



**KANSER HASTASINA BAKIM VEREN AİLE
ÜYELERİNİN YAŞAM KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

ECE BAZNA
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Mehtap TAN

Yüksek Lisans Tezi – 2021

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

**KANSER HASTASINA BAKIM VEREN AİLE
ÜYELERİNİN YAŞAM KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Ece BAZNA

**İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Mehtap TAN**

**ERZURUM
2021**

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT.....	V
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VI
TABLolar DİZİNİ.....	VII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Kanser	4
2.2. Kanser Epidemiyolojisi.....	4
2.3. Bakım.....	6
2.3.1. Bakım Verme ve Bakım Veren Kavramları	6
2.3.2. Bakım Vermenin Olumlu Yönleri	8
2.3.3. Bakım Vermenin Olumsuz Yönleri	9
2.4. Yaşam Kalitesi.....	10
2.4.1. Yaşam Kalitesinin Göstergeleri	10
2.4.1.1. Fiziksel Esenlik.....	11
2.4.1.2. Psikolojik Esenlik	11
2.4.1.3. Sosyal ve Bireysel Esenlik.....	12
2.4.1.4. Ekonomik Esenlik.....	12
2.4.2. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler	12
2.5. Kanser Hastasına Bakım Vermenin Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesine Etkisi	14
2.6. Kanserli Hastaya Bakım Veren Bireylerde Hemşirelik Yaklaşımı	19
3. MATERYAL VE METOT.....	22

3.1. Araştırmanın Tipi.....	22
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	22
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	22
3.4. Veri Toplama Araçları	22
3.4.1. Hasta Tanıtım Formu	23
3.4.2. Bakım Verenleri Tanıtım Formu	23
3.4.3. Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği Aile Versiyonu	23
3.5. Verilerin Toplanması	24
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	24
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	26
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	26
4. BULGULAR.....	27
5.TARTIŞMA.....	45
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	52
KAYNAKLAR	55
EKLER	70
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	70
EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU	71
EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU	72
EK- 4. KURUM İZNİ	73
EK- 5. HASTA TANITIM FORMU	74
EK-6. BAKIM VERENLERİ TANITIM FORMU	75
EK-7. AİLE - YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ	77

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans sürecim boyunca her durumda desteğini hissettiğim, kariyerimde rol model aldığım değerli danışman hocam Prof. Dr. Mehtap Tan’a,

Tezimin veri toplama aşamasında onkoloji poliklinik ve servislerinden daha aktif bir şekilde yararlanmamı sağlayan Doç. Dr. Asude Aksoy’a, verilerimin değerlendirilmesine katkısı olan değerli hocam Doç. Dr. Cantürk Çapık’a, tez savunma jürisi olarak değerli görüşlerini bildiren hocalarım Doç. Dr. Seyhan Çıtlık Sarıtaş ve Dr. Öğr. Üyesi Hatice Polat’a, bana emeği geçen bütün öğretmenlerime, bu süreçte yanımda olan arkadaşlarıma, eğitim sürecimin her anında destek olan aileme teşekkürlerimi sunarım.

Ece BAZNA

ÖZET

Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesinin

Değerlendirilmesi

Amaç: Araştırma kanser hastasına bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı olarak yapılan araştırma Ocak-Haziran 2020 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Ocak-Haziran 2020 tarihleri arasında Fırat Üniversitesi Hastanesi Onkoloji servislerinde yatarak tedavi gören ve Onkoloji Polikliniği'ne ayaktan başvuran hastaların bakım verenleri oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise bu tarihler arasında araştırmaya alınma kriterlerine uyan 200 hastanın bakım verenleri oluşturmuştur. Araştırmada veri toplama aracı olarak, “Hasta Tanıtım Formu” ve “Bakım Verenleri Tanıtım Formu” ile yaşam kalitesini değerlendirmek için “Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği Aile Versiyonu” kullanılmıştır. Verilerin analizinde; Bağımsız gruplarda T testi, Varyans Analizi, Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmada; bakım verenler psikolojik ve manevi (spiritüel) sağlık durumu alt boyutundan 58.69 ± 20.44 , fiziksel sağlık durumu alt boyutundan 49.38 ± 17.59 , tanıya yaklaşım durumu alt boyutundan 23.46 ± 13.59 , destek ve ekonomik etkilenme durumu alt boyutundan 14.82 ± 9.04 puan almış olup Aile- Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam puan ortalaması 146.34 ± 49.14 'tür.

Kadınların, okur yazar olmayanların, geliri giderinden az olanların, çalışmayanların, evlilik sürecinde sorun yaşayanların, hastaya başka bakım vereni olmayanların, kendi sorumluluklarını yerine getiremeyenlerin, fiziksel ve psikolojik sorun yaşayanların, 19-24 saat ve anne bakım verenlerin yaşam kalitesi puan ortalamalarının düşük olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$).

Sonuç: Çalışma sonucumuza göre, bakım verenlerin yaşam kalitesi düşük bulundu. En çok etkilenen alt boyutlar, psikolojik ve manevi (spiritüel) sağlık durumu ve fiziksel sağlık durumu olmuştur. Bu sonuçlara göre, bakım veren yakınların yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin olumsuz etkileriyle baş etmeye yönelik, danışmanlık hizmetlerinin verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aile üyesi, bakım, kanser, yaşam kalitesi

ABSTRACT

Evaluation of the Quality of Life of Family Members Caring for Cancer Patients

Aim: The study was conducted to evaluate the quality of life of family members caring for cancer patients.

Materials and Methods: The descriptive research was conducted between January 2020 and June 2020. The universe of the study was composed of patient caregivers who were inpatient and applied to the Oncology Outpatient Clinic between January 2020 and June 2020 in Oncology services of Firat University Hospital. The sample of the study, on the other hand, consisted of 200 caregivers who met the criteria for inclusion in the study. In the study, "Patient Information Form" and "Caregivers Information Form" and "Quality of Life Family Version" were used as data collection tools. In the analysis of the data; T test, Variance Analysis, Pearson Correlation Analysis were used in independent groups.

Results: In the research; caregivers received 58.69 ± 20.44 points from the psychological and spiritual health sub-dimension, 49.38 ± 17.59 from the physical health sub-dimension, 23.46 ± 13.59 from the approach to diagnosis sub-dimension, and 14.82 ± 9.04 from the support and economic impact sub-dimension. Quality Scale Total mean score is 146.34 ± 49.14 .

It has been determined that women, illiterate people, those whose income is less than their expenses, those who do not work, who have problems during the marriage process, those who do not have other caregivers for the patient, those who cannot fulfill their own responsibilities, those who have physical and psychological problems, and those who have maternal caregivers have a low average quality of life score of 19-24 hours.

Conclusion: According to our study results, the quality of life of caregivers was found to be low. The most affected sub-dimensions were psychological and spiritual health status and physical health status. According to these results, it is recommended to provide counselling services to cope with the negative effects of factors affecting the quality of life of caregivers.

Keywords: Cancer, Care, Family Caregivers, Quality of Life

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

Max	: Maximum
Min	: Minimum
N	: Örneklem
Ort	: Ortalama
QOL-FV	: Quality of Life Family Version
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
SS	: Standart sapma



TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 3.1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler	25
Tablo 3.2. Çalışmada Yer Alan Sürekli Değişkenlere Ait Normal Dağılım Tablosu....	25
Tablo 3.3. İç Geçerlilik Katsayıları	26
Tablo 4.1. Hastalara Ait Tanıtıcı Özelliklerin Dağılımı	27
Tablo 4.2. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	28
Tablo 4.3. Bakım Verenlerin Bakım Vermeye Ait Özelliklerinin Dağılımı.....	29
Tablo 4.4. Bakım Verenlere Ait “Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği Aile Versiyonu” ve Alt Boyutlarından Alınan Puan Ortalamaları	30
Tablo 4.5. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri ve Bakım Vermeye Ait Özellikleri ile “Kanserli Hasta Yaşam Kalitesi Ölçeği Aile Versiyonu” Toplam ve Alt Boyutlarına Ait Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.6. Bakım Veren Yaşı ile “Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği Aile Versiyonu” ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki	44

1. GİRİŞ

Kanser; tedavi süresi, maliyeti ve yan etkilerin görülmesi ile birlikte mortalite ve morbiditesinin yüksek olması nedeniyle günümüzün önemli sağlık sorunlarından birisidir.¹ Kanser sözlük anlamı ile “Bir organ veya dokudaki hücrelerin kontrolsüz olarak bölünüp çoğalmasına bağlı olarak yakın dokulara yayılmasıyla veya uzak dokulara sıçramasıyla beliren hastalık, amansız hastalık” olarak ifade edilmektedir.² Ülkemizde ve dünyada görülme sıklığı hızla artış gösteren kanser, tanı aldıktan sonra uzun süreli tedavi ve bakım gerektiren evrensel bir sağlık problemidir.³ Ayrıca beraberinde getirdiği sağlık sorunlarıyla birlikte maddi ve manevi bakımdan mücadele gerektiren bir hastalıktır.⁴

Sağlık kuruluşlarından faydalanmanın artması ve tanı olanaklarının gelişmesi ile giderek daha fazla kanser vakası tespit edilmektedir.⁵ 2018 yılında dünya çapında yaklaşık 18.1 milyon kişiye kanser tanısı konulmuş ve 9.6 milyon kişinin kanserden dolayı hayatını kaybettiği açıklanmıştır.⁶ Hastalık yükü olarak önemli bir sağlık sorunu olan kanser, ülkemizde ve dünyada nedeni bilinen ölümler sıralamasında ikinci sıradadır.^{7, 8} Kanser yükünün gelecekte büyük oranda artış göstermesi beklenmektedir. Küresel kanser insidansındaki artışın nedeni; yaşlanma, nüfus artışı ve kanserde etkin tedavilerin uygulanması ile sağ kalım oranlarının artması olmaktadır.⁹

Bakım; bireylerin temel ihtiyaçlarını giderme, kabiliyetlerinin devamı ve gelişimlerinin sağlanmasına, yaşamlarının sürdürülebilirliğini sağlama, minimum da olsa işlevselliklerinin devam edilmesi ve mümkün oldukça acılardan uzak bir yaşam sürmelerine yardımcı olmak için özenli bir şekilde yapılan şeylerin bütünü olarak ifade edilmektedir.¹⁰ Tıp dünyasında tedavi olanaklarındaki artış ve yaşanan gelişmeler ile birlikte pek çok hastalığın sağ kalım ve iyileşme oranları artış gösterirken, bir yandan da uzun süre tedavi ve bakım ihtiyacı gerektiren kronik hastalıklar artış göstermektedir.¹¹ Engellilik, nüfus yaşlanması ve süregelen hastalıkların global düzeyde artması, sağlık

hizmetlerine olan talebin yükselmesine neden olmaktadır. Hastanelerde yığılmaların olması, özel tedavi kurumlarının pahalılığı gibi nedenler hasta ve yakınlarını evde bakım verme durumuna yönlendirmektedir.¹² Evde bakım veren kişiler genellikle hastanın; eşi, diğer aile üyeleri, arkadaşları, akrabaları veya komşuları gibi bakım verme görevini para karşılığı olmadan yapan informal bakım verenlerden oluşmaktadır.¹³ Dünyada ve ülkemizde bakım verme görevini aile üyeleri çoğunlukla kendi görevi olarak algılamakta ve bu sorumluluğu üstlenmektedir.¹²

Kronik hastalıklar kapsamında olan kanserde bakım gereksinimi ve bakıcı desteğine olan ihtiyaç artmakta ve aile üyelerinin bakım sorumluluğunu daha fazla üstlenmelerine neden olmaktadır.^{14, 15} Bakım verenler kendi talepleri ve ihtiyaçları ile bakıcı rolünün kendilerine yüklediği mesuliyetler arasında denge kurma gereksinimi duyarlar.¹⁶ Kanser hasta yakınları; semptomların yönetimi, çevre güvenliğini sağlama, tıbbi tedavilerin yapılması, sorunları çözme, hastaların yerine karar alma ve bakım sağlama gibi duygusal, fiziksel, ekonomik ve sosyal yönden pek çok alanda ihtiyaçlarının karşılanmasında hastalara destek olmaktadır.¹⁷

Dünya Sağlık Örgütü'ne¹⁸ göre yaşam kalitesi; “bireylerin kültürel bağlamları içindeki yaşamlarını ve yaşamlarındaki değer sistemlerini, hedeflerini, standartlarını ve ilgilerini algılamaları” şeklinde ifade edilmektedir. Bu ifade; bireylerin ihtiyaçlarının karşılanması, kişilerarası ilişkilerde başarılı olma ve sosyal davranışlarda yeterlilik hissi gibi özellikleri de barındırmaktadır.¹⁹ Kanser gibi uzun soluklu bir mücadelede, bakım verenler bir yandan hastalarını kaybetme tehdidinin üstesinden gelmeye çalışırken diğer yandan hasta bakımında sorumluluk alma ve destek olma durumunda kalmaktadırlar. Hastaya bakım verenler için bu süreç ile baş etmek zor olabilmektedir.²⁰ Hastalığın dönemlerine, bakım süresi ve hastanın durumuna göre hasta yakınlarının yaşam kalitesi olumsuz etkilenmekte ve tüm hastalık süresince değişen boyutlarda etki etmektedir.¹⁶

Birey kanser tanısı alınca hastalarda ve bakım veren yakınlarında hastalıkla ilişkili olarak ruhsal ve bedensel tepkiler yaşanmaktadır.²¹ Bakım sürecinde kanser hasta yakınları kendi kaynaklarını aşan istemlerle karşı karşıya gelince; aşırı yüklenme, gerginlik, çeşitli ruhsal ve fiziksel rahatsızlıklar yaşayabilmekte; spiritüel, sosyal ve emosyonel sağlıkları olumsuz etkilenmektedir.^{22, 23} Bakım süresi arttıkça fiziksel ve psikolojik şikayetler artış gösterebilir, diğer aile üyeleri ile geçirilen vakit azalabilir ve çalıştıkları iş yerinde sorunlar yaşayabilmektedirler.²⁴ Bu süreçte bakım verenler; hastalarını kaybetme korkusu yaşamaları, sosyal rollerde çatışma, evlilik ve aile ilişkilerinde değişiklikler, ruhsal bitkinlik, bunalım ve sıkıntı hali ile günlük aktivitelerde kısıtlamalar gibi pek çok alanda sorunlar yaşamaktadırlar.²⁵

Primer bakım verenler, tanı evresinden evde bakıma kadar ki süreçte sağlık ekibi ile yakın bir iletişim halindedir.²⁶ Hemşireler, kanser hastası ve ailesini bir bütün olarak ele almalı, kültürel, manevi ve biyo-psikososyal yönleri ile değerlendirmelidir.²⁷ Hemşirelerin bakım sürecinde hasta yakınlarıyla; iletişim halinde olmaları, yaşadıkları güçlüğü farkında olmaları, duyarlı ve destek halinde olmaları, bakım verme rollerini tanımlamaları, sürece uyum sağlama becerilerini geliştirmelerinin aile bireylerinin yaşam kalitesini ve sağlık düzeylerini yükselteceği düşünülmektedir.²⁸

Bu araştırma, kanser hastasına bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın Hipotezleri

H1. Kanser hastasına bakım verme aile üyelerinin yaşam kalitesini etkiler.

H2. Bakım verenlerin yaşam kalitesinde, bakım veren bireylerin sosyo-demografik özellikleri ve bakım vermeye ait özellikleri etkilidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser

Vücudumuzdaki sağlıklı hücreler sınırlı olarak bölünebilme potansiyeline sahiptir. Her hücrenin belirli bir bölünme sayısı mevcuttur ve bu süreç denge içinde yürütülmektedir. Hücre büyüme ve bölünmesini kontrol eden genlerin hasarıyla hücreler kontrolsüz bir şekilde bölünmeye başlarlar. Hücreler çoğaldıkça vücutta büyüklük veya tümör oluşumu gözlenir. Anormal bölünen hücreler, çevrelediği doku ve organı baskılayarak, işlevi aksatmaktadırlar. Kanser vücudun çeşitli bölgelerinde oluşabilmektedir.^{8, 29} Çevredeki doku ve organlara tümörün yayılımı, çoğu kanser vakası için başlıca morbidite ve mortalite nedeni olmaktadır.³⁰

Kanser terimini literatürde ilk olarak Hipokrat tarafından (M.Ö. 460- 377), organizmanın devası olmayan yeni oluşumlar için kullandığı görülmektedir.³¹ Gyllensköld “doğrudan doğruya ölümle ilişkili olduğu, sinsice hareket ettiği, nedenleri pek açıklanamadığı, zamanla kontrolü güçleştiği, büyük ızdıraplara neden olduğu, bireyi sosyal yönden damgaladığı ve izole ettiği için diğer kronik hastalıklardan daha tehdit edici” bir hastalık olarak tanımlamıştır.³²

2.2. Kanser Epidemiyolojisi

Kanser, tüm gelir düzeyindeki ülkelerde dünya çapında önde gelen ölüm nedenidir ve küresel çapta önemli bir halk sağlığı sorunudur.^{33, 34} 2018 yılında dünyada kanser sebebiyle yaklaşık olarak 9 milyon ölüm görülmüş ve bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümlerinin %9'unu, küresel tüm ölümlerin ise %16'sını kanserlere bağlı ölümler oluşturmuştur.³⁵ Hastalık yükü bakımından önemli bir sağlık sorunu olan kanser, hem ulusal hem de uluslararası düzeyde nedeni bilinen ölümler sıralamasında ikinci sıradadır.^{7, 8} 2020'li yıllardan itibaren özellikle gelişmiş ülkelerde kansere bağlı ölümlerin ilk sıraya yükselmesi tahmin edilmektedir.³⁶ Kanser, dünya genelinde önemli bir

morbidite ve mortalite nedenidir.³⁷ Gerek kanser vakalarının gerekse de kanserden kaynaklanan ölümlerin yarısından fazlasının az gelişmiş ülkelerde olduğu saptanmıştır. Ölümlerin yaklaşık %70'i düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir.^{7, 38} 2018 yılında yaklaşık 18.1 milyon kişiye yeni kanser tanısı konulmuş, 9.6 milyon kişi ise kanser sebebiyle yaşamını yitirmiştir.³⁹ 2018 yılı verilerine göre sırasıyla en sık görülen kanser türleri, akciğer, meme ve kalın bağırsak kanseri; kansere bağlı ölümlere göre ise, akciğer, kolorektal ve mide kanseri olmaktadır. Erkeklerde en sık akciğer, prostat ve kolorektal kanser; kadınlarda ise meme, kolorektal ve akciğer kanseri görülmektedir. Ölüme neden olarak erkeklerde; akciğer, karaciğer ve mide kanseri; kadınlarda, meme, akciğer ve kolorektal kanser görülmektedir.⁴⁰

Kanser küresel çapta olduğu gibi Türkiye'de de en önemli toplumsal sağlık problemlerinden birisidir. Türkiye veriler açısından dünya ile paralellik göstermektedir.^{38,} ⁴¹ Türkiye İstatistik Kurumu⁴² 2018 yılı ölüm nedeni istatistiklerinde ölümlerin %19.7 oranıyla kanserler ikinci sırada yer almaktadır. Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı⁴³ kanser istatistiklerine göre, 2018 yılında ülkemizde yaklaşık olarak 119 bin erkeğe ve 92 bin kadına kanser teşhisi konulmuş ve 83.163 kişi iyi huylu ve kötü huylu tümörler kapsamında yaşamını yitirmiş, kanser nedeniyle ölen kişilerin 53.452 kişi erkek hasta, 29.709 kişi ise kadın hasta olmaktadır. Ülkemizde kanser insidansında sırası ile; erkeklerde akciğer, prostat, kolorektal kanser; kadınlarda ise meme, tiroit ve kolorektal kanser takip etmektedir.⁴²

Kanser insidansındaki artışa; değiştirilebilir risk faktörlerinin yaygınlığı, birincil ve ikincil koruma sistemlerinin istenen düzeyde olmaması, yetersiz veya erişilemeyen tedavi sistemleri, nüfus artışı ve yaşlanması katkı sağlamaktadır.^{7, 44}

2.3. Bakım

Türk Dil Kurumu⁴⁵ sözlük anlamına göre bakım; “Bakma işi; bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek; birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi” şeklinde ifade edilmektedir. İngilizce kelime anlamı olarak bakım (care); isim olarak, sakınma, koruma, dikkat ve saygı anlamları; fiil olarak ise ilgili olmak, yardım etmek, fiziksel ihtiyaçları karşılamak, endişe duymak, rahatlatmak anlamlarına gelmektedir.⁴⁶

Bakım; insanın temel ihtiyacı olan, bilimsel bilgiyi esas alan ve özelleşmiş psikomotor becerileri gerektiren, karşılıklı ilişki ve güvene dayanan, ahlaki boyutu ve duyuşsal özellikleri olan bir kavram olmakla beraber hasta, engelli veya günlük faaliyetlerle ilgili yardıma muhtaç olan başka bir kişiye yardım edilmesi anlamına gelmektedir.^{47, 48}

2.3.1. Bakım Verme ve Bakım Veren Kavramları

Bakım verme; bakım sunma faaliyetlerini ve sorumluluklarını üstlenme sürecidir. Bakım verme; fiziksel, emosyonel, sosyal ya da maddi destek gibi birçok yardım çeşidiyle karşılanmaktadır. Bu anlamda hastayı bütüncül ve çok yönlü bir yaklaşımla değerlendirebilmek ve ihtiyaçları doğrultusunda süreci planlamak, yürütmek, hastanın ihtiyaç duyabileceği her türlü alanda destek vermeyi kapsamaktadır.⁴⁹

Bakım verme; karar alma, önlem alma, kontrol etme, tercümanlık, uyum sağlama, kaynaklara ulaşma, ilaç tedavisini yönetme, sağlık bakım sistemi ve profesyonelleri ile görüşme sorumluluklarını yerine getirmektedir. Aynı zamanda hasta bireye alışveriş yardımı, giydirme, beslenme, tuvalet ihtiyacına yardımcı olma, banyo yaptıрма, günlük ev işleri yardımı, yatakta çevirme, kaldırma, semptom yönetimi, para idaresi, evde ortak bir yaşam sürdürme, ulaşım, küçük ev işlerini yapma, sosyal hizmetleri koordine etme gibi pek çok alanda yardım etmeyi içermektedir.^{50, 51}

Bakım verme resmi (formal) bakım ve gayriresmi (informal) bakım olmak üzere ikiye ayrılır.²⁸ Formal bakım; evde ya da kurumlarda gönüllü veya ücretli olarak sağlık bakımı ve kişisel bakım hizmetleri sunan, profesyonel meslek grupları aracılığıyla gerçekleştirilen bakımdır. Formal bakım, resmi ve özel kurumlar ile gönüllü kuruluşların sunduğu bakımdır.^{52, 53} Formal bakım sunan hizmet sistemleri; bakım evleri, huzurevleri, evde bakım ajansları, özel hastaneler, ara bakım tesisleri, kilise ve hayır yardım grupları, toplum hizmetleri, dernek hizmetleri ve yetişkinlere yönelik günlük bakım sağlayan merkezler gibi bakım içeren oluşumlardır.⁵⁴ Hekim, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist, terapist, eczacı, psikolog, sosyal çalışma uzmanı, ev ekonomisti, diş hekimi, bakım destek elemanı ve evde bakım yardımcıları gibi profesyonel ya da yarı profesyonel meslek üyeleri ile formal bakım gerçekleştirilmektedir.^{53, 55} Ülkemizde hizmet veren bakım merkezlerinin altyapı, teknik donanımlar ve personel sayısının yeterli düzeyde olmaması nedeniyle bakım hizmetleri istenen seviyeye ulaşamamaktadır. Kurumların yetersiz olması nedeniyle informal bakıcılar bu rolü üstlenmektedirler.⁵⁶ İnfomal bakım; bakım gereksinimi olan kişi ile birlikte yaşayan, hastane ortamı sürecinde yanında olan, bakım verme sahasında herhangi bir uzmanlık almayan yani profesyonel olmayan ancak bazı durumlarda özel eğitimden faydalanan, verdiği bakım karşılığında ücret talep etmeyen ya da gayriresmi ücret karşılığında takdim edilen bakım hizmetidir.⁵⁷ İnfomal bakım veren bireyler çoğunlukla aile üyeleri, yakın akrabalar, komşu ve arkadaşlar gibi yakın çevreden oluşmaktadır.⁵⁸ Ülkemizde bakım verme genellikle aile içi sorumluluk şeklinde düşünülmektedir.¹⁵ Ortalama insan ömrünün uzaması, kanser ve kronik hastalıkların görülme sıklığının artması, akut ve kronik fonksiyonel yetersizliklerin yarattığı ihtiyaçlar gibi durumlar nedeniyle informal bakıma duyulan gereksinim giderek artmaktadır.⁵⁹ Günümüzde informal bakım veren sayısının formal bakım verenlere oranla daha yüksek olduğu bilinmektedir.⁵⁷

Bakım veren veya bakım verici; hastalık, sakatlık veya sadece yaşlılığı nedeniyle kendi bakımını tek başına sürdüremeyen, bakıma muhtaç, hastalıkla mücadele eden bireylere yardım eden ve bakım sorumluluğunu alan anahtar kişidir.^{16, 19} Bakım verenler, hastaya fiziksel, psikolojik destek vermenin yanında sosyo- ekonomik yardım da sağlayan bireylerdir.⁶⁰ Bakım verici birey, tıbbi tedavi ile psiko-sosyal sağaltım sürecinde bir köprü gibi rol almaktadır.⁶¹ Son yıllarda tıbbi olanakların genişlemesi ortalama insan ömrünün ve hastalıkların sağ kalım sürelerinin uzamasına ve bunun sonucunda bakım ihtiyacı duyan birey sayısının artmasına neden olmaktadır. Bu gelişmeler neticesinde bakım veren kişi tabiri önem kazanmıştır.¹² Hasta bireyin bakımını üstlenen birden fazla kişi bulunabilir ancak çoğunlukla bir kişi öncelikli olarak bakım sağlama görevini üzerine alır. Bakıma ait asıl sorumluluğu üstlenen kişi primer bakım verenleri oluşturmaktadır. Primer bakım verici, bakıma muhtaç bireyin bakımından birinci derece sorumlu olup, bakım görevini yerine getiren kişi olarak adlandırılmaktadır.^{59, 62} Sekonder bakım verenler, hastanın bakımından doğrudan sorumlu olmayıp, primer bakım vericiye yardım ve destek veren kişilerdir.⁶³ Yaş, cinsiyet, etnisite, kültürel özellikler, eğitim düzeyi, sosyo-ekonomik durum, sağlık durumu, aile dinamikleri, hastaya olan yakınlık, kronik hastalığın olup olmaması, bakım vermeye gönüllü olup olmaması, sosyal destek varlığı, baş etme becerileri, inanç durumu, yakınlarından destek alma durumu gibi pek çok faktör bakım verenlerin bakım rolünü etkileyebilmektedir.⁴⁷

2.3.2. Bakım Vermenin Olumlu Yönleri

Pozitif anlamda bakım verme; samimiyet duygusu, bakım verilen bireye duyulan sevginin artması ve hasta ile geçirilen kaliteli anların mutluluğu, bakım vermeyi eğlence olarak tanımlama ve bir ödül olarak algılama, sosyal destek sistemlerinden yararlanmayı öğrenme, sorunları saptama ve çözme becerisinin gelişmesi, yardım etmeyi başarabilme duygusundan ötürü özsaygının artışı ve kişisel doyum sağlama, olgunluk, bakım verme

tecrübesinden değerli bir anlam bulma ve değerli hissetme gibi olumlu duyguların elde edilmesidir.⁶⁴ Bakım vermenin stres deneyimini azalttığı, sevilen birine bakım vermeyle doyum, gurur ve memnuniyeti geliştirdiği, etkin baş etme yöntemleri ve sorumlulukları yerine getirmede yardımcı olduğu ifade edilmektedir. Ayrıca hasta bireyin ölümünü kabul etmeye ve bakım veren kişilerin üzüntülerini hafifletmeye yardımcı olabileceği saptanmıştır.^{15, 65} Bakım sürecinde hayat amacı, anlam ifade etme, kendini adama, güçlüklerle göğüs germe, ödüllendirilme, aşk ve sevgi gibi kavramların farkına varılmaktadır. Bakım verme deneyimi, bakım veren kimsenin kimliğini, toplumla etkileşimini ve mutluluğunun sürdürülebilir olmasını ifade etmektedir. Pozitif duygular ve ustalaşma isteği bakım verenin bakım sunmadan kaynaklı olumsuz yönleri asgariye indirmeyi hedeflemektedir.⁶⁶

2.3.3. Bakım Vermenin Olumsuz Yönleri

Bakım verme süreci bakım verenler için zorlu bir süreçtir. Bakım rolünü üstlenmek, fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sonuçlar doğurmaktadır.¹¹ Bakım vermenin olumsuz yönlerine bakıldığında, bakım veren kişilerde yüksek seviyede psikiyatrik hastalık ve semptom görülmektedir.⁶⁷ Bakım verenlerde şaşkınlık, öfke, üzüntü, anksiyete, yalnızlık, korku, ilgi kaybı ve depresyon sıkça görülen yanıtlardandır. Bakım veren kişinin duygusal stresi yüksek bulunmaktadır.⁶⁸ Aile üyelerinin mutsuzluk, sıkıntı, yalnızlık, endişe, korku ve üzüntü gibi duygular yaşadıkları ortaya konulmaktadır. Bu duygular içinde olmanın en önemli nedeni aile üyelerinin çaresiz hissetmesidir. Hastaya karşı çelişkili durumlar, hastalık dışında bir şey düşünüp konuşmama, isyana başvurma, sosyal aktivitelerden uzaklaşma ve hastalığın ciddiyetini reddetme gibi durumlar da görülmektedir. Bu durum yaşam kalitesinin bozulmasıyla ilişkilidir.^{11, 66, 69} Ayrıca bakım yükü bakım veren kişilerin sağlığını bozan metabolik ve fiziksel adaptasyonlara duyarlı hale getirmektedir. Sırt ağrısı, hiperinsülinemi, iştah

değişiklikleri, kilo alma/kaybetme, uykusuzluk, hipertansiyon, bağışıklık fonksiyonunun değişmesi, kronik yorgunluk gibi bakım verene fiziksel zorluklar yaşatmaktadır. Bakım verme deneyiminde, bakım verenlerin iş ve eğlence hayatları, sosyal yaşamları, aile içi rolleriyle; bakım verme rolleri arasında bir çatışma ortaya çıkmaktadır. Bakım veren kişiler yetersiz sosyal desteğe ek olarak enformasyon, finansal destek, formal bakım veren profesyonellerin yardımı gibi ev ve toplumla ilgili diğer kaynak türlerinden yoksun olduklarını ifade etmektedirler.^{17, 66}

2.4. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, genel anlamda bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal anlamda iyi hissetmesi olarak tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne¹⁸ göre “Bireylerin kendi ilgileri, umutları, standartları ve hedeflerini göz önüne alarak yaşadıkları toplumun kültür ve değerleri içerisinde bulundukları konum ile ilgili algıları” biçiminde ifade edilmektedir.⁷⁰ Yaşam kalitesi yaşamın türlü alanlarında kişinin kendi yaşamıyla alakalı mutluluk ve subjektif doyum olarak bireysel iyilik halini anlatmakta ve bireysel farklılıklar göstermektedir.⁷¹ Yaşam kalitesi kavramı; iş yaşamı, aile ve sosyoekonomik koşulları da içinde barındırmakla birlikte, bireyin beklentileri, hedefleri, umutları ve düşleri ile gerçek yaşantısı arasındaki farklılığı ve bireyin günlük yaşamından aldığı doyumunu ifade etmektedir.¹⁸ Kişinin kendi yaşamını değerlendirmesine olanak tanıyan öznel algı, biliş ve duygu süreçlerinin bir bütünü olarak tarif edilmekte olan yaşam kalitesi, kişinin ne kadar işlevsel hissettiği ile ilgili olmaktadır.⁷²

2.4.1. Yaşam Kalitesinin Göstergeleri

Bireylerin yaşam kalitesi değerlendirilirken objektif ve subjektif göstergelerden faydalanılmaktadır.⁷³ Yaşam kalitesinin göstergeleri, fiziksel, psikolojik, sosyal ve bireysel esenlik ile ekonomik/maddi esenlik olmak üzere dört temel başlık altında ele alınacaktır.⁶⁹

2.4.1.1. Fiziksel Esenlik

Bireyin fonksiyonel yeterliliği, sağlık ve hastalık algısı, günlük yaşam aktiviteleri ve tedavi ile ilişkili durumlar ele alınmaktadır. Fiziksel esenlik; öz bakımını gerçekleştirebilme, işlevsellik, iştah, cinsellik, zindelik/güçlülük, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme, fiziksel güç gibi konuları kapsamaktadır. Fiziksel esenlik yalnızca fiziki olarak kişinin durumu ve hastalığının olmamasını içermez, aynı zamanda “var olma” seviyesini canlı tutmayı ve kendine bakmayı da içermektedir. Optimum seviyede fiziksel esenliği oluşturmada hastalık ve sakatlıklardan sakınma önemli olmaktadır.^{69, 74}

Fiziksel açıdan sağlıklı olmanın boyutları ise, sağlıklı beslenme, hareketli yaşam tarzı, uyku düzeni, eğlence aktiviteleri, dinlenme, madde bağımlılığından kaçınma gibi kişisel bakım davranışları ile ifade edilmektedir. Fiziksel esenlikte hareket yeterliliği sürdürülebilir olmalıdır. Sürdürülebilir olmada ki yetersizlik durumu bireyin bedenini etkilemekle beraber ruhen de zarar vermektedir.⁷⁵

2.4.1.2. Psikolojik Esenlik

Psikolojik esenlik, yaşamdan doyum bulma, beden imgesi, otonomi, anksiyete, yararlılık, dinlenme ve meşguliyetle ilgili durumlar, yaşamın anlamını kavrama, yaşamın normallliği, mutluluk ve bir işi tamamlama gibi durumları kapsamaktadır. Ayrıca öz beceri, sosyal izolasyon, duygusal reaksiyonlar, topluma katkı sağlama, günlük faaliyetlerini yerine getirme, fiziksel imaj, akıl sağlığı gibi konularda psikolojik esenlik içerisinde yer almaktadır.⁶⁹

Psikolojik esenlik, bireyin kendine ve öz yaşamı üzerine olumlu bakış açısına sahip olması, sürekli ilerleme ve gelişme içerisinde hareket ederek yaşamın anlamını fark etmesi, yaşama amacının olması ve bu doğrultuda hareket etmesi, diğer insanlarla faydalı

ve olumlu ilişkiler kurması, kendi gelişimine ve amaçlarına uygun otonom kararlar alabilmesini içeren fonksiyonel bir kavramdır.⁷⁶

2.4.1.3. Sosyal ve Bireysel Esenlik

Sosyal ve bireysel esenlik; bireysel fonksiyonlara sahip olma, öğrenme durumu, çalışma durumu, sosyal aktivitelere ve farklı organizasyonlara katılım, çevresi tarafından benimsenme, kişiler arası ilişkiler, aile ve yakın çevre ile ilişkileri, seksüel fonksiyonlar, başkalarından destek görme, mahremiyet, reddedilme, rol işlevi, kendini ve yaşamı algılayış şekli gibi sosyal durumları kapsamaktadır.^{16, 69}

2.4.1.4. Ekonomik Esenlik

Ekonomik esenlik; bireyin barınma durumu, iş durumu, ev durumu, sosyal güvence varlığı, gıda giderlerini karşılama, toplumsal kaynaklara ulaşım, alım gücü ve gelecek ile ilgili güven duygusunu ele almaktadır.^{69, 77}

2.4.2. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

Yaşam kalitesine etki eden etmenler; bireylerin temel ihtiyaçlarına, önem verdikleri konulara ve önceliklerine göre şekillenmektedir. Bireyin öznel algısını yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, ırk gibi kişisel özellikler; destek sistemleri, sağlık ve hastalık durumu gibi sosyal özellikler etkileyebilmektedir.⁷⁸ Yaşam kalitesinin yükselmesi için yalnızca bireyin güvenli bir çevre içinde yaşaması, fonksiyonel yeterliliği, sosyal güvence ve maddi refah içinde bulunması yetmemektedir. Buna ek olarak çevresi tarafından özgün bir fert olarak algılanması, olumlu ilişkiler içinde olması, saygı görmesi, mahremiyetine özen gösterilmesi, huzur içinde lezzet aldığı bir ortamda yaşaması, düşünce ve inançlarına değer verilmesi gibi unsurlar önemli olmaktadır.^{77, 79}

Yaşam kalitesi sürekli gelişen ve değişen çok yönlü bir kavram olmakla beraber kişiden kişiye ayrımlar gösteren, bireyin psikolojik ve manevi durumu, fiziksel sağlığı, sosyal ilişkileri, kişisel inançları, ailevi rolleri, ekonomik durumu gibi birçok

parametreden etkilenmektedir.^{18, 80} Yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin bilinmesi bireylerin yaşam kalitesini yükseltmek amacıyla yol gösterici olmaktadır.⁸¹ Bireylerin yaşam kalitesini artıran ve azaltan faktörler şunlardır:

Yaşam Kalitesini Artıran Faktörler

- Rahat ve güven içerisinde yaşamını sürdürme
- Mahremiyetine önem verilmesi
- Çevre ile olumlu ilişkiler içerisinde olma
- İnanç ve değerlere saygı gösterilmesi
- Kendini rahatça ifade etme
- Fonksiyonel olarak yeterli olma
- Sosyoekonomik güvence içerisinde olma
- Anlamlı ve aktif bir hayat sürme
- Güvenli bir çevrede yaşama
- Kendi kendini yönetebilme
- İtibar görme
- Özerk olma
- Eğlence faaliyetleri ve mutlu eden aktivitelerin olması
- Huzur içerisinde olma
- Rahatlık için gereken konfora sahip olma
- Özgün bir birey olma

Yaşam Kalitesini Azaltan Faktörler

- Akut ve kronik sağlık sorunları
- Geleceğe yönelik kaygılar
- Destek sistemlerindeki boşluklar
- Kronik yorgunluk ve bitkinlik
- Günlük yaşam aktivitelerindeki boşluklar
- Öz bakım yetersizlikleri
- Beden imajının değişmesi

- Temel gereksinimlerinin karşılanmaması
- Seksüel işlevde bozulma
- Aile ve arkadaşlar ile ilişkilerin bozulması⁶⁹

2.5. Kanser Hastasına Bakım Vermenin Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesine

Etkisi

Teknolojik gelişmelerle beraber tıp dünyasındaki ilerlemelerle kanser prognozu ölüm ile sonuçlanan akut bir hastalıktan, uzun süreli tedavi ve bakım gerektiren kronik bir hastalık halini almıştır.¹⁷ Kanser hastaları hastalığın tüm aşamalarında nitelikli ve kapsamlı bakım hizmetine ihtiyaç duymaktadırlar.⁸² Bakım vericiler, kanser bakımının omurgası konumundadırlar. Sorumlulukların yönetiminde merkezi rol oynamaktadırlar.⁸³ Kanserli bireyin bakım ve tedavisinin en önemli ve bütünüleyici parçasını aile üyeleri oluşturmaktadır.¹⁶

Bakım verici olma seçilemez ve planlanamaz bir durumdur. Bu nedenle durum ortaya çıktıktan sonra, bu duruma uyum gerçekleşmektedir.⁸⁴ Hastalarda hayat boyu devam eden bir süreç olması nedeniyle kendilerine yakın olan herkeste aynı uyum sürecine dahil olmaktadır.⁸⁵ Hasta bakımı ve takibinin etkin bir şekilde yapılmasında, bakım veren kişinin özellikleri önem arz etmektedir.⁸⁶ Bakım veren kişinin demografik özellikleri, dini, geliri, sosyal özellikleri ve deneyimleri hastaya olan bakış açısını değiştirmektedir. Hastalık konusundaki bilgisi ve tecrübesi, fiziksel yeterliliği, psikolojik durumu, ekonomik durumu, başka kişiye bakım durumu gibi özellikler bakımın gidişatında önem taşımaktadır. Kanserli hastaya bakım veren olma, hastalığın tümü ile aile üyelerinin günlük yaşantısına dahil olmasına ve günlük rutinlerinin değişmesine yol açmaktadır. Aile üyelerinde rol değişikliği ya da rol kaybı olabilmekte, ailenin dengesi bozulabilmektedir.¹¹ Aile bakım rolü için ani bir başlangıç yaşadığında rolün farkında olmayabilmektedir. Ayrıca bakım türü için hasta ve bakım veren her zaman uyumlu olmayabilmektedir.⁶⁵ Bakım verenler hastalarının yaşadığı fiziksel ve psiko-sosyal

olaylar karşısında tampon görevi yapmaya çalışırken bir yandan da bakım verici rolüne alışmaya, içinde bulundukları kriz durumuna uyum sağlamaya ayrıca eski yaşantılarını sürdürmeye çalışmaktadırlar. Tüm bu süreç, aile üyelerini birçok açıdan zorlamakta ve yaşam kalitelerini etkilemektedir.^{11, 16, 87}

Kanser adının verdiği korku, hastalık ve tedavi sürecinin yaşattığı stres hasta ve yakınını olumsuz etkilemektedir.²⁷ Aile üyeleri, sevdikleri kişinin kanser tanısı almasıyla tıpkı hastalarda olduğu gibi şok, inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme süreçlerinden geçerler. Sağlık sistemindeki yetersizliklerden ötürü, henüz kendi emosyonel durumunu çözümleyemeden ve de şok dönemini atlatabadan, tanı ve tedavi süreçlerine girmek zorunda kalırlar.⁸⁸ Bu süreç; kanser tanısının genellikle hasta yakınlarına açıklanması, yakınların tanıyı gizlemek için çaba harcayarak hasta kişiyi korumaya çalışması, duygusal yük ve sorumluluk altına alınması ile başlamaktadır.⁸³ Tedaviye geçiş, idame tedaviler, hastalığın; evresi, ilerlemesi, nüks etmesi ve diğer etkileri ile birlikte hayatta kalma göz önüne alındığında bakım verenler için birçok rol gelişmektedir. Bakım verenin rollere katılımı semptomların şiddetine, ihtiyaç duyulan tedavilere, hastalığın evresine ve hastanın ölüme yakınlığıyla doğrudan bağlantılı olmaktadır.⁸⁹ Bakım verenler kendi yaşamsal rollerini sürdürmeye ek olarak hasta kişiye refakat ve bakım hizmeti sunmak, onunla doyumlu ve anlamlı bir iletişim halinde olmak, emosyonel ve sosyal destek sağlamak durumunda kalmaktadırlar. Bakım verenler sosyal desteği; duygusal destek (özen gösterme, sevgi, hoşlanma, değer verme), araçsal destek (para, araç ve materyal yardımı), bilgisel destek (nitelikli bilgi aktarımı) ve yaygın destek (eğlenme, boş vakitleri bir arada geçirme) gibi maddi ve manevi yardımlar şeklinde gösterebilmektedirler.⁸² Kanser bakım sürecinin her aşamasında bakım verenler hasta bakımının birçok yönüyle ilgilenmektedirler. Bunlar; ilaç temini ve uygulanması, semptom yönetimi, besin temini ve beslenme yardımı, giyinme ve hasta hareketinin

sağlanması; tuvalet, banyo ve kişisel bakım sağlama, tedavilerin kontrolü, bakımı koordine etme, problem çözme ve karar verme, randevuların organizasyonu, finansal yönetim, getir götür işleri (fatura ödeme, evrak işleri vs), duygusal destek sağlama, sosyal faaliyetlere katılımını sağlama, tıbbi cihazları kullanma ve izleme, sosyal hizmetlerin koordinasyonu, iletişim, ev işleri, alışveriş yapma, kendi günlük yaşamını yönetme, ulaşım ve çevre güvenliğini sağlama gibi görevlerdir.^{17, 65, 75, 89} Bakım faaliyetleri, semptomları ve yan etkileri takip etmeyi ve yorumlamayı ayrıca ortaya çıkan olumsuz durumlar ve tedaviden kaynaklanan advers etkiler için klinik durumun değerlendirilmesini içermektedir.⁸⁹

Bakım vermenin aile, iş ve sosyal hayat üzerine etkileri göz önüne alındığında kanser hastasına bakım veren bireylerin yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi mecburi hale gelmektedir.¹⁴ Birey ve aile üzerinde olumsuz değişiklikler meydana getiren kanser gittikçe artan problemler ortaya çıkarmakta, hasta ve ailenin beklentilerini olumsuz yönde etkilemekte, hayattan doyum almalarını engellemektedir.⁹⁰ Kanser tanısı bakım veren bireyleri fiziksel, duygusal, manevi ve sosyo-ekonomik bakımdan etkilemekte ve yaşam biçimleri değişmektedir.⁸⁹

Bakım verenlerin, uzun süreli bakım verme görevine bağlı olarak genellikle; yorgunluk, ağrı, stres, uyku problemleri, iştah değişiklikleri (kilo alma, kilo verme), bilişsel işlev bozukluğu, fiziksel güç kaybı gibi fiziksel problemlerinin arttığı saptanmaktadır.^{65, 75} Kanser hastasına bakım verenlerde, bireyin kendi kronik hastalıklarının kontrolünü yitirmesine ek olarak baş ağrısı, sık üşüme hissi yaşama, bağışıklık fonksiyonunun azalması, immün sistemin etkilenmesi, yaraların yavaş iyileşmesi, kan basıncının yükselmesi ve değişmiş lipid düzeyleri gibi fiziksel değişiklikler saptanmaktadır.^{3, 83, 89, 91} Kanserli hastaya bakım veren yakınlarının öz bakım uygulamalarının olumsuz etkilendiği, egzersiz yapamama, kendisi için reçete

edilen ilaçları temin etmeyi unutma, yeterli istirahat edememenin daha çok görüldüğü ortaya çıkmaktadır.³ Ayrıca antidepresan, hipnotik gibi reçete edilen ilaçları kullanma, sağlık koruyucu davranışları uygulamama ve sağlık kurumuna başvurma gibi davranışlarda bulunma oranının yüksek olduğu saptanmaktadır.⁹² Bakım verme sırasında bakım veren bireyin zorlanmasına bağlı olarak gelişen fiziksel sağlıkta bozulma, kişide mortalite riskini arttırmaktadır.²³ Bakım verenin fiziksel refahı, hastanın tıbbi durumu ve semptom yükü ile ilişkili olduğu için zaman içinde ve sürekli olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Hasta bireyin semptom yükü arttıkça bakım verene ek sorumluluklar yüklenmektedir.⁷⁵

Hastanın semptomlarıyla baş etme biçimindeki yetersizlikleri bakım verenlerde strese neden olmaktadır.⁹³ Stres ise; korku, anksiyete, öfke, şaşkınlık, depresyon, ruhsal sıkıntı, psikosomatik semptomlar gibi problemlerin açığa çıkmasına neden olmaktadır.⁵ Aile üyelerinin bu psikolojik sorunlarla karşı karşıya gelmesinin en önemli nedeni çaresizlik hissetmeleridir. Hastaya karşı çelişkili duygular, isyan etme, psikolojik distres, hastalığın ciddiyetini reddetme, sosyal aktivitelerden uzaklaşma ve hastalık dışında bir şey düşünüp konuşamama gibi durumlar da görülmektedir.^{5, 23} Hasta ve bakım verenleri, aile içi rollerde farklılaşmalarla ve geleceğe yönelik belirsiz düşüncelerle karşılaşmaktadırlar.⁷² Kanseri hastalığının uzun sürmesi, bakım verenlerin günlük olağan yaşam düzenlerini değiştirmelerine, aile içi ilişkilerin farklılaşmasına ve bilinmeyen durumlara uyum sorunlarına neden olmaktadır. Hastayı memnun etme gayreti içinde aile üyeleri daima mutlu görünme çabası içine girerler ve bu davranışa bağlı gerginlik yaşarlar. Bakım verenlerde geleceğe yönelik karamsarlık, korku, kayıp sonrası yasını tutma, isteksizlik, hasta için üzülme, çaresizlik, umutsuzluk gibi duygular depresyona neden olabilmektedir. Hasta ile geçirilen vakit arttıkça yaşanan bu duygular artış göstermektedir.^{17, 94} Kanseri tedavi ihtimali olmayan ileri aşamalara geldiğinde, hasta ve

aile bireyleri üzerinde yüksek duygusal etkilere neden olmaktadır. Kanser hastalığının belirsizliği, tekrarlama korkusu, semptom ve şiddetinin artması, kontrol kaybının olması ve ölümün varoluşu aile üyesinde endişelere neden olmaktadır.^{27, 95} Ayrıca, aile üyelerinin hastayı kaybetmelerine bağlı; şok, öfke, dikkat dağınıklığı, halüsinasyon, suçluluk, yalnızlık gibi yas tepkileri gösterdikleri de ortaya çıkmaktadır.¹⁷ Ölümün yanı sıra hastalığın kendisi ve tedaviden kaynaklı organ kaybı, engellilik ve ağır bedensel yükün oluşması ile hastalığın teşhisinden başlayarak her aşamasında aile üyelerinin yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmektedir.⁹⁶

Kronik hastalığı olan bireye bakım, sosyal ve kişilerarası ilişkilerde de sorunlara yol açabilmektedir.⁹⁷ Hasta bireyin rollerini diğer aile bireyleri üstlendiği için bağımlılık artışına neden olmaktadır.⁹⁴ Aile üyeleri genellikle sosyal aktivitelere katılmaya çalıştıklarını fakat hastanın yanında olmadıkları zaman sürekli endişe duydukları için aktivitelerden vazgeçtiklerini bildirmektedirler.⁶⁵ Ailenin değişen rol ve sorumlulukları, faaliyetlerin kısıtlanması, evlilik ve aile ilişkilerinde güçlü çatışmaları ve zorlukları beraberinde getirebilmektedir. Bakım verenler hastalarına bakım ile fazla meşgul oldukları için sosyalleşmenin azaldığı ve sosyal izolasyonun arttığı görülmektedir.⁹⁸ Bir derleme çalışmasında kanser hastasına bakım verenlerin hastalık ve tedavi sürecinde; yalnızlık, aile ve arkadaşlık ilişkilerinde bozulma, sosyal rollerde ikilem gibi sosyal sorunlarının olduğunu göstermektedir.¹⁷ Ayrıca bakım verenlerin çevreleri ile kanser hakkında paylaşımda bulunma konusunda zorlandıkları ve kanseri sosyal ilişkilerinin bozulmasına bir sebep olarak gördükleri açığa çıkmaktadır.^{99, 100} Literatürde bakım verenlerin sıklıkla kendilerini hazırlıksız hissettikleri, formal bakım sunan profesyonellerden çok az destek aldıkları, hastalığın kendisi ve bakımla alakalı yeterince bilgi alamadıkları ortaya çıkmaktadır.⁸⁸

Bakım, aile üyelerine doğrudan masraflar oluşturmaının yanında bakım verenin gelirinde ve çalışma ekonomisindeki yararında kayıplar oluşturmaktadır. Bakım verme kişinin istihdam edilme şansını da azaltmaktadır.⁶⁵ Hastalık nedeniyle hasta yakını önceki dönemlere göre daha az süre çalışabilmekte, kimi zaman işten ayrılmak zorunda kalabilmektedir. Bu süreçte, tedavinin uzun sürmesi, uzun süre hastanede kalma, hastaneye sık gidip gelme, tıbbi masrafların artması, kazançta azalma, sağlık güvencesi eliyle karşılanmayan masrafların ek yük meydana getirmesi gibi nedenlerle ekonomik sıkıntılarda artış görülmektedir.¹⁰¹ Yapılan çalışmalarda; bakım verenler kanser bakımının sonucu olarak, finansal kaynakları kullandıklarını, borç aldıklarını, ev sattıklarını ayrıca da iflas ettiklerini bildirmektedir. Uzun süreler bakım verme emeklilik süreci için tasarrufta kayıplar yaşatabilmektedir.^{65, 89}

2.6. Kanserli Hastaya Bakım Veren Bireylerde Hemşirelik Yaklaşımı

Primer bakım verenler, tanı evresinden evde bakıma kadarki süreçte sağlık ekibi ile yakın bir iletişim halindedirler.⁶⁶ Multidisipliner ekip yaklaşımı ile sağlık ekibinde yer alan hemşireler, kanser tedavisinde en çok karşılaşılan meslek grubudur.¹⁰² Mart 2010 tarihli yönetmeliğe göre hemşirelik hizmetlerinin kapsamı; “Birey, aile, grup ve toplumun sağlığının geliştirilmesi, korunması, hastalık durumunda iyileştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması amacıyla hemşirenin yerine getirdiği bakım verme, hekimce hazırlanan tıbbî tanı ve tedavi planının oluşturulması ve uygulanması, güvenli ve sağlıklı bir çevre oluşturma, eğitim, danışmanlık, araştırma, yönetim, kalite geliştirme, işbirliği yapma ve iletişimi sağlama rolleri” şeklinde ifade edilmiştir.¹⁰³ Genel olarak hemşirelik hizmetlerinin amacı, sağlığı sürdürmek, desteklemek ve sağlık düzeyini yükseltmektir.¹⁰⁴ Kanser tanısı almak sadece hastalar üzerinde değil, aynı zamanda hasta yakınlarında da önemli bir etkiye sahiptir.¹⁰⁵ Bu yüzden hemşirelerin, bütüncül hemşirelik bakımı kapsamında hasta ve ailesini birlikte ele alması gerekmektedir.¹⁰⁶

Kanserde hemşirenin sorumlulukları; hasta ve ailenin sağlıkla ilgili gereksinimlerinin belirlenmesi, hastalık bakım sürecinde geçerli araştırma sonuçlarının kullanılması, hasta ve ailenin hemşirelik problemlerinin tanılanması, uygun girişimlerin kanıta dayalı olarak planlanması, uygulanması, bakımın sürekliliğini sağlamak için tedavi ekibi ile iş birliği yapılması, hasta, ailesi ve ekip üyeleriyle birlikte bakımın beklenen sonuçlarının değerlendirilmesi ve denetiminin yapılmasıdır.^{103, 107, 108} Kanserli hastaya bakım veren aile üyesinin sistematik olarak değerlendirilmesi, önceliklerinin ve sağlık sorunlarının saptanması hemşirenin bakım verme sorumluluğundadır. Ayrıca hemşire, hasta ve ailenin yaşam kalitesini iyileştirmek için destek bakımı ve semptom yönetimi sağlamaktadır.¹⁰⁹ Bakım veren bireyin fiziksel sağlığı; iştahta azalma veya artma, reçete edilmiş tedavilerine uyma durumu, alkol kullanımı, ruh sağlığı; kaygı, depresyon, anksiyete, uyku düzeninde değişim, üzüntü, tükenmişlik gibi fiziksel ve ruhsal semptomları ve hastalık bulguları yönünden gözlenmeli ayrıca bakım verenin kendi sağlığını izlemesi sağlanmalıdır.⁶¹ Bakım verenlerin karşılaştıkları sorunları çözüme ulaştırmak amacıyla bireysel ya da grup danışmanlığı yapılmalıdır.¹¹⁰

Bakım verene verilecek destekler; hastalık, tedavi ve süreç hakkında bilgilendirme, hasta bakımı, hastalığın rehabilitasyonu ve takibinin yapılması gibi konularda eğitim verme, hastane, sağlık çalışanları ve acil hizmetlere erişim konusunda bilgilendirme, güvende hissetmeleri için günün her saatinde ulaşabilecekleri telefon numaralarını verme, psikolojik rehberlik sunan kişiler ve birimlere yönlendirme ve sosyal destek almaları için sivil toplum örgütleri, topluluklar hakkında bilgilendirme, formal bakım sunan mesleki profesyonellerden destek ve danışmanlık hizmeti almalarını sağlama ayrıca kendileri gibi bakım veren bireylerle bir araya gelebilecekleri kuruluşlara yönlendirme, tedavi sürecinde diğer aile üyeleri, arkadaş ve akrabaları tarafından desteklenmelerinin sağlanması, günlük rutinlerinin planlanması, iş yerleriyle ilgili destek

programları hakkında farkındalık yaratma, maddi/ manevi ihtiyaçları konusunda destekleme ve yas süreci, üzüntü gibi duyguları ile baa çıkmada yardımcı olmadır. Hasta yakınlarının fiziksel, zihinsel yorgunluk ve stresini azaltmada; stresle ba etme yöntemlerinin artırılması, psiko-eğitim verilmesi, masaj, terapötik dokunma, yoga, müzik terapi, telefonla erişim sağlama, yürüyüş ve günlük egzersiz yapmalarını sağlama, yaşadığı hisleri, duygu ve düşünceleri yazıya dökme gibi tamamlayıcı terapilerin uygulanması sağlanabilmektedir.^{17, 81, 110, 111}

Etkisi hastanın yaşamı süresince devam edebilecek bir hastalık olan kanserde uyum sürecini aile bireylerinin öğrenmesi gerekmektedir. Bu sebeple hasta ve ailesinin hastalığı kabullenmesi ve uyum sürecini kolaylaştırmak için uygun girişimlerde bulunulması önemlidir.⁹³ Hemşirelerin kanserli hastalardaki bakım desteği ve hemşirelik girişimleri ailenin destek kaynaklarını harekete geçirme ve sürece uyum sağlamalarını kolaylaştırmaktadır.¹¹² Hemşireler, kanser hastası ve ailesini bir bütün olarak ele almalı, kültürel, manevi ve biyo-psikososyal yönleri ile değerlendirmelidir.²⁷ Kanser hastalığı sürecinde bakım vermenin aile üyelerinin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi bakım programlarının fark edilmesini sağlamakta ve yapılabileceklerin planlamasında ipucu sağlamaktadır.⁸¹

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Elazığ Fırat Üniversitesi Hastanesi Onkoloji polikliniği ve servislerinde Ocak- Haziran 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini, Elazığ ili Fırat Üniversitesi Hastanesi Onkoloji 1, Onkoloji 2 servislerinde yatarak tedavi gören ve Onkoloji Polikliniği'ne ayaktan başvuran kanser hastalarının yakınları oluşturmuştur. Çalışmanın örneklemini, Ocak-Haziran 2020 tarihleri arasında onkoloji servisleri ve polikliniğine başvuran araştırmaya alınma kriterlerine uygun olan 200 hasta bakım vereni oluşturmuştur.

Araştırmaya alınma kriterleri;

- 18 yaş ve üzerinde olan,
- Kanser tanısı alan hastalara bakım veren,
- Bakım veren bireyin hastanın aile üyelerinden biri olması,
- Hasta ve ona bakım verenlerin ölçeklerdeki ifadeleri anlama yetisine sahip olması idi.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri üç form kullanılarak toplanmıştır. Bunlar;

- Hasta Tanıtım Formu
- Bakım Verenleri Tanıtım Formu
- Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği Aile Versiyonu

3.4.1. Hasta Tanıtım Formu (EK-5)

Hastanın; cinsiyet, yaş, tanılanma süresi, kanser türü, tedavi ve ailede kendine özel odasının olma durumu sorularını içeren hastayı tanımaya yönelik sorulardan oluşmuştur.

3.4.2. Bakım Verenleri Tanıtım Formu (EK-6)

Bakım verenin; cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk varlığı, öğrenim durumu, gelir düzeyi, yaşanılan yer, çalışma durumu, çalışma hayatında güçlük yaşama durumu, birlikte yaşanan kişiler, hastaya başkasının da bakım verme durumu, hastaya yakınlık derecesi, kendi sorumluluklarını yerine getirebilme durumu, bakım sürecinde sağlığının etkilenmesi, yaşanan sağlık problemleri, evlilik ve aile sürecinde sorun yaşama durumu, bakmakla yükümlü olunan başka bireylerin varlığı, bakım verme süresi, günlük ortalama bakım süresi, daha önce başka hastaya bakım verilmesi, ailede başka kanser hastasının olup-olmaması, hastanın tanısını bilme durumu, hastanın kendi tanısını bilme durumu ve bakım verme nedeniyle maddi sıkıntı yaşama durumu gibi hastaya bakım veren bireyi tanımaya yönelik sorulardan oluşmuştur.

3.4.3. Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği Aile Versiyonu (Quality of Life Family Version) (QOL-FV) (EK-7)

Ferrell ve Grant¹¹³ tarafından aile üyelerinin yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla geliştirilen ölçek, Okçin ve Karadakovan¹¹⁴ tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. “Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği Aile Versiyonu” Türkçe uyarlaması toplam 31 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe uyarlamasında soru sayısı ve yerleri değiştirilmiş ve toplam 4 yeni alt boyut oluşturulmuştur.

Bu boyutlar;

Psikolojik Sağlık Durumu Alt Boyutu: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11. maddeleri içermektedir.

Fiziksel Sağlık Durumu Alt Boyutu: 12,13,14,15,16,17,18,19,20. maddeleri içermektedir.

Taniya Yaklaşım Durumu Alt Boyutu: 21,22,23,24,25,26,27. maddeleri içermektedir.

Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu Alt Boyutu: 28,29,30,31. maddeleri içermektedir.

Ölçüm yapılırken 1, 12-15, 17-28, 30, 31. sorular ters kodlanmaktadır. Ölçek; toplam puan ve alt boyut puanları üzerinden yorumlanmakta ve yüksek puan yaşam kalitesinin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin geliştirilmesinde kemoterapi ünitesine başvuran kanser hastalarının yakınları örnekleme oluşturmuş olup, test- tekrar test ölçek toplam puanı arasındaki korelasyon $r=0.86$, Cronbach Alpha Katsayısı=0.90 olarak hesaplanmıştır.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın amacı hasta ve hasta yakınlarına açıklanarak, bilimsel çalışmanın literatüre katkısı iletilmiş ve hasta/ bakım verenlerin sözlü onamları alınarak gönüllü katılım gösterilmesi sağlanmıştır. Görüşme, bakım verenlere yöneltilen sorular ve alınan yanıtları hastaların duymayacağı bir ortamda, onkoloji servislerinde hemşire deskinde bir sandalyede oturarak, onkoloji polikliniğinde ise poliklinik odasından uzak bir oturma alanında gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri hasta yakınları ile yüz yüze olarak tanıtım formu ve ölçek soruları tek tek araştırmacı tarafından aktarılmıştır. Anlaşılmayan sorularda soru tekrardan açıklanmış ve algılama hatalarına yer verilmemiştir. Görüşme yaklaşık 15- 20 dakika olarak gerçekleştirilmiştir. Hasta bilgileri hastadan ve kurumdan izin alınarak hastanın dosyasından alınmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, SPSS for Windows 22 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayılar, yüzdelikler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra; ikili grupların karşılaştırılmasında Bağımsız gruplarda t testi, çoklu

grupların karşılaştırılmasında Varyans Analizi (İleri analiz olarak varyansların homojen olduğu durumlarda LSD, olmadığı durumlarda Dunnet C kullanılmıştır.), ilişkisel çıkarımlarda Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Verilerin normallik dağılımını belirlemek için Shapiro-Wilk normallik testi kullanılmıştır.

Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel testler Tablo 3.1’de sunulmuştur.¹¹⁵

Tablo 3.1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler

	Normal dağılan ölçümlerde	Normal dağılmayan ölçümlerde
İkili grupların karşılaştırılmasında	Bağımsız gruplarda t testi	-
Çoklu grupların karşılaştırılmasında	Varyans Analizi (İleri analiz olarak varyansların homojen olduğu durumlarda LSD, olmadığı durumlarda Dunnet C kullanılmıştır).	-
İlişkisel Çıkarımlarda	Pearson korelasyon analizi	-
İç Geçerlilik	Cronbach α kat sayısı	
Verilerin normallik dağılımı	Kurtosis ve Skewness kat sayıları*	

Verilerin normallik dağılım analizleri Tablo 3.2’de sunulmuştur.

Tablo 3.2. Çalışmada Yer Alan Sürekli Değişkenlere Ait Normal Dağılım Tablosu

Sürekli Değişkenler	n	Skewness		Kurtosis	
		Kat Sayısı		Kat Sayısı	
		İstatistik	Standart Hata	İstatistik	Standart Hata
Hasta Yaşı	200	-0.476	0.172	-0.146	0.342
Bakım veren yaşı	200	0.237	0.172	-0.721	0.342
Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık Durumu	200	-0.162	0.172	-0.292	0.342
Fiziksel Sağlık Durumu	200	-0.123	0.172	-0.390	0.342
Tanıya Yaklaşım Durumu	200	0.448	0.172	-0.296	0.342
Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu	200	0.166	0.172	-0.832	0.342
Aile- Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanı	200	0.009	0.172	-0.410	0.342

Tüm sürekli değişkenler normal dağılmaktadırlar.

Bu çalışma için, Cronbach Alpha değerleri Tablo 3.3'te sunulmuştur.

Tablo 3.3. İç Geçerlilik Katsayıları

Ölçek	Cronbach α
Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık Durumu	0.825
Fiziksel Sağlık Durumu	0.755
Taniya Yaklaşım Durumu	0.714
Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu	0.657
Aile- Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam	0.894

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Çalışma yapılan dönemin pandemi süreci olması nedeniyle servis ve polikliniklerde hasta/hasta yakını sayısı azalmıştır. Hasta yakınlarına ulaşmakta güçlük yaşanmıştır. Çalışma sonucu elde edilen sonuçlar bu araştırmadaki hasta yakınlarına genellenebilir.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma kapsamında hasta ve hasta yakınlarına araştırma hakkında bilgi verilmiş, “Gönüllülerin Bilgilendirilmiş Olur Formu” bildirilerek, katılımının zorunlu olmadığı, katılım konusunda özgür oldukları ve istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları iletilmiştir. Araştırmaya katılım gösteren kişilerden sözlü onam alınmış ve sorular bu şekilde sorulmaya başlanmıştır. Araştırma süresince hasta ve yakınlarının hakları korunmuş, araştırma etiğine önem verilmiştir.

Araştırma başlamadan önce Erzurum Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik kurul onayı alınmıştır. (EK-3)

Çalışmanın yürütüldüğü Fırat Üniversitesi Hastanesi Başhekimliğinden gerekli izinler alınmıştır. (EK- 4)

4. BULGULAR

Hastalara ait tanıtıcı özellikler Tablo 4.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Hastalara Ait Tanıtıcı Özelliklerin Dağılımı

		n	%		
Cinsiyet	Kadın	108	54.0		
	Erkek	92	46.0		
Hastalık Süresi	1 yıldan az	91	45.5		
	1-5 yıl	74	37.0		
	6- 10 yıl	29	14.5		
	10 yıldan fazla	6	3.0		
Kanser Türü	Kolo- rektal kanser	32	16.0		
	Özofagus- mide kanseri	21	10.5		
	Akciğer kanseri	29	14.5		
	Meme- jinekolojik kanser	43	21.5		
	Beyin tümörü	10	5.0		
	Diğer	65	32.5		
Tedavi Türü	Kemoterapi	50	25.0		
	Radyoterapi	6	3.0		
	Cerrahi tedavi	11	5.5		
	KT+RT	32	16.0		
	RT+CT	9	4.5		
	KT+CT	29	14.5		
	KT+RT+CT	42	21.0		
	Yok	21	10.5		
Hastaya Ait Özel Oda	Evet	84	42.0		
	Hayır	116	58.0		
Sürekli Değişkenler	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Yaş	200	20	85	58.12	13.69

KT: Kemoterapi, RT: Radyoterapi, CT: Cerrahi Tedavi

Tablo 4.1’de görüldüğü gibi, hastaların %54’ü kadındır, %45.5’inin hastalık süresi bir yıldan azdır ve %25’i kemoterapi almaktadır. Hastaların %58’inin kendisine ait özel odası yoktur ve ortalama yaş 58.12 ± 13.69 olup 20-85 arasında değişmektedir.

Bakım verenlerin tanıtıcı özellikleri Tablo 4.2’de sunulmuştur.

Bakım verenlerin bakım vermeye ait özellikleri Tablo 4.3’te sunulmuştur.

Tablo 4.2. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

		n	%
Cinsiyet	Kadın	112	56.0
	Erkek	88	44.0
Medeni Durum	Evli	130	65.0
	Bekâr	58	29.0
	Boşanmış/ Dul	12	6.0
Çocuk Sahibi Olma	Evet	120	60.0
	Hayır	80	40.0
Öğrenim Durumu	Okuryazar değil	26	13.0
	İlkokul	64	32.0
	Ortaokul	22	11.0
	Lise	42	21.0
	Üniversite	46	23.0
Gelir Düzeyi	Gelir giderden az	100	50.0
	Gelir gidere denk	95	47.5
	Gelir giderden fazla	5	2.5
Yaşanılan Yer	İl merkezi	149	74.5
	İlçe	18	9.0
	Köy/ Kasaba	33	16.5
Çalışma Durumu	Evet	64	32.0
	Hayır	136	68.0
Çalışma Hayatında Güçlük Yaşama	Evet	37	57.8
	Hayır	27	42.2
Birlikte Yaşanan Kişiler	Yalnız	5	2.5
	Aile ile	183	91.5
	Akrabalar ile	6	3.0
	Diğer	6	3.0
Hastaya Yakınlık Derecesi	Annesi	7	3.5
	Kardeşi	28	14.0
	Eşi	50	25.0
	Oğlu	45	22.5
	Kızı	38	19.0
	Diğer	32	16.0

Tablo 4.3. Bakım Verenlerin Bakım Vermeye Ait Özelliklerinin Dağılımı

		N	%		
Yaşanan Sağlık Problemleri	Psikolojik problemler	50	25.0		
	Fiziksel problemler	19	9.5		
	Psikolojik ve fiziksel problemler	72	36.0		
	Sorun yok	59	29.5		
Hastaya Başkalarının Bakım Verme Durumu	Evet	114	57.0		
	Hayır	86	43		
Kendi Sorumluluklarını Yerine Getirebilme	Evet	74	37.0		
	Hayır	35	17.5		
	Bazen	91	45.5		
Bakım Sürecinde Kendi Sağlığının Etkilenmesi	Evet	141	70.5		
	Hayır	59	29.5		
Evlilik Sürecinde Sorun Yaşama	Evet	16	8.0		
	Hayır	165	82.5		
	Zaman zaman	19	9.5		
Aile Sürecinde Sorun Yaşama	Evet	13	6.5		
	Hayır	153	76.5		
	Zaman zaman	34	17.0		
Bakmakla Yükümlü Olunan Başka Birey Varlığı	Evet	58	29.0		
	Hayır	142	71.0		
Hastaya Bakım Verme Süresi	1 yıldan az	91	45.5		
	1- 5 yıl	66	33.0		
	6-10 yıl	27	13.5		
	10 yıldan fazla	16	8.0		
Bakım Süresi	1- 6 saat	67	33.5		
	7- 12 saat	22	11.0		
	19- 24 saat	111	55.5		
Hasta Bakım Deneyimi	Evet	82	41.0		
	Hayır	118	59.0		
Ailede Başka Kanserli Hasta Varlığı	Evet	90	45.0		
	Hayır	110	55.0		
Bakım Veren Kişinin Hastanın Tanısından Haberdar Olma Durumu	Evet	176	88.0		
	Hayır	24	12.0		
Hastanın Kendi Tanısından Haberdar Olma Durumu	Evet	143	71.5		
	Hayır	57	28.5		
Bakım Verme Nedeniyle Maddi Sıkıntı Yaşama Durumu	Evet	116	58.0		
	Hayır	84	42.0		
Sürekli Değişkenler	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Bakım veren Yaş	200	18	77	41.88	14.07

Tablo 4.2 ve 4.3'te görüldüğü gibi, bakım verenlerin %56'sı kadın, %65'i evli, %60'ı çocuk sahibi ve %32'si ilkokul mezunudur. Bakım verenlerin %50'sinin geliri giderinden azdır, %74.5'i il merkezinde yaşamaktadır, %68'i çalışmamaktadır ve çalışanların da %57.8'i çalışma hayatında zorluk yaşamaktadırlar. Hastaların %57'sine başkaları da bakım vermektedir, %25'i hastanın eşidir, bakım verenlerin %45.5'i kendi sorumluluklarını bazen yerine getirebilmektedir ve %70.5'inin bakım verme sürecinde kendi sağlıkları da etkilenmiştir. Bakım verenlerin %36'sında psikolojik ve fiziksel problemler gelişmiştir, %82.5'inin evlilik sürecinde sorun yaşanmamıştır, %71'inin bakmakla yükümlü olduğu başka birey yoktur. Bakım verenlerin %45.5'i bir yıldan az süredir bakım vermektedir ve %55.5'i günde 19-24 saat bakım vermektedirler. Daha önce %59 başka hastaya bakım verilmemiştir, %55 ailede başka kanser hastası yoktur, %88'i hastanın tanısını bilmektedir ve hastalarında %71.5'i kendi tanılarından haberdardırlar. Bakım verenlerin %58'i bakım verme nedeniyle maddi sıkıntı yaşamışlardır. Ortalama yaş 41.88 olup 18-77 arasında değişmektedir.

Tablo 4.4. Bakım Verenlere Ait “Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği Aile Versiyonu” ve Alt Boyutlarından Alınan Puan Ortalamaları (n=200)

Ölçek ve Alt Boyutları	Madde Sayısı (En Düşük-En Yüksek)	Min-Max Puanlar	Ort±SS
Psikolojik ve Manevi Sağlık Durumu	11 (0-110)	8-107	58.69±20.44
Fiziksel Sağlık Durumu	9 (0-90)	5-90	49.38±17.59
Taniya Yaklaşım Durumu	7 (0-70)	0-60	23.46±13.59
Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu	4 (0-40)	0-37	14.82±9.04
Ölçek Toplamı	31 (0-310)	28-273	146.34±49.14

Bakım verenlerin Aile Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları, psikolojik ve manevi (spiritüel) sağlık durumu 58.69±20.44, fiziksel sağlık durumu 49.38±17.59, tanıya yaklaşım durumu 23.46±13.59, destek ve ekonomik etkilenme durumu 14.82±9.04 puan olup toplam puan ortalaması 146.34±49.14'tür (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri ve Bakım Vermeye Ait Özellikleri ile “Kanserli Hasta Yaşam Kalitesi Ölçeği Aile Versiyonu” Toplam ve Alt Boyutlarına Ait Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		n	Psikolojik ve Manevi Sağlık Durumu		Fiziksel Sağlık Durumu		Tanıya Yaklaşım Durumu		Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu		Aile- Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanı	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Cinsiyet	Kadın	112	54.18	20.51	45.35	17.90	21.21	13.09	14.70	8.75	135.43	48.50
	Erkek	88	64.42	18.95	54.51	15.86	26.33	13.75	14.97	9.44	160.23	46.61
	Test ve Önemlilik		t=-3.624 p=0.000		t=-3.777 p=0.000		t=-2.687 p=0.008		t=-0.209 p=0.835		t=-3.651 p=0.000	
Medeni Durum	Evli	130	57.24	21.13	46.17	18.46	24.05	14.57	13.71	8.80	141.17	52.42
	Bekâr	58	63.10	19.49	55.66	13.84	21.53	10.95	16.43	8.93	156.72	42.29
	Boşanmış/ Dul	12	53.00	13.81	53.83	16.11	26.33	14.12	19.00	10.44	152.17	35.48
	Test ve Önemlilik		F=2.170 p=0.117		F=6.591 p=0.002		F=0.974 p=0.379		F=3.262 p=0.040		F=2.123 p=0.122	
Çocuk Sahibi Olma	Evet	120	56.47	19.89	46.40	18.68	23.48	14.05	13.86	9.04	140.21	51.11
	Hayır	80	62.01	20.92	53.85	14.84	23.43	12.96	16.25	8.90	155.54	44.76
	Test ve Önemlilik		t=-1.892 p=0.060		t=-3.132 p=0.002		t=0.030 p=0.976		t=-1.845 p=0.067		t=-2.182 p=0.030	
Öğrenim Durumu	Okuryazar değil	26	43.15	18.53	38.96	17.95	19.04	13.12	11.27	8.97	112.42	45.60
	İlkokul	64	55.70	18.87	47.98	17.70	24.02	14.22	13.66	8.70	141.36	46.60
	Ortaokul	22	61.05	18.86	52.27	18.04	25.82	13.88	11.82	9.24	150.95	52.84
	Lise	42	63.48	20.00	53.17	18.30	24.48	14.59	16.19	9.80	157.31	49.17
	Üniversite	46	66.11	19.88	52.37	14.19	23.13	11.79	18.61	7.28	160.22	44.22
	Test ve Önemlilik		F=7.020 p=0.000		F=3.518 p=0.008		F=0.944 p=0.439		F=4.423 p=0.002		F=5.147 p=0.001	

Tablo 4.5. (Devamı)

		n	Psikolojik ve Manevi Sağlık Durumu		Fiziksel Sağlık Durumu		Tanıya Yaklaşım Durumu		Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu		Aile- Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanı	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Gelir Düzeyi	Gelir giderden az	100	55.08	19.81	45.75	17.04	21.80	12.74	11.45	8.16	134.08	46.13
	Gelir gidere denk	95	61.59	20.49	52.39	17.11	24.88	14.41	18.13	8.52	156.99	48.86
	Gelir giderden fazla	5	75.60	17.87	64.80	22.13	29.60	11.52	19.20	11.95	189.20	51.01
	Test ve Önemlilik		F=4.371		F=5.698		F=1.791		F=15.992		F=7.737	
			p=0.014		p=0.004		p=0.169		p=0.000		p=0.001	
Yaşanılan Yer	İl merkezi	149	59.38	20.41	49.69	16.92	23.85	13.87	15.09	9.09	148.01	49.00
	İlçe	18	62.22	25.54	57.06	17.31	22.94	10.75	16.17	9.64	158.39	52.92
	Köy/ Kasaba	33	53.61	17.01	43.79	19.36	22.00	13.97	12.82	8.44	132.21	46.06
	Test ve Önemlilik		F=1.381		F=3.490		F=0.261		F=1.079		F=2.012	
			p=0.254		p=0.032		p=0.770		p=0.342		p=0.136	
Çalışma Durumu	Evet	64	65.03	19.26	53.83	16.59	25.95	13.02	17.13	8.02	161.94	47.43
	Hayır	136	55.70	20.36	47.29	17.72	22.29	13.75	13.73	9.31	139.00	48.37
	Test ve Önemlilik		t=3.076		t=2.485		t=1.789		t=2.650		t=3.148	
			p=0.002		p=0.014		p=0.075		p=0.009		p=0.002	

Tablo 4.5. (Devamı)

		n	Psikolojik ve Manevi Sağlık Durumu		Fiziksel Sağlık Durumu		Taniya Yaklaşım Durumu		Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu		Aile- Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanı	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Birlikte Yaşanan Kişiler	Yalnız	5	59.60	26.58	55.00	17.33	24.00	16.61	18.80	13.14	157.40	66.46
	Aile ile	183	58.28	20.42	48.84	17.52	23.44	13.75	14.83	8.77	145.38	48.85
	Akrabalar ile	6	60.67	9.24	56.17	16.82	21.67	8.29	7.00	6.90	145.50	27.35
	Diğer	6	68.33	26.06	54.50	22.12	25.50	13.05	18.83	12.38	167.17	65.27
	Test ve Önemlilik		F=0.488 p=0.691		F=0.692 p=0.558		F=0.082 p=0.970		F=2.257 p=0.083		F=0.464 p=0.708	
Çalışma Hayatında Güçlük Yaşama	Evet	37	63.14	18.24	52.14	16.62	24.32	12.00	15.89	7.16	155.49	46.48
	Hayır	27	67.63	20.65	56.15	16.57	28.19	14.22	18.81	8.93	170.78	48.16
	Test ve Önemlilik		t=-0.921 p=0.361		t=-0.955 p=0.343		t=-1.175 p=0.244		t=-1.452 p=0.152		t=-1.280 p=0.205	
Hastaya Başkalarının da Bakım Verme Durumu	Evet	114	61.52	20.53	53.07	15.80	22.73	13.11	17.01	9.08	154.32	46.70
	Hayır	86	54.93	19.82	44.49	18.71	24.43	14.23	11.91	8.16	135.76	50.54
	Test ve Önemlilik		t=2.280 p=0.024		t=3.430 p=0.001		t=-0.876 p=0.382		t=4.107 p=0.000		t=2.687 p=0.008	
Hastaya Yakınlık Derecesi	Annesi	7	49.57	13.28	29.57	7.91	20.57	12.23	9.29	6.55	109.00	20.16
	Kardeşi	28	61.57	16.68	53.71	10.58	24.61	12.35	16.64	9.43	156.54	35.70
	Eşi	50	52.26	22.53	41.10	18.76	24.52	16.80	10.52	7.70	128.40	55.69
	Oğlu	45	64.33	18.72	56.82	15.71	24.18	11.47	16.11	9.61	161.44	43.93
	Kızı	38	57.11	21.58	49.26	16.86	22.55	15.11	16.37	9.07	145.29	50.52
	Diğer	32	62.13	19.87	52.53	18.01	21.50	10.39	17.47	7.94	153.63	48.04
	Test ve Önemlilik		F=2.371 p=0.041		F=7.088 p=0.000		F=0.350 p=0.882		F=4.303 p=0.001		F=3.598 p=0.004	

Tablo 4.5. (Devamı)

		n	Psikolojik ve Manevi Sağlık Durumu		Fiziksel Sağlık Durumu		Taniya Yaklaşım Durumu		Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu		Aile- Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanı	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Kendi Sorumluluklarımı Yerine Getirebilme	Evet	74	67.85	18.22	57.15	14.41	26.14	14.09	19.11	8.38	170.24	41.87
	Hayır	35	48.09	19.56	42.80	19.88	19.80	11.91	9.97	8.42	120.66	49.58
	Bazen	91	55.31	19.64	45.59	16.89	22.69	13.50	13.19	8.36	136.78	46.58
	Test ve Önemlilik		F=15.319 p=0.000		F=13.220 p=0.000		F=2.901 p=0.057		F=17.285 p=0.000		F=17.843 p=0.000	
Bakım Sürecinde Kendi Sağlığının Etkilenmesi	Evet	141	52.96	19.21	44.90	16.96	21.16	13.05	12.89	8.70	131.91	45.16
	Hayır	59	72.36	16.51	60.08	14.20	28.97	13.37	19.40	8.18	180.81	40.58
	Test ve Önemlilik		t=-6.774 p=0.000		t=-6.044 p=0.000		t=-3.831 p=0.023		t=-4.911 p=0.000		t=-7.189 p=0.000	
Yaşanan Sağlık Problemleri	Psikolojik problemler	50	60.04	18.75	51.90	17.55	22.70	14.56	14.44	9.79	149.08	48.55
	Fiziksel problemler	19	58.84	13.75	50.26	19.35	17.58	7.91	13.89	9.67	140.58	39.54
	Psikolojik ve fiziksel problemler	72	46.50	18.72	38.63	13.34	21.03	12.99	11.56	7.46	117.71	39.57
	Sorun yok	59	72.36	16.51	60.08	14.20	28.97	13.37	19.41	8.18	180.81	40.58
	Test ve Önemlilik		F=23.239 p=0.000		F=21.830 p=0.000		F=5.595 p=0.001		F=9.336 p=0.000		F=24.273 p=0.000	
Evlilik Sürecinde Sorun Yaşama	Evet	16	37.88	14.99	40.88	17.34	20.00	7.06	10.13	7.35	108.88	36.78
	Hayır	165	61.39	20.14	51.71	17.20	24.31	13.93	15.77	9.03	153.18	48.50
	Zaman zaman	19	52.74	15.70	36.32	13.50	19.00	13.98	10.47	8.21	118.53	40.55
	Test ve Önemlilik		F=11.672 p=0.000		F=9.268 p=0.000		F=1.879 p=0.155		F=5.506 p=0.005		F=10.146 p=0.000	

Tablo 4.5. (Devamı)

		n	Psikolojik ve Manevi Sağlık Durumu		Fiziksel Sağlık Durumu		Taniya Yaklaşım Durumu		Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu		Aile- Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanı	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Aile Sürecinde Sorun Yaşama	Evet	13	43.00	16.17	38.38	12.44	19.54	15.25	12.62	7.64	113.54	38.52
	Hayır	153	61.16	20.60	51.23	17.56	25.10	13.80	15.44	9.09	152.94	49.13
	Zaman zaman	34	53.53	17.78	45.26	17.58	17.56	9.92	12.82	9.09	129.18	44.43
	Test ve Önemlilik		F=6.360 p=0.002		F=4.465 p=0.013		F=5.063 p=0.007		F=1.591 p=0.206		F=6.717 p=0.002	
Bakmakla Yükümlü Olunan Başka Birey Varlığı	Evet	58	53.48	17.95	44.72	15.72	21.69	13.03	13.97	8.81	133.86	44.54
	Hayır	142	60.81	21.06	51.28	18.01	24.18	13.80	15.16	9.14	151.44	50.15
	Test ve Önemlilik		t=-2.326 p=0.021		t=-2.421 p=0.016		t=-1.178 p=0.240		t=-0.849 p=0.397		t=-2.320 p=0.021	
Hastaya Bakım Verme Süresi	1 yıldan az	91	60.01	20.42	50.85	17.00	24.23	12.18	16.56	8.60	151.65	48.68
	1- 5 yıl	66	59.15	22.06	49.15	19.07	23.58	14.07	14.26	9.47	146.14	52.64
	6-10 yıl	27	54.89	17.45	49.85	17.04	24.11	16.69	14.11	8.32	142.96	43.35
	10 yıldan fazla	16	55.63	18.89	41.19	14.36	17.50	13.34	8.38	8.11	122.69	41.96
	Test ve Önemlilik		F=0.565 p=0.638		F=1.386 p=0.248		F=1.148 p=0.331		F=4.168 p=0.007		F=1.649 p=0.179	
Günlük Ortalama Bakım Verme Süresi	1- 6 saat	67	65.72	17.52	56.70	16.51	25.21	12.47	18.73	7.94	166.36	40.84
	7- 12 saat	22	66.50	21.32	52.86	15.58	19.45	13.35	15.18	9.31	154.00	52.56
	19- 24 saat	111	52.89	20.21	44.27	16.98	23.20	14.20	12.38	8.83	132.74	48.96
	Test ve Önemlilik		F=11.046 p=0.000		F=12.141 p=0.000		F=1.539 p=0.217		F=11.428 p=0.000		F=11.104 p=0.000	

Tablo 4.5. (Devamı)

		n	Psikolojik ve Manevi Sağlık Durumu		Fiziksel Sağlık Durumu		Tanıya Yaklaşım Durumu		Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu		Aile- Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanı	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Hasta Bakım Deneyimi	Evet	82	56.15	19.83	47.23	16.90	23.76	13.99	14.88	8.57	142.01	47.53
	Hayır	118	60.45	20.75	50.87	17.97	23.25	13.37	14.77	9.38	149.35	50.20
	Test ve Önemlilik		t=-1.469 p=0.144		t=-1.444 p=0.150		t=0.256 p=0.798		t=0.082 p=0.935		t=-1.039 p=0.300	
Ailede Başka Kanserli Hasta Varlığı	Evet	90	59.07	19.93	51.59	17.09	23.93	14.38	15.36	9.03	149.94	47.68
	Hayır	110	58.37	20.93	47.57	17.86	23.07	12.97	14.37	9.06	143.39	50.32
	Test ve Önemlilik		t=0.238 p=0.812		t=1.613 p=0.108		t=0.445 p=0.657		t=0.764 p=0.446		t=0.938 p=0.349	
Bakım Veren Kişinin Hastanın Tanısından Haberdar Olma Durumu	Evet	176	60.09	20.24	50.37	17.94	23.55	13.77	15.36	9.14	149.36	49.14
	Hayır	24	48.42	19.27	42.13	12.85	22.83	12.46	10.79	7.19	124.17	43.97
	Test ve Önemlilik		t=2.664 p=0.008		t=2.174 p=0.031		t=0.240 p=0.810		t=2.351 p=0.020		t=2.384 p=0.018	
Hastanın Kendi Tanısından Haberdar Olma Durumu	Evet	143	60.95	20.66	51.01	17.67	24.27	13.97	15.78	8.98	152.01	49.31
	Hayır	57	53.00	18.88	45.30	16.84	21.44	12.49	12.39	8.81	132.12	46.10
	Test ve Önemlilik		t=2.517 p=0.013		t=2.089 p=0.038		t=1.330 p=0.185		t=2.429 p=0.016		t=2.621 p=0.009	
Bakım Verme Nedeniyle Maddi Sıkıntı Yaşama Durumu	Evet	116	53.01	19.54	46.45	16.98	21.22	12.38	11.62	7.93	132.30	44.91
	Hayır	84	66.52	19.11	53.43	17.71	26.55	14.63	19.23	8.64	165.73	48.36
	Test ve Önemlilik		t=-4.872 p=0.000		t=-2.818 p=0.005		t=-2.779 p=0.006		t=-6.445 p=0.000		t=-5.030 p=0.000	

Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık Durumu alt boyutu için;

Tablo 4.5'te görüldüğü gibi, cinsiyet, öğrenim durumu, gelir düzeyi, çalışma durumu, hastaya başkalarının da bakım verme durumu, hastayla yakınlık derecesi, kendi sorumluluklarını yerine getirebilme, bakım sürecinde kendi sağlığının da etkilenmesi, yaşanan sağlık problemleri, evlilik sürecinde sorun yaşama, aile sürecinde sorun yaşama, bakmakla yükümlü olunan başka birey varlığı, günlük ortalama bakım verme süresi, bakım veren kişinin hastanın tanısından haberdar olma durumu, hastanın kendi tanısından haberdar olma durumu ve bakım vermeden kaynaklı maddi sıkıntı yaşama durumuna göre psikolojik ve manevi (spiritüel) sağlık durumu alt boyutuna ait puan ortalaması ile aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Erkeklerin, çalışanların, hastasına başkası da bakım verenlerin, bakım sürecinde kendi sağlığı da etkilenenlerin, bakmakla yükümlü olunan başka bireyler olanın, hastanın tanısını bilenlerin, kendi tanısını bilen hastaya bakım verenlerin, bakım verme nedeniyle maddi sıkıntı yaşamayanların puan ortalamaları daha yüksek bulundu.

Öğrenim durumuna göre (LSD); okuryazar olmayanların puan ortalamalarının, ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite mezunlarından düşük olduğu belirlenmiştir.

Gelir düzeyine göre (LSD); geliri giderinden az olanların puan ortalamalarının, geliri giderine eşit ve çok olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Hastaya yakınlık derecesine göre (LSD); hastaya eşi bakım verenlerin puan ortalamasının, oğlu ve diğer bakım verenlerden düşük olduğu belirlenmiştir.

Kendi sorumluluklarını yerine getirebilme durumuna göre (LSD); evet yanıtı verenlerin puanlarının, hayır ve bazen yanıtı verenlerden yüksek olduğu belirlenmiştir.

Yaşanan sağlık problemlerine göre (LSD); psikolojik ve fiziksel sağlık problemleri yaşayanların puanlarının, psikolojik, fiziksel ve sorun yaşamayanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Evlilik sürecinde sorun yaşama durumuna göre (LSD); evet yanıtı verenlerin puanlarının, hayır ve zaman zaman yanıt verenlerden düşük olduğu belirlenmiştir.

Aile sürecinde sorun yaşama durumuna göre (LSD); evet yanıtı verenlerin puanlarının, hayır ve zaman zaman yanıt verenlerden düşük olduğu belirlenmiştir.

Günlük ortalama verilen bakım süresine göre (LSD); günlük 19-24 saat bakım verenlerin puanlarının, 1-6 saat ve 7-12 saat bakım verenlerden düşük olduğu belirlenmiştir.

Medeni durum, çocuk sahibi olma, yaşanılan yer, çalışma hayatında güçlük yaşama, birlikte yaşanan kişiler, hastaya bakım verme süresi, daha önce başka hastaya bakım verme durumu ve ailede başka kanserli hasta varlığına göre psikolojik ve manevi (spiritüel) sağlık durumu alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Fiziksel Sağlık Durumu alt boyutu için;

Tablo 4.5'te görüldüğü gibi, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, öğrenim durumu, gelir düzeyi, yaşanılan yer, çalışma durumu, hastaya başkalarının da bakım verme durumu, hastayla yakınlık derecesi, kendi sorumluluklarını yerine getirebilme, bakım sürecinde kendi sağlığının da etkilenmesi, yaşanan sağlık problemleri, evlilik sürecinde sorun yaşama, aile sürecinde sorun yaşama, bakmakla yükümlü olunan başka birey varlığı, günlük ortalama bakım verme süresi, bakım veren kişinin hastanın tanısından haberdar olma durumu, hastanın kendi tanısından haberdar olma durumu ve bakım verme nedeniyle maddi sıkıntı yaşama durumuna göre fiziksel sağlık durumu alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Erkeklerin, çocuk sahibi olmayanların, çalışanların, hastasına başkası da bakım verenlerin, bakım sürecinde kendi sağlığı da etkilenenlerin, bakmakla yükümlü olunan başka bireyler olanın, hastanın

tanısını bilenlerin, kendi tanısını bilen hastaya bakım verenlerin, bakım verme nedeniyle maddi sıkıntı yaşamayanların puan ortalamaları daha yüksek bulundu.

Medeni duruma göre (Dunnet C); evlilerin puan ortalamasının, bekarlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Öğrenim durumuna göre (LSD); okuryazar olmayanların puan ortalamalarının, ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite mezunlarından düşük olduğu belirlenmiştir.

Gelir düzeyine göre (LSD); geliri giderinden az olanların puan ortalamalarının, geliri giderine eşit ve çok olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Yaşanılan yere göre (LSD); ilçede yaşayanların puan ortalamalarının, köy/kasabada yaşayanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hastaya yakınlık derecesine göre (Dunnet C); hastaya annesi bakım verenlerin puan ortalamasının, kardeşi, oğlu, kızı ve diğer bakım verenlerden düşük olduğu belirlenmiştir.

Kendi sorumluluklarını yerine getirebilme durumuna göre (Dunnet C); evet yanıtı verenlerin puanlarının, hayır ve bazen yanıtı verenlerden yüksek olduğu belirlenmiştir.

Yaşanan sağlık problemlerine göre (LSD); psikolojik ve fiziksel sağlık problemleri yaşayanların puanlarının, psikolojik, fiziksel ve sorun yaşamayanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Evlilik sürecinde sorun yaşama durumuna göre (LSD); evet yanıtı verenlerin puanlarının, hayır yanıtı verenlerden düşük olduğu belirlenmiştir.

Aile sürecinde sorun yaşama durumuna göre (LSD); evet yanıtı verenlerin puanlarının, hayır yanıtı verenlerden düşük olduğu belirlenmiştir.

Günlük ortalama verilen bakım süresine göre (LSD); günlük 19-24 saat bakım verenlerin puanlarının, 1-6 saat ve 7-12 saat bakım verenlerden düşük olduğu belirlenmiştir.

Çalışma hayatında güçlük yaşama, birlikte yaşanan kişiler, hastaya bakım verme süresi, daha önce bir hastaya bakım verme durumu ve ailede başka kanserli hasta varlığına göre fiziksel sağlık durumu alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Taniya Yaklaşım Durumu alt boyutu için;

Tablo 4.5'te görüldüğü gibi, cinsiyet, bakım sürecinde kendi sağlığının da etkilenmesi, yaşanan sağlık problemleri, aile sürecinde sorun yaşama ve bakım verme nedeniyle maddi sıkıntı yaşama durumuna göre tanıya yaklaşım durumu alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Erkeklerin, bakım sürecinde kendi sağlığı da etkilenenlerin ve bakım verme nedeniyle maddi sıkıntı yaşamayanların puan ortalamaları daha yüksektir.

Yaşanan sağlık problemlerine göre (LSD); psikolojik ve fiziksel sağlık problemleri yaşayanların puanlarının, sorun yaşamayanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Aile sürecinde sorun yaşama durumuna göre (LSD); evet yanıtı verenlerin puanlarının, hayır yanıtı verenlerden düşük olduğu belirlenmiştir.

Medeni durum, çocuk sahibi olma, öğrenim durumu, gelir düzeyi, yaşanan yer, çalışma durumu, çalışma hayatında güçlük yaşama, birlikte yaşanan kişiler, hastaya başkalarının da bakım verme durumu, hastayla yakınlık derecesi, kendi sorumluluklarını yerine getirebilme, evlilik sürecinde sorun yaşama, bakmakla yükümlü olunan başka birey varlığı, hastaya bakım verme süresi, günlük ortalama bakım verme süresi, daha önce bir hastaya bakım verme durumu, ailede başka kanserli hasta varlığı, bakım veren kişinin hastanın tanısından haberdar olma durumu ve hastanın kendi tanısından haberdar olma durumuna göre tanıya yaklaşım durumu alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu alt boyutu için;

Tablo 4.5’te görüldüğü gibi, medeni durum, öğrenim durumu, gelir düzeyi, çalışma durumu, hastaya başkalarının da bakım verme durumu, hastayla yakınlık derecesi, kendi sorumluluklarını yerine getirebilme, bakım sürecinde kendi sağlığının da etkilenmesi, yaşanan sağlık problemleri, evlilik sürecinde sorun yaşama, hastaya bakım verme süresi, günlük ortalama bakım verme süresi, bakım veren kişinin hastanın tanısından haberdar olma durumu, hastanın kendi tanısından haberdar olma durumu ve bakım verme nedeniyle maddi sıkıntı yaşama durumuna göre destek ve ekonomik etkilenme durumu alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Çalışanların, hastasına başkası da bakım verenlerin, bakım sürecinde kendi sağlığı da etkilenenlerin, hastanın tanısını bilenlerin, kendi tanısını bilen hastaya bakım verenlerin, bakım verme nedeniyle maddi sıkıntı yaşamayanların puan ortalamaları daha yüksektir.

Medeni duruma göre (Dunnet C); evlilerin puan ortalamasının, bekarlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Öğrenim durumuna göre (Dunnet C); üniversite mezunlarından puan ortalamalarının, okuryazar olmayan, ilkokul ve ortaokul mezunlarından yüksek olduğu belirlenmiştir.

Gelir düzeyine göre (LSD); geliri giderinden az olanların puan ortalamalarının, geliri giderine eşit ve çok olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Hastaya yakınlık derecesine göre (LSD); hastaya annesi bakım verenlerin puan ortalamasının, kardeşi, kızı ve diğer bakım verenlerden düşük olduğu belirlenmiştir.

Kendi sorumluluklarını yerine getirebilme durumuna göre (LSD); evet yanıtı verenlerin puanlarının, hayır ve bazen yanıtı verenlerden yüksek olduğu belirlenmiştir.

Yaşanan sağlık problemlerine göre (Dunnet C); psikolojik ve fiziksel sağlık problemleri yaşayanların puanlarının, sorun yaşamayanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Evlilik sürecinde sorun yaşama durumuna göre (LSD); evet yanıtı verenlerin puanlarının, hayır yanıtı verenlerden düşük olduğu belirlenmiştir.

Hastaya bakım verme süresine göre (LSD); on yıldan fazla süredir bakım verenlerin puanlarının, bir yıldan az, 1-5 yıl ve 6-10 yıldır bakım verenlerden düşük olduğu belirlenmiştir.

Günlük ortalama verilen bakım süresine göre (LSD); günlük 19-24 saat bakım verenlerin puanlarının, 1-6 saat bakım verenlerden düşük olduğu belirlenmiştir.

Cinsiyet, çocuk sahibi olma, yaşanılan yer, çalışma hayatında güçlük yaşama, birlikte yaşanan kişiler, aile sürecinde sorun yaşama, bakmakla yükümlü olunan başka birey varlığı, daha önce başka hastaya bakım verme durumu ve ailede başka kanserli hasta varlığına göre Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Aile- Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam puanı için;

Tablo 4.5'te görüldüğü gibi, cinsiyet, çocuk sahibi olma, öğrenim durumu, gelir düzeyi, çalışma durumu, hastaya başkalarının da bakım verme durumu, hastayla yakınlık derecesi, kendi sorumluluklarını yerine getirebilme, bakım sürecine kendi sağlığının etkilenmesi, yaşanan sağlık problemleri, evlilik sürecinde sorun yaşama, aile sürecinde sorun yaşama, bakmakla hükümlü olunan başka birey varlığı, hastaya bakım verme süresi, günlük ortalama bakım verme süresi, bakım veren kişinin hastanın tanısından haberdar olma durumu, hastanın kendi tanısından haberdar olma durumu ve bakım verme nedeniyle maddi sıkıntı yaşama durumuna göre Aile- Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Erkeklerin, çocuk

sahibi olmayanların, çalışanların, hastasına başkası da bakım verenlerin, bakım sürecinde kendi sağlığı da etkilenenlerin, bakmakla yükümlü olunan başka bireyler olanın, hastanın tanısını bilenlerin, kendi tanısını bilen hastaya bakım verenlerin, bakım verme nedeniyle maddi sıkıntı yaşamayanların puan ortalamaları daha yüksektir.

Öğrenim durumuna göre (LSD); okur-yazar olmayanların puan ortalamalarının, ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite mezunlarından düşük olduğu bulunmuştur.

Gelir düzeyine göre (LSD); geliri giderinden az olanların puan ortalamalarının, geliri giderine eşit ve çok olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Hastaya yakınlık derecesine göre (Dunnet C); hastaya annesi bakım verenlerin puan ortalamasının, kardeşi, oğlu ve diğer bakım verenlerden düşük olduğu belirlenmiştir.

Kendi sorumluluklarını yerine getirebilme durumuna göre (Dunnet C); evet yanıtı verenlerin puanlarının, hayır ve bazen yanıtı verenlerden yüksek olduğu belirlenmiştir.

Yaşanan sağlık problemlerine göre (LSD); psikolojik ve fiziksel sağlık problemleri yaşayanların puanlarının, psikolojik, fiziksel ve sorun yaşamayanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Evlilik sürecinde sorun yaşama durumuna göre (LSD); evet yanıtı verenlerin puanlarının, hayır ve zaman zaman yanıtı verenlerden düşük olduğu belirlenmiştir.

Aile sürecinde sorun yaşama durumuna göre (LSD); evet yanıtı verenlerin puanlarının, hayır yanıtı verenlerden düşük olduğu belirlenmiştir.

Günlük ortalama verilen bakım süresine göre (LSD); günlük 19-24 saat bakım verenlerin puanlarının, 1-6 saat bakım verenlerden düşük olduğu bulunmuştur.

Medeni durum, yaşanan yer, çalışma hayatında günlük yaşama, birlikte yaşanan kişiler, daha önce bir hastaya bakım verme durumu ve ailede başka kanserli hasta

varlığına göre Aile- Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Bakım veren yaşı ile “Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği Aile Versiyonu” ve alt boyutları arasındaki ilişki Tablo 4.6’da sunulmuştur.

Tablo 4.6. Bakım Veren Yaşı ile “Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği Aile Versiyonu” ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki

		Bakım Veren Yaşı
Psikolojik ve Manevi Sağlık Durumu	R	-0.253
	P	0.000
	N	200
Fiziksel Sağlık Durumu	R	-0.266
	P	0.000
	N	200
Taniya Yaklaşım Durumu	R	0.137
	P	0.053
	N	200
Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu	R	-0.171
	P	0.015
	N	200
Aile- Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanı	R	-0.194
	P	0.006
	N	200

Bakım verenlerin yaşı ile psikolojik ve manevi sağlık durumu, fiziksel sağlık durumu, destek ve ekonomik etkilenme durumu ve Aile- Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyde ve negatif yönlü ilişki vardır ($p<0.05$). Bakım verenlerin yaşı arttıkça, psikolojik ve manevi sağlık durumu alt boyut puanı, fiziksel sağlık durumu alt boyut puanı, destek ve ekonomik etkilenme durumu alt boyut puanı ve Aile- Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanı azalmaktadır. Bakım verenlerin yaşı ile taniya yaklaşım durumu alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.6).

5. TARTIŞMA

Kanser hastalarının genel bakımında önemli rol almakta olan bakım verenler bakım görevinden derin anlamda tatmin hissi yaşayabilirken aynı zamanda psikolojik ve fiziksel esenlikte, ekonomik koşullarda, bireysel ve sosyal ilişkilerde önemli sorunlar yaşamaktadırlar.⁶⁵ Aile üyelerinin kanser hastalığı sürecinde yaşadığı deneyimler ve demografik özelliklerinin yaşam kalitesine etkisinin literatürde yer bulmasının önemli olduğu düşünülerek bu çalışmada; kanser hastasına bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Yapılan bu çalışmada ölçek puanlarından; psikolojik ve manevi (spiritüel) sağlık durumu, fiziksel sağlık durumu alt boyut puanları orta düzeyde, tanıya yaklaşım durumu, destek ve ekonomik etkilenme durumu alt boyut puanları ve toplam yaşam kalitesi puanı düşük bulundu. Örneklemini kanser hasta yakınlarının oluşturduğu bir çalışmada Aile Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden alınan puanlar düşük olarak ifade edilmiş ve alt boyutlardan fiziksel sağlık durumu ile destek ve ekonomik etkilenme durumlarından alınan puanların daha düşük olduğu belirtilmiştir.²⁷ Çalışmaya benzer olarak yapılan bir diğer çalışmada Aile Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden; fiziksel sağlık durumu, psikolojik ve manevi sağlık durumu puanı orta düzeyde, destek ve ekonomik etkilenme durumu, tanıya yaklaşım durumu ve ölçek toplam puanının düşük olduğu belirtilmiştir.¹¹⁶ Bu çalışmanın sonucu daha önce yapılan çalışmaların sonuçlarıyla uyumlu bulunmuştur. Literatürde kanser hastalarının bakımı ile ilgilenen aile üyelerinin yaşam kalitesinin düşük olduğunu gösteren birçok çalışma bulunmaktadır.^{6, 117}

Çalışmada bakım verenlerin %56'sı kadındır. Yapılan diğer çalışmalarda da bakım verenlerin büyük çoğunluğunun kadın olduğu görülmektedir.^{105, 118, 119} Çalışmada cinsiyete göre; psikolojik ve manevi sağlık durumu, fiziksel sağlık durumu, tanıya yaklaşım durumu ve yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları kadınlara göre erkeklerde

daha yüksek bulundu. Farklı araştırma sonuçlarında da kanser hastasına kadın bakım verenlerin bakım yükünün daha yüksek ve yaşam kalitesinin daha düşük olduğu ortaya çıkmaktadır.^{15, 117} Erkeklerin daha çok dışarıda, gelir getiren işlerde çalışması ve bakım sorumluluğunu kadınlar kadar üstlenememesi bakım görevini çoğunlukla kadınların üstlenmesine neden olabilmektedir. Kadınların erkeklere kıyasla daha duygusal odaklı başa çıkma yöntemlerini kullanması, hasta bakımına ek olarak ev, aile, sosyal yaşam ve iş hayatındaki sorumluluklarını da aksatmadan uygulayabilmesinin bakım verme rolünün toplum tarafından kadınlara doğal olarak biçilen bir rol olduğu düşünülmektedir. Bu durumun kadınların bakım yükünün artmasına neden olurken yaşam kalitesini de düşürdüğü düşünülmektedir.

Çalışmada bakım verenlerde ortalama yaş 41.88 olup 18-77 arasında değişmektedir. Kanserli hastalara bakım verenler üzerinde yapılan çalışmalarda yaş aralığının çoğunlukla 40-55 olduğu belirtilmektedir.^{27, 120, 121} Çalışmada bakım verenlerin yaşı arttıkça psikolojik ve manevi sağlık durumu, fiziksel sağlık durumu, destek ve ekonomik etkilenme durumu ve yaşam kalitesi toplam puan ortalamalarının düştüğü bulundu. Literatürde kanser hastasına bakım verenlerde yaşı artması ile yaşam kalitesinin düştüğünü gösteren birçok çalışma mevcuttur.^{19, 122, 123} Bu çalışmada yaş ilerledikçe yaşam kalitesinin düşmesinde, bakım uygulayan bireyin fiziksel yeterliliğinin etkilenmesi ve bakımın psikolojik olarak bakım vereni yıpratmasının etkili olacağı düşünülmektedir.

Çalışmaya katılım gösteren bakım verenlerin %65'i evlidir. Daha önce yapılan çalışmalarda da bakım verenlerin büyük çoğunluğunun evli olduğu görülmektedir.^{23, 117, 124} Çalışmada medeni duruma göre; Aile- Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamsız olup fiziksel sağlık durumu ile destek ve ekonomik etkilenme durumu alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır. Evlilerin

puan ortalamasının, bekarlardan düşük olduğu belirlenmiştir. Ayaktan kemoterapi alan hastalar ve yakınlarında sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin araştırıldığı bir çalışmada evli bakım verenlerin yaşam kalitesinin bekar olanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur.¹²² Evli bakım verenlerin yaşam kalitesinin düşük olmasında bakım veren bireyin hasta bakımına ek olarak ev ve çocuklarla ilgili sorumluluklarının da olması etkili olabilir.

Çalışmamızda bakım verenlerin %60'ı çocuk sahibidir. Literatürde bakım verenlerin büyük çoğunluğunun çocuk sahibi olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur.^{23, 117, 122} Çalışmada bakım verenlerden çocuk sahibi olmayanların, fiziksel sağlık durumu ve toplam yaşam kalitesine ait puan ortalamaları çocuk sahibi olanlara göre daha yüksek bulundu. Daha önce yapılan bir çalışmada da çocuk sahibi olmayan bakım verenlerin yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.¹²² Çocuk sahibi olanların iş yükünün daha fazla olabileceği ve bu durumun fiziksel sağlığı olumsuz etkileyebileceği düşünülmüştür.

Çalışmada bakım verenlerin %32'si ilkokul mezunudur. Çalışmada, psikolojik ve manevi sağlık durumu, fiziksel sağlık durumu, destek ve ekonomik etkilenme durumu ve yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları; okuryazar olmayanlarda daha düşük olduğu bulundu. Toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları üniversite mezunlarında daha yüksek bulundu. Literatürde bakım verenlerin eğitim düzeylerinin düşük olmasının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği vurgulanmaktadır.¹⁶ Daha önce yapılan çalışmalarda da eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı bulunmuştur.^{122, 125} Bu çalışmanın sonucu yapılan çalışmaların sonuçlarıyla uyumlu bulundu.

Çalışmada bakım verenlerin %50'sinin geliri giderinden az, %68'inin çalışmadığı ve çalışanların da %57.8'inin çalışma hayatında zorluk yaşadıkları, %58'inin bakım verme nedeniyle maddi sıkıntı yaşadıkları bulundu. Kanser hastasına bakım verenler ile

daha önce yapılan çalışmalarda da çalışmayan oranının daha yüksek olduğu ortaya çıkmaktadır.^{6, 23, 126} Yapılan bir çalışmada bakım verenlerin %72.5'inin çalışma hayatında zorluk yaşadıkları bulunmuştur.¹²⁷ Bir diğer araştırmada çalışan bakım verenlerin %60'ının işine konsantre olamadıkları ve bakım veren kişilerin finansal sorunlar yaşadıkları bulunmuştur.¹²⁸ Çalışmada geliri giderinden az olanların ve çalışmayanların, psikolojik ve manevi sağlık durumu, fiziksel sağlık durumu, destek ve ekonomik etkilenme durumu ve toplam yaşam kalitesine ait puan ortalamaları; bakım verme nedeniyle maddi sıkıntı yaşayan bakım verenlerin, tüm alt boyutlar ve toplam yaşam kalitesine ait puan ortalamaları düşük bulundu. Daha önce yapılan çalışmalar da ekonomik durumun kötü olmasının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir.^{19, 129} Yapılan bir çalışmada; çalışmayan bakım verenlerin yaşam kalitesinin çalışan ve emekli olanlara göre daha düşük olduğu belirtilmiştir.¹¹⁶ Çalışmanın sonuçları daha önce yapılan çalışmalarla benzer bulundu.

Çalışma sonucunda bakım verenlerin %82.5'inin evlilik sürecinde sorun yaşamadıkları bulundu. Kanseri hasta yakınları ile yapılan bir çalışmada da bakım verenlerin %85'nin aile ilişkilerinde, %55'nin evlilik yaşamlarında sorun yaşamadıkları bulunmuştur.¹¹⁷ Çalışmaya katılan bakım verenlerin evlilik süreci sorunlarının düşük olmasında yaşanan bölgenin aile kurumuna verdiği önemden kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Çalışmada evlilik sürecinde sorun yaşayanların, psikolojik ve manevi sağlık durumu, fiziksel sağlık durumu, destek ve ekonomik etkilenme durumu ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları daha düşük bulundu. Bakım verenlerin evlilik ile ilgili rollerini yerine getirememeye bağlı olarak oluşan olumsuz durumların yaşam kalitesini de olumsuz etkileyebileceğini söyleyebiliriz.

Çalışmada hastaların %57'sine başkalarının da bakım verdiği bulundu. Hasta yakınlarının yaşam kalitesinin değerlendirildiği bir çalışmada bakım verenlerin

%70.6'sının ailede bakım sorumluluğunu paylaşan bir diğer hasta yakınının olduğu bulunmuştur.¹²² Çalışmada hastaya başkalarının da bakım vermesine göre, psikolojik ve manevi sağlık durumu, fiziksel sağlık durumu, destek ve ekonomik etkilenme durumu ve toplam yaşam kalitesine ait puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulundu. Daha önce yapılan çalışmalarda ailede hastaya başka bakım verenlerin olmamasının, yardım alabilen hasta yakınlarına göre daha düşük bir yaşam kalitesine sahip olduğu bulunmuştur.^{6, 117, 130} Kanserli hastaya başka bir bakım verenin olması hayatın zorluklarını paylaşma ve destek olma durumunun sonucu pozitif etkilediği düşünülmektedir.

Çalışmada bakım verenlerin %25 ile en fazla hastaların eşleri olduğu bulundu. Literatürde kanser hastasına bakım verenlerin çoğunlukla hastanın eşi olduğunu gösteren birçok çalışma mevcuttur.^{106, 121, 131} Çalışmada bakım veren annelerin, fiziksel sağlık durumu, destek ve ekonomik etkilenme durumu ve toplam yaşam kalitesine ait puan ortalamaları daha düşük bulunmuş olup, ikinci sırada ise eşlere ait puan ortalamaları düşük bulundu. Daha önce yapılan araştırmalarda hastaya birinci derece akraba, yakınlık (anne, baba, çocuk, eş, kardeş) olmasının hastaya bakım verenlerin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bildirilmektedir.^{19, 132} Anneler ve eşlerin aynı evi paylaşmaları dolayısıyla bakım yüklerinin artması ve yakınlıktan dolayı duygusal yüke neden olabileceği için yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği düşünülmektedir.

Çalışma sonucunda bakım verenlerin %55.5'inin günde 19-24 saat bakım verdikleri bulundu. Yapılan benzer araştırmalarda bakım verenlerin çoğunluğunun günde 19-24 saat aralığında bakım verdiğini göstermektedir.^{84, 106, 133} Çalışmada günün büyük çoğunluğunun hasta ile geçirilmesinin sebebi çalışmayan bireylerin fazla olması ve gelir düzeyinin az olmasına bağlı formal bakım veren profesyoneller ve bakım veren kurumlardan yardım alamama olarak düşünülebilir. Çalışmada günlük ortalama 19-24 saat bakım veren bireylerin, psikolojik ve manevi sağlık durumu, fiziksel sağlık durumu,

destek ve ekonomik etkilenme durumu ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları daha düşük bulundu. Çalışmanın sonucu daha önce yapılan çalışmaların sonuçlarıyla benzer bulundu.^{16, 116, 122} Bu sonucun bakım verenlerin bakım verme süresi arttıkça bakım yükünün artması ve yaşam kalitesini negatif yönde etkilemesine bağlı olabileceğini düşünebiliriz. Çalışmada hastaya bakım verme süresi on yıldan fazla olan bakım verenlerde destek ve ekonomik etkilenme durumu ve toplam yaşam kalitesine ait puan ortalamasının daha düşük olduğu bulundu. Yapılan bir çalışmada bakım süresi uzun olan hasta yakınlarının yaşam kalitesinin daha düşük olduğu belirtilmiştir.¹²²

Çalışmada bakım verenlerin %88'inin hastanın tanısını bildiği ve hastalarında %71.5'inin kendi tanılarını bildiği bulundu. Hastaya tanıyı söyleme durumu kültürden kültüre değişiklikler göstermektedir. ABD, Batı ve Kuzey Avrupa ülkelerinde bireyin yaşamını denetleyebilme hakkı olduğu düşüncesiyle tanı çoğunlukla hastalar ile paylaşılmaktadır. Doğu ülkelerinde “birey aileye aittir” anlayışı ile karar verme yetki ve sorumluluğu aileye bırakılmaktadır.¹³⁴ Ülkemizde de kanser tanısı, hasta yakınları ile paylaşılmakta fakat prognozu kötü seyreden hastalardan saklanmaktadır.²³ Çalışmada hastanın tanısını bilen bakım verenlere ve kendi tanısını bilen hastalara bakım verenlere ait psikolojik ve manevi sağlık durumu, fiziksel sağlık durumu, destek ve ekonomik etkilenme durumu ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Çalışmada hasta yakınlarının, hastalık ve tanı ile ilgili süreçlere dahil olmalarının hasta bakımında daha bilinçli yaklaşımlar göstereceği, hastalığın kabul sürecine olumlu katkı sağlayabileceği ve yaşam kalitesi düzeylerini yükseltebileceği düşünülmektedir.

Çalışmada bakım verenlerin %45.5'i kendi sorumluluklarını bazen yerine getirebilmektedirler. Daha önce yapılan çalışmalarda da kanser hastasına bakım verenlerin üstlendikleri sorumluluklar nedeniyle önemli bir yüke maruz kaldıklarını ve kendilerine yeterince zaman ayıramadıkları belirtilmektedir.^{105, 135} Yapılan çalışmalar

bakım verenlerin bireysel sorumluluklarını yerine getirmede zorluklar yaşadıklarını belirtmektedir.^{117, 127} Çalışmada kendi sorumluluklarını yerine getiremeyen bakım verenlere ait, psikolojik ve manevi sağlık durumu, fiziksel sağlık durumu, destek ve ekonomik etkilenme durumu ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları daha düşük bulundu. Literatürde bireysel sorumluluklarını yerine getirmede güçlük yaşayan bakım verenlerin kendi sorumluluklarını yerine getirebilenlere göre yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunu gösteren çalışmalar mevcut olup çalışmanın sonucu bu çalışmalarla uyumlu bulundu.^{19, 117}

Çalışmadaki katılımcıların %70.5'inin bakım verme sürecinde kendi sağlıkları da etkilenmiştir. Bakım verenlerin %36'sında psikolojik ve fiziksel problemler gelişmiştir. Yapılan çalışmalarda hasta yakınlarının büyük çoğunluğunun bakım verme sürecinde kendi sağlıklarının da etkilendiğini ifade etmektedirler.^{117, 127, 136} Bir derleme çalışması bakımın hasta yakınlarında morbidite ve mortaliteyi artırdığını bildirmektedir.⁶⁵ Kanser hastalarının yakınları üzerinde yapılan bir çalışmada bakım yükünün artmasına bağlı olarak bakım verenin psikolojik ve fiziksel sağlığının olumsuz etkilendiği bildirilmektedir.⁹² Çalışmada bakım sürecinde fiziksel ve psikolojik sağlık problemleri yaşayanlara ait tüm alt boyutlar ve toplam yaşam kalitesi puan ortalaması düşük bulundu. Hasta yakınlarının, hastanın bakım gereksinimlerini yerine getirmeye paralel olarak bakım yüküne bağlı fiziksel ve psikolojik şikayetler göstermesinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemesi beklenen bir sonuç olarak düşünülebilir. Daha önce yapılan çalışmalarda kanserli hastalara bakım verenlerin sağlıklarının, sosyal yaşamlarının bozulduğu, stres düzeylerinin arttığı ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği bildirilmiştir.^{117, 136, 137}

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Çalışma sonucuna göre, bakım verenlerin yaşam kalitesi düşük bulundu. En çok etkilenen alt boyutların, psikolojik ve manevi (spiritüel) sağlık durumu ve fiziksel sağlık durumu olduğu bulundu.
- Erkek bakım verenlerin, psikolojik ve manevi sağlık durumu, fiziksel sağlık durumu, tanıya yaklaşım durumu ve toplam yaşam kalitesine ait puan ortalamaları yüksek bulundu.
- Bakım verenlerin yaşı arttıkça psikolojik ve manevi sağlık durumu, fiziksel sağlık durumu, destek ve ekonomik etkilenme durumu ve toplam yaşam kalitesine ait puan ortalamalarının düştüğü bulundu.
- Çocuk sahibi olmayan bakım verenlerin, fiziksel sağlık durumu ve toplam yaşam kalitesine ait puan ortalamaları yüksek bulundu.
- Okuryazar olmayanlarda, psikolojik ve manevi sağlık durumu, fiziksel sağlık durumu, destek ve ekonomik etkilenme durumu ve yaşam kalitesi toplam puan ortalamalarının daha düşük olduğu bulundu. Toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları üniversite mezunlarında yüksek bulundu.
- Geliri giderinden az olanların ve çalışmayanların, psikolojik ve manevi sağlık durumu, fiziksel sağlık durumu, destek ve ekonomik etkilenme durumu ve toplam yaşam kalitesine ait puan ortalamaları; bakım verme nedeniyle maddi sıkıntı yaşayan bakım verenlerin, tüm alt boyutlar ve toplam yaşam kalitesine ait puan ortalamaları düşük bulundu.
- Evlilik sürecinde sorun yaşayanların, psikolojik ve manevi sağlık durumu, fiziksel sağlık durumu, destek ve ekonomik etkilenme durumu ve toplam yaşam kalitesine ait puan ortalamaları düşük bulundu.

- Hastaya başka bakım veren kişinin olduğu bakım verenlerin, psikolojik ve manevi sağlık durumu, fiziksel sağlık durumu, destek ve ekonomik etkilenme durumu ve toplam yaşam kalitesine ait puan ortalamaları daha yüksek bulundu.
- Bakım veren annelerin, fiziksel sağlık durumu, destek ve ekonomik etkilenme durumu ve toplam yaşam kalitesine ait puan ortalamaları daha düşük bulundu.
- Günlük ortalama bakım verme süresi 19-24 saat olan bakım verenlerin, psikolojik ve manevi sağlık durumu, fiziksel sağlık durumu, destek ve ekonomik etkilenme durumu ve toplam yaşam kalitesine ait puan ortalamaları daha düşük bulundu.
- Hastaya bakım verme süresi on yıldan fazla olan bakım verenlerin, destek ve ekonomik etkilenme durumu ve toplam yaşam kalitesine ait puan ortalamaları daha düşük bulundu.
- Hastanın tanısını bilen ve kendi tanısını bile hastaya bakım verenlerin, psikolojik ve manevi sağlık durumu, fiziksel sağlık durumu, destek ve ekonomik etkilenme durumu ve toplam yaşam kalitesine ait puan ortalamaları daha yüksek bulundu.
- Kendi sorumluluklarını yerine getirebilen bakım verenlerin, psikolojik ve manevi sağlık durumu, fiziksel sağlık durumu, destek ve ekonomik etkilenme durumu ve toplam yaşam kalitesine ait puan ortalamaları daha yüksek bulundu.
- Bakım sürecinde fiziksel ve psikolojik sağlık problemi yaşayan bakım verenlerde, tüm alt boyutlar ve toplam yaşam kalitesine ait puan ortalamaları daha düşük bulundu.

Bu sonuçlar doğrultusunda:

- Kanser hastalarına bakım verenlere ait yaşam kalitesi ve etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik yapılan araştırma sonuçlarının sağlık profesyonelleri tarafından değerlendirilerek ailelere ihtiyaç duydukları gereksinimleri dâhilinde destek sağlanması,

- Kanser hastası ve ailesi ile daha uzun zaman paylaşan hemşirelerin bu kapsamda duyarlı ve eğitimli olması,
- Kanser hastasına bakım veren aile üyelerinin bakım deneyimlerinin kapsamlı ve derin bir şekilde nitel araştırmalarla değerlendirilmesi,
- Sağlık kuruluşlarının ve sağlık profesyonellerinin, bakım verenlere ait ihtiyaç kapsamında eğitim-destek programlarının planlanması ve sağlık hizmetlerinin daha etkili bir biçimde yapılandırılmasını önerebiliriz.



KAYNAKLAR

1. Erdem SS, Yılmaz M, Yıldırım H, Mayda AS, Filiz B, Durak AA, Şener Ö. Düzce’de yaşayanların kanser ve kanser risk faktörleri hakkında bilgi düzeyi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2017, 7: 1-10.
2. Dil ve Tarih Yüksek Kurumu, Türk Dil Kurumu Sözlükleri. <https://sozluk.gov.tr/>. 17 Eylül 2020.
3. Karakartal D. Tedavi sürecindeki kanserli hastaya bakım veren hasta yakınlarının yaşadıkları sorunların İncelenmesi. *Uluslararası Beşeri Bilimler ve Eğitim Dergisi*, 2017, 3: 96-109.
4. Aslan Ş, Özen MY. Multidisipliner bir ekip çalışması: kanser hastalarında yaşamın son döneminde bakım. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2019, 7: 191-196.
5. Aktaş E, Barış N, Hıdıroğlu S, Save D. Kemoterapi alan hastaların yakınlarının deneyimleri: niteliksel bir çalışma. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2012, 28: 63-78.
6. Kurt S, Ünsar S, Erol Ö. Kanserli hastalara bakım verenlerin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2020, 11: 43-48.
7. Göl İ, Erkin Ö. What do the adults know about the cancer screening programs? *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2019, 13: 167-176.
8. Ovayolu Ö. Onkolojik Sorunlar ve Hemşirelik Yönetimi. İçinde: Ovayolu Ö, Ovayolu N (editörler). *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar*, 2 Baskı. Adana, Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, 2017: 286.

9. Goren A, Gilloteau I, Lees M, daCosta DiBonaventura M. Quantifying the burden of informal caregiving for patients with cancer in Europe. *Supportive Care in Cancer*, 2014, 22: 1637-1646.
10. Dinç L. Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2010, 17: 74-82.
11. Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat AY. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2011, 3: 513-552.
12. Yılmaz M, Sametoğlu F, Akmeşe G, Tak A, Yağbasan B, Gökçay S, Sağlam M, Doğanılmaz D, Erdem S. Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı. *İstanbul Tıp Dergisi*, 2010, 11: 125-132.
13. Egici MT, Kök Can M, Toprak D, Zeren Öztürk G, Esen ES, Özen B, Sürekçi N. Palyatif bakım merkezlerinde tedavi gören hastalara bakım veren bireylerin bakım yükleri ve tükenmişlik durumları. *Journal of Academic Research In Nursing*, 2019, 5: 123-131.
14. Arıkan F, Körükçü Ö, Artuk Uçar M, Özcan K, Sezgin Göksu S, Coşkun HŞ. Kanser hastalarına bakım verenlerin sosyal destek düzeyleri ve yaşam kalitesi. *Akdeniz Tıp Dergisi*, 2019, 5: 398-407.
15. Orak OS, Sezgin S. Kanser hastasına bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing*, 2015, 6: 33-39.
16. Erdoğan Z, Yavuz DE. Kanserli hastaların bakım vericilerinde yaşam kalitesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2014, 23: 726-736.
17. Şentürk S, Bıçak D, Akça D. Kanserli hasta yakınlarının yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2018, 5: 35-39.

18. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 1998, 46: 1569-1585.
19. Turkoglu N, Kılıç D. Effects of care burdens of caregivers of cancer patients on their quality of life. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2012, 13: 4141-4145.
20. Atlı Özbaş A, Kılıç S, Öz F. Kanser tanısı konan hastaların eşleri ve bakım vericileri için Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2019, 10: 262-269.
21. Bilge A, Ünal G. Kanserli hastanın yakınlarının öfke ve kaygı düzeylerinin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2005, 21: 37-46.
22. Kaçmaz N, Kocaman Yıldırım N, Özkan M. Kanser hastalarının hasta yakınları/bakım vericileri: yaşadıkları ve gereksinimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2015, 31: 98-112.
23. Kaya N, Bolol N, Ülgen S, İşçi Ç, Özen S, Akgün G. Quality of life and influencing factors in caregivers of patients with cancer. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 2018, 8: 25-35.
24. Schott-Baer D. Dependent care, caregiver burden, and self-care agency of spouse caregivers. *Cancer Nursing*, 1993, 16: 230-236.
25. Şahin ZA, Polat H, Ergüney S. Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2009, 12: 1-9.
26. Boyd KJ, Murray SA, Kendall M, Worth A, Benton TF, Clausen H. Living with advanced heart failure: a prospective, community based study of patients and their carers. *European Journal of Heart Failure*, 2004, 6: 585-591.

27. Yıldız E, Dedeli Ö, Pakyüz SÇ. Kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2016, 13: 216-225.
28. Gel KT, Kesgin MT. İnformal bakım verenlerin bakım yüküne ilişkin hemşirelerin görüşleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017, 20: 267-278.
29. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kanser Dairesi Başkanlığı, Kanser Nedir? . <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-nedir-belirtileri>. 15 Mayıs 2020.
30. Seyfried TN, Shelton LM. Cancer as a metabolic disease. *Nutrition & Metabolism*, 2010, 7: 1-22.
31. Atıcı E. Tıp tarihinde kanser ve lösemi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 2007, 22: 197-204.
32. Kanat Biçer B, Yılmaz Özpolat AG. Kanser hastalarında travma sonrası büyüme kavramı. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*, 2016, 7: 106-110.
33. Torre LA, Siegel RL, Ward EM, Jemal A. Global cancer incidence and mortality rates and trends—an update. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, 2016, 25: 16-27.
34. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2019. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 2019, 69: 7-34.
35. Aydemir T, Çetin Ş. Kronik hastalıklar ve psikososyal bakım. *Journal of Anatolian Medical Research*, 2019, 4: 109-115.
36. Bahar A, Ovayolu Ö, Ovayolu N. Onkoloji hastalarında sık karşılaşılan semptomlar ve hemşirelik yönetimi. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2019, 6: 42-58.
37. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for

- 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 2018, 68: 394-424.
38. Çevik BA, Pirinççi E. Beslenme ve kanser. *Firat Tıp Dergisi*, 2017, 22: 1-7.
39. Causes of Death. <https://ourworldindata.org/causes-of-death>. 1 Nisan 2021.
40. Global Cancer Observatory. <https://gco.iarc.fr/>. 1 Nisan 2021.
41. Türkiye Kanser İstatistikleri, 2015. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2015.doc. 1 Nisan 2021.
42. Türkiye Kanser İstatistikleri, 2018. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-Nedeni-Istatistikleri-2018-30626>. 5 Eylül 2020.
43. International Agency for Research on Cancer. <https://www.iarc.who.int/>. 19 Şubat 2021.
44. Haydaroğlu A, Sert A, Caner A. Ege Üniversitesi Hastanesi veri tabanındaki kanser olgularının epidemiyolojik ve genel sağ kalım özellikleri. *Ege Tıp Dergisi*, 2019, 58: 1-9.
45. Dil ve Tarih Yüksek Kurumu, Türk Dil Kurumu. <http://tdk.gov.tr/> 12 Temmuz 2020.
46. İngilizce Türkçe çeviri. <https://translate.google.com/?hl=tr&sl=en&tl=tr&op=translate>. 12 Temmuz 2020.
47. Sağlam Z, Koç Z, Çınarlı T, Korkmaz M. Altmışbeş yaş ve üzeri bireylere bakım veren hasta yakınlarının bakım verme yükü ile etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016, 1: 40-60.
48. Clark PC, Chia V. Caring for disabled older adults: ethnic differences and commonalities. *Clinical Excellence for Nurse Practitioners*, 2002, 6: 11-16.

49. Aşiret GD, Kapucu S. Burden of caregivers of stroke patients. *Turkish Journal of Neurology*, 2013, 19: 5-10.
50. Kalinkara V, Kalayci İ. Yaşlıya evde bakım hizmeti veren bireylerde yaşam doyumu, bakım yükü ve tükenmişlik. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 2017, 10: 19-39.
51. Öner Altıok H, Şengün İnan F, Üstün B. Bakım: kavram analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2011, 4: 137-140.
52. Bakım ve Sosyal Hizmet, Evde Bakım Hizmetlerinin Türleri. https://cdn-acikogretim.istanbul.edu.tr/auzefcontent/19_20_Bahar/bakim_ve_sosyal_hizmet/7/index.html#konu-4. 5 Ocak 2021.
53. Işıkhana V. Kurumda çalışan yaşlı bakım elemanlarının bakım yükünü etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 2018, 29: 1-26.
54. Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta evde bakım. *Türk Geriatri Dergisi*, 2002, 5: 155-159.
55. Or R, Kartal A. Influence of caregiver burden on well-being of family member caregivers of older adults. *Psychogeriatrics*, 2019, 19: 482-490.
56. Erdem M. Yaşlıya bakım verme. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2005, 8: 101-106.
57. Triantafillou J, Naiditch M, Repkova K, Stiehr K, Carretero S, Emilsson T. Informal care in the long-term care system. European Overview Paper, 2010, Athens/Vienna. <https://www.euro.centre.org/downloads/detail/768> 5 Ocak 2021.
58. FCA. Women and Caregiving: Facts and Figures. Family Caregiver Alliance. <https://www.caregiver.org/selectedcaregiver-statistics>. 5 Ocak 2021.
59. Given BA, Given CW, Kozachik S. Family support in advanced cancer. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 2001, 51: 213-231.

60. Kulu M, Özsoy F. Bakım verenlerin depresyon, kaygı düzeyleri, ölüm kaygısı ve yaşam kaliteleri. *Cukurova Medical Journal*, 2020, 45: 29-38.
61. Çetin Ö, Nehir S. Effects of psychoeducation on palliative caregivers' quality of life and skills to cope with stress. *Çukurova Medical Journal*, 2020, 45: 785-794.
62. Minaya P, Baumstarck K, Berbis J, Goncalves A, Barlesi F, Michel G, Salas S, Chinot O, Grob JJ, Seitz JF. The CareGiver Oncology Quality of Life Questionnaire (CarGOQoL): development and validation of an instrument to measure the quality of life of the caregivers of patients with cancer. *European Journal of Cancer*, 2012, 48: 904-911.
63. Toseland RW, Smith G, Mccallion P. Family Caregivers of the Frail Elderly. İçinde: Gitterman A (editör). *Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Populations*, 2nd ed. Newyork, Columbia University Press, 2001: 548.
64. Özcan Yüce U, Taşci S. Bakım verici stresi ve reiki enerji terapisi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri*, 2020, 12: 158-165.
65. Girgis A, Lambert S, Johnson C, Waller A, Currow D. Physical, psychosocial, relationship, and economic burden of caring for people with cancer: a review. *Journal of Oncology Practice*, 2013, 9: 197-202.
66. Yeşil T, Uslusoy Çetinkaya E, Korkmaz M. Kronik hastalığı olanlara bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016, 5: 54-66.
67. Özdemir Ü, Taşçı S. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2013, 1: 57-72.
68. Akdemir N, Bostanoğlu H, Yurtsever S, Kutlutürkan S, Kapucu S, Özer ZC. Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 2011, 38: 57-65.

69. Ergün A, Eti Aslan F, Vatan F, Olgun N, Kuşuoğlu S. Sağlık Bakımındaki Gelişmeler ve Bakım Uygulamaları. İçinde: Karadakovan A, Eti Aslan F (editörler). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, 4. Baskı. Akademisyen Kitabevi, 2017: 16.
70. Çam C, Atay E, Işıklı B. Yaşlılarda yalnızlık ve yaşam kalitesi. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 2018, 3: 49-67.
71. Kangal A. Mutluluk üzerine kavramsal bir değerlendirme ve türk hanehalkı için bazı sonuçlar. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 2013, 12: 214-233.
72. Çivi S, Kutlu R, Çelik HH. Kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Gulhane Medical Journal*, 2011, 53: 248-253.
73. Boylu AA, Paçacıoğlu B. Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)*, 2016, 8: 137-150.
74. Fahey T, Insel P, Roth W. *Fit & Well: Core Concepts and Labs In Physical Fitness and Wellness*. 13rd ed. Newyork, McGraw-Hill Higher Education, 2012: 3-8.
75. Glajchen M. Physical well-being of oncology caregivers: an important quality-of-life domain. *Seminars in Oncology Nursing*, 2012, 28: 226-235.
76. Ryff CD. Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 1995, 4: 99-104.
77. Akdemir N. Hemşirelik Uygulamalarında Temel Kavramlar. İçinde: Akdemir N, Birol L (editörler). *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*, 2. Baskı. Ankara, Sistem Ofset Yayıncılık, 2005: 18-24.
78. Özgür B, Kürşat S, Aydemir Ö. Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesi ile anksiyete ve depresyon düzeyleri yönünden değerlendirilmesi. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 2003, 12: 113-116.

79. Mingardi G, Cornalba L, Cortinovis E, Ruggiata R, Mosconi P, Apolone G. Health-related quality of life in dialysis patients. A report from an Italian study using the SF-36 Health Survey. DIA-QOL Group. *Nephrology, Dialysis, Transplantation: Official Publication of the European Dialysis and Transplant Association-European Renal Association*, 1999, 14: 1503-1510.
80. Bölükbaş RP. Onkoloji Alanında Sonuç Göstergesi Olarak Yaşam Kalitesinin Kullanımı. İçinde: Can G (editör). *Onkoloji Hemşireliği*, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2014: 95-96.
81. Toptaş Kılıç S, Öz F. Kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin sorunları, yaşam kalitesi ve müdahaleler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2019, 6: 197-204.
82. Ardahan F, Uludağ AH. Meme kanserli kadınlara bakım hizmeti veren hasta yakınlarının hastalarında ve kendilerinde gözledikleri değişimi belirlemek amacıyla geliştirilen ölçeklerinin güvenirlik geçerlilik çalışması. *Akdeniz İnsani Bilimler Dergisi*, 2015, 5: 89-100.
83. Nesiba Kaçmaz, Kocaman Yıldırım N, Mine Özkan. Kanser hastalarının hasta yakınları/bakım vericileri: yaşadıkları ve gereksinimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2015, 31: 98-112.
84. Yılmaz Karabulutlu E, Akyıl R, Karaman S, Karaca M. Kanser hastalarına bakım verenlerin uyku kalitesi ve psikolojik sorunlarının incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 2013, 28: 1-9.
85. Erinmez G, Aydın Avcı İ. Radyoterapi alan hastaların bakım verenlerinin yaşadıkları güçlükler ve bakım yükleri. *Setscı Conference Proceedings*, 2019, 4: 123-130.

86. Van Ryn M, Sanders S, Kahn K, Van Houtven C, Griffin JM, Martin M, Atienza AA, Phelan S, Finstad D, Rowland J. Objective burden, resources, and other stressors among informal cancer caregivers: a hidden quality issue? *Psycho-oncology*, 2011, 20: 44-52.
87. Terakye G. Kanserli hasta yakınlarıyla etkileşim. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2011, 4: 78-82.
88. Given B, Sherwood PR, Given CW. What knowledge and skills do caregivers need? *Journal of Social Work Education*, 2008, 44: 115-123.
89. Given BA, Given CW, Sherwood P. The challenge of quality cancer care for family caregivers. *Seminars in Oncology Nursing*, 2012, 28: 205-212.
90. Yeşilbalkan ÖU, Akyol AD, Çetinkaya Y, Altın T, Deniz Ü. Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2005, 21: 13-31.
91. Given BA, Sherwood P, Given CW. Support for caregivers of cancer patients: transition after active treatment. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, 2011, 20: 2015-2021.
92. Polat Ü. İleri evre kanser hastalarında semptom yönetiminde bakım verenin rolleri ve destek gereksinimleri. *Türk Onkoloji Dergisi*, 2011, 26: 193-198.
93. Kabataş Yıldız M, Ekinci M. Kanserli hastaya bakım veren aile üyelerinin bakım yükleri ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)*, 2017, 14: 176-184.
94. Bektaş H. Kanser Sürecinde Aileye Yaklaşım. İçinde: Can G (editör). *Onkoloji Hemşireliği*, 1 Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2014: 933.

95. Freire MEM, Sawada NO, de França ISX, da Costa SFG, Oliveira CDB. Healthrelated quality of life among patients with advanced cancer: an integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2014, 48: 357-367.
96. Bakan AB, Guraksin A. Factors affecting quality of life and level of social support in cancer patients. *Belitung Nursing Journal*, 2017, 3: 54-64.
97. Balfe M, Keohane K, O'brien K, Sharp L. Social networks, social support and social negativity: a qualitative study of head and neck cancer caregivers' experiences. *European Journal of Cancer Care*, 2017, 26: e12619.
98. Otis Green S, Juarez G. Enhancing the social well-being of family caregivers. *Seminars in Oncology Nursing*, 2012, 28: 246-255.
99. Ewing G, Ngwenya N, Benson J, Gilligan D, Bailey S, Seymour J, Farquhar M. Sharing news of a lung cancer diagnosis with adult family members and friends: a qualitative study to inform a supportive intervention. *Patient Education and Counseling*, 2016, 99: 378-385.
100. Wittenberg E, Borneman T, Koczywas M, Del Ferraro C, Ferrell B. Cancer communication and family caregiver quality of life. *Behavioral sciences*, 2017, 7: 1-8.
101. Mosher CE, Champion VL, Azzoli CG, Hanna N, Jalal SI, Fakiris AJ, Birdas TJ, Okereke IC, Kesler KA, Einhorn LH. Economic and social changes among distressed family caregivers of lung cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 2013, 21: 819-826.
102. National Cancer Institute. <https://www.cancer.gov/about-cancer/managing-care/services/providers>. 19 Şubat 2021.
103. Hemşirelik Yönetmeliği. T.C. Resmî Gazete, sayı: 27515, 8 Mart 2010. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100308-4.htm>. 5 Ocak 2021.

104. Güner Ö, Kavlak O. Neuman sistemler modeline göre endometriyum kanserli hastanın bakımı: olgu sunumu. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015, 4: 94-102.
105. Stenberg U, Ruland CM, Miaskowski C. Review of the literature on the effects of caring for a patient with cancer. *Psycho- Oncology*, 2010, 19: 1013-1025.
106. Görgülü Ü, Akdemir N. İleri evre kanser hastalarına bakım verenlerin yorgunluk ve uyku kalitesinin değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 2010, 20: 125-132.
107. Çam O. Onkoloji: Hastalık Sürecinde Birey ve Aileye Yönelik Bakım. İçinde: Eti Aslan F, Karadakovan A (editörler). *Dâhili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, 1. Baskı. Adana, Nobel Kitabevi, 2010: 73-84.
108. Sıdika O, Bilgi G. Kronik Durumlar. İçinde: Eti Aslan F, Karadakovan A (editörler). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, 1. Baskı. Adana, Nobel Kitabevi, 2010: 99-112.
109. Sağlık Bakanlığı, Çalışılan Birim/Servis/Ünite/Alanlara Göre Hemşirelerin Görev, Yetki ve Sorumlulukları. <https://www.saglik.gov.tr/TR,10526/hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik.html>. 21 Şubat 2021.
110. Nur İ. Hematopoietik kök hücre nakli yapılan hastaların primer bakım vericilerinde bakım verme yükü ve hemşirelik bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2014, 2: 61-69.
111. Topkaya O. Palliative care requirements of cancer patients and investigation of knowledge and expectations related to palliative care of the patients and their families. *Annals of Oncology*, 2019, 30: 822-823.
112. Kapucu S. Kanserli hastada yaşam kalitesi ve hemşirenin rolü. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2004, 11: 74-80.
113. Ferrell B, Grant M. Quality of life family version (QOLFV). *National Medical Center And Beckman Research Institute*, 2005.

114. Okçin F. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2007.
115. Büyüköztürk Ş. *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı*. 20. Baskı. Ankara, Pegem Akademi Yayınları, 2014: 001-214.
116. Toptaş S. Kanser Hastalığı Olan Bireye Bakım Veren Yakınlarının Yaşam Kalitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2013.
117. Karabuğa Yakar H, Pınar R. Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2013, 15: 1-16.
118. Hassett MJ. The full burden of cancer. *The Oncologist*, 2010, 15: 793-795.
119. Subaşı HG, Yıldız HN, Tekin S. Kanser hastalarının bakımıyla ilgilenen yakınlarının umut düzeylerinin incelenmesi. *Journal of Turkish Educational Sciences*, 2016, 14: 109-127.
120. Francis LE, Worthington J, Kypriotakis G, Rose JH. Relationship quality and burden among caregivers for late-stage cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 2010, 18: 1429-1436.
121. Uğur Ö, Fadiloğlu Z. Kanser hastasına bakım verenlere uygulanan planlı eğitimin bakım veren yükü üzerine etkisi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 2012, 1: 53-58.
122. Deniz MÇ. Ayaktan kemoterapi alan hastalar ve yakınlarında sağlıkla ilgili yaşam kalitesi. Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi, 2011.
123. Alptekin S, Gönüllü G, Yücel İ, Yarış F. Characteristics and quality of life analysis of caregivers of cancer patients. *Medical Oncology*, 2010, 27: 607-617.

124. Palos GR, Mendoza TR, Liao KP, Anderson KO, Garcia Gonzalez A, Hahn K, Nazario A, Ramondetta LM, Valero V, Lynch GR. Caregiver symptom burden: the risk of caring for an underserved patient with advanced cancer. *Cancer*, 2011, 117: 1070-1079.
125. Yakar HK, Pinar R. Reliability and validity of Turkish version of the caregiver quality of life index cancer scale. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2013, 14: 4415-4419.
126. Çalışır Ş. Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Okan Üniversitesi, 2019.
127. Kuran Akburak İ. Kanser Hastasına Bakım Veren Hasta Yakınlarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Okan Üniversitesi, 2019.
128. Nayak MG, George A, Vidyasagar M, Kamath A. Quality of life of family caregivers of patients with advanced cancer. *Journal of Nursing and Health Science*, 2014, 3: 70-75.
129. Son KY, Lee CH, Park SM, Lee CH, Oh SI, Oh B, Tak SH, Cho B, Lee K, Lee SH. The factors associated with the quality of life of the spouse caregivers of patients with cancer: a cross-sectional study. *Journal of Palliative Medicine*, 2012, 15: 216-224.
130. Hacıalioglu N, Özer N, Yılmaz Karabulutlu E, Erdem N, Erci B. The quality of life of family caregivers of cancer patients in the East of Turkey. *European Journal of Oncology Nursing*, 2010, 14: 211-217.

131. Weaver KE, Rowland JH, Augustson E, Atienza AA. Smoking concordance in lung and colorectal cancer patient-caregiver dyads and quality of life. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, 2011, 20: 239-248.
132. Can G, Akin S, Aydiner A, Ozdilli K, Oskay U, Durna Z. A psychometric validation study of the Quality of Life and FAMCARE scales in Turkish cancer family caregivers. *Quality of Life Research*, 2011, 20: 1319-1329.
133. Sarı D, Eşer İ, Khorshid L. Kanser hastalarına bakım veren yakınlarının uyku kalitesi ve depresyon düzeyleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2010, 26: 1-10.
134. Dülgerler Ş, Çam O. Kanser tanısı konan hastalarda tanıyı söyleme süreci ve hemşirelik yaklaşımları. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016, 2: 15-19.
135. Karaaslan A. Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2013.
136. Butow PN, Price MA, Bell ML, Webb PM, Defazio A, Friedlander M, Group AOCS, Investigators LS. Caring for women with ovarian cancer in the last year of life: A longitudinal study of caregiver quality of life, distress and unmet needs. *Gynecologic Oncology*, 2014, 132: 690-697.
137. Türkoğlu N. Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yüklerinin Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2010.

EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
Adı Soyadı: Doğum tarihi: Doğum Yeri: Medeni Hali: Uyruğu: Adres: Tel: E-mail:
Eğitim
Lise: Lisans: Yüksek lisans: Doktora:
Yabancı Dil Bilgisi
İngilizce
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar
İlgi Alanları ve Hobiler

EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

İç Hastalıkları Hemşireliği ana bilim dalında Yüksek Lisans Tezi olarak Prof. Dr. Mehtap TAN danışmanlığında sunulan “KANSER HASTASINA BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNİN YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ” başlıklı çalışmanın tarafımızdan bilimsel etik ilkelere uyularak yazıldığını, yararlanılan eserlerin kaynakçada gösterildiğini, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre yazıldığını, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından belirlenmiş olan Turnitin Programı benzerlik oranlarının aşılmadığını ve aşağıdaki oranlarda olduğunu beyan ederiz.

Tez Bölümleri	Tezin Benzerlik Oranı (%)	Maksimum Oran (%)
Giriş	%5	15
Genel Bilgiler	%8	30
Materyal ve Metod	%31	35
Bulgular	%10	10
Tartışma	%20	15

Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi halde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz. 14 / 06/ 2021

EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ ETİK KURUL RAPORU

Sayı: 2019-6/15

Tarih: 04.12.2019

Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu Mehtap TAN, Hacer BAZNA isimli araştırmacılar tarafından yapılması planlanan “Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi” başlıklı araştırmayı etik açıdan **uygun** bulmuştur.



EK- 4. KURUM İZNİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 09/01/2020-370615

T.C.



FIRAT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Fırat Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği

Sayı :19003918/663.09/
Konu :Hacer BAZNA Hk.

GENEL SEKRETERLİĞE

İlgi :23/12/2019 tarihli, 367140 sayılı ve "Anket Çalışması (Hacer BAZNA)" konulu yazı

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Hacer BAZNA'nın, "Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" konulu çalışmasını Hastanemiz Onkoloji servisi ve polikliniğinde Ocak 2020-Haziran 2020 tarihleri arasında yapmak istemektedir. Söz konusu anket çalışmasının yapılması başhekimliğimizce uygun görülmüştür. Bilgileriniz ile gereğini arz ederim.

Fırat Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği

Tel: 0 (424) 233 35 55

E-Posta: :

Faks: 0 (424) 238 80 96

Elektronik ağ: <http://ftm.firat.edu.tr/>

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Eylül ÇAKICI UÇAR

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK- 5. HASTA TANITIM FORMU

Cinsiyet

Kadın() Erkek()

Yaş

.....

Sosyal Güvence

SSK() Bağ-kur() Emekli Sandığı() Özel() Yeşilkart()

Tanılanma süresi

1 yıldan az() 1-5 yıl() 6-10 yıl() 10 yıldan fazla()

Kanser Türü

Kolo-rektal kanser()

Kemik Tümörü()

Özofagus-mide kanseri()

Akciğer kanseri()

Meme-jinekolojik kanser()

Beyin tümörü()

Diğer kanser türleri (pankreas, mesane, böbrek, deri, larenks kanseri...)()

Tedavi

Kemoterapi() Radyoterapi() Cerrahi Tedavi()

Ailede kendinize özel odanız var mı?

Evet() Hayır()

EK-6. BAKIM VERENLERİ TANITIM FORMU

Cinsiyet

Kadın() Erkek()

Yaş

.....

Medeni Durum

Evli() Bekar() Boşanmış/Dul()

Çocuk Varlığı

Evet() Hayır()

Öğrenim Durumu

Okur-yazar değil() İlkokul() Ortaokul() Lise() Üniversite() Lisansüstü()

Gelir Düzeyi

Gelir giderden az() Gelir gidere denk() Gelir giderden fazla()

Yaşanılan yer

İl merkezi() İlçe() Köy/Kasaba()

Çalışıyor musunuz?

Evet() Hayır()

Çalışma hayatında güçlük yaşıyor musunuz?

Evet() Hayır()

Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

Yalnız() Aile ile() Akrabalar ile() Diğer()

Ailede hastaya başka bakım veren insanlar var mı?

Evet() Hayır()

Hastaya yakınlık dereceniz nedir?

Annesi() Babası() Kardeşi() Eşi() Oğlu() Kızı() Kayınvalide-kayınpeder()

Anneanne-babaanne-dede() Amca-hala-teyze-dayı() Hasta bakıcısı() Diğer()

Kendi sorumluluklarınızı yerine getirebiliyor musunuz?

Evet() Hayır() Bazen()

Bakım sürecine kendi sağlığınız etkilendi mi?

Evet() Hayır()

Yaşadığınız sağlık problemleri

Psikolojik Problemler() Fiziksel Problemler()

Evlilik sürecinde sorun yaşama durumu

Evet() Hayır() Zaman zaman()

Aile sürecinde sorun yaşama durumu

Evet() Hayır() Zaman zaman()

Bakmakla yükümlü olduğunuz başka bireyler var mı?

Evet() Hayır()

Hastaya bakım verme süreniz?

1 yıldan az() 1-5 yıl() 6-10 yıl() 10 yıldan fazla()

Hastaya günlük ortalama bakım verme süreniz?

1-6 saat() 7-12 saat() 13-18 saat() 19-24 saat()

Daha önce bir hastaya bakım verdiniz mi?

Evet() Hayır()

Ailede başka kanserli hasta varlığı

Evet() Hayır()

Hastanızın tanısını biliyor musunuz?

Evet() Hayır()

Hastanız tanısını biliyor mu?

Evet() Hayır()

Bakım verme nedeniyle maddi sıkıntı yaşıyor musunuz?

Evet() Hayır()

EK-7. 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 baş edebilmek sizin için ne kadar güç ?	hiç güç değil 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 oldukça güç
2. Yaşam kaliteniz genel olarak nasıl?	oldukça kötü 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 mükemmel
3. Kendinizi ne kadar mutlu hissediyorsunuz ?	hiç değilim 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 çok mutluyum
4. Yaşamınızdaki olayların kontrolünüzde olduğunu hissediyor musunuz ?	hiç değil 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 tamamen kontrolümde
5. Yaşamınızdan ne kadar memnunsunuz?	hiç değilim 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 çok memnunum
6. Şu sıralar bazı şeyleri hatırlama yada konsantre olabilme yeteneğiniz nasıl ?	oldukça zayıf 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 mükemmel
7. Genel olarak psikolojik sağlığınıza değerlendirin	son derece kötü 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 mükemmel
8. Genel olarak sosyal ilişkilerinizi değerlendirin	oldukça kötü 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 mükemmel
9. Yaşamda bir amacınız/göreviniz ya da yaşamak için bir nedeniniz var mı ?	hiç yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 oldukça fazla
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 sağlığınıza 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 yaşıntınıza 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
Taniya Yaklaşım Durumu												
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 kanserinin 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 yaşıntınıza 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