



İSTANBUL TİCARET
ÜNİVERSİTESİ

T.C.

İSTANBUL TİCARET ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

AİLE DANIŞMANLIĞI VE EĞİTİMİ ANABİLİM DALI

AİLE DANIŞMANLIĞI VE EĞİTİMİ

YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

ÇOCUĞU KANSER TEDAVİSİ GÖREN
EBEVEYNLERİN BAKIM VERME YÜKÜ VE
YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ

Yüksek Lisans Tezi

İpek BAHTİYAR

İstanbul, 2025



İSTANBUL TİCARET
ÜNİVERSİTESİ

T.C.

İSTANBUL TİCARET ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

AİLE DANIŞMANLIĞI VE EĞİTİMİ ANABİLİM DALI

AİLE DANIŞMANLIĞI VE EĞİTİMİ

YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

ÇOCUĞU KANSER TEDAVİSİ GÖREN
EBEVEYNLERİN BAKIM VERME YÜKÜ VE
YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ

Yüksek Lisans Tezi

İpek BAHTİYAR

23TADE006

Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Lütfü ÇAKIR

İstanbul, 2025

ETİK KURALLARA UYGUNLUK YAZISI

Hazırlamış olduğum bu tez, özgün bir çalışma olup Yükseköğretim Kurulu ve İstanbul Ticaret Üniversitesi Lisansüstü Yönetmeliklerine uygun olarak hazırlanmıştır. Ayrıca, bu çalışmayı gerçekleştirirken bilimsel etik kurallarına tamamen uyduğumu, yararlandığım tüm kaynakları doğru bir şekilde belirttiğimi ve hiçbir kaynaktan ayrıntılı alıntı yapmadığımı beyan ederim. Tezin içeriğinde yer alan tüm görüşler şahsi düşüncelerimi yansıtmaktadır ve İstanbul Ticaret Üniversitesi'nin resmi görüşlerini temsil etmemektedir.

İpek BAHTİYAR

TEŞEKKÜR METNİ

Tez çalışmasına başladığım günden bu yana fikirlerimi ve düşüncelerimi rahatlıkla paylaşabildiğim, bilgi birikimini ve deneyimlerini benimle paylaşarak umutsuzluğa kapıldığım anlarda kendime güven duymamda büyük emeği olan çok kıymetli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Lütfü ÇAKIR'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca tüm sorularımı sabırla dinleyen ve yanıtlayan, fikirlerime değer veren, her zaman beni cesaretlendiren, her düştüğümde beni ayağa kaldıran, bana sağladığı motive ile tez çalışmama bakış açımı değiştiren değerli bölüm başkanım Prof. Dr. Hanifi PARLAR'a,

Çalışmama jüri üyesi olarak katılıp desteklerini sunan ve değerli katkılarıyla sürece ışık tutan saygıdeğer Dr. Öğr. Üyesi Berra KEÇECİ'ye,

Veri toplama sürecime destek olan Kanserli Çocuklara Umut Vakfı'na ve bu süreçte çalışmama katılımcı olmayı kabul edip vakit ayıranlara,

Son olarak, yokluğunu her gün derinden hissettiğim, şu an yanımda olmasa da son anına kadar bana olan sevgisini iliklerime kadar hissettiren, beni büyüten, yetiştiren ve bugünlere gelmemi sağlayan canım babam Cesur BAHTİYAR'a teşekkürü bir borç bilirim.

İPEK BAHTİYAR

ÖZET

Araştırmanın amacı; çocukluk çağı kanser tanısı almış bireylerin ebeveynlerinin yaşam kalitesi ile bakım verme yükleri arasındaki ilişkiyi incelemektir. Araştırma, nicel araştırma yöntemlerinden ilişkisel tarama modeline uygun olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma, Hematoloji-Onkoloji Servisi'nde tedavi gören 0-18 yaş arası çocukların ebeveynleri üzerinde yoğunlaşmış ve toplamda 327 ebeveyn (250 anne, 77 baba) ile yürütülmüştür. Veri toplama sürecinde "Demografik Bilgi Formu", "Türkçe Kanserli Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği" ve "Bakım Verme Yüğü Ölçeği" kullanılarak anketler aracılığıyla çevrimiçi yöntemle veriler toplanmıştır. Verilerin analizi ise SPSS 25.0 istatistik programı aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Elde edilen bulgular, ebeveynlerin yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin daha iyi anlaşılmasına katkıda bulunmuş ve bakım verme yükü ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkilerin ortaya konmasına olanak tanımıştır. Araştırmanın sonuçları, ebeveynlerin yaşadığı zorlukların yanı sıra bakım verme sürecinin getirdiği yüklerin yaşam kalitesine etkisini vurgulamaktadır. Araştırmada kanser tanımlaması, ebeveyn medeni durumu, ailedeki okuyan çocuk sayısı ve eğitim değişkenlerine göre bakım verme yükü ve yaşam kalitesi boyutlarında anlamlı farklılık görülmüştür. Bu çalışma yalnızca mevcut durumu anlamakla kalmayıp aynı zamanda gelecekteki araştırmalara da yön verecek bilgiler sunmaktadır. Elde edilen verilerin analiziyle ortaya çıkan sonuçlar; çocukluk çağı kanseri tedavisi gören ebeveynlerin ihtiyaçlarını belirlemek ve ihtiyaçlarına yönelik müdahale stratejileri geliştirmeye yönelik öneriler sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler : Kanser, Çocukluk çağı kanseri, Yaşam kalitesi, Bakım verme yükü

ABSTRACT

The aim of the research is to examine the relationship between the quality of life of parents of individuals diagnosed with childhood cancer and their caregiving burdens. Dec. The research was conducted in accordance with the relational screening model, one of the quantitative research methods. The research focused on the parents of children aged 0-18 years who were treated at the Hematology-Oncology Service and was conducted with a total of 327 parents (250 mothers, 77 fathers) Dec. In the data collection process, data were collected online through questionnaires using the "Demographic Information Form", the "Turkish Quality of Life Scale for Cancer Caregivers" and the "Burden of Caregiving Scale". The analysis of the data was carried out by means of SPSS 25.0 statistical program. The findings obtained have contributed to a better understanding of the factors affecting the quality of life of parents and have allowed Deciphering the relationships between the burden of caregiving and quality of life. The results of the research emphasize the impact of the burdens imposed by the caregiving process on the quality of life, as well as the difficulties experienced by parents. In the study, significant differences were observed in the dimensions of cancer identification, parental marital status, number of children studying in the family and quality of life according to educational variables. This study not only provides an understanding of the current situation, but also provides information that will guide future research. The results obtained by the analysis of the obtained data; recommendations have been presented to determine the needs of parents undergoing treatment for childhood cancer and to develop intervention strategies for their needs.

Key Words: Cancer, Childhood cancer, Quality of life, Caregiving burden

İÇİNDEKİLER

ETİK KURALLARA UYGUNLUK YAZISI.....	i
TEŞEKKÜR METNİ.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
TABLolar LİSTESİ.....	viii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	x
BİRİNCİ BÖLÜM.....	1
GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	2
1.2. Araştırmanın Problemi	3
1.3. Sayıtlar	3
1.5. Sınırlılıklar	3
1.6. Tanımlar	4
İKİNCİ BÖLÜM.....	6
ALANYAZIN ARAŞTIRMASI.....	6
2.1. Kanser	6
2.1.1. Kansere Neden Olan Risk Faktörleri	8
2.1.2. Kanserden Korunmanın Yolları.....	11
2.1.3. Çocukluk Çağı Kanserleri.....	12
2.1.3.1. Çocukluk Çağı Kanserlerinin Tedavi Süreci.....	13
2.1.3.2. Çocukluk Çağı Kanserlerinin Belirtileri	15
2.1.3.3. Çocukluk Çağına Özgü Kanser Türleri.....	15
2.1.3.4. Çocukluk Çağı Kanserlerinde Tedavi Yöntemleri	17
2.1.3.5. Çocukluk Çağı Kanserinin Görülme Sıklığına Yönelik Türkiye'den ve Dünyadan Veriler.....	18
2.2. Çocuğu Kanser Tedavisi Gören Ebeveynlerin Tedavi Sürecinde Yaşadığı Sorunlar	20
2.2.1. Psikolojik Sorunlar.....	20
2.2.2. Ekonomik Sorunlar	21
2.2.3. Fiziksel Sorunlar	22
2.2.4. Sosyal Sorunlar	23
2.3. Yaşam Kalitesi.....	24

2.3.1. Yaşam Kalitesi Kavramının Gelişimi.....	25
2.3.2. Yaşam Kalitesinin Önemi.....	26
2.4. Bakım Verme.....	27
2.4.1. Bakım Verme Yükü.....	28
2.4.2. Bakım Verme Yükünü Etkileyen Faktörler.....	29
2.5. Kanserli Hastalara Bakım Verme Yükünün Yaşam Kalitesine Yönelik Etkenler ve Öneriler.....	30
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM.....	33
YÖNTEM.....	33
3.1. Araştırmanın Modeli.....	33
3.2. Araştırmanın Yöntemi.....	33
3.3. Araştırmanın Geçerliliği ve Güvenilirliği.....	34
3.4. Araştırma Etiği.....	35
3.5. Evren ve Örneklem.....	35
3.4. Veri Toplama Araçları.....	42
3.4.1. Demografik Bilgi Formu.....	42
3.4.2. Türkçe Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	43
3.4.3. Bakım Verme Yükü Ölçeği.....	43
3.5. Verilerin Analizi.....	44
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM.....	46
BULGULAR.....	46
4.1. Çocukları Kanser Tedavi Sürecindeki Ailelerin Yaşadıkları Sorun Türleri.....	46
4.1.1. Cinsiyet Değişkenine Göre Farkları Gösteren Bulgular.....	47
4.1.2. Medeni Durum Değişkenine Göre Farklılıkları Gösteren Bulgular.....	47
4.1.3. Kanser Hastasına Yakınlık Değişkenine Göre Farklılıkları Gösteren Bulgular.....	48
4.1.4. Çalışıyor Olma Durumu Değişkenine Göre Farklılıkları Gösteren Bulgular.....	49
4.1.5. Çocuğun Cinsiyeti Değişkenine Göre Farklılıkları Gösteren Bulgular.....	49
4.1.6. Kansere Eşlik Eden Hastalık Değişkenine Göre Farklılıkları Gösteren Bulgular.....	50
4.1.7. Yaş Değişkenine Göre Farklılıkları Gösteren Bulgular.....	50
4.1.8. Öğrenim Durumu Değişkenine Göre Farklılıkları Gösteren Bulgular.....	51
4.1.9. Meslek Değişkenine Göre Farklılıkları Gösteren Bulgular.....	53
4.1.10. Gelir Durumu Değişkenine Göre Farklılıkları Gösteren Bulgular.....	54
4.1.11. Çocuğun Yaşı Değişkenine Göre Farklılıkları Gösteren Bulgular.....	55
4.1.12. Çocuğun Öğrenim Durumu Değişkenine Göre Farklılıkları Gösteren Bulgular.....	56

4.1.13. Kanser Tanısı Değişkenine Göre Farklılıkları Gösteren Bulgular	57
4.1.14. Ailedeki Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Farklılıkları Gösteren Bulgular.....	59
4.1.15. Ailedeki Okuyan Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Farklılıkları Gösteren Bulgular	60
4.1.16. Psikolojik Destek Alanlar Değişkenine Göre Farklılıkları Gösteren Bulgular.....	61
4.1.17. Tedavi Süresi Değişkenine Göre Farklılıkları Gösteren Bulgular	62
4.1.18. Kanser Tanımlaması Değişkenine Göre Farklılıkları Gösteren Bulgular.....	63
4.2. Korelasyon	64
BEŞİNCİ BÖLÜM	66
TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER.....	66
5.1. Tartışma ve Sonuç	66
5.2. Öneriler	72
KAYNAKÇA.....	75
EKLER.....	85
Ek-1: Etik Kurul Onayı	85
Ek-2: Bilgilendirilmiş Onam Formu	86
Ek-3: Demografik Bilgi Formu.....	87
Ek-4: Türkçe Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği	89
Ek-5: Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nin Türkçe Çevirisi	90
Ek-6: Ölçek Kullanım İzinleri.....	91
Ek-7: Araştırma Uygulama Kurum Onayı	92

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Araştırmanın katılımcılara ilişkin bilgileri içeren betimsel istatistik tablosu	36
Tablo 2. Araştırmaya katılan katılımcıların öğrenim durumunu içeren betimsel istatistik tablosu.....	36
Tablo 3. Araştırmaya katılan katılımcıların medeni durumunu içeren betimsel istatistik tablosu.....	37
Tablo 4. Araştırmaya katılan katılımcıların kanser yakınlık durumunu içeren betimsel istatistik tablosu.....	37
Tablo 5. Araştırmaya katılan katılımcıların çalışıyor olma durumunu içeren betimsel istatistik tablosu.....	37
Tablo 6. Araştırmaya katılan katılımcıların meslek durumunu içeren betimsel istatistik tablosu.....	38
Tablo 7. Araştırmaya katılan katılımcıların gelir durumunu içeren betimsel istatistik tablosu	38
Tablo 8. Araştırmaya katılan katılımcıların çocuk cinsiyet durumunu içeren betimsel istatistik tablosu.....	38
Tablo 9. Araştırmaya katılan katılımcıların çocuk yaş durumunu içeren betimsel istatistik tablosu.....	38
Tablo 10. Araştırmaya katılan katılımcıların çocuk eğitim durumunu içeren betimsel istatistik tablosu.....	39
Tablo 11. Araştırmaya katılan katılımcıların çocuk kanser türünü içeren betimsel istatistik tablosu.....	39
Tablo 12. Araştırmaya katılan katılımcıların kansere eşlik eden hastalık durumunu içeren betimsel istatistik tablosu	40
Tablo 13. Araştırmaya katılan katılımcıların ailedeki çocuk sayısını içeren betimsel istatistik tablosu.....	40
Tablo 14. Araştırmaya katılan katılımcıların ailede eğitime devam eden çocuk durumunu içeren betimsel istatistik tablosu.....	40
Tablo 15. Araştırmaya katılan katılımcıların aile üyeleri psikolojik destek alma durumunu içeren betimsel istatistik tablosu.....	41

Tablo 16. Araştırmaya katılan katılımcıların aile üyelerinin hangilerinin psikolojik destek aldığı durumunu içeren betimsel istatistik tablosu	41
Tablo 17. Araştırmaya katılan katılımcıların kanser tanımlamasını içeren betimsel istatistik tablosu.....	41
Tablo 18. Araştırmaya katılan katılımcıların tedavi süresini içeren betimsel istatistik tablosu	42
Tablo 19. Normallik testi tablosu	45
Tablo 20. Çocukları kanser tedavi sürecindeki ailelerin yaşadıkları sorun türlerine ilişkin betimsel istatistik tablosu	46
Tablo 21. Cinsiyet değişkenine göre farkları gösteren tablo	47
Tablo 22. Medeni durum değişkenine göre farkları gösteren tablo	48
Tablo 23. Kanser hastasına yakınlık değişkenine göre farkları gösteren tablo	48
Tablo 24. Çalışıyor olma durumu değişkenine göre farkları gösteren tablo	49
Tablo 25. Çocuğun cinsiyeti değişkenine göre farkları gösteren tablo	49
Tablo 26. Kansere eşlik eden hastalık değişkenine göre farkları gösteren tablo	50
Tablo 27. Yaş değişkenine göre farkları gösteren tablo	51
Tablo 28. Öğrenim durumu değişkenine göre farklılıkları gösteren tablo	52
Tablo 29. Meslek değişkenine göre farkları gösteren tablo	54
Tablo 30. Gelir durumu değişkenine göre farklılıkları gösteren tablo	54
Tablo 31. Çocuğun yaşı değişkenine göre farkları gösteren tablo	56
Tablo 32. Çocuğun öğrenim durumu değişkenine göre farkları gösteren tablo	56
Tablo 33. Kanser tanısı değişkenine göre farkları gösteren tablo	57
Tablo 34. Ailedeki çocuk sayısı değişkenine göre farkları gösteren tablo	59
Tablo 35. Ailedeki okuyan çocuk sayısı değişkenine göre farkları gösteren tablo....	60
Tablo 36. Psikolojik destek alanlar değişkenine göre farkları gösteren tablo	61
Tablo 37. Tedavi süresi değişkenine göre farkları gösteren tablo	62
Tablo 38. Kanser tanımlaması değişkenine göre farkları gösteren tablo.....	63
Tablo 39. Korelasyon Tablosu	64
Tablo 40. BVYÖ ve TKHBÖ'nün alt boyutları arasındaki ilişkilere ilişkin korelasyon tablosu	65

KISALTMALAR LİSTESİ

ALL: Akut lenfoblastik lösemi

AML: Akut myeloid lösemi

BRCA1: Breast Cancer 1

BRCA2: Breast Cancer 2

BVYÖ: Bakım Verme Yüğü Ölçeği

DNA: Deoksiribo Nükleik Asit

EBV: Epstein-Barr virüsü

HPV: İnsan Papilloma Virüsü

HTLV: İnsan T- hücresi Lenfotropik Virüsü

KAÇUV: Kanserli Çocuklara Umut Vakfı

KSHV: Kaposi Sarkomu İlişkili Herpes Virüsü

LÖSEV: Lösemili Çocuklar Vakfı

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

TKHBÖ: Türkçe Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği

UV: Ultraviyole

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Çocukluk çağı kanseri, hem çocuklar hem de aileleri için büyük bir zorluk ve stres kaynağıdır. Kanser tedavisi gören çocukların ebeveynleri, yalnızca çocuklarının sağlık durumu ile ilgili endişeler taşımakla kalmaz, aynı zamanda bu süreçte maddi, ruhsal ve sosyal birçok zorlukla da karşılaşmaktadır. Ebeveynlerin bakım verme yükü, bu zorlukların başında gelmektedir ve yaşam kalitelerini önemli ölçüde etkilemektedir. Bu bağlamda, çocuğu kanser tedavisi gören ebeveynlerin yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi büyük bir önem taşımaktadır (Lafcı vd., 2020).

Araştırmalar, çocuğu kanser tedavisi gören ebeveynlerin karşılaştığı zorlukları ve bu zorlukların yaşam kalitesine olan etkilerini ortaya koymuştur. Ebeveynler, tedavi sürecinin getirdiği belirsizlikler ve stresle başa çıkarken, aynı zamanda ekonomik sorunlar ve sosyal izolasyon gibi ek yüklerle de mücadele etmektedirler (Mingir, 2022). Bu durum, ebeveynlerin fiziksel ve psikolojik sağlıklarını olumsuz yönde etkileyerek yaşam kalitelerini düşürmektedir. Dolayısıyla, bu çalışma, ebeveynlerin yaşadığı bu zorlukları anlamak ve çözüm önerileri geliştirmek amacıyla yapılmıştır.

Demografik faktörler, ebeveynlerin yaşam kalitesini etkileyen önemli değişkenler arasında yer almaktadır. Ebeveynlerin cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu gibi demografik özellikler, onların bakım verme yükünü ve karşılaştıkları psikolojik sorunları şekillendirmektedir (Kara vd., 2023).

Sosyal destek ağlarının rolü de ebeveynlerin yaşam kalitesinde belirleyici bir faktördür. Sosyal izolasyon yaşayan ebeveynler, duygusal destekten yoksun kalarak daha fazla stres ve kaygı yaşayabilirler (Coşkun Şimşek ve Günay, 2023). Bu nedenle, sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi ve ebeveynlerin

birbirleriyle etkileşimde bulunabilecekleri ortamların oluşturulması gerekmektedir. Araştırma sonuçları, bu tür sosyal etkinliklerin önemini vurgulayarak ebeveynlerin yalnızlık duygularını hafifletmeyi amaçlamaktadır.

Sonuç olarak, bu tez çalışması çocuğu kanser tedavisi gören ebeveynlerin yaşam kalitesini etkileyen faktörleri kapsamlı bir şekilde incelemeyi hedeflemektedir. Elde edilecek veriler, sağlık politikalarının geliştirilmesine katkıda bulunacak ve ebeveynlere yönelik destek programlarının oluşturulmasına ışık tutacaktır. Böylece, çocukluk çağı kanseri tedavisi gören ailelerin karşılaştığı zorlukların daha iyi anlaşılması sağlanacak ve bu alanda yapılacak gelecekteki araştırmalara yön verecek bilgiler sunulacaktır.

1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu tez çalışması çocuğu kanser tedavisi gören ebeveynlerin bakım verme yükü ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Bu çalışmaya kanser tanısı almış, yatarak ya da ayaktan tedavi alan 0-18 yaş arası çocuğu olan ebeveynlerin dahil edilmesi amaçlanmıştır.

Çocukluk çağı kanser tanısı alan çocuk, tanının konulması ve tedavi programının belirlenmesiyle birlikte uzun bir dönemden geçmektedir. Çocuğa tanının konulmasıyla birlikte çoğunlukla 3 aydan 6 aya kadar hastane süreci yaşamaktadır. Bu uzun soluklu hastane sürecinde tedavi gören çocukla birlikte ebeveynler de birincil derece bakımı üstlenmektedir.

Çocuğun tanıyı ve tedavi sürecini kabul etmesinde yaşadığı zorluklar başta fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden olurken ebeveynlere bu maddelere ek olarak ekonomik sorunlar da eklenmektedir. Bu sorunlar da doğrudan yaşam kalitesinin etkilenmesine neden olur. Çocukluk çağı kanserlerinde aile bütünlüğünün ve işlevselliğinin bozulması, ebeveyn rollerinde değişimlere yol açmakta; ebeveynler, ortaya çıkan hastalık nedeniyle çaresizlik ve yalnızlık duyguları yaşayabilmekte, birbirlerini suçlama eğiliminde bulunmakta ve öfke ile üzüntüyle başa çıkma konusunda zorluklar yaşamaktadır. (Yıldız, 2008). Bu çalışmayla birlikte ebeveynlerin hastalıkla birlikte oluşan yaşam kalitelerindeki durumu ortaya koyarak gerekli düzenlemelerin sağlanması konusunda önem arz edecektir.

1.2. Araştırmanın Problemi

Bu araştırma, çocuğu kanser tedavisi gören ebeveynlerin yaşam kalitesini etkileyen önemli faktörleri anlamak amacıyla çeşitli sorular etrafında şekillendirilmiştir. Aşağıda belirtilen maddeler, ebeveynlerin karşılaştığı zorlukları ve bu zorlukların yaşam kaliteleri üzerindeki etkilerini incelemeyi hedeflemektedir.

1. Kanser tanısı alan çocukların ebeveynlerinde hastalığı algılama durumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
2. Kanser tanısı alan çocukların ebeveynlerinde bakım verme sürecinde yaşadıkları güçlükler nelerdir?
3. Kanser tanısı alan çocukların ebeveynlerinin yaşadıkları bakım yükü ile yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

1.3. Sayıtlar

Bu araştırmanın güvenilirliğini artırmak ve elde edilecek bulguların geçerliliğini sağlamak amacıyla aşağıdaki maddeler dikkate alınmıştır.

4. Araştırmaya gönüllü olarak katılan çocuğu kanser tedavisi gören ebeveynlerin, veri toplama araçlarındaki sorulara içtenlikle ve doğru olarak cevap verdikleri kabul edilmektedir.
5. Araştırmada; veri toplama ve verilerin değerlendirilmesinde kullanılan tekniklerin araştırmanın amacı için en uygun teknikler olduğu varsayılmıştır.
6. Araştırmada kullanılan ölçme araçları ölçmek istenilen özellikleri ölçecek şekilde geçerli ve güvenilirlerdir.

1.5. Sınırlılıklar

Bu araştırmanın sınırlılıkları, elde edilen bulguların genel geçerliliğini ve yorumlanabilirliğini etkileyebilecek çeşitli faktörleri içermektedir. Aşağıda belirtilen maddeler, araştırmanın kapsamı ve yöntemleri ile ilgili sınırlılıkları ortaya koyarak, gelecekteki çalışmalar için dikkate alınması gereken noktaları vurgulamaktadır.

1. Araştırma, Kanserli Çocuklara Umut Vakfı'nın çocuk sistemine kayıtlı ebeveynler ile sınırlıdır. Bu vakfa kayıtlı ebeveynlerden çevrimiçi ortamda

ulaşılan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 327 (250 kadın, 77 erkek) ebeveyn ile sınırlıdır.

2. Araştırma, belirli bir zaman diliminde gerçekleştirilmiştir; bu nedenle ebeveynlerin yaşam kalitesini etkileyen faktörler belirli bir zaman dili ile sınırlıdır.
3. Yapılan analiz ve elde edilen veriler araştırmacının kullandığı yöntemler ve bilimsel metotla sınırlıdır.

1.6. Tanımlar

Araştırmanın kapsamını daha iyi anlamak için aşağıda bazı temel terimlerin tanımları verilmiştir. Bu tanımlar, çalışmanın içeriği ve bağlamı açısından önemli kavramları açıklayarak, okuyucunun araştırmanın amacını ve bulgularını daha iyi kavrayabilmesine yardımcı olacaktır.

Kanser: Kanser, vücuttaki hücrelerin kontrolsüz bir şekilde çoğalması ile karakterize edilen bir hastalıktır ve bu anormal hücrelerin çevresindeki dokulara veya uzak organlara yayılması söz konusu olabilir. Kanser, yalnızca fiziksel sağlık özelinde değil, aynı zamanda bireylerin psikolojik ve sosyal yaşamlarında da derin etkiler yaratmaktadır. Özellikle ocukluk ağı kanserleri, tedavi süreçlerinin uzunluğu ve karmaşıklığu nedeniyle aile dinamiklerini tehdit edebilir ve ebeveynler üzerinde duygusal yükler oluşturabilir. Bu bağlamda, kanserin erken teşhisi ve etkili tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi, bireylerin yaşam kalitesinin artırılması ve genel toplum sağlığının korunması açısından kritik bir öneme sahiptir (Baba ve Ekinci 2023).

Çocukluk ağı Kanserleri: Çocukluk ağı kanseri, doğumdan itibaren 19 yaşına kadar görülen kanser türlerini kapsayan bir kavramdır ve bu hastalıklar, genellikle kontrolsüz hücre büyümesi ile karakterize edilir. Bu bağlamda, lösemi, beyin tümörleri ve lenfoma gibi en yaygın çocukluk ağı kanserleri, çocukların fiziksel ve psikolojik gelişimlerini olumsuz yönde etkileyebilir. Araştırmalar, düzenli fiziksel aktivitenin kanser tedavisi gören çocuklarda yaşam kalitesini artırdığını ve tedavi süreçlerinin yan etkilerini azaltabileceğini göstermektedir. Bu nedenle, fiziksel aktivitenin teşvik edilmesi hem tedavi sürecinin iyileştirilmesi hem de çocukların

genel sağlık durumlarının desteklenmesi açısından büyük önem taşımaktadır (Soyuer ve Sitti, 2011).

Yaşam Kalitesi: Yaşam kalitesi, bireylerin yaşamlarını sürdürdükleri sosyal, ekonomik ve kültürel bağlamda algıladıkları yaşam durumunu ifade eden çok boyutlu bir kavramdır. Bu kavram, bireylerin fiziksel sağlık, psikolojik durum, sosyal ilişkiler ve çevresel koşullar gibi çeşitli unsurları içermekte ve bireylerin genel tatmin düzeylerini belirlemektedir. Dünya Sağlık rgt, yaşam kalitesini "bireylerin hedefleri, beklentileri ve standartları ile bağlantılı olarak, yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi" olarak tanımlanmaktadır (Ağır, 2017).

Bakım Verme Yükü: Bakım verme yükü, bir bireyin, özellikle de aile üyelerinin, bakımını üstlendikleri kişiye yönelik yaşadığı fiziksel, duygusal ve sosyal zorlukları ifade eden bir kavramdır. Bu kavram, bakım verenin karşılaştığı yorgunluk, kaygı, sosyal izolasyon ve ekonomik sıkıntıları kapsamaktadır. Bakım verme yükü, bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir ve bu nedenle sağlık hizmetleri alanında önemli bir araştırma konusudur. Bu yükün anlaşılması, bakım verenlerin desteklenmesi ve yaşam kalitelerinin artırılması için gerekli stratejilerin geliştirilmesine yardımcı olur (Aşiret ve Kapucu, 2012).

İKİNCİ BÖLÜM

ALANYAZIN ARAŞTIRMASI

Bu bölümde, çocukluk çağı kanserleri ve çocukluk çağı kanser tedavisi gören ebeveynlerin yaşam kalitesine yönelik kuramsal çerçeve detaylandırılmış; çocukluk çağı kanserleri ve ebeveynlerin yaşam kalitesinin fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutlarına ilişkin temel kavramlara ve bu alanlardaki güncel literatür bilgilerine yer verilmiştir.

2.1. Kanser

Kanser özellikle son zamanlarda sürekli duyduğumuz bir hastalık ama tam olarak bilinmeyen ya da anlatılamayan bir kavramdır. Kanser kelimesine bakıldığında Latince dilince yengeç anlamına gelen “cancer” kelimesinden türediği görülmektedir (Küçükaslan, 2023). Yunanlı hekimlerden olan Hipokrat, hastalığın başlangıç noktasından diğer organlara yayılmasını gözlemleyerek kanser kavramını tanımlamıştır. Kanser, vücutta bir dokunun anormal bir şekilde çoğalması sonucu ortaya çıkar ve bu süreç, kaynaklandığı dokuyu harap ederken çevresindeki dokulara yayılma potansiyeline de sahiptir. Anormal hücrelerin çeşitli organlarda çoğalması, o organa ait tümörlerin oluşumuna yol açar ve bu durum, organın normal fonksiyonlarını ciddi şekilde bozabilmektedir (Baykara, 2016).

Kanser, hücrelerin DNA'sında meydana gelen hasarların birikmesi sonucu anormal ve kontrolsüz bir şekilde büyüyüp çoğalmasıyla ortaya çıkan bir hastalık grubudur. Bu durum, hücrelerin normal işlevlerini kaybetmesine ve tümör adı verilen kitlelerin oluşmasına yol açabilir (Bütüner Bilge ve Kantarcı, 2006). Kanser, iyi ve kötü huylu olmak üzere iki ana kategoriye ayrılır; kötü huylu tümörler çevre dokulara yayılabilir ve metastaz yaparak vücudun diğer bölgelerine sıçrayabilir (Ada vd., 2021). Dünya

genelinde 200'den fazla kanser türü bulunmaktadır ve her tür, farklı belirtiler, tedavi yöntemleri ve öngörülere karakterize olduğunu söylenebilir (Şen, 2022).

Kanserin klinik belirtileri, tümörün bulunduğu bölgeye ve hastalığın evresine göre değişiklik göstermektedir. Ancak genel belirtiler arasında sebebi olmayan kilo kaybı, aşırı yorgunluk, ağrılar, anormal kanamalar ve derideki değişiklikler yer alabilir (Aydın ve Kayıkçıoğlu, 2024). Erken evrelerde, çoğu kanser türü belirgin semptomlar vermez, bu da hastalığın tanısını geciktirebilir. Erken teşhis, hastalığın tedavi edilebilirliğini önemli ölçüde arttırmaktadır (Bağ, 2013).

Kanser tedavisi, hastalığın türü, evresi ve hastanın sağlık durumu gibi faktörlere bağlı olarak değişmektedir. Kanser tedavileri arasında cerrahi müdahale, kemoterapi, radyoterapi ve immünoterapi gibi birden çok tıbbi seçenek ve prosedürler bulunmaktadır. Cerrahi müdahale, malign neoplazmin çıkarılmasıyla sonuçlanan bir süreci kapsamaktadır. Kemoterapi, hastalığı tedavi eden sistemik ilaç durumunu tanımlamaktadır. Radyoterapi, onkolojinin kanser hücrelerine ışın yolu ile etki yapmaktadır. İmmünoterapi ise kanser hücrelerine karşı bir savunma oluşturan immün sistemi kapsar. Tedavi, her bir hasta için ayrı ayrı hazırlanan bir protokole göre reçete edilmektedir (Babaç ve Ekinci, 2023).

Kanserli hücreler vücutta kontrolsüz bir şekilde büyümektedirler. Sağlıklı bir vücutta hasarlı hücre oluştuğunda kendilerini yok edebilmekte ancak kanserli hücreler uğradıkları mutasyonlar sonucunda kontrolsüz bir şekilde çoğalmaya devam etmektedirler. Bu nedenle alanında uzmanlaşmış sağlık personelleri tarafından profesyonel tedaviye gereksinim bulunmaktadır (Bağ, 2013). Erken teşhis ve doğru tedavi programının oluşturulmasıyla birlikte iyileşme oranı da o kadar yüksek bir seviyeye ulaşmış olmaktadır. Bu nedenle tanı öncesinde vücutta oluşan anormal durumlar dikkate alınmalı ve profesyonel destek alarak ivedi bir şekilde tedavi sürecinin başlatılması gerekmektedir (Yıldız vd., 2022).

Sonuç olarak, kanserin karmaşık bir hastalık olduğu ve birden fazla faktörden etkilendiği anlaşılmaktadır. Kanser tedavisi zor ve zahmetli bir süreç olarak ifade edilmektedir. Tedaviye yanıt, vakaya ve hastaya bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Bazı durumlarda ise hastalığın tekrarlayabilme ihtimali de

bulunmaktadır. Ancak, hastalığın tedavisine dair tıbbi bilgilerin belirgin çeşitliliği, erken teşhis ve tedavinin yeni yollarının özellikle başarılı olmasından kaynaklanmaktadır. Çünkü bu, hastaların yaşam süresini artırmaktadır. Bu gerçeğe birlikte, kişisel sağlık yönetimi, toplumsal farkındalık ve erken teşhis stresli bir hastalıkla savaşmada en önemli faktörler arasındadır. Kanser tanısı almış her bireyin hastalığın evreleri ve özellikleri farklılık gösterdiğinden, tedavi planlarının kişiye özel olarak düzenlenmesi gerekmektedir (Kavradım ve Özer, 2014). Kanserle mücadelede erken tanı ve tedavi süreçlerinin yanı sıra psikolojik destek de kritik bir öneme sahiptir; bu nedenle, hastaların moral ve motivasyon seviyelerinin yüksek tutulması önerilmektedir (Atan vd., 2020).

2.1.1. Kansere Neden Olan Risk Faktörleri

Bilim insanları henüz kansere neden olan etmeni ortaya koyamamıştır. Bu nedenle yapılan araştırmalar sonucunda kansere sebep olan çeşitli risk faktörleri olduğu tespit edilmiştir (Yıldız, 2008). Bu faktörleri dört ana başlık altında toplamak mümkündür. Bunlar;

- **Kimyasal Kanser Yapıcılar:** Kanser, hücrelerin DNA'sında meydana gelen hasarların birikmesi sonucu anormal ve kontrolsüz bir şekilde büyüyüp çoğalmasıyla ortaya çıkan bir hastalık grubu olarak tanımlanmaktadır. Bu süreçte kimyasal kanserojenler önemli bir rol oynamakta olup bu maddeler arasında asbest, benzen, tütün dumanı ve bazı pestisitler gibi yaygın örnekler bulunmaktadır. Kanserojenler, vücuda girdiğinde iki aşamada etki göstermektedir. İlk aşamada, DNA'da geri dönüşü olmayan hasarlar meydana getirerek hücrelerin normal işleyişini bozmaktadır. Bu aşama "başlangıç" olarak adlandırılmaktadır. İkinci aşamada ise hasar görmüş hücrelerin kontrolsüz bir şekilde çoğalmasına neden olan faktörler devreye girmektedir. Bu durum da "destekleme" aşaması olarak tanımlanmaktadır. Kimyasal kanserojenler, genetik materyalle etkileşime geçerek mutasyonlara neden olmakta ve bu mutasyonlar da kanser gelişimini hızlandırmaktadır (Demir, 2021). Çevresel faktörler ve yaşam tarzı seçimleri de bu kimyasallara maruz kalma riskini artırarak kanser riskini yükseltmektedir. Dolayısıyla, sağlıklı yaşam tarzı benimsemek ve düzenli sağlık kontrolleri yapmak, kanserin

önlenmesinde kritik bir rol oynamaktadır. Bunların yanı sıra, çevresel kirlilik ve bazı endüstriyel kimyasallar da kanserojen etkiler gösterebilmektedir. Kanserojenlerin etkisi genellikle maruz kalma süresi ve dozuna bağlıdır; bu nedenle bu maddelerle temastan kaçınılması oldukça büyük önem taşımaktadır (Baykara, 2016). Alkol tüketimi de çeşitli kanser türleri ile ilişkilidir. Araştırmalar, aşırı alkol tüketiminin ağız, boğaz, yemek borusu ve karaciğer kanseri riskini artırdığını göstermektedir. Alkolün metabolizması sırasında oluşan asetaldehit gibi toksik bileşikler, DNA hasarına yol açarak kanser gelişimini tetikleyebilir. (Boffetta ve Hashibe, 2006).

- **Çevresel Faktörler:** Kanserin gelişiminde etkili olan çevresel faktörler, bireylerin yaşam alanları dahilinde maruz kaldığı kimyasal, fiziksel ve biyolojik etmenleri içermektedir. Tütün dumanı, asbest ve endüstriyel kimyasallar gibi kimyasal maruziyetler, akciğer ve diğer kanser türlerinin riskini arttırmaktadır (Açıkgöz vd., 2018). Çevresel faktörler arasında güneşin ultraviyole ışınları ve iyonize radyasyon kanser gelişimine sebebiyet vermektedir. Güneş ışınları D vitamini gibi yararlı bir vitamin oluşumunu desteklese de bu ışınlarla belirli bir sürenin üzerinde maruz kalımı önemli bir risk unsuru oluşturmaktadır. Örneğin güneşin dik açıyla geldiği saatlerde dışarı alanda bulunmak gerekiyorsa eğer kesinlikle koruyucu tedbirleri elden bırakmamak gerekmektedir. Koruyucu tedbirlerden birkaçını şu şekilde sıralamak mümkündür; şapka ve güneş gözlüğü takmak, güneş koruyucu filtre içeren kremler sürmek (Dağhan ve Yelten, 2016). Hava kirliliği, dizel motor egzoz dumanı gibi etkenlerle birlikte, düşük fiziksel aktivite ve sağlıksız beslenme alışkanlıkları da kanser riskini arttıran önemli yaşam tarzı faktörleri arasında yer almaktadır. Bu çevresel etmenlerin etkisi, maruz kalma süresi ve dozuna bağlı olarak değişiklik göstermektedir (Kahyaoğlu Süt, 2024).
- **Bazı Virüsler:** Kansere neden olan virüsler, hücrelerin DNA'sına zarar vererek veya hücresel işlevleri değiştirerek kanser gelişimine sebep olabilmektedir. İnsan papilloma virüsü (HPV), özellikle HPV 16 ve HPV 18 türleri ile rahim ağzı, vulva, penis ve anal kanser gibi çeşitli kanser türlerinin gelişiminde ciddi rol oynamaktadır. Hepatit B(HBV) ve Hepatit C(HCV) virüsleri, kronik enfeksiyonları aracılığıyla karaciğer kanseri riskini

arttırırken, epstein-barr virüsü (EBV) burkitt lenfoma ve nazofarengeal karsinom gibi kanser türleri ile ilişkili olduğu söylenmektedir. Ayrıca, insan T-lenfotropik virüsü (HTLV) adult T-hücreli lösemi-lenfoma ile bağlantısı bulunmaktadır. Kaposi sarkomuna neden olan herpes virüsü (KSHV) de bazı kanserlerin gelişiminde rol oynamaktadır. Bu virüslerin etkisi, genetik yatkınlık ve bireylerin yaşam tarzı ile birleşerek kanser riskini şekillendirmektedir (Çolak, 2024).

- **Kalıtsal Özellikler:** Kansere neden olan kalıtsal özellikler, genetik mutasyonlar ve kalıtsal kanser sendromları aracılığıyla bireyler arasında aktarılabilmektedir. Tüm kanser türlerinin yaklaşık %10-15'i kalıtsal olduğu ve bu durumun, ebeveynlerden çocuklara geçen belirli genlerdeki mutasyonlardan kaynaklandığını yapılan araştırmalar göstermektedir. Kalıtsal kanser sendromları, ailelerde belirli kanser türlerinin normalden daha yüksek risk altında olduğu durumları ifade etmektedir. Örneğin, BRCA1 ve BRCA2 genlerindeki mutasyonlar, kalıtsal meme ve over kanseri riskini artırırken, Lynch sendromu kolon kanseri riskini yükseltmektedir (Pal vd., 2024). Diğer önemli kalıtsal kanser sendromları arasında Li-Fraumeni sendromu yer almaktadır. Li-Fraumeni sendromunda, p53 isimli genin bir alelinin anneden veya babadan yanlış bir şekilde aktarılması söz konusudur. Bu genin hatalı aktarılmasıyla diğer alelde kısa sürede problem oluşmakta, bu problemin oluşmasıyla birlikte de çocuğun kanserli olarak doğmasına sebebiyet vermektedir (Gürcan, 2005). Bu kalıtsal özelliklerin yanı sıra down sendromuna sahip çocuklarda lösemi gibi bazı kanser türlerinin görülme sıklığı artmaktadır. Down sendromlu bireylerde yaşamının ilk yıllarında %20-30 oranında tipik lösemi gelişme risklerinin bulunması nedeni ile bu bireylerin tıbbi boyutta yakın izlem gerekmeğe olduğu söylenmektedir (Saygılı Karagöl ve Karagöl, 2011). Bu genetik mutasyonlar, hücrelerin DNA onarım mekanizmalarını etkileyerek kanser gelişimine zemin hazırlayabilmekte olup dolayısıyla ailede benzer kanser türlerinin görülmesi, genetik yatkınlığın bir göstergesi olabilmektedir (Pazarbaşı ve Kasap, 2003).

2.1.2. Kanserden Korunmanın Yolları

Bilim insanları henüz kanserin neden kaynaklandığını belirleyememiştir ancak kansere neden olan birden fazla risk faktörünün bulunduğu ifade edilmektedir. Bu risk faktörlerinin önüne geçme amacıyla birçok korunma yolu bulunmaktadır. Bu yollardan bazıları ise şunlardır:

- Sağlıklı, doğal ve dengeli beslenme, yeterli miktarda sebze ve meyve alımını içermekte olup, dondurulmuş ve koruyucu madde içeren gıdalardan kaçınılması ve öğün atlamaktan sakınılması büyük bir önem arz etmektedir. Ayrıca, hazır gıda tüketiminin mümkünse tamamen terk edilmesi; bu durumun sağlanamaması halinde ise, tüketimin asgariye indirilmesi gerekmektedir (Ari vd., 2016).
- Fiziksel aktivitelere katılım ve düzenli spor faaliyetlerinin gerçekleştirilmesi, vücut sağlığı açısından son derece önemlidir. Ancak günümüz koşullarında bu tür aktivitelerin ihmal edilmesi olasılığı söz konusu olabilmektedir. Eğer düzenli spor yapılması mümkün değilse, en azından günlük rutine düzenli yürüyüşler veya belirli egzersiz hareketleri eklenmesi önerilmektedir (Aydemir Dede, 2014).
- Çevresel kanser yapıcı maddelerden korunma, sigara içmemek ve dumanına maruz kalmamak kanser riskinin önüne geçmede en etkili faktörlerdendir. Aynı zamanda güneş ışınlarından günün dik geldiği saat aralıklarından olan 11.00-15.00'te mümkün olduğunca dışarı çıkılmaması gerekmektedir. Dışarı çıkıldığı takdirde koruyucu ekipmanlardan olan güneş kremi, gözlük, şapka gibi materyallerin kullanılması uzmanlar tarafından önerilmektedir (Eren, 2017).
- Radyasyondan ve manyetik alanlardan uzak durma; günümüzde teknolojinin de gelişmesiyle bu alanlara sık maruz kalınmaktadır. Bu maruz kalınan aletlerin başında kullanılan cep telefonları bilgisayarlar gelmektedir. Bu teknolojik aletlerden izole olmak pek mümkün olmasa da günlük rutinlerde kolaylıkla koruma sağlayacak yöntemler vardır. Örneğin; telefonu kulaklıkla kullanmak ve telefonu uyku ortamının dışında bırakma yine risk faktörlerini

azaltan bir önlemdir (Gökoğlan vd., 2020).

- Kronik enfeksiyonlardan korunma, sık hasta olunuyorsa eğer bu durumlarda ihmal edilmeden hemen bir sağlık merkezine başvurmak gerekir. Hastalıklar kronikleşen bir hal aldığında kanser riski oluşturur (Yıldız, 2008).
- Stres yönetimi uygulamaları, stresin bağışıklık sistemi üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak amacıyla önemli bir strateji olarak değerlendirilmektedir. Bu bağlamda, stres yönetim tekniklerinin sistematik bir şekilde uygulanması ve gerektiğinde psikolojik destek alınması, bireylerin genel sağlık durumunu iyileştirme potansiyeline sahiptir (Yıldız, 2008).
- Düzenli sağlık kontrolleri yaptırmak, erken tanı açısından düzenli sağlık taramalarının yapılması, kanserin erken evrelerde tespit edilmesine olanak tanımaktadır. Özellikle belirli yaş gruplarındaki bireyler için önerilen tarama testlerine uyulması gerekmektedir (Eren, 2017).

2.1.3. Çocukluk Çağı Kanserleri

0-18 yaş grubunda görülen kanserler çocukluk çağı kanseri olarak adlandırılmaktadır. Çocukluk çağı kanserleri çeşitli özellikleriyle yetişkin kanser türlerinden farklılık göstermektedir. Çocukluk çağı kanserlerinin yetişkinlere göre görülme sıklıkları daha azdır (Kaçar Adam, 2021). Çocukluk çağı kanserleri, doğumdan ergenlik döneme kadar olan dönemde görülebilecek kanser türlerine oranla tüm kanserlerin %4'lük kesimini oluşturmaktadır. Tedavi süreçlerindeki başarı oranları da yetişkinlik dönemindeki kanser türlerine kıyasla yüksektir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2017 yılına ait raporuna göre çocukluk çağı kanserlerinin başlıca türleri lösemi, merkezi sinir sistemi tümörleri, lenfoma, somatik sinir sistemi tümörleri, yumuşak doku sarkomu, böbrek tümörleri, osteosarkom, üreme sistemi tümörleri, epitelyal tümör, retinoblastoma ve karaciğer kanseri yer alır. Küresel ölçekte en yüksek oranı %34,1 ile lösemi oluştururken devamında ise %18,1 oranla beyin ve sinir sistemi kanserleri gelmektedir (Arslan ve İpek, 2022). Çocukluk çağı kanserlerinin etiyolojisi tam olarak anlaşılmamış olmakla birlikte, genetik yatkınlık, çevresel etmenler ve bazı viral enfeksiyonlar gibi risk faktörleri üzerinde durulmaktadır. Erken tanı ve uygun tedavi yaklaşımları ile çocukluk çağı

kanserlerinin tedavi edilebilirliği artmakta ve hayatta kalma oranları yükselmektedir. Bu bağlamda, ebeveynlerin ve sağlık profesyonellerinin çocuklarda gözlemlenen olağan dışı belirtilere karşı dikkatli olmaları kritik bir öneme sahip olduğu belirtilmektedir (Kutluk, 2006).

Sonuç olarak, çocukluk çağı kanserleri ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Erken teşhis ve kanserin türü doğrultusunda etkin tedavi yöntemleri ile bu hastalıkların iyileşme oranlarında artış gözlemlenmektedir. Ebeveynlerin ve sağlık profesyonellerinin bu konuda bilinçlenmesi, çocukların daha sağlıklı bir geleceğe sahip olmalarına katkıda bulunacaktır. Çocukluk çağı kanserlerine yönelik farkındalık artırma çalışmaları hem toplumda bilinç oluşturmakta hem de tedavi süreçlerinde destek sağlamakta kritik öneme sahip olduğu asla unutulmamalıdır (Aydın ve Yalçinkaya Alkar, 2024).

2.1.3.1. Çocukluk Çağı Kanserlerinin Tedavi Süreci

Çocukluk çağı kanser tedavisi hastanelerin pediatrik onkoloji ve hematoloji servislerinde gerçekleştirilmektedir. Tedavi bir kol kırığı ya da grip tedavisinden farklı olarak uzun sürmekte olup uzun süreli hastane yatışlarını ve uzun süreli takip süreçlerini beraberinde getirmektedir. Ortalama 6 ay ile 2 yıl arasında devam etmektedir. Bazen çocuk tedavi için onkoloji/hematoloji servisine girer ve en az 1 ay boyunca bu servisten çıkmadan tedavi görebilmektedir. Bunun nedeni doğru tanı ve uygun tedavi programının belirlenmesinden kaynaklanmaktadır. Tedavi programının belirlenmesiyle birlikte 6 aya kadar hastane ortamında gerçekleşecek olan tedavi sürecine başlanmaktadır. Bu süreç boyunca çocukların kan değerleri doğrultusunda hekimin uygun gördüğu zaman aralıklarda ev ziyaretleri gerçekleştirilebilmektedir. Bunun nedeni ise aslında çocuğun enfeksiyon riskini göz önünde bulundurmaktan kaynaklanmaktadır. Hastanede biten tedavi sürecinin ardından ayda 1, 6 ayda 1, senede 1, 2 senede 1 şeklinde gerçekleşecek olan kontrol dönemine geçilerek hastalığın takibi yapılmaktadır. Bunun nedeni ise hastalığın nüksetme durumunun olmasından ötürü hastalığın seyirinin kontrol altında tutulması amaçlanmaktadır (Aydın ve Yalçinkaya, 2022).

Çocukluk çağı kanserleri nadir olmakla birlikte beraberinde ciddi sağlık sorunlarına yol açabilmektedir. Ancak günümüzdeki tıbbi gelişmeler sayesinde bu kanser türlerinin çoğu tedavi edilebilir durumda olduğu tespit edilmiştir. Çocuklar için uygun tedavi yöntemlerinin belirlenmesi ve destekleyici bakımın sağlanması, iyileşme sürecinde büyük önem taşır. Aile bireyleri için tedavi sürecinde yaşanan belirsizliklerin önüne geçebilmek için ailelerin bilgilendirilmesi ve desteklenmesi de bu süreçte önemli bir yer tutmaktadır. Çünkü tedavi sürecinde aile bireyelerine bilgilendirme ne kadar doğru ve detaylı bir şekilde anlatılırsa tedavi sürecindeki çocuğun hastalık süreci de o kadar sağlıklı bir şekilde ilerleyecektir (Kurt vd., 2020). Erken tanı ve doğru tedavi programının önemine doğrudan vurgu yapılmış olsa da tedavi sürecindeki bilgilendirmelerin de o boyutta önem taşıdığı göz ardı edilmemelidir. Aileye yapılan eksik bir bilgilendirme doğrultusunda hem tedavi seyri hem de çocuğun sağlık durumu ciddi ölçüde olumsuz etkilenebileceği unutulmamalıdır (Bal Yılmaz, 2000).

Tedavi sürecinde, onkolog, hematolog, psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, hemşire ve diyetisyen gibi sağlık profesyonellerinin bir arada çalıştığı multidisipliner bir yaklaşımın benimsenmesi gerekmektedir. Hem tedavi gören çocuk hem de bakım veren kişilere yönelik sempatik, anlayışlı ve ulaşılabilir bir tutum sergilenmelidir. Psikososyal destek sunan sağlık personeli, tedavi alan bireyin sorunlarını açıkça ifade etmesine yardımcı olmalı; hastalık ve tedavi sürecinin getirebileceği zorluklar hakkında bilgi vererek, bireyin ve bakım verenin ihtiyaçlarını belirlemeli ve bu ihtiyaçların karşılanmasını sağlamalıdır. Yapılan araştırmalar, iyi bir bilgilendirme ile tedavi gören bireylerin psikolojik sorunlara daha az maruz kaldığını ve tedaviye daha olumlu yanıt verdiklerini ortaya koymaktadır. Multidisipliner yaklaşımlar, kanser tedavisinde önemli bir yer tutmakta ve hastaların yaşam kalitelerini artırmaktadır. Kanserin teşhis ve tedavisinde multidisipliner ekiplerin bir araya gelmesi, hastaların bireysel olarak değerlendirilmesi ve kanıta dayalı verilerin kullanılmasıyla tedavi planlarının oluşturulması sağlanmaktadır. Bu tür bir yaklaşımın sağladığı faydalar arasında hastaların sağlık sonuçlarının iyileşmesi, gereksiz tanısal girişimlerin önlenmesi ve zamanın etkin kullanımı yer almaktadır (Ülger vd., 2014).

2.1.3.2. Çocukluk Çağı Kanserlerinin Belirtileri

Çocukluk çağı kanserlerinin çocuklar üzerinde birtakım uyarıcı belirtileri vardır. Bu belirtilerin takibi ailelerin sorumluluğundadır. Çünkü çocuk bu belirtileri anormal bir durum olarak adlandırmayabilir. Erken teşhis bu belirtilerin fark edilmesiyle gerçekleşir. Bu belirtilerden bazılarını şu şekilde sıralamak mümkündür: Tekrarlayan ve uzun süren burun kanamaları, antibiyotiklere yanıt vermeyen ve nedeni saptanamayan uzun süren ateş, kısa sürede fazla miktarda kilo kaybı, vücudun herhangi bir yerinde şişliklerin veya morlukların ortaya çıkması, baş ağrısı ve süregelen denge bozuklukları, kendiliğinden gelişen diş çürükleri, uzun süren kemik ve eklem ağrıları, fotoğraflarda göz bebeğinin beyaz çıkması. Şu durum unutulmamalıdır ki bu belirtilerin gösterilmesi kesin olarak kanser hastalığının tanısını teşhis etmemektedir. Kanser hastalığı yerine çocukluk çağı hastalığının da olması olasıdır. Bu belirtiler düzenli bir şekilde takip edilmeli ve çocuğun üstün yararı göz önünde bulundurularak bir sağlık kuruluşuna müracaat edilmesi büyük önem arz etmektedir (Vural ve Karaman, 2014).

2.1.3.3. Çocukluk Çağına Özgü Kanser Türleri

Çocukluk çağı kanser türleri yetişkinlik çağı kanser türlerinden farklıdır. Bu farklılıklar, kanser türleri, görülme sıklığı, tedavi yöntemleri ve nedenleri gibi çeşitli alanlarda kendini göstermektedir. Çocuklarda görülen en sık görülen türler arasında lösemi, beyin tümörleri ve lenfoma bulunmaktadır. Yetişkinlerde ise meme, akciğer ve prostat kanseri gibi daha yaygın türler bulunmaktadır. Yetişkinlerde kanser görülme sıklığı çocuklara oranla daha fazla olduğu belirtilmektedir (Yıldız, 2008).

Çocukluk çağı kanserleri, WHO (World Health Organization, 1976) tarafından yapılan çalışmada uluslararası çocuk kanserleri sınıflamasına göre 12 ana grup altında incelenirler. Bu gruplar;

1. **Lösemiler:** Çocukluk çağı kanserlerinin en yaygın türüdür ve tüm çocuk kanserlerinin yaklaşık %30'unu oluşturur. Akut lenfoblastik lösemi (ALL) ve akut myeloid lösemi (AML) en sık görülen formlardır. Lösemi, kemik iliğinde ve kanda anormal hücrelerin çoğalması ile karakterize bir hastalık olduğu,

2. **Lenfomalar:** Lenfatik sistemde oluşan kanserlerdir ve iki ana gruba ayrılır: Hodgkin lenfoma ve Hodgkin dışı lenfoma. Çocuklarda lenfomalar, tüm çocukluk çağı kanserlerinin yaklaşık %20'sini oluşturduğu,
3. **Beyin ve spinal kanal tümörleri:** Çocuklarda en sık görülen ikinci kanser türüdür. Bu tümörler genellikle baş ağrısı, bulantı, denge sorunları gibi belirtilerle kendini gösterir. Beyin tümörleri, çocukluk çağı kanserlerinin %10-15'ini kapsadığı,
4. **Sempatik sistem tümörleri:** Nöroblastom, sempatik sinir sisteminden kaynaklanan bir tümördür ve genellikle bebeklik döneminde görülür. Nöroblastom, çocukluk çağı kanserlerinin %7-8'ini oluşturduğu,
5. **Retinoblastoma:** Gözde meydana gelen bir kanser türüdür ve genellikle bebeklik veya erken çocukluk döneminde teşhis edilir. Gözde beyaz bir leke veya gözlerin normalden farklı görünmesi gibi belirtilerle kendini gösterdiği,
6. **Böbrek tümörleri:** Wilms tümörü, böbreklerde görülen en yaygın kanser türüdür ve genellikle 3-4 yaş arasındaki çocuklarda teşhis edilir. Bu tümör, çocukluk çağı kanserlerinin %6-7'sini oluşturduğu,
7. **Karaciğer tümörleri:** Karaciğer tümörleri çocuklarda daha nadir görülse de, hepatoblastom en sık rastlanan türdür. Bu tümörler genellikle erken yaşta ortaya çıktığı,
8. **Kemik tümörleri:** Kemik kanserleri arasında osteosarkom ve ewing sarkomu yer alır. Bu türler genellikle ergenlik dönemindeki çocuklarda daha sık görülmektedir ve toplamda çocukluk çağı kanserlerinin %4-5'ini oluşturduğu,
9. **Yumuşak doku sarkomları:** Rabdomiyosarkom gibi yumuşak doku sarkomları, kas ve yumuşak dokularda oluşan kanserlerdir. Bu türler de çocukluk çağı kanserlerinin %5-6'sını kapsadığı,
10. **Germ hücreli tümörler:** Germ hücreli tümörler, üreme hücrelerinden kaynaklanan tümörlerdir ve genellikle testis veya yumurtalık bölgelerinde görülür. Bu türler çocukluk çağı kanserlerinin %3-4'ünü oluşturduğu,
11. **Epitelyal tümörler:** Epitelyal tümörler, vücudun çeşitli bölgelerinde meydana gelebilen kötü huylu hücrelerden oluşan tümörlerdir ancak çocuklarda daha nadir olarak görüldüğü,
12. **Diğer malign neoplasmlar:** Diğer malign neoplazmlar arasında nadir görülen bazı kanser türleri yer alır ve bunlar genel olarak daha az sıklıkla

teşhis edilmekte olan bir hastalık türü olduğu söylenmektedir (World Health Organization, 1976).

Sonuç olarak; çocukluk çağına özgü kanser türleri, genetik ve çevresel faktörlerin etkisiyle gelişebilir ve tedavi süreçlerinde genellikle cerrahi müdahale, kemoterapi ve radyoterapi gibi yöntemler kullanılmaktadır. Erken tanı ve tedavi, bu hastalıkların iyileşme oranlarını önemli ölçüde artırmaktadır (Saygı,2012). Bununla birlikte çocukluk çağı kanserleri ile yetişkinlik kanserleri arasında belirgin farklılıklar bulunmaktadır. Çocuklarda görülen kanser türleri genellikle daha nadirdir ve tedavi süreçlerinde daha yüksek başarı oranlarına sahiptir. Erken tanı ve uygun tedavi yöntemleri ile çocuklarda kansere bağlı iyileşme oranları önemli ölçüde artırılabilirken, yetişkinlerdeki durum daha karmaşık olabilmektedir. Bu nedenle, her iki yaş grubunda da belirtilerin ciddiye alınması ve zamanında tıbbi yardım alınması büyük önem taşımaktadır (Yağcı ve Küpeli, 2015).

2.1.3.4. Çocukluk Çağı Kanserlerinde Tedavi Yöntemleri

Çocukluk çağı kanserleri tedavisinde çocuğa uygun tedavi programının oluşturulması ve tedavi yönteminin belirlenmesi oldukça önemlidir. Kanser türüne göre tedavi yöntemleri de değişmektedir. Bir ya da birden fazla tedavi yöntemi hastalığın seyri doğrultusunda değişiklik göstermektedir (Saygı, 2012).

- **Cerrahi Tedavi:** Kanserli bölgede bulunan tümörün cerrahi yöntem ile ameliyat yoluyla alınması işlemidir. Özellikle erken tanılarda önceliklendirilen bir yöntem olarak adlandırılmaktadır. Bu yöntemde tümörün tamamen alınma olasılığı düşük olduğu için cerrahi tedavi yönteminin ardından tümörlü bölge radyoterapi ya da kemoterapi yardımıyla tamamen vücuttan yok edilmesi sağlanmaktadır (Saralioğlu, 2005).
- **Radyoterapi:** Radyoterapi, belirli bir alana yerleşmiş olan kanserli hücrelerin yok edilmesinde kullanılan tedavi yöntemlerinden biridir. Tek başına yeterli bir yöntem değildir. Radyoterapinin amacı; hastalığın tedavisini sağlamak, diğer tedavi yöntemlerinin etkinliğini artırmak ve semptom kontrolünü gerçekleştirmektir. Genellikle radyoterapi, kemoterapi ile birlikte kullanılarak

kanser tedavisinin erken evrelerinde veya birincil tümör cerrahisi sonrasında geride kalan tümör hücrelerini temizlemek amacıyla uygulanmaktadır (Bracken, 2010).

- **Kemoterapi:** Kemoterapi, kontrolsüz bir şekilde büyüme gösteren kanserli hücrelerin yok edilmesinde en etkili yöntemdir. Kemoterapi ilaçları direkt ağız yoluyla alınan ilaçlar ya da intravenöz infüzyon yoluyla kan dolaşımına katılan ilaçlar şeklinde olmaktadır. Genellikle intravenöz infüzyon yoluyla verilir. Böylelikle her bir noktasına eşit şekilde dağılım gösterir ve kanserli hücrelerle daha hızlı ve etkin bir şekilde savaşır (Bracken, 2010).
- **Diğer Tedavi Yöntemleri:** Çocukluk çağı kanserlerinin tedavisinde cerrahi müdahale, radyoterapi ve kemoterapinin yanı sıra kemik iliği transplantasyonu da önemli bir yöntemdir. Bazı çocuklar mevcut tedavilere yeterli yanıt vermediğinde bu yöneme ihtiyaç duyulmakta, ancak kemik iliği transplantasyonu diğer tedavi yöntemlerine göre daha az sıklıkta uygulanmaktadır. Bu işlemde temel amaç, hastaya normal kök hücrelerin verilmesidir. Lösemi tedavisinde en yaygın olarak, uygun donörlerden elde edilen allojenik kemik iliği transplantasyonu tercih edilmektedir. Bu yöntem, hastanın sağlıklı kan hücreleri üretmesini sağlamak amacıyla uygulanır ve genellikle kemoterapi sonrası kötü huylu hücrelerin temizlenmesinden sonra gerçekleştirilir. Kemik iliği transplantasyonu, özellikle yüksek nüks riski taşıyan lösemi türlerinde kritik bir tedavi seçeneği olarak öne çıkmakta ve hastaların iyileşme şansını artırmaktadır (Howell, 2008).

2.1.3.5. Çocukluk Çağı Kanserinin Görülme Sıklığına Yönelik Türkiye'den ve Dünyadan Veriler

Kanser tedavisi gören çocukların sayısı Türkiye ve dünyada zamanla artış göstermektedir. Çocukluk çağı kanserlerinde yeni tedavi yöntemleri, tıbbi gelişmeler ve bakım kalitesinin artmasıyla sağ kalım %80 seviyelerine ulaşmıştır. Bu seviyeye ulaşılmasıyla birlikte tedavi gören çocuğun ve yakınlarının uzun tedavi ve hastane yatış sürelerine odaklanılmasına neden olmuştur (National Cancer Institute, 2020).

Türkiye'de çocukluk çağı kanserlerinin görülme sıklığı, 2016 yılı verilerine göre 100.000 çocukta yaklaşık 115,6 olarak belirlenmiştir. Lösemi, Türkiye'de en sık

görülen çocukluk çağı kanseri türüdür ve tüm çocuk kanserlerinin %35'ini oluşturmaktadır. Her yıl 16 yaş altındaki yaklaşık 1500 çocuğa yeni lösemi tanısı konulmaktadır (Kara vd., 2022). Türkiye'de 0-19 yaş grubundaki çocuklarda toplamda yaklaşık 4.733 yeni kanser tanısı bildirilmiştir (Geçkalan Soysal vd., 2020).

Dünya genelinde her yıl yaklaşık 300.000 çocuğa kanser tanısı konulmaktadır. Çocuklarda 0-14 yaş arasında en sık görülen kanser türleri arasında lösemiler (%30), beyin tümörleri (%26) ve lenfoma (%9,7) yer almaktadır (Muslu ve Kolutek, 2018). Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre, çocukluk çağı kanserinin görülme sıklığı dünya genelinde her 700 çocuktan birine denk gelmektedir (Neugebauer ve Mastergeorge, 2021). Yüksek gelirli ülkelerde hayatta kalma oranları ortalama %84'e ulaşırken, düşük ve orta gelirli ülkelerde bu oranın daha düşük olduğu görülmektedir (Gardner vd., 2017).

Çocukluk çağı kanserine yönelik 2020 yılında dünya çapında yaklaşık 0-14 yaş aralığındaki 11.050 çocuk ve 15-19 yaş aralığındaki 5800 ergen bireye kanser teşhisi konulmuştur. 2017 yılında WHO raporuna göre çocuklukta kayıtlı tümörlerin oluşumları zaman içerisinde artma eğilimi göstermektedir. Dünya özelinde çocukluk çağı kanserin görülme sıklığı her bir milyon çocuk başına 149'dur. Ölüm oranlarına bakılacak olursa eğer her yıl yaklaşık 90.000 çocuk kanser ve kanserden kaynaklı oluşan yan etkilerden dolayı ölmektedir. Akut miyeloid lökositik lösemi ve osteosarkom için 5 yıllık yaşam süresi oranları %70'in altına düşmektedir. Tanının konulmasının ardından 15 yıl sonrasına bakılacak olursa eğer hayatta kalanlar arasında herhangi bir nedenle ölümlerin toplam oranı %11,6 oranında olduğu görülmektedir (Arslan ve İpek, 2022).

Sonuç olarak, çocukluk çağı kanserinin görülme sıklığı hem Türkiye'de hem de dünyada önemli bir sağlık sorunu olarak devam etmektedir. Erken teşhis ve tedavi yöntemlerindeki gelişmeler sayesinde tedavi başarı oranları artmakta, ancak hala birçok çocuk bu hastalıkla mücadele etmektedir.

2.2. Çocuğu Kanser Tedavisi Gören Ebeveynlerin Tedavi Sürecinde Yaşadığı Sorunlar

Çocuğun kanser tanısı almasıyla birlikte çocuğun etkilenme süreci kadar aile bireyleri de etkilenmektedir. Kanser tanısı alan çocuk bu durumu anlamlandırma sürecinde yaşadığı zorlukla aile bireylerinin de yaşadığı zorluk boyutu eş değer sayılabilmektedir. Bakıldığında aile içinde daha önce kanser geçmişı olan birey yoksa eğer aile bireylerinin tamamı ilk kez bu durumla yüz yüze gelmişı olmaktadır. Aile bireylerinden olan ebeveynler bu sürecin başından sonuna kadar çocuğun destekçisi olmaktadır. Ebeveynlerin de günlük düzenleri, rutinleri ve sosyal aktiviteleri değişmek zorunda kalır. Uzun soluklu olan bu süreçte ebeveynler hastalığa bağlı birçok sorunla karşı karşıya kalmaktadırlar (Mingir, 2022).

2.2.1. Psikolojik Sorunlar

Çocuğa tanı konulmasıyla birlikte hem tedavi gören çocuk hem de ebeveynler psikolojik olarak etkilenmektedirler. Bu sorunlardan birkaçını çaresizlik, aşırı kaygı, umutsuzluk, endişe ve korku olarak sıralanması mümkündür (Cuğ, 2021). Aynı zamanda tanı almış çocuğun uzun soluklu tedavi sürecinde eğer ailede başka çocuk varsa onların da gerek özbakımları gerekse de psikolojik iyilik hallerini sürdürmede ayrıca zorluklar yaşanabilmektedir. Bunun yanı sıra tedavinin sonucunda çocuğun iyileşip iyileşmeyeceğine ya da nüks olup olmayacağına yönelik kaygılar yaşanır. Bunlar da en temelinde umutsuzluğu doğurmaktadır (Yüksel, 2010).

Tedavi süreciyle birlikte eğer çocuk eğitim çağındaysa okuldan da uzak kalmaktadır. Bu durumun yaşanması uzun soluklu tedavi sürecinin bir parçası olarak görülmektedir. Çocuk her ne kadar hastane sürecindeki tedavisini tamamlamış olsa da okula dönüşü sanıldığı kadar hızlı olmamaktadır. Bu durumun en temel sebebi ise enfeksiyon riskinden kaynaklanmaktadır. Ebeveynler bu konuda kaygı yaşamaktadırlar çünkü her ne kadar çocuğun sağlığı öncelikli olsa da eğitim hayatında yaşanan gerileme onları endişeye sürüklemektedir. Ebeveynler bu durumun geçici bir süreç olduğunu unutmamalı ve bu süreçte çocuğun yüksek yararını göz önünde tutarak ilerlemeyi göz ardı etmemelidirler (Kara vd., 2023).

Kanser tedavisi görmekte olan çocukların tedavilerinin devam ettiği süreçte

ebeveynlerde anksiyete, depresif duygular, suçluluk duygusu ve yetememe düşüncesi sıklıkla görülmektedir. Tedavi sonlandıktan sonra ise hastanedeki sağlık ekibine ve kendilerini korunaklı olarak algıladıkları hastane ortamını bırakmakta duydukları isteksizlik hali onların bu süreçte yaşadıkları duygusal değişimlerdenidir. Ayrıca çocukların hastane sürecindeki tedavilerinin tamamlanmasının ardından uzun dönem kontrolleri devam etmektedir. Bu dönemde ebeveynlerde travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin yüksek olduğu anlaşılmıştır. Bu nedenle, ebeveynlere yönelik psikolojik destek hizmetlerinin sunulması büyük önem taşımaktadır. Destek grupları, bireysel terapi ve aile terapisi gibi yöntemler aracılığıyla ebeveynlerin yaşadığı duygusal yüklerin hafifletilmesi sağlanabilir. Ebeveynlerin bu süreçte yalnız olmadıklarını hissetmeleri hem kendi ruhsal sağlıkları hem de çocuklarının tedavi süreci açısından kritik bir öneme sahiptir (Kıyan, 2020).

2.2.2. Ekonomik Sorunlar

Uzun soluklu kanser tedavisi sürecinde ebeveynler ekonomik olarak birçok soruna maruz kalmaktadırlar. Öncelikle sürece bağlı olarak tedavi masrafları, kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi müdahaleler gibi yüksek maliyetli süreçleri içermekte ve bazı durumlarda ek harcamalar da ortaya çıkabilmektedir. Ebeveynler, çocuklarının tedavi sürecine katılmak zorunda kaldıklarında işten izin almak veya çalışma saatlerini azaltmak durumunda kalabilmektedirler. Bu durumda maddi kayıp yaşanmasına sebep olmaktadır. Uzun süreli tedavi gerektiren durumlarda ikamet edilen bölgenin dışındaki hastanelere sevk durumunda ulaşım ve konaklama masrafları da eklenir (Erdem, 2006).

Ekonomik sorunlardan bir diğeri ise tedavi merkezine olan ulaşım sorunudur. Enfeksiyon riski nedeniyle tedavi gören çocukların toplu taşıma araçlarını kullanması oldukça risklidir. Bu süreçte aileler eğer imkân sahibi ise kendi özel taşıtlarını kullanırken kimi aileler hastane gidiş gelişlerde ulaşım aracı olarak taksiyi tercih etmekte olup bu da ekonomik açıdan sıkıntıyı arttıran bir durum haline getirmektedir (Yıldız, 2008).

Tedavi sürecinin uzunluğunda çocuğun birtakım özel istek ve ihtiyaçları da söz konusu olabilmektedir. Ebeveynlerin bu süreçte çocuklarının moral ve

motivasyonları yüksek tutmak amacıyla çabalamaktadırlar. Ekonomik sıkıntı yaşayan ebeveynler bu süreçte gerek borca girerek gerekse de akrabalarının desteğiyle bu ihtiyaçları gidermek için çaba sarf etmektedirler (Kaçar Adam, 2021).

2.2.3. Fiziksel Sorunlar

Kanser tedavisi, ebeveynler için yoğun bir stres kaynağıdır ve bu durumun fiziksel sağlık üzerindeki etkileri göz ardı edilemez. Uzun süreli hastane yatışlarında, çocuğa ebeveynlerden biri refakat etmek durumundadır ve bu refakat süreci, ebeveynlerde fiziksel sorunların ortaya çıkmasına neden olabilir. Bu sorunlar arasında uykusuzluk, yorgunluk, iştahsızlık ve bağışıklık sistemi zayıflığı gibi durumlar sıklıkla görülmektedir (Şentürk vd.,2018). Hastane süresince çocuğun tedaviye uyum süreci ile ilaçların yan etkilerine bağlı olarak yaşadığı sorunlar, ebeveynlerde de önemli ölçüde fiziksel çaba gerektirebilir. Bu durum, ebeveynlerin kendi sağlıklarını ihmal etmesine yol açarak yıpranma oranlarının artmasına neden olmaktadır. Dolayısıyla, ebeveynlerin fiziksel olarak desteklenmesi, tedavi sürecinin daha sağlıklı bir şekilde yönetilmesine katkıda bulunabilir (Güneş ve Durualp, 2022).

Kanser tedavisi gören çocukların ebeveynleri, çocuklarının sağlık durumu hakkında sürekli endişe taşımakta ve bu durum gece uykularını kaybetmelerine neden olmaktadır. Uykusuzluk, ebeveynlerin genel yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek dikkat dağınıklığı, konsantrasyon güçlüğü ve genel yorgunluk hissine yol açmaktadır. Araştırmalar, ebeveynlerin %70'inin uyku kalitesinin düştüğünü ve bu durumun ruhsal sağlıklarını tehdit eden bir faktör haline geldiğini göstermektedir. Uykusuzluk, aynı zamanda bağışıklık sisteminin zayıflamasına yol açarak ebeveynlerin hastalıklara karşı daha savunmasız hale gelmesine neden olabilir (Yayan vd., 2021).

Ebeveynler ayrıca baş ağrıları ve kas gerginlikleri gibi somatik belirtilerle de sıkça karşılaşmaktadır. Sürekli kaygı ve stres altında olmak, baş ağrısı gibi fiziksel semptomların ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır. Kas gerginlikleri, ebeveynlerin günlük aktivitelerini sürdürmelerini zorlaştırarak yaşam kalitelerini düşürmektedir. Bu tür fiziksel sorunlar, ebeveynlerin çocuklarına yeterince destek olabileme yeteneklerini de olumsuz etkileyebilir; dolayısıyla tedavi sürecinde aile

içindeki rollerin yeniden şekillenmesine yol açabilir (Aydın ve Yalçınkaya Alkar, 2022).

Sonuç olarak, çocuğu kanser tedavisi gören ebeveynler, tedavi sürecinde birçok fiziksel sorunla karşılaşmaktadır. Yorgunluk, uyku bozuklukları, baş ağrıları ve kas gerginlikleri gibi problemler, ebeveynlerin ruhsal sağlıkları üzerinde de olumsuz etkilere yol açmaktadır. Bu nedenle, ebeveynlere yönelik destek hizmetlerinin sağlanması büyük önem taşımaktadır. Fiziksel sağlıklarını korumak için gerekli önlemlerin alınması ve psikososyal destek mekanizmalarının devreye girmesi, ailelerin bu zorlu süreçte daha sağlıklı bir şekilde ilerlemelerine yardımcı olabilir (Zengin vd., 2012).

2.2.4. Sosyal Sorunlar

Çocuğu kanser tedavisi gören ebeveynler, tedavi sürecinde çeşitli sosyal sorunlarla karşılaşmaktadır. Bu sosyal sorunlar, ebeveynlerin hem bireysel hem de ailevi yaşamlarını derinden etkileyen karmaşık bir yapıya sahiptir. Çocuklarının sağlık durumu ile ilgili sürekli kaygı taşımaları, sosyal destek sistemlerinden yoksun kalmaları ve aile içindeki dinamiklerin değişmesi gibi faktörler, ebeveynlerin sosyal yaşamlarını olumsuz yönde etkileyebilir (Onan ve Taşdelen, 2024).

Kanser tedavisi gören çocukların ebeveynleri, tedavi süreci boyunca evlilik ve aile rollerinde karmaşa, sosyal rollerde ikilem, sosyal izolasyon ve yalnızlık gibi sorunlar yaşamaktadırlar. Yapılan çalışmalarda bakım verenlerin sosyal hayatlarında azalma olduğu ve tedavi gören çocuklarıyla ilgilenirken günlük rutinlerinin aksama riski oluşturduğu görülmüştür (Şentürk vd., 2018).

Hastalıkla birlikte sosyal ilişkilerde kısıtlanma gündeme gelir. Ebeveynlerin hastalıktan önceki hayatlarında eğer sürdürdükleri sosyal aktiviteler varsa ya bunlar tamamen vazgeçiş ya da hastalığın seyri doğrultusunda azaltılma zorunluluğu meydana gelmektedir. Bunun nedeni olarak ise enfeksiyon riskinin yüksek olmasından ötürü rutinde görüşülen kişilerle ilişki kısıtlanma mecburiyetine gidilme zorunluluğu yaşanır. Bu görüşmeler belli bir süre sonra ya tamamen sonlanır ya da görüşme yöntemleri değişmek zorunda kalır (Güneş ve Durualp, 2022).

Sonuç olarak, çocuğu kanser tedavisi gören ebeveynler, tedavi sürecinde çeşitli sosyal sorunlarla karşılaşmaktadır. Sosyal izolasyon, finansal zorluklar ve aile dinamiklerindeki değişiklikler gibi faktörler, ebeveynlerin yaşam kalitelerini düşürmekte ve ruhsal sağlıklarını tehdit etmektedir. Bu nedenle, ebeveynlere yönelik sosyal destek hizmetlerinin sağlanması büyük önem taşımaktadır. Sosyal hizmet uzmanları tarafından sunulan destek mekanizmaları, ebeveynlerin bu zorlu süreçte daha sağlıklı bir şekilde ilerlemelerine yardımcı olabilir ve aile içindeki uyumu arttırabilmektedir (Kara vd., 2023).

2.3. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, bireylerin genel refahını ve mutluluğunu belirleyen çok boyutlu bir kavram olup sağlık ile doğrudan ilişkilidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık kavramını nasıl tanımladığına bakılacak olursa eğer sadece hastalıkların yokluğu değil, aynı zamanda fiziksel, zihinsel ve sosyal iyilik hali olarak tanımlanır. Bu nedenle, yaşam kalitesi ile sağlık arasında sıkı bir bağ bulunmaktadır (Top vd., 2003).

Bireylerin yaşam kalitesi, çeşitli faktörlerin etkileşimiyle şekillenen dinamik bir kavramdır. Fiziksel sağlık, bu faktörler arasında en belirgin olanıdır; bireylerin sağlık durumu, yaşam kalitesinin en önemli göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir. Kronik hastalıklar ve sağlık sorunları, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkileyerek yaşam kalitesini düşürebilir (Kaya vd., 2018). Psikolojik sağlık da yaşam kalitesini etkileyen kritik bir unsurdur; duygusal iyilik hali, stres yönetimi ve mental sağlık durumları, bireylerin genel yaşam kalitesini doğrudan etkileyebilir. Özellikle depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik hastalıklar, bireylerin yaşam kalitesini azaltma potansiyeline sahiptir. Sosyal destek ise bireylerin duygusal olarak desteklendiği alanları oluşturur; aile, arkadaşlar ve sosyal çevre ile olan ilişkiler, güçlü sosyal bağlar kurarak yaşam kalitesini artırabilir. Ekonomik durum da önemli bir faktördür; gelir düzeyi, çalışma durumu ve ekonomik istikrar, bireylerin yaşam standartlarını doğrudan etkiler. Yüksek gelir seviyeleri genellikle daha iyi yaşam koşulları ile ilişkilidir ve gelir seviyesi arttıkça imkanların da artışı söz konusudur. Eğitim seviyesi de bireylerin bilgiye erişimini ve sosyal statülerini etkileyerek yaşam kalitesini artırabilir; eğitilmiş bireyler genellikle daha iyi iş fırsatlarına sahip olurlar.

Eğitim durumu, insanların yaşamlarının her aşamasında kendilerine fayda sağlayacak bir unsur olarak öne çıkmaktadır. Son olarak, çevresel faktörler de yaşam kalitesini etkileyen önemli unsurlar arasında yer alır; yaşanılan yerin temizliği, güvenliği, yeşil alanların varlığı gibi fiziksel özellikler ile ulaşım ve sağlık hizmetleri gibi altyapı hizmetleri, bireylerin yaşam kalitesini doğrudan etkileyen unsurlardır. Bu faktörlerin tümü, bireylerin genel yaşam kalitesini belirleyen karmaşık bir ađ oluşturmakta ve bireylerin sağlıklı ve tatmin edici bir yaşam sürmelerine katkıda bulunmaktadır (Yıldız ve Dedeli aydam 2020).

Sonuç olarak, yaşam kalitesi, bireylerin genel durumunu belirleyen çok boyutlu bir kavramdır. Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi ve ekonomik koşulların iyileştirilmesi gibi önlemlerle yaşam kalitesi arttırılabilir. Bu nedenle, toplumların sürdürülebilir kalkınma hedefleri arasında yaşam kalitesinin yükseltilmesi önemli bir yer tutmaktadır. Bireylerin tek tek yaşam kalitesinin yüksek olduğu bir toplum daha sağlıklı ilerlemeye olanaklı toplum haline gelir.

2.3.1. Yaşam Kalitesi Kavramının Gelişimi

Yaşam kalitesi kavramı, tarihsel olarak Antik Yunan felsefesine kadar uzanmakta olup, zamanla bu kavram farklı anlamlar kazanmıştır. Bu kavramın gelişimi, bireylerin yaşam tatmini ve mutluluğunu arttırmaya yönelik çabalarla paralel bir seyir izlemiştir.

20. yüzyılda yaşam kalitesi kavramı, ekonomik ve sosyal göstergelerle beraber daha geniş bir boyutta incelenmeye başlanmıştır. Özellikle 1960'lı yıllarda Sosyal Göstergeler Hareketi ile beraber ekonomik büyüme ve sosyal refah arasındaki bağlantı incelenmeye başlanmıştır. Bu durum da beraberinde daha kaliteli bir yaşama hedefi ön plana çıkarmıştır (Top vd., 2003).

Teknolojik ilerlemenin insanın temel ihtiyaçlarının önüne geçtiği bir dönemde, 1964 yılında JR Elkinton, transplantasyon tıbbının tartışıldığı “Tıp ve Yaşam Kalitesi” başlıklı bir makale yayınlamıştır. Bu makale, tıpta “yaşam kalitesi” terimini ilk kez kullanan çalışma olarak kaydedilmiştir. Tıpta yaşam kalitesi kavramının ortaya çıkışı, teknik gelişmelerden ziyade insani yaklaşımlarla bağlantılıdır. Çünkü yaşam

kalitesi, teknolojinin gelişimiyle göz ardı edilen tüm insanı ihtiyaçları kapsayan geniş bir kavramdır (Kessler vd., 1994).

Yaşam kalitesi hakkındaki yayınlar 1990'lı yıllarda artış göstermiştir. 1992'de sadece sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi araştırmaları yayımlayan "International Society of Quality of Life" isminde bilimsel bir dergi yayına başlamıştır (Top vd., 2003).

Albrecht ve Fitzpatrick (1994), yaşam kalitesi kavramı için 4 kullanım alanı tanımlamıştır. Bunlar;

1. Hastaların klinik bakımlarının planlanması,
2. Sağlık hizmeti araştırmalarında ve klinik çalışmalarda sonuç ölçüt olarak kullanımı,
3. Toplumların sağlık ihtiyaçlarının temin edilmesi,
4. Kaynak tahsis etmede kullanılması alanlarıdır (Akt.: Top vd., 2003).

Yaşam kalitesi kavramının en umut verici uygulaması, sağlık hizmetleri araştırmalarında ve klinik çalışmalarda sonuç ölçütü olarak benimsenmesi olmuştur (Faries, 1998).

Sonuç olarak, yaşam kalitesi kavramı hem bireysel hem de toplumsal refah açısından önemli bir boyut haline gelmiştir. Günümüzde bu kavram; sağlık, eğitim, evre ve sosyal ilişkiler gibi birçok alanı kapsayan bir hale gelmiştir. Yaşam kalitesinin artırılması için gerçekleştirilen politikalar ve uygulamalar, bireylerin genel refah düzeyini yükseltmeyi amaçlamaktadır. Bu nedenle yaşam kalitesi kavramının sürekli olarak gözden geçirilmesi ve geliştirilmesi gerekmektedir.

2.3.2. Yaşam Kalitesinin Önemi

Yaşam kalitesi kavramı, hem bireysel hem de toplumsal düzeyde önem taşımaktadır. Bireysel düzeyde önemi; bireylerin sağlıklı ve tatmin edici bir yaşam sürmeleri için yüksek bir yaşam kalitesine sahip olmaları gerekmektedir. Yüksek yaşam kalitesi, bireylerin ruhsal ve bedensel sağlıklarını korumalarına yardımcı olurken; sosyal ilişkilerini güçlendirir ve genel mutluluk seviyelerini artırır. Toplumsal düzeyde önemi ise toplumların gelişmişlik düzeyi genellikle vatandaşlarının yaşam kalitesi ile

ölçülmektedir. Yüksek yaşam kalitesi olan toplumlar, daha sağlıklı bireylere sahip olmanın yanı sıra ekonomik olarak da daha güçlüdürler (Aydiner Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

Dolayısıyla, ebeveynlerin yaşam kalitesini artırmaya yönelik kapsamlı müdahale programlarının oluşturulması, hem bireysel düzeyde ebeveynlerin psikolojik ve fiziksel iyi oluşlarını desteklemek hem de toplumsal düzeyde sağlık sistemlerinin etkinliğini artırmak açısından kritik bir gereklilik olarak değerlendirilmektedir. Bu tür destek mekanizmalarının geliştirilmesi, ebeveynlerin yalnızca çocuklarının tedavi sürecine daha sağlıklı bir şekilde eşlik etmelerini değil, aynı zamanda kendi iyi oluşlarını da sürdürülebilir kılmalarını sağlayacaktır (Mingir, 2020).

2.4. Bakım Verme

“Bakım verme” kavramı, sağlık, sosyal hizmetler, eğitim ve psikoloji gibi disiplinlerde önemli bir yer tutan ve bireylerin başkalarının fiziksel, duygusal, sosyal veya bilişsel ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla gerçekleştirdikleri faaliyetler bütününe ifade eden bir terim olarak ifade edilmektedir. Bu süreç hem profesyonel bağlamlarda hem de gündelik yaşamda gerçekleşebilmektedir. Bakım verme, bakım alan bireyin sağlığını, refahını ve bağımsızlığını desteklemeye yönelik fiziksel, duygusal ve sosyal destek faaliyetlerini içermektedir (Akgün Şahin vd., 2009).

Bakım verme kavramı, Joan Tronto'nun etik bakım teorisi ile derinlemesine incelenebilir. Tronto (1993)'e göre bakım, dört aşamadan oluşur. Bunlar; bakımın farkında olmak, bakımı üstlenme, bakım vermek ve bakımın alınması. Bu aşamalar, bakım verme sürecinin dinamiklerini anlamada kritik bir rol oynamaktadır. Ayrıca, bakım verme yükü kavramı da bu süreçle yakından ilişkilidir; ebeveynlerin karşılaştığı maddi zorluklar, psikolojik baskılar ve sosyal izolasyon gibi faktörler, onların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen unsurlar arasında yer almaktadır. Dolayısıyla, bakım verme sürecinin anlaşılması için multidisipliner yaklaşımlar benimsenmesi gerekmektedir (Fine, 2005).

Bakım verme, bakım veren bireyler açısından çok boyutlu bir deneyim olarak algılanmaktadır. Bu süreç, büyük oranda samimiyet ve sevginin artması, bakım verme deneyimi sayesinde anlam bulma, kişisel gelişim, yakın ilişkilerin gelişmesi,

diğer bireylerden sosyal destek alma, kendine saygı duyma ve kişisel doyum sağlama gibi olumlu özelliklerin yanı sıra birçok güçlüğün de yaşanmasına yol açabilmektedir (Toseland vd. 2001).

2.4.1. Bakım Verme Yüğü

Bakım verme yüğü, bir bireyin başak bir bireye özellikle de kronik bir hastalığı olan kişiye ya da engellilere, genellikle bir aile üyesine, bakım sağlarken duyduğu duygusal, fiziksel ve zihinsel yük anlamına gelmektedir. Literatürde bakım verme yüğü kavramını bakım verenin karşılaştığı zorluklar ve bu zorlukların yaşam kalitesine etkileri ile birlikte ele almaktadır. Bakım verme yüğü, fiziksel bakımın sağlanması faktörüyle sınırlı kalmamakla birlikte aynı zamanda bakım veren kişinin duygusal durumunu da kapsamaktadır (Aşiret ve Kapucu, 2012).

Literatüre bakıldığında ise bakım verme yüğü, çeşitli boyutlarda incelenmektedir. Örneğin, "yük" alt boyutu, bakım verenin hissettiği stres ve tükenmişlik düzeyini ifade ederken; "rahatsızlık" alt boyutu, bakım sürecinin getirdiği olumsuz duygusal durumları tanımlamaktadır. "Pozitif adaptasyon" ise bakım verenin bu süreçte geliştirdiği başa çıkma stratejilerini ve olumlu değişimleri ifade eder (Kara vd., 2023). Bakım verme yüğü, ebeveynlerin yaşam kalitesini büyük ölçüde etkileyebilir; bu durum, kanser tedavisi gören çocukların ebeveynleri için daha belirgin hale gelmektedir. Araştırmalar, kanser tedavisi gören çocukların ebeveynlerinin sık sık yorgunluk, uykusuzluk ve psikolojik sorunlarla karşılaştığını göstermektedir (Zupanec vd., 2010).

Türkiye'de yapılan çalışmalar da bu durumu desteklemektedir. Örneğin, Lafcı ve arkadaşlarının (2020) araştırmasında kanser tedavisinin maliyetlerinin ailelerin finansal durumunu olumsuz etkilediği belirtilmiştir. Ayrıca, ebeveynlerin yaşadığı psikolojik yükler ve sosyal izolasyon gibi sorunlar da önemli birer faktördür (Coşkun Şimşek ve Günay, 2023). Dolayısıyla, bakım verme yükünün azaltılması için multidisipliner bir destek sisteminin oluşturulması gerekmektedir. Bu sistem, ebeveynlere yönelik psikolojik destek hizmetlerini içermeli ve meslek elemanları (sosyal hizmet uzmanı, psikolog vb.) ile sağlık profesyonelleri arasında iş birliği sağlanmalıdır.

2.4.2. Bakım Verme Yükünü Etkileyen Faktörler

Bakım verme yükünü etkileyen faktörler, ebeveynlerin yaşadığı zorlukların çeşitliliğini ve karmaşıklığını anlamak açısından kritik bir öneme sahiptir. Çocuğu kanser tedavisi gören ebeveynler, birçok faktörden kaynaklanan bir yükü karşı karşıya kalmaktadır. Bu faktörler genel olarak maddi, psikolojik, sosyal ve fiziksel boyutlarda incelenebilir.

1. **Maddi Faktörler:** Kanser tedavisinin maliyetleri, çocuğuna kanser tanısı konan ebeveynlerin ekonomik durumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Lafcı ve arkadaşlarının 2020 yılında yaptığı araştırmaya göre, kanser tedavi maliyetleri, ailenin ekonomik tablosunu olumsuz bir şekilde etkilediğini belirtmiştir. Ebeveynler, tedavinin yarattığı ilaç, seyahat ve spesifik yaşam tarzıyla ilgili masraflar nedeniyle ekonomik zorluklar yaşamaktadırlar. Ebeveynlerin maddi stresleri; dolaylı olarak onları psikolojik ve sosyal sorunların da oluşmasına neden olmaktadır (Kaya vd., 2018).
2. **Psikolojik Faktörler:** Ebeveynlerin yaşadığı psikolojik yük, bakım verme yükünün önemli bir bileşenidir. Araştırmalar, ebeveynlerin sıklıkla endişe, depresyon ve anksiyete gibi sorunlarla karşılaştığını göstermektedir. Cuğ (2021) tarafından yapılan bir çalışmada, ebeveynlerin umutsuzluk hissettikleri ve çocuklarının kanser hastası olduğunu inkâr ettikleri vurgulanmıştır. Ayrıca, uzun süreli tedavi süreçleri ve belirsizlikler, ebeveynlerin duygusal dayanıklılık seviyelerini düşürmekte olup bu durum da bakım verme yükünü artırmaktadır (Kara vd., 2023).
3. **Sosyal Faktörler:** Ebeveynlerin sosyal destek ağları da bakım verme yükünü etkileyen bir başka önemli faktördür. Coşkun Şimşek ve Günay (2023) tarafından yapılan araştırmada, ebeveynlerin çocuklarının kanser olduğunu öğrendikten sonra sosyal izolasyon yaşadıklarını kanıtlamaktadır. Aile dinamiklerinde yaşanan değişiklikler ve rollerdeki karmaşa, ebeveynlerin sosyal yaşamlarında çeşitli kısıtlamalara yol açmakta ve burum da kaçınılmaz bir şekilde onların ruhsal yönden sağlıklarını olumsuz etkilemektedir (Long ve Marshall, 2011).
4. **Fiziksel Faktörler:** Ebeveynler fiziksel sağlık sorunları ile de karşılaşmaktadır. Türe ve arkadaşları (2018) tarafından gerçekleştirilen bir

araştırmada, kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin %42,5'inin yorgunluk, %70'inin iştahsızlık ve %44,5'inin uykusuzluk gibi fiziksel sorunlar yaşadığı tespit edilmiştir. Bu durum, ebeveynlerin kendi sağlıklarını ihmal etmelerine neden olmakta ve tedavi süreci boyunca daha birçok olumsuzluk halleri ile baş etmelerine yol açmaktadır (Kazak vd., 2005).

Sonuç olarak, kanser tedavisi gören çocuğu bulunan ebeveynlerin bakım verme yükü; maddi, psikolojik, sosyal ve fiziksel faktörlerden etkilenmektedir. Bu faktörlerin her biri, ebeveynlerin bakım verme yükünü olumsuz yönde etkileyerek onların genel sağlık durumlarını riske atmaktadır.

2.5. Kanserli Hastalara Bakım Verme Yükünün Yaşam Kalitesine Yönelik Etkenler ve Öneriler

Kanser tedavisi sürecinde hasta yakınları, önemli bir bakım verme yükü ile karşı karşıya kalmaktadır. Bakım verme yükü, bireylerin başkalarının sosyal, duygusal ve fizyolojik ihtiyaçlarını karşılamakten hissettikleri stres düzeyini ifade eder. Özellikle kanser tedavisi gören çocukların ebeveynleri, çocuklarının yoğun bakım süreçleri ve belirsizlik durumları altında fiziksel olarak önemli bir yük taşımaktadır. Bu süreçte ebeveynler sürekli kaygı duyarak depresyon ve anksiyete gibi psikolojik sorunlarla karşılaşabilirler. Uzun süreli bakım verme yükünü üstlenen ebeveynler, kendi ihtiyaçlarını ihmal etme eğiliminde olup, bu durum onlarda fizyolojik tükenmişlik hissi yaratabilir. Fizyolojik tükenmişlik, hasta yakınlarının hem fiziksel hem de ruhsal sağlıklarında bozulmalara ve yaşam kalitelerinde azalmaya neden olmaktadır. Bu nedenle, bakım veren bireylerin kendi duygusal ve fizyolojik ihtiyaçlarına dikkat etmeleri ve gerektiğinde yardım almaları hem kendileri hem de hasta açısından kritik bir öneme sahiptir (Türe vd., 2018).

Kanser tedavisi sürecinde hasta yakınları hem psikolojik hem de fiziksel birçok zorlukla karşılaşmaktadır. Psikolojik etkenler arasında stres ve kaygı önemli bir yer tutar; hasta yakınları, hastalarının sağlık durumu hakkında sürekli kaygı taşıyabilmektedirler. Bu durum, depresyon ve anksiyete gibi psikolojik sorunlara yol açabilir. Uzun süreli olarak hastalara bakım veren kişiler, zaman zaman kendi ihtiyaçlarını göz ardı ederek duygusal tükenmişlik hissi yaşayabilir. Bu tükenmişlik

durumu hem fiziksel hem de ruhsal sağlıklarını olumsuz etkileyerek yaşam kalitelerini düşürebilir. Bu süreçte, bakım veren kişilerin kendi duygusal ve fiziksel ihtiyaçları konusunda daha dikkatli olmaları ve gerektiğinde yardım istemeleri hem kendi hem de hasta açısından oldukça önemlidir. Çünkü bu tür durumlara dikkat edilmemesi hastalık evresini iki taraflı olarak zorlu bir evreye taşıma riski bulundurmuş olur (Türe vd., 2018).

Fiziksel etkenler de bu süreçte önemli bir rol oynamaktadır. Hasta bakımına harcanan zaman ve enerji, bakım verenlerin fiziksel sağlığını olumsuz etkileyebilir. Uzun süreli uyku eksikliği ve stres artışı, bağışıklık sistemini zayıflatabilir (Yılmaz, 2018). Ayrıca, hasta yakınlarının kendi sağlık ihtiyaçlarını ihmal etmesi durumu uzun vadede kendileri açısından da ciddi sağlık sorunlarına yol açabilir. Kendi sağlığını göz ardı eden bir bakım veren hem kendisi hem de hastası için olumsuz sonuçlar doğurabilir. Bu nedenle bakım verenlerin öncelikle kendi sağlıklarına dikkat etmeleri kritik bir öneme sahiptir. Sosyal destek, bu zorlukların üstesinden gelmek için önemli bir unsurdur. Hasta yakınları için sosyal destek gruplarına katılmak, duygusal yükün hafifletilmesine yardımcı olabilir. Aynı durumu yaşayan diğer bireylerle deneyim paylaşımı, yalnızlık hissini azaltır ve dayanışma duygusunu güçlendirir. Aile üyeleri arasında güçlü bir destek ağı oluşturmak da stresle başa çıkmayı kolaylaştırır; aile içinde iletişim sorunları var ise onların da giderilmesi önemlidir. Ayrıca, farklı sosyal etkinliklere katılmak ve arkadaşlarla zaman geçirmek, stresin azalmasına katkıda bulunarak ruh halini iyileştirebilir (Ay Kaatsız, 2020).

Psiko-onkoloji desteği, kanser hastalarının ve yakınlarının psikolojik destek almasını sağlayarak bu sürecin daha kolay atlatılmasına yardımcı olur. Psiko-onkoloji uzmanları, duygusal tepkilerin yönetilmesine yönelik stratejiler geliştirmekte önemli bir rol oynar. Bireysel terapiler ise hasta yakınlarının kendi duygusal ihtiyaçlarını karşılamalarına yardımcı olabilir. Bu tür destekler, bireylerin yalnız olmadıklarını hissetmelerine ve yaşadıkları zorluklarla başa çıkma becerilerini geliştirmelerine olanak tanır. Sonuç olarak, kanserli hastalara bakım verenlerin yaşam kalitesini artırmak için çok yönlü bir yaklaşım benimsemek gerekmektedir. Bakım verenlerin yaşam kalitesini artırmak için psikolojik destek almak, sosyal ilişkileri güçlendirmek çeşitli, aktivitelere katılmak ve kendi sağlık ihtiyaçlarına dikkat etmek hayati öneme

sahiptir. Bu süreçte hem hasta hem de hasta yakınlarının ruhsal ve fiziksel sağlığını korumak, tedavi sürecinin başarı oranını olumlu yönde etkileyebilir. Bakım verenlerin karşılaştıkları zorluklar, bu zorluklarla başa çıkma stratejileri ve yaşam kalitesini artırmaya yönelik öneriler üzerinde durulması gereken önemli konulardır. Unutulmamalıdır ki, hasta bakımı veren bir birey ancak kendine iyi baktığında hem kendisi hem de sevdiği için en iyi şekilde desteği sağlayabilir (Erdoğan ve Yavuz, 2014).



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, evreni ve örnekleme, veri toplama araçları, verilerin toplanması, analizi ve yorumlanması bulunmaktadır.

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu çalışma nicel araştırma yöntemi kullanılarak yapılmıştır. Nicel araştırma yöntemi, bilimsel çalışmalarda olayları ve olguları sayısal verilerle analiz etmeye olanak tanıyan, objektif ve sistematik bir yöntemdir. Bu yöntem, ölçülebilir veriler üzerinden hipotezlerin test edilmesini sağlar ve genellikle geniş örneklem gruplarına dayalı olarak elde edilen bulguların genellenebilirliğini hedeflemektedir (Karasar, 2023).

Araştırma süreci belirli bir sistematığe sahiptir. Öncelikle bir sorun tanımlanır, ardından bir hipotez geliştirilir. Daha sonra veri toplanır, analiz yapılır ve sonuçlar yorumlanır. Veri toplama genellikle anketler, testler veya deneysel çalışmalar gibi standartlaştırılmış araçlar kullanılarak gerçekleştirilir. Toplanan veriler istatistiksel yöntemlerle analiz edilir ve sonuçlar grafikler ve tablolar gibi görselleştirmelerle ifade edilir (Field, 2005).

3.2. Araştırmanın Yöntemi

Araştırma ilişkisel tarama modeline uygun olarak gerçekleştirilmiştir. İlişkisel tarama modeli, iki ya da daha fazla değişkenin aralarındaki değişim varlığını ve değişim derecesini belirleyen modeldir (Büyüköztürk, 2023).

İlişkisel tarama modeli, sosyal bilimler ve eğitim araştırmalarında yaygın olarak kullanılan bir araştırma yöntemidir. Bu model, belirli değişkenler arasındaki

ilişkilerin belirlenmesini amaçlar. İlişkisel tarama modelinde, araştırmacılar iki veya daha fazla değişkenin birbirleriyle olan ilişkisini inceleyerek bilgi edinmeye çalışır. Bu model, veri toplamak ve analiz etmek için değişkenlerin nasıl etkileşime girdiği hakkında bilgi sağlar (Büyüköztürk, 2023).

3.3. Araştırmanın Geçerliliği ve Güvenilirliği

Araştırmada kullanılan Türkçe Kanserli Hastalara Bakım Ölçeği (TKHBÖ) ve Bakım Verme Yüğü Ölçeği (BVYÖ), daha önceki çalışmalarla doğrulanmış ve güvenilirlik analizleri yapılmış ölçme araçlarıdır. Bu ölçeklerin kullanımı, ebeveynlerin yaşadığı zorlukları ve yaşam kalitelerini etkileyen faktörleri doğru bir şekilde değerlendirmek için gerekli standartları sağlamaktadır. Ayrıca, araştırmaya katılan bireylerin demografik bilgileri ile ilgili olarak toplanan veriler, araştırmanın kapsamını genişletmekte ve elde edilen bulguların genelleştirilebilirliğini artırmaktadır.

Araştırma kapsamında kullanılan ölçeklerin güvenilirliği, elde edilen sonuçların geçerliliği açısından kritik bir öneme sahiptir. Türkçe Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin genel Cronbach alfa katsayısı 0.88 olarak belirlenmişken, bu çalışmada 0.90 olarak hesaplanmıştır. Bu yüksek değer, ölçeğin güvenilirliğinin oldukça yüksek olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde, Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nin orijinal çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0.83 olarak rapor edilmişken, bu çalışmada 0.88 olarak bulunmuştur. Bu bulgular, her iki ölçeğin de güvenilir ve geçerli ölçüm araçları olduğunu desteklemekte ve araştırmanın sonuçlarının güvenilirliğini artırmaktadır.

Geçerlilik açısından, araştırmanın tasarımı ve veri toplama süreci, ebeveynlerin yaşadığı psikolojik sorunlar, maddi zorluklar ve sosyal destek eksiklikleri gibi faktörleri kapsamlı bir şekilde incelemeyi hedeflemektedir. Elde edilen verilerin analiz edilmesi sırasında kullanılan istatistiksel yöntemler, bulguların güvenilirliğini artırmakta ve sonuçların anlamlılığını sağlamaktadır.

Ayrıca, araştırmanın sonuçlarının uluslararası literatürle karşılaştırılması, elde edilen bulguların geçerliliğini artırmaktadır. Örneğin, benzer çalışmalarda elde edilen sonuçlarla tutarlılık gösteren bulgular, araştırmanın güvenilirliğini pekiştirmekte ve farklı kültürel bağlamlarda da benzer durumların geçerli olduğunu ortaya

koymaktadır.

3.4. Araştırma Etiği

Araştırmanın etiği, araştırma sürecinde katılımcıların haklarının korunması, güvenliğinin sağlanması ve araştırma bulgularının doğruluğunun temin edilmesi açısından kritik öneme sahiptir. Çocukluk çağı kanseri tedavisi gören ebeveynlerle yapılan bu araştırmada etik ilkelerin gözetilmesi hem katılımcıların hem de araştırma sonuçlarının güvenilirliği açısından büyük bir gereklilik oluşturmaktadır.

Araştırma, İstanbul Ticaret Üniversitesi Etik Kurulu'nun 08.06.2023 tarih ve E-65836846-044-288941 kararınca uygun görülmüştür (Ek-1). Aynı zamanda katılımcılara ulaşılmasını sağlayan Kanserli Çocuklara Umut Vakfı'ndan da araştırma uygulama izni alınmıştır (Ek-7).

Araştırmaya katılan ebeveynlerin bilgilendirilmiş onamı alınmıştır. Katılımcılara araştırmanın amacı, kapsamı ve olası riskleri hakkında detaylı bilgi verilmiş; katılımın tamamen gönüllü olduğu ve istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilmiştir. Bu süreç, etik kuralların bir gereği olarak katılımcıların haklarının korunmasını sağlamaktadır.

Araştırmada kullanılan veri toplama araçları, katılımcıların mahremiyetini koruma amacıyla tasarlanmıştır. Elde edilen verilerin anonimleştirilmesi, kişisel bilgilerin gizliliğinin sağlanmasına yardımcı olmaktadır. Bu durum, katılımcıların kendilerini güvende hissetmelerini sağlarken, aynı zamanda verilerin güvenilirliğini artırmaktadır.

3.5. Evren ve Örneklem

Bu araştırmanın evrenini Kanserli Çocuklara Umut Vakfı (KAÇUV)'nın sosyal hizmet çalışmalarından yararlanmak amacıyla başvuran ebeveynler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini çocuğu yeni kanser tanısı almış, yatarak ya da ayaktan tedavi alan 0-18 yaş arası çocuğu olan ebeveynlerin yaşam kalitesini etkileyen faktörler arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla çevrimiçi ortamda ulaşılan çocuğu kanser tanısı almış olan KAÇUV'un sosyal hizmet çalışmalarından yararlanan ebeveynler oluşturmaktadır.

Örneklem seçiminde ulaşılabilirlik açısından kolaylı örneklememe metodu kullanılmıştır. Kolaylı örneklememe, araştırmacının kolaylıkla erişebildiği bireylerden veri topladığı bir örneklememe yöntemidir. Bu yöntemde, örneklem grubu oluşturulurken belirli bir kriter veya rastgelelik ilkesi gözetilmez; dolayısıyla seçilen bireyler, araştırmacının ulaşabileceği ve tercih ettiği kişilerden oluşur (Yıldırım ve Şimşek, 2018). Ayrıca kullanılan ölçekler çocuğu kanser tanısı almış ebeveynlerden elde edilen veri ile geliştirildiği için örneklem olarak 327 (250 kadın, 77 erkek) ebeveyn seçilmiştir.

Katılımcıların demografik bilgilerine ilişkin veriler Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. Araştırmanın katılımcılara ilişkin bilgileri içeren betimsel istatistik tablosu

		Yaş				Toplam
		18-25 yaş	26-35 yaş	36-45 yaş	46 yaş ve üzeri	
Cinsiyet	Kadın	17	112	105	16	250
	Erkek	2	18	47	10	77
Toplam		19	130	152	26	327

Tablo 1 incelendiğinde, araştırmaya katılan çocuğu kanser hastası olan ebeveynlerin 250'sinin kadın, 77'sinin erkek olduğu görülmektedir. Bunun yanında kadınların 17'sinin 18-25 yaş aralığında, 112'sinin 26-35 yaş aralığında, 105'nin 36-45 yaş aralığında ve 16'sının 46 yaş ve üzerinde olduğu görülmektedir.

Tablo 2. Araştırmaya katılan katılımcıların öğrenim durumunu içeren betimsel istatistik tablosu

		Öğrenim Durumu						Toplam	
		Okur Yazar Değil	Okur Yazar	İlk Okul	Orta Okul	Lise	Ön Lisans		Lisans ve Üzeri
Cinsiyet	Kadın	10	3	71	46	81	21	18	250
	Erkek	2	2	18	18	27	3	7	77
Toplam		12	5	89	64	108	24	25	327

Tablo 2 incelendiğinde, araştırmaya katılan 250 kadın katılımcının; 10'u okur yazar değil, 3'ü okuryazar, 71'i ilkokul mezunu, 46'sı ortaokul mezunu, 81'i lise mezunu, 21'i ön lisans mezunu ve 18'i lisans ve üzeri öğrenim mezunu olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan 77 erkek katılımcının ise; 2'si okur yazar değil, 2'si okuryazar, 18'i ilkokul mezunu, 18'i ortaokul mezunu, 27'si lise mezunu, 3'ü ön lisans mezunu

ve 7'si lisans ve üzeri öğrenim mezunu olduğu görülmektedir.

Tablo 3. Araştırmaya katılan katılımcıların medeni durumunu içeren betimsel istatistik tablosu

		Medeni Durum		Toplam
		Evli	Bekar/Boşanmış	
Cinsiyet	Kadın	234	16	250
	Erkek	76	1	77
Toplam		310	17	327

Tablo 3 incelendiğinde, araştırmaya katılan 250 kadın katılımcının 234'ünün evli, 16'sının bekar/boşanmış olduğu, 77 erkek katılımcının 76'sının evli, 1'inin bekar/boşanmış olduğu görülmektedir.

Tablo 4. Araştırmaya katılan katılımcıların kanser yakınlık durumunu içeren betimsel istatistik tablosu

		Kanser Yakınlık		Toplam
		Anne	Baba	
Cinsiyet	Kadın	249	1	250
	Erkek	0	77	77
Toplam		249	78	327

Tablo 4 incelendiğinde, araştırmaya katılan katılımcılardan 249 kadının kansere yakınlık düzeyinin anne, 1'nin baba; 77 erkek katılımcının ise kansere yakınlık düzeyinin 77'sinin baba olduğu görülmektedir.

Tablo 5. Araştırmaya katılan katılımcıların çalışıyor olma durumunu içeren betimsel istatistik tablosu

		Çalışıyor Olma Durumu		Toplam
		Evet	Hayır	
Cinsiyet	Kadın	26	224	250
	Erkek	55	22	77
Toplam		81	246	327

Tablo 5 incelendiğinde, araştırmaya katılan 250 kadın katılımcının 26'sının çalıştığı, 224'ünün çalışmadığı; 77 erkek katılımcının 55'nin çalıştığı, 22'sinin çalışmadığı görülmektedir.

Tablo 6. Araştırmaya katılan katılımcıların meslek durumunu içeren betimsel istatistik tablosu

		Meslek			Toplam
		Ev Hanımı	İşçi	Diğer	
Cinsiyet	Kadın	203	19	28	250
	Erkek	0	52	25	77
Toplam		203	71	53	327

Tablo 6 incelendiğinde, araştırmaya katılan katılımcıların meslek gruplarının ev hanımı, işçi ve diğer olarak belirlendiği görülmüştür. 250 kadın katılımcının 203'ünün ev hanımı, 19'unun işçi, 28'inin de diğer meslek grubunda olduğu; 77 erkek katılımcının 52'sinin işçi, 25'inin diğer meslek grubunda olduğu görülmektedir.

Tablo 7. Araştırmaya katılan katılımcıların gelir durumunu içeren betimsel istatistik tablosu

		Gelir Durumu					Toplam
		17002 ve altı	17002 - 20000 TL	20001 - 30000 TL	30001 - 40000 TL	40001 ve üzeri	
Cinsiyet	Kadın	92	64	40	33	21	250
	Erkek	21	21	21	10	4	77
Toplam		113	85	61	43	25	327

Tablo 7 incelendiğinde, araştırmaya katılan katılımcıların gelir durumlarının 17002 ve altı; 92 kadın, 21 erkek; 17002 - 20000 TL arası; 21 kadın, 21 erkek; 20001 - 30000 TL arası; 40 kadın, 21 erkek; 30001 - 40000 TL arası; 33 kadın, 10 erkek; 40001 ve üzeri; 21 kadın, 4 erkek olduğu görülmektedir.

Tablo 8. Araştırmaya katılan katılımcıların çocuk cinsiyet durumunu içeren betimsel istatistik tablosu

		Çocuk Cinsiyet		Toplam
		Kız	Erkek	
Cinsiyet	Kadın	122	128	250
	Erkek	34	43	77
Toplam		156	171	327

Tablo 8 incelendiğinde, araştırmaya katılan 250 kadın katılımcının 122'sinin kız çocuk, 128'inin erkek çocuğa; 77 erkek katılımcının 34'ünün kız çocuk, 43'ünün erkek çocuk sahibi olduğu görülmektedir.

Tablo 9. Araştırmaya katılan katılımcıların çocuk yaş durumunu içeren betimsel istatistik tablosu

		Çocuk Yaş			Toplam
		0-6 Yaş	7-13 Yaş	14-18 Yaş	
Cinsiyet	Kadın	122	92	36	250
	Erkek	43	25	9	77
Toplam		165	117	45	327

Tablo 9 incelendiğinde, araştırmaya katılan 250 kadın katılımcının çocuklarının yaş gruplarının 0-6 yaş aralığında 122, 7-13 yaş aralığında 92, 14-18 yaş aralığında 36 olduğu; 77 erkek katılımcının çocuklarının yaş gruplarının 0-6 yaş aralığında 43, 7-13 yaş aralığında 25, 14-18 yaş aralığında 9 olduğu görülmektedir.

Tablo 10. Araştırmaya katılan katılımcıların çocuk eğitim durumunu içeren betimsel istatistik tablosu

		Çocuk Eğitim Durumu					Toplam
		Okul Çağı Değil	Okul Öncesi	İlkokul	Ortaokul	Lise	
Cinsiyet	Kadın	92	31	60	40	27	250
	Erkek	36	9	13	13	6	77
Toplam		128	40	73	53	33	327

Tablo 10 incelendiğinde, araştırmaya katılan katılımcıların çocuk eğitim durumları; 250 kadın katılımcının 92'sinin okul çağında olmayan, 31'inin okul öncesi eğitim düzeyinde, 60'ının ilkokul düzeyinde, 40'ının ortaokul eğitim düzeyinde, 27'sinin lise eğitim düzeyinde; 77 erkek katılımcının 36'sının okul çağında olmayan, 9'unun okul öncesi eğitim düzeyinde, 13'ünün ilkokul düzeyinde, 13'ünün ortaokul eğitim düzeyinde, 6'sının lise eğitim düzeyinde olduğu görülmektedir.

Tablo 11. Araştırmaya katılan katılımcıların çocuk kanser türünü içeren betimsel istatistik tablosu

Çocuk Kanser Türü	Cinsiyet		Toplam
	Kadın	Erkek	
Lösemi	148	47	195
Beyin Tümörü	17	1	18
Osteosarkom	3	0	3
Karaciğer Tümörü	4	1	5
Lenfoma	19	8	27
Nöroblastom	16	5	21
Retinablastom	2	1	3
Wilms Tümörü	10	2	12
Yumuşak Doku Sarkoma	31	12	43
Toplam	250	77	327

Tablo 11 incelendiğinde, araştırmaya katılan katılımcıların çocuklarının kanser türleri; lösemi 148 kadın, 47 erkek; beyin tümörü 17 kadın, 1 erkek; osteosarkom 3 kadın; karaciğer tümörü 4 kadın, 1 erkek; lenfoma 19 kadın, 8 erkek; nöroblastom 16 kadın, 5 erkek; retinablastom 2 kadın, 1 erkek; wilms tümörü 10 kadın, 2 erkek; yumuşak doku sarkoma 31 kadın, 12 erkek olduğu görülmektedir.

Tablo 12. Araştırmaya katılan katılımcıların kansere eşlik eden hastalık durumunu içeren betimsel istatistik tablosu

		Kansere Eşlik Hastalık		Toplam
		Evet	Hayır	
Cinsiyet	Kadın	52	198	250
	Erkek	12	65	77
Toplam		64	263	327

Tablo 12 incelendiğinde, araştırmaya katılan katılımcılardan 250 kadının kansere eşlik eden hastalık durumuna 52'sinin evet, 198'inin hayır; 77 erkeğin kansere eşlik eden hastalık durumuna 12'sinin evet, 65'inin hayır yanıtı verdiği görülmektedir.

Tablo 13. Araştırmaya katılan katılımcıların ailedeki çocuk sayısını içeren betimsel istatistik tablosu

		Ailedeki Çocuk Sayısı					Toplam
		1	2	3	4	5 ve üstü	
Cinsiyet	Kadın	48	110	53	26	13	250
	Erkek	8	26	22	11	10	77
Toplam		56	136	75	37	23	327

Tablo 13 incelendiğinde, araştırmaya katılan 250 kadın katılımcının ailedeki çocuk sayısı; 1 çocuk 48, 2 çocuk 110, 3 çocuk 53, 4 çocuk 26, 5 ve üstü çocuk 13; 77 erkek katılımcının ailedeki çocuk sayısı; 1 çocuk 8, 2 çocuk 26, 3 çocuk 22, 4 çocuk 11, 5 ve üstü çocuk 10 olduğu görülmektedir.

Tablo 14. Araştırmaya katılan katılımcıların ailede eğitime devam eden çocuk durumunu içeren betimsel istatistik tablosu

		Ailede Eğitime Devam Eden Çocuk						Toplam
		Hiç	1	2	3	4	5 ve üstü	
Cinsiyet	Kadın	67	81	64	26	9	3	250
	Erkek	13	18	28	14	2	2	77
Toplam		80	99	92	40	11	5	327

Tablo 14 incelendiğinde, ailede eğitime devam eden çocuk sayısına göre "Hiç" cevabını veren 67 kadın katılımcı, 13 erkek katılımcı; "1 çocuk" cevabını veren 81 kadın katılımcı, 18 erkek katılımcı; "2 çocuk" cevabını veren 64 kadın katılımcı, 28 erkek katılımcı; "3 çocuk" cevabını veren 26 kadın katılımcı, 14 erkek katılımcı; "4 çocuk" cevabını veren 9 kadın katılımcı, 2 erkek katılımcı; "5 ve üstü çocuk" cevabını veren 3 kadın katılımcı, 2 erkek katılımcı olduğu görülmektedir.

Tablo 15. Araştırmaya katılan katılımcıların aile üyeleri psikolojik destek alma durumunu içeren betimsel istatistik tablosu

		Aile Üyeleri Psikolojik Destek Alma Durumu		Toplam
		Evet	Hayır	
Cinsiyet	Kadın	45	205	250
	Erkek	6	71	77
Toplam		51	276	327

Tablo 15 incelendiğinde, aile üyelerinin psikolojik destek alma durumunu; 250 kadın katılımcının 45'inin psikolojik destek aldığı, 205'inin psikolojik destek almadığı; 77 erkek katılımcının 6'sının psikolojik destek aldığı, 71'inin psikolojik destek almadığı görülmektedir.

Tablo 16. Araştırmaya katılan katılımcıların aile üyelerinin hangilerinin psikolojik destek aldığı durumunu içeren betimsel istatistik tablosu

		Aile Üyelerinin Hangileri Psikolojik Destek						Toplam
		Bağımsız	Kendisi	Kardeş	Anne	Baba	Ailede Birkaç Kişi	
Cinsiyet	Kadın	167	41	1	22	4	15	250
	Erkek	52	16	2	4	1	2	77
Toplam		219	57	3	26	5	17	327

Tablo 16 incelendiğinde, araştırmaya katılan katılımcıların aile üyelerinden psikolojik destek alanların yakınlık düzeylerinin sayısal verileri görülmektedir.

Tablo 17. Araştırmaya katılan katılımcıların kanser tanımlamasını içeren betimsel istatistik tablosu

		Kanser Tanımlaması			Toplam
		Kolay Tedavi Edilen	Uzun Süre Tedavi Gereken	Tedavi Edilemeyen/Ölümcül	
Cinsiyet	Kadın	5	237	8	250
	Erkek	0	71	6	77
Toplam		5	308	14	327

Tablo 17 incelendiğinde, kanser tanımlamasını; 250 kadın katılımcının 5'inin "kolay tedavi edilebilen", 237'sinin "uzun süre tedavi gerektiren", 8'inin "tedavi edilemeyen/ölümcül" olarak belirttiği; 77 erkek katılımcının 71'inin "uzun süre tedavi gerektiren", 6'sının "tedavi edilemeyen/ölümcül" olarak belirttiği görülmektedir.

Tablo 18. Araştırmaya katılan katılımcıların tedavi süresini içeren betimsel istatistik tablosu

		Tedavi Süresi					Toplam
		0-1 Ay	1-3 Ay	3-6 Ay	6-12 Ay	12 Ay Ve Üzeri	
Cinsiyet	Kadın	5	9	27	45	164	250
	Erkek	0	7	12	12	46	77
Toplam		5	16	39	57	210	327

Tablo 18 incelendiğinde, tedavi sürelerine göre "0-1 ay tedavi süresi" 5 kadın; "1-3 ay tedavi süresi" 9 kadın, 7 erkek; "3-6 ay tedavi süresi" 27 kadın, 12 erkek; "6-12 ay tedavi süresi" 45 kadın, 12 erkek, "12 ay ve üzeri tedavi süresi" 164 kadın, 46 erkek katılımcı tarafından belirtildiği görülmektedir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında, "Demografik Bilgi Formu (Ek-3)", "Türkçe Kanserli Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek-4)" ve "Bakım Verme Yükü Ölçeği (Ek-5)"nin Türkçe çevirisinden yararlanılmıştır. Veri toplama için kullanılan bu araçlar ebeveynlerin yaşam kalitesi etkileyen faktörlerini kapsamlı bir şekilde incelemek için tasarlanmıştır.

3.4.1. Demografik Bilgi Formu

Demografik bilgi formu araştırmacı tarafından geliştirilmiş olup; bakım veren bireyi tanıttıcı sorular, kanser tanısı alan/almış çocuğu tanıttıcı sorular ve aileyi tanıttıcı sorular olmak üzere üç kısımdan oluşmaktadır. Bakım veren bireyi tanıttıcı sorular; cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, kanser tedavisi gören çocuğa yakınlık derecesi, çalışma durumu, mesleği ve gelir durumu değişkenlerinden; kanser tanısı alan/almış çocuğu tanıttıcı sorular; çocuğun cinsiyeti, çocuğun yaşı, öğrenim durumu, kanser tanısı, kansere eşlik eden hastalık durumu değişkenlerinden; aileyi tanıttıcı sorular; ailedeki çocuk sayısı, ailede eğitime devam eden çocuk sayısı, aile üyelerinin kanser sürecinde psikolojik destek alma durumu, aile üyelerinden hangilerinin psikolojik destek aldığı, ebeveynlerin hastalığı algılama durumu, tedavinin başlangıcından itibaren geçen süre ve bakım sürecinde karşılaşılan zorluklar değişkenlerinden oluşmaktadır.

3.4.2. Türkçe Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği

Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği, Weitzner ve arkadaşları tarafından 1999 yılında geliştirilmiş olup, kanser hastalarına bakım sağlayan bireylerin yaşam kalitesini ölçmeye yönelik bir araçtır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlik-güvenirlik analizi, 2013 yılında gerçekleştirilmiştir (Karabuğa-Yakar ve Bölüktaş, 2013). Ölçek, beşli likert tipi bir değerlendirme sunmakta olup, "0=Hiç", "1=Az", "2=Biraz", "3=Fazla", "4=Çok fazla" şeklinde puanlama yapmaktadır (Weitzner vd.,1999).

Toplam 35 maddeden oluşan bu ölçek, farklı alt boyutları değerlendirmektedir. Bu maddelerden 10'u yük (9, 11, 14, 17, 18, 19, 20, 25, 31 ve 33. maddeler), 7'si rahatsızlık (1, 3, 5, 21, 24, 26 ve 29. maddeler), 7'si pozitif adaptasyon (10, 12, 16, 22, 27, 28 ve 34. maddeler) ve 3'ü finansal zorluk (6, 7 ve 8. maddeler) temalarıyla ilişkilidir. Geriye kalan 8 madde ise (örneğin uyku problemleri, cinsel yaşam memnuniyeti, günlük yaşamın baskılanması, zihinsel yorgunluk, hastalıkla ilgili bilgi alma, hastanın korunması, ağrı yönetimi, ailenin bakım sürecindeki rolü) bu dört alt boyuttan bağımsızdır ancak toplam puana katkı sağlar.

Ölçek puanlama sisteminde, "4, 10, 12, 16, 22, 23, 27, 28 ve 34" numaralı maddeler düz puanlanırken, diğer maddeler ters çevrilerek değerlendirilmektedir. Alt boyutlar için elde edilen ham puan, 35 ile çarpılır ve yanıtlanan madde sayısına bölünerek alt boyut puanı hesaplanır. Ölçeğin toplam puanı ise tüm maddelere verilen yanıtların toplanarak 35 ile çarpılması ve bu değerın yanıtlanan madde sayısına bölünmesiyle elde edilir. Bu hesaplama yöntemiyle, her bir alt boyutun ve ölçeğin toplam puanı 0 ile 140 arasında değişebilir. Yüksek puanlar, daha iyi yaşam kalitesine işaret etmektedir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.88 olarak belirlenmiştir (Weitzner vd., 1999).

3.4.3. Bakım Verme Yükü Ölçeği

Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilen bu ölçek, bakım veren bireylerin yaşadığı zorlukları değerlendirmek için tasarlanmıştır. Türkçe'ye uyarlama çalışması ve geçerlilik-güvenirlik analizi 2008 yılında gerçekleştirilmiştir (İnci ve Erdem, 2008). Ölçek, bakım verme sürecinin bireyin fiziksel, ruhsal ve

sosyal iyi olma haline etkisini belirlemek amacıyla hazırlanmış 22 ifadeyi içermektedir (Zarit vd., 1980).

Değerlendirme, "asla", "nadiren", "bazen", "sık sık" ve "her zaman" seçeneklerini içeren beşli Likert tipi bir ölçekle yapılır ve ifadeler 0 ile 4 arasında puanlanır. Ölçekten elde edilebilecek toplam puan, en düşük 0 ve en yüksek 88'dir. Puan aralıkları bakım yükünü sınıflandırmak için şu şekilde belirlenmiştir: 0–20 puan "bakım yükü yok", 21–40 puan "hafif bakım yükü", 41–60 puan "orta düzeyde bakım yükü" ve 61–88 puan "ağır bakım yükü" olarak değerlendirilir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.83 olarak raporlanmıştır (Zarit vd., 1980).

3.5. Verilerin Analizi

Toplanan verilerin analizi SPSS istatistik yazılım programının 25.0 versiyonu kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Analiz sürecinde öncelikle ortalama, standart sapma vb. içeren tanımlayıcı istatistikler hesaplanmıştır ve gruplar arası karşılaştırmalarda bağımsız t testleri ve varyans analizi kullanılmıştır. Ayrıca değişkenler arasında bir ilişki olup olmadığının belirlenmesi için ilişki analizi yöntemiyle analiz yapılmıştır. Sonuçların istatistiksel anlamlılığı $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiş ve bulgulara istatistiksel olarak güvenilir sonuçlarla ulaşılmıştır. Dolayısıyla ebeveyn yaşam kalitesi ile bakım verme yükü arasındaki ilişkiler yukarıdaki analizle ortaya konmuş ve araştırmanın temel hipotezleri ortaya konmuştur.

Araştırmada iki bağımsız grup arasında (cinsiyet ve medeni durum değişkenleri) yük, rahatsızlık, pozitif adaptasyon, finansal sıkıntı, Türkçe Kanserli Hastalara Bakım Ölçeği (TKHBÖ) ve Bakım Verme Yükü Ölçeği (BVYÖ) açısından anlamlı fark olup olmadığını belirlemek için Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır. Çalışma öncesinde yapılan normallik testleri, verilerin normal dağılım göstermediğini ortaya koymuştur. Bu sebeple, parametrik olmayan testlerin kullanılması uygun bulunmuştur. Birden fazla grup arasında yaş, öğrenim durumu, meslek, gelir durumu, çocuğun yaşı, çocuğun öğrenim durumu, kanserin tanısı, ailedeki çocuk sayısı, ailedeki okuyan çocuk sayısı, psikolojik destek alanlar, tedavi süresi, kanser tanımlaması değişkenleri açısından anlamlı fark olup olmadığını belirlemek için Kruskal-Wallis Testi kullanılmıştır. Kruskal-Wallis Testi, üç veya daha fazla bağımsız grup arasındaki medyan farklarını incelemek için kullanılan parametrik

olmayan bir testtir (Field, 2005). Verilerin normal dağılım göstermemesi ve grupların homojen varyans sergilememesi durumunda kullanımı uygundur.

Mann-Whitney U Testi, parametrik olmayan bir test olup, normal dağılım göstermeyen veriler için uygun bir seçenektir (Nachar, 2008). Bu test, iki grubun medyanlarının karşılaştırılmasında kullanılır ve verilerin normal dağılım göstermediği durumlarda tercih edilir. Bu nedenle, dağılımı bilinmeyen veya normal olmayan küçük örneklem için idealdir (McKnight ve Najab, 2010). Parametrik olmayan testler arasında yer alması nedeniyle, verilerin dağılımına ilişkin herhangi bir varsayım gerektirmez (Nachar, 2008). Mann-Whitney U testi, iki grup için sıralama toplamlarını kullanarak hesaplanır. Her iki gruptaki tüm değerler sıralanır ve her grubun sıralama toplamı bulunur. U testi değeri, bu sıralama toplamları üzerinden hesaplanır ve ardından Z skoru kullanılarak p-değeri elde edilir.

Kruskal-Wallis testi, verilerin normal dağılım göstermediği ve homojen varyans sergilemediği durumlarda bile güvenilir sonuçlar verir. Bu nedenle, dağılımı bilinmeyen veya normal olmayan küçük örneklem için idealdir. Kruskal-Wallis testi, her bir grubun sıralama toplamlarını kullanarak hesaplanır. Her gruptaki tüm değerler sıralanır ve her grubun sıralama toplamı bulunur. H testi değeri, bu sıralama toplamları üzerinden hesaplanır ve ardından p-değeri elde edilir (Aydın, 2024).

Araştırmanın bu aşamasında, katılımcılardan toplanan verilere ilişkin yapılan istatistiksel analiz sonuçları tablolar ve açıklamalar eşliğinde sunulmuştur.

Tablo 19. Normallik testi tablosu

	Yük	Rahatsızlık	Pozitif adaptasyon	Finansal sıkıntı	TKBBÖ	BVYÖ
Çarpıklık	-,403	,167	-,306	-,260	-,738	,618
Basıklık	,766	,078	,271	,353	2,115	,809

George ve Mallery'ye (2001) göre, çarpıklık ve basıklık değerleri -2 ile +2 arasında olduğunda verilerin normal dağılım sergilediği kabul edilmektedir. Ancak tablo incelendiğinde, verilerin bu koşulu sağlamadığı görülmektedir. Bu nedenle, verilerin analizinde parametrik olmayan testler tercih edilmiştir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Araştırmanın bu kısmında, katılımcılardan toplanan verilere ilişkin yapılan istatistiksel analiz sonuçları tablolar ve açıklamalar eşliğinde sunulmuştur.

4.1. Çocukları Kanser Tedavi Sürecindeki Ailelerin Yaşadıkları Sorun Türleri

Araştırmaya katılan çocuğu kanser tedavi sürecinde bulunan ailelerin yaşadıkları sorun türlerine ilişkin oluşturulmuş betimsel istatistik tablosu Tablo 20'de verilmiştir.

Tablo 20. Çocukları kanser tedavi sürecindeki ailelerin yaşadıkları sorun türlerine ilişkin betimsel istatistik tablosu

Yaşanan sorunlar	n	%
Maddi sorunlar	225	% 39,33
Uykusuzluk	139	% 24,30
Yorgunluk	56	% 9,79
Moral	3	% 0,52
Manevi sorunlar	26	% 4,54
Yalnızlık	4	% 0,70
Çaresizlik	8	% 1,40
Endişe	22	% 3,85
Psikolojik yük	9	% 1,57
Üzüntü	10	% 1,75
Destek	4	% 0,70
Beklemek	2	% 0,35
İlaç	8	% 1,40
Diğer sorunlar	56	% 9,79

Tablo 20 incelendiğinde araştırmanın katılımcılarının çocuklarının kanser tedavisi gördüğü süreçte yaşadıkları zorluklara ilişkin fikirleri görülmektedir. Buna göre katılımcılar bu süreçte en fazla maddi sorunlarla karşı karşıya kaldığını belirtmiştir. Bunun yanında sırasıyla uykusuzluk, yorgunluk, diğer sorunlar, manevi sorunlar, endişe, üzüntü, psikolojik yük, çaresizlik, ilaç, destek, yalnızlık, moral ve beklemek

gibi sorunların geldiği ifade edilmiştir.

4.1.1. Cinsiyet Değişkenine Göre Farkları Gösteren Bulgular

Araştırmada cinsiyet değişkenine göre sonuçların belirlenebilmesi Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 21'de verilmiştir.

Tablo 21. Cinsiyet değişkenine göre farkları gösteren tablo

	Cinsiyet	N	Sıralar Ortalaması	Sıralar Toplamı	U	Z	P
Yük	Kadın	250	160,52	40130,50	8767,500	-1,200	,230
	Erkek	77	175,29	13497,50			
Rahatsızlık	Kadın	250	160,57	40142,50	8767,500	-1,184	,237
	Erkek	77	175,14	13485,50			
Pozitif Adaptasyon	Kadın	250	169,59	42398,50	8226,500	-1,932	,053
	Erkek	77	145,84	11229,50			
Finansal Sıkıntı	Kadın	250	164,84	41210,50	9414,500	-,292	,770
	Erkek	77	161,27	12417,50			
TKHBÖ	Kadın	250	163,51	40876,50	9501,500	-,170	,865
	Erkek	77	165,60	12751,50			
BVYÖ	Kadın	250	167,07	41768,50	8856,500	-1,060	,289
	Erkek	77	154,02	11859,50			

Tablo 21 incelendiğinde, Türkçe Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği, Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Türkçe Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından alınan puanların cinsiyet değişkenine göre farklılık düzeyini inceleyen Mann Whitney U testi sonuçları görülmektedir. Sonuçlara göre, her iki ölçeğin ve TKHB ölçeğinin alt boyutlarında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Bu durumda kanserli hastalara bakım verenlerin yaşam kalitelerinde, bakım verme yükünde ve kanserli hastalara bakım verenlerin yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarını oluşturan yük, rahatsızlık, pozitif adaptasyon ve finansal sıkıntı boyutlarında cinsiyetin etkili bir değişken olmadığı söylenebilir.

4.1.2. Medeni Durum Değişkenine Göre Farklılıkları Gösteren Bulgular

Araştırmada medeni durum değişkenine göre farklılıkları belirlemek için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 22'de verilmiştir.

Tablo 22. Medeni durum değişkenine göre farkları gösteren tablo

	Medeni Durum	N	Sıralar Ortalaması	Sıralar Toplamı	U	Z	P
Yük	Evli	310	166,43	51593,00	1882,000	-	,047*
	Bekar/Boşanmış	17	119,71	2035,00		1,986	
Rahatsızlık	Evli	310	166,53	51624,50	1850,500	-	,038*
	Bekar/Boşanmış	17	117,85	2003,50		2,070	
Pozitif Adaptasyon	Evli	310	165,30	51244,50	2230,500	-	,286
	Bekar/Boşanmış	17	140,21	2383,50		1,068	
Finansal Sıkıntı	Evli	310	164,85	51102,00	2373,000	-695	,487
	Bekar/Boşanmış	17	148,59	2526,00			
TKHBÖ	Evli	310	166,80	51709,50	1765,500	-	,022*
	Bekar/Boşanmış	17	112,85	1918,50		2,291	
BYYÖ	Evli	310	165,13	51190,50	2284,500	-924	,356
	Bekar/Boşanmış	17	143,38	2437,50			

Tablo 22 incelendiğinde, Türkçe Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği, Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Türkçe Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından alınan puanların medeni durum değişkenine göre farklılık düzeyini inceleyen Mann-Whitney U testi sonuçları görülmektedir. Sonuçlara göre BKYÖ'nün puanları açısından anlamlı farklılık tespit edilememiştir. Fakat, medeni durumun kanserli hastalara bakım verenlerin yaşam kaliteleri ile yük ve rahatsızlık boyutları üzerinde etkili bir değişken olduğu söylenebilir. Ayrıca bu fark incelendiğinde anlamlılık oluşan her üç değişken için de anlamlılığın evli olan katılımcılar açısından anlamlı bir fark olduğu görülmüştür.

4.1.3. Kanser Hastasına Yakınlık Değişkenine Göre Farklılıkları Gösteren Bulgular

Araştırmada kanser hastasına yakınlık değişkenine göre farklılıkları belirlemek için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 23'de verilmiştir.

Tablo 23. Kanser hastasına yakınlık değişkenine göre farkları gösteren tablo

	Kanser Hastasına Yakınlık	N	Sıralar Ortalaması	Sıralar Toplamı	U	z	p
Yük	Anne	249	161,01	40092,00	8967,000	-1,022	,307
	Baba	78	173,54	13536,00			
Rahatsızlık	Anne	249	160,85	40050,50	8925,500	-1,079	,280
	Baba	78	174,07	13577,50			
Pozitif Adaptasyon	Anne	249	170,11	42358,50	8188,500	-2,094	,036*
	Baba	78	144,48	11269,50			
Finansal Sıkıntı	Anne	249	164,66	41001,50	9545,500	-,229	,819
	Baba	78	161,88	12626,50			
TKHBÖ	Anne	249	164,02	40840,50	9706,500	-,006	,995

	Baba	78	163,94	12787,50			
BVYÖ	Anne	249	166,69	41505,50	9041,500	-,0919	,358
	Baba	78	155,42	12122,50			

Tablo 23 incelendiğinde, kanser hastasına yakınlık boyutunda "pozitif adaptasyon" değişkeninde anlamlılık görülmüştür.

4.1.4. Çalışıyor Olma Durumu Değişkenine Göre Farklılıkları Gösteren Bulgular

Araştırmada çalışıyor olma durumu değişkenine göre farklılıkları belirlemek için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 24'de verilmiştir.

Tablo 24. Çalışıyor olma durumu değişkenine göre farkları gösteren tablo

	Çalışıyor Olma Durumu	N	Sıralar Ortalaması	Sıralar Toplamı	U	Z	P
Yük	Evet	81	178,16	14431,00	8816,000	-1,556	,120
	Hayır	246	159,34	39197,00			
Rahatsızlık	Evet	81	176,32	14282,00	8965,000	-1,354	,176
	Hayır	246	159,94	39346,00			
Pozitif Adaptasyon	Evet	81	167,59	13574,50	9672,500	-,394	,693
	Hayır	246	162,82	40053,50			
Finansal Sıkıntı	Evet	81	169,38	13720,00	9527,000	-,595	,552
	Hayır	246	162,23	39908,00			
TKHBÖ	Evet	81	176,37	14286,00	8961,000	-1,358	,174
	Hayır	246	159,93	39342,00			
BVYÖ	Evet	81	152,11	12321,00	9000,000	-1,305	,192
	Hayır	246	167,91	41307,00			

Tablo 24 incelendiğinde, çalışıyor olma durumu değişkeni değerlendirildiğinde yük, rahatsızlık, pozitif adaptasyon, finansal sıkıntı, TKHBÖ ve BVYÖ boyutlarında anlamlı bir fark görülmemiştir.

4.1.5. Çocuğun Cinsiyeti Değişkenine Göre Farklılıkları Gösteren Bulgular

Araştırmada çocuğun cinsiyeti değişkenine göre farklılıkları belirlemek için Mann-Whitney U yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 25'de verilmiştir.

Tablo 25. Çocuğun cinsiyeti değişkenine göre farkları gösteren tablo

	Çocuk Cinsiyet	N	Sıralar Ortalaması	Sıralar Toplamı	U	Z	P
Yük	Kız	156	163,08	25440,00	13194,000	-,169	,866
	Erkek	171	164,84	28188,00			
Rahatsızlık	Kız	156	170,59	26612,50	12309,500	-1,206	,228

	Erkek	171	157,99	27015,50			
Pozitif Adaptasyon	Kız	156	162,00	25272,00	13026,000	-,366	,714
	Erkek	171	165,82	28356,00			
Finansal Sıkıntı	Kız	156	164,68	25689,50	13232,500	-,124	,901
	Erkek	171	163,38	27938,50			
TKHBÖ	Kız	156	167,08	26064,00	12858,000	-,562	,574
	Erkek	171	161,19	27564,00			
BVYÖ	Kız	156	165,29	25785,00	13137,000	-,235	,814
	Erkek	171	162,82	27843,00			

Tablo 25 incelendiğinde, çocuğun cinsiyeti değişkeni değerlendirildiğinde yük, rahatsızlık, pozitif adaptasyon, finansal sıkıntı, TKHBÖ ve BVYÖ boyutlarında anlamlı bir sonuç görülmemiştir.

4.1.6. Kansere Eşlik Eden Hastalık Değişkenine Göre Farklılıkları Gösteren Bulgular

Araştırmada kansere eşlik eden hastalık değişkenine göre farklılıkları belirlemek için Mann-Whitney U yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 26'da verilmiştir.

Tablo 26. Kansere eşlik eden hastalık değişkenine göre farkları gösteren tablo

	Kanser Hastasına Yakınlık	N	Sıralar Ortalaması	Sıralar Toplamı	U	z	p
Yük	Anne	249	161,01	40092,00	8967,000	-1,022	,307
	Baba	78	173,54	13536,00			
Rahatsızlık	Anne	249	160,85	40050,50	8925,500	-1,079	,280
	Baba	78	174,07	13577,50			
Pozitif Adaptasyon	Anne	249	170,11	42358,50	8188,500	-2,094	,036*
	Baba	78	144,48	11269,50			
Finansal Sıkıntı	Anne	249	164,66	41001,50	9545,500	-,229	,819
	Baba	78	161,88	12626,50			
TKHBÖ	Anne	249	164,02	40840,50	9706,500	-,006	,995
	Baba	78	163,94	12787,50			
BVYÖ	Anne	249	166,69	41505,50	9041,500	-,0919	,358
	Baba	78	155,42	12122,50			

Tablo 26 incelendiğinde, kanser hastasına yakınlık boyutunda "pozitif adaptasyon" değişkeninde anlamlılık görülmüştür.

4.1.7. Yaş Değişkenine Göre Farklılıkları Gösteren Bulgular

Araştırmada yaş değişkenine göre farklılıkları belirlemek için Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 27'de verilmiştir.

Tablo 27. Yaş değişkenine göre farkları gösteren tablo

	Yaş	N	Sıralar Ortalaması	df	H	p
Yük	18-25 yaş	19	147,18	3	1,063	,786
	26-35 yaş	130	161,54			
	36-45 yaş	152	168,59			
	46 yaş ve üzeri	26	161,77			
Rahatsızlık	18-25 yaş	19	153,21	3	1,549	,671
	26-35 yaş	130	158,98			
	36-45 yaş	152	166,81			
	46 yaş ve üzeri	26	180,56			
Pozitif Adaptasyon	18-25 yaş	19	134,42	3	2,238	,524
	26-35 yaş	130	165,39			
	36-45 yaş	152	167,61			
	46 yaş ve üzeri	26	157,58			
Finansal Sıkıntı	18-25 yaş	19	185,87	3	3,496	,321
	26-35 yaş	130	153,33			
	36-45 yaş	152	168,18			
	46 yaş ve üzeri	26	176,88			
TKHBÖ	18-25 yaş	19	161,05	3	1,302	,729
	26-35 yaş	130	157,08			
	36-45 yaş	152	169,71			
	46 yaş ve üzeri	26	167,37			
BYYÖ	18-25 yaş	19	182,68	3	1,664	,645
	26-35 yaş	130	165,98			
	36-45 yaş	152	162,88			
	46 yaş ve üzeri	26	146,98			

Tablo 27 incelendiğinde, Türkçe Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği, Bakım Verme Yüğü Ölçeği ve Türkçe Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından alınan puanların yaş değişkenine göre farklılık düzeyini inceleyen Kruskal Wallis testi sonuçları görülmektedir. Sonuçlara göre, her iki ölçeğin ve TKHB ölçeğinin alt boyutlarında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Bu durumda kanserli hastalara bakım verenlerin yaşam kalitelerinde, bakım verme yükünde ve kanserli hastalara bakım verenlerin yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarını oluşturan yük, rahatsızlık, pozitif adaptasyon ve finansal sıkıntı boyutlarında bakım veren kişilerin yaşının etkili bir değişken olmadığı söylenebilir.

4.1.8. Öğrenim Durumu Değişkenine Göre Farklılıkları Gösteren Bulgular

Araştırmada öğrenim durumu değişkenine göre farklılıkları belirlemek için Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 28'de verilmiştir.

Tablo 28. Öğrenim durumu değişkenine göre farklılıkları gösteren tablo

	Öğrenim Durumu	N	Sıralar Ortalaması	df	H	p
Yük	Okuryazar Değil	12	190,42	6	21,594	,001*
	Okuryazar	5	192,80			
	İlkokul	89	134,53			
	Ortaokul	64	153,80			
	Lise	108	171,13			
	Ön Lisans	24	195,04			
	Lisans ve Üzeri	25	216,00			
Rahatsızlık	Okuryazar Değil	12	201,50	6	10,918	,091
	Okuryazar	5	200,80			
	İlkokul	89	157,06			
	Ortaokul	64	147,90			
	Lise	108	160,10			
	Ön Lisans	24	179,38			
	Lisans ve Üzeri	25	206,66			
Pozitif Adaptasyon	Okuryazar Değil	12	155,29	6	20,044	,003*
	Okuryazar	5	69,70			
	İlkokul	89	142,69			
	Ortaokul	64	149,25			
	Lise	108	188,47			
	Ön Lisans	24	185,98			
	Lisans ve Üzeri	25	173,86			
Finansal Sıkıntı	Okuryazar Değil	12	193,88	6	11,686	,069
	Okuryazar	5	204,60			
	İlkokul	89	142,13			
	Ortaokul	64	153,85			
	Lise	108	180,10			
	Ön Lisans	24	159,46			
	Lisans ve Üzeri	25	180,18			
TKHBÖ	Okuryazar Değil	12	196,00	6	23,249	,001*
	Okuryazar	5	155,30			
	İlkokul	89	134,75			
	Ortaokul	64	145,17			
	Lise	108	179,02			
	Ön Lisans	24	194,71			
	Lisans ve Üzeri	25	208,36			
BVYÖ	Okuryazar Değil	12	146,67	6	10,715	,098
	Okuryazar	5	113,60			
	İlkokul	89	155,60			
	Ortaokul	64	157,94			
	Lise	108	161,62			
	Ön Lisans	24	200,31			
	Lisans ve Üzeri	25	203,24			

Tablo 28 incelendiğinde, Türkçe Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği, Bakım Verme Yüğü Ölçeği ve Türkçe Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından alınan puanların öğrenim durumu değişkenine göre farklılık düzeyini inceleyen Kruskal Wallis testi sonuçları görülmektedir. Sonuçlara göre BVYÖ ölçeğinin puanları açısından anlamlı farklılık tespit edilememiştir. Fakat, kanserli hastalara bakım veren kişilerin öğrenim durumunun yine kanserli hastalara bakım verenlerin yaşam kaliteleri ile yük ve pozitif adaptasyonları üzerinde etkili bir değişken olduğu söylenebilir. Bu değişkenlerdeki farkın kaynağı incelendiğinde yük değişkeni için farkın ilkökul ile lise mezunu katılımcılar arasında lise mezunu olanlar açısından anlamlı bir fark; ilkökul ile ön lisans mezunu katılımcılar arasında ön lisans açısından anlamlı bir fark; ilkökul ile

lisans ve üzeri mezun katılımcılar arasında lisans ve üzeri katılımcılar açısından anlamlı bir fark; ortaokul ile lisans ve üzeri mezun katılımcılar arasında lisans ve üzeri katılımcılar açısından anlamlı bir fark olduğu görülmektedir.

Pozitif adaptasyon değişkeni için farkın okuryazar olmayan katılımcılar ile okuryazar katılımcılar arasında okuryazar olmayanlar açısından anlamlı bir fark; okuryazar katılımcılar ile ilkokul mezunu olanlara arasında ilkokul mezunu katılımcılar açısından anlamlı bir fark; okuryazar katılımcılar ile ortaokul mezunu katılımcılar arasında ortaokul mezunu katılımcılar açısından anlamlı bir fark; okuryazar katılımcılar ile lise mezunu katılımcılar arasında lise mezunu katılımcılar açısından anlamlı bir fark; okuryazar katılımcılar ile ön lisans mezunu katılımcılar arasında ön lisans mezunu katılımcılar açısından anlamlı bir fark; okuryazar katılımcılar ile lisans ve üzeri mezun olan katılımcılar arasında lisans ve üzeri mezun olan katılımcılar açısından anlamlı bir fark; ilkokul mezunu katılımcılar ile lise mezunu katılımcılar arasında lise mezunu katılımcılar açısından anlamlı bir fark; ortaokul mezunu katılımcılar ile lise mezunu katılımcılar arasında lise mezunu katılımcılar açısından anlamlı bir fark olduğu görülmektedir.

TKHBÖ değişkeni için farkında ilkokul mezunu katılımcılar ile lise mezunu katılımcılar arasında lise mezunu katılımcılar açısından anlamlı bir fark; ilkokul mezunu katılımcılar ile ön lisans mezunu katılımcılar arasında ön lisans mezunu katılımcılar açısından anlamlı bir fark; ilkokul mezunu katılımcılar ile lisans ve üzeri mezun katılımcılar arasında lisans ve üzeri mezun katılımcılar açısından anlamlı bir fark; ortaokul mezunu katılımcılar ile lise mezunu katılımcılar arasında lise mezunu katılımcılar açısından anlamlı bir fark; ortaokul mezunu katılımcılar ile ön lisans mezunu katılımcılar arasında ön lisans mezunu katılımcılar açısından anlamlı bir fark; ortaokul mezunu katılımcılar ile lisans ve üzeri mezun katılımcılar arasında lisans ve üzeri mezun katılımcılar açısından anlamlı bir fark olduğu görülmektedir.

4.1.9. Meslek Değişkenine Göre Farklılıkları Gösteren Bulgular

Araştırmada meslek değişkenine göre farklılıkları belirlemek için Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 29'da verilmiştir.

Tablo 29. Meslek değişkinine göre farkları gösteren tablo

	Meslek	N	Sıralar Ortalaması	df	H	p
Yük	Ev Hanımı	203	157,98	2	2,207	,332
	İşçi	71	175,15			
	Diğer	53	172,13			
Rahatsızlık	Ev Hanımı	203	157,76	2	2,356	,308
	İşçi	71	173,26			
	Diğer	53	175,50			
Pozitif Adaptasyon	Ev Hanımı	203	170,50	2	3,357	,187
	İşçi	71	159,99			
	Diğer	53	144,49			
Finansal Sıkıntı	Ev Hanımı	203	163,94	2	,180	,914
	İşçi	71	167,20			
	Diğer	53	159,96			
TKHBÖ	Ev Hanımı	203	160,32	2	1,130	,568
	İşçi	71	174,16			
	Diğer	53	164,49			
BVYÖ	Ev Hanımı	203	168,29	2	1,447	,485
	İşçi	71	152,68			
	Diğer	53	162,75			

Tablo 29 incelendiğinde, Türkçe Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği, Bakım Verme Yüğü Ölçeği ve Türkçe Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından alınan puanların meslek değişkenine göre farklılık düzeyini inceleyen Kruskal Wallis testi sonuçları görülmektedir. Meslek değişkeni değerlendirildiğinde yük, rahatsızlık, pozitif adaptasyon, finansal sıkıntı, TKHBÖ ve BVYÖ boyutlarında anlamlı bir sonuç görülmemiştir.

4.1.10. Gelir Durumu Değişkenine Göre Farklılıkları Gösteren Bulgular

Araştırmada gelir durumu değişkenine göre farklılıkları belirlemek için Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 30 'da verilmiştir.

Tablo 30. Gelir durumu değişkinine göre farklılıkları gösteren tablo

	Gelir Durumu	N	Sıralar Ortalaması	df	H	p
Yük	17002 TL ve altı	113	147,36	4	8,519	,074
	17002 - 20000 TL	85	164,99			
	20001 - 30000 TL	61	168,39			
	30001 - 40000 TL	43	177,64			
	40001 TL ve üzeri	25	201,66			
Rahatsızlık	17002 TL ve altı	113	166,07	4	2,322	,677

	17002 – 20000 TL	85	158,98			
	20001 - 30000 TL	61	157,82			
	30001 - 40000 TL	43	162,69			
	40001 TL ve üzeri	25	189,04			
	17002 TL ve altı	113	131,18			
Pozitif Adaptasyon	17002 - 20000 TL	85	162,14	4	27,420	,000*
	20001 - 30000 TL	61	190,32			
	30001 - 40000 TL	43	203,52			
	40001 TL ve üzeri	25	186,48			
	17002 TL ve altı	113	149,76			
Finansal Sıkıntı	17002 - 20000 TL	85	167,89	4	4,238	,375
	20001 - 30000 TL	61	174,59			
	30001 - 40000 TL	43	171,27			
	40001 TL ve üzeri	25	176,78			
	17002 TL ve altı	113	145,65			
TKHBÖ	17002 - 20000 TL	85	163,21	4	9,007	,061
	20001 - 30000 TL	61	174,80			
	30001 - 40000 TL	43	180,79			
	40001 TL ve üzeri	25	194,42			
	17002 TL ve altı	113	162,08			
BVYÖ	17002 - 20000 TL	85	176,02	4	2,389	,665
	20001 - 30000 TL	61	155,15			
	30001 - 40000 TL	43	165,00			
	40001 TL ve üzeri	25	151,66			

Tablo 30 incelendiğinde, Türkçe Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği, Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Türkçe Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından alınan puanların öğrenim durumu değişkenine göre farklılık düzeyini inceleyen Kruskal Wallis testi sonuçları görülmektedir. Meslek değişkeni değerlendirildiğinde yük, rahatsızlık, finansal sıkıntı, TKHBÖ ve BVYÖ boyutlarında anlamlı bir sonuç görülmemiştir. Pozitif adaptasyon boyutunun alt boyutlarında; "17002 ve altı" ile "30001 - 40000 TL" gelir düzeyi arasında "30001-40000 TL" gelir düzeyi açısından anlamlı bir fark; "17002 ve altı" ile "40001 ve üzeri" gelir düzeyi arasında "40001 ve üzeri" gelir düzeyi açısından anlamlı bir fark görülmüştür.

4.1.11. Çocuğun Yaşı Değişkenine Göre Farklılıkları Gösteren Bulgular

Araştırmada çocuğun yaşı değişkenine göre farklılıkları belirlemek için Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 31'de verilmiştir.

Tablo 31. Çocuğun yaşı değişkinine göre farkları gösteren tablo

	Çocuk Yaş	N	Sıralar Ortalaması	df	H	p
Yük	0-6 Yaş	165	170,68	2	5,583	,061
	7-13 Yaş	117	166,31			
	14-18 Yaş	45	133,51			
Rahatsızlık	0-6 Yaş	165	164,46	2	,977	,613
	7-13 Yaş	117	168,06			
	14-18 Yaş	45	151,76			
Pozitif Adaptasyon	0-6 Yaş	165	156,33	2	2,574	,276
	7-13 Yaş	117	174,62			
	14-18 Yaş	45	164,51			
Finansal Sıkıntı	0-6 Yaş	165	158,66	2	1,379	,502
	7-13 Yaş	117	171,96			
	14-18 Yaş	45	162,87			
TKHBÖ	0-6 Yaş	165	162,62	2	1,478	,478
	7-13 Yaş	117	170,87			
	14-18 Yaş	45	151,20			
BKYÖ	0-6 Yaş	165	167,82	2	1,482	,477
	7-13 Yaş	117	164,58			
	14-18 Yaş	45	148,51			

Tablo 31 incelendiğinde, Türkçe Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği, Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Türkçe Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından alınan puanların çocuğun yaşı değişkinine göre farklılık düzeyini inceleyen Kruskal Wallis testi sonuçları görülmektedir. Çocuğun yaşı değişkeni değerlendirildiğinde yük, rahatsızlık, pozitif adaptasyon, finansal sıkıntı, TKHBÖ ve BKYÖ boyutlarında anlamlı bir sonuç görülmemiştir.

4.1.12 Çocuğun Öğrenim Durumu Değişkinine Göre Farklılıkları Gösteren Bulgular

Araştırmada çocuğun öğrenim durumu değişkinine göre farklılıkları belirlemek için Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 32'de verilmiştir.

Tablo 32. Çocuğun öğrenim durumu değişkinine göre farkları gösteren tablo

	Çocuk Eğitim Durumu	N	Sıralar Ortalaması	df	H	p
Yük	Okul Çağı Değil	128	165,34	4	2,351	,672
	Okul Öncesi	40	178,98			
	İlkokul	73	164,31			
	Ortaokul	53	160,47			
	Lise	33	145,65			
Rahatsızlık	Okul Çağı Değil	128	163,50	4	2,024	,731
	Okul Öncesi	40	160,86			

	İlkokul	73	174,38			
	Ortaokul	53	150,80			
	Lise	33	167,97			
Pozitif Adaptasyon	Okul Çağı Değil	128	155,60			
	Okul Öncesi	40	154,05			
	İlkokul	73	169,25	4	4,918	,296
	Ortaokul	53	187,08			
	Lise	33	159,95			
Finansal Sıkıntı	Okul Çağı Değil	128	151,54			
	Okul Öncesi	40	184,06			
	İlkokul	73	168,29	4	4,532	,339
	Ortaokul	53	169,92			
	Lise	33	168,98			
TKHBÖ	Okul Çağı Değil	128	155,64			
	Okul Öncesi	40	174,50			
	İlkokul	73	173,92	4	2,308	,679
	Ortaokul	53	162,76			
	Lise	33	163,74			
BVYÖ	Okul Çağı Değil	128	174,17			
	Okul Öncesi	40	166,98			
	İlkokul	73	153,36	4	2,987	,560
	Ortaokul	53	156,34			
	Lise	33	156,79			

Tablo 32 incelendiğinde, Türkçe Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği, Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Türkçe Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından alınan puanların çocuğun öğrenim durumu değişkenine göre farklılık düzeyini inceleyen Kruskal Wallis testi sonuçları görülmektedir. Çocuğun öğrenim durumu değişkeni değerlendirildiğinde yük, rahatsızlık, pozitif adaptasyon, finansal sıkıntı, TKHBÖ ve BVYÖ boyutlarında anlamlı bir sonuç görülmemiştir.

4.1.13. Kanser Tanısı Değişkenine Göre Farklılıkları Gösteren Bulgular

Araştırmada kanser tanısı değişkenine göre farklılıkları belirlemek için Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 33'de verilmiştir.

Tablo 33. Kanser tanısı değişkenine göre farkları gösteren tablo

	Çocuk Kanser Türü	N	Sıralar Ortalaması	df	H	p
Yük	Lösemi	195	164,40			
	Beyin Tümörü	18	185,86			
	Osteosarkom	3	162,33			
	Karaciğer Tümörü	5	116,00	9	9,360	,405
	Lenfoma	27	137,26			
	Nöroblastom	21	178,95			
	Retinablastom	3	262,83			

	Wilms Tümörü	12	173,63			
	Yumuşak Doku Sarkomu	14	177,89			
	Diğer	29	149,34			
Rahatsızlık	Lösemi	195	165,86			
	Beyin Tümörü	18	210,58			
	Osteosarkom	3	99,83			
	Karaciğer Tümörü	5	98,60			
	Lenfoma	27	142,81			
	Nöroblastom	21	178,62	9	11,350	,252
	Retinablastom	3	188,67			
	Wilms Tümörü	12	155,13			
	Yumuşak Doku Sarkomu	14	139,68			
	Diğer	29	162,52			
Pozitif Adaptasyon	Lösemi	195	160,06			
	Beyin Tümörü	18	131,00			
	Osteosarkom	3	119,17			
	Karaciğer Tümörü	5	124,40			
	Lenfoma	27	209,74			
	Nöroblastom	21	155,26	9	12,638	,180
	Retinablastom	3	181,33			
	Wilms Tümörü	12	148,42			
	Yumuşak Doku Sarkomu	14	181,75			
	Diğer	29	182,28			
Finansal Sıkıntı	Lösemi	195	163,26			
	Beyin Tümörü	18	173,19			
	Osteosarkom	3	164,17			
	Karaciğer Tümörü	5	186,20			
	Lenfoma	27	167,91			
	Nöroblastom	21	165,17	9	8,165	,518
	Retinablastom	3	234,17			
	Wilms Tümörü	12	169,13			
	Yumuşak Doku Sarkomu	14	198,54			
	Diğer	29	128,90			
TKHBÖ	Lösemi	195	163,74			
	Beyin Tümörü	18	183,72			
	Osteosarkom	3	116,67			
	Karaciğer Tümörü	5	128,40			
	Lenfoma	27	154,80			
	Nöroblastom	21	174,79	9	5,319	,806
	Retinablastom	3	238,83			
	Wilms Tümörü	12	143,04			
	Yumuşak Doku Sarkomu	14	170,64			
	Diğer	29	163,00			
BVYÖ	Lösemi	195	156,46			
	Beyin Tümörü	18	164,25			
	Osteosarkom	3	167,67			
	Karaciğer Tümörü	5	183,60			
	Lenfoma	27	154,46	9	11,399	,249
	Nöroblastom	21	184,60			
	Retinablastom	3	178,50			
	Wilms Tümörü	12	210,79			
	Yumuşak Doku Sarkomu	14	132,00			

Sarkomu		
Diğer	29	199,31

Tablo 33 incelendiğinde, Türkçe Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği, Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Türkçe Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından alınan puanların kanser tanısı değişkenine göre farklılık düzeyini inceleyen Kruskal Wallis testi sonuçları görülmektedir. Kanser tanısı değişkeni değerlendirildiğinde yük, rahatsızlık, pozitif adaptasyon, finansal sıkıntı, TKHBÖ ve BVYÖ boyutlarında anlamlı bir sonuç görülmemiştir.

4.1.14. Ailedeki Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Farklılıkları Gösteren Bulgular

Araştırmada ailedeki çocuk sayısı değişkenine göre farklılıkları belirlemek için Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 34'de verilmiştir.

Tablo 34. Ailedeki çocuk sayısı değişkenine göre farkları gösteren tablo

	Ailedeki Çocuk Sayısı	N	Sıralar Ortalaması	df	H	p
Yük	1	56	144,67	4	8,700	,069
	2	136	177,36			
	3	75	146,89			
	4	37	165,65			
	5 ve üstü	23	185,22			
Rahatsızlık	1	56	152,79	4	8,620	,071
	2	136	153,73			
	3	75	170,37			
	4	37	178,39			
	5 ve üstü	23	208,11			
Pozitif Adaptasyon	1	56	183,71	4	8,022	,091
	2	136	172,64			
	3	75	145,58			
	4	37	151,65			
	5 ve üstü	23	144,87			
Finansal Sıkıntı	1	56	156,46	4	4,465	,347
	2	136	174,62			
	3	75	154,73			
	4	37	147,09			
	5 ve üstü	23	176,96			
TKHBÖ	1	56	149,05	4	5,870	,209
	2	136	173,98			
	3	75	149,65			
	4	37	165,51			
	5 ve üstü	23	185,74			
BVYÖ	1	56	176,29	4	5,066	,281
	2	136	153,11			
	3	75	179,59			
	4	37	156,92			
	5 ve üstü	23	159,02			

Tablo 34 incelendiğinde, Türkçe Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği, Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Türkçe Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından alınan puanların ailedeki çocuk sayısı değişkenine göre farklılık düzeyini inceleyen Kruskal Wallis testi sonuçları görülmektedir. Ailedeki çocuk sayısı değişkeni değerlendirildiğinde yük, rahatsızlık, pozitif adaptasyon, finansal sıkıntı, TKHBÖ ve BVYÖ boyutlarında anlamlı bir sonuç görülmemiştir.

4.1.15. Ailedeki Okuyan Çocuk Sayısı Değişkenine Göre Farklılıkları Gösteren Bulgular

Araştırmada ailedeki okuyan çocuk sayısı değişkenine göre farklılıkları belirlemek için Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 35'te verilmiştir.

Tablo 35. Ailedeki okuyan çocuk sayısı değişkenine göre farkları gösteren tablo

	Ailede Okuyan Çocuk	N	Mean Rank	df	H	p
Yük	Hiç	80	150,93	5	7,291	,200
	1	99	181,94			
	2	92	152,63			
	3	40	165,36			
	4	11	170,59			
	5 ve üstü	5	201,60			
Rahatsızlık	Hiç	80	146,04	5	8,074	,152
	1	99	170,61			
	2	92	159,45			
	3	40	177,36			
	4	11	193,59			
	5 ve üstü	5	232,10			
Pozitif Adaptasyon	Hiç	80	158,69	5	6,789	,237
	1	99	179,83			
	2	92	157,92			
	3	40	157,88			
	4	11	167,45			
	5 ve üstü	5	88,70			
Finansal Sıkıntı	Hiç	80	161,36	5	7,987	,157
	1	99	167,99			
	2	92	155,50			
	3	40	157,69			
	4	11	196,59			
	5 ve üstü	5	262,40			
TKHBÖ	Hiç	80	144,98	5	13,478	,019*
	1	99	185,47			
	2	92	149,73			
	3	40	169,90			
	4	11	175,27			
	5 ve üstü	5	233,70			
BVYÖ	Hiç	80	180,85	5	9,198	,101
	1	99	148,49			
	2	92	171,47			
	3	40	156,50			
	4	11	178,55			
	5 ve üstü	5	92,00			

Tablo 35 incelendiğinde, Türkçe Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği, Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Türkçe Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından alınan puanların ailedeki okuyan çocuk sayısı değişkenine göre farklılık düzeyini inceleyen Kruskal Wallis testi sonuçları görülmektedir. Ailedeki çocuk sayısı değişkeni değerlendirildiğinde yük, rahatsızlık, pozitif adaptasyon, finansal sıkıntı ve BVYÖ boyutlarında anlamlı bir sonuç görülmemiştir. TKHBÖ boyutunda "Hiç" ile "1" arasında "1" açısından anlamlı; "1" ile "2" arasında "1" açısından anlamlı; "Hiç" ile "5 ve üstü" arasında "5 ve üstü" açısından anlamlı bir fark görülmüştür.

4.1.16. Psikolojik Destek Alanlar Değişkenine Göre Farklılıkları Gösteren Bulgular

Araştırmada psikolojik destek alanlar değişkenine göre farklılıkları belirlemek için Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 36'da verilmiştir.

Tablo 36. Psikolojik destek alanlar değişkenine göre farkları gösteren tablo

	Aile üyelerinin hangileri psikolojik destek alıyor?	N	Sıralar Ortalaması	df	H	p
Yük	Kendisi	57	53,30	4	6,241	,182
	Kardeş	3	81,67			
	Anne	26	54,75			
	Baba	5	29,40			
	Ailede Birkaç Kişi	17	60,74			
Rahatsızlık	Kendisi	57	54,28	4	3,833	,429
	Kardeş	3	72,83			
	Anne	26	53,21			
	Baba	5	33,70			
	Ailede Birkaç Kişi	17	60,09			
Pozitif Adaptasyon	Kendisi	57	54,26	4	11,754	,019*
	Kardeş	3	27,33			
	Anne	26	67,63			
	Baba	5	25,60			
	Ailede Birkaç Kişi	17	48,50			
Finansal Sıkıntı	Kendisi	57	54,23	4	,843	,933
	Kardeş	3	70,50			
	Anne	26	53,69			
	Baba	5	52,30			
	Ailede Birkaç Kişi	17	54,47			
TKHBÖ	Kendisi	57	53,39	4	3,382	,496
	Kardeş	3	66,50			
	Anne	26	58,31			
	Baba	5	32,80			
	Ailede Birkaç Kişi	17	56,68			
BVYÖ	Kendisi	57	55,34	4	8,865	,065

Kardeş	3	56,33
Anne	26	56,73
Baba	5	14,40
Ailede Birkaç Kişi	17	59,74

Tablo 36 incelendiğinde, Türkçe Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği, Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Türkçe Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından alınan puanların psikolojik destek alanlar değişkenine göre farklılık düzeyini inceleyen Kruskal Wallis testi sonuçları görülmektedir. Psikolojik destek alanlar değişkeni değerlendirildiğinde yük, rahatsızlık, finansal sıkıntı, TKHBÖ ve BVYÖ boyutlarında anlamlı bir sonuç görülmemiştir. Pozitif adaptasyon boyutunda "kendisi" ile "kardeşi" arasında "kendisi" açısından anlamlı; "anne" ile "kardeş" arasında "anne" açısından anlamlı; "kendisi" ile "baba" arasında "kendisi" açısından anlamlı; "baba" ile "anne" arasında "anne" açısından anlamlı; "ailede birkaç kişi" ile "kardeş" arasında "ailede birkaç kişi" açısından anlamlı; "ailede birkaç kişi" ile "baba" arasında "ailede birkaç kişi" açısından anlamlı bir fark görülmüştür.

4.1.17. Tedavi Süresi Değişkenine Göre Farklılıkları Gösteren Bulgular

Araştırmada tedavi süresi değişkenine göre farklılıkları belirlemek için Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 37'de verilmiştir.

Tablo 37. Tedavi süresi değişkenine göre farkları gösteren tablo

	Tedavi Süresi	N	Sıralar Ortalaması	df	H	p
Yük	0-1 ay	5	123,20	4	1,479	,830
	1-3 ay	16	162,94			
	3-6 ay	39	160,63			
	6-12 ay	57	172,70			
	12 ay ve üzeri	210	163,32			
Rahatsızlık	0-1 ay	5	137,90	4	,839	,933
	1-3 ay	16	166,75			
	3-6 ay	39	167,64			
	6-12 ay	57	156,92			
	12 ay ve üzeri	210	165,66			
Pozitif Adaptasyon	0-1 ay	5	129,30	4	5,867	,209
	1-3 ay	16	188,09			
	3-6 ay	39	191,63			
	6-12 ay	57	155,61			
	12 ay ve üzeri	210	160,14			
Finansal Sıkıntı	0-1 ay	5	83,00	4	4,133	,388
	1-3 ay	16	169,13			

	3-6 ay	39	166,85			
	6-12 ay	57	158,62			
	12 ay ve üzeri	210	166,47			
TKHBÖ	0-1 ay	5	77,70			
	1-3 ay	16	176,53			
	3-6 ay	39	167,28	4	4,513	,341
	6-12 ay	57	163,17			
	12 ay ve üzeri	210	164,72			
BKYÖ	0-1 ay	5	78,50			
	1-3 ay	16	149,13			
	3-6 ay	39	165,85	4	4,751	,314
	6-12 ay	57	162,73			
	12 ay ve üzeri	210	167,17			

Tablo 37 incelendiğinde, Türkçe Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği, Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Türkçe Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından alınan puanların tedavi süresi değişkenine göre farklılık düzeyini inceleyen Kruskal Wallis testi sonuçları görülmektedir. Tedavi süresi değişkeni değerlendirildiğinde yük, rahatsızlık, pozitif adaptasyon, finansal sıkıntı, TKHBÖ ve BKYÖ boyutlarında anlamlı bir sonuç görülmemiştir.

4.1.18. Kanser Tanımlaması Değişkenine Göre Farklılıkları Gösteren Bulgular

Araştırmada tedavi süresi değişkenine göre farklılıkları belirlemek için Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 38'de verilmiştir.

Tablo 38. Kanser tanımlaması değişkenine göre farkları gösteren tablo

	Kanser Tanımlaması	N	Sıralar Ortalaması	df	H	p
Yük	Kolay Tedavi Edilen	5	36,50			
	Uzun Süre Tedavi Gereken	308	167,64	2	11,439	,003*
	Tedavi Edilemeyen/Ölümcül	14	129,46			
Rahatsızlık	Kolay Tedavi Edilen	5	49,10			
	Uzun Süre Tedavi Gereken	308	166,52	2	7,950	,019*
	Tedavi Edilemeyen/Ölümcül	14	149,57			
Pozitif Adaptasyon	Kolay Tedavi Edilen	5	25,40			
	Uzun Süre Tedavi Gereken	308	166,59	2	11,111	,004*
	Tedavi Edilemeyen/Ölümcül	14	156,46			

Finansal Sıkıntı	Kolay Tedavi Edilen	5	172,60			
	Uzun Süre Tedavi Gereken	308	163,16	2	,448	,799
	Tedavi Edilemeyen/Ölümcül	14	179,50			
TKHBÖ	Kolay Tedavi Edilen	5	52,30			
	Uzun Süre Tedavi Gereken	308	166,97	2	8,300	,016*
	Tedavi Edilemeyen/Ölümcül	14	138,57			
BVYÖ	Kolay Tedavi Edilen	5	65,40			
	Uzun Süre Tedavi Gereken	308	164,59	2	6,231	,044*
	Tedavi Edilemeyen/Ölümcül	14	186,25			

Tablo 38 incelendiğinde, Türkçe Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği, Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Türkçe Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından alınan puanların tedavi süresi değişkenine göre farklılık düzeyini inceleyen Kruskal Wallis testi sonuçları görülmektedir. Yük, rahatsızlık, pozitif adaptasyon, TKHBÖ ve BVYÖ boyutlarında; "kolay tedavi edilen" ile "tedavi edilemeyen/ölümcül" arasında "tedavi edilemeyen/ölümcül" açısından anlamlı; "kolay tedavi edilen" ile "uzun süre tedavi" gerektiren arasında "uzun süre tedavi gerektiren" açısından anlamlı bir fark görülmüştür.

4.2. Korelasyon

Tablo 39. Korelasyon tablosu

		BVYÖ	
Spearman's rho	TKHBÖ	r	,057
		p	,305
		n	327

Tablo 39 incelendiğinde TKHBÖ ve BVYÖ arasındaki ilişkileri belirlemek için yapılan Spearman korelasyon testi sonuçları görülmektedir. Testin sonuçlarına göre kanserli hastalara bakım verenlerin yaşam kaliteleri ve bakım verme yükleri arasında düşük düzeyde ve pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir. Fakat bu ilişkinin anlamlı olmadığı görülmektedir. Bu durumda kanserli hastalara bakım verenlerin yaşam kaliteleri ile bakım verme yükü arasında bir ilişki olmadığı söylenebilir.

Gözlemlenen korelasyon katsayısının düşük olması, TKHBÖ ve BVYÖ arasındaki ilişkinin zayıf olduğunu göstermektedir. Bu durum, yaşam kalitesi ve bakım verme yükü arasındaki ilişkinin doğrusal bir örüntü izlemediği veya bu ilişkiyi etkileyen başka faktörlerin varlığına işaret edebilir. Örneğin, bireylerin başa çıkma stratejileri, sosyal destek düzeyleri, ekonomik durumları veya demografik özellikleri gibi faktörler bu ilişkiyi etkileyebilir (Kazak vd., 2005).

Tablo 40. BVYÖ ve TKHBÖ'nün alt boyutları arasındaki ilişkilere ilişkin korelasyon tablosu

	Yük	Rahatsızlık	Pozitif adaptasyon	Finansal sıkıntı	TKHB Toplam
r	-,008	,196**	-,015	-,034	,057
BVYÖ TOPLAM	p ,879	,000*	,782	,542	,305
	n 327	327	327	327	327

Tablo 40 incelendiğinde BVYÖ ile TKHBÖ'nün alt boyutları arasındaki ilişkileri belirlemek için yapılan Spearman korelasyon testi sonuçları görülmektedir. Testin sonuçlarına göre kanserli hastalara bakım verme yükleri ile kanserli hastalara bakım verenlerin yaşam kalitelerinin alt boyutlarından olan yük, pozitif adaptasyon ve finansal sıkıntı arasında düşük düzeyde ve negatif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir. Fakat bu ilişkiler anlamlı değildir. Rahatsızlık boyutuna bakıldığında ise BVYÖ ile düşük düzeyde ve pozitif yönlü anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Bu durumda bakım verme yükü arttıkça rahatsızlık düzeyinin arttığı yorumu yapılabilir.

Bakım verme yükü ile TKHBÖ'nün "yük", "pozitif adaptasyon" ve "finansal sıkıntı" alt boyutları arasında düşük düzeyde ve negatif yönlü ilişkiler tespit edilmiştir. Ancak, bu ilişkilerin istatistiksel olarak anlamlı olmaması ($p > 0.05$), bu alt boyutlar ile bakım verme yükü arasında doğrudan ve güçlü bir ilişkinin bulunmadığını göstermektedir. Bu durum, çeşitli faktörlerin (sosyal destek, başa çıkma stratejileri, demografik özellikler vb.) bu ilişkiyi etkileyebileceği anlamına gelmektedir.

Bakım verme yükü ile TKHBÖ'nün "rahatsızlık" alt boyutu arasında düşük düzeyde, pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p < 0.05$). Bu sonuç, bakım verme yükü arttıkça bakım verenlerin yaşadığı rahatsızlık düzeyinin de arttığı şeklinde yorumlanabilir. Bu rahatsızlık, fiziksel, duygusal veya sosyal alanlarda ortaya çıkabilir ve bakım verenlerin genel yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir.

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın bu kısmında, araştırmaya ilişkin bulguların tartışılması, ulaşılan sonuçlar ve yapılan öneriler sunulmaktadır.

5.1. Tartışma ve Sonuç

Bu araştırma çocuğu kanser tedavisi gören ebeveynlerin yaşam kalitesini etkileyen faktörleri cinsiyet, medeni durum, yaş, öğrenim durumu, kanserin tanısı, çocuğun yaşı, çocuğun öğrenim durumu, ailedeki çocuk sayısı, ailedeki okuyan çocuk sayısı, psikolojik destek alanlar, tedavi süresi, kanser tanımlaması düzeyindeki değişkenleri öncelik incelemeyi amaçlamıştır. Araştırmada Demografik Bilgi Formu, Türkçe Kanserli Hastalara Bakım Ölçeği (TKHBÖ) ve Bakım Verme Yüğü Ölçeği (BVYÖ) kullanmıştır. Bu araştırmaya çocuğu kanser hastası olan 250 kadın, 77 erkek ebeveyn katılmıştır.

Araştırmaya katılan kadın ve erkek katılımcı ebeveynlerin eğitim düzeylerinin ağırlıklı olarak orta okul ve üzerinde olduğu görülmüştür. Bakım Verme Yüğü Ölçeği sonuçlarına göre araştırmaya katılan katılımcıların eğitim düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Eğitim düzeyi değişkenine göre; "yük" alt boyutunda ilk okul mezunu ebeveynler ile daha yüksek eğitim düzeyine sahip olan ebeveynler açısından eğitim düzeyi daha yüksek olanların sonuçlarının daha anlamlı olduğu görülmüştür. "Pozitif adaptasyon" ve "Türkçe Kanserli Hastalara Bakım Ölçeği" değişkenleri alt boyutunda; eğitim düzeyi arttıkça anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Bu durum, Türkiye'de yapılan diğer çalışmalarda da benzer şekilde ortaya konmuştur; örneğin, Mingir (2022) tarafından gerçekleştirilen bir araştırmada,

daha yüksek eğitim düzeyine sahip ebeveynlerin yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çocuğu kanser tedavi sürecinde bulunan ailelerin yaşadıkları sorun türleri; maddi sorunlar, uykusuzluk, yorgunluk, moral, manevi sorunlar, yalnızlık, çaresizlik, endişe, psikolojik yük, üzüntü, destek, beklemek, ilaç ve diğer sorunlar düzeyinde incelenmiş ve bulunan sonuçlara göre ailelerin en çok yaşadığı zorluğun; maddi sorunlar olduğu görülmüştür. Bu bulgu, Lafcı ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında da vurgulanmış olup, kanser tedavisinin maliyetlerinin ailelerin finansal durumunu olumsuz etkilediği belirtilmiştir (Lafcı vd., 2020). Maddi sorunlar, sadece Türkiye'de değil, uluslararası düzeyde de önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Örneğin, Warner ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan bir çalışmada, ABD'deki ebeveynlerin kanser tedavisinin yüksek maliyetleri nedeniyle büyük bir finansal yük altında olduğu vurgulanmıştır (Warner vd., 2014).

Türkçe Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği, Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Türkçe Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi ölçeğinin alt boyutlarının (yük, rahatsızlık, pozitif adaptasyon, finansal sıkıntı) cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılığın olmadığı görülmüştür. Bu dikkat çekici bir bulgudur. Bu sonuç, uluslararası literatürde genellikle kadın bakım verenlerin daha yüksek yük ve stres bildirdiği çalışmalarla kısmen çelişmektedir. Ancak bu çelişki, kültürel bağlam, örneklem özellikleri ve bakım rollerinin farklılıklarıyla açıklanabilir. Örneğin, bu araştırmadaki katılımcıların eğitim seviyelerinin ortaokul ve üzerinde yoğunlaşması, sosyoekonomik homojenlik veya Türkiye'deki toplumsal cinsiyet rollerinin bakım yükünü dengeleyen bir etkisi olabileceği düşünülebilir. Ayrıca, Türkiye'de aile içi dayanışma mekanizmalarının daha güçlü olması, cinsiyet farklılıklarını azaltan bir faktör olarak yorumlanabilir (Coşkun Şimşek ve Günay, 2023). Diğer yandan, Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin "yük" alt boyutunda eğitim düzeyi yüksek ebeveynlerin daha fazla stres bildirmesi, literatürdeki "eğitim düzeyi arttıkça başa çıkma becerilerinin geliştiği" bulgusuyla (Mingir, 2022) kısmen çelişmektedir. Bu durum, eğitilmiş ebeveynlerin hastalık sürecini daha detaylı analiz etmesi ve kaygı düzeylerinin artmasıyla açıklanabilir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin medeni durumu değişkenine göre; "yük", "rahatsızlık" ve "kanserli hastalara bakım verenlerin yaşam kaliteleri" alt boyutlarında "evli" katılımcılar açısından anlamlı farklılık görülmüştür. Gelir durumu değişkenine göre; "pozitif adaptasyon" alt boyutunda gelir düzeyi arttıkça anlamlı farklılık görülmüştür. Ailedeki okuyan çocuk sayısı değişkenine göre; "Türkçe Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği" alt boyutunda okuyan çocuk sayısı arttıkça anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Araştırmada, evli katılımcıların "yük", "rahatsızlık" ve "yaşam kalitesi" alt boyutlarında anlamlı farklılık göstermesi, evliliğin sosyal destek mekanizmalarını güçlendiren bir faktör olabileceğine işaret etmektedir. Bu bulgu, Coşkun Şimşek ve Günay (2023) tarafından yapılan çalışmada aile içi dayanışmanın öneminin vurgulanmasıyla paralellik gösterir (Coşkun Şimşek ve Günay, 2023). Ancak uluslararası literatürde, evli bireylerin bakım yükünün daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (Kazak vd., 2005). Bu çelişki, Türkiye'deki geniş aile yapısının bakım yükünü paylaşmada etkili olmasıyla açıklanabilir. Evli bireylerin eşlerinden ve aile üyelerinden aldığı destek, stres yönetimini kolaylaştırabilirken, Batı toplumlarında bireysel bakım sorumluluğunun daha yaygın olması farklı sonuçlara yol açmış olabilir. Ailede okuyan çocuk sayısı arttıkça yaşam kalitesinin yükselmesi, eğitilmiş bireylerin aile içi iletişim ve destek süreçlerine katkı sağladığını göstermektedir. Bu durum "aile içi rol dağılımı" ile ilişkilendirilebilir. Okuyan çocukların bilgiye erişim ve problem çözme becerileri, ailenin karar alma süreçlerini kolaylaştırarak psikolojik yükü hafifletebilir. Ancak bu bulgu, bazı çalışmalarla çelişmektedir. Örneğin, Türe ve ark. (2018) çok çocuklu ailelerde kaynakların paylaşımının stresi artırabileceğini belirtmiştir. Bu farklılık, Türkiye'deki kültürel normların (örneğin, büyük çocukların küçüklerin bakımına katılması) etkisiyle açıklanabilir (Türe vd., 2018).

Katılımcıların kanser hastasına yakınlık durumu, kansere eşlik eden hastalık durumu ve psikolojik destek alanlar değişkenlerine göre incelenen alt boyutlarında "pozitif adaptasyon" açısından anlamlı farklılık görülmüştür. Wechsler ve arkadaşları (2021)'nin ABD'deki çalışmasında, kanser tedavisi gören çocukların ebeveynlerinin psikolojik destek alanları pozitif adaptasyon ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir.

Ebeveynlerin psikolojik destek alarak daha iyi psikolojik iyilik haline sahip oldukları ve tedavi sürecine daha uyumlu davrandıkları gözlemlenmiştir (Wechsler vd., 2021).

Kanser tanımlaması değişkenine göre, "yük", "rahatsızlık", "pozitif adaptasyon", "Türkçe Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği (TKHBÖ)" ve "Bakım Verme Yüğü Ölçeği (BVYÖ)" boyutlarında, "kolay tedavi edilen" ile "tedavi edilemeyen/ölümcül" arasındaki fark "tedavi edilemeyen/ölümcül" lehine anlamlı bulunmuştur. Ayrıca, "kolay tedavi edilen" ile "uzun süre tedavi gerektiren" durumlar arasında ise "uzun süre tedavi gerektiren" açısından anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Akter ve arkadaşları (2023), "uzun süre tedavi gerektiren" kanser hastalarının bakıcılarının, "kolay tedavi edilen" kanser hastalarının bakıcılarına kıyasla daha yüksek "bakım verme yüğü" ve "rahatsızlık" skorlarına sahip olduğunu belirtmişlerdir. Bu bulgular, çalışmamızın bulgularını destekler niteliktedir ve uzun süreli tedavinin getirdiği zorlukların bakıcılar üzerindeki etkilerini vurgulamaktadır (Akter, vd., 2023). Bu bulgular, kanser hastalarına bakım verenlerin yaşam kalitesini artırmak için gerekli müdahalelerin önemini vurgulamaktadır. Özellikle, "tedavi edilemeyen/ölümcül" ve "uzun süre tedavi gerektiren" kanser türlerine sahip hastaların bakıcılarına yönelik destek programlarının geliştirilmesi gerekmektedir.

Psikolojik boyutta; ebeveynlerin çaresizlik, endişe, depresyon ve anksiyete gibi sorunlarla sıkça karşılaştıkları belirlenmiştir. Bu bulgular, özellikle kanser tedavisinin uzun ve belirsizliklerle dolu bir süreç olması nedeniyle, ebeveynlerin duygusal dayanıklılık seviyelerinin düştüğünü ortaya koymaktadır (Kara vd., 2023). Psikolojik destek hizmetlerinin yokluğu, bu sorunların daha da büyüterek ebeveynlerin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini göstermektedir. Cuğ (2021)'de yılında yaptığı araştırmada ebeveynlerin umutsuz ve çaresiz hissettiklerini, çocuklarının kanser hastası olduğunu inkâr ettiklerini, aile faciası olarak gördüklerini ve yıkıldıklarını belirlemiştir (Cuğ, 2021). 2019 yılında Günay ve Özkan'ın çalışmasında ise ebeveynlerin depresyona girdiği sonucunu paylaşmışlardır (Günay ve Özkan, 2019). Endişe ve üzüntünün aileler üzerindeki psikolojik yüğü arttırdığı da çalışmanın dikkat çeken bulguları arasındadır. Çocuklarının sağlığı ile ilgili belirsizlik, ailelerin ruhsal durumunu derinden etkileyen bir faktördür. Kanada'da yapılan bir çalışma, benzer şekilde kanser tedavisi sürecinde ailelerin %70'inin

yoğun kaygı ve depresyon belirtileri gösterdiğini rapor etmiştir (Rosenberg vd., 2014).

Ekonomik sorunlar ise diğer bir önemli boyutu oluşturmaktadır. Kanser tedavisi sürecinde meydana gelen yüksek maliyetler ve ebeveynlerin iş kaybı yaşaması, ailenin finansal gücünü zayıflatmaktadır. Çocukların tedavi süresince ortaya çıkan özel ihtiyaçlar, bu ekonomik yükün daha da artmasına yol açmaktadır (Lafcı vd., 2020). Bu durum, ebeveynlerin ekonomik stres yaşamalarını ve bunun dolaylı olarak psikolojik ve sosyal boyutlara etkisini ortaya koymaktadır. Maddi sorunların öne çıkması, kanser tedavisinin ekonomik yükünün aileler üzerindeki etkisini göstermektedir. Türkiye'de yapılan benzer bir çalışma, çocukları kanser tedavisi gören ailelerin yüksek tedavi maliyetleri ve seyahat giderleri nedeniyle ekonomik zorluklar yaşadığını ortaya koymuştur (Kaya vd., 2018). Benzer şekilde, ABD'de yapılan bir çalışmada, kanser tedavisinin yüksek maliyetlerinin ebeveynler üzerinde büyük bir finansal yük oluşturduğunu ve bu durumun ailelerin yaşam kalitesini düşürdüğünü ortaya koymuştur (Kazak vd., 2005). Uluslararası literatürde de, maddi yükün özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde daha belirgin olduğu bildirilmektedir (Bona vd., 2016). Silva-Rodrigues ve arkadaşları çalışmasında 2016 yılında yaptığı çalışmada kanser hastası çocukların tedavi ve bakım masrafları ile diğer aile üyelerinin ihtiyaçlarını karşılamamanın babalara maddi yük getirdiğini belirtmiştir (Silva vd., 2016).

Sosyal boyutta, ebeveynlerin sosyal izolasyon yaşadıkları gözlemlenmiştir. Tedavi sürecinin yoğunluğu ve çocukların enfeksiyon riskine karşı korunması gerektiği, ebeveynlerin sosyal çevrelerinden uzaklaşmasına neden olmaktadır. Aile dinamiklerinde yaşanan değişiklikler ve rollerdeki karmaşa, ebeveynlerin sosyal yaşamlarında kısıtlamalara yol açmaktadır. Coşkun Şimşek ve Günay'ın 2023 yılında yaptığı çalışma sonucunda ebeveynlerin çocuklarının kanser olduğunu öğrenmelerinin ardından kilo kaybı, yorgunluk, uykusuzluk gibi fiziksel, endişe, stres, çaresizlik gibi psikolojik ve ekonomik sorun ile sosyal izolasyon yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır (Coşkun Şimşek ve Günay, 2023). Avustralya'da gerçekleştirilen bir çalışmada aile dinamiklerindeki değişikliklerin ebeveynlerin sosyal destek ağlarını zayıflattığını ve sosyal izolasyona neden olduğunu göstermektedir (Long ve Marshall, 2011).

Fiziksel boyutta ise ebeveynlerin yorgunluk, uykusuzluk ve somatik belirtilerle karşılaştıkları tespit edilmiştir. Bu sorunlar, ebeveynlerin kendi sağlıklarını ihmal etmelerine ve tedavi süreci boyunca daha fazla fiziksel tükenmişlik hissetmelerine neden olmaktadır. Araştırma bulguları, ebeveynlerin bu süreçte multidisipliner bir destek sistemine olan ihtiyacını göstermektedir. Türe ve arkadaşları araştırmasında, kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin, bazen yorgunluk (%42.5), iştahsızlık (%70), uykusuzluk (%44.5), dikkat eksikliği (%49.6) ve kişisel bakımı ihmal etme (%44) gibi fiziksel sorunlar yaşadıklarını tespit etmiştir (Türe vd., 2018). Uluslararası literatüre bakıldığında ise benzer bulgular görülmüştür. Kanada'da yapılan bir çalışmada, kanser tedavisi gören çocukların ebeveynlerinin ciddi uyku bozuklukları ve yorgunluk yaşadıkları, bu durumun ebeveynlerin genel yaşam kalitesini düşürdüğü tespit edilmiştir (Zupanec vd., 2010). Aynı şekilde ABD'de yapılan bir çalışmada, ebeveynlerin tedavi sürecinde fiziksel sağlıklarını ihmal ettiklerini ve bu durumun daha fazla tükenmişlik hissetmelerine neden olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (Kazak vd., 2005).

Bu araştırma, çocuğu kanser tedavisi gören ebeveynlerin yaşam kalitesini etkileyen faktörleri kapsamlı bir şekilde değerlendirmiştir. Elde edilen bulgular, ebeveynlerin karşılaştıkları maddi, psikolojik ve sosyal zorlukların yanı sıra fiziksel sağlık sorunlarının da yaşam kalitelerini olumsuz etkilediğini göstermektedir. Türkiye'deki sağlık politikaları ve sosyal hizmet uygulamaları açısından bu bulguların dikkate alınması büyük önem taşımaktadır.

Öncelikle, Sağlık Bakanlığı'nın kanser tedavisi gören çocukların ailelerine yönelik özel destek programları geliştirmesi önerilmektedir. Bu programlar, ebeveynlerin maddi yükünü hafifletmek amacıyla finansal destek sağlamalı ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini artırmalıdır. Lafcı ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında da belirtildiği gibi, kanser tedavisinin maliyetleri ailelerin finansal durumunu olumsuz etkilemektedir. Ayrıca, ailelerin yaşadığı psikolojik yükü azaltmak için sosyal hizmet birimlerinin ve belediyelerin aktif rol alması gerekmektedir. Meslek elemanları (Sosyal hizmet uzmanı, psikolog, çocuk gelişim uzmanı vb.) ailelerle birebir iletişim kurarak ihtiyaçlarını anlama noktasında profesyonel bakış açılarıyla onları daha iyi anlayabilir ve çözüm önerileri sunabilir.

Sivil toplum kuruluşları özelinde özellikle çocukluk çağı kanserlerine yönelik çalışmalar yürüten KAÇUV ve LÖSEV gibi bu alanda hizmet veren sivil toplum kuruluşları, ebeveynlere yönelik eğitim programları ve aynı zamanda destek grupları oluşturarak bu süreçte önemli bir rol üstlenebilirler. Coşkun Şimşek ve Günay (2023) tarafından yapılan araştırma, aile dinamiklerinde yaşanan değişikliklerin ebeveynlerin sosyal destek ağlarını zayıflattığını göstermektedir. Bu nedenle, sosyal destek ağlarının güçlendirilmesi için yerel topluluklar ve sağlık kuruluşları tarafından sosyal etkinlikler düzenlenmesi önerilmektedir.

Ayrıca, elde edilen veriler doğrultusunda sağlık politikalarının daha kapsayıcı hale getirilmesi gerektiği sonucuna varılmaktadır. Kanser tedavisi gören çocukların ailelerinin ihtiyaçlarına yönelik olarak multidisipliner bir yaklaşım benimsenmelidir. Türe ve arkadaşlarının (2018) araştırmasında kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin fiziksel sorunlar yaşadığı tespit edilmiştir. Bu bağlamda, sağlık profesyonelleri, sosyal hizmet uzmanları, psikologlar ve çocuk gelişim uzmanları arasında iş birliği sağlanarak bütüncül bir destek mekanizması oluşturulmalıdır. Böylece ebeveynlerin yaşam kalitesinin artırılması önceliklendirilmeli ve bu süreçte karşılaştıkları zorlukların üstesinden gelmelerine yardımcı olunmalıdır.

Sonuç olarak, bu araştırmanın bulguları Türkiye'deki sağlık politikalarının geliştirilmesine katkı sağlayacak önemli veriler sunmaktadır. İlgili kurumlar için önerilen politikalar ve uygulamalar, çocuğu kanser tedavisi gören ailelerin yaşam kalitesini artırmak adına somut adımlar atılmasına olanak tanınmasına yardımcı olacaktır.

5.2. Öneriler

Bu araştırmanın bulguları, çocuğu kanser tedavisi gören ebeveynlerin yaşam kalitesini etkileyen çeşitli faktörlerin derinlemesine incelenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Gelecek araştırmalar için aşağıda belirtilen öneriler hem yöntem hem de konu açısından yeni perspektifler sunabilir ve bu alandaki literatüre katkıda bulunabilir.

- Ebeveynlerin yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin zaman içindeki değişimini incelemek üzere uzunlamasına çalışmalar önerilmektedir. Bu tür çalışmalar,

ebeveynlerin tedavi sürecinin farklı aşamalarında karşılaştıkları zorlukları daha iyi anlamaya yardımcı olabilir. Yerel yönetimlerin veya sivil toplum kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı ile iş birliği geliştirerek çalışmanın belirli periyodlar halinde yapılması sağlanabilir.

- Ebeveynlerin sosyal izolasyon yaşadığına dair bulgular, gelecekteki araştırmaların sosyal destek ağları üzerindeki etkilerini incelemesini gerektirmektedir. Sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi için gerek yerel yönetimler gerekse sivil toplum kuruluşları bu duruma yönelik yaşanan sorun karşısında çeşitli organizasyonlar düzenleyebilir. Örneğin; daha önce bu süreci yaşayan ailelerle tedavi sürece devam eden aileleri bir araya getirci buluşmalar yapabilirler. Böylelikle ebeveynler bu süreçte yalnız olmadıklarını, bu durumu yalnızca kendilerinin yaşamadıklarını fark etmiş olurlar.
- Tedavi süreci devam eden ailelerin finansal destek mekanizmalarını güçlendirici çalışmaların yapılması gerekmektedir. Ailelerin ekonomik durumlarının desteklenmesi için belirli fonlar oluşturabilir. Bu fonlar sayesinde de aileler tedavi sürecinde yaşadıkları ekonomik buhranları en hafif düzeyde atlatabilir. Gerek beslenme gerekse ulaşım alanlarında bu fonlar oluşturulabilir.
- Ebeveynlere yönelik eğitim programları düzenlenmesi, onların bilgi düzeyini artırarak stresle başa çıkma becerilerini geliştirebilir. Ailelerin maliyet açısından zorlayıcı olabilecek bir kanser teşhisi ile karşılaşmaları durumunda, finansal durumlarını yönetmelerine yardımcı olmak için finansal okuryazarlık eğitimi sağlanabilir. Bu eğitim programları, bütçe hazırlama, fon yönetimi ve mevcut destek mekanizmaları hakkında bilgi içermelidir. Böylece ebeveynler, mali sıkıntılarla başa çıkmak için daha donanımlı hale geleceklerdir.
- Farklı coğrafi bölgelerdeki sosyo-ekonomik koşullar, erişim düzeyi ve kültürel faktörler, ebeveynlerin deneyimlerini önemli ölçüde etkileyebilir. Bu nedenle, coğrafi, kültürel ve sosyo-ekonomik ayrım gözetmeksizin kapsamlı çalışmalar yapılması gerekmektedir. Örneğin, kırsal ve kentsel alanlardaki ebeveynlerin deneyimleri arasında belirgin farklılıklar olabilir; bu tür araştırmalar, yerel sağlık politikalarının uygulanmasına katkıda bulunabilir.

- Çocuğu kanser tedavisi gören ebeveynlerin yaşadığı zorlukların daha iyi anlaşılabilmesi ve bu zorlukların üstesinden gelinmesine yönelik etkili stratejilerin geliştirilmesi için saha uygulamalarına yönelik araştırmaların yapılması önem arz etmektedir. Belediye hizmetleri ve sosyal hizmet birimlerinin uygulamalarının değerlendirilmesi amacıyla saha araştırmaları yapılması önerilmektedir. Bu tür çalışmalar, mevcut hizmetlerin etkinliğini ölçerek iyileştirme alanlarını belirlemeye yardımcı olabilir. Örneğin, KAÇUV gibi sivil toplum kuruluşlarının sunduğu destek hizmetlerinin etkinliği üzerine yapılan değerlendirmeler, bu hizmetlerin daha geniş kitlelere ulaşmasını sağlayabilir.

Sonuç olarak, bu öneriler gelecekteki araştırmalara yön verecek nitelikte olup çocuğu kanser tedavisi gören ebeveynlerin yaşam kalitesini artırmaya yönelik somut adımlar atılmasına katkı sağlayabilir. Araştırmacılar bu önerileri dikkate alarak yeni çalışmalar gerçekleştirdiklerinde, elde edilen verilerin uygulama alanında daha etkili bir şekilde kullanılabilceği düşünölmektedir.

KAYNAKÇA

- Açıköz, A., Çımrın, D. ve Ergör, G. (2018). Meme, prostat, kolorektal ve akciğer kanserlerinde çevresel risk faktörleri ve risk düzeylerinin belirlenmesi: Olgukontrol çalışması. *Çukurova Medical Journal*, 43(2), 411-421. DOI:10.17826/cumj.345233
- Ada, S., Ertürk, C., Uçar, A., Akyüz, S., Doğan, F. ve Yücel, B. (2021). Kanser hücre metabolizması. *Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Dergisi*, 66-75.
- Ağır, M. (2017). Yaşam kalitesi, değerler ve umut-umutsuzluk. *Marmara Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 11(1), 85 - 100.
- Akgün Şahin, Z., Polat, H. ve Ergüney, S. (2009). Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(2), 1-10.
- Akter, J., Konlan, K. D., Nesa, M. ve Ispriantari, A. (2023). Factors influencing cancer patients' caregivers' burden and quality of life: An integrative review. *Heliyon*, 9(11).
- Ari, M., Öğüt, S. ve Kaçar Döğner, F. (2016). Kanserın önlenmesinde antioksidanların rolü. Adnan Menderes Üniversitesi, *Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(2), 67-74.
- Arslan, Ş. ve İpek, K. D. (2022). Çocukluk çağı kanseri ve fiziksel aktivite. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 97-108. DOI:10.48124/husagbilder.915539
- Aşiret, G. D. ve Kapucu, S. (2012). İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 4(1), 25-30.
- Atan, G., Özer, Z. ve Bahçecioğlu Turan, G. (2020). Kanser hastalarında umutsuzluk ve manevi bakım algısının değerlendirilmesi. *Journal of Contemporary Medicine*, 10(2), 266-274. DOI:10.16899/jcm.649645

- Ay Kaatsız, M. (2020). Pediatrik kanserlerde aile merkezli psikososyal bakımın önemi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 7(1), 78-85.
- Aydemir Dede, Ö. (2014). *Hastanede uygulanan kanserden korunma ve erken teşhis programının kanser hastası yakınlarının bilgi, tutum ve davranışlarına etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Aydın, A. ve Kayıkçoğlu, E. (2024). Kanser hastalarında sosyodemografik faktörler, klinik özellikler ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki: Kesitsel bir çalışma. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*, 15(3), 337-342. DOI:10.18663/tjcl.1464946
- Aydın, E. (2024). *Üniversite öğrencilerinin evlilik tutumları ile eş seçme stratejileri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Ticaret Üniversitesi, İstanbul.
- Aydın, M. ve Yalçınkaya Alkar, Ö. (2022). Pediatrik kanser hastalarında bilişsel bozukluk, ağrı, sıkıntı ve sosyal işlevsellikte bozulma ve bu alanlara yönelik psikolojik müdahaleler: Sistemik gözden geçirme. *Klinik Psikoloji Dergisi*, 6(2), 249-286. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/2628836>
- Aydiner Boylu, A. ve Paçacıoğlu, B. (2016). Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*, 8(15), 137-150.
- Babaç, M. ve Ekinci, M. (2023). Kanser tanısı ve tedavisinde kullanılan monoklonal antikolar. *Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 47(1), 295-310. DOI: 10.33483/jfpau.1196392
- Bag, B. (2013). Kanser hastalarında uzun dönemde görülen psikososyal sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(1), 109-126.
- Bal Yılmaz, H. (2000). Çocukluk çağı kanserleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu*, 16(1), 91-105.
- Baykara, O. (2016). Kanser tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 154-160.

- Boffetta, P. ve Hashibe, M. (2006). Alcohol and cancer. *The Lancet Oncology*, 7(2), 149-156. DOI: 10.1016/S1470-2045(06)70577-0
- Bona, K., London, W. B., Guo, D., Abel, G., Lehmann, L. ve Wolfe, J. (2015). Prevalence and impact of financial hardship among New England Pediatric Stem Cell Transplantation Families. *Biology of Blood and Marrow Transplantation*, 21(2), 312-318.
- Bracken, J.M. (2010). *Children with cancer a comprehensive reference guide for parents*. United States of America: Oxford University Press.
- Bütüner Bilge, D. ve Kantarcı, G. (2006). Mutasyon, DNA hasarı, onarım mekanizmaları ve kanserle ilişkisi. *Journal of Faculty of Pharmacy of Ankara University*, 35(2), 149-170.
- Büyüköztürk, Ş. (2023). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı: İstatistik, araştırma deseni, SPSS uygulamaları ve yorum*. Pegem Akademi Yayıncılık.
- Coşkun Şimşek, D. ve Günay, U. (2023). Çocuğun kanser olmasının aile üzerindeki etkisi: anne-baba bakış açısıyla. *TOGÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 139-154.
- Cuğ, F. D. (2021). Çocukları kanser olan ebeveynlerin tedavi sürecindeki psikolojik ihtiyaçları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(4), 325-340.
DOI: 10.18863/pgy.996268
- Çolak, M. (2024). *Onkojenik Virüsler*. İstanbul: Eğitim Yayınevi.
- Dağhan, Ş. ve Yelten, G. (2016). Güneş ışığı ve D vitamininin sağlığa etkisi: Tarihsel bakış. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4), 119-125.
- Demir, F. (2021). Ağır metal toksisitesinin kanser ile ilişkisi. *Gaziosmanpaşa Bilimsel Araştırma Dergisi*, 10(1), 21-29.

- Erdem, E. (2006). *Kanserli çocuğu olan ailelere evde verilen hemşirelik hizmetlerinin değerlendirilmesi*. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Erdoğan, Z. ve Yavuz, D. E. (2014). Kanserli hastaların bakım vericilerinde yaşam kalitesi. *Akademik Araştırmalar ve alışmalar Dergisi*, 23(4), 726-736.
- Eren, O. Ö. (2017). Kanser taraması ve korunma. *Klinik Tıp Dergisi*, 9(2), 1-10.
- Faries, D. (1998). Efficacy of fluoxetine treatment in panic disorder: Results from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 155(11), 1570-1577.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage Publications.
DOI: 0.53841/bpspag.2005.1.56.3
- Fine, M. D. ve Glendinning, C. (2005). Dependence, independence or interdependence? Revisiting the concepts of "care" and "dependency". *Ageing and Society*, 25(4), 601-621.
- Gardner, M. H., Mrug, S., Schwebel, D. C., Phipps, S., Whelan, K. ve Madan-Swain, A. (2017). Demographic, medical, and psychosocial predictors of benefit finding among caregivers of childhood cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 26(1), 125–132. DOI: 10.1002/pon.4014
- George, D., & Mallery, P. (2001). *SPSS for windows step by step: A simple guide and reference* 10.0 update (3 ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Gekalan Soysal, D., Yazıcı, N. ve Erbay, A. (2020). Malign tümör tanısı alan çocuk hastaların epidemiyolojik özellikleri ve sağkalımları. *Çukurova Medical Journal*, 45(3), 1042-1050.
- Gökoğlan, E., Ekinci, M., Özgenç, E., İlem Özdemir, D. ve Aşıkoğlu, M. (2020). Radyasyon ve insan sağlığı üzerindeki etkileri. *Anadolu Klin / Anatolian Clinic*, 25(3), 289-300. DOI: 10.21673/anadoluklin.709434

- Günay U, Özkan M. (2019). Emotions and coping methods of Turkish parents of children with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 37(3):398-412.
- Güneş, L. C. ve Durualp, E. (2022). Annelere göre kanserli çocuklarının yaşam kaliteleri: Nitel bir araştırma. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 22(56), 641- 673. DOI: 10.21560/spcd.vi.980714
- Gürcan, Ş. (2005). Kanserden korunma. *Gülhane Tıp Dergisi*, 47, 324-326.
- Howell, D.L. (2008). *My child has cancer: A parent's guide to diagnosis, treatment and survival*. United States of America: Praeger Publishers
- İnci, F. ve Erdem, M. (2008). Bakım verme yükü ölçeğinin Türkçe' ye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(4), 85-95.
- Kaçar Adam, D. (2021). Sosyal hizmet perspektifinden çocukluk çağı kanserlerinde sorun alanları ve müdahale becerileri. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 17, 179-196. DOI: 10.46218/tshd.885472
- Kahyaoğlu Süt, H. (2024). Kentsel sanayileşmenin hava kalitesi ve toplum sağlığı üzerine etkileri: Edirne örneği. *Balkan Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 62-68.
- Kara, R., Akça, D. ve Şentürk, S. (2022). Kanserli çocuğa bakım veren ebeveynlerin yaşadıkları bakım yükü ve zorluklar. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Dergisi*, 35(1), 45-60.
- Kara, R., Gümüş, M. ve Başbakkal, Z. (2023). Kanserli çocuğa bakım veren ebeveynlerin yaşadıkları bakım yükü ve zorluklar. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 16(2), 234-246. DOI:10.46483/deuhfed.1057807
- Karasar, N. (2023). *Bilimsel Araştırma Yöntemi: Kavramlar, İlkeler, Teknikler* (38. baskı). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Kavradım, S. ve Özer, Z. C. (2014). Kanser tanısı alan hastalarda umut. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 6(2), 154-164.

- Kaya, N., Bolol, N., Ülgen, S., İşçi, Ç., Özen, S., ve Akgün, G. (2018). Kanserli bireyin bakımından sorumlu yakınlarının yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 8, 25-35.
- Kazak, A. E., Boeving, C. A. ve Alderfer, M. A. (2005). Financial stress and psychological distress in parents of children with cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(2), 137-147.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U. ve Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(1), 8-19.
- Kıyan, L. C. (2020). *Kanser tedavisi gören çocukların yaşam kaliteleri ile annelerin tanı-tedavi sürecine ilişkin memnuniyetlerinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Kurt, S., Ünsar, S. ve Erol, Ö. (2020). Kanserli hastalara bakım verenlerin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *SDÜ, Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1), 1-10.
- Kutluk, T. (2006). Çocukluk çağı kanserlerinin epidemiyolojisi. *Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi*, No: 49, 11-16.
- Küçükaslan, Ö. (2023). Etimolojik hikâyeler. *Uluslararası Sosyal Bilimler Akademi Dergisi*, 5(2), 123-135. DOI:10.47994/usbad.1239280
- Lafcı, D., Yıldız, E., Toru, F. ve Karakaya, D. (2020). Kanser hastalarında bakım yükü ve bakım verenlere etkisi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 7(2), 105-113.
- Long, K. A. ve Marsland, A. L. (2011). Family Adjustment to Childhood Cancer: A Systematic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14, 57–88. DOI:10.1007/s10567-010-0082-z
- McKnight, P. E. ve Najab, J. (2010). *Mann-Whitney U test*. The Corsini Encyclopedia of Psychology, 1-1. DOI: 10.1002/9780470479216.corpsy0524

- Mingir, V. T. (2022). *Kanserli çocukların ebeveynlerinin spiritüel iyi oluş düzeylerinin ve yaşam kalitelerinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi, Denizli.
- Muslu, L. ve Kolutek, R. (2018). Çocukluk çağı kanserleri ve sağlık okuryazarlığı. *Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 16(3), 117-132. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/577818>
- Nachar, N. (2008). The Mann-Whitney U: A test for assessing whether two independent samples come from the same distribution. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, 4(1), 13-20. DOI:10.20982/tqmp.04.1.p013
- Neugebauer, R. ve Mastergeorge, A. (2021). Global childhood cancer statistics: An overview of the current landscape. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 43(3), 172-178.
- Onan, N. ve Taşdelen, Y. (2024). Kanser hastalığı olan ebeveynlerin çocukları: Etkiler ve yaklaşımlar. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(1), 1-14. DOI:10.47115/jshs.1133495
- Pal, M., Das, D. ve Pandey, M. (2024). Understanding genetic variations associated with familial breast cancer. *World Journal of Surgical Oncology*, 22(271). DOI: 10.1186/s12957-024-03553-9
- Pazarbaşı, A. ve Kasap, M. (2003). Kanser genetiği. *Arşiv*, 12, 328.
- Rosenberg, A. R., Wolfe, J., Bradford, M. C., Shaffer, M. L., Yi-Frazier, J. P., Curtis, J. R. ve Baker, K. S. (2014). Resilience and psychosocial outcomes in parents of children with cancer. *Pediatric Blood and Cancer*, 61(3), 552-557. DOI:10.1002/pbc.24854
- Sarialioğlu, F. (2005). *Çocukluk çağı kanserlerinin tedavisi ve ulaşılan sonuçlar*, Güncel Pediatri, 3(1):65-66.

- Saygı, A. (2012). *Kanserli çocukların primer bakım vericilerinin yaşadıkları psikososyal güçlükler ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Saygılı Karagöl, B. ve Karagöl, A. (2011). Down sendromu ve trombositopeni. *Çocuk Dergisi*, 11(3), 97-101. DOI:10.5222/j.child.2011.097
- Silva-Rodrigues FM, Pan R, Sposito AMP, de Andrade Alvarenga W, Nascimento LC. (2016). Childhood cancer: Impact on parents' marital dynamics. *European Journal of Oncology Nursing*, 23:34-42.
- Soyuer, F. ve Sitti, S. (2011). Çocuklarda kanser ve fiziksel aktivite. *Dicle Tıp Dergisi*, 38(4), 526-529. DOI: 10.5798/diclemedj.0921.2011.04.0082
- Şen, Z. (2022). *Kanser hastalarında geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanımının hasta yakınmalarına etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Bursa Uludağ Üniversitesi, Bursa.
- Şentürk, S., Bıçak, D. ve Akça, D. (2018). Kanserli hasta yakınlarının yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5(1), 35-42.
- The National Cancer Institute (2020). Cancer Stat Facts: Childhood Leukemia (Age 0-19). <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/childleuk.html> (Erişim Tarihi: 02.10.2024)
- Top, M. Ş., Özden, S. Y. Ve Efe Sevim, M. (2003). Yaşam kalitesi. *Düşünen Adam*, 16(1), 18-23.
- Toseland, R.W., Smith, G. ve McCallion, P. (2001). *Family caregivers of the frail elderly. In handbook of social work practice with vulnerable and resilient populations (pp. 99-109)*. New York: Columbia University Press.
- Tronto, J. C. (1993). *Moral boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. Routledge.

- Türe, E., Yazar, A., Akın, F. ve Aydın, A. (2018). Kronik hastalık nedeni ile takip edilen çocukların bakım verenlerinin bakım verme yükünün değerlendirilmesi. *Bozok Tıp Dergisi*, 8(3), 46–53.
- Ülger, E., Alacacioğlu, A., Gülseren, A. Ş., Zencir, G., Demir, L. ve Tarhan, M. O. (2014). Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 28(2), 85-92.
- Vural, S. ve Karaman, S. (2014). Çocukluk çağı kanserlerine eşlik eden belirti ve bulgular. *Journal of Child*, 14(1), 16-21.
- Warner, E., Kirchoff, A. C., Nam, G. E. ve Fluchel, M. (2014). Financial burden of pediatric cancer for patients and their families. *Journal of Oncology Practice*, 11(1), e404-e411. DOI: 10.1200/JOP.2014.001495
- Wechsler, A. M., Bragado-Álvarez, C., Hernández Lloreda, M. J., Lopes, L. F. ve Perina, E. M. (2021). Psychological adjustment of parents of children with different cancer prognoses. *Psychology of Health*, 31, e3120. DOI: 10.1590/1982-4327e3120
- Weitzner, M. A., Jacobsen, P. B., Wagner, H., Friedland, J. ve Cox, C. (1999). The Caregiver Quality of Life Index–Cancer (CQOLC) scale: development and validation of an instrument to measure quality of life of the family caregiver of patients with cancer. *Quality of life Research*, 8, 55-63.
- World Health Organization (1976). *International classification of diseases for oncology (ICD-O)*. Geneva: World Health Organization.
- Yağcı-Küpelı, B. ve Küpelı, S. (2015). Çocukluk çağı kanserleri ve yaşam kalitesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 4(2), 1-10.
- Karabuğa Yakar, H. ve Bölüktaş, R.P. (2013). Reliability and validity of Turkish version of the caregiver quality of life index cancer scale. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14(7), 4415-4419.

- Yayan, E. H., Dağ, Y. S., Zengin, M. ve Dükken, M. E. (2021). Kronik hastalığı olan çocuklar: Hastanede uyku kalitesi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 9(3), 886-895.
- Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2021). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri* (12.baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Yıldız Çilengiroğlu, İ., Ünsar, S. ve Erol, Ö. (2022). Üniversite öğrencilerinin kanser farkındalık eüzeylerinin belirlenmesi. *Eurasian Journal of Health Sciences*, 5(3), 19-27. DOI:10.53493/avraysasbd.1032065
- Yıldız, E. ve Dedeli Çaydam, Ö. (2020). Sistemik derleme: Kanserli hastalara yönelik damgalama ile ilgili araştırmaların sistemik bir analizi. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 20(1), 1-10.
- Yıldız, İ. (2008). *Çocuk Kanserleri*. Ceren Tanıtım.
- Yılmaz, M. (2018). *Kanser hastalığı olan bireye bakım veren yakınlarının yaşam kalitesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Yüksel, D. (2010). *Sınıf öğretmenlerinin çocukluk çağı kanserlerine ve kanserli çocuklara ilişkin bilgi ve görüşlerinin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi, Ankara.
- Zarit, S. H., Reever, K. E. ve Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.
- Zengin, O., Saltık, S., Duysak, Y., Soytürk, G. ve Orbay, E. (2012). Kanserli çocuğa sahip ailelerin aşama yaklaşımına göre gösterdikleri tepkiler. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(1), 1-4.
- Zupanec, S., Jones, H. ve Stremler, R. (2010). Sleep habits and fatigue of children receiving maintenance chemotherapy for all and their parents. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 27(4), 217-228. DOI:10.1177/1043454209358890

EKLER

Ek-1: Etik Kurul Onayı



İSTANBUL TİCARET ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TİCARET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Tarih: 08/06/2023 14:39
Sayı: E-65836846-044-288941
REKTÖRLÜK



T.C.

Sayı : E-65836846-044-288941
Konu : Etik Onayı

8.06.2023

Sayın İpek BAHTİYAR

İlgi : 17.05.2023 tarihli dilekçeniz.

İlgi yazınız ile "Çocuğu Kanser Tedavisi Gören Ebeveynlerin Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi" isimli çalışmanın anket sorularına Etik Kurul onayı talep edilmektedir.

Adı geçen ve ekte yer alan anket soruları, Üniversitemiz Etik Kurulunca incelenerek etik tanım, değer ve ilkelere aykırı bir düzenleme tespit edilmediği, önerilen anket sorularının etik kurallara uygun olduğu ve etik onayının verildiği ifade edilmiştir.

Konuya ilişkin bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Ömer ÇAHA
Rektör Yardımcısı V.

Ek: Etik Onaylı Anket Soruları

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 483ABEF5-0666-4B01-8414-90801A81B59F
Adres: Örnektepe Mah. İmrahor Cad. No: 88/2 Beyoğlu/İstanbul
Telefon No: 444 04 13 / 4583 Faks No: 0212 320 70 11
E-Posta: boz@ticaret.edu.tr İnternet Adresi: www.ticaret.edu.tr
KEP Adresi: ticaretuniversitesi@hs02.kep.tr

Belge Doğrulama Adresi: <http://e-belge.ticaret.edu.tr>

Ayrıntılı Bilgi İçin: Bahadır ÖZ
Büro Personeli
Telefon No: 444 0 413 - 4580



Ek-2: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma, İstanbul Ticaret Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aile Danışmanlığı ve Eğitimi Ana Bilim Dalı alanında hazırlanmakta olan “Çocuğu Kanser Tedavi Gören Ebeveynlerin Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi” isimli yüksek lisans tez çalışmasında kullanılmak amacıyla oluşturulmuştur. Katılımınız sonucu elde edilecek olan veriler, tamamen gizli tutularak sadece bilimsel olarak akademik çalışmalarda kullanılacaktır. Çalışmada hiçbir şekilde kişi ismi belirtilmeyecek, değerlendirmeler sadece veriler üzerinde yapılacaktır. Anket formunu doldurmanız halinde araştırmaya gönüllü olarak katıldığınız varsayılacaktır. Bu çalışma için yaklaşık 10-15 dakikanızı ayırmanız gerekmektedir. Araştırmaya verdiğiniz katkıya ve göstermiş olduğunuz ilgiye teşekkür eder, saygılarımı sunarım.

İPEK BAHTİYAR

Ek-3: Demografik Bilgi Formu

Sayın katılımcı; Bu çalışma, İstanbul Ticaret Üniversitesi, Aile Danışmanlığı ve Eğitimi Anabilim Dalında hazırlanmakta olan yüksek lisans tezine veri toplamak amacıyla yapılmaktadır. Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacı çocuğu kanser tedavisi gören ebeveynlerin yaşam kalitesini etkileyen faktörleri değerlendirmektir. Bu anket formundan elde edilecek bilgiler bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Cevaplarınız gizli tutulacak ve sadece araştırmacı tarafından değerlendirilecektir. Ankette katılımcılardan herhangi bir kimlik bilgisi istenmemektedir. Ayırmış olduğunuz zamanınız ve cevaplarınızla sağladığınız katkı için teşekkür ederiz.

Demografik Bilgi Formu	
A. Bakım Veren Bireyi Tanıtıcı Sorular	
1. Cinsiyet	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E
2. Yaşınız	<input type="checkbox"/> 18-25 <input type="checkbox"/> 26-35 <input type="checkbox"/> 36-45 <input type="checkbox"/> 46-55 <input type="checkbox"/> 56-64 <input type="checkbox"/> 65 ve üzeri
3. Öğrenim durumu	<input type="checkbox"/> Okur-yazar değil <input type="checkbox"/> Okur-yazar <input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Ön Lisans <input type="checkbox"/> Lisans <input type="checkbox"/> Yüksek Lisans <input type="checkbox"/> Doktora
4. Medeni durumunuz	<input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Dul <input type="checkbox"/> Boşanmış/ayrı yaşıyor
5. Kanser tedavisi gören çocuğa yakınlık dereceniz?	<input type="checkbox"/> Anne <input type="checkbox"/> Baba
6. Bir işte çalışıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
7. Mesleğiniz	<input type="checkbox"/> Ev Hanımı <input type="checkbox"/> İşçi <input type="checkbox"/> Memur <input type="checkbox"/> Serbest <input type="checkbox"/> Emekli <input type="checkbox"/> Öğrenci <input type="checkbox"/> İşsiz
8. Gelir durumunuz	<input type="checkbox"/> 17002 TL ve altı <input type="checkbox"/> 17002 - 20000 TL <input type="checkbox"/> 20001 - 30000 TL <input type="checkbox"/> 30001 - 40000 TL <input type="checkbox"/> 40001 TL ve üzeri
B.Kanser Tanısı Alan/Almış Çocuğu Tanıtıcı Sorular	
9. Çocuğun cinsiyeti	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E
10. Çocuğun yaşı	<input type="checkbox"/> 0-6 <input type="checkbox"/> 7-13 <input type="checkbox"/> 14-18
11. Öğrenim durumu	<input type="checkbox"/> Okur-yazar değil <input type="checkbox"/> Okur-yazar <input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise
12. Kanser tanısı	<input type="checkbox"/> Lösemi <input type="checkbox"/> Beyin Tümörü <input type="checkbox"/> Osteosarkom <input type="checkbox"/> Karaciğer Tümörü <input type="checkbox"/> Lenfoma <input type="checkbox"/> Nöroblastom <input type="checkbox"/> Retinablastom <input type="checkbox"/> Wilms Tümörü <input type="checkbox"/> Yumuşak Doku Sarkomu <input type="checkbox"/> Diğer.....
13. Kansere eşlik eden hastalık var mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır

C. Aileyi Tanıtıcı Sorular	
14. Ailedeki çocuk sayısı kaçtır?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5+
15. Ailede eğitimine devam eden çocuk sayısı kaçtır?	<input type="checkbox"/> Hiç <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5+
16. Aile üyeleri kanser tedavisi sürecinde psikolojik destek alıyor mu/aldı mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
17. Aile üyelerinden hangisi/hangileri psikolojik destek alıyor?(Eğer 15.soruya evet dediyse cevaplayınız.)	<input type="checkbox"/> Tedavi gören çocuk <input type="checkbox"/> Kardeşler <input type="checkbox"/> Anne <input type="checkbox"/> Baba <input type="checkbox"/> Diğer.....
18. Ebeveynlerin hastalığı algılama durumu işaretleyiniz.	<input type="checkbox"/> Kolay tedavi edilebilen hastalık <input type="checkbox"/> Uzun süre tedavi gerektiren hastalık

	<input type="checkbox"/> Tedavi edilemeyen hastalık/Ölümöl hastalık
19. Tedavinin başlangıcından bu zamana kadar geçen süreyi işaretleyiniz.	<input type="checkbox"/> 0-1 ay arası <input type="checkbox"/> 1-3 ay arası <input type="checkbox"/> 3-6 ay arası <input type="checkbox"/> 6-12 ay arası <input type="checkbox"/> 12 aydan uzun süre
20. Bakım sürecinde karşılaştığımız üç güçlüğü yazınız.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



Ek-4: Türkçe Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği

NUMARA#: _____ TARİH: ____/____/____

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

0:Hiç 1:Az 2:Biraz 3:Fazla 4:Çok Fazla

SON BİR HAFTADIR	Hiç	Az	Biraz	Fazla	Çok fazla
1. Günlük yaşantımın değişmesinden rahatsızlık duyuyorum	0	1	2	3	4
2. Eskiye nazaran uyku daha az dinlendirici	0	1	2	3	4
3. Günlük hayatım baskılanıyor	0	1	2	3	4
4. Cinsel hayatımdan memnunum	0	1	2	3	4
5. Dışarıdaki işlerimi sürdürmede zorlanıyorum	0	1	2	3	4
6. Maddi güçlük içindeyim	0	1	2	3	4
7. Sağlık güvencemizin neleri kapsayıp neleri kapsamadığı konusunda endişe yaşıyorum	0	1	2	3	4
8. Gelecekte ekonomik durumum ne olacağı belirsiz	0	1	2	3	4
9. Sevdiğim kişinin ölmesinden korkuyorum	0	1	2	3	4
10. Sevdiğim kişi hastalandığından bu yana hayata daha pozitif bakıyorum hayata daha pozitif bakıyorum	0	1	2	3	4
11. Stres ve endişem arttı	0	1	2	3	4
12. Manevi duygularım arttı	0	1	2	3	4
13. Günlük hayatımın kısıtlanmasından rahatsızlık duyuyorum	0	1	2	3	4
14.	0	1	2	3	4
15.	0	1	2	3	4
16. ...	0	1	2	3	4
17. ...	0	1	2	3	4
18. ...	0	1	2	3	4
...	0	1	2	3	4
....	0	1	2	3	4
....	0	1	2	3	4
31.	0	1	2	3	4
32.	0	1	2	3	4
33.	0	1	2	3	4
34. ...	0	1	2	3	4
35.	0	1	2	3	4

Ek-5: Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nin Türkçe Çevirisi

Açıklama: Aşağıda insanların bir başkasına bakım verirken hissettiklerini yansıtan ifadeler bulunmaktadır. Her bir sorudan sonra sizin bu duyguları hiçbir zaman, nadiren, bazen, oldukça sık ve hemen her zaman olmak üzere hangi sıklıkla yaşadığınızı gösteren ifadeler yer almaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

2. Yakınınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

3. Yakınınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

7. Geleceğin yakınınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

10. Yakınınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

11. Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

12....

13...

14...

15....

16...

17...

18...

19...

20...

21...

Ek-6: Ölçek Kullanım İzinleri

Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanım İzni Hk. Gelen Kutusu x



İpek

Alici: h

20 Mart Cmt 11:47 (2 gün önce)



Merhaba Hatice Hocam,

Umarım iyisiniz ve her şey yolundadır. Ben İstanbul Ticaret Üniversitesi Aile Eğitimi ve Danışmanlığı yüksek lisans öğrencilerinden İpek Bahtiyar. "Çocuğu Kanseri Tedavisi Gören Ebeveynlerin Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi" isimli tez çalışmasını Doç. Dr. Hanifi Parlar ile gerçekleştirmekteyim. Bu çalışma kapsamında Kanseri Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği'ni (The Caregiver Quality of Life Index Cancer Scale -CQOLC) kullanmak için izninizi rica ediyorum.

Saygılarımla,
İpek BAHTIYAR.



hatice.karabuğa

Alici: ben

20 Mart Cmt 13:23 (2 gün önce)



İpek Hanım Merhaba,

Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz, ekte iletiyorum. Kolaylıklar dilerim.

--
Dr. Öğretim Üyesi Hatice Karabuğa Yakar
Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Bakım Verme Yüğü Ölçeği Kullanım İzni Hk.



İpek

Alici: hemel

18 Mart Per 16:24 (4 gün önce)



Merhaba Fatma Hocam,

Umarım iyisiniz ve her şey yolundadır. Ben İstanbul Ticaret Üniversitesi Aile Eğitimi ve Danışmanlığı yüksek lisans öğrencilerinden İpek Bahtiyar. Danışman hocam Doç. Dr. Hanifi Parlar ile "Çocuğu Kanseri Tedavisi Gören Ebeveynlerin Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi" isimli tez çalışmasını gerçekleştireceğiz. Bu çalışma kapsamında Türkiye'ye uyarlanmasını yaptığımız "Bakım Verme Yüğü Ölçeği"ni kullanmak için izninizi rica ediyorum.

Saygılarımla,
İpek BAHTIYAR.

Bakım Verme Yüğü Ölçeği Gelen Kutusu x



FADİME HATİCE İNCİ

Alici: ben

20 Mart Cmt 13:46 (2 gün önce)



Sayın Bahtiyar,

Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığımız "Bakım Verme Yüğü Ölçeği"ni kullanma isteğiniz bizi çok memnun etti. teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz. kaynak olarak aşağıdaki makaleyi gösterebilirsiniz.

İnci F.H., & Erdem M. (2008). Bakım Verme Yüğü Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlilik ve Güvenilirliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(4): 85-95

Dr. Öğr. Üyesi Fadime Hatice İNCİ Dr. Öğr. Üyesi Müyesser ERDEM

Ek-7: Araştırma Uygulama Kurum Onayı



08.03.2021

Sayın İpek Bahtiyar;

Kanserli Çocuklara Umut Vakfı (KAÇUV) olarak [REDACTED] T.C numaralı Sosyal Çalışmacı ünvanı ile kuruluşumuzda yürüttüğünüz görevinize istinaden çocuk ve aile datamızda yer alan verileri tez çalışması hazırlığında anket yöntemi ile kullanımına iznimiz olduğunu, hazırlanacak tez çalışmasında KAÇUV'un referans gösterilmesi ve belirlenen datanın tarafınızdan paylaşılmayacağını, paylaşılması halinde KAÇUV'un hukuki yükümlülüğünü yerine getireceğini onayladığımı kabul, beyan ve taahhüt ederim.

Saygılarımızla,

Füsun Aymergen

KANSERLİ
ÇOCUKLARA
UMUT VAKFI
Harbiye Mah.
Cumhuriyet Cad.
Beşler Apt. No:44
Kat:2 D:2 Elmadağ
Şişli - İstanbul
T: +90 212 291 31 10
F: +90 212 267 21 44
www.kacuv.org