



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ONKOLOJİ HASTALARINA BAKIM VERENLERİN
ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİNİN
YAŞAM KALİTESİ, ANKSİYETE VE DEPRESYON
DÜZEYLERİ İLE İLİŞKİSİ**

Hasret KARAKUŞ

Tez Danışmanı Prof. Dr. Feride Gökben HIZLI SAYAR

İSTANBUL – 2022

T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ONKOLOJİ HASTALARINA BAKIM VERENLERİN
ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİNİN
YAŞAM KALİTESİ, ANKSİYETE VE DEPRESYON
DÜZEYLERİ İLE İLİŞKİSİ**

Hasret KARAKUŞ

Tez Danışmanı Prof. Dr. Feride Gökben HIZLI SAYAR

İSTANBUL – 2022

YEMİN METNİ

“Onkoloji Hastalarına Bakım Verenlerin Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri İle İlişkisinin İncelenmesi” Adlı çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

20.05.2022

Hasret Karakuş

İTHAF

Kıymetlim, biriciğim anneanneme...



TEŞEKKÜR

Tez sürecim boyunca beni her zaman destekleyen, engin tecrübesiyle yol gösteren değerli hocam Prof. Dr. Gökben Hızlı Sayar’a,

Aldığım tüm kararları destekleyen, koşullar ne olursa olsun başaracağıma inanan ve güvenen değerlim anneme, sevgili babama ve biricik kardeşime; desteklerini her an hissettiğim; pes etmeme asla izin vermeyen benim için çok kıymetli olan Ali Hasret Doğan ve Yağmur Akın’a tüm süreçte yanımda oldukları için teşekkürlerimi sunarım.

20.05.2022

Hasret Karakuş

**ONKOLOJİ HASTALARINA BAKIM VERENLERİN
ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİNİN
YAŞAM KALİTESİ, ANKSİYETE VE DEPRESYON
DÜZEYLERİ İLE İLİŞKİSİ**

ÖZET

Uygarlığın başlangıcından bu yana yaşamı tehdit eden birçok hastalıkla karşı karşıya kalan insanoğlunun henüz net bir tedavi geliştiremediği kanser hastalığı günümüzün en ciddi halk sağlığı sorunları arasında görülmektedir. Bu çalışmada kanser hastalığıyla baş eden onkoloji hastalarına bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek düzeylerinin kişilerin yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeyleriyle ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Kesitsel olarak yürütülen bu çalışma İstanbul ilinden 50 bakım veren ve 50 bakım vermeyen kişinin dahil olmasıyla gerçekleştirilmiştir. Veriler Sosyodemografik Bilgi Formu, Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete Ölçeği, Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOLBref) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılarak çevrimiçi yolla elde edilmiştir.

Bu çalışmada, sosyodemografik bilgiler açısından incelendiğinde bakım verenlerin depresyon düzeyleri ile sosyal güvence varlıkları, gelir varlıkları ve bakıma destek veren varlığı arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Bakım verenlerin anksiyete düzeyleri ile eğitim durumu, gelir varlığı ve bakıma destek veren varlığı durumları arasında anlamlı farklılık görülmüştür ($p<0.05$). Bakım yükü ile depresyon düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=,509$; $p<0.05$). Anksiyete düzeyi ile bakım yükü arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=,448$; $p<0.05$). Bakım yükü ile bakıma destek veren varlığı arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Bakım verenlerin depresyon düzeyleri ile yaşam kalitesi alt ölçekleri genel sağlık ($r=-,322$; $p<0.05$), fiziksel sağlık ($r=-,555$; $p<0.05$), psikolojik sağlık ($r=-,563$; $p<0.05$), sosyal ilişki ($r=-,609$; $p<0.05$) arasında negatif yönde anlamlı ilişki görülmüştür. Anksiyete düzeyleri ile yaşam kalitesi alt ölçekleri incelendiğinde fiziksel sağlık ($r=-,440$;

$p<0.05$), psikolojik sağlık ($r=-,466$; $p<0.05$) ve sosyal ilişki ($r=,330$; $p<0.05$) ile negatif yönde anlamlı ilişkiye sahip olduğu görülmüştür. Bununla birlikte bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek düzeyiyle yaşam kalitesi alt ölçekleri olan sosyal ilişki ($r=,532$; $p<0.05$) ve  evre ($r=,294$; $p<0.05$) ile arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre bakım verenlerin anksiyete ve depresyon ve algılanan sosyal destek düzeylerinin sosyodemografik özelliklerle, bakım yüküyle ve yaşam kalitesiyle ilişkisi olduğu görülmüştür. Bu ilişki karşılıklı olarak değişebilmektedir. Bu konuda bakım verenlerin sahip olduğu demografik özellikler ve bakıma dair yükleri incelenmeli; algılanan sosyal destek düzeylerini arttıracak yönde önlemler alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kanser, Algılanan Sosyal Destek, Anksiyete, Depresyon, Yaşam Kalitesi, Bakım Yükü

**THE RELATIONSHIP OF SOCIAL SUPPORT PERCEIVED BY CARERS OF
ONCOLOGY PATIENTS AND QUALITY OF LIFE, ANXIETY AND
DEPRESSION LEVELS**

ABSTRACT

Cancer is one of the most serious public health problems of our time, since the beginning of civilization, humanity has not been able to develop a clear treatment, which has faced many life-threatening diseases. In this article, it was aimed to examine the relationship between the perceived social support levels of caregivers of oncology patients coping with cancer and their quality of life, anxiety and depression levels.

This cross-sectional study was carried out with the participation of 50 caregivers and 50 non- caregivers from the province of Istanbul. These data were obtained online by using the Sociodemographic Information Form, Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Scale, Zarit Caregiver Burden Scale, World Health Organization Quality of Life Short Form (WHOQOL-Bref) and Multidimensional Scale of Perceived Social Support.

In this study, when analyzed in terms of sociodemographic information, a significant difference was found between the depression levels of the caregivers and their social security assets, income assets and the presence of support for care ($p<0.05$). A very significant difference was observed between the anxiety levels of caregivers and their educational status, income, and presence of caregivers ($p<0.05$). A significant relationship was found between the burden of care and the level of depression in the positive direction ($r=,509$; $p<0.05$). A significant positive correlation was found between anxiety level and burden of care ($r=,448$; $p<0.05$). A significant difference was found between the burden of care and the presence of a supporter ($p<0.05$). There was a negative significant relationship between Decadal depression levels of caregivers and quality of life subscales of general health ($r=-,322$; $p<0.05$), physical health ($r=-,555$; $p<0.05$), psychological health ($r=-,563$; $p<0.05$) and social relationship ($r=-,609$; $p<0.05$). When anxiety levels and quality of life subscales were examined, it was found that they had a negative significant relationship with physical health ($r=-,440$; $p<0.05$), psychological health ($r=-,466$; $p<0.05$) and social relationship ($r=-,330$; $p<0.05$). In addition to this, between with the level of perceived social support ($r=,532$; $p<0.05$) of caregivers ' quality of life sub-scales

and social environment ($r=.294$; $p<0.05$), a positive relationship and a significant correlation was found.

According to the findings obtained from the research, it was seen that the anxiety and depression and perceived social support levels of the caregivers were related to sociodemographic characteristics, care burden and quality of life. This relationship may vary reciprocally. In this regard, the demographic characteristics of caregivers and their burdens on care should be examined; Measures should be taken to increase perceived social support levels.

Key Words: Cancer, Perceived Social Support, Anxiety, Depression, Quality of Life, Care Burden



İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ.....	i
İTHAF.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
TABLolar DİZİNİ.....	x
1 GİRİŞ.....	14
1.1 Hipotezler	15
1.2 Araştırmanın Önemi	15
1.3 Araştırmanın Sınırlılıkları.....	16
2 GENEL BİLGİLER	17
2.1 Onkoloji	17
2.1.1 Onkoloji Hastalığının Tanımı	17
2.1.2 Onkoloji Hastalığının Epidemiyolojisi	18
2.1.3 Onkoloji Hastalığı Etiyolojisi	19
2.1.4 Onkoloji Hastalığı Risk Faktörleri	20
2.1.5 Onkoloji Hastalığı Evreleri.....	20
2.1.6 Onkoloji Hastalığının Tedavisi.....	21
2.2 Yaşam Kalitesi.....	21
2.3 Anksiyete	23
2.4 Depresyon.....	23
2.5 Bakım Verme.....	24
2.5.1 Bakım Veren.....	24
2.5.2 Bakım Veren Yüğü	25
2.5.3 Bakım Vermenin Psikolojik Etkileri	26

2.6 Sosyal Destek	26
2.6.1 Algılanan Sosyal Destek.....	27
2.6.2 Bakım Verenlerin Algıladıkları Sosyal Destek	27
3 YÖNTEM	28
3.1 Örneklem Seçimi	28
3.2 Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	28
3.2.1 Sosyodemografik Bilgi Formu	28
3.2.2 Beck Anksiyete Ölçeği	28
3.2.3 Beck Depresyon Envanteri	29
3.2.4 Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği	29
3.2.5 Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-Bref):.....	29
3.2.6 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	30
3.3 Verilerin Analizi	30
4 BULGULAR.....	31
Demografik Bilgilere Ait Bulgular.....	31
5 TARTIŞMA.....	61
6 SONUÇ ve ÖNERİLER	66
KAYNAKLAR.....	67
7 Ek-1 Deney Grubu Sosyodemografik Bilgi Formu	71
8 Ek- 2 Kontrol Grubu Sosyodemografik Bilgi Formu.....	73
9 Ek- 3 Beck Depresyon Envanteri	73
10 Ek-4 Beck Anksiyete Ölçeği.....	77
11 Ek-5 Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği.....	79
12 Ek- 6 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	82
13 Ek-7 Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOLBref)	85

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1: Bakım Veren Grubu Tanıtıcı Özellikler Frekans Dağılımı Tanıtıcı Özellikler Frekans Dağılımı	19
Tablo 2: Kontrol Grubu Tanıtıcı Özellikleri Frekans Dağılımı	20
Tablo 3: Deney Grubu Depresyon Puanlarının Cinsiyet Açısından Mann Whitney U Analizi ile İncelenmesi	21
Tablo 4: Deney Grubu Depresyon Düzeylerinin Medeni Durum Açısından İncelenmesi- Mann Whitney U	21
Tablo 5: Deney Grubu Depresyon Puanlarının Eğitim Düzeyi Açısından İncelenmesi- Mann Whitney U Testi	21
Tablo 6: Deney Grubu Depresyon Puanlarının Çalışma Durumu Açısından İncelenmesi- Mann Whitney U Testi	22
Tablo 7: Deney Grubu Depresyon Puanlarının Sosyal Güvence Varlığına Göre İncelenmesi- Mann Whitney U Testi	22
Tablo 8: Deney Grubu Depresyon Puanlarının Gelir Varlığı Değişkenine Göre İncelenmesi- Mann Whitney U	22
Tablo 9: Deney Grubu Depresyon Puanlarının Gelir Durumuna Göre İncelenmesi - Mann Whitney U	23
Tablo 10: Deney Grubu Depresyon Puanlarının Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri İle İlişkisinin İncelenmesi- Spearman Sıralama Korelasyon Katsayısı	23
Tablo 11: Deney Grubu Depresyonu ile Bakım Verilen Kişiye Yakınlık- Kruskal Wallis	25
Tablo 12: Deney Grubu Depresyonu Puanlarının Bakım Verilen Süre Açısından Kruskal Wallis Analizi ile İncelenmesi	25
Tablo 13: Deney Grubu Depresyon Puanlarının Bakım Verilen Hastanın Hastalık Evresine Göre İncelenmesi- Kruskal Wallis	26
Tablo 14: Deney Grubu Depresyon Puanlarının Bakıma Destek Veren Birinin Varlığına Göre İncelenmesi- Mann Whitney U	26
Tablo 15: Deney Grubu Depresyonu ile Bakım Yüğü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi- Pearson Korelasyon Katsayısı	26
Tablo 16: Deney Grubu Depresyonu ile Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin	

Pearson Korelasyon Analizi ile İncelenmesi	27
Tablo 17: Deney Grubu Anksiyete Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre İncelenmesi – T Testi	27
Tablo 18: Deney Grubu Anksiyete Puanlarının Medeni Açısından İncelenmesi- Mann Whitney U	27
Tablo 19: Deney Grubu Anksiyete Puanlarının Eğitim Düzeyi Açısından İncelenmesi- Mann Whitney U	28
Tablo 20: Deney Grubu Anksiyetes Puanlarının Çalışma Durumuna Göre İncelenmesi- T Testi	28
Tablo 21: Deney Grubu Anksiyete Puanlarının Gelir Varlığı Değişkeni Açısından İncelenmesi- Mann Whitney U	28
Tablo 22: Deney Grubu Anksiyetes ile Genel Sağlık Alt Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi- Pearson Korelasyon Katsayısı	29
Tablo 23: Deney Grubu Anksiyetes ile Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi- Pearson Korelasyon Katsayısı	29
Tablo 24: Deney Grubu Anksiyete Puanları ile Yaşam Kalitesi Alt Ölçeği Çevre Arasındaki İlişkinin İncelenmesi- Spearman Sıralama Korelasyon Katsayısı	30
Tablo 25: Deney Grubu Anksiyetes ile Yaşam Kalitesi Alt Ölçeği Fiziksel Sağlık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi- Pearson Korelasyon Katsayısı	30
Tablo 26: Deney Grubu Anksiyete Puanlarının Bakım Verilen Hastaya Yakınlık Derecesi Açısından İncelenmesi- ANOVA	30
Tablo 27: Deney Grubu Anksiyete Puanlarının Bakım Verilen Süre Açısından İncelenmesi- ANOVA	31
Tablo 28: Deney Grubu Anksiyete Puanlarının Hastalık Evresine Göre İncelenmesi - ANOVA	31
Tablo 29: Deney Grubu Anksiyete Puanlarının Bakıma Destek Veren Birinin Varlığı Açısından İncelenmesi- T Testi	31
Tablo 30: Deney Grubu Anksiyete Puanları ile Bakım Yüğü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi- Spearman Sıralama Korelasyon Katsayısı	32
Tablo 31: Deney Grubu Anksiyete Puanları ile Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin İncelenmesi- Pearson Korelasyon Katsayısı	32
Tablo 32: Deney Grubu Bakım Yüğünün Bakıma Destek Veren Birinin Varlığı Açısından İncelenmesi- Mann Whitney U	32

Tablo 33: Deney Grubu Bakım Yüğü ile Algılanan Sosyal Destek Puanları Arasındaki İlişkinin Spearman Sıralama Korelasyon Katsayısı Analizi ile İncelenmesi	33
Tablo 34: Kontrol Grubu Depresyon Puanlarının Cinsiyet Değişkeni Açısından İncelenmesi – T Testi	33
Tablo 35: Kontrol Grubu Depresyon Puanlarının Medeni Durum Değişkeni Açısından İncelenmesi- T Testi	33
Tablo 36: Kontrol Grubu Depresyon Puanlarının Eğitim Durumu Değişkenine Göre İncelenmesi- Mann Whitney U Testi	34
Tablo 37: Kontrol Grubu Depresyon Puanlarının Çalışma Durumu Değişkenine Göre İncelenmesi- Mann Whitney U Testi	34
Tablo 38: Kontrol Grubu Depresyon Puanlarının Sosyal Güvence Varlığına Göre İncelenmesi- Mann Whitney U Testi	34
Tablo 39: Kontrol Grubu Depresyon Puanlarının Gelir Varlığı Açısından İncelenmesi- T Testi	35
Tablo 40: Kontrol Grubu Depresyon Puanlarının Gelir Durumu Değişkeni Açısından İncelenmesi- T Testi	35
Tablo 41: Kontrol Grubu Depresyon Puanları ile Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi- Pearson Korelasyon Katsayısı	35
Tablo 42: Kontrol Grubu Anksiyete Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre İncelenmesi- T Testi	37
Tablo 43: Kontrol Grubu Anksiyete Puanlarının Medeni Durum Değişkeni Açısından İncelenmesi- Mann Whitney U	37
Tablo 44: Kontrol Grubu Anksiyete Puanlarının Eğitim Durumuna Göre İncelenmesi- Mann Whitney U	37
Tablo 45: Kontrol Grubu Anksiyete Puanlarının Çalışma Durumuna Göre İncelenmesi- Mann Whitney U	38
Tablo 46: Kontrol Grubu Anksiyete Puanlarının Sosyal Güvence Varlığına Göre İncelenmesi- Mann Whitney U Testi	38
Tablo 47: Kontrol Grubu Anksiyete Puanlarının Gelir Varlığına Göre İncelenmesi- Mann Whitney U	38
Tablo 48: Kontrol Grubu Anksiyete Puanlarının Gelir Düzeyine Göre İncelenmesi- Mann Whitney U	39
Tablo 49: Kontrol Grubu Anksiyete Puanlarının Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri İle	

İlişkinin İncelenmesi - Spearman Sıralama Korelasyon Katsayısı	39
Tablo 50: Kontrol Grubu Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin Anksiyete ve Depresyon Puanlarıyla İlişkisi- Pearson Korelasyon Katsayısı	41
Tablo 51: Deney ve Kontrol Grupları Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması- Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi	41
Tablo 52: Deney ve Kontrol Grupları Depresyon Puanlarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile Karşılaştırılması	42
Tablo 53: Deney Grubu Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleriyle İlişkisi- Pearson Korelasyon <u>Katsayısı</u>	42



1 GİRİŞ

Günümüzün en sık karşılaşılan ve ciddi boyutta halk sağlığı sorunlarından biri olarak kabul gören kanser hastalığı bugüne kadar birçok araştırmacının ilgisini çekmiş ve çekmeye de devam etmektedir. Bu çalışmanın konusu kanser hastalığıyla ilgilenen onkoloji alanında tedavi gören hastalara bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek düzeylerinin anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi düzeyleriyle ilişkisinin incelenmesi olarak belirlenmiştir. Çalışma iki kısımdan oluşacak şekilde planlanmıştır ve ilerleyiş buna göre devam edecektir.

Çalışmanın ilk bölümünde kavramsal olarak ilerlenecektir. Buna göre ilk adımda onkoloji ve kanserle hakkında genel açıdan literatür taramasıyla bilgi verilecektir. Onkoloji alanı, kanser hastalığının nedenleri, epidemiyolojisi, etiyolojisi, risk faktörleri, evreleri ve tedavisi başlıkları ilk adımdaki ana kavramlar olarak belirlenmiştir. İkinci adımda yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyeteler hakkında bilgi verilecektir. Bu kavramlar hakkında geniş açılı bir inceleme yapılacak olup aynı zamanda yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon ile bakım verme arasındaki ilişki ele alınacaktır. Böylece bu kavramlar ile onkoloji hastasına bakım verme arasındaki ilişkiye dair alanyazında yer alan veriler ortaya koyulacaktır. Ele alınacak sonraki kavramlar bakım veren, bakım veren yükü ve bakım vermenin psikolojik yönü ve onkoloji hastasına bakım vermenin kişi üzerindeki etkileri olacaktır. Algılanan sosyal destek ilk bölümde incelenecek son kavramdır. Algılanan sosyal destek kavramının tanımlanmasının ardından bakım verme, yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon ile ilişkisi bu bölümde ele alınacaktır. İkinci bölümünde yapılacak araştırma ile ilgili bilgiler, materyal ve metot başlığı bulunacaktır. Araştırmada kullanılacak olan veri toplama araçları, örneklem seçimi, verilerin analizi yöntem kısmındaki başlıklar olarak yer alacaktır. Yapılan araştırmanın sonuçları ise bulgular kısmında detaylı şekilde ele alınacaktır. Uygulanan anketlerin sonrasında elde edilen veriler ve alanyazın taraması bulgular bölümünde kapsamlı bir şekilde değerlendirilecektir. Çalışmada elde edilecek sonuçların değerlendirilmesi, benzer konularda elde edilen sonuçlar ile kıyaslama yapılması adına faydalı olacaktır. Son olarak sonuç bölümünde çalışmanın literatürdeki yeri ve öneriler sunulup bitirilecektir. Bu çalışmanın yapılmasının onkoloji, yaşam kalitesi, anksiyete, depresyon ve algılanan sosyal destek kavramları ile ilgili literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Aynı zamanda bu kavramların birbiriyle ilişkisinin incelenmesinin sonraki çalışmalar için katkı

sağlayacağı umut edilmektedir. Kanser hastalığının henüz kesin bir tedavisinin olmayışı ve her geçen gün daha fazla karşılaşılmaması sebebiyle bu çalışmadan elde edilecek sonuçların bakım verenler için faydalı olması beklenmektedir.

Bu araştırmanın temel amacı onkoloji hastalarına bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek düzeylerinin anksiyete ve depresyon yaşam kalitesi, düzeyleri ile ilişkisinin incelenerek literatüre katkıda bulunmasıdır.

1.1 Hipotezler

H:1: Onkoloji hastalarına bakım veren bireylerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri anksiyete düzeyleri ile ilişkilidir.

H:2: Bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile depresyon düzeyleri arasında ilişki vardır.

H:3: Onkoloji hastasına bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile yaşam kalitesi düzeyleri ilişkilidir.

H:4: Bakım verenlerin algılanan sosyal destek düzeyinin artmasıyla depresyon ve anksiyete düzeylerinde azalma olmaktadır.

H:5: Onkoloji hastalarına bakım veren bireylerin bakım yükleri ile algılanan destek düzeyleri ilişkilidir.

H:6: Bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri ile anksiyete, depresyon düzeyleri ilişkilidir.

1.2 Araştırmanın Önemi

Bu çalışmada elde edilecek sonuçlara bağlı olarak onkoloji hastalarına bakım veren kişiler için çevrelerinden gördükleri ve algıladıkları sosyal desteğin etkisinin ortaya çıkmasıyla bu kişilerin yaşam kalitelerinin artırılması; anksiyete ve depresyon risklerinin azaltılabilmesi için yapılabilecek çalışmalar açısından katkı sağlaması beklenmektedir. Bu sebeple tez çalışmanın konusu ve kapsamı gereği literatüre katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

1.3 Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Çalışma, araştırmaya katılan katılımcıların verdiği yanıtlarla sınırlıdır.
2. Çalışma evreni 18-65 yaş aralığında onkoloji hastalarına bakım veren ve vermeyen kişilerle sınırlıdır.
3. Çalışmanın örneklemi İstanbul ili ile sınırlıdır.
4. Araştırmada elde edilen sosyodemografik bilgiler araştırmacı tarafından hazırlanan Sosyodemografik Bilgi Formu'ndaki sorular ile sınırlıdır.
5. Araştırmada katılımcıların anksiyete, depresyon, yaşam kalitesi ve algıladıkları sosyal destek düzeyleri Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete Ölçeği, Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-Bref) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği' nin ölçtüğü niteliklerle sınırlıdır.

2 GENEL BİLGİLER

2.1 Onkoloji

Onkoloji, kanser hastalığının oluşumunu, tanısını, ilerleyişini, sebeplerini, kalıtımla ilişkisini, türlerini ve tedavisini inceleyen tıp dalıdır. “Onco” kavramı kütle, kitle veya tümör anlamına gelirken “-logy” çalışma alanı olarak kullanılmaktadır. Türkçede ise "kanserbilim" olarak tanımlanmaktadır. Basit bir şekilde tanımlamak gerekirse onkoloji vücutta kontrolsüzce çoğalan tümörleri inceleyerek bu tümörleri tedavi etmeyi amaçlayan tıp dalıdır. Onkoloji alanıyla ilgilenen tıp uzmanları onkolog olarak adlandırılmaktadır. Aynı zamanda hastaların takip ve tedavisinde cerrahi uzmanlar ile iş birliği yapılmaktadır. Ayrıca onkoloji yalnızca vücuttaki tümörlerle, kanser hücreleriyle değil kanserli olmayan hücrelerle de ilgilenmekle birlikte 100’den fazla kanser türünü tedavi etmeyi amaçlamaktadır.

2.1.1 Onkoloji Hastalığının Tanımı

Uygarlığın başladığı tarihten bu yana birçok korkutucu, ciddi hastalık görülmüş olmakla birlikte günümüzde en ciddi halk sağlığı sorunu olarak düşünülen hastalıkların başında gelen kanser hastalığı onkolojinin başlıca çalışma alanıdır. Modern zamanda, özellikle yirminci yüzyılın ikinci yarısından bu yana en çok korkulan hastalıklardan biri olan kanser, ilk olarak Hipokrat tarafından tanımlanmıştır. Günümüzde kanser vücuttaki farklı organların hücrelerinin denetimsiz şekilde çoğalmasıyla oluşan, klinik görünümü, tedavi yaklaşımları birbirinden farklı olan bir hastalıklar grubu olarak tanımlanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014). Ek olarak kanser hastalığı iyileşme ve şiddetlenme dönemleriyle kronik bir hastalık olarak düşünülmektedir (Işıkhani, 2006). Buna bağlı olarak kanser hastalığı gerek hasta için gerekse hastaya bakım verenler için stabil olmayan bir süreçte sahiptir.

Kanser hastalığı kişinin hayatını büyük ölçüde etkileyen, yaşam kalitesinde gözle görülür şekilde bozulmalara sebep olan çok boyutlu ve karmaşık bir hastalık grubudur (Ülger, ve diğerleri, 2014). Kişinin yaşam dengesini; psikolojik, sosyal, ekonomik vb. her alanda alt üst edebilme etkisine sahiptir. Bununla birlikte kanser yalnızca bir organı etkileyebildiği gibi metastaz olarak tanımlanan durumda vücudun diğer organlarına da

yayılabilir (Baykara, 2016). Ayrıca kanserin onlarca türü olmasına ve bu kanser türlerinin bazıları için olabildiğince standart yaklaşımlar geliştirilmesine rağmen kanser tedavisi kişiden kişiye değişiklik göstermektedir (Baykara, 2016). Hastaların tümü için uygulanacak standart bir tedavi protokolü henüz bulunamamıştır.

Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda kanser tedavisinin yanı sıra, kanserin risk faktörleri, hastalığın oluşmadan önüne geçilmesi, oluştuğunda ise psikososyal destek ile hastanın ve hasta yakınlarının iyilik halinin artırılması gibi unsurlar bu hastalığı oldukça karmaşık ve geniş kapsamlı bir problem haline getirmektedir (Baykara, 2016).

2.1.2 Onkoloji Hastalığının Epidemiyolojisi

Epidemiyolojik olarak incelendiğinde günümüzde sebebi bilinen ölümler sıralamasında, kanser kaynaklı ölümler kardiyoloji hastalıklarından kaynaklanan ölümlerden sonra ikinci sırayı almaktadır (Alıcı, İzmirli, & Doğan, 2006). Bununla birlikte birçok ülkede ölümlerin dörtte birinden fazlası kansere atfedilebilmektedir (World Health Organization, 2021). Dünya Kanser Raporu'ndan elde edilen verilere göre 2012 senesinde dünya genelinde 14 milyon yeni kanser hastası ve 8.2 milyon kanserden kaynaklı ölüm kaydedilmiştir. Projeksiyonlar dünya genelinde gelecek 20 sene içerisinde 22 milyon yeni kanser olgusuyla karşılaşılacağını ve bu hastalığa bağlı ölüm sayısının 13 milyonu bulacağını göstermektedir. Kanser ne dünyanın herhangi bir bölgesinde nadirdir ne de çoğunlukla yüksek kaynaklı ülkelerle sınırlıdır, bölgeden bölgeye kanser paternlerinde çarpıcı farklılıklar gözlenmektedir (Giaccone, 2011). Hastalığın oranına genel olarak bakıldığında kanserin en yüksek olduğu sanayi ülkeleri ABD, İtalya, Avustralya, Almanya, Hollanda, Kanada ve Fransa'yken en düşük kanser oranına sahip gelişmekte olan bölgeler ise Kuzey Afrika, Güney ve Doğu Asya olarak belirtilmektedir (World Health Organization, 2021).

Kanser hastalığı türüne, hastanın yaşına, cinsiyetine ve yaşadığı bölgeye göre değişiklik göstermekle birlikte, insidans hızı toplum genelinde yüz binde 85 ile 350 arasında farklılaşmaktadır (MD, Bray, Ferlay, & Pisani, 2005). Dünya geneline bakıldığında erkeklerde 2012 yılında en çok tanı alan beş kanser türü; akciğer, prostat,

kolorektal, mide ve karaciğer kanseri, kadınlar arasındaysa; meme, kolorektal, akciğer, serviks ve mide kanseri olarak sıralanmıştır (who.int, 2015).

Türkiye’de kanser hastalığı görülme sıklığıyla Dünya ve Dünya’nın gelişmekte olan ülkeleri yakın değerler görülmektedir. Erkekler arasında Türkiye’ de en fazla karşılaşılan kanser türleri akciğer ve prostat iken, tütünden kaynaklı kanser türleri erkekler arasında önemini korumaktadır. Kadınlarda ise Türkiye’ de en fazla karşılaşılan kanser çeşidi meme kanseridir ve her 4 kadın kanserinden birisi meme kanseri olmayı sürdürmektedir. Çocukluk çağı kanser oranlarında Türkiye’ de lösemi (kan kanseri) en sık görülen kanser türüyken gençlerde, erkekler arasında testis kanseri ve kemik kanserleri, kadınlardaysa tiroid ve Hodgkin hastalığı en fazla görülen kanser türleridir (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014). Tüm bunlarla birlikte Türkiye’de akciğer kanserinde olguların yarısı erken teşhis edilememekte, meme kanserinin ise sadece %8,4’ü uzak evre kanser vakalarından meydana geldiği görülmektedir. (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014).

2.1.3 Onkoloji Hastalığı Etiyolojisi

Kanser hastalığının oluşumu karmaşık bir süreci barındırsa da genel anlamda kanserli hücreler DNA iplikçiklerinde oluşan hasarlardan dolayı oluşmaktadır. Buna bağlı olarak kanserli hücrelerde hasar görmüş DNA onarılamamakta ve kontrolsüz bir biçimde çoğalma başlamaktadır. Kanser hücrelerinin birikmesiyle ortaya tümörler çıkmaktadır ve kötü huylu tümör olarak tanımlanan tümörler kanser olarak tanımlanmaktadır. Kötü huylu tümörlerde bulunan hücreler anormal olmakla birlikte düzensiz ve kontrolsüz biçimde bölünmektedirler. Kanser hücreleri oluştukları tümörlerden ayrıldıkları taktirde lenf ya da kan dolaşımı yoluyla vücudun diğer bölgelerine gitme ihtimali taşımaktadırlar. Bu ihtimal gerçekleştiğinde kanser hücreleri gittikleri bölgelerde tümör kolonileri oluşturmakta ve büyümeye devam etmektedirler.

Bu olay metastaz olarak tanımlanmakta, halk arasında ise kanserin yayılması olarak bilinmektedir.

Kanser hastalığının %10- 15 inin, genetik olduğu yani anne ve babadan gelen genetik yapıyla kişiye aktarıldığı, geriye kalan %85-90’ lık bölümünü ise kişinin hayatı boyunca canlı hücrelerindeki DNA’ nın, fiziksel veya kimyasal etkenlere maruziyeti,

hücre DNA' sındaki hafif progresif değişiklikler ve kopyalamada yanlışlar ortaya çıkmasıyla oluştuğu düşünülmektedir (Yokuş & Çakır, 2012).

2.1.4 Onkoloji Hastalığı Risk Faktörleri

Kansere neden olabilecek pek çok iç ve dış etken bulunmaktadır. İç etkenlere bakıldığında yaş, cinsiyet, genetik altyapı, etnik köken, iç salgılar ve immün sistem görülmektedir. Dış etkenler ise kişinin içinde bulunduğu coğrafi bölgenin etkisi, toplumsal ve kültürel etmenler, yeme bozuklukları, travma ve ısı, çevre kirliliği, madde kullanımı, biyolojik etkenler (virüs ve bakteriler), radyoaktivite, kimyasal maddeler olarak belirlenmiştir (Bayık, 1989). Kansere sebep olabilecek her bir etmen kanserde risk faktörü olarak kabul görmektedir.

2.1.5 Onkoloji Hastalığı Evreleri

Onkoloji hastalığında en önemli adımlardan birisi evrelemedir. Evreleme hastalığın nereye yerleştiğini, vücutta diğer organların etkilenip etkilenmediğini ya da vücudun hangi bölgelerine yayıldığını tanımlamak amacıyla yapılmaktadır. Hastalığın evresinin bilinmesi, hastalığın ilerleyişi ve hasta için uygun olan tedavi yönteminin belirlenmesi açısından doktorlara yol göstermektedir. Bununla birlikte evreleme sistemiyle hastalık konusunda ortak terminolojinin kullanımı aynı türde hasta gruplarını belirlemek, benzer yaşam sürelerine sahip hasta gruplarını tanımlamak, tedavi türlerinin belirlenmesinde evreye göre karar vermek ve benzer biyolojik davranış gösteren grupları tanımlamak hedeflenmektedir (Yurdakul, 2010).

Farklı çeşitleri olsa da günümüzde kanser hastalığının evresini belirlemek için en yaygın kullanılan sistem AJCC (Amerikan Kanser Komitesi)' nin hazırladığı TNM evreleme sistemidir. T tümörün, N lenf nodunun ve M metastazın kısaltması olarak kullanılmaktadır. Kanserin evresinin belirlenmesi için bu üç unsura bakılmaktadır. T(tümör) basamağında ilk tümörün büyüklüğü ve nereye yerleştiğine; N (lenf nodu) basamağında tümörün lenf nodlarına yayılıp yayılmadığına; M (metastaz) basamağında ise kanserin vücudun diğer bölgelerine yayılıp yayılmadığına bakılmakta ve evreleme tüm bunların sonucuna göre yapılmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017).

2.1.6 Onkoloji Hastalığının Tedavisi

Dünya Sağlık Örgütü' ne (2017) göre hastalığın erken fark edilmesi ve teşhis edilmesine bağlı olarak hasta için en uygun tedavi metodunun uygulanması durumunda, kanserlerin üçte biri tedavi edilebilmektedir. Bazı ortak tedavi yöntemleri olmakla birlikte kanser çeşitlerine özgü farklı yönelim ve tedavi türleri bulunmaktadır. Her hastada ve her kanser türünde değişebilse de genel olarak kanserin tedavisinde radyoterapi (ışın tedavisi), kemoterapi (ilaçla tedavi), cerrahi yöntemler, immünoterapi (biyolojik tedavi), hormon terapisi, hedeflenmiş terapiler ve gen terapi gibi biyolojik terapiler yalnız ya da bir arada uygulanabilmektedir (Baykara, 2016).

Radyoterapi, kanserli hücreleri iyonizan ışınlar kullanarak öldürmeye dayanan bir tedavi yöntemidir. Kemoterapinin (KT) asıl amacı kanser hücrelerini kemoterapötik ajanlar kullanarak öldürmek olup, sitotoksik anti-neoplastik ajanlar bu tip tedavide başrolde. Cerrahi yöntemler ise radyoterapi ve kemoterapiyle birlikte kullanılabilir; gelişen kanserlerin engellenmesinde profilaktik olarak, dokudan bir parça alıp (biyopsi) tanının koyulmasında ve metastaz ya da yayılım görülmeyen hastalarda kanserli dokunun/kitlenin vücuttan alınmasında çok fazla kullanılmaktadır (Baykara, 2016).

2.2 Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi kavramının net bir tanımı olmamakla birlikte Dünya Sağlık Örgütü'nin tanımlamasına göre yaşam kalitesi “bireyin hedeflerine, umutlarına, standartlarına ve menfaatleri açısından bir kültür ve değer sisteminde kişisel hayatını algılamasıdır” (Boylu & Paçacıoğlu, 2016). Başka bir tanımda ise insanlığın tümünü kapsayan yaşam kalitesi kavramı, kişinin içinde yaşadığı değer ve kültür sistemlerinin tümünde hedefleri, beklentileri, ilgileri ve düşüncelerine bağlı olarak hayatta algıladıkları durumu olarak tanımlanmaktadır (Webster & Cella, 1998). Buradan yola çıkarak yaşam kalitesi kişinin bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan iyilik hali olarak da tanımlanabilmektedir (Baran, 2008).

Yaşam kalitesi evrensel bir hedeftir ve böyle olması, Maslow' un ihtiyaçlar hiyerarşisi ile açıklanabilmektedir. Bu hiyerarşi açısından bireyin ihtiyaçları önceliklerine göre beş başlıkta sıralanmıştır:

1. Bedensel ihtiyaçlar (gıda, su, barınak...)
2. Güvenlik ihtiyacı (emniyet, korunma, sağlık...)
3. Sosyal ihtiyaçlar (bir gruba ait olma hissi, sevilme...)
4. Saygı görme ihtiyacı (toplum içinde saygı görme, sosyal statüye sahip olma...)
5. Bireysel ilgilerini, düşüncelerini, fikirlerini ifade edebilme ihtiyacı (kişisel gelişim, yaşamını zenginleştirme, bireysel amaçlarını hayata geçirme...) (Boylu & Paçacıoğlu, 2016).

Kişinin  ncelikli yani temel ihtiyaçlarının karşılanması iyilik hali için ciddi boyutta önemlidir, bu ihtiyaçlar yeterli düzeyde karşılanmadığında kişi  fkelenmekte,  z lmekte, endişelenmekte kızgın ya da depresif hissetme, çevresindeki insanlardan uzaklaşmak istemektedir (Akyol, 1993). Tüm bunların sonucunda ise kişinin yaşam kalitesinde gözle görülür şekilde düşüş ortaya çıkmaktadır. Fakat Maslow' un ihtiyaçlar hiyerarşisi göz önüne alındığında kişinin yaşam kalitesi yalnızca temel gereksinimlere değil psikolojik ve sosyal ihtiyaçlara da bağlıdır. Çünkü yaşam kalitesi, kişinin içinde bulunduğu koşullara ve bu koşulları algılamasına bağlı olarak yaşadığı doyum ve iyilik halidir (Oktik & Bozyer, 2004).

Yaşam kalitesi işaretlerine bakıldığında cinsiyet, yaş, medeni hal, eğitim düzeyi, ekonomik durumu, fiziksel ve ruhsal sağlığı, algıladığı sosyal destek, barınma yeri ve bu yerin özellikleri, iş hayatı ve boş zamanlarını değerlendirdiği aktiviteleri görülmektedir (Boylu & Paçacıoğlu, 2016). Bununla birlikte kişinin yaşam kalitesi için önemli olan işaretlerden birisi de “sürdürülebilir bir iyileşmenin” olmasıdır (Baran, 2008). Sürdürülebilir bir iyileşmenin anlamı ise kişinin istikrarlı bir yaşam sürmesidir.

Bazı hastalıklar, yalnızca hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesini değil, aynı zamanda hastayla ilgilenen aile üyelerinin ve yakın arkadaşlarının da yaşam kalitesini etkilemektedir (Kim & Carver, 2012). Kanser de bu hastalıklardan birisidir. Genel olarak uzun bir süreci kapsayan; hastanın, çevresinin ve özellikle bakım verenin yaşamında ciddi değişiklikler gerektiren; kişiyi zihinsel, fiziksel ve duygusal açıdan etkileyen ciddi bir hastalıktır. Kanser hastalığının yalnızca ismi ya da isminin verdiği korku, gelecek kaygısı ve belirsizliği, hastalık boyunca oluşabilecek kötü durumların verdiği gerginlik

ve endişe, tedaviye bağlı negatif durumlar, hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesi üzerinde ciddi etkisi görülmektedir (Çalışkan, Duran, Karadaş, Ergün, & Tekir, 2015).

2.3 Anksiyete

Yaşamın sona ermesi, ağrı ve acı çekme ile aynı anlamda algılanan kanser hastalığı, hastalıkla baş eden kişinin sıkıntılı bir dönem geçirmesine sebebiyet veren ve hastaya acil müdahaleyi gerektiren bir kriz hali doğurur (Güleç & Büyükkınacı, 2011). Kanser, yalnızca hastalıkla baş eden kişiyle kalmayıp hastaya bakım verenler için de ciddi fiziksel ve ruhsal problemler doğurabilmektedir. Buradan hareketle kanserin teşhisi ve belirsizliği ile karşı karşıya kalan hasta ve bakım verenlerin duygusal iyilik hali tehlikededir ve bu kişilerin önemli bir kısmı kaygı ve depresyondan etkilenmektedir.

Anksiyete ya da kaygı, kişiye rahatsızlık verecek; kişinin varlığını riske atan bir durum, bir uyarıcı karşısında ya da böyle bir durumun, uyarıcının varlığına karşı ortaya çıkan bir fikre karşı kişinin bedensel, zihinsel olarak ortaya koyduğu tepkiler olarak tanımlanmıştır. Kanser ise süregelen bir hastalık türüdür ve hem hasta, hem de hastanın ailesi bu süreçten etkilenmeden atlatılması oldukça düşük bir ihtimaldir (Tokgöz, ve diğerleri, 2008). Kanser hastaları ve hasta yakınları ölüm korkusu, hastalık süreci, ilerleyişi ve sonlanmasıyla ilgili belirsizlikler gibi acı verici bir duygu ve kaygılı bir durumla yüz yüze gelmektedir (Güleç & Büyükkınacı, 2011). Buna bağlı olarak kaygı, onkoloji hastalarında ve hastalara bakım veren kişilerde en sık görülen durumlar arasındadır. Kanser tanısı ve tedavisi, kişinin kaygı düzeyi ve ruh hali ile etkileşime girerek hastanın hastalığını kabullenmesinde, hastalık ile savaşmasında, tedaviye uyum sağlamasında ve hastanın yaşam kalitesinde olumsuz yönde etki göstermektedir (Güleç & Büyükkınacı, 2011). Buna bağlı olarak hem hastanın yaşadığı sürece direkt şahit olmak, hastayı kaybetme korkusuyla bir araya geldiğinde bakım veren üzerinde anksiyeteye sebep olabilmektedir.

2.4 Depresyon

Yapılan çalışmalar, kanser hastaları arasında psikiyatrik hastalıkların sıklığının oldukça yaygın olduğunu bildirmiştir (Güleç & Büyükkınacı, 2011). Onkoloji

alanındaki ilerlemeler olsa da kanser hastalığı, hasta ve ailesi için, tanısı itibariyle tedavi süresince, hastanın vefatı ve sonrasında yaşanan yas süreciyle devam eden, bedensel, psikososyal ve ruhsal, birçok sıkıntıyı içermeyi sürdürmektedir (Aydoğan & Uygun, 2011). Bu sürecin kişiyi depresyona açık bir hale getirmesi oldukça mümkündür.

Kanser hastalığı açısından anksiyete ve depresyon üzerinde etkisi olan çeşitli faktörler belgelenmekle birlikte bunlar yaş, cinsiyet, hasta ile ilişki, danışanla geçirilen süre, hastalık süresi, medeni durum, aydınlatılmış onam, mali durum, kanser türleri ve evreleridir (Hussain, Ahmed, Ali, & Raza, 2021).

Hasta ve bakım veren kişi kanserle baş etmeye çalışırken aile içi çatışmalar ve sorunlu iletişim özellikleri ortaya çıkabilmekte veya abartılı hale gelebilmektedir (Goldsmith, Wittenberg, Platt, Iannarino, & Reno, 2016). Buna bağlı olarak hasta ve bakım verenin yaşadığı ve birbirine yansıttığı sorunlar bakım veren üzerinde bakım yükü oluşturur ve bunun sonucu olarak depresyon görülebilmektedir. Bazı bireysel hasta belirti veya belirti kümeleri, fiziksel olarak yönetilmesi daha zor olabileceğinden, bakıcı tarafından daha kişisel olarak alınabileceğinden veya sevilen birinin kaybının daha dramatik hatırlatıcıları olarak hizmet edebileceğinden, bakıcı için diğerlerinden daha fazla yük veya depresyona neden olabilir (Ornstein & Gaugler, 2012). Bakıcı depresyonu, bakım verme stresinden kaynaklanan bir duygudurum bozukluğudur (Given, ve diğerleri, 2004)

2.5 Bakım Verme

Bir kişiye bakım verme vakit ve enerji tüketen, ekonomik ve bedensel açıdan yoran bir görev olarak tanımlanabilmektedir (Sakakibara, Kabayama, & İto, 2015). Bakım verme durumu, formal bakım ve informal bakım olarak gruplandırılmaktadır. Formal bakım özel veya devlet kurumlarınca doktor, hemşire, psikolog vb. kişilerce verilen profesyonel bakımı içermektedirken, informal bakım hastanın eşi, çocukları, ebeveynleri, arkadaşları ve akrabalarınca karşılığında ödeme talep edilmeden verilen ve profesyonel olmayan bakım türüdür (Soner, 2017).

2.5.1 Bakım Veren

Kanser tanısı, bireyleri ve ailelerini önemli ölçüde etkileyen travmatik bir olaydır (Kurtz, Kurtz, Given, & Given, 1995). İnsanlar nadir olarak kanser deneyimini yalnız

yaşamaktadır. Genel olarak bakıldığında kanser, kanser yolculuğunu birlikte yapan aileyi etkileyen bir hastalık olarak adlandırılmaktadır (Ferrell, Hanson, & Grant, 2013). Duygusal etkisinin yanı sıra hastane ortamında kalışın azalması ve tedavinin ayaktan tedavi edilmesi hastayla ilgilenen kişiler için hem emosyonel hem fiziksel yükü arttırmaktadır. Flahskerud ve arkadaşlarının (2000) yaptığı çalışmaya göre, kanser hastası kişiye informal olarak bakım verenlerin %70-80'ini eşleri, %20'lik kısmını çocukları ve %10'unu ise arkadaşlar ve sosyal ilişki içinde olunan diğer yakınlar oluşturmaktadır.

Bir kanser hastasına aile üyesi olarak bakım vermek çok stresli olmakla birlikte bir aile bakıcısı açısından sevdiklerinin acı çekmesine şahit olmak son derece ıstırap vericidir (Hussain, Ahmed, Ali, & Raza, 2021). Kanser teşhisi sıklıkla aile üyesi etkileşiminin artmasına, aile rollerinde değişikliklere ve hasta ile aile bakıcısı arasında birbirine bağımlı bir ilişkiye yol açmaktadır (Goldsmith, Wittenberg, Platt, Iannarino, & Reno, 2016). Buna bağlı olarak bakım verenler hastalık sürecinde ruhsal, bedensel, maddi ve sosyal olarak çeşitli problemlerle karşı karşıya kalmakta ve bakım verme yükünün etkisi altına girmektedirler (Soner, 2017). Hastayla ilgilenen, bakım veren kişiler genellikle fiziksel sağlık sorunları; depresyon; kişilerarası ilişkilerin, sosyal yaşamın ve iş yaşamının bozulması ve bakım vermeyle ilişkili ekonomik zorlanmalar gibi sorunlar yaşamaktadır (Flaskerud, Carter, & Lee, 2000).

2.5.2 Bakım Veren Yüğü

Kanser hastalığı herkesi etkilemekte; çocuk-geç-yaşlı, zengin-fakir, kadın-erkek ayrıca hastalar, hastaların aileleri ve genel olarak toplumlar üzerinde ciddi yük oluşturmaktadır (WHO, 2017). Hastalık sürecinde bakım verme, fiziksel ve psikolojik yüklere, duygudurum bozukluklarına ve normal aile ilişkilerinde bozulmaya neden olmaktadır (Miaskowski, Kragness, Dibble, & Wallhagen, 1997). Bakım sürecinin bakım verenlere yaşattığı olumsuz etkileri tanımlamayı isteyen çalışmacılar “yük” kavramını ortaya atmış ve alanyazında “yük” kavramı bakım veren kişinin üstlendiği bakım halinden kaynaklı ortaya çıkan ruhsal sıkıntı, fiziksel sağlık problemleri, maddi problemler, sosyal çevreyle sıkıntılar, ailedeki ilişkilerde sorunlar yaşanması ve kontrolün elinde olmayışı duygusuyla karşı karşıya kalma gibi olumsuz sonuçlar şeklinde tanımlamaktadır (Yıldız, Dedeli, & Pakyüz, 2016). Zarit ve arkadaşlarına göre (1980) bakım verenin yükü, bakım verenin bakım sunumunun algılanan duygusal, sosyal ve mali sonuçlarını ifade eder.

Genel olarak bakıldığında bakım veren yükü, bakım verenlerin fiziksel, emosyonel, sosyal, finansal ve günlük yaşam alanlarını etkileyen, hastalara bakım sağlamada ıstırap düzeyini ifade etmektedir. Bakım yükü; bakım veren kişi için motivasyon kaynağı olabilecek olumlu yanlardan ziyade bakım verme sürecinin olumsuz yanların ön planda olduğu bir kavramdır (Higginson & Gao, 2008). Bu açıdan iyimserlik, bakım verenler için özellikle değerli bir başa çıkma biçimi olabilmektedir. Çünkü iyimser kalan bakım verenler kanser deneyimini daha az olumsuz yorumlayabilmekte ve böylece stres etkenlerini yönetilebilir sınırlar içinde tutabilmektedirler (Kurtz, Kurtz, Given, & Given, 1995).

Bakım yükünü etkileyen birçok unsur vardır ve bu unsurlar kişilerde farklılık gösterebilmektedir. Bu unsurlara bağlı olarak bakım yükü bedensel, ruhsal, sosyal ve maddi açıdan çeşitli problemlere sebep olmaktadır (Aşiret & Kapıcı, 2012).

2.5.3 Bakım Vermenin Psikolojik Etkileri

Bilindiği gibi hayatını riske sokan bir hastalığa yakalanmış olmak kişilerin uyum sürecini negatif yönde etkileyen bir unsur olarak psikolojik zorlanmaya sebep olmaktadır (Bahar, 2007). Kanser bu hastalıklardan biridir ve hasta kadar hastaya bakım veren için de iyilik halini etkileyebilecek potansiyele sahiptir. Kanser hastalığının teşhisiyle hem hasta için hem bakım veren için birçok sorun ortaya çıkmaktadır. Bu sorunlar sonucunda bakım verenlerde kaygı, depresyon, kişilerarası ilişkilerde sorunlar, fiziksel sağlık problemleri ortaya çıkabilmektedir. Aile bakım sağlayıcıları arasında, her iki cinsiyette de yüksek düzeyde kaygı vardır, ancak kadınlarda yaşam kalitelerini de etkileyen belirgin şekilde aşırı düzeyde depresyon vardır (Hussain, Ahmed, Ali, & Raza, 2021).

2.6 Sosyal Destek

Kanser kişiyi ve ailesini fiziksel, emosyonel, ruhsal, zihinsel, sosyal ve maddi açıdan etkilemekte ve bu kişilerin yaşam biçimini, hayattan beklentilerini ve yaşam değerlerini çeşitli oranlarda değiştirmektedir (Reis, Coşkun, & Beji, 2006). Hastalık sürecinde hasta ve bakım vereni açısından içinde bulundukları sosyal çevre ve bu çevreden görülen destek oldukça önemlidir. Bu durum sosyal destek olarak tanımlanmakta ve kişinin algılayışına göre anlam kazanmaktadır. Sosyal destek kişinin hayatında önemli bulunduğu, gerektiğinde emosyonel, ekonomik ya da bilişsel açıdan destek

aldığı bütün kişilerarası ilişkilerini ve sağlığını korumaya yaramaktadır (Çalışkan, Duran, Karadaş, Ergün, & Tekir, 2015). Sosyal destek duygusu, cinsiyet, yaş, eğitim, maddi durum, ikamet yeri gibi ara değişkenlerin yanı sıra kanser tedavisinin türü ve süresine de bağlıdır (Pasek, Suchocka, & Gasior, 2021).

2.6.1 Algılanan Sosyal Destek

Beklenmedik sorunlar görüldüğünde ve duygusal gerilim hallerinde kişiler, doğal yardımcı olarak algılanan aile üyelerinden, sosyal çevrelerinden destek alma ihtiyacı duyarlar (Yılmaz, Yılmaz, & Karaca, 2008). Bir kanser teşhisi sıklıkla aile üyesi etkileşiminin artmasına, aile rollerinde değişikliklere ve hasta ile aile bakıcısı arasında birbirine bağımlı bir ilişkiye yol açar. Bu sebeple tüm insanlar için gerekli olan sosyal destek onkoloji hastalarının ve onlara bakım verenlerin süreç boyunca yaşanan bedensel, ruhsal, sosyal ve maddi sorunların azaltılmasında ciddi paya sahiptir. Sosyal destek, kişinin emosyonel problemleriyle başa çıkabilmesi için psikolojik dinamiklerini sağlamlaştıran, kişiye duygusal, ekonomik ve zihinsel açıdan yardım eden aile üyeleri, komşular ve kurumlardan aldığı destek olarak tanımlanmakla birlikte sosyal desteğin, bedensel ve psikolojik birçok hastalığın öğrenilmesi, ilerleyişi ve hastalık süreci üzerinde ciddi etkileri vardır (Ülger, ve diğerleri, 2014). Algılanan sosyal destek ise bireyin bilgi edinme gibi sosyal destek açısından gereksinimlerin hangi ölçüde karşılandığına dair inancını ifade etmektedir (Procidano & Heller, 1983) . Yani bireyin etkileşim halinde olduğu sosyal ilişkilerden aldığı desteği ne boyutta algıladığıdır (Türkseven, Öner, Çetin, & Şimşek, 2020).

2.6.2 Bakım Verenlerin Algıladıkları Sosyal Destek

Kanser teşhisten son evreye dek, hasta, hastanın ailesi ve tedaviyi sürdüren ekibe dahil kişiler için de önemli boyutta strese sebep olan, kişinin bütün dengelerini, uyumunu zorlayan bir hastalık grubudur (Yıldız, Dedeli, & Pakyüz, 2016). Bakım veren için bu süreçte sosyal destek önemli bir unsurdur. Bununla birlikte kanser hastasına bakım verenlerin büyük çoğunluğu ailenin geri kalanından veya sosyal çevresinden çeşitli sebeplerle destek isteyememektedir (Yıldız, Dedeli, & Pakyüz, 2016). Fakat çevresi tarafından sosyal destek gördüğünü hissetmesi bakım verenin iyilik hali için önemli bir unsurdur. Sosyal çevresi tarafından sevildiğini, saygı gördüğünü, ihtiyaç duyduğu anlardan yardım alabileceğini düşünen ve çevresiyle olan ilişkilerinden doyum alan kişilerin algıladığı sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir

(Türkseven, Öner, Çetin, & Şimşek, 2020). Buna bağlı olarak yalnız olmadığını hissedene bakım verenin karşılaştığı sorunlarla daha kolay başa çıkabilmesi beklenen bir durumdur.

3 YÖNTEM

Tez çalışmasının bu kısmında araştırmanın örnekleme, verilerin toplanması ve araştırmada sırasında kullanılan veri toplama araçları hakkında bilgilendirmeler yer almaktadır.

3.1 Örneklem Seçimi

Çalışmanın örnekleme İstanbul ili genelinde 2021- 2022 yılı içerisinde onkoloji hastasına bakım veren 18- 65 yaş aralığındaki bireylerden oluşmaktadır. Anket ve ölçekler çevrimiçi uygulanmıştır.

3.2 Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmada verilerin elde edilmesi amacıyla Sosyodemografik Bilgi Formu, Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete Ölçeği, Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu kullanılmıştır.

3.2.1 Sosyodemografik Bilgi Formu

Sosyodemografik Bilgi Formu, katılımcıların sosyodemografik bilgilerini ve bakım verme durumları hakkında bilgiler içeren 22 sorudan oluşmaktadır. Form yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence varlığı, gelir düzeyi, bakım verdiği hastaya yakınlık derecesi, bakım süresi, hastalığın evresi ile ilgili sorular içermektedir.

3.2.2 Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği, Beck ve arkadaşları tarafından (1988) kişinin anksiyete şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiş 21 maddelik bir ölçektir. Likert tipi olan ölçeğin

Türkçe' ye uyarlanması Ulusoy ve arkadaşları tarafından (1998) gerçekleştirilmiştir.

Ölçekte 21 madde bulunmaktadır ve her madde 0-3 puan aralığında değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 63'tür.

Ölçekte alınan puan yüksek olması kişinin anksiyete şiddetinin yüksek olduğuna işaret etmektedir.

3.2.3 Beck Depresyon Envanteri

Beck Depresyon Envanteri 1961 yılında Beck ve arkadaşlarının geliştirdiği emosyonel, zihinsel, motivasyonel ve bedensel bileşenlerden yola çıkarak adolesan ya da yetişkin bireylerde depresyon bulgularını belirlemek için hazırlanan ölçektir. Türkçe geçerliği ve güvenirliği Hisli (1989) tarafından yapılmış; geçerliliği .80, güvenirliği .74, ölçek kesme puanı ise 17 olarak belirlenmiştir. Beck Depresyon Envanteri 21 maddeden oluşan bir öz değerlendirme ölçeğidir. Her maddede 4 seçenek vardır ve bu seçenekler katılımcıların verdiği cevaplara göre 0-3 aralığında değerlendirilmektedir. Envanterden alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 63'tür. Envanterden alınan puan arttıkça kişinin depresif eğiliminin arttığına işaret etmektedir.

3.2.4 Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı

Bakıma ihtiyaç duyan kişilere bakım verenlerin yükünü ölçmek için Zarit ve arkadaşları (1980) tarafından geliştirilmiştir. İnci ve arkadaşları tarafından (2008) Türkçe' ye uyarlanmasının güvenirliği. 95 geçerliliği ise. 90 olarak saptanmıştır. Bakım veren kişinin yaşadığı stresi ve yükü ölçmeye yönelik geliştirilen ölçek 22 ifadeden oluşmaktadır. 5'li likert tipi olan ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 en yüksek puan ise 88'dir. Ölçek sonucuna göre elde edilen puanın yüksek olması bakım verenin hissettiği yükün fazla olduğunu göstermektedir.

3.2.5 Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeğı Kısa Formu (WHOQOLBref):

Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen WHOQOL-Bref ölçeğı kişinin iyilik halini ve yaşam kalitesini 4 boyutta incelemektedir. Bu boyutlar fiziksel iyilik, ruhsal iyilik, sosyal ilişkiler ve çevreden oluşmaktadır. 5'li derecelendirmeye sahip ölçekte toplam puan yoktur. Alan puanları 4-20 veya 0-100 olarak hesaplanabilmektedir. Türkçe'ye uyarlanması amacıyla geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını Eser ve arkadaşları (1999) yapmıştır.

3.2.6 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Zimet ve arkadaşları tarafından (1988) geliştirilmiştir. Eker ve Arkar (1995) tarafından Türkçe'ye uyarlanması geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek aile, arkadaş ve özel bir insan olmak üzere üç boyutta kişinin algıladığı sosyal desteği belirlemeye yönelik 12 maddeden oluşmaktadır. Likert tipi olan ölçekte her madde 0-7 puan aralığında değerlendirilmektedir. Her alt ölçekteki puanlar hesaplanabilmekte, tüm alt ölçeklerin puan toplamıyla ise ölçeğin tamamından elde edilen puan ortaya çıkmaktadır. Ölçekten elde edilen puanın yüksek olması kişinin algıladığı sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir.

3.3 Verilerin Analizi

Araştırmaya katılan kişilere uygulanan Beck Depresyon Envanteri, Beck Depresyon Ölçeği, Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nden elde edilen veriler bilgisayara işlenmiş ve verilerin analizi yapılırken SPSS 22.0 paket programı kullanılmıştır. Örneklemi oluşturan katılımcıların sosyodemografik bilgileriyle ilgili bulguları elde etmek amacıyla frekans analizi uygulanmıştır. Bu analizden elde edilen bulgular yüzde (%) ve frekans (f) olarak tablo halinde verilmiştir. Elde edilen bulguların normallik değerleri incelenirken çarpıklık ve basıklık katsayılarının +1 -1 aralığı içinde olması; çarpıklık ve basıklık değerlerinin kendi standart hatalarına bölünmesiyle hesaplanan çarpıklık basıklık değerlerinin +2 -2 sınırları içinde 0'a yakın olması normal dağılımın varlığına kanıt olarak kabul edilmiştir (Demir, Saatçioğlu, & İmrol, 2016). Normal dağılım gösteren verilerde T Testi, Tek Faktörlü Varyans Analizi (ANOVA), ve Pearson Korelasyon Katsayısı ile analiz yapılmıştır. Normal dağılım göstermeyen verilerde ise Mann Whitney U- Testi, Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi, Kruskal Wallis H- Testi ve Spearman Sıralama Korelasyon Katsayısı ile analiz yapılmıştır.

4 BULGULAR

Bu bölümde araştırmadan elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirmesinden elde edilen sonuçlar yer almaktadır. Bulgular, katılımcıların yanıtladığı sosyodemografik bilgi formu, depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve algılanan sosyal destek ölçeklerinden elde edilen verilerin SPSS 22.0 programı kullanılarak elde edilmiştir.

Demografik Bilgilere Ait Bulgular

Örnekleme 18-65 yaş arası 100 katılımcıdan oluşmaktadır. Katılımcılardan 50 kişi bakım veren grubunda 50 kişi ise kontrol grubundadır.

Tablo 1: Bakım Veren Grubu Tanıtıcı Özellikler Frekans Dağılımı Tanıtıcı Özellikler Frekans Dağılımı

Bakım Verene Ait Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	38	76
	Erkek	12	24
Medeni Durum	Bekar	20	40
	Evli	30	60
Eğitim Durumu	İlköğretim-Ortaöğretim	19	38
	Lisans ve üstü	31	62
Çalışma Durumu	Çalışıyor	27	54
	Çalışmıyor	23	46
Sosyal Güvence	Var	43	86
	Yok	7	14
Gelir Durumu	Asgari Ücret Altı	25	50
	Asgari Ücret veya Üstü	25	50
Bakım Verilen Kişiye Yakınlık	Anne/Baba	31	62
	Çocuk	7	14
	Eş	5	10
	Akraba	7	14
Bakım Verme Süresi	0-1 Yıl	17	34
	1-3 Yıl	13	26
	3-5 Yıl	8	16
	5 Yıl Ve Üstü	12	24

Destek Veren Birinin Varlığı	Var	36	72
	Yok	14	28
Hastalık Evresi	T	13	26
	N	16	32
	M	21	42

Tablo 1’ de bakım veren grubuna ait sosyodemografik değişkenlerin dağılımı bulunmaktadır. 50 katılımcıdan oluşan bakım veren grubunun % 76’sı (N= 38) kadın, %24’ü (N=12) erkektir. Katılımcıların % 40’ının (N= 20) bekar, % 60’ının (N= 30) ise evli olduğu belirlenmiştir. Katılımcılar eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde %38’inin (N= 19) ilköğretim ve ortaöğretim, %62’sinin (N= 31) lisans ve üstü olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların % 54’ü (N= 27) çalışmakta, % 46’sı (N= 23) ise çalışmamaktadır. Sosyal güvencenin varlığı açısından incelendiğinde katılımcıların %86’sının (N= 43) sosyal güvencesinin olduğu, % 14’ünün (N= 7) sosyal güvenceye sahip olmadığı ortaya çıkmaktadır. Katılımcıların gelir durumuna göre incelendiğinde % 50’si (N= 25) asgari ücret altında, % 50’si (N= 25) ise asgari ücret veya üstü aldığı belirlenmiştir. Bakım verdikleri kişiye yakınlıklarına göre katılımcıların, % 62’si (N= 31) anne veya babasına, % 14’ü (N= 7) çocuğuna, %10’u (N= 5) eşine, %14’ü (N= 7) ise akraba olarak tanımladıkları kişiye bakım vermektedir. Katılımcıların % 34’ünün (N= 17) 0-1 yıl, % 26’sı (N= 13) 1-3 yıl, % 16’sı (N= 8) ise 3-5 yıl bakım verdiği belirlenmiştir. Bulgulara göre bakım veren katılımcıların % 72’ si (N= 36) destek veren varlığına sahiptir, %28’inin (N= 14) ise destek veren birinin varlığına sahip olmadığı görülmektedir. Katılımcıların bakım verdikleri onkoloji hastalarının % 26’sının (N= 13) T (tümör) evresinde, % 32’sinin (N= 16) N (lenf nodu), %32’sinin (N=16) M (metastaz) evresinde olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2: Kontrol Grubu Tanıtıcı Özellikleri Frekans Dağılımı

Kontrol Grubuna Ait Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	38	76
	Erkek	12	24
Medeni Durum	Bekar	37	74
	Evli	13	26
Eğitim Durumu	İlköğretim- Ortaöğretim	11	22
	Lisans ve Üstü	39	78
Çalışma Durumu	Çalışıyor	27	54
	Çalışmıyor	23	46

Sosyal Güvence	Var	33	66
	Yok	17	34
Gelir Durumu	Asgari Ücret Altı	24	48
	Asgari Ücret veya Üstü	26	52

Tablo 2’de kontrol grubu katılımcılarına ait sosyodemografik değişkenlerin dağılımı bulunmaktadır. Katılımcıların % 76’sı (N= 38) kadın, % 24’ü (N= 12) erkektir. Medeni duruma göre katılımcıların % 74’ü (N= 37) bekar, % 26’sı (N= 13) evlidir. Katılımcıların eğitim durumu verilerine göre % 22’sinin (N= 11) ilköğretim veya ortaöğretim, % 78’inin (N= 39) lisans ve üstü seviyede olduğu belirlenmiştir. Sosyal güvencenin varlığına göre incelendiğinde katılımcıların % 66’sının (N= 33) sosyal güvenceye sahip olduğu, %34’ünün (N= 17) sosyal güvencesinin olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların gelir durumuna göre % 48’inin (N= 24) asgari ücret altında gelire sahip olduğu, % 52’sinin (n= 26) asgari ücret veya üstünde gelire sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3: Deney Grubu Depresyon Puanlarının Cinsiyet Açısından Mann Whitney U Analizi ile İncelenmesi

Cinsiyet	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Kadın	38	25,18	957,00	216,00	.785
Erkek	12	26.50	318,00		

Tablo 3 bulgularına göre deney grubu depresyon puanlarının cinsiyete göre farklılaşmadığı bulunmuştur. Kadın ve erkek bakım verenlerin depresyon puanları arasında farklılık görülmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 4: Deney Grubu Depresyon Düzeylerinin Medeni Durum Açısından İncelenmesi- Mann Whitney U

Medeni Durum	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Bekar	20	26,93	538,50	271,50	.572
Evli	30	24,55	736,50		

Deney grubu depresyon puanları ile medeni durum değişkeni arasında anlamlı bir fark görülmemektedir. Katılımcıların depresyon puanlarının medeni duruma göre farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$).



5: Deney Grubu Depresyon Puanlarının Eğitim Düzeyi Açısından İncelenmesi- Mann Whitney U Testi

Eğitim Durumu	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
İlköğretim- Ortaöğretim	13	20,58	617,50	152,50	.260
Lisans ve Üstü	30	25,27	328,50		

Deney grubu depresyon puanları ile katılımcıların eğitim durumu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Bakım verenlerin depresyon puanlarının eğitim düzeyine göre farklılaşmadığı Tablo 5'te görülmektedir.

Tablo 6: Deney Grubu Depresyon Puanlarının Çalışma Durumu Açısından İncelenmesi- Mann Whitney U Testi

Çalışma Durumu	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Çalışıyor	27	22,96	620,00	242,00	.181
Çalışmıyor	23	28,48	655,50		

Deney grubu depresyon puanları ile katılımcıların çalışma durumları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Elde edilen bulguya göre bakım verenlerin çalışıyor ya da çalışmıyor olması halinde depresyon puanında bir farklılık görülmemektedir.

Tablo 7: Deney Grubu Depresyon Puanlarının Sosyal Güvence Varlığına Göre İncelenmesi- Mann Whitney U Testi

Sosyal Güvence Durumu	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Var	43	23,72	1020,00	74,00	.032
Yok	7	36,43	255,00		

Tablo

Bakım veren grubu depresyon puanları ile sosyal güvencenin varlığı durumu arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Bu bulguya göre bakım verenin sosyal güvenceye sahip olma ve olmama durumları arasında depresyon açısından farklılık görülmektedir.

Tablo 8: Deney Grubu Depresyon Puanlarının Gelir Varlığı Değişkenine Göre İncelenmesi- Mann Whitney U

Gelir Varlığı	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Var	41	25,66	1052,00	178,00	.869
Yok	9	24,78	223,00		

Deney grubu depresyonu ile katılımcıların gelir varlığı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Elde edilen sonuca göre bakım verenin gelir varlığını olması veya olmaması depresyon düzeyi üzerinde farklılığa sebep olmamaktadır.

Tablo 9: Deney Grubu Depresyon Puanlarının Gelir Durumuna Göre İncelenmesi - Mann Whitney U

Gelir Durumu	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Asgari ücret altı	25	24,18	604,50	279,500	.521
Asgari ücret ve üstü	25	26,82	670,50		

Bakım veren grubu depresyon puanları ile katılımcıların gelir durumu incelendiğinde gelir durumu açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Tablo 9'a göre bakım verenin gelir düzeyi açısından depresyon düzeyi farklılık göstermemektedir.

10: Deney Grubu Depresyon Puanlarının Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri İle İlişkisinin İncelenmesi- Spearman Sıralama Korelasyon Katsayısı

		Depresyon	Genel Sağlık	Fiziksel Sağlık	Psikolojik Sağlık	Sosyal İlişki	Çevre
Depresyon	r	-	-,322	-,555	-,563	-,609	-,179
	p değeri	-	.023	.000	.000	.000	.215
	N	-	50	50	50	50	50
Genel Sağlık	r	-	-	,407	,320	,133	,435
	p değeri	-	-	.003	.023	.357	.002
	N	-	-	50	50	50	50
Fiziksel Sağlık	r	-	-	-	,469	,526	,274
	p değeri	-	-	-	.001	.000	.054
	N	-	-	-	50	50	50
Psikolojik Sağlık	-	-	-	-	-	,422	,121
	-	-	-	-	-	.002	,404
	-	-	-	-	-	50	50
Sosyal İlişki	-	-	-	-	-	-	,444
	-	-	-	-	-	-	.001
	-	-	-	-	-	-	50
Çevre	-	-	-	-	-	-	-
	-	-	-	-	-	-	-
	-	-	-	-	-	-	-

Deney grubu depresyon puanları ile yaşam kalitesi alt ölçekleri arasındaki ilişki incelendiğinde depresyonun genel sağlık alt ölçeği ile arasında negatif yönde zayıf düzeyde ($r=-,322$; $p<0.05$), fiziksel sağlık ile negatif yönde orta düzeyde ($r=-,555$; $p<0.05$) psikolojik sağlık ile negatif yönde orta düzeyde ($r=-,563$; $p<0.05$) sosyal ilişki ile yüksek düzeyde anlamlı ilişkiye sahip olduğu görülmüştür ($r=-,609$; $p<0.05$). Elde edilen bu bulgulara göre bakım verenin depresyon düzeyi arttıkça genel sağlığı, fiziksel sağlığı, psikolojik sağlığı ve sosyal ilişkileri azalmakta; depresyon düzeyi düştükçe genel sağlığı, fiziksel sağlığı, psikolojik sağlığı ve sosyal ilişkileri artmaktadır. Deney grubu depresyon düzeyi ile çevre alt ölçeği arasında ise anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo

Genel sağlık alt ölçeğinin fiziksel sağlık alt ölçeği ile arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=,407$; $p<0.05$) psikolojik sağlık ile pozitif yönde zayıf düzeyde ($r=,320$; $p<0.05$), çevre ile pozitif yönde orta düzeyde ilişkisi olduğu bulunmuştur ($r=,435$; $p<0.05$). Elde edilen bulguya göre bakım verenin genel sağlık düzeyi arttıkça fiziksel sağlığı, psikolojik sağlığı, çevre etkileşimi artmakta; genel sağlık düzeyi düştükçe fiziksel sağlığı, psikolojik sağlığı ve çevre etkileşimi düşmektedir. Genel sağlık ile sosyal ilişki alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Fiziksel sağlık alt ölçeğinin psikolojik sağlık ($r=,469$; $p<0.05$) ve sosyal ilişki alt ölçekleriyle ($r=,526$; $p<0.05$) pozitif yönde orta düzeyde, çevre alt ölçeğiyle ise pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişkisi olduğu bulunmuştur ($r=,274$; $p<0.05$). Bu bulgulara göre bakım verenlerin fiziksel sağlığı arttıkça psikolojik sağlıkları, sosyal ilişkileri ve çevre etkileşimleri artmakta; fiziksel sağlıkları düştükçe psikolojik sağlıkları, sosyal ilişkileri ve çevre etkileşimleri azalmaktadır.

Psikolojik sağlık alt ölçeğinin sosyal ilişki ile pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur ($r=,422$; $p<0.05$). Bu bulguya göre bakım verenlerin psikolojik sağlıkları arttıkça sosyal ilişkileri artmakta; psikolojik sağlıkları azaldıkça sosyal ilişkileri azalmaktadır. Çevre alt ölçeğiyle ise $p>0.05$ olduğu için anlamlı ilişki görülmemektedir.

Tablo 11: Deney Grubu Depresyonu ile Bakım Verilen Kişiye Yakınlık- Kruskal Wallis

Yakınlık	N	Sıra Ortalaması	sd	χ^2	p
Anne/ Baba	31	25,45	3	1,057	.787
Çocuk	7	30,00			
Eş	5	22,10			
Akraba	7	23,64			

Deney grubu depresyonu ile bakım verilen kişiye yakınlık durumu arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0.05$). Elde edilen bulguya göre bakım verenlerin hastayla olan yakınlığı açısından depresyon düzeyleri farklılaşmamaktadır.

12: Deney Grubu Depresyonu Puanlarının Bakım Verilen Süre Açısından Kruskal Wallis Analizi ile İncelenmesi

Bakım Süresi	N	Sıra Ortalaması	sd	χ^2	p
0-1 Yıl	17	26,24	3	2,65	.447
1-3 Yıl	13	23,65			
3-5 Yıl	8	19,94			
5 Yıl ve Üzeri	12	30,17			

Deney grubu depresyon puanları ile onkoloji hastasına bakım verilen süre açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu bulguya göre bakım verenin bakım verdiği süreye göre depresyon düzeyi farklılaşmamaktadır.

Tablo 13: Deney Grubu Depresyon Puanlarının Bakım Verilen Hastanın Hastalık Evresine Göre İncelenmesi- Kruskal Wallis

Hastalık Evresi	N	Sıra Ortalaması	sd	χ^2	p
T	13	24,96	2	3,39	.183
N	16	20,66			
M	21	29,52			

Deney grubu depresyonu puanlarının bakım verilen onkoloji hastasının bulunduğu hastalık evresine göre anlamlı farklılığa sahip olmadığı bulunmuştur ($p<0.05$). Bu bulguya göre bakım verilen hastanın bulunduğu evreye göre depresyon puanı farklılaşmamaktadır.

Tablo 14: Deney Grubu Depresyon Puanlarının Bakıma Destek Veren Birinin Varlığına Göre İncelenmesi- Mann Whitney U

Tablo

Bakıma Destek Veren Durumu	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Var	36	22,94	826,00	160,00	.046
Yok	14	32,07	449,00		

Deney grubu depresyon puanları, bakıma destek veren birine sahip olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Bu bulguya göre katılımcıların bakım sürecinde çevresinden bakım konusunda aldığı desteğe göre depresyon düzeyi farklılaşmaktadır.

Tablo 15: Deney Grubu Depresyonu ile Bakım Yükü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi- Pearson Korelasyon Katsayısı

		Bakım Yükü
Depresyon	r	,509
	P değeri	.000
	N	50

Deney grubu depresyon puanları ile bakım yükü arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($r=.509$; $p<0.05$). Bu bulguya göre bakım verenlerin bakım yükü arttıkça depresyon düzeyleri artmakta; bakım yükleri azaldıkça depresyon düzeyleri azalmaktadır.

Tablo 16: Deney Grubu Depresyonu ile Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin Pearson Korelasyon Analizi ile İncelenmesi

		Algılanan Sosyal Destek
Depresyon	r	-,258
	P değeri	.070
	N	50

Bakım veren grubu depresyon puanları ile algılanan sosyal destek puanları arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir ($p>0.05$). Bu bulguya göre bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek düzeyi depresyon düzeylerini farklılaştırmamaktadır.

Tablo 17: Deney Grubu Anksiyete Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre İncelenmesi – T Testi

Cinsiyet	N	<u>X</u>	S	Sd	T	P
Kadın	38	18,63	11,69	48	-1,178	,245
Erkek	12	14,16	10,56			

Deney grubu anksiyete puanları cinsiyet değişkeni açısından incelendiğinde kadınlar ve erkekler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Elde edilen bulguya göre katılımcıların cinsiyetleri anksiyete düzeyini farklılaştırmamaktadır.

Tablo 18: Deney Grubu Anksiyete Puanlarının Medeni Açısından İncelenmesi- Mann Whitney U

Medeni Durum	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Bekar	20	22,50	450,00	240,0	.234
Evli	30	27,50	825,00		

Deney grubu anksiyete puanları medeni durum açısından incelendiğinde bekar veya evli olma durumu arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu bulguya göre bakım verenlerin medeni durumu anksiyete düzeyini farklılaştırmamaktadır.

Tablo 19: Deney Grubu Anksiyete Puanlarının Eğitim Düzeyi Açısından İncelenmesi- Mann Whitney U

Eğitim Durumu	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
İlköğretim- Ortaöğretim	13	28,42	369,50	111.50	.027
Lisans ve Üstü	30	19,22	576,50		

Deney grubu anksiyete puanları ile katılımcıların eğitim durumları arasında anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Elde edilen bulguya göre katılımcıların eğitim düzeyine bağlı olarak anksiyete düzeyleri farklılaşmaktadır.

Tablo 20: Deney Grubu Anksiyetesi Puanlarının Çalışma Durumuna Göre İncelenmesi- T Testi

Çalışma Durumu	N	$\bar{X}$	S	Sd	T	P
Çalışıyor	27	16,33	11,04	48	,815	.419
Çalışmıyor	23	19,00	12,08			

Deney grubunun anksiyete puanları ile katılımcıların çalışma durumları arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0.05$). Bu bulguya göre bakım verenlerin çalışma durumuna göre anksiyete düzeyleri farklılaşmamaktadır.

Tablo 21: Deney Grubu Anksiyete Puanlarının Gelir Varlığı Değişkeni Açısından İncelenmesi- Mann Whitney U

Gelir Varlığı	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Var	41	27,61	1132,00	98,00	.029
Yok	9	15,89	143,00		

Deney grubu anksiyete puanlarının bakım verenin gelir varlığının olup olmaması durumu açısından anlamlı farklılığa sahip olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Elde edilen bulguya göre katılımcıların gelir varlığı açısından anksiyete düzeyleri farklılaşmaktadır.

Tablo 22: Deney Grubu Anksiyetesi ile Genel Sağlık Alt Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi- Pearson Korelasyon Katsayısı

		Genel Sağlık
Depresyon	r	-,228
	P değeri	.111
	N	50

Deney grubu anksiyete puanları ile yaşam kalitesi alt ölçeği genel sağlık arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo

23: Deney Grubu Anksiyetesi ile Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi- Pearson Korelasyon Katsayısı

		Anksiyete	Psikolojik Sağlık	Sosyal İlişki
Anksiyete	Pearson's r	-	-	-
	p değeri	-	-	-
	N	-	-	-
Psikolojik Sağlık	Pearson's r	-,466	-	-
	p değeri	.001	-	-
	N	50	-	-
Sosyal İlişki	Pearson's r	-,330	,453	-
	p değeri	.019	.001	-
	N	50	50	-

Deney grubu anksiyete puanları ile yaşam kalitesi alt ölçeği olan psikolojik sağlık arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($r=-,466$, $p<0.05$). Bu bulguya göre bakım verenlerin anksiyetesi arttıkça psikolojik sağlıkları azalmakta; anksiyete düzeyleri azaldıkça psikolojik sağlıkları artmaktadır. Yine deney grubu anksiyete puanları ile yaşam kalitesi alt ölçeği sosyal ilişki arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-,330$; $p<0.05$). Elde edilen sonuca göre bakım verenlerin anksiyete düzeyleri arttıkça sosyal ilişkileri azalmakta; anksiyete düzeyleri azaldıkça sosyal ilişkileri artmaktadır. Psikolojik sağlık ile sosyal ilişki alt ölçekleri arasında ise pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=,453$; $p<0.05$). Bu bulguya göre bakım verenlerin psikolojik sağlıkları arttıkça sosyal ilişkileri artmakta; psikolojik sağlıkları düştükçe sosyal ilişkileri de azalmaktadır.

Tablo 24: Deney Grubu Anksiyete Puanları ile Yaşam Kalitesi Alt Ölçeği Çevre Arasındaki İlişkinin İncelenmesi- Spearman Sıralama Korelasyon Katsayısı

		Çevre
Anksiyete	r	-,041
	p değeri	.776
	N	50

Deney grubu anksiyete puanları ile yaşam kalitesi alt ölçeği çevre arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).



Tablo

25: Deney Grubu Anksiyetesi ile Yaşam Kalitesi Alt Ölçeği Fiziksel Sağlık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi- Pearson Korelasyon Katsayısı

		Fiziksel Sağlık
Anksiyete	Pearson's r	-,440
	p değeri	.001
	N	50

Deney grubu anksiyete puanları ile yaşam kalitesi alt ölçeği fiziksel sağlık arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-,440$; $p<0.05$). Elde edilen bulguya göre bakım verenlerin anksiyete düzeyi arttıkça fiziksel sağlıkları azalmakta; anksiyete düzeyleri azaldıkça fiziksel sağlıkları artmaktadır.

Tablo 26: Deney Grubu Anksiyete Puanlarının Bakım Verilen Hastaya Yakınlık Derecesi Açısından İncelenmesi- ANOVA

	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	f	p
Gruplar arası	374,670	3	124,890	,942	.428
Gruplar içi	6097,650	46	132,558		
Toplam	6472,320	49			

Bakım verilen kişi yakınlığına göre anksiyete puanları anlamlı farklılaşmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 27: Deney Grubu Anksiyete Puanlarının Bakım Verilen Süre Açısından İncelenmesi- ANOVA

	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	f	p
Gruplar arası	516,164	3	172,055	1,329	.277
Gruplar içi	5956,156	46	129,482		
Toplam	6472,320	49			

Tablo

Bakım verme yılına göre anksiyete puanları anlamlı farklılaşmamaktadır ($p>0.05$).

28: Deney Grubu Anksiyete Puanlarının Hastalık Evresine Göre İncelenmesi - ANOVA

	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	f	p
Gruplar arası	160,804	2	80,402	,599	.554
Gruplar içi	6311,516	47	134,288		
Toplam	6472,320	49			

Anksiyete düzeyinde hastalık evrelerine göre anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 29: Deney Grubu Anksiyete Puanlarının Bakıma Destek Veren Birinin Varlığı Açısından İncelenmesi- T Testi

Destek Veren Birinin Varlığı	N	$\bar{X}$	S	Sd	T	P
Var	36	23,14	13,95	48	2,22	.031
Yok	14	15,38	9,76			

Deney grubu anksiyetesi ile bakıma destek veren birine sahip olma durumu arasında anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Elde edilen bulguya göre bakım verenlerin anksiyete düzeyi bakıma destek veren birinin varlığına göre farklılaşmaktadır.

Tablo 30: Deney Grubu Anksiyete Puanları ile Bakım Yükü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi- Spearman Sıralama Korelasyon Katsayısı

		Bakım Yükü
Anksiyete	r	,448
	p değeri	.001
	N	50

Deney grubu anksiyete puanı ile bakım yükü arasında Spearman Sıralama Korelasyon Katsayısı' na göre pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.448$;

Tablo

$p < 0.05$). Bu bulguya göre deney grubunun bakım yükü arttıkça anksiyete düzeyi artmakta; bakım yükü azaldıkça anksiyete düzeyi azalmaktadır.

31: Deney Grubu Anksiyete Puanları ile Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin İncelenmesi- Pearson Korelasyon Katsayısı

		Algılanan Sosyal Destek
Anksiyete	Pearson's r	-,010
	p değeri	.943
	N	50

Deney grubu anksiyete puanları ile algılanan sosyal destek puanları arasında ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 32: Deney Grubu Bakım Yükünün Bakıma Destek Veren Birinin Varlığı Açısından İncelenmesi- Mann Whitney U

Bakıma Destek Veren Durumu	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Var	36	22,88	823,50	157,50	.041
Yok	14	32,25	451,50		

Bakıma destek veren birine sahip olma durumuna göre deney grubunun hissettiği bakım yükü anlamlı farklılık göstermektedir ($p < 0.05$). Bu bulguya göre deney grubunun bakım yükü bakıma destek veren birinin varlığına göre farklılaşmaktadır.

Tablo 33: Deney Grubu Bakım Yükü ile Algılanan Sosyal Destek Puanları Arasındaki İlişkinin Spearman Sıralama Korelasyon Katsayısı Analizi ile İncelenmesi

		Algılanan Sosyal Destek
Bakım Yükü	r	-,151
	P değeri	.294
	N	50

Deney grubunun bakım yükü puanları ile algılanan destek puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo

34: Kontrol Grubu Depresyon Puanlarının Cinsiyet Değişkeni Açısından İncelenmesi – T Testi

Cinsiyet	N	<u>X</u>	S	Sd	T	P
Kadın	38	16,28	7,52	48	.523	.603
Erkek	12	17,66	9,23			

Kontrol grubu depresyon puanlarının cinsiyete göre farklılaşmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Elde edilen bulguya göre katılımcıların kadın veya erkek olması depresyon düzeyini farklılaştırmamaktadır.

Tablo 35: Kontrol Grubu Depresyon Puanlarının Medeni Durum Değişkeni Açısından İncelenmesi- T Testi

Medeni Durum	N	<u>X</u>	S	Sd	T	P
Bekar	37	16,54	8,02	48	-,119	.906
Evli	13	16,84	7,79			

Medeni durum değişkenine göre depresyon puanlarına bakıldığında anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0.05$). Elde edilen bulguya göre kontrol grubu depresyon puanları katılımcıların medeni durumuna göre farklılaşmamaktadır.

Tablo 36: Kontrol Grubu Depresyon Puanlarının Eğitim Durumu Değişkenine Göre İncelenmesi- Mann Whitney U Testi

Eğitim Durumu	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
İlköğretim- Ortaöğretim	10	28,40	284,00	.000	.25
Lisans ve Üstü	37	22,81	844,00		

Tablo

Mann Whitney U testine göre kontrol grubu depresyon puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Bu bulguya göre kontrol grubunun depresyon düzeyi eğitim durumuna göre farklılaşmamaktadır.

37: Kontrol Grubu Depresyon Puanlarının Çalışma Durumu Değişkenine Göre İncelenmesi- Mann Whitney U Testi

Çalışma Durumu	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Çalışıyor	27	28,98	666,50	.000	.11
Çalışmıyor	23	22,54	608,50		

Çalışma durumu değişkenine göre kontrol grubu depresyon puanları anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Elde edilen bulguya göre kontrol grubunun çalışma durumuna göre katılımcıların depresyon puanları farklılaşmamaktadır.

Tablo 38: Kontrol Grubu Depresyon Puanlarının Sosyal Güvence Varlığına Göre İncelenmesi- Mann Whitney U Testi

Sosyal Güvence Durumu	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Var	33	29,88	508,00	.000	.12
Yok	17	23,24	767,00		

Sosyal güvence varlığının olması değişkenine göre depresyon puanlarına bakıldığında Mann Whitney U testine göre anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$). Elde edilen bulguya göre kontrol grubu depresyon puanları katılımcıların sosyal güvenlik varlığına göre farklılaşmamaktadır.

Tablo 39: Kontrol Grubu Depresyon Puanlarının Gelir Varlığı Açısından İncelenmesi- T Testi

Gelir Varlığı	N	$\bar{X}$	S	Sd	T	P
Var	33	15,54	7,68	48	1,35	,182

Tablo

Yok	17	18,70	8,09			
------------	----	-------	------	--	--	--

Gelir varlığı değişkenine göre depresyon puanlarına bakıldığında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu bulguya göre kontrol grubu katılımcılarının gelir varlığının olması ya da olmaması durumu depresyon düzeyini farklılaştırmamaktadır.

40: Kontrol Grubu Depresyon Puanlarının Gelir Durumu Değişkeni Açısından İncelenmesi- T Testi

Gelir Durumu	N	<u>X</u>	S	Sd	T	P
Asgari Ücret	24	16,33	8,92	48	-,244	.808
Asgari Ücret ve Üstü	26	16,88	6,97			

Gelir durumu değişkenine göre depresyon puanlarına bakıldığında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Bu bulguya göre kontrol grubunun gelir düzeylerine göre depresyon puanları farklılaşmamaktadır.

Tablo 41: Kontrol Grubu Depresyon Puanları ile Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi- Pearson Korelasyon Katsayısı

		Depresyon	Genel Sağlık	Fiziksel Sağlık	Psikolojik Sağlık	Sosyal İlişki	Çevre
Depresyon	r	-	-,536	-,499	-,522	-,340	-,418
	p değeri	-	.000	.000	.000	.016	.003
	N	-	50	50	50	50	50
Genel Sağlık	r	-	-	,646	,671	,501	,695
	p değeri	-	-	.000	.000	.000	.000
	N	-	-	50	50	50	50
Fiziksel Sağlık	r	-	-	-	,697	,372	,604
	p değeri	-	-	-	.000	.008	.000
	N	-	-	-	50	50	50
Psikolojik Sağlık	-	-	-	-	-	,425	,572
	-	-	-	-	-	.002	.000
	-	-	-	-	-	50	50
	-	-	-	-	-	-	,510

Tablo

Sosyal İlişki	-	-	-	-	-	-	.000
	-	-	-	-	-	-	50
Çevre	-	-	-	-	-	-	-
	-	-	-	-	-	-	-
	-	-	-	-	-	-	-

Kontrol grubu depresyon puanları ile yaşam kalitesi alt ölçeklerine bakıldığında depresyon ile genel sağlık ($r=-,536$; $p<0.05$), fiziksel sağlık ($r=-,499$; $p<0.05$) psikolojik sağlık ($r=-,522$; $p<0.05$) ve çevre ($r=-,418$; $p<0.05$) alt ölçekleri arasında negatif yönde

orta düzeyde, sosyal ilişki ($r=-,340$; $p<0.05$) alt ölçeğiyle ise negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu görülmektedir. Elde edilen bulguya göre kontrol grubunun depresyon düzeyi arttıkça genel sağlığı, fiziksel sağlığı, psikolojik sağlığı, çevre etkileşimi ve sosyal ilişkileri azalmakta; depresyon düzeyi azaldıkça genel sağlığı, fiziksel sağlığı, psikolojik sağlığı, çevre etkileşimi ve sosyal ilişkileri artmaktadır.

Genel sağlık alt ölçeği ile fiziksel sağlık ($r=,646$; $p<0.05$) psikolojik sağlık ($r=,671$; $p<0.05$) ve çevre ($r=,695$; $p<0.05$) alt ölçekleri arasında pozitif yönde güçlü düzeyde, sosyal ilişki ($r=,501$; $p<0.05$) alt ölçeğiyle ise pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu görülmektedir. Bu bulgulara göre kontrol grubu katılımcılarının genel sağlığı arttıkça fiziksel sağlıkları, psikolojik sağlıkları, çevre etkileşimleri ve sosyal ilişkileri artmakta; genel sağlık düzeyleri azaldıkça fiziksel sağlıkları, psikolojik sağlıkları, çevre etkileşimleri ve sosyal ilişkileri azalmaktadır.

Fiziksel sağlık alt ölçeği ile psikolojik sağlık ($r=,697$; $p<0.05$) ve çevre ($r=,604$; $p<0.05$) alt ölçekleri arasında pozitif yönde güçlü düzeyde, sosyal ilişki ($r=,372$; $p<0.05$) alt ölçeğiyle arasında ise pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu görülmektedir. Bu bulguya göre kontrol grubunun fiziksel sağlığı arttıkça psikolojik sağlığı, çevre etkileşimi ve sosyal ilişkisi artmakta; fiziksel sağlık azaldıkça psikolojik sağlık, çevre etkileşimi ve sosyal ilişkileri azalmaktadır.

Psikolojik sağlık alt ölçeğinin sosyal ilişki ($r=,425$; $p<0.05$) ve çevre ($r=,572$; $p<0.05$) alt ölçekleriyle arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulguya göre kontrol grubunun psikolojik sağlığı arttıkça sosyal ilişkileri ve çevre etkileşimleri artmakta; psikolojik sağlığı azaldıkça sosyal ilişkileri ve çevre etkileşimleri de azalmaktadır. Sosyal ilişki alt ölçeğiyle çevre alt ölçeği arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Tablo 42: Kontrol Grubu Anksiyete Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre İncelenmesi- T Testi

Cinsiyet	N	$\bar{X}$	S	Sd	T	P
Kadın	38	17,68	10,22	48	-1,370	.177
Erkek	12	13,41	5,86			

Kontrol grubu anksiyete puanları ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Bu bulguya göre kontrol grubu anksiyete puanları cinsiyet değişkenine göre farklılaşmamaktadır.

Tablo 43: Kontrol Grubu Anksiyete Puanlarının Medeni Durum Değişkeni Açısından İncelenmesi- Mann Whitney U

Medeni Durum	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Bekar	37	26,23	970,50	213,50	.550
Evli	13	23,42	304,50		

Kontrol grubu anksiyete puanları ile medeni durum arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0.05$). Elde edilen bulguya göre kontrol grubu anksiyete puanları katılımcıların medeni durumuna göre farklılık göstermemektedir.

Tablo 44: Kontrol Grubu Anksiyete Puanlarının Eğitim Durumuna Göre İncelenmesi- Mann Whitney U

Eğitim Durumu	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
İlköğretim-Ortaöğretim	10	28,00	280,00	.145	.298
Lisans ve Üstü	37	22,92	848,00		

Kontrol grubu anksiyete puanları ile katılımcıların eğitim durumları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu sonuca göre katılımcıların eğitim durumu anksiyete düzeylerini farklılaştırmamaktadır.

Tablo 45: Kontrol Grubu Anksiyete Puanlarının Çalışma Durumuna Göre İncelenmesi- Mann Whitney U

Çalışma Durumu	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Çalışıyor	27	21,04	568,00	190,00	.019
Çalışmıyor	23	30,74	707,00		

Kontrol grubu anksiyete puanları ile çalışma durumu arasında anlamlı farklılık görülmektedir ($p<0.05$). Bu bulguya göre katılımcıların çalışma durumu anksiyete düzeylerini farklılaştırmaktadır.

Tablo 46: Kontrol Grubu Anksiyete Puanlarının Sosyal Güvence Varlığına Göre İncelenmesi- Mann Whitney U Testi

Sosyal Güvence Durumu	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Var	33	21,36	705,00	144,00	.005
Yok	17	33,53	570,00		

Kontrol grubu anksiyete puanları sosyal güvence varlığı durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Elde edilen sonuca göre katılımcıların sosyal güvence durumu anksiyete düzeylerini farklılaştırmaktadır.

Tablo 47: Kontrol Grubu Anksiyete Puanlarının Gelir Varlığına Göre İncelenmesi- Mann Whitney U

Gelir Varlığı	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Var	33	22,26	540,50	173,50	.028
Yok	17	31,79	734,50		

Kontrol grubu anksiyete puanları ile katılımcıların gelir varlığı arasında anlamlı farklılık

bulunmuştur ($p<0.05$). Bu bulguya göre kontrol grubunun gelir varlığı durumu anksiyete puanlarını farklılaştırmaktadır.

Tablo 48: Kontrol Grubu Anksiyete Puanlarının Gelir Düzeyine Göre İncelenmesi- Mann Whitney U

Gelir Durumu	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Asgari ücret altı	24	26,69	640,50	283,50	.579
Asgari ücret ve üstü	26	24,40	634,50		

Kontrol grubu anksiyete puanları ile gelir düzeyi arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0.05$). Elde edilen bulguya göre kontrol grubunun gelir düzeyi anksiyete düzeyini farklılaştırmamaktadır.

Tablo 49: Kontrol Grubu Anksiyete Puanlarının Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri İle İlişkinin İncelenmesi - Spearman Sıralama Korelasyon Katsayısı

		Anksiyete	Genel Sağlık	Fiziksel Sağlık	Psikolojik Sağlık	Sosyal İlişki	Çevre
Anksiyete	r	-	-,377	-,477	-,358	-,177	-,308
	p değeri	-	.007	.000	.011	.219	.030
	N	-	50	50	50	50	50
Genel Sağlık	r	-	-	,669	,617	,488	,750
	p değeri	-	-	.000	.000	.000	.000
	N	-	-	50	50	50	50
Fiziksel Sağlık	r	-	-	-	,664	,357	,612
	p değeri	-	-	-	.000	.011	.000
	N	-	-	-	50	50	50
Psikolojik Sağlık	-	-	-	-	-	,355	,604
	-	-	-	-	-	.012	.000
	-	-	-	-	-	50	50
Sosyal İlişki	-	-	-	-	-	-	,475
	-	-	-	-	-	-	.000
	-	-	-	-	-	-	50
	-	-	-	-	-	-	-

	-	-	-	-	-	-	-
Çevre	-	-	-	-	-	-	-

Kontrol grubu anksiyete puanlarının yaşam kalitesi alt ölçekleriyle ilişkine bakıldığında anksiyete ile genel sağlık ($r=-,377$; $p<0.05$), psikolojik sağlık ($r=-,358$; $p<0.05$) ve çevre ($r=-,308$; $p<0.05$) arasında negatif yönde zayıf düzeyde, fiziksel sağlık ile negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur ($r=-,477$; $p<0.05$). Elde edilen bulgulara göre kontrol grubunun anksiyete düzeyi arttıkça katılımcıların genel sağlığı, fiziksel sağlığı, psikolojik sağlığı ve çevre etkileşimi düzeyi azalmakta; anksiyete düzeyi azaldıkça genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık ve çevre etkileşimi artmaktadır. Sosyal ilişki ile anksiyete puanları arasında anlamlı ilişki görülmemiştir ($p>0.05$).

Genel sağlık alt ölçeği ile fiziksel sağlık ($r=,669$; $p<0.05$), psikolojik sağlık ($r=,615$; $p<0.05$) ve çevre ($r=,750$; $p<0.05$) alt ölçekleri arasında pozitif yönde güçlü düzeyde, sosyal ilişki ile ise pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur ($r=,488$; $p<0.05$). Bu bulgulara göre katılımcıların genel sağlık düzeyi arttıkça fiziksel sağlığı, psikolojik sağlığı, çevre etkileşimi ve sosyal ilişkileri artmakta; genel sağlık düzeyi azaldıkça fiziksel sağlığı, psikolojik sağlığı, çevre etkileşimi ve sosyal ilişkileri azalmaktadır.

Fiziksel sağlık alt ölçeği ile psikolojik sağlık ($r=,664$; $p<0.05$) ve çevre ($r=,612$; $p<0.05$) alt ölçekleri arasında pozitif yönde güçlü düzeyde, sosyal ilişki ($r=,357$; $p<0.05$) alt ölçeğiyle ise pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulguya göre katılımcıların fiziksel sağlığı arttıkça psikolojik sağlıkları, çevre etkileşimleri ve sosyal ilişkileri artmakta; fiziksel sağlıkları azaldıkça psikolojik sağlıkları, çevre etkileşimleri ve sosyal ilişkileri azalmaktadır.

Psikolojik sağlık ile sosyal ilişki ($r=,355$; $p<0.05$) arasında pozitif yönde zayıf düzeyde, çevre ($r=,604$; $p<0.05$) ile arasında ise pozitif yönde güçlü düzeyde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulguya göre katılımcıların psikolojik sağlık düzeyleri arttıkça sosyal ilişkileri ve çevre etkileşimleri artmakta; psikolojik sağlık düzeyleri azaldıkça sosyal ilişkileri ve çevre etkileşimleri azalmaktadır. Sosyal ilişki alt ölçeği ile çevre alt ölçeği arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu görülmüştür ($r=,475$; $p<0.05$). Elde edilen bulguya göre katılımcıların sosyal ilişkileri arttıkça çevre etkileşimleri artmakta; sosyal ilişkileri azaldıkça çevre etkileşimleri azalmaktadır.

Tablo 50: Kontrol Grubu Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin Anksiyete ve Depresyon Puanlarıyla İlişkisi- Pearson Korelasyon Katsayısı

		Algılanan Sosyal Destek	Depresyon	Anksiyete
Algılanan Sosyal Destek	r	-	-,317	-,382
	P değeri	-	.025	.006
	N	-	50	50
Depresyon	r	-	-	,561
	P değeri	-	-	.000
	N	-	-	50
Anksiyete	r	-	-	-
	P değeri	-	-	-
	N	-	-	-

Kontrol grubu algılanan sosyal destek puanları ile depresyon puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur ($r=-,317$; $p<0.05$). Elde edilen sonuca göre kontrol grubu için algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça depresyon düzeyi düşmektedir. Algılanan sosyal destek puanları ile anksiyete puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde ilişki olduğu bulunmuştur ($r=-,382$; $p<0.05$). Bu sonuca göre bakım vermeyen grubunun algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça depresyon düzeyi düşmektedir. Kontrol grubu depresyon ve anksiyete puanları arasında ise pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($r=.561$; $p<0.05$). Elde edilen sonuca göre kontrol grubu depresyon düzeyi arttıkça anksiyete düzeyi de artmaktadır.

Tablo 51: Deney ve Kontrol Grupları Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması- Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi

		N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	z	p
Kontrol Grubu	Pozitif Sıra	23	26,74	615,00	,782*	.782
Deney Grubu	Negatif Sıra	25	22,44	561,00		

Deney ve kontrol grupları anksiyete puanları arasındaki anlamlı farklılığa bakmak için Wilcoxon İşaretli Sıralı Testi uygulanmıştır. Test sonucunda onkoloji hastasına bakım verenlerin vermeyenlere göre anksiyete puanlarının anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 52: Deney ve Kontrol Grupları Depresyon Puanlarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile Karşılaştırılması

		N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	z	p
Kontrol Grubu	Pozitif Sıra	22	22,68	499,00	-,209*	.834
Deney Grubu	Negatif Sıra	23	23,30	536,00		

Kanser hastalarına bakım verenlerin depresyon puanları ve kontrol grubu depresyon puanları arasındaki anlamlı farklılığa bakmak için Wilcoxon İşaretli Sıralı Testi uygulanmıştır. Uygulanan test sonucunda deney ve kontrol gruplarının depresyon puanlarının farklılaşmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Tablo 53: Deney Grubu Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleriyle İlişkisi- Pearson Korelasyon Katsayısı

		Algılanan Sosyal Destek	Genel Sağlık	Fiziksel Sağlık	Psikolojik Sağlık	Sosyal İlişki	Çevre
Algılanan Sosyal Destek	r	-	,099	,206	,087	,532	,294
	p değeri	-	.494	.151	.546	.000	.038
	N	-	50	50	50	50	50
Genel Sağlık	r	-	-	,443	,380	,129	,443
	p değeri	-	-	.001	.007	.371	.001
	N	-	-	50	50	50	50
Fiziksel Sağlık	r	-	-	-	,513	,528	,346
	p değeri	-	-	-	.000	.000	.014
	N	-	-	-	50	50	50
Psikolojik	-	-	-	-	-	,453	,142

Sağlık	-	-	-	-	-	.001	.326
	-	-	-	-	-	50	50
Sosyal İlişki	-	-	-	-	-	-	,391
	-	-	-	-	-	-	.005
	-	-	-	-	-	-	50
Çevre	-	-	-	-	-	-	-
	-	-	-	-	-	-	-
	-	-	-	-	-	-	-

Deney grubunun algıladıkları sosyal destek düzeylerinin yaşam kalitesi alt ölçekleriyle ilişkisine bakıldığında genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık alt ölçekleriyle ilişkisi olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Bakım verenlerin algıladıkları sosyal desteğin sosyal ilişkiyle pozitif yönde orta düzeyde ($r=532$; $p<0.05$), çevre alt ölçeğiyle ise pozitif yönde zayıf düzeyde ($r=294$; $p<0.05$) ilişkisi olduğu bulunmuştur. Buradan hareketle bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek arttıkça sosyal ilişkileri ve çevre bağlarının da arttığı bulunmuştur.

5 TARTIŞMA

Onkoloji hastalığı doğası gereği hasta ve hastaya bu süreçte bakım verenler için oldukça sıkıntılı bir süreçtir. Bu çalışmada onkoloji hastalarına bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek düzeylerinin kişilerin anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi düzeyleriyle ilişkisini incelemek amaçlanmıştır. Bu amaçla oluşturulan hipotezleri sınamak amacıyla uygun istatistiksel analizler tespit edilip hipotezler test edilmiştir. Elde edilen bulgular bu bölümde ilgili literatür araştırmasıyla değerlendirilmiştir.

Genel olarak toplumlarda hastaya bakım verme durumu geleneksel olarak kadının görevi görüldüğünden bu sorumluluğu kadınlar almaktadır (Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985). Bu çalışma sonuçlarına göre de bakım veren grubunda kadın sayısı erkek sayısına göre yüksek durumdadır. Uğur ve Fadiloğlu (2012) yaptıkları çalışmada 50 katılımcıdan oluşan bakım veren grubunun %72'lik bölümünün kadın cinsiyetinden oluştuğunu belirtmiştir. Yıldız ve arkadaşları (2016) yaptığı çalışmada 200 kişilik bakım veren grubunun %58'inin kadın olduğu görülmüştür. Bu araştırmalar ışığında bakım veren grubuna ait cinsiyet değişkeni dağılımından elde edilen sonuç ilgili literatürle uyumludur. Ancak cinsiyet değişkenine göre bakım verenlerin depresyon ve anksiyete düzeyleri incelendiğinde bu konuda farklılaşma görülmemiştir ($p>0.05$). Kusu ve arkadaşlarının (Kusu, ve diğerleri) yaptığı araştırmada anksiyete ve depresyon düzeyleri için bakım verenler arasında kadın ve erkek açısından herhangi bir fark olmadığı ortaya konulmuştur. Elde edilen bulgu literatürle uyumludur.

Bakım verme ciddi bir sorumluluk gerektirdiği için kişinin medeni durumunun bu konuda belirleyici bir etken olduğu düşünülmektedir. Alanyazın incelendiğinde bakım konusunda yapılan çalışmalarda bakım verenlerin medeni durumunun çalışmalarda dikkate alındığı görülmektedir. Yıldız ve arkadaşlarının (2016) yaptığı araştırmada katılımcıların %85.5'inin evli olduğu ortaya konmuştur. Şahin ve arkadaşlarının (2009) araştırmasında 165 bakım verenden %63.1'inin evli olduğu belirlenmiştir. Bu tez çalışmasında bakım veren grubunun medeni durumu incelendiğinde literatürle uyumlu olarak katılımcıların %60'ının evli olduğu bulunmuştur. Katılımcıların medeni durumuna göre anksiyete ve depresyon düzeyleri incelendiğinde bakım verenlerin medeni durumunun anksiyete ve depresyon düzeylerinde bir değişime neden olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Literatür incelendiğinde Kusu ve arkadaşlarının (2009) 51 bakım

verenle yaptığı sonuçta aynı sonucu elde ettiği görülmüştür. Kusu ve arkadaşlarının (2009) çalışmasına göre bakım verenlerin anksiyete ve depresyon düzeyleri medeni duruma göre farklılık göstermemektedir. Bu nedenle araştırma sonucunda ulaşılan bulgunun literatürle uyum gösterdiği düşünülmektedir.

İnformal bakım profesyonelliği içermese de literatürde bu konuda yapılan çalışmalarda bakım verenlerin eğitim düzeyinin göz önünde bulundurulduğu görülmüştür. Deney grubu eğitim düzeyi değişkeni incelendiğinde literatürden farklı olarak lisans ve üstü eğitim düzeyi (%62) ilköğretim ve ortaöğretime (%38) göre daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuca ulaşılan örneklemin sebep olduğu düşünülmektedir. Orak ve Sezgin'in araştırmasında (2015) ilköğretim veya ortaöğretim eğitim düzeyindeki katılımcılar bakım verenlerin %86,7'sini oluştururken lisans eğitim düzeyindeki katılımcılar 195 kişilik örneklemin %13,3'ünü oluşturmaktadır. Sonucun literatüre göre değişiklik göstermesinin sebebinin örneklem kısıtlılığı olduğu düşünülmektedir.

Katılımcıların çalışma durumu incelendiğinde literatürden farklı olarak çalışan katılımcı (%54, n=27) sayısının çalışmayan (%46, N=23) katılımcılara göre yüksek olduğu görülmüştür. Karabuğa- Yakar ve Pınar'ın (2013) çalışması incelendiğinde 120 katılımcının %63,3' ünün çalışmadığı, %36,7'sinin ise çalıştığı görülmektedir. Elde edilen bulgunun literatüre göre farklılık göstermesinin örneklem kısıtlılığı kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Onkoloji hastasına bakım verme süreci hem hasta için hem bakım verenin psikolojik ve fiziksel sağlığı açısından sosyal güvenceyi önemli hale getirmektedir. Bakım verenlerin sosyal güvenceye sahip olma durumu incelendiğinde katılımcıların %86'sının (N=43) sosyal güvenceye sahip olduğu, %14'ünün (N=7) ise sosyal güvencesi olmadığı görülmektedir. Bu bulguya göre ulaşılan sonuç ilgili literatürle uyumludur. Orak ve Sezgin'in araştırmasına göre 195 kişilik bakım veren grubunun %91,8'i sosyal güvenceye sahipken grubun sadece %8,2'si sosyal güvenceye sahip değildir.

Çalışmada katılımcıların %62'si (N=31) anne veya babasına, %14'ü (N=7) çocuğuna, %10'u (N=5) eşine, %14'ü (N=7) ise akraba olarak tanımladıkları onkoloji hastasına bakım vermektedir. Bu açıdan literatür incelendiğinde bu konuda farklı sonuçlar elde edildiği görülmektedir. Akyar ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmaya göre bakım verenlerin hasta ile yakınlığı incelendiğinde %61,4'ü anne veya babasına, %24,3'ü ise

eşine bakım vermektedir. Benzer bir çalışmaya bakıldığında 122 katılımcıdan oluşan bakım veren örneklemının %10.7'si anne veya babasına, %23'ü eşine, %55.6'sı çocuğuna, %10.7'si kardeşine bakım vermektedir (Şahin, Polat, & Ergüney, 2009). Bu sonuçların ulaşılan örneklem farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bakım verme süreci kişi için stresli, yıpratıcı, zorlayıcı sonuçlara neden olabilmektedir. Ölümü ve acıyı düşündüren kanser hastalığı bakım veren için bakım yüküne sebep olabilmektedir. Onkoloji hastasına bakım verme sürecinde kişinin kendisine destek olan birisinin varlığını hissetmesi bakım yükünü hafifletmeye yarayabilmektedir. Bu çalışmaya katılan 50 bakım verenin %72'si (N=36) bakım verirken destek gördüğü birinin varlığına sahip olduğunu düşünürken %28'i (N=14) bakım verme sürecinde destek görmediğini düşünmektedir. Literatür incelendiğinde farklı sonuçlar elde edildiği görülmüştür. Koç ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan çalışmada 170 bakım verenin %55,3'ünün bakım verme sürecinde destek veren birine sahip olmadığı, 44,7'sinin ise destek veren varlığına sahip olduğu ortaya konmuştur. Akyar ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında ise benzer bir sonuçla 70 bakım verenin %92,9'unun destek veren birine sahip olmadığı, %7,1'inin bakım verme sürecinde birinden destek aldığı saptanmıştır.

Bakım verme süreci ve bu süreçte yaşayabileceği depresyon ve anksiyete sadece hastanın değil bakım verenin şartlarına bağlı olarak da değişiklik göstermektedir. Bakım verenin sosyodemografik özellikleri bu süreçte önem taşıyabilmektedir. Bu tez çalışmasında bakım veren grubunun depresyon puanları cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, gelir düzeyi ve bakım verilen kişiye olan yakınlıktan etkilenmediği ($p>0.05$); eğitim düzeyi ve gelir varlığının depresyon üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu ($p<0.05$) ortaya konmuştur. Literatür incelendiğinde Çivi ve arkadaşlarının (2011) yaptığı araştırmada bakım verenlerin depresyon düzeyinin yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, bakım verilen hastaya yakınlık derecesinden etkilenmediği fakat eğitim düzeyine göre ilkokul mezunlarında depresyonun daha fazla görüldüğü saptanmıştır.

Birçok fiziksel, psikolojik ve sosyal unsur bakım veren kişilerde depresyona katkıda bulunabilmektedir (Rivera, 2009). Buna bağlı olarak bakım verenlerin depresyon puanlarının yaşam kalitesi alt ölçekleriyle ilişkisine bakıldığında genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık ve sosyal ilişkiyle negatif yönde anlamlı ilişkiye sahip olduğu ($p<0.05$), çevre alt ölçeğiyleyse anlamlı bir ilişkiye sahip olmadığı ($p>0.05$) görülmüştür.

Bu konuda literatüre bakıldığında depresyon ile genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık ve çevre alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki ($p<0.05$) olduğu, sosyal ilişki alt ölçeğiyle ile anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür (Çivi, Kutlu, & Çelik, 2011). Güzel ve Ergün' ün (2020) yaptığı çalışmada ise depresyon ile genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişki ve çevre alt ölçekleri arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Bakım verenler bakım süreci için kendisini gereğinden fazla adadığı taktirde fiziksel ve psikolojik açıdan kendilerini göz ardı edebilmekte; bunun sonucunda ise çeşitli problemlerle karşı karşıya kalabilmektedir. Buna bağlı olarak elde edilen bulguların literatürle uyumlu olduğu düşünülmektedir.

Bakım verilen hastanın bulunduğu kanser evresinin bakım veren depresyonu üzerindeki etkisine bakıldığında evrelerin anksiyete düzeyi açısından anlamlı farklılık olmadığı ($p>0.05$) görülmüştür. Bu sonuca göre hastanın içinde bulunduğu evre bakım verenin depresyon düzeyini farklılaştırmamaktadır. Prostat kanseriyle ilgili yapılan bir araştırma incelendiğinde kanserin evresiyle anksiyete ve depresyon arasında fark bulunmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Kaya, ve diğerleri, 2013). Buna bağlı olarak yapılan tez çalışmasından elde edilen sonuçlar literatürle uyumludur.

Öksüz ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı çalışmada onkoloji hastasına bakım veren kişilerin depresyon, öfke, anksiyete ve gibi psikolojik belirtilerinde artış olduğu ortaya konmuştur (Öksüz, Barış, Arslan, & Ateş, 2013). Zorlu bir süreç olan bakım vereme kişinin depresyon, anksiyete ve bakım yükü hissetmesine sebep olabilmekte ve bu unsurlar birbirlerini besleyebilmektedir. Bu çalışmada bakım verenlerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin hissettikleri bakım yükü açısından anlamlı farklılığa sahip olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Elde edilen sonuca göre bakım verenin hissettiği yüke bağlı olarak anksiyete ve depresyon düzeyi farklılaşmaktadır. İlgili literatür incelendiğinde benzer sonuçlar elde edildiği görülmüştür. Yuen ve Wilson'ın (2022) yaptığı çalışmada bakım yükünün depresyon ve anksiyete ile arasında pozitif ilişki olduğu saptanmıştır.

İnsan doğası gereği zorlu süreçlerden geçerken içinde bulunduğu sosyal çevreden destek beklemektedir. Bu çalışmada elde edilen bulgulara göre bakım verenlerin anksiyete ve depresyon düzeyleri algıladıkları sosyal destek düzeylerine göre farklılaşmamaktadır. Literatür incelendiğinde bu konuda farklı sonuçlar elde edildiği görülmüştür. İncelenen bir çalışmaya göre algılanan sosyal destek depresyonla pozitif yönde ilişki gösterirken kaygıyla negatif yönde ilişki göstermektedir. Aynı çalışmada

algılanan sosyal desteğin sürekli kaygıyı azalttığı görülmüştür (Kuscu, ve diğerleri, 2009). Bu tez çalışmasında elde edilen bulgunun örneklemden kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Yapılan araştırmada bakım veren ve bakım vermeyen grubu arasında anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Fakat literatürde bu konuda yapılan çeşitli araştırmalarda farklı sonuçlar olduğu görülmektedir. 2016 yılında yapılan San Francisco Onkolojide Palyatif Bakım Konferansı'nda Odom ve arkadaşları (2016) bakım verenlerde orta ya da yüksek düzeyde anksiyete görüldüğünü ortaya koymuştur. Yapılan çalışma ile literatürde yapılan çalışma sonuçları arasındaki farkın örneklem boyutundan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.



6 SONUÇ ve ÖNERİLER

Kanser hastalığı gerek hasta için gerekse hastaya bakım veren yakınları için zorlu bir süreçtir. Bu süreçte bakım veren kişilerin yaşamı her açıdan değişmekte, bu değişiklik kişinin yaşam kalitesini etkilemektedir. Bununla birlikte kanser hastalığı gerek hastayı gerekse bakım vereni çeşitli psikiyatrik sorunla karşı karşıya getirmektedir. Bu sorunlar arasında en sık görülenler anksiyete bozukluğu ve depresyon olarak çeşitli çalışmalarla ortaya koyulmuştur. Bu çalışma onkoloji hastalarına bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek düzeylerinin yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile ilişkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Bu tez çalışmasında bakım verenin algıladığı sosyal destek düzeyinin anksiyete ve depresyon ile ilişkisi bulunmamıştır.

Bakım verenin algıladığı sosyal destek ile yaşam kalitesi alt ölçeklerinden sosyal ilişki ve çevre ile pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Algılanan sosyal destek düzeyi ile bakım veren yükü arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Bakım verenlerin depresyon düzeyleriyle sosyal güvence, gelir varlığı ve bakıma destek veren varlığı durumları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur.

Bakım verenlerin anksiyete düzeyleriyle eğitim düzeyi, gelir varlığı ve bakıma destek veren varlığı durumları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur.

Bakım verenlerin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile bakım yükleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Bakım verenlerin bakım yükü ile bakıma destek veren varlığı durumu arasında anlamlı farklılık bulunmuştur.

Ülkemizde bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri konusunda yapılan çalışmaların sınırlı olması sebebi ile bu konuda daha fazla çalışma yapılmasıyla literatürün zenginleştirilmesi, sosyal desteği arttıracak önemler alınması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Akyar, I., Korkmaz, F., & Atakul, E. (2017). Yaşlı Onkoloji Hastalarına Bakım Veren Bireylerin Yaşamında Oluşan Değişikliklerin Belirlenmesi. *Geriatrik Onkoloji ve Bakım Verme*, 158-167.
- Akyol, A. D. (1993). Yaşam Kalitesi ve Yaklaşımları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 75-80.
- Alıcı, S., İzmirli, M., & Doğan, E. (2006). Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Onkoloji Bilim Dalı'na Başvuran Kanser Hastalarının Epidemiyolojik Değerlendirmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 87-97.
- Aşiret, G. D., & Kapıcı, S. (2012). İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Yükü. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 73-80.
- Aydoğan, F., & Uygun, K. (2011). Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler. *Klinik Gelişim Dergisi*, 4-9.
- Bahar, A. (2007). Kanser Hastalarına Psikososyal Yaklaşım. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 105-111.
- Baran, A. G. (2008). Yaşlılıkta Sosyalizasyon ve Yaşam Kalitesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 8697.
- Bayık, A. (1989). Kanser Epidemiyolojisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 58-71.
- Baykara, O. (2016). Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 154165.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An Inventory For Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 893-897.
- Boylu, A. A., & Paçacıoğlu, B. (2016). Yaşam Kalitesi ve Göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*, 137-150.
- Çalışkan, T., Duran, S., Karadaş, A., Ergün, S., & Tekir, Ö. (2015). Kanser Hastalarının Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27-36.
- Çivi, S., Kutlu, R., & Çelik, H. H. (2011). Kanserli Hasta Yakınlarında Depresyon ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Gülhane Tıp Dergisi*, 248-253.
- Demir, E., Saatçioğlu, Ö., & İmrol, F. (2016). Uluslararası Dergilerde Yayımlanan Eğitim Araştırmalarının Normallik Varsayımları Açısından İncelenmesi. *Curr Res Educ*, 130-148.
- Dionne-Odom, J. N., Demark-Wahnefried, W., Taylor, R. A., Rocque, G. B., Azuero, A., Acemgil, A., . . . Bakitas, M. (2016). Differences in Self-Care Behaviors by Varying Levels of Caregiving Intensity, Performance and Well-Being Among Family Caregivers of Patients With High-Mortality Cancer. *Palliative Care in Onchology* (s. 239). San Francisco: American Society of Clinical Onchology.
- Eker, D., & Arkar, H. (1995). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Faktör Yapısı, Geçerlilik ve Güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 45-55.
- Eser, E., Fidaner, H., Fidaner, C., Eser, S. Y., Elbi, H., & Göker, E. (1999). WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF' in Psikometrik Özellikleri. *3P (Psikiyatri Psikofarmakoloji) Dergisi*, 23-40.
- Ferrell, B., Hanson, J., & Grant, M. (2013). An Overview and Evaluation of the Oncology Family Caregiver Project: Improving Quality of Life and Quality of Care for Oncology Family Caregiver. *Psychooncology*, 1645-1652.
- Flaskerud, J. H., Carter, P. A., & Lee, P. (2000). Distressing Emotions in Female Caregivers of People with AIDS, Age- Related Dementias, and Advanced-Stage Cancers. *Perspectives in Psychiatric Care*, 121-130.
- Giaccone, G. (2011). Grand Challenges in Oncology. *Field Grand Challenge Article*, 1-3.

- Given, B., Wyatt, G., Given, C., Sherwood, P., Gift, A., DeVoss, D., & Rahbar, M. (2004). Burden and Depression Among Caregivers of Patients with Cancer at The End of Life. *Oncology Nursing Forum*, 1105- 1117.
- Goldsmith, J., Wittenberg, E., Platt, C. S., Iannarino, N. T., & Reno, J. (2016). Family Caregiver Communication in Oncology: Advancing a Typology. *Psycho- Oncology*, 463-470.
- Güleç, G., & Büyükkınacı, A. (2011). Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 343-367.
- Güzel, A., & Ergün, G. (2020). Üniversite Öğrencilerinde Depresyon Sıklığı ve İlişkili Faktörler. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 279-289.
- Higginson, I. J., & Gao, W. (2008). Caregiver Assessment of Patients with Advanced Cancer: Concordance with Patients, Effect of Burden and Positivity. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1-8. Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanteri' nin Üniversite Öğrencileri Geçerliliği ve Güvenirliliği . *Psikoloji Dergisi*, 3-13.
- Hussain, K., Ahmed, T., Ali, A., & Raza, F. (2021). Assesment of Anxiety and Depression and its Association with Socio-Demographic Characteristics Among Family Caretakers of Cancer Patients. *J Aziz Fatm Med Den College* , 30-34.
- İnci, F. H., & Erdem, M. (2008). Bakım Verme Yükü Ölçeği' nin Türkçe'ye Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 85-95.
- Işıksan, V. (2006). Onkoloji Alanında Bakımverenlerin Tükenmişliği. *Toplum ve Sosyal Hizmet* , 7-24.
- Karabuğa-Yakar, H., & Pınar, R. (2013). Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1-16.
- Kaya, M. C., Bez, Y., Demir, A., Bulut, M., Topçuoğlu, V., Kuşçu, M. K., & Türkeri, N. L. (2013). Prostat Kanseri Hastalarında Hastalık Evrelerine Göre Anksiyete, Depresyon, Cinsel İşlev Bozukluğu ve Yaşam Kalitesi. *Journal of Mood Disorders*, 23-27.
- Kim, Y., & Carver, C. S. (2012). Recognizing the Value and Needs of the Caregiver in Oncology. *Supportive and Palliative Care*, 280-288.
- Koç, Z., Sağlam, Z., & Çınarlı, T. (2016). Kanser Tanısı Almış Bireylere Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yükü ile Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 99-116.
- Kurtz, M. E., Kurtz, J. C., Given, C. W., & Given, B. (1995). Relationship of Caregiver Reacitons and Depression to Cancer Patients' Syptoms, Functional States and Depression- A Longitudinal View. *Social Science & Medicine*, 837-846.
- Kuscu, M. K., Dural, U., Önen, P., Yaşa, Y., Yayla, M., Basaran, G., . . . Bekiroğlu, N. (2009). The Association Between Individual Attachment Patterns, the Perceived Social Support and the Psychological Well-Being of Turkish Informal Caregivers. *Psycho- Oncology*, 927-935.
- MD, M. P., Bray, F., Ferlay, J., & Pisani, P. (2005). Global Cancer Statistics 2002. *CA: Canser Journal for Clinicians*, 74-108.
- Miaskowski, C., Kragness, L., Dibble, S., & Wallhagen, M. (1997). Differences in Mood States, Health Status and Caregiver Strain Between Family Caregivers of Oncology Outpatients with and Without Cacer- Related Pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 138-147.
- Montgomery, R. J., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the Experience of Subjective and Objective Burden. *The Family and Health Care*, 19-26.
- Oktik, N., & Bozyer, Ü. (2004). *Huzurevinde Yaşam ve Yaşam Kalitesi: Muğla Örneği*. Muğla: Muğla Üniversitesi Yayınları.
- Orak, O. S., & Sezgin, S. (2015). Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 33-39.

- Ornstein, K., & Gaugler, J. E. (2012). The Problem With “Problem Behaviors”: A Systematic Review Of The Association Between Individual Patient Behavioral And Psychological Symptoms And Caregiver Depression And Burden Within The Dementia Patient–Caregiver Dyad. *International Psychogeriatrics*, 1536-1552.
- Öksüz, E., Barış, N., Arslan, F., & Ateş, M. A. (2013). Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Verenlerin Psikiyatrik Semptom Düzeyleri ve Bakım Verme Yükleri. *Anadolu Klinik Araştırmalar Dergisi*, 24-30.
- Özlu, A., Yıldız, M., & Aker, T. (2009). Zarit Bakıcı Yükü Ölçeğinin Şizofreni Hasta Yakınlarında Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 38-42.
- Pasek, M., Suchocka, L., & Gasior, K. (2021). Model of Social Support for Patients Treated for Cancer. *Cancers*, 1-20.
- Pitot, H. C. (2002). *Fundamentals of Oncology*. New York: Marcel Dekker, Inc.
- Procidano, M. E., & Heller, K. (1983). Measures of Perceived Social Support from Friends and from Family: Three Validation Studies. *American Journal of Community Psychology*, 1-24.
- Reis, N., Coşkun, A., & Beji, N. K. (2006). Jinekolojik Kanserlerde Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 25-35.
- Rivera, H. R. (2009). Depression Symptoms in Cancer Caregivers. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 195-202.
- Sakakibara, K., Kabayama, M., & İto, M. (2015). Experiences Of “Endless” Caregiving Of Impaired Elderly At Home by Family Caregivers: A Qualitative Study. *BMC Research Notes*, 1-11.
- Soner, S. (2017). Alzheimer Hastalık Sürecinde Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşadıkları Güçlükler ve Sosyal Hizmet. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 375-387.
- Şahin, Z. A., Polat, H., & Ergüney, S. (2009). Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1-9.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2017). <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tedavisi/kanser-tedavisinelerdir/evreleme.html>. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Web Sitesi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tedavisi/kanser-tedavisi-nelerdir/evreleme.html> adresinden alındı
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2014). *Türkiye Kanseri İstatistikleri*. TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU KANSER DAİRE BAŞKANLIĞI.
- Tokgöz, G., Yalug, İ., Özdemir, S., Yazıcı, A., Uygun, K., & Aker, T. (2008). Kanseri Hastalarında Majör Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 59-66.
- Türkseven, E., Öner, C., Çetin, H., & Şimşek, E. E. (2020). Yaşlı Bireylerde Algılanan Sosyal Destek ile Yaşam Doyumu İlişkisi: Bir Saha Çalışması. *Euras J Fam Med*, 51-56.
- Uğur, Ö., & Fadiloğlu, Z. Ç. (2012). Kanseri Hastasına Bakım Verenlere Uygulanan Planlı Eğitimin Bakım Veren Yükü Üzerine Etkisi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 53-58.
- Ulusoy, M., Şahin, N. H., & Erkmen, H. (1998). Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 163172.
- Ülger, E., Alacacioğlu, A., Gülseren, A. Ş., Zencir, G., Demir, L., & Tarhan, M. O. (2014). Kanserde Psikososyal Sorunlar ve Psikososyal Onkolojinin Önemi. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 85-92.
- Webster, K., & Cella, D. (1998). Quality of Life in Patients with Low-Grade non-Hodgkin's Lymphoma. *Oncology*, 697-714.
- WHO. (2017, February). <http://www.who.int>. 10 Facts About Cancer: <http://www.who.int/features/factfiles/cancer/en/> adresinden alındı *who.int*. (2015, November 21). Geneva: Cancer, Fact Sheets:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs97/en/> adresinden alındı

World Health Organization. (2021, November 02). <http://www.who.int>. Global Cancer Rates Could Increase by 50% to 15 Million by 2020: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr27/en/> adresinden alındı

Yıldız, E., Dedeli, Ö., & Pakyüz, S. Ç. (2016). Kanser Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 216-225. Yıldız, E., Dedeli, Ö., & Pakyüz, S. Ç. (2016). Kanser Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 216-225.

Yılmaz, E., Yılmaz, E., & Karaca, F. (2008). Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Destek ve Yalnızlık Düzeylerinin İncelenmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 71-79.

Yokuş, B., & Çakır, D. Ü. (2012). Kanser Biyokimyası. *Dicle Üniversitesi Veterinerlik Fakültesi Dergisi*, 7-18.

Yuen, E. Y., & Wilson, C. J. (2022). The Relationship Between Cancer Caregiver Burden and Psychological Outcomes: The Moderating Role of Social Connectedness. *Current Oncology*, 1426.

Yurdakul, A. S. (2010). Akciğer Kanseri Yeni Evreleme Sistemi. *Tur Toraks Der*, 173-180.

Zarit, S. H., Reeve, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. *Gerontologist*, 649-655.

Zarit, S. H., Reeve, K. E., & Peterson, J. B. (1980). Relatives of the Impaired Elderly; Correlates of Feelings of Burden. *Gerontologist Oxford Journals*, 649-655.

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 30-41.

7 Ek-1 Deney Grubu Sosyodemografik Bilgi Formu

1. Doğum Tarihiniz
2. Cinsiyetiniz () Kadın () Erkek
3. Medeni durumunuz
() Evli () Bekar
4. Eğitim durumunuz
() İlköğretim- Ortaöğretim () Lisans ve Üstü
5. Herhangi bir işte çalışıyor musunuz? () Çalışıyorum () Çalışmıyorum
6. Sosyal güvenceniz var mı?
() Var () Yok
7. Herhangi bir geliriniz var mı?
() Var () Yok
8. Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
() Asgari ücret altı () Asgari ücret veya üstü
9. Bakım verdiğiniz hastaya yakınlık düzeyiniz nedir?
() Annem/ Babam
() Çocuğum () Eşim
() Akrabam
10. Bu kişiye ne kadar süredir bakım veriyorsunuz?
() 0-1 Yıl
() 1-3 Yıl () 3-5 Yıl (

) 5 Yıl ve
üstü

11. Bakıma destek veren biri var mı?

- ☐ Var
- ☐ Yok

12. Bakım verdiğiniz hastanın hastalık evresi nedir?

- ☐ T
- ☐ N
- ☐ M



8 Ek- 2 Kontrol Grubu Sosyodemografik Bilgi Formu

1. Doğum Tarihiniz
2. Cinsiyetiniz
() Kadın () Erkek
3. Medeni durumunuz
() Evli () Bekar
4. Eğitim durumunuz
() İlköğretim- Ortaöğretim () Lisans ve Üstü
5. Herhangi bir işte çalışıyor musunuz? () Çalışıyorum () Çalışmıyorum
6. Sosyal güvenceniz var mı?
() Var () Yok
7. Herhangi bir geliriniz var mı?
() Var () Yok
8. Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
() Asgari ücret altı
() Asgari ücret veya üstü

9 Ek- 3 Beck Depresyon Envanteri

AÇIKLAMA: Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz. Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

1-

0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.

2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.

3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum. 2-

0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

1. Gelecek hakkında karamsarım.

2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.

3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3-

0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.

2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.

3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum. 4-

0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.

2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.

3. Her şeyden sıkılıyorum. 5-

0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.

2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.

3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6-

0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.

1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.

2. Cezalandırılmayı bekliyorum.

3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7-

0. Kendimden memnunum.

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.

2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.

8-

0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

9-

0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

10-

0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

11-

0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

12-

0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

13-

0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.

2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.

3. Artık hiç karar veremiyorum. **14-**

0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.

2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.

3. Kendimi çok çirkin buluyorum. **15-**

0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.

2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.

3. Hiçbir şey yapamıyorum.

16-

0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.

2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum. **17-**

0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.

2. Yaptığım her şey beni yoruyor.

3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

18-

0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.

2. İştahım çok azaldı.

3. Artık hiç iştahım yok.

19-

0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.

2. Dört kilodan fazla kilo verdim.

3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

20-

0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.

2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.

3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21-

0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.

2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.

3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

10 Ek-4 Beck Anksiyete Ölçeği

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif Düzeyde/ Beni Etkilemedi	Orta Düzeyde/ Hoş değildi ama katlanabildim.	Ciddi Düzeyde/ Dayanmakta zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi ve sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				

8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcağa bağlı olmayan)				

11 Ek-5 Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği

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 yakınıza 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. Yakınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?

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

13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?

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

14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?

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

15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?

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

16. Yakınınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?

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

17. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?

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

18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?

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

19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?

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

20. Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?

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

21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?

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

22. Yakınınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?

0 Hiç 1 Biraz 2 Orta 3 Oldukça 4 Aşırı

12 Ek- 6 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

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

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet.

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 Kesinlikle evet

3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 Kesinlikle evet

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 Kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 Kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 Kesinlikle evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 Kesinlikle evet

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle	hayır	1,2,3,4,5,6,7	Kesinlikle	evet
------------	-------	---------------	------------	------

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle	hayır	1,2,3,4,5,6,7	Kesinlikle	evet
------------	-------	---------------	------------	------

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle	hayır	1,2,3,4,5,6,7	Kesinlikle	evet
------------	-------	---------------	------------	------

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle	hayır	1,2,3,4,5,6,7	Kesinlikle	evet
------------	-------	---------------	------------	------

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 Kesinlikle evet

13 Ek-7 Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-Bref)

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtlara işaret koyun ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir? ☐ Erkek ☐ Kadın

Doğum tarihiniz nedir?

Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir?

☐ Hiç Eğitim Almadım ☐ İlkokul-Ortaokul ☐ Lise Veya Eşdeğeri ☐ Üniversite

Medeni durumunuz nedir?

☐ Hiç Evlenmemiş ☐ Evli Gibi Yaşıyor ☐ Evli ☐ Boşanmış ☐ Ayrılmış ☐ Eşi Yaşamıyor

Şu anda bir hastalığınız var mı? Evet ☐ Hayır ☐ Eğer şu anda sağlığınıza ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa;

Sizce bu nedir? _____
(hastalık/sorun)

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınıza ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları son 2 haftayı göz önünde bulundurarak ve size en uygun olanı seçerek cevaplayınız.

1 Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?

Çok kötü ☐ Biraz kötü ☐ Ne iyi, ne kötü ☐ Oldukça

iyi ☐ Çok iyi ☐ 2 Sağlığınıza ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil ☐ Çok az hoşnut ☐ Ne hoşnut, ne de değil ☐ Epeyce hoşnut ☐
Çok hoşnut ☐

3 Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?

Hiç ☐ Çok az ☐ Orta derecede ☐ Çokça ☐ Aşırı derecede ☐

4 Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?

Hiç ☐ Çok az ☐ Orta derecede ☐ Çokça ☐ Aşırı derecede ☐

5 Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?

Hiç ☐ Çok az ☐ Orta derecede ☐ Çokça ☐ Aşırı derecede ☐

6 Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?

Hiç ☐ Çok az ☐ Orta derecede ☐ Çokça ☐ Aşırı derecede ☐

7 Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?

Hiç ☐ Çok az ☐ Orta derecede ☐ Çokça ☐ Son derece ☐

8 Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?

Hiç ☐ Çok az ☐ Orta derecede ☐ Çokça ☐ Son derece ☐

9 Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?

Hiç ☐ Çok az ☐ Orta derecede ☐ Çokça ☐ Son derece ☐

10 Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?

Hiç ☐ Çok az ☐ Orta derecede ☐ Çokça ☐ Tamamen ☐

11 Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?

Hiç ☐ Çok az ☐ Orta derecede ☐ Çokça ☐ Tamamen ☐

12 İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?

Hiç ☐ Çok az ☐ Orta derecede ☐ Çokça ☐ Tamamen ☐

13 Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?

Hiç ☐ Çok az ☐ Orta derecede ☐ Çokça ☐ Tamamen ☐

14 Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?

Hiç ☐ Çok az ☐ Orta derecede ☐ Çokça ☐ Tamamen ☐

15 Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?

Çok kötü ☐ Biraz kötü ☐ Ne iyi, ne kötü ☐ Oldukça iyi ☐ Çok iyi ☐

16 Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil ☐ Çok az hoşnut ☐ Ne hoşnut, ne de değil ☐ Epeyce hoşnut ☐
☐ Çok hoşnut ☐

17 Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil ☐ Çok az hoşnut ☐ Ne hoşnut, ne de değil ☐ Epeyce hoşnut ☐ Çok
hoşnut ☐ 18 İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil ☐ Çok az hoşnut ☐ Ne hoşnut, ne de değil ☐ Epeyce hoşnut ☐
Çok hoşnut ☐

19 Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil ☐ Çok az hoşnut ☐ Ne hoşnut, ne de değil ☐ Epeyce hoşnut ☐
Çok hoşnut ☐

20 Aile dışı kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil ☐ Çok az hoşnut ☐ Ne hoşnut, ne de değil ☐ Epeyce hoşnut ☐
Çok hoşnut ☐

21 Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil ☐ Çok az hoşnut ☐ Ne hoşnut, ne de değil ☐ Epeyce hoşnut ☐
Çok hoşnut ☐

22 Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil ☐ Çok az hoşnut ☐ Ne hoşnut, ne de değil ☐ Epeyce hoşnut ☐
Çok hoşnut ☐

23 Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil ☐ Çok az hoşnut ☐ Ne hoşnut, ne de değil ☐ Epeyce hoşnut ☐ Çok hoşnut ☐ 24 Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil ☐ Çok az hoşnut ☐ Ne hoşnut, ne de değil ☐ Epeyce hoşnut ☐ Çok hoşnut ☐

25 Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil ☐ Çok az hoşnut ☐ Ne hoşnut, ne de değil ☐ Epeyce hoşnut ☐ Çok hoşnut ☐

26 Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?

Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Ara sıra ☐ Çoğunlukla ☐ Her zaman ☐

27 Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?

Hiç ☐ Çok az ☐ Orta derecede ☐ Çokça ☐ Aşırı derecede ☐