



**KANSERLİ HASTA VE BAKIM VERENLERİN ALGILADIKLARI
SOSYAL DESTEK İLE YAŞAM KALİTELERİ ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

Derya BIÇAK

**Hemşirelik Anabilim Dalı
İç Hastalıkları Hemşireliği Programı**

**Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Seyhan ÇITLIK SARITAŞ**

Yüksek Lisans Tezi - 2016

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

**KANSERLİ HASTA VE BAKIM VERENLERİN ALGILADIKLARI SOSYAL
DESTEK İLE YAŞAM KALİTELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
BELİRLENMESİ**

Derya BIÇAK

Hemşirelik Anabilim Dalı

İç Hastalıkları Hemşireliği Programı

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı


Yrd. Doç. Dr. Seyhan ÇITLIK SARITAŞ


MALATYA-2016

KABUL VE ONAY SAYFASI

İnönü Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan; Derya BIÇAK'ın "Kanserli Hasta ve Bakım Verenlerin Algıladıkları Sosyal Destek ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi " konulu bu çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 27/07/2016


Prof. Dr. Behice ERCİ
İnönü Üniversitesi
Jüri Başkanı


Doç. Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL
Adnan Menderes Üniversitesi
Üye


Yrd. Doç. Dr. Seyhan ÇITLIK SARITAŞ
İnönü Üniversitesi
Tez Danışmanı
Üye

ONAY

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../2016 tarih ve 2016/..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ
Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vi
ABSTRACT.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kanserin Tanımı ve Karsinogenezis	3
2.2. Kanser Epidemiyolojisi.....	3
2.3. Kanserin Etiyolojisi	4
2.3.1. Fiziksel Faktörler	4
2.3.2. Çevresel Faktörler	5
2.3.3. Kimyasal Faktörler	5
2.3.4. Virüsler ve Bakteriler.....	5
2.3.5. Sigara	5
2.3.6. Alkol	5
2.3.7. Diyet.....	5
2.3.8. Genetik.....	5
2.3.9. İmmunolojik Faktörler	6
2.3.10. Diğer	6
2.4. Kanserin Belirtileri	6
2.5. Kanserden Korunma ve Tanı	6
2.5.1. Birincil Korunma	7
2.5.2. İkincil Korunma	7
2.5.3. Üçüncül Korunma.....	7
2.6. Tanı Yöntemleri	7
2.7. Kanser Tedavisi	7
2.7.1. Cerrahi	8
2.7.2. Kemoterapi.....	8
2.7.3. Radyoterapi	8
2.7.4. İmmünoterapi.....	8
2.7.5. Diğer Tedavi Yöntemleri	9
2.8. Kanserde Hemşirelik Yönetimi	9

2.9. Kanser Hastalarında ve Bakım Verenlerde Sosyal Destek	11
2.10. Kanser Hastalarında ve Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi	12
3. MATERYAL VE METOT	14
3.1. Araştırmanın Türü.....	14
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	14
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	14
3.4. Verilerin Toplanması	15
3.4.1. Veri Toplama Araçları	15
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	17
3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri	17
3.7. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği	17
4. BULGULAR.....	18
5. TARTIŞMA	34
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	40
KAYNAKLAR	41
EKLER.....	50
EK-1. Hasta Tanıtıcı Anket Formu.....	50
EK-2. Bakım Veren Bireyi Tanıtıcı Anket Formu	51
EK-3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	52
EK-4. Rolls-Royce Yaşam Kalitesi Skalası.....	53
EK-5. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Medikal Onkoloji Çalışma İzni	56
EK-6. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Radyasyon Onkoloji Çalışma İzni	57
EK-7. Etik Kurul Kararı.....	58
EK-8. Özgeçmiş.....	59

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimi ve tez süresince katkılarından dolayı danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Seyhan ÇITLIK SARITAŞ'a, tezin istatistiksel ve değerlendirme aşamasında büyük katkıları olan Sayın Prof. Dr. Behice ERCİ'ye, her türlü desteğiyle yanımda yer alan değerli çalışma arkadaşlarıma, her zaman sevgi ve desteklerini gördüğüm sevgili aileme ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hasta ve bakım verenlere sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Derya BIÇAK



ÖZET

Kanserli hasta ve bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi

Amaç: Araştırma kanserli hasta ve bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma ilişkisel tanımlayıcı olarak, Haziran 2015- Temmuz 2016 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini İnönü Üniversitesi TÖTM onkoloji kliniklerinde yatan, 1454 yetişkin hasta ve bakım veren oluşturmuştur. Örneklemi; TÖTM onkoloji servislerinde yatan, araştırmaya alım ölçütlerine uyan, evreni bilinen örneklem büyüklüğü formülü kullanılarak belirlenen 304 kanser hastası ve 304 bakım vereni oluşturmuştur. Ancak hata payını azaltmak amacıyla 318 hasta ve 318 bakım veren ile araştırma tamamlanmıştır. Verilerin toplanmasında Hasta Tanıtıcı Anket Formu, Bakım Veren Bireyi Tanıtıcı Anket Formu, ÇBASDÖ ve Rolls Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizinde sayı, yüzde, Kruskal Wallis, ANOVA ve Korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmada kanserli hasta ve bakım verenlerin sosyal destek düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırmada, hastalık süresi, hastalık tanısı, bakım verme süresi gibi faktörlerin hasta ve bakım verenlerin sosyal destek düzeylerini etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$). Araştırmada kanserli hastaların yaşam kalitesinin yüksek, bakım verenlerin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Hastalık tanısının hastaların yaşam kalitesini etkilemediği, hastalık ve bakım verme süresinin her iki grubun da yaşam kalitesini etkilediği saptanmıştır.

Sonuç: Sosyal destek düzeyi artıkça kanserli hasta ve bakım verenlerin yaşam kalitesi düzeyinin arttığı belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda hasta ve bakım verenlerin yaşam kalitesini artırmak için sosyal destek kaynaklarının artırılması, hemşireler tarafından desteklenmesi ve danışmanlık programlarının artırılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Bakım Veren, Hemşire, Kanser, Sosyal Destek, Yaşam Kalitesi

ABSTRACT

Determining the relationship between perceived social support and quality of life of cancer patients and their caregivers

Aim: This study is to determine the relationship between perceived social support and quality of life of cancer patients and caregivers.

Material and Method: The study was done between June 2015 and July 2016. The study universe consisted in 1454 adult patients and caregivers who were hospitalized in the İnönü University Turgut Özal Medical Center Oncology Departments. A total of 318 cancer patient and 318 caregivers made up the study sample, a size calculated according to a formula applicable to known study universe. In data collecting; patient and caregiver identification form, Multidimensional Perceived Social Support Scale and Rolls Royce Quality of Life Scale were used. In the evaluation of the data descriptive statistics, number, percentage, Kruskal Wallis, ANOVA and Pearson Correlation test were used.

Results: Within this study it is determined that the social support levels of the cancer patients and their caregivers are high. Within the study it is determined that disease duration, disease diagnosis and duration of caregiving don't affect the levels of social support of patients and their caregivers ($p>0.05$). Within the study it is determined that the diagnosis of the disease doesn't affect the quality of the lives of cancer patients, while the duration of the diseases and caregiving affect the quality of the lives of both groups.

Conclusion: It has been determined that the higher the level of the social support is, the higher the quality of the lives of cancer patients and their caregivers is. In accordance with these result, it can be proposed to improve the resources of social support, support by nurses and increase counseling programs in order to increase the quality of lives of cancer patients and their caregivers.

Key Words: Cancer, Caregiver, Nurse, Social Support, Quality of Life

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HRT	: Hormon Replasman Terapisi
RT	: Radyoterapi
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TÖTM	: Turgut Özal Tıp Merkezi

TABLULAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	18
Tablo 4.2. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	19
Tablo 4.3. Hastaların ÇBASDÖ ve Rolls Royce Yaşam Kalitesi Ölçeğini Puan Ortalamalarının Dağılımı	20
Tablo 4.4. Bakım Verenlerin ÇBASDÖ ve Rolls Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	21
Tablo 4.5. Hastaların Hastalık Tanıları ile ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	22
Tablo 4.6. Hastaların Hastalık Tanısı ile Rolls Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	23
Tablo 4.7. Hastaların Tanı Süreleri ile ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	24
Tablo 4.8. Hastaların Tanı Süreleri ile Rolls Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	25
Tablo 4.9. Bakım Verenlerin Bakım Verme Süreleri ile ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	26
Tablo 4.10. Bakım Verenlerin Bakım Verme Süreleri ile Rolls Royce Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ..	27
Tablo 4.11. Hastaların ÇBASDÖ ile Rolls Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişki.....	28
Tablo 4.12. Bakım Verenlerin ÇBASDÖ ile Rolls Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması	30
Tablo 4.13. Hasta ve Bakım Verenlerin ÇBASDÖ Arasındaki İlişki.....	31
Tablo 4.14. Hasta ve Bakım Verenlerin Rolls Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişki	32

1. GİRİŞ

Kanser gelişmiş ülkelerde olduğu kadar gelişmekte olan ülkelerde de giderek artan evrensel bir sorundur (1). Yirminci yüz yılın başlarında ölüme neden olan hastalıklar arasında sekizinci sırada yer alırken, günümüzde dünyanın birçok ülkesinde ve Türkiye’de kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır (2).

Önümüzdeki yıllarda yaşlı nüfus oranının artmasına da bağlı olarak kanser sayısında ve kansere bağlı morbidite ve mortalitenin progresif olarak artmaya devam edeceği tahmin edilmektedir (3).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı’nın verilerine göre önceki yıllarda Dünya çapında 14 milyon kişiye kanser teşhisi konulurken, bu rakamın 2030 yılında 26 milyonunun üstünde olacağı tahmin edilmektedir (4).

2014 yılı kanser istatistiklerine göre ülkemizde her yıl yaklaşık 97 bin erkek ve 62 bin kadına kanser teşhisi konulmaktadır (5).

Son dönemlerde geliştirilen tedavi yöntemleriyle hastaların yaşam sürelerinin uzatılması ve daha kaliteli yaşamaları hedeflenmektedir (6). Ancak tedavinin yan etkileri ile birlikte kanserin de neden olduğu diğer sorunlar sonucunda hastalarda fiziksel rahatsızlıkların yanı sıra, psikososyal sorunlar da gözlenir ve hastaların yaşam kaliteleri önemli derecede etkilenir (6, 7). Bu nedenle hastaya verilen tıbbi tedavinin yanında sosyal desteğin de profesyonel düzeyde verilmesi gerekmektedir (8).

Yapılan bir çalışma sonucunda kanserli bireylere sağlanan sosyal desteğin onların durumları ile baş etmelerinde önemli bir role sahip olduğu gösterilmiştir (6). Benzer şekilde Doğan’ın yapmış olduğu çalışma sonucunda elde edilen bulgulara göre, sosyal destek, iyilik hali ve psikolojik belirtiler arasında anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir (9).

Rehse ve Pukrop psikososyal girişimlerin yaşam kalitesi üzerine etkisini inceleyen çalışmasının sonucunda psikososyal girişimlerin hastaların yaşam kalitelerini iyileştirdiğini saptamışlardır. Yine aynı çalışmada kanserli hastalarda destek sağlamanın yaşam kalitesini geliştirdiğine ilişkin bulgular saptamışlardır. Kanser teşhisi konulan

hastalarda, kanser destek gruplarının anksiyete ve depresyonu azaltmada, yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde etkili olduğu bulunmuştur (10).

Kanserin kronik bir hastalık olması nedeniyle bakım verenlerin de sorumlulukları ve sorunları artabilmekte, bunun sonucunda yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenebilmektedir (11). Kanserli hastaya bakım verenler; hastalarının bakımı süresince sosyal yaşamlarında sınırlılık, hastalarını kaybetme korkusu, hastalığın getirdiği ekonomik giderlerin karşılanmasında güçlükler, fiziksel ve mental sağlıklarının bozulması gibi birçok sorunla mücadele etmek zorunda kalabilirler (12).

Given ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmanın sonucunda kanserli hastalara bakım verenlere yönelik destekleyici uygulamaların, bakım verenlerin emosyonel stres düzeylerini azalttığını bulunmuştur (13). Sosyal destek bakım veren bireylerin yaşadığı stresi azalttığı gibi hastaların yaşam kalitelerinin de artmasını sağlayacaktır (14). Bundan dolayı bakım verenlerin, bakım verirken aldıkları sosyal destek durumu yaşadıkları sorunlarla baş edebilmesi açısından büyük bir öneme sahiptir (1).

Hemşirenin, kanserin hasta ve bakım verenlerin yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirilmesi onların genel sağlık anlayışlarını, esenliklerini, fonksiyonel yeteneklerini geliştirebilecek bakım programlarının seçilmesini sağladığından hastalığa uyumu artırır ve yaşam kalitesi yükselebilir (15). Bu bağlamda onkoloji hemşireliğinde, kanserli hasta ve bakım verenlerin sorunlarının ele alınması ve sosyal destek kaynaklarının artırılması ile hasta ve bakım verenlerin yaşam kalitesi olumlu yönde etkilenecektir. Literatürde, kanserli hasta ve bakım verenlerin sosyal destek ve yaşam kalitesi ilişkisini inceleyen çalışmalara rastlanmamaktadır. Bu nedenle araştırma kanserli hasta ve bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanserin Tanımı ve Karsinogenezis

Kanser, hücre büyüme ve bölünmesini kontrol eden genlerin hasar görmesi ile meydana gelen kritik ve kompleks bir hastalıktır (16). Bir veya daha fazla etiyolojik ajanın etkisiyle normal hücrede genetik değişiklikler meydana gelir. DNA’ında yanlış genetik kodu içeren yeni hücre üremeye başlayarak kontrolsüz bir şekilde hücre üretimi ve gelişimi başlar (17). Oluşan hücre çoğalarak ‘tümör’ ya da ‘kanser’ olarak da bilinen yeni bir yapının gelişmesine neden olur. Malign tümörler geliştiği bölgeyi kavrayan, hızla çoğalıp çevre dokulara infiltre olan, kan ve lenf yolu ile uzak organlara metastaz yapan oluşumlardır (18, 19). İster kalıtsal isterse çevresel etkenlerin oluşturduğu değişiklikler sonucunda olsun, karsinogenezdeki temel mekanizmaların özünde, hücredeki öldürücü olmayan genetik zedelenme bulunur (20).

Kanser oluşum sürecinde birbirine zıt etkilerle işlev yapan onkogenler ve tümör supresör genler rol oynar (21). Onkogenler kanser hücrelerinde otonom hücre büyümesini hızlandıran genlerdir. Bunlar, normal hücrelerde bulunan protoonkogenlerin mutasyonu ile meydana gelir ve hücre çoğalmasını hızlandırırlar. Buna karşın bütün hücrelerde spesifik onkogenlerin aktivasyonlarını süprese eden antionkogenler bulunur. Bu antionkogenlerin kaybı veya inaktivasyonu, onkogenlerin aktivitelerine neden olur ve kanserin oluşumu gerçekleşir (22). Yani karsinogenezis, hücresel denetim ve yönetim mekanizmalarının tek tek devre dışı kalmasıyla kontrolsüz hücre çoğalması, çevre dokuları invazyonu ve uzak organlara metastaz sürecini kapsar (23).

2.2. Kanser Epidemiyolojisi

Kanser gelişmiş ülkelerde olduğu kadar gelişmekte olan ülkelere de giderek artan evrensel bir sorundur (1). Yirminci yüzyılın başlarında ölüme neden olan hastalıklar arasında sekizinci sırada yer alırken, günümüzde dünyanın çoğu ülkesinde ve Türkiye’de kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada bulunmaktadır (2).

Önümüzdeki yıllarda yaşlı nüfus oranının artmasına da bağlı olarak kanser sayısında ve kansere bağlı morbidite ve mortalitenin progresif olarak artmaya devam edeceği öngörülmektedir (3).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre önceki yıllarda dünya çapında 14 milyon kişiye kanser teşhisi konulurken, bu rakamın 2030 yılında 26 milyonunun üstünde olacağı öngörülmektedir. DSÖ'ye göre kanserde görülen bu artışın üç temel sebebi; yaşlı nüfustaki artış, tütün kullanımı ve obezite salgını olarak gösterilmiştir (4, 5).

2014 yılı kanser istatistiklerine göre ülkemizde her yıl yaklaşık 97 bin erkek ve 62 bin kadına kanser teşhisi konulmaktadır. Erkeklerde en çok görülen kanser türü akciğer kanseridir. Bu da tütün ve tütün ürünleriyle ilişkili olarak yaklaşık 39.895 yeni kanser vakasına sebep olmaktadır. Kadınlarda ise en çok görülen kanser türü meme kanseridir. Ülkemizde kadınlarda görülen kanser türlerine bakıldığında meme kanserinin %25 oranında olduğu bilinmektedir (4, 5).

2.3. Kanser Etiyolojisi

Kanserin nedeni ve oluş mekanizması tam olarak bilinmemektedir. Kanser multifaktöryel olup, bakterilerden virüslere, radyasyondan kalıtıma, çevresel faktörlerden beslenme alışkanlığına ve kimyasallara kadar birçok faktör kanser oluşumunda rol oynamaktadır (24). Çoğu kanserlerin ortaya çıkışında çevresel faktörlerin etkisi varken yalnızca %1'i genetik taşınım ile oluşur. Kanserlerin geriye kalan %99'luk oranı insanların yeme içme alışkanlıkları, çalışma şartları, yaşam koşulları, maruz kaldıkları radyasyon ve kanserojen kimyasallara bağlıdır (16). Genel olarak kanser etiolojisinde yer alan nedenler bazı alt gruplar altında değerlendirildiğinde;

2.3.1. Fiziksel Faktörler

Bunlar arasında en büyük rolü çeşitli tipteki radyasyonlar oynamaktadır (25). Bu grup içinde iyonize radyasyon; radyoaktif etkenler, noniyonize radyasyon, X ışınları, güneşteki ultraviyole, mekanik darbeler veya tütün kullanımı sayılabilir (19, 24). İnsan vücuduna olan etkileri lokal doku nekrozundan başlayıp, genetik hasarlara, kanser ve hücre ölümüne kadar devam eder (22).

2.3.2. Çevresel Faktörler

Çevrede bilinen olası ve muhtemel pek çok karsinojen madde bulunur ve tüm insanlar vücutlarında bu maddelerin izleri taşımaktadırlar. Çevresel hava kirliliği kanser ve çeşitli sağlık problemlerinin neni olarak bilinmektedir (18).

2.3.3. Kimyasal Faktörler

İnsanlar için kanserojenik açıdan en büyük tehdittir (25). Ultraviyole ışınları, radyasyon, egzoz gazı, benzen, asbestos, krom, katran ve kömürün yanma ürünleri gibi ajanlarla karşılaşma kanser oluşumuna yol açabilmektedir (19).

2.3.4. Virüsler ve Bakteriler

Bunlar arasında HHV-8 (İnsan Papilloma Virus) virüsü ile Kaposi sarkoma kanseri, helicobacter pylori ile mide kanseri, epstein-barr virüsü ile burkitt lenfoması, hepatit B virüsü ile hepatosellüler karsinoma örnekleri verilebilir (22, 26).

2.3.5. Sigara

Sigara dumanında 7000 üzerinde kimyasal madde bulunmuş ve bunun en az 250'si karsinojen olarak saptanmıştır. Tütün ve ürünlerin tüketimi sadece akciğer kanserine neden olmaz aynı zamanda larenks, farenks, özefagus, mide, mesane, pankreas kanserleri riskini de arttırmaktadır (26).

2.3.6. Alkol

Alkol Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı tarafından 2007 yılında kanserojen olarak sınıflandırılmıştır. Kronik alkol kullanımı ağız, yemek borusu, meme kanseri riskini artırdığına dair güçlü kanıtlar mevcuttur (27).

2.3.7. Diyet

Doymuş yağdan zengin beslenme; barsak, meme, prostat kanseri gelişiminde rol oynar. Hayvansal protein; kırmızı et tüketimi meme ve barsak kanseri riskini artırır. Obezite meme, kolon, endometrium, yemek borusu ve böbrek kanseri riskini artırır (28).

2.3.8. Genetik

Bazı ailelerde kanser daha sık görülmektedir. Bunun nedeni bu ailelerde protoonko genlerin aktif olmasına ve tümör süpressör genin baskılanmasına bağlıdır. Kanser olguların %5'inden genetik faktörler sorumlu tutulmaktadır (28).

2.3.9. İmmunolojik Faktörler

İmmün sistem tümör oluşumunu denetlemekte, immün cevap baskılandığı zaman kanser oluşumu artmaktadır. İmmün sistemi baskılayıcı ilaç kullananlarda, yenidoğan ve yaşlılık dönemlerinde tümör oluşumu riski artmaktadır (29).

2.3.10. Diğer

Yaş, cinsiyet, coğrafi konum, kimyasal ajanlar, ırk, stres, yoksulluk, madde kullanımı, güneşe maruziyet, ilaçlar ve hormonlar da kanser riskini artırabilir (15).

2.4. Kanserin Belirtileri

Kanser kontrolsüz büyüme ve anormal hücre yayılmasının kapsayan bir hastalık grubudur (30). Tümör hücreleri karsinojenik etkiyle maling potansiyel kazanıp kontrolsüz çoğalmaya başlayana kadar epeyce uzun ve sessiz bir dönem geçirirler (31). Tümörün sistemik etkileri bulunduğu organa ve metastaz yapma durumuna göre değişir (19). Kanserin belirtileri çok çeşitlidir fakat çeşitliliğine karşın bazı ortak bulgular görülebilir:

- Vücudun herhangi bir yerinde şişlik
- Ses kısıklığı veya belirli bir sebebi olmayan sürekli öksürük
- Baş ağrısı, kol ve omuz ağrısı, kemik ağrısı, göğüs ağrısı,
- Sarılık
- İyileşmeyen veya iyileşmesi geciken yara
- Ben ve siğillerdeki değişiklikler
- Olağan dışı kanama veya sıvı gelmesi
- Yutma güçlüğü ve hazım bozuklukları
- İdrar ve dışkılama alışkanlıklarında değişiklikler
- Nedeni bilinmeyen ateş, iştahsızlık ve zayıflama (19, 29).

2.5. Kanserden Korunma ve Tanı

Yüksek morbidite ve mortalitesi nedeniyle kanserden korunma ve erken teşhis büyük önem taşımaktadır (32). Literatürlerde kanserden korunma üç basamakta ele alınmaktadır.

2.5.1. Birincil Korunma

Kanser oluşmadan önce hastalıkla ilgili risk faktörlerinin yok edilmesi ya da bu risk faktörlerinin vücutta oluşturacağı hasarların onarılması ile kanser olgularının engellenmesi esasına dayanan yöntemleri içerir (32, 33).

2.5.2. İkincil Korunma

Erken tanı ve prekanseröz lezyonların invaziv olmadan tedavi edilmesini amaçlar. Risk altında olan grupların taranmasıyla asemptomatik hastaların erken teşhisi gerçekleştirilerek kanserden korunma hedeflenir (34, 35).

2.5.3. Üçüncül Korunma

İnvaziv kanserin tedavisi için uygun yöntemler, kanser gelişimini önleyen ilaçlar tercih etme, hastalarda sakatlık gelişme riskini düşürme ve rehabilitasyon hedeflenir. Bu hedefe ulaşmak için hastalara uygun tedavi yöntemini uygulama, palyatif bakım verme, izleme ve değerlendirme gereklidir (33, 35).

2.6. Tanı Yöntemleri

Kanser, gelişimi uzun süren bir hastalıktır ve erken evrelerde teşhis edilmesi tedavisinde kolaylıklar sağlar (16). Kanser teşhisinde kullanılan tanı yöntemleri; biyokimyasal tetkikler, akciğer grafisi, tümör marker çalışmaları, görüntüleme yöntemleri, sitolojik çalışmalar, histopatolojik incelemeler, radyoisotop taramalar ve genetik incelemelerdir (15, 17, 19).

2.7. Kanser Tedavisi

Tedavideki amaç hastalığı iyileştirmek, ömrü uzatmak ve tanıdan sonra kalan dönemdeki yaşam kalitesini iyileştirmektir (36). Kanser tedavisi yöntemleri genel olarak cerrahi, kemoterapi, radyoterapi, immünoterapi, hormon tedavisi ve lazer tedavisi olarak sıralanabilir (37-39).

2.7.1. Cerrahi

Kanserde cerrahi müdahale, fonksiyon kaybına yol açan doku ve etrafındaki tümör ve lenf nodlarını çıkarmaktır. Hedef tümörü, hatta çoğu zaman lenf bezleriyle birlikte tamamen alarak o bölgede geriye kanserli doku bırakmamaktır (15, 26, 40).

2.7.2. Kemoterapi

Kemoterapi, hastanın normal hücrelerine zarar vermeksizin, kontrolsüz çoğalan hücrelere karşı seçici öldürücü etkileri bulunan, doğal veya sentetik, kimyasal ve biyolojik ajanlar ile uygulanan tedavi yöntemidir (41). Hastalığın histopatolojik tanısının konulduktan ve evresi belirlendikten sonra küratif ya da palyatif amaçlı olarak yapılır (42).

2.7.3. Radyoterapi

Radyoterapi (RT), kanserli hücreleri ortadan kaldırmak amacıyla iyonizan radyasyon ile uygulanan bir tedavi tekniğidir (43). RT'nin uygulanma amacı cerrahinin uygulanamadığı zamanlarda definitif veya cerrahi sonrası belirli kriterlerin varlığında adjuvan olarak uygulanmaktadır (44).

2.7.4. İmmünoterapi

İmmünoterapi, kanser tedavisinde immün sistemin uygun yöntemlerle aktive edilip kullanılmasıdır (45). İlaçların etkisiz olması sebebiyle semptomların kontrol altına alınmasında zorluklar yaşanan, çoklu ilaç kullanımını gerektiren veya ilaç kullanımını kabul etmeyen hastalarda uygulanır (46). İmmünoterapinin amacı, sisteme ait hücrelerin, kanser hücrelerini hedef alarak ortadan kaldırmaktır. Bu da temel olarak üç yöntemle sağlanabilir.

1. Birinci yöntem üretilen proteinler ile hastaların aşılmalıdır.
2. İkinci yöntem terapi için spesifik antikorların hastaya verilmesi ile gerçekleşir.
3. Üçüncü yöntem ise hastaya sitotoksik T lenfosit ya da dendritik hücreler gibi immün sistem hücrelerinin transfer edilmesine dayanır (45).

2.7.5. Diğer Tedavi Yöntemleri

Hormon Tedavisi: Hormon Replasman Tedavisi (HRT) ilk olarak 70 yıl önce kullanıma sunulmuş ve kullanımı son 20 yılda giderek artmıştır (47). Yürütülmüş çalışmaların sonuçları, HRT'nin lipit profilini düzelttiğini, kemik mineral yoğunluğunu arttırdığını göstermektedir. Bunun yanı sıra yapılan çalışmalar HRT ile osteoporoz ve kırık riskinde azalma, meme kanseri riskinde artma olarak bildirilmektedir (48).

Kemik İliği Transplantasyonu: Görev yapmayan iliği uyarmak ya da kemik iliğini değiştirmek için genellikle radyasyon ya da kemoterapi ile birlikte kullanılmaktadır. Genellikle pelvisten elde edilir, sonra dondurulur ve nakle kadar saklanır. Nakilden önce ilk olarak bağışıklık sistemi baskılanır ve daha sonra kemik iliği santral kateterlerle İV yol ile transfüzyon edilir (15, 49).

2.8. Kanserde Hemşirelik Yönetimi

Kanser hastalığının adı, adının verdiği korku, tedavinin yan etkileri, hastalık sürecinde yaşanabileceklerin yarattığı stres ve gelecek kaygısı, hasta ve bakım verenlerin yaşam kalitesini önemli derecede etkilemektedir (37). Kanser gibi mortalitesi yüksek olan hastalıkların çoğu günümüzde modern araç-gereç kullanımı ile kontrol edilebilmekte ve palyatif tedavilerle yaşam süresinin uzaması sağlanılmaktadır (50, 51). Ancak kullanılan yöntem çeşidine bağlı olarak tedavinin yan etkilerinin yanı sıra, kanserin de neden olduğu problemler sonucu hastalar depresyon, anksiyete, yorgunluk, ağrı, benlik kavramında değişme, seksüel fonksiyon bozukluğu gibi semptomlar yaşarlar (52). Bu durum çok boyutlu bir olgudur; hastanın ve bakım verenin fiziksel, duygusal, entelektüel, sosyal ve ruhsal fonksiyonlarını azaltmakta, çevresiyle etkileşimini, üretkenliğini, denge durumlarını bozabilmekte ve bir yaşam, kimlik ve varoluş krizi yaratabilmektedir (53). Tüm bunlar onların geleceğe yönelik beklenti ve planlarını, yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkiler (52).

Bu bağlamda, kanserli hasta ve ailesine sağlanacak hizmette önemli role sahip olan hemşirelerin kanserli bireylere ve ailelerine bakım verme, hastalığa ilişkin tepkiler, tepkilerle başa çıkmada destekleme, hastalık sürecinde hasta ve aileye yardım konularında donanımlı olmaları gerekmektedir (50). Çünkü hemşireler holistik bakım anlayışıyla 24 saat hasta ile birlikte dirler ve hastaların davranışlarındaki değişiklikleri

gözlemlene, açıklanamayan zor durumları fark edebilme açısından önemli konumdadırlar (53).

Onkoloji birimlerinde çalışan hemşireler, diğer hemşirelik fonksiyonlarının yanı sıra onkoloji hastalarında tedavinin neden olduğu etkileri kontrol altına alma gibi önemli bir görevi taşımaktadırlar (54). Son yıllarda kanser tedavisi ve bakımındaki ilerlemelerle birlikte onkoloji hemşirelerinin görev ve sorumlulukları da değişmekte ve gelişmektedir (55). Onkoloji hemşirelerinin rol ve sorumlulukları içinde; ayaktan tedaviden uzun süreli bakıma kadar semptomların kontrolünü sağlama, radyoterapi ve kemoterapi sürecinde hastanın değerlendirilmesi, destek bakımın sunulması, birey ve ailesini sistematik olarak değerlendirme ve bakımın koordinasyonu yer almaktadır (55, 56).

Kanserin önlenmesinde, erken tanınmasında, tedavisi ve hastaların bakımının sürdürülmesinde, hemşirenin kanserin türünü, görülme sıklığını ve epidemiyolojisini bilmesi gereklidir (57). Nitelikli bir hemşirelik bakımı; hastalıkla meydana gelen önemli stresörlerle hastanın başa çıkmasına yardım etmeyi hedefler. Bu sebeple öncelikle yaşam kalitesini koruma, geliştirme, iyileştirme ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek ve sonrasında da bu sorumlulukları yerine getirme önemli hemşirelik fonksiyonlarıdır (58).

Kanser hastaları ile çalışan hemşireler onlara ve ailelerine yardım etmek için kendilerini geliştirmelidirler (59). Bireye özgü hemşirelik bakımını planlamalı, semptomların sıklığı ve hastaların hissettiği rahatsızlık şiddetini ve bireysel farklılıkları göz önünde bulundurmaları gerekmektedir (60). Aynı zamanda bakım verenleri eğitmeli desteklemeli ve bakım verme yüklerini azaltmalıdır (18).

Kanserli bireylerin bakımında göz ardı edilmemesi gereken en önemli unsur hasta ve yakınlarının hastalığın her aşamasında bilgilendirilmesidir. Ailenin ve bakım verenin hastalıkla ilgili yeterli bilgiye sahip olması, hastalıkla ilgili belirsizliklerin ortadan kalkmasını ve hastalarına daha kaliteli bakım verebilmelerini sağlayacaktır (61).

Hastanın hayatı boyunca sürecek ve yaşam süresini de olumsuz yönde etkileyebilecek bir hastalığı olduğu için ona bakım verenlerin ve aile üyelerinin hastalığı kabul etmeleri ve uyum sağlamaları gerekmektedir (6). Sonuç olarak, kanserli hastalara

bakım veren hemşireler, hasta ve bakım verenlerine yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanmasında kendilerini geliştirmelidirler (59).

2.9. Kanser Hastalarında ve Bakım Verenlerde Sosyal Destek

Kanser dünyada olduğu gibi ülkemizde de nedeni bilinen ölümler sıralamasında kalp ve damar hastalıklarından sonra ikinci sırada gelmektedir (51, 62). Kanser tanısı, hasta ve hasta yakınları ve toplum için ciddi sorunları beraberinde getirmektedir (51, 63). Kanserle tanılanmış birey, o güne kadar hayatını sürdürmede ve sorunlarını gidermede kullandığı baş etme mekanizmalarının artık yetersiz olduğunu hisseder (63). Hastalar yalnızlık, terk edilmişlik ya da desteksiz bırakılma hissine kapılabilirler (18). Bundan dolayı kanserli bireyler için herhangi bir sosyal desteğe sahip olma hastalıkla mücadele sürecinde oldukça önemlidir (63).

Sosyal destek kanser hastalarında önemli bir koruyucu faktör olarak fiziksel ve psikolojik sağlık üzerinde olumlu etkilere sahiptir (64). Bireyin stresli yaşam güçlükleriyle baş etmesine yardım eder ve işlev bozukluğunun derecesine göre bireyin sorunları daha kolay kontrol altına almasını sağlar (65, 66).

Kanserde sosyal desteğin kapsamını genelde, aile üyeleri, yakın çevre (arkadaşlar, akrabalar) ve sağlık bakım ekibi oluşturur (67). Literatür incelendiğinde, sağlık bakım ekibinin önemli bir üyesi olan hemşireler tarafından verilen desteğin kanser hastalarının tedavisinde kişisel bağımsızlıklarını ve yaşam kalitelerini artırdığı görülmektedir (68-70).

Kanser sadece hastaları değil aynı zamanda bakım verenleri de olumsuz yönde etkilemektedir (71). Bakım verici konumunda olmak, bireye alıştığı dışında roller ve sorumluluklar yükler (72). Kanserli hastaya bakım verenler; hastalarının bakımı süresince sosyal yaşamlarında sınırlılık, hastalarını kaybetme korkusu, hastalığın getirdiği ekonomik giderlerin karşılanmasında güçlükler, fiziksel ve mental sağlıklarının bozulması gibi birçok sorunla mücadele etmek zorunda kalabilirler (12).

Sosyal destek hastalarda olduğu gibi bakım veren bireyler için de oldukça önemli bir faktördür (73). Shieh ve arkadaşları kolorektal kanserli hastalara bakım verenlerle yaptıkları çalışmalarında; sosyal destek kaynakları yetersiz olan bakım vericilerin daha fazla bakım yükü hissettiklerini saptanmıştır (2).

Sonuç olarak sağlığı koruyan ve geliştiren bir sistem olan sosyal desteğin kanser hastalarının ve bakım verenlerin hastalık sürecine bağlı yaşayabilecekleri sıkıntılarını azaltılması ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi için sosyal destek kaynaklarının artırılması önemlidir (66).

2.10. Kanser Hastalarında ve Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi

Kanser, günümüzde hasta ve yakınlarının yaşam dengelerini, sosyal, psikolojik, ekonomik vb. her türlü alanda alt üst edebilen iyileşme ve şiddetlenme dönemleriyle seyreden kronik bir hastalıktır (8). Kanser tanısı ile birlikte hastayı ve ailelerini uzun ve zor bir süreç beklemektedir. Çünkü kanseri kabullenme ve tedavi süreci onlar için oldukça zor deneyimlerdir (74). Hem hastalığın kendisi hem de uygulanan tedavi yöntemlerinin etkisi nedeniyle, bireyler yaşamlarında ciddi ve yoğun sağlık sorunları yaşarlar ve yaşam kaliteleri önemli ölçüde etkilenir (52).

Kanser, hasta ve ailesini fiziksel ve duygusal olarak etkilediğinden hasta ve yakınları ölüm korkusu ve hastalığın seyri hakkında belirsizlikler gibi üzüntü verici duygularla karşı karşıya kalırlar. Kanserle karşı karşıya gelmek bireyde uyku bozuklukları, hayatta kalma konusunda aşırı endişelenme ve depresif duygu durum gibi önemli psikolojik stres ve psikiyatrik semptomlara yol açabilir. Bu belirtiler genellikle düşük yaşam kalitesi ile ilişkilidir (75). Bu nedenle bakımda en önemli konulardan biri hasta ve bakım vericilerin yaşam kalitelerinin artırılması ve sürdürülmesidir (76).

Kanser tanısı sonrası gelişen sorunlar fiziksel hastalığın şiddetini, seyrini ve yaşam kalitesini etkiler (18). Fleming ve ark. kanser hastaları ile bakım verenlerin sağlık bakım kalitesine ilişkin benzer algılar paylaştığını ifade etmişlerdir. Ayrıca her iki grupta da orta düzeyde depresyon saptamışlardır (77).

Bektaş ve Akdemir kanser tanısı alan ve tedaviye başlayan hastaların; emosyonel, fiziksel, ekonomik ve sosyal dengelerinin bozulduğunu ve yaşam kalitelerinin düştüğünü saptamışlardır (78). Yakar ve Pınar da hasta yakınlarının tamamının sağlık sorunları yaşadıklarını ve yaşam kalitelerinin oldukça düşük olduğunu belirlemişlerdir (2).

Kanserli bireylerin ve bakım verenlerin sağlık durumları bu süreçte olumsuz etkilendiği için yaşam kalitelerini iyileştirmeye yönelik sağlık personeli tarafından

belirli aralıklarla fiziksel, sosyal ve psikolojik yönden değerlendirilmeli ve bu açıdan desteklenmelidirler (79-81). Kanseri teğhisi konulan hastalarda, kanser destek gruplarının yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde etkili olduğu bulunmuştur (10).

Kanser hastaları ve hasta yakınları için hastalığın yaşam kalitesini nasıl etkilediğini bilmek ve etkileyen faktörleri değerlendirmek son derece önemlidir (82). Kanserin hasta ve bakımı verenin yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi onların esenliklerini, fonksiyonel yeteneklerini, genel sağlık anlayışlarını geliştirebilecek bakım programlarının düzenlenmesi sağlar. Böylece, hasta ve bakımı verenin hastalığa uyumu artarak yaşam kalitesi yükselebilir (83).



3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, ilişkisel tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nde (TÖTM) bulunan Medikal Onkoloji Servisi ve Radyasyon Onkoloji Servisi'nde yatan hastalarla Haziran 2015 - Temmuz 2016 tarihleri arasında yapıldı.

Araştırmanın yürütüldüğü yer olan İnönü Üniversitesi TÖTM Medikal Onkoloji Servisi 26 yatak; Radyasyon Onkoloji Servisi 20 yatak kapasitesine sahip olup; yataklar hemen her zaman doludur. Medikal Onkoloji ve Radyasyon Onkoloji Servisinde 3'er öğretim üyesi görev yapmaktadır. Medikal Onkoloji Servisinde gündüzde ve gecede 2'şer olmak üzere toplamda 10 hemşire; Radyasyon Onkolojisinde ise gündüzde 3, gecede 1 olmak üzere toplamda 8 hemşire görev yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İnönü Üniversitesi TÖTM onkoloji kliniklerinde yatan, 1454 yetişkin hasta ve bakım vereni oluşturmuştur.

Örneklemini ise; TÖTM onkoloji servislerinde yatan, araştırmaya alım ölçütlerine uyan, evreni bilinen örneklem büyüklüğü formülü kullanılarak belirlenen 304 kanser hastası ve 304 bakım vereni oluşturmuştur. Ancak hata payını azaltmak amacıyla araştırma 318 hasta ve 318 bakım veren ile tamamlanmıştır.

$$N.t^2.p.q$$

$$n = \frac{N.t^2.p.q}{d^2.(N-1)+t^2.p.q}$$

N: Evren

n: Örneklem

t: Tablo değeri

p: Görülme sıklığı

q: Görülmeme sıklığı

d: Standart sapma

Araştırmaya Alınma Kriterleri;

- En az 6 aydır kanserle tanılanmış hastalar,
- Sözel iletişim kurabilen hastalar ve bakım verenler,
- Hastaların bakımından primer sorumlu en az 6 aydır bakım veren kişiler,
- Tanılanmış psikiyatrik hastalığı bulunmayan hasta ve bakım verenler

araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırmaya katılmayı kabul eden hasta ve bakım verenler evrenden olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilmiştir.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri Ocak-Nisan 2016 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmacı, örneklem grubuna alınması planlanan hasta ve bakım veren sayısına ulaşmaya kadar haftanın iki günü (Çarşamba-Perşembe) çalışma saatleri içinde onkoloji kliniklerinde bulunarak, araştırmaya alınma kriterlerini taşıyan her hasta ve bakım verenden hasta odalarında yüz yüze görüşme tekniği ile verileri toplamıştır. Her bir görüşme ortalama 20-30 dk sürmüştür.

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Veriler araştırmacı tarafından oluşturulan Hasta Tanıtıcı Anket Formu (EK-1), Bakım Veren Bireyi Tanıtıcı Anket Formu (EK-2), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (EK-3) ve Rolls Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK-4) kullanılarak toplanmıştır.

3.4.1.1. Hasta Tanıtıcı Anket Formu (Ek-1)

Hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma ve gelir durumu, hastalığın tipi, süresi ile ilgili tanıtıcı özelliklerini içeren toplam 7 sorudan oluşmaktadır.

3.4.1.2. Bakım Veren Bireyi Tanıtıcı Anket Formu (Ek-2)

Bakım verenlerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma ve gelir durumu, hastaya yakınlık derecesi, bakım verme süresi ile ilgili tanıtıcı özelliklerini içeren toplam 8 sorudan oluşmaktadır.

3.4.1.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Ölçek Zimet ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiş ve Eker ve Arkar (1995) tarafından ülkemizde geçerliği ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçek 12 maddeden oluşmaktadır. Desteğin kaynağına yönelik 3 alt grubu içerir ve her biri 4 maddeden oluşmaktadır. Bu alt gruplar; aile (3, 4, 8, 11), arkadaş (6, 7, 9, 12) ve özel bir insandır (1, 2, 5, 10). Her bir maddeye 1-7 arasında puan verilir. Alt ölçekteki her dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı elde edilir ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilir. Alt ölçeklerde alınabilecek en az puan 4, en yüksek puan 28'dir. Ölçeğin tamamından elde edilecek en az puan 12, en yüksek puan ise 84'tür. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. ÇBASDÖ ve alt ölçek puanlarının iç tutarlığı Cronbach alpha katsayıları = 0.80-0.95'dir (84-87). Bizim araştırmamızda ölçeğin Cronbach alfa değeri hastalarda 0.936 iken bakım verenlerde 0.929 bulunmuştur.

3.4.1.4. Rolls Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek-4)

Rolls-Royce modeli yaşam kalitesi ölçeği 1986 yılında Guyatt ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Ölçek; genel iyilik, fiziksel semptom ve aktivite, iştah durumu, algılama fonksiyonu, uyku bozukluğu, seksüel fonksiyon, tıbbi etkileşim (profesyonel yardıma gereksinim) sosyal ilişkiler ve iş performansı olarak değerlendirilen 8 başlıkta ve toplam 49 soru ile hazırlanmıştır. Özyılkan ve arkadaşları (1995) tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ve 42 soruluk son şekli oluşturulmuştur. Ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0.996 olarak bildirilmiştir. Bizim araştırmamızda ölçeğin Cronbach alfa değeri hastalarda 0.914 iken bakım verenlerde 0.921 bulunmuştur.

Ölçekteki her soru 5 seçenek ile değerlendirilmiştir. Bu seçenekler olumlu sorular için 5, 4, 3, 2, 1 ve olumsuz sorular için 1, 2, 3, 4, 5 olarak puanlandırılmıştır. 1, 4, 5, 9, 10, 11, 16, 20, 22, 24, 27, 29, 31, 33, 35, 40, 42 numaralı sorular olumlu, diğerleri olumsuz olarak değerlendirilmiştir. Alınan toplam puanın yüksek olması, yaşam kalitesinin yüksek olduğunu göstermektedir. Rolls-Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin 8 boyutta 42 soruya göre dağılımı aşağıdaki gibidir:

1. Genel iyilik 1, 5, 14, 22, 24, 26, 42
2. Fiziksel semptom ve aktivite 2, 3, 4, 8, 11, 23, 27, 29
3. Uyku bozukluğu 9, 17, 28

4. İştah 10, 30
5. Seksüel fonksiyon 16, 21, 25, 34
6. Algılama fonksiyonu 15, 32, 35, 37, 39, 41
7. Tıbbi etkileşim 7, 12, 18, 33
8. Sosyal ilişkiler ve iş performansı 6, 13, 19, 20, 31, 36, 38, 40 (57, 74, 88).

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi araştırmacı tarafından kodlandıktan sonra SPSS (Statistical Packet for the Social Science) 17.0 istatistik paket programında yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistik olarak sayı, yüzdeler, ortalama ve standart sapma, veri özelliklerine göre parametrik ve nonparametrik yöntemler (Kruskal Wallis Varyans, Varyans Analizi (ANOVA) ve Pearson Kolerasyon testi) kullanıldı. Yanılgı düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma yapılmadan önce İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nden yazılı izin (EK-6) ve İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurul Başkanlığı'ndan etik onay alındı (EK-7). Araştırmada yer alan hasta ve bakım verenlere çalışmanın adı, planı, amacı, süresi ile ilgili bilgi verilip elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı, araştırmaya katılımın gönüllü olduğu açıklanmış ve onayları alınmıştır.

3.7. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği

Araştırma kapsamına alınan hasta ve bakım verenlerin evrenden olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilmiş olması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Bu nedenle araştırmanın sonuçları bu araştırma grubuna genellenebilir.

4. BULGULAR

Kanserli hasta ve bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmanın bulguları bu bölümde verilmiştir.

Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	S	%
Cinsiyet		
Erkek	168	52.8
Kadın	150	47.2
Medeni Durum		
Bekar	31	9.7
Evli	287	90.3
Eğitim Durumu		
Okur Yazar Değil	70	22
İlköğretim	179	56.3
Lise ve Üzeri	69	21.7
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	42	13.2
Çalışmıyor	276	86.8
Gelir Durumu		
Gelir giderden fazla	24	7.5
Gelir gidere denk	213	67
Gelir giderden az	81	25.5
Hastalık Tanı		
Meme CA	63	19.8
Akciğer ve Solunum Yolları CA	70	22
Gis CA	90	28.3
Üriner Sistem CA	23	7.2
Baş boyun CA	30	9.4
Üreme Organları CA	30	9.4
Hemolitik CA	12	3.8
Tanı Süresi		
6-12 ay	161	50.6
13-36 ay	103	32.4
37 ay ve üzeri	54	17
Yaş	$\bar{X} \pm SS$	
	54.68±13.82	

Araştırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; hastaların % 52.8'inin erkek, % 90.3'ünün evli, % 56.3'ünün eğitim düzeyi ilköğretim, %86.8'inin çalışmadığı, % 67'sinin gelirinin gidere denk olduğu, % 28.3'ünün gastrointestinal sistemleri kanseri olduğu, %50,6'sının hastalık süresinin 6-12 ay olduğu ve hastaların yaş ortalamaların 54.68 ± 13.82 olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	S	%
Cinsiyet		
Erkek	109	34.3
Kadın	209	65.7
Medeni Durum		
Bekar	58	18.2
Evli	260	81.8
Eğitim Durumu		
Okur Yazar Değil	60	18.9
İlköğretim	149	46.9
Lise ve Üzeri	109	34.3
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	84	26.4
Çalışmıyor	234	73.6
Gelir Durumu		
Gelir giderden fazla	29	9.1
Gelir gidere denk	212	66.7
Gelir giderden az	77	24.2
Tanı Süresi		
6-12 ay	156	50.9
13-36 ay	19	32.7
37 ay ve üzeri	98	16.4
Hastaya Yakınlık Derecesi		
Eşim	156	49.1
Çocuğum	19	6
Ebeveynim	98	30.8
Kardeşim	30	9.4
Diğer (Kayna, kuzen, gelin, yeğen)	15	4.7
Yaş	$\bar{X} \pm SS$	
	44.17 \pm 13.06	

Araştırma kapsamına alınan bakım verenlerin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; bakım verenlerin % 65.7'sinin kadın, % 81.8'inin evli, % 46.9'unun eğitim düzeyi ilköğretim, % 73.6'sının çalışmadığı, % 66.7'sinin gelirinin gidere denk olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerin % 49.1'inin hastaya yakınlık derecesi eşi olduğu, %50,9'unun bakım verme süresinin 6-12 ay olduğu ve bakım verenlerin yaş ortalamalarının 44.17 ± 13.06 olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Hastaların ÇBASDÖ ve Rolls Royce Yaşam Kalitesi Ölçeğini Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçekler	$\bar{X} \pm SS$
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyutları	
Aile Desteği	25.08±5.26
Arkadaş Desteği	15.34±7.92
Özel Kişi Desteği	15.24±7.62
Toplam	55.66±17.24
Rolls Royce Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutları	
Genel iyilik	23.33±5.12
Fiziksel semptom ve aktivite	28.76±5.02
Uyku	10.42±3.13
İştah	6.88±2.44
Seksüel fonksiyon	12.88±4.06
Algılama fonksiyonu	17.94±4.20
Tıbbi etkileşim	15.72± 2.47
Sosyal ilişkiler ve iş performansı	22.93±3.47
Toplam	138.89±21.87

Tablo 4.3.'te hastaların ÇBASDÖ ve Rolls Royce Yaşam Kalitesi Ölçeğinden aldıkları toplam ve alt bileşen puan ortalamaları gösterilmiştir. Hastaların toplam sosyal destek puan ortalamaları 55.66 ± 17.24 olup, en yüksek puan ortalamasının aile desteği alt boyutundan 25.08 ± 5.26 olarak alındığı tespit edilmiştir. Hastaların arkadaş desteği puan ortalamaları 15.34 ± 7.92 ve özel kişi desteği puan ortalaması 15.24 ± 7.62 'dir.

Hastaların tüm yaşam kalitesi alanından aldıkları puan ortalaması ise 138.89 ± 21.87 'dir. Yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde, hastaların fiziksel semptom ve aktivite alt boyutu 28.76 ± 5.02 ile yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.4. Bakım Verenlerin ÇBASDÖ ve Rolls Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçekler	$\bar{X} \pm SS$
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyutları	
Aile Desteği	25.06 ± 4.28
Arkadaş Desteği	19.02 ± 7.44
Özel Kişi Desteği	17.75 ± 7.55
Toplam	61.84 ± 15.83
Rolls Royce Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutları	
Genel iyilik	15.42 ± 4.28
Fiziksel semptom ve aktivite	21.06 ± 5.37
Uyku	7.91 ± 2.72
İştah	4.32 ± 1.63
Seksüel fonksiyon	10.13 ± 4.04
Algılama fonksiyonu	14.57 ± 4.78
Tıbbi etkileşim	12.93 ± 2.46
Sosyal ilişkiler ve iş performansı	19.53 ± 4.58
Toplam	105.91 ± 22.58

Tablo 4.4.'te bakım verenlerin ÇBASDÖ ve Rolls Royce Yaşam Kalitesi Ölçeğinden aldıkları toplam ve alt bileşen puan ortalamaları gösterilmiştir. Araştırmaya katılan bakım verenlerin toplam sosyal destek puan ortalaması 61.84 ± 15.83 olarak tespit edilmiştir. Bakım verenler en yüksek puanı 25.06 ± 4.28 ile aile desteği alt boyutundan almıştır. Bakım verenlerin arkadaş desteği puan ortalamaları 19.02 ± 7.44 ve özel kişi desteği puan ortalaması 17.75 ± 7.55 'tür. Bakım verenlerin tüm yaşam kalitesi

alanından aldıkları puan ortalaması ise 105.91 ± 22.58 , en yüksek puan ortalaması fiziksel semptom ve aktivite alt boyutundan 21.06 ± 5.37 olarak alındığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.5. Hastaların Hastalık Tanıları ile ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyutları				
Hastalık Tanısı	Aile	Arkadaş	Özel İnsan	Toplam
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Meme	25.9 ± 4.87	16.00 ± 8.45	16.61 ± 7.62	58.57 ± 17.62
Akciğer ve Solunum Sis.	25.24 ± 4.89	13.85 ± 7.59	13.44 ± 7.80	52.54 ± 17.20
Gast. İnt. Sis.	25.32 ± 4.10	15.51 ± 8.03	15.82 ± 7.85	56.65 ± 16.60
Üriner Sistem	23.47 ± 7.08	15.73 ± 7.25	14.65 ± 7.20	53.86 ± 18.60
Baş boyun	23.56 ± 7.24	14.43 ± 7.96	14.80 ± 7.20	52.80 ± 17.15
Üreme Organları	24.13 ± 6.61	16.66 ± 6.88	15.93 ± 6.02	56.73 ± 16.68
Hemolitik	27.00 ± 1.53	17.50 ± 9.79	14.75 ± 9.64	59.25 ± 19.22
KW	9.388	5.248	7.833	7.247
	p: .153	p: .512	p: .251	p: .299

Tablo 4.5'te hastaların hastalık tanıları ile ÇBASDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Hemolitik kanserli hastalarda hem toplam sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu hem de en yüksek desteği aile alt boyutundan aldıkları ve bunu meme kanserli hastaların takip ettiği ancak gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptanmıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.6. Hastaların Hastalık Tanısı ile Rolls Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Genel İyilik	Fiziksel sem. ve ak.	Uyku	İştah	Seksüel fonk.	Algılama fonk.	Tıbbi etk.	Sosyal iliş. ve iş perf.	Toplam
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Kanser Tanısı									
Meme	22.98±5.22	28.73±4.98	11.22±2.81	6.80±2.46	13.04±2.46	17.52±4.13	15.61±2.51	22.53±3.49	138.47±21.21
Akciğer ve Solunum	24.04±4.75	28.78±4.61	10.25±3.09	6.41±2.41	13.61±3.95	17.81±4.50	16.20±2.28	23.28±3.43	140.41±20.46
Gis	23.02±5.17	28.23±5.51	10.06±3.42	7.01±2.47	12.63±4.20	17.63±3.94	15.23±2.56	23.03±3.68	136.86±23.55
Üriner Sistem	23.47±5.12	30.39±4.22	11.56±2.42	8.78±1.56	11.47±4.20	19.73±2.83	16.52±2.21	22.52±3.11	144.47±18.55
Baş boyun	22.10±5.45	29.03±5.24	9.63±3.45	6.43±2.28	12.43±4.24	17.80±5.01	15.40±2.72	22.06±3.32	134.90±23.30
Üreme Organları	25.26±4.47	30.10±4.31	10.20±2.84	7.13±2.38	13.46±3.91	18.86±4.19	16.30±1.98	24.03±3.20	145.36±19.54
Hemolitik	21.33±5.98	25.66±5.28	10.33±2.99	6.00±2.62	11.91±4.01	17.83±4.58	15.00±2.95	22.41±3.50	130.50±25.55
KW	11.694	8.786	9.396	20.567	7.240	8.563	8.758	9.409	7.246
	p: .069	p: .186	p: .152	p: .002	p: .299	p: .200	p: .188	p: .152	p: .299

Tablo 4.6’da hastaların hastalık tanısı ile Rolls Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılmasına bakıldığında yaşam kalitesi toplam puan ortalamasının üreme sistemi kanserli hastalarda diğerlerine oranla daha yüksek olduğu ve bunu üriner sistem grubunun takip ettiği ancak gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Rolls Royce Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt boyutlarına bakıldığında genel iyilik alanındaki en yüksek puan ortalamasının üreme organlarına ait kanserli hastalar alırken en az ortalamanın baş boyun kanserli hastaların aldığı ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptanmıştır ($p>0.05$).

İştah alanındaki en yüksek puan ortalamasını üriner sisteme ait kanserli hastalar alırken en az ortalamanın hemolitik kanserli hastaların aldığı ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.7. Hastaların Tanı Süreleri ile ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyutları				
Tanı Süresi	Aile	Arkadaş	Özel İnsan	Toplam
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
6-12 ay	25.04±5.22	15.22±8.28	15.72±8.07	55.98±17.64
13-36 ay	25.10±5.44	15.79±7.39	14.72±7.37	55.63±16.97
37 ay ve üzeri	25.14±5.15	14.83±7.91	14.81±6.69	54.79±16.85
	F: 0.010	F: 0.297	F: 0.634	F: 0.096
	p: .990	p: .743	p: .531	p: .908

Tablo 4.7.’de hastaların tanı süreleri ile ÇBASDÖ alt boyutları ve toplam puan ortalamalarına bakıldığında 6-12 ay önce kanserle tanılanan hastalarda algılanan toplam sosyal destek diğer gruplara oranla daha yüksek olmasına karşın gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Hastaların hastalık süresince en fazla desteği aile alt boyutundan aldıkları ancak gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.8. Hastaların Tanı Süreleri ile Rolls Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Genel İyilik	Fiziksel sem. ve ak.	Uyku	İştah	Seksüel fonk.	Algılama fonk.	Tıbbi etk.	Sosyal iliş. ve iş perf.	Toplam
Tanı Süresi	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
6-12 ay	22.55±4.91	27.87±5.17	9.91±3.37	6.19±2.43	12.83±3.57	16.96±4.18	15.50±2.35	22.48±3.33	134.33±21.14
13-36 ay	24.21±5.29	29.89±4.83	11.27±2.80	7.70±2.34	12.67±4.67	19.34±4.26	15.97±2.60	23.52±3.64	144.61±22.59
37 ay ve üzeri	23.96±5.11	29.25±4.50	10.35±2.65	7.37±2.03	13.38±4.22	18.18±3.35	15.90±2.57	23.14±3.42	141.57±19.87
	F: 3.839	F: 5.524	F: 6.114	F: 14.428	F: 0.555	F: 10.838	F: 1.302	F: 2.969	F: 7.737
	p: .023	p: .004	p: .002	p: .000	p: .575	p: .000	p: .274	p: .053	p: .001

Tablo 4.8.'de hastaların tanı süreleri ile Rolls Royce Yaşam Kalitesi Ölçeğinin puan ortalamalarının karşılaştırılmasına bakıldığında 13-36 ay önce kanserle tanılanan hastalarda toplam yaşam kalitesinin diğer gruplara oranla daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

13-36 ay önce kanserle tanılanan hastaların yaşam kalitesi alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında genel iyilik, fiziksel semptom ve aktivite, uyku, iştah ve algılama fonksiyonu alanlarında daha fazla olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Seksüel fonksiyon alanında en yüksek ortalamayı 37 ay ve üzeri grup alırken, tıbbi etkileşim ve sosyal ilişkiler-iş performansı alanında en yüksek ortalamayı 13-36 ay önce kanserle tanılanan grubun aldığı ancak gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Tıbbi etkileşim alanında 13-36 ay grubun yaşam kalitesi diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ancak gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.9. Bakım Verenlerin Bakım Verme Süreleri ile ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyutları				
Bakım Süresi	Aile	Arkadaş	Özel İnsan	Toplam
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
6-12 ay	25.53±3.23	18.80±7.82	17.58±7.72	61.91±15.61
13-36 ay	24.71±5.06	19.64±7.14	18.17±7.57	62.52±16.37
37 ay ve üzeri	24.30±5.27	18.46±6.85	17.46±7.05	60.23±15.63
	F: 2.165	F: 0.580	F: 0.241	F: 0.367
	p: .116	p: .561	p: .786	p: .693

Tablo 4.9.'da bakım verenlerin bakım verme sürelerine ile ÇBASDÖ puan ortalamalarına bakıldığında, algılanan sosyal destek puan ortalaması 13-36 ay bakım verenlerde daha yüksek olmakla birlikte gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Bakım verenlerin bakım verme süresince en fazla desteği aile alt boyutundan, en az desteği ise özel insan alt boyundan aldıkları ancak gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.10. Bakım Verenlerin Bakım Verme Süreleri ile Rolls Royce Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanı Süresi	Genel İyilik $\bar{X} \pm SS$	Fiziksel sem. ve ak. $\bar{X} \pm SS$	Uyku $\bar{X} \pm SS$	İştah $\bar{X} \pm SS$	Seksüel fonk. $\bar{X} \pm SS$	Algılama fonk. $\bar{X} \pm SS$	Tıbbi etk. $\bar{X} \pm SS$	Sosyal iliş. ve iş perf. $\bar{X} \pm SS$	Toplam $\bar{X} \pm SS$
6-12 ay	14.87±4.18	20.46±5.35	7.55±2.58	3.99±1.55	9.79±3.88	13.25±4.55	13.01±2.46	18.40±3.99	101.35±21.62
13-36 ay	15.87±4.32	21.50±5.54	8.17±2.70	4.72±1.73	10.13±4.22	16.13±4.76	12.61±2.54	20.67±4.73	109.82±22.90
37 ay ve üzeri	16.26±4.33	22.07±4.93	8.50±3.05	4.57±1.48	11.23±4.05	15.57±4.41	13.30±2.25	20.75±5.16	112.28±22.28
	F: 2.980 p: .052	F: 2.297 p: .102	F: 3.126 p: .045	F: 7.282 p: .001	F: 2.519 p: .082	F: 13.824 p: .000	F: 1.568 p: .210	F: 10.523 p: .000	F: 7.200 p: .001

Tablo 4.10.'da bakım verenlerin bakım verme süreleri ile Rolls Royce Yaşam Kalitesi Ölçeğinin puan ortalamalarına bakıldığında 37 ay ve üzeri grupta yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (p<0.05).

Genel iyilik, seksüel fonksiyon, fiziksel semptom ve aktivite alanında bakım verme süresi artıka puan ortalamaları da artmış ancak gruplar arası fark istatistiksel olarak önemsizken ($p>0.05$), uyku ve sosyal ilişki-iş performansı alanında gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

İştah ve algılama alanında en yüksek ortalamayı 13-36 ay grubun aldığı, en az ortalamayı 6-12 ay grubun aldığı ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.11. Hastaların ÇBASDÖ ile Rolls Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişki

		Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği							
Rolls Royce Yaşam Kalitesi Skalası	Aile		Arkadaş		Özel İnsan		Toplam		
	r	P	r	p	r	p	r	p	
Genel iyilik	.106	.058	.269**	.000	.230**	.000	.258**	.000	
Fiziksel semptom ve aktivite	.105	.060	.150**	.008	.122*	.030	.155**	.006	
Uyku	.008	.882	.024	.668	.043	.448	.033	.563	
İştah	.015	.794	.047	.405	.084	.136	.063	.262	
Seksüel fonksiyon	.075	.181	.291**	.000	.237**	.000	.262**	.000	
Algılama fonksiyonu	.202**	.000	.056	.317	.048	.392	.109	.052	
Tıbbi etkileşim	.139*	.013	.177**	.001	.151**	.007	.190**	.001	
Sosyal ilişkiler ve iş performansı	.247**	.000	.231**	.000	.212**	.000	.275**	.000	
Toplam	.154**	.006	.210**	.000	.171**	.000	.219**	.000	

* $p<0.05$ ** $p<0.01$

Tablo 4.11’de hastaların ÇBASDÖ ile Rolls Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde, algılanan toplam sosyal destekle yaşam kalitesinin genel iyilik, fiziksel semptom ve aktivite, seksüel fonksiyon, tıbbi etkileşim, sosyal

ilişkiler ve iş performansı alt boyutlarına ait ve toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde ileri derecede anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.01$).

ÇBASDÖ aile alt boyutu ile yaşam kalitesi ölçeğinin algılama fonksiyonu, sosyal ilişkiler ve iş performansı alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde ileri derecede anlamlı ilişki olduğu ($p<0.01$), tıbbi etkileşim alt boyutu ile pozitif yönde orta derecede anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Arkadaştan algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi ölçeğinin genel iyilik, seksüel fonksiyon, fiziksel semptom ve aktivite, tıbbi etkileşim, sosyal ilişkiler ve iş performansı alt boyutları ve toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde ileri derecede anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.01$).

Özel bir kişiden algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi ölçeğinin genel iyilik, seksüel fonksiyon, tıbbi etkileşim, sosyal ilişkiler ve iş performansı alt boyutları ve toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde ileri derecede anlamlı ilişki olduğu ($p<0.001$), fiziksel semptom ve aktivite alt boyutu ile orta derecede anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.12. Bakım Verenlerin ÇBASDÖ ile Rolls Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

		Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği							
Rolls Royce Yaşam Kalitesi Skalası	Aile		Arkadaş		Özel İnsan		Toplam		
	r	p	r	p	r	p	r	p	
Genel iyilik	.241**	.000	.284**	.000	.195**	.000	.292**	.000	
Fiziksel semptom ve aktivite	.181**	.001	.307**	.000	.158**	.000	.269**	.000	
Uyku	.117*	.038	.075	.181	.001	.987	.066	.237	
İştah	.094	.095	.014	.805	.092	.101	.025	.655	
Seksüel fonksiyon	.200**	.000	.185**	.001	.099	.078	.188**	.001	
Algılama fonksiyonu	.158**	.005	.014	.804	.069	.218	.003	.956	
Tıbbi etkileşim	.137**	.015	.354**	.000	.300**	.000	.346**	.000	
Sosyal ilişkiler ve iş performansı	.335**	.000	.105	.062	.027	.627	.153**	.006	
Toplam	.262**	.000	.225**	.000	.109	.052	.229**	.000	

*p<0.05** p<0.01

Tablo 4.12.'de bakım verenlerin ÇBASDÖ ile Rolls Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği arasındaki ilişkisi incelendiğinde, algılanan toplam sosyal destekle yaşam kalitesi ölçeğinin genel iyilik, fiziksel semptom ve aktivite, seksüel fonksiyon, tıbbi etkileşim, sosyal ilişkiler ve iş performansı alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde ileri derecede anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (p<0.01).

ÇBASDÖ aile alt boyutu ile yaşam kalitesi ölçeğinin genel iyilik, fiziksel semptom ve aktivite, seksüel fonksiyon, algılama fonksiyonu, tıbbi etkileşim, sosyal ilişkiler ve iş performansı alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde ileri derecede anlamlı ilişki olduğu (p<0.01), uyku alt boyutu ile orta derecede anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (p<0.05).

Arkadaştan algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi ölçeğinin genel iyilik, fiziksel semptom ve aktivite, seksüel fonksiyon, tıbbi etkileşim ve toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde ileri derecede anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (p<0.01).

Özel bir kişiden algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi ölçeğinin genel iyilik, fiziksel semptom ve aktivite, tıbbi etkileşim alt boyutlarına ait toplam puan ortalamaları ile de pozitif yönde ileri derecede anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (p<0.01).

Tablo 4.13. Hasta ve Bakım Verenlerin ÇBASDÖ Arasındaki İlişki

Bakım Veren	Hasta							
	Aile		Arkadaş		Özel İnsan		Toplam	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Aile	.477**	.000	.238**	.000	.294**	.000	.385**	.000
Arkadaş	.244**	.000	.456**	.000	.462**	.000	.488**	.000
Özel İnsan	.239**	.000	.541**	.000	.575**	.000	.576**	.000
Toplam	.358**	.000	.537**	.000	.571**	.000	.608**	.000

*p<0.05 **p<0.01

Tablo 4.13'te hasta ve bakım verenlerin ÇBASDÖ arasındaki ilişki verilmiştir. Hasta ve bakım verenlerin ÇBASDÖ alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde ileri derecede anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (p<0.01).

Tablo 4.14. Hasta ve Bakım Verenlerin Rolls Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişki

Bakım Veren	Hasta																	
	Genel iyilik		Fiziksel semptom ve aktivite		Uyku		İştah		Seksüel fonksiyon		Algılama fonksiyonu		Tıbbi etkileşim		Sosyal ilişkiler ve iş performansı		Toplam	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Genel iyilik	.094	.095	.148**	.008	.072	.200	.119*	.034	.021	.711	.203**	.000	.041	.470	.155**	.006	.152**	.007
Fiziksel semptom ve aktivite	.139*	.013	.219**	.000	.031	.576	.151**	.007	.096	.086	.246**	.000	.087	.122	.170**	.002	.206**	.000
Uyku	.076	.174	.119*	.034	.142*	.011	.187**	.001	.024	.668	.193**	.001	.024	.664	.171**	.002	.158**	.005
İştah	.004	.950	.046	.419	.108	.055	.197**	.000	.143*	.011	.238**	.000	.008	.887	.094	.095	.082	.144
Seksüel fonksiyon	.092	.103	.082	.143	.064	.257	.079	.160	.165**	.003	.126*	.025	.023	.678	.080	.157	.129*	.022
Algılama fonksiyonu	.043	.450	.097	.085	.124*	.028	.323**	.000	.252**	.000	.330**	.000	.095	.090	.105	.062	.089	.115
Tıbbi etkileşim	.234**	.000	.264**	.000	.090	.110	.085	.129	.256**	.000	.078	.166	.193**	.001	.109	.053	.240**	.000
Sosyal ilişkiler ve iş performansı	.011	.848	.065	.247	.024	.669	.143*	.011	.088	.117	.149**	.008	.121*	.031	.210**	.000	.064	.257
Toplam	.091	.105	.175**	.002	.098	.080	.216**	.000	.006	.918	.269**	.000	.011	.842	.188**	.001	.184**	.001

*p<0.05 **p<0.01

Tablo 4.14 'te hasta ve bakım verenlerin Rolls Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde bakım veren ile hastanın yaşam kalitesi toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$). Hastanın yaşam kalitesi leğinin fiziksel semptom ve aktivite, iştah, algılama fonksiyonu, sosyal ilişkiler ve iş performansı alt boyutlarından aldıkları puan ile bakım verenin yaşam kalitesi toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde ileri derecede anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.01$). Bakım verenin genel iyilik, fiziksel semptom ve aktivite, uyku, seksüel fonksiyon, tıbbı etkileşim alt boyutlarından aldıkları puan ile hastanın yaşam kalitesi toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde ileri derecede anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0.01$).



5. TARTIŞMA

Kanserli hasta ve bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırma sonucunda elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların ÇBASDÖ'den aldıkları ortalama puan 55.66 ± 17.24 'tür (Tablo 4.3.). ÇBASDÖ'den alınabilecek üst puanın 84 olduğu göz önüne alındığında, hastaların aldıkları sosyal desteğin iyi düzeyde olduğu görülmektedir. Sosyal desteğin kaynağına ilişkin alt gruplardan alınan ortalama puanlar incelendiğinde; aileden algılanan sosyal destek puan ortalamasının en yüksek olduğu saptanırken, özel bir kişiden algılanan sosyal desteğin en düşük düzeyde olduğu saptanmıştır.

Tan ve Karabulutlu yaptıkları çalışmada kanserli hastaların ailelerinden aldıkları sosyal destek düzeyinin yüksek olduğunu belirlemişlerdir (89). Ayaz ve arkadaşları kanserli hastaların algıladıkları sosyal destek toplam puan ortalamasını 69.4 ± 13.1 olarak belirlemiş ve hastaların ailelerinden aldıkları desteğin daha yüksek olduğunu saptamışlardır (90). Tzonkova eşlerden alınan desteğin diğerlerine oranla en üst düzeyde olduğunu vurgulamıştır (91). Bıkmaz'ın çalışmasında sosyal destek düzeyi alt boyutları incelendiğinde en yüksek puan ortalaması aile, en düşük puan ortalaması ise özel insan alt boyutudur ve hastaların genel olarak sosyal desteklerinin iyi düzeyde olduğu saptanmıştır (92). Sammorca ve Konecny'nin yapmış olduğu çalışmada ise hastaların en çok desteği arkadaşından daha sonra ailesinden aldığı saptanmıştır (93). Sosyal desteğin, kanser hastaları için faydalı olduğunu ve aile üyelerinden alınan duygusal destek ile kansere psikolojik ve fiziksel uyum derecesi arasında olumlu bir ilişki olduğu düşünülmektedir (63).

Araştırma kapsamında, bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek toplam puan ortalaması 61.84 ± 15.83 olup, hastaların puan ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.4). Bakım verenlerin de hastalarda olduğu gibi aileden algılanan sosyal destek puan ortalaması en yüksek düzeydeyken, özel bir kişiden algılanan sosyal desteğin en düşük düzeyde olduğu tespit edildi. Karaaslan çalışmasında primer bakım vericilerin toplam sosyal destek puanlarını 55.62 ± 23.17 olarak bulup, bakım vericilerin en yüksek puanı aile desteği alt boyutundan aldıklarını saptamıştır (94). Kahrıman

kanserli hastalara bakım verenlerle yaptığı çalışma sonucunda bakım verenlerin algılanan sosyal destek puan ortalamasını 58.43 ± 20.95 olarak saptamış ve aileden algılanan sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Han ve arkadaşları özefagus kanserli hastalara bakım verenlerle yapmış olduğu çalışmada ÇBASDÖ toplam puan ortalamasının 65.66 ± 10.3 olduğu ve en çok desteğin aileden alındığını saptamışlardır (95). Araştırma sonucumuz yukarıda belirtilen çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir. Bu bulgular aile üyelerin sosyal destek için önemli bireyler olduğunu düşündürmektedir. Hasta ve bakım verenlerin genel olarak algıladıkları sosyal destek düzeyleri iyi olarak bulunmuştur. En fazla desteğin aileden alınması geleneksel Türk aile yapısı ile ilişkili olarak hastalık durumunda aileyi oluşturan eş, çocuk vb. aile üyelerinden geldiği söylenebilir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların hastalık tanıları ile algıladıkları sosyal destek düzeylerine bakıldığında hemolitik kanserli hastalarda toplam sosyal destek düzeyinin en yüksek olduğu ve bunu meme kanserli hastaların takip ettiği ancak gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptanmıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.5). Hastaların tanı sürelerine göre ÇBASDÖ alt boyutları ve toplam puan ortalamalarına bakıldığında 6-12 ay önce kanserle tanılan hastalarda algılanan toplam sosyal destek diğer gruplara oranla daha yüksek bulunmuştur. ÇBASDÖ ve alt boyutları ile hastalık süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Hastaların hastalık süresince en fazla desteği aile alt boyutundan aldıkları ancak gruplar arasındaki farkın önemli olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.7). Tan yapmış olduğu çalışmada kanserli hastaların daha çok hastalığın ilk aşamalarında sosyal destek kullanma eğiliminde olduklarını belirlemiştir (96). Karakoç'un çalışmasında sosyal destek alt ölçek puanları ile hastalık sürelerinin değerlendirilmesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (97). Araştırma sonucumuz yukarıda belirtilen çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan bakım verenlerin, bakım verme süreleri ile ÇBASDÖ puan ortalamalarına bakıldığında, algılanan sosyal destek puan ortalaması 13-36 ay bakım verenlerde diğer gruplara oranla daha yüksek bulunmuştur. Bakım verme süresi arttıkça algılanan sosyal desteğin azaldığı ancak 13-36 ay grubun bu durumu bozduğu ve bakım verme süresi ile ÇBASDÖ toplam ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak önemli bir farkın olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.9). Bakım verme süresi uzadıkça bakım vericilerin yaşadığı psikolojik ve fiziksel problemler,

çevre ile iletişimde sınırlamalar da arttığı için algılanan sosyal desteğin daha düşük olduğu düşünülmektedir.

Hastaların yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde toplam yaşam kalitesi puan ortalaması 138.89 ± 21.87 olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.3). Çalışmaya göre hastalar ortalamanın üstünde puan aldıklarından yaşam kalitelerinin iyi olduğunu söyleyebiliriz. Can ve arkadaşlarının akciğer kanserli hastalar ile yapmış olduğu çalışmada yaşam kalitesini ortalamanın üzerinde saptamışlardır (98). Doğanın çalışmasının sonucunda da benzer bulgulara rastlanmıştır (99). Pınar ve arkadaşları jinekoloji kanserli hastalarda yaptıkları çalışmada yaşam kalitesi puan ortalamasını benzer şekilde orta düzeyde bulmuşlardır. Bu durumun kanserde gelişen tedavi olanakları ve etkili hemşirelik bakımı ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Bakım verenlerin yaşam kalitesi alanından aldıkları puan ortalaması ise 105.91 ± 22.58 'dir (Tablo 4.4). Bakım verenlerin yaşam kaliteleri orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Fridriksdottir ve arkadaşları 223 kanser hastası aile üyeleri ile yaptığı araştırmada bakım verenlerin yaşam kalitelerini iyi düzeyde saptamışlardır (80). Yakar ve arkadaşları kanserli hastalara bakım veren aile üyeleri ile yaptığı çalışma sonucuna göre yaşam kalitesi puan ortalaması orta düzeyde bulunmuştur (2). Bakım verenlerin yaşam kalitesi kanser hastalarına oranla daha düşük bulunmuştur. Bu durum hastalık sürecinde; bakım verenlerin sorumluluklarının artması, sosyal yaşamlarının bozulması, ekonomik sorunlar yaşaması, destek sistemlerinin etkili şekilde kullanılmaması ve stres düzeylerinin artması gibi birçok sorundan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların kanser türü ile yaşam kalitesi puan ortalaması incelendiğinde, en yüksek yaşam kalitesinin üreme organları sistemine ait kanserli hasta grubunda olduğu tespit edilmiştir. Yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarına bakıldığında genel iyilik alanındaki en yüksek puan ortalamasının üreme organlarına ait kanserli hastalar alırken en az ortalamanın baş boyun kanserli hastaların aldığı ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlenmiştir ($p > 0.05$). İştah alanındaki en yüksek puan ortalamasını üriner sisteme ait kanserli hastalar alırken en az ortalamanın hemolitik kanserli hastaların aldığı ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$) (Tablo 4.6). Yapılan çalışmalar incelendiğinde kanser türü ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur (57, 100, 101). Araştırma sonucumuz literatürle paralellik

göstermektedir. Bunun nedeni yaşam kalitesi daha yüksek olan gruplarda kanser semptomlarının daha az olması ve tedavi başarılarının yüksek olması sonucu bu grup hastaların daha uzun süre yaşıyor olmalarından kaynaklanabilir.

Hastaların tanı süreleri ile yaşam kalitesi ölçeğinin puan ortalaması karşılaştırılmasına bakıldığında 13-36 ay önce kanserle tanılan hastalarda toplam yaşam kalitesinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Araştırmamızın sonucuna göre, hastalık süresi ile yaşam kalitesi alt gruplarının büyük çoğunluğunda (genel iyilik, uyku, fiziksel semptom ve aktivite, algılama fonksiyonu ve iştah) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). (Tablo 4.8). Hastalık süresi arttıkça yaşam kalitesinin arttığı ancak 13-36 ay grubun bu durumu bozduğu görülmüştür. Ancak literatürde hastalık süresinin yaşam kalitesi üzerinde etkisi incelenmiş ve aralarında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (52, 100, 102). Araştırmamızda hastalığın erken dönemlerinde yaşam kalitesinin daha düşük olması hastaların yaşadığı şok ve duygu durum bozukluğu ile açıklanabilir. Son yıllarda tedavi olanaklarının gelişmesiyle yaşam süresi uzamakta, etkili bakım ve destek grupları ile yaşam kalitelerinin arttığı söylenebilir.

Araştırma kapsamına alınan bakım verenlerin bakım verme süreleri ile yaşam kaliteleri incelendiğinde; 37 ay ve üzeri grupta yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.10). Bakım verme süresi arttıkça yaşam kalitesi artmıştır. Ancak araştırmamızda bakım verenlerin yaşam kaliteleri puan ortalamaları yapılan diğer çalışmalara göre daha düşük bulunmuştur. Genel iyilik, seksüel fonksiyon, fiziksel semptom ve aktivite alanında bakım verme süresi arttıkça puan ortalamaları da artmış ancak gruplar arası fark istatistiksel olarak önemsizken ($p>0.05$), uyku ve sosyal ilişki-iş performansı alanında gruplar arası farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). İştah ve algılama alanında en yüksek ortalamayı 13-36 ay grubun aldığı, en az ortalamayı 6-12 ay grubun aldığı ve gruplar arası farkın önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Yapılan çalışmalarda bakım verme süresi ile yaşam kalitesi arasında önemli bir ilişki saptanmamıştır (79, 103-105). Gülses ve arkadaşları tedaviden sonra geçen süre ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki saptamamıştır (104). Tosun ve arkadaşları kanser hastalarının bakım vericileri ile yaptığı çalışmada bakım verme süresi ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki tespit etmemiştir (79). Araştırma sonucumuz yukarıda gösterilen araştırma sonuçları ile paralellik göstermemektedir. Bunun nedeni olarak hastalığın ilk

aşamasında bakım verenlerin kanser gibi ölümlü bağdaştırılan bir hastalıkla karşılaşmalarından dolayı yaşadıkları duygusal durum yaşam kalitelerini düşürürken, daha sonraki süreçte duruma adaptasyonla yaşam kalitelerinin biraz daha arttığı düşünülmektedir.

Araştırmada hastaların algıladıkları sosyal destek ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak pozitif yönde ileri derecede anlamlı ilişki olduğu, sosyal destek arttıkça yaşam kalitesinin arttığı saptanmıştır (Tablo 4.11). Aileden alınan sosyal destek ile yaşam kalitesinin algılama fonksiyonu, sosyal ilişkiler ve iş performansı, tıbbi etkileşim, alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Arkadaştan ve özel bir kişiden algılanan destek ile yaşam kalitesinin genel iyilik, seksüel fonksiyon, fiziksel semptom ve aktivite, tıbbi etkileşim, sosyal ilişkiler ve iş performansı alt boyutları ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Araştırmada hastanın toplam yaşam kalitesi puan ortalaması ile sosyal desteğin tüm alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Doğan'ın çalışmasında hastaların aileden aldıkları destek arttıkça yaşam kalitesi ve yaşam kalitesinin alt boyutlarına ait puan ortalamaları da artmıştır (99). Bıkmaz'ın çalışmasında hastaların aile, arkadaş ve özel bir kişiden aldıkları sosyal destek düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin emosyonel ve fiziksel alanlarında artış olduğu bulunmuştur (92). Cheng ve arkadaşları akciğer kanserli hastalarla yaptığı çalışmada sosyal destek ile yaşam kalitesinin birbiriyle ilişkili olduğunu belirlemiştir (106). Tilburgs ve arkadaşları çalışmalarında sosyal desteğin yaşam kalitesini arttırdığını saptamışlardır (107). Araştırma sonucumuz yapılan araştırmalarla benzerlik göstermektedir. Sosyal destek kanser hastalarının sağlık ve iyilik düzeylerine olumlu yönde etki göstereceğinden yaşam kalitesini de arttırdığı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan bakım verenlerin algıladıkları sosyal destekle yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak pozitif yönde ileri derecede anlamlı ilişki tespit edilmiştir (Tablo 4.12). Bakım verenlerin sosyal destek puan ortalamaları arttıkça yaşam kaliteleri de artmaktadır. Bakım verenlerin aileden aldıkları destek düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin iştah alt boyutu hariç diğer tüm boyutlara ait puan ortalamaları da artmıştır. Arkadaştan alınan sosyal destek ile yaşam kalitesinin genel iyilik, fiziksel semptom ve aktivite, seksüel fonksiyon, tıbbi etkileşim alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. Özel kişiden algılanan destek ile arkadaş desteği arasında

benzerlik olduğu ancak seksüel fonksiyon alt boyutu ile anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Araştırmada bakım verenin toplam yaşam kalitesi puan ortalaması ile sosyal desteğin tüm alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Sosyal destek kaynaklarının artması ile bakım verenlerin ekonomik, spiritüel ve sosyal boyutlarının iyileştiği, bakım yüklerinin azaldığı bu nedenle de yaşam kalitelerinin arttığı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hasta ve bakım verenlerin ÇBASDÖ alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde ileri derecede anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.01$) (Tablo 4.13). Bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri arttıkça hastaların da sosyal destek düzeylerinin arttığı tespit edilmiştir. Bakım verenin, hastanın bakımına etkili uyumu ve gelişiminde sosyal destek sistemlerinin rolü oldukça önemlidir. Bu bağlamda bakım verenlerin sosyal destek kaynakları arttıkça karşılaştıkları sorunlarla başa çıkmalarının kolaylaşacağı düşünülmektedir. Dolayısıyla hasta ve bakım verenlerin yaşamlarındaki olumsuz öğeler azaldığında hastaların da algıladıkları sosyal destek düzeylerinin artacağı düşünülmektedir.

Araştırmada hasta ve bakım verenlerin Rolls Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$) (Tablo 4.14). Hastalarda yaşam kalitesi düzeyi arttıkça bakım verenlerin de yaşam kalitelerinin arttığı yine aynı şekilde bakım verenlerin yaşam kalitesi düzeyi arttıkça hastaların da yaşam kalitesi düzeyinin arttığı belirlenmiştir. Kanser diğer kronik hastalıklara oranla bakım verenlerin bakım yüklerinin ve sorumluluklarının ağır olduğu bir hastalıktır. Hastaların yaşam kalitesi arttıkça hastalık belirtileri ve bakım alma ihtiyacı azalacağından bakım verenlerin yaşam kalitelerinin artacağı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kanserli hasta ve bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Araştırmada kanserli hasta ve bakım verenlerin sosyal desteklerinin iyi düzeyde olduğu saptanmıştır. Hasta ve bakım verenlerde sosyal desteğin kaynağına bakıldığında, aile alt boyutundan algılanan desteğin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- Araştırmada kanserli hasta ve bakım verenlerin yaşam kalitesi orta düzeyde tespit edilmiştir ve bakım verenlerin yaşam kalitesinden aldıkları puan ortalamaları kanser hastalarına oranla daha düşük bulunmuştur.
- Araştırmada kanser türünün hastalarda sosyal destek ve yaşam kalitesini etkilemediği saptanmıştır.
- Araştırmada hastalık süresinin hasta ve bakım verende sosyal destek düzeyini etkilemediği ancak yaşam kalitesini etkilediği bulunmuştur.
- Araştırmada algılanan sosyal desteğin hasta ve bakım verenin yaşam kalitesini artırdığı belirlenmiştir.
- Araştırmada bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek düzeyi arttıkça kanserli hastaların da sosyal destek düzeylerinin arttığı tespit edilmiştir.
- Araştırmada bakım verenlerin yaşam kalitesi düzeyleri arttıkça hastaların da yaşam kalitelerinin arttığı saptanmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir;

- Onkoloji birimlerinde çalışan hemşirelere; hastaların ve bakım verenlerin yaşam kalitelerinin yükseltilmesine yönelik hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Kanserli hasta ve bakım verenlerin sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi ve fiziksel, sosyal, psikolojik, spiritüel yönlerden desteklenerek sosyal desteklerinin güçlendirilmesi,
- Literatürde bakım verenlerde sosyal destek ve yaşam kalitesi ilişkisini inceleyen çalışmaya rastlanmamaktadır. Bu konunun daha geniş örneklem büyüklüğü ve farklı merkezlerde tekrar yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

1. Babaoğlu E, Öz F. Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişki. *Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi* 2003, 2: 24- 33.
2. Yakar HK, Pınar R. Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi* 2013, 15(2): 1-16.
3. Alıcı S, İzmirli M, Doğan E. Yüzüncü yıl üniversitesi tıp fakültesi tıbbi onkoloji bilim dalına başvuran kanser hastalarının epidemiyolojik değerlendirilmesi. *Türk Onkoloji Dergisi* 2006, 21(2): 87-97.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı. Dünya’da ve Türkiye’de Kanser. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15486/dunya-ve-turkiyede-kanser.html> 08 Haziran 2015.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/2014_Yılı_Turkiye_Kanser_istatistikleri.pdf 08 Haziran 2015.
6. Dedeli Ö, Fadiloğlu Ç, Uslu R. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi* 2008, 23(3): 132-9.
7. Özyurt BE. Kanser hastalarının algıladıkları sosyal destek düzeyine ilişkin betimsel bir çalışma. *Kriz Dergisi* 2014, 15 (1): 1-15.
8. Güni ÖÖ, Özşenol F, Oysul K, Beyzadeoğlu M. Kanser tedavisinde radyoterapi uygulanan hastaların psikososyal durumu ile etkilenen sistemler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Türk Onkoloji Dergisi* 2005, 20(1): 30-6.
9. Doğan T. Psikolojik belirtilerin yordayıcısı olarak sosyal destek ve iyilik hali. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 2008, 3(30): 30-44.
10. Türk Tıbbi Onkoloji Derneği. Kanser Tedavisi Alan Hastaya Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesine Etkisi. http://www.kanser.org/saglik/userfiles/file/T TOK_kitap5.pdf 10 Haziran 2015.
11. Görgülü Ü, Akdemir N. İleri evre kanser hastalarına bakım verenlerin yorgunluk ve uyku kalitesinin değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi* 2010, 20(4): 125-32.
12. Ling CM, Chu L, Chuan CH. Impact of cancer patients quality of life on that of spouse caregivers. *Support Care Cancer* 2004, 12: 469–75.

13. Given B, Given CW, Sikorskii A, Jeon S, Sherwood P, Rahbar M. The impact of providing symptom management assistance on caregiver reaction: results of a randomized trial. *J Pain Symptom Manage* 2006, 32(5): 433-43.
14. Polat Ü. İleri evre kanser hastalarında semptom yönetiminde bakım veren rolleri ve destek gereksinimleri. *Türk Onkoloji Dergisi* 2011, 26(4): 193-8.
15. Yeşilbakan ÖU. Hüresel Bozukluklar (Onkoloji). İçinde: *Dahili ve Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği*, Çevik S, Yeşilbakan ÖU, (çeviri editörleri). *Medical Surgical Nursing*, Dentlinger N, Ramdın V. 3. Baskı, İstanbul, Nobel Kitapevi 2015: 380-406.
16. Oylar Ö, Tekin İ. Kanserin teşhis ve tedavisinde nanoteknolojinin önemi. *Uludağ Üniversitesi Mühendislik Mimarlık Dergisi* 2011, 16: 147-54.
17. Can G. Onkolojik hastalıklar ve hemşirelik bakımı. İçinde: Enç N (editör). *İç Hastalıkları Hemşireliği*, 50.Yıl Yayınları, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2014: 365-97.
18. Ovayolu Ö. Onkolojik sorunlar ve hemşirelik yönetimi. İçinde: Ovayolu N, Ovayolu Ö (editörler). *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farlı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar*, 1. Baskı. Adana, Çukurova Nobel Tıp Kitabevi 2015: 460-88.
19. Akdemir N. Kanser ve hemşirelik bakımı. İçinde: Akdemir N, Birol L (editörler). *İç Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı*, 3. Baskı. Ankara, Sistem Ofset 2011: 245-306.
20. Ayhan A. Neoplazi 2 temel patoloji http://www.academia.edu/18049551/Temel_Patoloji_Bolum_7_Neoplazi 19 Aralık 2015.
21. Şahin Fİ. Jinekolojik kanserlerde genetik. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi* 2009, 1: 1-9.
22. Ünal T. Neoplazi http://dent.ege.edu.tr/dosyalar/kaynak/301_patoloji/12.pdf 19 Aralık 2015.
23. Demirelli FH. Kanser oluşumunun moleküller temelleri. İçinde: Altıparmak MR, Hamuryudan V, Sonsuz A, Yazıcı H (editörler). *Cerrahpaşa İç Hastalıkları*, 2. Baskı. İstanbul, İstanbul tıp kitabevi 2012: 83-6.
24. Yokuş B, Çakır DÜ. Kanser biyokimyası. *Dicle Üniversitesi Veterinerlik Fakültesi Dergisi* 2012, 1(2): 7-18.
25. Dinçok K. Onkoloji. İçinde: Büyüköztürk K (editör). *İç Hastalıkları*, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri 2007: 197-227.

26. Yorulmazoğlu E. *Çağımızın hastalığı kanser danışma klavuzu*. 1. Baskı. İzmir, Etki Yayınevi 2012: 28.
27. Pecorino L. *Molecular Biology of Cancer*, 3th ed. United Kingdom, Oxford Universty Press 2012: 10.
28. Papila Ç. Kanserden Korunma. İçinde: Altıparmak MR, Hamuryudan V, Sonsuz A, Yazıcı H (editörler). *Cerrahpaşa İç Hastalıkları*, 2. Baskı. İstanbul, İstanbul tıp kitabevi 2012: 87-95.
29. T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Onkolojik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı El Kitabı, 1. Baskı 2005: 15.
30. Mitra AK, Agrahari V, Mandal A, Cholkar K, Natarajan C, Shah S, Joseph M, Trinh HM, Vaishya R, Yang X, Hao Y, Khurana V, Pal D. Novel delivery approaches for cancer therapeutics. *J Control Release* 2015, 219: 248–68.
31. Aktaş SH, Akbulut H. Kolorektal kanserde anjiyogenez ve anti-anjiyogenik tedaviler. *Türk Onkoloji Dergisi* 2014, 29(2): 67-79.
32. Kılıçkap S, Aksoy S, Çelik İ. Kanserde birincil korunma. *Dahili Tıp Bilimleri Dergisi* 2006, 13(2): 57-71.
33. Eroğlu K, Koç G. Jinekolojik kanser kontrolü ve hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2014, 1(2): 77–90.
34. Kanbur A, Çapık C. Servikal kanserden korunma, erken tanı-tarama yöntemleri ve ebe/hemşirenin rolü. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2011, 18(1): 61-72.
35. Ünal G, Orgun F. Kanserden korunmaya ilişkin eğitim programının uygulanması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2006, 13(1): 31-5.
36. World Healt Organization. Cancer Control, World Healt Organization Guide for Effective Programmes, Diagnosis and Treatment. Switzerland 2008; 2: 1-37.
37. Ertem G, KalkımA, Bulut, Sevil Ü. Radyoterapi alan hastaların evde bakım gereksinimleri ve yaşam kaliteleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009, 2(2): 3-12.
38. Kızıltan HŞ. Kanser- Belirtiler, Korunma ve Tedavi Yolları. 1. Baskı. İstanbul, Çevik Matbaacılık 2010: 66.

39. Çevik Ö, Aydın U, Gürsoy RN. Kanser tedavisinde lenfatik hedeflendirme. *Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi* 2012, 32(1): 67-90.
40. Irmey G. 110 Wirksame Behand lungs möglichkeiten bei Krebs. Çeviri: Usta S. Kanser Tedavisinde 110 Yöntem, 1. Baskı, İstanbul, Gelecek Atölyesi Yayıncılık 2008: 40-123.
41. Hintistan S, Çilingir D, Nural N, Gürsoy AA. Hematolojik kanserli hastaların kemoterapiye bağlı yaşadıkları semptomlara yönelik uygulamaları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012, 1(3): 153-64.
42. Çubukçu NÖ, Çınar S. Kemoterapi alan kanserli hastalarda oral mukozitler önlenebilir mi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2012, 2(4): 155-63.
43. Okay S, Demir B, Öztaş A. Radyoterapi ışınlarının kalite kontrolünde yarı iletken diyot ve silindirik iyon odası performanslarının karşılaştırılması. *Süleyman Demirel Üniversitesi Fen Dergisi* 2013, 8 (2): 151-62.
44. Erpolat ÖP, Bora H, Karahacıoğlu E, Güntürkün G, Akmansu M, Kılıç D, Pak Y. Erişkin ependimomlu hastalarda radyoterapi sonuçlarımız. *Türk Onkoloji Dergisi* 2012, 27(4): 163-71.
45. Şakalar Ç, İzgi K, Canatan H. Kanser immün terapi ve monoklonal antikorlar. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi* 2013, 27 (2): 105-10.
46. Sapan N. Alerjik hastalıklarda immünoterapi. *Türk Pediatri Arşivi Dergisi* 2010, 45: 225-31.
47. Şen E, Saruhan A. Menopoz ve hormon replasman tedavisi ile ilgili kanıta dayalı çalışmalar. *Aile Toplum ve Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi* 2010, 1: 45-55.
48. Öztopçu C, Aslan F, Bulut F, Atalay C, Saraçoğlu F. Hekim ve hemşirelerin menopoz ve hormon replasman tedavisine ilişkin görüşleri. *Kadın Doğum Dergisi* 2005, 3(3): 552-9.
49. Çınar S. Kan transfüzyonu ve kemik iliği transplantasyonu. İçinde: Aslan FE. Karadakovan A. (editör). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, 1. Baskı. Adana, Nobel Kitapevi 2010: 671-85.

50. Çavdar İ. Kanserli hastanın terminal dönemdeki bakımı. *Türk Onkoloji Dergisi* 2011, 26(3): 142-7.
51. Bag B. Kanser hastalarında uzun dönemde görülen psikososyal sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2013, 5(1): 109-26.
52. Altıparmak S, Fadiloğlu Ç, Gürsoy ŞT, Altıparmak O. Kemoterapi tedavisi alan akciğer kanserli hastalarda öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi. *Ege Tıp Dergisi* 2011, 50 (2): 95-102.
53. Öz F. Kanserde psikososyal hemşirelik. *Türkiye Klinikleri* 2015, (1): 46-52.
54. Karabulutlu Ö. Kemoterapi alan hastalarda semptom yönetimi ve yaşam kalitesinin sürdürülmesi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009, 17(3): 218-25.
55. Bağçivan G, Uysal N, Karaaslan A, Kapucu S, Talas MS, Terakye G. Türkiye’de 2009-2013 yılları arasında yayınlanmış olan onkoloji hemşireliği alanında yapılmış araştırmaların incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi* 2015, 30(1): 5-15.
56. Resmi Gazete (8 Mart 2010; Sayı: 27515): Çalışılan birim/servis/ünite/alanlara göre hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları.
57. Arslan S, Fadiloğlu Ç. Kanserde uyku sorunlarının yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2009, 2: 16-27.
58. Arslan S, Bölükbaş N. Kanserli hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2003, 6(3): 38-47.
59. Bahar A. Kanser hastalarına psikososyal yaklaşım. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007, 10(1): 105-11.
60. Seven M, Akyüz A, Sever N, Dinçer Ş. Kanser tanısı alan hastaların yaşadığı fiziksel ve psikolojik semptomların belirlenmesi. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekim Bul* 2013, 12(3): 219-24.
61. Arslan Z, Yiğit R, Temel GÖ. Lösemi hastası çocuk ebeveynlerinin çocuğun bakımına ilişkin eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi ve karşılanması. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014, 7(4): 58-68.
62. Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H. Kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik davranışları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2011, 25(3): 145-54.
63. Işıkhani V. Kanser ve sosyal destek. *Toplum ve Sosyal Hizmet* 2007, 18(1): 15-29.

64. Xia LX, Liu J, Ding C, Hollon SD, Shao BT, Zhang Q. The relation of self-supporting personality, enacted social support, and perceived social support. *Pers Individ Dif* 2012, 52(2): 156-60.
65. Arslantaş H, Adana F, Kaya F, Turan D. Yatan hastalarda umutsuzluk ve sosyal destek düzeyi ve bunları etkileyen faktörler. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2010, 18(2): 87-97.
66. Yüzer S, Yiğit R, Taşdelen B. Çocuğu hastanede yatan annelerin aldığı sosyal destek ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006, 9(4): 54-62.
67. Tarık T. Kanserle Başetmede Destek Grupları. *Toplum ve Sosyal Hizmet* 2010, 21(1): 59-71.
68. Işık I. Meme kanseri hastalarında tedavi sonrası dönemde gelişen psikososyal sorunlar ve destekleyici hemşirelik girişimleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2014, 11(3): 58-64.
69. Babacan AG. Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler. *Meme Sağlığı Dergisi* 2006, 2: 108-13.
70. Scura KW, Budin W, Garfing E. Telephone social support and education for adaptation to prostate cancer: a pilot study. *Oncol Nurs Forum* 2004, 31(2): 335-8.
71. Nijboer C, Tempelaar R, Triemstra M, Geertrudis AM, Sanderman R. The role of social and psychologic resources in caregiving of cancer patients. *Cancer* 2001, 91(5): 1029-38.
72. Terakye G. Kanserli hasta yakınlarıyla etkileşim. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2011, 4 (2): 78-82.
73. Hung HC, Tsai MC, Chen SC, Liao CT, Chen YR, Liu JF. Change and predictors of social support in caregivers of newly diagnosed oral cavity cancer patients during the first 3 months after discharge. *Cancer Nurs* 2013, 36(6): 17-24.
74. Akçay D, Gözüm S. Kemoterapi alan meme kanserli hastalarda, kemoterapinin yan etkilerine ilişkin verilen eğitim ve evde izlemin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. *Meme Sağlığı Dergisi* 2012, 8(4): 191-9.
75. Luquea AT, Gambaro H, López E, Cruzado JA. Psychological treatments to improve quality of life in cancer contexts. *Intl J Clin Health Psychol* 2016, 16: 211-9.

76. Wang SY, Hsu SH, Gross CP, Sanft T, Davidoff AJ, Ma X, Yu JB. Association between time since cancer diagnosis and health-related quality of life. *Value Health* 2016, 1: 1-8.
77. Fleming DA, Sheppard VB, Mangan PA, Taylor KL, Tallarico M, Adams I, Ingham J. Caregiving at the end of life: perceptions of health care quality of life among patients and caregivers. *J Pain Symptom Manage* 2006, 31: 407-20.
78. Bektaş HA, Akdemir N. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri* 2006, 26: 488-99.
79. Tosun AS, Doğan S, Kartın PT, Zincir H. Radyoterapi uygulanan kanser hastalarının bakım vericilerinin bakım verme yükü ve yaşam kalitesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015, 18(1): 9-16.
80. Fridriksdottir N, Savarsdottir D, Halfdanardottir SI, Jonsdottir A, Magnusdottir H, Olafsdottir KL, Gudmundsdottir G, Gunnarsdottir S. Family members of cancer patients: needs, quality of life and symptoms of anxiety and depression. *Acta Oncol* 2011, 50: 252-8.
81. Douglas SL, Daly BJ. The impact of patient quality of life and spirituality upon caregiver depression for those with advanced cancer. *Palliat Support Care* 2013, 11(5): 389-96.
82. Yesilbalkan ÖU, Özkütük N, Ardahan M. Comparison quality of life of Turkish cancer patients and their family caregivers. *Asian Pac J Cancer Prev* 2010, 11: 1575-9.
83. Kurt AS, Çetinkaya Ş. Lösemili çocuklarda yaşam kalitesi ve hemşirelik bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2008, 3(8): 35-56.
84. Şen E, Şirin A. Preterm eylem tanısı alan gebelerin kaygı, depresyon ve algılanan sosyal destek düzeyini etkileyen faktörler. *Gaziantep Tıp Dergisi* 2013, 19(3): 159-63.
85. Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001, 12(1): 17-25.
86. Tonsing K, Zimet GD, Tse S. Assessing social support among South Asians: the multidimensional scale of perceived social support. *Asian J Psychiatr* 2012, 5: 164-8.

87. Meral BF, Çavkaytar A. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin psikometrik özelliklerinin otizmlili çocuk aileleri üzerinden incelenmesi. *E-Uluslararası Eğitim Araştırmaları Dergisi* 2012, 3(4): 20-32.
88. Erdem N, Ergüney S. Koroner arter hastalarında yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005, 8(3): 1-9.
89. Tan M, Karabulutlu E. Social support and hopelessness in Turkish patients with cancer. *Cancer Nurs* 2005, 28(3): 236-40.
90. Ayaz S, Efe ŞY, Korukluoğlu S. Jinekolojik kanserli hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri* 2008, 28(6): 880-5.
91. Tzonkova BV. Perceived social support in cancer survivors. *Psychological Thought* 2013, 6(1): 90-96.
92. Bıkmaz Z. Lösemili Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi 2009.
93. Sammarco A, Konency L. Quality of life, social support, and uncertainty among Latina and Caucasian Breast Cancer Survivors. *Oncol Nurs Forum* 2010, 37(1): 93-9.
94. Karaaslan A. Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi 2013.
95. Han Y, Hu D, Liu Y, Lu C, Luo Z, Zhao J. Coping styles and social support among depressed Chinese family caregivers of patients with esophageal cancer. *Eur J Oncol Nurs* 2014, 18: 571-7.
96. Tan M. Social support and coping in Turkish patients with cancer. *Cancer Nurs* 2007, 30(6): 498-504.
97. Karakoç T. Ayakta Kemoterapi Alan Geriatrik Hastalarda Sosyal Destek İle Yorgunluk Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Mersin: Mersin Üniversitesi 2008.
98. Can G, Durna Z, Aydın A. The validity and reliability of the Turkish version of the Quality of Life Index. *Eur J Oncol Nurs* 2010, 14: 316-21.

99. Doğan N. Akciğer Kanseri Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi 2011.
100. Kılıçkap S. Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi ile Hastalığın Klinikopatolojik Özellikleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kanser Epidemiyolojisi Programı Yüksek Lisans tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi 2009.
101. Yüce D. Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi Belirleyicileri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kanser Epidemiyolojisi Programı Yüksek Lisans tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi 2012.
102. Pınar G, Algier L, Çolak M, Ayhan A. Jinekolojik kanseri hastalarda yaşam kalitesi. *Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi* 2008, 3(18): 141-9.
103. Hacıoğlu N, Özer N, Karabulutlu EY, Erdem N, Erci B. The quality of life of family caregivers of cancer patients in the East of Turkey. *Eur J Oncol Nurs* 2010, 14: 211-7.
104. Gülses S, Yıldırım ZK, Büyükavcı M. Kanserli çocukların ve anne babalarının yaşam kalitesi diğer hastalardan farklı mı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2014, 57: 16-23.
105. Barakat LR, Marmer PL, Schwartz LA. Quality of life of adolescents with cancer: family risks and resources. *Health Qual Life Outcomes* 2010, 8: 63.
106. Cheng H, Sit JWH, Chan CWH, So WKW, Choi KW, Cheng KKF. Social support and quality of life among chinese breast cancer survivors. *Eur J Oncol Nurs* 2013, 13: 788-96.
107. Tilburgs B, Nijkamp MD, Bakker EC, Hoeven HVD. The influence of social support on patients quality of life after an intensive care unit discharge. *Intensive Crit Care Nurs* 2015, 31: 336-42.

EKLER

EK-1. Hasta Tanıtıcı Anket Formu

Bu araştırma kanserli hasta ve bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmaktadır. Sizden alacağımız bilgiler araştırma ekibince saklı tutulacak ve araştırma dışında hiçbir amaç için kullanılmayacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederim.

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Araştırma Görevlisi

Derya BIÇAK

1- Kaç yaşındasınız?

2- Cinsiyetiniz nedir?

1) Erkek 2) Kadın

3- Medeni durumunuz nedir?

1) Bekar 2) Evli

4- Eğitim durumunuz nedir?

1) Okur-yazar değil 2) İlköğretim 3) Lise ve üzeri

5- Çalışıyor musunuz?

1)Evet 2)Hayır

6- Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

1) Gelir giderden fazla 2) Gelir gidere denk 3) Gelir giderden az

7- Kanserin tipi ve tanı süresi (Dosyadan alınacak)

EK-2. Bakım Veren Bireyi Tanıtıcı Anket Formu

Bu araştırma kanserli hasta ve bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmaktadır. Sizden alacağımız bilgiler araştırma ekibince saklı tutulacak ve araştırma dışında hiçbir amaç için kullanılmayacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederim.

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Araştırma Görevlisi

Derya BIÇAK

1- Kaç yaşındasınız?

2- Cinsiyetiniz nedir?

1) Erkek 2) Kadın

3- Medeni durumunuz nedir?

1) Bekar 2) Evli

4- Eğitim durumunuz nedir?

1) Okur-yazar değil 2) İlköğretim 3) Lise ve üzeri

5- Çalışıyor musunuz?

1)Evet 2)Hayır

6- Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

1) Gelir giderden fazla 2) Gelir gidere denk 3) Gelir giderden az

7- Hastanıza yakınlık dereceniz nedir?

1) Eşim 2) Çocuğum 3) Ebeveyn 4) Kardeşim 5) Diğer

8- Ne zamandan beri hastanıza bakım vermektесiniz?

EK-3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümlenin yanında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümlenin yanındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

		Kesinlikle Hayır				Kesinlikle Evet		
1	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
2	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
3	Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.	1	2	3	4	5	6	7
4	İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.	1	2	3	4	5	6	7
5	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
6	Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.	1	2	3	4	5	6	7
7	İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.	1	2	3	4	5	6	7
8	Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
9	Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.	1	2	3	4	5	6	7
10	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
11	Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir. Kesinlikle	1	2	3	4	5	6	7
12	Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.	1	2	3	4	5	6	7

EK-4. Rolls-Royce Yaşam Kalitesi Skalası

Aşağıda bazı ifadeler verilmiştir. Her ifade ile ilgili 5 seçenek vardır. Lütfen tüm ifadeleri dikkatlice okuyunuz ve sizin en son zamanlardaki durumunuza en uygun seçeneği işaretleyiniz.

		Evet, Bana Tamamen Uygun	Bana Oldukça Uygun	Kısmen Uygun Ve Kısmen Uygun Değil	Bana Pek Uygun Değil	Hayır, Bana Hiç Uygun Değil
1.	Kendimi sağlıklı hissediyorum.	()	()	()	()	()
2.	Ara sıra başım dönüyor.	()	()	()	()	()
3.	Her fırsatta oturur, yatar, dinlenirim.	()	()	()	()	()
4.	Güç gerektiren işleri zorlanmadan yapıyorum.	()	()	()	()	()
5.	Kendi işlerimi kendim yapıyorum.	()	()	()	()	()
6.	İşlerimi mümkün olduğu kadar erteliyorum	()	()	()	()	()
7.	Günlük yaşantım değişmedi.	()	()	()	()	()
8.	İkide bir başım ağrıyor.	()	()	()	()	()
9.	Herhangi bir uyku sorunu yok, rahat deliksiz uyuyorum.	()	()	()	()	()
10.	Düzenli yemek yerim, öğün sektirmem.	()	()	()	()	()
11.	Fırsat buldukça yürümek isterim.	()	()	()	()	()

12.	İşe başlamak bana zor geliyor.	()	()	()	()	()
13.	Sinema, tiyatro, kahve gibi kalabalık yerlere girmek istemiyorum.	()	()	()	()	()
14.	Benim için en iyisi evde pinekleme.	()	()	()	()	()
15.	Dalgınım, kendimi önümdeki işe veremiyorum.	()	()	()	()	()
16.	Cinsel hayatımda bir sorun yok.	()	()	()	()	()
17.	Gece uyanıp tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.	()	()	()	()	()
18.	Çok ağrım var.	()	()	()	()	()
19.	İş verimim düştü, çok hata yapar oldum.	()	()	()	()	()
20.	İş ortamından memnunum.	()	()	()	()	()
21.	Cinsel ilişkiden zevk alamıyorum.	()	()	()	()	()
22.	Kendimden memnunum.	()	()	()	()	()
23.	Merdiven ve yokuş çıkarken zorlanıyorum.	()	()	()	()	()
24.	Düz yolda istediğim kadar yürüyebiliyorum.	()	()	()	()	()
25.	Cinsel isteğim azaldı.	()	()	()	()	()
26.	Günlük işler bile bana zor geliyor.	()	()	()	()	()
27.	Ağrı nedir bilmem.	()	()	()	()	()
28.	Bir türlü gözüme uyku girmiyor.	()	()	()	()	()

29.	İşim dışında zevkle yaptığım uğraşlarım var.	()	()	()	()	()
30.	İştahım yok, yemek için kendimi zorluyorum.	()	()	()	()	()
31.	İşimi zevkle yapıyorum.	()	()	()	()	()
32.	Gerginim en ufak aksaklığa bile sinirleniyorum.	()	()	()	()	()
33.	Daha önce hiç ilgilenmediğim yeni uğraşlar edindim.	()	()	()	()	()
34.	Bu hastalık nedeniyle cinsel ilişkiden zevk alamıyorum.	()	()	()	()	()
35.	Sabahları uyandığımda kendimi dinç ve uyanmış hissediyorum.	()	()	()	()	()
36.	Eşe-dosta gitmek içimden gelmiyor.	()	()	()	()	()
37.	Unutkanım, isimleri hatırlamakta güçlük çekiyorum.	()	()	()	()	()
38.	Daha yavaş iş yapar oldum.	()	()	()	()	()
39.	Her şey bana anlamsız geliyor.	()	()	()	()	()
40.	Ailemle birlikte olmak hoşuma gidiyor.	()	()	()	()	()
41.	Bu hastalığı bir türlü kabullenemiyorum.	()	()	()	()	()
42.	Kendimi bildim bileli bu kilodayım.	()	()	()	()	()

**EK-5. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Medikal Onkoloji
Çalışma İzni**



T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü
İç Hastalıkları Anabilim Dalı
Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Başkanlığı

03/11/2015

Sayı : 70696854-06/46
Konu: Tez Çalışması

TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi: 27.10.2015 tarihli ve 68636013/BH/770-7018 sayılı yazınız;

İlgide kayıtlı yazınıza istinaden; Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesinde Araştırma Görevlisi olarak görev yapan Derya BIÇAK' ın, "Kanserli Hasta ve Bakım Verenlerin Algıladıkları Sosyal Destek ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasının etik kurul onayı alındıktan sonra bölümümüzde yapılmasında bir sakınca yoktur.

Gereğini bilginize arz ederim.

Prof. Dr. Emin Tamer ELKIRAN
Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Başkanı

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ		HAVALE
TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİ		
GELİN ELERAK		
SAYI	TARİH	
770/1139	03.11.2015	

**EK-6. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Radyasyon Onkoloji
Çalışma İzni**



T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü
Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : 81115003/ 092

02 / 11 / 2015

Konu : Tez Çalışması

TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ BASHEKİMLİĞİ'NE

İlgi : 27.10.2015 tarih ve 9018 sayılı yazınız

Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı'nda Derya BIÇAK'ın "Kanserli Hasta ve Bakım Verenlerin Algıladıkları Sosyal Destek ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasını yapmasında hiçbir sakınca bulunmamaktadır.

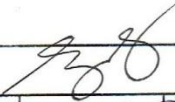
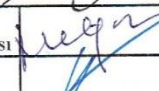
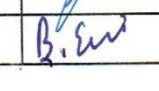

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Yrd.Doç.Dr.Kemal EKİCİ
Radyasyon Onkolojisi
Anabilim Dalı Başkanı

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
Turgut Özal Tıp Merkezi
Yrd.Doç.Dr. Kemal EKİCİ
Dip.Tes.No: 137405
Radyasyon Onkoloji A.D. Başkanı

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ	
TIP FAKÜLTESİ	
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	
Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı Başkanlığı	
270/11269.02.11.2015	

EK-7. Etik Kurul Kararı

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu)		
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı
05.01.2016	1	2016/1-6
<p>Karar No: 2016/1-6: Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu 05.01.2016 tarihinde Rektör Yardımcıları Toplantı odasında toplandı. İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesinde Yrd. Doç. Dr. Seyhan ÇITLIK SARITAŞ'IN sorumlu araştırmacı olduğu, Arş. Gör. Derya BIÇAK'IN "Kanserli Hasta ve Bakım Verenlerin Algıladıkları Sosyal Destek ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" başlıklı çalışmasının Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığının onayı ile ilgili raportör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde çalışmada; <u>herhangi bir etik kusur olmadığına</u>; oy birliği ile karar verildi.</p>		
Prof.Dr. Nusret AKPOLAT Etik Kurul Başkanı		
Prof.Dr.Metin Fikret GENÇ Etik Kurul Başkan Yardımcısı		Prof.Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Üyesi
Prof.Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Üyesi		Prof.Dr. N. Tülin POLAT Etik Kurul Üyesi
Prof.Dr. Behice ERCİ Etik Kurul Üyesi		Prof.Dr.İbrahim ŞAHİN Etik Kurul Üyesi

EK-8. Özgeçmiş

1989 tarihinde Diyarbakır'da doğdu. İlköğretim ve ortaöğretimi Diyarbakır'da tamamladı. 2011 yılında Siirt Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nden mezun oldu. 2011 yılında Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesinde Hemşire olarak göreve başladı. 2013 yılında Siirt Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nde araştırma görevlisi olarak çalışmaya başladı. 2014 yılından itibaren İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır.

Derya BIÇAK