

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

**KANSER HASTALIĞI OLAN BİREYE BAKIM VEREN**  
**YAKINLARININ YAŞAM KALİTESİ**

**Sevcan TOPTAŞ**

**Psikiyatri Hemşireliği Programı**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ANKARA**

**2013**



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

**KANSER HASTALIĞI OLAN BİREYE BAKIM VEREN**  
**YAKINLARININ YAŞAM KALİTESİ**

**Sevcan TOPTAŞ**

**Psikiyatri Hemşireliği Programı**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI**

**Prof. Dr. Fatma ÖZ**

**ANKARA**

**2013**

Anabilim Dalı : Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı  
Program : Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı  
Tez Başlığı : Kanser Hastalığı Olan Bireye Bakım Veren Yakınlarının Yaşam Kalitesi  
Öğrenci Adı-Soyadı : Sevcan TOPTAŞ  
Savunma Sınavı Tarihi : 06.08.2013

Bu çalışma jürimiz tarafından yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı : Yard. Doç. Dr. Ebru AKGÜN ÇITAK

(Başkent Üniversitesi)

Tez Danışmanı : Prof Dr. Fatma ÖZ

(Hacettepe Üniversitesi)

Üye : Doç. Dr. Satı DEMİR

(Gazi Üniversitesi)

Üye : Yard. Doç. Dr. Gülten Işık KOÇ

(Hacettepe Üniversitesi)

Üye : Yard. Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ

(Hacettepe Üniversitesi)

ONAY:

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ersin FADILLIOĞLU

Müdür Y.

## TEŞEKKÜR

Yazar bu çalışmanın gerçekleşmesinde katkılarından dolayı aşağıda adı geçen kişilere içtenlikle teşekkür eder.

Sayın Prof. Dr. Fatma ÖZ tez danışmanım olarak çalışmanın planlanmasını ve yürütülmesini yönlendirmiş, çalışmanın her aşamasında değerli deneyim ve bilgilerini manevi desteği ile birlikte paylaşmış ve cesaretlendirmiştir.

Sayın Yard. Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ yüksek lisansa başladığımdan itibaren gerek ders gerekse tez çalışmalarım süresince bilgi ve desteğiyle yol gösterici katkılarda bulunmuştur.

Ablam Aslıhan SERTKAYA çalışmanın istatistiksel analizlerine yardım etmiştir.

Çalışmanın uygulanmasında değerli bakım verenler çalışmaya katılmayı kabul etmiştir.

Çalışma arkadaşlarım, Arş. Gör. Yunus KAYA ve Arş. Gör. Adeviye AYDIN çalışmanın başlangıcından sonuna kadar bana destek olmuşlardır.

Kanserle 26 yıldır mücadele eden babam Nayım TOPTAŞ ve ondan desteğini hiçbir zaman esirgemeyen annem Suna TOPTAŞ ailemize sonsuz destek, sabır, anlayış ve sevgi göstermişlerdir.

## ÖZET

**Toptaş, S., Kanser Hastalığı Olan Bireye Bakım Veren Yakınlarının Yaşam Kalitesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013.** Bu araştırma, kanser hastalığı olan bireye bakım veren yakınlarının yaşam kalitesini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma Ankara İl Belediye sınırları içinde yer alan gündüz tedavi ünitesi bulunan beş üniversite hastanesi, dört devlet hastanesi ve iki özel hastane olmak üzere toplam 11 hastanede yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, bu hastanelerin gündüz tedavi ünitelerine kemoterapi almak için başvuran her bir hastanın bir yakını alınmak üzere toplam 378 hasta yakını oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan Hasta Yakını Tanıtıcı Bilgiler Formu ve Türkçe geçerlik güvenirliği Okçin, tarafından yapılan Yaşam Kalitesi Ölçeği-Aile Versiyonu ölçeği kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 20.0 Windows paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistikler, Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi kullanılmıştır. Araştırma bulgularına göre, kanser hastasına bakım veren yakınlarının toplam yaşam kalitesi puan ortalaması  $4.81 \pm 1.64$  olarak belirlenmiştir. Puan ortalamaları, “Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık Durumu” alt ölçeği için  $5.42 \pm 1.89$ , “Fiziksel Sağlık Durumu” alt ölçeği için  $5.54 \pm 2.23$ , “Tanıya Yaklaşım Durumu” alt ölçeği için  $3.01 \pm 2.07$ , “Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu” alt ölçeği için  $4.69 \pm 2.20$  olarak bulunmuştur. Kadın bakım verenlerin erkek bakım verenlere göre, çalışmayanların çalışanlara göre, gelir durumu az olanların fazla olanlara göre, hastasıyla aynı evde yaşayanların yaşamayanlara göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının düşük olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre, bakım veren yakınların yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin olumsuz etkileriyle baş etmeye yönelik, hastanelerde konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği tarafından danışmanlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Yaşam kalitesi, bakım verenler, kanser, psikiyatri hemşireliği.

## ABSTRACT

**Toptaş, S., Quality of Life Relatives Caring For A Cancer Patient. Hacettepe University, Institute of Health Sciences, Psychiatry Nursing Master Thesis, Ankara, 2013.** This research was carried out as a descriptive study for defining quality of life of the relatives who take care of a cancer patient. It was done in five university hospitals, four government hospitals and two private hospitals which have daytime treatment unit, in city of Ankara. Sampling of research consists 378 people who are the relatives of cancer patients having treatment in these hospitals and only one relative is accepted as a sample for every patient. In data collection Patient Relatives Information Form which was prepared by researcher and Quality of Life-Family Version which was adapted to Turkish by Okçin were used. SPSS 20.0 Windows Package Program was used for statistical analysis of study. Descriptive Statistics, Mann-Whitney U Test and Kruskal Wallis One-Way ANOVA analysis were used for statistical analysis. According to findings of the research mean score of total quality of life point of the relatives of cancer patient was calculated as  $4.81 \pm 1.64$ . Mean score of points of sub scales are;  $5.42 \pm 1.89$  for psychologic and spiritual health situation,  $5.54 \pm 2.23$  for physical health situation,  $3.01 \pm 2.07$  for approach to diagnosis situation and  $4.69 \pm 2.20$  for support and economically effected situation. It was found that females, people who have not a job, people who have low income and people who live at the same home with the patient have lower mean scores of quality of life points than males, people who have a job, people who have high income and people who don't live at the same home, respectively. According to these results, it is recommended giving and disseminating consultancy by consultation liaison psychiatry nurses in hospitals in order to reduce negative affects of the factors which affect the quality of life.

**Key Words:** Quality of life, care givers, cancer, psychiatric nursing

**İÇİNDEKİLER**

	Sayfa
<b>ONAY SAYFASI</b>	<b>iii</b>
<b>TEŞEKKÜR</b>	<b>iv</b>
<b>ÖZET</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>vi</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b>	<b>vii</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ</b>	<b>x</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b>	<b>xi</b>
<b>1. GİRİŞ</b>	<b>1</b>
1.1. Problem Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Soruları	3
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	<b>4</b>
2.1. Kanser	4
2.2. Aile Hastalığı Olarak Kanser	5
2.3. Kanserde Sosyal Destek Olarak Ailenin Rolü	6
2.4. Bakım Verenler ve Yaşam Kalitesi	9
2.5. Yaşam Kalitesini Yükseltmede Psikiyatri Hemşiresinin Rolü	11
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM</b>	<b>13</b>
3.1. Araştırmanın Şekli	13
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yerler ve Özellikleri	13
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	13
3.4. Veri Toplama Araçları	16
3.4.1. Hasta Yakını Tanıtıcı Bilgi Formu (EK 2)	16
3.4.2. Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği Aile Versiyonu(Quality of Life Family Version) (QOL-FV) (EK 3)	17
3.5. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması	18
3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	19



3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	19
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	20
3.9. Araştırma Sırasında Yaşanan Güçlükleri	20
<b>4. BULGULAR</b>	<b>21</b>
4.1. Araştırma Kapsamına alınan bakım verenlerin ve bakım verdikleri hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular	21
4.1.1. Araştırma Kapsamına Alınan Bakım Verenlerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	22
4.1.3. Bakım Verenlerin Hastalık Sürecinden Etkilenme Durumları	25
4.2 Bakım Veren Yakınların Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları	26
<b>5. TARTIŞMA</b>	<b>44</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	<b>54</b>
6.1. Sonuçlar	54
6.2. Öneriler	57
<b>KAYNAKLAR</b>	<b>58</b>
<b>EKLER</b>	<b>71</b>
Ek 1. Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Aydınlatılmış Onam Formu	71
Ek 2.Hasta Yakını Tanıtıcı Bilgi Formu	74
Ek 3. Yaşam Kalitesi Ölçeği-Aile Versiyonu	76
Ek 4. Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Eğitim Araştırma ve Devlet Hastaneleri İzin Yazısı	79
Ek 5. Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi İzin Yazısı	80
Ek 6. Başkent Üniversitesi Hastanesi İzin Yazısı	81
Ek 7. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi İzin Yazısı	82
Ek 8. Gazi Üniversitesi Hastanesi İzin Yazısı	83
Ek 9. Özel Ankara Güven Hastanesi İzin Yazısı	84
Ek 10. Özel Medicana International Ankara Hastanesi İzin Yazısı	85
Ek 11. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yazısı	86
Ek 12. Ölçek İzin Yazısı	87

Ek. 13 Bakım verenlerin hastalık sürecinden etkilenme durumlarına yönelik ifadelerini içeren grup tablosu

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- SGK:** Sosyal Güvenlik Kurumu
- KLP:** Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi
- KLPH:** Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği
- DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü
- GİS:** Gastro Intestinal Sistem
- CRC:** Caregiver Resource Center
- Bkz:** Bakınız
- SPSS:** Statistical Package for the Social Sciences
- Max:** Maksimum
- Min:** Minimum
- SS:** Standart Sapma
- p:** Anlamlılık Düzeyi
- KW:** Kruskal Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi
- U:** Mann-Whitney U Testi

**TABLolar DİZİNİ**

<b>Tablo 3.1.</b> Araştırma Evrenini ve Örneklemini Oluşturan Bakım Verenlerin Hastanelere Göre Dağılımı (N=10705)	16
<b>Tablo 3.2.</b> Yaşam Kalitesi Aile Versiyonu Ölçeği alt boyutları, madde sayısı ve minimum ve maksimum puanlar	18
<b>Tablo.4.1.1.</b> Araştırma kapsamına alınan bakım verenlerin bazı tanıtıcı özellikler.	22
<b>Tablo 4.1.2.</b> Bakım verenlerin bakım verdiği hastasıyla ilgili bazı tanıtıcı özellikleri.	24
<b>Tablo 4.1.3.</b> Bakım verenlerin hastalık sürecinden etkilenme durumu/biçimi	25
<b>Tablo 4.2.1.</b> Bakım verenlerin yaşam kalitesi puan ortalamaları.	26
<b>Tablo 4.2.2.</b> Bakım verenlerin bazı tanıtıcı özelliklerine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları	28
<b>Tablo 4.2.3.</b> Bakım verenlerin hastasının bazı tanıtıcı özelliklerine göre yaşam kalitesi puan ortalaması (n=378)	36
<b>Tablo 4.2.4.</b> Bakım verenlerin hastalık sürecinden etkilenme durumlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları (n=378)	39

## 1. GİRİŞ

### 1.1.Problem Tanımı ve Önemi

Kronik bir hastalık olan kanser, dünyada birçok ülkede mortalite ve morbidite oranının yüksek olması nedeniyle önde gelen bir sağlık sorunudur (148). Günümüzde teknolojinin gelişmesine paralel olarak tanı ve tedavideki önemli gelişmelere rağmen kanser, tüm hastalıklar içinde yaşamı tehdit eden en korkulan hastalık olmaya devam etmektedir (42). Kanser toplumda sık görülen, aile yapısını ve işleyişini tehdit eden ve ölüme yol açan hastalıklar arasında Dünya'nın birçok ülkesinde ve Türkiye'de ikinci sırada yer almaktadır (85). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tahmini Dünya'da 14 milyon kanser hastalığı olan bireyin yaşadığı ve 2020 yılında yeni kanser vakalarının tüm dünyada yılda 20 milyona çıkacağı yönündedir (142). Kanser kronik ve ciddi bir hastalık olmanın yanı sıra, insanlar tarafından belirsizlik, ağrı ve acı içinde ölümü düşündüren, suçluluk, terk edilme, karmaşa, panik ve kaygı uyandıran bir hastalık olarak tanımlanır (107,109).

Kanser hastalığı olan bireyler hastalığa uyum sağlayabilmek için psikososyal desteğe gereksinim duyarlar. Kanser hastalarının hastalığa uyumunda önemli bir yere sahip olan sosyal destek, bireyin duygusal sorunları ile başa çıkabilmesinde önemli bir etkidir. Sosyal destek; bireyin psikolojik kaynaklarının harekete geçirilmesine yardım eden, sorumluluklarını paylaşan, maddi açıdan destek olan, bilgi ve beceri edinmesini sağlayarak stresli durumlarda başa çıkabilmesinde yardım eden önemli kişilerden oluşan bir mekanizma olarak tanımlanmaktadır. Hastanın aile üyelerinden, yakınlarından, diğer hastalardan ve sağlık bakım ekibinden aldığı destek arttıkça, diğer ifadeyle, kanser hastalığı olan birey sosyal desteği bir baş etme stratejisi olarak kullandıkça kanser gerçeğine uyumu kolaylaşacaktır. Bu desteğin sıklığı ve yoğunluğuna paralel olarak hastalığa daha olumlu anlamlar yüklenecek, yaşam kalitesi artacak ve sağ kalım oranında artışlar olacaktır (12, 67, 94, 106, 138). Yapılan çalışmalar hastalar için en önemli sosyal destek sistemlerinin eşleri ve diğer yakınları olduğunu ortaya koymaktadır (10, 113).

Hasta bireyin sosyal desteği olan aile üyeleri kanser deneyiminden hasta birey gibi, fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden etkilenmekte ve bu deneyim ailenin dengesini bozmaktadır (47, 112). Hastalık zamanla hastanın bir takım görevlerini

yerine getirememesi ve bu görevleri diğer aile üyelerinin üstlenmesiyle aile bireyleri arasında rollerin değişmesine yol açmaktadır. Bu rol değişimi sonucunda aile üyelerinin özel yaşamları da olumsuz etkilenmekte ve taşıyabileceklerinden fazla bir yük getirebilmektedir (32).

Aile, sadece hastalık sürecinden değil, hastanelerin politikaları, ekonomik sorunlar, sağlık ekibine ulaşma ve iletişimden etkilenmekte ve bu konularda da yardıma gereksinim duymaktadır (2). Kanser ilerleyici şekilde seyredabilen bir hastalık olduğu için, birey ve aile üzerinde yarattığı değişiklikler zaman içinde giderek artmakta, artan bu olumsuzluklar başta hasta bireyin yaşam şeklini ve beklentilerini olmak üzere tüm aileyi olumsuz yönde etkilemektedir (48). Söz edilen durumların tümü aile üyelerinin yaşam kalitesinin olumsuz olarak etkilenmesine ve yaşamlarında stres yaratan başka olayların ortaya çıkmasına yol açabilmektedir. Bu durumlarda aile üyeleri yeterince destek ve yardım görmezse hastalığın neden olduğu stresörlerle baş edememekte, kendilerini ümitsiz, çaresiz, yalnız ve endişeli hissedebilmektedirler (2, 15, 89, 106). Dolayısıyla bireyin ve ailesinin yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmektedir.

Kanser hastalarının yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmalar; sosyal desteğin hastanın yaşam kalitesini yükseltmede önemli bir rolü olduğunu göstermektedir (12, 29, 47, 71, 78, 101, 117, 119, 121). Hastaların yaşam kalitesinin yükseltilebilmesi için bakım veren yakınlarının da yaşam kalitesinin yüksek olması önemlidir. Ancak yapılan çalışmalar hastalara bakım verenlerin yaşam kalitelerinin olumsuz etkilenebildiğini ortaya koymaktadır. Bu çalışmalarda; hastaların sıkıntısı arttıkça ve semptomları kontrol edilemez oldukça, bakım veren aile üyelerinin algıladıkları yükün, depresyon ve anksiyete eğilimlerinin, uyku problemlerinin arttığı ve yaşam kalitelerinin düştüğü belirtilmiştir (97, 126, 127). Bir başka çalışmada, bakım veren hasta yakınlarının depresyon oranının yüksek olduğu ve buna bağlı olarak yaşam kalitesinin belirgin olarak azaldığı ortaya konmuştur (37). Ferrel ve ark. (50) yaptıkları çalışmada, over kanserli hastalarına bakım veren aile üyeleri; kendilerini çok yorgun hissettiklerini ve hastalığın başlangıcından itibaren kendilerinde birçok sağlık sorunu ortaya çıktığını, sorunlarla baş etmede yetersiz kaldıklarını ve hastalarına bakabilmek için işlerinden ayrılmak zorunda kaldıklarını belirtmişlerdir (50). Grov ve ark. (66) meme ve prostat kanserli hastalara

bakım veren yakınlarının anksiyete düzeylerinin önemli derecede yüksek olduğunu, fiziksel yaşam kalitelerinin yüksek ancak ruhsal yaşam kalitelerinin erkeklerde önemli derecede düşük olduğunu ifade etmişlerdir (66).

Söz edilen araştırma bulgularının da gösterdiği gibi, kanser hastası olan bireylerin yaşadıkları sorunlar, hastaya bakım veren kişileri de olumsuz etkilemektedir. Oysa, hastaya verilen bakımın kalitesinde bakım verenlerin iyilik hali önemlidir. Bu iyilik halini yakalamak için hasta için önemli olan sosyal destek bakım verenler için de geçerlidir. Bu desteğin sağlanabilmesi için bakım veren yakınların yüklerinin azalması, duygusal sorunlarının olmaması ya da az olması gerekmektedir. Bu bağlamda, bakımın uzun süreli ve etkili olabilmesi için hastalara bakım veren dolayısıyla sosyal destek sağlayan aile üyelerinin yaşam kalitesinin yükseltilmesi önemli bir gerekliliktir. Bu bilgiden yola çıkarak, kanser olan bireylere bakım verenlerin yaşam kalitesinin ne düzeyde olduğunu bilmesi, bakım vericilerin bakım gereksinimleri konusunda sağlık çalışanlarına rehber olacaktır. Ayrıca, bakım verenlerin yaşam kalitesinin belirlenmesi; hastaya verilecek bakımın kalitesinin değerlendirilmesinde ve bakımın etkinliğinin artırılmasında yol gösterici olması açısından önemlidir. Bu nedenle bu çalışmada, kanser hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesinin nasıl olduğu ve hangi alanların etkilendiğinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Böylece bakım veren hasta yakınlarının yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik hemşirelik uygulamalarının planlanması sağlanacaktır.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmada, kanser hastalığı olan bireye bakım veren yakınlarının yaşam kalitesinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

## **1.3. Araştırmanın Soruları**

1. Kanser hastalığı olan bireye bakım veren yakınlarının yaşam kalitesi nasıldır?
2. Hastanın tanıtıcı ve hastalığı ile ilgili bazı özelliklere göre kanser hastalığı olan bireye bakım veren yakınlarının yaşam kalitesi nasıl değişmektedir?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1.Kanser

Kanser, Türkiye’de ve dünyanın birçok bölgesinde mortalite, morbidite oranının yüksek olması ve kişinin yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi açısından önemli bir sağlık sorunudur (1). Ülkemizde ölüme neden olan hastalıklar arasında 2. sırada yer almaktadır (139). Ulusal Sağlık İstatistiği Merkezi (National Center for Health Statistics) verilerine göre 2013 yılında Amerika’da 1.660.290 yeni kanser vakasının olacağı ve 580.350 kişinin kanser nedeniyle ölümünün gerçekleşeceği tahmin edilmektedir. Amerika’da her 4 ölümden birinin nedeni kanserdir (124). Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) 2030 yılı tahminlerine göre ise 12 milyon kansere bağlı ölüm görülecek ve kanser, hastalıklara bağlı ölümler arasında birinci sırada yer alacaktır (147). Türkiye’de 2030 yılında 24 milyon kişinin kanser olacağı ve bunlardan 17 milyonunun hayatını kaybedeceği tahmin edilmektedir (139). Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Daire Başkanlığı’nın 2008 yılında yayımladığı verilere göre erkeklerde en fazla görülen kanser akciğer, kadınlarda ise meme kanseridir (70).

Kronik hastalıklar arasında kabul edilen kanser, sık görülmesi, yüksek oranda ölümlere yol açması, çevresel kanser yapıcı etkilerin artması gibi nedenlerle çağımızın önemli sağlık sorunlarından birisi olarak görülmektedir. Günümüzde kanserin doğası anlaşılmış, tedavide çok önemli ilerlemeler sağlanmıştır (1, 7, 47, 142). Kanser tedavisinde kullanılan yöntemler; cerrahi, medikal, radyoterapi ve kemoterapidir. Sık kullanılan yöntemlerden biri olan kemoterapi tedavisi uzun sürmesi, yan etkilerinin olması, tüm sistemleri etkilemesi ve sonucunda tekrarlama ihtimalinin bulunması nedeniyle insan yaşamını fiziksel ve psikolojik olarak etkileyen bir tedavi sürecidir. Kemoterapi ile hastaların yaşam sürelerinin uzatılması ve kaliteli yaşamaları amaçlanmaktadır fakat kemoterapinin ağrı, bulantı, kusma, kaşeksi, yorgunluk, depresyon gibi birçok yan etkisi bulunmaktadır (102, 125, 144). Bu süreçte hasta kadar bakım verenler de fiziksel, ruhsal ve ekonomik yönden güçlükler yaşamakta ve stres yaratan durumlar artmaktadır (37, 78, 105). Söz edilen yan etkiler nedeniyle etkilenen hasta aile üyelerine bağımlı hale gelmekte ve aile üyelerinin günlük yaşam düzeni bozulmaktadır. Bunun sonucu olarak aile üyelerinin stresi artmaktadır (18, 130). Öte yandan kanser tanısı konulan bireylerin sayısının



artması, tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelere paralel olarak hastaların sağ kalım sürelerinin uzaması, kanser hastalığı olan bireylerin aile üyelerinin bakım sürecine daha uzun süre aktif katılmalarına ve hastaların bakım sorumluluğunu üstlenmelerine yol açmaktadır. Uzun yıllar kanserli hastalara bakım verenlerin yaşamın farklı boyutlarında sorunlar yaşayabilecekleri göz ardı edilmiştir. Bu bağlamda son yıllarda yurt dışında ve ülkemizde yapılan çalışmalarda bakım verenlerin önemli sorunlar yaşadıkları ve yaşanan bu sorunların hasta bakımının kalitesini etkilediği belirlenmiştir (4, 10, 18, 31, 36, 37, 54, 70).

## **2.2. Aile Hastalığı Olarak Kanser**

Aile, ortak bir geçmişi ve geleceği paylaşan ve içindeki bireylerin birbirleriyle ve çevreleriyle etkileşimleri olan toplumun temel ve önemli bir birimidir (13, 136). Aileyi açıklamada sistem teorisinden yararlanılır. Bu teori aileyi bir sistem olarak ele alır ve aile üyeleri arasındaki ilişkinin ailenin fonksiyonlarını nasıl etkilediğini açıklar: Ailede bir hastalık ortaya çıktığında yalnızca hasta birey bu durumdan etkilenmez, tüm aile sistemleri bu durumdan etkilenir. Kanser hastalığı olan bireyde meydana gelen fiziksel, ekonomik, psikolojik, sosyal ve manevi boyuttaki sorunlar aynı zamanda aile üyelerinde de görülebilmektedir. Bu değişimlerin sonucunda hem hasta hem de hastaya bakım veren yakınlarının yaşam kalitesi olumsuz olarak etkilenebilmektedir (61, 77, 93, 106, 136). Ailelerin hastalar için pasif bir sığınak gibi değil, kanser krizini aynı anda yaşayan, birlikte bu krizi aşabilecekleri insan birliği olarak görülmesi gerektiği öne sürülmektedir. Bu nedenle; kanserin bir aile hastalığı olduğu kabul edilmektedir (13, 106). Tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi kanser hastalığı olan bireylerin de bakımları zor, uzun süreli ve çok boyutlu olduğundan hastalığın sağaltım ve bakım sürecine mutlaka aile de katılmak zorundadır (7, 68, 128, 140). Ülkemizde bakım kurumlarının olmaması bu gereksinimi daha da önemli kılmaktadır.

Bakım veren yakın; bakıma ihtiyacı olanla birlikte yaşayarak ya da zamanının bir bölümünü ona ayırarak, temel ihtiyaçlarını karşılayan, tıbbi bakımını ve hastane işlerini takip eden akraba, arkadaş olarak tanımlanabilir (30, 98, 154). Bakım verme sürecinin, bakım veren bireylere birçok olumlu ve olumsuz etkileri vardır. Olumlu etki olarak bakım veren bireylerin, kişisel başarı ve kişisel gelişimlerinin artması,

kendilerine saygı duyma ve olgunlaşmayı sağlaması söylenebilir (137, 140). Bakım verme sürecinin bakım verene olumsuz etkileri ise; fiziksel ve ruhsal sağlıkta bozulma, zaman ve özgürlüğün kısıtlanması, işini kaybetme, çalışma şeklini değiştirme veya azaltmaktan kaynaklanan ekonomik güçlükler, bakım veren kişinin eşi, ailesi veya sosyal çevresi ile ilişkilerinde yaşanan sorunlar olabilmektedir (63, 86, 123, 140, 141).

Fadıloğlu (48)' nın aktardığına göre, Bakım Veren Kaynak Merkezi'nin (CRC) 2004-2005 yıllarında yaptığı büyük bir çalışmanın sonuçlarında, bakım verenlerin; %68'inin bilgi ve yönlendirme, %59'unun duygusal destek, %53.3'ünün ise ara ara dinlenmeye gereksinimi olduğu bildirilmektedir (48). Yapılan diğer çalışmalarda da bakım verme sürecinde hastanın bakımını sürdüren aile bireylerinin bakım verme rolünde zorlandıklarını gösteren bulgular mevcuttur. Bu sorunlar; çaresizlik, suçluluk, öfke, korku, sosyal izolasyon, yorgunluk, iştah, boşaltım, uyku, dikkat gibi bilişsel fonksiyonlar ve kişisel bakımda değişiklikler olarak sıralanabilir (10, 20, 24, 53, 63, 103). Bakım verici rolüne uyum sırasında yaşanan bu sorunlar onların duygusal yüklerini ve yaşam şekillerini etkileyebilir (146, 149, 150). Bakım veren aile üyesinin, bu sorumluluğu almadan önce bakım verici rolünü nasıl yürüteceği ve bakıma hangi oranda katılması gerektiği, uygun kaynaklara nasıl ulaşacağı konularında da yetersiz bilgisi bulunabilir. Bu nedenle kendi sağlık gereksinimlerini erteleyebilir, fiziksel ve duygusal sağlığı olumsuz olarak etkilenir, stres ve bakım yükü ortaya çıkar, sonuçta depresyona varan sorunlar ortaya çıkabilir (10, 76).

Söz edilen çalışma sonuçlarının da gösterdiği gibi kanser, birey ve aile üzerinde az sayıda olumlu etkisinin yanında önemli derecede olumsuz yönde değişiklikler yaratmakta, zaman içinde giderek artan sorunlar, başta hasta bireyin ve ailesinin yaşam şeklini ve beklentilerini olumsuz yönde etkilemekte kısacası bireyin ve ailenin yaşam kalitesini tehdit etmektedir (47, 60, 75, 78, 101).

### **2.3. Kanserde Sosyal Destek Olarak Ailenin Rolü**

Caplan (26)'a göre sosyal destek, bireyin sorunlarıyla baş edebilmesi için psikolojik kaynaklarını harekete geçirmede gerekli olan maddi ve manevi yardımları sağlayan bir mekanizmadır (26). Genel olarak sosyal destek, stres yaratan bir durum

içindeki bireye aile, arkadaş, komşular ve kurumdan sağlanan fiziksel ve psikolojik bir destek olarak da tanımlanır. Aynı zamanda sosyal desteğin, bireyin yaşamında meydana gelen olumsuz olayların sağlıklı olma halleri üzerindeki zarar verici etkisini azaltmaya ve bu olumsuzluklar karşısında bireyi strese karşı korumaya yönelik olduğu düşünülmektedir. Böylece sosyal destek bireylerin temel ihtiyaçlarından olan sevgi, bağlılık, benlik saygısı ve bir gruba ait olma gibi temel gereksinimlerini karşılar ve bireyin hem fiziksel hem de psikolojik sağlığını olumlu yönde etkiler (83, 87, 88, 116).

Hastalık da birey ve ailesi için stres yaratan bir durumdur (36, 106, 135). Hastalık sürecinin ilerlemesiyle bağımlılığın artması, sosyal aktivitelerin kısıtlanması hastaların aile ve toplum içinde beklenen rollerini yerine getirmekte zorlanmalarına ve sosyal destek gereksinimlerinin artmasına neden olduğu düşünülmektedir (12, 110, 113). Kanser de kronik bir hastalık olarak, bireylerin hastalıklarıyla ilgili stres yaratan durumların gittikçe artması sonucu onları sosyal desteğe daha çok gereksinim duyar hale getirmektedir. Bu nedenle duygusal ve araçsal destek ile bilgilendirme yardımları, kanser gibi kronik hastalığı olan kişilerde yaşamsal önem taşımaktadır. Duygusal destek, bireyi katlanılması zor durumlarda cesaretlendirerek direnme gücünün artmasına; araçsal destek, gereksinim duyduğu pratik ve somut yardımları almasına; bilgi desteği ise aynı durumla diğerlerinin nasıl başa çıktığını öğrenerek hastalık ve hastalığın seyri ile ilgili kontrol algısının artmasına yardımcı olmaktadır (13, 40, 45, 88, 131). Hasta tarafından gereksinim duyulan sosyal desteğin türü, bu desteği kimden ve ne şekilde almak istediğine göre değişmektedir. Kanser hastalarının sosyal destek alabileceği kişileri, verdikleri en etkili sosyal destek türüne göre seçtikleri ve bu şekilde verilen sosyal desteğin daha etkili olduğu saptanmıştır. Örneğin hastalar, hastalıklarıyla ilgili bilgilendirme desteğini sağlık personelinden almayı tercih ederken duygusal desteği ise ailelerinden almayı tercih etmektedirler (45, 83). Aynı şekilde Taylor ve Dakof (134)' un kanser hastalarının hangi desteği kimden aldıklarında daha yararlı bulduklarını incelediği çalışmasında, hastanın kendisine yakın hissettiği kişilerden aldığı duygusal desteğin çok önemli olduğunu saptamışlardır (134).

Kanser tedavisinde ailenin sosyal destek olarak rolü önemlidir. Aile hasta olan bireye psikososyal destek sağlayarak onun duygularını ifade etmesini

kolaylaştırabilir. Ayrıca, aile hastasının teşhis ve tedavi dönemindeki yaşadığı korku ve kaygılarını azaltmada ve bu durumun sonucunda yaşadığı stresle baş etmesinde ona yardımcı olur. Öte yandan, bir travma olarak kanser sadece hastayı değil aile üyelerini de çeşitli derecelerde etkilemekte ve onlara da kriz yaşatabilmektedir (13, 88, 116). Kanser tanısının şoku, hasta, aile ve diğer bireyler arasındaki iletişim ve etkileşimde değişikliklere ve sorunlara neden olabilmektedir. Bu süreçte bazı hastalar, aile üyeleri ve diğer bireylerle daha yakın ilişkiler geliştirirken, bazı hastalar da kişiler arası ilişkilerden kaçınabilmektedir. Belirsizlik ve korku, sıklıkla hastaların sosyal destek gereksinimlerinde artışa neden olmaktadır. Ancak uzun bir tedavi sürecinde hastalar, çoğu zaman sosyal ilişkilerini devam ettirmek için gerekli enerjiyi bulmakta zorlanmakta ve en çok gereksinim duyduklarında da gerekli desteklerden yoksun kalabilmektedirler (107, 133,135). Bununla birlikte sosyal destek sağlayan aile üyeleri korku ve damgalama nedeniyle hastasına gerekli bakımı veremeyebilmektedir. Diğer yandan, sosyal destek ağını oluşturan aile ve arkadaşlar kendilerinin kanser veya ölüm korkuları, şaşkınlıkları, kararsızlıkları ve nasıl davranacakları hakkındaki rahatsızlıkları nedeniyle, hastayla temas kurmaktan ve onların bu süreçte yaşadıklarını konuşmaktan kaçınabilirler (55, 86). Yapılan çalışmalar sonucunda, kanser hastası olan bireylerin genel iyilik halini sürdürmede verilen bakım kadar sosyal desteğin varlığının da önemli bir etken olduğu ortaya konmuştur (38, 105).

Aile, her ne durumda olursa olsun üyelerine bakım, ilgi ve destek sağlaması gibi bireyin bütün ihtiyaçlarını karşılayabilmesi beklenen toplumun temel birimidir (135, 136). Bakım ve tedavinin öncelikle buna ihtiyacı olanın, evinde ve ailesinin destek ve gözetiminde yürütülmesinin yararı üzerinde durulmaktadır. Ancak bu görev ve sorumluluk, aile üyeleri için psikolojik sorunları da beraberinde getirebilmektedir ve bununla baş etmede sosyal destek önemlidir (11, 40). Aile üyelerinden herhangi birinin kanser tanısı alması ile birlikte ortaya çıkan sorunlar sonucunda aile yoğun duygular yaşar, rol değişikliklerine uğrar ve bir kriz durumu ile karşı karşıya kalır. Bu kriz durumunu sağlıklı bir şekilde atlama için sosyal desteğin varlığı önemli olacaktır (59, 135). Bu nedenle, sosyal desteğin bakım alanlar için önemli olduğu kadar bakım verenler için de önemli olduğu düşünülmektedir. Bu konuyla ilgili literatüre bakıldığında, sosyal destek artınca bakım vermenin olumsuz

etkileri azalmakta ve yaşam kalitesinin arttığı söylenmektedir (40, 62). Hasta bireylerin algıladıkları sosyal desteğin, onların hastalık sürecinde önemli derecede olumlu bir etkiye sahip olduğu ve bunun sonucunda yaşam kalitelerinin yükseldiğini gösteren çalışmalar mevcuttur (12, 29, 48, 71, 78, 101, 117, 119, 121).

#### **2.4.Bakım Verenler ve Yaşam Kalitesi**

Günümüzde “yaşam kalitesi” kavramının önemi giderek artmaktadır (19). Başalan-İz ve Özer’in (73) belirttiğine göre, yaşam kalitesi kavramı ilk kez Thorndike (1939) tarafından ortaya atılmış ve “*sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi*” şeklinde tanımlanmıştır (73). Araştırmacılar tarafından yapılan diğer tanımlamalara göre ise yaşam kalitesi, bireyin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri, yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile bağlantılı olarak yaşamdaki konumunu algılaması şeklinde tanımlanan bir kavramdır (14, 28). Yaşam kalitesi; fiziksel, psikolojik ve sosyal boyut olmak üzere üç temel alandan etkilenmiştir. Fiziksel boyut; fonksiyonel durum, ağrı, yorgunluk ve nefes darlığı gibi semptomları kapsar. Psikolojik boyut; iyilik hali, psikolojik stres ve ruhsal yeteneklerle ilişkilidir ve anksiyete, depresyon ve bilişsel fonksiyonların ölçümüne odaklanmıştır. Sosyal boyut ise kişilerarası ilişkiler, aile fonksiyonları, seksüel fonksiyonlar ve sosyal katılım gibi sosyal rollerin yerine getirilmesini kapsar (49, 80, 91). Değişik tanımlamalara rağmen araştırmacılar iki konuda hem fikirdir. Bunlardan birincisi yaşam kalitesi kavramının psikolojik, fiziksel ve sosyal boyut gibi çok boyutlu olması, diğeri ise öznel olmasıdır. Yaşam kalitesinin öznel olmasından dolayı bir kişinin yaşam kalitesi ile ilgili en iyi verinin yine kişinin kendisinden elde edilebileceği söylenmektedir (14, 80, 104). Bireylerin yaşam kalitesini değerlendirirken, subjektif ve objektif göstergelerden yararlanır. Fiziksel iyilik hali, fiziksel aktiviteleri yapabilme, fonksiyonel yetersizlik, çalışma durumu, hastalık belirtileri ve sağlık durumu objektif; psikolojik iyilik hali ve yaşam doyumunu ile ilgili konular ise subjektif göstergeler olarak nitelendirilir (14, 41).

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için sağlık hizmetlerinde çalışan araştırmacılar niceliksel ölçümler geliştirmişlerdir. Bu ölçümleri sadece hastalığa bağlı oluşan semptomların yol açtığı durumlar ve fonksiyon bozuklukları olan

bireylerde, sağlık durumunu değerlendirmek amacıyla kullanmışlardır. Bu durum sağlıklı ilişkili yaşam kalitesi kavramını gündeme getirmiştir (27, 95). Carr, Gibson ve Robinson'a (27) göre sağlıklı ilişkili yaşam kalitesi, bir kişinin sağlık, hastalık sakatlık, engellilik ve tedavinin etkinliği gibi doğrudan veya dolaylı subjektif deneyimlerini tanımlamak için geliştirilmiş bir kavramdır (27). Ferrans ve arkadaşları (49) ise sağlıklı ilişkili yaşam kalitesi kavramını, bireylerin kişisel özellikleri ve yaşadığı çevreyi dikkate alarak, bireylerin biyolojik işlevlerini, hastalık semptomları, fonksiyonel durum ve genel sağlık algısının etkileşimi modeliyle açıklamıştır. Bu modele göre, bireylerin sağlıklı ilgili yaşam kalitelerinden söz ederken sadece fiziksel yeterliliklerinin olması değil, aynı zamanda psikolojik iyilik hallerinin, ekonomik durumlarının, kişilerarası ilişkilerinin, hepsinin birden değerlendirilmesi gerektiği söylenebilir (49).

Yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin bilinmesi, bireylerin yaşam kalitesini artırmak için neler yapılabileceğini değerlendirme açısından yol gösterici olacaktır. Bu bağlamda yaşam kalitesini artıran ve azaltan faktörler nelerdir diye bakıldığında; anlamlı ve aktif bir yaşantı içinde olmanın, sosyal çevre ile olumlu ilişkiler kurmanın, otonomik olmanın, huzur ve güven içinde yaşamının, ekonomik ve sosyal güvenceye sahip olmanın yaşam kalitesini artırdığını; kronik yorgunluğun, temel gereksinimlerin karşılanamamasının, seksüel fonksiyonlarda bozukluğun, destek sistemlerin yetersizliğinin, gelecek ile ilgili kaygıların, sağlık sorunlarının, aile ve ilişkilerin bozulmasının ise azalttığı söylenebilir (104, 108, 132).

Yaşamı tehdit edici bir hastalık olan kanser hasta bireyleri, hastalık sürecinde yaşadıkları belirtiler ve tedavinin yan etkilerinden dolayı bakım veren birine ihtiyaç duyar hale getirmektedir (18, 130). Bunun sonucunda bakım verme; sağlık, sosyo-ekonomik durum, psikolojik durum gibi yaşam kalitesinin göstergelerinden olan alanları etkileyen bir süreç haline gelmektedir. Kanser aile hastalığı olduğu düşünüldüğünde, bakım veren rolünde olan aile üyelerinin de hasta ile beraber yaşam kalitelerinin olumsuz olarak etkilendiği düşüncesi kaçınılmaz olmaktadır (19, 77, 84, 106, 145).

Kanser, hastanın ve bakım verenlerin yaşamları üzerindeki kontrol gücünü kaybetmelerine neden olan, bireylerin sosyal, iş, aile/evlilik yaşantısını olumsuz yönde etkileyen, sağlık durumlarını ve yaşam kalitesini bozan kronik bir hastalıktır

(28, 74). Bakım veren kişiler genellikle bakımın kendileri üzerine olan etkilerini yönetmekte başarısız olmakta ve duygusal sorunlar yaşamaktadırlar. Bu sorunlar çaresizlik, suçluluk, öfke, korku, sosyal izolasyon duygularıdır. Bakım verme işinin bakım veren kişiye etkileri, fiziksel ve ruhsal sağlıkta bozulma, zamanın ve özgürlüğün kısıtlanması, işini kaybetme, çalışma şeklini değiştirmekten kaynaklanan ekonomik zorluklar, bakım veren kişinin eşi, ailesi ya da sosyal çevresi ile ilişkilerinde problemler yaşanması olarak sıralanabilir. Söz edilen bütün bu problemlerin bakım verenin yaşam kalitesini olumsuz etkilenmesine yol açacağı düşünülmektedir (10, 105, 110, 133, 140, 153).

Sonuç olarak kanser, nedeni, köken aldığı organ, çeşidi ne olursa bireyin yaşamını olumsuz etkileyen bir hastalıktır. Tanı ve tedavi olanaklarının gelişmesine paralel olarak erken tanının gerçekleşmesiyle birlikte yaşam süresi uzamaktadır. Ancak yaşam süresinin uzaması beraberinde hasta olan birey ve bakım veren yakınlarının kanser ile daha uzun yıllar yaşamayı, mücadele etmeyi öğrenmesini ve kaliteli yaşam sürdürme zorunluluğunu gündeme getirmektedir (16, 21, 51).

### **2.5. Yaşam Kalitesini Yükseltmede Psikiyatri Hemşiresinin Rolü**

Kanser hastalarının tedaviye uyumları, prognozlarının iyi olması ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi için psikososyal desteğin önemi büyüktür (8, 111).Yapılan çalışmalar hastaların psikososyal destek olarak en fazla ailelerini gördüklerini göstermektedir (109). Hastalığın aile sistemini de etkilediği düşünüldüğünde, hastanın ailesinin de hastalık sürecinde ele alınması gerektiği görüşünün önemi ortadadır. Aile hastalığı olarak kanser, hastanın yaşamı boyunca devam edebilecek ve yaşam süresini, kalitesini etkileyebilecek bir hastalık olduğu için ona bakım verenlerinde yaşam kalitelerini bozmadan hastalığı kabul etmelerini ve uyum sağlamayı öğrenmeleri önemli olacaktır. Bu süreçte yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi yapılabileceklerin planlanmasında ipucu olacaktır (21, 45, 46).

Kanser hastalığı olan bireye bakım veren yakınlar; bakım yükünün ve psikolojik morbiditenin artması, aile içi rollerde değişim, sosyal yaşamın ve ekonomik durumun bozulması, hastasının prognozunun kötüye gitmesi ve bireylerin bu durumları yönetememesi gibi nedenlerin sonucunda stres yaşayabilmektedirler. Yaşadıkları stres sonucunda ise yaşam kalitelerinin bozulduğu düşünülmektedir (18,

36, 39, 57, 58, 69). Onkoloji servislerindeki sağlık çalışanlarından hastaların ve yakınlarının psikososyal gereksinimlerini fark edebilecek bilgiye sahip olmaları beklenir. Oysa Dünya Kanser Raporu verileri onkoloji alanında çalışan sağlık ekibi üyelerinin kanser hastalığı olan bireylerin ve ailelerinin psikososyal gereksinimlerinin tespiti konusunda yetersiz olduğunu söylemektedir (22).

Psikiyatri hemşireliğinin bir üst uzmanlık dalı olan konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliğinde eğitim almış KLP hemşiresi, hastalarla birlikte ailelerini de ele alır. Bu bağlamda KLP hemşiresi, bakım verenlere vereceği danışmanlıkla bu süreçte yaşamış oldukları stresin azalmasını sağlayarak bakımlarını daha etkin sürdürmelerini sağlayacaktır. Böylelikle bakımın etkinliğine paralel olarak hastaların yaşam kalitelerinin de artacağı düşünölmektedir (118, 145). KLPH'nin danışmanlık sürecinde amacı, kanser hastasına bakım veren yakınının var olan bireysel başa çıkma stratejilerini değerlendirerek bu süreçten dolayı yaşamakta olduğu stresin azaltılması veya ortadan kaldırılmasına yönelik girişimlerle birlikte bireyin bu süreçle başa çıkma stratejilerinin güçlendirilmesini sağlamaktır. Dolayısıyla bireyin ruh sağlığını korumaya yönelik birincil koruma da sağlanmış olacaktır (3, 11, 82).

Kanserin, hasta ve ailesinin yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi hastaların fonksiyonel yeteneklerini, iyilik hallerini, genel sağlık anlayışlarını geliştirebilecek bakım programlarının seçilmesini sağlar. Böylece, hasta ve ailesinin hastalığa uyumu da sağlanarak yaşam kalitesi yükseltilebilecektir (52, 53, 151).



### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, kanser hastalığı olan bireye bakım veren yakınlarının yaşam kalitesinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yerler ve Özellikleri

Araştırma, Ankara İli Büyükşehir Belediyesi sınırları içerisinde ayaktan kemoterapi hizmeti verilen gündüz tedavi hizmetinin sunulduğu toplam 11 hastanede gerçekleştirilmiştir. Bu hastaneler; Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi, Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dr. Abdurrahman Yurtarslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Medicana International Ankara Hastanesi, Ankara Güven Hastanesi'dir. Araştırmanın yapıldığı hastanelerdeki gündüz tedavi ünitelerinde medikal onkoloji hekimi ve ortalama 5 hemşire bulunmaktadır. Hemşireler 08:00-17:00 saatleri arasında görev yapmakta ve ortalama günlük 50 hastaya tedavi uygulamaktadırlar. Bu hastanelerin bazılarında hasta ve hasta yakınlarına psikolojik olarak destek sağlanan bir birim bulunurken bazılarında bulunmamaktadır. Hacettepe Onkoloji Hastanesi Prevanatif Onkoloji Birimi'nde iki tane psikiyatri hemşiresi tarafından hasta ve hasta yakınlarına psikolojik yardım hizmeti verilen bir birim bulunmaktadır. Bu birim randevu sistemi ile hasta ve hasta yakınlarına hizmet vermektedir. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde hastalara psikolog tarafından psikolojik desteğin sağlandığı bir oda bulunmaktadır.

#### 3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın gerçekleştirildiği hastanelerin gündüz kemoterapi tedavi ünitelerine 1 yıl (25.04.2011-25.04.2012 tarihleri arasında) içinde başvuran hasta sayısı 10705' dir. Hasta sayısına paralel olarak hasta yakını sayısı da 10705 olarak kabul edilmiştir. Araştırmanın örneklemini;

- Hastasının tanısının en az üç ay önce konulması,
- Hastasının bakımını üstleniyor olması,
- Her bir hastanın bakım veren bir yakını olması,
- 18 yaş ve üzerinde olması,
- En az ilkokul mezunu olması,
- Kendisinin kanser ve psikiyatrik bir hastalığı olmaması,
- Çalışmaya katılmayı kabul etmesi kriterleri göz önünde bulundurulmuştur.

Araştırmaya alınacak bakım verenlerin örneklem sayısını elde etmek için ‘Evreni Belli Örneklem Yöntemi’ kullanılmış ve 378 kişi olarak bulunmuştur. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde izlenen yol aşağıda belirtilmiştir.

$$n = \frac{Nxt^2pq}{d^2(N-1)+t^2pq}$$

N= Evrendeki hasta yakını sayısı

n= Örneklem alınacak birey sayısı

p= İncelenecek olayın görülüş sıklığı

q= İncelenecek olayın görülmeyiş sıklığı

t= Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablo değeri  
(1.96)

d=Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma (0.05)

$$\frac{10705 \times (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.05)^2 \times 10704 + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n=378$$

Her bir hastaneden alınacak hasta yakını sayısı tabakalama yöntemi ile tabaka ağırlığı alınarak belirlenmiştir (Tablo 3.1). Örneklem her bir tabakadan kaç bakım veren/hasta yakınının alınacağı “Tabakalı Rastgele Örneklem Yöntemi” kullanılarak, her bir hastaneye başvuran hasta/bakım veren sayısına paralel olarak seçilmiştir.

Aşağıdaki işlem basamakları izlenerek her hastaneden alınacak hasta yakını/bakım veren sayısı ortaya çıkarılmıştır.

1. Her tabakadaki birey sayısı evrendeki birey sayısına bölünerek her tabakanın ağırlığı bulunmuştur.

$$N_i/N = a_i$$

$i$  = Tabaka numarası

$N_i$  =  $i$  nolu tabakadaki birey sayısı

$N$  = Evrendeki birey sayısı

$a_i$  =  $i$  nolu tabakanın ağırlığı

2. Tabaka ağırlıkları örnekleme alınacak birey sayısı ile çarpılarak her tabakadan kaç hasta yakını/bakım veren alınacağı hesaplanmıştır.

$$a_i * n = n_i$$

$i$  = Tabaka numarası

$a_i$  =  $i$  nolu tabakanın ağırlığı

$n$  = Örnekleme alınacak birey sayısı

$n_i$  =  $i$  nolu tabakadan alınacak birey sayısı

**Tablo 3.1.** Araştırma Evrenini ve Örneklemine Oluşturan Bakım Verenlerin Hastanelere Göre Dağılımı (N=10705)

Hastane Adı	Hasta Yakını Sayısı	Evren İçerisindeki Ağırlığı Ni/N=ai	Örneklem Seçilen Hasta Yakını Sayısı ai n=ni
Hacettepe Onkoloji Hastanesi	1347	1347/10705=0.1258	0.1258x378=47
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	1194	1194/10705=0.1115	0.1115x378=43
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi	1127	1127/10705=0.1052	0.1052x378=40
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	647	647/10705=0.0604	0.0604x378=23
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi	1248	1248/10705=0.1165	0.1165x378=45
Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi	765	765/10705=0.0714	0.0714x378=27
Dr. Abdurrahman Yurtarslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2684	2684/10705=0.2507	0.2507x378=95
Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	584	584/10705=0.0545	0.0545x378=20
Medicana International Ankara Hastanesi	625	625/10705=0.0583	0.0583x378=22
Ankara Güven Hastanesi	476	476/10705=0.0444	0.0444*378=16
<b>Toplam</b>	<b>10705</b>		<b>378</b>

### 3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada verilerin toplanması amacıyla aşağıda belirtilen form ve ölçek kullanılmıştır.

#### 3.4.1. Hasta Yakını Tanıtıcı Bilgi Formu (EK 2)

Hasta yakını tanıtıcı bilgi formu ilgili literatür (36, 64, 101, 110, 140). incelenerek bakım verenlerin yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, eğitim düzeyi, gelir düzeyi gibi sosyodemografik özellikler ve hastasıyla yakınlık derecesi, hastasının hastalığının ne olduğu, kaç kür kemoterapi aldığı gibi hastalıkla ilgili soruları kapsayan toplam 18 sorudan oluşmaktadır.

### 3.4.2. Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği Aile Versiyonu(Quality of Life Family Version) (QOL-FV) (EK 3)

Kanserli hastalar için geliştirilen Yaşam Kalitesi Ölçeği Aile Versiyonu toplam 37 maddeden oluşmaktadır. Ferrell ve Grant (101) tarafından kanserli hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek için geliştirilen ölçek, aile üyelerinin yaşam kalitesini ölçmeye uygun hale getirmek için adapte edilmiştir. Aile üyelerinin yaşam kalitesini değerlendirmek için uyarlanan ölçek gözden geçirilip düzenlendikten sonra 1994-1998 yılları arasında 219 kanserli hasta yakını ile yapılan bir çalışmayla test edilmiştir. Toplam 37 maddeden oluşan ölçek; Fiziksel sağlık durumu, Psikolojik sağlık durumu, Sosyal Kaygılar ve Spiritüel (Manevi) iyilik durumu olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. Çalışmanın test-retest güvenilirlik sonuçları  $r=.89$  ve iç tutarlılık Alpha değeri  $r=.69$  olarak bulunmuştur. Ölçeğin dört alt boyutu için faktör analizleri doğrulanmıştır (101).

Ülkemizde ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği Okçin tarafından 2007 yılında hastaneye kemoterapi almak için başvuran 218 hasta yakınına ulaşılarak yapılmıştır. Çalışma sonucunda test-retest güvenilirlik katsayısı  $r=.86$  ve iç tutarlılık Cronbach Alpha katsayısı  $=.90$  bulunmuştur. Ölçeğin dört alt boyutu için faktör analizleri doğrulanmıştır. Ölçekteki 12, 14, 22, 24, 31, 32. maddelerin korelasyon değerleri 0.20'nin altında olduğundan güvenilirliği azaltan bu maddeler ölçekten çıkarılmıştır. Ölçeğin Türkçeye uyarlaması yapıldıktan sonra toplam 4 yeni alt boyut oluşturulmuş, soru sayısı ve yerleri değiştirilmiştir (EK 3). Yeni oluşturulan alt boyutlar ve maddeleri şu şekildedir; Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık Durumu (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11), Fiziksel Sağlık Durumu (12,13,14,15,16,17,18,19,20), Tanıya Yaklaşım Durumu (21,22,23,24,25,26,27) ve Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu (28,29,30,31)

Ölçekteki sorular 0 ile 10 puan arasında puanlanmakta "10" en iyi, "0" en kötü ifade etmektedir. 1, 12-15, 17-28, 30,31.sorular ters kodlanmaktadır.

Ölçek toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ilgili boyutun maddelerine ilişkin cevapların puanlarının toplanması ve madde/soru sayısına bölünmesiyle ifade edilir. Ölçek toplam puan ve alt boyut puanları üzerinden yorumlanmakta, yüksek puan yaşam kalitesinin yüksek olduğunu ifade etmektedir (101).

Tablo 3.2’de ölçeğin alt boyutları, her bir alt boyuta ilişkin madde sayıları ve alınabilecek min-max puanlar sunulmaktadır.

**Tablo 3.2.** Yaşam Kalitesi Aile Versiyonu Ölçeği alt boyutları, madde sayısı ve minimum ve maksimum puanlar

Ölçek ve Alt Boyutları	Madde Sayısı	Ölçekten Alınabilecek Minimum ve Maksimum Puanlar
Yaşam Kalitesi Aile Versiyonu Toplam	31	0-310
Psikolojik ve manevi (spiritüel) sağlık durumu	11	0-110
Fiziksel sağlık durumu	9	0-90
Tanıya yaklaşım durumu	7	0-70
Destek ve ekonomik etkilenme durumu	4	0-40
<b>Yaşam Kalitesi Aile Versiyonu Toplam</b>	<b>31</b>	<b>0-310</b>

### 3.5. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması

Araştırmacı tarafından oluşturulan Hasta Yakını Tanıtıcı Bilgiler Formu ve veri toplama araçlarının anlaşılabilirliğinin ve uygulanma süresinin test edilmesi amacıyla örneklem sayısının %10’u olan 38 kişi ile ön uygulama Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Gündüz Tedavi Ünitesinde Temmuz-Ağustos 2012 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Ön uygulama sonrasında iki soruda değişikliğe gidilmiştir. Bireyin yaptığı iş sorusuna emekli maddesi eklenmiş, hastanıza günde kaç saat bakım veriyorsunuz sorusu, hastanıza günde ortalama kaç saat bakım veriyorsunuz/ zaman ayırıyorsunuz/ ilgileniyorsunuz olarak değiştirilmiştir. Ön uygulamaya alınan bireyler örneklem kapsamına dahil edilmemiştir.

### 3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmanın devlet hastanelerinde uygulanabilmesi için Ankara İl Sağlık Müdürlüğünden, üniversite ve özel hastanelerde uygulanabilmesi için ise hastanelerin Başhekimlik ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüklerinden yazılı izin alınmıştır. Ayrıca, her hastanedeki gündüz tedavi ünitesi başhemşiresi ve sorumlu hekimiyle görüşülerek araştırmaya ilişkin bilgi verilmiştir. Araştırmanın uygulamasında bakım verenler ile ilk tanışma, hastanenin gündüz tedavi ünitesinde yer alan bekleme salonlarında gerçekleşmiştir. Her bir hastanede araştırmanın örneklem seçim kriterlerine uygun olan bakım verenler belirlendikten sonra uygulanmıştır. Örneklem kapsamına alınan hastaneler sıralanmış ve bir hastanede örneklem sayısına ulaşıldıktan sonra diğer hastanede uygulamaya başlanmıştır. Her bir hasta yakınına çalışma hakkında bilgi verilmiş, ardından araştırmaya katılmak isteyen bireylerden yazılı onam alınmıştır. Veriler toplanırken, bireylere ve hastalarına çalışma hakkında bilgi verilip hasta odasından çıkarılmış, özel bir görüşme odası olmadığından bekleme salonlarında soru formlarını kendilerinin okuyup doldurması istenmiştir. Bireyler veri toplama araçlarını doldururken hastaları ise tedavi odasında tedavilerini almışlardır. Katılımcılardan gelebilecek herhangi bir soru için araştırmacı anketler bitene kadar salondan ayrılmamıştır. Her bir hastanın veri toplama araçlarını cevaplaması yaklaşık 25-35 dakika sürmüştür. Araştırmanın uygulaması Ağustos 2012- Ocak 2013 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

### 3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Hasta Yakını Tanıtıcı Bilgi Formu ve Yaşam Kalitesi Ölçeği-Aile Versiyonu'ndan elde edilen verilerin analizleri Statical Package for Social Science (SPSS) 20 istatistik programında yapılmıştır. Örneklem dağılımının normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorow-Smirnov Testi ile test edilmiştir. Bu test sonucunda örneklemin normal dağılım göstermediği belirlenmiş ve değerlendirmede non-parametrik testler kullanılmıştır. Tanıtıcı bilgiler formundaki verilerin analizinde sayı, yüzdelik, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Tanıtıcı bilgiler formundaki 18. soru açık uçlu soru olup araştırmacılar tarafından çetelenerek gruplandırılmıştır (EK 13).Yaşam kalitesinin tanıtıcı özelliklerle farklılık gösterip göstermediğinin analizinde parametrik olmayan testlerden iki kategorili

karşılaştırmalarda Mann- Whitney U Testi, ikiden çok kategorili karşılaştırmalarda Kruskal Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi kullanılmıştır. Fark çıkan gruplarda farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni Düzeltmesi yapılmıştır. İstatistiksel testlerin anlamlılık düzeyi için  $p < 0.05$  değeri kabul edilmiştir.

### **3.8. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmanın uygulanabilmesi için, araştırma kapsamına alınan devlet hastaneleri için İl Sağlık Müdürlüğü'nden üniversite ve özel hastaneler için Başhekimlik ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüklerinden ayrı ayrı yazılı izinler alınmıştır.

Hacettepe Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu'ndan ayrıca LUT 12/48 nolu yazılı izin alınmıştır (EK 11).

Araştırmaya katılan bakım verenlerden, araştırmaya katılmak için gönüllü olduklarına ilişkin yazılı onam alınmıştır (EK 1). Katılımcıların soruları olduğunda sorabilmeleri ve araştırma sonucuna ulaşabilmeleri için araştırmacının iş yeri ve cep telefonu numaraları ile e-mail adresi verilmiştir.

### **3.9. Araştırma Sırasında Yaşanan Güçlükler**

- Araştırmaya katılmayı reddedenlerin sayısının fazla olmasından dolayı uygulama süresi uzamıştır.
- Bireylerin veri toplama araçlarını doldurabilecekleri özel bir odanın olmaması güçlüklereden neden olmuştur.



#### **4. BULGULAR**

“Kanser Hastalığı Olan Bireylere Bakım Veren Yakınlarının Yaşam Kalitesi” başlıklı çalışmadan elde edilen bulgular iki aşamada verilmiştir. Bunlar;

1. Araştırma kapsamına alınan bakım verenlerin ve bakım verdikleri hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular.
2. Bakım verenlerin yaşam kalitesine ilişkin bulgular.

##### **4.1. Araştırma Kapsamına alınan bakım verenlerin ve bakım verdikleri hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular**

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan bakım verenlerin, cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, sosyal güvence, çocuk sahibi olma, hastasıyla yakınlık derecesi, ortalama bakım verme süresi (gün/saat), bakım verirken başkalarından destek alma durumu, aynı evde yaşama durumu, bakım verdikleri hastalarına ilişkin ise tanı konulma zamanı, konulan kanser tanısı, aldığı kemoterapi kür sayısı gibi özelliklere ilişkin bulgular gösterilmiştir.

### 4.1.1. Araştırma Kapsamına Alınan Bakım Verenlerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

**Tablo.4.1.1.** Araştırma kapsamına alınan bakım verenlerin bazı tanıtıcı özellikler.

TANITICI ÖZELLİKLER	Sayı	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	243	64.3
Erkek	135	35.7
<b>Yaş</b>		
20-30 yaş	69	18.3
31-50 yaş	192	50.8
51+	117	31.0
<b>Medeni Durum</b>		
Bekar	93	24.6
Evli	285	75.4
<b>Eğitim Durumu</b>		
İlkokul	112	29.6
Ortaokul	127	33.6
Lise	89	23.5
Üniversite	43	11.4
Lisansüstü	7	1.9
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışan	145	38.4
Çalışmayan	183	48.4
Emekli	50	13.2
<b>Gelir Durumu</b>		
Geliri giderinden az	131	34.7
Geliri giderine eşit	193	51.1
Geliri giderinden fazla	54	14.3
<b>Sosyal Güvence</b>		
SGK	349	92.6
Yeşil kart	20	5.3
Özel	4	1.1
Yok	4	1.1
<b>Çocuk Sahibi Olma Durumu</b>		
Olan	276	73.2
Olmayan	101	26.8
<b>Hastayla Yakınlık Derecesi</b>		
Eş	110	29.1
Anne	92	24.3
Baba	58	15.3
Kardeş	46	12.2
Çocuk	7	1.9
Diğer(Elti, görümce, amca, gelin)	65	17.2
<b>Ortalama Bakım Verme Süresi (saat/gün)</b>		
1-6 saat	203	53.7
7-12 saat	57	15.1
13-18 saat	7	1.9
19-24 saat	111	29.4
<b>Bakım Verirken Diğer Kişilerden Destek Alma Durumu</b>		
Alan	194	51.3
Almayan	183	48.4
<b>Aynı Evde Yaşama Durumu</b>		
Yaşayan	217	57.4
Yaşamayan	161	42.6

**Tablo.4.1.1.** Araştırma kapsamına alınan bakım verenlerin bazı tanıtıcı özellikler (devam)

TANITICI ÖZELLİKLER	Sayı	%
Ailede Kanser Tanısı Alan Başka Bireyin Varlığı		
Var	115	30.5
Yok	262	69.5
Kanser Tanısı Alan Bu Bireylere Yakınlık Derecesi		
1.Derece (Eş, anne, baba, kardeş)		
2.Derece (dayı, amca, teyze, hala, nine, dede)		
Toplam	378	100.0

Tablo 4.1.1’de araştırma kapsamına alınan bakım verenlerin tanıtıcı özellikleri verilmiştir. Bakım verenlerin % 64.3’ünün kadın ve %75.4’ünün ise evli olduğu görülmektedir. Bakım verenlerin yarısının 31-50 yaş grubunda olduğu, çoğunluğunun ilk (%29.6) ve ortaokul (%33.6) mezunu olduğu görülmektedir. Bakım verenlerin %48.4’ünün çalışmadığı, %13.2’sinin emekli olduğu ve sadece %38.4’ünün çalıştığı; % 51.1’inin geliri giderine eşit, üçte birinden fazlasının(%34.7) ise gelirinin giderinden az olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerin büyük çoğunluğunun (% 92.6) sosyal güvencesinin SGK olduğu, yakınlık derecesine göre üçte birine yakınının (%29.1) eş, sonrasında sırasıyla anne (%24.3) ve baba (%15.3) olduğu görülmektedir. Hastalarına bakım verme süreleri incelendiğinde yarısından fazlası (%53.7) 1-6 saat, üçte biri (%29.4) ise gün boyu hastasına bakım vermekte, zaman ayırmakta ve yarısından (%57.4) fazlası ise bakım verdiği hastasıyla aynı evi paylaşmaktadır. Bakım verenlerin yarısından fazlası (%51.3) hastasına bakım verirken başkalarından destek almamaktadır. Bakım verenlerin üçte birinin (%30.5) ailesinde bakım verdikleri hastalarından başka kişilerde de kanser tanısı alan bireyin olduğu görülmektedir. Kanser tanısı alan bu bireylerle yakınlık derecesine bakıldığında, %44’ünün 1.derece yakın sayılan eş, anne, baba, kardeş olduğu %56’sının ise 2.derece yakın olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.1.2.**Bakım verenlerin bakım verdiği hastasıyla ilgili bazı tanıtıcı özellikleri.

<b>HASTALIKLA İLGİLİ TANITICI ÖZELLİKLER</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Tanı Konulma Zamanı</b>		
3 ay-1 yıla kadar	222	58.7
1 yıl	33	8.7
1 yıldan-2 yıla kadar	31	8.2
2 yıldan-3 yıla kadar	37	9.8
3 yıldan-5 yıla kadar	39	10.3
5 yıl ve üzeri	16	4.2
<b>Kemoterapi Kür Sayısı</b>		
1-6	249	70.1
7-15	74	20.8
16+	32	9.0
<b>Kanser Türleri</b>		
*GİS	125	33.1
Akciğer	68	18.0
Meme	79	20.9
**Jinekolojik	32	8.5
***Birden fazla	32	8.5
Bilmiyor	18	4.8
Diğer(lenfoma, mesane)	20	5.3
<b>Toplam</b>	<b>378</b>	<b>100.0</b>

\*GİS: kolon, mide, karaciğer, pankreas kanserleri

\*\*Jinekolojik: meme, rahim, yumurtalık

\*\*\*Birden fazla: metastazı olanlar

Tablo 4.1.2. incelendiğinde bakım verenlerin bakım verdikleri hastalarının yarısından fazlasının (%58.7) tanı konulma zamanının 3 ay-1 yıl aralığında olduğu, %70.1'nin 1-6 kür kemoterapi aldığı görülmektedir. Hastaların üçte birinin (%33.1) GİS' e ait kanser tanısı aldığı bunu %20.9 ile meme ve %18 ile akciğer kanserinin izlediği görülmektedir.

### 4.1.3. Bakım Verenlerin Hastalık Sürecinden Etkilenme Durumları

**Tablo 4.1.3.**Bakım verenlerin hastalık sürecinden etkilenme durumu/biçimi

Etkilenme Durumu/Biçimi	Sayı	Yüzde
<b>Hasta Yakının Kendisinin Etkilenme Durumu/Biçimi</b>		
Etkilenmeyen	45	11.9
<b>Etkilenen</b>		<b>81.0</b>
-Psikolojik	114	30.2
-Hem fiziksel hem de psikolojik	98	25.9
-Fiziksel, psikolojik ve ekonomik	49	13.0
-Kendime zaman ayıramıyorum	25	6.6
-Fiziksel	20	5.3
Yanıt vermeyen	27	7.1
<b>Ailesinin Etkilenme Durumu/Biçimi</b>		
Etkilenmeyen	57	15.1
<b>Olumlu etkilenen</b>		<b>22.2</b>
-Kenetlendik, bağlandık	34	9.0
-Uyum sağladık	17	4.5
-Başkalarından destek aldık	33	8.7
<b>Olumsuz etkilenen</b>		<b>55.0</b>
-Düzen bozuldu	34	9.0
-Psikolojik	37	9.8
-Ekonomik	43	11.4
-Yük arttı ve çatışma oldu	29	7.7
-Olumsuz duygunun ailedeki diğer üyelere yansıtılması	37	9.8
-Aile üyelerine vakit ayıramıyorum	28	7.4
Yanıt vermeyen	29	7.7
<b>İşinin Etkilenme Durumu/Biçimi</b>		
Etkilenmeyen	152	40.2
Aksaklık	64	16.9
Çok etkilenen	74	19.6
Motivasyon Düşüklüğü	44	11.6
Cevap vermeyen	44	11.6
<b>Sosyal Yaşamının Etkilenme Durumu/Biçimi</b>		
Etkilenmeyen	112	29.6
Etkilenen	107	28.3
Çok etkilenen	132	34.9
Cevap vermeyen	27	7.2
<b>Toplam</b>	<b>378</b>	<b>100.0</b>

Tablo 4.1.3.'de çalışma kapsamına alınan bakım verenlerin kendilerinin hastalık sürecinden etkilenme durumları görülmektedir. Hasta yakınlarının %11.9'unun bu süreçten etkilenmediği, büyük bir çoğunluğunun (%81) ise olumsuz olarak etkilendiği belirlenmiştir. Olumsuz etkilendiğini ifade edenlerin alt gruplarına bakıldığında üçte biri (%30.2) psikolojik %25.9'u hem fiziksel hem de psikolojik, bir kısım bakım veren ise ekonomik olarak bu süreçten olumsuz olarak etkilenmiştir. Bakım verenlerin hastalarına bakım verdiği süreçte ailelerinin bu durumdan nasıl etkilendiği incelendiğinde yarıdan fazlasının (%55.1) olumsuz etkilendiği, %15.1'nin etkilenmediği ve %22.2'sinin bu süreçten olumlu olarak etkilendiği görülmektedir. Bakım verenlerin iş hayatı yarıya yakınının (%48.1) bu süreçten olumsuz olarak etkilenmekle birlikte %40.2'sinin bu süreçten olumsuz olarak etkilenmediği saptanmıştır. Etkilenmediğini belirten katılımcılardan bir kısmının kendi işi olduğu, bir kısmının ise emekli oldukları için bu süreçten olumsuz etkilenmediklerini ifade etmişlerdir. Bakım vericilerin çoğunluğunun (%63.2) sosyal yaşamlarının olumsuz olarak etkilendiği, %29.6'sının ise etkilenmediği belirlenmiştir.

#### 4.2 Bakım Veren Yakınların Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

Bu bölümde; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sahibi olma durumu, çalışma durumu, aylık gelir durumu, sosyal güvence durumuna göre hastanelerin gündüz tedavi ünitelerine başvuran hastaların yakınlarının yaşam kalitesi puan ortalamaları verilmiştir.

**Tablo 4.2.1.** Bakım verenlerin yaşam kalitesi puan ortalamaları.

YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ-AİLE VERSİYONU	$\bar{x} \pm SS$ (min-max)
Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık Durumu	5.42±1.89 (0-10)
Fiziksel Sağlık Durumu	5.54±2.23 (0-10)
Taniya Yaklaşım Durumu	3.01±2.07 (0-10)
Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu	4.69±2.20 (0-10)
Toplam Ölçek Puanı	4.81 ±1.64 (0-10)

Tablo 4.2.1. incelendiğinde, gündüz tedavi ünitesine başvuran hastalara bakım veren yakınlarının yaşam kalitesi puan ortalamasının  $4.81 \pm 1.64$  (Max= 8.71, Min=0.87) olduğu görülmektedir. Ölçeğin alt boyutlarının puan ortalamaları incelendiğinde; “Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık Durumu” alt puan ortalamasının  $5.42 \pm 1.89$  (Max=10.0, Min=0.00), “Fiziksel Sağlık Durumu” alt puan ortalamasının  $5.54 \pm 2.23$  (Max=10.0, Min=0.22), “Tanıya Yaklaşım Durumu” alt puan ortalamasının  $3.01 \pm 2.07$  (Max=9.43, Min=0.00), “Destek ve Ekonomik Etkilenme Durum” alt puan ortalamasının  $4.69 \pm 2.20$  (Max=10.0, Min=0.00) olduğu belirlenmiştir. Ölçekten alınabilecek min-max puanlar doğrultusunda; psikolojik-manevi ve fiziksel sağlık durumu alt ölçeklerinde orta düzeyde; tanıya yaklaşım, destek-ekonomik etkilenme durumu ve toplam yaşam kalitesinde ortalamanın altında olduğu söylenebilir.

**Tablo 4.2.2.** Bakım verenlerin bazı tanıtıcı özelliklerine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları

TANITICI ÖZELLİKLER		Yaşam Kalitesi Ölçeği-Aile Versiyonu				
		Toplam ölçek puanı	Psikolojik ve manevi sağlık durumu	Fiziksel sağlık durumu	Tarıya yaklaşım durumu	Destek ve ekonomik etkilene durumu
		$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
Cinsiyet	<b>Kadın</b> (n=243)	4.59±1.69	5.13±1.95	5.32±2.33	2.72±2.07	4.73±2.22
	<b>Erkek</b> (n=135)	5.23±1.49	5.92±1.67	5.95±1.99	3.51±1.98	4.64±2.18
	İstatistiksel Analiz*	U=20.122 <b>p=0.000</b>	U= 20.340 <b>p=0.000</b>	U= 19.061 <b>p=0.009</b>	U 20.527 <b>p=0.000</b>	U=16.086 p=0.756
*Mann Whitney U Testi yapılmıştır.						
Yaş	<b>Genç (20-30)</b> (n=69)	4.68±0.19	5.35±0.22	5.62±0.26	2.64±0.23	4.29±0.26
	<b>Orta (31-50)</b> (n=192)	4.78±0.11	5.40±0.13	5.48±0.16	2.98±0.14	4.67±0.15
	<b>Yaşlı (51+)</b> (n=117)	4.95±0.16	5.48±0.18	5.60±0.20	3.27±0.20	4.96±0.21
	İstatistiksel Analiz*	KW=1.325 p=0.516	KW=0.404 p=0.817	KW=0.326 p= 0.849	KW=3.777 p=0.151	KW=3.625 p=0.163
*Kruskal-Wallis Varyans Analizi Testi yapılmıştır.						
Medeni Durum	<b>Bekar</b> (n=93)	4.90±1.62	5.50±1.92	5.85±2.11	2.94±2.03	4.54±2.13
	<b>Evli</b> (n=285)	4.79±1.65	5.39±1.88	5.44±2.26	3.03±2.09	4.74±2.23
	İstatistiksel Analiz*	U= 12.762 p=0.592	U= 12.904 p=0.703	U= 11.762 p=0.103	U= 13.490 p=0.795	U= 13.950 p=0.446
*Mann Whitney U Testi yapılmıştır.						
Eğitim Durumu	<b>İlkokul<sup>a</sup></b> (n=112)	4.59±1.76	4.87±1.85	5.40±2.31	3.27±2.32	4.33±1.95
	<b>Ortaokul<sup>b</sup></b> (n=127)	4.58±1.53	5.28±1.55	4.91±2.22	3.22±2.00	5.42±1.95
	<b>Lise<sup>c</sup></b> (n=89)	4.76±1.59	5.43±1.95	5.40±2.18	2.89±1.96	4.33±1.95
	<b>Üniversite<sup>d</sup></b> (n=43)	5.08±1.60	5.88±1.88	5.93±2.18	2.75±1.94	4.75±1.95
	<b>Lisansüstü<sup>e</sup></b> (n=7)	5.59±1.29	6.31±1.62	6.31±1.84	3.65±1.63	5.05±1.95
	İstatistiksel Analiz*	KW= 7.424 p=0.115	<b>KW= 17.043</b> <b>p=0.002</b>	KW= 8.342 p=0.080	KW= 4.811 p=0.307	KW= 8.906 p=0.063
*Kruskal-Wallis Varyans Analizi Testi yapılmıştır. Psikolojik ve manevi sağlık durumu: a-d						



**Tablo 4.2.2.** Bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları(Devamı) (n=378)

TANITICI ÖZELLİKLER		Yaşam Kalitesi Ölçeği-Aile Versiyonu				
		Toplam ölçek puanı	Psikolojik ve manevi sağlık durumu	Fiziksel sağlık durumu	Taniya yaklaşım durumu	Destek ve ekonomik etkilene durumu
		$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
Çalışam Durumu	Çalışan <sup>a</sup> (n=145)	5.02±1.52	5.73±1.71	5.88±1.96	3.05±2.02	4.57±2.05
	Çalışmayan <sup>b</sup> (n=185)	4.54±1.69	5.02±1.90	5.21±2.37	2.90±2.15	4.60±2.28
	Emekli <sup>c</sup> (n=50)	5.22±1.70	5.96±2.04	5.78±2.33	3.26±1.95	5.39±2.24
	İstatistiksel Analiz*	KW=10.375 <b>p=0.006</b>	KW=15.919 <b>p=0.000</b>	KW=7.914 <b>p=0.019</b>	KW=2.848 p=0.241	KW=5.832 p=0.054
*Kruskal-Wallis Varyans Analizi Testi yapılmıştır. Toplam ölçek: b-a, b-c, Psikolojik ve manevi sağlık durumu: b-a, b-c, Fiziksel sağlık durumu:b-a						
Gelir Durumu	Geliri giderinden az <sup>a</sup> (n=131)	4.63±1.63	4.81±1.68	5.03±2.21	3.04±2.26	3.91±2.39
	Geliri giderine eşit <sup>b</sup> (n=193)	4.90±1.54	5.59±1.87	5.63±2.13	2.83±1.92	5.03±1.99
	Geliri giderinden fazla <sup>c</sup> (n=54)	5.59±1.72	6.26±2.00	6.48±2.33	3.53±2.07	5.37±1.93
	İstatistiksel Analiz*	<b>KW=22.244</b> <b>p=0.000</b>	<b>KW=25.719</b> <b>p=0.000</b>	<b>KW=15.998</b> <b>p=0.000</b>	KW=5.058 p=0.080	<b>KW=25.895</b> <b>p=0.000</b>
*Kruskal-Wallis Varyans Analizi Testi yapılmıştır. Toplam ölçek: a-b, a-c, b-c, Psikolojik ve manevi sağlık durumu: a-b, a-c, b-c Fiziksel sağlık durumu:c-a, c-b, Destek ve ekonomik etkilene durumu: a-b, a-c						
Sosyal Güvence sahibi	SGK <sup>a</sup> (n=349)	4.87±1.63	5.51±1.87	5.59±2.20	3.00±2.07	4.78±2.20
	Yeşil Kart <sup>b</sup> (n=20)	3.89±1.58	4.02±1.43	4.61±2.71	2.89±2.11	3.62±2.28
	Özel <sup>c</sup> (n=4)	4.68±2.44	4.75±1.97	6.19±3.06	3.17±3.25	3.75±1.55
	Yok <sup>d</sup> (n=4)	4.37±2.22	4.50±3.05	5.19±1.97	3.60±2.22	3.56±1.61
	İstatistiksel Analiz*	KW=5.916 p=0.116	<b>KW=12.735</b> <b>p=0.005</b>	KW=3.300 p=0.348	KW=0.411 p=0.938	KW=7.027 p=0.071
*Kruskal-Wallis Varyans Analizi Testi yapılmıştır. Psikolojik ve manevi sağlık durumu: b-a						
Çocuk sahibi	Olan (n=279)	4.79±1.69	5.37±1.91	5.44±2.30	3.04±2.10	4.77±2.26
	Olmayan(n=101)	4.93±1.46	5.57±1.80	5.88±1.95	2.95±2.01	4.53±2.00
	İstatistiksel Analiz*	U=14.658 p=0.442	U=14.851 p=0.330	U=15.453 p=0.106	U=13.676 p=0.780	U=13.081 p=0.360
*Mann Whitney U Testi yapılmıştır.						

**Tablo 4.2.2.** Bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları (Devamı) (n=378)

TANITICI ÖZELLİKLER		Yaşam Kalitesi Ölçeği-Aile Versiyonu				
		Toplam ölçek puanı	Psikolojik ve manevi sağlık durumu	Fiziksel sağlık durumu	Taniya yaklaşım durumu	Destek ve ekonomik etkilenme durumu
		$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
Bakım Verme Süresi(Saat/Gün)	1-6 saat <sup>a</sup> (n=203)	5.26±1.50	5.79±1.26	6.30±1.99	3.14±1.97	5.20±2.19
	7-12 saat <sup>b</sup> (n=57)	4.27±1.48	5.08±1.69	4.76±2.05	2.41±1.99	4.22±1.93
	13-18 saat <sup>c</sup> (n=7)	4.33±1.01	5.29±1.51	5.03±2.03	2.32±1.38	3.60±0.87
	19-24saat <sup>d</sup> (n=111)	4.30±1.78	4.90±2.09	4.58±2.26	3.11±2.29	4.08±2.21
	İstatistiksel Analiz*	<b>KW=35.607</b> <b>p=0.000</b>	<b>KW=17.915</b> <b>p=0.000</b>	<b>KW=51.939</b> <b>p=0.000</b>	<b>KW=8.806</b> <b>p=0.032</b>	<b>KW=24.129</b> <b>p=0.000</b>
Kruskal-Wallis Varyans Analizi Testi yapılmıştır. Toplam ölçek: a-b, a-d, Psikolojik ve manevi sağlık durumu: a-d Fiziksel sağlık durumu:a-b, a-d, Taniya yaklaşım durumu: a-b, Destek ve ekonomik etkilenme durumu: a-b, a-d						
Hastasıyla Yakınlık Derecesi	Eş <sup>a</sup> (n=110)	4.46±1.69	5.08±1.90	4.86±2.27	3.14±2.18	4.19±2.09
	Anne <sup>b</sup> (n=92)	4.55±1.44	5.30±1.80	5.27±2.14	2.51±1.86	4.45±2.07
	Baba <sup>c</sup> (n=58)	4.75±1.41	5.36±1.65	5.61±1.93	2.80±1.74	4.53±2.17
	Kardeş <sup>d</sup> (n=46)	5.21±1.83	5.83±2.14	5.97±2.36	3.20±2.25	5.34±2.04
	Çocuk <sup>e</sup> (n=7)	3.87±1.56	4.05±1.36	4.77±1.19	2.63±2.31	3.53±2.61
	Diğer <sup>f</sup> (elti, amca) (n=65)	5.67±1.53	6.05±1.86	6.80±2.01	3.57±2.19	5.71±2.30
	İstatistiksel Analiz*	<b>KW=29.889</b> <b>p=0.000</b>	<b>KW=19.513</b> <b>p=0.002</b>	<b>KW=34.147</b> <b>p=0.000</b>	<b>KW=10.626</b> <b>p=0.059</b>	<b>KW=26.411</b> <b>p=0.000</b>
Kruskal-Wallis Varyans Analizi Testi yapılmıştır. Toplam ölçek: a-f, b-f, c-f, Psikolojik ve manevi sağlık durumu: c-f, a-f, Fiziksel sağlık durumu: a-f, b-f, Destek ve ekonomik sağlık durumu: b-f, a-f, c-f, a-d						
Başkasından Destek Alma Durumu	Alan (n=194)	4.80±1.60	5.40±1.82	5.55±2.13	2.84±2.09	4.89±2.24
	Almayan (n=183)	4.82±1.69	5.41±1.94	5.52±2.34	3.18±2.05	4.48±2.16
	İstatistiksel Analiz*	U=2.103 p=0.349	U=2.938 p=0.230	U=0.944 p=0.624	U=3.491 p=0.175	U=3.817 p=0.148
Mann Whitney U Testi yapılmıştır.						

**Tablo 4.2.2.** Bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları (Devamı) (n=378)

TANITICI ÖZELLİKLER		Yaşam Kalitesi Ölçeği-Aile Versiyonu				
		Toplam ölçek puanı	Psikolojik ve manevi sağlık durumu	Fiziksel sağlık durumu	Taniya yaklaşım durumu	Destek ve ekonomik etkilenme durumu
		$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
Aynı Evde Yaşama Durumu	Yaşayan (n=217)	4.50±1.58	5.09±1.87	5.14±2.20	2.93±2.05	4.20±1.99
	Yaşamayan (161)	5.24±1.65	5.85±1.82	6.08±2.17	3.11±2.11	5.36±2.30
	İstatistiksel Analiz*	<b>U=21.743</b> <b>p=0.000</b>	<b>U=21.465</b> <b>p=0.000</b>	<b>U=34.650</b> <b>p=0.000</b>	U=18.411 p=0.369	<b>U=22.664</b> <b>p=0.000</b>
*Mann Whitney U Testi yapılmıştır.						
Ailede Kansere Tanısı Alan Bakıcıların Durumu	Var (n=115)	4.65±1.60	5.24±1.96	5.44±2.11	2.76±1.99	4.54±2.12
	Yok (n=262)	4.88±1.66	5.47±1.84	5.58±2.29	3.11±2.10	4.76±2.24
	İstatistiksel Analiz*	U=16.216 p=0.237	U=15.599 p=0.584	U=15.452 p=0.691	U=16.393 p=0.173	U=15.863 p=0.412
*Mann Whitney U Testi yapılmıştır.						

Tablo 4.2.2’de de görüldüğü gibi kadınların yaşam kalitesi toplam puan ortalaması ve “Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu” alt ölçeği dışındaki alt ölçeklerin puan ortalamaları erkeklerinkinden daha düşük bulunmuştur ve bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlılık göstermektedir ( $p<0.05$ ).

Yaşa göre yaşam kalitesi toplam puan ortalaması, “Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık Durumu”, “Fiziksel Sağlık Durumu”, “Tanıya Yaklaşım Durumu” ve “Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu” alt ölçeklerinin puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Bakım verenlerin yaşam kaliteleri toplam puan ortalaması ve alt ölçeklerin puan ortalamaları arasında medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Eğitim durumuna göre ortalama yaşam kalitesi puan ortalaması ile “Fiziksel Sağlık Durumu”, “Tanıya Yaklaşım Durumu” ve “Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu” alt ölçeklerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). “Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık Durumu” alt ölçeğinde ise istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak yapılan ikili karşılaştırmalarda ilkökul eğitim seviyesine sahip olanların yaşam kalitesi puanının üniversite eğitim seviyesine sahip olanlardan düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Bakım verenlerin çalışma durumlarına göre yaşam kalitesi puan ortalaması, “Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık Durumu” ve “Fiziksel Sağlık Durumu” alt ölçeklerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalarda çalışmayanların, çalışanlara ve emekli olanlara göre daha düşük yaşam kalitesi puanına sahip oldukları ve bu farklılığın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. “Tanıya Yaklaşım Durumu” ve “Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu” alt ölçekleri puan ortalamalarında ise gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ).

Gelir durumlarına göre toplam yaşam kalitesi puan ortalaması, “Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık Durumu”, “Fiziksel Sağlık Durumu” ve “Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu” alt ölçekleri puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Toplam yaşam kalitesi puan ortalaması ile

“psikolojik ve manevi (spiritüel) sağlık durumu” alt ölçeği için yapılan ikili karşılaştırmalarda bütün grupların birbirlerinden farklılık gösterdiği saptanmıştır. “Fiziksel sağlık durumu” alt boyutunda gelir durumu fazla olanların yaşam kalitesi puanı diğerlerinden istatistiksel olarak farklı ve yüksek iken, “destek ve ekonomik etkilenme durumu” alt boyutunda ise gelir durumu az olanlar diğer gruplardan istatistiksel olarak farklı ve daha düşük yaşam kalitesi puanına sahiptirler. “Taniya Yaklaşım Durumu” alt ölçeğinde ise aylık gelir durumuna göre, grupların puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Sosyal güvence durumlarına göre toplam yaşam kalitesi puan ortalaması ve “Fiziksel Sağlık Durumu”, “Taniya Yaklaşım Durumu”, “Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu” arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). “Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık Durumu” alt ölçeğinde ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda yeşil karta sahip olanların yaşam kalitesi puanlarının SGK’na sahip olanlardan daha düşük olduğu ve bu farklılığın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucu elde edilmiştir.

Bakım verenlerin çocuk sahibi olma durumlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Bakım verenlerin hastaları ile aynı evde yaşama durumlarına göre toplam yaşam kalitesi puan ortalaması, “Psikolojik ve Manevi (spiritüel) Sağlık Durumu”, “Fiziksel Sağlık Durumu” ve “Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu” alt ölçekleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Bu alt ölçeklerin her birinde hastasıyla aynı evde yaşayanların yaşamayanlara göre yaşam kalitesi puanları daha düşük bulunmuştur. “Taniya Yaklaşım Durumu” alt ölçeğinde ise istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Ailelerinde başka bireyin kanser tanısı alıp almama durumuna göre toplam yaşam kalitesi puan ortalaması, “Psikolojik ve Manevi (spiritüel) Sağlık Durumu”, “Fiziksel Sağlık Durumu”, “Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu” ve “Taniya Yaklaşım Durumu” alt ölçeklerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Hastalarına bakım verme sürelerine göre toplam yaşam kalitesi puan ortalaması, “Psikolojik ve Manevi (spiritüel) Sağlık Durumu”, “Fiziksel Sağlık

Durumu”, “Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu” ve “Tanıya Yaklaşım Durumu” alt ölçeklerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Yapılan ikili karşılaştırmalarda hastalarına günde (1-6) saat bakım verenlerin (7-12) ile (19-24) saat bakım verenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık; Psikolojik ve Manevi (spiritüel) Sağlık Durumu” alt boyutu için (1-6) saat bakım verenlerin (19-24) saat bakım verenler ile; “Fiziksel Sağlık Durumu” alt boyutunda yine yaşam kalitesi toplam puan ortalamasında olduğu gibi (1-6) saat bakım verenler ile (7-12) ve (19-24) saat bakım verenler arasında; “Tanıya Yaklaşım Durumu” alt boyutunda (1-6) saat bakım verenler ile (7-12) saat bakım verenler arasında; son olarak da Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu” alt boyutunda da (1-6) saat bakım verenler ile (7-12) ve (19-24) saat bakım verenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Genel olarak bir değerlendirme yapılırsa, hastalarına günde 1-6 saat bakım verenlerin (7-12) ve/veya (19-24) saat bakım verenler ile farklılık gösterdiği, (13-18) saat bakım verenlerin ise ikili karşılaştırmalarda farklılığa neden olmadığı sonuçlarına ulaşmak mümkündür. Bütün farklılık durumları için hastalarına (1-6) saat yani daha az bakım verenlerin yaşam kalitesi ortalama puanlarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hastalarıyla yakınlık derecelerine göre toplam yaşam kalitesi puan ortalaması ve “Psikolojik ve Manevi (spiritüel) Sağlık Durumu”, “Fiziksel Sağlık Durumu”, “Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu” alt ölçeklerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda, “Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık Durumu” alt ölçeğinde, hastalarının çocuğu ve eşi olanların diğer diye belirtilen gruptan; “Fiziksel Sağlık Durumu” alt ölçeğinde hastalarının eşi ve annesi olanların diğer diye belirtilen gruptan; “Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu” alt ölçeğinde ise hastalarının annesi, eşi ve babası olanların diğer diye belirtilen grupta ayrıca eş ve kardeş grupları birbirlerinden; son olarak toplam yaşam kalitesi puan ortalaması açısından hastalarının eşi, annesi ve babası olanların diğerlerinden istatistiksel olarak farklı bulunmuştur. Bütün bu farklılıklar açısından yaşam kalitesine bakıldığında diğer olarak belirtilen grupta yer alanların daha yüksek yaşam kalitesi ortalama puanına sahip olduğu ve bu farklılığında istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. “Tanıya Yaklaşım

Durumu” alt ölçeğinde ise istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Bakım verirken başkalarından destek alma durumlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları, “Psikolojik ve Manevi (spiritüel) Sağlık Durumu”, “Fiziksel Sağlık Durumu”, “Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu” ve “Tanıya Yaklaşım Durumu” alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark belirlenmemiştir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.2.3.** Bakım verenlerin hastasının bazı tanıtıcı özelliklerine göre yaşam kalitesi puan ortalaması (n=378)

HASTASINA İLİŞKİN TANITICI ÖZELLİKLER		Yaşam Kalitesi Ölçeği-Aile Versiyonu				
		Toplam ölçek puanı	Psikolojik ve manevi sağlık durumu	Fiziksel sağlık durumu	Tamıya yaklaşım durumu	Destek ve ekonomik etkilene durumu
		$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
Tam Konulma Zamanı	3 aydan 1 yıl <sup>a</sup> (n=222)	4.88±1.68	5.43±1.85	5.58±2.25	3.19±2.14	4.75± 2.27
	1 yıl <sup>b</sup> (n=33)	4.10±1.62	4.67±2.07	4.77±2.28	2.34±1.98	4.11± 1.70
	1 yıldan 2 yıl <sup>c</sup> (n=31)	4.45±1.69	5.18±1.96	5.12±2.28	2.36±1.59	4.61± 2.31
	2 yıldan 3 yıl <sup>d</sup> (n=37)	4.88±1.51	5.60±1.64	5.47±2.28	3.09±1.94	4.67± 2.11
	3-5 yıl <sup>e</sup> (n=39)	4.97±1.43	5.53±1.91	5.97±1.80	3.04±2.03	4.57 ±1.99
	5 yıl üstü <sup>f</sup> (n=16)	5.57±1.54	6.44±2.06	6.57±2.33	2.83±2.25	5.71±2.49
	İstatistiksel Analiz*	<b>KW=12.803</b> <b>p=0.025</b>	KW=10.796 p=0.056	KW=9.880 p=0.079	KW=8.627 p=0.125	KW=6.515 p=0.259
*Kruskal-Wallis Varyans Analizi Testi yapılmıştır. Toplam ölçek: b-f						
Kemoterapi Kür Sayısı	1-6 kür (n=249)	4.86±1.67	5.45±1.86	5.60±2.22	3.09±2.10	4.68±2.30
	7-15 kür (n=74)	4.57±1.55	5.21±1.89	5.45±2.32	2.47±1.86	4.49±1.94
	16 ve üstü kür (n=32)	4.80±1.37	5.60±1.74	5.35±2.10	2.77±1.71	4.95±2.11
	İstatistiksel Analiz*	KW=1.148 p=0.563	KW=1.060 p=0.589	KW=0.467 p=0.792	KW=5.430 p=0.066	KW=1.038 p=0.595
*Kruskal-Wallis Varyans Analizi Testi yapılmıştır.						
Kanser Türleri	GİS (n=125)	4.64±1.67	5.67±1.65	5.76±2.35	2.54±1.72	4.59±1.94
	Meme (n=79)	4.48±1.65	5.13±1.87	5.41±2.28	2.84±1.93	4.75±2.34
	Akciğer (n=68)	4.85±1.49	5.37±1.77	5.32±2.41	2.19±1.67	4.11±2.68
	Jinekolojik (n=32)	4.69±1.55	5.77±1.72	5.93±1.98	3.56±2.20	5.02±2.05
	Birden fazla (n=32)	5.08±1.64	5.74±1.81	5.20±1.93	2.50±2.52	4.46±2.13



**Tablo 4.2.3.** Bakım verenlerin hastasının bazı tanıtıcı özelliklerine göre yaşam kalitesi puan ortalaması (Devam) (n=378)

HASTASINA İLİŞKİN TANITICI ÖZELLİKLER		Yaşam Kalitesi Ölçeği-Aile Versiyonu				
		Toplam ölçek puanı	Psikolojik ve manevi sağlık durumu	Fiziksel sağlık durumu	Taniya yaklaşım durumu	Destek ve ekonomik etkilene durumu
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Kanser Türleri	Kanser tanısını bilmiyor (n=18)	4.61±1.80	5.72±1.71	5.76±2.45	3.69±2.14	4.23±2.26
	Diğer (lenfoma, mesane) (n=20)	5.22±1.45	5.17±2.23	5.24±2.24	2.85±2.01	4.69±2.11
	İstatistiksel Analiz*	KW=10.516 p=0.161	KW=9.343 p=0.229	KW=6.383 p=0.496	<b>KW=16.606</b> <b>p=0.020</b>	KW=4.589 p=0.710

\*Kruskal-Wallis Varyans Analizi Testi yapılmıştır.

Bakım verenlerin hastalarına tanı konulma zamanına göre “Psikolojik ve manevi (spiritüel) sağlık durumu”, “Fiziksel Sağlık Durumu”, “Tanıya Yaklaşım Durumu” ve “Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu” alt ölçeklerinde yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) Yaşam kalitesi toplam puan ortalaması arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda 1 yıldır tanı konulmuş olanların yaşam kalitesi puanının 5 yıldan fazladır tanı konulmuş olanlara göre daha düşük olduğu ve bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Hastalarının kemoterapinin kaçınıcı küründe olduğuna göre bakım verenlerin yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Hastaların tanılarına göre bakım verenlerin yaşam kalitesi toplam puan ortalaması, “Psikolojik ve Manevi (spiritüel) Sağlık Durumu”, “Fiziksel Sağlık Durumu” ve “Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu” alt ölçeklerinin puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0.05$ ). “Tanıya Yaklaşım Durumu” alt ölçeğinde ise hastaların tanılarına göre istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Ancak yapılan ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak farklılık gösteren iki grup sonucu elde edilmemiştir.

**Tablo 4.2.4.** Bakım verenlerin hastalık sürecinden etkilenme durumlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları (n=378)

SÜREÇTEN ETKİLENME DURUMLARI/BİÇİMLERİ		Yaşam Kalitesi Ölçeği-Aile Versiyonu				
		Toplam ölçek puanı	Psikolojik ve manevi sağlık durumu	Fiziksel sağlık durumu	Taniya yaklaşım durumu	Destek ve ekonomik etkilenme durumu
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Kendisinin Süreçten Etkilenme Durumu/Biçimi	Etkilenmedi <sup>a</sup>	6.09±0.21	6.39±0.22	7.43±0.23	3.96±0.35	5.97±0.32
	Psikolojik olarak etkilendim <sup>b</sup>	4.89±0.15	5.47±0.18	5.69±0.20	2.98±0.18	4.85±0.21
	Hem fiziksel hem de psikolojik olarak etkilendim <sup>c</sup>	4.50±0.17	5.13±0.19	5.05±0.21	2.82±0.23	4.46±0.22
	Fiziksel, psikolojik ve ekonomik olarak etkilendim <sup>d</sup>	4.20±0.22	5.05±0.24	4.48±0.34	2.67±0.26	3.89±0.28
	Kendime zaman ayıramıyorum <sup>e</sup>	4.10±0.26	4.64±0.36	4.26±0.31	3.03±0.37	4.14±0.33
	Fiziksel olarak etkilendim <sup>f</sup>	4.56±0.23	5.36±0.33	5.51±0.36	2.44±0.32	3.97±0.39
	İstatistiksel Analiz*	<b>KW=43.334</b> <b>p=0.000</b>	<b>KW=21.994</b> <b>p=0.001</b>	<b>KW=56.347</b> <b>p=0.000</b>	<b>KW=11.229</b> <b>p=0.047</b>	<b>KW=25.631</b> <b>p=0.000</b>
Kruskal-Wallis Varyans Analizi Testi yapılmıştır. Toplam ölçek: a-e, a-d, a-c, a-f, a-b, Psikolojik ve manevi sağlık durumu: a-e, a-c, a-d, Fiziksel sağlık durumu: a-e, a-d, a-c, a-f, a-b, Taniya yaklaşım durumu: a-c, Destek ve ekonomik sağlık durumu: a-e, a-d, a-c, a-f						
Ailenin etkilenme durumu/Biçimi	Etkilenmedi <sup>a</sup>	5.75±0.21	6.12±0.24	6.77±0.25	3.94±0.30	5.60±0.30
	Kenetlendik <sup>b</sup>	5.03±0.30	5.71±0.33	5.75±0.39	3.21±0.40	4.75±0.35
	Uyum sağladık <sup>c</sup>	4.97±0.27	5.58±0.42	6.45±0.48	2.36±0.32	4.52±0.52
	Başkalarından destek alıyoruz <sup>d</sup>	4.67±0.24	5.29±0.29	5.56±0.35	2.64±0.34	4.53±0.41
	Psikolojik <sup>e</sup>	4.96±0.27	5.45±0.28	5.90±0.38	3.20±0.36	4.55±0.41
	Ekonomik <sup>f</sup>	4.47±0.25	5.18±0.30	5.04±0.34	2.82±0.32	4.13±0.35
	Yük arttı <sup>g</sup>	4.27±0.30	4.87±0.32	4.66±0.43	2.78±0.36	4.38±0.33
	Aile üyelerine vakit ayıramama <sup>h</sup>	4.40±0.26	5.21±0.35	4.78±0.39	2.43±0.34	4.79±0.37
	Duygusal yükü aile üyelerine yansıtmama <sup>i</sup>	4.21±0.26	4.83±0.33	4.66±0.43	2.74±0.30	4.10±0.31
	Düzenimiz bozuldu <sup>k</sup>	4.24±0.26	5.00±0.32	4.40±0.33	2.64±0.34	4.57±0.36
	İstatistiksel Analiz	<b>KW=34.384</b> <b>p=0.000</b>	<b>KW=20.890</b> <b>p=0.013</b>	<b>KW=45.962</b> <b>p=0.000</b>	<b>KW=16.591</b> <b>p=0.056</b>	<b>KW=15.906</b> <b>p=0.069</b>
Kruskal-Wallis Varyans Analizi Testi yapılmıştır. Toplam ölçek: a-e, a-k, a-g, a-f, a-h, Psikolojik ve manevi sağlık durumu : a-e, Fiziksel sağlık durumu: a-e, a-k, a-g, a-f, a-h						

**Tablo 4.2.4.** Bakım verenlerin hastalık sürecinden etkilenme durumlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları(Devam) (n=378)

SÜREÇTEN ETKİLENME DURUMLARI/BİÇİMLERİ		Yaşam Kalitesi Ölçeği-Aile Versiyonu				
		Toplam ölçek puanı	Psikolojik ve manevi sağlık durumu	Fiziksel sağlık durumu	Taniya yaklaşım durumu	Destek ve ekonomik etkilene durumu
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
İşin Süreçten Etkilenme Durumu/Biçimi	Etkilenmedi <sup>a</sup>	5.09±0.13	5.52±0.15	5.94±0.18	3.29±0.17	5.18±0.18
	Aksaklık Oldu <sup>b</sup>	4.66±0.16	5.16±0.19	5.38±0.23	3.10±0.26	4.35±0.25
	Çok Etkilendi <sup>c</sup>	4.44±0.19	5.31±0.23	4.96±0.25	2.79±0.23	3.79±0.24
	Motivasyon Düşüklüğü <sup>d</sup>	4.69±0.25	5.66±0.27	5.06±0.36	2.68±0.27	4.67±0.32
	İstatistiksel Analiz*	<b>KW=9.241</b> <b>p=0.026</b>	KW=2.233 p=0.526	<b>KW=12.387</b> <b>p=0.006</b>	KW=3.792 p=0.285	<b>KW=23.444</b> <b>p=0.000</b>
Kruskal-Wallis Varyans Analizi Testi yapılmıştır. Toplam ölçek: a-c, Fiziksel sağlık durumu: a-c, Destek ve ekonomik sağlık durumu: a-c						
Sosyal Yaşamın Etkilenme Durumu/Biçimi	Etkilenmedi <sup>a</sup>	5.84±0.12	6.25±0.15	7.11±0.16	3.67±0.21	5.68±0.21
	Çok etkilendi <sup>b</sup>	3.92±0.12	4.64±0.16	4.20±0.16	2.41±0.16	3.96±0.17
	Etkilendi <sup>c</sup>	4.67±0.14	5.34±0.17	5.28±0.19	2.98±0.17	4.40±0.19
	İstatistiksel Analiz	<b>KW=84.388</b> <b>p=0.000</b>	<b>KW=46.908</b> <b>p=0.000</b>	<b>KW=105.772</b> <b>p=0.000</b>	<b>KW=20.513</b> <b>p=0.000</b>	<b>KW=36.243</b> <b>p=0.000</b>
Kruskal-Wallis Varyans Analizi Testi yapılmıştır. Toplam ölçek: a-b, a-c, b-c , Psikolojik ve manevi sağlık durumu: a-b, a-c, b-c, Fiziksel sağlık durumu: a-b, a-c, b-c, Taniya yaklaşım durumu: b-c, Destek ve ekonomik sağlık durumu: b-c, b-a						

Kendilerinin süreçten etkilenme durumlarına göre toplam yaşam kalitesi puan ortalaması, “Psikolojik ve Manevi (spiritüel) Sağlık Durumu”, “Fiziksel Sağlık Durumu”, “Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu” ve “Tanıya Yaklaşım Durumu” alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Yapılan ikili karşılaştırmalarda; “Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık Durumu” alt ölçeği için bu süreçten etkilenmediğini ifade edenlerin “kendime zaman ayıramıyorum”, “fiziksel, psikolojik, ekonomik etkilendim”, “hem fiziksel hem de psikolojik olarak etkilendim” diye ifade edenlere göre yaşam kalitesi puanları daha yüksek ve istatistiksel olarak da anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. “Fiziksel Sağlık Durumu” alt ölçeği için bu süreçten etkilenmediği görüşünü ileri sürenlerin “kendime zaman ayıramıyorum”, “fiziksel, psikolojik, ekonomik etkilendim”, “hem fiziksel hem de psikolojik olarak etkilendim”, “fiziksel olarak etkilendim” ve “psikolojik olarak etkilendim diye ifade edenlerden ayrıca, “fiziksel, psikolojik, ekonomik etkilendim” ile “psikolojik olarak etkilendim” diye söyleyenlerden yaşam kalitesi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. “Tanıya Yaklaşım Durumu” alt ölçeğinde ise “hem fiziksel hem de psikolojik olarak etkilendim” görüşü ile “etkilenmedim” görüşü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. “Etkilenmedim” görüşünde olanların yaşam kalitesi ortalama puanının daha yüksek olduğu görülmektedir. “Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu” alt ölçeğinde, bu süreçten “etkilenmedim” diye ifade edenlerin “kendime zaman ayıramıyorum”, “fiziksel, psikolojik, ekonomik etkilendim”, “hem fiziksel hem de psikolojik olarak etkilendim” ve “fiziksel olarak etkilendim” diye ifade edenlerden yaşam kalitesi puanları daha yüksek olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Son olarak toplam ölçek puanı için ise etkilenmedim görüşünde bulunanların “kendime zaman ayıramıyorum”, “fiziksel, psikolojik, ekonomik etkilendim”, “hem fiziksel hem de psikolojik olarak etkilendim”, “fiziksel olarak etkilendim” ve “psikolojik olarak etkilendim” görüşlerine sahip olanlara göre yaşam kalitesi puanı daha yüksek ve istatistiksel olarak da bu farklılık anlamlı bulunmuştur.

Ailelerinin süreçten etkilenme durumlarına bakıldığında toplam yaşam kalitesi puan ortalaması, “Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık Durumu” ve “Fiziksel Sağlık Durumu” alt ölçeklerinde istatistiksel anlamlılıkta bir fark

belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda; toplam yaşam kalitesi ortalama puanı ve “Fiziksel Sağlık Durumu” alt ölçeğinde ailelerinin bu süreçten etkilenmediği görüşünde olanların “psikolojik etkilenme”, “düzenimiz bozuldu”, “yüküm arttı”, “ekonomik olarak etkilendim” ve “aile üyelerine vakit ayıramıyorum” görüşünde olanlardan yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. “Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık Durumu” alt ölçeğinde ise sadece ailelerinin psikolojik olarak bu süreçten etkilendi görüşünde olanlar ile etkilenmedi görüşünde olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Bütün bu elde edilen farklılıklarda “etkilenmedi” görüşünde olanların yaşam kalitesi ortalama puanlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. “Tanıya Yaklaşım Durumu” ve “Destek ve Ekonomik Durumu” alt ölçekleri arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Bakım verenlerin hastalarına bakım verirken işlerinin süreçten etkilenme durumlarına göre toplam yaşam kalitesi puan ortalaması, “Fiziksel Sağlık Durumu” ve “Destek ve Ekonomik Durumu” alt ölçeklerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda belirtilen alt gruplar ve toplam ölçek puanı açısından, işlerinin bu süreçten etkilenmediğini ifade edenlerin yaşam kalitesi puanının çok etkilendiğini ifade edenlerinkinden daha istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu olduğu sonucuna ulaşılmıştır. “Psikolojik ve Manevi (spiritüel) Sağlık Durumu” ve “Tanıya Yaklaşım Durumu” alt ölçekleri arasında ise istatistiksel anlamlılıkta bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Sosyal yaşamlarının süreçten etkilenme durumlarına göre toplam yaşam kalitesi puan ortalaması, “Psikolojik ve Manevi (spiritüel) Sağlık Durumu”, “Fiziksel Sağlık Durumu”, “Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu” ve “Tanıya Yaklaşım Durumu” alt ölçeklerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda; Toplam ölçek puanı, “Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık Durumu” ve “Fiziksel Sağlık Durumu” alt ölçeklerinde bütün alt gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar elde edilmiştir. “Tanıya Yaklaşım Durumu” alt ölçeğinde ise sosyal yaşamlarının bu süreçten çok etkilendiğini ifade edenlerin, etkilenmediğini ifade edenlere göre “Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu” alt ölçeğinde ise

yine çok etkilendiğini ifade edenlerin, etkilenmediğini ifade edenlere göre ve etkilendiğini ifade edenlerin etkilenmediğini ifade edenlere göre yaşam kalitesi puanları istatistiksel anlamlılıktaki düşük olduğu saptanmıştır. Genel olarak bu süreçten sosyal yaşamlarının etkilenmediği görüşünde olanların yaşam kalitesi ortalama puanlarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

## 5. TARTIŞMA

Bu bölümde, gündüz tedavi ünitelerine başvuran hastalara bakım veren yakınların yaşam kalitelerinin incelenmesi amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılmaktadır.

Araştırma sonucunda bakım verenlerin % 64.3'ünün kadın olduğu bulunmuştur. Bu bilginin literatürle uyumlu olduğu görülmektedir (40, 123, 141). Bu bulgu toplumun kadına biçtiği rolle bağlantılı olarak kadının hasta bakımını doğal bir rol olarak algıladığını düşündürülebilir. Ayrıca ailede daha çok erkeklerin dışarıda çalışıyor olması bakım hizmetlerinin eş, anne, kız kardeş gibi diğer aile bireylerinin sorumluluğuna bırakılmaktadır. Bakım işinin özen gerektiren bir iş olması da bu işin daha çok kadınlar tarafından yapılabilir kabul edilmesiyle ilgili olabilir

Araştırmada bakım verenlerin yaklaşık üçte biri (%29.1) hastaların eşidir. Literatürde araştırmamızı destekleyen çalışmalar mevcuttur (6, 44, 78, 141). Günümüzde insanların ailelerinin yanında yaşamıyor olması ve daha çok çekirdek ailenin ön planda yer alması, eşlerinin birbirleriyle daha çok ilgilenmesi sonucunu doğurmaktadır.

Araştırmamızda bakım verenlerin üçte birinin hemen hemen tüm gün ilgilenmektedir. Literatürde de bakım verenlerin neredeyse tüm gün hastalarıyla ilgilendiğini gösteren çalışmalar mevcuttur (6, 64, 76, 122, 152). Kanseri hastalığı olan birey tedavisinin yan etkilerinden ve hastalığının semptomlarından dolayı başka bir bireye bağımlı hale gelebilmekte, bu nedenle bakım vericiler 24 saat hastasıyla birlikte olma sorumluluğu hissetmekte olduğu düşünülmektedir

Bakım verenlerin yarısı hastasına bakım verirken genellikle birinci derece yakınları olan eş, ebeveyn ve çocuklardan manevi, az bir kısmı ise hem manevi hem de ekonomik destek almaktadır. Bakım verenlerin büyük çoğunluğu hastalarını tedaviye getirirken ya da evde bakımıyla ilgilenirken bakım konusunda başkalarından destek almaktadır. Örneğin çocuğu olan bakım verenler tedaviye geldikleri zaman çocuklarını diğer aile üyelerine ya da komşuya bırakmak zorunda kalmaktadırlar. Literatürde de benzer şekilde çalışmalar mevcuttur (54, 81, 92, 96, 100). Bu durum hasta bakımı konusunda ki kültürel normlarımızla alakalı olabilir. Bakım veren olan hasta yakınının kendisini hastaya duygusal olarak borçlu



hissetmesi bakım konusunda bir başkasından yardım almasını engelleyebilir. Bu durumu doğuran diğer nedenler arasında ise çekirdek ailenin ön plana çıkması, ailelerin akrabalarından uzak yaşaması yer alabilmektedir

Kanser hastasına bakım veren yakınlarının yaşam kalitesinin değerlendirildiği bu çalışmada, bakım verenlerin toplam yaşam kalitesi puan ortalaması;  $4.81 \pm 1.64$  (Max=8.71, Min=0.87) alt ölçekleri incelendiğinde ise “Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık Durumu” için  $5.42 \pm 1.89$  (Max=10.0, Min=0.00), “Fiziksel Sağlık Durumu” için  $5.54 \pm 2.23$  (Max=10.0, Min=0.22), “Tanıya Yaklaşım Durumu” için düşük,  $3.01 \pm 2.07$  (Max=9.43, Min=0.00), “Destek ve Ekonomik Etkilenme Durum” için  $4.69 \pm 2.20$  (Max=10.0, Min=0.00) puan ortalamalarına sahip oldukları görülmüştür. Bulgulara bakıldığında alt ölçeklerin toplam ortalama puana yakın olduğu görülmektedir.

Araştırma bulgularına bakıldığında cinsiyete göre yaşam kalitesi toplam puan ortalaması ve “Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu” alt ölçeği dışındaki alt ölçeklerde, kadın bakım verenlerin erkek bakım verenlerinkinden istatistiksel açıdan anlamlı bir fark gösterdiği ve kadınların yaşam kalitesi puan ortalamalarının erkeklere göre daha düşük olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Toplumda bakım verme rolü ailedeki hasta, çocuk, ev işleri, alışveriş, sosyal ilişkilerin korunması ve sürdürülmesi, çocukların eğitimi gibi şeyleri de kapsayan çok boyutlu bir rol olarak düşünülür. Toplumda kadına bakım veren rolünün biçildiği düşünüldüğünde kadının bütün bu alanları kapsayan bir rolü olduğu görülmektedir. Kadın bakım verenlerin bakım verme sürecinde kendisinden beklenen bu rolü içselleştirme, başka bir seçenek/yardım alma ya da sorumlulukları paylaşmayı bilememe sonucunda yük duyguları artmakta ve bunların sonucunda da yaşam kalitelerinin azaldığı düşünülmektedir. Literatürde de kadın bakım verenlerin erkek bakım verenlere göre yaşam kalitesi puan ortalamaları düşük bulunmuştur (4, 9, 59, 78, 79). Bu bulgulara ek olarak bakım verenlerin bakım verirken yaşadığı sorunlar cinsiyetine göre farklılık göstermektedir. Grov ve arkadaşlarının (66) meme kanseri ve prostat kanseri olmak üzere iki ayrı grupta yaptıkları çalışmada, her iki grupta da kadın bakım verenlerin erkek bakım verenlere göre daha fazla anksiyete ve depresyon yaşadığı belirlenmiştir (66). Erdman ve arkadaşları (44) yapmış oldukları çalışmada eşin hastalığı durumunda, kadın eşlerin erkek eşlerden daha fazla uyku bozukluğu

yaşadığını belirtmişlerdir (44). Ayrıca yapılan diğer çalışmalarda; benzer olarak kadınların algıladıkları duygusal yüklerin erkeklere göre daha yüksek olduğunu belirlenmiştir (33, 100).Yapılan bir çalışmada kadın bakım verenlerin sosyal ve aile ilişkilerinde erkeklere göre daha fazla sıkıntı yaşadığı, erkeklerin ise iş ve ekonomik boyutta kadın bakım verenlere göre daha fazla sıkıntı yaşadığı bulunmuştur (72).

Bakım verenlerin yaşa göre toplam yaşam kalitesi ve alt ölçek puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Benzer şekilde Çivici ve diğerlerinin (37) kanserli hastaya bakım verenlerde depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada,yaşa göre yaşam kalitesinin değişmediği belirlenmiştir (37). Ancak literatürde bizim çalışma sonuçlarımızdan farklı olarak, yaş arttıkça bakım veren hasta yakınlarının yaşam kalitesinin düştüğünü gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (4, 58, 59, 78, 79, 97). Bu durum yaşın artmasıyla birlikte fizyolojik değişikliklere paralel ortaya çıkan fiziksel rahatsızlıklar sonucunda bireyin yaşam kalitesinin düştüğü söylenebilir.

Araştırmamızda toplam yaşam kalitesi ortalaması ve alt ölçek puan ortalamaları medeni duruma göre incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Çalışmamıza benzer şekilde Çivici ve diğerlerinin (37) çalışmasında da medeni duruma göre yaşam kalitesi farklılık göstermemektedir (37). Literatürde yaşam kalitesinin medeni duruma göre farklılık gösterdiği farklı sonuçlar içeren çalışmalar mevcuttur. Bazı çalışmalara göre, evli bakım verenlerin bekâr olanlara göre daha düşük yaşam kalitesi puanına sahip oldukları görülmektedir ve puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (59, 65, 78). Diğer bir çalışmaya göre ise evli bireylerde yaşam kalitesi diğerlerine oranla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (23). Evli bakım verenlerin bekâr olanlara göre bakım verme rolüne ek olarak bir de eş rolleri vardır ve bireyler her iki rolü de yerine getirmeye çalışırken sorunlar yaşayabilmektedirler ve bu sorunlar da kişinin yaşam kalitesini düşürebilmektedir. Öte yandan evli bakım verenlerin bakım verirken duygusal anlamda eşlerinden destek alıyor olmaları yaşam kalitelerini artırabilmektedir.

Araştırmada bakım verenlerin eğitim durumlarına göre toplam yaşam kalitesi puan ortalaması ve “Psikolojik ve manevi (spiritüel) sağlık durumu” dışındaki alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır

( $p>0.05$ ).“Psikolojik ve manevi (spiritüel) sağlık durumu” alt ölçeğinde ise istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuş ve eğitim seviyesi arttıkça yaşam kalitesi puan ortalamasının yükseldiği belirlenmiştir. Bunun nedeni olarak maddi ve sosyal olanakların eğitim seviyesine paralel olarak artacağına ve bunun sonucunda da yaşam kalitesinin artması ve buna bağlı da yaşam kalitesinin yükselmesi düşünülmüştür. Ayrıca bu farklılığın, bakım verenlerin eğitim seviyeleri arttıkça iletişim becerileri konusunda daha fazla bilgi ve beceriye sahip olabileceği, stres yönetimini daha etkin bir şekilde gerçekleştirebileceği ve karşılaştıkları problemlerle başa çıkma yollarını daha rahat bulabilecekleri ile ilişkili olabileceği de düşünülebilir. Yapılan bazı çalışmalarda da eğitim seviyesi düşük olan bakım verenlerin hastalarının tedavi ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz kaldıkları bulunmuştur. Bunun sonucunda da yaşam kaliteleri olumsuz etkilendiği düşünülmektedir (25, 59, 65, 78, 123). Kızılcı (78)’nin kanser hastasına bakım veren yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörleri incelediği çalışmasında, hasta yakınlarının eğitim düzeyi arttıkça tüm alanlarda yaşam kalitesi puanlarının arttığını bulmuştur (78). Eğitim düzeyinin etkilerini bildiren araştırma sonuçlarına göre, düşük eğitimlilerin daha iyi çalışma koşullarına sahip olmamalarından dolayı ekonomik yüklerinin daha ağır olduğu, yaşam kalitelerinin daha düşük, umutsuzluk düzeylerinin ise daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır (62, 81).

Bakım verenlerin, çalışma durumlarına göre toplam yaşam kalitesi puan ortalaması ve “Psikolojik ve manevi (spiritüel) sağlık durumu”, “Fiziksel sağlık durumu” alt ölçek puan ortalamalarında istatistiksel açıdan fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Bu sonuçlara göre çalışmamızda çalışmayan grubun yaşam kalitesi puan ortalaması çalışan ve emekli olanlara göre daha düşüktür. Bakım veren çalışmadığı zaman ekonomik olarak hastasına ve diğer aile üyelerine yeterli bakımı sağlayamayacağı düşünülmektedir. Ayrıca bir işlerinin olmaması psikolojik olarak da kendilerini işe yaramaz/kötü hissetmelerine sebep olabilir. Bu nedenlerden dolayı çalışmayan bakım verenin yaşam kalitesinin düştüğü söylenebilir. Ancak, çalışmayan bakım verenin işinin olmaması yalnızca hastasıyla ilgilenmesi nedeniyle yaşamlarında daha az sorumluluk hissetmelerine neden olabilir ve yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmeyebilir. Çalışmamızdan farklı olarak, Gaugler ve diğerlerinin (58) çalışmasında çalışan bakım verenler, işin getirdiği sorumluluklar nedeniyle bakım

sorumluluklarında kendilerini yetersiz hissetmiş ve depresif semptomlar yaşamışlardır dolayısıyla bu durum onların yaşam kalitesini düşürmüştür (58).

Aylık geliri giderinden az olan bakım verenlerin “Tanıya yaklaşım durumu” alt ölçeği hariç, diğer alt ölçekler puan ortalamaları ve toplam yaşam kalitesi puan ortalaması diğer gruplara göre daha düşük ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Bu durumun nedeni olarak, bakım verenlerin bu süreçte aile düzenlerinin bozulması sonucunda beklenmeyen giderlerinin fazla olması, ekonomik durumlarının kötü olmalarından dolayı ev, tedavi giderlerini karşılamakta zorlanabilecekleri dolayısıyla yaşam kalitelerinin olumsuz etkilenebileceği düşünülebilir. Literatürde kanser hastasına bakım veren yakınların bu süreçte gelir durumlarının azaldığını ve bu durumun onların yaşam kalitesini düşürdüğünü gösteren çalışmalar mevcuttur (34, 43, 51, 57, 79, 90, 97, 153).

Bakım verenlerin hastalarının kemoterapi tedavisi alma süresine göre toplam yaşam kalitesi puan ortalaması ve alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Literatürde ise kemoterapi tedavisi alan hastaların üçüncü kürden sonra yaşadığı yan etkiler ve hastalığı algılamalarında ki değişiklikten dolayı yaşam kalitelerinde azalma görüldüğü ve bu sürecin bakım vericileri de olumsuz olarak etkilediğini bildiren çalışmalar mevcuttur (5, 16, 105, 114). Palos ve arkadaşlarının (114) kemoterapi alan hastaların bakım verenleri ile yaptıkları çalışmada ise yirmi haftalık kemoterapi sürecinde tedavi süreci arttıkça bakım verenlerin stres, üzüntü ve bakım verme yüklerinin arttığı belirlenmiştir (114). Araştırmalar kanser tedavisinde sık aralıklarla hastaneye gidiş gelişler ve kemoterapinin yan etkileri ve bu süreçte yaşanan yük nedeniyle onların da yaşam kalitesinin olumsuz olarak etkilendiğini, hasta kadar bakım verenin de günlük yaşam düzeninin bozulduğunu göstermektedir (125, 144).

Araştırmada bakım verenlerin hastalarına tanı konulma süresine göre toplam yaşam kalitesi puan ortalaması incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p<0.05$ ). Hastalarına 1 yıldır tanı konulmuş olanların yaşam kalitesi puanı 5 yıldan fazladır konulmuş olanlara göre daha düşük bulunmuştur. Kızılcı'nın (78) kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörleri incelediği çalışmasında, bakım verenlerin hastasının kanser tanısını almasını takiben 6.aydan sonra yaşam kalitesi puanlarının düştüğü

görülmektedir (78). Benzer şekilde literatürde yeni tanı konmuş hasta ve onlara bakım veren yakınlarının yaşam kalitesinin düşük olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (64, 65, 94, 120, 143). Ayrıca hastalık başarılı bir şekilde tedavi edildikçe, bakım verenler bu süreci daha iyi yönettikçe ve sosyal destek sistemlerini fark edip etkili bir biçimde kullandıkça hasta ve bakım verenlerin yaşam kalitesinin arttığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (9, 51, 56, 99). Bu sonuçlara paralel olarak, bir hasta yakını da şu ifadeyi belirtmiştir: *“üzüntüm hastamın tedavisinin iyiye gidip gitmemesine göre değişiyor. Önce çok kötüyken 3. kürümüzü aldıktan sonra tetkikler gösterdi ki tedaviye cevap veriyormuş. Tabi çok mutlu olduk, umudumuz arttı, biz bu hastalığı yeneceğiz dedik”*.

Araştırmada bakım verenlerin hastalarının tanılara göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının düşük olduğu ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ( $p>0.05$ ). Bu durum kanser hastalığının türü ne olursa olsun kişilerde farklı bir etkiye neden olmadığı, her tanı türündeki hastalara bakım verenlerin yaşam kalitelerinin olumsuz olarak etkilenebileceğini düşündürülebilir. Ayrıca bir hasta yakını *“Kanserin adı ne olursa olsun yine kanser işte”* ifade ederek bu hastalığın hangi türde olursa olsun adının vermiş olduğu korku, kaygı, belirsizlik, ölüm düşüncesinden dolayı kişinin olumsuz duygular yaşammasına neden olabileceğini, bu durumda yaşam kalitesinin belirleyicilerinden olan psikolojik alanın olumsuz etkilenebileceğini düşündürmektedir.

Araştırmada bakım verenlerin bakım verdikleri hastalarıyla aynı evde yaşama durumlarına göre yaşam kalitesi toplam puan ve “Tanıya Yaklaşım Durumu” alt ölçeği hariç diğer alt ölçeklerin puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Hastasıyla aynı evde yaşayanların yaşamayanlara göre yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olduğu görülmektedir. Bu durum bakım verenlerin hastane dışında da hastalarıyla vakit geçirmeleri ve onların bakımlarını evde de sürdürmelerinden dolayı kendilerine vakit ayıramamalarından kaynaklanıyor olabilir.

Bakım verenlerin hastalarına bakım verme sürelerine göre yaşam kalitesi toplam puan ve alt ölçeklerin puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). 1-6 saat bakım verenlerin yaşam kalitesi ortalama puanları daha uzun süre bakım verenlerden daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Yapılan bazı çalışmalarda; bakım verenlerin depresyon ve kaygı düzeylerinin ve bakım yüklerinin, bakım süresi (hafta içinde verilen bakımın) ile yakından ilgili olduğu (35), altı aydan sonra yük algısının değişmediği (152), bakım verenlerin yüklerinin zamanla düşme eğilimi gösterdiği (148) bildirilmektedir. Başka araştırmalarda ise, bakım verilen sürenin bir etkisi saptanmamıştır (125, 130). Bir hasta yakınının “*Hastamla o kadar ilgileniyorum ki tüm günümü alıyor, kendimin duygularımın nasıl olduğunu düşünmek aklıma bile gelmiyor*” ifadesi ile tüm gün hastalarına bakım verenlerin kendi yaşamlarını unuttukları, kendilerine zaman ayıramadıkları anlaşılmaktadır.

Bakım verenlerin hastalarıyla yakınlık derecelerine göre yaşam kalitesi toplam puan ve “Tanıya Yaklaşım Durumu” alt ölçeği hariç diğer alt ölçeklerin puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Hastanın 1. Derece yakınlarının (eş, anne, baba, kardeş, çocuk) diğer (elti, görümce, amca, gelin) gruba göre yaşam kalitesi puanları daha düşük olduğu bulunmuştur. Bizim çalışmamızda bakım verenlerin üçte birine yakınlarının hastaların eşi olması sonucunda aynı evi paylaştığı dolayısıyla bakım verme yüklerinin yanı sıra yakınlıktan kaynaklanan, sevilen birinin hasta olmasının onlarda duygusal yüke de neden olabileceği için yaşam kalitelerini olumsuz etkileyebileceği düşünülmektedir. Bir çalışmada bakım verenlerin %26’sının eş konumunda oldukları ve bakım yükleri ile arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur (141). Bu bulgu çalışmamızı destekler niteliktedir.

Araştırmada bakım verenlerin bakım verirken diğer kişilerden destek alma durumlarına göre toplam yaşam kalitesi puan ve alt ölçeklerin puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Çalışmamızın aksine literatürde yakınlarından yeterli destek alan ve akrabalık-arkadaşlık ilişkileri iyi olan bakım verenlerin yaşam kalitesinin pozitif yönde arttığı, uyumlarının daha iyi olduğunu gösteren çalışmalar görülmektedir (92, 96, 97, 100). Yetersiz destek alan bakım vericilerin ise sorumluluklarını yerine getiremediği, hem hastanın isteklerini karşılamak hem de aile içinde normal yaşantısını sürdürmek zorunda olması bakımından güçlükler yaşadığı, dolayısıyla yaşam kalitelerinin düştüğünü bildirmişlerdir (54, 81).

Bakım verenlerin hastasına bakım verirken iş durumlarının bu süreçten nasıl etkilendiği ve yaşam kalitesini nasıl etkilediği incelendiğinde toplam yaşam kalitesi puan ve alt ölçeklerden “Fiziksel sağlık durumu”, “Destek ve ekonomik durumu” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Bu süreçten iş durumları etkilenmeyenlerin çok etkilenenlere göre yaşam kalitesi puanları daha düşük bulunmuştur. Çalışan bakım verenler bu süreçte çok etkilendiklerini işlerinden ayrılmak zorunda kaldıkları, emekli olma gibi bir planları yokken emekli olmak zorunda kaldıkları ya da iş yerlerini kapatmak zorunda kaldıkları ifadeleriyle belirtmişlerdir. Çivici ve arkadaşlarının (37) kanser hastalığı olan bireylerde ve hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri incelediği araştırmada bakım verenlerin %60’ında iş gücünde ve %58.2’sinde günlük performansta azalma olduğunu bulmuşlardır (37). Stuijbergen (129) kanser hastalığı olan bireylerin eşlerinde iş performansında azalma olduğunu tespit etmiştir (129). Ayrıca kanser hem hasta hem de hastaya bakım veren aile yakınlarında iş kaybına neden olmaktadır. Bu kayıp hasta için hastalığı nedeniyle çalışamama, tamamen işten ayrılma, malulen emekli olma, düşük ücretli işte çalışma ya da bazı günler işe gitmeme nedeniyle düşük ücret alma şeklinde olabildiği gibi benzer nedenlerle hastaya bakım veren aile üyeleri de iş ve gelir kaybına uğramaktadır (90). Emanuel ve arkadaşları (43) 893 bakım verici ile yaptıkları çalışmada; bakım verenlerin hastalarının sağlık gereksinimlerini karşılamak için mal varlıklarını satmak ya da ipotek ettirmek ya da ek iş aramak/yapmak zorunda kaldıklarını belirtmişlerdir (43). Ferrell ve diğerleri (51) çalışmasında; kanserli hasta ve bakım verenlerin gelir miktarında %27 ile %63 arasında değişim olduğunu bildirmiştir. Aynı çalışmada bakım verenlerin %21’inin birikimlerini harcadığı, %4’ünün arsasını/mülkünü, %58’inin değerli eşyalarını sattığı, %3’ünün ikinci meslek aramak zorunda kaldığı, %5’inin işsizlik için kurumlara başvurduğu, %16’sının yakınlarından borç para aldığı, %9’unun faturalarını ödeyemediği, %2’sinin iflas ettiği ve %37’sinin ise yaşamının önemli ölçüde değiştiğini saptamıştır (51). Yapılan çalışmalarda; bakım verenler maddi anlamda büyük sıkıntı yaşadıklarını, kendi yaşam koşullarını hastalık ve tedavi sürecine göre değiştirmek durumunda kaldıklarını, bakım vermeleri nedeniyle ya işlerini bıraktıklarını ya da işlerinde köklü değişiklikler yaptıklarını, daha ucuz eve taşınmak, birikimlerini

harcamak, diğ er aile üyelerinin sağlık bakım ihtiyaçlarını ertelemek ve onlar adına kurdukları eğitim planlarını da değiştirmek zorunda kaldıklarını ifade etmişlerdir (34, 153).

Araştırmada bu süreçten bakım verenlerin ailesinin yaşam kalitesinin nasıl etkilendiğine bakıldığında, toplam yaşam kalitesi puan ortalaması ve “Psikolojik ve manevi (spiritüel) sağlık durumu”, “Fiziksel sağlık durumu” alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Ailesinin bu süreçten etkilenmediğini ifade edenlerin yaşam kalitesi puanları diğ er gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Bir hasta yakını “*Kendi evimizde yaşamayı bırakıp kardeşimin evine geçtim gerisini siz düşünün*” ifadesi ile aile düzeninin bozulduğunu belirtmiş tir. Ayrıca araştırmada bakım verenler, düzenlerinin bozulduğunu, moral bozukluğu yaşadıklarını, bakım verirken diğ er aile üyelerine vakit ayıramadıklarını, ekonomilerinin bu süreçten olumsuz olarak etkilendiğini söylemişlerdir. Bu söz edilen bulguların bakım verenlerin yaşam kalitelerini olumsuz etkileyebileceği düşünülebilir. Öte yandan, bir kısım bakım veren ise bu hastalık sürecinin aile üyelerini bir araya getirdiğini ve kenetlendiklerini söyleyerek ailesini olumlu olarak etkilediğini belirtmiş tir. Bu durumunda hastalık sürecinin her aile için yaşam kalitelerini olumsuz olarak etkilemeyeceğini hatta daha güçlü olmalarını sağlayabileceğini düşündürebilir.

Hastasına bakım verirken kendilerinin bu süreçten etkilenme durumları ve yaşam kalitesi puan ortalamaları incelendiğinde, toplam yaşam kalitesi puan ve alt ölçeklerin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Bakım verme sürecinden etkilenmedim diyenlerin yaşam kalitesi puanları diğ erlerine göre daha yüksek bulunmuştur. Williams (146) çalışmasında kronik hastalığa sahip hastası olan bakım verenlerin kendilerine yeterli zaman ayıramayışlarının stres kaynağı olarak gösterilmesi bu sonucu desteklemektedir. Diğ er iki çalışmada da benzer şekilde bakım vermeye harcana zaman ile yaşanan stres arasında pozitif bir ilişki olduğu, bakım verme sürecinin işlerine engel olduğu ve programlarında değişiklik yapmak zorunda kaldıkları belirtilmektedir (17, 115). Ayrıca “*Bir hasta yakını Neden ben güçlü olmak zorundayım? Neden ben istediğim zaman istediğim gibi ağlayamıyorum. Etrafımdaki herkes gözyaşı dökerken sen güçlü olmalısın deyip duruyorlar. Artık yeter. Canım bebeğim acı çekerken, kıvranıırken*



*ben ayrı odaya geçip bile ağlayamıyorum. Çok doldum artık yeter. Güçlü olmak istemiyorum. Üzüntümü yaşamak istiyorum. Benimle vedalaşırken bile gözümden bir damla yaş akıtamadım. Neden? güçlü olacaktım. Gidiyor. Ellerimden kayıp gidiyor. Ben donmuş duruyorum.. Değilim ben güçlü değilim. Sadece bana empoze edildi. Dayanamıyorum. Ağlamak istiyorum. Artık birisi gelsin de sadece birkaç saatliğine de olsa bu görevi üstümden alsa. Yoksa patlayacağım. Ayakta duramayacağım.”* ifadesi ile bu süreçten nasıl etkilendiğini belirtmiştir.

Hastasına bakım verirken bakım verenlerin, sosyal yaşamlarının bu süreçten nasıl etkilendiği ve yaşam kalitesini nasıl etkilediği incelendiğinde, toplam yaşam kalitesi puan ve alt ölçeklerin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Bu süreçten sosyal yaşamının etkilenmediğini ifade edenlerin yaşam kalitesi puanları diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur. Bir hasta yakını hastalık sürecinden kendi sosyal yaşantısının nasıl olumsuz etkilendiğini belirtirken;“ *Bu hastalık başımıza geldiğinden beri tedavidir, hastanedir başka bir yer göremez olduk. Hastamı bırakıp pazara bile gidemiyorum. Sürekli beni yanında istiyor. Ne sosyal yaşamım olacak ki?*” ifadesini kullanmıştır. Konu ile ilgili yapılmış çalışmalara göre; bakım verenlerin kendi bireysel gereksinimlerini karşılayacak ve rahatlamalarını sağlayacak, eğlence faaliyetlerine ayıracak, arkadaş-akraba ziyareti yapacak enerji ve zamanlarının olmaması, bu alandaki sorunların şiddetini daha da artırmakta (10, 100); bakım veren suçluluk duymadan kendine vakit ayıramamakta, dinlenememekte, kısa süreli de olsa evden uzaklaşmamaktadır (42). Ayrıca bakım verenler; komşuluk ilişkilerinde azalma, çevredeki diğer insanlarla; iş arkadaşları ve sosyal arkadaşlarıyla olan ilişkilerde azalma, sosyal aktivitelere katılımında azalma olduğunu bildiren çalışmalar da vardır (103, 141).

Çalışmamızda, kanser hastasına bakım veren yakınların bakım verme sürecinde, bir rol değişimi yaşamaları, kendilerine zaman ayıramamaları, hemen hemen tüm gün hastalarıyla ilgilenmeleri, iş performanslarının azalması gibi nedenlerle fiziksel yük yaşadıkları, bakım vermeyi bir borç olarak algılamaları sonucunda ise duygusal yük yaşadıkları belirlenmiştir. Hissedilen bu yükler sonucunda ise yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği söylenebilir. Yaşam kalitelerinin olumsuz etkilenmeleri durumunun, bakım verenlerin iyilik hali, fiziksel ve ruh sağlıkları açısından bir risk faktörü olacağı düşünülmektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Kemoterapi almak için gündüz tedavi ünitesine başvuran hastalara bakım veren yakınlarının yaşam kalitelerinin incelenmesi amacıyla yapılan araştırmada, bakım verenlerin %64.3'ünün kadın, %50.8'inin 31-50 yaş aralığında, %75.4'ünün evli olduğu, %33.6'sının ilköğretim mezunu ve %48.4'ünün çalışmayan olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerin %51.1'inin ekonomik durumu orta seviyede ve %92.6'sı SGK güvencesine sahiptir. Bakım verenlerin %29.1'i eş, %29.4'ü hastası ile 19-24 saat süresince ilgilenmekte ve bakım vermekte, %48.4'ü ise bakım verirken bir başkasından destek almamakta ve %57.4'ü hastasıyla aynı evde yaşamaktadır. Bakım verenlerin %81'i kendilerinin, %57.1'i ailesinin bu süreçte olumsuz etkilendiklerini, %39.2'sinin bu süreçte iş durumlarının etkilendiğini ve %63.2'sinin ise sosyal yaşamlarının kalmadığını ifade etmişlerdir (Bkz. Tablo 4.1.1, 4.1.2, 4.1.3).

Bu özelliklere sahip bakım verenlerin yaşam kaliteleri ve bunları etkileyen faktörler değerlendirildiğinde aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

Gündüz tedavi ünitelerinde izlenen hastalara bakım veren yakınlarının Yaşam Kalitesi Ölçeği-Aile Versiyonu' nun toplam puan ortalaması  $4.81 \pm 1.64$  (Max=8.71, Min=0.87) alt ölçeklerden "Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık Durumu" için  $5.42 \pm 1.89$  (Max=10.0, Min=0.00), "Fiziksel Sağlık Durumu" için  $5.54 \pm 2.23$  (Max=10.0, Min=0.22), "Tanıya Yaklaşım Durumu" için  $3.01 \pm 2.07$  (Max=9.43, Min=0.00), "Destek ve Ekonomik Etkilenme Durum" için  $4.69 \pm 2.20$  (Max=10.0, Min=0.00) puan ortalamalarına sahip oldukları bulunmuştur. Bakım verenlerin yaşam kalitesi puan ortalamalarının, "Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık Durumu" ve "Fiziksel Sağlık Durumu" alt ölçeklerinde orta düzeyde, toplam yaşam kalitesi ve diğer alt ölçeklerde ise düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Bkz: Tablo 4.2.1).

• Cinsiyete göre toplam yaşam kalitesine bakıldığında "Destek ve Ekonomik Etkilenme" alt ölçeği harici toplam yaşam kalitesi puan ortalamalarında kadın bakım verenlerin erkek bakım verenlere göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğu saptanmıştır (Bkz: Tablo 4.2.2).

- Eğitim durumuna göre yaşam kalitesi puan ortalamalarından sadece “Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık Durumu” alt ölçeğinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ve üniversite mezunu olan bakım verenlerin yaşam kalitesi ortalamasının ilkokul mezunlarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Bkz: Tablo 4.2.2).

- Çalışmayan bakım verenlerin çalışanlara göre toplam yaşam kalitesi puan ortalaması, “Psikolojik ve Manevi (spiritüel) Sağlık Durumu” ve “Fiziksel Sağlık Durumu” alt ölçeklerinde daha düşük ve bunun da istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.2.2).

- Gelir durumu az olan bakım verenlerin diğerlerine göre yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur. Gelir durumuna göre yaşam kalitesi puan ortalaması, “Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık Durumu”, “Fiziksel Sağlık Durumu” ve “Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu” alt ölçekleri puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Bkz: Tablo 4.2.2).

- Sosyal güvence durumuna göre yaşam kalitesi puan ortalamalarından “Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık Durumu” alt ölçeğinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.5).Yeşil karta sahip olan bakım verenlerin yaşam kalitesi SGK’ ya sahip olanlara göre daha düşük bulunmuştur (Bkz: Tablo 4.2.2).

- Tanı konulma zamanına göre toplam yaşam kalitesi puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ).Hastası 1 yıldır kanser tanısını almış olan bakım verenlerin yaşam kalitesinin 5 yıldan fazladır bu tanıya sahip olanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır (Bkz: Tablo 4.2.3).

- Bakım verenlerin hastalarının tanılarına göre yaşam kalitesi ortalamalarından “Tanıya Yaklaşım Durumu” alt ölçeğinde istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmuş ancak bu farklılığın kaynaklandığı ikili bir gruba rastlanmamıştır (Bkz: Tablo 4.2.3).

- Hastasıyla aynı evde yaşayan bakım verenlerin yaşamayanlara göre yaşam kaliteleri puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (Bkz: Tablo 4.2.2).

- Bakım verenlerin hastalarına bakım verme sürelerine göre toplam yaşam kalitesi, “Psikolojik ve Manevi (spiritüel) Sağlık Durumu”, “Fiziksel Sağlık Durumu”, “Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu” ve “Tanıya Yaklaşım

Durumu” alt ölçekleri puan ortalamaları hastalarına günde 1-6 saat bakım verenlerde diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.2.2).

- Toplam yaşam kalitesi puan ortalaması ve “Psikolojik ve Manevi (spiritüel) Sağlık Durumu”, “Fiziksel Sağlık Durumu”, “Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu” alt ölçeklerinde, hastanın ikinci derece yakınları sayılan bakım verenlerden elti, dayı, görümce, amcanın yer aldığı diğer grubunun yaşam kalitesi birinci derece bakım veren yakınlarına göre daha yüksek bulunmuştur (Bkz: Tablo 4.2.2).

- Toplam yaşam kalitesi puan ortalaması, “Fiziksel Sağlık Durumu” ve “Destek ve Ekonomik Durumu” alt ölçeklerinde; hastalarına bakım verirken işlerinin bu süreçten etkilenmediğini ifade edenlerin çok etkilendiğini ifade edenlere göre yaşam kalitesi puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.2.4).

- Hastalarına bakım verirken ailelerinin süreçten etkilenmediğini ifade edenlerin diğer ifadelerle göre toplam yaşam kalitesi puan ortalaması, “Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık Durumu” ve “Fiziksel Sağlık Durumu” alt ölçek puan ortalamalarında yüksek bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.2.4).

- Toplam yaşam kalitesi puan ortalaması, “Psikolojik ve Manevi (spiritüel) Sağlık Durumu”, “Fiziksel Sağlık Durumu”, “Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu” ve “Tanıya Yaklaşım Durumu” alt ölçeklerinde; hastalarına bakım verirken kendilerinin bu süreçten etkilenmediğini ifade edenlerin diğerlerine göre yaşam kalitesinin yüksek olduğu saptanmıştır (Bkz: Tablo 4.2.4).

- Hastalarına bakım verirken sosyal yaşamlarının bu süreçten çok etkilendiğini ifade edenlerin diğerlerine göre toplam yaşam kalitesi puan ortalaması, “Psikolojik ve Manevi(spiritüel) Sağlık Durumu”, “Fiziksel Sağlık Durumu”, “Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu” ve “Tanıya Yaklaşım Durumu” alt ölçeklerinde puan ortalamaları düşük bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.2.4).

- Yaş gruplarına, medeni duruma, çocuk sahibi olma durumuna, bakım verenlerin ailelerinde başka bireyin kanser tanısı alıp almamasına, hastasının kemoterapi alma süresine göre toplam yaşam kalitesi puan ortalaması ve alt ölçek puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Bkz: Tablo 4.2.2., Tablo 4.2.3).

## 6.2. Öneriler

Kemoterapi almak için gündüz tedavi ünitesine başvuran hastalara bakım veren yakınlarının yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yapılan araştırma sonuçları doğrultusunda şu önerilerde bulunulmuştur:

1. Kadın bakım verenlerin yaşam kalitelerinin daha düşük olması nedeniyle bakımın aile üyeleri arasında paylaşılarak sürdürülmesi konusunda desteklenmesi gerektiği,

2. Gelir durumu az olan bakım verenlerin fazla olanlara göre yaşam kalitesinin düşük olması nedeniyle bu gruba tedaviye gelirken yol parası, şehir dışından gelenlerin kalmaları için barınma imkânının sağlanması gibi faaliyetleri içeren sosyal hizmetlerin sunulması,

3. İlkokul mezunu bakım verenlerin üniversite mezunlarına göre psikoloji ve manevi (spiritüel) alt boyutunda yaşam kalitesi puan ortalamasının daha düşük olması nedeniyle bu gruba yönelik stresle baş etme konusunda konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireleri tarafından eğitim verilerek bu konuda desteklenmesi,

4. Hastalarına bir yıldır bakım verenlerin daha uzun süre bakım verenlere göre yaşam kalitesinin düşük olması, bu gruba; tedavinin başladığı süreç ve sonrasında tedavinin yan etkileri, semptomları yönetme konusunda hemşireler tarafından eğitim verilmesi, bakım verenlerin, yaşam kalitelerinin olumsuz etkilenmesini önlemek için KLPH tarafından yürütülecek olan gerek bireysel gerekse grup terapileriyle hasta yakınlarının duygu paylaşımlarında bulunmalarının sağlanması yararlı olabilir. Bunun için hastanelerde KLP hizmeti verilen bir birim kurulması,

5. Bakım verenlerin sorunlarının ortaya konularak yaşam kalitesini artırmada neler yapılabileceğini saptamak için nitel çalışmaların yapılması önerilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Abeloff, MD., Armitage, JO., Niederhuber, JE. (2004). Clinical oncology. 3rd ed., USA: Elsevier Inc:535-583.
2. Akbayrak, N., İlhan, S., Ançel, G., ve Albayrak, A. (2007). *Hemşirelik Bakım Planları*. Ankara: Birlik Matbaası. 19-21.
3. Alaca, Ç. (2008). *Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliğine duyulan gereksinmenin incelenmesi*. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Entitüsü. Yüksek Lisans Tezi.
4. Alptekin, S. (2010). *Charecteistics and quality of life analysis of caregivers of cancer patients*. Medical Oncology. 27(3):607–6017.
5. Arslan, S., Akın, B., Koçoğlu D. (2008). *Kemoterapi alan hastalarda hastalık ve tedaviye bağlı yaşanan semptomların sosyo-demografik özellikler ve algılanan sosyal destek ile ilişkisi*. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 1:47-56.
6. Aslan, O., Sanisoğlu, Y., Akyol, M., Yetkin, S. (2009). *Quality of sleep in Turkish family caregivers of cancer patients*. Cancer Nursing. 32(5):370-7.
7. Atagün, İM., Balaban, ÖD., Atagün, Z., Elagöz, M., Özpolat, AY. (2011). *Kronik hastalıklarda bakım veren yükü*. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 3(3):513-552.
8. Ateşçi, F., Oğuzhanoğlu, N., Baltarlı, B. ve ark (2003). *Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler*. Türk Psikiyatri Dergisi. 14(2): 145-152.
9. Awadalla, AW., Ohoeri, JU., Gholoum, A., Khalid, AO., Hamad, H., Jacob, A. (2007). *Factors associated with quality of life of outpatients with breast cancer and gynecologic cancer and their family caregivers: A controlled study*. BMC Cancer. 19(7):102-116.
10. Babaoğlu, E., Öz, F. (2003). *Terminal dönem hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişki*. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 5:24-33.
11. Bahar, A. (2007). *Kanser Hastalarına Psikososyal Yaklaşım*. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10(1), 105-111.
12. Baider, L. ve diğ. (2001). *Psychological intervention in cancer patients: A rondonised study*. General Hospital Psychiatry. 23, 272-277.

13. Baider, L., Cary, L. Cooper ve Kaplan De-Nour. (2000). *Cancer and the family*, U.K: Wiley.
14. Başaran, S., Güzel, R., Sarpel, T. (2005). *Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirme ölçekleri*. Romatizma.20(1):55-62.
15. Batlaş, A. ve Batlaş, Z. (2004). *Stres ve Başa Çıkma Yolları*. İstanbul: Remzi Kitabevi s. 30-75.
16. Beser, N., Öz, F. (2003). *Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi*. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 7(1):47-58.
17. Biegel, DE., Milligan, SE., Putham, PL. ve Song, L. (1994). *Predictors of burden among lower socio-economic status caregivers of persons with chronic mental illness*. Community Mental Health Nursing, 30(5):473-494.
18. Bilge, A., Ünal, G. (2005). *Kanserli hastanın yakınlarının öfke ve kaygı düzeylerinin belirlenmesi*. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 21(2):37-46.
19. Birol, L., Akdemir, N., ve Bedük, T. (1997). *İç Hastalıkları Hemşireliği*. Vehbi Koç Vakfı Yayınları, Ankara, ss. 96-140.
20. Blank, JJ., Clark, L., Longman, AJ., Atword, JR. (1989). *Perceived home care needs of cancer patients and their caregivers*. Cancer Nursing. 12:78-84.
21. Bottomley, A. (2002) *The cancer patient and quality of life*. Oncologist. 7(2):120-5.
22. Boyle, P., Levin, B. (2008). *World Cancer Report 2008*. Geneva, International Agency for Research on Cancer.
23. Bookwala, J. (2011). *Marital quality as a moderator of the effects of poor vision on quality of life among older adults*. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 66:605-16.
24. Brownstain, KO., Stevenson, E. (2003). *The essential guide to brain tumors, giving help, giving hope*. National Brain Tumor Foundation. 67-68.
25. Cameron, J., Franche, R., Cheung, A., Steward, D. (2002). *Lifestyle interference and emotional distress in family caregivers of advanced cancer patients*. Cancer. 94:521-527.

26. Caplan, N. Ve Nelson, SD. (1973). *On being useful: The nature and consequences of psychological research on social problems*. American Psychologist. 28.
27. Carr, AJ., Gibson, B., Robinson, PG. (2001). *Measuring quality of life: Is quality of life determined by expectations of experience?* British Medical Journal. 322:1240-1243.
28. Cella, DF. (1996). *Quality of life: concepts and definition*. Journal of Pain and Symptom Manage. 186-192.
29. Chaitchik, S. ve diğ. (1994). *What do cancer patients spouses know about the patients?* Cancer Nursing, 15(5): 353-362.
30. Chantel, K. (2003). *Concepts in caregivers research*. Journal of Nursing Scholarship. 35(1):27-32.
31. Chen, ML., Chu, L., Chen, HC. (2004). *Impact of cancer patients' quality of life on that of spouse caregivers*. Support Care Cancer. 12:469-75.
32. Cimprich, B. (1999). *Pre-treatment symptom distress in women newly diagnosed with breast cancer*. Cancer Nursing. 22(3): 185-194.
33. Collins, C., Jones, R. (1997). *Emotional distress and morbidity in dementia carers: A matched comparison of husbands and wives*. International Journal of Geriatric Psychiatry, 12:1168-1173.
34. Covinsky, KE., Goldman, L., Cook, EB., Oye, R., Desbiens, N., Reding, D., Fulkerson, W., Connors, AF., Lynn J., and Philips, RS. (1994). *The impact of serious illness on patients' families. Support investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment*. Journal of the American Medical Association. 272:1839-1844.
35. Crespo, M., Lopez, J. ve Zarit, S. H. (2005). *Depression and anxiety in primary caregivers: a comparative study of caregivers of demented and nondemented older persons*. International Journal of Geriatric Psychiatry. 20:591-592.
36. Çetinkaya, Y. (2006). *Kanser hastalarına bakım verenlerde stres, stres yaratan durumlar ve etkilerinin incelenmesi*. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.
37. Çivici, S., Kutlu, R. ve Çelik, H.H. (2011). *Kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler*. Gülhane Tıp Dergisi. 53:248-253.



38. Dedeli, Ö., Fadiloğlu, Ç., Uslu, R. (2008) *Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi*. Türk Onkoloji Dergisi. 23(3):132-139.
39. Deeken, JF., Taylor, KL., Yabroff, KR., Ingham, JM. (2003). *Care for the caregivers: a review of self-report instruments developed to measure the burden, needs, and quality of life of informal caregivers*. Journal of pain and symptom management. 26(4):922-952.
40. Dökmen, Z. (2012). *Yakınlarına Bakım verenlerin ruh sağlıkları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiler*. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 3(1): 3-38.
41. Durdu, B. (2006). *Yurtta ve evde kalan öğrencilerin yaşam kalitesi konusundaki görüşleri ve yaşam memnuniyetlerinin incelenmesi*, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Lisans Tezi.
42. Elbi H. (1994).Kanser ve depresyon. Psikiyatri Dünyası. 5: 5-10.
43. Emanuel, E., Fairclough, D., Slutsman, J., Emanuel, L. (2000). *Understanding economic and other burdens of terminal illness: The experience of patients and their caregivers*. Annals of Internal Medicine. 132(6):451-459.
44. Erdman ve diğerleri(1993) *Compliance with the medical regimen and partner's quality of life after hearth transplantation*. Quality of Life Research. 2: 205-212.
45. Eylen, B. (2001). *Bilgi verici danışmanlığın kanser hastalarının ailelerinin sosyal destek becerileri üzerine etkisi*. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Doktora Tezi.
46. Eylen, B. (2002). Kanser hastası sosyal destek ölçeğinin geçerlik, güvenirlik ve faktör yapısı üzerine bir çalışma. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 15(1):109-117.
47. Fadiloğlu, Ç. (2003). Kanser ve Bakımı, II. Ege Dahili Tıp Günleri Kronik Hastalıklarda Bakım II Kitabı, İzmir, S: 83-128.
48. Fadiloğlu, Ç. (2006). Kanser Bakımında Aile, Kanserde Evde Bakım, E.Ü. Kanserle Savaş Uygulama ve Araştırma Merkezi, s:90-103.
49. Ferrans, CE., Zerwic, JJ., Wilbur, JE., Larson, JL. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship*. 37(4):336-342.

50. Ferrel, B., Ervin, K., Smith, S. ve diğ. (2002). Family perspectives of ovarian cancer. *Cancer Practice*. 10(6): 269-275.
51. Ferrell, BR., Grant M, Borneman T., Juarez, G., Veer, AT. (1999). Family caregiving in cancer pain management. *Journal of Palliative Medicine*. 2(2):185-195.
52. Flanagan, J. (2001). Clinically effective cancer care: Working with families. *European Journal of Oncology Nursing*. 5(3):174-9.
53. Flanagan, J., Holmes, S. (2000). Social perceptions of cancer and their caregivers. Implications for nursing practise arising from the literature. *Journal of Advanced Nursing*. 32:740-749.
54. Fleming, D., Sheppard, V., Mangan, P., Taylor, K., Tallarico, M., Adams, I., Ingham, J. (2006). Caregiving at the end of life: Perceptions of health care quality and quality of life among patients and caregivers. *Journal of Pain and Symptom Management*. 31(5):407-420.
55. Fredette, SL. (1995). Breast cancer survivors: Concerns and coping. *Cancer Nursing*. 18(1):35-46.
56. Ganz, PA., Desmond, JJ., Leedham, B., Rowland, JH., Meyerowitz, BE. and Belin, TR. (2002). Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: A follow-up study. *J Natl Cancer Inst*, 94:39-49.
57. Gaston, JF., Fall, JM., Kennedy, J. (2004). Psychological distress, fatigue, burden of care and quality of life primary caregivers of patients with breastcancer undergoing autologous bone marrow transplantaion. *Oncology Nursing Forum*. 31(6):1161-1169.
58. Gaugler, J., Hanna, N., Linder, J., Given, CW., Tolbert, V., Kataria, R., Regine, WF. (2005). Cancer caregiving and subjective stress: A Multi-site, multi dimensional analysis. *Psycho-Oncology*. 14(9):771-785.
59. Given, B., Sherwood, PR. (2006). Family care for the older person with cancer. *Semin Oncology Nursing*, 22(1):43-50.
60. Goldstein, N.E. (2004). Factors associated with caregiver burden among caregivers of terminally ill patients with cancer. *Journal of Palliative Care*. 20:38-43.

61. Goldzweig, G. (2009). Gender and psychological distress among middle and older aged colorectal cancer patient their spouses: an unexpected outcome. *Critical Reviews in Oncology Hematology*. 70:71-82.
62. Gölalınış, G. (2005). Zihinsel engelli çocuğu olan annelerin umutsuzluk, kararsızlık, sosyal destek algılarının ve gelecek planlarının incelenmesi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi.
63. Görgülü, Ü. (2010). İleri evre kanser hastalarına bakım verenlerin yorgunluk ve uyku kalitesine hemşirenin eğitim ve danışmanlık hizmetinin etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi.
64. Görgülü, Ü., Akdemir, N. (2010). İleri evre kanser hastalarına bakım verenlerin yorgunluk ve uyku kalitesinin değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*. 20(4):125- 132.
65. Gözüm, S., Akçay, D. (2005). Response to the needs of Turkish chemotherapy patients and their families. *Cancer Nursing*. 28 (6): 469-475.
66. Grov, E.K., Dahl, A., Moum, T. ve Fossa, S.D. (2005). Anxiety, depression, and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase. *Annals of Oncology*. 16:1185-1191.
67. Gültekin, Z., Pınar, G., Pınar, T., Kızıltan, G., Doğan, N., Algier, L., Bulut, I. ve Özyılkan, Ö. (2008). Akciğer kanserli hastaların yaşam kaliteleri ve sağlık bakım hizmet beklentileri. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*. 2(18), 99-106.
68. Güner, İ. C. (2008). Meme kanseri ve eşlerin desteği. *Gaziantep Tıp Dergisi*. 46-49.
69. Hacıoğlu, N., Özer, N., Yılmaz, E., Erdem, N., Erci, B. (2010). The quality of life of family caregivers of cancer patients in the east of Turkey. *European Journal of Oncology Nursing*. 14(3):211-7.
70. [http://www.kanser.gov.tr/indeks.php/daire-faaliyetleri/kanser\\_istatistikleri.html](http://www.kanser.gov.tr/indeks.php/daire-faaliyetleri/kanser_istatistikleri.html)  
Erişim tarihi: 30.04.2013.
71. Işıkhana, V., Kömürcü, Ş., Özet, A. ve diğerleri. (2001). *Kanser Hastalarının Hastalığa Ait Özellikleri İle Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki*. Ulusal Kanser Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı. İstanbul. s:167.
72. Ivarson, AB., Sidenvall, B. ve Carlsson, M. (2004). The factor structure of the Burden Assessment Scale and the perceived burden of caregivers for individuals with severe mental disorders. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 18, 396–401.

73. İz, B.F., Özer, M. (2003). Yaşam Doyumu ve Yaşam Kalitesi Kavramlarına Bir Bakış. *Hemşirelik Forumu*. 6(4):24-26.
74. Jenner, G. (2001). Career opportunities in childhood cancer nursing, *Nursing Standard*. 15(21):58-9.
75. Karabuğa, H. (2009). Kanserli hastalara bakım verenlerde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek lisans tezi.
76. Karabulutlu, E., Akyl, R., Karaman, S., Karaca, M. (2013). Kanser hastalarına bakım verenlerin uyku kalitesi ve psikolojik sorunlarının incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*. 28(1):1-9.
77. Karamanoğlu, AE. (1999). Kemoterapi alan kanser hastalarında yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek lisans Tezi.
78. Kızılcı, S. (1999). Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 3:19-2.
79. Kim, Y., Carver, C. (2007). Frequency and difficulty in caregiving among spouses of individuals with cancer: Effects of adult attachment and gender. *Psycho-Oncology*. 16:714-723.
80. King, C. ve Hinds, P. Quality of life from nursing and patient perspectives. Second edition . U.S.A.
81. Kitrungrate, L., Cohen, MZ. (2006). Quality of life of family caregivers of patients with cancer: A literature review. *Oncology Nursing Forum*. 33(3):625-632.
82. Kocaman, N. (2004). Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği ve Rolü Nedir? :*Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 8(3): 107-118.
83. Krishnasamy, M. (1996). Social support and the patient with cancer: a consideration of the literature. *Journal of Advanced Nursing*. 23: 757-762.
84. Kurt, A., Çetinkaya, Ş. (2008). Lösemili Çocuklarda Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik Bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 3(8):35-56.
85. Kutluk, T. ve Kars, A.(1998). Kanser Konusunda Genel Bilgiler. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Daire Başkanlığı, Ankara.

86. Küçükgüçlü, Ö. (2004). Bakımverenlerin Yükü Envanteri'nin Türk Toplumuna İçin Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi.
87. Langford, CP., Browsher, J., Maloney, JP., Lillis, PP. (1997). Social support: a conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 25:95-100.
88. Leavy, RL. (1983). Social support and psychological disorders: a review. *Journal of Community Com Psychology*. 11:3-21.
89. Longman, A.J. ve diğ. (1992). Care needs of home based cancer patients and their caregivers. *Cancer Nursing*,.15(3): 182-190.
90. Longo, CJ., Fitch, M., Deber, RB., Williams, AP. (2006). Financial and family burden associated with cancer treatment in Ontario. *Canada. Support Care Cancer*. 14(11):1077-1085.
91. Mandzuk, L., McMillan, D. (2005). A concept analysis of quality of life. *Journal of Oryhopaedic Nursing*, 9:12-18.
92. Mangan, PA., Taylor, KL., Yobroff, KR., Fleming, DA., Ingham, JM. (2003). Caregiving near the end of life: Unmet needs and potential solutions. *Palliat Support Care*. 1(3):247-259.
93. McClement, SE., Woodgate, RL. (1998). Research with families in palliative care:conceptual and methodological challenges.*European Journal of Cancer Care*. 7:247-254.
94. McQuellon, RP., Thaler, HT., Cella, D., Moore, DH. (2006). Quality of life outcomes from a randomized trial of cisplatin versus cisplatin plus paclitaxel in advanced cervical cancer: A Gynecologic Oncology Group Study. *Gynecology Oncology*, 101(2):296-304.
95. Moons, P., Budts, W., Geest, S. (2006). Critique on the conceptualisation of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches.*International Journal of Nursing Study*, 43:891-901.
96. Morse, S., Fife, B. (1998). Coping with a partner's cancer: Adjustment at four stages of the illness trajectory. *Oncology Nursing Forum*. 25:751-760.
97. Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Galanos, A., Vlahos, L. (2007). Caregivers of advanced cancer patients. *Cancer Nursing*. 30(5):412-418.

98. Nehra, R., Chakrabarti, S., Kulhara, P. ve Sharma, R. (2005). Caregiver-coping in bipolar disorder and schizophrenia. A reexamination. *Social Psychiatry Psychiatry Epidemiol*, 40, 329–336.
99. Neyt, M., Albrecht, J. (2006). The long-term evaluation of quality of life. *Psychosocial Oncology*. 24:89-123.
100. Nijboer, C., Triemstra, M., Tempelaar, R., Sanderman, R., Bos, G. (1999). Determinants of caregiving experiences and mental health of partners of cancer patients. *Cancer*, 86(4):577-588.
101. Okçin, F. (2007). Kanser hastasına bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ölçeği geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi.
102. Onat H, Mandel MN (editörler). Kanser hastasına yaklaşım. Tanı, tedavi, takipte sorunlar. izmir: Nobel Tıp Kitabevleri; 2002.
103. Osse, B., Vernooij, M., Schade, E., Grol, R. (2006). Problems experienced by the informal caregivers of cancer patients and their needs for support. *Cancer nursing*. 29: 378-388.
104. Ökmen, E. (2004). Hemşirelerin yaşam kalitesi konusundaki görüşleri ve yaşam doyumlarının incelenmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul. Lisans Tezi.
105. Öksüz, E., Barış, N., Arslan, F., Ateş, M.A.(2013). Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin psikiyatrik semptom düzeyleri ve bakım verme yükleri. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*. 7(1): 24-30.
106. Öz, F. (1998). Ailede Kanser Olgusu. *Hemşirelik Forumu*. 5(1):206.
107. Öz, F. (2001). Hastalık Yaşantısında Belirsizlik. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 12(1):61-68.
108. Öz, F., Dil, S., İnci, F., Kamışlı, S. (2012). Evaluation of group counseling for women with breast cancer in Turkey. *Cancer Nursing*. 35(4):E27-E34.
109. Özcan, S. (1993). Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon- Liyezon Psikiyatrisi İstanbul, 59-71.
110. Özcanlı, D.(2005). Kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal gereksinimlerinin belirlenmesi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.

111. Özmen, M.(2002). Gastrointestinal sistem kanserlerinde psikososyal sorunlar. *Aktüel Tıp Dergisi. Gastroenteroloji ve Hepatoloji Özel sayısı*. 7(4):7-11.
112. Özyılkan, Ö. Karağaoğlu, E. Topeli, E., ve diğ. (1995). A questionnaire for the assessment of quality of life in cancer patients in Turkey.*Mater Med Pol*, 27:153-156.
113. Özyurt B. E. (t.y ) Kanser hastlarının algıladıkları sosyal destek düzeyine ilişkin betimsel bir çalışma. *Kriz Dergisi*. 15(1):1-15.
114. Palos, GR., Mendoza, TR., Liako, KP. ve ark. (2010). Caregiver symptom burden: The risk of caring for an underserved patient with advanced cancer.*Cancer*. 19:1–10.
115. Pasacreta, VJ., Barg, F., Nuamah, I., McCorkle, R. (2000). Participant characteristics before and 4 months attendance at a family caregiver cancer education program. *Cancer Nursing*, 23(4): 127-148.
116. Patterson, BJ.(1995). The process of social support: adjusting to life in a nursing home. *Journal of Advanced Nursing*. 21:682-689.
117. Peters, L. ve Sellick, K. (2006). Quality of life cancer patients receiving inpatient and home-based palliative care.*Journal of Advanced Nursing*. 53, 5.
118. Polat, Ü. (2011). İleri evre kanser hastalarında semptom yönetiminde bakım verenin rolleri ve destek gereksinimleri. *Türk Onkoloji Dergisi*. 26(4) : 193-198.
119. Rustoen, T. ve Begnum, S.(2000). Quality of life in women with breast cancer. *Cancer Nursing*, 23(6):416-421.
120. Saegrow, S. (2005). Health, quality of life and cancer. *International Nursing Review*. 52:233-240.
121. Sammarro, A. (2001). Psychosocial stages and quality of life of women with breast cancer.*Cancer Nursing*, 24(4), 272-277.
122. Sarı, D., Eşer, İ., Khorshid, L. (2010). Kanser hastalarına bakım veren yakınlarının uyku kalitesi ve depresyon düzeyleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 26(1):1-10.
123. Scherbring, M. (2002). Effect of caregiver perception of preparedness on burden in an oncology population.*Oncology Nursing Forum*. 29(6): 70-76.
124. Siegel, R, Naishadham, D., Jemal, A. (2013). Ca Cancer J Clin. 63:11–30.

125. Silveira, MJ., Given, CW., Given, B., Rosland, AM., Piette, JD. (2010). Patient-caregiver concordance in symptom assessment and improvement in outcomes for patients undergoing cancer chemotherapy. *Chronic Illness*. 6(1):46–56.
126. Skarstein, J., Aass, N., Fossa, S., Skoveland, E., Dahl, A. (2000). Anxiety and depression in cancer patients: Relation between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*. 49:27–34.
127. Sönmez, Y., Söylemez, D., Sur, H. (2004). Kanser tedavisi gören hastaların yakınlarının depresyon durumlarının değerlendirilmesi. *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*. 8: 1-17.
128. Stetz, K., Brown, AM. (1997). Taking care: caregiving to persons with cancer and aids. *Cancer Nursing*. 20(1):12-22.
129. Stuijbergen, AK. (1987). The impact of chronic illness on families. *Family and Community Health*. 9(4): 43-51.
130. Şahin, AZ., Polat, H., Ergüney, S. (2009). Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 12(2):1–9.
131. Şahin, D. (1999). Sosyal destek ve sağlık. Edt. U. H. Okyayuz. Sağlık Psikolojisi. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara.
132. Şahin, H. (1997). Eski bir kavram yeni bir ölçüt: Yaşam kalitesi. *Toplum ve Hekim Dergisi*. 12(2): 40-46.
133. Tamayo, GJ., Broxson, A., Munsell, M., Cohen, MZ. (2010). Caring for the caregiver. *Oncology Nursing Forum* 37(1): E50–57.
134. Taylor SE, Dakof GA (1987) Social support and the cancer patient. The Social Psychology of health: USA, Sage Publications.
135. Terakye, G. (2011). Kanserli hasta yakınlarıyla etkileşim. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 4(2):78-82
136. Tolley, NS. (1994). Oncology social work, family system theory, and workplace consultations. *Health Social Work*. 19:227-230.
137. Toseland, RW., Smith, G., McCallion, P. (2001). Family Caregivers of the Frail Elderly, in A. Gitterman (ed.) Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Populations. New York: Columbia University Press.



138. Tuncay, T. (2010). Kanserle başetmede destek grupları. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*. 21(1): 59-71.
139. Tuncer, M. (2008). Cancer control in Turkey. Turkish Republic Ministry of Health, Dept of Cancer Control. Ankara.
140. Uğur, Ö. (2006). Onkoloji hastalarına bakım verenlerin bakım yükünün incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi.
141. Uğur, Ö. ve Fadiloğlu, Z.Ç.(2012). Kanser hastasına bakım verenlerde uygulanan planlı eğitimin bakım veren yükü üzerine etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*. 53-58.
142. Uyar, M., Uslu, R. ve Kuzeyli- Yıldırım Y. (2006). Kanser ve Palyatif Bakım. İzmir: Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri.
143. Visser, MR, van Lanschot JJ, van der Velden J, Kloek JJ, Gouma DJ, Sprangers MA. (2006). Quality in lide in newly diagnosed cancer patients waiting for surgery is seriously impaired. *J Surg Oncol*, 93:571-572.
144. Vrettos, I., Kamposioras, K., Kontodimopoulos, N. ve ark. (2012). Comparing health-related quality of life of cancer patients under chemotherapy and of their caregivers. *Scientific World Journal*.
145. Weitzner, MA., McMillan, SC., Jacobsen, PB. (1999). Family caregiver quality of life: differences between curative and palliative cancer treatment settings. *Journal of Pain Symptom Manage*. 17(6):418-28.
146. Williams AM. (1993). Caregivers of Persons with Stroke: Their Physical and Emotional Wellbeing. *Quality of Life*. 2: 213-20.
147. www.who.int. Erişim tarihi:21.03.2013.
148. Xiaomei, M. ve Herbert, Yu. (2006). Global Burden of Cancer. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 79(3-4), 85-94.
149. Yeh, PM., Wierenga, M., Yuan, SC. (2009). Influences of psychological well-being, quality of caregiver-patient relationship, and family support on the health of family caregivers for cancer patients in Taiwan. *Asian Nursing Research*. 3(4):154-166.
150. Yeşilbakan, Ö., Okgün, A. (2010). Patients' self reports and caregivers' perception of symptoms in Turkish cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*. 14:119-124.

151. Yokarıbas, E. (2003). Kanserli çocuk ailelerinin yaşam kalitesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek lisans Tezi.
152. Yoo, Ji., Lee, J., Chang, S.J. (2008). *Family experiences in end-of-life care: a literature review*. Asian Nursing Research. 2(4):223–234.
153. Yun, Y., Rhee, Y., Kang, I., Lee, J., Bang, S., Lee, W., Kim, J., Kim, S., Shin, S., Hong Y. (2005). Economic burdens and quality of life of family caregivers of cancer patients. *Oncology*. 68:107-114.
154. Zarit, S. (2004). Family care and burden at the end of life. *Canadian Medical Association Journal*. 170:1811-1812.

## EKLER

### Ek 1. Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Aydınlatılmış Onam Formu

#### “KANSER HASTALIĞI OLAN BİREYE BAKIM VEREN YAKINLARININ YAŞAM KALİTESİ BAŞLIKLI ARAŞTIRMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU”

##### Araştırmacının Açıklaması:

Yaşamı tehdit edici bir hastalık olan kanser, sadece hastada strese yol açan, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir durum olmayıp hastaya bakım verenlerin de yaşam kalitesini etkilemektedir. Bütüncül sağlık yaklaşımı bağlamında, kanserli hastalar aileleri ile birlikte ele alınmalı, kanserli hastaların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler değerlendirilirken, bakım verenlerin de yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi hastaya bakım verenlerin sorunların çözümünde yol gösterici olacaktır.

“Kanser Hastalığı Olan Bireye Bakım Veren Yakınlarının Yaşam Kalitesi” konulu tezi Ankara ili Büyükşehir Belediye sınırları içinde yer alan gündüz kemoterapi ünitesi bulunan hastanelere başvuran hasta yakınları üzerinde gerçekleştirilecektir. Sizin de bu araştırmaya katılmanız hasta yakınlarına verilecek hizmetin planlanmasında katkısı olacaktır. Ancak bu araştırmaya katılıp katılmama sizin kararınızdır ve gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdadan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz araştırmacılar tarafından ünitenizde 1 kez ziyaret edileceksiniz ve araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formunu dolduracaksınız. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığımız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Şunu bilmeniz gerekir ki çalışma sonucunda elde edilen bilgiler, kimliğiniz belirtilmeden sağlık alanındaki öğrencilerin eğitiminde, bilimsel nitelikteki çalışmalarda kullanılabilir ve gereği halinde çalışmanın kalitesini denetleyen

görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca incelenebilir. Bu amaçların dışında kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve katılmayı reddedebilirsiniz. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

Vereceğiniz samimi yanıtlar, paylaşımlarınız, işbirliğiniz ve yardımlarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

### **Katılımcının Beyanı:**

Araştırmacı Arş. Gör. Sevcan Toptaş tarafından, gündüz kemoterapi ünitesi bulunan hastanelerde bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramızda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük bir özen ve saygı ile yaklaşacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmenin uygun olacağını bilincindeyim.) Ayrıca gerekli görüldüğü durumlarda araştırmacılar tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında bir sorun ile karşılaştığımda; araştırmacı Sevcan Toptaş’a 05548704928 ve 03123051580/ 123 numaralı telefonlardan ulaşabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim.

Bana yapılan tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu formun bir kopyası bana verilecektir.

Araştırmacı

Katılımcı

Görüşme Tanığı

Adı Soyadı

Sevcan Toptaş

Adres

H.Ü. Hemşirelik Bölümü

Tel

cep: 05548704928

İş: 03123051580/123

İmza

## Ek 2.Hasta Yakını Tanıtıcı Bilgi Formu

### HASTA YAKINI TANITICI BİLGİ FORMU

1. Doğum tarihiniz (Belirtiniz) .....
  2. Cinsiyetiniz: Kadın Erkek
  3. Eğitim Durumunuz  
 İlkokul  Ortaokul  Lise  Üniversite  Lisansüstü
  4. Medeni Durumunuz  
 Bekar  Evli
  5. Çocuğunuz var mı?  
 Evet  Hayır
- Sayı:
- Yaş:
6. Çalışıyor musunuz?  
 Evet (ne iş yaptığınızı belirtiniz).....  Hayır  Emekli
  7. Aylık gelir durumunuz size göre nasıldır?  
 Geliri giderinden az  Geliri giderine eşit  Geliri giderinden fazla
  8. Hastanızın sosyal güvencesi var mı?  
 SGK  Yeşil Kart  Özel  Yok
  9. Hastanızla yakınlık dereceniz nedir?  
 Eşim  Annem  Babam  Kardeşim  Çocuğum  
 Diğer(Belirtiniz).....
  10. Hastanızla aynı evde mi yaşıyorsunuz?  
 Evet  Hayır
  11. Hastanıza tanısı ne zaman konuldu?.....
  12. Hastanızın tanısını biliyor musunuz?  
 Evet (Belirtiniz).....  Hayır
  13. Hastanız toplam kaç kür kemoterapi aldı (Belirtiniz).....

14. Ailenizde kanser tanısı alan başka bir birey var mı?

Evet  Hayır

15. 14. Soruya cevabınız evet ise yakınlık derecenizi belirtiniz.....

16. Hastaya bakım verme konusunda diğer kişilerden yardım alıyor musunuz?

Evet ( kimden ve nasıl destek alıyorsunuz belirtiniz).....

Hayır

17. Hastanıza günde ortalama kaç saat bakım (zaman ayırma, ilgilenme) veriyorsunuz?.....

18. Bakım vermek sizi, işinizi, ailenizi ve sosyal yaşamınızı nasıl etkiledi?

İşim:.....

Ailem:.....

Kendim:.....

Sosyal yaşamım:.....

### Ek 3. Yaşam Kalitesi Ölçeği-Aile Versiyonu

#### AİLE - YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Sevdiğiniz yakınınızın kanser olmasıyla birlikte yaşadıklarınızın sizin yaşam kalitenizi nasıl etkilediğini öğrenmek istiyoruz. Aşağıdaki soruları yaşamınızın bu dönemi ile ilgili olarak cevaplayınız. Yaşadıklarınızı en iyi ifade eden rakamı daire içine alınız.

Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık Durumu	
1. Aile bireyinizin hastalık ve tedavisinin sonucu ile <b>baş edebilmek</b> sizin için ne kadar güç ?	
<b>hiç güç değil</b> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <b>oldukça güç</b>	
2. Yaşam kaliteniz genel olarak nasıl?	
<b>oldukça kötü</b> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <b>mükemmel</b>	
3. Kendinizi ne kadar <b>mutlu</b> hissediyorsunuz ?	
<b>hiç değilim</b> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <b>çok mutluyum</b>	
4. Yaşamınızdaki olayların <b>kontrolünüzde</b> olduğunu hissediyor musunuz ?	
<b>hiç değil</b> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <b>tamamen kontrolümde</b>	
5. Yaşamınızdan ne kadar <b>memnunsunuz?</b>	
<b>hiç değilim</b> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <b>çok memnunum</b>	
6. Şu sıralar bazı şeyleri <b>hatırlama yada konsantre olabilme</b> yeteneğiniz nasıl ?	
<b>oldukça zayıf</b> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <b>mükemmel</b>	
7. Genel olarak <b>psikolojik sağlığınızı</b> değerlendirin	
<b>son derece kötü</b> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <b>mükemmel</b>	
8. Genel olarak <b>sosyal ilişkilerinizi</b> değerlendirin	
<b>oldukça kötü</b> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <b>mükemmel</b>	
9. Yaşamda bir amacınız/göreviniz ya da yaşamak için bir nedeniniz var mı ?	
<b>hiç yok</b> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <b>oldukça fazla</b>	



10. Kendinizi ne kadar **umutlu** hissediyorsunuz ?

**hiç** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **oldukça fazla**

11. Genel olarak manevi **sağlık durumunuzu** değerlendirin

**oldukça kötü** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **mükemmel**

### Fiziksel Sağlık Durumu

12. Yorgunluk

**sorun yok** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **ciddi bir sorun**

13. İştah değişiklikleri

**sorun yok** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **ciddi bir sorun**

14. Ağrı veya Sızı

**sorun yok** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **ciddi bir sorun**

15. Uyku **değişiklikleri / düzensizlikleri**

**sorun yok** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **aşırı derecede**

16. Genel olarak **fiziksel sağlığınızı** değerlendirin

**oldukça kötü** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **mükemmel**

17. Aile bireyinizin hastalık ve tedavisi **kişisel ilişkilerinize** ne derecede engel oluyor ?

**hiç** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **tamamiyle**

18. Aile bireyinizin hastalık ve tedavisi **cinsel yaşantınıza** ne derecede engel oluyor ?

**hiç** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **tamamiyle**

19. Aile bireyinizin hastalık ve tedavisi **evdeki aktivitelerinize** ne derecede engel oluyor ?

**sorun yok** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **ciddi bir sorun**

20. Aile bireyinizin hastalık ve tedavisi sizin çevrenizden ne kadar izole (yalnız) olmanıza neden oluyor?

**hiç** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **tamamiyle**

21. Aile bireyinize **ilk kanser teşhisi** konması sizin için ne kadar üzüntü verici idi?

**hiç** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **fazlasıyla**

22. Genel olarak ne kadar **endişelisiniz** ?

**hiç** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **çok fazla**

23. Kendinizi ne düzeyde **depresif hissediyorsunuz** ?

**hiç yok** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **çok fazla**

24. Diğer aile bireyleriniz için **ikinci bir kanser korkusu** yaşıyor musunuz?

**hiç** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **çok fazla**

25. Aile bireyinizde **kanserin tekrarlaması korkusunu** yaşıyor musunuz?

**hiç** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **çok fazla**

26. Aile bireyinizin **kanserin başka organlarına yayılması korkunuz** var mı?

**hiç** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **çok fazla**

27. Aile bireyinizin geleceği ile ilgili ne kadar belirsizlik hissediyorsunuz ?

**hiç** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **oldukça**

#### **Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu**

28. Aile bireyinizin **son tedavisi bittiğinden bu ana** kadar geçen süre sizin için ne kadar üzücü

**hiç değil** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **çok fazla**

29. Sizin dışınızda aile üyeleri /diğer kişilerden aldığınız **destek** gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli mi?

**hiç değil** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **tamamen yeterli**

30. Aile bireyinizin hastalık ve tedavisi **iş yaşantınıza** ne derecede engel oluyor ?

**sorun yok** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **ciddi bir sorun**

31. Aile bireyinizin hastalık ve tedavisinden kaynaklanan ekonomik zorluklarınız ne ölçüde?

**hiç yok** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **oldukça fazla**

**Ek 4. Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Eğitim Araştırma ve Devlet Hastaneleri İzin Yazısı**

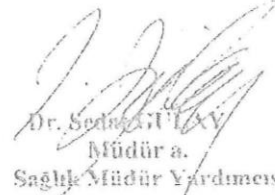
T.C.  
ANKARA VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

18.05.2012\*066287

Sayı : B.10.4.İSM.4.06.00.09-773/99  
Konu : Araştırma İzni (Sevcan TOPTAŞ)

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü yüksek lisans öğrencisi olan Sevcan TOPTAŞ'ın "Kanser Hastalığı Olan Bireye Bakılan Hasta Yakınlarının Yaşam Kalitesi" konulu tezinin uygulanmasının 20 Haziran 2012 tarihinden itibaren tezde belirtilen örneklem sayısına ulaşmaya kadar aşağıda belirtilen hastanelerde yapılması uygun görülmüştür.

Bilginizi ve gereğini rica ederim.

  
Dr. Sedat GÜLLÜ  
Müdür a.  
Sağlık Müdür Yardımcısı

EK:Anket (7 sayfa)

**DAĞITIM:**

**Gereği:**

Numune Eğitim Araştırma Hastanesi  
Dışkapı Eğitim Araştırma Hastanesi  
Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi  
Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi  
Orkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi  
Keçioren Eğitim Araştırma Hastanesi  
Ahmet Andıçen Kanser Hastanesi

**Bilgi:**

Hacettepe Üniv.(Sağlık Bil.Fak.Hemşirelik Bölümü)

**Ek 5. Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi İzin Yazısı**

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ | Erişkin Hastanesi  
İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi  
Onkoloji Hastanesi



Sayı : B.30.2.HAC.0.ĞB.00.00- (023

17.05.2012

**Hacettepe Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Hemşirelik Bölümü'ne,**

Anabilim Dalınız yüksek lisans öğrencisi Sevcan TOPTAŞ'ın "Kanser Hastalığı Olan Bireye Bakım Veren Yakınlarının Yaşam Kalitesi" konulu tezinin uygulamasını 20 Haziran 2012 tarihlerinden itibaren tezde belirtilen örneklem sayısına ulaşıncaya kadar Hastanemizde yapabildiği uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize saygılarımla rica ederim.

Prof. Dr. Mustafa CENGİZ  
Onkoloji Hastanesi Başhekimi

**Ek 6. Başkent Üniversitesi Hastanesi İzin Yazısı****BAŞHEKİMLİK**

Sayı : B.30.2.BŞK.0.H1.00.00.KD-2012- 334

Ankara, 24.05.2012

T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Hemşirelik Bölümü'ne

İlgi:11.05.2012 tarih ve B.30.2.HAC.0.82.00.00/372 sayılı yazınız,

İlgi yazıda adı geçen yüksek lisans öğrencisi Sevcan Topbaş'ın "Kanser Hastalığı Olan Bireye Bakım Veren Yakınlarının Yaşam Kalitesi" konulu tez uygulamasını hastanemizde yapma isteğiniz uygun görülmüştür.

Gereği için bilgilerinize rica ederim.



Prof. Dr. Ali HABERAL  
Başhekim

## Ek 7. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi İzin Yazısı

20.05.2012

05.05.2012



T.C.  
ANKARA ÜNİVERSİTESİ  
Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : B.30.2.ANK.0.20.70.01/044/3355  
Konu : Sevcan TOPTAŞ'ın Tez Uygulaması Hk.

11484 22.05.2012

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığına

İlgi: Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliğine hitaben yazmış olduğunuz; 11.05.2012 tarih ve B.30.2.HAC.0.82.00.00 - 373 sayılı yazınız.

Fakülteniz Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek lisans öğrencisi Sevcan TOPTAŞ'ın "Kanser Hastalığı olan bireye bakım veren yakınlarının Yaşam Kalitesi" konulu tezinin uygulanmasını Fakültemiz Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı'nda yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize saygı ile rica ederim.

Prof.Dr. T. Mehmet ÖZSAN  
Dekanlık  
Dekan Yardımcısı

*Hens*

## Ek 8. Gazi Üniversitesi Hastanesi İzin Yazısı



T.C.  
GAZİ ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi  
Gazi Hastanesi Başhekimliği



Sayı : B.30.2.GÜN 0.H1.02.00  
Konu :


..... / ..... / 2012

T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Hemşirelik Bölümü

İLGİ: 11.05.2012 tarih ve 372 sayılı yazınız.

Anabilim Dalınız yüksek lisans öğrencisi Sevcan TOPTAŞ'ın ilgi sayılı yazınız ile konusu bildirilen tez çalışmasını Hastanemizde yapması Başhekimliğimizce uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

  
Prof.Dr.Sacit TURANLI  
Başhekim

.../.../2012 S.Memuru A.ÖZTEN  
.../.../2012 Başmüdür V.R.AKYÜREK


Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi  
06510 Beşevler / ANKARA

Tel : 0.312 202 50 90  
Fax : 0.312 223 05 28

Gazi.Form.016.00

1403/00

## Ek 9. Özel Ankara Güven Hastanesi İzin Yazısı


**ÖZEL ANKARA  
GÜVEN HASTANESİ A.Ş.**  
 Çiğdem Sok. No:29 06540 Kavaklıdere/ANKARA  
 Tel: (0312) 457 25 25 Fax: (0312) 468 80 00

SAYI : *C.N-1603*  
 KONU: Tez hk.


22.05.2012

T.C.  
 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
 SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİNE  
 (Hemşirelik Bölümü)

İlgi: 11.05.2012 tarih ve B.30.2.HAC.0.82.00.00/368 sayılı yazınız

İlgi yazınızda bahse konu edilen "Kanser Hastalığı Olan Bireye Bakım Veren Yakınlarının Yaşam Kalitesi" konulu tezin hastanemizde uygulanması uygun bulunmuştur.

Saygılarımla bilgilerinize sunarım

  
 Emel GÜRÇAY  
 Hemşirelik Hizmetleri Koordinatörü

  
 Dr. Tevrik Ali KÜÇÜKBAŞ  
 Mesul Müdür


**ÖZEL ANKARA  
GÜVEN HASTANESİ A.Ş.**  
 Çiğdem Sok. No:29 06540 Kavaklıdere/ANKARA  
 Tel: (0312) 457 25 25 Fax: (0312) 468 80 00



## Ek 10. Özel Medicana International Ankara Hastanesi İzin Yazısı



Sayı: BŞH-2012/364-2235

25.05.2012

T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ  
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ'NE

Konu: Sevcan TOPTAŞ'ın tezi hakkında  
İlgi: 11.05.2012 tarih ve B.30.2.HAC.0.82.00.00/367 sayılı yazınız

Anabilim Dalınız Yüksek Lisans Öğrencisi Sevcan TOPTAŞ'ın "Kanser Hastalığı Olan Bireye Bakım Veren Yakınlarının Yaşam Kalitesi" konulu tezini 20 Haziran 2012 tarihinden itibaren Özel Medicana International Ankara Hastane'mizde uygulaması tarafımızca uygun görülmüştür.

Durumu bilgilerinize sunarız.

Uzm.Dr.Gülay KILIÇ  
Mesul Müdür  
ÖZEL MEDICANA INTERNATIONAL  
ANKARA HASTANESİ  
Uzm. Dr. Gülay KILIÇ  
Enfeksiyon Hast. ve Klinik Mikrobiyoloji Uzm.  
Mesul Müdür 33287-34950

Rabia GÜVEN  
Hemşirelik Hizmetleri Direktörü  
ÖZEL MEDICANA INTERNATIONAL  
ANKARA HASTANESİ  
D. Rabia GÜVEN  
Hemşirelik Hizmetleri Direktörü

## Ek 11. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yazısı

06100 Sıhhiye-Ankara  
Telefon: 0(312) 3051082-Faks: 0(312) 3100530  
E-posta: selmak@hacettepe.edu.tr

 **HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**  
**Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu**

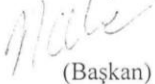
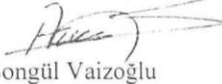

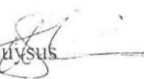
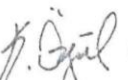
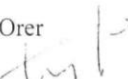
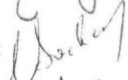




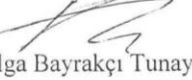


Sayı : B.30.2.HAC.0.20.05.04/ 539

10 0 2 2 2012

### ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 05 HAZİRAN 2012 SALI  
Toplantı No : 2012/06  
Proje No : LUT 12/48 (Değerlendirme Tarihi 05.06.2012)  
Karar No : LUT 12/48 - 33

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü öğretim üyelerinden Prof.Dr. Fatma ÖZ'ün sorumlu araştırmacısı olduğu, Arş.Gör. Sevcan TOPTAŞ'ın yüksek lisans tezi olan, LUT 12/48 kayıt numaralı ve "Kanser Hastalığı Olan Bireye Bakım Veren Yakınlarının Yaşam Kalitesi" başlıklı proje önerisi Kurulumuzda değerlendirilmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

- |   |  |
|---|--|
| 1. Prof. Dr. Nurten Akarsu<br><br>(Başkan)     | 9 Prof. Dr. Songül Vaizoğlu<br><br>(Üye)    |
| 2. Prof. Dr. Nüket Örnek Buken<br><br>(Üye)    | 10. Prof. Dr. Melahat Görünüş<br><br>(Üye)  |
| 3. Prof. Dr. Hakan S. Orer<br>KATILMADI   | 11. Doç. Dr. R. Köksal Özgül<br><br>(Üye)   |
| 4. Prof. Dr. Sevda F. Müftüoğlu<br><br>(Üye)   | 12. Doç. Dr. Cansın Saçkesen<br><br>(Üye)   |
| 5. Prof. Dr. Cenk Sökmensüer<br><br>(Üye)      | 13 Doç. Dr. Ayşe Lale Doğan<br><br>(Üye)    |
| 6. Prof. Dr. Meral Aksoy<br><br>(Üye)          | 14. Doç. Dr. S. Kutay Demirkan<br><br>(Üye) |
| 7. Prof. Dr. Volga Bayrakçı Tunay<br><br>(Üye) | 15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev Turnagöl<br>KATILMADI  |
| 8. Prof. Dr. Yılmaz Selim Erdal<br><br>(Üye)   | 16. Av. Meltem Onurlu<br><br>(Üye)          |

## Ek 12. Ölçek İzin Yazısı

Sevcan Toptaş 02.08.2012  
Kime: figen.okcin@ege.edu.tr

Sayın Figen Hocam,

Ben Sevcan Toptaş Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisi aynı zamanda araştırmaya görevliyim. "Kanser Hastalığı Olan Bireye Bakım Veren Yakınlarının Yaşam Kalitesi" konulu tez yapılmaktadır. Ölçek olarak sizin geçerlilik güvenirliğini yapmış olduğunuz Quality of life-family version ölçeğini kullanmak istiyorum. Gereğini saygılarımla arz ederim.

Figen Okcin 02.08.2012  
Kime: 'Sevcan toptaş'

Merhaba Sevcan,  
Tabii ki ölçeği kullanabilirsiniz. Tez ile ilgili bilgileri haftaya sana gönderebilirim.iyi çalışmalar.

Yrd. Doç.Dr.Figen Okcin

**EGE ÜNİVERSİTESİ**

Bu elektronik posta ve onunla iletilen bütün dosyalar sadece göndericisi tarafından alması amaçlanan yetkili gerçek ya da tüzel kişinin kullanımı içindir. Eğer söz konusu yetkili alıcı değilseniz bu elektronik postanın içeriğini açıklamaz, kopyalamaz, göndermez ve kullanmaz/kesinlikle yasaaktır ve bu elektronik postayı derhal silmeniz gerekmektedir.

EGE ÜNİVERSİTESİ bu mesajın içerdiği bilgilerin doğruluğu veya eksiksiz olduğu konusunda herhangi bir garanti vermemektedir. Bu nedenle bu bilgilerin ne şekilde olursa olsun içeriğinden, iletilmesinden, alınmasından ve saklanmasından sorumlu değildir. Bu mesajdaki görüşler yalnızca gönderen kişiye aittir ve EGE ÜNİVERSİTESİ'nin görüşlerini yansıtmaz.

This e-mail and any attachments may contain confidential and privileged information. If you are not the intended recipient, please notify the sender immediately by return e-mail, delete this e-mail and destroy any copies. Any dissemination or use of this information by a person other than the intended recipient is

### Ek. 13 Bakım verenlerin hastalık sürecinden etkilenme durumlarına yönelik ifadelerini içeren grup tablosu

Tablo 1. Bakım verenlerin hastalık sürecinden etkilenme durumlarına yönelik ifadelerini içeren gruplar

GRUPLAR	BAKIM VERENLERİN İŞ DURUMLARININ NASIL ETKİLENDİĞİNİ BELİRTEN ALT GRUPLAR VE GRUPLARI OLUŞTURAN GENEL İFADELER
<b>Etkilenmedi</b>	Şu anda çalışmadığım için etkilenmedi Zamanım olduğu zaman geldiğim için etkilenmedi Bir başkasından destek aldığım için etkilenmedi İşim var ama etkilenmedi Emekli olduğum için etkilenmedi Kendi işim olduğu için etkilenmedi
<b>Aksaklık oldu</b>	İşlerim aksamaya başladı İzin alma durumum oldu Gidiş gelişlerde problem yaşıyorum Tedaviye geleceğimiz zaman iş yerini kapatıyorum
<b>Motivasyon düşüklüğü</b>	İşime odaklanamıyorum Dikkat sorunu yaşıyorum İsteksizlik yaşıyorum Verimsizlik
<b>Çok etkilendi</b>	İşimden ayrılmak zorunda kaldım Emekli olma gibi bir planım yoktu emekli oldum Şehir değiştirmek zorunda kaldığımız için işimi kaybettim Sağlık kurulu raporu aldım Hastam beni sürekli yanında istiyor, hiçbir işimi yapamıyorum Sık sık izin alıyorum problem oluyor Ev işlerimi yapamıyorum İş yerimi kapatmak zorunda kaldım Ücretsiz izine ayrıldım İşi gücü boş verdim Kötü etkilendi

Tablo 1. Bakım verenlerin hastalık sürecinden etkilenme durumlarına yönelik ifadelerini içeren gruplar (devam)

GRUPLAR	BAKIM VERENLERİN AİLESİNİN NASIL ETKİLENDİĞİNİ BELİRTEN ALT GRUPLAR VE GRUPLARI OLUŞTURAN GENEL İFADELER
Etkilenmedi	Sorun yok Yaşamımız normal Aile üyeleri kendi başının çaresine bakabiliyor Normal Çok değişiklik olmadı herkese zaman ayırabiliyorum Hepsi büyük sorun yok Onlar anlayışlı davrandığı için etkilenmedi
Aile üyelerine vakit ayıramıyorum	Zaman kısa geliyor aileme ayırdığım vakit azaldı Oğluma daha az zaman ayırıyorum Az zaman ayırabiliyorum. Çocuğumun toplantısına gidemedim Çocuklara ilgim azaldı İki ev arasında gidip gelmekten onlara yemek yapma dışında vakit ayıramıyorum Ailemden ayrı şehirlerdeyiz
Psikolojik olarak etkilendim ve bunu aile üyelerine yansıttım	Çok stresli oluyorum bu da çocuklarıma yansıyor Ailem perişan Olumsuz olarak etkilendim ve bunu aile üyelerine yansıttım
Maddi olarak etkilendik	Maddi açıdan ciddi zorluk yaşamamıza neden oldu. Evimizi satmak zorunda kaldık Bankadan kredi çektik İhtiyaçlarımızdan kısmak zorunda kaldık
Psikolojik olarak etkilendik	Moral bozukluğu Üzüntü Kaygı Ailem perişan
Düzenimiz bozuldu	Kendi evimizde yaşamayı bıraktık. Annemin evinde yaşıyoruz. Haliyle özel yaşamımız kalmadı Evimden ayrı yaşamak zorunda kaldım çok etkilendi
Diğer	Aile üyeleri bir araya geldi ve kenetlendik Uyum sağladık Başkalarından destek aldık

Tablo 1. Bakım verenlerin hastalık sürecinden etkilenme durumlarına yönelik ifadelerini içeren gruplar (devam)

GRUPLAR	BAKIM VRENLERİN SOSYAL YAŞAMLARININ NASIL ETKİLENDİĞİNİ BELİRTEN ALT GRUPLAR OLUŞTURAN GENEL İFADELER
<b>Etkilenmedi</b>	<p>Çok fazla değişiklik olmadı. Zaten çok yoktu  Önceden de yoktu.  Normal  Tek yaşamım eşim gerisi önemli değil  Aynı devam ediyor  Sosyal yaşamdan kısmıyorum, rahatım, gam- kederden kurtulmak için gezip duruyorum  Ben bir yere gidemiyorum ama onlar geldiği için etkilenmedi  Emekliyim  Faydalı bir iş yapıyorum  Etkilenmedi hatta geliştii köye daha fazla gidiyoruz  Kaldığı yerden devam ediyorum  Hastamız yaşlı olduğu için etkilenmedik  Sosyal yaşamımız artmaya başladı. Kanseri hastası yakınları ile görüşmeye başladık  Çevrem artık daha da kenetlendim  Diğer ilişkilerim ve çevremle bağlantım koptu</p>
<b>Etkilendi</b>	<p>Kısıtlandı ama önemli değil  Eskisi kadar etkinliklerde bulunamıyorum  Değişti  Evde hasta varken eskisi kadar vakit ayrılmıyor  Azaldı  Erteleddim</p>
<b>Çok etkilendi</b>	<p>Sosyal yaşamım kalmadı  Tamamen hastamıza odaklı yaşıyorum  Tanıyı aldığımızdan beri yok  Sürekli hastamızın yanındayım  TV bile seyredemiyorum  Her şey bitti  Her şeyle bağımı kestim  Sosyal hayatım o oldu  Sürekli hastaneye gidip geliyorum  Sağlığıma kavuşana kadar sosyal hayatımız beklemede  Bir şey olur diye dışarı çıkamıyorum  Özel yaşamım hiç yok  Hastaya bağımlıyım  Kimseyle diyalogum kalmadı  Arkadaşlarıma artık zaman ayıramıyorum  Kimseyle görüşmüyorum eve kapandım  Bir şey yapmaya fırsat yok  Her zaman onunla ilgilendiğim için bir şey yapamıyorum</p>

Tablo 1. Bakım verenlerin hastalık sürecinden etkilenme durumlarına yönelik ifadelerini içeren gruplar (devam)

GRUPLAR	BAKIM VERENLERİN HASTALIK SÜRECİNDEN KENDİLERİNİN NASIL ETKİLENDİĞİNİ BELİRTEN ALT GRUPLAR
Etkilenmedim	İsteyerek, severek ilgilenme Etkilenmedi
Fiziksel olarak etkilendim	Yorgunluk Ağrı
Psikolojik olarak etkilendim	Psikolojim bozuldu. Üzüldüm Ruhsal yönden etkilendim Aynı hastalığa yakalanma korkusu Sıkıntılı oldum Moralim hep bozuk Sinirli biri oldum Tedirgin Belirsizlik Mutsuzluk Çöküntü
Fiziksel, psikolojik ve ekonomik olarak etkilendim	Yorgunluk, maddi sıkıntı Motivasyon düşüklüğü, işe gidememe Üzüntü, maddi sıkıntı
Hem fiziksel hem de psikolojik olarak etkilendim	Yıprandım Kilo kaybı Yorgunluk ve üzüntü Yorgunluk ve isteksizlik Uykusuzluk
Kendime zaman ayıramıyorum	Kendine zaman ayıramama Hep hastasıyla ilgilenme Başka hiçbir şeye zaman ayıramama