



**KRONİK LENFOSİTİK LÖSEMİLİ HASTALARDA
SEMPTOM ŞİDDETİ VE SEMPTOM YÖNETİMİ**

**Müge ÇAKIR
1178207104**

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Zeynep TOSUN
Tez No:2020/90
2020-TEKİRDAĞ**

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KRONİK LENFOSİTİK LÖSEMİLİ HASTALARDA
SEMPTOM ŞİDDETİ VE SEMPTOM YÖNETİMİ

Müge ÇAKIR
1178207104

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Zeynep TOSUN

2020-TEKİRDAĞ

KABUL ve ONAY

Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilimdalı Yüksek Lisans Programı
çerçevesinde Dr. Öğretim Üyesi Zeynep TOSUN danışmanlığında yürütülmüş bu
çalışma, aşağıdaki jüri tarafından
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi

...../...../.....

Jüri Başkanı

Üye

Üye

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Müge ÇAKIR'ın "Kronik Lenfositik Lösemili Hastalarda Semptom Şiddeti ve Semptom Yönetimi" başlıklı tezigünü saat’da Namık Kemal Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Nilda TURGUT
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam ve yüksek lisans eğitimim süresince bana rehberlik edip yol gösteren, mesleki gelişimim için bilgi ve emeğini benden esirgemeyen, sevgi ve hoşgörüsünü her zaman hissettiğim danışmanım, Sayın Dr. Öğretim Üyesi Zeynep TOSUN'a,

Lisans ve yüksek lisans eğitimim süresince kendime olan güvenimin ve bilgi birikimimin artmasında çok büyük payı olan hocam, Sayın Dr. Öğretim Üyesi Nurhan ÖZPANCAR'a,

Tez çalışmamın gerçekleşmesi için gerekli koşulları sağlayan ve katkı veren Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Burhan TURGUT'a,

Çalışmamın yürütülmesinde olumlu işbirliği sağlayan Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Hematoloji Polikliniği'nin değerli çalışanlarına,

Memorial Semptom Tanılama Skalası'nın Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yapan ve tez çalışmamda kullanma izni veren Sayın Prof. Dr. Yasemin YILDIRIM ve arkadaşlarına,

Her anımda yanımda olan, umutsuzluğa kapıldığım anlarda bana inanan ve güç veren canım arkadaşlarım Özge KESTAM'a ve Hilal SANCAR'a,

Aramızda olamasada bu zorlu süreçte bana en içten şekilde destek olacağını bildiğim, kaybettiğim canım arkadaşım Elif KIRMIZIGÜL'e

Çocukluğumdan bu yana mutlu ya da mutsuz olduğum her anımda beni yalnız bırakmayan, sabırlı ve sevecen tutumuna hayran kaldığım ablam Candan DEVECİ'ye,

Birlikte çalıştığım, klinik tecrübeleriyle ve destekleriyle bana güç katan tüm ekip arkadaşlarıma,

Bu zorlu süreçte belkide en büyük sabrı ve emeği gösteren değerli aileme,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Müge ÇAKIR

ÖZET

Çakır, M. Kronik Lenfositik Lösemili Hastalarda Semptom Şiddeti ve Semptom Yönetimi. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ, 2020. Bu araştırmada kronik lenfositik lösemi (KLL) hastalarının yaşadığı semptomları şiddeti ile birlikte ortaya koyarak, semptomları azaltmak veya önlemek için hastalar tarafından kullanılan nonfarmakolojik ve farmakolojik yöntemlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Araştırma Haziran 2019- Kasım 2019 tarihleri arasında bir sağlık uygulama ve araştırma merkezinin hematoloji polikliniğine rutin kontrol amacıyla gelen 92 KLL olgusu ile yürütülmüştür. Veriler hastaların sosyodemografik özellikleri ve tedavi sürecine ilişkin bilgileri kapsayan “Hasta Tanılama Formu”, hastanın fonksiyonel kapasitesini değerlendiren “Karnofsky Performans Skalası (KPS)”, hastanın yaşadığı semptomları ve şiddetini değerlendiren “Memorial Semptom Tanılama Skalası (MSTS)” kullanılarak elde edilmiş, hastaların semptomlara karşı aldığı önlemler “Semptomlarla Başetme Uygulamaları Formu” oluşturularak kaydedilmiştir. Bu çalışmadaki hastaların yaş ortalaması $64,71 \pm 11,42$ yıl olup, %65,2’si erkektir. Hastalarının KPS puanları 70 ile 100 puan arasında değişmekte olup, ortalama puan $86,30 \pm 8,98$ ’dir. Çalışma kapsamında incelenen olguların MSTS toplam puanı $0,34 \pm 0,19$ olup, ölçeğin genel durum indeksi puanı $1,05 \pm 0,83$, fiziksel durum indeksi puanı $0,71 \pm 0,65$, psikolojik durum indeksi puanı $1,05 \pm 0,91$ olarak hesaplanmıştır. MSTS psikolojik semptomlar alt boyutunda kendini üzgün hissetme (%55,4) en fazla görülen semptom iken; MSTS fiziksel semptomlar alt boyutunda halsizlik (%72,8) en fazla görülen semptom olarak belirlenmiştir. Hastalık sürecinde hastaların sosyal destek kaynakları çoğunlukla eş (%75) ve çocukları (%64,8) olup, MSTS puanları sosyal destek kaynaklarına göre değişmemiştir ($p > 0,05$). Sosyal destek algısı yeterli olan hastaların (%34,8) MSTS puanı yetersiz olanlara göre daha düşük bulunmuştur ($p < 0,05$). Çalışma kapsamında incelediğimiz hastaların, yaşadıkları semptomları azaltmaya veya gidermeye yönelik olarak aldıkları önlemler içerisinde çeşitli relaksasyon uygulamaları başta olmakla birlikte, spiritüel uygulamalar da önemli yer tutmuştur.

Anahtar kelimeler: Semptom şiddeti, semptom kontrolü, lösemi, sosyal destek algısı

ABSTRACT

Çakır, M. Symptom Severity and Symptom Management in Patients with Chronic Lymphocytic Leukemia. Tekirdağ Namık Kemal University Institute of Health Sciences, Department of Internal Medicine Nursing Master Thesis, Tekirdağ, 2020. In this study, it was aimed to evaluate the non-pharmacological and pharmacological methods used by patients to reduce or prevent symptoms by revealing the symptoms experienced by patients with chronic lymphocytic leukemia (CLL). The study was carried out with 92 chronic lymphocytic leukemia patients who came to the hematology outpatient clinic of a research hospital for routine control examination between June 2019 and November 2019. The data obtained by using "Patient Diagnosis Form" which includes information about the sociodemographic characteristics and the treatment process of the patients, assessing the functional capacity of the patient's Karnofsky Performance Status Scale (KPS), assessing the symptoms and symptoms severity of the patient's experience using with Memorial Symptom Assessment Scale (MSTS), measures taken by patients against symptoms was recorded by creating "Coping with Symptoms Practices Form". In the study, the average age of the patients was 64.71 ± 11.42 years and 65.2% of them were male. The patients' KPS scores range from 70 to 100 points, the average score is 86.30 ± 8.98 . The cases examined within the scope of the study MSTS total score is 0.34 ± 0.19 , the general status index score of the scale has been calculated as 1.05 ± 0.83 , the physical state index score of the scale is 0.71 ± 0.65 , the psychological state index score of the scale is 1.05 ± 0.91 . While feeling sad (55.4%) was the most common symptom in the sub-dimension of MSTS psychological symptoms, whereas weakness (72.8%) was determined as the most common symptom in MSTS physical symptoms sub-dimension, In the disease process, the social support resources of the patients are mostly partner (75%) and their children (64.8%), and the MSTS scores did not change according to the social support resources ($p > 0.05$). The MSTS score of the patients with adequate social support perception (34.8%) was lower than those with insufficient social support ($p < 0.05$). Patients we examined in the scope of the study, the symptoms that patients experienced taken by them measures for reduce or eliminate symptoms contain especially various relaxation practices and spiritual practices also played an important rol

Key words: Symptom severity, symptom control, leukemia, perceived social support

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER	xii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xvi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xvii
TABLolar DİZİNİ	xviii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kronik Lenfositik Lösemnin Tanımı.....	3
2.2. Kronik Lenfositik Lösemnin Epidemiyolojisi.....	3
2.3. Kronik Lenfositik Lösemnin Etyolojisi.....	3
2.4. Kronik Lenfositik Lösemnin Patogenezi ve Prognostik Faktörleri.....	4
2.5. Kronik Lenfositik Lösemnin Klinik Bulguları.....	5
2.6. Kronik Lenfositik Lösemide Tanı ve Evreleme	6
2.7. Kronik Lenfositik Lösemide Tedavi	8
2.7.1. Monoterapi.....	10
2.7.2. Kombinasyon Tedavisi	13
2.7.3. Kemoimmunoterapi	13
2.7.4. Kök Hücre Nakli	14
2.7.5. Yeni Tedavi Ajanları	14
2.8. Kronik Lenfositik Lösemili Hastalarda Hastalığa ve Tedaviye Bağlı Gelişen Semptomlarda Hemşirelik Girişimleri	15

2.8.1. Ağrı	16
2.8.2. Yorgunluk	17
2.8.3. Solunum Sıkıntısı.....	18
2.8.4. Oral Mukoz Membranda Bozukluk	19
2.8.5. Bulantı, Kusma ve İştahsızlık	20
2.8.6. Ağız Kuruluğu	21
2.8.7. Konstipasyon	22
2.8.8. Diyare.....	23
2.8.9. Uyku Düzeninde Bozukluk.....	24
2.8.10. Psikososyal Sorunlar	25
2.8.11. Cinsel Sorunlar	26
2.8.12. Ciltte ve Tırnaklarda Değişiklik	27
2.8.13. Kanama Riski.....	28
2.8.14. Enfeksiyon Riski.....	29
2.9. Semptom Yönetiminde Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları	30
2.10. Semptom Kontrolünde Sosyal Desteğin Rolü.....	31
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	33
3.1. Araştırmanın Tipi	33
3.2. Araştırmanın Amacı	33
3.3. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular	33
3.4. Araştırmada Kullanılan Gereçler.....	33
3.5. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	35
3.6. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	36
3.7. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi.....	36
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	37
3.9. Etik Konular	37
4. BULGULAR.....	38
4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	38
4.2. Hastaların KLL Dışındaki Kronik Hastalıkları	39

4.3. Hastaların Tanı ve Tedaviye İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	39
4.4. Hastaların Tanı ve Tedavi Sürecindeki Destek Algılarına İlişkin Dağılımları	41
4.5. Hastaların Karnofsky Performans Skalası Puanlarına Göre Dağılımları	42
4.6. Hastaların Semptomlarının Karnofsky Performans Skalası ile İlişkisi	45
4.7. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre MSTS Değerlendirilmesi .	46
4.8. Hastaların Eşlik Eden Kronik Hastalıklarına Göre MSTS Değerlendirilmesi	48
4.9. Hastaların Tanı ve Tedaviye İlişkin Özelliklerine Göre MSTS Değerlendirilmesi	49
4.10. Hastaların Sosyal Destek Algısına Göre MSTS Puanlarının Değerlendirilmesi	53
4.11. Hastaların Görülen Semptomlarına Yönelik Aldıkları Önlemlerin Değerlendirilmesi	55
4.11.1. Hastalarda Görülen Psikolojik Semptomlar ve Semptomlara Yönelik Alınan Önlemlerin Değerlendirilmesi	55
4.11.2. Hastalarda Görülen Bilişsel/Nörolojik Semptomların ve Semptomlara Yönelik Alınan Önlemlerin Değerlendirilmesi.....	57
4.11.3. Hastalarda Görülen Gastrointestinal Sistem Semptomları ve Semptomlara Yönelik Alınan Önlemlerin Değerlendirilmesi	58
4.11.4. Hastalarda Görülen Oral Kavite ile İlişkili Semptomların ve Semptomlara Yönelik Alınan Önlemlerin Değerlendirilmesi	60
4.11.5. Hastalarda Görülen Ağrı Semptomu ve Semptoma Yönelik Alınan Önlemlerin Değerlendirilmesi	61
4.11.6. Hastalarda Görülen Cilt ile İlişkili Semptomlar ve Semptomlara Yönelik Alınan Önlemlerin Değerlendirilmesi	62
4.11.7. Hastalarda Görülen Cinsel Disfonksiyon Semptomlarının ve Semptomlara Yönelik Alınan Önlemlerin Değerlendirilmesi	63
4.11.8. Diğer Fiziksel Semptomlar ve Alınan Önlemlerin Değerlendirilmesi ...	63
5. TARTIŞMA	68
5.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Semptomlara Etkisinin Tartışılması	68
5.2. Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özelliklerin Semptomlara Etkisinin Tartışılması	69

5.3. Hastaların Sosyal Destek Algısının Semptomlara Etkisinin Tartışılması ...	71
5.4. Hastaların Fonksiyonel Kapasitelerinin Semptomların Şiddet ve Sıklığına Etkisinin Tartışılması.....	74
5.5. Hastaların Yaşadıkları Semptomların Şiddeti, Sıklığı ve Oluşturduğu Sıkıntıya İlişkin Bulguların Tartışılması.....	75
5.6. Hastaların Semptomlara İlişkin Aldığı Önlemlerin Tartışılması.....	79
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	89
KAYNAKLAR	92
EKLER.....	111



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

%	Yüzde
<	Küçüktür
≥	Büyük Eşit
μL	Mikrolitre
10 ⁹ /L	Mikrolitre
Benda	Bendamustin
°C	Santigrat Derece
CC	Kladribin, Siklofosfamid
CMC	Siklofosfamid, Mitoksantron
FCR	Fludarabin, Siklofosfamid, Rituximab
FDA	Food And Drug Administration (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi)
g/dl	gram/ desilitre
IgG	İmmüoglobulin G
IgVH	İmmüoglobulin Ağır Zincir Değişken Bölge
İV	İntravenöz
KLL	Kronik Lenfositik Lösemi
KPS	Karnofsky Performans Skalası
KVH	Kardiyo Vasküler Hastalık
MBL	Monoklonal B lenfositoz
MSTS	Memorial Semptom Tanılama Skalası
NCI	National Cancer Institute (Uluslararası Kanser Enstitüsü)
R-Bendamustin	Rituximab ve Bendamustin
R-Klorambusil	Rituximab ve Klorambusil
RFC	Rituximab, Fludarabin, Siklofosfamid
ZAP-70	Zeta İlişkili Protein Kinaz 70

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.1 Diğer kronik hastalıkların dağılımı.....	39
Şekil 4.2 KLL evreleri dağılımı.	40
Şekil 4.3 Nüks görülme durumları ve nüks süreleri dağılımı.	41
Şekil 4.4 MST5 ile KPS puanlarının ilişkisi.....	46



TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=92)	38
Tablo 4.2. Hastaların Tanı ve Tedaviye İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (N=92)	40
Tablo 4.3. Hastaların Tanı ve Tedavi Sürecindeki Destek Algılarına İlişkin Dağılımları	41
Tablo 4.4. Hastaların Karnofsky Performans Skalası Puanlarına Göre Dağılımları (N=92)	42
Tablo 4.5 Hastaların MSTS Yanıtlarının Dağılımı (N=92)	43
Tablo 4.6. MSTS Puanları Dağılımı	45
Tablo 4.7. Hastaların Semptomlarının KPS ile İlişkisi	45
Tablo 4.8. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre MSTS Değerlendirilmesi (N=92)	47
Tablo 4.9. Hastaların Eşlik Eden Kronik Hastalıklarına Göre MSTS Değerlendirilmesi (N=92)	49
Tablo 4.10. Hastaların Tanı ve Tedaviye İlişkin Özelliklerine Göre MSTS Değerlendirilmesi (N=92)	51
Tablo 4.11. Hastaların Sosyal Destek Algısına Göre MSTS Puanlarının Değerlendirilmesi (N=92)	54
Tablo 4.12. Psikolojik Semptomlara Yönelik Alınan Önlemlerin Değerlendirilmesi	56
Tablo 4.13. Bilişsel/Nörolojik Semptomlara Yönelik Alınan Önlemlerin Değerlendirilmesi	58
Tablo 4.14. GİS Semptomlarına Yönelik Alınan Önlemlerin Değerlendirilmesi	59
Tablo 4.15. Oral Kavite ile İlişkili Semptomlar ve Semptomlara Yönelik Alınan Önlemlerin Değerlendirilmesi	61
Tablo 4.16. Ağrı Sorunu ve Soruna Yönelik Alınan Önlemlerin Değerlendirilmesi	62
Tablo 4.17. Cilt ile İlişkili Semptomlar ve Alınan Önlemlerin Değerlendirilmesi	62
Tablo 4.18. Cinsel Disfonksiyon Semptomları ve Semptomlara Yönelik Alınan Önlemlerin Değerlendirilmesi	63
Tablo 4.19. Diğer Fiziksel Semptomlar ve Alınan Önlemlerin Değerlendirilmesi	64

1. GİRİŞ

Kanser ülkemizde ve tüm dünyada gittikçe artan hızıyla önemli bir sağlık problemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Birçok kanser türü bireylerde maddi ve manevi birçok zorluğa neden olurken; toplum açısından da ciddi bir sosyoekonomik yükü beraberinde getirmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu 2018 verilerine göre; ölüm vakalarının %38,4 'ünü oluşturan dolaşım sistemi hastalıkları ilk sırada yer alırken, %19,7 ile iyi ve kötü huylu tümörlerden kaynaklı ölümler ise listede ikinci sırada yer almaktadırlar (TÜİK 2018). Sağlık Bakanlığı Kanser İstatistikleri Raporu'na (2014) göre ise; dünyada ölüm nedenleri içerisinde ilk sırada kanser yer almaktadır. Kanser görülme sıklığındaki artışın devam etmesi halinde 2030 yılında yıllık 22 milyon civarında yeni vakanın ortaya çıkabileceğinin öngörüldüğü ifade edilmektedir. Kanser türleri arasında hematolojik malignitelerin görülme sıklığına bakıldığında çocukluk çağı kanserleri içerisinde lösemnin ilk sırada yer aldığı görülmektedir (Kanser İstatistikleri Raporu 2014). Lösemi sadece çocukluk çağına özgü bir durum olarak algılanmamalıdır. Yetişkinlik döneminde görülme sıklığı artan lösemi çeşitleri de bildirilmektedir. Bu duruma Kronik Lenfositik Lösemi (KLL) örnek olarak verilebilir. KLL'nin batı ülkelerinde erişkinlerde görülme sıklığı en fazla olan lösemi türü olduğu kaynaklarda belirtilirken (Cramer ve Hallek 2011; Hallek 2015), görülme sıklığının tüm lösemi türleri içerisinde %30 ile %40 arasında değişen oranlarda olduğu ifade edilmektedir (Aslan 2013; Top 2014; Ceferli 2018).

KLL olgun görünümlü malign monoklonal B hücrelerinin kemik iliği, lenf düğümü, karaciğer ve dalak gibi lenfoid bileşimi olan dokulara yığılması ile karakterize bir lösemi türüdür (Demir ve diğ. 2012; Deveci ve diğ. 2018). KLL'nin etyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte genel anlamda hastalığın patogenezi immün fonksiyonda meydana gelen bozulmalar yatmaktadır (Richardson 2005; Demir 2011; Çetin 2013). KLL sebebi, prognostik faktörleri ve patogenezi açısından oldukça çeşitlilik gösteren bir yapıya sahiptir. Bu durum nedeniyle hastalığa sahip olanların bir kısmı hastalığa özgü bir tedavi gerektirmezken, bir kısmı hastalığına bağlı lösemik nedenlerden ya da uygulanan kemoterapi nedeniyle birçok semptom deneyimleyebilmekte, bir kısmı ise hayatını kaybedebilmektedir (Uğur 2014; Podhorecka ve diğ. 2016). Hemşirelerin semptom yönetimde oldukça önemli görevleri bulunmaktadır. Onkoloji ve hematoloji hemşirelerinin rol ve sorumluluklarının

başında hastayı sosyal çevresi ile bir bütün olarak değerlendirerek hastanın kansere ve kanser tedavisine bağlı olarak yaşayabileceği semptomların belirlenmesi, mümkün olduğunca etkili ve hızlı önlemlerle bu sorunların önlenmesi, önlenemediği durumlarda ise hastaların semptomla baştmesinin kolaylaştırması yer almaktadır (Sadırlı 2008; Güngör 2015). Kanser ve tedavisine ilişkin pek çok semptomun kontrolünde hemşirelik girişimlerinin etkisi çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Yeme bozukluklarının azaltılması, oral antikanser tedavisine uyumun artırılması hemşirelik girişimlerinin etkisinin kanıtlandığı çalışmalardan bazılarıdır (Çakmak ve Kapucu 2018; Serin ve Şanlıer 2018). Bu nedenle hemşireler hastayı detaylı olarak değerlendirmeli, hastayı ve aileyi merkez alan bir yaklaşım benimseyerek hasta ve ailesinin eğitimini sağlamalı; ayrıca disiplinler arası bir yaklaşım benimseyerek uygun bir hemşirelik bakımı planlamalıdır. Semptom şiddeti ve semptom yönetimi konusunda hemşirelik alanında yapılan çalışmalar incelendiğinde yapılan çalışmaların daha çok kemoterapi alan hasta popülasyonu üzerine yoğunlaştığı görülmektedir (Sadırlı 2008; Üstündağ 2013; Aktürk 2016). Hematoloji hastaları üzerinde yapılan çalışma sayısı az olmakla birlikte yapılan çalışmalarda belirli bir grup üzerinde çalışılmamış, hematolojik malignitesi olan tüm hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Ayrıca yapılan çalışmalarda gerek kemoterapi alan gerekse de hematolojik malignitesi olan hasta popülasyonunda semptomları ve semptomları etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik daha fazla sayıda çalışmaya ihtiyaç duyulduğu belirtilmektedir (Sadırlı 2008; Mehrekula 2010).

Bu nedenle çalışmamızda KLL hastalarında semptom sıklığı ve şiddetinin belirlenmesi, hastaların bu semptomlara yönelik aldığı önlemlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Lenfositik Löseminin Tanımı

Kronik Lenfositik Lösemi (KLL), olgun görünümlü malign monoklonal B hücrelerinin kemik iliği, lenf düğümü, karaciğer ve dalak gibi lenfoid bileşimi olan dokulara yığılması ile karakterize bir lösemi türüdür (Demir ve diğ. 2012; Deveci ve diğ. 2018). B lenfositler vücutta birçok kan hücresinin kökeni olan hematopoetik kök hücreden köken alırlar. B lenfositler yüzeylerinde CD5, CD19, CD23 yüzey antijenlerini bulundururken; CD20, CD79b ve FMC7 gibi yüzey antijenlerini az oranda bulundurlar ya da hiç bulundurmazlar (Demir ve diğ. 2012; Ceferli 2018). KLL hücrelerinin genellikle yüzey antijeni olan CD5 ve B hücre antijenleri olan CD19, CD20 ve CD23 ile birlikte ifade edildiği bildirilmektedir (Hallek ve diğ. 2018).

2.2. Kronik Lenfositik Löseminin Epidemiyolojisi

Kronik lenfositik lösemi 1900'lü yılların başında tanınmaya başlanmıştır. Batı ülkelerinde erişkinler de görülen en sık lösemi türüdür (Cramer ve Hallek 2011; Hallek 2015). Ayrıca batı ülkelerinde erişkinlerde görülen lösemi türlerinin %30'unu oluşturduğu belirtilmektedir (Redaell ve diğ. 2004). Doğu toplumlarında batı toplumlarına oranla bu hastalığa yakalanma oranının yaklaşık 20 ila 30 kat daha düşük olduğu belirtilmektedir (Top 2014; Ceferli 2018). Avrupa, Kuzey Amerika ve İsviçre gibi ülkelerde KLL insidans hızının oldukça yüksek olduğu bildirilmiştir (Dighiero ve Hamblin 2008; Kristinsson ve diğ. 2009). KLL bir ileri yaş hastalığıdır. Görülme insidansı yaş arttıkça artmaktadır. Ortalama tanı yaşı çoğu kaynakta ortalama 70 yaş civarında olarak belirtilmiş olsa da 30 ila 39 yaş erişkinlerde de görülebileceği belirtilmektedir (Aslan 2013). KLL erkeklerde kadınlara oranla daha fazla görülmektedir. KLL de kadın: erkek oranı 1:1,5-2 olarak belirtilmiştir (Aslan 2013; Ceferli 2018).

2.3. Kronik Lenfositik Löseminin Etyolojisi

Kronik lenfositik löseminin etyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte risk faktörleri oldukça sınırlıdır (Demir 2011; Çetin 2013). Genel anlamda hastalığın etyolojisinin de immün fonksiyonda meydana gelen bozulmalar yatmaktadır. İmmün

sistemde meydana gelen bu bozulmaların nedeni tam olarak bilinmemekte; ancak çevresel bozulmalarında etkili olabileceği düşünülmektedir (Richardson ve diğ. 2005). Bu açıdan çevresel risk faktörlerine bakıldığında tek başına hiçbir çevresel risk faktörü hastalığın oluşumunda tek başına yeterli kabul edilmemektedir. Ancak belirli kimyasal maddelerin (sigara, alkol ve benzen gibi), herediter hastalıkların, cinsiyet, yerleşim yeri, obezite gibi durumların yetişkinlerde lösemi gelişiminde etkili olabileceği düşünülmektedir (Çetin 2013; Ahmadi 2016). KLL gelişiminde iyonize radyasyonun etkili olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Hamblin 2008). Ayrıca yaygın enfeksiyonlar ile maruziyetin hastalık gelişimine neden olabileceği belirtilmiştir (Bianco 2004). KLL'nin oluşumunda ailesel faktörlerinde etkili olabileceği bildirilmiş ve KLL ailesel yatkınlığın en fazla olduğu malignitelerden biri olarak kabul edilmiştir. Ailesel kökeni olan hastalarda hastalık daha genç yaşta ortaya çıkmaktadır. Çalışmalarda hastaların %10'unun birinci ve ikinci derece akrabalarında KLL varlığı saptanmıştır (Aslan 2013; Hallek ve diğ. 2018).

2.4. Kronik Lenfositik Lösemnin Patogenezi ve Prognostik Faktörleri

KLL sebebi, prognostik faktörleri ve patogenezi açısından oldukça çeşitlilik göstermektedir. Hastalığa sahip olanların bir kısmı hastalığa özgü bir tedavi gerektirmezken; bir kısmı ise hastalığa bağlı lösemik nedenlerden dolayı hayatını kaybetmektedir (Podhorecka ve diğ. 2016). KLL'nin oluşumunda iki aşamalı patogenezi bulunmaktadır. İlk aşamada KLL olgularında Monoklonal B Lenfositoz (MBL) oluşmaktadır. İkinci aşamada ise MBL'den KLL'ye bir dönüşüm söz konusudur. Bu dönüşüm hastalığın fenotipindeki B hücre kolonuna ek olarak MBL'den KLL'ye bir progresyon ile sonuçlanmaktadır (Özcan 2018; Turgut 2018). KLL hastalarının klinik çıktılarının değerlendirilmesinde birçok prognostik faktör kullanılmaktadır. Bunlardan en önemli olanları: İmmüoglobulin Ağır Zincir Değişken Bölge (IgVH), Zeta İlişkili Protein Kinaz 70 (ZAP-70), gen, genomik anormallikler ve IgVH mutasyonları için bir indikatör olan CD38 ekspresyonudur (Podhorecka ve diğ. 2016). Son 15 yıldır KLL prognozunda çalışmalarda genetik markerlara odaklanılmaktadır. Genetik markerların KLL seyrini ve kemoterapi yanıtını etkilediği belirtilmektedir (Eichhorst ve Hallek 2016; Turgut 2018). IgVH mutasyonları, hastalığın prognozu açısından oldukça değerlidir. Genin mutasyonel

durumu KLL'nin stabil veya unstabil olma durumunu etkilemekte, mutasyonel durum daha olgun ise hastalık genetik açıdan stabil KLL, olgun değil ise unstabil KLL olarak isimlendirilmektedir (Eichhorst ve Hallek 2016; Turgut 2018). ZAP-70 ise; bir T hücre reseptör sinyal proteinidir. Normal B lenfositlerde yer almazken, KLL hücrelerinde yer almaktadır. (Cramer ve Hallek 2011; Liu ve diğ. 2018; Turgut 2018). ZAP-70 ekspresyonu hastalığın seyri, sağ kalım ve IgHV mutasyonu ile ilişkilendirilmekte ayrıca; sağ kalım açısından bir prognostik faktör olarak belirtilmektedir (Rassenti ve diğ. 2008; Assem ve diğ. 2009; Liu ve diğ. 2018). Dielschneider ve diğ. (2014) 'nin yapmış oldukları çalışmada ZAP-70 ekspresyonu KLL hastalarında kısa sağ kalım ile ilişkilendirilmiştir. Bununla birlikte yapılan bazı çalışmalarda ZAP-70 ekspresyonu düşük prognostik faktör olarak değerlendirilmiş ve her zaman tutarlı olmayacağı belirtilmiştir (Corcoran ve diğ. 2005; Claus ve diğ. 2014; Chastain ve Duncavage 2015; Jie Wu ve diğ. 2016).

2.5. Kronik Lenfositik Löseminin Klinik Bulguları

Kronik lenfositik lösemi de klinik bulgular heterojen bir seyir izlemektedir. Hastaların bazılarında herhangi bir semptom görülmezken, bazılarında ise klinik seyir oldukça hızlı olabilmektedir (Öztürk 2016; Cimşit 2019). Ön tıbbi tanı genellikle rutin kontrol amaçlı istenen kan sayımında lökosit yüksekliğinin bulunması, ayrıca yapılan periferik yaymada olgun lökositlerin bulunması ile konulabilmektedir (Öztürk 2016). Asemptomatik seyreden hastalarda halsizlik ön planda olurken, semptomatik seyreden hastalarda ise B tipi semptomlar bulunmaktadır. Bu semptomlar şu şekilde sıralanabilir;

- Belirgin halsizlik, yorgunluk ve son altı ayda vücut ağırlığının %10'undan fazla kilo kaybı
- Herhangi bir enfeksiyon durumu olmaksızın iki hafta ya da daha uzun süre devam eden ve 38°C üzeri ateş
- Herhangi bir enfeksiyon bulunmaksızın bir ay veya daha uzun süren gece terlemelerinin bulunmasıdır (Kronik Lenfositik Lösemi Tanı ve Tedavi Klavuzu 2012; Öztürk 2016).

Hastalık sürecinde asemptomatik olan bazı vakalarda sadece halsizlik, yorgunluk gibi klinik bulgular ön planda olsa da takip aşamasında bazı hastalarda bu

durum değişebilmekte ve hastalarda organomegali, lenfadenopati gibi belirtiler görülebilmektedir. Ayrıca kemik iliği infiltrasyonu veya otoimmün bazı olaylar sonucunda sitopeni gelişebilmekte, periferik yıkım sonucunda anemi tablosu hastalarda oluşabilmektedir. Aynı zamanda anemiye bağlı hastalarda aktivite intoleransı, yorgunluk, çarpıntı gibi semptomatik yakınmalar yaşanabilmektedir (Soysal 2005; Umay 2016; Öztürk 2016). Ancak KLL'nin görülme yaşı göz önüne alındığında hastalarda görülen aneminin nedeninin yaşa bağlı ortaya çıkan demir eksikliği veya kronik bir hastalık olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır (Demir ve diğ. 2012). Hastalarda kemik iliğinin olgun lökosit infiltrasyonu ile baskılanması sonucunda anemiye ek olarak trombositopeni görülebilmekte ve buna bağlı olarak hastalarda cilt üzerinde peteşi, hematoma, purpura ve ekimozlar oluşabilmektedir. Ayrıca hastalarda spontan diş eti kanamaları yaşanabilmektedir. Trombositopeni durumunun ciddileşmesi durumunda ise hastalarda intrakraniyal kanama veya gastrointestinal kanama durumları görülebilmektedir. Bu nedenle anemi ve trombositopeni varlığının bu hastalık grubunda yeterince araştırılması gerektiği belirtilmektedir. (Demir ve diğ. 2012; Aslan 2013; Öztürk 2016). Bu nedenle KLL'de fizik muayene oldukça önemlidir. Fizik muayene esnasında ise en sık rastlanan bulgu lenfadenopati olarak bildirilmiştir. Lenf nodları sıklıkla ağrı ve hassasiyet içermeyen bir yapıya sahiptirler. Ancak hastada ağrılı bir lenf nodu varlığı çoğu zaman enfeksiyon durumu ile ilişkilendirilmektedir. Lenfadenopatiye ek olarak hastada sıklıkla dalak büyümesi durumu görülebilmektedir. Dalak hastalarda ikinci en çok büyüyen organ olarak ifade edilirken bazı hastalarda karaciğer büyümesinin de meydana gelebileceği belirtilmektedir (Aslan 2013; Öztürk 2016). Nadir olmak üzere KLL'ye bağlı olarak hastalarda nefrotik sendrom ve anjioödem gelişebileceği de bildirilmektedir (Öztürk 2016).

2.6. Kronik Lenfositik Lösemide Tanı ve Evreleme

KLL hastalarında tanı koyma aşamasında bazı kriterler kullanılmaktadır. Özellikle Uluslararası Kanser Enstitüsü olarak bilinen NCI'nin (National Cancer Institute) kriterlerinin bu aşamada esas alındığı belirtilmektedir. Bu kriterler şu şekilde sıralanabilir;

- Hastalarda rutin kan sayımında mutlak lenfosit sayısının 5000/ μ L (mikrolitre) üzerinde olması
- Prolenfositlerin %55 'in altında olması ve morfolojik açıdan matür görünümlü lenfositlerin olması
- Monoklonal B lenfositlerin immünofenotip incelemesinde; monoklonal B lenfositlerin B hücre belirteci olan CD19, CD20, CD23 ve T hücre antijeni olan CD5'i birlikte ifade etmesi
- Normosellüler veya hipersellüler olan kemik iliği biyopsinin lenfositik infiltrasyon göstermesi, ayrıca kemik iliği aspirasyonunun da çekirdekli hücrelerin %30 dan fazlasının lenfositlerden oluşması yer almaktadır (Hallek ve NCI Working Group 2008).

Periferik kanda monoklonal B lenfositlerinde artış her zaman KLL tanısını koymak için yeterli olmayabilir. Periferik kanda monoklonal B lenfositlerde artış olmasına rağmen KLL tanı kriterlerini tam olarak karşılamayan hasta grupları da bulunmaktadır. Monoklonal B hücre lenfositozu olarak adlandırılan klinik tablonun görülme sıklığının yaşla birlikte artış göstermekte olduğu; ayrıca bir kısmının ilerleyen aşamada KLL olgusuna evrilebileceği ifade edilmektedir (Karakuş 2009). Ayrıca günümüzde KLL'ye morfolojik ve klinik olarak benzeyen bazı lenfoproliferatif hastalıklar bulunmaktadır. Bu aşamada KLL'nin bu hastalıklardan ayırt edilmesi gerekmektedir. Daha önceleri periferik kanda matür görünümlü basket hücreleri ve lenfositoz varlığı tanı koymada yeterli iken günümüzde daha ileri tetkikler kullanılmaktadır (Clanahan ve Dreger 2011).

KLL'de hastalığın evreleme sistemine bakıldığında yaygın olarak kabul edilen evreleme sisteminin Rai ve Binet olmak üzere iki evreleme sistemi olduğu görülmektedir (Hallek 2013; Öztürk 2016; Özcan 2018). Rai evreleme sistemine bakıldığında temelde beş evre karşımıza çıkmaktadır. Bu evreler aşağıdaki şekilde sıralanmaktadır;

Evre 0: Hastalarda kemik iliğinde ya da kanda lenfoid hücre sayısının %30'un üzerinde olması ve hastalarda lösemik hücrelere bağlı lenfositoz görülmesi durumu olarak tanımlanmaktadır. Ve düşük risk olarak ifade edilmektedir.

Evre 1- 2: Lenfositozu olan hastalarda vücudun herhangi bir yerinde genişlemiş lenf nodunun bulunması, hepatomegali veya splenomegalinin varlığı olarak tanımlanmaktadır. Ve orta dereceli risk olarak ifade edilmektedir.

Evre 3: Hastalarda hemoglobin seviyesinin 11 g/dl (gram/desilitre) den az olması ve bu durumun hastalık ile ilişkili bir anemi olması durumudur. Ve yüksek risk olarak ifade edilmektedir.

Evre 4: Hastalarda hastalık ile ilişkili bir aneminin varlığı ya da trombositopenin gözlenmesi durumudur. Ve yüksek risk olarak ifade edilmektedir (Hallek 2013).

Binet evreleme sistemine bakıldığında ise; temelde etkilenen bölge sayısına dayandığı görülmektedir. Ayrıca binet evreleme sisteminde lenf nodlarının genişliği, hastalarda anemi, trombositopeni veya organomegalinin varlığı değerlendirilmektedir. Binet evreleme sistemi şu şekilde sıralanmaktadır;

Evre A: Hastalarda hemoglobin seviyesinin ≥ 10 g/dl olması, trombosit seviyesinin $\geq 100 \times 10^9$ /L olması ve en fazla iki bölgenin tutulması olarak ifade edilmektedir. Burada çapı 1 santimetreden büyük lenf bezi tutulumları ve organomegali durumu mevcuttur.

Evre B: Hastalarda hemoglobin seviyesinin ≥ 10 g/dl olması, trombosit seviyesinin $\geq 100 \times 10^9$ /L olması ancak evre A ya oranla organomegalinin daha fazla olması durumudur. Bu evrede organ büyümesi ve lenf bezi tutulumu ≥ 3 sayıda görülmektedir.

Evre C: Bu evrede ise hastalarda organomegali olsun veya olmasın tüm hastalarda hemoglobin seviyesinin <10 g/dl ve trombosit seviyesinin 100×10^9 /L den az olması durumudur (Hallek 2013; Özcan 2016; Öztürk 2018).

2.7. Kronik Lenfositik Lösemide Tedavi

Kronik lenfositik lösemi tanısı almış hastaların çoğu tanı konulduğunda erken evrede ve asemptomatik seyreden hastalardır. Bazı hastalarda hastalık yıllarca asemptomatik seyrettiğinden hastalığın yönetiminde izle ve bekle yaklaşımı kullanılırken, bazı hastalarda ise hastalık oldukça progresif bir seyir göstermekte, tedaviye etkin yanıt vermemekte ve akut lösemiye benzer bir şekilde hareket

edebilmektedir. Bu nedenle hastalığın geç evresinde olan hastalarda ya da semptomatik yakınması mevcut olan hastalarda tedavi önerilmektedir (Cramer ve diğ. 2016; Parikh 2018). Hastalığın tedaviye başlama endikasyonu belirlenirken 2018 yılında Uluslararası KLL Çalıştayı tarafından belirlenmiş kriterlerin kullanılmakta olduğu belirtilmiştir. Bu kriterlerden herhangi birinin bulunmasının KLL tedavisini başlatma endikasyonu olarak sayılabileceği açıklanmıştır. Bu kriterler şu şekilde sıralanmaktadır;

- Platelet seviyesinin $<100 \times 10^9/L$ olması, hemoglobin seviyesinin <10 gr/dl olması ve ilerleyici kemik iliği yetmezliğinin bulunması
- Semptomatik, ilerleyici ya da büyük (sol kostal kenarın ≥ 6 santimetre altında hissedilen) splenomegalinin varlığı
- Progresif, semptomatik ve büyük (≥ 10 santimetre büyüklüğünde çapı olan) lenfadenopati varlığı
- 2 aylık dönemde ilerleyici lenfositoz varlığı ve lenfosit artışının ≥ 50 olması ya da <6 aylık dönemde lenfosit ikiye katlanma hızında artış olması
- Kortikosteroid tedavisine düşük yanıt veren otoimmün komplikasyonları olan KLL varlığının olması
- Vücutta bazı yapılarda (deri, akciğer ve cilt gibi) semptomatik ektranodal tutulumun gerçekleşmesi tedavi endikasyonu olarak gösterilebilir (Hallek ve diğ. 2018).

Hastalıkla ilişkili bazı semptomların varlığı da tedavi endikasyonu olabilmektedir. Bu semptomlar ise şu şekilde sıralanabilir;

- 6 aylık süre içerisinde açıklanmayan bir kilo kaybının olması ve bu kilo kaybının vücut ağırlığının $\geq \%10$ olması
- Önemli derece yorgunluğun olması
- Vücutta enfeksiyon olmaksızın iki veya daha fazla hafta süren $\geq 38^\circ C$ ateş varlığının olması
- Vücutta herhangi bir enfeksiyon varlığı bulunmaksızın bir ay veya daha uzun süren gece terlemelerinin bulunmasıdır (Parikh 2018).

KLL'de tedavi yaklaşımı bazı kaynaklarda birinci ve ikinci basamak tedavi olmak üzere iki aşamada incelenmektedir (Ghia ve Hallek 2014; Hallek 2015; Brown ve diğ. 2016; Eichhorst ve diğ. 2016). Ancak KLL tedavisi birinci ve ikinci basamak

tedavi sınıflamasının yanı sıra tedavide kullanılan ajanları detaylı inceleme açısından temelde 5 bölüm olarak ele alınabilir. Bunlar;

- 1) Monoterapi
 - a) Alkilleyici Ajanlar
 - b) Pürin Analogları
 - c) Monoklonal Antikorlar
- 2) Kombinasyon Tedavisi
- 3) Kemoimmunoterapi
- 4) Kök Hücre Nakli ve
- 5) Yeni tedavi ajanlarıdır (Vural 2011).

2.7.1. Monoterapi

KLL tedavisinde kullanılan monoterapi, hastalığın tek ajan kullanılarak tedavi edilmesi yöntemidir. Bu tedavi yönteminde kullanılan ajanlar kendi içerisinde alkilleyici ajanlar, pürin analogları, monoklonal antikorlar olmak üzere üç gruba ayrılmaktadırlar.

a) Alkilleyici Ajanlar: Bu grup ajanlar DNA'ya zarar vererek hücre ölümüne sebep olmaktadır (Temel 2015). KLL tedavisinde alkilleyici ajan olarak azotlu hardal grubu ajanlara dahil olan klorambusil ön plandadır.

Klorambusil (Leukeran); KLL tedavisinde bilinen ve oral olarak kullanılan eski ajandır. Gerek diğer ilaçlara oranla olan düşük maliyeti gerekse de oral olarak kullanım kolaylığı ve düşük toksisite sebebiyle güvenilir olması açısından günümüzde yaşlı KLL hastalarında da tercih edilmektedir (Vural 2011; Skeel ve Khleif 2013).

Bendamustin (Trenda, Bendamustine hypocloride); Alkilleyici ajan grubu içerisinde, azotlu hardal grubuna mensup olan alkalın bir ajandır. Bendamustinin hücre bölünmesi ve dinlenmesi sırasında hücre ölümüne neden olduğu düşünülmektedir (Skeel ve Khleif 2013). Bendamustinin tedavide olan etkinliği incelendiğinde; yeni tanı konmuş KLL hastalarında bendamustinin, fludarabin temelli bir tedaviye oranla daha etkin alternatif bir tedavi yöntemi olacağından bahsedilmektedir (Rozovski ve diğ. 2014).

b) Pürin Analogları: Antimetabolit olarak adlandırılan grubun içerisinde yer almaktadırlar (Temel 2015). Pürin analogları içerisinde fludarabinin en fazla üzerinde durulan ve araştırılan pürin analogu olduğundan bahsedilmektedir (Vural 2011).

c) Monoklonal Antikorlar: Kanser tedavisinde antikor tedavi yöntemi yeni tedavi rejiminde önemli rol oynamaktadır. Bu tedavi rejiminde monoklonal antikorlar gündeme gelmektedir (Baykara 2016). Monoklonal antikor yönteminde amaç; kanser hücreleri tarafından baskılanmış olan bağışıklık sistemini yeniden aktive etmek ve vücudun kanser hücrelerini yeniden tanımasını sağlamaktır (Barbaros ve Dikmen 2015; Özlük ve diğ. 2017). Kanser tedavisinde kullanılan birçok monoklonal antikor bulunmuş olsa da burada özellikle KLL tedavisinde kullanılan monoklonal antikorlardan ve tedavide kullanım şekillerinden bahsedilecektir.

Rituksimab;

Rituksimab B hücrelerin yüzeylerinde bulunan CD20 antijenine bağlanan ve bu şekilde malign olan B hücrenin yok edilmesini sağlayan, şimerik yapıda olan bir monoklonal antikordur (Hallek ve diğ. 2010; Gosangi ve diğ. 2018). İlk kez 1997 yılında çeşitli hematolojik hastalıklar ve otoimmün hastalıkların tedavisinde kullanılmak üzere FDA (Food and Drug Administration) tarafından onay aldığı belirtilmektedir (Gosangi ve diğ. 2018). Bu monoklonal antikorun tek ajan olarak tedavide kullanımı ile özellikle relaps ve refraktör KLL görülen hastalarda önemli oranda kısmi yanıt elde edildiği belirtilmektedir (Skeel ve Khleif 2013). İlaça bağlı bazı yan etki gelişimi bildirilmiştir. Bu yan etkilere bakıldığında; hastalarda ilk infüzyon sırasında titreme ve ardından ateş görülebilmektedir. Hastalarda meydana gelen ateş basması, dispne ve solunum güçlüğü gibi belirtilerin infüzyon başladıktan sonra genellikle on beş dakika içerisinde meydana geldiği bildirilirken; ayrıca hastalarda miyalji ve artralji, ishal, mide bulantısı, baş ağrısı, cilt üzerinde eritema bulguları, hipotansiyon ve vazodilatasyon gibi durumlarında gözlenebileceği de belirtilmektedir (Kolk ve diğ. 2001; Hansel ve diğ. 2010). Bazı hastalarda tedavi sonrası geç komplikasyon olarak nötropeni durumunun da görülebileceği bazı kaynaklarda belirtilmektedir (Wolach ve diğ. 2012).

Alemtuzumab (Campath, Campath-1H);

Alemtuzumab CD52 antijenini hedef almak amacıyla geliştirilmiş, IgG1(immünglobülin G) izotipinde humanize bir monoklonal antikordur (Skeel ve

Khleif 2013). Alemtuzumabın etkinliğinin kemik iliği bozuklukları ve buna bağlı olarak ortaya çıkan kan hastalıklarında nodal hastalıklara oranla daha fazla olduğu belirtilmektedir (Varghese ve diğ. 2017). Alemtuzumab sadece iv (intravenöz) şekilde uygulanmamaktadır. İlacın subkutan uygulama yolu da bulunmaktadır. (Karlsson ve diğ. 2008; Patel ve diğ. 2016). Alemtuzumab uygulamasında bazı yan etkiler görülebilmektedir. Bu yan etkilere örnek olarak titreme, titreme ile birlikte yükselen ateş, hipotansiyon, mide bulantısı, kusma, bazı hastalarda cilt üzerinde rash döküntüleri gibi durumlar verilebilir. (Karlsson ve diğ. 2008; Vo ve diğ. 2008).

Ofatumumab (Arzerra);

Ofatumumab CD20 antijenin ekstraselüler bölümüne bağlanan bir insan monoklonal antikorudur. Bu antikorun etki mekanizması olan B hücre lizisine neden olduğu belirtilmektedir (Sanfort ve McCormack 2010). Ofatumumabın temel indikasyonu fludarabin ve alemtuzumab tedavisine dirençli KLL olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca ilacın farmakokinetik özelliğinin hastanın yaşı, vücut ağırlığı ve cinsiyeti gibi faktörlerden de etkilendiği bildirilmektedir (Sanfort ve McCormack 2010; Grosicki 2015).

Obinuzumab (Gazyva);

Obinuzumab (GA101), IgG1 tip II yapısında humanize bir anti CD-20 monoklonal antikor olarak tanımlanmaktadır (Hoy 2015; Kakkar ve Balakrishnan 2015; Stancu ve diğ. 2015). Obinuzumab KLL hastalarında klorambusil ile kombinasyon şeklinde uygulanmaktadır (Stancu ve diğ. 2015). İlaç iv olarak premedikasyon uygulamasını takiben uygulanmaktadır. Premedikasyonda glukokortikoid uygulamasının bu ajan için oldukça önemli olduğundan bahsedilmektedir (Cameron ve McCormack 2014; Kakkar ve Balakrishnan 2015; Stancu ve diğ. 2015). Obinuzumab uygulamasının bazı yan etkileri mevcuttur. Bu yan etkiler incelendiğinde; Cartron ve diğ. (2014)'nin yapmış olduğu relaps ve refraktör KLL hastalarında obinuzumab uygulamasının faz I/II GAUGUIN çalışmasında, infüzyon ile ilişkili reaksiyonlar neredeyse tüm hastalarda görülmüştür. Bunlar arasında hipotansiyon, titreme, kusma, nötropeni, febril nötropeni, trombositopeni gibi durumlar yer almaktadır. Yapılan bazı çalışmalarda obinuzumab uygulamasında gözlenen yan etkilerin diğer CD-20 monoklonal antikorlara oranla daha güçlü olduğu belirtilmekte ayrıca; hastalarda lökopeni gelişimi, anemi, progresif multifokal

ensefalopati, hepatit-B virüs aktivasyonun da artış, kas ve eklem bölgesinde ağrı gibi yan etkilerinde oluşabileceği belirtilmektedir (Kakkar ve Balakrishnan 2015; Stancu ve diğ. 2015).

2.7.2.Kombinasyon Tedavisi

KLL hastalarının tedavisinde son zamanlarda bazı önemli değişiklikler olmuştur. Bu değişiklikler neticesinde hastalığın başlangıç tedavisi değişiklik göstermiştir. Birçok yıl boyunca KLL hastalığının tedavisinin merkezinde monoterapi yer almıştır (Reynolds ve diğ. 2012). Ancak ilerleyen zamanlarda KLL hastalığının tedavisinde klorambusil gibi alkilleyici ajan temelli tedavi şekli yerini fludarabin temelli tedavi şekline bırakmıştır. Bunun neticesinde ise fludarabin bazlı tedavi rejimi hastalığın tedavisinde başlangıç haline gelmiştir (Skeel ve Khleif 2013). İlerleyen zamanlarda fludarabin tedavisine siklofosfamid eklenmiştir. Tedaviye siklofosfamidin eklenmesiyle hastalarda tedaviye yanıt oranı tek başına fludarabin uygulamasına oranla artmıştır. KLL tedavisinde kullanılan kombinasyon tedavileri içerisinde aynı zamanda Kladrinin ve Siklofosfamid (CC) veya Siklofosfamid ve Mitoksantron (CMC) yer almaktadır. Bu iki kombinasyon tedavi şekli tedaviye dirençli ve hastalığı hızlı ilerleyen hastaların tedavisinde tercih edilmektedir (Hallek 2015). Fludarabin tedavisine siklofosfamid ve mitoksantron gibi ajanların eklenmesi ile hastalığın tedaviye yanıtı artmıştır. Bu durum tedavide kombinasyon olarak kullanılan mitoksantron ve siklofosfamid gibi ajanların apoptozis mekanizmasını tetiklemeleri ile ilişkilendirilmiştir (Bosch ve diğ. 2002).

2.7.3. Kemoimmunoterapi

Kemoimmunoterapi yöntemi kemoterapotik ajanların monoklonal antikorlar ile birleştirilmesi anlamına gelmektedir. Bu noktada birçok tedavi komponenti monoklonal antikorlar ile kombine şekilde KLL hastalarının tedavisinde kullanılmaktadır (Tam ve Keating 2007). Kemoimmunoterapinin tedavide tercih edilme nedenleri içerisinde sağlamış olduğu birçok avantaj yer almaktadır. Bu avantajlara bakıldığında;

- Daha az oranda toksik etkiye sahiptirler.

- Kemoimmunoterapinin hücre öldürme mekanizması diğer sitotoksik ajanlara oranla daha farklıdır. KLL hücreleri tek bir mekanizmaya bağlı hücre ölümüne karşı oldukça dirençlidir. Bu noktada KLL hastalarında hücre ölümünde kemoimmunoterapi daha etkindir.
- Kemoterapi ve monoklonal antikörlerin bir arada kullanımının sinerjistik bir etki yarattığı belirtilmektedir. Bunun sonucunda hücre ölümüne dirençli olan kanserli hücrelere karşı sitotoksik ajanların duyarlılığını arttırdığı belirtilmektedir (Tam ve Keating 2007).

Kemoimmunoterapinin sağlamış olduğu avantajlarının yanı sıra bazı dezavantajları da mevcuttur. En önemli dezavantajı ve risk faktörü içerisinde hastalarda immunosupresyon ve miyelosupresyona neden olabilmesi yer almaktadır. İmmunosupresyon gelişen hastalarda ikincil malignite gelişim riski artmaktadır. Örnek olarak Benjamini ve diğ. (2015)'nin yapmış oldukları çalışma verilebilir. Benjamini ve diğ. (2015)'nin yapmış oldukları çalışmada FCR (Fludarabin, Siklofosfamid, Rituximab) temelli bir tedavi sonrasında hastaların bazılarında ikincil malignite gelişimine rastlamışlardır. Ayrıca immunosupresif durumun etkisi ile hastalarda miyeloid kök hücre maligniteleri olan akut miyeloid lösemi ya da miyelodisplastik sendrom gelişebilmektedir (Brown ve diğ. 2016).

2.7.4. Kök Hücre Nakli

KLL hastalarının tedavisinde kök hücre naklinin yeri ve önemi incelendiğinde; hematopoetik kök hücre nakli KLL hasta grubu için her zaman uygun görülmemektedir. Bu duruma hastalığın ileri yaş hastalığı oluşu ve bu nedenle hastaların yüksek riskli hasta olarak görülmesi; ayrıca uygulanacak olan tedavi prosedürüne hastaların etkin yanıt sağlayamayacağı düşünülmesi gibi durumlar neden olarak gösterilmektedir (Gribben 2008).

2.7.5. Yeni Tedavi Ajanları

KLL'nin tedavisinde yeni tedavi ajanları denildiğinde üç temel gruba ait tedavi ajanlarından bahsedilmektedir. Bunlar; Bruton Tirozin Kinaz İnhibitörleri, Fosfatidilinositol-3 Kinaz δ İnhibitörleri, BCL-2 İnhibitörleridir (Burger ve Chiorazzi 2013; Robak ve diğ. 2017; Khan ve Siddiqi 2018).

Tüm tedavi seçeneklerine ek olarak hastalığa ait tedavi seçenekleri içerisinde kortikosteroid kullanımı da kaynaklarda yer almaktadır (Soysal 2014). Kullanılan kortikosteroidler immün sistemi baskılama özelliklerinden dolayı immün sitopeni gibi durumların tedavisinde de tercih edilmektedirler. Kullanılan yüksek doz steroidlerin en önemli yan etkisi, hematoloji hasta gruplarında yaşamı tehdit edici enfeksiyonlara zemin hazırlamasıdır (Somolej 2012; Soysal 2014). Rituksimab ve yüksek doz metilprednizolon kullanımının değerlendirildiği bir çalışmada; metilprednizolon ve rituksimab kullanımının hastalarda lenf nodları üzerine olumlu etkilerinden bahsedilmekte ve rituksimab ile yüksek doz metilprednizolone kullanımını hastalar da düşük toksisite göstermesi ve tümör yükünü azaltması açısından önerilmektedir (Pileckyte ve diğ. 2011).

2.8. Kronik Lenfositik Lösemili Hastalarda Hastalığa ve Tedaviye Bağlı Gelişen Semptomlarda Hemşirelik Girişimleri

Hematolojik malign hastalığı olan hastalıklarda ve solid organ tümörü olan hastalarda gerek hastalığa bağlı gerekse de uygulanan kemoterapine bağlı olarak birçok semptom görülebilmektedir. Hastaların yaşamış oldukları semptomların tipi ve şiddeti kanserin tipine, yerleşim yerine, metastaz durumuna, hastanın yaşına, hastanın cinsiyetine ya da mevcut başka bir kronik hastalığının varlığı gibi birçok faktöre göre değişiklik gösterebilmektedir (Uğur 2014). Ancak temelde kanser hastalarının (hematolojik ve onkolojik) en sık yaşadıkları semptomlar şunlardır;

- Ağrı
- Yorgunluk
- Solunum Sıkıntısı
- Oral Mukoz Membranda Bozukluk
- Bulantı-Kusma ve İştahsızlık
- Ağız Kuruluğu
- Konstipasyon
- Diyare
- Uyku Düzeninde Bozukluk
- Psikososyal Sorunlar

- Cinsel Sorunlar
- Ciltte ve Tırnaklarda Değişiklik
- Kanama Riski ve
- Enfeksiyon Riskidir (Sadırlı 2008; Duran 2011; Uğur 2014).

Hastaların yaşamış olduğu semptomların detaylı açıklaması ve semptomların hafifletilerek hasta konforunun sağlanması amacıyla uygulanabilecek hemşirelik girişimleri aşağıda sırası ile verilmiştir.

2.8.1. Ağrı

Kansere bağlı ağrılar kronik tipte oluşabildiği gibi aynı zamanda akut tipte de oluşabilmektedir (Erdemir 2012). Solid organ tümörü olan hastalarda yaşanan ağrılar incelendiğinde; vertebral tutulumla bağlı ağrılar, spinal kord basısına bağlı ortaya çıkan ağrılar, kemik ağrıları, radyoterapiye bağlı pelvik ağrılar şeklinde karşımıza çıkarken, hematolojik malignitesi olan hastalarda ağrı deneyimi solid organ tümörlerine göre daha az olmakla birlikte hastalarda daha çok kemoterapi kullanımına bağlı nöropatik ağrı deneyimleri olmaktadır. Ayrıca hastaların çene kemik ağrısı ve kolik tipte abdominal ağrı deneyimleri yaşadıkları bildirilmiştir (Dilek 2010; Mandel ve Selçukbiricik 2015). Johnsen ve diğ. (2009)'nin yapmış oldukları çalışmada hematoloji hastalarında ağrı görülme durumunu %15 ile %37 arasında olduğunu bildirmişlerdir. Kansersiz hastaların yaşamış oldukları kronik ağrı çoğu kez uygulanan tedavi ile geçmemektedir. Bu nedenle hastaların fonksiyonel durumlarında, yaşam tarzında ve emosyonel durumlarında değişiklikler meydana gelebilmektedir (Sadırlı 2008; Erdemir 2012; Mandel ve Selçukbiricik 2015).

Hemşirelik bakımında amaç; hastanın uygulanan bir önlemden sonra rahatladığını kanıtlanan düzeylerde belirtmesi ve hastanın ağrı seviyesini tolere edebilir bir konuma getirilmesidir (Sadırlı 2008; Erdemir 2012).

Uygulanabilecek olan hemşirelik girişimleri şu şekilde sıranabilir;

- Ağrının hastanın yaşamı üzerindeki etkileri belirlenmeli ve değerlendirilmelidir.
- Semptom kontrolüne yönelik hastanın aldığı önlemler sorgulanmalıdır.
- Hastanın ağrı ile ilgili bilgisizliği giderilmeli, bu konuda hastaya eğer biliniyorsa ağrının sebebi, ortalama ne kadar süreceği gibi bilgiler açıklanmalıdır.

- Hastanın ağrısının azaldığı zamanlarda hastanın etkin dinlenmesi sağlanmalı ve gün boyunca hastaya dinlenmesi için uygun ortam yaratılmalıdır.
- Hasta bakımına hastanın ailesi de katılmalı, aile ve hasta ile ağrıyı azaltan aktiviteler üzerinde konuşulmalı ve uygulama konusunda hasta ve ailesi desteklenmelidir.
- Hastaya hekim tarafından order edilen analjezikler ile üst düzey bir rahatlama sağlanmalı, analjezik uygulamasının ardından 30 dakika sonrasında etkinliği değerlendirilmelidir.
- Hastanın opioid grubu bir analjezik kullanımı mevcut ise bu tip analjezikler bir anda kesilmemelidir.
- Hastanın ağrı kontrolünde doğru iletişim oldukça önemlidir. Bu konuda sağlık personelleri iletişim becerilerini geliştirmeli, ağrısı olan hastaya yaklaşımda etkin ve doğru iletişim becerisi kullanılmalıdır (Erdemir 2012; Uğur 2014; Karaman 2017).

2.8.2. Yorgunluk

Yorgunluk çeşitli kanser tiplerinde ortaya çıkan, birçok hastasının deneyimlediği oldukça sık görülen bir semptomdur (Richardsan ve Ream 1997; Hofman ve diğ. 2007). Yorgunluk deneyimini birçok birey günlük yaşantısında zaman zaman yaşıyor olsa da kanser hastalarının bu durumu daha fazla ve daha sık olarak deneyimlemesi sonucunda kanser ile ilişkili yorgunluk deyimi gündeme gelmiştir (Hofman ve diğ. 2007). Kanser ile ilişkili yorgunluk; hastalarda kansere ve uygulanan kanser tedavisine bağlı olarak uzun süreli devam eden objektif yorgunluk hissinin bulunması olarak tanımlanmaktadır. Hastalarda enerji eksikliği, yorgunluk hissi ve güçsüzlük ile karakterizedir (Hofman ve diğ. 2007; Jones ve diğ. 2016). Kanser hastalarının yaşamış oldukları yorgunluk deneyimi birçok faktöre göre değişkenlik gösterebilmektedir. Bunların içerisinde hastanın kanser tipi, uygulanan tedavi şekli gibi durumlar yer almaktadır. Hastaların özellikle tedavi sonrası yaşamış oldukları yorgunluk hissinin aylarca görülebileceği belirtilmiştir (Hofman ve diğ. 2007; Jones ve diğ. 2016). Genel anlamda bakıldığında hastaların yorgunluk karşısında seçmiş oldukları dinlenme ve aktivite kısıtlama davranışının temelde yorgunluğu hastalarda daha da kötüleştirdiği bildirilmiştir (Jones ve diğ. 2016). Ayrıca bazı çalışmalarda hastalar üzerindeki stres faktörünün azaltılmasının dolaylı olarak yorgunluğu

azaltılabileceği bildirilirken; aynı zamanda yaşanılan yorgunluğun önlenmesi ve kontrolünde hemşire temelli uygulanacak olan bakım stratejilerinin elzem olduğu da belirtilmektedir (Richardson ve Ream 1997).

Hemşirelik bakımında amaçlar şunlardır;

Amaç 1: Hastanın fiziksel, sosyal ve duygusal boyutlarda günlük aktivitelerine katılımının sağlanması

Amaç 2: Hastanın günlük yaşam aktivitelerinde önceliklerini belirleyebilmesi, yorgunluğuna neden olan, yorgunluğunu arttıran ve azaltan faktörleri tanımlayabilmesidir (Sadırlı 2008; Erdemir 2012).

Uygulanabilecek olan hemşirelik girişimleri şu şekilde sıralanabilir;

- Hastanın fonksiyonel durumu değerlendirilmeli ve yorgunluğuna neden olan faktörler belirlenmelidir.
- Semptom kontrolüne yönelik hastanın aldığı önlemler sorgulanmalıdır.
- Hastanın enerjisini koruması sağlanmalıdır. Bu amaçla hastanın gereksiz bazı aktivitelerini ertelemesi ya da bırakması konusunda hasta ile iş birliği yapılmalıdır.
- Enerji koruma teknikleri hastaya normal yaşantısında uygulayabilmesi amacıyla öğretilmelidir.
- Hastanın serum elektrolit seviyeleri kontrol edilmeli ve ciddi düşüklük saptanması durumunda doktor önerisi ile replasman tedavisi uygulanmalıdır. Ayrıca hastalara gerekli olduğu durumlarda vitamin desteği sağlanmalıdır.
- Hastanın diyetine dikkat edilmelidir. Uygun olduğu takdir de hastaya protein destekli bir diyet uygulanmalı ve hastanın sıvı alımı arttırılmalıdır.
- Hematoloji hastalarında yorgunluğun nedeni hemoglobin ve eritrosit düşüklüğüne bağlı ise hekimin istemi ile hastaya uygun eritrosit süspansiyonunun verilmesi sağlanmalıdır (Sadırlı 2008; Uğur 2014; Erdemir 2012).

2.8.3. Solunum Sıkıntısı

Hematolojik malignitesi olan ve solid organ kanseri olan hastalarda gelişen solunum sıkıntısının nedeni olarak kullanılan kemoterapi ilaçları gösterilebilmektedir (Dilek 2010). Hastaların yaşadıkları solunum sıkıntısı; korku, endişe, huzursuzluk ve ölüm korkusu gibi durumları beraberinde getirmektedir (Sadırlı 2008; Erdemir 2012).

Yaşanılan solunum sıkıntısı vakalarının terminal dönemde olan kanser hastaları için en çok korkulan semptom olduğu belirtilmektedir (Aydoğan ve Uygun 2011).

Hemşirelik bakımında amaç; hastanın solunum hızının ve gaz değişiminin yeterli olmasının sağlanması ve hastanın akciğer fonksiyon kapasitesinden en üst düzeyde yararlanmasının sağlanmasıdır (Erdemir 2012).

Uygulanabilecek olan hemşirelik girişimleri şu şekilde sıralanabilir;

- Hastanın yaşadığı solunum sıkıntısının şekli belirlenmelidir. Bu aşamada hastanın solunumunun ritmi ve hızı gibi faktörler değerlendirilmelidir.
- Semptom kontrolüne yönelik hastanın aldığı önlemler sorgulanmalıdır.
- Hastanın aktiviteleri hemşirelik bakım süreci doğrultusunda aşamalı olarak hastanın tolere edebileceği ölçüde arttırılmalıdır. Hasta immobil bir durumda ise yatak içi pozisyon değişimi saatlik veya iki saatte bir kez olmak üzere önerilir.
- Hastaya derin öksürük ve solunum egzersizleri hava yolunun etkin temizliğinin sağlanması açısından yaptırılmalıdır.
- Hastanın sekresyonlarını yumuşatmak ve sekresyonların atılımını kolaylaştırmak amacıyla hastada yeterli hidrasyon sağlanmalıdır. Ancak hidrasyon sağlanırken fazla sıvı alımının kontrendike olduğu durumlara dikkat edilmelidir. Hasta durumu elverişli ise olabildiğince hastanın dik oturması sağlanmalıdır.
- Hastaya çeşitli uyaranlardan (ses, ziyaretçi, fazla ışık gibi) arınmış sakin bir ortam dinlenmesi için yaratılmalıdır. Bu amaçla ziyaretçi kısıtlaması uygulanabilir.
- Gerekli ise hastaya oksijen uygulaması maske veya nazal kanül kullanılarak yapılabilir. (Sadırlı 2008; Erdemir 2012).

2.8.4. Oral Mukoz Membranda Bozukluk

Oral mukozit; oral kavitedeki epitelyal hücrelerin zedelenmesi ile karakterize olan bir sorun olarak tanımlanmaktadır (Rafsanjani ve diğ. 2013). Hastada öncelikle hafif kızarıklık olarak başlayan ağız yaraları ilerleyen aşamalarda yaygın ülseratif alanları da oral kavitede beraberinde getirmektedir. Bu durumlar ise hastanın oral besin alımını sınırlandırmakta, hastanın yutma ve konuşma gibi aktivitelerini engellemektedir. Yaşanılan durumlar ise hastada yeterli beslenememeye bağlı olarak kaşeksiyi ve dehidratasyonu beraberinde getirmekte ve hastanın paranteral beslenmesine neden olabilmektedir. Ayrıca oluşan mukozitler hastanın bakteriyel ve

viral enfeksiyon riskini arttırmakta, hastanede kalış süresini ve maliyeti de dolaylı olarak uzatmaktadır (Bardy ve diğ. 2012; Kashiwazaki ve diğ. 2012; Rafsanjani ve diğ. 2013; Güngörmüş ve Erdem 2014).

Hemşirelik bakımında amaç; hastanın oral membran yapısında bütünlük sağlanması ve hastanın oral kavitesinde enfeksiyon ve ağrı gibi durumların görülmemesidir (Sadırlı 2008; Erdemir 2012).

Uygulanabilecek olan hemşirelik girişimleri şu şekilde sıralanabilir;

- Hastanın oral bakım uygulamasını yerine getirme yeterliliği gözlenmelidir.
- Semptom kontrolüne yönelik hastanın aldığı önlemler sorgulanmalıdır.
- Ağız kavitesinin içi ağrı, kızarıklık ve lezyonlar açısından düzenli olarak hasta ve hemşire tarafından gözlenmelidir.
- Yemeklerden sonra ve uyumadan önce trombosit değeri düşük olmayan hastalarda dişlerin fırçalanması ve diş ipi kullanımı önerilmelidir.
- Diş protezi kullanan hastalara diş protezlerinin uygun temizliği öğretilmelidir.
- Hastalara ağız içerisine zarar verebilecek olan alkol bazlı solüsyonların kullanımından, limon emdirilmiş bezler ve uzun süreli hidrojen peroksit kullanımından kaçınmaları konusunda bilgi verilmelidir.
- Hastalara aşırı sıcak veya aşırı soğuk, asitli içeceklerden; ayrıca sert kabuklu ve baharatlı yiyeceklerden mümkün oldukça kaçınmaları gerektiği konusunda bilgi verilmelidir.
- Ağız içerisinde lezyon varlığı durumunda kabuk ya da mukusu uzaklaştırmak amacıyla normal salin ile yumuşatmak ya da bir su bardağı su ılık su içerisine bir çay kaşığı eklenen sodyum bikarbonat ile ağızın çalkalanması önerilir (Sadırlı 2008; Erdemir 2012; Güngör 2015).

2.8.5. Bulantı, Kusma ve İştahsızlık

Bulantı, kusma ve iştahsızlık gibi semptomlara birçok objektif faktör sebep olabileceği gibi; aynı zamanda zihinsel yorgunluk, psikolojik sorunlar ve konforun bozulması gibi subjektif durumlarda örnek olarak gösterilebilmektedir. Ancak bulantı, kusma ve iştahsızlık durumları bazen hastanın tedavisi ile de ilişkilendirilebilmektedir. Bu duruma kemoterapi ile ilişkili olarak görülen bulantı, kusma ve iştahsızlık semptomları örnek olarak verilebilir. Bu semptomların kanserli hastaların yaşam

tarzını ciddi oranda etkileyebileceği, hastaların sıvı ve elektrolit dengesini bozabileceği ve hastaların uygulanan tedaviyi red etmelerine dahi neden olabileceği belirtilmektedir (Rhodes ve McDaniel 2001; Sadırlı 2008; Erdemir 2012; Güngör 2015; Navari ve Aapro 2016).

Hemşirelik bakımında amaç; hastanın bulantısının azaldığını belirtmesi ve hastanın sıvı elektrolit dengesinin sağlanmasıdır (Sadırlı 2008; Erdemir 2012).

Uygulanabilecek hemşirelik girişimleri şu şekilde sıralanabilir;

- Bulantının, kusmanın veya iştahsızlık durumunun nedeni hastaya açıklanmalı, hastanın iştahını azaltacak ya da bulantı ve kusma yaratacak durumlardan hastanın uzak kalması sağlanmalıdır.
- Semptom kontrolüne yönelik hastanın aldığı önlemler sorgulanmalıdır.
- Hastaya beslenmesi sırasında ve yemeklerden sonra en az iki saat kadar semi fowler pozisyonunda oturması gerektiği bilgisi verilmelidir.
- Hastaya yemek seçiminde yardımcı olunmalı, gastrointestinal sistemi irrite edebilecek besinlerden uzak durması konusunda bilgi verilmelidir.
- Hasta kuru ancak kepeksiz gıdalara yönlendirilmelidir. Çünkü kepekli gıda tüketiminin çoğu besin alınımını engelleyeceği belirtilmektedir.
- Kemoterapiden en az 30 dakika öncesinde antiemetik ilaçlar premedikasyon olarak uygulanmalı; ayrıca hastaya gevşeme teknikleri öğretilmeli ve tedaviden önce uygulanmalıdır.
- Hastalara antropometrik ölçüm yapılmalı ve beden kitle indeksleri hesaplanmalıdır.
- Hastaların serum elektrolit seviyeleri kontrol edilmeli ve hastaların beslenme düzeni konusunda diyetisyenle iş birliği yapılmalıdır.
- İştahsız olan hastalar yemek yemeleri konusunda hemşire tarafından cesaretlendirilmelidirler (Sadırlı 2008; Erdemir 2012; Uğur 2014; Güngör 2015).

2.8.6. Ağız Kuruluğu

Bazı ciddi kronik hastalıklar ya da çeşitli ilaçların kullanımı tükürük salgısını azaltarak ağız kuruluğuna neden olabilmektedir. Hastalarda oluşan bu ağız kuruluğu semptomu hastaların tat alma fonksiyonlarında değişime neden olabilmekte, konuşma,

yutma ve çiğneme gibi fonksiyonlarını azaltabilmektedir (Keçeci ve Özdemir 2005; Akkaş ve diğ. 2014).

Hemşirelik bakımında amaç; hastanın ağız kuruluşunun giderilmesi ve hasta konforunun sağlanmasıdır.

Uygulanabilecek hemşirelik girişimleri şu şekilde sıralanabilir;

- Semptom kontrolüne yönelik hastanın aldığı önlemler sorgulanmalıdır.
- Hastalara oral nemliliğin sağlanması açısından sık sık azar azar su yudumlamaları önerilebilir. Ayrıca şekersiz ve asit özelliği olmayan sakızlar, ağız spreyleri ve pastiller oral nemliliğin sağlanması açısından hastalara kullanılabilir.
- Hastalara diyet değişikliği önerilmelidir. Bu amaçla diyetten şekerli ve asidik özelliği olan besinlerin çıkarılması ya da tüketimlerinin sınırlandırılması gerektiği bildirilmelidir.
- Hastalara dişlerin günlük olarak dikkatli bir şekilde fırçalanmasının önemi belirtilmeli, uygun diş fırçalama tekniği hastalara gösterilmeli ve hastalar bir diş hekimine yönlendirilmelidirler (Su ve diğ. 2011; Akkaş ve diğ. 2014; Villa ve diğ. 2015).

2.8.7. Konstipasyon

Konstipasyon, palyatif bakım alan hastalarda ve ilerlemiş kanser hastalarında oldukça yaygın görülen önemli bir semptomdur. Palyatif bakım alan hastalarda konstipasyon görülme nedenleri içerisinde, beslenme yetersizlikleri, immobilizasyon, kondüsyon kaybı ve hastada var olan çeşitli sakatlık durumları yer alırken; ilerlemiş kanser hastalarında ise daha çok opioid kullanımı ile ilişkilendirilmektedir (Droney ve diğ. 2008; Dzierżanowski ve Rysz 2015; Larkin ve diğ. 2018). Hematolojik ve onkolojik birçok kanser türünde %30 ile %50 gibi değişen oranlarda konstipasyon semptomu gelişimi bazı çalışmalarda bildirilmektedir (Droney ve diğ. 2008). Konstipasyonun medikal tedavisi içerisinde sıklıkla laksatifler yer almaktadır. Ancak bunun yanı sıra aromaterapi ve masaj gibi tıbbi alternatif yöntemlerin hastalarda kullanımının hastalar üzerinde etkin olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmektedir (Lai ve diğ. 2011; Tack ve diğ. 2011; Abdelaziz ve Mohammed 2014; Uğur 2014; Farahani ve diğ. 2019).

Hemşirelik bakımında amaç; kişinin bağırsak hareketlerinin günde iki veya üç kez olduğunu belirtmesidir (Erdemir 2012).

Uygulanabilecek, hemşirelik girişimleri şu şekilde sıralanabilir;

- Öncelikle hastanın normal defekasyon alışkanlığı sorgulanmalı ve hastaya defekasyon hissi geldiğinde ertelememesi gerektiği açıklanmalıdır.
- Semptom kontrolüne yönelik hastanın aldığı önlemler sorgulanmalıdır.
- Hastanın diyeti, hasta ile birlikte gözden geçirilmelidir. Diyetinde lifli ve posalı besinlere ne kadar yer verdiği belirlenmeli; eğer sakıncası yok ise hastanın diyetine bu tarz besinler eklenmelidir.
- Hastaya defekasyon sırasında yarı çömelir pozisyonu düzgün bir şekilde almasına yardımcı olunmalı ve bu pozisyonda iken karın alt kısmına uygulanabilecek hafif masaj teknikleri gösterilmelidir.
- Yemeklerden önce bir bardak ılık su içmenin dışkı yapma isteğini arttıracığı söylenmeli ve hasta uygulama konusunda teşvik edilmelidir.
- Hasta açısından bir sakıncası yoksa her gün en az 8-10 bardak sıvı tüketmesi için hasta teşvik edilmelidir.
- Hasta hareket etmeye teşvik edilmelidir. Hareket edemeyen hastalarda günde 3 veya 4 kez yatak içerisinde dizleri karın kısmına doğru çekip-itme hareketleri yapılmalıdır.
- Gereksinim olduğunda hekim istemi ile laksatif uygulaması yapılmalı veya hastaya nasıl uygulanacağı anlatılmalıdır (Erdemir 2012; Güngör 2015).

2.8.8. Diyare

Diyare durumu beraberinde bireylerde elektrolit dengesizliği, malnutrisyon ve dehidratasyon gibi sorunları beraberinde getirmektedir (Cherny 2008). Kanserle ilişkili diyare durumuna genellikle kanser tedavisinde kullanılan ajanların neden olabileceği belirtilmektedir. Bunların yanı sıra diyare etyolojisinde bazı firçatçı patojenler yer alabilmektedir (Kornblau ve diğ. 2000; Karadakovan ve Aslan 2014).

Hemşirelik bakımında amaç; hastanın daha az diyaresi olduğunu belirtmesidir (Erdemir 2012).

Uygulanabilecek olan hemşirelik girişimleri şu şekilde sıralanabilir;

- Hastada diyareye neden olan faktörler belirlenmeli, ayrıca hastanın defekasyon alışkanlığı ve yemek alışkanlıkları değerlendirilmelidir.
- Semptom kontrolüne yönelik hastanın aldığı önlemler sorgulanmalıdır.
- Diyarenin neden olabileceği dehidratasyona karşı hastanın şuur düzeyi, deri turgoru düzenli olarak değerlendirilmelidir.
- Gerekli ise hastadan fekal parazit ve fekal lökosit incelemesi amacıyla gaita kültürü alınmalıdır.
- Hastanın sıvı alımı kontrendike değil ise artırılmalıdır. Ayrıca hasta potasyumdan ve sodyumdan zengin içeceklerle (elma suyu, zencefilli meyve suları gibi) ve yiyeceklerle (muz, patates, üzüm gibi) yönlendirilmelidir.
- Hastalara bu dönemde enfeksiyon kontrolü amacıyla uygun perine temizliği, doğru el yıkama tekniği öğretilmelidir (Erdemir 2012; Karadakovan ve Aslan 2014; Güngör 2015).

2.8.9. Uyku Düzeninde Bozukluk

Uyku bozukluklarının görülme durumlarına bakıldığında; kanser hastalarında görülme sıklıklarının oldukça fazla olduğu literatürde belirtilmektedir (Rischer ve diğ. 2009; Akman ve diğ. 2015; Otte ve diğ. 2015; Mercier ve diğ. 2017; Yeo ve diğ. 2019). Bu durum kanser hastalarına, kanser tanısı konulmasının vermiş olduğu yük, yoğun kanser tedavisi ve hastaların yaşadıkları semptomlar ile ilişkilendirilmektedir. Ayrıca hastaların uyku kalitelerinde meydana gelen bozulmanın hasta üzerinde yaratmış olduğu etkiye hasta perspektifinden bakıldığında; hastaların muzdarip olduğu hastalıklarının prognozunun ve metastaz durumunun üzerinde uyku kalitesinin etkili olduğunu düşündükleri belirtilmiştir (Yeo ve diğ. 2019). Ayrıca hastanede kalış süreci boyunca hastaların muzdarip olduğu çeşitli girişimler, gürültü, ışık ve yabancı bir ortamda var olma durumu gibi birçok faktör hastaların uyku kalitesini etkileyebilmektedir (Özkaya ve diğ. 2013).

Hemşirelik bakımında amaçlar şunlardır;

Amaç 1: Hastanın uyku ve dinlenme durumları arasında bir denge olduğunu belirtmesi

Amaç 2: Hastanın uyku durumunu arttıran ya da azaltan faktörleri tanımlayabilmesidir (Erdemir 2012).

Uygulanabilecek olan hemşirelik girişimleri şu şekilde sıralanabilir;

- Öncelikle hastanın uyku düzeni belirlenmeli ve hastanın günlük yaşantısında uyku hijyeni amacıyla yapmış olduğu uygulamalar sorgulanmalıdır.
- Semptom kontrolüne yönelik hastanın aldığı önlemler sorgulanmalıdır.
- Hastanın uykuyu sürdürme durumunu etkileyebilecek olan sık idrara çıkma gibi durumları azaltmak amacıyla uyumadan önce kişiye sıvı alımını azaltması gerektiği bilgisi verilmelidir.
- Hastaya geceleri kafein gibi metabolizma için uyarıcı etki gösteren yapıları içeren içecek ve yiyeceklerin tüketimini sınırlandırması gerektiği bilgisi verilmelidir.
- Hastaya uyumayı kolaylaştıran hafif tipte bir müzik dinlemesi, gevşeme egzersizleri gibi hafif aktivitelerde bulunması gerektiği bilgisi verilmeli, gevşeme hareketlerini içeren uygulamalar hastaya öğretilmeli ve uygulaması sağlanmalıdır.
- Tedavi saatleri mümkün olduğunca hastanın uyku kalitesini düşürmeyecek şekilde ayarlanmalı, tedavi saatleri çok bölünmemelidir (Sadırlı 2008; Erdemir 2012).

2.8.10. Psikososyal Sorunlar

Kanser deyimi bu hastalık ile müzdarip olan kişiler tarafından önemli bir hastalık durumu olarak algılanmanın yanı sıra; ayrıca umutsuzluk, ölüm, terk edilme ve çaresizlik gibi birçok duyguyu da beraberinde çağrıştırmaktadır. Bu durum ise hastaların sosyal yaşamı ve psikolojik durumları üzerinde ağır bir yük oluşturmanın yanı sıra, hastada psikososyal bazı komplikasyonların oluşmasına neden olmaktadır. Tüm bu sebepler göz alındığında kanser deyiminin sadece fiziksel ve tıbbi durumları değil; ayrıca psikososyal ve emosyonel durumları da kapsadığı görülmektedir (Sadırlı 2008; Ülger ve diğ. 2014). Hastaların yaşamış olduğu psikolojik sorunların üstesinden gelmesinde bireyin kişisel ilişkileri, deneyimleri, cinsiyeti, özsaygı düzeyi, ekonomik durumu gibi birçok faktör rol oynamaktadır (Rodin ve diğ. 2013; Bag 2014).

Hemşirelik bakımında amaçlar şunlardır;

Amaç 1: Hastanın psikolojik ve fizyolojik anlamda rahatladığını belirtmesi

Amaç 2: Hastanın anksiyete düzeyini ve kullandığı baş etme mekanizmalarını tanımlayabilmesi

Uygulanabilecek hemşirelik girişimleri şu şekilde sıralanabilir;

- Öncelikle hastanın anksiyete ve korku düzeyi belirlenmelidir.
- Yaşanılan korku ve anksiyete normalleştirilmelidir. Hastaya korku ve anksiyetinin normal bir duygu olduğu ve zaman zaman çoğu kişinin bu duygular ile muzdarip olabileceği açıklanmalıdır.
- Hasta ile etkin iletişim kurmak ve yaşanan korkunun azaltılması amacıyla güven verici bir ortam sağlanmalıdır.
- Hastanın ve ailesinin sorun çözme konusunda güçlü yönleri ortaya çıkartılmalıdır.
- Semptom kontrolüne yönelik hastanın aldığı önlemler sorgulanmalıdır.
- Hastaya stresli olduğu durumlarda stresini yönetmek amacıyla bazı anksiyete giderme teknikleri öğretilmelidir. Bunlar; olaylara bakış açısını değiştirme (olaya uzaktan baktığını hayal etme), solunum kontrolü, sesli bir şekilde kendine emirler verme şeklinde sıralanabilir.
- Hastanın anksiyete, korku ve öfke gibi duygularının artmasına neden olabilecek stresli hasta yakınları ile iletişimi kısıtlanmalı ve nedeni hastaya açıklanmalıdır.
- Hasta ve ailesi gerekli ise profesyonel destek alabilecekleri uygun birimlere yönlendirilmelidirler (Sadırlı 2008; Erdemir 2012; Uğur 2014; Ülger ve diğ. 2014).

2.8.11. Cinsel Sorunlar

Cinsel sorunların kanserli hastalarda kanser tedavisine bağlı olarak daha yaygın görüldüğü bildirilmektedir (Schover ve diğ. 2014). Hematoloji ve onkoloji hastalarında tedavi amaçlı kullanılan kemoterapotik ajanların kadın ve erkek üreme organları üzerine toksik etki gösterebileceği ve bunun sonucunda bazı sorunlara neden olabileceği belirtilmektedir (Pınar 2010; Schover ve diğ. 2014; Büyük ve diğ. 2019). Ayrıca hastalara uygulanan yoğun kemoterapi sonrasında ortaya çıkan semptomlarında cinsel sorunlara neden olabileceği belirtilmektedir (Pınar 2010). Yapılan bir çalışmada; lösemili hastaların cinsel yaşam, aile hayatı ve günlük aktivitelerinde meydana gelen değişimlerin sağlıklı bireylerden daha fazla olduğu ortaya konulmuştur (Pehlivan ve diğ. 2019).

Hemşirelik bakımında amaç; hastanın önceki cinsel aktivitesini sürdürmesi ve doyum sağlayıcı alternatif cinsel aktiviteyi kendisi için belirleyebilmesi

Uygulanabilecek olan hemşirelik girişimleri şu şekilde sıralanabilir;

- Öncelikle hastanın cinsel yaşam öyküsü alınmalıdır. Hastanın cinsel yaşam öyküsü hastanın cinsellik hakkındaki bilgisi, cinsel doyum durumu, cinsel yaşantısındaki problemleri gibi bilgileri içeren bir yapıda olmalıdır.
- Semptom kontrolüne yönelik hastanın aldığı önlemler sorgulanmalıdır.
- Hastanın cinsel yaşantısındaki verimini etkileyebilecek olan faktörleri tanımlaması sağlanmalı; ayrıca bu faktörlerin hangisini kontrol edebileceği, hangisini kontrol edemeyeceği konusunda hasta ile değerlendirme yapılmalıdır.
- Hastanın cinsel işlevselliğini etkileyen durum hastanın vücudunda meydana gelen bir değişim ise; cinsel eşi ile bu durum hakkındaki endişeleri (reddedilme korkusu, fiziksel ve duygusal açıdan eşini inciteceği korkusu gibi) hakkında konuşması için hasta cesaretlendirilmeli
- Hastaya normal cinsellik durumu tanımlanmalı, cinsellik ve kanser hakkında bilgilendirme yapılmalıdır. Bu uygulamada cinsellik ile ilgili materyaller kullanılabilir.
- Hastaya cinsel fonksiyonu arttırabilecek tıbbi ve psikososyal durumlar hakkında bilgi verilmelidir. Eğer gerekli ise hasta ve eşi danışmanlık alması amacıyla bir uzmana yönlendirilmelidir (Erdemir 2012; Fışkın ve Beji 2014; Uğur 2014).

2.8.12. Ciltte ve Tırnaklarda Değişiklik

Kanser hastalarının tedavisinde kullanılan kemoterapötik ilaçların cilt ve tırnak yapısı üzerinde etkili olduğu bildirilmektedir (Lee ve diğ. 2006; Sadırlı 2008). Hastalarda kemoterapi uygulamasını takiben bir gün veya üç hafta içerisinde sınırları belirli, simetrik, morumsu renkte, ağrılı ve daha sonradan bül şeklinde yapılarla dönüşüp deride soyulmalara neden olan akral eritem olgularının oluşabileceği bildirilmektedir. Ayrıca akral eritemlerin genellikle hastanın ayak tabanında, avuç içlerinde ve parmak aralarında meydana gelebileceği ifade edilmektedir (Özmen ve diğ. 2009; Kavala ve diğ. 2010). Tüm bu durumlara ek olarak hastalarda gerek tedaviye gerekse de metabolik değişikliklere bağlı olarak gelişen yan etkiler sonucunda deride

kaşıntı ve kızarıklık gibi durumların da görülebilebileceği bildirilmektedir (Sadırlı 2008).

Hemşirelik bakımında amaç; hastanın deri yapısında iyileşmenin gözlenmesi ve hastada herhangi bir deri reaksiyonu gelişiminin en aza indirilmesidir.

Uygulanabilecek hemşirelik girişimleri şu şekilde sıralanabilir;

- Hasta deri ve tırnaklarında meydana gelebilecek kızarıklık, akıntı, sararma, kaşıntı gibi durumlar konusunda bilgilendirilmelidir.
- Semptom kontrolüne yönelik hastanın aldığı önlemler sorgulanmalıdır.
- Hastanın derisinin daima temiz ve kuru tutulması sağlanmalıdır.
- Yatağa bağımlı hastalarda basınca bağlı doku bütünlüğündeki bozulmayı engellemek amacıyla hastanın pozisyonu değiştirilmelidir.
- Hastanın beslenmesine dikkat edilmelidir. Pozitif azot dengesini sağlamak amacıyla hastanın proteinli besinler ile beslenmesi arttırılmalıdır. Ayrıca hastanın serum albümin seviyesi incelenmeli, hastanın günlük kilo takibi yapılmalıdır.
- Hasta açısından bir sıkıntısı yok ise sıvı alımı arttırılmalıdır.
- Hastanın cildinde meydana gelen kaşıntıyı gidermek amacıyla hekim istemi ile antihistaminik uygulanabilir. Ayrıca bölgeye soğuk yağı veya kuru uygulama yapılabilir.
- Hastanın konforunu sağlamak ve deride oluşabilecek irritasyon durumunu engellemek amacıyla bol, rahat ve pamuklu kıyafetleri tercih etmesi sağlanmalıdır.
- Hastanın tırnakları düzenli olarak düz bir şekilde kesilmelidir. Nasır varlığı durumlarında nasırlar kesilmemeli, törpülenmelidir. Ayrıca uygun tırnak ve ayak bakımı hastaya öğretilmelidir (Sadırlı 2008; Erdemir 2012).

2.8.13. Kanama Riski

Kanser hastalarında kemoterapötik ajanların kullanımı kemik iliği fonksiyonunu baskılayabilmekte ve kanama riskini arttırabilmektedir. Bu amaçla hastalarda kanama riskine yönelik önlem almak gereklidir.

Hemşirelik bakımında amaçlar şunlardır;

Amaç 1: Hastada meydana gelen kanamaya erken müdahalenin sağlanması

Amaç 2: Hastada herhangi bir kanama gelişmesi durumunun engellenmesi

Uygulanabilecek hemşirelik girişimleri şu şekilde sıralanabilir;

- Öncelikle hastada kanamaya neden olan ya da kanama riskini arttıran faktör belirlenmeli ve ona yönelik önlem alınmalıdır.
- Semptom kontrolüne yönelik hastanın aldığı önlemler sorgulanmalıdır.
- Kanamaya neden olabilecek antikoagülan ya da antiagregan ilaçlar hastada kesilmeli ya da hastada kullanımı hekim istemi ile azaltılmalıdır.
- İnvaziv girişimler hastada mümkün oldukça azaltılmalıdır.
- Hastanın düşme riski değerlendirilmeli, risk yüksek ise gerekli koruyucu önlemler alınmalıdır. Ayrıca hastaya taburculuğu sırasında ev ortamında düşme ve yaralanma riskini azaltmak amacıyla nasıl düzenlemeler yapacağı açıklanmalıdır.
- Olabildiğince hastaya intramüsküler ya da subkutan uygulamalardan kaçınılmalıdır. Ayrıca hastada rektal kanamaları önlemek amacıyla konstipasyon engellenmelidir. Konstipasyon durumunda ise rektal lavman uygulamaları yerine oral laksatifler tercih edilmeli ve hastada diyet düzenlenmesine gidilmelidir.
- Hastanın ağız bakımına önem verilmelidir. Ancak bu konuda dikkatli olunmalıdır. Yumusak diş fırçaları tercih edilmelidir. Hastanın diş ipi ve ağız mukozasına zarar verecek tipte olan gargaraları kullanımına izin verilmemeli ve bu konuda hasta bilgilendirilmelidir.
- Eğer gerekli ise hekim istemi doğrultusunda hastaya trombosit süspansiyonu verilmelidir (Karadakovan ve Aslan 2014; Erol ve Yacan 2017).

2.8.14. Enfeksiyon Riski

Enfeksiyon gelişimi kanserli hastalarda çoğu zaman hastalarda gözlenen nötropeni durumuna bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Nötropeni gelişimi hastaların enfeksiyona yakalanma riskini arttırmakta ve hastalarda lenf bezlerinde büyüme, pnömoni, faranjit, stomatit gibi durumların gelişimine neden olabilmektedir (Karadakovan ve Aslan 2014; Güngör 2015). Kemoterapi görmüş olan kanser hastalarında immün sistem baskılanmakta ve özellikle kemoterapi sonrası görülen nötropeninin hastalarda ciddi bakteriyel enfeksiyonların gelişimine neden olduğu belirtilmektedir (Karadakovan ve Aslan 2014). Kanser hastalarında enfeksiyon gelişiminin önlenmesi oldukça önemlidir. Çünkü enfeksiyon gelişimi bu hasta

grubunda ciddi morbidite ve mortalite sebebidir. Bu nedenle hastalara uygun hemşirelik bakımı sağlanmalıdır.

Hemşirelik bakımında amaçlar şunlardır;

Amaç 1: Hastada enfeksiyon gelişimini engellemek ve enfeksiyon gelişiminde erken müdahale edilmesini sağlamak

Amaç 2: Hastanın enfeksiyon gelişiminde rol alan risk faktörlerini ve bu faktörlere yönelik alması gereken önlemleri açıklayabilmesini sağlamak

Uygulanabilecek olan hemşirelik girişimleri şu şekilde sıralanabilir;

- Hastaya enfeksiyon belirti ve bulguları öğretilmeli; ayrıca hemşire tarafından da bu belirti ve bulgular gözlenmelidir.
- Semptom kontrolüne yönelik hastanın aldığı önlemler sorgulanmalıdır.
- Hastanın enfeksiyonlara eğilimi azaltılmalıdır. Bu amaçla; hastanın kalori ihtiyacına uygun beslenmesi sağlanmalı, düzenli aralıklar ile antibiyotik uygulaması yapılmalı, ziyaretçi kısıtlanmalı ve hastanın hastanede kalış süresi azaltılmalıdır.
- Mikroorganizmaların vücuda girişini azaltmak amacıyla uygun teknikle el yıkama, antiseptik kullanımı gibi durumlar hastaya öğretilmelidir.
- Hastanın cilt bütünlüğünün korunması amacıyla; dengeli beslenmesi sağlanmalı, sıvı alımı artırılmalı ve hasta kişisel bakımını yapması konusunda desteklenmelidir.
- Gerekli ise hekim istemiyle enfeksiyon durumunun tipine göre hastadan idrar ve kan numunesi gibi örneklerin gönderilmesi sağlanmalı, akciğer grafisi çektirilmeli ve hastanın fiziksel muayenesi yapılmalıdır (Erdemir 2012; Karadakovan ve Aslan 2014; Güngör 2015; Erol ve Yacan 2017).

2.9. Semptom Yönetiminde Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

20. yüzyılda yaşanan teknoloji alanındaki gelişmeler tanı ve tedavide büyük başarı sağlamış, bireylerin yaşam sürelerini uzatmış ve bu gelişmeler doğrultusunda toplum beklentisini arttırmıştır (İleri ve diğ. 2016; Çavmak ve Çavmak 2017). Tüm bu gelişmelerin sonucunda meydana gelen uzmanlık alanlarındaki gelişim ve bilgi birikiminin artışı sağlık bakım alanlarında da değişime neden olmuştur. Ortaya çıkan bu değişim kanıt temelli bakım verme amacı güden ve bu sayede sağlık bakım alanının

şekillenmesinde önemli rol üstlenen hemşirelik mesleğini de etkilemiş; ayrıca meslekte bazı değişikliklerin yapılmasını gerekli kılmıştır (Karadakovan ve Aslan 2014). Bu nedenle günümüzde hemşirenin rol ve sorumlulukları değişmiş ve gelişmiştir. Bugün hemşirelik 19. yüzyılda benimsenmiş olan sorgulamaksızın hekimin belirlediği görevleri yapan bir konumda değildir (Karadakovan ve Aslan 2014). Özellikle kronik hastalığa sahip olan bireylerde, hemşire hastaların semptom kontrolünün sağlanmasında ve hasta rehabilitasyonunda oldukça önemli görevler üstlenmekte; ayrıca hasta bakımında merkez kabul edilmektedir (Akpınar ve Ceran 2019). Bu konuda kanser hastalarının diğer hasta gruplarına oranla hemşire bakımına daha fazla ihtiyaç duydukları belirtilmektedir (Yeşilot ve Öz 2017). Onkoloji ve hematoloji hemşirelerinin en önemli rol ve sorumluluğunun içerisinde hastanın kansere ve kanser tedavisine bağlı olarak yaşayabileceği semptomların engellenmesi, hastanın semptom yaşadığı durumlarda ise semptom yönetiminde, hastayı sosyal çevresi ile bir bütün olarak değerlendirip önlem alması gerektiği vurgulanmaktadır (Sadırlı 2008; Güngör 2015). Birçok sorun çeşitli hemşirelik girişimleri ile azaltılabilmektedir. Yapılan bir çalışmada yeme bozukluklarının giderilmesinde hemşire yaklaşımının öneminden bahsedilmiştir (Serin ve Şanlıer 2018). Yapılan bir başka çalışmada oral antikanser ilaç kullanımında telefon ile hasta izleminin hastalar üzerinde düzenli ilaç kullanmaya olan etkisi araştırılmış ve hastaların bu uygulamadan yarar gördüğü belirtilmiştir (Çakmak ve Kapucu 2018).

Sonuç olarak; hemşirelerin semptom yönetiminde oldukça önemli görevleri bulunmaktadır. Bu amaçla hemşireler hastayı detaylı olarak değerlendirmeli, hastayı ve aileyi merkez alan bir yaklaşım benimseyerek hasta ve ailesinin eğitimini sağlamalı; ayrıca disiplinler arası bir yaklaşım benimseyerek uygun bir hemşirelik bakımı planlamalıdır.

2.10. Semptom Kontrolünde Sosyal Desteğin Rolü

Sosyal destek; stres altında olan bireye arkadaşları, akrabası, aile üyeleri ya da iletişim kurduğu diğer bireler gibi kişiler tarafından yapılan maddi veya manevi desteklerin tümü olarak tanımlanmaktadır (Faghani ve diğ. 2014; Lotfi 2017). Kronik herhangi bir hastalığa sahip olan bireylerin hastalık ve hastalığın yaratmış olduğu

sorunlar ile başa çıkmasında sosyal desteğin önemli olduğu belirtilmektedir (Lotfi 2017). Bu konuda özellikle kanser hastalarının yaşamları süresince fiziksel ya da emosyonel birçok stresör ile karşılaştıkları literatürde belirtilmektedir (Yılmaz ve diğ. 2015; Özdemir 2017). Ayrıca literatürde çeşitli kanser hastalarının yaşamlarında karşılaştıkları bu stresörler ile başa çıkmalarında ve hastaların genel sağlık durumlarının iyileşmesinde sosyal desteğin önemli olduğu vurgulanmaktadır (Thoits 2011; Usta 2012; Çalışkan ve diğ. 2015; Yılmaz ve diğ. 2015). Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda kanser hastalarının aldığı sosyal destek ile kanserin yaratmış olduğu fiziksel ya da psikolojik sorunlara adaptasyon arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Usta 2012; Çalışkan ve diğ. 2015). Hastaların algıladıkları sosyal destek ile yaşadıkları semptomlar arasında bir ilişki olduğu literatürde belirtilmektedir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde; lösemili hastaların algıladıkları sosyal destek ve stres düzeylerinin değerlendirildiği bir çalışmada, sosyal destek algısı ile hastaların stres düzeyleri arasında bir ilişki olduğu ve sosyal destek gören hastaların stres düzeylerinin daha az olduğu belirtilmiştir (Yeni hayat 2008). Yapılan bir başka çalışmada, çalışma kapsamındaki olguların aldıkları sosyal destek puanları azaldıkça olguların yaşadıkları uykusuzluk, halsizlik gibi semptomların da arttığı belirlenmiştir (Çalışkan ve diğ. 2015).

Sonuç olarak; hastaların gerek semptom kontrolünde gereksede yaşam kalitelerinin artmasında sosyal destek kavramının önemli olduğu belirtilmektedir. Hastaların sosyal destek kaynaklarına ulaşımının zorlaştığı durumlarda hastaların dolaylı olarak daha fazla semptom yaşadığı bildirilmektedir (Çalışkan ve diğ. 2015).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, tanımlayıcı tipte planlanmış bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Amacı

Araştırma, KLL tanılı hastaların yaşadığı semptomları şiddetiyle birlikte ortaya koyarak, semptomları azaltmak veya önlemek ve hastalar tarafından kullanılan nonfarmakolojik ve farmakolojik yöntemleri değerlendirmek amacı ile planlanmıştır.

3.3. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular

- KLL’de hastaların yaşadıkları semptomlar nelerdir ve bu semptomların şiddeti nasıldır?
- KLL’de semptomların sıklığı ve şiddeti hastaların sosyo-demografik özellikleri, sosyal destek algısı, hastalık ve tedavi sürecine ilişkin değişkenlerden etkilenir mi?
- KLL semptomları ile başetmede hastaların kullandığı yöntemler nelerdir?

3.4. Araştırmada Kullanılan Gereçler

Araştırmada verilerin elde edilmesinde, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan hastalara öncelikle Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Ek 1) imzalatılmıştır. Veriler hastaların sosyodemografik özellikleri ve hastalık ve tedavi sürecine ilişkin bilgileri içeren “Hasta Tanılama Formu (Ek 2)”, hastanın fonksiyonel kapasitesini değerlendiren “Karnofsky Performans Skalası (KPS), (Ek 3),” hastanın yaşadığı semptomları ve şiddetini değerlendiren “Memorial Semptom Tanılama Skalası (MSTS), (Ek 4)” kullanılarak elde edilmiş, hastaların semptomlara karşı aldığı önlemler araştırmacılar tarafından “Semptomlarla Başetme Uygulamaları Formu” (Ek 5) oluşturularak kaydedilmiştir.

3.4.1. Hasta Tanılama Formu (Ek 2)

Bu form araştırmacılar tarafından literatür bilgisi ve uzman görüşü doğrultusunda oluşturulmuştur. Form iki bölümde gruplandırılan 33 soru içermektedir. İlk bölümde yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sayısı, gelir durumu, çalışma durumu gibi hastanın sosyo demografik özelliklerine ilişkin bilgilerin yer aldığı 12 adet soru bulunmaktadır. Formun ikinci bölümünde ise hastalığın süresi, evresi, kemoterapi/immunoterapi tedavisi, hastalığın nüks durumu gibi tanı ve tedavi sürecine ilişkin verilerin yer aldığı 11 adet soru bulunmaktadır.

3.4.2. Karnofsky Performans Skalası (Ek 3)

Karnofsky ve Burchena tarafından 1948 yılında geliştirilmiş bireyin fonksiyonel kapasitesini değerlendirmeyi amaçlayan bir skaladır. Bu skalada bireyin fonksiyonel durumu 0-100 puan arasında değerlendirilmektedir. Değerlendirme sonucu hastalarda 100 puandan (normal fonksiyon), 10'ar puan azalarak 0 puana (ölüm) kadar giden fonksiyon kaybını göstermektedir. Çalışmalarda genellikle 70 puan ve üzeri alan hastaların fonksiyonel kapasitelerinin yeterli olduğu kabul edilmektedir. 70 puan alan bireylerin kendilerine bakabildiği ancak normal aktivitesi azaldığı için aktif çalışma yapamadığı kabul edilmektedir. Ülkemizde skalanın geçerlilik ve güvenilirliğinin yapıldığı bir çalışma bulunmamaktadır. Ancak farklı ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de uzun süredir yaygın bir kullanımı söz konusudur (Üstündağ 2013; Tekin 2018).

3.4.3. Memorial Semptom Tanılama Skalası (Ek 4)

Portenoy ve arkadaşları tarafından 1994 yılında geliştirilmiştir. Yıldırım ve diğerleri tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Bu skala hastaların son bir hafta içerisinde yaşadıkları semptomları sıklık, şiddet ve neden olduğu sıkıntı yönüyle sorgulamayı amaçlayan ve 32 semptomu içeren çok boyutlu bir skaladır. Skalanın ilk bölümünde yer alan 24 adet semptomun her biri için sıklık, şiddet ve sıkıntı tanımlanmaktadır. Sıklık; 1= çok nadiren, 2= bazen, 3= sık sık, 4= neredeyse sürekli, şiddet; 1= hafif, 2= orta, 3= şiddetli, 4= çok şiddetli, sıkıntı; 0=hiç, 1=bir parça, 2=oldukça, 3=biraz fazla, 4=çok fazla şeklinde puanlandırılmaktadır. Skalanın ikinci bölümünde yer alan 8 adet semptomun değerlendirilmesinde ise sadece şiddet ve

oluşturduğu sıkıntı durumu, birinci bölümdeki puanlama ile aynı olacak şekilde sorgulanmaktadır (Portenoy ve diğ. 1994; Yıldırım ve diğ. 2011). Skalanın puanlarının hesaplanmasında üç etki alanına ait puanlar kullanılmaktadır. Bunlar fiziksel, psikolojik ve genel durum indeksidir. Genel durum indeksi puanı 4 yaygın psikolojik semptomun (üzgün hissetme, endişelenme, hassas hissetme, kendini sınırlı hissetme) ve 6 yaygın fiziksel semptomun (iştahsızlık, enerji kaybı, ağrı, kendini uyuklu sersemleşmiş gibi hissetme, konstipasyon, ağız kuruluğu) sıklığı, şiddeti ve verdiği sıkıntının ortalama puanı alınarak oluşturulmaktadır. Fiziksel semptom alt ölçek puanı yaygın görülen 12 fiziksel semptomun (iştahsızlık, enerji kaybı, ağrı, şişkinlik hissi, konstipasyon, ağız kuruluğu, bulantı, kusma, tat almada değişiklik, kilo kaybı, kendini uyuklu sersemlemiş hissetme, baş dönmesi) sıklığı, şiddeti ve verdiği sıkıntının ortalama puanı alınarak oluşturulmaktadır. Psikolojik semptom alt ölçek puanı, yaygın olarak görülen 6 psikolojik semptomun (endişelenme, kendini üzgün hissetme, kendini sınırlı hissetme, uyumada zorluk, hassas olma, dikkati toplamada zorluk) sıklığı, şiddeti ve verdiği sıkıntının ortalama puanı alınarak oluşturulmaktadır. Toplam puan skalada bulunan 32 semptom skorunun ortalaması alınarak hesaplanmaktadır.

Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasında cronbach's alfa değerleri, genel durum indeksi için 0,75, fiziksel durum indeksi için 0,75, psikolojik durum indeksi 0,71 ve skalanın toplamı için 0,84 olarak hesaplanmıştır (Yıldırım ve diğ. 2011). Bu çalışmada ise skalanın cronbach's alfa değerleri genel durum indeksi için 0,82, fiziksel durum indeksi için 0,82, psikolojik durum indeksi için 0,75 ve skalanın toplamı için 0,85 olarak hesaplanmış olup, ölçeğin KLL hastalarında iç tutarlılığının yüksek olduğu söylenebilir.

3.4.4. Semptomlarla Başetme Uygulamaları Formu (Ek 5)

Bu form, MSTTS'de yer alan 32 semptomla yönelik olarak hastaların kendi kendilerine aldıkları önlemleri, uyguladıkları başetme yöntemlerini saptamak amacıyla araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur.

3.5. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi hematoloji polikliniğine kayıtlı KLL tanılı hastalar ile görüşülerek gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın planlamasının ardından Kurum İzni (Ek 6) ve Etik Kurul Onayı (Ek 7) alınmıştır. Veriler Haziran 2019-Kasım 2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin elde edilmesi aşamasında araştırmacının hastalar ile görüşmesinde kullanılmak üzere ayrı bir oda sağlanmıştır.

3.6. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni Haziran 2019-Kasım 2019 tarihleri arasında bir sağlık uygulama ve araştırma merkezi hematoloji polikliniğine başvuran KLL hastalarının tamamından oluşmaktadır. Yapılan ön araştırma sonucunda araştırma verilerinin toplanması planlanan hematoloji polikliniğine kayıtlı toplam 101 KLL hastasının olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve belirtilen tarihlerde polikliniğe başvuran hastalar araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Haziran 2019-Kasım 2019 tarihleri arasında hematoloji polikliniğine başvuran 99 hastadan araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 92 hasta ile görüşülerek, kayıtlı hastaların %91'ine ulaşılmıştır.

Hastaların araştırmaya dahil edilme kriterleri şu şekilde belirlenmiştir;

- 18 yaş ve üzerinde olması
- Tanısını biliyor olması
- Karnofsky performans skalası puanı ≥ 70 olması
- Bilişsel, görsel, işitsel herhangi bir iletişim engelinin olmaması
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması

3.7. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi

Araştırmadaki veriler hastalara araştırmanın amacı açıklanıp yazılı izinleri alındıktan sonra, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Veri toplama araçları hastalara bir kez uygulanmıştır. Hasta Tanılama Formu (Ek 2) içerisinde yer alan tanı ve tedaviye ilişkin bazı bilgilere erişim için hasta kayıtlarından da yararlanılmıştır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin istatistiksel analizi için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum) kullanılmıştır. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk testi ve grafiksel değerlendirmeler ile sınıanmıştır. Normal dağılım göstermeyen verilerin iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında Kruskal Wallis test ve ikili karşılaştırmalarında Bonferroni Dunntest kullanılmıştır. Değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearman's Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Çalışmada anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.9. Etik Konular

Araştırmanın yapılacağı birimin sorumlusu araştırmanın konusu, amacı hakkında bilgilendirilerek sözel izni alınmış, takiben Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Başhekimliği'nden izin alınmıştır (Ek 6). Araştırma projesi kurum izni alındıktan sonra Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na sunularak, onay alınmıştır (Ek 7). Çalışmada hastaların yaşadıkları semptomları değerlendirmek amacıyla kullanılacak olan Memorial Symptom Tanılama Skalası'nın Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yürüten Prof. Dr. Yasemin Yıldırım'dan ölçeğin kullanım izni alınmıştır (Ek 8). Veriler toplanmaya başlanmadan önce araştırmanın yürütüleceği hematoloji polikliniğinde çalışan personel araştırmaya alınacak hasta grubu, araştırmanın amacı konusunda bilgilendirilmiştir. Araştırma süresince Helsinki Deklarasyon İlkelerine bağlı kalınmıştır.

4. BULGULAR

Bu çalışma KLL tanısı almış 92 olgu ile yürütülmüştür. Hastalara ilişkin bulgular aşağıdaki tablolarda sunulmuştur.

4.1. Hastaların SosyoDemografik Özelliklerinin Dağılımı

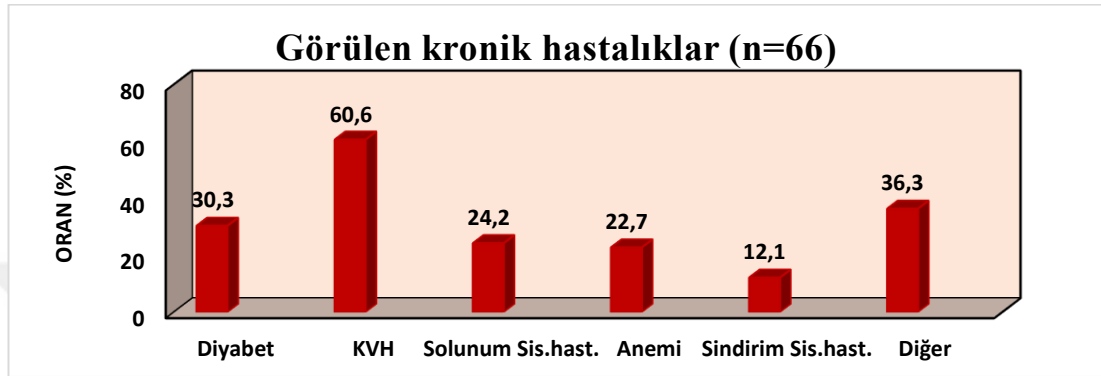
Çalışmaya alınan olguların %34,8'i kadın, %65,2'si erkek olup, yaş ortalaması 64,71±11,42 yıldır. Hastaların diğer sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=92)

		n	%
Yaş (yıl)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	24-86 (66)	
	<i>Ort±SS</i>	64,71±11,42	
	<55 yaş	16	17,4
	55-64 yaş	25	27,2
	65-74 yaş	32	34,7
Cinsiyet	≥ 75 yaş	19	20,7
	Kadın	32	34,8
Medeni durum	Erkek	60	65,2
	Evli	76	82,6
Eğitim durumu	Bekar	16	17,4
	İlkokul ve altı	60	65,2
	Ortaokul - Lise	25	27,2
Çocuk	Üniversite ve üzeri	7	7,6
	Var	88	95,7
Çocuk sayısı (n=88)	Yok	4	4,3
	1 çocuk	5	5,7
	2 çocuk	43	48,9
	≥ 3 çocuk	40	45,4
Gelir durumu	İyi	9	9,8
	Orta	72	78,3
	Kötü	11	11,9
Çalışma durumu	Tam gün	2	2,2
	Part time	6	6,5
	Çalışmıyor	84	91,3
Yaşadığı kişi	Yalnız	12	13,0
	Eşi ile	58	63,0
	Eş ve çocukları ile	16	17,4
	Diğer	6	6,6

4.2. Hastaların KLL Dışındaki Kronik Hastalıkları

Olguların %71,7'sinde KLL dışında da çeşitli kronik hastalıklar bulunmaktadır (Tabloda gösterilmemiştir). Kronik hastalıkların dağılımı incelendiğinde; olgularda en fazla (%60,6) Kardiyovasküler Hastalık (KVH) olduğu saptanmıştır (Şekil 4.1).



Şekil 4.1 Diğer kronik hastalıkların dağılımı.

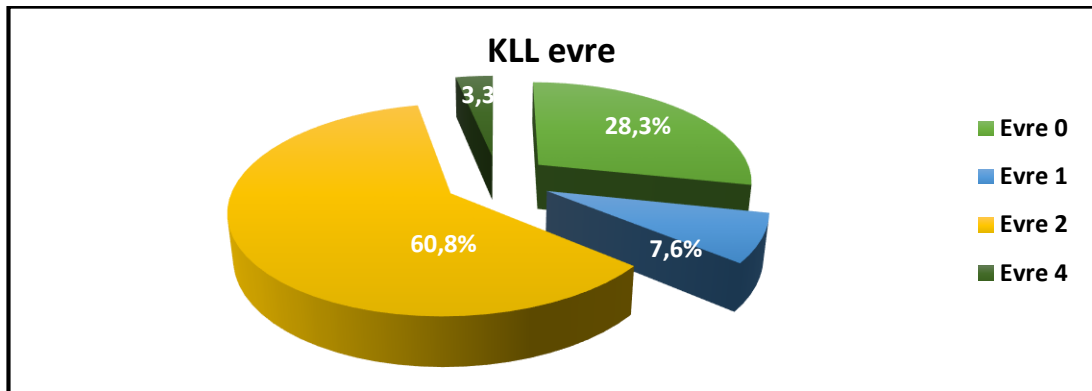
4.3. Hastaların Tanı ve Tedaviye İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Çalışmaya alınan olguların %47,8'i 1-5 yıldır KLL hastasıdır. Olguların %51,1'inin tedavisi tamamlanmıştır. Tedavi alan olgularda Rituximab ve Bendamustin (R-Bendamustin), Rituximab ve Klorambucil (R-Klorambucil) ve RFC (Rituximab, Fludarabin, Siklofosfamid) tedavisi kullanımının ön planda olduğu görülmektedir. Bu tedavi türleri arasında hastaların %29,3'ünün RFC, %21,7'sinin R-Bendamustin ve %12'sinin ise R-Klorambucil aldığı ya da almakta olduğu bulgulanmaktadır. Tedavi alan 57 olgunun %54,4'ünün 1 yıldan uzun süredir tedavi aldığı görülmektedir. KLL için uygulanan kür sayısı ortalama $5,09 \pm 1,79$ ve medyan 6 olarak hesaplanmıştır. Kürler hastaların %49,1'inde 21-28 günde uygulanmakta olup, olguların %35,1'inde son tedavi kürünün üzerinden bir yıldan uzun süre geçmiştir. Ayrıca olguların %9,8'i KLL'nin neden olduğu semptomların azalması için bir destek tedavisi alırken, %63'ü KLL'nin mevcut spesifik tedavisinin yanı sıra diğer kronik hastalıklarına yönelik ek bir tedavi şekli kullanmaktadır (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Hastaların Tanı ve Tedaviye İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (N=92)

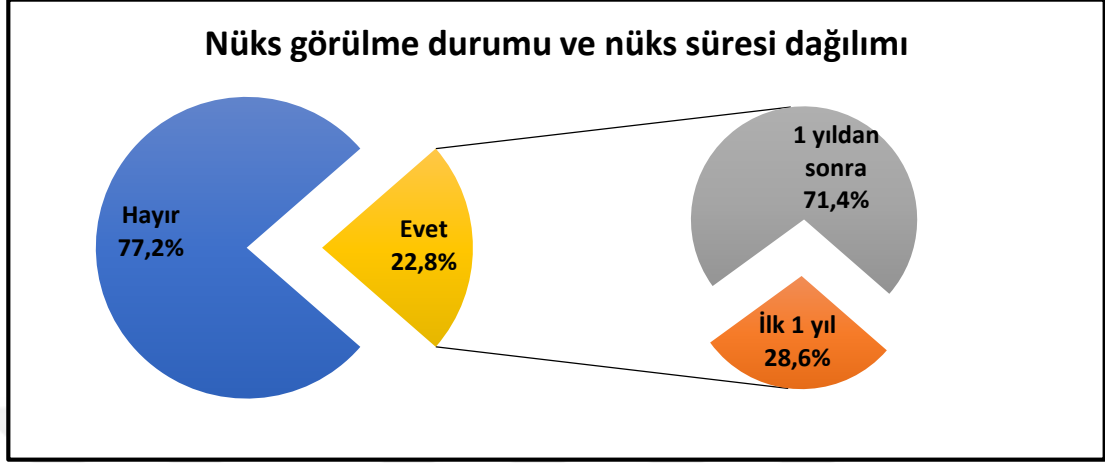
		n	%
Tanı zamanı	Son 6 ay	10	10,9
	7-12 ay	18	19,6
	13 ay-5 yıl	44	47,8
	5 yıl üzeri	20	21,7
KLL spesifik tedavi	Halen devam ediyor	10	10,9
	Başlanmamış	35	38,0
	Tamamlanmış	47	51,1
Tedavi şekli			
	RFC		
	Alıyor / almış	27	29,3
	Almıyor	65	70,7
RBendamustin	Alıyor / almış	20	21,7
	Almıyor	72	78,3
RKlorambucil	Alıyor / almış	11	12,0
	Almıyor	81	88,0
Tedavi süresi (n=57)	1 yıl ve daha kısa	26	45,6
	1 yıl üzeri	31	54,4
Kür sayısı (n=57)	Min-Mak (Medyan)	1-10 (6)	
	Ort±SS	5,09±1,79	
Kür aralığı (n=57)	21 gün ve daha kısa	17	29,8
	21-28 gün	28	49,1
	30 gün	9	15,8
	30 günden daha uzun	3	5,3
Son tedavi zamanı (n=57)	Son 6 ay içinde	16	28,1
	7 ay- 1 yıl	21	36,8
	1 yıldan fazla	20	35,1
KLL nedeni ile semptomatik tedavi kullanımı	Var	9	9,8
	Yok	83	90,2
KLL spesifik tedavisi dışında devam eden ilave tedavi	Var	58	63,0
	Yok	34	37,0

Hastalık evreleri olguların %28,3'ünün (n=26) evre 0, %7,6'sının (n=7) evre 1, %60,8'inin (n=56) evre 2 ve %3,3'ünün (n=3) evre 4'tür (Şekil 4.2).



Şekil 4.2 KLL evreleri dağılımı.

Çalışmaya alınan olguların %22,8'inde (n=21) nüks saptanmış olup, %71,4'ünde (n=15) bir yıldan sonra nüks saptanmıştır (Şekil 4.3).



Şekil 4.3 Nüks görülme durumları ve nüks süreleri dağılımı.

4.4. Hastaların Tanı ve Tedavi Sürecindeki Destek Algılarına İlişkin Dağılımları

İleri yaş ortalamasına sahip çalışma grubumuzda olguların tanı ve tedavi sürecinde destek aldıkları kişi veya kişiler sorgulandığında ilk sırada “eş desteği” olduğu saptanmıştır (%75). Hastaların %34,8'i hastalık sürecindeki sosyal destek algısını yeterli algılamaktadır (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Hastaların Tanı ve Tedavi Sürecindeki Destek Algılarına İlişkin Dağılımları

		n	%
*Sosyal destek aldığı kişi/kişiler	Eş desteği	69	75,0
	Çocuk desteği (n=88)	57	64,8
	Kardeş desteği	15	16,3
	Arkadaş desteği	33	35,9
	Anne-baba desteği	19	20,7
Sosyal destek algısı	Yetersiz	26	28,3
	Kısmen yeterli	34	36,9
	Yeterli	32	34,8

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

4.5. Hastaların Karnofsky Performans Skalası Puanlarına Göre Dağılımları

Olguların Karnofsky Performans Skalası puanları 70 ile 100 arasında değişmekte olup, ortalama puanı $86,30 \pm 8,98$ 'dir (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Hastaların Karnofsky Performans Skalası Puanlarına Göre Dağılımları (N=92)

KPS Skalası	Min-Mak (Medyan) Ort \pm SS	n	%
	70-100 (90) 86,30 \pm 8,98		
Fonksiyonel durum	Aktivitelerde yardım gerektirir (KPS 70 puan)	12	13,0
	Eforla normal aktivitelerini yapabilir (KPS 80 puan)	17	18,5
	Aktivitelerini yapabilir (KPS 90 puan)	54	58,7
	Normal (KPS 100 puan)	9	9,8

Olguların Memorial Symptom Tanılama Skalası'nda yer alan sorulara verdikleri cevaplar tabloda 4.5'te gösterilmektedir (Tablo 4.5).

Tablo 4.5 Hastaların MSTS Yanıtlarının Dağılımı (N=92)

	Evet ise sıklığı					Evet ise şiddeti				Evet ise sıklıntısı				
	Hayır (0)	Çok nadiren	Bazen	Sık sık	Neredeyse sürekli	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok şiddetli	Hiç	Biraz	Oldukça	Biraz fazla	Çok fazla
Dikkat toplamada zorluk	60	0	24	4	4	8	14	6	4	2	16	7	3	4
Ağrı	62	1	16	9	4	7	11	8	4	2	8	11	5	4
Halsizlik ya da enerji kaybı	25	0	30	19	18	8	20	23	16	1	21	10	18	17
Öksürtük	65	1	17	7	2	9	8	8	2	1	13	3	5	5
Kendini sınırlı hissetme	44	1	23	17	7	4	21	15	8	1	17	10	13	7
Ağız kuruluğu	45	5	32	7	3	15	21	8	3	2	27	9	6	3
Bulantı	65	3	18	4	2	9	12	4	2	1	14	9	1	2
Kendini uyukulu/ sersemlemiş hissetme	53	0	21	11	7	5	14	12	8	1	15	6	8	9
El ayak karıncalanma/ uyuşukluk	43	9	27	8	5	16	16	12	5	3	23	8	11	4
Uyumakta zorluk	69	4	10	9	0	7	6	9	1	1	10	6	4	2
Şişkinlik hissi	72	3	12	3	2	5	8	5	2	1	9	4	4	2
İdrar yapmada zorluk	77	1	11	2	1	4	8	2	1	0	7	5	2	1
Kusma	78	2	9	3	0	8	2	4	0	1	8	2	3	0
Nefes darlığı	70	2	11	5	4	4	8	6	4	0	5	6	6	5
İshal	71	3	16	1	1	9	10	1	1	1	14	4	0	2
Kendini üzgün hissetme	41	0	24	10	17	8	16	10	17	0	14	11	8	18
Terleme	28	1	19	22	22	6	12	23	23	0	14	9	17	24
Endişelenme	63	0	11	9	9	2	8	10	9	0	6	5	9	9
Cinsel istek veya aktiviteyle ilgili sorunlar	57	1	21	4	0	5	21	9	0	1	23	8	3	0
Kaşıntı	62	4	16	4	6	11	7	5	7	0	17	0	6	7
İştahsızlık	71	2	9	4	6	4	7	4	6	0	7	4	2	8
Baş dönme	64	0	21	5	2	8	13	5	2	2	12	8	4	2
Yutkunma güçlüğü	87	1	3	0	1	2	1	1	1	1	2	1	0	1
Hassas olma/ hissetme	56	3	15	10	8	2	14	12	8	1	4	13	10	8
Ağız yaraları	53	-	-	-	-	17	15	6	1	0	21	10	3	5
Yemeklerin tadında değişiklik	68	-	-	-	-	4	9	3	8	0	10	3	3	8
Kilo kaybı	59	-	-	-	-	11	12	4	6	3	14	5	5	6
Saç dökülmesi	81	-	-	-	-	6	3	1	1	4	4	1	1	1
Kabızlık	51	-	-	-	-	9	22	6	4	1	20	12	4	4
Kol veya bacaklarda şişlik	63	-	-	-	-	8	12	3	6	0	16	5	2	6
Kendini sevmeme	77	-	-	-	-	1	11	1	2	0	6	6	1	2
Deride değişiklikler	72	-	-	-	-	8	7	3	2	1	9	6	2	2

Olguların MSTS genel durum indeksi puanı $1,05 \pm 0,83$ iken, fiziksel durum indeksi puanı $0,71 \pm 0,65$, psikolojik durum indeksi puanı $1,05 \pm 0,91$ ve ölçeğin toplam puanı $0,34 \pm 0,19$ olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. MSTS Puanları Dağılımı

MSTS	Min-Mak (Medyan)	Ort±SS
Genel durum indeksi	0-3,5 (0,9)	1,05±0,83
Fiziksel	0-2,7 (0,5)	0,71±0,65
Psikolojik	0-3,7 (0,8)	1,05±0,91
Toplam	0,1-0,9 (0,3)	0,34±0,19

4.6. Hastaların Semptomlarının Karnofsky Performans Skalası ile İlişkisi

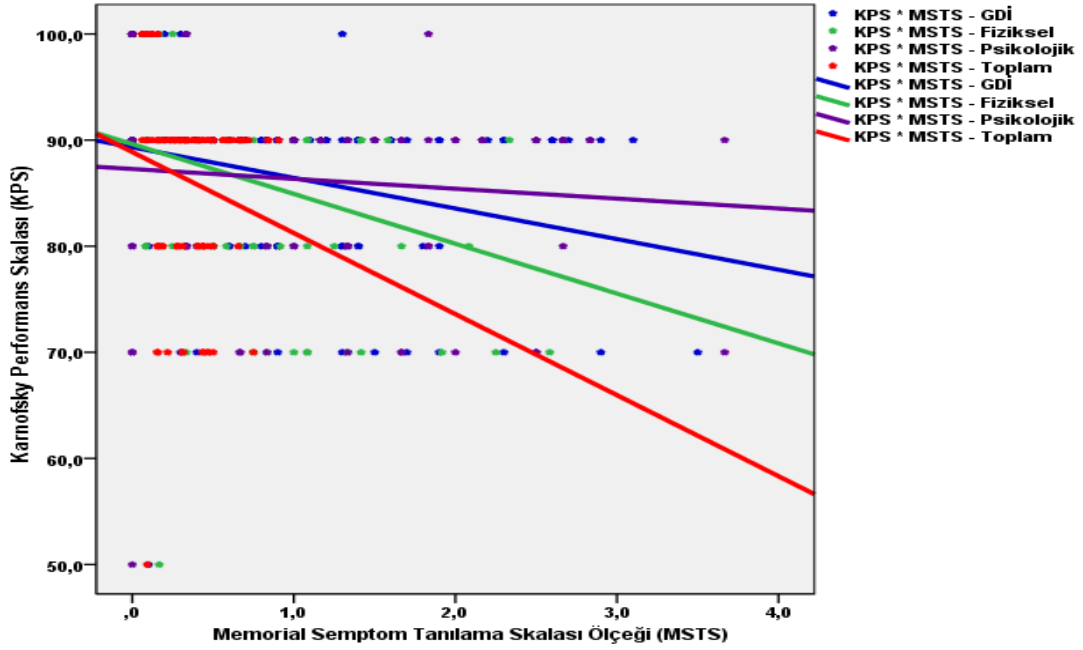
Çalışmaya alınan hastalarda gözlenen semptomlar ve hastanın performans durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; KPS puanı ile MSTS genel durum indeksi puanı arasında negatif yönlü zayıf ilişki ($r=-0,329$; $p<0,01$), KPS puanı ile MSTS fiziksel durum indeksi puanı arasında negatif yönlü orta derecede ilişki ($r=-0,464$; $p<0,01$), KPS puanı ile MSTS toplam puanı arasında da negatif yönlü zayıf bir ilişki saptanmıştır ($r=-0,287$; $p<0,01$). MSTS ve KPS puanları arasındaki ilişki Tablo 4.7’de ve Şekil 4.4’te gösterilmektedir.

Tablo 4.7. Hastaların Semptomlarının KPS ile İlişkisi

		Memorial Semptom Tanılama Skalası (MSTS)			
		Genel durum indeksi	Fiziksel durum indeksi	Psikolojik durum indeksi	Toplam
Karnofsky Performans Skalası (KPS)	r	-0,329	-0,464	-0,134	-0,287
	p	0,001**	0,001**	0,202	0,006**

r: Spearman’s Korelasyon Katsayısı

** $p<0.01$



Şekil 4.4 MSTS ile KPS puanlarının ilişkisi.

4.7. Hastaların SosyoDemografik Özelliklerine Göre MSTS Değerlendirilmesi

MSTS'nin toplam puanı ile alt boyut puanları olguların yaşlarına, medeni durumlarına, eğitim durumlarına, çalışma durumlarına ve birlikte yaşadıkları kişilere göre değişmemektedir ($p>0,05$). Ancak kadın olguların genel durum indeksi puanı, fiziksel durum indeksi puanı ve psikolojik durum indeksi puanı erkek olgulardan daha yüksektir ($p<0,05$). Gelir durumlarına göre olguların MSTS genel durum indeksi ve fiziksel durum indeksi puanları farklılık göstermezken ($p>0,05$), geliri iyi ve orta düzeyde olanların MSTS psikolojik durum indeksi puanları ve MSTS toplam puanlarının geliri kötü düzeyde olanlardan düşük olduğu görülmektedir ($p<0,05$), (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre MSTS Değerlendirilmesi (N=92)

		n	Memorial Semptom Tanılama Skalası			
			Genel durum indeksi	Fiziksel durum indeksi	Psikolojik durum indeksi	Toplam
			Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)
Yaş (yıl)	< 55 yaş	16	1,15±0,96 (1)	0,76±0,81 (0,4)	1,28±1,04 (1,2)	0,35±0,25 (0,3)
	55-64 yaş	25	1,22±0,95 (1)	0,81±0,75 (0,7)	1,25±1,04 (1)	0,39±0,21 (0,4)
	65-74 yaş	32	0,80±0,63 (0,7)	0,51±0,42 (0,4)	0,85±0,76 (0,7)	0,30±0,15 (0,3)
	≥ 75 yaş	19	1,15±0,81 (1,3)	0,86±0,67 (0,8)	0,93±0,82 (1)	0,32±0,14 (0,3)
	<i>Test değeri</i> <i>^ap</i>		Z: 3,750 p: 0,290	Z: 3,831 p: 0,280	Z: 3,073 p: 0,380	Z: 1,892 p: 0,595
Cinsiyet	Kadın	32	1,44±0,74 (1,4)	0,96±0,69 (0,8)	1,47±0,93 (1,3)	0,41±0,18 (0,4)
	Erkek	60	0,84±0,81 (0,6)	0,57±0,60 (0,4)	0,82±0,82 (0,6)	0,30±0,18 (0,3)
	<i>Test değeri</i> <i>^bp</i>		Z: -3,810 p: 0,001**	Z: -3,118 p: 0,002**	Z: -3,338 p: 0,001**	Z: -2,961 p: 0,003**
Medeni durum	Evli	76	1,02±0,80 (0,9)	0,68±0,63 (0,5)	1,04±0,91 (0,8)	0,34±0,19 (0,3)
	Bekar	16	1,18±0,96 (1)	0,84±0,75 (0,7)	1,07±0,95 (0,9)	0,33±0,19 (0,3)
	<i>Test değeri</i> <i>^bp</i>		Z: -0,506 p: 0,613	Z: -0,671 p: 0,502	Z: -0,052 p: 0,959	Z: -0,057 p: 0,955
Eğitim durumu	İlkokul ve altı	60	1,06±0,76 (0,9)	0,73±0,6 (0,6)	1,07±0,89 (0,8)	0,35±0,19 (0,3)
	Ortaokul - Lise	25	1,14±1,02 (0,8)	0,74±0,82 (0,4)	1,14±1,00 (1)	0,33±0,20 (0,3)
	Üniversite ve üzeri	7	0,61±0,64 (0,6)	0,39±0,39 (0,2)	0,57±0,74 (0,3)	0,22±0,13 (0,2)
	<i>Test değeri</i> <i>^ap</i>		Z: 2,076 p: 0,354	Z: 2,673 p: 0,263	Z: 2,561 p: 0,278	Z: 3,256 p: 0,196
	Gelir durumu	İyi	9	0,70±0,49 (0,7)	0,50±0,32 (0,4)	0,67±0,58 (0,5)
Orta		72	1,01±0,81 (0,9)	0,68±0,63 (0,5)	1,00±0,88 (0,8)	0,33±0,18 (0,3)
Kötü		11	1,57±1,03 (1,3)	1,06±0,87 (0,8)	1,71±1,04 (1,5)	0,48±0,22 (0,5)
<i>Test değeri</i> <i>^ap</i>			Z: 4,692 p: 0,096	Z: 2,843 p: 0,241	Z: 6,585 p: 0,037*	Z: 6,963 p: 0,031*
Çalışma durumu	Çalışıyor	8	0,99±0,95 (0,7)	0,74±0,88 (0,4)	1,02±0,90 (0,7)	0,34±0,25 (0,3)
	Çalışmıyor	84	1,05±0,82 (0,9)	0,70±0,63 (0,5)	1,05±0,92 (0,8)	0,34±0,18 (0,3)
	<i>Test değeri</i> <i>^bp</i>		Z: -0,326 p: 0,744	Z: -0,299 p: 0,765	Z: -0,014 p: 0,989	Z: -0,396 p: 0,692
Yaşadığı kişi	Yalnız	12	1,07±0,94 (0,9)	0,78±0,79 (0,6)	0,93±0,82 (0,8)	0,31±0,17 (0,3)
	Eşi ile	58	0,95±0,73 (0,9)	0,61±0,54 (0,5)	0,97±0,85 (0,8)	0,32±0,17 (0,3)
	Eşi ve çocukları ile	16	1,13±0,98 (1,1)	0,84±0,86 (0,5)	1,17±1,07 (1)	0,38±0,26 (0,3)
	Diğer	6	1,73±0,94 (1,9)	1,11±0,67 (1,3)	1,75±1,09 (2,3)	0,41±0,22 (0,4)
	<i>Test değeri</i> <i>^ap</i>		Z: 4,169 p: 0,244	Z: 3,181 p: 0,364	Z: 3,143 p: 0,370	Z: 1,661 p: 0,646

^aKruskal Wallis Test

^bMannWhitney U Test

*p<0.05

**p<0.01

4.8. Hastaların Eşlik Eden Kronik Hastalıklarına Göre MSTS Değerlendirilmesi

Çalışma kapsamında incelenen olgularda KLL'ye ek bir kronik hastalık varlığının olması MSTS genel durum indeksi, fiziksel durum indeksi, psikolojik durum indeksi puanları ve toplam puanları etkilememektedir ($p>0,05$). KLL'ye ek olarak diyabet, KVVH, anemi, sindirim sistemi hastalıkları bulunan hastaların genel durum indeksi puanları, fiziksel durum indeksi puanları, psikolojik durum indeksi puanları ve MSTS toplam puanları solunum sistemi hastalığına sahip olanlardan daha düşükken, KLL'ye ek olarak solunum sistemi hastalığına sahip olanların, genel durum indeksi puanları ($p<0,05$), fiziksel durum indeksi puanları ($p<0,05$) psikolojik durum indeksi puanları ($p>0,05$) ve MSTS toplam puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Bu hastalıklar dışındaki kronik hastalığı bulunanların diğer kronik hastalıklar (romatolojik, nörolojik hastalıklar ve çeşitli cilt hastalıkları) başlığı altında toplandığı KLL hastalarının fiziksel durum indeksi puanları ve MSTS toplam puanlarının daha yüksek olduğu bulgulanmaktadır ($p<0,05$), (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Hastaların Eşlik Eden Kronik Hastalıklarına Göre MSTS Değerlendirilmesi (N=92)

		n	Memorial Semptom Tanılama Skalası			
			Genel durum indeksi	Fiziksel durum indeksi	Psikolojik durum indeksi	Toplam
			Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)
Kronik hastalık	Var	66	1,13±0,87 (0,9)	0,78±0,69 (0,6)	1,09±0,97 (0,8)	0,36±0,19 (0,3)
	Yok	26	0,85±0,70 (0,9)	0,51±0,51 (0,4)	0,95±0,73 (1,1)	0,28±0,16 (0,3)
	<i>Test değeri^b_p</i>		Z: -1,246 p: 0,213	Z: -1,799 p: 0,072	Z: -0,244 p: 0,807	Z: -1,759 p: 0,079
Diyabet	Var	20	0,96±0,84 (0,5)	0,63±0,52 (0,5)	0,96±0,87 (0,8)	0,35±0,17 (0,3)
	Yok	46	1,20±0,88 (1)	0,85±0,75 (0,7)	1,14±1,02 (0,8)	0,36±0,21 (0,3)
	<i>Test değeri^b_p</i>		Z: -1,258 p: 0,208	Z: -0,818 p: 0,413	Z: -0,596 p: 0,551	Z: -0,112 p: 0,911
KVH	Var	40	0,98±0,68 (0,9)	0,70±0,57 (0,5)	0,89±0,77 (0,7)	0,32±0,14 (0,3)
	Yok	26	1,36±1,07 (1,4)	0,92±0,84 (0,7)	1,40±1,17 (1,2)	0,42±0,25 (0,4)
	<i>Test değeri^b_p</i>		Z: -1,098 p: 0,272	Z: -0,677 p: 0,498	Z: -1,517 p: 0,129	Z: -1,204 p: 0,229
Solunum sistemi hastalıkları	Var	16	1,62±0,90 (1,7)	1,13±0,70 (1,1)	1,53±1,13 (1,3)	0,48±0,20 (0,5)
	Yok	50	0,97±0,80 (0,8)	0,67±0,66 (0,5)	0,95±0,88 (0,8)	0,32±0,18 (0,3)
	<i>Test değeri^b_p</i>		Z: -2,630 p: 0,009**	Z: -2,609 p: 0,009**	Z: -1,858 p: 0,063	Z: -2,767 p: 0,006**
Anemi	Var	15	1,18±0,80 (0,9)	0,83±0,72 (0,5)	1,17±1,09 (0,8)	0,39±0,18 (0,3)
	Yok	51	1,11±0,89 (0,9)	0,77±0,69 (0,7)	1,07±0,95 (0,8)	0,35±0,20 (0,3)
	<i>Test değeri^b_p</i>		Z: -0,697 p: 0,486	Z: -0,360 p: 0,719	Z: -0,192 p: 0,848	Z: -0,920 p: 0,357
Sindirim sistemi hastalıkları	Var	8	0,78±0,66 (0,7)	0,36±0,21 (0,4)	0,83±0,85 (0,8)	0,25±0,11 (0,3)
	Yok	58	1,17±0,89 (1,1)	0,84±0,71 (0,7)	1,12±0,99 (0,8)	0,37±0,20 (0,3)
	<i>Test değeri^b_p</i>		Z: -1,181 p: 0,238	Z: -1,772 p: 0,076	Z: -0,632 p: 0,527	Z: -1,625 p: 0,104
Diğer kronik hastalık	Var	23	1,39±1,00 (1,3)	1,16±0,81 (1)	1,25±1,03 (1)	0,45±0,22 (0,4)
	Yok	43	0,98±0,76 (0,7)	0,58±0,52 (0,4)	1,00±0,94 (0,8)	0,31±0,17 (0,3)
	<i>Test değeri^b_p</i>		Z: -1,597 p: 0,110	Z: -2,609 p: 0,004**	Z: -0,920 p: 0,358	Z: -2,772 p: 0,006**

^bMannWhitney U Test

**p<0.01

4.9. Hastaların Tanı ve Tedaviye İlişkin Özelliklerine Göre MSTS Değerlendirilmesi

MSTS'nin toplam puanı ile alt boyut indeksi puanları olgularda hastalık süresine, nüks olup olmasına, nüksün zamanına, tedavi süresine ve kemoterapi başlama zamanına göre değişmemektedir (p>0,05). MSTS toplam puanı ve alt

boyutlarından alınan puanlar incelendiğinde; olgularda KLL evre 0'da en düşük ortalama puanlar alınmış olmasına rağmen bu fark istatistiksel öneme sahip bulunmamıştır ($p>0,05$), (Tabloda gösterilmemiştir).

Olgularda KLL'ye bağlı olarak spesifik tedavi alma durumlarına göre olguların MSTS toplam puanı, genel durum indeksi puanı ve fiziksel durum indeksi puanı ortalamaları değişmektedir ($p<0,05$). Araştırmanın yapıldığı dönemde KLL'ye bağlı olarak spesifik tedavi uygulanmayan olguların MSTS toplam puanı, genel durum indeksi puanı ve fiziksel durum indeksi puanı tedavisini tamamlamış olan hastalara göre daha düşük olarak bulunmuştur ($p<0,05$), (Tablo 4.10).

MSTS'nın toplam puanı ile alt boyut indeksi puanları olguların aldığı son tedavi zamanına, aldığı tedavi türüne göre (RFC, RBenda, RKlorambucil ve diğer) göre değişmemektedir ($p>0,05$). Ancak hastaların KLL'ye bağlı olarak aldığı spesifik tedavi dışında diğer ilaç tedavileri ise hastaların MSTS toplam puanını ($p=0,020$; $p<0,05$), genel durum indeksi puanını ($p=0,007$; $p<0,05$) ve fiziksel durum indeksi puanını ($p=0,004$; $p<0,05$) artırmış, psikolojik durum indeksi puanlarını ise değiştirmemiştir ($p>0,05$), (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Hastaların Tanı ve Tedaviye İlişkin Özelliklerine Göre MSTs Değerlendirilmesi (N=92)

		Memorial Semptom Tanılama Skalası				
		Genel durum indeksi	Fiziksel durum indeksi	Psikolojik durum indeksi	Toplam	
		Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	
Tanı zamanı	n					
≤ 6 ay	10	1,17±0,97 (1,1)	0,81±0,73 (0,6)	1,20±1,20 (1,1)	0,35±0,22 (0,3)	
7-12 ay	18	0,83±0,77 (0,7)	0,55±0,59 (0,5)	0,78±0,70 (0,7)	0,30±0,16 (0,3)	
13 ay-5 yıl	44	0,95±0,78 (0,9)	0,62±0,59 (0,5)	0,98±0,87 (0,9)	0,31±0,17 (0,3)	
> 5 yıl	20	1,39±0,87 (1,4)	1,00±0,76 (1)	1,38±0,96 (1,3)	0,42±0,22 (0,4)	
<i>Test değeri</i>		Z: 5,598	Z: 5,664	Z: 4,073	Z: 4,268	
<i>^ap</i>		<i>p: 0,133</i>	<i>p: 0,129</i>	<i>p: 0,254</i>	<i>p: 0,234</i>	
KLL spesifik tedavi	Alıyor	10	0,98±0,69 (0,9)	0,77±0,48 (0,7)	0,75±0,77 (0,4)	0,33±0,16 (0,3)
	Almamış	35	0,79±0,74 (0,6)	0,47±0,49 (0,3)	0,92±0,89 (0,7)	0,27±0,15 (0,3)
	Daha önce almış	47	1,25±0,88 (1)	0,87±0,74 (0,7)	1,21±0,93 (1)	0,39±0,20 (0,3)
	<i>Test değeri</i>		Z: 6,412	Z: 8,347	Z: 3,769	Z: 8,615
<i>^ap</i>		<i>p: 0,041*</i>	<i>p: 0,015*</i>	<i>p: 0,152</i>	<i>p: 0,013*</i>	
RFC	Alıyor/daha önce almış	27	1,16±0,90 (1)	0,74±0,72 (0,5)	1,23±0,96 (1,2)	0,37±0,23 (0,3)
	Almıyor	65	1,00±0,80 (0,9)	0,69±0,63 (0,5)	0,97±0,88 (0,8)	0,32±0,17 (0,3)
	<i>Test değeri</i>		Z: -0,708	Z: -0,189	Z: -1,306	Z: -0,511
<i>^bp</i>		<i>p: 0,479</i>	<i>p: 0,850</i>	<i>p: 0,192</i>	<i>p: 0,609</i>	
RBenda	Alıyor / daha önce almış	20	1,04±0,82 (0,9)	0,85±0,66 (0,7)	0,92±0,92 (0,7)	0,38±0,20 (0,4)
	Almıyor	72	1,05±0,84 (0,9)	0,67±0,65 (0,5)	1,09±0,91 (0,9)	0,33±0,19 (0,3)
	<i>Test değeri</i>		Z: -0,052	Z: -1,561	Z: -0,837	Z: -1,167
<i>^bp</i>		<i>p: 0,958</i>	<i>p: 0,119</i>	<i>p: 0,402</i>	<i>p: 0,243</i>	
RKlorambucil	Alıyor / daha önce almış	11	1,24±0,67 (1,3)	0,83±0,56 (0,8)	1,09±0,77 (1)	0,35±0,11 (0,3)
	Almıyor	81	1,02±0,85 (0,9)	0,69±0,67 (0,5)	1,04±0,93 (0,8)	0,34±0,20 (0,3)
	<i>Test değeri</i>		Z: -1,272	Z: -1,152	Z: -0,454	Z: -0,874
<i>^bp</i>		<i>p: 0,204</i>	<i>p: 0,249</i>	<i>p: 0,650</i>	<i>p: 0,382</i>	

^aKruskal Wallis Test

^bMannWhitney U Test

**p*<0.05

***p*<0.01

Tablo 4.10. Hastaların Tanı ve Tedaviye İlişkin Özelliklerine Göre MSTS Değerlendirilmesi (N=92) (Devam)

		n	Memorial Semptom Tanılama Skalası			
			Geneldurum indeksi	Fiziksel durum indeksi	Psikolojik durum indeksi	Toplam
			Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)
Tedavi süresi (n=57)	≤ 1 yıl	26	1,25±0,80 (0,9)	0,92±0,69 (0,6)	1,11±0,91 (0,9)	0,39±0,17 (0,3)
	> 1 yıl	31	1,17±0,90 (1)	0,79±0,72 (0,7)	1,15±0,94 (1)	0,37±0,22 (0,3)
	<i>Test değeri</i> <i>^bp</i>		Z: -0,522 <i>p: 0,602</i>	Z: -1,004 <i>p: 0,315</i>	Z: -0,137 <i>p: 0,891</i>	Z: -0,482 <i>p: 0,630</i>
SonTedavi Zamanı (n=57)	Son 6 ay içinde	16	1,17±0,80 (1,1)	0,91±0,60 (0,8)	1,06±0,97 (1)	0,42±0,21 (0,4)
	7 ay- 1 yıl	21	1,15±0,80 (0,8)	0,88±0,74 (0,6)	0,94±0,77 (0,8)	0,35±0,15 (0,3)
	>1 yıl	20	1,29±0,97 (1,1)	0,78±0,77 (0,6)	1,38±1,01 (1,3)	0,38±0,24 (0,3)
	<i>Test değeri</i> <i>^ap</i>		Z: 0,110 <i>p: 0,947</i>	Z: 1,270 <i>p: 0,530</i>	Z: 2,183 <i>p: 0,336</i>	Z: 0,611 <i>p: 0,737</i>
KLL semptomatik tedavi	Var	9	1,22±0,81 (0,9)	0,94±0,77 (0,6)	0,83±0,65 (0,5)	0,36±0,10 (0,4)
	Yok	83	1,03±0,84 (0,9)	0,68±0,64 (0,5)	1,07±0,93 (0,8)	0,33±0,20 (0,3)
	<i>Test değeri</i> <i>^bp</i>		Z: -0,862 <i>p: 0,389</i>	Z: -1,093 <i>p: 0,274</i>	Z: -0,462 <i>p: 0,644</i>	Z: -0,942 <i>p: 0,346</i>
Nüks	Evet	21	1,15±0,90 (0,9)	0,85±0,76 (0,5)	1,01±0,85 (0,8)	0,35±0,19 (0,3)
	Hayır	71	1,02±0,81 (0,9)	0,66±0,62 (0,5)	1,06±0,93 (0,8)	0,33±0,19 (0,3)
	<i>Test değeri</i> <i>^bp</i>		Z: -0,671 <i>p: 0,502</i>	Z: -0,895 <i>p: 0,371</i>	Z: -0,042 <i>p: 0,966</i>	Z: -0,559 <i>p: 0,576</i>
Nüks süresi (n=21)	İlk 1 yıl	6	1,48±1,07 (1,1)	1,00±1,01 (0,5)	1,36±0,81 (1,3)	0,35±0,19 (0,3)
	> 1 yıl	15	1,13±0,93 (0,9)	0,91±0,77 (0,8)	0,98±0,98 (0,7)	0,38±0,21 (0,3)
	<i>Test değeri</i> <i>^bp</i>		Z: -0,703 <i>p: 0,482</i>	Z: -0,156 <i>p: 0,876</i>	Z: -1,371 <i>p: 0,170</i>	Z: -0,039 <i>p: 0,969</i>
Devam eden ilave tedavi	Var	58	1,22±0,87 (1,1)	0,85±0,71 (0,7)	1,16±0,94 (1)	0,37±0,20 (0,3)
	Yok	34	0,75±0,68 (0,6)	0,45±0,44 (0,4)	0,86±0,83 (0,7)	0,28±0,15 (0,3)
	<i>Test değeri</i> <i>^bp</i>		Z: -2,694 <i>p: 0,007**</i>	Z: -2,866 <i>p: 0,004**</i>	Z: -1,598 <i>p: 0,110</i>	Z: -2,318 <i>p: 0,020*</i>

^aKruskal Wallis Test^bMannWhitney U Test**p*<0.05***p*<0.01

4.10. Hastaların Sosyal Destek Algısına Göre MSTS Puanlarının Değerlendirilmesi

Olguların hastalık sürecinde eş, kardeş, arkadaş ve anne-babadan destek aldığını belirtenlerde MSTS toplam puanı ile alt indeks puanları değişmemekle birlikte ($p>0,05$), çocuklarından destek aldığını belirten hastaların MSTS psikolojik durum indeksi puanları ise daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$), (Tablo 4.11).

Hastanın yaşadığı semptom sıklığı, şiddeti ve semptomun neden olduğu sıkıntı sosyal destek algısına göre değişmektedir ($p<0,05$). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda genel durum indeksi puanı sosyal desteği yeterli algılayanlarda yetersiz algılayanlara göre ($p<0,01$), fiziksel durum indeksi puanı sosyal desteği yeterli algılayanlarda kısmen yeterli ve yetersiz algılayanlara göre ($p<0,01$), psikolojik durum indeksi puanı sosyal desteği yeterli ve kısmen yeterli algılayanlarda yetersiz algılayanlara göre ($p<0,01$), MSTS toplam puanı sosyal desteği yeterli algılayanlarda yetersiz algılayanlara göre daha düşük saptanmıştır ($p<0,01$), (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Hastaların Sosyal Destek Algısına Göre MSTS Puanlarının Değerlendirilmesi (N=92)

		n	Memorial Semptom Tanılama Skalası			
			Genel durum indeksi	Fiziksel durum indeksi	Psikolojik durum indeksi	Toplam
			Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)
Destek aldığı kişi/kişiler						
Eş desteği	Var	69	1,03±0,81 (0,9)	0,68±0,63 (0,5)	1,05±0,92 (0,8)	0,34±0,19 (0,3)
	Yok	23	1,11±0,91 (0,9)	0,78±0,72 (0,7)	1,04±0,89 (1)	0,33±0,18 (0,3)
	<i>Test değeri^b_p</i>		Z: -0,230 p: 0,818	Z: -0,357 p: 0,721	Z: -0,045 p: 0,964	Z: -0,059 p: 0,953
Çocuk desteği (n=88)	Var	57	1,17±0,86 (1,1)	0,75±0,65 (0,6)	1,22±0,99 (1)	0,36±0,20 (0,3)
	Yok	31	0,82±0,71 (0,6)	0,60±0,61 (0,4)	0,75±0,62 (0,7)	0,30±0,16 (0,3)
	<i>Test değeri^b_p</i>		Z: -1,912 p: 0,056	Z: -1,287 p: 0,198	Z: -2,033 p: 0,042*	Z: -1,256 p: 0,209
Kardeş desteği	Var	15	0,92±0,96 (0,8)	0,61±0,79 (0,3)	1,00±1,11 (0,5)	0,30±0,23 (0,3)
	Yok	77	1,07±0,81 (0,9)	0,73±0,63 (0,6)	1,06±0,87 (0,8)	0,34±0,18 (0,3)
	<i>Test değeri^b_p</i>		Z: -0,963 p: 0,335	Z: -1,409 p: 0,159	Z: -0,632 p: 0,527	Z: -1,234 p: 0,217
Arkadaş desteği	Var	32	1,04±0,84 (0,9)	0,60±0,59 (0,4)	1,08±0,96 (1)	0,31±0,16 (0,3)
	Yok	60	1,05±0,83 (0,9)	0,76±0,69 (0,5)	1,03±0,89 (0,8)	0,35±0,20 (0,3)
	<i>Test değeri^b_p</i>		Z: -0,025 p: 0,980	Z: -0,949 p: 0,343	Z: -0,091 p: 0,928	Z: -0,587 p: 0,557
Anne-baba desteği	Var	19	1,21±0,83 (1,2)	0,70±0,73 (0,5)	1,40±0,99 (1,3)	0,36±0,21 (0,3)
	Yok	73	1,00±0,83 (0,8)	0,71±0,64 (0,5)	0,96±0,87 (0,8)	0,33±0,18 (0,3)
	<i>Test değeri^b_p</i>		Z: -1,169 p: 0,242	Z: -0,150 p: 0,881	Z: -1,934 p: 0,053	Z: -0,309 p: 0,757
Destek algısı						
Düzye	Yetersiz	26	1,52±0,87 (1,4)	0,99±0,67 (0,8)	1,58±0,91 (1,5)	0,43±0,19 (0,4)
	Kısmen yeterli	34	1,03±0,79 (0,9)	0,76±0,65 (0,6)	0,96±0,92 (0,7)	0,33±0,18 (0,3)
	Yeterli	32	0,68±0,65 (0,6)	0,42±0,53 (0,2)	0,71±0,70 (0,6)	0,27±0,17 (0,2)
<i>Test değeri^a_p</i>		Z: 14,744 p: 0,001**	Z: 18,466 p: 0,001**	Z: 13,754 p: 0,001**	Z: 10,361 p: 0,006**	
^a Kruskal Wallis Test			^b MannWhitney U Test		*p<0.05	**p<0.01

4.11. Hastaların Görülen Semptomlarına Yönelik Aldıkları Önlemlerin Değerlendirilmesi

MSTS’de yer alan 32 semptom araştırmacılar tarafından psikolojik sorunlar, gastrointestinal sistem sorunları, bilişsel/ nörolojik sorunlar, oral kavite sorunları, ağrı sorunu, cilt sorunları, cinsel sorunlar ve diğerk sorunlar şeklinde başlıklar altında toplanmış ve hastaların yaşadıkları semptomlara yönelik aldıkları önlemler bu başlıklar altında sunulmuştur.

4.11.1. Hastalarda Görülen Psikolojik Semptomlar ve Semptomlara Yönelik Alınan Önlemlerin Değerlendirilmesi

MSTS psikolojik semptomlar alt boyutlarında yer alan, kendini sınırlı hissetme, uyumada zorluk, kendini üzgün hissetme, endişelenme, kendini sevmeme ve hassas olma arasında kendini üzgün hissetme (%55,4) en fazla görülen semptom iken; şiddeti ($2,89 \pm 0,93$) ve yarattığı sıkıntı ($2,72 \pm 1,13$) en fazla olan semptom ise endişelenme olarak belirlenmiştir (Tablo 4.12). Araştırma kapsamına alınan hastalardan kendini üzgün hisseden hastaların (%55,4) bu durumu azaltmak veya gidermek için aldıkları önlemler içerisinde ise %58,8 oran ile ilk sırada çeşitli relaksasyon yöntemlerinin uygulanması gelmektedir. Çalışma kapsamına alınan hastaların yaşadıkları diğerk psikolojik semptomlar ve yaşanan bu semptomların giderilmesi amacıyla kullandıkları yöntemler Tablo 4.12’de özetlenmiştir.

Tablo 4.12. Psikolojik Semptomlara Yönelik Alınan Önlemlerin Değerlendirilmesi

Semptom, etkilenen kişi n (%)	Şikayetin Sıklığı Ort.±SS	Şikayetin Şiddeti Ort.±SS	Şikayetin Sıkıntısı Ort.±SS	*Alınan Önlem	n	%
madde: 5. Kendini sınırlı hissetme n=48 (%52,1)	2,62±0,76	2,56±0,87	2,16±1,13	İlaç kullanmak/hekime başvurmak	3	6,3
				Relaksasyon teknikleri uygulamak (Stresli ortamdan uzaklaşma/ yalnız kalmak, yürüyüş yapmak, uyumak/ dinlenmek, etraftakilere bağırarak arkadaşlar ile vakit geçirmek)	25	52,0
				Meşguliyet /Bilişsel uygulamalar (evcil hayvan gezdirmek, tv izlemek, bahçe işi/ev işleri ile uğraşmak, kitap/ gazete okumak,)	12	25,0
				Spiritual uygulamalar (Kuran okumak/ Tespih çekmek)	2	4,1
				Herhangi bir uygulama yok	10	20,8
madde: 16. Kendini üzgün hissetme n=51 (%55,4)	2,86±0,89	2,70±1,10	2,58±1,23	Spiritual uygulamalar (Kuran okuma/ tespih çekme)	4	7,8
				Relaksasyon yöntemi kullanmak (Yalnız kalmak, ağlamak, uyumak, çevresindekilere bağırarak, müzik dinlemek, alışverişe çıkmak, yürüyüş yapmak, arkadaş/ akraba ile vakit geçirmek)	30	58,8
				Meşguliyet/Bilişsel uğraşı (TV izlemek, bulmaca çözmek/ kitap okumak, bahçe işi ile uğraşmak, belgesel izlemek, ev işleri ile uğraşmak)	11	21,5
				İlaç kullanmak/hekime başvurmak	1	1,9
				Herhangi bir uygulama yok	14	27,4
madde: 24. Hassas olma/ hissetme n=36 (%39,1)	2,63±0,93	2,72±0,88	2,55±1,05	Relaksasyon uygulaması (Ağlamak, yalnız kalmayı tercih etmek, yürüyüş yapmak, arkadaş-akraba ile vakit geçirmek)	23	63,8
				Meşguliyet/Bilişsel uğraşı (tv izlemek, bahçe işi ile uğraşmak)	6	16,6
				Spiritual uygulamalar (Kuran okumak- namaz kılmak)	1	2,8
				Herhangi bir uygulama yok	14	38,9
madde: 31. Kendini sevmeme n=15 (%16,3)		2,26±0,79	1,93±1,03	Psikiyatrik destek almak	2	13,3
				Arkadaş desteği almak	1	6,7
				Kitap okumak	1	6,7
				Herhangi bir önlem yok	12	80
madde: 18. Endişelenme n=29 (%31,5)	2,93±0,84	2,89±0,93	2,72±1,13	Relaksasyon uygulaması (Arkadaş- akraba ile vakit geçirmek, müzik dinlemek, yürüyüş/ spor yapmak, yalnız kalmayı tercih etmek)	10	34,4
				Meşguliyet/Bilişsel uğraşı (Kitap okumak, tv izlemek, ev işleri ile uğraşmak, el işi yapmak)	5	17,2
				Spiritual uygulamalar (Namaz kılmak,kuran okumak- tespih çekmek)	3	10,3
				İlaç kullanmak	2	6,9
				Herhangi bir uygulama yok	14	48,2
madde: 10. Uyumada Zorluk n=23 (%25)	2,21±0,73	2,17±0,93	1,82±1,07	Besin desteği (Süt içmek, yoğurt yemek/ ayran içmek, bitki çayı içmek)	15	65,2
				Meşguliyet/Bilişsel uğraşı (Bulmaca çözmek, gazete-kitap okumak, tv izlemek)	5	21,7
				Diğer (Kuran okumak/tespih çekmek, odayı havalandırmak, ilaç kullanmak, erken yatmaya özen göstermek, ortamdaki uyaranları azaltmak)	9	39,1
				Herhangi bir uygulama yok	5	21,7

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

4.11.2. Hastalarda Görülen Bilişsel/Nörolojik Semptomların ve Semptomlara Yönelik Alınan Önlemlerin Değerlendirilmesi

MSTS fiziksel semptomlar alt boyutunda yer alan halsizlik/enerji kaybı çalışma kapsamındaki olguların yaşadıkları bilişsel/nörolojik semptomlar içerisinde de %72,8 değeri ile en fazla görülen ve şiddeti en fazla hissedilen semptom olarak belirlenmiştir. Çalışma kapsamındaki olguların %65,6'sı bu sorundan kurtulmak için uyumayı, dinlenmeyi, yürüyüş yapmayı, masaj yaptırmayı tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Çalışma kapsamına alınan hastaların yaşadıkları diğer bilişsel/nörolojik semptomlar ve alınan önlemler Tablo 4.13'te gösterilmektedir.



Tablo 4.13. Bilişsel/Nörolojik Semptomlara Yönelik Alınan Önlemlerin Değerlendirilmesi

Semptom, etkilenen kişi n (%)	Şikayetin Sıklığı Ort.±SS	Şikayetin Şiddeti Ort.±SS	Şikayetin Sıkıntısı Ort.±SS	*Alınan Önlem	n	%
madde: 1. Dikkati Toplamada Zorluk n=32 (%34,7)	2,37±0,70	2,18±0,96	1,71±1,14	Meşguliyet/Bilişsel uğraşı (Bulmaca çözmek, gazete/kitap okumak, örgü örmek, tv izlemek, ev işi ile uğraşmak)	8	25,0
				Spiritual uygulamalar (Kuran okumak, tespih çekmek)	7	21,8
				Vitamin takviyesi, zencefil çayı	2	6,2
				Diğer (Rutin alışkanlıkları değiştirmek, sessiz mekan tercih etmek)	2	6,2
				Hiçbir uygulama yok	16	50,0
madde: 3. Halsizlik ya da enerji Kaybı n=67 (%72,8)	2,82±0,83	2,70±0,96	2,43±1,22	Relaksasyon uygulamaları (Uyumak, dinlenmek, masaj yapmak, yürüyüş/egzersiz yapmak)	44	65,6
				Meşguliyet/bilişsel uğraşı (Bahçe işi ile uğraşmak/ evcil hayvan gezdirmek, örgü örmek)	11	16,4
				Bitki çayı kullanmak	2	2,9
				Besin desteği kullanmak (Meyve yemek, vitamin takviyesi kullanmak, bal/pekmez yemek, kefir içmek)	12	17,9
madde: 8. Kendini uykulu ya da sersemlemi ş hissetme n=39 (%42,3)	2,64±0,77	2,58±0,96	2,23±1,26	Dinlenmek, uyumak	36	92,3
				İlaç kullanmak	2	5,1
				Çay-kahve içmek	6	15,3
				Diğer (Bitkisel ürün kullanmak, erken uyanmak)	2	5,1
				Herhangi bir uygulama yok	6	15,3
madde 22. Baş dönmesi n=28 (%30,4)	2,32± 0,61	2,03±0,88	1,71±1,04	Hızlı- ani hareketlerden kaçınma	4	14,2
				İçecek içme	7	25
				Dinlenme	11	39,2
				Herhangi bir uygulama yok	6	21,4
madde: 9. El ve ayaklarda uyuşukluk/ Karıncalanma n=49 (%53,2)	2,18±0,85	2,12±0,99	1,79±1,11	El-ayaklara masaj yapmak	4	8,1
				El-ayak egzersizi yapmak	16	32,6
				El- ayaklara sıcak-soğuk uygulama yapmak	7	14,2
				El-ayakları dinlendirmek	1	2,0
				İlaç tedavisi kullanmak	1	2,0
				Herhangi bir uygulama yok	24	49,0

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

4.11.3. Hastalarda Görülen Gastrointestinal Sistem Semptomları ve Semptomlara Yönelik Alınan Önlemlerin Değerlendirilmesi

Araştırma kapsamına alınan hastaların bu kategoride en fazla yaşadığı sorun %44,6 ile kabızlık olarak belirlenirken, iştahsızlık ise en fazla sıkıntı veren (2,52±1,32) semptom olarak belirlenmiştir. Kabızlığı gidermek için en fazla başvurulan yöntem ise

(%48,7) kayısı veya incir tüketmektir. Çalışma kapsamına alınan hastaların yaşadıkları diğer GİS semptomları ve yaşanan bu semptomların giderilmesi amacıyla alınan önlemler Tablo 4.14'te gösterilmektedir.

Tablo 4.14. GİS Semptomlarına Yönelik Alınan Önlemlerin Değerlendirilmesi

Semptom, etkilenen kişi n (%)	Şikayetin Sıklığı Ort.±SS	Şikayetin Şiddeti Ort.±SS	Şikayetin Sıkıntısı Ort.±SS	*Alınan Önlem	n	%
madde: 7. Bulantı n=27 (%29,3)	2,18±0,73	1,96±0,89	1,59±0,93	İlaç kullanmak	8	26,6
				Tuzlu kuru gıda tüketmek	5	18,5
				Ayran/yoğurt tüketmek	2	7,4
				Kudret narı- zencefil içeren gıda, kuru üzüm tüketmek	4	14,8
				Diğer (Limonlu su, nişastalı su tüketmek)	4	14,8
				Herhangi bir uygulama yok	4	14,8
madde: 13. Kusma n=14 (%15,2)	2,07±0,61	1,71±0,91	1,50±0,94	İlaç kullanmak	5	35,7
				Besin desteği(Bitki çayı, şekerli su içmek, süt içmek-yoğurt yemek, zencefil-kudret narı, haşlanmış patates, kuru gıda tüketmek)	8	57,1
				Öğün sayısını azaltmak	2	14,2
				Herhangi bir uygulama yok	2	14,2
madde: 11. Şişkinlik Hissi n=20 (%21,7)	2,20±0,83	2,20±0,95	1,85±1,13	Relaksasyon uygulaması (Karın bölgesine masaj yapmak, yürüyüş- egzersiz yapmak, soğuk uygulama yapmak)	10	50,0
				Meşguliyet/bilişsel uğraşı (bahçe işi)	1	5,0
				Besin desteği (hafif-gaz yapmayan yiyecek tercih etmek, soda içmek)	6	30,0
				İlaç kullanmak	2	10,0
				Herhangi bir uygulama yok	8	40,0
				Herhangi bir uygulama yok	2	14,2

Tablo 4.14. GİS Semptomlarına Yönelik Alınan Önlemlerin Değerlendirilmesi (Devam)

Semptom, etkilenen kişi n (%)	Şikayetin Sıklığı Ort.±SS	Şikayetin Şiddeti Ort.±SS	Şikayetin Sıkıntısı Ort.±SS	*Alınan Önlem	n	%
madde: 15. İshal n=21 (%22,8)	2,00±0,63	1,71±0,78	1,42±0,97	Haşlanmış besin tüketmek (patates, yumurta)	13	62,0
				Elma/muz tüketmek, limonlu su içmek, siyah çay içmek	4	19,0
				Kuru gıda tüketmek (leblebi, kraker, kuru kahve)	6	28,5
				Yoğurt/ süt tüketmek	1	4,7
				Herhangi bir uygulama yok	6	28,5
madde: 21. İştahsızlık n=21 (%22,8)	2,66±1,01	2,57±1,12	2,52±1,32	Günlük öğün sayısını arttırmak	1	4,7
				Sevdiği besinleri tüketmek	5	23,8
				Ekşili baharatlı besin tüketmek	6	28,5
				Vitamin takviyesi almak	2	9,5
				Herhangi bir uygulama yok	10	48,0
madde: 29. Kabızlık n=41 (%44,6)	2,12±0,87	1,75±1,01	Bol sıvı içmek	5	12,1	
			Laksatif kullanmak	2	4,8	
			Zeytinyağı içmek	13	31,7	
			Kayısı –incir yemek	20	48,7	
			Ceviz, çörekotu-ketentohumu tüketmek	2	4,8	
			Süt / yoğurt / kefir tüketmek	4	9,7	
			Bitki çayı tüketmek	10	24,3	
			Diğer (duş almak, yürüyüş yapmak, acı besin tüketmek)	3	7,3	
			Herhangi bir uygulama yok	4	9,7	
			Besin desteği kullanmak	4	12,1	
			Kalorisi yüksek besinlere yönelmek	4	12,1	
madde: 27. Kilo Kaybı n=33 (%35,8)	2,15±1,09	1,90±1,30	Öğün sayısını arttırmak	7	21,2	
			Düzenli beslenmeye özen göstermek	4	12,1	
			Besin desteği kullanmak	4	12,1	
			Kalorisi yüksek besinlere yönelmek	4	12,1	
			Efor gerektiren aktiviteleri azaltmak	1	3,0	

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

4.11.4. Hastalarda Görülen Oral Kavite ile İlişkili Semptomların ve Semptomlara Yönelik Alınan Önlemlerin Değerlendirilmesi

Çalışma kapsamına alınan olguların oral kavite ile ilişkili olarak yaşadıkları semptomlar incelendiğinde; hastaların %42,4'ünün ağzında yara olduğu, sorunu

gidermek için hastaların %46,1'i tuzlu su ile gargara yaptığını belirtmiştir. Hastaların ağız sağlığı ile ilgili diğer sorunları ve aldıkları önlemler Tablo 4.15'te gösterilmektedir.

Tablo 4.15. Oral Kavite ile İlişkili Semptomlar ve Semptomlara Yönelik Alınan Önlemlerin Değerlendirilmesi

Semptom, etkilenen kişi n (%)	Şikayetin Sıklığı Ort.±SS	Şikayetin Şiddeti Ort.±SS	Şikayetin Sıkıntısı Ort.±SS	*Alınan Önlem	n	%
madde: 6. Ağız Kuruluğu n=47 (%51)	2,17±0,70	1,97±0,87	1,59±0,99	Bitki çayı içmek	14	36,2
				Bol sıvı almak	29	61,7
				Sakız çiğnemek/naneli şeker kullanmak	11	23,4
				Limonlu su içmek	4	8,5
				Diğer (Kahve içmek, bikarbonat ile gargara yapmak)	2	2,2
madde: 25. Ağız yaraları n=39 (%42,4)		1,76±0,80	1,79±1,05	Bikarbonatlı su ile gargara yapmak	12	30,7
				Tuzlu su ile gargara yapmak	18	46,1
				Sirkeli su ile gargara yapmak	7	17,9
				Tıbbi ağız bakım solüsyonu kullanmak	6	15,3
				Dışleri düzenli olarak fırçalamak	2	5,1
				Ağız bakımı için zeytinyağı, pekmez kullanmak	2	5,1
				Diğer (Sade maden suyu, limonlu su ile gargara)	2	5,1
				Herhangi bir uygulama yok	6	15,3
madde: 26. Tat Değişikliği n=24 (%26)		2,62±1,13	2,37±1,34	Tatlı-tuzlu besinlere yönelmek	6	25,0
				Yumuşak besin tüketimine yönelmek (yoğurt-patates, çorba)	2	8,3
				Herhangi bir uygulama yok	17	70,8

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

4.11.5. Hastalarda Görülen Ağrı Semptomu ve Semptoma Yönelik Alınan Önlemlerin Değerlendirilmesi

Çalışma kapsamına alınan olguların %32,6'sının herhangi bir şekilde ağrı deneyimi yaşadığı görülmektedir. Ağrı semptomu yaşayan hastalara bu semptomun azaltılmasına ya da giderilmesine yönelik olarak aldıkları önlemler sorulduğunda; olguların %36,6'sı bu sorun karşısında ilaç kullandığını belirtirken, %26,6'sı herhangi bir relaksasyon uygulaması (masaj yapmak, dinlenmek, duş almak) yaptığını, %16,6'sı ise bu sorun karşısında bitki çayı ya da bitkisel ürün kullandıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. Ağrı Sorunu ve Soruna Yönelik Alınan Önlemlerin Değerlendirilmesi

Semptom, etkilenen kişi n (%)	Şikayetin Sıklığı Ort.±SS	Şikayetin Şiddeti Ort.±SS	Şikayetin Sıkıntısı Ort.±SS	*Alınan Önlem	n	%
madde: 2. Ağrı n=30 (%32,6)	2,53±0,77	2,30±0,98	2,03±1,12	Relaksasyon uygulaması (Masaj yapmak, dinlenmek, duş almak)	8	26,6
				İlaç kullanmak	11	36,6
				Bitkisel çay/ ürün kullanmak	5	16,6

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

4.11.6. Hastalarda Görülen Cilt ile İlişkili Semptomlar ve Semptomlara Yönelik Alınan Önlemlerin Değerlendirilmesi

Çalışma kapsamındaki olgularda terleme (%69,5) yaygın bir sorundur. Hastalar sorunu genellikle duş alarak (%89,1) gidermeye çalışmaktadır. Hastaların yaşadıkları diğer cilt semptomları ve bu semptomlara yönelik aldıkları önlemler Tablo 4.17'de gösterilmektedir.

Tablo 4.17. Cilt ile İlişkili Semptomlar ve Alınan Önlemlerin Değerlendirilmesi

Semptom, etkilenen kişi n (%)	Şikayetin Sıklığı Ort.±SS	Şikayetin Şiddeti Ort.±SS	Şikayetin Sıkıntısı Ort.±SS	*Alınan Önlem	n	%
madde: 17. Terleme n=64 (%69,5)	3,01±0,84	2,98±0,96	2,79±1,17	Kıyafet değiştirmek	56	87,5
				Duş almak	57	89,1
				Soğuk içecek içmek	14	21,8
				Serin bir ortam tercih etmek	9	14,1
				Diğer (ilaç kullanmak)	1	1,56
madde:20.Kaşıntı n=30 (%32,6)	2,40±0,96	2,26±1,20	2,10±1,32	Kıyafet değiştirmek	56	87,5
				Duş almak	57	89,1
				Soğuk içecek içmek	14	21,8
				Serin bir ortam tercih etmek	9	14,1
				Diğer (ilaç kullanmak)	1	1,56
madde: 28.Saç dökülmesi n=11 (%12)		1,72±1,00	1,18±1,32	Bitkisel sabun/şampuan kullanmak	3	27,2
				Bitkisel yağ kullanmak (zeytinyağı-kayısı)	1	9,1
				Saçları kısaltmak	1	9,1
				Herhangi bir uygulama yok	6	54,5
madde: 32. Deride değişiklikler n=20 (%21,7)		1,95±0,99	1,75±1,06	Hekime başvurmak	6	30,0
				Nemlendirici krem-losyon kullanmak	9	45,0
				Sirkeli su ile cildi yıkamak	1	5,0
				Herhangi bir uygulama yok	3	15,0

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

4.11.7. Hastalarda Görülen Cinsel Disfonksiyon Semptomlarının ve Semptomlara Yönelik Alınan Önlemlerin Değerlendirilmesi

Çalışma kapsamına alınan olguların %38'inin cinsel istek veya aktivite ile ilişkili bir sorun yaşadığı bulgulanmıştır. Bu sorunu yaşayan hastalara sorunun azaltılması ya da ortadan kaldırılması amacıyla aldıkları önlemler sorulduğunda; olguların %74,2'si bu sorun karşısında herhangi bir önlem olmadığını belirtirken, %17,1'i cinsel partneri ile durum hakkında konuştuğunu, %5,7'si ise hekime başvurduğunu belirtmiştir (Tablo 4.18).

Tablo 4.18. Cinsel Disfonksiyon Semptomları ve Semptomlara Yönelik Alınan Önlemlerin Değerlendirilmesi

Semptom, etkilenen kişi n (%)	Şikayetin Sıklığı Ort.±SS	Şikayetin Şiddeti Ort.±SS	Şikayetin Sıkıntısı Ort.±SS	*Alınan Önlem	n	%
madde: 19. Cinsel İstek veya aktivite ile ilgili sorunlar n=35 (%38)	1,82±0,61	2,11±0,63	1,37±0,68	Cinsel partneri ile durum hakkında konuşma	6	17,1
				Hekime başvurma	2	5,7
				Herhangi bir önlem yok	26	74,2

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

4.11.8. Diğer Fiziksel Semptomlar ve Alınan Önlemlerin Değerlendirilmesi

MSTS'de yer alan idrar yapmada zorluk, nefes darlığı ve kol ve bacaklarda şişme semptomları ayrı bir grupta diğer fiziksel semptomlar olarak sunulmuştur. Kol veya bacaklarda şişlik bu üç semptom da daha fazla deneyimlenen semptomdur (%31,5). Hastaların semptomlar ile başetmede kullandıkları yöntemler aşağıdaki tabloda yer almaktadır (Tablo 4.19).

Tablo 4.19. Diğer Fiziksel Semptomlar ve Alınan Önlemlerin Değerlendirilmesi

Semptom, etkilenen kişi n (%)	Şikayetin Sıklığı Ort.±SS	Şikayetin Şiddeti Ort.±SS	Şikayetin Sıkıntısı Ort.±SS	*Alınan Önlem	n	%
madde: 14. Nefes darlığı n=25 (%27,1)	2,50±0,91	2,45±1,01	2,50±1,10	Pozisyon düzenlemek (İki yastık kullanmak, yan oturur pozisyonu tercih etmek, dik oturur pozisyonu tercih etmek, ortopne pozisyonunu tercih etmek)	14	56,0
				Egzersiz yapmak (Açık havada yürüyüş yapmak, nefes- öksürük egzersizi yapmak)	4	16,0
				Relaksasyon uygulaması (Bol-rahat kıyafet tercih etmek, dinlenmek, günlük aktiviteleri azaltmak)	3	12,0
				İlaç kullanmak	5	20,0
				Diğer (Bulunulan ortamı havalandırmak, hafif-sindirimi kolay gıdaları tercih etmek)	2	8,0
				Herhangi bir uygulama yok	3	12,0
madde: 12. İdrar yapmada zorluk n=15 (%16,3)	2,20±0,67	2,00±0,84	1,80±0,94	İlaç kullanmak	4	26,6
				Relaksasyon uygulaması (Bölgeye sıcak uygulama yapmak, Duş almak)	3	20,0
				Herhangi bir uygulama yok	5	33,3
madde: 30. Kol veya bacaklarda şişlik n=29 (%31,5)		2,24±1,04	1,93±1,22	Bölgeyi elevasyona almak	16	55,1
				Masaj yapmak	4	13,8
				Soğuk uygulama yapmak	8	27,6
				İlaç kullanmak	3	10,3
				Diğer (Tuz tüketimini azaltmak/ kaçınmak, bölgeyi nemlendirmek)	2	6,8
				Herhangi bir uygulama yok	7	24,1

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir

5. TARTIŞMA

Araştırmada elde edilen bulgular literatür çerçevesinde aşağıdaki başlıklar altında tartışılmıştır;

- Hastaların Yaşadıkları Semptomların Şiddeti, Sıklığı ve Oluşturduğu Sıkıntıya İlişkin Bulguların Tartışılması
- Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Semptomlara Etkisinin Tartışılması
- Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özelliklerin Semptomlara Etkisinin Tartışılması
- Hastaların Sosyal Destek Algısının Semptomlara Etkisinin Tartışılması
- Hastaların Fonksiyonel Kapasitelerinin Semptomların Şiddet ve Sıklığına Etkisinin Tartışılması
- Hastaların Semptomlara İlişkin Aldığı Önlemlerin Tartışılması

5.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Semptomlara Etkisinin Tartışılması

Çalışma kapsamına aldığımız olguların %34,8'i (n=32) kadın, %65,2'si (n=60) erkektir (Bkz. Tablo 4.1). Hematolojik maligniteli hastalar ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde olguların neredeyse üçte ikisinin erkek olduğundan söz edilmektedir (Hindistan ve diğ. 2012, Aslan 2013, Yıldız 2015, Umay 2016, Ceferli 2018; Kopan 2018). Bulgu literatür ile paraleldir.

Çalışma kapsamına almış olduğumuz olguların yaşları 24 ile 86 arasında değişmekte olup, ortalama $64,71 \pm 11,42$ yıldır (Bkz. Tablo 4.1). KLL hastaları ile yürütülen çalışmalar incelendiğinde; Aslan (2013)'in çalışmasında hastaların ortanca yaşı 62, Umay (2016)'ın çalışmasında yaş ortalaması $63,28 \pm 9,84$ olarak hesaplanmış olup, çalışma bulgumuzu desteklemektedir. KLL'nin bir ileri yaş hastalığı olarak ifade edilmesine ve tanı yaşı ortalama 70 yaş olarak belirtilmesine rağmen, 30-40 yaş arasında da görülebilmektedir (Aslan 2013).

Çalışmamızda, araştırma kapsamına aldığımız olguların sosyodemografik özelliklerinin semptomlara ve bu semptomların şiddet ve sıklığına olan etkisi incelendiğinde; MSTs'nin toplam ve alt boyut puanlarının hastaların yaşlarına,

medeni durumlarına, eğitim durumlarına, çalışma durumlarına, yaşadıkları kişilere göre değişmediği ($p>0,05$), ancak cinsiyete göre değiştiği ve kadın olguların genel durum indeksi, fiziksel durum indeksi ve psikolojik durum indeksi puanlarının erkeklerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Ayrıca gelir durumu iyi ve orta düzey olanların MSTTS toplam ve psikolojik durum indeksi puanlarının geliri kötü olanlardan düşük olduğu bulgulanmıştır ($p<0,05$), (Bkz. Tablo 4.8). Hastaların sosyodemografik özelliklerinin semptomlara etkisi çalışmalarda birbirinden oldukça farklıdır. Hastaların medeni durumu, cinsiyeti, ekonomik durumu, öğrenim durumu, mesleği ve yaşadığı kişi değişkenleri semptomlar ile ilişkili bulunmazken, hastalarda yaş ilerledikçe semptomların arttığı saptanmıştır (Yeşilbalkan ve diğ. 2005). Yapılan bir başka çalışmada kemoterapi alan hastalarda genç yaşta olmanın, evli ve çocuk sahibi olma gibi değişkenlerin psikolojik semptomları arttırdığı belirtilmektedir (Beser ve Öz 2003). Yürütülen bir diğer çalışmada ise kemoterapi sonrası hastalarda gözlenen semptomları etkileyen sosyodemografik özellikler içerisinde medeni durum yer almaktadır. Yapılan çalışmada dul olan hastaların nefes darlığı sorununu daha fazla yaşadığı belirtilmiştir. Ancak aynı çalışmada cinsiyetin, eğitim durumunun ve çalışma durumunun hastalarda semptomatik yakınmaları etkilemediğinden bahsedilmiştir (Sadırlı 2008).

Kanser, hasta açısından genellikle acı içerisinde ölümü çağrıştıran ve kişiler üzerinde kaygıya neden olan bir durumdur. Bahsedilen durumların kadın kanser hastalarında daha fazla yaşandığından bahsedilmektedir (Aydoğan ve diğ. 2012; Terzioğlu ve Alan 2015). Çalışmamızda psikolojik durum indeksi puanının kadın olgularımızda erkeklerden daha yüksek olması bu bilgiyi desteklemektedir. Çalışmamızın aksine anksiyete ve depresyonun erkeklerde kadınlara oranla daha fazla görüldüğünden de bahsedilmektedir (Pandey ve diğ. 2006). Kanserli hastalarda psikolojik semptomları etkileyen tek değişkenin cinsiyet olmadığı düşünüldüğünde, farklı sonuçların alınması beklenebilir.

5.2. Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özelliklerin Semptomlara Etkisinin Tartışılması

KLL'nin prognozu, hastaların sağkalım oranları ve tedavi yanıt kriterlerinin değerlendirilmesi amacıyla kullanılan iki yaygın evreleme sistemi Rai ve Binet

evreleme sistemidir (Demir ve diğ. 2012, Hallek 2013, Öztürk 2016, Özcan 2018, Turgut 2018). Çalışmamızda hastalığın evrelerinin belirlenmesinde Rai evreleme sistemi kullanılmaktadır. Çalışma kapsamında incelemiş olduğumuz olguların büyük bir kısmının (%60,8) evre 2’de olduğu görülmektedir (Bkz. Şekil 2). Rai evreleme sistemine göre evre 2 olan KLL’li hastalarda saptanan splenomegali, hepatomegali ve lenfositöz sağ ve sol üst kadran ağrısı gibi çeşitli semptomlar oluşturabilmektedir. Yapılan bir çalışmada hastaların evreleri ile yaşadıkları semptomlar arasında bir ilişki bulunmuştur. Söz konusu çalışmada evre 2 ve evre 3 hastaların kemoterapi sonrasında bulantı, nefes darlığı ve ağızda yara gibi sorunları tedavi öncesine göre daha fazla yaşadıkları bulgulanmıştır (Sadırlı 2008). Çalışmamızda da Sadırlı (2008)’nın çalışması ile benzer şekilde KLL’de tedavi uygulanan hastaların MSTS toplam puanı ve alt indeks puan ortalamalarının değiştiği görülmektedir. KLL’ye bağlı spesifik tedavi uygulanmayan hastaların MSTS toplam puanı, genel durum indeksi puanı ve fiziksel durum indeksi puanı tedavi almış hastalara göre daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$), (Bkz. Tablo 4.10). Aynı zamanda hastalık evresi 0 olan olguların MSTS toplam puan ve alt boyut puanları, istatistiksel anlamda bir farklılık göstermemekle birlikte, diğer evrelerdeki hastalardan daha düşük bulunmuştur ($p>0,05$), (Tabloda gösterilmemiştir). Bulgumuzun istatistiksel anlamda farklılık göstermemesi incelediğimiz KLL’li hastalarda evre 2 de bir kümelenme olması ile açıklanabilir.

Literatürde kanserli hastaların deneyimledikleri fiziksel ya da psikolojik semptomların hastalara uygulanan kemoterapinin tipine, süresine, şekline, dozuna, tedavi aralıklarına, tanı zamanına ve hastaların kişisel bazı özelliklerine göre değişebileceği belirtilmektedir (Şıra 2007; Erdoğan 2011). Yapılan bir çalışmada hastalarda görülen bulantı ve kusma semptomlarının hastalık süresi ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Çalışmada tanı süresi 0 ile 6 ay arasında olan olguların bulantı ve kusma semptomlarını, tanı süresi 4 ile 7 yıl arasında olan olgulara göre daha fazla yaşadıkları belirtilmiştir (Şıra 2007). Ancak bizim çalışmamızda, çalışma kapsamında incelemiş olduğumuz KLL’li olguların yaşadıkları semptomlar ile hastalığın nüksü, nüksün zamanı, hastanın tedavi süresi, tedavinin son uygulanma zamanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$), (Bkz. Tablo 4.10).

KLL tedavisinde alkileyici ajanlardan klorambusil ve pürin analoglarından fludarabin tek başına KLL’nin monoterapi tedavisinde akla ilk gelen ajanlardır. Ancak

son zamanlarda bahsedilen ajanların rituximab ile kombinasyonu tedavide kullanılmaktadır. Bu açıdan klorambusil ve RFC, KLL tedavisinde ön plandadır. Monoklonal antikor bazlı tedavinin bu hastaların semptomlarının azaltılmasında, tedavi yanıtının ve hastaların fonksiyonel durumlarının artırılmasında önemli olduğu belirtilmektedir (Eichhorst ve diğ. 2016; Rai ve Jain 2016). Çalışmamızda hastanın aldığı tedavi türüne (RFC, RBenda, RKlorambucil ve diğer) göre MSTS'nin toplam puanı ile alt boyut indeksi puanları değişmemektedir ($p>0,05$), (Bkz. Tablo 4.10). Bu durum olgularımızın büyük bir kısmının ($n=82$) KLL'ye bağlı spesifik bir tedavi daha önce hiç almaması ya da şu an aktif tedavi almıyor olması ile ilişkilendirilebilir (Bkz. Tablo 4.2).

Literatürde hastaların KLL'ye ek olarak görülen kronik hastalıkların hastalar için birer komorbid faktör olduğu ve hastaların fonksiyonlarını etkileyebileceğinden bahsedilmektedir (Cohen ve diğ. 2012; Portz ve diğ. 2017; Nagl ve diğ. 2020). Çalışmamızda hastaların KLL'ye spesifik tedavi dışında diğer hastalıklarına yönelik aldığı ilaç tedavileri hastaların MSTS toplam puanını ($p<0,05$), genel durum indeksi puanını ($p<0,01$) ve fiziksel durum indeks puanını ($p<0,01$) arttırmıştır (Bkz. Tablo 4.10). Bu durum olgularımızın ek kronik hastalıklara bağlı olarak kullandıkları ilaçların sistemik ya da lokal yan etkileri ile ilişkilendirilebilir.

5.3. Hastaların Sosyal Destek Algısının Semptomlara Etkisinin Tartışılması

Genellikle kronik hastalıklarda sürecin giderek zorlaşması, sağlık koşullarının giderek bozulması ile ilişkili olarak hastalık ve hastalığın yaratmış olduğu sorunlar ile hastanın başa çıkmasında sosyal desteğin önemli rolü olduğu belirtilmektedir (Lotfi 2017). Sosyal destek kavramı genellikle dört temel başlık kapsamında ele alınmaktadır. Bunlar; duygusal destek, araçsal destek, bilgi desteği ve sosyal eşlik etmedir (Özdemir 2013). Bazı kaynaklarda ise sosyal destek, hastaların sosyal destek aldığı kişilere göre (aile desteği, arkadaş desteği vs.) incelenmiştir (Özdemir 2017). Genel anlamda bakıldığında sosyal destek; stres altında olan bireye arkadaşları, akrabası, aile üyeleri ya da iletişim kurduğu diğer bireyler tarafından yapılan maddi veya manevi desteklerin tümü olarak tanımlanmaktadır (Faghani ve diğ. 2014; Lotfi 2017). Sosyal destek algısı ise, kişiye yaşadığı stresli durum süresince sosyal destek

sağlayan bireylerin yapmış oldukları desteğin kişiye sağlamış olduğu doyum olarak nitelendirilmektedir (Çalışkan ve diğ. 2015).

Kanser hastalarının yaşamları süresince fiziksel ya da emosyonel birçok stresör ile karşılaştıkları bilinmektedir (Yılmaz ve diğ. 2015; Özdemir 2017). Çeşitli kanser hastalarının karşılaştıkları bu stresörler ile başa çıkmalarında ve hastaların genel sağlık durumlarının iyileşmesinde sosyal desteğin önemli rolü olduğu vurgulanmaktadır (Thoits 2011; Usta 2012; Çalışkan ve diğ. 2015; Yılmaz ve diğ. 2015). Çalışmalarda kanser hastalarının aldığı sosyal destek ile kansere bağlı ortaya çıkan fiziksel ya da psikolojik semptomlarla baş edebilme arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu bildirilmektedir (Usta 2012; Çalışkan ve diğ. 2015). Kanserli hastalarda sosyal destek algısını belirlemek amacıyla yapılan çalışmalar incelendiğinde; lösemili hastaların algıladıkları sosyal destek ve stres düzeylerinin değerlendirildiği bir çalışmada, sosyal destek algısı ile hastaların stres düzeyleri arasında bir ilişki olduğu ve sosyal destek gören hastaların stres düzeylerinin daha az olduğu belirtilmiştir (Yenihayat 2008). Yapılan bir başka çalışmada, çalışma kapsamındaki olguların aldıkları sosyal destek puanları azaldıkça olguların yaşadıkları uykusuzluk, halsizlik gibi semptomların da arttığı belirlenmiştir (Çalışkan ve diğ. 2015). Çalışmamızda hastaların sosyal destek algısı ile MSTS'nin toplam puanı ve alt indeks puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$), (Bkz. Tablo 4.11). Çalışmamızda aldığı sosyal desteği yeterli bulan hastaların genel durum indeksi puanları, aldığı desteği yetersiz bulan hastalara göre daha düşüktür. Ayrıca çalışmamızda aldığı sosyal desteği yeterli veya kısmen yeterli bulan hastaların fiziksel durum indeksi puanları ile psikolojik durum indeksi puanları da aldıkları sosyal desteği yetersiz bulan hastalara göre daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$), (Bkz. Tablo 4.11). Bu açıdan bakıldığında çalışmamızda yeterli sosyal destek alan hastaların yetersiz sosyal desteği olan hastalara göre daha az semptom yaşadığı söylenebilir. Yapılan benzer bir çalışmada da meme kanserli hastalarda algılanan sosyal destek ve stres ile başa çıkma yolları değerlendirilmiş ve hastaların sosyal anlamda desteklendikleri takdirde hastalıkla ve hastalığın yaratmış olduğu semptomlar ile daha etkin baş edebileceğinden bahsedilmiştir (Özdemir 2017). Lotfi (2017) çalışmasında, araştırma grubundaki meme kanserli hastaların en fazla ailesinden destek aldığını ve aile desteği alan olguların duygusal stres ile daha etkin başettiğini belirtmiştir. Aileden alınan sosyal

desteğin kanser ile beraber olan değişikliklere psikolojik ya da fiziksel anlamda adaptasyonu arttırdığını belirten birçok çalışma bulunmaktadır (Çalışkan ve diğ. 2015; Yılmaz ve diğ. 2015; Lotfi 2017). Çalışmamızda olguların sosyal destek kaynaklarına göre semptomları değerlendirildiğinde; sosyal destek kaynağının eş, kardeş, arkadaş ve anne ve baba olması MSTS'nin toplam puanı ile alt indeks puanlarını değiştirmemektedir ($p>0,05$), (Bkz. Tablo 4.11). Yapılan bir başka çalışmada meme kanserli yoksul kadınların medeni durumları ile sosyal destek algıları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Yapılan çalışmada hiç evlenmemiş hastaların sosyal destek algılarının boşanmış hastalara göre daha yüksek olduğu sonucu bulgulanmış ve bu durum boşanmış hastaların eş desteğinden mahrum kalması ile açıklanmıştır (Lotfi 2017). Kanser hastalarının sosyal destek algısı ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Yılmaz ve diğ. 2015). Faghani ve diğ. (2014)'nin yapmış oldukları çalışmada ise, düşük fiziksel aktivite yapan, evli olan ve depresif hastaların diğer hastalara oranla daha düşük sosyal desteğe sahip olduklarını belirtmişlerdir. Çalışmamızda ise eş desteği ile sosyal destek açısından bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$), (Bkz. Tablo 4.11).

Çalışmamızda, hastalığın tanı ve tedavi süresince sosyal destek kaynağı çocuğu olan olguların MSTS'nin toplam ve alt boyut puanları sosyal destek kaynağı çocuğu olmayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$), (Bkz. Tablo 4.11). Meme kanseri tanısı almış hastalarda yapılan bir çalışmada hastalık ile başa çıkmada çocuk sahibi olmanın önemli olduğundan bahsedilmiş, hastaların çocukları için hayatta kalmak istediklerini belirttiklerinden bahsedilmektedir (Taleghani ve diğ. 2006). KLL'nin genellikle ileri yaşlarda ortaya çıkması nedeni ile çalışmamızda olguların yaş ortalaması fazladır. Bu nedenle hastalar genellikle çocuklarından ayrı yaşam sürdürmekte olup, hastalık sürecinde çocuklarından destek almışlardır. Bu durumda sosyal destek kaynağı çocuğu olan olguların fiziksel ve psikolojik puanlarının daha yüksek olması, hastalarımızın kendilerini çocuklarına karşı bir yük olarak algılaması ile ilişkilendirilebilir. Ayrıca hastaların eşlerinin de yaşlı olması nedeniyle eşlerin hastaların çeşitli fiziksel gereksinimlerini, ilaçlarının temin edilmesi ya da kontrol amaçlı hastane başvuruları gibi ihtiyaçlarını karşılayamaması da bu duruma bir sebep olabilir.

5.4. Hastaların Fonksiyonel Kapasitelerinin Semptomların Şiddet ve Sıklığına Etkisinin Tartışılması

Fonksiyonel durum, genel anlamda bakıldığında bireylerin sağlık durumlarının bir göstergesidir. Kronik hastalığa sahip olan bireylerin hastalığın tanı ve tedavi süresince yaşamış oldukları fiziksel ve psikolojik semptomlar, sağlığı algılama durumları gibi birçok faktör hastaların fonksiyonel durumunu etkilemektedir. Özellikle çeşitli kanser hastalarının gerek kansere gerekse de kanser ile ilişkili tedavi süresince yaşadıkları göz önüne alındığında bu hasta grubunun fonksiyonel durumlarındaki olumsuz etkilenmemenin diğer hasta gruplarına göre daha fazla olabileceği literatür de bildirilmektedir (Dedeli ve diğ. 2008; Bektaş ve Akdemir 2009; Özdemir ve diğ. 2017; Storey ve diğ. 2017; Nagl ve diğ. 2020). Hastaların fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesinde birçok farklı ölçek kullanılmaktadır (Dedeli ve diğ. 2008; Ghosn ve diğ. 2017; Özdemir ve diğ. 2017; Portz ve diğ. 2017; White ve diğ. 2019; Nagl ve diğ. 2020). Ancak kullanılan ölçeklerin hastaların fonksiyonel durumlarını değerlendirmede yetersiz olduğundan da bahsedilmektedir (Bektaş ve Akdemir 2009).

Çalışmamızda hastaların fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesinde Karnofsky Performans Skalası kullanılmıştır. Literatürde hastaların hastalık ile ilişkili olarak sahip oldukları çeşitli komorbid faktörler ve semptom yükü çoğu zaman kanserli hastalarda ve kronik hastalığı olan bireylerde fonksiyonel durum ile ilişkilendirilmektedir (Cohen ve diğ. 2012; Portz ve diğ. 2017; Nagl ve diğ. 2020). Yapılan bir çalışmada kanserli hastalarda sıklıkla meydana gelen ağrı, disfaji, uykusuzluk ve yorgunluk gibi semptomlar hastalarda düşük fonksiyonel kapasite ile ilişkilendirilmiştir (Cohen ve diğ. 2012). Yapılan çalışma ile paralel yönde ilişki gösteren çalışmalar mevcuttur (Buckley ve diğ. 2018; Efficace ve diğ. 2019). Bizim çalışmamızda olgularımızın deneyimledikleri semptomlar ile performans durumları arasında bir ilişki saptanmıştır. Olgularımızın yaşadıkları semptomlar arttıkça fonksiyonel durumları kötüleşmektedir. Bu açıdan bulgumuz literatür ile benzerlik göstermektedir. Ayrıca olgularımızın deneyimledikleri semptomlar ile performans durumları arasındaki ilişki zayıf bir ilişkidir ($p < 0,01$), (Bkz. Tablo 4.7).

5.5. Hastaların Yaşadıkları Semptomların Şiddeti, Sıklığı ve Oluşturduğu Sıkıntıya İlişkin Bulguların Tartışılması

Semptom, genel anlamda bakıldığında bireylerin bilişsel, psikososyal ve emosyonel durumlarında değişikliğe neden olan subjektif bir deneyim olarak tanımlanmaktadır (Bölükbaş 2011). Hastaların semptom deneyimlerinin subjektif olması yaşanan semptomun tanımlanmasını güçleştirmektedir. Bu noktada semptom değerlendirilmesiyle ilişkili olarak semptom sıklığı, şiddeti ve neden olduğu sıkıntı olmak üzere üç farklı değerlendirme önerilmektedir. Semptom sıklığı ve şiddeti kavramları hastaların deneyimledikleri semptomların ölçülebilen bir boyutunu tanımlamakta ve semptom şiddetinin hastaların tanımlayabildiği bir ölçüt olduğundan bahsedilmektedir (Özel ve Türeyen 2016). Solid organ tümörü olan veya hematolojik malignitesi olan hastalar gerek hastalığa bağlı, gerekse de uygulanan tedavi yöntemleri nedeniyle birçok semptom deneyimleyebilmektedir. Yaşanılan semptomların tanımlanması semptomların kontrol altına alınması açısından oldukça önemlidir.

Çalışmamızda araştırmaya katılan hastaların deneyimledikleri semptomlar MSTS ile saptanmış ve literatür doğrultusunda psikolojik ve fizyolojik olarak iki alt grup olarak ele alınmıştır. Bu doğrultuda MSTS'nin psikolojik semptomlar alt boyutu incelendiğinde; hastaların kendini üzgün hissetmesi (%55,4), kendini sinirli hissetme (%52,1) ve hassas olma (%39,1) sorunlarını daha fazla yaşadıkları gözlenirken, MSTS'nin fiziksel semptomlar alt boyutu incelendiğinde ise; hastaların halsizlik/enerji kaybı (%72,8), ağız kuruluğu (%51), kabızlık (%44,5) ve sersemlik (%42,3) semptomlarını diğer yaşanan semptomlara kıyasla daha fazla deneyimledikleri gözlenmiştir (Bkz. Tablo 4.12,13,14,15). Ayrıca çalışmamızda yer alan olguların psikolojik semptomları içerisinde sıklığı diğer semptomlara göre en fazla görülen endişelenme ($2,93 \pm 0,84$) ve kendini üzgün hissetme ($2,86 \pm 0,89$) semptomları olduğu görülürken; şiddeti ($2,89 \pm 0,93$) ve sıkıntısı ($2,72 \pm 1,13$) en fazla hissedilen semptomun endişelenme olduğu görülmektedir (Bkz. Tablo 4.12). Fiziksel semptomlar alt boyutunda en yaygın görülen 12 semptom içerisinde sıklığı ve şiddeti en fazla olan semptom halsizlik/enerji kaybı olarak belirlenirken, en fazla sıkıntı veren semptom ise iştahsızlık olarak belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.13,14).

Kanser hastalarının yorgunluk ve halsizlik semptomlarını oldukça fazla yaşadıkları literatürde birçok çalışmada belirtilmektedir (Aslan ve diğ. 2006; Sadırlı 2008; Hindistan ve diğ. 2012; Özdelikara 2013). Hastaların deneyimledikleri yorgunluk ve halsizlik genellikle kemoterapi ile ilişkilendirilmektedir (Aslan ve diğ. 2006; Özdelikara 2013). Bu alanda yapılan çalışmalar incelendiğinde; Miladinia ve diğ. (2017)'nin akut lösemi tanılı hastalarda ağrı, yorgunluk ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, çalışma kapsamına alınan hastaların neredeyse tamamı yorgunluktan şikayetçidir (%99,5). Oerlemans ve diğ. (2013)'nin non hodgkin lenfoma tanılı hastalarda yorgunluk ve yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada, hastaların tanıdan sonraki 10 yılda yorgunluk seviyelerinin oldukça yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Literatürde kemoterapi gören hastalarda orta düzeyde yorgunluk yaşadıklarını belirten çalışmaya da rastlanmıştır (Özkan ve Akın 2017). Çalışma grubumuzdaki hastalarda kemoterapi kullanımı % 62 olmakla birlikte (Bkz. Tablo 4.2), bu çalışmada da halsizlik/ enerji kaybı semptomu fiziksel semptomlar arasında diğer semptomlara göre daha fazla ifade edilmiştir. Bulgu literatür ile paraleldir.

Kanser hastalarında görülen semptomlar sıklıkla birbirlerini etkileyebilmekte ve hastalarda semptom kümeleri meydana gelmektedir. Örneğin; ağrı semptomunun hastalarda yorgunluk, halsizlik, uyku sorunları, depresyon ve anksiyeteye neden olabileceği belirtilmektedir (Fox ve Lyon 2007; Arslan ve diğ. 2013; Süren ve diğ. 2015; Miladinia ve diğ. 2017; Hamieh ve diğ. 2018). Yapılan çalışmalar incelendiğinde; Miladinia ve diğ. (2017) çalışmalarında akut lösemide ağrı ve yorgunluğun sıklıkla uyku sorunlarını da beraberinde getirdiğini belirtmişlerdir. Lie ve diğ. (2019)'nin mesane tümörü olan ve adjuvan kemoterapi gören hastalarda yapmış oldukları çalışmada, kanserin ve kanser tedavisinin hastalarda anksiyete ve depresyona neden olabileceğini belirtmişlerdir. Çeşitli tipte onkolojik ve hematolojik malignitesi olan hastaların yaşadıkları semptomların belirlenmesinin amaçlandığı bir diğer çalışmada da çalışma kapsamına alınan hastaların en fazla yorgunluktan (%95,5) şikayet ettiği bulgulanmıştır. Hastaların %90,2'sinin kendini üzgün hissettiği, %87,8'inin ise kendini sinirli hissettiği belirtilmiştir (Karabulu ve diğ. 2010).

Çalışmamızda hastaların büyük çoğunluğunun halsizlik/enerji kaybının yanı sıra kendini üzgün hissettiği (%55,4) ve kendini sinirli hissettiği (%52,1), bir kısmının

sorunlar karşısında hassaslaştığı (%39,1), bir kısmının ise endişelendiği (%31,5) belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.12,13). Hastaların yaşamış oldukları emosyonel semptomlar gerek kanserin kendisi gerek kanser tedavisinin vermiş olduğu yük, gerekse de yaşanan semptomların sıklığı ve şiddeti ile ilişkilendirilebilmektedir. Bu açıdan bakıldığında çalışma kapsamındaki olguların halsizliğin yanı sıra yaşamış oldukları emosyonel sorunlar da literatür ile uyumludur.

Bazı kronik hastalıklar ya da ilaçların kullanımı, tükürük salgısını azaltarak ağız kuruluğuna neden olabilmektedir. Hastalarda oluşan ağız kuruluğu hastaların tat alma fonksiyonlarında değişime neden olabilmekte, konuşma, yutma ve çiğneme gibi fonksiyonlarını azaltabilmektedir (Keçeci ve Özdemir 2005; Akkaş ve diğ. 2014). Ağız kuruluğuna neden olan ilaçlar arasında kemoterapi sıklıkla bildirilmektedir (Karabulu ve diğ. 2010; Mercadante ve diğ. 2015; Kamal ve diğ. 2018). Fleming ve diğ. (2020)'nin yapmış oldukları çalışmada palyatif bakım alan 120 hastanın %78'inde ağız kuruluğu sorunu saptamışlardır. Kemoterapi alan meme kanserli hastalarda yapılan bir çalışmada da ağız kuruluğu sorunu hastalarda en yaygın görülen semptom olarak belirlenmiştir (Hsu ve diğ. 2017). Hastalarda görülen ağız kuruluğu sorunu aynı zamanda hastalarda tat alma değişikliğini beraberinde getirmektedir. Kanserli hastalarda ortaya çıkan tat almada değişikliğin nedeni tam olarak bilinmemektedir. Ancak kemoterapotik ajanların veya bu ajanların metabolitlerinin tat alma reseptörlerine zarar verebileceği düşünülmektedir (Jensen ve diğ. 2008; Epstein ve Barasch 2010; Bilsin ve Yılmaz 2018). Lösemi hastalarında oral kavitede meydana gelen sorunlar ise kemoterapinin yanı sıra bakteriyel, viral enfeksiyonlar ya da kemik iliği nakli sonrası gözlenebilen graft versus host hastalığı ile de ilişkilendirilebilmektedir (Ekinci ve Baykal 2012). Tat almada değişiklik üzerine yapılan bir çalışmada, kemoterapi gören meme kanserli hastaların tat almada değişiklik durumları incelenmiş, hastaların %36'sında tat almada değişiklik saptanmıştır (Speck ve diğ. 2013). Bu çalışmada da çalışma kapsamına alınan olguların %51'inde ağız kuruluğu, %26'sında ise tat almada değişiklik saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.15). Bu durum hastaların gerek aldıkları kemoterapine, gerekse KLL'nin ileri yaş hastalığı olmasına ve yaşlanma fizyolojisine bağlanabilir.

Kanser hastalarında görülen en önemli sorunlar arasında iştahsızlık, bulantı, kusma ve kilo kaybı gelmektedir. Bulantı, kusma ve iştahsızlık gibi semptomlara

birçok faktör sebep olabilmektedir. Ayrıca bulantı, kusma ve iştahsızlık durumları bazen hastanın tedavisi ile de ilişkilendirilebilmektedir. Bu semptomların kanserli hastaların yaşam tarzını ciddi oranda etkileyebileceği, hastaların sıvı ve elektrolit dengesini bozabileceği ve hastaların uygulanan tedaviyi reddetmelerine dahi neden olabileceği belirtilmektedir (Rhodes ve McDaniel 2001; Sadırlı 2008; Erdemir 2012; Güngör 2015; Navari ve Aapro 2016).

Konu ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; Hindistan ve diğ. (2012)'nin yapmış oldukları çalışmada, çalışma kapsamına alınan hematolojik kanserli hastaların %79,2'sinin bulantı ve kusma, %60,9'unun ise kilo kaybı sorunundan müzdarip olduğu belirlenmiştir. Bu alanda yapılan diğer çalışmalarda hastaların kemoterapi sonrası görülen bulantı veya kusma durumunun önlenmesi amacıyla antiemetik ilaç tedavisi uygulanmasına rağmen hastaların büyük bir kısmının hala bu sorunu yaşadığı bahsedilmektedir (Melchart ve diğ. 2006; Shin ve diğ. 2004).

Çalışmamızda ise, çalışma kapsamına alınan olguların %29,3'ünde bulantı, %15,2'sinde kusma ve %35,8'inde kilo kaybı olduğu görülmektedir (Bkz. Tablo 4.14). Bulantı ve kusma semptomlarını onkolojik ve hematolojik malignitelere büyük oranda hastalara uygulanan spesifik kemoterapi tetiklemektedir. Çalışma kapsamında incelemiş olduğumuz KLL hastalarının büyük çoğunluğunun (%89,1) verilerin toplandığı dönemde KLL'ye bağlı spesifik bir tedavi almaması (Bkz. Tablo 4.2), olgularımızda bulantı, kusma sorununun daha az olması ile ilişkili olabilir. Hastalarda kilo kaybının bulantı ve kusma sorununa kıyasla daha fazla olması ise KLL'nin bir ileri yaş hastalığı olması durumu ve ileri yaşa eşlik eden diğer hastalıklar ile açıklanabilir. Ayrıca bazı hastalar verilerin toplandığı dönemde kemoterapi almasalar da daha önce almış oldukları kemoterapinin sonuçları da hastalarda kilo kaybına neden olmuş olabilir.

Konstipasyon, genel olarak toplumda %2 ile %27 oranında görülen bir semptomdur (Chokhavatia ve diğ. 2016; Uz ve diğ. 2006). Ancak kanser hastalarında ve palyatif bakım alan hastalarda genel topluma oranla oldukça yaygın görülen bir semptom olarak bilinmektedir. Hematolojik ve onkolojik birçok kanser türünde %30 ile %50 gibi değişen oranlarda konstipasyon semptomu gelişimi bazı çalışmalarda bildirilmektedir (Droney ve diğ. 2008; Tekin 2018). Konstipasyon semptomunun genel topluma oranla daha fazla yaşandığı bir diğer grup ise yaşlı popülasyondur. Bu

durum sedanter yaşam şekli, antikolinergik etkinliği yüksek olan ilaç kullanımı gibi birçok faktör ile ilişkilendirilmektedir. Bu açıdan bakıldığında literatür de yaşlılarda konstipasyon gelişimi yaklaşık olarak %20 ile %86 gibi değişen oranlarda bildirilmektedir (Chokhavatia ve diğ. 2016; Yıldırım ve Can 2019).

Çalışmamızda hastalarda konstipasyon %44,5 oranında görülmektedir (Bkz. Tablo 4.14). Çalışma kapsamına aldığımız olguların yaş ortalaması ortalama $64,71 \pm 11,42$ yıl olup (Bkz. Tablo 4.1), hastaların %63'ü KLL tedavisi dışında da ilaç tedavisi kullanmaktadır. Ayrıca hastaların çoğunluğu KLL'ye yönelik tedavi halen almakta veya daha önce almış bulunmaktadır (Bkz. Tablo 4.2). Konstipasyonun yaşlı hastalarda, çoklu ilaç kullananlarda ve kemoterapi görenlerde genel popülasyona oranla daha fazla görüldüğü göz önüne alındığında, araştırma grubumuzdaki KLL hastalarındaki konstipasyon oranları beklenildiği gibidir.

5.6. Hastaların Semptomlara İlişkin Aldığı Önlemlerin Tartışılması

Hematolojik ve onkolojik maligniteler morbidite ve mortalite açısından oldukça önemli sağlık sorunlarıdır. Kanser görülme sıklığının gün geçtikçe hız kazanması ile kansere ve tedavisine bağlı olarak hastalarda ortaya çıkabilen lokal veya sistemik sorunlar daha da önemli hale gelmiştir. Kanserli bireylerin sık sık yeni gereksinimleri ortaya çıkmakta ve sıklıkla meydana gelen sorunlar ile başetmede hastaların sahip oldukları bilgileri yetersiz kalmaktadır (Sadırlı 2008; Hindistan ve diğ. 2012; Yıldız 2015). Bu nedenle hastaların herhangi bir konuda yetersizliklerini geliştirebileceği ve yetersizlikleri ile baş edebilecekleri bir konuma getirilmeleri gerekmektedir. Bu amaçla öncelikle hastaların yaşamış oldukları herhangi bir semptomu azaltmaya veya gidermeye yönelik olarak kendilerinin almış oldukları önlemlerin belirlenmesi gerektiği bildirilmektedir (Hindistan ve diğ. 2012; Üstündağ 2013). Bu amaçla çalışmamızda, KLL'li hastaların yaşadıkları semptomlara yönelik kendi kendine uyguladıkları önlemler sorgulanmış ve belirlenmeye çalışılmıştır. Bu bölümde MSTs'de yer alan semptomlara yönelik olarak KLL hastalarının ev ortamında ne tür yaklaşımlar benimsediği literatür doğrultusunda tartışılacaktır.

Çalışma kapsamında incelediğimiz olgularda psikolojik sorunlar içerisinde kendini üzgün hissetme (%55,4), kendini sinirli hissetme (%52,1), hassas olma/hissetme (%39,1), kendini sevmeme (%16,3) gibi sorunlar yer almaktadır (Bkz.

Tablo 4.12). Kanser deyimi bu hastalıktan müzdarip olan kişiler tarafından önemli bir hastalık durumu olarak algılanmanın yanı sıra umutsuzluk, ölüm, terk edilme ve çaresizlik gibi birçok duyguyu da çağrıştırmaktadır. Bu durumlar göz önüne alındığında kanser deyiminin sadece fiziksel ve tıbbi durumları değil, ayrıca psikososyal ve emosyonel durumları da kapsadığı görülmektedir (Sadırlı 2008; Ülger ve diğ. 2014). Olgularımızın yaşanılan psikolojik sorunları azaltmak ya da gidermek amacıyla aldıkları önlemler incelendiğinde; olaylar karşısında kendini sinirli hisseden ve kendini üzgün hisseden hastaların büyük bir kısmının sorun karşısında iyi geldiğini düşündüğü farklı relaksasyon uygulamaları yaptığı görülmektedir (Bkz. Tablo 4.12). Sorunlar karşısında hastaların anksiyete düzeylerinin belirlenmesi gerektiği, stres giderme tekniklerinin (stresli ortamdan uzaklaşma, solunum kontrolü, bakış açısını değiştirme, eş veya arkadaş desteği alma, müzik dinleme) kullanımı önerilmektedir (Sadırlı 2008; Erdemir 2012; Uğur 2014; Ülger ve diğ. 2014; Bahar ve diğ. 2019). Çalışmamızda yaşanılan sorunlar karşısında ağladığını, uyumayı tercih ettiğini ve etraftakilere bağırdığını söyleyen hastaların psikolojik sorunlar ile başetme yöntemlerinin yetersiz olduğu söylenebilir.

Çalışma kapsamında incelediğimiz olgularda uyumada zorluk sorunu %25 oranında görülmektedir (Bkz. Tablo 4.12). Uyku bozukluklarının kanser hastalarında görülme sıklıklarının oldukça fazla olduğu literatürde belirtilmektedir (Rischer ve diğ. 2009; Akman ve diğ. 2015; Otte ve diğ. 2015; Mercier ve diğ. 2017; Yeo ve diğ. 2019). Hastaların bu soruna yönelik olarak aldıkları önlemler incelendiğinde; hastaların büyük bir kısmının (%65,2) bir besin desteği aldığı görülmektedir. Bu besin desteği içerisinde sıklıkla süt ve süt ürünleri yer almaktadır. Hastaların %39,1'i ise uyku sorununu azaltmak ya da gidermek amacıyla Kur'an okumak/tesbih çekmek, odayı havalandırmak, ilaç kullanmak, erken yatmaya özen göstermek, ortamdaki uyaranları azaltmak gibi uygulamaları tercih etmektedir (Bkz. Tablo 4.12). Uyku bozukluklarını gidermek amacıyla hastalara uyku hijyeni kuralları önerilmektedir. Bunlar içerisinde; uyumak amacıyla uygun bir ortam sağlanması, relaksasyon tekniklerinin kullanılması, kafein tüketiminin azaltılması, uyku öncesi rutinlerin uygulanması, ortamdaki uyaranların ve gürültünün azaltılmasıdır (Sadırlı 2008; Erdemir 2012; Uğur 2014; Bahar ve diğ. 2019). Bu açıdan bakıldığında hastaların aldıkları önlemler uyku hijyenini sağlamada literatür ile uyumludur.

Çalışmamızda, olgularımızın %72,8'inin halsizlik/enerji kaybı yaşadığı, %42,3'ünün ise sersemlik yaşadığı belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.13). Kansere ilişkili yorgunluğun gerek onkoloji gerekse de hematoloji hastalarında oldukça yaygın bir sorun olduğundan sıklıkla literatürde bahsedilmektedir (Aslan ve diğ. 2006; Sadırlı 2008; Hindistan ve diğ. 2012; Karadağ ve diğ. 2012; Özdelikara 2013; Tekin 2018).

Çalışmamızda, hastalara bu sorunu azaltmaya veya gidermeye yönelik olarak aldıkları önlemler sorulduğunda hastaların %65,6'sı uyumak, dinlenmek, masaj yapmak, yürüyüş/ egzersiz yapmak gibi uygulamalar yaptığını, % 17,9'u ise besin desteği aldığını belirtmiştir (Bkz. Tablo 4.13). Kansere hastalarında yorgunluk ve halsizliğin azaltılması veya giderilmesi amacıyla hastalarda altta yatan beslenme yetersizliği sorununun çözülmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Bu amaçla hastalarda besin desteğinin kullanılabileninden bahsedilmektedir (Uğur 2014; Bahar ve diğ. 2019). Bu doğrultuda hastalara multivitamin desteği ve protein değeri yüksek gıda tüketimi önerilmektedir (Sadırlı 2008; Erdemir 2012; Uğur 2014). Genel anlamda bakıldığında hastaların yorgunluk karşısında seçmiş oldukları dinlenme ve aktivite kısıtlama davranışının temelde hastalarda yorgunluğu daha da kötüleştirdiği bildirilmiştir (Jones ve diğ. 2016). Bu nedenle hastalara enerjilerini korumak amacıyla günlük kısa dinlenme periyodlarının oluşturulması gerektiği ve uyku hijyeni konusunda hastaların bilgilendirilmeleri gerektiği vurgulanırken, aynı zamanda hastalara halsizlik ve yorgunluk semptomunun azaltılması amacıyla aerobik egzersizler önerilmektedir (Sadırlı 2008; Erdemir 2012; Uğur 2014; Bahar ve diğ. 2019). Bu açıdan bakıldığında çalışma kapsamındaki olgularımızın halsizlik/enerji kaybı karşısında aldıkları önlemler genel olarak literatürde yer alan önerilere paraleldir.

Çalışma kapsamında incelediğimiz olgularda bilişsel/nörolojik semptomlar içerisinde halsizlik/enerji kaybından sonra en fazla görülen semptom el ve ayaklarda uyuşukluk/karınalanmadır (Bkz. Tablo 4.13). Yaşanılan bu sorunun hastalarda albümin azlığına bağlı olabileceğinden bahsedilmektedir (Tekin 2018). Ayrıca hastaların %34,7'sinde dikkati toplamada zorluk yaşanmıştır (Bkz. Tablo 4.13). Bu sorunlara yönelik olarak hastaların aldıkları önlemler incelendiğinde; el ve ayaklarda uyuşukluk/ karınalanma yaşayan olguların %49'u bu sorun karşısında herhangi bir önlem almazken, %32,6'sının el ve ayak egzersizi yaptığı görülmektedir (Bkz. Tablo 4.13). Dikkati toplamada zorluk yaşayan olguların ise büyük bir kısmının (%50)

soruna yönelik herhangi bir önlem almadığı görülürken, olguların %25'inin ise bir meşguliyet edindiği ya da bilişsel bir uğraşı ile ilgilendiği görülmektedir (Bkz. Tablo 4.13). Yapılan bir çalışmada lenf ödem gelişen meme kanserli hastalarda ödem oluşan el ve kol bölgesindeki şişliğin azaltılmasında el ve kol egzersizinin etkin olduğundan bahsedilmektedir (Gürsoy 2005). Bu açıdan bakıldığında olgularımızın el ve ayak şişliğine karşı almış oldukları önlemler çalışma önerisi ile uyumludur. Olgularımızın yaş ortalaması fazladır. Konuya bu doğrultuda yaklaşıldığında yaşlı bireylerde bilişsel disfonksiyonların görülme sıklığının arttığı ve bu nedenle yaşlı bireylerin öğrenme becerisini geliştirmesi ve bellek fonksiyonlarını koruması amacıyla bazı bilişsel egzersizler gerektiği belirtilmiştir (Akyol ve Küçükgüçlü 2018). Olgularımızın baş etme yöntemlerinin literatüre uygun olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda, hastaların yaşadıkları sorunlar içerisinde gastrointestinal sistem ile ilişkili sorunlar da yer almaktadır. Çalışmamızda hastaların %29,3'ü bulantı, %15,2'si ise kusmadan şikayetçidir. Ayrıca hastaların %21,7'sinin ise şişkinlik hissinden rahatsız olduğu görülmektedir (Bkz. Tablo 4.14). Kanser hastalarının bulantı veya kusma sorunu yaşadıkları literatürde sıklıkla belirtilmektedir (Rhodes ve McDaniel 2001; Sadırlı 2008; Erdemir 2012; Uğur 2014; Güngör 2015; Navari ve Aapro 2016; Bahar ve diğ. 2019). Kanser hastalarının yaşadıkları bu soruna yönelik olarak sıklıkla diyet değişikliği, kuru veya kepeksiz gıda tercihi önerilirken, ayrıca şiddetli olgularda antiemetik, antihistaminik ve kortikosteroid ilaç kullanımı da önerilmektedir (Erdemir 2012; Uğur 2014; Bahar ve diğ. 2019). Bulantı veya kusma deneyimleyen hastalara sık ağız bakımının önerildiği çalışmalar da mevcuttur (Hindistan ve diğ. 2012). Bizim çalışmamızda hastalara bulantı ve kusma sorununa yönelik olarak aldıkları önlemler sorulduğunda bulantı sorunu yaşayan olguların %26,6'sı ilaç kullandığını, %18,5'i ise tuzlu gıda tükettiğini belirtmiştir. Kusma sorunu olan olguların da benzer şekilde %57,1'i bu sorun karşısında besin desteği (tuzlu kuru gıda, haşlanmış patates vs.) aldığını, %35,7'si ise ilaca başvurduğunu belirtmiştir (Bkz. Tablo 4.14). Çalışmamızda bulantı veya kusma sorunu olan hastaların aldıkları önlemler içerisinde ağız bakım uygulaması yer almamakla birlikte diğer uygulamaları öneriler ile uyumludur.

Kanserli hastalarda görülen bir diğer sorun iştahsızlık ve kilo kaybıdır (Hindistan ve diğ. 2012; Bahar ve diğ. 2019). Literatürde iştahsızlık ve kilo kaybının

önlenmesi amacıyla kilo takibi, öğün sayısının artırılması, hastaların tolere edebildiği kadar sevdiği besinleri tüketmesi gerektiği ve bulantıya neden olabilecek öğün ile birlikte fazla sıvı alımı ya da fazla baharatlı gıda tüketimi gibi durumların azaltılması gerektiği vurgulanmaktadır (Sadırlı 2008; Erdemir 2012; Uğur 2014; Bahar ve diğ. 2019). Çalışmamızda hastaların iştahsızlık ve kilo kaybı semptomlarına yönelik olarak aldıkları önlemler incelendiğinde; iştahsızlık yaşayan hastalarımızın (%22,8), büyük çoğunluğunun (%28,5) ekşili veya baharatlı besin tükettiği, %23,8'inin ise sevdiği besinleri tükettiği görülmektedir. Çalışmamızda kilo kaybı yaşayan olguların (%35,8) ise büyük bir kısmı (%21,2) bu sorun karşısında öğün sayısını arttırdığını ifade ederken, %12,1'i ise düzenli beslenmeye özen gösterdiğini, besin desteği kullandığını veya kalorisi yüksek besinlere yöneldiğini belirtmiştir (Bkz. Tablo 4.14). Bu açıdan bakıldığında olgularımızın bahsedilen semptomlara yönelik olarak aldıkları önlemlerin çoğu literatür ile uyumludur. Ancak iştahsızlık sorununa yönelik olarak alınan ekşili ve baharatlı besin tüketiminin artırılması literatür kapsamında bahsedilen önlemler ile uyumlu değildir. Acı baharatlı gıdaların iştahı bazı durumlarda arttırabileceğinden bahsedilmektedir (Tunçil 2018). Ancak kanser hastalarının kokulara ve bulantı/kusma gibi semptomlara olan yatkınlığı göz önüne alındığında hastaların almış oldukları bu önlemin uygun olmadığı söylenebilir.

Çalışma kapsamında incelediğimiz olgularda gastrointestinal sistem sorunları içerisinde görülen bir diğer sorun ishaldir. Kanserle ilişkili ishale genellikle kanser tedavisinde kullanılan ajanların neden olabileceği belirtilmektedir (Kornblau ve diğ. 2000; Karadakovan ve Aslan 2014). Literatürde ishal sorununa karşı alınan önlemler içerisinde, elma, muz, patates ve yulaf gibi lifli besinlerin hastaların diyetine katılması, süt ve süt ürünlerinin ise hastaların diyetinden çıkartılması gerektiği belirtilmektedir (Erdemir 2012; Uğur 2014; Bahar ve diğ. 2019). Çalışmamızda diyare sorunu yaşayan olgularımıza aldıkları önlemler sorulduğunda; hastaların %62'si patates veya yumurta gibi haşlanmış besin tükettiğini, %28,5'u herhangi bir önlem almadığını, bir kısmı ise (%28,5) kuru gıda tükettiğini belirtmiştir. Ancak hastaların %4,7'si ise yaşanan sorun karşısında süt ve yoğurt tükettiklerini belirtmişlerdir (Bkz. Tablo 4.14). Bu açıdan bakıldığında hastalarımızın diyare sorununa yönelik olarak aldıkları önlemlerin büyük çoğunluğu literatür ile uyum göstermektedir. Ancak hastalarımızın aldıkları önlemler içerisinde kuru kahve tüketen hastalarımız mevcuttur. Ayrıca yaşanan soruna önlem

olarak süt ve süt ürünleri tüketen hastalarımız az da olsa bulunmaktadır. Süt ürünlerinden yoğurt tüketimi ishal diyetinde sıklıkla yer alırken, süt bağırsak mukozasına irritan özellik göstermesi açısından önerilmemektedir (Demirgl ve Sağdıç 2018). Lösemili hastaların anemi sorununu daha fazla yaşadıkları göz önüne alındığında ise kuru kahve tüketiminin hasta grubu için uygun olmadığı yorumu yapılabilir.

MSTS’de yer alan semptomlardan bir diğeri kabızlıktır. Kanser hastalarında konstipasyon gelişiminin sıklıkla hastalarda meydana gelen dehidratasyon, hipokalsemi, hareketsizlik, opioid kullanımı, beslenme yetersizlikleri gibi nedenler ile oluşabileceği belirtilmektedir (Droney ve diğ. 2008; Hindistan ve diğ. 2012; Dzierzanowski ve Rysz 2015; Larkin ve diğ. 2018). Kabızlığın medikal tedavisi içerisinde sıklıkla laksatifler yer almaktadır. Ayrıca bunun yanı sıra aromaterapi ve masaj gibi alternatif yöntemlerin hastalarda kullanımının hastalar üzerinde etkinliği yapılan çalışmalarda bildirilmektedir (Lai ve diğ. 2011; Tack ve diğ. 2011; Abdelaziz ve Mohammed 2014; Farahani ve diğ. 2019). Ancak genel anlamda bakıldığında kabızlık sorununa karşı alınan önlemler içerisinde mobilizasyonun arttırılması, diyete posalı besinlerin eklenmesi ve hastaların sıvı alımının arttırılması gibi standart önlemler yer almaktadır (Sadırlı 2008; Uğur 2014; Bahar ve diğ. 2019). Çalışmamızda kabızlık sorunu olan hastaların aldıkları önlemler incelendiğinde; hastaların %48,7’sinin kayısı veya incir yediği, %31,7’sinin zeytinyağı içtiği, %12,1’inin ise bol sıvı aldığı belirlenmiştir. Çalışmamızda olgularımızın konstipasyon sorununa yönelik olarak farmakolojik yöntem kullanımı (%4,8) diğer yöntemlere göre oldukça azdır (Bkz. Tablo 4.14). Hastaların aldıkları önlemler literatürde bahsedilen önlemler ile uyumludur.

Çalışmamızda, hastaların %51’inin ağız kuruluğu, %42,4’ünün ağız yaraları ve %26’sının ise tat değişikliği sorunu yaşadığı belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.15). Genel popülasyonda ağız kuruluğu sorunu %21 ile %27 oranında değişirken, kemoterapinin hastalarda ağız kuruluğuna neden olabileceği sıklıkla bildirilmektedir (Karabulu ve diğ. 2010; Mercadante ve diğ. 2015; Kamal ve diğ. 2018). Çalışmamızda bu sorunu azaltmak veya gidermek amacıyla hastalara aldıkları önlemler sorulduğunda; hastaların % 61,7’si bu sorun karşısında bol sıvı aldığını, %36,2’si bitki ayı içtiğini belirtirken, %23,4’ ise sakız çiğnediğini veya naneli şeker kullandığını belirtmiştir

(Bkz. Tablo 4.15). Literatürde ağız kuruluğunun neden olduğu semptomatik yakınmaların azaltılması amacıyla sıvı alımının artırılması önerilmektedir. Ayrıca tükürük bezlerinin uyarılmasını sağlamak amacıyla şekersiz, nanesiz veya tarçınsız bonbon ve sakız kullanımı önerilmektedir (Su ve diğ. 2011; Mansur 2012; Akkaş ve diğ. 2014; Villa ve diğ. 2015). Bu açıdan bakıldığında çalışma kapsamındaki olgularımızın ağız kuruluğu sorunu karşısında sıvı alımını artırma ve sakız çiğneme davranışları literatürde soruna yönelik olarak önerilen öneriler ile uyumlu iken, şeker kullanımında naneli şeker tercihi oral mukozaya irritan özellik gösterebilmesi açısından uyumlu bulunmamaktadır. Ayrıca hastaların sorun karşısında bitki çayı tercihi tartışmalı bir konudur. Çünkü yapılan bir çalışmada bazı bitkisel ürünlerin ağız kuruluğunu arttırabileceği söylenmektedir (Mansur 2012).

Hastalarda oral kavite sorunları içerisinde görülen ağız yaraları ve tat değişikliği sorunlarının kanser hastalarında görülen diğer sorunlar olduğu yapılan çalışmalarda belirtilmektedir (Sadırlı 2008; Hindistan ve diğ. 2012; Rafsanjani ve diğ. 2013; Uğur 2014; Bahar ve diğ. 2019). Hastaların bu sorunlara yönelik olarak aldıkları önlemler incelendiğinde; ağız yarası sorunu yaşayan hastaların büyük çoğunluğunun (%46,1) tuzlu su, %30,7'sinin bikarbonatlı su, %17,9'unun ise sirkeli su ile gargara yaptığı görülmektedir. Tat almada değişiklik yaşayan hastaların ise, büyük çoğunluğunun (%70,8) yaşadıkları soruna yönelik olarak herhangi bir önlem almadığı, %25'inin ise bu sorun karşısında tatlı veya tuzlu besinlere yöneldiği belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.15). Literatürde ağız yaralarının önlenmesinde ve tedavisinde standart olarak sodyum bikarbonat kullanımı sıklıkla önerilmektedir (Erdemir 2012; Uğur 2014; Güngör 2015; Bahar ve diğ. 2019). Ancak literatürde ağız yaralarının önlenmesinde papatya içerikli solüsyon veya bal, karadut, kefir, arı sütü ve propolis gibi ürünlerin kullanımının incelendiği çalışmalar da mevcuttur (İzgu 2017; Yayla 2017; Berk 2018). Sirkenin doğrudan ağız yaralarına olan etkinliğinden bahseden çalışmalar fazlaca bulunmasa da, sirkenin vücut için antiseptik bir etkinliğinin olduğundan bahsedilmekte ayrıca; sirkenin vücutta zararlı bakterileri yok eden yararlı bakterilerin ise gelişimini sağlayan özelliğinin olduğu da bildirilmektedir (Ekinci 2017).

Çalışma kapsamında incelediğimiz olgularda görülen semptomlar içerisinde yer alan bir diğer sorun ağrıdır. Kanser hastalarının ağrı semptomunu sıklıkla

yaşadıkları ve yaşanan bu sorunun kronikleştiğinde hastaların emosyonel durumlarında, yaşam tarzlarında değişiklik oluşturabileceği belirtilmektedir (Sadırlı 2008; Erdemir 2012; Mandel ve Selçukbiricik 2015; Bahar ve diğ. 2019). Ağrı ile başetmede oldukça yüksek oranda hastanın (%36,6) öncelikle ilaç kullanmayı tercih ettiği belirlenmiştir. Bir kısmının (%26,6) bu sorun karşısında relaksasyon uygulamalarından yararlandığı, bir kısmının (%16,6) ise bitki çayı veya bitkisel ürün kullanmayı tercih ettiği belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.16). Kanser hastasının ağrı kontrolünde, ağrı kronik tipte ve şiddetli bir ağrıysa ilk olarak analjezik uygulaması tercih edilmektedir. Ancak ağrı durumu hastanın tolere edebildiği ölçüde ise, bu durumda hastaya gevşeme egzersizleri, dikkati başka yöne çekme davranışları, relaksasyon uygulamaları gibi birçok uygulama önerilmektedir (Erdemir 2012; Uğur 2014; Karaman 2017; Bahar ve diğ. 2019). Bu açıdan bakıldığında hastalarımızın aldıkları önlemler literatür ile paraleldir. Ancak hematolojik malignitesi olan hastaların solid organ tümörü olan hastalara göre daha az ağrı deneyimledikleri belirtilmektedir (Dilek 2010; Mandel ve Selçukbiricik 2015). Bu noktada olgularımızın ağrı varlığında ilk olarak ilaç kullanımını uygun görülmesi de ağrının subjektif bir deneyim olması açısından da tartışmalıdır.

MSTS'de yer alan bir diğer semptom cinsel istek ya da aktivite ile ilgili sorunlar olup, araştırma kapsamındaki hastaların %38'inde sorun olduğu iletilmiştir (Bkz. Tablo 4.18). Hematoloji ve onkoloji hastalarında tedavi amaçlı kullanılan kemoterapötik ajanların kadın ve erkek üreme organları üzerine toksik etki gösterebileceği ve bunun sonucunda bazı cinsel sorunlara neden olabileceği belirtilmektedir (Pınar 2010; Schover ve diğ. 2014; Büyük ve diğ. 2019). Hastaların bu sorun karşısında büyük bir kısmının önlem almadığı (%74,2), çok daha az bir bölümünün (%17,1) bu konuda eşi ile konuşmayı tercih ettiği belirlenmiştir. Bu sorunlar karşısında hekime başvuru ise %5,7 oranındadır (Bkz. Tablo 4.18). Literatürde cinsel sorunları azaltmak ya da ortadan kaldırmak amacıyla bireylere, cinsel eşi ile bu durum hakkındaki endişeleri hakkında konuşması için cesaret verilmesi gerektiğinden bahsedilmektedir. Ayrıca cinsel anlamda sorun yaşayan bireylere bu konuda danışmanlık önerilmektedir (Erdemir 2012; Fıfşkın ve Beji 2014; Uğur 2014). Bu doğrultuda az sayıdaki hastanın aldıkları önlemler literatür ile uyumludur. Hastalarımızın bu konuda hekime başvurularının az oluşu toplumumuzun

cinsel sorunlarda kapalı bir toplum olması ve hastaların ileri yaş grubunda olması ile açıklanabilir.

Çalışma kapsamında incelediğimiz olgularda diğer fiziksel semptomlar içerisinde nefes darlığı (%27,1) yer almaktadır (Bkz. Tablo 4.19). Hematolojik malignitesi olan ve solid organ kanseri olan hastalarda gelişen solunum sıkıntısının nedeni olarak kullanılan kemoterapi ilaçları gösterilebilmektedir (Dilek 2010). Yaşanılan solunum sıkıntısı vakalarının terminal dönemde olan kanser hastaları için en çok korkulan sorun olduğu belirtilmektedir (Aydoğan ve Uygun 2011). Olgularımızın bu sorun karşısında aldıkları önlemler incelendiğinde; hastaların %56'sının sorunu azaltmak ya da gidermek amacıyla mevcut pozisyonunu değiştirdiği (iki yastık kullanmak, yan oturur pozisyonu tercih etmek, dik oturur pozisyonu tercih etmek, ortopne pozisyonunu tercih etmek) görülmektedir. Alınan önlemler içerisinde pozisyon değişiminden sonra en fazla uygulanan önlemin ise (%20) ilaç kullanmak olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.19). Literatürde solunum sıkıntısı yaşayan hastalara akciğer kapasitesini arttırmak amacıyla öncelikli olarak pozisyon değişimi ve nefes egzersizleri önerilmektedir. Destekleyici oksijen tedavisinin ve inhaler nebül uygulamasının ise hastanın durumuna göre genellikle noninvaziv girişimler sonrasında tercih edilmesi gerektiği belirtilmektedir (Sadırlı 2008; Erdemir 2012; Uğur 2014; Kaminsky ve diğ. 2017; Bruton ve diğ. 2018; Bahar ve diğ. 2019). Hastalarımızın büyük bir kısmının sorun karşısında aldıkları önlemlerde öncelikle noninvaziv yöntem tercih etmeleri literatür ile uyumludur.

Çalışma kapsamında incelediğimiz olguların %16,3'ünde idrar yapmada zorluk yer almaktadır (Bkz. Tablo 4.19). Yaşanılan bu sorun hematolojik malignitesi olan hastalarda kansere bağlı olarak yaygın görülen spesifik bir durum değildir. Ancak solid organ tümörü olan hastalarda görülen kanser tipine özgü olabilir. İdrar yapmada zorluk ya da idrar inkontinansı sorunlarının prostat kanserli 65 yaş ve üzeri erkek hastalarda yaygın olduğu bildirilmektedir (Ardahan ve Temel 2006). Bizim çalışmamızda da hastaların büyük çoğunluğunun erkek ve ileri yaş düzeyinde olmaları idrar yapmada zorluk sorununun hastalarda varlığının nedeni olabilir. Olguların sorun karşısında aldıkları önlemler incelendiğinde ise; %33,3'ünün herhangi bir önlem almadığı, %26,6'sının ise sorun karşısında ilaç kullandığı görülmektedir (Bkz. Tablo

4.19). İdrar yapmada zorluğun başetmesi zor bir semptom olması sorunun çözümünde hastaları öncelikle ilaç kullanımına yönlendirmiş olması düşünölebilir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

KLL tanımlı hastalarda semptom şiddeti ve semptom yönetimini belirlemek amacıyla yürütülen çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıda sıralanmıştır;

- Çalışma kapsamında incelenen hastaların %34,8'i (n=32) kadın, ortalama yaşı 64,71±11,42 yıl, %82,6'sı evli (n=76), büyük çoğunluğu (%65,2) en fazla ilkökul düzeyinde eğitimli, %95,7'si çocuk sahibi, %91,3'ü çalışmamakta ve %78,3'ünün gelir durumu orta düzeydedir (Tablo 4.1).
- Çalışma kapsamında incelenen hastaların %71,7'si (n=66) KLL'ye ek olarak kronik hastalığa sahip olup (Tabloda gösterilmemiştir), kronik hastalıklar içerisinde en fazla görülen hastalık %60,6 oranı KVVH'dır (Şekil 4.1).
- Çalışma kapsamında incelediğimiz olgularımızın büyük bir kısmının (%47,8) hastalık süresi 13 ay ile 5 yıl arasında, %51,1'i KLL tedavisini tamamlamış, %10,9'unun KLL tedavisi devam etmektedir. Hastaların %54,4'ünde tedavi süresi 1 yıldan uzun olup, %36,8'inin son tedavi dozunun üzerinden 7 ay-1 yıl geçmiştir. Hastaların %29,3'ünde KLL tedavisinde RFC uygulanmıştır. Hastaların %63'ü (n=58) KLL dışındaki diğer hastalıkları için de farklı tedaviler almaktadır. Hastalarda ortalama 5,09±1,79 ve medyan 6 kür tedavi uygulanmıştır. Kürler arasındaki süre hastaların yarısında (%49,1) 21-28 gündür (Tablo 4.2).
- Çalışma kapsamında incelediğimiz olgularımızın KLL evreleri incelendiğinde; olguların büyük bir kısmının (%60,8) evre 2'de olduğu görülmektedir (Şekil 4.2).
- Çalışma kapsamında incelediğimiz olgularımızın %22,8'inde (n=21) nüks saptanmıştır; %71,4'ünün (n=15) nüksü bir yıldan sonra görülmüştür (Şekil 4.3).
- Hastalık sürecinde hastaların çoğunlukla eş (%75) ve çocuklarından (%64,8) destek aldığı görülmüştür. Hastaların %34,8'i (n=32) aldığı sosyal desteği yeterli bulduğunu ifade etmiştir (Tablo 4.3).
- KLL hastalarının KPS puanları 70 ile 100 puan arasında değişmekte olup, ortalama puan 86,30±8,98'dir (Tablo 4.4).
- Çalışma kapsamında incelenen olguların MSTS toplam puanı 0,34±0,19 olup, ölçeğin genel durum indeksi puanı 1,05±0,83, fiziksel durum indeksi puanı 0,71±0,65, psikolojik durum indeksi puanı 1,05±0,91 olduğu görülmektedir (Tablo 4.6).
- MSTS psikolojik semptomlar alt boyutu incelendiğinde; olguların sırasıyla kendini üzgün hissetme (%55,4), kendini sinirli hissetme (%52,1) ve hassas olma

(%39,1) sorunlarını daha fazla yaşadıkları, MSTS fiziksel semptomlar alt boyutunda ise; halsizlik (%72,8), ağız kuruluğu (%51) ve kabızlık (%44,5) semptomlarını daha fazla deneyimledikleri gözlenmiştir (Tablo 4.12,13,14).

- Olgularımızın KPS puanı ile MSTS genel durum indeksi puanı arasında ($r=-0,329$), fiziksel durum indeksi puanı arasında ($r=-0,464$; $p<0,01$) ve MSTS toplam puanı negatif yönlü ilişki göstermiştir ($r=-0,287$; $p<0,01$), (Tablo 4.7).
- Çalışma kapsamında incelediğimiz olgularımızın KLL'ye ek kronik hastalıklarının olması olgularımızın MSTS genel durum indeksi, fiziksel durum indeksi, psikolojik durum indeksi puanlarını ve toplam puanlarını etkilememiştir (Tablo 4.9).
- Çalışma kapsamında incelediğimiz olgularımızın MSTS'nin toplam puanı ile alt boyut indeksi puanları tanıdan itibaren geçen süreye, son tedavi dozuna, aldığı tedavi türüne, hastada nüks olup olmamasına, nüksün zamanına, tedavi süresine göre değişmemiştir ($p>0,05$). KLL'ye bağlı olarak spesifik tedavi uygulanmayan hastaların MSTS toplam puanı, genel durum indeksi puanı ($p=0,034$) ve fiziksel durum indeksi puanı tedavisini tamamlamış olan hastalara göre daha düşüktür ($p<0,05$), (Tablo 4.10).
- Çalışma kapsamında incelediğimiz olgularımızın KLL'nin tanı ve tedavi sürecinde eş, kardeş, arkadaş ve anne babadan aldığı sosyal desteğe göre MSTS toplam puanı ile alt indeks puanları değişmemiştir ($p>0,05$). Ancak çocuklarından destek aldığını belirten hastaların MSTS psikolojik durum indeksi puanları daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$), (Tablo 4.11).
- Aldığı sosyal desteği yeterli bulanların genel durum indeksi puanları, aldığı desteği yetersiz bulanlara göre daha düşüktür ($p<0,05$), (Tablo 4.11).
- Çalışma kapsamında incelediğimiz olgularımızın, yaşadıkları semptomları azaltmaya veya gidermeye yönelik olarak aldıkları önlemler içerisinde başta relaksasyon uygulamaları olmak üzere çeşitli spiritüel uygulamalar ve hobi uğraşları yer almıştır (Tablo 4.12,13,14,16,19).

Elde ettiğimiz sonuçlar doğrultusunda önerilerimiz şu şekildedir;

- Kanser hastalarının çeşitli nedenler ile yaşayabilecekleri semptomların erken dönemde belirlenmesi,
- Hastaların yaşadıkları semptomlarının azaltılmasında, hastanın başatma stratejilerinin de değerlendirilmesi ile bireysel bakım planı oluşturulması,
- Hematolojik maligniteli olguların yaşadıkları semptomların ve bu semptomları etkileyen faktörlerin belirlenmesinde geniş örneklemler ve karşılaştırılmalı çalışmalar yapılması,
- Hematolojik maligniteli olguların yaşadıkları semptomların ve bu semptomları etkileyen faktörlerin belirlenmesinde lösemi tiplerinin ayrı ayrı olarak ele alınması ve gruplar arası karşılaştırmaların yapılması,
- Hastalara yaşadıkları semptomların yönetiminde kolaylık sağlayacak klinik uygulama rehberlerinin oluşturulması ve klinikte kullanımının sağlanması,
- Hastaların sosyal ilişkilerinin güçlendirilmesi, bu amaçla hastaların sosyal destek aldıkları kişilerin belirlenmesi,
- Çalışmamızda hastaların yaşadıkları semptomları azaltmaya veya gidermeye yönelik olarak aldıkları önlemler içerisinde relaksasyon uygulamaları çoğunlukta olmak üzere çeşitli spiritüel uygulamalar ve hobi uygulamaları yer almıştır. Bu noktada bu başa çıkma yöntemlerinin geliştirilmesi ve hastaların fonksiyonel durumlarını arttıracak şekilde işlev görmesinin sağlanması,
- Hematolojik malignitesi olan olguların deneyimledikleri semptomların ve yükünün değerlendirilmesinde en uygun değerlendirme aracının saptanması için farklı ölçekler ile karşılaştırmalı çalışmalar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- ABDELAZİZ, S., MOHAMMED, H. (2014). Effect of Foot Massage on Postoperative Pain and Vital Signs in Breast Cancer Patient. *Journal of Nursing Education and Practice*. 4(8): 115-124
- AHMADİ, Z., SHARİATİ, A., FAYAZİ, S., LATİFİ, M. (2016). The Association Between Lifestyle and Incidence of Leukemia in Adults in Ahvaz, Iran. *Jundishapur J Chronic Dis Care*. 5(2): e32924
- AKKAŞ, İ., TOPTAŞ, O., ÖZAN, F. 2014. Ağız Kuruluğu. *Acta Odontol Turc*. 31(1): 54-60
- AKMAN, T., YAVUZSEN, T., SEVGEN, Z., ELLIDOKUZ, H., YILMAZ, A. 2015. Evaluation of Sleep Disorders in Cancer Patients Based on Pittsburgh Sleep Quality Index. *European Journal of Cancer Care*. (24): 553-539
- AKPINAR, N., CERAN, M. 2019. Kronik Hastalıklar ve Rehabilitasyon Hemşireliği. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 3(1): 79-91
- AKTÜRK, Ü. 2016. Kemoterapi Alan Hastalara Watson İnsan Bakım Modeline Göre Verilen Bakımın Yaşamın Anlamı ve Semptom Yönetimine Etkisi. İnönü Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi
- AKYOL, M., KÜÇÜKGÜÇLÜ, Ö. 2018. Yaşlı Bireylerde Bilişsel İşlevlerin Korunmasında ve Geliştirilmesinde Bilişsel Eğitimin Önemi. *[Elektronik Dergi]*. 11(4): 334-339 [http://www.deuhyoedergi.org].
- ARDAHAN, M., TEMEL, A. 2006. Prostat Kanseri Hastalarında Yaşam Kalitesi ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı İlişkisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 22 (2) : 1-14
- ARSLAN, D., TATLI, A., ÜYETÜRK, Ü. (2013). Kanserle Bağlı Ağrı ve Tedavisi. *Abant Medical Journal*. 2 (3): 256-260
- ASLAN, N. 2013. Kronik Lenfositik Lösemili Hastaların Prognostik Özellikleri ve Tedaviye Yanıtlarının Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi. Tıp Fakültesi. Tıpta Uzmanlık Tezi
- ASLAN, Ö., VURAL, H., KÖMÜRCÜ, Ş., ÖZET, A. 2006. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarına Verilen Eğitimin Kemoterapi Semptomlarına Etkisi . *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 10(1): 15-28
- ASSEM, M., HAMID, T., KOHLA, S., ARSANYOS, S. 2009. The Prognostic Significance of Combined Expression of ZAP-70 and CD38 in Chronic Lymphocytic Leukemia. *Journal of the Egyptian Nat. Cancer Inst*. 21(4): 287-297

- AYDOĞAN, F., UYGUN, K. 2011. Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler. *Klinik Gelişim Dergisi*. (24): 4-9
- AYDOĞAN, Ü., DOĞANER, Y., BORAZAN, E., KÖMÜRCÜ, Ş., KOÇAK, N., ÖZTÜRK, B., ÖZET, A., SAĞLAM, K. 2012. Kanser Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ve Hastalıkla Başa Çıkma Tutumlarının İlişkisi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*. 16(2): 55-60
- BAG, B. 2014. Kanser Hastalarında Depresyon. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 6 (2): 186-198
- BAHAR, A., OVAYOLU, Ö., OVAYOLU, N. 2019. Onkoloji Hastalarında Sık Karşılaşılan Semptomlar ve Hemşirelik Yönetimi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 6(1): 42-58
- BARBAROS, B., DİKMEN, M. 2015. Kanser İmmünoterapisi. *Erciyes Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 31 (4): 177-181
- BARDY, J., MOLASSIOTIS, A., RYDER, D., MAİS, K., SYKES, A., YAP, B., LEE, L., KACZMARSKİ, E., SLEVİN, N. 2012. A Double-Blind, Placebo-Controlled, Randomised Trial of Active Manuka Honey and Standard Oral Care for Radiation-Induced Oral Mucositis. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. (50): 221–226
- BAYKARA, O. 2016. Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *Balikesir Sağlık Bil Derg*. 5(3): 154-165
- BEKTAŞ, H., AKDEMİR, N. 2009. Kanserli Bireylerde Fonksiyonel Durumun Önemi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 12(3): 54-60
- BENJAMİNİ, O., JAİN, P., TRINH, L., QIAO, W., STROM, S., LERNER, S., WANG, X., BURGER, J., FERRAJOLI, A., KANTARJIAN, H., O'BRIEN, S., WIERDA, W., ESTROV, Z., KEATING, M. 2015. Second Cancers in Patients with Chronic Lymphocytic Leukemia Who Received Frontline Fludarabine, Cyclophosphamide and Rituximab Therapy: Distribution and Clinical Outcomes. *Leukemia & Lymphoma*. 56(6): 1643–1650
- BERK, D. 2018. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Mukozit Yönetimi. *Sağlık ve Toplum* 28 (3): 10-15
- BESER, N., ÖZ, F. 2003. Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi. *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 7 (1): 47-58
- BIANCO, E., MARCUCCI, F., MELE, A., MUSTO, P., COTICHINI, R., ANPAOLO, M., IANNITTO, E., RENZO, A., MARTINO, B., SPECCHIA, G., MONTANARO, M., BARBUI, A., NIEDDU, R., PAGANO, L., RAPICETTA, M., FRANCESCHI, S., MANDELLI, F., PULSONI, A. 2004. Prevalence of Hepatitis C Virus Infection in Lymphoproliferative Diseases Other than B-Cell Non-

- Hodgkin's Lymphoma, and in Myeloproliferative Diseases: An Italian Multi-Center Case-Control Study. *Haematologica*. (89):70-76
- BİLSİN, E., YILMAZ, H. 2018. Kanserli Hastalarda Tat Alma Değişimine Yaklaşım. *HSP*. 5 (2): 259-266
- BOSCH, F., FERRER, A., GUILLERMO, A., GİNE, E., BELLOSİLLO, B., VİLLAMOR, N., COLOMER, D., COBO, F., PERALES, M., ESTEVE, J., ALTE, A., BESALDUCH, J., RİBERA, J., EMİLİ MONTSERRAT, E. 2002. Fludarabine, Cyclophosphamide and Mitoxantrone in the Treatment of Resistant or Relapsed Chronic Lymphocytic Leukaemia. *British Journal of Haematology*. (119): 976–984
- BÖLÜKBAŞ, F. 2011. Non Hodgkin Lenfomalı Hastalarda Görülen Semptomlar ve Semptom Gruplarının Belirlenmesi. Gazi Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi
- BROWN, J., HALLEK, M., PAGEL, J. 2016. Chemoimmunotherapy Versus Targeted Treatment in Chronic Lymphocytic Leukemia: When, How Long, How Much, and in Which Combination?. *Asco Educational Book*. [asco.org/edbook]
- BRUTON, A., LEE, A., YARDLEY, L., RAFTERY, J., CLOSE, E., KİRBİ, S., ZHU, S., THİRUVOTHİYUR, M., WEBLEY, F., TAYLOR, L., GİBSON, D., YAO, G., STAFFORD-WATSON, M., VERSNEL, J., MOORE, M., GEORGE, S., LİTTLE, P., DJUKANOVİĆ, R., PRİCE, D., PAVORD, L., HOLGATE, S., THOMAS, M. (2018). Physiotherapy Breathing Retraining for Asthma: A Randomised Controlled Trial. *Lancet Respir Med*. (6): 19–28
- BUCKLEY, S., SAHAGUN, D., OTHUS, M., WALTER, R., LEE, S. 2018. Quality of Life From the Perspective of the Patient With Acute Myeloid Leukemia. *Cancer*. (1): sy: 145-152
- BURGER, J., CHİORAZZİ, N. 2013. B Cell Receptor Signaling in Chronic Lymphocytic Leukemia. *Trends in Immunology*. 34 (12): 592-601
- BÜYÜK, B., OYMAK, S., LOKMAN KORAL, L., ÖZERDOĞAN, Ö. 2019. Knowledge, Attitude and Behavior of Chemotherapy Patients About Interventions for Fertility Preservation: A Descriptive Sample Study From Çanakkale. *Nobel Medicus*. 15 (1): 47-55
- CAMERON, F., MCCORMACK, P. 2014. Obinutuzumab: First Global Approval. *Drugs*. (74): 147–154
- CARTRON, G., GUİBERT, S., DİLHUYDY, M., MORSCHHAUSER, F., LEBLOND, V., DUPUİS, J., MAHE, B., BOUABDALLAH, R., LEİ, G., WENGER, M., FRİTSCH, E., HALLEK, M. 2014. Obinutuzumab (GA101) in Relapsed/Refractory Chronic Lymphocytic Leukemia: Final Data From The Phase 1/2 GAUGUIN Study. *Blood*. 124 (14): 2198-2202

- CEFERLİ, K. 2018. Kronik Lenfositik Lösemili Olgularda Sekonder İmmün Yetmezlik Sıklığı, Evre ve Tedavi ile İlişkisi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Tıpta Uzmanlık Tezi
- CHASTAIN, E., DUNCAVAGE, E., 2015. Clinical Prognostic Biomarkers in Chronic Lymphocytic Leukemia and Diffuse Large B-Cell Lymphoma. *Arch Pathol Lab Med.* (139): 602-607
- CHERNY, N. 2008. Evaluation and Management of Treatment-Related Diarrhea in Patients with Advanced Cancer: A Review. *Journal of Pain and Symptom Management.* 36 (4): 413-423
- CHOKHAVATI, S., JOHN, E., BRIDGEMAN, M., DIXIT, D. 2016. Constipation in Elderly Patients with Noncancer Pain: Focus on Opioid-Induced Constipation. *Drugs Aging* (33): 557-574
- CİMŞİT, T. 2019. Kronik Lenfositik Lösemide Sf3b1 ve Myd88 Genlerindeki Varyasyonların Araştırılması. Trakya Üniversitesi. Fen Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi
- CLANAHAN, F., DREGER, P. 2011. Current Strategies for the Diagnosis and Management of Chronic Lymphocytic Leukemia (CLL), With A Focus On Poor-Risk CLL: A Review. *Turk J Hematol.* (28): 86-96
- CLAUS, R., LUCAS, D., RUPPERT, A., WILLIAMS, K., WENG, D., PATTERSON, K., ZUCKNICK, M., OAKES, C., RASSENTI, L., GREAVES, A., GEYER, S., WIERDA, W., BROWN, J., GRIBBEN, J., BARRIENTOS, J., RAI, K., KAY, N., KIPPS, T., SHIELDS, P., ZHAO, W., GREVER, M., PLASS, C., BYRD, J. 2014. Validation of ZAP-70 Methylation and Its Relative Significance in Predicting Outcome in Chronic Lymphocytic Leukemia. *Blood.* 124(1): 42-48
- COHEN, H., LAN, L., ARCHER, L., KORNBLITH, A. 2012. Impact of Age, Comorbidity and Symptoms on Physical Function in Long-Term Breast Cancer Survivors (Calgb 70803). *Journal of Geriatric Oncology.* sy: 82 – 89
- COHEN, J., COLES, A., ARNOLD, D., CONFAVREUX, C., FOX, E., HARTUNG, H., HAVRDOVA, E., SELMAJ, K., WEINER, H., FISHER, E., BRINAR, V., GIOVANNONI, G., STOJANOVIC, M., ERTIK, B., LAKE, S., MARGOLIN, D., PANZARA, M., 2012. Alemtuzumab Versus Interferon Beta 1a As First-Line Treatment for Patients With Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis: A Randomised Controlled Phase 3 Trial. *Lancet.* (380): 1819-1828
- CORCORAN, M., PARKER, A., ORCHARD, J., DAVIS, Z., WIRTZ, M., SCHMITZ, O., OSCIE, D. 2005. ZAP-70 Methylation Status is Associated with ZAP-70 Expression Status in Chronic Lymphocytic Leukemia. *Haematologica.* (90): 1078-1088
- CRAMER, P., HALLEK, M. 2011. Prognostic Factors in Chronic Lymphocytic Leukemia What Do We Need To Know?. *Rev. Clin. Oncol.* (8): 38-47

- CRAMER, P., LANGERBEİNS, P., HALLEK, M. 2016. Combination of Targeted Drugs to Control Chronic Lymphocytic Leukemia Harnessing the Power of New Monoclonal Antibodies in Combination With Ibrutinib. *Cancer J.* (22): 62–66
- ÇAKMAK, H., KAPUCU, S. 2018. Oral Antikanser İlaç Kullanan Kanser Hastalarında Telefon ile Yapılan İzlemin İlaç Uyumuna Etkisi: Sistematik Derleme. *Huhemfad-Johufon.* 5(3): 230-246
- ÇALIŞKAN, T., DURAN, S., KARADAŞ, A., ERGÜN, S., TEKİR, Ö. 2015. Kanser Hastalarının Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *KÜ Tıp Fak Derg.* 17(1): 27-36
- ÇAVMAK, Ş., ÇAVMAK, D. 2018. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi Ve Sağlıkta Dönüşüm Programı. [\[https://www.researchgate.net/profile/Dogancan_Cavmak2/publication/340739150_TURKIYE'DE_SAGLIK_HIZMETLERININ_TARİHSEL_GELİSİMİ_VE_SAGLIKTA_DONUSUM_PROGRAMI/links/5e9b1d60a6fdcca789243023/TUeRKIYEDE-SAGLIK-HIZMETLERININ-TARİHSEL-GELİSİMİ-VE-SAGLIKTA-DOeNUeSUEM-PROGRAMI.pdf\]](https://www.researchgate.net/profile/Dogancan_Cavmak2/publication/340739150_TURKIYE'DE_SAGLIK_HIZMETLERININ_TARİHSEL_GELİSİMİ_VE_SAGLIKTA_DONUSUM_PROGRAMI/links/5e9b1d60a6fdcca789243023/TUeRKIYEDE-SAGLIK-HIZMETLERININ-TARİHSEL-GELİSİMİ-VE-SAGLIKTA-DOeNUeSUEM-PROGRAMI.pdf). (Erişim Tarihi Ağustos 2020).
- ÇETİN, D. 2013. Kronik Lenfositik Lösemide Aurora-A Kinaz Ekspresyonu. Adnan Menderes Üniversitesi. Tıp Fakültesi. Tıpta Uzmanlık Tezi
- DEDELİ, Ö., FADİLOĞLU, Ç., USLU, R. 2008. Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durumları ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi.* 23(3): 132-139
- DEMİR, C., ATMACA, M., ÖZBAY, M., TAŞDEMİR, E., ALAY, M. 2012. Kronik Lenfositik Lösemide Fludarabin’e Bağlı Tümör Liziz Sendromu: Bir Olgu Sunumu. *Van Tıp Dergisi.* 9 (1): 33-35
- DEMİR, V. 2011. Kronik Lenfositik Lösemi Hastalarının Genel Klinik Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi. Tıp Fakültesi. Tıpta Uzmanlık Tezi
- DEMİRGÜL, F., SAĞDIÇ, O. 2018. Fermente Süt Ürünlerinin İnsan Sağlığına Etkisi. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi.* (13): sy. 45-53
- DEVECİ, F., GAMZE KIRKIL, G., KULUÖZTÜRK, M., ÇALIK, İ., ÖNSEL ÖNER, Ö. 2018. Pulmonary Leukaemic Infiltration in Patient with Chronic Lymphocytic Leukaemia. *Respir Case Rep.* 7(3): 149-153
- DİELSCHNEİDER, R., XIAO, W., YOON, J., NOH, E., BANERJİ, V., Lİ, H., MARSHALL, A., JOHNSTON, J., GIBSON, S. 2014. Gefitinib Targets ZAP-70-Expressing Chronic Lymphocytic Leukemia Cells and Inhibits B-Cell Receptor Signaling. *Cell Death and Disease.* (5): 1-9
- DİGHİERO, G., HAMBLİN, T. (2008). Chronic Lymphocytic Leukaemia. *Lancet.* (371): 1017–29

- DİLEK, İ. 2010. Kemoterapide Toksikite Değerlendirmesi. XXXVI. Ulusal Hematoloji Kongresi. sy. 63-70
- DRONEY, J., ROSS, J., GRETTON, S., WELSH, K., SATO, H., RILEY, J. 2008. Constipation in Cancer Patients on Morphine. *Support Care Cancer*. (16): 453–459
- DURAN, E. 2011. Kanser Tedavisinin Yan Etkilerine Yönelik Alternatif Uygulamalar. *S.D.Ü. Tıp Fak. Derg.*18(2): 72-77
- DZIERŻANOWSKI, T., RYSZ, A. 2015. Behavioral Risk Factors of Constipation in Palliative Care Patients. *Support Care Cancer*. (23): 1787–1793
- EFFICACE, F., BRECCIA, M., AVVISATI, G., COTTONE, F., INTERMESOLI, T., BORLENGHI, E., CARLUCCIO, P., RODEGHIERO, F., FABBIANO, F., MARIO LUPPI, M., ROMANI, C., SBORGIA, M., D'ARDIA, S., NOBILE, F., NICOLA CANTORE, N., CRUGNOLA, M., NADALI, G., VIGNETTI, M., AMADORI, S., COCO, F. 2019. Health-Related Quality of Life, Symptom Burden, and Comorbidity in Long-Term Survivors of Acute Promyelocytic Leukemia. *Leukemia*. (33): 1598–1607
- EICHHORST, B., CRAMER, P., HALLEK, M. 2016. Initial Therapy of Chronic Lymphocytic Leukemia. *Seminars in Oncology*. (43): 241–250
- EICHHORST, B., HALLEK, M. 2016. Prognostication of Chronic Lymphocytic Leukemia in The Era of New Agents. *Hematology*. sy. 149-155
- EKİNCİ, A., BAYKAL, C. 2012. Sistemik Hastalıklarda ve Sendromlarda Oral Mukoza. *Türk Derm.* 46 (2) : 96-104
- EKİNCİ, M. 2017. Doğal Antibiyotikler. *Ekonomi ve Kültür Dergisi*. 55 (5): 5-8
- EPSTEIN, J., BARASCH, A. 2010. Taste Disorders in Cancer Patients: Pathogenesis, and Approach to Assessment and Management. *Oral Oncology*. (46) : 77–81
- ERDEMİR, F. 2012. Hemşirelik Tanıları. Nobel Tıp Kitapevi. “3. Baskı”. İstanbul
- ERDOĞAN, G. 2011. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Semptomların Değerlendirilmesi ve Semptom Yönetimince Eğitimin Rolü. Cumhuriyet Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi
- EROL, Ö., YACAN, L. 2017. Akut Miyeloid Lösemi Tanısı Alan Yaşlı Hastanın Bakımı: Bir Olgu Sunumu. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*. 14 (2): 155-160

- FAGHANİ, S., RAHMANİ, A., PARİZAD, N., AGHDAM, A., HASSANKHANİ, H., MOHAMMADPOORASL, A. 2014. Social Support and its Predictors Among Iranian Cancer Survivors. *Asian Pac J Cancer Prev.* 15 (22): 9767-9771
- FARAHANİ, M., AFSARGHAREHBAGH, R., MARANDİ, F., MORADİ, M., HASHEMİ, S., MOGHADAM, M., BALOUCHİ, A. 2019. Effect of Aromatherapy on Cancer Complications: A Systematic Review. *Complementary Therapies in Medicine.* sy. 1-33
- FIŞKIN, G., BEJİ, N. 2014. Cinsel Fonksiyonun Değerlendirilmesi ve Hemşirenin Rolü. [https://www.journalagent.com/androloji/pdfs/AND_2014_56_73_76.pdf]. sy. 73-76 (Erişim Tarihi 11 Mayıs 2020).
- FLEMİNG, M., CRAİGS, C., BENNETT, M. 2020. Palliative Care Assessment of Dry Mouth: What Matters Most to Patients with Advanced Disease?. *Supportive Care in Cancer.* (28): 1121–1129
- FOX, S., LYON, D. 2007. Symptom Clusters and Quality of Life in Survivors of Ovarian Cancer. *Cancer Nursing.* 30(5): 354-361
- GHİA, P., HALLEK, M. 2014. Management of Chronic Lymphocytic Leukemia. *Haematologica.* 99 (6): 965-972
- GHOSN, M., İBRAHİM, T., RASSY, E., NASSANİ, N., GHANEMB, S., ASSİ, T. 2017. Abridged Geriatric Assessment is A Better Predictor of Overall Survival than the Karnofsky Performance Scale and Physical Performance Test in Elderly Patients with Cancer. *Journal of Geriatric Oncology.* (8): 128–132
- GOSANGİ, B., DAVIDS, M., SOMAROUTHU, B., ALESSANDRİNO, F., GIARDİNO, A., RAMAİYA, N., KRAJEWSKİ, K. 2018. Review of Targeted Therapy in Chronic Lymphocytic Leukemia: What A Radiologist Needs to Know About Ct İnterpretation. *Cancer Imaging.* 18 (13): 2-11
- GRİBBEN, J. 2008. Stem Cell Transplantation in Chronic Lymphocytic Leukemia. *PMC.* 15 (1): 1-11
- GROSİCKİ, S. 2015. Ofatumumab for the Treatment of Chronic Lymphocytic Leukemia. *Expert Rev. Hematol.* 1 (8): 1-9
- GÜNGÖR, A. 2015. Kanser Hastalarındaki Bakım Gereksinimlerinin Karşılmasında Hemşirelik Uygulamalarının Etkinliğinin İncelenmesi. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi
- GÜNGÖRMÜŞ, Z., ERDEM, Ö. 2014. Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Oral Mukozit. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 5 (1): 24-30

- GÜRSOY, A. 2005. Meme Kanseri Tedavisine Bağlı Lenfödem ve Hemşirelik Bakımı. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 9(2): 18-25
- HALLEK, M. 2013. Continuing Medical Education Activity in American Journal of Hematology. *Am. J. Hematol.* (88): 803–816
- HALLEK, M. 2015. CME Information: Chronic Lymphocytic Leukemia: 2015 Update on Diagnosis, Risk Stratification, and Treatment. *American Journal of Hematology*. 90 (5): 446-460
- HALLEK, M., CHESON, B., CATOVSKY, D., CAPPİO, F., DİGHİERO, G., DÖHNER, H., HİLLMEN, P., KEATİNG, M., MONTSERRAT, E., CHİORAZZİ, N., STİLGENBAUER, S., RAİ, K., BYRD, J., EİCHHORST, B., O'BRIEN, S., ROBAK, T., SEYMOUR, J., KİPPS, T. 2018. İwcll Guidelines for Diagnosis, İndications for Treatment, Response Assessment, and Supportive Management of CLL. *Blood Journal*. 131 (25): 2745-2760
- HALLEK, M., CHESON, B., CATOVSKY, D., CAPPİO, F., DİGHİERO, G., HARTMUT DÖHNER, H., HİLLMEN, P., KEATİNG, M., MONTSERRAT, E., RAİ K., KİPPS, T. 2008. Guidelines for the Diagnosis And Treatment of Chronic Lymphocytic Leukemia: A Report From The Internationalworkshop on Chronic Lymphocytic Leukemia Updating the National Cancer Institute–Working Group 1996 Guidelines. *Blood*. 111 (12): 5446-5456
- HALLEK, M., FİSCHER, K., ROWSON, G., FİNK, A., BUSCH, R., MAYER, J., HENSEL, M., HOPFİNGER, G., HESS, G., GRÜNHAGEN, U., BERGMANN, M., CATALANO, J., ZİNZANİ, P., CAPPİO, F., SEYMOUR, J., BERREBİ, A., JÄGER, U., CAZİN, B., TRNENY, M., WESTERMANN, A., WENDTNER, C., EİCHHORST, B., STAİB, P., BÜHLER, A., WİNKLER, D., ZENZ, T., BÖTTCHER, S., RİTGEN, M., MENDİLA, M., KNEBA, M., DÖHNER, H., STİLGENBAUER, S. 2010. Addition of Rituximab to Fl Udarabine and Cyclophosphamide in Patients with Chronic Lymphocytic Leukaemia: A Randomised, Open-Label, Phase 3 Trial. *Lancet*. (376): 1164–1174
- HALLEK, M., SHANAFELT, T., BARBARA EİCHHORST, B. 2018. Chronic Lymphocytic Leukaemia. *Lancet*. (391): 1524–37
- HAMBLİN, T. 2008. Have We Been Wrong About İonizing Radiation and Chronic Lymphocytic Leukemia?. *Leukemia Research*. (32): 523–525
- HAMİEH, N., AKEL, R., ANOUTİ, B., TRABOULSİ, C., MAKKİ, I., HAMİEH, L., TFAYLİ, A. 2018. Cancer-Related Pain: Prevalence, Severity and Management in a Tertiary Care Center in the Middle East. *Asian Pac J Cancer Prev*. 19 (3): 769-775

- HANSEL, T., KROPSHOFER, H., SINGER, T., MITCHELL, J., GEORGE, A. 2010. The Safety and Side Effects of Monoclonal Antibodies. *Drug Discovery*. (9): 325-338 [www.nature.com/reviews/drugdisc].
- HİNDİSTAN, S., ÇİLİNGİR, D., NURAL, N., GÜRSOY, A. 2012. Hematolojik Kanserli Hastaların Kemoterapiye Bağlı Yaşadıkları Semptomlara Yönelik Uygulamaları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 1(3): 153-164
- HOFMAN, M., RYAN, J., MOSELEY, C., PIERRE, P., MORROW, G. 2007. Cancer-Related Fatigue: The Scale of the Problem. *The Oncologist*. 12 (1) :4-10
- HOY, S. 2015. Obinutuzumab: A Review of Its Use in Patients with Chronic. *Drugs*. (75): 285-296
- HSU, H., CHIALIN, K., MINWU, L., HUIJUAN, C., JUAN, C., FENGHOU, M., LIHWANG, S., LIU, Y., DODD, M. 2017. Symptom Cluster Trajectories During Chemotherapy in Breast Cancer Outpatients. *Journal of pain and symptom management*. 53 (6): 1017-1025
- İLERİ, H., SEÇER, B., ERTAŞ, H. 2016. Sağlık Politikası Kavramı ve Türkiye’de Sağlık Politikalarının İncelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*. (12): 176-186
- İZGÜ, N. 2017. Kanser Tedavisine Bağlı Gelisen Oral Mukozit Yönetiminde Kanıt Temelli Tamamlayıcı Tedaviler. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*. 14 (4): 304-310
- JENSEN, S., MOURİDSEN, H., BERGMANN, O., REİBEL, J., BRÜNNER, N., NAUNTOFTE, B., DENMARK, C., DENMARK, A. 2008. Oral Mucosal Lesions, Microbial Changes, and Taste Disturbances İnduced by Adjuvant Chemotherapy in Breast Cancer Patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 106 (4) : 217-226
- JİE WU, Y., WANG, H., LIANG, J., MİAO, Y., LIU, L., QİU, H., QİAO, V., WANG, R., Lİ, J. 2016. Using the Geometric Mean Fluorescence İntensity İndex Method to Measure ZAP-70 Expression in Patients with Chronic Lymphocytic Leukemia. *OncoTargets and Therapy*. (9): 797-805
- JOHNSEN, A., THOLSTRUP, D., PETERSEN, M., PEDERSEN, L., GROENVOLD, M. 2009. Health Related Quality of Life in A Nationally Representative Sample of Haematological Patients. *European Journal of Haematology*. (83): 139-148
- JONES, J., OLSON, K., CATTON, P., CATTON, C., FLESHNER, N., KRZYZANOWSKA, M., MCCREADY, D., WONG, R., JİANG, H., HOWELL, D. 2016. Cancer-Related Fatigue and Associated Disability in Post-Treatment Cancer Survivors. *J Cancer Surviv*. (10): 51-61

- KAKKAR, A., BALAKRISHNAN, S. 2015. Obinutuzumab for Chronic Lymphocytic Leukemia: Promise of the First Treatment Approved with Breakthrough Therapy Designation. *J Oncol Pharm Practice*. 21(5): 358–363
- KAMAL, M., ROSENTHAL, D., VOLPE, S., GOEPFERT, R., GARDEN, A., HUTCHESON, K., FEGHALI, K., MEHEÏSSEN, M., ERAJ, S., DURSTELER, A., WILLIAMS, B., SMITH, J., AYMARD, J., BERENDS, J., WHITE, A., FRANK, S., MORRISON, W., CARDOSO, R., CHAMBERS, M., STURGIŞ, E., MENDOZA, T., LU, C., MOHAMED, A., FULLER, C., GUNN, B. 2018. Patient Reported Dry Mouth: Instrument Comparison and Model Performance for Correlation With Quality of Life in Head and Neck Cancer Survivors. *Radiotherapy and Oncology* (126): 75–80
- KAMINSKY, D., GUNTUPALLI, K., LIPPMANN, J., BURNS, S., BROCK, M., SKELLY, J., DESARNO, M., PECOTT-GRIMM, H., MOHSIN, A., LAROCK-MCMAHON, C., WARREN, P., C. WHITNEY, M., A. HANANIA, N. (2017). Effect of Yoga Breathing (Pranayama) on Exercise Tolerance in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Randomized, Controlled Trial. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 23 (9): 696–704
- KARABULU, N., ERCİ, B., ÖZER, N., ÖZDEMİR, S. 2010. Symptom Clusters and Experiences of Patients with Cancer. *Journal of Advanced Nursing*. 66(5): 1011–1021.
- KARADAĞ, F., GÜLEN, Ş., CEYLAN, E., KARUL, A. 2012. İleri Evre Akciğer Kanseri Olgularında Yorgunluk ve Güçsüzlükle İlişkili Faktörler. *Solunum Dergisi*. 14(1):27–33
- KARADAKOVAN, A., ASLAN, F. 2014. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Akademisyen Tıp Kitabevi “3. Baskı”. Ankara
- KARAKUŞ, S. 2009. Kronik Lenfositik Lösemide Tanı ve Prognoz. 35. Ulusal Hematoloji Kongresi. sy. 129-131
- KARAMAN, H. 2017. Opioid Kullanımına Bağlı Yan Etkiler ve Tedavileri. *The Journal of The Turkish Society of Algology*. sy. 1-11
- KARLSSON, C., LUNDİN, J., KIMBY, E., KENNEDY, B., MORETON, P., HILLMEN, P., ÖSTERBORG, A. 2007. Phase II Study of Subcutaneous Alemtuzumab Without Dose Escalation In Patients With Advanced-Stage, Relapsed Chronic Lymphocytic Leukaemia. *British Journal of Haematology*. (144): 78–85
- KASHIWAZAKI, H., MATSUSHITA, T., SUGITA, J., SHIGEMATSU, A., KASASHI, K., YAMAZAKI, Y., KANEHIRA, T., YAMAMOTO, S., KONDO, T., ENDO, T., TANAKA, J., HASHINO, S., NISHIO, M., IMAMURA, M., KITAGAWA, Y., INOUE, N. 2012. Professional

- Oral Health Care Reduces Oral Mucositis and Febrile Neutropenia in Patients Treated with Allogeneicbone Marrow Transplantation. *Support Care Cancer*. (20) :367–373
- KAVALA, M., GÖNCÜ, E., ZİNDANCI, İ., KURAL, E. 2010. Büllöz İlaç Döküntüleri. *Göztepe Tıp Dergisi*. 25(1):34-37
- KEÇECİ, A., ÖZDEMİR, F. 2005. Ağız Kuruluğunun Etiyolojisi ve Tedavisinde Günümüzdeki Yaklaşım. *S.D.Ü. Tıp Fak. Derg.* 12(4): 58-67
- KHAN, M., SİDDİQİ, T. 2018. Targeted Therapies in CLL: Monotherapy Versus Combination Approaches. *Current Hematologic Malignancy Reports*. (13) :525–533
- KOLK, L., GRİLLO-LOÂ PEZ, A., BAARS, J., HACK, C., OERS, M. 2001. Complement Activation Plays A Key Role in The Side-Effects Of Rituximab Treatment. *British Journal of Haematology*. (115): 807-811
- KOPAN, O. 2018. Hodgkin Lenfoma ve Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma Tanılı Hastalarda, Tanı Anındaki Nötrofil/Lenfosit Oranının Klinik Parametreler, Prognoz ve Sağ Kalımla İlişkisinin Değerlendirilmesi. Gaziantep Üniversitesi. Tıp Fakültesi. Tıpta Uzmanlık Tezi
- KORNBLAU, S., BENSON, A., CATALANO, R., CHAMPLİN, R., ENGELKİNG, C., FİELD, M., IPPOLİTİ, C., LAZARUS, H., MİTCHELL, E., RUBİN, J., STİFF, P., VOKES, E., WADLER, S. 2000. Management of Cancer Treatment–Related Diarrhea: Issues and Therapeutic Strategies. *Journal of Pain and Symptom Management*. 19 (2): 118-129
- KRİSTİNSSON, S., DİCKMAN, P., WİLSON, W., CAPORASO, N., MAGNUS BJÖRKHOLM, M., LANDGREN, O. (2009). Improved Survival in Chronic Lymphocytic Leukemia in the Past Decade:A Population-Based Study Including 11,179 Patients Diagnosed Between 1973-2003 in Sweden. *Haematologica*. 94(9): 1259-1265
- KRONİK LENFOSİTİK LÖSEMİ TANI VE TEDAVİ KLAVUZU. 2012. [<http://www.thd.org.tr/thdData/Books/83/bolum-i-kronik-lenfositik-losemi.pdf>]. (Erişim Tarihi 11 Mayıs 2020).
- LAİ, T., CHEUNG, M., LO, C., NG, K., FUNG, Y., TONG, M., YAU, C. 2011. Effectiveness of Aroma Massage on Advanced Cancer Patients with Constipation: A Pilot Study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. (17): sy. 37-43
- LARKİN, P., CHERNY, N., CARPIA, D., GUGLIELMO, M., OSTGATHE, C., SCOTTE, F., RİPAMONTİ, C. 2018. Diagnosis, Assessment and Management of Constipation in Advanced Cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*. 29 (4): 111-125

- LEE, S., JEONG, S., AHN, S. 2006. An Update of the Defensive Barrier Function of Skin. *Yonsei Medical Journal*. 47 (3): 293 – 306
- Lİ, Z., WEİ, D., ZHU, C., ZHANG, Q. 2019. Effect of A Patient Education and Rehabilitation Program on Anxiety, Depression and Quality of Life in Muscle İnvasive Bladder Cancer Patients Treated with Adjuvant Chemotherapy. *Medicine Journal*. 98:44
- LİU, Y., WANG, Y., YANG, J., Bİ, Y., WANG, H. 2018. ZAP-70 in Chronic Lymphocytic Leukemia: A Meta-Analysis. *Clinica Chimica Acta*. (483): 82–88
- LOTFİ, S. 2017. Meme Kanseri Hastası Yoksul Kadın Olmak: Başetme ve Sosyal Destek Süreçlerinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Doktora Tezi
- MANDEL, N., SELÇUKBİRİCİK, F. 2015. Onkoloji El Kitabı. Çukurova Nobel Tıp Kitabevi. Adana
- MANSUR, A. 2012. Oral Mukozada Sorular, Sorunlar: Nelere Dikkat Edilmeli? Yapılması ve Kaçınılması Gerekenler. *Türk derm*. 46 (2):140-146
- MEHREKULA, Z. 2010. Hematolojik Malignitelerde Semptom Kontrolü. Ege Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi
- MELCHART, D., HEFFİNGER, A., LEPS, B., SCHİLLİNG, C., LİNDE, K. 2006. Acupuncture and Acupressure for the Prevention of Chemotherapy-İnduced Nause a Randomised Cross Over Pilot Study. *Support Care Cancer* (14) : 878–882
- MERCADANTE, S., AİELLİ, F., ADİLE1, C., FERRERA1, P., VALLE, A., FUSCO, F., CARUSELLİ, A., CARTONİ, C., MASSİMO, P., MASEDU, F., VALENTİ, M., PORZİO, G. 2015. Prevalence of Oral Mucositis, Dry Mouth, and Dysphagia in Advanced Cancer Patients. *Support Care Cancer* (23): 3249–3255
- MERCİER, J., SAVARD, J., BERNARD, P. 2017. Exercise İnterventions to İmprove Sleep in Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sleep Medicine Reviews*. (36): 43-56
- MİLADİNİA, M., BARAZ, S., RAMEZANİ, M., M. , MALEHİ, A. 2017. The Relationship Between Pain, Fatigue, Sleep Disorders and Quality of Life in Adult Patients With Acute Leukaemia: During The First Year After Diagnosis. *Eur J Cancer Care*. (27): 1-8
- NAGL, K., KOİNİG, K., HOFER, F., STAUDER, R. 2020. Comorbidities Cluster with İmpaired Functional Capacities and Depressive Mood and Predict Adverse Outcome in Older Patients with Hematological Malignancies. [<https://doi.org/10.1080/10428194.2020.1747063>]. Sy. 1-11
- NAVARİ, R., AAPRO, M. 2016. Antiemetic Prophylaxis for Chemotherapy- İnduced Nausea and Vomiting. *N Engl J Med*. (374): 1356-1367

- OERLEMANS, S., MOLS, F., ISSA, D., PRUIJT, J., PETERS, W., LYBEERT, M., ZIJLSTRA, W., COEBERGH, J., POLL-FRANSE, L. 2013. A High Level of Fatigue Among Long-Term Survivors of Non-Hodgkin's Lymphoma: Results From The Longitudinal Population-Based PROFILES Registry in the South of the Netherlands. *Haematologica*. 98 (3): 479-486
- OTTE, J., CARPENTER, J., MANCHANDA, S., RAND, K., TODD C. SKAAR, T., WEAVER, M., CHERNYAK, Y., ZHONG, X., IGEA, C., LANDIS, C. 2015. Systematic Review of Sleep Disorders in Cancer Patients: Can The Prevalence of Sleep Disorders be Ascertained?. *Cancer Medicine*. 4(2): 183-200
- ÖZCAN, Ö. 2018. Kronik Lenfositik Lösemili (KLL) Hastalarda Stat3 Protein ve Il-10 Sitokin Düzeylerinin Araştırılması. İstanbul Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi
- ÖZDELİKARA, A. 2013. Meme Kanseri Hastalarda Refleksolojinin Kemoterapiye Bağlı Bulantı, Kusma ve Yorgunluk Üzerine Etkisi. Atatürk Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi
- ÖZDEMİR, İ. (2013). Aile Yanında Yaşayan Ve Ailesinden Ayrı Yaşayan Üniversite Öğrencilerinin Algılanan Sosyal Destek, Stresle Başa Çıkma Tarzları, Kaygı Düzeyleri Ve Psikolojik Belirtiler Açısından Karşılaştırılması. Hacettepe Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.
- ÖZDEMİR, Ü., TAŞCI, S., KARTIN, P., ÇÜRÜK, G., NEMLİ, A., KARACA, H. 2017. Kemoterapi Alan Bireylerin Fonksiyonel Durumu ve Bakım Verenlerin Yükü. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 4(1): 49-61
- ÖZEL, F., TÜREYEN, A. 2016. Rahatsız Edici Semptomlar Teorisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 32 (2) :107-118
- ÖZKAN, M., AKIN, S. 2017. Kanseri Hastalarda Yorgunluğun Fonksiyonel Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 25(3): 177-192
- ÖZKAYA, B., YÜCE, Z., GÖNENÇ, M., GÜL, A., ALIŞ, H. 2013. Ameliyat Sonrası Erken Dönemde Hastanede Yatan Hastaların Uyku Düzenini Etkileyen Etmenler. *Bakırköy Tıp Dergisi*.(9): 121-125
- ÖZLÜK, A., OYTUN, M., GÜNENÇ, D. 2017. Kanseri İmmünoterapisi. *FNG & Bilim Tıp Transplantasyon Dergisi*. 2(1): 21-23
- ÖZMEN, S., YARALI, N., ÖZTÜRK, E., TUNÇ, B. 2009. Kemoterapinin Tetiklediği Akral Eritem: Vaka Sunumu. *Çocuk Dergisi*. 9(1): 49-51
- ÖZTÜRK, G. 2016. Kronik Lenfositik Lösemi/Küçük Lenfositik Lenfoma, Hodgkin Lenfoma ve Hodgkin Dışı Lenfoma Tanılı Hastalarda Tanı Anındaki ve İzlemedeki Hepatit Serolojilerinin Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi. Tıp Fakültesi. Tıpta Uzmanlık Tezi

- PANDEY, M., SARITA, G., NANDKUMAR DEVÍ, N., THOMAS, B., HUSSAİN, B., KRİSHNAN, R. 2006. Distress, Anxiety, and Depression in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy *Journal of Surgical Oncology*. 4(68): 1-5
- PARİKİH, S. 2018. Chronic Lymphocytic Leukemia Treatment Algorithm. *Blood Cancer Journal*. 8 (93): 1-10
- PATEL, K., PARMAR, S., SHAH, S., SHORE, T., GERĞİS, U., MAYER, S., BESİEN, K. 2016. Comparison of Subcutaneous Versus Intravenous Alemtuzumab for Graft-versus-Host Disease Prophylaxis with Fludarabine/Melphalan Based Conditioning in Matched Unrelated Donor Allogeneic Stem Cell Transplantation. *Biol Blood Marrow Transplant*. (22): 456-461
- PEHLİVAN, S., DOĞAN, D., KAHRAMAN, B., ÖZKALEMKAŞ, F. 2019. Akut Lösemi Hastalarında Alopesinin Beden İmajı ve Benlik Saygısına Etkisi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 45 (2) 173-178
- PINAR, G. 2010. Kanser Tedavisi Alan Hastalarda Cinsel Disfonksiyon ve Danışmanlığa İlişkin Hemşirelik Yaklaşımları. *Gülhane Tıp Derg*. (52): 241-247
- PİLECKYTE, R., JURGUTİS, M., VALCECKIENE, V., STOSKUS, M., GİNEIKIENE, E., SEJONIENE, J., DEGULYS, A., ZVIRBLIS, T., GRISKEVICIUS, L. 2011. Dose-Dense High-Dose Methylprednisolone and Rituximab in the Treatment of Relapsed or Refractory High-Risk Chronic Lymphocytic Leukemia. *Leukemia & Lymphoma*. 52(6): 1055–1065
- PODHORECKA, M., HALICKA, D., AGNIESZKA SZYMCZYK, A., MACHETA, A., CHOCHOLSKA, S., MAREK HUS, M., DARZYNKIEWICZ, Z. 2016. Assessment of Red Blood Cell Distribution Width as A Prognostic Marker in Chronic Lymphocytic Leukemia. *Oncotarget*. 7 (22): 32846-32852
- PORTZ, J., KUTNER, J., BLATCHFORD, P., RİTCHİE, C., 2017. High Symptom Burden and Low Functional Status in the Setting of Multimorbidity. *J Am Geriatr Soc*. (65): 2285–2289
- RAFSANJANI, Z., GHOLAMI, K., M HADJİBABAİE, M., SHAMSHİRİ, A., K ALİMOGHADAM, K., A SARAYANI, A., M MOJTAHEDZADEH, M., DEHAGHİ, M., GHAVAMZADEH, A. 2013. The Efficacy of Selenium in Prevention of Oral Mucositis in Patients Undergoing Hematopoietic SCT: A Randomized Clinical Trial. *Bone Marrow Transplantation*. (48): 832–836
- RAİ, K., JAİN, P. 2016. Chronic Lymphocytic Leukemia (CLL)—Then and now. *American Journal of Hematology*. 91(3): 330-340
- RASSENTİ, L., JAİN, S., KEATING, M., WİERDA, W., GREVER, M., BYRD, J., KAY, N., BROWN, J., GRİBBEN, J., NEUBERG, D., HE, F., GREAVES, A., RAİ, K., KİPPS, T. 2008.

- Relative Value of ZAP-70, CD38, and Immunoglobulin Mutation Status in Predicting Aggressive Disease in Chronic Lymphocytic Leukemia. *Blood*. 112 (5): 1923-1930
- REDAELLI, A., STEPHENS, J.M., BOTTEMAN, M.F., PASHOS, C.L. (2004). The Clinical and Epidemiological Burden of Chronic Lymphocytic Leukaemia. *European Journal of Cancer Care*. (13): 279–287
- REYNOLDS, C., BELLA, N., LYONS, R., HYMAN, W., RICHARDS, D., ROBBINS, G., VELLEK, M., BOEHM, K., ZHAN, F., ASMAR, L. 2012. A Phase III Trial of Fludarabine, Cyclophosphamide, and Rituximab vs. Pentostatin, Cyclophosphamide, and Rituximab in B-Cell Chronic Lymphocytic Leukemia. *Invest New Drugs*. (30): 1232–1240
- RHODES, V., MCDANIEL, R. 2001. Nausea, Vomiting, and Retching: Complex Problems in Palliative Care. *CA Cancer J Clin*. (51) :232-24
- RICHARDSON, A., REAM, E. 1997. Self-Care Behaviours Initiated by Chemotherapy Patients in Response to Fatigue. *International Journal of Nursing Studies*. 34 (1): 35-43
- RICHARDSON, D., WING, S., SCHROEDER, J., FEUERHAKE, I., HOFFMANN, W. 2005. Ionizing Radiation and Chronic Lymphocytic Leukemia. *Environ Health Perspect*. 113 (1): 1–5
- RISCHER, J., SCHERWATH, A., ZANDER, A., KOCH, U., KINDERMANN, F. 2009. Sleep Disturbances and Emotional Distress in The Acute Course of Hematopoietic Stem Cell Transplantation. *Bone Marrow Transplantation*. (44): 121–128
- ROBAK, T., STILGENBAUER, S., TEDESCHI, A. 2017. Front-Line Treatment Of CLL In The Era Of Novel Agents. *Cancer Treatment Reviews*. (53): 70–78
- RODIN, G., YUEN, D., MISCHITELLE, A., MINDEN, M., BRANDWEIN, J., SCHIMMER, A., MARMAR, C., GAGLIESE, L., LO, C., A., ZIMMERMANN, C. 2013. Traumatic Stress in Acute Leukemia. *Psycho-Oncology*. (22): 299–307
- ROZOVSKI, U., HALEVY, I., J. KEATING, M., ESTROV, Z. (2014). Personalized Medicine in CLL: Current Status And Future Perspectives. *Cancer Lett*. 352(1): 4–14.
- SADIRLI, S. 2008. Kanserli Hastalarda Semptom Kontrolünün Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi
- SAĞLIK BAKANLIĞI KANSER İSTATİSTİK RAPORU 2014. [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/2014-RAPOR_uzuunuun.pdf]. (Erişim Tarihi Ağustos 2019)
- SANFORD, M., MCCORMACK, P. 2010. Ofatumumab. *Drugs*. 70 (8): 1013-1019

- SCHOVER, L., KAAIJ, M., DORST, E., CREUTZBERG, C., ERİC HUYGHE, E., KİSERUD, C. 2014. Sexual Dysfunction and Infertility as Late Effects of Cancer Treatment. *E jc Supplements*. (12): 4 1 –5 3
- SERİN, Y., ŞANLIER, N. 2018. Duygusal Yeme, Besin Alımını Etkileyen Faktörler ve Temel Hemşirelik Yaklaşımları. *Psychiatric Nurs*. 9(2): 135-146
- SHİN, Y., KİM, T., SHİN, M., JUON, H. 2004. Effect of Acupressure on Nausea and Vomiting During Chemotherapy Cycle for Korean Postoperative Stomach Cancer Patients. *Cancer Nursing*. 27 (4): 267-274
- SKEEL, R., KHLEİF, S. 2013. Kanser Kemoterapi El Kitabı. Çukurova Nobel Tıp Kitabevi. ‘‘8. Baskı’’. Adana
- SOMOLEJ, L. 2012. The Role of High-Dose Corticosteroids in the Treatment of Chronic Lymphocytic Leukemia. *Drugs*. 21(7): 1009-1017
- SOYSAL, T. 2005. Kronik Lösemiler-I Kronik Lenfoid Lösemiler. *Hematolojik Maligniteler Sempozyum Dizisi*. (45): 181-198
- SOYSAL, T. 2014. Kronik Lenfositik Lösemi Olgularında Tedavi: Genç ve Yaşlı Olgularda Farklı Mı?. 8. Ulusal Kemik İliği Transplantasyonu ve Kök Hücre Tedavileri Kongresi. sy. 9-15
- SPECK, R., DEMİCHELE, A., FARRAR, J., HENNESSY, S., MAO, J., STİNEMAN, M., BARG, F. 2013. Taste Alteration in Breast Cancer Patients Treated with Taxane Chemotherapy: Experience, Effect, and Coping Strategies. *Support Care Cancer* (21): 549–555
- STANCU, A., SMİTH, M., ALMASAN, A. 2015. New Agents for the Treatment of Lymphoid Leukemia and Lymphoma: Focus on Recent FDA Approvals. *PMC*. 2 (1): 1-11
- STOREY, S., GRAY, T., BRYANT, A. 2017. Comorbidity, Physical Function, and Quality of Life in Older Adults with Acute Myeloid Leukemia. *Curr Geri Rep*. (6): 247–254
- SU, N., MAREK, C., FACA, P., CHİNG, V., GRUSHKA, M. 2011. Caries Prevention for Patients with Dry Mouth. *Can Dent Assoc*. 77(85): 1-8
- SÜREN, M., DOĞRU, S., ÖNDER, Y., YILDIZ ÇELTEK, N., OKAN, İ., ÇİTİL, R., KARAMAN, S., BAŞOL, N. 2015. Son Dönem Kanser Hastalarında Semptom Kümelerinin İncelenmesi. *Ağrı*. 27(1):12-17
- ŞIRA, F. 2007. Kemoterapi Alan Onkoloji Hastalarında Semptomların Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi

- TACK, J., MULLER-LISSNER, S., STANGHELLINI, V., BOECKXSTAENS, G., KAMM, M., SIMREN, M., GALMICHE, J., FRIED, M. 2011. Diagnosis and Treatment of Chronic Constipation A European Perspective. *Neurogastroenterol Motil.* (23): sy. 697–710
- TALEGHANI, F., YEKTA, Z., NASRABADI, A. 2006. Coping With Breast Cancer in Newly Diagnosed Iranian Women. *Journal of Advanced Nursing.* 54(3): 265–273
- TAM, S., KEATING, M. 2007. Chemoimmunotherapy of Chronic Lymphocytic Leukemia. *Research Clinical Haematology.* 20 (3): 479–498
- TEKİN, N. 2018. Palyatif Bakım Biriminde İzlenen Hastalarda Semptom Kontrolünün Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği. Tıpta Uzmanlık Tezi
- TEMEL, M. 2015. Sitotoksik Kemoterapötiklerin Yirminci Yüzyıldaki Gelişimi. *Türk Onkoloji Dergisi* 30(2): 96-108
- TERZİOĞLU, F., ALAN, H. 2015. Jinekolojik Kanser Tedavisi Sırasında Yaşanan Psikolojik Sorunların Kadının Cinsel Yaşamına Etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 18 (2): 140-147
- THOİTS, P. (2011). Mechanisms Linking Social Ties and Support to Physical and Mental Health. *Journal of Health and Social Behavior* 52(2): 145– 161
- TOP, F. 2014. Kronik Lenfositik Lösemi(KLL) Hastalarında Nötrofil Jelatinaz İlişkili Lipokalin (Ngal) ve Oksidatif Stres Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi. Tıp Fakültesi. Tıpta Uzmanlık Tezi
- TUNÇİL, E. 2018. Kırmızıbiber Tüketiminin Enerji Harcanması, Yağ Oksidasyonu ve İştah Üzerine Akut Etkilerinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi
- TURGUT, E. 2018. Kronik Lenfositik Lösemi Hastalarının Genel Klinik Özellikleri Ve Tedavi Yanıtlarının Değerlendirilmesi. Van Yü Üniversitesi. Tıp Fakültesi. Tıpta Uzmanlık Tezi
- TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU (TÜİK) RAPORU 2018. [<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30626>]. (Erişim Tarihi 15 Eylül 2019)
- UĞUR, Ö. 2014. Kanser Hastasının Semptom Yönetimi. *Türk Onkoloji Dergisi.* 29(3): 125-135
- UMAY, A. 2016. Kronik Lenfositik Lösemide (KLL) Metilentetrahidrofolat Redüktaz (MTHFR) Enziminin Gen Polimorfizmlerinin Araştırılması. Çukurova Üniversitesi. Fen Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi

- USTA, Y. (2012). Importance of Social Support in Cancer Patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. (13): 3569-3572
- UZ, B., TÜRKAY, C., BAVBEK, N., IŞIK, A., ERBAYRAK, M., UYAR, M. 2006. Konstipasyon Saptanan Olgularımızın Değerlendirilmesi. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*. 5 (1): 56-59
- ÜLGER, E., ALACACIOĞLU, A., GÜLSEREN, A., ZENCİR, G., DEMİR, L., TARHAN, M. 2014. Kanserde Psikososyal Sorunlar ve Psikososyal Onkolojinin Önemi. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 28 (2): 85 – 92
- ÜSTÜNDAĞ, S. 2013. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Semptom Yönetiminde Kullandıkları Tamamlayıcı Tedavi Yaklaşımlarının Yaşam Kalitesine Etkisi. Ankara Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi
- VARGHESE, A., HOWARD, D., POCOCK, C., RAWSTRON, A., FOLLOWS, G., MCCARTHY, H., DEARDEN, C., FEGAN, C., MİLLİGAN, D., SMİTH, A., WALTER GREGORY, W., HİLLMEN, P. 2017. Eradication of Minimal Residual Disease Improves Overall and Progression-Free Survival in Patients with Chronic Lymphocytic Leukaemia, Evidence From NCRN CLL207: A Phase II Trial Assessing Alemtuzumab Consolidation. *British Journal of Haematology*. (176): 573–582
- VİLLA, A., SİLVİO, C., ABATİ, S. 2015. Diagnosis and Management of Xerostomia and Hyposalivation. *Therapeutics and Clinical Risk Management*. (11): sy. 45–51
- VO, A., WECHSLERA, E., WANGA, J., PENG, A., TOYODAB, M., LUKOVSKYA, M., REİNSMOENC, N., JORDANA, S. 2008. Analysis of Subcutaneous (SQ) Alemtuzumab Induction Therapy in Highly Sensitized Patients Desensitized With IVIG and Rituximab. *American Journal of Transplantation*. (8): 144–149
- VURAL, F. 2011. Kronik Lenfositik Lösemide Tedavi. XXXVII. *Ulusal Hematoloji Kongresi*. sy. 93-97
- WHİTE, K., AGAR, M., CURROW, D. 2019. Assessing the Exertion Required to Induce Breathlessness in a Population with Advanced Cancer: Matching Measures To The Level Of Physical Function. *BMC Palliative Care*. 18 (4): 1-6
- WOLACH, O., SHPİLBERG, O., LAHAV, M. 2012. Neutropenia After Rituximab Treatment: New Insights on A Late Complication. *Curr Opin Hematol*. 19(1) :32–38
- YAYLA, E. 2017. Mukozite Yönelik Kanıtı Dayalı Uygulamalar. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 14 (3): 223-227
- YENİHAYAT, F. (2008). Yetişkin Lösemili Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek ile Stres Düzeyleri Arasındaki İlişki. Haliç Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi

- YEO, S., Yİ, K., KİM, C., LEE, J., YOUN, S., SUH, S., CHUNG, S. 2019. Cancer-Related Dysfunctional Beliefs About Sleep May Influence Insomnia of Cancer Patients Regardless of Depressive Symptoms. *Sleep Med Res.* 10(1): 31-35
- YEŞİLBALKAN, Ö., AKYOL, A., ÇETİNKAYA, Y., ALTIN, T., ÜNLÜ, D. 2005. Kemoterapi Alan Hastaların Tedaviye Bağlı Yaşadıkları Semptomlar ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 21 (1): 13-31
- YEŞİLOT, S., ÖZ, F. 2017. Kanser Hastalarının Hemşirenin Varlığını Algılamaları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi.* 8(3): 150-156
- YILDIRIM, D., CAN, G. 2019. Opioid İlaç Kullanan Hastalarda Gelişen Konstipasyonun Yönetimi. *Balıkesir Sağlık Bil Derg.* 8 (1): 27-32
- YILDIRIM, Y., TOKEM, Y., BOZKURT, N., FADİLOĞLU, Ç., UYAR, M., USLU, R. 2011. Reliability and Validity of the Turkish Version of the Memorial Symptom Assessment Scale in Cancer Patients. *Asian Pacific J Cancer Prev.*(12): 3389-3396
- YILDIZ, N. 2015. Hematolojik Maligniteli Hastalarda Hastalık Algısını Etkileyen Faktörler. Haliç Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi
- YILMAZ, S., BAL, M., BEJİ, N., ARVAS, M. 2015. Ways of Coping With Stress and Perceived Social Support in Gynecologic Cancer Patients. *Cancer Nursing TM.* 38 (2): 57-62

EKLER

- EK 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu
- EK 2. Hasta Tanılama Formu
- EK 3. Karnofsky Performans Skalası (KPS)
- EK 4. Memorial Semptom Tanılama Skalası (MSTS)
- EK 5. Semptomlarla Başetme Uygulamaları Formu
- EK 6. Kurum İzni
- EK 7. Etik Kurul Kararı
- EK 8. MSTS Ölçek İzni
- EK 9. Özgeçmiş

EK 1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırmanın Amacı: Kronik Lenfositik Lösemili hastalarda semptom şiddeti ve semptom yönetimini değerlendirmektir.

Araştırmada İzlenecek Yöntem:

Bu çalışma tanımlayıcı, bir çalışma olarak planlanmaktadır. Araştırmanın örneklemini Haziran 2019 ile Kasım 2019 tarihleri arasında Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hematoloji Polikliniğine kontrol amacıyla gelen Kronik Lenfositik Lösemi tanısı almış olan hastalardan araştırmaya katılmayı kabul eden 18 yaş ve üzerindeki gönüllü hastalar oluşturacaktır. Bu çalışmanın amacı ‘‘Kronik Lenfositik Lösemili Hastalarda Semptom Şiddeti ve Semptom Yönetimini değerlendirmektir.’’ Bu amaçla size hastalık, tedavi süreci, belirtilerin şiddeti ve belirtilere yönelik aldığınız önlemleri değerlendirmek amacıyla bazı sorular (Hasta Tanılama Formu, Memorial Semptom Tanılama Skalası, Karnofsky Performans Skalası) yöneltilecektir. Soruların yanıtlanmasının yüz yüze görüşme yöntemi ile yaklaşık 30 dakika sürmesi öngörülmektedir.

Alternatif Tedavi veya Girişimler: Araştırma süresince herhangi bir alternatif tedavi veya girişim uygulanmayacaktır.

Araştırma Sırasında Karşılaşılabilecek Riskler: Yapılacak olan bu araştırmada araştırma kapsamına alınacak olan çalışmaya katılmaya istekli gönüllülerin araştırma sırasında karşılaşılabileceği herhangi bir risk bulunmamaktadır.

Araştırma İlacının Olası Yan Etkileri: Araştırma girişimsel olmayan tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanmaktadır. Bu çalışmada herhangi bir ilaç kullanılmayacağından olası yan etki mevcut değildir.

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilecek Kişi Adı / Soyadı / Telefonu:

Müge ÇAKIR 0541 200 32 47

Bu araştırmaya katılmanız tamamen gizli tutulacaktır. Sizin araştırmaya katılmanıza ilişkin bilgisi olan tek kişi araştırmacınız olacaktır. Verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır. Bununla birlikte yetkili kurumların müfettişleri araştırmanın geçerli yasalar ve sağlık makamları mevzuatına uygun olarak yürütülmesini garantilemek üzere araştırmaya ilişkin kayıtlarınızı incelemekle yükümlü olabilirler. Kayıtlarınızdaki bilgiler sadece bu araştırma amacıyla ve bu araştırmayı izleyen yayımlar için kullanılacaktır. Her durumda kimliğiniz saklanacaktır. Her durumda

kimliğiniz diğer amaçlar için kullanılmayacak veya üçüncü şahıslara açıklanmayacaktır. İşlemler için sizden ücret alınmayacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

EK 3. KARNOFSKY PERFORMANS SKALASI

SKOR	HASTANIN PERFORMANSI
100	Normal; yakınması yok, hastalığa ait belirti yok
90	Normal aktivitesini sürdürebilir; minör belirtiler var
80	Gayret ile normal aktivitesini sürdürebilir; bir miktar hastalık belirtisi var
70	Kendine bakabilir; normal aktivitesini sürdüremez
60	Bazen yardım gerektirir; birçok ihtiyacını karşılayabilir
50	Önemli ölçüde yardım ve sık bakım gerektirir
40	Debilite; özel bakım ve yardım gerektirir
30	Ciddi debilite; hastanededir, yakın zamanda ölüm beklenmez
20	Çok hasta; aktif destekleyici tedaviye ihtiyaç duyar
10	Fatal süreçler hızla gelişmektedir.
0	Ölüm

EK 4. MEMORIAL SEMPTOM TANILAMA SKALASI (MSTS)

MEMORIAL SEMPTOM TANILAMA SKALASI														
Tarih:														
Bölüm I														
Açıklama: Aşağıda sıralanmış 24 semptom bulunmaktadır. Her birini dikkatlice okuyun. Eğer geçen hafta boyunca semptom yaşadığınız, bu semptomu NE SIKLIKTA yaşadığınızı, genellikle ne kadar ŞİDDETLİ olduğunu ve bu semptomun size NE KADAR SIKINTI VERDİĞİNİ veya NE KADAR CANINIZI SIKTIĞINI uygun sayıyı yuvarlak içine alarak belirtiniz. Eğer hiç semptom yaşamadıysanız "SEMPTOM YAŞAMADIM" sütununa "X" işareti koyunuz.														
GEÇEN HAFTA BOYUNCA	Y A Ş A M A D I M	EĞER EVET İSE NE SIKLIKTA yaşadınız?				EĞER EVET İSE Genellikle ne kadar ŞİDDETLİ idi?				EĞER EVET İSE Size ne kadar SIKINTI VERDİ?				
		Çok Nadiren	Bazen (Arada sırada)	Sık sık	Neredeyse sürekli	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok Şiddetli	Hiç	Bir Parça (Biraz)	Oldukça	Biraz fazla	Çok fazla
Dikkati toplamada zorluk		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Ağrı		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Halsizlik yada enerji kaybı		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Öksürük		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kendini sınırlı hissetme		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Ağız kuruluğu		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Bulantı		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kendini uyuklu yada sersemlemiş gibi hissetme		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
El veya ayaklarda uyuşukluk/karınca lanma		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Uyumada zorluk		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Şişkinlik hissi		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
İdrar yapmada zorluk		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kusma		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Nefes darlığı		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
İshal		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kendini üzgün hissetme		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4

EK 4. MSTs (Devam)

Nefes darlığı		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
İshal		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kendini üzgün hissetme		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Terleme		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Endişelenme		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Cinsel istek veya aktivite ile ilgili sorunlar		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kaşıntı		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
İştahsızlık		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Baş dönmesi		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Yutma güçlüğü		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Hassas olma/hissetme		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4

Bölüm 2:

Yönerge: Aşağıda sıralanmış 8 semptom bulunmaktadır. Her birini dikkatlice okuyun. Eğer geçen hafta boyunca semptom yaşadığınız, bu semptomu genellikle ne kadar **ŞİDDETLİ** olduğunu ve bu semptomun size **NE KADAR SIKINTI VERDİ** veya **NE KADAR CANINIZI SIKTIĞINI** uygun sayıyı yuvarlak içine alarak belirtiniz. Eğer hiç semptom yaşamadıysanız “SEMPATOM YAŞAMADIM” sütununa “X” işareti koyunuz.

GEÇEN HAFTA BOYUNCA	Y A Ş A M A D I M	EGER EVET İSE Genellikle ne kadar ŞİDDETLİ idi?				EGER EVET İSE Sizi ne kadar SIKINTI VERDİ?				
		Hafif	Orta	Şiddetli	Çok Şiddetli	Hiç	Bir Parça (Biraz)	Oldukça	Biraz fazla	Çok fazla
Aşağıdaki semptomlardan herhangi birini yaşadınız mı?										
Ağız yaraları		1	2	3	4	0	1	2	3	4
Yiyeceklerin tadını almada değişiklik		1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kilo kaybı		1	2	3	4	0	1	2	3	4
Saç dökülmesi		1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kabızlık		1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kol veya bacaklarda şişlik		1	2	3	4	0	1	2	3	4
Ben kendimi sevmiyorum		1	2	3	4	0	1	2	3	4
Deride değişiklikler		1	2	3	4	0	1	2	3	4
GEÇEN HAFTA BOYUNCA HERHANGİ BAŞKA BİR SEMPTOM YAŞADIYSANIZ, LÜTFEN AŞAĞIYA YAZINIZ VE BU SEMPTOMUN SİZİ NE KADAR SIKINTI VERDİĞİNİ İŞARETLEYİNİZ.										
Diğer:						0	1	2	3	4
Diğer:						0	1	2	3	4
Diğer:						0	1	2	3	4

EK 5. SEMPTOMLARLA BAŞETME UYGULAMALARI FORMU

BÖLÜM 1	
SEMPTOMLAR	ALINAN ÖNLEMLER
Dikkati toplamada zorluk	
Ağrı	
Halsizlik ya da enerji kaybı	
Öksürük	
Kendini sınırlı hissetme	
Ağız kuruluğu	
Bulantı	
Kendini uykulu ya da sersemlemiş gibi hissetme	
El veya ayaklarda uyuşukluk/karıncaalanma	
Uyumada zorluk	
Şişkinlik hissi	
İdrar yapmada zorluk	
Kusma	
Nefes darlığı	
İshal	
Kendini üzgün hissetme	
Terleme	
Endişelenme	
Cinsel istek veya aktivite ile ilgili sorunlar	
Kaşıntı	
İştahsızlık	
Baş dönmesi	
Yutma güçlüğü	
Hassas olma/ hissetme	
BÖLÜM 2	ALINAN ÖNLEMLER
Ağız yaraları	
Yiyeceklerin tadını almada değişiklik	
Kilo kaybı	
Saç dökülmesi	
Kabızlık	
Kol veya bacaklarda şişlik	
Ben kendimi sevmiyorum	
Deride değişiklikler	
Diğer Semptomlar	
Diğer	

EK 6. KURUM İZİNİ**NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ARAŞTIRMA VE
UYGULAMA MERKEZ MÜDÜRLÜĞÜNE**

Sorumlu yürütücüsü olduğum “Kronik Lenfositik Lösemili Hastalarda Semptom Şiddeti ve Semptom Yönetimi” isimli çalışma Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’na sunulacaktır.

Bu araştırmanın merkezinizde yapılabilmesi için gereken iznin verilmesini arz ederim.

17.05.2019

Dr. Öğretim Üyesi Zeynep TOSUN
Sorumlu Yürütücü
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim dalı

T.C. ÜNİVERSİTESİ
NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Prof. Dr. Erdem GÜZELİN
Merkez Müdürü

Adı Soyadı
Merkez Müdürü

EK 7. ETİK KURUL KARARI

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BASVURU BİLGİLERİ	Araştırmanın Açık Adı	Kronik Lenfositik Lösemili Hastalarda Semptom Şiddeti ve Semptom Yönetimi			Tarih:	30.05.2019	
	Koordinator/Sorumlu Araştırmacı Unvanı/Adı/Soyadı/ Uzmanlık Alanı/ Bulunduğu Merkezi	Dr. Öğr. Üyesi Zeynep KURTULUŞ TOSUN / Hemşirelik / Tekirdağ Namik Kemal Üniversitesi SYO			Protokol No:	2019.102.06.23	
	Araştırmanın Türü, Destekleyicisi Ve Merkezleri	Türü	Prospektif	<input checked="" type="checkbox"/>	Merkezleri	Tek Merkezli	<input checked="" type="checkbox"/>
			Retrospektif	<input type="checkbox"/>		Çok Merkezli	<input type="checkbox"/>
KARAR BİLGİLERİ	Destekleyicisi ve Bütçesi	DİĞER İSE BELİRTİNİZ:					
		TÜBİTAK	<input type="checkbox"/>				
		TNKÜ BAP	<input type="checkbox"/>				
		Araştırmacı	<input type="checkbox"/>	30 ₺			
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmann/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, araştırmann/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının oy birliği ile karar verilmiştir.							

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Ebru YEŞİLDAĞ	Çocuk Cerrahisi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. M. Metin DONMA	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ali Rıza KIZILER	Biyofizik	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Yakup ALBAYRAK	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Aliye ÇELİKKOL	Tıbbi Biyokimya	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Berna ERDAL	Tıbbi Mikrobiyoloji	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Birol TOPÇU	Biyostatistik	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Demet ÖZKARAMANLI GÜR	Kardiyoloji	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Ümit ÇETİN	Ortopedi ve Travmatoloji	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Sonat Pınar KARA	İç Hastalıkları	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Ufuk COŞKUNKAN	Genel Cerrahi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Zeynep KURTULUŞ TOSUN	İç Hastalıkları Hemşireliği	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ebru YEŞİLDAĞ
İmza:

Bilgi İçin: Engin Deniz RENÇBER
Dahili: (0282) 250 59 04
e- nosta: edrencher@nku.edu.tr

EK 8. MSTs ÖLÇEK İZİNİ**Re: ÖLÇEK İZİNİ**

Yasemin Yıldırım <yaseminkyildirim@hotmail.com>

30.04.2019 Sal 01:23

Kime:

- müge çakır <mugecakir59@hotmail.com>

Merhaba Müge,

Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği'ni ve çalışmayı ekte gönderiyorum.

Tez çalışmada başarılar dilerim.

Prof. Dr. Yasemin YILDIRIM

From: müge çakır <mugecakir59@hotmail.com>

Sent: Tuesday, April 30, 2019 10:49 AM

To: yaseminkyildirim@hotmail.com

Subject: ÖLÇEK İZİNİ

EK 9. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı – Soyadı : Müge ÇAKIR
Doğum Tarihi : 01.03.1995
Doğum Yeri : Tekirdağ
Telefon : 0541 200 32 47
e- mail : mugecakir59@hotmail.com

Eğitim Düzeyi

Öğrenim	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	Devam Ediyor
Lisans	Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2013-2017
Lise	Tekirdağ Anadolu Lisesi	2009-2013

İş Deneyimi

Kurum	Görevi	Süre
Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi	Hemşire	2018- halen

Bilgisayar Bilgisi

Program	Seviye
Mikrosoft Office (Word, Excel, Power Point)	İyi

Yabancı Dil

Dil	Seviye
İngilizce	Upper- İntermediate (B2) (Yökdil, 75 puan)