

T.C.  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KANSER HASTALARINDA UMUT VE  
YORGUNLUK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ  
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Melike ÇELİK

**ONKOLOJİ HEMŞİRELİĞİ  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**İZMİR-2018**

**TEZ KODU : DEU. HSI.MSc- 2012 970109**

T.C.  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KANSER HASTALARINDA UMUT VE  
YORGUNLUK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ  
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

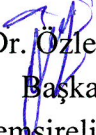
**ONKOLOJİ HEMŞİRELİĞİ  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Melike ÇELİK**

Danışman Öğretim Üyesi : Doç. Dr. Özlem UĞUR  
2. Danışman Öğretim Üyesi: Doç. Dr. Ezgi KARADAĞ

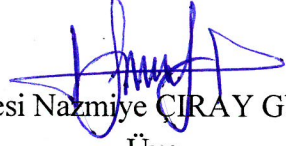
TEZ KODU : DEU. HSI.MSc- 2012 97010

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı,  
Onkoloji Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi **Melike ÇELİK ‘KANSER  
HASTALARINDA UMUT VE YORGUNLUK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ  
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ’** konulu Yüksek Lisans tezini **21.05.2018** tarihinde başarılı  
olarak tamamlamıştır.

  
Doç. Dr. Özlem UĞUR  
Başkan  
(DEÜ Hemşirelik Fakültesi)

  
Doç. Dr. Murat BEKTAŞ  
Üye

(DEÜ Hemşirelik Fakültesi)

  
Dr. Öğr. Üyesi Nazmiye ÇIRAY GÜNDÜZOĞLU  
Üye

(Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)

Dr. Öğr. Üyesi Figen OKÇİN  
Yedek Üye  
(Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)

Prof. Dr. Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ  
Yedek Üye  
(DEÜ Hemşirelik Fakültesi)

## İÇİNDEKİLER

|                                                                              |     |
|------------------------------------------------------------------------------|-----|
| TEŞEKKÜR.....                                                                | i   |
| TABLO DİZİNİ.....                                                            | iii |
| ŞEKİL DİZİNİ.....                                                            | iv  |
| KISALTMALAR .....                                                            | v   |
| ÖZET .....                                                                   | 1   |
| ABSTRACT .....                                                               | 2   |
| 1. GİRİŞ ve AMAÇ .....                                                       | 1   |
| 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....                                          | 1   |
| 1.2. Araştırmanın Amacı.....                                                 | 7   |
| 1.3. Araştırmanın Soruları ve Hipotezleri.....                               | 7   |
| 1.3.1. Araştırmanın Soruları.....                                            | 7   |
| 1.3.2. Araştırmanın Hipotezleri.....                                         | 7   |
| 2. GENEL BİLGİLER.....                                                       | 8   |
| 2.1. Kanser .....                                                            | 8   |
| 2.2. Kanser Hastalığının Epidemiyolojisi .....                               | 9   |
| 2.3. Kansere Bağlı Yorgunluk .....                                           | 10  |
| 2.3.1. Kansere Bağlı Yorgunluğun Nedenleri.....                              | 11  |
| 2.3.2. Kanser Hastalarında Yorgunluk Belirtileri .....                       | 16  |
| 2.3.3. Kansere Bağlı Yorgunluk Yönetimi ve Hemşirenin Rolü .....             | 17  |
| 2.4. Kanser Hastalarında Umut.....                                           | 21  |
| 2.4.1. Umudun Özellikleri ve Boyutları.....                                  | 23  |
| 2.4.2. Kanser Hastalığına Uyum Sağlamada Umudun Etkileri.....                | 23  |
| 2.4.3. Hemşirelikte Umudu Güçlendirme Stratejileri ve Hemşireliğin Rolü..... | 24  |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM.....                                                      | 26  |
| 3.1. Araştırmanın Tipi.....                                                  | 26  |
| 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....                                       | 26  |
| 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....                                   | 26  |
| 3.4. Araştırmanın Materyalleri .....                                         | 28  |
| 3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....                                          | 27  |
| 3.6. Veri Toplama Araçları .....                                             | 27  |
| 3.6.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek 1).....                                       | 27  |
| 3.6.2. Kısa Yorgunluk Envanteri Formu (Brief Fatigue Inventory) (Ek 2) ..... | 27  |

|        |                                                                                                   |    |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.6.3. | Herth Umut İndeksi (Ek 3).....                                                                    | 28 |
| 3.6.4. | Bilgilendirilmiş Olur Formu (Ek 4). ....                                                          | 30 |
| 3.7.   | Araştırmanın Planı ve Takvimi.....                                                                |    |
| 3.8.   | Verilerin Değerlendirilmesi .....                                                                 | 31 |
| 3.9.   | Araştırmanın Sınırlılıkları.....                                                                  | 32 |
| 3.10.  | Etik Kurul Onayı.....                                                                             | 32 |
| 4.     | BULGULAR .....                                                                                    | 33 |
| 4.1.   | Hastaların Sosyo Demografik ve Hastalıkla İlişkili Bulguları .....                                | 33 |
| 4.2.   | Hastaların Yorgunluk Düzeyleri ve Yorgunluk Düzeylerini Etkileyen Değişkenlerin İncelenmesi ..... | 35 |
| 4.3.   | Hastaların Umut Düzeylerine İlişkin Bulgular .....                                                | 38 |
| 4.4.   | Hastaların Yorgunluk ve Umut Düzeyleri Arasındaki İlişki .....                                    | 41 |
| 5.     | TARTIŞMA.....                                                                                     | 42 |
| 5.1    | Hastaların yorgunluk düzeyleri ve etkileyen değişkenler.....                                      | 42 |
| 5.2    | Hastaların umut düzeyleri ve etkileyen değişkenler .....                                          | 45 |
| 5.2.1  | Umut düzeyi ile sosyodemografik veriler arasındaki ilişki .....                                   | 45 |
| 5.2.2  | Umut düzeyi ile kanser tipi, tedavileri ve tanı süresi arasındaki ilişki .....                    | 46 |
| 5.2.3  | Yorgunluk ve umut arasındaki ilişkinin incelenmesi.....                                           | 47 |
| 6.     | SONUÇ ve ÖNERİLER .....                                                                           | 49 |
| 6.1    | Sonuç .....                                                                                       | 49 |
| 6.2    | Öneriler .....                                                                                    | 49 |
| 7.     | KAYNAKLAR.....                                                                                    | 51 |
| 8.     | EKLER .....                                                                                       | 60 |
|        | EK 1: KİŞİSEL BİLGİ FORMU (EK-1).....                                                             | 60 |
|        | EK 2: KISA YORGUNLUK FORMU (EK-2).....                                                            | 62 |
|        | EK 3: HERTH UMUT İNDEKSİ (EK-3) .....                                                             | 64 |
|        | EK 4: BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU (EK-4) .....                                                    | 65 |
|        | EK 5: HERTH UMUT ENDEKSİ İZİN YAZIŞMASI.....                                                      | 66 |
|        | EK6:KISA YORGUNLUK ENVANTERİ İZİN YAZIŞMASI.....                                                  | 67 |
|        | EK 7: KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ OLURU .....                                     | 68 |
|        | EK 8: ETİK KURUL İZNİ .....                                                                       | 69 |
|        | EK9:ÖZGEÇMİŞ .....                                                                                | 70 |

## TEŞEKKÜR

Eğitim hayatım boyunca beni daima yüreklendiren, araştırmamın her aşamasında ilgi ve desteğini gördüğüm çok değerli hocam tez danışmanım sayın Doç.Dr. Özlem Uğur'a ,

Araştırmam sırasında bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan 2. tez danışmanım sayın Doç.Dr. Ezgi Karadağ 'a,

İstatistik konusunda yardımını esirgemeyen sayın Doç.Dr. Murat Bektaş 'a,

Araştırmama katılan sevgili hastalara ve beni destekleyen çok değerli mesai arkadaşlarıma,

Eğitimim sırasında sabrı ve destekleri için çocuklarım Yağmur ve Çınar 'a,sevgili annem Mukaddes Pilpil'e,canım ablam Makbule Darendeli' ye sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

**MELİKE ÇELİK**

ÇOK DEĞERLİ EŞİM

**KEMAL**

**ÇELİK'in**

ANISINA.....

## TABLO DİZİNİ

|                                                                                                                                                                  |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tablo 1: IARC 2012 Verilerine Göre Dünyada ve Türkiye’de Kanser Hastalığı İnsidansı. ....                                                                        | 10  |
| Tablo 2. IARC 2012 Verilerine Göre Dünyada ve Türkiye’de En Sık Görülen Kanser Çeşitleri<br>.....                                                                | 11  |
| Tablo 3. Kanser Hastalarında Yorgunluğa Neden Olan Faktörler .....                                                                                               | 112 |
| Tablo 4. Kansere Bağlı Yorgunluğun Nedenlerini Açıklayan Hemşirelik Modelleri .....                                                                              | 134 |
| Tablo 5. Hert Umut İndeksi Ters Maddelerin Puanlanması .....                                                                                                     | 30  |
| Tablo 6. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....                                                                                                | 33  |
| Tablo 7. Hastaların; Hastalığa ve Tedaviye İlişkin Özelliklerinin Dağılımı .....                                                                                 | 34  |
| Tablo 8. Hastaların Yorgunluk Düzeyleri ve Günlük Yaşam Aktiviteleri üzerine Etkileri. ....                                                                      | 35  |
| Tablo 9. Yorgunluk Hissedilen Gün Sayısı ile Cinsiyet İlişkisi ve Gün Sayısı ile Yaş İlişkisi                                                                    | 36  |
| Tablo 10. Hastaların Yorgunluk Puan Ortalamaları ile Cinsiyet, Yaş, Medeni Durum, Eğitim<br>Düzeyi ve Çalışma Durumu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 36  |
| Tablo 11. Hastaların Hastalığa ve Tedaviye İlişkin Özelliklerine Göre ve Yorgunluk Puan<br>Ortalamalarının Karşılaştırılması.....                                | 37  |
| Tablo 12. Hastaların Sosyo Demografik Özellikleri ile Umut Düzeyleri Arasındaki İlişki ....                                                                      | 38  |
| Tablo 13. Hastaların Hastalığa Ait Özellikleri ile Umut Düzeyleri Puan Ortalamalarının<br>Karşılaştırılması.....                                                 | 39  |
| Tablo 14. Hastaların Yorgunluk Puanı ile Genel Umut Puanı ve Umut Alt Boyutları Puan<br>Ortalamaları .....                                                       | 40  |
| Tablo 15. Kısa Yorgunluk Envanteri ile Umut ve Umut Alt Boyutları Arasındaki İlişki.....                                                                         | 41  |



## ŞEKİL DİZİNİ

|                                                                                                                                                                                                                 |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Şekil 2-1. Kanser ve kanser tedavilerini inflamasyon ve yorgunluk semptomlarına bağlayan kavramsal model: Biyodavranışsal Faktörler, Genetik Faktörler, İmmün Faktörlerin Kansere Bağlı Yorgunluğa Etkisi ..... | 16 |
| Şekil 2-2. Yorgunluk Yönetimine İlişkin Bazı Yaklaşımlar .....                                                                                                                                                  | 18 |



## KISALTMALAR

|             |                                                                                 |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ABD</b>  | Amerika Birleşik Devletleri                                                     |
| <b>ATP</b>  | Adenozin Trifosfat                                                              |
| <b>BFI</b>  | Kısa Yorgunluk Envanteri                                                        |
| <b>BOH</b>  | Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar                                                    |
| <b>CDC</b>  | Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention) |
| <b>DSÖ</b>  | Dünya Sağlık Örgütü                                                             |
| <b>HHI</b>  | Herth Umut İndeksi                                                              |
| <b>IARC</b> | Uluslararası Kanser Ajansı                                                      |
| <b>ICD</b>  | Uluslararası Hastalık Sınıflandırması                                           |
| <b>NCCN</b> | National Comprehensive Cancer Network (Amerikan Ulusal Kanser Ağı)              |
| <b>RAS</b>  | Retiküler Aktive Edici Sistem                                                   |

# KANSER HASTALARINDA UMUT VE YORGUNLUK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Melike ÇELİK

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilimdalı

e-posta : melikecelik1980@mynet.com

## ÖZET

**Amaç:** Bu araştırmanın amacı, kanser hastalarında yorgunluk ve umut düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesidir.

**Yöntem:** Araştırma kanser hastalarında yorgunluk ve umut düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmış olup, Kasım 2015-Nisan 2016 tarihleri arasında Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji Günübirlik Servisi'nde tedavi edilen 210 hasta üzerinde yapılmıştır. Veri toplama araçları; Sosyo-demografik veri anket formu, Herth Umut İndeksi (HHI), Kısa Yorgunluk Envanteri (Brief Fatigue Inventory)'dir. Veriler SPSS programında; Örneklem grubunun sosyo-demografik özellikleri tanımlayıcı istatistik yöntemlerle; yaş, eğitim durumu, cinsiyet, medeni durumu, çalışma durumu, kanser tipi, tanıdan beri geçen süre ile yorgunluk puan ortalamaları arasındaki fark tek yönlü varyans analizi (ANOVA), hastaların umut ve yorgunluk puan ortalamaları arasındaki ilişki ise Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir.

**Bulgular:** Hastaların genel umut düzeyinin “Geçici Olma ve Gelecek”, “Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti”, “Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki İlişkiler” alt boyutlarının ortalama puanlarının sırasıyla (ortalama±standart sapma) 88,56±12,13; 91,19±10,56 ve 96,56±5,69 olduğu, umut puanı, alt boyut puanları ve yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu ( $p<0,05$ ) saptanmıştır.

**Sonuç:** Kanser hastalarında olumlu prognozu destekleyen umut düzeyinin korunması, umudu ve yorgunluğu etkileyen değişkenlere göre uygun hemşirelik yaklaşımlarının planlanması umudun yorgunluk düzeyleri ile ilişkisi üzerinde daha hassasiyet ile durulmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Kanser, Umut, Yorgunluk

# EXAMINATION OF RELATIONSHIP BETWEEN HOPE AND FATIGUE LEVELS IN CANCER PATIENTS

Melike ÇELİK

Dokuz Eylul University Institute Of Health Sciences Nursing of Department

e-mail : melikecelik1980@mynet.com

## ABSTRACT

**Objective:** The aim of this study was to investigate the relationship between hope and fatigue in patients with cancer. It is assumed that, after conducting this study and finding out a relationship between fatigue and hope in cancer patients, it might be possible for the patients to continue their treatments with a higher life quality and health workers can make highest contributions to this process.

**Methods:** The study was planned as a descriptive one on 210 patients treated at the outpatient oncology clinics at the Atatürk Education and Research Hospital to investigate the relationship between fatigue characteristics and hope levels. Data was collected via the Herth Hope Index (HHI), the Brief Fatigue Inventory, and socio-demographic data collection form. Data analysis was done using the SPSS program as descriptive statistics for demographic data. Differences between groups with regard to age, educational status, sex, marital status, work status, cancer type, time passed after diagnosis, and mean fatigue scores was analyzed using the ANOVA test, whereas the relationship between mean fatigue scores and hope was evaluated with the Pearson correlation analysis.

**Results:** General hope levels of the patients in the domains of "inner sense of temporality and future", "inner positive readiness and expectancy", and "interconnectedness with self and others" were  $88.56 \pm 12.13$ ;  $91.19 \pm 10.56$ , and  $96.56 \pm 5.69$  respectively. There was a statistically significant relationship between the hope subdomain scores and age, sex, educational status, and working status ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** We consider that preserving a certain level of hope, which is supportive for the prognosis and planning appropriate nursing approaches depending on the variables effecting hope and fatigue, and giving more emphasis on the relationship of hope and fatigue is important.

**Key Words:** Cancer, Hope, Fatigue

## 1. GİRİŞ ve AMAÇ

### 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Hastalık hali bireylerde “biyolojik, psikolojik ve sosyal süreçleri içeren çok boyutlu bir yaşam, kimlik ve var oluş krizi” olarak ifade edilirken (Arslantaş ve ark., 2010), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı; “yalnızca hasta olmama durumu değil, bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali” olarak tanımlamıştır (WHO, 2010). Hastalıkların özelliklerine göre bireyler farklı düzeylerde korku, endişe, yorgunluk, umutsuzluk gibi olumsuz fizyolojik ve psikolojik belirtilerin ortaya çıktığı bilinen bir gerçektir.

Günümüz çağdaş tıbbın ve insanın en önemli ve güncel sorunlarından olan kanser; korku, umutsuzluk, suçluluk, çaresizlik, dayanılmaz ağrılar, yorgunluk, terk edilme, ölüm duygu ve düşüncelerini çağrıştıran hem hasta, hem de ailede kaygı uyandıran, panik ve karışıklık yaratan, ciddi ve kronik bir hastalık olarak algılanmaktadır (Kavradım ve Özer, 2014; Terakye, 2011). Tıp bilimi ve tıp teknolojisinde yaşanan gelişmeler ile kanserin doğası anlaşılmış, tedavide önemli ilerlemeler sağlanmıştır. DSÖ Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara (BOH) İlişkin Küresel Durum Raporuna (2011) göre; kanserin gelecek 10-20 yıl içinde dünya genelinde morbidite ve mortalitenin giderek daha önemli hale gelen bir sebebi olacağını tahmin edilmektedir. Kanserle mücadelenin zorluklarının yanında nüfusun yaşlanması ile birleştiğinde gelecekteki önlemler kanser prevalansındaki artışın kaçınılmaz olacağı öngörülmektedir. Dünya genelinde 2008 yılında 12,7 milyon olan yeni kanser vakası insidansını, 2030 yılına kadar 21,4 milyona ulaşacağı; tüm kanser tanılarının üçte ikisinin az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde olacağı anlamına gelmektedir (WHO, 2012; Kavradım ve Özer, 2014). Uluslararası Kanser Ajansı 2012 yılı verilerine göre, Dünya genelinde 14,1 milyon yeni kanser vakası gelişmiş ve 8,2 milyon kansere bağlı ölüm gerçekleşmiştir. Yayınlanan rapora göre dünya genelinde en çok tanı konulan kanser türü %13,0 ile akciğer kanseri, %11,9 ile meme kanseri ve %9,7 ile kolon kanseri iken, kansere bağlı ölümlerin ise en çok %19,4 ile akciğer kanseri, %9,1 ile karaciğer ve %8,8 ile mide kanseri olarak gerçekleştiği bildirilmektedir. 2008 yılına göre kanser artışı devam etmektedir. Bu hızın devam etmesi durumunda, nüfus artışı ve nüfustaki yaşlanmaya bağlı olarak 2025 yılında toplam 19,3 milyon yeni kanser vakası olacağı öngörülmektedir. Kanser vakalarının %56,8'i ve kansere bağlı ölümlerin %64,9'u az gelişmiş ülkelerde gerçekleşmektedir. Aynı raporda meme kanseri artışının 2008 verilerine göre %20 oranında ve buna bağlı ölümlerin ise %14

oranında arttığına dikkat çekilmektedir (Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı, 2015). Dünya genelinde meme kanseri nedeni ile yaşamını kaybeden kadınların %53,8'ü 45-69 yaş aralığında olup, Türkiye'de ise bu oran %55,5'tir. Dünyada en yüksek ölüm oranı ise %33,7 ile 45-59 yaş grubunu oluşturmakta olup, bu oran ise Türkiye'de %35,8'dir (Günay Aktaş, 2014).

Kanserin yarattığı fiziksel, psikolojik ve sosyo-ekonomik sorunlar bireylerin yaşamını etkilemektedir. Kanser her ülkeden insanların yaşam kalitesini düşürürken, fiziksel, duygusal, ruhsal, kognitif, sosyal ve ekonomik açıdan da olumsuz etkilemektedir (Korkmaz ve Yangöz, 2013).

Kanserin vücuda verdiği zararların yanı sıra tedavi yöntemlerinin de vücut üzerinde yan etkileri bulunmaktadır. Kemoterapi ile hastada görülen yan etkiler ilaçların özelliklerine bağlı olarak değişmekle birlikte genellikle; bulantı, kusma, iştahsızlık, kemik iliği baskılanması (anemi, lökopeni, trombositopeni), saç dökülmesi, mukozit, cilt problemleri, uykusuzluk, nörolojik problemler, ağrı, göz problemleri, halsizlik, yorgunluk ve cinsel problemler şeklinde (Aslan ve ark., 2006) olabilmektedir.

Kemoterapinin en yıkıcı etkilerinden biri olan yorgunluk, kanser hastalarının en sık yaşadıkları semptomdur. Literatürde kansere bağlı olarak yorgunluk yaşadığını belirten hastaların oranı %39 ile %98 arasında değişkenlik gösterirken, yorgunluk semptomunun kemoterapi uygulamalarında daha da arttığı bildirilmektedir (Karthikeyan ve ark., 2012; Tarakçıoğlu, 2016). Hastalık ve/veya tedavi sürecine, komplikasyonlara, fiziksel duruma, psikososyal faktörlere bağlı olarak görülme sıklığı %60-90 arasında değişmekte olup, kemoterapi, radyoterapi veya biyolojik tedavilere bağlı olarak görülebilir. Kanser tedavisi ile ilişkili yorgunluk, tedavisi devam eden hastalarda %14-96, tedavisi biten hastalarda %19-82 olarak rapor edilmiştir (National Cancer Institute (NCI), 2016; Kanser Daire Başkanlığı, 2016). Amerikan Ulusal Kanser Ağı (National Comprehensive Cancer Network (NCCN)) kanserle ilişkili yorgunluğu “kansere ya da kanser tedavisine bağlı olarak ortaya çıkan, bireyin fonksiyonlarını engelleyen, alımlanmamış, ilerleyici ve subjektif bir bitkinlik hissi” olarak tanımlamıştır (Özdelikara, 2013; Mock ve ark., 2000).

**Yorgunluk;** fizyolojik, psikolojik ve durumsal stresörlerden etkilenen, doğrudan veya dolaylı olarak hastalık sürecine bağlı olarak değişen, subjektif duygularla kendini gösteren bir durum olarak tanımlanmaktadır (Can, 2006). National Comprehensive Cancer Network

(NCCN), kansere bağılı gelişen yorgunluğu; “günlük aktivitelerin gerçekleştirilmesini engelleyen kanser veya kanser tedavisine bağılı gelişen inatçı, sübjektif bir halsizlik hissi” olarak tanımlamaktadır. Kanser hastalarında yorgunluk, hastalığın gelişim süreci, uygulanan tedavinin türü, süresi, sıklığı ve yoğunluğu açısından farklılık göstermekle birlikte, hastanın günlük, olağan yaşam faaliyetlerinden uzaklaşmasına neden olan enerji eksikliği duygusunun sübjektif olarak algılanmasıdır (Kurt, 2008; Azak ve Çınar, 2005). Kemoterapi, cerrahi, radyoterapi, hormonal ve biyolojik tedaviler gibi kanser tedavi yöntemleri ve hastalığın yüklediği ağır psikolojik stresler, yorgunluğun artmasına neden olmaktadır (Azak ve Çınar, 2005). Kanser hastalarında yorgunluk tedaviden sonra sıklıkla karşılaşılan uzun dönemli bir yan etki olarak kabul edilmektedir. Kanser hastalarında gözlenen yorgunluk, zamanla gelişen, psikolojik, bilişsel ve duygusal öğeleri olan, enerjinin azalması ve dinlenme gereksiniminin artması, konsantrasyonun azalması, motivasyon ve günlük olağan aktivitelerin kısıtlanmasına yol açan objektif ve sübjektif bulguların iç içe olduğu bir bulgudur.

Kanser hastalığıyla ilgili yorgunluk tedaviden sonra sıklıkla karşılaşılan uzun dönemli bir yan etki olarak kabul edilmektedir. Kanserde gözlenen yorgunluk, genel olarak aktivitelerin ve stresin oluşturduğu yorgunluktan farklıdır. Hastalar için yorgunluk; zamanla büyüyen, psikolojik, bilişsel ve duygusal öğeleri olan, enerjinin azalması ve dinlenme ihtiyacının artması, konsantrasyon, motivasyon ve günlük aktivitelerin kısıtlanması anlamını taşımaktadır (Kocaman ve ark., 2013).

Kanserle ilişkili yorgunluk, karışık ve çok boyutlu bir fenomendir. Akut veya kronik olabilir. Akut yorgunluk aniden gelişen, kısa sürede sonlanan, ara sıra tekrar eden normal bir halsizliktir. Bir aydan uzun sürerse “uzamış yorgunluk” adını alır. Uzamış yorgunluğun altı aydan fazla devam etmesi durumunda ise “kronik yorgunluk”tan bahsedilir. Birçok tedavi ve hastalık faktörleri yorgunluğa sebep olmasına rağmen kanser hastalarında görülen yorgunluğun nedeni tam olarak bilinmemektedir (Azak ve Çınar, 2005). Kanser hastalarının yorgunluğa yol açan risk faktörleri “tedaviye ilişkin” ve “bireysel” faktörler olarak iki alt gruba ayrılmaktadır. Tedaviye ait nedenler; anksiyete, depresyon, sıvı elektrolit dengesizliği, aktivite yetersizliği, anemi, steroid kullanımına bağılı kas yoğunluğunda azalma, eşlik eden kronik hastalıklar, sitokinler, immünoterapi, radyoterapi (2-6. haftalar), cerrahi tedavi, kemoterapi (4. kür sonrası), nöropati, yetersiz beslenme, uyku sorunları, nörotransmitterlerde değişim şeklinde sıralanmaktadır. Bireysel nedenler ise; anksiyete, depresyon, kaşeksi, uykusuzluk, ağrı, karaciğer fonksiyon bozukluğu, tümöre yanıt olarak immün sistem

aktivitesinde artma, hipoksi, anemi, renal bozukluk, sıvı-elektrolit dengesizliği, işsizlik/ mali sorun, sedanter yaşam, enfeksiyon şeklindedir. Bunun yanında kemoterapi tedavisi dışında kullanılan opioid analjezikler, anksiyolitikler, analjezikler, antidepresanlar, nöroleptikler, beta blokerler, benzodiazepinler, antihistaminiklerin de yorgunluğa neden olduğu belirtilmektedir (Akdeniz Kudubeş, 2014; Cohen, 2002; Nail, 2004).

**Umut ise** Cutcliffe ve Herth tarafından “İnsan varlığına odaklı, kişiye özgü, psikolojik dinamizm oluşturan bir beklenti ve arzu” olarak tanımlanmaktadır (Aslan ve ark, 2006; Cutcliffe ve Herth, 2002). Umut, insanoğlunun yapısında bulunan, yalnızlık, sıkıntı ve acı çekme gibi güç ve stresli durumlarla baş etmeyi sağlayan en değerli kaynaktır. Kişiyi motive ederek gerektiğinde birçok şeye ulaşmasına olanak tanıyan bir güçtür. Lin ve arkadaşları (2003) kanser hastalarının umut düzeyleri, duygu durumları ve performanslarının kanser ağrısı üzerindeki etkilerini inceledikleri çalışmada, umut düzeyi yüksek olan hastaların ağrı ile daha iyi baş ettiklerini ve duygu durumlarının daha iyi olduğunu belirlemişlerdir (Lin ve ark., 2003). Kanser, bireye sadece olan fiziksel açıdan olumsuz etkileri nedeniyle değil, bunun yanında, hastaların gelecek ile ilgili belirsizlikleri, korkuları, acıları nedeni ile umut kırıcı bir olgudur (Özdaş ve Olgun, 2015).

Herth (2000); kanser hastasının yaşama tutunmasını güçlendiren en önemli faktörün umut olduğunu belirtmektedir. Umut, kanser tanısıyla savaşan hastalar için, özellikle de yeni tanı konmuş ve aktif tedavi almakta olan hastalar için kişisel önemli kritik bir faktördür (Chi 2007; Hammer ve ark., 2009; McCullough ve ark., 2008). Daha önceki araştırmalar umudun, sağkalım açısından anlamlı bir faktör olduğunu ve psikolojik stresi azaltmak, öz-güveni arttırmak, psikolojik iyilik durumunu ve yaşam kalitesini arttırmak için çok önemli bir faktör olduğunu ortaya çıkarmıştır (Felder, 2004; Herth, 2000, 2001; Lai ve ark., 2003; Mattioli ve ark., 2008). Literatürde; demografik faktörlerin (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, vb.), hastalıkla ilgili faktörlerin (kanser tanısı, hastalık evresi, tanıdan itibaren geçen süre vb.) (Chen, 2003; Chi, 2007; Rustoen ve Wiklund, 2003; Vellone ve ark., 2006), azalan fonksiyonel durumun (Lai ve ark., 2003; McGill ve Paul 1993) ve artan semptom stresinin (Chen 2003; Lai ve ark., 2003; Vellone ve ark., 2006) kanser hastalarında umut düzeyini etkileyen önemli faktörler olduğu belirtilmektedir. Kanserle ilişkili yorgunluk hastanın umut hissini etkilemede önemli bir rol oynar, çünkü hastaların fiziksel, psikososyal ve kognitif performansını derinden etkilemektedir (Dy ve ark., 2008; Lai ve ark., 2007; Miller, Maguire ve Kearney 2007; Morrow, 2007). Kanser hastalarının yaşam süreci içinde umudunu etkileyen faktörlerden biri



hastalık ve sürecine bağılı yaşadığı semptom yoğunluğudur. Bu yaşanan semptomların önemlilerinden biri de yorgunluktur. Lee ve arkadaşlarının (2001) umut ve yorgunluk üzerine odaklanan bir çalışmasında; umut ve yorgunluk arasında negatif yönlü bir ilişki varlığını bildirmişlerdir.

Kanser tanısının anlamı, geleceğin belirsiz olmasıdır. Yaşanan belirsizlik, kişinin umut duygusunu tehdit edebilir. Bireyin duygusal yapısını da derinden etkileyebilir (Kelleci, 2005). Bu etkilenme hastaların umut sevelerini azaltarak etkin baş etme yöntemlerini olumsuz etkilemekte, bireyde gelecekle ilgili kaygıları ve umutsuzluğa neden olmaktadır. Kanser tanısı, bireyin kendini algılamasını değiştirmekte ve yaşama biçimine uyumu gerektirmektedir. Bu olumsuzluklar, esas olarak hastaları etkilerken bu süreci yaşayan hasta, ailesi ve yakınlarını da etkilemektedir. Hasta ve ailesi bu süreçte giderek kendi içlerine dönmekte, sosyal aile işleyişini azaltmakta, yalnızlaşmaktadır. Kanser hastalarının yalnızlık düzeyi arttıkça umutsuzluk düzeyinin de arttığı bulunmuştur. Konu ile ilgili benzer çalışmalarda kanser hastalarının sosyal desteğinin yalnızlık ve umutsuzluk düzeyleri üzerinde etkisi olduğu bildirilmektedir (Demirel ve ark., 2015).

Umut; bireyin içindeki motivasyonu cesaretlendiren önemli bir etkidir ve hastalık durumunda karamsarlık, çaresizlik duygularını önlemektedir (Arslantaş ve ark., 2010). Kanser hastalarının kanserle baş etmesi ve tedaviye uyumunda, umudun önemli bir etkisi olduğu bulunmuştur. Umutsuzluk; kanserin olumsuz ve ölümcül bir hastalık olarak algılanmasına neden olmaktadır (Fadiloğlu ve ark., 2006; Demirel ve ark., 2015).

Türkiye’de kanser hastalarında, doğrudan yorgunluk düzeyi ile umut ilişkisini açıklayan bir araştırmaya rastlanmamıştır. Yapılan araştırmalar kanser hastalarında umut, umutsuzluk üzerine yoğunlaşmıştır. Bununla birlikte, kanser tanısı alan hastada umutsuzluğun yanında yorgunluğun da ortaya çıktığı bilinmektedir. Kanserle-ilişkili yorgunluk ve umut arasındaki ilişkinin bilinmesi, hastaların yorgunluklarını yönetirken umut duygusunu sürdürmelerine ve böylece hastaların sık karşılaştıkları bu sorunu etkili yönetmelerine imkan sağlayacaktır (Shun ve ark., 2011). Dolayısıyla, kanser hastalarında umut ve yorgunluk düzeyleri arasındaki ilişkinin tanınması, gerekli girişimlerin planlanması ve uygulanması yoluyla hastaların daha etkili desteklenmesine olanak sağlayacaktır.

Hemşireler planladıkları girişimlerle, hastaların gelecekle ilgili belirsizlikleri, hastalık ve tedavi ile ilgili yaşadığı sorunları ortadan kaldıracak, tedaviye uyumlarını artıracak,

tedavinin devamlılığını ve oluşan komplikasyonlarla etkili şekilde baş etmesini sağlayacak güçlü bir duygu olan umudu desteklemede önemli bir role sahiptir. Kanser hastalarına yönelik müdahalelerin belirlenmesinde hemşirelik tanıları alınarak uygun girişimlere yer verilmelidir. Hemşireler, kanserli hastaların hastalık ve tedavi sürecinde hastalar ile yakın etkileşim içerisinde bulunduğundan, yaptıkları müdahalelerle, hastaların umutsuzluk durumunu azaltmaya, umutlarını sürdürmeye ve desteklemeye yönelik girişimler planlamalıdır.

Herth (2000), yeni tanı almış kanserli hastalarla gerçekleştirdiği çalışmada, olumlu hemşirelik girişimlerinin kanser hastalarında umut düzeylerini artırdığını saptamıştır (Hert, 2000). Olumlu yaklaşımların, kanser hastalarında umut düzeylerini artırmada etkili olduğu, bu yaklaşımların hastaların umut düzeylerini olumlu veya olumsuz etkilediklerini göstermektedir (Kavradım, 2014).

Kanser hastalarının içinde bulunduğu bu zor süreçte, özgürce seçtiği ve uğruna çaba göstermeye değer bulduğu amaçlara ve bunları gerçekleştirilmesi yönünde mücadele vermesini destekleyici girişimlere ihtiyaç duymaktadır. Hemşirelik girişimlerinde hedef, hastaya amaçlarının farkına vardırarak, değer taşıması, ulaşılabilir olması ve belirsizliklerin en aza indirgenmesidir. Planlı hemşirelik girişimleri hastaya seçenekleri bulma ve kullanılabilirliğinde cesaret verici yaklaşım göstermelidir. Hastaların, bu sıra dışı durumla baş edebilmesi için yeni çözümler üretmesine, seçenekleri artırmasına yol açmakta ve daha fazla yaşama isteğine sahip oldukları belirtilmektedir. Dolayısı ile umut düzeyi yüksek olan hastalar daha fazla yaşam isteğine sahip olduklarından daha fazla seçenek üretebilirler (Tarhan ve Babacan, 2015).

Onkoloji hastalarının tedavi süreçlerinde hemşireler vazgeçilmez roller üstlenmektedir. Hemşireler hastalarını tedavileri boyunca en iyi ve en kötü şartlarında, hatta yaşamlarının son anlarında veya palyatif bakımları sırasında da görme ve müdahale etme şansına sahiptir. Hemşirelerin mesleklerinin getirdiği bu ayrıcalığın farkında olmaları ve elde ettikleri fırsatları iyi kullanmaları, özellikle hastaların streslerini zamanında fark etme ve mental sağlık kaynaklarını zamanında ve etkin bir şekilde devreye sokmaları önem arz etmektedir (Lucas, 2014). Psikososyal stres altındaki kanser hastalarının gerekli kaynaklara ulaşmakta zorlandıkları bilinmektedir. Bir araştırmada onkologların, bu tür ihtiyacı olan hastalarına müdahale etmeyip sevk etmeyi tercih ettikleri bulunmuştur (Muriel ve ark., 2009). Bu açıdan hemşirelerin bu güçlü duygunun var edicisi ve artırıcısı olabileceği söylenebilir. Bu gücün

fark edilmesi, hemşireye de büyük bir güç verecektir. Hemşirelerin, hastaların umutlarını artırmak için yapabilecekleri girişimlerin çeşitliliğini görmeleri, kendi farkındalıklarını da artıracak ve iş tatminlerine katkı sağlayacaktır.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın amacı, kanser hastalarında yorgunluk ve umut düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

## **1.3.Araştırmanın Soruları ve Hipotezleri**

### **1.3.1Araştırmanın Soruları**

**S.1:** Kanser hastalarının yorgunluk ve umut düzeyleri arasındaki ilişki nasıldır?

### **1.3.2Araştırmanın Hipotezleri**

Yapılan çalışmanın hipotezi ve alt hipotezleri şu şekilde sıralanmaktadır:

**H<sub>0</sub>:** Kanser hastalarının yorgunluk ve umut düzeyleri arasında ilişki yoktur.

**H<sub>1</sub>:** Kanser hastalarının yorgunluk ve umut düzeyleri arasında ilişki vardır.

## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1.Kanser

Kanser; kontrolsüz bir şekilde ve anormal olarak gerçekleşen hücre büyümesi ve yayılımı ile karakterize edilen bir hastalık olarak bilinmektedir. İnsanlık tarihi kadar eskidir. Kanser, kalp hastalıkları ardından ölüme en fazla neden olan ikinci hastalık olduğu ve tüm ölümlerin %13'ünden sorumlu olduğu belirlenmiştir (Aktaş, 2012).

Yüzyıllar boyunca kanser ölümcül bir hastalık olarak görülmüştür. Ancak tıp bilimi ve teknolojisinde meydana gelen önemli ilerlemeler nedeniyle erken teşhis edilen kanserin pek çok vakada tedavi edilebileceği fark edilmiştir. Bu gelişme ile birlikte ilk kanser tanısı konulduğunda, hastaların hayal kırıklığına uğradığı ve psikolojik açıdan yıkıldığı görülmektedir. Kanser hastalarının geleceklerinin belirsiz olması, bu belirsizliğin verdiği korku, acı ve sıkıntılar ile başa çıkabilmesi amacıyla desteğe ihtiyaç duymaktadırlar (Chi, 2007).

Kanser görülme sıklığının artışı ile birlikte, günümüzde kanserin doğası anlaşılmaya başlanmış, kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi tanı ve tedavi yöntemleri ön plana çıkmıştır. Kanser tanısına sahip kişiler, kanser hastalığının çeşidine göre bu yöntemlerden biri ya da birkaçının kullanılması sayesinde yaşam kalitelerini ve yaşam sürelerini artırmaktadırlar. Bu ilerlemeler doğrultusunda araştırmalar, artık bireylerin kanser tedavisi sırasında karşılaştıkları depresif ruh hali, duygusal rahatsızlıklar, anksiyete, fiziksel bozukluklar, cinsel isteksizlik ve bireyler arası ilişkilerde endişeler gibi psikososyal ve fizyolojik rahatsızlıkların giderilmesine yönelmiştir (Greimel ve ark., 2002). Kansere bağlı yorgunluk ve beraberinde solunum rahatsızlıkları, uyku problemi, iştahın kapanması, ağrı gibi olumsuzluklarla baş etme, yorgunluk düzeyinin kontrolü, pulmoner rehabilitasyon, sosyal ve duygusal destek alınması gibi yaklaşımlar ön plana çıkmıştır (Polanski, 2016).

Bu gelişme ile kanser hastalarına verilecek bakım ve desteğin boyutuna ilerlemiş yeni yaklaşımda; sağlıklı alışkanlıklar edinme, risk belirleme ve gereken önlemleri alma, erken tanının önemini kavrayarak hastalığı kabullenme, öz bakım gücünü geliştirme sayesinde hastalıkla yaşamını devam ettirebilme ve baş etme becerisi geliştirme, palyatif tedavi ve terminal hasta bakımı gibi unsurlar bu sürece eklenmiştir (Bakitas ve ark., 2009). Kanserinin yönetimi, hemşireler başta olmak üzere sağlık çalışanlarına evde, rehabilitasyon

merkezlerinde, bakım evlerinde önemli yükümlülükleri beraberinde getirmektedir. Toplumla sürekli etkileşim halinde bulunan hemşireler, topluma sağlığını geliştirici eğitim ve danışmanlık yaparak doğru sağlık alışkanlıkları uygulama, kanserden korunma ve erken tanıda kullanılan yöntemler ve önemi konusunda bilgilendirme yapan profesyonel kişilerdir. Yine hemşireler, hastalığın her aşamasında yüksek kalitede bakım sunan, danışmanlık ve tüm bu görüşlerle hastaların yaşam kalitelerini yükseltmekle sorumludurlar (Aktaş, 2012).

## 2.2.Kanser Hastalığının Epidemiyolojisi

2003 yılında yayınlanan Dünya Kanser Raporuna göre kanser oranının 2020 yılından itibaren %50 artış göstererek her yıl 15 milyon yeni kanser vakasının meydana gelebileceği tahmin edilmektedir. Bu önemli artışın temel nedenleri hem gelişmekte hem de gelişmiş olan ülkelerde yaşam süresinin uzaması, mevcut sigara-içki eğilimleri ve sağlıksız yaşam tarzlarına uyumun artması olarak sıralanmıştır (WHO, 2003).

Dünya geneline bakıldığında toplamda 14,1 milyon yeni kanser vakası geliştiği ve 8,2 milyon kansere bağlı ölüm olduğu belirtilmektedir. Kanser bu şekilde devam etmesi durumunda 2030 yılına gelindiğinde yıllık 22 milyon yeni vaka ortaya çıkması beklenmektedir. Ülkemizde sebebi bilinen ölümler sıralamasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra en sık görülen ikinci ölüm sebebi olması açısından kanser önemli bir toplum sağlığı problemidir (Şencan ve Keskinkılıç, 2017).

Amerika’da her 4 ölümden birinin kansere bağlı olduğu belirtilmektedir. 2013 yılı verilerine göre Amerika’da 1 660 290 yeni kanser vakası ve 580 350 kansere bağlı ölüm meydana geldiği belirtilmektedir (Siegel ve ark., 2013).

Uluslararası Kanser Ajansı (IARC) 2012 verilerine göre, dünya genelinde 100 000 kişide 205 erkek ve 165 kadında kanser hastalığı bulunmaktadır. Bu sayı ABD’de sırasıyla 347 ve 297, Türkiye’de ise 245 ve 157 olarak belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu, 2014) (Tablo 1).

**Tablo 1: IARC 2012 Verilerine Göre Dünyada ve Türkiye’de Kanser Hastalığı İnsidansı.**

|                    | Erkek | Kadın |
|--------------------|-------|-------|
| Dünya              | 205,4 | 165,3 |
| IARC’a üye 24 ülke | 236,4 | 192,5 |
| AB (28 ülke)       | 314,9 | 243,2 |
| ABD                | 347,0 | 297,4 |
| Türkiye            | 245,7 | 157,5 |

Dünyada erkeklerde görülen en sık kanser çeşitleri akciğer, prostat, kolorektal, mide ve karaciğer kanseri iken, kadınlarda meme, kolorektal, uterus, serviks, akciğer ve uterusdur. Türkiye’de ise erkeklerde en sık görülen kanser çeşitleri akciğer, prostat, mesane, kolorektal ve mide kanserleri iken, kadınlarda bu sıralama meme, tiroid, kolorektal, uterus korpusu ve akciğer kanseri şeklindedir (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu, 2014) (Tablo 2).

**Tablo 2. IARC 2012 Verilerine Göre Dünyada ve Türkiye’de En Sık Görülen Kanser Çeşitleri**

|                   | <b>Erkek</b>                                          | <b>Kadın</b>                                                       |
|-------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <b>Dünya’da</b>   | Akciğer<br>Prostat<br>Kolorektal<br>Mide<br>Karaciğer | Meme<br>Kolorektal<br>Uterus Serviksi<br>Akciğer<br>Uterus Korpusu |
| <b>Türkiye’de</b> | Akciğer<br>Prostat<br>Mesane<br>Kolorektal<br>Mide    | Meme<br>Tiroid<br>Kolorektal<br>Uterus korpusu<br>Akciğer          |

### **2.3.Kansere Bağlı Yorgunluk**

Kansere bağlı yorgunluk; kansere, tedavisine ve mevcut işlevselliğe yapılan girişimlerle ilişkili olarak fiziksel, zihinsel, kalıcı ve geçici işlemlere bağlı yorgunluk hali olarak tanımlanmaktadır. Yorgunluğun kanser hastalarında görülen en sık ve yıkıcı semptomlardan birisi olduğu belirtilmektedir ve tedavinin yan etkileri nedeniyle kanser tedavi süresince kronik olabilmektedir. Alternatif tedavi alan kanser hastalarının %61-99’unun yorgunluk deneyimi olduğu belirtilirken, buna ek olarak kanseri atlatan hastaların yaklaşık %30’unda tedavinin kesilmesinden sonraki birkaç yıl bile sürmektedir (Bang ve ark., 2016).

Yorgunluk, kanser hastalarının iyi bir yaşam kalitesi sürmeleri önündeki önemli engellerdendir. Hastaların normal işlevsellikleri karşısındaki en büyük zorluk olarak nitelendirilmektedir. Onkolojide hastaların yorgunluğunu tanımlayan asteni (asthenia) kavramı yanı sıra “fatigue” olarak ifade edilen yorgunluk doğal olarak öznel ve çok boyutlu bir terimdir. Bu kavram çeşitli karakteristikler (şiddet, güçlük, zamansal-geçici-kalıcı özellikler) ve spesifik rahatsızlıklarla ilişkili olarak (enerji yokluğu, zayıflık, uyuşukluk, konsantre olma güçlüğü) tanımlanmaktadır. Yorgunluk; zamanla gelişen, kanser hastalarının enerji ve zihinsel kapasitelerini azaltan, psikolojik durumlarını olumsuz etkileyen çok boyutlu

bir fenomen olup; uyuşukluk, halsizlik ve asteni ile ilişkilidir. Bu sınıflandırmalar yorgunluğa karşı farkındalığın artmasına neden olmaktadır. Kansere hastalarında yorgunluk fiziksel, psikolojik ve durumsal etmenlerin bileşiminden kaynaklanan kronik sorun olarak ifade edilmektedir. Hastaların %32'sinin yorgunluk nedeni ile diğer bireylerle ilişkileri etkilenmekte ve günlük aktiviteleri aksayarak yaşam kaliteleri önemli düzeyde bozulmaktadır (Çapar, 2010).

Yorgunluk; kanser hastalarında görülme oranı yüksek olan bir belirti olup duygu durum bozukluğunun da önemli bir nedenidir. Kansere ya da kanser tedavisi ile ilişkili yorgunluk, normal günlük yaşamın bir sonucu olarak yaşanan yorgunluktan şiddet ve kalite açısından farklıdır. Çabayı sürdürmeye yönelik öznel bir yetersizlik olarak tarif edilmekte olup uyku ve işlevlerini olumsuz etkilediği bildirilmektedir. Hastalarda oluşan yorgunluğun dinlenme ve uyku ile geçmeyen, fiziksel ve zihinsel işlevleri etkilemesi söz konusudur (Güleç ve Büyükkınacı, 2011). Kanserle ilgili yorgunluk oldukça sık görülen bir durum olup bu konu hakkında pek çok çalışma bulunmaktadır (Schwartz, 2003; Lawrence ve ark., 2004; Hofman ve ark., 2007; Miller ve ark., 2007; Dy ve ark., 2008; Berger ve ark., 2010; Doğan, 2012; Ergün ve ark., 2013; Koornstra ve ark., 2014).

### 2.3.1. Kanserle Bağlı Yorgunluğun Nedenleri

Kanser hastalarında yorgunluk hissinin pek çok faktörden etkilendiği belirtilmektedir. Yorgunluk prevalansı hakkında bilgi sahibi olunmasına rağmen patofizyolojisinin mekanizması tam olarak bilinmemektedir (Miller ve ark., 2007). Kanser hastalarında yorgunluğu etkileyen faktörler Tablo 3'te sınıflandırılmıştır.

**Tablo 3. Kanser Hastalarında Yorgunluğa Neden Olan Faktörler**

| <b>Fiziksel Faktörler</b>                                                   | <b>Psikososyal Faktörler</b>        |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Ağrı                                                                        | Depresyon/izolasyon                 |
| Uyku/ dinlenme örüntüsü                                                     | Anksiyete                           |
| Beslenme                                                                    | Dış görünüm                         |
| Gastrointestinal problemler                                                 | Kontrol kaybı                       |
| Kemik iliği baskılanması                                                    | Rollerde değişim                    |
| Çoklu tedavi yaklaşımları (kemoterapi, radyoterapi, cerrahi), tanı testleri | İlişkiler/ duygulanım/seksüel işlev |
|                                                                             | Mali durum                          |
| Fiziksel kondisyon (performans durumu)                                      | Yaş                                 |

**Kaynak:** Demiralp, 2006:18.

Hastaların yorgunluk nedenleri ortaya çıkarılarak, yaşamlarındaki işlevselliğin ve mutluluğun devamı sağlanabilmektedir. Yorgunluğun önlenmesinde hastaların yorgunlukla başa çıkabilmeleri için yorgunluğun hastalara ifade ettiği anlamın hemşireler tarafından bilinmesi gerektiği belirtilmiştir (Demiralp, 2006). Yorgunluğa ilişkin etiyolojik faktörler şu şekilde sıralanabilir (Barnes ve Bruera, 2002):

- Önceden var olan komorbiditeler;
  - Konjestif kalp yetmezliği, hipotiroidi veya nörolojik rahatsızlıklar.
- Kanseri;
  - Paraneoplastik nörolojik sendrom.
- Kanser tedavisi;
  - Kemoterapi, radyoterapi, immunoterapi veya ameliyat.
- Kanser/tedavi komplikasyonları;
  - Anemi, sepsis, pulmoner ya da kardiyak rahatsızlıklar, böbrek veya karaciğer yetmezliği, metabolik komplikasyonlar, dehidrasyon, hipoksi, otonom yetersizlik, nöromusküler (kas) rahatsızlıkları.
- Kaşeksi/malnutrisyon
- Endokrin anomalileri;
  - Hipotiroidi veya hipogonadizm.
- İlaçlar;
  - Opioidler, hipnotikler, anksiyolitikler, antihistaminler, antiemetikler ve antihipertansifler.
- Uyku bozuklukları
- Kondisyon eksikliği
- Diğer fiziksel semptomlarla olan ilişkiler;
  - Ağrı, bulantı veya dispne.
- Psikolojik faktörler;
  - Anksiyete, depresyon ya da stres.

Yorgunluk çok boyutlu ve çok nedenli olması dolayısıyla, tamamen açıklamasını yapan bir model bulunmamaktadır. Kanser hastalarının deneyimledikleri yorgunlukla ilgili farklı görüşler ortaya atılmıştır. Yorgunluğun



Tablo 4'te gösterilen olası nedenleri sayesinde hemşirelerin yorgunluğa ilişkin yaklaşımlarının planlaması kolaylaşmaktadır (Demiralp, 2006).

**Tablo 4. Kansere Bağlı Yorgunluğun Nedenlerini Açıklayan Hemşirelik Modelleri**

| <b>Modeller</b>                         | <b>Yorgunluk Nedenleri</b>                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Birikim Hipotezi                        | Vücutta işe yaramayan ürünlerin birikmesi ile yorgunluğun oluştuğunu savunmaktadır.                                                                                                                                                                                   |
| Tükenme Hipotezi                        | Karbonhidrat, yağ, protein adenozin trifosfat (ATP) ve protein gibi maddelerin kaslarda bulunmayışı ile kas aktivitesinin bozulduğunu öne sürmektedir. Anemi de bir tüketme mekanizması olarak düşünülebilir.                                                         |
| Biyokimyasal ve Fizyokimyasal Fenomen   | Hormonların ve kas proteini, glukozu, elektrolitleri gibi maddelerin üretimi, dağıtımı, kullanımı, dengelenmesi ve deviniminin yorgunluk yaşantısını etkileyebildiğini ileri sürmektedir.                                                                             |
| Santral Sinir Sistemi Kontrolü          | Yorgunluğun merkezi kontrolünün, iki karşıt sistem arasındaki dengede yer aldığını savunmaktadır. Bunlar; retiküler formasyonu, serebral korteksi ve beyin gövdesini içine alan retiküler aktive edici sistem (RAS) ve inhibitör sistemdir.                           |
| Uyum ve Enerji Rezervleri               | Her bir bireyin uyum için belli bir miktarda enerji rezervi olduğunu ve enerji tükendiğinde yorgunluğun oluştuğunu savunmaktadır.                                                                                                                                     |
| Psikobiyojik Entropi                    | Hastalık ya da tedavi ile ilgili semptomların sonucu olarak daha az aktif olan bireyin, enerji veren metabolik kaynaklarının kaybının, bireyin klinik gözleme dayalı aktivite, yorgunluk ve fonksiyonel durumu ile birlikte ele alınması gerektiğini öne sürmektedir. |
| Aistars'ın Düzenlediği Kuramsal Çerçeve | Enerji ve stres teorisine dayalıdır ve yorgunluğa katkıda bulunan fizyolojik, psikolojik ve durumsal stresörleri kapsamaktadır.                                                                                                                                       |
| Piper'in Entegre Yorgunluk Modeli       | Piper, yorgunluğun semptom ve işaretlerini etkileyen yorgunluk mekanizmalarını öne sürmektedir. Sağlıklı ya da hasta popülasyonda yorgunluk belirtilerini incelerken, yorgunluğun öznel olarak değerlendirilmesine odaklanmaktadır.                                   |

**Kaynak:** Demiralp, 2006.

Başka bir yaklaşıma göre kansere ilişkin yorgunluğun nedenleri arasında olan malnütrisyon sonucu anoreksi, metabolizmadaki değişiklikler, kusma, ishal veya yutma güçlüğü oluşmaktadır. Malnütrisyonun, temel metabolitlerin eksikliği ya da olmayışı ve kas kütlelerinin kaybı nedeniyle anormal kas fonksiyonlarına yol açabileceği de belirtilmiştir. Ayrıca normal hücre işleyişini engelleyici hücre yıkımı son ürünlerin ve toksik metabolitlerin

birikiminin yorgunluğa neden olabileceği ifade edilmiştir. Kansere hastalarına uygulanan kemoterapi nedeniyle enfeksiyon gelişimi yüksek riskte olup immünsupresyon (bağışıklığın baskılanması) nedeniyle oluşan yorgunluk bunu izlemektedir (Porock ve ark., 2005). Bununla beraber hastalarda hemoglobin düzeyleri oldukça düşük olduğunda, aneminin yorgunluk açısından önemli bir faktör olabileceği belirlenmiştir (Madden ve ark., 2006).

Yorgunluk, kansere özgü olmayan bir belirtidir. Uykusuzluk ve aşırı kas aktivitesi gibi fizyolojik durumların, bakteriyel veya viral enfeksiyonlar gibi tıbbi durumların, otoimmün hastalıklar gibi kronik enflamatuvar durumların veya majör depresyon, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar gibi psikiyatrik rahatsızlıkların belirtisi olabilmektedir. Antihistaminikler, uykusuzluğa karşı kullanılan ilaçlar veya kemoterapi ilaçları da hastalıkta yorgunluk oluşturmaktadır. Yorgunluk aynı zamanda, uyku-uyanıklık döngüsündeki bozulmalara, sağlıksız yaşam tarzı, aşırı alkol veya kafein alımı, psikososyal stresörler ya da travmatik yaşam olaylarının geç dönemdeki etkilerine bağlı olarak da meydana gelebilmektedir (Torres-Harding ve Jason, 2005).

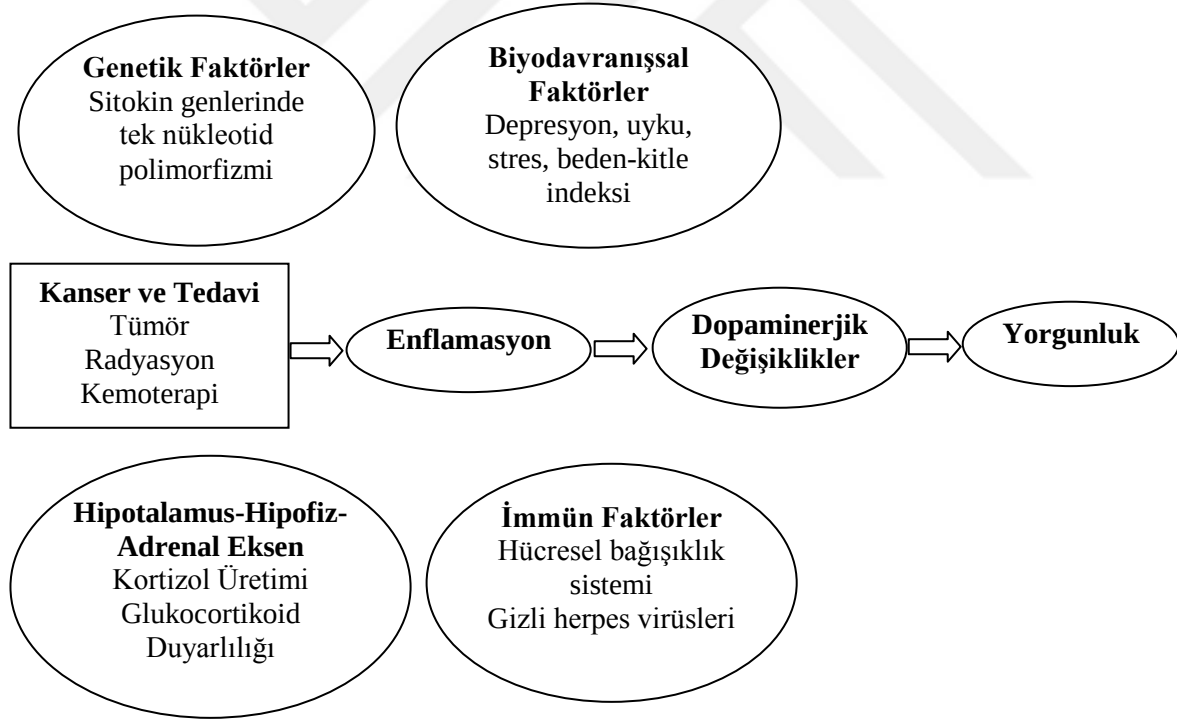
Yorgunluğun etiyolojisi tartışılırken pek çok yazar psikolojik faktörlerinde olası etkilerini dile getirmiştir. Genellikle depresyonun kansere ilişkin yorgunluk oluşumuna katkıda bulunduğu ifade edilmektedir. Depresyon hissi bireylerin olası bir ölümcül hastalık gerçeğinden kaynaklanabilir ya da depresif bir duygu durumu, yorgunluğa yol açabilir. Bununla beraber depresyon yalnızca bir neden değil, aynı zamanda kalıcı bir yorgunluk hissinin sonucu da olabilir. Doğrudan hastalık ya da tedavisinden kaynaklanan fonksiyon kaybı ve enerji yokluğu bu olumsuz psikolojik sonuçları doğurabilmektedir. Kanserde depresyon ve yorgunluk aynı biyolojik faktörlerden doğduğu için bir arada bulunabilmektedir (Smets ve ark., 1993). İleri evre kanserde yorgunluğun depresyon, ağrı, anoreksi, uykusuzluk, anksiyete, bulantı ve dispne semptomları ile birlikte görülebileceği belirtilmiştir (Barnes ve Bruera, 2002).

Kansere hastalığının kendisinden ve tedavisinden kaynaklanan komplikasyonların giderilmesinde önemli gelişmeler görülmektedir. Ancak yorgunluk belirtileri, ya hiçbir şekilde tamamen ortadan kaldırılamamakta ya da hastalara yetersiz tedavi ve bakım sunulmaktadır. Bunun en önemli nedeni ise yorgunluğun sorun olarak tanımlanabilmesi için hasta tarafından dile getirilmesi gereken bir durum olmasıdır. Yorgunluk hem hasta hem de tedavide çalışan

sağlık personeli tarafından gerçekte tedavi edilmesi gereken bir belirti olarak değerlendirilmelidir (Tarakçıoğlu Çelik GH.2016 , Shun SC.2011).

Kanser hastalarında yorgunluğa bağlı yaşanan psikososyal sorunlar ile ilgili yapılan bir araştırmada, kanser hastalarının üçte ikisi deneyimledikleri yorgunluğun ağrıdan daha fazla yaşamlarını olumsuz etkilediğini belirtmiştir (Bag, 2012). Kanser hastalığı ve tedavisi kaynaklı yan etkilerin azaltılması ile ilgili gelişmeleri olumlu olmasına karşın, kanser hastalarında yorgunluk belirtileri hiçbir şekilde ortadan kaldırılamamakta veya yetersiz tedavi ve bakım sunulmaktadır. Yorgunluk tedavi edilmesi gereken bir belirti olarak değerlendirilmelidir (Bag, 2013).

Kanser ve kanser tedavilerini inflamasyon ve yorgunluk semptomlarıyla ilişkilendiren bu kavramsal modelde kansere bağlı yorgunluk kanser tedavisi, biyodavranışsal faktörler, genetik faktörler, immün faktörler ve hipotalamus-hipofiz-adrenal eksen ile birlikte ele alınmıştır (Bower ve Lamkin, 2013) (Şekil 1-1).



**Kaynak:** Bower ve Lamkin, 2013.

**Şekil 1-1. Kanser ve kanser tedavilerini inflamasyon ve yorgunluk semptomlarına bağlayan kavramsal model: Biyodavranışsal Faktörler, Genetik Faktörler, İmmün Faktörlerin Kansere Bağlı Yorgunluğa Etkisi**

Belirtilen kavramsal model kanser ve kanser tedavisini enflamasyon ve yorgunluk ile ilişkilendirmektedir. Bu ilişkiye dopaminerjik değişimler aracılık etmektedir ancak bu yol ağı tam olarak aydınlatılamamıştır. Bunun dışındaki faktörler modelde yorgunluğa neden olan esas faktörler olarak açıklanmaktadır.

### **2.3.2.Kanser Hastalarında Yorgunluk Belirtileri**

Uluslararası Hastalık Sınıflandırması'nın (ICD) onuncu revizyon kriterlerine göre kansere ilişkin yorgunluk semptomları şu şekilde sınıflandırılmıştır (Portenoy ve Itri, 1999; Barnes ve Bruera, 2002):

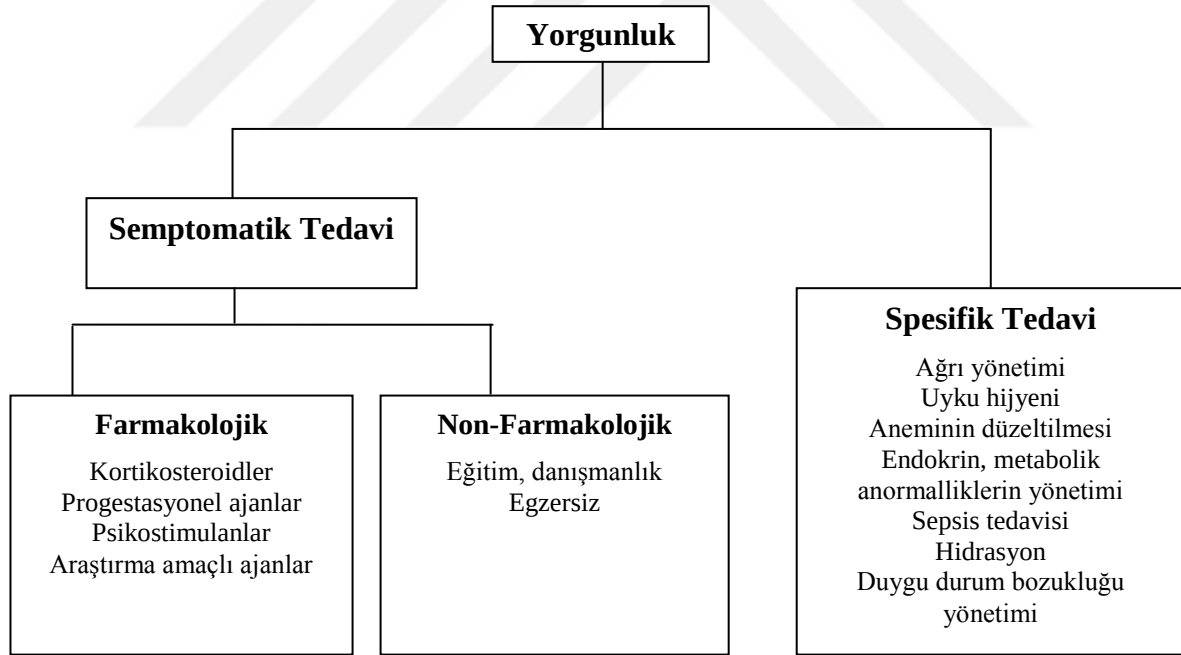
- Önemli düzeyde yorgunluk, enerji azlığı, yüksek düzeyde dinlenme ihtiyacı, herhangi bir aktivite düzeyinde orantısız bir değişim yanı sıra,
- Genel zayıflık ve eklem ağrıları şikâyetleri,
- Konsantrasyon ya da dikkat eksikliği,
- Her zamanki aktiviteler için motivasyon veya ilgi kaybı,
- Uykusuzluk ya da aşırı uyuma,
- Dinlendirici olmayan uyku,
- Hareketsizliğin üstesinden gelmek için mücadele/çaba gerekliliği,
- Yorgunluk hissine karşı belirgin duygusal tepkiler (hayal kırıklığı, üzüntü ya da sinirlilik),
- Günlük sorumlulukları yerine getirmede zorlanma,
- Kısa süreli hafıza problemleri,
- Efor sonrası birkaç saat süren kırgınlık semptomlarından en az beş tanesinin, bir ay içinde aynı 2 haftalık dönem süresince her gün mevcut olması yorgunluk belirtilerindendir.

Bu semptomlar klinik olarak yaşamın sosyal, iş ya da diğer önemli alanlarında sıkıntı veya bozulmalara neden olmaktadır. Semptomların, kanser tedavisinin sonucu olduğunu gösteren laboratuvar, fiziksel muayene ve geçmiş bulguları bulunmaktadır. Bu semptomların

majör depresyon, somatizasyon bozukluğu, somatoform bozukluk ve deliryum gibi komorbid psikiyatrik bozuklukların birincil bir sonucu olmadığı yapılan laboratuvar testleri, fizik muayene ve geçmiş bulgularla sorgulanmalıdır (Barnes ve Bruera, 2002).

### 2.3.3.Kansere Bağlı Yorgunluk Yönetimi ve Hemşirenin Rolü

Yorgunluk için genel tedavi yaklaşımları; yorgunluğun etiyojisine yönelik spesifik tedavi yaklaşımları ve tanımlanabilir etiyoji bulunmadığında ise semptomatik tedavi yaklaşımları olarak sınıflandırılmaktadır. Spesifik tedavi yaklaşımları arasında; ağrı yönetimi, uykusuzluk, depresyon ve anksiyete tedavisi, metabolik ve endokrin bozuklukların tedavisi yer almaktadır. Semptomatik tedavi yaklaşımları ise eğitim, danışmanlık, farmakolojik ve non-farmakolojik önlemleri içermektedir (Demiralp, 2006; Koornstra ve ark., 2014). Sağlık profesyonellerinin yorgunluk yönetimi ile ilgili hastaların mevcut aktivitelerini artırıcı stratejilerin, restoratif tedavilerin, uyku terapisi ve beslenme yöntemlerinin de kullandığını ifade etmişlerdir (Miller ve ark., 2007). Şekil 1-2’de yorgunluk yönetimine ilişkin bazı yaklaşımlar ele alınmıştır.



**Kaynak:** Barnes ve Bruera, 2002:427.

**Şekil 1-2. Yorgunluk Yönetimine İlişkin Bazı Yaklaşımlar**

Kanser hastalarında yorgunluğun etkin şekilde yönetilmesi amacıyla farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerden, süre ve hastaya uygunluk açısından en doğru yöntemin

seçilmesi gerektiği belirtilmiştir. Hemşirenin yorgunluk yönetiminde uygulanabilecek olan tüm yöntemleri değerlendirerek kanser hastaları için en uygun olanı belirleyebilmesi gerekmektedir (Doğan, 2012). Günümüzde kansere ilişkin yorgunluk yönetiminde anksiyete, depresyon ve uykusuzluk yönetimi, kemoterapiye bağlı ve bulantı kusma gibi yan etkilerin azaltılmasında müzik, solunum ve kas egzersizlerinin kullanılması gibi farklı teknikler kullanılmaktadır (Molassiotis, 2000; Demiralp, 2006; apar, 2010).

Hemşirelik bakımında amaç; hastanın yorgunluğunun nedenlerini ifade edebilmesi, günlük yaşam aktiviteleri üzerine yorgunluğun etkilerine ilişkin deneyimlerini paylaşabilmesi, günlük ve haftalık aktiviteleri için önceliklerini belirleyebilmesi, aktivite düzeyinde tatmin edici sonuçlar elde edebilmesidir (Kudubeş, 2014). Yorgunluk hemşirelik tanısı olarak ele alındığında hemşirelerin yapması gerekenler şu şekilde sıralanabilir (zdelikara, 2013; Kudubeş, 2014):

- Hastanın yorgunluğuna neden olan ya da katkıda bulunan faktörler hastaya açıklanmalı, hasta ve aileye ilk kemoterapi öncesi eğitim ve danışmanlık verilmeli,
- Hastanın bireysel yeteneklerini ve ilgilerini ifade etmesi sağlanmalı,
- Hastanın yorgunluğun yaşamındaki etkilerini açıklaması sağlanmalı,
- Yorgunluğun başlangıcı, suresi, arttıran-azaltan faktörler değerlendirilip hemşire gözlem formuna kaydedilmeli,
- Hastaya günlük aktivitelerini yaparken, enerjisini koruma teknikleri ğretilmeli,
- Hastaya fiziksel ve psikolojik stresörlerin enerji düzeyine olumsuz etkisi açıklanmalı,
- Hastanın yorgunluk nedeni ile etkilenen yaşam şekli, rolleri, ilişkileri vb. konusundaki görüşlerini ifade etmesi sağlanmalıdır.
- Hastanın gün içindeki enerji durumu değerlendirilmeli ve aktivite programı yapılmalıdır.
- Hasta kemoterapi surecinde (I-III evre) haftada 3 kez 30 dakikalık yürüyüş, hasta eğer IV evrede ise oturarak haftada 3 kez 30 dakika egzersiz (5 dakika ısınma, 20 dakika orta yoğunlukta eklem açıklığı egzersizi (ROM), 5 dakika soğuma) yapmaya teşvik edilmeli,

Kanserli hastalarda gerekli hemşirelik girişimleri şu şekilde sıralanabilir (Kudubeş, 2014, MEB 2013, Güngör, 2015):

- Yorgunluk nedenleri hastayla birlikte belirlenmeli ve tartışılmalı,
- Bakımın sağlanması ve sürdürülmesinde hastanın teşvik edilmesi ve gerektiğinde desteklenmesi,
- Hastan kendi bakımına katılmasına teşvik edilmeli,
- Hastanın kaldığı odanın iklimlendirmesi, ışığı, tedavi saatlerinin uyku düzenine göre düzenlenmesi gibi uykusuzlukla ilişkili çevresel faktörlerin yeniden düzenlenmesi,
- Hastaların uyku ve dinlenme periyodlarının düzenlenmesi sağlanmalı,
- Proteinden zengin ve bol kalorili besinlerin verilmeli,
- Önemli uygulamaları enerjisinin en yüksek olduğu saatlerde yapması için gerekli bilgilendirme yapılmalı,
- Yorgunluğun giderilmesi amacıyla dikkati başka yöne çekmek, dinlenme-uyku, masaj, beslenme desteği, sosyalleşme gibi aktivitelere yer verilmeli,
- Psikolojik destekli gevşeme terapisi, stres azaltma teknikleri, hipnoz, dikkat dağıtma gibi bilişsel terapilerin kullanılmalı,
- Yorgunluk ölçeklerinin günlük kullanımı, yorgunluk düzeyinin ve yorgunluğu arttıran aktivitelerin belirlenmesinde klinisyenlere yardımcı olunmalıdır.

#### **2.3.4. Farmakolojik Yöntemler**

Kanserle ilişkili yorgunluğun farmakolojik tedavisinde; anemiye bağlı oluşan yorgunluğun giderilmesinde eritropoietin kullanılması önerilmektedir. Anemi, malnütrisyon, ağrı ve insomnianın tedavisinin yorgunluğu azaltabildiği belirtilmektedir. Bunların yanında psikostimülanlar (ör: metilfenidat, dekstroamfetamin), uyanıklığı artırıcı ajanlar (ör: modafinil) ve antidepresanlar kanserle ilişkili yorgunluğun tedavisinde kullanılmak üzere çeşitli çalışmalarda araştırılmıştır. Antidepresanların altta yatan depresyonu olan hastalarda daha etkili olduğu, Bupropion gibi aktive edici antidepresanların yorgunluk semptomlarını tedavi etmede diğerlerinden daha etkili olabildiği yapılan çalışmalarda saptanmıştır (İstek, 2008).

Anemi nedeniyle oluşan yorgunluğun giderilmesinde önerilen eritropoietin (EPO) yanı sıra, hemotojenik yetersizlikleri düzenlemek amacıyla demir ya da folik asit değişimi yapmanın da etkili bir tedavi yöntemi olabileceği belirtilmektedir. Bununla birlikte eritrosit transfüzyonu ve EPO tedavisi sayesinde aneminin düzenlenerek kansere bağlı yorgunluğun giderileceği savunulmaktadır. Epoetin alfa veya darbepoetin alfanın randomize, plasebo kontrollü faz III denemeleri de yorgunluğu azaltmak ve yaşam kalitesini artırmak adına olumlu sonuçlar verdiği gösterilmiştir (Marrow ve ark., 2005).

Hastalık ilerlediğinde, belirtiler kontrol ediliyorsa veya her iki durumda hastada mevcut olduğunda antidepresanların kullanımının olası bir tedavi olduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte depresyonun eşlik etmediği durumlar için antidepresanların rutin olarak kullanımının önerilmediği de ilave edilmiştir. Paroksetin ile yürütülen büyük randomize kontrollü bir çalışmada ayakta tedavi olan kanser hastalarında bu ilacın ruh halini iyileştirdiği ancak yorgunluğa bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir (Minton ve ark., 2008). Uyku zorluğu çeken ve depresif hastaların sedatif özelliklere sahip nortriptilin ve amitriptilin gibi antidepresanlardan yardım alabileceği belirtilmiştir. Bupropionun ise dopaminerjik sinir iletimini artıran yeteneği nedeniyle kansere bağlı yorgunluğu iyileştirebileceği iler sürülmüştür (Wang ve Woodruff, 2015).

Psikostimulanlardan metilfenidat, deksoamfetamin ve pemolin gibi ajanların bireylerde uyarılmaya neden olduğu belirlenmiştir. Psikostimulanların, özellikle opioid kullanımına bağlı meydana gelen uyuşukluk halinin giderilmesinde, ağrı şiddetinin azaltılmasında ve depresyon tedavisinde olumlu sonuçlar verdiği gözlemlenmiştir (İstek, 2008). Psikostimulanların avantajının başlangıçta hızlı bir etki göstermesi olduğu ancak ajitasyon, anksiyete ve uykusuzluk gibi yan etki dezavantajlarına da sahip olduğu tespit edilmiştir. Metilfenidata göre daha az yan etkisi olduğu öne sürülen modafinil psikostimulanı multipl skleroz hastalarında yorgunluğun giderilmesinde kullanıldığı belirtilmiştir (Barnes ve Bruera, 2002).

Progesteron preparatlarının ise iştahta artışı sağlayarak kalori alımını arttırdığı ve vücuttan yağ kaybını azalttığı ifade edilmiştir (İstek, 2008). Günde 460 mg megestrol asetatı karşılık plasebo yapılan çift-kör çapraz bir çalışmada, 10 günlük tedavi süresi sonrasında megestrol asetatın hastaların aktivite düzeylerinde faydalı etkisi görülmüştür. Kaşeksi olan hastalarda, talidominin tümör nekroz faktör alfa'yı inhibe eden ve interlökinleri düzenleyen



davranışının hastaların kendilerini iyi hissetme duygusunu geliştirdiği belirlenmiş ve bunun kansere bağlı yorgunluğa karşı da kullanılabileceği belirtilmiştir (Barnes ve Bruera, 2002).

Kortikosteroidlerin metastatik kanserli hastaların yorgunlukları açısından yaşam kalitesini geliştiren ılımlı gelişmeler sağlayabileceği ancak yan etkileri nedeniyle kısıtlı oldukları belirtilmiştir (Minton ve ark., 2008). Kortikosteroidlerin uzun süreli kullanımının miyopati, enfeksiyon ve diğer komplikasyonları indükleyerek yorgunluğa katkıda bulunduğu belirtilmiştir. Bu nedenle faydalı etki süresi 2-4 hafta arası olarak belirlenmiş ve birçok çalışma günde yaklaşık 20-40 mg prednizon ile gerçekleştirilmiştir (Barnes ve Bruera, 2002). Kanserle ilgili yorgunluk yönetiminde en sık kullanılan ilaçlar deksametazon, metilfenidat, prednizon, eritropoetin, modafinil, L-karnitin, antidepresanlar, psikostimülanlar ve hematopoetik grubundandır (Arslan, 2013; Carrol, 2007).

#### **2.3.5. Yorgunluk Yönetiminde Nonfarmakolojik Yaklaşımlar**

Farmakolojik olmayan yöntemler ise hemşirelerin bağımsız rollerini kullanarak verebilecekleri hemşirelik girişimlerini içerir. Planlanmış, uygulanabilir, kanıt düzeyi yüksek hemşirelik girişimlerinin yanında, eğitim ve danışmanlıkta büyük önem taşır. Bu sayede yorgunluk, yorgunluğun neden olduğu stres ve semptomlar daha iyi yönetilip, azaltılabilir. Eğitimi, yorgunluk ve olası nedenlerini, günlük yaşam aktiviteleri üzerine olan etkisini, yorgunluğun tanımlanması ve değerlendirilmesini ile yorgunluğun yönetimine ilişkin seçeneklerin belirlenmesini kapsar. (Can, 2006).

Yorgunluk etiyolojisi çok kompleks olmasına karşın, hastalık ve tedavinin neden olduğu kaslardaki enerji sistemlerindeki değişimin yorgunluk oluşturduğuna ilişkin çalışmalar bulunmaktadır. Fiziksel performansı artırıcı egzersiz girişimleriyle yorgunluğun azaltılabileceği düşünülmektedir. Egzersiz, kardiyak ve solunum fonksiyonları üzerine olan olumlu etkileri sebebiyle teröpotik bir yöntem olarak görülmektedir. Ayrıca egzersiz psikolojik stres durumunu da azaltmakta yaşam kalitesini olumlu etkilemektedir (Cramp, 2008).

#### **2.4. Kanser Hastalarında Umut**

Günümüzün en önemli sağlık sorunlarından biri olan kanser, çaresizlik ve belirsizlik içeren, ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran, suçluluk ve kaygı uyandıran, panik ve karışıklık

yaratan ciddi ve kronik bir hastalık olarak algılanmaktadır. Hastaların daha nitelikli yaşamlarına devam etmeleri amacıyla uygulanan günümüz tedavi yöntemlerinin (kemoterapi, radyoterapi, cerrahi ve immünoterapi) hematolojik, gastrointestinal, dermatolojik, kas iskelet sistemi gibi birçok sistemde ciddi istenmeyen etkileri görülmekte, hastalar metastaz ve nüks gibi istenmeyen sonuçlar yaşayabilmektedirler. (Kavradım, 2014).

Hastalık; biyolojik, psikolojik, sosyal, çevresel, ailesel ve psikoseksüel olmak üzere çok boyutlu bir olgudur. Ayrıca bir kimlik ve varoluş krizidir. Hastalık kavramı hem objektif hem de sübjektif boyutları içerdiğinden, benzer bir hastalıkla karşılaşan kişiler farklı tepkiler göstermektedir (Kavradım, 2014). Umut, bireyin geleceğe uyumu için ona güç veren, gelecekle ve kendi yaşamıyla ilgilenmesini ve hayatının anlamını bulmasını sağlayan, dinamik bir güçtür (Cutcliffe, 2002). Umut kanserin sebep olduğu kayıp, belirsizlik ve acı durumlarında etkin bir biçimde baş etmeyi sağlayan en önemli hayati faktörlerden biridir. Umut, kişinin içindeki motivasyonu arttıran önemli bir faktördür ve hastalık durumunda karamsarlık, çaresizlik duygularıyla baş eder. Kanser hastalarının hastalıklarına ve tedavi sürecine uyumlarında umut önemli bir yer tutar (Aslan, 2007; Kavradım, 2014). Umut, kanserin neden olduğu kayıp, belirsizlik ve acı durumlarında etkili bir şekilde baş etmeyi sağlayan en önemli yaşamsal faktörlerden biridir. Sadece hayal etmek ve bir şeyin olmasını arzulamak değil, güçlüklerden bir çıkış yolu olduğuna inanma ve gerçekleri yönetebilme yeteneği olarak görülmektedir. Pozitif bakışı ve iyi oluşu desteklemede, fiziksel ve ruhsal iyilik halini geliştirmede önemli olan umudun, yaşam kalitesini artırdığı bilinmektedir. Ayrıca umut huzurlu bir ölümden de önemli bir faktör olarak görülmektedir (Kavradım, 2014).

Umut kavramı dünyada sıkça tartışılmakta ve kanser tanısı alan hastaların hastalıklarına ve tedaviye uyumunda önemi vurgulanmaktadır. Umut kavramına yönelik sağlık ekibinin farkındalığının artırılması, hastada destekleyici bir iç faktör olan umudun harekete geçirilmesi için büyük önem taşımaktadır. Hemşireler yeni tanı konulduğunda, hastalık ve tedavi sırasında, yani hastanın her anında yanında bulunduğu hastalar için umudun ne anlama geldiğini, umut düzeylerini, umudu etkileyen faktörleri bilmek ve bu bilgileri kullanarak etkili hemşirelik girişimleri geliştirmek ve sonuçta hastaların umutsuzluk durumunu azaltmayı hedeflemelidirler. (Kavradım, 2014).

#### **2.4.1.Umudun Özellikleri ve Boyutları**

Kanserde olumlu bir kavram olan umut, 1960'lerden beri literatürde tartışılmakta ve popüler bir araştırma konusu olmaya devam etmektedir (Cutcliffe ve Herth, 2002; Eliott ve Olver 2007). Umut, insan varlığına odaklı, bireye özgü, ruh için dinamizm sağlayan bir beklenti ve istek olarak tanımlanmaktadır (Cutcliffe ve Herth, 2002). Bu tanıma göre umut, bir manevi güç olarak değerlendirilebilir.

Bazı araştırmacılar tarafından umut tek boyutlu ve duygusal içerikli olarak ele alınmasına karşın, son yıllarda umudu daha farklı olarak ele alan araştırmacılar da bulunmaktadır. Bu araştırmacılar umutta duygusal boyuta ek, hatta daha ağırlıklı olarak bilişsel boyutun da bulunduğunu öne sürerek umudu iki boyutlu olarak düşünmektedirler (Akman ve Korkut, 1993).

Frank (1968) umudu duygu ve düşüncenin anlamlı bir karışımı olarak tanımlayarak, umudun bilişsel ve duygusal olmak üzere iki boyutu olduğunu ilk vurgulayan kuramcıdır. Aynı zamanda umudun psikoterapi sürecindeki önemi üzerinde durarak danışanın iyileşmesindeki olumlu ve hızlandırıcı rolüne işaret etmektedir. Umudun iki boyutlu ele alınması ile ilgili en kapsamlı görüşler ise Synder ve arkadaşları tarafından öne sürülmektedir (Snyder ve ark., 1991).

Herth tarafından (1992) tanımlanan ve günümüzde yaygın olarak kullanılan umut ölçeğinin ise üç alt boyutu bulunmaktadır:

- Geçicilik ve gelecekle ilgili iç duydu (Umudun Geçici Boyutu),
- İç olumlu hazır oluş ve beklenti (Olumlu Hazır Bulunuşluluk),
- Kendisi ve çevresindeki diğer kişilerle bağlantı (Kendisi ve Çevresindekilerle İlişkiler)

#### **2.4.2.Kanser Hastalığına Uyum Sağlamada Umudun Etkileri**

Kanserin yarattığı fiziksel, psikolojik ve sosyoekonomik sorunlar nedeniyle bireylerin yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenmekte ve hastalığa uyumları bozulmaktadır. Bu durumda hastaların umut düzeyleri azalmakta ve etkin başetmeleri olumsuz yönde etkilenmektedir. Hemşireler, hastaların geleceğiyle ilgili yaşadığı belirsizlikleri, hastalık ve tedaviyle ilgili yaşadığı sorunları ortadan kaldıracak; tedaviye uyumu artıracak, tedavinin

devamlılığını ve sorunlarla etkili bir şekilde baş etmesini sağlayacak güç olarak tanımlanan umudu desteklemede ayrıcalıklı bir yere sahiptir (Kavradım ve Özer, 2014).

#### **2.4.3.Hemşirelikte Umudu Güçlendirme Stratejileri ve Hemşireliğin Rolü**

Birçok çalışmada kronik hastalığı olan bireylerde umudun kaynağı incelenmiştir. Herth (1990), 30 terminal dönemdeki hastada umudun anlamını ve kaynağını incelemiş, çalışmanın sonunda 7 umut geliştirme stratejisi belirlemiştir (Herth, 1990). Bunlar; kişiler arası ilişkiler, dünya görüşü, temel manevi ve ulaşılabilir amaçlar, kişisel özellikler, olumlu özellikleri hatırlama ve pozitif olma.

Kalp krizi geçiren 60 hasta Miller (1989) tarafından incelenmiş ve 2-4 hafta sonra yoğun bakım ünitesinden çıkan hastaların hangi düzenekleri kullandıkları ve umudu nasıl sürdürdükleri belirlenmiştir (Miller, 1989). Belirlenen stratejiler 9 kategori altında toplanmıştır. Bunlar bilişsel stratejiler, yaşam felsefesi, manevi stratejiler, bakım verenlerle ilişkiler, kontrol etme duygusu, sınırları belirleme, aile bağlılığı, amaçları belirleme ve karışık stratejilerdir.

Başkaları ile ilişkiler, manevi stratejiler, amaçları belirleme, pozitif olma hem Herth, hem de Miller tarafından belirtilmiştir (Herth 1990; Miller 1989). Miller kontrol duygusu ve pozitif sonuçlara güvenin önemini belirtirken, bu faktör Herth (1990) tarafından belirtilmemiştir.

Dünyayı pozitif algılama ve olumlu hatırlama olasılıkla bir fenomenle ilgilidir. Miller, yaşam felsefesi ya da yaşamdan bir anlam bulmanın önemini vurgulamaktadır. Herth bu etkeni doğrudan belirtmemiş, fakat ulaşılabilir amaçlar belirleme ifadesini kullanmıştır. Herth'ün çalışması terminal dönem hastalarıyla, Miller'in çalışması ise kalp sorunu olan hastalarla ilgilidir. Bu durum bazı farklı sonuçlar bulmanın nedeni olabilir. Diğer çalışmalar farklı tipteki hastalık ve süreçlerin umut açısından kanser ve diğer kronik hastalığı olan bireyler arasında farklılığa yol açmayacağını göstermektedir. Umudun özelliği prognoz ne olursa olsun benzerdir. Değişen, yaşam periyodu ve farklı durumlardaki çeşitli özelliklerin birey için anlamıdır (Kelleci, 2005).

Miller tarafından belirlenen stratejiler ve Herth'ın umut stratejileri literatürde sıklıkla kullanılır. Bunlara göre girişim stratejileri şu şekilde sıralanabilir (Herth, 1990; Miller, 1989):

##### **1. Kendisinin ve başkalarının yeteneklerine inanma (Güven, pozitif bakış),**

Pozitif bir sonucun mümkün olduğunu kabul etmek. Bu hastalığı yenecek

gücü olduğunu düşünmek ve hastalıkla savaş için gerekli optimist ruh ve yaşam arzusunu sürdürmek.

**2. Emosyonel tepkiler,**

Duygusal açıdan hastayı tehdit edici algıları göğüsleyebilmek, hastanın kararlılığını, cesaretini ve umudunu pekiştirmek.

**3. Başkalarıyla ilişkiler (Aile, arkadaş gibi),**

Aile ve bakıcıların yapıcı görüşlerini algılamak, tedavideki zorlukları birlikte aşabilmek için olumlu ilişkiler geliştirmek. Aile ve arkadaşların fiziksel ve duygusal desteklerini artırmak.

**4. Aktif olma (Motivasyon, aktiviteler),**

Hastanın yaşamında hedeflerinin devam etmesini desteklemek. Bugüne, yarına ve sonraki haftalara ait aktivitelerinin ve bunları yapacak motivasyonunun olmasını sağlamak.

**5. Manevi inanç ve değerler,**

İstirabı aşabilmek için inançlarını ve uygulamalarını sürdürmesini sağlamak

**6. Geleceğin olduğunu kabul etme.**

Geleceğe adapte olma, yaşamdan anlam bulma ve amaç belirlemek için desteklemek

**Yorgunluk ve Umut**

Kanser hastalarında umut ve umudu etkileyebilen yorgunluğun değerlendirilmesi, etkili hemşirelik girişimlerinin planlanabilmesinde yol gösterici olacaktır. Balsanelli ve Grossi d (2016) meme kanseri tedavisi gören 122 kadın hasta ile yaptıkları çalışmada; umut ve performans durumu ilişkisinin önemini vurgulamışlardır. Umudun belirleyicileri arasında, yorgunluğun göstergelerinden birisi olan performans durumunun anlamlı bir faktör olması, araştırmamızı daha da önemli kılmaktadır (Cramp F. 2008, Bener A.2007,Aslan Ö.2007,Azak A.2005)

### 3.GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1.Araştırmanın Tipi

Araştırma kanser hastalarında yorgunluk ve umut düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla kesitsel, karşılaştırmalı tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### 3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Kasım 2015'te literatür tarama ile başlamış, Mayıs 2018'de tez savunmasıyla sonlanmıştır. Çalışma Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji Günöbirlik Servisinde yürütölmüştür. Servis 3 salondan oluşmaktadır ve 40 koltuk kapasitelidir. 8-16 saatlerinde hizmet veren serviste 10 hemşire çalışmaktadır. Kesin olmayan bilgilere göre servise günlük 60-80 hasta gelmektedir. Yıllık hasta sayısı ortalama 12 000 civarındadır.

#### 3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne gelen kanser hastaları oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini; Ocak 2016-Nisan 2016 tarihleri arasında gelen ve örneklem seçilme kriterlerine uyan hastalar oluşturmaktadır. Çalışmada araştırmaya *seçilme kriteri olarak*; araştırmaya katılmayı kabul eden, 18 yaş üstü, ayaktan tedavi alan, en az iki kür kemoterapi tedavisi görmüş, algılama problemi olmayan hastalar alınmıştır. Hasta seçiminde *dışlama kriteri olarak*; işbirliğini bozacak şekilde bilişsel yetersizliği ve ruhsal bozukluğu olan, çalışmaya katılmak istemeyen hastalar kabul edilmiştir.

GPower programı ile yapılan analize göre örneklem büyüklüğü 213 olarak belirlenmiştir. GPower çıktısı aşağıdaki gibidir:

Analysis: A priori: Compute required sample size  
Input: Tail(s) = Two  
Effect size d = 0.5  
 $\alpha$  err prob = 0.05  
Power (1- $\beta$  err prob) = 0.95  
Allocation ratio N2/N1 = 1  
Output: Noncentrality parameter  $\delta$  = 3.6228442  
Critical t = 1.9714347  
Df = 208  
Sample size group 1 = 105  
Sample size group 2 = 105  
Total sample size = 210

### 3.4.Araştırmanın Materyalleri

Araştırmada veri toplama aracı olarak Kişisel Bilgi Formu,Hert Umut Endeksi ve Kısa Yorgunluk Envanteri kullanılmıştır.

### 3.5.Araştırmanın Değişkenleri

**Bağımlı değişkenler:** Kanser hastalarında hastaların yorgunluk puan ortalaması ve umut puan ortalaması.

**Bağımsız değişkenler:** Yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi, medeni durum, çalışma durumu, beden kitle indeksi, performans durumu, hemoglobin seviyesi.

### 3.6.Veritoplama Araçları

Verilerin toplanmasında 3 bilgi formundan faydalanılmıştır. Veriler sosyo-demografik veri anket formu (Kişisel bilgi formu), Herth Umut İndeksi (HHI), Kısa Yorgunluk Envanteri (Brief Fatigue Inventory) kullanılarak toplanmıştır.

#### 3.6.1.Kişisel Bilgi Formu (Ek 1)

Mevcut literatür incelenerek, araştırmacı tarafından kişisel bilgi formu oluşturulmuştur (Tarhan S. 2015,Özdelikara A.2013) Bilgi formunun oluşturulmasında uygulamadaki hemşireler ve akademisyenlerin de görüşleri alınmıştır. Bu çalışma için oluşturulan formda çalışmaya alınan olguların yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim düzeyi, çalışma durumu, kanser tipi, kanser evresi, tanıdan beri geçen süre ve tedavi tipi durumuna ilişkin veriler bulunmaktadır.

#### 3.6.2.Kısa Yorgunluk Envanteri Formu (Brief Fatigue Inventory) (Ek 2)

Kısa yorgunluk envanteri toplam 9 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler arasında ters madde bulunmamaktadır. Ölçekte herhangi bir alt boyutun varlığı ölçeği geliştiren ve/veya kullanan diğer araştırmacılar tarafından raporlanmamıştır.

Form genel yorgunluk düzeylerini (*görüşmenin yapıldığı anda hissedilen yorgunluk, son 24 saat içinde yaşanan genel yorgunluk ve son 24 saat içinde yaşanan en kötü yorgunluk düzeyi*) ve son 24 saat içinde günlük faaliyetlerin (*genel aktivite, ruh durumu, yürüme becerisi, iş yaşamı, diğer kişilerle iletişim, yaşama sevinci*) etkilenme düzeyini değerlendirmektedir. Puanlama 0-10 arasında yapıp “0” hiç etkilenmeme, “10” en yüksek

düzeyde etkilenmeyi göstermektedir. 0 puan: yorgunluk hiç yok 1-2: yorgunluk çok az düzeyde 3-4: yorgunluk az düzeyde 5-6: yorgunluk orta düzeyde 7-8: yorgunluk fazla düzeyde 9-10: yorgunluk çok fazla düzeyde şeklinde sınıflama yapılmaktadır.

Mendoza ve arkadaşları tarafından (1999) geliştirilen orijinal ölçeğin Cronbach  $\alpha$  değeri 0.96 olarak bulunurken; Türkiye’de Azak ve Çınar’ın (2005) hematolojik kanser hastaları üzerinde yaptıkları çalışmada ise Cronbach  $\alpha$  değeri 0.98 olarak bulunmuştur (Azak ve Çınar, 2005; Mendoza, 1999).

Bu çalışmada yapılan madde analizine göre ölçek ortalaması 38,89 puan iken standart sapması 23,33’tür. Cronbach Alfa katsayısı ise 0,92 olarak tespit edilmiştir. Ölçekteki maddeler madde-toplam korelasyonu açısından değerlendirildiğinde en düşük 0,58; en yüksek 0,79 arasında değişmektedir. Ölçek, ölçmeye çalıştığı durum açısından güvenilirliği oldukça yüksek ve iç tutarlılığı yüksek bir ölçektir. Bu bulgulara dayanarak ölçekten herhangi bir madde çıkartılmadan “Kısa Yorgunluk Envanteri” toplam skoru elde edilmiştir. Ayrıca hastalara, yorgunluk süresi, yorgunluğun şiddeti, yorgunluğun konsantrasyon yeteneğini nasıl etkilediği, yorgunluğun günlük olağan yaşam aktivitelerini etkileme durumu ile ilgili sorular hazırlanmıştır. Bu amaçla özellikle Azak ve Çınar (2005), Can (2006), Karakoç (2008), Bağ (2012), Akdeniz (2014) ve Arslan’ın (2016) çalışmalarından faydalanılmıştır.

### **3.6.3. Herth Umut İndeksi (Ek 3)**

Hastaların umut düzeylerini ölçmek için Herth Umut indeksi kullanılmıştır. Herth Umut indeksi, Dr. Kaye Herth tarafından geliştirilmiş, 12 maddeden oluşan Likert tipinde bir ölçektir (Herth, 1992). 12 maddeden oluşan, 4 puanlı Likert tipi bir skala olan HHI erişkinlerin genel umut düzeyini değerlendirir. Her madde 1 (kesinlikle katılmıyorum) ile 4 (kesinlikle katılıyorum) arasında bir puanla değerlendirilmekte ve toplam skor aralığı 12 ile 48 arasında değişmektedir. Skor ne kadar yüksekse umut düzeyi de o kadar yüksektir. Tatmin edici psikometrik karakteristikler desteklenmiştir (Herth, 1992). Herth, indeksi uyguladığı örneklemeler için yaptığı güvenirlik analizlerinde Cronbach alfa katsayılarını akut hastalığı olanlarda 0,98 (n=70), kronik hastalığı olanlarda 0,96 (n=71), terminal dönemdeki hastalarda 0,94 (n=31) olarak bulmuştur (Lai ve ark., 2003; Lin ve ark., 2003).

Türkçe’ye uyarlanan “Herth Umut Ölçeği”nin Türkiye için geçerlik ve güvenirlik çalışması Aslan, Sekmen, Kömürcü ve Özet (2007) tarafından yapılmıştır. Güvenirlik analizinde Cronbach alfa =0,75 olarak bulunmuştur. İndekste her bir madde karşısında “hiç



uygun değil”, “nadiren uygun”, “bazen uygun” ve “her zaman uygun” olarak dört seçenek bulunmaktadır. Bunlara karşılık gelen puanlar 1, 2, 3, 4 şeklindedir. Toplam puan her maddeye verilen puanlar toplanarak hesaplanmaktadır. Toplam puan 12-48 arasında, alt ölçeklerin her birinden alınan puanlar ise 4-16 arasında değişmektedir. Toplam puan hesaplandığında yüksek puanlar umut düzeyinin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ölçek kapsamında üç alt ölçek bulunmakta, bunlar “geçici olma ve gelecek”, “olumlu hazır oluşluk ve beklenti” ve “kendisi ve çevresindekiler arasındaki ilişkiler”dir. “geçici olma ve gelecek” alt ölçeği umudun, kognitif-geçici boyutunu, “olumlu hazır oluşluk ve beklenti” alt ölçeği, umudun duygusal-davranışsal boyutunu, “kendisi ve çevresindekiler arasındaki ilişkiler” alt ölçeği umudun ilişkiler ve içinde bulunan şartlarla ilgili boyutunu ölçmektedir (Aslan ve ark., 2007). 12 maddeden oluşan ölçeğin 3 ve 6. maddeleri ters maddedir. Bu maddeler ölçekteki diğer maddelerin ölçtüğü olumlu durumların tersine ifadelerdir. Ters maddelerin puan dönüşümü Tablo 5’de verilmiştir.

**Tablo 5. Hert Umut İndeksi Ters Maddelerin Puanlanması**

| No                                                        | Hiç uygun değil | Nadiren uygun | Bazen uygun | Her zaman uygun |
|-----------------------------------------------------------|-----------------|---------------|-------------|-----------------|
| <b>Ölçek ters olmayan maddelerdeki puan</b>               | 1               | 2             | 3           | 4               |
| <b>3.madde ters: Kendimi hep yalnız hissediyorum</b>      | 4               | 2             | 3           | 1               |
| <b>6. madde ters: Geleceğim ile ilgili korkularım var</b> | 4               | 2             | 3           | 1               |

Ters maddeler dönüştürülmeden önce Alpha katsayısı ve diğer maddelerle ilişkileri değerlendirildiğinde Alpha katsayısı 0.44’tür. Ayrıca 3 ve 6 maddeler diğer tüm maddelerle negatif korelasyon içindedir. Ters maddeler dönüştürüldükten sonra ölçeğin Alpha kat sayısı 0.73’e yükselmiştir. Maddeler arası korelasyonlar düzelmiştir. Ölçeğin bu haliyle ortalaması 43.98, standart sapması 4.2’dir. Ölçekteki toplam madde sayısı 12’dir. Toplam puan 12-48 arasında değişebilir özelliktedir. Ölçeği geliştirmiş ve daha önce kullanmış olan araştırmacılar tarafından 3 alt boyutun bulunduğu belirtilmiştir. Her alt boyut 4 sorudan oluşmaktadır. Dolayısı ile bir katılımcı herhangi bir alt boyuttan en az 4 en fazla 16 puan alabilir. Bu alt boyutlar;

- “Geçici Olma ve Gelecek” alt boyutu: Umudun geçici boyutunu ölçtüğü varsayılmıştır.

- “Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti” alt boyutu: Umudun duygusal-davranışsal boyutunu ölçtüğü varsayılmıştır.
- “Kendisi ve Çevresindekiler Arasındaki İlişkiler” alt boyutu: Umudun ilişkiler ve içinde bulunan şartlarla ilgili boyutunu ölçtüğü varsayılmıştır.

Bu üç boyut için Cronbach alfa değerleri sırasıyla 0,77; 0,64 ve 0,30 olarak bildirilmiştir (Haugan 2013).

#### **3.6.4.Bilgilendirilmiş Olur Formu (Ek 4).**

Örneklem özelliklerine uyan hastalara araştırma hakkında açıklama yapıp, hastaların araştırmaya gönüllü katıldığını gösteren bilgilerden oluşan formdur.



### 3.7.Araştırmanın Planı ve Takvimi

|                                                         | 2015 |       | 2016       |      | 2017 | 2018 |
|---------------------------------------------------------|------|-------|------------|------|------|------|
| AYLAR                                                   | 11   | 11-12 | 1-4        | 4-12 |      | 5    |
| LİTERATÜR TARAMA                                        |      |       |            |      |      |      |
| TEZ ÖNERİSİ HAZIRLAMA                                   | X    | X     |            |      |      |      |
| ÖNERİ SINAVI                                            |      | X     |            |      |      |      |
| KAMU HASTANELERİ<br>BİRLİĞİ GENEL<br>SEKRETERLİĞİ OLURU |      |       | X          |      |      |      |
| ETİK KURUL İZNİ                                         |      |       | 21.01.2016 |      |      |      |
| VERİ TOPLAMA                                            |      |       | X          | X    |      |      |
| VERİLERİN ANALİZİ VE<br>RAPOR HAZIRLAMA                 |      |       |            | X    | X    |      |
| TEZ BİTİRME SINAVI                                      |      |       |            |      |      | X    |

### **3.8.Verilerin Değerlendirilmesi**

Veriler SPSS programında analiz edilmiştir:

Örneklem grubunun sosyo-demografik özellikleri tanımlayıcı istatistik yöntemlerle,

Yaş, eğitim durumu, cinsiyet, medeni durumu, çalışma durumu, kanser tipi, tanıdan beri geçen süre ile yorgunluk puan ortalamaları arasındaki fark tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile, hastaların umut ve yorgunluk puan ortalamaları ile, yorgunluk düzeyi ile umut arasındaki ilişki ise pearson korelasyon analizi, Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testi ile analiz edilmiştir.

### **3.9.Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmanın sınırlılığını işbirliğini bozacak şekilde bilişsel yetersizliği ve ruhsal bozukluğu olan hastalar ile çalışmaya katılmak istemeyen hastalar oluşturmuştur..

### **3.10.Etik Boyut**

Araştırmanın yapılabilmesi için Katip Çelebi Üniversitesi Etik Kurul Komitesi (izin tarihi ve no: 21.01.2016/10, Ek 5) ile Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji Günübirlik Servisinden izin alınmıştır. Kısa Yorgunluk Envanteri Formu için Prof. Dr. Sezgi ÇINAR'dan izin alınmıştır(EK 7).Hert Umut İndeksi'nin kullanılması için Doç. Dr. Özlem ASLAN'dan izin alınmıştır (Ek 6). Ayrıca çalışma için İzmir İli Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden izin alınmıştır (Ek 7). Örneklem özelliklerine uyan hastalara araştırma hakkında açıklama yapılmış ve araştırmaya gönüllü katıldığını gösteren bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmıştır (Ek 8). Araştırmada bireylerin mahremiyetine ve hasta bilgilerinin gizliliğine saygı duyularak kişisel bilgiler araştırmacının dışında hiçbir kimseye açıklanmamıştır.

#### 4. BULGULAR

Çalışmadan elde edilen bulgular; hastaların sosyo-demografik ve hastalıklarla ilişkili bulgular; hastaların yorgunluk düzeyleri ve yorgunluk düzeylerini etkileyen değişkenlerin incelenmesi; hastaların umut düzeylerine ilişkin bulgular; hastaların yorgunluk ve umut düzeyleri arasındaki ilişki olmak üzere dört başlık altında incelenmiştir.

##### 4.1.Hastaların Sosyo Demografik ve Hastalıkla İlişkili Bulguları

Araştırmada elde edilen verilerin istatistik analizleri sonucunda hastaların demografik özellikleri, umut düzeyleri ve yorgunluk düzeylerine ilişkin bulgular belirlenmiş ve bu veriler arasındaki ilişki ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır. Çalışmada yer alan hastaların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi ve çalışma durumu değişkenleri ve ortalamaları Tablo6’da gösterilmiştir.

**Tablo 6. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı**

| Sosyo Demografik Özellikler | Sayı       | %            |
|-----------------------------|------------|--------------|
| <b>Cinsiyet</b>             |            |              |
| Kadın                       | 142        | 66,7         |
| Erkek                       | 71         | 33,3         |
| <b>Toplam</b>               | <b>213</b> | <b>100,0</b> |
| <b>Medeni Durum</b>         |            |              |
| Evli                        | 164        | 77,0         |
| Bekar                       | 49         | 23,0         |
| <b>Toplam</b>               | <b>213</b> | <b>100,0</b> |
| <b>Yaş</b>                  |            |              |
| 20-39                       | 16         | 7,5          |
| 40-44                       | 23         | 10,7         |
| 45-49                       | 32         | 15,0         |
| 50-54                       | 36         | 16,9         |
| 55-59                       | 41         | 19,2         |
| 60-64                       | 28         | 13,1         |
| 65-69                       | 17         | 7,9          |
| 70+                         | 20         | 9,3          |
| <b>Toplam</b>               | <b>213</b> | <b>100,0</b> |
| <b>Eğitim Düzeyi</b>        |            |              |
| Okur-Yazar olmayan          | 6          | 2,8          |
| Okur-Yazar                  | 32         | 15,0         |
| İlköğretim                  | 120        | 56,3         |
| Lise                        | 35         | 16,4         |
| Yüksekokul/Fakülte          | 20         | 9,4          |
| <b>Toplam</b>               | <b>213</b> | <b>100,0</b> |
| <b>Çalışma Durumu</b>       |            |              |
| Çalışıyor                   | 36         | 16,9         |
| Emekli                      | 87         | 40,8         |
| İşsiz                       | 90         | 42,2         |
| <b>Toplam</b>               | <b>213</b> | <b>100,0</b> |

Hastaların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde, büyük çoğunluğunun (%66,7) kadın ve %77,0'ının evli olduğu, %56,3'ünün ilköğretim mezunu ve %42,2'sinin ise işsiz olduğu belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan hastaların hastalığa ve tedaviye ilişkin bulguları Tablo7'de görülmektedir.

**Tablo 7. Hastaların; Hastalığa ve Tedaviye İlişkin Özelliklerinin Dağılımı**

| <b>Kanser ve Tedavi ile İlgili Değişkenler</b> | <b>Sayı</b> | <b>%</b>     |
|------------------------------------------------|-------------|--------------|
| <b>Kanser Tipi</b>                             |             |              |
| Akciğer                                        | 8           | 3,7          |
| Bağ ve Yumuşak Doku                            | 5           | 2,3          |
| Bağırsak-Kolon                                 | 39          | <b>18,3</b>  |
| Endometrium-Mide                               | 10          | 4,6          |
| Göğüs-Meme                                     | 89          | 41,7         |
| Over                                           | 19          | 8,9          |
| Pankreas                                       | 11          | 5,1          |
| Rektum                                         | 8           | 3,7          |
| Diğer                                          | 23          | 10,7         |
| <b>Toplam</b>                                  | <b>213</b>  | <b>100,0</b> |
| <b>Tanı Sonrası Geçen Süre</b>                 | <b>Sayı</b> | <b>%</b>     |
| 3 ay ve daha az                                | 18          | 8,4          |
| 4-6 ay                                         | 32          | 15,0         |
| 7-11 ay                                        | 44          | 20,7         |
| 12 ay ve daha fazla                            | 119         | 55,9         |
| <b>Toplam</b>                                  | <b>213</b>  | <b>100,0</b> |
| <b>Tedavi Yöntemi</b>                          | <b>Sayı</b> | <b>%</b>     |
| Kemoterapi                                     | 200         | 93,9         |
| Kemoterapi ve radyoterapi                      | 13          | 6,1          |
| <b>Toplam</b>                                  | <b>213</b>  | <b>100,0</b> |

Tablo7'de hastaların hastalığa ve tedaviye ilişkin özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Hastaların % 41,7'ine meme kanseri tanısı konduğu, %55,9'unun 12 ay ve daha uzun süredir tanı aldığı ve %93,9'nin kemoterapi tedavisi gördüğü bulunmuştur.

#### 4.2..Hastaların Yorgunluk Düzeyleri ve Yorgunluk Düzeylerini Etkileyen Değişkenlerin İncelenmesi

Tablo 8. Hastaların Yorgunluk Düzeyleri ve Günlük Yaşam Aktiviteleri üzerine Etkileri.

| Yorgunluk Düzeyleri                                | Sayı | X           | SS   | Max   | Min. |
|----------------------------------------------------|------|-------------|------|-------|------|
| Yorgun Hissedilen Gün                              | 213  | <b>3,86</b> | 2,67 | 7,00  | 0,00 |
| En Şiddetli Yorgunluk Düzeyi                       | 213  | <b>7,51</b> | 2,89 | 10,00 | 0,00 |
| Yorgunluğun Konsantrasyona Etkisi                  | 213  | <b>3,88</b> | 3,44 | 10,00 | 0,00 |
| Yorgunluğun Giyinme ve Banyo Aktivitelerine Etkisi | 213  | <b>2,62</b> | 3,40 | 10,00 | 0,00 |
| Gün İçindeki Yorgunluk Düzeyi                      | n    | %           |      |       |      |
| Yok/Çok az                                         | 67   | 31,6        |      |       |      |
| Yarım Gün                                          | 76   | 35,9        |      |       |      |
| Tam gün                                            | 70   | 32,5        |      |       |      |
| <b>Toplam</b>                                      | 213  | 100,0       |      |       |      |

SS=Standart Sapma

Çalışmaya alınan hastaların %33,8'i ise kendi tüm hafta boyunca yorgun hissettiğini, %16,0'ı ise hafta boyunca kendini hiç yorgun hissetmediğini, hastaların %49,8'i ise kendini üç gün ve üç günden daha az bir süre ile yorgun hissettiğini, %50,3'ü ise kendini 4-7 gün boyunca yorgun hissettiğini belirtmiştir. Hastaların ortalama yorgunluk gün sayısı 3,9'dur.

Hastaların %40'ı hissettiği en şiddetli yorgunluk düzeyini 10 olarak belirtmiştir. En şiddetli yorgunluk düzeyinin ortalaması 7,5'tir. 7 düzeyinde yorgunluğun altında yorgun olduğunu belirten kişiler, örneklemin %27,6'sını oluşturmaktadır. Diğerleri ortalama düzeye çok yakın ya da onun üzerinde yorgunluk düzeyinde olduğunu belirtmiştir.

Hastaların yorgunluğa ilişkin yanıtları incelendiğinde; olgunun kişiden kişiye değişkenlik gösterdiği açıkça görülmektedir. Dikkat edildiğinde, tüm sorularda en küçük değer ile en yüksek değer arasındaki fark oldukça yüksektir. Bununla birlikte hastaların çoğunluğunun hafta boyunca kendini yorgun hissettiği saptanmıştır. Hastaların en şiddetli yorgunluk düzeyi incelendiğinde, hastaların çoğu 10 puanı vermiştir ve cevabın ortalaması 7,49'dur. Buna göre hastalar, bir hafta içinde şiddetli bir yorgunluk yaşamışlardır. Yorgunluğun hastaların konsantrasyonu üzerindeki etkisi ise az ile orta derece olarak değerlendirmek mümkündür. Çünkü ortalama 3,87 iken en çok tekrar eden değer 0'dır. Yorgunluğun giyinme ve banyo üzerine etkisi ise puan ortalaması 2,59 olduğu için etkisi az olarak değerlendirilebilir.

Hastaların %35,8'i günün yarısında kendilerini yorgun hissettiğini, %32'si ise kendisini tüm gün yorgun hissettiğini belirtmiştir. Hastaların %31,6'sı ise kendini hiç yorgun

hissetmediğini ya da çok az yorgun hissettiğini belirtmiştir. Hastaların %68,3'ü kendisini en az yarım gün veya tam gün yorgun hissettikleri saptanmıştır. Yorgunluk hissedilen gün sayısı ile cinsiyet ilişkisi ve gün sayısı ile yaş ilişkisi Tablo9'da gösterilmiştir.

**Tablo 9. Yorgunluk Hissedilen Gün Sayısı ile Cinsiyet İlişkisi ve Gün Sayısı ile Yaş İlişkisi**

|           | Yorgunluk Süresi (Gün) |      |        |      |        |      |        |      |        |      |        |     |        |     |        |      |
|-----------|------------------------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-----|--------|-----|--------|------|
|           | 0. Gün                 |      | 1. Gün |      | 2. Gün |      | 3. Gün |      | 4. Gün |      | 5. Gün |     | 6. Gün |     | 7. Gün |      |
| Cinsiyet* | S                      | %    | S      | %    | S      | %    | S      | %    | S      | %    | S      | %   | S      | %   | S      | %    |
| Kadın     | 22                     | 15,5 | 11     | 7,7  | 12     | 8,5  | 25     | 17,6 | 11     | 7,7  | 10     | 7,2 | 2      | 1,4 | 45     | 31,7 |
| Erkek     | 12                     | 16,9 | 8      | 11,3 | 5      | 7,00 | 8      | 11,3 | 7      | 9,9  | 2      | 2,9 | 2      | 2,9 | 25     | 35,7 |
| Yaş *     |                        |      |        |      |        |      |        |      |        |      |        |     |        |     |        |      |
| 21-54     | 15                     | 14,3 | 8      | 7,6  | 10     | 9,5  | 15     | 14,3 | 11     | 10,5 | 7      | 6,7 | 1      | 1,0 | 35     | 33,3 |
| 55-80     | 19                     | 17,9 | 10     | 9,4  | 6      | 5,7  | 18     | 17,0 | 7      | 6,6  | 5      | 4,7 | 3      | 2,9 | 35     | 33,0 |

\* = Anket 207 kişi tarafından cevaplanmıştır.

Çalışmaya alınan kadın hastaların %31,7'si, erkek hastaların ise %35,7'si 7 gün boyunca yorgunluk yaşadığını ifade etmiştir. 21-54 yaş aralığında olan hastaların, %33,3'ü tüm hafta boyunca yorgunluk yaşadığını belirtmiştir.

**Tablo 10. Hastaların Yorgunluk Puan Ortalamaları ile Cinsiyet, Yaş, Medeni Durum, Eğitim Düzeyi ve Çalışma Durumu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

| Sosyo Demografik Veriler | Yorgunluk Düzeyleri                             |       |       |                         |           |
|--------------------------|-------------------------------------------------|-------|-------|-------------------------|-----------|
|                          | Kısa Yorgunluk Envanteri Toplam Puan Ortalaması |       |       |                         |           |
|                          | n                                               | x     | SS    | t, X <sup>2</sup> KW    | p         |
| Cinsiyet                 |                                                 |       |       |                         |           |
| Kadın                    | 142                                             | 39,88 | 23,69 | 0,867                   | p = 0,387 |
| Erkek                    | 71                                              | 36,94 | 22,70 |                         |           |
| Yaş                      |                                                 |       |       |                         |           |
| 21-54                    | 107                                             | 41,19 | 21,88 | 1,418                   | p = 0,158 |
| 55-80                    | 106                                             | 36,67 | 24,35 |                         |           |
| Medeni Durum             |                                                 |       |       |                         |           |
| Evli                     | 164                                             | 40,22 | 23,39 | 1,513                   | p = 0,41  |
| Bekar                    | 49                                              | 34,48 | 22,90 |                         |           |
| Eğitim Düzeyi            |                                                 |       |       |                         |           |
| Okur Yazar Değil         | 6                                               | 54,02 | 21,45 | X <sup>2</sup> KW=1,307 | p = 0,268 |
| Okuryazar                | 32                                              | 35,90 | 22,69 |                         |           |
| İlköğretim               | 120                                             | 40,47 | 23,17 |                         |           |
| Lise                     | 35                                              | 37,24 | 26,10 |                         |           |
| Üniversite               | 20                                              | 32,65 | 19,77 |                         |           |
| Çalışma Durumu           |                                                 |       |       |                         |           |
| Çalışan                  | 34                                              | 39,47 | 22,42 | X <sup>2</sup> KW=0,061 | p = 0,941 |
| Emekli                   | 85                                              | 39,02 | 24,07 |                         |           |
| İşsiz                    | 88                                              | 38,05 | 23,03 |                         |           |

Ortalama = x ;SS=Standart sapma; t= bağımsız örneklem t testi; X<sup>2</sup>KW = tek yönlü varyans analizi



Tablo10'a bakıldığında; hastaların yorgunluk puan ortalamaları ile cinsiyet ( $p=0,387$ ,  $t=0,867$ ), yaş ( $p=1,418$ ,  $t=1,41$ ), medeni durum ( $p=0,41$ ,  $t=1,513$ ), eğitim durumu ( $p=0,268$ ,  $F=1,307$ ), çalışma durumu ( $p=0,941$ ,  $F=0,061$ ) puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 11. Hastaların Hastalığa ve Tedaviye İlişkin Özelliklerine Göre ve Yorgunluk Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

| Kısa Yorgunluk Envanteri  |     |       |       |                         |           |
|---------------------------|-----|-------|-------|-------------------------|-----------|
| Kanser Tipi               | n   | x     | SS    | X <sup>2</sup> KW       | P         |
| Meme                      | 89  | 37,63 | 23,96 | X <sup>2</sup> KW=0,905 | p = 0,513 |
| Kolon                     | 39  | 41,20 | 27,13 |                         |           |
| Over                      | 19  | 42,37 | 18,61 |                         |           |
| Pankreas                  | 11  | 40,79 | 19,43 |                         |           |
| Mide                      | 10  | 45,40 | 12,6  |                         |           |
| Rektum                    | 8   | 28,50 | 24,40 |                         |           |
| Akciğer                   | 8   | 51,75 | 27,33 |                         |           |
| Bağ-Doku                  | 5   | 28.60 | 18.99 |                         |           |
| Diğerleri                 | 24  | 38,48 | 23,14 |                         |           |
| Tanı Sonrası Geçen Süre   |     |       |       |                         |           |
| <3 ay                     | 18  | 28,40 | 19,87 | X <sup>2</sup> KW=1,918 | p=0,128   |
| 4-6 ay                    | 32  | 35,12 | 23,26 |                         |           |
| 7-11 ay                   | 44  | 42,68 | 20,88 |                         |           |
| 12<                       | 119 | 40,11 | 24,37 |                         |           |
| Tedavi Yöntemi            |     |       |       |                         |           |
| Kemoterapi                | 200 | 38,81 | 23,83 | U=1,629                 | p = 0,121 |
| Kemoterapi ve Radyoterapi | 13  | 45,39 | 13,21 |                         |           |

U= bağımsız örneklem t testi X<sup>2</sup>KW= tek yönlü varyans analizi

Tablo11incelendiğinde; hastaların kanser tipi (X<sup>2</sup>KW =0,905; p=0,513), tanı sonrası geçen süre (X<sup>2</sup>KW =1,918; p=0,128) ve tedavi yöntemi (U=1.629; p=0,121) puan ortalamaları ile yorgunluk puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

#### 4.3.Hastaların Umut Düzeylerine İlişkin Bulgular

Hastaların demografik özellikleri ile umut düzeyleri puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 12’de gösterilmiştir.

**Tablo 12. Hastaların Sosyo Demografik Özellikleri ile Umut Düzeyleri Arasındaki İlişki**

|                   |             |       |      |       | Umut Düzeyi Alt Boyutları |       |      |       |                           |       |      |       |                                        |       |      |       |
|-------------------|-------------|-------|------|-------|---------------------------|-------|------|-------|---------------------------|-------|------|-------|----------------------------------------|-------|------|-------|
|                   | Toplam Puan |       |      |       | Umutun Geçici Boyutu      |       |      |       | Olumlu Hazır Bulunuşluluk |       |      |       | Kendisi ve Çevresindekilerle İlişkiler |       |      |       |
| Cinsiyet          | n           | X     | SS   | p     | n                         | X     | SS   | p     | n                         | X     | SS   | p     | n                                      | X     | SS   | p     |
| Kadın             | 142         | 44,17 | 3,54 | 0,813 | 142                       | 14,14 | 1,93 | 0,753 | 142                       | 14,59 | 1,60 | 0,979 | 142                                    | 15,44 | 0,93 | 0,985 |
| Erkek             | 71          | 44,29 | 3,81 |       | 71                        | 14,23 | 1,98 |       | 71                        | 14,60 | 1,88 |       | 71                                     | 15,47 | 0,87 |       |
| Yaş               |             |       |      |       |                           |       |      |       |                           |       |      |       |                                        |       |      |       |
| 21-54             | 107         | 43,89 | 3,84 | 0,225 | 107                       | 14,04 | 1,97 | 0,378 | 107                       | 14,47 | 1,71 | 0,189 | 107                                    | 15,38 | 0,96 | 0,355 |
| 55-80             | 106         | 44,50 | 3,41 |       | 106                       | 14,28 | 1,92 |       | 106                       | 14,71 | 1,69 |       | 106                                    | 15,50 | 0,87 |       |
| Medeni Durum      |             |       |      |       |                           |       |      |       |                           |       |      |       |                                        |       |      |       |
| Evli              | 164         | 44,45 | 3,55 | 0,073 | 164                       | 14,30 | 1,90 | 0,165 | 164                       | 14,68 | 1,68 | 0,086 | 164                                    | 15,51 | 0,83 | 0,178 |
| Bekâr             | 49          | 43,40 | 3,78 |       | 49                        | 13,87 | 1,82 |       | 49                        | 14,31 | 1,71 |       | 49                                     | 15,24 | 1,13 |       |
| Eğitim Düzeyi     |             |       |      |       |                           |       |      |       |                           |       |      |       |                                        |       |      |       |
| Okuryazar olmayan | 6           | 46,02 | 1,24 | 0,531 | 6                         | 14,83 | 1,16 | 0,804 | 6                         | 15,68 | 1,51 | 0,083 | 6                                      | 15,50 | 1,22 | 0,368 |
| Okuryazar         | 32          | 43,85 | 3,51 |       | 32                        | 14,33 | 1,34 |       | 32                        | 14,50 | 1,51 |       | 32                                     | 15,17 | 1,09 |       |
| İlköğretim        | 120         | 44,41 | 3,53 |       | 120                       | 14,14 | 2,09 |       | 120                       | 14,74 | 1,57 |       | 120                                    | 15,54 | 0,83 |       |
| Lise              | 35          | 43,61 | 4,48 |       | 35                        | 14,35 | 1,82 |       | 35                        | 13,99 | 2,29 |       | 35                                     | 15,27 | 1,04 |       |
| Üniversite        | 20          | 44,06 | 3,24 |       | 20                        | 13,83 | 1,71 |       | 20                        | 14,60 | 1,47 |       | 20                                     | 15,63 | 0,62 |       |
| Çalışma Durumu *  |             |       |      |       |                           |       |      |       |                           |       |      |       |                                        |       |      |       |
| Çalışan           | 36          | 44,48 | 3,35 | 0,832 | 34                        | 14,25 | 1,72 | 0,934 | 36                        | 14,70 | 1,65 | 0,754 | 36                                     | 15,53 | 0,77 | 0,586 |
| Emekli            | 87          | 44,08 | 3,53 |       | 85                        | 14,14 | 2,02 |       | 87                        | 14,54 | 1,63 |       | 87                                     | 15,41 | 0,92 |       |
| İşsiz             | 88          | 44,34 | 3,78 |       | 88                        | 14,23 | 1,93 |       | 90                        | 14,61 | 1,81 |       | 90                                     | 15,50 | 0,91 |       |

Ort.=Ortalama/ x;SS=Standart Sapma; \* = Anket 207 kişi tarafından cevaplanmıştır.

Tablo 12 incelendiğinde, cinsiyet ( $t=-237$ ;  $p=0,813$ ), yaş ( $t=-121$ ;  $p=0,225$ ), medeni durum ( $t=1,80$ ;  $p=0,073$ ), eğitim düzeyi ( $\chi^2_{KW}=0,553$ ;  $p=0,660$ ), çalışma durumu ( $\chi^2_{KW}=0,184$ ;  $p=0,832$ ) ile umut düzeyi toplum puan ortalaması arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Cinsiyet ile umut düzeyi alt boyutları olan, umudun geçici boyutu ( $t=-0,237$ ;  $p=0,813$ ), Olumlu Hazır Bulunuşluluk ( $t=-0,027$ ;  $p=0,979$ ), Kendisi ve Çevresindekilerle İlişkiler ( $t=-0,220$ ;  $p=0,985$ ) arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Yaş ile umut düzeyi alt boyutları olan, umudun geçici boyutu ( $t=-1,077$ ;  $p=0,378$ ), Olumlu Hazır Bulunuşluluk ( $t=-1,049$ ;  $p=0,189$ ), Kendisi ve Çevresindekilerle İlişkiler ( $t=-0,993$ ;  $p=0,355$ ) arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Medeni durum ile umut düzeyi alt boyutları olan, umudun geçici boyutu ( $t= 1,337$ ;  $p= 0,165$ ), Olumlu Hazır Bulunuşluluk ( $t=1,357$ ;  $p=0,086$ ), Kendisi ve Çevresindekilerle İlişkiler ( $t= 2,041$ ;  $p= 0,178$ ) arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır.

Eğitim düzeyi ile umut düzeyi alt boyutları olan, umudun geçici boyutu ( $F=0,481$ ;  $p=0,754$ ), Olumlu Hazır Bulunuşluluk ( $x^2KW = 2,022$ ;  $p= 0,347$ ), Kendisi ve Çevresindekilerle İlişkiler ( $x^2KW = 1,579$ ;  $p= 0,175$ ) arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır.

Çalışma durumu ile umut düzeyi alt boyutları olan, umudun geçici boyutu ( $F= 0,016$ ;  $p=0,94$ ), Olumlu Hazır Bulunuşluluk ( $x^2KW = 0,110$ ;  $p=0,754$ ), Kendisi ve Çevresindekilerle İlişkiler ( $x^2KW = 0,328$ ;  $p=0,586$ ) arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır.

**Tablo 13. Hastaların Hastalığa Ait Özellikleri ile Umut Düzeyleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

|                                | Toplam Puan |       |      |       | Umut Düzeyleri       |       |       |       |                           |       |      |       |                                        |       |      |       |
|--------------------------------|-------------|-------|------|-------|----------------------|-------|-------|-------|---------------------------|-------|------|-------|----------------------------------------|-------|------|-------|
|                                |             |       |      |       | Umudun Geçici Boyutu |       |       |       | Olumlu Hazır Bulunuşluluk |       |      |       | Kendisi ve Çevresindekilerle İlişkiler |       |      |       |
| Kanser Tipi                    | n           | X     | SS   | p     | n                    | X     | SS    | p     | n                         | X     | SS   | P     | n                                      | X     | SS   | p     |
| Meme                           | 89          | 44,16 | 3,36 | 0,372 | 89                   | 14,20 | 1,79  | 0,788 | 89                        | 1,58  | 1,56 | 0,416 | 89                                     | 15,39 | 0,95 | 0,446 |
| Bağırsak                       | 39          | 43,77 | 3,99 |       | 39                   | 14,10 | 2,01  |       | 39                        | 14,47 | 2,04 |       | 39                                     | 15,31 | 0,97 |       |
| Over                           | 19          | 44,00 | 3,87 |       | 19                   | 14,05 | 1,78  |       | 19                        | 14,37 | 2,01 |       | 19                                     | 15,58 | 0,69 |       |
| Pankreas                       | 11          | 41,98 | 4,21 |       | 11                   | 13,18 | 1,89  |       | 11                        | 13,80 | 1,89 |       | 11                                     | 15,00 | 1,34 |       |
| Endometrium                    | 10          | 44,80 | 3,58 |       | 10                   | 14,40 | 1,58  |       | 10                        | 14,80 | 1,69 |       | 10                                     | 15,60 | 0,97 |       |
| Rektum                         | 8           | 46,00 | 2,88 |       | 8                    | 14,50 | 2,39  |       | 8                         | 15,50 | 0,76 |       | 8                                      | 16,00 | 0,00 |       |
| Akciğer                        | 8           | 44,87 | 3,64 |       | 8                    | 14,37 | 2,20  |       | 8                         | 14,62 | 1,51 |       | 8                                      | 15,87 | 0,35 |       |
| Bağ- Doku                      | 5           | 44,40 | 3,91 |       | 5                    | 14,80 | 1,30  |       | 5                         | 14,00 | 1,87 |       | 5                                      | 16,60 | 0,89 |       |
| Diğer                          | 24          | 45,10 | 3,58 |       | 24                   | 14,46 | 2,19  |       | 24                        | 15,12 | 1,28 |       | 24                                     | 16,62 | 0,79 |       |
| <b>Tanı Sonrası Geçen Süre</b> |             |       |      |       |                      |       |       |       |                           |       |      |       |                                        |       |      |       |
| < 3 ay                         | 18          | 44,84 | 3,17 | 0,053 | 18                   | 14,72 | 1,45  | 0,175 | 18                        | 14,58 | 1,56 | 0,72  | 18                                     | 15,54 | 0,60 | 0,05  |
| 4-6 ay                         | 32          | 45,67 | 2,50 |       | 32                   | 14,71 | 1,65  |       | 32                        | 15,31 | 0,86 |       | 32                                     | 15,66 | 0,60 |       |
| 7-11 ay                        | 44          | 44,09 | 3,59 |       | 44                   | 14,03 | 1,59  |       | 44                        | 14,52 | 1,70 |       | 44                                     | 15,53 | 0,96 |       |
| 12 ay<                         | 119         | 43,76 | 3,87 |       | 119                  | 14,03 | 2,075 |       | 119                       | 14,43 | 1,84 |       | 119                                    | 15,34 | 0,99 |       |

Tablo 13 incelendiğinde, kanser tipi ( $x^2KW = 1,089$  ,  $p=0,320$  ) ile umut düzeyi toplam puan ortalaması arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Kanser tipi ile umut düzeyi alt boyutları olan umudun geçici boyutu ( $x^2KW = 0,580$ ;  $p=0,728$ ), Olumlu Hazır Bulunuşluluk ( $x^2KW = 1,028$ ;  $p=0,425$ ), Kendisi ve Çevresindekilerle İlişkiler ( $x^2KW = 1,198$ ;  $p=0,184$ ) arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır.

Tanı sonrası geçen süre ile umut düzeyi toplam puan ortalaması ( $x^2KW = 2,608$ ;  $p=0,053$ ) arasında anlamlı fark bulunmuştur. Buna göre tanı süresi 4-6 ay arasında olan deneklerin umut toplam puanı diğerlerinden istatistiki açıdan anlamlı olarak yüksektir. Umut düzeyi alt boyutu olan Olumlu Hazır Bulunuşluluk ( $x^2KW = 2,367$ ;  $p=0,72$ ), arasında anlamlı fark tespit edilememiştir. Tanı sonrası geçen süre ile umudun geçici boyutu  $x^2KW = 1,670$ ;

p=0,175), kendisi ve çevresindekilerle İlişkiler ( $\chi^2_{KW} = 1,295$ ; p=0,175) alt boyutları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

**Tablo 14. Hastaların Yorgunluk Puanı ile Genel Umut Puanı ve Umut Alt Boyutları Puan Ortalamaları**

| <b>Yorgunluk Puan Ortalaması ve Genel Umut ve Umut Alt Boyutları Puan Ortalamaları</b> | <b>Ortalama</b> | <b>Standart Sapma</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------|
| Kısa Yorgunluk Envanteri                                                               | 43,22           | 25,94                 |
| Herth Umut İndeksi                                                                     | 92,10           | 7,54                  |
| <b>Umut Alt Boyutları</b>                                                              |                 |                       |
| Umudun Geçici Boyutu                                                                   | 88,56           | 12,13                 |
| Olumlu Hazır Bulunuşluluk                                                              | 91,19           | 10,56                 |
| Kendisi ve Çevresiyle Olan İlişkiler                                                   | 96,56           | 5,69                  |

\*Ölçekler arası puanların karşılaştırılabilmesi için yukarıdaki puanlar 100 taban puanda standardize edilmiştir.

Çalışmaya alınan hastaların kısa yorgunluk envanteri puan ortalaması  $43,22 \pm 25,94$ , umut ölçeği genel puanın ise  $92,10 \pm 7,54$  olduğu saptanmıştır. Umudun alt boyutları incelendiğinde ise; Umudun Geçici alt boyut puan ortalaması'nın  $88,56 \pm 12,13$ , Olumlu Hazır Bulunuşluluk alt boyutu puanı  $91,19 \pm 10,56$ , Kendisi ve Çevresi İle Olan İlişkiler alt boyut puan ortalaması  $96,56 \pm 5,69$  olduğu saptanmıştır (Tablo 14).

#### 4.4.Hastaların Yorgunluk ve Umut Düzeyleri Arasındaki İlişki

Hastaların umut ve yorgunluk düzeyleri arasındaki ilişkiler bu bölümde verilmiş ve Tablo 'de açıklanmıştır.

**Tablo 15: Kısa Yorgunluk Envanteri ile Umut ve Umut Alt Boyutları Arasındaki İlişkisi**

| Kısa Yorgunluk Envanteri ile Umut ve Umut Alt Boyutları Arasındaki İlişki | Kısa Yorgunluk Envanteri Toplam Puanı |       |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------|
|                                                                           | r*                                    | p**   |
| Herth Umut İndeksi Toplam Puanı                                           | -0,405                                | 0,000 |
| Umutun Geçici Boyutu                                                      | -0,415                                | 0,000 |
| Olumlu Hazır-bulunurluk Toplam Puan                                       | -0,266                                | 0,000 |
| Kendisi ve Çevresindekilerle İlişkiler                                    | -0,232                                | 0,001 |

\*Tablodaki değişkenler normal dağılım varsayımını karşıladığından r= Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

\*\*Korelasyonlar 0.01 düzeyinde anlamlıdır (2-tailed).

Tablo 15 incelendiğinde, hastaların kısa yorgunluk envanteri toplam puanı ile Hert umut indeksi genel toplam puanı ve alt boyutları arasında istatistiki açıdan negatif yönde ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $r = -0,415$ ,  $p < 0,05$ ). Değişkenlerden birinin puanı azaldıkça diğerinin puanı artmakta, birinin puanı arttıkça diğerininki azalmaktadır.

Kısa yorgunluk envanteri toplam puanı ve olumlu hazır bulunurluk alt boyutu toplam puanı arasında istatistiki açıdan negatif ve zayıf yönde bir ilişki tespit edilmiştir ( $r = -0,266$ ,  $p < 0,05$ ). Buna göre Tablo 'daki iki değişken arasında ters ilişki söz konusudur. Değişkenlerden birinin puanı azalıkça diğerinin puanı artmakta, birinin puanı arttıkça diğerininki azalmaktadır.

Kısa yorgunluk envanteri toplam puanı ve Umutun Geçici Boyutu puanı arasında istatistiki açıdan negatif ve zayıf yönde bir ilişki tespit edilmiştir ( $r = -0,415$ ,  $p < 0,05$ ). Buna göre Tablo 'daki iki değişken arasında ters ilişki söz konusudur. Değişkenlerden birinin puanı azalıkça diğerinin puanı artmakta, birinin puanı arttıkça diğerininki azalmaktadır.

Kısa yorgunluk envanteri toplam puanı ile kendisi ve çevresindekilerle ilişkiler alt boyutu toplam puanı arasında istatistiki açıdan negatif, çok zayıf yönde bir ilişki tespit edilmiştir ( $r = -0,232$ ,  $p < 0,05$ ). Buna göre tablodaki iki değişken arasında ters ilişki söz konusudur. Değişkenlerden birinin puanı azaldıkça diğerinin puanı artmakta, birinin puanı arttıkça diğerininki azalmaktadır.

## 5.TARTIŞMA

Bu çalışma, kanser tanısı alan hastaların yorgunluk ve umut düzeyleri arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yapıldı. Bu araştırmada incelenen değişkenler arasında anlamlı ilişkiler olduğu saptanmıştır. Kanseri bulunan hastaların yorgunluk ve umut düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelediğimiz bu araştırmada tartışmamız hastaların yorgunluk düzeyleri ve etkileyen değişkenler, hastaların umut düzeyleri ve etkileyen değişkenler ve yorgunluk, umut arasındaki ilişkinin incelenmesi alt boyutları altında yapılandırılmıştır.

### 5.1 Hastaların yorgunluk düzeyleri ve etkileyen değişkenler

Kanserle ilişkili olarak meydana gelen yorgunluk hastaların yaşam kalitesini etkileyen en önemli semptomlardan biridir. Yorgunluk kanser ve kansere yönelik uygulanan tedaviler nedeniyle, %70 ile %100 gibi değişen oranlarda görülmektedir (Miller, 2007; National Comprehensive Cancer Network; Morrow, 2007). Yorgunluğa neden olan pek çok fiziksel ve biyopsikososyokültürel faktör bulunmaktadır (Rimbaut, 2016). Bu çalışmada da kadın ve erkek hastaların %31,7'si ve 35,7'sinin 7 gün boyunca yorgunluk yaşadığı saptanmıştır. Kanser hastalarında %51'e varan yorgunluk oranları bildirilmiştir (Miller, 2007; Kuhnt, 2017). Tedavi sırasında, özellikle kemoterapi verildiğinde, bu oran %98'e çıkmaktadır (Karthikeyan, 2012). Genel popülasyonda kronik yorgunluk sendromunun prevalansı ise %0,2-%6,4 arasında bildirilmiştir (Rimbaut, 2016).

Bu çalışmada, hastaların yorgunluk puan ortalamaları ile cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Kanser hastalarındaki yorgunlukla cinsiyet ilişkisini inceleyen fazla araştırma yoktur. Miaskowski ve ark. yapmış olduğu bir çalışmada (Miaskowski, 2004) 2004 yılına kadar bu konuda yapılmış 10 araştırmaya rastlandığı ve bunlardan ikisinin bir cinsiyet farkı

bulmamakla birlikte, geri kalanlarının kadınlarda yorgunluğun daha fazla olduğunu bulunduğu bildirilmiştir. Bu fark, kadınların ağrı eşiğinin daha düşük olmasına ve kadınların duygusal stresörlere daha yatkın olmalarına bağlanmıştır. Bu çalışmamızda da istatistiksel açıdan fark olmamasına rağmen kadın hastaların yorgunluk puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışma sonucu Miaskowski ve arkadaşlarının (2014) yapmış olduğu çalışma ile benzerdir. Bunun da kadınların yaşam rollerinin fazla olmasından ve bu rollerden feragat edememelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Hastaların medeni durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmasa da evli hastaların yorgunluk puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durumun hem evli hasta sayısının çok olmasından hem de evli bireylerin iş yükünün daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Miaskowski ve ark., 2014).

Bu çalışmada, yaş ile yorgunluk düzeyi arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Yapılan diğer çalışmalarda, çalışma bulgularımızla benzerlik göstermektedir (Kogure ve ark., 2017). Bununla birlikte, yaş arttıkça kişilerin günlük yaşam aktiviteleri ve yürüme mesafelerinde azalma olacağını bildiren araştırmacılar da olmuştur (Troosters, 1999; Gomi, 2007).

Bu çalışmada, eğitim durumu ile yorgunluk düzeyi arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı çıkmasa da ilköğretim düzeyinde eğitim durumu olanların daha yüksek yorgunluk puan ortalamalarının olduğu görülmüştür. Bu durumun çalışmaya katılan hastaların eğitim durumlarının ilköğretim düzeyinde fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada; hastaların kanser tipi, tanı sonrası geçen süre ve tedavi yöntemi puan ortalamaları ile yorgunluk puan ortalaması arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Karakoç da (2008) yaptığı çalışmasında kanser tipi ile yorgunluk arasında anlamlı fark bulamamıştır. Çalışma sonucumuz, bu çalışma ile benzerlik göstermektedir. Dagnelie ve

arkadaşlarının (2007) yaptıkları çalışmada ise farklı olarak akciğer kanserli hastaların daha yorgun oldukları bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da istatistiksel olarak anlamlı fark olmasa da akciğer kanserli hastaların yorgunluk puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmektedir. Bu durumun çalışmaya katılan akciğer kanserli hastaların azlığından kaynaklandığı düşünülmektedir. Diğer taraftan, akciğer kanserinin solunum sıkıntısı ve öksürük gibi yorgunluğu artırıcı fiziksel etkilerinin de diğer hastalıklardan fazla olması bu açıdan önemli olabilir.

Bu çalışmada; tanı sonrası geçen süre ile yorgunluk puan ortalaması arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Karakoç da (2008) benzer şekilde, tanı sonrası geçen süre ile yorgunluk arasında anlamlı fark bulamamıştır. Bu sonuç bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir. Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı fark olmasa da tanı süresi 3 aydan az olanların yorgunluk puanı 28,75 iken, 7-11 ay olanların 42,68 bulunmuştur. Bu durumun tanı sonrası geçen süre ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Kanserle ilişkili yorgunluk, kanser süresi arttıkça artmakla birlikte, kanserle ilişkili tedavilerin verilmesinden sonra önce artmakta, sonra azalmaktadır (South Florida Cancer Association, 2017). Ardışık kemoterapi seanslarından sonraki yorgunluk, tedaviden sonraki birkaç gün içerisinde en yüksek seviyesine ulaşmakta, seanslar ilerledikçe azalmaktadır (Schwartz, 2000; Richardson, 1998). Buna karşın, fraksiyone radyoterapi kümülatif bir yorgunluk oluşturmakta, bu yorgunluk 7-10. günlerde başlamakta ve tedavinin sonunda azami düzeye ulaşmaktadır (Irvine 1998). Kanser tedavisinde tedaviden sonraki yorgunluk bazen uzun süre devam edebilmektedir. Hayatta kalan vakaların %30'unda tedavinin tamamlanmasından yıllar sonra dahi yorgunluk bildirilmiştir (Portenoy, 1999).

Bu çalışmada; tedavi yöntemi ile yorgunluk puan ortalaması arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı fark olmasa da sadece kemoterapi



alan hastaların yorgunluk puan ortalaması 38, 82 bulunmuşken, kemoterapi ve radyoterapi birlikte alan hastaların 45,39 bulunmuştur. Kemoterapi ve radyoterapiyi birlikte alan hastalarda yorgunluğun daha fazla olması beklenmektedir (South Florida Cancer Association, 2017).

## **5.2 Hastaların umut düzeyleri ve etkileyen değişkenler**

Kanser hastaları, hastalıklarına uyum sürecini çeşitli tepkilerle geçirirler. Olumlu tepkiler iyileşme sürecini iyi yönde etkiler. Olumlu bir kavram olan umut, insan varlığına odaklı, bireye özgü, ruh için dinamizm sağlayan bir beklenti ve istek olarak tanımlanmaktadır (Cutcliffe ve Herth, 2002). İstek ve umut, kişinin olumlu hayat enerjisine katkı sağlamaktadır (Öz 2004). Kanser hastalarının hastalık ve tedavi sürecinde umudun yeri çok önemlidir (Chen, 2003). Umut, kanserin sebep olduğu kayıp, belirsizlik ve acı durumlarında etkin bir baş etmeyi sağlayan en önemli olgulardan biridir (Seyedrasooli, 2014).

### **5.2.1 Umut düzeyi ile sosyodemografik veriler arasındaki ilişki**

Bu çalışmada, cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi ve çalışma durumu ile umut düzeyi toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Seyedrasooli ve arkadaşları (2014) genç hastaların yaşlılara göre hastalık prognozlarını daha olumlu olarak algıladıklarını ve bunun muhtemelen eğitimle ilgisinin olduğunu belirtmişlerdir. Ancak, aynı çalışmada hastaların eğitim düzeyleri arttıkça hastalığın negatif algısının da arttığı (Ortalama prognoz algı puanı eğitimsiz, ilköğretim, lise ve üniversite mezunları için sırasıyla 10,9; 11,1; 11,9 ve 12,1) saptanmıştır. Bunun da genç hastaların güvenilir internet kaynaklarından sağlıkla ilişkili bilgilere erişim olasılıklarının artmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür (Valizadeh ve ark., 2012) . Bizim çalışmamızda ilköğretim düzeyinde eğitim alanların umut toplam puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Üniversite mezunlarının umudun geçici alt boyutu ile en düşük toplam puana sahip olduğu belirlenmiştir. Aslan ve ark. (2007) yaptıkları çalışmada, eğitim düzeyleri yükseldikçe daha yüksek umut puanları aldıkları saptanmıştır. Fakat bizim çalışmamızda ise ilköğretim düzeyinde eğitim alanların umut toplam puanlarının daha yüksek olduğu

saptanmıştır. Üniversite mezunlarının umudun geçici alt boyutu ile en düşük toplam puana sahip olduğu bulunmuştur. Bu bulgu Aslan ve ark.(2007)'nin çalışmasıyla benzerlik göstermemektedir. Bunun nedeninin örneklem grubuna aldığımız hastaların çoğunluğunun (n 120) eğitim düzeyinin ilköğretim düzeyinde olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda umudun toplam ve alt puanları ile cinsiyet değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmamıştır. Rawdin ve arkadaşlarının Herth Umut İndeksi'ni kullanarak yaptıkları araştırmalarında da yaş, cinsiyet, etnik köken, medeni durum, din ve eğitim durumları ile umut puanları arasındaki ilişki incelenmiş ve sadece eğitim açısından puanlar arasında bir fark saptanmıştır (Rawdin ve ark., 2013). Kadınların duygulanım bozuklukları, depresyon, öz kıyım gibi durumlarda erkeklere göre daha dezavantajlı oldukları bildirilmekle birlikte (Krouse ve ark., 2009), umut açısından cinsiyet farkının olmadığı anlaşılmaktadır.

Çalışmamızda yaş değişkeni incelendiğinde 55-80 yaş grubundaki hastaların umut toplam ve alt boyut puanlarının 21-54 yaş grubuna göre yüksek olduğu bulunmuştur. Fakat bu istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bulgularımız literatürle benzerdir (Rawdin ve ark., 2013).

Çalışmamızda hastaların çalışma durumu ile umut düzeyleri incelendiğinde çalışan grubun umut toplam puan ve alt boyut puanlarının diğer gruplara göre yüksek olduğu ama aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı saptanmıştır. Araştırmamızda bu farkın anlamlı çıkmamış olması örneklem sayısı ile alakalı olabilir. Sonucumuzla çelişen bir araştırmada, çalışan kişilerin umutlarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Mahendran, 2016).

### **5.2.2 Umut düzeyi ile kanser tipi, tedavileri ve tanı süresi arasındaki ilişki**

Bu çalışmada, kanser tipi ile umut düzeyi toplam puan ortalaması arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Kanser tipi ile umut toplam ve alt puanları incelendiğinde rektum kanseri toplam puan ve alt puanlarının diğer kanser tiplerine göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $n=8$ ). Fakat verileri kolorektal kanser boyutuyla incelediğimizde umut puanları arasında birinci sırada kolorektal kanserler, ikinci sırada ise meme kanseri geldiği görülmektedir. Bu durumun bu kanser tiplerinin beş yıllık sağkalım süresi ve kanserin evresi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu kanser tiplerinin beş yıllık sürvelerinin de nispeten yüksek olduğu dikkati çekmektedir. İngiltere'de beş yıllık sürve meme kanseri için %87,

bağırsak kanserleri için %59 olarak bildirilmiştir (Quaresma, 2015). Özelolarak kolon kanseri için bakıldığında beş yıllık sağkalım süresinin biraz daha uzun olduğu (%65) dikkati çekmektedir (White ve ark., 2017). Umut puanlarının –istatistiksel olarak anlamsız olmakla birlikte– daha yüksek olmasını bu kanser tiplerinde tedaviye yanıtın nispeten daha iyi olmasına bağlayabiliriz.

Çalışmada Tanı sonrası geçen süre ile umut düzeyi toplam puan ortalaması arasındaki fark anlamlı bulunmuştur( $p<0.05$ ). Tanı sonrası geçen süre ile umut düzeyi toplam puan ortalaması ve umut düzeyi alt boyutu olan Olumlu Hazır Bulunuşluluk, arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Fakat çalışmamızda tanı süresi uzadıkça umut toplam ve alt puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu durum tanı ve tedavi sürecinin uzamasıyla kanser hastalarının umutlarının azaldığı şeklinde yorumlanabilir. Literatüre baktığımızda kanserin oluşturduğu korku ve belirsizlik hali, tedavinin uzun sürmesi ve kontrol edilemeyen yan etkileri, umutsuzluk, gelecek anksiyetesi ve negatif düşüncelerin depresyon ve umutsuzluk açısından risk faktörü oluşturdukları dikkati çekmektedir (Smith ve ark., 2003; Bener ve ark., 2017).

Çalışmada tanı süresinin 3 ay ve altında olan hastalarda umudun geçici alt boyut puanı, tanı süresi 4 – 6 ay arasında olumlu hazır bulunuşluluk ve kendisi ve çevresiyle ilişkiler alt boyut puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Bu durum bize hastaların hastalıkları süresince çevresindekilerle olan ilişkileri sürdürdüğünü ve umudunu iyileşmeye yönelik devam ettirdiğini düşündürmektedir.

### **5.2.3 Yorgunluk ve umut arasındaki ilişkinin incelenmesi**

Çalışmada yorgunluk puanı ile umut puanları arasındaki ilişki incelendiğinde umut alt boyutları olan olumlu hazır bulunuşluluk ve kendisi ve çevresiyle olan ilişkiler alt boyutlarının puanları yüksek olduğu bulunmuştur. Hastaların düşük düzeyde (Ortalama=43,229) yorgunluk hissettikleri ve genel umut puanının ise yüksek olduğu (Ortalama =92,10) saptanmıştır. Bu durum bize arada bir ters ilişki olduğunu düşündürmektedir. Özellikle olumlu hazır bulunuşluluk ve umudun geçici alt boyutu arasında, kendisi ve çevresindekilerle ilişkiler alt boyutları arasında istatistiksel açıdan zayıf negatif yönde ilişki tespit edilmiştir. Mansano-Schlosser ve Ceolim'in (2014) kanser hastası 140 yaşlıda yaptıkları araştırmada hastaların %43'ünde yorgunluk saptanmış, sebep olarak da %64 kanser, %33 kemoterapi ve %3 tedavi gösterilmiştir. Yorgunluğu azaltan ve umudu

artıran faktörler olarak uyuma, dua ve ölüm gösterilmiş olmakla birlikte, hastaların %45'i yorgunluğun iyileştirilemeyeceğini ve yapacak bir şeyin olmadığını belirtmişlerdir. Bu durum bize hastaların hastalık ve tedavi süresince yaşadığı yorgunluğu yönetmesinin umudunu olumlu yönde etkilediğini, çevresindekilerle olan ilişkisini olumlu şekilde sürdürdüğünü, dışarıdan gelen negatif değişkenlere karşı da umudunu devam ettirdiğini göstermektedir. Kısacası, hastanın hastalığıyla mücadele ettiği, hastalığı ve tedavi süresinde umudunu sürdürmeye çalıştığı şeklinde yorumlanabilir.

Araştırmanın veri toplama aşamasında araştırmacının yaptığı kalitatif gözlemler de önem arz etmektedir. Çalışmanın veri toplama aşamasında ilk önce yorgunlukla ilgili veriler toplandı. Yorgunluktan bahsederken hastalar üzgün yüz ifadeleri, ağlamaklı gözler, ağlama, görüşmeye ara verme, sessizlik gibi farklı duygusal tepkiler verirken, umutla ilgili bilgiler sorulduğunda ağlayan gözlerde birden bir ışık, yüzlerinde kocaman bir gülümseme belirdiği gözlemlendi. “Umut”un hastaların gücünü artırabilecek sihirli kelimelerden biri olduğu anlaşıyor. Bu kelimenin hastaların duygu durumunu aniden değiştirebildiği gözlemlendi.

## 6.SONUÇ ve ÖNERİLER

### 6.1 Sonuç

Hastaların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde, büyük çoğunluğunun (%66,7) kadın ve %77,0'nın evli olduğu, %56,3'ünün ilköğretim mezunu ve %42,5'inin ise işsiz olduğu saptanmıştır. Çalışmaya alınan hastalardaki en sık tanı oranının %42 ile meme kanseri olduğu saptanmıştır.

Çalışmaya alınan hastaların kısa yorgunluk envanteri puan ortalaması  $43,22 \pm 25,94$ , umut ölçeği genel puanın ise  $92,10 \pm 7,54$  olduğu saptanmıştır.

Umudun alt boyutları incelendiğinde ise; Umudun Geçici alt boyut puan ortalamasının  $88,56 \pm 12,13$ , Olumlu Hazır Bulunuşluluk alt boyutu puanı  $91,19 \pm 10,56$ , Kendisi ve Çevresi İle Olan İlişkiler alt boyut puan ortalaması  $96,56 \pm 5,69$  olduğu saptanmıştır.

Hastaların kısa yorgunluk envanteri toplam puanı ile Hert umut indeksi genel toplam puanı arasında istatistiki açıdan negatif yönde ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir ( $r = -0,415$ ,  $p < 0,05$ ).

Kısa yorgunluk envanteri toplam puanı ve umudun olumlu hazır bulunuşluluk alt boyutu toplam puanı arasında istatistiki açıdan negatif yönde ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir ( $r = -0,266$ ,  $p < 0,05$ ).

Kısa yorgunluk envanteri toplam puanı ve Umudun Geçici Boyutu puanı arasında istatistiki açıdan negatif yönde ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir ( $r = -0,415$ ,  $p < 0,05$ ).

Kısa yorgunluk envanteri toplam puanı ile umudun kendisi ve çevresindekilerle ilişkiler alt boyutu toplam puanı arasında istatistiki açıdan negatif yönde ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir ( $r = -0,232$ ,  $p < 0,05$ ).

### 6.2 Öneriler

Bu çalışma sonunda, kanser hastalarına hizmet veren sağlık personeline ve hemşirelere şu önerilerde bulunmak mümkündür:

1. Kanser hastalarının yorgunluklarını azaltıcı yaklaşımları geliştirilmeli,

2. Tanı ve tedavi aşamasındaki klinik süreçlere hastaların yorgunluk değerlendirmeleri katılmalı,
3. Kanser hastalarının baş etme becerileri geliştirilmeli, umut düzeylerinin artırılmasına yönelik girişimler yapılandırılmalı,
4. Onkoloji hemşirelerine, umut ve yorgunluğun bu hastalardaki önemi ve bu konudaki hemşirelik girişimlerinin çeşitleri ve etkinliği konusunda bilgilendirme ve eğitim verilmeli,
5. Umut düzeyinin artırılmasına ve yorgunluğu azaltıcı hemşirelik yaklaşımlarının geliştirilmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.



## KAYNAKLAR

- Akdeniz Kudubeş A. Çocuğun kansere bağlı yaşadığı yorgunluk ve hemşirelik bakımı. Türk Onkoloji Dergisi 2014, 29(3):120-124.
- Akman Y, Korkut F. Umut Ölçeği Üzerine Bir Çalışma. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 1993;9:193-202.
- Aktaş, SG. Türkiye’de Kadınlarda Meme Kanseri Nedeniyle Ölüm: Mekânsal Dağılım ve Şehirlerin Sosyoekonomik Gelişmişlik Düzeyi İle İlişkisi. Breast Cancer M Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2014, 7(29):441-450.
- Akyolcu, N. Kanserli Hastalarda Dispne ve Hemşirelik Bakımı. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2002, 6(1):5-7.
- Arslan, S. Kansere Bağlı Yorgunluk. In: Akciğer Kanseri Destek Tedavisi. Gülhan M (Ed.) Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği, İstanbul 2016:331-337 [http://www.solunum.org.tr/TusadData/Book/472/17620161278-28\\_Bolum\\_27\\_Yorgunluk.pdf](http://www.solunum.org.tr/TusadData/Book/472/17620161278-28_Bolum_27_Yorgunluk.pdf) Erişim: 15.12.2017
- Arslantaş H, Adana F, Kaya F, Turan D. Yatan hastalarda umutsuzluk ve sosyal destek düzeyi ve bunları etkileyen faktörler. İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi, 2010; 18(2): 87-97.
- Aslan Ö, Vural H, Kömürcü Ş, Özet A. Kemoterapi alan kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2006; 10(1): 15-28.
- Aslan Ö, Sekmen K, Kömürcü Ş, Özet A. Kanserli hastalarda umut. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007; 11(2):18-24.
- Azak A, Çınar S. Lenfomalı (hodkin ve non-hodkin) hastalarda yorgunluk sendromu ve etkileyen faktörler, Türk Hematoloji-Onkoloji Dergisi 2005;15(2): 78-83.
- Babacan GA. Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler, Meme Sağlığı Dergisi, 2006; 2(3): 108-114.
- Bag B. Kanseri Hastalarında Uzun Dönemde Görülen Psikososyal Sorunlar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2013;5(1):109-126.

- Bag B. Kanser Hastalarında Yorgunluğa Bağlı Psikososyal Sorunlar Ve Çözüm Önerileri. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi 2012; 21:253-273.
- Bener A, Alsulaiman R, Doodson L, Agathangelou T. Depression, Hopelessness and Social Support among Breast Cancer Patients: in Highly Endogamous Population. Asian Pac J Cancer Prev. 2017 Jul 27;18(7):1889-1896.
- Bower JE, Lamkin DM. Inflammation and cancer-related fatigue: Mechanisms, contributing factors, and treatment implications, Brain, Behavior and Immunity, 2013; 30: 48-57.
- Cramp F, Daniel J. Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults (Review). The Cochrane Library 2008, Issue 2
- Can G. Kanser hastasında yorgunluk, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 2006; 3(2): 10-17.
- Carroll JK, Kohli S, Mustian KM, Roscoe JA, Morrow GR. Pharmacologic Treatment of Cancer-Related Fatigue. The Oncologist 2007;12(suppl 1):43–51.
- Chen ML. Pain and hope in patients with cancer: A role for cognition. Cancer Nursing, 2003; 26: 61-67.
- Chi GC. The role of hope in patients with cancer. Oncology Nursing Forum, 2007;34:415-424.
- Cohen B. Fatigue, palliative practices from A-Z for the bedside clinician. In: Kuebler KK, Esper P, editor. Pitsburg: Oncology Nursing Society 2002; 115-119.
- Cutcliffe JR, Herth K. The concept of hope in nursing: its origins, backround and nature. Br J Nurs, 2002; 11(12):832- 840.
- Dagnelie PC, Pijls-Johannesma MC, Lambin P, Beijer S, De Ruyscher D, Kempen GI. Impact of fatigue on overall quality of life in lung and breast cancer patients selected for high-dose radiotherapy. Ann Oncol. 2007 May;18(5):940-4.
- Demirel AC, Altınbaş M, Taşyürek Z, Aşık N, Aslan K. Metastaz durumuna göre kanser hastalarının yalnızlık ve umutsuzluk düzeyleri, (Ed. Yusuf Öztürk). Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi, 2015;6(5): 6-15.
- Dy SM, Lorenz KA, Naeim A, Sanati H, Walling A, Acsch SM. Evidence-based recommendations for cancer fatigue, anoraxia, depression, and dyspnea. Journal of Clinical Oncology, 2008;26:3886-3895.



- Fadıloğlu Ç, Cantilav Ş, Yıldırım, K, Tokem Y. Meme kanserli kadınlarda umutsuzluk düzeyi ve başetme davranışları arasındaki ilişki. Ege 15 Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi T.C. Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2006;22 (2):147- 160.
- Felder E. Hope and coping in patients with cancer diagnoses. Cancer Nursing, 2004;27:320-324.
- Frank J. The Role of Hope in Psychotherapy. International Journal of Psychiatry 1968;5(5):383-395.
- Gholami Z, Mohammadirizi S, Bahadoran P. Study of the Impact of Educational Behavioral Interventions on Fatigue in Mothers in the Postpartum Period in the Groups of Face-to-Face and Electronic Training. Iran J Nurs Midwifery Res. 2017 Nov-Dec; 22(6): 465–470.
- Gomi I, Fukushima H, Shiraki M, et al.: Relationship between serum albumin level and aging in community-dwelling self-supported elderly population. J Nutr Sci Vitaminol (Tokyo), 2007;53: 37–42.
- Görgülü Ü, Akdemir N. İleri evre kanser hastalarına bakım verenlerin yorgunluk ve uyku kalitesinin değerlendirilmesi, Genel Tıp Dergisi, 2010;20(4): 125-132.
- Güngör A. Kanser Hastalarındaki Bakım Gereksinimlerinin Karşılmasında Hemşirelik Uygulamalarının Etkinliğinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İKÇÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2015:63.
- Hammer K, Mogesen O, Hall EO. Hope as experienced in women newly diagnosed with gynaecological cancer. European Journal of Oncology Nursing, 2009;13:274-279.
- Haugan G, Utvaer BK, Moksnes UK. The Herth Hope Index – A psychometric study among cognitively intact nursing home patients. J Nurs Meas. 2013;21(3):378-400.
- Herth KA. Fostering hope in terminally ill people. J Adv Nurs 1990; 15:1250-1259.
- Herth K. Abbreviated instrument to measure hope: Development and psychometric evaluation. Journal of Advanced Nursing, 1992;17:1251-1259.
- Herth K. Development and implementation of a Hope Intervention Program. Oncology Nursing, 2001; 28:1009-1016.
- Herth K. Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. Journal of Advanced Nursing, 2000;32:1431-1441.

- Irvine DM, Vincent L, Graydon JE, Bubela N. Fatigue in women with breast cancer receiving radiation therapy. *Cancer Nurs.* 1998;21:127-135.
- İstek E. Kolorektal Kanserli Hastalarda Yorgunluk Düzeyi ve Yorgunluğu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onkoloji Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi İzmir 2008.
- Karakoç T. Kanser hastalarında yorgunluk ve hemşirelik bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2008; 3:99-117.
- Karnofsky DA, Burchenal JH. The Clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: MacLeod CM (Ed), *Evaluation of Chemotherapeutic Agents*. Columbia Univ Press. 1949, 196.
- Karthikeyan G, Jumnani D, Prabhu R, Manoor UK, Supe SS. Prevalence of fatigue among cancer patients receiving various anticancer therapies and its impact on quality of life: a crosssectional study. *Indian Journal of Palliative Care* 2012; 18(3): 165-175.
- Kavradım ST, Özer ZC. Kanser tanısı alan hastalarda umut. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2014;6(2):154-164.
- Kelleci M. Kanser hastalarının umudunun geliştirilmesine yönelik hemşirelik girişimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2005;6:41-47.
- Kocaman YN, Kaçmaz N, Özkan M. Yetişkin kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimleri ve verilen hizmet arasındaki boşluk, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2013;6 (4), 231-240.
- Kogure E, Hara T, Ishii T, Maeda M. Changes in fatigue and physical function with age for patients with gastrointestinal cancer in the perioperative period:a comparison between older and young patients. *J. Phys. Ther. Sci.* 2017 Nov; 29(11): 2004–2008.
- Korkmaz M, Tuğba Yangöz Ş. Hastanın kanser tanısına uyumunun sağlanmasında hemşirenin rolü, *Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık Ve Tıp Bilimleri Dergisi*, Temmuz-Ağustos-Eylül 2013;3(08):77-86.
- Krouse RS, Herrinton LJ, Grant M, Wendel CS, Green SB, Mohler MJ, Baldwin CM, McMullen CK, Rawl SM, Matayoshi E, Coons SJ, Hornbrook MC. Health-related quality of life among long-term rectal cancer survivors with an ostomy: manifestations by sex. *J Clin Oncol.* 2009 Oct 1;27(28):4664-70.

- Kuhnt S, Szalai C, Erdmann-Reusch B, Kubel C, Boehncke A, Hoffmann W, Mehnert A, Weis J. [Cancer Related Fatigue in Rehabilitation Care]. *Rehabilitation (Stuttg)*. 2017 Oct;56(5):337-343.
- Kurt SS. Kanserli hastalarda semptom kontrolünün değerlendirilmesi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2008
- Lai YH, Chang JT, Keefe FJ, Chiou CF, Chen SC, Feng SC, Liao MN. Symptom distress, catastrophic thinking, and hope in nasopharyngeal carcinoma patients. *Cancer Nursing*, 2003;26:485-493.
- Lai YH, Shun SC, Hsiao YL, Chiou JF, Wei LL, Tsai JT, Kao CY. Fatigue experiences in hepatocellular carcinoma patients during six weeks of stereotactic radiotherapy. *Oncologist*, 2007;12, 221–230.
- Lee EH. Fatigue and hope: Relationships to psychosocial adjustment in Korean women with breast cancer. *Applied Nursing Research*, 2001;14:87-93.
- Lin CC, Lai YL, Ward SE. Effect of cancer pain on performance status, mood states, and level of hope among Taiwanese cancer patients, *J Pain Symptom Manage*. 2003;25(1): 29-37.
- Lucas F. The Nurse's Role in the Psychosocial Support for Women Diagnosed with Breast Cancer. Mezuniyet Tezi. Lapland University of Applied Sciences. Kemi, 2014.
- Madden J, Newton S. Why am I so tired all the time? Understanding cancer-related fatigue. *Clin J Oncol Nurs* 2006;10:659-61.
- Mahendran R, Chua SM, Lim HA, Yee IJ, Tan JY, Kua EH, Griva K. Biopsychosocial correlates of hope in Asian patients with cancer: a systematic review. *BMJ Open*. 2016 Oct 6;6(10):e012087.
- Mansano-Schlosser TC, Ceolim MF. [Fatigue in the elderly undergoing chemotherapy]. *Rev Bras Enferm*. 2014 Jul-Aug;67(4):623-9.
- Mattioli JL, Rpenski R., Chappy S.L. The meaning of hope and social support in patients receiving chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 2008;35:822-829.
- McGill JS, Paul, PB. Functional status and hope in elderly people with and without cancer. *Oncology Nursing Forum*, 1993;20:1207-1213

- Mendoza TR, Wang XS, Cleeland CS, Morrissey M, Johnson BA, Wendt JK, ve ark., The Rapid Assessment of Fatigue Severity in Cancer Patients. *Cancer*, 1999;85(5):1186-1196
- Miaskowski C. Gender Differences in Pain, Fatigue, and Depression in Patients With Cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs No. 32*, 2004:139-143.
- Miller JF. Hope- inspiring strategies of the critically ill. *Appl Nurs Res* 1989; 2:23-29.
- Miller M, Maguire R, Kearney N. Patterns of fatigue during a course of chemotherapy: Results from a multi-centre study. *European Journal of Oncology Nursing*, 2007;11:126-132.
- Milli Eğitim Bakanlığı. Hemşirelik Onkoloji Hastalıkları ve Bakımı. MEB Yayınları, 2013.
- Mock V, Atkinson A, Barsevick A. NCCN Practice guidelines for cancer-related fatigue. *Oncology*, 2000;14: 151-161.
- Morrow GR. Cancer-related fatigue: Causes, consequences, and management. *Oncologist*, 2007, 12(Suppl. 1), 1-3.
- Muriel AC, Hwang VS, Kornblith A, Greer J, Greenberg DB, Temel J, Schapira L, Pirl W. Management of psychosocial distress by oncologists. *Psychiatr Serv*. 2009 Aug;60(8):1132-4.
- National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guideline in Oncology TM: Cancer-related fatigue. 2007, [http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/PDF/fatigue.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/fatigue.pdf). Erişim: 14.12.2017
- Özdaş T, Olgun N. Kemik İliği Nakli Planlanan Hastaların Umutsuzluk Düzeyi ve Etkileyen Faktörler Hopelessness Levels of Bone Marrow Transplant Patients and The Affecting Factors. *HSP* 2015;2(1):12-21.
- Özdelikara A. Meme Kanserli Hastalarda Refleksolojinin Kemoterapiye Bağlı Bulantı, Kusma ve Yorgunluk Üzerine Etkisi Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, 2013.
- Porock D, Beshears B, Hinton P, Anderson C. Nutritional, functional, and emotional characteristics related to fatigue in patients during and after biochemotherapy. *Oncol Nurs Forum* 2005;32:661-7.

- Portenoy RK, Itri LM. Cancer-related fatigue: Guidelines for evaluation and management. *Oncologist*. 1999;4:1-10
- Quaresma M, Coleman MP, Rachet B. 40-year trends in an index of survival for all cancers combined and survival adjusted for age and sex for each cancer in England and Wales, 1971-2011: a population-based study. *Lancet*. 2015 Mar 28;385(9974):1206-18.
- Rawdin B, Evans C, Rabow MW. The relationships among hope, pain, psychological distress, and spiritual well-being in oncology outpatients. *J Palliat Med*. 2013 Feb;16(2):167-72.
- Richardson A, Ream E, Wilson-Barnett J. Fatigue in patients receiving chemotherapy: Patterns of change. *Cancer Nurs*. 1998;21:17-30.
- Rimbaut S, Van Gutte C, Van Brabander L, Vanden Bossche L. Chronic fatigue syndrome - an update. *Acta Clin Belg*. 2016 Jun 17:1-8.
- Rustoen T, Wiklund I. Hope in newly diagnosed patients with cancer. *Cancer Nursing*, 2000, 23: 214-219.
- Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı. Yeni Dünya Kanser İstatistikleri Yayınlandı. 2015, <http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri/860-yeni-d%C3%BCnya-kanser-istatistikleri-yay%C4%B1nland%C4%B1.html#sthash.rVNq4ChN.dpuf> Erişim: 15.12.2017
- Seyedrasooli A, Rahmani A, Howard F, Zamanzadeh V, Mohammadpoorasl A, Aliashrafi R, Pakpour V. Iranian cancer patient perceptions of prognosis and the relationship to hope. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15(15):6205-10.
- Shun SC, Hsiao FH, Lai YH. Relationship Between Hope and Fatigue Characteristics in Newly Diagnosed Outpatients With Cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2011, 38 (2):E81-6.
- Smith EM, Gomm SA, Dickens CM. Assessing the independent contribution to quality of life from anxiety and depression in patients with advanced cancer. *Palliat Med*, 2003;17:509-13.
- Snyder CR, Harris C, Anderson JR. The Will and the Ways: Development and Validation of an Individual Differences Measure of Hope. *Journal of Personality and Social Psychology* 1991;60(4):70-585.

- South Florida Cancer Association. EPEC. Education In Palliative And End-Of-Life Care For Oncology. Self-Study Module 3k: Fatigue. [http://www.egdutton2.com/resources-for/hp/education/epeco/self-study/module-3/MS\\_81849.pdf](http://www.egdutton2.com/resources-for/hp/education/epeco/self-study/module-3/MS_81849.pdf) Erişim 15.12.2017
- şencan İ ve Keskinılıç B. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kanseri İstatistikleri. Ankara, 2017.
- Erişim yeri: [http://kanseri.gov.tr/Dosya/ca\\_istatistik/2014-RAPOR\\_uzun.pdf](http://kanseri.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/2014-RAPOR_uzun.pdf) Erişim tarihi: 02.12.2017
- Tarakçioğlu Çelik GH. Onkoloji Hemşireliğinde Semptom Yönetimi, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, GÜSBD 2016; 5(4): 93-100.
- Tarhan S, Bacan H. Sürekli Umut Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması The Journal of Happiness & Well-Being, 2015;3(1):1-14.
- Terakye G. Kanseri hasta yakınlarıyla etkileşim, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2011;4(2):78-82.
- Troosters T, Gosselink R, Decramer M: Six minute walking distance in healthy elderly subjects. Eur Respir J, 1999, 14: 270–274.
- Valizadeh L, Zamanzadeh V, Rahmani A, et al. Cancer disclosure: experiences of Iranian cancer patients. Nurs Health Sci, 2014;14:250-6.
- Vellone E, Rega M, Galletti C, Cohen MZ. Hope and related variables in Italian cancer patients. Cancer Nursing, 2006, 29:356-366.
- White A, Joseph D, Rim SH, Johnson CJ, Coleman MP, Allemani C. Colon cancer survival in the United States by race and stage (2001-2009): Findings from the CONCORD-2 study. Cancer. 2017 Dec 15;123 Suppl 24:5014-5036.
- Whitney SN, McCullough LB, Frugé E, McGuire AL, Volk RJ. Beyond breaking bad news: The roles of hope and hopefulness. Cancer, 2008,113:442–445.
- World Health Organization (WHO), Healthy Workplaces: A Model For Action, Geneva: WHO Press, 2010.
- World Health Organization, International Agency for Research on Cancer. Cancer Research UK, 2012, p.1 [http://kanseri.gov.tr/Dosya/makale/Global\\_factsheet-IARC\\_UICC\\_CRUK\\_2012.pdf](http://kanseri.gov.tr/Dosya/makale/Global_factsheet-IARC_UICC_CRUK_2012.pdf) Erişim: 15.12.2017

Zehr KL. The Effect of Education on Compassion Fatigue as Experienced by Staff Nurses.  
Valparaiso Üniversitesi. Hemşirelik Uygulamaları Doktora Tezi. Valpraiso, Indiana,  
2015.



## 2. EKLER

### EK 1: KİŞİSEL BİLGİ FORMU (EK-1)

Değerli katılımcı,

Bu araştırma, ayaktan tedavi alan kanser hastalarda yorgunluk ve umut düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Anket formundaki soruları içtenlikle yanıtlamanız araştırmanın sonuçlarının doğruluğu ve geçerliliği için çok önemlidir. Araştırmaya katılıp katılmama sizin vereceğiniz bir karardır. Anket formuna adınızı yazmanız gerekmemektedir. Araştırmadan elde edilen veriler sadece araştırmacıda saklı kalacak ve bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır. Soruların tümünü cevaplamanızı rica ederiz. Çalışmaya katılımınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Melike Çelik

Dokuz Eylül Üniversitesi

Onkoloji Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

Ad-soyad:

Tarih :

1. Yaş: .....

2. Cinsiyet

Kadın [ ] Erkek [ ]

3. Medeni durum

Evli [ ] Bekar [ ] Boşanmış [ ]

4. Eğitim

Okur yazar değil ( ) Okur-yazar [ ] İlköğretim [ ] Lise [ ]

Yüksekokul [ ]

5. Çalışma durumu

Çalışıyor [ ] İşsiz [ ] Emekli [ ]



6. Kanser Tipi:.....

7. Kanser evreleri ( Dosya Bilgisi):.....

I [ ] II [ ] III [ ] IV [ ]

8. Tanı sonrası geçen süre (aylar)

3 veya daha az [ ] 4-6 ay [ ]

9. Tedavi:

Kemoterapi [ ] Kemoterapi ve radyoterapi [ ]



## EK 2: KISA YORGUNLUK ENVANTERİ (EK-2)

Yaşamımız boyunca, çoğumuzun aşırı yorgunluk veya bitkinlik hissettiğimiz zamanlar olmuştur. Geçen hafta içerisinde, her zamankinden farklı (olağan dışı) yorgunluk ya da halsizlik hissettiniz mi?

Evet / Hayır

(Aşağıda yorgunluğunuzun şiddetini belirlemek için puanlama yapılmıştır. **0=Yorgunluk yok, 10 = hayal edebildiğiniz en şiddetli yorgunluk** olarak tanımlanmaktadır.)

1. Lütfen, şu anda yaşadığınız yorgunluk (halsizlik, bitkinlik) düzeyinizi en iyi tanımlayan numarayı yuvarlak içine alınız.

0

2. Lütfen, son 24 saat içinde yaşadığınız **genel yorgunluk düzeyinizi** en iyi tanımlayan numarayı yuvarlak içine alınız.

0

3. Lütfen, son 24 saat içinde yaşadığınız **en kötü yorgunluk düzeyinizi** en iyi tanımlayan numarayı yuvarlak içine alınız.

0

4. Son 24 saat içinde, yorgunluk nedeni ile aşağıda belirtilen faaliyetlerinizin ne derece etkilendiğini numaraları yuvarlak [O] içine alarak belirtiniz. (0 = yaşantınızı engellememekte, 10 = yaşantınızı tamamen engellemekte)

A. Genel aktiviteniz

0

B. Ruh haliniz

0

C. Yürüme beceriniz

0  
D. Normal çalışmanız (ev dışındaki iş ve günlük ev işleri)

0  
E. Diğer kişilerle ilişkileriniz

0  
F. Yaşama sevinciniz

0

Aşağıda yorgunlukla ilgili verilen soruları yanıtlayınız.

1. Yorgunluk süresi:

Geçen hafta kendinizi, kaç gün süreyle yorgun hissettiniz (0- 7 gün)? .....

Geçen hafta hissettiğiniz yorgunluk , günde ortalama ne kadar sürdü?...

Yok / çok az      b. Günü yarısı      c. Tüm gün      d. Diğerleri:.....

2.Yorgunluk yoğunluğu (0-10):

En şiddetli hissettiğiniz yorgunluk düzeyiniz:.....

3. Yorgunluğunuz, konsantrasyon yeteneğinizi nasıl etkiliyor ? A. Evet    b. Hayır  
Derecelendiriniz (0- 10 arası):.....

4. Yorgunluğunuz giyinme ve banyo aktivitelerinizi etkiliyor mu? A. Evet    b. Hayır  
Derecelendiriniz (0- 10 arası):.....

### EK 3: HERTH UMUT İNDEKSİ (EK-3)

|    |                                                                        | Hiç<br>uygun<br>değil | Nadiren<br>uygun | Bazen<br>uygun | Her<br>zaman<br>uygun |
|----|------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------|----------------|-----------------------|
| .  | Geleceğe umutla bakıyorum                                              |                       |                  |                |                       |
| .  | Önümüzdeki 3-6 ay için hedeflerim var.                                 |                       |                  |                |                       |
| .  | Kendimi hep yalnız hissediyorum                                        |                       |                  |                |                       |
| .  | Çoğu durumda olayların olumlu yönünü görebiliyorum                     |                       |                  |                |                       |
| .  | Bana huzur veren bir inanca sahibim.                                   |                       |                  |                |                       |
| .  | Geleceğim ile ilgili korkularım var.                                   |                       |                  |                |                       |
| .  | Mutlu ve neşeli anılarımı hatırlayabiliyorum.                          |                       |                  |                |                       |
| .  | İçimde derin bir manevi güç var.                                       |                       |                  |                |                       |
| .  | Başkalarından yardım isteyebiliyor ve başkalarına yardım edebiliyorum. |                       |                  |                |                       |
| 0. | Kendi yolumu bulmaya kararlıyım.                                       |                       |                  |                |                       |
| 1. | Her günün yeni umutlar taşıdığına inanıyorum.                          |                       |                  |                |                       |
| 2. | Yaşamımın anlamı ve amacı olduğunu biliyorum.                          |                       |                  |                |                       |

#### EK 4: BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU (EK-4)

Ben, (denek adı) ....., katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutumu ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Deneğin Adı-Soyadı: .....

İmzası:.....

Adresi (varsa Telefon No, Faks No):.....

.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Görevi:.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

## EK 5: HERTH UMUT ENDEKSİ İZİN YAZIŞMASI

----- Özgün İleti -----

Kimden : [ozlem.aslan@gmail.com](mailto:ozlem.aslan@gmail.com)

Kime : [melikecelik1980@myynet.com](mailto:melikecelik1980@myynet.com)

Gönderme tarihi : 12 Aralık 2017 Salı 22:21

Konu : Re: hert umut indeksi kullanım izni

Sayın Çelik,

Mesajınız için teşekkür ederim.Geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmış olduğum "Herth Umut İndeksi"ni çalışmanızda kullanabilirsiniz.İndeksi ve kullanma talimatını, size EK'te gönderiyorum.Çalışmanızın "Yöntem" bölümünde atıfta bulunmanız uygun olacaktır. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Özlem ASLAN

Doç.Dr.

12 Aralık 2017 21:00 tarihinde <[melikecelik1980@myynet.com](mailto:melikecelik1980@myynet.com)> yazdı:

Sayın Doç.Dr.Özlem Aslan

İzmir den MELİKE ÇELİK ben Dokuz Eylül Üniversitesi Onkoloji Hemşireliği yüksek lisans öğrencisiyim.Kanser Hastalarında Umut ve Yorgunluk Arasındaki İlişkinin İncelenmesi konulu yüksek lisans tezimde hert umut indeksini kullanmak istiyoruz Gereğini arz ederim.

## EK 6:KISA YORGUNLUK ENVANTERİ İZİN YAZIŞMASI

**Kimden :** sezgi cinar <sezginar@hotmail.com> [Adres Defterine Ekle]  
**Kime :** 'melikecelik1980@mynet.com' <melikecelik1980@mynet.com>

---

Sayın MELİKE ÇELİK

"Kanser Hastalarında Umut ve Yorgunluk Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu yüksek lisans tezinizde Kısa Yorgunluk Ölçeğini kullanabilirsiniz.  
Başarılar dilerim

Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ

Manisa Celal Bayar Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Hemşirelik Bölümü



## EK 7: KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ OLURU



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
İzmir İli Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

İZMİR İLİ GÜNEY BÖLGESİ KAMU HASTANE BİRLİĞİ  
GENEL SEKRETERLİĞİ - İZMİR İLİ GÜNEY BÖLGESİ  
KHBGS TIBBİ HİZMETLER BAŞKANLIĞI  
28/03/2016 07:49 - 23592379 - 772.02 - E.1136



00021245255

Sayı : 23592379/772.02  
Konu : Melike ÇELİK Araştırma İzni

### DAĞITIM YERLERİNE

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Yüksek Lisans öğrencisi Melike ÇELİK'in "Kanser Hastalarında Umut ve Yorgunluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu araştırmasıyla ilgili evrakları incelenmiş olup, çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde ve araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olması koşuluyla, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülmesi Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

**Dr. Murat TÜRKYILMAZ**  
Genel Sekreter a.  
Tıbbi Hizmetler Başkanı

#### Dağıtım:

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi  
Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Poligon Mah. 123/11 Sk. No:6 Karabağlar/ İZMİR  
Meltem Serttaş (0232 2323232/2350) khb35g.egitim@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 31562478-65ce-40da-a472-242595fe8a42 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



## EK 8: ETİK KURUL İZNİ



İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU  
(İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 35360 Karabağlar / İZMİR  
Tel:0 232 245 04 38 --- 0 232 244 44 44 / 1234 Fax: 0 232 245 04 38 E-posta [ikcetik2@gmail.com](mailto:ikcetik2@gmail.com))

**Doç. Dr. Özlem UĞUR**  
Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Karar No: 10  
Tarih : 21.01.2016

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinden **Doç. Dr. Özlem UĞUR** sorumluluğunda yapılması planlanan “**Kanser Hastalarında Umut ve Yorgunluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**” adlı araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin **oy birliği** ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Recep SÜTÇÜ  
İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar  
Etik Kurulu Başkanı

**EK9: ÖZGEÇMİŞ ADI SOYADI:MELİKE ÇELİK**

|                       |                                                     |
|-----------------------|-----------------------------------------------------|
| <b>TC Kimlik No:</b>  | 10817559714                                         |
| <b>Doğum Yılı:</b>    | 15.07.1980                                          |
| <b>Yazışma Adresi</b> | Araphasan Mah.260 Sok. No:58/12<br>Karabağlar/İZMİR |
| <b>Telefon:</b>       | 05076475140                                         |
| <b>Faks:</b>          | 02322444444                                         |
| <b>e- posta:</b>      | Melikecelik1980@mynet.com                           |

**EĞİTİM BİLGİLERİ**

| Ülke    | Üniversite           | Fakülte/Enstitü    | Öğrenim Alanı | Derece | Mezuniyet Yılı |
|---------|----------------------|--------------------|---------------|--------|----------------|
| Türkiye | Akdeniz Üniversitesi | Sağlık Yüksekokulu | Hemşirelik    | Lisans | 2001           |

**AKADEMİK/MESLEKTE DENEYİM**

| Kurum/Kuruluş                        | Ülke    | Şehir     | Bölüm/Birim  | Görev   | Süre    |
|--------------------------------------|---------|-----------|--------------|---------|---------|
| Dursunbey Merkez 1 Nolu Sağlık Ocağı | Türkiye | Balıkesir | Sağlık Ocağı | Hemşire | 2004-09 |
| İKÇÜ AEH                             | Türkiye | İzmir     | Hematoloji   | Hemşire | 2010-12 |
| İKÇÜ AEH                             | Türkiye | İzmir     | Kemoterapi   | Hemşire | 2013-   |