

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KANSER HASTASINA BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNİN
YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ
GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Doktora Tezi
Figen OKÇİN

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN

İZMİR

2007

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KANSER HASTASINA BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNİN
YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ
GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Hemşirelik Programı
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi

Figen OKÇİN

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN

İZMİR

2007

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

Adı Soyadı

İmza

Başkan: Prof.Dr. Ayfer KARADAKOVAN

(Danışman)

Üye: Prof.Dr. Çiçek FADİLOĞLU

Üye: Prof.Dr. Erdem GÖKER

Üye: Prof.Dr. Gülsün ÖZENTÜRK

Üye: Prof.Dr. Uğur YILMAZ

Doktora Tezinin Kabul Edildiği Tarih: 27.06.2007

ÖNSÖZ

Doktora tezimin her aşamasında rehberliğini ve desteğini benden esirgemeyen değerli hocam ve danışmanım Sayın Prof.Dr. Ayfer KARADAKOVAN'a,

Çalışmayı uygulama alanı bulduğum Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tülay Aktaş Onkoloji ve Kemikiliği Transplantasyon Hastanesi Erişkin Birimi yöneticilerine ve çalışanlarına,

Yardımlarını aldığım Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üye ve Elemanlarına,

Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden ve görüşlerini paylaşan tüm onkoloji hastalarının yakınlarına,

Doktora eğitimim sırasında bana her zaman destek olan sevgili eşime ve biricik oğluma teşekkür ederim.

Figen OKÇİN

İZMİR, Haziran 2007

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
ÖNSÖZ	I
İÇİNDEKİLER.....	II
TABLolar DİZİNİ.....	X
GRAFİK DİZİNİ.....	XIII

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
1.3. Hipotezler.....	5
1.4. Araştırmanın Önemi.....	5
1.5. Sınırlılıklar.....	6
1.6. Tanımlar.....	6
1.7. Varsayımlar.....	7
1.8. GENEL BİLGİLER	
1.8.1. Kanser Epidemiyolojisi.....	7
1.8.2. Kanserin Tanımı.....	9
1.8.3. Kanserin Nedenleri.....	9
1. Enfeksiyöz Ajanlar:	10
2. Fiziksel Faktörler.....	10
A. İyonize Radyasyon	10

B. Ultraviyole Işınları.....	10
C. Çevresel Faktörler.....	10
3. Sigara ve Kimyasal Karsinojenler.....	11
4. Alkol.....	11
5. Cinsel Sağlık ve Doğurganlık.....	11
6. Genetik ve Ailesel Özellikler.....	11
7. Beslenme Faktörleri.....	12
8. Hormonal Faktörler.....	12
9. İmmunolojik Faktörler.....	12
1.8.4. Kanserin Belirtileri.....	12
1.8.5. Kansere Tedavisi.....	14
1.8.5.1. Cerrahi.....	14
1.8.5.2. Radyoterapi (RT)	14
1.8.5.3. Kemoterapi (KT)	15
1.8.5.4. Diğer Tedaviler.....	16
A. İmmunoterapi.....	16
B. Hormon Tedavisi.....	16
C. Kemik İliği Transplantasyonu (KİT)	16
D. Lazer Tedavisi.....	17
1.8.6. Kanserden Korunma.....	17
A. Primer Korunma	17
B. Sekonder Korunma.....	17
C. Tersiyer Korunma.....	18
1.8.7. Kansere Etkileri.....	18
1.8.7.1. Fiziksel Etki.....	18

	<u>Sayfa No</u>
1.8.7.2. Psikolojik Etki.....	19
1.8.7.3. Ekonomik Etki.....	21
1.8.7.4. Kanserin Birey ve Aileye Etkileri.....	22
1.8.8. Kanserli Hastaya Evde Bakım	24
1.8.8.1. Kanserli Hastalarda Bakım Verenler	27
1.8.9. Sosyal Destek.....	28

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi.....	29
2.2. Kullanılan Gereçler.....	29
2.2.1. Hasta Yakınlarını Tanıtıcı Bilgi Formu (EK I)	29
2.2.2. Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği Aile Versiyonu.....	30
(Quality of Life Family Version) (EK II)	
Fiziksel Sağlık Durumu Alt Boyutu.....	30
Psikolojik Sağlık Durumu Alt Boyutu	30
Sosyal Kaygılar Alt Boyutu.....	30
Spiritüel (Manevi) İyilik Durumu Alt Boyutu	31
2.2.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	31
(Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)) (EK III)	
2.3. Kullanılan Yöntemler.....	32
2.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	32
2.5. Araştırmanın Evreni.....	33
2.6. Araştırmanın Örneklemi.....	34

	<u>Sayfa No</u>
2.7. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi.....	34
2.8. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Yöntemleri.....	35
2.8.1. Dil Eşdeğerliğinin Sağlanması	35
- Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği İçin Uzman Görüşlerinin Alınması.....	36
2.8.2. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Psikometrik Uygunluğu: Güvenirlik ve Geçerlilik Analizleri.....	36
- Güvenirlik.....	36
- Geçerlilik.....	37
2.9. Süre Ve Olanaklar.....	38
2.10. Etik Açıklamalar.....	39

BÖLÜM III

BULGULAR

3.1. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği Güvenirlik Analizlerine İlişkin Bulgular.....	40
3.1.1. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Dil Eşdeğerliğinin Sağlanmasına Yönelik Çalışmalar.....	40
- Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği İçin Uzman Görüşlerinin Alınması.....	41
3.1.2. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği Güvenirlik Analizleri.....	43
3.1.2.1. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Zamana Karşı Değişmezliğinin İncelenmesi.....	45

3.1.2.2. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin İç Tutarlılık Analizleri.....	47
- Madde Analizleri.....	47
- Testi Yarılama Analizleri ve Cronbach Alpha Katsayısı.....	51
3.2. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği Geçerlilik Analizlerine İlişkin Bulgular.....	53
3.2.1. Örneklem Büyüklüğünün ve Yeterliliğinin Sınanması.....	53
3.2.2. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Yapı-Kavram Geçerliliğinin İncelenmesi.....	54
- Faktör Analizi.....	54
- Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin ve Alt Boyutlarının Madde Puanlarının Dağılımı.....	58
- Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Madde Ortalamaları Analizi.....	60
- Hipotez Sınanması/Mantıksal Analiz.....	62
3.3. Araştırma Kapsamına Alınan Kanserli Hasta Yakınlarının Tanıtıcı Bilgileri.....	64
3.3.1. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Sosyo-Demografik Özellikleri.....	64

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

4.1. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Güvenirlik ve Geçerlik Analiz Sonuçlarının Değerlendirilmesi.....	70
---	----

4.1.1. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Dil Eşdeğerliğinin Sağlanmasına Yönelik Çalışmalar.....	71
- Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği İçin Uzman Görüşlerinin Değerlendirilmesi.....	72
4.1.2. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği Güvenirlik Analizlerinin Değerlendirilmesi.....	73
- Ölçeğin Tüm Maddelerinden Alınan Puan Dağılımlarının Değerlendirilmesi.....	74
4.1.2.1. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Zamana Karşı Değişmezliğinin Değerlendirilmesi.....	74
4.1.2.2. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin İç Tutarlılık Analizlerinin Değerlendirilmesi.....	76
-Madde Analizlerinin Değerlendirilmesi.....	76
Testi Yarılama Analizlerinin Değerlendirilmesi ve Cronbach Alpha Katsayıları.....	78
4.2. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği Geçerlik Analizlerinin Değerlendirilmesi.....	81
4.2.1. Örneklem Büyüklüğünün ve Yeterliliği Sınamasının Değerlendirilmesi.....	81
4.2.2. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Yapı-Kavram Geçerliğinin Değerlendirilmesi.....	82
- Faktör Analizinin Değerlendirilmesi	82

- Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin ve Alt Boyutlarının Madde Puanlarının Dağılımının Değerlendirilmesi.....	86
- Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Madde Ortalamaları Analizlerinin Değerlendirilmesi.....	87
- Hipotez Sınanması/Mantıksal Analiz Sonuçlarının Değerlendirilmesi.....	87

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuç.....	91
5.2. Öneriler.....	97

BÖLÜM VI

ÖZET VE ABSTRACT

6.1. ÖZET.....	98
6.2. ABSTRACT.....	102

BÖLÜM VII

KAYNAKLAR	106
------------------------	-----

EKLER

EK I Hasta Yakınlarını Tanıtıcı Bilgi Formu.....	118
EK II Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği Aile Versiyonu	120
EKIII Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	125
EK IV Araştırma Onam Belgesi.....	126

	<u>Sayfa No</u>
EK V Orijinal Ölçeğin Yazarından Alınan İzin Belgesi.....	127
EK VI Quality of Life –Family Version Scale.....	128
EK VII Görüş Alınan Uzmanların Listesi.....	132
EK VIII Etik Kurul Raporu.....	133
EK IX Kurum İzin Belgesi.....	134
ÖZGEÇMİŞ	135

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
1. Doktora Tez Çalışmasının Zamana Göre Dağılımı.....	33
2. Ölçeğin Güvenirlik Analizleri ve Yapılan İstatistik İşlemleri.....	37
3. Ölçeğin Geçerlilik Analizleri ve Yapılan İstatistik İşlemleri.....	38
4. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği Uzman Görüşü Ortalamalarının Dağılımı (N:9).....	42
5. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kendall's W(a) Test Sonuçları.....	43
6. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Madde Puanlarının Dağılımı.....	44
7. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Test-Tekrar Test Puanlarının Korelasyon Analizi Sonuçları (n:30).....	45
8. Kanser Hastası Yakınlarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarının Test-Tekrar Test Puanlarının Korelasyon Analizi Sonuçları.....	46
9. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği Maddelerinin Analiz Sonuçları.....	48
10. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden Maddelerin Çıkarılması Sonrası Maddelerinin Analiz Sonuçları.....	49
11. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği Madde -Toplam Puan Korelasyonları (Madde sayısı:31).....	50

Tablo No	Sayfa No
12. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği Testi Yarılama Analizleri ve Cronbach Alpha Katsayıları.....	51
13. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Testi Yarılama Güvenirlik Analizleri Sonuçları.....	52
14. Kaiser-Mayer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) ve Barlett's Test of Sphericity Analizleri Sonuçları.....	53
15. Maddelerin ve Faktörlerin Toplam Varyans Açıklama Oranları.....	55
16. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği Faktör Analizi Sonuçları.....	57
17. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Madde sayısı, Ortalama, Varyans, Standart Sapma Değerleri.....	59
18. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Madde Ortalamaları Analizi (Madde sayısı:31).....	61
19. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarının Madde Ortalamaları Analizi.....	61
20. "Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği" ile "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği"nin Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	62
21. "Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği" Alt Boyutları ile "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği"nin Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	63

Tablo No	Sayfa No
22. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	64
23. Kanser Hastalarının ve Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Sağlık Güvencelerine Göre Dağılımları.....	65
24. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Çalışma Durumlarına Göre Dağılımları.....	65
25. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin, Hastaya Yakınlık Derecelerine ve Sorumluluklarına Göre Dağılımı.....	65
26. Hasta Yakınlarının Kronik Hastalık Durumlarına Göre Dağılımı.....	66
27. Kanser Hastalarının Tanıya İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı.....	67
28. Kanser Hastalarının Operasyon Uygulanma ve Radyoterapi Alma Durumlarına Göre Dağılımı.....	67
29. Kanser Hastalarının Kemoterapi Alma Durumlarına Göre Dağılımı.....	68
30. Kanser Hastalarının Ailelerinde Kanser Görülme Durumlarına Göre Dağılımı.....	68
31. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Verme Sürecinin Özelliklerine Göre Dağılımı.....	69

GRAFİK DİZİNİ

Grafik No

Sayfa No

1. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Zamana Karşı Değişmezlik Grafiği.....	46
2. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği Faktör Yükleri.....	56
3. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Puan Dağılımları.....	60

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. PROBLEMİN TANIMI

Kanser dünyada hemen her ülkede morbidite ve mortalite oranları açısından önde gelen sağlık sorunudur (58). Batı toplumlarında her yıl 250-350 kişiden biri kansere yakalanmaktadır. Ülkemizde kesin istatistikler bulunmamakla birlikte insidans bunun yarısı kadar tahmin edilmektedir. 60 yaşın üzerindeki grupta ise kanser insidansı artmakta, 300 kişide yaklaşık dört-beş kişiye yükselmektedir (18, 64).

Yıllardan beri çaresiz bir hastalık olarak bilinen kanserin sağaltımında son yıllarda önemli gelişmeler olmuştur. Gelişen teknoloji ile son yıllarda tanı olanaklarının artması, toplumlara daha yaygın sağlık hizmeti sunulması nedeni ile her gün daha çok sayıdaki kanserli hastaya tanı konabilmektedir. Ayrıca günümüzde enfeksiyon hastalıkları başta olmak üzere bir çok hastalığın kontrol altına alınıyor olması, yaşam standardının yükselmesi nedeni ile ortalama yaşam süresinin uzamış olması, kanserde sağaltım olanaklarının artması ile daha çok hastanın hekime başvurması da kanserle daha çok karşılaşmamıza neden olmaktadır. Günümüzde insanların kanser yapıcı maddelere her yönden daha çok maruz kalmaları da kanser sıklığını etkilemektedir (64).

Kanser ; hastalık tanısı konmuş bireyleri ve ailelerini fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden olumsuz olarak etkilemekte, aileye ve topluma ağır

maliyetler getirmektedir. Kanserin birey ve aile üzerinde yarattığı değişiklikler zaman içinde giderek artmakta, artan bu olumsuzluklar başta hasta bireyin yaşam şeklini ve beklentilerini olmak üzere tüm aileyi kötü yönde etkilemekte, kısacası bireyin ve ailenin yaşam kalitesini tehdit etmektedir (41).

Yaşam kalitesi kavramı, önceleri felsefe alanında teorik olarak karşılaştığımız bir kavramdı. Tolstoy ve Frankyl gibi düşünürler daha çok yaşamın anlamını ve acı çekmenin spiritüel etkileri üzerine çalışırlardı. Bu literatürde böyle ifade edilmekte olan yaşam kalitesi terimi biraz değişiklik gösterip gelişmeye ve bu kavram açıklanmaya başlandı (45). Sağlıkta yaşam kalitesinin içine nelerin girmesi gerektiği konusunda farklı görüşler olmakla birlikte, bedensel ve ruhsal becerilerin, kişinin kendine özgü beklenti ve algılarının yaşam kalitesi içinde yer alması konusunda pek çok yazar aynı fikirdedir. Farklı tanımları olan yaşam kalitesi genel olarak şöyle tanımlanabilir; iki komponenti olan iyilik halidir; bunlardan birincisi fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halini temsil eden gündelik faaliyetleri yürütebilme yeteneğidir, ikincisi ise iş görebilme ve hastalıkların kontrolünün düzeyi ile ortaya çıkan hasta doyumudur (47).

Işıkhan ve ark. (2001) kanser hastalarının yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada; hastalığın sağaltım biçiminin, erken tanının, hastalığı kabul etme sürecinin, ağrı, ruhsal sıkıntı yaşama ve bakım veren bireylerin yaşam kalitesinde etkili olduğunu saptamışlardır (55).

Kanser tanı sürecinde hasta ile birlikte aile üyeleri de aynı düzeyde etkilendiğinden bakım sürecinin her aşamasına ailenin katılımı ve desteği önemlidir. Kanser sadece bir kriz değil, sürekliliği olan psikososyal bir süreçtir. Kanserden etkilenen aile bireylerinin nasıl tepki verdiği kanserin karakteristik özelliğine göre değil, aile bireylerinin algılamasına göre değişir. Hasta veya

eşlerindeki depresif ruh hali, çocuklar, ev halkı ve evlilik ile ilgili sorunlar yaratabilir. Kanseri yaşayan aile için sosyal destek önemlidir. Kanseri yaşayan her çiftte evlilik geriliminin yükseleceği beklenmelidir. Aileler, kanserle ilgili beklenmedik olayda ne zaman ve nasıl başa çıkacakları konusunda sorun yaşarlar (74).

McMillan ve ark. (2005) yaptıkları bir çalışmada; kanser hastası yakınlarına bakım veren aile üyelerinin yüksek düzeyde stres altında olduklarını, depresyon ve diğer sağlık sorunları açısından artan bir risk taşıdıklarını ve mortalite oranlarının arttığını bildirmişlerdir (67).Yapılan bir başka çalışmada kronik hastalığı olan yakınlarına bakım veren aile üyelerinin fiziksel ve mental sağlıklarının tehdit altında olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada hasta yakınlarının içinde buldukları stresli durumla başa çıkma yöntemlerini kullanmalarının, hasta ve yakını arasındaki ilişkiyi etkilediği gösterilmiştir (69).

Grov ve ark. (2005) meme kanserli ve prostat kanserli hastalarına bakım veren yakınlarının yaşam kalitelerini inceledikleri çalışmada; hasta yakınlarının fiziksel yaşam kaliteleri her iki cinste de anlamlı derecede yüksek bulunmuş ancak mental yaşam kalitesi erkeklerde önemli derecede düşük çıkmıştır. Her iki cinsin anksiyete düzeyleri de önemli derecede yüksek bulunmuştur (52).

Ferrell ve ark. (2002) yaptıkları bir çalışmada; over kanserli hastalarına bakım veren aile üyeleri; kendilerini çok yorgun hissettiklerini ve hastalığın başlangıcından itibaren kendilerinde birçok sağlık sorunu ortaya çıktığını ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada hasta yakınları kendilerini çok sinirli, sorunlarla baş etmede yetersiz bulduklarını ve hastalarına bakabilmek için işlerinden ayrılmak zorunda kaldıklarını belirtmişlerdir (42).

Özkan (2001) çalışmasında, kanser tanısı alan hastaların ailelerinin, bazı dönemlerde depresif belirtiler gösterdiklerini belirtmiştir. Kanserli hastanın bakımında aile bireylerinin stres düzeyleri ölçülmüş ve çalışmalarda hemşirelik bakımının etkisi vurgulanmıştır. Hemşirelik girişimleri, ailelerin varolan kaynaklarını daha çok kullanmalarına yardımcı olmaktadır. Hemşire tanılama, kriz danışmanlığı ve başa çıkma stratejilerinin belirlenmesinde önemli sorumluluk üstlenir (74). Weitzner ve ark. (1999) tarafından yapılan bir çalışmada; küratif ve palyatif bakım almakta olan kanserli hastalarına bakım veren yakınlarının yaşam kaliteleri karşılaştırılmış, palyatif bakım verilen hasta yakınlarının yaşam kaliteleri ve sağlık durumlarındaki bozulma anlamlı derecede düşük çıkmıştır (89).

Ferrell ve ark (1995) yaptıkları bir çalışmada kanserli hastasına bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları fiziksel ve psikolojik sıkıntıların ve yaşam kalitelerindeki değişikliklerin, hastalarına verdikleri bakım ve hastaların ağrı kontrolü üzerinde etkili olduğunu göstermişlerdir (44).

Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitelerini ölçen bir aracın kültürümüze uyarlanması, kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesinin belirlenmesinde, bu yönde yapılabileceklerin planlanması açısından yol gösterici olabileceği düşünülmektedir.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Kanserli hastaların sağaltım ve bakım gereksinimleri çok kapsamlıdır ve bu süreçte ailenin çok önemli rolü vardır. Ekonomik ve sosyal yönden aile hastaya destek olmakla birlikte hastanın bireysel bakımının karşılanması sorumluluğu genellikle hastaya en yakın olan eş, ebeveyn, çocuk gibi bir aile üyesine kalabilmektedir. Kanserli hastaların yaşadıkları fiziksel ve psikolojik

sorunlar, hastanın tüm ailesini ve hastanın en yakınındaki bakım veren kişileri olumsuz etkilemektedir. Kanserli hastaların yaşam kalitesinin istenen düzeyde olması hasta ve ailesinin bir bütün olarak düşünülmesi ve buna yönelik davranılması ile sağlanabilir (94).

Bu düşüncelerden yola çıkılarak planlanan araştırmanın amacı; kanser hastasına bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesini ölçen “Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği”nin Türk toplumu için güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasını yapmaktır.

1.3. HİPOTEZLER

H1: “Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği” Türk toplumu için güvenilirliği ve geçerliliği yüksek bir ölçme aracıdır.

H2: “Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği” Türk toplumu için güvenilirliği ve geçerliliği düşük bir ölçme aracıdır.

1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Kanser her yönüyle hasta bireyin ve ailesinin yaşam düzenini bozan, zor ve sıkıntılı bir süreçtir. Zaman içinde hastanın, ailenin yaşam kalitesi ve dengesi bozulabilir. Kanserli hastaların yaşam kalitelerine ilişkin pek çok çalışma yapılmaktadır. Bununla birlikte kanserli hastaların yaşamlarında çok önemli bir yeri olan ailedeki bakım veren kişilerin yaşam kalitelerine ilişkin çalışmalar yurt dışında yaygın olarak yapılmasına karşın ülkemizde bu yöndeki çalışmalar sınırlıdır. McMillan ve Mahon (1994) yaptıkları bir çalışmada, kanserli hastasına

bakım veren aile üyelerinin hastalarının yaşam kalitesi üzerinde, kendi yaşam kalitelerinin etkili olduğunu düşündüklerini ortaya çıkarmıştır (68).

Bu bağlamda yurt dışında hazırlanmış olan kanserli hastalarına bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için kullanılan ölçeğin kültürümüze uyarlanması çalışması ile kanser hastası yakınlarına bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitelerinin belirlenmesi, yetersizliklerin saptanması ve yaşam kalitesinin düzeltilmesine yönelik daha ileri çalışmalara zemin oluşturması açısından bu araştırma önemlidir.

1.5. SINIRLILIKLAR

Araştırma Ege Üniversitesi Tülay Aktaş Onkoloji ve Kemikliği Transplantasyon Hastanesi'nde yürütülmüştür. Araştırmaya ayaktan kemoterapi tedavisi almak için hastaneye başvuran kanser hastalarının birinci derece yakını olan, hastanın bakımıyla en çok ilgilenen, 25-64 yaş aralığına giren yetişkin (erişkin) bireyler alınmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre erişkinlik yaşı 25-64 yaş aralığı olarak kabul edilmektedir (96).

1.6. TANIMLAR

Kanser: Kanser mutasyona uğramış hücrelerin, yerel ve uzak noktalarda kontrolsüz çoğalıp büyümelerinin sonucu oluşan malign hastalıklar grubudur (18, 41, 64).

Yaşam Kalitesi: Bireyin kendi yaşamını değerlendirmesine dayanan kişisel algı, duygu ve biliş süreçlerinin bir bütünüdür. Sağlıkta yaşam kalitesi; iki komponenti olan iyilik halidir; bunlardan birincisi fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halini temsil eden gündelik faaliyetleri yürütebilme yeteneği, ikincisi ise iş

görebilme ve hastalıkların kontrolünün düzeyi ile ortaya çıkan hasta doyumudur (47, 79, 93, 97).

Primer Bakım Veren: Bakım gereksinimi olan bireyin bakımını yapmak veya sürdürmekten birinci derecede sorumlu olan kişidir (65).

Ölçek Uyarlaması: Bir kültürde geliştirilen ölçeğin farklı dil ve kültürlerde uygulanabilir olması için yapılan sistematik hazırlık çalışmalarıdır (5).

Güvenirlilik : Bir ölçeğin istenen özelliği ölçme ve bu işi diğer özelliklerinin etkilerine kapalı kalarak yani onların etkilerini ölçümlere yansıtmadan yapma derecesidir (12, 20, 49, 65, 66, 72, 75, 85).

Geçerlilik: Bir ölçme aracının hatalardan arındırılmış olarak ölçme yapabilme yeteneğidir (12, 20, 49, 65, 66, 72, 75, 85).

Sosyal Destek: İnsanların yaşamında önemli bir yeri olan gerektiğinde kişiye duygusal maddi ve bilişsel yardım sağlayan tüm kişilerarası ilişkiler sosyal destek sistemleri olarak kabul edilmektedir (9, 70, 76).

1.7. VARSAYIMLAR

Araştırma kapsamına alınan bireylerin, araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılacak anket formlarını, gerçek durumlarını yansıtacak şekilde doldurdukları kabul edilmektedir.

1.8. GENEL BİLGİLER

1.8.1. KANSER EPİDEMİYOLOJİSİ

Teknolojik ve bilimsel gelişmelerin sonucunda kronik hastalığı olan birey sayısı giderek artmaktadır. 65 yaş ve üstü olan birey sayısının 1989 ile 2030 yılları arasında iki katına çıkacağı tahmin edilmektedir (22).

Kronik hastalıklardan biri olan kanser tüm dünyada ve ülkemizde önemli bir sağlık sorunudur. Kanser ölüm nedeni olarak; %23.4 oranıyla kalp ve damar hastalıklarının hemen ardından gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre 1996 yılında 10 milyondan fazla kişiye yeni kanser tanısı konmuş, en az 6 milyon kişi bu hastalık nedeniyle ölmüştür. DSÖ 2021 yılında 15 milyon yeni kanser olgusu ve 12 milyon kişinin de kanserden öleceğini tahmin etmektedir (8, 58, 95). Amerikan Kanser Topluluğu'nun (American Cancer Society)(ACS) 2003 verilerine göre en sık görülen kanser türlerinden erkeklerde ilk sırada %33 oranıyla prostat kanseri yer almakta olup, bunu sırasıyla akciğer, kolo-rektal ve mesane kanserleri izlemektedir. Kadınlarda ise en sık görülen kanser türlerinden ilk sırada %32 oranıyla meme kanseri yer almakta olup, bunu sırasıyla akciğer, kolo-rektal ve uterus kanserleri izlemektedir. Aynı yıl verilerine göre her iki cinste de en fazla mortalite nedeni erkeklerde %31, kadınlarda %25 oranıyla akciğer kanseri olarak bildirilmektedir (4, 41, 58).

Kanser epidemiyolojisinde, kanser tiplerinin yaş, cinsiyet, etnik grup, ekonomik, coğrafik, ırk özelliklerine göre dağılımı ve sağ kalım farklılıkları gösterdiği saptanmıştır. Epidemiyolojik çalışmalarda, kanserin insidansındaki artışın ve mortalite oranlarında azalmanın yanı sıra, yeni tanı ve sağaltım yöntemleri ile kanser hastalarının daha uzun yaşadıklarının gösterilmesi pek çok ülkede, kanserle savaş, korunma ve sağaltım politikalarına ağırlık verilmesine neden olmuştur (58).

Sağlık Bakanlığı'nın 2003 yılı verilerine göre; Türkiye' de en sık görülen kanser türleri arasında erkeklerde %24.22 oranıyla akciğer kanseri ilk sırada, ardından mide, prostat ve mesane kanserleri gelmektedir. Aynı yıl verilere göre;

kadınlarda en sık görülen kanser türü %26.58 oranıyla meme kanseridir. Bunu sırasıyla deri, mide, ovaryum kanserleri izlemektedir (98, 99, 101).

1.8.2. KANSERİN TANIMI

Kanser mutasyona uğramış hücrelerin, yerel ve uzak noktalarda kontrolsüz çoğalıp büyümelerinin sonucu oluşan malign hastalıklar grubudur. Bu çoğalma sırasında kanser hücresinde normal hücrelerden yapısal olarak farklılıklar çıktığı gibi işlevleri açısından da farklılıklar çıkabilir. Bazen hücre normalde yaptığı işlevleri yapmazken, bazen de normalde olmayan bazı yeni işlevleri yapmaya başlayabilir. Anormal şekilde çoğalmaya başlayan bu hücreler buldukları yerdeki doku ve organları işgal ederek bazen uzaktaki organlara kadar yayılırlar ve bu organların işlevlerini yapmalarına engel olurlar. Kanserler köken aldıkları doku ve organlara göre isim alırlar. Belirti, bulgu ve sağaltımları da kanserin cinsine göre değişmektedir. En sık görülen kanser türleri akciğer, meme, sindirim ve üreme sistemlerinden kaynaklanan kanserlerdir (18, 64).

1.8.3. KANSERİN NEDENLERİ

Kanserin nedeni ve oluş mekanizması tam bilinmemekle birlikte son yıllarda yapılan çalışmalarla kanser hakkında önemli bilgiler elde edilmiştir. Kanserinin etyolojisinde birden fazla etken rol oynamaktadır (3, 71). İnsanlardaki kanserlerin 1/3'ünde nedenler bilinmemekte ve çoğu kanserlerin ortaya çıkışında çevresel faktörlerin rolü olduğu düşünülmektedir. Ayrıca genetik faktörlerinde kanser oluşumunda rol oynadığı bilinmektedir (3, 28, 64).

Genel olarak kanser etyolojisinde yer alan nedenler bazı alt gruplar altında incelendiğinde;

1. Enfeksiyöz Ajanlar: Malign dönüşümün fizyopatolojisi belli olmamakla beraber; çeşitli enfeksiyöz ajanlar kanser gelişimine zemin hazırlarlar. Helicobacter pylori ile mide kanseri, Epstein- Barr virüsü ile Burkitt lenfoması, Hepatit B virüsü ile hepatosellüler karsinom ve insan papilloma virüsü (HPV) 16 ve 18 ile servikal kanser arasındaki ilişki özgün bir enfeksiyonla kanser ilişkisine örneklerdir (29).

2. Fiziksel Faktörler: Bu grup içinde iyonize radyasyon; X ışınları (röntgen), noniyonize radyasyon (solar), güneşteki ultraviyole (mor-ötesi ışınlar), radyoaktif etkenler (Alpha, beta, gama ışınları), kronik irritasyon veya inflamasyon ile tütün kullanımı sayılabilir (3, 28, 29, 41,64).

A. İyonize Radyasyon: İyonize radyasyona kaza ile veya sağaltım sırasında maruz kalmak kanser riskini artırır. Başta lösemiler ve epitelyal kanserler olmak üzere iyonize radyasyonun çeşitli kanserlere yol açtığı, Japonya'ya atılan atom bombasına maruz kalanlarda, ankilozan spondilit sağaltımı nedeniyle radyasyon verilenlerde ve diğer nedenlerle radyasyon alanlarda gösterilmiştir.

B. Ultraviyole Işınları: Deri kanserlerinin büyük bir kısmı aşırı ultraviyole ışınlarına maruz kalma sonucu gelişmektedir. Deri kanseri insidansı özellikle beyaz tenlilerde artış göstermektedir. Deri kanseri çocukluk çağı için de risk faktörüdür ve çocukluk çağından itibaren güneşten korunma davranışlarının geliştirilmesi bu bakımdan önemlidir.

C. Çevresel Faktörler: Çeşitli alışkanlıklar ve çevresel ajanlar kanser riskini arttırmaktadır. Hava kirliliğinin tek başına veya sigara içilmesi ile birlikte akciğer kanserlerinin yaklaşık %10'nda rol oynadığı bilinmektedir.

3. Sigara ve Kimyasal Karsinojenler

Kanserden ölümlerin %30'undan sigara içme tek başına sorumludur. Akciğer kanseri ile sigara ilişkisi kesin olarak kanıtlanmış olup, sigara ayrıca larenks, ağız boşluğu, mesane ve pankreas kanseri riskini de arttırmaktadır.

Çeşitli mesleklerde çalışan insanların katran ve kömürün yanma ürünleri, benzen, naftilaminler, asbest, vinil klorür, krom vb. maddelerle temaslarının kanser oluşumuna yol açtığı bilinmektedir. Benzene maruz kalmak lösemi riskini artırır. Asbest lifleri, özellikle de sigara içenlerde olmak üzere mezoteliyoma ve akciğer kanseri riskini artırır.

4. Alkol: Çok miktarda ve uzun süreli alkol kullanımı ağız, trakea ve özefagus kanseri riskini arttırmaktadır. Genellikle alkol ve sigaranın birlikte sık olarak kullanılmasından doğan risk, her birinin ayrı ayrı kullanımı ile ortaya çıkan riskin çarpımları kadar yükselmektedir.

5. Cinsel Sağlık ve Doğurganlık

Serviks kanseri riski evli kadınlarda, erken evlenenlerde, birden fazla erkekle ilişkisi olanlarda, sık ve erken cinsel ilişkisi olanlarda artmaktadır.

Meme kanseri riski; geç evlenmiş, geç doğum yapmış veya hiç doğum yapmamış kadınlarda daha fazladır. Erken menarş, geç menarş ve ovulasyonsuz menstrüel dönemin sıklığı meme kanseri riskini arttırmaktadır.

6. Genetik ve Ailesel Özellikler

Birçok kanserde genetik yapı etkisinin, aynı çevreyi paylaşma, yaşam biçimi gibi ortak faktörlerden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Anormal kromozom, fazla kromozom veya kromozom lokalizasyonunda değişiklik ile kanser arasında ilişki olduğu da bilinmektedir. İnsanda genetik ağırlıklı kanserlere örnek olarak; retinoblastom, kolon poliposisi, Gardner sendromu, feokromasitoma,

nodüler tiroid kanseri sayılabilir. Genel olarak genetik bazı faktörlerin zemininde çevresel karsinojenlerin rolü olduğu ileri sürülmektedir.

7. Beslenme Faktörleri: Diyet ile kanser arasında önemli ilişki vardır; ancak özgün ajanlar ve moleküler mekanizmalar ortaya konamamıştır. İkinci derecedeki kanıtlar, diyetteki yağın, kolon, prostat ve meme kanserlerinin gelişiminde rol oynadığını göstermektedir. Sindirim sistemi kanserleri belirli beslenme alışkanlıkları ile ilişkilidir. Besinlerin ızgara, kızılama, turşu yapımı gibi işlemler sırasında hazırlanmasına bağlı oluşan nitroze bikarbonatın da kanser oluşumunda etkili olduğu bildirilmektedir (29).

8. Hormonal Faktörler

Yapılan çalışmalar hormonal denge bozuklukları ile tümör oluşumu ve büyümesi arasında ilişki olduğunu göstermiştir. Örneğin; meme, prostat ve uterus kanserinin hormon düzeyine bağlı arttığı, gebelik sayısının artması ile meme, endometrium ve over kanseri riskinin azaldığı bilinmektedir.

9. İmmunolojik Faktörler

İmmun sistem yetersizliği ile kanser arasında bir ilişki olduğu bilinmektedir. Otoimmün kökenli hastalıklarda kanser görülme sıklığı ile yaşlılık dönemi gibi immün sistemin zayıf olduğu dönemlerde kanser sıklığının artması buna örnek verilebilir (3, 28, 29, 41, 64, 71).

1.8.4. KANSERİN BELİRTİLERİ

Kanserin belirtileri çok çeşitlidir. Öncelikle hastalığın bulunduğu organa ve vücuttaki yayılım derecesine göre değişiklikler gösterir. Örneğin; kolon kanserlerinde dışkılama alışkanlıklarında değişiklikler olup konstipasyon, ağrı, kanama gibi belirtiler görülürken, akciğer kanserinde göğüs ağrısı, öksürük,

kanlı balgam gibi belirtiler olabilir. Kanser belirtilerinin çeşitliliğine karşın bazı ortak bulgular görülebilir.

- a. Vücudun herhangi bir yerinde şişlik:** Memede, boyunda, koltuk altında, kasıklarda lenfadenopati, karında ele gelen şişlikler olabilir.
- b. İyileşmeyen veya iyileşmesi geciken yara:** Özellikle deride, dudakta, ağız ve rektum bölgesinde iyileşmeyen yaralar kanser yönünden önem taşır.
- c. Ben ve siğillerdeki değişiklikler:** İnsanlarda çok yaygın olarak rastlanan ben ve siğillerin çoğu zararsızdır. Ancak bunlarda ortaya çıkabilecek hızlı büyüme, renk değişiklikleri, üzerinde yaraların açılması mutlaka değerlendirilmelidir.
- d. Olağan dışı kanama:** Değişik bölgelerden olan kanamalar kanserin habercisi olabilir. Örneğin sigara içen birinin balgamında kan görülmesi, başka bir nedene bağlı olabileceği gibi akciğer kanserine de bağlı olabilir. Dışkıda kan görülmesi kolon kanserini düşündürmelidir.
- e. Yutma güçlüğü:** Özefagus kanserlerinde sık rastlanan bir bulgudur.
- f. Ses kısıklığı ve sürekli öksürük:** Ses kısılması larenks kanserinin erken bir belirtisi olabilir. Özellikle uzun süreden beri sigara içenlerde bu durum göz önünde bulundurulmalıdır. Uzun süreli düzelmeyen öksürükler akciğer kanseri riskini de düşündürmelidir.
- g. İdrar ve dışkılama alışkanlıklarında değişiklikler:** Kolon kanserlerinde hastalar dışkılama alışkanlıklarının değişmesinden yakınırırlar. Hastalarda bazen konstipasyon, bazen de diyare görülebilir.
- h. Nedeni bilinmeyen ateş ve zayıflama:** Hastalar başka bir neden olmaksızın zayıflamaktan ve uzun süreli ateşten yakındıkları zaman kanser düşünölmelidir.

Bu belirtilerin varlığı her zaman kanser olduğunu göstermez ancak mutlaka bir uzmana danışılmalıdır (3, 41, 51, 64).

1.8.5. KANSER TEDAVİSİ

Kanser halk arasında tedavisi mümkün olmayan bir hastalık olarak bilinmektedir. Hastalığın böyle tanınması, tanı ve tedavide gecikmelere yol açmakta bu durum da tedaviyi güçleştirmektedir.

Kanser tedavisinde başarı kanserin cinsi, yaygınlığı ve tedavinin düzenli yapılmasına bağlıdır. Kanser tedavisinde kullanılan başlıca yöntemler; cerrahi, radyoterapi, kemoterapi ve immunoterapidir.

1.8.5.1. CERRAHİ

Bugün kanserden iyileşen hastaların büyük kısmında cerrahi (%75-80) ilk tedavi olarak yerini korumaktadır. Cerrahi tedavi kanserde değişik amaçlarla kullanılmaktadır. Bunlar tanısal cerrahi, önleyici cerrahi, küratif (radikal) cerrahi ve palyatif cerrahidir (30).

1.8.5.2. RADYOTERAPİ (RT)

Radyoterapide (RT) iyonize radyasyonun hücre bölünmesi üzerindeki etkisi kullanılır. Amaç çevresindeki normal dokuya kalıcı zarar vermeden tümöre en yüksek doz radyasyonu verebilmektir. Bir tümörün ve normal dokuların radyasyona duyarlılıklarını belirleyen pek çok faktör vardır. Bu duyarlılık, radyasyon alan hücrenin oksijenasyonu, birim zamanda dokunun aldığı radyasyonun dozu, radyasyona maruz kalındığı sırada hücre döngüsünün duyarlı fazındaki hücre oranı, tümörün tipi ve boyutları ile değişikliğe uğrayabilir.

Radikal RT'ye örnek olarak beyin tümörlerinde cerrahiden sonra RT uygulanması ve servikste gelişen kanserler örnek verilebilir. Palyatif RT ameliyat şansını yitirmiş hastalarda veya operasyon riski yüksek hastalarda kanama, ağrı, organ tıkanıklıkları gibi durumları düzeltmek amacı ile yapılır (30, 60).

1.8.5.3. KEMOTERAPİ (KT)

Kemoterapide (KT) kullanılan ilaçlar kanserli hücrelerin çoğalmalarını durdurmakta ve yok etmektedir. KT; kanser hücrelerinin büyüme hızı ve duyarlılığı ile normal hücrelerin arasındaki farktan yararlanmaya çalışır. Bu amaçlarla kullanılan ilaçlar içinde çeşitli kimyasal maddeler, alkaloidler, antibiyotikler ve bazı hormonlar vardır. Kullanılabilmeleri için, her ajanın farmakolojisinin, yan etkilerinin ve diğer ilaçlarla etkileşiminin bilinmesi önemlidir. Kemoterapinin rolü tedavi edilen hastalığa göre değişmektedir.

Kemoterapinin Çeşitleri;

- a. *Palyatif kemoterapi;* tümör hücrelerinin kütlesini azaltmayı amaçlar.
- b. *Küratif kemoterapi;* hastalığı tamamen ortadan kaldırmayı hedefler.
- c. *Adjuvan kemoterapi;* tümörün lokalize evrelerinde cerrahi ve radyoterapiye ek olarak uygulanan kemoterapidir.

KT'nin önündeki en büyük engel, ilaca karşı dirençtir. Çoğu kanserler ilacı hücreden atacak özgün bir protein üreterek, bazı ilaçların hücre içi yayılımına engel olmaktadır. İlaç direncini yenmek için; tümörün daha büyük parçalarına daha yüksek doz ilaç uygulanmalıdır (30, 41).

1.8.5.4. DİĞER TEDAVİLER

A. İmmunoterapi: İnterferon, interlökin-2 (IL-2) ve monoklonal antikorlar biyolojik terapi örnekleridir. İnterferonların immünomodülatör, antiviral ve antianjiojenik etkileri vardır. İnterferon ilk kez, nadir hematolojik malignite olan saçlı hücre lösemisinde kullanılmış olup, şimdilerde yaygın olarak kronik miyeloid lösemi (KML) tedavisinde kullanılmaktadır. İnterferon KML'li hastalarının yaklaşık %70'nde hücre büyümesini azaltır ve lökositozu kontrol eder. İnterferon multipl miyelom ve kronik lenfoid lösemi (KLL) hastalarında sağ kalımı süresini uzatır.

B. Hormon Tedavisi: Meme, prostat ve endometrium gibi hormon etkisindeki dokulardan köken alan kanserlerde özel bazı hormonlar sağaltım amacı ile kullanılmaktadır.

C. Kemik İliği Transplantasyonu (KİT) : Yüksek doz KT kullanımında en önemli engellerden biri bu ajanların normal hücrelere karşı toksik etkisidir. Kemik iliği hücreleri; en azından kısmen kemik iliğinin hızlı hücresel devri nedeniyle, daha duyarlıdırlar. Normal hücreler; hastadan (otolog hücre) veya insan lökosit antijeni eşleşmiş ilgili veya ilgisiz donörlerden (allojenik hücre) alınabilir ve KT veya RT'nin zarar verici dozlarının tamamlanmasından sonra tekrar hastaya verilebilir. Kemik iliği transplantasyonu; KML, tekrarlayan Hodgkin ve Non-Hodking lenfoma ve akut lösemili hastaların yaşam sürelerini uzatır. KİT'nun komplikasyonları kemoterapinin karaciğere, akciğere ve kemik iliğine yaptığı toksik etkilerdir. Tedaviye bağlı mortalite, genelde bakteriyel ve viral enfeksiyonlar nedeniyle gelişmektedir.

D. Lazer Tedavisi: Tıpta yaygın olarak kullanılmasına karşın kanserlerde kullanımı henüz çok yaygın değildir ve beyin tümörleri, larenks kanserleri gibi kanserlerle sınırlıdır (30, 64).

1. 8. 6. KANSERDEN KORUNMA

Bir çok kanser türü korunma ile önlenir. Kanserden korunma; primer, sekonder ve tersiyer olmak üzere üç aşamada incelenebilir.

A. Primer Korunma: Günümüzde kanserle ilgili bilgilerin gelişmesi ile 21. yüzyılın sonlarında kanser ölümlerinde %50 oranında azalma amaçlanmaktadır. Bu azalmanın %8 oranında diyetteki yağ oranının azaltılıp lifli besinlerin oranının artırılmasına, %8-15 oranında sigaranın azaltılmasına, %3 oranında erken tanı ve tarama yöntemlerine, %20-26 oranında tedavi uygulamalarına bağlı olacağı düşünülmektedir.

Kanserin oluşmasında birçok risk faktörünün birlikte rol oynadığı bilinen bir gerçektir. Bu risk faktörleri genetik olabileceği gibi çevresel de olabilir. Buna bağlı olarak kanserden korunma önemli bir konu haline gelmektedir. En önemli bölümünü tütün kullanımının kontrolü, geri kalan bölümünü ise diyet alışkanlıkları, alkol kullanımı, radyasyon, çeşitli enfeksiyonlar, güneş ışınları, hava ve su kirliliği gibi faktörler oluşturmaktadır (71, 92).

B. Sekonder Korunma: Kanser kontrol girişimleri, erken tanı girişimlerini içerir. Bu aşamadaki etkinlikler önemlidir. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Center for Disease Control and Prevention) (CDC) 1989 yılında gerçekleşen 42.500 kanser ölümünün erken tanı ve tedavi ile önlenir olduğunu belirtmektedir.

Erken tanı çalışmalarının gerçekten başarılı olduğu üç organ vardır. Bunlar meme, serviks uteri ve kalın bağırsaktır. Erken tanı için çok önemli bir yöntem taramadır. Eğer bir kanserin erken tanı yöntemi, bir insan topluluğuna uygulandığında bu toplulukta o kanserden ölüm oranını azaltıyorsa, tarama yöntemi başarılı demektir. Tarama testleri basitçe uygulanabilen, ucuz, yan etkisiz, ağrısız ve binlerce kişiye uygulanabilecek kadar kolay sonuç verici olmalıdır. Tarama testleri kanser olanları veya o sırada kansere yakalanmamış olanlarda büyük bir doğruluk olasılığı ile tanı koymaktadır. Genel olarak bir kanser tarama testi ve erken tanı gerçekten yararlıysa, bu kansere bağılı ölümler tarama yapılmış toplulukta azalır (31, 92).

C. Tersiyer Korunma: Kanserli hastada sakatlıkları azaltmak ve rehabilitasyonu sağlamak üçüncül düzeyde önemlidir. Hemşireler semptom kontrolü sağlayarak ve palyatif bakıma önem vererek, komplikasyonlar için anında girişimde bulunarak olası sakatlıkları sınırlayabilirler (31, 41, 50, 71).

1.8.7. KANSERİN ETKİLERİ

Kanser görülme sıklığı ve ölüm nedenleri arasında ön sıralarda yer alması nedeniyle bir sağlık sorunu olmanın ötesinde topluma getirdiğı sosyal ve ekonomik yük nedeni ile bir toplum sorunudur. Kanserlin hasta ve aile üzerine fiziksel, psikolojik ve ekonomik etkileri bulunmaktadır (41,48, 91).

1.8.7.1. FİZİKSEL ETKİ

Kanser deneyimi sürecinde hastada fiziksel değışiklikler olabilir. Tanı öncesinde hastada iç organlarda değışiklikler veya şekil bozuklukları görülebilir. Hastalarda kanser sağıltımına bağılı olarak yapılan işleme göre,

memenin çıkarılması veya bir ekstremitenin ampute edilmesi gibi organ kayıpları yaşanabilir. KT ve/veya RT uygulamaları sırasında veya sonrasında yorgunluk, dispne, öksürük, bulantı, kusma, diyare, konstipasyon, deri değişiklikleri, alopesia, kilo kaybı ve deride pigmentasyon değişiklikleri gözlenebilir (3, 48, 84).

Bu nedenle hastalar; sadece hastalığın kendisine bağlı olarak değil, tedavinin sonuçları ile ilgili sorunlarla da karşılaşmaktadırlar. Kansere bağlı olarak görülen bu değişiklikler hastaların öz-benlik kavramını, öz-saygısını ve duygularını olumsuz etkilemektedir. Hastalarına bakım veren aile üyelerinin de fiziksel fonksiyonları olumsuz yönde etkilenebilmektedir (41).

1.8.7.2. PSİKOLOJİK ETKİ

Bazı kültürlerde “kanser” sözcüğü tabudur ve tartışılmaz. Kansere bağlı ölümler çok fazla konuşulmaz ve başka nedenlere bağlanır. Kanser, ölümü ve yaşam üzerindeki kontrolün sınırlılığını sembolize eden kronik bir hastalıktır. Kişinin kendi bedeninin kendini yok etmesini simgeler. Bilinmeyen bir tehlikenin, ızdırap ve acının, suçluluk ve utanç duygusunun, izolasyonun, kaos ve kaygının sembolüdür (7, 64). Çoğu kişi hala kanseri ölüm ve acı çekme veya şekil bozukluğu ile birleştirmektedir (54). Kanser hastalığının adı, adının verdiği korku, gelecek kaygısı, hastalık ve tedavi sürecinde yaşanabileceklerin yarattığı stres, hasta ve hasta yakınlarını hiçbir hastalık grubunda olamayacak kadar çok olumsuz etkilemektedir (79).

Hastaların kansere karşı tutumları dünyanın değişik bölgelerinde kültürel, etnik, sosyal, ekonomik ve eğitim gibi etmenlere bağlı olarak önemli ölçüde değişiklik gösterir. Kanser olgusu tıbbi-fiziksel bir hastalık olduğu kadar, ruhsal

ve psikososyal bileşikleri yoğun bir sorundur. Kanser hastaları tanı, tedavi, bakım, tedavi sonrası tekrarlama ve terminal dönemlerde çeşitli ruhsal ve davranışsal reaksiyonlar geliştirirler (7, 11, 54).

Gyllensköld'e göre kanser: 1. doğrudan doğruya ölümle ilişkili olduğu; 2. sinsice hareket ettiği; 3. nedenlerinin pek açıklanamadığı; 4. zamanla kontrolü güçleştiği, kontrolden çıktığı ve büyük ızdıraplara neden olduğu; 5. bireyi sosyal yönden damgaladığı ve izole ettiği için diğer hastalıklardan daha korkunç ve tehdit edici olarak algılanır (7).

Kansere ilişkin en önemli ve belirgin duygu korkudur. Kanser korkusu, ölüm korkusu, sakatlığa neden olabilecek ameliyat korkusu, şiddetli ağrıların neden olabileceği acı korkusu, sağaltım ve yan etkilerin olabileceği korkusu gibi değişik korkular vardır. Bu gibi korkular sıklık, şiddet ve hastanın bunlara vereceği tepki açısından farklılıklar gösterir (82). Kanser tanısı alan hastalarda sosyal desteğin yetersiz olması psikolojik sorunlar yaşama olasılığını arttırmakta ve kanserin kontrolünü güçleştirmektedir (81).

Elizabeth Kubler Ross kanserde psikolojik aşamaları; inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme olarak tanımlamıştır. Gren ve arkadaşlarına göre kanser hastalarının sergilediği; savaşıma ruhu, çaresizlik, umutsuzluk, bunaltıcı aşırı uğraş, kaderci kabulleniş, kaçınma ve inkar gibi duyguların içinde bulunduğu bu tepkilerin bir kısmı normal hatta uyuma dönüktür. Bu tür tepkiler sağlık ekibi ve hastanın ailesi tarafından anlayışla karşılanmalı ve desteklenmelidir. Kişinin kanser olgusuna uyumunda hastalığı, kişiliği, yaşı, deneyimleri ve destek sistemleri önemlidir. Kanserde psikososyal yaklaşım, sağaltım ve bakımın bütüncü ve ayrılmaz bir parçasıdır (11).

Kanser, bireyi ve yakınlarını ağır biçimde etkileyen önemli uyum sorunlarına veya bozukluklarına yol açabilen bir hastalıktır (54). Kanserli bireyler ve aileleri üzerinde yapılan çalışmalarda; kansere ait psikososyal yanıtlar incelenmiş ve baş etme davranış tipleri tanımlanmıştır. Bireylerin verdikleri psikososyal yanıtların kendi değerleri, inançları, davranışları, içsel, dışsal kaynakları ve baş etme mekanizmalarına bağlı olarak değişmekte olduğu bildirilmektedir. Anksiyete ve depresyon kanserli hastalar ve ailelerinde görülen en yaygın psikososyal reaksiyonlardır (52).

1.8.7.3. EKONOMİK ETKİ

Kanser incelemeleri ve sağaltımı oldukça pahalı yöntemler olması nedeniyle bireye getirdiği yükün yanı sıra, ülke ekonomisine de önemli bir yük getirmektedir. Ayrıca uzun süreli bir hastalık olması nedeniyle oluşturduğu iş gücü kaybı bunu daha da arttırmaktadır. Kanserlerin çoğunluğu kişilerin aktif çalışabileceği 45-60 yaşlarında görüldüğünden bu bireysel olarak ailenin maddi durumunu olumsuz etkilemektedir (41, 46, 64, 91).

Kanser sağaltımının çok pahalı olması nedeniyle hastaların bu sorunlarına çözüm olarak sosyal güvence sistemlerinin yaygınlaştırılması gerekmektedir. Bireyin sağlık sigortası olsa bile, birey astronomik rakamlara ulaşan bir maliyetle karşı karşıya kalabilir. Sosyal güvenceden yoksun hastalar kanser sağaltımının en önemli noktalardan olan düzenli tedavi alabilme şanslarını kullanamamaktadırlar. Hasta bireyin ailesinin ekonomik yönden geçirdiği sarsıntı hastanın sağlığını ve diğer aile üyelerini de doğrudan etkilemektedir. Hastalığın kendisinden kaynaklanan sorunlara bir de ekonomik sorunlar eklenince durum daha da güçleşmektedir (41, 64).

1.8.7.4. KANSERİN BİREY VE AİLEYE ETKİLERİ

Kanser, başta hasta birey olmak üzere tüm aileyi etkileyen önemli bir hastalıktır. Geleneksel amacı yaşam süresini uzatmak ve kalitesini yükseltmenin yanı sıra acı çekmeyi önlemek olan kanser sağaltımı ve bakımı oldukça başarılı olmasına karşın, hastanın yaşamının fiziksel, psikososyal ve ekonomik alanını zorlayıcı etkileri olduğu belirtilmektedir. Bu tür olumsuz etkilerle başa çıkma çabası içinde olan hastanın dayanma gücünü desteklemek, biyo-psikososyal bütünlüğünü sürdürmesine, tanı ve sağaltımına ilişkin uygulama/işlemleri tolere etmesine yardımcı olmak önemlidir (6, 21).

Kanser nedeni ile hasta ve ailesi; hastalığın evresine göre korku, umutsuzluk, suçluluk, çaresizlik, dayanılmaz ağrılar, terk edilme ve ölüm gibi duygular yaşarlar ve farklı reaksiyonlar gösterirler. Hastalara kanserle birlikte yaşamayı öğretmede genel ilke ve yöntemler arasında hastanın bireysel bakımı, rol işlevleri yönünden özerkliğinin korunması, ruhsal ve toplumsal uyum sorunlarının çözümlenmesi, her hasta için bireysel destek sistemlerinin (aile, arkadaş, iş) ortaya konması ve işlevselliğinin artırılması gibi yaklaşımlara yer verilmelidir (41).

Kanser karşısında hastanın yaşadığı korkular evrensel olarak 6 D şeklinde tanımlanmıştır, bu korkular aile ve çevreyi de etkilemektedir. Bunlar; Death (Ölüm), Dependency (Aile, eş ve sağlık bakım ekibine hastanın bağlılığı), Disfigurement (Vücut görünümünün kötüleşmesi ve öz yeterlilikte azalma), Disability (İş, okul ve sosyal düzende yetersizlik), Disruption (Sosyal ilişkilerde bozulma) ve Discomfort (Rahatsızlık ve ağrı) konularına ilişkin korkulardır (41).

Biyo-psikososyal bir varlık olan insanın, yaşamını sürdürmesinde önemli olan bu ölçütler arasındaki dengenin bozulması sonucu ortaya çıkan hastalığa adaptasyon; stres ve adaptasyonu içeren bir süreçte gerçekleşir. Başa çıkma yöntemlerinin etkili olduğunun bir göstergesi olarak, stres veya stresin emosyonel reaksiyonu ortadan kaldırıldığında/ kontrol altına alındığında, stres yaratan sorunda olumlu yönde bir değişiklik gözlemlendiğinde veya sorun hasta tarafından kabul edildiğinde adaptasyon meydana gelir. Bireyin strese bağlı olarak bozulan biyo-psikososyal dengesinin yeniden kazanıldığının ifadesi olan adaptasyon, hastada fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan olumlu değişikliklerin olduğunu gösterir (6).

Kanser, birey ve aile üzerinde olumsuz yönde değişiklikler yaratmakta, zaman içinde giderek artan sorunlar, başta hasta bireyin ve ailesinin yaşam şeklini ve beklentilerini kötü yönde etkilemekte kısacası bireyin ve ailenin yaşam kalitesini tehdit etmektedir (41).

Hastanın bakımı konusunda bakım verenlerin yükü pek çok farklı boyutta ortaya çıkabilir. Bakımın ortaya çıkardığı sorunlar hastalıktan kaynaklanan direkt bakım gereksinimleri, normal ev rutininin bozulması, rollerin değişmesi, aile içindeki yapının değişmesi, hastalığın bakımı için gereken para ve çalışamama nedeniyle gelir kaybından kaynaklanan parasal sorunlar, hastalığın ortaya çıkardığı duygusal sorunlar gibi yüklerdir. Aile yükü; tipik olarak aile üyelerinden birisinin hastalığını takiben, ailenin yaşadığı tüm güçlükler olarak tanımlanabilir (65, 88).

Yapılan bir çalışmada, kanserli hastalarına bakım veren ailelerin %20'sinde bir aile üyesinin işten ayrılmak zorunda kaldığı, ailelerin %31'nin edinmiş oldukları mal varlıklarının çoğunu kaybettikleri bildirilmiştir (91).

Grov ve ark. (2005) yaptıkları bir çalışmada, kanserli hasta yakınlarının fiziksel yaşam kalitelerini her iki cinstede anlamlı derecede yüksek bulmuş ancak mental yaşam kalitesinin erkeklerde önemli derecede düşük olduğunu saptamışlardır. Her iki cinsin anksiyete düzeyleri de önemli derecede yüksek bulunmuştur (52). Özkan (2001) çalışmasında, kanser tanısı alan hasta ailelerinin bazı dönemlerde depresif belirtiler gösterdiklerini belirtmiştir (74).

Işıkhan ve ark. (2001) yaptıkları çalışmada, kanser hastalarının yaşam kalitesi üzerinde; hastalığın sağaltım şeklinin, erken tanının, hastalığı kabul etme sürecinin, ağrı, ruhsal sıkıntı yaşama ve bakım veren bireylerin etkili olduğunu göstermişlerdir (55).

Kanser; bireyi ve aileyi her yönüyle etkileyen bir hastalık olması nedeniyle, hastalarda istenen yaşam kalitesine ancak başta bakım verenin olmak üzere hasta ailesinin yaşam kalitesinin de beklenen düzeyde olması ile ulaşılabilir. Bu durum uzun süreli ve zor bir süreçtir.

1. 8. 8. KANSERLİ HASTAYA EVDE BAKIM

Tıp ve teknoloji alanındaki gelişmelere bağlı olarak, ölüm oranında azalma görülmesine karşın yaşlı bireylerin sayısında artma, kronik hastalıkların çoğalması ve evde bakım teknolojisindeki ilerlemeler son yıllarda evde bakım anlayışını gündeme getirmiştir (10, 24, 40). Daha önceleri evde bakım hizmetleri pahalı hizmetler olarak kabul edilip toplum ve sağlık kuruluşları tarafından lüks olarak görülmesine karşın, günümüzde evde bakım; hastanede kalış süresinin kısalması, hasta için hastanede yatmaya bağlı gelişebilecek risklerin azalması, evde bakımda kurum bakımına göre daha az elemana gerek duyulması ve daha az

ekonomik yük getirdiği gibi gerekçelerle son yıllarda daha fazla kabul görmektedir (59).

Gelişmiş ülkelerde özellikle son on dört yılda evde bakım alanında önemli gelişmeler gözlenmektedir. Ev ortamında bireye sağlık hizmeti sunumu yoluyla sağlık harcamaları ve hastanede yatış süresinde azalma sağlanmasının yanı sıra bakımın niteliği ve yaşam kalitesi gibi önemli parametrelerde yükselmenin gerçekleştiği belirlenmiştir (27).

Kanser; bir çok semptomun bir arada görüldüğü, sağaltımı uzun süreli, bakımı sadece hastanedeki süreçle sınırlı olmayan aynı zamanda evde de özenli bir bakıma gereksinim duyulan kronik bir hastalıktır. Kanserde bakım giderek kompleks bir hal almaktadır. Sağlık bakımı verenler giderek evde bakımı destekler hale gelmektedirler.

Hastalığın sağaltım ve bakım sürecine mutlaka ailede katılmalıdır. Diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi kanserli hastaların bakımları zor, uzun süreli ve çok kapsamlıdır (36,48). Kanser hastası bireyin evde bakımı; hastanede yatış süresinin kısalması, maliyetin düşürülmesi, enfeksiyon riskinin ortadan kaldırılması, bireylerin kendi bakımlarına katılmalarının sağlanması, özgüveninin geliştirilmesi ve bakımın sürekliliği açısından önemlidir (11).

Son yıllarda kanserli hastalar ve aileleri; hastanede yatma ile ilgili emosyonel gerginlik; bakıma aktif katılma, hastalığın gidiş ile ilgili belirsizlik, hastanın hastane ortamında ölmesi düşüncesi, hastanede kalma nedeni ile ev içi rollerin ve yaşam şeklinin bozulması, maddi sıkıntılar, hastanın rahat olmadığı konusunda endişeler, destek servisleri konusunda bilgisizlik, yaşam ve ölümün kavramsal belirsizliği, seksüalite ve sağlık ekibi üyeleri ile algılar ve gereksinimler konusunda farklılıkları nedeni ile; bakımlarını evde sürdürmek

istemektedirler. Kanserli hastaya evde bakım; hastane ve sosyal yardım kurumu ile bağlantılı olarak sürdürülmelidir (10, 28).

Günümüzde kanserli hastaların bakımında sürekliliği sağlamak amacı ile; sağaltım ve bakım, hastane ortamından ev ortamına doğru kayma eğilimi göstermektedir. Ev ortamı hem hasta hem de aile açısından bakıldığında; fiziksel ve psikolojik rahatlık vermesi, daha kaliteli bir yaşam sağlanması, kendi ortamında yaşamanın verdiği özgürlük, maliyet etkili bir bakım alma ve olası hastane enfeksiyonlarının görülme oranında azalma gibi bir çok yararları olduğu bilinmektedir (39).

Evde bakımın diğer yararları, hastanede yatma süresinin kısalması, maliyetin düşürülmesi, hastanın yaşam kalitesinin artırılması, hasta ve aile memnuniyetinin artırılması, yinelenen hastane yatışlarının önlenmesidir. Bakımın etkin şekilde sürdürülmesi için; hasta, aile, ev ve destek sistemleri tanımlanmalıdır. Hasta ve ailelerin bilgi, beceri düzeyi, bakıma istekli olmaları, fiziksel ve psikolojik durumları saptanmalıdır. Bu bilgilere yönelik hazırlanan planla; direkt bakım, destek bakım, bireysel bakım, beslenme yönetimi ve gerektiği durumlarda infüzyon tedavisi ile uygun hizmet evde sürdürülmelidir. Sağlık bakım teknolojisindeki gelişmelere bağlı olarak bakım kalitesinin artması, enteral beslenme ve parenteral tedavinin evde kolaylıkla uygulanmasını gündeme getirmiştir. Evde bakım kavramı ile bireyin ev ortamında ailesi ve diğer yakınları ile birlikte hemşirelik hizmeti desteği de alarak daha rahat bir hastalık dönemi geçirmesine olanak sağlanmaktadır (10,24,91). Evde bakımın başarılı bir şekilde sürdürülebilmesi multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir. Hastadaki gelişim ve gerilimler hazırlanan formlar ile belgelenmeli ve gerekli

düzenlemeler sağlanmalıdır. Kanserli hastanın evde bakımı; hastane ve sosyal yardım kurumu ile bağlantılı olarak sürdürülmelidir (10, 27, 39).

1.8.8.1. KANSERLİ HASTALARDA BAKIM VERENLER

Bakım verenler konusundaki araştırmalar, bakım verme sürecinin, uzun süreli bakım gerektiren yakınlarına bakma konusunda birinci derecede sorumlu kişilere, bu durumun yoğun bir fiziksel ve duygusal yük getirdiğini göstermişlerdir (65, 91).

Bakım verme süreci “yük” gibi negatif sonuçlar doğurmakla birlikte sadece olumsuz sonuçları olmayan, kişisel başarı ve kişisel gelişim duygularının yaşandığı , olgunlaşma gibi süreçleri de desteklemektedir (39, 65).

Bakım verme süreci; sınırlı sayıdaki olumlu etkisinin yanı sıra bakım verenlerin; çaresizlik, suçluluk, öfke, korku, sosyal izolasyon duyguları yaşadıklarını göstermektedir. Bakım verme işinin bakım verene etkileri; fiziksel ve ruhsal sağlıkta bozulma, zaman ve özgürlüğün kısıtlanması, işini kaybetme, çalışma şeklini değiştirme veya azaltmaktan kaynaklanan ekonomik güçlükler, bakım veren kişinin eşi, ailesi veya sosyal çevresi ile ilişkilerinde yaşadığı sorunlar olabilmektedir (48, 65, 91).

Kanserli hastalarda bakım yükü kavramı 1980’li yılların başından bu yana incelenmektedir. Aile üyelerinin bakım sorumluluğuna bağlı olarak; stres, sosyal destek, bireysel algılar ve var olan kaynakları etkilenmektedir. Bakım veren aile üyesinin değişik sorun alanları bulunmaktadır. Caregiver Resource Center (CRC) 2004-2005 yıllarında yaptığı büyük bir çalışmanın sonuçlarına göre bakım verenlerden; %68’inin bilgi ve yönlendirme, %59’unun emosyonel destek, %53.3’ünün ise ara ara dinlenmeye gereksinimi olduğu bildirilmektedir (39).

Bakım veren aile üyesi; bu sorumluluğu almadan önce; bakım verici rolünü nasıl yürüteceğini ve bakıma hangi oranda katılması gerektiğini, uygun kaynaklara nasıl ulaşacağı konularında da yetersiz bilgisi bulunmaktadır. Bu nedenle kendi sağlık gereksinimlerini erteleyebilir, fiziksel ve emosyonel sağlığı olumsuz olarak etkilenir, stres ve bakım yükü ortaya çıkar, sonuçta depresyona varan sorunlar ortaya çıkabilir (39, 48, 67, 81).

1. 8. 9. SOSYAL DESTEK

Normal ve klinik örnekler üzerinde yapılan incelemeler, sosyal destekler yetersiz olduğunda depresif bozuklukların daha kolay geliştiğini göstermektedir. İnsanların yaşamında önemli yeri olan, gerektiğinde kişiye duygusal, maddi ve bilişsel yardım sağlayan tüm kişilerarası ilişkiler, sağlığı korumaya yarayan sosyal destek sistemleri olarak tanımlanmıştır. Pek çok araştırmacı sosyal desteklerin yaşam stresinin yarattığı zararları hafifleterek veya dengeleyerek hastalıklara karşı tampon görevi gördüğü konusunda birleşmiştir.

Fonksiyonel yetersizliği olanlarda sosyal destek genellikle az olmaktadır. Psikososyal stresin, sosyal desteği çok az olan veya hiç olmayanların sağlık durumları üzerinde olumsuz etkisi olurken, daha güçlü destek sistemleri olanlarda daha az veya hiç olmamaktadır.

Yapılan bir çalışmada, sosyal desteği çok olan artritli hastalarda bir veya daha fazla eklem tutuluşu oranı %4 iken, az olanlarda %41 olarak bulunmuştur (9, 70, 76).

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma, kanser hastalarında yaşam kalitesinin ölçülmesi için geliştirilen bir ölçeğin aile üyelerine yönelik olan versiyonunun (Quality of Life Family Version) güvenilirlik ve geçerliğini belirlemek amacıyla yürütülen metodolojik türde bir klinik çalışma olarak planlanmıştır.

2.2. KULLANILAN GEREÇLER

Araştırmada veri toplama amacıyla;

1. “Hasta Yakınlarını Tanıtıcı Bilgi Formu”(EK I)
2. “Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği”
(Quality of Life Family Version) (EK II)

3. “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” (MSPSS)

[Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)] kullanılmıştır
(EK III).

2.2.1. Hasta Yakınlarını Tanıtıcı Bilgi Formu (EK I)

Araştırmacı tarafından hazırlanan formda; kanserli hasta yakınlarının sosyo-demografik özellikleri ve hastalarına ilişkin durumlarını belirlemeye yönelik görüşlerini içeren toplam 29 tanıtıcı soruya yer verilmiştir.

2.2.2. Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği Aile Versiyonu

(Quality of Life Family Version) (EK II)

Kanserli hastalar için geliştirilen Yaşam Kalitesi Ölçeği Aile Versiyonu toplam 37 maddeden oluşmaktadır. Ferrell ve Grant tarafından kanserli hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek için geliştirilen ölçek, aile üyelerinin yaşam kalitesini ölçmeye uygun hale getirmek için adapte edilmiştir. Aile üyelerinin yaşam kalitesini değerlendirmek için uyarlanan ölçek gözden geçirilip düzenlendikten sonra 1994-1998 yılları arasında 219 kanserli hasta yakını ile yapılan bir çalışmayla test edilmiştir. Toplam 37 maddeden oluşan ölçek; Fiziksel sağlık durumu, Psikolojik sağlık durumu, Sosyal Kaygılar ve Spiritüel (Manevi) iyilik durumu olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. Çalışmanın test-retest güvenilirlik sonuçları $r=.89$ ve iç tutarlılık Alpha değeri $r=.69$ olarak bulunmuştur. Ölçeğin dört alt boyutu için faktör analizleri doğrulanmıştır (100).

Fiziksel Sağlık Durumu Alt Boyutu: Bu alt boyut kanserli hasta yakınlarının fiziksel sağlık durumlarındaki değişikliği belirlemeye yönelik 1, 2, 3, 4, 5. maddeleri içermektedir.

Psikolojik Sağlık Durumu Alt Boyutu: Bu alt boyut kanserli hasta yakınlarının psikolojik sağlık durumlarındaki değişikliği belirlemeye yönelik 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21. maddeleri içermektedir.

Sosyal Kaygılar Alt Boyutu: Bu alt boyut kanserli hasta yakınlarının sosyal durumlarını belirlemeye yönelik 22,23,24,25,26, 27, 28, 29, 30. maddeleri içermektedir.

Spiritüel (Manevi) İyilik Durumu Alt Boyutu: Bu alt boyut kanserli hasta yakınlarının spiritüel (manevi) durumlarını belirlemeye yönelik 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37. maddeleri içermektedir.

Ölçekteki sorular 0 ile 10 puan arasında puanlanmakta “10” en iyi, “0” en kötüyü ifade etmektedir. Ölçekte 1-4, 6, 13-20, 22, 24-29, 33. sorular ters olarak kodlanmaktadır. Örneğin bu sorularda “3” işaretlendi ise puanlamada $10-3=7$ olarak kodlama yapılmaktadır.

Ölçek toplam puan ve alt boyut puanları üzerinden yorumlanmakta, yüksek puan yaşam kalitesinin yüksek olduğunu ifade etmektedir (100).

2.2.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

[Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)] (EK III)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Amerika Birleşik Devletleri’nde Zimet ve ark. (1988) tarafından geliştirilen üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren, kullanımı kolay, 12 maddeden oluşan bir ölçektir. Her biri dört maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin üç grubu içerir. Önerilen alt ölçek yapısı; aile, arkadaş ve özel bir insandan alınan desteği içermektedir. Ölçeğin ve alt ölçeklerin iç tutarlılığı (Kazarian ve McCabe 1991, Zimet ve ark. 1988; 1990, Eker ve Arkar 1995) ve test-tekrar test korelasyonları (Zimet ve ark.1988) yeterlidir. Eker ve ark. (2001) yaptıkları çalışmanın örneklemini oluşturan üç grup; psikiyatri, cerrahi hastaları ve normal kişilerden oluşan toplam 150 kişilik bir gruptur. Tüm örneklemin MSPSS’in güvenilirlik (Cronbach’s Alpha) katsayısı= 0.89 olarak hesaplanmıştır. Aynı çalışmada MSPSS ve alt ölçeklerinin iç tutarlılıkları kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur.

Ölçekte her madde 7 aralıklı bir ölçek kullanılarak; Kesinlikle hayır=1, Kesinlikle evet= 7, arasında derecelendirilmiştir. Bu çalışmada, her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı elde edilmiş ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile ölçeğin toplam puanı elde edilmiştir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. MSPSS'in Türkçe formunun faktör yapısı, güvenirliği ve yapı geçerliği, ülkemizde kullanımı açısından, genel olarak tatmin edici bulunmuştur (32).

2.3. KULLANILAN YÖNTEMLER

“Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği”nin güvenirlik ve geçerlilik çalışmasında sırasıyla, 37 maddeden oluşan ölçeğin Türkçe uyarlaması için ölçeğin sahibinden izin alınarak (EK 5), psikolinguistik özelliklerin incelenmesi/dil uyarlaması ve psikometrik özelliklerin incelenmesi (güvenirlik-geçerlilik) olmak üzere iki aşamada gerçekleştirilmiştir.

Araştırma verilerinin toplanması aşamasında, hastaneye kemoterapi tedavisi almak üzere gelen hastaların bakım veren yakınları ile tanıtıcı bilgi formu ve ölçekler yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur.

Araştırmadan elde edilen verilerin analizleri Statistical Package For Social Sciences (SPSS) 13.0 paket programında gerçekleştirilmiştir.

2.4. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tülay Aktaş Onkoloji ve Kemikiliği Transplantasyon Hastanesi Erişkin biriminin ayaktan kemoterapi tedavilerinin yapıldığı bölümde yürütülmüştür. E.Ü. Tülay Aktaş Onkoloji ve Kemikiliği Transplantasyon Hastanesi bünyesinde 1 ameliyathane ile çocuk ve

yetişkin birimi kapsayan toplam 66 hasta yatağının bulunduğu, kanserli hastalara yönelik ileri tedavi yöntemlerinin, kemik iliği naklinin uygulanabileceği donanıma ve devamlı steril hava dolaşımı sağlayan sisteme sahip bir hastanedir. Erişkin ve çocuk hastalara bakım verilen hastanede 10 öğretim üyesi, 8 uzman hekim, 35 hemşire ve 23 yardımcı sağlık personeli hizmet vermektedir.

Araştırmanın verileri; 01 Nisan 2006 – 30 Eylül 2006 tarihleri arasında toplanmıştır.

Tablo 1: Doktora Tez Çalışmasının Zamana Göre Dağılımı

Literatür İnceleme ve Konu Seçimi Eylül -Aralık 2005				
	Tez Önerisi Hazırlama ve Sunumu Ocak - Mart 2006			
		Veri Toplama Nisan - Eylül 2006		
			Verilerin Analizi ve Yorumlanması Ekim 2006 -Ocak 2007	
				Tez Yazımı ve Sunumu Şubat-Haziran 2007

2.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini, 01 Nisan 2006 tarihinden itibaren Ege Üniversitesi Tülay Aktaş Onkoloji ve Kemikiliği Transplantasyon Hastanesi Erişkin birimine

ayaktan kemoterapi tedavisi almak üzere gelen kanser hastası olan kişilerin bakımlarını üstlenen birinci derece yakınları olan eş, anne-baba, kardeş ve çocukları olan kişiler oluşturmuştur.

2.6. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Örneklem büyüklüğü ölçekteki madde sayısının (37) en az beş katı olan 185 kişi olması hedeflenmiştir. Ölçek çalışmalarında her bir ölçek maddesi için 5-10 kişi alınması önerilmektedir (26).

Araştırmanın örneklemini, Ege Üniversitesi Tülay Aktaş Onkoloji ve Kemikiliği Transplantasyon Hastanesi Erişkin birimine gelen, ayaktan kemoterapi tedavisi devam eden kanser hastası kişilerin bakımlarını üstlenen birinci derece yakınları olan eş, anne-baba, kardeş ve çocukları olan kişiler oluşturmuştur. Araştırmaya 25-64 yaş aralığına giren yetişkin bireylerden, en az ilkokul mezunu olan, kendisi kanser hastası olmayan ve araştırmaya katılmaya istekli bireyler alınmıştır. Planlanan veri toplama tarihleri arasında hedeflenen örneklem sayısının üstünde, toplam 218 hasta yakınına ulaşılmış ve örneklem sayısının güvenilirlik ve geçerlilik düzeyine katkı sağlayabileceği görüşü ile tüm hasta yakınları çalışmaya dahil edilmiştir.

2.7. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE SÜRESİ

Araştırmanın verileri, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tülay Aktaş Onkoloji ve Kemikiliği Transplantasyon Hastanesi Erişkin birimine ayaktan kemoterapi tedavisi almaya gelen hastaların, bakım veren birinci derecedeki aile üyelerine EK-I, EK-II ve EK-III'de verilen formlar yüz yüze görüşülerek araştırmacı tarafından

doldurulmuştur. Araştırmaya katılmayı kabul eden hasta yakınlarının yazılı izinleri alınmıştır (EK IV).

Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin güvenilirlik analizlerinden biri olan test-tekrar test yöntemi kullanılmıştır. Ölçek ilk uygulamadan 21 gün sonra 30 kişiye tekrar uygulanmıştır (Tablo 7) (20, 61, 62, 65, 85).

Veri toplama araçlarının doldurulması 20-30 dakika zaman almıştır. Veri toplama işlemi 01 Nisan 2006-30 Eylül 2006 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

2.8. VERİLERİN ANALİZİ VE DEĞERLENDİRME YÖNTEMLERİ

“Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği”nin Türk toplumu için uyarlama çalışmaları iki aşamada yürütülmüştür;

- Dil eşdeğerliğinin sağlanması
- Psikometrik özelliklerin incelenmesi (güvenirlik-geçerlilik) (5, 19, 20, 37, 49, 57, 87).

2.8.1. Dil Eşdeğerliğinin Sağlanması

“Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği”nin (Quality of Life Family Version) Türk toplumuna uyarlanmasına yönelik olarak araştırmanın ilk aşamasında ölçeğin dil eşdeğerliğinin sağlanmasına yönelik çalışmalar yürütülmüştür. İlk olarak araştırmacı tarafından çevirisi yapılan ölçek daha sonra Yabancı Diller Bölümünde görevli iki öğretim elemanına ve İzmir Atatürk SYO'nda görevli iki öğretim üyesine verilerek Türkçe'ye çevrilmiştir. Ölçeğin Türkçe çevirilerinin en uygun ifadeler seçilerek oluşturulan son hali, uzun yıllardan beri Türkiye'de yaşayan, her iki dili (Türkçe-İngilizce) anlayan ve konuşan

İngiliz uyruklu bir çevirmen tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilmiştir. Tekrar çevirisi yapılan ölçekteki maddeler orijinal hali ile karşılıklı olarak incelenmiş, araştırmacı ve tez danışman öğretim üyesi tarafından gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra son halini alan ölçek uzman görüşüne sunulmuştur (5, 20, 61, 62, 65, 78, 87).

Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği İçin Uzman Görüşlerinin Alınması

Türkçe formu oluşturulan ölçek uzman görüşüne sunulmuştur. Uzman görüşü almak için; üç onkoloji tıp uzmanı ve altı hemşirelik öğretim üyesinin görüşleri alınmıştır. Uzmanlar ölçeğin maddelerini anlaşılabilirlik, amaca hizmet edebilme, ayırt edebilme ve kültürel uygunluk açısından incelemişler, her bir maddeyi “1” ile “10” arasında (1=hiç uygun değil, 10=tamamen uygun) değerlendirerek görüşlerini bildirmişlerdir.

Uzmanların yaptığı değerlendirmeler sonucunda üzerinde görüş birliğine varılan ölçek araştırma örneğine dahil edilmeyen 15 hasta yakınına uygulanarak anlaşılabilirliği değerlendirilmiştir. Öneriler doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılmış ve ölçeğe son şekli verilmiştir.

2.8.2. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Psikometrik Uygunluğu: Güvenirlik ve Geçerlilik Analizleri

Güvenirlik:

“Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği” için kullanılan güvenilirlik analizleri ve yapılan işlemler Tablo 2’de görülmektedir.

Tablo2: Ölçeğin Güvenirlik Analizleri ve Yapılan İstatistik İşlemleri

Güvenirlik Analizleri	Güvenirlik Analizi İçin Yapılan İstatistik İşlemleri
Değişmezlik <i>“Test-Tekrar Test Yöntemi”</i>	- Pearson Momentler çarpımı korelasyon katsayısı hesaplama
İç Tutarlılık <i>“Madde Analizi”</i> <i>“Testi Yarılama”</i> <i>“İç Tutarlılık Katsayısı”</i>	- Madde-toplam korelasyon katsayısı İçin Pearson Momentler çarpımı korelasyon katsayısı hesaplama - Spearman-Brown, Gutmann Split-Half güvenirlik katsayıları - Cronbach Alpha katsayısı hesaplama

Geçerlilik:

Örnekleme yeterliliği ölçümü için faktör analizi öncesi Kaiser-Mayer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) analizi ve örnek sınıma büyüklüğü olarak, örneklemin faktör analizi için uygun olup olmadığını değerlendirmede Barlett's Test of Sphericity analizi kullanılmaktadır (14, 35, 36, 49, 63, 66, 102).

Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği için kullanılan geçerlilik analizleri ve yapılan işlemler Tablo3'de görülmektedir.

Tablo 3: Ölçeğin Geçerlilik Analizleri ve Yapılan İstatistik İşlemleri

Geçerlilik Analizleri	Geçerlilik Analizleri İçin Yapılan İstatistik İşlemleri
İçerik/Kapsam Geçerliği	- Uzman Görüşü, Kendall Uyuşum Katsayısı
Yapı - Kavram Geçerliği <i>“Faktör Analizi”</i> <i>Hipotez Sınamas ı- Mantıksal Analiz”</i>	- Doğrulayıcı Faktör Analizi (Confirmatory Factor Analysis) - Çok Yönlü Algılanan Sosyal Destek Ölçeği”ni uygulayarak Pearson Momentler çarpımı korelasyon katsayısını hesaplama - “Kanser Hastası Yakınlarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği” İle “Çok Yönlü Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” puanları arasındaki ilişkiyi değerlendirme

2.9. SÜRE VE OLANAKLAR

Araştırmanın planlanması, literatür tarama Eylül 2005 tarihinde başlamış, Aralık 2005 tarihinde araştırma konusu belirlenmiş, tez öneri olarak Mart 2006 tarihinde sunulmuştur. Tez önerisi kabul edilen araştırmanın verileri 01 Nisan – 30 Eylül 2006 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma verilerinin analizlerinin yapılması ve yorumlanması Ekim 2006 – Ocak 2007 tarihleri arasında yapılmış ve Şubat - Mayıs 2007 tarihleri arasında tez yazılmış ve Haziran 2007 tarihinde sunulması planlanmıştır (Tablo 1).

2.10. ETİK AÇIKLAMALAR

Araştırmanın uygulanabilmesi ve verilerin toplanabilmesi için Ege Üniversitesi Tülay Aktaş Onkoloji ve Kemikiliği Transplantasyon Hastanesi Erişkin birimi yöneticilerinden ve Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu etik kurulundan izin alınmıştır. Kanserli hastalar için geliştirilen Yaşam Kalitesi Ölçeği Aile Versiyonunu kullanabilmek için, ölçeği geliştiren ve aynı zamanda geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını yapan araştırmacılardan yazılı izin belgesi elektronik posta ile alınmıştır (EK V). Araştırmada göz önünde bulundurulacak olan etik ilke “ insan onuruna saygı”dır. Araştırmaya katılan bireylere, yapılacak araştırma hakkında bilgi verilmiş ve katılımın gönüllülük esasına dayandığı açıklanmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan bireylere, kendilerinden alınan bireysel bilgilere araştırmacının dışında başka bir bireyin ulaşmasına izin verilmeyeceği konusunda açıklama yapılarak “gizlilik” ilkesine bağlı güvenleri kazanılmıştır.

BÖLÜM III

BULGULAR

Araştırmanın bulguları üç başlık altında toplanmıştır.

1. “Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği”
güvenirlilik çalışmalarına ilişkin bulgular
2. “Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği”
geçerlilik çalışmalarına ilişkin bulgular
3. Araştırma Kapsamına Alınan Kanserli Hasta Yakınlarının Tanıtıcı Bilgileri

3.1. KANSER HASTASINA BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ GÜVENİRLİK ANALİZLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

3.1.1. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Dil Eşdeğerliğinin Sağlanmasına Yönelik Çalışmalar

Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin (Quality of Life Family Version) Türk toplumuna uyarlanmasında ilk olarak ölçeğin dil eşdeğerliğinin sağlanmasına yönelik çalışmalar yürütülmüştür. Ölçeğin çevirisi ilk olarak araştırmacı tarafından yapılmış, ayrıca Yabancı Diller Bölümünde görevli iki öğretim elemanı ve İzmir Atatürk SYO'nda görevli iki öğretim üyesi tarafından da Türkçe'ye çevrilmiştir. Ölçeğin Türkçe çevirilerinin en uygun ifadeler seçilerek oluşturulan hali, uzun yıllardan beri Türkiye'de yaşayan, her iki dili (Türkçe-İngilizce) anlayan ve

konuşan İngiliz uyruklu bir çevirmen tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilmiştir.

Tekrar çevirisi yapılan ölçekteki maddeler orijinal hali ile karşılıklı olarak incelenmiş, araştırmacı ve tez danışman öğretim üyesi tarafından gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra son halini alan ölçek uzman görüşüne sunulmuştur.

Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği İçin Uzman Görüşlerinin Alınması

Türkçe formu oluşturulan ölçek, değerlendirmeleri için konu ile ilgili dokuz uzmanın görüşü alınmıştır. Uzmanlar ölçeğin maddelerini anlaşılabilirlik, amaca hizmet edebilme, ayırt edebilme ve kültürel uygunluk açısından incelemişler, her bir maddeyi "1" ile "10" arasında (1=hiç uygun değil, 10=tamamen uygun) değerlendirerek görüşlerini bildirmişlerdir. Uzman görüşü sonucunda Kendall Uyuşum Katsayısı korelasyon testi yapılmıştır (Tablo 4).

Tablo 4: Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği Uzman Görüşü Ortalamalarının Dağılımı *

Maddeler	En Düşük Puan	En Yüksek Puan	\bar{X}	SS
Madde 1	8.00	10.00	9.44	.88
Madde 2	7.00	10.00	9.00	1.11
Madde 3	7.00	10.00	9.33	1.00
Madde 4	8.00	10.00	9.33	.70
Madde 5	7.00	10.00	9.11	1.05
Madde 6	5.00	10.00	8.55	1.50
Madde 7	6.00	10.00	8.22	1.78
Madde 8	8.00	10.00	9.44	.72
Madde 9	4.00	10.00	8.22	2.16
Madde 10	8.00	10.00	9.55	.72
Madde 11	5.00	10.00	8.77	1.78
Madde 12	5.00	10.00	8.44	1.94
Madde 13	8.00	10.00	9.11	.60
Madde 14	8.00	10.00	9.11	.60
Madde 15	4.00	10.00	8.77	1.92
Madde 16	3.00	10.00	8.33	2.59
Madde 17	3.00	10.00	7.00	2.44
Madde 18	4.00	10.00	8.11	2.31
Madde 19	3.00	10.00	8.33	2.69
Madde 20	8.00	10.00	9.22	.97
Madde 21	3.00	10.00	8.33	2.29
Madde 22	8.00	10.00	9.44	.72
Madde 23	3.00	10.00	8.11	2.36
Madde 24	6.00	10.00	8.77	1.48
Madde 25	8.00	10.00	9.22	.83
Madde 26	8.00	10.00	9.33	.70
Madde 27	8.00	10.00	9.22	.83
Madde 28	5.00	10.00	9.00	1.65
Madde 29	8.00	10.00	9.22	.66
Madde 30	4.00	10.00	8.55	2.00
Madde 31	1.00	10.00	7.11	3.25
Madde 32	3.00	10.00	8.11	2.26
Madde 33	4.00	10.00	8.77	1.92
Madde 34	6.00	10.00	8.88	1.53
Madde 35	3.00	10.00	8.11	2.71
Madde 36	5.00	10.00	9.00	1.80
Madde 37	5.00	10.00	9.00	1.65

* (n:9)

Uzmanların “Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği”nin maddelerine verdiği en düşük ve en yüksek puanlar ile

maddelerin puan ortalamaları Tablo 4’de verilmiştir. Ölçek maddelerine uzmanların verdikleri puanlar “1” ile “10” arasında değişmektedir. En düşük ortalamaya sahip madde 7.00 ile 17. madde ve en yüksek ortalamaya sahip madde 9.55 ile 10. maddedir.

Tablo 5:Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin Kendall’s W^(a) Test Sonuçları

	Kendall’s W ^(a)	χ^2	SD	p
Uzman Görüş	.154	49.920	36	.061

Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği için alınan uzman görüşlerinin Kendall Uyuşum Katsayısı (W^a) (Kendall Coefficient of Concordance) 0.154, p= 0.061 olarak hesaplanmış uzmanların görüşleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 5).

Alınan öneriler doğrultusunda yapılan düzeltmelerden sonra, anket formu ön uygulama için araştırma kapsamına alınmayan 15 bireye uygulanmış, bireylerden anket maddelerini okunabilirlik ve anlaşılabilirlik açısından değerlendirmeleri istenmiş, onların önerileri doğrultusunda anket formuna en son şekli verilmiştir.

3.1.2. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği Güvenirlik Analizleri

Araştırmanın güvenilirlik ve geçerlilik çalışmalarına ilişkin veriler sunulurken güvenilirlik sonuçları önce verilmiştir. Bunun nedeni; güvenilir olmayan bir ölçeğin geçerliğinin de test edilemeyecek olmasıdır (49, 85).

Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin güvenilirlik çalışmalarının sonuçları verilmiştir.

Ölçeğin maddelerine verilen puanların dağılımı aşağıda yer almaktadır.

Tablo 6: Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Madde Puanlarının Dağılımı

Madde No	n	En Düşük	En Yüksek	\bar{X}	Ss
Madde 1	218	0	10	4.75	2.89
Madde 2	218	0	10	7.34	2.80
Madde 3	218	0	10	7.17	2.96
Madde 4	218	0	10	5.56	3.33
Madde 5	218	0	10	5.95	2.22
Madde 6	218	0	10	2.92	3.02
Madde 7	218	0	10	5.60	1.90
Madde 8	218	0	10	5.43	2.49
Madde 9	218	0	10	5.47	2.56
Madde 10	218	0	10	5.80	2.49
Madde 11	218	0	10	5.03	2.76
Madde 12	218	0	10	8.46	1.66
Madde 13	218	0	10	0.57	1.41
Madde 14	218	0	10	2.15	2.66
Madde 15	218	0	10	4.90	3.33
Madde 16	218	0	10	3.26	2.83
Madde 17	218	0	10	5.39	2.90
Madde 18	218	0	10	4.31	3.65
Madde 19	218	0	10	3.03	3.01
Madde 20	218	0	10	2.94	2.99
Madde 21	218	0	10	5.39	2.09
Madde 22	218	0	10	1.11	1.59
Madde 23	218	0	10	7.09	2.86
Madde 24	218	0	10	4.72	2.91
Madde 25	218	0	10	5.23	3.38
Madde 26	218	0	10	6.92	3.55
Madde 27	218	0	10	4.94	3.03
Madde 28	218	0	10	5.06	2.82
Madde 29	218	0	10	4.93	3.46
Madde 30	218	0	10	5.83	2.16
Madde 31	218	0	10	2.83	3.68
Madde 32	218	0	10	6.64	3.10
Madde 33	218	0	10	3.67	2.90
Madde 34	218	0	10	3.47	3.68
Madde 35	218	0	10	8.80	1.78
Madde 36	218	0	10	7.13	2.20
Madde 37	218	0	10	6.73	2.13

Tablo 6’da araştırmaya alınan, bakım veren aile üyelerinin ölçekte yer alan 37 maddeye verdikleri yanıtların en düşük, en yüksek değerleri, puan ortalamaları ve standart sapma değerleri görölmektedir. Tabloda göröldüğü gibi ölçeğin maddelerinin puan ortalaması 0.57 ile 8.80 arasında değişmektedir. Ölçeğin standart sapma değerleri 1.41 ile 3.68 arasında değişmektedir.

Güvenirlilik analizlerinde sırasıyla; test-tekrar test yöntemi, iç tutarlılık analizlerinde; madde analizi, testi yarılama yöntemleri, iç tutarlılıkta Cronbach alpha katsayısı hesaplanmıştır.

3.1.2.1. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin Zamana Karşı Değişmezliğinin İncelenmesi

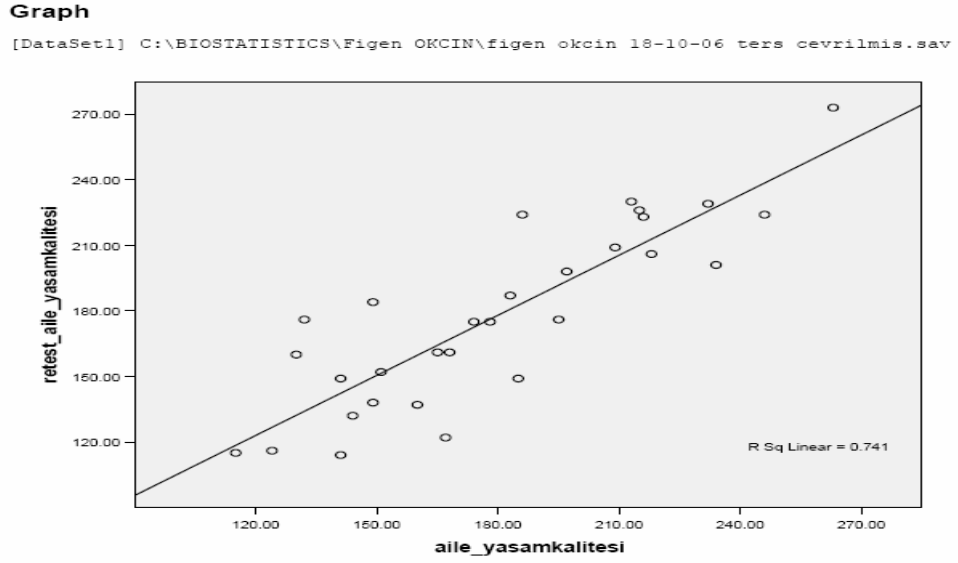
Ölçeğin zamana karşı değişmezliğinin test edilmesinde, test-tekrar test güvenirlilik katsayısı Pearson momentler çarpımı korelasyonu hesaplanmıştır (Tablo7)

Tablo 7: Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin Test-Tekrar Test Puanlarının Korelasyon Analizi Sonuçları

Test-Tekrar Test Uygulamaları	Test-Tekrar Test Puanlarının Korelasyonu	
	r	p
İlk Uygulama		
İkinci Uygulama	.86	.000

Tablo 7’de Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin test-tekrar test analizlerinin sonuçları verilmiştir. Ölçeğin 21 gün ara ile 30 kişiye tekrar uygulanması sonucu elde edilen sonuçların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görölmüştür ($r=0.86$, $p=0.000$).

Grafik 1: Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Zamana Karşı Değişmezlik Grafiği



Tablo 8: Kanser Hastası Yakınlarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarının Test-Tekrar Test Puanlarının Korelasyon Analizi Sonuçları

Ölçek Alt Boyutları	n	Madde sayısı	r	p
Fiziksel Sağlık Durumu	30	5	.52	.003
Psikolojik Sağlık Durumu	30	16	.81	.000
Sosyal Kaygılar	30	9	.76	.000
Spiritüel (Manevi) İyilik Durumu	30	7	.63	.000

Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin alt boyutlarının zamana karşı değişmezliğini test etmek için yapılan korelasyon analizi sonuçlarına göre “Fiziksel sağlık durumu” alt boyutunun test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.52, “Psikolojik sağlık durumu” alt boyutunun test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.81, “Sosyal kaygılar” alt boyutunun test-tekrar test

korelasyon katsayısı 0.76, “Spiritüel (manevi) iyilik durumu” alt boyutunun test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.63 olarak bulunmuştur. Tüm alt boyutlardan elde edilen test-tekrar test puan korelasyon katsayılarının istatistiksel olarak anlamlı oldukları saptanmıştır (Tablo 8) .

3.1.2.2. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin İç Tutarlılık Analizleri

Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği ve alt boyutlarının iç tutarlılık analizleri olarak; madde analizi, testi yarılama, iç tutarlılık Cronbach Alpha katsayısı analizlerinin sonuçları aşağıda verilmiştir.

Madde Analizleri

Araştırmada kullanılan “Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği”nin madde analizi bulguları aşağıda yer almaktadır (Tablo 9)

Tablo 9: Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği Maddelerinin Analiz Sonuçları

Madde No	Madde Çıktığında Ölçek Ortalaması	Madde Çıktığında Ölçeğin Varyansı	Madde Toplam -Puan Korelasyonları	Madde Çıktığında Cronbach Alpha Değerleri
Madde 1	181.97	1935.26	.57	.87
Madde 2	179.38	1961.76	.48	.88
Madde 3	179.55	1942.51	.53	.87
Madde 4	181.16	1932.62	.50	.88
Madde 5	180.77	1990.29	.48	.88
Madde 6	183.81	1968.67	.42	.88
Madde 7	181.12	1998.85	.51	.88
Madde 8	181.29	1964.67	.54	.88
Madde 9	181.25	1964.04	.52	.88
Madde 10	180.92	1946.60	.62	.87
Madde 11	181.69	1953.06	.53	.87
Madde 12	178.27	2061.63	.17	.88
Madde 13	186.16	2062.96	.20	.88
Madde 14	184.57	2036.11	.19	.88
Madde 15	181.82	1998.98	.27	.88
Madde 16	183.46	1953.00	.51	.88
Madde 17	181.33	1936.09	.57	.87
Madde 18	182.42	1966.20	.34	.88
Madde 19	183.70	1946.20	.50	.88
Madde 20	183.79	1955.80	.47	.88
Madde 21	181.33	1971.97	.61	.87
Madde 22	185.62	2065.85	.15	.88
Madde 23	179.63	2000.98	.31	.88
Madde 24	182.01	1952.89	.50	.88
Madde 25	181.49	1988.85	.30	.88
Madde 26	179.80	2008.49	.21	.88
Madde 27	181.78	1950.20	.49	.88
Madde 28	181.66	1960.15	.49	.88
Madde 29	181.79	1986.48	.29	.88
Madde 30	180.89	1999.92	.44	.88
Madde 31	183.90	2045.78	.09	.88
Madde 32	180.09	2060.00	.07	.88
Madde 33	183.05	1918.16	.64	.87
Madde 34	183.25	2075.56	.00	.89
Madde 35	177.92	2042.79	.27	.88
Madde 36	179.59	1987.44	.50	.88
Madde 37	179.99	1977.75	.57	.88
Madde sayısı: 37		N: 218		Cronbach Alpha: .88

Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin madde analizi sonucunda; madde 12, 14, 22, 31, 32, 34'ün ölçek toplam korelasyon değerleri 0.20'nin altında bulunmuştur. Bu maddeler ölçeğin güvenilirliğini azaltan maddeler olduğundan ölçekten çıkarılmasına karar verilmiştir (Tablo 9) (85, 86).

Tablo 10: Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden Maddelerin Çıkarılması Sonrası Maddelerin Analiz Sonuçları

Madde No	Madde Çıktığında Ölçeğin Ortalaması	Madde Çıktığında Ölçeğin Varyansı	Madde Toplam -Puan Korelasyonları	Madde Çıktığında Cronbach Alpha Değerleri
Madde 1	157.29	1747.38	.59	.89
Madde 2	154.71	1770.74	.51	.89
Madde 3	154.87	1754.83	.54	.89
Madde 4	156.49	1741.63	.52	.89
Madde 5	156.09	1804.00	.47	.89
Madde 6	159.13	1783.72	.41	.90
Madde 7	156.44	1813.72	.50	.89
Madde 8	156.61	1780.81	.53	.89
Madde 9	156.57	1778.26	.52	.89
Madde 10	156.24	1764.15	.61	.89
Madde 11	157.01	1769.84	.52	.89
Madde 13	161.48	1872.73	.20	.90
Madde 15	157.14	1809.14	.27	.90
Madde 16	158.78	1765.54	.52	.89
Madde 17	156.65	1751.00	.57	.89
Madde 18	157.74	1782.57	.33	.90
Madde 19	159.02	1763.56	.49	.89
Madde 20	159.11	1769.11	.48	.89
Madde 21	156.65	1786.48	.61	.89
Madde 23	154.95	1813.33	.31	.90
Madde 24	157.33	1761.79	.52	.89
Madde 25	156.81	1800.47	.30	.90
Madde 26	155.12	1810.80	.25	.90
Madde 27	157.10	1757.38	.52	.89
Madde 28	156.98	1767.38	.52	.89
Madde 29	157.11	1798.78	.30	.90
Madde 30	156.21	1811.56	.45	.89
Madde 33	158.37	1737.41	.63	.89
Madde 35	153.24	1855.41	.26	.90
Madde 36	154.91	1801.70	.49	.89
Madde 37	155.31	1794.08	.55	.89
Madde sayısı: 31		N:218	Cronbach Alpha: .90	

Ölçekten 12,14, 22, 31, 32 ve 34. maddeler çıkarıldıktan sonra yapılan madde toplam puan korelasyonları incelendiğinde; en düşük madde toplam puan korelasyonu 0.20 ile 13. madde, en yüksek madde toplam puan korelasyonu 0.63 ile 33. madde bulunmuştur (Tablo 10).

Tablo 11: Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği Madde -Toplam Puan Korelasyonları (Madde sayısı:31)

Maddeler	r	p
1. Yorgunluk	.63	.000**
2. İştah değişiklikleri	.55	.000**
3. Ağrı –Sızı	.59	.000**
4. Uyku değişiklikleri/düzensizlikleri	.58	.000**
5. Genel olarak fiziksel sağlığınıza değerlendirin	.51	.000**
6. Aile bireyinizin hastalık ve tedavisinin sonucu ile baş edebilmek sizin için ne kadar güç ?	.47	.000**
7. Yaşam kaliteniz genel olarak nasıl ?	.53	.000**
8. Kendinizi ne kadar mutlu hissediyorsunuz ?	.57	.000**
9. Yaşamınızdaki olayların kontrolünüzde olduğunu hissediyor musunuz ?	.57	.000**
10. Yaşamınızdaki ne kadar memnunsunuz?	.65	.000**
11.Şu sıralar bazı olayları hatırlama yada konsantre olabilme yeteneğiniz nasıl ?	.56	.000**
13. Aile bireyinize ilk kanser teşhisi konması sizin için ne kadar üzüntü verici idi ?	.23	.001**
15. Aile bireyinizin son tedavisi bittiğinden bu ana kadar geçen süre sizin için ne kadar üzücü ?	.34	.000**
16. Genel olarak ne kadar endişelisiniz ?	.57	.000**
17. Kendinizi ne düzeyde depresif hissediyorsunuz ?	.62	.000**
18. Diğer aile bireyleriniz için ikinci bir kanser korkusu yaşıyor musunuz?	.40	.000**
19. Aile bireyinizde kanserin tekrarlaması korkusunu yaşıyor musunuz ?	.55	.000**
20. Aile bireyinizin kanserinin başka organlarına yayılması korkunuz var mı ?	.53	.000**
21. Genel olarak psikolojik sağlığınıza değerlendirin	.64	.000**
23. Sizin dışınızda aile üyeleri/ diğer kişilerden aldığımız destek gereksinimlerimizi karşılamak için yeterli mi?	.37	.000**
24. Aile bireyinizin hastalık ve tedavisi kişisel ilişkilerinize ne derecede engel oluyor ?	.57	.000**
25. Aile bireyinizin hastalık ve tedavisi cinsel yaşantınıza ne derecede engel oluyor ?	.37	.000**
26. Aile bireyinizin hastalık ve tedavisi iş yaşantınıza ne derecede engel oluyor ?	.32	.000**
27. Aile bireyinizin hastalık ve tedavisi evdeki aktivitelerinize ne derecede engel oluyor ?	.57	.000**
28. Aile bireyinizin hastalık ve tedavisi sizin çevrenizden ne kadar izole (yalnız) olmanıza neden oluyor?	.56	.000**
29. Aile bireyinizin hastalık ve tedavisinden kaynaklanan ekonomik zorluklarınız ne ölçüde?	.37	.000**
30. Genel olarak sosyal ilişkilerinizi değerlendirin	.48	.000**
33. Aile bireyinizin geleceği ile ilgili ne kadar belirsizlik hissediyorsunuz ?	.67	.000**
35. Yaşamda bir amacınız/göreviniz ya da yaşamak için bir nedeniniz var mı ?	.30	.000**
36. Kendinizi ne kadar umutlu hissediyorsunuz ?	.53	.000**
37. Genel olarak manevi sağlık durumunuzu değerlendirin.	.58	.000**

**p<0.01

Tablo11’de Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği’ndeki her bir sorunun ölçeğin toplam puanı ile korelasyonu verilmiştir. Ölçek’te en düşük madde-toplam korelasyonuna sahip madde 0.23 ile 13. madde, en yüksek madde-toplam korelasyonuna sahip madde 0.67 ile 33. madde bulunmuştur. Ölçeğin maddeleri arasındaki ilişki ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$).

Testi Yarılama Analizleri ve Cronbach Alpha Katsayısı

Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin iç tutarlılığını belirlemede kullanılan diğer yöntemler testi yarılama analizleri olan Gutmann Split-Half ve Spearman-Brown testleri ile Cronbach Alpha katsayısı hesaplaması sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 12: Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği Testi Yarılama Analizleri ve Cronbach Alpha Katsayıları

Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği	
Toplam Ölçek Cronbach Alpha Katsayısı	.90
Spearman-Brown	.83
Gutmann-Split-half	.82
İlk yarı Cronbach Alpha Katsayısı	.85
İkinci yarı Cronbach Alpha Katsayısı	.78
İki Yarı Arasındaki Korelasyon	.71
N	218
Madde sayısı	31

Yapılan analizler sonunda “Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği” toplam ölçek Cronbach Alpha katsayısı 0.90, Spearman-Brown katsayısı 0.83, Gutmann-Split-half katsayısı 0.82, ilk yarı

Cronbach Alpha katsayısı 0.85, ikinci yarı Cronbach Alpha katsayısı 0.78, iki yarı arasındaki korelasyonu 0.71 olarak hesaplanmıştır (Tablo12).

Tablo 13: Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının Testi Yarılama Güvenirlik Analizleri Sonuçları

Ölçek Alt Boyutları	n	Madde sayısı	Spearman Brown	Gutmann Split-Half	Cronbach Alpha
Fiziksel Sağlık Durumu	218	5	.78	.74	.80
Psikolojik Sağlık Durumu	218	14	.67	.67	.83
Sosyal Kaygılar	218	8	.71	.71	.71
Spiritüel (Manevi) İyilik Durumu	218	4	.67	.67	.69

Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin alt boyutlarının iki yarı test analizleri olan Spearman-Brown ve Gutmann Split-Half testlerinin sonuçlarına göre; "Fiziksel sağlık durumu" alt boyutunun Spearman-Brown katsayısı 0.78, Gutmann Split-Half katsayısı 0.74, "Psikolojik sağlık durumu" alt boyutunun Spearman-Brown katsayısı 0.67, Gutmann Split-Half katsayısı 0.67, "Sosyal kaygılar" alt boyutunun Spearman-Brown katsayısı 0.71, Gutmann Split-Half katsayısı 0.71, "Spiritüel (manevi) iyilik durumu" alt boyutunun Spearman-Brown katsayısı 0.67, Gutmann Split-Half katsayısı 0.67 olarak hesaplanmıştır (Tablo 13).

Kanser Hastası Yakınlarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin "Fiziksel sağlık durumu" alt boyutunun Cronbach Alpha katsayısı 0.80, "Psikolojik sağlık durumu" alt boyutunun Cronbach Alpha katsayısı 0.83, "Sosyal kaygılar" alt boyutunun Cronbach Alpha katsayısı 0.71, "Spiritüel (manevi) iyilik durumu" alt boyutunun Cronbach Alpha katsayısı 0.69 olarak hesaplanmıştır (Tablo13).

3.2. KANSER HASTASINA BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ GEÇERLİLİK ANALİZLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği Geçerlilik Analizleri

Bu bölümde “Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği”nin maddelerinin örneklem büyüklüğünün ve yeterliliğinin sınanmasına yönelik Kaiser-Mayer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO-örneklem yeterliliği) analizi ve örneklemin uygunluğunu değerlendirmek için Barlett’s Test of Sphericity analizi ile yapı-kavram geçerliği analizlerine yönelik bulgular yer almaktadır.

3.2.1. Örneklem Büyüklüğünün ve Yeterliliğinin Sınanması

Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin faktör yapısı incelenmeden önce örneklemin faktör analizi için yeterli olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Kaiser-Mayer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO-örneklem yeterliliği) analizi ve örneklemin faktör analizi için uygunluğunu değerlendirmek amacıyla Barlett’s Test of Sphericity analizi yapılmıştır (10, 21, 29).

Tablo 14:Kaiser-Mayer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) ve Barlett’s Test of Sphericity Analizleri Sonuçları

Testler (N:218)	Sonuçlar
Kaiser-Meyer Olkin (KMO) Measure of Sampling Adequacy	.85*
Barlett’s Test of Sphericity x2	3168.06*
Sd	666
p	.000

p<0.05*

Ölçeğin Kaiser-Meyer Olkin (KMO) Measure of Sampling Adequacy analizi 0.85, örneklem uygunluğunun değerlendirilmesi için yapılan Barlett's Test of Sphericity analizi sonucu 3168.06 olarak bulunmuştur. Her iki test sonucu da $p < 0.05$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur (Tablo14).

3.2.2. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Yapı-Kavram Geçerliğinin İncelenmesi

Faktör Analizi

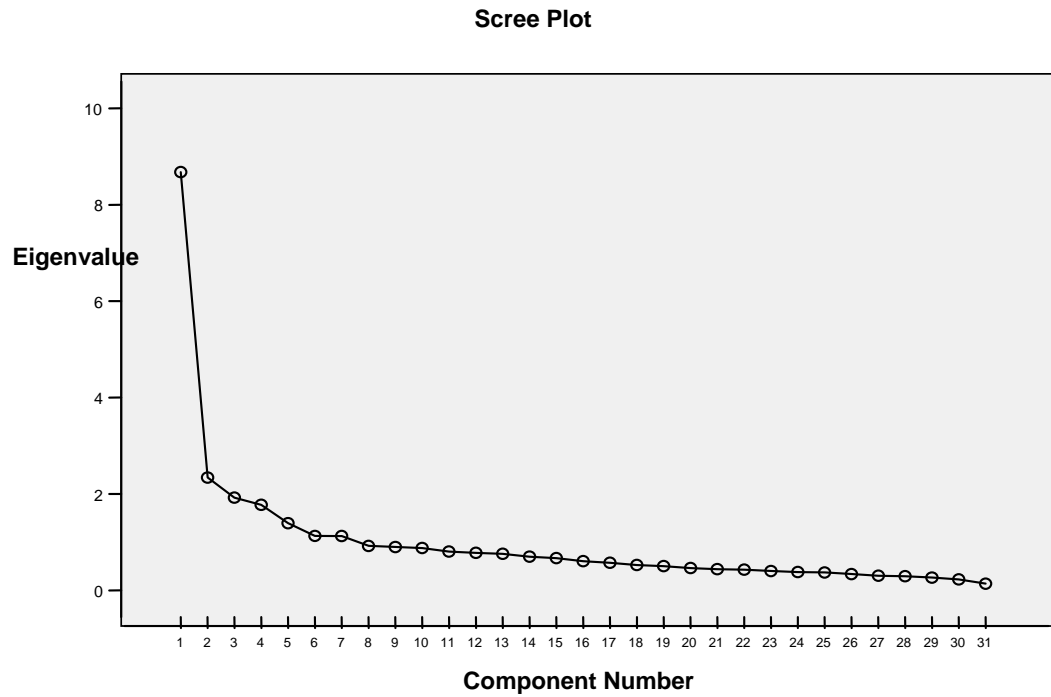
Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin yapı geçerliği faktör analizi sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 15: Maddelerin ve Faktörlerin Toplam Varyans Açıklama Oranları

Başlangıç Özdeğerleri				Yüklerin Kareler Toplamı			Döndürme Sonrası Yüklerin Kareler Toplamı		
<i>Bileşenler</i>	Toplam	Varyans %	Yığılmış %	Toplam	Varyans %	Yığılmış %	Toplam	Varyans %	Yığılmış %
1	8.67	27.98	27.98	8.67	27.98	27.98	5.04	16.25	16.25
2	2.34	7.55	35.53	2.34	7.55	35.53	3.97	12.82	29.08
3	1.92	6.19	41.73	1.92	6.19	41.73	3.33	10.74	39.83
4	1.77	5.71	47.45	1.77	5.71	47.45	2.36	7.62	47.45
5	1.39	4.49	51.95						
6	1.12	3.64	55.59						
7	1.12	3.63	59.22						
8	.92	2.97	62.19						
9	.89	2.89	65.09						
10	.87	2.83	67.92						
11	.80	2.59	70.52						
12	.77	2.50	73.02						
13	.75	2.44	75.47						
14	.69	2.25	77.72						
15	.66	2.15	79.87						
16	.60	1.94	81.82						
17	.57	1.84	83.66						
18	.52	1.69	85.36						
19	.50	1.62	86.98						
20	.46	1.44	88.46						
21	.43	1.41	89.88						
22	.42	1.38	91.26						
23	.40	1.29	92.55						
24	.37	1.22	93.77						
25	.37	1.19	94.97						
26	.33	1.09	96.06						
27	.30	.97	97.03						
28	.29	.94	97.97						
29	.26	.85	98.82						
30	.22	.72	99.55						
31	.13	.44	100.00						

Temel bileşenler analizi sonucunda ölçek maddelerinin özdeğeri 1'in üzerinde olan yedi faktör altında toplandığı saptanmıştır. Ancak ölçeğin orijinal yapısına uygunluğunun sağlanması için temel bileşenler analizi tekrarlanmış ve dört faktöre yönlendirilmiştir. Tablo 15'de ölçeğin dört faktöre yönlendirildikten sonraki faktör yükleri dağılımları görülmektedir. Dört faktör toplam varyansın %47.45'ini açıklamaktadır. Faktörlerin açıkladıkları varyans yükleri sırasıyla; Faktör 1 için 16.25, Faktör 2 için 12.82, Faktör 3 için 10.74 ve Faktör 4 için 7.62 olarak hesaplanmıştır.

Faktör analizinde kaç faktöre karar kılınacağı ölçüsü olarak Scree plot test ile özdeğeri 1'in üzerinde olan faktörler grafik metodu ile incelenmiştir. Scree plot metoduna ilişkin bulgular grafik 2'de verilmiştir.



Grafik 2: Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği Faktör Yükleri

Tablo 16: Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği Faktör Analizi Sonuçları

Maddeler	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4
Madde 10	.76	.19	.15	.05
Madde 8	.74	.12	.10	.04
Madde 7	.67	.24	.02	-.05
Madde 9	.65	.08	.22	.12
Madde 37	.64	.07	.09	.38
Madde 21	.63	.26	.12	.22
Madde 11	.58	.20	.24	-.00
Madde 36	.55	-.00	.14	.44
Madde 30	.51	.37	-.02	-.06
Madde 5	.46	.37	.10	-.05
Madde 35	.37	.01	-.07	.28
Madde 1	.26	.73	.07	.05
Madde 3	.14	.70	.20	.02
Madde 2	.07	.64	.20	.15
Madde 4	.14	.59	.31	.04
Madde 24	.22	.56	.07	.22
Madde 28	.21	.54	.06	.28
Madde 27	.14	.53	.18	.31
Madde 6	.39	.47	.13	-.34
Madde 19	.13	.14	.83	.05
Madde 20	.12	.10	.82	.10
Madde 16	.19	.22	.60	.23
Madde 18	.13	.18	.59	-.18
Madde 13	-.02	.02	.51	.00
Madde 33	.45	.29	.49	.06
Madde 15	.03	.01	.21	.63
Madde 26	-.01	.16	.03	.60
Madde 25	.01	.39	-.06	.43
Madde 17	.30	.21	.41	.42
Madde 23	.30	.19	-.15	.39
Madde 29	.20	.24	-.05	.27

Faktör analizi sonucunda dört faktör belirlenmiş olup, bazı maddelerin ölçeğin orijinal yapısına uygunluğu ve kavramsal çerçevedeki alt boyutlara uygunluğu değerlendirilmiş, birden fazla faktöre girme ile ilgili olarak alınabilecek ölçüt faktör yükleri arasında en az 0.10 fark olması gerektiği kuralı göz önünde tutularak; faktör grupları arasında “madde 6”nın Faktör 1’e, “madde 5 ile madde 25”in Faktör 2’ye, “madde 17”nin Faktör 3’e alınmasına karar verilmiştir. Maddelerin faktör yükleri 0.27 ile 0.83 arasındadır (Tablo 16).

Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Madde Puan Dağılımı

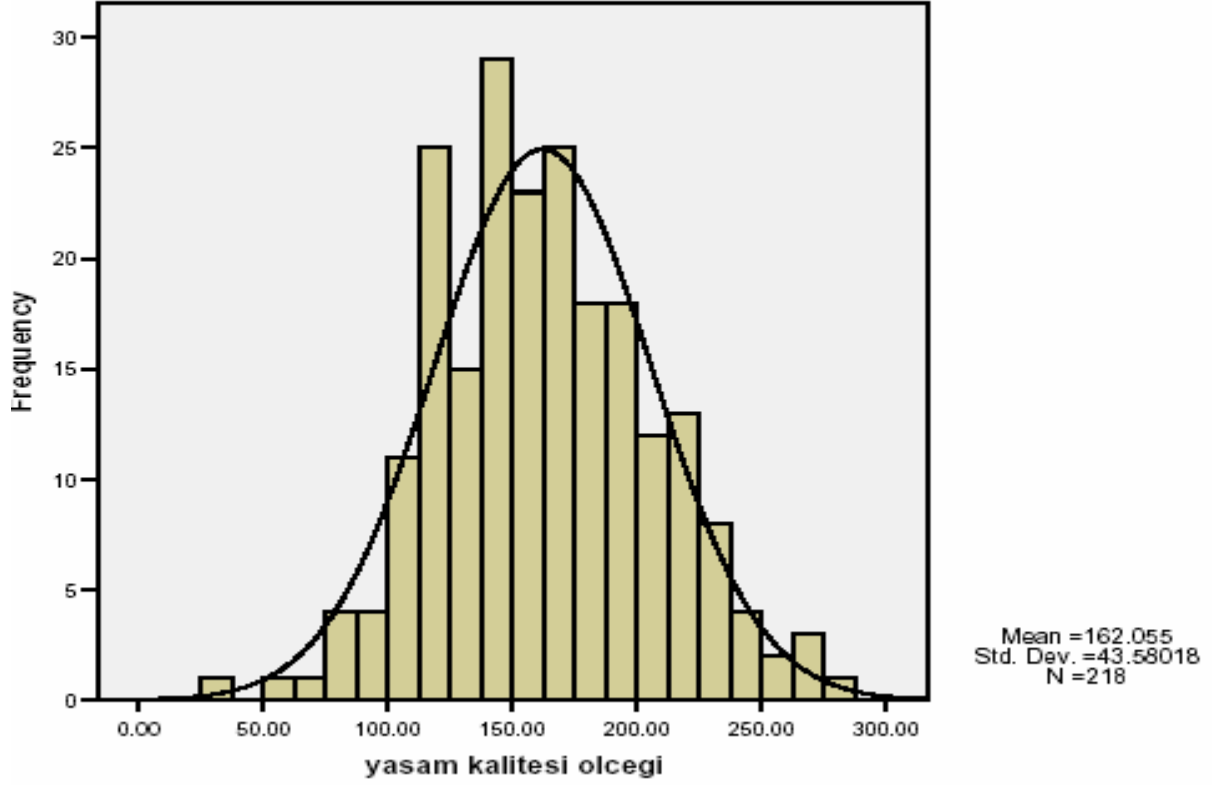
Ölçek maddelerinin yeni faktörlere göre yerleştirildikten sonraki madde puan dağılımlarına ilişkin bilgiler aşağıda yer almaktadır (Tablo 17).

Tablo17 : Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Madde sayısı, Ortalama, Varyans, Standart Sapma Değerleri

Alt Boyutlar	Ölçek Maddeleri	En Düşük-Yüksek Puan	\bar{X}	SS	Varyans	Range	Min.	Max.
Psikolojik ve Manevi (Spiritüel)Sağlık Durumu	6, 7, 8, 9, 10, 11, 21, 30, 35, 36, 37	0-110	64.20	16.67	277.93	106.00	4.00	110.00
Fiziksel Sağlık Durumu	1, 2, 3, 4, 5, 24, 25, 27, 28	0-90	50.77	16.98	288.56	82.00	8.00	90.00
Taniya Yaklaşım Durumu	13, 16,17,18, 19, 20, 33	0-70	23.20	13.79	190.31	60.00	1.00	61.00
Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu	15, 23, 26, 29	0-40	23.86	8.33	69.51	40.00	.00	40.00
Ölçek Toplamı		0-310	162.05	43.58	1899.23	254.00	27.00	281.00

Faktör analizi sonucunda “ Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği”nin 31 maddeden ve dört alt boyuttan oluştuğu saptanmıştır. “Psikolojik ve manevi (spiritüel) sağlık durumu” alt boyutu 11 maddeden (6, 7, 8, 9, 10, 11, 21, 30, 35, 36, 37), “Fiziksel sağlık durumu”alt boyutu 9 maddeden (1, 2, 3, 4, 5, 24, 25, 27, 28), “Taniya yaklaşım durumu” alt boyutu 7 maddeden (13, 16,17, 18, 19, 20, 33), “Destek ve ekonomik etkilenme durumu” alt boyutunun ise 4 maddeden (15, 23, 26, 29) oluştuğu görülmektedir. Ölçek toplamının ortalaması 162.05, standart sapması 43.58, varyansı 1899.23, range değeri 254.00, min. 27.00,max ise 281.00 olarak hesaplanmıştır (Tablo 17).

Grafik 3: Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Puan Dağılımları



Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin

puan dağılımını değerlendirmede histogram grafiğine göre, ortalama değerlerde yığılma olduğu belirlenmiştir (Grafik 3).

Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Madde Ortalamaları Analizi

Ölçeğin ve alt boyutların madde ortalamalarının incelendiği Hotelling T²-Test sonuçlarının analizleri aşağıdaki Tablo 18 ve Tablo 19'da yer almaktadır.

Tablo 18: Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Madde Ortalamaları Analizi (Madde sayısı:31)

	T ²	F	df1	df2	P
Hotelling T²-Test	4086.16	118.00	30	188	.000

Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği maddelerinin ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo18).

Tablo 19: Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarının Madde Ortalamaları Analizi

Hotelling T²-Test	T ²	F	df1	df2	P
Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık Durumu	841.45	80.65	10	208	.000
Fiziksel Sağlık Durumu	342.39	41.41	8	210	.000
Tanıya Yaklaşım Durumu	636.24	103.59	6	212	.000
Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu	119.47	39.45	3	215	.000

Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin ilk alt boyutu olan "Psikolojik ve manevi (spiritüel) sağlık durumu" alt boyutunun madde ortalamaları arasındaki fark ileri derecede anlamlı bulunmuştur (Madde sayısı:11) "Fiziksel sağlık durumu" alt boyutunun madde ortalamaları arasındaki fark ileri derecede anlamlı bulunmuştur (Madde sayısı : 9). "Tanıya yaklaşım durumu" alt boyutunun madde ortalamaları arasındaki fark ileri derecede anlamlı bulunmuştur (Madde sayısı:7). "Destek ve ekonomik etkilenme

durumu” alt boyutunun madde ortalamaları arasındaki fark ileri derecede anlamlı bulunmuştur (Madde sayısı:4) (Tablo 19).

Hipotez sınanması/Mantıksal analiz

Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin yapı geçerliğini test etmek için önceden varsayılan bir ilişkinin sınanması yöntemi olan “hipotez sınanması/ mantıksal analiz” yöntemine ilişkin bulgular aşağıda verilmiştir.

Tablo 20: “Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği” ile “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği”nin Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Kullanılan Ölçekler	N	Madde sayısı	\bar{X}	Ss	r	p
Kanser hastasına bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ölçeği	218	31	162.05	43.58		
Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği	218	12	65.14	17.35	.29	.000

Tablo 20’de “Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği” puan ortalamaları ile “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği”nin puan ortalamaları arasındaki ilişki Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı ile hesaplanmıştır. İki ölçek puanları arasındaki korelasyon katsayısı .29 olarak hesaplanmıştır. İki ölçüm aracının puanları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 21: “Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği” Alt Boyutları ile “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları		Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	r	p
		Madde sayıları		
Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık Durumu	11	12	.24	.000*
Fiziksel Sağlık Durumu	9	12	.25	.000*
Taniya Yaklaşım Durumu	7	12	.14	.003*
Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu	4	12	.30	.000*

* $p < 0.05$

Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları ile “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği”nin puan ortalamaları arasındaki ilişki görülmektedir. Ölçeğin alt boyut puan ortalamaları ile “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği”nin puan ortalamaları arasındaki ilişki Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı ile hesaplanmıştır. Hesaplanan korelasyon katsayıları “Psikolojik ve manevi (spiritüel) sağlık durumu” alt boyutu için 0.24, “Fiziksel sağlık durumu” alt boyutu için 0.25, “Taniya Yaklaşım Durumu” alt boyutu için 0.14, “Destek ve ekonomik etkilenme durumu” alt boyutu için 0.30 olarak hesaplanmıştır (Tablo 21).

3.3. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN KANSERLİ HASTA YAKINLARININ TANITICI BİLGİLERİ

Bu bölümde; kanser hastasına bakım veren aile üyelerinin sosyo-demografik özellikleri açıklanmıştır.

3.3.1. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Sosyo-Demografik Özellikleri

Tablo 22: Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

ÖZELLİKLER		Sayı	%
Yaş Grubu	24-34	43	19.7
	35-45	67	30.7
	46-56	71	32.6
	57-65	37	17.0
Cinsiyet	Kadın	103	47.2
	Erkek	115	52.8
Eğitim Durumu	İlkokul	57	26.1
	Ortaokul	26	11.9
	Lise	54	24.8
	Yüksekokul	78	35.8
	Lisansüstü	3	1.4
Yaşadığı Yer	İl	139	63.8
	İlçe	68	31.2
	Kasaba	6	2.7
	Köy	5	2.3
Medeni Durum	Bekar	14	6.4
	Evli	201	92.2
	Dul/Boşanmış	3	1.4
Çocuk Sayısı	1 çocuk	42	22.3
	2 çocuk	107	56.9
	3 çocuk	27	14.4
	4 çocuk	12	6.4
Meslek	Memur	44	20.2
	İşçi	16	7.3
	Serbest	29	13.4
	Ev hanımı	57	26.1
	Emekli	57	26.1
	Diğer	15	6.9
Gelir Durumu (Aylık YTL)	0-500	31	14.2
	501-1000	91	41.8
	1001-2000	67	30.7
	2001 ve üstü	29	13.3
Toplam		218	100.0

Tablo 23: Kanser Hastalarının ve Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Sağlık Güvencelerine Göre Dağılımları

ÖZELLİKLER		Sayı	%
Kanser Hastalarının Sağlık Güvenceleri	SSK	67	30.7
	Emekli Sandığı	119	54.6
	Bağkur	28	12.9
	Özel	2	0.9
	Yok	0	0.0
	Yeşilkart	2	0.9
Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Sağlık Güvenceleri	SSK	67	30.7
	Emekli Sandığı	105	48.2
	Bağkur	32	14.7
	Özel	2	0.9
	Yok	9	4.1
	Yeşilkart	3	1.4
Toplam		218	100

Tablo 24: Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Çalışma Durumlarına Göre Dağılımları

ÖZELLİKLER		Sayı	%
Çalışma Durumları	Çalışan	95	43.6
	Çalışmayan	123	56.4
Toplam		218	100.0
Çalışmama Nedenleri	Hastasına bakmak için	7	5.7
	İş bulamadığı için	1	0.8
	Diğer	115	93.5
Toplam		123	100.0

Tablo 25: Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin, Hastaya Yakınlık Derecelerine ve Sorumluluklarına Göre Dağılımı

ÖZELLİKLER		Sayı	%
Hasta Yakınlarının, Hastayla Yakınlık Dereceleri	Eş	141	64.7
	Çocuk	58	26.6
	Kardeş	13	6.0
	Anne/ Baba	6	2.7
Aynı evde yaşama durumları	Aynı evde yaşıyor	177	81.2
	Aynı evde yaşamıyor	41	18.8
Hasta yakınlarının evde bakmakla yükümlü olduğu başka bir birey	Var	73	33.5
	Yok	145	66.5
Toplam		218	100.0

Tablo 26:Hasta Yakınlarının Kronik Hastalık Durumlarına Göre Dağılımları

ÖZELLİKLER		Sayı	%
Kronik Hastalığı	Olan	71	32.6
	Olmayan	147	67.4
Toplam		218	100.0
Kronik Hastalıklar	Dolaşım Sistemi Bozuklukları	33	46.5
	Hepatobiliyer Sistem ve Pankreas Hastalıkları	3	4.2
	Sinir Sistemi Hastalıkları	9	12.7
	Böbrek ve Üriner Sistem Hastalıkları	5	7.0
	Endokrin, Beslenme ve Metabolik Hastalıklar	14	19.8
	Kan ve Kan Yapıcı Hastalıklar, İmmunolojik Bozukluklar	3	4.2
	Sindirim Sistemi Hastalıkları	1	1.4
	Solunum Sistemi Hastalıkları	3	4.2
Kronik Hastalığın Süresi (yıl)	1-3	21	29.6
	4-6	22	31.0
	7-9	4	5.6
	10 ve üstü	24	33.8
Toplam		71	100.0

Tablo 27: Kanser Hastalarının Tanıya İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı

ÖZELLİKLER		Sayı	%
Yaş grupları	18-23	4	1.8
	24-34	12	5.5
	35-45	45	20.7
	46-56	82	37.6
	57-65	48	22.0
	66 ve üstü	27	12.4
Tanı konma süresi (ay)	3-6	92	42.2
	7-12	37	17.0
	13-24	34	15.6
	25-36	16	7.3
	37 ve üstü	39	17.9
Kanser Türü	Meme Ca	83	38.1
	Kolon /Rektum /Mesane Ca	34	15.6
	Pankreas/ Karaciğer Ca	5	2.3
	Uterus/Over	8	3.7
	Yumuşak Doku/ Periton Zarı/ Cilt Ca	8	3.7
	Akciğer Ca	5	2.3
	Testis/ Prostat Ca	5	2.3
	Mide/ Özefagus Ca	17	7.8
	Baş-Boyun Ca	8	3.7
	Kemik Ca	3	1.3
	Birden fazla metastazi var	42	19.2
Toplam		218	100.0

Tablo 28: Kanser Hastalarının Operasyon Uygulanma ve Radyoterapi Alma Durumlarına Göre Dağılımı

ÖZELLİKLER		Sayı	%
Kanser Nedeniyle Operasyon Uygulanma Durumu	Uygulanan	179	82.1
	Uygulanmayan	39	17.9
Radyoterapi Alma Durumu	Alan	81	37.2
	Almayan	137	62.8
Toplam		218	100.0

Tablo 29: Kanser Hastalarının Kemoterapi Alma Durumlarına Göre Dağılımı

ÖZELLİKLER		Sayı	%
Kemoterapi Alma Durumu	1-6 kür	127	58.3
	7-15 kür	61	28
	16 ve üstü kür	30	13.7
Kemoterapi Alma Aralıkları	21 günde bir	166	76.1
	14 günde bir	14	6.4
	28 günde bir	6	2.8
	haftada 1 veya hergün	32	14.7
Toplam		218	100.0

Tablo 30: Kanser Hastalarının Ailelerinde Kanser Görülme Durumlarına Göre Dağılımı

ÖZELLİKLER		Sayı	%
Kanser Hastalarının Ailelerinde Kanser Görülme Durumu	Olan	24	56.9
	Olmayan	94	43.1
Toplam		218	100.0
Yakınlık derecesi	1.derece yakın (anne/baba/kardeş)	84	67.7
	2.derece yakın	40	32.3
Toplam		124	100.0

Tablo 31: Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Verme Sürecinin Özelliklerine Göre Dağılımı

ÖZELLİKLER		Sayı	%
Hastalarına bakım verme süresi (günlük ortalama saat)	1-6	49	22.4
	7-12	69	31.7
	13-18	59	27.1
	19-24	41	18.8
Hastaların bakımında diğer aile üyelerinden destek alma durumları	Alan	128	58.7
	Almayan	49	22.5
	Kısmen destek alan	41	18.8
Hastalarına bakım verme sürecinin sorumluluklarını etkileme durumu	Etkileyen	137	62.8
	Etkilemeyen	45	20.6
	Kısmen etkileyen	36	16.6
Toplam		218	100.0
Etkilenmenin Boyutu	Ev içindeki iş yükünü artırması	65	47.4
	Ev dışındaki iş yükünü artırması	18	13.1
	Evde ve ev dışında iş yükünü artırması	54	39.5
Toplam		137	100.0

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

4.1. KANSER HASTASINA BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ'NİN GÜVENİRLİK ANALİZ SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Son yıllarda ülkemizdeki hemşirelik araştırmalarında giderek artan oranda bakım verilen birey, aile ve toplumun sağlıkla ilgili davranış ve tutumlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilen veya uyarlanan ölçekler kullanılmaktadır. Kullanılan bu ölçeklerin büyük bir çoğunluğu farklı kültürlerde geliştirilmiş olup, ülkemizde kullanılmak üzere uyarlanmaktadır.

Ölçek uyarlamasının tercih edilmesinin bazı nedenleri vardır; uluslararası yayınlarda yeterince tanınan ve üzerinde bilgi birikimi bulunan bir ölçeği Türkçe'ye kazandırarak kullanmak, araştırmacının yeni bir ölçek hazırlamakla geçireceği süreyi kısaltır, araştırmacıya iletişim kolaylığı ve karşılaştırılabilir bilgi sağlar (5).

Farklı kültürlerde geliştirilen ölçekleri uyarlamının yaratacağı dil eşdeğerliğinin sağlanmasına (anlatım, dil) yönelik sorunlar uzmanlar tarafından eleştirilmekle birlikte, deneysel ve istatistik tekniklerle bu tür problemleri en aza indirgenen ölçeklerin, birçok global kavramı ölçebileceği ve uluslararası/kültürlerarası karşılaştırma ve tartışma olanağı sağlayacağı da vurgulanmaktadır.

Uyarlama çalışmalarının aşamaları, ölçeklerdeki anlatımların/maddelerin eş anlama gelip gelmediğinin denetlenmesinden başlayarak, ölçeğin iç yapısında ve psikometrik özelliklerinde (güvenirlik ve geçerlik) değişmeler olup olmadığının ortaya çıkarılmasına kadar giden bir dizi anlamsal, kültürel ve istatistiksel işlemi

içermektedir. Bu nedenle, uyarlama çalışmaları hakkı verilerek yapıldığında, birinci sınıf araştırma becerilerinin sergilenmesini gerektiren önemli araştırma etkinlikleridir. Uyarlanan bir ölçek, başkaları tarafından da hazır araç olarak kullanılabilirdiğinden, ölçek uyarlama çalışmaları büyük bir sorumluluğu da beraberinde getirir (5).

4.1.1. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Dil Eşdeğerliğinin Sağlanmasına Yönelik Çalışmalar

Bir kültürde kullanılan bir ölçeğin başka bir kültürde de kullanılabilmesi için yapılan işlem “çeviri” işlemi değil “uyarlama” süreci olmalıdır, çünkü bir ölçeğin başka bir dile çevrilmesi, o ölçeğin yapısını bir ölçüde değiştirir. Farklılıkların azaltılması veya en aza indirilmesi ve çevrilen dili kullanan insanlara uygulanarak standardizasyonunun yapılması, ölçek uyarlamasının temelini oluşturur (5, 72).

Ölçeklerin dil eşdeğerliğinin sağlanması çalışmalarında, en çok uygulanan yöntem geri çeviri yöntemidir. Bu yöntemde en az iki bağımsız çevirmen olmalıdır. Birinci çevirmen ölçeği hedef dile, diğer çevirmen ise hedeflenen dile çevrilen ölçeği orijinal dile çevirir. Çevirmenler bağımsız olarak çalışmalıdırlar (5). Geri çeviri yönteminde ölçeğin hedef dile birden fazla çevirmen tarafından çevrilmesi tercih edilen bir uygulamadır. Ancak birden fazla çevirmenin yaptığı çeviriler arasında çok benzerlik veya görüş ayrılıkları olabilmektedir. Kültüre uygun çevirideki bu yetersizliklerin giderilmesi amacıyla ön uygulama yapılması önerilmektedir (65).

Bu çalışmada, ölçeğin çevirisi ilk olarak araştırmacının kendisi tarafından, Yabancı Diller Bölümünde görevli iki öğretim elemanı ve İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu'nda görevli iki öğretim üyesi tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Ölçeğin Türkçe çevirilerindeki en uygun ifadeler seçilerek oluşturulan hali, uzun

yıllardan beri Türkiye’de yaşayan, her iki dili (İngilizce-Türkçe) anlayan ve konuşan İngiliz uyruklu bir çevirmen tarafından tekrar İngilizce’ye çevrilmiştir. Tekrar çevirisi yapılan ölçekteki maddeler orijinal hali ile karşılıklı olarak incelenmiş, araştırmacı ve tez danışman öğretim üyesi tarafından gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra son halini alan ölçek uzman görüşüne sunulmuştur (20, 56, 65, 75).

Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği İçin Uzman Görüşlerinin Değerlendirilmesi

Bir ölçeğin başka bir dile çevrilmesi, o ölçeğin yapısını değiştirir. Bu kaçınılmaz değişim, kavramlaştırma ve anlatım farklılıklarından ileri gelir. Farklılıkların en aza indirilmesi için ölçek maddelerinin özenle incelenmesi, gerekli düzeltmelerin yapılması, uyarlama işleminin temelini oluşturur (5).

Dil uyarlamasının ardından çevrilen ölçeğin dil uygunluğu ve açıklığını değerlendirmeleri için konu ile ilgili dokuz uzmanın görüşü alınmıştır. Uzmanlar ölçeğin maddelerini anlaşılabilirlik, amaca hizmet edebilme, ayırt edebilme ve kültürel uygunluk açısından incelemişler, her bir maddeyi “1” ile “10” arasında (1=hiç uygun değil, 10=tamamen uygun) değerlendirerek görüşlerini bildirmişlerdir (20, 75).

Aydemir (2004) yüzeysel geçerlik için sadece uzman görüşünün alınmasının yeterli olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmada uzman görüşü alınmasının yanında somut değerlendirme açısından Kendall Uyuşum Katsayısı (W^a) (Kendall Coefficient of Concordance) korelasyon testide uygulanmıştır. Bu analiz sonucuna göre (Kendall’s $W^{(a)} = 0.154$, $\chi^2 = 49.920$, $SD = 36$, $P = 0.061$) uzmanların görüşleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo5).

Literatürde ölçek uyarlama veya ölçek geliştirme çalışmalarında, örneklem sayısı için, ölçek maddesinin 3-10 katı veya 5-10 katı arasında alınabileceği belirtilmektedir (83, 85). Ölçek çalışmalarında her bir ölçek maddesi için 5-10 kişi alınması önerilmektedir (26).

Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği uzman görüşlerinin alınmasının ardından, ölçeğin ön uygulaması örneklem grubuna dahil edilmeyen 15 hasta yakınına uygulanmış, ölçeğin anlaşılabilirliği sınanmıştır. Ölçeğin güvenilirlik ve geçerlik çalışmasını yaparken, ölçek madde sayısının 5 katı ile (185) yürütülmesi kararlaştırılmasına karşın, veri toplama süresi içinde hastaneye başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 218 hasta yakınının tamamı araştırma kapsamına alınmıştır.

4.1.2. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği Güvenirlik Analizlerinin Değerlendirilmesi

Güvenirlik, her ölçme aracının taşınması gereken temel özelliklerden biridir ve bilimsel bir çalışmanın ön koşuludur. Güvenirlik, herhangi bir araç ve yöntemin ölçtüğü değişkeni ne derece duyarlılıkla ölçebildiği veya ölçme sonuçlarının tesadüfi hatalardan ne derece arınık olduğu anlamına gelir. Diğer bir deyişle, aynı değişkenin bağımsız ölçümleri arasındaki kararlılıktır (49,77, 85).

Araştırmanın güvenilirlik ve geçerlilik çalışmalarına ilişkin veriler sunulurken güvenilirlik sonuçları önce verilmiştir. Bunun nedeni; güvenilir olmayan bir ölçeğin geçerliğinin de test edilemeyecek olmasıdır (49).

Ölçeğin Tüm Maddelerinden Alınan Puan Dağılımlarının Değerlendirilmesi

Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nde yer alan 37 maddeye verilen yanıtların en düşük, en yüksek değerleri, puan ortalamaları ve standart sapma değerleri incelendiğinde; ölçek maddelerinin puan ortalamalarının 0.57 ile 8.80 arasında değiştiği, en düşük ortalamaya 0.57 ile 13. maddenin (Aile bireyinize ilk kanser teşhisi konması sizin için ne kadar üzüntü verici idi?) sahip olduğu, en yüksek ortalamaya ise 8.80 ile 35. maddenin (Yaşamda bir amacınız/göreviniz ya da yaşamak için bir nedeniniz var mı?) sahip olduğu görülmüştür (Tablo 6).

4.1.2.1. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Zamana Karşı Değişmezliğinin Değerlendirilmesi

Bir ölçeğin güvenilirliğinin sınanması için kullanılan yöntemlerden biri "zamana karşı değişmezlik"tir. Zamana karşı değişmezlik ile ölçeğin istikrarlılığı değerlendirilir. Devamlı özellikler ile ilgili ölçmelerde aranan güvenilirliğin tahmininde aynı ölçme aracı, aradan belli bir süre geçtikten sonra aynı gruba tekrar uygulanır ve bu iki uygulamadan elde edilen ölçümler arasındaki ilişki bulunur. Bu güvenilirlik katsayısı, devamlılık katsayısı veya kararlılık (istikrarlılık) katsayısı adını alır (49, 77, 85).

İki test arasındaki süre birinci uygulamada verilen yanıtları hatırlamaya yetecek kadar kısa, ölçeğin ölçtüğü özellik bakımından yanıtlayıcıların önemli ölçüde değişmelerine yetecek kadar uzun olmamalıdır. İki ölçüm arasındaki süre, ölçülen özelliğe göre değişmekle beraber genellikle 2-6 hafta arasında yeterli olabilmektedir. İki uygulama arasındaki ilişki Pearson Momentler çarpımı korelasyon katsayısı ile hesaplanır. Bu katsayı örneklemin büyüklüğünden etkilenir

ve küçük gruplarda değişkenlik gösterir. Bu korelasyon katsayısının kararlılık gösterebilmesi için grubun en az 30 kişiden oluşması gerekmektedir. Bir ölçeğin zamana karşı değişmez olduğunu saptamak üzere hesaplanan korelasyon katsayısının pozitif ve yüksek olması istenir, bu sınır ölçekler için en az 0.70'dir (85, 87).

Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin zamana karşı değişmezliğini belirlemek için birinci uygulamadan 21 gün sonra ölçek 30 kişiye tekrar uygulanmıştır. Birinci ve ikinci uygulama alt boyutlar ve toplam puan korelasyonları karşılaştırıldığında, test-tekrar test ölçek toplam puanı arasındaki korelasyon $r=0.86$ olarak hesaplanmıştır (Tablo7) (Grafik 1).

Ferrell ve Grant 1994-1998 yılları arasında orijinal ölçeği kullanarak 219 kanserli hasta yakını ile yaptıkları çalışmada, ölçeğin test-tekrar test güvenilirlik sonuçlarını $r=0.89$ olarak bulmuşlardır (100). Ferrell ve ark .(1995) yaptıkları bir başka çalışmadaki kullandıkları ölçeğin test-tekrar test güvenilirlik sonucunu $r=0.89$ olarak hesaplamışlardır (43).

Sağduyu ve Şentürk (2003) Ruhsal Esenlik Anketi 12: Türkçe Formun Son Dönem Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Geçerlik ve Güvenirlik çalışmasında ölçeğin test-tekrar test korelasyonunu 0.80 olarak hesaplamışlardır (80). Çimen ve ark.(2005) tarafından yapılan bir çalışmada ölçeğin test-tekrar test korelasyonu 0.82 olarak bulunmuştur (26). Kıran (2002) yaptığı bir geçerlik güvenilirlik çalışmasında ölçeğin test-retest korelasyonunu 0.85 olarak hesaplamıştır (62). Yapılan başka bir çalışmada ölçeğin test-tekrar test korelasyonu 0.76 olarak bulunmuştur (16).

Ölçeğin alt boyutlarının zamana karşı değişmezliğini test etmek için yapılan korelasyon analizi sonuçlarına göre "Fiziksel sağlık durumu" alt boyutunun test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.52, "Psikolojik sağlık durumu" alt boyutunun test-

tekrar test korelasyon katsayısı 0.81, “Sosyal kaygılar” alt boyutunun test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.76, “Spiritüel (manevi) iyilik durumu” alt boyutunun test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.63 olarak bulunmuştur. Ölçek toplam puanı ve tüm alt boyutlardan elde edilen test-tekrar test korelasyon katsayılarının istatistiksel olarak anlamlı oldukları görülmüştür (Tablo 8).

Aydemir (1997) Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik çalışmasında anksiyete alt ölçeği için test-tekrar test değerini 0.72, depresyon alt ölçeği için test-tekrar test değerini 0.76 olarak hesaplamıştır (13). Büyüksahin (2005) ise çalışmasında, kullandığı ölçeğin test-tekrar test korelasyon katsayısını 0.80 olarak hesaplamıştır (23).

Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin ve alt boyutlarının test-tekrar test güvenirliliğinin yüksek düzeyde olduğu, hem orijinal ölçeğin test-tekrar test sonuçları ile hem de diğer literatür bilgileri ile paralellik gösterdiği görülmektedir (13, 16, 23, 26, 62, 80, 100).

4.1.2.2. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin İç Tutarlılık Analizlerinin Değerlendirilmesi

Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği güvenirlik çalışmasında ilk olarak iç tutarlılık analizlerinden madde analizi yöntemi kullanılmıştır.

Madde Analizlerinin Değerlendirilmesi

Maddelerin belli bir niteliği ölçüp ölçmediğini ayırt etmek için yararlanılan yaklaşımlardan biri de madde analizleridir. Madde analizlerinde cevaplayıcıların ölçme aracından aldığı toplam puan ile her bir maddeden aldığı toplam puan

arasındaki korelasyon hesaplanır. Bir maddenin toplam puan ile korelasyonu düşük ise o maddenin diğer maddelerden farklı bir özelliği ölçtüğü şeklinde yorumlanabilir (49, 77, 85,).

Madde toplam korelasyon puanı yükseldikçe sorunun etkililiği artmaktadır. Korelasyonun 0.15 -0.20 arasında olması değersiz, 0.20-0.35 düşük bir derece, 0.35-0.60 iyi bir derece ve 0.60'ın üstü ise yüksek bir derece olarak kabul edilmektedir. Madde toplam korelasyonlarının negatif olmaması, en az 0.20 olması beklenir (17, 85, 86). Yapılan bu güvenilirlik geçerlik çalışmasında, ölçeği oluşturan maddeler için 0.20 ve üstü madde bırakma korelasyonu ölçüt olarak kabul edilmiştir (17, 86).

Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin madde toplam puan korelasyonları incelendiğinde; madde korelasyon değerlerinin 0.00 – 0.64 arasında olduğu belirlenmiştir. Ölçekteki 12, 14, 22, 31, 32, 34. maddelerin korelasyon değerleri 0.20'nin altındadır. Ölçeğin güvenilirliğini azaltan bu maddelerin ölçekten çıkarılmasına karar verilmiştir (Tablo 9).

Ölçekten 12, 14, 22, 31, 32, 34. maddeler çıkarıldıktan sonra (madde sayısı:31) tekrarlanan madde toplam puan korelasyonları hesaplamasında; madde korelasyon değerlerinin 0.20 ile 0.63 arasında olduğu belirlenmiştir. En düşük korelasyon katsayısının 0.23 ile 13. maddeye, en yüksek korelasyon katsayısının 0.67 ile 33. maddeye ait oldukları görülmektedir (Tablo 10). On üçüncü madde en düşük korelasyonu göstermiştir. Bu maddenin düşük korelasyon göstermesinin, bu soruyu yanıtlayan bireylerin büyük çoğunluğunun hastaların eşleri olmasından kaynaklandığını düşündürmektedir. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin madde-toplam korelasyonlarının $p<0.01$ düzeyinde anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 11).

Testi Yarılama Analizlerinin Değerlendirilmesi ve Cronbach Alpha Katsayıları

Bir ölçeğin testi yarılama/iki yarıya bölünmesi yöntemi ile elde edilen güvenilirlik katsayısı, eşdeğer iki yarı güvenirligi olarak adlandırılır. İki yarı test güvenirligi, maddelerin tek-çift, ilk yarı-son yarı veya yansız olarak iki eş yarıya ayrılarak testin iki yarısı arasındaki ilişkiden hareketle Spearman-Brown formülü kullanılarak testin tamamı için hesaplanan korelasyon katsayısı ile açıklanır. İki yarı test güvenirligi, elde edilen test puanları arasındaki tutarlılığı gösterir. İki yarı test güvenirliginde, testin bir yarısında yer alan maddelerin diğer yarısındaki maddelerle aynı davranışı örneklediği kabul edilir (49,77, 85)

Ölçeğin iç tutarlılığını ölçmek için kullanılan bir diğer yöntem Cronbach Alpha katsayısının hesaplanması yöntemidir. İç tutarlılık katsayısı, ölçekteki tüm maddelerin aynı özelliği ölçtüğü varsayımına dayanmaktadır. Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısının düşük olması, ölçeğin birkaç özelliği bir arada ölçtüğünü gösterebilir (49, 85). Literatürde güvenirligin 0.60-0.80 olmasının aracın araştırmalarda kullanılması için yeterli olduğu ifade edilmektedir (77, 85).

Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin testi yarılama güvenilirlik analizlerinde ölçek maddeleri sıralı olarak ikiye ayrılmış, bunun sonucunda Spearman-Brown katsayısı 0.83, Gutmann Split-Half katsayısı 0.82 olarak saptanmıştır. İlk yarının Cronbach Alpha katsayısı 0.85, ikinci yarının Cronbach Alpha katsayısı 0.78, iki yarı arasındaki korelasyon ise 0.71'dir. Ölçek Toplam Cronbach Alpha katsayısı 0.90 olarak hesaplanmıştır (Tablo 12).

Ölçeğin "Fiziksek sağlık durumu" alt boyutunun Spearman-Brown katsayısı 0.78, Gutmann Split-Half katsayısı 0.74, "Psikolojik sağlık durumu" alt boyutunun Spearman-Brown katsayısı 0.67, Gutmann Split-Half katsayısı 0.67, "Sosyal

kaygılar” alt boyutunun Spearman-Brown 0.71, Gutmann Split-Half katsayısı 0.71, “Spiritüel (manevi) iyilik durumu” alt boyutunun Spearman-Brown katsayısı 0.67, Gutmann Split-Half katsayısı 0.67 olarak hesaplanmıştır (Tablo 13).

Aydemir (1997) Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik çalışmasında ölçeğin iki yarı test güvenilirliğini anksiyete alt ölçeği için 0.69, depresyon alt ölçeği için 0.65 olarak hesaplamıştır (13). Günay ve ark.(2006) yaptıkları çalışmada ölçeğin Spearman-Brown katsayısını 0.90, Gutmann Split-Half katsayısını 0.90 olarak bulmuşlardır (53). Yapılan bir başka çalışmada ölçeğin Gutmann Split-Half katsayısı 0.80 olarak hesaplanmıştır (86).

Yapılan bir geçerlik güvenilirlik çalışmasında ölçeğin iki yarı test güvenilirliği 0.80 olarak bulunmuştur (73). Balcı ve Yılmaz (2002), yaptıkları çalışmada ölçeğin iki yarı test güvenilirliğini 0.91 olarak hesaplamışlardır (15).

Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin testi yarılama güvenilirliklerinin beklendik düzeyde, literatürle paralellik gösterdiği görülmektedir (13, 20, 53, 65, 73, 86).

Ferrell ve Grant tarafından 1994-1998 yılları arasında orijinal ölçeği kullandıkları 219 kanserli hasta yakını ile yaptıkları çalışmada ölçeğin iç tutarlılık Cronbach Alpha katsayısı 0.69 olarak bulunmuştur (100).

Ağargün ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik Özelliklere İlişkin Bir Ön Çalışmasında ölçeğin, toplam Cronbach Alpha katsayısını 0.79 olarak bulmuşlardır (1).

Genç (2005) tarafından yapılan Çocukluk Dönemi Kanser Yorgunluk Ölçeği Geçerlik-Güvenirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.85 olarak bulunmuştur (34). Yapılan bir çalışmada araştırmacılar kullanılan ölçeğin Cronbach

Alpha katsayısını 0.94 olarak bulmuşlardır (17). Bir başka çalışmada kullanılan ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.80 olarak hesaplanmıştır (86).

Eser ve ark. (2004) yaptıkları bir geçerlik güvenirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach Alpha katsayısını 0.76 olarak bulmuşlardır (38). Sağduyu ve arkadaşları (2003) yaptıkları Ruhsal Esenlik Anketi 12: Türkçe Formun Son Dönem Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Geçerlik ve Güvenirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach Alpha katsayısını 0.87 olarak hesaplamışlardır (80).

Kıran (2002) yaptığı çalışmasında ölçeğin Cronbach Alpha katsayısını 0.90 olarak hesaplamıştır (62). Başal (2001) yaptığı çalışmasında ölçeğin Cronbach Alpha katsayısını 0.91 olarak bulmuştur (16). Ağargün ve ark. (1999) yaptıkları geçerlik güvenirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach Alpha katsayısını 0.80 olarak hesaplamışlardır (2). Yapılan bir başka çalışmada kullanılan ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.87 olarak bulunmuştur (90).

Kanser Hastası Yakınlarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin "Fiziksel sağlık durumu" alt boyutunun Cronbach Alpha katsayısı 0.80, "Psikolojik sağlık durumu" alt boyutunun Cronbach Alpha katsayısı 0.83, "Sosyal kaygılar" alt boyutunun Cronbach Alpha katsayısı 0.71, "Spiritüel (Manevi) iyilik durumu" alt boyutunun Cronbach Alpha katsayısı 0.69'dur (Tablo13).

Çakır ve Palabıyıkoglu (1997) yaptıkları bir geçerlik güvenirlik çalışmasında üç alt boyutlu ölçeğin alt boyut Cronbach Alpha katsayılarını sırasıyla; aile için 0.84, arkadaş için 0.83 ve özel biri için 0.82 olarak bulmuşlardır (25).

Kanser Hastası Yakınlarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği ve alt boyutlarının Cronbach Alpha katsayılarının istenen düzeyde ve literatür bilgileri ile benzerlik göstermektedir (1, 2, 16, 17, 25, 34, 38, 42, 44, 80).

Kanser Hastası Yakınlarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin yapılan güvenilirlik analizleri (zamana karşı değişmezlik, iç tutarlılık; madde analizleri, testi yarılama analizleri ve Cronbach Alpha katsayısı) sonucunda iç tutarlılığı yüksek, güvenilir bir ölçek olduğu söylenebilir.

4.2. KANSER HASTASINA BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ GEÇERLİK ANALİZ SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

4.2.1. Örneklem Büyüklüğünün ve Yeterliliği Sınamasının Değerlendirilmesi

Kanser hastasına bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ölçeği'nin faktör yapısı incelenmeden önce örneklemin faktör analizi için yeterli olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Kaiser-Mayer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO-örneklem yeterliliği) analizi ve örneklemin faktör analizi için uygunluğunu değerlendirmek amacıyla Barlett's Test of Sphericity analizi yapılmıştır (Tablo 14).

Tutum ve inanç ile ilgili güvenilirlik ve geçerlik çalışmalarında örneklem sayısının 200'ün üstünde olması araştırmacılar tarafından genel kabul görmektedir. Örneklem sayısının yeterli olması güvenilirlik ve geçerliği olumlu etkilemektedir. Bu nedenle çalışmaya 218 birey alınmıştır. Örneklem sayısının belirlenmesinde uygulanan yöntem, literatürü destekler nitelikte, ölçekteki madde sayısının 3-10 katı arasında olmasından yola çıkılarak ölçekteki madde sayısının 5 katı ile yürütülmüştür (83).

Analizlerde örneklemin yeterliliğine Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) değerine bakılarak karar verilir. KMO değeri; 0.90 -1.00 mükemmel, 0.80-0.89 iyi, 0.70-

0.79 orta, 0.60-0.69 kötü, 0.50-0.59 zayıf, 0.50'nin altı kabul edilemez olarak değerlendirilir. İyi bir faktör analizi için KMO değerinin 0.69'üzerinde olması istenir (102).

Günay ve ark. (2006) yaptıkları çalışmada ölçeğin KMO değerini 0.87, Barlett's Test of Sphericity sonucunu anlamlı olarak bulduklarını bildirmişlerdir (53). Ekici (2002) yaptığı bir çalışmada ölçeğin KMO değerini 0.88 olarak hesaplamış, Barlett's Test of Sphericity analizinin de istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptamıştır (33).

Bağ (2003) çalışmasında ölçeğin KMO değerini 0.71 olarak, Barlett's Test of Sphericity sonucunu istatistiksel olarak anlamlı bulduklarını bildirmişlerdir (14).

Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kaiser-Meyer Olkin (KMO) Measure of Sampling Adequacy analizi sonucu 0.85 olarak hesaplanmıştır. Barlett's Test of Sphericity analiz sonucu 3168.06 olarak hesaplanmış olup, sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 14). Ölçeğin KMO değeri faktör analizi yapmak için yeterli olup, Barlett's Test of Sphericity analiz sonucu istenen düzeydedir. Ölçeğe ilişkin bulgular literatürle paralellik göstermektedir (33, 53, 102).

4.2.2. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Yapı-Kavram Geçerliğinin Değerlendirilmesi

Faktör Analizinin Değerlendirilmesi

Faktör analizi, ölçekteki maddelerin farklı boyutlar altında toplanıp toplanmayacağını değerlendirmek üzere yapılan bir işlemdir. Faktör hesaplanmasında özdeğerlerden (Eigen) yararlanılır, faktör sayısı kadar özdeğer hesaplanır. Özdeğerler faktör yüklerinin kareler toplamıdır. Özdeğerlerin

bulunmasından sonra önemli olan özdeğer sayısına karar vermek gereklidir. Bilinen en basit yöntem özdeğeri 1.00'in üzerinde olan değerlerin alınmasıdır. Ancak analiz sonunda yorumlanması güç, çok sayıda ilişkili orijinal değişkenden bağımsız, kavramsal olarak anlamlı az sayıda faktörün bulunması amaçlanmaktadır. İyi bir faktör dönüşümünde, beklenen sonuçlar; boyut indirgenmiş olmalı, bağımsızlık sağlanmalı ve kavramsal anlamlılığı olmalıdır (85).

Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe formundan güvenilirliği azaltan altı madde çıkarıldıktan sonra kalan otuz bir maddelik ölçeğin faktör yapısını belirlemek için Principal Component (Temel Bileşenler) yöntemi ile varimax dönüştürmesine göre analizler yapılmıştır. Temel bileşenler analizi sonucunda ölçek maddelerinin özdeğeri 1'in üzerinde olan yedi faktör altında toplandığı saptanmıştır. Ancak ölçeğin orijinal yapısına uygunluğunun sağlanması için temel bileşenler analizi tekrarlanmış ve dört faktöre yönlendirilmiştir. Faktör ağırlıkları göz önünde bulundurularak en uygun çözümlemenin orijinal ölçek ile uygun faktör sayısına sahip dört faktörde olduğu görülmüştür. Dört faktör toplam varyansın %47.45'ini açıklamaktadır. Faktörlerin açıkladıkları varyans yükleri sırasıyla; Faktör 1 için 16.25, Faktör 2 için 12.82, Faktör 3 için 10.74 ve Faktör 4 için 7.62 olarak bulunmuştur (Tablo 15).

Faktör analizinde kaç faktöre karar kılınacağı ölçüsü olarak Scree plot test ile özdeğeri 1'in üzerinde olan faktörler grafik metodu ile incelenmiştir. Scree plot metoduna ilişkin bulgular grafik 2'de verilmiştir.

Eker, Arkar ve Yaldız (2001) yaptıkları ölçek uyarlama çalışmasında ölçeğin orijinal formatının mümkün olduğunda değişmemesine dikkat ederek, faktör sayısını aynı tutmuşlardır (25, 32).

Analiz sonucunda elde edilen varyans oranları ne kadar yüksekse, ölçeğin faktör yapısı da o kadar güçlü olmaktadır. Yapılan analizlerde %40 ile %60 arasında değişen varyans oranları yeterli kabul edilmektedir (20).

Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkçe Formunda dört alt boyutun hangi maddelerden oluştuğunun belirlenmesi işlemi, faktör yüklerinin dağılımına göre Faktör 1'i oluşturan maddelerin (5, 7, 8, 9, 10, 11, 21, 30, 35, 36, 37) olduğu, Faktör 2'yi oluşturan maddelerin (1, 2, 3, 4, 6, 24, 27, 28) olduğu, Faktör 3'ü oluşturan maddelerin (13, 16, 18, 19, 20, 33) olduğu, Faktör 4'ü oluşturan maddelerin (15, 17, 23, 25, 26, 29) olduğu belirlenmiştir. Maddelerin faktör yükleri 0.27 ile 0.83 arasındadır (Tablo 16).

Ölçek maddelerinin birden fazla faktöre girme ile ilgili olarak alınabilecek ölçüt, faktör yükleri arasındaki farkın en az 0.10 olması gerektiğidir. Daha sonra değişkenlerin toplandığı faktörlere bir ad verilmeye çalışılır (85). Bu çalışmada birden fazla faktöre girme ile ilgili karar verme sürecince ölçeğin orijinal alt boyut dağılımındaki yerleşme düzeninin yanı sıra, oluşan yeni alt boyutların kuramsal olarak birbirine uygunluğu göz önüne alınarak değerlendirilmiştir.

Ölçekteki maddelerden bazılarının birden fazla faktöre girdiği saptanmış, maddelerin hangi faktöre gireceği konusunda faktör yükleri arasındaki farkın en az 0.10 olması ölçütü yanı sıra (5, 6, 17, 25.) maddelerin ölçeğin orijinal yapısındaki kavramsal çerçeveye uygunluğu da dikkate alınarak; faktör grupları arasında “madde 6”nın Faktör 1'e, “madde 5 ve 25”in Faktör 2'ye, ve “madde 17”nin Faktör 3 alınması uygun görülmüştür (Tablo 17).

Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nde yeni oluşan faktörlerin adlandırılması ile ilgili olarak Faktör 1'deki maddelerin (6, 7, 8, 9, 10, 11, 21, 30, 35, 36, 37) ölçeğin orijinal yapısındaki “Psikolojik sağlık

durumu” ve “Manevi (spiritüel) iyilik durumu” alt boyutundaki maddelerin büyük bir kısmını içerdiği belirlenmiş, bu nedenle oluşan bu yeni alt boyutun, kavramsal yapılar ve uzman görüşü dikkate alınarak “Psikolojik ve manevi (spiritüel) sağlık durumu” alt boyutu şeklinde adlandırılması yönünde düşünce birliğine varılmıştır (Tablo 17).

Faktör 2’deki maddelerin (1, 2, 3, 4, 5, 24, 25, 27, 28) ölçeğin orijinal yapısındaki “Fiziksel sağlık durumu” alt boyut maddelerinin tamamı ile “Sosyal kaygılar” alt boyut sorularından bazılarının birleşmesinden ortaya çıktığı görülmektedir. Yeni oluşan alt boyuttaki maddelerin ağırlıklı olarak fiziksel sağlık durumuna ilişkin olması nedeniyle uzman görüşü ve literatür bilgileri doğrultusunda “Fiziksel sağlık durumu” alt boyutu olarak adlandırılmasına karar verilmiştir (Tablo 17).

Faktör 3’de yer alan maddelerin (13, 16, 17, 18, 19, 20, 33) orijinal ölçekte ağırlıklı olarak “Psikolojik sağlık durumu” alt boyutunda yer alan maddelerin bir kısmı ile “Manevi (spiritüel) iyilik durumu” alt boyutundan tek bir maddenin katılması ile oluştuğu belirlenmiştir. Psikolojik sağlık durumu adı daha önce Faktör 1 alt boyutuna verildiğinden ve maddelerin içeriğinin hastaların tanı alma süreci ile ilgili olması nedeniyle, bu yeni alt boyuta uzman görüşü ve literatür bilgileri doğrultusunda “Tanıya yaklaşım durumu” alt boyutu denmesi uygun görülmüştür (Tablo 17).

Faktör 4’de yer alan maddelerin (15,23,26,29) kavramsal yapısı sorgulandığında ve uzman görüşü doğrultusunda “Destek ve ekonomik etkilenme durumu” alt boyutu olarak adlandırılmasına karar verilmiştir (Tablo 17).

Büyükşahin'in (2005) yaptığı metodolojik çalışmada orijinal formun aksine iki alt ölçek aynı faktör altında toplanmış, ölçeğin adlandırılması ise iki alt ölçeğin birleşimi şeklinde yapılmıştır (23).

Literatürdeki kültürel uyarlama çalışmalarında ölçeklerin orijinal formlarına karşın madde çıkarma, madde ilave etme, madde ifadelerini değiştirme, faktör azaltma, soruların likert yapısını değiştirme gibi yöntemlerin uygulandığı görülmektedir (1,2, 49). Psikometrik açıdan ise doğru olan ölçeğin aslının mümkün olduğunca değiştirilmemesine özen gösterilmesidir (32, 72, 85).

Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin ve Alt Boyutlarının Madde Puanları Dağılımının Değerlendirilmesi

Faktör analizi sonucunda “Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği”nin 31 maddeden ve dört yeni alt boyuttan oluştuğu saptanmıştır. “Psikolojik ve manevi (spiritüel) sağlık durumu” alt boyutu 11 maddeden (6, 7, 8, 9, 10, 11, 21, 30, 35, 36, 37), “Fiziksel sağlık durumu” alt boyutu 9 maddeden (1, 2, 3, 4, 5, 24, 25, 27, 28), “Tanıya yaklaşım durumu” alt boyutu 7 maddeden (13, 16,17, 18, 19, 20, 33), “Destek ve ekonomik etkilenme durumu” alt boyutunun ise 4 maddeden (15, 23, 26, 29) oluştuğu görülmektedir. Ölçek toplamının; $X=162.05$, $SS=43.58$, varyans=1899.23, range=254.00, min=27.00, max=281.00 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin “Psikolojik ve manevi (spiritüel)sağlık durumu” alt boyutu $X= 64.20$, $SS=16.67$, “Fiziksel sağlık durumu” alt boyutu $X= 50.77$, $SS=16.98$, “Tanıya yaklaşım durumu” alt boyutu $X=23.20$, $SS=13.79$, “Destek ve ekonomik etkilenme durumu” alt boyutu $X=23.86$, $SS=8.33$ olarak hesaplanmıştır (Tablo 17) (Grafik 3).

Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Madde Ortalamaları Analizlerinin Değerlendirilmesi

Bu bölümde, ölçeğin tüm maddelerinin ortalamalarının ve yeni faktör yapılarına göre belirlenen dört alt boyutun madde ortalamaları arasındaki farkın irdelendiği Hotelling T^2 test sonuçları verilmiştir.

Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin madde ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak sorgulanmış, ölçeğin tüm maddeleri için Hotelling T^2 test ($T^2= 4086.16$, $F=118.00$, $df1=30$, $df2=188$, $p=0.000$) puanları arasında anlamlılık olduğu saptanmıştır (Tablo 18).

Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin "Psikolojik ve manevi (spiritüel) sağlık durumu" alt boyutu için ($T^2= 841.45$, $F=80.65$, $df1=10$, $df2=208$, $p=0.000$), "Fiziksel sağlık durumu" alt boyutu için ($T^2= 342.39$, $F=41.41$, $df1=8$, $df2=210$, $p=0.000$), "Tanıya yaklaşım durumu" alt boyutu için ($T^2= 636.24$, $F=103.59$, $df1=6$, $df2=212$, $p=0.000$), ve "Destek ve ekonomik etkilenme durumu" alt boyutu için ($T^2= 119.47$, $F=39.45$, $df1=3$, $df2=215$, $p=0.000$), olduğu hesaplanmış, ölçeğin tüm alt boyutlarının Hotelling T^2 -Test puanları arasında anlamlılık olduğu saptanmıştır (Tablo 19).

Hipotez Sınanması/Mantıksal Analiz Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Geçerlik çalışmalarında yapı geçerliğinin sınanması aşamasında sık kullanılan bir teknik hipotez sınanmasıdır. Bu yöntemde araştırmacı ilgili kaynaklar veya gözlemler doğrultusunda, önceden aralarında ilişki olacağı varsayımını kurduğu ilişkinin yönünü ve düzeyini korelasyon analiziyle değerlendirerek test eder (49). Hipotezler ölçme aracından elde edilen puanı etkileyen deneysel ve

gelişimsel değişkenler, başka ölçüm aracından elde edilen puanlarla olumlu veya olumsuz ilişkileri ile ilgili olabilir (85).

Bu araştırmada literatürde kanserli hastalarına bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ile çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir.

Bakım vermenin, bakım verende oluşturduğu yükün depresyon düzeyini arttırdığı bildirilmiştir. Depresyon bakım verme sürecinin ortaya çıkardığı, bakım verenlerin yaşam kalitesini düşüren, fonksiyonel olarak kötüleşmelerine neden olan, mortalitede artışa neden olan en olumsuz sonuçlardan birisidir (48, 52, 65).

Grov ve ark. (2005) meme kanserli ve prostat kanserli hastalarına bakım veren hasta yakınlarının yaşam kalitelerini inceledikleri çalışmada; hasta yakınlarının fiziksel yaşam kaliteleri her iki cinste de anlamlı derecede yüksek bulunmuş ancak mental yaşam kalitesi erkeklerde önemli derecede düşük çıkmıştır. Her iki cinsin anksiyete düzeyleri de önemli derecede yüksek bulunmuştur (52).

Gordon ve ark. (2004) bakım verenlerde anksiyete ve depresyonun bakım verici durumunda olmayanlardan altı kat daha fazla görüldüğünü bildirmişlerdir (65). McMillan ve ark. (2005) konuyla ilgili yaptıkları bir başka çalışmada; kanser hastası yakınlarına bakım veren aile üyelerinin depresyon ve diğer sağlık sorunları açısından artan bir risk altında olduklarını, yaşadıkları stresin yüksek oranda olduğunu ve yaşam kalitelerinin bozulduğunu göstermişlerdir (67).

Ferrell ve ark. (2002) yaptıkları bir çalışmada; over kanserli hastalarına bakım veren aile üyeleri; kendilerini çok yorgun hissettiklerini ve hastalığın başlangıcından itibaren kendilerinde birçok sağlık probleminin ortaya çıktığını

ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada hasta yakınları kendilerini çok sınırlı, sorunlarla baş etmede yetersiz bulduklarını ve hastalarına bakabilmek için işlerinden ayrılmak zorunda kaldıklarını belirtmişlerdir (42).

Özkan (2001) çalışmasında, kanser tanısı alan hastaların ailelerinin, bazı dönemlerde depresif belirtiler gösterdiklerini belirtmiştir. Kanserli hastanın bakımında aile bireylerinin stres düzeyleri ölçülmüş ve çalışmalarda hemşirelik bakımının etkisi vurgulanmıştır. Hemşirelik girişimleri, ailelerin varolan kaynaklarını daha çok kullanmalarına yardımcı olmaktadır (74).

Doğal destek sistemlerinin psikolojik sorunların çözümlerini kolaylaştırma veya zorlaştırmada önemli rol oynadıkları belirtilmektedir. Ancak, araştırmacılar desteğe gereksinimi olanlara bakmanın bakan kişiler üzerinde yaratacağı yük ve strese de dikkat çekmektedirler. Cochrane ve ark. 1997, Ell 1996 , Kessler ve ark. 1985, King ve ark. 1993 gibi bazı yazarlar uzun süre destek verenin (eş gibi), duygusal açıdan tükenebileceğini belirtmişlerdir. Hastalar veya desteğe ihtiyacı olanlar kadar, desteği verenlerin kendilerinin de sosyal desteğe gereksinim duydukları açıktır ve bu da sosyal destek kavramının önemini artırmaktadır (32).

Tüm bu bilgiler ışığında, veri toplamada kanserli hasta yakınlarına “Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği” ile beraber “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği”de kullanılmıştır. Her iki ölçekten elde edilen puanlar Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısının hesaplaması ile belirlenmiştir. Korelasyon incelendiğinde “Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği” toplam puanı ile “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” toplam puanı arasında pozitif yönde ($r=0.29$, $p=0.000$) anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 20).

Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin alt boyutlarının puanları ile "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği"nin toplam puanı arasındaki ilişki Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısının hesaplaması ile belirlenmiştir. Hesaplanan korelasyon katsayıları "Psikolojik ve manevi (spiritüel) sağlık durumu" alt boyutu için 0.24, "Fiziksel sağlık durumu" alt boyutu için 0.25, "Tanıya yaklaşım durumu" alt boyutu için 0.14, "Destek ve ekonomik etkilenme durumu" alt boyutu için 0.30 olarak hesaplanmıştır. Tüm alt boyutların puanları ile "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği"nin toplam puanı arasındaki ilişki pozitif yönde ve anlamlı olarak bulunmuştur (Tablo 21).

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. SONUÇ

Kanser Hastasına Bakım veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkiye için güvenilirlik ve geçerliğini belirlemek amacıyla planlanan araştırmanın sonuçlarına göre;

Güvenirlilik analizleri sonuçları;

- ✓ Ölçeğin ilk olarak dil eşdeğerliğinin sağlanması işleminden sonra, uzman görüşüne başvurulmuş, uzman görüşleri doğrultusunda Kendall Uyuşum Katsayısı hesaplanmıştır (Kendall $W^{(a)} = 0.154$, $\chi^2 = 49.920$, $df = 36$, $p = 0.061$).
- ✓ Alınan öneriler doğrultusunda yapılan düzeltmelerden sonra, anket formu ön uygulama için araştırma kapsamına alınmayan 15 bireye uygulanmış, bireylerden anket maddelerini okunabilirlik ve anlaşılabilirlik açısından değerlendirmeleri istenmiş, onların önerileri doğrultusunda anket formuna son şekli verilmiştir.
- ✓ Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin zamana karşı değişmezliğini belirlemek için birinci uygulamadan 21 gün sonra ölçek 30 kişiye tekrar uygulanmıştır. Birinci ve ikinci uygulama alt boyutlar ve toplam puan korelasyonları karşılaştırıldığında, test-tekrar test ölçek toplam puanı arasındaki korelasyon $r = 0.86$ olarak hesaplanmıştır (Tablo7) (Grafik 1).

- ✓ Ölçeğin alt boyutlarının zamana karşı değişmezliğini test etmek için yapılan korelasyon analizi sonuçlarına göre “Fiziksel sağlık durumu” alt boyutunun test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.52, “Psikolojik sağlık durumu” alt boyutunun test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.81, “Sosyal kaygılar” alt boyutunun test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.76, “Spiritüel (manevi) iyilik durumu” alt boyutunun test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.63 olarak bulunmuştur. Ölçek toplam puanı ve tüm alt boyutlardan elde edilen test-tekrar test korelasyon katsayılarının istatistiksel olarak anlamlı oldukları görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 8).
- ✓ Ölçeğin madde toplam puan korelasyonları incelendiğinde; madde korelasyon değerlerinin 0.00 – 0.64 arasında olduğu belirlenmiştir. Ölçekteki 12, 14, 22, 31, 32, 34. maddelerin korelasyon değerleri 0.20’nin altındadır. Ölçeğin güvenilirliğini azaltan bu maddelerin ölçekten çıkarılmasına karar verilmiştir (Tablo 9).
- ✓ Ölçekten 12, 14, 22, 31, 32, 34. maddeler çıkarıldıktan sonra (madde sayısı:31) tekrarlanan madde toplam puan korelasyonları hesaplamasında; madde korelasyon değerlerinin 0.20 ile 0.63 arasında olduğu belirlenmiştir. On üçüncü madde en düşük korelasyonu göstermiştir (Tablo 10).
- ✓ Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin madde-toplam korelasyonlarının $p<0.01$ düzeyinde anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 11).

- ✓ Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin testi yarılama güvenirlilik analizlerinde ölçek maddeleri sıralı olarak ikiye ayrılmış, bunun sonuncunda Spearman-Brown katsayısı 0.83, Gutmann Split-Half katsayısı 0.82 olarak saptanmıştır. İlk yarının Cronbach Alpha katsayısı 0.85, ikinci yarının Cronbach Alpha katsayısı 0.78, iki yarı arasındaki korelasyon ise 0.71'dir. Ölçek toplam Cronbach Alpha katsayısı 0.90 olarak hesaplanmıştır (Tablo 12).
- ✓ Ölçeğin "Fiziksek sağlık durumu" alt boyutunun Spearman-Brown katsayısı 0.78, Gutmann Split-Half katsayısı 0.74, "Psikolojik sağlık durumu" alt boyutunun Spearman-Brown katsayısı 0.67, Gutmann Split-Half katsayısı 0.67, "Sosyal kaygılar" alt boyutunun Spearman-Brown 0.71, Gutmann Split-Half katsayısı 0.71, "Spiritüel (manevi) iyilik durumu" alt boyutunun Spearman-Brown katsayısı 0.67, Gutmann Split-Half katsayısı 0.67 olarak hesaplanmıştır (Tablo 13).
- ✓ Kanser Hastası Yakınlarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin yapılan güvenirlilik analizleri (zamana karşı değişmezlik, iç tutarlılık; madde analizleri, testi yarılama analizleri ve Cronbach Alpha katsayısı) sonucunda iç tutarlılığı yüksek, güvenilir bir ölçek olduğu söylenebilir.
- ✓ Tüm bu analizlerle ölçeğin test-tekrar test, madde analizi, testi yarılama, iç tutarlılık katsayıları hesaplanarak, ölçeğin güvenirliliği saptanmıştır.

Geçerlik analizleri sonuçları;

- ✓ Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin faktör analizi için yeterli olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan Kaiser-Meyer Olkin (KMO) Measure of Sampling Adequacy analizi sonucu 0.85 olarak hesaplanmıştır. Barlett's Test of Sphericity analiz sonucu 3168.06 olarak hesaplanmış olup, sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 14).

- ✓ Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe formundan güvenilirliği azaltan altı madde çıkarıldıktan sonra kalan otuz bir maddelik ölçeğin faktör yapısını belirlemek için Principal Component (Temel Bileşenler) yöntemi ile varimax dönüştürmesine göre analizler yapılmıştır. Temel bileşenler analizi sonucunda ölçek maddelerinin özdeğeri 1'in üzerinde olan yedi faktör altında toplandığı saptanmıştır. Faktör ağırlıkları göz önünde bulundurularak en uygun çözümlenmenin orijinal ölçek ile uygun faktör sayısına sahip dört faktörde olduğu görülmüştür. Dört faktör toplam varyansın %47.45'ini açıklamaktadır. Faktörlerin açıkladıkları varyans yükleri sırasıyla; Faktör 1 için 16.25, Faktör 2 için 12.82, Faktör 3 için 10.74 ve Faktör 4 için 7.62 olarak bulunmuştur (Tablo 15).

- ✓ Ölçekteki maddelerden bazılarının birden fazla faktöre girdiği saptanmış, maddelerin hangi faktöre gireceği konusunda faktör yükleri arasındaki farkın en az 0.10 olması ölçütü yanı sıra maddelerin ölçeğin orijinal yapısındaki kavramsal çerçeveye uygunluğu da dikkate alınarak; faktör grupları arasında

“madde 6”nın Faktör 1’e, “madde 5 ve 25”in Faktör 2’ye, ve “madde 17”nin Faktör 3 alınması uygun görülmüştür (Tablo 17).

- ✓ Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin yeni oluşan faktörlerin adlandırılması ile ilgili olarak ölçeğin orijinal yapısındaki isimler ve faktörlerdeki soru dağılımları göz önüne alınarak yeni alt boyutlar sırasıyla şöyle isimlendirilmiştir; “Psikolojik ve manevi (spiritüel) sağlık durumu” alt boyutu, “Fiziksel sağlık durumu” alt boyutu, “Tanıya yaklaşım durumu” alt boyutu ve “Destek ve ekonomik etkilenme durumu” alt boyutu olarak adlandırılmasına karar verilmiştir (Tablo 17).
- ✓ Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin madde ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak sorgulanmış, ölçeğin tüm maddeleri için Hotelling T^2 -Test puanları arasında anlamlılık olduğu saptanmıştır (Tablo 18).
- ✓ Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin “Psikolojik ve manevi (spiritüel) sağlık durumu”, “Fiziksel sağlık durumu”, “Tanıya yaklaşım durumu” ve “Destek ve ekonomik etkilenme durumu” alt boyutlarının madde ortalamaları incelenmiş ve tüm alt boyutların Hotelling T^2 -Test puanları arasında anlamlılık olduğu saptanmıştır (Tablo 19).
- ✓ Yapı geçerliğinde kullanılan hipotez sınanması yöntemi için, “Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği” ile “Çok

Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” hasta yakınlarına uygulanmış, her iki ölçekten elde edilen puanların korelasyonu incelendiğinde iki ölçek puanları arasında pozitif yönde 0.29 düzeyinde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 20).

- ✓ Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin alt boyutlarının puanları ile “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği”nin puanı arasındaki ilişki Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı ile hesaplanmış; “Psikolojik ve manevi (spiritüel) sağlık durumu” alt boyutu için 0.24, “Fiziksel sağlık durumu” alt boyutu için 0.25, “Tanıya yaklaşım durumu” alt boyutu için 0.14, “Destek ve ekonomik etkilenme durumu” alt boyutu için 0.30 olarak bulunmuştur. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin alt boyutlarının puanları ile “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği”nin puanı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 21).
- ✓ Kanser Hastası Yakınlarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin yapılan KMO, Barlett’s Test of Sphericity analizi, Hotelling T²-test ve sonrasında yapılan geçerlik analizleri (faktör analizi, hipotez sınanması) sonucunda geçerliği yüksek bir ölçek olduğu söylenebilir.
- ✓ Sonuç olarak; çalışmanın “**Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği**” **güvenirliği ve geçerliliği yüksek bir ölçme aracıdır**” hipotezi (H₁) kabul edilmiştir.

5.2. ÖNERİLER

- ✓ Türkçe'ye çevrilerek güvenilirlik ve geçerlik çalışması yapılan “**Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği**” nin araştırmacılar tarafından farklı bölgelerde ve daha büyük örnek grubuna uygulanması ve değişmezliğinin araştırılması,
- ✓ Ölçeğin farklı hasta gruplarında (tanıları farklı) güvenilirlik ve geçerliğinin değerlendirilmesi,
- ✓ Ölçeğin farklı disiplinler tarafından (hekim, hemşire, psikolog gibi.) yeni çalışmalarda kullanılması,
- ✓ Ölçeğin kanser hastasına bakım veren hasta yakınlarının ve dolaylı olarak hastalarının yaşam kalitelerine etkilerini belirlemek amacıyla kapsamlı çalışmalarda kullanılması,
- ✓ Kanserli hastalarına bakım verme sürecinde çok ciddi sıkıntılar yaşayan hasta yakınlarının eğitimi ve sağlanacak desteğin planlanması aşamasında kullanılması önerilmektedir.

BÖLÜM VI

ÖZET

6.1. KANSER HASTASINA BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Bu araştırmanın amacı, kanser hastasına bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitelerini değerlendirmek için Ferrell ve Grant tarafından geliştirilen Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'ni (Quality of Life-Family Version) dilimize uyarlayarak, güvenilirlik ve geçerlik çalışmasını yapmaktır.

Metodolojik olarak planlanan araştırmanın örneklemini, Nisan –Eylül 2006 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tülay Aktaş Onkoloji ve Kemikiliği Transplantasyon Hastanesi Erişkin birimine ayaktan kemoterapi almak üzere gelen kanserli hastaların birinci dereceden yakınları olan 218 birey oluşturmuştur. Araştırmada veri toplama araçları olarak; Hasta Yakınlarını Tanıtıcı Bilgi Formu, Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği ve geçerlik çalışmasında hipotez sınanması analizi için, Eker ve Arkar (1995) tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılmış olan, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) kullanılmıştır.

Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin ilk olarak dil eşdeğerliliğinin sağlanması için, ölçeğin Türkçe'ye çevirisi ve geri çevirisi yapılmıştır. Çeviri işleminin ardından uzman görüşleri alınmış ve uzmanların önerileri doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılmış, Kendall Uyuşum Katsayısı hesaplanmıştır (Kendall's $W^{(a)} = 0.154$, $x^2 = 49.920$, $df = 36$, $p = 0.061$).

Ön uygulama için ölçek araştırma kapsamına alınmayan 15 bireye uygulanmış, bireylerin önerileri doğrultusunda anket formuna en son şekli verilmiştir.

Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin güvenilirlik çalışmalarında ilk olarak ölçeğin zamana karşı değişmezliğini belirlemek için birinci uygulamadan 21 gün sonra ölçek 30 kişiye tekrar uygulanmıştır. Birinci ve ikinci uygulama alt boyutlar ve toplam puan korelasyonları karşılaştırıldığında, test-tekrar test ölçek toplam puanı arasındaki korelasyon $r= 0.86$ olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin dört alt boyutunun zamana karşı değişmezliğini test etmek için yapılan korelasyon analizi sonuçlarına tüm alt boyutlardan elde edilen test-tekrar test korelasyon katsayılarının istatistiksel olarak anlamlı oldukları saptanmıştır. Ölçeğin madde toplam puan korelasyonları incelendiğinde; madde korelasyon değerlerinin 0.00 - 0.64 arasında olduğu belirlenmiştir. Ölçekteki 12, 14, 22, 31, 32, 34. maddelerin korelasyon değerleri 0.20'nin altındadır. Ölçeğin güvenilirliğini azaltan bu maddelerin ölçekten çıkarılmasına karar verilmiştir. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği maddeleri ile ölçeğin toplam madde-puan korelasyonları arasındaki ilişki $p<0.01$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Ölçeğin testi yarılama güvenilirlik analizlerinde ölçek maddeleri sıralı olarak ikiye ayrılmış, bunun sonucunda Spearman-Brown katsayısı 0.83, Gutmann Split-Half katsayısı 0.82 olarak saptanmıştır. Ölçek toplam Cronbach Alpha Katsayısı 0.90 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin alt boyutlarını Cronbach Alpha Katsayıları 0.69 ile 0.83 arasında değişmektedir. Ölçeğin testi yarılama analiz sonuçları ve Cronbach Alpha Katsayısı istenen düzeylerde dir.

Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin geçerlik analizlerinden önce faktör analizi için yeterli olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan Kaiser-Meyer Olkin (KMO) Measure of Sampling

Adequacy analizi sonucu 0.85 olarak hesaplanmıştır. Barlett's Test of Sphericity analiz sonucu 3168.06 olarak hesaplanmış olup, sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ölçeğin yapı geçerliği çalışması için faktör analizi yapılmış, faktör ağırlıkları göz önünde bulundurularak en uygun çözümlenin orijinal ölçek ile uygun faktör sayısına sahip dört faktörde olduğu görülmüştür. "Psikolojik ve manevi (spiritüel) sağlık durumu" alt boyutu, "Fiziksel sağlık durumu" alt boyutu, "Tanıya yaklaşım durumu" alt boyutu ile "Destek ve ekonomik etkilenme durumu" alt boyutu olmak üzere dört yeni alt boyut belirlenmiştir. Dört faktör toplam varyansın %47.45'ini açıklamaktadır. Faktörlerin açıkladıkları varyans yükleri 16.25 ile 7.62 arasında değişmektedir. Ölçekteki maddelerden bazılarının birden fazla faktöre girdiği saptanmış, maddelerin hangi faktöre gireceği konusunda faktör yükleri arasındaki farkın en az 0.10 olması ölçütü yanı sıra maddelerin ölçeğin orijinal yapısındaki kavramsal çerçeveye uygunluğu da dikkate alınarak; faktör grupları arasında "madde 6"nın Faktör 1'e, "madde 5 ve 25"nin Faktör 2'ye, ve "madde 17"nin Faktör 3'e alınması uygun görülmüştür.

Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin madde ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak sorgulanmış, ölçeğin tüm maddeleri için Hotelling T^2 -Test puanları arasında ve tüm alt boyutları Hotelling T^2 -Test puanları arasında anlamlılık olduğu saptanmıştır.

Yapı geçerliğinde kullanılan hipotez sınanması yöntemi için, "Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği" ile "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" hasta yakınlarına uygulanmış, her iki ölçekten elde edilen puanların korelasyonu incelendiğinde iki ölçek puan ortalamaları arasında pozitif yönde 0.29 düzeyinde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Sonuç olarak; “Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği” Türk toplumu için güvenilirliği ve geçerliği yüksek bir ölçektir.

Anahtar Sözcükler: Yaşam Kalitesi, Ailede bakım verenler, Güvenirlik, Geçerlik

ABSTRACT

6.2. THE STUDY ON THE VALIDITY AND RELIABILITY OF THE SCALE ON THE QUALITY OF LIFE THE FAMILY MEMBERS CARING FOR A CANCER PATIENT

The aim of this paper is to study on the reliability and validity of the scale (Quality of Life – Family Version) improved by Ferrell and Grant in order to evaluate the life quality of the family members caring for a cancer patient.

Exemplification of the research that was methodologically planned was made up of 218 subjects. They were the close relatives of the patients of cancer who came to the Tülay Aktaş Hospital of Oncology and Bone Marrow Transplantation at Ege University Faculty of Medicine in order to receive chemotherapy at day-care unit. In the research, information forms of family members, and (MSPSS) the Social Support Scale Perceived Multi Dimensionally that was checked for validity and reliability by Eker and Arkar (1995) were used as data collecting tools.

For the equivalence of the language of the scale for the life quality – family version, it was translated into Turkish and translated back into English. After the translation, opinions of experts were taken and in accordance with their suggestions, necessary changes were made and Kendall Consistency Co-efficient was calculated with a correlation test (Kendall's $W^{(a)} = 0.154$, $X^2 = 49.920$, $df = 36$, $p = 0.061$). For the pre-application, scale was applied on 15 subjects not included in the research

previously, and according to their suggestions, the questionnaire was given its last form.

In the reliability study of the Quality of Life The Family Members Caring For A Cancer Patient Scale's in order to determine the constancy of the scale against time it's applied to 30 people two times, second time was 21 days after the first time. When the first and the second application sub-dimensions and total point correlations were compared, the correlation between test-repeat test scale total point was calculated as $r = 0.86$. The results of the correlation, which was done in order to test the stability of the four sub-dimensions of the scale against time, in all the sub-dimensions, the coefficients of the test-repeat test correlation were determined to be statistically significant. When the correlations of the total points of the items in the scale were studied, it was determined that the item correlation values were between 0.00-0.64. The correlation values of the 12, 14, 22, 31, 32, 34. items in the scale were below 0.20. It was decided to take these items out of the scale as they decreased the reliability of the scale. The relationship between the items of the Quality of Life –Family Version Scale and the correlations of the total item- points was determined to be significant at the $p < 0.01$ level. In the halfway through the test reliability analysis of the scale, items of the scale were divided into two sequentially and as a result of this it was determined that Spearman-Brown coefficient was 0.83, Guttman Split-Half coefficient was 0.82. Total scale Cronbach Alpha coefficient was calculated as 0.90. In the sub-dimensions of the scale Cronbach Alpha Coefficients changed between 0.69 and 0.83. The analysis results of halfway through the test of the scale and Cronbach Alpha Coefficient were at required levels.

Before the reliability analysis of the Quality of Life- Family Version Scale, as the result of the analysis of Keiser-Meyer Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) done in order to evaluate if the scale is adequate for factor analysis or not 0.85 was calculated. The result of Barlett's Test of Sphericity analysis was calculated as 3168.06 and it was found statistically significant. Factor analysis for the study of structural validity of the scale was done and by taking the factor weights into consideration, it was seen that the most appropriate analysis was in the four factors having the same number of factors with the original scale. Four new sub-dimensions were determined as "Psychological and Spiritual State of Health", "Physical State of Health", "Approach to the Diagnosis State", "The State of Support and Being Influenced Economically". The four factors state % 47.45 of the total variance. Variance loads of the factors that they state change between 16.25 and 7.62. It was determined that some items in the scale were included in more than one factor, in order to decide which items would go to which factor, the difference between the factor loads should at least be 0.10 and besides that the items should comply with the conceptual frame in the original form of the scale; these taken into consideration; among the factor groups it was decided that 'item 6' was taken to Factor 1, 'items 5, 25 were taken to Factor 2, and 'item 17' was taken to Factor 3.

The difference between the mean of items in the scale were questioned statistically and it was determined that for all the items in the scale there was a significance among the points of Hotelling T^2 - Test and for all the sub-dimensions among the points Hotelling T^2 - Test.

For the method of testing hypothesis which has been used in the validity of structure, 'The Quality of Life- Family Version' scale and 'the Support Scale Perceived Multi-Dimensionally' were applied to the caregivers and when the correlations of the points gotten from the two scales had been studied, it was found out that there was a significant relationship between the two scale averages of the points as 0.29 in a positive way.

As a result, "Quality of Life The Family Members Caring For A Cancer Patient Scale" is a reliable and valid scale for Turkish Society.

Key words: Quality of Life, Caregivers In The Family, Reliability, Validity.

BÖLÜM VII

KAYNAKLAR

1. Ağargün, M.Y. Beşiroğlu, L.C. Kıran, Ü.K. ve ark. (2005). COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik Özelliklere İlişkin Bir Ön Çalışma, Anadolu Psikiyatri Dergisi 6, s:221-226.
2. Ağargün, M.Y. Çilli, A.S. Kara, H. ve ark. (1999). Epworth Uykululuk Ölçeği'nin Geçerliliği ve Güvenirliği, Türk Psikiyatri Dergisi 10(4): 261-267.
3. Akdemir, N.(2003). Kanser ve Hemşirelik Bakımı, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, I.Baskı, İstanbul: s:245-304.
4. Akınoğlu, A. (2002). Meme Kanseri Yeni Tanı ve Tedavi Seçenekleri, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, Cilt:11(3): 215-225.
5. Aksayan, S. Gözüm, S. (2002). Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber I: Ölçek Uyarlama Aşamaları ve Dil Uyarlaması, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 4(1): 9-14.
6. Akyolcu, N. (1997). Hasta ve Ailesinin Hastalığa Adaptasyonu, Klinik Onkoloji, Temel İlkeler ve Hemşirelik Bakımı, Edi: Topuz, E. Aydın, A. İstanbul Üniversitesi, Onkoloji Enstitüsü Yayınları 4, s:102-104.
7. Açlalar, N. (1997). Kanserde Psikososyal Bakım, Klinik Onkoloji, Temel İlkeler ve Hemşirelik Bakımı, Edi: Topuz, E. Aydın, A. İstanbul Üniversitesi, Onkoloji Enstitüsü Yayınları 4, s: 98-101.

8. Al – Lawati, J.A. Santhosh-Kumar, C.R. Muhammed, A.J. Jaffer, M.A. (1999). Cancer Insidence in Oman, 1993-1997, Eastern Mediterranean Health Journal, Vol: 5 (5): 1030-1034.
9. Argon, G.(1991). Romatoid Artritlilerde Fonksiyonel Yetersizlik, Sosyal Destek ve Depresyon İlişkisinin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7 (2): 1-11.
10. Astı, N. (2001). Onkoloji Hastasının Psikososyal Sorunları ve Başa çıkma Yolları, Ulusal Kanser Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı, İstanbul, s:32.
11. Aştı, T. (2001). Evde Bakımda Temel İlke ve Uygulamalar, Ulusal Kanser Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı, İstanbul, s:32.
12. Aydemir, Ö. (2004). Değerlendirme Araçlarının Psikometrik Özellikleri. I. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyum Program ve Özet Kitabı, s:7-9.
13. Aydemir, Ö. (1997). Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması, Türk Psikiyatri Dergisi 8(4): 280-287.
14. Bağ, B. (2003). Sağlık Personelinin Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Tutumlarının Araştırılması, Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
15. Balcı, S. Yılmaz, M. (2002). İyimserlik Ölçeğinin Geliştirilmesi: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması, On Dokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, Sayı:14, s: 54-60.
16. Başal, H.A. (2001). Çocuklar İçin Sınıf İçi Etkinlik Ölçeğinin Geliştirilmesi, Güvenirliği ve Geçerliği, Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, Cilt:14(1): 49-61.

17. Bengi-Gürkan, S. Karadayı, F. Ünal, M. (1997). Sağlıkla İlgili Tutum Ölçeği –Güvenirlilik Geçerlik Ön Çalışması, 33.Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Tam Metin Kitabı, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi ve Psikiyatri Derneği, Antalya, s:145-148.
18. Berkarda, B. (2002). Kanserin Biyolojisi, Medikal Onkoloji, Edi: Berkarda, B. Hatemi, H. Tavaslı Matbaacılık, s:9-13.
19. Beşer, A. (2003). İşçilerin İşyeri Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyeti ve Önemine İlişkin Ölçek Geliştirme Çalışması, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir.
20. Bilge, A. (2006).Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması, E.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir.
21. Borneman, T. Chu, D. Z. J. Wagman, L. and etc. (2003). Concerns of Family Caregivers of Patients With Cancer Facing Palliative Surgery for Advanced Malignancies, Oncology Nursing Forum, Vol: 30 (6): 997-1005.
22. Burks, K.J.(1999). A Nursing Practice Model for Chronic Illness, Rehabilitation Nursing, Vol: 24 (5): 197-200.
23. Büyükşahin, A. (2005). Çok Boyutlu İlişki Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması, Türk Psikiyatri Dergisi; 16(2): 97-105.
24. Canam, C. Acom, S. (1999). Quality of Life for Family Caregivers of People With Chronic Health Problems, Rehabilitation Nursing, Vol: 24(5), 192-196.
25. Çakır,Y. Palabıyıkoglu, R.(1997). Gençlerde Sosyal Destek- Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması, Kriz Dergisi, Çukurova Psikiyatri Dizini, Cilt:5(1): 15-24.

26. Çimen, S. Bahar, Z. Öztürk, C. Bektaş, M. (2005). AIDS Tutum Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, ZSYOD 1- (1): 1-11.
27. Demirezen, E. (2001). Onkoloji Hastalarının Evde Bakımı, Ulusal Kanser Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı, İstanbul, s:97.
28. Derman, U. (2002). Medikal Onkolojiye Giriş, Medikal Onkoloji, Edi: Berkarda, B. Hatemi, H. Tavaslı Matbaacılık, s:14-38
29. Desch, C. E. (2001). Kanser Etyolojisi: Onkojenler ve Çevresel/Toksik Karsinojenler, Cecil Essentials of Medicine – Türkçe 5. Baskı, s:485-488.
30. Desch, C. E. (2001). Kanser Tedavisinin İlkeleri, Cecil Essentials of Medicine – Türkçe 5. Baskı, s:508-512.
31. Dinçer, M. (1997). Kanserde Sekonder Korunma, Klinik Onkoloji-Temel İlkeler ve Hemşirelik Bakımı, Edi: Topuz, E. Aydıner, A. İstanbul Üniversitesi, Onkoloji Enstitüsü Yayınları 4, s: 6-8.
32. Eker, D. Arkar, H. Yıldız, H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği, Türk Psikiyatri Dergisi, 12 (1):17-25.
33. Ekici, G. (2002). Biyoloji Öğretmenlerinin Laboratuvar Dersine Yönelik Tutum Ölçeği (BÖLDYTÖ). Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, Sayı: 22, s:62-66.
34. Ekti Genç, R. (2005). Kemoterapi Alan Çocuklarda Etkili Hemşirelik Girişimlerinin Yorgunluk Semptomuna Etkisi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İzmir.
35. Ercan, İ.Kan, İ.(2004). Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik, Uludağ Üniversitesi Tıp fakültesi Dergisi, 30(3):211-216.

36. Erci, B. (2005). 3.Uluslararası -10.Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı, Poster Bildiri Özeti, s: 64.
37. Eser, E. (2004). Sağlıkta Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Kültüre Uyarlanması, I. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyum Program ve Özet Kitabı, s:18-19.
38. Eser, E. Saatli, G. Eser, S. Fidaner, C. (2004). Yaşam Kalitesi Ölçeği Modülü (WHOQOL-OLD) Geçerlik ve Güvenirlik Alan Çalışması (Field Trial) Sonuçları, I. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyum Program ve Özet Kitabı. s:27.
39. Fadıloğlu, Ç. (2006). Kanser Bakımında Aile, Kanserde Evde Bakım, E.Ü. Kanserle Savaş Uygulama ve Araştırma Merkezi, s:90-103.
40. Fadıloğlu, Ç. (2006). Evde Bakım Hizmetlerinin Gelişimi ve Önemi, Evde Bakım, s:7-26.
41. Fadıloğlu, Ç.(2003). Kanser ve Bakımı, II. Ege Dahili Tıp Günleri Kronik Hastalıklarda Bakım II Kitabı, İzmir, s:83-128.
42. Ferrell, B. Ervin, K. Smith, S.et all (2002). Family Perspectives of Ovarian Cancer, Cancer Practice, Vol: 10 (6), p:269-275.
43. Ferrell, B.R. Dow, KH. Grant, M. (1995). Measurement of The Quality of Life in Cancer Survivors, Quality of Life Research, Dec; 4(6): 523-31.
44. Ferrell, B. R. Grant, M. Chan, J.et all (1995). The Impact of Cancer Pain Education on Family Caregivers of Elderly Patients, Oncology Nursing Forum, 22 (8): 1211-1218.
45. Ferrell, B. R. Wisdom, C. Wenzl, C. (1989). Quality of Life as an Outcome Variable in The Management of Cancer Pain, Vol:63 (11) : 2321-2327.

46. Fırat, D. (1978). Kanserin Sosyal ve Ekonomik Yönü, Klinik Onkoloji, Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Yayınları, Edi: Küçüksu, N. Ruacan, Ş.A. s:217-221.
47. Fidaner, C. (2004). Sağlıkta Yaşam Kalitesi (SYK) Kavramı: Bir Giriş Denemesi . I. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Program ve Özet Kitabı, s:1-3.
48. Gaston–Johansson, F. Lachica, E. Fall-Dickson, J.M. Kennedy, M. J. (2004). Psychological Distress, Fatigue, Burden of Care, and Quality of Life in Primary Caregivers of Patients With Breast Cancer Undergoing Autologous Bone Marrow Transplantation, Oncology Nursing Forum, Vol: 31(6):1161-1169.
49. Gözüm, S. Aksayan, S. (2002). Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber II: Psikometrik Özellikler ve Kültürlerarası Karşılaştırma, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 4(2): 9-19.
50. Griggs, J. J. (2001). Kanser Epidemiyolojisi, Cecil Essentials of Medicine – Türkçe 5. Baskı, s:489-492.
51. Griggs, J. J. Desch, C.E. (2001). Kanser Epidemiyolojisi , Cecil Essentials of Medicine – Türkçe 5. Baskı, s:493-504.
52. Grov, E.K. Dahl, A.A. Moum, T. Fossa, S.D. (2005). Anxiety, Depression, and Quality of Life in Caregivers of Patients With Cancer in Late Palliative Phase, Annals of Oncology 16: 1185-1191.
53. Günay, Ş. Savran, C. Aksoy, UM. ve ark. (2006). Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeğinin (Adult ADD/ ADHD DSM IV- Based Diagnostic Screening and Rating Scale) Dilsel Eşdeğerlilik, Geçerlik Güvenirlik ve Norm Çalışması, Türkiye'de Psikiyatri, 8(2):98-107.

54. Gürkan, A. (2006). Kanser ve Psikososyal Destek, Kanserde Evde Bakım, Ege Üniversitesi Kanserle Savaş Uygulama ve Araştırma Merkezi, s:84-89.
55. Işıkhan, V. Kömürcü, Ş. Özet, A. ve ark. (2001). Kanser Hastalarının Hastalığa Ait Özellikleri İle Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki, Ulusal Kanser Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı, İstanbul, s:167.
56. İncedayı, S. (2005). Planlı Davranış Kuramı'na Göre Geliştirilen Fiziksel Aktivite Ölçeğini Türk Toplumuna Uyarlama Çalışması, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
57. İnci, H. (2006). Bakımverme Yükü Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.
58. Karabulut, B. Uslu, R. (2006). Kanser Epidemiyolojisi. Kanser ve Palyatif Bakım, s:3-7.
59. Karadakovan, A. (2006). Evde Bakım Hastasının Değerlendirilmesi, Kanserde Evde Bakım, Ege Üniversitesi Kanserle Savaş Uygulama ve Araştırma Merkezi, s:30-37.
60. Karadeniz, A.N. (1997). Kanser Tedavisinde Radyoterapinin Temel İlkeleri. Klinik Onkoloji- Temel İlkeler ve Hemşirelik Bakımı, Edi: Topuz, E. Aydın, A. İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Yayınları 4, s:20-24.
61. Kıran, B. (2003). Ergenlerde Risk Alma Ölçeğinin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, VII. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı, s:35.

62. Kıran Esen, B. (2002). Akran Baskısı Ölçeğinin Geliştirilmesi; Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Eğitim Bilimleri ve Uygulama Dergisi Yayını, (E.T:20.05.2007).http://www.ebuline.com/sayfa/arsiv/2_3/arsiv_2_3_5.htm
63. Köşgeroğlu, N. Acat, B.M. Karatepe, Ö. (2005). Kemoterapi Hastalarında Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği, Anadolu Psikiyatri Dergisi (6) s:75-83.
64. Kutluk, T. Kars, A. (1994). Kanser Konusunda Genel Bilgiler, T.C.S.B. Kanser Savaş Daire Başkanlığı, Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Yayınları, s:9-14.
65. Küçükgüçlü, Ö. (2004). Bakımverenlerin Yükü Envanteri'nin Türk Toplumunu İçin Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi, Doktora Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
66. LoBiondo-Wood, G. Haber, J. (2002). Reliability and Validity, Nursing Research Methods, Critical Appraisal and Utilization, Fifth Edition, p:311-330.
67. McMillan, S. C. Small, B.J. Weitzner, M.et all (2005). Impact of Coping Skills Intervention With Family Caregivers of Hospice Patients With Cancer, Cancer , Dec 2 :214-222.
68. McMillan, S. C. Mahon, M. (1994). The Impact of Hospice Services on The Quality of Life of Primary Caregivers, Oncology Nursing Forum, Aug, 21(7): 1189-1195.
69. Myaskovsky, L. Dew, M.A. Switzer, G.E.et all (2005). Quality of Life And Coping Strategies Among Lung Transplant Candidates And Their Family Caregivers, Social Science &Medicine, (60) :2321-2332.

70. Okanlı, A. Ekinci, M. (2000). Hemşirelik Öğrencilerinin Aile ve Arkadaşlarından Algıladıkları Sosyal Destek İle Anksiyete Düzeyi Arasındaki İlişki, I. Uluslararası, VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Program ve Özet Kitabı, Antalya, s:100-101.
71. Oral, E.N. (1997). Kanserde Primer Korunma, Klinik Onkoloji- Temel İlkeler ve Hemşirelik Bakımı, Edi: Topuz, E. Aydiner, A. İstanbul Üniversitesi, Onkoloji Enstitüsü Yayınları 4, s:1-5.
72. Öner, N. (1997). Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler, Bir Başvuru Kaynağı, Boğaziçi Üniversitesi Eğitim Fakültesi.
73. Özbay, Y. Taşdemir Mısırlı, Ö. (2003). Çok Boyutlu Mükemmelliyetçilik Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, VII. Ulusal Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı, s:19.
74. Özkan, S. (2001). Kanser Bakımında Aile Sorunları, Ulusal Kanser Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı, İstanbul, s:96.
75. Özmen, D.(2004). Sağlık İnanç Modeli Yaklaşımı İle Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutumlara Yönelik Ölçek Çalışması, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
76. Öztürk, H. Şirin, A. (2000). Doğum Yapan Annelerde Algılanan Sosyal Destek Faktörlerinin ve Bunlara Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 16(2-3) : 31-40.
77. Öztürk, Ş. (2006). Testlerin Geçerlik ve Güvenirlik Analizlerinde Kullanılan Bazı İstatistikler, Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı, Pegem A. Yayıncılık, 6. Baskı. s:167-182.

78. Öztürkcan, S. (2004). Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksinin (DLQI) Türkçe'ye Uyarlaması ve Türkçe Sürümün Geçerliliği, I. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyum Program ve Özet Kitabı, s:22.
79. Özyılkan, Ö. (2004). Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesinin Önemi, I.Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Program ve Özet Kitabı. s:14-16.
80. Sağduyu, A. Şentürk, V. Aydın, İ. Özel, S. (2003). Ruhsal Esenlik Anketi 12: Türkçe Formun Son Dönem Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Türk Psikiyatri Dergisi. 14 (4): 273-279.
81. Sherif, T. Jehani, T. Saadani, M. Andejani, A.W. (2001). Adult Oncology and Chronically İll Patients: Comparison of Depression, Anxiety and Caregivers' Quality of Life, Eastern Mediterranean Health Journal, May 7(3) p:502-509.
82. Sherman, C.D. (1992). Kanserın Psikososyal Yönü, Klinik Onkoloji, T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Daire Başkanlığı İle Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Ortak Yayını, Çev: Kars, A. Edi: Hossfeld, D.K. Sherman, C.D. Love, R.R. Bosch, F.X. Ankara, s: 151-157.
83. Sönmez, V. (1999). Bilimsel Araştırmalarda Yapılan Yanlılıklar, HEMARGE, (1): 13-27.
84. Şenuzun, F. Uslu, R. (2006). Semptom Yönetimi, Kanserde Evde Bakım, Ege Üniversitesi Kanserle Savaş Uygulama ve Araştırma Merkezi, s: 53-61.
85. Tavşancıl, E. (2005). Tutumların Ölçülmesi ve SPSS İle Veri Analizleri, Nobel Yayın Dağıtım, 2. Baskı, s:3-58.
86. Tuterel-Kışlak, Ş. (2002) İlişkilerde Mutluluk Ölçeği. Kriz Dergisi. Çukurova Psikiyatri Dizini. Cilt:10(1), s:37-43.

87. Uğur, Ö. (2006). Onkoloji Hastalarına Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
88. Weitzner, MA. Haley WE. Chen H. (2000). The Family Caregiver of The Older Cancer Patient, Hematology/ Oncology Clinics of North America. Feb;14(1):269-281.
89. Weitzner, MA. McMillan, SC. Jacobsen, PB. (1999). Family Caregiver Quality of Life: Differences Between Curative And Palliative Cancer Treatment Settings, Journal of Pain Symptom Management, Jun; 17(6): 418-28.
90. Weitzner, MA. McMillan, SC. (1999). The Caregiver Quality Of Life Index-Cancer(CQOLC) Scale: Revalidation İn Home Hospice Setting, Journal Palliative Care. 15(2):13-20.
91. Yun, H.Y. Rhee, Y.S. Kang, I.O. et all (2005). Economic Burdens And Quality of Life of Family Caregivers of Cancer Patients, Oncology, 68(2-3):107-114.
92. Yürügen, B. Primer ve Sekonder Korunmada Hemşirenin Rolü, Klinik Onkoloji- Temel İlkeler ve Hemşirelik Bakımı, Edi: Topuz, E. Aydınar, A. İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Yayınları 4, s:9-12.
93.<http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/ichastaliklari/files/dersler/136.pdf> (E.T: 09 Ocak 2006).
94. <http://www.fcns-caregiving.org/> (E.T: 09 Ocak 2006)
95. <http://www-dep.iarc.fr/dephome.htm> (E.T: 10 Ocak 2006)
96.www.wpro.who.int/information_sources/databases/demographic_tables/gTable7.htm (E.T: 10 Ocak 2006).

97.http://www.bayar.edu.tr/~saykad/g_fidaner1.html (E.T: 17 Ocak 2006).
98.<http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/apk2001/094.htm>
(E.T:24 Ocak 2006).
99.<http://www.saglik.gov.tr/icd10/default.asp> (E.T: 29 Eylül 2006).
- 100.....<http://www.cityofhope.org/prc/pdf/Quality%20of%20Life%20Family%20Version.pdf> (E.T: 15 Ekim 2005).
- 101.....<http://www.saglik.gov.tr/TR/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFAC8287D72AD903BE00EA04F0B1B62666> (E.T: 19.05.2007).
- 102.....<http://www.cumhuriyet.edu.tr/edergi/makale/932.pdf> (E.T:19.05.2007)

EKLER

EK 1

HASTA YAKINLARINI TANITICI BİLGİ FORMU

1. Yaşınız (Belirtiniz):.....
2. Yaş Grubunuz: () 24-34 () 35-45 () 46-56 () 57- 65
3. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek
4. Halen yaşadığınız sosyal çevre: () İl () İlçe () Kasaba () Köy
5. Yetiştirdiğiniz sosyal çevre: () İl () İlçe () Kasaba () Köy
6. Eğitim Durumunuz:
() İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite () Lisansüstü
7. Hastanızın sosyal güvencesi var mı?
() SSK () Emekli Sandığı () Bağkur () Özel () Yok
8. Sizin sosyal güvenceniz var mı?
() SSK () Emekli Sandığı () Bağkur () Özel () Yok
9. Medeni Durumunuz:
() Bekar () Evli () Boşanmış /Dul
10. Çocuğunuz var mı? () Evet () Hayır
11. Evet ise çocuk sayısı : () 1 () 2 () 3 () 4 ve üstü
12. Meslek grubunuz nedir?
() Memur () İşçi () Serbest () Ev Hanımı () Diğer
13. Çalışıyor musunuz : () Evet () Hayır
14. Hayır ise nedenini nedir?
() Hastama bakabilmek için işten ayrıldım () İş bulamıyorum () Diğer
15. Hastayla olan yakınlık dereceniz nedir?
() Eşim () Annem/Babam () Kardeşim () Çocuğum () Diğer

16. Hastanızla aynı evde mi yaşıyorsunuz? : () Evet () Hayır
17. Evde hastanın kendine ait bir odası var mı? () Evet () Hayır
18. Evinizde bakmakla yükümlü olduğunuz başka hasta, yaşlı veya küçük çocuk var mı? () Evet () Hayır
19. Sizin kronik bir hastalığınız var mı?
- () Hayır () Evet ise Belirtiniz:..... ve süresi
20. Yakınınıza hastalık tanısı ne zaman kondu ?
- () 3-6 ay () 7- 12 ay () 13- 24 ay () 24 – 36 () 37 ay ve üstü
21. Yakınınızın tanısı nedir?.....
22. Yakınınız bu hastalık nedeniyle ameliyat oldu mu? () Evet () Hayır
23. Yakınınız tedavi amacıyla radyoterapi(ışın tedavisi) aldı mı? () Evet () Hayır
24. Yakınınız tedavi amacıyla toplam olarak kaç kür kemoterapi (ilaç tedavisi) aldı? Belirtiniz:.....
25. Ailede kanser tanısı olan başka bir birey var mı? Evet ise yakınlık derecenizi belirtiniz.:
- () Hayır () Evet :.....
26. Hastanıza bakım vermek diğer sorumluluklarınızı etkiliyor mu?
- () Hayır () Kısmen () Evet ise neleri etkiler belirtiniz:
-
27. Hastaya bakım verme konusunda diğer aile üyelerinden destek alıyormusunuz?
- () Evet () Hayır () Kısmen
28. Günde ortalama kaç saat hastanıza bakım vermekttesiniz?
- () 1-6 saat () 7-12 saat () 13-18 saat () 19-24 saat
29. Aylık geliriniz ne kadar belirtiniz?:.....

EK II

AİLE - YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

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

Fiziksel Sağlık Durumu

Aşağıda verilen sorunları ne ölçüde yaşıyorsunuz.

1. Yorgunluk

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

2. İştah değişiklikleri

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

3. Ağrı veya Sızı

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

4. Uyku değişiklikleri / düzensizlikleri

sorun yok 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **aşırı derecede**

5. Genel olarak fiziksel sağlığınızı değerlendirin

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

Psikolojik Sağlık Durumu

6. Aile bireyinizin hastalık ve tedavisinin sonucu ile **baş edebilmek** sizin için ne kadar güç ?

hiç güç değil 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **oldukça güç**

7. Yaşam kaliteniz genel olarak nasıl?

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

8. Kendinizi ne kadar mutlu hissediyorsunuz ?

hiç değilim 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 çok mutluyum

9. Yaşamınızdaki olayların kontrolünüzde olduğunu hissediyor musunuz ?

hiç değil 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 tamamen kontrolümde

10. Yaşamınızdan ne kadar memnunsunuz?

hiç değilim 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 çok memnunum

11. Şu sıralar bazı şeyleri hatırlama yada konsantre olabilme yeteneğiniz nasıl ?

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

12. Kendinizi ne kadar yararlı hissediyorsunuz?

hiç değilim 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 oldukça

yararlı

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

hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 fazlasıyla

14. Aile bireyinizin kanserle ilgili tedavileri (ameliyat, kemoterapi ve radyoterapi, v.s.) sizin için ne kadar üzücü idi?

hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 çok fazla

15. Aile bireyinizin son tedavisi bittiğinden bu ana kadar geçen süre sizin için ne kadar üzücü ?

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

16. Genel olarak ne kadar endişelisiniz ?

hiç 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 çok fazla

17. Kendinizi ne düzeyde depresif hissediyorsunuz ?

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

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

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

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

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

20. Aile bireyinizin **kanserinin başka organlarına yayılması korkunuz** var mı?

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

21. **Genel olarak psikolojik sağlığınızı** değerlendirin

son derece kötü 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **mükemmel**

Sosyal Kaygılar

22. Aile bireyinizin hastalığı **aileniz** için ne kadar üzüntü vericidir?

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

23. Sizin dışınızda aile üyeleri /diğer kişilerden aldığınız **destek** gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli mi?

hiç değil 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **tamamen yeterli**

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

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

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

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

26. Aile bireyinizin hastalık ve tedavisi **iş yaşantınıza** ne derecede engel oluyor ?

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

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

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

28. Aile bireyinizin hastalık ve tedavisi sizin çevrenizden ne kadar izole (yalnız) olmanıza neden oluyor?

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

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

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

30. Genel olarak sosyal ilişkilerinizi değerlendirin

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

Spiritüel (Manevi) İyilik Durumu

31. Camiye veya mescide gitmek gibi dinsel aktiviteler, manevi gereksinimlerinizi karşılamaya destek olmada yeterli mi?

hiç değil 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **tamamiyle**

32. Bireysel inanç aktiviteleri (dua etmek, meditasyon yapmak gibi) manevi gereksinimlerinizi karşılamada yeterli mi?

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

33. Aile bireyinizin geleceği ile ilgili ne kadar belirsizlik hissediyorsunuz ?

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

34. Aile bireyinizin hastalığı yaşamınızda olumlu değişiklikler yaptı mı ?

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

35. Yaşamda bir amacınız/göreviniz ya da yaşamak için bir nedeniniz var mı ?

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

36. Kendinizi ne kadar **umutlu** hissediyorsunuz ?

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

37. Genel olarak manevi sağlık durumunuzu değerlendirin

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

EKIII

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

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

EK IV

ARAŞTIRMA ONAM BELGESİ

“Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması” konulu araştırma, kanserli hastalarına bakım desteği sağlayan, kanserli hastaların eş, anne/baba, kardeş, çocuğu olan kişilerin yaşadıkları sıkıntılarının ve zorluklarının daha iyi anlaşılması, bilimsel kanıtlara dayandırılarak gösterilebilmesi ayrıca bu bakım desteğini sağlayan kişilere yardımcı olabilecek uzman desteğinin yönlendirilmesi amacıyla yapılması planlanmıştır.

Araőtirmaya katılan bireylerin anket doldururken verecekleri bireysel bilgilere araőtirmacının dışında başka bir bireyin ulaşmasına izin verilmeyecektir.

Tüm bu açıklamalar doğrultusunda; “**Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması**” konulu araőtirmaya kendi isteğimle katılmayı kabul ediyorum.

Ad Soyad:

İmza:

EK V

Orijinal Ölçeğin Yazarından Mail Yolu İle Alınan İzin Belgesi

-----Original Message-----

From: Figen Okcin <figen.okcin@ege.edu.tr>

To: Ferrell, Betty <BFerrell@coh.org>

Sent: Fri Oct 28 02:02:41 2005

Subject: Permission about QOL

You have permission to use any of our instruments in your research.

Betty Ferrell PhD FAAN

Research Scientist

City of Hope Medical Center

Sent from my BlackBerry Wireless Handheld

EK VI

Quality Of Life Scale – FAMILY VERSION

Directions: We are interested in knowing how your experience of having a loved one with cancer affects your Quality of Life. Please answer all of the following questions based on your life at this time. Please circle the number from 0 - 10 that best describes your experiences:

Physical Well Being

To what extent are the following a problem for you:

1. Fatigue

no problem 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **severe problem**

2. Appetite changes

no problem 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **severe problem**

3. Pain or aches

no problem 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **severe problem**

4. Sleep changes

no problem 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **severe problem**

5. Rate your overall physical health

extremely poor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **excellent**

Psychological Well Being Items

6. How difficult is it for you to cope as a result of your family member's disease and treatment?

none at all 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **extremely**

7. How good is your overall quality of life?

extremely poor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **excellent**

8. How much happiness do you feel?

none at all 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **completely**

9. Do you feel like you are in control of things in your life?

not at all 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **completely**

10. How satisfying is your life?

not at all 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **completely**

11. How is your present ability to concentrate or to remember things?

extremely poor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **excellent**

12. How useful do you feel?

not at all 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **extremely**

13. How distressing was your family member's initial diagnosis for you?

not at all 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **extremely**

14. How distressing were your family member's cancer treatments

(i.e. chemotherapy, radiation, BMT or surgery) for you?

not at all 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **extremely**

15. How distressing has the time been since your family member's

treatment ended? **not at all** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **extremely**

16. How much anxiety do you have?

not at all 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **severe**

17. How much **depression** do you have?

not at all 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **severe**

18. Are you fearful of a second cancer for your family member?

not at all 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **extremely**

19. Are you fearful of recurrence of your family member's cancer?

not at all 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **extremely**

20. Are you fearful of the spreading (metastasis) of your family member's cancer?

not at all 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **extremely**

21. Rate your overall psychological well being?

extremely poor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **excellent**

Social Concerns

22. How distressing has your family member's illness been for your family?

not at all 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **extremely**

23. Is the amount of support you receive from others sufficient to meet your needs?

not at all 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **completely**

24. To what degree has your family member's illness or treatment interfered with your personal relationships?

not at all 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **completely**

25. To what degree has your family member's illness or treatment interfered with your sexuality?

not at all 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **completely**

26. To what degree has your family member's illness or treatment interfered with your employment?

no problem 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **severe problem**

27. To what degree has your family member's illness or treatment interfered with your activities at home?

no problem 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **severe problem**

28. How much isolation is caused by your family member's illness or treatment?

none 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **complete**

29. How much financial burden resulted from your family member's illness or treatment?

none 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **extreme**

30. Rate your overall social well being

extremely poor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **excellent**

Spiritual Well Being

31. Is the amount of support you receive from religious activities such as going to church or temple sufficient to meet your needs?

not at all 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **completely**

32. Is the amount of support you receive from personal spiritual activities such as prayer or meditation sufficient to meet your needs?

not at all 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **completely**

33. How much uncertainty do you feel about your family member's future?

none at all 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **extreme**

34. Has your family member's illness made positive changes in your life?

none at all 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **extreme**

35. Do you have a purpose/mission for your life or a reason for being alive?

not at all 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **completely**

36. How hopeful do you feel?

none at all 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **extremely**

37. Rate your overall spiritual well being

extremely poor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **excellent**

EK VII: GÖRÜŞ ALINAN UZMANLARIN LİSTESİ

Prof.Dr. Ayfer KARADAKOVAN	Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu
Prof.Dr. Çiçek FADİLOĞLU	Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu
Prof.Dr. Erdem GÖKER	Ege Üniversitesi Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi
Prof.Dr. Gülsün ÖZENTÜRK	Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu
Prof.Dr. Erhan GÖKMEN	Ege Üniversitesi Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi
Doç.Dr. Bülent KARABULUT	Ege Üniversitesi Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi
Doç.Dr. Esin ÇEBER	Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu
Doç.Dr. Fisun ŞENUZUN	Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu
Yrd. Doç.Dr. Asiye AKYOL	Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu
Yrd. Doç.Dr. Filiz ÖĞCE	Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu
Yrd. Doç.Dr. Rabia EKTİ GENÇ	Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu
Öğr.Gör.Dr. Öznur USTA YEŞİLBALKAN	Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu
Öğr.Gör.Dr. Ayşegül BİLGE	Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu

EK VIII : ETİK KURUL RAPORU

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
(BİLİMSEL ETİK KURULU)

SAYI :2006-35
KONU :Araştırma hk.

Bornova /İZMİR
03.04.2006

HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Yüksekokulumuz İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında Prof.Dr.Ayfer KARADAKOVAN'ın sorumluluğunda 01 Nisan 2006 – 30 Eylül 2006 tarihleri arasında yapılması planlanan “Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması” konulu araştırması 03.04.2006 tarihinde Bilimsel Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve “Araştırmanın Yürütülmesi Uygun” bulunmuştur.
Gereğinin yapılmasını arz ederim.



Yard.Doç.Dr.Türkan ÖZBAYIR
Bilimsel Etik Kurulu Başkanı

EK IX : KURUM İZİN BELGESİ

T.C
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hastane Başhekimliği

Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi
SAYI :B.30.2.EGE.0.1H.00.04/H- 1377
KONU :

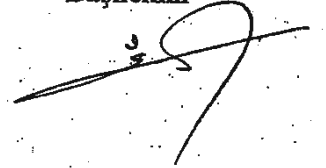
3.1.15..2006

EGE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İLGİ: 991 sayılı ve 10.04.2006 tarihli yazınız.

Enstitünüz İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencilerinden Figen OKÇİN'in "Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması" konulu tez çalışmasının uygulamasını 3 Nisan -30 Eylül 2006 tarihlerinde İç Hastalıkları Anabilim Dalı Erişkin Onkoloji Bilim Dalında yapmaları Başhekimliğimizce uygun görülmüştür. Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr. Geylani ÖZOK
Başhekim



ÖZGEÇMİŞ

1971 yılında İzmir’de doğdu. İlkokul, orta ve lise eğitimini İzmir’de tamamladı. 1993 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’ndan mezun oldu. Ege Üniversitesi Kardiyoloji Kliniği’nde 1994 yılında göreve başladı. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü’ne bağlı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programına 1995-96 öğretim yılında başladı. Yüksek Lisans eğitimini 2000 yılında bitirdikten sonra doktora eğitimine devam etti. 2001 yılında Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksek Okulu’na Öğretim Görevlisi olarak atandı. Halen Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksek Okulu’nda öğretim görevlisi olarak görev yapmaktadır. Evli ve bir çocuk annesidir.