerektiği zaman yardım bulacağını, ilişkilerinin doyum verici olduğunu düşünen kişinin algıladığı destek fazladır (87). Sosyal desteğin yetersiz olması durumunda bireyin ruhsal durumu olumsuz olarak etkilenebilmektedir. Sosyal desteğin etkisini birey merkezli engeller veya dışarıdan kaynaklanan engeller azaltabilir. Bireyi etkileyen bu engellerin belirlenmesi, sosyal desteğin etkisinin arttırılması açısından oldukça önemlidir (84).

3.6.1.Kanser Hastası, Ailesi ve Sosyal Destek

Kronik hastalık nedeni ile yaşanan duygusal güçlükler, fiziksel gerilemeler, belirsizlik durumları, hastayı kaybetme korkusu, ailede rollerin altüst olması, ekonomik güçlükler, kaynak ve hizmetlerin yetersizliği, temel ihtiyaçların beklenen düzeyde karşılanamaması aile üyelerini sosyal desteğe daha çok ihtiyaç duyar hale getirmektedir. Hasta ve aile üyelerine sağlanacak uygun sosyal destek sayesinde hem hasta hem de aile üyeleri hastalığa daha kolay uyum sağlayacak ve kanserin neden olduğu çeşitli güçlüklerle daha kolay baş edebilecektir (88). Kronik hastalığı olan birey ve ailelerin hastalığın getirdiği olumsuzluklarla baş etmelerinde sosyal destek kaynaklarının varlığı oldukça önemlidir. Kronik hastalıklarla ilgili yapılan çalışmalar sosyal desteğin yetersiz olduğu durumlarda depresif bozuklukların daha kolay geliştiğini göstermiştir (89). Bazı çalışmalarda da kanser hastasına bakım verenlerde; kanser dışında kronik hastalığı olan bireylerin bakım verenlerine göre daha fazla depresyon, uyku, yorgunluk gibi sorunların görüldüğü belirtilmektedir (90). Ayrıca yapılan başka bir çalışma da (White and Smith, 1997) kanser tanısının hem hasta hem de aile üyeleri için her yaşta anksiyete, korku, çaresizlik, depresyon, belirsizlik ve umutsuzluk duygularına neden olduğu belirtilmiştir (88). Benzer olarak kronik hastalığı olan yakınlarına bakım veren aile üyelerinin fiziksel ve mental sağlıklarının tehdit altında olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada hasta yakınlarının içinde bulundukları stresli durumla başa çıkma yöntemlerini kullanmalarının, hasta ve yakını arasındaki ilişkiyi etkilediği gösterilmiştir (91).

Kanseri yaşayan aile için sosyal destek önemlidir (11). Kanser terminal döneminde, aile üyeleri -özellikle eşler- hastalığın getirdiği sorunları aşabilmek

için daha fazla desteğe gereksinim duymaktadır (1). Aile  yelerinden, arkadaşlardan, diğer sosyal ilişkilerden sağlanan desteklerin bütünü olarak nitelendirilen sosyal desteğin, fiziksel sağlık ve kendini iyi hissetme üzerine olumlu etkileri bulunmaktadır (23, 92).

Birçok stres yaratan durumda olduğu gibi, kanserde de sosyal bağlar hasta ve ailesi açısından önemli bir destek kaynağıdır. Kronik hastalık nedeni ile yaşanan duygusal g  kler, fiziksel gerilemeler, belirsizlik durumları, hastayı kaybetme korkusu, ailede rollerin altüst olması, ekonomik g  kler, kaynak ve hizmetlerin yetersizliği, temel ihtiyaçların beklenen düzeyde karşılanamaması aile üyelerini sosyal desteğe daha çok ihtiyaç duyar hale getirmektedir (88).

Aile  yelerinden birine koyulan kanser tanısı tüm aileyi kriz durumu ile karşı karşıya koyarak aile sistemini direkt olarak etkiler. Çünkü kanser sadece hastalık tanısı almış bireyleri değil, aynı zamanda bu deneyimi paylaşanları da derinden etkileyen bir olgudur. Araştırmalar kanserin, bireyin ve ailenin duygusal ve sosyal fonksiyonlarını etkilediğini; bunun da hem hastanın hem de aile üyelerinin fiziksel durumuna etkisi olduğunu belirtmişlerdir (93). Yeh ve arkadaşları kanserli hastaya bakım veren ailelerin sosyal destek yetersizliği, hasta-bakım veren arasındaki ilişkinin kötü olması ve bakım verenin psikososyal iyilik halinin düşük olması ile bakım veren sağlığının önemli derecede etkilendiğini belirtmişlerdir (94). Sosyal desteğin bilgi sağlama, dayanışma ve normallik duygusunu destekleme gibi pek çok işlevi bulunmaktadır. Bakım verenin destek gruplarına  ye olması, ara verdiği hobilerine devam etmesi; bakım verme güçlüğü ile baş etmesine yardım edebilir. Bireylerin yakın arkadaşlarından ve ailelerinden duygusal destek alması, kendilerine değer verildiğini hissettirerek bireyleri

rahatlatmada çok önemlidir. Sosyal desteği fazla olan kişilerin daha az oranda psikolojik sıkıntı yaşadığı, çok stresli olaylar karşısında bile psikolojik ya da fiziksel sağlıklarının bozulma olasılığının düşük olduğu belirlenmiştir (73). Sosyal desteğin depresyon düzeyini azaltma ve bakım verenin enerjilerini korumalarına yardımcı olduğu ve destek azlığında bakım veren sağlığının olumsuz etkilendiği belirtilmektedir (94).

Bu nedenle kanser hastalarına bakım verenlerin bakım verme sürecine bağlı yaşayabilecekleri sıkıntıların azaltılması ve bakım verme yükü ile baş edebilmeleri için sosyal destek kaynaklarının arttırılması önemlidir.

4.GEREÇ VE YÖNTEM

4.1.Araştırmanın Şekli

Bu araştırma kanser hastalarına bakım verenlerin bakım verme yükü ve etkileyen faktörleri belirlemek ve bakım verenlerin algıladıkları sosyal desteğin bakım verme yüklerine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

4.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Tarihler

Araştırmanın verileri Fırat Üniversitesi Hastanesi Onkoloji Gündüz Tedavi Ünitesi - Onkoloji Servisinde toplanmıştır. Araştırma Ekim 2010 - Şubat 2012 tarihleri arasında yapılmıştır.

4.3.Araştırmanın Evren Ve Örneklemi

Araştırmanın evrenin belirtilen merkezlerde Ekim 2010- Haziran 2011 tarihleri arasında tedavi gören onkoloji hastalarına bakım veren 200 hasta yakını oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise, rahatlıkla iletişim kurulabilen, günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayıcı bedensel sakatlığı olmayan, çalışma hakkında bilgi verildikten sonra kendi rızası ile araştırmaya katılmayı kabul eden 200 bakım veren hasta yakını oluşturmuştur.

4.4.Araştırma Verilerinin Toplanması

Veri toplama aracı olarak tanıtıcı özelliklerini belirlemek amacıyla oluşturulan soru formu, Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Aileden Algılanan Sosyal Destek ölçeği (ASD-AL) kullanılmıştır. Veri toplama araçlarını uygulamaya başlamadan önce bakım verenlere araştırmanın amacıyla ilgili bilgi verilerek ve araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair onamları alınmıştır. Soru formu, bakım verme yükü ölçeği ve sosyal destek ölçeği araştırmacı tarafından

yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Her görüşme yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür. Veriler toplanırken bakım verenin hastanın yanında olmamasına özen gösterilmiş ve görüşmeler başka bir oda da yapılmıştır.

4.5. Veri Toplama Araçları

Soru Formu: Bakım verenin yaş, cinsiyet, medeni durum, yakınlık derecesi, eğitim düzeyi, mesleği, sosyal güvencesi, çalışma durumu, yaşadığı yer, gelir düzeyi gibi demografik değişkenleri; hasta ile olan yakınlık derecesi, hastalığın teşhisinin koyulma zamanı, hasta ile birlikte kalma durumu, hastanın sağlık giderlerini karşılama durumu, hastasına ne kadar süredir bakım verdiği, bakım konusunda yardım aldığı kişilerin varlığı, hastaya bakım verdiğinden beri fiziksel, psikolojik, sosyal düzeyde yaşadığı sorunlar, bakım verdiğinden beri bakım vericinin iş ve ev yaşamında yaşadığı değişiklikler gibi bakım verme ile ilgili değişkenleri içermektedir.

Bakım Verme Yüğü Ölçeğı: Zarit, Reever ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir. Kliniğe uyarlanan şeklinin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması İnci tarafından 2006 yılında yapılmıştır (73). Kliniğe uyarlanmış Bakım Verme Yüğü Ölçeğı (BVYÖ) 22 maddelik bir ölçektir ve her madde için puanlar 0 ile 4 arasında değiştiğı için ölçekten alınacak en düşük puan 0, en yüksek puan ise 88'dir. 0 "Hiçbir zaman", 1 "Nadiren", 2 "Bazen", 3 "Sık sık", 4 "Hemen hemen her zaman" seçeneklerini ifade etmektedir. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir. Maddelerinin hepsinin düz ifade edildiğı BVYÖ'nün değerlendirilmesi toplam puan üzerinden yapılmaktadır. Puan yükseldikçe bakım yüğü de artmaktadır. Elde

edilen puanlar; (0-20) az/hiç yük olmaması, (21-40) orta derecede yük, (41-60) ileri derecede yük ve (61-88) aşırı yük olması şeklinde derecelendirilerek değerlendirilmektedir.

Bakım Verme Yüğü Ölçeğı 'nin maddelerine verilen cevaplar Likert tipi bir değerlendirmeyi içerdığı için ölçeğın iç tutarlılığının belirlenmesinde Cronbach alfa katsayısı kullanılmıştır ve iç tutarlılık katsayısının ise 0.95 olduğu saptanmıştır (73). Bu araştırmada ölçeğın cronbach alfa değeri 0.82 olarak bulunmuştur.

Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeğı (ASD-AL) : Procidano ve Heller tarafından geliştirilmiştir (95). Ölçeğın Türkiye' de geçerlik ve güvenirlik çalışması Sorias tarafından yapılmıştır (96). Algılanan Aile Desteğı Ölçeğı "evet, hayır, bilmiyorum" şeklinde yanıtlanan 20 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte 3, 4, 16, 19 ve 20. sorulara "hayır (2)", "evet (0)", "bilmiyorum (1)" olarak ağırlık puan verilirken, diğer tüm sorular "hayır (0)", "evet (2)", "kısmen (1)" olarak puanlanmıştır. Ölçek toplam puan üzerinden değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan puan 0-40 arasında değişmektedir. Ölçekten elde edilen puanların yüksekliği algılanan sosyal desteğın yüksekliğini, ölçekten alınan puanın düşüklüğü ise algılanan sosyal desteğın düşüklüğünü göstermektedir. Ölçeğın cronbach alfa değeri 0.85 dır (96). Bu araştırmadaki cronbach alfa değeri 0.83'dır.

4.6.Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizi SPSS 15 paket programı kullanılarak, ortalama, yüzdelik dağılımlar, Independent-Samples t Test, One-Way ANOVA,

Pearson korelasyon analizi ve Cronbach alfa analizi ile yapılmıştır. İleri istatistik analizde Schfee testi kullanılmıştır.

Bakım verenlere ait tanıtıcı özellik ve bakım verme rolüne ilişkin özellikleri, bakım verenlerin bakım verme ile ilgili bilgi durumları ve bilgi gereksinim durumu, bakım verenlerin bakım verme ile ilgili destek alma durumlarına ilişkin özelliklerinin ortalama ve yüzdelik dağılımları ayrı ayrı incelenmiştir.

Bakım verme yükü ölçeği puan ortalamalarının, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, sağlık sorununun var olma durumu ve sağlık giderlerini karşılamada güçlük durumu, hasta ile birlikte kalma durumu, ailedeki rolün etkilenme durumu, bakımla ilgili bilgi veya eğitim alma durumu, bakımda güçlük yaşama durumu, bakımda destek alma durumuna göre değerlendirilmesi Independent-Samples t Test ile yapılmıştır.

Bakım verme yükü ölçeği puan ortalamalarının bakım verenin yaşı, eğitim durumu, çalışma koşulları, hastaya yakınlık derecesi, hastaya bakım verdiği zaman, hastanın bakım verene ihtiyaç duyduğu zaman aralığı, bakım vermede bakım verenin bakımla ilgili bilgi durumu ve bakım verirken karşılaştığı güçlüklerle göre bakım verme yükü ölçeğinden alınan puan ortalamalarının değerlendirilmesi One-Way ANOVA testi ile yapılmıştır.

Hastanın bakım verene ihtiyaç duyduğu zaman aralığı ve bakımda karşılaşılan güçlüklerin anlamlılık değerlendirilmesi ileri istatistik analizi Schfee testi ile yapılmıştır.

Bakım verme yükü ölçeği puan ortalaması ile aileden algılanan sosyal destek ölçek puan ortalaması arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Bakım verme yükü ölçeği ve aileden algılanan sosyal destek ölçeğinin geçerliliğinin belirlenmesi için Cronbach alfa analizi yapılmıştır

4.7.Araştırmanın Değişkenleri

Bakım verenlerin tanıtıcı ve bakım vermeye ilişkin özellikleri ile sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanlar araştırmanın bağımsız değişkenlerini, bakım yükü ölçeğinden aldıkları puanlar ise bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

4.8.Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya katılan bireylere araştırmaya katılma ya da katılmama konusunda özgür oldukları ve araştırmadan istedikleri zaman ayrılacakları konusunda bilgi verilmiş, araştırmada bilgilendirilmiş onam koşulu etik ilke olarak yerine getirilmiş, insan onuruna saygı ilkesi göz önünde bulundurulmuş ve gizlilik ilkesine uyulmuştur. Araştırmanın yapılabilmesi için Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Değerlendirme Komisyonu'ndan ve Fırat Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği'nden gerekli izin alınmıştır (EK V ve EK VI).

4.9.Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırmaya sadece Fırat Üniversitesi Hastanesi Onkoloji Gündüz Tedavi Ünitesi ve Onkoloji Servisinde tedavi gören onkoloji hastalarına bakım verenler alınmıştır. Ayrıca araştırmaya alınan bakım verenlerden verilerin toplanması hastalarının tedavi amacıyla kliniklerde bulundukları sürede yapıldığından zamanın kısıtlılığı da araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır. Araştırma sonuçları bu gruba genellenebilir niteliktedir.

5. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan bakım verenlerin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; bakım verenlerin %32.5' inin 46 ve üzeri yaş grubunda olduğu, %57.5' unun kadın, %69.5'inin evli, %27.0'nın ilköğretim mezunu, %61.0'mın gelirinin giderden az olduğunu ifade ettikleri, %69.0'nın çalışmadığı, %55.0'nın herhangi bir işle meşgul olmadığı, %63.0'nın kronik bir sağlık sorununun olmadığı saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri

Tanıtıcı Özellikler		Sayı (n=200)	Yüzde (%)
Yaş	25 ve altı	32	16.0
	26-35 yaş	49	24.5
	36-45 yaş	54	27.0
	46 ve üzeri	65	32.5
Cinsiyet	Erkek	85	42.5
	Kadın	115	57.5
Medeni durum	Evli	139	69.5
	Bekar	61	30.5
Eğitim durumu	Okuryazar değil	19	9.5
	Okuryazar	19	9.5
	İlkokul	54	27.0
	Ortaokul	27	13.5
	Lise	36	18.0
	Üniversite	45	22.5
Gelir düzeyi	Gelir düşük	122	61.0
	Gelir-gider eşit	68	34.0
	Gelir yüksek	10	5.0
İş durumu	Çalışıyor	62	31.0
	Çalışmıyor	138	69.0
Çalışma koşulları	Emekli	28	14.0
	Tamgün	62	31.0
	Serbest	110	55.0
Sağlık sorunu	Var	74	37.0
	Yok	126	63.0

Tablo 2. Bakım verenin bakım verme rolüne ilişkin özellikleri

Özellikler		Sayı (n=200)	Yüzde (%)
Hastaya yakınlık düzeyi	Eşi	47	23.5
	Kızı	49	24.5
	Oğlu	60	30.0
	Diğer (gelin, torun, arkadaş vs.)	44	22.0
Hasta ile birlikte kalma durumu	Evet	124	62.0
	Hayır	76	38.0
Aile içindeki rolü	Eş	18	9.0
	Anne	79	39.5
	Baba	61	30.5
	Çocuk	40	20.0
	Gelin		1.0
		2	
Ailedeki rolün etkilenme durumu	Etkilendi	125	62.5
	Etkilenmedi	75	37.5
Bakım verdiği zaman	3-12 ay	122	61.0
	13-24 ay	27	13.5
	24 ay ve ↑	51	25.5
Hastanın bakıma ihtiyaç duyduğu zaman aralığı	Gece	43	21.5
	Gündüz	43	21.5
	24 saat	114	57.0
Bakım alanları*	Psikolojik destek	175	87.5
	Fiziksel bakım	156	78.0
	Maddi destek	55	27.5
Bakım vermede güçlük yaşama durumu	Güçlük yaşadım	135	67.5
	Güçlük yaşamadım	65	32.5
Bakımda yaşanan güçlükler**	Fiziksel	62	45.9
	Psikolojik	56	41.5
	Parasal		12.6
		17	

* Birden fazla yanıt olduğu için sayı katlanmıştır

**Güçlük yaşayanlara göre n=135 alınmıştır

Araştırma kapsamına alınan bakım verenlerin bakım verme rolüne ilişkin özelliklerine göre dağılımları Tablo 2’de görülmektedir. Araştırmaya katılan bakım verenlerin %30’unun birinci derecede yakını olan oğlu, %62’sinin de hasta ile birlikte kaldığı, bakım verenin aile içindeki rolünün %39.5’ inin anne olduğu ve %62.5’ inin aile içindeki bakım verme rolünün etkilendiği tespit edilmiştir. Bakım verenlerin %61.0’ ının hastanın bakımını 3-12 ay’dır sürdürdüğü ve %57.0’sinin hastasının günün her saatinde bakıma ihtiyacı olduğu belirlenmiştir. Bakım verenin %87.5’ inin bakım verirken psikolojik alanda destek olduğu tespit edilmiştir. Bakım verenlerin %67.5’ inin bakım verme ile ilgili güçlük yaşadığını ve güçlük yaşayan bakım verenlerin %45.9’ unun hastanın fiziksel bakımını karşılamada güçlük yaşadığı tespit edilmiştir (Tablo 2).

Tablo 3. Bakım verenlerin bakım verme ile ilgili bilgi durumları ve gereksinimleri

		Sayı (n=200)	Yüzde (%)
Bakım verenin bakımla ilgili bilgi durumu	Bilgi sahibiyim	67	33.5
	Bilgi sahibi değilim	54	27.0
	Kısmen bilgi sahibiyim	79	39.5
Bakımla ilgili eğitim alma durumu	Eğitim alan	85	42.5
	Eğitim almayan	115	57.5
Bakımla ilgili alınan bilgi kaynağı **	Doktor	65	32.5
	Hemşire	32	16.0
	Başka hasta	4	2.0
	İnternet-kitap	37	18.5
Alınan bilginin içeriği*	Hastalıkla ilgili	75	37.5
	Tedavinin ne olduğu	67	33.5
	Tedavinin yan etkileri	67	33.5
	Taburculuk sonrası bakım	46	23.0
	Yapılacak tetkit - kontroller	44	22.0
	Prognoz	49	24.5
Alınan bilginin yeterliği**	Yeterli	45	23.0
	Yetersiz	40	20.0
Bilgi almak istediği konular*	Psikolojik yaklaşım	13	6.5
	Hijyen kuralları	8	4.0
	Beslenme alışkanlığı	19	9.5
	Tedavi	18	9.0
	Hastalığın seyri	49	24.5
	Hastalığın seyri ve tedavi	41	20.5
	Fikrim yok	52	26.0
Bilgileri alma şekli*	Sağlık personelinin	188	94.5
	Yazılı broşürlerden	74	37.5
	Görerek ve yaparak	42	21.0
	Başka hastalarla paylaşarak	19	9.5

* Birden fazla yanıt olduğu için sayı katlanmıştır

** Eğitim alanlara göre(n=85), birden fazla yanıt olduğu için sayı 200' den az.

Bakım verenlerin bakımla ilgili bilgi durumları ve gereksinimleri incelendiğinde; bakım verenlerin %39.5' i kısmen bilgi sahibi olduğunu, %57.5' inin bakıma yönelik herhangi bir bilgi ya da eğitim almadığını belirtmişlerdir. Bakımla ilgili bilgi alanların %32.5' inin doktordan ve %16' sının hemşireden bilgi aldığı tespit edilmiştir. Bakım verenlerin %37.5'inin en fazla hastalıkla ilgili

bilgi almak istediği ve %23.0' ının aldıkları bilgilerin yeterli olduğunu düşündüğü belirlenmiştir. Bakım verenlerin hastaya bakım konusunda bilgi almak isteği konular sorulduğunda %24.5' i prognozu ile ilgili bilgi almak istediğini belirtirken %26.0' ı ise bakıma yönelik hangi konuda bilgi alması gerektiğini bilmediğini belirtmiştir (Tablo 3).

Bakım verenlerin %83.0' ı bakımla ilgili destek aldıklarını, %56.0' ı destek aldıkları bireylerin birinci derece yakını olduğunu ve %67.0' ı bakımla ilgili desteğinin fiziksel destek olduğunu belirtmişlerdir. Bakım verenlerin %57.0' ı çocukları ve eşiyle yaşamaktadır (Tablo 4).

Tablo 4. Bakım verenin bakımla ilgili destek alma durumlarına ilişkin özellikleri

Özellikler	Sayı (n=200)	Yüzde (%)
Birlikte yaşadığı kişiler		
Yalnız	5	2.5
Çocuklar	8	4.0
Eşiyle	18	9.0
Çocuk ve eşiyle	114	57.0
Büyükleriyle	55	27.5
Bakımda destek varlığı		
Evet	166	83.0
Hayır	34	17.0
Bakımda destek kişi sayısı		
1-3 arası	92	46.0
4 ve üzeri	74	37.0
Destek olan bireylerin yakınlığı**		
1.derece yakın	112	56.0
2.derece yakın	13	6.5
1 ve 2. derece yakınlar	41	20.5
Destek oldukları alanlar*		
Fiziksel destek	134	67.0
Hastaneye gidiş-geliş	112	56.0
Randevularda yardım	96	48.0
Ev işlerinde destek	75	37.5
Yemek işlerinde destek	74	37.0
Parasal destek	55	27.5

* Birden fazla yanıt olduğu için sayı katlanmıştır

** Cevap vermeyenler olduğu için sayı 200' den az

Bakım verme yükü ölçeğinden alınan en düşük puan 6 iken, en yüksek puan 78 dir. Bakım verenlerin bakım verme yükü ölçeği puan ortalaması ise 32.11 ± 12.44 bulunmuştur. Bakım verenlerin bakım vermeyi orta derecede yük olarak algıladıkları tespit edilmiştir. Aileden algılanan sosyal destek ölçeği toplam puanında alınan en düşük puan 2 iken, ölçekten alınan en yüksek puan 40 dır. Aileden algılanan sosyal destek ölçeği puan ortalamaları ise 29.86 ± 7.96 bulunmuştur. Bakım verenlerin diğer aile üyelerinden algıladıkları sosyal desteğin yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamaları ve Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamaları

	Ölçekten alınan en düşük puan	Ölçekten alınan en yüksek puan	X ± Sd
Bakım verme yükü ölçeği	6.00	78.00	32.11 ± 12.44
Aileden algılanan sosyal destek ölçeği	2.00	40.00	29.86 ± 7.96

Tablo 6. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Bakım Verme Yükü Ölçeğinden Aldıkları Ortalama Puanları

Tanıtıcı Özellikler		ZBVYÖ puan ortalaması			
		X ± Sd	F	p	İstatistiksel Analiz
Yaş	25 ve altı	27.56±10.84	2,327	0.076	p>0.05
	26-35 yaş	31.93±12.22			
	36-45 yaş	34.81±12.04			
	46 ve üzeri	32.23±13.24			
Eğitim durumu	Okuryazar değil	29.89±10.30	0.784	0.562	p>0.05
	Okuryazar	35.36±13.07			
	İlkokul	32.70±12.97			
	Ortaokul	33.55±14.25			
	Lise	32.44±11.36			
	Üniversite	29.82±12.12			
Çalışma koşulları	Emekli	30.60±13.31	0.237	0.789	p>0.05
	Tamgün	32.61±12.58			
	Serbest	32.20±12.22			
Cinsiyet			t		
	Kadın	32.38±12.29	0.360	0.719	p>0.05
Erkek	31.74±12.70				
Medeni durum	Evli	33.38±12.83	2.202	0.029	p<0.05
	Bekar	29.21±11.05			
İş durumu	Çalışıyor	32.45±12.61	0.260	0.795	p>0.05
	Çalışmıyor	31.95±12.40			
Sağlık sorunu	Var	35.56±13.57	3.075	0.002	p<0.001
	Yok	30.07±11.29			
Sağlık giderlerini karşılamada güçlük	Evet	36.31±13.15	4.188	0.000	p<0.001
	Hayır	29.12±11.03			

Bakım vericilerin tanıtıcı özelliklerine göre bakım yükü ölçeği ortalama puanları Tablo 6 da verilmiştir. Bakım verenlerin yaşına göre bakım verme yükü ölçeğinden aldıkları ortalama puanların istatistiksel olarak farklı olmadığı tespit edilmiştir (p>0.05). Bakım verme yükü puan ortalamaları 36-45 yaş aralığında olan bakım verenlerde en yüksek ve 25 ve altı olan bakım verenlerde en düşük

bulunmuştur. Kadın bakım verenlerin bakım yükü ortalama puanlarının erkeklerden daha yüksek olduğu belirlenmiş ve cinsiyetin bakım verme yükünü istatistiksel olarak etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$). Medeni durumun bakım yükü ortalama puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Evli olan bakım verenlerin bakım yükü ortalama puanları bekar olanlara göre daha yüksek bulunmuştur($p<0.05$). Eğitim durumuna göre bakım yükü ortalama puanları incelendiğinde; üniversite mezunu olan bakım verenlerin bakım yükü puan ortalamaları diğer gruplara göre daha düşük belirlenmiş aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 6).

Bakım verenlerin sağlık sorunlarının olmasının bakım vermede yaşadıkları yükü anlamlı derecede arttırdığı tespit edilmiştir ($p<0.001$). Sağlık giderlerini karşılamada güçlük yaşayan bakım verenlerin de bakım verme yükü ortalama puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 6).

Tablo 7. Bakım verenlerin bakım verme sürecine ilişkin özelliklerine göre Bakım Verme Yüğü Ölçeğı Ortalama Puanları

		ZBVYÖ puan ortalaması			
Özellikler		X ± Sd	F	P	İstatistik Analiz
Hastaya yakınlık düzeyi					
	Eşi	34.00±12.83	2.563	0.56	p>0.05
	Kızı	28.85±11.09			
	Oğlu	31.05±13.10			
	Diğer(gelin,torun, arkadaş vs.)	35.15±11.83			
Hasta ile birlikte kalma durumu			t		
	Birlikte kalan	33.00±12.70	1.294	0.197	p>0.05
	Birlikte kalmayan	30.65±11.93			
Ailedeki rolün etkilenme durumu					
	Etkilendi	35.43±12.36	5.18	0.000	p<0.001
	Etkilenmedi	26.57±10.50			
Bakım verdiği zaman			F		
	3-12 ay	31.56±11.61	0.350	0.705	p>0.05
	13-24 ay	32.33±13.22			
	24 ay ve üzeri	33.29±14.01			
Hastanın bakıma ihtiyaç duyduğu zaman aralığı					
	Gece	32.34±11.89	4.372	0.014	p<0.001
	Gündüz	27.34±13.20			
	24 saat	33.81±11.98			
Bakımda destek varlığı			t		
	Destek var	30.63±11.70	3.83	0.00	p<0.001
	Destek yok	39.32±13.54			
Bakımla ilgili bilgi veya eğitim alma durumu					
	Eğitim alan	31.29±11.17	0.797	0.427	p>0.05
	Eğitim almayan	32.71±13.31			
Bakım verenin bakımla ilgili bilgi durumu			F		
	Bilgi sahibiyim	31.11±11,62	0.655	0.521	p>0.05
	Bilgim yok	31.53±13.80			
	Kısmen bilgiliyim	33.34±12.18			
Güçlük yaşama durumu			t		
	Güçlük yaşadım	34.87±12.36	4.769	0.000	p<0.001
	Güçlük yaşamadım	26.36±10.55			
Bakımda yaşanan güçlükler*			F		
	Psikolojik	34.42±11.81	0.691	0.503	p>0.05
	Fiziksel	34.37±11.85			
	Parasal	38.17±15.85			

*Bakımda güçlük yaşayanlara göre n=135 alınmıştır

Bakım verenlerin bakım verme sürecine ilişkin özelliklerine göre bakım verme yükü ölçeği ortalama puanları incelendiğinde; hastaya yakınlık derecesinin bakım verme yükünde istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo7).

Hasta ile birlikte kalma durumunun bakım verme yükü ortalama puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı belirlenmiş, ancak hastaları ile birlikte kalanların bakım verme yükü ortalama puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo7).

Ailedeki rolü etkilenen bakım verenlerin bakım verme yükü ortalama puanlarının daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$) (Tablo7).

24 ay ve daha uzun süre bakım verenlerin bakım yükü ortalama puanlarının daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo7).

Hastanın bakıma ihtiyaç duyduğu zaman aralığının bakım verme yükü ortalama puanlarında anlamlı farklılık oluşturduğu($p<0.001$) ve hastasına 24 saat boyunca bakım verenlerin diğer gruplara göre puanların yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo7). Yapılan ileri analizde (Schfee test) farklılığın 24 saat boyunca bakım verenler ile gündüz bakım verenler arasında olduğu belirlenmiştir. (Tablo 7).

Bakıma destek olan kişi varlığının bakım verme yükünü istatistiksel olarak etkilediği ve desteği olmayan bakım verenlerin bakım yükü ortalama puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$) (Tablo 7).

Bakım verenin bakımla ilgili bilgi veya eğitim alma durumuna göre bakım verme yükü puan ortalaması arasında istatistiksel farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Kısmen bilgi sahibiyim ve bilgi almadım diyenlerin bakım yükü puan ortalamasının diğer grupların puan ortalamalarına göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo7).

Bakımda karşılaşılan güçlükler ile bakım verme yükü ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 7). Yapılan ileri analizde farklılığın “güçlük yaşamadım” diyenlerle diğer gruplar arasında olduğu belirlenmiştir. “Güçlük yaşamadım” diyenlerin bakım verme yükü puan ortalamasının diğerlerinden daha düşük olduğu saptanmıştır.

Bakım verenin bakımla ilgili bilgi sahibi olma durumu ve bakımda karşılaşılan güçlüklerin bakım verme ortalama puanlarını istatistiksel olarak etkilemediği belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 7).

Bakım verenlerin bakım verme yükü ölçeği puan ortalamaları ile aileden algılanan sosyal destek ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 8).

Tablo 8. Bakım verenlerin Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamaları İle Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

	Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	
	r	p
Bakım Verme Yükü Ölçeği	$r = -0.199$	$p<0.05$

6. TARTIŞMA

Kanser hastalarına bakım verenlerin bakım verme yükü ve etkileyen faktörleri belirlemek ve bakım verenlerin algıladıkları sosyal desteğin bakım verme yüklerine etkisini incelemek amacıyla yapılan bu araştırmanın bulguları ilgili literatür ışığında tartışılmıştır.

Hastalarının bakımlarını yaparken hastalarına daha çok psikolojik destek (%87.5) olduklarını ve fiziksel bakımda (%78.0) ise hareket ettirmede, hijyenik gereksinimlerin karşılanmasında destek olduklarını belirtmişlerdir. Bakım verirken yaşanan güçlükler fiziksel bakımda (%45.9) daha çok yaşanmaktadır. Bakım verenlerin %56'nın psikolojik olarak ve %17'sinin de parasal güçlük yaşadığı tespit edilmiştir (Tablo 2). Kanser tanısı hem hasta hem de bakım verenlerin yaşamında fiziksel ve duygusal etkisi oldukça fazladır. Bakım verenlerin fiziksel bakımın sağlanmasında sorumluluklarını yerine getirmede, duygusal destek/maddi destek sağlamada, hasta semptomlarını gözlemede, bakımı programlama ve ayarlama güçsüzlük yaşayabildikleri bildirilmiştir (54). Uğur'un çalışmasında, bakım verme sırasında bakım veren eşlerin, hastalarının fiziksel ve duygusal gereksinimlerini karşılamada sorunlarının olduğu belirtilmiştir (3).

Bakım verenlerin %33.5'inin bakımla ilgili bilgi sahibi olduğu, % 42.5'inin eğitim aldığı, %16 sının bu bilgiyi hemşireden aldığı, %37.5 inin alınan bilginin daha çok hastalıkla ilgili olduğu ve bakımla ilgili yapılacaklar konusunda yeterli bilgileri bulunmadığından %26.0'ının almak istediği bilgi ile herhangi bir fikirlerinin olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 3). Araştırma bulgularına göre bakım verenlerin bilgi gereksinimlerinin yeterince karşılanmadığı ve hemşirelerden alınan bilginin az olduğu tespit edilmiştir. Yapılan bir çalışma da kanser

hastalarına bakım veren aile üyelerinin sıklıkla kendilerini hazırlıksız hissettikleri, hastalık ve bakımla ilgili yeterli bilgileri olmadıkları ve sağlık bakım vericilerinden çok az destek aldıkları için bakım verici rollerini nasıl gerçekleştireceklerini, hastanın ne kadar bakıma ihtiyacı olduğunu ve mevcut kaynakları nasıl kullanacaklarını bilemedikleri belirtilmektedir (16). Bu nedenle bakım vericilerin olumsuz tutumlarının ortadan kaldırılması, aile üyelerinin bakımı, gereksinimlerinin karşılanması, sınırlılıklarla nasıl baş edebileceklerinin öğretilmesi, krizi nasıl önleyecekleri, oluşan krizi nasıl tanıyacakları ve önerilen tedavi rejimini nasıl uygulayacaklarının öğretilmesi önemlidir (52).

Bakım verenlerin en çok bilgi almak istedikleri alanlar incelendiğinde; %24.5'inin hastalığın seyri ve %20.5'inin hem hastalığın seyri hem de tedavi ilgili bilgi almak istediği belirlenmiştir (Tablo 3). Ailelerin kanser hastalığı ve tedavisi hakkında bilgilendirilmesi ve iletişim konusunda beceri kazandırılması hastaların fiziksel ve ruhsal sağlıkları açısından büyük önem taşıdığı ve hasta yakınlarına yönelik bilgilendirici danışmanlık hizmetlerinin artırılmasının yararlı olduğu bildirilmektedir (22). Bakım verenlerin bakım yükü ortalama puanları incelendiğinde; bakım vermeyi orta derecede yük olarak algıladıkları belirlenmiştir (Tablo 5). İnmeli hastalara bakım verenler ile yapılan bir çalışmada bakım vericilerinin orta düzeyde bakım yükü algıladıkları belirtilmiştir (97). Başka bir çalışma da bakım verenlerin bakım verme yükü ölçeği puan ortalaması 42.5 olarak saptanmış ve bakım verenlerin hafif/orta derecede yük yaşadığı belirlenmiştir (98).

Bakım verme yükü yaşa göre anlamlı bir fark göstermemiştir ($p>0.05$) (Tablo 6). 36-45 yaş arasında olan bakım verenlerin bakım yükü ortalama puanları

diğer gruplara göre yüksek bulunmuştur. Galloway'in (1990) çalışmasında kanserli hastalara bakım verenlerin, hastalığın neden olduğu finansal sorunlar, maaş kaybetme, yaşamlarına zarar verecek boyutta travmalarla yüzleşme ve sosyal izolasyon gibi sorunları en fazla orta yaştaki bakım verenlerin yaşadıkları rapor edilmiştir (99,100). Given' in (2004) çalışmasında ise terminal dönem kanser hastalarına orta yaş (45-50 yaş) bakım verenlerin bakım yükünü yüksek olarak algıladığı ve bakım vermeden dolayı günlük programlarının bozulması ile depresif semptomlar yaşadıkları belirtilmiştir (16). Galloway ve Given'inin çalışma sonuçları araştırma bulgusunu destekler niteliktedir.

Bakım verenlerin cinsiyetlerinin bakım verme yüklerini istatistiksel olarak etkilemediği tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 6). Ancak kadın bakım vericilerin bakım yükü puanlarının erkeklerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Linda ve arkadaşları (2010) hastanın sağlık durumunun uzun süreli kötü olarak devam etmesinin kadınların ruhsal ve sosyal fonksiyonlarını erkeklerden daha fazla etkilediğini ve kadınların bakım yükünü daha fazla algıladıklarını belirtmişlerdir (101). Nijboer ve arkadaşları (1997) kanser hastalarına bakım veren eşlerin yaşadıkları yükü araştırdıkları çalışmada kadın bakım verenlerin sağlıklarındaki bozulmalar, eşin hastalanmasına bağlı yaşanan ekonomik zorluklar ve günlük işlerdeki aksamalara bağlı olarak daha fazla yük yaşadıkları belirlenmiştir (102). Bakım verenlerin çoğunluğunun kadınlardan oluşması, kadının toplumda yüklendiği sorumluluklar ve bakıma bağlı olarak aile içindeki rolünün etkilenmesinden dolayı bakım yükünün kadınlar tarafından daha fazla algılandığı belirtilmektedir (3,103)(Tablo 1).

Bakım verme yükü evli olanlarda daha yüksek bulunmuş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 6). Bu araştırmada bakım verenlerin %69.5'i evlidir. Evli olmak çocuklar, eş ve ev sorumluluklarını da beraberinde getirmektedir. Hem bakım verme hem de bu sorumlulukları birlikte yürütmek zorunda kalmanın bakım verme yükünün artmasına neden olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada bakım verenlerin eğitim durumlarına göre bakım verme yükünün etkilenmediği tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 6). Araştırma bulgularına göre okuryazar grubunda olan bakım verenlerin bakım yükü ortalamalarının yüksek ve üniversite mezunu olanların düşük olduğu tespit edilmiştir. Bakım verenlerin eğitim düzeyinin düşük olması, hastalarına vereceği bakımın nasıl olması gerektiği konusunda yetersizliğe neden olacaktır. Eğitim kişilerin farkındalığını arttırmaktadır. Farkındalığı yüksek kişiler daha çok araştırır ve daha çok çözüm yolları arar. Eğitim düzeyi düşük olan bakım verenlerin, hastalık ve tedaviye bağlı olarak hastalarının yaşadığı semptomlarla baş etmede daha az çözüm üretebileceği ve daha çok sıkıntı yaşayabileceği, bunların da bakım yüklerinin artmasına neden olacağı düşünülebilir.

Bakım verenlerin sağlık sorunu olma durumuna göre bakım verme yükü ortalama puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$) (Tablo 6). Bakım verenlerin %37 si sağlıkla ilgili sorunlarının olduğunu belirtmişlerdir. Bakım verme durumunda sağlık sorunun olması bakımla ilgili yükü artırır. Aşiret, bakım verenlerin herhangi bir sağlık sorunu olma durumu ile bakım verme yükü ölçeğinden elde edilen puan ortalamaları karşılaştırıldığında sağlık sorunu olan grupta bakım verme yükü puan ortalaması anlamlı derecede yüksek olduğunu

belirtmiştir (98). Uğur, bakım görevleri, bakıcı yükü ve bakıcının sağlığının hastanın sağlığındaki değişikliklere göre dalgalanma gösterebileceğini, bakım sunmayla ilişkili sağlık sorunlarının istikrarlı bir şekilde artabileceğini ve bakım verenin fiziksel ve psikolojik dayanma gücünün çeşitli ve uzun süreli, stresörlere maruz kalarak tükenebileceğini belirtmiştir (3).

Sağlık giderlerini karşılama da güçlük yaşayan bakım verenlerin bakım yükünün daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$) (Tablo 6). Araştırma kapsamındaki bakım verenlerin %61.0'nın gelir düzeyi düşük bulunmuştur (Tablo 1). Bu araştırma sonucuna benzer olarak literatürde düşük sosyoekonomik statüye sahip bakım vericilerin daha yüksek seviyede bakım yükü rapor ettikleri belirtilmiştir (104,105). Carey ve arkadaşları (1991) çalışmasında; düşük sosyoekonomik düzeyin bakım veren kişinin negatif olarak etkilenmesine neden olduğu belirtilmektedir (106). Kanseri pahalı ve sürekli bakım gerektiren bir hastalık olması nedeniyle ailenin ekonomik kaynaklarını tüketmektedir. Hastanın gereksinimleri ve ailenin diğer üyelerinin gereksinimlerini karşılamada zorlukların yaşanmasının dolaylı olarak bakım yükünü de etkileyeceği tahmin edilmektedir (104). Montgomery ve arkadaşları (1985)'nin çalışmasında düşük sosyoekonomik statüye sahip bakım verenlerin bakım yüklerinin fazla olduğu ve aşırı yüke bağlı sağlık sorunlarının arttığı belirtilmiştir (104).

Hasta ile birlikte kalma durumunun bakım verme yükü ortalama puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı ($p>0.05$) ancak hasta ile birlikte kalan bakım verenlerin bakım yükü ortalama puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hasta ile birlikte kalan bakım verenlerin bakım yükü ortalama puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo7). Bakım

verenlerin hastayla sürekli birlikte olması; bakım vereninin kendine vakit ayıramaması, sosyal hayatının kesintiye uğraması, kendi öz bakımlarını sürdürmede zorluk yaşaması bakım vermeyi stresli bir durum olarak algılamalarına neden olur (102). Williams (1993), bakım verenlerin stres yaşadıkları durumları; rahatsızlık, hapsedilmişlik duygusu, aile düzeninde bozulma, kişisel planlarda değişiklik, zaman yetersizliği, emosyonel uyumsuzluk, davranışların altüst olması, çalışmada bozulma, yorgun hissetme, uyku alışkanlığında bozulma, fiziksel ve finansal yönden zorlanma şeklinde belirlemiştir (107). Hasta ile sürekli birlikte olmaya bağlı olarak bakım verenlerin yaşayabileceği bu stresörlere bağlı olarak bakım yükünün daha fazla algılandığı düşünülmektedir (15).

Ailedeki rolün etkilenme durumuna göre bakım verme ortalama puanlarında farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$) (Tablo 7). Ailedeki rolü etkilenen bakım verenlerin bakım yükü ortalama puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırmamızda bakım verenlerin %62.5'inin ailedeki rolünün etkilendiği bulunmuştur (Tablo 2). Uğur'un araştırmasında bakım vermeden dolayı ev yaşantısında değişim yaşayan bakım verenlerin %40'ının ev ile daha az ilgilendiği, %10'unun çocuklara verdiği bakım süresinin azaldığı, %8'inin çocuğundan ayrıldığı saptanmıştır. İş yaşantısında değişim yaşayan bakım verenlerin %8'inin işinden sık sık izin aldığını, %2'sinin ise işiyle ilgilenmesinin azaldığını belirtmişlerdir (3). Ayrıca aile içi ilişkilerde değişim yaşayan bakım verenlerin %8'i aile içi ilişkilerde gerginlik oranının arttığını, %24'ü daha sık görüştiklerini, %2'si ise eşine daha çok bağlandığını belirtmiştir (3). Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin günlük yaşamları hastaya aktif bakım

verme nedeni ile kesintiye uğramakta, rollerinde farklılaşmalar meydana gelmektedir. Var olan rollere eklenen yeni rol ve sorumluluklar bakım verenlerin tüm enerji ve zamanını alarak bireylerde depresyon ve ümitsizlik gibi negatif duygulanımların oluşmasına neden olmaktadır (1). Given ve arkadaşları (1993) çalışmalarında hastasına bakım veren eşlerin sosyal sorunlarında en fazla değişimin rol ilişkilerinde yaşandığını belirtmiştir (108). Hastanın kanser tanısı aile bireylerine de bir takım roller yüklemektedir. Ancak bakımda temel rol almaları, bu role hazırlıksız yakalanmaları fiziksel ve ruhsal sorunlar yaşamalarına neden olur. Bu nedenle sağlık bakım profesyonelleri bakım verenlere bakım ile ilgili destek sağlayarak ve problem çözme becerileri kazandırarak algılanan negatif etkileri azaltmaya çalışmalıdır (109).

Bakım verenlerin hastalarına verdikleri bakım verme süresi arttıkça bakım verme yüklerinin arttığı ancak aradaki farkın anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Bu araştırma bulgusuna benzer olarak Zümrüt ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bakım verme süresinin bakım yükünü etkilemediği ancak 14 ay ve üzeri bakım verenlerin bakım yüklerinin diğer gruplara göre yüksek olduğu belirtilmiştir. Grunfeld(2004) meme kanserli hastalar ve bakım verenleri ile yaptığı bir çalışmada da bakım verme süreci ilerledikçe bakım verenlerde depresyon ve yükün arttığı saptanmıştır (12). Grunfeld ve Zümrüt ve arkadaşlarının araştırma sonuçları bu çalışmanın bulgularını destekler niteliktedir.

Hastasına 24 saat boyunca bakım verenlerin bakım verme yükü ortalama puanlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$) (Tablo 7). Bakım verenlerin %57 sinin 24 saat boyunca hastalarının yanında bulundukları belirlenmiştir. Babaoğlu'nun araştırmasında da terminal dönem

kanser hastasına bakım veren eşlerin %38.8'i hastanın yanında sürekli kaldığı (24 saat) belirtilmiştir. Bakım verme işlevinin bireye tam günlük bir sorumluluk getirdiği ve birçok kişinin bu rolü ev işleri, işsizlik veya ebeveynlik rolü ile beraberce yürütmelerinin hasta bireye olan yeterli bakımın verilememesine neden olabileceği belirtilmektedir. Sürekli olarak hastayla birlikte olan bakım verenler hastanın yaşadığı semptomlara daha çok tanık olmakta (özellikle kemoterapinin yan etkileri ve terminal dönem semptomları) ve bazen de semptomları gidermede yetersizlik yaşamakta ve bunlarda bakım verenlerde çeşitli ruhsal sıkıntıların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Yeterli bakım verememe ve yaşanan diğer sıkıntılara bağlı olarak bakım yükünün daha fazla algılandığı düşünülmektedir (110).

Bakımda destek varlığının bakım yükü ortalama puanlarında istatistiksel olarak fark oluşturduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$) (Tablo 7). Bakımda destek almayanların bakım yükü ortalama puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırma bulgularına göre bakım verenlerin %83' ü hastalarının bakımıyla ilgili destek aldıklarını belirlemiştir (Tablo 4). Chii ve arkadaşları(2009) algılanan sosyal desteğin bakım verme yükü üzerinde olumlu etkisi olduğunu belirtmektedirler (29). Yeh ve arkadaşları (2009) sosyal destek eksikliğinin bakım verenlerde önemli etkiler oluşturduğunu belirtmektedirler. Aile desteği ile bakım verenlerin kendilerine daha çok zaman ayırabileceklerini, enerjik olacaklarını ve genel sağlık hallerinin devam edeceğini belirtmişlerdir (94). Zümrüt ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında aile üyeleri ile bakım verme yükünü paylaşmanın bir kişiye düşen yükü azaltabileceği ve aile içinde her bireye bakımla ilgili eşit sorumluluk verilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (111). Eriksson ve

Lauri'nin (2000) yaptıkları çalışmalarında hastaya bakım verirken eşe destek veren kişi sayısının artması ile eşin aldığı sorumlulukların sayısının azaldığı ve bunun da eşin kendini daha az yorgun ve tükenmemiş hissetmesini sağladığı belirtilmektedir (112).

Bakımla ilgili bilgi veya eğitim almayanların bakım yükü ortalama puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 7). Bu çalışma bulgusunun aksine başka bir çalışma evdeki kanserli hastaların kontrolleri sırasında bakım verenlere uygulanan planlı eğitimin, bakım verenlerin bakım yükleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir düşmeye neden olduğu belirtilmiştir. Ayrıca eğitim sonucunda bakım vericilerin stres ortalamalarında anlamlı bir düşme görülmüştür (3). Rusinac ve arkadaşlarının 1995 yılında yaptığı bir çalışmada, bakım verenin bakım konusunda bilgisi artarsa ve onu bekleyen ne olduğunu bilirse stresinin ve bakım yükünün azalacağı, bakım görevini daha iyi yapacağı belirtilmiştir (99). Araştırmada bakım verenlerin bakım ile ilgili eğitimin bakıma nasıl katkı sağlayacağını farkında olmamalarının ve bakımda hastaları için en iyisini yaptıklarına inanmalarının bakımı yük olarak algılamamalarına neden olduğu düşünülmektedir.

Bakımda karşılaşılan güçlükler ile bakım verme yükü ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 7). Kanser tanısı ile hem hasta da hem de ailede fiziksel ve duygusal etkiler oldukça fazla görülür. Hastanın durumunun ilerlemesiyle ailede yeni duruma uyumda güçlükler görülür. Terminal döneme gelen hastanın ihtiyaçlarını karşılamak için ve ailenin ekonomik kaynaklarının karşılanmasında zorlanmalar görülür ve bu da bakım yükünün artmasına neden olmaktadır (54). Grunfeld ve arkadaşlarının

alışmasında bakım verenlerin ilaçlardan dolayı ekonomik yükünün fazla olduğu, yükün artması ile bakım verenin fonksiyonel durumunda düşüşlerin ortaya çıktığı belirtilmiştir (12).

Bakım verenlerin aileden algıladıkları sosyal destek arttıkça bakım yüklerinin azaldığı belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 8). Bu araştırma bulgusuna benzer olarak yapılan diğer araştırmalar da sosyal desteğin sağlanması bakım verenlerin yükünü azaltacağını göstermiştir (94). Malak(2008), bakım verirken sosyal destek alan ve umutsuz olmayan aile üyelerinin yükünün daha düşük olduğu belirtilmiştir (113). Kim ve arkadaşları (2005) yaptığı araştırmada sosyal desteğin eksikliğinin rollerde zorlanmalara neden olduğu ve sosyal desteğin dolaylı bir aracı olarak bakım yükünü azalttığını belirtmişlerdir (114). Güçlü bir sosyal ağ ve sosyal destek varlığında, daha fazla olumlu sonucun ortaya çıktığı, sosyal destekleri iyi olan bakım verenlerin daha az yük, depresyon ve sağlık problemi yaşadığı ve yaşam memnuniyetinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (5, 99, 115). Kronik hastalıklarda sosyal desteğin yetersiz olduğu durumlarda depresif bozuklukların daha kolay geliştiğı ve sosyal desteklerin yaşam stresinin yarattığı zararları hafifleterek ya da dengeleyerek hastalıklara karşı tampon görevi gördüğü belirtilmektedir (89). Bireylerin yakın arkadaşlarından ve ailelerinden duygusal destek alması, kendilerine değeri verildiğini hissettirerek bireylerin rahatlatmasını sağlar (73). Kendini değeri hissederek ve destek alan bakım verenlerin, kendini daha güçlü hissedeceği için bakım verme sürecinde daha etkin olabileceğı ve bakımla ilgili daha az sıkıntı yaşayacağı bu nedenle de bakım yükünü daha az algılayacağı düşünülmektedir.

Kanser hastalarına bakım verenlerin bakım verme yükü ve etkileyen faktörleri belirlemek ve bakım verenlerin algıladıkları sosyal desteğin bakım verme yüklerine etkisini incelemek amacıyla yapılan bu araştırmanın bulgularına göre aşağıdaki sonuçlara varılmıştır:

- Bakım verenlerin bakım vermeyi orta derecede yük olarak algıladığı ve algıladıkları sosyal desteğin yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerinden medeni durum, herhangi bir sağlık sorununun olup olmadığı ve sağlık giderlerini karşılamada güçlük yaşama durumunun bakım verme yükünü etkilediği tespit edilmiştir.
- Evli, sağlık sorunu olan ve sağlık giderlerini karşılamada güçlük yaşayan bakım verenlerin bakım verme yükünün yüksek olduğu bulunmuştur.
- Bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerinden yaş, cinsiyet ve eğitim durumu bakım verme yükünü istatistiksel olarak etkilemediği tespit edilmiştir.
- Bakım verenlerin bakım verme sürecine ilişkin özelliklerinden ailedeki rolün etkilenme durumu, hastanın bakıma ihtiyaç duyduğu zaman aralığı, bakımda güçlük yaşama durumu ve bakımda destek varlığının bakım yükünü etkilediği tespit edilmiştir.
- Hastası 24 saat boyunca bakıma ihtiyaç duyan bakım verenlerin ve bakım verirken ailedeki rolü etkilenenlerin bakım yüklerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Bakımda destek alan ve bakımla ilgili bilgi veya eğitim alan bakım verenlerin bakım verme yükünün düşük olduğu tespit edilmiştir.
- Bakım verenlerin bakım verme sürecine ilişkin özelliklerinden hasta ile birlikte kalma durumu, hastasına bakım verme süresinin, bakımla ilgili bilgi

durumunun ve bakım verme yükünü istatistiksel olarak etkilemediği tespit edilmiştir.

- Bakım verenlerin aileden algıladıkları sosyal destek arttıkça bakım yüklerinin azaldığı belirlenmiştir

Bu araştırma sonuçlarına göre;

- Kanserin bireyi ve aileyi eşit şekilde etkilediği dikkate alınarak belirlenen gereksinimlerin karşılanması yönünde, hasta ve bakım verenlere uygun kapsamlı eğitim programlarının planlanması ve uygun öğretme stratejileri kullanılması
- Hasta ve bakım verenlerin özellikleri belirlenerek; günlük yaşama yönünden risk altındaki grupların belirlenmesi ve destek gruplarının bu özelliklere göre oluşturulması
- Hemşirelerin kanser tedavisi, semptomları ve bakımı ile ilgili hasta ve bakım verenleri bilgilendirebilecek düzeyde eğitime sahip olması veya bu konuda özel olarak eğitilmiş olması
- Hemşirelerin, bakım verenleri bakım vermeye yönelik olarak bilgi ve teknik açıdan desteklemesi, bakımdaki yaşanan zorluklarla baş etmeleri için psikolojik destek sağlanması, zamanının büyük çoğunluğunu hastası ile birlikte geçiren bakım verenlerin dinlenmesi ve duygusal olarak rahatlayabileceği ortamlar oluşturulması veya bakım verenlere danışmanlık verilmesi
- Kanserli hastaya ve ona bakım verenlerin kanser tanısı ile birlikte bu durumla nasıl başa çıkacakları konusunda davranış geliştirmelerinin sağlanması

- Bakım verenlerin bakım verme dışında ailenin diğer rutinlerinden de sorumlu olmaları nedeniyle ev işi, çocuk bakımı gibi konularda yardım alabilecekleri sosyal kaynaklar konusunda bilgilendirilmesi ve yönlendirilmesi
- Hasta ve bakım verenlerin farklı bölgelerden tedavi ve kontrol amacıyla ve uzun süreli hastanede kalmaları gerektiği durumlarda; bulundukları hastanelerde bakım verme süreci boyunca rahatlıkla kalabilecekleri uygun hastane koşullarının sağlanması
- Bakım verenlerin sağlık durumlarının belirli aralıklarla bütüncül olarak kontrol edilmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Babaoğlu E, Öz F. Terminal Dönem Kansere Hastasına Bakım Veren Eşlerin Duygusal ve Sosyal Sorunları Arasındaki İlişki. Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi 2003; (2): 24-33.
2. Görgülü Ü. İleri Evre Kansere Hastalarına Bakım Verenlerin Yorgunluk ve Uyku Kalitesine Hemşirenin Eğitim ve Danışmanlık Hizmetinin Etkisi. Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2010.
3. Uğur Ö. Onkoloji Hastalarına Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi. Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2006.
4. Cimete G. Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Evde Bakımda Hemşirenin Yeri. Marmara Üniversitesi 1. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı 1998; 7-16.
5. Longman AJ, Atwood JR, Sherman JB, et al. Care Needs of Home-Based Cancer Patients and Their Caregivers. Cancer Nursing 1992; 15(3): 182-190.
6. Mor V, Allen S, Malin M. The Psychosocial Impact of Cancer on Older Versus Younger Patients and Their Families. Cancer Supplement 1994; 74(7): 2118-2127.
7. Ferrel BR. Pain management at home. Cancer Nursing 1993; 16(3): 169-177.
8. Özkan S. Kanser hastası-Aile-Tedavi Ekibi. Psikiyatri, İstanbul: 2007; 169-174.
9. Given BA, Given CW, Kozachik S. Family Support in Advanced Cancer. CA: A Cancer Journal for Clinicians 2001; 51: 213-231.
10. Karakaş SA. Kanser Hastalarının Hastalığı Değerlendirme Biçimlerinin Anksiyete Depresyon ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2007.
11. Okçin F. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2007.
12. Grunfeld E, Coyle D, Whelan T. et al. Family Caregiver Burden: Results of A Longitudinal Study of Breast Cancer Patients and Their Principal Caregivers. CMAJ 2004; 170(12): 1795-1801.
13. Bilge A, Ünal G. Kanserli Hastanın Yakınlarının Öfke ve Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005; 21(2): 37-46.
14. Karabuğa H. Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2009.

15. Şahin ZA. Kemoterapi Hastalarına Bakım Veren Aile Bireylerinin Gösterdikleri Tepkiler ile Öfke İfade Tarzlarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2009.
16. Given B, Wyatt G, Given C, Sherwood P, Gift A, DeVoss D, Rahbar M. Burden and Depression Among Caregivers of Patients with Cancer at the End-of-life. *Oncology Nursing Forum* 2004; 16: 31(6): 1105- 1117.
17. Fadiloğlu Ç. Kanser ve Bakımı. II. Ege Dahili Tıp Günleri Kronik Hastalıklarda Bakım II Kitabı İzmir: 2003; 83-128.
18. Cameron JI, Shin JL, Williams D, Stewart DE. A Brief Problemsolving Intervention for Family Caregivers to Individuals with Advanced Cancer. *Journal of Psychosomatic Research* 2004; 57(2): 137-143.
19. Mei-Ling C, Chu L, Hsiu Chuan C. Impact of Cancer Patients' Quality of Life on That of Spouse Caregivers. *Supportive Care in Cancer* 2004; 12: 469–475.
20. Nijboer C, Triemstra M, Tempelaar R, Sanderma R, van den Bos, GA. Determinants of Caregiving Experiences and Mental Health of Partners of Cancer Patients. *Cancer* 1999; 86(4): 577-588.
21. Yüzer S, Yiğit R, Taşdelen B. Çocuğu Hastanede Yatan Annelerin Aldığı Sosyal Destek ile Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009; 9(4): 54-62.
22. Özyurt BE. Kanser Hastalarının Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyine İlişkin Betimsel Bir Çalışma. *Kriz Dergisi* 2007; 15 (1): 1-15.
23. Khorshid L, Arslan GG. Hemşirelik ve Sosyal Desteğin Önemi. *Dirim*. 2006; 182-188.
24. Bloom JR. Social Support of The Cancer Patient and The Role of The Family. In: Baider L, Cooper CL, De-Nour A.K. (Editors). *Cancer and The Family*. John Wiley&Sons, England: 1996; 31-52.
25. Kübler-Ross E. Sorular ve Cevaplarla Yaşamın Son Günleri. G. Terakye (Çev. Ed.). Hürbilek Matbaacılık, Ankara: 1995.
26. Bertero CM. Types and Sources of Social Support for People Afflicted with Cancer. *Nursing And Healty Sciences* 2000; 2: 93-101.
27. Holmberg SK, Scott LL, Alexy W, Fife BL. Relations Issues of Women with Breast Cancer. *Cancer Nursing* 2001; 24(1): 53-60.
28. Eylen B. Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeğinin Geçerlik, Güvenirlik ve Faktör Yapısı Üzerine Bir Çalışma. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2002; 15(1): 109-117.

29. Chiou CJ, Chang HY, Chen IP, Wang HH. Social Support and Caregiving Circumstances as Predictors of Caregiver Burden in Taiwan. Archives of Gerontology and Geriatrics 2009; 48: 419-424.
30. Given B. et all. Family Caregiver Burden from Cancer Care, In: R.McCorkle (Eds). Cancer Nursing Philadelphia 1996; 93-109.
31. Hocaoglu Ç, Kandemir G, Civil F. Meme Kanserinin Aile İlişkilerine Etkileri. Meme Sağlığı Dergisi 2007; 3(3): 163-165.
32. Terakye G. Kanserli Hasta Yakınlarıyla Etkileşim. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu ED 2011; 4 (2): 78-82.
33. Kayış A. Kanser Hastalarının Hastalık Algısı ve Umutsuzluk Düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2009.
34. Amerikan Kanser Birliği. Hemşireler İçin Kanser El Kitabı. 2. Baskı, Ankara: 4. Akşam Sanat Okulu Matbaası, 1998.
35. Courtens AM, Stevens FC, Crebolder HF, Philipsen H. Longitudinal Study on Quality Life and Social Support Cancer Patients. Cancer Nursing (Electronic Journal) 1996; 19(3): 162-169.
36. Yaman LS. “Kanser nedir? Ne değildir?”. <http://www.turkkanser.org.tr/pdf/kanser> 25.12.2011.
37. “Kanser nedir?”. http://www.iuonkolojiensitüsü.org/pdf/halk/kanser_nedir.pdf 13.9.2011
38. Tuncer M. “Kanserin Ülkemiz ve Dünyada Önemi, Hastalık Yüğü ve Kanser Kontrol Politikaları”. <http://www.ukdk.org/pdf/kitap> 13.9.2011.
39. Türkiye Kanser İstatistikleri, Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu
http://www.turkkanser.org.tr/pdf/turkiye%20_istatistikler-2pdf 13.9.2011
40. Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu. “Dünya Kanser Raporu 2008”. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789283204237_tur_p1. 21.06.2010.
41. Blum K, Sherman DW. Understanding The Experience of Caregivers: A Focus on Transitions. Seminars in Oncology Nursing, 2010; 26 (4): 243-258.
42. Berkarda B. Kanserin Biyolojisi. : Berkarda B, Hatemi H. (Editörler). Medikal Onkoloji. Tavashlı Matbaacılık 2002; 9-13.
43. Kutluk T, Kars A. Kanser Konusunda Genel Bilgiler. T.C.S.B. Kanser Savaş Daire Başkanlığı, Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Yayınları.1994; 9-14.
44. Akdemir N. Kanser ve Hemşirelik Bakımı. Birol L, Akdemir N. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 2.Baskı, Ankara: 2004; 243-306.

45. Desch CE. Kanser Etiyolojisi. Onkojenler ve Çevresel/Toksik Karsinojenler. Cecil Essentials of Medicine – Türkçe 5. Baskı, 2001; 485-488.
46. Casciato DA, Lowitz BB. Medikal Onkoloji ve Kanser Biyolojisinin Temelleri. Osman Manavoğlu(Editör) . Klinik Onkoloji El Kitabı. Bölüm 1, 4.baskı, Ankara: Palme, 2004.
47. Tripathy D, Rubenstein J. Neoplazi. Çoban E, Süleymanlar G.(Çeviri editörü). Hastalıkların Patofizyolojisi, Klinik Tıpla Bir Tanışma. Bölüm 5, 4.Baskı Ankara: Palme, 2006.
48. Aslan FE, Olgun N. Onkoloji. Karadakovan A, Aslan FE. (Editör). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Nobel Kitapevi, Adana: 2010; 189-276.
49. Armstrong L, Dauncey G, Wordsworth A. Kanser Salgınına Önlemek İçin 101 Çözüm Önerisi. Topuz E. (Çeviren) İstanbul: Alfa, 2009.
50. Özet A, Kömürcü Ş. “Kanserli Olgularda Tedavi İlkeleri”.
[http: // www.tpog.org.tr/pdf/hem 30.03.2011](http://www.tpog.org.tr/pdf/hem 30.03.2011).
51. Çınar S. Kan Transfüzyonu ve Kemik İliği Transplantasyonu. Eti Aslan F. Karadakovan A. (Editör). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Nobel Kitapevi, Adana: 2010; 671-685.
52. Özkan S. Liyezon modeli içinde kanser hastalarına bütüncül hizmet. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi. 1995: 58-66.
53. Savcı AB. Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesini ve Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2006.
54. Park CH, Shin DW, Choi JY. et all. Determinants of The Burden and Positivity of Family Caregivers of Terminally ill Cancer Patients in Korea. Psycho-Oncology 2010; DOI: 10.1002/pon.1893.
55. Nijboer C, Tempelaar R, Sanderman R, Triemstra M, Spruijt RJ, van den Bos GA. Cancer and Caregiving: The Impact on The Caregiver's Health. Psychooncology 1998; 7(1): 3-13
56. Hinds C. The Needs of Families Who Care for Patients with Cancer at Home: are we meeting them?. Journal of Advanced Nursing 1985; 10: 575-581.
57. Yeşilbalkan ÖU, Akyol AD, Çetinkaya Y, Altın T, Ünlü D. Kemoterapi Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye Bağlı Yaşadıkları Semptomlar ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005; 21(1): 13-31.
58. Girgis A, Johnson C, Aoun S, Currow D. Challanges Experiences by Informal Caregivers in Cancer. Cancer Forum 2006; 30: 21-24.
59. Given B, Sherwood PR. Family Care for The Older Person with Cancer. Seminars in Oncology Nursing 2006; 22: 43-50.

60. Northouse LL, Mood DW, Schafenacker A, et al. Randomized Clinical Trial of A Family Intervention for Prostate Cancer Patients and Their Spouses. *Cancer* 2007; 110: 2809-2818.
61. Yarbro CH, Frogge HM, Goodman M, Groenwald SL (editors). *Cancer Nursing Principles and Practice*. 5th ed. London: Jones and Barlett Publishers 2006; 352-486.
62. Fadiloğlu Ç. Kanser Hastalarında Evde Bakım. İçinde: Uyar M, Uslu R, Kuzeyli Yıldırım Y.(Editör). *Kanser ve Palyatif Bakım*. İzmir: Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri; 2006: 371-402.
63. Casciato DA, Lowitz BB. Kanser bakımının psikososyal özellikleri. Osman Manavoğlu(Editör) . *Klinik Onkoloji El Kitabı*. Bölüm 6, 4.baskı, Ankara: Palme, 2004.
64. Birol L.Hemşirelik Süreci Hemşirelik Bakımında Bilimsel Yaklaşım. *Etki Matbaacılık Yayıncılık*, İzmir: 2005.
65. Yıldırım S, Gürkan A. Psikososyal Açıdan Kanser ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2010; 26 (1): 87-97.
66. Açlalar N. Kanserde Psikososyal Bakım. Topuz E, Aydın A. *Klinik Onkoloji Temel İlkeleri ve Hemşirelik Bakımı*. 4.Baskı, İstanbul: Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı 1997; 98-101.
67. Erdine S. Kanserde Palyatif Bakımın Organizasyonu. Erdine S. *Kanserde Palyatif Bakım*. 5.Baskı, İstanbul: Sandoz Ürünleri AŞ, 1993; 285-293.
68. Yücel A. Ağrı Kontrolünde Hemşirelerin Rolü. Topuz E, Aydın A. *Klinik Onkoloji Temel İlkeleri ve Hemşirelik Bakımı*. 4.Baskı, İstanbul: Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı 1997: 93-97.
69. Akın S, Aslan E. Semptom Grubu Kavramı ve Önemi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2007; 15 (60): 200-205. ISSN 1304-4869
70. Kapucu S. Kanserli Hastada Yaşam Kalitesi ve Hemşirenin Rolü. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2004; 11(2): 74-80.
71. Gündoğdu F. “Etkin Kemoterapi Uygulamaları, Hasta ve Ailesinin Eğitimi”. <http://www.tpog.org.tr/pdf/hem> 14.06.2010.
72. Bayramova N. Amiyotrofik Lateral Skleroz’lu (ALS) Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri ve Bakım Verenlerin Bakım Yükünün Belirlenmesi. *Doktora Tezi*, İzmir: Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008.
73. İnci FH. Bakım Verme Yükü Ölçeği’nin Türkçe’ye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenirliği. *Yüksek Lisans Tezi*, Denizli: Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2006.

74. Alpteker H. 65 Yaş ve Üstü Bireylere Evde Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008.
75. Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat AY. Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yüğü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar- Current Approaches in Psychiatry 2011; 3(3): 513-552 eISSN: 1309-0674 pISSN: 1309-0658
76. İnci FH, Erdem M. Bakım Verme Yüğü Ölçeğı'nin Türkçe'ye Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenilirliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 11: 4.
77. Gaston-Johansson F, Lachica E, Fall-Dickson JM, Kennedy MJ. Psychological Distress, Fatigue, Burden of Care, and Quality of Life in Primary Caregivers of Patients with Breast Cancer Undergoing Autologous Bone Marrow Transplantation. Oncology Nursing Forum 2004; 31(6): 1161-1169.
78. McMillan SC, Small BJ, Weitzner M.et all. Impact of Coping Skills Intervention With Family Caregivers of Hospice Patients With Cancer. Cancer 2005; 2: 214-222.
79. Akpınar B. Alzheimer Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerin Cinsiyetinin Bakım Veren Yüğü Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2009.
80. Baer SD. Dependent Care, Caregiver Burden and Self- Care Agency of Spouse Caregivers. Cancer Nursing 1993; 16(3): 230-236.
81. Küçükgüçlü Ö. Bakım Verenlerin Yüğü Envanteri'nin Türk Toplumı İçin Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2004.
82. Weitzner MA, Haley WE, Chen H. The Family Caregiver of The Older Cancer Patient. Hematology/ Oncology Clinics of North America 2000; 14(1): 269-281.
83. Sarı D, Eşer İ, Khorshid L. Kanseri Hastalarına Bakım Veren Yakınlarının Uyku Kalitesi ve Depresyon Düzeyleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu 2010; 26(1): 1-10.
84. Özbaş AA. Meme Kanseri Hastalarının Distres ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008.
85. Shumaker NM. Oncology Social Work, A Clinician's Guide. The American Cancer Society. Atlanta,1993.
86. Kaner S. Aile Destek Ölçeğı: Faktör Yapısı, Güvenirlik ve Geçerlik Çalışmaları. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi 2003; 4(1): 57-72.

87. Ardahan M. Sosyal Destek ve Hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 9(2): 68-75. ISSN: 1301-9899
88. Kızıler E. Kanserli Çocuğu Olan Ailelerin Sosyal Destek Algısı, Umutsuzluk ve Başetme Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: GATA, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2007.
89. Dedeli Ö, Fadiloğlu Ç, Uslu R. Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durumları ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi. Türk Onkoloji Dergisi 2008; 23(3): 132-139.
90. Sales E. Family Burden and Quality of Life. Quality of Life Research 2003; 12: 33-41.
91. Myaskovsky L, Dew MA, Switzer GE, et all. Quality of Life And Coping Strategies Among Lung Transplant Candidates And Their Family Caregivers. Social Science & Medicine 2005; 60: 2321-2332.
92. Faulkner M, Davies S. Social Support in The Healthcare Setting: The role of volunteers. Health and Social Care in The Community. 2005; 3(1): 38-45.
93. Özcanlı D. Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Duygusal ve Sosyal Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2005.
94. Yeh PM, Wierenga ME, Yuan SC. Influences of Psychological Well-Being, Quality of Caregiver-Patient Relationship, and Family Support on The Health of Family Caregivers for Cancer Patients in Taiwan. Asian Nursing Research 2009; 3(4): 154-165.
95. Procidano ME, Heller K. Measures of Perceived Social Support from Friends and from Family. Three validation studies. American Journal of Community Psychology, 1983; 11(1): 1-24.
96. Sorias O. Sosyal Desteğin Değerlendirilmesi: Toplumdan Seçilmiş Bir Örneklemede Sosyal Ağın Yapısal Özellikleri ile Algılanan Destek. Seminer Psikoloji Dergisi 1989; 6: 23-33.
97. Mollaoğlu M, Tuncay FÖ, Fertelli TK. İnmeli Hasta Bakım Vericilerinde Bakım Yüğü Ve Etkileyen Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu ED 2011; 4(3): 125-130.
98. Aşiret GD. İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Yüğü. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2011.
99. Scherbring M. Effect of Caregiver Perception of Preparedness on Burden in an Oncology Population. Oncology Nursing Forum 2002; 29(6): 70-76.
100. Kuo TT, Ma FC. Symptom Distres and Coping Strategies in Patients With Non-small Cell Lung Cancer. Cancer Nursing 2002; 25(4): 309-317.

101. Francis LE, Worthington J, Kypriotakis G, Rose JH. Relationship Quality and Burden Among Caregivers for Late-Stage Cancer Patients. *Support Care Cancer* 2010; 18: 1429–1436 DOI 10.1007/s00520-009-0765-5
102. Niiboer C, Tempelaar R, Triemstra AHM, Sanderman R, van den Bos GAM. Caregiver Burden Among Partners of Cancer Patients. *European Journal of Cancer* 1997; 33(8): 74-74.
103. Altun İ. Hasta Yakınlarının Bakım Verme Rolünde Zorlanma Durumları. 1. Ulusal Evde Bakım Kongresi Bildiri Kitabı İstanbul: 1998; 71–78.
104. Montgomery JRJ, Gonyea JG, Hooyman NR. Caregiving and The Experience of Subjective and Objective Burden. *Family Relations* 1985; 34: 19-26.
105. Oberst MTRN. Self Care Burden, Stres Apraissal and Mood Among Persons Receiving Radioterapy. *Cancer Nursing* 1991; 14(2): 71-78.
106. Çetinkaya Y. Kanser Hastalarına Bakım Verenlerde Stres, Stres Yaratan Durumlar ve Etkilerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2006.
107. Williams AM. Caregivers of Persons with Stroke: Their Physical and Emotional Welbeing. *Quality of Life* 1993; 2(2): 213-220.
108. Given C, Stommel M, Given B, Osuch J, Kurtz M, Kurtz J. The Influence of Cancer Patients 'Symptoms and Fuctional States on Patients Depression and Family Caregivers' Reaction and Depression. *Health Psychol.* 1993; 12: 277-285.
109. Haley WE. Family Caregivers of Elderly Patients with Cancer: Understanding and Minimizing the Burden of Care. *J Support Oncol* 2003; 1(2): 25-29.
110. Gürel DK. Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Erişkin Onkoloji, Hematoloji Kliniklerinde Kemoterapi Uygulanan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2007.
111. Şahin ZA, Polat H, Ergüney S. Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009; 12(2): 1-9.
112. Eriksson E, Lauri S. Informational and Emotional Support for Cancer Patients Relatives. *European Journal of Cancer Care* 2000; 9(1): 8-15.
113. Malak AT, Dicle A. Beyin Tümörlü Hastalarda Bakım Verenlerin Yüğü ve Etkileyen Faktörler. *Türk Nöroşirürji Dergisi* 2008; 18: 118-121.

114. Kim Y, Duberstein PR, Sörensen S, Larson MR. Levels of Depressive Symptoms in Spouses of People with Lung Cancer: Effects of Personality, Social Support, and Caregiving Burden. *Psychosomatics* 2005; 46(2): 123-130.
115. Cimprich B. Prethreatment Symptom Distress in Women Newly Diagnosed with Breast Cancer. *Cancer Nursing* 1999; 22(3): 185-194.

8. EKLER

EK I: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

EK II: Hasta Yakını Soru Formu

EK III: Bakım Verme Yüğü Ölçeği

EK IV: Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASD-AL)

EK V: Fırat Üniversitesi Tıp Fakóltesi Etik Değerlendirme Komisyonu onay yazısı

EK VI: Fırat Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği çalışma izini yazısı

EK-I BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

“Kanser hastasına bakım veren aile bireylerinin bakım vermede yaşadıkları sorunları etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve algılanan sosyal desteğin incelenmesi” konusunda bir araştırma yapmaktayız.

Kanser tanısı almış bireylerin bakım gereksinimleri önemli ölçüde siz aile bireyleri tarafından karşılanmaktadır. Kanser hastalık süreci ilerledikçe yorgunluk, halsizlik, uykusuzluk, bulantı kusma, enfeksiyona yatkınlık, ağızda yara, ağrı ve iştahsızlık gibi yakınmalarında artma belirtmekte ve sizlere olan bağımlılıkları artmaktadır. Hastaların hastalıklarına ve tedavilerine bağlı olarak yaşadıkları yan etkiler ve duygusal sıkıntılar, aile bireylerinde zaman zaman güçlük yaratabilmektedir. Bu çalışmayı hastanıza bakım vermede yaşadığınız güçlükleri ve gereksinimlerinizi belirlemek amacıyla yapıyoruz. Sizlerin yaşadığı sorunlar ve güçlüklerinizin neler olduğunu öğrenmek size nasıl yardımcı olabileceğimizi anlamada ve daha iyi bakım vermede yardımcı olacaktır. Araştırmaya ayıracağınız süre 15-20 dakikadır.

Yukarıdaki, araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Bana, aşağıda konusu belirtilen araştırmayla ilgili yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı ve katılmama hakkımın olduğunu, araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğum gibi, kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, kendi rızam ile katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı Soyadı:

Adres:

Telefon-İmza:

Görüşme Tanığı Adı Soyadı:

Adres:

Telefon-İmza:

Katılımcı ile görüşenin Adı Soyadı, Ünvanı:

Adres:

Telefon-İmza:

EK-II

HASTA YAKINI SORU FORMU

1. Anket No: Tarih: / /
2. Yaşınız:
3. Cinsiyetiniz:
- ☐ Kadın
- ☐ Erkek
4. Medeni Durumunuz:
- ☐ Evli
- ☐ Bekar
- ☐ Boşanmış
- ☐ Dul
- ☐ Ayrı yaşıyor
5. Yakınlık derecesi:
6. Eğitim durumunuz:
- ☐ Okur-yazar değil
- ☐ Okur Yazar
- ☐ İlkokul
- ☐ Ortaokul
- ☐ Lise
- ☐ Üniversite
- ☐ Diğer:
7. İş durumu
- ☐ Çalışıyor
- ☐ Çalışmıyor

8. Çalışma Koşulları:

- ☐ Emekli
- ☐ Tam gün
- ☐ Yarım gün

9. Birlikte yaşadığınız kişiler:

- ☐ Yalnız
- ☐ Çocuklarıyla
- ☐ Eşiyle

10. Yaşadığınız yerde hastanızla birlikte mi kalıyorsunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

11. Herhangi bir hastalığınız/sağlık sorunuz var mı?

- ☐ Evet

Varsa lütfen ne olduğunu açıklayınız.....

- ☐ Hayır

12. Gelir düzeyiniz:

- ☐ Gelir giderden düşük
- ☐ Gelir ve Gider eşit
- ☐ Geliri giderden yüksek

13. Hastanızın sağlık giderlerini karşılamada herhangi bir güçlüğü var mı?

- ☐ Evet:

Varsa lütfen açıklayınız.....

- ☐ Hayır

14.Hastanıza ne kadar süredir bakım veriyorsunuz?

- ☐ 3-12 ay
- ☐ 13-24 ay
- ☐ 24 ay ve üzeri

15. Hastanız size, gün içerisinde en çok hangi zaman aralığında ihtiyaç duyuyor?

- ☐ Gece
- ☐ Gündüz
- ☐ Öğlen

16. Hastanızın bakım gereksinimleri hakkında bilgiye sahip misiniz?

- ☐ Bilgi sahibiyim
- ☐ Bilgi sahibi değilim
- ☐ Kısmen bilgi sahibiyim

17. Hastalık ve tedavi süresince ortaya çıkabilecek sorunlar hakkında herhangi bir bilgi ya da eğitim aldınız mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

18. Cevabınız evet ise bu konuda kimden bilgi aldınız?

(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Doktor
- ☐ Hemşire
- ☐ Başka bir hasta
- ☐ Kitap/internet
- ☐ Diğer.....

19. Aldığınız bilginin içeriği (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz):

- ☐ Hastalıkla ilgili
- ☐ Tedavinin ne olduğu
- ☐ Tedavinin yan etkileri
- ☐ Hastaneden taburcu olduktan sonra evde bakım
- ☐ Yapılacak tetkikler ve kontroller
- ☐ Diğer (lütfen açıklayınız):

20. Size verilen bilgileri yeterli buluyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

21. Başka hangi konularda bilgi verilmesini isterdiniz? Açıklayınız:

.....

22. Tercih ettiğiniz öğrenme şekli (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz):

- ☐ Sağlık personeli (doktor/hemşire) tarafından bana anlatılmasını isterim,
- ☐ Yazılı bilgilerin bana verilmesini isterim
- ☐ Görerek/yaparak öğrenmek isterim
- ☐ Başka hasta yakınlarıyla tanışmak, görüşmek ve onların deneyimlerinden yararlanmak isterim

23. Hastanıza bakım sürecinde en fazla hangi yönden destek oluyorsunuz?

- ☐ Psikolojik/duygusal destek
- ☐ Fiziksel bakımda yardım
- ☐ Parasal yardım
- ☐ Diğer.....

24. Aile içi ortamdaki rolünüzü açıklayınız?.....

25. Hastanıza sağladığınız bakım nedeniyle aile içindeki ve iş ortamındaki rolünüz olumsuz etkilendi mi?

() Evet

() Hayır

26. Hastanızın bakımında size yardımcı/ alternatif bireyler var mı?

(Cevabınız Hayır ise lütfen 35. soruya geçiniz)

() Evet

() Hayır

27. Cevabınız ‘evet’ ise yardımcı olan kişilerin sayısını ve yakınlık derecesini yazınız.

() Kişi sayısı :

() Yakınlık derecesi :

28. Hastanızın bakımında yardımcı olan bu kişilerin size hangi konularda yardımcı olduğunu açıklayınız.(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

() Parasal yardım

() Randevular

() Fiziksel bakımda yardım

() Ev temizliği

() Ulaşım/transport hizmeti

() Yemek

() Diğer.....

29.Hastanıza bakım verirken karşılaştığınız güçlükler nelerdir? Belirtiniz.

EK- III

BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ

Açıklama: Aşağıda insanların bir başkasına bakım verirken hissettiklerini yansıtan ifadeler bulunmaktadır. Her bir sorudan sonra sizin bu duyguları hiçbir zaman, nadiren, bazen, oldukça sık ve hemen her zaman olmak üzere hangi sıklıkla yaşadığınızı gösteren ifadeler yer almaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

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

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

EK-IV

AİLEDEN ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

YÖNERGE: Aşağıda, çoğu insanın ailesiyle ilişkilerinde yaşadıkları duygu ve deneyimleri yansıtan ifadeler verilmiştir. Her ifade için: **EVET, HAYIR ve BİLMİYORUM** olmak üzere üç yanıt vardır. Lütfen, her ifadeyi okuyarak, duygularınızı yansıtan cevabı her bir ifadenin önündeki karelerden uygun birinin içine (x) koyarak belirtiniz.

	EVET	HAYIR	BİLMİYORUM
1.Ailem bana gereğince manevi destek olur.	()	()	()
2.Neyi nasıl yapacağım konusunda ailemden faydalı öğütler alırım.	()	()	()
3.Pek çok insan ailesine benim aileme olduğumdan daha yakındır.	()	()	()
4.Ailemde kendime yakın hissettiğim kişilere bir derdimi açtığımda bunun onları rahatsız ettiği fikrine kapılıyorum.	()	()	()
5.Ailem fikirlerimi duymaktan hoşlanır.	()	()	()
6.Ailemdeki kişilerle ilgi alanlarımız büyük ölçüde çakışır.	()	()	()
7.Ailemdeki bazı kişilerin sorunları olduğunda veya danışmak amacıyla bana başvururlar.	()	()	()
8.Ailemin duygusal desteğine güvenirim	()	()	()
9.Ailemde bir derdim olduğu zaman sonradan komik kaçacağını düşünmeden gidebileceğim bir kişi var.	()	()	()
10. Ailemle çeşitli konulardaki düşüncelerimizi birbirimize açık açık söyleriz.	()	()	()
11.Ailem benim kişisel gereksinimlerime karşı duyarlıdır.	()	()	()
12.Ailemde ki kişiler duygusal desteğe ihtiyaçları olduğunda bana başvururlar.	()	()	()
13.Ailem sorunlarımı çözmede bana yardımcı olurlar.	()	()	()
14.Bazı aile fertleriyle aramda karşılıklı derin bir ilişki vardır.	()	()	()
15.Ailemdeki kişiler neyi nasıl yapacakları konusunda benden faydalı fikirler edinirler.	()	()	()
16.Ailemdeki kişilere sırlarımı açmak beni rahatsız eder.	()	()	()
17.Aile fertleri tarafından aranan biriyimdir.	()	()	()
18.Ailem problemlerini çözmede onlara yardımcı olduğumu düşündüklerini sanıyorum.	()	()	()
19.Ailemdeki hiç kimseyle, diğer insanların ailesindeki kişilerle olan ilişkisi kadar, yakın bir ilişkim yok.	()	()	()
20. Ailemin çok daha farklı olmasını isterdim.	()	()	()

EK V

**T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Etik Değerlendirme Komisyonu Başkanlığı**

Sayı : 135

12/10/2010

Konu : Etik Değerlendirme Komisyonu Kararı

**Elazığ Sağlık Yüksekokulu
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığına**

İlgi : 05.10.2010 tarih ve 323-25 sayılı yazınız.

Erzurum Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU yönetiminde yüksek lisans öğrencisi Özlem İKDE ÖNER'in "Onkoloji Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi" konulu yüksek lisans tez çalışması görüşülmüş ve etik olarak uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof. Dr. Mehmet TOKDEMİR
Komisyon Başkanı

EKİ:

Etik Değerlendirme Komisyonu Kararı 1 (bir) sayfa

EK VI

T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
İÇ HASTALIKLARI A.B.D
TIBBİ ONKOLOJİ B.D. BAŞKANLIĞI

Sayı: 19
Konu: Tez çalışması

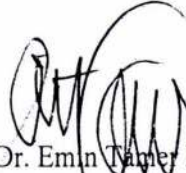
20/09/2010

BAŞHEKİMLİK MAKAMINA

İLGİ: B.30.FIR.0.A9.00.00/4877 sayılı yazınıza istinaden

Sağlık Müdürlüğü Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi
Özlem İKDE ÖNER'in "Onkoloji Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü ve
Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi "adlı tez çalışmasını, Tıbbi Onkoloji Kliniğinde
yapması açısından sakınca yoktur.

Gereğini Bilgilerinize arz ederim.


Doç.Dr. Emin Taher ELKIRAN
Tıbbi Onkoloji B.D. Bşk.

9.ÖZGEÇMİŞ

1974 Elazığ doğumluyum. İlk ve orta öğrenimimi Elazığ' da tamamladım. 1995 yılında İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu'ndan mezun oldum. 1996 yılında Fırat Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nda Öğretim Görevlisi olarak başladım. 2004 yılında Fırat Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Moleküler Biyoloji Anabilim Dalı'nda yüksek lisansımı tamamladım. Halen Fırat Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda Öğretim Görevlisi olarak görev yapmaktayım ve 2 çocuk annesiyim.