



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KANSER HASTALARINDA KIRILGANLIĞIN UMUTSUZLUĞA
VE YAŞAM DOYUMUNA ETKİSİ**

MERVE TEMİZSOY

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi ESRA KÖROĞLU ÇAMDEVİREN

İSTANBUL - 2021

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Hemşirelik
Tez Sahibi : Merve TEMİZSOY
Tez Başlığı : Kanser Hastalarında Kırılganlığın, Umutsuzluğa ve Yaşam
Doyumuna Etkisi
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Güney Yerleşkesi
Sınav Tarihi : 27.10.2021

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Kurumu

İmza

Dr.Öğr. Üyesi Esra K. ÇAMDEVİREN İstanbul Medipol Üniversitesi

Sınav Jüri Üyeleri

Prof.Dr. Sema KUĞUOĞLU

İstanbul Medipol Üniversitesi

Doç.Dr. Gülcan BAĞÇIVAN

Koç Üniversitesi

Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun 03./11./2021... tarih ve 2021.../33..... - 03... sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Neslihan EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü V.



ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI

Bu tez çalışmamın kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar olan bütün durumlarda etik dışı herhangi bir davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, bu tez çalışması sonucunda elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Merve Temizsoy



TEŞEKKÜR

Konunun belirlenmesinden başlayarak, çalışmanın ilerlemesinde destek olan danışmanım sayın Dr. Öğr. Üyesi Esra Köroğlu Çamdeviren'e,

Çalışmanın uygulanma aşamasında, kanser gibi bir hastalıkla mücadele ederken çalışmayı kabul ederek, tüm sorularımı sabırla cevaplayan tüm katılımcılara,

Çalışmanın uygulandığı hastanelerde yardımlarını esirgemeyen tüm meslektaşlarıma, ayrıca çalışmayı sürdürdüğüm süre boyunca desteğini, bilgisini esirgemeyen sınıf arkadaşlarım ve iş arkadaşlarıma ayrı ayrı teşekkür ederim.

Sonsuz Teşekkür;

Yaşamımın kaynağı, eğitim hayatımın her anında maddi manevi tüm varlıklarıyla yanımda olan, tüm kararlarımda arkamda olan, sevgilerini daima kalbimde hissettiğim Sevgili **Annem**, **Babam** ve **Kardeşlerime** teşekkürlerimi sunarak bu tezi armağan ediyorum.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY FORMU	i
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI	ii
TEŞEKKÜR	iii
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	viii
1. ÖZET.....	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER.....	9
4.1. Kanserin Tanımı ve Önemi	9
4.2. Kanserin Etiyolojisi.....	9
4.3. Kanserin Epidemiyolojisi	10
4.4. Kanserin Belirtileri	11
4.5. Kanserin Tedavisi	12
4.5.1. Radyoterapi.....	12
4.5.2. Kemoterapi	12
4.5.3. Cerrahi tedavi	13
4.5.4. İmmünoterapi.....	14
4.5.5. Hormonoterapi	14
4.6. Kırılganlık	14
4.6.1. Kırılganlık süreci ve fizyopatolojisi	15
4.6.2. Kırılganlık belirtileri ve kırılganlığın değerlendirilmesi	15
4.6.3. Kırılganlık ve kanser.....	16
4.6.4. Kırılganlık ve hemşirelik	16
4.7. Umutsuzluk	17
4.7.1. Umutsuzluk ve kanser.....	17
4.7.2. Umutsuzluk ve hemşirelik	18
4.8. Yaşam Doyumu.....	18
4.8.1. Yaşam doyumu ve kanser.....	18

4.8.2. Yaşam doyumu ve hemşirelik	19
5. MATERYAL VE METOD.....	20
5.1. Araştırmanın Şekli	20
5.2. Araştırmanın Soruları	20
5.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	20
5.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	21
5.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	21
5.6. Araştırmadan Dışlama Kriterleri.....	22
5.7. Veri Toplama Araçları	22
5.7.1. Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Veri Toplama Formu (EK-1)..	22
5.7.2. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) (EK-2)	22
5.7.3. Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ) (EK-3).....	23
5.7.4. Edmonton Kırılganlık Ölçeği (EKÖ) (EK-4)	23
5.8. Araştırmanın Uygulanması	24
5.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	24
5.10. Araştırmanın Etik Yönü	25
6. BULGULAR.....	27
7. TARTIŞMA	52
7.1. Kanser Hastalarının Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	52
7.2. Kanser Hastalarının Edmonton Kırılganlık Ölçeği Bulgularına İlişkin Sonuçların Tartışılması	55
7.3. Kanser Hastalarının Beck Umutsuzluk Ölçeği Bulgularına İlişkin Sonuçların Tartışılması.....	59
7.4. Kanser hastalarının Yaşam Doyum Ölçeği Bulgularına İlişkin Sonuçların Tartışılması.....	64
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	68
8.1. Sonuçlar.....	68
8.2. Öneriler.....	68
9. KAYNAKLAR	70
10. EKLER.....	83
EK 1. Sosyo-demografik ve Hastalığa İlişkin Veri Toplama Formu.....	83
EK 2. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ).....	85
EK 3. Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ)	87
EK 4. Edmonton Kırılganlık Ölçeği (EKÖ).....	88

EK 5. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (BGOF)	90
EK 6. Araştırma İzni	91
EK 7. Ölçek Kullanım İzinleri	95
11. ETİK KURUL ONAYI.....	97
12. ÖZGEÇMİŞ.....	100



KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

BUÖ	: Beck Umutsuzluk Ölçeği
EKÖ	: Edmonton Kırılganlık Ölçeği
GLOBOKAN	: Küresel Kanser İnsidansı, Mortalitesi ve Prevalansı
MÖ	: Milattan Önce
TAT	: Tamamlayıcı Alternatif Tedavi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WCRF	: Dünya Kanser Araştırma Fonu
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
YDÖ	: Yaşam Doyum Ölçeği

TABLolar LİSTESİ

	Sayfa No.
Tablo 5.9.1 Normal Dağılım	24
Tablo 6.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular (N=1002).....	27
Tablo 6.2. Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular (N=1002)	29
Tablo 6.3. Sağlık Durumu Etkileri ve Hemşirelik Bakımıyla İlişkili Bulgular (N=1002)	30
Tablo 6.4. Kırılgnlık Puan Ortalamaları	31
Tablo 6.5. Kırılgnlığın Gruplara Göre Dağılımı.....	31
Tablo 6.6. Umutsuzluk Puan Ortalamaları	31
Tablo 6.7. Yaşam Doyumu Puan Ortalamaları	32
Tablo 6.8. Kırılgnlık, Umutsuzluk, Yaşam Doyumu Puanları Arasında Korelasyon Analizi.....	32
Tablo 6.9. Kırılgnlığın Umutsuzluk Toplam Üzerine Etkisi	33
Tablo 6.10. Kırılgnlığın Yaşam Doyumu Toplam Üzerine Etkisi.....	33
Tablo 6.11. Kırılgnlık Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu	33
Tablo 6.12. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Umutsuzluk Puanlarına İlişkin Bulgular (N=1002)	40
Tablo 6.13. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Yaşam Doyumuna İlişkin Bulgular (N=1002)	46

1. ÖZET

KANSER HASTALARINDA KIRILGANLIĞIN UMUTSUZLUĞA VE YAŞAM DOYUMUNA ETKİSİ

Araştırma kanser hastalarında kırılğanlığın, yaşam doyumu ve umutsuzluğa etkisini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini İstanbul'da bir vakıf üniversite hastanesi ve bir eğitim araştırma hastanesi, Eskişehir'de bir üniversite hastanesine başvuran 18 yaş üzeri 1002 kanser hastası oluşturmuştur. Araştırmada veri toplama araçları olarak 'Sosyo-Demografik ve Hastalığa İlişkin Veri Toplama Formu', 'Edmonton Kırılğanlık Ölçeği', 'Beck Umutsuzluk Ölçeği' ve 'Yaşam Doyum Ölçeği' kullanılmıştır. Veriler tek yönlü varyans analizi ANOVA testi, t testi ve Spermaan Korelasyon Analizi ile analiz edilmiştir. Kırılğanlık ölçeği ile hastaların %41,5'si kırılğan değil, %18,4'ü görünürde savunmasız, %15'1'i hafif kırılğan, %14,5'i şiddetli kırılğan, %10,5'i orta kırılğan olarak bulunmuştur. Sosyal güvence ve cinsiyet ile kırılğanlık arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Benzer şekilde cinsiyet ile umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Araştırmaya göre umutsuzluk ile yaşam doyumu arasında negatif yönlü ve zayıf şiddetli bir ilişki olduğu, kırılğanlık ile umutsuzluk arasında pozitif yönlü ve şiddetli bir ilişki olduğu, kırılğanlık ile yaşam doyumu arasında da negatif yönlü ve zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır. Çalışma sonucuna göre kırılğanlığın yalnızca geriatri hastalarında değil, kanser tanısı almış 18 yaş ve üzeri kanser hastalarında da çalışılabileceği önerilmektedir. Hastalığa ilişkin verilerden elde ettiğimiz oranlara göre en çok görülen kanser grubunda da kırılğanlığın incelenebileceği önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Kanser, Kırılğanlık, Onkoloji, Umutsuzluk, Yaşam Doyum

2. ABSTRACT

THE EFFECT OF FRAGILITY ON HOPELESSNESS AND LIFE SATISFACTION IN CANCER PATIENTS

The research was conducted as descriptive and relationship seeker to assess the effect of fragility on life satisfaction and despair in cancer patients. The population of the study consisted of a foundation university hospital and a training and research hospital in Istanbul, and 1002 cancer patients over the age of 18 who applied to a university hospital in Eskisehir. Data collection tools such as 'Socio-Demographic and Disease Data Collection Form', 'Edmonton Vulnerability Scale', 'Beck Desperation Scale' and 'Life Satisfaction Scale' were used as data collection tools in the study. The data were analyzed with one-way variance analysis ANOVA test, t test and Spearman Correlation Analysis. According to the fragility scale, 41.5% of the patients were not frail, 18.4% were apparently vulnerable, 15.1% were mildly frail, 14.5% were severely frail, and 10.5% were moderately frail. It was observed that there was no significant difference between social security and gender and vulnerability. Similarly, there was no significant difference between gender and the level of despair. According to the research, it was determined that there is a negative and weak severe relationship between hopelessness and life satisfaction, there is a positive and violent relationship between fragility and despair, and there is a negative and weak relationship between fragility and life satisfaction. According to the results of the study, it is recommended that fragility can be studied not only in geriatric patients, but also in cancer patients aged 18 and over who have been diagnosed with cancer. According to the rates we obtained from the data on the disease, it is suggested that fragility can be examined in the most common cancer group.

Keywords: Cancer, Despair, Fragility, Life Saturation, Oncology

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser, vücudun organ ya da belirli bölgelerinde kontrolsüz biçimde çoğalan ve kötü huylu tümör ile uyumlu olan anormal durumdur (1). Kanser kronik bir hastalık olsa da ağrı içeren, ölümü çağrıştıran, bireyleri paniğe sürükleyen psikolojik bir süreçtir. Kanser tedavisi edilemez bir durum olduğu inancı, kanserli bireylerin psikolojik ve sosyal yönden etkilenmelerine neden olmaktadır. Kanser teşhis sürecinden itibaren son evreye kadar vücudun fizyolojik dengesini bozan bir hastalıktır (2). Birey kanser sürecini atlatsa bile hastalığın kontrolü, takibi, kanserin neden olduğu fizyolojik değişimlerin düzelme evreleri psikolojik bir süreç olarak devam etmektedir (3).

Dünya Kanser Araştırma Fonu (WCRF) verilerine göre 2018 yılında dünya genelinde 18.1 milyon kişiye kanser tanısı konmuştur (4). Dünyada her beş kişiden biri kansere yakalanmaktadır. Her 8 erkekten 1'i, her 11 kadından 1'i kanserden yaşamını kaybetmektedir. GLOBOCAN 2020'ye göre 185 ülkede 36 kanser türü ve 2020 yılı için tüm kanser türleri için yapılan tahminlere göre, küresel kanser yükünün 2020 yılında 19,3 milyon yeni vakaya ve 10 milyon yaşam kaybına yükseldiği bildirilmiştir (5). Ülkemizin artan nüfusuna oranla yıllık yeni tanı alan kanser hastalarının sayısı da paralel olarak artmaktadır. 2020 yılında Türkiye nüfusu 84.339.067 iken, yıllık yeni tanı alan kanser sayısı 233.834, kansere bağlı ölümler de 126.335 olarak bildirilmiştir (6,7). Bu istatistikler doğrultusunda kanserin ülkemizde de dünyada olduğu gibi en önemli sağlık sorunlarından biri olduğu görülmektedir.

Kanser tanı sürecinden itibaren son evreye kadar vücudun fizyolojik dengesini bozan bir hastalıktır. Ancak her ne kadar kronik bir hastalık olsa da ağrı içeren, ölümü çağrıştıran, bireyleri paniğe sürükleyen çeşitli psikolojik süreçleri beraberinde getirebilmektedir. Özellikle kanserin tedavisi edilemez olduğu inancı, bireylerin psikolojik ve sosyal yönden etkilenmelerine yol açmaktadır (2). Birey kanser sürecini atlatsa bile hastalığın kontrolü, takibi, kanserin neden olduğu fizyolojik değişimlerin düzelme evreleri psikolojik bir süreç olarak devam edebilmektedir (3). Kanser hastaları hastalığın seyri arttıkça çeşitli durumlar yaşamaktadırlar. Hastalığın morbidite ve mortalitesinin yüksek olması, hasta bireylerde çeşitli psikolojik sorunlar görülmesine de neden olmaktadır. Kanser tedavisi edilememesi inancı, sosyal ve

ekonomik yük olma durumu, kanserin negatif etkisi, kanser tedavisi gören hastaların olumsuz etkileri toplumdaki genel tutumun da olumsuz olmasına neden olmaktadır (8,9). Dolayısıyla kanser hastalığı hem mental hem fiziksel olarak destek ihtiyacı doğurmaktadır (10).

Kırılgnlık, düşkünüük (frailty) olarak da ifade edilen, kişinin yaşamını etkileyen olumsuz bir durumdur (11,12). Bireyin bağımlılığının artması, dayanıklılığın azalması, fizyolojik işlevlerin yavaşlaması ile karakterize bir sendrom olarak da kabul edilen kırılgnlık ile ilgili Fried ve arkadaşları; istemsiz kilo kaybı, düşük enerji kullanımı, kas güçsüzlüğü, yürüme hızında yavaşlama ve tükenmişlik olmak üzere beş kriter belirlemiş, bu kriterlerden üç tanesini taşıyan hastalara kırılgn tanısı konulabileceğini belirtmişlerdir (13).

Kırılgn olan bireylerde kronik yorgunluk, iştahsızlık, motivasyon düşüklüğü gibi belirtiler de gözlemlenir. Öyle ki normal bir yatak istirahati ile geçebilecek bir ağrı ya da yorgunluk kırılgnlık yaşayan birey için kolaylıkla tolere edilemeyebilir (14,15). Hastalık nedeniyle bireyde gelişen; güçsüzlük, iştahsızlık, kilo kaybı, öz bakım gereksinimlerinde bağımlı olma gibi nedenler genç ya da yaşlı popülasyon farketmeksizin, kırılgnlık durumunu belirginleştirmektedir (16,17). Kanserin tedavisinde yer alan kemoterapi, radyoterapi, immünoterapi gibi yöntemler hastalarda çeşitli yan etkiler oluşturmaktadır. Bu tedavi yöntemleri pek çok hastada olumlu etki göstermesine rağmen psikolojik, fizyolojik ve fiziksel değişikliklere de neden olmaktadır. Uygulanan tedavinin ve kanserin hastalardaki etkisi, hastaların uyum sürecini de bozabilmektedir (18,19). Yapılan araştırmalarda kanser hastalarının tedaviye uyum süreçlerinde diğer hastalara oranla daha fazla desteğe ihtiyaç duydukları belirtilmiştir (20,21). Yaş faktörüne rağmen, genç kanser hastaları fiziksel ve fizyolojik olarak daha aktif olabilecek gibi görünseler de günlük yaşamda yaşlılara kıyasla daha çok buldukları için gençlerin daha fazla bakım ve uyum gereksinimleri bulunmaktadır (21,22,23,24). Kırılgnlık daha çok yaşlı bireylerde değerlendirilse de Rockwood ve ark (2005) çalışmalarında kırılgnlık ve yaşlanmanın eş olmadığını belirtmiştir. Kanserin fizyolojik ve psikolojik etkilerinden dolayı genç kanser hastalarında da değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle kırılgnlık özellikle kanser gibi zorlu bir kronik hastalık yaşayan her yaş bireyde ortaya çıkabilmektedir (25,26,27,28).

Umut hastanın yaşamı ile ilgili beklenti içinde olmasını sağlayan ve gidişat olumlu olduğu sürece aynı seviyede devam eden bir güçtür. Umut bireyi cesaretlendirerek, hastalık durumuna karşı güçlü davranması için motive etmektedir. (29). Hastalık, her bireyde farklı algılandığı için bireylerin sosyo-ekonomik durumları, eğitimleri, daha önceden yaşadıkları deneyimler, bilgi birikimleri, inançları hastalık sürecini belirler. Hastalığın seyri iyi gidiyorsa, hastanın tedaviye olan uyumu, umutsuzluk, değersizlik gibi düşüncelerinde olumlu gelişmeler kaydedilebilmektedir (12). Kanser hastalığında geleceğin belirsiz olması ve tedavinin uzun sürmesi hastalardaki umut duygusunu azaltabilmektedir. Bu nedenle hastalarının yaşam kaliteleri, tedaviye devam istekleri ve besleyebilecekleri diğer olumlu duyguları da etkilenebilmektedir (30). Kanser hastalığında meydana gelen fiziksel aktivite kısıtlılığı, beden imajında bozulma, sosyal aktivitelerde sınırlılık, suçluluk duygusu(yaşam tarzı), hasta yakınlarının olumsuz duyguları gibi etkenler umutsuzluk düzeyinde artışa neden olmaktadır. Umutsuzluk düzeyi arttıkça birey yaşamda pasifleşir, depresyon ve özkıyım gibi durumlar dahi ortaya çıkabilmektedir (29,31). Aksine umut düzeyi yüksek olan hastalarda ise hastalıklı geçirilen günlerin daha az olduğu gözlemlenmiştir (32). Hasta kanser tanısı ile beraber bir yanda iyileşme süreci ile ilgili gereklilikleri yerine getirmeye, bir yanda da yaşamın içerisinde günlük aktivitelerini devam ettirmeye çalışmaktadır. Hastaların bu süreç içerisinde yaşam kalitelerinin iyi olması umut düzeylerinin yüksek olmasını sağlamaktadır (25). Kanser hastalarının hastalığı konuşmaktan ziyade, normal yaşamlarını, ailelerini, hobilerini konuşmak istediklerinin gözlemlendiği bir çalışmada da hastaların bu şekilde umut düzeylerinin arttığı görülmüştür (33). Chen M. ve ark. (2003) göre umutsuzluk düzeyinin artması ise; kanser hastalarında tedaviye uyumu, hastanın beklentilerini, suçluluk ve terkedilme gibi hislerini ciddi anlamda etkiler (32). Yapılan bir çalışmada kanser tanısı alan yaşlı hastaların, hastalıklarını umudu kaybetme ve yaşamdan zevk almama gibi duygularla bağdaştırdıkları gözlemlenmiştir (34). Birey bu süreçte ölümcül bir hastalığa yakalanmış olmanın hissettirdiği psikoloji ile umutsuzluğa kolayca kapılabilmektedir (35).

Yaşam doyumu bireyin beklentileri ile şu an sahip olduklarının karşılaştırılması ile ortaya çıkan durumdur. Bireyin beklentilerinin ve isteklerinin gerçekleşmesi ile ortaya çıkan bu durum tüm yaşamı etkileyen bir süreçtir. Beklenti ve istekler ne kadar

gerçekleşmişse birey yaşamdan o kadar doyum alacaktır (36,37). Yaşam doyumunu hastalık dönemi ile beraber tüm yaşamı kapsayan, yaşamda iyi olma halidir. Hasta bireylerin öznel yaşamında refah seviyesi ne derece iyi ise yaşam doyumunun da iyi olduğu belirlenmiştir (38).

Tedavi sürecinin yıpratıcı olması ve anksiyete gibi psikolojik faktörler yaşam doyumunun hasta bireylerde azalmasına neden olmaktadır (38,39,40,41). Kanser ile ilgili yapılan çoğu çalışmada hastaların depresyon, anksiyete gibi ruhsal durumları sorgulanmış ve yaşam doyumlarının da dikkate alınması gerekliliği ortaya çıkmıştır (39,41,42,43,44). Sağlık sorunları, sosyal desteğin olmaması, umutsuzluk düzeyinin yüksek olması gibi nedenler hasta bireylerde yaşam doyumunun azalmasına yol açmaktadır (38). Kanser hastaları ile yapılan bir çalışmada, hastalığın neden olduğu bedensel ve psikolojik etkilerden dolayı kanser hastalarının çeşitli sorunlar yaşadıkları belirlenmiş, yaşam doyumlarının az olduğu tespit edilmiştir (41). Birey kanser tanısı aldığı andan itibaren yaşadığı çeşitli sorunlar ile yaşamındaki tüm dengeler bozulmaktadır. Bu nedenle birey ve ailesinin yaşamdan alacakları doyumun da azalması beklenmektedir (41,45). Yaşam doyumunu bireyin öznel iyi oluş kriterlerine göre tüm yaşamını derinden etkilemektedir (42,46). Yapılan bir başka çalışmada kronik hastalıklarla baş etme yöntemleri iyi olan hastaların yaşam doyumlarının yüksek olduğu gözlemlenmiştir (47). Bir başka çalışmada yaşam doyumunu düzeyi düşük olan kanser hastalarının umut düzeyi ve tedaviye uyumlarının da düşük olduğu gözlemlenmiştir (48).

İlerleyen yıllarda kanser hastalığının artış göstermesi tahmininden hareketle, bireylerde hastalık sürecinde fiziksel durumda bozulma, öz bakımında başka bireylerin desteğine ihtiyaç duyma, maddi gereksinimlerinin artması gibi sorunların daha da artacağı öngörülmektedir. Bu nedenle genç yaşlı ayırt etmeksizin hastaların kırılma düzeyleri değerlendirilmeli, yaşanması muhtemel sorunların tespit edilerek birey ve yakınlarının bu sorunlara yönelik ihtiyaçlarının belirlenerek yönlendirilmesi sağlanmalıdır. Bununla beraber kırılmanın maddi manevi etkileri göz önünde bulundurulduğunda, hasta bireylerde umutsuzluğun gelişebileceği de düşünülmelidir (49). Kırılma düzeyi yüksek olan kanser hastalarının fizyolojik ve psikolojik yönden yeterli desteği almama durumları hastaların geleceğe dair umut düzeylerini etkiler (25,26,27,28). Kanser kronik bir hastalık olarak görülmesi, kanser

hastalarının tüm süreçte bakım ihtiyaçlarının olması, sağlık bakım hizmetlerinin geliştirilmesini öngörmektedir (50). Hastaların tedaviye başladıkları andan itibaren multidisipliner bir şekilde hem hastanede hem de evde bakım ihtiyaçları olmaktadır (51,52). Bu süreçte, özellikle hemşirelerin hastalardaki kırılganlığı değerlendirmeleri, hastaya tedavi uygulama ve bakım yapma haricinde hastalığın hastadaki fizyolojik ve psikolojik etkilerini de gözlemleyecek bilgi birikimiyle yaklaşımları önerilmektedir (53). Kırılganlığın erken tanınması ve evresinin belirlenmesiyle bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yapabilmeleri ve yaşam kalitelerinin iyileşmesi sağlanacaktır (54,55). Kırılganlık düzeyi değerlendirilen kanser hastalarının bakım planları etkili bir şekilde yapılmalı, hastanede başlayan bakım sürecinin evde de yeterli şekilde sürdürülmesi sağlanmalıdır. Bakım ihtiyaçlarını karşılayamayan ve yakınları tarafından etkin destek görmeyen kanser hastalarının yaşam doyumlarının düşük olabileceği yapılan çalışmalarda görülmektedir (39,41,56). Kırılganlığın hemşireler tarafından tespit edilmesi ve doğru tanımlanması, hastaların bakım gereksinimlerinin etkin bir şekilde yönetilmesine ve bireylerde gelişebilecek diğer semptomların azaltılmasında etkili olabileceği düşünülmektedir (53,57). Hemşireler kanser hastalarının durumlarını anlatma, hastalığı kabullenme süreçlerinde önemli bir yere sahip olduğu için bakım ihtiyacı artmış, kırılgan kanser hastalarının tedaviyi kabullenmesi, motivasyonunun artması, moral bulması, iyileşmenin hızlanması süreçleri hemşirelerin bakım sürecinde hastayı iyi değerlendirebilmesini gerektirmektedir (58).

Kanserin insan hayatında bir kriz durumu olduğunu düşünürsek; kişinin sağlıklı yaşamından, sosyallikten, iş ve öğrenim hayatından uzaklaşması algısı oluşması beklenebilir. Bu süreçte kişinin bu durumu nasıl kabullendiği, hastanın hastalıktan nasıl etkilendiği önemlidir (59). Hastanın günlük yaşamında hastalıktan en az düzeyde etkilenmesini sağlamak için; sosyal hayatını, iş ya da öğrenim hayatını sürdürebilmesini sağlamak hastada gelişebilecek psikolojik travmanın kontrol altına alınmasında fayda sağlayacaktır (60). Kanserde psikolojik desteğin amacı, bireyin hastalıktan dolayı yaşayacağı sorunlar ile baş etme yöntemlerini kullanabilmesini sağlamak, kaybettiği yaşam doyumunu geri kazanmasına yardımcı olmaktır (44). Bu nedenle kliniklerde kırılgan kanser hastaları ile ilgilenen hemşirelerin bilişsel terapi yöntemleri konusunda eğitilmiş kişiler olmaları tercih edilebilir (44). Bir çalışmada

hemşirelerin etkin bir iletişimde buldukları kanser hastalarının daha umutlu, tedaviye uyum sağlamada daha istekli, iyi ve olumlu konuştukları gözlemlenmiştir (61). Bu nedenle hemşirelik bakım süreci planlanırken kırılğan kanser hastalarının umut düzeyleri belirlenmeli ve bakım planı bu duruma göre düzenlenmelidir (12). Böylelikle kırılğanlığı ve umutsuzluğu desteklenen kanser hastalarının yaşam doyumları değerlendirildiğinde, desteklenmeyen kanser hastalarına oranla daha yüksek çıkması beklenebilir (12,44). Hemşirenin belirsizlik ve umutsuzluk girdabındaki hastayı daha uyumlu davranışlara yönlendirme becerisinde olması, hastanın sosyal yaşantısında da olumlu davranışlar içerisinde olmasına katkı sağlayacaktır (25,44).

Kanser hastalarında kırılğanlığın, umutsuzluğa ve yaşam doyumuna etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmanın, ülkemizde henüz kırılğanlığın umutsuzluk ve yaşam doyumunu açısından etkisini irdeleyen yeterli çalışma olmaması nedeniyle daha geniş kapsamlı çalışmalara yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Kanserin tanımı ve Önemi

Kanser kavramı, MÖ 3000 yılında Hipokratın tümör etrafındaki damarlanmayı yengece benzetmesi ile ilk kez tanımlanmıştır (62). Hücrelerin işlevlerini yerine getirememesi ya da görevleri dışında farklı işlevler yapması kontrolsüz çoğalmanın bir sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durum bize kanserin en kolay tanımını yapmamızı sağlar (1). Kontrolsüz çoğalan bu hücrelerin yayılması tedavilerle durdurulamaz ise seyir hastanın ölümü ile sonuçlanabilmektedir (63,64). Kanser tedavisi ile ilgili birçok gelişme yaşanmasına rağmen kanser; halen hasta ve yakınlarını sosyal ve ekonomik yönden yıpratın, ağrı, acı, ölüm gibi belirsizlikleri barındıran etmenlerin başında gelmektedir (65,66). Kanser kötü huylu tümörleri kapsayan bir terimdir. Tümör de normal dokularla uyumlu olmayan anormal kitledir (67).

Bazı kanser türleri hızlı ilerler ve kanser türüne göre de uygulanan tedavilere farklı yanıt verirler. Bireyin kanser tanısı alması ile birlikte mental ve fiziksel olarak destek ihtiyacı doğar. Birey bu süreçte ölümcül bir hastalığa yakalanmış olmanın hissettirdiği psikoloji ile umutsuzluğa kolayca kapılabilir. Bu süreçte hemşirenin belirsizlik ve umutsuzluk girdabındaki hastayı daha uyumlu davranışlara yönlendirme becerisinde olması, hastanın sosyal yaşantısında da olumlu davranışlar içerisinde olmasına katkı sağlayacaktır (25,44).

4.2. Kanserin Etiyolojisi

Kansere neden olan etkenler tam olarak bilinmemekle birlikte değiştirilebilir ve değiştirilemeyen faktörler olarak gruplandırılabilir. Değiştirilebilir faktörler genel olarak çevresel faktörler olarak belirlenmiştir. Bunlar:

- Sigara ve alkol kullanımı
- Stres
- Kötü beslenme
- Yaşam koşulları
- Hava kirliliği
- Kimyasal maddeler
- Radyasyona maruz kalma

- Meslek
- Aşırı güneş ışığına maruz kalma

Değiştirilemeyen faktör olarak; genetik yatkınlık belirtilmektedir. Kalıtım yoluyla kişinin kansere yakalanma oranı çevresel faktörlere oranla daha düşüktür. Genetik bozukluğu olan bir bireyin sağlık durumuna sigara, kötü beslenme gibi koşulların da eklenmesi ile kanser tanısı alma riski artmaktadır(68,69).

Değiştirilemeyen faktörlere;

- Cinsiyet
- Coğrafi dağılım
- Yaş, eklenebilir.

Coğrafi dağılımda bireyler, nerede doğup büyüyeceklerini seçemezler. Bu faktöre kalıtım da eklenirse bireyin kanser tanısı alma oranının artabileceği öngörülebilir.

4.3. Kanser Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 2020 verilerine baktığımızda erkeklerde en sık görülen kanser türleri sırasıyla; akciğer (%25,8), prostat (%14,6), kolorektal (%9), mesane (%7,9), mide (%6,2) kanserleri olduğu, dünya genelinde de ilk üç sıranın değişmediği görülmektedir. Kadınlarda bu sıralama; meme (%23,9), tiroid (%10,9), kolorektal (%9,1), akciğer (%7), rahim (%5,9) kanserleri olarak belirtilmiş, dünya genelinde ise bu sıralamanın; meme, kolon, akciğer kanserleri olarak değiştiği gözlemlenmektedir(70).

GLOBOCAN 2020'ye göre 185 ülkede 36 kanser türü olduğu, 2020 yılı için yapılan tahminlere göre, küresel kanser yükünün 2020 yılında 19,3 milyon yeni kanser tanısı almış hasta grubuna ve 10 milyon yaşam kaybına yükseldiği bildirilmiştir (5). Ülkemizde yıllık yeni tanı alan kanser hastalarının sayısı da artmaktadır. 2020 yılında Türkiye nüfusu 84.339.067 iken, yıllık yeni kanser tanısı alan hasta sayısı 233.834, kansere bağlı ölümler de 126.335 olarak bildirilmiştir (6,7).

4.4. Kanserin Belirtileri

Kanserin belirtileri kişiden kişiye farklılık göstermekle birlikte, bulunduğu organa göre de farklılık göstermektedir(1).

Türkiye Halk Sağlığı verilerinde bildirilen belirtiler: (71)

- Açıklanamayan kilo kaybı: özefagus, mide, pankreas gibi kanserlerin tanısında kilo kaybı olması tanı koymada etkili belirtilerdendir.
- Biyolojik risk faktörleri: kanserin değiştirilemeyen sebepleri arasında gösterilen belirtilerdendir. Bireylerin yaş, cinsiyet, ırk gibi özellikleri tanı almada etkili sebeplerdendir.
- Çevresel risk faktörleri: kanserin değiştirilebilen sebepleri olarak tanımlanan bu faktörlerin varlığı tanı almada etkilidir. Sigara, dengesiz beslenme, UV ışınlarına maruz kalma, vb etkenler bireylerin değiştirebileceği, tanı almada etkisi yüksek etkenlerdir.
- Genetik risk faktörleri: Bireye aileden aktarılan kalıtsal özelliklerdir. Bireyin ailesinde birden fazla kanser tanılı hasta varsa ve kendisinde olabileceğinden şüpheleniyorsa tarama testlerini yaptırması erken teşhiste önemli rol oynayabilir.
- Ben ve siğillerde değişiklikler: Vücutta mevcut olan siğil veya benlerin boyut ve renklerinde zaman içinde belirgin bir şekilde değişiklik olduysa bireylerin doktora başvurması gerekmektedir.
- Dışkılama ve idrar yapmada değişiklik: Kanlı veya ağrılı bir dışkılama oluyorsa, normalin dışında bir konstipasyon varsa bireyin doktora başvurması tanılama açısından önemlidir.
- Memede veya vücutta ele gelen kitle: Bu belirti erken tanıda önemli bir rol oynamaktadır.
- Cilt değişiklikleri
- Kanama: Beklenmedik bir durumda ortaya çıkan; balgamda, dışkıda, idrarda veya vajinal bir kanama tanılama açısından önemlidir.
- Ağrı
- Öksürük
- İyileşmeyen yaralar

4.5. Kanserin Tedavisi

Kanser tedavisinde radyoterapi, kemoterapi, cerrahi tedavi, immünoterapi gibi yöntemler kullanılmaktadır. Bu yöntemlerin yanında bireyler tamamlayıcı alternatif tedavi (TAT) yöntemlerini de kullanmaktadır. Günümüzde TAT üzerinde çalışmalar yapılmakla birlikte, TAT yöntemlerinin kullanımı henüz kanser tedavisinde etkinlik bakımından kesinleşmemiştir (72).

4.5.1. Radyoterapi

İyonize ışınlar verilerek kanser hücrelerini yok etmeyi amaçlayan tedavi yöntemidir. Çoğunlukla kanser hücrelerinin vücutta bulunduğu bölgeye ışınlar verilir fakat bazı zamanlarda tüm vücuda ışın verilerek de kullanılır. Hastalığın özelliklerine bağlı olarak üç boyutlu konformal radyoterapi, yoğunluk aracılı radyoterapi, konformal proton ışın radyasyon, görüntü rehberliğinde radyoterapi çeşitleri vardır. Bu tedavide önemli olan hedef kanserli hücreleri yok etmek olsa da ışın verilen bölge etrafındaki sağlam hücrelere minimum zarar vermesi geliştirilen yöntemlerin hedefidir (73).

Tedavi esnasında ışın uygulanan bölgeye göre saç dökülmesi, baş ağrısı, konstipasyon, bulantı gibi yan etkiler görülebilir.

4.5.2. Kemoterapi

Sağlıklı hücrelere zarar vermeden kemoterapötik ajanlar kullanılarak kanser hücrelerini yok etmeyi, tümörün yayılmasını ve büyümesini önlemeyi amaçlayan tedavi yöntemidir. Tedavide kullanılan ilaçlara sitotoksik ajanlar veya antineoplastik ajanlar da denilmektedir.

Kemoterapi öncesi bireye yapılan tetkikler doğrultusunda hastalığın evresi ve hastalığın hangi bölgede olduğuna göre uygulanacak kemoterapi süresi ve dozu planlanır. Protokol veya şema olarak adlandırılan bu süre 7, 15, 21 gün veya 28 günde 2-3 gün veya 5 gün olarak hastaya uygulanır.

Sitotoksik ajanlar işlev olarak nonselektive (seçici olmayan) özellik taşımaktadırlar. Bu nedenle kemoterapi tedavisi uygulanan hastalarda saç dökülmesi, bulantı, iştahsızlık, diyare gibi yan etkiler görülebilir. Fakat her tanının uygulanan şeması farklı olduğu gibi görülecek yan etkiler de değişiklik gösterir(74). Tümör

hücreleri hücre ölümüne karşı direnç gösterebilir, sitotoksik ilaçların amacı bu tümör hücrelerinin büyümesini önlemek, işlevleri dışında davranışlar göstermelerini önlemektir.

Kemoterapinin uygulandığı farklı hedefler vardır:

Adjuvan tedavi: hastalığın cerrahi tedaviden sonra nüks etmemesi için uygulanan tedavidir.

Neoadjuvan tedavi: cerrahi tedavi öncesi kanserli dokuyu küçültmek ve cerrahi operasyondan daha iyi yanıt almak amacıyla uygulanan tedavidir.

Konkomitan kemoterapi: Radyoterapi ile birlikte verilen tedavi türüdür.

Palyatif kemoterapi: Yaygın hastalıkla tümörü geriletmek, tedaviden yanıt alınamadığı durumlarda, hastalığın neden olduğu sıkıntıları azaltmak amacıyla yaşam süresini ve kalitesini artırmaktır.

Yüksek doz tedavi: kemik iliği nakli öncesi hastalara verilen tedavi şeklidir(75).

4.5.3. Cerrahi tedavi

Yeni kanser tanısı alan hastalarda kitleyi çıkarmak, tümörün yayılmasını ve büyümesini önlemek, kemoterapi ve radyoterapi ile birlikte ya da tek başına tedavi amacıyla hastalara planlanan tedavi yöntemidir(62). Proflaktik olarak biyopsi ile tanı konulması, tümörün vücuttan çıkarılması için kullanılan tedavi yöntemidir.

Cerrahi tedavide farklı yöntemler kullanılmaktadır:

- Primer Cerrahi: Tümörün vücudun belli bölgesinde olduğu durumlarda vücuttan çıkarılmasıdır. Ameliyat öncesi veya sonrası kemoterapi ve radyoterapi verilir.
- Palyatif Cerrahi: İleri evre kanser hastalarında semptomları azaltmak amacıyla kullanılan tedavi yöntemidir.
- Tümörlerin Cerrahi Blokajı: Kemoterapi ve radyoterapinin etkinliğini artırmak amacıyla kullanılan, tümörün kısmen çıkarıldığı yöntemdir.
- Evreleme Cerrahisi: Tedavi planını etkin şekilde düzenlemek için, lenf bezleri ve tümör çevresinin incelenmesi ile yapılan tedavi şeklidir (62).

4.5.4. İmmünoterapi

Bağıışıklık sisteminin kanserli hücrelerle savaşmasını sağlamak amacıyla kullanılan, antikor, sitokin ve hücre grubu kullanılarak uygulanan tedavi yöntemidir (62).

4.5.5. Hormonoterapi

Meme, prostat gibi kanser türlerinde verilen ilaçlar hormonların hücre yüzeyine bağlanarak hormon üretilmesini engellerler (75). Kemoterapiden farklı olarak hormon ilaçları nüksü önlemek ya da koruyucu tedavi olarak da verilmektedir (75).

4.6. Kırılgnlık

Kanser tanısı almış bireylerin psikolojik ve çevresel faktörlere uyumunda farklılıklar gözlemlenir. Bu farklılıkları değerlendirmek için kapsamlı bir değerlendirme yapılması, hasta ve yakınlarının kaliteli bir şekilde yönlendirilmesini, tedavi ve bakımın etkili bir şekilde planlanmasını sağlar (83).

Bireyin yaşadığı strese bağlı olarak hem fiziksel hem de psikolojik olarak yaşadığı güçsüzlük, savunmasızlık durumudur. Birey bu durumda fiziksel aktiviteleri yerine getirmede yetersiz kalır, kuvvette azalma olur, ölüme karşı savunmasız hisseder, duygusal anlamda daha hassas olur (84). Bireylerin bağımlılığının artması, dayanıklılığın azalması, fizyolojik işlevlerin yavaşlaması ile karakterize bir sendrom olarak da kabul edilen kırılgnlık ile ilgili Fried ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; istemsiz kilo kaybı, düşük enerji kullanımı, kas güçsüzlüğü, yürüme hızında yavaşlama, ve tükenmişlik olarak beş kriter belirlemişlerdir. Bu çalışma sonucunda kırılgnlık ile ilgili 'kırılgnlık fenotipi' (frailty fenotype) modelini geliştirmişlerdir (13).

Kırılgnlık prevalansı ile ilişkili belirleyici faktörler mevcuttur. Yapılan çalışmalar derlendiğinde ileri yaş, eğitim düzeyi, evli olmamak, eşlik eden kronik hastalıklar, motivasyon düşüklüğü, kullanılan ilaçlar bu faktörler arasında sayılabilir (54,55,85).

Kırılgn olan bireylerde kronik yorgunluk, iştahsızlık, motivasyon düşüklüğü gibi belirtiler gözlemlenir. Öyle ki normal bir yatak istirahati ile geçebilecek bir ağrı ya da yorgunluk kırılgnlık yaşayan birey için basit değildir. Kırılgnlığın yalnız

yaşlılarda görülebileceği düşünülse de özellikle kanser gibi zorlu bir kronik hastalık yaşayan genç bireylerde de görülür. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan bireylerde ve kadınlarda kırılabilirlik görülme oranının arttığını gösteren çalışmalar da mevcuttur. Kırılabilirliğin erken tanınması ve evresinin belirlenmesi bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yapabilmelerini ve yaşam kalitelerinin artmasını sağlar (54,55).

4.6.1. Kırılabilirlik süreci ve fizyopatolojisi

Kırılabilirlik; pre-kırılabilirlik, kırılabilirlik durumu, kırılabilirlik komplikasyonları olmak üzere üç aşamada tanımlanır.

Pre-kırılabilirlik dönemi klinik açıdan sessizdir. Stres intoleransı gelişmediği için iyileşme potansiyeli görülür. Kırılabilirlik döneminde fizyolojik azalmalar görülür. İyileşme tam olmamakla beraber hiç iyileşme görülmemesi daha olasıdır. Kırılabilirlik komplikasyonları döneminde hemen hemen tüm sorunlar bireyde görülür. Birey psikolojik ve fizyolojik olarak savunmasızdır, fiziksel fonksiyon kaybı, ölüme yakınlık gibi sonuçlar beklenir (86,87).

4.6.2. Kırılabilirlik belirtileri ve kırılabilirliğin değerlendirilmesi

- Yürümede zorlanma
- Fiziksel aktivitelerde gerileme
- Unutkanlık
- Halsiz ve düşkün hissetme
- Görme ve işitmede zayıflama
- Yaşama isteğinin azalması
- Kan değerlerinde (albümin, kreatin, vb) düşüklük gözlemlenir.

Kırılabilirlik her geçen gün daha iyi anlaşılacakla birlikte, tanılama için farklı bir çok çalışma yapılmaktadır. Çalışmalar araştırıldığında en sık kullanılan tanılama ölçeği olarak Fried ve arkadaşlarının önerdiği 'kırılabilirlik fenotipi' (frailty phenotype) dir. Bireyde istemsiz kilo kaybı, kas güçsüzlüğü, düşük enerji, tükenmişlik, yürüme hızında yavaşlama kriterleriyle birey değerlendirilir. Üç ya da daha fazlasının olduğu birey kırılabilir olarak kabul edilir (85).

Rockwood ve arkadaşları tarafından geliştirilen 'kırılabilirlik indeksi' (frailty index) yaş ile ilgili komorbidite ve yaş ile ilişkili durumun, 'FRAİL' kelimesindeki

her bir harfin karşılığı olan kritere göre birey değerlendirilir. (F=Fatigue (yorgunluk), R=Resistance (Direnc), A=Aerobic (egzersiz),I=Illness (hastalık sayısı), L=Loss of weight (kilo kaybı))(88).

On alanın değerlendirildiği; bilişsel durum, genel sağlık durumu, ruh hali, beslenme, sosyal destek, bağımsızlık gibi kriterlerin değerlendirildiği 'Edmonton Kırılgnlık Ölçeği'; bireyi kırılgn değil, görünürde savunmasız, hafif kırılgn, orta kırılgn, şiddetli kırılgn olarak tanımlar. Bireye 'saat çizme' testi yapılarak kognitif bozulma durumu, 'kalk yürü' testi yapılarak fonksiyonel bağımsızlık durumu değerlendirilir (85).

'Kanada Sağlık ve Yaşlanma Çalışması' na dahil edilen 2305 hastada 5 yıllık bir takiple geliştirilen 'Klinik Kırılgnlık Skalası' ölüm, sağlık bakım ihtiyacı gibi sonuçları öngörmede güvenilir olduğu kanıtlanmıştır. 1= çok zinde, 9= ileri derecede kırılgn sonuçlarını veren ölçekte, bireyin günlük yaşam aktiviteleri, bireyin komorbid durumları değerlendirilir (89,90).

4.6.3. Kırılgnlık ve kanser

Birey kanser tanısı aldığıında hem psikolojik hem de fizyolojik olarak bir mücadele içerisinde olur. Bu süreçte bireyin umut düzeyi kadar kırılgnlık düzeyinin ölçülmesi son derece önemlidir. Kırılgnlık düzeyinin ölçüldüğü bireyler için, buldukları durumla ilişkili bakım ve tedavi planlanabilir, hem hasta hem de yakınları gerekli şekilde yönlendirilebilir. Kırılgn bireylerin sağlık hizmetlerinden yüksek oranda yararlandıkları görüşüne varılan Fried ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, kırılgnlığın erken tanısı ile sağlık hizmeti masraflarının azalması, hastanede kalım süresinin kısalması ve bireyin yaşam kalitesinin artması düşünülmektedir. Yaşam kalitesi artan bireyin daha bağımsız olabileceği ön görülmektedir (85).

4.6.4. Kırılgnlık ve hemşirelik

Kırılgn bireyde kansere bağlı olarak da bir çok semptom görülmektedir. Bu durumda hemşireler için de önemli olan; hastayı kapsamlı bir şekilde değerlendirmek, bireyin hastalığa karşı tutumunu ve tedaviden beklentisini belirlemek, yakınları ile iletişimini gözlemlemek ve bireyin sosyal durumuna göre bakım planı uygulamaktır (89,91). Kırılgnlığı değerlendirilip bakım planı bu sürece uygun desteklenen

hastalarda psikolojik ve fizyolojik yönden bir iyilik hali gözlemlenmesi beklenebilir. Bakım gereksinimleri desteklenen hastalarda psikolojik destek alma isteği pozitif yönde olacaktır. Bu durumun sonucunda hastaların geleceğe dair umut düzeyleri yüksek olacak, umut düzeyi yüksek olan hastaların da yaşam doyumları karşılanmış olacaktır (27,28,50,56).

4.7. Umutsuzluk

Bireyin hastalığa adaptasyonu umut ile bağlantılıdır. Umutsuzluk varlığında ise bireyde anksiyete, depresyon, tedavi reddi gibi durumlar gelişebilir. Umudun ve umutsuzluğun ruhsal ve fiziksel tüm fonksiyonları etkiler (75,77). Bireylerin yaşamdaki amaçları doğrultusunda gerçekleştirmeyi hedefledikleri beklentilere karşı olumsuz duygular beslemeleri umutsuzluğu tanımlar.

4.7.1. Umutsuzluk ve kanser

Birey kanser tanısı aldığı günden itibaren hem kendisi hem de yakınları için bir kriz dönemi başlamış olur. Bu süreç bireyin ve yakınlarının hastalığı kabullenme ve hastalıkla baş etme yöntemleriyle birlikte ilerler. Tedavi ve hastalığın seyri de bu durumdan olumlu ya da olumsuz bir şekilde etkilenir (78).

Kanserin kronik bir hastalık olarak kabul edilmesi ile birey bu zaman zarfında panik, karamsarlık, üzüntü, stres, suçluluk, umut etme gibi karışık duygular içerisinde olabilir. Umudun bireyde tedaviye devam etme, hastalıkla mücadele etme gibi baş etme dürtülerini besler. Kanser hastalarında umudun bireye etkili bir baş etme kazandırması bireye kaliteli bir yaşam sürme olanağı sağlar (30).

Bireyin iyileşeceği beklentisi içinde olması, tedaviye olan motivasyonunu artırır. Birey sorunlarını çözemez ve karamsarlığa kapılırsa geçmiş ile gelecek arasında bağ kuramaz, kontrolünü kaybeder. Bireyin isteklerini gerçekleştirememesi, kontrolünü kaybetmesi, hayal etme isteğinin kaybolması, çaresizliğe kapılması umutsuzluk olarak tanımlanır (26).

Ölüm yaklaştıkça, meydan okumak, umut edebilmek birey için zorlaşır. Birey ve yakınları bu duygudan vazgeçtiklerinde hastalığın seyri etkilenir (77).

Bireyin kaygıları, tedavinin iyi yönde ilerlememesi, hastanın başkalarına bağımlı kalma korkusu umut düzeyini olumsuz yönde etkiler. Umutsuzluğa kapılan birey

gelecekle bağ kuramaz, suçluluk duygusu artar, zorluklarla baş edemez duruma gelir (79).

4.7.2. Umutsuzluk ve hemşirelik

Umutsuzluğa kapılan bireyin bakım verenleri ile olan ilişkisi, onlara güvenmemesi, hemşirelerin bu durumdaki hastaya olan yaklaşımı bireyin duygusal yükünü ağırlaştırır, tedavinin olumlu sonuçlanmasını etkiler (80).

Hastalarda başkalarına bağımlı kalma, tedaviden cevap alamama, sosyal hayatta bağımsızlığını kaybetme, gelecek kaygısı, pişmanlık gibi duygu ve düşünceler umutsuzluk düzeylerini arttıracaktır. Bu nedenle hemşirelerin hastaları etkili bir şekilde değerlendirerek, hastanın bakım ve psikolojik destek ihtiyacını planlamalıdır. Hastayı hangi durumun daha çok umutlandırdığını belirleyerek, uygun bakım planı ile hastayı destekleyerek, hastanın umut düzeyi artırılabilir, tedaviye daha uyumlu yanıt alması sağlanabilir (78,79).

4.8. Yaşam Doymu

İnsanların yaşamlarında iyi ve mutlu olabilme durumlarını gerektiren etkenlerin başında yaşam doymu gelmektedir. Literatürde öznel iyi olma durumunu gösteren hal yaşam doyumudur (81). Yaşam doymu bireyin beklentilerinin karşılanması ya da karşılanmaması sonucu elde edilen durumdur. Beklentisi karşılanan bireyin yaşamdan doyum alması beklenir (41). Yaşam doymu, bireyin gereksinimlerinin, hayattan beklentisinin, isteklerinin, hayallerinin karşılanması ile tanımlanan bir durumdur. İlk kez 1961 yılında Neugarten yaşam doyumunu tanımlamıştır (39). Bireyin yaşamın başlangıcından itibaren bir doyum arayışında olduğu düşünülürse, bu doyumun karşılanma ya da karşılanmama durumunda yaşamdan zevk alan veya zevk alamayan bireylerle karşılaşılabileceği düşünülmelidir.

4.8.1. Yaşam doymu ve kanser

Yaşam doymu, bireyin öznel olarak iyi olma durumundan etkilenir. Birey maddi manevi yönden ne kadar iyi olursa kendini gerçekleştirme konusunda doyuma ulaşmış olur (38). Kanser hastaları ile yapılan çalışmalarda hastalığa bağlı çeşitli fiziksel ve psikolojik sorunlar yaşandığı gözlemlenmiş, bu tarz sorunlar yaşayan hastaların yaşam doyumlarının düşük olduğu belirtilmiştir (41,56).

Yaşam doyumu bireyin yaşam şartlarının bir bütün olarak iyi olması şeklinde de tanımlanabilir. Günlük yaşamdan elde edilen mutluluk, sosyal destek, sosyal ilişkiler, bireyin amaçlarına ulaşabilmesi, fiziksel iyilik hali, ekonomik iyilik hali yaşam doyumunu etkileyen faktörlerdir (82). Birey hastalık sürecinde belirtilen bu etkenleri yaşayamaz ya da gerçekleştiremezse yaşamdan alacağı doyumun düşük olacağı düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada da özellikle kemoterapi alan hastaların anksiyete, yorgunluk, bedensel sağlık sorunları yaşadıkları gözlemlenmiş ve yaşam doyumlarının az olduğu belirtilmiştir (41).

4.8.2. Yaşam doyumu ve hemşirelik

Hemşirelerin yaşam doyumu düzeyini değerlendirdikleri hastaların yaşam doyumlarını kazanmaları konusunda destek olabilecek bilişsel terapi eğitimi almaları faydalı olacaktır (95). Hemşirelerin hastaların kendi bakımlarına katılabilmelerini sağlamaları, öz bakım güçlerini artıracak eylemler kazandırmaları yaşam doyumlarının artmasını sağlayacaktır (149). Kanserde hastaların hemşireleri tarafından destek almaları hastaların kaybettikleri yaşam doyumlarını geri kazanmalarına destek olacağı düşünülmektedir (95).

5. MATERYAL VE METOD

5.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma, kanser hastalarında kırılğanlığın, umutsuzluğa ve yaşam doyumuna etkisinin belirlenmesi amacıyla yürütölmüş tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte bir araştırmadır.

5.2. Araştırmanın Soruları

Araştırmanın amacı doğrultusunda aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır;

1. Kanser hastalarının kırılğanlık, umutsuzluk ve yaşam doyumunu düzeyi nasıldır?
2. Kanser hastalarının sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özellikleri ile kırılğanlık, umutsuzluk ve yaşam doyumunu düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
3. Kanser hastalarının sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özellikleri ile kırılğanlık, umutsuzluk ve yaşam doyumunu düzeyleri arasındaki etki nedir?

5.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Medipol Üniversitesi Hastanesi tıbbi onkoloji kliniği ve ayaktan kemoterapi ünitesine, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi medikal onkoloji kliniği ve radyasyon onkolojisi kliniğine, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi radyasyon onkolojisi kliniğine kabul edilen kanser tanısı olan hastalar ile 1 Temmuz 2018 – 1 Mayıs 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın yapıldığı Medipol Üniversitesi Hastanesi tıbbi onkoloji kliniği 11 yatak kapasiteli, gündüz 3 gece 2 hemşire, 3 profesör ünvanlı hekim, 1 yan dal uzman hekim, 1 asistan hekim görev yapmaktadır. Aynı kurumun ayaktan kemoterapi ünitesi 45 yatak kapasiteli, gündüz 6 hemşire ve medikal onkoloji hekim grubunun tedavi planlarını yaptığı, gece hizmet vermeyen bir klinikdir.

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi medikal onkoloji kliniği 38 yatak kapasiteli, gündüz 4 gece 3 hemşire, gündüz 3 uzman hekim, 2 yan dal uzman hekim, 3 asistan hekimin bulunduğu, gece 1 asistan hekimin bulunduğu bir klinikdir.

Aynı kurumun radyasyon onkolojisi kliniği 16 yatak kapasiteli, gündüz 2 hemşire, gece 1 hemşire, 1 profesör ünvanlı hekimin görev yaptığı bir klinikdir.

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi radyasyon onkolojisi kliniği 33 yatak kapasiteli, gündüz 3 hemşire, gece 2 hemşire, 1 doçent hekim, 10 uzman hekim, 2 asistan hekimin bulunduğu bir klinikdir.

5.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma, Medipol Üniversitesi Hastanesi tıbbi onkoloji ve ayaktan kemoterapi ünitelerinde, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi medikal onkoloji kliniği, radyasyon onkolojisi kliniği, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi radyasyon onkolojisi kliniğinde 1 Temmuz 2018 – 1 Mayıs 2019 tarihleri arasında kanser tanısı olan, 18 yaş ve üzeri hastalar araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Kurumlar tarafından hasta sayıları paylaşılmadığından bu çalışmada evreni bilinmeyen örnek hesabı yapılmıştır (92).

$$n = t^2 pq / d^2$$

1. t: Teorik dağılım tablosundan t değeri
2. p: Olayın meydana gelme olasılığı
3. q: Olayın meydana gelmeme olasılığı
4. d: Kabul edilen örnekleme hatası

Örneklem formülü kullanılarak homojen bir yapıda olmayan bu evren için örneklem büyüklüğü $n = (1,96)^2 (0,2) (0,8) / (0,05)^2 = 246$ olarak hesaplanmıştır. Evreni bilinmeyen örneklem hesabıyla etki büyüklüğü hesaplanmış, 1002 kanser hastasına ulaşılmıştır. Araştırmaya 275'i Medipol Üniversitesi Hastanesi'nden, 676'sı Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden, 51'i Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden olmak üzere 1002 gönüllü kanser hastası katılmıştır.

5.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Kanser tanısı olan
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan

- 18 yaş ve üzeri
- İletişim engeli bulunmayan
- Türkçe konuşabilen

5.6. Araştırmadan Dışlama Kriterleri

- Terminal dönemdeki bilinci kapalı hasta
- Türkçe konuşamayan

5.7. Veri Toplama Araçları

5.7.1. Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Veri Toplama Formu (EK-1)

Araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulmuştur (35,83,94,95). Formda, hastaların sosyodemografik ile hastalığa ilişkin özellikleri içeren toplam 19 soru bulunmaktadır. Sosyodemografik özellikleri içeren bölüm yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, eğitim, meslek, birlikte yaşadığı kişi, gelir durumu, sosyal güvence durumunu sorgulayan soruları içermektedir. Hastalığa ilişkin özellikleri içeren bölümde ise tanı, başka hastalık varlığı, hastalığın süresi, uygulanan tedavi yöntemi, bir yıl öncesine göre sağlık durumu, son bir ayda günlük işlerini yapmakta sorun yaşama durumu, son bir aydaki duygusal değişiklik deneyimleme durumu, sağlık durumundan dolayı hemşire bakımı isteme durumu ve hemşirelik bakımının memnun olacağı yönleri gibi bilgileri sorgulanmaktadır.

5.7.2. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) (EK-2)

1974 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen, Durak ve Palabıykoğlu tarafından 1994 yılında geçerlik güvenirliğinin çalışıldığı; örnekleme normal, psikiyatrik bozukluğu, kanser, epilepsi, kronik böbrek yetmezliği gibi fiziksel hastalığı olan 15-65 yaşları arasında 373 denekten oluşmuştur (76,96). Örnekleme grubu üzerinde yapılan analizler sonucunda BUÖ'nün geçerli bir ölçek olduğu bulunmuştur. 3 alt boyutlu olan ölçek 20 doğru-yanlış durumu belirtir sorudan oluşmaktadır. Soruların 11'i doğru, 9'u yanlış durum belirtmekte ve her cevap 0 ya da 1 puan almaktadır. Ölçek alt boyutları ile değil, her bir soruya verilen puanlar ile elde edilen toplam puan hesaplanarak hastaların umutsuzluk düzeyi ölçülmüştür. Ölçekten alınan

puanın artması umutsuzluk düzeyinin arttığını göstermektedir. Ölçeğin cronbach alfa değeri geçerlik güvenirlik çalışmasında 0,86 olarak bulunmuştur (96). Çalışmamızda Cronbach Alpha katsayısı 0,84 olarak bulunmuştur.

5.7.3. Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ) (EK-3)

1985 yılında Diener, Emmons, Larsen ve Griffin tarafından geliştirilen, Dağlı ve arkadaşları tarafından 2016 yılında Türkçe geçerlik ve güvenirliği yapılan Yaşam Doyum Ölçeği tek boyutludur ve Likert tipi 5'lik derecelendirmeden oluşmaktadır (96,97).

Tek boyutlu 5 maddeden oluşan ölçekte; ideallerime yakın bir yaşantım var, yaşam koşullarım mükemmeldir, yaşamımdan memnunum, şimdiye kadar yaşamdan istediğim önemli şeylere sahip oldum ve tekrar dünyaya gelsem hayatımdaki hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim soruları sorulmaktadır. Hiç katılmıyorum (1), çok az katılıyorum (2), orta düzeyde katılıyorum (3), büyük oranda katılıyorum (4), tamamen katılıyorum (5) cevaplarıyla puan verilmektedir. . Bireyin her bir maddeden aldığı puanlar 1 ile 5, toplam 5-25 puan arasındadır. Ölçekten alınan puan ne kadar yüksekse bireyin yaşam doyumu da o kadar yüksektir. Cronbach Alpha iç tutarlık kat sayısı 0,88 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda ise Cronbach Alpha katsayısı 0,94 olarak bulunmuştur.

5.7.4. Edmonton Kırılgnlık Ölçeği (EKÖ) (EK-4)

2006 yılında Rolfson ve arkadaşları tarafından geliştirilen, orjinal adı 'Edmonton Frail Scale' olan ve 2013 yılında Aygör tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirliği yapılan bir ölçektir (98,99). Ölçek geriatrik değerlendirmede yer alan ve kırılgnlığı belirleyici olarak kabul edilen 9 kırılgnlık boyutundan oluşmaktadır. Bu boyutlar; "bilişsel durum, genel sağlık durumu, fonksiyonel bağımsızlık, sosyal destek, ilaç kullanımı, beslenme, ruh hali, kontinans ve fonksiyonel performans"dır. Toplam 11 maddeden oluşan ölçek; genel sağlık durumu ve ilaç kullanımını 2 soru ile diğer boyutları tek soru ile değerlendirmektedir. Bireylerin bilişsel durumunu değerlendirmek için 'saat testi', fonksiyonel durumu değerlendirmek için 'zamanlı kalk ve git testi' uygulanmıştır. 0-1-2 puan ile değerlendirilen ölçeğin sorularından alınan puanlara göre bireylerin kırılgnlık durumları tanımlanmaktadır. 0-4 puan

kırılgan değil, 5-6 puan görünürde savunmasız, 7-8 puan hafif kırılgan, 9-10 puan orta kırılgan, 11 ve üzeri puan şiddetli kırılgan olarak değerlendirilmektedir (98).

5.8. Araştırmanın Uygulanması

Çalışma, 1 Temmuz 2018 – 1 Mayıs 2019 tarihleri arasında, Medipol Üniversitesi Hastanesi tıbbi onkoloji ve ayaktan kemoterapi ünitelerinde, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi medikal onkoloji kliniği ve radyasyon onkolojisi kliniğinde, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi radyasyon onkolojisi kliniğinde çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 1002 kanser hastası ile gerçekleştirilmiştir.

Katılımcılara araştırmayla ilgili gerekli bilgiler verilir ve açıklama yapıldıktan sonra yazılı ve sözlü onamları alınmış, klinikte tedavi süreleri içerisinde hasta mahremiyeti sağlanarak, hasta odasında veya bekleme salonunda veri toplama aşaması sağlanmıştır. Bu aşama yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacı tarafından uygulanmış, yaklaşık 15 dakika sürmüştür.

5.9.1. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 22.0 istatistik programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımlarının belirlenmesinde frekans ve yüzde analizlerinden, ölçek puanlarının incelenmesinde ortalama ve standart sapma istatistiklerinden faydalanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenmiştir.

Tablo 5.9.1. Normal Dağılım

	N	Basıklık	Çarpıklık
Kırılganlık Toplam	1002	0,254	0,482
Umutsuzluk Toplam	1002	-1,052	0,670
Yaşam Doyumu Toplam	1002	-0,520	0,119

İlgili literatürde, değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin sonuçların +1.5 ile -1.5, +2.0 ile -2.0 arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir (100,101). Değişken varyansının bilinmemesi durumunda t-dağılımı; ana kütle normal

dağılım göstermiyorsa parametrik olmayan testler uygulanmaktadır (102). Büyük sayılar kanunu ve merkezi limit teoremine göre örneklem olarak yeterli seviyede olmasından dolayı dağılımın normal olduğu varsayılarak analizlere devam edilmiştir (103,104,105).

Hastaların ölçek düzeylerini belirleyen boyutlar arasındaki ilişkiler korelasyon ve regresyon analizleri aracılığıyla incelenmiştir. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek düzeylerindeki farklılaşmaların incelenmesinde t-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova) ve post hoc (Tukey, LSD) analizlerinden faydalanılmıştır.

Etki büyüklüğünü hesaplamak için Cohen(d) ve Eta kare(η^2) katsayıları kullanılmıştır. Etki büyüklüğü gruplar arasındaki farkın önemli kabul edilecek büyük bir fark olup olmadığını göstermektedir. Cohen değeri 0.2:küçük; 0.5:orta; 0.8:büyük olarak, eta kare değeri 0.01:küçük; 0.06:orta; 0.14:büyük olarak değerlendirilmektedir (106).

Ölçekler arasındaki korelasyon ilişkileri aşağıdaki kriterlere göre değerlendirilmiştir (107);

<i>R</i>	<i>İlişki</i>
0,00-0,25	Çok Zayıf
0,26-0,49	Zayıf
0,50-0,69	Orta
0,70-0,89	Yüksek
0,90-1,00	Çok Yüksek

5.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul'dan 10840098-604.01.01-E.34139 sayılı 15.08.2018 tarihli etik kurul izni alınmıştır (EK-8). Ayrıca Medipol Üniversitesi Hastanesi'nden, İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nden gerekli kurum izinleri alınmıştır (EK-6.1-EK-6.2 –EK-6.3). Araştırmaya katılan hastalara araştırma hakkında bilgi verilip açıklama yapıldıktan sonra gönüllü olanlardan sözlü ve yazılı onamları alınmıştır (EK-5). Edmonton

Kırılgnlık leği, Beck Umutsuzluk leği ve Yaşam Doyum leği kullanımları için ölçek yazarlarından izin alınmıştır (EK-7).



6. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma probleminin çözümü için, araştırmaya katılan hastaların ölçekler yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapılmıştır.

Hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin, hastalık özelliklerine ilişkin, sağlık durumu etkileri ve hemşirelik bakımıyla ilişkili bulguları aşağıda verilmiştir.

Tablo 6.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular (N=1002)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş (18-85) (ort: 56,24±12,33)		
40 Ve Altı	108	10,8
41-50	188	18,8
51-60	322	32,0
61-70	247	24,7
70 Üzeri	137	13,7
Cinsiyet		
Kadın	493	49,2
Erkek	509	50,8
Eğitim Durumu		
Okur-Yazar Değil	48	4,8
İlk-Orta Okul	334	33,3
Lise	426	42,5
Üniversite ve üzeri	194	19,4
Medeni Durum		
Evli	886	88,4
Bekar	116	11,6
Meslek		
Ev Hanımı	294	29,3
Serbest Meslek	193	19,3
Memur	166	16,6
Emekli	179	17,8
Diğer	170	17,0
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Evet	835	83,3
Hayır	167	16,7

Tablo 6.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular (N=1002) (devam)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Berberer Yaşadığı Kişi		
Eş	734	73,3
Çocuk-Akraba	182	18,2
Yalnız	66	6,5
Bakıcı	20	2,0
Gelir Durumu		
İyi	273	27,2
Orta	657	65,6
Kötü	72	7,2
Sosyal Güvence		
Var	960	95,8
Yok	42	4,2

Hastaların yaşa göre 108'i (%10,8) 40 ve altı, 188'i (%18,8) 41-50, 322'si (%32,0) 51-60, 247'si (%24,7) 61-70, 137'si (%13,7) 70 ve "yaş" ortalaması 56,24±12,33 En Az=18; En Çok=85) idi.

Hastaların 493'ünün (%49,2) kadın, 886'sının (%88,4) evli, 835'inin (%83,3) çocuk sahibi, 48'inin (%4,8) okuryazar olmayan, 334'ünün (%33,3) ilk-ortaokul, 426'sının (%42,5) lise, 194'ünün (%19,4) üniversite mezunu, 294'ünün (%29,3) ev hanımı, 193'ünün (%19,3) serbest meslek üyesi, 166'sının (%16,6) memur, 179'unun (%17,8) emekli, 170'isinin (%17,0) diğer (öğrenci, pazarcı, ticaret ile uğraşan, sanayide çalışan, çiftçi, hayvancı) grubunda olduğu bulundu.

Hastaların 734'ünün (%73,3) eşiyile, 182'sinin (%18,2) çocuk-akrabasıyla birlikte, 66'sının (%6,5) ise yalnız yaşadığı, 273'ünün gelir durumunun (%27,2) iyi, 657'sinin gelir durumunun (%65,6) orta, 72'sinin gelir durumunun (%7,2) kötü olduğu belirlendi. Hastaların 960'ının (%95,8) sosyal güvencesinin olduğu bulundu.

Tablo 6.2. Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular (N=1002)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tanı		
Meme Kanseri	128	12,8
Akciğer Kanseri	138	13,8
Kolorektal Kanser	214	21,4
Beyin Kanserleri	24	2,4
Jinekolojik Kanserleri	67	6,7
Üriner Sistem Kanserleri	117	11,7
Baş-Boyun Kanserleri	33	3,3
Gastrointestinal Kanserleri	161	16,1
Karaciğer Kanserleri	61	6,1
Diğer*	59	5,9
Başka Hastalık Varlığı		
Evet	394	39,3
Hayır	608	60,7
Hastalığın Süresi		
1-5 Ay	198	19,8
6-11 Ay	221	22,1
1-2 Yıl	221	22,1
3-4 Yıl	276	27,5
4 Yıl Üzeri	86	8,5
Uygulanan Tedavi Yöntemi**		
Kemoterapi	798	79,6
Radyoterapi	112	11,2
İmmünoterapi	77	7,7
Destek Tedavi/Pallyatif Tedavi	144	14,4
Hastalığın Evresi		
Evre 1	143	14,3
Evre 2	574	57,2
Evre 3	245	24,5
Evre 4	40	4,0

*Diğer: Yumuşak doku tümörü, liposarkom, periampuller tümör, kondrosarkom, malign melanom, osteosarkom

**Birden fazla seçenek işaretlenebilir

Hastalar klinik tanılarına göre değerlendirildiğinde; akciğer kanseri %13,8, meme kanseri %12,8, kolorektal kanserler %21,4, beyin kanserleri %2,4, jinekolojik kanserler %6,7, üriner sistem kanserleri %11,7, baş-boyun kanserleri %3,3, gastrointestinal kanserler %16,1, karaciğer kanserleri %6,1 diğer (yumuşak doku tümörü, liposarkom, periampuller tümör, kondrosarkom, malign melanom, osteosarkom) kanserler %5,9 oranında idi.

Hastaların 394'ünün (%39,3) başka hastalığının olduğu saptandı. Ayrıca 198'inin (%19,8) 1-5 ay, 221'inin (%22,1) 6-11 ay, 221'inin (%22,1) 1-2 yıl, 276'sının (%27,5) 3-4 yıl, 86'sının (%8,5) 4 yıl üzeri olmak üzere hastalık süresi bulunmaktaydı. Kemoterapi alanlar 798 (%79,6), radyoterapi alanlar 112'si (%11,2) immünoterapi alanlar 77 (%7,7), palliyatif bakım alanlar 144 (%14,4) hasta idi.

Hastalar 143'ünün (%14,3) 1. Evre, 574'ünün (%57,2) 2. Evre, 245'inin (%24,5) 3. Evre, 40'ının (%4,0) 4. Evre kanser hastası olduğu belirlendi.

Tablo 6.3. Sağlık Durumu Etkileri ve Hemşirelik Bakımıyla İlişkili Bulgular (N=1002)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bir Yıl Öncesi İle Kıyasladığında Sağlık Durumu		
İyi	347	34,6
Orta	498	49,7
Kötü	157	15,7
Son Bir Ay İçinde Sağlık Nedeniyle Günlük İşleri Yapmakta Sıkıntı Yaşama Durumu		
Evet	168	16,8
Hayır	506	50,5
Kısmen	328	32,7
Son Bir Ay İçinde Sağlık Nedeniyle Duygu Durumunuzda Değişiklik Olma Durumu		
Evet	510	50,9
Hayır	492	49,1
Sağlık Durumunu Nedeniyle Kendisine Bir Hemşirenin Bakım Vermesini İsteme Durumu		
Evet	321	32,0
Hayır	681	68,0

Hastalar bir yıl öncesine göre şu anki sağlığını değerlendirdiğinde 347'sinin (%34,6) iyi, 498'inin (%49,7) orta, 157'sinin (%15,7) kötü, günlük işlerde değişiklik yaşama durumu değerlendirdiğinde ise 168'inin (%16,8) iyi, 506'sının (%50,5) orta, 328'inin (%32,7) kötü olarak belirttiği bulundu.

Hastaların 510'unun (%50,9) duygu durumunda değişiklik yaşıadığını ve 321'inin (%32,0) bir hemşirenin bakım vermesini istediğini ifade ettiği saptandı.

Hastaların kırılğanlığa yönelik; aritmetik ortalama, standart sapma ve en az-en çok düzeyleri aşağıda yer almaktadır.

Tablo 6.4. Kırılğanlık Puan Ortalamaları

	N	Ort	Ss	En Az	En Çok
Kırılğanlık Toplam	1002	5,71	3,98	0,000	16,000

Hastaların “kırılğanlık toplam” ortalaması $5,71\pm 3,98$ (En Az=0; En Çok=16), olarak saptanmıştır.

Tablo 6.5. Kırılğanlığın Gruplara Göre Dağılımı

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Kırılğanlık		
Kırılğan Değil	417	41,5
Görünürde Savunmasız	184	18,4
Hafif Kırılğan	151	15,1
Orta Kırılğan	105	10,5
Şiddetli Kırılğan	145	14,5

Hastalar kırılğanlığa göre 417'si (%41,5) kırılğan değil, 184'ü (%18,4) görünürde savunmasız, 151'i (%15,1) hafif kırılğan, 105'i (%10,5) orta kırılğan, 145' i (%14,5) şiddetli kırılğan olarak dağılmaktadır.

Hastaların umutsuzluğa yönelik; aritmetik ortalama, standart sapma ve en az-en çok düzeyleri aşağıda yer almaktadır.

Tablo 6.6. Umutsuzluk Puan Ortalamaları

	N	Ort	Ss	En Az	En Çok
Umutsuzluk Toplam	1002	7,32	7,40	0,000	20,000

Hastaların “umutsuzluk toplam” ortalaması $7,32\pm 7,40$ (En Az=0; En Çok=20), olarak saptanmıştır.

Hastaların yaşam doyumuna yönelik; aritmetik ortalama, standart sapma ve en az-en çok düzeyleri aşağıda yer almaktadır.

Tablo 6.7. Yaşam Doyumu Puan Ortalamaları

	N	Ort	Ss	En Az	En Çok
Yaşam Doyumu Toplam	1002	14,99	4,10	5,000	25,000

Hastaların “yaşam doyumu toplam” ortalaması $14,99 \pm 4,10$ (En Az=5; En Çok=25), olarak saptanmıştır.

Kırılgnlık, Umutsuzluk, Yaşam Doyumu düzeylerini belirleyen puanlar arasındaki ilişkiler korelasyon analizi ile incelenmiştir. Analiz sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 6.8. Kırılgnlık, Umutsuzluk, Yaşam Doyumu Puanları Arasında Korelasyon Analizi

		Yaş	Kırılgnlık Toplam	Umutsuzluk Toplam	Yaşam Doyumu Toplam
Yaş	r	1,000			
	p	0,001			
Kırılgnlık Toplam	r	0,333**	1,000		
	p	0,001	0,001		
Umutsuzluk Toplam	r	0,249**	0,843**	1,000	
	p	0,001	0,001	0,001	
Yaşam Doyumu Toplam	r	-0,258**	-0,358**	-0,381**	1,000
	p	0,001	0,001	0,001	0,001

* $<0,05$; ** $<0,01$; Korelasyon Analizi

Yaş, kırılgnlık toplam, umutsuzluk toplam, yaşam doyumu toplam, puanları arasında korelasyon analizleri incelendiğinde; Kırılgnlık toplam ile yaş arasında $r=0.333$ pozitif ($p=0,001<0.05$), Umutsuzluk toplam ile yaş arasında $r=0.249$ pozitif ($p=0,001<0.05$), Umutsuzluk toplam ile kırılgnlık toplam arasında $r=0.843$ pozitif ($p=0,001<0.05$), Yaşam doyumu toplam ile yaş arasında $r=-0.258$ negatif ($p=0,001<0.05$), Yaşam doyumu toplam ile kırılgnlık toplam arasında $r=-0.358$ negatif ($p=0,001<0.05$), Yaşam doyumu toplam ile umutsuzluk toplam arasında $r=-0.381$ negatif ($p=0,001<0.05$), korelasyon bulunmuştur.

Tablo 6.9. Kırılğanlığın Umutsuzluk Toplam Üzerine Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	T	p	F	Model (p)	R ²
Umutsuzluk Toplam	Sabit	-1,636	-7,444	0,000	2465,887	0,000	0,711
	Kırılğanlık Toplam	1,567	49,658	0,000			

Kırılğanlık toplam ile umutsuzluk toplam arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur (F=2465,887; p=0,001<0.05). Umutsuzluk toplam düzeyindeki toplam değişim %71.1 oranında kırılğanlık toplam tarafından açıklanmaktadır(R²=0,711). Kırılğanlık umutsuzluk düzeyini arttırmaktadır (β =1,567).

Tablo 6.10. Kırılğanlığın Yaşam Doyumu Toplam Üzerine Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model (p)	R ²
Yaşam Doyumu Toplam	Sabit	17,096	80,728	0,001	146,535	0,000	0,127
	Kırılğanlık Toplam	-0,368	-12,105	0,001			

Kırılğanlık toplam ile yaşam doyumu toplam arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur (F=146,535; p=0,001<0.05). Yaşam doyumu toplam düzeyindeki toplam değişim %12.7 oranında kırılğanlık toplam tarafından açıklanmaktadır(R²=0,127). Kırılğanlık yaşam doyumu düzeyini azaltmaktadır (β =-0,368).

Kırılğanlık puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumunu incelemek için yapılan analiz sonuçları Tablo 6.11’de verilmiştir.

Tablo 6.11. Kırılğanlık Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

Demografik Özellikler	n	Kırılğanlık Toplam
Yaş		Ort±SS
40 Ve Altı	108	4,180±3,813
41-50	188	4,530±3,799
51-60	322	5,010±3,705
61-70	247	6,290±3,644
70 Üzeri	137	9,150±3,423
F=		43,763
p=		0,000
PostHoc=		3>1, 4>1, 5>1, 4>2, 5>2, 4>3, 5>3, 5>4 (p<0.05)
Cinsiyet		Ort±SS
Kadın	493	5,820±4,109
Erkek	509	5,610±3,862
t=		0,828
p=		0,408

Tablo 6.11. Kırılganlık Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (devam)

Demografik Özellikler	n	Kırılganlık Toplam
Medeni Durum		Ort±SS
Evli	886	5,950±4,008
Bekar	116	3,910±3,294
t=		5,261
p=		0,001
Çocuk Sahibi Olma Durumu		Ort±SS
Evet	835	5,990±3,989
Hayır	167	4,320±3,670
t=		5,012
p=		0,001
Eğitim Durumu		Ort±SS
Okuryazar Değil	48	8,790±4,000
İlk-ortaokul	334	6,900±3,878
Lise	426	5,100±3,809
Üniversite	194	4,240±3,570
F=		34,901
p=		0,001
PostHoc=		1>2, 1>3, 2>3, 1>4, 2>4, 3>4 (p<0.05)
Meslek		Ort±SS
Ev Hanımı	294	6,640±4,131
Serbest Meslek	193	4,670±3,613
Memur	166	4,450±3,794
Emekli	179	7,570±3,670
Diğer	170	4,570±3,484
F=		27,212
p=		0,001
PostHoc=		4>1, 1>2, 4>2, 1>3, 4>3, 1>5, 4>5 (p<0.05)
Beraber Yaşadığı Kişi		Ort±SS
Eş	734	5,470±3,882
Çocuk-akraba	182	6,960±4,207
Yalnız	86	5,100±3,893
F=		11,506
p=		0,001
PostHoc=		2>1, 2>3 (p<0.05)
Gelir Durumu		Ort±SS
İyi	273	5,310±3,735
Orta	657	5,690±3,980
Kötü	72	7,390±4,540
F=		7,868
p=		0,001
PostHoc=		3>1, 3>2 (p<0.05)
Sosyal Güvence		Ort±SS
Var	960	5,740±3,968
Yok	42	5,070±4,347
t=		1,064
p=		0,288
Baska Hastalık Varlığı		Ort±SS
Var	394	7,230±3,946
Yok	608	4,730±3,693
t=		10,204
p=		0,001

Tablo 6.11. Kırılgnlık Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (devam)

Demografik Özellikler	n	Kırılgnlık Toplam
Hastalık Süresi		Ort±SS
1-5 Ay	198	4,410±3,325
6-11 Ay	221	5,330±3,986
1-2 Yıl	221	5,960±3,875
3-4 Yıl	276	6,170±4,032
4 Yıl Ve Üzeri	86	7,570±4,489
F=		12,091
p=		0,001
PostHoc=		2>1, 3>1, 4>1, 5>1, 4>2, 5>2, 5>3, 5>4 (p<0.05)
Hastalığın Evresi		Ort±SS
1. Evre	143	2,420±1,572
2. Evre	574	4,310±2,934
3. Evre	245	9,820±2,822
4. Evre	40	12,380±1,390
F=		391,628
p=		0,001
PostHoc=		2>1, 3>1, 4>1, 3>2, 4>2, 4>3 (p<0.05)
Bir Yıl Öncesine Göre Sağlıkın Değerlendirilmesi		Ort±SS
İyi	347	2,780±1,985
Orta	498	5,780±3,144
Kötü	157	11,980±1,715
F=		679,125
p=		0,001
PostHoc=		2>1, 3>1, 3>2 (p<0.05)
Günlük İşlerde Değişiklik Yaşama		Ort±SS
İyi	168	11,710±2,083
Orta	506	2,710±1,926
Kötü	328	7,270±2,392
F=		1 277,269
p=		0,001
PostHoc=		1>2, 3>2, 1>3 (p<0.05)
Duygu Durumda Değişiklik Yaşama		Ort±SS
Evet	510	7,590±4,031
Hayır	492	3,760±2,837
t=		17,336
p=		0,001
Bir Hemşirenin Bakım Vermesini İsteme		Ort±SS
Evet	321	9,650±2,994
Hayır	681	3,850±2,894
t=		29,254
p=		0,001

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA); t: Bağımsız Gruplar T-Testi

Hastaların kırılgnlık toplam puanları yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir(F=43,763; p=0<0.05; $\eta^2=0,149$). Farkın nedeni yaş 51-60 olanların kırılgnlık toplam puanlarının yaş 40 ve altı olanların kırılgnlık toplam puanlarından yüksek olmasıdır(p<0.05). Yaş 61-70 olanların kırılgnlık toplam puanlarının yaş 40 ve altı olanların kırılgnlık toplam puanlarından yüksek olmasıdır(p<0.05). Yaş 70 üzeri olanların kırılgnlık toplam puanlarının yaş 40 ve altı olanların kırılgnlık toplam

puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Yaş 61-70 olanların kırılgenlik toplam puanlarının yaşı 41-50 olanların kırılgenlik toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Yaş 70 üzeri olanların kırılgenlik toplam puanlarının yaşı 41-50 olanların kırılgenlik toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Yaş 61-70 olanların kırılgenlik toplam puanlarının yaşı 51-60 olanların kırılgenlik toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Yaş 70 üzeri olanların kırılgenlik toplam puanlarının yaşı 51-60 olanların kırılgenlik toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Yaş 70 üzeri olanların kırılgenlik toplam puanlarının yaşı 61-70 olanların kırılgenlik toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$).

Hastaların kırılgenlik toplam puanları cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Evlilerin kırılgenlik toplam puanları ($x=5,950$), bekarların kırılgenlik toplam puanlarından ($x=3,910$) yüksek bulunmuştur($t=5,261$; $p=0<0.05$; $d=0,519$; $\eta^2=0,027$).

Çocuk sahibi olanların kırılgenlik toplam puanları ($x=5,990$), çocuk sahibi olmayanların kırılgenlik toplam puanlarından ($x=4,320$) yüksek bulunmuştur($t=5,012$; $p=0<0.05$; $d=0,424$; $\eta^2=0,025$).

Hastaların kırılgenlik toplam puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir($F=34,901$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,095$). Farkın nedeni eğitim durumu okuryazar olmayanların kırılgenlik toplam puanlarının eğitim durumu ilk-ortaokul olmayanların kırılgenlik toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Eğitim durumu okuryazar olmayanların kırılgenlik toplam puanlarının lise mezunlarının kırılgenlik toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Eğitim durumu ilk-ortaokul olmayanların kırılgenlik toplam puanlarının lise mezunlarının kırılgenlik toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Eğitim durumu okuryazar olmayanların kırılgenlik toplam puanlarının üniversite mezunlarının kırılgenlik toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Eğitim durumu ilk-ortaokul olmayanların kırılgenlik toplam puanlarının üniversite mezunlarının kırılgenlik toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Lise mezunlarının kırılgenlik toplam puanlarının üniversite mezunlarının kırılgenlik toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$).

Hastaların kırılgenlik toplam puanları mesleğe göre anlamlı farklılık göstermektedir($F=27,212$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,098$). Farkın nedeni emekli olanların kırılgenlik toplam puanlarının ev hanımlarının kırılgenlik toplam puanlarından yüksek

olmasıdır($p<0.05$). Ev hanımlarının kırılgnlık toplam puanlarının serbest meslek olanların kırılgnlık toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Emekli olanların kırılgnlık toplam puanlarının serbest meslek olanların kırılgnlık toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Ev hanımlarının kırılgnlık toplam puanlarının memur olanların kırılgnlık toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Emekli olanların kırılgnlık toplam puanlarının memur olanların kırılgnlık toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Ev hanımlarının kırılgnlık toplam puanlarının diğerk meslek sahiplerinin kırılgnlık toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Emekli olanların kırılgnlık toplam puanlarının diğerk meslek sahiplerinin kırılgnlık toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$).

Hastaların kırılgnlık toplam puanları beraber yaşadığı kişi durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir($F=11,506$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,023$). Farkın nedeni çocuk-akraba ile yaşayanların kırılgnlık toplam puanlarının eş ile yaşayanların kırılgnlık toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Çocuk-akraba ile yaşayanların kırılgnlık toplam puanlarının yalnız yaşayanların kırılgnlık toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$).

Hastaların kırılgnlık toplam puanları gelir durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir($F=7,868$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,016$). Farkın nedeni gelir durumu kötü olanların kırılgnlık toplam puanlarının gelir durumu iyi olanların kırılgnlık toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Gelir durumu kötü olanların kırılgnlık toplam puanlarının gelir durumu orta olanların kırılgnlık toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$).

Hastaların kırılgnlık toplam puanları sosyal güvencesine göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0.05$).

Başka hastalığı olanların kırılgnlık toplam puanları ($x=7,230$), başka hastalığı olmayanların kırılgnlık toplam puanlarından ($x=4,730$) yüksek bulunmuştur($t=10,204$; $p=0<0.05$; $d=0,659$; $\eta^2=0,094$).

Hastaların kırılgnlık toplam puanları hastalık süresine göre anlamlı farklılık göstermektedir($F=12,091$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,046$). Farkın nedeni hastalık süresi 6-11 ay olanların kırılgnlık toplam puanlarının hastalık süresi 1-5 ay olanların kırılgnlık toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Hastalık süresi 1-2 yıl olanların kırılgnlık toplam puanlarının hastalık süresi 1-5 ay olanların kırılgnlık toplam

puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Hastalık süresi 3-4 yıl olanların kırılgnlık toplam puanlarının hastalık süresi 1-5 ay olanların kırılgnlık toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Hastalık süresi 4 yıl ve üzeri olanların kırılgnlık toplam puanlarının hastalık süresi 1-5 ay olanların kırılgnlık toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Hastalık süresi 3-4 yıl olanların kırılgnlık toplam puanlarının hastalık süresi 6-11 ay olanların kırılgnlık toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Hastalık süresi 4 yıl ve üzeri olanların kırılgnlık toplam puanlarının hastalık süresi 6-11 ay olanların kırılgnlık toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Hastalık süresi 4 yıl ve üzeri olanların kırılgnlık toplam puanlarının hastalık süresi 1-2 yıl olanların kırılgnlık toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Hastalık süresi 4 yıl ve üzeri olanların kırılgnlık toplam puanlarının hastalık süresi 2-4 yıl olanların kırılgnlık toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$).

Hastaların kırılgnlık toplam puanları hastalığın evresine göre anlamlı farklılık göstermektedir($F=391,628$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,541$). Farkın nedeni hastalığın evresi 2. Evre olanların kırılgnlık toplam puanlarının hastalığın evresi 1. Evre olanların kırılgnlık toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Hastalığın evresi 3. Evre olanların kırılgnlık toplam puanlarının hastalığın evresi 1. Evre olanların kırılgnlık toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Hastalığın evresi 4. Evre olanların kırılgnlık toplam puanlarının hastalığın evresi 1. Evre olanların kırılgnlık toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Hastalığın evresi 3. Evre olanların kırılgnlık toplam puanlarının hastalığın evresi 2. Evre olanların kırılgnlık toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Hastalığın evresi 4. Evre olanların kırılgnlık toplam puanlarının hastalığın evresi 2. Evre olanların kırılgnlık toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Hastalığın evresi 4. Evre olanların kırılgnlık toplam puanlarının hastalığın evresi 3. Evre olanların kırılgnlık toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$).

Hastaların kırılgnlık toplam puanları bir yıl öncesine göre sağlığın değerlendirilmesine göre anlamlı farklılık göstermektedir($F=679,125$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,576$). Farkın nedeni bir yıl öncesine göre sağlığın değerlendirilmesi orta olanların kırılgnlık toplam puanlarının bir yıl öncesine göre sağlığın değerlendirilmesi iyi olanların kırılgnlık toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Bir yıl öncesine

göre sağlığın değerlendirilmesi k6tu olanların kırılđanlık toplam puanlarının bir yıl 6ncesine g6re sağlığın değerlendirilmesi iyi olanların kırılđanlık toplam puanlarından y6ksek olmasıdır($p<0.05$). Bir yıl 6ncesine g6re sağlığın değerlendirilmesi k6tu olanların kırılđanlık toplam puanlarının bir yıl 6ncesine g6re sağlığın değerlendirilmesi orta olanların kırılđanlık toplam puanlarından y6ksek olmasıdır($p<0.05$).

Hastaların kırılđanlık toplam puanları g6nl6k işlerde değişiklik yaşama durumuna g6re anlamlı farklılık g6stermektedir($F=1\ 277,269$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,719$). Farkın nedeni g6nl6k işlerde değişiklik yaşama iyi olanların kırılđanlık toplam puanlarının g6nl6k işlerde değişiklik yaşama orta olanların kırılđanlık toplam puanlarından y6ksek olmasıdır($p<0.05$). G6nl6k işlerde değişiklik yaşama k6tu olanların kırılđanlık toplam puanlarının g6nl6k işlerde değişiklik yaşama orta olanların kırılđanlık toplam puanlarından y6ksek olmasıdır($p<0.05$). G6nl6k işlerde değişiklik yaşama iyi olanların kırılđanlık toplam puanlarının g6nl6k işlerde değişiklik yaşama k6tu olanların kırılđanlık toplam puanlarından y6ksek olmasıdır($p<0.05$).

Duygu durumunda değişiklik yaşayanların kırılđanlık toplam puanları ($x=7,590$), duygu durumunda değişiklik yaşamayanların kırılđanlık toplam puanlarından ($x=3,760$) y6ksek bulunmuştur($t=17,336$; $p=0<0.05$; $d=1,096$; $\eta^2=0,231$).

Bir hemşirenin bakım vermesini isteyenlerin kırılđanlık toplam puanları ($x=9,650$), bir hemşirenin bakım vermesini istemeyenlerin kırılđanlık toplam puanlarından ($x=3,850$) y6ksek bulunmuştur($t=29,254$; $p=0<0.05$; $d=1,982$; $\eta^2=0,461$).

Umutsuzluk puanlarının tanımlayıcı 6zelliklere g6re farklılaşma durumunu incelemek için yapılan analiz sonuçları Tablo 6.12'de verilmiştir.

Tablo 6.12. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Umutsuzluk Puanlarına İlişkin Bulgular (N=1002)

Demografik Özellikler	n	Umutsuzluk Toplam
Yaş		Ort±SS
40 Ve Altı	108	5,250±7,185
41-50	188	5,720±7,042
51-60	322	6,450±7,041
61-70	247	7,840±7,148
70 Üzeri	137	12,220±7,201
F=		22,503
p=		0,001
PostHoc=		4>1, 5>1, 4>2, 5>2, 4>3, 5>3, 5>4 (p<0.05)
Cinsiyet		Ort±SS
Kadın	493	7,440±7,605
Erkek	509	7,200±7,210
t=		0,516
p=		0,606
Medeni Durum		Ort±SS
Evli	886	7,570±7,426
Bekar	116	5,360±6,961
t=		3,034
p=		0,002
Çocuk Sahibi Olma Durumu		Ort±SS
Evet	835	7,570±7,411
Hayır	167	6,050±7,263
t=		2,418
p=		0,016
Eğitim Durumu		Ort±SS
Okuryazar Değil	48	12,290±8,095
İlk-ortaokul	334	8,900±7,282
Lise	426	6,640±7,346
Üniversite	194	4,850±6,360
F=		21,970
p=		0,001
PostHoc=		1>2, 1>3, 2>3, 1>4, 2>4, 3>4 (p<0.05)
Meslek		Ort±SS
Ev Hanımı	294	8,530±7,856
Serbest Meslek	193	6,360±7,065
Memur	166	5,650±7,096
Emekli	179	9,470±7,078
Diğer	170	5,640±6,707
F=		11,315
p=		0,001
PostHoc=		1>2, 4>2, 1>3, 4>3, 1>5, 4>5 (p<0.05)
Beraber Yaşadığı Kişi		Ort±SS
Eş	734	6,860±7,157
Çocuk-akraba	182	9,510±8,022
Yalnız	86	6,600±7,368
F=		9,948
p=		0,001
PostHoc=		2>1, 2>3 (p<0.05)
Gelir Durumu		Ort±SS
İyi	273	6,660±7,369
Orta	657	7,180±7,172
Kötü	72	11,070±8,568
F=		10,653
p=		0,001
PostHoc=		3>1, 3>2 (p<0.05)

Tablo 6.12. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Umutsuzluk Puanlarına İlişkin Bulgular (N=1002) (devam)

Demografik Özellikler	n	Umutsuzluk Toplam
Sosyal Güvence		Ort±SS
Var	960	7,300±7,366
Yok	42	7,670±8,313
t=		-0,314
p=		0,780
Baska Hastalık Varlığı		Ort±SS
Var	394	9,520±7,552
Yok	608	5,890±6,949
t=		7,803
p=		0,001
Hastalık Süresi		Ort±SS
1-5 Ay	198	5,850±6,667
6-11 Ay	221	7,050±7,252
1-2 Yıl	221	7,600±7,237
3-4 Yıl	276	7,400±7,632
4 Yıl Ve Üzeri	86	10,380±8,218
F=		5,912
p=		0,001
PostHoc=		3>1, 4>1, 5>1, 5>2, 5>3, 5>4 (p<0.05)
Hastahğin Evresi		Ort±SS
1. Evre	143	2,270±3,981
2. Evre	574	4,490±5,178
3. Evre	245	14,890±6,072
4. Evre	40	19,400±1,985
F=		349,510
p=		0,001
PostHoc=		2>1, 3>1, 4>1, 3>2, 4>2, 4>3 (p<0.05)
Bir Yıl Öncesine Göre Sağlığın Değerlendirilmesi		Ort±SS
İyi	347	2,240±3,195
Orta	498	7,130±6,311
Kötü	157	19,110±2,232
F=		637,693
p=		0,001
PostHoc=		2>1, 3>1, 3>2 (p<0.05)
Günlük İşlerde Değişiklik Yaşama		Ort±SS
İyi	168	18,320±3,626
Orta	506	2,400±3,462
Kötü	328	9,270±6,259
F=		802,189
p=		0,001
PostHoc=		1>2, 3>2, 1>3 (p<0.05)
Duygu Durumunda Değişiklik Yaşama		Ort±SS
Evet	510	11,310±7,480
Hayır	492	3,170±4,466
t=		20,830
p=		0,001
Bir Hemşirenin Bakım Vermesini İsteme		Ort±SS
Evet	321	14,620±6,252
Hayır	681	3,870±5,028
t=		29,118
p=		0,001

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA); t: Bağımsız Gruplar T-Testi

Hastaların umutsuzluk toplam puanları yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir(F=22,503; p=0<0.05; $\eta^2=0,083$). Farkın nedeni yaş 61-70 olanların

umutsuzluk toplam puanlarının yaş 40 ve altı olanların umutsuzluk toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Yaş 70 üzeri olanların umutsuzluk toplam puanlarının yaş 40 ve altı olanların umutsuzluk toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Yaş 61-70 olanların umutsuzluk toplam puanlarının yaşı 41-50 olanların umutsuzluk toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Yaş 70 üzeri olanların umutsuzluk toplam puanlarının yaşı 41-50 olanların umutsuzluk toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Yaş 61-70 olanların umutsuzluk toplam puanlarının yaş 51-60 olanların umutsuzluk toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Yaş 70 üzeri olanların umutsuzluk toplam puanlarının yaş 51-60 olanların umutsuzluk toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Yaş 70 üzeri olanların umutsuzluk toplam puanlarının yaş 61-70 olanların umutsuzluk toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$).

Hastaların umutsuzluk toplam puanları cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Evlilerin umutsuzluk toplam puanları ($x=7,570$), bekarların umutsuzluk toplam puanlarından ($x=5,360$) yüksek bulunmuştur ($t=3,034$; $p=0.002<0.05$; $d=0,300$; $\eta^2=0,009$).

Çocuk sahibi olanların umutsuzluk toplam puanları ($x=7,570$), çocuk sahibi olmayanların umutsuzluk toplam puanlarından ($x=6,050$) yüksek bulunmuştur ($t=2,418$; $p=0.016<0.05$; $d=0,206$; $\eta^2=0,006$).

Hastaların umutsuzluk toplam puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir($F=21,970$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,062$). Farkın nedeni eğitim durumu okuryazar olmayanların umutsuzluk toplam puanlarının eğitim durumu ilk-ortaokul olmayanların umutsuzluk toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Eğitim durumu okuryazar olmayanların umutsuzluk toplam puanlarının lise mezunlarının umutsuzluk toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Eğitim durumu ilk-ortaokul olmayanların umutsuzluk toplam puanlarının lise mezunlarının umutsuzluk toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Eğitim durumu okuryazar olmayanların umutsuzluk toplam puanlarının üniversite mezunlarının umutsuzluk toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Eğitim durumu ilk-ortaokul olmayanların umutsuzluk toplam puanlarının üniversite mezunlarının umutsuzluk toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Lise mezunlarının umutsuzluk toplam

puanlarının üniversite mezunlarının umutsuzluk toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$).

Hastaların umutsuzluk toplam puanları mesleğe göre anlamlı farklılık göstermektedir($F=11,315$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,043$). Farkın nedeni ev hanımlarının umutsuzluk toplam puanlarının serbest meslek olanların umutsuzluk toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Emekli olanların umutsuzluk toplam puanlarının serbest meslek olanların umutsuzluk toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Ev hanımlarının umutsuzluk toplam puanlarının memur olanların umutsuzluk toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Emekli olanların umutsuzluk toplam puanlarının memur olanların umutsuzluk toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Ev hanımlarının umutsuzluk toplam puanlarının diğer meslek sahiplerinin umutsuzluk toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Emekli olanların umutsuzluk toplam puanlarının diğer meslek sahiplerinin umutsuzluk toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$).

Hastaların umutsuzluk toplam puanları beraber yaşadığı kişi durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir($F=9,948$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,020$). Farkın nedeni çocuk-akraba ile yaşayanların umutsuzluk toplam puanlarının eş ile yaşayanların umutsuzluk toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Çocuk-akraba ile yaşayanların umutsuzluk toplam puanlarının yalnız yaşayanların umutsuzluk toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$).

Hastaların umutsuzluk toplam puanları gelir durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir($F=10,653$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,021$). Farkın nedeni gelir durumu kötü olanların umutsuzluk toplam puanlarının gelir durumu iyi olanların umutsuzluk toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Gelir durumu kötü olanların umutsuzluk toplam puanlarının gelir durumu orta olanların umutsuzluk toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$).

Hastaların umutsuzluk toplam puanları sosyal güvencesine göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0.05$).

Başka hastalığı olanların umutsuzluk toplam puanları ($x=9,520$), başka hastalığı olmayanların umutsuzluk toplam puanlarından ($x=5,890$) yüksek bulunmuştur ($t=7,803$; $p=0<0.05$; $d=0,505$; $\eta^2=0,057$).

Hastaların umutsuzluk toplam puanları hastalık süresine göre anlamlı farklılık göstermektedir($F=5,912$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,023$). Farkın nedeni hastalık süresi 1-2 yıl olanların umutsuzluk toplam puanlarının hastalık süresi 1-5 ay olanların umutsuzluk toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Hastalık süresi 3-4 yıl olanların umutsuzluk toplam puanlarının hastalık süresi 1-5 ay olanların umutsuzluk toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Hastalık süresi 4 yıl üzeri olanların umutsuzluk toplam puanlarının hastalık süresi 1-5 ay olanların umutsuzluk toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Hastalık süresi 4 yıl üzeri olanların umutsuzluk toplam puanlarının hastalık süresi 6-11 ay olanların umutsuzluk toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Hastalık süresi 4 yıl üzeri olanların umutsuzluk toplam puanlarının hastalık süresi 1-2 yıl olanların umutsuzluk toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Hastalık süresi 4 yıl üzeri olanların umutsuzluk toplam puanlarının hastalık süresi 3-4 yıl olanların umutsuzluk toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$).

Hastaların umutsuzluk toplam puanları hastalığın evresine göre anlamlı farklılık göstermektedir($F=349,510$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,512$). Farkın nedeni hastalığın evresi 2. Evre olanların umutsuzluk toplam puanlarının hastalığın evresi 1. Evre olanların umutsuzluk toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Hastalığın evresi 3. Evre olanların umutsuzluk toplam puanlarının hastalığın evresi 1. Evre olanların umutsuzluk toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Hastalığın evresi 4. Evre olanların umutsuzluk toplam puanlarının hastalığın evresi 1. Evre olanların umutsuzluk toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Hastalığın evresi 3. Evre olanların umutsuzluk toplam puanlarının hastalığın evresi 2. Evre olanların umutsuzluk toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Hastalığın evresi 4. Evre olanların umutsuzluk toplam puanlarının hastalığın evresi 2. Evre olanların umutsuzluk toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Hastalığın evresi 4. Evre olanların umutsuzluk toplam puanlarının hastalığın evresi 3. Evre olanların umutsuzluk toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$).

Hastaların umutsuzluk toplam puanları bir yıl öncesine göre sağlığın değerlendirilmesine göre anlamlı farklılık göstermektedir($F=637,693$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,561$). Farkın nedeni bir yıl öncesine göre sağlığın değerlendirilmesi orta olanların umutsuzluk toplam puanlarının bir yıl öncesine göre sağlığın değerlendirilmesi iyi

olanların umutsuzluk toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Bir yıl öncesine göre sağlığın değerlendirilmesi kötü olanların umutsuzluk toplam puanlarının bir yıl öncesine göre sağlığın değerlendirilmesi iyi olanların umutsuzluk toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Bir yıl öncesine göre sağlığın değerlendirilmesi kötü olanların umutsuzluk toplam puanlarının bir yıl öncesine göre sağlığın değerlendirilmesi orta olanların umutsuzluk toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$).

Hastaların umutsuzluk toplam puanları günlük işlerde değişiklik yaşama durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir($F=802,189$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,616$). Farkın nedeni günlük işlerde değişiklik yaşama iyi olanların umutsuzluk toplam puanlarının günlük işlerde değişiklik yaşama orta olanların umutsuzluk toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Günlük işlerde değişiklik yaşama kötü olanların umutsuzluk toplam puanlarının günlük işlerde değişiklik yaşama orta olanların umutsuzluk toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Günlük işlerde değişiklik yaşama iyi olanların umutsuzluk toplam puanlarının günlük işlerde değişiklik yaşama kötü olanların umutsuzluk toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$).

Duygu durumunda değişiklik yaşayanların umutsuzluk toplam puanları ($x=11,310$), duygu durumunda değişiklik yaşamayanların umutsuzluk toplam puanlarından ($x=3,170$) yüksek bulunmuştur($t=20,830$; $p=0<0.05$; $d=1,316$; $\eta^2=0,303$).

Bir hemşirenin bakım vermesini isteyenlerin umutsuzluk toplam puanları ($x=14,620$), bir hemşirenin bakım vermesini istemeyenlerin umutsuzluk toplam puanlarından ($x=3,870$) yüksek bulunmuştur($t=29,118$; $p=0<0.05$; $d=1,973$; $\eta^2=0,459$).

Yaşam doyumu puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumunu incelemek için yapılan analiz sonuçları Tablo 6.13'de verilmiştir.

Tablo 6.13. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Yaşam Doyumuna İlişkin Bulgular (N=1002)

Demografik Özellikler	n	Yaşam Doyumu Toplam
Yaş		Ort±SS
40 Ve Altı	108	16,065±4,661
41-50	188	16,755±4,071
51-60	322	15,211±3,826
61-70	247	14,223±3,823
70 Üzeri	137	12,606±3,309
F=		27,054
p=		0,001
PostHoc=		1>3, 2>3, 1>4, 2>4, 3>4, 1>5, 2>5, 3>5, 4>5 (p<0.05)
Cinsiyet		Ort±SS
Kadın	493	14,499±4,084
Erkek	509	15,472±4,069
t=		-3,775
p=		0,001
Medeni Durum		Ort±SS
Evli	886	14,976±4,034
Bekar	116	15,121±4,616
t=		-0,356
p=		0,749
Çocuk Sahibi Olma Durumu		Ort±SS
Evet	835	15,042±4,027
Hayır	167	14,749±4,470
t=		0,843
p=		0,399
Eğitim Durumu		Ort±SS
Okuryazar Değil	48	11,000±3,352
İlk-ortaokul	334	12,572±2,942
Lise	426	15,660±3,633
Üniversite	194	18,686±3,437
F=		163,627
p=		0,001
PostHoc=		2>1, 3>1, 4>1, 3>2, 4>2, 4>3 (p<0.05)
Meslek		Ort±SS
Ev Hanımı	294	12,952±3,330
Serbest Meslek	193	16,440±3,611
Memur	166	17,747±3,917
Emekli	179	13,950±3,626
Diğer	170	15,288±4,307
F=		56,105
p=		0,001
PostHoc=		2>1, 3>1, 4>1, 5>1, 3>2, 2>4, 3>4, 5>4, 2>5, 3>5 (p<0.05)
Beraber Yaşadığı Kişi		Ort±SS
Eş	734	15,474±3,940
Çocuk-akraba	182	12,720±3,863
Yalnız	86	15,698±4,374
F=		36,677
p=		0,001
PostHoc=		1>2, 3>2 (p<0.05)
Gelir Durumu		Ort±SS
İyi	273	18,333±3,609
Orta	657	14,202±3,300
Kötü	72	9,542±2,848
F=		248,243
p=		0,001
PostHoc=		1>2, 1>3, 2>3 (p<0.05)

Tablo 6.13. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Yaşam Doyumuna İlişkin Bulgular (N=1002)
(devam)

Demografik Özellikler	n	Yaşam Doyumu Toplam
Sosyal Güvence		Ort±SS
Var	960	15,023±4,001
Yok	42	14,310±6,018
t=		1,103
p=		0,451
Baska Hastalık Varlığı		Ort±SS
Var	394	14,185±3,872
Yok	608	15,516±4,167
t=		-5,077
p=		0,001
Hastalık Süresi		Ort±SS
1-5 Ay	198	14,753±4,454
6-11 Ay	221	15,041±4,088
1-2 Yıl	221	14,697±3,795
3-4 Yıl	276	15,203±4,048
4 Yıl Ve Üzeri	86	15,512±4,242
F=		0,989
p=		0,412
Hastalığın Evresi		Ort±SS
1. Evre	143	17,119±4,235
2. Evre	574	15,096±3,866
3. Evre	245	13,800±4,029
4. Evre	40	13,225±4,111
F=		23,813
p=		0,001
PostHoc=		1>2, 1>3, 2>3, 1>4, 2>4 (p<0.05)
Bir Yıl Öncesine Göre Sağlık Değerlendirilmesi		Ort±SS
İyi	347	16,006±3,986
Orta	498	14,986±3,893
Kötü	157	12,777±4,161
F=		35,783
p=		0,001
PostHoc=		1>2, 1>3, 2>3 (p<0.05)
Günlük İşlerde Değişiklik Yaşama		Ort±SS
İyi	168	12,810±3,961
Orta	506	16,162±3,842
Kötü	328	14,308±3,963
F=		54,067
p=		0,001
PostHoc=		2>1, 3>1, 2>3 (p<0.05)
Duygu Durumda Değişiklik Yaşama		Ort±SS
Evet	510	14,402±4,150
Hayır	492	15,606±3,967
t=		-4,690
p=		0,001
Bir Hemşirenin Bakım Vermesini İsteme		Ort±SS
Evet	321	13,713±4,119
Hayır	681	15,596±3,958
t=		-6,934
p=		0,001

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA); t: Bağımsız Gruplar T-Testi

Hastaların yaşam doyumu toplam puanları yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir (F=27,054; p=0<0.05; $\eta^2=0,098$). Farkın nedeni yaş 40 ve altı olanların

yaşam doyumu toplam puanlarının yaş 51-60 olanların yaşam doyumu toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Yaşı 41-50 olanların yaşam doyumu toplam puanlarının yaş 51-60 olanların yaşam doyumu toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Yaş 40 ve altı olanların yaşam doyumu toplam puanlarının yaş 61-70 olanların yaşam doyumu toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Yaşı 41-50 olanların yaşam doyumu toplam puanlarının yaş 61-70 olanların yaşam doyumu toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Yaş 51-60 olanların yaşam doyumu toplam puanlarının yaş 61-70 olanların yaşam doyumu toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Yaş 40 ve altı olanların yaşam doyumu toplam puanlarının yaş 70 üzeri olanların yaşam doyumu toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Yaşı 41-50 olanların yaşam doyumu toplam puanlarının yaş 70 üzeri olanların yaşam doyumu toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Yaş 51-60 olanların yaşam doyumu toplam puanlarının yaş 70 üzeri olanların yaşam doyumu toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Yaş 61-70 olanların yaşam doyumu toplam puanlarının yaş 70 üzeri olanların yaşam doyumu toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$).

Kadınların yaşam doyumu toplam puanları ($x=14,499$), erkeklerin yaşam doyumu toplam puanlarından ($x=15,472$) düşük bulunmuştur($t=-3,775$; $p=0<0.05$; $d=0,239$; $\eta^2=0,014$).

Hastaların yaşam doyumu toplam puanları medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0.05$).

Hastaların yaşam doyumu toplam puanları çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0.05$).

Hastaların yaşam doyumu toplam puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir($F=163,627$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,330$). Farkın nedeni eğitim durumu ilk-ortaokul olmayanların yaşam doyumu toplam puanlarının eğitim durumu okuryazar olmayanların yaşam doyumu toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Lise mezunlarının yaşam doyumu toplam puanlarının eğitim durumu okuryazar olmayanların yaşam doyumu toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Üniversite mezunlarının yaşam doyumu toplam puanlarının eğitim durumu okuryazar olmayanların yaşam doyumu toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Lise mezunlarının yaşam doyumu toplam puanlarının eğitim durumu ilk-ortaokul olmayanların yaşam doyumu toplam puanlarından yüksek

olmasıdır($p<0.05$). Üniversite mezunlarının yaşam doyumu toplam puanlarının eğitim durumu ilk-ortaokul olmayanların yaşam doyumu toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Üniversite mezunlarının yaşam doyumu toplam puanlarının lise mezunlarının yaşam doyumu toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$).

Hastaların yaşam doyumu toplam puanları mesleğe göre anlamlı farklılık göstermektedir($F=56,105$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,184$). Farkın nedeni serbest meslek olanların yaşam doyumu toplam puanlarının ev hanımlarının yaşam doyumu toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Memur olanların yaşam doyumu toplam puanlarının ev hanımlarının yaşam doyumu toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Emekli olanların yaşam doyumu toplam puanlarının ev hanımlarının yaşam doyumu toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Diğer meslek sahiplerinin yaşam doyumu toplam puanlarının ev hanımlarının yaşam doyumu toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Memur olanların yaşam doyumu toplam puanlarının serbest meslek olanların yaşam doyumu toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Serbest meslek olanların yaşam doyumu toplam puanlarının emekli olanların yaşam doyumu toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Memur olanların yaşam doyumu toplam puanlarının emekli olanların yaşam doyumu toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Diğer meslek sahiplerinin yaşam doyumu toplam puanlarının emekli olanların yaşam doyumu toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Serbest meslek olanların yaşam doyumu toplam puanlarının diğer meslek sahiplerinin yaşam doyumu toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Memur olanların yaşam doyumu toplam puanlarının diğer meslek sahiplerinin yaşam doyumu toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$).

Hastaların yaşam doyumu toplam puanları beraber yaşadığı kişi durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir($F=36,677$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,068$). Farkın nedeni eş ile yaşayanların yaşam doyumu toplam puanlarının çocuk-akraba ile yaşayanların yaşam doyumu toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Yalnız yaşayanların yaşam doyumu toplam puanlarının çocuk-akraba ile yaşayanların yaşam doyumu toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$).

Hastaların yaşam doyumu toplam puanları gelir durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir($F=248,243$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,332$). Farkın nedeni gelir durumu iyi

olanların yaşam doyumu toplam puanlarının gelir durumu orta olanların yaşam doyumu toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Gelir durumu iyi olanların yaşam doyumu toplam puanlarının gelir durumu kötü olanların yaşam doyumu toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Gelir durumu orta olanların yaşam doyumu toplam puanlarının gelir durumu kötü olanların yaşam doyumu toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$).

Hastaların yaşam doyumu toplam puanları sosyal güvencesine göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0.05$).

Başka hastalığı olanların yaşam doyumu toplam puanları ($x=14,185$), başka hastalığı olmayanların yaşam doyumu toplam puanlarından ($x=15,516$) düşük bulunmuştur($t=-5,077$; $p=0<0.05$; $d=0,328$; $\eta^2=0,025$).

Hastaların yaşam doyumu toplam puanları hastalık süresine göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0.05$).

Hastaların yaşam doyumu toplam puanları hastalığın evresine göre anlamlı farklılık göstermektedir($F=23,813$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,067$). Farkın nedeni hastalığın evresi 1. Evre olanların yaşam doyumu toplam puanlarının hastalığın evresi 2. Evre olanların yaşam doyumu toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Hastalığın evresi 1. Evre olanların yaşam doyumu toplam puanlarının hastalığın evresi 3. Evre olanların yaşam doyumu toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Hastalığın evresi 2. Evre olanların yaşam doyumu toplam puanlarının hastalığın evresi 3. Evre olanların yaşam doyumu toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Hastalığın evresi 1. Evre olanların yaşam doyumu toplam puanlarının hastalığın evresi 4. Evre olanların yaşam doyumu toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Hastalığın evresi 2. Evre olanların yaşam doyumu toplam puanlarının hastalığın evresi 4. Evre olanların yaşam doyumu toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$).

Hastaların yaşam doyumu toplam puanları bir yıl öncesine göre sağlığın değerlendirilmesine göre anlamlı farklılık göstermektedir($F=35,783$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,067$). Farkın nedeni bir yıl öncesine göre sağlığın değerlendirilmesi iyi olanların yaşam doyumu toplam puanlarının bir yıl öncesine göre sağlığın değerlendirilmesi orta olanların yaşam doyumu toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Bir yıl öncesine göre sağlığın değerlendirilmesi iyi olanların yaşam doyumu toplam puanlarının bir yıl öncesine göre sağlığın değerlendirilmesi kötü olanların yaşam

doyumunu toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Bir yıl öncesine göre sağlığın değerlendirilmesi orta olanların yaşam doyumu toplam puanlarının bir yıl öncesine göre sağlığın değerlendirilmesi kötü olanların yaşam doyumu toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$).

Hastaların yaşam doyumu toplam puanları günlük işlerde değişiklik yaşama durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir($F=54,067$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,098$). Farkın nedeni günlük işlerde değişiklik yaşama orta olanların yaşam doyumu toplam puanlarının günlük işlerde değişiklik yaşama iyi olanların yaşam doyumu toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Günlük işlerde değişiklik yaşama kötü olanların yaşam doyumu toplam puanlarının günlük işlerde değişiklik yaşama iyi olanların yaşam doyumu toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$). Günlük işlerde değişiklik yaşama orta olanların yaşam doyumu toplam puanlarının günlük işlerde değişiklik yaşama kötü olanların yaşam doyumu toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$).

Duygu durumunda değişiklik yaşayanların yaşam doyumu toplam puanları ($x=14,402$), duygu durumunda değişiklik yaşamayanların yaşam doyumu toplam puanlarından ($x=15,606$) düşük bulunmuştur($t=-4,690$; $p=0<0.05$; $d=0,296$; $\eta^2=0,022$).

Bir hemşirenin bakım vermesini isteyenlerin yaşam doyumu toplam puanları ($x=13,713$), bir hemşirenin bakım vermesini istemeyenlerin yaşam doyumu toplam puanlarından ($x=15,596$) düşük bulunmuştur($t=-6,934$; $p=0<0.05$; $d=0,469$;

7. TARTIŞMA

Literatürde kırılgnalık ve umutsuzlukla ilgili birçok çalışma yapılmasına rağmen kanser hastalarının kırılgnalık, umutsuzluk ve yaşam doyumları düzeylerini aynı anda inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada tek bir kanser türü bakılmaksızın 1002 18 yaş üstü kanser hastasında kanserin evresi, aldığı tedavi, mesleği, yaşadığı kişiler, hemşire bakımı isteyip istemediği gibi sağlık durumları incelendi. Edmonton Kırılgnalık Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Yaşam Doyum Ölçeği kullanılarak kırılgnalık, umutsuzluk ve yaşam doyum düzeyleri ölçüldü. Ayrıca sosyo-demografik bilgileri de sorularak kırılgnalığın hastalık durumlarına etkileri öğrenilmeye çalışıldı.

Bu bölümde çalışmadan elde edilen bulgular kırılgnalık ile birlikte sosyo-demografik özellikler, kırılgnalık, umutsuzluk ve yaşam doyumunu olmak üzere dört başlık altında sunulmuştur.

7.1. Kanser Hastalarının Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 56 olarak bulunmuştur. Yaş gruplandırmasına göre hastaların; %10,8' 40 yaş ve altı, %18,8'i 41-50, %32,1'i 51-60, %24,7'si 61-70, %13,7'si 70 yaş ve üzeri gruplardan oluşmaktadır. Yaş aralığının 61-97 olduğu bir çalışmada yaş ortalaması 76 olarak bulunmuş fakat daha genç yaş hastalar çalışmaya dahil edilmediğinden çalışmamıza benzer katkısı olmamıştır (108). Kırılgnalığın daha çok geriatrik hastalarda incelendiği düşünülürse, bu yaş ortalaması sonucu ile kırılgnalık diğer yaş grubu ve farklı hastalık türleriyle birlikte de incelenebilir.

Çalışmaya katılanların %49,2'si kadın olarak bulunmuştur. Yaşlılarda kanser ve kırılgnalık oranlarının incelendiği bir çalışmada 562 hastanın %73'ü kadın olarak bulunmuştur (108). Bir başka çalışmada da kadın hastaların oranı erkek hastalara oranla fazla bulunmuştur, bunun nedeni olarak meme ve over kanseri tanılı hastalarının sayıca fazla olduğu düşünölmektedir (49).

Çalışmaya katılan 1002 bireyin 886'sı evli olarak bulunmuştur. 186 kanser hastasıyla yapılan bir çalışmada hastaların %81,7'sinin evli olarak bulunduğu gözlemlenmiştir (110).

Çalışmaya katılan bireylerin %83,3'ü çocuk sahibi bireylerden oluşmaktadır. Atakul'un (2017) çalışmasında da hastaların 88'inin çocuk sahibi olduğu belirtilmiştir (83).

Çalışmaya katılan bireylerin 426'sı lise mezunu hastalardan oluşmaktadır. Bu sayı toplam hastalar içerisinde %42,5 olarak gerçekleşmiştir. Çalışmaya katılanların 334'ü %33,3 oranla ilkokul mezunu bireylerdir. Hastaların %19,4'ü üniversite mezunudur. En düşük oran %2,0 ile yüksek lisans/doktora mezunlarını kapsamaktadır. Yapılan bir çalışmada meme kanserli kadınların üniversite ve üzeri eğitim düzeyinde olduğu, erkek hastaların ise lise mezunu oldukları belirtilmiştir (49). Armay ve arkadaşlarının çalışmasında da 203 hastanın %23,7'si üniversite ve üzeri eğitim seviyesinde bulunmuştur (111).

Çalışmaya katılan bireylerin meslek durumları incelendiğinde; %29,3'ü ev hanımı, %19,3'ü serbest meslek, %16,6'sı memur, %17,9'u emekli, %17'si diğer (ticaret ile uğraşan, pazarcı, çiftçi, hayvancı) meslek gruplarından bireyleri oluşturmaktadır.

Çalışmaya katılan bireylerin %73,3'ü eşleriyle birlikte yaşamaktadır. %18,2'si çocuk ya da akrabası ile %6,6' yalnız, %2'si bakıcı ile birlikte yaşayan bireyleri oluşturmaktadır.

Çalışmaya katılan bireylerin gelir durumlarını incelediğimizde, katılan hastaların %65,6'sı orta gelir seviyesindedir. %27,2'sinin gelir seviyesi iyi, %7,2'sinin gelir seviyesi kötü olarak bulunmuştur. Yapılan literatür incelemesinde hastaların gelir düzeyinin iyi olduğu bir çalışmaya rastlanmış, bu farkın çalışmanın özel bir hastanede yapılmasından kaynaklı olduğu belirtilmiştir (49).

Sosyal güvence bakımından bireyleri incelediğimizde %95,8'inin sosyal güvencesinin olduğu sonucuna varılmıştır. Çalışmamızla benzer şekilde literatürde hastaların sosyal güvencelerinin olma oranının yüksek olduğu çalışmalar bulunmuştur (49,83,111).

Bireylerin uygulanan tedavilerini incelediğimizde %77,8'nin kemoterapi aldığı, %13,9'unun destek tedavi/palyatif bakım gördükleri sonucuna varılmıştır.

Kırılgnlık birçok nedenin etkileşimiyle karakterize bir sendromdur ve yalnızca yaşlılık veya tek bir hastalık nedeni ile bağdaştırılmamalıdır. Çalışmaya katılan hastaların tanılarını gruplandırarak incelediğimizde; %13,8' akciğer kanseri, %12,8'i meme kanseri, %21,4'ü kolorektal kanserleri, %2,4'ü beyin kanserleri, %6,7'si jinekolojik kanserler, %11,7'si üriner sistem kanserleri, %3,3'ü baş-boyun kanserleri, %16,1'i gastrointestinal kanserler, %6,1'i karaciğer kanserleri, %5,9'u diğer (yumuşak doku, liposarkom, periampuller tümör, kondrosarkom, malign melanom, osteosarkom) olarak dağılmaktadır. Yapılan epidemiyolojik bir çalışmada Avrupa'da erkeklerde %15,9 oranında akciğer kanseri görüldüğü, kadınlarda %12,7 oranında meme kanseri görüldüğü saptanmıştır (112).

Hastaların %60,7'si başka bir hastalıklarının olmadığını, %39,3' ü ek başka hastalıklarının olduğunu belirtmişlerdir.

Hastalar hastalık süresine göre çalışmaya katılan hastaların; %19,8'i 1-5 ay, %22,1'i 6-11 ay, %22,1'i 1-2 yıl, %27,5'i 3-4 yıl, %8,6'sı 4 yıl üzeri olarak dağılmaktadır.

Hastaların %79,6'sının kemoterapi, %11,2'sinin radyoterapi, %7,7'sinin immünoterapi aldığı, %14,4'ünün palyatif bakım tedavisi gördüğü bulundu. Evre 3 ve Evre 4 hastaların kemoterapi alma durumlarının incelendiği bir kohort çalışmada ileri yaş grubundaki hastalara kemoterapi verme oranının düşük olduğu belirtilmiştir (113,114). Kanser hastalarında kemoterapi öncesi kırılgnlığın incelendiği bir çalışmada palyatif tedavi gören erkek hastaların oranı daha yüksek bulunmuştur (113).

Çalışmaya katılan kanser hastalarının %14,3'ü 1. Evre, %57,3'ü 2. Evre, %24,5'i 3. Evre, %4,0'ü 4. Evre olarak dağılmaktadır. Cinsiyete göre yapılan bir çalışmada 4. Evre kanser hastalığının erkeklerde daha yüksek oranda bulunduğunu belirtilmiştir (113).

Hastaların sağlık durumlarının bir yıl öncesi ile kıyaslandığı soruda %34,6'sı iyi, %49,7 sinin orta, %15,7'si kötü düzeyde bir sağlık durumu olduğu sonucuna varılmıştır.

Çalışmaya katılan hastaların %50,5'i son bir ay içinde günlük işlerini yapmakta sıkıntı yaşamadıklarını belirtmiştir. Hastaların son bir ayda duygu durumlarında değişiklik olduğunu belirtenlerin oranı %50,9 olarak bulunmuştur.

1002 hastanın %68'i kendilerine bir hemşirenin bakım sağlamasını istememektedir. Yapılan bir çalışmada hastaların çoğu ilaçlarını evde kendileri alabildiğini belirtmiş, bir sorun yaşadığında doktoruna ya da hemşiresine kolayca ulaşabildiği için sıkıntı yaşamadıklarını bildirmişlerdir (49).

7.2. Kanser Hastalarının Edmonton Kırılgnlık Ölçeği Bulgularına İlişkin Sonuçların Tartışılması

Yapılan literatür taramasında kırılgnlık kanser hastalarında incelenirse de genel olarak geriatrik hastalarda değerlendirilmektedir. Çalışmamızda kanser hastalarında da yaş ayırt etmeksizin kırılgnlığın değerlendirilebileceği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan kanser hastalarının %41,6'sı kırılgn değil, %18,4'ü görünürde savunmasız, %15,1'i hafif kırılgn, %14,5'i şiddetli kırılgn, %10,5'i orta kırılgn olarak bulunmuştur. Akbıyık I. (2017) çalışmasında hastaların %60'ı kırılgn olarak bulunmuştur. Brezilya'da yapılan bir çalışmada hastaların %51,8'i kırılgn olarak ölçülmüştür (116). 380 yaşlı hastada yapılan bir çalışmada hastaların %83'ünde kırılgnlık durumu gözlemlenmiştir (117).

Çalışmaya katılan hastaların yaş değişkeni bakımından incelendiğinde; çalışmamızda yaş ortalaması 56 olarak bulunmuş, yaş oranı arttıkça kırılgnlığın arttığı (yaş 61-70>yaş 41-50, yaş 51-60>yaş 40 ve altı, yaş 61-70> yaş 51-60) gözlemlenmiştir. Kırılgnlığın yalnızca kronolojik yaş ile değerlendirilemeyeceğini belirten bir çalışmada, hastalıklara sekonder olarak da gelişebileceği belirtilmiştir (118). 906 kişide yapılan bir kırılgnlık çalışmasında yaş ortalaması 71,6 olarak bulunmuştur (119). Ülkemizde 65 yaş yaş üstü hastalarda yapılan bir kırılgnlık çalışmasında da yaş oranının arttıkça kırılgnlığın artacağını gösteren benzer bir çalışma bulunmaktadır (117).

Çalışmaya katılan hastaların cinsiyet değişkenine göre Edmonton Kırılgnlık Ölçeği (EKÖ) puanlarını değerlendirdiğimizde cinsiyet değişkeninin anlamlı bir farklılık göstermediği gözlemlenmiştir. Yapılan bir başka çalışmada kadın hastaların kırılgnlık düzeylerinin daha yüksek oranda bulunduğu belirtilmiştir (83).

Medeni durum değişkeninin EKÖ ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Literatür incelediğimizde bir çalışmada; bekar olan hastaların evli olan hastalara göre kırılgnlık düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Evli olan hastaların eşlerinin yanında kendilerini daha güvende hissettiklerini

belirttikleri görülmüştür (83). Literatürden farklı olarak bizim çalışmamızda evli olan bireylerin bekar olan bireylere oranla kırılma puanları yüksek bulunmuştur. Bu durumun, evli olan bireylerin aile içi sorumluluklarını yerine getirememesi ve maddi manevi bir başka bireye bağımlı olma zorunluluğu nedeniyle kırılma puanı arttırabileceği düşünülmektedir.

Hastaların çocuk sahibi olma değişkeni bakımından EKÖ sorularına verdikleri yanıtları değerlendirdiğimizde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Bir başka ifade ile çocuk sahibi olma durumu kırılma puanı etkilemektedir. Atakul'un (2017) çalışmasında çocuk sayısı incelenmiş, sahip olunan çocuk sayısının fiziksel yıpranmaya neden olabileceği belirtilmiştir (83). Literatüre benzer şekilde bizim çalışmamızda da çocuk sahibi olanların çocuk sahibi olmayanlara oranla kırılma puanları yüksek bulunmuştur.

Eğitim durumlarının değerlendirildiği bir başka değişkene baktığımızda, EKÖ sorularına verilen cevapların analiz sonuçları açısından anlamlı bir fark olduğu gözlemlenmiştir. Hastaların eğitim durumları kırılma puanı etkilemektedir. Hastaların eğitim durumlarına göre okur-yazar olmayan, ilköğretim-ortaokul mezunu, lise ve üzeri eğitim almış olarak değerlendirildiği bir çalışmada eğitim düzeyinin yüksek olduğu hastaların kırılma puan düzeyinin yüksek olduğu bulunmuştur (113). Eğitim düzeyi ile kırılma puanının incelendiği başka bir çalışmada da 4 yıldan kısa eğitim alan hastalarda kırılma puanının yüksek olduğu bulunmuştur (96). 2011 yılında Tayvan'da yapılan bir çalışmada eğitim durumunu 0 yıl, 0-7 yıl, 7 yıl ve üzeri olarak ayırmış ve kırılma puanı ile anlamlı bir fark olduğu sonucuna varılmıştır (120). Atakul'un (2017) çalışmasında elde edilen verilere göre ilköğretim düzeyindeki hastaların hijyen, ilaç kullanımı gibi durumlara uyumlarının düşük olabileceğinden kırılma puan düzeylerinin yükseldiği belirtilmiştir (83).

Meslek değişkeni bakımından çalışmaya katılan hastaların EKÖ cevapları kıyaslandığında anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna varılmıştır. Çalışmamızda ev hanımı ve emekli olan hastaların kırılma puanlarının serbest meslek, memur ve diğer meslek (ticaretle uğraşan, sanayide çalışan, çiftçi, hayvancı) grubundaki bireylerden yüksek olduğu bulunmuştur. Bunun nedeni olarak bireylerin bir meslek koluyla uğraşmaları, iş hayatında aktif olarak bulunmaları sağlık algısını da yükselteceğinden kırılma puan düzeyinin düşük olabileceğini düşündürmesidir.

Hastaların kırılgnlık toplam puanları kiminle yaşandığına göre anlamlı farklılık göstermektedir. Çalışmamızda çocuk/akraba ile yaşayan hastaların kırılgnlık puanları eşleri ile yaşayan hastaların kırılgnlık puanlarından yüksek bulunmuştur. Atakul'un (2017) kanser hastalarında kırılgnlığın incelendiği çalışmasında hastaların çocuk veya arkadaşlarıyla yaşayan grupta olanların kırılgnlıklarının yüksek olduğu belirtilmiştir. Bunun nedeni olarak hastaların bakım gereksinimlerinin artması gösterilmiştir (83).

Çalışmaya katılan hastaların gelir durumu incelendiğinde EKÖ anket maddeleri için anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Bir başka ifade ile hastaların gelir durumları kırılgnlığı etkilemektedir. Çalışmamızda gelir durumu kötü olan bireylerin gelir durumu iyi olan bireylere oranla kırılgnlık puanları yüksek bulunmuştur. Amerika'da yapılan bir çalışmaya göre sosyo ekonomik düzeyi yeterli olan hastaların kırılgnlık düzeylerinin düşük olduğu bildirilmiştir (108,121). Çeşitli Avrupa ülkeleri, Kore'de yapılan çalışmalarda da düşük gelir düzeyinin kırılgnlığı etkilediği çalışmalara rastlanmıştır (122,123). Gelir düzeyinin incelendiği bir başka çalışmada; kişisel bakım gereksinimleri, beslenme gibi temel gereksinimleri karşılamada zorlanan bireylerin daha kırılgn olduğu düşünölmektedir. (124,125).

Edmonton Kırılgnlık Ölçeği ile hastaların sosyal güvencelerinin olup olmadığını kıyasladığımızda, sosyal güvence olup olmamasının kırılgnlığı etkilemediği gözlemlenmiştir.

Başka hastalığı olma durumunu incelediğimizde; başka hastalığı olanların toplam puanları, başka hastalığı olmayanların kırılgnlık toplam puanlarından yüksek bulunmuştur. Ek hastalığı olan kanser hastalarının tedavi ve bakım ihtiyaçlarının artması ve bakım yükünün maddi, manevi etkilenmesine sebep olması beklenebilir.

Çalışmaya katılan hastaların hastalık süreleri ile EKÖ ortalaması arasında anlamlı farklılık olduğu sonucu bulundu. Çalışmamızda hastalık süresi uzadıkça kırılgnlık puanının arttığı gözlemlenmiştir. Çalışmamıza benzer şekilde literatürde; hastaların tanı sürelerinin uzadıkça kırılgnlıklarının artacağını belirten çalışmalar bulunmuştur. Bunun nedeninin hastalığın uzamasıyla hastanede yatış sıklığı ve süresinin artması, daha çok bakım yardımı gereksinimi, fiziksel ve psikolojik yıpranma, sosyal hayattan izole olma durumlarının devamlılığı olduğu belirtilmiştir (83,126,127).

Çalışmaya katılan hastaların hastalık evresi bakımından EKÖ ile değerlendirdiğimizde, hastalık evresinin kırılabilirliği etkilediği sonucuna varılmaktadır. Hastalık evresi ilerledikçe bakım yükü, hasta ve yakınlarında yıpranma, tedaviye yanıt alamama, umudu kaybetme gibi psikolojik etkilerden dolayı kırılabilirliğin artacağı düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların klinik tanıları ile EKÖ ortalaması kıyaslandığında; klinik tanının kırılabilirliği etkilediği gözlemlenmiştir. Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda Avrupa'da akciğer kanseri oranının %15,9 olduğu, prostat kanserinden sonra ikinci sırada olduğu belirtilmiştir. Kadınlarda ise meme kanseri kolorektal kanserlerden sonra akciğer kanseri oranı %12,7'lik yüzdeyle üçüncü sıradadır (112). İlkan ve Bakkaloğlu'nun (2019) yaptığı bir çalışmada hastaların kırılabilirlik durumları kırılabilir olan ve kırılabilir olmayan olarak iki gruptan incelenmiştir. Kırılabilir olmayan gruptaki hastaların %33,3'ü prostat, %10,4'ü meme, %8,3'ü kolon olarak belirtilmiştir. Kırılabilir olan grupta ise hastaların %33,3'ü prostat, %5,3'ü kolon, %4'ü meme kanseri olarak belirtilmiştir. Fakat bu çalışmada hastaların kanser tanınma oranları incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirtilmiştir (108). Literatürde kanser ve kırılabilirlik ile yapılan çalışmalar genellikle geriyatrik kanser hastaları ile yapıldığından, bu durum çalışmamızda kısıtlılıklara neden olmaktadır.

Uygulanan tedavi açısından hastaları değerlendirdiğimizde; EKÖ anket maddeleri için uygulanan tedavi değişkeni bakımından anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Kanser hastalarında iki siklusa uygulanan kemoterapinin etkilerinin incelendiği kırılabilir kanser hastalarının tamamının uygulanan tedaviden etkilendiği gözlemlenmiştir (113). Crawford ve ark 2962 hastada yaptığı bir çalışmada farklı kanser türlerinde kemoterapi alan hastaların nötrojeni, febril nötrojeni yaşadıkları belirtilmiştir (128). Palyatif amaçla kemoterapi alan hastaların, yaşanan semptomlar ve genellikle son evre hastalar olmaları nedeniyle kırılabilirliği etkileyebileceği görüşü mevcuttur (113). Bir başka çalışmaya dahil edilen hasta grubu; kemoterapi alan, kemoterapi sonrası kan ürünü alan ve kontrol hastası olarak uygulanan tedavi açısından değerlendirilmiş ve kemoterapi alan hastaların kırılabilirlik düzeylerinin daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir (83).

Hastaların bir yıl öncesi sağlık durumlarının kırılabilirliği etkilediği görülmektedir. Çalışmamızda sağlık durumunun orta olduğunu belirten 497 hasta

mevcuttur. Literatür taramasında çalışmamızla uyumlu şekilde, kanser hastası olma durumuna göre kırılma olma durumu %43, kalp yetmezliği, KOAH gibi kronik hastalığı bulunan hastaların %50'den fazlasının kırılma olduğu görülmüştür (118).

Hastaların kırılma toplam puanları günlük işlerde değişiklik yaşama durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir. Günlük işlerini yapmakta sıkıntı çekmediğini belirten ya da günlük işlerini yapmakta orta düzeyde zorluk çeken hastaların kırılma puanları günlük işlerini yapmakta zorlanan hastalara oranla düşük çıkmıştır.

Çalışmaya katılan hastaların duyu durumlarında değişiklik yaşama durumlarını incelediğimizde; değişiklik yaşayan hastaların kırılma puanlarının yaşamayan hastalara oranla yüksek olduğu bulunmuştur. Bir başka ifade ile duyu durumundaki değişiklik kırılma etkilemektedir.

Çalışmaya katılan hastaların sağlık durumlarından dolayı hemşire bakımı istemeleri durumu EKÖ ile değerlendirildiğinde anlamlı bir fark olduğu gözlemlenmiştir. Bu durumda hemşire bakımı isteyip istememe durumu kırılma etkilemektedir. Bir çalışmada hastalardaki fiziksel kırılmanın egzersiz, yeterli beslenme, hastalığa uygun tedavi düzenlenmesi ve yeterli D vitamini alımı ile önlenileceği gözlemlenmiştir (118,119). Bu sonuçtan hareketle kırılma kanser hastalarında yalnızca hemşire bakımı değil, hastaya etkin bir başka bakım vericinin olması da hastanın kırılma olup olmama durumunu etkileyebileceği düşünülebilir.

Hastaların toplam kırılma puan ortalaması $5,71 \pm 3,98$ olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre hastaların %41,5'i kırılma değil olarak değerlendirilmiştir. Literatür taramasında Atakul'un (2017) çalışmasında hastaların kırılma puan ortalamaları $5,59 \pm 3,126$, %60'ı kırılma olarak bulunmuştur. Yaşlı kanser hastaları ile yapılan bir başka çalışmada hastaların %83'ünün kırılma süreci yaşadığı tespit edilmiştir (117).

7.3. Kanser Hastalarının Beck Umutsuzluk Ölçeği Bulgularına İlişkin Sonuçların Tartışılması

Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) ile yaş değişkenini değerlendirdiğimizde anlamlı farklılık olduğu gözlemlenmiştir. 70 yaş ve üzeri, 61-70 yaş arası, 51-60 yaş arası hastaların umutsuzluk puanlarının 41-50 ile 40 yaş ve altı hastalardan daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Belirtilen yaş gruplarının umutsuzluğu etkilediği

düşünülmektedir. Yapılan literatür incelemesinde çalışmamızdan farklı olarak yaş değişkeninin umutsuzluğa etkisinin olmadığını gösteren çalışmalar bulunmuştur (131,49,132,133). Yıldırım ve ark. larının çalışmasında da yaş değişkeninin umutsuzluğa etkisinin olmadığı bulunmuştur (134).

Beck Umutsuzluk Ölçeğinden (BUÖ) elde edilen bulguların cinsiyete göre değişip değişmediği incelendiğinde elde edilen puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlemlenmiştir. Bu sonuca göre cinsiyet değişkeninin umutsuzluğu etkilediği düşünülmemektedir. Umutsuzluk ve kanser ile ilgili yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde de cinsiyet değişkeninin umutsuzluğa etkisinin olmadığı görülmüştür (27,131,134). Irak'ta yapılan bir çalışmada da cinsiyetin umutsuzluğa etkisinin olmadığını gördüğü bir çalışmaya da rastlanmıştır (135).

Medeni durum değişkeninin BUÖ sorusu bulguları incelendiğinde çıkan sonuçlarda anlamlı bir farklılık olduğu, evlilerin umutsuzluk puanlarının bekarlardan yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Çalışmamızla benzer sonuca ulaşan bir çalışmada bekar hastaların evli hastalara oranla umutsuzluk düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (35). Ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre eşlerinden sosyal destek alan kanser hastalarının umutsuzluk düzeylerinin daha az olduğu sonucu görülmektedir (136). Medeni durum ile umutsuzluğun incelendiği diğer çalışmaları incelediğimizde çalışmamızdan farklı olarak medeni durumun umutsuzluğu etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır. Bu durumda çalışmamızla diğer çalışmalar arasında farklılık görülmüştür. (27,49,131,134). Akgün Şahin ve ark. (2013) ile Bener ve ark. (2017)'nin yaptıkları çalışmalarda ise medeni durumun umutsuzluğu etkilediği sonucu bulunmuştur (137,138). Bu farklılıkların sebebinin çalışmaların yapıldığı hasta gruplarının kültürel ve sosyal özelliklerinin olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların çocuk sahibi olma durumlarına göre BUÖ'ne verdikleri yanıtları incelediğimizde, çocuk sahibi olma değişkeni ve BUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür. Çocuk sahibi olan bireylerin çocuk sahibi olmayanlara göre umutsuzluk puanları yüksek bulunmuştur. Yapılan bir çalışmaya göre bireyin evlilik ve çocuk sahibi olma gibi durumları umutsuzluk ile ilişkili olabileceği görüşündedir (139).

Çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları bakımından değerlendirilmesini kıyasladığımızda, eğitim durumuna göre BUÖ'ne verdikleri yanıtlar sonucunda

anamlı bir fark olduğu gözlemlenmiştir. Literatürde eğitim durumunun umutsuzluğa etkisinin olduğunu belirten çalışmalar olduğu kadar (131,132,137,140), etkisinin olmadığını belirten çalışmalara da rastlanmıştır(27,49,133,135).

Meslek değişkeninin BUÖ ile değerlendirilmesinde hesaplanan p değeri 0,05'ten küçük bulunduğundan anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir. Emekli olanların umutsuzluk puanlarının memur ve serbest meslek grubu hastalardan yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Çalışmamızdan farklı olarak Kayış A (2009)'nın çalışmasında meslek değişkeni ile umutsuzluk arasında anlamlı bir fark olmadığı sonucuna ulaştığı gözlemlenmiştir (49).

Hastaların umutsuzluk toplam puanları kiminle yaşadığına göre anlamlı farklılık göstermektedir. Çalışmamızı destekler şekilde literatürde ailesi ile yaşayan bireylerin umutsuzluk ve sosyal destek algısının yüksek olduğunu gösteren çalışmaya rastlanmıştır (56).

Gelir durumunun BUÖ'ne göre çıkan sonucunda; gelir durumunun umutsuzluğu etkilediği gözlemlenmiştir. Kayış A (2009), Yıldırım ve ark. (2009) çalışmalarını incelediğimizde gelir değişkeni ile umutsuzluk arasında anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaştıkları gözlemlenmiştir (49,134). Gündüz'ün (2019) yaptığı çalışmada gelir düzeyi ile umutsuzluk arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür (27). Benzer şekilde çalışmamızla benzer şekilde Bener ve ark (2017) çalışmasında gelir durumu ve umutsuzluk arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (138). Kavradım ve Özer (2014)'in çalışmasına göre kanserin sebep olduğu sosyoekonomik sorunlar hastanın yaşam kalitesini etkilemekte bu durumun da umutsuzluğu etkilediği gözlemlenmiştir (25). Yine çalışmamızın gelir düzeyi ve umutsuzluk ile ilgili değerlendirmesine benzer olarak anlamlı fark bulunan başka çalışmalara rastlanmıştır (141,142).

Hastaların sosyal güvenceleri olup olmadığı değişkeni incelendiğinde BUÖ bakımından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Sosyal güvencenin umutsuzluğu etkilediği düşünülmemektedir. Çalışmamızla benzer sonuca ulaşılan çalışmaların olduğu yapılan literatür taramasında da gözlemlenmiştir (49,134).

Başka hastalığı olanların umutsuzluk toplam puanları, başka hastalığı olmayanların umutsuzluk toplam puanlarından yüksek bulunmuştur. Başka bir hastalık olma durumunun umutsuzluğu etkilediği gözlemlenmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların klinik tanıları ile BUÖ ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu gözlemlenmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların hastalık süreleri ile BUÖ bakımından değerlendirilmesinde hastalık süresi ile umutsuzluk arasında anlamlı bir fark olduğu gözlemlenmiştir. Hastalık sürelerinin gruplandırılmasını incelediğimizde de süre uzadıkça umutsuzluk puanının arttığı gözlemlenmiştir (2-3 yıl>1-5 ay, 4 yıl üzeri>1-5 ay, 4 yıl üzeri>6-11 ay,4 yıl üzeri>1-2 yıl,4 yıl üzeri>3-4 yıl). Yıldırım ve ark (2009) çalışmasında hastalık süresi değişkeni ile umutsuzluk arasında anlamlı bir fark olmadığı görüldüğü çalışmamız ile uyum olmadığını göstermektedir (134). Bir başka çalışmada ise çalışmamızla uyumlu olarak, hastalık süresi arttıkça umutsuzluk düzeyinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır (83). Gümüş ve ark (2011) çalışmasında kronik hastalığın süresinin uzadıkça hastaların pozitif algılarının azalacağı ve umutsuzluğa sebep olacağı belirtilmektedir (143).

Çalışmaya katılan hastaların uygulanan tedavileri değişkeninin umutsuzluğu etkilediği gözlemlenmiştir. Kayış'ın (2009) çalışmasında hastaların 98,9'u uygulanan kemoterapiden fayda göreceklarine inandıklarını belirtmişlerdir (49). 43 hasta ile yapılan bir diğer çalışmada hastaların %90,7'si uygulanan tedavinin kendilerine fayda edeceğine inandıklarını belirtmişlerdir (144). Literatür bulguları da çalışmamızın sonucunu destekler niteliktedir.

Çalışmaya katılan hastaların hastalık evrelerini Beck Umutsuzluk Ölçeği sorularına verilen cevapları kıyasladığımızda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Hastalık evreleri kıyaslandığında Evre 2-3-4 olan hastaların umutsuzluk puanlarının Evre 1'den yüksek olduğu, Evre 3-4 olan hastaların umutsuzluk puanlarının Evre 2'den yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Bu durumda hastalık evresinin umutsuzluğu etkilediği düşünülebilir. Yapılan bir araştırmada erken evre hastaların umutsuzluk puanlarının düşük olduğu gözlemlenmiştir (142). Bu çalışma ile bizim çalışmamızın sonucu desteklenmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların bir yıl öncesine ait sağlık durumları BUÖ ile kıyaslandığında umutsuzluğu etkilemektedir. Yapılan bir araştırmada hastalık süresi uzadıkça umutsuzluğun arttığı görülmüştür (49).

Hastaların umutsuzluk toplam puanları günlük işlerde değişiklik yaşama durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir. Günlük işlerini yapmada zorluk çeken hastaların umutsuzluk puanlarının yüksek olduğu çalışmamızda belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların duygu durumunda değişiklik yaşayanların umutsuzluk toplam puanları, duygu durumunda değişiklik yaşamayanların umutsuzluk toplam puanlarından yüksek bulunmuştur. Duygu durumundaki değişikliğin umutsuzluğa anlamlı bir etkisi vardır.

BUÖ ile hastaların sağlık durumlarından dolayı hemşire bakımı isteyip istememe durumları değerlendirildiğinde istatistiksel olarak umutsuzluğu etkilediği sonucuna varılmıştır. Kanser hastalarının hastalık algısı ve umutsuzluk düzeylerinin incelendiği bir çalışmada bireylerin bir sorun yaşadıklarında hemşirelerine ulaşmada sıkıntı yaşamadıkları ve umutsuzluk düzeylerinin düşük olduğu belirtilmiştir (49).

Çalışmaya katılan hastaların umutsuzluk puan ortalamaları $7,32\pm7,40$ olarak bulunmuştur. Kayış A (2009)'nın çalışmasında umutsuzluk puan ortalaması 3.82 ± 4.28 olarak bulunmuştur. İncelenen bir başka çalışmada umutsuzluk puan ortalaması 4.57 ± 3.69 olarak bulunmuştur (134). Durak'ın genç yetişkinlerle yaptığı bir çalışmada umutsuzluk puan ortalamasının kadınlarda 3.69 ± 4.01 , erkeklerde 4.60 ± 4.36 bulunduğu gözlemlenmiştir (151). Çalışmamızın umutsuzluk puan ortalamasının diğer çalışmalara oranla yüksek bulunması umutsuzluk düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Kronik bir hastalık olan kanser birey ve yakınları için panik, karamsarlık, üzüntü, tedaviyi kabul etmeye uyum/uyumsuzluk gibi duygulara neden olmaktadır (30). Bireyin beklentileri tedaviye uyumu ve bireyin hastalığı kabullenme duygusunu etkiler. Bireyin beklentilerini gerçekleştirememesi, kontrolünü kaybetmesine ve çaresizliğe kapılmasına neden olur. Bu durum bireyde umutsuzluk olarak tanımlanır (26). Literatürde kanser hastalarının umutsuzluk düzeylerinin incelendiği yeterli çalışmaya rastlanmamıştır. Bir çalışmada, çalışmamızı destekler şekilde kırılganlık arttıkça umutsuzluğun da arttığı görülmüştür (134). Çalışmamızda kırılganlığın umutsuzluğa etkisini incelediğimizde, pozitif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiş, kırılganlık arttıkça umutsuzluğun arttığı gözlemlenmiştir.

7.4. Kanser hastalarının Yaşam Doyum Ölçeği Bulgularına İlişkin Sonuçların Tartışılması

Yaş değişkeni bakımından YDÖ (Yaşam Doyum Ölçeği) sorularını değerlendirdiğimizde yaş oranı düştükçe hastaların yaşam doyum puanlarının yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Bunun nedeni olarak daha genç yaştaki bireylerin tedaviye uyum, psikolojik baş etme, öz bakım gereksinimlerini yerine getirme durumları daha yüksek olacağından öznel iyilik hallerinin iyi olacağı beklenmekte ve bu durumun yaşam doyumunu yükselteceği beklenmektedir (95,97).

Yaşam doyum ölçeği soruları ile cinsiyete göre değişip değişmediğini araştırdığımızda; cinsiyetin yaşam doyumunu üzerinde anlamlı farklılık gösterdiği gözlemlenmiştir. Kadınların yaşam doyum puanları erkeklerin yaşam doyum puanlarından düşük çıkmıştır. Literatürde de çalışmamızı destekler şekilde kadın hastaların sosyal destekleri mevcutsa yaşam doyumlarının da yüksek olduğu belirtilmiştir (56).

Medeni durum değişkenini incelediğimizde anlamlı bir farklılık olmadığı gözlemlenmiştir. Meme kanserli hastaların yaşam doyumlarının incelendiği bir çalışmada çalışmamızdan farklı olarak, hastaların evlilik uyumu ve eş desteğinin yaşam doyumunu üzerinde etkili olduğu gözlemlenmiştir (42,43).

Çocuk sahibi olma değişkeni bakımından YDÖ incelendiğinde anlamlı bir farklılık olmadığı gözlemlenmiştir.

Kanser hastalarının eğitim durumları YDÖ ile karşılaştırıldığında her bir soru için p değeri anlamlılık düzeyinden küçük olduğundan ortalama olarak anlamlı bir farklılık olduğu, eğitim durumu ilk-ortaokul olan bireylerin yaşam doyum puanlarının lise, üniversite, yüksekokul mezunlarına oranla düşük olduğu sonucu görülmüştür. Diener ve Seligman'a göre (2004), bir toplumdaki bireylerin öznel iyi oluşu, refah düzeyleri, alabildikleri sağlık hizmetleri ve eğitim durumlarının yaşam doyumları ile ilintilidir (45). Bu bağlamda çalışmamızdan da çıkan verilere göre kişilerin eğitim durumlarının yaşam doyumunu etkilediği görüşüne varılabilir. Eğitim düzeyi, kendini gerçekleştirilme durumu ve refah düzeyi yüksek olan bireylerin yaşam doyumları da yüksek olabilir.

Çalışmaya katılan hastaların meslek değişkeni bakımından YDÖ ile kıyaslandığında ev hanımı, serbest meslek ve memur meslek grupları arasında anlamlı

bir fark olduğu gözlemlenmiştir. Ev hanımı olanların yaşam doyum puanlarının memur, emekli, serbest meslek ve emekli meslek gruplarından düşük olduğu sonucuna varılmıştır.

Hastaların yaşam doyumu toplam puanları birlikte yaşadığı kişiye göre anlamlı farklılık göstermektedir. Çalışmamızda eş ile yaşayanların yaşam doyumu toplam puanlarının çocuk-akraba ile yaşayanların yaşam doyumu toplam puanlarından yüksek bulunmuştur. Yalnız yaşayanların yaşam doyumu toplam puanlarının çocuk-akraba ile yaşayanların yaşam doyumu toplam puanlarından yüksek bulunmuştur. Huzur evinde yaşayan yaşlıların yaşam doyumlarının incelendiği bir çalışmada çocukları ile yaşayan kadın yaşlıların yaşam doyumlarının yüksek olduğu belirtilmiştir (145).

Gelir değişkeni bakımından YDÖ incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Bir başka ifade ile gelir durumu kötü olan bireylerin yaşam doyumu puanlarının düşük olduğu gözlemlenmiştir. Kanser hastalarının yaşam doyumlarının incelendiği bir çalışmada da bireylerin sosyal refah düzeylerinin yüksek olması yaşamdan aldıkları doyumun etkilendiğini göstermektedir (45).

Sosyal güvence olma durumu incelendiğinde; bireylerin sosyal güvencelerinin olup olmama durumunun yaşam doyumunu etkilemediği sonucu bulunmuştur. Yaşlıların %70,2'sinin başka sağlık sorunu olmadığını belirten bir çalışmada bu yaşlıların yaşam doyumlarının yüksek olduğu belirtilmiştir (145).

Başka hastalığı olanların yaşam doyumu toplam puanları, başka hastalığı olmayanların yaşam doyumu toplam puanlarından düşük bulunmuştur. Bir başka ifade ile başka hastalığı olma durumu yaşam doyumunu etkilemektedir.

Çalışmaya katılan hastaların hastalık süreleri bakımından incelendiğinde hastalık süresinin yaşam doyumunu etkilemediği sonucu bulunmuştur. Literatürde çalışmamızdan farklı olarak iyileşme sürecinin yaşam doyumunu etkilediğini belirten çalışmalar mevcuttur (146,147).

Hastalık evresi değişkeni YDÖ ile incelendiğinde; 1. Evre kanser hastalarının yaşam doyumlarının 2. Evre, 3. Evre ve 4. Evre kanser hastalarından yüksek olduğu sonucu bulunmuştur. Hastalık evresinin erken tanı ve ilk evre sürecinde olması umut düzeyini arttıracığından bireylerin yaşam doyumlarının da yüksek olması beklenebilir.

Çalışmaya katılan hastaların tanıları ile YDÖ soruları kıyaslandığında hastanın tanısının yaşam doyumunu etkilediği sonucu bulunmuştur. Literatürde çalışmamıza

katkıda bulunacak meme kanserli hastaların yaşam doyumu ve kolorektal cerrahi uygulanan kanser hastalarında yoganın yaşam doyumuna etkisinin incelendiği çalışmalara rastlanmış, bireylerin tanılarının yaşam doyumlarını etkilediği belirtilmiştir (95,146).

Hastaların uygulanan tedavi değişkeni bakımından YDÖ sorularına verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Kanser hastaları üzerinde yapılan çalışmalar incelendiğinde uygulanan tedavi ve hastalığa bağlı olarak çeşitli bedensel ve ruhsal sorunlar yaşandığı gözlemlenmiştir. Özellikle hastalığa bağlı olarak kemoterapi alan hastalarda sıklıkla depresyon, anksiyete, intihar düşüncesi, sosyal hayata uyum bozukluğu gibi problemlerin yaşandığı görülmüş, bu sıkıntılar doğrultusunda hastaların yaşam doyumlarının az olduğu belirtilmiştir (95,131).

Hastaların bir yıl öncesine ait sağlık durumları değerlendirildiğinde; bir yıl öncesine göre sağlık durumu iyi olanların sağlık durumu orta ve kötü olanlara göre yaşam doyumlarının yüksek olduğu sonucu bulunmuştur. Bu sonuca göre hastaların önceki sağlık durumları yaşam doyumlarını etkilemektedir. Çalışmamızla benzer şekilde yapılan bir çalışmada hastaların öznel iyi oluş halinin yaşam doyumunu etkilediği vurgulanmıştır (95).

Hastaların günlük işlerini yapmakta sıkıntı yaşama durumları incelendiğinde yaşam doyumunu anlamlı ölçüde etkilediği gözlemlenmiştir. Bireyin günlük işlerini yapmakta sıkıntı yaşaması yaşam doyumu puanının düşük olmasına neden olmaktadır. Çalışmamızı destekler şekilde bireyin öz bakım gücü arttıkça yaşam doyumunun da artacağını belirten çalışmalara rastlanmıştır (145,148).

Duygu durumunda değişiklik yaşayanların yaşam doyumu toplam puanları, duygu durumunda değişiklik yaşamayanların yaşam doyumu toplam puanlarından düşük bulunmuştur. Duygu durumunda değişiklik yaşama yaşam doyumunu etkilemektedir. Yapılan bir çalışmada kemoterapi alan, mastektomi yapılmış bireylerin tedavi öncesi ve sonrası duygu durumlarında değişme olduğu saptanmıştır (42). Arslan ve ark.larının çalışması da sonucumuzu destekler niteliktedir. Kemoterapi alan ve depresyon düzeyleri yüksek olan hastaların yaşam doyumlarının düşük olduğu belirtilmiştir (131).

Çalışmaya katılan hastaların sağlık durumlarından dolayı hemşire bakımı isteyip istememeleri YDÖ ile kıyaslandığında anlamlı bir fark olduğu gözlemlenmiştir. Bu durumda hastanın hemşire bakımı isteyip istememe durumları yaşam doyumunu etkilemektedir. Diener ve Seligman (2004)'a göre bireyin yaşam doyumunu ne kadar yüksekse kendisi için yardım alma isteği davranışı sergilemesi de yüksek oranda beklenebilir (38).

Çalışmamızın yaşam doyumunu puan ortalaması $14,99 \pm 4,10$ olarak bulunmuştur. 92 yaşlı bireyle yapılan bir çalışmada yaşam doyum puan ortalaması $21,89 \pm 5,87$ olarak bulunmuştur (95). Huzurevinde yaşayan yaşlılarla yapılan bir yaşam doyum çalışmasında puan ortalaması $20,3 \pm 5,9$ olarak bulunmuştur (145). Literatür ile çalışmamız sonuçlarını değerlendirdiğimizde, literatüre uyumlu olarak yaşam doyumunu arttıkça bireylerin iyilik halinin de artacağı düşünülmektedir.

Hastalar kanser tanısı aldığı günden itibaren psikolojik ve fiziksel yönden sıkıntılar yaşamaktadır. Bu süreçte birey yaşadığı sürece bağlı olarak bir savunmasızlık durumu yaşar (84). Bu durum hastalarda kırılabilirlik sürecini tanımlar. Kırılabilirlik yaşayan hastaların fiziksel ve ruhsal olarak yaşadıkları etkileri gözlemlendiğimizde genellikle bireylerin yaşamsal aktivitelerini sürdürmede zorlanma, başka bireylerin yardımına ihtiyaç duyma gibi sıkıntılar yaşarlar (84). Kanser tanısı almış hastalarda yaşanan bu durumlar bireylerde anksiyete, depresyon, tedaviye uyum sağlamada güçlük ve yaşamdan aldıkları doyumda azalma gibi duygular yaşandığı gözlemlenmiştir (95). Literatür ile uyumlu olarak çalışmamızda da yaşam doyumunun kırılabilirlik durumundan etkilendiği gözlemlenmiştir. Kırılabilirlik düzeyi hastalarda arttıkça yaşam doyumunu azalmaktadır.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

8.1. Sonuçlar

Araştırmamızda elde edilen sonuçlar aşağıda belirtilmektedir.

1. Çalışmaya katılan hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre yaş ortalaması 56,2 olarak bulunmuştur.
2. Çalışmaya katılan hastaların %73,3'ü eşi ile birlikte yaşamaktadır.
3. Çalışmaya katılan hastaların %77,8'i kemoterapi tedavisi görmektedir ve hastaların %13,8'i akciğer kanseridir. Hastaların %57,3'ü 2. Evre kanser hastasıdır.
4. Yaş değişkeni bakımından EKÖ, BUÖ ve YDÖ puanları anlamlı farklılık göstermiştir.
5. Umutsuzluk arttıkça yaşam doyumu azalır.
6. Umutsuzluk arttıkça kırılabilirlik artar.
7. Yaşam doyumu arttıkça kırılabilirlik azalır.

8.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

Kanser hastalarının hemşire bakım planında umutsuzluk durumları değerlendirilebilir ve umutsuzluk durumlarına yönelik girişimler planlanabilir.

Kırılabilirlik orta yaş düzeyindeki hastalarda da değerlendirilebilir, onkoloji servisleri, kemoterapi üniteleri ve onkolojik tedavi verilen diğer servislerde kanser hastalarının kırılabilirliklerini değerlendiren ölçekler kullanılması sağlanabilir.

Kanser hastalarında kırılabilirliğin yeterli sayıda incelenmediği yapılan literatür incelemesinde belirlenmiştir; bu nedenle daha spesifik şekilde ülkemiz ve dünya genelinde en yüksek oranda görülen kanser türlerinden başlayarak kırılabilirlik ile ilgili çeşitli çalışmalar yapılabilir.

Literatüre katkı sağlayacağı düşünüldüğünden, kanser hastalarında kırılabilirliğin etkisini inceleyecek çalışmalar devam ettirilmesi önerilmektedir.

Kırılabilir kanser hastalarının umutsuzluk düzeyleri, ülkemizde yüksek oranda görülen kanser tanılarında incelenmesi önerilmektedir.

Kırılğan kanser hastalarının yaşam doyumu düzeyleri, ülkemizde yüksek oranda görülen kanser tanılarında incelenmesi önerilmektedir.

Kanser Hastaların kırılğanlık düzeyleri belli aralıklarla değerlendirilmeli, özellikle kırılğanlık düzeyi yüksek olan hastaların umutsuzluk ve yaşam doyumu düzeyleri de incelenmeli, hemşireler kanser hastalarına bakım verirken bu sonuçları hemşirelik sürecine yansıtmalıdır. Bu nedenle sağlık profesyonellerinden hastayla en yakın ilişkide olan ve en fazla zaman geçiren hemşirelerin onkoloji alanlarında konuyla ilgili farkındalığını arttıracak eğitimler planlanmalıdır. Kırılğanlık konulu eğitimlere aile üyeleri ve bakım vericiler de dahil edilebilir.

Kanser hastalarının kırılğanlık düzeylerini sorgulayan farklı araştırmaların yapılması önerilmektedir.

9. KAYNAKLAR

1. Kutluk T, Kars A. Kanser Tanımı ve Önemi In: Kanser Konusunda Genel Bilgiler 2001.
2. Okanlı A, Karabulutlu E. Kanserli Hastalarda Psikososyal Uyumun Değerlendirilmesi. Ankara: Tıbbi Onkoloji Kitabı, 2006.
3. Oleske DM, Heinze S, Otte DM. The diary as a means of understanding the quality of life of persons with cancer receiving home nursing care. Cancer nursing, 1990; 13(3):158-166.
4. www.saglik.gov.tr Erişim Tarihi: 15.03.2020.
5. GLOBOCAN 2020 Database. <https://gco.iarc.fr/> (Erişim tarihi: 07/06/2021).
6. Türkiye’de kanser istatistikleri <http://www.tuik.gov.tr> Erişim tarihi:15.03.2020.
7. GLOBOCAN 2020 Database. [792-turkey-fact-sheets.pdf](https://gco.iarc.fr/792-turkey-fact-sheets.pdf) (iarc.fr) (Erişim tarihi: 07/06/2021).
8. Yılmaz M, Usluoğlu AK, Dişsiz G, Göçmen F, Alacacioğlu A. Kansere İlişkin Tutumları (kanser damgası) Ölçme Anketi.
9. Cho J, Smith K, Chai E-K, Kim I-R, Chanay Y-J, Park H-Y, et al. Public attitudes toward cancer and cancer patients.
10. Daştan NB, Buzlu S. Psikososyal distress. In: Can G, editor. Onkoloji hemşireliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2015. s. 551-66.
11. Hartley P, et al. Clinical frailty and functional trajectories in hospitalized older adults. A retrospective observational study. Geriatrics and gerontology international, 2017; 17(7):1063-1068.
12. Aslan Ö. Kanserli Hastalarda Umut. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2007;11(2).
13. Fried LP, Ferruci L, Dorer J, Williamson JD, Anderson Ca,. Untangling the concepts of disability, frailty and comorbidity, implications for improved targeting and care. The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences. 2004; 59(3):M255-M63.
14. Geriatriye Kanser Ağrısına Yaklaşım. Ege Tıp Dergisi. 2014: 53.
15. Kirkova J, Davis MP, Tiernan E, et al. Cancer symptom assessment instruments: A systematic review. J Clin Oncol 2006;24(9):1459-73.

16. Lee L, Heckman G, Molnar FJ. Frailty Identifying elderly patients at high risk of poor outcomes. *Canadian family physician*. 2015; 61(3):227-31.
17. Ferrucci L, Guralnik JM, Studenski S, Fried LP, Cutler GB, Walston JD. Designing randomized, controlled trials aimed at preventing or delaying functional decline and disability in frail, older persons: a consensus report. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2004;52(4):625-34.
18. Hindistan S, Pekmezci H, Nural N, Güner SG. Kemoterapi alan hastalarda psikolojik semptomlar. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* 2015; 4(1):1-9.
19. Mohamed NE, Pisipati S, Lee CT, Goltz HH, Latini DM, Gillert FS, et al. Unmet informational and supportive care needs of patients following cystectomy for bladder cancer based on age, sex and treatment choices. *Urol Oncol*. 2016; 34(12):531.e7-e14.
20. Sao Jose JMS, Amado CAF, Ilinca S, Buttigieg SC, Taghizadeh Larsson A. Ageism in health care: A systematic review of operational definitions and inductive conceptualizations. *Gerontologist* 2017.
21. Sanson – Fisher R, Girgis A, Bayer A, Boneuski B, Burton L, Cook P. The unmet supportive care needs of patients with cancer. *Supportive Care Review Group Cancer*. 2000; 88(1):226-37.
22. Herr M, Arvieu JJ, Aegerter P, Robine JM, Ankri J. Unmet Health Care needs of older people: prevalence and predictors in a French cross-sectional survey. *Eur J Public Health*. 2014; 24(5):808-13.
23. Puts MT, Papoutsis A, Springall E, Tourangeau AE. A systematic review of unmet needs of newly diagnosed older cancer patients undergoing active cancer treatment. *Support Care Cancer*. 2012; 20(7):1377-94.
24. Hall AE, Boyes AW, Bowman J, Walsh RA, James EL, Girgis A. Young adult cancer survivors psychosocial well-being: a cross-sectional study assessing quality of life, unmet needs and health behaviors. *Support Care Cancer*. 2012; 20(6):1333-41.
25. Turan Kavradım S, Canlı Özer Z. Kanser tanısı alan hastalarda umut. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*, 2014; 6(2):154-164.
26. Özben Ş. Yaşlılarda Umutsuzluk, Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi, 2008; 23:136-151.

27. Gündüz F, Çevik Aykıl R. Kanserli Hasta ve Bakım Verenlerinin Algıladıkları Sosyal Destek ile Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi, 2019.
28. Çakmur H. Frailty among elderly adults in a rural area of Turkey. Medical Science Monitor, 2015; 21:1232-1242.
29. Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar, Ankara, İmaj İç ve Dış Ticaret AŞ, ss.229-268, 2004.
30. Williams GM. Mechanisims of chemical carcinogenesis and application to human cancer risk assesment. Toxicology; 2001; 14:66(1-2):3-10.
31. Büker N, Şen F. Onkoloji hastasında kemoterapi ve bakım. In: Can G, editor. Onkoloji hemşireliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014. s. 205-14.
32. Chen M. Pain and Hope in Patients With Cancer, Cancer Nurs. 2003; 26(1):61-67.
33. Kvale K. Do cancer patients always want to talk about difficult emotions? A qualitative study of cancer inpatients communication needs. Eur J Oncol Nurs, Apr 17(Epub), 2007.
34. Estensen BA, Swane CE, Hallberg IR, Thome B. Being given a cancer diagnosis in old age: A phenomenological study. Int J Nurs Stud, Dec 12 (Epub), 2006.
35. Taşan N, Çıtlık Sarıtaş S. Kanser Hastalarında Maneviyat ile Umutsuzluk Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, 2020.
36. Vara Ş. Yoğun bakım hemşirelerinde iş doyumunu ve genel yaşam doyumunu arasındaki ilişkilerin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1999.
37. Avşaroğlu S, Deniz EM, Kahraman A. Teknik öğretmenlerde yaşam doyumunu iş doyumunu ve mesleki tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2005; 14: 15-129.
38. Diener E, Seligman MEP. Beyond Money; Toured and Econmy of well – being. Psychological Science in the Public Interest. 2004; 5:1-31.
39. Özer M, Karabulut ÖÖ. Yaşlılarda Yaşam Doyumu Geriatri, 2003: 6:72-74.

40. Dorahy MJ, Levis CA, Shumaker JF, et al. (2000). Depression and Life satisfaction among Australian, Ghanaian, Nigerian, Northern, Irish and Swazi University Students. *Journal Social Behaviour Personality*, 15:569-580.
41. Arslan S, Çelebioğlu A, Tezel A (2008). Kemoterapi alan kanserli hastalarda depresyon ve yaşam doyumu belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri J Med SC*. 28:628-634.
42. Okanlı A, Ekinci M. Meme kanserli hasta ve eşlerinin yaşam doyumları duygu kontrol düzeyleri ve evlilik uyumlarının mastektomi öncesi ve sonrası karşılaştırılması. VII. Ulusal KLP Kongresi, İstanbul, 2004.
43. Akyolcu N. Meme kanserinde cerrahi girişim sonrası cinsel yaşam. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2008; 4: 77-83.
44. Işık I. Meme kanseri hastalarında tedavi sonrası dönemde gelişen psikososyal sorunlar ve destekleyici hemşirelik girişimleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2014; 11:58-64.
45. Yeşilbalkan ÖU, Akyol AD, Çetinkaya Y, Altın T, Ünlü D. Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005, 21 (1): 13-31.
46. Kaner, S. (2004). Engelli Çocukları Olan Ana Babaların Algıladıkları Stres, Sosyal Destek ve Yaşam Doyumlarının İncelenmesi, Bilimsel Araştırma Projesi Kesin Raporu. Ankara Üniversitesi, Ankara.
47. Dubey, A. ve Agarwal, A. (2007). Coping Strategies and Life Satisfaction: Chronically Ill Patients' Perspectives. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 33 (2), 161- 168.
48. Rustøen, T., Cooper, B. A. ve Miaskowski, C. (2010). The Importance of Hope as a Mediator of Psychological Distress and Life Satisfaction in a Community Sample of Cancer Patients. *Cancer Nursing*, 33 (4), 258-267.
49. Kayış A, Buzlu S. Kanser Hastalarının Hastalık Algısı ve Umutsuzluk Düzeyleri. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2009.
50. Cigna, J.A. Home care physical therapy for the cancer patient. *PUBMED*, 200; 25(3), 158-161.

51. Molassiotis A, Brearley S, Saunders M, Craven O, Wardly A, Farrell C. Effectiveness of a home care nursing program in the symptom management of patients with colorectal and breast cancer receiving oral chemotherapy: a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 2009; 27(36):6191-6198.
52. Reis N, Coşkun A, Beji NK. Jinekolojik kanserli hastalarda yaşam kalitesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2006; 9(2):25-35.
53. Özmen M. Yaşlılık ve kanser:genel cerrahi kliniğinden kesitsel bir çalışma. *Türk Geriatri Dergisi*. 2007;10(1):5-9.
54. Topinkova E. Aging, disability and frailty. *Ann Nutr Metab*. 2008; 52:6-11.
55. Schoufour J, Mitnitski A, Rockwood K, Hilgenkamp T, Evenhuis H, Echteld M, (2014). Predicting disabilities in daily functioning in older people with intellectual disabilities using a frailty index. *Research in Developmental Disabilities*. 35:2267-2277.
56. Topkaya N, Kavas AB. "Algılanan sosyal destek, yaşam doyumu, psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ve niyet arasındaki ilişkiler: bir model çalışması". *International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic*, 2015; 10:979-996.
57. Türker A. Yaşlılık ve Kanser. In: Arıoğul S, editor. *Geriatri ve Gerontoloji*. İstanbul: Nobel tıp kitabevi; 2006.
58. Dean A. Talking to dying patients of their hopes and needs. *Nurs Times*, 2002; 98(43):34-35.
59. Altınbaş M, Gönül AS. Psiko-onkoloji Hematoloji- Onkoloji, 2001; 3(3):210-21.
60. Özkan S. Psiko-onkoloji. *Hastalık Algısı ve Kanser*. İstanbul 2007; 59-70.
61. Elliott JA, Olver IN. Hope and hoping in the talk of dying cancer patients. *Soc Sci Med*, 2007; 64(1):138-149.
62. Baykara O. Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar, *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016, 5(3):154-165.
63. WHO. Cancer (Internet). 2020. Erişim Tarihi: 11.05.2020. <https://www.who.int/cancer/en>.
64. Birol L, Akdemir N, Bedük T. Onkoloji hemşireliği. In: Birol L, Akdemir N, Bedük T, editors. *İç hastalıkları hemşireliği*; Ankara 1993, 96-145.

65. Irmak MK, Bilgin MG, Sızlan A. Hasta gözüyle kanser. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2008; 7(2):167-72.
66. Long-Rollin I, Berberich G. Pysico- oncology. Dialogues in clinical neuroscence.2018; 20(1):13-22.
67. Eti Arslan F, Olgun N, Uzun Ö, Uslu Y. Onkoloji, In: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım (2. Baskı) Karadakovan A. Eti Arslan F.(eds), Özyurt Matbaacılık, Ankara, 2014; 183-210.
68. Williams GM. Mechanisims of chemical carcinogenesis and application to human cancer risk assesment. Toxicology; 2001; 14:66(1-2):3-10.
69. Williams GM (1992). DNA reactive and epigenetic carcinogens. Experimental and Toxicologic Pathology. (44:457-64).
70. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>. Erişim tarihi: 12.10.2020.
71. <https://hsgm.saglik.gov.tr/kansernedir> Erişim Tarihi: 12.10.2020.
72. Akyürek S, Önal C, Kurtman C. Akciğer kanserli hastalarda alternatif tedavi kullanımı, Türk Hematoloji- Onkoloji Dergisi, 2005; 15:73-77.
73. Saloma JK, Gu L, Wang W, Pong HH, Bogart JA, Crawford J, Shild SE ve ark. Positive interaction between Propylactic Cranial Irradation and Maintenance Sunitinib for Untreated Extensive Stage Small Cell Lung Cancer Patients After Standard Chemotherapy: A Secondary Analysis of CALGB 30504 (ALLIANCE). J Thonac Oncol. 2016; 11(3):361-9.
74. Chritofanelli A. Chemotherapy. In: Newton S, Hickey M, Brant MJ, editors. Mosby's Oncology Nursing Advisor 2nd Edition. St. Louis, Missouri: Elsevier; 2017; 206-220.
75. Can G. Onkoloji In: iç hastalıkları hemşireliği (2. Baskı), Enç N,Uysal H, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul 2012: 487-493.
76. Beck AT, Weissman A, Lesler D, Trexler L. The measurement of pessimism. The Hopelessness Scale Journal of Consulting and Clinical Pyschology, 1971; 12(6):861-865.
77. Betty R, Ferrel and Nessa Coyle. Hope and Cancer. Texbook of Palliative Nursing, 2007; 513-525.

78. Altınbaş M, Gönül A S, Psikiyatri Hematoloji- Onkoloji, 2001: 3(3);210-21.
79. Öz F. Ümit ve Ümitsizlik, In: Sağlık Alanında Temel Kavramlar (2. Baskı), Ankara 2010; 189-218.
80. Terakye G. Kanserli Hasta Yakınlarıyla Etkileşim, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergisi, 2011; 4(2):78-82.
81. Diener, E. (2000), Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for anational index. American Psychologist, 55 (1), 34-43.
82. Yılmaz, E. ve Aslan, H. (2013). Öğretmenlerin İş Yerindeki Yalnızlıkları ve Yaşam Doyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Pegem Eğitim ve Öğretim Dergisi.(3), 3:59-69.
83. Atakul E, Akyar İ. 65 Yaş ve Üzeri Hematolojik Onkoloji Hastalarının Kırılganlık Düzeylerinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, 2017.
84. Morley JE, Vellas B, Van Kan GA, Anker SD, Baver JM, Bernabei R, et al. Frailty consensus: a call a action. J Am Med Dir Assoc. 2013; 14(16):392-397.
85. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. The Journals of Gerontology Series. A: Biological Sciences and Medical Sciences. 2001; 56(3):146-157.
86. Jürschik P, Nuninc Botigue T, Escobar MA, Lavedan A (2012). Prevalence of frailty and factors associated with frailty in the elderly population of Lleida, Spain: the FRALLE survey. Archives of Gerontology and Geriatrics, 55:625-663.
87. Ng T.P, Feng L, Nyunt MSZ, Larbi A (2014). Frailty in older persons: Multisystem Risk Factors and the Frailty Risk Index (FRI). JAMDA, 1-8.
88. Walston J, Fried LP (1999). Frailty and the older man. Med Clin North Am, 83:1173-99.
89. Carryer J, Hansen CO, Blakey JA. Experiences of nursing in older care facilities in New Zealand. Australian Health Review. 2010; 34(1):11-17.
90. Rockwood K, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. C maj, 2005; 173(5):489-95.

91. Armstrong J, Mitchell E. Comprehensive nursing assessment in the care of older people. *Nursing older people*. 2008; 20(1):36-40.
92. Özdamar, K. (2003). *Modern bilimsel araştırma yöntemleri*. Eskişehir: Kaan Kitabevi.
93. Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. (2nd Ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
94. Oğur R, Tekbaş ÖF. Anket nasıl hazırlanır? *Sted* 2003; 12(9):336-40.
95. Ertem G, Dönmez C. Y, Bilge A. Meme Kanserinde Cinsel Yaşamdan Yaşamsal Doyuma Yolculuk. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*.
96. Diener E, Emmons R. A, Larsen R. J and Griffin S The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 1985; 49(1):71-75.
97. Dağlı A, Baysal N. Yaşam Doyumu Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması; Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*. 2016; 15(59):1250-1262.
98. Rolfson DB, Majum SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of the Ed-monton Frail Scale Age Aging 2006; 35:526-9.
99. Aygör H. Edmonton Kırılkanlık Ölçeğinin Türk Toplumunu için geçerlik ve güvenirliliğinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Geriatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı. Yüksek Lisans Tezi, 2013.
100. Tabachnick and Fidell, 2013 B.G. Tabachnick, L.S. Fidell *Using Multivariate Statistics* (sixth ed.) Pearson, Boston (2013).
101. George, D., & Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson.
102. Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. SAGE Publications. Third edition. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC
103. Harwiki, W. (2013). The Influence of Servant Leadership on Organizational Culture, Organizational Commitment, Organizational Citizenship behavior, and Employees' Performance (Study of Out Standing Cooperatives in East Java Province, Indonesia. *Journal of Economics and Behavioral Studies*5(12): 876-885.

104. İnal, H. Ceyhan & Günay, Süleyman. (1993). Olasılık ve Matematiksel İstatistik. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara. Sayfa 261; Merkezi Limit Teoremi ve Büyük Sayılar Kanunu Konusu
105. Johnson, Richard A. & Wichern, Dean W. (2002). Applied Multivariate Statistical Analysis. Prentice Hall USA. Page 175; Law of Large Numbers.
106. Büyüköztürk, Ş., Çokluk, Ö. Ve Köklü, N. (2018). Sosyal bilimler için istatistik, Ankara: Pegem Akademi.
107. Kalaycı, Şeref (2006) SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri, Ankara: Asil Yayın Dağıtım Ltd. Şti, s.116.
108. İlhan B, Bakkaloğlu OK. Yaşlılarda Kırılabilirlik ve Kansere Tarama Oranları. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi. 2019; 81(9):24-28.
109. Williamson TJ, Jorge-Miller A, McCannel TA, Beran TM, Stanton AL. Sociodemographic, Medical, and Psychosocial Factors Associated With Supportive Care Needs in Adults Diagnosed With Uveal Melanoma. JAMA Ophthalmol. 2018;136(4):356-63.
110. Ayvat İ, Özbaş A.A, Ayaktan Kemoterapi Alan Kansere Hastalarının Karşılanmamış Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Yaş Bağlamında İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi,2019.
111. Armay Z.,Özkan M., Kocaman N., Özkan S., Hastalık Algısı Ölçeğinin Kansere Hastalarında Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Klinik Psikiyatri. 2007, 10:192- 200.
112. Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, Rosso S, Coebergh JW, Comber H, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. Eur J Cancer. 2013; 49(6):1374-403.
113. Akbıyık I. Yaşlı Kansere Hastalarında Kemoterapi Toksikitesi ve Diğer Klinik Etkenlerin Erken Dönem Kemoterapi Toksikitesi ile İlişkisi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Uzmanlık Tezi, 2018.
114. Chrischilles EA, Pendergast JF, Kahn KL, Wallace RB, Moga DC, Harrington DP, et al. Adverse events among the elderly receiving chemotherapy for advanced non-small-cell lung cancer. J Clin Oncol. 2010;28(4):620-7.

115. Temiz G, Durna Z. Evaluation of Quality of Life and Health Care Needs in Cancer Patients Receiving Chemotherapy. *J Cancer Educ.* 2019.
116. Fabrício-Wehbe SCC, Schiaveto FV, Vendrusculo TRP, Haas VJ, Dantas RAS, Rodrigues RAP. Cross-cultural adaptation and validity of the " Edmonton Frail Scale-EFS" in a Brazilian elderly sample. *Revista latino-americana de enfermagem.* 2009;17(6):1043-9.
117. Nedim O. 65 Yaş ve üzeri bireylerin düşkünlük durumlarının değerlendirilmesi. Antalya: Akdeniz Üniversitesi; 2016.
118. Çinçin A. Kırılganlık Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Geriatri Bölümü. Power Point Sunumu. Erişim Tarihi: 10.05.2021
119. Akın S, et al. *Aging Clin Exp Res.* 2015 October.
120. Chang C-I, Chan D-C, Kuo K-N, Hsiung CA, Chen C-Y. Prevalence and Correlates of Geriatric Frailty in a Northern Taiwan Community. *Journal of the Formosan Medical Association.* 2011; 110(4):247-57.
121. Kotwal AA, Schonberg MA. Cancer Screening in the Elderly: A Review of Breast, Colorectal, Lung, and Prostate Cancer Screening. *Cancer J,* 2017; 23(4):246-53.
122. Herr M, Robine JM, Aegerter P, Arvieu JJ, Ankri J. Contribution of socioeconomic position over life to frailty differences in old age: comparison of lifecourse models in a French sample of 2350 old people. *Ann Epidemiol.* 2015; 25(9):674-80 e1.
123. Kim HJ, Park S, Park SH, Heo YW, Chang BS, Lee CK, et al. The significance of frailty in the relationship between socioeconomic status and health-related quality of life in the Korean community-dwelling elderly population: mediation analysis with bootstrapping. *Qual Life Res.* 2017; 26(12):3323-30.
124. Turner G, Clegg A. Best practice guidelines for the management of frailty: a British Geriatrics Society, Age UK and Royal College of General Practitioners report. *Age and ageing.* 2014;43(6):744-7.
125. Çakmur H. Frailty among elderly adults in a rural area of Turkey. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research.* 2015; 21:1232.

126. Baxley A, Akhtari M. Hematologic toxicities associated with intravenous immunoglobulin therapy. *International immunopharmacology*. 2011; 11(11):1663-7.
127. Hurria A, Cirrincione CT, Muss HB, Kornblith AB, Barry W, Artz AS, et al. Implementing a geriatric assessment in cooperative group clinical cancer trials: CALGB 360401. *Journal of clinical oncology*. 2011; 29(10):1290-6.
128. Crawford J, Dale DC, Kuderer NM, Culakova E, Poniewierski MS, Wolff D, et al. Risk and timing of neutropenic events in adult cancer patients receiving chemotherapy: the results of a prospective nationwide study of oncology practice. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2008; 6(2):109-18.
129. Caltagirone C, Spoletini I, Gianni W, Spalletta G. Inadequate pain relief and consequences in oncological elderly patients. *Surg Oncol*, 2010; 19(3):178-83.
130. Cohen-Mansfield J. The adequacy of minimum data set assessment of pain in cognitively impaired nursing home residents. *J Pain Symptom Manage* 2004; 27(4):343-51.
131. Arslan S, Çelebioğlu A, Tezel A. Depression and Hopelessness in Turkish Patients with Cancer Undergoing Chemotherapy, *Japan Journal of Nursing Science* 2009, 6:105-110.
132. Öztunç G, Yeşil P, Paydaş S, Erdoğan S. Social Support and Hopelessness in Patients with Breast Cancer, *Asian Pasific Journal of Cancer Prevention* 2013; 14(1):571-578.
133. Yeşilot S, Öztunç G, Yeşil Demirci P, Inel Manav A, Paydaş S. The Evaluation of Hopelessness and Perceived Social Support Level in Patients with Lung Cancer, *International Journal of Health and Life Sciences* 2017; 3(2):88-105.
134. Yıldırım Y, Sertoş O.O, Uyar M, Fadılloğlu C, Uslu R. Hopelessness in Turkish cancer patients: The relation of hopelessness with psychological and disease-related outcomes. *European Journal of Oncology Nursing*. 2009; 1-6.
135. Madani H, Pourmemari M, Moghimi M, Rashvand F. Hopelessness, Perceived Social Support and Their Relationship in Iranian Patients with Cancer, *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing* 2018; 5(3):314-319.

136. Karakurt P, Aşilar RH, Yıldırım A, Memiş Ş. Determination of hopelessness and quality of life in patients with heart disease: an example from eastern Turkey, *Journal of Religion and Health*, 2018, 57:2092-2107.
137. Akgün Şahin Z, Tan M, Polat H. Hopelessness, Depression and Social Support with End of Life Turkish Cancer Patients, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2013, 14: 2823-2828.
138. Bener A, Alsulaiman R, Doodson L, Agathangelou T. Depression, Hopelessness and Social Support Among Breast Cancer Patients: in Highly Endogamous Population, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2017; 18(7):1889-1896.
139. Carpenito-Moyet L. J. Ümitsizlik. In: *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*, Erdemir F (eds), Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul 2012; 487-493.
140. Sürücü SG, Öztürk M, Alan S, Usluoğlu F, Akbaş M, Vurgeç B. A. Identification of the Level of Perceived Social Support and Hope of Cancer Patients and Their Families, *World Cancer Research Journal* 2017; 4(2):1-11.
141. Aydın İH. Kanser Hastalarında Umut-Umitsizlik ve Sosyal Destek İlişkisi: Şanlıurfa İlinde Tedavi Gören Hastalar Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas 2017; 140.
142. Fadiloğlu Ç, Cantılav Ş, Kuzeyli Yıldırım Y, Tokem Y. Meme Kanseri Kadınlarında Umutsuzluk Düzeyi ve Başetme Davranışları Arasındaki İlişki, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2006; 22(2):147-160.
143. Gumus AB, Cam O, Malak AT. Relationships between psychosocial adjustment and hopelessness in women with breast cancer. *Asian Pac J Cancer Prev* 2011; 12(2):433-8.
144. Balkanlı A, Bakar M, Sonyürek N. Gündüz Kemoterapi Ünitesine Gelen Kanser Hastalarında Hastalık Algısı Ölçeğinin Uygulanması, XVIII.Ulusal Kanser Kongresi. 2009;Sözel Bildiriler, Ref. No.S69.
145. Altay B, Avcı İ.A, Huzurevinde yaşayan yaşlılarda öz bakım gücü ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. *Dicle Tıp Dergisi*.2009.36:4,275-282.
146. Dağ D.G, Özkan M. Kolorektal Kanser Cerrahisi Uygulanan Hastalarda Yoganın Yaşam Doyumu ve Depresyona Etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Doktora Tezi. 2017.

147. Vural F, Sütsünbüloğlu E, Őelimen D. Literature Review: Profile of Publications for the Patients with Stoma in Turkey. Turk J Colorectal Dis 2016, 26: 59-70.
148. Őimen S. Yaşlı bireylerin özbakım ve yaşam doyumlarının değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi. İstanbul üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 1996.
149. Altay B, Aydın A. İ, Huzurevinde yaşayan yaşlılarda öz bakım gücü ve yaşam doyumunu arasındaki ilişki. Dicle Tıp Dergisi 2009, Cilt 36, 4, 275-282.
150. Durak A, Palabıyıkoglu R, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Kriz D., 1994; 2(2):311-19.
151. Durak A.B. İntihar olasılığı: Yaşamı sürdürme nedenleri, Umutsuzluk ve yalnızlık açısından bir inceleme. Türk Psikiyatri Dergisi. 2005; 16(1):29-39.

10. EKLER

EK 1. Sosyo-demografik ve Hastalığa İlişkin Veri Toplama Formu

1. Yaş.....
2. Cinsiyet
a. Kadın b. Erkek
3. Medeni durum
a.Evli b.Bekar
4. Çocuk sahibi olma durumu
a.Evet b.Hayır
5. Eğitim durumu
a.Okuryazar değil b. İlk-ortaokul
c. Lise d.Üniversite e. Yüksek lisans/doktora
6. Meslek
a.Ev hanımı b.Serbest meslek c.Memur
d. Emekli e. Öğrenci d.Diğer.....
7. Kiminle yaşıyorsunuz?
a.Eş b.Çocuk-Akraba c.Yalnız d.Bakıcı
8. Gelir durumunuz:
a. İyi b.Orta c.Kötü
9. Sosyal güvence
a.Var b.Yok
10. Klinik tanı.....
11. Başka hastalık var mı?
a.Evet..... b.Hayır
12. Hastalığın süresi.....

13. Uygulanan tedavi yöntemi (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
- a.Kemoterapi
 - b.Radyoterapi
 - c.İmmün terapi
 - d.Destek tedavi/palliyatif bakım
14. Hastalığın evresi.....
15. Bir yıl öncesi ile kıyasladığımızda sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?
- a.İyi
 - b.Orta
 - c.Kötü
16. Son bir ay içinde sağlığınıza ilişkili olarak günlük işlerinizi yapmakta sıkıntı yaşadınız mı?
- a.Evet
 - b.Hayır
 - c.Kısmen
17. Son bir ay içinde sağlığınıza dolayı duygu durumunuzda değişiklik oldu mu?
- a.Evet
 - b.Hayır
18. Sağlık durumunuzdan dolayı bir hemşirenin size bakım vermesini ister misiniz?
- a.Evet
 - b.Hayır
19. Hemşirelik bakımında sizi en çok ne memnun eder? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
- a.Ağrının en hızlı şekilde giderilmesi
 - b.Güleryüz
 - c.Kaliteli bilgilendirme
 - d.Psikososyal destek
 - e.Diğer.....

EK 2. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)

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

Sizin için uygun mu?

	Evet	Hayır
1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum.	()	()
2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.	()	()
3. İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.	()	()
4. Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.	()	()
5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.	()	()
6. Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.	()	()
7. Geleceğimi karanlık görüyorum.	()	()
8. Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.	()	()
9. İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok.	()	()
10. Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı.	()	()
11. Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu gözüküyor.	()	()
12. Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi <u>ummuyorum</u> .	()	()
13. Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.	()	()
14. İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.	()	()
15. Geleceğe büyük inancım var.	()	()

	Evet	Hayır
16. Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre birşeyler istemek aptallık olur.	()	()
17. Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.	()	()
18. Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.	()	()
19. Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum.	()	()
20. İstedğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.	()	()

Puanlama

Evet= 0, Hayır=1

1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15, 19. maddeler ters kodlanıyor (Reverse maddeler)

EK 3. Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ)

	Maddeler	Hiç katılmıyorum (1)	Çok az katılıyorum (2)	Orta düzeyde katılıyorum (3)	Büyük oranda katılıyorum (4)	Tamamen katılıyorum (5)
1	İdeallerime yakın bir yaşantım vardır.					
2	Yaşam koşullarım mükemmeldir.					
3	Yaşamımdan memnunum.					
4	Şimdiye kadar yaşamdan istediğim önemli şeylere sahip oldum.					
5	Tekrar dünyaya gelsem hayatımdaki hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim					

EK 4. Edmonton Kırılgnlık Ölçeği (EKÖ)

Kırılgnlık alanı	Madde	0 puan	1 puan	2 puan
Bilişsel durum	Lütfen bu çizili dairenin bir saat olduğunu düşünün. Sizden sayıları doğru yerlerine koymanızı ve sonra elinizle 11'i 10 geçeyi göstermenizi istiyorum.	Hata yok	Küçük yerleştirme hataları	Diğer hatalar
Genel sağlık durumu	Geçen yıl kaç defa hastaneye yattınız?	0	1-2	>2
	Genel olarak sağlığınıza nasıl tanımlarsınız?	Mükemmel, çok iyi, iyi	İdare eder	Kötü
Fonksiyonel bağımsızlık	Aşağıdaki aktivitelerin kaçında yardıma ihtiyacınız olur? -Yemek hazırlama -Alışveriş yapma, -Ulaşım -Telefon -Ev temizliği -Çamaşır Yıkamak -Paranın idaresi -İlaç almak	0-1	2-4	5-8
Sosyal Destek	Yardıma ihtiyacınız olduğunda size yardım edebilecek ve istekli herhangi birine güvenebiliyor musunuz?	Her zaman	Bazen	Hiç
İlaç kullanımı	Düzenli olarak 5 veya daha fazla farklı ilaç kullanıyor musunuz?	Hayır	Evet	
	Zaman zaman reçeteli ilaçlarınızı almayı unutuyor musunuz?	Hayır	Evet	
Beslenme	Son zamanlarda giysilerinizde bollaşmaya neden olacak kadar kilo kaybınız oldu mu?	Hayır	Evet	
Ruh Hali	Kendinizi sıklıkla üzgün veya depresif hisseder misiniz?	Hayır	Evet	
Kontinans	İstemsiz idrar kaçırma probleminiz var mı?	Hayır	Evet	
Fonksiyonel Performans	Sizden bu sandalyeye rahatça oturmanızı rica ediyorum. Size 'gidin' dediğim zaman ayağa kalkın ve zeminde işaretli yere kadar (ortalama 3 metre) rahat ve güvenli yürüyün ve geri dönüp sandalyeye oturun. Süresi değerlendirilir.	0-10 sn	11-20 sn	>20 saniye veya hastanın isteksizliği veya yardıma ihtiyaç duyması
Toplam	Toplam skor kolonların skorları toplamıdır			

Kırılmalık Analiz Skoru:	
0-4	Kırılmalık Değil
5-6	Görünürde Savunmasız
7-8	Hafif Kırılmalık
9-10	Orta Kırılmalık
11 or more	Şiddetli Kırılmalık



EK 5. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (BGOF)

Sizi Merve TEMİZSOY tarafından yürütülen “Kanser hastalarında kırılmanın, umutsuzluğa ve yaşam doyumuna etkisi.” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı kanser hastalarının yaşadığı kırılmanın umutsuzluk ve yaşam doyumlarına etkisini belirlemektir. Araştırmaya yaklaşık 1000 kişinin katılması beklenmektedir. Araştırmada sizden tahminen 15 dakika ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının :

Adı-Soyadı:

İmzası:

Ek 6.2. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hastanesi Tıp Fakültesi İzin Yazıları

Ek 6.2.1. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hastanesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji İzin Yazısı



T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Başkanlığı



Sayı : 32272154-622.02-E.820
Konu : Tez Çalışması Merve TEMİZSOY

03/01/2019

SAĞLIK, UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : Yazı İşleri Birimi'nin 02/01/2019 tarihli ve 255 sayılı yazı.

Merve TEMİZSOY' un bölümümüzde tez çalışması kapsamında anket çalışması yapması uygundur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Murat DİNÇER
Bilim Dalı Başkanı

Ek 6.2.2. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hastanesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi İzin Yazısı



T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı : 24423686-804.01-E.2786
Konu : Tez Çalışması (Merve TEMİZSOY)

08/01/2019

SAĞLIK, UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : Yazı İşleri Birimi'nin 02/01/2019 tarihli ve 255 sayılı yazı.

İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Merve TEMİZSOY'un "Kanser Hastalarında Kırılganlığın, Umutsuzluğa ve Yaşam Doyumuna Etkisi" isimli tez çalışması kapsamındaki anket çalışması, kliniğin rutin çalışmasını bozmamak kaydıyla uygun görülmüştür.

Durum bilgilerinize saygı ile sunulur.

Prof. Dr. Durmuş ETİZ
Anabilim Dalı Başkanı

Ek 6.3. İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İzin Yazısı

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZ ÇALIŞMASI UYGULAMA İZİN FORMU

ÖĞRENCİNİN

Adı Soyadı	: Merve TEMİZSOY
Programı	: Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans
Danışmanı	: Esra KÖROĞLU ÇAMDEVİREN
Proje Konusu	: Kanser Hastalarında Kırılganlığın, Umutsuzluğa ve Yaşam Doyumuna Etkisi
Projeyi destekleyen kurumun adı ve proje no:	Istanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Uygulama yapılmak istenen kurum:

Medipol Mega Hastaneler Kompleksi
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Uygulama yapılmak istenen birim/laboratuvar: Onkoloji Servisi, Kemoterapi Bölümü,
Radyasyon Onkolojisi

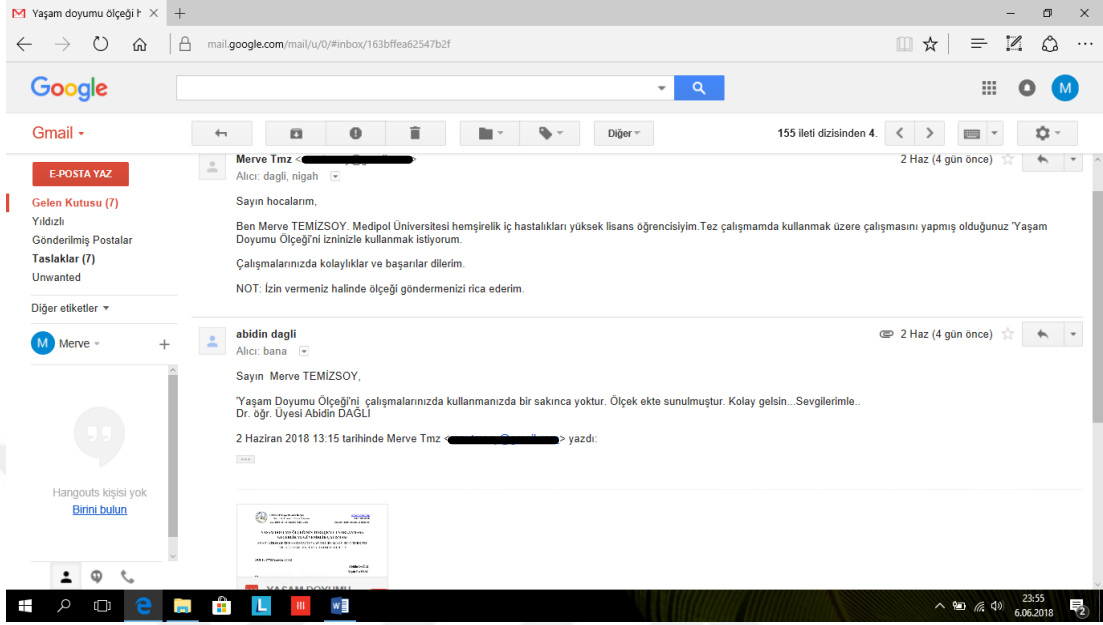
Uygulamanın niteliği (kullanılacak yöntem, anket, vb.):

- Hasta Bilgi Formu
- Edmonton Kırılganlık Skalası
- Yaşam Doyumu Ölçeği

Uygulamanın tarih aralığı : 01/10/2018-01/09/2019

NOT: Proje çalışmasının uygulanması ile ilgili belgelerden birer nüsha bu forma eklenmelidir. (Etik Kurul Kararı, Anket Çalışmaları vs....)

EK 7. Ölçek Kullanım İzinleri



The screenshot shows a Gmail inbox on a Windows desktop. The selected email is from Merve Tmz, dated 2 Haz (4 gün önce). The email content is as follows:

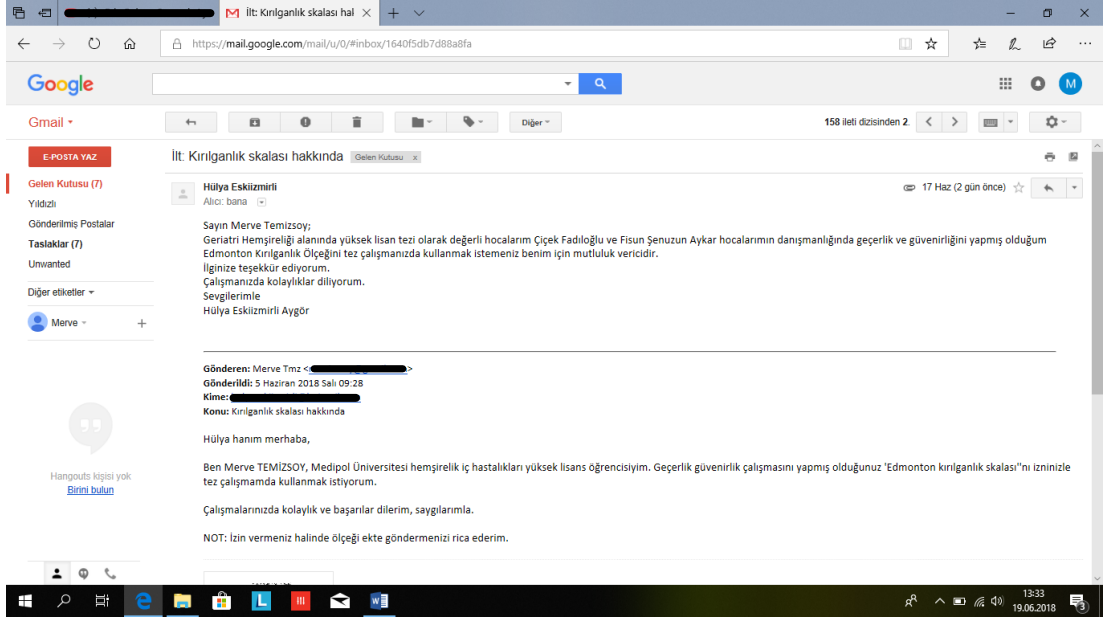
Merve Tmz
Alıcı: dağılı, nıgah

Sayın hocalarım,

Ben Merve TEMİZSOY. Medipol Üniversitesi hemşirelik iç hastalıkları yüksek lisans öğrencisiyim. Tez çalışmamda kullanmak üzere çalışmasını yapmış olduğunuz "Yaşam Doyumu Ölçeği"ni izninizle kullanmak istiyorum.

Çalışmalarınızda kolaylıklar ve başarılar dilerim.

NOT: İzin vermeniz halinde ölçeği göndermenizi rica ederim.



The screenshot shows a Gmail inbox on a Windows desktop. The selected email is from Hülya Eskizmirli, dated 17 Haz (2 gün önce). The email content is as follows:

Hülya Eskizmirli
Alıcı: bana

Sayın Merve Temizsoy;

Geriyatri Hemşireliği alanında yüksek lisans tezi olarak değerli hocalarım Çiçek Fadiloğlu ve Fisun Şenuzun Aykar hocalarımın danışmanlığında geçerlik ve güvenilirliğini yapmış olduğum Edmonton Kirılganlık Ölçeğini tez çalışmamda kullanmak istemeniz benim için mutluluk vericidir.

İlginize teşekkür ediyorum.

Çalışmalarınızda kolaylıklar diliyorum.

Sevgilerimle

Hülya Eskizmirli Aygör

Gönderen: Merve Tmz <[redacted]>
Gönderildi: 5 Haziran 2018 Salı 09:28
Kime: [redacted]
Konu: Kirılganlık skalası hakkında

Hülya hanım merhaba,

Ben Merve TEMİZSOY, Medipol Üniversitesi hemşirelik iç hastalıkları yüksek lisans öğrencisiyim. Geçerlik güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "Edmonton kırılganlık skalası"ni izninizle tez çalışmamda kullanmak istiyorum.

Çalışmalarınızda kolaylık ve başarılar dilerim, saygılarımla.

NOT: İzin vermeniz halinde ölçeği ekte göndermenizi rica ederim.

BECK uyumsuzluk ölçeği

mail.google.com/mail/u/0/#inbox/163b631d791fd49a

Google

Gmail

E-POSTA YAZ

Gelen Kutusu (7)

Yıldızlı

Gönderilmiş Postalar

Tasaklar (7)

Unwanted

Diğer etiketler

Merve -

Hangouts kişisi yok

[Birini bulun](#)

Merve Tmz - 31 May (6 gün önce)

Alıcı: batigun

Sayın hocam,

Ben Merve TEMİZSOY, Medipol Üniversitesi iç hastalıkları yüksek lisans öğrencisiyim. Tez çalışmamda kullanmak için arkadaşlarınızla birlikte çalışmasını yapmış olduğunuz 'BECK umutsuzluk ölçeği'ni izninizle kullanmak istiyorum.

Çalışmalınızda kolaylıklar ve başarılar dilerim. Saygılar.

Not: İzin vermeniz halinde ölçeğin orijinalini göndermenizi de rica ederim.

aysegul durak - 1 Haz (5 gün önce)

Alıcı: bana

İyi çalışmalar...

BUO-Olcek.doc

23:54
6.06.2018

11. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.34139
Konu : Etik Kurulu Kararı

15/08/2018

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Esra KÖROĞLU ÇAMDEVİREN

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Kanser Hastalarında Kırılganlığın, Umutsuzluğa ve Yaşam Doyumuna Etkisi" isimli başvurunuz incelenmiş olup etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi OZBEK tarafından 15.08.2018 tarihinde e-İmzalanmıştır. Evrağınızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 9364DD86XE kodu ile doğrulayabilirsiniz.

Istanbul Medipol Üniversitesi

Kavacık Mah. Ekinciler Cad. No.19 Kavacık Kavşağı - Beykoz
34810 İstanbul

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kanser Hastalarında Kırılganlığın, Umutsuzluğa ve Yaşam Doyumuna Etkisi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Esra KÖROĞLU ÇAMDEVİREN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMA YA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dil		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	DEĞERLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	01/08/2018		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 460		Tarih: 15/08/2018			
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekeceği, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.					

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişkisi		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Hikmet UÇIŞIK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Keziban OLCAY	Endodonti	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma