

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**65 YAŞ VE ÜZERİ HEMATOLOJİK ONKOLOJİ
HASTALARININ KIRILGANLIK DÜZEYLERİNİN
BELİRLENMESİ**

Esra ATAKUL

**İç Hastahkları Hemşireliğı Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ANKARA

2017

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**65 YAŞ VE ÜZERİ HEMATOLOJİK ONKOLOJİ
HASTALARININ KIRILGANLIK DÜZEYLERİNİN
BELİRLENMESİ**

Esra ATAKUL

**İç Hastalıkları Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. İmatullah AKYAR**






**ANKARA
2017**

ONAY SAYFASI

65 YAŞ VE ÜZERİ HEMATOLOJİK ONKOLOJİ HASTALARININ KIRILGANLIK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Esra ATAKUL

Bu çalışma 16.05.2017 tarihinde jürimiz tarafından “İç Hastalıkları Hemşireliği Programı”nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:	Doç. Dr. Deniz Koçoğlu (Selçuk Üniversitesi)	
Tez Danışmanı:	Yrd. Doç. Dr. İmatullah Akyar (Hacettepe Üniversitesi)	
Üye:	Doç. Dr. Sevgisun Kapucu (Hacettepe Üniversitesi)	
Üye:	Doç. Dr. Leyla Özdemir (Hacettepe Üniversitesi)	
Üye:	Yrd. Doç. Dr. Zahide Tunçbilek (Hacettepe Üniversitesi)	

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

Tarih

13 Haziran 2017



Prof. Dr. Diclehan Orhan

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

o Tezimin tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.

(Bu seçenekle teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etmeniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir)

x. Tezimin 1 Haziran 2018 tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını (İç Kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) istemiyorum.

(Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir)

o Tezimin tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.

o Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi

13/06/2017
Esra ATAKUL


ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Yrd. Doç. Dr. İmatullah Akyar danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Esra Atakul



TEŞEKKÜR

Çalışmanın planlanması, yürütülmesi ve sonuçlanması aşamasına kadar geçen her aşamada güncel bilgi ve deneyimleri ile etik ve bilimsel bir bakış ve her türlü manevi desteği ile çalışmaya ve hayata dair farklı bir bakış açısı sağlayan, desteğini her an hissettiğim çok değerli hocam Yrd. Doç. Dr. İmatullah Akyar'a sonsuz teşekkür ederim.

Kullanılan ölçekte izin ve desteklerini sağlayan Dr. Darryl Rolfson'a teşekkür ederim.

Çalışmanın uygulama aşamasında 3. Bölge Kamu Hastaneler Birliği Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma hastane yöneticiliğine izin için teşekkür ederim. Çalışmanın uygulandığı Hematoloji Bölümü değerli hocalarım Prof. Dr. Fevzi Altuntaş, Doç. Dr. Ali İrfan Emre Tekgündüz ve doktor ekibine, hematoloji kliniği hemşire meslektaşlarıma ve ayaktan kemoterapi bölümü hemşire meslektaşlarıma desteklerinden dolayı teşekkür ederim.

Hayatım boyunca gösterdikleri sonsuz sevgi, hoşgörü ve bana olan güven duyguları ile varlıklarından güç aldığım ve çalışma sürecinde de her türlü motivasyon, anlayış ve ilgileri ile desteklerini her an hissettiğim sevgili annem, babam ve kardeşlerime çok teşekkür ederim.

ÖZET

Atakul, E. 65 Yaş ve Üzeri Hematolojik Onkoloji Hastalarının Kırılgnlık Düzeylerinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2017. Araştırma 65 yaş ve üzeri hematolojik onkoloji tanısı almış hastaların kırılgnlık düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Ankara’da bir eğitim araştırma hastanesinin hematoloji onkoloji klinik ve polikliniğinde tedavi gören 65 yaş ve üzeri hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini 65 yaş ve üzeri hematolojik onkoloji tanısı ile izlenen 90 hasta oluşturmuştur. Araştırmada veri toplama araçları olarak “Hasta Tanıtım Formu” ve “Edmonton Kırılgnlık Ölçeği” kullanılmıştır. Veriler Mann Whitney-U testi, Kruskal Wallis, Ki Kare ile analiz edilmiştir. Kırılgnlık ölçeği ile hastaların %60’ında kırılgnlık durumu saptanmış ve ölçekten alınan ortalama puan $5,59 \pm 3,13$ (maks. 11)’dir. Hastaların kırılgnlık düzey dağılımları kırılgn değil %40, görünürde savunmasız %17,8, hafif kırılgn %20, orta kırılgn % 16,7 ve şiddetli kırılgn %5,5 olarak bulunmuştur. 75 yaş ve üzeri, 4 ve üzeri sayıda çocuk sahibi, lösemi tanısı ile izlenen ve tanı süresi iki yıl ve üzeri olup araştırmaya klinikten alınan hastalarda kırılgnlık düzeyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Cinsiyet, medeni durum, sosyo-ekonomik durum ve komorbidite ile kırılgnlık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmada 65 yaş ve üzeri hematoloji onkoloji hastalarının kırılgnlık düzeyleri belirlenmiştir. Çalışma sonucuna göre kırılgnlık düzeyleri belirlenen hasta grubunda tedavi ve hemşirelik bakımının planlanmasında bu verilerin göz önüne alınması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Geriatrik hematoloji, hemşirelik, onkoloji, kırılgnlık

ABSTRACT

Atakul, E. Frailty Levels of Geriatric Hematologic Oncology Patients, Hacettepe University Institute of Health Sciences Internal Medicine Nursing Program, Master of Science Thesis, Ankara, 2017. This descriptive study aimed to determine the frailty levels of geriatric hematologic oncology patients. Sample of study was 90 patients aged 65 and older, diagnosed with hematologic oncology disorder, hospitalized in hematologic oncology clinic and admitted to outpatient clinic at an education and research hospital in Ankara, Turkey. Patient data sheet and Edmonton Frailty Scale were used for data collection. Data were analyzed with the Mann Whitney-U test, Kruskal Wallis, Ki Square. 60% of patients were frail and mean score of scale was $5,59\pm 3,13$ (max. 11). Patients' frailty level distributions were not frail %40, vulnerable %17,8, mild frailty %20, moderate frailty %16,7, and severe frailty %5,5. Frailty score was higher in patients aged 75 and over, had 4 children and over, diagnosed with leukemia and diagnosis duration lasted 2 years or longer. There was no statistically significant difference between gender, marital status, socioeconomic status, comorbidity, and frailty level. With this study geriatric hematologic oncology patients' frailty levels were determined. According to the results, treatment plan, and nursing care should be planned based on frailty levels and risk of patients.

Key words: Geriatric hematology, nursing, oncology, frailty

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER ve KISALTMALAR	xi
TABLOLAR	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problem Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılık ve Demografik Bilgiler	4
2.2. Yaşlılık ve Kanser	4
2.3. Geriatrik Hastalarda Onkolojik Yaklaşım	5
2.4. Kırılgnalık	6
2.4.1 Kırılgnalık Süreci ve Fizyopatolojisi	6
2.4.2. Kırılgnalık Ölçülebilirliği	7
2.4.3. Kırılgnalık Yönetimi	8
2.5. Geriatrik Hematoloji Hastasının Değerlendirilmesinde Hemşirenin Rolü	9
3. GEREÇ ve YÖNTEM	10
3.1. Araştırmanın Şekli	10
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	10
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	10
3.4. Veri Toplama Formları	11
3.4.1. Hasta Tanıtım Formu	11
3.4.2. Edmonton Kırılgnalık Ölçeği (EFS-TR)	11
3.5. Araştırmanın Ön Uygulaması	12
3.6. Araştırmanın Uygulanması	12

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	13
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	13
4. BULGULAR	14
5. TARTIşMA	23
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	26
6.1. Sonuçlar	26
6.2. Öneriler	26
7. KAYNAKLAR	27
8. EKLER	
Ek 1. Hasta Tanıtım Formu	
Ek 2. Edmonton Kırılgnlık Ölçeği	
Ek 3. Kırılgnlık Ölçeği için Alman İzin	
Ek 4. Etik Kurul	
Ek 5. Çalışma uygulanan Hastanenin İzin	
Ek 6. Hasta Onam Formu	
9. ÖZGEÇMİş	

SİMGELER ve KISALTMALAR

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
fTRST	: Flemish Version of the Triage Risk Screening Tool Triyaj Risk Tarama Aracının Flaman Sürümü
GFI	: Groningen Frailty Indicator Groningen Kırılganlık Ölçeği
GLOBOCAN	: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012 Dünya'da Kanser İnsidansı, Ölüm ve Prevelans Tahmini-2012
KGD	: Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme
NCCN	: National Comprehensive Cancer Network Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı
NCI	: National Cancer Institute Prevalence Worldwide in 2012 Dünya Ulusal Kanser Enstitüsü Prevelans-2012
SIOG	: International Society of Geriatric Oncology 2005 Uluslararası Geriatrik Onkoloji Derneği 2005
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
VES-13	: Vulnerable Elders Survey-13 Savunmasız Yaşlılar Araştırması-13

TABLolar

Tablo	Sayfa
4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri	15
4.2. Hastaların Hastalıklarına İlişkin Özellikleri	16
4.3. Hastaların Kırılganlık Ölçeği Puan Ortanca ve Ortalamalarının Dağılımı	17
4.4. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Kırılganlık Ölçeğine İlişkin Bulguları	18
4.5. Hastaların Kırılganlık Düzeylerinin Dağılımı	20
4.6. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Kırılganlık Düzeylerinin Dağılımı	21

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı ve Önemi

Sağlık ve teknoloji alanındaki gelişmeler ile yaşam süresi uzamış, doğumda beklenen yaşam süresi ve yaşlı nüfus olarak tanımlanan 65 yaş ve üzeri nüfus oranı artmıştır (1, 2).

Yaş ilerledikçe komorbidite, kanser insidansı ve buna bağlı mortalite oranlarında artış görülmektedir (3). GLOBOCAN 2012 (Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide) verisine göre ülkemizde 65-69 yaş grubunda kanser insidansı yüz binde 1004 iken bu oran 70-74 yaş grubunda 1153, 75 yaş ve üzerinde ise 1229'dur. Kanser insidansları sıklığına göre akciğer, mesane, kolorektal, mide ve non-hodgkin lenfoma olarak sıralanırken, mortalite oranı yüksek kanserler akciğer, mide, kolorektal, mesane ve lösemi olarak sıralanmaktadır (4). Yaşlılık döneminde karsinogenezisin geç dönemlerine ait hücrelerin dokularda birikimi, DNA hasar artışı, immün ve endokrin sistemde zayıflama, hücrelerin yenilenme ve apoptozis yeteneğini kaybetmesi kanser gelişim riskini artırmakta (3, 5) ve kanser insidansı gençlere göre 11 kez, mortalitesi ise 15 kez daha fazla görülmektedir (6).

Yaşlılar da kansere bağlı yüksek mortalite nedenleri arasında ise; yüksek insidans, yetersiz antineoplastik tedavi, organ fonksiyonlarında azalma, tedavinin yeterince tolere edilememesi, kök hücre rezervinde ve onarım kabiliyetinde azalma, koruyucu yöntemlerin yeterince kullanılmaması olduğu belirtilmektedir (3, 5, 7).

Kanser tanısı almış yaşlı bireylerin tedavi süreci genç hastalara göre daha karmaşıktır. Yaşa bağlı fonksiyonel yetersizlik ve eşlik eden komorbid hastalıklar tedaviyi tolere etme durumunu etkilemektedir (8, 9). Kanser tanısı almış 70 yaş üzerindeki hastanın tedavi planlama sürecinde; kanserin evrelendirilmesi, cerrahi risk değerlendirmesi, radyoterapi ve kemoterapi uygunluğunun saptanması ve bu tedavi sürecinde organ fonksiyonlarının durumu gibi faktörler göz önüne alınmalıdır (3, 10). Geriatrik kanserli hasta grubunda hemşirelik bakımı ve tedavi öncesinde hastanın tedaviyi tolere edebilme durumu, hastalık belirtilerini iyileştirebilme durumu, hastalık ve tedavi ile ilgili komplikasyon gelişme olasılığı belirlenmelidir. Bu sebeple bütün faktör ve risklerin incelendiği kapsamlı geriatrik değerlendirme yapılması gerekliliği ortaya çıkmaktadır (3, 11).

Kanser tanısı almış geriatri hastasının değerlendirmesi; sağ kalım için önemli bir prognostik değere sahip olmasının yanı sıra, hastaların tedavi sürecinde kemoterapinin yan etkilerine ilişkin tahminde bulunma, kanserli hastaların bilinmeyen geriatrik problemlerini belirleme, yaşam kalitesini geliştirme gibi alanlarda hedeflenen geriatrik girişimleri planlama açısından önemli bir değere sahiptir (7, 12).

Yaşlı bireyin değerlendirilmesi sonucunda fonksiyonlarına göre; sağlıklı yaşlı, kırılğan yaşlı ve terminal yaşlı diye ayrılabilir (13). Kırılğan yaşlı ve kırılğanlık farklı şekillerde ifade edilmekle birlikte; yaşa bağlı fizyolojik rezervlerde, nöromüsküler, metabolik ve immün sistemde fonksiyon kaybına bağlı dış streslere artmış hassasiyet olarak tanımlanmaktadır (14, 15). Kırılğanlık süreci 3 aşamada tanımlanmaktadır. Kırılğanlık öncesi süreç; her türlü zararlı etkene karşı tam bir iyileşme şansına imkan sağlayan klinik açıdan belirtileri olmayan bir süreçtir. Kırılğanlık süreci; fizyolojik kaynakların azalması ile iyilik halinden fonksiyonel azalmaya doğru bir geçiş durumudur. Kırılğanlık komplikasyonlarının görüldüğü evre ise, başladığı andan itibaren sürekli olarak devam eden, sistemlerin kendi içerisindeki bağlantısı sonucu kısır döngüye dönüşen ve sonuç olarak mortalitenin görüldüğü bir süreçtir (14-16).

Kırılğanlığın tanısı koyulurken hastalığının yanı sıra yaşlı bireyin yaşam koşullarının göz önüne alındığı bütüncül bir yaklaşımda bulunulması önerilmektedir (16). Kırılğan yaşlı bireyde; günlük yaşam aktivitelerinde azalma, bilişsel fonksiyonlarda kötüleşme ve yaşam memnuniyetinin düşük olduğu görülmektedir. Bunlara ek olarak komorbid hastalıkların sayısı, kötü sağlık algısı ve psikolojik problemler de klinik incelemede gösterge olarak ortaya çıkmaktadır. Tedavi ve bakım planı olarak ise; beslenme desteği, sosyal destek, fiziksel aktivite ve egzersiz, kapsamlı bir geriatrik değerlendirme ve buna yönelik konsültasyon servisi kırılğan yaşlı bireyler de yaşam kalitesini artıracığı düşünülmektedir. Buna ek olarak hormonal ve antienflamatuar tedavinin de sonuçlar üzerinde olumlu etkileri görülmüştür (17).

Gelecek yıllarda artması beklenen yaşlı nüfus ve sağlık gereksinimleri göz önüne alındığında, kanser tanısına ek olarak; sık görülen komorbidite, ilaç toksikasyonu ve diğer geriatrik problemlerin varlığı bu hasta grubunun tedavi ve bakım sürecini daha kompleks hale getirmektedir. Bu nedenle taramalar ile kırılğanlık düzeyinin belirlenmesi aktif yaşlanma ve etkin tedavi-bakım açısından önem kazanmaktadır. Geriatrik hematoloji hastalarının bakımında hemşirelerin etkin bir rolü

bulunmaktadır. Tedavi ve bakım sürecinde hemşirenin hastayı bir bütün olarak değerlendirmesi ve takip etmesi beklenmektedir. Bu çalışmada, geriatric hematolojik onkoloji hastalarının kırılabilirlik düzeylerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı; 65 yaş ve üzeri hematolojik onkoloji hastalarının kırılabilirlik düzeylerini belirlemektir.

1.3. Araştırmanın Soruları

1. 65 yaş ve üzeri hematolojik onkoloji hastalarının kırılabilirlik sıklığı nedir?
2. 65 yaş ve üzeri hematolojik onkoloji hastalarının kırılabilirlik düzeyi nedir?
3. 65 yaş ve üzeri hematolojik onkoloji hastalarının kırılabilirlik düzeyi ile sosyo-demografik verileri arasında ilişki nasıldır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılık ve Demografik Bilgiler

Yaşlılığın biyolojik, fizyolojik, ekonomik ve/veya sosyolojik olmak üzere birçok tanımı bulunmaktadır (18). Yaşlılık, Dünya Sağlık Örgütü tarafından kendi içerisinde üç gruba ayrılmıştır. 65-74 yaş aralığı “genç yaşlı”, 75-84 yaş aralığı “yaşlı”, 85 ve üzeri ise “en yaşlı yaşlı” olarak gruplandırılmıştır.

Dünya genelinde doğuştan beklenen yaşam süresi 1940’lı yıllarda 46 yıl iken, günümüzde bu süre 67 yıla ve 2050 yılında ise 75 yıla çıkacağı tahmin edilmektedir (19). Dünyadaki yaşlı nüfus oranı (60 yaş ve üstü) 2000 yılında 607 milyon, 2015’te 901 milyon iken 2030’da 1.4 milyar, 2050’de 2.1 milyar olması beklenmektedir (20).

Ülkemizde doğuştan beklenen yaşam süresi, Türkiye geneli için toplamda 78 olmakla birlikte, erkeklerde 75.3 ve kadınlarda 80.7 yıldır (21). Ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfusa oranı 2013 yılında %7.7, 2016 yılında %8.3 iken nüfus projeksiyonlarına göre 2020 yılında %9.6, 2050 yılında %20.8’e yükseleceği tahmin edilmektedir (22).

2.2. Yaşlılık ve Kanser

Ülkemizde TÜİK’in yaptığı bir araştırmaya göre 65 yaş ve üzeri bireylerde mortalite sıralamasında ilk üç hastalık dolaşım sistemi hastalıkları (%46.8), iyi huylu ve kötü huylu tümörler (%17.7) ve solunum sistemi hastalıkları (%11.7) olarak belirtilmiştir (23).

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kansere Daire Başkanlığının 2013 İstatistik verilerine göre ise, 70 yaş ve üzeri sık görülen kanser türleri erkeklerde; prostat, akciğer, kolorektal, mesane, mide, pankreas, non-hodgkin lenfoma olup kadınlarda; meme, kolorektal, akciğer, mide, uterus korpusu, non-hodgkin lenfoma olarak belirtilmiştir (24).

GLOBOCAN 2012 verisine göre ülkemizde hematoloji kanser türlerinde oranları 5 yıllık prevalans oranları Non-hodgkin Lenfoma 7704, Hodgkin Lenfoma 4397, Lösemi 3747 ve Multiple Myelom 3240 olarak belirtilmiştir.

2.3. Geriatrik Hastalarda Onkolojik Yaklaşım

Yaşlı bireyin tanımlanmasında kronolojik olarak aynı yaşta olan bireyler fizyolojik olarak farklı yaşta olabilir. Bu farklılık bireylerin tedavi ve bakım süreçlerinde farklı fizyolojik ve farmakolojik yanıt biçimi olarak kendini gösterebilmektedir. Bunlar göz önüne alındığında yaşlı bireylerin tedavi ve bakım planlaması sosyal, psikolojik ve fiziksel özelliklerine göre farklılık yaratmaktadır (25).

Kanser tanısı almış yaşlı bireylerde çevresel faktörlere uyumun azaldığı ve yüksek komorbiditenin eklendiği bir tabloda geriatrik onkolojik yaklaşım olarak multidisipliner bir çalışmanın gerekliliği ortaya çıkmaktadır (5, 25). Geriatrik onkolojide temel amaç yaşlı bireylerin fonksiyonel yaşına uygun olarak yaşam kalitesini ve fonksiyonelliğini artıracak veya devam etmesini sağlayacak şekilde göz önüne alarak uygun tedavi ve bakımı belirlemektir (5, 26).

Geriatrik onkolojide tedavi öncesi planlamada yapılan geriatrik değerlendirme ile hastanın fonksiyonel ve fiziksel durumu, psikolojik ve sosyal durumu belirlenebilir (27).

Geriatrik hastalarda komorbidite, planlanan kemoterapi veya semptomlara yönelik uygulanan ilaçların sonucu toksisite olasılığının yüksek olması ilaç uygulamalarında hassasiyet gerektirmektedir. Bu sebeple uygun doz ve uygun kemoterapik ajan seçimi yapılmalıdır (28, 29). Geriatrik hematoloji hastalarında kemoterapi sürecinde görülen miyelotoksisite, mukozit, nötropeni, trombositopeni, kanama riski, periferik ve santral nöropati, kardiyotoksisite, beslenme yetersizliği ve buna bağlı kaşeksi gibi yan etkiler görülebilmektedir ve kırılabilirlik riski olan bireylerde bu süreç daha zorlu bir tablo olarak kendini göstermektedir (30, 31). Geriatrik değerlendirme ile yaşlı bireylerde onkolojik tedavi uyumları, yan etki ve komplikasyonlar, sağ kalım süreleri ortaya konabilir ve yüksek riskli hastalar belirlenebilir. Bu şekilde bireye özgü tedavi ve bakım planlama kararları ve toksisitelerin belirlenmesi sağlanabilir (26, 32, 33).

Amerika Birleşik Devletlerinde 14 Ulusal Kanser Enstitüsü onaylı kanser merkezinden oluşan Ulusal Kanser Merkezi Ağı (NCCN), farklı klinik koşulların tedavisi için uzmanlarca her üç yılda bir ortak kararlar sonucunda oluşturulan kılavuzlar yayınlamaktadır. 1999'dan bu yana geriatrik kanser tedavisine uygun olan kılavuzların bulunduğu bölümde yer alan kriterlerin içeriğinde kemoterapi planlanan

70 yaş ve üzerindeki hastalara kapsamlı bir değerlendirme yapılması önerilmektedir (34).

2.4. Kırılgnlık

Kırılgnlık kavramı, yaygın bir sendrom olarak ele alınmakla birlikte tanımı hakkında tam bir görüş birliği bulunmamaktadır (35). Güncel olarak; ilerleyen yaş ile birlikte fizyolojik rezervlerdeki azalmaya bağlı olarak gelişen güçsüzlük, savunmasızlık, fonksiyonel gerileme, günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlik ve bağımlılığın artması, stresör dirençlerin azalması ile karakterize bir klinik durum olarak belirtilmektedir (36-39).

Fried ve arkadaşları; kırılgnlık belirtilerinin belirgin olmadığını, ilk evrelerde belirtilerin yakalanamayacağını belirtmişler ve beş kriterden (kas güçsüzlüğü, zayıf dayanıklılık, kilo kaybı, düşük fiziksel aktivite, yavaş yürüme hızı) üç veya daha fazlasının varlığına dayanan bir kırılgn fenotipi tanımlamışlardır (40). Yaşlı bireylerde bu kriterlerden üç veya daha fazlasının varlığı kırılgnlık durumunu, bir veya ikisinin varlığı kırılgnlık gelişme riskini ve bu kriterlerden hiçbirinin olmaması ise kırılgnlık durumunun olmadığını gösterir (41).

2.4.1 Kırılgnlık Süreci ve Fizyopatolojisi

Kırılgnlık süreci üç aşamada açıklanmaktadır; pre-kırılgnlık süreci, kırılgnlık durumu ve kırılgnlık komplikasyonları.

Klinik olarak sessiz olan pre-kırılgnlık süreci herhangi bir patolojik bir süreçte fizyolojik rezervlerin yeterli olmasıdır. Kırılgnlık durumu; hastalık veya stres gibi durumlarda tam iyileşme olmaması ve fizyolojik rezervlerin azalma eğiliminde olmasıdır. Kırılgnlık sürecinin komplikasyonları ise; homeostatik dengenin bozulmasına bağlı fizyolojik hassasiyet ve strese karşı organizmanın direnç kapasitesinin azalmasıdır (42).

Yaşlanmanın fizyolojik rezervlerin azaldığı doğal bir süreç olması nedeniyle kırılgnlık ile homeostatik dengenin bozulması daha hızlı ilerleyen patolojik bir durum olarak ortaya çıkmakta ve minimal düzeyde stresörlere karşı direncin sağlanamaması ciddi sağlık sorunlarına yol açmaktadır (42, 43).

Kırılğanlığın farklı sistemlere ait [hematolojik (anemi), inflamatuvar, endokrin (hormonal), mikrobeseinler, adipoz doku ve ince motor hareketler] biyolojik ve biyokimyasal parametrelerle ilişkili olduğu düşünölmektedir. Araştırmalara göre, kırılğan bireylerde hemoglobin, IGF-1, DHEA-S, 25-OH D3, folat, vitamin B12, Vitamin E ve total karotenoid düzeylerinde azalma, IL-6 ve HbA1c düzeylerinde ise artma saptanmıştır. Ayrıca, dokuda azalma ve ince motor hareketlerde yavaşlama da kırılğanlığın fizyopatolojisi ile ilişkili bulunmuştur (44). Aynı çalışmada üç veya daha fazla fizyolojik sistemde sorun yaşayan bireylerin kırılğanlık eğilimi diğer bireylere göre daha yüksek bulunmuştur (44).

Sarkopeni ve Kırılğanlık; sarkopeni; ilerleyen yaş ile birlikte meydana gelen, iskelet kası kitlesinde ve gücünde azalma ile seyreden ve yaşam kalitesinde azalma ve artmış ölüm riski gibi sonuçlar doğuran bir klinik sendrom olarak tanımlanmaktadır (45). Sarkopeni çok faktörlü bir süreç olup gelişiminde endokrin fonksiyonlarda ki azalma (testosteron, östrojen ve büyüme hormonlarının azalması), kronik hastalık (sitokinlerin artışı), fiziksel hareketsizlik ve yetersiz beslenme önemli bir etkiye sahiptir. Kırılğanlık ve sarkopeni, fizyopatoloji, klinik sonuçlar ve tedavi ve önleme yöntemleri açısından birbiri ile ilişki gösteren olgular olarak tanımlanmaktadır (46, 47).

2.4.2. Kırılğanlık Ölçülebilirliği

Kırılğanlığın tanımlanmasında ilk adım uygun bir tarama aracının kullanılmasıdır. Tarama araçlarının bazıları kırılğanlık bileşenlerine bazıları ise risk faktörlerinin değerlendirilmesine odaklanmaktadır (48).

Fried Kırılğanlık Ölçeği: Fried ve arkadaşları tarafından oluşturulan kırılğanlık kriterleri, istemsiz kilo kaybı, bitkinlik/takatsızlık hissi, zayıf kas kuvveti, yavaşlamış yürüme hızı ve azalmış bedensel etkinlik düzeyidir. Bu kriterlerden herhangi üçünün veya daha fazlasının varlığı kırılğan, 1 veya 2 kriter varlığı kırılğanlık öncesi (pre-frail) olarak değerlendirilmekte ve bu hastaların kırılğanlık gelişimi açısından “risk altında” olduğu belirtilmektedir. Kriterlerden hiçbirisinin olmaması ise “normal (kırılğan değil)” olarak değerlendirilmektedir (41).

FRAIL İndeksi: Uluslararası Yaşlanma ve Beslenme Derneği (International Association of Nutrition and Aging, IANA) tarafından oluşturulmuş, kırılğanlığın

farklı boyutlarını da değerlendirildiği bir ölçektir (39). “FRAIL” kelimesinin her harfi bir kırılabilirlik kriterini temsil etmektedir. F=Fatigue (Yorgunluk), R=Resistance (Direnc), A=Aerobic (Aerobik egzersiz), I=Illness (Hastalık sayısı), L=Loss of weight (Kilo kaybı). Değerlendirmesi ise Fried fenotipindeki değerlendirme ile yapılmaktadır (49).

CSHA Kırılabilirlik Ölçeği (Klinik Düşünlük Ölçeği): Rockwood ve ark. tarafından, “Kanada Sağlık ve Yaşlanma Araştırması (Canadian Study of Health and Aging-CSHA)” sonuçları kullanılarak oluşturulmuş bir ölçektir. Ölçek 70 maddeden oluşmakta ve değerlendirme sonuçları ise 7 kategoride yorumlanmaktadır (pek dinç, kontrol edilebilir, hastalıkları mevcut, savunmasız görünümde, hafif derecede kırılabilir, orta derecede kırılabilir, ciddi derecede kırılabilir) (50).

Edmonton Kırılabilirlik Ölçeği 10 alanı değerlendirmektedir. En yüksek puan 17'dir ve yüksek seviyede kırılabilirliği göstermektedir. 'Saat' testi ve 'zamanlanmış kalkış ve git' testi ile performans test edilmektedir. Diğer alanlar duygu durumu, fonksiyonel bağımsızlık, ilaç kullanımı, sosyal destek, beslenme, sağlık tutumu, kontinans, tıbbi hastalığın yükü ve yaşam kalitesidir (51).

2.4.3. Kırılabilirlik Yönetimi

Kırılabilirlik yönetiminde ilk olarak egzersiz önerilmektedir (52). Meta analiz çalışmasında, egzersizin kırılabilir yaşlı bireylerde olumlu sonuçları geliştirdiği belirtilmektedir (53). Buna ek olarak yeterli kalori ve protein alımının desteklenmesi kırılabilirlik yönetiminin diğer bileşenleridir (54). Ayrıca kırılabilirlik ve sarkopeni ile ilişkili olan vitamin D'nin (52, 55, 56) günlük minimum 1000 IU olacak şekilde kullanımı ile kas gücü ve kütlesini artırma etkisi nedeniyle testosteron replasmanı önerilmektedir (57, 58).

İngiliz Geriatri Birliği, Birleşik Krallık Yaşlanma Grubu ve Genel Pratisyenler Kraliyet Koleji (Royal College of General Practitioners)'nin hazırladığı kılavuzda kırılabilir bireyin bakımında altın standart; doktor, hemşire, fizyoterapist, mesleki terapist ve sosyal hizmet uzmanı içeren multidisipliner bir ekip tarafından sunulan kapsamlı geriatik değerlendirme olarak belirlenmiştir (59).

Kanser tanısı almış yaşlı bireylerin yönetiminde kapsamlı geriatik değerlendirme de; kırılabilirliğin belirlenmesi, olumsuz klinik sonuçların tedavisi ve

tedavide sosyal faktörlere müdahale edilmesi açısından yardımcı olmaktadır (60). Kapsamlı geriatrik değerlendirme ve kırılabilirliğin belirlenmesi onkoloji tedavisi ve bakım sürecinde ve kararlarında önem taşımaktadır (60).

2.5. Geriatrik Hematoloji Hastasının Değerlendirilmesinde Hemşirenin Rolü

Kanser tanısı almış yaşlı birey ile çalışan hemşirenin; genel olarak doğrudan bakım uygulamak, ekip içi, ekip üyeleri ile yaşlı birey ve ailesi arasında iletişimi desteklemek, verilen hizmetin yönetimini, değerlendirilmesini, kalitesini ve devamlılığını sağlamak, yaşlı bireye ve ailesine yönelik sağlık eğitimi verilmesi, bakım verenin desteklenmesi gibi çok önemli görevleri bulunmaktadır (61). Hematolojik onkoloji tanısı almış yaşlı bireyin hastalık yükü ve tedavi-bakımdaki sürecinin özellik arz eden bir hasta grubu olmasından nedeniyle hastanın genel durumuna uygun bir planlama yapılmalıdır. Yaşlı bireyde yaşa bağlı fizyolojik, duygusal, sosyal, kültürel ve ekonomik fonksiyonlarda değişimlerin farkındalığını göz önüne alarak bireyin hematoloji tanısı açısından fonksiyonel kapasitesi, beslenme ve eliminasyonu, uyku ve dinlenme durumu, hijyenik durumu, düşme riski, ağrı, ilaç kullanımı değerlendirmeli ve mevcut sorunların çözümünde interdisipliner ekip üyeleri ile koordineli çalışmalıdır (62). Bunun için hemşirenin öncelikli olarak uygun bir geriatrik tarama aracını kullanması ve bu tarama sonucuna göre hastanın kapsamlı geriatrik değerlendirme ihtiyacını belirlemesi gerekmektedir. Hemşire, geriatrik değerlendirme kapsamında sistemlere ilişkin fizik muayene yapmalı ve etkileyen kronik, akut fiziksel ve mental hastalık süreçlerinin dahil olduğu bir anamnez alarak yaşlı bireyde bulunan sağlık sorunlarını kendi açısından değerlendirmeli ve kaydetmelidir (62). Değerlendirme sonuçlarına göre hastanın geriatrik risk, kırılabilirlik ve savunmasızlık durumuna uygun tedavi ve bakım planlanmalıdır. Hematolojik onkoloji tanısı almış yaşlı birey ile çalışan hemşirenin ulusal düzeyde profesyonel kuruluşlar ve sertifika programları ile profesyonel gelişimini sürdürmesi, güncel tedavi ve bakım yaklaşımı ile bireyin bakımı ve yaşam kalitesini artırmak için uygun standartları kullanması önerilmektedir (1).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, 65 yaş ve üzeri hematolojik onkoloji hastalarının kırılma düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu çalışma, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi hematoloji polikliniği ve servisinde yapılmıştır.

Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Urankent Hematoloji bölümü ek binası sadece hematoloji dalında hizmet veren bir bölümdür. Bölümde tek kişilik 20 yataklı hematoloji servisi ve 11 yataklı pozitif basınçlı, merkezi hepafiltreli donanımlı kök hücre nakil ünitesi bulunmaktadır. Ayrıca malign hematoloji, benign hematoloji, kök hücre nakli ve kök hücre nakil hazırlık polikliniği olmak üzere 4 poliklinik bulunmaktadır. Ayaktan kemoterapiler 6 yataklı kemoterapi ünitesinde uygulanmaktadır. Poliklinikler, günde ortalama 40-50 hastaya hizmet vermektedir. Poliklinikler de bir hemşire ve bir uzman doktor görev yapmaktadır. Hematoloji servisi; bir klinik şefi, bir hematoloji uzmanı doktor, iki yandal branşı yapan dahiliye uzmanı ve 18 kişilik hemşire grubu ile hizmet vermektedir.

Poliklinik ve yataklı servislerde hasta ilk başvurusunda ve yatışında anamnez ve “Hemşirelik Hizmetleri Hasta Değerlendirme Formu” kullanılmaktadır. Form içeriğinde fiziksel, ruhsal ve sosyal değerlendirme yer almaktadır. Bu değerlendirmelere ek olarak the Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) performans testi ve Hematopoietic Cell Transplantation-Comorbidity Index (HCT-CI) ile komorbidite değerlendirilmesi yapılmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 11 Şubat 2016-20 Şubat 2017 tarihleri arasında Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi hematoloji polikliniği ve servisine başvuran 65 yaş ve üzeri hematolojik onkoloji tanısı olan hastalar oluşturmaktadır.

Araştırma kapsamına aşağıda belirtilen alınma kriterlerini sağlayan hastalar alınmıştır.

Çalışmaya alınma kriterleri:

- 65 yaş ve üzerinde olmak
- Hematolojik bir tanı almış olmak
- Okur-yazar olmak
- İletişime engel olacak bir durumu olmamak
- Bilişsel hastalık tanısına sahip olmamak

Araştırmanın örneklem sayısının belirlenmesi amacıyla 20 hasta ile pilot uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucu elde edilen veriler ile uygulanan güç analizinde %90 güç (effect size 0,6; alfa 0,05) ile 90 hasta örneklem sayısı olarak belirlenmiş ve araştırma örnekleme alınmıştır.

3.4. Veri Toplama Formları

Araştırmanın verileri “Hasta Tanıtım Formu (Ek 1)”, ve “Edmonton Kırılganlık Ölçeği (EFS-TR) (Ek 2)” kullanılarak elde edilmiştir.

3.4.1. Hasta Tanıtım Formu

“Hasta Tanıtım Formu”, hastaların sosyo-demografik özelliklerini belirlemek amacıyla konu ile ilgili literatür doğrultusunda oluşturulmuştur (63, 64). Formda hastanın sosyo-demografik verileri ile (yaş, eğitim, çalışma durumu, meslek, çocuk sayısı, birlikte yaşadığı kişiler, sosyal güvence ve gelir durumu), hastalığına ilişkin (tanı, tanı tarihi, tedavi, eşlik eden diğer hastalıklar) 16 soru yer almaktadır.

3.4.2. Edmonton Kırılganlık Ölçeği (EFS-TR)

Edmonton Kırılganlık Ölçeği (Edmonton Frail Scale-EFS) Rolfson ve arkadaşları (2006) tarafından kırılganlığı tanımlamak amacıyla geliştirilmiştir (51, 65). Ölçeğin içerik geçerliliği; Geriatrician’s Clinical Impression of Frailty (GCIF) isimli 70 soruluk kırılganlık ölçeği ile yapılmış, yüksek korelasyon gösterdiği tespit edilmiştir (r: 0,64 p<0,0001). Orijinal ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.62 olarak bulunmuştur (51).

EFS-TR'nin Türkiye'deki geçerlik-güvenirlik araştırması 2013 yılında Aygör ve Fadiloğlu tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin madde sayısı Türk toplumuna uyarlama sürecinde değiştirilmemiş ve ölçek için elde edilen Cronbach alfa değeri 0.75 olarak belirtilmiştir (16).

Ölçek kapsamlı geriatrik değerlendirmede yer alan ve kırılگانlıkta belirleyici olarak kabul edilen 9 kırılگانlık boyutundan oluşmaktadır. Bu boyutlar; “bilişsel durum, genel sağlık durumu, fonksiyonel bağımsızlık, sosyal destek, ilaç kullanımı, beslenme, ruh hali, kontinans ve fonksiyonel performans”dır. Ölçek toplam 11 maddeden oluşmaktadır. Genel sağlık durumu ve ilaç kullanımı 2 soru ile diğer boyutlar ise bir soru ile değerlendirilmektedir. Bilişsel durumu değerlendirmek için “saat testi”, fonksiyonel performansı değerlendirmek için “Zamanlı Kalk ve Git Testi” kullanılmaktadır. Sorular 0-1-2 puan ile değerlendirilmekte ve ölçekten alınan toplam puan 0-4 puan kırılگان değil, 5-6 puan görünürde savunmasız, 7-8 puan hafif kırılگان, 9-10 puan orta kırılگان, 11 ve üzeri puan şiddetli kırılگان olarak tanımlanmaktadır (51).

3.5. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmada kullanılacak veri toplama formunun anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliğini belirlemek amacıyla, 11 Şubat-14 Mart 2016 tarihleri arasında on hasta ile Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hematoloji Polikliniğinde çalışmanın ön uygulaması yapılmıştır. Ön uygulama sonrası veri toplama formlarında değişiklik yapılmamış, ön uygulama grubu örnekleme dahil edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Uygulanması

On hasta ile yapılan ön uygulamanın ardından 4 Mayıs-20 Şubat 2017 tarihleri arasında 3. Bölge Kamu Hastaneler Birliği Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 90 hastaya “Hasta Tanıtım Formu” ve “Edmonton Kırılگانlık Ölçeği” poliklinik hastalarında sabah ilk muayene sonrası, klinikte yatan hastalara ise sabahları tedavi öncesi uygulanmıştır. Hastalara uygulama öncesi bilgi verilmiştir ve katılım için aydınlatılmış onam alınmıştır. Formun uygulanması araştırmacı tarafından yüz yüze

sorulup süre olarak Hasta Tanıtım formu 3 dakika, kırılgnlık ölçeğinin uygulanması ise 5-6 dakika olacak şekilde toplam maksimum 9 dakikalık bir sürede tamamlanmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler, IBM SPSS Statistics 23 istatistik paket programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Çalışmada kategorik ve sürekli değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, ortanca değer, minimum, maksimum, sayı ve yüzdelik dilim) verilmiştir. Normallik varsayımına “Kolmogorov-Smirnov” testi ile bakılmıştır. Teste göre kırılgnlık ölçeği test istatistiği 0,128 ve p değeri 0,001’dir. Kırılgnlık ölçeği skorlarının normal dağılmaması sonucunda analizlerde parametrik olmayan yöntemlerden yararlanılmıştır. İki bağımsız grup arasındaki farklılıklar değerlendirilmek istendiğinde “Mann Whitney–U testi” kullanılmıştır. Üç ve daha fazla bağımsız grup karşılaştırması için Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Bağımsız iki kategorik değişken arasındaki ilişki ise Ki kare analizi ile incelenmiştir. Ki kare analizinin beklenen değer varsayımını sağlamayan durumlarda Ki kare testi yorumlanmamıştır. $p < 0.05$ düzeyi istatistik olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Tarama aracı Edmonton Kırılgnlık Ölçeği’nin Dr. Darryl Rolfson’dan kullanım izni alınmıştır (Bkz Ek 3).

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 22.07.2015 tarih ve 15/488-27 numaralı karar ile izin alınmıştır (Bkz Ek 4).

Çalışmanın gerçekleştirilmesi için T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nden yazılı izin alınmıştır (Bkz Ek 5).

Çalışmaya katılan hastalardan aydınlatılmış form imzalatılarak yazılı izin alınmıştır (Bkz Ek 6).

4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları aşağıdaki başlıklar ile verilmiştir.

1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Hastalıklarına İlişkin Özellikleri
2. Hastaların Kırılganlık Düzeylerinin Dağılımı

Tablo 4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri (n:90)

Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş (Ort=71,2±5,57)		
65-74	64	71,2
75-84	22	24,4
85 ve üzeri	4	4,4
Cinsiyet		
Erkek	53	58,9
Kadın	37	41,1
Eğitim Durumu		
Okur Yazar Değil	25	27,9
İlkokul	40	44,4
Ortaokul	9	10,0
Lise	12	13,3
Üniversite ve Üzeri	4	4,4
Çalışma Durumu		
Emekli	51	56,7
Çalışmıyor (Ev hanımı)	36	40,0
Çalışıyor	3	3,3
Medeni Durumu		
Evli	71	78,9
Bekar*	19	21,1
Çocuk Sayısı (n: 88)		
1-3	40	45,5
4 ve üzeri	48	54,5
Birlikte Yaşadığı Kişiler		
Eşi	66	73,3
Çocukları veya Arkadaşları	14	15,6
Yalnız	10	11,1
Gelir Durumu		
Gelir Gidere Denk	63	70,0
Gelir Giderden Az	27	30,0

*Bekar: Eşini kaybetmiş n=17, Boşanmış n:2

Tablo 4.1’de araştırmaya alınan hastaların sosyo-demografik özellikleri yer almaktadır. Araştırmaya alınan hastaların yaş ortalaması 71,2±5,57 olup, %71,2’si 65-74 yaş aralığında, %58,9’u erkek, %44,4’ü ilkokul mezunu, %56,7’si emekli, %78,9’u evlidir. Hastaların %54,5’inin 4 ve üzeri çocuğu olup, %73,3’ü eşi ile birlikte yaşamaktadır. Hastaların %68,9’unda geliri gidere denk olup, %63,3’ünün sosyal güvencesi SSK’dır.

Tablo 4.2. Hastaların Hastalıklarına İlişkin Özellikleri (n:90)

Özellikler	Sayı	Yüzde
Hastanın Araştırmaya Alındığı Yer		
Poliklinik	60	66,7
Klinik	30	33,3
Hastalık Tanısı		
Lenfoma *	23	25,5
Multiple Myelom	21	23,3
Lösemi **	17	18,9
Myelodisplastik Sendrom	12	13,3
Lökosit Bozukluğu	10	11,1
Aplastik Anemi	7	7,9
Tanı süresi		
2 yıl altı	76	84,4
2 yıl ve üzeri	14	15,6
Eşlik Eden Hastalık Durumu		
Var	59	65,6
Yok	31	34,4
Eşlik Eden Hastalık Sayısı (n:59)		
1 hastalık	32	54,2
2 ve üzeri hastalık	27	45,8

*Lenfoma: Diffüz büyük B hücreli lenfoma n: 3, Non-hodgkin lenfoma n:20

**Lösemi: Akut Myeloid Lösemi n:13, Kronik Lenfositler Lösemi n:3, Akut Lenfoblastik Lösemi n:1

Tablo 4.2’de araştırmaya alınan hastaların hastalıklarına ilişkin özellikleri yer almaktadır. Hastaların %66,7’si hastaneye poliklinikten giriş yapmış olup %25,5’i lenfoma, %23,3’ü Multiple myelom ve %18,9’u lösemi tanısı ile izlenmektedir. Hastaların %84,4’ü iki yıldan daha az süredir hematolojik onkoloji tanı süresine sahip olup, %65,6’sının eşlik eden en az bir kronik hastalığı olduğu saptanmıştır. Tabloda belirtilmemekle birlikte araştırmaya alınan hastaların %62,9’u kemoterapi tedavi sürecinde, %20,2’si kan ürünü desteği almakta olup %35,5’i kemoterapi, kan ürünü veya destek tedavi alıp kontrol sürecindedir.

Tablo 4.3. Hastaların Kırılgnlık Ölçeği Puan Ortanca ve Ortalamalarının Dağılımı (n:90)

	Sayı	Ortanca	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
Kırılgnlık toplam puan	90	5	0	11	5,59	3,126

Tablo 4.3’de hastaların kırılgnlık ölçeği puan ortanca ve ortalamalarının dağılımı görölmektedir. Hastaların kırılgnlık ölçeği ortanca değerı 5, puan aralığı 0-11 ve ortalaması ise $5,59 \pm 3,126$ ’dır.

Tablo 4.4. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Kırılganlık Ölçeğine İlişkin Bulguları (n:90)

	Kırılganlık Ölçeği		
	Ort±SS	Medyan (Min.-Max.)	İstatistiksel Analiz
Yaş			
65-74	5,2±3,15	5 (0-11)	Z=-1,560 p=0,119
75 yaş ve üzeri	6,4±2,96	7 (1-11)	
Cinsiyet			
Erkek	6,3±2,94	5 (0-11)	Z=-1,779 p=0,075
Kadın	5,0±3,17	7 (1-11)	
Eğitim Durumu			
İlkokul	6,2±2,67	5 (0-11)	X ² =1,218 p=0,544
Okur-yazar değil	5,4±3,31	7 (1-11)	
Ortaokul ve üzeri	5,4±3,29	5 (0-11)	
Medeni Durum			
Evli	5,3±3,21	5 (0-11)	Z=-1,469 p=0,142
Bekar	6,5±2,63	7 (3-11)	
Çocuk Sayısı			
1-3	4,4±2,86	4 (0-10)	Z=2,924 p=0,003
4 ve üzeri	6,4±3,05	6,5 (0-11)	
Birlikte Yaşadığı Kişiler			
Eşi ile	5,0±3,12	5 (0-11)	X ² =7,738 p=0,021*
Çocuklar/Arkadaşlar	7,4±2,90	8 (3-11)	
Yalnız	6,6±2,37	5 (3-11)	
Gelir Durumu			
Gelir Gidere Denk	5,2±2,93	5 (0-11)	Z=1,698 p=0,09
Gelir Giderden Az	6,5±3,43	7 (1-11)	
Araştırmaya Alınan Yer			
Poliklinik	5,2±3,23	5 (0-11)	Z=-1,796 p=0,072
Klinik	6,4±2,78	7 (2-11)	
Tanı			
Lenfoma	5,6±2,71	6 (0-10)	X ² =11,730 p=0,039**
Multiple Myelom	5,1±3,35	4 (1-11)	
Lösemi	7,5±2,32	8 (3-11)	
Miyelodisplazik Sendrom	5,9±3,45	5 (1-11)	
Lökosit Bozukluğu	4,4±3,47	4,5 (0-11)	
Aplastik Anemi	3,4±2,76	3 (1-8)	
Eşlik Eden Hastalık			
Var	6,0±2,79	6 (1-11)	Z=-1,953 p=0,051
Yok	4,7±3,56	4 (0-11)	
Eşlik Eden Hastalık Sayısı (n:59)			
1 hastalık	6,2±2,91	7 (1-11)	Z=-0,528 p=0,598
2 ve üzeri hastalık	5,8±2,68	6 (1-11)	
Tanı Süresi			
2 yıl altı	5,4±3,08	5 (0-11)	Z=-1,291 p=0,197
2 yıl ve üzeri	7,0±3,22	7 (0-11)	

*Farklılığı kaynaklandığı gruplar eşi ile yaşayan-çocukları veya arkadaşları ile yaşayan hastalar

** Farklılığı kaynaklandığı gruplar lösemi tanısı - aplastik anemi olan hastalar

Tablo 4.4’de hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre Kırılganlık Ölçeğine ilişkin bulguları yer almaktadır.

75 yaş ve üzeri grubun, kadınların, okur-yazar olmayanların, bekarların, 4 ve daha fazla çocuk sahibi olanların, çocuklar/arkadaşları ile yaşayanların, gelir giderden az olanların, araştırmaya klinikten alınan, tanısı lösemi olan, eşlik eden en az bir hastalığı olan ve tanı süresi 2 yıl ve üzeri olan hastaların kırılganlık puan ortancaları yüksektir.

Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, gelir durumu, hastanın araştırmaya alındığı yer, eşlik eden hastalık durumu ve sayısı ve tanı süresi ile kırılganlık ölçek puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$). Tabloda yer almamakla birlikte hastaların tedavi grubu, sosyal güvence durumu ve hastaların hastaneye kabul şekli ile kırılganlık ölçek puan ortancaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).

Hastaların sahip oldukları çocuk sayısı ile kırılganlık ölçek puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre; çocuk sayısı 4 ve üzeri olan hastaların, çocuk sayısı 1-3 olan hastalardan kırılganlık ölçek puan ortancası anlamlı derecede daha fazladır.

Hastaların birlikte yaşadığı kişi kategorileri ile kırılganlık ölçek puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre; çocukları veya eşi ile yaşayan hastaların, eşi ile yaşayan hastalardan kırılganlık ölçek puan ortancası anlamlı derecede daha fazladır.

Hastaların tanıları ile kırılganlık ölçek puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Tanısı lösemi olan hastaların kırılganlık ölçek puan ortancaları tanısı aplastik anemi olan hastalardan anlamlı derecede daha fazladır.

Tablo 4.5. Hastaların Kırılgnlık Düzeylerinin Dağılımı (n:90)

	Sayı	Yüzde
Kırılgnlık Ölçeği		
Kırılgn Değil	36	40,0
Görünürde Savunmasız	16	17,8
Hafif Kırılgn	18	20,0
Orta Kırılgn	15	16,7
Şiddetli Kırılgn	5	5,5
Toplam	90	100,0

Tablo 4.5'te hastaların kırılgnlık düzeylerinin dağılımı görölmektedir. Hastaların %40'ı kırılgn değildir, %20'si hafif kırılgn, %17,8'i görünürde savunmasız, %16,7'si orta kırılgn, %5,5 ise şiddetli kırılgn olarak bulunmuştur.

Tablo 4.6. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Kırılgnlık Düzeylerinin Dağılımı (n:90)

	Kırılgnlık Ölçeği					
	Kırılgn Değil N (%)	Görünürde Savunmasız N (%)	Hafif Kırılgn N (%)	Orta Kırılgn N (%)	Şiddetli Kırılgn N (%)	İstatiksel Analiz
Yaş						
65-74	28 (43,7)	11 (17,2)	11 (17,2)	13 (20,3)	1 (1,6)	-
75 ve üzeri	8 (30,8)	5 (19,2)	7 (27,0)	2 (7,7)	4 (15,3)	-
Cinsiyet						
Kadın	13 (35,1)	4 (10,9)	11(29,7)	6 (16,2)	3 (8,1)	X ² =5,806 p=0,214
Erkek	23 (43,4)	12 (22,7)	7(13,2)	9 (17,0)	2 (3,7)	
Eğitim Durumu						
Okur Yazar Değil	8 (32,0)	4 (16,0)	8 (32,0)	4 (16,0)	1 (4,0)	-
İlkokul	17 (42,5)	7 (17,5)	8 (20,0)	5 (12,5)	3 (7,5)	
Ortaokul ve Üzeri	11 (44,0)	5 (20,0)	2 (8,0)	6 (24,0)	1 (4,0)	
Medeni Durum						
Evli	32 (45,1)	11 (15,5)	11 (15,5)	15 (21,1)	2 (2,8)	-
Bekar	4 (21,0)	5 (26,3)	7 (36,9)	-	3 (15,8)	-
Çocuk Sayısı						
1-3	22 (55,0)	6 (15,0)	7 (17,5)	5 (12,5)	-	X ² =8,315 p=0,081
4 ve Üzeri	14 (29,1)	10 (20,9)	10 (20,9)	10 (20,9)	4 (8,2)	
Birlikte Yaşadığı Kişiler						
Yalnız	2 (20,0)	2 (20,0)	5 (50,0)	-	1 (10,0)	-
Eşi ile	32 (48,5)	11 (16,7)	9 (13,6)	13 (19,7)	1 (1,5)	
Çocuklar/arkadaşlar	2 (14,2)	3 (21,5)	4 (28,6)	2 (14,2)	3 (21,5)	
Gelir Durumu						
Gelir Gider Denk	27 (42,9)	13 (20,7)	13 (20,7)	8 (12,6)	2 (3,1)	-
Gelir Giderden Az	9 (33,3)	3 (11,1)	5 (18,5)	7 (26,0)	3 (11,1)	-

Tablo 4.6. (Devamı) Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Kırılgnlık Düzeylerinin Dağılımı (n:90)

	Kırılgnlık Ölçeği					
	Kırılgn Değil n(%)	Görünürde Savunmasız n(%)	Hafif Kırılgn n(%)	Orta Kırılgn n(%)	Şiddetli Kırılgn n(%)	İstatiksel Analiz n(%)
Araştırmaya Alınan Yer						
Klinik	9 (30,0)	5 (16,7)	9 (30,0)	4 (13,3)	3 (10,0)	X ² =5,306 p=0,257
Poliklinik	27 (45,0)	11 (18,3)	9 (15,0)	11 (18,3)	2 (3,4)	
Tanı						
Lenfoma	7 (30,4)	7 (30,4)	4 (17,4)	5 (21,8)	-	-
Multiple Myelom	11 (52,4)	2 (9,5)	3 (14,3)	4 (19,1)	1 (4,8)	-
Lösemi	3 (17,6)	1 (5,9)	8 (47,1)	4 (23,5)	1 (5,9)	-
Myelodisplastik send.	5 (41,7)	2 (16,7)	2 (16,7)	1 (8,3)	2 (16,7)	-
Lökosit bozukluğu	5 (50,0)	3 (30,0)	-	1 (10,0)	1 (10,0)	-
Aplastik Anemi	5 (13,9)	1 (6,3)	1 (5,6)	-	-	-
Eşlik Eden Hastalık						
Yok	17 (54,8)	4 (12,9)	2 (6,5)	6 (19,3)	2 (6,5)	X ² =7,849 p=0,097
Var	19 (32,2)	12 (20,3)	16 (27,1)	9 (15,3)	3 (5,1)	
Hastalık Sayısı (n:59)						
1	10 (3,1)	6 (18,8)	8 (25,0)	7 (21,9)	1 (3,1)	-
2 ve üzeri	9 (33,3)	6 (22,2)	8 (29,6)	2 (7,4)	2 (7,4)	-
Tanı Süresi						
2 Yıl Altı	32 (88,9)	14 (87,5)	16 (88,9)	10 (66,7)	4 (80,0)	-
2 Yıl ve Üzeri	4 (11,1)	2 (12,5)	2 (11,1)	5 (33,3)	1 (20,0)	-

Tablo 4.6’da hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre kırılgnlık düzeylerinin dağılımları yer almaktadır.

Hastaların kırılgnlık düzeylerinin dağılımlarını incelediğimizde 75 yaş ve üzeri grubun %27’si, kadınların %29,7’si, okur-yazar olmayanların %32’si, bekarların %36,9’u, çocuklar/arkadaşları ile yaşayanların %28,6’sı hafif kırılgn, geliri giderden az olan hastaların %26’sı orta kırılgn düzeydedir.

Araştırmaya klinikten alınan hastaların %30’u, tanısı lösemi olan hastaların %47,1’i, eşlik eden hastalığı olanların %27,1’i hafif kırılgn; tanı süresi 2 yıl ve üzeri olanların %33,3’ü şiddetli kırılgnadır.

5. TARTIŞMA

Hastaların aldıkları kırılgnlık skorlarını incelediğimizde çalışmaya katılan hastaların %60'ında kırılgnlık durumu saptanmıştır. Konu ile ilgili literatürü incelediğimizde aynı kırılgnlık ölçeği kullanılan ve Brezilya'da yapılan bir çalışmaya göre 137 hastanın %51,8'inde kırılgnlık durumu saptanmıştır (66). Yaşlı bireylerde kırılgnlıkla ilgili yapılan başka bir çalışmada ise 380 hastanın %83'ünde kırılgnlık ve kırılgnlık öncesi durum varlığı saptanmıştır (67).

Çalışmaya dahil olan hastaların yaş grubunu incelediğimizde 75 yaş ve üzeri grubun kırılgnlık düzeyinin 65-74 yaş grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ülkemizde yapılan 65 yaş ve üstü bireylerde kırılgnlık durum değerlendirilmesi konusunda yapılan bir çalışmada, hastaların yaşları arttıkça kırılgnlık durumlarının arttığı saptanmıştır (67). Hastaların hematolojik tanılarına bağlı hastalık yükü, tedaviyi tolere etme durumları ve komplikasyonları göz önüne alındığında yüksek kırılgnlığa sahip ileri yaş grubunda süreç daha zorlu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bulgularımız ve çalışmaya katılan hastalara ilişkin gözlemlerimiz literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Cinsiyet faktörünün kırılgnlık düzeylerini incelediğimizde literatüre göre Ching-I Chang ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kırılgnlık düzeyi ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamışken (68) aynı grubun yaptığı başka bir çalışmada kadın cinsiyette kırılgnlık düzeyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (69). Ayrıca Rockwood'un kırılgnlık kriterleri arasında da kadın cinsiyet yer almaktadır (35). Çalışmamıza katılan hastaların cinsiyet faktörünü incelediğimizde de kadınların erkeklere göre kırılgnlık düzeyleri daha yüksek çıkmıştır. Bulgularımız literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Eğitim durumu incelendiğinde ilkokul grubunun kırılgnlık düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Araştırmadan elde edilen sonuç literatür ile karşılaştırıldığında; Ching-I Chang ve arkadaşlarının Fried Kırılgnlık İndeksi kullanarak yaptıkları çalışmada kırılgnlık düzeyleri ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş ve eğitim yılı arttıkça kırılgnlık sıklığının düştüğu saptanmıştır (68). Khandelwal ve arkadaşları tarafından yapılan Fried Kırılgnlık indeksinin kullanıldığı çalışmada kırılgnlık düzeyi ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamsız bir fark bulunmuştur (65). Hematoloji hastalarının tedavi ve kontrol süreçlerindeki uyumu, düzenli ilaç kullanımı, beslenme

ve hijyen gibi konularda eğitim düzeyleri anlayabilme ve uygulayabilme açısından önemlidir. Eğitim düzeyi düşük olan hastalarda bu uyum süreci daha zorlu geçmekte ve bu da hastaların kırılganlık düzeylerini yükseltmektedir.

Medeni durumunu incelediğimizde bekarların (eşini kaybetmiş/boşanmış) kırılganlık düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Geriatrik değerlendirmede evli ve eşi ile yaşama fiziksel ve emosyonel olarak sosyal bir destek olarak tanımlanmaktadır. Çalışma sürecinde evli hastalar kendilerini eşlerinin yanında iken daha güvende ve koşulsuz maddi manevi desteklerini hissettiklerini bildirmişlerdir.

Çalışmamızda çocuk sayısını incelediğimizde 4 ve üzeri olan hasta grubunun kırılganlık düzeyleri yüksek bulunmuştur. Sahip olunan çocuk sayısının fazla oluşu ebeveynlerde fiziksel yıpranmalara neden olabilmektedir (70). Buna ek olarak çalışmadaki popülasyonun gelir durumunun sınırdan veya az olması ve sahip olunan çocuk sayısının artması hastalarda geçmişten gelen ve halen devam etmekte olan yaşam yükünü artırmakta ve bunun sonucunda kırılganlık düzeylerinin yüksek olduğu düşünülmektedir.

Hastaların birlikte yaşadığı kişiler (veya yalnız yaşama) durumunu incelediğimizde çocukları veya arkadaşları ile yaşayan grubun kırılganlık düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Hastalarla çalışma sürecindeki gözlemlerimizde çocukları ile yaşayan hastaların çoğunluğu eşini kaybetmiş (yalnız kalamayan), ileri yaş grubu, günlük yaşam aktivitelerinde ve hematolojik tanıya bağlı halsizlik, yorgunluk, tedavi-bakım sürecindeki hijyen, beslenme gibi konularda destek gereksinimi olan, kırılganlık düzeyleri yüksek hasta grubudur.

Çalışmaya katılan hastaların gelir durumunu incelediğimizde gelir durumu giderden az olan hastaların kırılganlık düzeyi yüksek bulunmuştur. Literatürde Masel ve arkadaşlarının çalışmasında kırılganlık düzeyleri ve ekonomik zorlanma arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Gelir düzeyi bireylerin kişisel bakım, beslenme gibi temel gereksinimlerini karşılamalarında yetersizliklere neden olarak kırılganlık düzeylerinin yükselmesine yol açtığı düşünülmektedir. Literatürde bu sonucumuzu desteklemektedir (59, 71).

Çalışmada hastaların araştırmaya alındığı yer poliklinik ve klinik olarak sınıflandırılmış olup klinikte yatan hastaların kırılganlık düzeyleri poliklinikte tedavi alan hastalara göre daha yüksek çıkmıştır. Bunun sebebi olarak klinikte yatan

hastaların uzun süreli infüze tedavi görmeleri ve buna bağlı patofizyolojik değişiklikler, beslenme bozukluğu veya hareket kısıtlılığı gibi fizyolojik bozulmalar hastaların kırılma düzeylerinin olumsuz açıdan yüksek çıkmasına neden olmaktadır.

Çalışmaya katılan hastaların komorbidite durumları incelendiğinde eşlik eden hastalığı olan hastaların kırılma düzeyleri hastalığı olmayan hastalara göre daha yüksek çıkmıştır. Çalışmada hastaların %65,6'sında komorbidite durumu var olmakta ve bu hasta grubunun da %45,8'inde 2 ve üzeri hastalık sayısı bulunmaktadır. Komorbidite durumunun var olması ve hastalık sayısının kırılma düzeyi ile ilişkisinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Hastaların tanı süresi 2 yıl ve üzeri olanların kırılma düzeyleri daha yüksek olarak saptanmıştır. Bunun nedeni ise ilerleyen yaşlanma sürecinde artan hastalık sayısı ve tedavi sürecindeki toksisite, komplikasyon ve bunlara bağlı fiziksel ve psikososyal yıpranma, uzun süreli ve takipli hastane süreçleri ve tanılarına bağlı daha izole bir yaşam sürdürmeleri hastaların zaman ilerledikçe savunmasızlıklarında ve kırılma düzeylerinin de diğer gruba göre daha hızlı ilerlemesine neden olmaktadır. Literatürü incelediğimizde birçok çalışma bulgumuzu desteklemektedir (72, 73).

Hastaların çalışmaya uygulama anındaki duruma göre kemoterapi alan, kemoterapi sonrası kan ürünü alan ve kontrol (kemoterapi sonrası rutin kan testi ve genel durum değerlendirilmesi) şeklinde tedavi gruplandırılmıştır. Bu grupta kemoterapi alan hastaların kırılma düzeyleri diğerlerine göre daha yüksek çıkmıştır. Ancak diğer iki grubun kırılma düzeyleri de kendi içerisinde yüksek değer göstermiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Araştırmamızda elde edilen sonuçlar aşağıda belirtilmektedir.

1. Çalışmamıza katılan hastaların %60'ında kırılgnlık durumu saptanmış ve bu hastalar kırılgnlık ölçeğinden ortalama $5,59 \pm 3,126$ puan almıştır.
2. Hastaların kırılgnlık düzey dağılımları kırılgn değil %40, görünürde savunmasız %17,8, hafif kırılgn %20, orta kırılgn % 16,7, şiddetli kırılgn %5,5 olarak bulunmuştur.
3. 75 yaş ve üzeri olan, kadın, çocuk sayısı 4 ve üzeri olan, gelir giderden az olan, çocuk veya arkadaşları ile yaşayan, çalışmaya klinikten alınan, tanı süresi 2 yıl ve üzeri olan, lösemi tanısı ile izlenen hasta grubunun kırılgnlık düzeyleri yüksek bulunmuştur.

6.2. Öneriler

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

1. Geriatrik hematolojik onkoloji tanısı ile izlenen hastaların kırılgnlık düzeylerinin belirlenmesi.
2. Kırılgnlık düzeyleri belirlenen hastaların klinik ve poliklinikteki tedavi, bakım ve takip süreçlerinde elde edilen bulguların göz önüne alınarak planlanması.
3. Kırılgnlık düzeyinin dikkate alınması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Akdemir N, Akyar İ. Geriatri Hemşireliği. Akad Geriatri. 2009;1:73-81.
2. Kutsal YG. Yaşlanan Dünyanın Yaşlanan İnsanları 2011 [Erişim Tarihi 12.05.2016]. Erişim adresi: <http://www.geriatri.org.tr>.
3. Türker A. Yaşlılık ve Kanser. In: Arnoğul S, editor. Geriatri ve Gerontoloji. İstanbul: Nobel tıp kitabevi; 2006.
4. GLOBOCAN 2012 World Health Organization: Estimated Cancer Incidence Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. 2012.
5. Repetto L. Greater risks of chemotherapy toxicity in elderly patients with cancer. The journal of supportive oncology. 2002;1(4 Suppl 2):18-24.
6. Yancik R, Ries, Lynn Cancer in Older Persons: An International Issue in an Aging World. Seminars in Oncology. 2004;31(2):128-36.
7. Kenis C, Decoster L, Van Puyvelde K, De Grève J, Conings G, Milisen K, et al. Performance of two geriatric screening tools in older patients with cancer. Journal of Clinical Oncology. 2014;32(1):19-26.
8. Bostankolu Ö, Öztürk B, Coşkun U, Büyükberber S, Benekli M. Yaşlı hastalarda kanser kemoterapisi. International Journal of Hematology and Oncology. 2008;18(3):186-92.
9. Simons A, Cutler T. Chemoterapy and Monocal Antibodies. Brown M. CTJ, editor. Wiley-Blackwell Publishing Ltd., England.2012. 275-86.
10. Rodin MB, Mohile SG. A practical approach to geriatric assessment in oncology. Journal of Clinical Oncology. 2007;25(14):1936-44.
11. Özmen M. Yaşlılık ve kanser:genel cerrahi kliniğinden kesitsel bir çalışma. Türk Geriatri Dergisi. 2007;10(1):5-9.
12. Extermann M, Hurria A. Comprehensive geriatric assessment for older patients with cancer. Journal of Clinical Oncology. 2007;25(14):1824-31.
13. Beğer T. Kırılgan Yaşlı. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi. 2006:18-22.
14. Aras S, Varlı M, Atlı T. Yaşlılıkta Kırılganlığı Anlamak 2011 [Erişim Tarihi 20.08.2016]. Erişim adresi: <http://www.akadgeriatri.org>.
15. Byard RW. Frailty syndrome–medicolegal considerations. Journal of forensic and legal medicine. 2015;30:34-8.
16. Aygör H. Edmonton kırılgnalık ölçeğinin Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliğin incelenmesi. İzmir: Ege Üniversitesi; 2013.
17. Sumukadas D, Witham MD, Struthers AD, McMurdo ME. Effect of perindopril on physical function in elderly people with functional impairment: a randomized controlled trial. Canadian Medical Association Journal. 2007;177(8):867-74.

18. Beğer T, Yavuzer H. Yaşlılık ve yaşlılık Epidemiyolojisi. Klinik Gelişim Dergisi. 2012;25(3):1-3.
19. Milletler B. World population ageing: 1950-2050. Ekonomik ve Sosyal İşler Nüfus Birimi, New York, Birleşmiş Milletler Yayınları. 2002:5-9.
20. Nations U. World Population Ageing 2015 United Nations 2015.
21. Türkiye İstatistik Kurumu. Hayat Tabloları, 2013-2015 2016 [Erişim Tarihi 14.04.2016]. Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr>.
22. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Yaşlılar. 2014.
23. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Yaşlılar 2014, Seçilmiş ölüm nedeni ve cinsiyete göre yaşlı ölümleri, 2011-2013 (65 ve daha yukarı yaştaki kişiler).
24. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kanser İstatistikleri, 2013 [Erişim Tarihi 21.04.2016]. Erişim adresi: <http://kanser.gov.tr>.
25. Balducci L. Aging, frailty, and chemotherapy. Cancer Control. 2007;14(1):7.
26. Hurria A, Browner IS, Cohen HJ, Denlinger CS, Extermann M, Ganti AKP, et al. Senior adult oncology. Journal of the National Comprehensive Cancer Network. 2012;10(2):162-209.
27. Savaş T. Kanserli geriatric hastalarda komorbidite ve klinik değerlendirme. Türk Onkoloji Dergisi. 2007;22(4):192-6.
28. Monfardini S. Prescribing anti-cancer drugs in elderly cancer patients. European Journal of Cancer. 2002;38(18):2341-6.
29. Alan Ö, Gürsel Ö, Ünsal M, Altın S, Kılçık S. Geriatric Hastalarda Onkolojik Yaklaşım. Okmeydanı Tıp Dergisi. 2013;29(2):94-8.
30. Mohila G KH, Rao A. . Considerations and controverseries in the managment of older patients with advanced cancer.: ASCO 2012 educational book; 2012. 321-7 p.
31. Balducci L. Yaşlılarda Kanser Kemoterapisi. Osman İlhan ZG, editor. Cambridge University Press: Lodovico Balducci, William Ershler, Giovanni de Geatano; 2008. 225-30 p.
32. Savaş S, Akçiçek F. Kapsamlı geriatric değerlendirme. Ege Tıp Dergisi. 2010;49(3):19-30.
33. Cassel CK. Geriatric medicine: an evidence-based approach: Springer Science & Business Media; 2003.
34. Lichtman SM, Balducci L, Aapro M. Geriatric oncology: a field coming of age. Journal of Clinical Oncology. 2007;25(14):1821-3.
35. Rockwood K. What would make a definition of frailty successful? Age and Ageing. 2005;34(5):432-4.

36. Ferrucci L, Guralnik JM, Studenski S, Fried LP, Cutler GB, Walston JD. Designing randomized, controlled trials aimed at preventing or delaying functional decline and disability in frail, older persons: a consensus report. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2004;52(4):625-34.
37. Bouillon K, Kivimaki M, Hamer M, Sabia S, Fransson EI, Singh-Manoux A, et al. Measures of frailty in population-based studies: an overview. *BMC geriatrics*. 2013;13(1):64.
38. Sternberg SA, Schwartz AW, Karunanathan S, Bergman H, Mark Clarfield A. The identification of frailty: a systematic literature review. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2011;59(11):2129-38.
39. Lee L, Heckman G, Molnar FJ. Frailty Identifying elderly patients at high risk of poor outcomes. *Canadian family physician*. 2015;61(3):227-31.
40. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 2004;59(3):M255-M63.
41. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 2001;56(3):M146-M57.
42. Fried L, Walston J. Frailty and failure to thrive. *Principles of geriatric medicine and gerontology*. 2003;5:1487-502.
43. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *The Lancet*. 2013;381(9868):752-62.
44. Fried LP, Xue Q-L, Cappola AR, Ferrucci L, Chaves P, Varadhan R, et al. Nonlinear multisystem physiological dysregulation associated with frailty in older women: implications for etiology and treatment. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 2009;64(10):1049-57.
45. Cooper C, Dere W, Evans W, Kanis J, Rizzoli R, Sayer A, et al. Frailty and sarcopenia: definitions and outcome parameters. *Osteoporosis International*. 2012;23(7):1839-48.
46. Calvani R, Marini F, Cesari M, Tosato M, Anker SD, Haehling S, et al. Biomarkers for physical frailty and sarcopenia: state of the science and future developments. *Journal of cachexia, sarcopenia and muscle*. 2015;6(4):278-86.
47. Santilli V, Bernetti A, Mangone M, Paoloni M. Clinical definition of sarcopenia. *Clinical Cases in mineral and bone metabolism*. 2014;11(3):177.
48. De Lepeleire J, Iliffe S, Mann E, Degryse JM. Frailty: an emerging concept for general practice. *Br J Gen Pract*. 2009;59(562):e177-e82.
49. Van Kan GA, Rolland Y, Bergman H, Morley J, Kritchevsky S, Vellas B. The IANA Task Force on frailty assessment of older people in clinical practice. *The Journal of Nutrition Health and Aging*. 2008;12(1):29-37.

50. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *Canadian Medical Association Journal*. 2005;173(5):489-95.
51. Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age and ageing*. 2006;35(5):526-9.
52. Morley J. Frailty: Diagnosis and management. *The journal of nutrition, health & aging*. 2011;15(8):667-70.
53. Theou O, Stathokostas L, Roland K, Jakobi J, Patterson C, Vandervoort A, et al. The effectiveness of exercise interventions for the management of frailty: a systematic review. *Journal of Aging Research*. 2011;11(9):1-19.
54. Wengstrom Y, Wahren LK, Grodzinsky E. Importance of dietary advice, nutritional supplements and compliance for maintaining body weight and body fat after hip fracture. *JNHA-The Journal of Nutrition, Health and Aging*. 2009;13(7):632-8.
55. Annweiler C, Schott A-M, Berrut G, Fantino B, Beauchet O. Vitamin D-related changes in physical performance: a systematic review. *The journal of nutrition, health & aging*. 2009;13(10):893-8.
56. Ensrud KE, Blackwell TL, Cauley JA, Cummings SR, Barrett-Connor E, Dam TT, et al. Circulating 25-hydroxyvitamin D levels and frailty in older men: the osteoporotic fractures in men study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2011;59(1):101-6.
57. Morley J. Assessment of malnutrition in older persons: a focus on the Mini Nutritional Assessment. *The journal of nutrition, health & aging*. 2011;15(2):87-90.
58. Demontiero O, Herrmann M, Duque G. Supplementation with vitamin D and calcium in long-term care residents. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2011;12(3):190-4.
59. Turner G, Clegg A. Best practice guidelines for the management of frailty: a British Geriatrics Society, Age UK and Royal College of General Practitioners report. *Age and ageing*. 2014;43(6):744-7.
60. Balducci L, Beghe C. The application of the principles of geriatrics to the management of the older person with cancer. *Critical reviews in oncology/hematology*. 2000;35(3):147-54.
61. Armstrong J, Mitchell E. Comprehensive nursing assessment in the care of older people. *Nursing older people*. 2008;20(1):36-40.
62. Carryer J, Hansen CO, Blakey JA. Experiences of nursing in older care facilities in New Zealand. *Australian Health Review*. 2010;34(1):11-7.
63. Oğur R, Tekbaş ÖF. Anket nasıl hazırlanır? *Sted*. 2003;12(9):336-40.

64. Hamaker ME, Jonker JM, de Rooij SE, Vos AG, Smorenburg CH, van Munster BC. Frailty screening methods for predicting outcome of a comprehensive geriatric assessment in elderly patients with cancer: a systematic review. *The lancet oncology*. 2012;13(10):e437-e44.
65. Khandelwal D, Goel A, Kumar U, Gulati V, Narang R, Dey A. Frailty is associated with longer hospital stay and increased mortality in hospitalized older patients. *The journal of nutrition, health & aging*. 2012:1-4.
66. Fabrício-Wehbe SCC, Schiaveto FV, Vendrusculo TRP, Haas VJ, Dantas RAS, Rodrigues RAP. Cross-cultural adaptation and validity of the "Edmonton Frail Scale-EFS" in a Brazilian elderly sample. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2009;17(6):1043-9.
67. Nedim O. 65 Yaş ve üzeri bireylerin düşkünlük durumlarının değerlendirilmesi. Antalya: Akdeniz Üniversitesi; 2016.
68. Chang C-I, Chan D-C, Kuo K-N, Hsiung CA, Chen C-Y. Prevalence and correlates of geriatric frailty in a northern Taiwan community. *Journal of the Formosan Medical Association*. 2011;110(4):247-57.
69. Chang C-I, Chan D-CD, Kuo K-N, Hsiung CA, Chen C-Y. Vitamin D insufficiency and frailty syndrome in older adults living in a Northern Taiwan community. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2010;50:17-21.
70. Negiz N, Tokmakçı E. Ç alışma yaşamında kadının tükenmişliği:aile-iş-sosyal yaşam açısından tükenmişlik. *Journal of Yasar University*. 2011;24(6):4041-70.
71. Çakmur H. Frailty among elderly adults in a rural area of Turkey. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*. 2015;21:1232.
72. Baxley A, Akhtari M. Hematologic toxicities associated with intravenous immunoglobulin therapy. *International immunopharmacology*. 2011;11(11):1663-7.
73. Hurria A, Cirrincione CT, Muss HB, Kornblith AB, Barry W, Artz AS, et al. Implementing a geriatric assessment in cooperative group clinical cancer trials: CALGB 360401. *Journal of clinical oncology*. 2011;29(10):1290-6.

8. EKLER

Ek 1. Hasta Tanıtım Formu

Formun Doldurulduğu Tarih	___/___/201_
Hastanın araştırmaya alındığı yer	<input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Poliklinik
Hastaneye kabul tarihi	
Cinsiyet	<input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek
Doğum tarihi	
Eğitim durumu	<input type="checkbox"/> Okur yazar değil <input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite ve üzeri
Çalışma durumu	<input type="checkbox"/> Çalışıyor <input type="checkbox"/> Çalışmıyor (Ev hanımı) <input type="checkbox"/> Emekli
Mesleği	
Hastanın medeni durumu	<input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Bekar (Eşini kaybetmiş, Boşanmış)
Çocuk sayısı	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var ise Sayı
Birlikte yaşadığı kişiler	<input type="checkbox"/> Yalnız <input type="checkbox"/> Çocukları veya arkadaşları ile <input type="checkbox"/> Eşi ile <input type="checkbox"/> Kurumda (Açıklama.....)
Hastanın gelir durumu	<input type="checkbox"/> Gelir gidere denk <input type="checkbox"/> Gelir giderden az <input type="checkbox"/> Gelir giderden fazla
Sosyal güvenceniz	<input type="checkbox"/> SSK <input type="checkbox"/> Yeşil Kart <input type="checkbox"/> Emekli Sandığı <input type="checkbox"/> Diğer
Hastaneye kabul şekli	<input type="checkbox"/> Poliklinik <input type="checkbox"/> Acil <input type="checkbox"/> Diğer hastane veya bölümlerden sevk
Hastanın ön tanısı/tanısı	
Aldığı tedaviler	
Tanı Tarihi	
Diğer Hastalıkları (eşlik eden hastalıklar)	

Ek 2. Edmonton Kırılglanlık Ölçeği

GERİATRİK KIRILGANLIK ÖLÇEĞİ				
KIRILGANLIK ALANI	MADDE	0 PUAN	1 PUAN	2 PUAN
Bilişsel durum	Lütfen bu çizili dairenin bir saat olduğunu düşünün. Sizden sayıları doğru yere koymanızı ve sonra elinizle 11'i 10 geçeyi göstermenizi istiyorum.	Hata yok	Küçük yerleştirme hataları	Diğer hatalar
Genel sağlık durumu	Geçen yıl kaç defa hastaneye yattınız?	0	1-2	
	Genel olarak sağlığınıza nasıl tanımlarsınız?	Mükemmel Çok iyi İyi	İdare eder	Kötü
Fonksiyonel bağımsızlık	Aşağıdaki aktivitelerin kaçında yardıma ihtiyacınız olur? -yemek hazırlama -alışveriş yapma -ulaşım -telefon -ev temizliği -çamaşır yıkamak -paranın idaresi -ilaç almak	0-1	2-4	5-8
Sosyal destek	Yardıma ihtiyacınız olduğunda size yardım edebilecek ve istekli herhangi birine güvenebiliyor musunuz?	Her zaman	Bazen	Hiç
İlaç kullanımı	Düzenli olarak 5 veya daha fazla farklı ilaç kullanıyor musunuz?	Hayır	Evet	
	Zaman zaman reçeteli ilaçlarınızı almayı unutuyor musunuz?	Hayır	Evet	
Beslenme	Son zamanlarda giysilerinizde bollaşmaya neden olacak kadar kilo kaybınız oldu mu?	Hayır	Evet	
Ruh hali	Kendinizi sıklıkla üzgün veya depresif hisseder misiniz?	Hayır	Evet	
Kontinans	İstemsiz idrar kaçıрма probleminiz var mı?	Hayır	Evet	
Fonksiyonel performans	Sizden bu sandalyeye rahatça oturmanızı rica ediyorum. Size 'gidin'dediğim zaman ayağa kalkın ve zeminde işaretli yere kadar (ortalama 3 metre) rahat ve güvenli yürüyün ve geri dönüp sandalyeye oturun. Süresi değerlendirilir.	0-10 sn	11-20sn	>20 saniye veya hastanın isteksizliği veya yardıma ihtiyaç duyması
Toplam	Toplam skor kolonların skorları toplamıdır			
Kırılglanlık Analiz Skoru:				
0-4		Kırılglan Değil		
5-6		Görünürde Savunmasız		
7-8		Hafif Kırılglan		
9-10		Orta Kırılglan		
11 veya daha fazla		Şiddetli Kırılglan		

Ek 3. Kırılganlık Ölçeği için Alınan İzin

Re: Dr. Rolfson

D Rolfson

24.8.2015 (Pzt) 16.09

Kime:esra atakul <esra_atakul@hotmail.com>

Thank you for taking the time to seek my permission to use the scale. It is gratifying for me whenever it is being used to aid in the care of the frail elderly, when for research or for clinical purposes. Yes, please do use the scale for your studies. I would simply ask that you keep me informed on the outcome of any research that you complete, that you acknowledge the authors of the scale in any publications, and that you not use it for commercial purposes.

Sincerely,

Darryl Rolfson

On Mon, Aug 24, 2015 at 2:06 AM, esra atakul <esra_atakul@hotmail.com> wrote:

Dear Dr. Rolfson,

Hope this email finds you well. I am writing about your paper related with Edmonton Frailty Scale.

I am a master's student in Hacettepe University, Ankara, Turkey. Currently having my master's degree education in Internal Medicine Nursing Department and planning my dissertation for my degree.

My research area will be focusing on older cancer patients, more on screening and assessment.

We plan to use the Edmonton Frailty Scale at a stage of my thesis. I would like permission about studying of the scale.

Looking forward to hear from you.

Thank you so much,

Best Regards,

Esra ATAKUL

--

Darryl Rolfson, MD, FRCPC, Professor of Medicine, University of Alberta

1. For Medical Education, mailing address is 13-135 Clinical Sciences Building, 11350 83 Ave, Edmonton Alberta, T6G 2P4. Tel. 780-492-7823, Fax. 780-248-1628.
2. For Geriatric Medicine, mailing address is 1-108, Clinical Sciences Building, 11350 83 Ave, Edmonton, Alberta, T6G 2P4. Tel. 780-492-6233, Fax. 780-492-2874.

Ek 4. Etik Kurul



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557-810

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 22.07.2015 ÇARŞAMBA
Toplantı No : 2015/15
Proje No : GO 15/488 (Değerlendirme Tarihi: 22.07.2015)
Karar No : GO 15/488 – 27

Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Yrd.Doç.Dr. İmatullah AKYAR'ın sorumlu araştırmacı olduğu Esra ATAKUL'un tezi olan GO 15/488 kayıt numaralı ve "65 Yaş ve Üzeri Hematolojik Onkoloji Hastalarının Geriatrik Risk Profilleri ve Kırılabilirlik Düzeylerinin Belirlenmesi" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, idari izinlerin tamamlanması kaydı ile etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | |
|---|--|
| 1. Prof. Dr. Nurten Akarsu (Başkan) | 9 Prof. Dr. Rahime Nohutçu (Üye) |
| İZİNLİ | |
| 2. Prof. Dr. Nüket Örnek Buken (Üye) | 10. Prof. Dr. R. Köksal Özgül (Üye) |
| İZİNLİ | |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldırım Sara (Üye) | 11. Prof. Dr. Ayşe Lale Doğan (Üye) |
| İZİNLİ | |
| 4. Prof. Dr. Sevdâ F. Müftüoğlu (Üye) | 12. Doç. Dr. S. Kutay Demirkan (Üye) |
| İZİNLİ | |
| 5. Prof. Dr. Cenk Sökmenşier (Üye) | 13. Prof. Dr. Leyla Dinç (Üye) |
| 6. Prof. Dr. Volga Bayrakçı Tunay (Üye) | 14. Prof. Dr. Hatice Doğan Buzoğlu (Üye) |
| İZİNLİ | |
| 7. Prof. Dr. Ali Düzova (Üye) | 15. Av. Meltem Onurlu (Üye) |
| 8. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev Turnagöl (Üye) | |

ASLI GİBİDİR

Bilgisayar İşletmeni
Tülay ATAC
Hacettepe Üniversitesi
Etik Kurullar Sekreteri

Ek 5. Çalışma uygulanan Hastanenin İzin

Sayfa 2

5. Hastanemiz Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği uzmanlık öğrencilerinden Dr. Arif Doğan Habioloğlu'nun Tıpta Tıp ta Uzmanlık Kurulu'nun 29.07.2015 tarih ve 616 no'lu kararı gereği zorunlu olarak yapması gereken iç hastalıkları rotasyonunun 12 aydan 6 aya düşürüldüğünden 13.08.2015 tarih ve 8513 sayılı EPK kararı ile alınan Ankara Numune Eğitim ve Araştırma hastanesinde yapacağı 4 aylık İç Hastalıkları rotasyon onayının iptali hususu EPK da görüşülmüş olup uygun olduğuna;
6. Hastanemiz Urankent Erişkin Hemotoloji servis hemşiresi Esra ATAKUL'un yüksek lisans tez çalışması '65 Yaş ve Üzeri Hematolojik Onkoloji Hastalarının Geriatrik Risk Profilleri ve Kırlganlık Düzeylerinin Belirlenmesi' konulu çalışmanın 15 Eylül 2015-01 Ağustos 2016 tarihleri arasında hastanemiz urankent Hematoloji polikliniği ve Hematoloji servisinde hususu EPK da görüşülmüş olup uygun olduğuna;
7. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında doktora öğrencisi olan Zeynep ÖLÇER'in tezi olan ' Meme kanseri hastalarının cinsel sorunlarına yönelik BETTER modeline göre verilen eğitimin etkisi' konulu çalışmasını hastanemizde tedavi gören meme kanserli hastalarda yapma hususu EPK da görüşülmüş olup çalışmanın özellikleri göz önüne alındığında kurumumuz işleyişindeki yoğunluk dikkate alınarak red edilmesine;
8. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında doktora öğrencisi olan Zeynep ÖLÇER'in tezi olan ' Meme kanseri hastalarının cinsel sorunlarına yönelik BETTER modeline göre verilen eğitimin etkisi' konulu çalışmasının örneklem hesabı için Ağustos 2014-Ağustos 2015 tarihleri arasında hastanemizde hormon tedavisi almak için polikliniğe başvuran meme kanserli hasta sayısının verilmesi hususu EPK da görüşülmüş olup ilgili talebin red edilmesine;
9. Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyal Politika Yüksek Lisans öğrencisi Hazal ERÇİN'in 'Meme Kanseri kadınların Tedavi Süreçlerinde Karşılaştığı Zorluklara Yönelik Sosyal Politika Önerileri' başlıklı tez çalışmasını hastanemizde tedavi gören hastalarda hususu EPK da görüşülmüş olup çalışmayla ilgili etik kurul kararının sağlık bilimleri ile ilgili özellikler taşımadığı tespit edilmiştir. Ayrıca çalışma detayları belirtilmemiştir. Tespit edilen durumların tamamlanmasından sonra yeniden görüşülmesine;
10. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik esasları anabilim dalı yüksek lisans öğrencisi Dilara USTA'nın Yard. Doç. Dr. Fatoş KORKMAZ danışmanlığında yürüttüğü 'Hastaların Sağlık Hizmetlerine Duydukları Güven' konulu çalışmasını 14.09.2015-30.06.2016 tarihleri arasında hastanemizde yapabildiği hususu EPK da görüşülmüş olup uygun olduğuna;
11. Hitit Üniversitesi İlahiyat Fakültesi yüksek lisans öğrencisi Süheyb OKUR'un yüksek lisans tez konusu olan 'Klinik Hastalarda Manevi destek Yönetimi Olarak Dini- Tasavvufi Söylem' çalışmayı hastanemizde yapma hususu EPK da görüşülmüş olup uygun olduğuna;
12. Hastanemiz kulak burun boğaz hastalıkları asistanı Dr. Pınar ATABEY'in ihtisas süresi içerisinde hazırlamış olduğu tezi 07.09.2015 tarihinde değerlendirmeye alınmış ve tezi başarısız kabul edilmiştir. Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Yönetmeliği'nin 28. maddesi gereği tezi başarısız kabul edilen Dr. Pınar ATABEY'in eğitim süresine 6 (altı) aylık süre eklenmesi hususu EPK da görüşülmüş olup uygun olduğuna;

Ek 6. Hasta Onam Formu

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı

“65 yaş ve üzeri hematolojik onkoloji hastalarının kırılgnlık düzeylerinin belirlenmesi” adlı bu araştırma yaşlı bireylerin kırılgnlık düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmaktadır.

Çalışma için sizden, araştırmacı tarafından yüz yüze doldurulacak Tanıtıcı Bilgiler Formu ve Kırılgnlık Ölçeğine eksiksiz cevap vermeniz beklenmektedir. Sorulara vereceğiniz yanıtların içtenlikle olması cevapların geçerliliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle soruları eksiksiz cevaplamanızı ve gerçeği yansıtan yanıtlar vermenizi rica ederim.

Araştırmanın Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma hastanesinde Hematoloji polikliniğine ve servisine başvuran hastalar ile yapılması planlanmıştır.

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu formu okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz lütfen formu imzalayınız.

Bu veriler bilimsel nitelikli yayınlarda kullanılmasının dışında başka bir yerde kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir. Bu araştırmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır. İmzalı bu formun bir kopyası size verilecektir.

Katkılarınız için teşekkürler ederim.

Katılımcının Beyanı:

Sayın Araştırmacı Esra ATAĞUL tarafından Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda bir araştırma yapılacağı bildirilerek, yapılacak araştırma ile ilgili bilgiler tarafıma aktarıldı. Yapılan ön bilgilendirmeden sonra böyle bir araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlı kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmayı zor durumda bırakmamak için çekileceğimi önceden bildirmenin

uygun olacağının bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında bir sorun ile karşılaştığımda herhangi bir saatte araştırmacı Esra Atakul'a aşağıdaki mail adresi ve adresten ulaşabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim. Bana yapılmış tım ağıklamaları anlamış bulunmaktayım. Bu konuda yapılan daveti btyk bir memnuniyetle ve gnyllllyk içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu formun bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı:

Adı- Soyadı:

Adres:

Telefon:

İmza:

Görüşme Tanığı:

Adı- Soyadı:

Adres:

Telefon:

İmza:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı:

Adı- Soyadı, Ünvanı: Esra ATAKUL , Hemşire

Adres: Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi

E-mail: esra_atakul@hotmail.com

İmza:

9. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı : Esra ATAKUL

Doğum Yeri ve Tarihi : Keskin/KIRIKKALE VE 30.06.1988

Uyruğu : Türkiye Cumhuriyeti

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden-eskiye doğru)

Hacettepe Üniversitesi – : Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Hemşirelik
Fakültesi / İç Hastalıkları Hemşireliği Ana
Bilim Dalı–2014- Devam

Ondokuz Mayıs Üniversitesi : Samsun Sağlık Bilimleri Enstitüsü /
Hemşirelik Bölümü/ 2006-2010

III-Mesleki Deneyimi

- İstanbul Üniversitesi/Cerrahpaşa Tıp Fakültesi – İstanbul İç Hastalıkları
A.B.D. / Erişkin Hematoloji Kliniği / Klinik Hemşireliği
- 3. Bölge Kamu Hastaneler Birliği Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr.
Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi /
Erişkin Hematoloji Kliniği /Klinik Hemşiresi