



**KOÇ
ÜNİVERSİTESİ**
GRADUATE SCHOOL
OF HEALTH SCIENCES

KOÇ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KANSER TEDAVİSİ ALAN KADINLARIN
BAKIM VERİCİLERİNİN YAŞAM
KALİTESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

HEMŞİRELİK PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL - 2020



**KOÇ
ÜNİVERSİTESİ**
GRADUATE SCHOOL
OF HEALTH SCIENCES

KOÇ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KANSER TEDAVİSİ ALAN KADINLARIN
BAKIM VERİCİLERİNİN YAŞAM
KALİTESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

MAİDE NUR KELEŞ

Danışman Öğretim Üyesi: Doç. Dr. Memnun Seven

Eş Danışman Öğretim Üyesi: Dr.Öğrt. Üyesi Taghreed Nayel
Mohammed Salameh

ONAY SAYFASI

**Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik
Anabilim Dalı,**

**Yüksek Lisans programı öğrencisi Maide Nur Keleş, ‘Kanser
Tedavisi Alan Kadınların Bakım Vericilerinde Yaşam Kalitesi
ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi’**

**konulu Yüksek Lisans tezini 10/02/2021 tarihinde başarılı
olarak tamamlamıştır.**

**BAŞKAN
Dr. İlknur Yeşilçınar**

**ÜYE
Doç. Dr. Gülcan Bağçivan**

**ÜYE (Tez Danışmanı)
Doç. Dr. Memnun Seven**

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
TABLolar DİZİNİ	ii
KISALTMALAR.....	iv
BEYAN.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
ÖZET.....	vii
ABSTRACT	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.2. Problem Tanımı ve Önemi	1
2.GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Kanser	6
2.1.1 Kanser Tanımı ve Görülme Sıklığı	6
2.1.2 Tedavi Yöntemleri ve Olası Yan Etkiler.....	7
2.1.3. Kanser Hastalarının Bakım Vericileri Ve Yaşam Kalitesi.....	13
3. MATERYAL METOD	18
3.1. Araştırmanın Tipi	18
3.2. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı.....	18
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	18
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	18
3.5. Veri Toplama Araçları	18
3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	20
4.BULGULAR	21
4.1. Araştırmaya Katılan Bakım Vericilerin Tanıtıcı Özelliklerinin.....	21
İncelenmesi	21
4.2. Katılımcıların Bakım Verdiği Kanser Tedavisi Gören Kadın Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi.....	25
4.3. Bakım Vericilerin Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları	27
5.TARTIŞMA	46

5.1. Bakım Vericilerde Yaşam Kalitesi.....	46
5.2. Bakım Vericilerde Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler	47
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	52
6.1. Sonuçlar.....	52
6.2. Öneriler	53
7. KAYNAKLAR.....	54
8. EKLER.....	65



TABLolar DİZİNİ

Tablo 4.1.1 Araştırmaya katılan bakım vericilerin bazı tanıtıcı özellikleri.....	21
Tablo 4.1.2 Bakım verenlerin bakım süresince yaşadığı güçlükler ve destek ilişkileri	23
Tablo 4.2.1 Katılımcıların bakım verdiği hastaların bazı tanıtıcı özellikleri	25
Tablo 4.3.1 Bakım verenlerin yaşam kalitesi puan ortalamaları	27
Tablo 4.3.2 Bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerine göre yaşam kalitesi ölçek puan ortalamaları	28
Tablo 4.3.3 Katılımcıların bakım verdikleri hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre yaşam kalitesi ölçek puan ortalamaları	38
Tablo 4.3.4 Toplam yaşam kalitesi puanının etkileyen bağımsız değişkenlerin regresyon analizi ile incelenmesi.....	41
Tablo 4.3.5 Yaşam kalitesi fiziksel sağlık durumu alt boyutunu etkileyen bağımsız değişkenlerin regresyon analizi ile incelenmesi.....	42
Tablo 4.3.6 Yaşam kalitesi “Psikolojik ve manevi sağlık durumu” alt boyutunu etkileyen bağımsız değişkenlerin regresyon analizi ile incelenmesi.....	43
Tablo 4.3.7 Yaşam kalitesi “Taniya yaklaşım durumu” alt boyutunu etkileyen bağımsız değişkenlerin regresyon analizi ile incelenmesi	44
Tablo 4.3.8 Yaşam kalitesi “Destek ve ekonomik etkilenme durumu” alt boyutunu etkileyen bağımsız değişkenlerin regresyon analizi ile incelenmesi.....	45

KISALTMALAR

BRCA: Breast Cancer Susceptibility

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

WHO: World Health Organization

ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.



İmza

Maide Nur Keleş

TEŞEKKÜR

Hem lisans öğrenimim hem de yüksek lisans öğrenimim boyunca bilgi ve deneyimlerini paylaşan, tez sürecinde anlayışı ve sabrıyla desteğini esirgemeyen değerli hocam ve tez danışmanım Dr. Memnun Seven'e,

Lisans hayatının bana kattığı en güzel dostluk, her zaman olduğu gibi bu tez sürecinin en zorlu ve en mutlu anlarında yanımda ve destek olan canım arkadaşım Eyşan Hanzade Umacı'ya ve en büyük şansım canım ablam Merve Kasım'a,

Sona yaklaştığım aşamada en zorlu süreçlerde ve analizlerde desteğini esirgemeyen Selim Tümkeya'ya

Çalışmalarım ve eğitim hayatım süresince her türlü konuda desteklerini her zaman hissettiğim aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

KANSER TEDAVİSİ ALAN KADINLARIN BAKIM VERİCİLERİNDE YAŞAM KALİTESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

(Maide Nur KELEŞ, Koç Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi)

ÖZET

Amaç: Bu araştırma kanser tedavisi alan kadın hastaların bakım vericilerinin yaşam kalitelerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu araştırma Koç Üniversitesi Hastanesi Medikal Onkoloji Yatan Hasta Servisinde yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini kanser tedavisi alan kadın hastalara bakım veren ve araştırmaya katılmayı kabul eden 128 bakım verici oluşturmuştur. Araştırmada veriler, bakım vericilerin sosyodemografik özelliklerini içeren “Bakım Vericileri Tanılama Formu”, hastanın hastalığına ilişkin özellikleri içeren “Hasta Tanılama Formu” ve Türkçe geçerlik güvenirliği Okçin ve Karadakovan tarafından yapılan “Yaşam Kalitesi Ölçeği-Aile Versiyonu” kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Independent t testi, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis Varyans Analizi, One-Way Anova testi ve Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan bakım vericilerin Yaşam Kalitesi Ölçeği-Aile Versiyonu ölçeğine göre toplam yaşam kalitesi puan ortalaması 4.41 ± 0.63 (En çok = 6.03, En az = 2.77) olarak belirlenmiştir. Kadın bakım vericilerin erkek bakım vericilere göre, günde ortalama bakım verme süresi 19-24 saat olan bakım vericilerin bakım verme süresi daha kısa olanlara göre, metastazı olan hastalara bakım verenlerin metastazı olmayan hastalara bakım verenlere göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Araştırma bulguları sonucunda kadın kanser hastalarına bakım veren kişilerde yaşam kalitesi düzeyi düşük bulunmuştur. Yaşam kalitesini yükseltmeyi hedefleyen müdahalelerin, özellikle kadın olan, günde ortalama 19-24 saat süre bakım veren ve metastazı olan hastaların bakım vericilerini kapsayacak şekilde planlanması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: yaşam kalitesi, bakım vericiler, kanser, bakım, kadın

QUALITY OF LIFE IN FAMILY CAREGIVERS OF WOMEN RECEIVING CANCER TREATMENT AND ITS INFLUENCING FACTORS

(Maide Nur KELEŞ, Koç University, School of Nursing)

ABSTRACT

Aim: This study was conducted to assess quality of life of caregivers of women receiving cancer treatment and the factors affecting.

Method: This descriptive study was aimed to assess quality of life of caregivers of women receiving cancer treatment and the factors affecting quality of life.

The study population consisted of caregivers of female patients receiving cancer treatment in Koç University Hospital Medical Oncology Inpatient Service. 128 women who meet the inclusion criteria and agreed voluntarily to participate in the study. The "Caregiver Identification Form" containing the sociodemographic characteristics of the caregivers, the "Patient Identification Form" containing the characteristics of the patient's disease, and the "Quality of Life Scale-Family Version" were used to collect data. Data was analyzed by using the Mann-Whitney U, Kruskal Wallis Variance Analysis and One-Way Anova tests.

Results: The mean score of quality of life scale of participations was 4.41 ± 0.63 . (Max= 6.03, Min=2.77). It has been determined that female caregivers, caregivers of patient with metastasis and caregiver who gave care for 19-24 hours per a day have lower quality of life score.

Conclusions: As a result of the study, it was determined that the quality of life of caregivers of female cancer patients were low. It is recommended that services should be provided specifically for those who are female caregivers, and give care to the patients with metastasis, give care for an average of 24 hours a day or longer.

Key words: quality of life, care giver, cancer, caregiving, female

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.2. Problem Tanımı ve Önemi

Kanser, hücrelerin kontrolsüz bölünmesi ve çoğalması ile karakterize, genetik ve çevresel koşulların etkisi ile gelişen kompleks bir hastalıktır (Baykara, 2016). DSÖ verilerine göre 2020 yılında 19.3 milyon yeni kanser vakası ve 10 milyon ölümle sonuçlanan kanser vakası olduğu tahmin edilmektedir (World Health Organization, 2020). Dünyada yaşamları boyunca her beş erkek ve altı kadından biri kanser tanısı almakta, sekiz erkek ve on bir kadından biri de kanser nedeniyle yaşamını yitirmektedir (World Health Organization, 2020). Son yıllarda erken tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmeler ile kronik hastalıklar kapsamında yer alan kanser, hastalığın kendisine ve tedavi yöntemlerine bağlı olarak hasta ve ailesinin yaşam kalitesini etkilemektedir (Yıldız, Dedeli ve Pakyüz, 2016). Kanser fiziksel, sosyal ve ruhsal boyutları ile tanı almış bireyin ve yakınlarının yaşamını önemli ölçüde etkilemektedir.

Kanser tedavisindeki gelişmeler, özellikle kemoterapi gibi uzun tedavi süreçlerinde hastalara ayaktan tedavi görebilme şansı vermektedir. Ancak, kanser hastaları, hastalık evresine göre günlük yaşam aktiviteleri ve özbakım gereksinimlerini karşılamada yetersiz kalabilmektedir (Koçak ve ark., 2012). Ayrıca kanser hastaları, mevcut malignitenin doğrudan (bası bulguları, ağrı, kanama, solunum sıkıntısı vs) veya dolaylı olarak neden olduğu (metabolik, endokrin, hematolojik, enfeksiyöz vs.) hastalıklar; antitümör tedavinin (febril nötropeni gibi) veya hastanın sosyal şartlarının neden olduğu (bakım ve beslenme yetersizliği gibi) bir takım akut problemlerle acil servise başvurmaktadırlar (Koçak, Ertekin, Polat, Girişgin ve Kara, 2012). Bazen de bu sorunlar nedeniyle sık sık hastaneye yatmakta ve yatarak tedavi almak zorunda kalmaktadırlar (Koçak ve ark., 2012).

Kanser hastaları ağrı başta olmak üzere daha birçok farklı semptomu yoğun bir şekilde deneyimleyen, psikososyal, spiritüel ve fiziksel gereksinimleri üst düzeyde olan bir hasta grubudur (Koçak ve ark., 2012). Bununla birlikte, kanser teşhisi tedavi ve tedaviye bağlı yan etkiler ile önemli yaşamsal değişimler, finansal ve sosyal sıkıntılara yol açmaktadır. Bu sorunlar sadece hastanın değil tüm aileyi farklı şekillerde etkilemektedir (Ullgren, Tsitsi, Papastavrou ve Charalambous, 2018). Özellikle, kanser hücrelerini yok eden kemoterapötik ilaçlar, tedavi sırasında sağlıklı

hücrelere de kaçınılmaz olarak zarar vermektedir. Bu nedenle kemoterapiye bağlı birçok semptomu tetiklemekte ve hastaların yaşam kalitesini etkilemektedir. Kanser hastalarında en sık ağrı, yorgunluk, bulantı-kusma, kaşeksi, tat ve koku değişiklikleri, mukozit, ishal, kabızlık, alopesi, anemi, cilt ve tırnak problemleri olmaktadır. Tedavi sırasında semptomları kontrol edememek hastanın yaşam kalitesini ve tedavi sürecini zorlaştırır (Temiz ve Zurna, 2019). Bu zor tedavi sürecini tek başına yönetmek oldukça zor olmaktadır. Yorgunluk ve diğer semptomlar ile birlikte hastalar yanlarında bakımına katılacak birine ihtiyaç duymaktadırlar (Kent ve ark., 2016).

Kanserli hastanın bakım ve tedavisinin önemli ve bütünüleyici bir parçası primer bakım vericilerdir. Hastanın bakım ihtiyacı formal ve informal bakım vericiler tarafından karşılanabilmektedir. Kanser hastalarının informal bakım vericileri (genel olarak aile üyesi, arkadaş veya komşu) bireylere ücretsiz bakım ve destek sağlar (Kent, Mollica, Buckenmajer, Smith, 2019). İnfomal bakım vericiler kanser hastalarına hastalığın seyri boyunca temel destek sağlayan genellikle bu role çok da hazırlıklı olmayan aile üyeleri, partnerler veya eşler olmaktadır. Bu dönemde aile üyelerinin kanser hastasının bakım rolünü üstlenmesi duygusal yüklerinin yanında aile ve üyelerine ek sorumlulukları da beraberinde getirmektedir (Berry, Dalwadi, Jacobson, 2017). Bu süreçte bakım vericiler, hasta ve tüm aile üyesine genellikle psikolojik ve duygusal destek olmakla birlikte; bazen banyo, giyinme, beslenme gibi günlük yaşam aktivitelerinde yardım gibi çok farklı sorumluluklar üstlenebilmektedir (Louis, Adams, Brown, 2017).

Aileden bir bakım vericinin, tipik olarak sağlaması gereken en azından dört yardım tipi vardır; günlük yaşam aktiviteleri (örn. yemek, ulaşım), tıbbi bakım (örn; yara bakımı, ilaç yönetimi), sosyal destek ve savunma (örn sigorta ve diğer ekonomik yönden savunuculuk). Eğer hastalık ilerliyor ise, bakım vericinin sorumlulukları da artabilir, daha çok zaman, enerji ve duygusal destek ihtiyacı doğabilir. Hastalığın ilerlediği evrelerde hasta yürümek, banyo, tuvalet ihtiyaçlarını gidermek, beslenmek gibi durumlarda yardıma ihtiyaç duyabilmektedir. Amerika’da yapılan bir çalışmaya göre aileden bir bakım vericinin yaklaşık on dört ay boyunca günde sekiz saatini bakım vermekle geçirdiği tahmin edilmektedir (Berry ve ark., 2017). Bu yük, bakım vericilerde de azalan yaşam kalitesi, depresyon, zarar görmüş bağışıklık sistemi, kalp hastalıkları ve kısalan yaşam ömrü gibi riskler

oluşturmaktadır. Aileden olan birçok bakım verici işinden ayrılmak veya uzun bir süre için izin almak zorunda kalmakta ve hastalığın finansal olarak yönetimi zorlaşmaktadır (Berry ve ark., 2017).

Sosyal destek yetersizliği zaten yeterince hazırlıksız olan bakım vericilerde psikolojik ve fiziksel sorunlar için önemli bir risk faktörü olabilmektedir. Berry ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptıkları araştırmaya göre bakım verenlerin sadece üçte biri bir sağlık kuruluşu tarafından hasta için nelere dikkat etmeleri gerektiğini konusunda bilgilendirildiklerini belirtmiştir. Bu hazırlıksızlık ve bilgi eksikliği sevdikleri kişinin sağlığı hakkında zaten var olan endişelerini daha da artırmaktadır (Berry ve ark.,2017). Bazı çalışmalarda bakım vericilerin karşılanmamış ihtiyaçlarına ve kanser bakımında hasta odaklı bakımdan ziyade aile odaklı bakış açısına gereksinim olduğu belirtilmiştir. Bakım vericilerin karşılanmamış ihtiyaçları bakım verdikleri hastadan da daha fazla olabilmektedir (Sklenarova, Krümpelmann, Haun, Friederich, Huber, 2015). Bakım vericilerde anksiyete ve duygusal stres genellikle karşılanmamış ihtiyaçlardan kaynaklanmakta bu da bakım vericilerde yaşam kalitesini etkilemektedir (Lapid, Atherton, Kung, Slohan, Shahi, Clark ve Rummans, 2015).

Kanser hastalarının bakım vericileri depresyon ve diğer ilişkili faktörler açısından yüksek risk altındadır. Çalışmalarda bakım vericilerin %32-52'sinin klinik depresyonu düşündürecek düzeyde depresif belirtilere sahip olduğu bulunmuştur (Louis ve ark., 2017). Ayrıca bakım vericiler alkol, sigara kullanımı gibi olumsuz başa çıkma davranışları yönünden risk altında olabilmektedir (Litzelmanm, Kent, Rowland, 2018). Hastalığın ilerlediği terminal dönemdeki palyatif bakım alan hastaların bakım vericileri endişe verici düzeyde psikolojik morbidite, depresyon, kaygı, somatizasyonun yaygınlığı, kompleks üzüntü, sıkıntı yaşadıklarını bildirmektedirler (Areia NP, Fonseca G, Major S Relvas AP, 2018). Bu doğrultuda bakım vericilerin yaşadığı stres, tükenmişlik, bilgi eksikliği ve bakım verici rolüne olan hazırlıksız durumları, hem bakım kalitesi hem de psikolojik olarak bakımı alan kanser hastalarını da önemli ölçüde etkilemektedir.

Kadın ve bakım ilişkisi ve kadınların kendilerine toplum tarafından biçilen sosyal roller düşünüldüğünde ailede bakım verici genelde kadınlar olmaktadır (Campbell and Woodgate, 2016). Ailede bir hasta bakıma ihtiyaç duyduğunda,

birincil bakım vericiler neredeyse her zaman başka kadınlar olmaktadır (Ruiz I., Nicolás M., 2018). Amerika’da bakım vericilerle yapılan bir çalışmada aileden olan bakım vericilerin çoğunluğunun (%65) kadın olduğu görülmüştür (Longacre, 2014). Genelde kadın kanser hastalarında ise bu rolü kız kardeş veya kız çocuklar üstlenmektedir. Hemen hemen tüm hastalar ve eşleri, postoperatif dönemde ve kemoterapi ve radyoterapi alırken hanehalkı rollerinin eşleri, büyük aile üyeleri (özellikle anneler ve ablalar) ve yetişkin kızları tarafından devralındığını bildirmişlerdir (Akyüz, Güvenç, Üstünsöz ve Kaya, 2008).

Kanser cinsiyet ayrımı gözetmeksizin tüm aileyi etkilemekle birlikte, ailede kadının kanser olması tüm aile süreçlerini daha farklı etkileyebilmektedir. Özellikle kültürel bakımdan Türk toplumunda kanser tanısı alan kadınlar, onlardan beklenen sosyal rol ve sorumlulukları yerine getirmede zorlanabilir ve aile içi süreçleri etkilenebilir. Hastalığın varlığı fonksiyonel durumu etkilediğinden bireyin günlük rollerini yerine getirmesini zorlaştırmaktadır. Bu durum duygusal sorunlara neden olabilir (Akkuzu, Talas ve Ortaç, 2012).

Genç kadınların kanser deneyimi onların anne, eş ve kız çocuğu gibi farklı rollerinden etkilenmektedir. Annelerin hayatta kalmaya öncelik verdikleri ve de çocuklarını kanserin olumsuz etkilerinden korumak için hayatı normalleştirmeye, ev işi rutinlerini yapmaya devam etmeye, gerçek duyguları gizlemeye çalıştıkları görülmüştür (Campbell and Woodgate, 2016). Sonuç olarak, aile içerisinde kanser tanısı alan kadın olduğunda kimin bakım verdiği ve bunun bakım vericilerin yaşam kalitesini nasıl etkilediğinin bilinmesi önemli bir konudur. Bu zor süreçte yaşanan stres bakım verenlerin yaşam kalitesini ve günlük yaşam aktivitelerini de büyük ölçüde etkiler. Bakım vericilerin kişisel deneyimleri kanserin gidişatıyla birlikte fiziksel sağlıklarını da etkilemektedir (Shaffer, Kim, Carver, Cannady, 2017). Bu nedenle, bu çalışmanın amacı kanser tedavisi alan kadınların bakım vericilerinin yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Soruları

1. Kanser tedavisi alan kadınların bakım vericilerinin yaşam kalitesi ölçeği-aile versiyonuna göre yaşam kalitesi düzeyleri nedir?
2. Kanser tedavisi alan kadınların bakım vericilerinin bazı sosyodemografik özellikleri bakım vericilerin yaşam kalitesi ölçeği aile versiyonu puanını istatistiksel olarak etkilemekte midir?
3. Kanser tedavisi alan kadınların hastalığa ilişkin bazı özellikleri bakım vericilerinin yaşam kalitesi ölçeği-aile versiyonu puanını istatistiksel olarak etkilemekte midir?



2.GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser

2.1.1 Kanser Tanımı ve Görülme Sıklığı

Kanser vücudun herhangi bir yerinde görülebilen kontrolsüz hücre büyümesi ve çoğalması ile karakterize kompleks bir hastalık grubudur. Kanser akciğerlerde, memede, kolonda ya da kanda başlayabilir. Kanseler bazı şekillerde benzerdir ancak büyüme ve yayılma biçimleri farklıdır (American Cancer Society, 2018). 2020 yılında tahmini 10 milyon ölümü veya altı ölümden birini oluşturan, küresel olarak ikinci önde gelen ölüm nedenidir. Akciğer, prostat, kolorektal, mide ve karaciğer kanseri, erkeklerde en yaygın kanser türü iken kolorektal, akciğer, servikal ve tiroid kanseri kadınlar arasında en yaygın olanlarıdır (WHO, 2020). DSÖ 2020 verilerine göre dünyada kadınlarda yaklaşık 9.2 milyon yeni kanser vakası görülürken, erkeklerde yaklaşık 10 milyon yeni vaka görülmektedir.

Kanser hücrelerimizin işleyişini, nasıl bölündüklerini ve büyüdüklerini kontrol eden genlerdeki bazı değişikliklerden kaynaklanan genetik bir hastalıktır. Yaşam boyunca karşılaşılan ve genetik değişiklikler meydana getirebilecek kanserojen ajanlar da kanser gelişimini etkilemektedir (National Cancer Institute, 2018). Malignitelerinin çoğunda açıkça tanımlanmış bir neden görülmesine de, kanserojen ajanların birçok insan kanserine katkıda bulunduğu belirtilmiştir. Bunlar, enfektif (örn. Virüsler), kimyasal (mesleki, çevresel ve terapötik dahil), elektromanyetik radyasyon (yani ultraviyole [UV], X-ışını, gama ışını) ve immünoşüpresif olarak kategorize edilebilen birkaç geniş gruba ayrılır. (Hill, 2019).

Genetik yatkınlık da kanser oluşumunda önemli bir faktördür. Bazen bazı ailelerde belirli kanser türleri görülebilir. Bazı durumlarda bunun nedeni aile üyelerinin kanser riskini artıran bazı davranışları veya maruziyeti paylaşması olmaktadır. Kanser riski genetik değişiklikler ve yaşla birlikte de artış göstermektedir. Kanser riski bazı ailelerde obezite gibi diğer faktörlerden de etkilenmektedir (American Cancer Society, 2018). Kanserin gelişimi genetik mutasyonlardan etkilenir. Gen mutasyonu bir ebeveyninden kalıtsal olabilir veya bir kişinin yaşamı sırasında ortaya çıkabilir. Bir ebeveyninden çocuğa geçen mutasyonlara kalıtsal mutasyonlar denir. Örneğin meme kanserinde bir ailenin germ hattında genetik bir değişiklik kalıtsal ise, bu aile üyeleri arasında kadınlarda çok sayıda

meme kanseri vakası görülme olasılığı yüksektir. Meme kanseri gelişiminin etiyojisi diyet, yaşam tarzı, çevresel faktörler, üreme faktörleri ve hormonal durumu içeren çok faktörlüdür. Bununla birlikte, daha büyük bir risk faktörü genetik yatkınlık ve pozitif aile öyküsünden kaynaklanmaktadır. Etkilenen bir anne veya kız kardeşi olan kadınlarda meme kanseri riskinin genel gelişimi 1.9-3.9 kat daha fazladır. Bu durum otozomal dominant bulaşma şekli ve BRCA1 ve BRCA2 genlerindeki kusurlara bağlanır. P53 genindeki anormalliklerle ilişkili Li Fraumeni gibi BRCA1 ve BRCA2 meme kalıtsal kanserleri dışında ek genetik sendromlar vardır. Esas olarak dikkat çekici derecede genç yaşta meydana gelen geniş yelpazede maligniteler ile karakterizedir. 40 yaşından önce meme kanseri teşhisi konmuş kadınlar arasında yaklaşık %1'inin p53 mutasyonu taşıdığı bulunmuştur (Rahman, Suresh ve Waly, 2018).

2.1.2 Tedavi Yöntemleri ve Olası Yan Etkiler

Kansere yönelik tedaviler, kanserin evresi, büyüklüğü veya yeri gibi faktörlere bağlı olarak değişmektedir. Bununla birlikte kanserin tedavisinde cerrahi kemoterapi, radyoterapi yöntemleri en sık başvurulanan yöntemler olmakla birlikte, hormon terapisi ve biyolojik yöntemlerin kullanılması gibi farklı yaklaşımlar da diğer yöntemlere destek olacak şekilde birlikte veya tek başına kullanılabilir (Miller ve diğerleri, 2019). Her yöntemin kendine özgü avantaj ve dezavantajlarının bulunması, kanserin kişiye özgü bir hastalık olması, tedavilerin kişiden kişiye farklılık gösterebilmesi nedeniyle tek bir kesin tedavi yönteminin varlığından bahsetmek imkansızdır (Baykara, 2016).

Tıbbi bakımdaki ilerlemeler sağkalım şansını artırdığı gibi toksisiteyi de artırmıştır. Kanser tedavileri yüksek dozlarda kemoterapi ve farklı ilaç kombinasyonlarını içerir. Artan toksisite, bulantı kusma gibi ilaca bağlı yaşanan yan etkilerin kontrolünü gerektirdiğinden, bu da kanser tedavisinde önemli bir boyuttur (Luebbert, Dahne and Hasenbring, 2001). Bazı terapilerle ilişkili yaygın yan etkiler arasında yorgunluk, bulantı, ağrı, rahatsızlık, enfeksiyon, sağlıklı hücrelere zarar ve görünüm ve vücut fonksiyonlarındaki değişiklikler bulunur (National Cancer Institute, 2018). Tedavinin yan etkileri sosyal, duygusal ve rol işlevselliği de dahil olmak üzere günlük yaşamın normal faaliyetlerini önemli derece bozabilmektedir (Pearman ve ark, 2017). Kanserın prognozu, tedavisi ve tedavi toksisitesi bedenın

tüm sistemleri üzerinde lokal ve sistemik önemli etkiler yaratmaktadır. Bu nedenle kanser hastaları sadece hastalık süreci ile ilgili değil, kanser tedavilerinin yan etkileri nedeniyle de pek çok bakım almaya ihtiyaç duyarlar (Hintistan, Çilingir ve ark., 2012).

Semptomlar, kanserin ortaya çıktığı organla veya metastazının görüldüğü vücut bölgesine göre değişebilir. Bulantı ve kusma gibi yan etkiler, tedavinin uygulanmasından sonraki saatler içinde ortaya çıkabilir. Kardiyotoksisite veya nöropati gibi kümülatif organ hasarına bağlı toksisitelerin gelişmesi aylar alabilir. Organ toksisiteleri, kendi başlarına hedeflenmiş tedavilerden kaynaklanabilir ve önceki sitotoksiklerden kaynaklanan kümülatif organ hasarını şiddetlendirebilir. Kanser hastalarının hastalık sürecinden kaynaklanan semptomların yanında kemoterapi ve radyoterapinin de yan etkilerine bağlı olarak görece sıklıkla yaşadıkları bazı semptomlar vardır (Palesh, 2017).

Kemoterapi yöntemi ile hastaların yaşam süresinin uzaması ve daha nitelikli yaşaması amaçlanmaktadır. Ancak kemoterapi uygulaması sırasında kontrol altına alınmak ya da yok edilmek istenen kanser hücrelerinin yanı sıra sağlıklı hücrelerin de etkilenmesinden dolayı birçok yan etki ortaya çıkmaktadır (Ateş ve Olgun, 2014). Kemoterapi sistemik olduğundan, yan etkiler kanser türlerinden bağımsız olarak kemotöröpatik ajanlara göre farklılık veya benzerlik gösterebilir (Periasamy ve ark., 2017). Global olarak bu tedavilerin kanser hastalarında depresyon, anksiyete ve düşük yaşam kalitesi gibi zararlı psikolojik etkileri bulunmaktadır. Seven ve ark. (2013) kanser tanı ve tedavisine bağlı olarak kemoterapi alan kanser hastalarının en yüksek oranda yorgunluk (%87,3), nefes darlığı (%76,1) ve uykusuzluk (%67,6) şikâyeti yaşadıkları belirtmiştir.

Kemoterapiye ve kansere bağlı yaşanan bu semptomlar iyi bir semptom yönetimi ile önlenme veya azaltılsa bile düzenli hastane ziyaretleri, kan tesleri, görüntüleme zaman alıcı ve rahatsız edici prosedürler hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir (Kristensen ve ark., 2016). Kanser tedavisinde en sık kullanılan yöntemlerden biri olan kemoterapi, hastalığı tedavi ederken fiziksel ve emosyonel birçok semptoma yol açmaktadır. Bu tedavi yöntemi ile hastaların yaşam süresinin uzaması ve daha nitelikli yaşaması amaçlanmaktadır. Ancak kullanılan yöntemle bağlı olarak tedavi ile ilgili zorluklar ve toksik etkiler de söz konusudur.

Kemoterapi sistemik olduğundan, yan etkiler kanser türlerinden bağımsız olarak benzer olabilmektedir (Periasamy ve ark, 2017).

Kemoteröpatik ilaçların uygulanması kısa vadede (örn., bulantı, kusma, gastrointestinal rahatsızlıklar) hastalara çok sayıda hızlı bir şekilde yan etkiye neden olabilirken (örn. Hipotansiyon, yüz ve vücutta kızarma ve anormal tat ve koku), uzun vadede yorgunluk, alopesi, renal toksisite, cinsel işlev bozukluğuna neden olabilir. Ayrıca mide bulantısı, kusma, anoreksiya, karın ağrısı, ishal, ateş, stomatit ve mukozit gibi çeşitli gastrointestinal semptomları tetikleyerek gıda alımını etkilemektedir. Hastalar, gastrointestinal semptomları en aza indirmek için gıda alımını kısıtlayabilir ve bu beslenme yetersizliğine sebep olabilir (Nies, 2018). Bulantı kusma kemoterapinin ortak bir yan etkisidir ve onkoloji hastalarının %60-80 ini etkiler (Sommariva,2016). Bulantı kusma hastaların günlük yaşam aktivitelerini, yeme içme yeteneğini etkileyebilmektedir.

Ağrı hasta ve yakınlarını zorlayan en önemli semptomlardan biridir. Kanser hastalarının orta veya kuvvetli düzeyde ağrı deneyimledikleri bulunmuştur. Akut ağrı ani doku hasarının açığa çıkardığı prostoglandin, serotonin, histamin, bradikinin ve P maddesi nedeniyle olurken; kronik ağrı kemoterapiye bağlı periferik nöropati; radyoterapiye bağlı brakial pleksopati, radyoterapi ve cerrahi tedaviye bağlı pelvik ağrı nedeniyle oluşabilir. Kronik ağrı varlığı, ayaktan takip edilen kanser hastalarının ortalama %50'sinde, metastatik kanser hastalarının ise %80-90'ında görülmektedir (Uğur, 2014). Kanser hastalarında tolerans, fiziksel ve psikolojik bağımlılık hakkında yanlış anlaşılmalarda vardır. Ağrı yönetimindeki büyük ilerlemelere rağmen, kanser hastalarının %80'inde kanser ağrısı kötü yönetilmektedir. Tedavi altındaki kanser ağrısı üzerine yapılan çalışmalar, kanser ağrı yönetimini optimize etmek için hastaların, sağlık çalışanlarının ve sistem bariyerlerinin tanımlanmasına odaklanmıştır. İştahsızlık ve yorgunluk semptomları da ağrı yoğunluğu ile ilişkilidir (Aghabati, Mohammadi, Esmail, 2010).

Kanser ve kemoterapi ile ilişkili en yaygın görülen semptomlardan biri de yorgunluktur (Byar ve ark., 2006). Ayrıca, bu semptomun hastaların günlük yaşamını en fazla etkileyen ve semptom olduğu ve sıklıkla görüldüğü bildirilmektedir (Aghabati ve ark., 2010). Bu semptom palyatif tedavi gören kanser hastalarında daha yaygın görülmektedir. Kemoterapi ve radyoterapi alan hastaların %95'i, akciğer

kanserli hastaların %78-37'si, meme kanserli hastaların %28-9'u, prostat kanserli hastaların %15'i yorgunluktan söz etmektedir. Kanser evresi, ileri yaş, yaşam stresörleri, uykusuzluk, yatak istirahati, depresyon ve ağrı, dehidratasyon, beslenme yetersizlikleri, immobilité, kas zayıflığı, kronik hastalığın psikolojik etkileri ve kronik hastalık varlığı, yorgunluğu etkiler (Uğur, 2014).

Cerrahi tedavi de kemoterapi ile birlikte birçok kanser türü için tedavinin temel taşı olmaya devam etmektedir. Bununla birlikte majör cerrahi fonksiyonel iyileşme süresi ve yaşam kalitesinin düşmesine yol açan önemli postoperatif komplikasyon oranları ile ilişkili olmaktadır (Piriaux ve ark., 2018). Cerrahi kemoterapi, radyoterapi ve hormon tedavileri fiziksel görünümü değiştirebilen yan etkilerle ilişkilidir (örn. Mastektomi, tüy dökülmesi, cilt rengi ve kilo değişiklikleri gibi). Bu yan etkiler bir kadının beden imajında olumsuz değişiklikler, fiziksel görünüm algısı ve bedenine karşı negatif tutuma yol açabilir. Bir veya iki memenin cerrahi olarak çıkarılmasını içeren mastektomi, kadının benlik algısı ve beden imajını olumsuz etkileyebilmektedir (Sherman ve ark., 2016). Meme kanseri kadınlarla yapılan çalışmalarda meme cerrahisi sonrası cinsel sorunların arttığını ve bir yıl sonrasına kadar da tanıdan önceki cinsel yaşama göre iyileşme olmadığını göstermektedir (Hisiao ve ark., 2019). Prospektif çalışmalar hastaların %15 ile %20'sinin meme kanseri ameliyatından sonra orta ile şiddetli kalıcı ağrı yaşadığını göstermektedir. Bu ağrı yaşam kalitesini ve fiziksel fonksiyonları önemli ölçüde azaltabilir (Meretoja ve ark., 2017) Merejota ve ark. (2014) yaptıkları bir diğer prospektif çalışmada meme kanseri cerrahisinden bir yıl sonra hastaların %50'sinde hafif ağrı ve %16'sında orta ile şiddetli ağrı olduğu bulunmuştur.

Kemoterapi ile birlikte radyoterapi sağ kalım oranlarının artmasına katkıda bulunan kanser hastaları için başvuru en yaygın tedavi tiplerindendir. Global olarak bu tedavilerin kanser hastalarında depresyon, anksiyete ve düşük yaşam kalitesi gibi zararlı psikolojik etkileri bulunmaktadır. Radyasyon tedavisinin yan etkileri, tedavi edilen bölgeyle ilgili olmaktadır. Tedaviye bağlı yaygın bir yan etki, yorgunluktur. Bir diğeri, cilt tarafından alınan radyasyonun miktarına ve spesifik tedavi bölgesine bağlı olarak eritem olarak ortaya çıkan ve derinin pul pul dökülmesi ile ilerleyebilen ışınlanmış bölgedeki cilt reaksiyonlarıdır (Wo, 2017). Yaygın yan etkiler tedavi bölgesine göre değişir ancak yorgunluk, anoreksiya, mukozit, özofajit,

disfaji, bulantı, kusma, ishal, sistit, üretrit, alopesi, cilt reaksiyonları ve kemik iliği depresyonu gibi yan etkileri içerebilir. Geç toksisitelerin doku ışınlama bölgesi ile ilişkili olması muhtemeldir ve bunlarla sınırlı olmamak üzere kısırlık, kardiyotoksikite, sekonder kanserler, idrar semptomları ve bağırsak semptomları gibi etkileri görülebilir. Bunlar tedaviden sadece 6 ay sonrasına kadar olmayabilir ve yıllarca ya da kronik olarak devam edebilir (Jo, 2020).

Yakın zamana kadar, kanser tedavisinin temelleri cerrahi, radyasyon, kemoterapi ve hormonal tedavi ile sınırlıydı ve çoğu hasta bu modellerin kombinasyonu ile tedavi edildi. Yaklaşık 15 yıl önce moleküler tümör hedeflerine yönelik ilaçların keşfi ve kansere yeni bağışıklık yaklaşımları ile tedavi seçenekleri genişlemeye başladı. Daha eski sitotoksik “kemoterapi” ajanları, genellikle daha yeni hedeflenmiş ve bağışıklık tedavileri ile birlikte, kombine şekilde yaygın olarak kullanılmaktadır (Bush ve Noe, 2020). Radyoterapi ve kemoterapi gibi geleneksel kanser tedavilerinin aksine, immünoterapi, bağışıklık sistemini çeşitli hedef ve yönlerde kanser hücrelerine saldırmak için dinamik olarak modüle eden yenilikçi bir tedavidir. İmmünoterapi esas olarak bağışıklık mikro-ortamını düzenleyerek bağışıklık sistemini güçlendirmek için kullanılır, böylece bağışıklık hücreleri birkaç önemli düğümdeki tümör hücrelerine saldırabilir ve temizleyebilir. Günümüzde anti-tümör immünoterapisi, tümör tedavisi alanında giderek daha önemli bir rol oynamaktadır (Tan, Li ve Zhu, 2020). Sitotoksik özellikleri olan kemoterapi tedavisinden farklı olarak immünoterapi daha farklı etki mekanizması ile genel olarak tümör hücrelerini öldürebilmek için konakçı bağışık sistemini kullanır (Abbott ve Ustoyev, 2019). Daha yeni immünoterapi ve moleküler hedefli ajanlar, benzersiz etki mekanizmaları nedeniyle farklı toksisite profillerine sahiptir. İmmünoterapi, bağışıklık sisteminin gücünü ortaya çıkararak kanser hücrelerini yok ederek çalışır (Bush, 2020). İmmünoterapi bazen bir yan etki olarak bağışıklık sisteminin sağlıklı hücrelere de saldırmasına neden olabilir ve bu durum vücudun birçok farklı organını etkileyebilir. Bazı durumlarda yan etkiler hızlı bir şekilde ortaya çıkarken bazılarının ise gelişmesi aylar sürebilir. En yaygın yan etkiler grip semptomları gibi yan etkileri (yorgunluk, ateş, titreme, kas ağrıları) içerir. Hastalarda ayrıca bulantı, kusma veya ishal gelişebilmektedir (Anadkat ve Cowen, 2018).

Kanser hastaların fiziksel ve duygusal iyilik hali üzerine ciddi etkileri olan bir hastalıktır. Kanser tanısı almak önemli psikolojik acıya neden olan zor bir olaydır (Khalil, 2016). Kanser hastalarında depresyon ve anksiyete düzeyleri klinik ve demografik özelliklere göre değişkenlik gösterebilir. Anksiyete semptomları kadınlarda, sosyal destek yetersizliği olan, fiziksel aktivitede ve sosyal rolde bozulma olan hastalarda daha sık görülmektedir. Depresyon düşük sosyoekonomik destek, yakın zamandaki kayıplar, önceki duygudurum bozukluğu ve/veya intihar girişim, karamsarlık eğilimi, alkol ve maddenin kötüye kullanımı ile ilişkilendirilmiştir. Kanser türü ve ağrı da depresyon ve anksiyete ile ilişkili önemli faktörlerdendir. Hem depresyon hem de anksiyete kanser hastalarında tedaviye uyumu ve kabullenmeyi zorlaştırabilir, tedaviyi erteleyebilir (Cardoso, 2015). Depresyon ve anksiyete kanserin geldiği noktaya ve tedavi edici veya palyatif tedaviye bakılmaksızın kanser hastalarının sırasıyla %20 ve %10'unu etkilemektedir (Pitman, Suleman, Hyde ve Hodgkiss, 2018).

Kanser hastaları fiziksel ve duygusal olarak tanı, tıbbi tedavinin yan etkileri aile içi süreçlerde oluşan problemler ve ölüm tehdidi gibi durumlarla mücadele etmek durumunda kalırlar. Kanser tespiti ve tedavisindeki ilerlemeler ve daha iyi sağkalım oranları ile, tedaviyle ilişkili yan etkilerin (toksisiteler) yönetimi ve azaltılması, hastaların yaşam kalitesini koruma ve sonuçları optimize etmede giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Kanser hastalarında semptom yönetimi hastanın fiziksel ve psikolojik semptomlarının giderilmesinde önem taşımaktadır. Kanserde yaygın semptomların hastalıkla ilişkisini, nedenlerini, prevalansını, sonuçlarını ve kontrol yöntemlerini bilmek hasta ve ailesini semptom kontrolünde cesaretlendirmektedir (Uğur, 2014).

Kanserle ilişkili semptom yükü sağkalım ve tedavi için bilinen önemli bir problemdir. Kanser geç etkileri yorgunluk, kas iskelet sorunları, azalmış aktivite ve cinsel işlev bozukluklarını içermektedir. Psikolojik stresin yaygınlığı değişiklik gösterebilir, ancak depresyon ve anksiyete görülme olasılığı kanser hastalarında genel popülasyona göre daha yüksektir ve tanıdan sonraki ilk iki yılda kanser tanısı olmayan hastalara kıyasla üç kat daha fazla görülmektedir. Kanserdeki yüksek psikolojik stres düzeyleri daha kötü sağlık düzeyleri, fonksiyon, yaşam kalitesi ve

tedaviye uyumun azalması ile ilişkilendirilmiştir. Kansere hastaları semptomlarının yeterince yönetilmediğini bildirmektedir (Diplock, 2018).

Kanserin, hastalığın ve tedavisinin bireysel psikolojik ve manevi boyutlar üzerindeki etkisinin yanı sıra kişilerarası ve sosyal ilişkilerin boyutları ile ilgili önemli psikososyal etkileri vardır. Hem hastalar hem de aileleri için bu etkiler onkolojide çok önemlidir. Yapılan çalışmalar psikososyal morbitidenin, uyumsuz başa çıkma, sosyal ilişkilerde bozulma ve azalan yaşam kalitesi, intihar riski, uzayan rehabilitasyon süresi, tedaviye uyumsuzluk, anormal hastalık davranışları, aile işlev bozukluğu ve muhtemelen daha kısa sağ kalım süreleri ile ilişki olduğunu göstermektedir (Caruso, 2017).

2.1.3. Kansere Hastalarının Bakım Vericileri ve Yaşam Kalitesi

Kanserin aile içinde yükü ve etkisi son yirmi yıldır araştırılmaktadır. Veriler psikolojik stresin çekirdek aileye büyük ölçüde yansıdığını, bakımla ilgili problemlerin, bakım verenlerin fiziksel ve mental iyilik haliyle ilişkili olduğunu göstermektedir. Son zamanlarda aileden bakım vericiler ile ilgili yapılan araştırmalarda kanser hastalarının bakıcılarının, özellikle kilit aile üyelerinin, (genellikle eşlerin) psikolojik bozukluklar açısından risk altında olduğunu ve prevelansının kanser hastalarına (%25-30) yakın olduğunu ortaya koymaktadır (Caruso, 2017). Aile içindeki psikolojik morbidite bakım vericinin yaşı, cinsiyeti, artmış bakım yükü, hasta ile ilişkili, hastanın yüksek düzeyde semptom sıkıntısı, bakım verilen zamanın uzunluğu, bakıcı rollerindeki değişiklikler, hastanın kanser türü, sorumluluklar, boş zaman aktiviteleri, yaşam tarzı ve sosyal izolasyon gibi değişkenlerden etkilenir (Northouse, Williams, Given ve McCorkle, 2012). Aile üyeleri hastaların fiziksel ve duygusal bakımını sağlama sorumluluğunu üstlenirken aynı zamanda da kendi hayatlarını yönetirken, bakım sırasında önemli bir zorlanma yaşamaktadırlar. Kanserin aile üyeleri üzerindeki etkileri şunları içermektedir: aile içindeki duygusal sıkıntı, değişen aile içi roller ve yaşam tarzı, aile üyelerinin iletişimindeki değişiklikler, acı ve ölümle ilgili kaygılar (Lee ve Bell, 2011).

Kanser tedavilerinin hastalar ve aileden olan bakım vericilerin ekonomik durumu üzerinde doğrudan ve dolaylı etkileri vardır. Finansal toksisite terimi, kanser ve tedavileri ile ilişkili finansal sıkıntıyı tanımlamak için kullanılır. 45 çalışmanın sistematik incelemesinde kanserden sağ kalanların %12-62'sinin tedavi nedeniyle

borçlarının olduğu ve %47-49'unun finansal sıkıntı yaşadıklarını bildirmişlerdir. Birçok çalışmada artan finansal yük ile azalan yaşam kalitesi ve özellikle duygusal iyilik hali arasında ilişki olduğunu ortaya koyarken, finansal toksisite ve semptom yükü arasındaki ilişki, özellikle semptomların ortaya çıkması ve ciddiyeti hakkında çok az şey bilinmektedir (Chan, 2018).

Birçok hasta yorgunluk, ağrı, bilişsel bozukluk ve cinsel işlev bozukluğu gibi çoklu hastalık ve tedavi ile ilgili yan etkiler bildirir. Bu sorunlar hastaların normal aile ve iş sorumluluklarını yerine getirme kabiliyetlerini sınırlandırabilir ve böylece önemli alanlarda rol fonksiyonlarının bozulmasına neden olabilir. Evli ya da bağlı ortaklıklar içinde olan birçok hasta için kanser ilişkilerde zorlu değişikliklere yol açan bir hastalıktır. Kanser hastası bireylerin partnerleri bir dizi psikolojik zorluk yaşamaktadır. Araştırmalar hastaların ve eşlerinin psikolojik stres düzeylerinin orta derecede ilişkili olduğunu ve bazı partnerlerin hastalara göre daha fazla sıkıntı yaşadığını göstermektedir. Hem hastalar hem de partnerler tıbbi randevulara katılmak, tıbbi kararlar vermek, duygusal ve fiziksel yardım sağlamak ve tedavinin yan etkileri ve kendi duygusal sıkıntılarıyla baş etmek de dahil olmak üzere kanserle ilgili, fiziksel ve duygusal zorluklarla boğulmuş hissedebilirler (Langer, 2018).

Ebeveynlik, çocuk bakımı ve ailevi konular genellikle annelerin iş yükünü ve yorgunluğunu artıran sorumluluklar olmaktadır. Bu nedenle kadınlar erkeklerden daha stresli olma eğilimindedir. Başkalarının bakımına ihtiyaç duyduklarında ve bakımı alan taraf olduklarında, ailenin normal işleyişini etkileyen ebeveyn rolleri kesintiye uğrar. Bu nedenle, ciddi hastalığı veya kanseri olan kadınlar genellikle depresyona eğilimlidir. Wu ve Su tarafından Tayvanlı annelerde kanserli ergen çocukların depresyon derecesi, aile işlevleri ve davranışları üzerine yapılan bir araştırma, kanserli çocukların annelerinde depresyon derecesi ile aile işlevi arasında anlamlı bir negatif korelasyon bulunduğunu göstermiştir. Kadınlar ciddi şekilde hastalandığında ve kanserden muzdarip olduğunda, ailedeki kadınların rolleri etkilenebilir (Chou, 2020).

Kanser bakım deneyimi aşağıdakilerden başlayarak kavramsallaştırılabilir: 1) Çeşitli davranış değişiklikleri ile hastalığın önlenmesi 2) Tarama yoluyla hastalığın saptanması 3) Teşhis, kanser tipinin yerinin ve evresinin belirlenmesi genellikle olası tedavi seçenekleri ve öngörülen prognozun gözden geçirilmesini içerir 4) Tedavi

hastalığı semptomları ve/ veya en aza indirmek veya ortadan kaldırmak için sağlık hizmetlerinin sunulması 5) Hayatta kalma, kanserden kurtulanların genel sağlığının teşvik edilmesini ve herhangi bir yeni hastalık veya nüksün izlenmesini içerir, 6) Yaşam sonu ve palyatif bakım, hastalığın kontrol edilemez ama hastanın bakımının devamını sağlamak ve yaşam kalitesini geliştirmeyi içerir. Her aşama önemlidir ve öncelikler yaşam kalitesindeki ve fiziksel sağlıkta büyük değişiklikler ile karakterize olabilir (Parkers, 2018).

Kanser patolojisinin ve tedavilerinin etkileri o kadar şiddetli ve çok boyutludur ki destekleyici bakıma önemli boyutta ihtiyaç duyulmaktadır. Hastalar tıbbi randevuya, tedaviye ulaşım, giyinme ve beslenme dahil günlük yaşam aktiviteleri gibi ihtiyaçlarından dolayı duygusal, finansal ve fiziksel destek için bakım vericilere sıklıkla bağımlı olmaktadır (Putri, Afyanti, Ungsianik, ve Milanti, 2018; Nissen, Trevino, Lange ve Prigerson, 2016). Kanser tedavisi semptomlar, yan etkiler ve ek zorluklar ortaya çıkarmaktadır. Bu süreçte günlük yaşam aktivitelerine yardımcı olmak, yemek hazırlamak, ilaçları yönetmek, tıbbi hizmete ulaşımı sağlamak, finansal durumları yönetmek ve duygusal destek sağlamak da dahil olmak üzere bir bakım vericinin doğrudan desteğini gerektirir (Bevans ve Sternberg, 2012). Destekleyici bakım ihtiyaçlarını doğuran en önemli değişkenler bozulmuş beden imajı, fiziksel ve sosyal engeller ve gastrointestinal semptomlar gibi tedaviye bağlı semptomlar olmaktadır (Büchi ve ark., 2013).

Bakım verici, ihtiyacı olan bir kişinin fiziksel ve psikososyal bakımına yardımcı olan kişidir. Çoğu bakım verici genellikle aile üyeleri ve herhangi bir ücret karşılığı olmadan bakım veren kişiler olmaktadır. Bakım vericiler banyo, tuvalet, giyinme dahil olmak üzere beslenme, ilaçların ve evin yönetimi gibi günlük yaşam aktivitelerinde yardım sağlamaktadırlar. Demografik olarak bakım vericilerin %66'sı kadınlardan oluşmaktadır. Bakım vericiler yaklaşık olarak haftada 20 saatlerini bakım verme aktiviteleri ile geçirmektedir (Sullivan, 2015). Miller ve Keane (1992) "kendi kişisel bakımını yapamayan birinin emosyonel ve fiziksel ihtiyaçlarını karşılamak üzere sorumluluğu kabullenen kişi" olarak bakım vericileri tarif etmiştir. Bakım vermek kompleks, önemli olduğu kadar da stres verici bir iştir. Kanser hastası bir aile üyesine bakım vermek rol değişikliklerinin üstesinden gelmek, günlük bakım görevlerine ve yeni bir yaşam tarzına uyum gerektiren zorlu bir deneyimdir. Bakım

vermek genellikle stresli bir deneyim olabilir ve hem psikolojik hem de fiziksel olarak olumsuz sonuçlar doğurabilir. Çeşitli çalışmalar ve analizler bakım vericilerde anksiyete ve depresyon gibi psikolojik bozuklukların yüksek prevalansı olduğunu göstermektedir. Kanserin etkileri en çok kanserli bireyi doğrudan etkilemekle birlikte, etkisi kanserli kişiye bakan akrabalara veya arkadaşlara kadar uzanır. Aile ve arkadaşlar, kanserin hem acil hem de uzun süreli yönetiminde bakım veya yardım sağlamada genellikle merkezi konumdadır. Ayrıca, tedavi ve sağlık hizmetlerindeki değişikliklerin bir sonucu olarak, kanser bakımının çoğu ayakta tedavi bazında sunulmaktadır ve evde bakıcılar tarafından yapılmaktadır (Teixeira, Costa, Pereira ve Brandao, 2018).

Kanser deneyimi tipik olarak beklenmedik bir tanı konma ile başlar ve bunu takip eden bunaltıcı, yoğun ve telaşlı randevular, tetkikler, tedaviler arasında sıklıkla görülen komorbidite veya komplikasyonlarla devam eder. Maalesef kanser bakım deneyimi hızlı bir şekilde palyatif veya yaşam sonu evresine geçebilir. Bu sorumluluklar ve yükler nedeniyle kanser hastalarının bakım vericileri tipik olarak hastanın ihtiyaçlarına ve bakımına katılır, kendi fiziksel, manevi ve duygusal ihtiyaçlarını beklemeye alırlar (Lapid, 2015). Aileden bir bakım vericinin bakımı sağlaması kişisel zamanının çoğunu bakıma ayırmasını gerektirir. Birçok bakım verici bakım sorumluluklarından dolayı işinden ayrılmakta ve boş zaman aktivitelerinin birçoğundan da feragat etmektedir. Longacre 'nin (2013) yaptığı çalışmada bakım yükü değerlendirme ölçeğine göre bakım vericilerin çoğunluğu (%55) için bakım vermek oldukça külfetli veya yorucu olmaktadır. Artan kanser tedavisi seçenekleri ve sıklıkla daha fazla komorbiditesi olan ve günlük aktivitelerle ilgili daha fazla yardıma ihtiyaç duyan yaşlanan kanser hastaları popülasyonu, kanser bakımının karmaşıklığının artmasına neden olmuştur. Bakım vermenin, bakıcı sağlığı üzerindeki potansiyel olumsuz etkisi giderek daha fazla farkedilmeye başlanmaktadır. Bakıcılar, psikolojik rahatsızlık, uyku bozukluğu ve yorgunluk ile bakım vermeyenlerle karşılaştırıldığında daha yüksek risk altındadır (Longacre, 2013).

Bakım vericilerin psikolojik uyumunu olumsuz etkileyen faktörler hastalığın metastatik veya ilerleyici olması, hastanın sıkıntı ve semptomları ve bakım süresidir. Bakıcının psikolojik uyumunu etkileyebilecek bir diğer faktör sosyal desteğin

mevcudiyetidir (Lee ve ark., 2016). Eşlerin genellikle bireyin desteğinin birincil kaynağı olduğunu gösteren araştırmalar bakım sırasında destekleyici bir eş ilişkisinin faydalı olacağını göstermektedir. Aile içi ilişkilerde kanser hastası bireyin cinsiyeti de önemli bir değişken olmaktadır. Kadınların aile içi süreçlerde erkeklere kıyasla organizatör olma rolünden dolayı bir kadında kanser tanısı, roller değiştikçe aile fonksiyonlarını dengesizleştirebilir (Litzelmann, Kent ve Rowland, 2015). Baider ve ark. (1996) eş ve hastanın sıkıntısı arasındaki ilişkiyi anlamada cinsiyetin önemine dikkat çekmişlerdir. Kadınlar psikolojik sıkıntılarının, kocalarının sıkıntılarından önemli ölçüde etkilendiğini bildirmişlerdir. Aksine, hasta veya sağlıklı erkekler, eşlerinin sıkıntılarının daha az etkilendiğini bildirirler. Toplumun geleneksel olarak erkekleri araçsal (görev merkezli roller) ve problem çözme rollerine çevirdiğini öne sürerken, kadınlara sadece sağlıklarını korumakla kalmayıp eşlerinin ihtiyaçlarını da beslemeleri ve onların bakımlarına katılmaları öğretilir.

Yeterli bir sosyal destek ağının varlığı ve bakıcı tarafından yeterli olduğuna ilişkin algı, bakım vericinin karşılaştığı tüm streslere destek ve koruma görevi görebilir. Primer bakım verici hastanın durumu kötüleştikçe evde hastalık semptomlarının ve tedavinin yan etkilerini yönetmekten sorumlu olan kişi olmaktadır. Yaşadıkları stres sadece bakım yeteneklerini etkilemekle kalmaz aynı zamanda duygusal destek sağlamak, günlük yaşam aktivitelerini desteklemek ve bakımın diğer yönleriyle ilgilenmek gibi konularda da bakım vericiyi etkiler. Kemoterapi ve radyoterapi gibi uzun süren ve yan etkileri olan tıbbi tedaviler bakım vericinin, aktif bakım sırasında yaşam kalitesini etkileyebilmektedir. (Spatuzzi, 2016).

3. MATERİYAL METOD

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Koç Üniversitesi Hastanesi Medikal Onkoloji Yatan Hasta Servisinde Şubat-Haziran 2020 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma Koç Üniversitesi Hastanesi Medikal Onkoloji Yatan Hasta Servisinde Şubat-Haziran 2020 tarihleri arasında yatarak tedavi alan kadın hastaların bakım vericileri ile yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini kanser hastası kadınlara bakım veren 128 bakım verici olarak hesaplanmış olup gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden, Koç Üniversitesi Hastanesi Medikal Onkoloji Yatan Hasta Servisinde tedavi gören kadın kanser hastasına bakım veren hastanın aile üyelerinden oluşan 128 bakım verici çalışmaya dahil edilmiştir. Örneklem Raosoft programı ile bilinmeyen populasyon büyüklüğü ile % 90 güven aralığında %7 hata payı ile 128 olarak hesaplanmıştır (<http://www.raosoft.com/samplesize.html>).

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni: Yaşam Kalitesi Ölçeği Aile Versiyonu puanıdır.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri: Yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma ve ekonomik durum, bakımın süresi, hastaya yakınlık derecesi gibi katılımcılara ve kanser türü, tanı süresi, tedavi yöntemleri gibi hastalara ait özelliklerdir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında hastanın bazı sosyodemografik özelliklerini içeren “Hasta Tanılama Formu” (Ek2), Bakım vericilerin sosyodemografik özelliklerini içeren “Bakım Verenleri Tanılama Formu” (Ek3) ve “Yaşam Kalitesi Ölçeği-Aile Versiyonu” (Ek4) kullanılmıştır.

Hasta Tanılama Formu; Araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Toplam 5 sorudan oluşmaktadır. Hasta Tanılama Formu hastanın yaşı, primer kanser tanısı, metastaz varlığı, tanı süresi ve hastaneye yatış süresi sorularını içermektedir.

Bakım Vericileri Tanılama Formu; Bakım vericilerin cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, çocuk sahibi olup olmadığı, öğrenim durumu, mesleği, çalışma ve ekonomik durumu, sigara ve alkol kullanımı, ev ortamı, başka bakım veren birinin varlığı, hastaya yakınlık derecesi, fiziksel sağlık durumu, kronik hastalığın varlığı, bakım süresi, radyoterapi ve kemoterapi tedavileri ve diğer aile üyelerinin desteğini içeren toplamda 27 sorudan oluşmaktadır.

Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği-Aile Versiyonu; Kanserli hastalarda yaşam kalitesini değerlendirmek üzere Ferrell ve Grant tarafından geliştirilen ölçek aile üyelerinin yaşam kalitesini ölçmeye uygun hale getirmek için adapte edilmiştir. Aile üyelerinin yaşam kalitesini değerlendirmek için uyarlanan ölçek gözden geçirilip düzenlendikten sonra 1994-1998 yılları arasında 219 kanserli hasta yakını ile yapılan bir çalışmayla test edilmiştir. Toplam 37 maddeden oluşan ölçek; Fiziksel sağlık durumu, Psikolojik sağlık durumu, Sosyal Kaygılar ve Spiritüel (Manevi) iyilik durumu olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. Çalışmanın test-retest güvenirlik sonuçları $r=.89$ ve iç tutarlılık Alpha değeri $r=.69$ olarak bulunmuştur. Ölçeğin dört alt boyutu için faktör analizleri doğrulanmıştır. Türkçeye uyarlaması Okçin ve Karadokvan tarafından 2007 yılında yapılmıştır. Toplam 31 maddeden oluşan ölçek; Fiziksel sağlık durumu, Psikolojik sağlık durumu, Sosyal Kaygılar ve Spiritüel (Manevi) iyilik durumu olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. Çalışma sonucunda test-retest güvenirlik katsayısı $r=.86$ ve iç tutarlılık Cronbach Alpha katsayısı $=.90$ bulunmuştur. Ölçeğin dört alt boyutu için faktör analizleri doğrulanmıştır. Ölçekteki 12, 14, 22, 24, 31, 32. maddelerin korelasyon değerleri 0.20'nin altında bulunduğundan güvenirliği azaltan bu maddeler ölçekten çıkarılmıştır. Ölçeğin Türkçeye uyarlaması yapıldıktan sonra toplam 4 yeni alt boyut oluşturulmuş, soru sayısı ve yerleri değiştirilmiştir (EK4). Yeni oluşturulan alt boyutlar ve maddeleri şu şekildedir; Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık Durumu (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11), Fiziksel Sağlık Durumu (12,13,14,15,16,17,18,19,20), Tanıya Yaklaşım Durumu (21,22,23,24,25,26,27) ve Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu (28,29,30,31). Ölçekteki sorular 0 ile 10 puan arasında puanlanmakta "10" en iyi, "0" en kötüyü ifade etmektedir. 1, 12-15, 17-28, 30,31.sorular ters kodlanmaktadır. Ölçek toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ilgili boyutun maddelerine ilişkin cevapların puanlarının toplanması ve madde/soru sayısına

bölünmesiyle ifade edilir. Ölçek toplam puan ve alt boyut puanları üzerinden yorumlanmakta, yüksek puan yaşam kalitesinin yüksek olduğunu ifade etmektedir.

3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veriler etik kurul onayı ve kurum izni alındıktan sonra, Şubat 2020-Haziran 2020 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplama araçları yazılı onam alınarak araştırmaya katılmayı kabul eden bakım vericilere gerekli açıklamalar yapıp araştırmacı tarafından verilerek formları bakım vericilerin kendileri doldurmaları sağlanmıştır. Formların doldurulması 15 dakika sürmüştür. Formların doldurulması esnasında araştırmacı bakım vericilerin yanında bulunmuş olup soruları olması durumunda cevaplamıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 26.0 istatistiksel veri analizi paket programı ile analiz edilmiş olup frekans, aritmetik ortalama ve yüzde değerleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde Independent T testi, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis Varyans Analizi, One-Way Anova testi ve Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi kullanılmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya medikal onkoloji servisinde yatan kadın kanser hastalarının bakım vericileri dahil edilmiştir. Belirtilen zaman dilimi içerisinde ulaşılabilen örneklem ile yapılmıştır.

3.9. Etik Kurul Onayı

Araştırmanı yapılabilmesi için Koç Üniversitesi Etik Kurul'undan etik kurul onayı (Ek5) ve Koç Üniversitesi Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Direktörlüğü'nden yazılı izin (Ek6) alınmıştır.

4.BULGULAR

4.1. Araştırmaya Katılan Bakım Vericilerin Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi

Bu bölümde araştırmaya katılan bakım vericilerin sosyo demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma, öğrenim durumu, ekonomik durum, kiminle birlikte yaşadığı, aynı evde yaşama ve bakım verdiği evde kendine ait odası olma durumu, kronik hastalık varlığı), bakım verme süresi ve etkisine ilişkin özellikleri (hastaya yakınlık derecesi, ailede başka bakım verici olup olmaması, bakım verme süresi, bakmakla yükümlü olunan başka bir birey varlığı), ve bakım verdiği hasta ve hastalığına ilişkin özelliklerine (hastanın radyoterapi ve kemoterapi öyküsü, özbakım ihtiyaçlarını karşılayabilme durumu, hastaneye yatış sayısı, tedavi masraflarının karşılanması) ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.1.1 Araştırmaya katılan bakım vericilerin bazı tanıtıcı özellikleri

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	77	60.2
Erkek	51	39.8
Yaş		
18-30 yaş	13	10.2
31-60 yaş	95	74.2
60+	20	15.6
Medeni Durumu		
Evli	100	78.1
Bekar	28	21.9
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Var	87	68.0
Yok	41	32.0

Tablo 4.1.1. Araştırmaya katılan bakım vericilerin bazı tanıtıcı özellikleri (devam)

Öğrenim Durumu		
İlkokul	14	10.9
Lise	29	22.7
Lisans ve üstü	85	66.5
Ekonomik Durum		
İyi	58	45.3
Orta	70	54.7
Çalışma Durumu		
Evet	75	58.6
Hayır	53	41.4
Hastaya Yakınlık Derecesi		
Anne	8	6.3
Kardeş	26	20.3
Eş	41	32
Diğer*	53	41.4
Hastayla Aynı Evde Yaşama		
Evet	76	59.4
Hayır	52	40.6
Kronik Hastalık		
Var	55	43.0
Yok	73	57.0
Toplam	128	100

*Çocuk, kuzen vs. diğer aile üyeleri

Tablo 4.1.1.'de araştırma kapsamına alınan bakım vericilerin tanıtıcı özelliklerine yer verilmiştir. Bakım vericilerin %60.2'sinin kadın ve %78.1'inin ise evli olduğu, çoğunluğunun (%74.2) 31-60 yaş grubunda ve (%64.1) lisans mezunu olduğu görülmektedir. Bakım vericilerin %45.3'ü ekonomik durumunun iyi olduğunu %58.6'sı çalıştığını belirtmiştir. %70.3'ünün ailesinde bir başka bakım verici daha olduğu görülmektedir. Hastaya yakınlık derecesinin sırasıyla diğer %41.4, eş %32, kardeş %20.3 ve anne %6.3 olarak belirlenmiştir. Bakım vericilerin %43'ünde kronik hastalık varlığı görülmektedir.

Tablo 4.1.2. Bakım vericilerin bakım süresince yaşadığı güçlükler ve destek ilişkileri

Tanıttıcı Özellikler	Sayı	%
Ailede Bakıma Yardımcı Olan Başka Biri		
Var	90	70.3
Yok	38	29.7
Bakmakla Yükümlü Olunan Başka Biri		
Var	49	38.3
Yok	79	61.7
Aile Üyelerinden Destek Alma		
Evet	94	73.4
Hayır	20	15.6
Kısmen	14	10.9
Evde Hastanın Kendine Ait Odası		
Var	119	93
Yok	9	7

Bakım vericilerin %38.3'ünün hastaları dışında bakmakla yükümlü oldukları başka birinin olduğu ve %73.4'ünün diğer aile üyelerinden destek aldığı, %10.9'unun da kısmen destek aldığı görülmektedir.

Tablo 4.1.2. Bakım vericilerin bakım süresince yaşadığı güçlükler ve destek ilişkileri(devam)

Evde Bakım Vericinin Kendine Ait Odası		
Var	105	80.5
Yok	23	19.5
Günde Ortalama Bakım Verilen Süre		
1-6 saat	36	28.1
7-12 saat	44	34.4
13-18 saat	16	12.5
19-24 saat	32	25
Tedavi ile İlişkili Masrafları Karşılama		
Evet	72	56.3
Hayır	56	43.8
Toplam	128	100

Bakım vericilerin %59.4'ü hastasıyla aynı evi paylaşmakta olup çoğunluğunun hastasının (%93) ve kendisinin (%80.5) bakım verdiği evde odası bulunmaktadır. Bakım vericilerin %56.3'ü tedavi ile ilişkili masrafları kendileri karşılamaktadır (Tablo 4.1.2).

4.2. Katılımcıların Bakım Verdiği Kanser Tedavisi Gören Kadın Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi

Bu bölümde bakım vericileri ile çalıştığımız kadın kanser hastaların primer tanısı, yaşı, tanı süresi, hastaneye yatış sebebi ve metastaz varlığı gibi tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.2.1 Katılımcıların bakım verdiği hastaların bazı tanıtıcı özellikleri

Özellikler	Sayı	%
Yaşı		
18-30 yaş	5	3.9
31-60 yaş	62	48.4
60+ yaş	61	47.7
Primer Kanser Tanısı		
Meme-jinekolojik kanserler	43	33.6
Akciğer kanseri	19	14.8
Kolorektal kanserler	17	13.3
Pankreas kanseri	14	10.9
Özofagus-mide kanseri	10	7.9
Beyin tümörü	6	4.7
Diğer kanser türleri (sarkom, lenfoma, baş-boyun, lösemi, böbrek tümörü)	19	13.8
Tanı Süresi		
0-6 ay	49	38.3
6-12 ay	45	35.2
12-24 ay	23	18.0
24+ay	11	8.6
Metastaz		
Var	84	65.6
Yok	44	34.4

Tablo 4.2.1 Katılımcıların bakım verdiği hastaların bazı tanıtıcı özellikleri (devam)

Hastaneye Yatış Nedeni		
Kemoterapi	55	43
Semptomatik yakınmalar	73	57
Özbakım İhtiyaçlarını Karşılama		
Evet	54	42.2
Hayır	29	22.7
Kısmen	45	35.2
Hastaneye Yatış Sayısı		
1-5 kez	96	75
5-10 kez	30	23.4
10 ve daha fazla	2	1.6
Toplam	128	100.0

Katılımcıların bakım verdikleri hastaların %48.4'ü 31-60 yaş aralığında, %47.7'si ise 60 yaş üstü gupta yer almaktadır. Çoğunluğunun (%38.3) tanı süresi 0-6 ay arasında olduğu ve %65.6'sının metastazı bulunmaktadır. Yarisından fazlasının (%57) hastaneye yatış nedeninin semptomatik yakınmalar olduğu belirlenmiştir. Hastaların %42.2'si özbakım ihtiyaçlarını karşılayabilmekte, %22.7'si karşılayamazken, %35.2'si de kısmen karşılayabilmektedir. %75'inin tanı aldıktan sonra hastaneye yatış sayısı 1-5 kez olarak belirtilmiştir.

4.3. Bakım Vericilerin Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

Bu bölümde; cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma, çalışma durumu, ekonomik durum gibi tanıtıcı özelliklerine göre bakım vericilerin yaşam kalitesi puan ortalamaları verilmiştir.

Tablo 4.3.1 Bakım vericilerin yaşam kalitesi puan ortalamaları

Yaşam Kalitesi Ölçeği-Aile Versiyonu	$\bar{x} \pm SS$ (en az-en çok)
Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık Durumu	5.44 $\pm$ 0.90 (0-10)
Fiziksel Sağlık Durumu	4.88 $\pm$ 0.94 (0-10)
Taniya Yaklaşım Durumu	1.90 $\pm$ 0.83 (0-10)
Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu	4.92 $\pm$ 0.95 (0-10)
Toplam Ölçek Puanı	4.41 $\pm$ 0.63 (0-10)

Tablo 4.3.1. incelendiğinde, hastalara bakım veren yakınlarının yaşam kalitesi puan ortalamasının 4.41 $\pm$ 0.63 (En çok = 6.03, En az=2.77) olduğu görülmektedir. Ölçeğin alt boyutlarının puan ortalamaları incelendiğinde; “Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık Durumu” alt puan ortalamasının 5.44 $\pm$ 0.63(En çok=7.09, En az=2.82), “Fiziksel Sağlık Durumu” alt puan ortalamasının 4.88 $\pm$ 0.90 (En çok =7.78, En az =2.33), “Taniya Yaklaşım Durumu” alt puan ortalamasının 1.90 $\pm$ 0.83 (En çok =5.0, En az =0.00), “Destek ve Ekonomik Etkilenme Durum” alt puan ortalamasının 4.92 $\pm$ 0.95(En çok =7.0, En az =1.25) olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3.2 Bakım vericilerin tanıtıcı özelliklerine göre yaşam kalitesi ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	Yaşam Kalitesi Ölçeği-Aile Versiyonu				
	Toplam Ölçek Puanı	Psikolojik ve Manevi Sağlık Durumu	Fiziksel Sağlık Durumu	Taniya Yaklaşım Durumu	Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu
Cinsiyet	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Kadın	4.23±0.61	5.24±0.9	4.66±0.89	1.70±0.85	4.94±1.11
Erkek	4.69±0.58	5.76±0.83	5.22±0.92	2.20±0.7	4.89±0.63
İstatistiksel analiz	t* = -4.617 p≤0.000	t = -3.941 p≤0.000	Z** = 12.59 5 p≤0.001	t = -2.651 p≤0.009	Z = 30.660 p≤0.274
Yaş					
18-30 yaş	4.50±0.80	5.41±1.10	5.11±1.04	2.14±1.14	4.75±1.57
31-60 yaş	4.41±0.62	5.50±0.88	4.89±0.97	1.83±0.75	4.87±0.89
60+ yaş	4.36±0.59	5.22±0.89	4.71±0.73	2.06±0.95	5.27±0.57
İstatistiksel Analiz	F*** = 0.17 1 p≤0.843	F = 0.784 p≤0.459	X ² *** = 0.95 2 p≤0.621	F = 1.236 p≤0.294	X ² = 5.510 p≤0.064
Medeni Durum					
Evli	4.42±0.62	5.46±0.90	4.90±0.93	1.86±0.75	4.94±0.91
Bekar	4.40±0.70	5.40±0.95	4.82±0.97	2.04±1.06	4.84±1.07
İstatistiksel Analiz	t = 0.100 p≤0.921	t = 0.282 p≤0.778	Z = 13.635 p≤0.833	t = -1.035 p≤0.303	Z = 13.050 p≤0.582

*Independent t testi **Mann-Whitney U ***Oneway Anova****Kruskal Wallis

Tablo 4.3.2’de görüldüğü gibi kadınların yaşam kalitesi toplam puan ortalaması ve “Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu” alt ölçeği dışındaki alt ölçeklerin puan ortalamaları erkeklerinkinden daha düşük bulunmuştur ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05).

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

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

Tablo 4.3.2 Bakım vericilerin tanıtıcı özelliklerine göre yaşam kalitesi ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması (devam)

	Yaşam Kalitesi Ölçeği-Aile Versiyonu				
	Toplam Ölçek Puanı	Psikolojik ve Manevi Sağlık Durumu	Fiziksel Sağlık Durumu	Tanıya Yaklaşım Durumu	Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu
Çocuk Durumu	$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$
Var	4.41 $\pm$ 0.61	5.42 $\pm$ 0.87	4.88 $\pm$ 0.90	1.85 $\pm$ 0.81	5.02 $\pm$ 0.81
Yok	4.43 $\pm$ 0.69	5.50 $\pm$ 0.99	4.90 $\pm$ 1.02	1.99 $\pm$ 0.88	4.70 $\pm$ 1.18
İstatistiksel analiz	t*=-0.187 p $\leq$ 0.852	t=-0.445 p $\leq$ 0.657	X ² **=17.735 p $\leq$ 0.959	t=-0.849 p $\leq$ 0.398	X ² =15.155 p $\leq$ 0.169
Öğrenim Durumu					
İlkokul	4.09 $\pm$ 0.64	4.89 $\pm$ 0.76	4.42 $\pm$ 0.90	1.53 $\pm$ 0.90	5.64 $\pm$ 0.98
Lise	4.39 $\pm$ 0.62	5.30 $\pm$ 1.00	4.90 $\pm$ 0.88	2.02 $\pm$ 0.88	4.87 $\pm$ 0.89
Lisans ve üstü	4.46 $\pm$ 0.63	5.59 $\pm$ 0.84	4.93 $\pm$ 0.97	1.90 $\pm$ 0.78	4.79 $\pm$ 0.92
İstatistiksel Analiz	F***=2.067 p $\leq$ 0.131	F=4.319 p $\leq$ 0.015	X ² ****=2.349 p $\leq$ 0.125	F=1.763 p $\leq$ 0.176	X ² =5.022 p $\leq$ 0.025
Ekonomik Durum					
İyi	4.45 $\pm$ 0.62	5.51 $\pm$ 0.87	5.0 $\pm$ 0.90	1.82 $\pm$ 0.78	4.90 $\pm$ 0.84
Orta	4.38 $\pm$ 0.65	5.39 $\pm$ 0.94	4.78 $\pm$ 0.97	1.96 $\pm$ 0.87	4.93 $\pm$ 1.03
İstatistiksel Analiz	t=0.634 p $\leq$ 0.527	t=0.755 p $\leq$ 0.452	Z**=17.425 p $\leq$ 0.168	t=19.095 p $\leq$ 0.563	Z=-0.977 p $\leq$ 0.330

*Independent t testi **Mann-Whitney U ***Oneway Anova****Kruskal Wallis

Bakım vericilerin yaşam kaliteleri toplam puan ortalaması ve alt ölçeklerin puan ortalamaları çocuk sahibi olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$)

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

Bakım vericilerin yaşam kaliteleri toplam puan ortalaması ve alt ölçeklerin puan ortalamaları ve bakım vericilerin ekonomik durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$)

Tablo 4.3.2 Bakım vericilerin tanıtıcı özelliklerine göre yaşam kalitesi ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması (devam)

	Yaşam Kalitesi Ölçeği Aile Versiyonu				
	Toplam Ölçek Puanı	Psikolojik ve Manevi Sağlık Durumu	Fiziksel Sağlık Durumu	Taniya Yaklaşım Durumu	Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Çalışma Durumu					
Çalışan	4.51±0.62	5.70±0.79	4.95±0.96	1.97±0.76	4.66±0.81
Çalışmayan	4.28±0.63	5.08±0.94	4.79±0.91	1.79±0.91	5.28±1.02
İstatistiksel analiz	t*=1.983 p≤0.050	t=3.994 p≤0.000	Z**=17.815 p≤0.319	t=1.187 p≤0.237	Z=10.390 p≤0.000
Ailede Başka Bakım Verici					
Var	4.44±0.64	5.44±0.91	4.94±0.99	1.91±0.83	5.01±1.00
Yok	4.35±0.61	5.46±0.90	4.76±0.80	1.86±0.85	4.70±0.78
İstatistiksel Analiz	t=0.769 p≤0.443	t=-0.142 p≤0.887	Z=15.525 p≤0.411	t=0.359 p≤0.720	Z=13.120 p≤0.037
Hastaya Yakınlık Derecesi					
Anne	3.87±0.39	4.65±0.66	4.65±0.74	1.00±0.73	5.03±0.81
Kardeş	4.38±0.54	5.39±0.98	4.75±0.89	1.82±0.79	5.28±0.91
Eş	4.59±0.63	5.67±0.95	5.06±0.88	2.21±0.66	4.70±0.77
Diğer	4.37±0.66	5.42±0.80	4.85±1.03	1.83±0.87	4.89±1.07
İstatistiksel Analiz	F=3.157 p≤0.027	F***=3.034 p≤0.032	X ² ****=5.549 p≤0.136	F=5.790 p≤0.001	X ² =3.173 p≤0.366
Hastayla Aynı Evde Yaşama					
Evet	4.39±0.65	5.49±0.89	4.89±0.90	1.90±0.94	5.09±0.92
Hayır	4.45±0.60	5.49±0.89	4.89±0.90	1.90±0.94	5.09±0.92
İstatistiksel Analiz	t=0.584 p≤0.560	t=0.453 p≤0.652	Z=19.530 p≤0.911	t=-0.008 p≤0.994	Z=16.690 p≤0.134

*Independent t testi **Mann-Whitney U ***Oneway Anova ****Kruskal Wallis

Bakım vericilerin çalışma durumlarına göre toplam yaşam kalitesi puan ortalaması, “Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık Durumu”, “Destek ve Ekonomik Etkilenme” alt ölçeklerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmayanların çalışanlara göre daha düşük yaşam kalitesi puanına sahip oldukları saptanmıştır. Çalışanların “Destek ve Ekonomik Etkilenme” alt ölçek puanının ise daha düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur. Ailede başka bakım verici varlığına göre “Destek ve Ekonomik Etkilenme” alt ölçek puanlarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Ailesinde başka bir bakım verici olan bakım vericilerin “Destek ve Ekonomik Etkilenme” alt ölçek puanlarının ailede başka bakım verici olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ailede başka bakım verici olup olmamasına göre diğer alt ölçekler ve yaşam kalitesi puanlarında ise anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Bakım vericilerin hastaya yakınlık derecelerine göre toplam yaşam kalitesi puan ortalaması ve “Psikolojik ve Manevi (spiritüel) Sağlık Durumu”, “Tanıya Yaklaşım Durumu” alt ölçeklerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak yapılan ikili karşılaştırmalarda bakım veren taraf anne olması durumunda yaşam kalitesi ve “Destek Ekonomik Etkilenme” puanının diğer gruplara göre düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Bakım vericilerin hastayla aynı evde yaşama durumlarına göre toplam yaşam kaliteleri ölçek puan ortalaması ve diğer alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.3.2 Bakım Vericilerin tanıtıcı özelliklerine göre yaşam kalitesi ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması (devam)

	Yaşam Kalitesi Ölçeği Aile Versiyonu				
	Toplam Ölçek Puanı	Psikolojik ve Manevi Sağlık Durumu	Fiziksel Sağlık Durumu	Tanıya Yaklaşım Durumu	Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Evde Hastanın Kendine Ait Odası					
Var	4.44±0.63	5.50±0.85	4.91±0.94	1.88±0.82	4.94±0.93
Yok	4.02±0.59	4.67±1.23	4.50±0.86	2.07±1.01	4.55±1.10
İstatistiksel Analiz	t*=-1.937 p≤0.055	t=-2.706 p≤0.008	Z**=38.300 p≤0.155	t=0.661 p≤0.510	Z=44.150 p≤0.379
Evde Bakım Vericinin Kendine Ait Odası					
Var	4.35±0.64	5.40±0.88	4.81±0.92	1.84±0.77	4.86±0.93
Yok	4.65±0.53	5.62±0.99	5.21±0.98	2.13±1.03	5.15±1.01
İstatistiksel Analiz	t=2.124 p≤0.036	t=1.083 p≤0.281	Z=97.350 p≤0.059	t=1.582 p≤0.116	Z=10.575 p≤0.165
Kronik Hastalık					
Var	4.42±0.59	5.45±0.84	4.95±0.94	1.79±0.81	5.00±0.85
Yok	4.41±0.66	5.44±0.96	4.83±0.94	1.94±0.84	4.86±1.01
İstatistiksel Analiz	t=-0.150 p≤0.883	t=-0.114 p≤0.909	Z=18.715 p≤0.512	t=1.294 p≤0.198	Z=18.900 p≤0.570
Bakmakla Yükümlü Olunan Başka Biri					
Var	4.39±0.62	5.40±0.94	4.88±0.94	1.85±0.87	4.94±0.99
Yok	4.43±0.64	5.47±0.89	4.89±0.94	1.93±0.80	4.90±0.92
İstatistiksel Analiz	t=-0.348 p≤0.728	t=-0.452 p≤0.652	Z=18.790 p≤0.782	t=-507 p≤0.613	Z=19.275 p≤0.969

*Independent t testi **Mann-Whitney U ***Oneway Anova ****Kruskal

Wallis

Bakım verilen hastalarının kendine ait odasının olup olmaması durumuna göre bakım vericilerin “Psikolojik ve Manevi Sağlık Durumu” alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0.05). Hastasının kendine ait odası olmayanların bakım vericilerinin “Psikolojik ve Manevi Sağlık Durumu” alt

ölçek puanları daha düşük bulunmuştur. Diğer alt ölçekler ve toplam ortalama yaşam kaliteleri puanlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Bakım vericilerin kendine ait odaları olması durumuna göre toplam yaşam kaliteleri puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p>0.05$). Bakım verdiği evde kendilerine ait odası olan bakım vericilerin yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur.

Tablo 4.3.2 Bakım Vericilerin tanıtıcı özelliklerine göre yaşam kalitesi ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması (devam)

	Yaşam Kalitesi Ölçeği Aile Versiyonu				
	Toplam Ölçek Puanı	Psikolojik ve Manevi Sağlık Durumu	Fiziksel Sağlık Durumu	Taniya Yaklaşım Durumu	Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu
	$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$
Aile Üyelerinden Destek Alma					
Evet	4.50 $\pm$ 0.63	5.56 $\pm$ 0.87	4.99 $\pm$ 0.98	1.90 $\pm$ 0.80	5.02 $\pm$ 0.89
Hayır	4.17 $\pm$ 0.56	5.11 $\pm$ 0.83	4.50 $\pm$ 0.75	2.10 $\pm$ 0.91	4.50 $\pm$ 1.07
Kısmen	4.18 $\pm$ 0.63	5.15 $\pm$ 1.08	4.73 $\pm$ 0.80	1.57 $\pm$ 0.83	4.85 $\pm$ 1.02
İstatistiksel Analiz	F***=3.327 p $\leq$ 0.039	F=2.920 p $\leq$ 0.058	X ² ****= 4.574 p $\leq$ 0.102	F=1.685 p $\leq$ 0.190	X ² =5.111 p $\leq$ 0.078
Günde Ortalama Bakım Saati					
1-6 saat	4.76 $\pm$ 0.58	5.92 $\pm$ 0.72	5.38 $\pm$ 1.02	1.93 $\pm$ 0.88	5.11 $\pm$ 1.01
7-12 saat	4.48 $\pm$ 0.49	5.54 $\pm$ 0.85	4.88 $\pm$ 0.69	1.92 $\pm$ 0.80	5.13 $\pm$ 0.78
12-18 saat	4.32 $\pm$ 0.60	5.21 $\pm$ 0.81	4.76 $\pm$ 0.69	2.06 $\pm$ 0.69	4.87 $\pm$ 0.63
19-24 saat	3.98 $\pm$ 0.64	4.89 $\pm$ 0.92	4.39 $\pm$ 1.01	1.75 $\pm$ 0.88	4.42 $\pm$ 1.03
İstatistiksel Analiz	F=10.761 p $\leq$ 0.000	F=9.195 p $\leq$ 0.000	X ² =19.404 p $\leq$ 0.000	F=0.553 p $\leq$ 0.647	X ² =11.122 p $\leq$ 0.011

*Independent t testi **Mann-Whitney U ***Oneway Anova ****Kruskal Wallis

Tablo 4.3.2 Bakım Vericilerin tanıtıcı özelliklerine göre yaşam kalitesi ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması (devam)

	Yaşam Kalitesi Ölçeği Aile Versiyonu				
	Toplam Ölçek Puanı	Psikolojik ve Manevi Sağlık Durumu	Fiziksel Sağlık Durumu	Taniya Yaklaşım Durumu	Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Bakım Verme Süresi					
0-6 ay	4.51±0.62	5.56±0.91	5.04±0.90	1.89±0.85	5.00±0.96
6-12 ay	4.31±0.58	5.36±0.78	4.58±0.77	1.93±0.76	4.95±0.71
12-24 ay	4.09±0.88	4.71±1.27	5.26±1.80	1.75±1.07	3.82±1.53
İstatiksel Analiz	F***=2.444 p≤0.091	F=3.209 p≤0.044	X ² =8.538 p≤0.014	F=0.317 p≤0.872	X ² =4.929 p≤0.085
Hastanın Özbakım İhtiyaçlarını Karşılatabilme Durumu					
Evet	4.70±0.59	5.86±0.82	5.30±0.98	1.86±0.75	5.10±0.65
Hayır	4.05±0.61	4.94±0.77	4.39±0.84	1.98±1.03	4.50±1.29
Kısmen	4.30±0.55	5.28±0.87	4.70±0.73	1.89±0.79	4.97±0.93
İstatiksel Analiz	F=12.506 p≤0.000	F=12.900 p≤0.000	X ² =19.136 p≤0.000	F=0.204 p≤0.816	X ² =5.038 p≤0.081

Independent t testi **Mann-Whitney U ***Oneway Anova *Kruskal Wallis**

Bakım vericilerin diğer aile üyelerinden destek alma durumuna göre toplam ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (p<0.05). Alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05). Diğer aile üyelerinden destek alan ve kısmen destek alanların yaşam kalitesi toplam ölçek puanları ortalamalarının almayanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Bakım vericilerin günde ortalama bakım verdikleri saat ile “Taniya Yaklaşım Durumu” alt ölçeği dışında diğer alt ölçeklerden aldıkları puan ortalaması ve yaşam

kalitesi toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak yapılan ikili karşılaştırmalarda 1-6 saat arası bakım verenlerin yaşam kalitesi ve diğer alt ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Bakım vericilerin bakım verme süreleri ile “Psikolojik ve Manevi Sağlık Durumu” ve “Fiziksel Sağlık Durumu” alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). 0-6 ay süreyle bakım verenlerin puan ortalamalarının bakım verme süresi daha uzun olan gruplara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Diğer alt ölçek puan ortalamaları ve yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları ile bakım verme süresi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Bakım vericilerin hastalarının özbakım ihtiyaçlarını karşılayabilmeleri ile yaşam kalitesi toplam ölçek puanı, “Psikolojik ve Manevi Sağlık Durumu” ve “Fiziksel Sağlık Durumu” alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını anlamak için yapılan ikili karşılaştırmalarda özbakım ihtiyaçlarını karşılayabilen hastalara bakım veren bakım vericilerin kısmen karşılayabilen ve karşılayamayanlara göre puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 4.3.2 Bakım Vericilerin tanıtıcı özelliklerine göre yaşam kalitesi ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması(devam)

	Yaşam Kalitesi Ölçeği Aile Versiyonu				
	Toplam Ölçek Puanı	Psikolojik ve Manevi Sağlık Durumu	Fiziksel Sağlık Durumu	Taniya Yaklaşım Durumu	Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Hastaneye Yatış Sayısı					
1-5 kez	4.48±0.61	5.57±0.85	4.98±0.91	1.86±0.82	4.95±0.97
5-10 kez	4.21±0.68	5.04±0.99	4.61±1.00	2.04±0.86	4.79±0.89
10 ve daha fazla	4.11±0.15	5.18±0.64	4.38±0.86	1.35±0.10	5.37±0.88
İstatistiksel Analiz	F***=2.457 p≤0.090	F=4.182 p≤0.017	X ² ****=3.869 p≤0.144	F=0.929 p≤0.398	X ² =1.150 p≤0.563
Tedavi ile ilişkili Masraflarını Karşılama					
Evet	4.44±0.64	5.50±0.89	4.98±0.93	1.92±0.76	4.72±0.84
Hayır	4.38±0.62	5.37±0.93	4.76±0.95	1.87±0.91	5.17±1.02
İstatistiksel Analiz	T*=0.572 p≤0.569	t=0.845 p≤0.400	Z**=17.465 p≤0.195	t=0.289 p≤0.773	Z=14.630 p≤0.008

Independent t testi **Mann-Whitney U ***Oneway Anova *Kruskal Wallis**

Katılımcıların bakım verdikleri hastanın hastaneye yatış sayısına göre “Psikolojik ve Manevi Sağlık Durumu” alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (p<0.05). Yaşam kalitesi toplam puan ortalaması ve diğer alt ölçekler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Bakım vericilerin tedavi masraflarını kendilerinin karşılama durumları ile “Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu” alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (p<0.05). Tedavi masraflarını kendi karşılayan bakım vericilerin “Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu” alt ölçek puan ortalamaları kendi karşılamayan bakım vericilerden daha düşük olduğu bulunmuştur. Yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları ve diğer alt ölçeklerden

aldıkları puan ortalamaları ile tedavi masraflarını karşılama durumları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.3.3 Katılımcıların bakım verdikleri hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre yaşam kalitesi ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Yaşam Kalitesi Ölçeği Aile Versiyonu				
	Toplam Ölçek Puanı	Psikolojik ve Manevi Sağlık Durumu	Fiziksel Sağlık Durumu	Tanıya Yaklaşım Durumu	Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu
Yaş	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
18-30 yaş	3.80±0.33	4.61±0.63	4.62±0.91	1.02±0.72	4.60±0.72
30-60 yaş	4.53±0.63	5.64±0.90	4.96±0.99	1.98±0.78	4.97±0.90
60+yaş	4.33±0.62	5.32±0.85	4.80±0.91	1.88±0.84	4.86±1.01
İstatistiksel analiz	F***=4.128 p≤0.018	F=4.001 p≤0.021	X ² ***=2.030 p≤0.362	F=3.585 p≤0.031	X ² =1.107 p≤0.575
Tanı Süresi					
0-6 ay	4.54±0.61	5.75±0.78	5.03±0.93	1.80±0.67	4.93±0.85
6-12 ay	4.35±0.62	5.31±0.96	4.80±0.91	1.88±0.85	5.05±0.76
12-24 ay	4.23±0.73	5.15±0.92	4.71±1.11	2.01±0.84	4.54±1.35
24+ay	4.44±0.53	5.27±0.87	4.90±0.69	2.14±1.29	5.13±0.95
İstatistiksel Analiz	F=1.433 p≤0.236	F=2.587 p≤0.023	X ² =1.956 p≤0.582	F=0.677 p≤0.568	X ² =2.212 p≤0.529

*Independent t testi **Mann-Whitney U ***Oneway Anova ****Kruskal Wallis

Tablo 4.3.3 Katılımcıların bakım verdikleri hastaların bazı tanıtıcı özelliklerine göre yaşam kalitesi ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması (devam)

	Yaşam Kalitesi Ölçeği Aile Versiyonu				
	Toplam Ölçek Puanı	Psikolojik ve Manevi Sağlık Durumu	Fiziksel Sağlık Durumu	Tanıya Yaklaşım Durumu	Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu
Metastaz	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Var	4.24±0.60	5.23±0.83	4.69±0.91	1.76±0.76	4.84±1.08
Yok	4.75±0.55	5.86±0.90	5.25±0.90	2.16±0.89	5.07±0.61
İstatistiksel Analiz	t*=-4.617 p≤0.000	t=-3.941 p≤0.000	Z**=11.885 p≤0.001	t=-2.651 p≤0.009	Z=16.230 p≤0.257
Hastaneye Yatış Nedeni					
KT	4.61±0.58	5.74±0.84	5.14±0.90	1.92±0.81	5.06±0.76
Semptomatik	4.25±0.62	5.20±0.87	4.68±0.93	1.88±0.86	4.82±1.06
KT+RT	5.04±0.29	6.72±0.38	5.38±0.23	2.14±0.40	4.75±0.00
İstatistiksel Analiz	F***=6.617 p≤0.002	F=8.245 p≤0.000	X ² ***=8.606 p≤0.003	F=0.121 p≤0.886	X ² =0.611 p≤0.434

*Independent t testi **Mann-Whitney U ***Oneway Anova ****Kruskal

Wallis

Tablo 4.3.3’de görüldüğü gibi bakım verilen hastanın yaşı ile bakım vericilerin yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları, “Psikolojik ve Manevi Sağlık Durumu” ve “Tanıya Yaklaşım Durumu” alt ölçekleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (p<0.05). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda 18-30 yaş grubu hastalara bakım verenlerin ölçek puan ortalamalarının diğer yaş gruplarına göre daha düşük olduğu görülmüştür.

Tanı süresi ile bakım vericilerin “Psikolojik ve Manevi Sağlık Durumu” alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (p<0.05). Tanı süresi 0-6 ay olan hastaların bakım vericilerinin ölçek puan ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Yaşam

kalitesi toplam ölçek puan ortalaması ve diğer alt ölçekler ile tanı süresi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Metastaz varlığı ile bakım vericilerin, “Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık Durumu”, “Fiziksel Sağlık Durumu”, “Tanıya Yaklaşım Durumu” alt ölçeklerinin puan ortalamaları ve yaşam kalitesi toplam ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Hastasının metastazı olmayan bakım vericilerin ölçek puan ortalamalarının metastazı olanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Hastaneye yatış nedeni ile bakım vericilerin “Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık Durumu”, “Fiziksel Sağlık Durumu” ve yaşam kalitesi toplam ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalarda semptomatik yakınmalar nedeniyle hastanede yatan hastaların bakım vericilerinin puan ortalamaları diğer gruplara göre daha düşük olduğu görülmüştür.

Tablo 4.3.4 Toplam yaşam kalitesi puanını etkileyen bağımsız değişkenlerin regresyon analizi ile incelenmesi

n=128	Toplam Yaşam Kalitesi Ölçek Puanı		
	B	t	p
Bağımsız Değişkenler			
Bakım vericinin cinsiyeti	0.399	4.592	0.000
Günde ortalama bakım verme süresi	-0.184	-4.335	0.000
Hastanın metastaz durumu	0.217	2.078	0.040
	R	R square	Durbin-Watson
Yaşam Kalitesi Toplam Ölçek Puanı	0.655	0.429	1.792

Yaşam kalitesi toplam ölçek puanının etkilediği belirlenen bağımsız değişkenler ile toplam yaşam kalitesi ölçek puanı arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır. Regresyon analizine ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı bulunan bağımsız değişkenler dahil edilmiştir. Analiz sonucunda anlamlı bir regresyon modeli, bağımlı değişkendeki varyansın %38'inin ($R^2_{\text{adjusted}} = .38$) bakım vericinin cinsiyeti, günde ortalama bakım verme süresi ve hastanın metastaz durumu tarafından açıklandığı bulunmuştur. Yaşam kalitesi toplam ölçek puanı ile modelden elde edilen değişkenler arasındaki korelasyon katsayısı 0.655'dir. Durbin-Watson değeri ise 1.792'dir (Tablo 4.3.4).

Tablo 4.3.5 Yaşam kalitesi “Fiziksel sağlık durumu” alt boyutunu etkileyen bağımsız değişkenlerin regresyon analizi ile incelenmesi

n=128	Fiziksel Sağlık Durumu Alt Boyutu		
	B	t	p
Bağımsız değişkenler			
Günde ortalama bakım verilen saat	-2.875	-4.697	0.000
Bakım vericinin cinsiyeti	5.351	3.992	0.000
Fiziksel Sağlık Durumu Alt Boyutu Ölçek Puanı	R 0.558	R square 0.311	Durbin-Watson 1.976

Fiziksel Sağlık Durumu alt ölçek puanını etkilediği belirlenen bağımsız değişkenler ile Fiziksel Sağlık Durumu alt ölçek puanı arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır. Regresyon analizine ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı bulunan bağımsız değişkenler dahil edilmiştir. Analiz sonucunda anlamlı bir regresyon modeli, bağımlı değişkendeki varyansın %27’sinin ($R^2_{\text{adjusted}} = .27$) bakım vericinin cinsiyeti, günde ortalama bakım verme süresi tarafından açıklandığı bulunmuştur. Fiziksel Sağlık Durumu alt ölçek puanı ile modelden elde edilen değişkenler arasındaki korelasyon katsayısı 0.558’dir. Durbin-Watson değeri ise 1.976’dır (Tablo 4.3.4).

Tablo 4.3.6 Yaşam kalitesi “Psikolojik ve manevi sağlık durumu” alt boyutunu etkileyen bağımsız değişkenlerin regresyon analizi ile incelenmesi

n=128	Psikolojik ve Manevi Sağlık Durumu Alt Boyutu		
	B	t	p
Bağımsız değişkenler			
Günde ortalama bakım verilen saat	-2,905	-3,990	0.000
Bakım vericinin cinsiyeti	4,699	2,973	0.004
Çalışma Durumu	-3,651	1,723	0.036
Hastanın kendine ait odasının olması	7,101	2,278	0.025
Psikolojik ve Manevi Sağlık Durumu Alt Boyutu Ölçek Puanı	R	R square	Durbin-Watson
	0.641	0.411	1.707

Psikolojik ve Manevi Sağlık Durumu alt ölçek puanını etkilediği belirlenen bağımsız değişkenler ile Psikolojik ve Manevi Sağlık Durumu alt ölçek puanı arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır. Regresyon analizine ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı bulunan bağımsız değişkenler dahil edilmiştir. Analiz sonucunda anlamlı bir regresyon modeli, bağımlı değişkendeki varyansın %35'inin ($R^2_{\text{adjusted}} = .35$) bakım vericinin cinsiyeti, günde ortalama bakım verme süresi, çalışma durumu ve hastanın kendine ait odası olması durumu tarafından açıklandığı bulunmuştur. Psikolojik ve Manevi Sağlık Durumu alt ölçek puanı ile modelden elde edilen değişkenler arasındaki korelasyon katsayısı 0.641'dir. Durbin-Watson değeri ise 1.707'dir.

Tablo 4.3.7 Yaşam kalitesi “Taniya yaklaşım durumu” alt boyutunu etkileyen bağımsız değişkenlerin regresyon analizi ile incelenmesi

n=128 Taniya Yaklaşım Durumu Alt Boyutu			
	B	t	p
Bağımsız Değişkenler			
Hastanın metastaz durumu	2,883	2,787	0.006
Bakım Vericinin Cinsiyeti	3.226	1.017	0.002
Taniya Yaklaşım Durumu Alt Boyutu Ölçek Puanı	R 0.401	R square 0.161	Durbin-Watson 1.535

Taniya Yaklaşım Durumu alt ölçek puanını etkilediği belirlenen bağımsız değişkenler ile Taniya Yaklaşım Durumu alt ölçek puanı arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır. Regresyon analizine ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı bulunan bağımsız değişkenler dahil edilmiştir. Analiz sonucunda anlamlı bir regresyon modeli, bağımlı değişkendeki varyansın %13'ünün ($R^2_{\text{adjusted}} = .13$) bakım vericinin cinsiyeti ve hastanın metastaz durumu tarafından açıklandığı bulunmuştur. Taniya Yaklaşım Durumu alt ölçek puanı ile modelden elde edilen değişkenler arasındaki korelasyon katsayısı 0.401'dir. Durbin-Watson değeri ise 1.535'dir

Tablo 4.3.8 Yaşam kalitesi “Destek ve ekonomik etkilene durumu” alt boyutunu etkileyen bağımsız değişkenlerin regresyon analizi ile incelenmesi

n=128	Destek ve Ekonomik Etkilenme Alt Boyutu		
	B	t	p
Bağımsız Değişkenler			
Çalışma Durumu	3.007	4.439	0.000
Günde ortalama bakım verilen saat	-1.272	-4.459	0.000
Destek ve Ekonomik Etkilenme Alt Boyutu Ölçek Puanı	R	R square	Durbin-Watson
	0.536	0.287	1.780

Destek ve Ekonomik Etkilenme alt ölçek puanını etkilediği belirlenen bağımsız değişkenler ile Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu alt ölçek puanı arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır. Regresyon analizine ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı bulunan bağımsız değişkenler dahil edilmiştir. Analiz sonucunda anlamlı bir regresyon modeli, bağımlı değişkendeki varyansın %26'sının ($R^2_{\text{adjusted}} = .26$) günde ortalama bakım verme süresi ve çalışma durumu tarafından açıklandığı bulunmuştur. Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu alt ölçek puanı ile modelden elde edilen değişkenler arasındaki korelasyon katsayısı 0.536'dır. Durbin-Watson değeri ise 1.780'dir

5.TARTIŞMA

Bu bölümde kadın kanser hastalarına bakım veren bakım verici aile üyelerinin yaşam kalitelerinin ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılmaktadır.

5.1. Bakım Vericilerde Yaşam Kalitesi

Yaşamı tehdit edici bir hastalık olan kanser, hastanın ve bakım veren aile üyelerinin yaşamlarını farklı alanlarda etkileyen, bireylerin sosyal, iş, aile ve evlilik yaşantısını olumsuz yönde etkileyen kronik bir hastalıktır (Weitzner ve ark,1999). Bu nedenle; kanser hastalarının bakım vericilerinin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi önemlidir.

Kanser hastasına bakım veren yakınlarının yaşam kalitesinin değerlendirildiği bu çalışmada, hastalara bakım veren yakınlarının yaşam kalitesi puan ortalamasının orta düzeyde 4.41 ± 0.63 (Max= 6.03, Min=2.77) olduğu görülmektedir. Ölçeğin alt boyutlarının puan ortalamaları incelendiğinde; “Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık Durumu” alt puan ortalamasının 5.44 ± 0.63 (Max=7.09, Min=2.82), “Fiziksel Sağlık Durumu” alt puan ortalamasının 4.88 ± 0.90 (Max=7.78, Min=2.33), “Tanıya Yaklaşım Durumu” alt puan ortalamasının 1.90 ± 0.83 (Max=5.0, Min=0.00), “Destek ve Ekonomik Etkilenme Durum” alt puan ortalamasının 4.92 ± 0.95 (Max=7.0, Min=1.25) olduğu belirlenmiştir. Kanser hastalarına bakım veren 378 hasta yakını ile yapılan başka bir çalışmada bakım vericilerin yaşam kalitesi ölçek puan ortalaması 4.81 ± 1.64 olarak bulunmuştur (Toptaş, 2013). Çalışmamızda en düşük puan ortalaması bakım vericilerin ne kadar belirsizlik hissettiği, kanserin tekrarlaması veya ikinci bir kanser korkusu gibi tanıya yaklaşımı değerlendiren soruları içeren “Tanıya yaklaşım durumu” alt boyutunda bulunmuştur. Yine çalışmamızla benzer şekilde Toptaş’ın (2013) yaptığı çalışmada da en düşük yaşam kalitesi puanı bu alt boyutta olduğu bulunmuştur (3.01 ± 2.07). Kanserli çocuğa sahip ebeveynle ilgili yapılan çalışmada, tanıya vermiş oldukları tepkilere bakıldığında çoğunluğu hastalık nedeniyle öfkeye kapılmakta (%67,3), kendilerini yalnız hissetmekte (%91,8), karamsarlık yaşamakta (%87,8) ve hastalığın seyri konusunda ümitsizlik (%55,1) hissetmektedir (Zengin ve ark.,2012). Karabuğa-Yakar ve Pınar’ın (2013) (80.6 ± 19.3) ve Kurt ve arkadaşlarının (2020) ($72,16 \pm 14,07$)

yaptıkları çalışmalarda da bakım vericilerin yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar oldukça düşük bulunmuştur.

Mcdonald ve arkadaşlarının (2017) bakım vericilerin yaşam kaliteleriyle ilgili yaptıkları çalışmada bakım vericiler, kendi yaşam kalitelerini hastaninkiyile ayrılmaz bir şekilde bağlantılı olduğunu ve bakım vermeye ilişkin sorumlulukların hayatlarını sosyal, fiziksel, duygusal ve finansal olarak her yönden etkilediğini belirtmiştir. Babaoğlu ve Öz'ün (2003) kanser hastası eşine bakım verenler ile yaptıkları çalışmada bakım veren eşlerde anksiyete hastanın durumunun ne olacağına, hastaya rahatsızlık veren semptomların nasıl giderileceğine ve duygusal olarak etkilenilen olaylarla nasıl baş edileceğine ilişkin yaşanmakta olduğu ve çoğu eşin hastanın gereksinimlerini karşılarken, ailenin diğer üyelerinin de gereksinimlerini karşılama sorumluluğu olduğundan bu ihtiyaçların tümünün nasıl karşılanacağına ilişkin anksiyete ve korku yaşamakta olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Bakım vericilerin yaşam kalitesini korumak ve yükseltmek bakım verme süreçlerinde önemli bir noktadır. Kanser hastalarının da tedaviye uyumunu ve süreci etkileyeceğinden bakım vericilerin yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi önemli olmaktadır.

5.2. Bakım Vericilerde Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

Çalışmamızda ikili analizlerde istatistiksel olarak yaşam kalitesini etkilediği belirlenen faktörlerin her birinin yaşam kalitesindeki değişime olan katkısının saptanması amacıyla çoklu regresyon analizi kullanılmıştır. Bakım vericilerin cinsiyetinin, günde ortalama bakım verme süresinin ve hastanın metastaz durumunun bakım vericilerin genel yaşam kalitesini etkileyen faktörler olduğu belirlenmiştir. Günde ortalama bakım verme süresi 19-24 saat arasında olan, metastazı olan hastaya bakımm veren ve kadın bakım vericilerin yaşam kalitesinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3.4).

Çalışmamıza katılan bakım vericilerin %60,2'si kadınlardan oluşmakta ve kadınların erkeklere göre “Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu” dışındaki yaşam kalitesi tüm alt boyutları ve genel yaşam kalitesi düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Literatürde de bakım vericiler çoğunlukla kadınlar olmakta birlikte (Karabuğa-Yakar ve Pınar, 2013; Kaya ve ark.,2018), bunun toplumsal cinsiyete bağlı olarak, kadınlardan bakım verici rolü beklentisine bağlı olduğu düşünülmektedir. Benzer şekilde Toptaş'ın (2013) yaptığı çalışmada kadınların

yaşam kalitesi düzeyleri erkeklerden daha düşük bulunmuştur. Kim ve arkadaşlarının (2019) kanser hastalarının bakım vericileriyle yaptığı çalışmalarında kadın olan bakım vericilerin erkeklere göre bakım verme deneyimlerini daha stresli algıladıkları ve yaşam kalitesi düzeylerinin daha düşük olduğunu belirtilmiştir. Kanserle ilişkili strese rol ve cinsiyet farklılıkları ile ilgili yapılan başka bir çalışmada kadın bakım vericiler erkek bakıcılara göre kansere bağlı anksiyete, kanserin nüksetme korkusu, tanısal testler için endişe ve gelecekle ilgili daha fazla belirsizlik yaşamaktadır (Matthews, 2003). Kadınların daha yüksek stres deneyimlemeleri pek çok kültürde kadınların ailede bakım rolünü üstlenmesi ve cinsiyet rolleri ile ilişkili bakım yükünün erkeklerden daha fazla olduğunu göstermektedir (Matthews, 2003; Choi ve ark, 2015). Bunun tersine Tülüce (2012) bakım vericiler ile yaptığı çalışmada kadın bakım vericilerin bakım yükünün erkek bakım vericiler ile benzer olduğunu belirtmiştir.

Çalışmamızda günde ortalama bakım verilen saatin “Destek ve ekonomik etkilene”, “Psikolojik ve manevi sağlık durumu”, “Fiziksel sağlık durumu” alt boyutları ile birlikte genel yaşam kalitesini etkileyen en önemli değişkenlerden olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.3.5, Tablo 4.3.6, Tablo 4.3.8). Günde ortalama bakım verilen saat ve bakım verme süresine göre bakım vericilerin yaşam kalitesi düzeylerinde bakım saati ve süresi arttıkça düşüş görülmüştür. Hastaya daha uzun süre bakım vermenin fiziksel ve ruhsal olarak daha fazla yorgunluğa, sosyal hayattan daha fazla uzaklaşmaya sebep olabileceği düşünülebilir. Yapılan bir çalışmada hastasına 24 saat boyunca bakım verenlerin bakım verme yükü ortalama puanlarının, diğer gruplara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Öner, 2012). Çalışmamıza benzer şekilde, Choi ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada hastayla günde 8 saatten fazla zaman geçirenlerin 8 saatten az geçirenlere göre yaşam kalitesi ölçek puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Başka bir çalışmada gün içerisinde hastasının bakımı için 3 saatten fazla zaman ayıran bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları puanları, 3 saatten az zaman ayıran bakım vericilerin puanlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur (Karakaya ve Işıkhani, 2020). Akpınar ve Yurtsever’in (2018) yaptıkları çalışmada da hastasıyla günde 21 saat ve daha uzun süre zaman geçiren bakım vericilerinin yaşam kalitesi düzeyleri düşük bulunmuştur. Çalışmamızın tersine literatürde bakım verme

süresinin yaşam kalitesini etkilemediği sonucuna ulaşılan çalışmalarda bulunmaktadır (Hacıoğlu ve ark., 2010).

Çalışmamızda bakım verilen hastada metastaz olma durumunun “Tanıya yaklaşım durumu” alt boyutu ile birlikte genel yaşam kalitesini etkileyen önemli bir değişken olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.3.4, Tablo 4.3.7). Metastaz varlığı aynı zamanda kanserin evresinde de belirleyici olmaktadır. Bu durumun tanıya yaklaşımı da etkileyeceği ve ileri evrelerde hastaların fiziksel fonksiyonlarının daha fazla etkileneceği ve aktivite olarak daha bağımlı hale geleceklerinden bakım vericilerin yükü artmakta ve dolayısıyla yaşam kalitesi düzeylerinde düşüş yaşanmakta olabileceği düşünülebilir. Çalışmamıza benzer şekilde Lim ve arkadaşlarının (2017) yaptığı başka bir çalışmada ileri evre kanserli hastalara bakım veren aile üyeleri, erken evre kanserli hastalara bakım verenler ile karşılaştırıldığında, yük ve sosyal destek alanlarında bozulmuş yaşam kalitesi deneyimi yaşadıkları bulunmuştur. Lund ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada da 4. evre kanser hastalarının bakım vericileri daha fazla umutsuzluk bildirmişlerdir. İleri evre kanserler, palyatif bakımın zor gerçeklerini ve hastanın ölüm riskine daha yakın olduğunu gösterebilir, bu da bakım planlaması ve yaşam sonu sorunlarıyla ilgilenen aile üyelerinde strese neden olabilir (Lim ve ark., 2017). Çalışmamıza benzer şekilde Yakar ve Pınar’ın (2013) yaptıkları çalışmada da hastalığın evresinin bakım vericinin yaşam kalitesini etkilediği belirtilmiştir.

Çalışmamızda bakım vericilerin çalışma durumunun “Psikolojik ve manevi sağlık durumu” alt boyutu ile “Destek ve ekonomik etkilenebilirlik durumu” alt boyutlarını etkileyen bir değişken olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışanların “Psikolojik ve manevi sağlık durumu” alt boyutunda yaşam kalitesi düzeylerinin daha yüksek olduğu, “Destek ve ekonomik etkilenebilirlik” alt boyutunda ise daha düşük düzeyde olduğu görülmüştür. Çalışmayanların bir işinin olmaması kendilerini yetersiz hissetmelerine sebebiyet verebileceği gibi bakım verme dışında daha az sorumluluklarının olmaması da yaşam kalitelerine olumlu etki edebilir. Toptaş’ın (2013) çalışmasında da benzer şekilde çalışan bakım verenlerin Psikolojik ve manevi (spiritüel) sağlık durumu, “Fiziksel sağlık durumu” alt ölçek puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda; bakım vericiler, işin getirdiği ekstra

sorumluluklar nedeniyle bakım verme konusunda kendilerini yetersiz hissetmiş ve depresif semptomlar yaşamışlardır (Matthews ve ark., 2003; Vrettos ve ark., 2012).

Hastanın kendine ait odası olmasının yaşam kalitesinin özellikle “Psikolojik ve manevi sağlık durumu” alt boyutunu etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Hastasının kendisine ait odası olan bakım vericilerin yaşam kalitesi düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Hastanın evde kendine ait odasının olmaması hastayla daha fazla zaman geçirmeye neden olabileceği düşünülebilir. Çalışmamıza benzer şekilde Toptaş’ın (2013) çalışmasında hastasıyla aynı evde yaşayan bakım vericilerin de aynı evlerde yaşayanlara göre yaşam kalitesinin daha düşük düzeyde olduğu bulunmuştur. Yapılan çalışmalar hastayla zamanının büyük bir bölümünü geçiren bakım vericilerin, kendine zaman ayıramamasına, sorumluluklarını sürdürmede zorluk yaşamasına ve sosyal hayatının kesintiye uğramasına neden olduğu ve yaşam kalitelerinin etkilendiğini göstermektedir (Lafcı ve ark., 2020).

Çalışmamızda ailesinde başka bakım veren kişilere sahip olan bakım vericilerin “Destek ve ekonomik etkilenme durumu” alanında yaşam kalitesi düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamıza benzer şekilde literatürde Yakar ve Pınar’ın (2013) kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin yaşam kaliteleri ile ilgili yaptıkları çalışmada ailede başka bakım verici varlığının algılanan yük boyutunda %49.4 oranında etkili olduğu ve başka bir bakım veren olması varlığında yaşam kalitesinde artış olduğu görülmüştür. Hacıoğlu ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada da bakım sırasında aile üyelerinden destek alan bakım vericilerin almayanlara göre yaşam kalites düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızdan farklı olarak Toptaş’ın (2013) yaptığı çalışmada bakım verirken diğer kişilerden destek alma durumunun yaşam kalitesini etkilemediği bulunmuştur.

Çalışmamızda hastaya yakınlık derecesine göre yapılan ikili karşılaştırmalarda kanser hastası kızına bakım veren annelerin diğer gruplardan yaşam kalitesi toplam ölçek puan ortalaması, “Psikolojik ve manevi sağlık durumu” alt ölçeği ve “Tanıya yaklaşım durumu” alt ölçeği puan ortalamalarının daha düşük olduğu görülmüştür. Araştırmamıza benzer şekilde yapılan bir çalışmada hastaların annesi, eşi ve çocuğu olanların diğer diye belirtilen gruba göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının daha düşük olduğu bulunmuştur (Toptaş ,2013). Çalışmamızdan farklı olarak Kızılcı (1999), hastalara eşi olan bakım vericilerin durumunun diğer

bakıcılara göre daha kötü olduğunu öne sürmüştür. Ailede daha yakın sevilen birinin bakımıyla ilgilenmek bakım vericide daha fazla duygusal yüke neden olabileceği için yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda özbakım ihtiyaçlarını kendileri karşılayamayan hastaların bakım vericilerinin yaşam kalitesi ölçek puanı, “Psikolojik ve Manevi Sağlık Durumu” ve “Fiziksel Sağlık Durumu” alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları özbakım ihtiyaçlarını kendileri karşılayabilen bakım vericilere göre daha düşük bulunmuştur. Öz bakım görevlerine yardımcı olma ve hastanın semptomlarını yönetme gibi bakım verme talepleri, bakım verende duygusal strese yol açabilir (Weitzner ve ark, 1999). Weitzner ve arkadaşlarının bakım vericilerde yaşam kalitesi ile ilgili yaptıkları çalışmada hastaların ECOG performans durumu puanları ile bakım vericilerin yaşam kalitesi puanları ile önemli ölçüde negatif korelasyon gösterdiği bulunmuştur. Bu, bakıcının yaşam kalitesinin aile üyelerinin bakım sağladığı hastaların fonksiyonel durumuna bağlı olduğunu göstermektedir. Diğer araştırmalar, artan hasta ihtiyaçlarının ve hastanın fiziksel ihtiyaçları için bakım verme süresinin artmasının, artan bakıcı yükü ve duygusal sıkıntı ile ilişkili olduğunu ileri sürmektedir. Bunun tersine Rha ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları çalışmada ise çok değişkenli analizlerde yaşam kalitesi ile fonksiyonel durum arasında ilişki bulunmadı. Fonksiyonel durumun bakım verme yüküne katkıda bulunduğu bunun da bakım vericinin yaşam kalitesinin etkilendiği düşünülmektedir.

Hastaların hastaneye yatış sayısı 10 ve daha fazla olan hastaların bakım vericilerin “Psikolojik ve Manevi Sağlık Durumu” alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları diğer gruplardan daha düşük ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çalışmamıza benzer şekilde yapılan araştırmalarda hastaların hastaneye yatışı, bakım vericilerin daha kötü yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmamıza benzer şekilde Çeler ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları çalışmada tedavisi tamamlanmış olan hastaların bakım vericilerinin yaşam kalitesi puan ortalamaları, tedavisi devam edip hastaneye yatan bakım vericilere göre daha yüksek bulunmuştur. Bakım vericiler, hastaların hastanede kaldıkları süre boyunca dolaylı olarak hastaneye yatma deneyimi yaşamakta (Rha ve ark., 2015) olabileceğinden, bu durum bakım vericilerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemiş olduğu düşünülmektedir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Medikal Onkoloji Servisinde yatan hastalara bakım veren yakınlarının Yaşam Kalitesi Ölçeği-Aile Versiyonu' nun toplam puan ortalaması 4.41 ± 0.63 (Max= 6.03, Min=2.77) olarak hesaplanmıştır.

Yaşam kalitesinin alt ölçek puan ortalamaları sırası ile “Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık Durumu” için 5.44 ± 0.63 (Max=7.09, Min=2.82), “Fiziksel Sağlık Durumu” için 4.88 ± 0.90 (Max=7.78, Min=2.33), “Tanıya Yaklaşım Durumu” için 1.90 ± 0.83 (Max=5.0, Min=0.00), “Destek ve Ekonomik Etkilenme Durum” için 4.92 ± 0.95 (Max=7.0, Min=1.25)dir.

Araştırmamızda yapılan çoklu regresyon analizi sonucunda yaşam kalitesini etkileyen faktörler; bakım vericinin cinsiyeti, günde ortalama bakım verilen saat ve hastanın metastaz durumu olarak belirlenmiştir (Tablo 4.3.4).

1. Kadınların toplam yaşam kalitesi puan ortalamalarının erkek bakım vericilere göre daha düşük olduğu saptanmıştır (Bkz: Tablo 4.3.2). Hastalarına günde 19-24 saat bakım verenlerin toplam yaşam kalitesi ölçek puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha düşük olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.3.2).
2. Metastazı olan hastaların bakım vericilerinin yaşam kalitesi toplam ölçek puan ortalamalarının metastazı olmayan hastaların bakım vericilerine göre daha düşük olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.3.3).
Alt boyutlar için yapılan çoklu regresyon analizinde;
3. Günde ortalama 19-24 saat bakım veren ve kadın olan bakım vericilerin “Fiziksel sağlık durumu” alt boyutu yaşam kalitesi düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.3.5).
4. Günde ortalama 19-24 saat bakım verenlerin, kadınların, çalışmayan bakım vericilerin ve hastasının kendisine ait odası olmayan bakım vericilerin “Psikolojik ve manevi sağlık durumu” alt boyutu yaşam kalitesi düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.3.6)
5. Hastasında mestastaz olan ve kadın olan bakım vericilerin “Tanıya yaklaşım durumu” alt boyutu yaşam kalitesi düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.3.7).

6. Günde ortalama 19-24 saat bakım veren ve çalışan bakım vericilerin “Destek ve ekonomik etkilenme” alt boyutu yaşam kalitesi düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.3.8).

6.2. Öneriler

Medikal Onkoloji Yatan Hasta Servisinde tedavi alan kadın kanser hastalarına bakım veren yakınlarının yaşam kalitesi ve etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapılan araştırma sonuçları doğrultusunda şu önerilerde bulunulmuştur;

- Bakım vericilerin genel olarak yaşam kalitelerinin orta düzeyde olması nedeniyle bakım vericilerin yaşam kalitelerini yükseltmeye yönelik, fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden destekleyici aile temelli müdahaleler geliştirilmesi,
- Kadınlar, günlük bakım verme süresi uzun olanlar, metastazı olan hastaların bakım vericileri daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğundan onlara yönelik, semptomlar ve baş etme konularında planlı eğitim verilmesi, yaşam kalitelerini iyileştirmeye yönelik destekleyici yaklaşımlarda bulunulması gerekmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Baykara, O. (2016). Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. Balıkesir
a. Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(3), s: 154–165.
2. Cancer. World Health Organization (WHO).
[<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>] adresinden 27.09.2019 tarihinde erişilmiştir.
3. American Cancer Society. <https://www.cancer.org/> adresinden 30.09.2019 tarihinde erişilmiştir.
4. National Cancer İnstitute (NIH). <https://www.cancer.gov/> adresinden 30.09.2019 tarihinde erişilmiştir.
5. Türkiye Kanser İstatistikleri. (2012). T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. www.kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri.html
6. Yıldız, E. Ç., Dedeli, Ö. Ç., & Pakyüz, S. Ç. (2017). Kanser Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 13(3), s: 216–225.
7. Koçak, S., Ertekin, B., Polat, M., Girişgin, S., Kara, H. (2012). Onkolojik Hastaların Acil Servise Başvuru Nedenleri. Sakarya Tıp Dergisi, 2 (1), s: 16–20.
8. Ullgren, H., Tsitsi, T., Papastavrou, E., & Charalambous, A. (2018). How family caregivers of cancer patients manage symptoms at home: A systematic review. International Journal of Nursing Studies, 85, s: 68–79.
9. Temiz, G., Durna, Z. (2019). Evaluation of Quality of Life and Health Care Needs in Cancer Patients Receiving Chemotherapy. J Canc Educ.
10. Kent, E. E., Rowland, J. H., Northouse, L., Litzelman, K., Chou, W.-Y. S., Shelburne, N., ... Huss, K. (2016). Caring for caregivers and patients: Research and clinical priorities for informal cancer caregiving. Cancer, 122(13), s:1987–1995.
11. Kent, E. E., Mollica, M. A., Buckenmaier, S. W., & Smith, A. undefined. (2019). The Characteristics of Informal Cancer Caregivers in the United States. Seminars in Oncology Nursing, 35(4), s: 328–332.

12. Berry LL, Dalwadi SM, Jacobson JO. Supporting the supporters: What family caregivers need to care for a loved one with cancer. *Journal of Oncology Practice*. 2017;13(1), s:35-41
13. Louis, J. M., Adams, L., & Brown, T. L. (2017). Treating Depression in the Caregivers of Cancer Patients. *Journal of Psychology & Clinical Psychiatry*, 7(5).
14. Shaffer, K. M., Kim, Y., Carver, C. S., & Cannady, R. S. (2017). Effects of caregiving status and changes in depressive symptoms on development of physical morbidity among long-term cancer caregivers. *Health Psychology*, 36(8), s: 770–778.
15. Ruiz I. J., & Nicholas M. M. (2018). The family caregiver: the naturalized sense of obligation in women to be caregivers. *Enfermerio Global*, 49 s: 434-447.
16. Longacre, M. L., Applebaum, A. J., Buzaglo, J. S., Miller, M. F., Golant, M., Rowland, J. H., Northouse, L. (2018). Reducing informal caregiver burden in cancer: evidence-based programs in practice. *Translational Behavioral Medicine*, 8(2), s: 145–155.
17. Landmark, B. T., & Wahl, A. (2002). Living with newly diagnosed breast cancer: a qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 40(1), s: 112–121.
18. Gonzalez-Robledo, L. M., Mc, M. C. G.-R., Caballero, M., Nigenda, G., Katz, A., & Knaul, F. M. (2018). Family support to women with breast cancer in Mexico: The male role. *Family Medicine and Care*, 1(2).
19. Nissim, R., Hales, S., Zimmermann, C., Deckert, A., Edwards, B., & Rodin, G. (2017). Supporting Family Caregivers of Advanced Cancer Patients: A Focus Group Study. *Family Relations*, 66(5), 867–879.
20. Collins, A., McLachlan, S.-A., & Philip, J. (2017). Communication about palliative care: A phenomenological study exploring patient views and responses to its discussion. *Palliative Medicine*, 32(1), 133–142.

21. Sklenarova, H., Krümpelmann, A., Haun, M. W., Friederich, H.-C., Huber, J., Thomas, M., Hartmann, M. (2015). When do we need to care about the caregiver? Supportive care needs, anxiety, and depression among informal caregivers of patients with cancer and cancer survivors. *Cancer*, 121(9), s: 1513–1519.
22. Lapid, M. I., Atherton, P. J., Kung, S., Sloan, J. A., Shahi, V., Clark, M. M., & Rummans, T. A. (2015). Cancer caregiver quality of life: need for targeted intervention. *Psycho-Oncology*, 25(12), s: 1400–1407.
23. Litzelman, K., Kent, E. E., & Rowland, J. H. (2017). Interrelationships Between Health Behaviors and Coping Strategies Among Informal Caregivers of Cancer Survivors. *Health Education & Behavior*, 45(1), s: 90–100.
24. Areia, N. P., Fonseca, G., Major, S., & Relvas, A. P. (2018). Psychological morbidity in family caregivers of people living with terminal cancer: Prevalence and predictors. *Palliative and Supportive Care*, 17(03), s: 286–293.
25. Hill B.T. (2019) Etiology of Cancer. In: Singh A., Damato B. (eds) *Clinical Ophthalmic Oncology*. Springer, Cham.
26. Miller, K. D., Nogueira, L., Mariotto, A. B., Rowland, J. H., Yabroff, K. R., Alfano, C. M., ... Siegel, R. L. (2019). Cancer treatment and survivorship statistics, 2019. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 69(5), 363–385.
27. Luebbert, K., Dahme, B., & Hasenbring, M. (2001). The effectiveness of relaxation training in reducing treatment-related symptoms and improving emotional adjustment in acute non-surgical cancer treatment: a meta-analytical review. *Psycho-Oncology*, 10(6), 490–502.
28. Side Effects of Cancer Treatment, <https://www.cancer.gov/>, Erişim tarihi: 9.03.2020
29. Pearman, T. P., Beaumont, J. L., Mroczek, D., O'Connor, M., & Cella, D. (2017). Validity and usefulness of a single-item measure of patient-reported bother from side effects of cancer therapy. *Cancer*, 124(5), 991–997.
30. Hintistan S., Çilingir D., Nural N. (2012). Hematolojik kanserli hastaların kemoterapiye bağlı yaşadıkları semptomlara yönelik uygulamaları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 1 (3), 153-164.

31. Piraux, E., Caty, G., & Reychler, G. (2018). Effects of preoperative combined aerobic and resistance exercise training in cancer patients undergoing tumour resection surgery: A systematic review of randomised trials. *Surgical Oncology*, 27(3), 584–594.
32. Hsiao, F.-H., Kuo, W.-H., Jow, G.-M., Wang, M.-Y., Chang, K.-J., Lai, Y.-M., ... Huang, C.-S. (2019). The changes of quality of life and their correlations with psychosocial factors following surgery among women with breast cancer from the post-surgery to post-treatment survivorship. *The Breast*, 44, 59–65.
33. Sherman, K. A., Woon, S., French, J., & Elder, E. (2016). Body image and psychological distress in nipple-sparing mastectomy: the roles of self-compassion and appearance investment. *Psycho-Oncology*, 26(3), 337–345.
34. Meretoja, T. J., Andersen, K. G., Bruce, J., Haasio, L., Sipilä, R., Scott, N. W., ... Kalso, E. (2017). Clinical Prediction Model and Tool for Assessing Risk of Persistent Pain After Breast Cancer Surgery. *Journal of Clinical Oncology*, 35(15), 1660–1667.
35. Ateş, S., & Olgun, N. (2014). Kemoterapiye Bağlı Alopesi ve Yaşam Kalitesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 67–80.
36. Periasamy, U., Sidik, S. M., Rampal, L., Fadhilah, S. I., Akhtari-Zavare, M., & Mahmud, R. (2017). Effect of chemotherapy counseling by pharmacists on quality of life and psychological outcomes of oncology patients in Malaysia: a randomized control trial. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1).
37. Kristensen, A., Vagnildhaug, O., Grønberg, B., Kaasa, S., Laird, B., & Solheim, T. (2016). Does chemotherapy improve health-related quality of life in advanced pancreatic cancer? A systematic review. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 99, 286–298.
38. Sommariva, S., Pongiglione, B., & Tarricone, R. (2016). Impact of chemotherapy-induced nausea and vomiting on health-related quality of life and resource utilization: A systematic review. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 99, 13–36.
39. Palesh, O., Scheiber, C., Kesler, S., Mustian, K., Koopman, C., & Schapira, L. (2017). Management of side effects during and post-treatment in breast cancer survivors. *The Breast Journal*, 24(2), 167–175.

40. Parkers, K. A. (2018). Understanding Cancer Patients' Needs, Values, and Preferences: Utilizing Thematic Synthesis and Exploratory Factor Analysis to Inform Patient-Centered Cancer Care.
41. Usta Yeşilbalkan, Ö., Akyol, A., Çetinkaya, Y., Tülay, A., & Ünlü, D., (2005). Kemoterapi Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye Bağlı Yaşadıkları Semptomlar ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. E.Ü HYO Dergisi, vol.21, 13-31.
42. Uğur, Ö., (2014). Kanser Hastasının Semptom Yönetimi. Türk Onkoloji Dergisi, 29(3), 125–135.
43. Seven, M., Akyüz, A., Sever, N., & Dinçer, Ş. (2013). Kanser Tanısı Alan Hastaların Yaşadığı Fiziksel ve Psikolojik Semptomların Belirlenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 12(3), 219–224.
44. Diplock, B. D., McGarragle, K. M. C., Mueller, W. A., Haddad, S., Ehrlich, R., Yoon, D.-H. A., ... Ellis, J. W. M. (2018). The impact of automated screening with Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) on health-related quality of life, supportive care needs, and patient satisfaction with care in 268 ambulatory cancer patients. Supportive Care in Cancer, 27(1), 209–218.
45. Cole, Calvin, et al. “Effects of Exercise on Dyspnea and Cancer-Related Fatigue in Patients with Prostate Cancer.” Journal of Clinical Oncology, vol. 35.
46. Julià-Torras, J., Cuervo-Pinna, M. Á., Cabezón-Gutiérrez, L., Lara, P. C., Prats, M., Margarit, C., & Porta-Sales, J. (2019). Definition of Episodic Dyspnea in Cancer Patients: A Delphi-Based Consensus among Spanish Experts: The INSPIRA Study. Journal of Palliative Medicine, 22(4), 413–419.
47. Cardoso, G., Graca, J., Klut, C., Trancas, B., & Papoila, A. (2015). Depression and anxiety symptoms following cancer diagnosis: a cross-sectional study. Psychology, Health & Medicine, 21(5), 562–570.
48. Hsu, T., Nathwani, N., Loscalzo, M., Chung, V., Chao, J., ... Karanes, C. (2019). Understanding Caregiver Quality of Life in Caregivers of Hospitalized Older Adults With Cancer, 67(5), 978-986.
49. van Ryn, M., Sanders, S., Kahn, K., van Houtven, C., Griffin, J. M., Martin, M., Atienza, A. A., Phelan, S., Finstad, D., & Rowland, J. (2011). Objective

- burden, resources, and other stressors among informal cancer caregivers: a hidden quality issue?. *Psycho-oncology*, 20(1), 44–52.
50. Karabuğa-Yakar, H., & Pınar, R. (2013). Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile üyelerinin Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi, 15(2), 1-16.
51. Tan, J. Y., Molassiotis, A., Lloyd-Williams, M., & Yorke, J. (2018). Burden, emotional distress and quality of life among informal caregivers of lung cancer patients: An exploratory study. *European journal of cancer care*, 27(1).
52. Kim, Y., Ryn, M., Jensen, R. E., Griffin, J. M., Potosky, A., & Rowland, J. (2015). Effects of gender and depressive symptoms on quality of life among colorectal and lung cancer patients and their family caregivers. *Psycho-Oncology*, 24(1), 95–105.
53. McDonald, J., Swami, N., Pope, A., Hales, S., Nissim, R., Rodin, G., ... Zimmermann, C. (2017). Caregiver quality of life in advanced cancer: Qualitative results from a trial of early palliative care. *Palliative Medicine*, 32(1), 69–78.
54. Çivi, S., Kutlu, R., & Çelik, H. H. (2011). 51. Kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. 51. Kanserli Hasta Yakınlarında Depresyon ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, 53, 248-253.
55. Kim, Y., & Spillers, R. L. (2010). Quality of life of family caregivers at 2 years after a relative's cancer diagnosis. *Psycho-Oncology*, 19(4), 431–440.
56. Burnette, D., Duci, V., & Dhembo, E. (2017). Psychological distress, social support, and quality of life among cancer caregivers in Albania. *Psycho-oncology*, 26(6), 779–786.
57. Matthews B. A. (2003). Role and gender differences in cancer-related distress: a comparison of survivor and caregiver self-reports. *Oncology nursing forum*, 30(3), 493–499.
58. Kim, Y., Carver, C.S. Unmet needs of family cancer caregivers predict quality of life in long-term cancer survivorship. *J Cancer Surviv* 13, 749–758 (2019).
59. Axelsson, B., & Sjoden, P.O. (1998). Quality of life of cancer patients and
60. their spouses in palliative home care. *Palliative Medicine*, 12, 29–39.

61. Chen, M.L., Chu, L., & Chen, H.C. (2004). Impact of cancer patients' quality of life on that of spouse caregivers. *Supportive Care in Cancer*, 12, 469–475.
62. Matthews, B., Baker, F., & Spillers, R. (2003). Family caregivers and indicators of cancer-related distress. *Psychology, health & medicine*, 8(1), 46–56.
63. Görgülü Ü, Akdemir N. (2010). Evaluation of fatigue and sleep quality of caregivers of advanced stage cancer patients. *Genel Tıp Dergisi*, 20(4), 32-128.
64. Vrettos, I., Kamposioras, K., Kontodimopoulos, N., Pappa, E., Georgiadou, E., Haritos, D., Papadopoulos, A. A., & Niakas, D. (2012). Comparing health-related quality of life of cancer patients under chemotherapy and of their caregivers.
65. Alptekin, S., Gönüllü, G., Yücel, İ., & Yarış, F. (2009). Characteristics and quality of life analysis of caregivers of cancer patients. *Medical Oncology*, 27(3), 607–617.
66. Üstündağ, S., & Zencirci, A. D. (2015). Factors affecting the quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy: A questionnaire study. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 2(1), 17–25.
67. Kızılcı S. (1999). Factors of quality of life: the factors affecting the life quality of the cancer patients receiving chemotherapy and their relatives. *C.U. Hemsirelik Yuksekokulu Dergisi*. 3, 18–26
68. Emanuel, E., Fairclough, D., Slutsman, J., Emanuel, L. (2000). Understanding economic and other burdens of terminal illness: The experience of patients and their caregivers. *Annals of Internal Medicine*. 132(6), 451-459.
69. Rha, S. Y., Park, Y., Song, S. K., Lee, C. E., & Lee, J. (2015). Caregiving burden and the quality of life of family caregivers of cancer patients: the relationship and correlates. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(4), 376–382.
70. Wadhwa, D., Burman, D., Swami, N., Rodin, G., Lo, C., & Zimmermann, C. (2013). Quality of life and mental health in caregivers of outpatients with advanced cancer. *Quality of Life and Mental Health in Caregivers of Outpatients with Advanced Cancer*, 22(2), 403-410.

71. Song, J. I., Shin, D. W., Choi, J. Y., Kang, J., Baik, Y. J., Mo, H., Park, M. H., Choi, S. E., Kwak, J. H., & Kim, E. J. (2011). Quality of life and mental health in family caregivers of patients with terminal cancer. *Supportive care in cancer official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 19(10), 1519–1526.
72. Lim, H. A., Tan, J. Y., Chua, J., Yoong, R. K., Lim, S. E., Kua, E. H., & Mahendran, R. (2017). Quality of life of family caregivers of cancer patients in Singapore and globally. *Singapore medical journal*, 58(5), 258–261.
73. Çalışkan, T., Duran, S., Karadaş, A., Tekir, Ö. (2016). Kanser Hastalarının Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 17 (1), 27-36.
74. Şentürk, S., Bıçak, D., Akça, D. (2018). Kanserli hasta yakınlarının yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5 (1), 35-39.
75. Kurt, S., Ünsar, S., Erol, Ö. (2020). Kanserli Hastalara Bakım Verenlerin Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1), 43-48.
76. Karakaya, C., Işıkhani, V. (2020). Palyatif bakım hastalarına bakım veren aile üyelerinde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31 (4).
77. Şahin, A. Ş., Polat, H., Ergüney, S. (2010). Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 1-9.
78. Akpınar, B. N., Yurtsever S., (2018). Care Burden And Quality of Life of Family Members Caring for Cancer Outpatients, *International Journal of Caring Sciences*, 11(3), 15-16.
79. Mollaoğlu, M., Tuncay, F. Ö, & Fertelli, T. K. (2011). İnmeli Hasta Bakım Vericilerinde Bakım Yüğü ve Etkileyen Faktörler, 4(3), 125-130.
80. Lafcı, D., Yıldız, E., Toru, F., Karakaya, D. (2020). Kanser hastalarında bakım yüğü ve bakım verenlere etkisi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 7 (2), 105-113.

81. Erdoğan, Z, Yavuz, D. (2014). Kanserli Hastaların Bakım Vericilerinde Yaşam Kalitesi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 23 (4), 726-736.
82. Yeşil, T., Çetinkaya Uslusoy, E., Korkmaz, M. (2016). Kronik hastalığı olanlara bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(4), 54-66
83. Yıldız, M. K., & Ekinci, M. (2017). Kanserli Hastaya Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükleri ve Öfke İfade Tarzları Arasındaki İlişki Ve Etkileyen Faktörler, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 14(3), 176-184.
84. Babaoğlu, E. (2003). Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişki. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 5(2), 24-33.
85. Schulz, K.-H., Schulz, H., Schulz, O., & von Kerekjarto, M. (1996). Family structure and psychosocial stress in families of cancer patients.
86. Baider, C. L. Cooper, & A. Kaplan De-Nour (Eds.), Cancer and the family (p. 225–255). John Wiley & Sons.
87. Spatuzzi, R., Vespa, A., Lorenzi, P., Miccinesi, G., Ricciuti, M., Cifarelli, W., Susi, M., Fabrizio, T., Ferrari, M. G., Ottaviani, M., Giulietti, M. V., Merico, F., & Aieta, M. (2016). Evaluation of Social Support, Quality of Life, and Body Image in Women with Breast Cancer. Breast care (Basel, Switzerland), 11(1), 28–32.
88. Okçin, F. (2007). Kanser hastasına bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ölçeği geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi.
89. Lund, L., Ross, L., Petersen, M. A., & Groenvold, M. (2015). The interaction between informal cancer caregivers and health care professionals: a survey of caregivers' experiences of problems and unmet needs. Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer, 23(6), 1719–1733.
90. Lim, H. A., Tan, J. Y., Chua, J., Yoong, R. K., Lim, S. E., Kua, E. H., & Mahendran, R. (2017). Quality of life of family caregivers of cancer patients in Singapore and globally. Singapore medical journal, 58(5), 258–261.

91. Kitrungroter, L., & Cohen, M. Z. (2006). Quality of life of family caregivers of patients with cancer: a literature review. *Oncology nursing forum*, 33(3), 625–632.
92. Geng, H. M., Chuang, D. M., Yang, F., Yang, Y., Liu, W. M., Liu, L. H., & Tian, H. M. (2018). Prevalence and determinants of depression in caregivers of cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 97(39).
93. Williams, A. L., & McCorkle, R. (2011). Cancer family caregivers during the palliative, hospice, and bereavement phases: a review of the descriptive psychosocial literature. *Palliative & supportive care*, 9(3), 315–325.
94. Karaaslan A. (2013). Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve algıladıkları sosyal destek düzeyi, (Yüksek Lisans Tezi) Ankara, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
95. Koç, Z., Sağlam, Z., & Çınarlı, T. (n.d.). Kanser Tanısı Almış Olan Bireylere Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yükü İle Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi.
96. Bektas, H., Ozer, Z. (2009). Reliability and validity of The Caregiver Quality of Life Index- Cancer (CQOLC) Scale in Turkish cancer caregivers. *J Clin Nurs*. 18, 3003- 3012.
97. Yun, Y.H., Rhee, Y.S., Kang, I.O., Lee, J.S., Bang, S.M., Lee, W.S., Kim, J.S., Kim, S.Y., Shin, S.W., Hong, Y.S. (2005). Economic burdens and quality of life of family caregivers of cancer patients. *Oncology*, 68, 107–114.
98. Zarit, S. (2004). Family care and burden at the end of life. *Canadian Medical Association Journal*. 170:1811-1812.
99. Johansson, F.G., Lachica, E.M., Fall- Dickson, J.M., Kennedy, M.J. (2004). Psychological distress, fatigue, burden of care, and quality of life in primary caregivers of patients with breast cancer undergoing autologous bone marrow transplantation. *Oncol Nurs Forum*. 31, 1161-1169.
100. Hacıalioglu, N., Ozer, N., Yılmaz Karabulutlu, E., Erdem, N., & Erci, B. (2010). The quality of life of family caregivers of cancer patients in the east of Turkey. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, 14(3), 211–217.

101. Given, B., & Sherwood, P. R. (2006). Family Care for the Older Person With Cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 22(1), 43–50.
102. Waldron, E. A., Janke, E. A., Bechtel, C. F., Ramirez, M., & Cohen, A. (2013). A systematic review of psychosocial interventions to improve cancer caregiver quality of life. *Psycho-oncology*, 22(6), 1200–1207.
103. Çeler, H , Cengiz Özyurt, B , Elbi, H , Özcan, F . (2018). Meme Kanseri Hastalarının Yakınlarında Yaşam Kalitesinin ve Bakım Yükünün Değerlendirilmesi . *Ankara Medical Journal* , 18 (2) , 164-174



8. EKLER

EK1

YAZILI ONAM FORMU

Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi öğretim üyesi Doç.Dr.Memnun Seven tarafından yürütülen, Koç Üniversitesi Etik Kurulları'nın [Etik Kurul onay numarası] sayılı onayı ile izin verilen “ Kanser Tedavisi Alan Kadınların Bakım Vericilerinin Yaşam Kalitelerinin ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi ” başlıklı araştırmaya katılımınız rica olunmaktadır.

Bu araştırmaya tamamen kendi iradenizle, herhangi bir zorlama veya mecburiyet olmadan gönüllü olarak katılımınız esastır.

Lütfen aşağıdaki bilgileri okuyunuz ve katılmaya karar vermeden önce anlamadığınız her hangi bir husus varsa çekinmeden sorunuz.

ÇALIŞMANIN AMACI (Neden böyle bir araştırma yapmaya gerek duyuldu?)

Kanser hastası kadın yakınınıza bakım verirken yaşadığınız psikolojik, fiziksel, sağlık sorunlarınızı ve bunların yaşam kalitenizi nasıl etkilediğini belirlemek amacı ile bu çalışma planlanmıştır. Bu çalışma ile hedeflenen kanserli hastalara bakım verenlerin fiziksel, psikososyal gereksinimlerini daha iyi belirlemek ve farketmek, sağlıklarını korumak, sürdürmek ve bakıma da yansıyan yaşam kalitesine ulaştırmaktır.

PROSEDÜRLER

Bu çalışmaya gönüllü katılmak istemeniz halinde yürütülecek çalışmalar şöyledir:

- 1) Kanser tanısı alan kadın yakınınıza bakım verdiğiniz süre içinde yaşadığınız fiziksel sorunları (yorgunluk, iştah değişikliği, ağrı, uyku vb.)
- 2) Yaşadığınız psikososyal sorunları (depresyon, anksiyete, stress vb.)
- 3) Yaşam kalitenizi nasıl etkilediğini belirlemeye yönelik ölçekler doldurmanız istenecektir.
- 4) Anketin doldurulması Koç Üniversitesi Hastanesi Medikal Onkoloji kliniğinde yatan kadın hastaların bakım vericilerine tedavi aldıkları sırada yapılacak olup ortalama 25-30 dk. sürecektir.

OLASI RİSKLER VE RAHATSIZLIKLAR

Bu çalışmayla bağlantılı olarak elde edilen bilgilerin gizliliği korunacaktır. Sizi tehlikeye düşürecek herhangi bir risk taşımamaktadır. Bu çalışmaya gönüllü olarak katılmaya karar vermeniz halinde dahi, sahip olduğunuz her hangi bir hakkı kaybetmeden veya herhangi bir cezaya maruz kalmadan istediğiniz zaman çekilebilirsiniz.

Bu ankette sorulan soruların doğru ya da yanlış bir cevabı bulunmamaktadır. Bizim için önemli olan sorulara olabildiğince samimi cevap vermeniz ve kendi fikirlerinizi paylaşmanızdır. Bu sebeple samimiyetle katılımınızı rica ederiz.

TOPLUMA VE/VEYA GÖNÜLLÜLERE OLASI FAYDALARI GİZLİLİK

Bu çalışmayla bağlantılı olarak elde edilen ve sizinle özdeşleşmiş her bilgi gizli kalacak, 3. kişilerle paylaşılmayacak ve yalnızca sizin izniniz ile ifşa edilecektir. Çalışmada sizlerden herhangi bir kimlik bilgisi alınmayacaktır. Veriler bilgisayar ve veritabanında kayıt altına alınacak. Kilitli dosya dolabı ve bilgisayarda muhafaza edilecektir.

KATILIM VE AYRILMA

Bu çalışmanın içinde olmak isteyip istemediğinize tamamen kendi iradenizle ve etki altında kalmadan karar vermeniz önemlidir. Katılmaya karar verdikten sonra, herhangi bir anda sahip olduğunuz herhangi bir hakkı kaybetmeden veya herhangi bir yaptırıma maruz kalmadan istediğiniz zaman ayrılabilirsiniz.

Yukarıda yapılan açıklamaları anladım. Sorularım tatmin olacağım şekilde yanıtlandı. Dilediğim zaman ayrılma hakkım saklı kalmak koşulu ile bu çalışmaya katılmayı onaylıyorum. Bu formun bir kopyası da bana verildi.

Katılımcı Adı-Soyadı

Tarih:

EK2
Hasta Tanılama Formu

1. Yaşı.....

2. Primer kanser tanısı nedir ?

3. Tanı süresi.....

4. Metastaz 1) Var 2) Yok

5. Hastaneye yatış nedeni?

1) Kemoterapi. 2) Radyoterapi 3) Semptomatik yakınmalar(ağrı, halsizlik, bulantı vs.)

EK3

Bakım Verenleri Tanılama Formu

1. Cinsiyetiniz:

() Kadın () Erkek

2. Yaşınız.....

3. Medeni durumunuz:

() Evli () Bekar

4. Çocuğunuz var mı?

() Var () Yok

5. Öğrenim durumunuz:

6. Mesleğiniz:

7. Ekonomik durumunuzu nasıl

tanımlarsınız?

() İyi () Orta

9. Çalışma durumunuz?

() Çalışıyorum () Çalışmıyorum

10. Sigara kullanıyor musunuz? 1) Kullanmıyorum 2) Kullanıyorum Süre.....yıl,
miktar.....gün

11. Alkol kullanıyor musunuz?

() Kullanmıyorum () Kullanıyorum Süre.....yıl,
miktar.....gün

12. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

13. Ailede sizden başka bakım veren var mı?

() Var () Yok

14. Hastaya yakınlık dereceniz nedir?

() Anne () Baba () Kardeş () Eş () Diğer

15. Hastanızla aynı evde mi yaşıyorsunuz?

() Hayır () Evet

16. Evde hastanın kendine ait bir odası var mı?

() Hayır () Evet

17. Sizin bakım verdiğiniz evde kendinize ait bir odanız var mı?

☐ Hayır ☐ Evet

18. Sizin kronik bir hastalığınız var mı?

☐ Hayır ☐ Evet ise Belirtiniz:.....

19. Yakınınız tedavi amacıyla radyoterapi (ışın tedavisi) aldı mı?

☐ Evet ☐ Hayır

20. Yakınınız tedavi amacıyla toplam olarak kaç kür kemoterapi tedavisi aldı?

Belirtiniz:.....

21. Ailede bakmakla yükümlü olduğunuz başka hasta, yaşlı veya küçük çocuk var mı?

☐ Evet ☐ Hayır

22. Hastanıza bakım verme konusunda diğer aile üyelerinden destek alıyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Kısmen

23. Günde ortalama kaç saat hastanıza bakım vermektedirsiniz?

☐ 1-6 saat ☐ 7-12 saat ☐ 13-18 saat ☐ 19-24 saat

24. Hastaya ne kadar süredir bakım vermektedirsiniz?

☐ 0-6 ay ☐ 6-12 ay ☐ 12-24 ay

25. Hastanız özbakım ihtiyaçlarını yerine getirebiliyor mu? Örn. (tuvalet, banyo vb.)

Hayır ise ne kadar süredir belirtiniz.

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Kısmen

26. Tedavi sürecinde hastanız ortalama kaç kez hastaneye yattı?

☐ 1-5 kez ☐ 5-10 kez ☐ 10 ve daha fazla

27. Tedavi masraflarını siz mi karşılıyorsunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

Ek 4

Yaşam Kalitesi Ölçeği-Aile Versiyonu

AİLE - YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

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

Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık Durumu

1. Aile bireyinizin hastalık ve tedavisinin sonucu ile **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 sağlığınızı değerlendirin

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

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

hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 tamamiyle

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

hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 tamamiyle

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

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

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

neden oluyor?

hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 tamamiyle

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

hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 fazlasıyla

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

hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 çok fazla

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

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

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

hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 çok fazla

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

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

26. Aile bireyinizin **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 yaşantınıza ne derecede engel oluyor ?

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

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

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

