

KADER ÇALIŞKAN

**İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL-2019



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMATOPOETİK KÖK HÜCRE NAKLİ YAPILAN HASTALARIN
TABURCULUK SONRASINDA EVDE YAŞADIKLARI SEMPTOMLAR VE
BAŞ ETME DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ

KADER ÇALIŞKAN

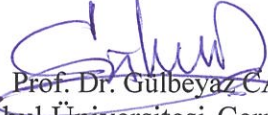
DANIŞMAN
PROF. DR. GÜLBEBEYAZ CAN

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

İSTANBUL-2019

Bu çalışma 26.06.2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından İç Hastalıkları Hemşireliğı Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliğı Tezli Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ



Prof. Dr. Gülbeyaz CAN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi



Prof. Dr. Nuray ENÇ
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

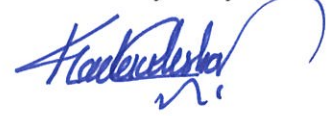


Prof. Dr. Vesile ÜNVER
Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi
Sağık Bilimleri Fakültesi

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

KADER ÇALIŞKAN



İTHAF

Bu çalışmayı her zaman yanımda olan, hayatımın her döneminde benden ve ailemden hiçbir desteğini esirgemeyen canım ablam Asuman ÇALIŞKAN'a ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Eğitim hayatımın en önemli parçalarından biri olan bu tez çalışması yüksek lisans dönemimin en önemli çalışmalarından biridir. Eminim ki hayat yolculuğunda hiç kimse yalnız yürüemez ve bana inanan, beni destekleyen insanlar olmaksızın ben de bu çalışmayı tamamlayamazdım.

Öncelikle, tez süresince beni destekleyen, değerli bilgilerini benimle paylaşan, beni sürekli motive eden ve yönlendiren çok değerli hocam **Prof. Dr. Gülbeyaz CAN**'a sonsuz teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım. Ayrıca eğitim hayatım süresince beni destekleyen başta **Prof. Dr. Nuray ENÇ** olmak üzere tüm İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'ndaki bölüm hocalarıma teşekkür ederim.

Tez çalışmamı yürütürken yardım ve desteklerini benden esirgemeyen arkadaşlarım; **Vildan KOCATEPE**, **Metin ÖZDOĞAN**, **Ayten ÇELEBİ** ve **Esra BAYRAK**'a ayrıca teşekkür ederim.

Çalışmam boyunca desteklerini benden esirgemeyen Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Direktörlüğü ve çalışmama katılım sağlayan değerli hematoloji hastalarına ayrıca teşekkür ederim.

Son olarak, tüm hayatım boyunca beni sürekli destekleyen, güvenini benden esirgemeyen sonsuz sevgi ve sabırla beni cesaretlendiren aileme minnet ve sevgimi bu çalışmayla birlikte tekrar sunmak isterim.

Kader ÇALIŞKAN

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN	İİİ
İTHAF	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ	Vİİİ
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	X
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	Xİ
ÖZET.....	Xİİİ
ABSTRACT.....	XİV
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Hematopoetik Kök Hücre Transplantasyonu	3
2.1.1. Tarihçesi ve Tanımı	3
2.1.2. Endikasyonları	6
2.1.3. Nakil Türleri	8
2.1.4. Donör Seçimi	10
2.1.5. Hazırlık Rejimleri	12
2.1.6. Nakil Süreci	16
2.1.7. Komplikasyonlar.....	17
2.1.7.1. Enfeksiyon	20
2.1.7.2. Graft Versus Host Hastalığı.....	23
2.1.7.3. Halsizlik-Yorgunluk.....	24
2.1.7.4. Veno-Okluziv Hastalık.....	25
2.1.7.5. Hemorajik Sistit	25
2.1.7.6. Gastrointestinal Sistem Komplikasyonları	26
2.1.7.7. Endişe-Sinirlilik-Huzursuzluk	28
2.1.8. Hematopoetik Kök Hücre Transplantasyonu ve Yaşam Kalitesi	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	32
3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı.....	32
3.2. Araştırma Soruları	32

3.3. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	33
3.4. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları	33
3.5. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri.....	33
3.6. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	34
3.7. Verilerin Toplanması	34
3.8. Veri Toplama Araçları.....	35
4. BULGULAR.....	43
4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri.....	43
4.2. Hastaların Nakil Sürecine İlişkin Özellikleri	46
4.3. Hastalar Tarafından Sık Bildirilen Şikayetler	48
4.4. Nakil ile İlişkili Yaşam Kalitesi	51
4.5. Nakil ile İlişkili Semptomlar ile Baş Etme	53
4.6. Sosyo-Demografik Özelliklerin ve Nakil Sürecinin Yaşam Kalitesine Etkisi	66
4.7. Nakil İlişkili Semptomların Yaşam Kalitesi ile İlişkisi	87
5. TARTIŞMA	90
SONUÇLAR.....	101
ÖNERİLER.....	103
KAYNAKLAR	104
FORMLAR	114
ETİK KURUL KARARI	130
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	131
ÖZGEÇMİŞ	132

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: Kök Hücre Kaynakları ve Özellikleri.....	3
Tablo 2-2: Hematopoetik Kök Hücrelerin Klinik Uygulanma Alanları.....	5
Tablo 2-3: Hematopoetik Kök Hücre Transplantasyonu Komorbidite Skoru.....	7
Tablo 2-4: Hematopoetik Kök Hücre Transplantasyonu Destekli Yüksek Doz Kemoterapi Adayı Yetişkin Hastalar için İdeal Seçim Kriterleri	8
Tablo 2-5: MA, NMA ve RIC Tedavilerinden Sık Kullanılan Örnekler	15
Tablo 2-6: Akut Graft Versus Host Hastalığı Evrelemesi.....	23
Tablo 2-7: Venö-Oklüziv Hastalık Gelişimi ile İlgili Risk Faktörleri	25
Tablo 2-8: Hemorajik Sistitin Klinik Evrelemesi	26
Tablo 3-1: Nakil Sonrası Yaşam Kalitesi (n=200) (Cronbach Alpha).....	38
Tablo 3-2: Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutları için Güvenilirlik.....	39
Tablo 3-3: Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutlarının Korelasyonu (n=200)	39
Tablo 3-4: Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Cronbach Alpha Değerleri.....	40
Tablo 3-5: Puanlama: EORTC QLQ C-30 Versiyon 3.0	41
Tablo 4-1: Hastaların Kişisel Özelliklere İlişkin Dağılımı (n=200)	44
Tablo 4-2: Hastaların Hastalık Özelliklerine İlişkin Dağılımı (n=200)	47
Tablo 4-3: Hematopoetik Kök Hücre Nakli ile İlişkili Semptom İnsidansı (n=200).....	49
Tablo 4-4: Nakli ile İlişkili Semptomların Sıklığı, Şiddeti ve Hastayı Rahatsız Etme Derecesi (n=200).....	50
Tablo 4-5: MSAS ve Yaşam Kalitesi Ölçeğine Ait İstatistikler (n=200).....	52
Tablo 4-6: Bulantı ve Kusmanın Yönetiminde Kullanılan Yaklaşımlar	53
Tablo 4-7: Halsizlik / Yorgunluğun Yönetiminde Kullanılan Yaklaşımlar	54
Tablo 4-8: Ateşin Yönetiminde Kullanılan Yaklaşımlar	55
Tablo 4-9: Ağız Yarasının Yönetiminde Kullanılan Yaklaşımlar	56
Tablo 4-10: Yutma Güçlüğü'nün Yönetiminde Kullanılan Yaklaşımlar	57
Tablo 4-11: İshalin Yönetiminde Kullanılan Yaklaşımlar	58
Tablo 4-12: İştahsızlığın Yönetiminde Kullanılan Yaklaşımlar	59
Tablo 4-13: Kabızlığın Yönetiminde Kullanılan Yaklaşımlar	60
Tablo 4-14: Tat ve Koku Değişikliklerinin Yönetiminde Kullanılan Yaklaşımlar	61

Tablo 4-15: Uykusuzluk / Uyumada Zorlanmanın Yönetiminde Kullanılan Yaklaşımlar	62
Tablo 4-16: Kilo Kaybının Yönetiminde Kullanılan Yaklaşımlar	63
Tablo 4-17: Cilt Değişikliklerinin Yönetiminde Kullanılan Yaklaşımlar	64
Tablo 4-18: Endişe / Sinirlilik / Huzursuzluk Yönetiminde Kullanılan Yaklaşımlar	65
Tablo 4-19: Yaşın Yaşam Kalitesine Etkisi	66
Tablo 4-20: Beden Kitle İndeksinin Yaşam Kalitesine Etkisi	67
Tablo 4-21: Cinsiyetin Yaşam Kalitesine Etkisi	69
Tablo 4-22: Klinik Tanının Yaşam Kalitesine Etkisi	70
Tablo 4-23: Nakil Türünün Yaşam Kalitesine Etkisi	71
Tablo 4-24: Medeni Durumun Yaşam Kalitesine Etkisi	72
Tablo 4-25: Mesleğin Yaşam Kalitesine Etkisi	74
Tablo 4-26: Eğitim Durumunun Yaşam Kalitesine Etkisi	75
Tablo 4-27: Aile Tipinin Yaşam Kalitesine Etkisi	76
Tablo 4-28: Destek Veren Kişinin Yaşam Kalitesine Etkisi	78
Tablo 4-29: Gelir Düzeyinin Yaşam Kalitesine Etkisi	79
Tablo 4-30: Kronik Hastalık Varlığının Yaşam Kalitesine Etkisi	80
Tablo 4-31: Kontrol Sıklığının Yaşam Kalitesine Etkisi	81
Tablo 4-32: Hastalık Değerlendirmesinin Yaşam Kalitesine Etkisi	83
Tablo 4-33: Taburculuk Sonrası Tekrar Hastaneye Yatışın Yaşam Kalitesine Etkisi	84
Tablo 4-34: Taburculuk Sonrası Zorlanmanın Yaşam Kalitesine Etkisi	85
Tablo 4-35: Son 1 Yıldaki Sağlık Algılama Durumunun Yaşam Kalitesine Etkisi	86
Tablo 4-36: Taburculuk Sonrası Yaşanan Toplam Sorun Sayısının Yaşam Kalitesine Etkisi	87
Tablo 4-38: Memorial Semptom Değerlendirme ve Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Alt Boyutlarının Korelasyon Tablosu	89

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: Periferik kan hücrelerinin gelişimi.....	4
Şekil 2-2: Doz yoğunluklarına göre hazırlama rejimleri.....	13
Şekil 2-3: Hazırlık rejimleri; pansitopeni süresi ve kök hücre desteği gerekliliği sınıflandırması.....	14
Şekil 2-4: Hematopoetik kök hücre transplantasyonu sonrası farklı geç yan etkilerin görülme zamanı.....	19
Şekil 2-5: Hematopoetik kök hücre transplantasyonu öncesi ve sonrası yaklaşık immün hücre sayıları.....	21
Şekil 2-6: Hematopoetik kök hücre transplantasyonu sonrası fırsatçı enfeksiyonların ortaya çıkış zamanı.....	22
Şekil 2-7: Allojenik hematopoetik kök hücre transplantasyonunda yaşam kalitesi.....	30
Şekil 2-8: Hematopoetik kök hücre transplantasyonunda değerlendirilen yaşam kalitesinin temel boyutları ve unsurları.....	31

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ALL	: Akut Lenfoblastik Lösemi
ALT	: Alanin Aminotransferaz
AML	: Akut Myeloid Lösemi
AST	: Aspartat Aminotransferaz
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
Bu / Cy	: Busulfan / Siklofosfamid
Bu / Flu / ATG	: Busulfan / Fludarabin / Antitimosit Globulin
CD	: Cluster of Differentiation
CMV	: Sitomegalovirüs
DLCO	: Karbon Monoksit Difüzyon Kapasitesi
DMSO	: Dimetil Sülfoksit
EBV	: Epstein-Barr Virüs
ECOG	: Eastern Cooperative Oncology Group
EORTC-QLQ-C30	: Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği
Flu-TBI	: Fludarabin - Total Body Radiotherapy
Flu-TT	: Fludarabin - Thiotepa
Flu-Cy	: Fludarabin, Siklofosfamid
Flu	: Fludarabin
G-CSF	: Granulocyte-Colony Stimulating Factor
GİS	: Gastrointestinal Sistem
GVHH	: Graft Versus Host Hastalığı
HES	: Hidroksietil Starch
HKH	: Hematopoetik Kök Hücre
HKHT	: Hematopoetik Kök Hücre Transplantasyonu
HL	: Hodgkin Lenfoma
HLA	: Human Leukocyte Antigens
HSV	: Herpes Simpleks Virüs
Kİ	: Kemik İliği
KLL	: Kronik Lenfositik Lösemi
KML	: Kronik Myeloid Lösemi

KT	: Kemoterapi
MA	: Myeloablatif Rejimler
MAC	: Myeloablative Conditioning
MDS	: Myelodisplastik Sendrom
Mel	: Melfalan
MF	: Melfalan, Fludarabin
MI	: Miyokard İnfarktüsü
MM	: Multiple Myelom
MSAS	: Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği
MSAS-GDI	: Global Distres İndeks
MSAS-PHYS	: Fiziksel Semptom Alt Skoru
MSAS-PSYCH	: Psikolojik Semptom Alt Skoru
NHL	: Non-Hodgkin Lenfoma
NK	: Natural Killer
NMA	: Non-myeloablatif Rejimler
PPD	: Purified Protein Derivative
RIC	: İndirgenmiş Yoğunluklu Hazırlık Rejimi
RT	: Radyoterapi
SPSS	: Statistical Package For Social Sciences
TBI / Cy	: Total Body Radiotherapy / Siklofosfamid
TLI	: Total Lenfoid Işınlama
TMSAS	: Total Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği Puanı
TT-Cy	: Thiotepa – Siklofosfamid
TVI	: Total Vücut Işınlaması
ULN	: Upper Limit of Normal
VOD	: Veno-Occlusive Disease (Veno-Okluziv Hastalık)
VZV	: Varisella Zoster Virüs

ÖZET

Çalışkan, K. (2019). Hematopoetik Kök Hücre Nakli Yapılan Hastaların Taburculuk Sonrasında Evde Yaşadıkları Semptomlar ve Baş Etme Davranışlarının Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışma; hematopoetik kök hücre transplantasyonu (HKHT) uygulanan hastalarda taburculuk sonrası erken dönemde evde yaşanan semptomların ve bu semptomları etkileyen değişkenlerin belirlenmesi, semptomların yönetimi konusunda hastaların kullandığı baş etme davranışlarının saptanması ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla yapıldı. Çalışmaya Ekim 2017-Kasım 2018 tarihleri arasında Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi'nde hematopoetik kök hücre transplantasyonu yapıp taburcu olan, hematoloji polikliniğinde ayakta takibi devam 200 hasta dahil edildi. Çalışmanın verileri, araştırmacı tarafından oluşturulan Hasta Tanım ve Görüşme Formu, Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği ve Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak toplandı. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde Mann Whitney U testi, Kolmogorov-Smirnov testi ve Kruskal-Wallis testi kullanıldı. Örneklemi; büyük bir çoğunluğu evli (%82) ve yaş ortalaması yaklaşık 51 olan, %39'u (n=78) bayan, %61'i (n=122) erkek hastalar oluşturdu. Araştırma kapsamına alınan hastaların HKHT ardından taburcu olduktan sonra en sık yaşadıkları üç semptomun; ağrı (%63), halsizlik (%48), iştahsızlık (%43) olduğu tespit edildi. Cinsiyet, klinik tanı, nakil türü, meslek, eğitim durumu, taburculuk sonrası tekrar hastaneye yatış durumu, aile tipi, destek veren kişi, gelir düzeyi, eşlik eden kronik hastalık varlığı ve yaşanan sorun sayısının yaşam kalitesi ile semptomlara etkisi incelendiğinde; hastaların tedaviye ilişkin semptom deneyimi ve yaşam kalitesinin birçok alt boyutunda önemli değişken oldukları ($p<0,05$) saptandı.

Sonuç olarak hastaların HKHT sonrası farklı düzeyde ve sıklıkta çeşitli semptomlar yaşadıkları, yaşam kalitelerinin birçok boyutunun farklı düzeyde etkilendiği, hastaların semptom kontrolü ile baş etme konusunda rehber ve desteğe ihtiyaçlarının olduğu belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Hematopoetik kök hücre nakli, semptom yönetimi, baş etme yöntemleri, yaşam kalitesi

ABSTRACT

Caliskan, K. (2019). Determining the Symptoms and Coping Methods of Patients at Home After Hematopoietic Stem Cell Transplantation. Istanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Internal Medicine Nursing. Master Thesis. Istanbul.

This descriptive study is planned to investigate the symptoms experienced at home in the early period after discharge and the variables affecting these symptoms in patients who underwent hematopoietic stem cell transplantation (HSCT), and to determine the coping behaviors used by patients in the management of these symptoms and to evaluate the quality of life.

A total of 200 patients who had hematopoietic stem cell transplantation, at Anadolu Medical Center Hospital, and who continued to follow-up in the hematology outpatient clinic between October 2017 and November 2018 were included in the study.

Mann Whitney U test, Kolmogorov-Smirnov test and Kruskal-Wallis test were used for statistical evaluation of the data. The majority of the patients in the sample group was married (82%) and the mean age of the sample was approximately 51, 39% (n = 78) of the patients were female, and 61% (n = 122) of the patients were female. The most common symptoms of the patients included in the study after discharge from HSCT were; pain (63%), fatigue (48%) and loss of appetite (43%). Gender, clinical diagnosis, transplantation type, occupation, education status, post-discharge re-hospitalization status, family type, supporter, income level, presence of comorbidities and the number of problems experienced were found to be the most significant variables affecting the quality of life and the symptoms of the patients ($p < 0.05$).

In conclusion, the patients experience various symptoms at different levels and frequency after HSCT; these symptoms affect the quality of life at various dimensions and at different levels; and the patients need guidance and support in dealing with the symptom control.

Keywords: Hematopoietic stem cell transplantation, symptom management, coping methods, quality of life

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Hematopoetik kök hücre transplantasyonu, günümüzde kanser tedavisinde malign, benign hematolojik hastalıkların, solid tümörlerin, genetik bozuklukların ve immünolojik hastalıkların tedavisinde yaygın olarak kullanılan, uzun süreli remisyon umudu sunan bir tedavi seçeneği olup birçok hasta için bakım standardı haline gelmiştir (1-6).

Hematolojik hastalıkların çoğunda temel tedavi metodu olarak kabul edilen HKHT, uzun süreli sağkalım ve tedavi şansı sunmakla birlikte, ciddi morbidite ve mortalitesi olan bir işlem olup, psikolojik ve fiziksel zorlanmanın yaşandığı bir tedavi yöntemidir (2, 5). Son yıllarda transplantasyonlar için ortaya çıkan endikasyonlar, transplantasyon tekniklerindeki ilerlemeler ve destekleyici bakım stratejilerindeki olumlu gelişmeler, yüksek riskli hasta grubu için düşük yoğunlukta hazırlık rejimlerinin kullanılmaya başlanması HKHT alıcıları için sağ kalım sürelerini uzatmaktadır (2, 3, 7).

Günümüzde bu tedaviden yararlanan hasta sayısı giderek artmaktadır. Dünya çapında her yıl yaklaşık 60.000 kişiye hematopoetik hücre nakli yapılmakta olup bu nakillerden yaklaşık 20.000'i ABD'de gerçekleştirilmektedir (2, 3, 7, 8). Türkiye'de ise HKHT uygulanan hasta sayısı incelendiğinde giderek arttığı, 2019 yılına kadar toplam 12.726 hastaya HKHT yapıldığı görülmektedir (9).

Malign ve benign hematolojik hastalıklarda uygulanan HKHT, küratif bir tedavi seçeneği olarak kök hücre infüzyonu ile biten bir süreç değildir. Kısa ve uzun dönemde, morbidite ve mortaliteye neden olabilen, birçok doku, organ ve sistemde toksik etkilere yol açabilen, hasta ve yakınları için ağır bir süreçtir (4, 10). Bu nedenle hastalar nakil sonrası komplikasyon gelişimi açısından risk altındadırlar. HKHT ve yüksek doz tedavinin, tüm organ sistemlerinde ve ruh sağlığında, ağır hasar oluşturma potansiyeli vardır (11, 12). Şentürk (2012) tarafından hastaların yaşadıkları zorluklar değerlendirildiğinde; tedavi boyunca kullanılan kemoterapötikler, kortikosteroidler ve narkotikler gibi ilaçların yan etkileri, elektrolit dengesinin bozulması ile birlikte kanser tanısının kişide oluşturduğu duygusal travma, kemik iliği nakli kararı ve nakil sürecinin güçlükleri ön plana çıkmıştır (13). Tedavi sonucu görülen semptomlar, hastanın bu konuyu konuşmada yaşadığı rahatsızlıklar ve yan etkileri ifade etmedeki yetersizlikleri nedeni ile gözden kaçabilmektedir (14-16). HKHT yapılan hastalarda, transplant

hemşireleri enfeksiyonları önleme ve komplikasyonları azaltmada kritik ve önemli bir rol oynamaktadır (17).

Hematopoetik kök hücre naklinde semptomlar ve yaşam kalitesi kritik önem taşımaktadır (18). Yapılan çalışmalarda HKHT uygulanan hastalarda yaşam kalitesinin birçok boyutunun farklı düzeyde etkilendiği bildirilmiştir (12, 15, 19). Özellikle nakil tipi ve hazırlık rejimlerine bağlı nakil sonrası görülen komplikasyonlar nedeni ile kısa ve uzun vadede hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilenmektedir (7, 18).

HKHT'nin amacı sadece sağ kalımı arttırmak değil aynı zamanda hastanın yaşam kalitesinin de sürdürülmesini sağlamaktır (20). Bu kapsamda yapılan araştırmalar incelendiğinde; HKHT uygulanan hastaların yaşam kalitesi ve bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesine ilişkin çalışmaların son yıllarda arttığı ancak bu çalışmaların oldukça sınırlı oldukları görülmektedir (16, 21, 22). Bu veriler ışığında ve bu çalışma kapsamında yapılan araştırmada ilk amaç; HKHT yapılan hastalarda taburcu olduktan sonra evde yaşadıkları semptomların saptanması, bu semptomları etkileyen sosyodemografik ve nakil türü ile ilgili özelliklerin belirlenmesi, semptomların yönetimi konusunda hastaların kullandığı baş etme davranışlarının ve verilen eğitimin etkili olup olmadığının, yaşam kalitesinin değerlendirilmesidir. Ayrıca; hastaların sağlıklarını, hasta ve ailesinin uyumunu arttıracak hemşirelik uygulamalarını geliştirmede ışık tutacak önerilerin belirlenmesi ve uygun gereksinimlerin planlanması da amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hematopoetik Kök Hücre Transplantasyonu

2.1.1. Tarihçesi ve Tanımı

Hematopoez, bir tip kök hücreden tüm farklı kan hücrelerinin geliştiği dinamik bir süreçtir. Yaşam boyu hematopoezin sağlanması için kritik önem taşıyan hematopoetik kök hücreler (HKH) olgun hücrelerde bulunmayan asimetric bölünme özelliği sayesinde kendi kendini yenileyebilmektedir. HKH'ler, tüm kan dokusunu farklılaşarak oluşturabilen, kemik iliği (Kİ), çevre kanı ya da umbilikal kord kanından izole edilebilen multipotent hücreler olup bağışıklık sisteminin devamlılığı ve immün korunma için gereklidir (17, 23, 24). HKH'lerin kaynakları ve özellikleri Tablo 2-1'de yer almaktadır (25).

Tablo 2-1: Kök Hücre Kaynakları ve Özellikleri⁽²⁵⁾

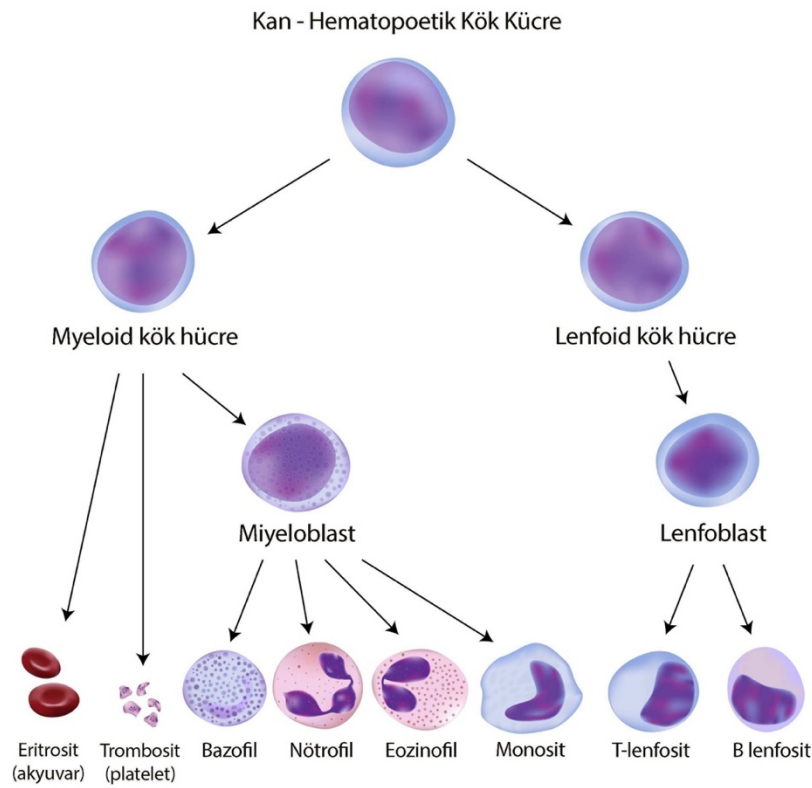
Kök hücre kaynağı	Özellikler
Kemik iliği	Genel anestezi altında toplanır. Sınırlı sayıda hematopoetik kök hücre içerir. Ortanca çekirdekli hücre: $2 \times 10^8/\text{kg}$ Ortanca CD34+ hücre: $2,8 \times 10^6/\text{kg}$ Ortanca T-lenfosit: $2,2 \times 10^7/\text{kg}$
G-CSF mobilize periferik kan	Kolay toplanır. Genel anestezi gereği yoktur. G-CSF ye bağlı yan etkiler görülebilir. Yüksek hücre sayısı vardır. Ortanca çekirdekli hücre: $9 \times 10^8/\text{kg}$ Ortanca CD34+ hücre: $7 \times 10^6/\text{kg}$ Ortanca T-lenfosit: $27 \times 10^7/\text{kg}$
Kordon kanı	Toplanması kolay ve zararsızdır. Dondurulmuş ünitelere kolayca ulaşılabilir. Bulaşabilen hastalık riski düşüktür. Parsiyel HLA uyumu kabul edilebilir. Hücre sayısı sınırlayıcı unsurdur. Ortanca çekirdekli hücre: $0,3 \times 10^8/\text{kg}$ Ortanca CD34+ hücre: $0,2 \times 10^6/\text{kg}$ Ortanca T-lenfosit: $0,4 \times 10^7/\text{kg}$

G-CSF: Granulocyte-Colony Stimulating Factor, CD: Cluster of Differentiation, HLA: Human Leukocyte Antigens

Kemik iliği, HKH'nin klasik kaynağıdır. Genel anestezi altında pelvis kemiğinden (krista iliaca posterior) aspirasyon yöntemi ile elde edilmektedir. Başarılı bir engraftman için minimum $2-4 \times 10^8/\text{kg}$ (alıcının kilosu) miktarında toplanması gerekmektedir (26).

Periferik kök hücre ise, büyüme faktörleri ve periferik kanda dolaşan kök hücre sayısı artırılarak aferez yöntemi ile elde edilmektedir (27). Yeterli sayıda kök hücre elde edilmesi daha kolay olup graft yetersizliği ve relaps oranının daha düşük olduğu belirtilmektedir (26).

Hematopoetik kök hücreler çeşitli büyüme faktörleri ve sitokinlerin etkisiyle bölünme, farklılaşma ve olgunlaşma yoluyla periferik kan hücrelerini oluşturmaktadır (Şekil 2-1) (28, 29).



Hematopoetik kök hücre transplantasyonu çok yüksek dozda (myeloablatif) ya da daha düşük dozlarda kemoterapi (KT), bazen birlikte radyoterapi (RT) verilmesini (hazırlama rejimi) takiben hastanın kendisinden ya da sağlıklı vericiden toplanmış hematopoetik kök hücre kaynağının infüze edilmesini kapsayan bir tedavi şeklidir (5, 30). Hematolojik, immünolojik ve neoplastik birçok hastalığın tedavisinde kullanılmaktadır (30). Hematolojik maligniteler, immün yetmezlikler, hemoglobinopatiler, kemik iliği

yetmezlikleri ve konjenital metabolik hastalıklarda hayat kurtarıcı bir tedavi yöntemi olarak kabul edilmektedir (25). HKH'nin klinikteki uygulama alanları Tablo 2-2'de gösterilmiştir (31). HKHT önemli oranda morbidite ve mortaliteyi beraberinde taşısa da ciddi hastalıklara karşı yüz güldürücü sonuçlar giderek artmaktadır (25).

Tablo 2-2: Hematopoetik Kök Hücrelerin Klinik Uygulanma Alanları⁽³¹⁾

Otolog HKHT	Allojenik HKHT
<p>Hematolojik maligniteler</p> <ul style="list-style-type: none"> • Multiple myelom (MM) • Non-Hodgkin lenfoma (NHL) • Hodgkin lenfoma (HL) • Akut myeloid lösemi (AML) 	<p>Hematolojik maligniteler</p> <ul style="list-style-type: none"> • Akut myeloid lösemi • Akut lenfoblastik lösemi (ALL) • Kronik myeloid lösemi (KML) • Myelodisplastik sendrom (MDS) • Myeloproliferatif hastalıklar • Non-Hodgkin lenfoma • Hodgkin lenfoma • Kronik lenfositik lösemi (KLL) • Multiple myelom
<p>Non-hematolojik maligniteler</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nöroblastoma • Over kanseri • Germ hücreli tümörler • Otoimmün hastalıklar • Amiloidozis 	<p>Diğer hastalıklar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplastik anemi • Paroksizmal nokturnal hemoglobinüri • Fankoni anemisi • Blackfan diamonda anemisi • Talasemi majör • Orak hücreli anemi • Ciddi kombine immün yetmezlik • Wiskott Aldrich sendromu • Doğumsal metabolizma hastalıkları

Kök hücre nakli ile ilgili ilk çalışmalar 1939-1940'lı yıllara dayanmaktadır. Dünyada ilk kök hücre nakli Osgood ve arkadaşları tarafından 1939 yılında aplastik anemisi olan bir hastaya aynı kan grubundan olan erkek kardeşinden yapılmıştır. Ancak başarısız olunmuş ve nakilden beş gün sonra hasta kaybedilmiştir (17, 25).

1968 yılında Gatti ve arkadaşları tarafından ilk başarılı allojenik kemik iliği nakli; 1978 yılında ise Appelboum ve arkadaşları tarafından ilk otolog nakil yapılmıştır. Türkiye’de yapılan HKHT uygulamaları incelendiğinde ise resmi kayıtlı ilk uygulamaların 1980’lerde başladığı, 1990’dan sonra hız kazandığı ve nakil merkezi sayısının giderek arttığı görülmüştür. Periferik kan ve kordon kanı nakli, indirgenmiş yoğunlukta hazırlık rejimlerinin uygulamaya girmesi de yine 1990’dan sonra hızlanmıştır (25). Bu süreçte ilk allojenik nakil 1978 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nde Prof. Dr. Korkut Özerkan ve ekibi tarafından (32), otolog nakil ise 1984 yılında Prof. Dr. Önder Berk ve ekibi tarafından Gülhane Askeri Tıp Akademisi’nde yapılmıştır (5, 32). Bu süreçte yapılan tedaviler incelendiğinde, ilik nakli ilk uygulamalarda son tedavi seçeneği olarak görülürken destek tedavi yöntemlerinin gelişmesi, endikasyonların ve komplikasyonlarının daha iyi yönetilmesi ile alternatif bir yaklaşım haline gelmiştir (33).

2.1.2. Endikasyonları

Hematopoetik kök hücre transplantasyon endikasyonları ve uygulamaları son 20 yıl içerisinde belirgin şekilde değişim göstermiştir (34). HKHT ve destekleyici bakım uygulamalarındaki gelişmeler sayesinde nakil daha güvenli hale gelmiş ve naklin uygulanabilirliği artmıştır (1). Gelişen HKH kaynakları, indirgenmiş yoğunlukta hazırlık rejimlerinin kullanılmaya başlanması, graft versus host hastalığı (GVHH) profilaksisi ve tedavisindeki başarılar, aile dışı verici adaylarında HLA (İnsan Lökosit Antijeni: Human Leukocyte Antigens) uyumunun daha iyi belirlenmesi, enfeksiyöz komplikasyonlarda daha iyi destek bakım sağlanması ve daha doğru tanı gibi unsurlar ile mortalite önemli ölçüde azalmıştır (34). Bu süreçte özellikle uygun nakil adayının seçimi en zorlu aşamalardan biridir. Dolayısıyla nakilden fayda görebilecek yetişkin hastaları belirlemek için birçok kriter değerlendirilmelidir. Yaş, önceki tedaviler, genel sağlık öyküsü, psikososyal durum, komorbidite ve hastalık faktörlerinin ayrıntılı olarak değerlendirilmesi büyük önem arz etmektedir. Tablo 2-3’te komorbidite skorlaması yer almaktadır.

Tablo 2-3: Hematopoetik Kök Hücre Transplantasyonu Komorbidite Skoru ⁽³⁵⁾

	Tanım	Skor
Aritmi	Tıbbi öyküde herhangi bir zamanda anti aritmik tedavi gerektiren her tür aritmi; atrial fibrilasyon, atrial flutter, supraventriküler taşikardi, ventriküler aritmi, hasta sinüs sendromu, kalp bloğu. Diğer (tanımlayınız):	1
Kardiyovasküler	Koroner arter hastalığı (tam konulmuş kronik efor anjinası, unstable anjina, MI) Konjestif kalp yetmezliği (belirti/bulguların eşlik ettiği tedavi gerektiren durumlar) Ejeksiyon fraksiyonu < %50 (başlangıç tarihine en yakın değerin alınması)	1
Inflamatuvar barsak hastalığı	Endoskopik inceleme +/- patolojik ve radyolojik bulgular ile tanı konulmuş, tedavi gerektiren Crohn hastalığı veya ülseratif kolit skorlanır. <i>*Tedavi almamış hastalar skorlanmaz.</i>	1
Diyabet	Başlangıç tarihinden önce 4 hafta içerisinde insülin veya oral hipoglisemik ilaçlar ile tedavi edilmesi gereken diyabet veya steroid ilişkili hiperglisemi varlığı skorlanır. <i>*Kan şekeri diyetle kontrol edilen veya başlangıç tarihinden 4 hafta öncesinde tedavisi sonlandırılan hastalar skorlanmaz.</i>	1
Serebrovasküler hastalık	Tıbbi öyküde herhangi bir zamanda geçirilmiş olan geçici iskemik atak, subaraknoid kanama veya serebral tromboz, emboli veya kanama varlığı.	1
Psikiyatrik bozukluklar	Başlangıç tarihi öncesi 4. haftadan itibaren devamlı tedavi gerektiren duyu durum değişikliği, anksiyete veya diğer psikolojik bozukluklar skorlanır. <i>*Sadece gerektiğinde ilaç kullanan hastalar skorlanmaz.</i>	1
Hepatik (AST, ALT, total bilirubin)	Yüksek AST/ALT $\leq 2.5 \times \text{ULN}$ veya yüksek total bilirubin $\leq 1.5 \times \text{ULN}$ veya hepatit B, C öyküsü	1
	AST/ALT $\geq 2.5 \times \text{ULN}$ veya total bilirubin $\geq 1.5 \times \text{ULN}$ veya tanı konulmuş siroz varlığı	3
Obezite	BKİ > 35 kg/m ² (> 18 yaş hastalar için) <i>*Başlangıç tarihine en yakın değerler kullanılır.</i>	1
Enfeksiyon	Kültür veya biyopsi ile tanı konulmuş enfeksiyon ve/veya sebebi bilinmeyen ateş ve/veya fungal pnömoni şüphesi taşıyan pulmoner nodüller ve/veya tüberküloz profilaksisi yapılması gereken pozitif ppd testi varlığı skorlama için kullanılır. <i>*Hastalara başlangıç tarihinden önce antimikrobiyal tedavi başlanmış olmalı, hazırlama rejimi süresince ve infüzyondan sonra bu tedavi devam etmelidir.</i>	1
Romatolojik hastalıklar	Tıbbi öyküde yer alan, hastalığa özgül tedavi verilmesini gerektiren tanı konulmuş romatolojik hastalıkları kapsar. Kesin tanı konulamamış ama özgül tedaviye cevap vermiş durumlar da skorlanır. <i>*Tanı konulmamış poliartrit, dejeneratif eklem hastalığı veya osteoartrit skorlanmaz.</i>	2
Peptik ülser	Tıbbi öyküde yer alan endoskopik veya radyolojik görüntüleme yöntemleri ile tanı konulmuş gastrik veya duodenal ülser (başlangıç tarihinden hemen önce tedavi almıyor olsalar bile) skorlanır.	2
Renal komorbidite	İki farklı günde yapılmış en az 2 ölçümde serum kreatinin > 2 mg/dl veya başlangıç tarihinden 4 hafta öncesini içeren sürede haftalık diyaliz gerektiren kronik böbrek hastalığı öyküsü veya böbrek nakli öyküsünün olması.	2
Pulmoner komorbidite (FEV1, DLCO)	DLCO %66-80 arasında veya FEV1 %66-80 arasında veya başlangıç tarihi öncesi 2 hafta içerisinde pulmoner hastalığa bağlı hafif aktivitede nefes darlığı olması	2
	DLCO \leq %65 veya FEV1 (zorlu ekspirasyonun birinci saniyesinde atılan volüm) \leq %65 veya başlangıç tarihi öncesi 2 hafta içerisinde pulmoner hastalığa bağlı istirahatte nefes darlığı olması veya başlangıç tarihi öncesi 4 hafta içerisinde aralıklı veya sürekli oksijen desteğine ihtiyaç olması.	3
Malignite öyküsü	Tıbbi öyküde herhangi bir zamanda tedavi gerektiren malignite olması. <i>Aynı hücre serisinden meydana gelen farklı maligniteler skorlanmaz (Myelodisplastik sendrom sonrası akut myeloid lösemi gibi).</i>	3
Kalp kapak hastalığı	Orta/şiddetli derecede kapak darlığı veya yetmezliği veya mitral/aort kapak protezi veya semptomatik mitral kapak prolapsusu.	3
Toplam skor		

MI: Miyokard İnfarktüsü, ALT: Alanin Aminotransferaz, AST: Aspartat Aminotransferaz, ULN: Upper Limit of Normal (Normalin Üst Sınırı), BKİ: Beden Kitle İndeksi, PPD: Pürified Protein Derivative (tüberkülin deri testi), DLCO: Karbon monoksit difüzyon kapasitesi

Nakil uygunluğuna risk-fayda değerlendirilmesi yapılmasının yanı sıra hasta ilişkili ve hastalık ilişkili faktörleri de ayrı ayrı değerlendirerek nakile karar verilmelidir (1, 35). Transplant kararı verilmeden önce endikasyonun yanı sıra GVHH profilaksisi, kök hücre kaynağı vb. faktörlerin de değerlendirilmesi gerekmektedir (1). Myeloablatif hazırlık rejiminin ardından allojenik veya otolog HKHT adayı yetişkin hastalar için ideal uygunluk kriterleri Tablo 2-4'te yer almaktadır (1).

Tablo 2-4: Hematopoetik Kök Hücre Transplantasyonu Destekli Yüksek Doz Kemoterapi Adayı Yetişkin Hastalar için İdeal Seçim Kriterleri ⁽¹⁾

İdeal seçim kriterleri	Allojenik HKHT	Otolog HKHT
Yaş	0-60	0-75
Karnofsky performans skoru	70-100	70-100
Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu	≥ %45	≥ %45
Solunum fonksiyon testi; DLCO	≥ %60	≥ %60
Difüzyon kapasitesi	≥ %60	≥ %60
Serum kreatinin düzeyi	≤ 1,5 mg/dL	≤ 1,5 mg/dL
Serum bilirubin düzeyi	≤ 2 mg/dL	≤ 2 mg/dL
Alanin aminotransferaz	1-2×normal	1-2×normal
Aspartat aminotransferaz	1-2×normal	1-2×normal
Vücut ağrılığı	İdeal vücut ağrılığının %95-145	İdeal vücut ağrılığının %95-145

DLCO: Karbon monoksit difüzyon kapasitesi

2.1.3. Nakil Türleri

Kök hücre nakil tipleri verici kaynağına göre otolog, allojenik, sinjeneik ve kordon kanı nakli olmak üzere dört grup halinde sınıflandırılabilir (5).

Otolog Nakil

Bazı kanser türlerinde veya malignitelerde remisyon sağlandıktan sonra yüksek doz kemoterapi (KT) ardından kişinin kendisinden daha önce toplanmış ve dondurulmuş kök hücrelerin kişiye verilmesidir (5, 6, 36). Kişinin kendisinden alınan kök hücreler dimetil sülfoksit (DMSO) ya da hidroksietil starch (HES) kullanılarak dondurulmaktadır

(6). Otolog nakil özellikle myelom ve lenfoma olgularında standart bir tedavi yaklaşımı olarak kullanılmaktadır (25, 36).

Otolog kök hücre nakil aşamaları aşağıdaki gibidir:

- Nakil öncesi hastanın değerlendirilmesi.
- Nakil takviminin oluşturulması.
- Mobilizasyon tedavisinin verilmesi.
- Kök hücre toplanıp dondurulması.
- Hazırlık rejiminin uygulanmaya başlaması.
- Kök hücre infüzyonunun yapılması.
- Engrafman.
- İyileşme ve taburculuk (5).

Allojenik Nakil

Hastanın hematopoetik sistemini ve varsa malign hücrelerini kemoterapi ve/veya radyoterapi ile ortadan kaldırıp, sağlıklı vericinin kemik iliği ya da periferik kanından toplanan kök hücrelerinin hastaya verilerek hematoimmünopoetik sistemin yeniden yapılanmasını sağlamaktır (27, 32). Allojenik kök hücre nakli konjenital veya sonradan gelişen birçok hematolojik hastalık ve kanserlerde kür sağlayan etkili bir tedavi yöntemi olmasına karşın, nakil sırası veya sonrasında gelişen komplikasyonlar nedeniyle hastaların yaklaşık üçte biri nakilden sonraki ilk altı ay içinde, bir kısmı da ilk bir yıl içerisinde hastalığın tekrarlaması nedeniyle kaybedilmektedir (37). Allojenik HKHT’de hedef hematopoetik immünolojik toparlanma sağlamanın yanı sıra GVHH gelişimini önlemektir (33).

Allojenik kök hücre nakil aşamaları aşağıdaki gibidir:

- Nakil öncesi hastanın değerlendirilmesi.
- Uygun bir vericinin bulunması halinde vericinin değerlendirilmesi ve nakil takviminin oluşturulması.
- Hastalığın tam remisyonda ya da kontrol altında olmasının sağlanması.
- Hazırlık rejiminin uygulamaya başlanması.
- Tedavi protokolüne göre immünesupresif (siklofosfamid, steroid, siklosporin, metotreksat) ilaçların başlanması.

- Vericiden kök hücre toplama yöntemine karar verilmesi.
- Vericiden kök hücrelerin toplanarak alıcıya kök hücre infüzyonunun yapılması.
- Engrafman, iyileşme.
- Hastanın başarılı bir nakil sonrası taburculuğunun sağlanması.
- Nakil sonrası uzun dönemli iyileşme evresinde hastaların GVHH riskinin değerlendirilmesi (5).

Engrafman, mutlak nötrofil sayısının art arda üç gün 500 mm^3 üzerinde olması, trombosit sayısının transfüzyon yapılmadan $\geq 20.000/\text{mm}^3$ olması olarak tanımlanmaktadır (38).

Sinjeneik Nakil

İkiz kardeşten toplanan kök hücrenin hastaya verilmesine yönelik özel bir nakil türüdür. Tedavi uygulama aşamaları allojenik nakilde olduğu gibidir (5, 36).

Kordon Kanı Nakli

Kordon kanı önemli bir kök hücre kaynağıdır (32). HLA doku uyumlu kardeş ya da akraba dışı vericinin kordon kanından kök hücre toplanarak yapılan allojenik kök hücre naklidir (5). Daha çok çocuklarda tercih edilen bir yöntemdir. Çünkü; kullanılacak kordon kanı miktarı oldukça azdır (26). Tedavi uygulama aşamaları allojenik nakilde olduğu gibidir (5).

Literatüre bakıldığında bazı çalışmalarda, bakteriyemi gibi bazı komplikasyon risklerinin daha düşük olması ve engrafman süresinin daha kısa olması avantajları nedeniyle periferik kök hücre nakillerinin kemik iliğine göre daha uygun olduğu vurgulanmaktadır (39).

2.1.4. Donör Seçimi

Hastanın allojenik nakil için uygunluk durumunu belirleyen en temel veri doku tiplendirmesidir (40). Özkalmekeş (2004) ve Kapucu (2008) tarafından kök hücre

naklinin başarısı ve komplikasyonların azaltılmasının hasta ve donör seçimine bağlı olduğu vurgulanarak HLA uyumsuzluğu arttıkça GVHH gelişimi, graft yetmezliği olasılığının da arttığı belirtilmiştir. Kromozom genlerinde bulunan HLA, donör ve alıcı arasındaki majör ve minör uyum ve uyumsuzluğu göstermektedir. Erişkin nakillerde nadir olarak bulunsa da en uygun donör HLA antijenlerinin tam uyumlu olduğu ikiz kardeştir. Tek yumurta ikizleri aynı genomları paylaşır. Doku naklinin başarısızlık riski ve GVHH gelişme olasılığı oldukça düşüktür. HLA antijenlerinden en önemli olanları HLA-A, -B ve -C'dir. Akraba olanlar için yaş sınırı tanımlanmamasına karşın, akraba olmayanlar için yaş sınırı 18-55 olarak tanımlanmıştır (5, 41).

Graft versus host hastalığı primer olarak alıcı ve verici arasındaki doku uyumunun derecesi ile alakalı olduğundan en azından 8/8 HLA antijen uyumlu (A, B, C, DRB1) vericilerden nakil yapmak büyük önem taşımaktadır (37).

İdeal donör, alıcının durumu (refrakter veya relaps durumu, yaş ve performans durumu), alternatif donörlerin özellikleri ve transplantasyon merkezinin deneyimi gibi faktörlere bağlı olarak alternatif donör adayları arasından tanımlanmalıdır (42).

Donör değerlendirmesinde;

- Öz ve soy geçmiş
- Ciddi, kronik hastalık öyküsü
- Alerji öyküsü
- İlaç öyküsü
- Kadınlar için gebelik öyküsü ayrıntılı sorgulanmalı; hastalık bulaşını önlemek için serolojik testler eksiksiz olarak yapılmalıdır (5).

Birden fazla uyumlu donör varlığında vericinin yaşı, gönüllülük, genel sağlık durumu, CMV (sitomegalovirüs) serolojisi ve ABO kan grubu dikkate alınarak verici seçiminin yapılması gerekmektedir. İdeal donörün alıcı ile aynı cinsiyette, CMV serolojisi negatif ve tam HLA uyumlu donör olduğu belirtilmektedir (5). Aile içi donör bulunamadığında kemik iliği bankalarından tarama yapılarak bulunan aile dışı vericiler ya da hastanın klinik durumu acil ise ve/veya akraba dışı donör bulunamadıysa haploidentik vericiler değerlendirilmektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda 10/10 aile dışı verici bulunduğu takdirde çok iyi sonuçlar alındığı bildirilmiştir (40).

2.1.5. Hazırlık Rejimleri

Otolog veya allojenik transplantasyon öncesi kemoterapi, radyoterapi ve biyolojik tedavi kombinasyonlarının antineoplastik veya immüsupresif amaçlı kullanımı hazırlama rejimi olarak adlandırılmaktadır. Hazırlık rejimi HKHT’de önemli rol oynamakta olup yapılacak hatalar ciddi hatta ölümcül sonuçlara yol açabilmektedir. HKHT için hazırlık rejimlerinin seçimi ve uygulanması nakil sürecinin en önemli parçası olup yoğunluk açısından çeşitlilik göstermekte (43, 44) ve üç temel amaçla verilmektedir:

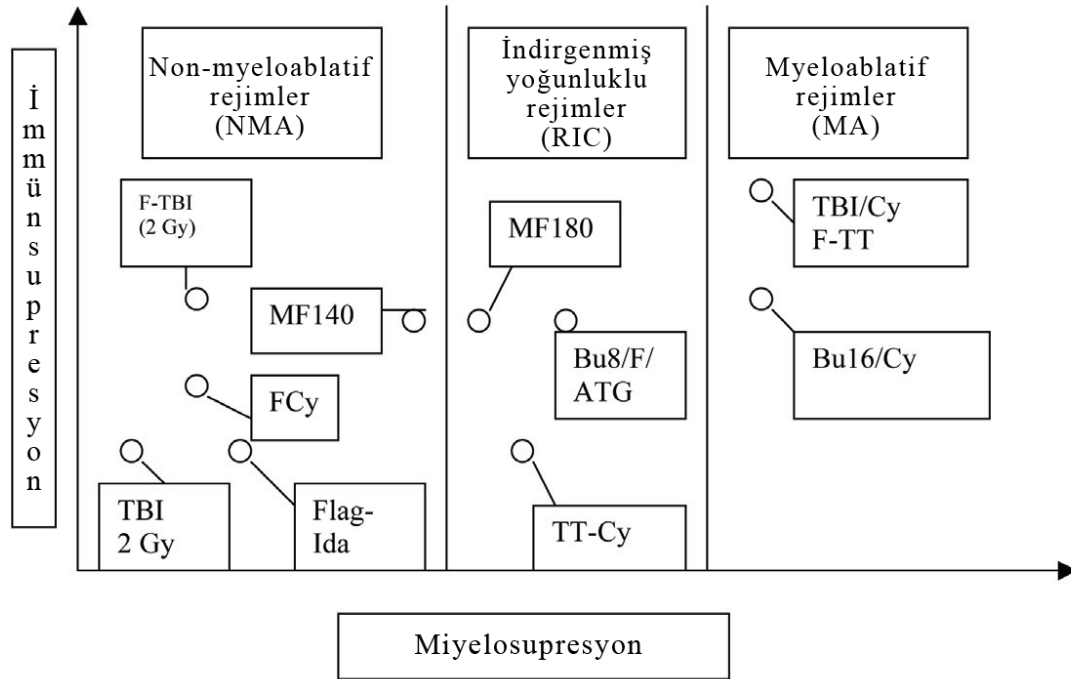
1. Kemik iliğinde var olan konak kök hücrelerin ortadan kaldırılarak engrafman olabilmesi için kemik iliğinde yer oluşturmak.
2. Graft reddini engellemek için yeterli immüsupresyon oluşturmak.
3. Özellikle habis hastalığı olan olgularda tümör yükünü azaltmak/yok etmektir (4, 45, 46).

Hazırlama rejimi ile kemik iliğinde yeterli alan oluşturulabilir ve konağın immün sistemi engrafmana izin verir ise başarılı engrafman sağlanmış olur (45, 47). Başarılı bir HKHT için vericiden gelen HKH’nin hasta kemik iliğinde yeterli bir yerleşme/oturma alanına sahip olması ve sonrasında da çoğalma ve farklılaşma için desteklenmesi gerekir (45).

Hazırlama rejimleri merkezler arasında değişkenlik gösterdiği için güvenlik ve etkinlik karşılaştırması yapmak zordur. Bu nedenle farklı hazırlık rejimlerine bağlı transplantasyon sonuçlarını analiz ederken altta yatan hastalığın kontrolü, destek tedavisindeki değişiklikler, GVHH profilaksisi, alıcı-verici HLA uyumluluğu, hematopoetik kök hücre kaynağındaki farklılıkların dikkate alınması gerekmektedir (44, 46).

Otolog transplantasyonda hazırlık rejimi ile rezidüel kanserin ortadan kaldırılması amaçlanırken, allojenik transplantasyonda bu duruma ek olarak engrafmanı kolaylaştırmak için kemik iliğinde boş alan oluşturmak ve graft rejeksiyonunun önlenmesi için immüsupresyon sağlamak da amaçlanmaktadır (4).

Hazırlama rejimleri doz yoğunluğuna göre myeloablatif (myeloablative conditioning/MAC/MA), non-myeloablatif rejimler (NMA) ve düşük yoğunluklu hazırlık rejimi (indirgenmiş yoğunluklu tedaviler/RIC) olarak üç grupta sınıflandırılmaktadır. Doz yoğunluklarına göre hazırlık rejimi örnekleri Şekil 2-2’de yer almaktadır (47).



Şekil 2-2: Doz yoğunluklarına göre hazırlama rejimleri ⁽⁴⁸⁾

Bu16/Cy (busulfan 16 mg/kg / siklofosfamid), FCy (fludarabin, siklofosfamid), F-TBI (fludarabin / total body radiotherapy), Bu8/F/ATG (busulfan 8 mg/kg, fludarabin / antitimosit globulin), MF (melfalan, fludarabin- melfalan 140 veya 180 mg/m²), TBI/Cy (total body radiotherapy / siklofosfamid), F-TT (fludarabin-thiotepa), TT-Cy (thiotepa-siklofosfamid)

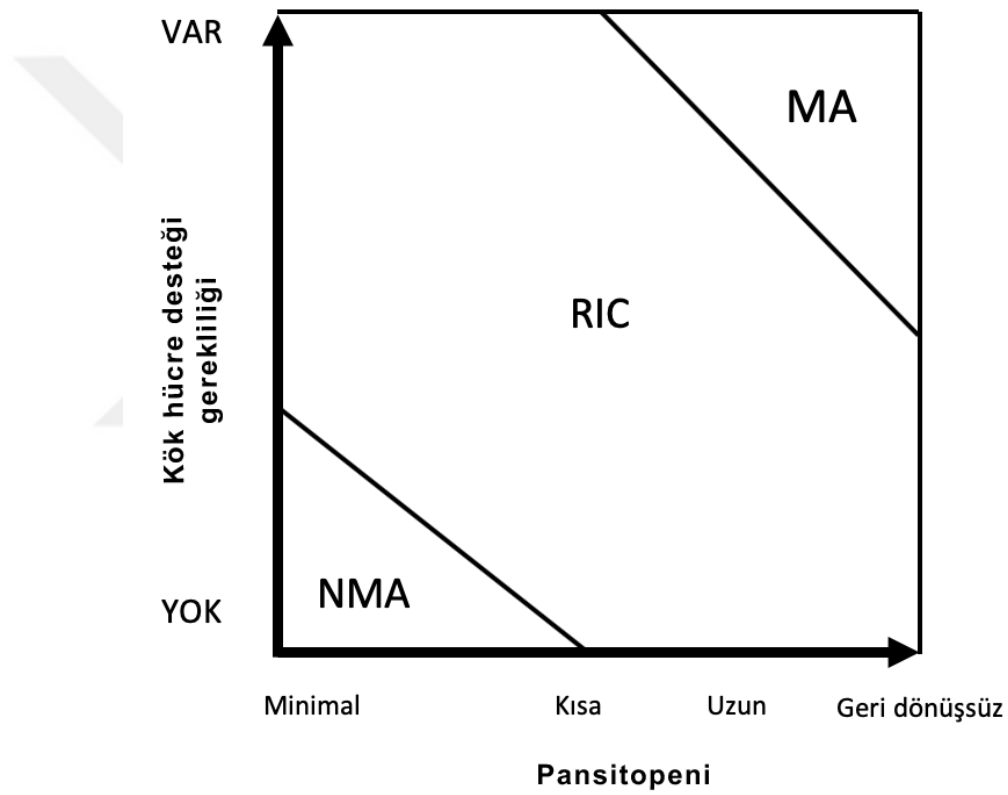
Myeloablatif rejimde; alta yatan hastalığa ait rezidüel hücreler olabildiğince ortadan kaldırılır, alıcı immün sistemi baskılanarak geri dönüşümsüz ciddi sitopeni oluşur ve hematopoez için mutlaka kök hücre desteğine ihtiyaç duyulur. Bu nedenle olog veya allojenik hemopoetik hücre nakli yapılmadan normal kemik iliği fonksiyonları başlatılamaz (43). Myeloablatif hazırlık rejimleri; hastanın yaşı, vericinin yaşı, verici/hasta HLA uyumu, cinsiyet uyumu, alta yatan hastalığın durumu ve naklin tanıdan itibaren ne kadar zamanda yapıldığı gibi çeşitli parametrelere bağlı olarak değişiklik göstermekle beraber ciddi ve yaşamı tehdit edici toksisite dışında veno-okluziv hastalık (VOD), idiopatik pnömoniye içeren ciddi komplikasyonlara sıklıkla yol açabilmektedir (43, 45). Klasik olarak myeloablatif rejimlerin 50-55 yaş altı hastalara uygulanması önerilmektedir (35).

Non-myeloablatif rejimler ise yaşlı, yoğun sitotoksik tedavilerin kontrendike olduğu ve ciddi komorbiditeleri olan hastalar için geliştirilmiştir (47). Bu rejimler konak hematopoezini tamamen ortadan kaldırmaz, minimal sitopeni oluşturmaktadır (47).

Genellikle düşük erken toksisite oranları ve minimal sitopeni oluşturmaları en belirgin özelliğidir (45).

Düşük yoğunluklu hazırlık rejimi ise MA ve NMA rejimlerinin orta noktasında bulunmakta, süresi değişen sitopeni oluşturmakta ve kök hücre desteği ile birlikte uygulanmaktadır (44).

Hazırlık rejimleri; pansitopeni süresi ve kök hücre desteği gerekliliği Şekil 2-3'de yer almaktadır (45).



Şekil 2-3: Hazırlık rejimleri; pansitopeni süresi ve kök hücre desteği gerekliliği sınıflandırması⁽⁴³⁾

MA: Myeloablative rejimler, NMA: Non-myeloablative rejimler, RIC: İndirgenmiş yoğunluklu rejimler

Farklı allojenik nakil tipleri için belirlenmiş/standardize edilmiş özel hazırlık tedavi kombinasyon tipi bulunmamaktadır. Pek çok tedavi protokolü faz I ve II çalışmalara göre oluşturulmuştur (31, 47).

Tablo 2-5’de MA, NMA ve RIC tedavilerinden sık kullanılan örnekleri yer almaktadır (45).

Hazırlık rejimlerinin seçiminde;

- Tanı
- Hastanın yaşı
- Vericinin yaşı
- Cinsiyet uyumu
- Hastalık durumu
- Nakil tipi
- Verici/hasta HLA uyumu
- Graft kaynağı
- Komorbit özellikler (31)

Hazırlık rejimi seçiminde yukarıda yer alan kriterler başta olmak üzere transplant ilişkili mortalite riskleri dikkate alınıp hastaya göre karar vermek en uygun yaklaşımdır. Rejim ilişkili toksisiteler hazırlama rejiminin ilk 30 günü içinde ortaya çıkan yan etkiler olarak tanımlanmakla birlikte bazı rejim ilişkili toksisiteler 30 günden sonra da ortaya çıkabilmektedir (31, 47, 48).

Tablo 2-5: MA, NMA ve RIC Tedavilerinden Sık Kullanılan Örnekler ⁽⁴⁵⁾

Yoğunluk	Protokol	Açıklama
Myeloablatif (MA)	Cy/TVI	Derin pansitopeni
	BU/Cy	Kök hücre desteği gerekliliği Non-hematolojik ciddi yan etkiler
Non- Myeloablatif (NMA)	Flu/TVI	Minimal sitopeni
	TLI/ATG	Kök hücre desteği gerekmez
	Düşük doz TVI	
İndirgenmiş yoğunluklu (RIC)	Flu/Mel	Kısmen derin/geçici sitopeni
	Flu/BU	Az da olsa non-hematolojik ciddi yan etkiler
	Flu/Cy	

Cy: Siklofosfamid, TVI: Total vücut ışınlaması, BU: Busulfan, TLI: Total lenfoid ışınlama, ATG: Anti timosit globülin, Flu: Fludarabin, Mel: Melfalan

HKHT yapılan hastalarda, transplant hemşireleri enfeksiyonları önleme ve komplikasyonları azaltmada kritik bir rol oynamaktadır. Hazırlık rejimine bağlı mukozit, bulantı-kusma, diyare, enfeksiyon, kanama, VOD belirtileri, ağrı, renal ve pulmoner fonksiyonlar mutlaka ayrıntılı değerlendirilmeli; el hijyeni, kişisel hijyen, ağız bakımı, beslenme ve diyet kuralları, kanama ve enfeksiyona neden olacak uygulamalardan kaçınma, cilt bakımı, ilaç yönetimi ve egzersiz konularında hasta ve ailesine eğitim verilmesi gerekmektedir (17).

2.1.6. Nakil Süreci

Hematopoetik kök hücre nakli, kısa ve uzun vadede morbidite ve mortaliteye neden olabilen; doku, organ ve sistemde toksik etkilere yol açabilen bir süreçtir. Bu nedenle nakil öncesi hasta ve yakınlarının bilgilendirilerek onamlarının alınması gerekmektedir. Özellikle hasta ve vericinin psikososyal durumunun değerlendirilmesi ile birlikte ayrıntılı danışmanlığa da ihtiyaç bulunmaktadır (49).

Hastanın tedaviye uyumunu ve iş birliğini arttırmak için sağlık personelinin nakil planlanan hastaya; alternatif tedavi yöntemleri, oluşabilecek komplikasyonlar, tedaviye yanıt oranı, tedavinin olası yan etkileri, GVHH gelişme riski ve başarı oranı konularında bilgi vermesi gerekmektedir (5, 50). Transplant planlanan hasta için öncelikle hastanın transplant uygunluğu, ardından eşlik eden patolojik durum varlığı değerlendirilmelidir (27).

Nakil öncesi değerlendirme;

- Bilgilendirme ve onam alma
- Organ fonksiyonlarının değerlendirilmesi
- Performans durumunun değerlendirilmesi
- Nakil öncesi alınan tedaviler ve hastalık durumunun değerlendirilmesi
- Uygun verici seçimi ve değerlendirilmesi
- Psikososyal değerlendirme
- Fertilite danışmanlığı aşamalarından oluşmaktadır (36).

Yapılan değerlendirme sekonder organ disfonksiyon varlığının yanı sıra psikososyal değerlendirmeyi içermelidir. Nakil başarısının artırılması ve

komplifikasyonlarının azaltılması için; hastanın hastalığının evresi, performans durumu [Karnofsky skalası 70-100 puan arasında, Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) iki puanın altında olmalı], yaşı, verici ile olan doku ve cinsiyet uyumu da göz önünde bulundurularak nakil türüne karar verilmesi gerekmektedir. Hastaların genel sağlık durumu göz ardı edilmemelidir (25, 41). Ayrıca nakil adayının eğitim ve iş öyküsü, sağlık güvencesi, yaşadığı yer de değerlendirilmelidir (5).

2.1.7. Komplikasyonlar

Malign ve benign hematolojik hastalıklarda uygulanan HKHT, küratif bir tedavi seçeneği olarak kök hücre infüzyonu ile biten bir süreç değildir. Kısa ve uzun dönemde, morbidite ve mortaliteye neden olabilen, tedavi düzeni ve hastanın durumuna göre birçok doku, organ ve sistemde toksik etkilere yol açabilen, hasta ve yakınları için ağır bir süreçtir (4, 10, 36). Hastalar uygulanan hazırlık rejimleri, nakil türü ve immüsupresif ajanların etkisiyle (51) nakil sonrası komplikasyon gelişimi yönünden risk altındadırlar (2).

Hematopoetik kök hücre transplantasyonundaki ilerlemeler sayesinde özellikle allojenik nakillerde sağ kalımı ve uzun vadeli sonuçları iyileştirmede büyük gelişmeler kaydedilmiştir (20, 52). Ancak HKHT; hastalarda fiziksel, psikososyal ve mental sorunlara neden olabilmektedir, tüm organ sistemlerinde ve ruh sağlığında, ağır hasarlar oluşturma potansiyeli bulunmaktadır (5, 11, 12, 25). Bağışıklık sistemi, kardiyovasküler, pulmoner, gastrointestinal, nöroendokrin ve kas iskelet sistemi, karaciğer, böbrek ve deri gibi birçok organ ve sistem bu tedavilerden etkilenmektedir. Hastaların yaşadıkları bu fiziksel semptomlar tedavi sonrası zorluklara neden olmaktadır (5, 53, 54).

HKHT sonrası sık olarak görülebilecek komplikasyonlar aşağıdaki gibidir:

- İlaçlara bağlı toksisiteler
 - İlk 1 ay mukozit
 - İlk 1 ay hemorajik sistit
 - İlk 45 gün veno-okluziv hastalık
 - Nöropati
 - İlk 2 ay idiyomatik pnömoni
 - Lökoensefalopati

- GVHH
 - İlk 100 gün akut GVHH
 - 100 günden sonra kronik GVHH
- Enfeksiyonlar
 - Bakteri (gram pozitif ve gram negatif enfeksiyonlar, kapsüllü bakteriler)
 - Mantar (kandida ve aspergillus)
 - Viral (sitomegalovirüs (CMV), adenovirüs, varisella zoster virüs (VZV), herpes simpleks virüs (HSV) (40, 55-57).

Geç dönemde ise; kronik GVHH, enfeksiyondan bağımsız akciğer komplikasyonları, infertilite, büyüme-gelişme bozuklukları, sekonder maligniteler sık görülen komplikasyonlar arasında yer almaktadır (56).

Nakil sonrası ortaya çıkabilecek yan etkiler hastanın daha önceki aldığı tedavilere, hazırlık rejimine, hastanın yaşına, performans durumuna, organ fonksiyonlarına, hastalık derecesine, verici tipine, kök hücre kaynağına, eşlik eden diğer sorunlara ve immüsupresif tedavilere bağlı olarak değişiklik göstermektedir (5, 12, 15, 57). Tedavi sonucu görülen semptomlar, hastanın bu konuyu konuşmada yaşadığı rahatsızlıklar, bu yan etkileri ifade etmedeki yetersizlikleri sebebi ile gözden kaçabilmektedir (14, 16). Komplikasyonların erken belirlenerek uygun girişimlerin başlanması büyük önem taşımaktadır (26, 58).

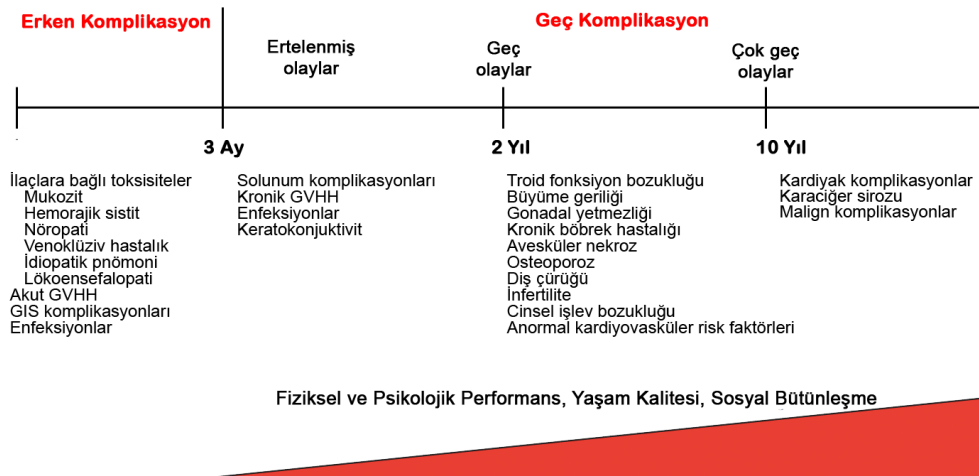
HKHT tedavi sürecinde kemoterapötikler, kortikosteroidler ve narkotikler gibi yan etkileri olan ilaçlar kullanılmaktadır. Bu yan etkilerden özellikle elektrolit dengesinin bozulması ile birlikte hastalık tanısı hastalarda duygusal travmaya neden olmaktadır (13). Nötropenik dönemin uzunluğunu azaltmaya yardımcı olan büyüme faktörleri gibi ilaç teknolojilerinin ortaya çıkmasına rağmen, birçok hasta KT yan etkilerine bağlı mukozit ve enfeksiyonlara maruz kalmaktadır (6). Allojenik nakil ile ilişkili komplikasyonlar, öncelikle myeloablatif hazırlık rejimlerinin olumsuz etkilerinden, verici ve alıcı arasındaki genetik farklılıklara bağlı immünolojik sorunlardan ve nakil sonrası alta yatan hastalığın biyolojik davranışından kaynaklanmaktadır (58, 59).

Hastaların nakil sonrası yaşadığı komplikasyonların mortalite ve morbidite üzerinde doğrudan etkisi bulunmakta, bu komplikasyonlar yaşam kalitesinde bozukluklara yol açmaktadır. Bazı çalışmalar HKHT sağ kalanlarının yaşam süresinin

nakil sonrası 10 ila 30 yıl beklenenden düşük olduğunu ve ikincil kanserler, enfeksiyonlar ve organ işlev bozukluğunun bu popülasyondaki geç ölümlerin ortak nedenleri olduğunu göstermiştir (2, 3).

Bu sebeplerden dolayı, tüm nakil tiplerinde olası sorunları erken tanılamak büyük önem arz etmektedir. HKHT sonrası da komplikasyonların erken tanısı ve etkili tedavisi ile, naklin erken dönem mortalitesinin azaltılmasında büyük önem taşımaktadır (51). Allojenik ve olog kök hücre nakillerinde, hastanın transplantasyondan önce fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden sağlık ekibi tarafından değerlendirilmesi gerekmektedir (5). Bunun yanı sıra HKHT sadece hasta için değil aynı zamanda bakımında destek olan kişiler için de ciddi bir stres kaynağı olabilmektedir. Bu nedenle hastanın başvuracağı destek kaynaklarının da değerlendirilmesi gerekmektedir (8, 58).

Literatürde HKHT sonrasında en sık görülen semptomlar arasında GVHH, hemorajik sistit, enfeksiyonlar, VOD, kardiyovasküler, pulmoner, renal ve endokrin disfonksiyon, cinsel işlev bozukluğu, bilişsel problemler, yorgunluk, uykusuzluk, kas-iskelet sistemi semptomları, duygusal sıkıntı, öfke ve depresyon yer almaktadır. Yaşamı tehdit edici komplikasyonların erken tespitini ve önlenmesini sağlamak için kapsamlı değerlendirme yapmak büyük önem taşımaktadır (25, 52). Nakil sonrası görülen geç yan etkiler ise Şekil 2-4'te yer almaktadır. Bazı durumlarda geç yan etkiler daha erken ortaya çıkabilmektedir. Birçok uzun süreli sağ kalımda performans skoru, yaşam kalitesi ve sosyal entegrasyon takibe eklenmektedir (60).



Şekil 2-4: Hematopoetik kök hücre transplantasyonu sonrası farklı geç yan etkilerin görülme zamanı⁽⁶⁰⁾

2.1.7.1. Enfeksiyon

Hematopoetik kök hücre transplantasyonuna bağlı enfeksiyon riski yüksek olup, erken ve geç dönemde morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır. Enfeksiyonların en sık nedenleri; sitopeni, immunablasyon ve immüsupresyon olup (30, 38, 40, 51); bakteriyel, fungal ve viral enfeksiyonlar sık görülmektedir (27).

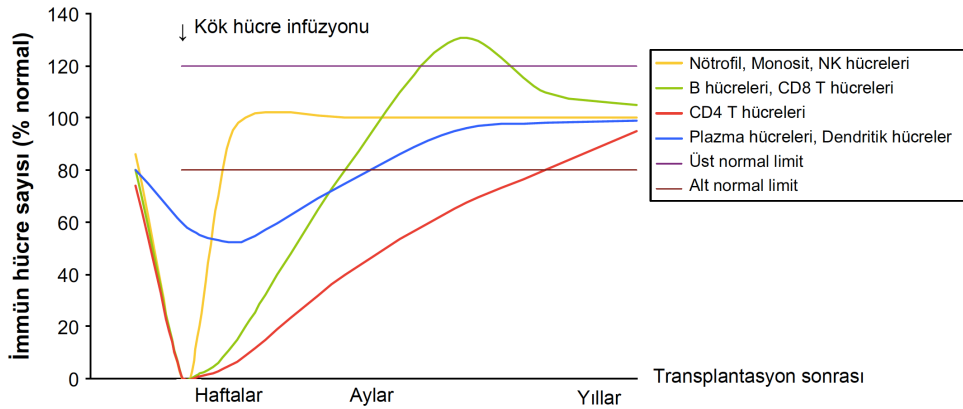
Hazırlık rejimleri ve GVHH gelişimini önlemek için verilen immüsupresif tedaviler bağışıklık yetersizliğine yol açarak fırsatçı enfeksiyon riskini arttırmaktadır (30, 38).

HKHT sonrası görülen enfeksiyonlar nakil başarısını etkileyen en önemli faktörlerdendir. Nakil sonrası immün yapılanmanın yeniden oluşması 12-18 aylık bir zaman dilimini kapsamakta olup, özellikle kordon kanı nakli, HLA-uyumsuz nakil, T hücre depleasyonu, uzamış immüsupresyon ya da GVHH durumu varsa bu süre daha da uzamaktadır (7).

HKHT sonrası nakil hastalarında nötrofil sayıları haftalar içinde artsa bile, enfeksiyondan korunmada primer görevleri olan B ve T hücreleri, CD 4, CD 8, plazma hücreleri ve dentritik hücre sayılarının artması aylar hatta yılları bulabilmektedir (Şekil 2-5).

Ayrıca MA ve NMA hazırlık rejimlerinin uygulandığı allojenik kök hücre naklinde enfeksiyon; GVHH riski nedeniyle uygulanan immüsupresif tedavilere bağlı olarak nakil sonrası da devam etmektedir. Hastalarda immüsupresyona bağlı olarak enfeksiyon riski ortalama altıncı aya, hatta bir yıla kadar sürmektedir (61). Bu nedenle gecikmiş immün yapılanma sonucunda, bakteriyel, fungal ve viral enfeksiyon gelişimine yatkınlık HKHT sonrası uzun bir süre devam etmektedir.

Fırsatçı enfeksiyonların gelişmesi otolog ve allojenik HKHT alıcılarında transplantasyon sonrası zaman ile ilişkilidir (Şekil 2-6) (30). Nakillerde periferik kök hücrenin kullanılmaya başlanması ile nötropeni süresi kısalmış, enfeksiyon sıklığının azalmasına katkıda bulunulmuştur (5).



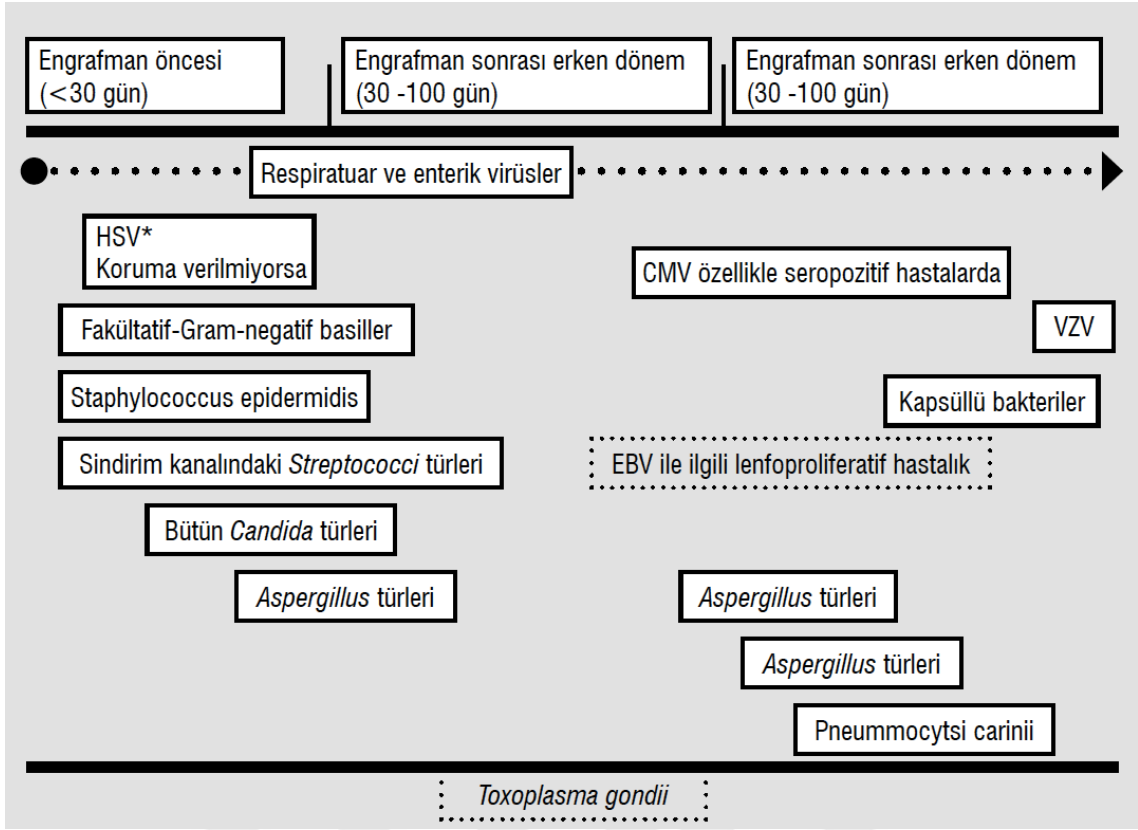
Şekil 2-5: Hematopoetik kök hücre transplantasyonu öncesi ve sonrası yaklaşık immün hücre sayıları⁽⁶¹⁾

CD: Cluster of Differentiation; NK: Natural Killer

Beşışık (2004) tarafından mukozanın bütünlüğünün bozulma derecesi enfeksiyona eğilimi etkilemekte olduğu belirtilmiştir. Bu kapsamda hazırlık rejiminde kullanılan sitotoksik ajanlar hematopoez ve mukozadaki öncü hücrelere zarar verdiği ifade edilmiş ve bu nedenle mukozanın ve derinin bütünlüğü hasar görerek, fagositoz bozulmakta, enfeksiyon için giriş kapısı olduğu tespiti yapılmıştır (30). Bunun dışında uzun süreli katater kullanımı, aylarca sürebilen humoral ve hücreli immün yetmezlik, nakil sonrası GVHH gelişimi enfeksiyonu kolaylaştıran diğer etkenler arasında yer almaktadır. Enfeksiyona karşı birincil korunmada nötropeni süresinin daha kısa olmasının sağlanması ve GİS (gastrointestinal sistem) mukozitin daha hafif atlatılmaya çalışılması önerilmektedir (40, 62).

Transplantasyon sonrası hematopoetik toparlanma hızı;

- Hazırlık rejimi tipi
- Hazırlık rejiminde verilen sitotoksik ajanın dozu
- Verilen kök hücre kaynağı tipi
- Toplam kök hücre miktarı
- Verici HLA uyumu ile ilişkili olup nötropenik dönem uzadıkça enfeksiyona eğilim de artmaktadır (30).



Şekil 2-6: Hematopoetik kök hücre transplantasyonu sonrası fırsatçı enfeksiyonların ortaya çıkış zamanı⁽³⁰⁾

HSV: Herpes Simpleks Virüs, CMV: Sitomegalovirüs, VZV: Varisella Zoster Virüs, EBV: Epstein-Barr Virüs

Engrafman gerçekleştikçe bakteriyel ve fungal enfeksiyon riski azalmaktadır; ancak kortikosteroid kullanımı bu durumu olumsuz yönde etkilemektedir (30). İmmünsüpresyon, fırsatçı enfeksiyonlar için en önemli risk faktörüdür ve sitomegalovirüs (CMV), pneumocystis ve aspergillus bu dönemdeki en önemli patojenlerdir. CMV, HKHT sonrası başlıca mortalite ve morbidite nedeni olup nakil sonrası 35-100'üncü günler arasında sık görülmektedir (30, 38). Fungal enfeksiyonlar ise mortalitenin en önemli nedenleri arasında yer almaktadır. Hastalar taburcu olduktan sonra immünsüpresif tedavi sürdüğü için enfeksiyon riski de devam etmektedir. Bu nedenle taburculuk eğitiminde ev temizliği, evcil hayvan, bitki, sosyal ortam, cinsel yaşam, kişisel hijyen konularında da ayrıntılı bilgi verilmelidir (5).

2.1.7.2. Graft Versus Host Hastalığı

Graft versus host hastalığı, allojenik kemik iliği transplantasyonu sonrasında gelişebilecek en ciddi komplikasyonlardan biridir. Donörden alınan T hücreleri ile hasta dokusu antijenleri arasında immün reaksiyon oluşması sonucu gelişen, organ fonksiyon bozukluğu ile giden kompleks bir tablodur (40, 54).

Risk faktörleri arasında HLA uyum oranı, yaş, cinsiyet uyumsuzluğu, kök hücre kaynağı, altta yatan hastalık, kullanılan profilaksi yer almaktadır. HLA tam uyumlu nakillerde bile %30'un üzerinde bir sıklıkta görülmekte olup ilk 100 gün içerisinde gelişir ise akut GVHH olarak adlandırılmaktadır (54, 60). GVHH gelişmesi için üç temel durum; immünokompetan hücre verilmesi, hasta-verici arası HLA uyumu ve infüze edilen hücrelerin konakçı tarafından elimine edilmesi sayılabilir (25, 40, 54).

Graft versus host hastalığı sıklıkla cilt, gastrointestinal sistem ve karaciğeri; daha az sıklıkta da göz, vulva, vajen, akciğerler ve kas-iskelet sistemini etkilemektedir. GVHH tanısı histopatolojik ve klinik veriler doğrultusunda konmaktadır ve GVHH sınıflandırması (Tablo 2-6) yapıldıktan sonra kortikosteroidler başta olmak üzere yoğun immün sistemi baskılayıcı ilaçlar tedavi sürecinde kullanılmaktadır (54, 63).

Akut GVHH'de en çok tutulan organ cilt olup, ikinci sıklıkta ise karaciğer tutulmaktadır. Cilt tutulumunda ilk etapta avuç içi ve ayak tabanından başlayan makülopapüler döküntüler görülürken, ağır vakalarda ise tüm vücudu da kaplayabilen kaşıntılı, ağrılı lezyonlar ile karakterize cilt bulguları görülmektedir. Karaciğer tutulumunda ise karaciğer fonksiyonlarında bozulma, sarılık görülebilmektedir. Gastrointestinal sistem tutulumunda kramp şeklinde karın ağrısı ve yeşil renkte diyare görülmektedir (54, 63).

Tablo 2-6: Akut Graft Versus Host Hastalığı Evrelemesi ⁽⁶³⁾

Evre	EVRELEME		
	Cilt (vücut yüzeyi)	Karaciğer (total bilirubin mg/dl)	Barsak (diyare ml/gün)
0	Döküntü yok	< 2	< 500
1	< %25	2-3	501-1000 veya bulantı
2	%25-50	3,1-6	1001-1500
3	> %50	6,1-15	> 1500
4	Yara/bül oluşumu	> 15	Ciddi abdominal ağrı +/- ileus

Akut GVHH hastanın yaşamını ciddi anlamda tehdit eden bir komplikasyon olduğu için hemşirenin bu konuda yeterince bilgili ve donanımlı olması semptomların yönetimi ve erken teşhis için oldukça önemlidir. Semptom yönetiminde;

- GVHH semptomlarını değerlendirip yüksek riskli hastaları tanımlayabilme
- Enfeksiyon bulaşını engellemek için gerekli önlemleri alma
- Cilt bakımı
- Kilo ve aldığı çıkardığı takibi
- Oral alımın düzenlenmesi, beslenme danışmanlığı
- Gastrointestinal sistem bulgularının takibi (bulantı-kusma, diyare, kanama)
- Ağrı yönetimi
- Hastanın aldığı tedaviler hakkında bilgilendirme
- İmmüsupresif hasta bakımı
- GVHH belirti ve semptomları hakkında hasta ve ailesinin eğitimi hemşirenin bakım yönetimini gerektiren konular arasında yer almaktadır (64).

2.1.7.3. Halsizlik-Yorgunluk

Hem otolog hem de allojenik HKHT yapılan hastalarda tedavi ve hastalık sürecine bağlı olarak yorgunluk düzeyinde belirgin artış yaşandığı ve fiziksel işlevsellikte azalma olduğu belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda depresyon ve anksiyete yaşayan hastaların daha fazla yorgunluk yaşadıkları vurgulanmaktadır (22). HKHT yapılan hastalar uygulanan tedavi, yetersiz beslenme, gelişen komplikasyonlar ve eşlik eden diğer hastalıklara bağlı olarak yorgunluk yaşamaktadırlar (64).

Hastaların nakil sürecine uyumunun artırılması, günlük aktivitelerine geri dönüşlerinin sağlanması için yorgunluk ve zayıf fiziksel fonksiyon riski taşıyan hastalarda erken teşhis ve müdahale, destekleyici bakımda yüksek bir öncelik gerektirmektedir. Bu hastalarda yorgunluğa neden olan mekanizmaların üzerinde durulması, enerji ve dayanıklılığın artırılması için farmakolojik ve davranışsal müdahalelerin geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır (22).

2.1.7.4. Veno-Okluziv Hastalık

Hematopoetik kök hücre transplantasyonu yapılan hastalarda yüksek doz hazırlık rejimlerinde karaciğer etkilenmektedir. Karaciğer komplikasyonları arasında GVHH, VOD, enfeksiyonlar, karaciğer enzimlerinde artış, kolestaz gibi biliyer sorunlar, ilaca bağlı gelişen toksisiteler yer almaktadır. Veno-okluziv hastalık (VOD) veya diğer ismiyle sinüsoidal obstrüktif sendrom (SOS), allojenik hematopoetik kök hücre nakli sonrasında gelişen bir komplikasyondur. VOD tablosunda; hepatomegali, sağ üst kadranda ağrısı, ödem ve asitin eşlik ettiği kilo artışı, bilirubin düzeyinde artış ile ikterik tablo görülmektedir (65). VOD gelişimi için yüksek doz hazırlık rejimleri, total vücut ışınlama dozu, siklofosfamid dozu, altta yatan karaciğer inflamasyonu ve fibrozis varlığı gelişimi için zemin hazırlamaktadır (Tablo 2-7). Bu komplikasyon erken dönem komplikasyonlar içinde eskisi kadar sık olmasa da önemli bir morbidite ve mortalite nedenini oluşturmaktadır (51, 66).

Tablo 2-7: Veno-Okluziv Hastalık Gelişimi ile İlgili Risk Faktörleri ⁽⁵¹⁾

-
1. Var olan karaciğer hastalığı (Hepatit C, hepatik fibrozis, siroz)
 2. Daha önceden myeloablatif rejime maruziyet
 3. Geçmiş sinüsoidal obstrüktif sendrom öyküsü
 4. Myeloablatif rejim kullanımı
 5. Total vücut ışınlaması
 6. Siklofosfamid içeren rejimlerin kullanılması
 7. Busulfan kullanımı (özellikle oral)
 8. Löseminin geç döneminde transplant yapılması
 9. Hemakromatoz C282Y aleli taşıyıcıları
-

2.1.7.5. Hemorajik Sistit

HKHT sonrasında haftalar ve aylar içerisinde ortaya çıkan hemorajik sistit; hematüri, dizüri, pollaküri, suprapubik ağrı gibi semptomlarla seyreden bir komplikasyondur. Siklofosfamid ve ifosfamide kaynaklı üriner sistem toksisitesine bağlı ortaya çıkmakta olup, hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (67). Tanı genellikle klinik verilere dayanarak konur, evrelemesi Tablo 2-8'de yer almaktadır (51).

Tablo 2-8: Hemorajik Sistitin Klinik Evrelemesi ⁽⁵¹⁾

Evre	Klinik Tanım
Evre 0	İrritasyon ve semptomların olmaması
Evre 1	Mikroskobik hematüri
Evre 2	Mikroskobik hematüri
Evre 3	Makroskobik hematüri ve küçük pıhtılar
Evre 4	Masif makroskobik hematüri nedeniyle idrar retansiyonu oluşumu ve/veya pıhtıları uzaklaştırmak için girişim gereksinimi

2.1.7.6. Gastrointestinal Sistem Komplikasyonları

Epitel hücreler diğer hücelere göre daha hızlı bölünebilme özelliğine sahip olduğu için, yüksek doz KT ve/veya RT mukoza hücrelerinin büyüme ve olgunlaşmasını baskılayarak inflamasyon ve ülserasyon gelişimine neden olmaktadır. En sık etkilenen bölgeler ise oral, anal ve vajinal bölgelerdir. Buna bağlı olarak ağız içi eritem, kanama, ağrı, disfaji, bulantı, kusma ve diyare ile birlikte abdominal kramplar sıklıkla görülmektedir (26, 64).

Mukozit: HKHT sonrası oral komplikasyonlar oldukça sıktır. Ağız, GVHH’de en çok etkilenen bölgelerden birisidir. Özellikle oral GVHH, baş-boyun bölgesine uygulanan RT, hazırlık rejimleri ve yaş risk faktörleri arasında yer almaktadır. Wardley ve arkadaşları en şiddetli mukozitin yüksek doz melfalan ve TVI alan kök hücre nakli hastalarında görüldüğünü bildirmişlerdir (68).

Mukozit gelişiminde özellikle kemoterapi ve radyoterapinin epitel mitozunu etkilediği, sitokinlerin ve mikrobiyal floranın da etkisinin olduğu düşünülmektedir. Ağrı, kuruluk, odinofaji, disfaji, hassasiyet, tat bozukluğu, enfeksiyon ve kanama en sık görülen belirtiler arasında yer almakta olup bu belirtiler çiğneme güçlüklerine yol açarak oral alımın azalmasına ve yaşam kalitesinin bozulmasına neden olmaktadır (66). Bunlar dışında immünsupresyon durumunda koruyucu bariyerler bozulduğu için patojenlerin mukozaya girişi kolaylaşmakta, enfeksiyon gelişimi hızlanmaktadır. Mukozal eritem, atrofi, ağız kuruluğu, psödomembran ve ülser gelişimi de görülebilmektedir. Bu nedenle takiplerde tüm hastalara rutin oral değerlendirme yapılması, yılda bir deneyimli diş hekimi ve KBB uzmanları tarafından da değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır.

Mukozit yönetiminde hasta ve ailesinin eğitimi, ağız bakımı, sıvı ve gıda alımının düzenlenmesi büyük önem taşımaktadır (7, 69).

Bulanti-Kusma: Kullanılan ilaçlardan kaynaklı ve gastrointestinal sistemde gelişen yan etkilere bağlı ortaya çıkan, en yaygın görülen semptomlardan biri olan bulanti-kusma, kontrol altına alınması zor olup hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Kontrol altına alınamayan bulanti-kusma hastanın yetersiz beslenmesine yol açarak dehidratasyona ve elektrolit dengesinin bozulmasına, hastanın hem psikolojik hem de mental açıdan kötüleşmesine neden olabilmektedir (70). Semptom yönetiminde hasta eğitimi, gıda ve çevre düzenlemesi, farmakolojik yaklaşımlar kullanılmaktadır. Hasta ve aile eğitiminde öğün sayısı, gıda alımı, hidrasyon, dikkati dağıtma ve çevre düzenlemesi konuları anlatılmalıdır (71).

Diyare: HKHT sonrası %40-80 oranında diyare meydana geldiği bildirilmektedir. Myeloablatif hazırlık rejimlerinin gastrointestinal mukozaya toksik etkisine bağlı, GVHH ya da enfeksiyon ilişkili olarak diyare gelişmektedir. Yüksek doz hazırlık rejimine bağlı olarak hastalar uzun süre pansitopenik oldukları için bakteriyel ve fungal enfeksiyon açısından risk altındadırlar. Hastada diyarenin değerlendirilmesinde gaita miktarı ve içeriği, rengi, başlangıcı, süresi, kramp tarzında karın ağrısı gibi eşlik eden diğer semptomlar mutlaka sorgulanmalıdır. Diyare yönetiminde ortaya çıkan nedene yönelik girişimlerin planlanması, tedavisinin yanı sıra gıda ve sıvı alımının düzenlenmesi, sıvı elektrolit dengesinin sağlanması ve takip edilmesi gerekmektedir (40, 64).

Tat ve koku değişiklikleri: HKHT sonrasında hastaların yemek yemeye olan ilgisini azaltarak besin tüketimi ve diyet kalitesini etkilemektedir. Görülme sıklığı, uygulanan tedavinin türü ve hastalık sürecine bağlı olarak değişkenlik göstermekte olup santral sinir sistemi değişikliklerinin yanı sıra kemoterapi, radyoterapi, kötü ağız hijyeni, değişen tükürük salgısı ya da gelişen mukozitlere bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Özellikle KT alan hastaların %70'inden fazlasında görülmekte olup iştahı da azaltmaktadır. Sağlıklı beslenmenin sürdürülmesi ve iyi bir tedavi sürecinin devamı için

yönetimi oldukça önemlidir. Yönetiminde hasta ve ailesinin eğitimi, gıda tüketiminin düzenlenmesi gerekmektedir (72).

İştahsızlık: HKHT sürecinde hastaların yaygın olarak yaşadığı bir diğer semptom olup pek çok etkene bağlı olarak gelişebilmekte, tedaviye olan yanıtı ve toleransı azaltmakta, yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir. Hastalarda iştahsızlığa bağlı olarak kilo kaybının yanı sıra, malnütrisyon ve ileri boyutlarda ise kaşeksi gelişebilmektedir. Bu nedenlerle tanı konulduğu andan itibaren hasta ve ailesine diyet konusunda danışmanlık yapılması, iştah ve kilonun yakından takip edilmesi büyük önem taşımaktadır (73).

2.1.7.7. Endişe-Sinirlilik-Huzursuzluk

Hematopoetik kök hücre naklini takiben hastalar günlük yaşamı etkileyen uzun vadeli fiziksel ve psikososyal sorunlar yaşamaktadırlar (74).

Hasta ile ilgili;

- Hastalığın türü, süresi, kabulü
- Hastalığın durumu ve tekrarı
- Hastalıkla birlikte var olan diğer sağlık problemleri
- Fonksiyon kaybı ve bedensel bozukluk varlığı
- Beden imajındaki değişiklikler
- Aile, eş, hekime bağlılık ve kontrol kaybı
- Ölüm korkusu
- Bireyin kişiliği ve yaşam koşulları
- Okul ya da meslek yaşantısında bozulma ve rolde değişim
- Korkularını ifade yeteneği
- Kişilerarası ilişkilerde bozulma
- Hastanın çevresinde duygusal destek veren kişiler, belirsizlik
- Kültürel ve dinsel tutumlar
- Ziyaretçi kısıtlanması gibi nedenlerden hastaların anksiyete ve depresyon düzeyi etkilenmektedir (11).

Hastalara eğitim verilmesi; hastaların endişelerini azaltma, tedaviye uyumu artırma, tedaviyle ilgili komplikasyonları önleme ile hastaların karar vermede ve bakımlarında daha aktif bir rol almalarına katkıda bulunabilmektedir (19).

Nakil sürecinde anksiyete ve depresyon düzeyini azaltmak için; hastaların anksiyete ve depresyon ile baş etme yöntemleri, hastalık ve tedaviye uyumu, nakil hakkındaki bilgi seviyesi, aile destek sistemleri, sosyal güvencesi, rol değişimi ve beden imajı gibi faktörler göz önünde bulundurularak girişimler planlanmalıdır (11).

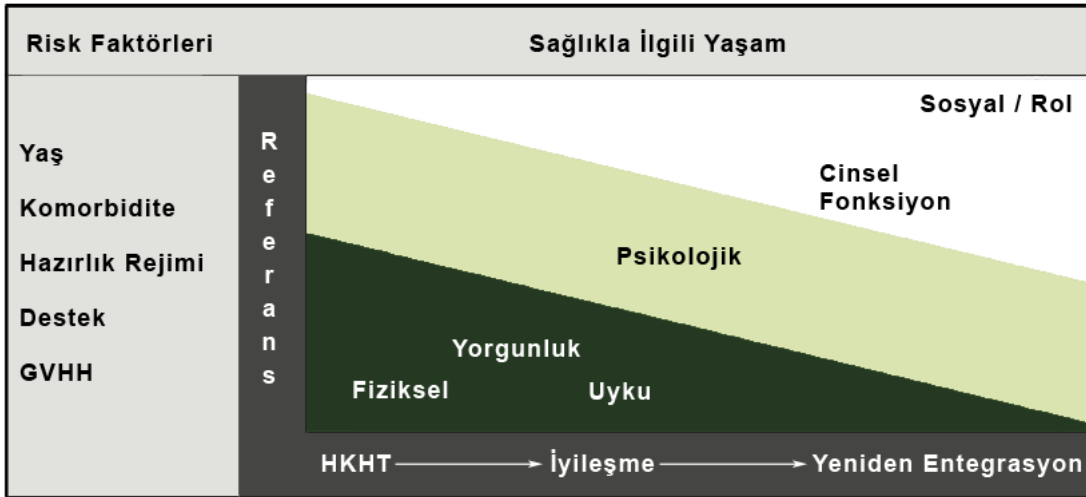
2.1.8. Hematopoetik Kök Hücre Transplantasyonu ve Yaşam Kalitesi

Hematopoetik kök hücre naklinde semptomlar ve yaşam kalitesi kritik önem taşımaktadır (18). Yapılan çalışmalarda HKHT uygulanan hastalarda yaşam kalitesinin birçok boyutu farklı düzeyde etkilediği belirtilmiştir (12, 15, 19).

HKHT yapılan hastalarda genellikle hastalığın kendisi veya önceki tedavi nedeniyle yaşam kalitesinde bozulmalar meydana gelmekte olup, fiziksel fonksiyon ve semptomlar yaşam kalitesinin bozulmasında en büyük etkiye sahiptir. Psikolojik etkiler ise HKHT'nin tüm aşamalarında mevcuttur (75).

Allojenik HKHT'de yaşam kalitesi ve değişen alt boyutlar Şekil 2-7'de yer almaktadır (75). Yaşam kalitesinin boyutları doğrudan bireyin sağlığı ile ilgili olup Şekil 2-8'de yaşam kalitesini etkileyen temel boyut ve unsurlar yer almaktadır (76).

Özellikle nakil tipi ve hazırlık rejimlerine bağlı nakil sonrası görülen komplikasyonlar kısa ve uzun vadede hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (7, 18).



Şekil 2-7: Allojenik hematopoetik kök hücre transplantasyonunda yaşam kalitesi ⁽⁷⁵⁾

Agresif bir tedavi şekli olan HKHT; uzun süreli hastane yatışları, yoğun immün sistem baskılayıcı tedaviler ve yaşamı tehdit eden potansiyel komplikasyonlar ile karakterizedir (8).

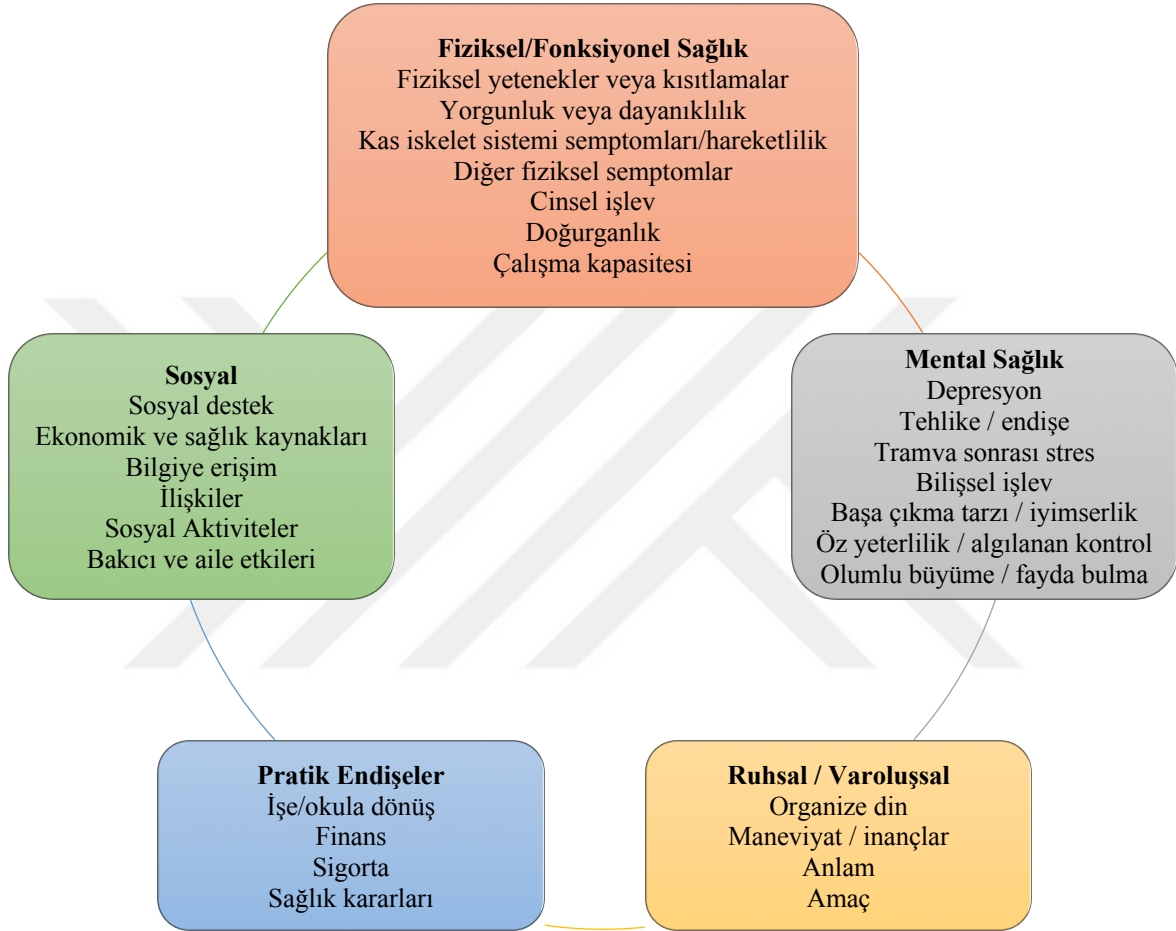
Hasta ve ailesinin fiziksel, emosyonel, sosyal ve ekonomik dengelerini bozarak yaşamdan doyum almalarını engellemekte, dolayısıyla yaşam kalitesini düşürmektedir. HKHT'nin amacı sadece sağ kalımı arttırmak değil aynı zamanda hastanın yaşam kalitesinin de sürdürülmesini sağlamaktır (20).

Bu kapsamda yapılan araştırmalar incelendiğinde; HKHT uygulanan hastaların yaşam kalitesi ve bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesine ilişkin çalışmalar son yıllarda artmış olsa da bu çalışmaların sınırlı oldukları görülmektedir (16, 21, 22).

Evde bakım ve ayakta tedavi hizmetlerinin artması ile birlikte aile bakımı HKHT'de giderek artan bir rol oynamaktadır (8). Birçok hasta ve ailesi için HKHT fiziksel ve duygusal değişikliklere yol açabildiği için aileler destekleyici bakım ihtiyaçlarını karşılamakta güçlük çekmektedirler (77).

HKHT sonrası yaşam kalitesinin artırılması ve enfeksiyonların engellenmesi açısından hasta ve yakınlarının evde bakım konusunda ayrıntılı olarak bilgilendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Planlanan bu eğitimler; ev hazırlığı, hijyen, nakil sonrası gelişebilecek yan etkiler, ağız ve cilt muayenesi, diyet, ilaç kullanımı, enfeksiyon belirti

bulguları, enfeksiyondan korunma yolları, cinsel yaşam, sosyal ortam, egzersiz, hangi durumlarda hastaneye başvurulması gerektiği konularını içermelidir (64).



Şekil 2-8: Hematopoetik kök hücre transplantasyonunda değerlendirilen yaşam kalitesinin temel boyutları ve unsurları ⁽⁷⁶⁾

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı

Bu çalışma hematopoetik kök hücre transplantasyonu uygulanan hastalarda taburculuk sonrası erken dönemde (ilk kez hastaneye kontrole gelene kadar) evde yaşanan semptomların saptanması, bu semptomları etkileyen sosyodemografik ve nakil türü ilgili özelliklerin belirlenmesi, semptomların yönetimi konusunda hastaların kullandığı baş etme davranışlarının ve verilen eğitimin etkili olup olmadığının, yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, hemşirelik uygulamalarını geliştirmede ışık tutacak önerilerin belirlenmesi ve uygun gereksinimlerin planlanması amacıyla yapılmış tanımlayıcı nitelikte bir araştırmadır.

3.2. Araştırma Soruları

Araştırmada yanıt aranan sorular;

1. Hematopoetik kök hücre transplantasyonu uygulanan hastalarda taburculuk sonrası erken dönemde evde yaşanan semptomlar nelerdir?
2. Hematopoetik kök hücre transplantasyonu uygulanan hastaların yaşadıkları semptomlar hangi faktörlere göre değişkenlik göstermektedir?
3. Hematopoetik kök hücre transplantasyonu uygulanan hastaların yaşadıkları semptomlara yönelik uyguladıkları baş etme yöntemleri nelerdir?
4. Hematopoetik kök hücre transplantasyonu uygulanan hastaların yaşadıkları semptomlara yönelik uyguladıkları baş etme yöntemleri etkili ve yeterli midir?
5. Hematopoetik kök hücre transplantasyonu uygulanan hastaların yaşadıkları semptomlara yönelik uyguladıkları baş etme yöntemlerini kim/kimlerden öğrendiler?
6. Hematopoetik kök hücre transplantasyonu uygulanan hastalarda yaşam kalitesinde değişim var mıdır?
7. Hematopoetik kök hücre transplantasyonu uygulanan hastalarda yaşam kalitesini etkileyen değişkenler nelerdir?

3.3. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Nakile bağlı semptomlar, yaşam kalitesi.

Bağımsız değişkenler: Yaş, cinsiyet, klinik tanı, nakil türü, medeni durum, meslek, eğitim durumu, aile tipi, destek veren kişi, gelir düzeyi, kronik hastalık öyküsü, kontrol sıklığı, hastalığı değerlendirme durumu, taburculuk sonrası hastaneye yatış, taburculuk sonrası zorlanma durumu, yaşanan toplam sorun sayısı.

3.4. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları

Araştırmada örneklem grubunun büyük olması, HKHT sonrası yaşanan semptomların yanı sıra, bu semptomları etkileyen değişkenlerin, semptomların yönetimi konusunda hastaların kullandığı baş etme davranışlarının ve yaşam kalitesinin birlikte değerlendirilmesi çalışmanın güçlü yönünü oluşturmaktadır.

Araştırmanın sadece Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi'nde hematopoetik kök hücre transplantasyonu yapıp taburcu olan, hematoloji polikliniğinde ayakta takibi devam hastalar ile, tek merkezde gerçekleştirilmiş olması, araştırmanın sınırlılığını göstermektedir.

3.5. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Araştırma Ekim 2017-Kasım 2018 tarihleri arasında Kocaeli'de özel bir hastanede hematopoetik kök hücre transplantasyonu yapıp taburcu olan, hematoloji polikliniğinde ayakta takibi devam eden hastalar ile yapıldı. Hastanede hematopoetik kök hücre transplantasyonu yapılan 11 yataklı iki nakil ünitesi ile ayrıca transplant öncesi ve sonrası yatış gereken hastaların takibinin yapıldığı 16 ve 6 yataklı iki servis daha bulunmaktadır. Nakil ünitesindeki tüm odalar hepafiltreli, otomatik kapılıdır. Tedavilerin hazırlandığı, içerisinde laminar flow olan tedavi odası bulunmaktadır. Taburculuğu planlanan hastaların evde uyması gereken kurallar, diyet listesi ve egzersiz konusunda taburculuk eğitimleri vaka yöneticisi tarafından verilmektedir. Taburcu olan her hasta acil durumlarda ve ihtiyaç duydukları her an telefon ile ulaşarak vaka yöneticisinden danışmanlık hizmeti almaktadır. Ayrıca taburcu olan hastaların taburculuğundan üç gün

sonra telefon ile takibi yapılarak klinik olarak problemi olup olmadığı vaka yöneticisi tarafından saptanmaktadır.

3.6. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Kocaeli’de özel bir hastanede hematopoetik kök hücre transplantasyonu yapıp taburcu olan 235 hasta oluşturdu. 24 hasta yabancı uyruklu olup Türkçe bilmediği için, 11 hasta da okur-yazar olmadığı için çalışma dışı bırakıldı. Örneklemi; hematopoetik kök hücre transplantasyonu yapıp taburcu edilmiş, araştırmaya katılmayı kabul eden ve dahil edilme kriterlerini karşılayan 200 hasta oluşturdu.

Araştırma örneğine dahil edilme kriterleri;

- T.C. vatandaşı olmak
- 16 yaşından büyük olmak
- İletişim sorunu olmamak
- Türkçe okuma ve yazma bilmek
- Hematopoetik kök hücre nakli yapılmış ve taburcu olmuş olmak
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak olarak belirlendi.

35 hasta kriterleri sağlamadığı için çalışmaya dahil edilmedi. Bu kapsamda Ekim 2017-Kasım 2018 tarihleri arasında hematopoetik kök hücre transplantasyonu yapıp taburcu olan ve örnekleme alınma kriterlerini karşılayan toplam 200 hasta örnekleme oluşturdu.

3.7. Verilerin Toplanması

Çalışmanın Kocaeli’de özel bir hastanede hematopoetik kök hücre transplantasyonu yapılan hastalar ile gerçekleştirilebilmesi için Anadolu Sağlık Merkezi Etik Kurulu’ndan onay ve kurum izni alındı. Hastalardan yazılı bilgilendirilmiş gönüllü onay formu (Ek 1), ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olan kişiden ölçek kullanım izni alındı (Ek 2). Çalışmanın verileri, literatür kullanılarak araştırmacı tarafından oluşturulan veri toplama araçları, Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği (MSAS) ve Avrupa Kanseri

Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği [The European Organization for Research of Cancer Quality of Life Core (EORTC QLQ C-30)] kullanılarak toplandı.

Araştırma verileri kurumdan etik kurul onayı ve kurum izni alındıktan sonra toplandı. Veriler çalışmaya dahil olan ve gönüllü olan hastalardan kişisel, sağlık ve hastalığa ilişkin özelliklerini kapsayan soru formu (Ek 3), Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği (Ek 4) ve Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek 5) kullanılarak ortalama 30 dakika yüz yüze ve telefon ile görüşme yöntemiyle toplandı. Hastalık ve tedavi ile ilgili bilgiler hastanın tıbbi kayıtlarından elde edildi.

3.8. Veri Toplama Araçları

Veriler 3 değerlendirme aracı kullanılarak elde edildi: Hasta Tanım ve Görüşme Formu, Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği ve Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği.

Hasta Tanım ve Görüşme Formu: İlgili literatür kullanılarak araştırmacı tarafından oluşturulan, hastaların tanıtıcı özellikleri, sağlık öyküsü, transplant sonrası yaşanan sorunlar ve baş etme yöntemleri, hastalıkla ilgili bilgilerinin yer aldığı 45 sorudan oluşmaktadır. Hasta tanım ve görüşme formu araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak hazırlanmıştır (7,15,26,51) ve 2 bölümden oluşmaktadır (Ek 3).

Bu tanılama aracının **ilk bölümünde** hastayı tanıtıcı sosyodemografik özelliklerine ilişkin (yaş, cinsiyet, medeni durumu, öğrenim durumu, sağlık güvencesi, kimlerle yaşadığı vb.), sağlık ve nakil durumuna ilişkin (sigara kullanımı, alkol kullanımı, tanı, kronik hastalık, nakil türü vb.), taburculuk sonrası yaşadığı sorunlara ilişkin sorular (bakımında destek olan kişiler, eğitim, evde bakım, taburculuk sonrası tekrar hastaneye yatış durumu vb.); **ikinci bölümünde** ise hastaların deneyimlediği semptomları sorgulamaya yönelik sorular ve bu semptomlarla baş etmede kullanılan yaklaşımlar yer almaktadır.

Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği (MSAS): Kansere bağlı semptom değerlendirme araçlarından birisi olan Portenoy tarafından geliştirilen Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği (MSAS) semptomların prevalansı dışında fiziksel ve psikolojik semptomların sıklık, şiddet ve distress analizlerini çok boyutlu olarak değerlendirilmesini sağlayan 32 maddeden oluşan bir skaladır (Ek 4). Bu skala ile 24 semptom sıklık, şiddet ve verdiği sıkıntı, 8 semptom ise sıklık ve verdiği sıkıntı açısından değerlendirilmektedir. Psikolojik durum (konsantrasyon alt grubu ve duygusal semptomlar), sıklığı fazla olan semptomlar (ağrı, GİS sıkıntıları vb.) ve sıklığı az olan semptomlar olmak üzere üç etki alanı vardır (78, 79).

Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması Yıldırım ve arkadaşları (2011) tarafından yapılmış olup ölçeğin madde toplam puan korelasyonu 0,03 ile 0,64 arasında; Total MSAS ve MSAS alt boyutları Cronbach alpha katsayısı 0,71 ile 0,84 arasında bulunmuştur (80). Bizim çalışmamızda da Cronbach alpha değeri %90,4 olarak hesaplanmıştır (Tablo 3-1). Cronbach alpha değeri $0,80 \leq \alpha < 1$ olduğu için MSAS ölçeğinin güvenilirliğin yüksek olduğu anlaşılmaktadır (78, 80, 81).

Ölçek Global Distres İndeksi (GDI), fiziksel semptom alt skoru [MSAS-PHYS (Fizik)] ve psikolojik semptom alt skoru [MSAS-PSYCH (Psiko)]'dan oluşmaktadır. Total MSAS puanı (TMSAS) 32 semptom skorunun ortalamasıdır (78, 80, 81).

10 maddeli Global Distres İndeksi (MSAS-GDI) semptomların verdiği sıkıntıları ölçmektedir. GDI, 4 yaygın psikolojik belirtinin (kendini üzgün hissetme, endişelenme, kendini sinirli hissetme ve hassas olma) sıklığı ve 6 yaygın fiziksel semptomla (iştahsızlık, enerji kaybı, ağrı, kendini uykulu sersemlemiş gibi hissetme, kabızlık, ağız kuruluğu) ile ilgili rahatsızlığın ortalamasıdır (78, 80, 81).

Fiziksel semptom alt skoru [MSAS-PHYS (Fizik)] 12 yaygın fiziksel semptom (iştahsızlık, enerji kaybı, ağrı, şişkinlik hissi, kendini uykulu sersemlemiş gibi hissetme, kabızlık, ağız kuruluğu, bulantı, kusma, tat almada değişiklik, kilo kaybı, baş dönmesi) ile ilgili sıklık, şiddet ve verdiği sıkıntının ortalamasıdır (78, 80, 81).

Psikolojik semptom alt skoru [MSAS-PSYCH (Psiko)] 6 yaygın psikolojik semptomun (endişelenme, kendini üzgün hissetme, kendini sinirli hissetme, uyumada zorluk, hassas olma, konsantrasyon bozukluğu) ile ilgili sıklık, şiddet ve verdiği sıkıntının ortalamasıdır. Total MSAS skoru (TMSAS), MSAS ölçeğindeki 32 semptomun semptom skorlarının ortalamasıdır (78, 80, 81).

Fiziksel semptom puanlaması

- 0: Eğer semptom yaşamıyorsa
- 0.8: Semptom var ama sıkıntı yaşatmıyorsa
- 1.6: Semptom var ama biraz sıkıntı veriyorsa
- 2.4: Semptom var ama oldukça sıkıntı veriyorsa
- 3.2: Semptom var ama biraz fazla sıkıntı veriyorsa
- 4.0: Semptom var ama çok fazla sıkıntı veriyorsa

Psikolojik semptomların puanlaması

- 0: Semptom yok
- 1: Semptom var ve çok nadiren oluyor
- 2: Semptom var ve bazen oluyor
- 3: Semptom var ve sık sık oluyor
- 4: Semptom var ve neredeyse sürekli oluyorsa değerlendirilmesine göre puan ortalaması alınmıştır (80).

Tablo 3-1: Nakil Sonrası Yaşam Kalitesi (n=200) (Cronbach Alpha)

	Ortalama	Standart Sapma	Cronbach Alpha
Dikkati toplamada zorluk	0,53	0,79	
Ağrı	0,95	0,84	
Halsizlik yada enerji kaybı	1,20	1,32	
Öksürük	0,54	0,87	
Kendini sınırlı hissetme	0,19	0,53	
Ağız kuruluğu	0,40	0,68	
Bulantı	0,74	1,18	
Kendini uykulu/sersemlemiş gibi hissetme	0,11	0,44	
El veya ayaklarda uyuşukluk/karıncalanma	0,51	1,02	
Uyumada zorluk	0,15	0,59	
Şişkinlik hissi	0,57	0,81	
İdrar yapmada zorluk	0,24	0,74	
Kusma	0,21	0,58	
Nefes darlığı	0,09	0,37	
İshal	0,27	0,87	
Kendini üzgün hissetme	0,14	0,47	0,904
Terleme	0,20	0,55	
Endişelenme	0,25	0,65	
Cinsel istek veya aktivite ile ilgili sorunlar	0,09	0,38	
Kaşınıtı	1,05	1,27	
İştahsızlık	0,17	0,58	
Baş dönmesi	0,09	0,43	
Yutma güçlüğü	0,03	0,21	
Hassas olma/ hissetme	0,12	0,57	
Ağız yaraları	0,16	0,61	
Yiyeceklerin tadını almada değişiklik	0,16	0,49	
Kilo kaybı	0,59	0,82	
Saç dökülmesi	0,02	0,28	
Kabızlık	0,04	0,28	
El veya ayaklarda şişme	0,29	0,75	
Ben kendime benzemiyorum	0,47	0,96	
Deride değişiklikler	0,53	0,79	

Tablo 3-1’de MSAS’ı oluşturan tüm maddelerin ortalama ve standart sapmaları yer almaktadır. İlgili maddelerin iç tutarlılığını ölçmek amacıyla güvenilirlik analizi yapılmış ve Cronbach Alpha değeri %90,4 olarak hesaplanmıştır. Alpha katsayısının

bulunabileceği aralıklar ve buna bağlı olarak da ölçeğin güvenilirlik durumu aşağıda verilmiştir (82):

$0 \leq \alpha < 0,40$ ise ölçek güvenilir değildir.

$0,40 \leq \alpha < 0,60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir.

$0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise ölçek oldukça güvenilirdir.

$0,80 \leq \alpha < 1$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir (82).

Buna göre yaptığımız çalışmada MSAS ölçeğinin güvenilirliğinin yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 3-2: Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutları için Güvenilirlik

Alt Boyut	Cronbach Alpha
Fiziksel Semptomlar	0,877
Psikolojik Semptomlar	0,787

MSAS-PHYS (Fizik) alt boyut için güvenilirlik katsayısı Cronbach Alpha %87,7; MSAS-PSYCH (Psiko) alt boyut için ise Cronbach Alpha %78,7 hesaplandı. Bu iki alt ölçeğin de oldukça güvenilir olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 3-3: Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutlarının Korelasyonu (n=200)

	Fiziksel Semptomlar	
	r	p
Psikolojik Semptomlar	0,59	0,001

Tablo 3-3'te MSAS alt boyutlarının birbirleriyle ilişkisini gösteren korelasyon tablosu yer almaktadır. Fiziksel ve psikolojik alt boyut için korelasyon %58,5 olup istatistiksel olarak anlamlıdır. İki alt boyut arasında pozitif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır.

Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği [The European Organization for Research of Cancer Quality of Life Core (EORTC QLQ C-30 versiyon 3.0)] (Ek 5): Yaşam kalitesi ölçeği, kanser hastalarının sağlıklı ilişkili yaşam kalitesini değerlendirmede tüm dünyada yaygın olarak kullanılan bir ölçek olup (83, 84), Aaronson ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (85). Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Güzelant ve arkadaşları (2004) tarafından yapılmış olup kanser hastalarında Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir araç olduğu saptanmıştır. Ölçeğin Cronbach alpha katsayısı $\geq 0,70$ olarak belirlenmiştir. Tablo 3-1’de ölçeğin, Güzelant arkadaşları (2004) tarafından yapılan geçerlik-güvenirlik çalışmasında elde edilen Cronbach alpha değerleri yer almaktadır (86). Bu ölçek genel sağlık durumu, fonksiyonel güçlükler ve semptom kontrolü olmak üzere üç alt başlık ve 30 sorudan meydana gelmektedir (83, 87).

Tablo 3-4: Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Cronbach Alpha Değerleri ⁽⁸⁴⁾

Yaşam Kalitesi	Cronbach Katsayısı
Fonksiyonel Alt Boyut	
Fiziksel	0.70
Rol	0.89
Bilişsel	0.71
Emosyonel	0.84
Sosyal	0.76
Toplam Yaşam Kalitesi Alt Boyutu	0.94
Semptom Alt Boyutu	
Yorgunluk	0.84
Bulantı-kusma	0.87
Ağrı	0.76

30 maddeden ilk 28’i dördümlü likert tipi ölçek olup maddeler: Hiç: 1, Biraz: 2, Oldukça: 3, Çok: 4 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin 29. sorusunda hastadan 1’den 7’ye kadar olan puan ile (1: çok kötü ve 7: mükemmel) genel sağlığını ve 30. soruda ise genel yaşam kalitesini değerlendirmesi istenmektedir. Fonksiyonel ölçek 15 sorudan oluşmakta olup fiziksel (1-5), rol (6,7), bilişsel (20-25), emosyonel (21-24) ve sosyal

(26,27) soruları temsil etmekte; 13 sorudan oluşan semptom ölçeğinde yorgunluk (10,12,18), bulantı-kusma (14,15), ağrı (9,19), dispne (8), uykusuzluk (11), iştah kaybı (13), konstipasyon (16), diyare (17) ve finansal zorluklar (28) gibi hastanın yaşam kalitesini etkileyen spesifik semptomlar sorgulanmaktadır (Tablo 3-2) (83, 88).

29. ve 30. sorulardan alınan yüksek puan yükseldikçe yaşam kalitesinin yüksek olduğu, düştükçe yaşam kalitesinin de doğru orantılı olarak düştüğünü göstermektedir. Fonksiyonel ölçek ve semptom ölçeği bölümünde ise tam tersi olarak alınan puanlar düşük ise yaşam kalitesinin yüksek, puanlar yüksek ise yaşam kalitesinin düşük olduğunu ifade etmektedir. Hastalar bu anket ile en düşük 0, en yüksek 100 puan alabileceklerdir. Genel sağlık durumu yüksek, semptom ve fonksiyonel ölçek puanlarının düşük olması yaşam kalitesinin yüksek olduğunu ifade etmektedir (84, 87-89).

Tablo 3-5: Puanlama: EORTC QLQ C-30 Versiyon 3.0 ^(87, 88)

	Ölçek	Madde Sayısı	*Madde Aralığı	Madde Numaraları
Genel sağlık durumu, QoL (GSS)	QL2	2	6	29, 30
Fonksiyonel ölçek skoru (FS)				
Fiziksel fonksiyon	PF2	5	3	1-5
Rol fonksiyon	RF2	2	3	6, 7
Emosyonel fonksiyon	EF	4	3	21-24
Bilişsel fonksiyon	CF	2	3	20, 25
Sosyal fonksiyon	SF	2	3	26, 27
Semptom skoru (SS)				
Yorgunluk	FA	3	3	10, 12, 18
Bulantı-kusma	NV	2	3	14, 15
Ağrı	PA	2	3	9, 19
Dispne	DY	1	3	8
Uykusuzluk	SL	1	3	11
İştah kaybı	AP	1	3	13
Konstipasyon	CO	1	3	16
Diyare	DI	1	3	17
Finansal zorluklar	FI	1	3	28

*Madde aralığı cevaplara verilen en yüksek puan ve en düşük puan arasındaki fark aralık değerini verir. Birçok soru 1' den 4' e kadar puan aldığı için aralık= 3'tür.

Fonksiyonel ölçek skoru (FS), semptom ölçek skoru ve genel sağlık durumu skoru (GSS) aşağıdaki formüllerle hesaplandı:

Tüm ölçekler için öncelikle ham skor (HS) hesaplandı. Örneğin fonksiyonel skor (FS) için 15 sorudan alınan toplam puan soru sayısında bölünerek hesaplandı. Cevaplara verilen en yüksek puan (4) ve en düşük puan (1) arasındaki fark (3) aralık değerini verir.

$$FS = \{1 - (HS-1)/aralık\} \times 100$$

$$SF = \{1 - (HS-1)/aralık\} \times 100$$

$$SS = \{(HS-1)/aralık\} \times 100$$

$$FA = \{(HS-1)/aralık\} \times 100$$

$$GSS = \{(HS-1)/aralık\} \times 100 \text{ formülleri ile hesaplandı (87, 90).}$$

Bu çalışmada MSAS ve Yaşam Kalitesi ölçekleri katılımcıların değerlendirilmesine sunuldu. Her iki ölçeğin alt boyutları ölçek açıklamalarına göre gerekli hesaplamalar yapılarak oluşturuldu. Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, yüzde) yanı sıra normal dağılım göstermeyen niceliksel verilerin değerlendirmelerinde Mann Whitney U testi kullanıldı. Alt boyutların bağımsız değişkenlerle ilişkisini araştırmada kullanılacak istatistiksel yöntem karar vermek için alt boyutlara ait verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov Testi ile araştırıldı ve dağılımların normal olmadığı görüldü. Tüm p değerleri %5'ten küçük olduğu için "H₀: Dağılım normale uygundur." hipotezi reddedilerek karşılaştırmalarda parametrik olmayan istatistiksel yöntemlerin kullanılması gerektiği anlaşıldı. İki kategoriye sahip bağımsız değişkenlerle yapılan karşılaştırmalarda Mann-Whitney U test, ikiden fazla kategoriye sahip bağımsız değişkenlerle yapılan karşılaştırmalarda Kruskal-Wallis Test kullanıldı. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkilerin araştırılmasında ise Spearman Korelasyon Analizi'ne başvuruldu. Test sonuçlarına göre değişkenler arasında ilişki olup olmadığına ilişkin kararlar, %5 anlamlılık düzeyinde verildi.

Konstipasyon şikâyeti sadece bir hastada görüldüğü için karşılaştırmalara dahil edilmedi.

4. BULGULAR

Hematopoetik kök hücre transplantasyonu uygulanan hastalarda taburculuk sonrası evde yaşanan semptomların saptanması, bu semptomları etkileyen sosyodemografik ve nakil türü ilgili özelliklerin belirlenmesi, semptomların yönetimi konusunda hastaların kullandığı baş etme davranışlarının ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışma kapsamında elde edilen veriler yedi başlık altında incelendi.

1. Hastaların sosyo-demografik özellikleri
2. Hastaların nakil sürecine ilişkin özellikleri
3. Hastalar tarafından sık bildirilen şikayetler
4. Nakil ile ilişkili yaşam kalitesi
5. Nakil ile ilişkili semptomlar ile baş etme
6. Sosyo-demografik özelliklerin ve nakil sürecinin yaşam kalitesine etkisi
7. Nakil ilişkili semptomların yaşam kalitesi ile ilişkisi

4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri

Bu çalışmaya Ekim 2017-Kasım 2018 tarihleri arasında Kocaeli’de özel bir hastanede hematopoetik kök hücre transplantasyonu yapıлып taburcu olan ve hematoloji polikliniğinde ayakta takibi devam eden %39’u (n=78) bayan, %61’i (n=122) erkek olmak üzere toplam 200 hasta dahil edildi.

Hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim durumu, aile tipi, gelir düzeyi ve yardımcı kişi varlığı değişkenlerine ait dağılımlar Tablo 4-1’de gösterildi. Hastaların yaşları 17 ve 78 arasında olup yaş ortalaması $51,3 \pm 15$ ’ti. Hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin diğer bulguları Tablo 4-1’de gösterildi. Vücut ağırlıklarının ortalaması yaklaşık 73 kg, standart sapma 15,4 kg olup bu değer ağırlıkların birbirine yakın olduğunu ve değişkenliğin çok yüksek olmadığını gösterdi. En zayıf hasta 35 kg, en kilolu hasta 130 kg’di. Hastaların boy ortalaması 1,65 m, standart sapma 0,09 m olup bu değer boy uzunluklarının birbirine çok yakın olduğunu gösterdi. En kısa hasta 1,43 m, en uzun hasta 1,95 m boyundaydı.

Tablo 4-1: Hastaların Kişisel Özelliklere İlişkin Dağılımı (n=200)

Kişisel Özellikler	Kategori	n	%
Yaş Ort±SS (min-max)	51,3±15 (17-78)		
Cinsiyet	Kadın	78	39
	Erkek	122	61
Medeni Durum	Evli	164	82
	Bekar	36	18
Meslek	Ev Hanımı	56	28
	Serbest Meslek	44	22
	Emekli	37	18,5
	Öğrenci	19	9,5
	İşçi	15	7,5
	Memur	14	7
	Mühendis	8	4
	Yönetici	7	3,5
Eğitim Durumu	Okur Yazar	53	26,5
	İlköğretim	55	27,5
	Lise	36	18
	Üniversite	56	28
Birlikte Yaşanan Kişi (aile tipi)	Eş Çekirdek Aile	144	72
	Çekirdek Aile	31	15,5
	Dışardan	25	12,5
Yardımcı Kişi Var mı?	Eş	90	45
	Çocuk	38	19
	Aile	37	18,5
	Anne	18	9
	Bakıcı	9	4,5
Gelir Düzeyi	Akraba	8	4
	Kötü	10	5
	Ancak Geçinebiliyor	85	42,5
	Orta Derecede İyi	73	36,5
	İyi	23	11,5
	Çok İyi	9	4,5

Çalışmaya katılan hastaların medeni duruma göre dağılımı incelendiğinde; %82'si evli, %18'i bekarıdır.

Hastaların meslek gruplarına bakıldığında; %28'ini ev hanımlarının, %22'sini serbest meslek sahiplerinin, %18,5'ini emeklilerin ve %9,5'ini ise öğrencilerin oluşturduğu görüldü. Diğer mesleklere ait oranlar Tablo 4-1'den görüleceği gibi oldukça düşüktü.

Eğitim durumuna göre dağılım incelendiğinde; en yüksek oran %28 ile üniversite mezunlarına aitti. Bunu %27,5 ile ilköğretim, %26,5 ile okuryazar olanlar, %18 ile lise mezunları izlemekteydi.

Hastaların birlikte yaşadıkları kişilere göre dağılımı incelendiğinde; %72 ile en yüksek oran eş ve çekirdek aile ile yaşayanlara aitti. Çekirdek aile ile yaşayanların oranı %15,5 ve aile dışında birisi ile yaşayanların oranı %12,5'ti. Hastalarının tamamı yardımcı biri ile yaşamını sürdürdüğünü ifade etti. Hastalara yardımcı olan kişilerin dağılımı incelendiğinde ise; %45 ile en yüksek oran eşlere aitken bunu %19 ile çocuk, %18,5 ile aile, %9 ile anne, %4,5 ile bakıcı ve %4 ile akrabaların izlediği görüldü.

Hastaların çalışma durumuna göre dağılımına bakıldığında; %77'sinin çalışmadığı ve %7'sinin çalıştığı görüldü. Diğer nedenlerle çalışmadığını ifade eden hastaların %16'sı da hastalık nedeniyle çalışmadığını ifade etti.

Hastaların tamamının sosyal güvenceye sahip olduğu gözlemlenmekte olup gelir düzeylerine göre dağılımı incelendiğinde; %42,5 ile en yüksek oran ancak geçinebilenleri temsil etmekteydi. Bunu takiben %36,5'inin gelir düzeyi orta derecede iyi, %11,5'inin iyi, %5'inin kötü ve %4,5'inin çok iyi düzeyde olduğu görüldü.

Tablo 4-1: Hastaların Kişisel Özelliklerine İlişkin Dağılımları (Devam)

	Yaş	Vücut ağırlığı	Boy	BKİ	Sigara (paket/yıl)	Sorun sayısı
n	200	200	200	200	77	200
Ortalama	51,3	73,3	1,65	27,0	23,1	2,0
Standart sapma	15,0	15,4	0,09	5,4	24,2	3,0
Minimum	17,0	35,0	1,43	15,0	0,5	0,0
Maximum	78,0	130,0	1,95	46,0	150,0	12,0

4.2. Hastaların Nakil Sürecine İlişkin Özellikleri

Hastaların hastalık sürecine ilişkin frekans dağılımları Tablo 4-2’de yer almaktadır. Çalışmaya katılan hastaların tanılarına göre dağılımı incelendiğinde; %39,5 ile en yüksek oran Multiple-Myelom’a aitken bunu %27,5 ile Lenfoma, %22 ile Lösemi, %6,5 ile Aplastik Anemi-Myelodisplastik Sendrom (MDS) ve %4,5 ile diğer tanılar izlemektedir.

Hastaların BKİ ortalaması 27, standart sapma 5,4 olup bu değer BKİ değerlerinin birbirine yakın olduğunu ve değişkenliğin çok yüksek olmadığını gösterdi. En düşük BKİ 15 en yüksek BKİ 46’dı (Tablo 4-1).

Sigara kullanan hastalar değerlendirildiğinde; bu hastaların yılda ortalama 23 paket sigara tükettikleri görüldü. En düşük kullanımın yılda yarım paket sigara iken, en yüksek kullanımın yılda 150 paket sigara olduğu tespit edildi (Tablo 4-1).

Hastaların yaşadığı toplam sorun sayısı en düşük 0, en yüksek 12’dir. Ortalama değer yaklaşık 2, standart sapma yaklaşık 3’tü. Standart sapma değişkenliğin burada da çok yüksek olduğunu gösterdi (Tablo 4-1).

Hastaların nakil türüne göre dağılımları incelendiğinde; %65,5’ini otolog nakil yapılan hastalar oluştururken, %16’sını akraba dışı, %15,5’ini allojenik ve %3,5’ini haploidentik nakil yapılan hastaların oluşturduğu görüldü (Tablo 4-2).

Hastaların %67,5’inde başka kronik hastalık mevcut değilken, %32,5’inde başka bir kronik hastalık olduğu saptandı. Başka kronik hastalıklardan sistemik hastalıklara ait oranın %30,5 ile en yüksek oran olduğu görüldü. Kanser oranı %1,5 olup kanserle birlikte sistemik hastalığa da sahip olanların oranının %0,5 olduğu tespit edildi (Tablo 4-2).

Aile hastalık öyküsüne göre dağılım incelendiğinde; %63’ünde aile hastalık öyküsünün olmadığı, %37 sinde ise aile hastalık öyküsünün olduğu görüldü. Aile hastalık öyküsü olanların %22’sinde kanser, %15’inde ise sistemik hastalıklar olduğu saptandı (Tablo 4-2).

Hastaların kontrol sıklıklarına göre dağılımı incelendiğinde; %46’sı hekim önerileri doğrultusunda, %39’u herhangi bir sorun olduğunda, %15’i ise ayda bir-iki defa kontrole gittiğini ifade etti (Tablo 4-2).

Hastaların %16’sının taburcu olduktan sonra tekrar hastaneye yattığı, tekrar hastaneye yatan hastaların ise %7,5’inin enfeksiyon nedeniyle hastaneye yattığı görüldü.

Hastaların hastalıkları hakkında bilgi sahibi olma durumu incelendiğinde; %85,5'inin hastalığı hakkında bilgi sahibi olduğu, %14,5'inin bilgi sahibi olmadığı görüldü (Tablo 4-2).

Tablo 4-2: Hastaların Hastalık Özelliklerine İlişkin Dağılımı (n=200)

Hastalık Özellikleri	Kategori	n	%
Klinik Tanı	Multiple Myelom	79	39,5
	Lenfoma	55	27,5
	Lösemi	44	22
	Aplastik Anemi – MDS	13	6,5
	Diğer	9	4,5
Nakil Türü	Otolog	131	65,5
	Allojenik	30	15
	Haploidentik	7	3,5
	Akraba Dışı	32	16
Kronik Hastalık Var mı?	Yok	135	67,5
	Sistemik Hastalık	61	30,5
	Kanser	3	1,5
	Kanser ve Sistemik Hastalık	1	0,5
Aile Hastalık Öyküsü	Yok	126	63
	Kanser	44	22
	Sistemik Hastalık	30	15
Kontrol Sıklığı	Hekim Önerileri Doğrultusunda	92	46
	Sorun Olduğunda	78	39
	Ayda Bir İki	30	15
Taburculuk Sonrası Yatış	Evet	32	16
	Hayır	168	84
Yatış Sebebi	Yatış Yok	168	84
	Enfeksiyon	15	7,5
	Enfeksiyon-Diğer	6	3
	GVHD-Enfeksiyon	5	2,5
	Diğer	4	2
	GVHD	2	1

Hastaların hastalıkları konusunda nereden bilgi edindiklerine göre dağılımı incelendiğinde ise; en yüksek oran %38 ile sağlık çalışanı ve internete aitken bunu %28 ile sadece sağlık çalışanları, %13 ile sağlık çalışanları ve diğer hasta yakınlarının izlediği görüldü.

Hastaların %75,5'i hastalıklarının uzun bir tedavi süreci gerektirdiğini, %24,5'i ise hastalıklarının tedavisinin olmadığını düşündüklerini ifade etti. Hastaların %97,5'i nakil süreci hakkında bilgi sahibi olduğunu %2,5'i ise bilgi sahibi olmadığını ifade ederken tamamı taburculuk sonrası verilen eğitimin yeterli olduğunu düşünmekteydi.

Taburculuk sonrası nakil konusunda alınan eğitimlerin yeterli olduğunu düşünen hastalara ait oranın %97,5 olduğu görüldü. Hastaların %77,5'inin taburculuk sonrası evde bakım sürecinde zorluk yaşamadığı, %22,5'i ise zorluk yaşadığı saptandı (Tablo 4-2).

4.3. Hastalar Tarafından Sık Bildirilen Şikayetler

Tablo 4-3'te hastaların hematopoetik kök hücre nakline bağlı yaşadıkları semptomların insidansı yer almaktadır. Bu semptomların dağılımı incelendiğinde; hastaların %48'inin halsizlik-yorgunluk, %42,5'inin iştahsızlık, %29,5'inin bulantı-kusma, %20,5'inin cilt değişiklikleri, %16,5'inin ateş, %13,5'inin ise endişe / sinirlilik / huzursuzluk yaşadıkları görüldü.

Tablo 4-4'te Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği'nin içerdiği semptomların sıklığı, şiddeti ve sıkıntı verme durumu özetlenmiştir. 32 maddede semptom yaşayan hastaların sayısı ve yüzdesi verilmiştir. Aynı tabloda semptomları yaşayan hastaların bu semptomu hangi sıklıkta, ne düzeyde ve hastaya ne kadar sıkıntı verdiği % olarak gösterilmiştir. Sıklık değerlendirilirken çok nadiren (1), arada sırada (2), sık sık (3), neredeyse sürekli (4) ile; şiddet değerlendirilirken hafif (1), orta (2), şiddetli (3), çok şiddetli (4) ile; hastaya verdiği sıkıntı seviyesi ise hiç (0), biraz (1), oldukça (2), biraz fazla (3), çok fazla (4) olarak ifade edildi. İlk 24 maddede yaşanan semptomların sıklık, şiddet ve sıkıntı verme durumu değerlendirilirken, son 8 maddede ise sadece semptomların şiddeti ve verdiği sıkıntı değerlendirildi. Hastaların ölçek dışında yaşadıkları diğer semptomların varlığı ayrıca sorgulanmış, altı hasta hematüri (%3), üç hasta ellerde titreme (%1,5), iki hasta da zona (%1) yaşadıklarını ifade ettiler.

Tablo 4-3: Hematopoetik Kök Hücre Nakli ile İlişkili Semptom İnsidansı (n=200)

Semptom Adı	Deneyim	n	Yüzde (%)
Bulantı-Kusma	Hayır	141	70,5
	Evet	59	29,5
Halsizlik-Yorgunluk	Hayır	104	52
	Evet	96	48
Ateş	Hayır	167	83,5
	Evet	33	16,5
Ağızda Yara	Hayır	191	95,5
	Evet	9	4,5
Yutma Güçlüğü	Hayır	191	95,5
	Evet	9	4,5
İshal	Hayır	182	91
	Evet	18	9
İştahsızlık	Hayır	115	57,5
	Evet	85	42,5
Kabızlık	Hayır	199	99,5
	Evet	1	0,5
Tat ve Koku Değişiklikleri	Hayır	185	92,5
	Evet	15	7,5
Uykusuzluk / Uyumada Zorlanma	Hayır	187	93,5
	Evet	13	6,5
Kilo Kaybı	Hayır	178	89
	Evet	22	11
Cilt Değişiklikleri	Hayır	159	79,5
	Evet	41	20,5
Endişe / Sinirlilik / Huzursuzluk	Hayır	173	86,5
	Evet	27	13,5

Bu çalışmada araştırma kapsamına alınan hastaların hematopoetik kök hücre transplantasyonunun ardından taburcu olduktan sonra en sık gördükleri semptomlar incelendiğinde; yaygın olarak görülen semptomların, ağrı (%63), halsizlik (%48), iştahsızlık (%43), şişkinlik hissi (%38), dikkati toplamada zorluk (%35), bulantı (%30), ağız kuruluğu (%29) ve deride değişiklik (%21) olduğu tespit edildi. Bu semptomlardan en yaygın görülen üç semptom sıklıklarına göre değerlendirildiği zaman ilk sırada ağrı semptomunu %75,4 oranında hasta arada sırada yaşarken, %13,5 oranında hasta sık sık, %1,6 oranında hasta ise neredeyse sürekli yaşadıklarını ifade ettiler.

Tablo 4-4: Nakli ile İlişkili Semptomların Sıklığı, Şiddeti ve Hastayı Rahatsız Etme Derecesi (n=200)

	Prevelans		Sıklık (%)				Şiddet (%)				Sıkıntı (%)				
	n	%	1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Dikkati toplamada zorluk	70	35	12,9	64,3	21,4	1,4	60,0	35,7	4,3	0,0	17,1	67,1	12,9	2,9	0,0
Ağrı	126	63	9,5	75,4	13,5	1,6	61,9	35,7	1,6	0,8	20,6	59,5	17,5	1,6	0,8
Halsizlik ya da enerji kaybı	96	48	2,1	17,7	70,8	9,4	3,1	50,0	43,8	3,1	2,1	16,7	46,9	31,3	3,1
Öksürük	64	32	17,2	60,9	20,3	1,6	39,1	50,0	9,4	1,6	10,9	54,7	29,7	3,1	1,6
Kendini sinirli hissetme	27	14	33,3	51,9	14,8	0,0	66,7	29,6	3,7	0,0	11,1	70,4	14,8	3,7	0,0
Ağız kuruluğu	58	29	27,6	65,5	6,9	0,0	70,7	25,9	3,4	0,0	19,0	63,8	15,5	1,7	0,0
Bulantı	59	30	0,0	22,0	71,2	6,8	1,7	57,6	35,6	5,1	0,0	15,3	54,2	25,4	5,1
Kendini uyuklu ya da sersemlemiş gibi hissetme	13	7	15,4	76,9	7,7	0,0	38,5	53,8	7,7	0,0	7,7	46,2	38,5	7,7	0,0
El veya ayaklarda uyuşukluk/karınçalanma	43	22	7,0	20,9	67,4	4,7	7,0	48,8	44,2	0,0	2,3	14,0	55,8	27,9	0,0
Uyumada zorluk	13	7	0,0	53,8	30,8	15,4	7,7	76,9	7,7	7,7	0,0	15,4	69,2	7,7	7,7
Şişkinlik hissi	76	38	28,9	61,8	7,9	1,3	57,9	36,8	5,3	0,0	10,5	64,5	18,4	6,6	0,0
İdrar yapmada zorluk	23	12	17,4	43,5	26,1	13,0	30,4	30,4	39,1	0,0	8,7	26,1	30,4	34,8	0,0
Kusma	27	14	37,0	51,9	11,1	0,0	55,6	33,3	11,1	0,0	14,8	51,9	22,2	11,1	0,0
Nefes darlığı	12	6	33,3	58,3	8,3	0,0	58,3	41,7	0,0	0,0	8,3	58,3	33,3	0,0	0,0
İshal	18	9	0,0	11,1	72,2	16,7	0,0	16,7	66,7	16,7	0,0	5,6	27,8	44,4	22,2
Kendini üzgün hissetme	19	10	31,6	63,2	5,3	0,0	57,9	36,8	5,3	0,0	5,3	63,2	26,3	5,3	0,0
Terleme	29	15	34,5	55,2	6,9	3,4	75,9	17,2	3,4	3,4	17,2	69,0	6,9	6,9	0,0
Endişelenme	27	14	11,1	77,8	11,1	0,0	18,5	74,1	7,4	0,0	3,7	44,4	44,4	7,4	0,0
Cinsel istek veya aktivite ile ilgili sorunlar	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Kaşınıtı	13	7	15,4	76,9	7,7	0,0	76,9	15,4	7,7	0,0	7,7	84,6	0,0	7,7	0,0
İştahsızlık	85	43	0,0	40,0	55,3	4,7	0,0	54,1	41,2	4,7	0,0	4,7	68,2	22,4	4,7
Baş dönmesi	18	9	16,7	61,1	22,2	0,0	27,8	50,0	22,2	0,0	0,0	33,3	55,6	11,1	0,0
Yutma güçlüğü	9	5	0,0	88,9	11,1	0,0	11,1	77,8	11,1	0,0	0,0	11,1	77,8	11,1	0,0
Hassas olma/ hissetme	5	3	20,0	80,0	0,0	0,0	80,0	20,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0
Ağız yaraları	9	5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	11,1	77,8	11,1	0,0	0,0	55,6	44,4	0,0
Yiyeceklerin tadını almada değişiklik	15	8	0,0	0,0	0,0	0,0	20,0	33,3	40,0	6,7	13,3	6,7	53,3	26,7	0,0
Kilo kaybı	22	11	0,0	0,0	0,0	0,0	40,9	54,5	4,5	0,0	0,0	77,3	18,2	4,5	0,0
Saç dökülmesi	72	36	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8	91,7	5,6	0,0	19,4	37,5	43,1	0,0	0,0
Kabızlık	1	1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
El veya ayaklarda şişme	5	3	0,0	0,0	0,0	0,0	20,0	80,0	0,0	0,0	20,0	0,0	80,0	0,0	0,0
Ben kendime benzemiyorum	27	14	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	81,5	14,8	3,7	0,0	11,1	74,1	14,8	0,0
Deride değişiklikler	41	21	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	58,5	39,0	2,4	0,0	9,8	68,3	19,5	2,4

Ağrı semptomunu yaşayan hastalar incelendiğinde hastaların %61,9'unun hafif düzeyde, %35,7'sinin ise orta düzeyde ağrı yaşadıkları tespit edildi. Ağrı semptomunun sıkıntı verme durumuna bakıldığı zaman hastaların %20,6'sında semptomun sıkıntı vermediği, %59,5'inde hafif düzeyde sıkıntı verdiğini tespit edildi. Ağrı semptomundan sonra en yaygın karşılaşılan halsizlik semptomunu ise %70,8 oranında hastanın sık sık, %17,7 oranında hastanın arada sırada yaşadığı tespit edildi. Halsizlik semptomunu yaşayan hastaların %50'sinin orta düzeyde, %43,8'inin ise şiddetli düzeyde halsizlik yaşadığı tespit edildi. Halsizlik semptomunun sıkıntı verme durumuna bakıldığı zaman hastaların %2,1'inde bu semptomun sıkıntı vermediği, %46,9'unda oldukça fazla sıkıntı verdiği, %31,3 oranında hastada biraz fazla düzeyde sıkıntı verdiği saptandı. Ağrı ve halsizlik semptomlarından sonra yaygın görülen iştahsızlık semptomunu %55,3 oranında hasta sık sık, %40 oranında hasta ise arada sırada yaşadıklarını ifade etti. İştahsızlık semptomunu yaşayan hastaların %54,1'inin orta düzeyde, %41,2'sinin ise şiddetli düzeyde bu semptomu yaşadıkları görüldü. İştahsızlık semptomunun sıkıntı verme durumuna bakıldığı zaman hastaların %68,2'sinde oldukça sıkıntı verdiği, %22,4'ünde ise biraz fazla düzeyde sıkıntı verdiği tespit edildi.

4.4. Nakil ile İlişkili Yaşam Kalitesi

Tablo 4-5'te her bir ölçeğin alt boyutuna ait ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler yer almaktadır. Detaylı olarak değerlendirilen MSAS genel sağlık alt ölçek puan ortalaması $0,38 \pm 0,42$ olarak belirlenirken en küçük değer 0, en yüksek değer ise 2,5 olarak tespit edildi. Fiziksel alt ölçek puanı ortalama değeri $0,48 \pm 0,49$, en küçük değer 0 ve en yüksek değer 2,94 olarak belirlendi. Psikolojik alt ölçek puan ortalaması $0,22 \pm 0,4$ olarak belirlenirken en küçük değer 0, en yüksek değer ise 2,06 olarak tespit edildi. MSAS genel puan ortalama değeri ise $0,33 \pm 0,36$, en küçük değer 0 ve en yüksek değer 2,51 olarak belirlendi.

EORTC-C30 yaşam kalitesi detaylı olarak değerlendirildiğinde ise genel sağlık durumu ortalaması $72,92 \pm 20,98$ olarak belirlenirken en küçük değer 0, en yüksek değer ise 100 olarak tespit edildi.

Tablo 4-5: MSAS ve Yaşam Kalitesi Ölçeğine Ait İstatistikler (n=200)

	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maximum
Semptomlar (MSAS)				
Global Distres İndeksi	0,38	0,42	0	2,5
Fiziksel semptomlar	0,48	0,49	0	2,94
Psikolojik semptomlar	0,22	0,4	0	2,06
Tüm semptomlar	0,33	0,36	0	2,51
Yaşam Kalitesi (EORTC-C30)				
Genel Sağlık Durumu	72,92	20,98	0	100
Fonksiyonel Sağlık				
Fiziksel fonksiyon	79,57	18,88	13,33	100
Rol fonksiyon	83,83	16,95	16,67	100
Emosyonel fonksiyon	93,92	12,35	33,33	100
Bilişsel fonksiyon	97,75	8,63	33,33	100
Sosyal fonksiyon	69,58	20,08	0	100
Semptomlar				
Yorgunluk	22,5	22,15	0	100
Bulantı-kusma	11,92	21,87	0	100
Ağrı	16,42	16,41	0	100
Dispne	5,33	13,55	0	66,67
Uykusuzluk	4,5	17,9	0	100
İştah kaybı	27,5	33,99	0	100
Konstipasyon	0,5	7,07	0	100
Diyare	7,17	24,3	0	100
Finansal zorluklar	32	20,83	0	100

4.5. Nakil ile İlişkili Semptomlar ile Baş Etme

Çalışmaya katılan hastaların deneyimledikleri semptomlar, bu semptomları yönetmede kullandıkları baş etme davranışları ve bu yaklaşımları öğrendikleri kişilerin dağılımına ilişkin bulgular bu bölümde yer almaktadır.

Çalışmaya katılan hastaların bulantı-kusma semptomunu yaşama durumu, bu sorunla baş etmede kullandıkları yaklaşımlar ve bu yaklaşımları öğrendikleri kişilerin dağılımı Tablo 4-6'da yer almaktadır. Örneklemi oluşturan hasta grubunun %29,5'inin taburcu olduktan sonra erken dönemde bulantı-kusma yaşadığı saptandı. Bu sorun ile baş etmek için; hastaların %86,4'ü bulantı ilacı aldığını, %71,2'si besin düzenlemesi yaptığını, %55,9'u ağız hijyenine dikkat ettiğini, %50,8'i vaka yöneticisini aradığını, %39'u dikkat dağıtıcı şeyler yaptığını ifade etti. Baş etme davranışlarını hastaların büyük çoğunluğu (%83,1) hemşirelerden öğrendiklerini belirttiler. Hastaların kullandıkları davranışların etkili olma durumuna bakıldığında %64,4 etkili, %1,7 etkisiz, %33,9 ise kısmen etkili olduğunu bildirdi.

Tablo 4-6: Bulantı ve Kusmanın Yönetiminde Kullanılan Yaklaşımlar

Bulantı - Kusma	n	%
Hayır	141	70,5
Evet	59	29,5
Bulantı-Kusma sorunuyla baş etmek için kullanılan davranışlar	n	%
Bulantı ilacı aldım	51	86,4
Besin düzenlemesi yaptım (tuzlu kraker, soğuk yiyecekler...vb)	42	71,2
Dikkat dağıtıcı şeyler yaptım (müzik dinleme, TV izleme, kitap okuma.. vb.)	23	39
Evde yiyecek kokusu olmamasına dikkate ettim	27	45,8
Ağız hijyenime dikkat ettim	33	55,9
Hiçbir şey yapmadım	0	0
Vaka yöneticisini aradım	30	50,8
Açile başvurdum	2	3,4
Bulantı yönetimini kimden öğrendiniz?	n	%
Doktor	4	6,8
Hemşire	49	83,1
Yakınım	14	23,7
Medya, İnternet...	0	0
Kendim	1	1,7
Bu yöntem/yöntemler etkili oldu mu?	n	%
Kısmen	20	33,9
Evet	38	64,4
Hayır	1	1,7

* Bir hasta birden fazla seçenek belirtmiştir.

** Hiçbir şey yapmadığını belirten katılımcılar analize dahil edilmemiştir.

Çalışmaya katılan hastaların halsizlik / yorgunluk semptomunu yaşama durumu, bu sorunla baş etmede kullandıkları yaklaşımlar ve bu yaklaşımları öğrendikleri kişilerin dağılımı Tablo 4-7’de yer almaktadır. Örneklemi oluşturan hasta grubunun %48’inin taburcu olduktan sonra erken dönemde halsizlik / yorgunluk yaşadıkları saptandı. Bu sorun ile baş etmek için; hastaların %80,2’si sık dinlendiğini, %68,8’i erken yattığını, %61,5’i yeterli uyuduğunu, %59,4’ü beslenmesine dikkat ettiğini ifade ederken hiçbir şey yapmadığını ifade eden hasta oranı %14,6 olarak tespit edildi. Baş etme davranışlarını hastaların büyük çoğunluğu (%76) hemşirelerden öğrendiklerini belirttiler. Hastaların kullandıkları davranışların etkili olma durumuna bakıldığında semptom yönetiminin etkili olduğunu söyleyen hastaların oranı %9,4 ile en düşük seviyede bulunurken, %66,6’sı kısmen etkili olduğunu bildirdi.

Tablo 4-7: Halsizlik / Yorgunluğun Yönetiminde Kullanılan Yaklaşımlar

Halsizlik / Yorgunluk	n	%
Hayır	104	52
Evet	96	48
Halsizlik / Yorgunluk sorunuyla baş etmek için kullanılan davranışlar	n	%
Sık dinlendim	77	80,2
Erken yattım	66	68,8
Yeterli uyudum	59	61,5
Kendimi iyi hissettiğimde aktiviteler yaptım	39	40,6
Beslenme ve sıvı alımına dikkat ettim	57	59,4
Hiçbir şey yapmadım	14	14,6
Vaka yöneticisini aradım	24	25
Acile başvurdum	2	2,1
Halsizlik / Yorgunluk yönetimini kimden öğrendiniz?	n	%
Doktor	3	3,1
Hemşire	73	76
Yakınım	22	22,9
Medya, İnternet...	0	0
Kendim	13	13,5
Bu yöntem/yöntemler etkili oldu mu?	n	%
Kısmen	64	66,6
Evet	9	9,4
Hayır	23	24

* Bir hasta birden fazla seçenek belirtmiştir.

** Hiçbir şey yapmadığını belirten katılımcılar analize dahil edilmemiştir.

Çalışmaya katılan hastaların ateş semptomunu yaşama durumu, bu sorunla baş etmede kullandıkları yaklaşımlar ve bu yaklaşımları öğrendikleri kişilerin dağılımı Tablo 4-8’de yer almaktadır. Örneklemi oluşturan hasta grubunun %16,5’inin taburcu olduktan sonra erken dönemde ateş semptomunu yaşadığı saptandı. Bu sorun ile baş etmek için; hasta grubunun neredeyse tamamı ateşini ölçerek takip ettiği, %91’inin ateş düşürücü kullandığı, %39,4’ünün vaka yöneticisini aradığı, %75,8’inin ise sağlık kuruluşuna başvurduğu saptandı. Baş etme davranışlarını hastaların %87,9’unun hemşirelerden öğrendikleri tespit edildi. Hastaların kullandıkları davranışların etkili olma durumuna bakıldığında büyük çoğunluğu (%84,9) semptom yönetiminin etkili olduğunu bildirdi.

Tablo 4-8: Ateşin Yönetiminde Kullanılan Yaklaşımlar

Ateş	n	%
Hayır	167	83,5
Evet	33	16,5
Ateş sorunuyla baş etmek için kullanılan davranışlar		
Ateşimi ölçerek takip ettim	32	97
Ilık duş aldım	25	75,8
Ateş düşürücü aldım	30	91
Soğuk uygulama yaptım	3	9,1
Sağlık kuruluşuna başvurdum	25	75,8
Kişisel hijyenime dikkat ettim	20	60,7
Hiçbir şey yapmadım	0	0
Vaka yöneticisini aradım	13	39,4
Ateş yönetimini kimden öğrendiniz?		
Doktor	2	6,1
Hemşire	29	87,9
Yakınım	8	24,3
Medya, İnternet...	0	0
Kendim	0	0
Bu yöntem/yöntemler etkili oldu mu?		
Kısmen	5	15,1
Evet	28	84,9
Hayır	0	0

* Bir hasta birden fazla seçenek belirtmiştir.

** Hiçbir şey yapmadığını belirten katılımcılar analize dahil edilmemiştir.

Çalışmaya katılan hastaların ağız yarası yaşama durumu, bu sorunla baş etmede kullandıkları yaklaşımlar ve bu yaklaşımları öğrendikleri kişilerin dağılımı Tablo 4-9'da yer almaktadır. Örnekleme oluşturan hasta grubunun %4,5'inin taburcu olduktan sonra erken dönemde ağız yarası yaşadığı saptandı. Bu sorun ile baş etmek için; hasta grubunun %88,9'unun ağız hijyenine dikkat ettiği ve gargara yaptığı, %77,8'inin besin düzenlemesi ile beraber yumuşak diş fırçası kullandığı, %44,4'ünün ise aynı zamanda vaka yöneticisini aradığı tespit edildi. Baş etme davranışlarını hastaların %77,8'inin hemşirelerden öğrendikleri saptandı. Hastaların kullandıkları davranışların etkili olma durumuna bakıldığında %55,6'sı kısmen etkili olduğunu bildirdi.

Tablo 4-9: Ağız Yarasının Yönetiminde Kullanılan Yaklaşımlar

Ağız Yarası	n	%
Hayır	191	95,5
Evet	9	4,5
Ağızda yara sorunuyla baş etmek için kullanılan davranışlar	n	%
Ağız hijyenime dikkat ettim	8	88,9
Yumuşak diş fırçası kullandım	7	77,8
Sıcak, baharatlı, asitli yiyecek ve içeceklerden kaçındım	7	77,8
Gargara yaptım	8	88,9
Yumuşak şeyler yedim	7	77,8
Hiçbir şey yapmadım	1	11,1
Vaka yöneticisini aradım	4	44,4
Ağızda Yara yönetimini kimden öğrendiniz?	n	%
Doktor	0	0
Hemşire	7	77,8
Yakınım	1	11,1
Medya, İnternet...	0	0
Kendim	1	11,1
Bu yöntem/yöntemler etkili oldu mu?	n	%
Kısmen	5	55,6
Evet	3	33,3
Hayır	1	11,1

* Bir hasta birden fazla seçenek belirtmiştir.

** Hiçbir şey yapmadığını belirten katılımcılar analize dahil edilmemiştir.

Çalışmaya katılan hastaların yutma güçlüğü yaşama durumu, bu sorunla baş etmede kullandıkları yaklaşımlar ve bu yaklaşımları öğrendikleri kişilerin dağılımı Tablo 4-10'da yer almaktadır. Örnekleme oluşturan hasta grubunun %4,5'inin taburcu olduktan sonra erken dönemde yutma güçlüğü yaşadığı saptandı. Bu sorun ile baş etmek için; hasta grubunun %66,7'sinin ağız hijyenine dikkat ettiği %55,6'sının besin düzenlemesi ile beraber ağız bakımına dikkat ettiği, %44,4'ünün ise aynı zamanda vaka yöneticisini aradığı tespit edildi. Baş etme davranışlarını hastaların %66,7 ile büyük oranda hemşirelerden öğrendikleri saptandı. Hastaların kullandıkları davranışların etkili olma durumuna bakıldığında %44,4 hasta etkili olduğunu, %22,2'si ise kısmen etkili olduğunu bildirdi.

Tablo 4-10: Yutma Güçlüğü'nün Yönetiminde Kullanılan Yaklaşımlar

Yutma Güçlüğü	n	%
Hayır	191	95,5
Evet	9	4,5
Yutma güçlüğü sorunuyla baş etmek için kullanılan davranışlar	n	%
Ağız hijyenime dikkat ettim	6	66,7
Yumuşak diş fırçası kullandım	5	55,6
Sıcak, baharatlı, asitli yiyecek ve içeceklerden kaçındım	5	55,6
Gargara yaptım	5	55,6
Yumuşak şeyler yedim	5	55,6
Hiçbir şey yapmadım	3	33,3
Vaka yöneticisini aradım	4	44,4
Yutma güçlüğü yönetimini kimden öğrendiniz?	n	%
Doktor	0	0
Hemşire	6	66,7
Yakınım	1	11,1
Medya, İnternet...	0	0
Kendim	2	22,2
Bu yöntem/yöntemler etkili oldu mu?	n	%
Kısmen	2	22,2
Evet	4	44,4
Hayır	3	33,3

* Bir hasta birden fazla seçenek belirtmiştir.

** Hiçbir şey yapmadığımı belirten katılımcılar analize dahil edilmemiştir.

Çalışmaya katılan hastaların ishal yaşama durumu, bu sorunla baş etmede kullandıkları yaklaşımlar ve bu yaklaşımları öğrendikleri kişilerin dağılımı Tablo 4-11’de yer almaktadır. Örneklemi oluşturan hasta grubunun %9’unun taburcu olduktan sonra erken dönemde ishal yaşadığı saptandı. Bu sorun ile baş etmek için; hasta grubunun neredeyse tamamının besin düzenlemesi yaptığı, %88,9’unun ilaç kullandığı ve yarısının vaka yöneticisini aradığı tespit edildi. Hastaların bu baş etme davranışlarını %94,4 ile büyük oranda hemşirelerden öğrendikleri saptandı. Hastaların kullandıkları davranışların etkili olma durumuna bakıldığında hastaların yaklaşık yarısı etkili olduğunu, kalan yarısı ise kısmen etkili olduğunu bildirdi.

Tablo 4-11: İshalin Yönetiminde Kullanılan Yaklaşımlar

İshal	n	%
Hayır	182	91
Evet	18	9
İshal sorunuyla baş etmek için kullanılan davranışlar	n	%
Yağsız, az posalı, proteinli yiyecekler yedim	17	94,4
Acı, baharatlı, yağlı yiyeceklerden kaçındım	16	88,9
Yeterli sıvı aldım	17	94,4
İlaç içtim	16	88,9
Hiçbir şey yapmadım	1	5,6
Vaka yöneticisini aradım	9	50
Acile başvurdum	1	5,6
İshal yönetimini kimden öğrendiniz?	n	%
Doktor	1	5,6
Hemşire	17	94,4
Yakınım	0	0
Medya, İnternet...	0	0
Kendim	1	5,6
Bu yöntem/yöntemler etkili oldu mu?	n	%
Kısmen	9	50
Evet	8	44,4
Hayır	1	5,6

* Bir hasta birden fazla seçenek belirtmiştir.

** Hiçbir şey yapmadığımı belirten katılımcılar analize dahil edilmemiştir.

Çalışmaya katılan hastaların iştahsızlık yaşama durumu, bu sorunla baş etmede kullandıkları yaklaşımlar ve bu yaklaşımları öğrendikleri kişilerin dağılımı Tablo 4-12’de yer almaktadır. Örnekleme oluşturan hasta grubunun taburcu olduktan sonra erken dönemde en çok yaşadığı ikinci semptom (%42,5) iştahsızlık olarak tespit edildi. Bu sorun ile baş etmek için; hasta grubunun %78,8’inin az ve sık yemek yediği, %67,1’inin yeterli sıvı aldığı, %51,8’inin kilo takibi yaptığı, %24,7’sinin vaka yöneticisini aradığı ve %12,9’unun ise hiçbir şey yapmadığı saptandı. Hastaların bu baş etme davranışlarını %71,8’inin hemşirelerden öğrendikleri saptandı. Hastaların kullandıkları davranışların etkili olma durumuna bakıldığında hastaların sadece %5,9’u etkili olduğunu, %63,5’i ise kısmen etkili olduğunu, %30,6’sı ise etkili olmadığını bildirdi.

Tablo 4-12: İştahsızlığın Yönetiminde Kullanılan Yaklaşımlar

İştahsızlık	n	%
Hayır	115	57,5
Evet	85	42,5
İştahsızlık sorunuyla baş etmek için kullanılan davranışlar	n	%
Az ve sık yemek yedim	67	78,8
Açlık hisseder hissetmez yemek yedim	56	65,9
Yeterli sıvı aldım	57	67,1
Yemek ortamını düzenledim	48	56,5
Kilo takibi yaptım	44	51,8
İştah açıcı ilaç kullandım	24	28,2
Hiçbir şey yapmadım	11	12,9
Vaka yöneticisini aradım	21	24,7
Acile başvurdum	2	2,4
İştahsızlık yönetimini kimden öğrendiniz?	n	%
Doktor	6	7,1
Hemşire	61	71,8
Yakınım	19	22,4
Medya, İnternet...	0	0
Kendim	12	14,1
Bu yöntem/yöntemler etkili oldu mu?	n	%
Kısmen	54	63,5
Evet	5	5,9
Hayır	26	30,6

* Bir hasta birden fazla seçenek belirtmiştir.

** Hiçbir şey yapmadığını belirten katılımcılar analize dahil edilmemiştir.

Çalışmaya katılan hastaların kabızlık yaşama durumu, bu sorunla baş etmede kullandıkları yaklaşımlar ve bu yaklaşımları öğrendikleri kişilerin dağılımı Tablo 4-13'te yer almaktadır. Sadece bir hastanın taburculuk sonrası erken dönemde kabızlık semptomu yaşadığı saptandı. Bu sorun ile baş etmek için bu hastanın kabızlık yönetiminde etkili olan tüm davranışları kullandığı ancak buna rağmen bu yöntemlerin kısmen etkili olduğu tespit edildi.

Tablo 4-13: Kabızlığın Yönetiminde Kullanılan Yaklaşımlar

Kabızlık	n	%
Hayır	199	99,5
Evet	1	0,5
Kabızlık sorunuyla baş etmek için kullanılan davranışlar	n	%
Yeterli sıvı aldım	1	100
Beslenmemi düzenledim (liften zengin, sebze ağırlıklı...vb)	1	100
Yürüyüş, egzersiz yaptım	1	100
Kabızlık giderici ilaç kullandım	1	100
Hiçbir şey yapmadım	0	0
Vaka yöneticisini aradım	1	100
Kabızlık yönetimini kimden öğrendiniz?	n	%
Doktor	0	0
Hemşire	1	100
Yakınım	1	100
Medya, İnternet...	0	0
Kendim	0	0
Bu yöntem/yöntemler etkili oldu mu?	n	%
Kısmen	1	100
Evet	0	0
Hayır	0	0

* Bir hasta birden fazla seçenek belirtmiştir.

** Hiçbir şey yapmadığımı belirten katılımcılar analize dahil edilmemiştir.

Çalışmaya katılan hastaların tat ve koku değişikliği yaşama durumu, bu sorunla baş etmede kullandıkları yaklaşımlar ve bu yaklaşımları öğrendikleri kişilerin dağılımı Tablo 4-14'te yer almaktadır. Örneklemi oluşturan hasta grubunun taburcu olduktan sonra erken dönemde %7,5'inin tat ve koku almada değişiklik yaşadığı tespit edildi. Bu sorun ile baş etmek için; hasta grubunun %40'ının hem ağız hijyenini sağladığı hem de yeterli sıvı aldığı tespit edilirken %60'ının hiçbir şey yapmadığı saptandı. Hastaların kullandıkları davranışların etkili olma durumuna bakıldığında hastaların %73,3'ü yönetimin etkili olmadığını bildirdi.

Tablo 4-14: Tat ve Koku Değişikliklerinin Yönetiminde Kullanılan Yaklaşımlar

Tat ve Koku Değişiklikleri	n	%
Hayır	185	92,5
Evet	15	7,5
Tat ve koku değişiklikleri sorunuyla baş etmek için kullanılan davranışlar	n	%
Ağız hijyenimi sağladım	6	40
Yeterli sıvı aldım	6	40
Rahatsız edici kokulardan uzak durdum	5	33,3
Hiçbir şey yapmadım	9	60
Gargara yaptım	2	13,3
Naneli şeker emdim	2	13,3
Tat ve koku değişiklikleri yönetimini kimden öğrendiniz?	n	%
Doktor	0	0
Hemşire	6	40
Yakınım	4	26,7
Medya, İnternet...	0	0
Kendim	9	60
Bu yöntem/yöntemler etkili oldu mu?	n	%
Kısmen	4	26,7
Evet	0	0
Hayır	11	73,3

* Bir hasta birden fazla seçenek belirtmiştir.

** Hiçbir şey yapmadığını belirten katılımcılar analize dahil edilmemiştir.

Çalışmaya katılan hastaların uykusuzluk / uyumada zorlanma yaşama durumu, bu sorunla baş etmede kullandıkları yaklaşımlar ve bu yaklaşımları öğrendikleri kişilerin dağılımı Tablo 4-15'te yer almaktadır. Örneklemi oluşturan hasta grubunun %6,5'inin taburcu olduktan sonra erken dönemde bu sorunu yaşadığı saptandı. Bu sorun ile baş etmek için; hasta grubunun %69,2'sinin sık dinlendiği, %61,5'inin erken yattığı, %53,8'inin gündüz uykusundan kaçındığı ve rahatlatıcı egzersiz yaptığı, %76,9'unun ise ilaç kullandığı saptandı. Hastaların bu baş etme davranışlarını %76,9'unun hemşirelerden öğrendikleri saptandı. Hastaların kullandıkları davranışların etkili olma durumuna bakıldığında hastaların %76,9'u etkili olduğunu, %15,4'ü ise kısmen etkili olduğunu bildirdi.

Tablo 4-15: Uykusuzluk / Uyumada Zorlanmanın Yönetiminde Kullanılan Yaklaşımlar

Uykusuzluk / Uyumada Zorlanma	n	%
Hayır	187	93,5
Evet	13	6,5
Uykusuzluk / uyumada zorlanma sorunuyla baş etmek için kullanılan davranışlar	n	%
Sık dinlendim	9	69,2
Erken yattım	8	61,5
Gündüz uykusundan kaçındım	7	53,8
Rahatlatıcı egzersiz yaptım	7	53,8
İlaç kullandım	10	76,9
Hiçbir şey yapmadım	0	0
Vaka yöneticisini aradım	5	38,5
Uykusuzluk / uyumada zorlanma yönetimini kimden öğrendiniz?	n	%
Doktor	4	30,8
Hemşire	10	76,9
Yakınım	1	7,7
Medya, İnternet...	0	0
Kendim	0	0
Bu yöntem/yöntemler etkili oldu mu?	n	%
Kısmen	2	15,4
Evet	10	76,9
Hayır	1	7,7

* Bir hasta birden fazla seçenek belirtmiştir.

** Hiçbir şey yapmadığımı belirten katılımcılar analize dahil edilmemiştir.

Çalışmaya katılan hastaların kilo kaybı yaşama durumu, bu sorunla baş etmede kullandıkları yaklaşımlar ve bu yaklaşımları öğrendikleri kişilerin dağılımı Tablo 4-16'da yer almaktadır. Örneklemi oluşturan hasta grubunun %11'inin taburcu olduktan sonra erken dönemde bu sorunu yaşadığı saptandı. Bu sorun ile baş etmek için; hasta grubunun büyük çoğunluğunun (%72,7) hiçbir şey yapmadığı, %9,1'inin ilaç kullandığı, %27,3'ünün ise az ve sık yemek yediği saptandı. Hastaların bu baş etme davranışlarını %18,2'sinin hemşirelerden öğrendikleri, %77,3'ünün ise kendilerinin karar verdikleri saptandı. Hastaların kullandıkları davranışların etkili olma durumuna bakıldığında hastaların %86,4'ü etkili olmadığını, %13,6'sı ise kısmen etkili olduğunu bildirdi.

Tablo 4-16: Kilo Kaybının Yönetiminde Kullanılan Yaklaşımlar

Kilo Kaybı	n	%
Hayır	178	89
Evet	22	11
Kilo kaybı sorunuyla baş etmek için kullanılan davranışlar		
	n	%
Az ve sık yemek yedim	6	27,3
Açlık hisseder hissetmez yemek yedim	3	13,6
Yeterli sıvı aldım	4	18,2
Yemek ortamını düzenledim	3	13,6
Kilo takibi yaptım	5	22,7
İlaç kullandım	2	9,1
Hiçbir şey yapmadım	16	72,7
Vaka yöneticisini aradım	0	0
Kilo kaybı yönetimini kimden öğrendiniz?		
	n	%
Doktor	1	4,5
Hemşire	4	18,2
Yakınım	3	13,6
Medya, İnternet...	0	0
Kendim	17	77,3
Bu yöntem/yöntemler etkili oldu mu?		
	n	%
Kısmen	3	13,6
Evet	0	0
Hayır	19	86,4

* Bir hasta birden fazla seçenek belirtmiştir.

** Hiçbir şey yapmadığını belirten katılımcılar analize dahil edilmemiştir.

Çalışmaya katılan hastaların cilt değişiklikleri yaşama durumu, bu sorunla baş etmede kullandıkları yaklaşımlar ve bu yaklaşımları öğrendikleri kişilerin dağılımı Tablo 4-17’de yer almaktadır. Örneklemi oluşturan hasta grubunun %20,5’inin taburcu olduktan sonra erken dönemde cilt değişiklikleri yaşadığı saptandı. Bu sorun ile baş etmek için; %90,2’sinin cildini tahriş edecek uygulamalardan kaçındığı, büyük oranda hastanın cildini düzenli aralıklarla muayene ettiği ve nemlendirici kullandığı, %92,7’sinin aynı zamanda vaka yöneticisini aradığı tespit edildi. Baş etme davranışlarını hastaların büyük çoğunluğu (%87,8) hemşirelerden öğrendiklerini belirttiler. Hastaların kullandıkları davranışların etkili olma durumuna bakıldığında %58,6 etkili, %7,3 etkisiz, %34,1 ise kısmen etkili olduğunu bildirdiler.

Tablo 4-17: Cilt Değişikliklerinin Yönetiminde Kullanılan Yaklaşımlar

Cilt Değişiklikleri	n	%
Hayır	159	79,5
Evet	41	20,5
Cilt değişiklikleri sorunuyla baş etmek için kullanılan davranışlar		
Cildimi tahriş edecek uygulamalardan kaçındım	37	90,2
Nemlendirici kullandım	36	87,8
Cildimi düzenli aralıklar ile gözlemledim	35	85,4
İlaç kullandım	35	85,4
Hiçbir şey yapmadım	3	7,3
Vaka yöneticisini aradım	38	92,7
Cilt değişiklikleri yönetimini kimden öğrendiniz?		
Doktor	1	2,4
Hemşire	36	87,8
Yakınım	2	4,9
Medya, İnternet...	0	0
Kendim	4	9,8
Bu yöntem/yöntemler etkili oldu mu?		
Kısmen	14	34,1
Evet	24	58,6
Hayır	3	7,3

* Bir hasta birden fazla seçenek belirtmiştir.

** Hiçbir şey yapmadığını belirten katılımcılar analize dahil edilmemiştir.

Çalışmaya katılan hastaların endişe / sinirlilik / huzursuzluk yaşama durumu, bu sorunla baş etmede kullandıkları yaklaşımlar ve bu yaklaşımları öğrendikleri kişilerin dağılımı Tablo 4-18’de yer almaktadır. Örnekleme oluşturan hasta grubunun %13,5’inin taburcu olduktan sonra erken dönemde bu sorunu yaşadığı saptandı. Bu sorun ile baş etmek için; hasta grubunun büyük çoğunluğunun (%77,8) hiçbir şey yapmadığı, sadece %11,1’inin sorunlarını dile getirdiği ve paylaştığı tespit edildi. Hastaların kullandıkları davranışların etkili olma durumuna bakıldığında %77,8’i etkili olmadığını bildirdi.

Tablo 4-18: Endişe / Sinirlilik / Huzursuzluk Yönetiminde Kullanılan Yaklaşımlar

Endişe / Sinirlilik / Huzursuzluk	n	%
Hayır	173	86,5
Evet	27	13,5
Endişe / sinirlilik / huzursuzluk sorunuyla baş etmek için kullanılan davranışlar	n	%
Sorunlarımı ve duygularımı ailem/yakın çevrem ile paylaştım	3	11,1
Hafif egzersiz/yürüyüş yaptım	0	0
Psikolojik destek aldım	0	0
İlaç kullandım	4	14,8
Hiçbir şey yapmadım	21	77,8
Vaka yöneticisini aradım	1	3,7
Endişe / sinirlilik / huzursuzluk yönetimini kimden öğrendiniz?	n	%
Doktor	3	11,1
Hemşire	2	7,4
Yakınım	4	14,8
Medya, İnternet...	0	0
Kendim	20	74,1
Bu yöntem/yöntemler etkili oldu mu?	n	%
Kısmen	4	14,8
Evet	2	7,4
Hayır	21	77,8

* Bir hasta birden fazla seçenek belirtmiştir.

** Hiçbir şey yapmadığını belirten katılımcılar analize dahil edilmemiştir.

4.6. Sosyo-Demografik Özelliklerin ve Nakil Sürecinin Yaşam Kalitesine Etkisi

Çalışmaya katılan hastaların sosyo-demografik ve nakil sürecine ilişkin özelliklerinin yaşam kalitesi ve semptomlara etkisinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular bu bölümde yer almaktadır.

Yaşın hematopoetik kök hücre nakli sonrası yaşam kalitesine etkisi incelendiğinde hematopoetik kök hücre nakli sonrası yaşın hastaların yaşam kalitesini etkileyen önemli bir değişken olmadığı saptandı (Tablo 4-19).

Tablo 4-19: Yaşın Yaşam Kalitesine Etkisi

	Yaş (n=200)	
	r	p
Semptomlar (MSAS)		
Global Distres İndeksi	0,09	0,20
Fiziksel semptomlar	0,07	0,32
Psikolojik semptomlar	0,05	0,42
Tüm semptomlar	0,02	0,69
Yaşam Kalitesi (EORTC-C30)		
Genel Sağlık Durumu	0,09	0,17
Fonksiyonel Sağlık		
Fiziksel fonksiyon	-0,055	0,44
Rol fonksiyon	0,05	0,45
Emosyonel fonksiyon	-0,02	0,68
Bilişsel fonksiyon	-0,10	0,15
Sosyal fonksiyon	-0,008	0,91
Semptomlar		
Yorgunluk	0,06	0,37
Bulantı-kusma	-0,01	0,80
Ağrı	0,13	0,05
Dispne	0,055	0,43
Uykusuzluk	0,03	0,64
İştah kaybı	0,08	0,21
Konstipasyon	-	-
Diyare	-0,07	0,26
Finansal zorluklar	0,046	0,520

*Spearman Korelasyon Analizi

**Konstipasyon şikâyeti sadece bir hastada görüldüğü için değerlendirmeye dahil edilmedi.

Beden kitle indeksinin hematopoetik kök hücre nakli sonrası yaşam kalitesine etkisi incelendiğinde ise yalnızca genel sağlık alt boyutunun (QL2) BKİ ile pozitif yönlü ve anlamlı ilişkiye sahip olduğu saptandı (Korelasyon: 0,194). BKİ arttıkça, QL2 değerlerinde de artış olduğu gözlemlendi (Tablo 4-20).

Tablo 4-20: Beden Kitle İndeksinin Yaşam Kalitesine Etkisi

	BKİ (n=200)	
	r	p
Semptomlar (MSAS)		
Global Distres İndeksi	-0,014	0,842
Fiziksel semptomlar	-0,098	0,166
Psikolojik semptomlar	0,014	0,842
Tüm semptomlar	-0,078	0,273
Yaşam Kalitesi (EORTC-C30)		
Genel Sağlık Durumu	0,194	0,006
Fonksiyonel Sağlık		
Fiziksel fonksiyon	0,100	0,160
Rol fonksiyon	0,053	0,454
Emosyonel fonksiyon	-0,009	0,902
Bilişsel fonksiyon	0,021	0,770
Sosyal fonksiyon	0,074	0,298
Semptomlar		
Yorgunluk	-0,106	0,137
Bulantı-kusma	-0,024	0,739
Ağrı	-0,128	0,072
Dispne	-0,066	0,350
Uykusuzluk	-0,063	0,379
İştah kaybı	-0,055	0,438
Konstipasyon	-	-
Diyare	0,028	0,693
Finansal zorluklar	-0,121	0,089

*Spearman Korelasyon Analizi

**Konstipasyon şikâyeti sadece bir hastada görüldüğü için değerlendirmeye dahil edilmedi.

Hematopoetik kök hücre transplantasyonu sonrası cinsiyetin yaşam kalitesine ve semptomlara etkisi incelediğinde; cinsiyetin hastaların tedaviye ilişkin semptom

deneyiminde ve yaşam kalitesinde önemli değişken olduğu saptandı ($p<0,05$). Erkeklerle kıyasla kadınların tedavi ile ilişkili semptomlardan (fiziksel ve psikolojik) etkilenme düzeyinin daha fazla olduğu ve genel sağlık durumunun daha kötü olduğu; fiziksel ve sosyal fonksiyonlarının da daha fazla etkilendiği saptandı. Yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı, iştah kaybı ve finansal zorluklar kadınlar tarafından daha sık bildirilen şikayetlerdi ($p<0,05$) (Tablo 4-21).

Hematopoetik kök hücre transplantasyonu sonrası klinik tanının yaşam kalitesine ve semptomlara etkisi incelediğinde ise; hastalık türlerinin hastaların tedaviye ilişkin semptom deneyiminde ve yaşam kalitesinde önemli değişken olduğu saptandı ($p<0,05$). Farklı klinik tanılar arasında tedavi ile ilişkili semptomlardan etkilenme düzeyi karşılaştırıldığında; gruplar arasında anlamlı fark olduğu, lösemi hastalarının semptom yükünün fazla olması nedeniyle yaşam kalitesinin lenfoma ve multiple myelom hastalarına göre anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlendi. Aplastik anemi ve MDS hastalarında ise, multiple myelom hastalarına göre fiziksel, emosyonel ve bilişsel fonksiyonların daha fazla etkilendiği; psikolojik semptom yükünde daha fazla olduğu saptandı. Tüm bunlara paralel olarak multiple myelom hastalarının genel yaşam kalitesinin diğer hastalık türlerine göre daha iyi olduğu belirlendi (Tablo 4-22).

Araştırmaya katılan hastaların nakil türünün yaşam kalitesine ve semptomlara etkisi incelediğinde; nakil türünün hastaların tedaviye ilişkin semptom deneyiminde ve yaşam kalitesinde önemli değişken olduğu saptandı. Farklı nakil türleri arasında tedavi ilişkili semptomların etkilenme düzeyi karşılaştırıldığında; gruplar arasında anlamlı fark olduğu bulundu ($p<0,003$). Akraba dışı ve allojenik nakil olan hastaların fiziksel, psikolojik ve tüm semptom yüklerinin, otolog nakil olan hastalara göre daha fazla olduğu, buna paralel olarak da yaşam kalitelerinin anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlendi. Akraba dışı ve allojenik nakil olan hastalarda yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı, iştah kaybı, diyare ve finansal zorluklar otolog nakil olan hastalara göre daha sık bildirilen şikayetlerdi ($p<0,05$). Otolog nakil yapılan hastaların yaşam kalitesinin akraba dışı ve allojenik nakil türlerine göre daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4-23).

Tablo 4-21: Cinsiyetin Yaşam Kalitesine Etkisi

Cinsiyet (n=200)	Kadın (n=78)		Erkek (n=122)		z*	p
	Ort	SS	Ort	SS		
Semptomlar (MSAS)						
Global Distres İndeksi	0,48	0,42	0,31	0,41	-3,29	0,001
Fiziksel semptomlar	0,59	0,48	0,4	0,48	-3,35	0,001
Psikolojik semptomlar	0,27	0,43	0,18	0,37	-2,09	0,03
Tüm semptomlar	0,41	0,34	0,28	0,36	-3,65	0,001
Yaşam Kalitesi (EORTC-C30)						
Genel Sağlık Durumu	67,63	20,1	76,3	20,91	-3,2	0,001
Fonksiyonel Sağlık						
Fiziksel fonksiyon	73,42	18,5	83,5	18,13	-4,70	0,001
Rol fonksiyon	80,98	17,56	85,66	16,36	-1,94	0,052
Emosyonel fonksiyon	92,84	13,74	94,6	11,38	-1,11	0,26
Bilişsel fonksiyon	97,22	8,67	98,09	8,62	-1,2	0,23
Sosyal fonksiyon	64,32	20,93	72,95	18,84	-2,93	0,003
Semptom skoru						
Yorgunluk	28,63	23,32	18,58	20,52	-3,26	0,001
Bulantı-kusma	16,24	24,76	9,15	19,42	-2,20	0,03
Ağrı	19,02	16,05	14,75	16,49	-2,25	0,02
Dispne	5,56	14,63	5,19	12,87	-0,07	0,94
Uykusuzluk	5,13	20,16	4,1	16,36	-0,00	0,99
İştah kaybı	33,76	35,43	23,5	32,55	-2,08	0,037
Konstipasyon	-	-	-	-	-	-
Diyare	10,68	30,15	4,92	19,48	-1,30	0,19
Finansal zorluklar	36,75	21,21	28,96	20,08	-2,56	0,010

*Mann Whitney U testi

**Konstipasyon şikâyeti sadece bir hastada görüldüğü için değerlendirmeye dahil edilmedi.

Tablo 4-22: Klinik Tanının Yaşam Kalitesine Etkisi

Klinik Tanı (n=200)	Aplastik Anemi – MDS		Lenfoma		Lösemi		Multiple Myelom		Diğer		χ^2 KW*	SD	p
	(n=13)		(n=55)		(n=44)		(n=79)		(n=9)				
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS			
Semptomlar (MSAS)													
Global Distres İndeksi	0,47	0,45	0,35	0,4	0,48	0,53	0,33	0,37	0,32	0,32	2,447	4	0,654
Fiziksel semptomlar	0,53	0,47	0,44	0,42	0,6	0,66	0,43	0,41	0,46	0,5	0,793	4	0,939
Psikolojik semptomlar	0,36 ⁽⁴⁾	0,52	0,23	0,41	0,30	0,46	0,13	0,32	0,25	0,27	11,4	4	0,022
Tüm semptomlar	0,46	0,41	0,29	0,31	0,48 ^(2,4)	0,5	0,26	0,27	0,28	0,27	9,834	4	0,043
Yaşam Kalitesi (EORTC-C30)													
Genel Sağlık Durumu	66,03	23,93	73,33 ⁽³⁾	18,03	64,02	23,07	79,85 ^(1,3,5)	17,88	62,96	28,6	18,785	4	0,001
Fonksiyonel Sağlık													
Fiziksel fonksiyon	69,74	22,54	80,97	18,74	75,45	18,29	83,12 ^(1,3)	18,17	74,07	17,14	12,158	4	0,016
Rol fonksiyon	80,77	16,45	83,03	16,82	80,68	16,84	87,55 ⁽⁵⁾	16,77	75,93	16,9	10,145	4	0,038
Emosyonel fonksiyon	90,38	13,54	93,48	13,19	90,91	14,24	96,31 ⁽¹⁾	10,4	95,37	8,45	10,096	4	0,039
Bilişsel fonksiyon	93,59	10,84	97,58	7,47	97,73	10,54	98,31	8,27	100 ⁽¹⁾	0	10,445	4	0,034
Sosyal fonksiyon	64,1	19,06	70,91	23,4	65,53	21,98	71,73	16,53	70,37	18,22	4,289	4	0,368
Semptomlar													
Yorgunluk	32,48	25,04	22,42	21,96	26,52	26,05	18,85	19,19	20,99	19,6	4,667	4	0,323
Bulantı-kusma	12,82	22,72	12,12	19,37	17,05	27,72	8,23	18,47	16,67	28,87	4,039	4	0,401
Ağrı	19,23	19,06	13,03	13,87	18,94	18,54	17,51	16,65	11,11	11,79	4,802	4	0,308
Dispne	12,82	16,88	4,24	11,21	5,3	14,28	5,06	14,21	3,7	11,11	6,148	4	0,188
Uykusuzluk	5,13	18,49	7,27	23,74	5,3	20,26	2,53	11,66	0	0	1,666	4	0,797
İştah kaybı	35,9	37,17	28,48	34,2	33,33	36,66	23,21	32,18	18,52	29,4	3,553	4	0,470
Konstipasyon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diyare	10,26	25,04	5,45	21,05	18,18 ^(2,4)	36,98	2,53	15,81	0	0	13,337	4	0,010
Finansal zorluklar	33,33	19,25	30,91	22,09	35,61	25,31	30,38	17,85	33,33	16,67	2,061	4	0,725

* χ^2_{KW} - Ki-kare Kruschkal Wallis

**Konstipasyon şikâyeti sadece bir hastada görüldüğü için değerlendirmeye dahil edilmedi.

Tablo 4-23: Nakil Türünün Yaşam Kalitesine Etkisi

Nakil Türü (n=200)	Akraba Dışı (n=32)		Allojenik (n=30)		Haploidentik (n=7)		Otolog (n=131)		χ^2 KW*	SD	p
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS			
Semptomlar (MSAS)											
Global Distres İndeksi	0,6 _(3,4)	0,43	0,46	0,59	0,17	0,25	0,31	0,36	15,083	3	0,002
Fiziksel semptomlar	0,72 _(3,4)	0,52	0,61 ₍₄₎	0,7	0,23	0,34	0,4	0,39	14,012	3	0,003
Psikolojik semptomlar	0,41 _(3,4)	0,44	0,3	0,51	0,03	0,08	0,16	0,35	20,858	3	0,001
Tüm semptomlar	0,54 _(3,4)	0,37	0,49 ₍₄₎	0,57	0,24	0,22	0,25	0,25	25,484	3	0,001
Yaşam Kalitesi (EORTC-C30)											
Genel Sağlık Durumu	59,11	19,9	63,61	24,22	72,62	22,93	78,44 _(1,2)	18,08	28,201	3	0,001
Fonksiyonel Sağlık											
Fiziksel fonksiyon	69,58	19,82	72,22	20,57	81,9	15,26	83,56 _(1,2)	17,13	22,53	3	0,001
Rol fonksiyon	78,13	15,52	81,67	18,75	80,95	15	85,88 ₍₁₎	16,73	7,963	3	0,047
Emosyonel fonksiyon	87,76	12,7	90,28	17,66	97,62 _(1,4)	4,07	96,06 _(1,2)	10,35	22,492	3	0,001
Bilişsel fonksiyon	96,88	8,92	94,44	14,07	100 ₍₂₎	0	98,6	6,87	8,069	3	0,045
Sosyal fonksiyon	60,94	20,13	65	23,3	71,43	20,89	72,65 ₍₁₎	18,61	11,324	3	0,010
Semptomlar											
Yorgunluk	35,76 _(3,4)	25,51	31,11 _(3,4)	26	11,11	19,25	17,9	18,42	21,135	3	0,001
Bulantı-kusma	18,75 _(3,4)	27,68	19,44 _(3,4)	27,71	0	0	9,16	18,4	9,154	3	0,027
Ağrı	23,44 _(3,4)	16,86	20,56 ₍₃₎	18,92	7,14	13,11	14,25	15,21	14,638	3	0,002
Dispne	7,29	14	7,78	16,8	4,76	12,6	4,33	12,67	2,994	3	0,393
Uykusuzluk	8,33	22,4	5,56	21,59	0	0	3,56	16,15	2,629	3	0,452
İştah kaybı	44,79 _(3,4)	34,51	34,44	38,64	9,52	25,2	22,65	31,56	14,099	3	0,003
Konstipasyon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diyare	19,79 ₍₄₎	36,77	15,56 ₍₄₎	35,81	9,52	25,2	2,04	13,56	20,213	3	0,001
Finansal zorluklar	38,54 ₍₄₎	22,58	37,78 ₍₄₎	24,34	23,81	16,27	29,52	19,23	8,424	3	0,038

* χ^2 KW: Ki-kare-Kruskal Wallis Testi

**Konstipasyon şikâyeti sadece bir hastada görüldüğü için değerlendirmeye dahil edilmedi.

Hematopoetik kök hücre transplantasyonu sonrası medeni durumun yaşam kalitesine ve semptomlara etkisi incelendiğinde; medeni durumun hastaların tedaviye ilişkin semptom deneyiminde ve yaşam kalitesinde önemli değişken olmadığı saptandı (Tablo 4-24).

Tablo 4-24: Medeni Durumun Yaşam Kalitesine Etkisi

Medeni Durum (n=200)	Bekar (n=36)		Evli (n=164)		z*	p
	Ort	SS	Ort	SS		
Semptomlar (MSAS)						
Global Distres İndeksi	0,33	0,38	0,39	0,43	-1,023	0,306
Fiziksel semptomlar	0,42	0,51	0,49	0,48	-1,47	0,141
Psikolojik semptomlar	0,18	0,34	0,22	0,41	-0,405	0,685
Tüm semptomlar	0,3	0,34	0,34	0,36	-1,031	0,303
Yaşam Kalitesi (EORTC-C30)						
Genel Sağlık Durumu	72,92	23,26	72,92	20,52	-0,31	0,757
Fonksiyonel Sağlık						
Fiziksel fonksiyon	82,04	18,71	79,02	18,93	-1,337	0,181
Rol fonksiyon	81,94	17,08	84,25	16,95	-0,848	0,397
Emosyonel fonksiyon	94,68	9,99	93,75	12,84	-0,112	0,911
Bilişsel fonksiyon	99,54	2,78	97,36	9,4	-1,375	0,169
Sosyal fonksiyon	74,07	19,7	68,6	20,09	-1,624	0,104
Semptomlar						
Yorgunluk	18,83	21,87	23,31	22,2	-1,328	0,184
Bulantı-kusma	12,5	24,03	11,79	21,45	-0,07	0,945
Ağrı	13,43	14,81	17,07	16,71	-1,302	0,193
Dispne	2,78	9,34	5,89	14,27	-1,18	0,238
Uykusuzluk	1,85	11,11	5,08	19,04	-1,001	0,317
İştah kaybı	22,22	31,87	28,66	34,42	-0,994	0,320
Konstipasyon	-	-	-	-	-	-
Diyare	9,26	27,15	6,71	23,69	-0,605	0,545
Finansal zorluklar	25,93	19,7	33,33	20,89	-1,917	0,055

*Mann Whitney U testi

**Konstipasyon şikâyeti sadece bir hastada görüldüğü için değerlendirmeye dahil edilmedi.

Hematopoetik kök hücre transplantasyonu sonrası mesleğin yaşam kalitesine ve semptomlara etkisi incelendiğinde; mesleğin hastaların tedaviye ilişkin semptom deneyiminde ve yaşam kalitesinde önemli değişken olduğu saptandı ($p<0,05$). Farklı

meslek grupları arasında tedavi ilişkili semptomların etkilenme düzeyi karşılaştırıldığında; gruplar arasında anlamlı fark olduğu bulundu. Ev hanımlarının tedavi ile ilişkili semptomlardan (fiziksel semptomlar) etkilenme düzeyinin yöneticilere göre daha fazla olduğu tespit edildi. Yaşam kalitesi alt boyutları değerlendirildiğinde; yöneticilerin diğer meslek gruplarına göre fiziksel fonksiyonlarının anlamlı olarak daha az etkilendiği bulundu. Mühendislerin emosyonel fonksiyonlarının yöneticilere göre daha fazla etkilendiği; ev hanımı, işçi ve emeklilerin ise sosyal fonksiyonlarının yönetici ve öğrencilere göre daha fazla etkilendiği belirlendi. Ev hanımlarında yöneticilere göre yorgunluk semptomu, mühendislerde diğer meslek gruplarına göre uykusuzluk semptomu, ev hanımı ve işçilerde ise emekli ve yöneticilere göre finansal zorluklar daha sık bildirilen şikayetlerdi ($p<0,05$) (Tablo 4-25).

Araştırmaya katılan hastaların eğitim durumunun yaşam kalitesine ve semptomlara etkisi incelediğinde; eğitim durumunun hastaların tedaviye ilişkin semptom deneyiminde ve yaşam kalitesinde önemli değişken olduğu saptandı ($p<0,05$). Tedavi ile ilişkili semptomlardan etkilenme düzeyi değerlendirildiğinde ise; okur-yazar olanların üniversite mezunlarına göre fiziksel semptomlarının daha fazla etkilendiği bulundu ve gruplar arasında anlamlı fark tespit edildi. Okur-yazar ve ilköğretim mezunu olan hastalarda, üniversite mezunu olanlara göre yorgunluk ve finansal zorluklar daha sık bildirilen şikayetlerdi. Buna paralel olarak üniversite mezunlarının okur-yazar olanlara göre yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu tespit edildi (Tablo 4-26).

Hematopoetik kök hücre transplantasyonu sonrası aile tipinin yaşam kalitesine ve semptomlara etkisi incelediğinde; aile tipinin hastaların tedaviye ilişkin semptom deneyiminde ve yaşam kalitesinde önemli değişken olduğu saptandı ($p<0,05$). Aile tipleri arasında tedavi ile ilişkili semptomlardan etkilenme düzeyi karşılaştırıldığında; aile üyesi dışında birisi (akraba, bakıcı vb.) ile yaşayan hastaların, semptom yükünün daha fazla olması, buna paralel olarak fonksiyonel sağlıklarının daha kötü olması nedeniyle yaşam kalitesinin çekirdek ailelerde yaşayan hastalara göre anlamlı olarak daha düşük olduğu tespit edildi. Aile üyesi dışında birisinden destek alan hastalarda yorgunluk daha sık bildirilen şikayetti (Tablo 4-27).

Tablo 4-25: Mesleğin Yaşam Kalitesine Etkisi

Meslek (n=200)	Emekli (n=37)	Ev Hanımı (n=56)	İşçi (n=15)	Memur (n=14)	Mühendis (n=8)	Öğrenci (n=19)	Serbest Meslek (n=44)	Yönetici (n=7)	χ^2 KW*	SD	p
Semptomlar (MSAS)											
Global Distres İndeksi	0,34	0,49	0,43	0,21	0,54 ₍₈₎	0,27	0,36	0,09	19,466	7	0,007
Fiziksel semptomlar	0,46	0,6 ₍₈₎	0,51	0,34	0,59	0,31	0,47	0,21	14,531	7	0,042
Psikolojik semptomlar	0,18	0,29	0,23	0,05	0,51	0,18	0,2	0,02	12,73	7	0,079
Tüm semptomlar	0,3	0,41	0,36	0,25	0,47	0,24	0,32	0,11	13,442	7	0,062
Yaşam Kalitesi (EORTC-C30)											
Genel Sağlık Durumu	74,1	67,71	73,89	75	64,58	78,95	73,86	89,29	13,11	7	0,069
Fonksiyonel Sağlık											
Fiziksel fonksiyon	78,38	72,86	82,22	85,71 ₍₂₎	79,17	84,56 ₍₂₎	81,52 ₍₂₎	96,19 _(1,2,4,6,7)	26,641	7	0,001
Rol fonksiyon	84,23	80,36	81,11	86,9	81,25	81,58	87,88	92,86	10,952	7	0,141
Emosyonel fonksiyon	95,27	92,71	88,89	97,02	87,5	95,18	94,7	100 ₍₅₎	14,278	7	0,046
Bilişsel fonksiyon	98,2	96,73	97,78	98,81	100	100	96,59	100	4,771	7	0,688
Sosyal fonksiyon	74,32 ₍₂₎	63,39	63,33	70,24	66,67	78,07 _(2,3)	69,7	85,71 _(2,3,6,7)	21,178	7	0,004
Semptomlar											
Yorgunluk	22,22	29,76 ₍₈₎	24,44	15,87	26,39	15,2	20,45	3,17	20,402	7	0,005
Bulantı-kusma	11,26	14,88	12,22	4,76	20,83	7,89	12,12	4,76	4,59	7	0,710
Ağrı	18,47	18,45	18,89	10,71	18,75	11,4	16,29	7,14	12,316	7	0,091
Dispne	6,31	5,36	6,67	0	12,5	1,75	6,82	0	9,003	7	0,252
Uykusuzluk	0,9	7,14	4,44	0	25 _(1,2,3,4,6,7,8)	0	4,55	0	16,743	7	0,019
İştah kaybı	26,13	36,31	35,56	14,29	29,17	21,05	23,48	14,29	9,015	7	0,252
Konstipasyon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diyare	0	13,69	15,56	0	16,67	3,51	5,3	0	13,293	7	0,065
Finansal zorluklar	28,83	38,69 _(1,6,7,8)	40 _(6,8)	30,95	33,33	21,05	30,3	19,05	20,428	7	0,005

* χ^2 KW: Ki-kare-Kruskal Wallis Testi

**Konstipasyon şikâyeti sadece bir hastada görüldüğü için değerlendirmeye dahil edilmedi.

Tablo 4-26: Eğitim Durumunun Yaşam Kalitesine Etkisi

Eğitim Durumu (n=200)	İlköğretim (n=55)		Lise (n=36)		Okuryazar (n=53)		Üniversite (n=56)		χ^2 KW*	SD	p
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS			
Semptomlar (MSAS)											
Global Distres İndeksi	0,42	0,42	0,29	0,39	0,49 _(2,4)	0,49	0,29	0,34	11,42	4	0,022
Fiziksel semptomlar	0,49	0,47	0,41	0,52	0,61 ₍₄₎	0,55	0,39	0,39	9,675	4	0,046
Psikolojik semptomlar	0,24	0,43	0,18	0,36	0,26	0,43	0,17	0,35	2,45	4	0,654
Tüm semptomlar	0,32	0,31	0,32	0,43	0,4	0,42	0,28	0,28	5,873	4	0,209
Yaşam Kalitesi (EORTC-C30)											
Genel Sağlık Durumu	72,27	21,1	71,99	24,16	70,28	21,28	76,64	18,29	2,232	4	0,693
Fonksiyonel Sağlık											
Fiziksel fonksiyon	78,91	18,85	80,93 ₍₃₎	21,39	74,84	19,6	83,81	15,67	9,745	4	0,045
Rol fonksiyon	85,15	17,47	87,04	15,99	80,19	18,79	83,93	14,9	3,912	4	0,418
Emosyonel fonksiyon	93,94	11,73	94,68	12,78	91,67	15,68	95,54	8,55	1,454	4	0,835
Bilişsel fonksiyon	97,88	7,89	98,15	6,64	95,6	13,14	99,4	3,12	3,663	4	0,453
Sosyal fonksiyon	65,45	20,5	72,69	18,75	66,67	22,41	74,4	17,1	6,801	4	0,147
Semptomlar											
Yorgunluk	25,25 ₍₄₎	22,06	19,14	23,1	28,3 ₍₄₎	24,42	16,47	17,6	10,41	4	0,034
Bulantı-kusma	11,21	20,55	11,57	22,82	15,72	26,23	9,23	17,67	1,587	4	0,811
Ağrı	18,18	16,44	14,81	16,32	19,5	17,82	12,8	14,56	7,582	4	0,108
Dispne	6,06	12,97	7,41	14,05	6,92	17,73	1,79	7,57	6,236	4	0,182
Uykusuzluk	5,45	18,99	1,85	11,11	6,29	22,7	3,57	15,15	2,196	4	0,700
İştah kaybı	29,7	33,75	25	36,84	35,85	36,31	19,05	28,33	6,742	4	0,150
Konstipasyon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diyare	7,27	23,74	5,56	23,23	9,43	29,51	5,95	20,21	0,527	4	0,971
Finansal zorluklar	33,94 ₍₄₎	19,76	29,63	19,15	39,62 _(2,4)	24,51	24,4	16,19	13,73	4	0,008

* χ^2 KW: Ki-kare-Kruskal Wallis Testi

**Konstipasyon şikâyeti sadece bir hastada görüldüğü için değerlendirmeye dahil edilmedi.

Tablo 4-27: Aile Tipinin Yaşam Kalitesine Etkisi

Aile Tipi (n=200)	Çekirdek Aile (n=31)		Dışarıdan (n=25)		Eş-Çekirdek Aile (n=144)		χ^2 KW*	SD	p
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS			
Semptomlar (MSAS)									
Global Distres İndeksi	0,28	0,31	0,5	0,43	0,38	0,44	4,562	2	0,102
Fiziksel semptomlar	0,4	0,51	0,6	0,44	0,47	0,49	4,937	2	0,085
Psikolojik semptomlar	0,14	0,27	0,33	0,5	0,21	0,4	5,125	2	0,077
Tüm semptomlar	0,28	0,33	0,42 ₍₁₎	0,29	0,33	0,37	7,271	2	0,026
Yaşam Kalitesi (EORTC-C30)									
Genel Sağlık Durumu	72,85 ₍₂₎	24,24	65	15,4	74,31	20,89	7,126	2	0,028
Fonksiyonel Sağlık									
Fiziksel fonksiyon	82,37 ₍₂₎	19,21	72,53	17,67	80,19	18,86	6,865	2	0,032
Rol fonksiyon	82,26	17,18	80,67	14,97	84,72	17,24	2,538	2	0,281
Emosyonel fonksiyon	95,43	9,34	92,33	12,25	93,87	12,96	1,607	2	0,448
Bilişsel fonksiyon	99,46	2,99	98	5,53	97,34	9,79	1,525	2	0,466
Sosyal fonksiyon	74,19	19,17	64	21,88	69,56	19,84	3,614	2	0,164
Semptomlar									
Yorgunluk	17,56	22,18	30,67 ₍₁₎	20,86	22,15	22,12	7,408	2	0,025
Bulantı-kusma	12,37	23,56	18	22,01	10,76	21,45	4,587	2	0,101
Ağrı	12,37	14,89	15,33	13,54	17,48	17,11	3,116	2	0,211
Dispne	2,15	8,32	6,67	13,61	5,79	14,39	2,272	2	0,321
Uykusuzluk	0	0	6,67	23,57	5,09	18,62	2,546	2	0,280
İştah kaybı	21,51	31,68	29,33	32,38	28,47	34,81	1,102	2	0,576
Konstipasyon	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diyare	8,6	27,17	12	28,67	6,02	22,87	2,087	2	0,352
Finansal zorluklar	26,88	20,04	32	17,95	33,1	21,41	2,075	2	0,354

* χ^2 KW: Ki-kare-Kruskal Wallis Testi

**Konstipasyon şikâyeti sadece bir hastada görüldüğü için değerlendirmeye dahil edilmedi.

Araştırmaya katılan hastalara hematopoetik kök hücre transplantasyonu sonrası destek veren kişinin yaşam kalitesine ve semptomlara etkisi incelendiğinde; destek veren kişinin psikolojik semptomlar ve fonksiyonel sağlık alt boyutunda önemli değişken olduğu saptandı ($p<0,05$). Bakıcı desteği olanlarda psikolojik semptomlardan etkilenme düzeyinin, anne desteği olanlara göre anlamlı olarak daha fazla olduğu tespit edildi. Yaşam kalitesi alt boyutları değerlendirildiğinde ise bakıcı ve aile üyesi dışında birisinden destek alan hastaların, fiziksel fonksiyonlarının da eş ve annesinden destek alan hastalara göre daha düşük olduğu tespit edildi (Tablo 4-28).

Hematopoetik kök hücre transplantasyonu sonrası gelir düzeyinin yaşam kalitesine ve semptomlara etkisi incelendiğinde; gelir düzeyinin yaşam kalitesinde önemli değişken olduğu saptandı ($p<0,05$). Farklı gelir düzeyleri arasında tedavi ile ilişkili semptomlardan etkilenme düzeyi karşılaştırıldığında; gelir düzeyi kötü olan hastaların tüm semptom yüklerinin diğer hastalara göre daha anlamlı olarak fazla olduğu tespit edildi ($p<0,05$). Buna paralel olarak gelir durumu kötü olan hastaların rol, emosyonel, bilişsel fonksiyonlarının da daha fazla etkilendiği saptanırken; bu hasta grubunda uykusuzluk ve iştah kaybı en sık bildirilen şikayetlerdi (Tablo 4-29).

Hematopoetik kök hücre transplantasyonu sonrası kronik hastalık varlığının yaşam kalitesine ve semptomlara etkisi incelendiğinde; kronik hastalık varlığının yaşam kalitesinde önemli değişken olduğu saptandı ($p<0,05$). Farklı kronik hastalıklar arasında tedavi ile ilişkili semptomlardan etkilenme düzeyi karşılaştırıldığında; mevcut rahatsızlıkları dışında kanser hastalığı olanların psikolojik semptom yüklerinin daha fazla olduğu; rol, emosyonel ve bilişsel fonksiyonlarının da anlamlı olarak daha çok etkilendiği saptandı. Kanser hastalığı olanlarda uykusuzluk en sık bildirilen şikayetti (Tablo 4-30).

Araştırmaya katılan hastaların hematopoetik kök hücre transplantasyonu sonrası kontrol sıklığının yaşam kalitesine ve semptomlara etkisi incelendiğinde; kontrol sıklığının yaşam kalitesinde önemli değişken olduğu saptandı ($p<0,05$). Hastaların kontrol sıklığına göre tedavi ile ilişkili semptomlardan etkilenme düzeyi karşılaştırıldığında ise; hekim önerisi doğrultusunda kontrole giden hasta grubunda semptom yükünün diğer hastalara göre daha az olması nedeniyle yaşam kalitesinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edildi. Dispne, uykusuzluk, iştah kaybı ve diyare ayda 1-2 kez kontrole giden hastalarda; yorgunluk ve finansal zorluklar ise sorun olduğunda kontrole giden hastalarda daha sık bildirilen şikayetlerdi ($p<0,05$) (Tablo 4-31)

Tablo 4-28: Destek Veren Kişinin Yaşam Kalitesine Etkisi

Destek Veren Kişi (n=200)	Aile (n=37)		Akraba (n=8)		Anne (n=18)		Bakıcı (n=9)		Çocuk (n=38)		Eş (n=90)		χ^2 KW*	SD	p
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS			
Semptomlar (MSAS)															
Global Distres İndeksi	0,34	0,32	0,33	0,53	0,33	0,35	0,61	0,46	0,47	0,41	0,34	0,46	9,36	5	0,096
Fiziksel semptomlar	0,49	0,45	0,34	0,47	0,47	0,58	0,58	0,4	0,6	0,46	0,43	0,5	8,925	5	0,112
Psikolojik semptomlar	0,19	0,32	0,22	0,54	0,15	0,28	0,56 ⁽³⁾	0,61	0,24	0,42	0,2	0,39	13,327	5	0,021
Tüm semptomlar	0,34	0,3	0,27	0,34	0,32	0,39	0,43	0,28	0,38	0,35	0,3	0,39	7,811	5	0,167
Yaşam Kalitesi (EORTC-C30)															
Genel Sağlık Durumu	68,92	21,57	76,04	17,5	72,69	25,05	66,67	12,5	70,83	18,15	75,83	21,89	6,802	5	0,236
Fonksiyonel Sağlık															
Fiziksel fonksiyon	74,77	18,06	89,17 ^(1,4,6)	11,23	80,74 ⁽⁴⁾	21,31	65,19	19,37	76,32	16,96	83,26 ^(1,3,4)	18,92	22,046	5	0,001
Rol fonksiyon	81,53	17,03	89,58	12,4	80,56	18,3	75,93	16,9	85,53	16,52	85	17,14	5,657	5	0,341
Emosyonel fonksiyon	95,5	9,94	93,75	9,71	93,98	10,62	88,89	17,18	93,42	14,65	93,98	12,37	2,517	5	0,774
Bilişsel fonksiyon	99,1	5,48	100	0	98,15	5,39	96,3	7,35	96,49	11,07	97,59	9,53	4,623	5	0,464
Sosyal fonksiyon	70,27	20,08	75	12,6	69,44	21,58	61,11	30,05	70,18	16,51	69,44	20,79	1,066	5	0,957
Semptomlar															
Yorgunluk	24,92	24,34	15,28	16,73	20,99	23,77	34,57	19,6	26,9	20,61	19,38	21,82	10,135	5	0,072
Bulantı-kusma	17,57	24,2	8,33	23,57	14,81	25,49	12,96	21,7	12,72	19,92	8,89	20,78	7,07	5	0,215
Ağrı	15,32	14,37	10,42	12,4	12,96	16,72	20,37	11,11	17,98	13,07	17,04	19,02	5,66	5	0,341
Dispne	7,21	13,91	0	0	1,85	7,86	7,41	14,7	6,14	15,22	5,19	14,05	4,425	5	0,490
Uykusuzluk	1,8	10,96	8,33	23,57	0	0	11,11	33,33	6,14	21,72	4,81	17,71	3,324	5	0,650
İştah kaybı	27,93	33,81	8,33	23,57	24,07	33,93	33,33	33,33	36,84	36,18	25,19	33,64	6,507	5	0,260
Konstipasyon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diyare	13,51	31,88	8,33	23,57	9,26	27,55	0	0	7,89	27,33	4,44	19,48	4,872	5	0,432
Finansal zorluklar	32,43	20,01	25	15,43	29,63	22,55	25,93	22,22	34,21	18,15	32,59	22,33	2,516	5	0,774

* χ^2 KW: Ki-kare-Kruskal Wallis Testi

**Konstipasyon şikâyeti sadece bir hastada görüldüğü için değerlendirmeye dahil edilmedi.

Tablo 4-29: Gelir Düzeyinin Yaşam Kalitesine Etkisi

Gelir Düzeyi (n=200)	Ancak Geçinebiliyor (n=85)		Çok İyi (n=9)		İyi (n=23)		Kötü (n=10)		Orta Derece (n=73)		χ^2 KW*	SD	p
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS			
Semptomlar (MSAS)													
Global Distres İndeksi	0,4	0,39	0,42	0,56	0,47 ₍₅₎	0,49	0,9 _(1,2,3,5)	0,75	0,25	0,27	13,638	4	0,009
Fiziksel semptomlar	0,53	0,5	0,43	0,48	0,51	0,48	0,94	0,88	0,35	0,35	8,584	4	0,072
Psikolojik semptomlar	0,19	0,34	0,38 ₍₅₎	0,58	0,37 _(1,5)	0,63	0,62 _(1,2,3,5)	0,65	0,12	0,22	12,023	4	0,017
Tüm semptomlar	0,34	0,32	0,3	0,35	0,4	0,43	0,75 _(1,2,3,5)	0,71	0,25	0,26	11,138	4	0,025
Yaşam Kalitesi (EORTC-C30)													
Genel Sağlık Durumu	70,78	21,19	75,93	22,22	76,45	17,88	54,17	28,93	76,48	19,06	8,247	4	0,083
Fonksiyonel Sağlık													
Fiziksel fonksiyon	78,67	18,88	81,48	21,02	77,1	22	64	29,18	83,29	14,66	5,751	4	0,219
Rol fonksiyon	83,33 ₍₄₎	17,63	81,48	17,57	77,54	15,58	70	24,6	88,58 _(1,3,4)	13,57	13,457	4	0,009
Emosyonel fonksiyon	93,53 ₍₄₎	12,16	93,52 ₍₄₎	13,03	90,58	16,53	80,83	22,58	97,26 _(1,2,3,4)	6,67	12,256	4	0,016
Bilişsel fonksiyon	97,65 ₍₄₎	9,33	100 ₍₄₎	0	96,38 ₍₄₎	8,64	90	21,08	99,09 ₍₄₎	3,82	10,172	4	0,038
Sosyal fonksiyon	68,24	19,01	75,93	22,22	68,84	23,19	51,67	33,75	73,06	16,35	6,154	4	0,188
Semptomlar													
Yorgunluk	24,97	23	17,28	19,33	25,12	22,02	44,44	31,86	16,44	17,48	12,574	4	0,014
Bulantı-kusma	12,94	22,48	18,52	25,61	12,32	19,6	33,33	41,57	6,85	15,17	8,221	4	0,084
Ağrı	17,65	16,54	12,96	13,89	16,67	15,08	33,33	28,33	13,01	13,39	9,41	4	0,052
Dispne	5,1	13,12	0	0	5,8	12,92	16,67	28,33	4,57	11,54	4,294	4	0,368
Uykusuzluk	4,31	16,89	7,41	22,22	13,04 _(1,5)	29,71	16,67 _(1,3,5)	36	0	0	13,15	4	0,011
İştah kaybı	29,8	35,27	18,52	29,4	30,43	34,69	60 _(1,2,3,5)	34,43	20,55	30,24	12,199	4	0,016
Konstipasyon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diyare	8,24	26,18	14,81	29,4	8,7	25,06	20	42,16	2,74	16,44	7,357	4	0,118
Finansal zorluklar	36,08 _(2,3,5)	20,71	14,81	17,57	26,09	17,28	53,33 _(1,2,3,5)	39,13	28,31	15,39	19,117	4	0,001

* χ^2 KW: Ki-kare-Kruskal Wallis Testi

**Konstipasyon şikâyeti sadece bir hastada görüldüğü için değerlendirmeye dahil edilmedi.

Tablo 4-30: Kronik Hastalık Varlığının Yaşam Kalitesine Etkisi

Kronik Hastalık (n=200)	Kanser (n=4)		Sistemik Hastalık (n=61)		Yok (n=135)		χ^2 KW*	SD	p
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS			
Semptomlar (MSAS)									
Global Distres İndeksi	0,90	0,61	0,39	0,42	0,36	0,41	6,525	3	0,089
Fiziksel semptomlar	0,85	0,45	0,48	0,47	0,46	0,49	4,917	3	0,178
Psikolojik semptomlar	0,93 _(2,3)	0,95	0,2	0,34	0,2	0,38	8,494	3	0,037
Tüm semptomlar	0,73	0,43	0,32	0,33	0,32	0,37	6,263	3	0,100
Yaşam Kalitesi (EORTC-C30)									
Genel Sağlık Durumu	58,3	11,8	76,09	19,75	71,91	21,54	4,944	3	0,176
Fonksiyonel Sağlık									
Fiziksel fonksiyon	56,7	17,6	79,02	20,4	80,49	17,87	6,663	3	0,083
Rol fonksiyon	66,7	23,6	83,61	17,61	84,44 _(1,2)	16,31	8,169	3	0,043
Emosyonel fonksiyon	70,9	29,2	95,63 _(1,3)	10,27	93,83	11,96	11,705	3	0,008
Bilişsel fonksiyon	83,3	23,6	98,09 _(1,3)	7,51	98,02	8,16	13,79	3	0,003
Sosyal fonksiyon	41,7	31,9	71,86	20,08	69,38	19,23	6,309	3	0,098
Semptomlar									
Yorgunluk	42,8	24,6	21,86	21,18	21,89	22,05	6,86	3	0,076
Bulantı-kusma	12,5	16	11,48	21,63	12,1	22,25	1,558	3	0,669
Ağrı	33,3	19,2	17,49	18,11	15,43	15,32	4,831	3	0,185
Dispne	16,7	19,2	4,92	14,7	5,19	12,79	6,824	3	0,078
Uykusuzluk	41,7 _(2,3)	50	3,83	15,03	3,7	16,63	19,097	3	0,001
İştah kaybı	58,3	42	26,78	34,33	26,91	33,46	6,681	3	0,083
Konstipasyon	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diyare	25	50	3,83	18,36	8,15	25,58	3,903	3	0,272
Finansal zorluklar	33,33	27,2	30,6	22,19	32,59	20,14	0,967	3	0,809

* χ^2 KW: Ki-kare-Kruskal Wallis Testi

**Konstipasyon şikâyeti sadece bir hastada görüldüğü için değerlendirmeye dahil edilmedi.

Tablo 4-31: Kontrol Sıklığının Yaşam Kalitesine Etkisi

Kontrol Sıklığı (n=200)	Ayda 1-2 (n=30)		Hekim Önerisi Doğrultusunda (n=92)		Sorun Olduğunda (n=39)		χ^2 KW*	SD	p
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS			
Semptomlar (MSAS)									
Global Distres İndeksi	0,55 ₍₂₎	0,56	0,28	0,33	0,43 ₍₂₎	0,43	9,737	2	0,008
Fiziksel semptomlar	0,5	0,48	0,39	0,39	0,57	0,57	4,976	2	0,083
Psikolojik semptomlar	0,5 _(2,3)	0,64	0,13	0,29	0,2	0,33	10,911	2	0,004
Tüm semptomlar	0,42 ₍₂₎	0,41	0,26	0,27	0,37 ₍₂₎	0,42	6,763	2	0,034
Yaşam Kalitesi (EORTC-C30)									
Genel Sağlık Durumu	70,28	20,49	77,36 ₍₃₎	18,3	68,7	23,23	6,184	2	0,045
Fonksiyonel Sağlık									
Fiziksel fonksiyon	74,67	22,79	83,19 _(1,3)	16,67	77,18	19,15	6,672	2	0,036
Rol fonksiyon	73,89	19,42	86,96 _(1,3)	14,99	83,97 ₍₁₎	16,87	11,773	2	0,003
Emosyonel fonksiyon	86,11	18,87	96,74 _(1,3)	7,91	93,59 ₍₁₎	12,38	10,91	2	0,004
Bilişsel fonksiyon	93,33	14,91	99,09 _(1,3)	3,8	97,86 ₍₁₎	9,05	6,805	2	0,033
Sosyal fonksiyon	64,44	23,46	73,55 _(1,3)	18,18	66,88	20,19	6,729	2	0,035
Semptomlar									
Yorgunluk	29,26 ₍₂₎	25,85	17,75	18,71	25,5 ₍₂₎	23,42	7,351	2	0,025
Bulantı-kusma	8,89	13,66	9,42	19,97	16,03	25,83	3,685	2	0,158
Ağrı	17,78	21,86	14,86	14,5	17,74	16,19	1,49	2	0,475
Dispne	8,89 ₍₂₎	14,99	2,9	11,75	6,84	14,57	9,101	2	0,011
Uykusuzluk	13,33 _(2,3)	28,5	2,17	11,91	3,85	17,8	10,648	2	0,005
İştah kaybı	41,11 ₍₂₎	35,75	21,74	31,03	29,06	35,37	7,7	2	0,021
Konstipasyon	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diyare	20 _(2,3)	37,75	3,62	15,98	6,41	24,65	10,043	2	0,007
Finansal zorluklar	30	22,06	27,9	17,31	37,61 ₍₂₎	23,02	9,062	2	0,011

* χ^2 KW: Ki-kare-Kruskal Wallis Testi

**Konstipasyon şikâyeti sadece bir hastada görüldüğü için değerlendirmeye dahil edilmedi.

Hematopoetik kök hücre transplantasyonu sonrası hastalık değerlendirme durumunun yaşam kalitesine ve semptomlara etkisi incelendiğinde; hastalık değerlendirme durumunun yaşam kalitesinde önemli değişken olduğu saptandı ($p<0,001$). Hastalığını tedavisi olmayan bir hastalık olarak görenlerin tedavi ile ilişkili tüm semptomlardan etkilenme düzeyinin daha fazla olduğu, buna paralel olarak genel sağlık durumlarının da daha kötü olduğu tespit edildi. Yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı, dispne, iştah kaybı, diyare ve finansal zorluklar hastalığını tedavisi olmayan hastalık olarak görenler tarafından daha sık bildirilen şikayetlerdi ($p<0,001$) (Tablo 4-32).

Hematopoetik kök hücre transplantasyonu taburculuk sonrası tekrar hastaneye yatış durumunun yaşam kalitesine ve semptomlara etkisi incelendiğinde; hastaneye tekrar yatışın hastaların tedaviye ilişkin semptom deneyiminde ve yaşam kalitesinde önemli değişken olduğu saptandı ($p<0,001$). Hastaneye yatanların tedavi ile ilişkili tüm semptomlardan etkilenme düzeyinin daha fazla olduğu ve genel sağlık durumunun daha kötü olduğu, fonksiyonel sağlıklarının daha fazla etkilendiği saptandı. Yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı, dispne, uykusuzluk, iştah kaybı, diyare ve finansal zorluklar hastaneye tekrar yatan hastalar tarafından daha sık bildirilen şikayetlerdi (Tablo 4-33).

Hematopoetik kök hücre transplantasyonu taburculuk sonrası zorlanma durumunun yaşam kalitesine ve semptomlara etkisini incelediğimizde zorlanan hastaların tedaviye ilişkin semptom deneyiminde ve yaşam kalitesinde önemli değişken olduğu saptandı ($p<0,001$). Taburculuk sonrası zorlanan hastaların tedavi ile ilişkili tüm semptomlardan etkilenme düzeyinin daha fazla olduğu ve genel sağlık durumunun daha kötü olduğu, fonksiyonel sağlıklarının daha fazla etkilendiği saptandı. Yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı, dispne, uykusuzluk, iştah kaybı, diyare ve finansal zorluklar taburculuk sonrası zorlanan hastalar tarafından daha sık bildirilen şikayetlerdi ($p<0,001$) (Tablo 4-34).

Tablo 4-32: Hastalık Değerlendirmesinin Yaşam Kalitesine Etkisi

Hastalık Değerlendirmesi (n=200)	Tedavisi Olmayan Bir Hastalık (n=49)		Uzun Bir Tedavi Süreci Gerektiren Hastalık (n=151)		z [*]	p
	Ort	SS	Ort	SS		
Semptomlar (MSAS)						
Global Distres İndeksi	0,71	0,54	0,27	0,31	-5,975	0,001
Fiziksel semptomlar	0,83	0,64	0,36	0,36	-5,058	0,001
Psikolojik semptomlar	0,46	0,53	0,14	0,3	-5,384	0,001
Tüm semptomlar	0,6	0,51	0,24	0,24	-5,634	0,001
Yaşam Kalitesi (EORTC-C30)						
Genel Sağlık Durumu	58,5	22,98	77,59	18,03	-5,186	0,001
Fonksiyonel Sağlık						
Fiziksel fonksiyon	64,9	22,84	84,33	14,59	-5,871	0,001
Rol fonksiyon	72,79	20,89	87,42	13,74	-4,557	0,001
Emosyonel fonksiyon	85,37	18,04	96,69	8,17	-5,416	0,001
Bilişsel fonksiyon	92,86	15,59	99,34	3,27	-4,121	0,001
Sosyal fonksiyon	58,16	24,8	73,29	16,79	-3,942	0,001
Semptomlar						
Yorgunluk	40,14	26,53	16,78	17,06	-5,706	0,001
Bulantı-kusma	23,47	29,25	8,17	17,41	-4,075	0,001
Ağrı	28,23	22,1	12,58	11,86	-5,094	0,001
Dispne	9,52	18	3,97	11,5	-2,329	0,020
Uykusuzluk	9,52	26,35	2,87	13,85	-1,925	0,054
İştah kaybı	48,3	37,31	20,75	30	-4,729	0,001
Konstipasyon	-	-	-	-	-	-
Diyare	19,05	38,49	3,31	15,76	-3,54	0,001
Finansal zorluklar	44,9	28,51	27,81	15,6	-4,282	0,001

*Mann Whitney U testi

**Konstipasyon şikâyeti sadece bir hastada görüldüğü için değerlendirmeye dahil edilmedi.

Tablo 4-33: Taburculuk Sonrası Tekrar Hastaneye Yatışın Yaşam Kalitesine Etkisi

Taburcu Sonrası Yatış (n=200)	Evet (n=32)		Hayır (n=168)		z*	p
	Ort	SS	Ort	SS		
Semptomlar (MSAS)						
Global Distres İndeksi	0,93	0,57	0,27	0,28	-6,6	0,001
Fiziksel semptomlar	1,06	0,67	0,37	0,35	-6	0,001
Psikolojik semptomlar	0,7	0,64	0,12	0,24	-6,9	0,001
Tüm semptomlar	0,81	0,53	0,24	0,22	-6,7	0,001
Yaşam Kalitesi (EORTC-C30)						
Genel Sağlık Durumu	46,09	19,4	78,03	17,05	-7,2	0,001
Fonksiyonel Sağlık						
Fiziksel fonksiyon	54,17	20,02	84,4	14,26	-7,1	0,001
Rol fonksiyon	63,54	17,16	87,7	13,92	-6,7	0,001
Emosyonel fonksiyon	78,13	19,94	96,92	7,16	-7	0,001
Bilişsel fonksiyon	89,58	17,84	99,31	3,81	-5,8	0,001
Sosyal fonksiyon	47,4	24,72	73,81	15,96	-5,8	0,001
Semptomlar						
Yorgunluk	53,82	23,29	16,53	16,13	-7,4	0,001
Bulantı-kusma	34,9	32,06	7,54	16,09	-5,9	0,001
Ağrı	34,9	22,54	12,9	12,19	-6,1	0,001
Dispne	16,67	20,74	3,17	10,47	-5,2	0,001
Uykusuzluk	18,75	33,8	1,79	11,1	-4,7	0,001
İştah kaybı	60,42	35,36	21,23	29,95	-5,6	0,001
Konstipasyon	-	-	-	-	-	-
Diyare	37,5	45,4	1,39	10,54	-7,8	0,001
Finansal zorluklar	48,96	25,38	28,77	18,21	-4,6	0,001

*Mann Whitney U testi

**Konstipasyon şikâyeti sadece bir hastada görüldüğü için değerlendirmeye dahil edilmedi.

Tablo 4-34: Taburculuk Sonrası Zorlanmanın Yaşam Kalitesine Etkisi

Taburculuk Sonrası Zorlanma (n=200)	Evet (n=45)		Hayır (n=155)		z*	p
	Ort	SS	Ort	SS		
Semptomlar (MSAS)						
Global Distres İndeksi	0,68	0,59	0,29	0,31	-4,5	0,001
Fiziksel semptomlar	0,8	0,66	0,38	0,37	-4,2	0,001
Psikolojik semptomlar	0,5	0,59	0,13	0,27	-4,9	0,001
Tüm semptomlar	0,59	0,52	0,25	0,25	-5,1	0,001
Yaşam Kalitesi (EORTC-C30)						
Genel Sağlık Durumu	60	23,07	76,67	18,81	-4,4	0,001
Fonksiyonel Sağlık						
Fiziksel fonksiyon	69,19	24,59	82,58	15,72	-3,5	0,001
Rol fonksiyon	72,22	21,32	87,2	13,8	-4,4	0,001
Emosyonel fonksiyon	83,89	19,25	96,83	7,31	-5,2	0,001
Bilişsel fonksiyon	92,22	16,13	99,35	3,23	-4,5	0,001
Sosyal fonksiyon	56,67	25,72	73,33	16,4	-4	0,001
Semptomlar						
Yorgunluk	37,53	28,55	18,14	17,77	-4,2	0,001
Bulantı-kusma	21,11	30,03	9,25	18,13	-2,7	0,006
Ağrı	25,56	23,46	13,76	12,62	-3,2	0,001
Dispne	12,59	19,19	3,23	10,59	-4,1	0,001
Uykusuzluk	12,59	28,68	2,15	12,41	-3,5	0,001
İştah kaybı	45,19	38,37	22,37	30,89	-3,8	0,001
Konstipasyon	-	-	-	-	-	-
Diyare	17,78	36,65	4,09	18,35	-3,2	0,001
Finansal zorluklar	42,96	27,18	28,82	17,44	-3,4	0,001

*Mann Whitney U testi

**Konstipasyon şikâyeti sadece bir hastada görüldüğü için değerlendirmeye dahil edilmedi.

Araştırmaya katılan nakil hastalarının son bir yıldır kendi sağlık durumlarını değerlendirdikleri skorlarla tedaviye ilişkin semptom deneyimleri ve yaşam kalitesi karşılaştırıldığında; neredeyse tüm alt boyutların sağlık durumu ile anlamlı ilişkiye sahip olduğu görüldü. Yalnızca uykusuzluk ve konstipasyon alt boyutları p değerleri 0,05'ten küçük olduğu için anlamsız bulundu. Pozitif korelasyonlar, sağlık algı skorları arttıkça alt boyutlara ait puanların da arttığını, negatif korelasyonlar ise ilişkinin ters yönlü olduğunu gösterdi (Tablo 4-35).

Tablo 4-35: Son 1 Yıldaki Sağlık Algılama Durumunun Yaşam Kalitesine Etkisi

	Sağlık Durumu (n=200)	
	r	p
Semptomlar (MSAS)		
Global Distres İndeksi	-0,385	0,001
Fiziksel semptomlar	-0,379	0,001
Psikolojik semptomlar	-0,328	0,001
Tüm semptomlar	-0,430	0,001
Yaşam Kalitesi (EORTC-C30)		
Genel Sağlık Durumu	0,500	0,001
Fonksiyonel Sağlık		
Fiziksel fonksiyon	0,447	0,001
Rol fonksiyon	0,382	0,001
Emosyonel fonksiyon	0,302	0,001
Bilişsel fonksiyon	0,195	0,006
Sosyal fonksiyon	0,290	0,001
Semptomlar		
Yorgunluk	-0,415	0,001
Bulantı-kusma	-0,352	0,001
Ağrı	-0,375	0,001
Dispne	-0,199	0,005
Uykusuzluk	-0,128	0,071
İştah kaybı	-0,299	0,001
Konstipasyon	-	-
Diyare	-0,316	0,001
Finansal zorluklar	-0,359	0,001

*Spearman Korelasyon Analizi

**Konstipasyon şikâyeti sadece bir hastada görüldüğü için değerlendirmeye dahil edilmedi.

4.7. Nakil İlişkili Semptomların Yaşam Kalitesi ile İlişkisi

Hematopoetik kök hücre transplantasyonu sonrası yaşanan sorun sayısının yaşam kalitesine ve semptomlara etkisini incelediğinde; sorun sayısının hastaların tedaviye ilişkin semptom deneyiminde ve yaşam kalitesinde önemli değişken olduğu saptandı ($p<0,001$). Araştırmaya katılan nakil hastalarının konstipasyon semptomu dışında, tüm alt boyutlara ait puanlarla yaşanan toplam sorun sayısı arasında anlamlı ve çok güçlü ilişki bulundu. Toplam sorun sayısı arttıkça, pozitif korelasyona sahip alt boyutlara ait değerlerde artış, negatif korelasyona sahip alt boyutlara ait değerlerde ise azalış gözlemlendi (Tablo 4-36).

Tablo 4-36: Taburculuk Sonrası Yaşanan Toplam Sorun Sayısının Yaşam Kalitesine Etkisi

Semptomlar (MSAS)	Sorun Sayısı (n=200)	
	r	p
Global Distres İndeksi	,874**	0,001
Fiziksel semptomlar	,845**	0,001
Psikolojik semptomlar	,757**	0,001
Tüm semptomlar	,904**	0,001
Yaşam Kalitesi (EORTC-C30)		
Genel Sağlık Durumu	-0,701**	0,001
Fonksiyonel Sağlık		
Fiziksel fonksiyon	-0,760**	0,001
Rol fonksiyon	-0,667**	0,001
Emosyonel fonksiyon	-0,773**	0,001
Bilişsel fonksiyon	-0,559**	0,001
Sosyal fonksiyon	-0,662**	0,001
Semptomlar		
Yorgunluk	,837**	0,001
Bulantı-kusma	,706**	0,001
Ağrı	,661**	0,001
Dispne	,505**	0,001
Uykusuzluk	,507**	0,001
İştah kaybı	,767**	0,001
Konstipasyon	-	-
Diyare	,575**	0,001
Finansal zorluklar	,548**	0,001

*Spearman Korelasyon Analizi

**Konstipasyon şikâyeti sadece bir hastada görüldüğü için değerlendirmeye dahil edilmedi.

Tablo 4-36 ve 4-37’de MSAS ve yaşam kalitesi ölçeklerinin alt boyutlarının birbirleriyle ilişkisini gösteren korelasyon tablosu yer almaktadır. Korelasyon katsayılarının çoğu P değerleri anlamlıdır. Pozitif korelasyona sahip iki alt boyuta ait değerler birlikte artmakta veya azalmakta, negatif korelasyona sahip iki alt boyuttan birinin değerleri azalırken, diğerininki artmaktadır.



Tablo 4-37: Memorial Semptom Değerlendirme ve Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Alt Boyutlarının Korelasyon Tablosu

		Global Distres İndeksi	MSAS Fiziksel Semptom	MSAS Psikolojik Semptom	MSAS Tüm Semptomlar	Genel Sağlık Durumu	Fiziksel Fonksiyon	Rol Fonksiyon	Emosyonel Fonksiyon	Bilişsel Fonksiyon	Sosyal Fonksiyon	Yorgunluk	Bulantı-Kusma	Ağrı	Dispne	Uykusuzluk	İştah Kaybı	Konstipasyon	Diyare	
MSAS Fiziksel Semptom	r	,888**																		
	p	,000																		
MSAS Psikolojik Semptom	r	,812**	,585**																	
	p	,000	,000																	
MSAS Tüm Semptomlar	r	,914**	,926**	,763**																
	p	,000	,000	,000																
Genel Sağlık Durumu	r	-,720**	-,745**	-,543**	-,765**															
	p	,000	,000	,000	,000															
Fiziksel Fonksiyon	r	-,785**	-,790**	-,651**	-,804**	,841**														
	p	,000	,000	,000	,000	,000														
Rol Fonksiyon	r	-,692**	-,617**	-,654**	-,668**	,654**	,719**													
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000													
Emosyonel Fonksiyon	r	-,829**	-,654**	-,845**	-,782**	,582**	,652**	,684**												
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000												
Bilişsel Fonksiyon	r	-,627**	-,586**	-,615**	-,657**	,464**	,594**	,523**	,676**											
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000											
Sosyal Fonksiyon	r	-,718**	-,669**	-,581**	-,678**	,652**	,660**	,611**	,668**	,546**										
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000										
Yorgunluk	r	,849**	,858**	,630**	,840**	-,779**	-,851**	-,714**	-,716**	-,586**	-,694**									
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000									
Bulantı-Kusma	r	,654**	,808**	,467**	,743**	-,618**	-,654**	-,487**	-,505**	-,412**	-,521**	,669**								
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000								
Ağrı	r	,741**	,756**	,541**	,747**	-,636**	-,736**	-,572**	-,606**	-,576**	-,540**	,732**	,518**							
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000							
Dispne	r	,538**	,541**	,428**	,581**	-,466**	-,502**	-,389**	-,539**	-,374**	-,458**	,497**	,529**	,433**						
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000						
Uykusuzluk	r	,518**	,357**	,755**	,515**	-,269**	-,335**	-,412**	-,583**	-,494**	-,363**	,363**	,212**	,270**	,269**					
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,003	,000	,000					
İştah Kaybı	r	,740**	,754**	,491**	,698**	-,593**	-,634**	-,581**	-,574**	-,426**	-,580**	,704**	,597**	,548**	,456**	,264**				
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000				
Konstipasyon	r	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	p	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diyare	r	,464**	,497**	,423**	,577**	-,458**	-,485**	-,422**	-,491**	-,455**	-,352**	,525**	,464**	,390**	,256**	,349**	,389**	-,021		
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Fanansal Zorluk	r	,623**	,621**	,411**	,605**	-,629**	-,558**	-,544**	-,520**	-,436**	-,758**	,610**	,440**	,489**	,362**	,211**	,557**	,118	,229**	
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,003	,000	,095	,001	

*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed), **Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). ***Spearman Korelasyon Analizi ****Konstipasyon şikâyeti sadece bir hastada görüldüğü için değerlendirilmeye dahil edilmedi.

5. TARTIŞMA

Çalışmaya Ekim 2017-Kasım 2018 tarihleri arasında Kocaeli’de özel bir hastanede hematopoetik kök hücre transplantasyonu yapıp taburcu olan, 16 yaşından büyük, iletişim sorunu olmayan, Türkçe okuma yazma bilen, gönüllü 200 hasta dahil edildi.

Çalışma grubunu; büyük bir çoğunluğu evli ve yaş ortalaması yaklaşık 51 olan, %39’u (n=78) bayan, %61’i (n=122) erkek hastalar oluşturmaktaydı. Genellikle gelir düzeyi düşük olan hastaların büyük bir kısmı ev hanımıydı ve hastalığı nedeni ile çalışmamaktaydı. Çalışma grubu Türk toplumunun yapısını ve özelliklerini yansıtır nitelikteydi (91).

Araştırma örnekleme dahil edilme kriterleri; T.C. vatandaşı olmak, 16 yaşından büyük olmak, iletişim sorunu olmamak, Türkçe okuma ve yazma bilmek, hematopoetik kök hücre nakli yapılmış ve taburcu olmuş olmak, araştırmaya katılmaya gönüllü olmak olarak belirlendi. Çalışma için hematopoetik kök hücre transplantasyonu yapıp taburcu olan 235 hasta değerlendirildi, 35 hasta kriterleri sağlamadığı için çalışmaya dahil edilmedi. Araştırmaya katılmayı kabul eden ve dahil edilme kriterlerini karşılayan 200 hasta ile çalışma tamamlandı.

Hematopoetik kök hücre transplantasyonu, kök hücre infüzyonu ile biten bir süreç olmadığından kadın ve erkek hastaların ailesindeki rollerinde değişim yaşanmasına sebep olmaktadır. Bu çalışmaya katılan hastaların medeni duruma göre dağılımı incelendiğinde %82’sinin evli, %18’inin bekar olduğu tespit edildi. Örneklem grubunun çoğunluğunu evli ve erkek hastalar oluşturduğundan ailedeki rollerin değiştiği görülmektedir.

Hematopoetik kök hücre transplantasyonu sonrası yaşanan komplikasyonların yönetimi ve yaşam kalitesinin artırılmasında aile desteği büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle hastaların eğitim düzeyi, aile tipi ve yaşantısı, evde bakımında yardımcı olacak kişiler, gelir durumları gibi faktörlerin yanı sıra hastalığa ilişkin özellikler de göz önüne alınarak değerlendirilmesi gerekmektedir (54). Örneklemin büyük çoğunluğunu çekirdek aileler oluştururken, hastaların tamamı yardımcı biri ile yaşamını sürdürdüklerini ifade etti. Hastalara yardımcı olan kişilerin dağılımı incelendiğinde %45 ile en yüksek oranın eşlere ait olduğu saptandı. Hastaların tamamının sosyal güvenceye sahip olduğu tespit

edilirken; hastaların gelir düzeylerine göre dağılımı incelendiğinde ise %42,5 ile en yüksek oranın “ancak geçinebilenler” olduğu belirlendi. Örneklem grubunun sosyoekonomik yapısına bağlı olarak gelir düzeyinin de aile bireylilerinin rollerini etkilediği; sorumluluklarını arttırdığı görüldü.

Yüksek doz hazırlık rejimini takiben gerçekleştirilen hematopoetik kök hücre nakli yüksek morbidite ve mortalite ile ilişkili olup, bu morbidite ve mortalite malignite nüksü, hazırlık rejimi ile ilişkili toksisiteler, enfeksiyon ile hasta ve donör HLA uyum oranı ile yakından ilgilidir. Tüm bu sebeplere bağlı olarak nakil sonrasında ciddi komplikasyonlar ortaya çıkma eğilimindedir (54). Bu çalışmada araştırma kapsamına alınan hastaların hematopoetik kök hücre transplantasyonunun ardından taburcu olduktan sonra en sık gördükleri semptomların değerlendirilmesi MSAS ile yapılmış olup, yaygın olarak görülen semptomların; ağrı (%63), halsizlik (%48), iştahsızlık (%43), şişkinlik hissi (%38), dikkati toplamada zorluk (%35), bulantı (%30), ağız kuruluğu (%29) ve deride değişiklik (%21) olduğu tespit edildi. Bu semptomlardan en yaygın görülen üç semptom sıklıklarına göre değerlendirildiği zaman ilk sırada ağrı semptomunu %75,4 oranında hasta arada sırada yaşarken, %13,5 oranında hasta sık sık, %1,6 oranında hasta ise neredeyse sürekli yaşadıklarını ifade ettiler. Ağrı semptomunu yaşayan hastalar incelendiğinde hastaların %61,9’unun hafif düzeyde, %35,7’sinin ise orta düzeyde ağrı yaşadıkları tespit edildi. Ağrı semptomunun sıkıntı verme durumuna bakıldığı zaman hastaların %20,6’sında semptomun sıkıntı vermediği, %59,5’inde hafif düzeyde sıkıntı verdiği tespit edildi. Ağrı semptomundan sonra en yaygın karşılaşılan halsizlik semptomunu ise %70,8 oranında hastanın sık sık, %17,7 oranında hastanın arada sırada yaşadığı tespit edildi. Halsizlik semptomunu yaşayan hastaların %50’sinin orta düzeyde, %43,8’inin ise şiddetli düzeyde halsizlik yaşadığı tespit edildi. Halsizlik semptomunun sıkıntı verme durumuna bakıldığı zaman hastaların %2,1’inde bu semptomun sıkıntı vermediği, %46,9’unda oldukça fazla sıkıntı verdiği, %31,3 oranında hastada biraz fazla düzeyde sıkıntı verdiği saptandı. Ağrı ve halsizlik semptomlarından sonra yaygın görülen iştahsızlık semptomunu %55,3 oranında hasta sık sık, %40 oranında hasta ise arada sırada yaşadıklarını ifade etti. İştahsızlık semptomunu yaşayan hastaların %54,1’inin orta düzeyde, %41,2’sinin ise şiddetli düzeyde bu semptomu yaşadıkları görüldü. İştahsızlık semptomunun sıkıntı verme durumuna bakıldığı zaman hastaların %68,2’sinde oldukça sıkıntı verdiği, %22,4’ünde ise biraz fazla düzeyde sıkıntı verdiği tespit edildi.

Literatürde aynı kapsamda yapılan diğer çalışmalar değerlendirildiğinde genel olarak benzer semptomların farklı oranlarda görüldüğü gözlemlenmiştir. Bu farklılıkların, yapılan çalışmalarda örneklem gruplarındaki hastaların nakil türü, klinik tanısı, uygulanan farklı hazırlık rejimleri, eşlik eden diğer hastalıklar ve gelişen komplikasyonlara bağlı olarak oluştuğu düşünülmektedir. Ayrıca, örneklem gruplarının büyüklüklerinin de birbirinden farklı olması ilgili oranları etkilemektedir.

Öte yandan, yapılan çalışmaların büyük bir kısmında cinsel istek ve aktivite ile ilgili sorunlar da ön plana çıkan bir semptom olarak değerlendirilmiştir. Literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde Mehrekula ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada hastaların %50 sinde, Oğuz'un (2012) yaptığı çalışmada hastaların %27,3'ünde, Bergkvist ve ark. (2014)'nin yaptıkları çalışmada hastaların %58'inde, Shanklin ve ark. (2016)'nin yaptıkları çalışmada ise hastaların %28'inde cinsel istek ve aktivite ile ilgili sorunlar olduğu saptanmıştır (12, 15, 92, 93). Ancak bu çalışmada yer alan hastalar nakil sonrası 100 gün dolana kadar ve ayrıca immünsupresif tedavileri kesilene kadar cinsel aktiviteye izin verilmediği için bu semptomu yönelik değerlendirme yapılamadığından dolayı diğer çalışmalara kıyasla bu yönü ile daha zayıftır.

Bu çalışmada hastalarda en sık görülen üç semptomun ağrı, halsizlik ve iştahsızlık olduğu; en şiddetli ve en rahatsız edici derecede yaşanan üç semptomun ise iştahsızlık, halsizlik ve bulantı olduğu tespit edildi. Mehrekula ve arkadaşlarının (2010) yaptığı hematolojik malignitelerde semptom kontrolü çalışmasında yaygın olarak görülen ilk beş semptomun halsizlik (%82,9), saç dökülmesi (%81,2), el ve ayaklarda karıncalanma ve uyuşukluk hissetme (%68,1), ağız kuruluğu (%63,6) ve ağrı (%62,1) olduğu görülmüştür (12). Oğuz'un (2012) HKHT uygulanan 69 hasta ile yaptığı çalışmada ise halsizlik (%83,3), besinlerin tadını almada değişiklik (%75,8), mutsuzluk (%74,2), cilt değişiklikleri (%68,2) ve ağız kuruluğu (%65,2) ilk beş sırada en yaygın görülen semptomlar olarak saptanmıştır (15). Karacan ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları otolog ve allojenik kök hücre nakli olan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyinin değerlendirilmesi çalışmasında ise hastaların %94,3'ünde tat alma hissinde anormallik, bulantı, kusma, ağız yarası, mide ağrısı, ishal, kabızlık gibi sindirim sistemine ilişkin sorunlar yaşandığı bulunmuştur. Araştırma kapsamında değerlendirilen hastaların %76,7'sinde cilt sorunları yaşandığı, %66,7'sinde çabuk yorulma, nefes darlığı, öksürük gibi kalp ve solunum sorunları yaşandığı tespit edilirken, %60'ında unutkanlık, dikkat

bozukluğu, uyku bozukluğu gibi sinir sistemine ait sorun yaşadıkları da tespit edilmiştir (94). Bergkvist ve ark. (2014)'nin yaptıkları çalışmada allojenik hematopoetik kök hücre nakli yapılan erişkin hastaların nakil sonrası genel sağlık, semptom oluşumu ve öz yeterlik durumları değerlendirilmiş (n=117) ve hastaların sıklıkla yorgunluk (%68), cinsel işlev bozukluğu (%58), enerji kaybı (%55), güçsüzlük (%40), konsantrasyon bozukluğu (%45) ve ağız kuruluğu (%36) yaşadıkları saptanmıştır (92). Benzer şekilde Edman ve ark. (2001)'nin yaptıkları allojenik kök hücre nakli yapılan erişkin bireylerde yaşam kalitesi, semptom sıkıntısı ve tutarlılık duygusunun değerlendirildiği çalışmada 25 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Bu hasta grubunda fonksiyonel durumda bozulmaların yanı sıra sosyal etkileşim bozuklukları, uyku bozuklukları, göz problemleri, ağız kuruluğu, öksürük, cinsel problemler, yorgunluk, anksiyete ve tat değişiklikleri belirtilerinin olduğu saptanmıştır (95). Anderson ve ark. (2007)'nin otolog nakil yapılan hastalarda semptom yükünü değerlendirdikleri çalışmada (n=100) hastalarda sıklıkla görülen semptomların iştahsızlık (%11), distres (%10), halsizlik (%34), kendini güçsüz hissetme (%31), uyku bozukluğu (%14), bulantı (%6), ağrı (%9) ve diyare (%2) olduğu tespit edilmiştir (96). Bellm ve ark. (2000)'nin yaptıkları çalışmada 38 hasta nakil sonrası komplikasyon yönünden değerlendirilmiş, çalışmaya katılan hastalarda görülen semptomlar ağız yarası (%42), bulantı-kusma (%13), ishal ve yorgunluk olarak tespit edilmiştir (97). Bevans ve ark. (2008)'nin yaptıkları çalışmada allojenik HKHT uygulanan 76 hastanın transplantasyonu takiben ilk 100 gündeki semptom deneyimi araştırılmış, yaygın semptomlar, yorgunluk (%68), iştah değişikliği (%81), uykusuzluk (%32) olduğu saptanmıştır (98). Shanklin ve ark. (2016)'nin HKHT yapılmış 59 hasta ile yaptıkları çalışmada en sık bildirilen semptomlar ağrı 18/59 (%31), yorgunluk 14/59 (%24), cinsel fonksiyon bozukluğu 14/59 (%24) ve uyku bozukluğu 11/59 (%19) bulunmuştur (93). Benzer kapsamlarda yapılan tüm bu çalışmalar değerlendirildiğinde HKHT sonrası hastaların birbirine benzer semptomlar yaşadığı ancak bu semptomları farklı oranlarda yaşadıkları tespit edildi. Çalışmalarda en sık görülen ortak semptomların ise yorgunluk ve iştahsızlık olduğu görüldü.

HKHT sonrası taburcu olan hastaların yaşadıkları semptomlardan birisi olan bulantı-kusma beraberinde iştahsızlık, beslenme problemleri, sıvı-elektrolit dengesizliği, dehidratasyon, kilo kaybı, tedaviye uyum sağlamada güçlük ve yorgunluk gibi problemleri de getirebilmektedir (64). Bu nedenle semptomun etkili yönetimi tedavinin seyri ve başarısı, hastanın yaşam kalitesinin artırılması açısından büyük önem

taşımaktadır. Bu çalışmada bulantı-kusma semptomu ile baş etmek için; hastaların %86,4'ünün bulantı ilacı aldığı, %71,2'sinin besin düzenlemesi yaptığı, %55,9'unun ağız hijyenine dikkat ettiği, %50,8'inin vaka yöneticisini aradığı, %39'unun ise dikkat dağıtıcı şeyler yaptığı görüldü. Literatürde yapılan benzer çalışmalar değerlendirildiğinde yapılan çalışmaların bizim çalışmamızdan farklı olarak sadece kemoterapi tedavisi olan hastalara yönelik olduğu görüldü. Bu çalışmalardan birisi olan Ökten (2012)'in yaptığı çalışmada bulantı-kusma yönetiminde hastaların bizim çalışmamızda yer alan benzer yaklaşımları farklı oranlarda uyguladıkları, bizim çalışmamızda olduğu gibi bulantı giderici ilaç kullanımının semptom yönetiminde ilk sırada yer aldığı görülmüştür (99). Can ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları farklı bir çalışmada ise hastaların kullandığı farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemler araştırılmış, fiziksel semptomların azaltılmasında hastaların %72,5 oranında farmakolojik yöntemleri tercih ettikleri tespit edilmiştir (100). Bizim çalışmamızda hastaların büyük çoğunluğu (%83,1) bulantı-kusma semptomunu yönetmede baş etme davranışlarını hemşirelerden öğrendiklerini belirttiler ve genel olarak semptom yönetiminin etkili olduğu görüldü. Ökten (2012)'in yaptığı çalışmada ise araştırma kapsamına alınan hastaların yarısından fazlası (%59,1) kemoterapinin yan etkilerine ilişkin eğitim almadığını ifade ettikleri ve semptom yönetiminde genel olarak kısmen etkili olduğu görülmüştür (99).

HKHT sonrası taburcu olan hastaların yaşadıkları semptomlardan bir diğeri olan halsizlik ve yorgunluk semptomunu, çalışmada yer alan hasta grubunun yaklaşık yarısının taburcu olduktan sonra erken dönemde yaşadıkları saptandı. Bu sorun ile baş etmek için; hastaların %80,2'sinin sık dinlendiği, %68,8'inin erken yattığı, %61,5'inin yeterli uyuduğu, %59,4'ünün beslenmesine dikkat ettiği, %14,6'sının ise hiçbir şey yapmadığı tespit edildi. Baş etme davranışlarını hastaların büyük çoğunluğu (%76) hemşirelerden öğrendiklerini belirtirken, hastaların kullandıkları davranışların halsizlik yönetiminde kısmen etkili olduğu tespit edildi. Ökten (2012)'in yaptığı çalışmada hastaların halsizlik-yorgunluk sorunu ile baş etmede kullandıkları davranışların bizim çalışmamızda yer alan sonuçlara benzer olduğu, ilk sırada dinlenme/günü yatarak ya da uyuyarak geçirme (%87,5)'nin olduğu görülmüştür (99). Benzer şekilde Richardson ve Ream'in (1997) yorgunlukla ilgili yaptığı çalışmada hastaların %47,4'ü "yatarak/günlük aktivitelerini kısıtlayarak" yorgunluklarını hafiflettiklerini ifade ettikleri belirlenmiştir (101). Bizim çalışmamızda olduğu gibi Ökten (2012) ile Richardson ve Ream'in (1997) yaptıkları

çalışmada da semptom yönetiminde kullanılan yaklaşımların genel olarak kısmen etkili olduğu tespit edilmiştir (99, 101).

Çalışmaya katılan hastaların ateş semptomunu yaşama durumu, bu sorunla baş etmede kullandıkları yaklaşımlar ve bu yaklaşımları öğrendikleri kişiler değerlendirildiğinde örnekleme oluşturan hasta grubunun %16,5'inin taburcu olduktan sonra erken dönemde ateş semptomunu yaşadığı saptandı. Ayrıca hastaların yaklaşık %10'unun taburculuk sonrası enfeksiyon nedeniyle tekrar hastaneye yattığı tespit edildi. Bu sorun ile baş etmek için; hasta grubunun neredeyse tamamı ateşini ölçerek takip ettiği, %91'inin ateş düşürücü kullandığı, %39,4'ünün vaka yöneticisini aradığı, %75,8'inin ise sağlık kuruluşuna başvurduğu saptandı. Baş etme davranışlarını hastaların %87,9'unun hemşirelerden öğrendikleri tespit edildi. Hastaların kullandıkları davranışların etkili olma durumuna bakıldığında büyük çoğunluğu (%84,9) semptom yönetiminin etkili olduğunu bildirdi. Ökten (2012)'in yaptığı çalışmada ateş sorunu yaşayan hastaların oranı %14,8 olarak belirlenmiştir. Hastaların ateş sorunu ile baş etmede kullandıkları davranışlar değerlendirildiğinde bizim çalışmamızdan farklı olarak ilk sırada "sağlık kuruluşuna başvurma" (%11,3) olduğu belirlenmiştir (99).

Çalışmaya katılan hastaların ağız yarası ve/veya yutma güçlüğü yaşama durumu, bu sorunlarla baş etmede kullandıkları yaklaşımlar ve bu yaklaşımları öğrendikleri kişilerin değerlendirildiğinde örnekleme oluşturan hasta grubunun %4,5'inin taburcu olduktan sonra erken dönemde ağız yarası ve/veya yutma güçlüğü yaşadığı saptandı. Bu sorun ile baş etmek için; hasta grubunun %88,9'unun ağız hijyenine dikkat ettiği ve gargara yaptığı, %77,8'inin besin düzenlemesi ile beraber yumuşak diş fırçası kullandığı, %44,4'ünün ise aynı zamanda vaka yöneticisini aradığı tespit edildi. Baş etme davranışlarını hastaların %77,8'inin hemşirelerden öğrendikleri saptandı. Hastaların kullandıkları davranışların etkili olma durumuna bakıldığında %55,6'sı kısmen etkili olduğunu bildirdi. Literatürde yer alan diğer çalışmalar değerlendirildiğinde ise KT alan hastalarda ağız yarası yaşama oranının daha yüksek olduğu görüldü. Ökten (2012)'in yaptığı çalışmada ağız yarası yaşayan hastaların oranı %39,8 saptanırken, Can ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada ise bu oran %37 olarak saptanmıştır. Baş etme yöntemlerine bakıldığı zaman ise bizim çalışmamıza benzer verilerin yer aldığı tespit edilmiştir (99, 100).

Çalışmaya katılan hastaların taburcu olduktan sonra %9'unun ishal, %42,5'inin iştahsızlık, %7,5'inin tat ve koku almada değişiklik, %6,5'inin uykusuzluk / uyumada zorlanma, %20,5'inin cilt değişiklikleri ve %13,5'inin endişe / sinirlilik / huzursuzluk yaşadığı tespit edildi. Genel olarak baş etme davranışlarını hemşirelerden öğrendikleri saptanırken; semptom yönetiminde kullandıkları davranışlara bakıldığında; uykusuzluk / uyumada zorlanma, ishal ile cilt değişikliklerini hastaların yarısından fazlasının etkili yönettikleri, tat ve koku almada değişiklik ile endişe / sinirlilik / huzursuzluk semptomunu etkili yönetemedikleri, iştahsızlık semptomunu ise kısmen etkili yönettikleri görüldü. Hastaların bu semptomlara yönelik öncelikli olarak ilk sırada yer alan uygulamaların “besin düzenlemesi yapma, ağız hijyenini sağlama, günde üç ana üç ara öğün yemek yeme, sık dinlenme, vaka yöneticisini arama ve ilaç kullanma” olduğu bulundu. Benzer şekilde Hindistan ve ark. (2012)'nin hematolojik kanserli hastaların (n=82) kemoterapiye bağlı yaşadıkları semptomlara yönelik uygulamalarını belirlemek amacı ile yaptıkları çalışmada hastaların kemoterapi nedeni ile en sık yaşadığı semptomların yorgunluk (%97,5), ağız içinde yara/kanama (%84,1), bulantı-kusma (%79,2), alopesi (%62,1), kilo kaybı (%60,9), ağrı (%53,6), ateş (%39,8) ve konstipasyon (%19,5) olduğu tespit edilmiştir. Hastaların bu semptomlara yönelik öncelikli uygulamalarının sırası ile “gün içinde kendilerine dinlenmek için zaman ayırma, gargara yapma, antiemetik kullanma, eşarp, bere ve şapka takma, günde üç ana üç ara öğün yemek yeme, analjezik kullanma, ılık banyo yapma ve lif içeren yiyeceklerden yeme” olduğu bulunmuştur. Hastaların kemoterapi nedeni ile yaşadıkları semptomlara yönelik uygulamaları literatür ile uyumlu olduğu belirtilmiştir (102). Bizim çalışmamızda semptom yönetiminde literatürde yer alan diğer çalışmalardan farklı olarak “vaka yöneticisini arama” seçeneği yer almaktadır. Taburcu olan her hasta acil durumlarda ve ihtiyaç duydukları her an telefon ile ulaşarak vaka yöneticisinden danışmanlık hizmeti almaktadır. Ayrıca taburcu olan hastaların taburculuğundan üç gün sonra telefon ile takibi yapılarak klinik olarak problemi olup olmadığı vaka yöneticisi tarafından saptandığı için eğitim eksikliği tespit edilen hastalar belirlenerek eğitim ihtiyaçları giderilmekte ve semptom yönetiminin etkisinin artırıldığı düşünülmektedir.

Hematopoetik kök hücre naklinde semptomlar ve yaşam kalitesi kritik önem taşımaktadır (18). Yapılan çalışmalarda HKHT uygulanan hastalarda yaşam kalitesinin birçok boyutunun farklı düzeyde etkilendiği belirtilmiştir (12, 15, 19). Hastaların nakil sonrasında yaşadıkları semptomlar, hastaların fonksiyonel, duygusal durumunu ve

bunlara bağılı olarak da yaşam kalitesini etkilemekte, dolayısıyla semptom kontrolünü de zorlaştırmaktadır. Hastalarda görülen semptomların etiyolojisinin, aralarındaki ilişki ve faktörlerin belirlenmesi ile daha etkili semptom kontrolü ve yaşam kalitesinin artırılmasına katkı sağlanabilecektir (103). Ovayolu ve ark. (2013)'nın kök hücre nakli yapılan hastalarda nakil öncesi ve sonrasında yaşam kalitesi ve yaşanan semptomların değerlendirilmesi amacıyla yaptıkları çalışmada (n=82) hastaların nakil öncesi ve sonrasında ortalama fiziksel ve mental yaşam kalitesi puanlarının düşük olduğu ($p<0,05$); kök hücre transplantasyonundan sonra tüm semptomların ortalama puanlarında artış olduğu ve öncekine göre daha fazla yorgunluk semptomu yaşadıkları saptanmıştır. Sonuç olarak kök hücre transplantasyonu yapılan hastaların yaşam kalitesi, transplantasyondan hemen önceki ve sonraki dönemlerde olumsuz yönde etkilendiği, hastaların yaşadığı semptomların şiddeti arttıkça, yaşam kalitesinin kötüleştiği belirtilmiştir (104). Brice ve ark. (2017)'nin yaptıkları çalışmada HKHT yapılan 441 hastanın yaşam kalitesi değerlendirilmiş; fiziksel işlevselliğin azalması, zihinsel değişiklikler, değişen yaşam koşulları, sosyal kayıplar, fonksiyonel özelliklerin azalması ve uzun süreli kontrol zorunluluğuna bağılı olarak hastaların yaşam kalitelerinde azalma meydana geldiği vurgulanmıştır (105).

Hematopoetik kök hücre transplantasyonu uygulanan hastalarda yaşam kalitesini etkileyen değişkenler değerlendirildiğinde ise bu çalışma kapsamında cinsiyetin yaşam kalitesine ve semptomlara etkisini incelediğimizde; cinsiyetin hastaların tedaviye ilişkin semptom deneyiminde ve yaşam kalitesinde önemli değişken olduğu saptandı ($p<0,05$). Erkeklerle kıyasla kadınların tedavi ile ilişkili semptomlardan (fiziksel ve psikolojik) etkilenme düzeyinin daha fazla olduğu ve genel sağlık durumunun daha kötü olduğu, fiziksel ve sosyal fonksiyonlarının daha fazla etkilendiği saptandı. Yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı, iştah kaybı ve finansal zorluklar kadınlar tarafından daha sık bildirilen şikayetlerdi ($p<0,05$). Bu kapsamda Cohen ve ark. (2012)'nin HKHT yapılmış hastalarda semptom şiddeti ve prevelansı ile yaşam kalitesinin değerlendirilmesine yönelik yaptıkları çalışmada (n=164) nakil sonrası 100 güne kadar semptom şiddeti ile yaşam kalitesinin anlamlı olarak değiştiği, cinsiyetin yaşam kalitesinin etkilenmesinde önemli bir değişken olduğu, erkek hastaların kadın hastalardan daha az yorgunluk semptomu yaşadıkları tespit edilmiştir. Fonksiyonel durumu iyi olan hastaların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (18). Hematopoetik kök hücre transplantasyonu sonrası

cinsiyetin yaşam kalitesine ve semptomlara etkisine ilişkin diğer bir çalışmada (n=44), Niederbacher ve ark. (2012) tarafından yapılmış olup allojenik hematopoetik kök hücre nakli yapılan hastaların nakli sonrası yaşam kalitesi değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarında, kadınların erkeklerden daha düşük puan aldıkları gösterilmiştir. HKHT sonrası dönem ile yaşam kalitesi arasında (P=0.025), özellikle sosyal / aile (P=0.006) ve duygusal iyilik (P=0,043) ile pozitif korelasyon saptanmıştır (106). Literatürde yer alan çalışmaların sonuçlarının bizim çalışmamız ile benzer nitelikte olduğu görülmüştür.

Hematopoetik kök hücre transplantasyonu sonrası klinik tanının yaşam kalitesine ve semptomlara etkisini incelediğimizde ise hastalık türlerinin hastaların tedaviye ilişkin semptom deneyiminde ve yaşam kalitesinde önemli değişken olduğu saptandı (p<0,05). Farklı klinik tanılar arasında tedavi ile ilişkili semptomlardan (psikolojik ve tüm) etkilenme düzeyini karşılaştırdığımızda gruplar arasında anlamlı fark olduğu; fiziksel, rol, emosyonel ve bilişsel fonksiyonlarının daha fazla etkilendiği saptandı. Bu kapsamda yapılan diğer çalışmalarda da hastalık türlerine bağlı olarak hastaların tedaviye yönelik yaşadığı semptomların yaşam kalitesi üzerinde farklı düzeyde etkiler yarattığı tespit edilmiştir. Kiely ve ark. (2016)'nın HKHT yapılmış multiple myelom tanılı hastalarda yaşam kalitesi ve semptom yükü (n=4; %59'u erkek, %41'i kadın; ortalama yaş 63.7) değerlendirilmiş, yaşam kalitesi anlamlı derecede düşük (p<0,0001) olarak bulunurken en sık bildirilen fiziksel semptomlar ağrı (%66), yorgunluk (%63) ve dispne (%51), anksiyete (%30) ve depresyon (%37) olduğu bildirilmiştir (107).

Araştırmaya katılan hastaların nakil türünün yaşam kalitesine ve semptomlara etkisini incelediğimizde nakil türünün hastaların tedaviye ilişkin semptom deneyiminde ve yaşam kalitesinde önemli değişken olduğu saptandı. Nakil türleri arasında tedavi ilişkili semptomların (fiziksel, psikolojik, tüm) etkilenme düzeyini karşılaştırdığımızda gruplar arasında anlamlı fark olduğu bulundu (p<0,003). Gruplar arasında genel sağlık durumu (p<0,000), fonksiyonel sağlık, dispne, uykusuzluk ve konstipasyon hariç tüm semptomlarda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı. Otolog nakil yapılan hastaların yaşam kalitesinin diğer nakil türlerine göre daha yüksek olduğu bulundu. Benzer şekilde Hjerstad ve ark. (2004)'nın HKHT nakli yapılmış 248 hasta ile yaptıkları çalışmada hastaların uzun dönemdeki yaşam kaliteleri değerlendirilmiş, yaşam kalitesinin

transplantasyona bağı olarak bozulduğu, yaşam kalitesinin allojenik nakil olan hastalarda anlamlı olarak daha fazla etkilendiği ($p<0,0001$), nakilden 3 yıl sonra bile yorgunluk semptomunun devam ettiği saptanmıştır (108). Andersson ve ark. (2011)'nin yaptıkları çalışmada da otolog ve allojenik HKHT yapılan hastaların nakil sonrası yaşam kaliteleri EORTC QLQ- C30 ile 202 hasta (145=otolog, 57=allojenik) değerlendirilmiş, yaşam kalitesi nüks olan hastalarda nüks olmayan hastalara göre anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır ($P<0.000$). Çalışma kapsamında değerlendirilen hastaların yaşam kalitesi alt boyutlarının anlamlı düzeyde etkilendiği ve yaşam kalitesinin düşük olduğu saptanırken, nakilden sonra bir yıl geçmesine rağmen hastaların yaşam kalitesindeki bozukluklar azalsa da hala devam ettiği tespit edilmiştir (109). Bu kapsamda Cohen ve ark. (2012)'nin HKHT yapılmış hastalarda transplant tipine göre semptom şiddeti ve prevalansı ile yaşam kalitesinin değerlendirilmesine yönelik yaptıkları çalışmada ($n=164$) nakil sonrası 100 güne kadar semptom şiddeti ile yaşam kalitesinin anlamlı olarak değiştiği, myeloablatif hazırlık rejimi alan allojenik nakil yapılan hastaların otolog nakil olan hastalara göre daha şiddetli uyku bozukluğu ve düşük yaşam kalitesi olduğu saptanmıştır. Çalışma sonucunda transplant tipi ve hazırlık rejimlerinin belirlenmesinde, yaşanan semptomların ve yaşam kalitesinin göz önünde bulundurulması gereken en önemli hususlar olduğu vurgulanmıştır (18).

Hastaların yaşam kalitelerinin farklı değişkenlere bağı olarak değerlendirilmesine ilişkin elde edilen tüm bu bulgular, bu çalışma kapsamında hastalar taburcu olduktan sonra ilk bir ayda değerlendirilerek tespit edildi. HKHT'nin yaşam kalitesi üzerinde önemli ve olumsuz bir etkisi olduğu belirlendi. Diğer çalışmalarda ise bulgular farklı zaman aralıkları ile yapılan değerlendirmelere göre tespit edilmiştir ve farklı zaman aralıklarına rağmen HKHT'nin hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği görülmüştür. Grulke ve ark. (2012)'nin yaklaşık 2800 hastayı kapsayan İngilizce ve Almanca 33 makaleden veri toplayarak yaptıkları çalışma sonucunda yatan hastaların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu, nakilden yaklaşık 1 yıl sonra yaşam kalitesinin nakil öncesi seviyesine ulaştığı vurgulanmıştır. Nakil sonrası yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarının farklı düzeyde etkilendiği görülmüştür. En sık görülen semptomların yorgunluk, dispne ve uykusuzluk olduğu belirtilmiştir (110). Hensel ve ark. (2001)'nin yaptığı benzer çalışmada bu çalışmayı destekler nitelikte sonuçlar çıkmış, HKHT'nin nakil sonrası sosyal ve profesyonel hayata yeniden entegrasyonu da dahil olmak üzere, yaşam kalitesi üzerinde önemli ve olumsuz bir etkisi olduğu gösterilmiştir. Semptom ve

skorların çoğunun ancak 3-6 yıl sonra normale döndüğü vurgulanmıştır (111). HKHT'den bir yıl sonrası yaşanan fiziksel semptomlar, psikososyal faktörler ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelendiği bir diğer çalışmada (n=662), Kenzik ve ark. (2014), yaşam kalitesi üzerinde fiziksel semptomların ($p < 0.001$), depresif semptomlardan ($p > 0.05$) daha güçlü ve doğrudan etkisinin olduğunu tespit etmiştir (112). Alaloul ve ark. (2015)'nin yaptıkları çalışmada ise HKHT uygulanan Arap Müslümanların (n=63) HKHT'den 3 ay sonra yaşam kaliteleri sağlıklı bireyler (n=63) ile karşılaştırıldığı zaman nakil olmuş hastalarda fiziksel işlevsellik ($p < 0.0001$), rol işlevi ($p < 0.01$), sosyal işlevsellik ($p < 0.0001$) ve genel semptom skorunda ($p = 0.003$) anlamlı değişiklik bulunmuş, HKHT'nin yaşam kalitesi üzerinde belirgin ölçüde olumsuz etkisinin olduğu vurgulanarak sağlık durumlarının daha kötü olduğu bildirilmiştir (113).

Bu araştırma kapsamında; hematopoetik kök hücre transplantasyonu uygulanan hastalarda yaşam kalitesini etkileyen değişkenler incelendiğinde; medeni durum, meslek farklılıkları, eğitim durumu, aile tipi, destek veren kişi, gelir düzeyi, kronik hastalık varlığı, hastanın kontrol sıklığı, hastanın hastalığını kabullenme durumu, taburculuk sonrası zorlanma, taburculuk sonrası tekrar hastaneye yatma durumu, yaşanan toplam semptom ve sorun sayısı faktörlerinin bu hasta grubunda yaşam kalitesi üzerinde anlamlı etkilerinin olduğu tespit edilirken; yaş değişkeninin anlamlı etkisinin olmadığı bulundu. Yaşar (2016)'ın yaptığı çalışmada ise yaş grubuna göre yalnızca sosyal yaşam ve aile durumu alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$). Yaşar (2016)'ın yaptığı çalışmada medeni durum, meslek, aile tipi, kronik hastalık varlığı değişkenlerinin bizim çalışmamızda olduğu gibi semptom deneyiminde ve yaşam kalitesinde önemli değişken olduğu saptanırken; nakil türü, eğitim durumu, hastanın kontrol sıklığı ve gelir düzeyi değerlendirildiğinde ise bizim çalışmamızdan farklı olarak istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır (26).

Çalışma kapsamında yapılan tüm tespit ve değerlendirmeler ışığında elde edilen bilgiler, nakil deneyimi sırasında ihtiyaç duyulan rehberlik ve desteği sağlaması yönü ile önemlidir. Ayrıca, gelecekteki HKHT sonrası semptomların değerlendirmesine yönelik yapılacak çalışmalarda ilgili mekanizmaları araştırmak ve etkili müdahaleler geliştirmek için faydalanılabilir. Öte yandan, hastaların semptom deneyiminin ve baş etme yöntemlerinin incelenmesi ile oluşturulacak tedavi yöntemleri yaşam kalitesini iyileştirmesine ışık tutacaktır.

SONUÇLAR

Hematopoetik kök hücre transplantasyonu uygulanan hastalarda taburculuk sonrası erken dönemde evde yaşanan semptomların ve bu semptomları etkileyen değişkenlerin belirlenmesi, semptomların yönetimi konusunda hastaların kullandığı baş etme davranışlarının saptanması ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmada aşağıdaki sonuçlara ulaşıldı:

- Çalışma grubunun sosyo-demografik ve hastalık özelliklerine ilişkin bulguları Türk toplumunun özellikleri ile uyumlu olduğu belirlendi.
- Araştırma kapsamına alınan hastaların hematopoetik kök hücre transplantasyonunun ardından taburcu olduktan sonra en sık gördükleri semptomlar incelendiğinde yaygın olarak görülen semptomların; ağrı (%63), halsizlik (%48), iştahsızlık (%43), şişkinlik hissi (%38), dikkati toplamada zorluk (%35), bulantı (%30), ağız kuruluğu (%29) ve deride değişiklik (%21) olduğu tespit edildi.
- Çalışmaya katılan hastaların yaşadıkları semptomlar ile baş etmede kullandıkları yaklaşımlar incelendiğinde genel olarak vaka yöneticisinden destek aldıkları, büyük çoğunluğunun literatürdeki baş etme davranışlarına uygun hareket ettikleri, aldıkları eğitiminin genel olarak yeterli oldukları saptandı.
- Çalışmaya katılan hastaların yaşadıkları semptomlar ile baş etmede kullandıkları yaklaşımları öğrendikleri kişiler incelendiğinde; genel olarak bu yaklaşımları hemşirelerden öğrendikleri tespit edildi.
- Çalışmaya katılan hastaların yaşadıkları semptomlar ile baş etmede kullandıkları yaklaşımların etkili olma durumu incelendiğinde ise; bulantı-kusma, ateş, uykusuzluk semptomlarında kullandıkları yaklaşımların genel olarak etkili olduğu; ağız yarası, yutma güçlüğü, iştahsızlık, tat ve koku değişiklikleri, cilt değişiklikleri, halsizlik ve ishal semptomlarında kullandıkları yaklaşımların genel olarak kısmen etkili olduğu; kilo kaybı ve endişe semptomlarında kullandıkları yaklaşımların ise genel olarak etkisiz olduğu bulundu.
- Cinsiyet, klinik tanı, nakil türü, meslek, eğitim durumu, taburculuk sonrası tekrar hastaneye yatış durumu, aile tipi, destek veren kişi, hastanın hastalığını

değerlendirme durumu, gelir düzeyi, taburculuk sonrası zorlanma durumu, eşlik eden kronik hastalık varlığı ve yaşanan sorun sayısının yaşam kalitesine ve semptomlara etkisini incelediğinde; bu değişkenlerin hastaların tedaviye ilişkin semptom deneyiminde ve yaşam kalitesinin birçok alt boyutunda önemli değişken oldukları saptandı.

- Erkeklerle kıyasla kadınların tedavi ile ilişkili semptomlardan (fiziksel ve psikolojik) etkilenme düzeyinin daha fazla olduğu ve genel sağlık durumunun daha kötü olduğu, fiziksel ve sosyal fonksiyonlarının daha fazla etkilendiği saptandı.
- Farklı klinik tanımlar arasında özellikle fiziksel, rol, emosyonel ve bilişsel fonksiyonlarının daha fazla etkilendiği saptandı.
- Bakıcı desteği olan hastalarda özellikle psikolojik semptomlarda etkilenme düzeyinin daha fazla olduğu tespit edildi.
- Hastalığını tedavisi olmayan bir hastalık olarak görenlerin tedavi ile ilişkili tüm semptomlardan etkilenme düzeyinin daha fazla olduğu ve genel sağlık durumunun daha kötü olduğu, fonksiyonel sağlıklarının daha fazla etkilendiği saptandı.
- Taburculuk sonrası zorlanan hastalar ile tekrar hastaneye yatan hastaların tedavi ile ilişkili tüm semptomlardan etkilenme düzeyinin daha fazla olduğu ve genel sağlık durumunun daha kötü olduğu, fonksiyonel sağlıklarının daha fazla etkilendiği saptandı.
- Araştırmaya katılan nakil hastalarının konstipasyon semptomu dışında, tüm alt boyutlara ait puanlarla yaşanan toplam sorun sayısı arasında anlamlı ve çok güçlü ilişki bulundu. Toplam sorun sayısı arttıkça, pozitif korelasyona sahip alt boyutlara ait değerlerde artış, negatif korelasyona sahip alt boyutlara ait değerlerde ise azalış gözlemlendi.
- Yaş, medeni durum ve beden kitle indeksinin ise hastaların tedaviye ilişkin semptom deneyiminde ve yaşam kalitesinde önemli değişken olmadığı saptandı.

ÖNERİLER

Hastaların hematopoetik kök hücre transplantasyonu sonrası farklı düzeyde ve sıklıkta çeşitli semptomlar yaşadıkları, yaşam kalitelerinin birçok boyutunun farklı düzeyde etkilendiği, hastaların semptom kontrolü ile baş etme konusunda rehber ve desteğe ihtiyaçlarının olduğu belirlendi. Bu araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda öneriler:

- Hastaların endişelerini azaltma, tedaviye uyumunu artırma, tedaviyle ilgili komplikasyonları önleme ile hastaların karar vermede ve bakımlarında daha aktif bir rol almalarına katkıda bulunabilmek için mutlaka ayrıntılı eğitim verilmelidir.
- Eğitim içeriği saptanan sorunlar ve hastaların gereksinimleri göz önünde bulundurularak bireyselleştirilmiş olarak planlanmalıdır.
- Hastaların evde yaşadıkları sorunların çözümüne yönelik olarak 24 saat faydalanabilecekleri danışmanlık hizmetleri planlanmalıdır. Ayrıca evde semptom yönetimini kolaylaştırmak için mobil telefonlar ile uyumlu programlar geliştirilebilir.
- Nakil sürecinde hastaların yaşadıkları semptom yükünü hafifletebilmek için; semptomlar ile baş etme yöntemleri, hastalık ve tedaviye uyumu, eşlik eden diğer hastalıklar, nakil hakkındaki bilgi seviyesi, nakil türü, uygulanan hazırlık rejimi, aile destek sistemleri, sosyal güvencesi, rol değişimi ve beden imajı gibi faktörler göz önünde bulundurularak girişimler planlanmalıdır.
- HKHT'ye bağlı semptomların önlenmesi ve azaltılabilmesi için güncel, kanıta dayalı literatürler ile oluşturulan semptom yönetim modellerinin kliniklerde kullanımı yaygınlaştırılmalıdır.
- Hastaların deneyimledikleri semptomların patogeneziye yönelik araştırma yapılmalı ve bu doğrultuda tedavi seçenekleri oluşturulmalıdır.
- Nakil süresince hastaların yaşadıkları semptomlar, bu semptomların yaşam kalitesini nasıl etkileyeceği ve bu semptomları etkileyen faktörleri belirlemeye ve yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik daha fazla sayıda ve daha büyük popülasyonda çalışmalar yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Okamoto S. Current indication for hematopoietic cell transplantation in adults. *Hematology Oncology Stem Cell Therapy*. 2017;**10**(4):178-83.
2. Majhail NS, Rizzo JD, Lee SJ, Aljurf M, Atsuta Y, Bonfim C, et al. Recommended screening and preventive practices for long-term survivors after hematopoietic cell transplantation. *Bone Marrow Transplantation*. 2012;**47**(3):337-41.
3. Bhatia S. Long-term health impacts of hematopoietic stem cell transplantation inform recommendations for follow-up. *Expert Review of Hematology*. 2011;**4**(4):437-54.
4. Gratwohl A, Baldomero H, Aljurf M, Pasquini MC, Bouzas LF, Yoshimi A, et al. Hematopoietic stem cell transplantation: a global perspective. *Jama*. 2010;**303**(16):1617-24.
5. Kapucu SS, Karacan Y. Kök hücre naklinde hasta değerlendirmesi ve bakım. *CÜ Hemşirelik Dergisi*. 2008;**12**:52-9.
6. Jones C, Chapman YB. The lived experience of seven people treated with autologous bone marrow/peripheral blood stem cell transplant. *International Journal of Nursing Practice*. 2000;**6**(3):153-9.
7. Yeğın ZA. Hematopoetik kök hücre nakli alıcılarında uzun dönem komplikasyonların yönetiminde bütüncül yaklaşım ve destek tedavileri. *8 Ulusal Kemik İliği Transplantasyonu ve Kök Hücre Tedavileri Kongresi*. 2014:44-7.
8. Von Ah D, Spath M, Nielsen A, Fife B. The caregiver's role across the bone marrow transplantation trajectory. *Cancer Nursing*. 2016;**39**(1):E12-9.
9. TTDİS Karar Destek Uygulamaları. *Kemik İliği Nakilleri İstatistiği*. Ankara. Organ, Doku Nakli ve Diyaliz Hizmetleri Daire Başkanlığı Resmi Sayfası (İnternette) 2016. Erişim 21.03.2019, <https://organkds.saglik.gov.tr/KamuyaAcikRapor.aspx?q=KEMIKNAKIL>.
10. Karakükçü M. Hematopoetik kök hücre nakli sonrası geç yan etkiler. *8 Ulusal Kemik İliği Transplantasyonu ve Kök Hücre Tedavileri Kongresi*. 2014.
11. Karacan Y, Kapucu SS. Periferik kök hücre naklinde hastalarda görülen anksiyete ve depresyon. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2010;**13**(1):77-82.
12. Mehrekula Z. Hematolojik Malignitelerde Semptom Kontrolü [Yüksek Lisans Tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.

13. Şentürk V, Yaylı M, Ahmet YC. Bir hastanın güncesi: kemik iliği nakli yapılan hastalara psikososyal yaklaşım. *Kriz Dergisi*. 2012;**12**(1):55-65.
14. Song CE, So HS. Factors influencing changes in quality of life in patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation: a longitudinal and multilevel analysis. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2015;**45**(5):694-703.
15. Oğuz G. Hematopoeitik Kök Hücre Transplantasyonu Uygulanan Hastalarda Semptomların ve Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2012.
16. Kopp M, Holzner B, Meraner V, Sperner-Unterweger B, Kemmler G, Nguyen-Van-Tam DP, et al. Quality of life in adult hematopoietic cell transplant patients at least 5 yr after treatment: a comparison with healthy controls. *European Journal of Haematology*. 2005;**74**(4):304-8.
17. Karl GB, Thomas ED. İçinde Thomas ED, editor. *A History of Allogenic and Autologous Hematopoietic Cell Transplantation*. Thomas's Hematopoietic Cell Transplantation. USA: John Wiley & Sons, Ltd.; 2016. p. 1-11.
18. Cohen MZ, Rozmus CL, Mendoza TR, Padhye NS, Neumann J, Gning I, et al. Symptoms and quality of life in diverse patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation. *Journal of Pain Symptom Management*. 2012;**44**(2):168-80.
19. Kirsch M, Crombez P, Calza S, Eeltink C, Johansson E. Patient information in stem cell transplantation from the perspective of health care professionals: A survey from the Nurses Group of the European Group for Blood and Marrow Transplantation. *Bone Marrow Transplantation*. 2012;**47**(8):1131.
20. Pidala J, Anasetti C, Jim H. Health-related quality of life following haematopoietic cell transplantation: patient education, evaluation and intervention. *British Journal of Haematology*. 2010;**148**(3):373-85.
21. Bevans MF, Mitchell SA, Barrett JA, Bishop MR, Childs R, Fowler D, et al. Symptom distress predicts long-term health and well-being in allogeneic stem cell transplantation survivors. *Biology of Blood Marrow Transplantation*. 2014;**20**(3):387-95.
22. Jim HSL, Syrjala KL, Rizzo D. Supportive care of hematopoietic cell transplant patients. *Biology of Blood Marrow Transplantation*. 2012;**18**(1):S12-S6.
23. Çetiner M. *Hematopoeitik Kök Hücre Uygulamaları* (İnternette) 2006. Erişim 01.03.2019,

- http://www.thd.org.tr/thdData/userfiles/file/29_04_2006_mustafa_cetin_13-30_14-00.pdf.
24. Çetinkaya DU, Kılıç E. İçinde Özcan M, editor. *Hematopoetik Kök Hücre ve Mikroçevre İlişkisi*. Ankara: Hematolog; 2014. p. 284-98.
 25. Arat M. İçinde Özcan M, editor. *Hematopoetik Kök Hücrelerin Klinik Kullanımı*. Ankara: Hematolog; 2014. p. 298-311.
 26. Yaşar N. Hematopoetik Kök Hücre Transplantasyonu Uygulanan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2016.
 27. Eser B. Eyvah, allojenik transplant adayı hastam var. *6 İlk Basamak Kursu*. 2007:65-71.
 28. Bonini C, Kuball J, Bondanza A, Koehl U, Hoffmann A, Toubert A. İçinde Carreras E, Dufour C, Mohty M, Kröger N, editors. *Hematopoietic Stem Cell Transplantation and Cellular Therapies*. The EBMT Handbook. Springer Open; 2019.
 29. Ural AU. Hematopoetik kök hücre. *7 Ulusal Kemik İliği Transplantasyonu ve Kök Hücre Tedavileri Kongresi*. 2012:1-4.
 30. Beşışık SK. Kemik iliği transplantasyonu ve infeksiyon. *3. Febril Nötropeni Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu*. 2004:65-74.
 31. Mustafayev FNA. Allogeneik Hematopoetik Kök Hücre Nakli Sonrası Nüks Eden Vakalarda Donör Lenfosit İnfüzyonu Sonuçları [Uzmanlık Tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi; 2017.
 32. Tanyeli A, Aykut G, Demirel AO, Akçaoğlu T. Hematopoetik kök hücre nakli ve tarihçesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 2014;**23**(1):1-7.
 33. Dilek İ, Arslan Ö, Gürman G. Allogeneik periferik kök hücre transplantasyonu. *Van Tıp Dergisi*. 1998;**5**(3):183-7.
 34. Kansoy S. İçinde: Endikasyonlar: Özsan GH, editor. *Allojenik Kök Hücre Nakil Kararı: Hangi Hastalıkta, Hangi Hastaya, Hangi Zaman ile*. Hematopoetik Kök Hücre Nakli. İstanbul: Galenos Yayınevi Tic. Ltd. Şti.; 2019. p. 10-6.
 35. Sorrow ML. How I assess comorbidities before hematopoietic cell transplantation. *Blood*. 2013;**121**(15):2854-63.
 36. Yıldırım G, Şahin NH. Kök hücre nakli ve hemşirelik yaklaşımı. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2007;**15**(60):188-94.

37. Akpek G. İçinde Özcan M, editor. *Allojenik kök hücre nakli kararı öncesinde değerlendirilmesi gereken hususlar*. Ankara: Hematolog; 2011. p. 1-13.
38. Alp Ş, Akova M. İçinde Özcan M, editor. *Erişkinlerde kök hücre nakli sonrası enfeksiyonlardan korunma*. Ankara: Hematolog; 2011. p. 75-89.
39. Arai S, Klingemann H-G. Hematopoietic stem cell transplantation: bone marrow vs. mobilized peripheral blood. *Archives of Medical Research*. 2003;**34**(6):545-53.
40. Sahin U, Toprak SK, Atilla PA, Atilla E, Demirer T. An overview of infectious complications after allogeneic hematopoietic stem cell transplantation. *Journal of Infection Chemotherapy*. 2016;**22**(8):505-14.
41. Özkalemkaş F. Nedir bu hematopoetik kök hücre. *XXX Ulusal Hematoloji Kongresi, III Hematoloji İlk Basamak Kursu*. 2003:77-83.
42. Xu L, Chen H, Chen J, Han M, Huang H, Lai Y, et al. The consensus on indications, conditioning regimen, and donor selection of allogeneic hematopoietic cell transplantation for hematological diseases in China-recommendations from the Chinese Society of Hematology. *Journal of Hematology Oncology*. 2018;**11**(33):1-17.
43. Bacigalupo A, Ballen K, Rizzo D, Giralt S, Lazarus H, Ho V, et al. Defining the intensity of conditioning regimens: working definitions. *Biology of Blood Marrow Transplantation*. 2009;**15**(12):1628-33.
44. Giralt S, Ballen K, Rizzo D, Bacigalupo A, Horowitz M, Pasquini M, et al. Reduced-intensity conditioning regimen workshop: defining the dose spectrum. Report of a workshop convened by the center for international blood and marrow transplant research. *Journal of the American Society for Blood and Marrow Transplantation*. 2009;**15**(3):367-9.
45. Toprak SK. İçinde Özsan GH, editor. *Allojenik Kök Hücre Nakli İçin Hazırlık Tedavileri*. Hematopoetik Kök Hücre Nakli. İstanbul: Galenos Yayınevi Tic. Ltd. Şti.; 2019. p. 49-71.
46. Deeg JH, Sandmaier BM. Who is fit for allogeneic transplantation. *Blood*. 2010;**116**(23):4762-70.
47. Özçelik T. İçinde Özcan M, editor. *Kök Hücre Transplantasyonu Hazırlama Rejimleri ve Bunların Seçiminde Dikkat Edilecek Hususlar*. Ankara: Hematolog; 2011. p. 43-56.

48. Lazarus HM, Rowe JM. Reduced-intensity conditioning for acute myeloid leukemia: is this strategy correct. *Leukemia*. 2006;**20**(10):1673-82.
49. Scott BL, Sandmaier B. İçinde Thomas ED, editor. *The Evaluation and Counseling of Candidates for Hematopoietic Cell Transplantation*. Thomas' Hematopoietic Cell Transplantation. USA; 2003. p. 349-62.
50. Griffith KA. Holism in the care of the allogeneic bone marrow transplant population: role of the nurse practitioner. *Holistic Nursing Practice*. 1999;**13**(2):20-7.
51. Sarı İ, Altuntaş F. İçinde Özcan M, editor. *Kök Hücre Naklinde GVHH Dışı Erken Dönem Komplikasyonlar*. Ankara: Hematolog; 2011. p. 95-114.
52. Syrjala KL, Martin PJ, Lee SJ. Delivering care to long-term adult survivors of hematopoietic cell transplantation. *Journal of Clinical Oncology*. 2012;**30**(30):3746-51.
53. Schoulte JC, Lohnberg JA, Tallman B, Altmaier EM. Influence of coping style on symptom interference among adult recipients of hematopoietic stem cell transplantation. *Oncology Nursing Forum*. 2011;**38**(5):582-6.
54. Jaing TH. Complications of haematopoietic stem cell transplantation. *ISBT Science Series*. 2011;**6**(2):332-6.
55. Carreras E. İçinde Apperley J, Carreras E, Gluckman E, Masszi T, editors. *Early Complications After HSCT*. ESH-EBMT Handbook on Hematopoietic Stem Cell Transplantation. 6 ed: European School of Haematology; 2012. p. 180-8.
56. Tichelli A, Rovó A, Socié G. Late effects after hematopoietic stem cell transplantation-critical issues. *Transplantation Dermatology*. 2012;**43**:132-49.
57. Cooke L, Grant M, Gemmill R. Patient-initiated discharge needs of allogeneic transplant patients. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2012;**16**(4):142-9.
58. Brown M. Nursing care of patients undergoing allogeneic stem cell transplantation. *Nursing Standard*. 2010;**25**(11):47-58.
59. Buchsel PC, Leum EW, Randolph SR. Delayed complications of bone marrow transplantation: an update. *Oncology Nursing Forum*. 1996;**23**(8):1267-91.
60. Arat M. İçinde Özcan M, editor. *Hematopoetik Kök Hücre Nakli Sonrası Geç Yan Etkiler*. Ankara: Hematolog; 2011. p. 199-216.
61. Tomblyn M, Chiller T, Einsele H, Gress R, Sepkowitz K, Storek J, et al. Guidelines for preventing infectious complications among hematopoietic cell transplant

- recipients: a global perspective. *Biology of Blood Marrow Transplantation*. 2009;**15**:1143-238.
62. Junghanss C, Marr KA, Carter RA, Sandmaier BM, Maris MB, Maloney DG, et al. Incidence and outcome of bacterial and fungal infections following nonmyeloablative compared with myeloablative allogeneic hematopoietic stem cell transplantation: a matched control study. *Biology of Blood Marrow Transplantation*. 2002;**8**(9):512-20.
63. Tuncer HH, Rana N, Milani C, Darko A, Al-Homsy SA. Gastrointestinal and hepatic complications of hematopoietic stem cell transplantation. *World Journal of Gastroenterology*. 2012;**18**(16):1851-60.
64. Karacan Y, Aksu S. İçinde Can G, editor. *Hematopoetik Kök Hücre Nakli İle İlişkili Komplikasyonlar ve Yönetimi*. Onkoloji Hemşireliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2015. p. 229-236.
65. Carreras E. Venous-occlusive disease of the liver after hematopoietic cell transplantation. *European Journal of Haematology*. 2000;**64**(5):281-91.
66. Lipkin AC, Lenssen P, Dickson BJ. Nutrition issues in hematopoietic stem cell transplantation: state of the art. *Nutrition in Clinical Practice*. 2005;**20**(4):423-39.
67. Afessa B, Peters SG. Major complications following hematopoietic stem cell transplantation. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*. 2006;**27**(03):297-309.
68. Wardley AM, Jayson GC, Swindell R, Morgenstern GR, Chang J, Bloor R, et al. Prospective evaluation of oral mucositis in patients receiving myeloablative conditioning regimens and haematopoietic progenitor rescue. *British Journal of Haematology*. 2000;**110**(2):292-9.
69. Sonis ST. Mucositis: the impact, biology and therapeutic opportunities of oral mucositis. *Oral Oncology*. 2009;**45**(12):1015-20.
70. Hawkins R, Grunberg S. Chemotherapy-induced nausea and vomiting: challenges and opportunities for improved patient outcomes. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2009;**13**(1):54-66.
71. Hamling K. The management of nausea and vomiting in advanced cancer. *International Journal of Palliative Nursing*. 2011;**17**(7):321-7.

72. Wickham RS, Rehwaldt M, Kefer C, Shott S, Abbas K, Glynn-Tucker E, et al., editors. Taste changes experienced by patients receiving chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*; 1999;**26**(4):697-736.
73. Adams LA, Shepard N, Caruso RA, Norling MJ, Belansky H, Cunningham RS. Putting evidence into practice®: evidence-based interventions to prevent and manage anorexia. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2009;**13**(1):95-102.
74. Horne B, Gilleece M, Jackson G, Snowden JA, Liebersbach S, Velikova G, et al. Psychosocial supportive care services for haematopoietic stem cell transplant patients; a service evaluation of three UK transplant centres. *European Journal of Cancer Care*. 2014;**23**(3):349-62.
75. Bevans M. Health-related quality of life following allogeneic hematopoietic stem cell transplantation. *American Society of Hematology*. 2010;(1):248-54.
76. Syrjala KL, Artherholt SB. İçinde Thomas ED, editor. *Assessment of Quality of Life in Hematopoietic Cell Transplantation Recipients*. Thomas's Hematopoietic Cell Transplantation. USA: John Wiley & Sons, Ltd.; 2016. p. 392-401.
77. Sirilla J, Overcash J. Quality of life (QOL), supportive care, and spirituality in hematopoietic stem cell transplant (HSCT) patients. *Supportive Care in Cancer*. 2013;**21**(4):1137-44.
78. Chang VT, Hwang SS, Feuerman M, Kasimis BS, Thaler HT. The Memorial Symptom Assessment Scale Short Form (MSAS-SF), validity and reliability. *American Cancer Society*. 2000;**89**(5):1162-71.
79. Portenoy RK, Thaler HT, Kornblith AB, Lepore JM, Friedlander-Klar H, Kiyasu E, et al. The Memorial Symptom Assessment Scale: an instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *European Journal of Cancer*. 1994;**30**(9):1326-36.
80. Yildirim Y, Tokem Y, Bozkurt N, Fadiloglu C, Uyar M, Uslu R. Reliability and validity of the Turkish version of the Memorial Symptom Assessment Scale in cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2011;**12**(12):3389-96.
81. Chang VT, Hwang SS, Thaler HT, Kasimis BS, Portenoy RK. Shorter symptom assessment instruments: the Condensed Memorial Symptom Assessment Scale (CMSAS). *Cancer Investigation*. 2004;**22**(2):526-36.
82. Özdamar K, editor. *Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi*. Eskişehir: Kaan Kitabevi; 2004.

83. Chow E, Hird A, Velikova G, Johnson C, Dewolf L, Bezjak A, et al. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire for patients with bone metastases: the EORTC QLQ-BM22. *European Journal of Cancer*. 2009;**45**(7):1146-52.
84. Fayers PM, Bottomley A. Quality of life research within the EORTC—the EORTC QLQ-C30. *European Journal of Cancer*. 2002;**38**:125-33.
85. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European Organization for research and treatment of cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*. 1993;**85**(5):365-76.
86. Guzelant A, Goksel T, Ozkok S, Tasbakan S, Aysan T, Bottomley A. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: an examination into the cultural validity and reliability of the Turkish version of the EORTC QLQ-C30. *European Journal of Cancer Care*. 2004;**13**(2):135-44.
87. Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K, Curran D, Groenvold M, Curran D, et al. EORTC scoring manual. *European Organisation for Research Treatment of Cancer*. 2001:7-15.
88. Bergman B, Aaronson NK, Ahmedzai S, Kaasa S, Sullivan M. The EORTC QLQ-LC13: a modular supplement to the EORTC core quality of life questionnaire (QLQ-C30) for use in lung cancer clinical trials. *European Journal of Cancer*. 1994;**30**(5):635-42.
89. Hoopman R, Muller MJ, Terwee CB, Aaronson NK. Translation and validation of the EORTC QLQ-C30 for use among Turkish and Moroccan ethnic minority cancer patients in the Netherlands. *European Journal of Cancer*. 2006;**42**(12):1839-47.
90. Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K, Curran D, Grønvold M. EORTC QLQ-C30 scoring manual. *EORTC*. 1999.
91. Kongar E, editor. *Türkiye'nin Toplumsal Yapısı*. İstanbul: Remzi Kitabevi; 1985.
92. Bergkvist K, Larsen J, Johansson U-B, Mattsson J, Svahn B-M. Hospital care or home care after allogeneic hematopoietic stem cell transplantation—patients' experiences of care and support. *European Journal of Oncology Nursing*. 2013;**17**(4):389-95.

93. Shanklin VE, Snowden JA, Greenfield DM. Late treatment effects following bone marrow transplant: efficacy of implementing international guidelines. *European Journal of Cancer Care*. 2018;**27**(2):1-5.
94. Karacan Y, Kapucu SS. Otolog ve allojenik kök hücre nakli olan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2013;**39**(2):93-9.
95. Edman L, Larsen J, Hägglund H, Gardulf A, Professor A. Health-related quality of life, symptom distress and sense of coherence in adult survivors of allogeneic stem-cell transplantation. *European Journal of Cancer Care*. 2001;**10**(2):124-30.
96. Anderson KO, Giralt SA, Mendoza TR, Brown JO, Neumann JL, Mobley GM, et al. Symptom burden in patients undergoing autologous stem-cell transplantation. *Bone Marrow Transplantation*. 2007;**39**(12):759-66.
97. Bellm LA, Epstein JB, Rose-Ped A, Martin P, Fuchs HJ. Patient reports of complications of bone marrow transplantation. *Supportive Care in Cancer*. 2000;**8**(1):33-9.
98. Bevans MF, Mitchell SA, Marden S. The symptom experience in the first 100 days following allogeneic hematopoietic stem cell transplantation (HSCT). *Supportive Care in Cancer*. 2008;**16**(11):1243-54.
99. Ökten Ç. Ayaktan Kemoterapi Alan Gastrointestinal Kanserli Hastaların Evde Karşılaştıkları Sorunlar ve Kullandıkları Baş Etme Davranışları [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2012.
100. Can G, Erol O, Aydiner A, Topuz E. Non-pharmacological interventions used by cancer patients during chemotherapy in Turkey. *European Journal of Oncology Nursing*. 2011;**15**(2):178-84.
101. Richardson A, Ream EK. Self-care behaviours initiated by chemotherapy patients in response to fatigue. *International Journal of Nursing Studies*. 1997;**34**(1):35-43.
102. Hindistan S, Çilingir D, Nural N, Gürsoy AA. Hematolojik kanserli hastaların kemoterapiye bağlı yaşadıkları semptomlara yönelik uygulamaları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012;**1**(3):153-64.
103. Akın S, Eslan E. Semptom grubu kavramı ve önemi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2007;**15**(60):200-5.
104. Ovayolu O, Ovayolu N, Kaplan E, Pehlivan M, Karadağ G. Symptoms and Quality of Life: Before and after stem cell transplantation in cancer. *Pakistan Journal of Medical Sciences*. 2013;**29**(3):803-8.

105. Brice L, Gilroy N, Dyer G, Kabir M, Greenwood M, Larsen S, et al. Haematopoietic stem cell transplantation survivorship and quality of life: is it a small world after all? *Supportive Care in Cancer*. 2017;**25**(2):421-7.
106. Niederbacher S, Them C, Pinna A, Vittadello F, Mantovan F. Patients' quality of life after allogeneic haematopoietic stem cell transplantation: mixed-methods study. *European Journal of Cancer Care*. 2012;**21**(4):548-59.
107. Kiely F, Cran A, Finnerty D, O'Brien T. Self-Reported Quality of Life and Symptom Burden in Ambulatory Patients With Multiple Myeloma on Disease-Modifying Treatment. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*. 2017;**34**(7):671-6.
108. Hjermstad MJ, Knobel H, Brinch L, Fayers PM, Loge JH, Holte H, et al. A prospective study of health-related quality of life, fatigue, anxiety and depression 3-5 years after stem cell transplantation. *Bone Marrow Transplantation*. 2004;**34**(3):257-66.
109. Andersson I, Ahlberg K, Stockelberg D, Persson LO. Patients' perception of health-related quality of life during the first year after autologous and allogeneic stem cell transplantation. *European Journal of Cancer Care*. 2011;**20**(3):368-79.
110. Grulke N, Albani C, Bailer H. Quality of life in patients before and after haematopoietic stem cell transplantation measured with the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Quality of Life Core Questionnaire QLQ-C30. *Bone Marrow Transplantation*. 2012;**47**(4):473-82.
111. Hensel M, Egerer G, Schneeweiss A, Goldschmidt H, Ho AD. Quality of life and rehabilitation in social and professional life after autologous stem cell transplantation. *Annals of Oncology*. 2002;**13**(2):209-17.
112. Kenzik K, Huang IC, Rizzo JD, Shenkman E, Wingard J. Relationships among symptoms, psychosocial factors, and health-related quality of life in hematopoietic stem cell transplant survivors. *Supportive Care in Cancer*. 2015;**23**(3):797-807.
113. Alaloul F, Brockopp DY, Andrykowski MA, Hall LA, Al Nusairat TS. Quality of life in Arab Muslim cancer survivors following hematopoietic stem cell transplantation: comparison with matched healthy group. *Supportive Care in Cancer*. 2015;**23**(7):2157-64.

FORMLAR

Ek 1: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAY FORMU

Sayın Katılımcı,

Hematopoetik kök hücre nakli sonrasında yaşanan semptomlar hastaların tedavi sürecini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu çalışma hematopoetik kök hücre nakli yapılan hastalarda taburcu olduktan sonra evde yaşadıkları semptomları saptamak, bakım gereksinimlerini, baş etme yöntemlerini ve yaşam kalitesini etkileme düzeyini değerlendirmek amacıyla planlanmış hemşirelik yüksek lisans programı tez çalışmasıdır. Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz size anket uygulanacaktır. Bu ankette karşılaştığımız sorunlar ve bu sorunların çözümüne yönelik olarak uyguladığımız yöntemleri belirleyici sorular yer almaktadır. Bu nedenle bu soruları boş bırakmadan doğru olarak cevaplamanız araştırmanın başarısı ve güvenilirliği açısından büyük önem taşımaktadır. Bu araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmakta olup katılımcılar istedikleri takdirde çalışmaya katılmak ve çalışmadan ayrılmakta özgürdürler. Katkılarınızdan dolayı ve yardımlarınız için teşekkür ederim.

Bilgilendirilmiş onay formunu okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Çalışmaya Katılacak Birey:

Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

Araştırmacının:

Adı Soyadı: Kader Çalışkan

Tarih:

İmza:

Ek 2: ÖLÇEK KULLANIM İZİNİ

Kader Çalışkan

From: Yasemin Yıldırım <yaseminkyildirim@hotmail.com>
Sent: Salı 19 Aralık 2017 08:41
To: Kader Çalışkan
Subject: Re: Ölçek İzini Hk.

Sayın Çalışkan,
 "Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği"ni tez çalışmanızda kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar..

Prof. Dr. Yasemin YILDIRIM

From: Kader Çalışkan <kader.caliskan@anadolusaglik.org>
Sent: Tuesday, December 19, 2017 8:27 AM
To: yasemin.kyildirim@ege.edu.tr; yaseminkyildirim@hotmail.com
Subject: FW: Ölçek İzini Hk.

From: Kader Çalışkan
Sent: Thursday, December 14, 2017 9:01 PM
To: yasemin.kyildirim@ege.edu.tr; yaseminkyildirim@hotmail.com
Cc: Kader Çalışkan
Subject: Ölçek İzini Hk.

Merhaba Yasemin Hocam,

Ben İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisiyim. " Hematopoetik kök hücre nakli yapılan hastaların taburculuk sonrasında evde yaşadıkları semptomlar ve baş etme davranışlarının belirlenmesi"ni değerlendirmek için danışman hocam Gülbeyaz Can ile tez çalışması yapmaktayım. Çalışmada semptom değerlendirmesi için Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği'ni kullanmak istiyorum. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz "Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği"ni tez çalışmamda kullanmak için izninizi rica ediyorum.

Desteğiniz için şimdiden çok teşekkür ederim.

Saygılarımla,

Kader ÇALIŞKAN
 Kemik İliği Nakli Vaka Yöneticisi

Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi
 Cumhuriyet Mahallesi 2255 Sokak No:3
 Gebze 41400 Kocaeli Turkey
 T: +90 262 678 51 99
 F: +90 262 654 03 06
 e-mail: kader.caliskan@anadolusaglik.org

4 4 4 4 2 7 6
www.anadolusaglik.org

Ek 3: HASTA TANIM ve GÖRÜŞME FORMU

Bölüm 1

1. Yaş:

2. Klinik Tanı:

3. Nakil Türü:

4. Nakil tarihi:

5. Son bir yıldaki sağlık durumunuza 1 ila 10 puan arasında kaç puan verirsiniz?

Aşağıdaki çizgi üzerinde işaretleyiniz.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Kötü Orta İyi

6. Cinsiyet: a. Kadın b. Erkek

7. Vücut ağırlığınız:

8. Boyunuz:

9. Medeni durumunuz? a. Evli b. Bekar

10. Eğitim durumunuz?

a. Okuryazar değil

c. İlköğretim

e. Lisans

b. Okuryazar

d. Lise

f. Lisansüstü

11. Mesleğiniz?

a. İşçi

c. Serbest meslek

e. Emekli

b. Memur

d. Ev hanımı

f. Diğer:

12. Birlikte yaşadığınız kişi / kişiler?

a. Eş

c. Baba

e. Kardeş

c. Anne

d. Çocuk

f. Diğer:

13. Sizin bakımınızla ilgilenen, size yardımcı olan biri var mı? Evet ise açıklayınız.

a. Hayır

b. Evet:

14. Çalışma durumunuz?

a. Çalışıyor

b. Çalışmıyor

c. Başka nedenlerle çalışmıyor:

15. Sosyal güvenceniz var mı? a. Evet b. Hayır

16. Gelir durumunuz?

a. Kötü

c. Orta derecede iyi

e. Çok iyi

b. Ancak geçinebiliyorum

d. İyi

17. Tedavi gördüğünüz sağlık sorunu dışında kronik bir hastalığınız var mı? Evet ise açıklayınız.

b. Hayır

b. Evet:

30.Taburculuktan sonraki dönemde evde bakım sürecinde zorluk yaşadınız mı?

- a. Hayır b. Hayır:.....

31.Tedaviniz tamamlandıktan sonra verilen taburculuk eğitiminizin yeterli olduğuna inanıyor musunuz?

- a. Evet b. Hayır:.....

Bölüm 2

32.Taburculuk sonrasında aşağıdaki sorunlardan hangilerini yaşadınız? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

1. Bulantı-kusma
2. Halsizlik-yorgunluk
3. Ateş
4. Ağızda yara
5. Yutma güçlüğü
6. İshal
7. İştahsızlık
8. Kabızlık
9. Tat ve koku değişiklikleri
- 10.Uykusuzluk/uyumada zorlanma
- 11.Kilo kaybı
- 12.Cilt değişiklikleri
- 13.Endişe/sinirlilik/huzursuzluk
- 14.El / ayaklarda uyuşma

33.Bulantı-kusma semptomunu yaşadığınızda bununla baş etmek için aşağıdakilerden hangisini / hangilerini yaptınız? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

1. Bulantı ilacı aldım
2. Besin düzenlemesi yaptım (tuzlu kraker, soğuk yiyecekler...vb)
3. Dikkat dağıtıcı şeyler yaptım (müzik dinleme, TV izleme, kitap okuma.. vb.)
4. Evde yiyecek kokusu olmamasına dikkate ettim
5. Ağız hijyenime dikkat ettim
6. Hiçbir şey yapmadım
7. Vaka yöneticisini aradım
8. Acile başvurudum
9. Diğer

Bulanti-kusma yönetimini kimden öğrendiniz?

- | | | |
|------------|------------------------|-----------|
| 1. Doktor | 3. Yakınım | 5. Kendim |
| 2. Hemşire | 4. Medya / İnternet... | |

Bu yöntem/yöntemler etkili oldu mu?

- | | | |
|-----------|---------|----------|
| 1. Kısmen | 2. Evet | 3. Hayır |
|-----------|---------|----------|

34.Halsizlik / yorgunluk semptomunu yaşadığınızda bununla baş etmek için

aşağıdakilerden hangisini / hangilerini yaptınız? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

1. Sık dinlendim
2. Erken yattım
3. Yeterli uyudum
4. Kendimi iyi hissettiğimde aktiviteler yaptım
5. Beslenme ve sıvı alımına dikkat ettim
6. Hiçbir şey yapmadım
7. Vaka yöneticisini aradım
8. Acile başvurdum
9. Diğer

Halsizlik / yorgunluk yönetimini kimden öğrendiniz?

- | | | |
|------------|------------------------|-----------|
| 1. Doktor | 3. Yakınım | 5. Kendim |
| 2. Hemşire | 4. Medya / internet... | |

Bu yöntem/yöntemler etkili oldu mu?

- | | | |
|-----------|---------|----------|
| 1. Kısmen | 2. Evet | 3. Hayır |
|-----------|---------|----------|

35.Ateş semptomunu yaşadığınızda bununla baş etmek için aşağıdakilerden hangisini /

hangilerini yaptınız? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

1. Ateşimi ölçerek takip ettim
2. Ilık duş aldım
3. Ateş düşürücü aldım
4. Soğuk uygulama yaptım
5. Sağlık kuruluşuna başvurdum
6. Kişisel hijyenime dikkat ettim
7. Hiçbir şey yapmadım
8. Vaka yöneticisini aradım
9. Diğer

Ateş yönetimini kimden öğrendiniz?

- | | | |
|------------|------------------------|-----------|
| 1. Doktor | 3. Yakınım | 5. Kendim |
| 2. Hemşire | 4. Medya / internet... | |

Bu yöntem/yöntemler etkili oldu mu?

- | | | |
|-----------|---------|----------|
| 1. Kısmen | 2. Evet | 3. Hayır |
|-----------|---------|----------|

36. Ağızda yara semptomunu yaşadığınızda bununla baş etmek için aşağıdakilerden hangisini / hangilerini yaptınız? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

1. Ağız hijyenime dikkat ettim
2. Yumuşak diş fırçası kullandım
3. Sıcak, baharatlı, asitli yiyecek ve içeceklerden kaçındım
4. Gargara yaptım
5. Yumuşak şeyler yedim
6. Hiçbir şey yapmadım
7. Vaka yöneticisini aradım
8. Diğer

Ağızda yara yönetimini kimden öğrendiniz?

- | | | |
|------------|------------------------|-----------|
| 1. Doktor | 3. Yakınım | 5. Kendim |
| 2. Hemşire | 4. Medya / internet... | |

Bu yöntem/yöntemler etkili oldu mu?

- | | | |
|-----------|---------|----------|
| 1. Kısmen | 2. Evet | 3. Hayır |
|-----------|---------|----------|

37. Yutma güçlüğü semptomunu yaşadığınızda bununla baş etmek için aşağıdakilerden hangisini / hangilerini yaptınız? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

1. Ağız hijyenime dikkat ettim
2. Yumuşak diş fırçası kullandım
3. Sıcak, baharatlı, asitli yiyecek ve içeceklerden kaçındım
4. Gargara yaptım
5. Yumuşak şeyler yedim
6. Hiçbir şey yapmadım
7. Vaka yöneticisini aradım
8. Diğer

Yutma güçlüğü yönetimini kimden öğrendiniz?

- | | | |
|------------|------------------------|-----------|
| 1. Doktor | 3. Yakınım | 5. Kendim |
| 2. Hemşire | 4. Medya / internet... | |

Bu yöntem/yöntemler etkili oldu mu?

1. Kısmen 2. Evet 3. Hayır

40.Kabızlık semptomunu yaşadığınızda bununla baş etmek için aşağıdakilerden hangisini

/ hangilerini yaptınız? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

1. Yeterli sıvı aldım
2. Beslenmemi düzenledim (liften zengin, sebze ağırlıklı...vb.)
3. Yürüyüş, egzersiz yaptım
4. Kabızlık giderici ilaç kullandım
5. Hiçbir şey yapmadım
6. Vaka yöneticisini aradım
7. Diğer

Kabızlık yönetimini kimden öğrendiniz?

1. Doktor 3. Yakınım 5. Kendim
2. Hemşire 4. Medya / internet...

Bu yöntem/yöntemler etkili oldu mu?

1. Kısmen 2. Evet 3. Hayır

41.Tat ve koku değişiklikleri semptomunu yaşadığınızda bununla baş etmek için

aşağıdakilerden hangisini / hangilerini yaptınız? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

1. Ağız hijyenimi sağladım
2. Yeterli sıvı aldım
3. Rahatsız edici kokulardan uzak durdum
4. Hiçbir şey yapmadım
5. Gargara yaptım
6. Naneli şeker emdim
7. Diğer

Tat ve koku değişiklikleri yönetimini kimden öğrendiniz?

1. Doktor 3. Yakınım 5. Kendim
2. Hemşire 4. Medya / internet...

Bu yöntem/yöntemler etkili oldu mu?

1. Kısmen 2. Evet 3. Hayır

42.Uykusuzluk/uyumada zorlanma semptomunu yaşadığınızda bununla baş etmek için aşağıdakilerden hangisini / hangilerini yaptınız? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

1. Sık dinlendim
2. Erken yattım
3. Gündüz uykusundan kaçındım
4. Rahatlatıcı egzersiz yaptım
5. İlaç kullandım
6. Hiçbir şey yapmadım
7. Vaka yöneticisini aradım
8. Diğer

Uykusuzluk/uyumada zorlanma yönetimini kimden öğrendiniz?

- | | | |
|------------|------------------------|-----------|
| 1. Doktor | 3. Yakınım | 5. Kendim |
| 2. Hemşire | 4. Medya / internet... | |

Bu yöntem/yöntemler etkili oldu mu?

- | | | |
|-----------|---------|----------|
| 1. Kısmen | 2. Evet | 3. Hayır |
|-----------|---------|----------|

43.Kilo kaybı semptomunu yaşadığınızda bununla baş etmek için aşağıdakilerden hangisini / hangilerini yaptınız? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

1. Az ve sık yemek yedim
2. Açlık hisseder hissetmez yemek yedim
3. Yeterli sıvı aldım
4. Yemek ortamını düzenledim
5. Kilo takibi yaptım
6. İshal giderici ilaç kullandım
7. Hiçbir şey yapmadım
8. Vaka yöneticisini aradım
9. Diğer

Kilo kaybı yönetimini kimden öğrendiniz?

- | | | |
|------------|------------------------|-----------|
| 1. Doktor | 3. Yakınım | 5. Kendim |
| 2. Hemşire | 4. Medya / internet... | |

Bu yöntem/yöntemler etkili oldu mu?

- | | | |
|-----------|---------|----------|
| 1. Kısmen | 2. Evet | 3. Hayır |
|-----------|---------|----------|

44.Cilt değişiklikleri semptomunu yaşıadığımızda bununla baş etmek için aşığıdakilerden hangisini / hangilerini yaptınız? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

1. Cildimi tahriş edecek uygulamalardan kaçındım
2. Nemlendirici kullandım
3. Cildimi düzenli aralıklar ile gözlemedim
4. İlaç kullandım
5. Hiçbir şey yapmadım
6. Vaka yöneticisini aradım
7. Diğer

Cilt değişiklikleri yönetimini kimden öğrendiniz?

- | | | |
|------------|------------------------|-----------|
| 1. Doktor | 3. Yakınım | 5. Kendim |
| 2. Hemşire | 4. Medya / internet... | |

Bu yöntem/yöntemler etkili oldu mu?

- | | | |
|-----------|---------|----------|
| 1. Kısmen | 2. Evet | 3. Hayır |
|-----------|---------|----------|

45.Endişe/sinirlilik/huzursuzluk semptomunu yaşıadığımızda bununla baş etmek için aşığıdakilerden hangisini / hangilerini yaptınız? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

1. Sorunlarımı ve duygularımı ailem/yakın çevrem ile paylaştım
2. Hafif egzersiz/yürüyüş yaptım
3. Psikolojik destek aldım
4. İlaç kullandım
5. Hiçbir şey yapmadım
6. Vaka yöneticisini aradım
7. Diğer

Endişe / sinirlilik / huzursuzluk yönetimini kimden öğrendiniz?

- | | | |
|------------|------------------------|-----------|
| 1. Doktor | 3. Yakınım | 5. Kendim |
| 2. Hemşire | 4. Medya / internet... | |

Bu yöntem/yöntemler etkili oldu mu?

- | | | |
|-----------|---------|----------|
| 1. Kısmen | 2. Evet | 3. Hayır |
|-----------|---------|----------|

Ek 4: MEMORIAL SEMPTOM DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

MEMORIAL SEMPTOM DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ														
Ad-Soyad:					Tarih:									
Yaş:														
Bölüm 1														
Açıklama: Aşağıda sıralanmış 24 semptom bulunmaktadır. Her birini dikkatlice okuyun. Eğer geçen hafta boyunca semptom yaşadysanız, 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	YAŞAMADIM	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 ya da 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 ya da sersemlemiş gibi hissetme		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
El veya ayaklarda uyuşukluk/karıncalanma		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
Terleme		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4

GEÇEN HAFTA BOYUNCA	YAŞAMADIM	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
Aşağıdaki semptomlardan herhangi birini yaşadınız mı?														
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 yaşadysanız, 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 “SEMPTOM YAŞAMADIM” sütununa “X” işareti koyunuz.

GEÇEN HAFTA BOYUNCA	YAŞAMADIM	EĞER EVET İSE Genellikle ne kadar ŞİDDETLİ idi?				EĞER EVET İSE Sizi ne kadar SIKINTI VERDİ?				
		Hafif	Orta	Şiddetli	Çok Şiddetli	Hiç	Bir Parça (Biraz)	Oldukça	Biraz fazla	Çok fazla
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
El veya ayaklarda şişme		1	2	3	4	0	1	2	3	4
Ben kendime benzemiyorum		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: EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği (versiyon 3.0)

EORTC QLQ-C30 (versiyon 3.0)				
Siz ve sağlığınız hakkında bazı şeylerle ilgileniyoruz. Lütfen soruların tamamını size uygun gelen rakamı daire içine alarak yanıtlayınız. Soruların “doğru” veya “yanlış” yanıtları yoktur. Verdiğiniz yanıtlar kesinlikle gizli kalacaktır.				
Lütfen ad ve soyadınızın baş harflerini yazınız:				
Doğum gününüz (gün, ay, yıl):				
Bugünkü tarih (gün, ay, yıl):				
	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
1. Ağır bir alışveriş torbası veya valiz taşımak gibi zorlu hareketler yaparken güçlük çeker misiniz?	1	2	3	4
2. Uzun bir yürüyüş yaparken herhangi bir zorluk çeker misiniz?	1	2	3	4
3. Evin dışında kısa bir yürüyüş yaparken zorlanır mısınız?	1	2	3	4
4. Günün büyük bir kısmını oturarak veya yatarak geçirme ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4
5. Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tuvaleti kullanırken yardıma ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4
Geçen hafta boyunca:				
6. İşinizi veya günlük aktivitelerinizi yapmaktan sizi alıkoyan herhangi bir engel var mıydı?	1	2	3	4
7. Boş zaman aktivitelerinizi sürdürmekten veya hobilerinizle uğraşmaktan sizi alıkoyan bir engel var mıydı?	1	2	3	4
8. Nefes darlığı çektiniz mi?	1	2	3	4
9. Ağrınız oldu mu?	1	2	3	4
10. Dinlenme ihtiyacınız oldu mu?	1	2	3	4
11. Uyumakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
12. Kendinizi güçsüz hissettiniz mi?	1	2	3	4

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok		
13. İştahınız azaldı mı?	1	2	3	4		
14. Bulantınız oldu mu?	1	2	3	4		
15. Kustunuz mu?	1	2	3	4		
16. Kabız oldunuz mu?	1	2	3	4		
17. İshal oldunuz mu?	1	2	3	4		
18. Yoruldunuz mu?	1	2	3	4		
19. Ağrılarınız günlük aktivitelerinizi engelledi mi?	1	2	3	4		
20. Televizyon seyretmek veya gazete okumak gibi aktiviteleri yaparken dikkatinizi toplamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4		
21. Gerginlik hissettiniz mi?	1	2	3	4		
22. Endişelendiniz mi?	1	2	3	4		
23. Kendinizi kızgın hissettiniz mi?	1	2	3	4		
24. Bunalıma girdiniz mi?	1	2	3	4		
25. Bazı şeyleri hatırlamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4		
26. Fiziksel durumunuz ya da tıbbi tedaviniz aile yaşantınıza engel oldu mu?	1	2	3	4		
27. Fiziksel durumunuz ya da tıbbi tedaviniz sosyal aktivitelerinize engel oldu mu?	1	2	3	4		
28. Fiziksel durumunuz ya da tıbbi tedaviniz maddi zorluklara neden oldu mu?	1	2	3	4		
Aşağıdaki sorular için 1 ile 7 arasındaki size en uygun rakamı daire içine alınız						
29. Geçen hafta sağlığınıza genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?						
1	2	3	4	5	6	7
Çok kötü			Mükemmel			
30. Geçen hafta yaşam kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?						
1	2	3	4	5	6	7
Çok kötü			Mükemmel			

ETİK KURUL KARARI

T.C.
ÖZEL ANADOLU SAĞLIK MERKEZİ
ETİK KURULU

Sayı : ASM-EK-17 / 65
Konu : Çalışma İzni Hk.

10.01.2018

İLGİLİ MAKAMA,

Yürütücülüğünü Kader Çalışkan'ın yaptığı "Hematopoetik kök hücre nakli yapılan hastaların taburculuk sonrasında evde yaşadıkları semptomlar ve baş etme davranışlarının belirlenmesi" konulu çalışma Etik Kurulumuz tarafından değerlendirilmiştir.

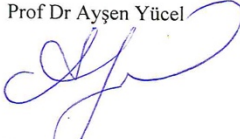
Çalışmanın Özel Anadolu Sağlık Merkezi hastanesinde yürütülmesinde bir sakınca görülmemiştir.

Bilgilerinize arz ederiz.
ASM Hastane Etik Kurulu


Başkan
Prof Dr Salih Türkoğlu

Üyeler

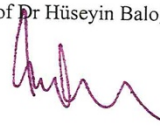
Prof Dr Ayşen Yücel



Uzm Dr Resmiye Beşikçi



Prof Dr Hüseyin Baloğlu



Prof Dr Cemil Uygur



İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

HEMATOPOETİK KÖK HÜCRE NAKLİ YAPILAN HASTALARIN TABURCULUK SONRASINDA EVDE YAŞADIKLARI SEMPTOMLAR ve BAŞ ETME DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 10 BENZERLİK ENDEKSİ	% 8 İNTERNET KAYNAKLARI	% 1 YAYINLAR	% 5 ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
----------------------------------	--------------------------------------	------------------------	--------------------------------

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	www.thd.org.tr İnternet Kaynağı	% 2
2	www.ichastaliklarihemsireligi.com İnternet Kaynağı	% 1
3	sbd.gumushane.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
4	eskidergi.cumhuriyet.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
5	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	<% 1
6	acikerisim.istanbulbilim.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
7	Submitted to Istanbul Medipol Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
8	www.istanbulsaglik.gov.tr	

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Kader	Soyadı	Çalışkan
Doğ.Yeri	Suşehri	Doğ.Tar.	01.08.1987
Uyruğu	T.C.	TC Kim No	66559129418
Email	kaderclskn@hotmail.com	Tel	05422034224

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.		
Lisans	İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksek Okulu	2010
Lise	Erenköy Kız Lisesi	2005

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Kemik İliği Nakli Vaka Yöneticisi	Anadolu Sağlık Merkezi	03.2017-
2.	Kemik İliği Nakil Hemşiresi	Anadolu Sağlık Merkezi	12.2010-03.2017
3.	Cerrahi Servis Hemşiresi	Avrupa Florence Nightingale Hastanesi	02.2007-10.2007

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	İyi	İyi		

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	69,38	66,11	58,23
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
MS Office (Word, Excel, PowerPoint, Outlook)	Çok iyi

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Fotoğrafçılık, Sinema