

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

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ HASTANESİNDE YATMAKTA  
OLAN HASTALARA BAKIM VERENLERİN SOSYODEMOGRAFİK  
ÖZELLİKLERİNİN VE YAŞAM KALİTELERİNİN, HASTALARIN YAŞAM  
KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

**Öğr. Gör. Dr. Pınar GÜNER ÜLİÇ**

**Kanser Epidemiyolojisi Programı**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ANKARA**

**2022**



**T.C.**

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ HASTANESİNDE YATMAKTA  
OLAN HASTALARA BAKIM VERENLERİN SOSYODEMOGRAFİK  
ÖZELLİKLERİNİN VE YAŞAM KALİTELERİNİN, HASTALARIN YAŞAM  
KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

**Öğr. Gör. Dr. Pınar GÜNER ÜLİÇ**

**Kanser Epidemiyoloji Programı**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI**

**Prof. Dr. K. Mutlu HAYRAN**

**ANKARA**

**ONAY SAYFASI**

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ HASTANESİNDE YATMAKTA OLAN  
HASTALARA BAKIM VERENLERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN VE YAŞAM  
KALİTELERİNİN, HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Öğrenci: Pınar Güner Üliç  
Danışman: Prof. Dr. K. Mutlu Hayran

Bu tez çalışması 17/05/2022 tarihinde jürimiz tarafından "Kanser Epidemiyolojisi Programı" nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

**İmza**

Jüri Başkanı: Prof. Dr. K. Mutlu Hayran  
H.Ü. Kanser Enstitüsü

Tez Danışmanı: Prof. Dr. K. Mutlu Hayran  
H.Ü. Kanser Enstitüsü

Üye: Prof. Dr. Ömer Dizdar  
H.Ü. Kanser Enstitüsü

Üye: Prof. Dr. Saadettin Kılıçkap  
İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

01 Haziran 2022

Prof. Dr. Müge YEMİŞÇİ ÖZKAN  
Enstitü Müdürü

## YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan “Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge” kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- o Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. (1)
- o Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ... ay ertelenmiştir. (2)
- o Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmişti

Pınar Güner Üliç

-----  
1“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”

(1) Madde 6. 1. Lisansüstü tezle ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.

(2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.

(3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir \*. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.

Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

\* Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.

## ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, Tez Danışmanının nvanı, Adı SOYADI danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Pınar Güner li

## TEŞEKKÜR

Hem akademik hem de sosyal yaşamımda değerli bilgi ve tecrübeleri ile bana yol gösteren ve destek olan değerli danışman hocam Prof. Dr. Mutlu Hayran'a teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Hacettepe Üniversitesi Kanser Enstitüsü Prevanatif Onkoloji Anabilim Dalında görev yapmakta olan değerli hocalarım ve çalışma arkadaşlarıma, akademik çalışmalarım ve tez aşamasında bana desteğini sabırla sunan değerli meslektaşım ve arkadaşım Deniz Yüce'ye teşekkür ederim.

Yaşamım boyunca her konuda benim yanımda olup her zaman beni destekleyen sevgili babam Faruk Güner, annem Emine Güner ve ablam Özlem Güner'e, sabrı ve sevgisiyle yanımda olan sevgili eşim Berk Üliç'e teşekkür ederim.

## ÖZET

**Güner Üliç. P., Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesinde Yatmakta Olan Hastalara Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerinin ve Yaşam Kalitelerinin, Hastaların Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Epidemiyoloji Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2022.** Kanser, hastalık tanısı konulduğu andan itibaren hastaların ve hastalara bakım veren kişilerin yaşam kalitesini etkileyen kronik bir hastalıktır. Hastalara ait birçok özellik yanında, bakım verenlerin bazı özellikleri de hastaların yaşam kalitesini etkileyen faktörler arasındadır. Bu çalışmada kanser hastalarına bakım verenlerin bazı sosyodemografik özelliklerinin ve yaşam kalitelerinin, hastaların yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Kesitsel tipteki araştırmada, Şubat 2021-Mayıs 2021 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesinde yatmakta olan 40 hasta ve bakım verenleri ile görüşülmüştür. Hastaların yaşam kalitesi EORTC-Q ölçeği, bakım verenlerin yaşam kalitesi SF-12 ölçeği ile değerlendirilmiştir. Hastaların fiziksel işlevsellik skoru ortanca değere göre 2 gruba ayrılmış ve eş değişken olarak analizlere dahil edilmiştir. Bakım verenlerin özelliklerinin hastaların yaşam kalitesi üzerine olan etkileri eş değişken ile birlikte Mantel-Haenszel testi ile değerlendirilmiş, sonuçlar tabakalı analizlerle ve düzeltilmiş Odds oranları üzerinden yorumlanmıştır. Bakım verenin cinsiyetinin hastanın ağrı semptomunu, yaşının hastanın iştah kaybı, kabızlık ve ishal semptomlarını, öğrenim durumunun hastanın iştah kaybı ve ekonomik güçlük durumunu etkilediği görülmüştür. Bakım verenlerin fiziksel rol güçlüğü ile hastaların sosyal işlevleri arasında doğru yönde, bakım verenlerin genel sağlık durumları ve emosyonel rol güçlükleri ile hastaların fiziksel işlevi arasında doğru yönde bir ilişki bulunmuştur. Hastalarla birlikte bakım verenlerin de yaşam kalitelerinin de değerlendirilerek gerekli durumlarda eğitim, sosyal ve ekonomik destek verilmesi bakım verenlerin yaşam kalitesini ve hastalara sundukları bakımın kalitesini artırmada etkili olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Kanser, Bakım veren, Yaşam kalitesi



## ABSTRACT

**Güner Üliç. P., The Effects of Sociodemographic Characteristics and Quality Of Life of Caregivers on Quality of Life of Inpatient Cancer Patients in Hacettepe University Oncology Hospital, Hacettepe University Graduate School Epidemiology Program Master Thesis, Ankara, 2022.** Cancer is a chronic disease that affects the quality of life of patients and their caregivers from the moment the disease is diagnosed. In addition to many characteristics of the patients, some characteristics of the caregivers are among the factors affecting the quality of life of the patients. In this study, it is aimed to evaluate the effects of some sociodemographic characteristics and quality of life of caregivers of cancer patients on the quality of life of patients. In this cross-sectional study, 40 patients hospitalized in Hacettepe University Oncology Hospital and their caregivers were interviewed between February 2021 and May 2021. The quality of life of the patients was evaluated with the EORTC-Q scale and the quality of life of the caregivers was evaluated with the SF-12 scale. The physical functionality score of the patients was divided into 2 groups according to the median value and included in the analyzes as a covariate. The effects of caregivers' characteristics on patients' quality of life were evaluated with the Mantel-Haenszel test along with the covariate, and the results were interpreted with stratified analyzes and adjusted Odds ratios. It has been observed that the gender of the caregiver affects the pain symptom of the patient, the age of the patient, the symptoms of loss of appetite, constipation and diarrhea, the educational status of the patient, the loss of appetite and economic difficulty. A positive correlation was found between caregivers' physical role difficulties and patients' social functions, and a positive correlation between caregivers' general health status and emotional role difficulties and patients' physical function. Evaluating the quality of life of the caregivers as well as the patients, providing education, social and economic support when necessary can be effective in increasing the quality of life of the caregivers and the quality of care they provide to the patients.

**Keywords:** Cancer, Caregiver, Quality of Life

## İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
KISALTMALAR	xi
TABLolar	xii
<b>1. GİRİŞ</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	<b>3</b>
2.1. Kanser Sıklığı	3
2.2. Yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler	3
2.3. Yaşam kalitesinin ölçümü	4
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	<b>8</b>
3.1. Araştırmanın Tipi	8
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	8
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	8
3.4. Veri Toplama Araçları	8

3.4.1.	Hastaların Sosyo- Demografik Özelliklerini Değerlendirmeye Yönelik Veri Toplama Formu ve Hastaların Yaşam Kalitesini Değerlendirmeye Yönelik Ölçek (EORTC- QLQ) (Ek-1)	8
3.4.2.	Hastalara Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özelliklerini Değerlendirmeye Yönelik Veri Toplama Formu ve Hastalara Bakımverenlerin Yaşam Kalitesini Değerlendirmeye Yönelik Ölçek (SF-12)	10
3.5.	Veri Toplama Yöntemi ve Süreci	11
3.6.	Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistik Analiz	11
<b>4.</b>	<b>BULGULAR</b>	<b>13</b>
<b>5.</b>	<b>TARTIŞMA</b>	<b>28</b>
<b>6.</b>	<b>SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	<b>34</b>
<b>7.</b>	<b>KAYNAKLAR</b>	<b>36</b>
<b>8.</b>	<b>EKLER</b>	<b>39</b>
EK 1	Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesinde Yatmakta Olan Hastalara Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerinin ve Yaşam Kalitelerinin, Hastaların Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi Veri Toplama Formu	
EK 2	Dijital makbuz	
EK 3	Etik Kurul Onayı	
<b>9.</b>	<b>ÖZGEÇMİŞ</b>	<b>46</b>

**KISALTMALAR**

<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>EORTC-QLQ</b>	The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality Of Life Questionnaire
<b>Fİ</b>	Fiziksel İşlev
<b>FBÖ</b>	Fiziksel Bileşenlerin özeti
<b>MBÖ</b>	Mental Bileşenlerin özeti
<b>SF-12</b>	Short Form-12

## TABLOLAR

<b>Tablo</b>		<b>Sayfa</b>
<b>3.4.1</b>	EORTC-QLQ ölçeğindeki skalalar ve maddeleri gösteren sorular ve range değerleri	9
<b>3.4.2</b>	EORTC-QLQ ölçeğindeki skalaların ve maddelerin hangi sorularla ifade edildiği gösterilmektedir.	11
<b>4.1</b>	Hastaların bazı sosyodemografik özelliklerinin dağılımı	14
<b>4.2</b>	Hastaların tanılarının dağılımı	14
<b>4.3</b>	Bakım verenlerin bazı özelliklerinin dağılımı	16
<b>4.4</b>	EORTC QLQ-C30 ölçeği uygulanan hastalarda belirlenen skorların dağılımı	17
<b>4.5</b>	Bakım verenin cinsiyetine göre EORTC QLQ-C30 alt başlıkların skorları	18
<b>4.6</b>	Bakım verenin yaşına göre EORTC QLQ-C30 alt başlıkların skorları	22
<b>4.7</b>	Bakım verenin öğrenim durumuna göre EORTC QLQ-C30 alt başlıkların skorları	23
<b>4.8</b>	Bakım verenin hastayla yakınlık durumuna göre EORTC QLQ-C30 alt başlıkların skorları	24
<b>4.9</b>	Bakım verenin daha önce kanserli yakını olması durumuna göre EORTC QLQ-C30 alt başlıkların skorları	25
<b>4.10</b>	Bakım verenin daha önce kanserli hastaya bakım verme durumuna göre EORTC QLQ-C30 alt başlıkların skorları	26
<b>4.11</b>	Bakım verenlerin SF 12 alt başlıklarının skorları ile EORTC QLQ- C30 genel sağlık durumu alt başlıklarının skorları ile korelasyonu	27

## 1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşam kalitesini, kişinin yaşadıkları kültür ve değer sistemleri bağlamında ve hedefleri, beklentileri, standartları ve kaygıları ile ilişkili yaşamdaki durum algısı olarak tanımlamaktadır. Yaşam kalitesi, fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik halini kapsayan çok boyutlu bir kavramdır (1, 2) Fiziksel faktörler gibi, psikolojik ve sosyal faktörlerin de kişilerin yaşam kalitesi üzerine etkisi bulunmaktadır. Örneğin, sosyal destek daha iyi bir yaşam kalitesi düzeyi ile ilişkilirken, kanser tanısına olumsuz bir tepki verilmesinin tam tersine yaşam kalitesini azalttığı belirtilmektedir (3).

Kronik bir hastalık olan kanser, kişinin iyilik halinde uzun dönemli bozulmalara neden olmaktadır. Kanser, hastalık tanısı konulduğu andan itibaren hem hastaları hem de yakınlarını etkileyen, hastaların tedavileri ve takiplerinde, süreç içinde artan veya azalan bakım ihtiyaçları oluşturan bir hastalıktır. Etkilenen hastalar gerek hastanede gerekse evde bakıma ihtiyaç duymaktadırlar. Kanser tanısı alan hastalar ve aileleri genellikle yaşam kalitelerinde bir düşme deneyimlemektedirler (4). Toplum tabanlı bakıma geçiş, hastalara evde bakım veren aile üyeleri ile ilgili farkındalığın artmasına neden olmaktadır (5). Aile üyeleri tarafından verilen bakım, bakımın devamlılığını ve kalitesini sağlayan sosyal bakım sisteminin bir formu olarak bilinmektedir (6).

Bakım verme önemli miktarda zaman ve enerji gerektirmektedir. Bakım verenlerin, hastalara ilaç vermek, yan etkileri ve semptomları yönetmek, beslemek, giydirmek, banyo yaptırmak, yara bakımı, diğer aile üyelerini gelişmelerden haberdar etmek gibi birçok önemli rolü bulunmaktadır (2, 6). Kanser hastalarına bakım veren aile üyeleri sıklıkla bakıma destek konusunda hazırlıksızdırlar (2, 7) Bakım veren bakım vermenin gerekleri nedeniyle kendini değerli hissetme, manevi ödül, diğer aile üyeleri tarafından takdir görme gibi birçok olumlu sonuç yanında ve olumsuz sonuçları da deneyimlemektedirler (6). Bakım veren kişiler, kanserli hastaya direk bakım ve destek sağlayan hastayla akraba olan veya olmayan kişiler olarak tanımlanabilir (4). Bakım verenler birçok fiziksel ve psikolojik semptomla karşılaşabilir (3). Birincil bakım veren kişiler genellikle hastaların mevcut sosyal çevresindeki diğer kişilere

nazaran hastalarla daha fazla zaman geçirmektedirler. Bu durumun hasta bakım veren arasındaki ilişkideki önemi göz ardı edilmemelidir (5). Yaşam süresinde uzama, hastalık sıklığında artış, tedavide gelişmeler, ayaktan tedavi yönünde eğilim gibi nedenlerden dolayı, bakım verenlerin, kanserli hastaların evlerinde aldıkları informal bakımdaki rollerinin önemi artmaktadır (2, 5) Kanser yükündeki artış bazı durumlarda evde bakım yaklaşımının kullanılmasına neden olabilir ve bu durum aile üyelerinin, hastanın günlük bakımında büyük sorumluluk üstlenmeleri ile sonuçlanmaktadır (6).

Bakım verenin sosyodemografik özellikleri ve sağlığının yanında, hastanın sosyodemografik özellikleri, hastanın cinsiyeti ve hastalığının süresi, bakım yükü, hastanın bakım açısından talepleri bakım verenin yaşam kalitesini etkileyen faktörler arasında belirtilmektedir. (2, 3) Daha yüksek öğrenim düzeyine sahip bakım verenlerin daha düşük bakım yüküne sahip oldukları belirtilmektedir (8). Bakım verenlerin yaşam kalitesinin devamının sağlanması, hastalara bakım verme isteklerinde önemli bir etkidir (5). İnfomal bakım verenler de dahil olmak üzere, aile, arkadaşları tarafından sosyal destek görmenin hastaların yaşam kalitelerine olumlu etkisi olduğu gösterilmiştir. Kanserli hastaların sevdikleri kişiler tarafından alacakları destek yaşam kaliteleri üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. (3) Kişinin birincil bakım vereni ile ilgili negatif tepkilerinin olduğuna dair bir algıya sahip olmaları yaşam kalitelerinin azalması yönünde etki gösterebilmektedir (3).

Yapılan bazı çalışmalarda, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin hastalar ve bakım verenlerde korele olduğu bulunmuştur (9). Yaşam kalitesi, tedaviye yanıtta önemli bir belirteçtir. (10) Bakım verenlerin yaşam kalitesi hastaları da etkilemektedir (10). Kanser hastasına bakım veren kişinin özelliklerinin ve yaşam kalitesinin, hastaların bakımlarına ve yaşam kalitelerine etkisi olabileceği tartışılmaktadır. Bu bağlamda bakım verenlerin desteklenmesi hem kendi sağlıklarının hem de hastaların sağlığının yararına olacaktır. Bakım verenlerin ihtiyaçlarının karşılanmaması, hastaların ihtiyaçlarının karşılanmaması ve kötü bir hasta bakımı ile ilişkili olduğunu gösterdiği çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmada kanser tanısı alan hastalara bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerinin ve yaşam kalitelerinin, bakım vermekte oldukları kanser hastalarının yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Kanser Sıklığı

Vücutta herhangi bir doku veya organda anormal hücrelerin kontrolsüzce büyümesi, olağan sınırlarını aşır vücuttaki diğer organlara yayılması ile karakterize bir hastalıklar grubu olarak tanımlanabilen kanser, dünyada ikinci en sık ölüm nedenini oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine göre, 2020 yılında yaklaşık 10 milyon ölümden sorumlu olduğu belirtilmektedir. DSÖ, kanser nedeniyle ölüm nedenleri arasında en sık yer alan kanser tiplerini akciğer (1.8 milyon ölüm), kolon ve rektum (916 000 ölüm), karaciğer (830 000 ölüm), mide (769 000 ölüm) ve meme (685 000 ölüm) olarak sıralamaktadır. Yine 2020 yılında en sık yeni vaka görülen kanser tipleri ise meme (2.26 milyon vaka), akciğer (2.21 milyon vaka), kolon ve rektum (1.93 milyon vaka), prostat (1.41 milyon vaka), deri (nonmelanom) (1.20 milyon vaka) ve mide (1.09 milyon vaka) olarak sıralanmaktadır (11).

Ülkemizde de kanser, ikinci en sık ölüm nedeni olup, her beş ölümden bir tanesinin nedenini oluşturmaktadır. Türkiye Kanser İstatistikleri 2017 yılı verilerine göre en sık görülen kanserler erkeklerde (yüz binde) trakea, bronş, akciğer (56,7), prostat (35,7), kolorektal (25,1), mesane (20,1) ve mide (14,3); kadınlarda meme (47,7), tiroid (22,6), kolorektal (14,7), trakea, bronş, akciğer ve rahim kanseri (10,7) olarak sıralanmaktadır (1, 12).

### 2.2. Yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler

DSÖ, sağlığı, sadece hastalık ve sakatlık olmaması durumu değil, fiziksel, mental ve sosyal olarak tam bir iyilik hali yaşam kalitesini, kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri bağlamında ve kişinin hedefleri, beklentileri, standartları ve kaygılarına ilişkin yaşamdaki durumu ile ilgili algısı olarak tanımlamaktadır (1,13).

Yaşam kalitesi, genel sağlığı yansıtan çok boyutlu ve subjektif bir terimdir. Yaşam kalitesi terimi, her bir birey ve grup için farklı anlama gelmektedir. Sağlık genel yaşam kalitesinin önemli bir alanı olmakla birlikte, iş, barınma gibi birçok diğer alanı da bulunmaktadır. Kültür, değerler, maneviyat gibi birçok boyutunun olması



yaşam kalitesini ölçümünün zorluğuna katkıda bulunan etkenler arasında yer almaktadır (14).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi kavramı ve belirleyicileri, 1980'lerden beri hem fiziksel hem mental sağlığı etkilediği gösterilen genel yaşam kalitesinin tüm boyutlarını kapsayacak şekilde gelişmiştir. Bireysel olarak sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, fiziksel ve ruhsal sağlık algılarını ve bunlarla ilişkili durumları kapsamaktadır. Örneğin enerji düzeyi, ruh hali ve sağlık riskleri, işlevsel düzey, sosyal destek, sosyoekonomik düzey bunların arasında sayılabilir. Toplumsal düzeyde sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, bir toplumun sağlık algısını ve işlevsel durumunu etkileyen toplumsal kaynaklar, politikalar ve uygulamaları kapsamaktadır (15).

Günümüzde yaşam kalitesi, değerli tıbbi sonuç ölçütlerinden biri haline gelmiştir. Kişinin sadece yaşam süresinin uzaması değil aynı zamanda yaşam kalitesinin artması önemli hedeflerden biridir.

Sağlıkla ilişki beklentiler her birey için farklıdır. Bu nedenle yaşam kalitesinin değerlendirilmesi de kişiye özeldir. Yaşam kalitesi hastalık ve tedavi yanında birçok tıbbi ve sosyodemografik özellikten etkilenebilir. Kanserde hastalar hastalığın farklı aşamalarında yer alabileceğinden, hastaların zaman içinde farklı beklentilerinin olabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır.

Kanser tedavisindeki gelişmeler sayesinde kansere bağlı ölümlerde azalma ve yaşam süresinde uzama gözlenmektedir. Bununla birlikte, tedavide kullanılan kemoterapi, radyoterapi, cerrahi gibi yöntemlerin kısa ve özellikle uzun dönem yan etkileri ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkileri söz konusudur. Kanser hastalarında tedavi yönetimi kapsamında kanser tedavisi kadar yaşam kalitesinin değerlendirilmesinin önemi de dikkate alınmalıdır.

### **2.3. Yaşam kalitesinin ölçümü**

Yaşam kalitesi, bireysel, toplumsal ve kültürel birçok faktörden etkilenmektedir. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan ölçeklerdeki sorular yaşam kalitesinin objektif ve subjektif göstergelerinin varlığına dair fikri vermektedir. Yaşam kalitesinin objektif göstergelerinin genelde kişinin fiziksel iyilik

hali ile ilgili, subjektif göstergelerinin ise genelde kişinin psikolojik ve duygu durumu ile ilişkili olduğu söylenebilir.

Yaşam kalitesini değerlendiren ölçekler 3 başlıkta toplanabilir. Bunlar genel olarak kişinin sağlık, mental ve sosyal iyilik hallerine yönelik genel kapsamlı ölçekler, sağlıkla ilgili özel bir konuya yönelik ölçekler ve belirli bir hastalığa özel ölçeklerdir.

The European Organization for Research and Treatment of Cancer quality of life questionnaire (EORTC-QLQ), kanserli hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde en sık kullanılan ölçeklerden bir tanesidir. İlk anket formu 1987 yılında geliştirilmiş olup, zaman içinde gözlenen ihtiyaçlar doğrultusunda revizyonlar yapılmıştır. Aaronson ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek, 30 sorudan oluşmaktadır. Bu 30 soru, kişinin genel sağlık durumu, işlevselliği (fiziksel, rol, bilişsel, emosyonel, sosyal ve global yaşam) ve semptomlarına (yorgunluk, bulantı-kusma, dispne, iştah azalması, konstipasyon ve diyare gibi) bilgi sağlamaktadır. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Beşer ve Öz tarafından yapılmış olan ölçekte yer alan 30 maddeden ilk 28 tanesi dörtlü Likert tipi ölçektir. Dört madde, Hiç: 1, Biraz: 2, Oldukça: 3 ya da Çok: 4 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçek sonucunda yüksek puanlar semptom düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekte yer alan 29. Ve 30. Sorular kişinin genel iyilik halini değerlendirmeye yönelik sorulardır. Bu iki soru, 1: Çok kötü ve 7: Mükemmel olmak üzere 7 maddeden oluşan bir değerlendirmeye sahip olup, 29.soru kişinin sağlığını ve 30. Soru genel yaşam kalitesini değerlendirmeye yönelik sorulardır. Bu 2 sorudan alınan düşük puanlar yaşam kalitesinin düşük olduğunu, yüksek puanlar yaşam kalitesinin yüksek olduğunu gösterir (16).

Ölçek maddeleri, genel iyilik hali, işlevsel alt boyut, semptom alt boyutu olmak üzere 3 başlıkta toplanmaktadır. Ölçeğin alt boyutlarını değerlendiren soruların dağılımı aşağıda belirtilmektedir.

#### 1. İşlevsel Alt Boyut:

Fiziksel İşlevler: 1, 2, 3, 4 ve 5. Sorular

Rol performans: 6 ve 7. Sorular

Emosyonel Durum: 21, 22, 23 ve 24. Sorular

Bilişsel Durum: 20 ve 15. Sorular

Sosyal Durum: 26 ve 27. Sorular

2. Semptom Alt Boyutu:

Solunum Güçlüğü: 8. Sorular

Ağrı: 9 ve 19. Sorular

Yorgunluk: 10, 12 ve 18. Sorular

Bulantı ve Kusma: 14 ve 15. Sorular

Uyuma güçlüğü: 11. Soru

İştah kaybı: 13. Soru

Kabızlık: 16. Soru

İshal: 17. Soru

Ekonomik güçlük: 28. Soru

3. Genel İyilik Hali: 29 ve 30. Sorular

Short Form- 12 (SF-12), Short Form-36'nın (SF-36) kısaltılmış bir versiyonu olup, 12 maddeden oluşmaktadır. SF-12, SF- 36 gibi 8 alt boyuttan oluşmaktadır. Fiziksel işlevsellik alt boyutu 2 madde, fiziksel rol alt boyutu 2 madde, beden ağrısı alt boyutu 1 madde, genel sağlık alt boyutu 1 madde, enerji alt boyutu 1 madde, sosyal işlevsellik alt boyutu 1 madde, duygusal rol alt boyutu 2 madde ve mental sağlık alt boyutu 2 madde ile değerlendirilmektedir.

Ölçeğin alt boyutlarını değerlendiren soruların dağılımı aşağıda belirtilmektedir.

1. Genel Sağlık Algısı: 1.Soru
2. Fiziksel Problemlere Bağlı Rol Kısıtlaması: 2a, 2b Sorular
3. Fiziksel İşlev: 3a, 3b Sorular
4. Emosyonel Problemlere Bağlı Rol Kısıtlaması: 4a, 4b Sorular
5. Ağrı: 5. Soru
6. Ruhsal Sağlık: 6a, 6c Sorular
7. Enerji: 6b Soru
8. Sosyal İşlev: 7. Soru

Fiziksel ve duygusal rolle ilgili sorulara evet veya hayır cevabı verilmekte iken, ölçekte yar alan diğer sorulara verilecek yanıtlar, 3 ile 6 arasında değişen Likert tipi seçenekler içinden seçilmektedir.

Fiziksel Bileşenlerin özeti (FBÖ) puanının hesaplanmasında genel sağlık, fiziksel işlevsellik, fiziksel rol ve beden ağrısı alt boyutlarının puanları kullanılmakta, Mental Bileşenlerin özeti (MBÖ) puanının hesaplanmasında sosyal işlevsellik, duygusal rol, mental sağlık ve enerji alt boyutlarının puanları kullanılmaktadır. Ölçekten alınan puanlar 0 ile 100 arasında değişmektedir. Daha yüksek puan daha iyi bir yaşam kalitesinin göstergesi olmaktadır.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel tipte bir araştırmadır.

#### 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Hacettepe Üniversitesi Kanser Enstitüsü Prevanatif Onkoloji Anabilim Dalı'nda yürütülmüştür. Veriler Şubat 2021- Mayıs 2021 tarihleri arasında toplanmıştır.

#### 3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma evrenini yatarak tedavi gören kanser hastaları, örneklemi Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesinde yatarak tedavi alan kanserli hastalar oluşturmaktadır. Yapılan örneklem büyüklüğü hesabında bakım verenlerin yaşam kaliteleri ile hastaların yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin en az %40 olacağı (etki büyüklüğü= 0,4) varsayımı ile, %5 tip-1 hata ve tek yönlü hipotez tasarımı ile en az %80 çalışma gücüne ulaşılması için araştırmaya 34 kişi dahil edilmesi gerektiği, %15 yanıtızlık oranı ile birlikte çalışmanın 40 kişi ile tamamlanması gerektiği hesaplanmıştır.

#### 3.4. Veri Toplama Araçları

##### 3.4.1. Hastaların Sosyo- Demografik Özelliklerini Değerlendirmeye Yönelik Veri Toplama Formu ve Hastaların Yaşam Kalitesini Değerlendirmeye Yönelik Ölçek (EORTC- QLQ) (Ek-1)

Hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek için EORTC-QLQ ölçeği kullanılmıştır. EORTC-QLQ ölçeğinde çok bileşenli ve tek bileşenli ölçekler bulunmakta olup, ölçeklerde beş işlevsel skala, üç semptom skalası, bir genel sağlık durumu/yaşam kalitesi skalası ve altı tekil bileşen vardır. Çok bileşenli ölçeklerde farklı maddeler yer almaktadır ve hiçbir madde birden fazla ölçekte yer almamaktadır. Tüm skalalar ve tek maddelik bileşenler 0 ila 100 arasında bir skor almaktadırlar. Skor

artınca ilgili değişkenin oranı artmaktadır. İşlevsel skaladaki yüksek skorlar yüksek işlevsel durumları, genel sağlık durumu ve yaşam kalitesindeki yüksek skorlar yüksek yaşam kalitesi durumunu göstermektedir. Bununla birlikte yüksek semptom skalası skorları semptomların yüksek oranda olduğuna işaret etmektedir. Skalaların skorlamasında, skalaya giren maddelerin ortalama değeri bulunur ve bu değer ham skoru verir. Ham skorun standardizasyonu için lineer bir transformasyon uygulanır ve skor 0 ila 100 arasında bir değer alır.

EORTC-QLQ ölçeğindeki skalalar için range, her bir soruya verilen cevapların en yüksek ve düşük değerleri arasındaki farkı yansıtır. Genel sağlık durumu ve yaşam kalitesini yansıtan son iki soru için range 6, diğer 28 soru için range değeri 3'tür.

Tablo 3.4.1'de, Skalaların ve maddelerin hangi sorularla ifade edildiği ve range değerleri gösterilmektedir.

**Tablo 3.4.1.** EORTC-QLQ ölçeğindeki skalalar ve maddeleri gösteren sorular ve range değerleri

	Madde Sayısı	Soru Numaraları
Genel Sağlık Durumu/Yaşam Kalitesi	2	29, 30
İşlevsel Skalalar		
Fiziksel işlev	5	1, 2, 3, 4, 5
Rol işlevi	2	6, 7
Emosyonel işlev	4	21, 22, 23, 24
Bilişsel işlev	2	20, 25
Sosyal işlev	2	26, 27
Semptom Skalaları		
Yorgunluk	3	10, 12, 18
Bulantı ve kusma	2	14, 15

Ağrı	2	9, 19
Dispne	1	8
Uykusuzluk	1	11
İştah kaybı	1	13
Kabızlık	1	16
İshal	1	17
Finansal sorunlar	1	28

### **3.4.2. Hastalara Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özelliklerini Değerlendirmeye Yönelik Veri Toplama Formu ve Hastalara Bakımverenlerin Yaşam Kalitesini Değerlendirmeye Yönelik Ölçek (SF-12) (Ek- 2)**

Hastalara bakım verenlerin bazı sosyodemografik özellikleri, bakım verdikleri hastanın tanısı, hasta ile ilişkisi ve daha önceki bakım deneyimleri ile ilgili bilgi edinmek için, araştırmacılar tarafından hazırlanan 7 soruluk veri toplama formu kullanılmıştır.

Hastalara bakım verenlerin yaşam kalitesini değerlendirmek için SF-12 ölçeği kullanılmıştır. Puanlama yapılırken, fiziksel bileşen ve mental bileşen özeti (PCS, MCS) olmak üzere iki skor elde edilmiştir. Yüksek skorlar iyi sağlık durumunu göstermektedir. Fiziksel puan, genel sağlık, fiziksel rol, fiziksel işlevsellik, ve beden ağrısı alt boyutlarındaki skorlardan hesaplanmaktadır. Mental puan duygusal rol, mental sağlık, enerji ve sosyal işlevsellik alt boyutlarındaki skorlardan hesaplanmaktadır. Fiziksel ve ruhsal puanlar 0 ve 100 arasında değişmektedir. Ölçekten yüksek puan alınması daha iyi bir yaşam kalitesini göstermektedir.

Tablo 3.4.2’de, SF-12 ölçeğindeki skalaların ve maddelerin hangi sorularla ifade edildiği gösterilmektedir.

**Tablo 3.4.2.** SF-12 ölçeğindeki skalaların ve maddelerin hangi sorularla ifade edildiği gösterilmektedir.

Ölçek soru no	Alt başlıklar
1	Genel sağlık algısı
2a, 2b	Fiziksel problemlere bağlı rol kısıtlaması
3a, 3b	Fiziksel işlev
4a, 4b	Emosyonel problemlere bağlı rol kısıtlaması
5	Ağrı
6a, 6c	Ruhsal sağlık
6b	Enerji
7	Sosyal işlev

### 3.5. Veri Toplama Yöntemi ve Süreci

Veriler, Şubat 2021- Nisan 2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Anket formları, yatan hastalara ve onlara bakım verenlere dağıtılıp, araştırmaya katılmayı kabul edenlerden formları doldurduktan sonra geri toplanmıştır.

### 3.6. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistik Analiz

Veriler SPSS istatistiksel paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde bilgileri verilerek sunulmuştur. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uyup uymadığı kontrol edilmiş, normal dağılıma uymadığı belirlenmiştir. Bu nedenle sayısal değişkenlerin sunumunda ortanca (çeyrekler arası aralık) değerleri kullanılmıştır. Sayısal değerlerin gruplar arası karşılaştırılmasında Mann Whitney U testleri kullanılmıştır. Ölçek skorlarının korelasyonunda Spearman testi kullanılmıştır. Çalışmada istatistiksel anlam sınırı için %5'lik tip 1 hata kabul edilmiştir.



EORTC-QLQ-C30 Genel Yaşam Kalitesi Ölçeğinde işlevsellik alt ölçekleri arasında yer alan Fiziksel İşlevsellik, diğer alt skorlardan bağımsız olarak hesaplanan bir skordur. Hastaların fiziksel işlevselliklerinin genel sağlık durumlarını ve yaşam kalitelerini etkileyebilecek önemli bir değişken olduğu varsayımına dayanarak fiziksel işlevsellik skorunun ortanca değerinin altında ve üstünde kalan hastalar “İyi Fiziksel İşlevsellik” ve “Kötü Fiziksel İşlevsellik” kategorilerine ayrılmış ve eş değişken olarak analizlere dahil edilmiştir. Hastaların diğer yaşam kalitesi skorlarının da ortanca değerlere göre dikotomize edilmesinin ardından, bakım verenlerin özelliklerinin hastaların yaşam kalitesi üzerine olan etkileri çapraz tablo istatistiklerinde eş değişken ile birlikte Mantel-Haenszel testi ile değerlendirilmiştir. Etkileşim saptanan durumlar tabakalı analizlerle, karıştırıcı faktör tespit edilen durumlar ise düzeltilmiş Odds oranları üzerinden yorumlanmıştır.

#### 4. BULGULAR

Çalışmada, Hacettepe Üniversitesi Onkoloji hastanesinde yatmakta olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 40 kanser hastası ve bu hastalara bakım veren 40 yakınına ait veriler incelenmiştir.

Çalışmaya katılmayı kabul eden 40 hastanın 21'i (%52,5), kötü fiziksel işleve sahip 20 hastanın 11'i (%55), iyi fiziksel işleve sahip 20 hastanın 10'u (%50) erkektir. Hastaların yaşları 50 yaş ve altı, 51 yaş ve üstü olarak gruplandırıldığında, toplam hasta grubundakilerin 17'si (%42,5), kötü fiziksel işleve sahip hastaların 8'i (%40) ve iyi fiziksel işleve sahip hastaların 9'u (%45) 50 yaşında veya daha gençtir. Öğrenim durumuna bakıldığında, ortaokul mezunu ve altında öğrenime sahip kişi sayısı toplam grupta 22 (%55), kötü fiziksel işleve sahip olan hastalar grubunda 12 (%60) ve iyi fiziksel işleve sahip hastalar grubunda 10'dur(%50). İyi Fiziksel işlevi iyi olan ve fiziksel işlevi kötü olan hastalar arasında cinsiyet ( $p=0,75$ ), yaş ( $p=0,75$ ) ve öğrenim durumu ( $p=0,53$ ) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (Tablo 4.1).

**Tablo 4.1:** Hastaların Bazı Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

	Tüm grup (n=40)		Kötü Fİ (n=20)		İyi Fİ (n=20)		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Cinsiyet</b>							0,75
<i>Erkek</i>	21	52,5%	11	55	10	50	
<i>Kadın</i>	19	47,5%	9	45	10	50	
<b>Yaş</b>							0,75
<i>50 yaş ve altı</i>	17	42,5%	8	40	9	45	
<i>51 yaş ve üstü</i>	23	57,5%	12	60	11	55	
<b>Öğrenim durumu</b>							0,53
<i>Ortaokul mezunu ve altı</i>	22	55%	12	60	10	50	
<i>Lise mezunu ve üstü</i>	18	45%	8	40	10	50	

(Fİ: Fiziksel İşlev)

Hastaların tanılarının dağılımına bakıldığında, tüm hastalar, kötü fiziksel işleve sahip hastalar ve iyi fiziksel işleve sahip hastalar grubunda ilk sırada gastrointestinal sistem kanserleri yer almaktadır (sırasıyla %35,9, %25,0 ve %47,4) (Tablo 4.2).

**Tablo 4.2:** Hastaların tanılarının dağılımı

Tanı	Tüm grup (n=40)		Kötü Fİ (n=20)		İyi Fİ (n=20)		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
<i>Gastrointestinal Sistem</i>	14	35,9	5	25,0	9	47,4	0,27
<i>Lenfoma</i>	9	23,1	4	20,0	5	26,3	
<i>Yumuşak doku ve Bağ doku</i>	5	12,8	2	10,0	3	15,8	
<i>Meme, Over</i>	3	7,7	3	15,0	-	-	
<i>Akciğer</i>	1	2,6	1	5,0	-	-	
<i>Diğer**</i>	7	17,9	5	25,0	2	10,5	

(Fİ: Fiziksel İşlev)

Çalışmaya katılmayı kabul eden 40 bakım verenin 17'si (%42,5), kötü fiziksel işleve sahip 20 hastanın yakınlarının 8'i (%55), iyi fiziksel işleve sahip 20 hastanın yakınlarının 9'u (%50) erkektir. Bakım verenlerin yaşları 45 yaş ve altı, 46 yaş ve üstü olarak gruplandığında, tüm hastaların yakınlarının 19'u (%47,5), kötü fiziksel işleve sahip 20 hastanın yakınlarının 10'u (%50) ve iyi fiziksel işleve sahip 20 hastanın yakınlarının 9'u (%45) 45 yaşında veya daha gençtir. Öğrenim durumuna bakıldığında, lise mezunu ve altı öğrenime sahip kişi sayısı tüm hastaların yakınlarında 23 (%57,5), kötü fiziksel işleve sahip olan hastaların yakınlarında 10 (%50) ve iyi fiziksel işleve sahip hastaların yakınlarında 13'tür (%65). Tüm hastaların yakınlarından 17 (42,5), kötü fiziksel işleve sahip olan hastaların yakınlarından 10 (%50) ve iyi fiziksel işleve sahip hastaların yakınlarından 7 (%35) bakım veren, hastanın eşidir. Tüm hasta yakınlarından 25 (%62,5), kötü fiziksel işleve sahip olan hastaların yakınlarından 16 (80%) ve iyi fiziksel işleve sahip hastaların yakınlarında 9 (45%) bakım veren, daha önce kanserli bir yakını olduğunu belirtmişlerdir. Daha önce kanserli bir hastaya bakım verip vermedikleri sorulduğunda tüm hastaların yakınlarında 9 (22,5%), kötü fiziksel işleve sahip olan hastaların yakınlarında 3 (15%) ve iyi fiziksel işleve sahip hastaların yakınlarından 6 bakım veren (30%) daha önce kanserli bir hastaya bakım verdiklerini belirtmişlerdir. İyi fiziksel işleve sahip olan hastalara bakım verenler ve kötü fiziksel işleve sahip olan hastalara bakım verenler cinsiyet ( $p=0,75$ ), yaş ( $p=0,75$ ), öğrenim durumu ( $p=0,34$ ), hasta ile yakınlığı ( $p=0,34$ ) ve daha önce kanserli hastaya bakım verme ( $p=0,46$ ) açısından, karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. Daha önce kanserli bir yakını olmadığını belirtenlerin yüzdesi (%20), iyi fiziksel işleve sahip olan hastalara bakım verenlerde kötü fiziksel işleve sahip olan hastalara bakım verenlerden (%55) daha azdır ( $p=0,022$ ) (Tablo 4.3).

**Tablo 4.3:** Bakım Verenlerin Bazı Özelliklerinin Dağılımı

	Tüm grup (n=40)		Kötü Fİ (n=20)		İyi Fİ (n=20)		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Cinsiyet</b>							0,75
<i>Erkek</i>	17	42,5	8	40	9	45	
<i>Kadın</i>	23	57,5	12	60	11	55	
<b>Yaş</b>							0,75
<i>45 yaş ve altı</i>	19	47,5	10	50	9	45	
<i>46 yaş ve üstü</i>	21	52,5	10	50	11	55	
<b>Öğrenim Durumu</b>							0,34
<i>Lise mezunu ve altı</i>	23	57,5	10	50	13	65	
<i>Üniversite ve üstü</i>	17	42,5	10	50	7	35	
<b>Hasta ile yakınlığı</b>							0,34
<i>Eşi</i>	17	42,5	10	50	7	35	
<i>Diğer *</i>	23	57,5	10	50	13	65	
<b>Daha önce kanserli yakını olma</b>							0,022
<i>Evet</i>	15	37,5	4	20	11	55	
<i>Hayır</i>	25	62,5	16	80	9	45	
<b>Daha önce kanserli hastaya bakım verme</b>							0,46
<i>Evet</i>	9	22,5	3	15	6	30	
<i>Hayır</i>	31	77,5	17	85	14	70	

(Fİ: Fiziksel İşlev)

\* Diğer (çocuğu, annesi, babası, kardeşi, torunu, gelini, arkadaşı)

Bakım verenlerin yaşam kalitesi ölçeği alt skorları ile hastaların yaşam kalitesi alt skorları arasındaki korelasyon değerlendirildiğinde, bakım verenlerin fiziksel rol güçlüğü ile hastaların sosyal işlevleri arasında doğru yönde, orta kuvvette ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (0,35,  $p=0,028$ ). Bakım verenlerin genel sağlık durumları ve emosyonel rol güçlükleri ile hastaların fiziksel işlevi arasında doğru yönde, zayıf, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla 0,32,  $p=0,043$  ve 0,32,  $p=0,042$ ). (Tablo 4.4)

**Tablo 4.4:** Bakım verenlerin SF 12 alt başlıklarının skorları ile EORTC QLQ - C30 alt başlıklarının skorları ile korelasyonu

	Semptom Ölçekleri								
	Yorgunluk	Bulantı-kusma	Ağrı	Dispne	Uyuma güçlüğü	İştah kaybı	Kabızlık	İshal	Ekonomik güçlük
<b>SF12</b>									
<i>Fiziksel Bileşenlerin Özeti</i>	-0,16 (0,32)	0,02 (0,91)	-0,01 (0,96)	-0,01 (0,93)	0,13 (0,41)	0,18 (0,26)	-0,09 (0,59)	-0,19 (0,23)	-0,22 (0,17)
<i>Mental Bileşenlerin Özeti</i>	-0,02 (0,92)	0,01 (0,95)	0,02 (0,88)	0,07 (0,66)	-0,05 (0,74)	-0,09 (0,58)	0,407 (0,009)	0,1 (0,53)	-0,02 (0,9)
<i>Fiziksel işlev</i>	-0,13 (0,42)	0 (1)	-0,03 (0,87)	0,08 (0,61)	0,17 (0,31)	0,15 (0,35)	-0,2 (0,21)	-0,2 (0,21)	-0,26 (0,11)
<i>Fiziksel rol güçlüğü</i>	-0,14 (0,39)	-0,17 (0,3)	0,19 (0,24)	-0,23 (0,16)	0,15 (0,37)	0,04 (0,81)	-0,12 (0,45)	-0,26 (0,11)	-0,23 (0,16)
<i>Ağrı</i>	-0,25 (0,11)	-0,09 (0,59)	-0,06 (0,72)	0,01 (0,97)	0,06 (0,72)	0,06 (0,73)	-0,13 (0,42)	-0,11 (0,51)	-0,22 (0,17)
<i>Genel sağlık</i>	-0,292 (0,067)	0,12 (0,48)	-0,11 (0,48)	-0,07 (0,67)	-0,01 (0,97)	0,2 (0,21)	0,07 (0,69)	-0,11 (0,51)	-0,23 (0,16)
<i>Canlılık</i>	0,01 (0,94)	-0,06 (0,73)	-0,03 (0,84)	0,06 (0,72)	-0,02 (0,9)	-0,03 (0,86)	0,25 (0,11)	-0,16 (0,31)	-0,08 (0,6)
<i>Emosyonel rol güçlüğü</i>	-0,15 (0,36)	-0,07 (0,67)	-0,03 (0,85)	-0,07 (0,67)	0,01 (0,96)	-0,09 (0,59)	-0,04 (0,8)	-0,06 (0,73)	-0,18 (0,27)
<i>Sosyal işlev</i>	0,05 (0,77)	0,05 (0,78)	0,04 (0,8)	0,04 (0,79)	0,09 (0,59)	0,07 (0,66)	0,18 (0,27)	0,08 (0,62)	0 (0,98)
<i>Mental sağlık</i>	-0,07 (0,65)	0,04 (0,82)	0,13 (0,42)	0,07 (0,68)	-0,01 (0,94)	-0,04 (0,8)	0,266 (0,097)	0,08 (0,61)	-0,13 (0,42)

(Fİ: Fiziksel İşlev)

İşlev skorlarında tüm hastalar, kötü fiziksel işleve sahip hastalar ve iyi fiziksel işleve sahip hastalar grubunda en yüksek skor bilişsel işlev skorunda tespit edildi (sırasıyla 83 (67-100), 75 (50-83) ve 83 (67-100)) (Tablo 4.5)

**Tablo 4.5:** EORTC QLQ-C30 ölçeği uygulanan hastalarda belirlenen skorların dağılımı

	Tüm grup (n=40)	Kötü Fİ (n=20)	İyi Fİ (n=20)	p
	Ortanca (ÇAA)	Ortanca (ÇAA)	Ortanca (ÇAA)	
<b>EORTC QLQ-C30</b>				
<b>Genel Sağlık Durumu</b>	46 (33-67)	33 (17-46)	67 (46-79)	<0,001
<b>İşlevsel Ölçekler</b>				
<i>Fiziksel işlev</i>	67 (30-80)	30 (20-43)	80 (73-90)	<0,001
<i>Rol işlevi</i>	67 (33-100)	33 (8-67)	100 (75-100)	<0,001
<i>Duygusal işlev</i>	58 (42-75)	50 (33-67)	63 (46-83)	0,16
<i>Bilişsel işlev</i>	83 (67-100)	75 (50-83)	83 (67-100)	0,088
<i>Sosyal işlev</i>	58 (33-67)	42 (0-58)	67 (58-83)	<0,001
<b>Semptom Ölçekleri</b>				
<i>Yorgunluk</i>	56 (33-89)	89 (67-100)	33 (28-44)	<0,001
<i>Bulantı- kusma</i>	17 (0-33)	17 (0-58)	0 (0-25)	0,081
<i>Ağrı</i>	50 (25-67)	50 (42-83)	33 (8-50)	0,023
<i>Dispne</i>	0 (0-67)	50 (0-83)	0 (0-0)	0,002
<i>Uyuma güçlüğü</i>	67 (33-67)	67 (33-100)	33 (0-67)	0,014
<i>İştah kaybı</i>	33 (17-67)	67 (33-100)	33 (0-33)	0,001
<i>Kabızlık</i>	33 (0-67)	33 (0-50)	0 (0-67)	0,60
<i>İshal</i>	33 (0-50)	33 (0-67)	0 (0-33)	0,32
<i>Ekonomik güçlük</i>	33 (0-67)	67 (33-83)	33 (0-33)	0,016

(Fİ: Fiziksel İşlev)

Bakım verenin cinsiyetine göre EORTC QLQ-C30 alt başlıkların skorları incelendiğinde, genel sağlık durumu ve işlevsel ölçekler skorlarında bakım verenin cinsiyetinin istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığı görülmektedir. Hastanın fiziksel işlevselliğinin, bakım verenin cinsiyeti ve hastanın bulantı kusma semptom skorları arasındaki ilişki için karıştırıcı faktör olduğu görüldü. Bakım verenin erkek olması durumunda hastanın bulantı kusma semptom skorlarının anlamlı derecede

yüksek olduğu görüldü (erkek: 33 (0-67), kadın: 0 (0-17),  $p=0,012$ ; düzeltilmiş OR (GA)= 0,09 (0,02-0,46). Benzer şekilde hastanın fiziksel işlevselliğinin, bakım verenin cinsiyeti ve hastanın ishal semptom skorları arasındaki ilişki için karıştırıcı faktör olduğu görüldü. Bakım verenin erkek olması durumunda hastanın ishal semptom skorlarının anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü (erkek: 33 (33-67), kadın: 0 (0-33),  $p=0,009$ ; düzeltilmiş OR (GA)= 0,23 (0,05-1,03). Yapılan etkileşim kontrollerinde hastanın fiziksel işlevselliğinin bakım verenin cinsiyeti ve hastanın ağrı semptomları arasındaki ilişkiyi etkilediği görüldü. Buna göre fiziksel işlevselliği kötü olan hastalara bakım verenin erkek olması durumunda ağrı semptom skorlarının anlamlı derecede yüksek olduğu (erkek: ortanca (ÇAA)=83 (58-100), OR (GA)= 0,07 (0,01-0,61); kadın: ortanca (ÇAA)=50 (17-50), OR (GA)= 3,00 (0,26-35,33),  $p=0,017$ ) görülürken, fiziksel işlevselliği iyi olan hastalarda bakım verenin cinsiyetine göre anlamlı fark görülmedi (erkek: 33 (33-33), kadın: 33 (0-67),  $p=0,81$ ). Diğer semptom skorlarında bakım verenin yaşının istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığı görülmektedir (Tablo 4.6).

Bakım verenin yaşına göre EORTC QLQ-C30 alt başlıkların skorları incelendiğinde, genel sağlık durumu ve işlevsel ölçekler skorlarında bakım verenin yaşının istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığı görülmektedir. Hastanın fiziksel işlevselliğinin bakım verenin yaşı ve hastanın iştah kaybı, kabızlık ve ishal semptom skorları arasındaki ilişki için karıştırıcı faktör olduğu görüldü. Bakım verenin 45 yaşında veya altında olması durumunda hastanın iştah kaybı semptom skorlarının anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü (45 yaş ve altı: 67 (33-100), 46 yaş ve üstü: 33 (0-33),  $p=0,034$ ; düzeltilmiş OR (GA)= 0,22 (0,04-1,12). Bakım verenin 45 yaşında veya altında olması durumunda hastanın kabızlık semptom skorlarının anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü (45 yaş ve altı: 33 (0-67), 46 yaş ve üstü: 0 (0-33),  $p=0,019$ ; düzeltilmiş OR (GA)= 0,26 (0,06-1,05). Bakım verenin 45 yaşında veya altında olması durumunda hastanın ishal semptom skorlarının anlamlı derecede düşük olduğu görüldü (45 yaş ve altı: 0 (0-33), 46 yaş ve üstü: 33 (0-67),  $p=0,23$ ; düzeltilmiş OR (GA)= 5,31 (0,97-29,13). Diğer semptom skorlarında bakım verenin yaşının istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığı görülmektedir (Tablo 4.7).

Bakım verenin öğrenim durumuna göre EORTC QLQ-C30 alt başlıkların skorları incelendiğinde, genel sağlık durumu ve işlevsel ölçekler skorlarında bakım



verenin öğrenim durumunun istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığı görülmektedir. Hastanın fiziksel işlevselliğinin bakım verenin öğrenim durumu ve hastanın iştah kaybı ve ekonomik güçlük semptom skorları arasındaki ilişki için karıştırıcı faktör olduğu görüldü. Bakım verenin üniversite ve üstü bir öğrenim durumuna sahip olması durumunda hastanın iştah kaybı semptom skorlarının anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü (lise ve altı: 33 (0-33), üniversite ve üstü: 67 (33-100),  $p=0,032$ ; düzeltilmiş OR (GA)= 4,93 (1,10-22,05). Bakım verenin üniversite ve üstü bir öğrenim durumuna sahip olması durumunda hastanın ekonomik güçlük semptom skorlarının anlamlı derecede düşük olduğu görüldü (lise ve altı: 67 (33-100), üniversite ve üstü: 33 (0-33),  $p=0,076$ ; düzeltilmiş OR (GA)= 0,11 (0,02- 0,74). Diğer semptom bakım verenin öğrenim durumunun istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığı görülmektedir (Tablo 4.8).

Bakım verenin hastayla yakınlık durumuna göre EORTC QLQ-C30 alt başlıkların skorları incelendiğinde, genel sağlık durumu ve işlevsel ölçekler skorlarında bakım hastayla yakınlık durumunun istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığı görülmektedir. İyi Fiziksel işleve sahip hastalarda, bakım veren hastanın eşiyse, iştah kaybı skoru istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ( $p=0,031$ ). Fakat tüm hastalarda ve kötü Fiziksel işleve sahip hastalarda hastayla yakınlık durumunun bu skora etkisi olmadığı görülmüştür (sırasıyla  $p=0,95$ ,  $p=0,47$ ). Diğer semptom skorlarında bakım verenin hastayla yakınlık durumunun istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığı görülmektedir (Tablo 4.9).

Bakım verenin daha önce kanserli bir yakını olması durumuna göre EORTC QLQ-C30 alt başlıkların skorları incelendiğinde, tüm hastalarda genel sağlık skoru ve fiziksel işlev skoru istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek, yorgunluk skoru daha düşük bulunmuştur (sırasıyla  $p=0,038$ ,  $p=0,024$ ,  $p=0,011$ ). Fakat kötü Fiziksel işleve sahip hastalarda ve iyi Fiziksel işleve sahip hastalarda böyle etki gözlenmemiştir. Yapılan etkileşim kontrollerinde hastanın fiziksel işlevselliğinin bakım verenin daha önce kanserli yakını olması durumu ve hastanın ağrı semptomları arasındaki ilişkiyi etkilediği görüldü. Buna göre fiziksel işlevselliği kötü olan hastalarda ağrı skorunun (kanserli yakını var: ortanca (ÇAA)= 50 (33-50), kanserli yakını yok: 58 (42-92,  $p=0,24$ ), fiziksel işlevselliği iyi olan hastalara göre daha yüksek (kanserli yakını var: 33 (0-67), kanserli yakını yok: 33 (33-50),  $p= 0,72$ ) olduğu

gözenmiştir (Fiziksel işlevi kötü olanlarda OR (GA)=2,00 (1,23-3,27); Fiziksel işlevi iyi olanlarda OR (GA)= 0,33 (0,03-3,93). Diğer işlevsel skorlarda ve semptom skorlarında bakım verenin daha önce kanserli bir yakını olmasının istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığı görülmektedir (Tablo 4.10).

Bakım verenin daha önce kanserli hastaya bakım verme durumuna göre EORTC QLQ-C30 alt başlıkların skorları incelendiğinde, genel sağlık durumu ve işlevsel ölçekler skorlarında bakım hastayla yakınlık durumunun istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığı görülmektedir. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmama ile birlikte, bakım veren daha önce kanserli hastaya bakım vermişse, tüm hastalarda ve iyi fiziksel işleve sahip hastalarda genel sağlık durumu, fiziksel işlev, rol işlevi, duygusal işlev ve sosyal işlev skorları daha yüksek bulunmuştur. Kötü fiziksel işleve sahip hastalarda, bakım veren daha önce kanserli hastaya bakım vermişse, duygusal işlev ve bilişsel işlev skorları daha düşük bulunmuştur. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmama ile birlikte, bakım veren daha önce kanserli hastaya bakım vermişse, kötü fiziksel işleve sahip hastalarda yorgunluk, bulantı- kusma, ağrı, uyuma güçlüğü ve ishal semptom skorları, iyi fiziksel işleve sahip hastalarda kabızlık semptom skoru daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.11).

**Tablo 4.6:** Bakım verenin cinsiyetine göre EORTC QLQ-C30 alt başlıkların skorları

	Tüm grup				Kötü Fİ			İyi Fİ		
	Erkek (n=17)	Kadın (n=23)	P	Düzeltilmiş OR	Erkek (n=8)	Kadın (n=12)	P	Erkek (n=9)	Kadın (n=11)	P
	Ortanca (CAA)	Ortanca (CAA)			Ortanca (CAA)	Ortanca (CAA)		Ortanca (CAA)	Ortanca (CAA)	
<b>EORTC QLQ-C30</b>										
<b>Genel Sağlık Durumu</b>	50 (33-67)	42 (33-75)	0,73	0,88	33 (13-38)	33 (25-50)	0,38	67 (50-67)	75 (33-100)	0,56
<b>İşlevsel Ölçekler</b>										
<i>Fiziksel işlev</i>	73 (33-80)	60 (20-80)	0,98		30 (23-33)	27 (17-50)	0,94	80 (73-87)	80 (73-100)	0,43
<i>Rol işlevi</i>	67 (50-83)	83 (33-100)	0,90	2,29	50 (25-67)	33 (0-75)	0,61	83 (67-100)	100 (83-100)	0,43
<i>Duygusal işlev</i>	58 (42-67)	58 (42-75)	0,80	1,49	46 (25-58)	54 (38-71)	0,28	67 (50-83)	58 (42-83)	0,65
<i>Bilişsel işlev</i>	67 (67-83)	83 (67-100)	0,32	2,38	67 (50-75)	83 (58-92)	0,19	83 (67-100)	100 (67-100)	0,63
<i>Sosyal işlev</i>	50 (33-67)	67 (33-67)	0,50	2,52	42 (8-58)	42 (0-58)	0,94	67 (50-83)	67 (67-83)	0,27
<b>Semptom Ölçekleri</b>										
<i>Yorgunluk</i>	56 (44-78)	56 (33-89)	0,76	0,83	83 (67-100)	89 (61-100)	0,97	44 (33-44)	33 (22-44)	0,11
<i>Bulantı- kusma</i>	33 (0-67)	0 (0-17)	0,012	0,09**	50 (25-83)	17 (0-17)	0,021	17 (0-33)	0 (0-17)	0,13
<i>Ağrı</i>	50 (33-83)	50 (17-50)	0,27	*	83 (58-100)	50 (17-50)	0,017	33 (33-33)	33 (0-67)	0,81
<i>Dispne</i>	0 (0-67)	0 (0-67)	0,34	0,34	67 (17-100)	17 (0-67)	0,24	0 (0-0)	0 (0-0)	0,50
<i>Uyuma güçlüğü</i>	67 (33-67)	67 (0-67)	0,40	0,78	83 (33-100)	67 (33-100)	0,57	33 (33-67)	0 (0-67)	0,28
<i>İştah kaybı</i>	33 (33-67)	33 (0-67)	0,42	1,08	67 (33-100)	67 (33-100)	0,75	33 (33-33)	0 (0-33)	0,15
<i>Kabızlık</i>	33 (0-67)	0 (0-67)	0,27	0,83	33 (17-67)	17 (0-50)	0,41	33 (0-67)	0 (0-67)	0,42
<i>İshal</i>	33 (33-67)	0 (0-33)	0,009	0,23**	67 (33-67)	0 (0-33)	0,018	33 (0-33)	0 (0-33)	0,14
<i>Ekonomik güçlük</i>	33 (33-67)	33 (0-67)	0,19	0,81	67 (33-100)	67 (17-67)	0,34	33 (33-33)	0 (0-33)	0,10

(Fİ: Fiziksel İşlev)

\* etkileşim var (Fiziksel işlevi kötü olanlarda OR (GA)= 0,07 (0,01-0,61), Fiziksel işlevi iyi olanlarda OR (GA)= 3,00 (0,26-35,33))

\*\* düzeltilmiş OR (Bulantı kusma semptom skoru için düzeltme öncesi OR (GA)= 0,11 (0,02-0,50); İshal semptom skoru için OR (GA)=0,21 (0,05- 1,01))

**Tablo 4.7:** Bakım verenin yaşına göre EORTC QLQ-C30 alt başlıkların skorları

	Tüm grup		P	Düzeltilmiş OR	Kötü Fİ		P	İyi Fİ		P
	<= 45 y (n=19)	>= 46 y (n=21)			<= 45 y (n=10)	>= 46 y (n=10)		<= 45 y (n=9)	>= 46 y (n=11)	
	Ortanca (CAA)	Ortanca (CAA)			Ortanca (CAA)	Ortanca (CAA)		Ortanca (CAA)	Ortanca (CAA)	
<b>EORTC QLQ-C30</b>										
<b>Genel Sağlık Durumu</b>	42 (33-67)	50 (33-67)	0,90	1,14	33 (17-42)	33 (33-50)	0,73	67 (50-75)	67 (33-83)	0,91
<b>İşlevsel Ölçekler</b>										
<i>Fiziksel işlev</i>	60 (27-80)	73 (33-80)	0,82		30 (13-40)	30 (20-53)	0,65	80 (73-93)	80 (73-87)	0,55
<i>Rol işlevi</i>	83 (33-100)	67 (50-100)	0,92	0,48	33 (0-83)	42 (33-67)	0,85	100 (83-100)	83 (67-100)	0,50
<i>Duygusal işlev</i>	58 (42-75)	50 (33-75)	0,70	1,24	54 (42-67)	46 (25-67)	0,57	58 (58-83)	67 (42-83)	0,79
<i>Bilişsel işlev</i>	83 (50-100)	83 (67-100)	0,64	1,02	75 (50-83)	75 (67-100)	0,35	100 (67-100)	83 (67-100)	0,66
<i>Sosyal işlev</i>	50 (0-83)	67 (50-67)	0,72	1,14	25 (0-50)	50 (33-67)	0,19	83 (67-100)	67 (50-83)	0,18
<b>Semptom Ölçekleri</b>										
<i>Yorgunluk</i>	67 (33-89)	44 (33-67)	0,27	0,30	89 (78-100)	72 (56-100)	0,29	33 (33-56)	33 (22-44)	0,58
<i>Bulantı- kusma</i>	17 (0-33)	0 (0-33)	0,51	1,12	17 (0-33)	25 (0-67)	0,61	17 (0-33)	0 (0-17)	0,20
<i>Ağrı</i>	50 (33-67)	33 (17-67)	0,74	1,49	50 (33-83)	58 (50-83)	0,56	33 (33-50)	33 (0-33)	0,36
<i>Dispne</i>	0 (0-67)	0 (0-33)	0,12	0,40	67 (0-100)	17 (0-67)	0,12	0 (0-0)	0 (0-0)	0,39
<i>Uyuma güçlüğü</i>	67 (33-100)	33 (0-67)	0,14	0,35	100 (33-100)	67 (33-67)	0,34	67 (33-67)	0 (0-67)	0,12
<i>İştah kaybı</i>	67 (33-100)	33 (0-33)	0,034	0,22**	83 (33-100)	50 (33-100)	0,23	33 (33-67)	0 (0-33)	0,052
<i>Kabızlık</i>	33 (0-67)	0 (0-33)	0,019	0,26**	33 (0-67)	17 (0-33)	0,45	67 (33-67)	0 (0-0)	0,012
<i>İshal</i>	0 (0-33)	33 (0-67)	0,23	5,31**	33 (0-33)	50 (0-67)	0,30	0 (0-33)	33 (0-67)	0,38
<i>Ekonomik güçlülük</i>	33 (0-100)	33 (33-67)	0,64	0,905	83 (33-100)	67 (33-67)	0,31	33 (0-33)	33 (0-33)	0,87

(Fİ: Fiziksel İşlev)

\*\* düzeltilmiş OR (İştah kaybı semptom skoru için düzeltme öncesi OR (GA)=0,28 (0,07-1,08); kabızlık semptom skoru için düzeltme öncesi OR (GA)=0,26 (0,06-1,07); ishal semptom skoru için düzeltme öncesi OR (GA)= 5,23 (0,95-28,91)

**Tablo 4.8:** Bakım verenin öğrenim durumuna göre EORTC QLQ-C30 alt başlıkların skorları

	Tüm grup				Kötü Fİ			İyi Fİ		
	<= lise (n=23)	>= üniversite (n=17)	p	Düzeltilmiş OR	<= lise (n=10)	>= üniversite (n=10)	p	<= lise (n=13)	>= üniversite (n=7)	p
	Ortanca (CAA)	Ortanca (CAA)			Ortanca (CAA)	Ortanca (CAA)		Ortanca (CAA)	Ortanca (CAA)	
<b>EORTC QLQ-C30</b>										
<b>Genel Sağlık Durumu</b>	50 (33-75)	42 (17-50)	0,15	1,15	33 (33-50)	25 (8-42)	0,17	67 (33-100)	50 (50-67)	0,38
<b>İşlevsel Ölçekler</b>										
<i>Fiziksel işlev</i>	73 (27-87)	60 (33-73)	0,49		23 (13-33)	33 (20-53)	0,22	80 (73-93)	80 (73-80)	0,37
<i>Rol işlevi</i>	67 (50-100)	83 (33-100)	0,77	3,19	42 (17-67)	33 (0-83)	0,88	100 (50-100)	100 (83-100)	0,57
<i>Duygusal işlev</i>	58 (42-75)	58 (33-67)	0,49	0,50	54 (42-75)	42 (25-58)	0,18	67 (42-75)	58 (50-92)	0,58
<i>Bilişsel işlev</i>	83 (67-100)	67 (67-83)	0,31	0,55	83 (67-100)	67 (50-83)	0,39	83 (83-100)	83 (67-100)	0,80
<i>Sosyal işlev</i>	67 (33-67)	50 (33-67)	0,38	0,39	42 (0-67)	42 (17-50)	0,88	67 (67-83)	67 (50-83)	0,57
<b>Semptom Ölçekleri</b>										
<i>Yorgunluk</i>	56 (33-89)	56 (33-89)	0,79	0,46	83 (67-100)	89 (56-100)	0,59	33 (22-44)	33 (33-44)	0,93
<i>Bulantı- kusma</i>	0 (0-50)	17 (0-33)	0,35	1,13	8 (0-67)	25 (17-50)	0,24	0 (0-33)	0 (0-17)	0,79
<i>Ağrı</i>	50 (17-83)	50 (33-50)	0,80	0,24	58 (50-83)	50 (33-67)	0,56	33 (0-67)	33 (17-50)	0,87
<i>Dispne</i>	0 (0-33)	33 (0-67)	0,12	2,95	0 (0-67)	67 (33-100)	0,20	0 (0-0)	0 (0-0)	0,90
<i>Uyuma güçlüğü</i>	67 (33-67)	67 (33-67)	0,98	0,77	67 (33-100)	67 (33-100)	0,84	33 (0-67)	33 (0-67)	0,43
<i>İştah kaybı</i>	33 (0-33)	67 (33-100)	0,032	4,93**	33 (33-67)	100 (67-100)	0,014	33 (0-33)	33 (0-33)	0,86
<i>Kabızlık</i>	33 (0-67)	33 (0-33)	0,73	0,52	33 (0-67)	33 (0-33)	0,87	0 (0-67)	0 (0-67)	0,62
<i>İshal</i>	0 (0-67)	33 (0-33)	0,59	0,44	17 (0-67)	33 (0-33)	0,87	0 (0-33)	33 (0-33)	0,69
<i>Ekonomik güçlük</i>	67 (33-100)	33 (0-33)	0,076	0,11**	67 (67-100)	33 (0-67)	0,034	33 (0-67)	33 (0-33)	0,40

(Fİ: Fiziksel İşlev)

\*\* düzeltilmiş OR (İştah kaybı semptom skoru için düzeltme öncesi OR (GA)= 5,14 (1,29-20,52); ekonomik güçlük semptom skoru için düzeltme öncesi OR (GA)= 0,28 (0,07-1,13))

**Tablo 4.9:** Bakım verenin hastayla yakınlık durumuna göre EORTC QLQ-C30 alt başlıkların skorları

	Tüm grup				Kötü Fİ			İyi Fİ		
	Eşi (n=17)	Diğer (n=23)	P	Düzeltilmiş OR	Eşi (n=10)	Diğer (n=10)	P	Eşi (n=7)	Diğer (n=13)	P
	Ortanca (CAA)	Ortanca (CAA)			Ortanca (CAA)	Ortanca (CAA)		Ortanca (CAA)	Ortanca (CAA)	
<b>EORTC QLQ-C30</b>										
<b>Genel Sağlık Durumu</b>	50 (33-67)	42 (33-67)	0,81	0,48	33 (8-50)	33 (33-42)	0,53	67 (50-100)	67 (42-75)	0,33
<b>İşlevsel Ölçekler</b>										
<i>Fiziksel işlev</i>	53 (20-80)	73 (33-80)	0,41		27 (20-40)	30 (20-47)	0,76	80 (73-100)	80 (73-87)	0,74
<i>Rol işlevi</i>	50 (33-83)	83 (50-100)	0,09	4,00	33 (0-50)	58 (33-83)	0,071	100 (67-100)	100 (83-100)	0,90
<i>Duygusal işlev</i>	50 (33-75)	58 (42-67)	0,72	0,81	42 (25-58)	58 (50-83)	0,09	83 (50-92)	58 (42-67)	0,12
<i>Bilişsel işlev</i>	83 (67-83)	83 (67-100)	0,69	1,82	67 (50-83)	83 (50-100)	0,46	83 (83-100)	83 (67-100)	0,61
<i>Sosyal işlev</i>	50 (33-67)	67 (50-67)	0,29	1,52	33 (0-50)	50 (17-67)	0,39	67 (50-83)	67 (67-83)	0,87
<b>Semptom Ölçekleri</b>										
<i>Yorgunluk</i>	67 (33-89)	56 (33-89)	0,79	1,04	83 (67-100)	89 (56-100)	0,73	33 (22-44)	33 (33-56)	0,19
<i>Bulantı- kusma</i>	0 (0-33)	17 (0-33)	0,59	1,46	17 (0-67)	17 (0-33)	0,70	0 (0-0)	17 (0-33)	0,11
<i>Ağrı</i>	50 (33-67)	50 (17-67)	0,60	0,73	58 (50-83)	50 (33-67)	0,56	33 (33-33)	33 (0-50)	0,97
<i>Dispne</i>	0 (0-33)	0 (0-67)	0,64	1,81	17 (0-67)	67 (0-100)	0,20	0 (0-0)	0 (0-0)	0,90
<i>Uyuma güçlüğü</i>	67 (0-67)	67 (33-67)	0,81	1,25	67 (33-100)	83 (33-100)	0,75	0 (0-67)	33 (33-67)	0,34
<i>İştah kaybı</i>	33 (0-67)	33 (33-67)	0,95	1,03	67 (33-100)	50 (33-100)	0,47	0 (0-33)	33 (33-33)	0,031
<i>Kabızlık</i>	0 (0-33)	33 (0-67)	0,12	1,87	17 (0-67)	33 (0-33)	0,66	0 (0-0)	67 (0-67)	0,06
<i>İshal</i>	0 (0-33)	33 (0-67)	0,61	1,26	17 (0-67)	33 (0-67)	0,58	0 (0-33)	0 (0-33)	0,76
<i>Ekonomik güçlük</i>	33 (0-67)	33 (0-67)	0,79	0,73	67 (33-100)	50 (33-67)	0,39	0 (0-33)	33 (0-33)	0,27

(Fİ: Fiziksel İşlev)

**Tablo 4.10:** Bakım verenin daha önce kanserli yakını olması durumuna göre EORTC QLQ-C30 alt başlıkların skorları

	Tüm grup			Düzeltilmiş OR	Kötü Fİ			İyi Fİ		
	Kanserli Yakını Var (n=15)	Kanserli Yakını Yok (n=25)	p		Kanserli Yakını Var (n=4)	Kanserli Yakını Yok (n=16)	p	Kanserli Yakını Var (n=9)	Kanserli Yakını Yok (n=11)	p
	Ortanca (CAA)	Ortanca (CAA)			Ortanca (CAA)	Ortanca (CAA)		Ortanca (CAA)	Ortanca (CAA)	
<b>EORTC QLQ-C30</b>										
<b>Genel Sağlık Durumu</b>	67 (33-83)	33 (33-50)	0,038	0,34	42 (17-50)	33 (17-42)	0,70	67 (67-100)	50 (42-67)	0,18
<b>İşlevsel Ölçekler</b>										
<i>Fiziksel işlev</i>	80 (53-87)	40 (27-73)	0,024		33 (10-50)	30 (20-37)	0,92	80 (73-93)	80 (73-80)	0,36
<i>Rol işlevi</i>	83 (50-100)	67 (33-100)	0,32	1,03	33 (17-58)	42 (8-67)	0,74	100 (50-100)	100 (83-100)	0,80
<i>Duygusal işlev</i>	67 (42-83)	58 (42-67)	0,42	0,51	42 (29-67)	54 (38-67)	0,60	67 (42-92)	58 (50-67)	0,38
<i>Bilişsel işlev</i>	83 (67-100)	83 (67-100)	0,49	0,86	67 (50-83)	75 (58-92)	0,56	100 (67-100)	83 (67-100)	0,49
<i>Sosyal işlev</i>	67 (50-83)	50 (17-67)	0,089	1,19	42 (17-50)	42 (0-67)	0,73	67 (67-83)	67 (50-83)	0,48
<b>Semptom Ölçekleri</b>										
<i>Yorgunluk</i>	33 (22-56)	67 (44-89)	0,011	4,36	72 (56-94)	89 (67-100)	0,53	33 (22-44)	44 (33-44)	0,23
<i>Bulantı- kusma</i>	0 (0-17)	17 (0-33)	0,065	2,29	8 (0-33)	17 (8-67)	0,31	0 (0-17)	17 (0-33)	0,32
<i>Ağrı</i>	33 (17-50)	50 (33-83)	0,13	*	50 (33-50)	58 (42-92)	0,24	33 (0-67)	33 (33-50)	0,72
<i>Dispne</i>	0 (0-33)	0 (0-67)	0,28	1,04	67 (17-100)	50 (0-67)	0,43	0 (0-0)	0 (0-0)	0,39
<i>Uyuma güçlüğü</i>	33 (0-100)	67 (33-67)	0,42	0,12	100 (83-100)	67 (33-100)	0,082	0 (0-67)	67 (33-67)	0,12
<i>İştah kaybı</i>	33 (0-67)	33 (33-67)	0,12	1,04	83 (33-100)	67 (33-100)	0,77	33 (0-33)	33 (0-33)	0,46
<i>Kabızlık</i>	0 (0-67)	33 (0-67)	0,49	1,27	17 (0-33)	33 (0-83)	0,37	0 (0-67)	0 (0-67)	0,97
<i>İshal</i>	0 (0-33)	33 (0-67)	0,14	3,00	17 (0-33)	33 (0-67)	0,32	0 (0-33)	33 (0-33)	0,42
<i>Ekonomik güçlük</i>	33 (0-67)	33 (33-67)	0,10	1,46	50 (17-67)	67 (33-100)	0,33	33 (0-33)	33 (0-33)	0,63

(Fİ: Fiziksel İşlev)

\* etkileşim var (Fiziksel işlevi kötü olanlarda OR (GA)=2,00 (1,23-3,27); Fiziksel işlevi iyi olanlarda OR (GA)= 0,33 (0,03-3,93))

**Tablo 4.11:** Bakım verenin daha önce kanserli hastaya bakım verme durumuna göre EORTC QLQ-C30 alt başlıkların skorları

	Tüm grup				Kötü Fİ			İyi Fİ		
	Bakım Vermiş (n=9)	Bakım Vermiş (n=31)	p	Düzeltilmiş OR	Bakım Vermiş (n=3)	Bakım Vermiş (n=17)	p	Bakım Vermiş (n=6)	Bakım Vermiş (n=14)	p
	Ortanca (CAA)	Ortanca (CAA)			Ortanca (CAA)	Ortanca (CAA)		Ortanca (CAA)	Ortanca (CAA)	
<b>EORTC QLQ-C30</b>										
<b>Genel Sağlık Durumu</b>	67 (50-67)	42 (33-67)	0,24	0,27	50 (0-50)	33 (17-42)	0,62	67 (67-83)	58 (42-75)	0,62
<b>İşlevsel Ölçekler</b>										
<i>Fiziksel işlev</i>	80 (53-87)	60 (27-80)	0,12		47 (0-53)	27 (20-33)	0,75	83 (80-100)	80 (73-87)	0,21
<i>Rol işlevi</i>	100 (50-100)	67 (33-100)	0,23	0,47	33 (0-83)	33 (17-67)	0,83	100 (100-100)	83 (67-100)	0,19
<i>Duygusal işlev</i>	83 (42-92)	58 (42-67)	0,25	0,50	33 (25-83)	50 (42-67)	0,59	88 (50-92)	58 (42-67)	0,11
<i>Bilişsel işlev</i>	83 (67-100)	83 (67-100)	0,76	1,25	50 (50-83)	83 (67-83)	0,33	92 (83-100)	83 (67-100)	0,51
<i>Sosyal işlev</i>	67 (50-83)	50 (33-67)	0,24	1,25	33 (0-50)	50 (0-67)	0,51	83 (67-100)	67 (50-83)	0,17
<b>Semptom Ölçekleri</b>										
<i>Yorgunluk</i>	33 (22-56)	67 (44-89)	0,12	5,33	89 (56-100)	89 (67-100)	0,96	28 (22-33)	39 (33-44)	0,14
<i>Bulantı- kusma</i>	0 (0-50)	17 (0-33)	0,73	0,81	17 (0-50)	17 (0-67)	0,70	0 (0-50)	0 (0-17)	0,93
<i>Ağrı</i>	33 (33-50)	50 (17-83)	0,32	3,55	50 (50-50)	50 (33-83)	0,62	33 (0-33)	33 (17-50)	0,49
<i>Dispne</i>	0 (0-33)	0 (0-67)	0,67	0,28	100 (33-100)	33 (0-67)	0,12	0 (0-0)	0 (0-0)	0,95
<i>Uyuma güçlüğü</i>	33 (0-67)	67 (33-67)	0,37	0,55	100 (67-100)	67 (33-100)	0,20	0 (0-33)	50 (33-67)	0,068
<i>İştah kaybı</i>	33 (0-67)	33 (33-67)	0,97	0,28	100 (67-100)	67 (33-100)	0,18	17 (0-33)	33 (0-33)	0,69
<i>Kabızlık</i>	33 (0-67)	33 (0-67)	0,92	1,11	33 (0-33)	33 (0-67)	0,74	33 (0-67)	0 (0-67)	0,78
<i>İshal</i>	0 (0-33)	33 (0-67)	0,38	3,00	33 (0-33)	33 (0-67)	0,66	0 (0-33)	17 (0-33)	0,52
<i>Ekonomik güçlük</i>	33 (0-33)	33 (33-67)	0,10	2,18	33 (0-67)	67 (33-100)	0,21	17 (0-33)	33 (0-33)	0,54

(Fİ: Fiziksel İşlev)



## 5. TARTIŞMA

Kanser, dünya genelinde en sık ölüm nedenleri arasında yer almaktadır. Toplum tabanlı bakım ailede bakım verme ile ilgili farkındalığın artmasına katkıda bulunmuştur. Sağlık sistemindeki değişiklikler ve yaşlı nüfusun artışına bağlı olarak, kanser bakımı resmi olmayan bakıcılara kaymakta, bakım verenler tarafından sunulan destek, sosyal bakım sistemini bir formu olarak kabul edilmektedir (5,6,7). Bakım verenler, hem besleme, giydirme, banyo yaptırma ve hastanın transferi gibi günlük yaşam aktivitelerini hem de yara bakımı, ilaç uygulaması, kateter bakımı gibi birçok işi yapmaktadırlar ve çoğunlukla bu durumlara hazırlıklı değildirler (6). Kanser tedavisindeki olanakların gelişmesi ve yaşam sürelerinin artması, tedavi başarısı yanında yaşam kalitesi kavramını da gündeme getirmektedir. Kanser ve kanser tedavisi, hastaların ve partnerlerinin yaşamlarında büyük bir etkiye sahiptir. Zorluklar, sadece hastalar değil kanser hastalarına bakım veren aile üyeleri, özellikle eşleri tarafından da yaşanır. Kanserli hastalar ve aileleri sıklıkla yaşam kalitelerinde düşüş yaşamaktadırlar (4, 17). Çalışmamızda, bakım verenlere ait bazı özelliklerin, hastaların yaşam kalitesi üzerine etkisi olup olmadığını değerlendirmeyi amaçladık.

Fiziksel işlevsellik, hastanın genel sağlığını, diğer tüm işlevselliklerini ve semptomlarını etkileyen bir durumdur. Bu nedenle biz çalışmamızda ‘fiziksel işlev’i bir eş değişken olarak tanımladık. Fiziksel işlev skorunu median değer altında değer alanları kötü, üstünde değer alanları iyi fiziksel işleve sahip hastalar olarak grupladık. Yapılacak geniş kapsamlı toplumsal çalışmalarla genel popülasyonda ortalama referans değerinin belirlenmesi, hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesinde yol gösterici olacaktır.

Çalışmaya katılmayı kabul eden 40 hastanın ve 40 bakım verenin verileri değerlendirilmiştir. Hastaların yarısı iyi fiziksel işleve sahip, yarısı kötü fiziksel işleve sahiptir. Fiziksel işlev grupları, cinsiyet, yaş, öğrenim durumu ve tanıları açısından benzerdi. Daha önce kanserli bir yakını olmadığını belirtenlerin yüzdesi, kötü fiziksel işleve sahip olan hastalara bakım verenlerde daha yüksektir.

Dünyada genelinde kanserli hastalara bakım verenler genellikle kadınlardır ve daha fazla bakım yükü deneyimlemektedirler (18). Türk toplumu temel olarak ataerkil bir yapıya sahiptir ve kadınlar bakım verme için temel kaynak olarak görülmektedir (9). Yapılmış birçok çalışmada da bakım verenlerin çoğunlukla kadınlar olduğu belirtilmektedir (2, 19, 20, 21, 22). Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak, tüm hastalarda, kötü fiziksel işleve sahip hastalarda ve iyi fiziksel işleve sahip hastalarda bakım verenlerin cinsiyet dağılımına bakıldığında, kadınlar daha sıktır (sırasıyla 57,5%, 60% ve 55%). Bizim çalışmamızda bakım verenlerin her tüm hastalar, kötü fiziksel işleve sahip hastalar ve iyi fiziksel işleve sahip hastalar grubunda yaklaşık yarısı 45 yaş ve altındaydı. Türkoğlu D ve Kılıç D'nin yaptığı çalışmada bakım verenlerin %40'ının 35 yaş ve altında olduğu ve ortalama  $42.3 \pm 13.6$ ) ve %65,8'inin ilkokul mezunu olduğu belirtilmiştir (22). Bizim çalışmamızda tüm hastalarda bakım verenlerin %42,5'i üniversite ve üstü bir öğrenim düzeyine sahipti. Gruplar arasında fark olmamakla birlikte, iyi fiziksel işleve sahip hastalara bakım verenlerde lise ve altı öğrenim düzeyine sahip kişilerin sıklığı, kötü fiziksel işleve sahip hastalara bakım verenlerden daha yüksekti (sırasıyla. %65, %50). Öğrenim düzeyi arttıkça kişilerin çalışma yaşamında olma ihtimalinin daha yüksek olabileceği ve hastalarla ilgilenme sürelerinin daha düşük olabileceği bu durumda etkili olmuş olabilir. Bizim çalışmamızda bir kısıtlılık olarak, bakım verenlerin herhangi bir işte çalışıp çalışmadıklarında dair bir veriye sahip olmadığımız için bu etkiyi değerlendiremedik.

Bakım verme, eşler ve eşlerin dışındaki bakım verenler (örneğin yakın arkadaşlar, akrabalar gibi) tarafından farklı deneyimlenebilir (18). Bizim çalışmamızda, tüm hastalarda bakım verenlerin 42,5%'i hastanın eşiydi. Abdullah N ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, bakım verenlerin yaklaşık yarısının hastaların eşi, %36,6'sının hastanın çocuğu olduğu belirtilmiştir (2). Roen I ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bakım verenler içinde en büyük grubu (%75) partnerleri oluşturmaktaydı. Hamidou ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bakım verenlerin %61'i partnerleri, %25,5'i çocuklarıydı. (20)

Bizim çalışmamızda hastaların EORTC-Q işlevsel ölçeklerinde en yüksek skor bilişsel işlev skorunda, semptom ölçeklerinde uyuma güçlüğü, yorgunluk ve ağrı skorlarında tespit edilmiştir. Cihan Y ve Öztürk A tarafından rektum kanserli

hastalarda yapılan bir çalışmada, en yüksek skor görülen semptomlar bulantı kusma ve ishalde, en düşük skor duygusal işlev skorunda bulunmuştur (23). Hastaların ‘genel sağlık durumu’, ‘fiziksel işlev’, ‘rol işlevi’ ve ‘sosyal işlev’ skorları, kötü fiziksel işleve sahip hastalarda daha düşük, yorgunluk, ağrı, dispne, uyuma güçlüğü, iştah kaybı ve ekonomik güçlük skorları daha yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Bakım verenlerin yaşam kalitesi ölçeği alt skorları ile hastaların yaşam kalitesi alt skorları arasındaki korelasyon değerlendirildiğinde, bakım verenlerin fiziksel rol güçlüğü ile hastaların sosyal işlevleri arasında doğru yönde, orta kuvvette ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Bakım verenlerin fiziksel rol güçlüğü yaşaması, hastaların sosyal aktivitelerinde destek olmalarını zorlaştırıyor olabileceğinden, hastalar sosyal işlevlerini kendileri yapmak zorunda kalıyor olabilirler. Bakım verenlerin genel sağlık durumları ve emosyonel rol güçlükleri ile hastaların fiziksel işlevi arasında doğru yönde, zayıf, bir ilişki bulunmuştur. Bakım verenlerin genel sağlık durumları iyiye, hastalara fiziksel faaliyetlerini yapmakta daha iyi destek sağlıyor olabilirler.

Yapılan çalışmalarda, bakım verenlerin yaşam kalitesi, hastalar üzerinde etkisi bulunduğu belirtilmektedir. Abdullah N ve arkadaşları, yaptıkları çalışmada hastaların yaşam kalitesinin bakım verenlerinkinden daha kötü olduğunu göstermiştir. Daha iyi yaşam kalitesine sahip bakım verenler, hastalara yardımcı olmak ve destek sunmak konusunda daha iyi konumdadır (4, 9). Best A ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada bakım verenlerinin hareketlerini negatif olarak belirten hastaların daha kötü bir fiziksel ve mental sağlıkları olduğunu belirtmişlerdir. Algılanan sosyal desteğin fiziksel sağlıkla direk ilişkili olmadığı, fakat mental sağlıkla olumlu bir şekilde ilişkide olduğunu ifade etmişlerdir (3). Yapılan bir başka çalışmada, hastaların fiziksel sağlığı ve bakım verenin spiritüel yaşam kalitesi arasında ilişki bulunmuştur (20).

Abdullah N ve arkadaşları, yaptıkları çalışmada hastaların yaşam kalitesinin bakım verenlerinkinden daha kötü olduğunu göstermiştir (9). Birçok çalışmada cinsiyet, hastanın cinsiyeti, öğrenim düzeyi, bakım maliyeti, sosyal destek algısının bakım verenlerin yaşam kalitesinin belirteçlerinden olduğu gösterilmiştir (6). Yapılan çalışmalarda, hastanın yaşı cinsiyeti, çalışma durumu, öğrenim düzeyi ve ailenin gelir

düzeyi gibi sosyodemografik özellikler ve anksiyete depresyon gibi semptomların hastanın yaşam kalitesi üzerinde etkisi olduğu belirtilmektedir (17). Kanser ve tedavisi hem hastalarda hem bakım verenlerde psikolojik stres oluşturmaktadır. Bakım verenlerin, hastalar kadar hatta belki daha fazla psikolojik stres yaşadığı gösterilmiştir. Psikolojik stresin en sık semptomlarından olan anksiyete ve depresyonun hem kanserli hastaların hem onlara bakım verenlerin yaşam kalitesi üzerinde etkisi bulunmaktadır (24). Bakım vermenin depresyon ve yalnızlık gibi bazı sonuçları bakım verme sonlansa bile devam edebilmektedir (25). Hastalık evresi ile bazı semptom skorları ve ekonomik zorluk skoru arasında ilişki olduğu belirtilmektedir (23). Lewandowska ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, alınan kemoterapi kür sayısı ile yaşam kalitesi arasında güçlü bir ilişki bulmuştur (26). Bizim çalışmamızda bir kısıtlılık olarak hastaların hastalıklarının evreleri ve aldıkları tedavilere dair bir bilgi olmadığı için bu etkiler değerlendirilememiştir. Bizim çalışmamızda, bakım verenin cinsiyeti, yaşı, öğrenim durumu, hastayla yakınlığı, daha önce kanserli bir yakını olması ve daha önce kanserli bir hastaya bakım verme durumunun hastanın yaşam kalitesine etkisi değerlendirilmiştir. Bakım verenin erkek olması durumunda hastanın bulantı kusma ve ishal semptom skorlarının anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Bununla birlikte, fiziksel işlevselliği kötü olan hastalara bakım verenin erkek olması durumunda ağrı semptom skorlarının anlamlı derecede yüksek olduğu görülürken, fiziksel işlevselliği iyi olan hastalarda bakım verenin cinsiyetine göre anlamlı fark görülmemiştir. Bakım verenin 45 yaşında veya altında olması durumunda hastanın iştah kaybı ve kabızlık semptom skorlarının anlamlı derecede yüksek olduğu, ishal semptom skorlarının anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür. Bakım verenin üniversite ve üstü bir öğrenim durumuna sahip olması durumunda hastanın iştah kaybı semptom skorlarının anlamlı derecede yüksek olduğu, hastanın ekonomik güçlük semptom skorlarının anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür. İyi fiziksel işleve sahip hastalarda, bakım veren hastanın eşiyse, iştah kaybı skoru istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuş, tüm hastalarda ve kötü fiziksel işleve sahip hastalarda hastayla yakınlık durumunun bu skora etkisi olmadığı görülmüştür. Hsiu-Yu Hung ve arkadaşları, bakım veren eş ise hastanın yaşam kalitesinin daha iyi olduğunu belirtmişlerdir (27). Diğer aile üyeleri ve arkadaşlar tarafından sunulan desteğin, eş desteğinin yerini tutmadığı belirtilmektedir (28). Bizim çalışmamızda

bakım veren hastanın eşi ise daha düşük sosyal işlev olduğu gözlenmiştir. Bir eş veya partnere sahip olmak gibi bir sosyal destek, kişinin sosyal iletişim ağının bir parçasını oluşturabileceği belirtilmektedir (3). Bununla birlikte, eşlerin, hastaya destek sağlamak ve kayıp yaşamak ile ilgili kaygılarının olduğu unutulmamalıdır.

Bakım verenin daha önce kanserli bir yakını olması durumuna göre EORTC QLQ-C30 alt başlıkların skorları incelendiğinde, tüm hastalarda genel sağlık skoru ve fiziksel işlev skoru istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek, yorgunluk skoru daha düşük bulunmuştur. Fakat kötü fiziksel işleve sahip hastalarda ve iyi fiziksel işleve sahip hastalarda böyle etki gözlenmemiştir. Yapılan etkileşim kontrollerinde hastanın fiziksel işlevselliğinin bakım verenin daha önce kanserli yakını olması durumu ve hastanın ağrı semptomları arasındaki ilişkiyi etkilediği görüldü. Buna göre fiziksel işlevselliği kötü olan hastalarda ağrı skorunun, fiziksel işlevselliği kötü olan hastalara göre daha kötü olduğu gözlenmiştir. Diğer işlevsel skorlarda ve semptom skorlarında bakım verenin daha önce kanserli bir yakını olmasının istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığı görülmemiştir. Bakım verenin daha önce kanserli hastaya bakım verme durumuna göre EORTC QLQ-C30 alt başlıkların skorları incelendiğinde, genel sağlık durumu, işlevsel ölçekler ve semptom skorlarında bakım verenin hastayla yakınlık durumunun istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığı görülmemiştir.

Bakım verenler, öz değer hissi, manevi ödül, diğer aile üyelerinin takdiri, tatmin, kişisel değerlerin keşfedilmesi ve kişisel gelişim gibi birçok olumlu deneyim yanında birçok zorluk ve olumsuz deneyimi de yaşamaktadır. Bununla birlikte birçok bakım veren, hastalarına yardımcı olurken karşılaştıkları zorluklarla başa çıkacak donanıma sahip değildir (6, 29, 30). Yaşam kalitesinin çok boyutlu yapısını psikolojik, fiziksel, sosyal ve manevi bileşenler oluşturmaktadır (4). Kötü yaşam kalitesi, hastaneye yatış ve mortalite hızlarını ve sağ kalımı artırmaktadır (23, 31). Ayrıca yaşam kalitesi, tedavi etkinliğini değerlendirmede önemli bir kriter ve genel sağkalım için bağımsız bir prediktör olarak kabul edilmektedir (4, 26). Bakım verenlerin yaşam kalitesinin devamlılığını sağlamak, bakım verenlerin gerekli bakımı vermelerinde önemli bir etkidir (5, 10). Bakım verenlerin eğitimi, sosyoekonomik destek ve sağlık bakım desteği bakım verenlerin yaşam kalitesini ve bakım hizmetinin kalitesini artırabilir (32). Bakım verenlerin değerlendirilmesi hem bakım verenin hem de

hastanın bakımı için önemlidir Bakım verenlerin yaşam kalitesinin standart bir anket kullanılarak izlenmesiyle ekonomik, ilişkilerle veya sağlıkla ilgili olası sorunların erken tespiti sağlanabilir (18, 33).

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerinin ve yaşam kalitesinin kanser hastalarının yaşam kalitesinin üzerine etkilerinin değerlendirildiği bu çalışmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Fiziksel işlevselliği kötü olan hastalarda, bakım veren erkekse ağrı semptom skorları daha yüksektir.
- Bakım veren 45 yaşında veya altındaysa hastanın iştah kaybı, kabızlık semptom skorları daha yüksek ve ishal skoru daha düşüktür.
- Bakım veren üniversite ve üstü bir öğrenim durumuna sahipse hastanın iştah kaybı semptom skorları daha yüksek, ekonomik güçlük semptom skorları daha düşüktür.
- İyi fiziksel işleve sahip hastalarda, bakım veren hastanın eşiyse iştah kaybı skoru daha düşüktür.
- Bakım verenin daha önce kanserli bir yakını varsa genel sağlık skoru ve fiziksel işlev skoru daha yüksektir.
- Fiziksel işlevselliği kötü olan hastalarda, bakım verenin daha önce kanserli bir yakını varsa ağrı semptom skoru daha yüksektir.
- Bakım verenlerin fiziksel rol güçlüğü ile hastaların sosyal işlevleri arasında doğru yönde bir ilişki bulunmaktadır.
- Bakım verenlerin genel sağlık durumları ve emosyonel rol güçlükleri ile hastaların fiziksel işlevi arasında doğru yönde bir ilişki bulunmaktadır.

Geniş kapsamlı çalışmalar yapılarak, Türk toplumu için ortanca referans değerlerinin bulunması, yaşam kalitesini değerlendiren çalışmalarda yol gösterici olabilir.

Fiziksel işlev skorunun yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarını etkileyebilecek karıştırıcı bir faktör olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Yaşam kalitesi tek seferlik değil, sürekli değerlendirilmesi gereken bir durumdur. Hem hastaların hem bakım verenlerin yaşam kalitelerinin standart bir anket kullanarak sürekli takip edilmesi hastalarda görüntüleme veya laboratuvar yöntemlerle tespit edilemeyen durumların takibinde ve gerekli durumlarda bakım verenlere eğitim,

sosyal ve ekonomik destek verilerek bakım verenlerin yaşam kalitesini ve hastalara sundukları bakımın kalitesini artırmada etkili olabilir.



## 7. KAYNAKLAR

1. <https://www.who.int/tools/whoqol>
11. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
12. [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/istatistik/Turkiye\\_Kanser\\_Istatistikleri\\_2017.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2017.pdf)
13. <https://www.who.int/about/governance/constitution>
14. <https://www.cdc.gov/hrqol/pdfs/mhd.pdf>
15. <https://www.cdc.gov/hrqol/concept.htm>
16. <http://eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/623.pdf>
21. Kim, Y., & Carver, C. S. (2019). Unmet needs of family cancer caregivers predict quality of life in long-term cancer survivorship. *Journal of cancer survivorship : research and practice*, 13(5), 749–758. <https://doi.org/10.1007/s11764-019-00794-6>
2. Abdullah NN, Idris IB, Shamsuddin K, Abdullah NMA. Health-Related Quality of Life (HRQOL) of Gastrointestinal Cancer Caregivers: The Impact of Caregiving. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2019 Apr 29;20(4):1191-1197. doi: 10.31557/APJCP.2019.20.4.1191. PMID: 31030494; PMCID: PMC6948883.
3. Best, A.L., Shukla, R., Adamu, A.M. *et al*. Impact of caregivers' negative response to cancer on long-term survivors' quality of life. *Support Care Cancer* 29, 679–686 (2021). <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05509-7>
4. Gabriel I, Creedy D, Coyne E. A systematic review of psychosocial interventions to improve quality of life of people with cancer and their family caregivers. *Nurs Open*. 2020 Jun 28;7(5):1299-1312. doi: 10.1002/nop2.543. PMID: 32802350; PMCID: PMC7424465.
5. Kitrungröter L, Cohen MZ. Quality of life of family caregivers of patients with cancer: a literature review. *Oncol Nurs Forum*. 2006 May 3;33(3):625-32. doi: 10.1188/06.ONF.625-632. PMID: 16676018.
6. Kizza IB, Muliira JK. Determinants of quality of life among family caregivers of adult cancer patients in a resource-limited setting. *Support Care Cancer*. 2020 Mar;28(3):1295-1304. doi: 10.1007/s00520-019-04947-2. Epub 2019 Jun 25. PMID: 31240464.
7. Sun V, Raz DJ, Kim JY. Caring for the informal cancer caregiver. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2019 Sep;13(3):238-242. doi: 10.1097/SPC.0000000000000438. PMID: 31157656; PMCID: PMC6669089.
8. Üzar-Özçeti N YS, Dursun Sİ. Quality of life, caregiver burden, and resilience among the family caregivers of cancer survivors. *Eur J Oncol Nurs*. 2020 Oct;48:101832. doi: 10.1016/j.ejon.2020.101832. Epub 2020 Sep 13. PMID: 32949940.
9. Abdullah NN, Idris IB, Shamsuddin K, Abdullah NMA. Health-related quality of life in Malaysian gastrointestinal cancer patients and their family caregivers-a

- comparison study. *Support Care Cancer*. 2020 Apr;28(4):1891-1899. doi: 10.1007/s00520-019-05007-5. Epub 2019 Jul 29. PMID: 31359181.
10. Bauer MR, Bright EE, MacDonald JJ, Cleary EH, Hines OJ, Stanton AL. Quality of Life in Patients With Pancreatic Cancer and Their Caregivers: A Systematic Review. *Pancreas*. 2018 Apr;47(4):368-375. doi: 10.1097/MPA.0000000000001025. PMID: 29521939.
17. Li, Q., Xu, Y., Zhou, H. *et al.* Factors influencing the health-related quality of life of Chinese advanced cancer patients and their spousal caregivers: a cross-sectional study. *BMC Palliat Care* **15**, 72 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0142-3>
18. Clarijs ME, Oemrawsingh A, Bröker MEE, Verhoef C, Lingsma H, Koppert LB. Quality of life of caregivers of breast cancer patients: a cross-sectional evaluation. *Health Qual Life Outcomes*. 2022 Feb 19;20(1):29. doi: 10.1186/s12955-022-01930-0. PMID: 35183212; PMCID: PMC8858558.
19. Kristanti MS, Setiyarini S, Effendy C. Enhancing the quality of life for palliative care cancer patients in Indonesia through family caregivers: a pilot study of basic skills training. *BMC Palliat Care*. 2017 Jan 17;16(1):4. doi: 10.1186/s12904-016-0178-4. PMID: 28095837; PMCID: PMC5240385.
20. Hamidou Z, Baumstarck K, Chinot O, Barlesi F, Salas S, Leroy T, Auquier P. Domains of quality of life freely expressed by cancer patients and their caregivers: contribution of the SEIQoL. *Health Qual Life Outcomes*. 2017 May 12;15(1):99. doi: 10.1186/s12955-017-0672-2. PMID: 28494773; PMCID: PMC5427569.
21. Minaya Flores P, Berbis J, Chinot O, Auquier P. Assessing the quality of life among caregivers of patients with gliomas. *Neurooncol Pract*. 2014;1(4):191-197. doi:10.1093/nop/npu027
22. Turkoglu N, Kilic D. Effects of care burdens of caregivers of cancer patients on their quality of life. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2012;13(8):4141-5. doi: 10.7314/apjcp.2012.13.8.4141. PMID: 23098532.
23. Cihan YB, Ozturk A. The effect of demographic, clinical, and pathological data on quality of life in rectum cancer. *Support Care Cancer*. 2021 Dec;29(12):7411-7420. doi: 10.1007/s00520-021-06300-y. Epub 2021 Jun 2. PMID: 34075455.
24. Li, Q., Lin, Y., Xu, Y. *et al.* The impact of depression and anxiety on quality of life in Chinese cancer patient-family caregiver dyads, a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* **16**, 230 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12955-018-1051-3>
25. Martin MP, McEntee ML, Suri Y. Caregiver Quality of Life: How to Measure It and Why. *American Journal of Health Promotion*. 2021;35(7):1042-1045. doi:10.1177/08901171211030142f
27. Hung HY, Wu LM, Chen KP. Determinants of Quality of Life in Lung Cancer Patients. *J Nurs Scholarsh*. 2018 May;50(3):257-264. doi: 10.1111/jnu.12376. Epub 2018 Mar 23. PMID: 29569334.
28. Lin Y, Luo X, Li J, Xu Y, Li Q. The dyadic relationship of benefit finding and its impact on quality of life in colorectal cancer survivor and spousal caregiver couples. *Support Care Cancer*. 2021 Mar;29(3):1477-1486. doi: 10.1007/s00520-020-05602-x. Epub 2020 Jul 22. PMID: 32699998.

29. Røen I, Brenne AT, Brunelli C, Stifoss-Hanssen H, Grande G, Solheim TS, Kaasa S, Knudsen AK. Spiritual quality of life in family carers of patients with advanced cancer—a cross-sectional study. *Support Care Cancer*. 2021 Sep;29(9):5329-5339. doi: 10.1007/s00520-021-06080-5. Epub 2021 Mar 4. PMID: 33661369; PMCID: PMC8295139.
30. Lewandowska A, Rudzki G, Lewandowski T, Próchnicki M, Rudzki S, Laskowska B, Brudniak J. Quality of Life of Cancer Patients Treated with Chemotherapy. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Sep 23;17(19):6938. doi: 10.3390/ijerph17196938. PMID: 32977386; PMCID: PMC7579212.
31. Eichler, M., Singer, S., Hentschel, L. *et al.* The association of Health-Related Quality of Life and 1-year-survival in sarcoma patients—results of a Nationwide Observational Study (PROSa). *Br J Cancer* **126**, 1346–1354 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41416-022-01702-z>
32. Geng HM, Chuang DM, Yang F, Yang Y, Liu WM, Liu LH, Tian HM. Prevalence and determinants of depression in caregivers of cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2018 Sep;97(39):e11863. doi: 10.1097/MD.00000000000011863. PMID: 30278483; PMCID: PMC6181540.
33. Alam S, Hannon B, Zimmermann C. Palliative Care for Family Caregivers. *J Clin Oncol*. 2020 Mar 20;38(9):926-936. doi: 10.1200/JCO.19.00018. Epub 2020 Feb 5. PMID: 32023152.



<b>Geçtiğimiz hafta zarfında:</b>		<b>Hiç</b>	<b>Biraz</b>	<b>Oldukça</b>	<b>Çok</b>
6.	İşinizi veya günlük aktivitelerinizi yapmaktan sizi alıkoyan herhangi bir engel var mıydı?	1	2	3	4
7.	Boş zaman aktivitelerinizi sürdürmekten veya hobilerinizle uğraşmaktan sizi alıkoyan bir engel var mıydı?	1	2	3	4
8.	Nefes darlığı çektiniz mi?	1	2	3	4
9.	Ağrınız oldu mu?	1	2	3	4
10.	Dinlenme ihtiyacınız oldu mu?	1	2	3	4
11.	Uyumakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
12.	Kendinizi güçsüz hissettiniz mi?	1	2	3	4
13.	İştahınız azaldı mı?	1	2	3	4
14.	Bulantınız oldu mu?	1	2	3	4
15.	Kustunuz mu?	1	2	3	4
16.	Kabız oldunuz mu?	1	2	3	4
17.	İshal oldunuz mu?	1	2	3	4
18.	Yoruldunuz mu?	1	2	3	4
19.	Ağrılarınız günlük aktivitelerinizi etkiledi mi?	1	2	3	4
20.	Televizyon seyretmek veya gazete okumak gibi aktiviteleri yaparken dikkatinizi toplamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
21.	Gerginlik hissettiniz mi?	1	2	3	4
22.	Endişelendiniz mi?	1	2	3	4
23.	Kendinizi kızgın hissettiniz mi?	1	2	3	4
24.	Bunalıma girdiniz mi?	1	2	3	4
25.	Bazı şeyleri hatırlamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
26.	Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>aile</u> yaşantınıza engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
27.	Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>sosyal</u> aktivitelerinize engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
28.	Fiziksel durumunuz veya tedaviniz maddi zorluğa düşmenize yol açtı mı?	1	2	3	4

**Aşağıdaki sorular için 1 ile 7 arasındaki size en uygun rakamı daire içine alınız**

29. Geçen haftaki sağlığınıza genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1                      2                      3                      4                      5                      6                      7

Çok kötü

Mükemmel

30. Geçen haftaki hayat kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1                      2                      3                      4                      5                      6                      7                      -

Çok kötü

Mükemmel

**BAKIM VERENLERİN YANITLAYACAĞI SORULAR**

---

***Genel Bilgiler***

1. Doğum tarihinizi belirtiniz (yıl olarak): .....
2. Cinsiyetiniz:
  - Erkek
  - Kadın
3. Eğitim durumunuzu belirtiniz
  - Okur yazar değil
  - Okur yazar
  - İlkokul mezunu
  - Ortaokul mezunu
  - Lise mezunu
  - Yüksekokul/ Üniversite mezunu
4. Bakım verdiğiniz hasta ile yakınlığınızı belirtiniz
  - Eşi
  - Kızı
  - Oğlu
  - Kardeşi
  - Diğer (Belirtiniz .....)
5. Bakım verdiğiniz hasta ne zaman tanı aldı:
  - Tarih: .../.../.....
  - .... Ay önce
  - .... Yıl önce
  - Hatırlamıyorum
6. Daha önce kanserli bir yakınınız oldu mu?
  - Evet
  - Hayır
7. Daha önce kanserli bir hastaya bakım verdiniz mi?
  - Evet
  - Hayır

### SF 12 Yaşam Kalitesi Ölçeği

1. Genelde sağlık durumunuzu nasıl tarif edersiniz?	Mükemmel	Çok iyi	İyi	Orta	Kötü	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Şu anki sağlık durumunuz aşağıdaki aktivitelerinizi sınırlıyor mu? Sınırlıyorsa ne kadar?				Evet, çok sınırlıyor	Evet, az sınırlıyor	Hayır, hiç sınırlamıyor
a) Bir masayı yerinden oynatmak, elektrik süpürGESİNİ itmek veya top oynamak gibi orta şiddette aktiviteler.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Birkaç kat merdiven çıkmak.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Geçtiğimiz son dört hafta boyunca fiziksel sağlığınız nedeniyle işiniz veya günlük aktivitelerinizde, aşağıdaki problemlerden herhangi birini yaşadınız mı?				Evet	Hayır	
a) İstedğimden daha azını gerçekleştirdim.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) İşin veya aktivitenin cinsine göre sınırlandım.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Geçtiğimiz son dört hafta boyunca herhangi bir duygusal probleminiz nedeniyle işiniz veya günlük aktivitelerinizde, aşağıdaki sorunlardan herhangi birini yaşadınız mı? (Örnek: Kendinizi üzgün veya endişeli hissetmek)					Evet	Hayır
a) İstedğimden daha azını gerçekleştirdim.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) İşimi ve diğer aktivitelerimi her zamanki kadar dikkatli yapamadım.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Geçtiğimiz son dört hafta boyunca ağrılarınız, günlük işlerinizi ne kadar engelledi?	Hiç etkilemedi	Çok az etkiledi	Kısmen etkiledi	Oldukça etkiledi	Aşırı etkiledi	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Aşağıdaki sorular, geçtiğimiz dört hafta boyunca kendinizi nasıl hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için size en yakın olan cevabı işaretleyiniz. Geçtiğimiz dört haftanın ne kadarında kendinizi ...	Her zaman	Çoğu zaman	Bazı zamanlar	Nadir	Hiçbir zaman	
a) Rahat ve huzurlu hissettiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Enerjik hissettiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Mutsuz ve üzgün hissettiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Geçtiğimiz dört haftanın ne kadarında, fiziksel sağlığınız veya psikolojik problemlerinizi nedeniyle sosyal aktivitelerinizi yapamadınız? (Örnek: Akraba veya arkadaş ziyaretleri.)	Her zaman	Çoğu zaman	Bazı zamanlar	Nadir	Hiçbir zaman	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**EK 2- DİJİTAL MAKBUZ****Dijital Makbuz**

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Pınar Güner Üliç  
Ödev başlığı: pg1  
Gönderi Başlığı: HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ HASTANESİNDE YATMA...  
Dosya adı: tez\_teslim3.docx  
Dosya boyutu: 1.45M  
Sayfa sayısı: 55  
Kelime sayısı: 11,301  
Karakter sayısı: 69,848  
Gönderim Tarihi: 31-May-2022 03:01ÖS (UTC+0300)  
Gönderim Numarası: 1847771622





HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ HASTANESİNDE  
YATMAKTA OLAN HASTALARA BAKIM VERENLERİN  
SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN VE YAŞAM  
KALİTELERİNİN, HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ


ORJİNALLİK RAPORU

% <b>14</b> BENZERLİK ENDEKSİ	% <b>13</b> İNTERNET KAYNAKLARI	% <b>2</b> YAYINLAR	% <b>8</b> ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
----------------------------------	------------------------------------	------------------------	--------------------------------

BİRİNCİL KAYNAKLAR

<b>1</b>	openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% <b>4</b>
<b>2</b>	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	% <b>2</b>
<b>3</b>	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>4</b>	Submitted to Hacettepe University Öğrenci Ödevi	% <b>1</b>
<b>5</b>	9lib.net İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>6</b>	acikerisim.aku.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>7</b>	dspace.gazi.edu.tr İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>8</b>	openaccess.acibadem.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>

## EK 3- ETİK KURUL ONAYI



**T.C.**  
**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557-603  
Konu : ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 25 ŞUBAT 2020 SALI  
Toplantı No : 2020/05  
Proje No : GO 20/192 (Değerlendirme Tarihi: 25.02.2020)  
Karar No : 2020/05-44

Prof. Dr. G. Burcu AYDIN  
Hacettepe Üniversitesi Hastaneler  
Genel Müdürlüğü  
Dış Hastalıkları  
Tıbbi Onkoloji  
T.C. 06100

**ASLI GİBİDİR**

Üniversitemiz Kanser Enstitüsü Prevatif Onkoloji Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Prof. Dr. K. Mutlu HAYRAN'ın sorumlu araştırmacı olduğu, Dr. Deniz YÜCE ile birlikte çalışacakları ve Uzm. Dr. Pınar GÜNER'in yüksek lisans tezi olan, GO 20/192 kayıt numaralı, "Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesinde Yatmakta Olan Hastalara Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerinin ve Yaşam Kalitelerinin, Hastaların Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, 01 Mart 2020-01 Mayıs 2021 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan uygun bulunmuştur. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor önerisinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

1. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN	(Başkan)	İZINLI	9. Doç. Dr. Fatma Visal OKUR	(Üye)
2. Prof. Dr. Sevda F. MÜFTÜOĞLU	(Üye)	İZINLI	10. Doç. Dr. Can Ebru KURT	(Üye)
3. Prof. Dr. M. Yıldırım SARA	(Üye)	İZINLI	11. Doç. Dr. H. Hüsrev TURNAGÖL	(Üye)
4. Prof. Dr. N. Nedime BAĞLAM	(Üye)	İZINLI	12. Dr. Öğr. Üyesi Özay GÖKÖZ	(Üye)
5. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEL	(Üye)	İZINLI	13. Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR	(Üye)
6. Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU	(Üye)	İZINLI	14. Öğr. Gör. Dr. Meltem ŞENGELEN	(Üye)
7. Prof. Dr. M. Özgür UYANIK	(Üye)	İZINLI	15. Av. Meltem ONURLU	(Üye)
8. Doç. Dr. Gözde GİRGİN	(Üye)			

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
06100 Sıhhiye-Ankara  
Telefon: 0 (312) 395 1082 • Faks: 0 (312) 310 0580 • E-posta: etik@hacettepe.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi için:

## 9. ÖZGEÇMİŞ