



T.C.

EGE ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü



**İLERİ YAŞTA RADYOTERAPİ UYGULANAN
MEME VE PROSTAT KANSERLİ HASTALARDA
UMUT, BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI VE İLİŞKİLİ
FAKTÖRLER**

Doktora Tezi

Sema YILDIZEL

İÇ HASTALIKLARI A.D.

İzmir

2022

T.C.

EGE ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

**İLERİ YAŞTA RADYOTERAPİ UYGULANAN
MEME VE PROSTAT KANSERLİ HASTALARDA
UMUT, BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI VE İLİŞKİLİ
FAKTÖRLER**

Sema YILDIZEL

Danışman(lar)

Doç. Dr. Sevnaz ŞAHİN

İÇ HASTALIKLARI A.D.

YAŞLI SAĞLIĞI

İzmir

2022

Tez Değerlendirme Kurulu Üyeleri

(Adı Soyadı)

(İmza)

Başkan : Doç Dr Sevnaz Şahin.

(Danışman)

E.Ü.T.F. / İÇ HAST A.D.

Üye : Prof.Dr. Hülya Ellidokuz D.E.Ü.T.F./ PREVANTİF ONKOLOJİ A.D.

Üye : Prof.Dr.Fisun Şenuzun TINAZTEPE Ü. / SAĞ. BİL. FAK.
Aykar

Üye : Prof.Dr. S.Fehmi AKÇİÇEK E.Ü.T.F. / İÇ HAST A.D.

Üye : Prof.Dr. Ferhan Sağın E.Ü.T.F. / TIBBİ BİYOKİMYA A.D.

Üye : Prof. Dr. Aliye E.Ü.T.F./HALK SAĞ. A.D.
Mandıracıoğlu

Doktora Tezinin kabul edildiği tarih:

Önsöz

Hekimlik mesleğimin ileri dönemlerine denk gelen zamanda Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi Bölümü'nde çalışmaya başladım.

Radyoterapi (RT) çok bilinen diğer onkoloji tedavilerinden farklıydı. Hem teknik, hem fizik, hem klinik, uygulama ve müdahale vardı. Hastalar kanser tanısıyla yaşıyorlar ve her gün iyileşme umuduyla tedaviye geliyorlardı. Bazılarının yaşam koşulları da oldukça zorluydu. Başka şehirden gelenler kalacak yer bulamıyordu. Ekonomik zorluklar eşlik ediyordu. Onlara refakat edecek kimseleri olmayabiliyordu. Hastanede oradan oraya dolaşmakta zorlanıyorlardı. Özellikle de yaşlılar için bu durumun zor olduğunu gözlüyordum. Kanser, ölümü en fazla çağrıştıran, belirsizlik, umutsuzluk, çaresizlik, tedavi süreçlerinin fiziksel, ekonomik, ruhsal yüküyle birlikte yıkım gibi algılanan kronik ve dramatik bir durumdur.

İleri yaşlarda bu tıbbi, fiziksel, ruhsal yükleri yaşamak daha da zor olabilir diye düşündüm. Meraklı ve sorgulayan, öğrenmeye, farkındalık kazanmaya hevesli ve orta yaşta bir hekim olarak Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün Yaşlı Sağlığı doktora programını gördüğümde heyecanla başvurumu yaptım. Heyecanım ders sürecinde daha da arttı. Biliyorum sandığım, farkındayım dediğim birçok şeyi yeni öğrendim., anlamlar ve kavramlar derinleşti. Dersler ve içerikleri çok güzel oluşturulmuştu. Çok yönlü öğrenme imkanı oldu, zenginleştim. Tez aşamasına geldiğimde Radyasyon Onkolojisi'nde gözlediğim durumlarla ilgili çalışmayı istedim. Danışman hocam Doç. Dr. Sevnaz Şahin'e sunduğum konuyu birlikte düzenledik. Tez İzleme Komitesi (TİK) için hocalarımız davet edildi ve onlar da kabul ettiler.

Tam bu sırada bütün dünya oldukça zor bir sürece girdi; Covid-19 pandemisi.

TİK'nin ilk toplantısı 09.04.2020 tarihinde pandeminin olağan üstü koşullarında yapıldı. Hocalarımın rehberliğiyle tez konusunda genişleme yaparak son halini belirledik. İlk başlık "60 yaş üstü meme kanserli kadın hastalarda radyoterapi sonrası umut düzeyleri "iken, sonraki başlık "İleri Yaşta Radyoterapi Uygulanan Meme ve Prostat Kanserli Hastalarda Umut, Başa Çıkma Tutumları ve İlişkili Faktörler" olarak değiştirildi. İlişkili faktörlere eklemeler yapıp detaylandırıldı.

Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne tez önerimi sundum. 12.06.2020 'de hipotez bölümünün daha ayrıntılı yazılması istenerek çevrildi. Düzenlenen tez konusu, enstitü yönetim kurulunun 04.08.2020 tarih ve 29/35 sayılı kararı ile uygun görülerek onaylandı.

Pandemi sürecinde hastanede aktif ve yoğun olarak zorlu koşullarda çalışmaya devam ettim. Tez izleme komitesi toplantılarımız, tezimin enstitüde kabulü ve etik kurul onayı pandeminin en yoğun, bilinmez, karanlık zamanlarında oldukça zor koşullarda ve çok uzun sürelerde gerçekleşti.

Ege Üniversitesi Etik Kurul'u pandemi nedeniyle sürenin çok uzayacağını belirtti ve başka bir etik kurula başvurmamı söyledi.

30.09.2020 'de Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu (GOAEK)'na başvurdum. 23.11.2020 de değerlendirilerek örneklem büyüklüğü hesabının değiştirilmesi istendi. 07.12.2020 de DEU GOAEK onayı alınarak Ocak 2021 'de ilk hasta ile görüşmemi yaptım.

26.01.2021 'de ikinci TİK toplantısı yapıldı.

Pandemi nedeniyle sokağa çıkma yasakları, karantinalar, kapatılan hizmetler, hastanelere hasta kabulünün sınırlandırılması, özellikle 65 yaş üstü sokağa çıkma yasağı olması, hedeflediğim hasta sayısına ulaşmamı engelledi.

Haziran 2021 'den sonra kısıtlamalar kısmen kaldırıldı ancak yaz dönemi nedeniyle hastane personeli tatil izninde olduğundan kabul edilen hasta sayısı kısıtlı oldu.

Bunlardan başka, normalde de olması beklenebilen, radyoterapi cihazlarında gelişen arızalar oldu. En uzun iki haftayı bulan arıza nedeniyle tek cihazda hastalar alındı. Yeni hastalar başka merkezlere yönlendirildi.

Hastalarla görüşme aşamasında ise, hastaların bir kısmı tıbbi tedaviler hakkında konuşulmasını bekliyor ve istiyorlardı. Benim konuştuğum konular onlar için çok gerekli görünmüyordu. İkinci görüşme neredeyse imkansız oluyordu. Bunun için ilk görüşmede sözel anlaşma yapıyordum.

Oldukça zorlu bir sürecin içinde daha başka küçük zorluklar ve aynı zamanda güzel şeyler de oldu. Hastalarla diyaloglar uzayabildi, Hiç kimselere anlatamadıkları şeylerini anlatabildiler, hayatlarını sorgulayanlar çoktu ve tam o anda ben oradaydım. Elbette psikiyatr ya da psikolog değilim, sadece hekim kimliğimle birinci basamak destek verebilmiş olmalıyım. Konsultasyon liyezonunun ne kadar önemli olduğu ortadaydı.

Umut konusunu çalışırken, umutsuzluğa kapıldığım zamanlarda ben de başa çıkma yollarımı sorguladım. Tüm tez çalışmaları boyunca kendimi, zaman zaman anksiyetenin eşliğinde kalbim çarparken buluyordum.

Üçüncü TİK toplantısı 14.02.2022’de yapıldı ve kısıtlılıklar dikkate alınarak yaklaşık 60 hasta ile veri toplama sürecinin tamamlanmasına karar verildi. Dördüncü TİK 20.07.2022’de yapıldı. 20 Ocak 2021- 2 Nisan .2022 tarihleri arasında 66 hastayla tedavi öncesi ve tedavi sonrası ve yüz yüze olmak üzere ikişer defa görüştüm. İstatistiksel analizini ve yazım sürecini tamamladıktan sonra danışman hocama incelemesi için gönderdim.

Geriye dönüp baktığımda bu sürecin heyecan verici ve bir o kadar da zor bir süreç olduğunu fark ettim. Tezimin bu alana katkı sağlaması umuduyla mutluyum.

İzmir, 5.09.2022

Sema YILDIZEL

Özet

İleri Yaşta radyoterapi uygulanan meme ve prostat kanserli hastalarda umut, başa çıkma tutumları ve ilişkili faktörler

Amaç: İleri yaşta meme kanseri ve prostat kanseri tanısı konmuş ve tedavi sürecinde radyoterapi aşamasına gelmiş hastalarda umut düzeyini değerlendirmek, başa çıkma tutumları ve diğer faktörlerin umut düzeyine etkisini araştırmak amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel tipte planlanan çalışmada evren olarak Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Bölümü'ne başvuran meme ve prostat kanserli hastaların tümü alınmıştır. Örneklem olarak Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Bölümü'ne başvuran meme ve prostat kanserli hastalar arasından 60 yaş ve üstü, demansı ve iletişim problemi olmayan ve nonmetastatik hastalar alınmıştır. Hastalara iki defa yüz yüze görüşme yöntemi ile anket yapılmıştır. Sorular araştırmacı tarafından okunmuştur. İlk görüşme Radyasyon Onkolojisi Bölümü'ne ilk başvuru ve tedavi onamından sonra, ikinci görüşme tedavi bittikten sonraki ilk kontrolde yapılmıştır. Sonuçlar araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir. Umut düzeyini belirlemek için 1992'de Kaye Herth tarafından geliştirilen ve 2007 'de Özlem Aslan tarafından Türkçe'ye uyarlanan Herth Umut İndeksi (HHİ) kullanılmıştır. Başa çıkma tutumları, Carver, C.S. tarafından geliştirilen COPE ölçeğinin Miron Zuckerman tarafından revize edilen ve Türkçeye A. Nuri Dicle tarafından uyarlanan Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği formu kullanılmıştır. Katılımcıların uyum, yaşam kalitesi ve sağlık düzeyi puanları görsel analog skala (VAS) kullanılarak elde edilmiştir. Veri toplama formu ile yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, meslek, ekonomik koşulları, sosyal desteğinin olup olmadığı, alışkanlıkları, beslenme davranışı, komorbiditesi, kendi başına iş görebilme durumu, teşhis ve tedavi süreci hakkında bilgiler, tedaviye ulaşım olanakları, hastalığın evresi, tedavi bilgileri (tedavi türü, süresi, yan etkileri) yüz yüze görüşme yöntemi ile elde edilmiştir.

Bulgular: 66 katılımcının ortalama yaşı 67 ± 5 olup, 37 meme kanseri tanısı olan katılımcı, 29 prostat kanseri tanısı olan katılımcı vardır. Meme kanserlerinin %89,2'si invaziv meme karsinomudur. Prostat kanserlerinin %48,3'ünün risk sınıflamasına göre

risk düzeyi ortadır. Tüm katılımcılarda cerrahi tedavi uygulanan 51 hasta (%77) bulunmaktadır. Meme kanseri hastalarında daha çok meme koruyucu cerrahi prostat kanseri hastalarında daha çok radikal prostatektomi uygulanmıştır. Katılımcıların RT öncesi HHİ toplam puanları 40 ± 4 , COPE toplam puanları 94 ± 10 olup RT'nin bu ortalamalara etkisi yoktur. Ancak sadece prostat kanseri tanısı olan katılımcılara bakıldığında COPE kendine yardım alt boyut puanı RT sonrasında azalmıştır (p: 0,018). Bu alt boyutun özellikle sosyalleşme ile ilişkili maddelerinde değişim daha belirgindir. Katılımcıların kilo ve bel çevrelerinde RT sonrası azalma olmuştur. RT sonrası uyum puanı COPE kendine yardım alt boyutu ile, yaşam kalitesi puanı en yüksek HHİ toplam puanı ile, sağlık düzeyi puanı en yüksek HHİ gelecek alt boyuyu ile koreledir. Sadece prostat kanseri hastalarında bakıldığında ise yaşam kalitesi puanının COPE kendine yardım puanı ile korele olduğu görülmüştür.

Sonuç: Katılımcıların umut düzeyleri ve başa çıkma tutumları RT'ye göre değişmemekte olup sadece prostat kanseri tanılı katılımcıların COPE kendine yardım alt boyut puanı RT sonrasında azalmış olup başa çıkma becerileri azalmaktadır. Bu nedenle prostat kanser tanılı hastaların psikososyal destek alması önerilir. Araştırmamızda uygulanan ölçeklerle birçok ilişkili faktör bulunmuştur. Literatür bulguları ile karşılaştırıldığında kanser tanılı bireylerin klinik takibinde eğitim düzeyi düşük olanların, ev hanımı olanların, ikamet ettiği bölgede kısa süredir bulunmakta olanların, yaşı genç olanların, ekonomik gelir kaynağı sayısı az olanların, düzenli aylık maaş almayanların psikososyal riskler açısından uzman desteği alması önerilir.

Anahtar Kelimeler: ileri yaş; radyoterapi; umut; kanser; başa çıkma

Abstract

Hope, coping strategies and their predictors in older patients with prostate and breast cancer under radiotherapy

Aim: It was aimed to evaluate the level of hope and to investigate the effect of coping attitudes and other factors on the level of hope in patients who were diagnosed with breast cancer and prostate cancer at an advanced age and who came to the stage of radiotherapy during the treatment process.

Method: All patients with breast and prostate cancer who applied to the Department of Radiation Oncology of Dokuz Eylul University Hospital were included in the cross-sectional study. Among the breast and prostate cancer patients who applied to the Radiation Oncology Department of Dokuz Eylul University Hospital, patients aged 60 and over, without dementia and communication problems, and nonmetastatic patients were taken as a sample. The patients were surveyed twice by face-to-face interview method. The questions were read by the researcher. The first interview was made after the first application to the Radiation Oncology Department and the treatment approval, and the second interview was made at the first control after the treatment was finished. The results were evaluated by the researcher. The Herth Hope Index, which was developed by Kaye Herth in 1992 and adapted into Turkish by Özlem Aslan in 2007, was used to determine the level of hope. Coping attitudes, Carver, C.S. The Coping Attitudes Evaluation Scale form of the COPE scale developed by Miron Zuckerman and adapted to Turkish by A.Nuri Dicle was used. Adjustment, quality of life and health level scores of the participants were obtained using a visual analog scale. With the data collection form, information about age, gender, education level, occupation, economic conditions, social support, habits, nutritional behavior, comorbidity, self-employment, diagnosis and treatment process, access to treatment, stage of the disease, treatment information. (type of treatment, duration, side effects) were obtained by face-to-face interview method.

Results: The mean age of 66 participants was 67 ± 5 , there were 37 participants with breast cancer diagnosis and 29 participants with prostate cancer diagnosis. 89.2% of breast cancers are invasive breast carcinomas. The risk level of 48.3% of prostate

cancers is medium according to the Gleason classification. There were 51 patients (77%) who underwent surgical treatment in all participants. Breast-conserving surgery was more common in women, and radical prostatectomy was performed more often in men. The participants' HHI total scores before RT were 40 ± 4 , and their COPE total scores were 94 ± 10 , and RT had no effect on these averages. However, when only the participants with prostate cancer diagnosis were examined, it was determined that the self-help sub-dimension of COPE decreased ($p: 0.018$). The change is more evident especially in the items related to socialization of this sub-dimension. There was a decrease in the weight and waist circumference of the participants after RT. The compliance score after RT was correlated with the COPE self-help sub-dimension, the quality of life score was correlated with the highest HHI total score, and the health level score was correlated with the highest HHI future sub-dimension. In males only, the quality of life score was correlated with the COPE self-help score.

Conclusion: The hope levels and coping attitudes of the participants do not change according to RT, and only the participants with prostate cancer may have a decrease in their coping skills. Therefore, it is recommended that patients with prostate cancer receive psychosocial support. Many related factors were found with the scales applied in our study. Compared with the literature findings, it is recommended that those with low education level, those who are housewives, those who have been in the region of residence for a short time, those who are young, those who have a low number of economic income sources, and those who do not receive a regular monthly salary, should receive expert support in terms of psychosocial risks in the clinical follow-up of individuals with cancer diagnosis.

Keywords: older people; radiotherapy; hope; cancer; adaptation

İçindekiler

Önsöz	II
Özet.....	V
Abstract.....	VII
İçindekiler	IX
Tablolar Dizini.....	XII
Grafikler Dizini	XIV
Kısaltma Listesi	XV
Giriş	1
1.1 Araştırmanın Problemi	1
1.2 Araştırmanın Sorusu.....	4
1.3 Araştırmanın Hipotezleri.....	4
1.4 Araştırmanın Varsayımları	4
1.5 Araştırmanın Sınırlılıkları.....	4
1.6 Araştırmanın Amacı.....	5
Genel Bilgiler	6
2.1 Yaşlılık	6
2.2 Kanser.....	7
2.2.1 Kanser genel bilgiler	7
2.2.2. Kanser epidemiyoloji	9

2.2.3. Kanser ve yaş ilişkisi	11
2.3 Meme Kanseri.....	12
2.3.1. Meme Kanseri ve Epidemiyolojisi	12
2.3.2. Meme Kanserinde Evreleme	13
2.3.3. Meme Kanserinde Tedavi	13
2.4 Prostat kanseri.....	14
2.4.1 Prostat Kanseri ve Epidemiyolojisi	14
2.4.2. Prostat Kanseri Evreleme	14
2.4.3. Prostat Kanseri Tedavisi	14
2.5 Radyoterapi.....	15
2.6 Umut	15
2.7 Başa çıkma	17
2.8 Başa çıkma-umut birlikteliği.....	18
Gereç ve Yöntem	20
3.1. Araştırmanın tipi :	20
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı:	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:	20
3.4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri:	20
3.5. Veri Toplama Yöntemleri ve Kullanılan Gereçler:	21
3.6. Dahil Edilme ve Hariç Bırakılma Kriterleri:	23

3.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri:	24
3.8. Süre ve Olanaklar:	25
3.9. Etik	25
Bulgular.....	26
4.1 Tanımlayıcı İstatistikler	26
4.2 Çıkarımsal İstatistikler	33
4.2.1 RT öncesi ve sonrası uygulanan ölçek puanlarındaki değişim ve ölçeklerin birbiri ile korelasyonları.....	33
4.2.2 Prostat kanseri olan katılımcılarda RT sonrası kendine yardım alt boyutu puanı ile ilişkili faktörler	47
Tartışma	53
Sonuç ve Öneriler	63
Kaynaklar	64
Ekler	80
Teşekkür	3
Özgeçmiş	1

Tablolar Dizini

Tablo 1. Kanser Tanısında Psikolojik Tepkiler (Özkan, 1993)	12
Tablo 2. Radyoterapi Öncesi ve Sonrası Fiziksel Ölçümler	26
Tablo 3. Katılımcıların demografik özellikleri	27
Tablo 4. Katılımcıların ikametlerine ilişkin istatistikler	28
Tablo 5. Katılımcıların alışkanlıklarına ilişkin tanımlayıcı özellikler	29
Tablo 6. Katılımcıların radyoterapi sırasında hastaneye ulaşmaları ile ilgili özellikler	30
Tablo 7. Kanser tanısında kullanılmış olan yöntemler.....	30
Tablo 8. Meme kanseri türlerinin dağılımı	31
Tablo 9. Katılımcıların radyoterapi öncesi ve sonrası uyum, yaşam kalitesi, sağlık düzeyleri ve ölçek puanlarına ilişkin istatistikleri.....	32
Tablo 10. RT öncesi ve sonrası ölçek puanları arası farklar	33
Tablo 11. Meme hastalarında RT öncesi ve sonrası ölçek puanları arası farklar	36
Tablo 12. Prostat hastalarında RT öncesi ve sonrası ölçek puanları arasındaki farklar	38
Tablo 13. Prostat kanseri hastalarında kendine yardım alt boyutunu oluşturan maddelerin RT öncesi ve sonrası farkları	40
Tablo 14. Tüm katılımcılarda RT öncesi ve sonrası fiziksel ölçümlerdeki değişim..	41
Tablo 15. Meme kanseri hastalarında RT öncesi ve sonrası fiziksel ölçümlerdeki değişim.....	42

Tablo 16 Prostat kanseri hastalarında RT öncesi ve sonrası fiziksel ölçümlerdeki değişim	43
Tablo 17. Katılımcılarda RT sonrası uyum, yaşam kalitesi ve sağlık düzeyi puanları ile uygulanan ölçek puanları arasındaki korelasyonlar	44
Tablo 18. Meme kanseri hastalarında RT sonrası uyum, yaşam kalitesi ve sağlık düzeyi ile uygulanan ölçekler arası korelasyonlar	46
Tablo 19 Prostat kanseri hastalarında RT sonrası uyum, yaşam kalitesi ve sağlık düzeyi ile uygulanan ölçekler arası korelasyonlar	47
Tablo 20. Prostat kanseri hastaların demografik özellikleri ile kendine yardım ilişkisi	48
Tablo 21. Prostat kanseri hastaların destek alma durumları ile kendine yardım ilişkisi	49
Tablo 22. Prostat kanseri hastaların bazı özellikleri ile kendine yardım ilişkisi.....	50
Tablo 23. Prostat kanseri hastaların hastalıkla ilgili özellikleri ile kendine yardım ilişkisi	51
Tablo 24. Prostat kanseri hastaların RT ile ilgili özellikleri ile kendine yardım ilişkisi	52

Grafikler Dizini

Grafik 1 2007 ve 2021 yıllarına ait nüfus piramitleri (TÜİK, 2022)	7
Grafik 2 Tüm dünyada 60+ meme kanseri hastalarında görülen kanser insidans ve ölüm oranları	9
Grafik 3 Tüm dünyada 60+ prostat kanseri hastalarında görülen kanser insidans ve ölüm oranları	9
Grafik 4 Türkiye’de 60+ meme kanseri hastalarında görülen kanser insidans ve ölüm oranları	10
Grafik 5. Türkiye’de 60+ prostat kanseri hastalarında görülen kanser insidans ve ölüm oranları.....	25

Kısaltma Listesi

ADNKS	: Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
CCI	: Charlson komorbidite indeksi
COPE	: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği
CISS	: Stres Verici Durumlar için Başa Çıkma Envanteri
DNA	: Deoksiribo nükleik asit
HHİ	: Herth Umut İndeksi
HHS	: Herth Hope Scale
IARC	: Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı
KT	: Kemoterapi
POMS	: Duygudurum Profili ölçeği
PSA	: Prostat Specific Antigen
RT	: Radyoterapi
TÜİK	: Türkiye istatistik kurumu
TUIP	: Transüretral Prostat İnsizyonu
TUR	: Transüretral prostatektomi
UICC	: Uluslararası Kanser Kontrol Birliği
VAS	: Görsel Analog Skala
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
WHOQOL	: World Health Organization Quality of Life

Giriş

1.1 Araştırmanın Problemi

Yaşlılık, çevresel faktörlere uyum sağlama ve strese uygun yanıt verme yeteneğinde azalmaya yol açan ve yaşla ilişkili hastalıkların riskinin arttığı, metabolizmanın yavaşlayarak zararlı maddelerin birikip detoksifikasyon ve hücre yenilenmesinin yavaşladığı, hücre ölümünün arttığı, işlevlerde ilerleyici ve yaygın bir bozukluğun olduğu bir kavram olarak tanımlanabilir (Karan & Tufan, 2010; Şekeroğlu & Şekeroğlu, 2009).

Hızla yaşlanan dünya nüfusunun, 2015 ve 2050 arasında, 60 yaş üstü oranı %12'den %22'ye artacağı öngörülüyor (World Health Organization, 2021). Türkiye Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) sonuçlarına göre yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı 2016'da yüzde 8,3 iken, 2021'de yüzde 9,7'ye çıktı (Türkiye İstatistik Kurumu, 2021).

Yaş ilerledikçe kronik hastalık ve kanser insidansında belirgin bir artış gözlenmektedir (Karan & Tufan, 2010). En yaygın tümör tipleri, genellikle yaşlı yetişkinleri etkileyen erkeklerde prostat, akciğer ve kolon kanseri ve kadınlarda meme, akciğer ve kolorektal kanseridir (Blair et al., 2019; Hurria & Cohen, 2010).

Yaşlanma ve kanser birçok benzer durumu içerir. Yaşlı bireyin, tedavisi zor ve ölümle sonuçlanabilen bir hastalık olan kanser tanısı almasıyla kayıp duygusu, damgalanma, kaygı, üzüntü, korku, intihar riski, sosyal izolasyon, yalnızlık, depresyon, öfke, benlik saygısı kaybı, cinsel işlev bozuklukları, beden imajı bozukluğu, panik gibi psikososyal durumlar yaşlı hastanın uyum ve başa çıkma becerisini zorlaştırır. Yapılacak psikososyal müdahaleler hem yaşam kalitesini arttırmakta hem de sürece uyumu arttırmaktadır (Akbiyık, 2018; Cary & Chasteen, 2015; Aydın, 2019). Her bireyin hastalık algısı farklıdır. Hasta yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, kişilik özellikleri, kanserin yeri, ağrı durumu, kendi yaşamını ve sosyal ilişkilerini nasıl etkilediği, sosyal desteğinin olup olmadığı, maddi imkanlarının yeterliliği gibi yaşam kalitesini etkileyen etmenler hastalıkla baş edebilmesini, yani hastalığına uyumu belirler (Özkan S & Turgay M, 1992).

Başa çıkma, birey tarafından tehdit olarak algılanan olay veya durum karşısında bireyin belli içsel ve dışsal kaynaklarını zorlayarak iyi olmak için gösterdiği bilişsel ve davranışsal çabalarıdır (Lazarus & Folkman, 1984).

Umut, yüzyıllardır filozoflar, din insanları ve şairler tarafından anlatılan, bilimin de inceleme konusu haline gelen karmaşık bir kavramdır. Bireyin kendisini güvende hissetmesini, gerçekte ilişki kurmasını sağlayan, motivasyonunu artıran, hastalık durumunda karamsarlık ve çaresizlik duygularını önleyen, tedaviye uyumda katkı sağlayan etkili bir baş etme mekanizması olarak görülmektedir (Kavradım & Özer, 2014). Umudun varlığı fiziksel, ruhsal ve zihinsel iyi oluşu geliştirir, stres ve kayıp dönemlerinde iyi yaşam kalitesine ulaşmada güçlü bir faktör olduğu, umut kaybının ise yaşam kalitesini düşürdüğü bulunmuştur (Rustøen, Wiklund, Hanestad, & Moum, 1998; McClement & Chochinov, 2008). Hitler'in toplama kamplarından sağ kurtulan Frank, umutsuzluk ile hızlı ölüm arzusu arasında pozitif bir ilişki olduğunu ifade etmektedir (Felder, 2004). Umut düzeyini etkileyen tutum ve faktörlerin bilinmesi iyileşme başarısını azaltan faktörler ile mücadele edilmesinde yol gösterici olacaktır (Chi, 2007). Ülkemizde kanser tanısı alan hastalarda umudu etkileyen faktörleri inceleyen çok az çalışma bulunmaktadır. Her yıl değişen yaşam düzenleri içinde yeniden değerlendirilmesi ihtiyacı vardır (Kavradım & Özer, 2014). Zamanla, umudun tanımlanabilir, ölçülebilir olduğu algısı gelişmiş ve umut sorunlarla başa çıkma yöntemi olarak önem kazanmıştır (Snyder, Rand, & Sigmon, 2002).

Kanser her yaş grubu insanlar için zorlu ve uzun tedavi süreçleri olan korkulan bir hastalıktır. Fiziksel, psikolojik ve sosyoekonomik sorunlar yaşam kalitesini ve umut düzeyini azaltarak hastalıkla ve onun getirdikleriyle baş etme yeteneklerini azaltmaktadır. Hastaların yaşadığı sorunlara çözümler üretme, tedaviye devamlılığı ve uyumu artırma yönünde etkili bir şekilde baş etmeye yardım eden güç, umuttur (Kavradım & Özer, 2014; Karakartal, 2018).

Hastaların bir bölümü radyoterapiden önce cerrahi ve/veya kemoterapi (KT) ve benzeri tedaviler almaktadırlar. Radyoterapide hastaların tedavi uyumu diğer tedavi modalitelerine kıyasla daha iyi olmasına rağmen, her gün uygulanan ve uzun süreli bir tedavi olması nedeniyle de farklı zorlukları barındırabilmektedir.

Birçok faktörün bir arada olduğu bu gibi durumlarda kişinin umudunu sürdürebilmesi ve baş etmede neler yaptığının anlaşılması için bazı ölçekler kullanılır. Ölçümler, tedavi başarısını görünür yaparak, diğer hastalara ve yaşama umut verilmesini geliştirir.

Yaşlı hastalar, kadınlar ve erkekler farklı davranışlar geliştirilmekte ve yaşamın getirdiklerini farklı şekillerde karşılayabilmektedir.

Ulaşılabilen araştırmalar incelendiğinde umut konusunun yaygın olarak, umutsuzluk temel alınarak ve Beck Umutsuzluk Ölçeği kullanılarak belirlenmeye çalışıldığı görülmüştür (Tarhan & Bacanlı, 2015). Bu çalışmada pozitif psikolojik yaklaşım olarak umut kavramını incelemek öncelenmiştir.

Kanser tanılı hastalarda umut ölçeğinin değerlendirilmesi konusundaki çalışmalar genellikle meme kanserli hastalarda yapılmıştır. Bu da meme kanserinin doğası gereği daha çok kadın popülasyonu içeren bir alandır. Bu konuda erkek hastaların değerlendirildiği çalışmalar çok az bulunmaktadır. Meme ve prostat kanseri kadın ve erkek popülasyonu temsil eden kanserler olarak bilinmektedir. Bu çalışmada meme kanseri tanılı hastalar yanı sıra, prostat kanseri tanılı hastalar da dahil edilerek erkek popülasyonunun da değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Ayrıca çalışmamızda yaşlı popülasyon seçilmiştir. Yaşlılarla ilgili çalışmalar kısıtlı ve az sayıdadır. Ulaşabildiğimiz kaynaklarda, özellikle kanser tedavisi gibi zorlu ve uzun bir süreci yaşamakta olan yaşlı popülasyon üzerinde yapılan çalışmalar yok denecek kadar azdır. Çalışmamız özellikle, genelde tedavinin en son basamağı olan radyoterapi sürecindeki hastaları değerlendirmesiyle farklıdır.

Yakın zamanda bu konuda yapılan çalışma az olması nedeniyle yazın alana yeni bir çalışma eklenmiştir. Çalışmanın, Covid-19 pandemi dönemine denk gelmesi, pandemi sürecinde sağlık hizmetlerine erişimin kısıtlandığı, yaşlılar için ayrı kısıtlamaların olduğu, ek olarak ülkede gelişen ekonomik çöküşlerin insanların gelecek kaygısına yol açtığı ve dünyada olan savaşların umutsuzluk yarattığı bir dönemde kısıtlılıklarla birlikte yapılması çalışmanın farklılıklarındandır.

1.2 Araştırmanın Sorusu

60 yaş ve üzeri meme ve prostat kanseri tanısı konmuş ve radyoterapi aşamasına gelmiş hastalarda başa çıkma yöntemleri, umut düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler arasında ilişki var mıdır? Başa çıkma yöntemlerinin umut düzeyine etkisi nedir?

1.3 Araştırmanın Hipotezleri

H0: İleri yaşta, radyoterapi uygulanan meme ve prostat kanserli hastalarda başa çıkma stratejilerinin umut düzeyine etkisi yoktur.

H1: İleri yaşta, radyoterapi uygulanan meme ve prostat kanserli hastalarda başa çıkma stratejilerinin umut düzeyini etkisi vardır.

1.4 Araştırmanın Varsayımları

60 yaş ve üzeri meme ve prostat kanseri tanısı konmuş ve hastalığın durumuna göre cerrahi ve /veya kemoterapi uygulanmış ya da uygulanmamış, radyoterapi aşamasına gelmiş hastalarda tedaviden önce ve tedaviden sonra olmak üzere iki defa umut düzeyi ve başa çıkma yöntemleri ve bunları etkileyen faktörleri ölçme yöntemleri kullanıldı. Hastalara ölçek maddeleri gerektiğinde açıklanarak soruldu. Hastalar kendilerini doğru bir şekilde ifade ettiler.

1.5 Araştırmanın Sınırlılıkları

Veri toplama süreci Covid-19 pandemisi sürecine denk gelmiştir. Hastanelere hasta kabulü kısıtlanmış, yaşlı popülasyonun sokağa çıkması yasaklanmış, Covid-19 için duyarlı grup olduğu için yaşlılar kendileri de hastaneye başvurmada çekince yaşamışlardır ve pandemi süresince kapalı alanlarda yoğunluğu azaltmak için sağlık çalışanı sayısı da azaltıldığı için kabul edilen hasta sayısı daha da azaltıldı. Dolayısıyla hedeflenen hasta sayısına ulaşılamamıştır.

Radyoterapide kullanılan cihazların hassasiyeti ve teknik olarak yurt dışı bağımlı olması nedeniyle cihazda oluşan arızalar nedeniyle hasta kabulü yapılamadığı dönem olmuştur. Bu da süreci uzatmıştır.

Veri toplama yöntemi iki aşamalı olduğu için hastalar bütün tedavinin tamamlandığı radyoterapi aşamasından sonra görüşmeye istekli olmamışlar ve ikinci görüşmenin yapılamadığı hastalarvaka sayısının azalmasına neden olmuştur. Radyoterapi her merkezde olmadığı için başka şehirlerden ya da çevre yerleşim yerlerinden gelen hastalar tedavi süresince kalsalar da tedavi sonrası hemen kendi yerleşim yerlerine döndü ve kontrollerine başka merkezde devam etti.

1.6 Araştırmanın Amacı

60 yaş ve üzeri meme ve prostat kanseri tanısı konmuş ve hastalığın durumuna göre cerrahi ve /veya kemoterapi uygulanmış ya da uygulanmamış, radyoterapi aşamasına gelmiş hastalarda umut düzeyini, başa çıkma yöntemlerini ve bunları etkileyen faktörleri değerlendirmektir.

Genel Bilgiler

2.1 Yaşlılık

Yaşlanma, engellenemeyen, kronolojik, biyolojik, psikolojik ve sosyal özellikleri ile ölüm riskini yükselten değişikliklerin birikimidir (Can & Aslan, 2014). Çevresel faktörlere uyum sağlama, strese uygun yanıt verme yeteneğinde düşüşe neden olan ve yaşa bağlı hastalık riskinin arttığı, işlevlerde ilerleyici ve yaygın bozukluk oluşturan bir kavramdır. Yaşlanan kişinin dışarıdan gelen uyarılar karşısında homeostazisi koruması gittikçe güç olur (Karan & Tufan, 2010).

Yaşlanma ile yaştın ilerlemesi anlaşılırken, yaşamın belli bir bölümünü ifade etmek için ve yaştın beklenen özellik ve belirtilerini ve yaşlı olma durumunu anlatmak için yaşlılık terimi kullanılır (Duyar, 2008). Yaşlılık normal yaşam sürecinin son dönemidir (Doğan, 2009; R Bölükbaş, 2019).

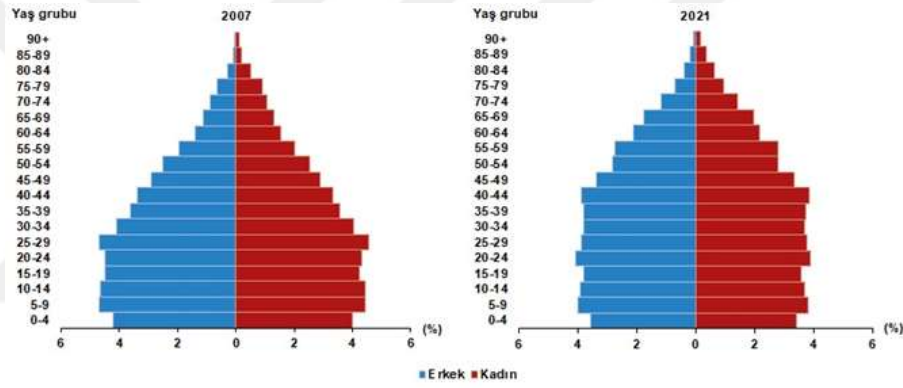
Biyolojik anlamıyla yaşlanma, büyüme ve gelişme tamamlandıktan sonra, zamanla çeşitli moleküler ve hücrel hasarın birikim etkisinden dolayı organlarda oluşan yıpranma sürecidir. Geri dönüşümsüz, ilerleyici ve yeniden şekillenme ile giden fizyolojik, fizik ve mental kapasitenin azalması, hastalık riskinde artış ve sonuçta ölüme giden bir durumdur. Bütün bu değişiklikler takvim yaşından bağımsızdır ve her kişide farklı etkiler gösterir. Herkesin yaşlanması bireyseldir (World Health Organization, 2011, 2021). Emeklilik ve ekonomik kayıplar, sevdiklerinin kayıpları, sosyal statü ve yaşam standardındaki kayıplar, başkasına bağımlılık, sosyal destek kaybı gibi durumlar yaşlı bireyin duygu durumunu etkileyebilir (Yerli, 2017).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 65 yaş ile 74 yaş arası “genç yaşlı”, 75 yaş ile 84 yaş arası “orta yaşlı” ve 85 yaş ve üzeri yaşlar “ileri yaşlı” olmak üzere üç alt gruba ayırdı. 100 yaş ve üstünü “asırlık” (centenarian) ve 110 yaş üstünü ise “süper asırlık (super centenarian) terimleri ile kullanılmaktadır (Nazmi Bilir, 2018).

Yaşam sürecinin uzamasıyla birlikte doğurganlığın azalması sonucu nüfus hızla yaşlanıyor. Altmış yaş ve üzeri nüfus 2019’da 1 milyara ulaşmıştır. 2015 ile 2050 yılları arasında, dünyadaki 60 yaş ve üzeri insan sayısının oranı %12’den %22’ye

çıkması beklenmektedir (1 milyardan 2,1 milyara). 80 yaş ve üzeri kişilerin sayısının 2020 ile 2050 yılları arasında üç katına çıkarak 426 milyona ulaşması beklenmektedir (World Health Organization, 2021). Bilim, teknoloji, eğitim, koruyucu ve genel sağlık, bakım hizmetlerindeki gelişmelerle beklenen yaşam süresi uzamış, yaşlı nüfusta artış olmuştur (Uyanık, 2017; Kutsal, 2005).

Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) sonuçlarına göre, Türkiye nüfus artış hızı 2021’de 12,7 dir. Bu rakam 2020’de 5,5 idi. 2007 ile 2021 arasındaki Türkiye’nin nüfus piramitleri incelendiğinde, doğurganlık ve ölümlülük hızlarındaki düşüş nedeniyle yaşlı nüfusun artmış olduğu ve ortanca yaşın yükseldiği (33.1) anlaşılmaktadır (Türkiye İstatistik Kurumu, TÜİK 2021). Grafik 1’de 2007 ve 2021 yıllarına ait nüfus piramitleri verilmiştir.



Grafik 1 2007 ve 2021 yıllarına ait nüfus piramitleri (TÜİK, 2022)

Nüfusun yaşlandığının göstergelerinden birisi de yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının %7’yi geçmesidir. Yaşlı nüfus oranı 2014 ‘de %8 iken, 2020’de %9,5’e ulaşmıştır (TÜİK, 2021).

2.2 Kanser

2.2.1 Kanser Genel Bilgiler

Kanser, ölümle sonuçlanabilen, normal olmayan hücrelerin kontrol dışı büyümesi ve yayılması ile karakterize bir hastalık grubudur. Kanser oluşumuna, genetik, çevresel, bireysel değiştirilebilen ve değiştirilemeyen çok sayıda faktör etki etmektedir. Bu risk

etkenleri, kanserin gelişimini başlatmak, uyarmak ve geliştirmek için aynı anda veya sırayla hareket edebilir (American Cancer Society, 2022).

Deoksiribo nükleik asitteki (DNA) mutasyonlar işlevleri bozacak derecede anormal bir yapıya dönebilir, kontrolsüz hücre büyümesi, DNA onarımında aksamalar görülebilir. Yetişkinlerde kanserler uzun, tekrarlayan maruziyetler ve kanser gelişimini artıran risk faktörleri ile ilişkilendirilmektedir (Mayo Clinic Staff, 2022).

Kanser dünyada ikinci sık ölüm nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak modern tedavi seçenekleri, taramalar ve oluşumunun önlenmesi sebebiyle sağkalım oranlarında iyileşmeler göze çarpmaktadır. Kanserlerin %30-50 kadarı risk faktörlerinden kaçınma ve kanıta dayalı stratejileri uygulama yoluyla engellenebilir. Erken tanı kanser için çoğu zaman hayat kurtarıcıdır. Kanser Erken Tespit Programlarının İki Ana Bileşeni Mevcuttur (WHO, 2016): Erken tanı (Semptomlu, bulgulu olgularda) ve tarama (sağlıklı olan bir hedef nüfusta belirti ve bulgusu olmayan hastalığın tanınması).

Tüm kanserlerin temel özellikleri, tümörün yeri, tümör profili (tümörün histopatolojisi, morfolojisi, moleküler ve genetik özellikleri), anatomik tutulumun olduğu yer, kapsamı veya tümör evresiyle belirlenir. Kanser yaygınlığı prognoz açısından en temel belirleyici olarak kabul edilmiştir (Gospodarowicz et al., 1998). Evreleme, Uluslararası Kanser Kontrol Birliği (UICC) tarafından geliştirilen TNM sistemine dayanmaktadır. T, birincil tümörün boyutunu, invazyon derinliğini veya komşu yapıların invazyonunu; N, bölgesel lenf düğümleri tutulumunu; M, metastaz durumunu tanımlar (Gospodarowicz, 1998).

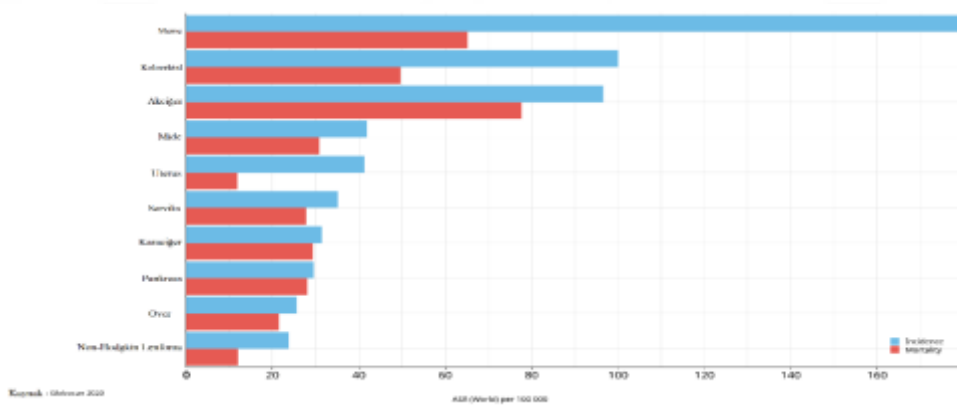
Kanser fiziksel bir hastalık gibi görünse de tedavi ve takip süreçlerinde psikolojik, ekonomik ve sosyal sorunları taşıyan kronik bir durumdur. Multidisipliner ve bütüncül ele alınmalıdır (Yıldırım & Gürkan, 2010). Depresyon, anksiyete, öfke, umutsuzluk, uyum bozukluğu, sosyal izolasyon, yaşam kalitesinde düşme, gelecek kaygısı, intihar düşüncesi, beden imajı, benlik saygısı ve cinsel işlev bozukluğu gibi psikolojik sorunlar yaşanabilir. Tedavi sürecinde işine devam edememe ve gelir kaybı, tedavi masraflarını karşılayamama, hastanelere ulaşım sorunları, bakım imkanına erişim eksikliği gibi ekonomik sorunlar yaşayabilir. Başkalarına bağımlı olma korkusu,

özerkliğin kaybolması, işlevsel yetersizlikler, beslenme sorunları, günlük alışkanlıkların değişmesi gibi sosyal sorunlar yaşayabilir (Ercüment et al., 2017).

2.2.2. Kanser Epidemiyoloji

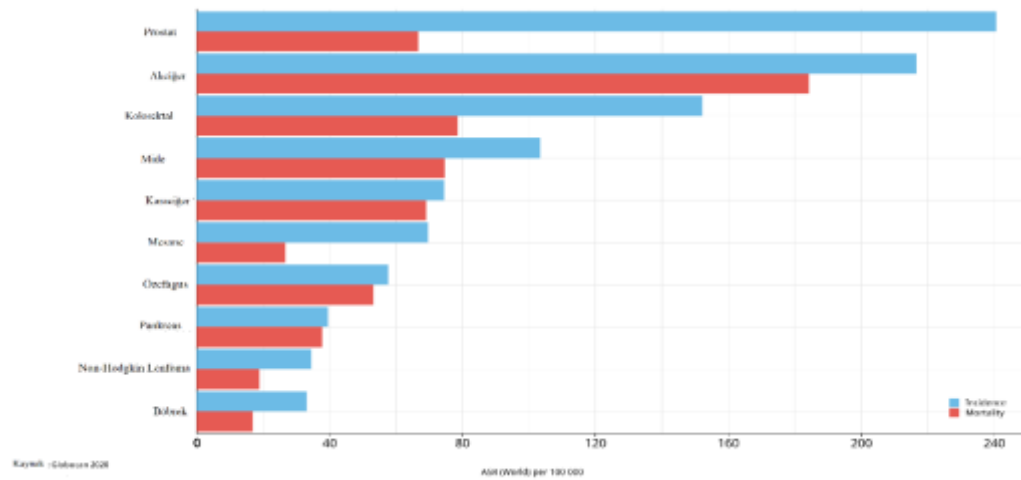
Dünyadaki her 6 ölümün biri, Türkiye’de 5 ölümün biri kanser nedeniyle olmaktadır (TÜİK, 2020). 2018 Yılında yaklaşık 18 milyon kişi kanser tanısı almıştır. 2040 Yılında 30 milyona ulaşması öngörülmektedir (IARC, 2020).

Tüm dünyada 60 yaş üstü kadınlarda en sık meme kanseri görülmektedir. Her 100 000 de 178.8 (Grafik 2) (IARC 2021).



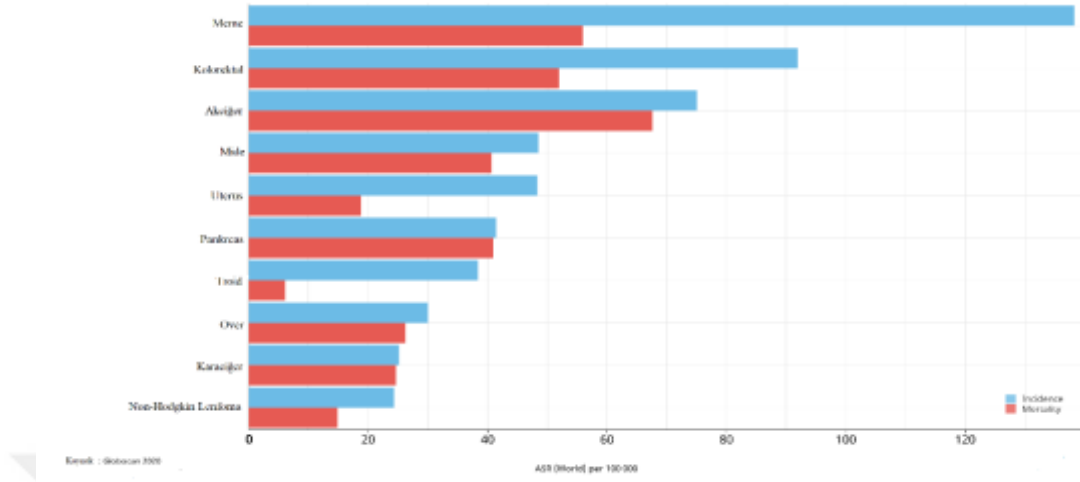
Grafik 2. Tüm dünyada 60+ kadınlarda görülen kanser insidans ve ölüm oranları

Tüm dünyada 60 yaş üstü erkeklerde en sık prostat kanseri görülmektedir. Her 100 000 de 240.6 (Grafik 3) (IARC, 2021).



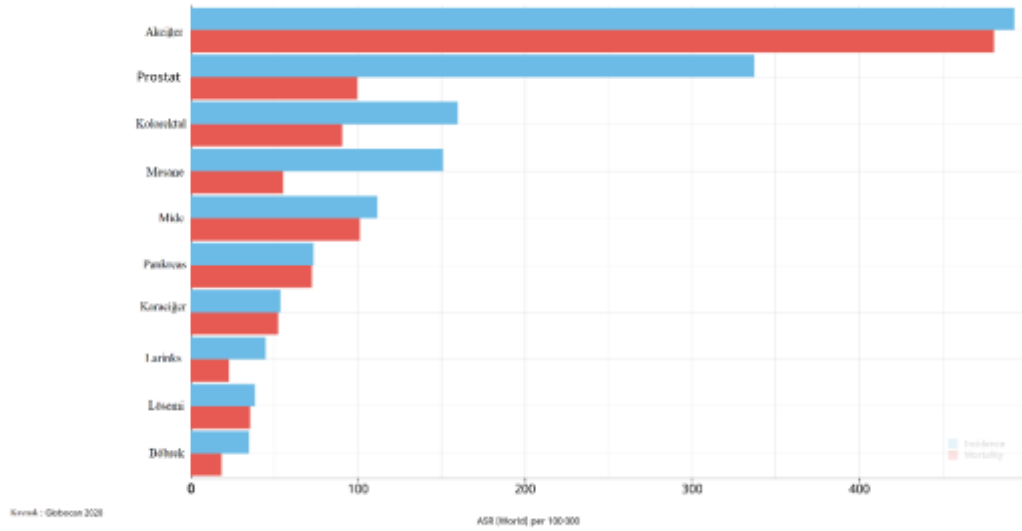
Grafik 3 Tüm dünyada 60+ erkeklerde görülen kanser insidans ve ölüm oranları

Türkiye’de 60+ kadınlarda en sık meme kanseri görülmektedir. Her 100 000 de 138.3 (Grafik 4) (IARC, 2021).



Grafik 4 Türkiye’de 60+ kadınlarda görülen kanser insidans ve ölüm oranları

Türkiye’de 60 yaş üstü erkeklerde en sık akciğer kanseri (her 1000 000 de 492.6, 2. sıklıkta prostat kanseri (her 100 000 de 337.1) görülmektedir (Grafik 5) (IARC, 2021).



Grafik 5. Türkiye’de 60+ erkeklerde görülen kanser insidans ve ölüm oranları

2.2.3. Kanser ve Yaş İlişkisi

Yaşam süresinin uzaması ile birlikte ileri yaşlara doğru kronik hastalıklar ve kanser insidansında belirgin artış gözlenir (Karan & Tufan, 2010). İleri yaştaki hastaların sağlık durumlarındaki karışıklık, kanserin neden olduğu ek sorunlarla daha da karmaşık ve yönetilmesi zor bir hale gelir ve multidisipliner yaklaşım gerektirir.

Dünya nüfusunun hızla yaşlanması ve malignitesi olan bireylerin çoğunluğunun yaşlı olması nedeniyle yaşlanma ve kanser biyolojisini ve aralarındaki ilişkiyi anlamak çok önemlidir. Kanser için en önemli risk faktörünün yaş olduğu söylenebilir (Zhang et al., 2017). Yaşlanma sonucu hem zaman içinde biriken hasarlar hem de vücudun yenilenme yeteneğinin azalması kanser oluşumuna katkıda bulunur. Artan oksidatif stres, DNA tamir mekanizmalarının yetersiz kalması, telomeraz instabilitesi, yaşlanma ile vücutta artan inflamasyon ve bağışıklık sisteminin yaşlanmasına bağlı olarak kanserli hücrelerle yeterince savaşamaması kanserin ortaya çıkmasını kolaylaştıran başlıca faktörlerdir (Messaoudi et al., 2007; Zhang et al., 2017).

Yaşlı hastaların fizyolojisindeki ve tümörün biyolojisindeki farklılıklar, komorbidite yükü, kanser tedavisinin etkinliği ve yan etkileri psikososyal sorunlar nedeniyle genç yetişkinlerden farklıdır (Hurria & Cohen, 2010). Tanı ve tedavi süreci zor ve uzun süren bir hastalık olan kanser hastalarında hastanın psikolojik durumu ve tedaviye uyumu tedavi başarısını etkiler. Tanı, tedavi, takip aşamaları birçok zorlukla geçer. Her aşamada hastaların bazı duygusal tepkileri normal ve uyuma yönelik ya da aşırı ve uyumu bozan şekilde olabilir (Tünel et al., 2012; Özkan, 2007) (Tablo 1).

Tablo 1 Kanser Tanısında Psikolojik Tepkiler (Özkan, 1993)

	Uyum Sağlamaya Yönelik Tepkiler	Uyum Sağlamaya Yönelik Olmayan Tepkiler
Tanı Öncesi	1.Kanser ihtimali ile ilgili kaygı geliştirme	1. Kanser tanısından önce hastalık belirtileri gösterme 2. Hastalık ihtimalinin inkar edilmesi ve tedavinin gecikmesi
Tanı Aşaması	1.Şok olma durumu 2.İnanmama 3.Başlarda kısmen inkar 4.Kaygı 5.Kızgınlık, isyan, suçlayıcı duygular 6.Depresif duygu durumu ile uyum	1. Kesin inkar, tedaviyi reddetme 2.Ölümün kesin sonuç olduğu düşüncesiyle tedaviyi kabul etmeme
Tedavi Aşaması	Cerrahi: Cerrahi müdahalenin ertelenmesi Radyoterapi 1. Işın tedavisinin etkilerinden korkma 2. Terk edilme korkusu Kemoterapi 1. yan tesirler nedeniyle korku 2. Vücut algısı değişiklikleri 3. Kaygı, izole olma, depresif eğilim 4. Alturistik duygular	1. Ameliyattan sonra reaktif depresyon 2. Vücut algısı değişiklikleri ve Uzun süreli ciddi üzüntü tepkisi
Tedaviden Sonra	1. Normal başa çıkma düzeneklerine ve hastalık ile tedavi arasındaki sınırlarda yaşamın içinde olma 2. Tekrar etme korkusu	1. Şok hali 2. Şaşkınlık hali inanamama 3. Kısmen inkar etme 4. Endişe, kaygı 5. Kızgınlık 6. Depresif duygu durumu
Hastalığın Seyri ve İlerlemesi	1. Yenilikleri araştırma ve çeşitli tedavi ihtimallerine yönelik arayış ve konsültasyonlar	1. Depresyon (Majör)
Terminal/ Palyatif Aşama	1. Bırakılma korkusu, ağrı, belirsizlik korkusu, varlıksal endişeler 2. Ölüm düşüncesi nedeniyle kişisel üzüntü duygusu ve kabulleniş	1. Depresif durum 2. Deliryum (Akut)

2.3 Meme Kanseri

2.3.1. Meme Kanseri ve Epidemiyolojisi

Dünya’da kadınlarda en sık meme kanseri görülmektedir ve pek çok ülkede kanserden ölümlerde başı çekmektedir (Sung et al., 2021). 2021 yılında yayınlanan Kanseri

İstatistik Raporu'na göre kadınlardaki kanserlerin %25,5'i meme kanseridir. Bu olguların %83'ü invaziv duktal karsinomdur (Türkyılmaz et al., 2021).

Tanı ve tedavideki güncel gelişmelerle birlikte tanı anında lokalize meme kanseri olan hastalarda 5 yıllık sağkalım %99, bölgesel meme kanserli hastalarda %86 ve uzak metastazı olanlarda %28 düzeyindedir (American Cancer Society, 2022). Meme kanseri, en sık lenf damarları aracılığıyla yayılmaktadır (American Cancer Society, 2012).

2.3.2. Meme Kanseri Evreleme

Meme kanseri evrelemesi 2018 yılında revize edilen TNM sınıflandırması ile yapılmaktadır. İmmunohistokimyasal belirteçler olan ER, PR, HER2, ki67'nin durumuna göre de prognoz ve tedavi şekillenebilmektedir (Elston & Ellis, 1991).

2.3.3. Meme Kanseri Tedavi

Memenin kanser hastalığı sistemik ve lokorejyonel olarak iki şekilde tedavi yapılır. Hastalığın evresi, tümörün moleküler yapısı ve tipine göre cerrahi, kemoterapi, radyoterapi, hormonoterapi ve immunoterapi gibi tedaviler uygulanır.

Cerrahiden sonra kemoterapi planlanıyorsa, radyasyon tedavisi genellikle kemoterapiyi takip eder. Radyoterapi ile kalan kanserli hücreler yok edilir. Erken evre meme kanserinde genellikle ameliyattan sonra kemoterapiye gerek olmadan radyasyon tedavisi verilir (MayoClinic, 2021). Meme kanserinde cerrahi tedavi seçenekleri: Meme koruyucu ve meme koruyucu olmayan cerrahi olmak üzere ikiye ayrılabilir (Çınar, 2019).

Radyoterapi, cerrahi yapıldıktan 6-8 hafta sonra uygulanabilir. Hastaların bir kısmı çevre dokulardaki değişikliklere bağlı olarak, ciltte değişiklik, yorgunluk, meme ağrısı, ödem, hassasiyet, ağrı gibi radyasyon yan etkileri yaşamaktadır (Schnur et al., 2011).

2.4 Prostat kanseri

2.4.1 Prostat Kanseri ve Epidemiyolojisi

Tüm dünyada 60 yaş üstü erkeklerde en sık prostat kanseri görülmektedir IARC, 2021). Türkiye’de ikinci en sık görülen kanser prostat kanseridir (T.C.Sağlık Bakanlığı, 2019). Prostat spesifik antijen (PSA) testinin yaygın olması ve yaşam beklentisinde artış olmasına bağlı olarak riskli grubun artması nedeniyle gelişmiş ülkelerde daha fazla görülür (Rawla, 2019). İnsidans 50 yaşından küçüklerde %0,3 kadarken, 65 yaş geçince %60’ları geçmektedir (Perdana, Mochtar, Umbas, & Hamid, 2016).

Prostat kanseri ağrısız olduğundan erken evrede belirtisi olmayabilir. Geç başvuru ve tanıda, mortalite ve morbiditesi yüksektir (Gümüştas, 2019).

2.4.2. Prostat Kanseri Evreleme

Çoğu zaman multifokaldır (Cheng et al., 1998). Prostat kanserinin patolojik olarak karmaşık ve belirsiz klinik seyri, evreleme sistemini farklılaştırmıştır (Cheng et al., 2012). Prognozu belirlemek ve tedaviyi planlamak için Gleason skoru (GS), TNM sınıflaması ve PSA düzeyi ve tümör derecesi hepsi birlikte değerlendirilerek evreleme yapılır. Evre I-II-III-IV (American Cancer Society, 2012). Gleason skoru, 2-10 arasında puanla gösterilir. Yüksek puan daha agresif göstergedir (Litwin & Tan, 2017; American Cancer Society, 2012).

Avrupa Üroloji Derneği ve Amerika Üroloji Derneği tarafından risk dereceleri belirlenmiştir: Düşük risk: T1-T2a evre ve $GS \leq 6$ ve $PSA \leq 10$; Orta risk: T2b evre ve/veya $GS = 7$ ve/veya $10 \leq PSA \leq 20$; Yüksek risk: $\geq T2c$ evre veya $GS = 8-10$ veya $PSA > 20$

2.4.3. Prostat Kanseri Tedavisi

Tedavi seçenekleri; cerrahi (radikal prostatektomi, transüretral (TUR) prostatektomi, transüretral prostat insizyonu (TUIP)), radyoterapi, hormonoterapi, immunoterapi,

kemoterapi olabilir. Hormonal tedavi, androjen seviyelerini düşürerek kanserin büyümesini yavaşlatabilir (American Cancer Society, 2012; Litwin & Tan, 2017). Radyoterapi, erken evredeki kanserler için birinci tedavi yöntemi olarak da uygulanabilir (Dall’Era et al., 2012). RT ile birlikte androjen ablasyon tedavisi, nüksüz süreyi ve genel sağkalımı iyileştirmeye katkı olduğu gösterilmiştir (Bolla et al., 1997). Tedavilerin yan etkileri inkontinans, sık idrara çıkma, ishal ve cinsel iktidarsızlıktır. Tümör hacimlerini daha iyi küçültten ve prostata komşu olan normal yapıların daha iyi korunmasını sağlayan gelişmiş RT teknikleri ile yan etkilerin daha az görülmesi sağlanmıştır (Yarbro & Ferrans, 1998).

2.5 Radyoterapi

İyonize edici radyasyon, maddenin içinden geçerken emilmek suretiyle atom yörüngelerinden elektronları ayırarak ortamı iyonlaştırır (Halperin, Perez, & Brady, 2013). Bu etkinin hedefi, kanser hücrelerinin bölünme ve büyüme yeteneklerini yok eden DNA hasarıdır (Khan, 2003; Deng & Xing, 2019).

Radyoterapi external ya da brakiterapi olarak iki şekilde uygulanabilir. Birkaç dakika sürer, ağrısızdır. Ayaktan tedavi şeklinde ve birkaç hafta devam eder (Deng & Xing, 2019). Gelişmiş görüntüleme yöntemleri ile tümörün tam şekli ve yeri belirlenir, sınırları çizilir ve tümör dokusuna tam olarak odaklanmış ve çevredeki normal dokulara zarar vermekten kaçınılarak yan etkiler en aza indirilmeye çalışılır (Gay & Michalski, 2018).

Radyoterapi; radikal, adjuvan, palyatif, profilaktik uygulanabilir (Deng & Xing, 2019).

2.6 Umut

Türk Dil Kurumu Sözlüğünde “umut” kelimesi, “olması beklenen veya olacağı düşünülen şey” olarak tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu, 2022).

Felsefe, psikoloji ve tıbbın ilgilendiği bir kavram haline gelen umut, güzel beklentilerle ilişkili ve başarılı bir hayat için önemlidir (Søren Kierkegaard, 1997). Çoğunlukla pozitif bir duygu özelliğindedir ve daha çok sıkıntı ve belirsizlik

durumlarında belirgindir (Nazir, 2020). Umut, koşullara rağmen olumlu bir sonuç beklentisidir (Søren Kierkegaard, 1997).

Uluslararası ve evrenselidir. Kaynakları ve gerçekliği aşar. Aynı anda hem olumlu bir şeyin beklentisi hem de kaçınılmaz olanın olumlu bir şekilde kabul edilmesidir. Umutsuzluk karşısında umut etmek, korkuya rağmen hareket eden bir cesarettir (Penson et al., 2007). Umut, hedefe yönelik kararlılık ve hedeflere ulaşmak için planlar üretme ve hayatına anlam katan bir güçtür. Umutlu bireyler olumsuzluklarla karşılaştıklarında bile hedeflerini net bir şekilde belirleyebilirler, hedefe ulaşma sürecinde birden fazla farklı yol oluşturabilir ve bu yolda hedefe varmak için yüksek motivasyona sahip olabilirler (Chory-Assad & Yanen, 2005; Cutcliffe & Herth, 2002).

1960’lardan beri bilimsel çalışmalarda kavramsallaştırılmıştır. Snyder ve Crowson’un belirttiği gibi umut genellikle iki boyutlu olarak incelenir. Birinci boyut, “hedefi elde etme veya hedefi elde edebilmek için kendisinde güç hissetme”; ikinci boyut, “hedefi elde edebilmek için yollar bulabilme becerisi” olarak tanımlanır. Kişi yeni hedefler belirleyip, bu hedeflere ulaşmak için yollar bulmaya istek duyması ve buna dair güven duygusu taşıması, umutlu olmanın göstergesidir (Kavradım & Özer, 2014).

Snyder’in Umut Teorisinin üç bileşeni vardır: Hedefler: Odaklanmış düşüncelere, hedeflere gerek vardır. Yollar: Bu hedeflere ulaşmak için önceden plan geliştirilmeli ve farklı yollar bulunmalıdır. Bilişsel yetenekle ilgilidir. Ajans: Bu hedeflere gerçekten ulaşmak için gereken çabayı göstermek için motive olunmalıdır (Snyder et al., 2000).

Shrank, Stanghellini ve Slade umudun dört temel bileşene ayrıldığını belirtmektedir (Shrank, Stanghellini, & Slade, 2008) : Kognitif, (önceki tecrübeler, amacını tayin etme, başarılı olma ihtimaline göre plan yapma ve değerlendirme). Duyuşsal (güvenilir olma, durumların neşeli ve pozitif taraflarını bulma). Davranışsal (güdülenme ve hareket). Dış faktörler (sağlıkla ilgili konular, sosyal ilişkiler, kaynaklara erişim).

Kierkegard umut ve umutsuzluk konusunda, insanların duygu durumları konusunda ne düşündüklerinin değil onları nasıl yaşadıklarının önemli olduğunu vurgulamaktadır. Ancak, umudun azaldığı durumlarda umudun değeri daha çok belirginleşir. Tıbbın sağlıksızlığa, etiğin olumsuz davranışlara odaklanmasına benzer olarak, umutla ilgili

Çalışmaların çoğu da umutsuzluk üzerinden değerlendirilmiştir ve umutsuzluk ölçekleri kullanılmıştır (Søren Kierkegaard, 1997). Umuda göre umutsuzluktan daha fazla söz edilir ve gelecekle ilgili olumsuz beklentileri kasteder (Chory-Assad & Yanen, 2005). Beck'in bilişsel kuramına göre umutsuzluk, kişilerin başarısızlıklarını kabul edemeyeceklerine, sorunlarını asla zemeyeceklerine, hiç kimseden yardım ve destek grmeyeceklerine inanmaları ile karakterizedir. Umutsuz kişilerin, nesnel ve reel bir sebep yokken bile yaşadıklarını yanlış değerlendirmeleri ve hedeflerine erişmek için gayret göstermeyip negatif sonucu beklemeleri söz konusudur (z, 2004). Umut, yaşam için bir enerji kaynağıdır. İstekleri ve amaçları birleştirmeye ve kişiye gelecek için çabalamaya yönlendirir. Kederli durumdan bir çıkış yolu olduğuna ve yaşamında değişiklikler yaratabileceğine inanmasını sağlar (Kelleci, 2005). Umut, geçmişin deneyimi ve geleceğin hayalini birleştirmek için şu ana mutluluk ve motivasyon verir (Toral, 2017).

Seber'in umut tanımına göre, gelecek bağlamında bir hedefe erişmeyi gerekletirmede sıfırın üstündeki beklentilerin toplamıdır (Seber, 1993). Ancak umudun büyüsü beklenti kavramında yoktur (Toral, 2017).

2.7 Başa ıkma

Kişinin kendi yapısını ve mevcut durumunu, kaynaklarını değerlendirerek stres yaratan duruma verdiği psikolojik yanıtlar yani başa çıkma tutumları, bu duruma dayanma ve iyi yönetebilme için önemlidir (Lazarus ve Folkman, 1984) (Struthers & Others, 1995).

Folkman ve Lazarus başa çıkmayı, problem odaklı ve duygu odaklı başa çıkma olarak 2 kategoride ele almaktadır. Problem odaklı yaklaşımı, strese neden olan bir kaynağın vre-insan ilişkisi, yönetim gibi önemli faktörlere dikkat ederek, ortadan kaldırılması ya da etkisinin azaltılmasıdır. Değişim için bilgi toplama ve problem çözme becerileri gerekir. Aktif bir süreçtir, mantıklı çabaları içerir. Duygu odaklı başa çıkma yaklaşımı ise stres duygusunu ortadan kaldırmak için etkiyi azaltma, negatif durumları paylaşıp rahatlama, kendini konu hakkında kontrol etme, sosyal desteğe başvurma ve sorunu kabullenme gibi yaklaşımlardır. Olumsuzları olumlu hale getirmek önemlidir (R. S. Lazarus & DeLongis, 1983). Çeşitli başa çıkma davranışlarıyla sorunu belirli bir

şekilde çözebilmeyi veya sorun hakkındaki düşünceleri değiştirmeyi veya sorunu kabullenmeyi öğrenme devreye girer (Caron B. Goode, Goode, Nd Tom, & Russell, Sfo, 2006).

Başa çıkma araştırmalarının çoğu, görev odaklı -duygu odaklı- kaçınma odaklı başa çıkma boyutlarını incelemiştir (J. D. Parker & Endler, 1992).

Biriken kanıtlar, başa çıkma stratejilerinin, bireylerin olumsuz veya stresli durumlara ve yaşam olaylarına tepki vermelerinde veya tepki verme biçiminde önemli rol oynadığını göstermektedir. Başa çıkma stratejileri, önceki stresli olaylar ile vücudun veya beynin strese vermiş olduğu yanıtlar (anksiyete, depresyon, psikolojik sıkıntı ve somatik şikayetler) arasında aracılık yapıyor gibi görünmektedir (Coyne, Aldwin, & Lazarus, 1981).

2.8 Başa Çıkma-Umut Birlikteliği

Umut ve başa çıkma iç içedir. Umut, bir öncül, bir strateji veya başa çıkmanın sonucu olarak düşünülebilir. Umudun veya başa çıkmanın olmaması bir sonuç olarak umutsuzluğa yol açabilir (Farran, Herth, & Popovich, 1995). Hastalar için umut, başa çıkma stratejilerini besleyen bir kaynak olabilir. Yönetilebilir, tedaviye uyumu artırabilir (Lazarus & Folkman, 1984). Umudun, stres ve kayıp dönemlerinde iyileşme ve başa çıkmada ve iyi yaşam kalitesine ulaşmada güçlü bir faktör olduğu bulunmuştur (Stephenson, 1991). Umudun varlığı fiziksel ve zihinsel sağlığı iyileştirebilir. Cousins (Stoner & Keampfer, 1985) umudu ruhsal iyileşme ile ilişkilendirmiştir. Umutsuzluk, ölmeyi istemekle pozitif yönde korele bir kavramdır (Breitbart et al., 2000).

Yüksek ve düşük umuda sahip hastalar arasındaki iyilik hali farklılığı, her kişinin mevcut başa çıkma stratejilerini seçme ve kullanma şeklinden kaynaklanır. Biyolojik farklılıkla ilgili olarak Scheier ve Carver, depresyonun DNA onarımını etkilediği, iyimserliğin ileriye dönük olarak depresif semptomların gelişimine karşı bağışıklığı etkilediği, natürel killer hücre aktivitesinin bunlarla ilişkili olduğuna değinmiştir. Umudu yüksek kişilerin stres durumlarında olumlu terimler kullanması farklı bir baş etme yöntemi olarak görülmektedir

Kanser, hastanın duygusal yapısını etkiler. Kişinin yaşama yönelik beklentilerini sarsar, kişisel kontrolünü azaltır, kendisine, geleceğine ve dünyaya bakışını değiştirir. Tüm bunların sonucu olarak umudu da tehdit eder (Dedeli, Fadıloğlu, & Uslu, 2008). Umut, bireye ilerideki gelecek yaşamına uyum sağlamak ve yaşamıyla ilgilenmek için güç veren, böylece hayatında anlam bulmasına yardım eden aktif bir durumdur (Cutcliffe & Herth, 2002). Sadece hayal etmekle ve bir şeyin gerçekleşmesini istemekle ilgili değil, aynı zamanda güçlüklerden çıkış yolları arayacak gücü de getirendir (Kelleci, 2005). Umut, aynı zamanda kanserin neden olduğu kayıpla etkin olarak baş etmeyi sağlayan önemli faktörlerdendir (Chochinov & McClement, 2008).

Kanserli hastalarda umut düzeyi, duygu durumu ve performansın ağrıdaki etkisini incelenmiş ve umut düzeyi yükseldikçe ağrıyla daha iyi baş ettikleri sonucu çıkmıştır (Lin, Lai, & Ward, 2003). Yüksek umut düzeyine sahip kişilerin yaşamla ilgili hedefleri daha fazladır. Daha kararlı ve motivedirler ve daha fazla stratejiye sahiptirler (Irving, Snyder, & Crowson, 1998).

Gereç ve Yöntem

3.1. Araştırmanın Tipi :

Araştırma kesitsel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı:

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı'nda 20.01.2021-02.04.2022 tarih aralığında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:

Evren : Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Bölümüne Başvuran meme ve prostat kanserli hastaların tümü.

Örneklem : Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Bölümüne Başvuran meme ve prostat kanserli hastalar arasından 60 yaş ve üstü olan hastalar.

3.4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri:

Bağımlı değişkenleri:

RT öncesi ve Sonrası

- HHİ ve alt boyutları
- COPE ve alt boyutları

Bağımsız değişkenleri

Bağımsız değişkenleri:

Kişisel bilgi formundan ve radyoterapiye ilişkin sorulardan elde edilen değişkenlerdir. Yaş, Öğrenim durumu, Meslek, Ekonomik durum, İkamet yeri, Kaç yıldır ikamet ettiği yerde oturduğu, Kiminle yaşadığı, Akrabalardan manevi destek alma durumu,

Arkadaşlardan manevi destek alma durumu, Komşulardan manevi destek alma durumu, Herhangi bir kurumdan destek ya da yardım alma durumu, Sigara kullanma durumu, Charlson komorbidite indeksi (CCI), Semptomlardan şüphelenip kanser olabileceğini kendisinin farketme durumu, Covid-19 salgın zamanı hastaneye /doktora başvuru zamanını etkileme durumu, Pandemi nedeniyle hastaneye gitmeye çekinme durumu, Hastaneden randevu almanın zorluk derecesi, Hastaneye ulaşımın zorluk derecesi, Hastaneye ulaşım türü, Hastaneye ulaştıktan sonra muayene odasına erişim türü, Aile öyküsü, Uyum, Yaşam kalitesi, Sağlık düzeyi, Tedavide cerrahi uygulanma durumu, Cerrahi yöntem türü, Gleason skoru, Risk durumu, Tedavi süresince kaldığı yer, Radyoterapinin yan etkisi olma durumu, Radyoterapi adlıği sürede hastaya eşlik eden biri olma durumu, Radyoterapi ekip ve ortamının rahatlatma durumu, Radyoterapide endişe ve korku yaşama durumu, Radyoterapiye her gün gelmeyi yorucu bulma durumu, Radyoterapiyi kolay bir tedavi olarak görme durumu.

3.5. Veri Toplama Yöntemleri ve Kullanılan Gereçler:

Veriler, hasta dosyalarından, radyoterapi bilgileri Varian programından ve hasta bilgileri ise hastane hasta takip programı Probel programından yararlanılarak toplanmıştır.

Her bir katılımcı ile iki kez görüşme yapılmıştır. İlk görüşme ile ikinci görüşme arasında 40-50 gün vardır. İlk görüşmede tüm ölçekler (HHİ, COPE, VAS) ve kişisel bilgi formundaki sorular, ikinci görüşmede radyoterapiye ilişkin sorular da yöneltilmiştir.

Anketler yüz yüze ve hastaya araştırmacı tarafından bizzat okunarak, gerektiğinde açıklama yapılarak doldurulmuştur. Boy, kilo, bel çevresi araştırmacı tarafından ölçülmüştür.

Katılımcıların kişisel bilgileri kişisel bilgi formu ile toplanmıştır. Bu formun sorularına ek olarak literatür araştırması ve klinik tecrübeler sonrası tez yürütücüsü ve danışmanı tarafından bazı olası ilişkili faktörleri değerlendirmek amacıyla çeşitli sorular eklenmiş ve formun son hali edinilmiştir (Ek 3).

Herth Umut İndeksi (HHİ)

Herth, umut düzeylerini ölçmek ve karşılaştırmak için bir araç olarak Herth Umut Ölçeğini (HHS), geliştirmiştir. HHS, kronik hastalığı olan genç insanlarda umudu değerlendirmek için 1991 yılında tasarlanmış 30 maddelik bir ölçektir (Herth, 1991). 30 maddelik Herth Umut Ölçeği (HHS)'in klinik olarak daha kullanışlı hale getirmek için özel olarak tasarlanarak 12 maddeye kısaltılıp uyarlanan Herth Umut İndeksi (HHİ), 1992 yılında Dr. Kaye Herth tarafından geliştirilmiş Likert tipinde bir ölçektir. Bu çalışmada Dr. Kaye Herth tarafından geliştirilmiş (Herth 1992), Türkçe uyarlaması Aslan ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılmış olan (Aslan et al., 2007) 12 maddelik HHİ kullanılmıştır. Likert tipinde olan umut ölçeğinin Chronbach Alpha Katsayısı 0.75'tir. Kapsamında 12 madde bulunmaktadır. Her bir madde karşısında “Hiç katılmıyorum”, “Katılmıyorum”, “Katılıyorum” ve “Tamamen katılıyorum” şeklinde dört seçenek vardır. Bunlara karşılık gelen puanlar sırasıyla 1, 2, 3, 4 şeklindedir. Cevaplayan kişiden, her bir madde için tek bir seçenek işaretlemesi istenmektedir. Index, 3 alt ölçekten oluşmaktadır. “Gelecek”: 1, 2, 6, 11, “Olumlu hazır oluşluk ve beklenti”: 4, 7, 10, 12, “Kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler”: 3, 5, 8, 9. Olumsuz ifade eden maddeler, puanlama sırasında ters çevrilmiştir. Bu maddeler şunlardır: 3, 6. İndeksin toplam puanı bütün maddelere verilen cevapların puanlarının toplanmasıyla, alt ölçeklerin puanı, her bir alt ölçeğe karşılık gelen maddelere verilen cevapların puanlarının toplanmasıyla hesaplanmaktadır. Toplam umut puanı 12-48 arasındadır. Yüksek puanlar, umudun yüksek olduğunu göstermektedir (Ek 4).

COPE Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği

Baş çıkma yöntemlerini belirlemek için, Carver ve arkadaşları tarafından 1989 yılında 60 madde olarak geliştirilen COPE ölçeğinin (Carver,Scheier ve Weintraub,1989), 2003 yılında Miron Zuckerman tarafından 5 faktör ve 40 madde olarak revize edilen (R-COPE) (Zuckerman,M. ve Gagne, M. 2003) ve Türkçeye Dicle ve Ersanlı tarafından uyarlanan Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (Dicle,A.N. ve Ersanlı,K., 2015) kullanılmıştır. Ölçek 4'lü likert tipinde olup 32 maddeden ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Cronbach Alpha Katsayısı 0,979'dur. Maddeler puanlanırken “Asla Böyle Yapmam” için 1, “Çok Az Böyle Yaparım” için

2, “Böyle Yaparım” için 3, “Çoğunlukla Böyle Yaparım” için 4 puan verilir. Ölçekte olumsuz madde yoktur. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 128, en düşük puan 32’dir. Yüksek puan başa çıkma tutum düzeyinin yüksek olması, düşük puan ise başa çıkma tutum düzeyinin düşük olması anlamına gelmektedir. Ölçeğin alt boyutları şöyledir: “Kendine Yardım (1-6 numaralı maddeler), Yaklaşım (7-13 numaralı maddeler), Uyum Sağlama (14-20 numaralı maddeler), Sakınma-Kaçınma (21-26 numaralı maddeler) ve Kendine Ceza (27-32 numaralı maddeler)”. (Ek 5).

VAS İle Ölçülen Uyum, Yaşam Kalitesi, Sağlık Düzeyi, Radyoterapinin Kolaylığı Ölçümleri

Katılımcıların uyum, yaşam kalitesi, sağlık düzeyi ve radyoterapinin kolaylığı sorusu puanları VAS kullanılarak belirlenmiştir. VAS ilk olarak Hayes tarafından kullanılmış olup skaladan alınan puanlar 0-100 arasındadır (Hayes, 1921). 0-100 puan arası bir çizgi şeklinde cetvel katılımcıya sunulur ve bu çizgiden kendine uygun hissettiği bir nokta belirlemesi istenir. 0 kötü ve 100 mükemmel olmak üzere katılımcılardan bir nokta işaretlemesi istenmiş, ölçümler sayısal veri olarak edinilmiştir.

Hasta dosyalarından edinilen bilgiler: Tanıda kullanılan görüntüme yöntemleri, Cerrahi uygulanma durumu, Neoadjuvan / Adjuvan kemoterapi alma durumu, TNM sınıflaması, KT yan etkileri, Hormonoterapi alma durumu, RT fraksiyon sayısı RT alanı, RT dozu.

3.6. Dahil Edilme ve Hariç Bırakılma Kriterleri:

Dahil edilme kriterleri:

- Çalışmaya katılmayı kabul eden
- 60 yaş ve üzeri olan,
- Meme/prostat kanseri tanısıyla RT endikasyonu olan ve RT kararı verilen,
- Başvuru ve öncesinde metastaz olmayan,
- Bedensel olarak engeli olmayan (örneğin işitme sorunu, trakeostomi...),
- İşbirliğini bozacak şekilde algı ve bilinç yetersizliği olmayan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

Hariç bırakılma kriterleri:

- Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen,
- 60 yaşın altında olan,
- Çalışmaya katılma sırasında uzak organ metastazı olan,
- Bedensel olarak engeli olan (örneğin işitme sorunu, trakeostomi...)
- İşbirliğini bozacak şekilde algı ve bilinç yetersizliği olan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri:

Verilerin analizinde SPSS programından yararlanılmıştır. Araştırmamızda gönüllülük ilkesi yerine getirilmiş, verilerin gizliliği sağlanmış ve katılımcıların aydınlatılmış onamları alınmıştır (Ek 1). Tanımlayıcı ölçütlerin değerlendirilmesinde kategorik değişkenler için frekanslar, sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, ortanca ve min-max değerler kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu gruplardaki kişi sayıları, histogram ve detrended plot grafikleri, varyasyon katsayısı ve skewness/kurtosis katsayıları ve normallik testleri ile test edilerek değerlendirilmiştir. Aynı katılımcı grubuna farklı zamanlarda uygulanan ölçek puanlarının karşılaştırılmasında Wilcoxon testi uygulanmıştır. İki grup arasında sayısal verilerin karşılaştırılmasında Mann-whitney U testi kullanılmıştır. İki'den fazla grubun karşılaştırılmasında ise Kruskal-wallis testi uygulanmıştır. Post-hoc testlerde Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Kikare ya da Fisher testi kullanılmıştır. Sayısal değişkenlerin birbiri ile korelasyonunu incelerken Spearman testi kullanılmıştır.

G Power 3.1.9.7 programında t testi ailesinde 0.05 alfa yüzde 80 power için orta etki büyüklüğü (0.5) alınarak meme kanseri için 64 ve prostat kanseri için 64 olmak üzere toplam 128 olguya ulaşılması hesaplanmıştır.

Araştırmada ilk olarak RT öncesinde uygulanan ölçek puanlarının ve vücut ölçümlerinin RT sonrasında değişip değişmediği incelenmiştir. Ek olarak, VAS kullanılarak elde edilen, katılımcıların uyum, yaşam kalitesi ve sağlık düzeyi puanları

ile uygulanan ölçekler arası korelasyonlar incelenmiştir. Daha sonra uygulanan ölçekler ile anket formlarındaki faktörlerin ilişkisi incelenmiştir.

3.8. Süre ve Olanaklar:

20.01.2021-02.04.2022 tarih aralığında yürütülmüştür. Bu dönem Covid-19 pandemisi dönemidir. O nedenle planlanan hasta sayısına ulaşamamıştır. Yaşlı grup hastalar olduğu için hastaneye gelmeye çekinmişler, sokağa çıkma kısıtlılıkları nedeniyle başvurular mümkün olmamış, toplu taşıma kullanma imkanları olmamış, görüşme yapmaya istekli olmamışlardır.

3.9. Etik

Çalışmamızın etik kurul onayı Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Karar No: 2020 /29-53 Tarih: 07.12.2020) (Ek 2).

Bulgular

4.1 Tanımlayıcı İstatistikler

RT'si tamamlanan, meme kanseri tanılı 37 kadın hasta (%56,1), prostat kanseri tanılı 29 erkek hasta (%43,9) olmak üzere toplamda 66 katılımcıya ulaşılmıştır. Katılımcıların ortalama yaşı 65 olup, ortalama yaş 67 ± 5 'tir. RT öncesi ve sonrası boy, kilo ve bel çevresi, beden kitle indeksi (BKİ) gibi fiziksel ölçümleri aşağıda verilmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Radyoterapi Öncesi ve Sonrası Fiziksel Ölçümler

Ölçüt		$\bar{x}$	SD	m	Min	Max
Yaş		67	5	65	60	80
Boy		1,65	0,1	1,63	1,48	1,88
Kilo	RT öncesi	77,55	14,29	76	50	113
	RT sonrası	73,8	15,47	75	48	115
Beden kitle indeksi	RT öncesi	28,6	4,77	27,43	19,78	46,62
	RT sonrası	27,64	4,44	27,09	19,78	39,96
Bel çevresi	RT öncesi	103,15	10,48	102	86	113
	RT sonrası	100,29	11,21	100	85	127

$\bar{x}$: ortalama, SD: standart sapma, m: ortalama

Katılımcıların 54'ü (%81,8) evli, 11'inin (%16,7) eşi vefat etmiş, 1'i bekar/hiç evlenmemiştir. Çocuğu olmayan 2 katılımcı vardır. Çocuğu vefat etmiş olan 4 katılımcı vardır (%6,1). 42 (%63,6) katılımcı gelir düzeyini, geliri giderine denk olarak belirtmiştir. Katılımcıların genellikle (%45,5) birden çok gelir kaynağı vardır, tek geliri maaş olan 23 katılımcı (%34,8), hiçbir geliri olmayan 11 katılımcı vardır (%16,7), 2 katılımcı ise (%3) kendisi tarlada çalışarak gelirini elde etmiştir. Birden fazla geliri olan katılımcıların gelirlerini genellikle maaş, kira geliri ve çiftçilik gelirleri oluşturmaktadır. Katılımcıların çoğu ilköğretim mezunudur (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların demografik özellikleri

Ölçüt		n	%	
Cinsiyet	Kadın	37	56,1	
	Erkek	29	43,9	
Medeni durum	Bekar/hiç evlenmemiş	1	1,5	
	Evli	54	81,8	
	Ayrılmış	0	0	
	Eşi vefat etmiş	11	16,7	
Çocuğu olma durumu	Var	64	97	
	Yok	2	3	
Öğrenim durumu	Okuma yazma bilmiyor	1	1,5	
	Okuma yazma biliyor	1	1,5	
	İlkokul	32	48,5	
	Ortaokul	7	10,6	
	Lise	11	16,7	
	Üniversite	14	21,2	
Meslek	Kadın	Ev hanımı	22	59,5
		İşçi	3	8,1
		Memur	9	24,3
		Serbest	3	8,1
	Erkek	İşçi	5	17,2
		Memur	7	24,1
		Serbest	17	58,6
Çalışma durumu	Kadın	Halen çalışıyor	1	2,7
		Emekli	16	43,2
		Hiç çalışmamış	15	40,5
		Diğer	5	13,5
	Erkek	Halen çalışıyor	3	10,3
		Emekli	25	86,2
		Emekli ve halen çalışıyor	1	3,4
Ekonomik durum		Gelir gidere denk	42	63,6

	Gelir giderden fazla	10	15,2
	Gelir giderden az	14	21,2
Gelir kaynağı	Hiçbir geliri yok	11	16,7
	Maaş	23	34,8
	Birden çok gelir kaynağı var	30	45,5
	Diğer	2	3

Katılımcıların 53'ü (%80,3) eşiyle birlikte, (tümü kadın olmak üzere) 6'sı yalnız yaşamakta (%9), 4'ü (%6,1) eşi ve çocuklarıyla birlikte, 3'ü ise diğer akrabalarıyla (%4,6) yaşamaktadır. Katılımcılar ortalama $37,73 \pm 20,4$ yıl, ortanca 31,5 yıl olmak üzere aynı bölgede yaşamıştır. İzmir dışından gelenlerin RT süresince konakladığı yer sorulmuştur. 19 katılımcı yakını/akrabasında kalmayı tercih etmiştir (%57,9). İki katılımcı dernekte, 1 katılımcı konukevinde, 1 katılımcı otelde konaklamış, 4 katılımcı gidiş geliş yapmıştır (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların ikametlerine ilişkin istatistikler

Ölçüt		n	%
Oturdyğu evin durumu	Kendine ait	60	90,9
	Kira	6	9,1
İkamet yeri	İzmir	50	75,8
	İzmir dışı	16	24,2
Yerleşim bölgesi	İl/ilçe	57	86,4
	Köy	9	13,6
Kiminle yaşadığı	Yalnız	6	9
	Eşiyle	53	80,3
	Çocuklarıyla	4	6,1
	Diğer	3	4,6
Tedavi süresince konakladığı yer	Kiralık ev, otel	1	5,3
	Yakını/akrabası	11	57,9
	Diğer	7	36,8

Halen sigara kullanan 11 (%16,7), sigarayı bırakmış olan 21 (%31,8), hiç sigara kullanmamış olan 34 katılımcı (%51,5) bulunmaktadır. Halen alkol kullanan 16 (%24,2), alkolü bırakmış olan 11 (%16,7), hiç alkol kullanmamış olan 39 katılımcı (%59,1) bulunmaktadır. Ameliyat öyküsü olan 64 (%97), olmayan 2 katılımcı (%3) bulunmaktadır. 47 katılımcının (%71,2) CCI 5 ve üzeri, 19 katılımcının (%28,8) 3-4 olduğu bulunmuştur. Katılımcıların en az 0, en fazla 6 olmak üzere, ortalama 2 komorbid hastalığı vardır (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların alışkanlıklarına ilişkin tanımlayıcı özellikler

Ölçüt		n	%
Sigara kullanma durumu?	Hayır, hiç kullanmadım	34	51,5
	Evet, halen kullanıyorum	11	16,7
	Bıaktım	21	31,8
Alkol kullanma durumu?	Hayır, hiç kullanmadım	39	59,1
	Evet, halen kullanıyorum	16	24,2
	Bıaktım	11	16,7
Daha önce herhangi bir ameliyat geçirme durumu?	Evet	64	97
	Hayır	2	3
CCI kategorisi	0	0	0
	1-2	0	0
	3-4	19	28,8
	5 ve üzeri	47	71,2

CCI: Charlson komorbidite indeksi

RT için pandemi nedeniyle hastaneye gitmeye çekinmiş olan 31 hasta (%47), çekinmemiş olan 35 hasta (%53) bulunmaktadır. Randevu almakta zorluk yaşamaları ile ilgili soruya “Evet” ,“Hayır”, “Tanıdık aracılığı ile”, “özel muayenehane” olarak seçenekler verildi. Tanıdığı aracılığı ile ve özel muayenehaneye gitmek zorunda kalarak randevu alabilenler zor randevu alabilmiş olarak kabul edildi. RT sırasında

hastaneye ulaşmakta zorluk çeken 50 hasta (%75,8), zorluk çekmeyen 16 hasta (%24,2) bulunmaktadır (Tablo 6).

Tablo 6 Katılımcıların radyoterapi sırasında hastaneye ulaşimleri ile ilgili özellikler

Ölçüt		n	%
Salgın nedeniyle hastaneye gitmeye çekindiniz mi?	Evet	31	47
	Hayır	35	53
Hastaneden randevu almak kolay oldu mu?	Evet, kolay oldu	16	24,2
	Hayır, zor oldu	26	39,4
	Tanıdığım aracılığıyla randevu alabildim	15	22,7
	Özel muayenehaneye başvurdum	9	13,6
Hastaneye ulaşımında zorluk yaşadınız mı?	Evet	10	15,2
	Hayır	56	84,8

Tanıda biyokimya, görüntüleme, biyopsi, cerrahi, patoloji kullanılmıştır. 50 hastada (%76) cerrahi yöntem hariç diğer dört tanı yöntemi birlikte kullanılmıştır, 14 hastada (%21) biyopsi hariç diğer dört tanı yöntemi birlikte kullanılmıştır, 2 hastada (%3) ise biyopsi ve cerrahi yöntem de dahil olmak üzere tüm tanı yöntemleri birlikte kullanılmıştır (Tablo 7).

Tablo 7. Kanser tanısında kullanılmış olan yöntemler

Ölçüt		n	%
Tanıda cerrahi yöntem kullanıldı mı?	Evet	16	24,2
	Hayır	50	75,8
Tanıda biyopsi yöntemi kullanıldı mı?	Evet	52	78,8
	Hayır	14	21,2

Çalışmada invaziv meme karsinomu (%89,2) görülme sıklığının noninvaziv meme karsinomuna göre (%10,8) daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Tablo 8).

Tablo 8. Meme kanseri türlerinin dağılımı

Ölçüt		n	%
Meme tümör tanısı	İnvaziv meme karsinomu	33	89,2
	Noninvaziv meme karsinomu	4	10,8

Katılımcılardan RT öncesinde ve sonrasında “Hastalığınız nedeniyle değişen yaşam biçiminize uyumu nasıl değerlendiriyorsunuz?”, “Yaşam kalitenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?”, “Kendi yaşınızda birisi ile karşılaştırdığınızda sağlığını nasıl değerlendiriyorsunuz?” soruları katılımcılara yöneltilerek VAS’ta işaretlemeleri istenmiş ve Uyum puanı, Yaşam kalitesi puanı ve Sağlık düzeyi puanı olarak değerlendirilmiştir. Bu çıktılar ile HHİ ve COPE ölçeklerine verilen yanıtlara ilişkin istatistikler aşağıda sunulmuştur (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların radyoterapi öncesi ve sonrası uyum, yaşam kalitesi, sağlık düzeyleri ve ölçek puanlarına ilişkin istatistikleri

Ölçüt		$\bar{x}$	SD	m	min.	maks
Hastalığınız nedeniyle değişen yaşam biçiminize uyumu nasıl değerlendiriyorsunuz?	RT öncesi	72,66	27,78	84,09	3,79	100
	RT sonrası	75,88	23,95	81,06	6,06	100
Yaşam kalitenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?	RT öncesi	69,31	23,46	74,62	7,50	100
	RT sonrası	69,42	23,98	72,73	2,27	100
Kendi yaşınızda birisi ile karşılaştırdığınızda sağlığını nasıl değerlendiriyorsunuz?	RT öncesi	69,06	23,21	71,21	1,52	100
	RT sonrası	68,18	25,03	73,11	,76	100
HHİ gelecek alt boyutu,	RT öncesi	13	2	13	7	16
	RT sonrası	13	2	13	8	16
HHİ Olumlu hazır oluşluk ve beklenti alt boyutu	RT öncesi	14	2	14	8	16
	RT sonrası	14	2	15	9	16
HHİ Kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler alt boyutu	RT öncesi	14	2	14	10	16
	RT sonrası	14	2	14	11	16
HHİ toplam puanı	RT öncesi	40	4	41	28	48
	RT sonrası	41	5	42	30	48
COPE kendine yardım alt boyutu	RT öncesi	19	4	19	9	24
	RT sonrası	18	4	18	9	24
COPE yaklaşım alt boyutu	RT öncesi	24	3	25	14	28
	RT sonrası	24	3	25	14	28
COPE uyum sağlama alt boyutu	RT öncesi	23	4	24	11	28
	RT sonrası	24	3	24	13	28
COPE sakınma-kaçınma alt boyutu	RT öncesi	12	3	12	6	24
	RT sonrası	11	3	11	6	18

COPE kendine ceza yardım alt boyutu	RT öncesi	16	4	16	7	24
	RT sonrası	16	4	16	8	24
COPE Toplam	RT öncesi	94	10	96	71	117
	RT sonrası	93	9	94	74	114

$\bar{x}$: ortalama, SD: standart sapma, m: ortanca, min.: minimum, maks: maksimum

4.2 Çıkarımsal İstatistikler

4.2.1 RT öncesi ve sonrası uygulanan ölçek puanlarındaki değişim ve ölçeklerin birbirini ile korelasyonları

RT öncesi ve sonrasında HHİ ve COPE ölçek puanları ve VAS ölçümleri açısından anlamlı fark yoktur (Tablo 10).

Tablo 10. RT öncesi ve sonrası ölçek puanları arası farklar

Ölçüt		$\bar{x}$	SD	m	min.	maks	p
HHİ gelecek alt boyutu,	RT öncesi	12,73	2,09	13,00	7,00	16,00	0,916
	RT sonrası	12,73	2,24	13,00	8,00	16,00	
HHİ Olumlu hazır oluşluk ve beklenti alt boyutu	RT öncesi	13,73	1,75	14,00	8,00	16,00	0,309
	RT sonrası	14,03	1,76	15,00	9,00	16,00	
HHİ Kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler alt boyutu	RT öncesi	13,98	1,70	14,00	10,00	16,00	0,633
	RT sonrası	14,11	1,71	14,00	11,00	16,00	
HHİ toplam puanı	RT öncesi	40,44	4,43	41,00	28,00	48,00	0,334
	RT sonrası	40,86	4,93	42,00	30,00	48,00	

COPE kendine yardım alt boyutu	RT öncesi	18,79	3,61	19,00	9,00	24,00	0,242
	RT sonrası	18,23	3,72	18,00	9,00	24,00	
COPE yaklaşım alt boyutu	RT öncesi	24,29	3,33	25,00	14,00	28,00	0,89
	RT sonrası	24,27	3,41	25,00	14,00	28,00	
COPE uyum sağlama alt boyutu	RT öncesi	23,39	3,99	24,00	11,00	28,00	0,536
	RT sonrası	23,64	3,32	24,00	13,00	28,00	
COPE sakınma-kaçınma alt boyutu	RT öncesi	11,71	3,14	11,50	6,00	24,00	0,183
	RT sonrası	10,97	3,03	11,00	6,00	18,00	
COPE kendine ceza yardım alt boyutu	RT öncesi	15,80	4,20	16,00	7,00	24,00	0,292
	RT sonrası	16,29	3,89	16,00	8,00	24,00	
COPE Toplam	RT öncesi	93,98	9,92	96,00	71,00	117,00	0,839
	RT sonrası	93,39	9,41	94,00	74,00	114,00	
Uyum	RT öncesi	72,66	27,78	84,09	3,79	100,00	0,504
	RT sonrası	75,88	23,95	81,06	6,06	100,00	
Yaşam kalitesi	RT öncesi	69,31	23,46	74,62	7,50	100,00	0,554
	RT sonrası	69,42	23,98	72,73	2,27	100,00	

Sağlık düzeyi	RT öncesi	69,06	23,21	71,21	1,52	100,00	0,558
	RT sonrası	68,18	25,03	73,11	,76	100,00	

$\bar{x}$: ortalama, SD: standart sapma. *: Wilcoxon signed-rank testi uygulanmıştır.

Meme kanseri tanısı olan hastalarda RT öncesi ve sonrasında HHİ puanlarında anlamlı fark yoktur. Meme kanseri hastalarında RT öncesi ve sonrasında COPE alt boyutları ve COPE toplam puanı açısından anlamlı fark yoktur. Meme kanseri tanılı hastaların uyum, yaşam kalitesi ve sağlık düzeylerinin RT öncesi ve RT sonrası puanları arasında anlamlı fark yoktur (Tablo 11).

Tablo 11 Meme hastalarında RT öncesi ve sonrası ölçek puanları arası farklar

Ölçüt		$\bar{x}$	SD	m	min.	maks	p
HHİ gelecek alt boyutu,	RT öncesi	12,30	2,23	13,00	7,00	16,00	0,598
	RT sonrası	12,51	2,32	13,00	8,00	16,00	
HHİ Olumlu hazır oluşluk ve beklenti alt boyutu	RT öncesi	13,62	1,60	14,00	10,00	16,00	0,517
	RT sonrası	13,78	1,89	15,00	9,00	16,00	
HHİ Kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler alt boyutu	RT öncesi	13,86	1,65	14,00	11,00	16,00	0,442
	RT sonrası	14,08	1,48	14,00	11,00	16,00	
HHİ toplam puanı	RT öncesi	39,78	4,66	41,00	28,00	47,00	0,332
	RT sonrası	40,38	4,92	42,00	32,00	48,00	
COPE kendine yardım alt boyutu	RT öncesi	18,00	3,89	18,00	9,00	24,00	0,442
	RT sonrası	18,22	3,63	18,00	9,00	24,00	
COPE yaklaşım alt boyutu	RT öncesi	23,97	3,19	24,00	14,00	28,00	0,599
	RT sonrası	23,73	3,52	24,00	14,00	28,00	
COPE uyum sağlama alt boyutu	RT öncesi	22,78	4,29	23,00	11,00	28,00	0,139
	RT sonrası	23,51	3,66	24,00	13,00	28,00	
COPE sakınma-kaçınma alt boyutu	RT öncesi	12,05	3,66	11,00	6,00	24,00	0,274

	RT sonrası	11,16	3,13	12,00	6,00	18,00	
COPE kendine ceza yardım alt boyutu	RT öncesi	16,03	4,06	17,00	7,00	23,00	0,968
	RT sonrası	16,00	3,84	16,00	8,00	23,00	
COPE Toplam	RT öncesi	92,84	10,45	96,00	71,00	117,00	0,898
	RT sonrası	92,62	9,94	93,00	74,00	114,00	
Uyum	RT öncesi	71,76	29,52	83,30	6,06	100,00	0,837
	RT sonrası	72,56	28,19	81,06	6,06	100,00	
Yaşam kalitesi	RT öncesi	68,65	24,95	78,03	7,50	100,00	0,646
	RT sonrası	69,40	25,15	71,97	9,80	100,00	
Sağlık düzeyi	RT öncesi	65,85	26,06	70,45	1,52	100,00	0,544
	RT sonrası	64,47	29,11	66,67	0,76	100,00	

$\bar{x}$: ortalama, SD: standart sapma. Wilcoxon signed-rank testi uygulanmıştır.

Prostat kanseri olan katılımcıların RT öncesi ve sonrasında HHİ puanları açısından anlamlı fark yoktur. Prostat kanseri tanılı hastaların COPE kendine yardım alt boyut puanları RT sonrasında azalmıştır, bu hastaların RT öncesi ve RT sonrası COPE Kendine yardım alt boyutu puanları arasında anlamlı fark vardır (p : 0,018). Diğer COPE puanları açısından anlamlı fark yoktur. Prostat kanseri tanılı hastaların uyum, yaşam kalitesi ve sağlık düzeylerinin RT öncesi ve RT sonrası puanları arasında anlamlı fark yoktur (Tablo 12).

Tablo 12 Prostat hastalarında RT öncesi ve sonrası ölçek puanları arasındaki farklar

Ölçüt		$\bar{x}$	SD	m	min.	maks	p
HHİ gelecek	RT öncesi	13,28	1,79	13,00	8,00	16,00	0,461
	RT sonrası	13,00	2,15	13,00	8,00	16,00	
HHİ Olumlu hazır oluşluk ve beklenti	RT öncesi	13,86	1,94	14,00	8,00	16,00	0,421
	RT sonrası	14,34	1,56	15,00	11,00	16,00	
HHİ Kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler	RT öncesi	14,14	1,77	15,00	10,00	16,00	0,961
	RT sonrası	14,14	2,00	15,00	11,00	16,00	
HHİ toplam puanı	RT öncesi	41,28	4,04	41,00	31,00	48,00	0,706
	RT sonrası	41,48	4,96	43,00	30,00	47,00	
COPE kendine yardım	RT öncesi	19,79	2,98	20,00	14,00	24,00	0,018
	RT sonrası	18,24	3,90	18,00	10,00	24,00	
COPE yaklaşım	RT öncesi	24,69	3,51	25,00	15,00	28,00	0,702
	RT sonrası	24,97	3,18	26,00	17,00	28,00	
COPE uyum sağlama	RT öncesi	24,17	3,50	25,00	13,00	28,00	0,469
	RT sonrası	23,79	2,87	24,00	18,00	28,00	

COPE sakınma-kaçınma	RT öncesi	11,28	2,31	12,00	6,00	15,00	0,410
	RT sonrası	10,72	2,93	10,00	6,00	17,00	
COPE kendine ceza yardım	RT öncesi	15,52	4,44	16,00	7,00	24,00	0,135
	RT sonrası	16,66	4,00	16,00	8,00	24,00	
COPE Toplam	RT öncesi	95,45	9,16	97,00	75,00	111,00	0,610
	RT sonrası	94,38	8,76	95,00	76,00	107,00	
Uyum	RT öncesi	73,81	25,86	84,84	3,79	100,00	0,143
	RT sonrası	80,12	16,64	81,06	46,96	100,00	
Yaşam kalitesi	RT öncesi	70,15	21,82	73,48	28,79	100,00	0,710
	RT sonrası	69,45	22,83	72,73	2,27	100,00	
Sağlık düzeyi	RT öncesi	73,16	18,62	73,48	42,42	100,00	0,885
	RT sonrası	72,92	18,00	75,76	26,51	100,00	

$\bar{x}$: ortalama, SD: standart sapma. Wilcoxon signed-rank testi uygulanmıştır

Prostat kanseri olan katılımcılarda COPE kendine yardım alt boyutunu oluşturan maddelerin RT öncesi ve sonrası ortalamaları arasındaki fark incelenmiştir. RT öncesi “Ne hissettiğimi birileriyle paylaşırım” (p: 0,004) ve “Bir durumla ilgili daha fazla bilgi almak için birileriyle konuşurum” (p: 0,010) madde ortalamaları RT sonrası ortalamalarından daha yüksektir (Tablo 13).

Tablo 13. Prostat kanseri hastalarında kendine yardım alt boyutunu oluşturan maddelerin RT öncesi ve sonrası farkları

Ölçüt		$\bar{x}$	SD	m	min.	maks	p
Duygularımı ifade etmek için zaman ayırırım	RT öncesi	3,28	,59	3,00	2,00	4,00	0,246
	RT sonrası	3,07	,92	3,00	1,00	4,00	
Duygularımı - hislerimi açığa vurmaya çalışırım	RT öncesi	3,34	,86	4,00	1,00	4,00	0,083
	RT sonrası	3,14	,83	3,00	1,00	4,00	
Duygularımı başkalarıyla tartışırım	RT öncesi	2,86	1,13	3,00	1,00	4,00	0,999
	RT sonrası	2,86	1,06	3,00	1,00	4,00	
Arkadaşımdan veya akrabalarımın duygusal destek almaya çalışırım	RT öncesi	3,14	,95	3,00	1,00	4,00	0,125
	RT sonrası	2,79	1,08	3,00	1,00	4,00	
Ne hissettiğimi birileriyle paylaşıyorum	RT öncesi	3,41	,63	3,00	2,00	4,00	0,004
	RT sonrası	2,93	,88	3,00	1,00	4,00	
Bir durumla ilgili daha fazla bilgi almak için birileriyle konuşurum	RT öncesi	3,76	,51	4,00	2,00	4,00	0,010
	RT sonrası	3,45	,74	4,00	1,00	4,00	

$\bar{x}$: ortalama, SD: standart sapma. Wilcoxon signed-rank testi uygulanmıştır

Tüm katılımcıların RT öncesi ve sonrası fiziksel ölçümleri arasında fark olup olmadığı araştırılmıştır. Katılımcıların kilolarında (p: 0,012) ve bel çevrelerinde (p: 0,004) RT sonrasında bir azalma tespit edilmiş olup bu değişim istatistiksel olarak anlamlıdır. BKi'de olan değişim anlamlı değildir (Tablo 14).

Tablo 14. Tüm katılımcılarda RT öncesi ve sonrası fiziksel ölçümlerdeki değişim

Ölçüt		$\bar{x}$	SD	m	min.	maks	p
Kilo	RT öncesi	77,55	14,29	76,00	50,00	113,00	0,012
	RT sonrası	76,03	13,88	75,00	48,00	115,00	
BKİ	RT öncesi	28,60	4,77	27,43	19,78	46,62	0,055
	RT sonrası	27,64	4,45	26,94	19,78	39,96	
Bel çevresi	RT öncesi	103,15	10,48	102,00	86,00	133,00	0,004
	RT sonrası	101,36	10,13	100,00	80,00	127,00	

$\bar{x}$: ortalama, SD: standart sapma. Wilcoxon signed-rank testi uygulanmıştır.

Meme kanseri hastalarında RT öncesi ve sonrası fiziksel ölçümleri arasında fark olup olmadığı araştırılmıştır. Katılımcıların bel çevrelerinde (p: 0,006) ve BKİ'lerinde (p: 0,006), kilolarında (p: 0,017) RT sonrasında bir azalma tespit edilmiş olup bu değişim istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 15).

Tablo 15. Meme kanseri hastalarında RT öncesi ve sonrası fiziksel ölçümlerdeki değişim

Ölçüt		$\bar{x}$	SD	m	min.	maks	p
Kilo	RT öncesi	73,41	14,34	70,00	50,00	112,00	0,017
	RT sonrası	71,30	12,14	70,00	48,00	96,00	
BKİ	RT öncesi	29,37	5,54	28,13	19,78	46,62	0,001
	RT sonrası	27,51	4,89	26,94	19,78	39,96	
Bel çevresi	RT öncesi	100,97	9,77	100,00	86,00	126,00	0,006
	RT sonrası	99,14	9,85	100,00	80,00	125,00	

$\bar{x}$: ortalama, SD: standart sapma. Wilcoxon signed-rank testi uygulanmıştır.

Prostat kanseri hastalarının RT öncesi ve sonrası fiziksel ölçümleri arasında fark olup olmadığı araştırılmıştır. Katılımcıların kilolarında (p: 0,220), bel çevrelerinde (p: 0,164) ve BKİ'lerinde (p: 0,239) olan değişim anlamlı değildir (Tablo 16).

Tablo 16. Prostat kanseri hastalarında RT öncesi ve sonrası fiziksel ölçümlerdeki değişim

Ölçüt		$\bar{x}$	SD	m	min.	maks	p
Kilo	RT öncesi	82,84	12,56	80,00	61,00	113,00	0,220
	RT sonrası	82,07	13,80	80,00	60,00	115,00	
BKİ	RT öncesi	27,63	3,41	26,30	23,81	35,83	0,239
	RT sonrası	27,85	3,84	27,48	22,65	34,34	
Bel çevresi	RT öncesi	105,93	10,85	103,00	91,00	133,00	0,164
	RT sonrası	104,21	9,93	102,00	89,00	127,00	

$\bar{x}$: ortalama, SD: standart sapma. Wilcoxon signed-rank testi uygulanmıştır.

RT sonrası ölçek puanlarıyla RT sonrası uyum, yaşam kalitesi ve sağlıkla ilişkili faktörler arasındaki ilişki incelenmiş, korelasyonu araştırılmıştır. Katılımcıların hastalık nedeniyle değişen yaşam biçimlerine uyumları puanı ile COPE Kendine yardım alt boyutu arasında (r : 0,244, p : 0,049) aynı yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır. Katılımcıların yaşam kalitesi puanları ile HHİ Gelecek alt boyutu arasında (r : 0,346, p : 0,004), HHİ Kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler alt boyut puanı arasında (r : 0,328, p : 0,007) ve HHİ Toplam puanı arasında (r : 0,353, p : 0,004) aynı yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır. Ayrıca yaşam kalitesi puanları ile COPE Kendine yardım alt boyutu arasında (r : 0,305, p : 0,013), COPE Yaklaşım alt boyutu arasında (r : 0,258, p : 0,037) ve COPE Toplam puanı arasında (r : 0,291, p : 0,001) aynı yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır. Katılımcıların Sağlık düzeyi puanları ile HHİ Gelecek alt boyutu arasında (r : 0,372, p : 0,002), HHİ Olumlu hazır oluşluk ve beklenti alt boyutu arasında (r : 0,328, p : 0,007) ve HHİ Toplam puanı arasında (r : 0,356, p : 0,003) aynı yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (Tablo 17).

Tablo 17. Katılımcılarda RT sonrası uyum, yaşam kalitesi ve sağlık düzeyi puanları ile uygulanan ölçek puanları arasındaki korelasyonlar

Ölçüt		Uyum	Yaşam kalitesi	Sağlık düzeyi
HHI Gelecek	r	0,191	0,346	0,372
	p	0,124	0,004	0,002
HHI Olumlu hazır oluşluk ve beklenti	r	0,099	0,210	0,328
	p	0,431	0,091	0,007
HHI Kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler	r	0,143	0,328	0,214
	p	0,253	0,007	0,084
HHI toplam puanı	r	0,165	0,353	0,356
	p	0,186	0,004	0,003
COPE Kendine yardım	r	0,244	0,305	0,234
	p	0,049	0,013	0,058
COPE Yaklaşım	r	0,093	0,258	0,164
	p	0,455	0,037	0,189
COPE Uyum sağlama	r	0,195	0,150	0,190
	p	0,117	0,228	0,126
COPE Sakınma-kaçınma	r	0,137	0,064	-0,007
	p	0,273	0,610	0,958
COPE Kendine Ceza	r	-0,020	-0,099	-0,088
	p	0,873	0,430	0,480
COPE toplam puanı	r	0,234	0,291	0,193
	p	0,059	0,018	0,121

Spearman korelasyon analizi yapılmıştır, r: korelasyon kat sayısı

Meme kanseri hastalarında uyum sadece COPE uyum sağlama alt boyutu ile düşük düzeyde aynı yönde koreledir (r: 0,446, p: 0,006). Yaşam kalitesi COPE ölçeği ile korele olmayıp HHi alt boyutlarından en çok gelecek alt boyutu ile orta düzeyde ve aynı yönde koreledir (r: 0,440, p: 0,006); daha sonra HHİ Toplam puanı ile düşük düzeyde aynı yönde (r: 0,390, p: 0,017), HHI Kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler alt boyutu ile düşük düzeyde aynı yönde (r: 0,370, p: 0,024) koreledir. Sağlık düzeyi COPE kendine yardım alt boyutu ile düşük düzeyde aynı yönde (r: 0,371, p: 0,024), COPE uyum sağlama alt boyutu ile orta düzeyde aynı yönde (r: 0,432, p: 0,008) korele; HHİ gelecek alt boyutu ile orta düzeyde aynı yönde (r: 0,541, p: 0,001), HHİ Olumlu hazır oluşluk ve beklenti alt boyutu ile orta düzeyde aynı yönde (r: 0,390, p: 0,017), HHİ Kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler alt boyutu ile orta düzeyde aynı yönde (r: 0,432, p: 0,008), HHİ toplam puanı ile orta düzeyde aynı yönde (r: 0,560, p: 0,001) korelasyonu vardır (Tablo 18).

Tablo 18. Meme kanseri hastalarında RT sonrası uyum, yaşam kalitesi ve sağlık düzeyi ile uygulanan ölçekler arası korelasyonlar

Ölçüt		Uyum	Yaşam kalitesi	Sağlık düzeyi
HHI Gelecek	r	0,202	0,440	0,541
	p	0,230	0,006	0,001
HHI Olumlu hazır oluşluk ve beklenti	r	0,198	0,162	0,450
	p	0,239	0,339	0,005
HHI Kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler	r	0,282	0,370	0,432
	p	0,091	0,024	0,008
HHI toplam puanı	r	0,250	0,390	0,560
	p	0,135	0,017	0,001
COPE Kendine yardım	r	0,294	0,211	0,371
	p	0,078	0,211	0,024
COPE Yaklaşım	r	0,265	0,255	0,255
	p	0,113	0,127	0,127
COPE Uyum sağlama	r	0,446	0,251	0,432
	p	0,006	0,135	0,008
COPE Sakınma-kaçınma	r	0,275	0,094	0,057
	p	0,100	0,579	0,737
COPE Kendine Ceza	r	-0,054	-0,128	-0,259
	p	0,750	0,451	0,122
COPE toplam puanı	r	0,363	0,261	0,305
	p	0,027	0,118	0,067

Spearman korelasyon analizi yapılmıştır, r: korelasyon kat sayısı

Prostat kanseri hastaların yaşam kalitesi puanları ile COPE kendine yardım alt boyut puanları arasında düşük düzeyde aynı yönde r: 0,455, p: 0,013, COPE toplam puanı ile düşük düzeyde aynı yönde (r: 0,381, p: 0,042) anlamlı korelasyon vardır (Tablo 19).

Tablo 19. Prostat kanseri hastalarında RT sonrası uyum, yaşam kalitesi ve sağlık düzeyi ile uygulanan ölçekler arası korelasyonlar

Ölçüt		Uyum	Yaşam kalitesi	Sağlık düzeyi
HHI Gelecek	r	0,113	0,245	0,141
	p	0,561	0,201	0,465
HHI Olumlu hazır oluşluk ve beklenti	r	-0,053	0,327	0,206
	p	0,785	0,084	0,284
HHI Kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler	r	-0,019	0,315	0,005
	p	0,921	0,097	0,981
HHI toplam puanı	r	0,014	0,330	0,054
	p	0,944	0,081	0,779
COPE Kendine yardım	r	0,194	0,455	0,058
	p	0,314	0,013	0,764
COPE Yaklaşım	r	-0,216	0,318	0,010
	p	0,261	0,092	0,958
COPE Uyum sağlama	r	-0,194	0,064	-0,145
	p	0,314	0,741	0,454
COPE Sakınma-kaçınma	r	-0,104	-0,017	-0,193
	p	0,593	0,931	0,317
COPE Kendine Ceza	r	0,032	-0,010	0,148
	p	0,870	0,958	0,444
COPE toplam puanı	r	-0,013	0,381	-0,007
	p	0,948	0,042	0,971

Spearman korelasyon analizi yapılmıştır, r: korelasyon kat sayısı

4.2.2 Prostat kanseri olan katılımcılarda RT sonrası kendine yardım alt boyutu puanı ile ilişkili faktörler

Kendine yardım alt boyutunda azalma olan prostat kanseri hastalarında bu alt boyut ile ilişkili olabilecek faktörler araştırılmıştır. Erkeklerin demografik özellikleri ile COPE kendine yardım alt boyutu ilişkili değildir (Tablo 20).

Tablo 20. Prostat kanseri hastaların demografik özellikleri ile kendine yardım ilişkisi

Ölçüt (n)		COPE kendine yardım alt boyutu					
		$\bar{x}$	SD	m	Min	Max	p
Yaş*	<65 yaş (11)	17,64	13,64	18,0	12	24	0,571
	>65 yaş (18)	18,61	4,10	18,0	10	24	
Öğrenim durumu*	İlkokul ve altı (12)	19,33	3,26	18,5	14	24	0,263
	Ortaokul ve üzeri (17)	17,47	4,21	18,0	10	24	
Meslek**	İşçi (5)	19,40	3,29	20,0	15	24	0,550
	Memur (7)	16,86	4,85	17,0	10	24	
	Serbest (17)	18,47	3,71	18,0	12	24	
Ekonomik durum**	Gelir gidere denk (18)	18,67	4,31	18,0	10	24	0,708
	Gelir giderden fazla (3)	17,67	4,93	20,0	12	21	
	Gelir giderden az (3)	17,50	2,73	17,0	14	22	
İkamet yeri*	İzmir (19)	17,95	4,24	18,0	10	24	0,636
	İzmir dışı (10)	18,80	3,29	18,0	13	24	
Yerleşim bölgesi*	İl/ilçe (25)	17,80	3,84	18,0	10	24	0,160
	Köy (4)	21,00	3,46	21,0	18	24	
Kaç yıldır ikamet ettiği yerde bulunduğu*	31 yıl ve altı (14)	18,29	3,69	18,0	12	24	0,999
	31 yıl üzeri (15)	18,20	4,21	18,0	10	24	
Başka şehirden geliyorsa tedavi süresince kalacağı yer**	Kıralık ev,otel (1)	17	.	17,0	17	17	0,502
	Yakını/akrabası (6)	19,33	4,27	19,0	13	24	
	Diğer (4)	19,75	2,87	18,5	18	24	

$\bar{x}$: ortalama, SD: standart sapma, *: Mann whitney U uygulanmıştır, **: Kruskall Wallis uygulanmıştır

Erkeklerin manevi destek kaynakları sorgulanmış olup manevi destek kaynakları ile COPE kendine yardım alt boyutu ilişkili değildir (Tablo 21).

Tablo 21. Prostat kanseri hastaların destek alma durumları ile kendine yardım ilişkisi

Ölçüt (n)		COPE kendine yardım alt boyutu					
		$\bar{x}$	SD	m	Min	Max	p
Akrabalardan manevi destek alıyor mu?*	Evet (21)	18,44	4,30	18,0	10	24	0,429
	Hayır (8)	18	3,49	18,0	12	24	
Arkadaşlardan manevi destek alıyor mu?*	Evet (24)	18,44	3,78	18,0	10	24	0,889
	Hayır (5)	17	5,03	16,0	12	24	
Komşulardan manevi destek alıyor mu?*	Evet (23)	18,67	4,29	18,0	10	24	0,896
	Hayır (6)	17,13	2,47	18,0	12	20	
Herhangi bir kurumdan destek ya da yardım alıyor mu?*	Evet (6)	20	3,35	19,0	16	24	0,278
	Hayır (23)	17,78	3,97	18,0	10	24	

$\bar{x}$: ortalama, SD: standart sapma, *: Mann whitney U uygulanmıştır, **: Kruskall Wallis uygulanmıştır

Prostat kanseri hastalarında sigara kullanma durumu (p: 0,471), CCI (p: 0,135), salgın nedeniyle hastaneye gitmeye çekinme durumu (p: 0,854) ve hastaneden randevu almanın kolaylığı (p: 0,500) COPE kendine yardım alt boyutu ile ilişkili değildir (Tablo 22).

Tablo 22. Prostat kanseri hastaların bazı özellikleri ile kendine yardım ilişkisi

Ölçüt (n)		COPE kendine yardım alt boyutu					
		$\bar{x}$	SD	m	Min	Max	p
Sigara kullanımı**	Hayır, hiç kullanmadım (6)	18,67	4,68	18,0	12	24	0,471
	Evet, halen kullanıyorum (5)	19,80	3,63	20,0	14	24	
	Bıraktım (18)	17,67	3,79	18,0	10	24	
Charlson komorbidite indeksi*	3-4 (7)	16,29	4,35	17,0	12	24	0,135
	5 ve üzeri (22)	18,86	3,63	18,5	10	24	
Salgın nedeniyle hastaneye gitmeye çekindiniz mi?*	Evet (6)	17,13	4,02	17,0	12	24	0,854
	Hayır (23)	18,67	3,86	18,0	10	24	
Hastaneden randevu almak kolay oldu mu?*	Kolay (7)	17,14	3,44	17,0	13	22	0,500
	Zor (22)	18,59	4,04	18,0	10	24	

$\bar{x}$: ortalama, SD: standart sapma, *: Mann whitney U uygulanmıştır, **: Kruskal Wallis uygulanmıştır

Prostat kanseri hastalarında cerrahi uygulanma durumu (p: 0,914), cerrahi türü (p: 0,304), Gleason derecesi (p: 0,799) ve risk durumu (p: 0,325) COPE kendine yardım alt boyutu ile ilişkili değildir (Tablo 23).

Tablo 23. Prostat kanseri hastaların hastalıkla ilgili özellikleri ile kendine yardım ilişkisi

Ölçüt (n)		COPE kendine yardım alt boyutu					
		$\bar{x}$	SD	m	Min	Max	p
Cerrahi uygulandı mı?*	Evet (14)	18,14	4,90	19,0	10	24	0,914
	Hayır (15)	18,33	2,85	18,0	14	24	
Ne tür prostat cerrahisi uygulandı?*	Radikal prostatektomi (10)	17,20	5,05	18,5	10	24	0,304
	TUR-P (4)	20,50	4,12	20,0	16	24	
Gleason derecesi**	6 (3)	19	1	19,0	18	20	0,799
	7 (19)	18	4,27	18,0	10	24	
	8 ve 9 (7)	18,57	3,91	20,0	12	24	
RiskDurumu*	Orta (14)	17,43	4,05	18,0	10	24	0,325
	Yüksek (13)	19,08	4,01	20,0	12	24	

$\bar{x}$: ortalama, SD: standart sapma, *: Mann whitney U uygulanmıştır, **: Kruskal Wallis uygulanmıştır

Prostat kanseri hastalarında RT dozu COPE kendine yardım alt boyutu ile ilişkili değildir (p: 0,709). RT'nin yan etkisi olup olmaması (p: 0,983), RT sırasında hastaya eşlik eden biri olup olmaması (p: 0,292), RT ekip ortamının hastayı rahatlatma durumu (p: 0,123), RT'de endişe ve korku yaşama durumu (p: 0,933), hastanın RT'yi kolay bir tedavi olarak görme durumu (p: 0,983) COPE kendine yardım alt boyutu ile ilişkili değildir. RT'ye her gün gelmeyi yorucu olarak görme durumu COPE kendine yardım alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($p < 0,001$) (Tablo 24).

Tablo 24. Prostat kanseri hastaların RT ile ilgili özellikleri ile kendine yardım ilişkisi

Ölçüt (n)		COPE kendine yardım alt boyutu					
		$\bar{x}$	SD	m	Min	Max	p
RT dozu*	60 ve altı (2)	17,50	0,71	17,50	17	18	0,709
	60 üzeri (27)	18,30	4,04	18,00	10	24	
Radyoterapinin yan etkisi oldu mu?*	Hayır (13)	18,08	4,72	18,00	10	24	0,983
	Evet (16)	18,38	3,24	18,00	12	24	
Radyoterapi aldığı sürede hastaya eşlik eden biri oldu mu?*	Evet (8)	19,63	3,66	20,00	13	24	0,292
	Hayır (12)	18,67	3,96	18,00	12	24	
	İhtiyacım olmadı (9)	16,44	3,75	18,00	10	21	
Radyoterapi ekip ve ortamı sizi rahatlatmış mı?*	Ortamı, tedaviyi ve ekibi tanıdıkça rahatladım (27)	18,59	3,68	18,00	12	24	0,123
	Hayır rahatlatmadı (2)	13,50	4,95	13,50	10	17	
Radyoterapide endişe ve korku yaşadınız mı?*	Evet (5)	18,60	3,29	18,00	15	24	0,933
	Hayır (24)	18,17	4,07	18,00	10	24	
Radyoterapiye her gün gelmek yorucu muydu?*	Evet (10)	21,60	2,32	21,50	18	24	0,001
	Hayır (19)	16,47	3,37	17,00	10	24	
Radyoterapi size göre kolay bir tedavi miydi?*	Kolay (15)	18,33	3,77	18,00	12	24	0,983
	Zor (14)	18,14	4,17	18,00	10	24	

$\bar{x}$: ortalama, SD: standart sapma, *: Mann whitney U uygulanmıştır, **: Kruskall Wallis uygulanmıştır

Tartışma

Günümüzde sağık fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam iyilik hali olarak tanımlanmaktadır. Kanseri bireylerin sağığını tüm bu boyutlarıyla etkileyebilen bir hastalıktır. Tedavi sürecinin uzun olması, toplum damgalaması, tedavilerin yan etkileri vb. nedenlerle kanseri tanılı bireylerin hayatı oldukça değışmektedir. Kanseri tanısından itibaren kür olana kadar katılımcıların geleceğı dair umutları ve beklentileri, çevresindekilerle ilişkileri etkilenebilmektedir. Ayrıca bu bireyler değışen yaşamlarına uyum sağılamakta güçlük çekebilmekte, kendini cezalandırma, sorunları görmezden gelme, çekimserlik gibi tutumlar oluşabilmektedir. Her bireyde daha önceden de mevcut olabilecek bu davranışlar bir stres kaynağı olarak kanseri tanısı konduktan sonra da ortaya çıkabilmektedir. Çalışmamızda meme kanseri ve prostat kanseri tanılı hastaların radyoterapi öncesi ve sonrası umut ve başa çıkma düzeyleri karşılaştırılmıştır. Tüm katılımcılarda ve meme kanseri hastalarında radyoterapi öncesi ve sonrası umut ve başa çıkma düzeyleri değışmemektedir. Prostat kanseri hastalarında ise COPE kendine yardım alt boyutunda radyoterapi sonrasında anlamlı bir azalma tespit edilmiştir.

Evli olanların sıklığı, 65 yaş ve üzeri bir grupta yapılan bir araştırmada %83,9 olarak (Kersu & Balcı Alparslan, 2020), bir başka araştırmada ise %77,3 olarak (Akbiyık, 2018) bildirilmiştir. Çalışmamızın bulguları literatürle benzerdir. 2007 yılında İzmir’de 75 yaş ve üzeri grupta yapılan bir araştırmada geliri giderinden fazla olanların sıklığı %5,5 olup, geliri giderinden az olanların sıklığı ise %43,2 olarak bildirilmiştir (Sönmez et al., 2007). Son yıllarda ülkemizde huzurevlerinde yapılan bir araştırmada ise bu sıklıklar sırasıyla %5,9 ve %51,3 olarak bildirilmiştir (Ertem, 2021). Bizim çalışmamızda ise bu sıklıklar sırasıyla %15,2 ve %21,2 olarak tespit edilmiştir. Araştırma grubumuzun gelir dağılımı ülkemizde yapılan diğeri çalışmalara göre farklılık göstermektedir. Bu fark, hastanenin bulunduğu bölgede gelir düzeyi yüksek olan nüfusun yaşamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yalnız yaşayanların sıklığı ülkemizde yaşlı grupta yapılan bir araştırmada %4,5 (Akbiyık, 2018) bir başka araştırmada %23,3 olarak (Sönmez et al., 2007)

bildirilmiştir. Bizim araştırmamızda ise bu sıklık %10,6 olup belirgin bir farklılık görülmemiştir.

Ülkemizde son yıllarda 70 yaş ve üzeri meme kanserli hastalarda yapılan bir araştırmada CCI'si 5 ve üzeri olanların sıklığı %6 olarak bildirilmiş olup (Mermut & Inanç, 2019), bizim araştırmamızda bu sıklık %73,2'dir.

En sık görülen meme kanseri türü invaziv kanserler olup (Watkins, 2019), bizim çalışmamızda da invaziv kanserler noninvaziv meme kanserlerine göre daha sık görülmektedir.

Tüm katılımcılarda RT öncesi ve sonrası bel çevresi ve kilo azalmıştır. Sadece meme kanseri hastalarında bakıldığında bel çevresinde, BKİ'de ve kiloda azalma mevcutken, prostat kanseri hastalarında RT öncesi ve sonrasında fiziksel özellikler açısından anlamlı fark saptanmamıştır. RT öncesi ve sonrası vücut ölçümlerinin yapıldığı bir araştırmada prostat kanseri hastalarında kilo kaybının olmadığı bildirilmiştir (Windsor et al., 2004). Ancak genellikle radyoterapi sonrasında kilo kaybı ve bel çevresinde azalma gibi fiziksel değişimler beklenmektedir (Lees, 1999; Zhao et al., 2017)

Bulgularımız Herth'in terminal dönem hastalarda yaptığı çalışmasındaki HHİ puanlarına göre daha yüksektir (Herth, 1992). Schjolberg ve arkadaşlarının çalışmasında meme kanseri tanısı olan katılımcıların HHİ skorları 38.9 ± 5.4 olarak tespit edilmiş olup çalışmamız ile benzerdir (Schjolberg, Dodd, Henriksen, & Rustoen, 2011). Smith ve arkadaşlarının prostat kanseri olan hastalarda yaptığı çalışmada HHİ puanları (44.8 ± 3.86) bizim çalışmamıza göre daha yüksektir (Smith et al., 2010). Kanada'da ileri evre kanseri olan hastalarda yapılan araştırmanın HHİ puanları 37.79 ± 5.97 çalışmamızla benzerdir (Duggleby et al., 2013). Ülkemizde kanserli hastalarda yapılan bir araştırmada HHİ Olumlu hazır oluşluk ve beklenti alt boyut puanı 9.84 ± 1.37 olarak bildirilmiş olup, bu alt boyut puanı çalışmamıza göre daha düşüktür ancak diğer boyutlar ve HHİ toplam puanları çalışmamızın bulguları ile benzerdir (Aslan, Sekmen, Kömürcü, & Özet, 2007). Genel olarak bakıldığında çalışmamızdaki HHİ puanları literatür ile benzerdir. Çalışmamızda katılımcıların RT öncesi ve sonrası HHİ ve alt boyut puanlarının benzer olduğu görülmüştür. Lai ve arkadaşlarının çalışmasına göre de radyoterapi öncesi ve sonrasında HHİ puanları

değişmemektedir (Lai et al., 2003). Wakiuchi ve arkadaşları ise kanserli hastaların kemoterapi öncesi ve sonrası HHİ puanlarının değişmediğini tespit etmiştir (Wakiuchi, Marchi, Norvila, Marcon, & Sales, 2015).

COPE ölçeğinin 32 maddelik versiyonunun Türkçe versiyonu kullanılarak yapılmış bir araştırma bulunmamaktadır. Diğer dillere adaptasyonları yapılmıştır ancak Carver'in geliştirdiği ilk versiyonu çok madde içerdiğinden ve 14 faktörlü yapıda olduğundan kültürel adaptasyonlar sırasında birçok madde ölçekten çıkarılmış ve faktör sayıları da farklılaşmıştır (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989). Dolayısıyla alt ölçeklerde ve toplam puanlarda bir standart söz konusu değildir. Örneğin bazı adaptasyon çalışmalarında sosyal destek alt boyutu bulunmakta olup bazılarında bulunmamaktadır. Kenya adaptasyonu 5 alt boyuttan oluşmakta iken Türk diline adaptasyonundan farklı alt boyutlar içermektedir (Kimemia, Asner-Self, & Daire, 2011). Yunancaya adaptasyonu 8 alt boyuttan oluşurken (Kapsou, Panayiotou, Kokkinos, & Demetriou, 2010), Amerika'da yapılan bir araştırmada iki boyutta toplanmıştır (David & Knight, 2008). Bu nedenle araştırmamızda ölçek alt boyut ve toplam puanlarından ziyade başa çıkma tutumları ile ilişkili faktörler tartışılmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik çalışmasında katılımcılara 4 hafta ara ile tekrar ulaşılmış ve ölçek puanlarının değişmediği görülmüştür (Dicle, 2015). Ölçek geliştirilirken ise üniversite öğrencilerinin COPE alt boyut puanlarının 6-8 haftalık aradan sonra stabil kaldığı bildirilmiştir (Carver et al., 1989). Çalışmamızda tüm katılımcılar değerlendirildiğinde ve sadece meme kanseri olan katılımcılar değerlendirildiğinde literatürle uyumlu olarak ölçek puanlarının 40-50 günlük aralıktan sonra değişmediği görülmüştür. Ancak sadece prostat kanseri olan katılımcılar kendi içinde değerlendirildiğinde kendine yardım alt boyutunun RT sonrası daha düşük olduğu, diğer alt boyut ve toplam puanlarının ise değişmediği bildirilmiştir. RT almak prostat kanseri tanısı olan katılımcıların kendine yardım başa çıkma yöntemini olumsuz etkiliyor olabilir. Bu alt boyutu etkileyebilecek diğer faktörlerin araştırılması için çok değişkenli analizlere ihtiyaç bulunmakta olup verisetinin normal dağılmaması ve örneklem sayısının az olması nedeniyle varyans analizi yapılamamıştır (Dixon, 2008). Bu nedenle ölçeği oluşturan maddeler incelenmiş “Ne hissettiğimi birileri ile paylaşırım” ve “Bir durumla ilgili daha fazla bilgi almak için birileri ile konuşurum” maddelerinde azalmanın anlamlı olduğu görülmüştür. Bu nedenle prostat kanseri olan

katılımcıların RT sonrasında kendine yardım için birileri ile iletişime geçmediği ve/veya sosyalleşmediği düşünülmüştür. Prostat kanseri olan katılımcıların kendine yardım alt boyutundaki bu değişimin daha çok sosyalleşme ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Pandemi nedeniyle sosyal desteğin azalmış olması ve sokağa çıkma yasağı gibi nedenlerle bu alt boyutta azalma olmuş olabilir. Ancak bu faktörler kontrol edilemeyeceğinden hastaların tedaviye uyumunu ve başa çıkma becerilerinin artırılması amacıyla, prostat kanseri tanılı hastalara RT uygulanmadan önce ve RT sırasında psikososyal desteği artırıcı yaklaşımlar da önerilir. Radyoterapinin anksiyeteyi artırıcı bir faktör olduğu ve (Andersen, Karlsson, Anderson, & Tewfik, 1984) sosyal desteğin az olmasının anksiyeteyi artırdığı bilinmektedir (D'haese et al., 2000). Her ne kadar prostat kanseri olan hastalarda aileden, akrabalarından, arkadaşlardan, komşulardan ya da herhangi bir kurumdan manevi destek alıp almamak kendine yardım alt boyutu ile ilişkili bulunmasa da, belirtilen kaynaklardan manevi destek alanların kendine yardım alt boyutlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Örneklem büyüklüğü artırıldığında bu alanda farklılık tespit edileceğini düşünmekteyiz. Yapılacak ileri araştırmalarda RT alan prostat kanseri hastalarında kendine yardım başa çıkma yöntemi ile sosyal desteğin ilişkilendirilmesini önermekteyiz. Kanser hastalarına sağlanan psikososyal destek başa çıkma becerilerini artırmaktadır (Spiegel, 1994). Bu alanda yapılan araştırmalara ve geliştirilen ölçeklere bakıldığında birileri ile iletişime geçmek ve duyguları birileri ile paylaşmak genellikle psikososyal destek arama davranışı ile birlikte ele alınmaktadır. Örneğin ülkemizde kanser tanılı hastalar ve ailelerinde yapılan bir araştırmada duyguları birileri ile paylaşmanın teşvik edilmesi ve baş etme becerilerinin bununla ilişkili olduğu bildirilmiştir (Gunay, 2019). Sosyal destek insanlara çevresinde yer alan ve yardım etmeye hazır olan kişiler tarafından sunulur. İnsan çevresinin sosyal desteği bireyin psikososyal durumu ile ilişkili olup, sosyal desteğin eksikliğinin depresyonla ilişkili olduğuna dair bulgular literatürde mevcuttur (Donev, Pavlekovic, & Lijana, 2008). Ayrıca insanlarla ilişkiler ve sosyal bağların güçlü olması da psikososyal dayanıklılık için gereklidir. Crothers ve arkadaşları kanser hastalarında sosyal destekten alınan doyumun, umudun önemli bir oranını açıkladığını tespit etmiş ve sosyal desteğin niteliğine vurgu yapmışlardır (Crothers, Tomter, & Garske, 2005). Kanser tanısı alan bireyin kendisinin dışında aile bireyleri de psikososyal açıdan olumsuz etkilenebilmektedir. Yapılan araştırmalarda kanser tanılı bireylere destek vermesi

beklenen aile bireyleri ve yakınlarında da depresyon, anksiyete vb. sorunlar görülebilmektedir (Baider & Kaplan De-Nour, 1984; Gilbar & Gilbar, 1994). Ülkemizde yapılan bir araştırmada aile desteği ve arkadaş desteği arttığında meme kanserli hastaların baş etme becerilerinde bir artış olduğu bildirilmiştir (Ozdemir et al., 2018). Yapılan araştırmalarda aile bireylerinin desteği olması durumunda Kendine yardım baş etme yönteminin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Hatta bu amaçla çeşitli sosyal kuruluşlar tarafından Kendine yardım grupları oluşturulmuş aile bireylerinin de katılımı önerilmiştir (Citron, Solomon, & Draine, 1999; Kitvak, 2022; SağKal, 2022; Telleen, Herzog, & Kilbane, 1989). Zuckermen ve Gagne kendine ceza baş etme yönteminin maladaptif başa çıkma yöntemi olduğunu bildirmiştir (Zuckerman & Gagne, 2003). Çalışmamızda akrabalar, arkadaşlar, komşular ya da herhangi bir kurumdan manevi destek alan prostat kanseri tanılı katılımcıların anlamlı olmasa da kendine yardım baş etme yöntemlerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Hem baş etme stratejileri açısından hem de kanser hastalarının yakınında duygularını paylaşabileceği bir birey olmasından dolayı çevresinde manevi destek kaynağı olan hastaların kanserle daha çok başa çıkabildiğini düşünmekteyiz. Baş etme kaynaklarındaki yetersizlik bulunan, aile ve akraba desteği olmayan katılımcıların kurumsal destek kaynaklarına yönlendirilmesi baş etme becerilerini güçlendirebilir. Özellikle prostat kanseri tanısı olan katılımcıların duygularını paylaşabileceği ortamlarla desteklenmesi bu bireylerin baş etme becerileri açısından önemlidir.

Covid-19 pandemisi sırasında hastaneler acil müdahaleler dışında hasta kabulünü durdurduğu ya da sınırladığı için randevu almak ülkemizde zor hale gelmiştir, bazı katılımcılar tanıdıkları aracılığıyla hastaneden randevu alabilmiş, bazı katılımcılar takibinin yapıldığı hastaneye gitmek yerine özel hastaneden randevu almak zorunda kalmıştır. Covid-19'un kronik hastalığı olan bireylerde fatalitesinin daha yüksek olduğu bilinmektedir (Nekhlyudov et al., 2020). Kanserden kurtulanlarda yapılan bir araştırmada pandemi sırasında katılımcıların başa çıkma becerilerinin ve başa çıkma kaynaklarının düştüğü bildirilmiştir (Galica et al., 2021). Birçok alanda yüz yüze iletişim yerine, uzaktan iletişim tercih edilmiştir. Muayene ve tetkikler sırasında olmasa da psikososyal destek açısından, destek gruplarına katılım açısından pandemi gibi sokağa çıkma yasaklarının olduğu dönemlerde uzaktan erişim sağlanması kanser hastalarının baş etme becerileri açısından faydalı olabilir.

VAS (Visual Analog Scale), ilk kez 1921 yılında Hayes tarafından kullanılmış olup daha çok fizik tedavi ile ilgili çalışmalarda ağrının ölçülmesi amacıyla kullanılmaktadır (Hayes, 1921). Yaşam kalitesi, genel sağlık durumu gibi çeşitli ölçümler amacıyla çeşitli adaptasyonları olmuştur (Brazier & Ratcliffe, 2017; Lundberg, 1999; The EuroQol Group, 1990). Almanya’da yapılan bir araştırmada genel sağlık düzeyi ile HHİ toplam puanı arasında düşük düzeyde aynı yönde korelasyon, yaşam kalitesi ile HHİ toplam puanı arasında orta düzeyde aynı yönde korelasyon tespit edilmiştir. Aynı çalışmada Stres Verici Durumlar için Başa Çıkma Envanteri (CISS) ile genel sağlık düzeyi arasında düşük düzeyde aynı yönde korelasyon tespit edilmiştir (van Gestel-Timmermans, van den Bogaard, Brouwers, Herth, & van Nieuwenhuizen, 2010). Bizim araştırmamızda ise genel sağlık düzeyi HHİ gelecek, HHİ Olumlu hazır oluşluk ve beklenti ve HHİ toplam puanı ile korele olarak bulunmuştur. Çalışmamızda sağlık düzeyi COPE ölçeği ile korele değildir. Yapılan araştırmalarda WHOQOL yaşam kalitesi ölçeği ile HHİ arasında da orta derecede aynı yönde korelasyon olduğu bildirilmiştir (Schränk, Woppmann, Sibitz, & Lauber, 2011; Wahl et al., 2004). Çalışmamız literatür bulguları ile uyumludur. Umudun genel sağlık düzeyi, yaşam kalitesi ve uyum üzerinde olumlu etkisinin olduğu birçok araştırmada ortaya konmuştur (Lee & Hoskins, 1998). Bizim araştırmamızda da HHİ gelecek alt boyutu, HHİ Kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler alt boyutu ve HHİ toplam puanı; COPE Kendine yardım alt boyutu, COPE yaklaşım alt boyutu ve COPE toplam puanı yaşam kalitesi ile korele olarak bulunmuştur. Kanser tanılı hastalarda yapılan bir araştırmada Duygudurum Profili ölçeği (POMS) ile COPE sakınma kaçınma alt boyutu arasında çok düşük düzeyde ters yönde ilişki tespit edilmiş olup diğer alt boyutlar açısından bir korelasyon bildirilmemiştir (Stanton, Danoff-burg, & Huggins, 2002). Bizim araştırmamızda ise tüm katılımcılarda COPE kendine yardım alt boyutu ile uyum arasında düşük düzeyde de olsa korelasyon tespit edilmiştir.

RT’ye her gün gelmeyi yorucu olarak bulan erkek katılımcıların COPE Kendine yardım alt boyutu puanları daha yüksektir. Niteliksel bir araştırmada kanser tedavisi gören hastalarda baş etme becerileri sorgulanmış olup yorgunluğa bakış açıları değerlendirilmiştir. Yorgunluğa karşı sağlanan uyumun, katılımcıların algıladığı duygusal duruma bağlı olduğu saptanmıştır. Örneğin bir katılımcı “yorgunlukla başa

çıkma tamamen ona karşı tutumunla ilişkili bir şey, yani yapabileceklerini değiştirmek ve yapamayacaklarını kabullenmek” şeklinde, başka bir katılımcı “Yorgunluk yenilenmek için bir şans, daha iyi olmak için” şeklinde, bir başka katılımcı ise görmez sorunu görmezden gelerek “Yokmuş gibi davranmayı tercih ederim” şeklinde, bir başka katılımcı ise “başta çıkabiliyorum çünkü istediğim zaman dinlenebiliyorum” şeklinde beyanda bulunmuştur (Pearce & Richardson, 1996). u Yorgunluk hisseden katılımcılar baş etme becerilerinin yüksek olmasını “iyileşmek için bir şans olarak ” şeklinde açıklamıştır. Buradan yola çıkarak her bir bireyde yorgunluk farklı bir biçimde algılanabilmekte ve baş etme becerisi yöntemi de bu algı ile ilişkili olabilmektedir. Bizim araştırmamızda RT’ye her gün gelip gitmeyi yorucu olarak gören prostat kanseri hastalarının kendine yardım baş etme yöntemini tercih ettikleri tespit edilmiştir. Bunun dışında yorgunluk hastalar tarafından hastalığın ilerlediği şeklinde de algılanabilmektedir (Dow, 2003). Bu nedenle yorgunluk bir stres faktörü ve baş edilmesi gereken bir etmen olarak algılanmış olabilir. Ek olarak radyoterapiye her gün gelmekten ve RT yan etkilerinden doğan yorgunluğun radyoterapi sırasında görülebileceği de düşünülmüştür. Bu durumun sosyal aktiviteler veya işle ilgili istek eksikliği gibi psikososyal sorunları işaret edebileceği unutulmamalıdır (Lee, 2001). Kanser tanılı hastalar radyoterapi sırasında iş ve ev ile ilgili sorumlulukları da yürütmek durumunda kaldığından yorgunluk kimi hastalarda daha belirgin olabilmektedir. Yorgunluğun baş etme becerisi ile ilişkisinin daha net ortaya konması için kullanılan diğer ilaçların yan etkilerinin ya da diğer sorumlulukları da yerine getirme mecburiyeti gibi faktörlerin, olası diğer psikososyal sorunların da ele alınması gerekmektedir. İleride yapılacak araştırmalarda bu faktörlerin de değerlendirilmesi önerilir.

Araştırmanın Güçlü Yanları

İlk olarak, ileri yaş kanser hastalarında RT öncesi ve sonrası umut düzeyleri ve başa çıkma yöntemlerini inceleyen bir araştırma bulunmaması nedeniyle çalışmamız özgündür. Kanser hastalarında başa çıkmanın önemi büyüktür. Bu hastaların başa çıkma yöntemlerindeki farklılıkların ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi hastalara psikososyal destek sağlarken geliştirilecek yöntemler açısından çalışmamız öncü

olabilir. Türk diline adaptasyonu yapılmış olan COPE ölçeğinin yaygın bir ölçek olmaması nedeniyle literatüre yapacağı katkı açısından çalışmamız önemlidir.

İkinci olarak, literatürde umut düzeyini ölçen birçok araştırma bulunmaktadır. Güvenilir bir umut ölçeği ihtiyacı araştırmacılar için bir endişe kaynağıdır (Eliott & Olver, 2002). Umudun önemine artan ilgi, umut ölçeklerinin psikometrik özelliklerinin sistematik olarak değerlendirilmesi ihtiyacını da artırmıştır. Umudun ölçülmesiyle ilgilenen herkesin, umudun ortak teorik çerçevelerine ve bu temel umut teorilerini ölçmek için geliştirilen ölçülere aşina olması gerekmektedir. Çalışmamızda, literatürde sık kullanılan HHİ ölçeği kullanılmıştır. Umudu ölçmek için çeşitli araçlar üretmek ve potansiyel olarak bu araçları değiştirmek gerekmektedir (Amirav, Ansell, Harrison, Norrena, & Olivo, 2018). Sağlıklı bireylerde umudu ölçmede Gottschalk Umud Ölçeği (Gottschalk, 1974), Miller Umud Ölçeği (Miller & Powers, 1988), Erikson, Post ve Paige Umud Ölçeği (Erikson, Post, & Paige, 1975), Umud Ölçeği (Staats & Partlo, 1993) gibi bazı ölçekler kullanılır. Söz konusu ölçekler umut konusundaki farklı teorik yapıları temel almakta, farklı bileşenler doğrultusunda umudu belirlemeye çalışmaktadır (Stoner, 2004). Kronik düzeyde hasta bireylerin umut düzeylerini belirlemeye yönelik olarak geliştirilen ölçeklerden bazıları şu şekildedir: Herth Umud Ölçeği, Stoner Umud Ölçeği, Time Opinion Survey, Nowotny Umud Ölçeği ve Miller Umud Ölçeği (Aslan et al., 2007; Stoner, 2004; Tarhan & Bacanlı, 2015). Bu ölçekler hasta bireylerce umudun tanımlanması, hasta bireylerin umudunu etkileyen bireysel inançları, hastalık dereceleri, bakım veren kişiler ve aileleri ile ilişkileri, manevi stratejileri, dünya görüşleri gibi bileşenleri içermektedir (Stoner, 2004). Ülkemizdeki araştırmalar (Akalin,2006;Esenay, 2007; Öz, 2006) incelendiğinde, umut konusunun yaygın olarak umutsuzluk temel alınarak ve Beck Umutsuzluk Ölçeği kullanılarak belirlenmeye çalışıldığı görülmüştür. Schrank ve arkadaşları 2008 yılında yaptıkları çalışmada, umudu ölçmek için 32 aracın tasarlandığını belirtmiştir. Bu araçların bazı örnekleri arasında Snyder Umud Ölçeği (1991), Durum Umud Ölçeği (1997), Miller Umud Ölçeği (1988) ve Herth Umud Ölçeği (HHS) (1989) sayılabilir (Schrank et al., 2008).

Araştırmanın Kısıtlılıkları

İlk olarak, pandemi nedeniyle Türkiye’de yaşlı nüfusa sokağa çıkma yasağı getirilmiştir. Buna ek olarak radyoterapide kullanılan cihazlarda meydana gelen arızalardan dolayı çalışmanın yürütüldüğü süre zarfında hedeflenen örneklem büyüklüğüne ulaşılamamıştır. İleride yapılacak araştırmalarda örneklem büyüklüğü artırılarak değerlendirmelerin yapılması çalışmanın gücünü artıracak ve olası anlamlı tespitlerin yapılmasını sağlayabilir.

İkinci olarak, çalışmamızda kullanılan COPE başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği sık kullanılan bir ölçek değildir. Bu nedenle literatür bulguları ile karşılaştırmalar yapılırken benzer ölçek kullanılan araştırmalarla karşılaştırmalar yapılmıştır. Anket türündeki ölçekler kognitif ve davranışsal baş etme stratejilerini tam anlamıyla ölçmemektedir. Katılımcıların ileri yaş olması nedeniyle kognitif fonksiyonları ve algılama düzeyleri düşüktür. Ölçek formlarındaki sorular katılımcılara araştırma yürütücüsü tarafından okunup açıklanarak katılımcıların yanıtları edinilmiştir. Anket uygulama süresinin de uzun olması hesaba katıldığında katılımcıların başa çıkma düzeyleri ve umut düzeyleri tam olarak ölçülememiş olabilir. Başa çıkma alanındaki araştırmalar, psikometrik olarak sağlam birkaç başa çıkma önlemi üretmiştir. Başa çıkma ölçekleri geliştiren araştırmacılar, başa çıkma davranışında olası cinsiyet farklılıklarını da sıklıkla hesaba katmamaktadırlar. Çeşitli başa çıkma araçları genellikle tek bir homojen grupta (örneğin üniversite öğrencileri veya hastalar) kullanılarak geliştirilmektedir ve çeşitli popülasyonlar arasında karşılaştırmalar ve genellemeler sorun yaratmaktadır. Ben-Porath, Waller ve Butcher (1991), bazı başa çıkma ölçeklerinin, uygulanamayan veya uygun olmayan maddeler sorununa karşı potansiyel olarak savunmasız olabileceğini söylemektedirler (Ben-Porath, Waller, & Butcher, 1991). Çoğu başa çıkma ölçeği için seçilen maddeler, potansiyel başa çıkma tepkilerinin bir kısmını temsil ettikleri için seçilmişlerdir. Waller (1989), öz bildirim ölçeklerinin bazen belirli durumlarda bazı bireylere uygulanamayan maddeler içerdiğini belirtmiştir (Waller, 1989). Bizim örneklemimizde kullanmak için en uygun başa çıkma ölçeği Dicle ve Ersanlı’nın dilimize adaptasyonunu yaptığı başa çıkma ölçeğidir.

Üçüncü olarak, hangi faktörlerin umut ve başa çıkmadaki değişime daha çok etkisinin olduğunu belirlemek amacıyla yapılacabilecek olan varyans analizi için daha çok katılımcıya ihtiyaç vardır.



Sonuç ve Öneriler

Araştırmamızda kanser hastalarında umut düzeyi ve başa çıkma yöntemlerine RT'nin etkisi incelenmiş, ek olarak umut düzeyi ve başa çıkma yöntemleri ile ilişkili faktörler incelenmiştir. Tüm katılımcıların kilo ve bel çevresi ölçümleri RT sonrasında azalmıştır, diğer fiziksel ölçümler RT öncesi ile benzerdir. Prostat kanseri hastalarında RT öncesi ve sonrası vücut ölçümleri benzerken meme kanseri hastalarında sadece bel çevresinde anlamlı azalma mevcuttur.

Prostat kanseri tanımlı katılımcıların kendine yardım baş etme yöntemi RT sonrasında azalmıştır. Kendine yardım alt boyutunu oluşturan maddeler incelendiğinde bu değişimin sosyalleşme ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Prostat kanseri tanımlı hastaların RT sırasında başa çıkma düzeyleri açısından değerlendirilmesi önerilir. Diğer ölçek puanları prostat kanseri hastalarında, meme kanseri hastalarında ve tüm katılımcılarda RT sonrasında RT öncesi ile benzerdir.

RT sonrası uyum, yaşam kalitesi ve sağlık düzeyi ölçümlerinin RT sonrası HHİ puanlarından en çok korele olduğu ve COPE puanlarından en çok korele olduğu puanlara bakıldığında; katılımcıların uyum puanları COPE kendine yardım puanı ile düşük düzeyde aynı yönde korele olup HHİ ölçeği ile korele değildir, yaşam kalitesi puanları en çok HHİ toplam puanı ile düşük düzeyde aynı yönde, sağlık düzeyi puanları daha çok HHİ gelecek alt boyutu puanı düşük düzeyde aynı yönde korele olup COPE ölçeği ile korele değildir.

Tüm katılımcılarda RT'ye her gün gidip gelmeyi yorucu olarak bulanların COPE kendine yardım alt boyut puanı daha yüksektir. Birçok faktör ile ilişkili olabilecek yorgunluğun başa çıkma ile ilişkisini değerlendirirken diğer faktörlerin de sorgulanmasını önermekteyiz.

Kaynaklar

- Akalın, Ö. (2006). Okul öncesi öğretmen adaylarının mesleki algıları ile geleceğe yönelik umut düzeylerinin karşılaştırılması (PhD Thesis). Marmara Üniversitesi (Turkey).
- Akbıyık, I. (2018). Yaşlı Kanser Hastalarında Kemoterapi Öncesi Kırılganlık ve Diğer Klinik Etkenlerin Erken Dönem Kemoterapi Toksisitesi İle İlişkisi.
- American Cancer Society. (2012). Breast Cancer - Introduction. Retrieved 1 February 2022, from <https://www.cancer.net/cancer-types/breast-cancer/introduction>
- American Cancer Society. (2012). Prostate Cancer - Risk Factors and Prevention. Retrieved 21 February 2022, from <https://www.cancer.net/cancer-types/prostate-cancer/risk-factors-and-prevention>
- American Cancer Society. (2012). Prostate Cancer - Stages and Grades. (2012). Retrieved 21 February 2022, from <https://www.cancer.net/cancer-types/prostate-cancer/stages-and-grades>
- American Cancer Society. (2012). Prostate Cancer - Types of Treatment. Retrieved 21 February 2022, from <https://www.cancer.net/cancer-types/prostate-cancer/types-treatment>
- American Cancer Society. (2022). Understanding Your Breast Cancer Diagnosis. Retrieved 2 January 2022, from <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/understanding-a-breast-cancer-diagnosis.html>
- Andersen, B. L., Karlsson, J. A., Anderson, B., & Tewfik, H. H. (1984). Anxiety and cancer treatment: Response to stressful radiotherapy. *Health Psychol*, 3(6), 535–551. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.3.6.535>
- Aslan, Ö., Sekmen, K., Kömürcü, Ş., & Özet, A. (2007). Kanseri Hastalarda Umut. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(2), 18–24.

- Ayvat, İ., & Özbaş, A. A. (2021). Yaşlı Kanser Hastalarının Destekleyici Bakım Gereksinimleri: Gereksinimler de Yaşlanıyor mu? Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 8(1), 93–100.
- Baider, L., & Kaplan De-Nour, A. (1984). Couples' reactions and adjustment to mastectomy: A preliminary report. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 14(3), 265–276. <https://doi.org/10.2190/WVVE-D9CF-VN7F-L4D7>
- Ben-Porath, J. S., Waller, N. G., & Butcher, J. N. (1991). Assessment of coping: An empirical illustration of the problem of inapplicable items. *Journal of Personality Assessment*, 57(1), 162–176.
- Blair, C. K., Jacobs, D. R., Demark-Wahnefried, W., Cohen, H. J., Morey, M. C., Robien, K., & Lazovich, D. (2019). Effects of cancer history on functional age and mortality. *Cancer*, 125(23), 4303–4309. Retrieved from <https://doi.org/10.1002/cncr.32449>
- Bolla, M., Gonzalez, D., Warde, P., Dubois, J. B., Mirimanoff, R.-O., Storme, G., ... Gil, T. (1997). Improved survival in patients with locally advanced prostate cancer treated with radiotherapy and goserelin. *New England Journal of Medicine*, 337(5), 295–300.
- Brazier, J., & Ratcliffe, J. (2017). Measurement and Valuation of Health for Economic Evaluation. In *International Encyclopedia of Public Health* (pp. 586–593). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803678-5.00457-4>
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Kaim, M., Funesti-Esch, J., Galietta, M., ... Brescia, R. (2000). Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA*, 284(22), 2907–2911. Retrieved from <https://doi.org/10.1001/jama.284.22.2907>
- Can, M. İ., & Aslan, A. (2014). Yaşlanmanın moleküler temelleri. *Erciyes Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Fen Bilimleri Dergisi*, 30(2), 107–112.
- Caron B. Goode, Goode, Nd Tom, & Russell, Sfo. (2006). Help Kids Cope with Stress & Trauma. Retrieved 23 February 2022 from <https://www.amazon.com/Help-Kids-Cope-Stress-Trauma/dp/142430024X>

- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol*, 56(2), 267–283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
- Cary, L. A., & Chasteen, A. L. (2015). Age stereotypes and age stigma: Connections to research on subjective aging. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 35(1), 99–119.
- Cheng, L., Pretlow, T. G., Abdul-Karim, F. W., Kung, H.-J., Tsai, M.-L., Dawson, D. V., ... Moon, Y.-W. (1998). Evidence of independent origin of multiple tumors from patients with prostate cancer. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 90(3), 233–237.
- Chi, G. C.-H.-L. (2007). The Role of Hope in Patients With Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 34(2), 415–424. Retrieved from <https://doi.org/10.1188/07.ONF.415-424>
- Chochinov, H., & McClement, S. (2008). Hope in advanced cancer patients. *Eur J Cancer*, 44, 1169–1174.
- Chory-Assad, R. M., & Yanen, A. (2005). Hopelessness and Loneliness as Predictors of Older Adults' Involvement With Favorite Television Performers. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 49(2), 182–201. Retrieved from https://doi.org/10.1207/s15506878jobem4902_3
- Citron, M., Solomon, P., & Draine, J. (1999). Self-Help Groups for Families of Persons with Mental Illness: Perceived Benefits of Helpfulness. *Community Mental Health Journal* 1999 35:1, 35(1), 15–30. <https://doi.org/10.1023/A:1018791824546>
- Coyne, J. C., Aldwin, C., & Lazarus, R. S. (1981). Depression and coping in stressful episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 90(5), 439.
- Crothers, M. K., Tomter, H. D., & Garske, J. P. (2005). The Relationships Between Satisfaction with Social Support, Affect Balance, and Hope in Cancer Patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 23(4), 103–118. https://doi.org/10.1300/J077v23n04_06
- Cutcliffe, J., & Herth, K. (2002). The concept of hope in nursing 2: hope and mental health nursing. *British Journal of Nursing*, 11(13), 885–893.

- Çınar, D. (2019). Meme kanserli kadınlarda e- mobil eğitimin yaşam kalitesine etkisi. Ege Üniversitesi. Retrieved 26 February 2022 from https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=wWScLpr-p2dZYzZ_jxqJPg&no=TDcIvcEtn7olDivMrEmKNA
- D'haese, S., Vinh-Hung, V., Bijdekerke, P., Spinnoy, M., de Beukeleer, M., Lochie, N., ... Storme, G. (2000). The effect of timing of the provision of information on anxiety and satisfaction of cancer patients receiving radiotherapy. *Journal of Cancer Education*, 15(4), 223–227. <https://doi.org/10.1080/088581900009528702>
- Dall'Era, M. A., Albertsen, P. C., Bangma, C., Carroll, P. R., Carter, H. B., Cooperberg, M. R., ... Soloway, M. S. (2012). Active Surveillance for Prostate Cancer: A Systematic Review of the Literature. *European Urology*, 62(6), 976–983. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2012.05.072>
- David, S., & Knight, B. G. (2008). Stress and coping among gay men: Age and ethnic differences. *Psychol Aging*, 23(1), 62–69. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.23.1.62>
- Dedeli, Ö., Fadiloğlu, Ç., & Uslu, R. (2008). Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 23(3), 132–139.
- Deng, J., & Xing, L. (2019). *Big Data in Radiation Oncology*. CRC Press.
- Dicle, N.A. (2015). Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeğinin türkçeye uyarlama geçerlik ve güvenirlik çalışması. *J Acad Soc Sci*, 3(16), 111–126. <https://doi.org/10.16992/ASOS.783>
- Dixon, P. Models of accuracy in repeated-measures designs. *J Mem Lang* (2008) 59(4) 447-456
- Doğan, E. (2009). Acil servise nefes darlığı ile gelen hastaların hızlı tanısında yayakbaşı USG nin etkinliği. Retrieved 29 January 2022 from <http://acikerisim.erbakan.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12452/4686>

- Donev, D., Pavlekovic, G., & Lijana, Z. (2008). Social Networks and Social Support in Health Promotion Programmes. In Programmes for Training on Research in Public Health for South Eastern Europe (Vol. 4).
- Dow, KH. (2003). Contemporary Issues In Breast Cancer. 2nd Edition. p: 128. Jones & Bartlett Learning, Burlington.
- Duggleby, W., Williams, A., Holstlander, L., Cooper, D., Ghosh, S., Hallstrom, L. K., ... Hampton, M. (2013). Evaluation of the living with hope program for rural women caregivers of persons with advanced cancer. BMC Palliat Care, 12(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-12-36/TABLES/5>
- Ercüment, E., Albayrak, H., Erim, F., Bek, F. (2017). Meme kanseri hastalarının baş etme stratejilerinin sosyo-demografik değişkenler açısından incelenmesi. Tıbbi Sosyal Hizmet Derg. 0(10), 37-56
- Erickson, R. C., Post, R. D., & Paige, A. B. (1975). Hope as a psychiatric variable. Journal of Clinical Psychology.
- Ertem, M. (2021). Huzurevinde Yaşayan Bireylerin Psikososyal ve Fiziksel İşlevlerinin Değerlendirilmesi. İKÇÜSBFD, 6(1), 113–120. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1386514>
- Esenay, F. I. (2007). Sağlıklı ve kanserli ergenlerde umut. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Farran, C. J., Herth, K. A., & Popovich, J. (1995). Hope and Hopelessness: Critical Clinical Constructs (1st edition). Thousand Oaks, Calif: SAGE Publications, Inc.
- Felder, B. E. (2004). Hope and coping in patients with cancer diagnoses. Cancer Nursing, 27(4), 320–324.
- Galica, J., Liu, Z., Kain, D., Merchant, S., Booth, C., Koven, R., ... Haase, K. R. (2021). Coping during COVID-19: a mixed methods study of older cancer survivors. Supportive Care in Cancer, 29(6), 3389–3398. <https://doi.org/10.1007/S00520-020-05929-5/TABLES/4>

- Gay, H. A., & Michalski, J. M. (2018). Radiation Therapy for Prostate Cancer. *Missouri Medicine*, 115(2), 146–150.
- Gilbar, O., & Gilbar, O. (1994). The elderly cancer patient and his spouse: Two perceptions of the burden of caregiving. *Journal of Gerontological Social Work*, 21(3–4), 149–158. https://doi.org/10.1300/J083V21N03_10
- Gospodarowicz, M., Benedet, L., Hutter, R. V., Fleming, I., Henson, D. E., & Sobin, L. H. (1998). History and international developments in cancer staging. *Cancer Prevention & Control: CPC= Prevention & Controle En Cancerologie: PCC*, 2(6), 262–268.
- Gospodarowicz, Mary. (1998). Locally Advanced Bladder Cancer, Radiation Therapy and Chemotherapy. *European Urology*, 33(Suppl. 4), 27–31.
- Gottschalk, L. A. (1974). A hope scale applicable to verbal samples. *Archives of General Psychiatry*, 30(6), 779–785.
- Gunay, U. (2019). Emotions and coping methods of Turkish parents of children with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 37:3, 398-412, DOI: 10.1080/07347332.2018.1555197
- Gülten SEBER, N. D. (1993). Umutsuzluk Kavramı: Depresyon Ve İntiharda Önemi. Retrieved 21 February 2022 from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kriz/issue/41113/496924>
- Gümüştas, S. (2019). Mesane, Prostat, Testis Kanseri Hastalarında Hastalık Algısı, Beden Algısı, Benlik Saygısının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa. Ruh Sağlığı ve Hast. Hemşireliği Bilim Dalı.
- Halperin, E. C., Perez, C. A., & Brady, L. W. (2013). Perez and Brady's Principles and Practice of Radiation Oncology. Lippincott Williams & Wilkins.
- Hayes, M. H. (1921). Experimental development of the graphics rating method. *Physiol Bull*, 18, 98–99.

- Herth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17(10), 1251–1259. <https://doi.org/10.1111/J.1365-2648.1992.TB01843.X>
- Hurria, A., & Cohen, H. J. (Eds.). (2010). *Practical Geriatric Oncology* (1st edition). Cambridge: Cambridge University Press.
- IARC. (2020). Cancer Today. Retrieved 31 January 2022, from <https://gco.iarc.fr/today/home>
- IARC. (2021). Cancer. Global Cancer Observatory. Retrieved 16 March 2022, from <https://gco.iarc.fr/>
- Irving, L. M., Snyder, C. R., & Crowson, J. J. (1998). Hope and coping with cancer by college women. *Journal of Personality*, 66(2), 195–214.
- Duyar, İ. (2008). Gerontolojinin Temelleri. In *Geriatrici*. Ankara: Türkiye Geriatri Vakfı.
- Kapsou, M., Panayiotou, G., Kokkinos, C. M., & Demetriou, A. G. (2010). Dimensionality of Coping. *J Health Psychol*, 15(2), 215–229. <https://doi.org/10.1177/1359105309346516>
- Karakartal, D. (2018). Kanser hastalarının yaşadıkları psiko-sosyal sorunların incelenmesi. *International Journal of Humanities and Education*
- Karan, M., & Tufan, F. (2010). Yaşlanma Mekanizmaları. *Ege Tıp Dergisi*, 49(3), 11–18.
- Kavradım, S.T. & Özer, Z.C. Kanser Tanısı Alan Hastalarda Umut. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 20214; 6(2): 154-164
- Kelleci, M. (2005). Kanser hastalarının umudunun geliştirilmesine yönelik hemşirelik girişimleri. Retrieved 27 March 2022 from <https://acikerisim.cumhuriyet.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12418/1564>
- Khan, F. M. (2003). *The physics of radiation therapy* (3rd ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Kimemia, M., Asner-Self, K. K., & Daire, A. P. (2011). An exploratory factor analysis of the Brief COPE with a sample of Kenyan caregivers. *Int J Adv Couns*, 33(3), 149–160.
- Kitvak – Kemik İliği Transplantasyon ve Onkoloji Merkezi Kurma ve Geliştirme Vakfı. (2022). Retrieved May 6, 2022, from <https://kitvak.org/>
- Kutsal, Y. (2005). Yaşlanan Kadının Sağlık Sorunları. Ankara: Gebam- Hacettepe Üniversitesi. Retrieved from <http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/yayinlar/yaslanankadin.pdf>.
- Lai, Y.-H., Chang, J. T.-C., Keefe, F. J., Chiou, C.-F., Chen, S.-C., Feng, S.-C., ... Liao, M.-N. (2003). Symptom Distress, Catastrophic Thinking, and Hope in Nasopharyngeal Carcinoma Patients. *Cancer Nursing*, 26(6). Retrieved from https://journals.lww.com/cancernursingonline/Fulltext/2003/12000/Symptom_Distress,_Catastrophic_Thinking,_and_Hope.8.aspx
- Lazarus, R. S., & DeLongis, A. (1983). Psychological stress and coping in aging. *The American Psychologist*, 38(3), 245–254. Retrieved from <https://doi.org/10.1037//0003-066x.38.3.245>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Lee, E. H. (2001). Fatigue and hope: Relationships to psychosocial adjustment in Korean women with breast cancer. *Applied Nursing Research*, 14(2), 87–93. <https://doi.org/10.1053/APNR.2001.22374>
- Lee, E.-H., & Hoskins, C. N. (1998). The relationships of fatigue and hope to psychosocial adjustment to breast cancer in Korean women receiving post-surgical follow-up treatment. Ann Arbor. Retrieved from <https://www.proquest.com/dissertations-theses/relationships-fatigue-hope-psychosocial/docview/304449237/se-2?accountid=8319>
- Lees, J. (1999). Incidence of weight loss in head and neck cancer patients on commencing radiotherapy treatment at a regional oncology centre. *European Journal of Cancer Care*. Sep;8(3):133-136. DOI: 10.1046/j.1365-2354.1999.00156.x. PMID: 10763643.

- Lin, C.-C., Lai, Y.-L., & Ward, S. E. (2003). Effect of cancer pain on performance status, mood states, and level of hope among Taiwanese cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 25(1), 29–37.
- Litwin, M. S., & Tan, H.-J. (2017). The Diagnosis and Treatment of Prostate Cancer: A Review. *JAMA*, 317(24), 2532–2542. Retrieved from <https://doi.org/10.1001/jama.2017.7248>
- Lundberg, L. (1999). Methodology. Health-state utilities in a general population in relation to age, gender and socioeconomic factors. *The European Journal of Public Health*, 9(3), 211–217. <https://doi.org/10.1093/eurpub/9.3.211>
- MayoClinic. (2021). Radiation Therapy for Breast Cancer Treatment: Types, Side Effects and More. Retrieved 17 February 2022, from <https://www.breastcancer.org/treatment/radiation>
- Mayo Clinic Staff. (2022). Cancer - Symptoms and causes. Retrieved 31 January 2022, from <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/cancer/symptoms-causes/syc-20370588>
- McClement, S. E., & Chochinov, H. M. (2008). Hope in advanced cancer patients. *European Journal of Cancer*, 44(8), 1169–1174.
- Mermut, Ö., & Inanç, B. (2019). Prognostic factors and survival of elderly women with breast cancer aged= 70 years. *Turk J Geriatr*, 22(4).
- Messaoudi, I., Warner, J., Fischer, M., Park, B., Hill, B., Mattison, J., ... Nikolich-Zugich, J. (2007). From the Cover: Delay of T cell senescence by caloric restriction in aged long-lived nonhuman primates. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 103, 19448–53. Retrieved from <https://doi.org/10.1073/pnas.0606661103>
- Miller, J. F., & Powers, M. J. (1988). Development of an instrument to measure hope. *Nursing Research*, 37(1), 6–10.
- Nazir, T. (2020). Pozitif psikoloji ve umut. Nobel. Retrieved 20 February 2022 from <http://openaccess.ihs.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12154/1267>

- Nekhlyudov, L., Duijts, S., Hudson, S. v., Jones, J. M., Keogh, J., Love, B., ... Feuerstein, M. (2020). Addressing the needs of cancer survivors during the COVID-19 pandemic. *Journal of Cancer Survivorship*, 14(5), 601–606. <https://doi.org/10.1007/S11764-020-00884-W>
- Ozdemir, D., Fatma, |, Arslan, T., Tas Arslan, F., University, S., Mahallesi, A., ... Konya, S. /. (2018). An investigation of the relationship between social support and coping with stress in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 27(9), 2214–2219. <https://doi.org/10.1002/PON.4798>
- Tarhan, Ö.R. (2021). Meme Anatomisi | turkcerrahi.com. Retrieved 20 February 2022, from <https://www.turkcerrahi.com/makaleler/meme/meme-anatomisi/>
- Öz, F. (2004). *Saglik alanında temel kavramlar*. Ankara: İmaj.
- Öz, H. (2006). *Miyokart infarktüsü geçiren hastalarda umut, moral ve algılanan sosyal desteğin yaşam kalitesine etkisi (PhD Thesis)*. Marmara Üniversitesi (Turkey).
- Özkan S. (2007). *Psiko-onkoloji*. 1. Baskı. İstanbul. Form Reklam Hizmetleri
- Özkan, S., & Turgay, M. (1992). Mastektomi Olgularında Psikiyatrik morbidite psikososyal uyum ve kanser - Organ kaybı – psikopatoloji ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 29(4), 207–215.
- Parker, J. D., & Endler, N. S. (1992). Coping with coping assessment: A critical review. *European Journal of Personality*, 6(5), 321–344.
- Pearce, S., & Richardson, A. (1996). Fatigue in cancer: a phenomenological perspective. *European Journal of Cancer Care*, 5(2), 111-115.
- Penson, R. T., Gu, F., Harris, S., Thiel, M. M., Lawton, N., Fuller, A. F., & Lynch, T. J. (2007). Hope. *The Oncologist*, 12(9), 1105–1113. Retrieved from <https://doi.org/10.1634/theoncologist.12-9-1105>

- Perdana, N. R., Mochtar, C. A., Umbas, R., & Hamid, A. R. A. (2016). The Risk Factors of Prostate Cancer and Its Prevention: A Literature Review. *Acta Medica Indonesiana*, 48(3), 228–238.
- Bölükbaş, R. (2019). Yaşlanma Teorileri ve Geriatrik Değerlendirme.
- Rawla, P. (2019). Epidemiology of Prostate Cancer. *World Journal of Oncology*, 10(2), 63–89. Retrieved from <https://doi.org/10.14740/wjon1191>
- Redlich-Amirav, D., Ansell, L. J., Harrison, M., Norrena, K. L., & Armijo-Olivo, S. (2018). Psychometric properties of Hope Scales: A systematic review. *International Journal of Clinical Practice*, 72(7), e13213.
- Rustøen, T., Wiklund, I., Hanestad, B. R., & Moum, T. (1998). Nursing intervention to increase hope and quality of life in newly diagnosed cancer patients. *Cancer Nursing*, 21(4), 235–245. Retrieved from <https://doi.org/10.1097/00002820-199808000-00003>
- SağKal - Sağlıkta Kalite Derneği. (2022). Retrieved May 6, 2022, from <https://www.sagkal.org/>
- Schjølberg, T. K., Dodd, M., Henriksen, N., & Rustoen, T. (2011a). Factors affecting hope in a sample of fatigued breast cancer outpatients. *Palliative and Supportive Care*, 9(1), 63–72. <https://doi.org/10.1017/S1478951510000556>
- Schnur, J. B., Love, B., Scheckner, B. L., Green, S., Wernicke, A. G., Gabriella, A., & Montgomery, G. H. (2011). A systematic review of patient-rated measures of radiodermatitis in breast cancer radiotherapy. *American Journal of Clinical Oncology*, 34(5), 529–536. Retrieved from <https://doi.org/10.1097/COC.0b013e3181e84b36>
- Schrank, B., Stanghellini, G., & Slade, M. (2008). Hope in psychiatry: a review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(6), 421–433. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01271.x>
- Schrank, B., Woppmann, A., Sibitz, I., & Lauber, C. (2011). Development and validation of an integrative scale to assess hope. *Health Expect*, 14(4), 417–428. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2010.00645.x>

- Smith, T. J., Dow, L. A., Virago, E., Khatcheressian, J., Lyckholm, L. J., & Matsuyama, R. (2010). Giving honest information to patients with advanced cancer maintains hope. *Oncology* (Williston Park, N.Y.), 24(6), 521–525.
- Snyder, C. R., Rand, K. L., & Sigmon, D. R. (2000). A Member of the Positive Psychology Family (p. 20).
- Snyder, C. R., Rand, K. L., & Sigmon, D. R. (2002). Hope theory: A member of the positive psychology family.
- Søren Kierkegaard. (1997). Ölümçül Hastalık Umutsuzluk. Retrieved 20 February 2022, from <https://www.dogubati.com/olumcul-hastalik-umutsuzluk>
- Sönmez, Y., Uçku, R., Kıtay, Ş., Korkut, H., Sürücü, S., Sezer, M., ... Şentürk, E. (2007). İzmir’de bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 75 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi ve etkileyen etmenler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 21(3), 145–153. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/53433>
- Spiegel, D. Health caring. Psychosocial support for patients with cancer. *Cancer*, 74(4 Suppl):1453-7.
- Staats, S., & Partlo, C. (1993). A brief report on hope in peace and war, and in good times and bad. *Social Indicators Research*, 29(2), 229–243. Retrieved from <https://doi.org/10.1007/BF01077897>
- Stanton, A. L., Danoff-burg, S., & Huggins, M. E. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncol*, 11(2), 93–102. <https://doi.org/10.1002/pon.574>
- Stephenson, C. (1991). The concept of hope revisited for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 16(12), 1456–1461. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01593.x>
- Stoner, M. H. (2004). Measuring Hope. In *Instruments for Clinical Health-care Research*. Jones & Bartlett Learning.

- Stoner, M. H., & Keampfer, S. H. (1985). Recalled life expectancy information, phase of illness and hope in cancer patients. *Research in Nursing & Health*, 8(3), 269–274. Retrieved from <https://doi.org/10.1002/nur.4770080309>
- Struthers, C. W., & Others, A. (1995). Assessing Dispositional Coping Strategies in College Students: A Domain-Specific Measure. Retrieved 23 February 2022 from <https://eric.ed.gov/?id=ED387032>
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209–249. Retrieved from <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
- Şekeroğlu, Z. A., & Şekeroğlu, V. (2009). Oksidatif Mitokondrial Hasar ve Yaşlanmadaki Önemi. *Türk Bilimsel Derlemeler Dergisi*, (2), 69–74.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı. (2019). Retrieved 31 January 2022, from <https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR-73387/saglik-istatistikleri-yilliklari.html>
- Tarhan, S., & Bacanlı, H. (2015). Sürekli umut ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 3(1), 1–14.
- Telleen, S., Herzog, A., & Kilbane, T. L. (1989). IMPACT OF A FAMILY SUPPORT PROGRAM ON MOTHERS' SOCIAL SUPPORT AND PARENTING STRESS. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59(3), 410–419. <https://doi.org/10.1111/J.1939-0025.1989.TB01676.X>
- The EuroQol Group. (1990). EuroQol - a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16(3), 199–208. [https://doi.org/10.1016/0168-8510\(90\)90421-9](https://doi.org/10.1016/0168-8510(90)90421-9)
- Toral, B. (2017). Umut Nedir ve Neden Kötüdür? – Düşünüyorum. Retrieved 21 February 2022 from <http://www.dusunuyorumdergisi.com/umut-nedir-ve-neden-kotudur/>
- TÜİK. İstatistiklerle Yaşlılar, 2020. (2021). Retrieved 17 February 2022, from <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2020-37227>

- TÜİK. (2020). Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2019. Retrieved 26 February 2022, from <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710>
- Tünel, M., Vural, A., Evlice, YE., Tamam, L. (2012). Meme kanserli hastalarda psikiyatrik sorunlar. Arch. Med. R. J. 21(3), 189-219
- Türk Dil Kurumu | Sözlük. (2022). Retrieved 20 February 2022, from <https://sozluk.gov.tr/>
- Türkiye istatistik kurumu. (2021). İstatistiklerle Yaşlılar. Retrieved May 8, 2022, from <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2020-37227>
- Türkyılmaz, M., Öztürk, M., Dünder, S., Kavak Ergün, A., Sevinç, A., Tütüncü, S., & Seymen, E. (2021). 2017 Yılı Türkiye Kanser İstatistikleri. Retrieved 2 January 2022 from <https://hsqm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri/yillar/2017-turkiye-kanser-i-istatistikleri.html>
- Uyanık, Y. (2017). Yaşlılık , Yaşlanan Nüfus Ve Sosyal Politika. İş ve Hayat, 3(5), 67–100.
- van Gestel-Timmermans, H., van den Bogaard, J., Brouwers, E., Herth, K., & van Nieuwenhuizen, C. (2010). Hope as a determinant of mental health recovery: a psychometric evaluation of the Herth Hope Index-Dutch version. Scand J Caring Sci, 24, 67–74. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00758.x>
- Wahl, A. K., Rustoen, T., Lerdal, A., Hanestad, B. R., JR., O. K., & Moum, T. (2004). The Norwegian version of the Herth Hope Index (HHI-N): A psychometric study. Palliat Support Care, 2(3), 255–263. <https://doi.org/10.1017/S1478951504040349>
- Wakiuchi, J., Marchi, J. A., Norvila, L. S., Marcon, S. S., & Sales, C. A. (2015). Esperança de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. Acta Paul de Enferm, 28(3), 202–208. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500035>
- Waller, N. G. (1989). The effect of inapplicable item responses on the structure of behavioral checklist data: A cautionary note. Multivariate Behavioral Research, 24(1), 125–134.

- Watkins, E. J. (2019). Overview of breast cancer. JAAPA, 32(10). Retrieved from [https://journals.lww.com/jaapa/Fulltext/2019/10000/Overview of breast cancer.3.aspx](https://journals.lww.com/jaapa/Fulltext/2019/10000/Overview_of_breast_cancer.3.aspx)
- Windsor, P. M., Nicol, K. F., & Potter, J. (2004). A randomized, controlled trial of aerobic exercise for treatment-related fatigue in men receiving radical external beam radiotherapy for localized prostate carcinoma. *Cancer*, 101(3), 550–557. <https://doi.org/10.1002/cncr.20378>
- WHO. (2016). Cancer control: Early detection. (n.d.). Retrieved 16 April 2022, from <https://www.who.int/publications-detail-redirect/cancer-control-early-detection>
- World Health Organization. (2011). Global Health and Aging. Retrieved from https://www.nia.nih.gov/sites/default/files/2017-06/global_health_aging.pdf
- World Health Organization. (2021). Ageing and health. Retrieved May 8, 2022, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Yarbro, C. H., & Ferrans, C. E. (1998). Quality of life of patients with prostate cancer treated with surgery or radiation therapy. In *Oncology Nursing Forum* (Vol. 25, pp. 685–693).
- Yerli GD. (2017). Yaşlılık dönemi özellikleri ve yaşlılara yönelik sosyal hizmetler. *Journal of International Social Research*. 10(52):1278-1287. Doi:10.17719/jisr.2017.1979
- Yıldırım, S., & Gürkan, A. (2010). Psikososyal açıdan kanser ve psikiyatri hemşiresinin rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 26(1), 87–98.
- Zhao, Jin-Zhi., Zheng, Hong., Li, Li-Ya., Zhang, Li-Yuan., Zhao, Yue., Jiang, Nan. Predictors for Weight Loss in Head and Neck Cancer Patients Undergoing Radiotherapy: A Systematic Review. *Cancer Nursing: November/December 2015 - Volume 38 - Issue 6 - p E37-E45* doi: 10.1097/NCC.0000000000000231
- Zhang, Z., Werner, F., Cho, H.-M., Wind, G., Platnick, S., Ackerman, A. S., ... Meyer, K. (2017). A framework for quantifying the impacts of sub-pixel reflectance variance and covariance on cloud optical thickness and effective radius retrievals based on the bi-spectral method (p. 030002). Presented at the Radiation Processes In The Atmosphere

And Ocean (IRS2016): Proceedings of the International Radiation Symposium (IRC/IAMAS), Auckland, New Zealand. Retrieved 2 March 2022 from <https://doi.org/10.1063/1.4975502>

Zuckerman, M., & Gagne, M. (2003). The COPE revised: Proposing a 5-factor model of coping strategies. *Journal of Research in Personality*, 37(3), 169–204. [https://doi.org/10.1016/S0092-6566\(02\)00563-9](https://doi.org/10.1016/S0092-6566(02)00563-9)



Ekler

Ek 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi,
Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
Yaşlı Sağlığı Doktora Programı Öğrencisi Dr. Sema Yıldız el tarafından yürütülen
“İleri Yaşta Radyoterapi Uygulanan Meme ve Prostat Kanseri Hastalarda
Umut, Başa Çıkma Tutumları ve İlişkili Faktörler”
başlıklı araştırmaya davet ediyoruz.

Araştırma, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi A.D.’nda yürütülecektir.
Araştırmanın kapsamı, 60 yaş üzeri meme ve prostat hastalığı tanısı konmuş ve radyoterapi aşamasına gelmiş hastalarda umut düzeyini değerlendirmek, başa çıkma tutumlarının ve diğer faktörlerin buna etkisini araştırmaktır.
Bu koşullara uyan hastalar çalışmaya kabul edilecektir.
Hastaların/gönüllülerin ölçek-anket ve kişisel bilgi formu dahilindeki soruları cevaplaması beklenmektedir.
Radyoterapiye başlanırken ve radyoterapi bittikten sonraki ilk kontrolde olmak üzere iki defa formlar doldurulacaktır.
Bu işlem yaklaşık yarım saat zaman alabilir.
Gönüllülerden herhangi bir biyolojik materyal alınmayacaktır.
Herhangi bir tedavi uygulanmayacaktır.
Herhangi bir risk taşımaz.

Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.
Araştırma sonuçları bilimsel ortamlar dışında herhangi bir mecra ile paylaşılmayacaktır.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır.
Katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahibsiniz. Bu kararınız nedeniyle tedavinizde hiçbir aksaklık olmaz.
Araştırmacı dışlanma kriterleri dahilinde gönüllüyü çalışmadan çıkarılabilir.

1 Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım.

Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.

Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

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

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

(Varsa) Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı- Soyadı:

İmzası:

Not: Bu form, iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllü kişiye verilir, diğeri araştırmacı tarafından saklanır.

Araştırmacının

Adı-Soyadı: Sema Yıldız

İmzası:

Ek 2. Etik kurul onayı

	Karar No:2020/29-53	Tarih:07.12.2020			
KARAR BİLGİLERİ	Doç.Dr. Sevnaz Şahin'in sorumlusu olduğu "İleri Yaşta Radyoterapi Uygulanan Meme ve Prostat Kanseri Hastalarda Umut, Başa Çıkma Tutumları ve İlişkili Faktörler" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.				
ETİK KURUL BİLGİLERİ					
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İy Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
ETİK KURUL ÜYELERİ					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?	
Prof.Dr.Sadık Kıvanç METİN (Başkan)	Kalp ve Damar Cerrahisi	DEÜ Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒
Prof.Dr. Sermin ÖZKAL (Başkan Yardımcısı)	Tıbbi Patoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E ☐	H ☒
Prof.Dr.Serkan YENER	Endokrinoloji	DEÜ Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒
Prof.Dr.Pınar TUNCEL	Tıbbi Biyokimya	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Nil Hocaoglu AKSAY	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEÜ Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Tufan ÇANKAYA	Tıbbi Genetik	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Ayfer DAYI	Davranış Fizyolojisi	DEÜ Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Korcan DEMİR	Pediyatrik Endokrinoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Mahmut Cem ERGON	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒
Doç.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç YÜKSEL	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒
Av.Esra FIRTINA	Avukat	DEÜ Rektörlüğü Hukuk Müşavirliği	Kadın	E ☐	H ☒
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒

Ek 3. Kişisel bilgi formu

Merhaba;

Ben Dr. Sema Yıldız;

Bu form, 60 yaş ve üzeri meme ve prostat hastalığı olan ve radyoterapi almasına karar verilen hastalarda umut düzeyini değerlendirmek için hazırlanmış hasta bilgi formudur.

Araştırma bilimsel bir nitelik taşıdığından elde edilen veriler bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacak, verilen bilgiler gizli tutulacaktır.

Lütfen soruları tam olarak anladıktan sonra kendinize en uygun olan cevabı ya da cevapları belirtiniz.

Katılımınız için şimdiden teşekkür ederim.

1-Cinsiyetinizi belirtiniz:

1. Kadın 2. Erkek

2-Yaşınızı belirtiniz:

3-Medeni durumunu belirtiniz:

1. Bekar/ Hiç evlenmemiş 2. Evli 3. Ayrılmış 4.Eşi vefat etmiş

4-Çocuğunuz var mı?

- 1.Yok 2. Var

5-Çocuğunuz varsa, kaç çocuğunuz var? Vefat eden var mı?

- Kadın Erkek Vefat

6-Öğrenim durumunuzu belirtiniz:

- 1.Okuma -yazma bilmiyor 2.Okuma yazma biliyor 3. İlkokul
4.Ortaokul 5.Lise 6. Üniversite 7. YL/DR

7-Mesleğinizi / İşinizi belirtiniz:

- 1.Ev hanımı 2.İşçi 3.Memur 4.Serbest

8-Çalışma / Emeklilik durumunuzu belirtiniz; size uygun olan seçenekleri işaretleyiniz:

1. Halen çalışıyorum
2. Emekliyim
3. Hiç çalışmadım
4. Diğer

9- Ekonomik durumunuzu belirtiniz

- 1.Gelir gidere denk
2.Gelir giderden fazla
3.Gelir giderden az

10.Gelir kaynaklarınızı belirtiniz.

1. Hiçbir geliri yok 2. Maaş 3. Kira geliri
4. Sosyal yardım (Belediye, Dernek, Kuruluş gibi)
5. Diğer

11- Sağlık /Sosyal güvenceniz nedir?

- 1.Yok 2.Sigorta 3.Emekli Sandığı 4. Bağkur 5.Özel sigorta 6. Yeşil kart

12- Nerede ikamet ediyorsunuz?

1. İl 2.Merkez ilçe 3. İlçe 4. Kasaba / belde 5.Köy
6. Diğer (belirtiniz)

13- Kaç yıldır oturduğunuz bölgede yaşıyorsunuz?.....

14- Başka şehirden geliyorsanız, burada nerede kalıyorsunuz?

1. Kiralık ev 2. Otel 3. Yakınım/akrabam 4.Diğer

15- Kiminle yaşıyorsunuz?

1. Yalnız 2. Eşimle 3.Huzurevinde 4. Çocuklarla 5. Diğer

16- Aile bireylerinden destek alıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır 3. Bazen

17.Akraba ya da hısımlardan destek alıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır 3. Bazen

18- Arkadaşlardan destek alıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır 3. Bazen

19- Komşulardan destek alıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır 3. Bazen

20- Herhangi bir kurumdan destek ya da yardım alıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır 3. Bazen

21- ihtiyacınız olduğunda yardım aldığınız bir kaynak var mı?

- 1- Evet 2- Hayır 3- Bazen

22-Sigara kullanıyor musunuz?

1. Hayır, hiç kullanmadım
2. Evet, halen kullanıyorum.
Kaç yıldır, günde kaç tane?

3. Daha önce kullandım, bıraktım.

Kaç yıl, günde kaç tane?

(Yıl x Sayı /20 paket yılı =)

23-Alkol kullanıyor musunuz?

1. Hayır, hiç kullanmadım
2. Evet

Kaç yıldır, ne sıklıkta ve miktarda?.....

- 3.Daha önce kullandım, bıraktım.

Kaç yıl, ne sıklıkta ve miktarda?.....

24- Daha önce herhangi bir kaza ya da yaralanma geçirdiniz mi? :

1. Evet 2. Hayır Evet ise belirtiniz

25- Daha önce herhangi bir ameliyat geçirdiniz mi?

1. Hayır

2. Evet

Tarih	Operasyonlar	Problem / Komplikasyon

26- Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

CHARLSON KOMORBİDİTE İNDEKS

Yaş	<50 50-59 60-69 70-79 >80	0 +1 +2 +3 +4
Hastalık Durumu	Komorbidite Değeri	
	Yok	Var
Myokard Enfarktüsü	0	1
Konjestif Kalp Yetmezliği	0	1
Periferik Vasküler Hastalık	0	1
Serebro Vasküler Hastalık	0	1
Demas	0	1
Kronik pulmoner Hastalık	0	1
Romatolojik –Bağ Doku Hastalığı	0	1
Peptik Ülser Hastalığı	0	1

Karaciğer Hastalığı	Yok: 0	İlımlı hafif: +1	Orta – Ciddi: +3
Diabet	Yok: 0	Komplikasyon yok: +1	End Organ hasarı ile: +2

	Yok	Var
Hemipleji-Parapleji	0	+2
Renal Hastalık	0	+2

Kanser	Yok: 0	Var; Lösemi, Lenfoma dahil: +2	Metastatik Solid Tümör: +6
--------	--------	--------------------------------	----------------------------

AİDS /HIV	Yok: 0	Var: +6
-----------	--------	---------

Komorbidite derecesi		Toplam Puan
0		0
1-2		1-2
3-4		3-4
5 ve üzeri		5 ve üzeri

27-Sürekli kullandığınız ilaç var mı?

1. Hayır 2. Evet

28 -İlaçlarınızı kullanırken;

Başkasından yardım alıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır

İlaçlarınızı kendiniz kullanabiliyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır

29-Diyet –yemek alışkanlıkları

Özel bir beslenme tarzı uyguluyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır

30.Bu hastalıkla ilgili vücudunuzda ilk olarak ne fark ettiniz?

1.Memede kitle /ağrı/akıntı /şekil değişikliği (KADINLAR için)

2.Sık idrara çıkma/idrar yapmada zorluk/ ağrı / idrardan kan gelmesi (ERKEKLER için)

3.Başka bir nedenle tetkik yaptırırken

4.Genel kontrol yapılırken

5.Ailede olduğu için yıllık kontroller sırasında

31.Hastalığınızın teşhisini kimden öğrendiniz?

- 1.Doktor 2. Hemşire 3. Eş-anne-baba-çocuk 4. Diğer....

32. Hastalığınız ile ilgili kuşku duyduktan ne kadar süre sonra doktora başvurduunuz?

1. Bir haftadan az 2. Bir aydan az..... 3.3 aydan az

4. Altı aydan az..... 5. Bir yıldan az.....

33-Covid-19 salgın zamanı hastaneye /doktora başvuru zamanınızı etkiledi mi?

- 1.Evet 2. Hayır

34- Salgın nedeniyle hastaneye gitmeye çekindiniz mi?

1. Evet 2. Hayır

35-Hastaneden randevu almak kolay oldu mu?

1. Evet 2. Hayır

36-Hastaneye ulaşımında zorluk yaşadınız mı?

1. Evet 2. Hayır

37-DEÜH'e ulaşımınızı nasıl, hangi yöntemle sağladınız, hastaneye gelmek için hangi araç kullandınız?

1. Özel araç 2. Toplu taşıma 3. Ambulans
4. Sosyal kurumun sağladığı araç 5.Yürüme mesafesinde, yürüyerek

38-Hastaneye ulaştıktan sonra muayene odasına nasıl ulaştınız?

1. Yürüyerek 2. Başka birisinin yardımıyla yürüyerek
3. Destekli yürüyerek 4.Tekerlekli sandalye ile

39- Ailenizde benzer hastalık geçiren var mı?

1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyorum Evet ise kim?

Onlar nasıl tedavi oldular?

1. Kemoterapi 2.Radyoterapi 3. Cerrahi 4. Hiçbiri 5. Bilmiyorum

40- Hastalığınız nedeniyle değişen yaşam biçiminize uyumu nasıl değerlendiriyorsunuz?

0	100
Kötü	Mükemmel

41-Yaşam kalitenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

0	100
Kötü	Mükemmel

42. Kendi yaşınızda birisi ile karşılaştırdığınızda sağlığını nasıl değerlendiriyorsunuz?

0	100
Kötü	Mükemmel

43.

Boy:	Bel çevresi:
Kilo:	Beden Kitle İndeksi (BKİ):

===== ANKETİMİZ BİTMİŞTİR. TEŞEKKÜR EDERİZ. =====

DOSYADAN EDİNİLECEK BİLGİLER

1-Tanıda hangi yöntemler kullanıldı?

1. Görüntüleme 2. Cerrahi /Biyopsi 3. Patoloji 4. Biyokimya

2-Cerrahi uygulandı mı?

1. Hayır

2. Evet.....

3-Cerrahiye bağı komplikasyon ya da yakınmaları belirtiniz?

1. Yok

2. Var

5-Neoadjuvan kemoterapi aldı mı?

1. Hayır

2. Evet

6-Neoadj kemoterapi sonrası tümörün evresi, TNM sınıflaması:

8-Adjuvan kemoterapi aldı mı?

1. Hayır

2. Evet

9-Kaç kür kemoterapi uygulandığını belirtiniz?.....

10-Kemoterapiye bağı komplikasyon ya da yan etkileri belirtiniz.?

(Yorgunluk, Saç dökülmesi, Uykusuzluk, Keçeleşme, Yutma güçlüğü, Tat değişikliği,

Bulantı, Beslenme problemi, Kilo kaybı)

1. Hayır

2. Evet

11-Adjuvan ilaç aldı mı? (meme hastası)

1. Hayır

2. Evet

12-Hormon Tedavisi aldı mı? (prostat hastası)

1. Hayır

2. Evet

13- Hormon tedavisi yan etkisi var mı?

1. Evet

2. Hayır

3. Biraz

Evet ise belirtiniz

14- Radyoterapi (RT) reçetesi?

Fraksiyon sayısı:

RT alanı:

RT dozu:

RADYOTERAPİ BİTTİKTEN SONRA DOLDURULACAK

1-Radyoterapi yan etkisi oldu mu?

1. Hayır

2. Evet

Evet ise belirtiniz

2-Radyoterapi aldığı sürede hastaya eşlik eden biri oldu mu?

1. Evet 2. Hayır 3. İhtiyacım olmadı

3- Radyoterapiye her gün gelmeniz size kendinizi nasıl hissettirdi?

1. Endişe ve korku
2. Yorucu
3. Ortamı, tedaviyi ve ekibi tanıdıkça rahatladım

4.Radyoterapi size göre kolay bir tedavi miydi?

0	100
Kötü	Mükemmel

Ek 4. Herth Umut İndeksi

Aşağıdaki listede, umutla ilgili bir dizi ifade yer almaktadır. Lütfen her ifadeyi okuyun ve şu an o ifadeye ne kadar katıldığınızı açıklayan kutucuğa “X” işareti yazın.

	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1)Yaşama karşı olumlu bir bakış açım var.				
2)Kısa ve uzun süreli hedeflerim var.				
3)Kendimi hep yalnız hissediyorum.				
4)Zorluk çekerken olasılıkları görebiliyorum.				
5)Bana huzur veren bir inanca sahibim.				
6)Geleceğimle ilgili korkularım var.				
7)Mutlu ve neşeli anılarımı hatırlayabiliyorum.				
8)İçimde derin bir manevi güç var.				
9)Başkalarına ilgi ve sevgi verebiliyorum ve alabiliyorum.				
10)Bir zorlukla karşılaştığımda ne yapacağımı biliyorum.				
11)Her günün yeni umutlar taşıdığına inanıyorum.				
12)Benim hayatım değerlidir ve onu yaşamaya değer hissediyorum.				

Ek 5. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği COPE-R

Lütfen aşağıdaki maddeleri dikkatli bir şekilde okuyarak maddelerden görüşlerinize en uygun seçeneği (“Asla Böyle Yapmam” için 1’i, “Çok Az Böyle Yaparım” için 2’yi, “Böyle Yaparım” için 3’ü, “Çoğunlukla Böyle Yaparım” için 4’ü) işaretleyin.

İşaretlediğiniz seçeneğin doğruluğu ya da yanlışlığı söz konusu değildir. Toplanan veriler araştırmacılar tarafından araştırmanın amacı dışında kullanılmayacaktır.

Saygılarımızla.

		Asla Böyle Yapmam	Çok Az Böyle Yaparım	Böyle Yaparım	Çoğunlukla Böyle Yaparım
1	Duygularımı ifade etmek için zaman ayırırım.	1	2	3	4
2	Duygularımı - hislerimi açığa vurmaya çalışırım.	1	2	3	4
3	Duygularımı başkalarıyla tartışırım.	1	2	3	4
4	Arkadaşılarımdan veya akrabalarımdan duygusal destek almaya çalışırım.	1	2	3	4
5	Ne hissettiğimi birileriyle paylaşıyorum.	1	2	3	4
6	Bir durumla ilgili daha fazla bilgi almak için birileriyle konuşurum.	1	2	3	4
7	Bütün gücümle yaptığım işe yoğunlaşıyorum.	1	2	3	4
8	Problemi çözmek için farklı yolları denerim.	1	2	3	4
9	Problemin üstesinden gelebilmek için hemen harekete geçerim.	1	2	3	4
10	Bir şeyler yapacağım zaman adım adım ilerlerim.	1	2	3	4
11	Yapacağım işle ilgili bir strateji belirlemeye çalışırım.	1	2	3	4
12	Adımlarımı düşünerek atarım.	1	2	3	4
13	Yaptığım işe başka şeylerin engel olmasını önlemek için yoğun çaba harcarım.	1	2	3	4
14	Her durumda iyimser olmaya çalışırım.	1	2	3	4
15	Her ne üzerinde çalışırsam çalışayım olumlu duygularla yola çıkarım.	1	2	3	4
16	Bir şeyler kötü gözükse bile yaptığım işe olumlu bakmaya devam ederim.	1	2	3	4
17	Yeni fikirlere çabuk uyum sağlarım.	1	2	3	4

		Asla Böyle Yapmam	Çok Az Böyle Yaparım	Böyle Yaparım	Çoğunlukla Böyle Yaparım
18	Ortaya çıkan durumun gerçekliğini kabullenirim.	1	2	3	4
19	Bir şeyi daha olumlu göstermek için onu başka bir açıdan görmeye çalışırım.	1	2	3	4
20	Önemsediğim başka bir şeyler bulmaya çalışırım.	1	2	3	4
21	Kendime “bu durumun gerçek olmadığını” söylerim.	1	2	3	4
22	Ortaya çıkan durum gerçekten olmamış gibi davranırım.	1	2	3	4
23	Ortaya çıkan durumla baş edemeyeceğimi kabul eder ve denemeyi bırakırım.	1	2	3	4
24	İstedğim şeyi almak için girişimde bulunmam.	1	2	3	4
25	Başıma gelen bir işle ilgili başkalarını veya başka bir şeyi suçlarım.	1	2	3	4
26	Her şeyi unutmaya çalışırım.	1	2	3	4
27	Kendimi suçlarım.	1	2	3	4
28	Problemin kaynağı olarak kendimi görürüm.	1	2	3	4
29	Kendimi eleştirir veya azarlarım.	1	2	3	4
30	Bana sorun yaşatan şey zihnimi sürekli meşgul eder.	1	2	3	4
31	Bir problemi takıntı yapıp tekrar tekrar onu yaşarım.	1	2	3	4
32	Problemimi sürekli kara kara düşünürüm.	1	2	3	4

Teşekkür

Öncelikle Yaşlı Sağlığı doktora programını kuran ve her zaman nazik, destekleyici, ilerletici lider ve rehber tavrıyla hepimize ışık ve yol olan Prof. Dr. S. Fehmi Akçiçek'e; çalışmalarımın her aşamasında yanımda, destek , yol gösterici olduğunu hissettiğim, yenilikçi, değerli danışman hocam Doç. Dr. Sevnaz Şahin'e; tez izleme komitemde yer almayı kabul ederek engin bilgi ve deneyimleri ile hem TİK toplantılarında hem de diğer zamanlarda katkıları, geri bildirimleri, destekleri, kolaylaştırıcılıkları ile şevkle çalışmamı sağlayan, dostluğunu ve desteğini hep yürekten hissettiğim sevgili Prof Dr Hülya Ellidokuz'a ve Prof Dr. Fisun Şenuzun Aykar'a; Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde görev yapan herkese; Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Radyasyon Onkolojisi A.D.'nda benimle birlikte çalışmayı kabul eden Dr. Öğretim Üyesi Cenk Umay'a; bilgi ve deneyimlerini aktaran, her soruma her zaman içtenlikle, aydınlatıcı yanıt veren, sistemsel ya da yönetsel tıkanıklıklarda samimi eforla çözüm olan tüm Yaşlı Sağlığı Bilim Dalı hocalarıma; doktora ders aşamasında dersini aldığım tüm hocalarıma; başta Fatma Yakut olmak üzere doktora başladığımdan beri görev yapan bütün sekreterlerimize; Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Radyasyon Onkolojisi A.D.'nda çalışma yapmama izin veren, doktora başlayıp devam etmem için bütün imkanları sağlayan, manevi olarak da destekleyip yol gösteren Prof. Dr. İlknur Bilkay Görken'e; hastanede çalışma yapmama ve doktora devam edebilmeme imkan veren Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği'ne; tez konusu araştırırken benimle birlikte kafa yoran, her aşamada bilgi, deneyim, eğitim desteği yanında her an dostluğu ile yanımda olan sevgili Dr. Öğretim Üyesi Sevinç Çırak Karadağ ve Prof Dr. Metin Karadağ'a; yeterlik sınavıma katılan hocalarım Prof Dr Reyhan Uçku, Doç. Dr. Arif Yüksel'e; Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde her kademedede çalışan herkese; DEÜH Radyasyon Onkolojisi A.D.'nda kriterlere uygun hastaları bana haber veren ve ikinci görüşmeler için ve diğer birçok konuda destek olan özellikle tekniker ve asistan doktor arkadaşlarıma, medikal fizikçi ve hemşire arkadaşlarıma, hasta ve dosya takibinde üstün destekleri için sekreter, arşiv görevlisi arkadaşlarıma; görev yaptığım DEÜH İş Yeri Sağlık Ve Güvenlik Birimi'nde hasta görüşmelerim, çalışmalarım için her türlü desteği veren başta hocalarım Prof Dr. Alp Ergör, Prof. Dr. Yücel Demiral'a; çalışma arkadaşlarım Dr. M. Bamsı Tür ve Halk Sağlığı asistan doktorlarına, hemşire, iş

güvenliği uzmanları, sekreter ve personel arkadaşlarıma; doktora sürecindeki dönem arkadaşlarıma; her zaman her konudaki soru ve sıkıntılarıma samimi, doğru, açık çözüm olan Dr. Öğretim Üyesi Barbaros Aydın'a; İsmail Can Ataş, Miyese Aygün, Ayşe Coşkun Beyan, M. Emin Arayıcı, Nazlı Özel'e; isimleri saymakla bitmez, belki tek bir kelime ya da tek bir bakışla bana alan açan, desteklerini her zaman hissettiğim,aldığım herkese; tez savunmama asil ve yedek olarak katılmayı kabul eden adından daha önce söz ettiğim hocalarım yanında Prof. Dr. Ferhan Sağın, Prof. Dr. Aliye Mandıracıoğlu, Prof. Dr. Hatice Şimşek ve Aslı Kılavuz'a ve çok sevgili aileme en kalpten teşekkürlerimi sunarım.

İzmir, 5.09.2022

Sema YILDIZEL

Özgeçmiş

1994 yılında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldum. Mezuniyet sonrası sırasıyla Gaziantep Üniversitesi, Çukurova Üniversitesi'nde medikososyal merkezinde hekimlik yaptım. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesinde Hemodiyaliz Ünitesi sorumlu hekimliği, Radyasyon Onkolojisi A.D.'nda çalıştıktan sonra İş Yeri Sağlık Güvenlik Birimi'nde iş yeri hekimi olarak çalışmaya devam etmekteyim.

