



T.C.

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

PALYATİF BAKIM ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

PALYATİF BAKIM ALAN KANSERLİ HASTALARA BAKIM

VERENLERİN YAŞAM KALİTESİNİN

UMUT DÜZEYLERİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sumru ÇABUK

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Rıza ÇİTİL

TOKAT - 2024

ETİK SÖZLEŞME

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre, Doç. Dr. Rıza ÇITIL danışmanlığında hazırlamış olduğum “Palyatif Bakım Alan Kanserli Hastalara Bakım Verenlerin Yaşam Kalitesinin Umut Düzeylerine Etkisi” adlı Yüksek Lisans tezinin bilimsel etik değerlere ve kurallara uygun, özgün bir çalışma olduğunu, aksinin tespit edilmesi halinde her türlü yasal yaptırımını kabul edeceğimi beyan ederim.

.../.../...

Sumru ÇABUK

TEŞEKKÜR

Bu uzun ve meşakkatli yolculukta birilerinin yaşamına dokunma, yaralarını iyileştirme arzum, çıktığım yoldan vazgeçmeyerek ilerlememi sağladı. Tez çalışmam boyunca bilimsel desteği, azmi ve çalışkanlığıyla bana rehber olan değerli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Rıza ÇİTİL'a,

Her koşulda desteğini ve sevgisini hissettiğim, varlığıyla beni dünyanın en şanslı ve en mutlu insanı yapan sevgili eşim Alper ÇABUK'a,

Yüksek lisans sürecimin başından sonuna kadar bana eşlik eden ve süreç boyunca yardımlarını esirgemeyen canım arkadaşım Özge ARSLAN'a,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

ÖZET

PALYATİF BAKIM ALAN KANSERLİ HASTALARA BAKIM VERENLERİN YAŞAM KALİTESİNİN UMUT DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Çabuk, Sumru

Yüksek Lisans, Palyatif Bakım Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Rıza Çıtıl

Ocak 2024, xiii+ 105 sayfa

Amaç: Kanser, umutsuzluk ve belirsizliklerle dolu, hasta ve yakınlarında panik ve kaygı uyandıran, kelime itibariyle de kötü hissettiren bir fonetiğe sahip olmasından dolayı ölümü çağrıştıran bir hastalık olarak algılanmaktadır. Kanser kabullenilmesi ve tedavisi oldukça zor olduğu için hem tanı alan hastayı hem de bu sürecin en büyük tanığı olan bakım verenini her açıdan uzun ve yıpratıcı bir tedavi dönemi beklemektedir. Kanser, hastaları hem fiziksel hem de psiko-sosyal açıdan olumsuz etkilemektedir. Bu zorlu süreçte hastanın yanında olan ve bakımını üstlenen kişi de bu durumdan son derece etkilenmekte ve yaşam kalitesi düşmektedir. Son yıllarda palyatif bakımda umut kavramının önemi artmaktadır. Hastaların tanı almasından itibaren hasta kadar bakım verenin de psiko-sosyal açıdan değerlendirilmesini kapsayan bütüncül bir yaklaşım oldukça önemlidir. Bu çalışmada palyatif bakım alan kanser hastalarına bakım veren bireylerin yaşam kalitelerinin umut düzeylerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu çalışma, 01.10.2022-30.06.2023 tarihleri arasında Bitlis Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Biriminde yatan veya ayaktan tedavi edilen kanser tanısı almış bireylere bakım veren 164 hasta yakını üzerinde yürütülmüştür. Katılımcılara hastalara ve kendilerine dair sosyodemografik özelliklerini belirlemek amacıyla Hasta Tanıtım Formu, Hastaya Bakım Veren Tanıtım Formu, yaşam kaliteleri ve umut düzeylerini belirlemek amacıyla da Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği uygulanmıştır. Verilerin analizi SPSS 22.0 paket programında yapılmıştır. İstatistiksel analizde bağımsız örneklem t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 164 hasta yakınının %77,4'ü kadın, %47,6'sı 30-50 yaş arasında, %68,3'ü evli, %61'inin çocuğu var, %57,3'ü üniversite ve üzeri mezunu, %51,2'si çalışmaktadır. %87,2'si sosyal güvencesi olduğunu, %92,1'i ailesiyle

yaşadığını, %60,4'ü 0-1 yıl arası hasta bakımı verdiğini ifade etmiştir. %71,3'ü sorumluluk güçlüğü yaşadığını, %43,9'ü sağlığının etkilendiğini, %34,1'i aile ilişkilerinin etkilendiğini belirtmiştir. %23,8'i ruh sağlığı desteği aldığını, %15,2'si bakmakla yükümlü başka birisinin de olduğunu, %61,6'sı hastaneye kendi aracıyla ulaşım sağladığını, %96,3'ü hastanın tanısını bildiğini ifade etmiştir. Çalışmamızda hasta yakınlarının yaşam kalitesinin düşük olduğu ($48,94 \pm 16,53$), umutsuzluk düzeylerinin ise yüksek olduğu tespit edilmiştir ($16,35 \pm 3,34$). Kanseri hastalara bakım verenlerde yaşam kalitesinin kadınlarda, eğitim seviyesi düşük olanlarda, ekonomik durumu kötü olanlarda, sosyal güvencesi olmayanlarda, köy-kasabada oturanlarda, hastanın 1. derece yakını olanlarda, sorumluluklarını yerine getirmede güçlük yaşayanlarda, bakım sürecinde sağlığı ve aile ilişkileri etkilenenlerde, hastasına günlük bakım verme süresi fazla olanlarda ve bakım sürecinde yardım almayanlarda daha düşük olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Umutsuzluk düzeyinin ise erkeklerde, eğitim seviyesi düşük olanlarda, ekonomik durumu kötü olanlarda, il/ilçede yaşayanlarda, hastaneye ulaşımında kendi aracı ve otobüs dışındaki diğer araçları kullananlarda, hastanın kardeşi olanlarda, sorumluluk güçlüğü yaşayanlarda ve bu süreçte ruh sağlığı uzmanından destek alanlarda daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Kanseri Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanları arasında anlamlı korelasyon bulunmamıştır ($r = -0,382$, $p > 0,05$). Ancak ölçeklerin alt boyutlarında umutsuzluk düzeyi yüksek olanların yaşam kalitesinin düşük olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Kanseri hastalara bakım verenlerde yaşam kalitesi oldukça düşük olup, umutsuzluk düzeyi ise oldukça yüksektir. Kanseri hastalara bakım verenlerde yaşam kalitesi ve umutsuzluk düzeyi toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak ölçeklerin alt boyutlarında beklenen şekilde yüksek umutsuzluk yaşayanların düşük yaşam kalitesine sahip olduğu söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Palyatif Bakım, Bakım Veren, Yaşam Kalitesi, Umut, Kanseri

ABSTRACT

THE EFFECT OF QUALITY OF LIFE ON HOPE LEVELS OF CAREGIVERS OF CANCER PATIENTS RECEIVING PALLIATIVE CARE

Çabuk, Sumru

Master's Degree, Department of Palliative Care

Thesis Advisor: Assoc. Dr. Rıza Çıtıl

January 2024, xiii + 105 pages

Purpose: Cancer is perceived as a disease that is full of hopelessness and uncertainty, that arouses panic and anxiety in patients and their relatives, and that evokes death because it has a phonetics that makes you feel bad. Since cancer is very difficult to accept and treat, both the patient who is diagnosed and the caregiver who is the biggest witness of this process await a long and exhausting treatment period in every aspect. Cancer negatively affects patients both physically and psycho-socially. In this difficult process, the person who is with the patient and takes care of the patient is also affected by this situation and the quality of life decreases. In recent years, the importance of the concept of hope in palliative care has been increasing. A holistic approach that includes the psycho-social evaluation of the caregiver as well as the patient from the time of diagnosis is very important. In this study, it was aimed to determine the effect of quality of life on hope levels of caregivers of cancer patients receiving palliative care.

Method: This descriptive and cross-sectional study was conducted between 01.10.2022 and 30.06.2023 on 164 relatives of patients who care for individuals diagnosed with cancer who were inpatients or outpatients in the Palliative Care Unit of Bitlis State Hospital. The participants were administered the Patient Introduction Form and Caregiver Introduction Form to determine their sociodemographic characteristics about the patients and themselves, and the Quality of Life Scale and Beck Hopelessness Scale in Caregivers of Cancer Patients to determine their quality of life and hope levels. Data were analyzed using SPSS 22.0 package program. Independent sample t test, one-way analysis of variance (ANOVA) and Pearson correlation analysis were used in statistical analysis. Statistical significance level was taken as $p < 0.05$.

Results: Of the 164 patient relatives included in the study, 77.4% were female, 47.6% were between the ages of 30 and 50, 68.3% were married, 61% had children, 57.3% had a university degree or higher, 51.2% were employed, 87.2% had social security, 92.1%

lived with their families, 60.4% provided patient care for 0-1 year. 71.3% stated that they had difficulty with responsibility, 43.9% stated that their health was affected, 34.1% stated that their family relationships were affected. 23.8% stated that they received mental health support, 15.2% stated that they had another dependent, 61.6% stated that they had their own transportation to the hospital, 96.3% stated that they knew the diagnosis of the patient. In our study, it was found that the quality of life of the patient's relatives was low (48.94 ± 16.53) and their hopelessness level was high (16.35 ± 3.34). It was found that the quality of life in caregivers of patients with cancer was lower in females, those with low education level, those with poor economic status, those without social security, those living in villages and towns, those who were first-degree relatives of the patient, those who had difficulty in fulfilling their responsibilities, those whose health and family relationships were affected in the care process, those who had more daily caregiving time and those who did not receive help in the care process ($p < 0.05$). The level of hopelessness was found to be higher in males, those with low education level, those with poor economic status, those living in the province/district, those who used vehicles other than their own vehicle and buses to reach the hospital, those who had siblings, those who had difficulty in responsibility and those who received support from a mental health specialist in this process ($p < 0.05$). There was no significant correlation between the total scores of the Quality of Life Scale and Beck Hopelessness Scale in Caregivers of Patients with Cancer ($r = -0.382$, $p > 0.05$). However, it was found that those with high levels of hopelessness in the sub-dimensions of the scales had low quality of life.

Conclusion: The quality of life in caregivers of patients with cancer is quite low and the level of hopelessness is quite high. No significant relationship was found between the total scores of quality of life and hopelessness level in caregivers of patients with cancer. However, as expected in the sub-dimensions of the scales, it can be said that those who experience high hopelessness have low quality of life.

Key Words: Palliative Care, Caregiver, Quality of Life, Hope, Cancer

İÇİNDEKİLER

ETİK SÖZLEŞME.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xiii
1. GİRİŞ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1 Palyatif Bakım.....	3
2.1.1 Tanımı ve Tarihçesi.....	3
2.1.2 Palyatif Bakım Temel Hedefleri.....	5
2.1.3 Palyatif Bakım Hedef Grupları.....	6
2.1.4 Palyatif Bakım Ekibi.....	6
2.2 Kanser.....	8
2.2.1 Palyatif Bakımda Kanser.....	10
2.2.2 Kanser Tanısı Almış Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Verme.....	11
2.2.3 Palyatif Bakım Alan Kanser Hastalarına Bakım Verme Sürecinde Yaşanan Psikososyal Sorunlar.....	12
2.3 Yaşam Kalitesi.....	15
2.3.1 Yaşam Kalitesi Kavramı ve Önemi.....	17
2.3.2 Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler.....	18
2.3.3 Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi.....	19
2.3.4 Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Kavramı.....	20
2.3.5 Palyatif Bakım Alan Kanser Hastalarına Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Düzeyi.....	21
2.4 Umut.....	24
2.4.1 Umut Kavramı ve Önemi.....	25
2.4.2 Umudu Etkileyen Faktörler.....	27
2.4.3 Umut Düzeyinin Ölçülmesi.....	28

2.4.4 Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Umut Kavramı.....	28
2.4.5 Palyatif Bakım Alan Kanser Hastalarına Bakım Verenlerde Umut Düzeyi	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	31
3.1. Araştırmanın Tipi.....	31
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	31
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	31
3.4. Verilerin Toplanması.....	32
3.4.1. Hasta Tanıtım Formu.....	32
3.4.2. Hastaya Bakım Veren Tanıtım Formu.....	32
3.4.3. Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	33
3.4.4. Beck Umutsuzluk Ölçeği.....	33
3.5. Araştırmanın Etik Yönü.....	34
3.6. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	34
3.7. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri.....	34
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	35
3.9. İstatistiksel Analiz.....	35
4. BULGULAR.....	36
5. TARTIŞMA.....	66
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	86
KAYNAKLAR.....	88
EKLER	
Ek 1. Veri Toplama Formu ve Ölçekler.....	96
Ek 2. Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanım İzni	101
Ek 3. Beck Umutsuzluk Ölçeği Kullanım İzni.....	102
Ek 4. Etik Kurul Onayı.....	103
Ek 5. Kurum İzni.....	104

ÖZGEÇMİŞ.....	105
---------------	-----



TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Hastaların Demografik ve Klinik Özellikleri	36
Tablo 2. Hasta Yakınlarının Demografik ve Klinik Özellikleri	37
Tablo 3. Ölçeklere Dair Tanımlayıcı Verilerin Dağılımı	39
Tablo 4. Ölçeklere Dair Güvenirlilik Katsayıları	39
Tablo 5. Hasta Yakınlarının Hastanın Cinsiyetine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	40
Tablo 6. Hasta Yakınlarının Hastanın Kansere Türüne Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 7. Hasta Yakınlarının Hastanın Tanı Süresine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 8. Hasta Yakınlarının Hastada Metastaz Varlığına Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	43
Tablo 9. Hasta Yakınlarının Cinsiyetlerine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması...	44
Tablo 10. Hasta Yakınlarının Yaş Gruplarına Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	45
Tablo 11. Hasta Yakınlarının Medeni Durumlarına Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	46
Tablo 12. Hasta Yakınlarının Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	47
Tablo 13. Hasta Yakınlarının Eğitim Seviyelerine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	48
Tablo 14. Hasta Yakınlarının Çalışma Durumlarına Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	49
Tablo 15. Hasta Yakınlarının Ekonomik Duruma Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	50
Tablo 16. Hasta Yakınlarının Sosyal Güvence Durumuna Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	51
Tablo 17. Hasta Yakınlarının Yaşadıkları Yere Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	52

Tablo 18. Hasta Yakınlarının Hastaneye Ulaşım Yollarına Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	53
Tablo 19. Hasta Yakınlarının Hastaya Yakınlık Derecesine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	54
Tablo 20. Hasta Yakınlarının Sorumluluklarını Yerine Getirme Güçlüğüne Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	56
Tablo 21. Hasta Yakınlarının Sağlıklarının Etkilenmesine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	57
Tablo 22. Hasta Yakınlarının Aile İlişkilerinin Etkilenmesine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	58
Tablo 23. Hasta Yakınlarının Ruh Sağlığı Desteğine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	59
Tablo 24. Hasta Yakınlarının Hastanın Tanısını Bilme Durumuna Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	60
Tablo 25. Hasta Yakınlarının Bakmakla Yükümlü Olunan Başka Biri Olup Olmamasına Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	61
Tablo 26. Hasta Yakınlarının Günlük Bakım Verme Süresine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	62
Tablo 27. Hasta Yakınlarının Bakım Veren Başka Kişilerin Varlığına Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	63
Tablo 28. Hasta Yakınlarının Bakım Verme Süresine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	64
Tablo 29. Ölçek Skorlarının Birbirleri ile İlişkisi.....	65

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Palyatif Bakım Süreci	5
Şekil 2. Palyatif Bakımda Multidisipliner Ekip Üyeleri	7
Şekil 3. Maslow'un Temel Gereksinimler Piramidi	16
Şekil 4. Yaşam Kalitesi Kavramının Boyutları ve Nitelikleri	18



KISALTMALAR LİSTESİ

AIDS	Kazanılmış İmmün Yetmezlik Sendromu.....	6
ALS	Amyotrofik Lateral Skleroz.....	6
ANOVA	Tek Yönlü Varyans Analizi.....	35
CQOLC	Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği (The Caregiver Quality of Life Index Cancer Scale).....	20
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü.....	4
HIV	İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü.....	6
SF-36	Kısa Form Yaşam Kalitesi Ölçeği-36.....	20
SPSS	Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı.....	35
SS	Standart Sapma.....	36
TDK	Türk Dil Kurumu.....	25
TOAD	Türkiye Ölçme Araçları Dizini.....	20
WHO	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organisation).....	6

1. GİRİŞ

Yıllar içerisindeki toplum yapısındaki değişiklik, bağımlı yaşlı nüfus oranında artış, tıp alanındaki gelişmeler ile birlikte hastalıkların kronik bir süreç kazanması, aile içindeki birey sayısındaki azalma ve çalışma hayatındaki insan sayısındaki artış gibi nedenlerden dolayı kronik bir hastalık tanısı almış hastalara, aileleri gerekli bakımı sağlayamamakta ve bu da profesyonel bir bakım ihtiyacını doğurmaktadır. Palyatif bakım, tam da bu noktada, yaşamı tehdit eden bir hastalıkla yüz yüze kalan hasta ve ailelerinin, gereksinimlerinin karşılanması amacıyla doğmuş bir yaklaşım türüdür (Lagman & Walsh, 2005).

Palyatif bakım, kanser gibi yaşamı tehdit eden hastalıkların tanısını almış bireylerin bakımına yönelik hastaya özgü bir yaklaşımdır. Aynı zamanda hem hastaya hem de bakım verenin yararına planlanmış bir bakım türüdür. Hayatını tehdit edecek bir hastalık tanısı almış hastalara ve bakım verenlerine bu ciddi hastalığın getirdiği semptomları ve planlanan tedavinin yan etkilerini kontrol etmelerine yardımcı olmak ve bunun sonucunda hem hastanın hem de bakım verenin yaşam kalitelerinde iyileşme olmasını hedefler. Palyatif bakım, bünyesindeki sağlık ekibiyle birlikte, yaşamını tehdit eden bir hastalığı olan bireylerin olabildiğince uzun süre ve daha kaliteli yaşamalarına destek olmak üzere tasarlanmıştır (American Cancer Society, 2023).

Hastalık tanısı ile birlikte bakım verme rolünü ve bakımla ilgili görevleri üstlenmek aile yapısında ve işleyişinde bazı değişiklikleri de beraberinde getirir. Bu durum bakım vericiler için stres kaynağıdır ve kendi sağlıklarını olumsuz yönde etkileyebilir. Bakım verme yükü, hasta bireylere bakım sağlayanların yaşadığı fiziksel, psikolojik ve sosyoekonomik sorunlara çok boyutlu bir bakış sağlar. Bakım verenlerde

yaşanan bu değişimler onların yaşam kalitesini bozarak fiziksel semptomlar ve psikiyatrik sorunların ortaya çıkmasına neden olabilir (Tripodoro ve ark., 2015).

Palyatif bakım alan kanserli hastalara bakım vermede görevli olan aile üyesi bu sürece en başından beri tanıklık etmektedir. Bakım verme sürecinin gerektirdiği sorumluluklar ve engeller kişiyi çıkmaza sokup, yaşam kalitesini düşürmektedir. Yaşam kalitesini etkileyen faktörler fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik olmak üzere birçok açıdan ele alınabilir. Bu alanlardan herhangi birinin ya da birden fazlasının sekteye uğraması kişinin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir. Yaşam kalitesindeki bu olumsuz etki de uzun vadede kişinin hayatı algılayış biçimini, duygularını ve umut seviyesini değiştirebilir. Umudun hem hastalara hem de hastalara bakım verenlere yönelik yararları birçok araştırmacı tarafından dile getirilmiş olup umudun hastalık sürecinde hastalığı iyileştirme gücüne olan katkısının geri plana atılmaması gerektiği vurgulanmıştır (Groopman, 2008).

Hastaya bakım veren kişi için yaşam kalitesi ve umut kavramı birbirini etkileyen iki unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Daha önce yapılan çalışmalar palyatif bakımın psikolojik yönünün hem hasta hem de bakım veren yakını için yadsınamaz bir önemi olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bu durum literatürde kanserli hastaya bakım verenlerde yaşam kalitesi ve umudun birlikte değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Bireyin yaşam kalitesini gösteren günlük yaşantısından duyduğu mutluluk, hayatı anlamlı bulması, fiziksel olarak kendini iyi hissetmesi, finansal ve sosyal açıdan yeterli hissetmesi umut duygusunu artıracak, aksi ise bireylerde umutsuzluk duygusu yaratabilecektir (Ağır, 2017). Bu doğrultuda yapılan bu çalışmada, palyatif bakım alan kanser hastalarına bakım veren bireylerin yaşam kalitelerinin umut düzeylerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Palyatif Bakım

“Palliate (Palliare)” sözcüğünün kökeni latince olup, asıl anlamıyla kapsayıcı, koruyucu anlamına gelmektedir. İngilizce terminolojide ise “Palliative” sözcüğünün anlamı hafifletici, yatıştırıcı, geçici çare olarak geçmektedir (Kabalak ve ark., 2013).

Palyatif bakım fiziksel, psikososyal ve ruhsal sorunların erken tanınması ve değerlendirilmesini, acının önlenmesi veya hafifletilmesi yoluyla hayatı tehdit eden hastalıklarla karşı karşıya olan hastaların ve yakınlarının yaşam kalitesini arttıran bir yaklaşım olarak tanımlanır. Palyatif bakımın kapsadığı alanlar sadece fiziksel ve psikolojik semptomların kontrolünü değil, aynı zamanda kişilerin sosyal destekleri, finansal durumları, manevi veya dini ihtiyaçlarının yanı sıra ileri bakım planlaması dahil olmak üzere kapsamlı bir bakım planı sunar (World Health Organization, 2020).

2.1.1 Tanımı ve Tarihçesi

Palyatif bakım kavramı ilk olarak 19. yüzyılda ortaya atılmıştır. Ancak ilk başlarda hospis bakım olarak geçmekte olup, “hospis” hastalığının son döneminde olan hastalara bakım verilen kurumlardır. İlk modern palyatif bakım anlayışı 20. yüzyılın ortalarında gelişmeye başlamıştır. 1967 yılında İngiltere’de ilk modern hospis açılmıştır. Daha sonra diğer ülkelerde de hızla uygulanmaya başlamıştır. 1900’lerin başına gelindiğinde Amerika’da palyatif bakım kavramı kanserden ölmekte olan bireylerin bakımını tanımlamak amacıyla kullanılmıştır (Graham & Clark, 2008).

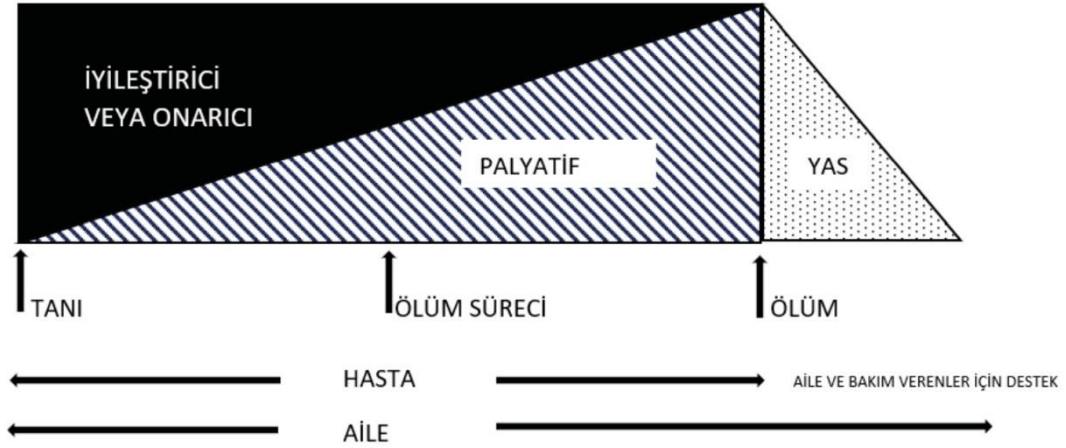
Palyatif bakım diğer ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de son yıllarda ivme kazanmış, bilinmeye ve uygulanmaya başlanmıştır. Palyatif bakım kavramı ülkemizde Sağlık Bakanlığı’nın oluşturduğu Pallia-Türk projesiyle, 2009-2015 Ulusal Kanser

Kontrol programında öne çıkmıştır. Bu proje ile ilk olarak üniversite hastaneleri bünyesinde hizmete sunulan palyatif bakım üniteleri, zaman içerisinde sayısını giderek arttırmıştır (Madenoglu & Kıvanç, 2017). 2015 yılında ise Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge'nin yürürlüğe konmasıyla birlikte palyatif bakım merkezlerinin fiziki şartları, ekip üyeleri, hizmetin kapsamı gibi birçok konuya değinilmiştir. Bu yönergede hastaya psikososyal destek sağlanmasına vurgu yapılarak umut kavramının da altı çizilmiştir. Bu durum fiziksel gereksinimler kadar ruhsal gereksinimlerin de giderilmesinin amaçlandığını göstermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2015).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre, palyatif bakım, yaşamı tehdit eden bir hastalık tanısı almış olan ve bu hastalık veya hastalıklarla mücadele eden hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitelerini yükseltmeyi hedefleyen bir yaklaşımdır (Demir, 2016). Bu yaklaşımda, fiziksel ağrıyı ve acıyı hafifletmeye yönelik uygulamalarla birlikte; hastayı bütüncül olarak değerlendirmek, fiziksel, psikolojik, sosyal ve kültürel durumuna ilişkin mevcut diğer sorunları erken dönemde keşfetme, değerlendirme ve tedavi etme de yer almaktadır (Kıvanç, 2017).

Hastalığa yönelik tedavilerin fayda sağlamadığı hastalar başta olmak üzere, tanı alma sürecinden ölüm anına kadar ve sonrasında yas sürecinde olmak üzere, hasta ve yakınlarının fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel ihtiyaçlarının karşılanmasında ve sorunlarının çözümünde palyatif bakım önemli bir yer tutmaktadır (Çolak & Özyılkan, 2006). Bu düşüncayı destekleyecek şekilde palyatif bakım sürecinin hastaya, yaşamını tehdit eden hastalığının tanısından itibaren aktif fiziksel tedavisi süreci ile birlikte verilmesi, hastanın ölümünden sonra da hasta yakınlarının yas sürecinde

desteklenmesi ile devam etmesi gerektiği ifade edilmektedir (Ferris & Librach, 2005). Ölüm sonrasını da kapsayan palyatif bakım modeli Şekil 1’de gösterilmiştir.



Şekil 1. Palyatif Bakım Süreci (Meier, 2011).

2.1.2 Palyatif Bakım Temel Hedefleri

Palyatif bakım hizmeti verilen hastaların başta ağrı olmak üzere, diğer tüm semptomlarının hafifletilmesi hedeflenmektedir. Fiziksel semptomların yanında hastalığa bağlı hasta bireylerde ve bakım vericilerinde en sık görülen duygusal sorunlar arasında; tükenmişlik, umutsuzluk, depresyon, anksiyete bozukluğu, uyum bozukluğu, yetersizlik hissi gibi sorunlar bulunur.

Palyatif bakımın temel ilkeleri arasında, hastanın kaliteli ve konforlu bir yaşam sürdürmesi, semptomların etkin ve kolay yönetilmesi, hastanın mahremiyetine saygı duyulması, hasta bakımına psikolojik ve spiritüel yönlerden bütüncül bir bakış açısıyla yaklaşılması, aileye manevi destek sağlanması gibi ilkeler yer almaktadır (Uslu & Terzioğlu, 2015). Ailelerin palyatif bakımdan beklentileri; hastalığa yönelik semptom yönetimi, duygusal ve manevi destek, bilgilendirme, psiko-eğitim, etkin iletişim, hasta ile ilgili kararlarda söz sahibi olmak, sağlık personelinin sorulara yanıt vermesi, hasta ile birlikte daha fazla zaman geçirmektir (Stajduhar ve ark., 2011).

Tüm bu müdahalelerin temel amacı aslında, hastanın hem psikolojik hem de sosyal açıdan iyi olma halinin sağlanması ve sürdürülmesi, hasta ve yakınlarını doğabilecek sorunları çözebilmesi için bilişsel yeterliliğe ulaştırılmasını sağlamak ve hasta bakım vericilerine ve diğer yakınlarına sevdiklerinin hastalığı veya ölümüyle baş etme gücü kazandırarak kişilerde güven duygusu yaratabilmektir (Tuncay, 2013).

2.1.3 Palyatif Bakım Hedef Grupları

Palyatif bakıma birçok hastalık için gerek duyulmaktadır. Palyatif bakıma ihtiyaç duyan yetişkin hastaların %38,5'inde kalp damar hastalıkları, %34'ünde kanserler, %10,3'ünde kronik solunum yolu hastalıkları, %5,7'sinde AIDS ve %4,6'sında diyabet gibi kronik hastalıklar bulunmaktadır. Böbrek yetmezliği, romatoid artrit, kronik akciğer hastalığı, multipl skleroz, parkinson hastalığı, demans, konjenital anomaliler ve ilaca dirençli tüberküloz dahil birçok hastalık palyatif bakım gerektirebilir (WHO, 2020). Palyatif bakım gerektiren başlıca hastalıklar arasında motor nöron hastalıkları ve ilerleyici nörolojik hastalıklar (Alzheimer, ALS vs.), ileri dönem organ yetmezlikleri (Kalp, akciğer, böbrek, karaciğer vs.), tedaviye cevapsız kanserler, HIV/AIDS, çocuklarda ise genetik/konjenital gibi ilerleyici hastalıklar bulunur (Kabalak ve ark., 2012). Türkiye'de palyatif bakımı konu alan bir araştırmada palyatif bakım servisinde tedavi gören hastaların büyük çoğunluğunun kanser hastası olduğu, daha sonrasında ise nörolojik hastalıklar ve kronik akciğer hastalıklarının takip ettiği saptanmıştır (Göksel ve ark., 2020).

2.1.4 Palyatif Bakım Ekibi

Palyatif bakım alan hastalarda hastalık tanısı nedeniyle semptomların oluşmasının kontrol altına alınmasında en etkili yol palyatif bakımı disiplinler arası bir yaklaşım ile hastaya sunmaktır. Palyatif bakım ekibi, ortak amaç doğrultusunda

hizmet veren profesyonellerden oluşmaktadır (Özkan, 2011). Palyatif bakımda multidisipliner bir ekip yaklaşımıyla hizmet sunulmaktadır (Şekil 2). Bu ekip içinde doktor, hemşire, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, cerrah, onkolog, fizik tedavi uzmanı gibi deneyimli ve eğitilmiş sağlık personelleri ile manevi destek amacıyla din adamları ve gönüllüler bulunur (Kabalak ve ark., 2013).

2015'te Sağlık Bakanlığının yayınladığı Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkındaki Yönerge'de merkezlerde yer alacak meslek grupları, tabip, hemşire, tıbbi sekreter, idari ve teknik personel, temizlik elemanı olarak belirtilmiştir. Psikolog, sosyal çalışmacı, fizyoterapist ve diyetisyenin merkezde devamlı halde bulunma zorunluluğu olmamakta birlikte, ihtiyaç halinde hastane içinden veya dışından karşılanacağı ifade edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2015).



Şekil 2. Palyatif Bakımda Multidisipliner Ekip Üyeleri (Sağlık Bakanlığı, 2023).

Palyatif bakım ekibinin içerisinde görevli meslek grupları, multidisipliner ve bütüncül bir anlayışla kendi uzmanlık alanlarıyla ilgili olarak hastanın ve hastaya bakım veren aile üyelerinin gereksinimlerine kulak verir ve bakım verme sürecinde aktif rol oynar. Bu ekip hastaların ve bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesini artırmak, semptomlarını yönetmek, hastaların ve ailelerinin tercihlerini ön planda tutarak, hastaya özgü bir tedavi süreci sunmayı hedefler (Quill & Abernethy, 2013)

2.2 Kanser

Bilinen tarih boyunca kanser, insanlarda ve hayvanlarda oldukça fazla görülen bir hastalık olmuştur. Kanser hakkında ulaşılabilen en eski bilgi M.Ö. 3000 yılında karşımıza çıkmaktadır. Kanser sözcüğü Latince yengeç anlamına gelen “cancer” veya “carcinos” sözcüklerinden türemiştir. Tümör sözcüğü ise ilk kez M.Ö. 3. yüzyılda Hipokrat tarafından kullanılmış ve tümörün etrafındaki şişmiş damarları bir yengecin bacaklarına benzetmiştir. Kanser tedavisinde her kanser türüne özel ve farklı yaklaşımlar tedavi amaçlı uygulanabilmektedir. Uygulanan kanser tedavisi ile birlikte kansere neden olan etmenlerin tespiti, kanserin oluşumunun önceden engellenmesi, sosyal ve psikolojik destekler başta olmakla birlikte birçok açıdan hasta ve hasta yakınlarının ihtiyaçlarının tespiti ve giderilmesinin gerekliliği, kanser tedavi sürecini son derece karmaşık hale getirebilmektedir. Bundan dolayı günümüzde halen dünya genelinde çok sayıda hekim ve bilim insanı kanser ve kanserle alakalı olabilecek hastalıkların tedavisi için birçok yöntem geliştirmekte ve bunları denemektedirler (Baykara, 2016). Bütün bu gelişmelere rağmen kanser hastalığı, hasta ve yakınları için, tanı konulmasından itibaren tedavi boyunca hatta ölüm anı ve sonrasında da yas sürecine kadar devam eden, fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan birçok zorlukları da beraberinde getiren bir süreç olmaya devam etmektedir (Aydoğan & Uygun, 2011).

İçinde yaşadığımız yüzyılda kanser hastalığı en önemli sağlık sorunları arasında ön sırada yer bulmaktadır. Kanser tanısı koyulan hasta sayısının 2020 yılında 19,3 milyona ulaştığı ve yaklaşık 10 milyon kişinin kanser nedeni ile öldüğü bildirilmektedir (Globocan, 2020). Yıllardır dünyada her yıl milyonlarca insan kanser tanısı almakta ve bu hastaların bir kısmı bu sebeple hayatını kaybetmektedir. Kanser, gelişmiş ülkelerde üçüncü, gelişmekte olan ülkelerde ise dördüncü sıradaki ölüm nedeni olarak hızlı yükselişine her geçen gün devam etmektedir (Neugebauer & Mastergeorge, 2021). Bütün bu istatistiklere dayanarak kanser hastalığının öneminin giderek artmakta olduğu ve hastalığın tanı sürecinden itibaren hem hasta hem de yakınlarına yönelik yapılacak araştırmalara daha da fazla ihtiyaç olduğu görülmektedir. Tıptaki gelişmelere rağmen ise kanser hastalığı süreci, hasta ve yakınları için, tanısından itibaren devam eden, ölüm ve sonrasında da yas sürecine kadar uzanan, fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi olmak üzere birçok zorluğu içinde bulunduran bir süreç olmaya devam etmektedir.

Kanser hastalığı tanısı konulmasıyla birlikte bireylerde fiziksel ve ruhsal birçok değişim yaşanmaktadır. Bireyler fiziksel zorlukların yanı sıra ruhsal olarak da sıkıntıya girmekte ve bazı psikiyatrik rahatsızlıklarla da mücadele etmek zorunda kalmaktadır. Derogatis ve ark. yaptıkları çalışmada, kanser tanısı almış bireylerin yarısına yakınında (%47) psikiyatrik sorunların meydana geldiği saptanmıştır. Bu hastaların üçte ikisinin (%68) ise hastalığından dolayı uyum bozukluğu yaşadığı tespit edilmiş, diğer hastaların ise en fazla sırasıyla depresyon, organik ruhsal bozukluk, kişilik bozuklukları, anksiyete yaşadığı saptanmıştır (Derogatis ve ark., 1983). Hastaların bu zorlayıcı süreçlerinin en yakın tanığı hastanın aile üyeleri ve sağlık profesyonelleridir ve psikolojik destek görevi çoğunlukla onlara düşmektedir.

2.2.1 Palyatif Bakımda Kanser

Kanser hastalığı, tanı ve tedavisindeki bütün ilerlemelere rağmen halen oldukça önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Kanser tedavisindeki en önemli amaç iyileşme sağlanmasıdır. Ama bazı kanser olgularında iyileşme yani küratif tedavi şansı mümkün olmamakla birlikte palyatif bakım ihtiyacı ortaya çıkmaktadır (Hegedüs & Szy, 2002).

Palyatif bakım, önceleri, tedavi edici yaklaşımlar tüketilmiş, terminal dönem hastalar için gündeme gelmekteyken, son yıllarda ise tanı alınması anından itibaren, tedavi edici yaklaşımlarla birlikte gündeme gelen bir yaklaşım halini almış durumdadır. Palyatif bakım tıp alanında ayrı bir uzmanlık alanı olmaktan ziyade, kanser bakımının bir parçası olmalıdır (Aydoğan & Uygun, 2011).

Ölümcül bir hastalık türü olarak tanımlanan kanser hastalığında palyatif bakım, hastanın semptomlarına ve stres kontrolüne odaklanır. Amaç hem hasta hem de aile üyeleri için özellikle tedavide sona gelindiği noktada yaşam kalitesinde iyileşme sağlamaktır. Yapılan birkaç sistematik derleme sonucunda, ileri kanserli hastalarda erken palyatif bakım tedavisinin sunulması ile hastaların yaşam kalitelerinde önemli ölçüde artış, hastalığın yarattığı semptomlarda ise azalma meydana geldiği saptanmıştır. Bu sebeple bazı ülkelerde palyatif bakımın onkolojiyle entegre bir şekilde yürütülmesi gerektiği savunulmaktadır (Cotogni ve ark., 2021).

Kanser hastalarına sunulacak palyatif tedavi için iyi bir ekip çalışması oldukça önemlidir. Kanser hastalığına yönelik tedavi seçeneklerinin tükendiği noktada hastanın bundan sonraki süreçte hastaların yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, var olan ya da olması muhtemel semptomlarının giderilmesi, hastanın aile üyelerinin istekleri, ihtiyaçları ve yaşam kalitelerine göz ardı edilmeden bütüncül bir yaklaşım

sağlanmalıdır (Aydoğan & Uygun, 2011). Görüldüğü üzere kanser tanısı alan bireyler böylesi zorlayıcı bir süreçte en yakınındaki kişilerin desteğine çok ihtiyaç duymakta olup, aile üyelerinin hem hastanın bakım verme sorumluluğunu üstlenmesi hem de hastaya hastalığına uyumunu kolaylaştırmak için psiko-sosyal destek sağlaması, hasta gibi onların da bu süreçten olumsuz etkilenmesine sebep olacaktır.

2.2.2 Kanser Tanısı Almış Kişilere Bakım Verme

Bakım veren bireyler, kanser tanısı almış yakınlarına doğrudan bakım ve destek sağlayan ekibin görünmez bir parçasıdır. Bu kişiler fiziksel, duygusal, sosyal ve ekonomik açıdan bir beklenti içinde olmadan evde bakım sağlarlar. Bakım veren kişiler genelde yetişkin çocuklar, eşler, ebeveyn, arkadaş, komşu vb. olabilir. Bakım verme rolü için önemli miktarda zaman ve bununla birlikte enerji gerekebilir (Kent ve ark., 2016). Bakım verme rolünü üstlenen kişiler birçok farklı durumu deneyimlerler. Bakım verme işi bazı durumlarda bireylerde stres yaratırken, bazen ise ödül olarak görülebilir. Hastalığın tanısı ile birlikte bakım verme rolünü deneyimleyen kişilerin hastalarıyla iletişim sıklığı, samimiyeti hatta bazen hastalarına olan sevgisi artmakta ve bakım veren bireyler birçok güçlükle mücadele etmenin yanında bu gibi durumlardan hoşnut da olmaktadır (Chapman & Toseland, 2007). Northouse ve ark. 2012’de yaptığı çalışmada, kanser hastasına bakım veren aile üyelerinin bakım verme sürecinde stresli olduklarını, stresin uyku kalitelerini etkilediğini, yaşamlarının sağlık ve finans konularında olumsuz etkilendiği saptanmıştır (Northouse ve ark., 2012).

Değişen sağlık sistemi ve yaşlı nüfusunun artışı sebebiyle, kanser hastalarının bakım yükü aile üyelerine düşmektedir. Mevcut çalışmalarda kanser bakımı yoğun ve tekrarlayan bir süreç olarak tanımlanmakta olup bakım veren kişilerin yaşamı için negatif etkileri olduğu ve yaşam kalitesini düşürdüğü vurgulanmaktadır (Girgis ve

ark., 2013). Bakım veren kişilerin bu süreçte istemsiz kilo kaybı, uyku bozuklukları, duygu durum değişimleri, depresyon ve kaygı belirtileri, sosyal izolasyon hatta artmış ölüm riski yaşayabileceği bildirilmektedir (Adelman ve ark., 2014).

İtalya’da yürütülen bir araştırmada, bakım veren kişilerin cinsiyetlerinin çoğunlukla kadın olduğu ve bu kişilerin ana şikayetlerinin kötüleşen ekonomik durumları, kendilerine ayırdıkları boş zamanlarındaki azalma ve sosyal çevreden izole olma hissi olduğu bulunmuştur (Rodriguez ve ark., 2013). Yunanistan’da yürütülen bir çalışmada ise kronik hastaların çocuklarının bakım verici rolünde olması, hastaların sosyal destek ağlarına katkı sağladıklarını ve çocukların hastalara bu konuda yardımcı olmalarının ise kendi sağlıklarını ihmal ettiklerini ve bakım verdikleri kişinin sağlığının kendi sağlığının önüne geçecek boyuta geldiğini göstermektedir (Efklides ve ark., 2003). Hastalık tanısı alan kişi eşinden boşanmış ya da eşi vefat etmiş ise, hasta bireyin bakımı çoğunlukla yetişkin olan kızı tarafından sağlanmaktadır. Bu bireylerin üstlendikleri rollerin ve sorumlulukların bakım verme nedeniyle artması, özellikle de kadınlarda, uzun süreli yoğun bir stres ve duygusal yorgunluk, yetersizlik ve tükenmişlik hissedilmesine sebep olmaktadır (Öz, 1998). Bu çalışmalar bizlere hasta bireyler kadar hastaya bakım veren bireylerin yaşamının da fiziksel, ruhsal, sosyal ve daha birçok açıdan negatif etkilenmekte olduğunu göstermektedir.

2.2.3 Palyatif Bakım Alan Kanser Hastalarına Bakım Verme Sürecinde Yaşanan Psikososyal Sorunlar

Palyatif bakım hastalarına bakım veren kişiler çoğunlukla hasta kişinin aile üyelerinden oluşmaktadır. Aile üyelerinin yaşamı, hasta kişinin hasta olduğunu öğrendikten sonra, bakım verme sürecinden önceki yaşamına göre birçok değişikliğe ev sahipliği yapmaktadır. Hastaya bakım verme sürecinden dolayı bakım veren aile

üyesinin sorumlulukları artmaktadır ve bu da kişilerin yaşam kalitesinde büyük bir oranda düşüşe sebep olmaktadır. Türkçeye ‘tükenmişlik’ olarak çevrilen “burden” kavramı kronik hastalara bakım verenlerle ilgili literatürün ana konularındandır. Tükenmişlik kavramı, uzun bir süre dinlenme olmaksızın baskı ve çeşitli sorumluluklara maruz kalmanın kişide oluşturduğu hisleri ifade etmektedir (Millán-Calenti ve ark., 2000). Palyatif bakım tedavisi gören hastaların yakınlarıyla görüşmelerin yapıldığı bir araştırmada, kız kardeşi tedavi gören bir hasta yakını şu sözleri söylemiştir:

‘Çok ağlıyorum. O yemediğinde ben de yemiyorum. O hastaysa ben de onunla hasta oluyorum. Gerginim, çok gerginim. Sinirleniyorum çünkü onun acı çektiğini görmek beni sinirlendiriyor. Endişeleniyorum çünkü kimse benimle herkes gibi konuşmuyor. Onun için her şeyi yapmak istiyorum ama ne yapacağımı bilmiyorum’ (Saleh & Neill, 2018, sf. 63).

Bakım verme sürecinin en büyük problemlerinden biri, hastaya bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitelerinin bakım verme sürecinden olumsuz etkilenmesidir (Rha ve ark., 2015). Bakım veren kişinin yaşam kalitesi psikolojik, ekonomik, sosyal ve hatta fiziksel açıdan olumsuz etkilenebilmektedir. Bakım verici olarak seçilen aile üyeleri, ekonomik bakımdan çalışma hayatını sürdürme ve hastanın bakım maliyetini ve giderlerini karşılamakta zorluk çekmektedirler. Bakım veren kişinin sosyal ve kültürel hayatı yine bu süreçten olumsuz etkilenen yönlerdendir. Psikolojik açıdan ise bu kişiler, bağımsızlık ve özgüven yitimi, yetersiz ve kronik mutsuzluk hissetme gibi ruhsal değişimler yaşamaktadırlar. Bununla birlikte hastanın ihtiyaçları nedeniyle kendini ihmal eden bakım vericinin fiziksel sağlığında da kaçınılmaz bir şekilde zaman içinde bozulmalar meydana gelmektedir (Lindstrom & Koehler, 1991).

Aile kelimesi hasta için önemli olan akrabaları ve diğer yakınlarını kapsayacak şekilde çok geniş bir manada kullanılmaktadır. Palyatif bakımda hasta ve tedavi süreci

için ailelerin rolü çok önemlidir. Tedavi gören hasta ve aileleri bazen hastalık ve hastalığın gidişatı hakkında çok az bilgiye sahip olabilirler. Hastanın ve ailesinin tedavi sürecine uyum sağlamasını kolaylaştırmak için;

- Tedaviye ilişkin karar alma sürecine onları dahil etmek
- Tedavileri bilgilendirilmiş onam verebilecek şekilde açıklamak
- Uygun tavsiye ve pratik destek sağlayarak kontrolün kendilerinde olduğu duygusunun devamını sağlamak gereklidir (World Health Organization, 2002a).

Fallowfield ve arkadaşlarının 1.046 palyatif bakım hastasıyla yaptıkları bir çalışmada, sağlık profesyonellerinin hasta ve yakınlarına bilgi vermesinin oldukça önemli olduğu tespit edilmiş; araştırmaya katılan hastaların çoğunluğu, olumlu ya da olumsuz, mümkün olduğunca çok bilgi almak istemiştir (Fallowfield ve ark., 2002).

Literatürde palyatif bakım alan hastalara bakım verenler birçok çalışmaya konu olmuştur. Duracak ve Özmen yaptığı çalışma spiritüel iyi oluş ve depresyon düzeylerinin bakım yükü üzerinde etkili olduğu; spiritüel iyi oluş durumunun bakım yükü üzerinde negatif yönde, depresyon düzeyinin ise, pozitif yönde etkili olduğu sonucuna varmıştır (Durak & Özmen, 2023). Cleeland ve arkadaşlarının 2010'da yaptığı çalışmada kemoterapi tedavisi gören hastalara bakım verenlerin stres, üzüntü ve bakım yüklerinin kemoterapi tedavi süreci uzadıkça arttığı saptanmıştır (Cleeland ve ark., 2010). Uzun süreli kanser tedavisi gören hasta ve yakınlarıyla yapılan bir başka çalışmada ise bakım sorumluluğunu üstlenenlerin yaygın olarak anksiyete yaşadığı tespit edilmiş ve bazı hasta yakınlarının hastadan daha çok anksiyete yaşadığı görülmüştür (Mitchell ve ark., 2013). Bu durumda hasta yakınlarının tedavi sürecinde geri plana atılmaması gerektiğini ve ruh sağlığı uzmanlarından destek almalarının hem hastaya hem de yakınına olumlu etkiler göstereceği tahmin edilebilir.

Bakım veren bireylerde sosyal destek birçok araştırmanın konusu olmuştur. Ailesinde ve sosyal çevresinden aldığı destekten memnun olan bakım veren bireylerin, memnun olmayan ve yetersiz olduğunu hisseden bakım verenlere göre bakım sürecindeki yaşanması olası zorluklarla daha iyi başa çıkabildiği ve fiziksel açıdan daha iyi hissettiği saptanmıştır (Kurtz ve ark., 2004). Palyatif bakım sürecinde bireylere psikososyal açıdan destek, hasta ve yakınlarının psikolojik açıdan ihtiyaçlarına yanıt vermek, stresi yönetme stratejilerini geliştirmek, yaşamlarından aldıkları doyumunu artırmak amacıyla sağlanır. Bu destek bireylere grup veya bireysel görüşme yoluyla sağlanabilir (Bauchner & Fontanarosa, 2016).

2.3 Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesine yönelik tarih boyunca birçok tanımlama yapılmıştır. Platon'un "Devlet", Aristo'nun "Nikomakhos'a Etik" adlı eserleri bizlere, yaşam kalitesi üzerine tartışmaların bugünden antik döneme kadar uzandığını göstermektedir (Edisan ve Kadioğlu, 2013:3). Tanımlamaları yapan kişiler arasında mutluluğun temelini yaşam kalitesine dayandıran Aristo ile doktorlara hastalarının tedavi süreçlerinde iyileşme sağlanması ve acılarının giderilmesi konusunda önerilerde bulunarak yaşam kalitesine vurgu yapan Hipokrat da bulunmaktadır (Müezzinoğlu, 2004). Daha sonraki yıllarda ise yaşam kalitesi, bireyin, içinde yaşadığı kültür ve değer sistemleri bağlamında, hedefleri, beklentileri, yaşam standartları ve kaygıları ile ilgili olarak, yaşamdaki konumu olarak tanımlanmıştır (Orley & Kuyken, 1994).

Yaşam kalitesi, bireyin birçok alanda iyilik haline vurgu yapan bir kavramdır ve bireyin bu alanlardaki öznel doyumunu ifade eder. Öksüz ve Malhan yaşam kalitesini bireyin içinde bulunduğu hayattan tatmin olması, fiziksel sağlık ve finansal yönlerden iyi durumda olması, sosyal hayatından aldığı doyum ve bireylerin

kendilerini geliştirmeye ve mutlu etmeye vakit bulması olarak tanımlanmıştır (Öksüz & Malhan, 2005).

Amerikalı bir psikolog olan Abraham Maslow bireylerin ihtiyaçlarını hiyerarşik bir yapıda tanımlar. Maslow'a göre alt seviyedeki temel ihtiyaçlar karşılanmadan sonra gelen ihtiyaçların doyuma ulaşması gecikir. Bu ihtiyaçlar Şekil 3'te görüldüğü gibi beş seviyede incelenmiştir (Franco, 2022).



Şekil 3 : Maslow'un Temel Gereksinimler Piramidi (Franco, 2022).

Yaşam kalitesini konu alan araştırmalar, bireylerin yaşam kalitelerini etkileyen faktörleri incelemek ve yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik stratejiler geliştirip, müdahaleler planlamak amacıyla yapılmaktadır. Bu araştırmalarda çoğunlukla

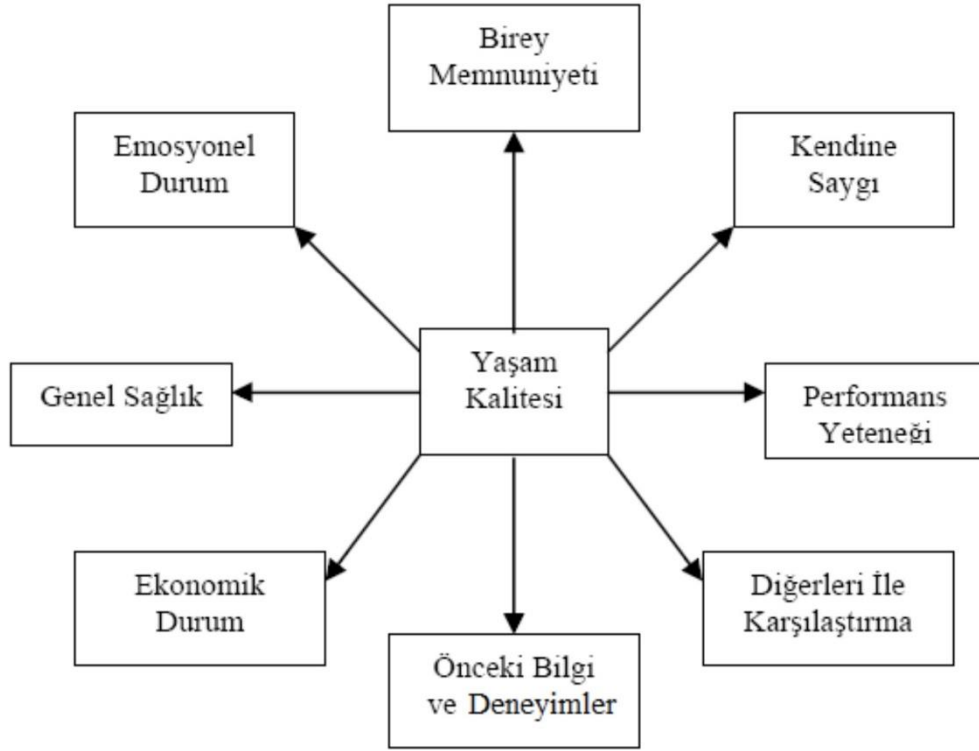
anketler ve yaşam kalitesini ölçmeyi hedefleyen değerlendirme araçları kullanılmaktadır (Merriman & Kaur, 2005).

2.3.1 Yaşam Kalitesi Kavramı ve Önemi

Yaşam kalitesi kavramına yönelik yıllar boyunca birçok tanımlama yapılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam kalitesi kavramını bireylerin içinde bulundukları kültür ve değerler sistemi içerisinde kendi durumlarını algılayış biçimi olarak tanımlamıştır (Öksüz & Malhan, 2005). Cummins ise yaşam kalitesi kavramını bireylerin fiziksel psikolojik ve sosyal işlevselliklerinden memnuniyet ölçülerinin bir göstergesi olarak tanımlamıştır (Cummins, 2005).

Yaşam kalitesi kavramı son yıllarda ülkelerin genel hedefleri arasında ilk sıralarda karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle giderek önem kazanmış ve bilim dalları tarafından araştırılmaya başlanmıştır. Yaşam kalitesi ile ilgili bilimsel araştırmalar insanlar tarafından yaşam kalitesini ne anlama geldiği, yaşamlarını ne açıdan etkilediği ve yaşam kalitesinin kişilerin toplumsal yaşamlarındaki yansımalarını değerlendirerek veriler elde etmektedir (Ağır, 2017).

Yaşam kalitesi kavramının birçok boyutu bulunmaktadır. Bireylerin yaşam kalitesi bu boyutlardaki tatmin olma seviyesi ile belirlenebilir. Bu boyutların başlıkları Şekil 4'te verilmiştir (Küçük, 2008).



Şekil 4; Yaşam Kalitesi Kavramının Boyutları ve Nitelikleri (Küçük, 2008).

2.3.2 Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

Yaşam kalitesine yönelik tanımlama ve ölçüm yapmak içerisinde birçok boyutu barındırması ve birey, zaman, yer gibi çeşitli faktörlere göre değişebilmesi sebebiyle oldukça zordur (Müezzinoğlu, 2004). Mesela, kronik hastalıkları bulunan ve sağlıklı bireylerden oluşan iki grupla yapılan bir çalışmada, sağlıklı bireyler yaşam kalitelerini değerlendirirken sosyal ilişkileri ve aileyi ön planda tutarken, kronik hastalığı olan bireyler ise ağrı, yorgunluk ve uyku sorunlarına öncelik tanımışlardır (Osborne ve ark., 2014). Literatürde bakım verenlerin yaşam kalitesine yönelik yapılan araştırmalarda ise bakım verenlerde sosyal desteğin önemi ve ihtiyacının yaşlılıkta arttığı gösterilmiştir. Sosyal desteğin olumsuz duyguları ve yalnızlığı azaltarak yaşam kalitesini optimize edebileceği düşünülmektedir (Lindt ve ark., 2020).

Bireylerin yaşam kalitesini etkileyen faktörler ayrıntılı olarak değerlendirildiğinde, kişilerin sosyal ilişkileri, bu ilişkilerden aldığı destek, ekonomik güvencesi gibi birçok faktörün göz ardı edilmemesi gerekir (Kaya, 2015). Ayrıca bireylerin içinde bulunduğu fiziksel çevre, iklim koşulları, barınma, ulaşım, kültürel değerleri hatta yaşamından aldığı doyum gibi unsurlar da yaşam kalitesine etki eden faktörlerdendir. Brezilya’da yaşlı kişilere bakım verenlerde yapılan çalışmada yaşam kalitesi yüksek olan kişilerin, aile üyelerinden tatmin edici şekilde duygusal destek aldıkları saptanmıştır. Bu araştırmanın sonuçları duygusal destekten memnuniyetin, yaşam kalitesi ile güçlü şekilde bağlantılı olan bakım vermede algılanan yükü doğrudan ve olumlu yönde etkileyeceğini ortaya çıkarmıştır (Rosas & Neri, 2019).

Daha önce yapılan araştırmalarda da bakım sürecinde duygusal destek alabilmenin bakım veren kişinin stres ve anksiyete düzeyini azalttığı, hatta bir tür “koruyucu etki” (buffering) yaptığı saptanmıştır. Bunun yanı sıra literatürde bakım verme sürecinin kadınlar için ödüllendirici bir süreç olduğunu savunan araştırmalar da bulunmaktadır (Jolicoeur & Madden, 2002). Örnek olarak Koopmanschap ve arkadaşları bakım sürecinin bakım veren bireye doyum ve kendilik değeri açısından pozitif katkılarını vurgulamışlardır (Brewer, 2001). Bütün bu çalışmalar göz önüne alındığında, kadınların bakım süreci sırasında yoğun karar verme durumuna maruz kaldıkları ve bu sebeple kendilerini hastaya adanmalarının hem bulunduğu ailede hem de toplumun gözünde statü ve takdir kazandıkları düşünülmektedir.

2.3.3 Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi

Bireylerin yaşam kalitelerinin ölçümü hastalık gibi durumlar esnasında, kişinin psikolojik durumu, tecrübeleri, mutluluğu ve kendi hayatından duyduğu tatminkarlık durumlarını içerir (Öksüz & Malhan, 2005:3).

Günümüzde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için çeşitli hastalıklar ve durumlar için özel ölçekler geliştirilmeye çalışılmaktadır ve bunlardan bazıları ülkemizdeki araştırmalarda kullanılmıştır. Bu ölçeklerden bazılarına TOAD (Türkiye Ölçme Araçları Dizini) web sayfasından ulaşılmıştır (<https://toad.halileksi.net/>). Örnek olarak birkaç tanesi aşağıda verilmiştir;

- Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği (Multidimensional Index of Life Quality)
- Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği (The Caregiver Quality of Life Index Cancer Scale-CQOLC)
- Kısa Form Yaşam Kalitesi Ölçeği-36 (SF-36)
- Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği (Quality of Life Family Version)

2.3.4 Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Kavramı

Bireylerin kanser tanısı alması, kanserden muzdarip olan bireyi birçok yönden etkiler ve ayrıca içinde bulunduğu aile dinamiğinde de değişikliklere sebep olur. Genellikle, hastaya bakım veren kişi, hastanın ihtiyaç ve talepleriyle ilgilenmesi gereken tek kişidir. Bu kişiye ana bakıcı denir ve çoğunlukla bu rolü üstlenen aile üyesidir (Astudillo ve ark., 2008).

Bakım verme süreci; genellikle uzun, belirsizlikle dolu ve yoğun geçen, hasta kişiyi bakım vericiye bağımlı duruma sokan ve bakım verici açısından zorunluluğa dönüşen, sorumluluklarla ve fedakarlıklarla dolu bir zaman dilimi haline dönüşür. Bakım veren kişiler bu süreçte çeşitli duygu değişimlerine maruz kalırlar. Bu duygular genellikle suçluluk, yetersizlik, ruhsal yorgunluk ve tükenmişlik, depresyon, utanç, umutsuzluk, öfke, davranış bozuklukları ve kişilik değişiklikleri gibi problemlerden oluşur (Ghane ve ark., 2016; Yılmaz & Sarı, 2017). Araştırmacılar bakım vericilerin

uykuyu başlatma ve verimli bir şekilde sürdürme konusunda sorunlar yaşadığını öne sürerken, çeşitli uyku bozuklukları, gün içinde yorgunluk ve uyku hali gibi sorunlar da yaşadıkları çeşitli çalışmalarda ortaya konulmuştur (Carter, 2002).

Bakım verme sürecinin uzun süreli olması, bakım veren bireyi fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik gibi yaşam kalitesinin göstergesi olabilecek birçok alanda olumsuz etkiler (Atagün, 2011). Yıldız ve arkadaşlarının kanser hastasına bakım veren aile üyeleriyle yaptığı çalışma sonucunda, aile üyelerinin yüksek düzeyde stres algıladıkları, hastalarına bakım verme aşamasında yaşamlarının birçok yönden olumsuz etkilendiği ve bunun sonucunda yaşam kalitelerinde düşme olduğu tespit edilmiştir. Bakım veren bireylerin yaşam kaliteleri özellikle fiziksel sağlık ve finansal açıdan olumsuz etkilendiği, bakım veren bireylerin gereksinimleri giderilirse bireylerin yaşam kalitelerinin önemli ölçüde arttırılabileceği öngörülmektedir (Yıldız ve ark, 2016). Bakım verme sürecindeki kişilerle yapılan çalışmaların sonuçları göz önünde bulundurulduğunda, palyatif bakım alan hastasına bakım veren kişilerin bu süreci daha kolay atlatabilmesi için bakım verenleri de tedavi sürecine dahil etmek, bireylerin gereksinimlerini tespit etmek, bilgi eksikliğini gidermek ve yas süreci de dahil olmak üzere bütün süreç boyunca destek sağlamak gerekir (Alam ve ark., 2020).

2.3.5 Palyatif Bakım Alan Kanser Hastalarına Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Düzeyi

Son yıllarda, tıp alanında meydana gelen değişim ve gelişimler sonucunda, uzmanların hastalık ve ölümle mücadelede ana amacının yanı sıra, ‘yaşam kalitesi’ kavramı da giderek artan bir öneme sahiptir. Palyatif bakım gerektiren hastalıklar sadece hastayı fiziksel açıdan değil, hasta bireyin yakınlarını ve bakım vericilerini de fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan olumsuz etkilemektedir. Bu yüzden palyatif

bakım hem hastalarda hem de bakım vericilerde total bir iyilik hali sağlanmasını hedefleyen bir yaklaşımdır.

Kanser hastalığının ilk tanı alma aşaması birçok hasta ve onun en yakınındaki kişiler için hayatı tehdit edici bir unsur olarak algılanmaktadır. Hastaların yaklaşık yarısı anksiyete ve depresyon yaşarken bu durum aile üyeleri ve hasta yakınları için de aynı derecede üzücü olabilmektedir (Epping & Jordan, 1999). Palyatif bakım alan kanser hastalarına gece gündüz demeden bakım veren ‘gizli hastalar’ olarak tanımlanan bakım verenleri bu süreçte birçok açıdan negatif etkilenmekte ve çeşitli stres faktörleri ortaya çıkmaktadır. Bu faktörler arasında, sağlık personelleri ile olan iletişim problemleri ve tedaviye yönelik bilgi eksikliği, sosyal izolasyon gibi birtakım stres faktörü bulunmaktadır (Ferrell ve ark., 2018).

Bakım veren bireyin süregelen hayatında yaşam kalitesini arttıran unsurlar; sosyal çevre ile pozitif ve anlamlı ilişkiler, kendine ayıracağı zaman diliminde artış, ekonomik açıdan rahatlama gibi birçok açıdan düşünülebilirken, yaşam kalitesini azaltan unsurlar ise hem kendi geleceği hem de hastasının geleceği ile ilgili kaygı ve belirsizlikler, kronik yorgunluk, sosyal desteğin yetersizliği veya yokluğu, sosyal ilişkilerin azalması veya bozulması, bakım vermeden dolayı oluşan fiziksel ağrı, temel ihtiyaçların karşılanması ile ilgili problemler gibi birçok neden sayılabilir. Yaşam kalitesi tüm bu nedenlerle birlikte bireyin içinde bulunduğu çevrenin şartlarına da bağlıdır (Göçgeldi ve ark., 2008).

Konfor teorisi, palyatif bakım alan kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin ihtiyaçlarını mercek altına almak için faydalı bir bakış sunar. Bu teori, konforu dört deneyim bağlamında rahatlama sağlama ve sıkıntının aşılmasına yönelik

temel bir insan gereksinimi olarak tanımlar. Bu deneyimler psikospiritüel, sosyokültürel, çevresel ve fiziksel deneyimler olmak üzere açıklanmıştır.

- Psikospiritüel bağlam: Bir kişinin içgörüsü, yaşamı algılama ve anlamlandırma biçimi, bilişsel işleyişi ile ilgilidir.
- Sosyokültürel bağlam: Bir kişinin sosyal çevresi ve toplumsal ilişkileriyle ilgilidir.
- Çevresel bağlam: Bir kişinin hayatını etkileyen dış faktörleri kapsar.
- Fiziksel bağlam: Bir kişinin bedensel hisleri ve işlevselliğiyle ilgilidir.

Klinisyenler konfor teorisini uygulama aşamasında öncelikle hastaların ve bakım verenlerinin yukarıda belirtilen dört bağlamda karşılanmamış ihtiyaçlarını tespit eder ve bu ihtiyaçlara yönelik bireylerin konforunu arttıracak çözümler sunar (Kolcaba ve ark., 2006). Bütün bunlar göz önüne alındığında konfor teorisi, hastanın son derece ciddi semptomlarının giderilmesine ve aile üyelerinin ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik sunulan palyatif bakım desteği ile oldukça benzerdir.

Yaşamının belli bir döneminde kanser hastalığı tanısı almış ve terminal döneme gelmiş bireyler ve aile üyeleri birçok gerçeğe yüz yüze gelmek zorunda kalmıştır. Bakım veren aile üyesinin kanser hastasının semptom yönetimini sağlama ve kontrol etme, her an çıkabilecek sorunlara karşı çözüm üretebilme, karar verme, hastaya ve diğer aile üyelerine duygusal destek sağlama, hasta bakımını organize etme gibi birçok görevi vardır (Polat, 2011). Bu süreçlerin uzun sürmesiyle birlikte hasta ve bakım veren bireyin arasındaki var olan ilişki ister istemez informal bir bakım ilişkisine dönüşebilir. Bu durum hem hastayı hem de bakım veren aile üyesinin adaptasyonunu zorlaştıracak bir hal alabilir (Kasuya ve ark., 2000). Sağlık sistemi içindeki profesyonel destek ekibi ile bakım veren aile üyesinin hayatını

kolaylaştıracak adımlar atılması, bakım verme sürecinin getirdiği olumsuzlukların en aza indirgenmesi, ihtiyaçlarının önceden tespit edilmesi ve giderilmesi gibi yardımlar ile bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesinin mümkün olan en üst seviyeye yükseltilmesi sağlanmalıdır.

2.4 Umut

Umut insan doğasının bir parçasıdır. Yaş, cinsiyet, kültür gibi değişkenlerden bağımsız olarak yaşanır. Umudun tanımlanması zordur ancak yıllar içerisinde birçok kişi umudu tanımlama girişiminde bulunmuştur (Cutcliffe, 2004). Psikologlar umudu dinamik bir bilişsel motivasyon sistemi olarak tanımlar; umut yoluyla, bir kişi hedefler belirleyebilir ve bu hedeflere ulaşmaya doğru hareket edebilir.

Umut yıllar boyunca teologlar, filozoflar, sosyologlar, araştırmacılar ve son zamanlarda psikologlar için gündem odağı ve araştırma konusu olmuştur (Scioli & Biller, 2009). Klasik Yunan edebiyatında, Aristoteles umudu tanımlanması istendiğinde ‘Umut uyanık insanın rüyasıdır.’ şeklinde tanımlamıştır. Aynı zamanda umut (elpis) sözcüğünü geleceğe yönelik hem pozitif hem de negatif beklentileri kapsayacak biçimde kullanmıştır. Bununla birlikte Aristoteles özel olarak geleceğe yönelik olarak pozitif, güzel şeyleri kastediyorsa çoğunlukla ‘euelepis’ yani umutlu kelimesini kullanmıştır. Aynı zamanda Aristoteles, kavram olarak korku ve umudun yakınlığından bahsetmiş ve korku hissetmeden kişinin gerçekten umut edemeyeceğini vurgulamıştır (Scott, 2000). Augustine ise, umut, inanç ve sevgiyi birbirinden ayıramaz olarak tanımlar. Sevgi ve umudun birbirine bağlı olduğunu ve bununla birlikte her ikisinin de inanca bağlı olduğunu savunmaktadır (Augustine, 1961).

Umut başka bir tanımlaya göre ise bireyin kişisel hayatındaki olay ve durumlarla ilgili pozitif anlamlar çıkabileceği ihtimaline dair duygusal inancı olarak

açıklanabilir. Türk Dil Kurumu (TDK) ise umut sözcüğünü "Ummaktan doğan güven duygusu, ümit" olarak tanımlamaktadır. Ummak sözcüğü ise yine TDK sözlüğüne göre "Bir şeyin olmasını istemek, beklemek" veya "Sanmak, tahmin etmek" olarak tanımlanmıştır. Buna göre umut genellikle iyi bir sanıdan doğan güven veya iyi bir sanıya olan inanç duygusu olarak tanımlanabilir. Umut genellikle karşıt yönde belirli kanıtlar bile olsa bir şeyin muhtemel olduğuna inanmayı içerebilir (Vikipedi, 2022).

Umut, kişideki psikolojik iyilik halini ve değer hissini artırır; koşullara uyum sağlamakta zorlanabileceği bir durumda olan kişilere zorluklarla mücadele etmenin bir yolunu sunar ve güç verir (Abbasi ve ark., 2017). Umut, bilişsel ve emosyonel olmak üzere iki faktörden oluşur. Bilişsel bileşen gelecekte gerçekleşmesi beklenen olayları kapsar, emosyonel bileşen ise bu olayları etkili ve olumlu sonuçlar olarak pozitif bir şekilde anlamlandırır. Emosyonel bileşen, gelecekteki yaşanabilecek pozitif olayların bir tahmincisidir ve bunun sonucunda da hayatın anlamını artırır. Yüksek bir seviyede umuttan faydalanan bireyler, yaşamı destek ve güven kaynağı olarak görürler. Aynı zamanda, kişisel hayatlarında güçlüklerle karşılaştıklarında daha rahat adapte olabileceklerini ve uyum sağlayabileceklerini, daha çok mutluluk tecrübe edebileceklerini ve hayatlarının daha anlamlı olacakları düşüncesini benimserler (Khodabakhshi ve ark., 2017).

2.4.1 Umut Kavramı ve Önemi

Umut genel olarak zihinle alakalı bir kavramdır ancak bireyin istenilen şeyleri elde etmeye yönelik motivasyonu ve harekete geçmesiyle de bağlantısı bulunmaktadır. Diğer duygular gibi umut da istem dışı hissedilen bir duygudur ve bu yüzden birey umduğunun olmama ihtimalinin korkusuna rağmen çoğu zaman umudunu kontrol altına alamaz (Nazir, 2020).

Snyder ise umudu harekete geçirici düşünme ve hedefe ulaşma yollarının karışımı olarak tanımlamış ve bireylerin umut etme sürecinde harekete geçme ve hedefe ulaşma yollarının etkileşim içerisinde bulunduğunu ve devamlı olarak yenilendiğini ifade etmiştir (Snyder, 2000). Nekolaichuk ve arkadaşları ise umudun hastalara tedavi programlarına başlamadan önce cesaret veren bir etmen olduğunu belirtmiş, tedaviye devam etmeleri ve yeni hayatlarına uyum sağlamaları için güç sağladığını vurgulamıştır (Nekolaichuk ve ark., 1999).

Umutsuzlukla ilgili çok çeşitli tanımlamalar mevcuttur. Umutsuzluk kavramı ilk olarak 1986'da tanımlanmış ve bireylerin kendini kısıtlanmış hissettiği, çözüm üretemediği ve kendine fayda sağlayacak şekilde davranmadığı bir durum olarak ifade edilmiştir (Carpenito, 2012). Umutsuzluğu tanımlamaya yönelik Beck tarafından 1963 yılında yapılan daha önce intihar girişiminde bulunmuş ve psikoterapi gören 80 depresif hastanın katıldığı çalışmada ise bu hastaların sorunlarına çözümsüz gözüyle bakmaları, çözümü bulamayacaklarına olan inanışları ile intihar girişimleri arasında güçlü bir bağ olduğu saptanmıştır. Beck'e göre depresif hastalar gerçekçi nedenleri olmamasına rağmen tecrübelerini yanlış algılamakta ve çaba sarf etmemelerine rağmen beklentilerinin negatif yönde olduğunu dile getirmektedir. Hastaların bu negatif yöndeki algılama biçimlerine 'umutsuzluk' adı verilmiştir (Beck, 1963).

Kişilerin kendi hayatlarında gerçek olmasını dilediği durumlara yönelik olumlu beklentisi, takındıkları tavırların da değişmesine yol açabilmektedir. Olumlu beklentisi olan bireyler umut etmeye ve olmasını istediği dilekleri için çaba göstermeye başlayacaklardır. Yani kişilerin hayatında umut, motive edici ve kendilerini bireysel olarak geliştirebilmesi ve dönüştürebilmesi için önemli bir itici güçtür (Melges, 1969).

2.4.2 Umudu Etkileyen Faktörler

Palyatif bakım hastanın fiziksel tedavisinin yanı sıra hem hasta hem de yakınlarını kapsayan, fiziksel, psikolojik, sosyal ve kültürel açıdan çok yönlü ele alan, bakım sürecinde var olan ya da bu süreçte ortaya çıkması muhtemel sorunları öncesinde fark edip hasta ve yakınlarının daha az zarar görmesini sağlayan bir alandır. Tedavi süresinin uzun ve belirsizliklerle dolu olması hem hastayı hem de bakım veren kişiyi birçok açıdan olumsuz etkilemektedir.

Bakım verme sürecinde hastasına bakım sağlayan kişilerin umut düzeylerini birçok farklı faktör etkileyebilmektedir. 1996'da Fadıloğlu'nun yaptığı çalışmada kanser tanısı almış hastalarına bakım veren bireylerin dini duygularının son derece kuvvetli olduğu, yaşadıkları olumsuz duygularla baş etme yöntemi olarak ise 'Allah'a güvenme, umut etme' olduğu tespit edilmiştir (Fadıloğlu, 1996).

Uras ve Beydağ'ın jinekolojik kanserli hastalarda algılanan stres ile umut düzeyi ilişkisinin belirlenmesi üzerine yapılan araştırmada, hastaların umut düzeyinin belirleyicisi olarak hastaların psikolojik desteğe ihtiyaç duymaması ve olumlu duygular içinde olması olarak saptanmıştır. Ve bunun sonucunda jinekolojik kanser hastalarında umut düzeyinin yüksek olmasının algılanan stres düzeyini azalttığı tespit edilmiştir (Uras ve Beydağ, 2022).

Durak ve Palabıyıklıoğlu tarafından yapılan Beck Umutsuzluk Ölçeği'nin geçerlilik çalışmasında umutsuzluk düzeylerinin ölçüldüğü gruplar arasında psikiyatrik hastalardan sonra umutsuzluk düzeyi en yüksek grubun kanser ve diyaliz hastalarının olduğu grup olduğu tespit edilmiştir. Bu durum fiziksel sağlık sorunlarının hasta olan bireyleri umutsuzluğa sürükleyebildiğini düşündürmektedir (Durak & Palabıyıklıoğlu, 1994).

2.4.3 Umut Düzeyinin Ölçülmesi

Umut ile ilgili dünyada ve ülkemizde birçok çalışma yürütülmüştür. Umut düzeyini somutlaştırmak, değerlendirmek ve ölçmek için bazı ölçekler geliştirilmiştir. Bu ölçeklerden bazıları bazılarına TOAD (Türkiye Ölçme Araçları Dizini) web sayfasından ulaşılmıştır (<https://toad.halileksi.net/>). Bu ölçeklerden bazıları şunlardır;

- Beck Umutsuzluk Ölçeği
- Bütünleyici Umut Ölçeği
- Sürekli Umut Ölçeği
- Çaresizlik, Umutsuzluk ve Talihsizlik Ölçeği
- Akademik Umutsuzluk Ölçeği

2.4.4 Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Umut Kavramı

Hasta ailelerinin hastalık sürecinde sergiledikleri tutum ve davranışları, hastanın tedavi sürecini etkileyen önemli bir faktör olarak görülmektedir (Chen, 2003). Aynı zamanda yapılan çalışmalarda bazı hasta yakınlarının diğer hasta yakınlarına göre daha güçlü bir duruş sergilediği bildirilmekte olup bu farkın en büyük sebebinin bireylerin umut düzeyleri olduğu savunulmaktadır. Hastalıkların tedavisinin gidişatında en etkili pozitif duygulardan biri de umuttur ve Snyder'e göre umudu da içine alan pozitif duygular tedavi süreci için oldukça gereklidir (Snyder, 2000). Umutlu bireyler hayatının herhangi bir döneminde kanser gibi yaşamını tehdit eden bir hastalıkla karşılaştıklarında mücadele etmekten vazgeçip, pasif bir duruş sergilemek veya isyan etmek yerine tanısını aldığı hastalığı doğal hayatın yadsınamaz bir parçası olarak düşünüp kabul etme, bu doğal sürecin kendilerini güçlendirecek ve geliştirecek olduğuna inanma eğilimindedirler (Tarhan, 2012).

Yıldız ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada kanser hastalarının bakımı ile ilgilenen yakınlarının umut düzeylerinin çeşitli demografik değişkenler ve kanser tedavisine yönelik tutumlar açısından incelenmesi hedeflenmiştir. Yapılan araştırma sonucunda kanser hastalarına bakım verenlerin sosyo-ekonomik düzeyi arttıkça umut düzeylerinin arttığı saptanmıştır. Ayrıca bakım verenin ilgilendiği hastanın hastalığının tekrarlanma sayısı arttıkça umut düzeylerinin yükseldiği tespit edilmiştir. Bunun yanında hastalığı hiç tekrar etmemiş olanların umut düzeylerinin ise bir kez tekrar etmiş olanlara göre yüksek olduğu görülmüştür (Yıldız ve ark., 2017). Bu sonuç şaşırtıcı olsa da bu tür bir durumun psikolojik sağlamlığın, kişilerin birden fazla benzer zorlayıcı yaşam olayları ile karşı karşıya kalmasına rağmen sorunun çözüleceğine inancının artmasıyla açıklanabilir. Özellikle ileri evre kanser olan hastaların yakınlarının üçte birinde, hastalığın kötü gidişatı, hastanın semptomlarının kontrolden çıkması, bakım verme sürecinin uzaması gibi durumlar bakım veren bireyleri psikolojik açıdan olumsuz etkilemektedir. Bu bireylerde genellikle geleceğe yönelik umutsuzluk, çaresizlik, üzüntü ve anksiyete görülebilir (Nayak ve ark., 2014).

2.4.5 Palyatif Bakım Alan Kanser Hastalarına Bakım Verenlerde Umut Düzeyi

Umudun bireylerin hayatında dönüştürücü bir gücü olduğundan bahseden Duggleby ve Wright, 2009 yılında palyatif bakım hastalarının umudu kullanma biçimlerini araştırdığı çalışmada umudun dinamik olduğunu, bu süreçte umuda yönelik yeni formlar ortaya çıktığını tespit etmiş ve umudu dönüştürme sürecinde yaşamı olduğu gibi kabul etmek (değişimleri algılamak), anlam aramak (değer bulmak) ve olumlu yeniden değerlendirmek (değişimlere uyum sağlamak) şeklinde üç temel adım açıklamıştır. Umudu dönüştürme sürecinin ise hastalarda semptom kontrolünün

sağlanması, destekleyici sosyal ilişkilere sahip olunması ve bireyin maneviyatı ile daha da kolay bir hal aldığını belirtmiştir (Duggleby & Wright, 2009).

Hayata dair umutlu bakan insanlar stresli durumları tehdit unsuru yerine ‘zorlayıcı durum’ olarak değerlendirebilirler (Vela ve ark., 2016). Umut, yaşamı tehdit eden hastalığın tedavi sürecinde hastanın ağrısını algılama biçimlerinden, yaşam süresine kadar birçok yönden önemli bir rol oynamaktadır (Groopman, 2008). Bu süreçte hastalık tanısı alan bireyin en yakınındaki kişiler çoğunlukla hastaya bakım veren hasta yakını ve tedavi gördüğü hastanedeki sağlık personeli olur. Bu kadar yakın temasta olan kişilerde duygular bulaşıcı hale gelmekte ve umut aşılama konusunda hastanın bu sürecine tanıklık eden bu kişilere büyük görevler düşmektedir. Ancak bu görevleri yerine getirecek kişilerin de kendi yaşam kalitesi ve umut düzeylerinin yüksek olması gerekmektedir.

Karşılaşılan güçlüklerle ve değişikliklerle mücadele etme konusunda umudun kolaylaştırıcı bir unsur olduğu düşünüldüğünde özellikle bakım vericilerin umut düzeyleri ve umudu etkileyen unsurların belirlenmesi, hasta yakınlarının umut düzeylerini yükseltmek için çalışmalar yapılmasını daha da gerekli hale getirecektir. Özellikle hastaya bakım vericilerin tanı sonrası değişen hayatının getirdiği sorumluluklar ile düşen yaşam kalitesi düzeyleri göz önüne alındığında, palyatif bakım alanında çalışan ruh sağlığı profesyonellerine çok daha fazla ihtiyaç duyduğu düşünülebilir. Klinik görüşmeler sırasında hastalığın seyri konuşulurken hastalar, bakım verenler ve palyatif bakım ekibi bazı faktörlerin hastalıkla başa çıkma yöntemlerini etkileyebileceğini düşünmektedir. Bunlar fiziksel semptomların kontrolü, hasta ve yakınlarının duygusal açıdan desteklenmesi, gerçekçi hedefler belirlenmesi, hedefler doğrultusunda harekete geçilmesi ve hastalığın seyri ile ilgili umut aşılansıdır (Clayton ve ark., 2005).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu çalışma Bitlis Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Biriminde yatan veya ayaktan tedavi edilen kanser tanısı almış bireylere bakım veren hasta yakınlarının yaşam kalitelerinin hayata dair umut düzeylerine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Çalışma 01.10.2022-30.06.2023 tarihleri arasında Bitlis Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Biriminde yatan veya ayaktan tedavi edilen kanser tanısı almış bireylere bakım veren hasta yakınları ile yapılmıştır.

3.3 Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evreni araştırma tarihleri arasında Bitlis Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Biriminde yatan veya ayaktan tedavi edilen tüm kanser tanısı almış hastalara primer bakım veren hasta yakını bireylerden oluşmaktadır. Çalışmanın örneklemi ise bu birimde palyatif bakım alan kanserli hastalara primer bakım veren, 18 yaş ve üzerinde olan, çalışmaya katılmak için gönüllü olan, anket sorularını yanıtlayabilecek bilişsel düzey ve dil yeterliliğine sahip olan her aileden bir bakım veren bireyden oluşması planlanmıştır. Örneklem büyüklüğünü belirlemek için G-Power 3.1.9.7 programı kullanılarak güç analizi yapılmıştır. Buna göre %95 istatistiksel güç, 0.05 hata payı ve 0.25'lik etki büyüklüğü ile çalışmaya dâhil edilmesi gereken minimum örneklem büyüklüğü 164 olarak hesaplanmıştır.

3.4 Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından her hasta için primer bakım veren bir birey değerlendirilerek çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan tüm bakım vericilere “Hasta Tanıtım Formu, Hastaya Bakım Veren Tanıtım Formu, Kanseri Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği” yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır (Ek 1). Çalışma öncesinde ölçeklerin kullanım izinleri alınmıştır (Ek 2, Ek 3).

3.4.1 Hasta Tanıtım Formu

İlgili literatür eşliğinde araştırmacı tarafından hazırlanan hasta tanıtım formu kanser tanısı almış hastalarla ilgili toplam 7 soru (cinsiyet, yaş, primer kanser türü, tanı süresi, metastaz olup olmadığı, palyatif bakım birimine yatış / geliş nedeni, yatağa bağımlı olma durumu) içermektedir.

3.4.2 Hastaya Bakım Veren Tanıtım Formu

Araştırmacı tarafından ilgili literatür eşliğinde hazırlanan kanser tanısı almış hastalara primer bakım veren bireylerle ilgili tanıtım formu toplam 20 soru (cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk varlığı, öğrenim durumu, meslek, çalışma durumu, ekonomik durum, sosyal güvence, yaşadığı yer, kiminle yaşadığı, ailede başka bakım verenlerin olup olmadığı, hastaya yakınlık derecesi, sorumluluklarınızı yerine getirmede güçlük yaşıyıp yaşamadığı, sağlığının etkilenip etkilenmediği, yaşanan sağlık sorunları, aile ilişkilerinde sorun yaşıyıp yaşamadığı, bir ruh sağlığı uzmanından destek alma durumu, hastaneye ulaşımı nasıl sağladığı, bakım verdiği hastasının tanısını bilme durumu, bakmakla yükümlü olduğu başka bir birey olma durumu, günlük ortalama bakım süresi) içermektedir.

3.4.3 Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği

Weitzner ve ark. (1999) tarafından geliştirilmiş olup kanserli hastalara bakım verenlerin yaşam kalitelerini ölçmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karabuğa-Yakar ve Pınar (2013) tarafından yapılmıştır. Ölçek (0= Hiç, 1=Az, 2=Biraz, 3=Fazla, 4=Çok fazla) şeklinde 0'dan 4'e kadar değişen beşli likert tipi değerlendirmeyi içerir. Ölçeği oluşturan 35 ifadenin 10'u yük (9, 11, 14, 17, 18, 19, 20, 25, 31 ve 33 nolu ifadeler), 7'si rahatsızlık (1, 3, 5, 21, 24, 26 ve 29 nolu ifadeler), 7'si pozitif adaptasyon (10, 12, 16, 22, 27, 28 ve 34 nolu ifadeler) ve 3'ü finansal sıkıntı (6, 7 ve 8 nolu ifadeler) ile ilgilidir. Kalan 8 ifade (uyku sorunları, cinsel yaşamdan memnuniyet, günlük hayatın baskılanması, zihinsel yorgunluk, hastalık hakkında bilgilendirilme, hastanın korunması, hastanın ağrısının yönetimi, ailenin bakım vermeyle ilgilenme durumu) bu 4 boyuttan bağımsız olarak değerlendirilir ve ölçeğin toplam puanına katkı verir. Değerlendirmede ölçekteki "4, 10, 12, 16, 22, 23, 27, 28 ve 34" no'lu ifadeler düz olarak puanlanırken, kalan ifadeler tersine çevrilerek puanlanır. Her bir alt boyut için bulunan ham puan 35 ile 14 çarpılır, yanıtlanan ifade sayısına bölünür ve alt boyutların puanı belirlenir. Ölçeğin toplam puanı 4 alt boyuta verilen yanıtlar ile 8 ifadeye verilen yanıtların, yani ölçekteki tüm ifadelere verilen yanıtların toplanarak 35 ile çarpılması ve bulunan sayının yanıtlanan ifade sayısına bölünmesiyle elde edilir. Bu puanlama yöntemiyle her bir alt boyut ve ölçeğin toplamının puanı 0 ile 140 arasında değişmektedir. Ölçekten elde edilen puanın yüksek olması yaşam kalitesinin daha iyi olduğunu göstermektedir.

3.4.4 Beck Umutsuzluk Ölçeği

Bireyin geleceğe yönelik karamsarlık düzeyini belirlemek amacıyla Beck ve ark. (1971) tarafından geliştirilmiş olup 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Seber ve ark. (1993) tarafından yapılmıştır. Daha sonra Durak

(1994) ölçek üzerinde çalışmış; ölçeğin geçerliliğine, güvenilirliğine ve faktör yapısına ilişkin daha ayrıntılı bilgiler elde etmiştir. Bu ölçekte maddeler doğru-yanlış şeklinde yanıtlanmakta olup gelecek ile ilgili duygu ve beklentiler, motivasyon kaybı ve umut olmak üzere 3 faktörden oluşmaktadır. 0-1 arasında puanlanan bir ölçektir. Ölçeğin maddelerinden 11 tanesinde “evet” seçeneği, 9 tanesinde ise “hayır” seçeneği 1 puan almaktadır. Ölçekten alınabilecek puan 0-20 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması bireyin umutsuzluk düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.

3.5 Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için; Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 22.09.2022 tarih ve 22-KAEK-186 kayıt numaralı onay alınmıştır (Ek 4). Çalışmaya katılacak olan bakım verenlere bilgi verilerek yazılı ve sözlü onam alınmıştır. Bitlis Devlet Hastanesi’nden çalışma için gerekli kurum iznini alabilmek için Bitlis İl Sağlık Müdürlüğü’ne ikinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan araştırmalar için başvuru yapılarak izin alınmıştır (Ek 5).

3.6 Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Bitlis Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Biriminde yatan veya ayaktan takip edilen kanser tanılı hastanın primer bakımını sağlayan hasta yakını olmak
- Çalışmaya katılıp anket sorularını cevaplamak için gönüllü olmak
- 18 yaş ve üzerinde olmak
- Soruları yanıtlayabilecek bilişsel düzey ve dil yeterliliğine sahip olmak

3.7 Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- 18 yaşından küçük olmak

- Gönüllü onam vermemek
- Bilişsel düzey ve dil yeterliliği açısından soruları cevaplayacak durumda olmamak

3.8 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın kesitsel nitelikte olması ve tek bir devlet hastanesine belirli zaman diliminde başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden palyatif bakım alan kanser hastalarının bakım verenleriyle yürütüldüğü için sonuçlarının kendi evrenine genellenebilir olması önemli bir sınırlılıktır.

3.9 İstatistiksel Analiz

Çalışmadan elde edilen veriler SPSS 22.0 programı ile analiz edilmiştir. Öncelikle çalışmada kullanılan ölçek alt boyut puanları ve toplam puanlarının dağılım normalliği çarpıklık-basıklık (Skewness-Kurtosis) değerlerine göre incelenmiş ve puanların normal dağılım gösterdiği saptanmıştır. Hasta ve hasta yakınlarının klinik ve demografik bulgularına dair frekans dağılımları ve tanımlayıcı verileri hesaplanmış, kullanılan ölçeklerin minimum, maksimum ve ortalama-standart sapma değerleri belirlenmiştir. Çalışmada kullanılan Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi ölçeklerin güvenirlik düzeylerini belirlemek adına Cronbach's Alfa değerleri hesaplanmıştır. Hipotez testleri için, iki grup karşılaştırması içeren analizlerde bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla gruplar için analizlerde tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. ANOVA analizlerinde grup farklılıklarını belirlemek adına LSD post-hoc testi gerçekleştirilmiştir. İlişkisel analizleri belirlemek için ise Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Analizlerde güven aralığı %95 olarak kabul edilmiştir ($p < 0,05$).

4. BULGULAR

Çalışmaya alınan 164 hasta yakınının bakım verdiği hastalara ait demografik ve klinik özellikleri Tablo 1’de verilmiştir. Çalışmaya alınan hastaların yaş ortalamaları $56,4 \pm 17,2$ olarak belirlenmiştir. Hastaların 94’ü (%57,3) kadın, 41’inde (%25) meme kanseri primer kanser türü olarak belirtilmiştir. 116 hastanın (%70,7) 0-1 yıl arası tanı süresi varken, 93’ünde (%56,7) metastaz varlığı bulunmaktadır. 84 hasta ise (%51,2) kemoterapi almaktadır.

Tablo 1. Hastaların Demografik ve Klinik Özellikleri

		Ort.	SS
Yaş (yıl)		56,40	17,20
		Sayı	%
Cinsiyet	Erkek	70	42,7
	Kadın	94	57,3
Kanser Türü	Meme kanseri	41	25,0
	Solunum sistemi	40	24,4
	Gastrointestinal Tümör	30	18,3
	Lenf kanseri	21	12,8
	Beyin tümörü	8	4,9
	Kadın Genital Tümör	7	4,3
	Ürogenital Tümör	7	4,3
	Cilt kanseri	5	3,0
	Diğer	5	3,0
	0-1 yıl	116	70,7
Tanı Süresi	1-3 yıl	22	13,4
	3 yıl üzeri	26	15,9
Metastaz	Var	93	56,7
	Yok	71	43,3
Şu anki Tedavi	Kemoterapi	84	51,2
	Radyoterapi	10	6,1
	Kemoterapi+Radyoterapi	30	18,3
	Semptomatik	40	24,4
Toplam		164	100,0

Tablo 2. Hasta Yakınlarının Demografik ve Klinik Özellikleri

		Sayı	%
Cinsiyet	Erkek	37	22,6
	Kadın	127	77,4
Yaş	30 yaş altı	48	29,3
	30-50 yaş arası	78	47,5
	50 yaş üzeri	38	23,2
Medeni Durum	Evli	112	68,3
	Bekar	52	31,7
Çocuk	Yok	64	39,0
	Var	100	61,0
Eğitim Durumu	İlköğretim	35	21,3
	Lise	35	21,3
	Üniversite ve üzeri	94	57,4
Çalışma Durumu	Hayır	80	48,8
	Evet	84	51,2
Meslek	Öğretmen	27	31,4
	Sağlık Çalışanı	19	22,1
	Diğer	40	46,5
Ekonomik Durum	Kötü	18	11,0
	Orta	112	68,3
	İyi	34	20,7
Sosyal Güvence	Yok	21	12,8
	Var	143	87,2
Kimle Yaşıyor	Tek	13	7,9
	Ailesiyle	151	92,1
Yaşadığınız yer	Köy-Kasaba	16	9,8
	İlçe	61	37,2
	İl Merkezi	87	53,0
Hastaneye Ulaşım şekli	Kendi Aracı ile	101	61,5
	Otobüs	36	22,0
	Diğer	27	16,5
Hasta Yakınlık Derecesi	Anne-Baba	58	35,4
	Eş	35	21,3
	Kardeş	13	7,9
	Kayınvalide-Kayınpeder	11	6,7
	Diğer	47	28,7
Sorumluluk Güçlüğü	Hayır	47	28,7
	Evet	117	71,3
Sağlığınız Etkilendi mi?	Hayır	92	56,1

	Evet	72	43,9
Tablo 2. Devamı:			
Sağlığınız Ne şekilde etkilendi?	Fiziksel	15	20,8
	Psikolojik	57	79,2
Aile İlişkileri Etkilendi mi?	Hayır	108	65,9
	Evet	56	34,1
Aile İlişkileri Ne şekilde etkilendi?	İletişim	25	47,2
	Diğer	28	52,8
Ruh Sağlığı Desteği aldınız mı?	Hayır	125	76,2
	Evet	39	23,8
Tanıyı Biliyor musunuz?	Hayır	6	3,7
	Evet	158	96,3
Bakmakla Yükümlü Başka birisi var mı?	Hayır	139	84,8
	Evet	25	15,2
Günlük Bakım Verme Süresi	1-6 saat	93	56,7
	7-12 saat	29	17,7
	13-18 saat	14	8,5
	19-24 saat	28	17,1
Başka Bakım Veren Varlığı	Yok	61	37,2
	Var	103	62,8
Ne Kadar Süredir Hastaya Bakım Veriyor	0-1 yıl	99	60,4
	1-3 yıl	40	24,4
	3 yıl üzeri	25	15,2
Toplam		164	100,0

Çalışmaya alınan hasta yakınlarına ait demografik ve klinik özellikler Tablo 2’de verilmiştir. Hasta yakınlarının 127’si (%77,4) kadın, 78’i (%47,6) 30-50 yaş arasındadır. 112 (%68,3) hasta yakını evli, 100’ü (%61) çocuğu olduğunu ifade etmiştir. Hasta yakınlarının 94’ü (%57,3) üniversite ve üzeri mezunu olduğunu, 84’ü (%51,2) çalıştığını belirtmiştir. 143 hasta yakını (%87,2) sosyal güvencesi olduğunu, 151’i (%92,1) ailesiyle birlikte, 87 hasta yakını (%53) il merkezinde yaşadığını ifade etmiştir. 101 hasta yakını (%61,6) hastaneye kendi aracıyla ulaşım sağladığını belirtmiştir. 117 hasta yakını (%71,3) sorumluluk gücünü yaşadığını, 72 hasta yakını (%43,9) sağlığının etkilendiğini, 56 hasta yakını ise (%34,1) aile ilişkilerinin etkilendiğini belirtmiştir. 39 (%23,8) hasta yakını ruh sağlığı desteği aldığını, 158 hasta yakını (%96,3) hastanın tanısını bildiğini, 25 hasta yakını (%15,2) bakmakla yükümlü başka birisinin de olduğunu, 93 (%56,7) hasta yakını günlük ortalama 1-6 saat bakım verdiğini, 103’ü (%62,8) başka bakım veren kişi olduğunu, 99’u ise (%60,4) 0-1 yıl arası hasta bakımı verdiğini ifade etmiştir.

Tablo 3. Ölçeklere Dair Tanımlayıcı Verilerin Dağılımı

		Min.	Maks.	Ort.	SS
Beck Umutsuzluk Ölçeği	Gelecek ile İlgili Duygular	2,00	5,00	4,35	3,31
	Motivasyon Kaybı	4,00	8,00	7,48	1,54
	Gelecek ile İlgili Beklentiler	2,00	5,00	4,51	1,48
	Toplam	8,00	20,00	16,35	3,34
Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği	Yük	4,00	40,00	10,73	8,36
	Rahatsızlık	,00	24,00	14,06	7,27
	Pozitif Adaptasyon	,00	22,00	18,50	4,15
	Finansal Sorunlar	,00	12,00	5,64	3,73
	Toplam	21,00	100,00	48,94	16,53

Ölçeklere dair toplam ve alt boyut puanlarının minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 3’de gösterilmiştir. Çalışmamızda bakım veren kişilerin Beck Umutsuzluk Ölçeği’nden aldıkları umutsuzluk puan ortalamaları $16,35 \pm 3,34$ olarak bulunmuştur. Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği’nden aldıkları puanların ortalaması ise $48,94 \pm 16,53$ olarak bulunmuştur.

Tablo 4. Ölçeklere Dair Güvenirlik Katsayıları

	Cronbach’s Alfa
Beck Umutsuzluk Ölçeği	Gelecek ile İlgili Duygular
	0,796
	Motivasyon Kaybı
	0,715
Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği	Gelecek İle İlgili Beklentiler
	0,811
	Toplam
	0,749
Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği	Yük
	0,912
	Rahatsızlık
	0,866
Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği	Pozitif Adaptasyon
	0,817
	Finansal Sorunlar
	0,821
	Toplam
	0,917

Çalışmamızda kullanılan Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının iç tutarlık katsayıları Cronbach’s Alfa değeri hesaplanarak analiz edilmiştir. Tablo 4’te yer alan değerlere göre bu çalışmada kullanılan ölçeklerin iç tutarlık katsayıları güvenilirlik bakımından kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur.

Tablo 5. Hasta Yakınlarının Hasta Cinsiyetine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

		Hasta Cinsiyeti	n	Ort.	SS	p
Beck Umutsuzluk Ölçeği	Gelecek ile İlgili Duygular	Erkek	70	3,82	3,15	0,072
		Kadın	94	4,62	3,21	
	Motivasyon Kaybı	Erkek	70	7,61	1,45	0,211
		Kadın	94	7,39	1,75	
	Gelecek ile İlgili Beklentiler	Erkek	70	4,55	1,42	0,521
		Kadın	94	4,45	1,39	
	Toplam	Erkek	70	16,30	3,52	0,306
		Kadın	94	16,89	3,46	
Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği	Yük	Erkek	70	10,17	7,71	0,491
		Kadın	94	11,14	8,83	
	Rahatsızlık	Erkek	70	13,88	7,39	0,664
		Kadın	94	14,20	7,21	
	Pozitif Adaptasyon	Erkek	70	18,57	3,66	0,863
		Kadın	94	18,45	4,50	
	Finansal Sorunlar	Erkek	70	5,84	3,81	0,550
		Kadın	94	5,48	3,68	
	Toplam	Erkek	70	48,47	16,12	0,753
		Kadın	94	49,29	16,91	

Hasta yakınlarının hastanın cinsiyetlerine göre ölçek skorlarının karşılaştırılması Tablo 5’de gösterilmiştir.

Çalışmamızda hasta yakınlarının ölçek skorlarının hastanın cinsiyetine göre karşılaştırılması adına yapılan analizde hastanın cinsiyetine göre her iki ölçek skorlarının anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 6. Hasta Yakınlarının Hastanın Kansere Türüne Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

		Kanser Türü	n	Ort.	SS	p
Beck Umutsuzluk Ölçeği	Gelecek ile İlgili Duygular	Gastrointestinal	30	4,39	3,33	0,291
		Solunum Sistemi	40	4,12	3,21	
		Meme Kanseri	41	4,35	3,40	
		Lenf Kanseri	21	5,51	3,17	
		Diğer	32	3,91	3,40	
	Motivasyon Kaybı	Gastrointestinal	30	7,23	1,56	0,432
		Solunum Sistemi	40	7,62	1,58	
		Meme Kanseri	41	7,42	1,82	
		Lenf Kanseri	21	7,27	1,26	
		Diğer	32	7,68	1,75	
	Gelecek ile İlgili Beklentiler	Gastrointestinal	30	4,26	1,42	0,807
		Solunum Sistemi	40	4,66	1,64	
		Meme Kanseri	41	4,48	1,65	
		Lenf Kanseri	21	4,86	1,01	
		Diğer	32	4,30	1,34	
	Toplam	Gastrointestinal	30	15,92	3,15	0,319
		Solunum Sistemi	40	15,39	3,22	
		Meme Kanseri	41	16,29	3,15	
		Lenf Kanseri	21	16,32	2,18	
		Diğer	32	15,98	3,85	
Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği	Yük	Gastrointestinal	30	10,76	6,99	0,923
		Solunum Sistemi	40	11,07	8,66	
		Meme Kanseri	41	9,92	8,00	
		Lenf Kanseri	21	10,19	7,49	
		Diğer	32	11,65	10,32	
	Rahatsızlık	Gastrointestinal	30	15,56	6,86	0,071
		Solunum Sistemi	40	11,87	7,26	
		Meme Kanseri	41	14,12	6,16	
		Lenf Kanseri	21	15,38	7,62	
		Diğer	32	14,81	7,93	
	Pozitif Adaptasyon	Gastrointestinal	30	19,06	3,49	0,092
		Solunum Sistemi	40	17,05	3,88	
		Meme Kanseri	41	19,12	4,06	
		Lenf Kanseri	21	19,61	3,69	
		Diğer	32	18,28	5,07	
	Finansal Sorunlar	Gastrointestinal	30	7,00	3,71	0,081
		Solunum Sistemi	40	4,77	3,81	
		Meme Kanseri	41	4,95	3,48	
		Lenf Kanseri	21	5,90	3,40	
		Diğer	32	6,15	3,90	
	Toplam	Gastrointestinal	30	52,40	14,80	0,182
		Solunum Sistemi	40	43,97	16,85	
		Meme Kanseri	41	48,12	15,41	
		Lenf Kanseri	21	52,09	15,77	
		Diğer	32	50,90	18,78	

Hasta yakınlarının ölçek skorlarının hastanın kanser türüne göre karşılaştırılması için yapılan analizlere göre hastanın primer kanser türünün ölçek puanlarına anlamlı şekilde etki etmediği saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 6).

Tablo 7. Hasta Yakınlarının Hastanın Tanı Süresine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

		Tanı Süresi	n	Ort.	SS	p
Beck Umutsuzluk Ölçeği	Gelecek İle İlgili Duygular	0-1 Yıl	116	4,47	3,31	0,541
		1-3 Yıl Arası	22	4,08	3,34	
		3 Yıl Üzeri	26	4,00	3,56	
	Motivasyon Kaybı	0-1 Yıl	116	7,39	1,65	0,462
		1-3 Yıl Arası	22	7,58	1,56	
		3 Yıl Üzeri	26	7,80	1,51	
	Gelecek ile ilgili Beklentiler	0-1 Yıl	116	4,43	1,51	0,412
		1-3 Yıl Arası	22	4,86	1,10	
		3 Yıl Üzeri	26	4,50	1,66	
	Toplam	0-1 Yıl	116	16,32	3,68	0,909
		1-3 Yıl Arası	22	16,56	3,46	
		3 Yıl Üzeri	26	16,32	3,11	
Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği	Yük	0-1 Yıl	116	10,43	7,69	0,769
		1-3 Yıl Arası	22	11,72	10,74	
		3 Yıl Üzeri	26	11,19	9,24	
	Rahatsızlık	0-1 Yıl	116	14,23	6,98	0,902
		1-3 Yıl Arası	22	13,72	8,58	
		3 Yıl Üzeri	26	13,61	7,58	
	Pozitif Adaptasyon	0-1 Yıl	116	18,77	3,84	0,835
		1-3 Yıl Arası	22	17,90	5,08	
		3 Yıl Üzeri	26	17,80	4,66	
	Finansal Sorunlar	0-1 Yıl	116	5,76	3,73	0,382
		1-3 Yıl Arası	22	6,04	3,86	
		3 Yıl Üzeri	26	4,73	3,60	
	Toplam	0-1 Yıl	116	49,21	15,48	0,866
		1-3 Yıl Arası	22	49,40	17,54	
		3 Yıl Üzeri	26	47,34	20,42	

Hasta yakınlarının ölçek skorlarının tanı süresine göre karşılaştırılması Tablo 7’de gösterilmiştir. Hastaların tanı sürelerine göre hasta yakınlarının ölçek puanları anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 8. Hasta Yakınlarının Hastada Metastaz Varlığına Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

		Metastaz	n	Ort.	SS	p
Beck Umutsuzluk Ölçeği	Gelecek ile İlgili Duygular	Var	93	4,54	3,14	0,000*
		Yok	71	3,42	3,43	
	Motivasyon Kaybı	Var	93	7,51	1,65	0,796
		Yok	71	7,45	1,67	
	Gelecek ile İlgili Beklentiler	Var	93	4,65	1,49	0,096
		Yok	71	4,29	1,46	
	Toplam	Var	93	16,82	2,99	0,000*
		Yok	71	16,05	3,51	
Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği	Yük	Var	93	11,61	9,55	0,123
		Yok	71	9,57	6,37	
	Rahatsızlık	Var	93	14,03	8,01	0,844
		Yok	71	14,11	6,22	
	Pozitif Adaptasyon	Var	93	18,64	4,40	0,625
		Yok	71	18,32	3,82	
	Finansal Sorunlar	Var	93	5,41	3,75	0,387
		Yok	71	5,92	3,70	
	Toplam	Var	93	49,70	18,76	0,504
		Yok	71	47,94	13,11	

* p<0,05

Hasta yakınlarının ölçek skorlarının hastada metastaz varlığına göre karşılaştırılması Tablo 8’de gösterilmiştir. Çalışmada hasta yakınlarının ölçek skorlarının hastada metastaz varlığına göre karşılaştırılması adına yapılan analizde Beck Umutsuzluk Ölçeği Gelecek ile İlgili Duygular alt boyut puanları ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Toplam puanlarında, hastada metastaz olanların puanlarının metastaz olmayanların puanlarına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0,05).

Tablo 9. Hasta Yakınlarının Cinsiyetlerine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

		Cinsiyet	n	Ort.	SS	p
Beck Umutsuzluk Ölçeği	Gelecek ile İlgili Duygular	Erkek	37	4,35	2,95	0,691
		Kadın	127	4,49	3,11	
	Motivasyon Kaybı	Erkek	37	7,89	1,31	0,014*
		Kadın	127	7,65	1,66	
	Gelecek ile İlgili Beklentiler	Erkek	37	4,34	1,71	0,096
		Kadın	127	4,69	1,41	
	Toplam	Erkek	37	16,18	3,34	0,104
		Kadın	127	16,76	3,36	
Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği	Yük	Erkek	37	13,32	8,51	0,032*
		Kadın	127	9,97	8,19	
	Rahatsızlık	Erkek	37	15,08	8,03	0,337
		Kadın	127	13,77	7,03	
	Pozitif Adaptasyon	Erkek	37	18,78	4,13	0,645
		Kadın	127	18,42	4,17	
	Finansal Sorunlar	Erkek	37	6,62	4,20	0,069
		Kadın	127	5,35	3,55	
	Toplam	Erkek	37	53,81	18,21	0,072
		Kadın	127	47,52	15,81	

* p<0,05

Çalışmada hasta yakınlarının cinsiyetine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması için yapılan analizde Beck Umutsuzluk Ölçeği Motivasyon Kaybı puanlarında ve Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği Yük alt ölçeği puanlarında erkeklerin kadınlardan anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı belirlenmiştir (p<0,05) (Tablo 9).

Tablo 10. Hasta Yakınlarının Yaş Gruplarına Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

		Yaş	n	Ort.	SS	p
Beck Umutsuzluk Ölçeği	Gelecek ile İlgili Duygular	30 Yaş Altı	48	4,69	2,96	0,536
		30-50 Arası	78	4,36	3,43	
		50 üzeri	38	4,85	3,57	
	Motivasyon Kaybı	30 Yaş Altı	48	7,38	1,59	0,821
		30-50 Arası	78	7,52	1,60	
		50 üzeri	38	7,49	1,69	
	Gelecek ile İlgili Beklentiler	30 Yaş Altı	48	4,47	1,56	0,129
		30-50 Arası	78	4,70	1,37	
		50 üzeri	38	4,10	1,53	
	Toplam	30 Yaş Altı	48	16,56	3,12	0,300
		30-50 Arası	78	16,58	3,59	
		50 üzeri	38	16,55	3,72	
Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği	Yük	30 Yaş Altı	48	10,75	7,65	0,760
		30-50 Arası	78	10,32	8,72	
		50 üzeri	38	11,55	8,61	
	Rahatsızlık	30 Yaş Altı	48	16,58	6,63	0,062
		30-50 Arası	78	13,60	6,70	
		50 üzeri	38	14,89	8,41	
	Pozitif Adaptasyon	30 Yaş Altı	48	19,22	3,62	0,336
		30-50 Arası	78	18,30	4,40	
		50 üzeri	38	18,00	4,23	
	Finansal Sorunlar	30 Yaş Altı	48	6,20	3,96	0,354
		30-50 Arası	78	5,23	3,53	
		50 üzeri	38	5,76	3,83	
	Toplam	30 Yaş Altı	48	52,77	15,39	0,114
		30-50 Arası	78	46,46	15,90	
		50 üzeri	38	49,21	18,57	

Yaş gruplarının hasta yakınlarının ölçek puanlarına olan etkisini belirlemek üzerine yapılan analizlerde ölçek puanlarının yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 10).

Tablo 11. Hasta Yakınlarının Medeni Durumlarına Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

		Medeni Durum	n	Ort.	SS	p
Beck Umutsuzluk Ölçeği	Gelecek ile İlgili Duygular	Evli	112	4,35	3,11	0,988
		Bekar	52	4,34	3,13	
	Motivasyon Kaybı	Evli	112	7,55	1,34	0,456
		Bekar	52	7,34	1,56	
	Gelecek ile İlgili Beklentiler	Evli	112	4,46	1,13	0,660
		Bekar	52	4,57	1,50	
	Toplam	Evli	112	16,37	3,63	0,864
		Bekar	52	16,27	3,41	
Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği	Yük	Evli	112	10,81	8,94	0,696
		Bekar	52	10,55	7,02	
	Rahatsızlık	Evli	112	13,25	7,62	0,288
		Bekar	52	15,80	6,14	
	Pozitif Adaptasyon	Evli	112	18,12	4,34	0,134
		Bekar	52	19,32	3,60	
	Finansal Sorunlar	Evli	112	5,67	3,78	0,896
		Bekar	52	5,55	3,66	
	Toplam	Evli	112	47,87	17,42	0,401
		Bekar	52	51,25	14,32	

Çalışmada hasta yakınlarının ölçek skorlarının medeni duruma göre karşılaştırılması adına yapılan analizde medeni duruma göre ölçek skorlarının anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 11).

Tablo 12. Hasta Yakınlarının Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

		Çocuk	n	Ort.	SS	p
Beck Umutsuzluk Ölçeği	Gelecek ile İlgili Duygular	Yok	64	4,28	3,11	0,829
		Var	100	4,40	3,49	
	Motivasyon Kaybı	Yok	64	7,32	1,51	0,321
		Var	100	7,59	1,50	
	Gelecek ile İlgili Beklentiler	Yok	64	4,62	1,56	0,380
		Var	100	4,42	1,43	
	Toplam	Yok	64	16,23	3,30	0,704
		Var	100	16,41	3,56	
	Yük	Yok	64	10,26	7,16	0,570
		Var	100	11,03	9,07	
Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği	Rahatsızlık	Yok	64	15,50	6,90	0,063
		Var	100	13,15	7,38	
	Pozitif Adaptasyon	Yok	64	19,31	3,82	0,069
		Var	100	17,99	4,28	
	Finansal Sorunlar	Yok	64	5,71	4,00	0,830
		Var	100	5,59	3,56	
	Toplam	Yok	64	50,79	15,78	0,352
		Var	100	47,76	16,96	

Çalışmada hasta yakınlarının ölçek skorlarının çocuk sahibi olma durumuna göre karşılaştırılması adına yapılan analizde çocuk sahibi olma durumuna göre ölçek skorlarının anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 12).

Tablo 13. Hasta Yakınlarının Eğitim Seviyelerine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

		Eğitim	n	Ort.	SS	p	Fark
Beck Umutsuzluk Ölçeği	Gelecek ile İlgili Duygular	İlköğretim	35	3,36	3,51	0,058	-
		Lise	35	4,21	3,47		
		Üniversite ve üzeri	94	5,47	3,11		
	Motivasyon Kaybı	İlköğretim	35	7,82	1,85	0,162	-
		Lise	35	7,71	1,79		
		Üniversite ve üzeri	94	7,27	1,65		
	Gelecek ile İlgili Beklentiler	İlköğretim ¹	35	5,11	1,66	0,029*	1>2 1>3
		Lise ²	35	4,20	1,13		
		Üniversite ve üzeri ³	94	4,39	1,51		
	Toplam	İlköğretim	35	15,58	3,52	0,226	-
		Lise	35	16,51	3,48		
		Üniversite ve üzeri	94	16,37	3,56		
Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği	Yük	İlköğretim ¹	35	9,11	7,92	0,002*	2>1 2>3
		Lise ²	35	15,00	10,05		
		Üniversite ve üzeri ³	94	9,74	7,33		
	Rahatsızlık	İlköğretim ¹	35	10,88	6,28	0,006*	1<2 1<3
		Lise ²	35	16,22	8,58		
		Üniversite ve üzeri ³	94	14,44	6,74		
	Pozitif Adaptasyon	İlköğretim	35	17,14	3,24	0,075	-
		Lise	35	18,51	5,38		
		Üniversite ve üzeri	94	19,01	3,85		
	Finansal Sorunlar	İlköğretim ¹	35	4,17	3,03	0,007*	1<3
		Lise ²	35	5,14	3,58		
		Üniversite ve üzeri ³	94	6,37	3,86		
	Toplam	İlköğretim ¹	35	41,31	14,72	0,002*	1<2
		Lise ²	35	54,88	19,49		
		Üniversite ve üzeri ³	94	49,57	15,01		

Hasta yakınlarının ölçek puanları eğitim seviyesine göre karşılaştırıldığında, Gelecek ile İlgili Beklentiler alt boyut puanlarında, ilköğretim mezunlarının puanlarının, lise ve üniversite mezunlarından yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Rahatsızlık alt boyut puanlarında, ilköğretim mezunları puanlarının, lise ve üniversite mezunlarından düşük olduğu; Finansal Sorunlar alt boyut puanlarında, ilköğretim mezunları puanlarının, üniversite mezunlarından düşük olduğu ve Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanlarında, ilköğretim mezunları puanlarının, lise mezunlarından düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Ayrıca Yük alt boyut puanlarında, ilköğretim ve üniversite mezunları puanlarının, lise mezunlarından düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Diğer karşılaştırmalarda ise anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 14. Hasta Yakınlarının Çalışma Durumlarına Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

		Çalışma Durumu	n	Ort.	SS	p
Beck Umutsuzluk Ölçeği	Gelecek ile İlgili Duygular	Hayır	80	4,50	3,30	0,581
		Evet	84	4,21	3,32	
	Motivasyon Kaybı	Hayır	80	7,67	1,81	0,159
		Evet	84	7,30	1,43	
	Gelecek ile İlgili Beklentiler	Hayır	80	4,60	1,51	0,422
		Evet	84	4,40	1,41	
	Toplam	Hayır	80	16,77	3,54	0,129
		Evet	84	16,92	3,46	
Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği	Yük	Hayır	80	11,25	9,14	0,440
		Evet	84	10,23	7,56	
	Rahatsızlık	Hayır	80	14,55	7,43	0,408
		Evet	84	13,60	7,12	
	Pozitif Adaptasyon	Hayır	80	18,26	4,50	0,465
		Evet	84	18,73	3,80	
	Finansal Sorunlar	Hayır	80	5,18	3,48	0,130
		Evet	84	6,07	3,92	
	Toplam	Hayır	80	49,25	17,26	0,819
		Evet	84	48,65	15,90	

Çalışmada hasta yakınlarının ölçek skorlarının çalışma durumuna göre karşılaştırılması adına yapılan analizde çalışma durumuna göre ölçek skorlarının anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 14).

Tablo 15. Hasta Yakınlarının Ekonomik Duruma Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

		Ekonomik Durum	n	Ort.	SS	p	Fark
Beck Umutsuzluk Ölçeği	Gelecek ile ilgili Duygular	Kötü	18	3,89	3,12	0,106	-
		Orta	112	4,42	3,21		
		İyi	34	4,81	3,72		
	Motivasyon Kaybı	Kötü	18	7,82	1,89	0,122	-
		Orta	112	7,58	1,63		
		İyi	34	7,11	1,28		
	Gelecek ile ilgili Beklentiler	Kötü ¹	18	4,93	1,45	0,010*	3<1 3<2
		Orta ²	112	4,66	1,59		
		İyi ³	34	3,79	1,01		
	Toplam	Kötü	18	15,88	3,22	0,246	-
		Orta	112	16,67	3,56		
		İyi	34	15,82	3,41		
Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği	Yük	Kötü ¹	18	9,33	7,02	0,004*	3>1 3>2
		Orta ²	112	9,67	7,28		
		İyi ³	34	14,94	10,88		
	Rahatsızlık	Kötü ¹	18	9,33	5,93	0,000*	3>1 3>2 2>1
		Orta ²	112	13,70	6,93		
		İyi ³	34	17,76	7,37		
	Pozitif Adaptasyon	Kötü	18	16,94	3,48	0,195	-
		Orta	112	18,82	4,00		
		İyi	34	18,29	4,82		
	Finansal Sorunlar	Kötü ¹	18	2,00	2,22	0,000*	3>1 3>2 2>1
		Orta ²	112	5,00	3,21		
		İyi ³	34	9,64	2,52		
	Toplam	Kötü ¹	18	37,61	14,63	0,000*	3>1 3>2
		Orta ²	112	47,21	14,89		
		İyi ³	34	60,64	16,49		

* p<0,05

Hasta yakınlarının ölçek puanlarının ekonomik düzeye göre farklılıklarını belirlemek adına yapılan analizlerde; Gelecek ile İlgili Beklentiler alt boyut puanlarında, ekonomik durumu iyi olanların puanlarının, kötü ve orta olanlardan anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır (p<0,05). Yük, Rahatsızlık, Finansal Sorunlar ve Yaşam Kalitesi toplam puanlarında ekonomik durumu iyi olanların puanlarının; kötü ve orta olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanırken, Rahatsızlık ve Finansal Sorunlar alt boyut puanlarında buna ek olarak ekonomik durumu orta olanların puanlarının, ekonomik durumu kötü olanlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0,05) (Tablo 15).

Tablo 16. Hasta Yakınlarının Sosyal Güvence Durumuna Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

		Sosyal Güvence	n	Ort.	SS	p
Beck Umutsuzluk Ölçeği	Gelecek ile İlgili Duygular	Yok	21	4,52	3,37	0,217
		Var	143	4,35	3,31	
	Motivasyon Kaybı	Yok	21	7,70	1,58	0,298
		Var	143	7,45	1,61	
	Gelecek ile İlgili Beklentiler	Yok	21	4,88	1,21	0,246
		Var	143	4,41	1,50	
	Toplam	Yok	21	16,29	2,61	0,713
		Var	143	16,56	3,68	
Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği	Yük	Yok	21	9,14	4,71	0,353
		Var	143	10,96	8,76	
	Rahatsızlık	Yok	21	12,33	6,09	0,243
		Var	143	14,32	7,41	
	Pozitif Adaptasyon	Yok	21	18,09	3,23	0,629
		Var	143	18,56	4,27	
	Finansal Sorunlar	Yok	21	3,76	2,30	0,013*
		Var	143	5,91	3,82	
	Toplam	Yok	21	43,33	12,81	0,096
		Var	143	49,76	16,89	

* p<0,05

Hasta yakınlarının sosyal güvenceleri olup olmamasına göre ölçek skorlarının karşılaştırılması adına yapılan analizlerde sosyal güvencesi olmayan hasta yakınlarının Finansal Sorunlar alt boyut puanlarının sosyal güvencesi olan hasta yakınlarının puanlarından anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir (p<0,05) (Tablo 16).

Tablo 17. Hasta Yakınlarının Yaşadıkları Yere Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

		Yaşadığı Yer	n	Ort.	SS	p	Fark
Beck Umutsuzluk Ölçeği	Gelecek ile İlgili Duygular	Köy-Kasaba ¹	16	3,11	2,89	0,008*	1<2 1<3
		İlçe ²	61	4,98	3,17		
		İl Merkezi ³	87	4,31	3,35		
	Motivasyon Kaybı	Köy-Kasaba	16	8,31	2,11	0,061	-
		İlçe	61	7,55	1,73		
		İl Merkezi	87	7,28	1,42		
	Gelecek ile İlgili Beklentiler	Köy-Kasaba	16	5,25	1,28	0,082	-
		İlçe	61	4,33	1,65		
		İl Merkezi	87	4,48	1,35		
	Toplam	Köy-Kasaba	16	15,62	3,84	0,286	-
		İlçe	61	16,85	3,42		
		İl Merkezi	87	16,09	3,56		
Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği	Yük	Köy-Kasaba	16	8,06	8,13	0,234	-
		İlçe	61	11,88	8,40		
		İl Merkezi	87	10,41	8,33		
	Rahatsızlık	Köy-Kasaba ¹	16	9,00	7,72	0,011*	1<2 1<3
		İlçe ²	61	14,27	6,57		
		İl Merkezi ³	87	14,85	7,36		
	Pozitif Adaptasyon	Köy-Kasaba	16	17,87	3,94	0,059	-
		İlçe	61	17,47	4,38		
		İl Merkezi	87	18,64	3,87		
	Finansal Sorunlar	Köy-Kasaba ¹	16	2,75	3,33	0,002*	1<2 1<3
		İlçe ²	61	5,49	3,57		
		İl Merkezi ³	87	6,27	3,68		
	Toplam	Köy-Kasaba ¹	16	37,68	17,26	0,003*	1<2 1<3
		İlçe ²	61	49,13	14,77		
		İl Merkezi ³	87	50,88	16,92		

* p<0,05

Hasta yakınlarının yaşadıkları yerlere göre ölçek puanlarının karşılaştırılması adına yapılan analizde; Gelecek ile ilgili Duygular alt boyut puanlarında köy-kasabada yaşayanların puanlarının, ilçe ve ilde yaşayanlara göre düşük olduğu; Rahatsızlık, Finansal Sorunlar alt boyut puanlarında ve Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Toplam puanlarında da köy-kasabada yaşayanların puanlarının, ilçe ve ilde yaşayanlara göre düşük olduğu belirlenmiştir (p<0,05) (Tablo 17).

Tablo 18. Hasta Yakınlarının Hastaneye Ulaşım Yollarına Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

		Ulaşım	n	Ort.	SS	p	Fark
Beck Umutsuzluk Ölçeği	Gelecek ile İlgili Duygular	Kendi Aracı	101	4,50	3,11	0,304	-
		Otobüs	36	4,38	3,86		
		Diğer	27	4,51	3,21		
	Motivasyon Kaybı	Kendi Aracı	101	7,41	1,62	0,686	-
		Otobüs	36	7,61	1,45		
		Diğer	27	7,54	1,89		
	Gelecek ile İlgili Beklentiler	Kendi Aracı ¹	101	4,41	1,42	0,033*	3>1 3>2
		Otobüs ²	36	4,27	1,51		
		Diğer ³	27	5,15	1,24		
	Toplam	Kendi Aracı	101	15,42	3,65	0,069	-
		Otobüs	36	14,62	2,78		
		Diğer	27	16,36	3,72		
Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği	Yük	Kendi Aracı	101	10,55	8,43	0,869	-
		Otobüs	36	11,38	7,91		
		Diğer	27	10,51	8,92		
	Rahatsızlık	Kendi Aracı	101	14,50	6,84	0,624	-
		Otobüs	36	13,36	7,60		
		Diğer	27	13,37	8,45		
	Pozitif Adaptasyon	Kendi Aracı	101	18,45	4,30	0,461	-
		Otobüs	36	17,94	4,06		
		Diğer	27	19,44	3,65		
	Finansal Sorunlar	Kendi Aracı	101	6,13	3,88	0,054	-
		Otobüs	36	4,38	2,82		
		Diğer	27	5,44	3,93		
	Toplam	Kendi Aracı	101	49,65	15,57	0,727	-
		Otobüs	36	47,08	16,56		
		Diğer	27	48,77	20,12		

* p<0,05

Hastaneye ulaşım tiplerine göre ölçek skorlarının karşılaştırılmasında hastaneye Diğer ulaşım şekilleriyle gelen hasta yakınlarının Gelecek ile İlgili Beklentiler puanlarının; Kendi Aracı ile gelenlerin ve Otobüs ile gelenlerin puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenirken ($p<0,05$), diğer karşılaştırmalarda ise anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 18).

Tablo 19. Hasta Yakınlarının Hastaya Yakınlık Derecesine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

		Yakınlık Derecesi	n	Ort.	SS	p	Fark
Beck Umutsuzluk Ölçeği	Gelecek ile İlgili Duygular	Anne-Baba	58	3,93	3,15	0,056	-
		Eş	35	3,82	3,91		
		Kardeş	13	4,61	2,98		
		Kayınvalide- Kayınbaba	11	4,01	3,42		
		Diğer	47	5,53	2,92		
	Motivasyon Kaybı	Anne-Baba	58	7,37	1,51	0,906	-
		Eş	35	7,48	1,66		
		Kardeş	13	7,66	1,43		
		Kayınvalide- Kayınbaba	11	7,80	1,98		
		Diğer	47	7,50	1,71		
	Gelecek ile İlgili Beklentiler	Anne-Baba ¹	58	4,73	1,27	0,005*	3>2 3>4 3>5 1>5
		Eş ²	35	4,44	1,51		
		Kardeş ³	13	5,53	1,01		
		Kayınvalide- Kayınbaba ⁴	11	4,26	1,76		
		Diğer ⁵	47	4,00	1,53		
	Toplam	Anne-Baba	58	15,11	3,33	0,085	-
		Eş	35	14,45	4,30		
		Kardeş	13	16,74	3,11		
		Kayınvalide- Kayınbaba	11	15,11	3,90		
		Diğer	47	16,00	3,01		
Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği	Yük	Anne-Baba ¹	58	9,24	7,68	0,028*	5>1 5>2 5>3 5>4
		Eş ²	35	10,02	8,45		
		Kardeş ³	13	7,69	5,79		
		Kayınvalide- Kayınbaba ⁴	11	10,72	6,23		
		Diğer ⁵	47	13,93	9,39		
	Rahatsızlık	Anne-Baba ¹	58	13,98	7,03	0,003*	5>1 5>2 5>3 5>4
		Eş ²	35	12,51	7,36		
		Kardeş ³	13	12,00	6,01		
		Kayınvalide- Kayınbaba ⁴	11	9,18	7,76		
		Diğer ⁵	47	17,04	6,74		

Tablo 19. Devamı:

Pozitif Adaptasyon	Anne-Baba	58	18,84	4,29	0,220	-
	Eş	35	19,45	3,78		
	Kardeş	13	18,84	3,62		
	Kayınvalide- Kayınbaba	11	17,09	3,59		
	Diğer	47	17,61	4,40		
Finansal Sorunlar	Anne-Baba	58	5,34	3,92	0,308	-
	Eş	35	5,65	3,60		
	Kardeş	13	5,53	3,55		
	Kayınvalide- Kayınbaba	11	3,90	4,10		
	Diğer	47	6,42	3,50		
Toplam	Anne-Baba ¹	58	47,41	17,08	0,027*	5>1
	Eş ²	35	47,65	17,03		
	Kardeş ³	13	44,07	14,06		
	Kayınvalide- Kayınbaba ⁴	11	40,90	17,13		
	Diğer ⁵	47	55,02	14,59		

* p<0,05

Hastaya yakınlık derecesine göre ölçek puanları karşılaştırmasına göre; hastanın kardeşi olanların Gelecek ile İlgili Beklentiler puanlarının, hastanın eşi olanların puanlarından, hastanın gelini-damadı olanların puanlarından ve hastaya diğer yakınlık derecesinde olanların puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanırken, hastanın çocuğu olanların puanlarının da hastaya diğer yakınlık derecesinde olanların puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0,05). Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi ölçeği toplam puanları, Yük alt boyut ile Rahatsızlık alt boyut puanlarında ise hastaya diğer yakınlık derecesinde olanların puanlarının; hastanın eşi, kardeşi, çocuğu ve gelini-damadı olanların puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,05). Diğer karşılaştırmalarda ise anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05) (Tablo 19).

Tablo 20. Hasta Yakınlarının Sorumluluklarını Yerine Getirme Güçlüğüne Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

		Sorumluluk Güçlüğü	n	Ort.	SS	p
Beck Umutsuzluk Ölçeği	Gelecek ile İlgili Duygular	Hayır	47	5,04	2,51	0,000*
		Evet	117	3,67	3,30	
	Motivasyon Kaybı	Hayır	47	7,10	1,53	0,035*
		Evet	117	7,66	1,66	
	Gelecek ile İlgili Beklentiler	Hayır	47	3,98	1,43	0,004*
		Evet	117	4,71	1,48	
	Toplam	Hayır	47	16,51	3,18	0,119
		Evet	117	16,63	3,64	
Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği	Yük	Hayır	47	15,53	9,14	0,000*
		Evet	117	8,80	7,21	
	Rahatsızlık	Hayır	47	19,55	6,38	0,000*
		Evet	117	11,86	6,40	
	Pozitif Adaptasyon	Hayır	47	18,89	4,58	0,451
		Evet	117	18,35	3,97	
	Finansal Sorunlar	Hayır	47	7,44	3,77	0,000*
		Evet	117	4,91	3,47	
	Toplam	Hayır	47	61,42	16,71	0,000*
		Evet	117	43,93	13,59	

* p<0,05

Hasta yakınlarının ölçek skorlarının sorumluluk güçlüğü yaşıyıp yaşamamaya göre karşılaştırılması adına yapılan analizlerde; sorumluluk güçlüğü yaşayanların Pozitif Adaptasyon hariç tüm Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği alt ölçek puanları ve toplam puanlarının, güçlük yaşamadığını söyleyenlere göre düşük olduğu belirlenmiştir. Gelecek ile ilgili duygular puanlarının ise sorumluluk güçlüğü yaşayanlarda, yaşamayanlara göre anlamlı düzeyde düşük çıktığı saptanırken, Beck Umutsuzluk Ölçeği Toplam puanları haricindeki diğer alt boyutlarında ise sorumluluk güçlüğü yaşayanların puanlarının, yaşamayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0,05) (Tablo 20).

Tablo 21. Hasta Yakınlarının Sağlıklarının Etkilenmesine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

		Sağlığın Etkilenmesi	n	Ort.	SS	p
Beck Umutsuzluk Ölçeği	Gelecek ile İlgili Duygular	Hayır	92	5,26	3,11	0,000*
		Evet	72	3,19	3,12	
	Motivasyon Kaybı	Hayır	92	7,34	1,51	0,220
		Evet	72	7,66	1,70	
	Gelecek ile İlgili Beklentiler	Hayır	92	4,48	1,53	0,896
		Evet	72	4,51	1,35	
	Toplam	Hayır	92	16,09	3,43	0,003*
		Evet	72	15,37	3,46	
Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği	Yük	Hayır	92	12,08	9,38	0,019*
		Evet	72	9,00	6,49	
	Rahatsızlık	Hayır	92	15,19	7,82	0,024*
		Evet	72	12,62	6,26	
	Pozitif Adaptasyon	Hayır	92	18,66	4,29	0,586
		Evet	72	18,30	3,99	
	Finansal Sorunlar	Hayır	92	6,27	4,01	0,014*
		Evet	72	4,83	3,18	
	Toplam	Hayır	92	52,21	18,01	0,004*
		Evet	72	44,76	13,41	

* p<0,05

Hasta yakınlarının ölçek skorlarının sağlıklarının etkilenmesine göre karşılaştırılması adına yapılan analizlerde sağlığının etkilendiğini söyleyenlerin, Yük, Rahatsızlık, Finansal Sorunlar ve Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanlarının, sağlığını etkilemediğini söyleyenlere göre düşük olduğu belirlenirken, Gelecek ile İlgili duygular ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Toplam puanlarında ise, sağlığı etkilendiğini söyleyenlerin puanlarının, etkilenmediğini söyleyenlere göre daha düşük olduğu saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 21).

Tablo 22. Hasta Yakınlarının Aile İlişkilerinin Etkilenmesine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

		Aile İlişkileri Etkilenmesi	n	Ort.	SS	p
Beck Umutsuzluk Ölçeği	Gelecek ile ilgili Duygular	Hayır	108	5,02	3,12	0,000*
		Evet	56	3,06	3,31	
	Motivasyon Kaybı	Hayır	108	7,41	1,63	0,456
		Evet	56	7,62	1,51	
	Gelecek ile İlgili Beklentiler	Hayır	108	4,58	1,60	0,169
		Evet	56	4,33	1,24	
	Toplam	Hayır	108	16,51	3,39	0,000*
		Evet	56	15,23	3,41	
	Yük	Hayır	108	11,75	9,03	0,028*
		Evet	56	8,75	6,50	
Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği	Rahatsızlık	Hayır	108	14,35	7,66	0,488
		Evet	56	13,51	6,48	
	Pozitif Adaptasyon	Hayır	108	18,96	4,43	0,054
		Evet	56	17,62	3,40	
	Finansal Sorunlar	Hayır	108	5,50	4,00	0,534
		Evet	56	5,89	3,16	
	Toplam	Hayır	108	50,58	17,88	0,078
		Evet	56	45,78	13,14	

* p<0,05

Hasta yakınlarının ölçek skorlarının aile ilişkilerinin etkilenmesine göre karşılaştırılması için yapılan analizlerde Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği Yük alt boyut puanlarında, Gelecek ile İlgili Duygular alt boyutu ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Toplam puanlarında; Aile ilişkilerinin etkilendiğini söyleyenlerin puanlarının, etkilenmediğini söyleyenlere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (p<0,05) (Tablo 22).

Tablo 23. Hasta Yakınlarının Ruh Sağlığı Desteğine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

		Ruh Sağlığı Desteği	n	Ort.	SS	p
Beck Umutsuzluk Ölçeği	Gelecek ile İlgili Duygular	Hayır	125	4,48	3,39	0,402
		Evet	39	3,91	3,20	
	Motivasyon Kaybı	Hayır	125	7,43	1,67	0,378
		Evet	39	7,61	1,61	
	Gelecek ile İlgili Beklentiler	Hayır	125	4,66	1,41	0,011*
		Evet	39	4,90	1,60	
	Toplam	Hayır	125	16,56	3,55	0,093
		Evet	39	15,91	3,52	
Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği	Yük	Hayır	125	11,40	9,06	0,067
		Evet	39	8,58	5,05	
	Rahatsızlık	Hayır	125	14,60	7,57	0,093
		Evet	39	12,35	5,95	
	Pozitif Adaptasyon	Hayır	125	18,24	4,31	0,155
		Evet	39	19,33	3,49	
	Finansal Sorunlar	Hayır	125	5,77	3,58	0,406
		Evet	39	5,20	4,18	
	Toplam	Hayır	125	50,02	17,75	0,135
		Evet	39	45,48	11,29	

* p<0,05

Hasta yakınlarının ölçek puanlarının ruh sağlığı desteği alıp almamalarına göre karşılaştırılmasında ruh sağlığı desteği alan hasta yakınlarının, Gelecek ile İlgili Beklentiler puanların almayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0,05) (Tablo 23).

Tablo 24. Hasta Yakınlarının Hastanın Tanısını Bilme Durumuna Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

		Tanıyı Bilme	n	Ort.	SS	p
Beck Umutsuzluk Ölçeği	Gelecek ile İlgili Duygular	Hayır	6	4,65	2,18	0,616
		Evet	158	4,35	3,31	
	Motivasyon Kaybı	Hayır	6	8,00	2,51	0,448
		Evet	158	7,46	1,62	
	Gelecek ile İlgili Beklentiler	Hayır	6	4,15	1,39	0,467
		Evet	158	4,50	1,40	
	Toplam	Hayır	6	16,80	4,15	0,704
		Evet	158	16,34	3,63	
Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği	Yük	Hayır	6	16,16	13,61	0,105
		Evet	158	10,52	8,09	
	Rahatsızlık	Hayır	6	13,83	11,19	0,906
		Evet	158	14,07	7,13	
	Pozitif Adaptasyon	Hayır	6	15,83	8,03	0,109
		Evet	158	18,60	3,94	
	Finansal Sorunlar	Hayır	6	7,66	3,82	0,176
		Evet	158	5,56	3,72	
	Toplam	Hayır	6	53,50	21,73	0,423
		Evet	158	48,77	16,37	

Hastanın tanısını bilme durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılmasında ise tanıyı bilme durumunun ölçek puanlarında anlamlı düzeyde farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 24).

Tablo 25. Hasta Yakınlarının Bakmakla Yükümlü Olunan Başka Biri Olup Olmamasına Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

		Bakmakla Yükümlü Olan Başka Biri	n	Ort.	SS	p
Beck Umutsuzluk Ölçeği	Gelecek ile İlgili Duygular	Hayır	139	4,41	3,36	0,357
		Evet	25	4,07	3,12	
	Motivasyon Kaybı	Hayır	139	7,54	1,60	0,406
		Evet	25	7,16	1,45	
	Gelecek ile İlgili Beklentiler	Hayır	139	4,52	1,41	0,567
		Evet	25	4,36	1,52	
	Toplam	Hayır	139	16,67	3,51	0,612
		Evet	25	16,52	3,76	
Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği	Yük	Hayır	139	16,32	9,31	0,624
		Evet	25	14,11	8,02	
	Rahatsızlık	Hayır	139	13,82	9,00	0,469
		Evet	25	14,16	7,11	
	Pozitif Adaptasyon	Hayır	139	15,61	8,00	0,609
		Evet	25	16,72	3,96	
	Finansal Sorunlar	Hayır	139	7,41	3,81	0,296
		Evet	25	5,59	3,64	
	Toplam	Hayır	139	52,90	20,60	0,288
		Evet	25	48,69	15,97	

Bakmakla yükümlü olunan başka birinin varlığına göre ölçek puanlarının karşılaştırılmasında bakmakla yükümlü olunan başka birinin varlığının ölçek puanlarında anlamlı düzeyde farklılık yaratmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 25).

Tablo 26. Hasta Yakınlarının Günlük Bakım Verme Süresine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

		Günlük Bakım Süresi	n	Ort.	SS	p	Fark
Beck Umutsuzluk Ölçeği	Gelecek ile İlgili Duygular	1-6 saat ¹	93	4,82	3,30	0,016*	1>3
		7-12 saat ²	29	4,89	3,11		1>4
		13-18 saat ³	14	3,71	2,91		2>3
		19-24 saat ⁴	28	4,07	3,32		2>4
	Motivasyon Kaybı	1-6 saat	93	7,21	1,44	0,126	-
		7-12 saat	29	7,73	1,92		
		13-18 saat	14	7,01	1,69		
		19-24 saat	28	7,85	1,76		
	Gelecek ile İlgili Beklentiler	1-6 saat ¹	93	4,19	1,42	0,009*	1<4
		7-12 saat ²	29	4,76	1,63		
		13-18 saat ³	14	4,41	1,72		
		19-24 saat ⁴	28	5,33	1,11		
	Toplam	1-6 saat	93	15,22	3,41	0,106	-
		7-12 saat	29	16,37	3,35		
		13-18 saat	14	14,13	4,33		
		19-24 saat	28	15,25	3,54		
Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği	Yük	1-6 saat ¹	93	12,31	8,41	0,025*	1>4
		7-12 saat ²	29	10,06	8,51		
		13-18 saat ³	14	8,42	7,72		
		19-24 saat ⁴	28	7,32	7,29		
	Rahatsızlık	1-6 saat ¹	93	15,52	6,99	0,001*	1>4 2>4
		7-12 saat ²	29	14,17	6,88		
		13-18 saat ³	14	13,85	5,76		
		19-24 saat ⁴	28	9,21	7,43		
	Pozitif Adaptasyon	1-6 saat ¹	93	18,13	4,26	0,024*	1>4 3>4
		7-12 saat ²	29	20,51	3,26		
		13-18 saat ³	14	19,00	4,22		
		19-24 saat ⁴	28	17,39	4,04		
	Finansal Sorunlar	1-6 saat ¹	93	6,47	3,50	0,001*	1>4 2>4
		7-12 saat ²	29	5,27	3,95		
		13-18 saat ³	14	5,57	4,16		
		19-24 saat ⁴	28	3,28	3,08		
	Toplam	1-6 saat ¹	93	52,45	15,18	0,000*	1>4
		7-12 saat ²	29	50,03	16,60		
		13-18 saat ³	14	46,85	13,49		
		19-24 saat ⁴	28	37,21	17,38		

* p<0,05

Günlük bakım verme süresine göre hasta yakınlarının ölçek puanları karşılaştırılmasında; Gelecek ile İlgili Beklentiler puanlarında 1-6 saat arası bakım verenlerin puanlarının; 19-24 saat bakım verenlere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Yük alt boyut puanları ve Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi ölçeği toplam puanlarda 1-6 saat arası bakım verenlerin puanlarının; 19-24 saat bakım verenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Rahatsızlık ve Finansal Sorunlar alt boyut puanlarında ise 19-24 saat bakım verenlerin puanlarının; 1-6 saat ve 7-12 saat bakım verenlerin puanlarına göre düşük olduğu saptanırken; Pozitif Adaptasyon alt boyut puanlarında 19-24 saat bakım verenlerin puanlarının; 1-6 saat ve 13-18 saat bakım verenlerin puanlarına göre düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Gelecek ile İlgili Duygular alt boyut puanlarında ise 1-6 saat ve 7-12 saat bakım verenlerin puanlarının; 13-18 ve 19-24 saat bakım verenlerin puanlarına göre yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 26).

Tablo 27. Hasta Yakınlarının Bakım Veren Başka Kişilerin Varlığına Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

		Başka Bakım Veren	n	Ort.	SS	p
Beck Umutsuzluk Ölçeği	Gelecek ile İlgili Duygular	Var	61	4,46	3,50	0,720
		Yok	103	4,39	3,23	
	Motivasyon Kaybı	Var	61	7,56	1,74	0,611
		Yok	103	7,43	1,56	
	Gelecek ile İlgili Beklentiler	Var	61	4,36	1,49	0,361
		Yok	103	4,58	1,48	
	Toplam	Var	61	16,59	3,35	0,889
		Yok	103	16,51	3,67	
Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği	Yük	Var	61	13,04	9,46	0,006*
		Yok	103	9,35	7,34	
	Rahatsızlık	Var	61	14,62	7,05	0,453
		Yok	103	13,73	7,41	
	Pozitif Adaptasyon	Var	61	18,39	4,76	0,790
		Yok	103	18,57	3,76	
	Finansal Sorunlar	Var	61	5,68	3,50	0,899
		Yok	103	5,61	3,87	
	Toplam	Var	61	51,75	17,31	0,094
		Yok	103	47,28	15,90	

* $p<0,05$

Çalışmada hasta yakınlarının ölçek skorlarının hastaya başka bakım verebilecek kişi varlığına göre karşılaştırılması adına yapılan analizde Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği Yük alt boyut puanlarında, başka bakım verebilecek birisi olmayanların puanlarının, bakım verebilecek başka birisi olanların puanlarına göre anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 27).

Tablo 28. Hasta Yakınlarının Bakım Verme Süresine Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

		Bakım Verme Süresi	n	Ort.	SS	p	Fark
Beck Umutsuzluk Ölçeği	Gelecek ile İlgili Duygular	0-1 Yıl	99	4,60	3,32	0,321	-
		1-3 Yıl	40	3,85	3,51		
		3 Yıl üzeri	25	4,16	2,91		
	Motivasyon Kaybı	0-1 Yıl	99	7,43	1,63	0,659	-
		1-3 Yıl	40	7,64	1,54		
		3 Yıl üzeri	25	7,52	1,79		
	Gelecek ile İlgili Beklentiler	0-1 Yıl	99	4,32	1,42	0,108	-
		1-3 Yıl	40	4,69	1,32		
		3 Yıl üzeri	25	4,91	1,51		
	Toplam	0-1 Yıl	99	16,30	3,52	0,787	-
		1-3 Yıl	40	16,22	3,76		
		3 Yıl üzeri	25	16,60	3,25		
Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği	Yük	0-1 Yıl	99	11,20	8,33	0,664	-
		1-3 Yıl	40	10,17	8,11		
		3 Yıl üzeri	25	9,76	9,05		
	Rahatsızlık	0-1 Yıl	99	15,10	7,26	0,063	-
		1-3 Yıl	40	14,27	7,28		
		3 Yıl üzeri	25	12,24	6,60		
	Pozitif Adaptasyon	0-1 Yıl	99	18,74	4,35	0,159	-
		1-3 Yıl	40	18,82	3,85		
		3 Yıl üzeri	25	17,04	3,62		
	Finansal Sorunlar	0-1 Yıl ¹	99	6,18	3,66	0,035*	3<1
		1-3 Yıl ²	40	5,25	3,83		
		3 Yıl üzeri ³	25	4,12	3,45		
	Toplam	0-1 Yıl ¹	99	51,23	15,82	0,040*	3<1
		1-3 Yıl ²	40	47,52	16,36		
		3 Yıl üzeri ³	25	42,16	18,06		

Hastaya bakım verme süresine göre ölçek puanları karşılaştırıldığında, 3 yıl ve üzeri süre bakım verenlerin Finansal Sorunlar alt boyut puanları ve yaşam kalitesi toplam puanlarının, 0-1 yıl arası süre bakım verenlere göre düşük olduğu belirlenmiş ($p<0,05$), diğer karşılaştırmalarda ise anlamlı bir fark elde edilmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 28).

Tablo 29. Ölçek Skorlarının Birbirleri ile İlişkisi

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	G. Duygular	1								
2	Umutsuzluk Ölçeği	Motivasyon K.	,330**	1						
3		G. Beklentiler	,155*	,354**	1					
4		Toplam	,723**	,300**	,436**	1				
5	Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği	Yük	-,245**	-,111	-,374**	-,023	1			
6		Rahatsızlık	-,255**	-,161*	-,296**	-,013	,628**	1		
7		Pozitif A.	,152	-,184	,028	-,070	-,274**	,048	1	
8		Finansal S.	,101	-,148	-,311**	-,103	,429**	,580**	,028	1
9		Toplam	-,284**	-,207**	-,382**	-,012	,810**	,900**	,140	,705** 1

Not. r: Pearson Korelasyon Katsayısı, *: $p<0,05$, **: $p<0,01$

Ölçek skorlarının birbirleri ile ilişkisine dair yapılan korelasyon analizine göre (Tablo 29), hasta yakınlarının Gelecek ile İlgili Duygular alt boyut puanlarının; Motivasyon Kaybı ve Gelecek ile İlgili Beklentiler puanları ile pozitif; Yük, Rahatsızlık ve Yaşam Kalitesi Toplam puanları ve Umutsuzluk Ölçeği toplam puanlarıyla negatif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Motivasyon Kaybı puanlarının; Gelecek ile İlgili Beklentiler ve Umutsuzluk Ölçeği toplam puanlarıyla pozitif yönde, Rahatsızlık ve Toplam Yaşam Kalitesi puanlarıyla ise negatif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Gelecek ile İlgili Beklentiler puanlarının ise Umutsuzluk Ölçeği toplam puanları ile pozitif; Pozitif Adaptasyon dışındaki tüm Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puanları ile negatif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır ($p<0,01$).

Pozitif Adaptasyon puanlarının Yük puanları ile ilişkisi negatif yönde anlamlı düzeydeyken ($p<0,01$), Rahatsızlık, Finansal Sorunlar ve Yaşam Kalitesi toplam puanlarıyla ilişkisi anlamlı düzeyde değildir ($p>0,05$). Diğer Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puanlarının birbirleri olan ilişkisinin de pozitif yönde ve anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0,01$).

5. TARTIŞMA

Yaptığımız araştırmanın sonucunda 164 bakım veren kişinin %77,4'ünün kadın olduğu tespit edilmiştir. Literatürdeki diğer araştırmalara bakıldığında ise yine palyatif bakım gören hastalarına bakım sağlayan bireylerin %83,1'i kadın olduğu görülmüştür (Karakaya & Işıkhana, 2020). Yine palyatif bakım ünitesindeki hastalarına bakım vericilerle yapılan bir çalışmada katılım sağlayan bakım vericilerin %71,3'ünün kadın olduğu tespit edilmiştir (Eğici ve ark., 2019). Bu çalışmalarla paralel olarak kanser hastalarına bakım verenlerin bakım yükleri ve yaşam kalitesi üzerine yapılan bir araştırmada ise katılımcıların %58,9'unun kadın olduğu görülmüştür (Türkoğlu & Kılıç, 2012). Bakım veren bireylerin büyük çoğunluğunun kadın olmasının sebebi olarak kadınların çalışma hayatının erkeklere oranla daha az oluşu, geleneksel toplum yapısında bakım verici olarak kadınların bu role daha uygun görülmesi gibi sebepler düşünülebilir.

Araştırmamıza katılım sağlayan palyatif bakım hastasına bakım verenlerin %47,6'sı 30-50 yaş aralığındadır. Daha önce yapılan bazı araştırmalara göz atıldığında palyatif bakım ünitesinde tedavi gören yakınlarına bakım sağlayan 111 bakım vericinin %45,9'unun 46-60 yaş aralığında olduğu tespit edilmiştir (Duman & Özdelikara, 2022). Terminal dönemdeki hastalarına bakım sağlayanlarla yapılan çalışmada ise bakım veren bireylerin %38,9'u 31-50 yaş aralığındadır (Koyuncu ve ark., 2016). Yaş aralığının orta yaş grubunda yoğunluk göstermesinin nedeni olarak, aile içerisinde bakım veren kişilerin deneyimli kişiler arasından seçilmesi, çalışma hayatı olmayan ya da emekli olmuş kişiler tarafından üstlenilmesinin daha uygun olması düşünülebilir.

Araştırmamızda bakım veren kişilerin medeni durumları göz önüne alındığında %68,3'ünün evli olduğu sonucuna varılmıştır. Literatürdeki diğer çalışmalara bakıldığında ise palyatif bakım ünitesinde tedavi gören hastasına bakım sağlayan

bireylerin %80,2'sinin evli olduğu görülmüştür (Duman & Özdelikara, 2022). Kanser hastalarına bakım veren kişilerle yapılan bir başka çalışmada ise bakım veren bireylerin %80,9'unun evli olduğu saptanmıştır (Kurt ve ark., 2020). Çalışmamızda hastaya bakım verenlerin medeni durumları ile ilgili elde edilen bulgular diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir. Çalışmamıza katılan bakım verenlerin yarısından fazlasının (%61) çocuğu vardır. Büyük çoğunluğun evli ve çocuk sahibi olmasının sebebi olarak ise bakım veren kişilerin yaş ortalamasıyla ilişkili olduğunu düşünebiliriz.

Araştırmamıza katılan bakım verenlerin eğitim durumları sorgulandığında yarısından fazlasının (%57,3) üniversite ve üzeri bir seviyede eğitim düzeyinde olduğu görülmüştür. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında ise kanser hastalarına bakım veren bireylerin katıldığı araştırmada katılımcıların sadece %12'sinin üniversite mezunu olduğu saptanmıştır (Kurt ve ark., 2020). Başka bir çalışmada ise palyatif bakım gören kişilerin bakım verenlerinin sadece %11,9'unun üniversite mezunu olduğu tespit edilmiştir (Timur ve ark., 2021). Çalışmalardaki eğitim düzeylerinde ortaya çıkan bu farklılıkların nedeninin çalışmanın yapıldığı şehir ve gelişmişlik düzeyinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Araştırmamıza katılan bakım veren bireylerin yarısından fazlasının (%51,2) çalışıyor olduğu tespit edilmiştir. Timur ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise bizim çalışmamızla paralellik göstermekte ve bakım verenlerin yarısından fazlasının (%62,7) çalışıyor olduğu görülmüştür (Timur ve ark., 2021). Koyuncu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise bakım veren bireylerin yarısından fazlasının (%61,1) bir işte çalışmadığı görülmüştür (Koyuncu ve ark., 2016). Bu durumun değişkenlik göstermesinin sebebi bakım veren kişilerin eğitim düzeylerine bağlı olduğu düşünülmektedir. Bireylerin eğitim düzeyi arttıkça bir işte çalışma olasılıkları da artacağı varsayılabilir.

Çalışmamızda bakım vermekte olan bireylerin ekonomik durumunu iyi-orta-kötü seviyesinde tanımlaması istendiğinde bireylerin yarısından fazlası (%68,3) ekonomik durumunu orta seviye olarak tanımlamıştır. Bizim çalışmamızla paralel olarak Bulut ve arkadaşlarının palyatif bakım hastalarına bakım verenlerle yaptığı çalışmada katılımcıların yarısından fazlası (%63,6) gelir düzeylerini orta seviye olarak tanımlamışlardır (Bulut ve ark., 2023). İnangil ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların yarısından fazlası (%54,7) gelirini giderine denk olarak tanımlamıştır (İnangil ve ark., 2021). Koç ve arkadaşlarının kanser hastalarına bakım vericilerle yaptığı çalışmada ise, bakım veren bireyler gelirlerini giderlerinden az olarak belirtmişlerdir (Koç ve ark., 2016). Yine benzer şekilde Yıldız ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bakım verenlerin yarısından fazlası (%66) gelirin giderlerinden az olduğunu belirtmiştir (Yıldız ve ark., 2016). Çalışmamıza katılım sağlayan bakım veren bireylerin büyük çoğunluğu (%87,2) sosyal güvencelerinin olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışmamıza katılım sağlayan bakım verenlere yaşadıkları yer sorulduğunda yarısından fazlası (%53) il merkezi yanıtı alınmıştır. Araştırmanın uygulandığı hastanenin il merkezinde bulunduğu düşünüldüğünde bu yanıt hiç de şaşırtıcı olmamaktadır. Bizim çalışmamızla paralel olarak Duman ve Özdelikara'nın yaptığı çalışmada ise bakım verenlerin büyük çoğunluğunun (%78,4) il merkezinde ikamet ettiği öğrenilmiştir (Duman & Özdelikara, 2022).

Bakım veren bireylerin ne kadar süredir hastanın bakımı ile ilgilendikleri sorulduğunda büyük çoğunluğu (%60,4) 0-1 yıl aralığını işaretlemiştir. Cora ve arkadaşlarının yaptığı terminal dönem kanser hastalarına bakım verenlerle ilgili çalışmada bakım veren kişilerin bakım verme süreleri ortalaması 16 ay olarak tespit edilmiştir (Cora ve ark., 2012). Bulut ve arkadaşlarının palyatif bakım hastalarına bakım

veren bireylerle yaptığı çalışmada katılımcıların yarısına yakını (%45,5) 1 yıldan uzun süredir bakım verdiğini belirtmiştir (Bulut ve ark., 2023).

Çalışmamızda bakım veren kişilere sizden başka bir bakım verici olup olmadığı sorgulandığında katılımcıların yarısından fazlası (%62,8) başka bakım veren bir aile üyesinin var olduğunu belirtmiştir. Literatürdeki çalışmalara göz atıldığında Duman ve Özdelikara çalışmalarında hasta yakınlarının büyük çoğunluğunun (%71,2) bakım verme sürecinde yardım aldıkları birilerinin olduğunu tespit etmiş, Karakaya ve Işıksan'ın yaptığı çalışmada ise çalışmamızla paralel şekilde hasta yakınlarının yarısından fazlası (%64,5) bakım verme sürecinde yardım aldıklarını belirtmişlerdir (Duman & Özdelikara, 2022; Karakaya & Işıksan, 2020).

Araştırmamıza katılan bakım veren bireylerin hastasına yakınlık derecesi sorulduğunda bakım verenlerin 3'te 1'inden fazlası (%35,4) hastanın çocuğu olduğunu belirtmiştir. Bununla birlikte bakım verenlerin 5'te 1'inden fazlası (%21,3) ise hastanın eşi olduğunu belirtmiştir. Türkoğlu ve Kılıç'ın yaptığı çalışmada hastaya bakım veren kişilerin 3'te 1'inden fazlası (%38,4) hastasının kızı ya da oğlu olduğunu belirtmiştir (Türkoğlu & Kılıç, 2012). Bizim çalışmamızla paralel olarak ise katılımcıların 3'te 1'ine yakınının (%31,1) hastanın eşi olduğu tespit edilmiştir. Akyar ve Akdemir'in yaptığı çalışmada ise alzheimer hastalarına bakım veren yakınlarının büyük çoğunluğu (%84) hastanın çocuğu olduğunu belirtmiştir (Akyar & Akdemir, 2009).

Araştırmamıza katılan bakım verenlerin sorumluluklarını yerine getirmede güçlük yaşıyor olup olmadığı sorgulandığında, bireylerin üçte ikisi (%71,3) güçlük yaşadığını belirtmiştir. Literatüre göz attığımızda ise çalışmamızla paralel olarak Çubukçu'nun kanser hastalarına bakım veren bireylerle yürüttüğü çalışmada yarısından fazlasının (%55,2) sorumluluklarını yerine getirmek için yeterli zamana sahip olmadığını belirttiği

görülmüştür (Çubukçu, 2018). Bu sonuçlar bakım verme sürecinin bakım veren bireylerin kişisel sorumluluklarını yerine getirmesine engel olmasının ne kadar olası olduğunu gözler önüne sermektedir. Bakım veren bireylere sağlığının etkilenip etkilenmediği sorusu yöneltildiğinde ise bizim çalışmamıza katılan bakım veren bireylerin yarısından fazlası (%56,1) sağlığının etkilendiğini, bu etkinin fiziksel ya da psikolojik olduğu sorgulandığında ise büyük çoğunluğunun (%79,2) psikolojik açıdan etkilendiğini belirtmiştir. Bakım verenlerle ilgili yapılan diğer çalışmalara bakıldığında Karakaya ve Işıkhani'nin yaptığı çalışmada, çalışmaya katılım sağlayan bakım veren bireylerin yarısından fazlası (%66,1) hastalarına bakım verdikleri süreçte sağlıklarının olumsuz etkilendiğini belirtmiştir (Karakaya & Işıkhani, 2020). Hasuo ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise kanser hastalarına bakım veren bireylerin 3'te 1'ine yakınında (%31,4) kronik torasik (sırt) ağrısı ve yine 3'te 1'ine yakınında (%28,3) kronik bel ağrısı olduğu saptanmıştır (Hasuo ve ark., 2021). Bakım veren bireylerin uzun soluklu bakım verme sürecinde fiziksel ve ruhsal açıdan sağlıklarının olumsuz etkilenmesinin sebebi olarak, özellikle palyatif bakım alan hastaların çoğunun gereksinimlerini desteksiz sağlayamıyor oluşu, hastaların yoğun semptomlara maruz kalması gibi olumsuz durumların onlara bakım veren kişilerin bakım yükünü ağırlaştırmasından dolayı olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda katılımcılara bakım verme sürecinde aile ilişkilerinin etkilenip etkilenmediği sorulduğunda bireylerin yarısından fazlası (%65,9) etkilenmedi yanıtını vermiştir. Literatürde benzer çalışmalara göz atıldığında Çubukçu'nun yaptığı çalışmada bakım verenlerin yalnızca %15,4'ünün aile ilişkilerinde zorluk yaşadığını tespit etmiştir (Çubukçu, 2018). Bu durum bizlere toplumumuzda güçlü olan aile bağlarının hastalık gibi kriz durumlarında kolay kolay sarsılamayacağını gösteriyor olabilir.

Çalışmamızda bakım veren bireylere hastalarının tanısını bilip bilmediği sorulduğunda katılımcıların nerdeyse tamamı (%96,3) tanısını biliyor olduğunu belirtmiştir. Bu durum hastalarına bakım veren kişilerin eğitim seviyesinin yüksek olması ile bağlantılı olabilir.

Bakım veren bireylere bakmakla yükümlü oldukları başka birey olup olmadığı sorulduğunda ise büyük çoğunluğu (%84,8) hayır cevabını vermiştir. Literatüre göz atıldığında ise Kaya ve arkadaşlarının kanser hastalarına bakım veren bireylerle yaptığı çalışmada bireylerin yarısından fazlası (%67) aynı soruya yine hayır cevabını vermiştir (Kaya ve ark., 2018).

Bakım verenlerin hastasına günlük bakım verme süreleri incelendiğinde ise bizim çalışmamıza katılan bakım verenlerin yarısından fazlası (%56,7) hastasına günlük 1-6 saat bakım verdiğini belirtmiştir. Diğer çalışmalara göz atıldığında ise Karakaya ve Işıkhani'nin yaptığı çalışmada bakım verenlerin büyük çoğunluğu (%78,2) hastasının bakımına günlük 3 saatten fazla zaman ayırdığını belirtmiştir (Karakaya & Işıkhani, 2020). Başka bir çalışmaya göre de kanser hastalarına bakım veren bireyler hastalarına ayırdığı bakım süresini haftalık en az 15 saat olarak belirtmişlerdir (Roj, 2021).

Çalışmamızın sonucunda, bakım veren kişilerin Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden aldıkları puanların ortalaması $48,94 \pm 16,53$ olarak bulunmuştur. Kanserli hastalarına bakım veren 104 kişiyle yürütülen bir çalışmada, bakım verenlerin yaşam kalitesi puan ortalamaları $63,89 \pm 22,24$ olarak tespit edilmiştir (Semerci ve ark., 2023). 123 kanser hastasına bakım verenlerin katıldığı başka bir çalışmada ise, bakım verenlerin yaşam kalitesi puan ortalamaları $37,54 \pm 7,68$ olarak bulunmuştur (Deniz & İnci, 2015). Ölçekten alınabilecek puan değerleri 0-140 arasında değişmektedir. Alınan yüksek puanların, yüksek yaşam kalitesini göstermesi

beklenmektedir. Bu bilgiye dayanarak bizim araştırmamızın sonucunda bulunan bakım verenlerin yaşam kalitesinin iyi düzeyde olmadığı söylenebilir.

Bizim çalışmamıza katılan 164 bakım verenin Beck Umutsuzluk Ölçeği'nden aldıkları umutsuzluk puan ortalamaları $16,35 \pm 3,34$ olarak bulunmuştur. Literatürdeki diğer çalışmalara göz atıldığında, kanser hastasına bakım veren 200 kişinin katılım sağladığı bir çalışmada, bakım verenlerin Beck Umutsuzluk Ölçeği'nden aldıkları puanların ortalaması $7,94 \pm 4,80$ olarak tespit edilmiştir (Uslu-Sahan ve ark., 2019). Kanser hastalarına bakım veren 338 hasta yakını ile yapılan çalışmada ise bakım verenlerin Beck Umutsuzluk Ölçeği'nden aldıkları umutsuzluk puan ortalamaları $5,6 \pm 4,3$ olarak bulunmuştur (Pınar ve ark., 2012). Ölçekten alınabilecek puan aralığı 0-20 aralığında değişmekte olup yüksek puanların yüksek umutsuzluk düzeyini gösterdiği bilinmektedir. Buna göre bizim çalışmamızda bakım verenlerin ölçekten aldıkları puan ortalamalarına göre umutsuzluk düzeylerinin yüksek seviyede olduğu yorumu yapılabilir.

Çalışmamıza katılan hastasına bakım veren kişilerin hastaya ait özelliklerin göre alt boyut ve toplam Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamalarına göre karşılaştırıldığında bakım verdiği kişinin hastalığı metastaz yapmış kişilerin Gelecek ile İlgili Duygular alt boyut puanları ve Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanları diğerlerine göre yüksek bulunmuştur. Bu sonuca göre hastalığın tekrarlamasının bakım veren bireylerin umutsuzluğunu arttırdığı yorumu yapılabilir. Metastaz varlığının bakım verenlerin yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı tespit edilmiştir. Literatürdeki diğer araştırmalara göz atıldığında, bizim çalışmamızla paralel olarak hastanın hastalığının metastaz yapması bakım veren bireylerin umutsuzluk düzeylerini arttırdığı tespit edilmiştir (Alacacioğlu, 2007). Hastasına bakım verenlere Sürekli Umut Ölçeği'nin uygulandığı bir çalışmada ise

metastaz varlığının bakım verenlerin umut düzeylerini düşürdüğü saptanmıştır (Yıldız ve ark., 2017). Hastaların diğer özelliklerinin bakım veren kişilerin yaşam kalitesi ve umutsuzluk düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığı görülmüştür.

Araştırmamıza katılım sağlayan bakım vericilere ait sosyodemografik özelliklerin alt boyut ve toplam Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamalarına göre karşılaştırıldığında kadın bakım verenlerin Beck Umutsuzluk Ölçeği'nin Motivasyon Kaybı alt boyut puanları erkeklerin kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunurken, erkek bakım verenlerin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Yük alt boyut puanları da yine kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır. Çalışmamızın sonucunda erkek bakım verenlerin kadınlara göre motivasyon kaybına yönelik daha umutsuz olduğu ve yine erkek bakım verenlerin algıladıkları yük bakımından yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatürde bakım verenin cinsiyetinin yaşam kalitelerine etkisine yönelik yapılan çalışmalara bakıldığında, erkek bakım verenlerin kadınlara göre yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Semerci ve ark., 2023; Arıkan ve ark., 2019). Başka bir çalışmada ise bakım verenlerin umutsuzluk düzeyleri cinsiyet faktörüne göre karşılaştırıldığında ise cinsiyetin umutsuzluk düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı saptanmıştır (Yıldız ve ark., 2017; İnangil ve ark., 2021).

Bakım veren kişileri yaş gruplarına göre Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ve Beck Umutsuzluk Ölçeği'nden aldıkları puanlara göre karşılaştırıldığında ölçek puanlarının yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır. Literatürde yapılan diğer çalışmalara göz atıldığında, palyatif bakım alan hastalara bakım verenlerle yapılan bir çalışmanın sonucunda bakım veren kişilerin yaş faktörünün bireylerin yaşam kalitesine bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir

(Bulut ve ark., 2023). Kanserli hastaya bakım veren 235 kişinin katıldığı bir çalışmada ise yine yaş ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Arıkan ve ark., 2018). Bakım veren bireylerin yaşın umutsuzlukla ilişkisi değerlendirildiğinde ise bizim çalışmamızla paralel olarak bakım veren kişilerin yaşının umutsuzluk düzeylerine etkisi olmadığı tespit edilmiştir (İnangil ve ark., 2021).

Bakım veren kişileri medeni durumlarına göre karşılaştırdığımızda Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ve Beck Umutsuzluk Ölçeğinden aldıkları toplam puana göre karşılaştırıldığında ölçek puanlarının yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır. Literatüre göz atıldığında kanser hastasına bakım verenlerin yaşam kalitesinin ölçülmesi amacıyla yapılan bir çalışmada da medeni durumun bakım verenlerin yaşam kalitesi düzeylerine herhangi bir etkisi bulunmadığı tespit edilmiştir (Arıkan ve ark., 2018). Beck umutsuzluk ölçeğinin kullanıldığı ve 330 kanser hastasına bakım verenin katıldığı bir çalışmada ise bizim çalışmamızla paralel olarak medeni durumun bireylerin umutsuzluk düzeylerine de etkisi olmadığı saptanmıştır (Alacacioğlu, 2007).

Çalışmamızda bakım veren kişileri çocuk sahibi olma durumlarına göre karşılaştırdığımızda Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ve Beck Umutsuzluk Ölçeğinden aldıkları toplam puana göre karşılaştırıldığında ölçek puanlarının çocuk sahibi olma durumlarına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır. Literatüre bakıldığında bakım verenlerin çocuk sahibi olmasına göre yaşam kalitelerinin etkilendiği ve etkilenmediği çalışmalar mevcuttur. Örnek vermek gerekirse kanserli hastalara bakım veren 209 hasta yakını ile yürütülen çalışmada çocuk sahibi olmayan bakım verenlerin çocuk sahibi olanlara göre daha yüksek Rahatsızlık ve Yaşam Kalitesi Toplam puan ortalamasına sahip olduğu tespit edilmiştir

(Bulut ve ark., 2023). Bakım veren bireylerin çocuk sahibi olma durumunun umut seviyelerine yönelik etkisini araştırmak adına yapılan bir çalışmaya göre ise, bizim çalışmamızın sonucunun aksine çocuk sahibi olmanın bakım verme sürecinde kişilerin umut seviyelerini düşürdüğü tespit edilmiştir (Pınar ve ark., 2012).

Hasta yakınlarını eğitim durumlarına göre karşılaştırdığımızda ilköğretim mezunlarının Beck Umutsuzluk Ölçeği Gelecek İle İlgili Beklentiler alt boyut puanlarının, lise ve üniversite mezunlarından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yine ilköğretim mezunlarının Kanseri Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan, Rahatsızlık ve Finansal Sorunlar alt boyut puanlarının ise lise ve üniversite mezunlarına göre düşük olduğu, ayrıca ilköğretim ve üniversite mezunlarının Yük alt boyut puanlarının lise mezunlarından düşük olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlara bakılarak ilköğretim mezunlarının diğer katılımcılara göre gelecekte beklenen ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu, bazı alt boyutlarda ise lise mezunlarının daha yüksek yaşam kalitesine sahip olduğu söylenebilir. Diğer çalışmalara göz atıldığında kanser hastasına bakım veren 104 katılımcı ile yürütülen bir çalışmada lisans seviyesinde eğitim durumuna sahip bakım verenlerin Kanseri Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puan, Rahatsızlık ve Finansal Sorunlar alt boyut puanlarının diğer eğitim seviyesindeki bakım vericilere göre yüksek olduğu tespit edilmiş olup bu sonuç bizim çalışmamızla tutarlılık göstermektedir (Semerci ve ark., 2023). Kanseri hastasına bakım veren 330 hasta yakını ile yapılan çalışmada katılımcıların eğitim seviyesi yükseldikçe umutsuzluk seviyelerinin azaldığı tespit edilmiştir (Alacacıoğlu, 2007).

Bakım veren kişileri çalışma durumlarına göre karşılaştırdığımızda Kanseri Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ve Beck Umutsuzluk Ölçeğinden aldıkları puana göre karşılaştırıldığında ölçek puanlarının yaş gruplarına göre

anlamalı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır. Literatürdeki diğer çalışmalara göz attığımızda bizim çalışmamızla paralel olarak çalışma durumu ile yaşam kalitesi arasında anlamalı bir ilişki tespit edilmemiştir (Bulut ve ark., 2023, Yeşilbalkan ve ark., 2010). Kanser Hastasına bakım veren 338 hasta yakını ile yapılan çalışmada çalışma hayatı ile bakım vericilerin umutsuzluk düzeyleri arasında anlamalı bir ilişki tespit edilememiştir (Pınar ve ark., 2012).

Araştırmamıza katılım sağlayan bakım verenlerin ekonomik durumlarına göre yaşam kalitesi ve umutsuzluk düzeyleri incelendiğinde ekonomik durumlarını iyi olarak tanımlayanların Beck Umutsuzluk Ölçeği'nin Gelecek İle İlgili Beklentiler alt boyutu puanlarının, ekonomik durumunu kötü ve orta olarak tanımlayanlardan anlamalı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır. Yaşam Kalitesi ölçeğine göre analiz edildiğinde ise ekonomik durumunu iyi olarak tanımlayanların, Yük, Rahatsızlık, Finansal Sorunlar ve Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi toplam puanlarının diğerlerine göre anlamalı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu söyleyen bakım vericilerin yine Rahatsızlık ve Finansal Sorunlar alt boyutunun ekonomik durumunu kötü olarak belirten bakım vericilerden anlamalı düzeyde düşük olduğu tespit edilmiştir. Bizim araştırmamızın sonuçlarına göre ekonomik açıdan iyi durumda olmak bakım veren bireylerin yaşam kalitesini ve geleceğe yönelik umut düzeyini arttırdığı yorumu yapılabilir. Kanser hastasına bakım verme rolünü üstlenen kişilerin yaşam kalitesini ölçmeyi hedefleyen diğer çalışmalara göz atıldığında, bizim çalışmamızla paralel olarak ekonomik düzey ya da haneye giren gelir seviyesi arttıkça bakım verenlerin yaşam kalitesinin anlamalı düzeyde yükselmekte olduğu saptanmıştır (Bulut ve ark., 2023; Çubukçu, 2018; Kurt ve ark., 2020; Türkoğlu, 2012; Arıkan, 2019; Çeler ve ark., 2018; Karabuğa-Yakar & Pınar, 2013; Bektaş-Akpınar & Yurtsever, 2018; Gür & Ersin, 2021;

Deniz & İnci, 2015). Başka bir çalışmada ise bizim çalışmamızla paralel olarak bakım verenlerin ekonomik durumunun kötü olmasının, bireylerin umutsuzluk seviyelerini arttırdığı saptanmıştır (Alacacioğlu, 2007).

Araştırmamıza katılım sağlayan bakım verenlerin sosyal güvenceleri olup olmadığına göre yaşam kalitesi ve umutsuzluk düzeyleri analiz edildiğinde sosyal güvenceye sahip olmayan hasta yakınlarının Finansal Sorunlar alt boyutundan aldıkları puanların, sosyal güvenceye sahip olan bakım verenlerin puanlarından anlamlı düzeyde düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre sosyal güvenceye sahip olmanın bakım verenlerde finansal açıdan yaşam kalitesini arttırdığı yorumu yapılabilir. Literatürdeki kanserli hastalara bakım verenleri konu alan diğer çalışmalara göz atıldığında, bakım verenlerin sosyal güvenceye sahip olmasının yaşam kalitelerine olumlu düzeyde etki ettiği görülmüştür (Çubukçu, 2018; Kurt ve ark., 2020). Literatürdeki bir başka çalışmaya göre ise kanserli hastaya bakım veren bireylere Sürekli Umut Ölçeği uygulanmış ve sosyal güvence ile bireylerin umut düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (Yıldız ve ark., 2017).

Çalışmamızda hastaya bakım veren bireylerin yaşadıkları yerlere göre ölçek puanlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan analizler sonucunda, köy-kasabada yaşayan bakım verenlerin Gelecek ile İlgili Duygular alt boyut puanlarının, il ve ilçede yaşayan bakım verenlere göre düşük bulunduğu tespit edilmiştir. Ayrıca köy-kasabada yaşayan bakım verenlerin Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanlarının, ek olarak Rahatsızlık ve Finansal Sorunlar alt boyut puanlarının il ve ilçede yaşayan bakım verenlere göre düşük olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre köy-kasabada yaşayan bakım verenlerin yaşam kaliteleri diğerlerine oranla düşükken, umut seviyeleri ise diğerlerine oranla yüksek yorumu yapılabilir. Bu durumun nedeni olarak il

ve ilçe dışındaki yerleşim yerlerinde sağlık hizmetlerinin kısıtlı olmasından dolayı, bakım verenlerin hastasını tedavi amacıyla belirli aralıklarla il veya ilçelere getirmek zorunda kalmasından dolayı olduğu düşünülebilir. Daha önce yapılan diğer çalışmalara bakıldığında, kırsal yerlerde yaşayan bakım verenlerinin yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği tespit edilmiştir (Rooeintan ve ark., 2023). Literatürde bakım veren kişilerin yaşadıkları yere göre umut düzeylerinin incelendiği yeterli sayıda çalışmaya rastlanılmamıştır.

Araştırmamıza katılım sağlayan bakım verenlerin hastaneye ulaşım şekillerine göre yaşam kalitesi ve umutsuzluk düzeyleri analiz edildiğinde kendi aracı ve otobüs dışındaki diğer ulaşım şekillerini tercih edenlerin, Gelecek ile İlgili Beklentiler alt boyut puanlarının, kendi aracı ve otobüsle gelmeyi tercih edenlerin puanlarına anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yaşam kalitesi ve hastaneye ulaşım yolları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. 2017’de 304 kanser hastasına bakım veren bireylerin katılım sağladığı çalışmada bakım verenlerin umutlarına etki eden faktörler Sürekli Umut Ölçeği ile belirlemek istenmiş ve araştırmanın sonucunda bakım verenlerin hastaneye ulaşım yollarının bakım verenlerin umut düzeylerine bir etkisi olmadığı tespit edilmiştir (Yıldız ve ark., 2017).

Araştırmamıza katılım sağlayan bakım verenlerin hasta yakınlık derecesine göre yaşam kalitesi ve umutsuzluk düzeyleri analiz edildiğinde anne-baba, eş, kardeş ve kayınvalide-kayınbaba dışındaki diğer seçeneğini işaretleyen bakım verenlerin Yaşam Kaliteleri Toplam Puanı, Rahatsızlık ve Yük alt boyut puanları yakınlık derecesi anne-baba, eş, kardeş, kayınvalide-kayınbaba seçeneğini işaretleyenlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Umutsuzluk ölçeğine göre ise, hastanın kardeşi olduğunu belirten bakım vericilerin Gelecek ile İlgili Beklentilere dair umutsuzluk puanları diğer

seçenekleri işaretleyenlere göre yüksek bulunmuştur. Ayrıca hastası anne-babası olan bireylerin yine aynı alt boyuta dair daha fazla umutsuzluk yaşadığı söylenebilir. Hastanın kardeşi olduğunu belirten bakım vericilerin umutsuzluk seviyesinin, diğerlerine göre yüksek olmasının sebebi olarak aynı hastalığın bir gün kendilerinde de olma ihtimali olabileceği düşünülebilir. Literatürdeki diğer çalışmalara göz atıldığında bazı çalışmalarda bizim çalışmamızla paralel olarak bakım veren bireylerin yaşam kalitesini, bireylerin hastaya yakınlık derecesinin etkilediği tespit edilmiştir. Kanserli hastalara bakım veren 209 bakım verenle yapılan çalışmada bakım veren kişi hastanın eşi ya da aile yesi ise yaşam kalitesi puanlarının diğer katılımcılara göre düşük olduğu saptanmıştır (Bulut ve ark., 2023). Yine benzer şekilde 48 kanser hastasına bakım veren bireyin katıldığı çalışmada bakım veren kişi hastanın aile yesi ise bu kişilerin yaşam kalitesi ortalamaları diğer katılımcıların yaşam kalitelerine göre düşük olduğu tespit edilmiştir (ubuku, 2018). 1999 yılında kemoterapi tedavisi göre hastasına bakım veren 100 hasta yakını ile yapılan çalışmada bakım veren kişilerin hastaya yakınlık derecesinin bakım veren kişilerin yaşam kalitesini belirlemek amacıyla Rolls-Royce Modeli Yaşam Kalitesi Skalası kullanılmış olup, hastaya yakınlık derecesi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı düzeyde ilişki saptanmıştır (Kızılcı, 1999). Hastasına bakım veren 345 hasta yakınının katıldığı başka bir çalışmada ise hastasının ebeveyni olan hasta yakınlarının Beck Umutsuzluk lği puan ortalamaları diğer katılımcılara göre yüksek bulunmuştur (İnangil ve ark., 2021).

Hasta yakınlarının sorumluluk güçlüğü yaşama durumlarına göre yaşam kaliteleri ve umutsuzluk düzeyleri analiz edildiğinde, sorumluluklarını gerine getirmede güçlük yaşayanların Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi lği'nin Pozitif Adaptasyon alt boyutu dışındaki bütün alt boyut ve toplam puanlarının, güçlük

yaşamadığını belirten katılımcılara göre düşük olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca sorumluluklarını yerine getirmekte güçlük çeken katılımcıların Beck Umutsuzluk Ölçeği'nin Gelecek ile İlgili Duygular alt boyut puanları, güçlük yaşamayanlara göre daha düşük bulunmuştur. Yine sorumluluk güçlüğü yaşayanların Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puan haricindeki diğer alt boyutlarından aldıkları puanların, sorumluluk güçlüğü yaşamayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Özet olarak sorumluluklarını yerine getirmede güçlük yaşamayan katılımcıların diğerlerine göre umutsuz olduğu, ancak yaşam kalitelerinin diğerlerine göre daha yüksek olduğu söylenebilir. 2013 yılında kanser hastasına bakım veren 120 hasta yakını ile yürütülen çalışmada bakım verme sürecinden dolayı sorumluluklarını yerine getirmekte güçlük çektiğini bildiren hasta yakınlarının yaşam kalitesinin düşük olduğu saptanmıştır (Karabuğa-Yakar & Pınar, 2013). Sorumluluk güçlüğü yaşamayan katılımcıların daha umutsuz olması beklenmedik bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır.

Hasta yakınlarının sağlık durumlarının etkilenme durumlarına göre yaşam kaliteleri ve umutsuzluk düzeyleri analiz edildiğinde, bakım verme sürecinde sağlıklarının olumsuz etkilendiğini belirten katılımcıların Yük, Rahatsızlık, Finansal Sorunlar ve Kanser Hastalarına Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanlarının, sağlıklarının olumsuz etkilenmediğini söyleyenlere kıyasla daha düşük olduğu görülmüştür. Ayrıca yine sağlıklarının olumsuz etkilendiğini belirtenlerin Gelecek ile İlgili Duygular ve Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanlarının, etkilenmediğini söyleyenlere göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Araştırmamızın sonuçlarına göre bakım verme sürecinden sağlığının olumsuz etkilendiğini söyleyen bakım vericilerin yaşam kalitelerinin diğerlerine göre düşük olduğu, ancak yine diğer katılımcılara göre daha umutlu oldukları tespit edilmiştir. Bireylerin sağlıklarının

etkilenme durumlarında yaşam kalitelerinin düşmesi beklenen bir sonuçtur. Ancak umutsuzluk seviyelerini kişilik özellikleri başta olmak üzere daha birçok etkenden etkilenebileceği ve çalışmamızın katılımcı sayısının sınırlılığı nedeniyle net bir yorum yapmak mümkün olmayacaktır. Bizim çalışmamıza benzer daha önce yapılan çalışmalara göz atıldığında, sağlığının etkilendiğini belirten kanser hastalarına bakım veren bireylerin bizim çalışmamızla paralel olarak yaşam kalitelerinin düşük olduğu tespit edilmiştir (Karabuğa-Yakar & Pınar, 2013). 2021 yılında kronik hastalığı olan kişilerin bakıcıları ile yapılan çalışmada, bakıcıların genel sağlık durumları ile umut düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Duggleby ve ark., 2021).

Araştırmamıza katılım sağlayan bakım verenlerin bakım verme sürecinde aile ilişkilerinin etkilenme durumlarına göre yaşam kalitesi ve umutsuzluk düzeyleri analiz edildiğinde aile ilişkilerinin etkilendiğini belirtenlerin, Kanser Hastalarına Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Yük alt boyutu, Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanı ve Gelecek ile İlgili Duygular alt boyutu puanlarının aile ilişkilerinin etkilenmediğini belirten bakım verenlere göre düşük olduğu tespit edilmiştir. Araştırmamız sonucunda aile ilişkilerinin etkilenmediğini belirten bakım vericilerin umutsuzlukları ve yük alt boyutuna yönelik yaşam kaliteleri diğer katılımcılara göre yüksek bulunmuştur. Literatürdeki diğer çalışmalar incelendiğinde, kanser hastasına bakım veren 123 aile üyesiyle yapılan çalışmada, iş ve aile yaşamının bozulmasının yaşam kalitesini etkilediği tespit edilmiştir (Deniz & İnci, 2015). Başka bir çalışmada ise bipolar bozukluğu olanlara bakım verme sürecinde aile içi iletişimin olumsuz etkilendiği saptanmıştır (Arguvanlı & Taşçı, 2013).

Araştırmamıza katılım sağlayan bakım verenlerin bakım verme sürecinde ruh sağlığı desteği alma durumlarına göre yaşam kalitesi ve umutsuzluk düzeyleri analiz

edildiğinde ruh sağlığına yönelik destek alan bakım verenlerin Beck Umutsuzluk Ölçeği'nin Gelecek ile İlgili Beklentiler alt boyut puanları diğerlerine göre yüksek çıkmıştır. Bakım veren bireylerin bakım sürecinde yaşadıkları psikososyal problemlerden dolayı umutsuz hissettikleri için ruh sağlığı uzmanından destek alıyor oldukları yorumu yapılabilir. Yaşam kaliteleri yönünden ise anlamlı bir sonuç elde edilememiştir. Literatür tarandığında ise bakım verenlerin ruh sağlığı desteği alıp almaması yönünden yeterli çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamıza katılan bakım verenlerin hastasının tanısını bilme durumlarına göre yaşam kalitesi ve umutsuzluk düzeyleri analiz edildiğinde ölçek puanlarında anlamlı düzeyde farklılık tespit edilmemiştir. Literatür tarandığında ise bakım verenlerin hastalarının tanısını bilip bilmemesi yönünden yeterli çalışmaya rastlanmamıştır.

Hasta yakınların bakmakla yükümlü oldukları başka biri olup olmadığı yönünden yaşam kaliteleri ve umutsuzluk düzeyleri analiz edildiğinde, ölçek puanlarına göre anlamlı bir fark bulunmamıştır. Geçmişte yapılan diğer çalışmalara göz atıldığında, bazı çalışmalarda birden fazlaya kişiye bakım verme durumunun yaşam kalitesi üzerinde etkisi bulunurken, bazı çalışmalarda herhangi bir etkisi olmadığı tespit edilmiştir. Örneğin, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin kullanıldığı bir çalışmada bakım veren kişinin aynı anda birden fazla kişiye bakım veriyor oluşunun yaşam kalitesi üzerinde herhangi bir etkisi olmadığı bulunurken, bizim araştırmamızda kullanılan Kanseri Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin kullanıldığı ve sadece kanserli hastalara bakım verenlerin dahil edildiği bir çalışmada ise aynı anda birden fazla kişiye bakım veriyor olmanın, bakım vericinin yaşam kalitesi üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir (Yeşil ve ark., 2016, Bulut ve ark., 2023). Umutsuzluk düzeyleri açısından değerlendirildiğinde, Beck Umutsuzluk Ölçeğinin kullanıldığı bir araştırmada, hastasına

bakım veren 338 hasta yakınının bir başkasına daha bakım verme durumunun umutsuzluk düzeylerine etkisi olmadığı saptanmıştır (Pınar ve ark., 2012).

Çalışmamıza katılan bakım verenlerin hastasına günlük bakım verme sürelerine göre yaşam kalitesi ve umutsuzluk düzeyleri analiz edildiğinde, bakım verme süresi günlük 1-6 saat olanların Gelecek ile İlgili Beklentiler alt boyutuna göre umutsuzluk seviyeleri, günlük 19-24 saat bakım verenlere daha düşük bulunmuş, yine aynı grubun Gelecek ile İlgili Duygular alt boyut puanlarının ise 19-24 saat bakım verenlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre hastasına günlük bakım verme süresi az olan kişilerin gelecekte beklentilerine yönelik umutlarının fazla, ancak gelecek ile ilgili duygularının olumsuz olduğu söylenebilir. Yaşam Kalitesi açısından ise yine hastasına günlük 1-6 saat bakım verenlerin, Yük alt boyut ve Kanseri Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanlarının 19-24 saat bakım verenlere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bizim çalışmamızla paralel olarak kemoterapi tedavisi gören hastasına günde 21 saatten fazla bakım sağlayan bakım vericilerin Kanseri Hastaların Bakıcı Aile Üyeleri Yaşam Kalitesi Ölçeği sonuçlarına göre yaşam kalitelerinin diğerlerine göre daha düşük olduğu saptanmıştır (Bektaş-Akpınar & Yurtsever, 2018). Literatürde günlük bakım verme süresinin bakım veren kişilerin umut düzeylerine etkisine yönelik yeterli sayıda çalışmaya rastlanılmamıştır.

Hasta yakınlarının hastasına kendisi dışında bakım veren başka biri olma durumuna göre yaşam kaliteleri ve umutsuzluk düzeyleri analiz edildiğinde başka birinden yardım alan bakım verenlerin Kanseri Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği Yük alt boyutunda yaşam kalitelerinin yardım almayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Umutsuzluk düzeylerinde ise anlamlı bir fark bulunmamıştır. Literatürdeki diğer çalışmalar incelendiğinde, hastasına kendisinden

başka bakım verenin de olduğunu bildirenlerin Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği Pozitif Adaptasyon ve Finansal Sıkıntı alt boyutlarına yönelik yaşam kalitelerinin yüksek olduğu saptanmıştır (Kurt ve ark., 2020). Diğer bir çalışmada ise hastasına kendisinden başka bakım veren kişinin olduğunu belirten bakım verenlerin bizim çalışmamızın sonucuyla paralel olarak Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği Yük alt boyutuna yönelik yaşam kalitelerinin diğerlerine göre yüksek olduğu bulunmuştur (Karabuğa-Yakar & Pınar, 2013). Başka bir çalışmada bakım sürecinde başka birinden yardım alan bakım vericilerin yaşam kalitelerinin diğerlerine göre yüksek olduğu tespit edilmiştir (Friðriksdóttir ve ark., 2011). Literatürde bakım verme sürecinde yardım alma durumlarının bakım veren kişilerin umut düzeylerine etkisine yönelik yeterli sayıda çalışmaya rastlanılmamıştır.

Çalışmamıza katılan bakım verenlerin hastasına ne kadar süredir bakım verdiğine göre yaşam kalitesi ve umutsuzluk düzeyleri incelendiğinde, 3 yıl ve üzeri bakım veren bireylerin Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ve Finansal sorunlar alt boyut puanları 0-1 yıldan beri bakım verenlere göre daha düşük bulunmuştur. Yani 3 yıl ve daha fazla süredir bakım veren kişilerin yaşam kaliteleri daha az süredir bakım veren kişilere göre düşüktür ve finansal açıdan daha fazla zorlanmakta oldukları yorumu yapılabilir. Bakım verme süresinin bireylerin umutsuzluk seviyelerine yönelik anlamlı etkisi bulunmamıştır. Literatürdeki diğer çalışmalara göz atıldığında 1 yıldan daha uzun süredir hastasına bakım veren kişilerin yaşam kalitelerinin, daha kısa süredir bakım verenlere göre düşük olduğu tespit edilmiştir (Bulut ve ark., 2023; Çubukçu, 2018). Başka bir çalışmada ise demans hastalarına bakım verme süresinin uzamasının bakım veren kişilerinin yaşam kalitelerini düşürdüğü saptanmıştır (Känel ve ark., 2019). Bakım süresinin bireylerin umut seviyelerine yönelik etkisini konu edinen

çalışmalarda ise, bakım süresi uzadıkça bireylerin umutsuzluk seviyelerinin yükseldiği tespit edilmiştir (Pınar ve ark., 2012; McClement & Chochinov, 2008).

Çalışmamızda bakım veren bireylerin Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği alt boyutları ve toplam puanlarının birbirleri ile ilişkisine dair yapılan korelasyon analizine göre, hasta yakınlarının Gelecek ile İlgili Duygular alt boyut puanlarının; Motivasyon Kaybı ve Gelecek ile İlgili Beklentiler puanları ile pozitif; Yük, Rahatsızlık ve Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam puanları ve Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanlarıyla negatif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Motivasyon Kaybı puanlarının; Gelecek ile İlgili Beklentiler ve Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanlarıyla pozitif yönde, Rahatsızlık ve Toplam Yaşam Kalitesi puanlarıyla ise negatif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu belirlenmiştir. Gelecek ile İlgili Beklentiler puanlarının ise Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanları ile pozitif; Pozitif Adaptasyon dışındaki tüm Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puanları ile negatif yönde anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır. Pozitif Adaptasyon puanlarının Yük puanları ile ilişkisi negatif yönde anlamlı düzeydeyken, Rahatsızlık, Finansal Sorunlar ve Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanlarıyla ilişkisi anlamlı düzeyde değildir. Diğer Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puanlarının birbirleri olan ilişkisinin de pozitif yönde ve anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır.

Bu sonuçlara göre Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak çalışmamıza katılan bakım verenlerin alt boyutlar bazında beklenildiği şekilde yüksek umutsuzluk yaşayanlarda yaşam kalitesinin düşük olduğu söylenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bir devlet hastanesinde palyatif bakım hizmeti alan kanser hastalarına bakım veren hasta yakınlarının yaşam kalitelerinin umut düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular palyatif bakım alan kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin yaşam kaliteleri ve umut düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğunu gözler önüne sermektedir. Palyatif bakım verenlerin yaşam kalitelerinin yüksek olduğu durumlarda, hastaları ile ilgili umut düzeylerinin de olumlu yönde etkilendiği tespit edilmiştir. Bu bulgular palyatif bakım sürecinde hastanın fiziksel açıdan rahatlatılmasının yanı sıra hastaya bakım veren bireylerin yaşam kalitesinin iyileştirilmesi ve psikolojik destek sağlanması ile umut düzeylerinin artırabileceğini göstermektedir.

Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği kullanılarak yapılan değerlendirmelerde, bakım veren bireylerin yaşam kalitelerinin oldukça düşük, umutsuzluk seviyelerinin ise oldukça yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kadın bakım verenlerin, eğitim seviyesi düşük olanların, ekonomik durumu kötü olanların, sosyal güvencesi olmayanların, köy-kasabada oturanların, hastanın 1. derece yakını olanların, sorumluluklarını yerine getirmede güçlük yaşayanların, bakım sürecinde sağlıklarının ve aile ilişkilerinin etkilendiğini belirtenlerin, hastasına günlük bakım verme süresi fazla olanların, bakım sürecinde yardım almayanların yaşam kalitelerinin diğer bakım verenlere göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Beck Umutsuzluk Ölçeği ile değerlendirilen umutsuzluk düzeyinin ise tüm bakım veren aile bireylerinde oldukça yüksek olduğu, erkek bakım verenlerin, eğitim seviyesi düşük olanların, ekonomik durumu kötü olanların, il veya ilçede yaşayanların, hastaneye ulaşımında kendi aracı ve otobüs dışındaki diğer araçları kullanmak zorunda kalanların, hastanın kardeşi olanların, sorumluluk güclüğü yaşayanların, sağlıklarının ve aile

ilişkilerinin etkilenmediğini söyleyenlerin ve bakım verme sürecinde ruh sağlığı uzmanından destek alanların umutsuzluk seviyeleri diğer bakım verenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Elde edilen bulguların bazıları, daha önce yapılan benzer çalışmalarla tutarlılık göstermektedir. Bu konuda literatüre katkı sağlayan tüm çalışmalar ışığında palyatif bakım ekibi olarak bakım veren bireylerin yaşam kalitesini düşüren ve umutsuzluk düzeylerini yükselten faktörler tespit edilerek sorunlara yönelik iyileştirme çalışmaları yapılmasının oldukça gerekli olduğu görülmektedir.

Yıllar içerisindeki toplum yapısındaki değişiklik, bağımlı yaşlı nüfus oranında artış, tıp alanındaki gelişmeler ile birlikte hastalıkların kronik bir süreç kazanması, aile içindeki birey sayısındaki azalma, çalışma hayatındaki insan sayısındaki artış, kanser tanısı almış hastalara, aileleri yeterli bakımı sağlamakta güçlük yaşamakta ve günden güne multidisipliner ve profesyonel bir bakım olan palyatif bakıma daha fazla ihtiyaç duyulmaktadır. İhtiyacın artması ile birlikte bu alanda araştırma ve geliştirme çalışmaları oldukça önemli hale gelmektedir. Literatüre ve palyatif bakım uygulamalarına daha büyük katkı sağlayabileceği düşünüldüğünden, gelecekte bu alanda yapılacak olan diğer çalışmaların daha büyük örneklem ve kapsamda yapılması önerilmektedir.

Çalışmamızda elde edilen bulgular, palyatif bakım alan hastasına bakım verenler için yaşam kalitelerinin iyileştirilmesinin ve daha fazla psikolojik destek sağlanmasının önemini vurgulamaktadır. Palyatif bakım sürecinde umut odaklı yaklaşımların ve duygusal destek stratejilerinin yer alması, bakım verenlerin hastalarına daha etkili bir bakım sağlamasına yardımcı olabilir. Ayrıca, sağlık politikalarında palyatif bakım alan hastasına bakım veren aile üyelerinin duygusal sağlığını destekleyici programların ve destek sistemlerinin geliştirilmesi, bu alandaki bakımın kalitesini arttırabilir ve hem bakım veren kişiler hem de hastalar için daha iyi sonuçlar doğurabilir.

KAYNAKLAR

- Abbasi, P., Mahmoodi, F., Ziapour, A., Dehghan, F., & Parvane, E. (2017). The effectiveness of group hope therapy training on psychological well-being and resilience in divorced women. *World Family Medicine Journal: Incorporating the Middle East Journal of Family Medicine*, 99(5588), 1-6.
- Adelman, R. D., Tmanova, L. L., Delgado, D., Dion, S., & Lachs, M. S. (2014). Caregiver burden: a clinical review. *Jama*, 311(10), 1052-1060.
- (sert) Ağır, M. (2017). Yaşam Kalitesi, Değerler Ve Umut-Umitsuzluk. *Marmara Sosyal Araştırmalar Dergisi*, (11), 85-103. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/marusad/issue/77757/1307001>
- Akyar, İ. ve Akdemir, N. (2009). Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler. *Hacettepe Hemşirelik Dergisi*, 16(3), 32-49. Erişim: 11.03.17, http://hacettepehemsirelikdergisi.org/pdf/pdf_HHD_83.pdf.
- Alacacioğlu, A. (2007). *Kanser hastaları ve hasta yakınlarının depresyon, umutsuzluk ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi* (Doctoral dissertation, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi).
- Alam, S., Hannon, B., & Zimmermann, C. (2020). Palliative care for family caregivers. *Journal of Clinical Oncology*, 38(9), 926-936.
- Arguvanlı, S., & Taşcı, S. (2013). Bipolar bozuklukta bakım verenlerin sorunları. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 21-30.
- Arıkan, F., Körükcü, Ö., Uçar, M. A., Özcan, K., Göksu, S. S., & Coşkun, H. Ş. (2019). Kanser Hastalarına Bakım Verenlerin Sosyal Destek Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi. *Akdeniz Tıp Dergisi*, 5(3), 398-407.
- Astudillo, W., Mendinueta, C., Montiano, E., & Díaz-Albo, E. (2008). Necesidades de los cuidadores del paciente crónico. *Guia de recursos sanitarios y sociales en la fase final de la vida en Guipuzkoa*, 235-255.
- Atagün, M. İ., Balaban, Ö. D., Atagün, Z., Elagöz, M., & Özpolat, A. Y. (2011). Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(3), 513-552.
- Augustine, S. (1961). *The enchiridion on faith, hope and love* (Vol. 6065). Henry Regnery Company.
- Aydoğan, F., & Uygün, K. (2011). Kanser hastalarında palyatif tedaviler. *Klinik Gelişim*, 24(3), 4-9.
- Bauchner, H., & Fontanarosa, P. B. (2016). Death, dying, and end of life. *JAMA*, 315(3), 270-271.
- Baykara, O. (2016). Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5 (3), 154-165.
- Beck AT (1963) Thinking and depression I. Arch, *Gen Psychiatry*, 9:326-333.
- Bektaş Akpınar, N., & Yurtsever, S. (2018). Care burden and quality of life of family members caring for cancer outpatients.
- Brewer, L. (2001). Gender socialization and the cultural construction of elder caregivers. *Journal of Aging Studies*, 15(3), 217-235.
- Bulut, H., Bozkurt, C., & Sakar, D. D. (2023). Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Veren Bireylerin Bakım Yüklerinin Yaşam Kaliteleri Üzerine Etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(3), 1086-1096.

- Carpenito, L. J., & Erdemir, F. (2012). Hemşirelik tanıları: El kitabı. Nobel Tıp Kitabevleri.
- Carter, P. A. (2002, October). Caregivers' descriptions of sleep changes and depressive symptoms. In *Oncology nursing forum* (Vol. 29, No. 9).
- Chapman, D. G., & Toseland, R. W. (2007). Effectiveness of advanced illness care teams for nursing home residents with dementia. *Social Work*, 52(4), 321-329.
- Chen, M. L. (2003). Pain and hope in patients with cancer: a role for cognition. *Cancer Nursing*, 26(1), 61-67.
- Clayton, J. M., Butow, P. N., Arnold, R. M., & Tattersall, M. H. (2005). Fostering coping and nurturing hope when discussing the future with terminally ill cancer patients and their caregivers. *Cancer*, 103(9), 1965-1975.
- Cleeland, C. S., Mendoza, T. R., Palos, G. R., Lu, C., Nazario, L. A., Lynch, G. R., ... & Wang, X. S. (2010). Factors contributing to high symptom burden during chemotherapy for advanced lung cancer: The risk of being underserved. *Journal of Clinical Oncology*, 28(15_suppl), 9003-9003.
- Cora, A., Partinico, M., Munafo, M., & Palomba, D. (2012). Health risk factors in caregivers of terminal cancer patients: a pilot study. *Cancer nursing*, 35(1), 38-47.
- Cotogni, P., Stragliotto, S., Ossola, M., Collo, A., Riso, S., & Intersociety Italian Working Group for Nutritional Support in Cancer. (2021). The role of nutritional support for cancer patients in palliative care. *Nutrients*, 13(2), 306.
- Cubukcu, M. (2018). Evaluation of quality of life in caregivers who are providing home care to cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 26, 1457-1463.
- Cummins, R. A. (2005). Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual disability research*, 49(10), 699-706.
- Cutcliffe, J. R. (2004). The inspiration of hope in bereavement counseling. *Issues in Mental Health Nursing*, 25(2), 165-190.
- Çolak, D., & Özyılkan, Ö. (2006). Kanser hastalarında palyatif tedaviler. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*, 2(10), 1-9.
- Demir, M. (2016). Palyatif Bakım Etiği. *Turkish Journal of Medical & Surgical Intensive Care Medicine/Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Dergisi*, 7(2).
- Deniz, H., & İnci, F. (2015). The burden of care and quality of life of caregivers of leukemia and lymphoma patients following peripheric stem cell transplantation. *Journal of psychosocial oncology*, 33(3), 250-262.
- Denizli İl Sağlık Müdürlüğü, 2023. <https://denizlidh.saglik.gov.tr/TR,211920/palyatif-bakim-merkezi.html>
- Derogatis, L. R., Morrow, G. R., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A. M., Henrichs, M., & Carnicke, C. L., Jr (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*, 249(6), 751-757.
- Duggleby, W., & Wright, K. (2009). Transforming hope: how elderly palliative patients live with hope. *The Canadian journal of nursing research = Revue canadienne de recherche en sciences infirmieres*, 41(1), 204-217.
- Duggleby, W., Lee, H., Nikolaichuk, C., & Fitzpatrick-Lewis, D. (2021). Systematic review of factors associated with hope in family carers of persons living with chronic illness. *Journal of advanced nursing*, 77(8), 3343-3360.
- Duman, Ö. & Özdelikara, A. (2022). Hasta Yakınlarının Palyatif Bakıma İlişkin Görüşlerinin Bakım Verici Yüküne Etkisi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8 (1) , 32-39 .

- Duracak, A. & Özmen, D. (2023). Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Verenlerin Spiritüel İyi Oluş ve Depresyon Düzeylerinin Bakım Yüklerine Etkisi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(2), 387-393
- Durak, A. & Palabıyıkoglu, R. (1994). Beck Umutsuzluk Ölçeği Geçerlilik Çalışması. *Kriz Dergisi*, 2 (2), 311-319.
- Edisan, Z., & Kadioğlu, F. (2013). Yaşam Kalitesi Kavramının Antik Dönemdeki Öncülleri. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi Ve Folklorik Tıp Dergisi*, 3(3), 1-4.
- Efklides, A., Kalaitzidou, M., & Chankin, G. (2003). Subjective quality of life in old age in Greece: The effect of demographic factors, emotional state and adaptation to aging. *European psychologist*, 8(3), 178.
- Eğici, M., Can, M., Toprak, D., Öztürk, G., Esen, E. S., Özen, B., & Sürekci, N. (2019). Palyatif bakım merkezlerinde tedavi gören hastalara bakım veren bireylerin bakım yükleri ve tükenmişlik durumları. *Journal of Academic Research In Nursing*.
- Epping-Jordan, J. E., Compas, B. E., Osowiecki, D. M., Oppedisano, G., Gerhardt, C., Primo, K., & Krag, D. N. (1999). Psychological adjustment in breast cancer: processes of emotional distress. *Health psychology*, 18(4), 315.
- Fadıloğlu, Ç. (1996). Kanseri Hastaya Bakım Veren Aile Üyelerinin Hastalıkla Başa Çıkma Davranışlarının İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 12(1), 21-34.
- Fallowfield, L., Jenkins, V., & Beveridge, H. (2002). Truth may hurt but deceithurts more: Communication in palliative care. *Palliative Medicine*, 16(4),297–303.
- Ferrell, B. R., Kravitz, K., Borneman, T., & Friedmann, E. T. (2018). Family Caregivers: A qualitative study to better understand the quality-of-life concerns and needs of this population. *Clinical journal of oncology nursing*, 22(3).
- Ferris, F. D., & Librach, S. L. (2005). Models, standards, guidelines. *Clinics in geriatric medicine*, 21(1), 17-44.
- Franco, F. (2022, December 22). *Maslow'un insan ihtiyaçları teorisi*. Aklınızı Keşfedin. <https://aklinizikesfedin.com/maslowun-insan- ihtiyaclari-teorisi/>
- Friðriksdóttir, N., Sævarsdóttir, Þ., Halfdánardóttir, S. Í., Jónsdóttir, A., Magnúsdóttir, H., Olafsdóttir, K. L., ... & Gunnarsdóttir, S. (2011). Family members of cancer patients: Needs, quality of life and symptoms of anxiety and depression. *Acta Oncologica*, 50(2), 252-258.
- Ghane, G., Farahani, M. A., Seyedfatemi, N., & Haghani, H. (2016). Effectiveness of problem-focused coping strategies on the burden on caregivers of hemodialysis patients. *Nursing and midwifery studies*, 5(2).
- Girgis, A., Lambert, S., Johnson, C., Waller, A., & Currow, D. (2013). Physical, psychosocial, relationship, and economic burden of caring for people with cancer: a review. *Journal of oncology practice*, 9(4), 197-202.
- Globocan. (2020). “The International Agency for Research on Cancer”. <https://www.uicc.org/news/globocan-2020-newglobal-cancer-data> (Erişim tarihi 31.05.2022).
- Göçgeldi, E., Babayigit, M. A., Hassoy, H., Açikel, C. H., Taşçı, İ., & Ceylan, S. (2008). Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 50(3), 172-179.

- Göksel, F., Şenel, G., Oğuz, G., Özdemir, T., Aksakal, H., Türkkani, M. H., ... & Silberman, M. (2020). Development of palliative care services in Turkey. *European Journal of Cancer Care*, 29(6), e13285.
- Graham, F., & Clark, D. (2008). The changing model of palliative care. *Medicine*, 36(2), 64-66.
- Groopman, J. (2008). The Anatomy of Hope. *The Permanente Journal*, 8 (2), 43-47.
- Gür, S. C., & Ersin, F. (2021). The Investigation of Caregiving Burden and Life Quality of Caregivers Who Care for Cancered Patients. *Journal of Harran University Medical Faculty*, 18(1).
- Hasuo, H., Shizuma, H., & Fukunaga, M. (2021). Factors associated with chronic thoracic spine and low back pain in caregivers of cancer patients. *Ann Palliat Med*, 10(2), 1224-1236.
- Hegedüs, K., & Szy, I. E. (2002). Palliative care of terminally ill cancer patients. *Budapest, Hungarian Hospice-Palliative Association*.
<https://tr.wikipedia.org/wiki/Umut> adresinden 02.06.2022 tarihinde alınmıştır.
<https://www.cancer.org/cancer/managing-cancer/palliative-care/what-is-palliative-care.html> Erişim tarihi:27 Eylül 2023
- İnangil, D., Vural, P. I., & Körpe, G. (2021). Hasta yakınlarının aile yaşam doyumu ve umutsuzluk düzeyleri. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 73-81.
- Jolicoeur, P. M., & Madden, T. (2002). The good daughters: Acculturation and caregiving among Mexican-American women. *Journal of Aging Studies*, 16(2), 107-120.
- Kabalak, A., Öztürk, H., Erdem, A. T., & Serkan, A. K. I. N. (2012). SB Ulus Devlet Hastanesi'nde Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi Uygulaması. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 2(2), 122-126.
- Kabalak, A. A., Öztürk, H., & Çağıl, H. (2013). Yaşam sonu bakım organizasyonu; palyatif bakım. *Yoğun Bakım Dergisi*, 11(2), 56-70.
- Karabuğa-Yakar, H., & Pınar, R. (2013). Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 15(2), 1-16.
- Karakaya, C., & Işıksan, V. (2020). Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(4), 1437-1458.
- Kasuya, R. T., Polgar-Bailey, M. P. ve Takeuchi, R. (2000). Caregiver Burden and Burnout a Guide for Primary Care Physicians. *Postgraduate Medicine*, 119.
- Kaya, A. (2015). Türkiye'de ve Dünya'da palyatif bakım. *Acıbadem Hemşirelik Dergisi (Online)*, 82.
- Kaya, N., Bolol, N., Ülgen, S., İşçi, Ç., vd. (2018). Quality of Life and Influencing Factors in Caregivers of Patients with Cancer. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 8(1), 25-35.
- von Känel, R., Mausbach, B. T., Dimsdale, J. E., Ziegler, M. G., Mills, P. J., Allison, M. A., Patterson, T. L., Ancoli-Israel, S., & Grant, I. (2019). Refining caregiver vulnerability for clinical practice: determinants of self-rated health in spousal dementia caregivers. *BMC geriatrics*, 19(1), 18.
- Kent, E. E., Rowland, J. H., Northouse, L., Litzelman, K., Chou, W. Y. S., Shelburne, N., Timura, C., O'Mara, A., & Huss, K. (2016). Caring for caregivers and patients: Research and clinical priorities for informal cancer caregiving. *Cancer*, 122(13), 1987-1995.

- Khodabakhshi, K. A., Mosalanejad, L., Gholami, M., & Massah, O. (2017). Effectiveness of group hope therapy on the psychological indicators in women with addicted husbands.
- Kıvanç, M. M. (2017). Türkiye’de palyatif bakım hizmetleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(2), 132-135.
- Kızılcı, S. (1999). Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 3(2), 18-26.
- Koç, Z., Sağlam, Z. & Çınarlı, T. (2016). Kanser Tanısı Almış Olan Bireylere Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yükü ile Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1 (1), 99-116.
- Koyuncu, A., Eti Aslan, F., Yava, A., Çınar, D., & Olgun, N. (2016). Kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinde tedavi gören terminal dönemdeki hastaların yakınlarının hasta ziyaretinden beklentileri= Expectations on visitation of relatives of patients who are in terminal phase and being treated in cardiovascular surgery intensive care unit.
- Kurt S, Unsar S, Erol O (2020). Kanserli Hastalara Bakım Verenlerin Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1), 43-48.
- Kurtz, M. E., Kurtz, J. C., Given, C. W., & Given, B. A. (2004). Depression and physical health among family caregivers of geriatric patients with cancer--a longitudinal view. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 10(8), CR447-56.
- Küçük, M. (2008). *Hemodiyaliz hastalarının yaşam kaliteleri, hasta özellikleri ve hemşirelik hizmetleri ile ilgili doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Master's thesis, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Lagman, R., & Walsh, D. (2005). Integration of palliative medicine into comprehensive cancer care. *Seminars in oncology*, 32(2), 134–138
- Lindstrom, B. ve Koehler, L. (1991). Youth, Disability and Quality of Life. *Pediatrician*, 18 (2), 121-128.
- Lindt, N., van Berkel, J., & Mulder, B. C. (2020). Determinants of overburdening among informal carers: a systematic review. *BMC geriatrics*, 20(1), 1-12.
- McClement, S. E., & Chochinov, H. M. (2008). Hope in advanced cancer patients. *European Journal of Cancer*, 44(8), 1169-1174.
- Meier, D. E. (2011). Increased access to palliative care and hospice services: opportunities to improve value in health care. *The Milbank Quarterly*, 89(3), 343-380.
- Melges, F. T., & Bowlby, J. (1969). Types of hopelessness in psychopathological process. *Archives of general psychiatry*, 20(6), 690-699.
- Merriman, A., & Kaur, M. (2005). Palliative care in Africa: an appraisal. *The Lancet*, 365(9475), 1909-1911.
- Millán-Calenti, J. C., Gando-Crego, M., Antelo-Martelo, M., López-Martinez, M., Riveiro-López, M. P., & Mayán-Santos, J. M. (2000). Helping the family carers of Alzheimer’s patients: from theory... to practice. A preliminary study. *Archives of gerontology and geriatrics*, 30(2), 131-138.
- Mitchell, A. J., Ferguson, D. W., Gill, J., Paul, J., & Symonds, P. (2013). Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis. *The lancet oncology*, 14(8), 721-732.

- Müezzinoğlu, T. Yaşam Kalitesi. Üroonkoloji Derneği, Manisa; Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, 2004.
- Nayak, M. G., George, A., Vidyasagar, M. S., & Kamath, A. (2014). Quality of life of family caregivers of patients with advanced cancer. *Journal of Nursing and Health Science*, 3(2), 70-75.
- Nazir, T. (2020). Pozitif psikoloji ve umut. *Pozitif Psikoloji*.
- Nekolaichuk, C. L., Jevne, R. F., & Maguire, T. O. (1999). Structuring the meaning of hope in health and illness. *Social science & medicine*, 48(5), 591-605.
- Neugebauer, C., & Mastergeorge, A. M. (2021). The Family Stress Model in the Context of Pediatric Cancer: A Systematic Review. *Journal of Child and Family Studies*, 30(5), 1099–1122.
- Northouse, L., Williams, A., Given, B., & McCorkle, R., 2012. Psychosocial care for family caregivers of patients with cancer. *Journal Of Clinical Oncology*, 30(11), 1227-1234.
- Öksüz, E., & Kalitesi, M. S. S. B. Y. (2005). Kalitemetri. *Ankara: Başkent Üniversitesi*, 60-120.
- Orley, J., & Kuyken, W. (1994). *Quality of life assessment: international perspectives* (pp. 41-60). Berlin: Springer-Verlag.
- Osborne, T. R., Ramsenthaler, C., de Wolf-Linder, S., Schey, S. A., Siegert, R. J., Edmonds, P. M., & Higginson, I. J. (2014). Understanding what matters most to people with multiple myeloma: a qualitative study of views on quality of life. *Bmc Cancer*, 14(1), 1-14.
- Öz, F. (1998). Ailede kanser olgusu. *Hemşirelik Forumu*, 1(5), 206-210.
- Özkan, S. (2011). Palliative and The End-Life Care in the Chronic Obstructive Lung Disease. *Selcuk Medical Journal*, 28(1), 69-74.
- Pinar, G., Pinar, T., & Ayhan, A. (2012). The strain and hopelessness in family caregivers of patients with gynecologic cancer receiving chemotherapy. *UHOD-Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, 22(3).
- Polat Ü. İleri Evre Kanser Hastalarında Semptom Yönetiminde Bakım Veren Roller ve Destek Gereksinimleri. *Türk Onkoloji Dergisi* 2011; 26(4): 193-198.
- Quill, T. E., & Abernethy, A. P. (2013). Generalist plus specialist palliative care—creating a more sustainable model. *New England Journal of Medicine*, 368(13), 1173-1175.
- Rha, S. Y., Park, Y., Song, S. K., Lee, C. E. ve 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.
- Rodriguez, G., De Leo, C., Girtler, N., Vitali, P., Grossi, E., & Nobili, F. (2003). Biomedical and life sciences and Medicine. *J Neurol Sci*, 24(5), 329-335.
- Roointan, M., Haghighi, S., & Ahmadi, M. (2023). Caregiver Burden and Quality of Life among Caregivers of Cancer Patients in Ahvaz, 2021-2022: A Cross-Sectional Study. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*, 12(4).
- Rosas, C., & Neri, A. L. (2019). Quality of life, burden, family emotional support: a model for older adults who are caregivers. *Revista brasileira de enfermagem*, 72, 169-176.
- Sağlık Bakanlığı, 2015.
<https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,42938/palyatif-bakim-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonerge.html>
- Sağlık Bakanlığı, Kamu Hastaneler Genel Müdürlüğü, Verimlilik ve Kalite Uygulamaları Daire Başkanlığı. Palyatif Bakım Hizmetleri.

<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/41232/0/palyatif-bakim-hizmetleripdf.pdf> Erişim Tarihi: 14.11.2023

- Saleh, F., & O'Neill, C. S. (2018). The experiences of caregivers providing home care for terminally ill family members at the end of life: A phenomenological study in Bahrain. *Clinical Nursing Studies*, 6(3), 57.
- Scioli, A., & Biller, H. (2009). *Hope in the age of anxiety*. Oxford University Press.
- Scott, G. G. (2000). Aristotle on hope. *Journal of the History of Philosophy*, 38(4), 461-477.
- Semerci, R., Uysal, N., Şahin, E., Tayaz, E., vd. (2023). Kanserli Hastalara Bakım Verenlerin Manevi İyilik Durumları ve Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 6(1), 1-13.
- Snyder, C. R. (Ed.). (2000). *Handbook of hope: Theory, measures, and applications*. Academic press.
- Stajduhar, K. I., Funk, L., Cohen, S. R., Williams, A., Bidgood, D., Allan, D., Norgrove, L., & Heyland, D. (2011). Bereaved family members' assessments of the quality of end-of-life care: what is important? *Journal of palliative care*, 27(4), 261-269.
- Stone, R., Cafferata, G. L., & Sangl, J. (1987). Caregivers of the frail elderly: A national profile. *The Gerontologist*, 27(5), 616-626.
- Tarhan, S. (2012). Umudun özyeterlik, algılanan sosyal destek ve kişilik özelliklerinden yordanması. *Yayınlanmamış Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara*.
- Timur, Ö., Gündüz, N., Altaş, H., Turan, H., Karaşahin, Ö., Tasar, P. T., & Binici, D. N. (2021). Burden, quality of life and coping strategies of palliative care patients' caregivers. *Ege Tıp Dergisi*, 1-9.
- Tripodoro, V., Veloso, V., & Llanos, V. (2015). Sobrecarga del cuidador principal de pacientes en cuidados paliativos. *Argumentos. Revista de crítica social*, (17).
- Tuncay, T. (2013). Yaşam Sonu Bakımda Sosyal Hizmet Uzmanının Roller. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 24 (2), 145-154.
- Turkoglu, N., & Kilic, D. (2012). Effects of care burdens of caregivers of cancer patients on their quality of life. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(8), 4141-4145.
- Eşe, U. R. A. S., & Beydağ, K. D. Jinekolojik Kanserli Hastalarda Algılanan Stres ile Umut Düzeyi İlişkisinin Belirlenmesi. *Bandırma Onyedli Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 4(2), 103-110.
- Uslu, F. Ş., & Terzioğlu, F. (2015). Dünyada ve Türkiye'de Palyatif Bakım Eğitimi ve Örgütlenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 4(2), 81-90.
- Uslu-Sahan, F., Terzioğlu, F., & Koc, G. (2019). Hopelessness, death anxiety, and social support of hospitalized patients with gynecologic cancer and their caregivers. *Cancer Nursing*, 42(5), 373-380.
- Uysal, N., Şenel, G., Karaca, Ş., Kadioğulları, N., Koçak, N., & Oğuz, G. (2015). Palyatif bakım kliniğinde yatan hastalarda görülen semptomlar ve palyatif bakımın semptom kontrolüne etkisi. *Ağrı*, 27(2), 104-110.
- Van Roij, J., Brom, L., Sommeijer, D., Van De Poll-franse, L., Raijmakers, N., & eQuiPe Study Group. (2021). Self-care, resilience, and caregiver burden in relatives of patients with advanced cancer: results from the eQuiPe study. *Supportive Care in Cancer*, 29(12), 7975-7984.

- Vela, J. C., Lu, M. T. P., Lenz, A. S., Savage, M. C., & Guardiola, R. (2016). Positive psychology and Mexican American college students' subjective well-being and depression. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 38(3), 324-340.
- Weitzner, M. A., McMillan, S. C., & Jacobsen, P. B. (1999). Family caregiver quality of life: differences between curative and palliative cancer treatment settings. *Journal of pain and symptom management*, 17(6), 418-428.
- World Health Organization (2002a) *National cancer control programme: policies and managerial guidelines*, 2* ed. Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization (2020). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> Erişim tarihi: 21 Eylül 2023
- Yesilbalkan, O. U., Ozkutuk, N., & Ardahan, M. (2010). Comparision quality of life of Turkish cancer patients and their family caregivers. *Asian Pac J Cancer Prev*, 11(6), 1575-9.
- Yeşil, T., Uslusoy, E. Ç., & Korkmaz, M. (2016). Kronik Hastalığı Olanlara Bakım Verenlerin Bakım Yüğü ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4), 54-66.
- Yıldız, E., Dedeli, Ö., & Pakyüz, S. Ç. (2016). Kanser Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yüğü ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 13(3), 216-225.
- Yıldız, H. N., Subaşı, H. G., & Tekin, S. (2017). Kanser Hastalarının Bakımıyla İlgilenen Yakınlarının Umut Düzeylerinin İncelenmesi. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 14(2), 109-127.
- Yılmaz, D. U. ve Sarı, D. (2017). Kronik Hastalığı Olan Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Uyku Kalitesi ve Yorgunluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(2).

Ek 1. Veri Toplama Formu ve Ölçekler

Hasta Tanıtım Formu

Değerli katılımcı,

Bu anket formu Palyatif bakım alan kanser hastalarına bakım verenlerin yaşam kalitelerinin umut düzeylerine etkisini incelemek amacıyla planlanmış bir yüksek lisans tezi için hazırlanmıştır. Ankete vereceğiniz doğru bilgi ve görüşleriniz, bakım verenlerin ruhsal olarak değerlendirilmesi ve olası sorunların giderilmesine önemli bir katkı sağlayacaktır. Bu formda palyatif bakım servisinde yatan veya ayaktan tedavi alan bireyleri tanımlayıcı 7 soru, hastaya bakım verenleri tanımlayıcı olarak ise 20 soru bulunmaktadır. Daha sonrasında kanser hastalarına bakım verenlerin yaşam kalitesini ölçmek amacıyla geliştirilmiş 35 soruluk bir ölçek ve yine kanser hastalarına bakım verenlerin genel umut düzeyini ölçmek amacıyla geliştirilmiş 20 soruluk bir ölçek size sunulmuştur.

Ankete katılımınız gönüllü olmalıdır. Verdiğiniz cevaplar gizli tutulacak, yalnızca bilimsel araştırma için kullanılacak, bireysel verileriniz kimse ile paylaşılmayacaktır. Bu nedenle ankete adınızı, soyadınızı yazmayınız. Uygun görmemeniz halinde ankete katılmayabilir ya da anketi cevaplandırmayı sonlandırabilirsiniz.

Zaman ayırdığınız, içten cevaplarınızla araştırmaya ve olası sorunların çözümüne katkı sağladığınız için teşekkür ederiz.

1. Cinsiyeti: ☐ Kadın ☐ Erkek

2. Yaşı.....

3. Primer kanser türü?

4. Tanı süresi.....

5. Metastaz ☐ Var ☐ Yok

6. Palyatif Bakıma yatış/geliş nedeni?

☐ Kemoterapi

☐ Radyoterapi

☐ Semptomatik yakınmalar

☐ Kemoterapi+Radyoterapi

7. Hasta yatağa bağımlı mı?

☐ Hayır ☐ Evet

Bakım Veren Tanıtım Formu

1. Cinsiyetiniz: ☐ Kadın ☐ Erkek
2. Yaşınız..... ☐ 30 yaş altı ☐ 30-50 yaş ☐ 51 yaş üstü
3. Medeni durumunuz: ☐ Evli ☐ Bekar
4. Çocuğunuz var mı? ☐ Var ☐ Yok
5. Öğrenim durumunuz:
6. Çalışıyor musunuz? ☐ Hayır ☐ Evet Çalışıyor iseniz mesleğiniz:.....
7. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız? ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü
8. Sosyal güvenceniz var mı? ☐ Var ☐ Yok
9. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?
10. Ne kadar süredir hastanın bakımı ile ilgileniyorsunuz? ☐ 1 yıldan az ☐ 1-3 yıl ☐ 3 yıldan fazla
11. Ailede sizden başka bakım veren var mı? ☐ Var ☐ Yok
12. Hasta neyiniz oluyor? ☐ Anne ☐ Baba ☐ Kardeş ☐ Eş ☐ Kayınvalide ☐ Kayınpeder ☐ Diğer
13. Yakınınızın yaşadığı hastalık ve tedavi süreci nedeniyle sorumluluklarınızı yerine getirmede güçlük yaşıyor musunuz? ☐ Hayır ☐ Evet
14. Yakınınızın yaşadığı hastalık ve tedavi sürecinden sağlığınız etkilendi mi?
☐ Hayır ☐ Evet: (Ne tür sağlık sorunları yaşadığınızı lütfen belirtiniz)
15. Yakınınızın yaşadığı hastalık ve tedavi süreci nedeniyle aile ilişkilerinizde güçlük yaşıyor musunuz?
☐ Hayır ☐ Evet (Ne tür sorunlar yaşadığınızı lütfen belirtiniz)
16. Bakım verme süreci içerisinde herhangi bir nedenden dolayı bir ruh sağlığı uzmanından destek aldınız/alıyor musunuz? ☐ Hayır ☐ Evet
17. Yaşadığınız yer? ☐ İl merkezi ☐ İlçe ☐ Köy/Kasaba
18. Hastaneye ulaşımı nasıl sağlıyorsunuz? ☐ Kendi aracım ile ☐ Otobüs ☐ Diğer
18. Hastanızın tanısını biliyor musunuz? ☐ Hayır ☐ Evet
19. Hastalığı nedeniyle bakmakla yükümlü olduğunuz başka bir birey var mı? ☐ Hayır ☐ Evet
20. Hastaya günlük ortalama bakım verme süresi? ☐ 1-6 saat ☐ 7-12 saat ☐ 13-18 saat ☐ 19-24 saat

Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği

NUMARA#: _____ TARİH: ____/____/____

Aşağıdaki listede kanserli hastalara bakım veren kişilerin söylediği önemli cümleler bulunmaktadır. Son bir haftadır, her bir ifadenin sizin için ne kadar doğru olduğunu, ifadenin karşısındaki numaralardan birini yuvarlak içine alarak belirtiniz.

0= Hiç 1= Az 2= Biraz 3= Fazla 4= Çok fazla

SON BİR HAFTADIR	Hiç	Az	Biraz	Fazla	Çok fazla
1. Günlük yaşantımın değişmesinden rahatsızlık duyuyorum	0	1	2	3	4
2. Eskiye nazaran uykum daha az dinlendirici	0	1	2	3	4
3. Günlük hayatım baskılanıyor	0	1	2	3	4
4. Cinsel hayatımdan memnunum	0	1	2	3	4
5. Dışarıdaki işlerimi sürdürmede zorlanıyorum	0	1	2	3	4
6. Maddi güçlük içindeyim	0	1	2	3	4
7. Sağlık güvencemizin neleri kapsayıp neleri kapsamadığı konusunda endişe yaşıyorum	0	1	2	3	4
8. Gelecekte ekonomik durumum ne olacağı belirsiz	0	1	2	3	4
9. Sevdiğim kişinin ölmesinden korkuyorum	0	1	2	3	4
10. Sevdiğim kişi hastalandığından bu yana hayata daha pozitif bakıyorum	0	1	2	3	4
11. Stres ve endişem arttı	0	1	2	3	4
12. Manevi duygularım arttı	0	1	2	3	4
13. Günlük hayatımın kısıtlanmasından rahatsızlık duyuyorum	0	1	2	3	4
14. Üzgün hissediyorum	0	1	2	3	4
15. Zihinsel olarak yorgunum	0	1	2	3	4
16. Arkadaşlarım ve komşularımdan destek alıyorum	0	1	2	3	4
17. Suçluluk hissediyorum	0	1	2	3	4
18. Hayal kırıklığı içindeyim	0	1	2	3	4
19. Sinirli hissediyorum	0	1	2	3	4
20. Sevdiğim kişinin hastalığının çocuklarımı ya da ailemdeki diğer bireyleri etkileyeceğinden endişe duyuyorum	0	1	2	3	4
21. Sevdiğim kişinin değişen yeme alışkanlıkları başa çıkmada zorlanıyorum	0	1	2	3	4
22. Sevdiğim kişiyle daha yakın bir ilişki geliştirdim	0	1	2	3	4

23. Sevdığım kişinin hastalığı konusunda yeterince bilgilendirildiğimi düşünüyorum	0	1	2	3	4
24. Sevdığım kişiyi randevularına getirip götürün hazır şoför durumunda olmak beni rahatsız ediyor	0	1	2	3	4
25. Tedavinin sevdiğim kişide olumsuz etkiler göstereceğinden korkuyorum	0	1	2	3	4
26. Sevdığım kişinin evde bakım sorumluluğunu almak beni kahrediyor	0	1	2	3	4
27. Sevdığım kişinin iyileşmesi için çabalamaktan memnunum	0	1	2	3	4
28. Aile içi iletişimimiz arttı	0	1	2	3	4
29. Önceliklerimin değişmesi canımı sıkıyor	0	1	2	3	4
30. Sevdığım insanın korunmaya muhtaç olması canımı sıkıyor	0	1	2	3	4
31. Sevdığım kişinin kötüleştiğini görmek moralimi bozuyor	0	1	2	3	4
32. Sevdığım insanın ağrısını dindiremediğim için kahroluyorum	0	1	2	3	4
33. Gelecekle ilgili cesaretim kırıldı	0	1	2	3	4
34. Ailemin beni desteklemesinden memnunum	0	1	2	3	4
35. Diğer aile üyelerimin sevdiğim kişinin bakımı ile ilgilenmemeleri canımı sıkıyor					

**BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ
(BUÖ)**

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Örneğin okuduğunuz ilk ifade size uygun ise “Evet”, uygun değil ise “Hayır” ifadesinin altındaki kutunun içine (X) işareti koyunuz.

	<u>Sizin için uygun mu?</u>	
	EVET	HAYIR
1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum.	()	()
2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltmediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.	()	()
3. İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.	()	()
4. Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.	()	()
5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.	()	()
6. Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.	()	()
7. Geleceğimi karanlık görüyorum.	()	()
8. Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.	()	()
9. İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok.	()	()
10. Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı.	()	()
11. Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu.	()	()
12. Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi umuyorum.	()	()
13. Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.	()	()
14. İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.	()	()
15. Geleceğe büyük inancım var.	()	()
16. Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.	()	()
17. Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.	()	()
18. Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.	()	()
19. Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum.	()	()
20. İsteddiğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.	()	()

Ek 2. Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanım İzni

Hicran Bektaş

20:17

**Ynt: Kanserli hastalara bakım
verenlerde yaşam kalitesi ölçeği
Kullanım izni**

Sevgili Sumru Çabuk,
Kanserli hastalara bakım verenlerde yaşam
kalitesi ölçeğinin Türkçe versiyonunu
çalışmanızda kullanabilirsiniz.
Başarılar diliyorum.
Prof.Dr.Hicran Bektaş

iPhone'umdan gönderildi

Sumru Boztoprak

şunları yazdı

Ek 3. Beck Umutsuzluk Ölçeği Kullanım İzni

10:49

**Ynt: Beck Umutsuzluk Ölçeği
Kullanım İzni**

Sayın Çabuk,
Söz konusu ölçeği bilimsel çalışmalarınızda
kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar...

Prof. Dr. Ayşegül Durak Batıgün
Ankara Üniversitesi
DTCF Psikoloji Bölümü

Ek 4. Etik Kurul Onayı



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 83116987 - 713
Konu : Etik Kurul Kararı
Toplantı Tarihi : 22.09.2022
Toplantı No : 2022/16
Proje No : 22-KAEK-186

09.11.2022

Sayın, Dr. Öğretim Üyesi Rıza ÇİTİL

Etik Kurulumuzun 22.09.2022 tarihli toplantısında görüşülen 22-KAEK-186 kayıt numaralı **“Palyatif Bakım Alan Kanserli Hastalara Bakım Verenlerin Yaşam Kalitesinin Umud Düzeylerine Etkisi”** başlıklı çalışmanız gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmeliğin 14-4. maddesi ve yönergemizin 18-3. maddesine göre çalışmanız tamamlandıktan sonra sonuç raporunun tarafımıza en geç 90 gün içerisinde bildirilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Başkan

Ek 5. Kurum İzni



T.C
BİTLİS VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-93515114-619
Konu : Sumru ÇABUK Bilimsel Çalışma
hk.

İLGİLİ MAKAMA

İlgi : Sumru ÇABUK'ın 29/09/2022 tarihli dilekçesi.

İlgide kayıtlı dilekçeye istinaden, "Palyatif Bakım alan Kanserli Hastalara Bakım Verenlerin Yaşam Kalitelerinin Umut Düzeylerine Etkisi" başlıklı Bilimsel Araştırma uygulama talebiniz, Müdürlüğümüz bünyesinde oluşturulan komisyon marifeti ile değerlendirilmiş olup, protokolü yazımız ekinde sunulmuştur. İlgili çalışmanın Müdürlüğümüze bağlı Bitlis Devlet Hastanesi'nde yapılması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Ek: Sumru ÇABUK_Bilimsel Araştırma

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu: 647b489c- [Redacted] Belge Doğrulama Adresi: https:// [Redacted]

ÖZGEÇMİŞ

