



**T.C  
SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**LENFOMALI HASTALARDA YORGUNLUK VE FONKSİYONEL  
DURUM İNCELENMESİ**

**Hilal DAĞCI**

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

**SIVAS-2020**

**T.C.**  
**SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**LENFOMALI HASTALARDA YORGUNLUK VE FONKSİYONEL  
DURUM İNCELENMESİ**

**Hilal DAĞCI**

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

**TEZ DANIŞMANI**  
**Prof. Dr. Mukadder MOLLAOĞLU**

**SİVAS-2020**

“Lenfomalı Hastalarda Yorgunluk ve Fonksiyonel Durum İncelenmesi” adlı Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı’nda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman-Başkan

Prof.Dr.Mukadder MOLLAOĞLU

Üye

Prof.Dr.Hatice TEL AYDIN

Üye

Doç.Dr. Nazan KILIÇ AKÇA

ONAY

Bu tez çalışması, .../.../..... tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zübeyda AKIN POLAT  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRÜ

Bu tez Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

## TEŞEKKÜR

Tez çalıőmam ve yüksek lisans eğitimim süresince büyük destek aldığım, bana rehberlik edip yol gösteren, bilgi ve emeğini benden esirgemeyen, sevgi ve hoőgörüsünü her daim hissettiğim ve her zaman minnettar olacağım saygıdeğer tez danıőmanım, Sayın Prof. Dr. Mukadder MOLLAOğLU' na,

Araştırmanın uygulama sresinde desteğini esirgemeyen Hatice BULUT, Gülçin TOPÇU ve bana g veren hematoloji ve tıbbı onkoloji ekip arkadaőlarına,

Araştırmaya katılmayı kabul eden ve bu süreci benimle birlikte paylaőan tüm lenfomalı bireylere,

Tez alıőma süresince yanımda olan kardeőim Ayőenur DAğCI, Elanur DAğCI, Kübra DAğCI ve diğer aile üyelerime içtenlikle teőekkürlerimi sunarım.

## ÖZET

### LENFOMALI HASTALARDA YORGUNLUK VE FONKSİYONEL DURUM İNCELENMESİ

Hilal DAĞCI

Yüksek Lisans Tezi,

İç Hastahkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Mukadder MOLLAOĞLU

2020, 83 sayfa

Bu çalışma hastaneye başvurup Lenfoma tanısı alan hastaların yorgunluk ve fonksiyonel durumlarının tespit edilmesi amacıyla tanımlayıcı bir çalışma olarak hazırlanmıştır. Araştırmanın evreni Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hematoloji polikliniğine başvuran ve Hematoloji kliniğinde yatan bireylerden oluşmuştur. Araştırmanın örneklemini Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hematoloji polikliniğine başvuran ve Hematoloji kliniğinde yatan, 18 yaşın üzerinde, iletişim kurabilen, bilinci açık, en az bir kür tedavisi almış olan, araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 70 lenfoma hastası oluşturmuştur.

Araştırma sonucunda toplanan veriler SPSS (22.0) programıyla analiz edilmiştir. Verilerin analizi tanımlayıcı istatistik testi kullanılarak sayı ve yüzdelik dağılımları verilmiştir. Veriler Kolmogorov- Smirnov testleriyle normal dağılımda olup olmadığı belirlenmiştir. Verilerin parametrik test koşullarını sağlamaması nedeniyle bağımsız iki grup karşılaştırmasında Man Whitney U testi, bağımsız ikiden fazla grup karşılaştırılmasında Kruskal Wallis tek yönlü varyans analizi testleri kullanılmıştır. Araştırmada değişkenler arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmak için, Pearson Korelasyon testi kullanılmıştır.

Çalışma kapsamında kullanılan ölçeklerden olan Kanser Yorgunluk Ölçeğinden (KYÖ) alınan ortalama puanın  $25,01 \pm 7,77$  olduğu, dolayısıyla katılımcıların kanser yorgunluğunu fazla yaşamadığı görülmüştür. Fonksiyonel Yaşam Ölçeğinden aldığı puan ortalaması ise  $109,54 \pm 21,11$  olarak tespit edilmiştir. Bu orana bakarak katılımcıların fonksiyonel durumunun iyi sayılacak seviyede olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların alkol kullanma durumlarının, sosyal fonksiyon alt boyutuna göre

farklılığı, bakmakla yükümlü olunan kişinin olmasının ve bakımına destek alınan kişi olmasının psikolojik fonksiyonlar boyutuna olan farklılığı istatistiksel olarak anlamlı görülmüştür. Ayrıca katılımcıların yaşlarının fiziksel durum alt boyutuyla olan farklılığı istatistiksel olarak önemli görülmüştür. Kanser yorgunluğu ölçeğinin, fonksiyonel yaşam ölçeğine negatif yönlü ve kuvvetli düzeyde bir ilişkisinin olduğu gözlemlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Lenfoma, Fonksiyonel Yaşam, Kanser Yorgunluğu



## **ABSTRACT**

### **INJURY AND FUNCTIONAL STATUS IN PATIENTS WITH LYMPHOMA**

**Hilal DAGCI**

**Master Thesis**

**Department of Internal Medicine Nursing**

**Supervisor: Prof. Dr. Mukadder MOLLAOĞLU**

**2020, 83 page**

This study was planned as a descriptive study for the purpose of examining the fatigue and functional status of individuals who applied to the hospital and were diagnosed with lymphoma. The universe of the research will consist of individuals who applied to the Hematology outpatient clinic of Sivas Cumhuriyet University and are hospitalized in the Hematology clinic. The sample of the study consisted of 70 lymphoma patients who applied to the Hematology outpatient clinic of Sivas Cumhuriyet University and who were hospitalized in the Hematology clinic, who were over 18 years old, who could communicate, were conscious, received at least one cure treatment and voluntarily accepted to participate in the research.

SPSS (ver: 22.0) program was used to evaluate the data obtained from the research. In the analysis of the data, the descriptive statistics tests were used to determine the number and percentage distribution. Whether the data is in normal distribution was determined by Kolmogorov-Smirnov tests. In comparing whether there is a difference between the averages obtained in terms of a variable obtained by measurement in the dependent group / groups (two or more) in the study, Man Whitney U test for two independent groups, Kruskal Wallis single for more than two independent groups directional variance analysis tests were used. To reveal the relationship between variables in the research; Pearson's Correlation Coefficient was used in the data obtained with interval or ratio scale.

It was observed that the average score obtained from the Cancer Fatigue Scale (QOL), which is one of the scales used within the scope of the study, was  $25.01 \pm 7.77$  and therefore the participants did not experience cancer fatigue. The mean score



obtained from another scale, Functional Life Scale, was determined as  $109.54 \pm 21.11$ . By looking at this ratio, it has been determined that the functional status of the participants is at a level to be considered good. The difference between the alcohol use status of the participants according to the social function sub-dimension, the dependence of the person who is obliged and being the support person for the care, was found to be statistically significant. It was observed that the cancer fatigue scale had a negative and strong relationship to the functional life scale. In addition, the difference of the ages of the participants with the physical status sub-dimension was found statistically significant.

**Keywords:** Lymphoma, Functional Life, Cancer Fatigue



# İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR .....	iv
ÖZET .....	v
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER .....	ix
TABLolar LİSTESİ .....	xi
KISALTMALAR .....	xii
GİRİŞ .....	1
Problem durumu.....	1
<b>1. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>5</b>
1.1.Kanser .....	5
1.2. Lenfoma .....	6
1.2.1.Lenfoma Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi.....	6
1.3. Lenfomaların Sınıflandırılması .....	8
1.3.1.Hodgkin Lenfoma.....	8
1.3.1.1. Epidemiyoloji .....	8
1.3.1.2. Etiyolojisi .....	9
1.3.1.3. Sınıflama ve Histopatoloji.....	9
1.3.1.4. Hodgkin Lenfomada Klinik Belirti ve Bulgular.....	10
1.3.2.Tanı ve Evreleme.....	11
1.3.3.Tedavi.....	13
1.4.Hodgkin Dışı Lenfoma.....	14
1.4.1.Hodgkin dışı lenfoma Etiyoloji ve Epidemiyolojisi.....	16
1.4.2. Hodgkin Dışı Lenfoma Klinik Bulgular.....	17
1.5.Fonksiyonel Durum.....	18
1.5.1. Fonksiyonel Durumun Değerlendirilmesi.....	18
1.6.Kansere Bağlı yorgunluk nedenleri.....	19
1.6.1.Lenfomalı Hastalarda Yorgunluk- Fonksiyonel Durum ve Hemşirelik Bakımı.....	20
1.7.Hemşirelerin Fonksiyonel Durumu Değerlendirmedeki Rollerini.....	22

<b>2. GEREÇ VE YÖNTEMLER .....</b>	<b>24</b>
2.1 Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	24
2.2 Araştırmanın Yeri ve Planı .....	24
2.3 Araştırmanın Evreni ve Örnekleme .....	24
2.4. Veri Toplama Araçları .....	24
2.4.1.Kişisel Bilgi Formu .....	25
2.4.2.Kanser Yorgunluk Ölçeği (KYÖ) .....	25
2.4.3.Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Kanser (FYÖ-K) .....	26
2.6 Araştırmanın Etik Boyutu .....	26
2.7.Verilerin Değerlendirilmesi .....	27
<b>3.BULGULAR.....</b>	<b>28</b>
<b>4.TARTIŞMA.....</b>	<b>42</b>
<b>SONUÇLAR VE ÖNERİLER .....</b>	<b>46</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>49</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>59</b>
Ek-1 Anket Formu .....	59
EK 2. İzinler .....	66
<b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>70</b>

## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 1.1.</b> Tanı ve evleme sürecinde yapılması gerekenler .....	12
<b>Tablo 1.2.</b> HL Ann Arbor evrelemenin Costwolds Modifikasyonu.....	13
<b>Tablo 1.3.</b> Dünya Sağlık Örgütünün Lenfoid Neoplazileri sınıflandırması.....	15
<b>Tablo 1.4.</b> Biyolojik davranışa göre lenfomalar.....	16
<b>Tablo 1.5.</b> Hodgkin lenfoma ve Hodgkin dışı lenfoma arasındaki farklar.....	17
<b>Tablo 3.1.</b> Lenfomalı Bireylerin Demografik Özelliklerinin Dağılımları.....	28
<b>Tablo 3.2.</b> Lenfomalı Bireylerin Klinik Özelliklerine Dair Bulgular .....	30
<b>Tablo 3.3.</b> Lenfomalı Bireylerin Cinsiyet açısından Laboratuvar Bulgularının İncelenmesi.....	31
<b>Tablo 3.4.</b> Lenfomalı Bireylerin Kansere Yorgunluğu ve Fonksiyonel Yaşam Ölçeği nin İstatistik Verileri.....	32
<b>Tablo 3.5.</b> Lenfomalı Bireylerin Bazı Demografik Özellikleri ve Kansere Yorgunluğu Ölçeği (KYÖ) Puan Ortalamaları arasındaki İlişki .....	33
<b>Tablo 3.6.</b> Lenfomalı Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerin Fonksiyonel Yaşam Ölçeği (FYKÖ) Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki .....	36
<b>Tablo 3.7.</b> Lenfomalı Bireylerde, Kansere Yorgunluğu Ölçeği ve Fonksiyonel Yaşam Ölçeği (Kansere) Alt Boyutları Korelasyonu.....	39

## KISALTMALAR

<b>LDH</b>	:	Laktat Dehidrogenaz
<b>AST</b>	:	Aspartat Aminotransferaz
<b>HIV</b>	:	İnsan Ümmün Yetmezlik Virusü
<b>KT</b>	:	Kemoterapi
<b>RT</b>	:	Radyoterapi
<b>IVF</b>	:	Invitro Fertilizasyon
<b>ABVD</b>	:	Adriamisin, Bleomisin, Vinblastin, Dakarbazin
<b>BEACOPP</b>	:	Bleomisin, Etoposid, Adriamisin, Siklofosfamid, Onkovin, Prokarbazin, Prednizon
<b>MOPP</b>	:	Mekloreptamine, vinkristin, prokarbazine ve prednizon
<b>KYÖ</b>	:	Kanser Yorgunluğu Ölçeği
<b>FYÖK</b>	:	Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Kanser
<b>HL</b>	:	Hodgkin Lenfoma
<b>HDL</b>	:	Hodgkin dışı lenfoma
<b>KW</b>	:	Kruskal Wallis testi
<b>MW</b>	:	Mann Whitney U testi

# GİRİŞ

## Problem durumu

Hematolojik kanserler arasında yer alan lenfomalar, hastalık ve tedaviye bağılı görülen immünsüpresyon ve komplikasyonların fazla olması nedeni ile önemli bir onkolojik sorundur (Sezgin, 2015). Lenfomalar lenfoid hücrelerin neoplazmidir ve bu tümörler sıklıkla lenf nodlarında başlamakta; dalak, gastrointestinal sistem, karaciğer ve kemik iliğindeki lenfoid dokulara yayılmaktadır (Karadakovan ve Eti Aslan, 2014). Hematolojik kanserler arasında en sık rastlanan grup olan lenfomalar tüm kanserlerin %3'ünü oluşturmaktadır. Dünyada önemli bir mortalite ve morbidite sorunu olan lenfomalar kansere bağılı ölüm nedenleri arasında erkeklerde 9. kadınlarda 6. sırada yer almaktadır (Kaya, 2017). Türk toplumunda lenfoma görülme oranı 2,3/100000'dir (Türk Hematoloji Derneğı, 2018).

Lenfomada esas tedaviyi hastalığın evresine göre kemoterapi ve radyoterapi oluşturmaktadır (Boybeyi Türer ve Karnak, 2016). Kanser tedavisinde kullanılan kemoterapötikler, tedavi etmenin yanında ağrı, yorgunluk, bulantı-kusma, iştahsızlık, ağızda yara, konstipasyon gibi fiziksel semptomlara yol açmaktadır (Hintistan ve ark., 2012). Radyoterapiye bağılı yan etkiler, ışın yapılan bölge ve verilen doza göre değışkenlik göstermektedir. Genellikle hastalarda radyoterapinin ilerleyen günlerinde yorgunluk hali gelişmektedir (Güneş, 2015). Yorgunluğun kanser hastalarında görülen en sık ve yıkıcı semptomlardan biri olduğı belirtilmektedir (Karthikeyan ve ark., 2012). Lenfobezlerinin ağrısız şekilde büyümesi, açıklanamaz şekilde kilo kaybına, ateşlenmeye, gece terlemesine, göğüs ağrısına, şişkinlik hissine ve sürekli yorgunluk hissine yol açmaktadır. Kanser tedavisinde ve etkilerinde yorgunluk kişinin yaşam standartlarını olumsuz yönde etkilemektedir.

Yorgunluk kişinin yaşamsal fonksiyonlarını yerine getirmesine ve kapasitesini kullanmasına engelleyen, bütün vücudunu etkileyen hafif bir tükenmişlikten, dayanılmaz bir halsizliğe kadar değışebilen ve kişiyi rahatsız eden subjektif bir semptomdur (Gündoğdu, 2015). Amerikan Ulusal Kanser Ağı (National Comprehensive Cancer Network-NCCN) kansere bağılı yorgunluğu "her zaman yapılan işlevleri engelleyen kanser veya kanser tedavisi ile ilişkili olan yaygın, sürekli ve subjektif yorgunluk hissi" şeklinde tanımlamıştır (NCCN Guidelines 2015). Kemoterapi alan

hastaların %80'inde, radyoterapi alan hastaların ise %90'ında yorgunluk görülebilmektedir (Ovayolu ve ark. 2016). Yorgunluk tedavinin yan etkileri nedeniyle kanser tedavi süresince kronik olabilmektedir (Çelik, 2018).

Yorgunluk, kanserli hastaların hayatlarında çok önemli bir sorun olabilmekte, hastaların kendileri hakkındaki hislerini, günlük aktivitelerini, diğer kişilerle ilişkilerini etkileyebilmekte ve tedaviyi sürdürmelerine engel olabilmektedir (Ünsar ve ark., 2008). Kanser hastaları için bu semptomun yıkıcı etkileri fazla olmasına karşın; subjektif olduğu, hastaların çözümü kendi içinde aradığı, hastalık sürecinde doğal olarak kabul edildiği için diğer semptomlara göre daha az önemsendiği belirtilmektedir (Karakoç 2008). Bu nedenle hastaların bireysel özelliklerine, genel durumuna ve uygulanan tedavi yaklaşımına göre kanser hastalarında görülme sıklığı değişen yorgunluğun, pek çok nedenden etkilendiğini ve sadece tedavi döneminde değil tedavi sonrasında da yakından izlenmesi ve yönetilmesi gereken sorun olduğu söylenebilir (Ovayolu ve ark., 2016).

Yorgunluğun subjektif ve objektif olarak ve psikolojik, fizyolojik, sosyal faktörler de göz önüne alınarak, çok yönlü bir yaklaşımla multidisipliner açıdan değerlendirilmesi gerekmektedir (Rao ve Cohen, 2004; Servaes ve ark. 2002). Kanserle ilişkili yorgunluk tedavisinde modern yaklaşım, hem farmakolojik hem de farmakolojik olmayan müdahalelerin kullanılması yönündedir (Karadağ, 2018). Farmakolojik tedavi genellikle yorgunluğa bağlı olarak ortaya çıkan semptomların tedavi edilmesi amacıyla kullanılan ilaç uygulamalarıdır. Tamamlayıcı ve bütünlük tedaviler ise; hasta, aileye eğitim ve danışmanlık, beslenme, uyku tedavisi, yorgunlukla baş etme stratejileri, enerjiyi koruma ve dikkati başka yöne çekme, yoga, gevşeme teknikleri, reiki, masaj, stres azaltma girişimleri, akupunktur ve duygularını ifade etme gibi uygulamalardır (Mitchell SA ve ark.,2007; Genç, 2018).

Son dönemlerde hematolojik kanserlerde ciddi ilerlemeler yaşanmaktadır. Bu gelişmeler, kanserin biyolojik özelliklerini daha iyi anlamamızı, tanıdaki gelişmeleri ve tedavideki başarıyı kapsamaktadır. Hematolojide çok sayıda yeni ilaç klinik çalışmalarda etkinliklerini göstermektedir. Kanser ve tedavisi, bireylerin yaşamını kısıtlayarak fonksiyonel durumunu bozmaktadır (Özdemir ve ark., 2017). Fonksiyonel durum bireyin normal günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesi, temel gereksinimlerini karşılaması, günlük rollerini gerçekleştirmesi, sağlık ve iyilik

durumunu sürdürmesidir (Aybar, 2019). Fonksiyonel durum bireyin tıbbi, emosyonel ve bilişsel sağlığı ile ilişkilidir ( Bektaş ve Akdemir 2006). Kansere hastalarında anemi, trombositopeni, nötropeni, mukozit, bulantı kusma, iştahsızlık, cilt problemleri, yorgunluk, halsizlik, ağrı, alopesi, diyare, konstipasyon, uykusuzluk, anksiyete, organ toksisiteleri ve cinsel problemler gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır (Dedeli ve ark., 2008). Bir taraftan Lenfoma hastalarının fonksiyonel durumunu, ortaya çıkan bu semptomlar etkilerken diğer taraftan hastalarının hastalığa ve tedaviye yönelik bilgi eksikliği, hastane yatışları, iş ve sosyal yaşam değişiklikleri, hastalık ve tedaviye bağlı yan etkiler nedeni ile hem yaşam kaliteleri hem de fonksiyonel durumları etkilenmektedir. (Sezgin 2015)

Çalışmaların kansere bağlı yorgunluğun detaylı bir şekilde araştırılması gerektiğini vurgulamasına rağmen, bu semptom halen göz ardı edilmekte ve çeşitli sebeplerle gerektiği kadar tedavisine önem verilmemektedir (Karakoç 2008; Can 2006). Kansere bağlı yorgunluk konusunda artmış farkındalık, araştırmacıları bu konuda daha uygun değerlendirmelere ve tedavi seçeneklerine yönlendirecektir (Ovayolu ve ark., 2016). Literatür incelendiğinde yorgunluğun fonksiyonel durumu etkileyen önemli bir semptom olduğu belirtilmiştir (Barsevick ve ark., 2006). Kansere hastalarının yaşadıkları yorgunluğun fonksiyonel duruma etkisinin değerlendirilmesi suretiyle yorgunluğun kontrol altına alınması, hastaların fonksiyonel yaşam kalitesinin gelişeceği, klinik durumuna olumlu katkı sağlayacağı, sağlık bakım maliyetlerini azaltılacağı ve bakımın kalitesinin arttırılacağı bilinmektedir (Özkan ve Akın, 2017; Ovayolu ve ark., 2016).

Hemşirenin yorgunluk durumunu kontrol altına alarak hastanın fonksiyonel durumunun iyileştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasında önemli rolü olduğu bilinmektedir (Şahin 2015). Hemşireler, kansere bağlı yorgunluk yönetiminde hemşireliğin bağımsız fonksiyonlarını kullanarak hastalarda yorgunluğu azaltmada ve yorgunlukla baş etmede etkin rol oynayabilmektedirler (Zorba 2012). Hastalarda gözlenen yorgunluk semptomuna yönelik hemşirelik girişimleri, yorgunluğun belirlenmesinden başlayıp tedavi sonrası döneme kadar devam etmelidir. Hastanın yorgunlukla baş edebilmesi için; günlük aktivitelerde uygun düzenlenme yapılarak önceliklerinin belirlenmesi ve uygun planlama yapılması gerekir (Büyükbayram 2018). Hemşire; hasta ve ailesini enerjiyi koruma teknikleri konusunda bilgilendirmeli, hastanın bireysel yapabileceği aktiviteleri desteklemeli ve efor gerektiren aktiviteleri



azaltmalıdır (Mitchell SA ve ark.,2007). Hastanın yaşadığı yorgunluğu ifade etmesi sağlanmalıdır öte yandan beslenme durum değerlendirmesi yapıp, uyku düzeni ve emosyonel destek sağlanıp hastanın yorgunluğunu kontrol altına almada alternatif ve tamamlayıcı uygulamalardan yararlanılmalıdır (Büyükbayram 2018; Mitchell SA ve ark.,2007).

Hemşirelerin, kanser hastalarının fonksiyonel durumlarının değerlendirmeleri, hastalara verilecek bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin içeriğinin belirlenmesinde, hastaların fonksiyonel yeteneğini, esenlik ve genel sağlık anlayışını geliştirebilecek tedavi ve bakım programlarının seçilmesinde, hastaların tedavi ve bakım programına uyumlarının artırılmasında, hastalığın ve tedavilerin olumsuz etkilerinin azaltılmasında ve yaşam kalitesinin artırılmasında önemli bir yere sahiptir (Taylor ve ark. 2016).

Literatür incelendiğinde kansere bağlı yorgunluk ve kanser hastalarında fonksiyonel durum ile ilgili birçok çalışma bulunmaktadır (Barsevick 2006; Özkan 2016; Şahin 2015; Sezgin 2015; Özdemir ve ark. 2017; Karakoç 2008; Ekinci 2016; Dedeli ve ark. 2008; Bektaş ve Akdemir 2006; Azak 2005). Ancak lenfomalı hastalarda yorgunluk ve fonksiyonel durum ile ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu doğrultuda bu çalışma lenfoma tanısı alan hastalarda yorgunluk düzeyinin fonksiyonel durum üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilecektir.

# 1. GENEL BİLGİLER

## 1.1.Kanser

İnsan vücudunda hücrelerin biraraya gelmesiyle dokular, dokuların biraraya gelmesiyle de organlar oluşmaktadır. Organizmanın temelini oluşturan hücreler belirli hızla ve kontrollü olarak çoğalırken, bir yandan da hücreler de belli bir hızla yıkılmaktadır. Bu bilgiler ışığında kanserin en kısa tanımını; hücrelerin kontrolsüz şekilde çoğalması olarak yapmak mümkündür (Kutluk ve Kars 1992).

Bir başka tanımda ise kanser, yaşanan çevrede karşılaşılan ya da hücrede meydana gelen, biyolojik veya fiziksel etkenlere maruz kalması neticesinde normal hücre DNA'sının değişime uğraması sonucunda meydana gelen genetik bir hastalık olarak ifade edilmektedir (Tuncer, 2009).

Bu kontrolsüz çoğalma esnasında, kanser hücresinde sağlıklı hücrelere göre yapısal farklılıklar görüleceği gibi işlevleri açısından da bir takım farklılıklar görülecektir. Hücreler normal zamanda yaptığı işlevleri yerine getiremezken bazı durumlarda da yeni işlevler yapmaya başlayarak halk sağlığını tehdit eden önemli hastalıkların başında gelen kanseri oluşturmaktadır. Dünyada olduğu gibi ülkemizde de kanser, hastalık yükü ve maliyet açısından önemli yer tutmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2020 yılında yeni kanser tanısının konulacağı hasta sayısının 17 milyon olacağı, 2030'da 24 milyon olacağı ve 17 milyon insanın aynı zamanda yaşamını yitireceği tahminlenmektedir (Levin, 2008).

Kanserde ölüm vakalarının yüksek oluşu, bu hastalığa gerekli önemin verilmesi gerektiğini ifade etmektedir. Teknolojide yaşanan gelişmelerin kanseri tetikleyen etkenlerin çok oluşu kanserin görülme sıklığına katkı sağlamaktadır. DSÖ kanser hususunda bazı noktalara dikkat çekmektedir, bunlar:

- İnsan vücuduna etki edecek kanser tipinin 100'den fazla olduğu
- Kanserinin neden olduğu ölümlerin, büyük çoğunluğunun düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerde görüldüğü
- Tütün ve tütün mamulleri kullanımının, kansere neden olduğu,
- Kanserinin üçte biri erken tanıyla tedavi edilebilir
- Tütün kullanımının önüne geçilip, sağlıklı beslenme sağlanıp, spor yapılırsa kanserde %40 oranında düşüş görülecektir (Türkiye Sağlık Raporu 2012).

Bu bilgiler ışığında kanserin kesin risk faktörleri olarak, tütün ve tütün mamülleri, obezite, güneş ışınları, radyasyon, kimyasal maddeler, hormonal değişimler, kanser öyküsü, yaş ve bakterileri gösterilebilirken, kesin olmayan faktörleri ise, cep telefonları, yüksek gerilim, makyaj malzemeleri, tatlandırıcı, kızarmış etler, mısır şurubu, deodorantlar ve plastikler gösterilebilir (Gültekin, 2011).

## **1.2. Lenfoma**

Bağışıklık sisteminin tümörü olarak tanımlanabilen bu sistemin en temel görevi mikroorganizmalar, kanser hücresi vb zararlı maddelerin tanınması ve etkisiz hale gelmesini sağlamaktır. Lenfositler bağışıklık sisteminde temel hücrelerdir, lenfositler birinci lenfoid organı olan timüs ve kemik iliğinde üreyerek, gelişiminin ardından dalak ve lenf bezlerine yerleşmektedirler. Bademcikler, dilin kökü, sindirim ve solunum sistemlerindeki plaklar ikinci grup içindedirler. İnsan vücudunda lenfoid yapının olmadığı tek yapı sinir sistemidir (Kutluk ve Kars, 1992).

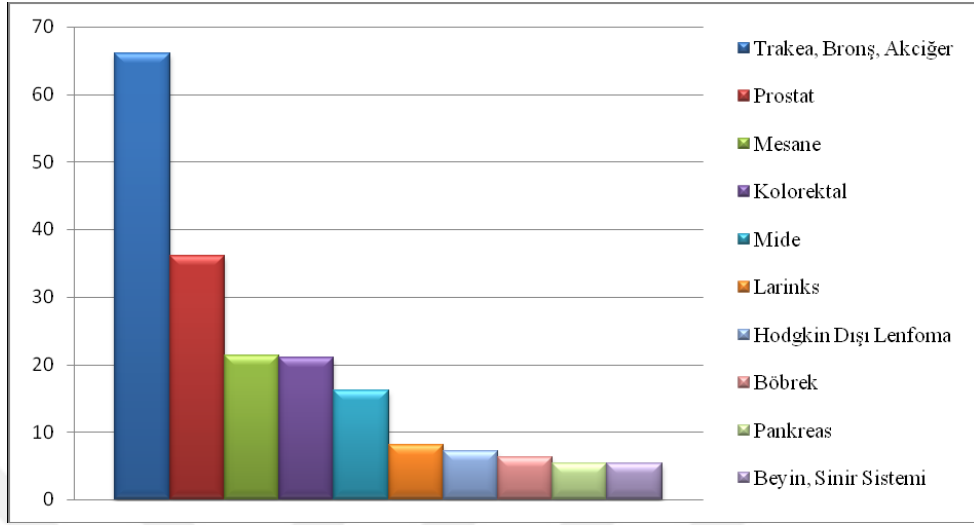
Lenfomalar, retikuloendotelyal sistemin lenf nodülleri, kemik iliği dalak ve karaciğer gibi bölümlerindeki neoplastik çoğalmanın neden olduğu immün sistem hastalıklarıdır (Kanarığ, 2007).

### **1.2.1.Lenfoma Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi**

Lenfoma etiyojisinde, farklı enfeksiyonların, immün yetersizlik ve otoimmün hastalık durumunun, kronik inflamasyon, genetik faktörler, çevresel etkenler ve kromozomal anomalilerin neden olduğunu gösteren bulgular vardır (Manson, 2011; Ar, 2013; Greer, 2009).

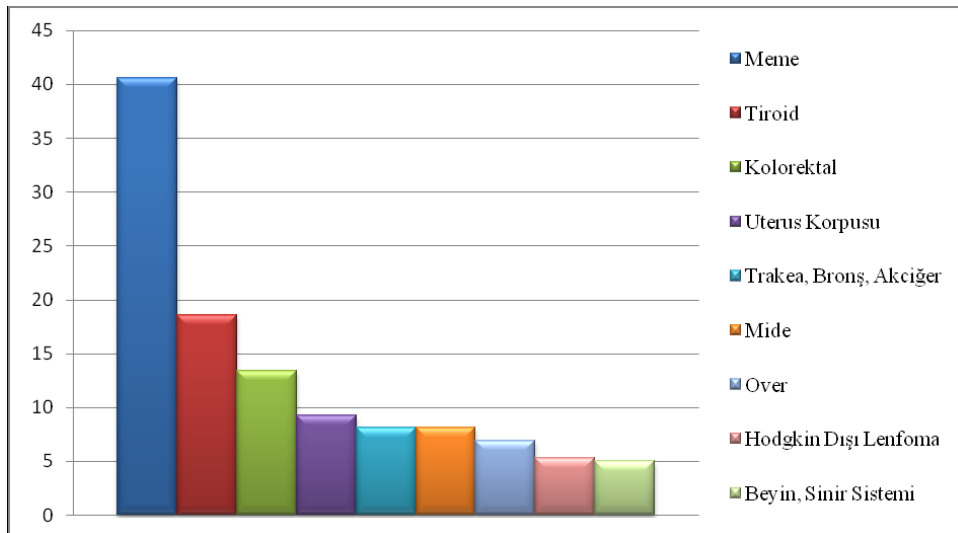
Lenfoma insidansının XX.yy'ın ikinci yarısından itibaren belirgin artışı gözlemlenmektedir. Bu durum AIDS'in ortaya çıkışıyla bağdaştırılırsa, çevresel koşullardaki farklılıklar, artış gösteren ve sürekli gelişen tanı koyma imkanları gibi etkenlerin de bu artışa sebep olduğu öngörülmektedir. Görülen kanserin %3'lük kısmını oluşturan lenfomalar hematolojik kanserlerden en çok görülen gruplardandır. Dünyada ciddi bir mortalite ve morbidite sorunu olan lenfomalar, kanserin neden olduğu ölümlerden, erkeklerde dokuzuncu, kadınlarda ise altıncı sırayı almaktadır (Smeltzer, 2010; Roman, 2011).

Aşağıdaki şekilde erkekler ve kadınlarda görülen kanserin görülme sıklığına dair bilgiler yer almaktadır (Sağlık istatistikleri yılı, 2013).



**Şekil 1.1.** Türkiye’de erkeklerde görülen kanser türü ve sıklığı (Sağlık istatistikleri yılı, 2013).

Şekilde görüldüğü gibi erkek hastalarda görülen kanser türlerinde ilk sırayı trakea, bronş ve akciğer kanseri alırken, görülme sıklığı sırasıyla, prostat kanseri, mesane kanseri, kolorektal kanser, mide, larinks, hodgkin dışı lenfoma, böbrek, pankreas ve beyin sinir sistemi kanserleridir.



**Şekil 1.2.** Türkiye’de kadınlarda görülen kanser türü ve sıklığı (Sağlık istatistikleri yılı, 2013).

Şekilde görüldüğü ülkemizde kadınlarda görülen kanser türleri arasında ilk sırayı meme kanseri alırken, sırasıyla troid, kolorektal, uterus korpusu, trake, bronş akciğer, mide, over, hodgkin dışı lenfoma ve beyin sinir sistemi kanserleri yer almaktadır.

### **1.3. Lenfomaların Sınıflandırılması**

Thomas Hodgkin'in 1832 yılında tanımlanmasıyla 1950'li yılların ardından, lenfomalar klinik, patolojik ve biyolojik görünümüne göre, iki grupta incelenmeye başlanmıştır. Bunlar HL (Hodgkin Lenfoma) ve HDL (Hodgkin dışı lenfoma)dır (Soman, 2011; Smeltzer 2010; Ar, 2013).

#### **1.3.1.Hodgkin Lenfoma**

Lenfoma, lenf sisteminden köken alan bir kanser türüdür. Hodgkin lenfoma (HL), 1832 yılında Sir Thomas Hodgkin tarafından tanımlanmış; Hodgkin hücreleri olan malign Reed Stenberg (RS) hücreleri ve reaktif hücresel elemanlar ile karakterize lenfoid dokunun kanseri olarak belirtilmiştir (Gül, 2013).

Hodgkin'in yedi olguluk seriyile tanımlamış olduğu b lenfositlerden köken alan hastalık olarak ifade edilebilir. Hodgkin Lenfoma, tedaviyle hastanın büyük bir bölümünde kür sunulan hematopoietik/lenfoid dokulara ait tanımlanmış ilk malign hastalık olması sebebiyle önemli yer almaktadır (Hodgkin, 1832; Rosen, 1995).

HL B lenfositlerden kaynaklı, lenf nodlarının ilerleyici büyümesi ve komşu lenf nodlarına yayılması ile karakterize bir hastalıktır (Friedman, 2016).

##### **1.3.1.1. Epidemiyoloji**

HL tüm kanser olgularının %0,5'ini, tüm lenfoma olgularının ise %11'ini oluşturmaktadır (Gül, 2013). Hodgkin lenfomalı hastalar coğrafi ve etnik olarak değişen iki tepe noktalı yaş dağılımına sahiptir. Gelişmiş ülkelerde ilk tepe noktası 15–35 yaşlar arasında, ikinci tepe noktası 50'li yaşlarda görülmektedir. Gelişmemiş ülkelerde ise, HL' nin görülme sıklığı azalır, bu ülkelerde 15 yaşından önce görülme sıklığı artarken ergen ve genç erişkinlerde tepe noktası daha az belirgindir. Hastalık tüm yaş gruplarında erkeklerde kadınlara göre biraz daha sık görülmekte olup, bu fark çocukluk çağındaki hastalarda %85 gibi çok belirgin bir oranda olmaktadır. Gelişmiş ülkelerde HL'nin genç yaşlarda, yüksek sosyo-ekonomik sınıflarda, anne eğitimi yüksek, kardeş sayısı az,

çocuklukta iyi hijyenik koşullarda yetişmiş olanlarda daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Glaser 2011).

### **1.3.1.2. Etiyolojisi**

HL etyolojisi tam olarak aydınlatılamamakla beraber, etiyolojiden sorumlu olduğu düşünülen çok sayıda etken gösterilmiştir. Bu etkenlerden bazıları; genetik faktörler, sosyoekonomik durum, viral enfeksiyonlar, immüsupresyon, çevresel ve mesleki faktörler olarak sıralanabilir. Sosyoekonomik düzeyi yüksek hastalarda, Epstein Barr Virüs (EBV) gibi enfeksiyonlara maruziyet daha geç yaşta olduğundan, HL daha sık görülmektedir. HL tümör spesmenlerinin yarısında EBV genomu tespit edilmiştir. Enfeksiyöz mononükleoz öyküsü olanlarda, HL sıklığı normal popülasyona göre 2-3 kat artmıştır (Perey, 1999). Klasik HL hastalarında %50, nodüler sklerozan hodgkin lenfoma (NSHL)'da %15-30, mikst hücreli hodgkin lenfoma (MHHL)" da %70 oranında EBV birlikteliği saptanmıştır (Speck, 2002).

Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri'nde olguların yaklaşık %15'inin tümör dokusunda EBV saptanabilmektedir. İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) ile enfekte çocuklarda HL gelişmesi açısından artan bir risk söz konusudur ve bu kişilerde hastalık gelişimi edinsel immün yetmezlik sendromunun (AIDS) ilk bulgusu olarak çıkabilmektedir. Kemik iliği nakli ve solid organ nakli sonrasında immünosupresif tedavilere bağlı olarak da lenfoma geliştiği bildirilmektedir (Cavdar ve Yavuz, 1993).

### **1.3.1.3. Sınıflama ve Histopatoloji**

HL'nın karakteristik ve tanı korucu özelliği olan RS dev hücreleri ilk olarak Carl Stenberg ve Doroty Reed tarafından tanımlanmıştır. RS hücresi HL tanısında mutlak gereklidir ancak fenitoin kullanımı, enfeksiyöz mononükleoz ve Burkitt lenfoma gibi durumlarda da görülebildiğinden tanı için lenfosit, plazma hücresi ve eozinofillerle birlikteliği gereklidir (Stein, 2009).

Hodgkin lenfoma için güncel olarak kullanılan sınıflama, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sınıflamasıdır. HL bu sınıflama ile klinik özellikler, morfoloji, immünofenotip, genetik özellikler ve zemin hücre içeriği gibi biyolojik özellikleri açısından farklı iki gruba ayrılır (Akçay 2011).

- |  |
|--|
| <p>1.Nodüler lenfosit baskın Hodgkin lenfoma</p> <p>2.Klasik Hodgkin hastalığı</p> <p>a)Nodüler sklerozen klasik hodgkin lenfoma</p> <p>b) Mikst hücreli klasik Hodgkin lenfoma</p> <p>c) Lenfositten zengin klasik Hodgkin lenfoma</p> <p>d) Lenfositten fakir klasik Hodgkin lenfoma</p> |
|--|

**Şekil 1.3.** Hodgkin hastalığının gruplandırılması

#### **1.3.1.4. Hodgkin Lenfomada Klinik Belirti ve Bulgular**

Hodkin lenfoma en sık görülen belirtisi, yüzeysel lenf bezlerinin büyümesi olarak ifade edilebilir. Yaklaşık olarak vakaların %70'inde ilk olarak servikal ve supraklavikuler bölgedeki lenf bezlerinin büyüdüğü gözlemlenmektedir. Hodgkin lenfoma genellikle sol servikal bölgede başlamaktadır. HL'nin genelde bir tek bölgede başlayıp sonrasında komşu bölgelerdeki lenf bezlerine yayılarak çoğaldığı bilinmektedir. Hematojen yayılma ise ara sıra olduğu kabul edilmektedir. Hastalık genellikle servikal bölgede görülmekte iken, nadiren de olsa bu bölge dışındaki, mediastinal, koltuk altı, inguinal vb gibi bölgelerde de başladığı bilinmektedir (Erol, 2008; Manson, 2011; Tunalı, 2004).

Lenf bezleri değişik büyüklüklerde büyümüş olmakla beraber, üzerinde düz, orta sertlikte, ağrısız, mobil, organlara ve deriye yapışmamış şekilde olarak rastlanmaktadır. Hiçbir tedavi yapılmaksızın kendiliğinden büyüüp küçülebilmektedir. Hastalığın zamanla ilerlemesiyle infiltrasyon kapsülün dışına yayılmasıyla ganglionların birbirine yapışarak sonrasında ise çevredeki dokulara yapışarak büyük kolonilere dönüşmektedirler. Başlangıçta ağrısız olan lenf bezleri zamanla büyüdükçe, sinirlere baskı yaparak ağrı yapmakta ve koltuk altında, inguinal lenf bezlerinde büyümenin görülmesi lenfatik damarların tıkanması sonucunda kol ve bacaklarda ödem oluşmasına sebep olmaktadır (Sezgin, 2015).

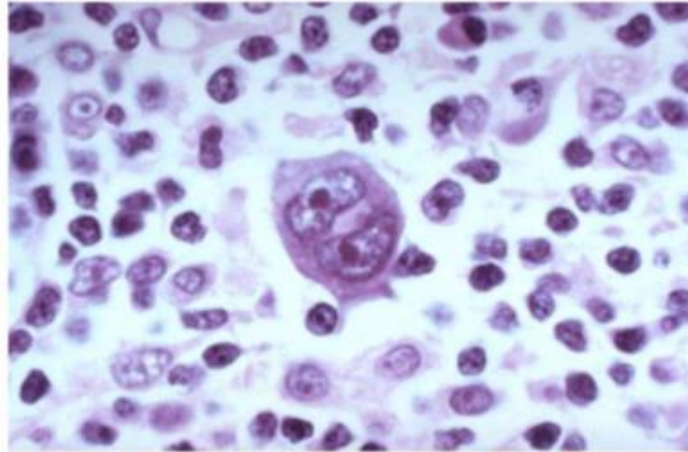
Mediastendeki lenf bezlerinin büyümesiyle trakea üzerine basıyla ses kısıklığı, taşikardi, Horner sendromu, boyun sempatik pleksusu, vena cava superior üzerine bası yapması sebebiyle boyun ve göğüs venlerinde genişleme, siyanoz ile karakterize vena

cana superior sendromu, özafagus basısı sebebiyle yutma güçlüğüne ve restrosternal ağrıya yol açmaktadır (İzmir, 2008).

Bazı vakalarda da 380C ve üzeri ateşi irregüler seyir izleyerek, nadirende olsa 1-2 hafta devam edip, sonrasında 1-2 hafta ateşsiz dönemin gelişmesi, gece terleme, iştah ve halsizlik, kaşıntı, kilo kaybı, hipokalsemi, hipoglisemi, herpes zoster, bakteriyel, viral, fungal ve protozoal kökenli menenjit gibi belirtiler görülebilmektedir. Vakaların büyük bir kısmında sarılık ve hepatomegali meydana gelmektedir. Hodgkin infiltrasyonunun neden olduğu intrahepatik kolestazla bağlantılı olarak tıkanma sonucunda sarılık görülmektedir. Büyüyen lenf bezleri safra yollarına bası yapmasıyla ekstrahepatik kolestaza bağlı olarak post-hepatik ikter yada hemolitik anemiye bağlı olarak hemolitik sarılık görülmektedir (Erol, 2008; Bolaman, 2013; Manson, 2011).

### 1.3.2.Tanı ve Evreleme

Hodgkin lenfomanın tanısı, lenf nodlarından ya da tutum görülen ekstonodal organdan alınan biyopsi sonucunda konulmaktadır. Biopsi materyalinde büyük, hafif bazofilik stoplazmalı, iki nükleus veya iki nükleer loblu Reed-Sternberg hücreleri ve varyantlarının görülmesi şarttır. Reed-Sternberg hücrelerini aşağıdaki şekilde ayrıntılı olarak görmek mümkündür. Tanı için, ince iğne aspirasyon biyopsisinden daha sık kullanılan lenf nodunun total eksizyonudur (Greer, 2004).



Şekil 1.4. Reed Sternberg Hücresi

Hastada detaylı olarak anamnez ve fizik muayene yapılarak, B semptomları, alkol intoleransı, kaşıntı, yorgunluk ve performansı sorgulanarak, lenf nodu bölgelerinin dalak ve karaciğer muayenesinin kesinlikle yapılması gerekmektedir. Ayrıca PET/BT



görüntülemesiyle ve kemik iliğine biopsi yapılarak evreleme yapılmalıdır (Kopan, 2018).

HL prognoz ve tedavi seçimine etki eden en önemli unsurlar olarak klinik evreleme gösterilebilir. Tanı, evreleme ve takip sürecinde yapılması gerekenler aşağıdaki tabloda sunulmuştur.

**Tablo 1.1.** Tanı ve evleme sürecinde yapılması gerekenler

<b>A.Öncelikle Gerekli Olanlar</b>
1. Histopatolojik tanının doğrulanması
2. Fizik muayene
a) Lenf nodu ve organomegali muayenesi
b) B semptomları
3. Performans durumunun belirlenmesi (ECOG)
4. Laboratuvar testleri
a) Tam kan sayımı, eritrosit sedimentasyon hızı, periferik kan yayması
b) LDH, alkalin fosfataz, bilirubin, kalsiyum, albümin, AST, üre, kreatinin
c) Akciğer grafisi, toraks, abdominal ve pelvik bilgisayarlı tomografisi
d) Kemik iliği biyopsisi
e) HIV testi, gebelik testi
f) Doksorubusin içeren rejimler için ekokardiografi
g) Pozitron emisyon tomografisi
<b>B.Özel Durumlarda Gerekli Olanlar</b>
1. KT ya da pelvik RT planlan hastalara semenin dondurularak saklanması
2. IVF ya da over doku, oositinin dondurularak saklanması
3. Pelvik RT planlanan premenopozal kadınlarda overde yer değişikliği
4. Boyun bilgisayarlı tomografisi
5. ABVD ve BEACOPP verilmesi planlanan hastalara solunum fonksiyon testi
6. Dalak bölgesine RT planlanan hastalara pnömokok, meningokok, H.influenza aşısı

Hodgkin Lenfoma evreleme Ann Arbor evreleme sistemi esaslı yapılmaktadır. Her evre kendi içinde A-B alt kategorilerine ayrılmaktadır. Burada A ile sistemik semptomların bulunmadığını B kategorisi ise açıklanamayan şekilde vücut ağırlığının %10'undan fazlasının kaybı ve açıklanamayan ateş ve gece terlemesi bulguları gösterilmektedir (Kopan, 2018).

Aşağıdaki tabloda HL nin Ann Arbor evreleme sistemine dair bilgiler sunulmuştur.

**Tablo 1.2.** HL Ann Arbor evrelemenin Costwolds Modifikasyonu

<b>Evre I</b>	Bir tek lenf nodu bölgesi veya lenfoid yapı (örn: dalak, timus, waldayer halkası) (I) veya tek bir lenf dışı organ veya bölge tutulumu (IE)
<b>Evre II</b>	Diyafragmanın aynı tarafında iki ve daha fazla lenf nodu bölgesinin tutulması (II) veya sınırlı lenf dışı organ veya bölge tutulumu ve diyafragmanın aynı tarafında bir veya birden fazla lenf nodu bölgesi tutulumu (IIE)
<b>Evre III</b>	Diyafragmanın her iki tarafında da lenf nodu bölgelerinin tutulumu (III) ve buna dalak tutulumunun eşlik etmesi (IIIS) veya sınırlı lenf dışı organ veya bölge tutulumu (IIIE) veya her ikisi de (IIISE)
<b>Evre IV</b>	Lenf dışı organlardan veya dokulardan birinin lenf nodu tutulumlu tutulumsuz yaygın veya ilerlemiş hastalığı
<b>A</b>	Semptom yok
<b>B</b>	Altı ayda açıklanamayan %10'dan fazla kilo kaybı Açıklanamayan 38°C üzerinde ateş Gece terlemesi
<b>X</b>	Masif kitle Nodal kitlenin $\geq 10$ cm olması Mediastinal kitlenin en geniş yatay çapının toraksın T5 –T6 daki yatay çapına oranının 0.33 den büyük olması
<b>E</b>	Sınırlı lenf dışı organ tutulum

Ann Arbor sınıflamasında, lenf bezleri, waldeyer halkası, timüs ve dalak nodal alanları oluştururken, kemik iliği, kemik, gastrointestinal sistem (GİS), deri merkezi sinir sistemi, akciğerler, üreme organları, adneks, karaciğer, böbrekler, uterus vb organlar ise ekstranodal alanları oluşturmaktadır (Çapkinoğlu, 2015).

### 1.3.3.Tedavi

HL'li çocuklar kapsamlı bir pediatrik onkoloji merkezinde tedavi edilmelidir. Geleneksel olarak tedavi; kemoterapi ve radyoterapi kombinasyonundan oluşmaktadır. HL'deki yüksek kür oranları, MOPP (mekloretamine, vinkristin, prokarbazine, ve prednizon) ve ABVD (doksorubisin, bleomisin, vinblastine ve dakarbazin) gibi geleneksel KT ve RT kombinasyonları ile sağlanır (Dörffel, 2013).

Klasik HL risk belirleme: genellikle risk grubuna göre bir tedavi yaklaşımı kullanılmaktadır. Yüksek orta ve düşük riskli tanımlamaları merkezi ve çalışmaya göre değişiklik gösterse bile genelde çocuk adölesanda sınıflama, Ann Arbor evresine ve bulky hastalık varlığı esasına dayanmaktadır.

Düşük risk; Bulky hastalık olmayan evre IA ya da IIA hastalık (Bulky olmayan evre IA ve IIA hastalık gruba dahildir ancak, bazı çalışmalar, seçilmiş evre IIIA hastalarda dahil edilmiştir)

Orta Risk: Evre IB ya da IIB: Bulky olan evre IA ya da IIA, bulky hastalıktan bağımsız evre IIAE, IIIA ya da IVA hastalık

Yüksek risk: Evre IIIByada IVB hastalık

Düşük risk grubu içinde tedaviye erken yanıt veren hastaların radyoterapi verilmeyenlerde sağ kalımın azalmadığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Randomize olmayan prospektif uluslararası bir çalışma (GPOH-HD95) OEPA veya OPPA ile başlangıç tedavisini aldıktan sonra PET/BT'de tam yanıt gösteren erken evre HL'li çocuklarda radyasyon verilmemesinin sağkalımı kısıltmadığı gösterilmiştir. Orta riskli hastalık; evre IB veya IIB; bulky olan evre IA veya IIA; bulk'tan bağımsız olarak evre IIAE, IIIA veya IVA hastalığı içerir. Güncel tedavi stratejileriyle olaysız sağkalım yaklaşık %85 ve genel sağkalım yaklaşık %93'tür. Yüksek riskli hastalık; evre IIIB ve IVB olanlar yüksek riskli veya ileri evre HL olarak adlandırılır. Güncel tedavi stratejileriyle olaysız sağkalım yaklaşık %83 ve genel sağkalım yaklaşık %94'tür (Ersoy, 2019).

#### **1.4.Hodgkin Dışı Lenfoma**

Hodgkin dışı lenfomalar (NHL); B, T ve doğal öldürücü hücrelerden köken alan, klonal lenfoid sistem tümörleridir. NHL'lar hematolojik tümörler arasında klinik davranış, morfoloji, hücre kökeni, etyoloji ve patogenezi yönünden çok heterojen bir hastalık grubunu oluşturur (Akçay, 2011).

Günümüzde lenfomalar hastalık kaynaklı hücre tiplerine (T veB lenfosit yada NK hücreleri) differansiasyon evrelerine, patofizyolojilerinin farklı moleküler mekanizmalara tutulum şeklinin nodal veya ektranodal olmasına, klinik seyrinin agresif ya da yavaş seyirli olmasına ve lokal veya yaygınlık durumuna göre belirlenmektedir. Sayılan bu değişkenler prognoz ve tedaviyi büyük ölçüde etkilemektedir. Bu durum hodgkin dışı lenfomaların sınıflandırılması için önemli bir tartışma konusu olmuştur (Weiss, 2000). Dünya Sağlık Örgütü sınıflandırmayı B,T/NK ve HL olarak üç ana grupta incelemiştir.

Dünya sağlık örgütünün sınıflandırması aşağıdaki tabloda sunulmuştur

**Tablo 1.3.** Dünya Sağlık Örgütü'nün Lenfoid Neoplazileri sınıflandırması

<b>B HÜCRE NEOPLAZİLERİ</b>	<b>T VE NK HÜCRE NEOPLAZİLERİ</b>
<p><b>Prekürsör B Hücre Neoplaziler</b> Prekürsör B hücreli lenfoblastik Lösemi/Lenfoma</p> <p><b>Olgun B Hücre Neoplazileri</b> <b>Predominant Dissemine/Lösemik Neoplaziler</b> -Kronik Lenfositik Lösemi/ Küçük Lenfositik Lenfoma -B-hücreli Prolenfositik Lenfoma -Lenfoplazmositik Lenfoma/ Waldenström Makroglobulinemisi -Splenik Marjinal Zon B-hücreli Lenfoma -Hairy-cell (tüylü hücreli) Lösemi -Plazma Hücre Neoplazileri *Plazma Hücreli Myelom *Plazmositom *Monoklonal İmmunoglobulin Depo Hastalığı *Ağır Zincir Hastalığı</p> <p><b>Primer Ekstranodal Neoplaziler</b> -Ekstranodal Marjinal Zon B-hücreli Lenfoma (MALT lenfoma) -Mediastinal (Timik) Büyük B-hücreli Lenfoma -İntravasküler Büyük B-hücreli Lenfoma -Primer Efüzyon Lenfoması -Lenfomatoid Granülomatozis</p> <p><b>Predominant Nodal Neoplaziler</b> -Nodal Marjinal Zon B-hücreli Lenfoma -Foliküler Lenfoma -Mantle cell Lenfoma -Büyük B-hücreli Lenfoma -Burkitt Lösemi/Lenfoma</p>	<p><b>Prekürsör T Hücre Neoplaziler</b> Prekürsör T hücreli lenfoblastik Lösemi/ Lenfoma</p> <p><b>Olgun T Hücre Neoplazileri</b> <b>Predominant Dissemine/Lösemik Neoplaziler</b> -T-hücreli Prolenfositik Lenfoma -T-hücreli Large Granüler Lenfoma -Agresif NK hücreli Lösemi -Erişkin T hücreli Lösemi/Lenfoma</p> <p><b>Primer Ekstranodal Neoplaziler</b> -Ekstranodal NK/T hücreli Lenfoma, Nazal Tip -Enteropati-tip T hücreli Lenfoma -Hepatosplenik T hücreli Lenfoma -Subkutan Pannikülit-benzeri T hücreli Lenfoma -Blastik NK hücreli Lenfoma -Mycosis Fungoides/Sezary Sendromu -Primer Kutanöz CD-30 pozitif T hücreli -Lenfoproliferatif hastalık</p> <p><b>Predominant Nodal Neoplaziler</b> -Anjiyoimmunoblastik T hücreli -Lenfoma Periferik T hücreli Lenfoma, belirtilmemiş -Anaplastik Büyük Hücreli</p>
<b>HODGKİN LENFOMA</b>	
<p><b>Nodüler Lenfositten Baskın HL</b> <b>Klasik HL</b> -Nodüler Skleroz Hodgkin Lenfoma -Miks Hücreli Hodgkin Lenfoma -Lenfositten Zengin Hodgkin Lenfoma -Lenfositten Fakir Hodgkin Lenfoma</p>	

Dünya sağlık örgütü'nün bu sınıflandırmasında lenfomalar kendi içinde fazlaca alt gruplar içermesi klinik pratikte kullanılmasını güçleştirmektedir. Günlük pratikte NHL'lar klinik özellik ve tedavi seçimlerine göre yavaş seyirli (indolan) ve hızlı seyirli (agresif) olmak üzere 2 ana başlık altında gruplandırılmıştır (Chan, 2001).

Bu gruplandırmanın şematik gösterimi aşağıdaki tabloda sunulmuştur

**Tablo 1.4.** Biyolojik davranışa göre lenfomalar

<b>İndolant Lenfomalar</b>	<b>Agresif Lenfomalar</b>
Marjinal Zon Lenfoma -Maltoma Zon Lenfoma -Splenic Marjinal Zon Lenfoma -Nodal Marjinal Zon Lenfoma	Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma
B Hücreli Kronik Lenfositik Lösemi/ Küçük Lenfositik Lenfoma	Mantle Hücreli Lenfoma (Subtipleri indolant yada agresif klinik seyir gösterebilir)
Lenfoplazmositik Lenfoma	Burkitt Lenfoma
Folikül Merkezli Lenfoma, Foliküler Tip	Prekürsör B Hücreli Lösemi/Lenfoma

#### **1.4.1.Hodgkin dışı lenfoma Etiyoloji ve Epidemiyolojisi**

Günümüzde teknolojik gelişmelerle tüm HDL'lerin %90'lık kısmında sitogenetik bozukluğun olduğu görülmektedir. Kromozom anomalilerin hastalık oluşumunda üstlendiği rol kesin olarak bilinmemektedir, lakin onkogen ve antionkogenler bu kromozom anomalileriyle tümör oluşumundaki etkisinin olduğu düşünülmektedir. İmmun sistemi baskılanan hastalarda HDL'nin sık geliştiği görülürken, kalp ve böbrek transplant hastalarında HDL sıklığının çok oluşu buna örnek olarak gösterilebilir. Dolayısıyla lenfoma gelişiminde immün regilasyon bozukluğunun önemli rolü olduğu düşünülmektedir. HDL tümör hücrenin DNA'sında EBV sıklıkla saptanmaktadır (Montoto, 2012; Chang, 2006).

NHL'nin görülme sıklığı, coğrafi bölge, infeksiyöz etkenler, yaş ve ırka göre değişiklik gösterebilmektedir. Lenfomala hastaların %75'lik kısmı NHL'lerden oluşmaktadır (Kopan, 2018). NHL'lar görülen bütün kanser türlerinde %2.8'lik kısım hemotolojik kanserlerden en sık görülenidir. NHL'ın yaklaşık %80'i B hücre kökenli iken %20'lik kısmı T ve NK hücre kökenli olduğu bilinmektedir. B hücreli lenfoma içinde, DBBHL yaklaşık %30-35'i oluşturmakta ve en sık görülen tip olmaktadır. Gelişmiş ülkelerde ise folliküler lenfoma %25'lik kısımda ikinci en çok rastlanan tip olarak bilinmektedir. NHL cinsiyet açısından farklılık göstermeden hızlı artışını devam ettiren kanser türüdür (Ades, 2010). Son yirmi yılda NHL insidansının dünya genelinde %3-5 arasında arttığı görülmektedir. ABD'lerinde her yıl 60 bin yeni tanı konulmaktadır. NHL insidansı batı toplumlarında, Avrupa ve Asya ülkelerine oranla daha fazla görülmektedir. Ayrıca NHL görülme sıklığının yaşa göre artış gösterdiği de bilinmektedir. 65 yaş altında, 100 binde 9.6 oranında görülürken, 65 üstü yaş grubunda 100 binde 87.2 olarak görülmektedir. Türkiye açısından elimizde yeterli ve sağlıklı

verilerin olmamasına rağmen, NHL tüm lenfomaların yaklaşık %80'ini kapsamaktadır. NHL'lar, gelişmiş ülkeler ve batı toplumuyla kıyaslandığında, Türkiye'de on yaşa kadar daha erken görülmektedir ve erkeklerde kadınlara oranla insidansı (erkeklerde 2.1, kadınlarda 1.2) daha fazladır (Paydaş, 2004; Müller 2005).

#### 1.4.2. Hodgkin Dışı Lenfoma Klinik Bulgular

Hodgkin dışı lenfomalı vakaların çoğu ağrısız lenfadenopati görülmekte, inaktif seyirli lenfomalarda kemik iliği tutulumuna yatkınlığı bulunmaktadır. Vakalarda gece terlemesi, ateş, kilo kaybı hastaların %25'inden az kısmında bulunarak, ilerki evre kötü prognozla beraber seyretmektedir. Kemik, waldeyer halkası, mide, akciğer cilt, tükürük bezleri, santral sinir sistemi en yaygın ektranodal tutulum bölgeleridir. Tutulumun gerçekleşmesiyle zaman içinde genelde kemik ve göğüs ağrısı, öksürük, abdominal ağrı, karında şişlik, dolgunluk hissi, döküntü veya deride şişlikler ve bölgesel semptomlar gelişebilmektedir. Hodgkin lenfomada, hastalık yayılımı yakın organlar aracılığıyla gelişirken, HDL ise genellikle hematojen yollarla gerçekleşmektedir. Mediastinal tutulum %20 oranında görülerek akciğerde parankim lezyonu seyrek izlenmektedir. Lenfatik drenaj bozulması veya malign hücrelerin plevre tutulumu neticesinde, plevrada sıvı birikmesi görülmektedir (Erol, Aktaş, Arıoğlu vd, 2008).

Hodgkin lenfoma ve Hodgkin dışı lenfoma arasında bir takım farklılıklar vardır. Bu farklılıklar aşağıdaki şekilde sunulmuştur (Ören, Akay, Sanal, 2012).

**Tablo 1.5.** Hodgkin lenfoma ve Hodgkin dışı lenfoma arasındaki farklar

<b>Hodgkin Lenfoma</b>	<b>Hodgkin dışı lenfoma</b>
Reed-Stenberg adlı, hastalığa özgü bir hücre ile karakterizedir.	Hastalık, köken aldığı neoplastik lenfoid hücrenin olgunluk düzeyine göre farklı morfolojide olabilir.
Genellikle tek bir odakta başlar ve görülen yayılma genellikle yavaştır.	Birçok periferik odakta aynı anda bulunabilir.
Düzenli bir biçimde yayılır.	Düzensiz yayılım gösterir.
Ektranodal yayılıma nadiren rastlanır.	Ektranodal yayılım daha sık görülebilir.
Hastalığın tedavi başarısı genellikle yüksektir.	Hücre tipine ve agresif özelliğine göre tedavi başarısı değişkendir.

## **1.5.Fonksiyonel Durum**

Fonksiyonel durum, kişinin beden, ruh ve sosyal olarak iyilik düzeyinin bir göstergesidir. Fonksiyonel durumu kişinin kendisine bakması, kendiyle ilgilenmesi ve fiziksel aktivitelerini gerçekleştirme yetkisi olması olarak tanımlanabilir. Fonksiyonel durum değişik alanlardan oluşmaktadır. Bunlar; fiziksel, psikolojik ve sosyal fonksiyonlardır (Bektaş, Akdemir 2009). Burada fiziksel fonksiyonları, yemek yeme ve yapma, tuvalet ihtiyacı, merdiven çıkmak vs olarak ifade edebiliriz. Psikolojik fonksiyonlar ise, depresyon, anksiyete, özbakım vb davranışları kapsamakta iken, sosyal fonksiyonlar ise insanlar arası ilişkileri ve sosyal kaynakları, toplumsal rolleri kapsamaktadır (Özer, 2003).

Fonksiyonel durum kavramının genellikle sağlık durumunu veya yaşam kalitesini konu alan çalışmalarda, bu kavramlarla birlikte olarak anıldığı görülmektedir (Knight, 2000; Patrick and Bergner, 1990). Fonksiyonel durum kavramının yaşam kalitesinde mi, yoksa sağlık alanındaki çalışmalarda mı kullanılacağına dair kesin bir fikir yoktur. Dolayısıyla fonksiyonel durum kavramlarının özelliklerine göre ayrılması mümkündür. Fonksiyonel durum kavramı objektif bir kavram olarak, normal beklentilerle performans arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Bu nedenle fonksiyonel durumun ölçülmesi, bireysel performans düzeyinin incelenerek değerlendirilmesiyle mümkündür. Fonksiyonel durumun belirleyicileri hastalık semptomlarıdır. Akut ve kronik hastalık, fonksiyonun bozulmasına yol açan ilaç kullanımı fonksiyonel sağlık durumlarını etkilemektedir (Schlenk 1998; Wensing 2001).

### **1.5.1. Fonksiyonel Durumun Değerlendirilmesi**

Değişik hastalıklar ve tedavi yöntemlerinin kişinin fonksiyonel durumunu büyük ölçüde etkilemekte olduğu, görülmüş ve bu alanda yapılan çalışmalara günden güne önem vermeye başlanmıştır (Molassiotis, 2004). Kronik hastalıkta, sağlığa yönelik yaşam kalitesi çalışmaları önem kazanmaktadır. Onkolojik hastalıklar yaşam kalitesi ve fonksiyonel durumun önemli olduğu hastalık grubunun başındadır. Sağlık bakımı alanında fonksiyonel durumun ölçümüne yönelik çalışmaların hızlı gelişim göstermesi, hastalık ve bakımın hastalara olan etkisinin tespit edilmesidir.

Son yıllardaki bilimsel araştırmaların büyük kısmında fonksiyonel durum araştırılarak, geçerliği ve güvenilirliği saptanmış ölçekler yardımıyla hastalar fiziksel,

psikolojik ve sosyal açıdan incelenerek, hastalık ve tedavi yöntemlerinin hastalara etkileri değerlendirilmektedir. Bu bilimsel araştırma sonuçlarına göre, hastalık ve tedaviye has girişimler, tedavi süresince fonksiyonel durumun sürdürülmesi için hastalara verilmesi gereken bakım ve eğitim planlanmaktadır (Can ve ark. 2003).

Kanserli bireylerde fonksiyonel durum büyük önem taşımaktadır. Kanser meydana getirdiği fiziksel, psikolojik ve sosyo-ekonomik bir takım sorunlardan dolayı kişinin yaşam süresi olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Dolayısıyla yaşamdan alınacak doyum ve tatmini, yaşam kalitesini azaltmaktadır (Akyol, 1993). Kanser tanılı bireylerde, gerek hastalığın gerekse tedavi sürecine bağlı olarak, öksürük, hemoptize, ağrı, yorgunluk, halsizlik, kilo kaybı, uykusuzluk vb durumlar ortaya çıkmaktadır. Buna ek olarak saçların dökülmesi kemoterapi tedavisinde ataksi ve periferik nöropati, afazi, vb değişiklikler meydana gelmektedir. Dolayısıyla hastalarda anksiyete, korku, depresyon, ümitsizlik, sosyal çevreyle ilişkilerin bozulması vb sorunlar meydana gelmektedir (Akdemir ve Birol 2003).

#### **1.6.Kansere Bağlı Yorgunluk Nedenleri**

Kansere bağlı yorgunluğun bir çok nedeni olabilmektedir ve yorgunluğun bağımsız semptom olarak nadiren görüldüğü bilinmektedir. Kanser farklılığı vakalardaki yorgunlukta çeşitliliğine yol açmaktadır. Kanserli vakalarda yorgunluğun gelişimine neden olan birçok durumdan söz edilebilir. Bunları genelleyecek olursak; anemi, uyku bozuklukları, depresyon, endokrin, kardiyovasküler ve karaciğer hastalıkları vb örnek olarak gösterilebilir. Klinik durumlarda acilen tanılanarak tedaviye geçilmelidir (Giacalone vd, 2013).

Kanserli vakalarda yaşa paralel olarak anemi sıklığı ve prevalansı görülmektedir. Yaşlı hastalarda anemi, mortalite için bağımsız bir risk faktörü olarak görülebilir. Yapılan çalışmalara göre, yaşlı popülasyonunda aneminin üçte biri beslenmeyle (B<sub>12</sub>, demir ve fosfat)eksikliği kaynaklı, üçte biri kronik hastalık anemisi, diğer üçte biri ise sebebi belli olmayan anemi olarak görülmektedir (Erkan, Muslu ve Sandıkçı, 2010). Kanser vakalarında yorgunluğun bir başka etkeni ise yaşa bağlı olarak depresyondur. Yaşam kalitesi, öz bakım gücünü direkt etkileyen depresyon vakaların yorgunlukta önemli rol oynamaktadır (Mitchell vd, 2011). Kanser hastalarında görülen yorgunluğun bir başka belirleyicisi de uyku düzenindeki bozulmalardır. Nitekim kanserli hastalarda



uyku düzensizliklerinin mortalitenin artmasına neden olduğu bilinmektedir (Yavuzşen, Alacacioğlu, Çeltik ve Yılmaz, 2014).

Kanserin neden olduğu kaşeksi, genelde yorğunluğun gelişmesine sebep olan faktörler arasındadır. Nitekim bazı kanser türlerinde yorğunluğa sebep olduğu düşünülen sitokin adı verilen protein salgılanmaktadır. Sitokinler, açlığın hipotalamik kontrolüne ve kaşeksi gelişmesine katkı sağlayabilirler. Kemoterapi dışında kullanılan ilaçların da yorgunluk açısından önemli olduğu bilinmektedir. Opioid analjezikler, antidepressanlar, anksiyolitikler, beta blokerler, nöroleptikler vb sedasyon yaparak yorğunluğun oluşmasına zemin hazırlamaktadırlar. Yaşlı hastalarda kansere bağlı yorğunluğun olası etyolojisi aşağıda sıralanmıştır (Karadağ, 2018).

- ✓ Hareketin azalması veya hareketsiz olmaya koşullanma
- ✓ Ağrı, depresyon vb belirti
- ✓ Uyku bozuklukları
- ✓ Anemi sekonder (hematolojik malignite)ya da kemoterapinin yan etkisi
- ✓ Metabolik bozukluklar
- ✓ Dengesiz ve kötü beslenme
- ✓ Tümörle ilişkili durumlar
- ✓ Enfeksiyonlar
- ✓ Cerrahiye kemoterapiye ve radyasyon tevilerine sekonder olarak
- ✓ Santral etkisi olan yada diğer kullanılan ilaçlar
- ✓ Sitokinler

### **1.6.1.Lenfomalı Hastalarda Yorgunluk - Fonksiyonel Durum ve Hemşirelik Bakımı**

Lenfomalı hastalar fiziksel, psikolojik ve sosyo-ekonomik yönden olumsuz etkilenebilmektedir. Ayrıca kanser, bireyin yaşamını kısıtlayarak, yaşamdan doyum almasını engellemekte, fonksiyonel yaşamında zorluklar yaratarak, fonksiyonel durumun kötüleşmesine neden olmaktadır (Can, 2014: 851).

Fonksiyonel durum; biyolojik durum, hastalık ve semptomlarla ilişkilidir. Akut ve kronik hastalıklar, yaşlılık, sakatlık, fonksiyonu bozacak ilaç kullanımı gibi durumlarda hastaların fonksiyonel sağlık durumları kötüleşmekte ve yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmektedir. Fonksiyonel durum hastanın normal günlük yaşam

aktivitelerini yerine getirmesi, temel gereksinimlerini karşılaması, günlük rollerini gerçekleştirmesi, sağlık ve iyilik durumunu sürdürmesidir. Fonksiyonel durum hastanın tıbbi, emosyonel ve bilişsel sağlığı ile ilişkilidir. Hastalığın varlığı, hastaların günlük sorumluluklarını yerine getirebilmelerini engellemekte ve bu sorumlulukların yerine getirilememesi emosyonel sorunlara neden olmaktadır. Fonksiyonel durum sağlığın algılanması, biyolojik ve psikolojik rahatsızlıklar, hastalık semptomları gibi durumlardan etkilenmektedir (Bektaş, 2006).

Kanser hastalarında anemi, trombositopeni, nötrofeni-lökopeni, mukozit, bulantıkusma, iştahsızlık- anoreksia, cilt problemleri, yorgunluk-halsizlik, ağrı, alopesi, diyare, konstipasyon, uykusuzluk, anksiyete-depresyon, organ toksisiteleri ve cinsel problemler gibi sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Tüm bu semptomlar bireylerin fonksiyonel durumunu bozmaktadır (Akdemir, 2003).

Hemşirelerin, lenfomalı hastaların fonksiyonel durumlarını değerlendirmeleri, hastalara verilecek bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin içeriğinin belirlenmesinde, hastaların fonksiyonel yeteneğini, esenlik ve genel sağlık anlayışını geliştirebilecek tedavi ve bakım programlarının seçilmesinde, hastaların tedavi ve bakım programına uyumlarının artırılmasında, hastalığın ve tedavilerin olumsuz etkilerinin azaltılmasında ve yaşam kalitesinin artırılmasında önemli bir yere sahiptir (Bolaban, 2013).

Yorgunluk yaşayan hastaya hemşirelik bakımı verilirken dikkat edilmesi gereken hususları şu şekilde sıralamak mümkündür: (Erişen, 2019)

- Yorgunluğa yol açan faktörün ortadan kaldırılması veya azaltılması
- Hastanın günlük enerjisini izleyerek, aktivite programını oluşturması
- Günlük aktivitelerin yapıldığında enerjisini koruma teknikleri öğretilmesi
- Hastanın stresleri azaltılarak egzersiz yapmanın yorgunluk üzerinde etkili olacağı öğretilerek, yapmaya yönlendirilmesi.
- Hastanın bireysel yetenekleri ve ilgi alanlarını ifade etmesi sağlanarak, yaşamış olduğu yorgunluğu ifade etmesi sağlanması.

Hastanın fonksiyonel durumunun iyileştirilmesinde hemşire, hastanın öz bakımını yapabilmesi ve sosyal rolünü yerine getirmesi ölçülebilir, takip tedavisi düzenlenebilir, desteğe ihtiyacı olan hastalara yönlendirme yapılabilir ve hastanın fonksiyonel durumunun iyileşmesine katkı sağlanabilir (Bektaş ve Akdemir 2009).

Kanserli hastalarda fonksiyonel durumun iyileştirilmesi için hemşirenin yapması gerekenler;

- Hastalığa ve tedaviye bağlı fiziksel, psikolojik ve sosyal fonksiyonlarda yaşadığı sorunların incelenerek, çözüm önerilerin oluşmasını sağlamak

- Hastalık ve tedavi sürecinde meydana gelen semptomların giderilmesine yönelik önlemler alınmasını sağlamak

- Ekip çalışması anlayışıyla fonksiyonel durumun iyileşmesini amacıyla tedavi ve bakımın planlanmasına katkı sağlamak

- Hasta yakınlarına konuyla ilgili bilgiler vermelidir

- Hasta ve yakın çevresini destek grup terapilerine katılmasını sağlamaları sıralanabilir. (Yayan, 2019).

### **1.7.Hemşirelerin Fonksiyonel Durumu Değerlendirmedeki Rollerini**

Hemşireler; semptomları kontrol altına almakta, hastaların duyguları ve düşüncelerini paylaşma noktasında, fonksiyonel durumun değerlendirilmesinde büyük önem taşıdığı bilinmektedir. Hastanın fonksiyonel durumunun değerlendirilmesiyle, kendi öz bakımını yapabilme becerisi ve sosyal rollerini yerine getirme seviyesinin belirlenmesinde hemşirenin büyük rolü vardır. Hastaların bir çok davranışına önemli etkilerde bulunan hemşireler hastanın ilaçlarını değiştirebilir, psikolojik desteğe ihtiyacı olan hastalarda erken yönlendirmeye yardımcı olabilir, kapsamlı değerlendirmeler yapar, etkili tarama, tedavi ve etkin danışmanlık yöntemiyle, hastanın fonksiyonel durumunun iyileşmesine katkı sağlamaktadır.

Ayrıca fonksiyonel değerlendirme ile bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarda yaşadığı sorunlarla baş etmesine, bireyin toplum içinde daha üretken olabilmesine ve kaliteli bir yaşam sürdürebilmesine yardımcı olunabilir. Bireylerin aile ve sosyal ilişkileri, günlük yaşam aktiviteleri, sağlığı algılayışları, beklentileri gibi konular değerlendirilerek, fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarda gereksinim duydukları konuların ortaya çıkarılabileceği ve fonksiyonel durumlarının en iyi düzeye getirilebileceği düşünülmektedir (Baird 1998, Özer 2003).

Kanser hastalarının ve yakın çevrelerinin fonksiyonel durumlarının iyileşmesi için hemşirelerin yapması gerekenlerden bazıları aşağıda sunulmuştur:

- Kanser hastalarının tanısının konulduğu dönemlerde, vakaya tanı ve tedavi uyumu gibi konularda hastalara yardım eder.
- Kanserli hastaya ve ailesine bir çok konuda sürekli danışmanlık hizmeti vermektedir
- Kanser hastalarının yaşayabilecekleri maddi sıkıntılara çözüm olabilmek için, maddi yardım alabilecekleri kuruluşlara yönlendirme konusunda yardımcı olurlar.
- Hastalık nedeniyle, meydana gelecek psikolojik ve fiziksel rahatsızlıkların saptanması ve semptomlarla başetmede hastaya eğitim vermesi,
- Hastalıkve tedaviye yönelik gelişmelerden hasta ve ailesini bilgilendirme yapması
- Hastalara, hastalıklarıyla başetmesi hususunda poliklinikte çalışan diğer arkadaşlarıyla destek grupları oluşturmaları,

Yukarıda sayılan maddelere ek olarak hastanın ve ailesinin psikolojik iyilik halini yükseltmek için destek gurup terapilerine katılmaları desteklenerek psikiyatri bölümünden danışmanlık almaları konusunda yardımcı olmaktadır (Baird, 1998; McLachlan 1999; Carter, 20001).

Kanser hastalarına bakım sunarken, önemli husus fonksiyonel durumun iyi düzeye ulaşması, hastanın iyilik halinin ve özbakımının artmasını sağlayarak, morbiditenin azaltılması, rehabilitasyon yapılması ve fonksiyonel durumun iyileşmesidir (Beck, 2003).

## **2. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **2.1 Araştırmanın Amacı ve Tipi**

Bu çalışmada amaç; Lenfoma tanısı alan bireylerin yorgunluk düzeyinin belirlenmesi ve fonksiyonel durumun değerlendirilmesidir. Araştırma tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

### **2.2 Araştırmanın Yeri ve Planı**

Araştırmanın yapıldığı yer; Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Hematoloji ve Tıbbi Onkoloji kliniği ve Hematoloji polikliniğinde yapılmıştır. Hematoloji ve Tıbbi Onkoloji kliniği hastanenin 8.katında yer almakta olup 26 yatak kapasitesine sahiptir. Klinikte 15 hemşire, 9 doktor ve 4 personel görev almaktadır. Hematoloji polikliniği hastanenin birinci katında bulunmaktadır.

### **2.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Hematoloji polikliniğine başvuran ve Hematoloji kliniğinde yatan lenfomalı bireyler oluşturmaktadır. Araştırmanın örnekleme ise Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Hematoloji servisinde yatan ve Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Hematoloji polikliniğine başvuran 18 yaşın üzerinde, iletişim kurabilen, bilinci açık, en az bir kür tedavi almış olan, araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 70 lenfoma hastasından oluşmaktadır. Daha önce yapılmış çalışmalardan faydalanılarak, ana kütlemin standart sapması 0,35 ve etki büyüklüğü de (effect size, difference) 0,15 olarak tahmin edilmiştir. %5 önem seviyesinde, testin gücünün  $1-\beta=0,947996$  (%95) olabilmesi için 70 kişi örneklem alınmıştır.

### **2.4. Veri Toplama Araçları**

Çalışma kapsamında kullanılan veri toplama formları araştırmaya dâhil edilen bireylerle Hematoloji polikliniği ve Hematoloji kliniğinde araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Çalışma kapsamında kullanılan anket formları üç tanedir. Bunlar; kişisel bilgi formu, kanser yorgunluğu ölçeği ve fonksiyonel yaşam

ölçeği Kanser (FYÖ-K) dir. Anket formların uygulanma süresi yaklaşık 20-25 dakika olarak belirlenmiştir.

#### **2.4.1.Kişisel Bilgi Formu**

KBF, lenfoma hastalarında yaşanan yorgunluk semptomu ve fonksiyonel durumu etkileyebilecek faktörleri belirlemek amacıyla konu ile ilgili literatür taraması sonucunda oluşturulmuştur (Wang ve ark. 2008, Bektaş ve Akdemir 2006).

Kişisel Bilgi Formunda, bireylerin tıbbi durumları ile ilgili özelliklerini (tanı, tanı süresi, metastaz durumu, tedavi şekli, uygulanan toplam kür sayısı, en son uygulanan kemoterapi zamanı, kanser dışında başka hastalığın varlığı, semptomlar için kullanılan ilaçlar), sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özelliklerini (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek/çalışma statüsü, çalışma durumu, sigara-alkol kullanma durumu, bakmakla yükümlü olunan kişiler, bakımına destek olan kişilerin varlığı, kimlerin yardımcı olduğu, hangi konularda yardım aldığı), labaratuvar bulguları (hb, hct, bun, kreatin) içeren 24 soru bulunmaktadır.

#### **2.4.2.Kanser Yorgunluk Ölçeği (KYÖ)**

KYÖ, Japonya'da Okuyama ve ark. tarafından 2000 yılında geliştirilmiştir. Ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirliği 2018' de Şahin ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçek “fiziksel” (7 madde) (1,2,3,6,9,12,15), “kognitif” (4 madde) (4,7,10,13), “duygusal” (4 madde) (5,8,11,14), 3 alt başlık ve toplam 15 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin analizinde fiziksel durum (madde 1+2+3+6+9+12+15) toplamından 7 çıkarılmasıyla hesaplanır, duygusal durum (madde 5+8+11+14) toplanmasıyla hesaplanır, kognitif durum (madde 4+7+10+13) toplamından 4 çıkarılmasıyla hesaplanır. Toplam puan fiziksel, duygusal, kognitif durumun toplanmasıyla bulunur. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 64, en düşük puan 4'dür. Yüksek puanlar yorgunluğun yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir. KYÖ yorgunluktaki biyo-psiko-sosyal faktörler hakkında bilgi veren bir değerlendirmedir. Kanseri araştırmalarında yaygın olarak kullanılmaktadır.

KYÖ özellikle meme kanserli hastalarda yorgunluk ölçmek için geliştirilmiş bir skala olsa bile, diğer kanser türlerinde ki yorgunluğun tespit edilmesinde de etkili bir skaladır. Her soru için beş noktalı likert ölçeği (1-5) kullanılır. Cronbach alfa değerinin

0.74 olduğu tespit edildi. Kanser yorgunluk ölçeği , kendisinin iyi içsel tutarlılığı ile, diğer kanser tipinden hastalar için kullanışlıdır (Şahin ve ark., 2018). Çalışmada kullanılan bu ölçeğin Cronbach's alpha sayısı 0.70 olarak bulunmuştur.

### **2.4.3.Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Kanser (FYÖ-K)**

FYÖ-K kanserli bireylerde fonksiyonel durumu ve yaşam kalitesini değerlendirmek üzere 1984'te Schipper ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirliği 2006'da Bektaş ve Akdemir tarafından yapılmıştır (Bektaş ve Akdemir 2006). Ölçeğin Cronbach's alfa güvenilirlik katsayısı 0.89 olarak bildirilmiştir. Ölçek “fiziksel fonksiyonlar” (9 madde) (4,6,7,10,11,13,15,20,22), “psikolojik fonksiyonlar” (6 madde) (1,2,3,9,18,21) “genel iyilik hali (kansere ilgili güçlükler)” (3 madde) (8,12,14), “sosyal fonksiyonlar” (2 madde) (16,19), “gastrointestinal semptomlar (bulantı)” (2 madde) (5,17), 5 alt başlık ve toplam 22 sorudan oluşmaktadır. 7'li Likert tipindeki ölçekte katılımcılar her bir maddeyi okuduktan sonra olumludan olumsuz doğru (hiçbir zaman/sürekli, iyi değil/çok iyi, çok yeterli/ çok yetersiz gibi) derecelendirilmiş olan yanıtlardan birini seçerek işaretlemektedir. 2, 3, 6, 9, 10, 12, 14, 16, 18, 19, 21, 22 nolu sorular sütunun sağına doğru olumlu, geri kalan 1, 4, 5, 7, 8, 11, 13, 15, 17, 20 nolu sorular sütunun sağına doğru olumsuz olarak değerlendirilmiştir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 154, en düşük puan 22'dir. Yüksek puanlar fonksiyonel durumun yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir. Çalışmada kullanılan bu ölçeğin Cronbach's Alpha kat sayısı 0.84 olarak bulunmuştur.

### **2.6 Araştırmanın Etik Boyutu**

Çalışmaya başlamadan önce, araştırmanın yürütülmesi için Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Bilimsel Etik Kurulu'ndan, araştırmanın uygulanabilmesi için Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği'nden ve hastalardan yazılı izinler alınmıştır. Araştırmaya başlamadan önce araştırma kapsamındaki hastaların haklarının korunması için araştırmadan çekilebileceklerini belirterek “özerklik” ilkesi, bireysel bilgilerin araştırmacı ile paylaştıktan sonra korunacağı söylenerek “gizlilik ve gizliliğin korunması” ilkesi ve “insan onuruna saygı” etik ilkeleri göz önünde bulundurulmuştur.

Ayrıca elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı belirtilerek “kimliksiz ve güvenlik” etik ilkesi yerine getirilmiştir. Veriler toplanmadan önce hastalar araştırmanın amacı,

uygulama yöntemi ve elde edilmesi planlanan sonuçlar hakkında bilgilendirilerek gerekli açıklamalar yapıldıktan ve soruları yanıtladıktan sonra araştırmaya katılım onayı alınmıştır.

### **2.7.Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırma sonucunda toparlanan veriler SPSS (22.0) programıyla analiz edilmiştir. Verilerin analizi tanımlayıcı istatistik testi kullanılarak sayı ve yüzdeler dağılımları verilmiştir. Veriler Kolmogorov- Smirnov testleriyle normal dağılımda olup olmadığı belirlenmiştir. Verilerin parametrik test koşullarını sağlamamasıyla nedeniyle bağımsız iki grup karşılaştırmasında Man Whitney U testi, bağımsız ikiden fazla grup karşılaştırılmasında Kruskal Wallis tek yönlü varyans analizi testleri kullanılmıştır. Araştırmada değişkenler arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmak için, Pearson Korelasyon testi kullanılmıştır.



### 3.BULGULAR

**Tablo 3.1.** Lenfomalı Bireylerin Demografik Özelliklerinin Dağılımları

<b>Cinsiyet</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Kadın	20	28,6
Erkek	50	71,4
<b>Yaş</b>		
36<	14	20,0
37-47 yaş	25	35,7
48-60 yaş	20	28,6
61 üzeri	11	15,7
<b>Medeni durum</b>		
Bekar	12	17,1
Evli	58	82,9
<b>Eğitim</b>		
Okuryazar değil	7	10,0
Okur –yazar	11	15,7
İlköğretim	28	40,0
Lise	20	28,6
Üniversite	4	5,7
<b>Meslek</b>		
Ev hanımı	18	25,7
Memur	6	8,6
İşçi	6	8,6
Emekli	26	37,1
Serbest meslek	14	20,0
<b>Çalışma saatleri</b>		
Tamgün	7	10,0
Yarım gün - belirli saatlerde	6	8,6
Çalışmıyor	57	81,4
<b>Sigara kullanma durumu</b>		
İçiyor	3	4,3
İçmiyor	45	64,3
Bırakmış	22	31,4

Tablo 3.1 Devamı

<b>Alkol kullanma durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
İçiyor	1	1,4
İçmiyor	61	87,1
Bırakmış	8	11,4
<b>Bakmakla yükümlü olunan kişi</b>		
Yok	15	21,4
Var	55	78,6
<b>Bakıma destek olan kişi var mı</b>		
Evet	66	94,3
Hayır	4	5,7
<b>Bakıma destek olan kimler</b>		
Eş	45	64,3
Çocuk	11	15,7
Akraba	1	1,4
Diğer*	13	18,6
<b>Yardım alınan konular</b>		
Hastaneye gelip gitme	63	90,0
Hastane işlemleri	61	87,1
İlaç alma	57	81,4
Ev işleri	27	38,6
Alışveriş	25	35,7
Beslenme	25	35,7
Bireysel temizlik ve bakım	31	44,3
Maddi destek sağlama	27	38,6
Diğer	3	4,3

\*sağlık çalışanları, komşular

Tablo 3.1’de katılımcıların bazı tanıtıcı özelliklerinin dağılımları incelenmiştir. Buna göre, katılımcıların %71,4’ünün erkek olduğu, % 35,7’sinin 37-47 yaş arasında olduğu, %82,9’unun evli olduğu, %40’ının ilköğretim düzeyinde eğitiminin olduğu, %37,1’inin emekli olduğu, %81,4’ünün çalışmadığı, %64,3’ünün sigara kullanmadığı, %87,1’inin alkol kullanmadığı, %78,6’sının bakmakla yükümlü olduğu kişi olduğu, %94,3’ünün bakımına destek olan kişinin olduğu, %64,3’ünün destek aldığı kişiler eşleri olduğu ve %90’ının yardım aldığı konuların başında hastaneye gidiş geliş olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 3.2.** Lenfomalı Bireylerin Klinik Özelliklerine Dair Bulgular

<b>Tanı süresi</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
1 yıl ve altı	43	61,4
2 yıl	12	17,1
3 yıl ve üzeri	15	21,4
<b>Metastaz</b>		
Var	62	88,6
Yok	8	11,4
<b>Tedavi Şekli</b>		
Kemoterapi	54	77,1
Radyoterapi	2	2,9
Diğer*	1	1,4
Kemoterapi+radyoterapi	4	5,7
Kemoterapi+diğer*	4	5,7
Kemoterapi+radyoterapi+diğer*	2	2,9
<b>Uygulanan Toplam Kür</b>		
1 ve 4 kür	8	11,3
5-7 kür	46	64,8
8 ve üzeri	12	16,9
<b>Son Uygulanan Kemoterapi Zamanı</b>		
1 yıl ve <	10	14,3
2 yıl	41	58,6
3 ve daha fazla	19	27,1
<b>Kanser Dışında Başka Hastalık Varlığı</b>		
Hastalık yok	35	50,0
Hipertansiyon	13	18,6
Koroner arter hastalığı	3	4,3
Solunum sistemi hastalığı	6	8,6
Gastrointestinal sistem hastalığı	1	1,4
Nörolojik sistem hastalığı	3	4,3
Kas-iskelet sistemi hastalığı	2	2,9
Diyabet	8	11,4
Hepatit B / Hepatit C	1	1,4
Diğer (kalp, duyu organları)	6	8,6
<b>Semptomlar İçin Kullanılan İlaçlar</b>		
Analjezik	36	51,4
Antiemetik	42	60,0
Antidepresan	4	5,7
Antibiyotik	12	17,1
Diğer	5	7,1

\*Kök hücre nakli, akıllı molekül

Tablo 3.2’de katılımcıların klinik bilgilerine dair bulgulara yer verilmiştir. Tabloda görüleceği gibi katılımcıların %61,4’ünün tanı süresi 1 yıl ve daha az süredir, %88,6’sında metastaz vardır, %77,1’inin tedavi şekli kemoterapidir, %64,8’inin 5-7 kez kür aldığı, %58,6’sında son kemoterapi uygulama zamanının 2 yıl olduğu, %50’sinin kanser dışında başka hastalığının olmadığı ve %60’ının antiemetik ilaçlar kullandığı görülmüştür.

**Tablo 3.3.** Lenfomalı Bireylerin Cinsiyet açısından Laboratuvar Bulgularının İncelenmesi

		Kadın		Erkek	
		n	%	n	%
HB	Düşük	12	60,0	46	92,0
	Normal	8	40,0	4	8,0
	Yüksek	-	-	-	-
Kreatin	Düşük	-	-	8	16,0
	Normal	16	80,0	39	78,0
	Yüksek	4	20,0	3	6,0
HCT	Düşük	16	80,0	42	84,0
	Normal	4	20,0	8	16,0
	Yüksek	-	-	-	-
BUN	Düşük	-	-	2	4,0
	Normal	19	95,0	41	82,0
	Yüksek	1	5,0	7	14,0

Tablo 3.3’te katılımcıların laboratuvar bulgularının cinsiyet açısından incelenmesine yer verilmiştir. Buna göre HB oranı kadınların %60’ında düşük olduğu, erkeklerde ise %92’lik oranda düşük olduğu görülmektedir.

**Tablo 3.4.** Lenfomalı Bireylerin Kanser Yorgunluğu ve Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Kanser nin İstatistik Verileri

Ölçekler / alt boyutlar	$\bar{x} \pm ss$	En düşük değer	En yüksek değer
<b>Kanser Yorgunluğu (Toplam)</b>	<b>25,01±7,77</b>	<b>10,00</b>	<b>40,00</b>
-Fiziksel durum	10,51±6,46	0,00	26,00
-Duygusal durum	11,57±3,19	4,00	19,00
- Kognitif durum	2,92±2,91	0,00	16,00
<b>Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Kanser</b>	<b>109,54±21,11</b>	<b>66,00</b>	<b>154,00</b>
- Fiziksel fonksiyonlar	42,55±10,20	18,00	63,00
- Psikolojik fonksiyonlar	30,14±7,16	12,00	42,00
- Genel iyilik hali	14,98±3,71	7,00	21,00
- Sosyal fonksiyon	10,12±3,48	2,00	14,00
- Bulantı	11,72±2,67	2,00	14,00

Tablo 3.4’de kanser yorgunluğu ölçeğinin ortalaması 25,01±7,77 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar katılımcıların kanser yorgunluğunu fazla yaşamadığı şeklinde yorumlamak mümkündür.

Çalışma kapsamında kullanılan bir diğer ölçek ise Bektaş ve Akdemir (2006) tarafından güvenilirliği yapılan FYÖ-K (fonksiyonel yaşam ölçeği kanser) kullanılmıştır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 154 en düşük puan ise 22 olarak belirlenmiştir. Puanın yükselmesi fonksiyonel yaşamın yüksek olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda bu ölçek için alınan puan ortalaması 109,54 olarak bulunurken, en düşük değer 66 en yüksek değer 154 olarak tespit edilmiştir. Ortalamaya bakarak katılımcıların fonksiyonel durumun iyi seviyede olduğu şeklinde yorumlamak mümkündür.

**Tablo 3.5.** Lenfomalı Bireylerin Bazı Demografik Özellikleri ve Kanser Yorgunluğu Ölçeği (KYÖ) Puan Ortalamaları arasındaki İlişki

Değişken	Fiziksel durum			Duygusal durum			Kognitif durum		
Cinsiyet	$\bar{x} \pm ss$	Min	Max	$\bar{x} \pm ss$	Min	max	$\bar{x} \pm ss$	Min	max
Kadın	10,50±5,92	2,00	21,00	12,10±3,69	4,00	19,00	2,45±2,25	0,00	7,00
Erkek	10,52±6,72	0,00	26,00	11,36±2,98	4,00	18,00	3,12±3,14	0,00	16,00
Test	MW=0,006; p=0,991			MW=0,763; p=0,386			MW=0,752; p=0,389		
<b>Yaş</b>									
36 ve altı	9,45±6,23	2,00	23,00	12,00±3,92	4,00	17,00	2,36±2,57	0,00	7,00
37-47 yaş	10,42±5,61	4,00	21,00	11,00±3,08	5,00	16,00	3,07±1,77	0,00	6,00
48-60 yaş	8,40±5,64	0,00	19,00	12,08±3,04	4,00	18,00	2,32±2,23	0,00	8,00
61 ve üzeri	13,75±7,20	2,00	26,00	11,11±3,14	7,00	19,00	3,90±4,15	0,00	16,00
Test	<b>KW= 2,861; p=0,043</b>			KW=0,560; p=0,643			KW=1,266; p=0,293		
<b>Medeni Durum</b>									
Bekar	8,25±5,15	2,00	16,00	12,08±4,48	4,00	17,00	2,25±2,09	0,00	5,00
Evlü	10,98±6,64	0,00	26,00	11,46±2,90	4,00	19,00	3,06±3,05	0,00	16,00
Test	MW=1,799; p=0,184			MW=0,368; p=0,546			MW=0,782; p= 0,380		
<b>Eğitim Durumu</b>									
Ok-yaz değil	11,00±6,21	3,00	20,00	10,85±3,18	7,00	15,00	2,85±2,11	0,00	5,00
Ok-yazar	13,27±6,60	3,00	26,00	10,63±2,46	5,00	14,00	2,36±2,65	0,00	7,00
İlköğretim	10,57±6,67	2,00	26,00	11,53±3,39	4,00	19,00	3,75±3,76	0,00	16,00
Lise	9,35±6,37	0,00	23,00	12,05±3,45	8,00	18,00	2,45±1,73	0,00	6,00
Üniversite	7,50±5,44	3,00	15,00	13,25±2,36	10,00	15,00	1,25±1,89	0,00	4,00
Test	KW=0,885; p=0,478			KW=0,699; p= 0,596			KW=1,135; p=0,348		
<b>Çalışma statünüz</b>									
Ev hanımı	11,11±5,53	2,00	21,00	11,61±3,82	4,00	19,00	2,33±2,20	0,00	7,00
Memur	6,67±6,50	1,00	19,00	13,67±3,56	9,00	18,00	2,17±2,56	0,00	6,00
İşçi	9,33±6,95	5,00	23,00	10,17±1,60	8,00	12,00	3,17±1,83	2,00	6,00
Emekli	11,54±7,36	0,00	26,00	10,96±3,26	4,00	16,00	3,35±3,39	0,00	16,00
Serbest	10,00±5,70	2,00	22,00	12,36±2,13	9,00	15,00	3,14±3,42	0,00	12,00
Test	KW=0,796; p=0,532			KW=1,416; p= 0,239			KW=0,437; p=0,781		
<b>Çalışma durumu</b>									
Yarım gün	8,57±4,96	3,00	19,00	12,14±3,48	8,00	17,00	2,00±2,08	0,00	6,00
Tam gün	10,00±8,43	1,00	22,00	12,16±4,83	4,00	18,00	3,50±4,54	0,00	12,00
Çalışmıyor	10,80±6,47	0,00	26,00	11,43±3,01	4,00	19,00	2,98±2,83	0,00	16,00
Test	KW=0,387; p=0,681			KW=0,259; p= 0,772			KW=0,473; p=0,625		

Tablo 3.5 Devamı

Değişken	Fiziksel			Duygusal			Kognitif		
	$\bar{x} \pm ss$	Min	Max	$\bar{x} \pm ss$	Min	max	$\bar{x} \pm ss$	Min	max
İçiyor	11,33±9,29	5,00	22,00	14,33±2,51	2,00	12,00	5,66±5,50	2,00	12,00
İçmiyor	9,71±5,87	1,00	21,00	11,73±3,31	4,00	19,00	2,42±2,18	0,00	7,00
Bırakmış	12,04±7,25	0,00	26,00	10,86±2,86	4,00	16,00	3,59±3,58	0,00	16,00
Test	KW=0,989; p=0,337			KW=1,754; p= 0,181			KW=2,695; p=0,075		
<b>Alkol</b>									
İçiyor	2,00±-	2,00	2,00	16,00±-	16,00	16,00	-	-	-
İçmiyor	10,31±6,45	0,00	26,00	11,63±3,21	4,00	19,00	2,95±3,04	0,00	16,00
Bırakmış	10,12±5,98	5,00	23,00	10,50±2,82	7,00	15,00	3,12±1,80	1,00	5,00
Test	KW=1,577; p=0,214			KW=1,441; p= 0,244			KW=0,517; p=0,599		
<b>Bakmakla Yüklümlü olunan kişi</b>									
Yok	7,80±5,01	2,00	21,00	12,60±4,17	4,00	19,00	2,46±1,99	0,00	7,00
Var	11,25±6,65	0,00	26,00	11,29±2,85	4,00	18,00	3,05±3,12	0,00	16,00
Test	KW=3,490 p=0,066			KW=2,004; p= 0,161			KW=0,475; p=0,493		
<b>Bakımınıza destek olan kişi var mı?</b>									
Evet	10,74±6,54	0,00	26,00	11,42±3,20	4,00	19,00	3,03±2,96	0,00	16,00
Hayır	6,75±3,30	2,00	9,00	14,00±2,16	11,00	16,00	1,25±1,25	0,00	3,00
Test	KW=0,989; p=0,337			KW=1,754; p= 0,181			KW=2,695; p=0,075		
<b>Yardım alınan kişi</b>									
Eş	10,64±6,42	0,00	26,00	11,44±2,45	7,00	16,00	2,84±2,61	0,00	12,00
Çocuk	11,72±8,61	1,00	26,00	11,90±4,61	4,00	19,00	3,63±4,61	0,00	16,00
Akraba	9,00±-	9,00	9,00	14,00±-	14,00	14,00	2,00±-	2,00	2,00
Diğer	9,15±4,82	2,00	16,00	11,53±4,27	4,00	17,00	2,69±2,32	0,00	7,00
Test	KW=0,336; p=0,800			KW=0,249; p= 0,862			KW=0,282; p=0,838		

Tablo 3.5’de katılımcıların bazı tanıtıcı özelliklerinin kanser yorgunluğu ölçeğine göre farklılaşma durumu incelenmiştir. Bu inceleme sonucunda, katılımcıların cinsiyetlerinin ölçek alt boyutlarına göre farklılığı istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p>0.05$ ). Katılımcıların yaş gruplarının ölçek alt boyutu olan fiziksel boyutuna göre farklılaşması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.043$ ;  $p<0.05$ ). Katılımcıların eğitim durumlarının ölçek alt boyutlarına göre farklılığı istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p>0.05$ ). Katılımcıların çalışma durumları ve pozisyonlarının ölçek alt boyutlarına göre farklılığı istatistiksel olarak anlamsız

bulunmuştur ( $p>0.05$ ). Yine benzer şekilde sigara ve alkol kullanma durumlarının da ölçek alt boyutlarına olan farklılığı istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p>0.05$ ). Katılımcıların bakmakla yükümlü olduğu kişinin olması durumunun da, ölçek alt boyutlarına göre farklılığı istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ( $p>0.05$ ). Bakıma destek olan kişi sayısının ve yardım alınan kişinin de ölçek alt boyutlarına göre farklılığı istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ( $p>0.05$ ).





**Tablo 3.6.** Lenfomalı Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerin Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Cinsiyet	Fiziksel fonksiyonlar			Psikolojik fonksiyonlar			Genel İyilik hali			Sosyal Fonksiyon			Bulantı		
	$\bar{x}$ =ss	Min	max	$\bar{x}$ =ss	Min	max	$\bar{x}$ =ss	Min	max	$\bar{x}$ =ss	Min	max	$\bar{x}$ =ss	Min	max
Kadın	43,60±9,06	26,00	63,00	29,95±7,78	16,00	42,00	15,35±3,68	10,00	21,00	10,95±3,36	3,00	14,00	11,75±3,16	2,00	14,00
Erkek	42,10±10,67	18,00	63,00	30,22±6,98	12,00	42,00	14,84±3,75	7,00	21,00	9,80±3,51	2,00	14,00	11,72±2,49	6,00	14,00
Test	MW=0,290; p=0,592			MW=0,020; p=0,888			MW=0,266; p=0,608			MW=1,565; p=0,215			MW=0,002; p=0,967		
<b>Yaş</b>															
36 <	40,00±11,16	23,00	59,00	31,27±7,42	18,00	42,00	15,09±4,21	7,00	21,00	11,27±3,23	5,00	14,00	12,64±1,80	10,00	14,00
37-47 yaş	42,36±8,28	26,00	54,00	29,07±6,50	16,00	39,00	13,71±2,67	10,00	19,00	9,93±3,81	3,00	14,00	10,50±3,48	2,00	14,00
48-60 yaş	45,28±10,60	24,00	63,00	32,48±7,70	12,00	42,00	15,32±4,00	9,00	21,00	10,00±3,63	2,00	14,00	11,60±2,52	6,00	14,00
61 >	40,70±10,31	18,00	60,00	27,35±6,07	17,00	42,00	15,40±3,78	9,00	21,00	9,80±3,35	4,00	14,00	12,25±2,47	6,00	14,00
Test	KW=1,049; p=0,377			KW=2,203; p=0,096			KW=0,690; p=0,61			KW=0,496; p=0,705			KW=1,732; p=0,169		
<b>Medeni durum</b>															
Bekar	43,83±9,74	26,00	59,00	31,08±8,26	12,00	42,00	15,75±3,22	10,00	21,00	10,50±3,34	4,00	14,00	11,50±2,75	6,00	14,00
Evli	42,29±10,36	18,00	63,00	29,95±6,98	14,00	42,00	14,83±3,82	7,00	21,00	10,05±3,54	2,00	14,00	11,78±2,68	2,00	14,00
Test	MW=0,224; p=0,621			MW=0,247; p=0,621			MW=0,609; p=0,438			MW=0,162; p=0,688			MW=0,104; p=0,748		
<b>Eğitim Durumu</b>															
Ok.ya. değil	45,14±5,73	39,00	55,00	30,00±3,51	24,00	34,00	16,57±3,36	14,00	21,00	11,43±3,46	4,00	14,00	9,71±4,57	2,00	14,00
Okur-yazar	42,36±11,14	26,00	59,00	28,09±5,61	20,00	36,00	14,45±3,78	10,00	21,00	10,09±3,08	5,00	14,00	11,73±2,69	6,00	14,00
İlköğretim	41,43±10,67	18,00	63,00	31,64±8,38	14,00	42,00	14,50±3,67	9,00	21,00	9,79±3,87	2,00	14,00	11,93±2,42	6,00	14,00
Lise	43,35±11,18	23,00	63,00	28,90±7,23	12,00	40,00	15,35±3,98	7,00	21,00	9,95±3,56	4,00	14,00	11,90±2,17	8,00	14,00
Üniversite	42,50±8,10	32,00	51,00	31,75±6,24	28,00	41,00	15,25±4,03	12,00	21,00	11,25±1,50	9,00	12,00	13,00±2,00	10,00	14,00
Test	KW=0,219; p=0,927			KW=0,721; p=0,580			KW=0,533; p=0,712			KW=0,413; p=0,799			KW=1,300; p=0,279		

Tablo 3.6 devamı

Çalışma Poz	Fiziksel fonksiyonlar			Psikolojik fonksiyonlar			İyilik			Sosyal Fonksiyon			Bulantı		
	$\bar{x}$ =ss	Min	max	$\bar{x}$ =ss	Min	max	$\bar{x}$ =ss	Min	max	$\bar{x}$ =ss	Min	max	$\bar{x}$ =ss	Min	max
Ev hanımı	41,56±8,00	26,00	55,00	28,44±7,22	16,00	42,00	14,67±3,34	10,00	21,00	10,56±3,47	3,00	14,00	11,50±3,24	2,00	14,00
Memur	46,00±14,48	23,00	63,00	34,33±7,06	25,00	41,00	17,33±4,50	10,00	21,00	12,67±2,42	8,00	14,00	12,50±1,76	10,00	14,00
İşçi	41,83±10,50	23,00	54,00	30,33±7,17	18,00	39,00	13,50±4,04	7,00	19,00	11,50±3,51	5,00	14,00	11,33±2,16	8,00	14,00
Emekli	42,46±11,49	18,00	63,00	28,85±6,99	12,00	42,00	15,04±3,96	9,00	21,00	9,42±3,56	2,00	14,00	12,19±2,19	8,00	14,00
Ser. meslek	42,86±9,19	30,00	59,00	32,86±6,94	21,00	42,00	14,93±3,27	9,00	21,00	9,21±3,40	4,00	14,00	11,00±3,26	6,00	14,00
Test	KW=0,215; p=0,929			KW=1,526; p=0,205			KW=0,867; p=0,489			KW=1,660; p=0,170			KW=0,631; p=0,641		
<b>Çalışma Süresi</b>															
Tamgün	42,29±9,55	23,00	51,00	33,14±5,96	25,00	41,00	14,86±3,34	10,00	21,00	11,86±2,34	8,00	14,00	11,00±2,52	8,00	14,00
Yarım gün	42,33±12,61	24,00	58,00	29,17±8,40	14,00	38,00	15,17±4,79	9,00	21,00	10,50±3,08	6,00	14,00	10,33±2,58	6,00	14,00
Çalışmıyor	42,61±10,21	18,00	63,00	29,88±7,20	12,00	42,00	14,98±3,71	7,00	21,00	9,88±3,62	2,00	14,00	11,96±2,69	2,00	14,00
Test	KW=0,005; p=0,995			KW=0,702; p=0,449			KW=0,011; p=0,989			KW=1,042; p=0,358			KW=1,310; p=0,277		
<b>Sigara kullanma durumu</b>															
İçiyor	46,00±7,21	40,00	54,00	32,00±5,29	26,00	36,00	16,67±2,08	15,00	19,00	11,67±3,21	8,00	14,00	11,67±2,08	10,00	14,00
İçmiyor	42,75±8,95	23,00	63,00	30,33±7,09	12,00	42,00	14,82±3,72	9,00	21,00	10,27±3,59	2,00	14,00	11,58±2,94	2,00	14,00
Bırakmış	41,68±12,89	18,00	63,00	29,50±7,71	14,00	42,00	15,09±3,94	7,00	21,00	9,64±3,37	4,00	14,00	12,05±2,19	7,00	14,00
Test	KW=0,255; p=0,776			KW=0,200; p=0,819			KW=0,352; p=0,704			KW=0,538; p=0,586			KW=0,222; p=0,804		
<b>Alkol Kullanma</b>															
İçiyor	57,00±-	57,00	57,00	32,00±-	32,00	32,00	17,00±-	17,00	17,00	8,00±-	8,00	8,00	14,00±-	14,00	14,00
İçmiyor	42,62±9,67	18,00	63,00	30,31±6,61	14,00	42,00	15,14±3,62	9,00	21,00	10,59±3,24	3,00	14,00	11,68±2,68	2,00	14,00
Bırakmış	40,25±13,68	23,00	63,00	28,62±11,28	12,00	42,00	13,50±4,50	7,00	21,00	6,87±3,87	2,00	14,00	11,75±2,81	7,00	14,00
Test	KW=1,216; p=0,303			KW=0,225; p=0,799			KW=0,840; p=0,436			<b>KW=4,642; p=0,013</b>			KW=0,361; p=0,696		
<b>Bakmakla Yükümlü Olunan Kişi</b>															
Var	46,67±11,09	26,00	63,00	33,87±7,61	17,00	42,00	16,33±3,92	10,00	21,00	11,47±3,20	3,00	14,00	12,33±1,99	10,00	14,00
Yok	41,44±9,75	18,00	63,00	29,13±6,76	12,00	42,00	14,62±3,61	7,00	21,00	9,76±3,50	2,00	14,00	11,56±2,83	2,00	14,00
Test	MW=3,196; p=0,078			<b>MW=5,489; p=0,022</b>			MW=2,567; p=0,114			MW=2,885; p=0,094			MW=0,975; p=0,327		
<b>Bakınıza destek olan kişi var mı?</b>															
Evet	41,85±9,97	18,00	63,00	29,74±7,14	12,00	42,00	14,95±3,82	7,00	21,00	10,18±3,47	2,00	14,00	11,80±2,67	2,00	14,00
Hayır	54,25±6,90	44,00	59,00	36,75±3,77	32,00	41,00	15,50±1,00	15,00	17,00	9,25±4,27	4,00	14,00	10,50±2,89	7,00	14,00
Test	<b>MW=5,975; p=0,017</b>			<b>MW=3,749; p=0,047</b>			MW=0,080; p=0,778			MW=0,266; p=0,608			MW=0,893; p=0,348		

Tabloda katılımcıların bazı tanıtıcı özelliklerinin fonksiyonel yaşam kanser ölçeğine göre farklılaşması incelenmiştir. Bu inceleme sonucunda cinsiyetin ölçek alt boyutlarına göre farklılığı istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p>0.05$ ). Katılımcıların yaş gruplarının, medeni durumlarının, eğitim durumlarının, çalışma pozisyonu ve çalışma süresinin, sigara kullanma durumunun ölçek alt boyutlarına göre farklılaşması istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p>0.05$ ). Katılımcıların alkol kullanma durumlarının sosyal fonksiyon boyutuyla olan farklılığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.013$ ;  $p<0.05$ ). Katılımcıların bakmakla yükümlü olduğu kişi sayısının psikolojik fonksiyon boyutuna göstermiş olduğu farklılık ( $p=0.022$ ;  $p<0.05$ ) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Katılımcıların bakımına destek olunan kişi olma durumunun fiziksel fonksiyonlar ( $p=0.017$ ;  $p<0.05$ ) ve psikolojik fonksiyonlar boyutuyla olan farklılığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

**Tablo 3.7.** Lenfomalı Bireylerde, Kanser Yorgunluğu Ölçeği ve Fonksiyonel Yaşam Ölçeği (Kanser) Alt Boyutları Korelasyonu

Correlations											
		Fiziksel	Duygusal	Kognitif	KYÖ tamamı	Fiziksel	Psikolojik	Genel iyilik	Sosyal Fonk	Bulantı	FYÖK
Fiziksel	r	1	-,445**	,623**	,882**	-,693**	-,687**	-,582**	-,314**	-,085	-,733**
	p		<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,008</b>	,485	<b>,000</b>
	n		70	70	70	70	70	70	70	70	70
Duygusal	r		1	-,277*	-,063	,471**	,517**	,295*	,119	,062	,482**
	p			<b>,020</b>	,606	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,013</b>	,325	,607	<b>,000</b>
	n			70	70	70	70	70	70	70	70
Kognitif	r			1	,780**	-,484**	-,447**	-,427**	-,241*	,126	-,484**
	p				<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,044</b>	,300	<b>,000</b>
	n				70	70	70	70	70	70	70
KYÖ tamamı	r				1	-,564**	-,526**	-,523**	-,303*	,002	-,592**
	p					<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,011</b>	,985	<b>,000</b>
	n					70	70	70	70	70	70
Fiziksel	r					1	,680**	,766**	,430**	,020	,922**
	p						<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	,866	<b>,000</b>
	n						70	70	70	70	70
Psikolojik	r						1	,560**	,420**	-,024	,833**
	p							<b>,000</b>	<b>,000</b>	,841	<b>,000</b>
	n							70	70	70	70
Genel iyilik	r							1	,495**	,195	,843**
	p								<b>,000</b>	,106	<b>,000</b>
	n								70	70	70
Sosyal fonksiyon	r								1	,080	,613**
	p									,511	<b>,000</b>
	n									70	70
Bulantı	r									1	,176
	p										,145
	n										70
FYÖK Tamamı	r										1
	p										
	n										

\*\* . Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı

\* . Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlı

Tabloda ölçek ve alt boyutlarının kendi arasındaki ilişki düzeyi ve yönlerinin belirlenmesine yönelik korelasyon sonuçları yer almaktadır. Tablo ayrıntılı olarak incelendiğinde fiziksel alt boyutunun, duygusal ( $r=-,445$ ;  $p=0.000$ ), fiziksel ( $r=-,693$ ;  $p=0.000$ ), psikolojik ( $r=-,687$ ;  $p=0.000$ ), sosyal fonksiyonlar ( $r=-,314$ ;  $p=0.008$ ) ve FYÖK ölçeğinin tamamıyla ( $r=-,733$ ;  $p=0.000$ ) negatif yönlü ve kuvvetli ilişkisinin olduğu görülürken, Kognitif ( $r=,623$ ;  $p=0.000$ ) ve KYÖ tamamıyla ( $r=,882$ ;  $p=0.000$ ) pozitif yönlü ve kuvvetli ilişkisinin olduğu tespit edilmiştir.

Duygusal fonksiyonlar alt boyutunun, kognitif alt boyutuyla ( $r=-,277$ ;  $p=0.020$ ) orta düzeyle ve negatif yönlü ilişkisinin olduğu, fiziksel boyutuyla ( $r=,471$ ;  $p=0.000$ ), psikolojik boyutuyla ( $r=,517$ ;  $p=0.000$ ) ve FYÖK tamamıyla ( $r=,482$ ;  $p=0.000$ ) pozitif yönlü kuvvetli ilişkisinin olduğu görülürken, genel iyilik alt boyutuyla ( $r=,295$ ;  $p=0.013$ ) pozitif yönlü ve orta düzeyde ilişkisinin olduğu tespit edilmiştir.

Kognitif boyutunun KYÖ ölçeği tamamıyla ( $r=,780$ ;  $p=0.000$ ) pozitif yönlü ve kuvvetli düzeyde ilişkisinin olduğu, fiziksel alt boyutuyla ( $r=-,484$ ;  $p=0.000$ ), psikolojik alt boyutuyla ( $r=-,447$ ;  $p=0.000$ ), genel iyilik alt boyutuyla ( $r=-,427$ ;  $p=0.000$ ), ve FYÖK ölçeği tamamıyla ( $r=-,484$ ;  $p=0.000$ ) negatif yönlü ve kuvvetli düzeyde ilişkisinin olduğu tespit edilirken, sosyal fonksiyonlar ( $r=-,241$ ;  $p=0.044$ ) negatif yönlü ve orta düzeyde ilişkisinin olduğu gözlemlenmiştir.

KYÖ tamamıyla fiziksel alt boyutuyla ( $r=-,564$ ;  $p=0.000$ ), psikolojik alt boyutuyla ( $r=-,526$ ;  $p=0.000$ ), genel iyilik alt boyutuyla ( $r=-,523$ ;  $p=0.000$ ) negatif yönlü ve orta düzeyde ilişkili olduğu görülürken, sosyal fonksiyonlar boyutuyla ( $r=-,303$ ;  $p=0.011$ ), FYÖK tamamıyla ( $r=-,592$ ;  $p=0.000$ ) negatif yönlü ve orta düzeyde ilişkisinin olduğu tespit edilmiştir.

Fiziksel alt boyutunun, psikolojik alt boyutuyla ( $r=,680$ ;  $p=0.000$ ), genel iyilik alt boyutuyla ( $r=,766$ ;  $p=0.000$ ), sosyal fonksiyonlar ( $r=,430$ ;  $p=0.000$ ) alt boyutuyla ve FYÖK tamamıyla pozitif yönlü ve kuvvetli bir ilişkisinin olduğu tespit edilmiştir. Psikolojik alt boyutunun, genel iyilik ( $r=,560$ ;  $p=0.000$ ) boyutuyla, sosyal fonksiyon ( $r=,420$ ;  $p=0.000$ ) boyutuyla ve FYÖK tamamıyla ( $r=,833$ ;  $p=0.000$ ) pozitif yönlü ve kuvvetli düzeyde ilişkisinin olduğu tespit edilmiştir. Genel iyilik alt boyutunun sosyal fonksiyon ( $r=,495$ ;  $p=0.000$ ) alt boyutuyla ve FYÖK ( $r=,843$ ;  $p=0.000$ ) tamamıyla pozitif yönlü ve kuvvetli ilişkisinin olduğu tespit edilmiştir. Yine benzer olarak sosyal

fonksiyon alt boyutunun da FYÖK tamamıyla ( $r= ,613$ ;  $p=0.000$ ) pozitif yönlü ve kuvvetli ilişkisinin olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların laboratuvar bulguları olan HB, HCT BUN ve Keratin düzeylerinin ölçeklerle olan ilişkilerine yönelik yapılan corelasyon analizi sonuçlarında ise, HB düzeyinin kanser yorgunluğu ölçeği ve fonksiyonel yaşam ölçeğiyle ilişkisi bulunmamaktadır. HB düzeyinin HCT ve Keratin düzeyiyle pozitif yönlü ve kuvvetli bir ilişkisinin olduğu tespit edilmiştir. HCT düzeyinin HB düzeyiyle pozitif yönlü ve kuvvetli bir ilişkisinin olduğu tespit edilmiştir. BUN düzeyinin keratin düzeyiyle pozitif yönlü ve kuvvetli bir ilişkisinin olduğu, ayrıca KYÖ ölçeğinin FYÖK ölçeğiyle pozitif yönlü kuvvetli ilişkisinin olduğu tespit edilmiştir.



## 4.TARTIŞMA

Hodgking lenfoma ve hodgking dışı lenfomalar, fazla sıklıkla görülmeyen kanser türleridir. DSÖ 2008 yılındaki verilerinde bütün kanser türlerinin %1'ini hodgking lenfomaların oluşturduğunu ve %2.8'ini ise hodgking dışı lenfomaların oluşturduğunu ifade etmiştir. Uluslararası Kanser Araştırma Kurumu'nun 2008 verilerine göre, HL hastalarının büyük çoğunluğunu erkeklerin oluşturduğu tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Nitekim çalışmamızda da lenfomalı hastaların %71,4'ünün erkeklerden oluştuğu tespit edilmiştir. Bu yönüyle her iki çalışma birbirine paralel sonuçlara ulaşmıştır. Benzer sonuç gösteren bir başka çalışma ise Akçay (2018) tarafından yapılmıştır. Akçay çalışmasında Lenfomalı hastalarda kemosensitivitenin belirlenmesinde F-18 FDG PET/CT'nin rolünü incelemeyi amaçlamıştır. Çalışmanın sonucunda hastaların %63,2'sinin erkeklerden oluştuğunu tespit edilmiştir.

Fonksiyonel sağlık kişinin gündelik hayatındaki aktivilerini yapabilmesi, temel ihtiyaçlarının kimseden yardım almadan karşılaması olarak tanımlanmaktadır. Can, Aydın, Eremenco (2003) yaptıkları çalışmalarında, kanserli hastaların en sık yaşadıkları semptomun yorgunluk olduğunu tespit etmişlerdir. Hintistan ve ark. (2012) hematolojik kanserli hastaların kemoterapiye bağlı yaşadıkları semptomlara yönelik uygulamaları belirlemek amacıyla yaptığı bir çalışmada en sık yaşanan semptomun yorgunluk (%97) olduğu, yorgunluğa bağlı olarak günlük aktivitelerinin kısıtlandığını (%46.2) belirtmişlerdir. Saygılı (2012) Gastrointestinal sistem kanserli hastalarda yorgunluk ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi konulu çalışmasında, kanser hastalarının yorgunlukları arttıkça, yaşam kalitesinin azaldığını tespit etmiştir. Bizim çalışmamızda da benzer sonuçlara ulaşılmış ve katılımcıların kanser yorgunluğu ölçeğiyle, fonksiyonel yaşam kanser ölçeği arasında negatif yönlü bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Dolayısıyla, kanser yorgunluğu arttıkça, fonksiyonel yaşam düzeylerinin azaldığı ve kanser yorgunluk düzeyinin azaldığı durumlarda ise fonksiyonel yaşam düzeylerinin arttığı ( $r=-0,484$ ;  $p=0.000$ ) tespit edilmiştir. Her iki çalışmayı destekler nitelikte sonuca ise Bağ (2012) ulaşmıştır. Bağ yaptığı çalışmada, kanser hastalarında yorgunluğa bağlı psikososyal sorunları tespit ederek çözüm önerilerini sunmayı amaçlamıştır. Çalışmasının sonucunda, kanser hastalığının her

döneminde ortaya çıkabilecek yorgunluğun hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini tespit etmiştir.

Karakoç (2008) çalışmasında kanser hastalarında yorgunluk ve hemşirelik bakımını tespit etmeye yönelik çalışmada, ayaktan kemoterapi uygulanan 60 üstü yaş grubundaki kanser hastalarının yorgunluk düzeylerinin %42,4'ünde hafif düzeyde olduğunu tespit etmiştir. Bu çalışmayı destekler nitelikte bir başka sonuç ise, Kuhnt vd (2009) tarafından gelmiştir. Çalışmasında kanser vakalarında yorgunluğu inceleyen Kuhnt vd, kanser hastalarının %36'sının yorgunluk düzeyini hafif şekilde yaşadığını tespit etmiştir. Özkan ve Akın (2017) kanserli hastalarda yorgunluğun fonksiyonel yaşam kalitesi üzerindeki etkisini incelemeyi amaçlayan çalışmada, kemoterapi uygulanan kanserli hastaların fiziksel fonksiyonlarına destek sağlanarak, yorgunluk düzeyinin kontrol edileceği sonucuna ulaşılmıştır.

Kanserli hastaların yorgunluk düzeyine etki eden önemli etkenler arasında uyku düzeninin bozulması geldiği ifade edilmişti. Literatürde bunu destekler nitelikte sonuçları olan çalışmalardan bir kaçının sonuçları şu şekilde tespit edilmiştir. Savard vd (2001) meme kanserinde uykusuzluğun nedenlerinin araştırıldığı çalışma sonuçları arasında uyku bozukluğunun kanser hastalarında en sık görülen semptom olduğu, vakaların tanı konulduğu ilk altı aylık dönemde %54'ünde görüldüğü tespit edilmiştir (Savard, Sumerd, Blanchet, Ivers 2001; Rosen, Lavey 1995). Bu sonuçları destekler bir çalışma da Sezgin (2015) tarafından yapılmıştır. Sezgin'in çalışmasında lenfoma hastalarında semptom kümeleme ve fonksiyonel duruma etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışma sonucunda kanserli hastalarda en sık görülen psikolojik semptomların başında uyumada zorluk çekmek yer almaktadır. Bu nedenle kanserli hastaların ve yaşamış oldukları çevrenin psikolojik semptomların incelenmesi buna uygun girişimlerin yapılması hastanın yaşam kalitesinin ve fonksiyonel durumu iyileşmesi açısından son derece önemli olduğunu ifade etmiştir (Sezgin, 2015).

Sezgin (2015) çalışmasında hastaların fonksiyonel durumunu değerlendirdiğinde, sonuçların beden durumunun kötüleşmesiyle, sosyal yaşamın aile durumunun ve faaliyetlerinin kötüleştiği, sosyal yaşam ve aile durumunun kötüleşmesiyle endişelerin arttığı, duygusal durumun kötüleşmesiyle faaliyetlerin azaldığı, faaliyetlerinde azaldıkça endişelerin arttığı sonucuna ulaşmıştır. Dolayısıyla bedeni durumun iyileşmesi halinde de duygusal durumun iyileşerek, diğer endişelerin



azaldığı, sosyal yaşam ve aile hayatının iyileştiğini tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda da kanser yorgunluğunun artması durumunda fonksiyonel yaşamın kötüleştiği, kanser yorgunluğunun azalması durumunda ise, fonksiyonel yaşamın iyileştiği yönünde sonuçlara ulaşılmıştır.

Dedeli, Fadiloğlu, Uslu (2008) Çalışmasında kanserli hastaların fonksiyonel yaşam ölçeğinden almış oldukları puan ortalaması 92,3 olarak bulunurken bizim çalışmamızda, 109,54 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara bakarak, bizim çalışmamızda katılımcıların fonksiyonel yaşamlarının yüksek olduğu söylenebilir. Bektaş ve Aydın (2006) ölçeğin güvenilirliğini yaptığı çalışmasında fonksiyonel yaşam ölçeğinden 112,4 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar bize çalışmamızın Bektaş ve Aydın'ın çalışmasına paralel sonuçlara ulaştığını gösterirken, Dedeli ve ark çalışmasının sonuçlarına tezatlık göstermektedir. Benzer olarak çıkan sonuçlarda Dedeli vd nin ölçek alt boyutlarından fiziksel fonksiyonlar boyutunu 38,0 olarak, psikolojik fonksiyon boyutunu 24,3 olarak, genel iyilik hali boyutunu 13,3 olarak, sosyal fonksiyonlar boyutunu 11,0 olarak ve gastrointestinal semptomların 5,5 olduğunu tespit etmiştir. Bu sonuçlar fonksiyonel yaşamın düşük olduğunu gösterirken. Bektaş ve Aydın'ın çalışmasında fiziksel fonksiyonlar 45,6; psikolojik fonksiyon 30,6; genel iyilik hali 14,8; sosyal fonksiyonlar 10,9; gastrointestinal semptomların 10,5 olduğu bildirilmektedir. Bizim çalışmamızda da fiziksel fonksiyonlar boyutunun 42,55 olduğu, psikolojik fonksiyonlar 30,14; genel iyilik hali boyutunun 14,98; sosyal fonksiyonlar 10,12; gastrointestinal semptomların 11,72 olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre ölçeğin güvenilirliğini yapan Bektaş ve Aydın'ın çalışmasıyla bizim çalışmamız bütün alt boyutlar açısından birbirine benzer sonuçlara ulaşırken Dedeli vd'nin çalışmasına tezatlık gösteren sonuçlara ulaşmıştır.

Rab (2012) meme kanserli hastalarla yaptığı çalışmada fiziksel ve duygusal boyutu normalin altında saptamıştır. Bu çalışmaya benzer sonuçlar bizim çalışmamızda da çıkmıştır. Bu yönüyle her iki çalışmanın birbirine benzer sonuçlara ulaştığı söylenebilir. Ertem ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında hastaların semptom alt grubunda en fazla halsizlik 6.76 ve ağrı 3.76 puanlarının yüksek olduğu (yaşam kalitesinin düştüğü ) belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda kanser yorgunluğunun kötü düzeyde olmadığı tespit edilmiştir. Sarenmalm ve arkadaşlarının (2006) meme kanserli hastalarla yaptıkları çalışmada hastaların duygusal fonksiyonlarının fiziksel fonksiyonlardan daha düşük düzeyde olduğunu ve genel iyilik hali rol fonksiyonunun da

düşük seviyede olduğunu saptamışlardır. En yaygın görülen semptomları halsizlik, uykusuzluk, ağrı, üzüntü, seksüel aktivitelerde zorluk ve ağız kuruluğu olarak saptamışlardır.

Dedeli vd, çalışmasında kanser hastalarının tanımlayıcı özelliklerinden yaş grubu, cinsiyet, medeni, eğitim, meslek/iş, tanısı, hastalık süresi ve evde yaşayan kişi sayısı ile fonksiyonel yaşam ölçeğinden aldıkları madde toplam puanları arasındaki ilişkiler incelendiğinde yaş grubu, medeni durum, eğitim ve meslek/iş ile ölçek toplam puanları arasında anlamlı fark bulmazken, cinsiyet, tanı süresi evde yaşayan kişi sayısı, evde yaşanan bireyler ile Fonksiyonel Yaşam Ölçeği madde toplam puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Bizim çalışmamızda ise tanıtıcı özelliklerden, cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma pozisyonu, çalışması süresi, sigara kullanma durumuna göre fonksiyonel yaşam ölçeği arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Dolayısıyla her iki çalışma arasında bu değişkenlere bakarak tezatlık gösteren sonuçların olduğunu söylemek mümkündür. Bizim çalışmamızda fonksiyonel yaşam ölçeği kanserin genel iyilik hali alt boyutuyla pozitif yönlü ve anlamlı ( $r=0.833$ ;  $p=0.000$ ) ilişkisinin olduğu tespit edilmiştir. Dedeli vd lerinin çalışmasında da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. ( $r=0.10$ ;  $p<0.05$ ). Bektaş ve Akdemir (2006) çalışmasında meme kanseri tanısı alan hastaların sosyal fonksiyonlarının daha kötü olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bu nedenle cinsiyetin sosyal fonksiyonlar üzerinde etkisinin olduğu sonucuna ulaşmıştır. Yine bu çalışmada psikolojik fonksiyonlar alt boyutunun fonksiyonel yaşam ölçeği tamamıyla pozitif yönlü ilişkisinin olduğu tespit edilirken, bizim çalışmamızda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Psikolojik boyutunun fiziksel yorgunluk ölçeği tamamına ( $r=0,843$ ;  $p=0,000$ ) pozitif yönlü ve kuvvetli düzeyde ilişki içinde olduğu tespit edilmiştir.

## SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Lenfomalı hastalarda kanser yorgunluğu ve fonksiyonel durumun tespit edilmesini amaçlayan çalışmada öne çıkan sonuçlar şu şekilde sıralanabilir. Buna göre katılımcılardan %71,4'ü erkeklerden oluşmaktadır, %35,7'sinin yaş aralığı 37-47 arasındadır, %82,9'unun medeni durumu evlidir. %40'lık çoğunluğunun eğitim durumu ilköğretimdir, %37,1'i emeklidir. %81,4'ü çalışmamakta olduğu, %64,3'ünün sigara kullanmadığı, %87,1'lik büyük kısmının alkol kullanmadığı, %78,6'sının bakmakla yükümlü olduğu kişi olduğu, %94,3'ünün bakımı için destek aldığı kişi olduğu olduğu, %64,3'ünün bakımına eşlerinin destek olduğu görülürken, en çok yardım aldığı konuların başında ise hastaneye gidip gelme, ordaki işlemlerin yürütülmesi, ilaçların alınması gibi konular gelmektedir.

Katılımcıların %61,4'ünün 1 yıl ve altında tanı süresi olduğu, %88,6'sında metastaz olduğu, %77,1'inde tedavi şekli olarak kemoterapi kullanıldığı, %64,8'inde 5-7 kür arasında tedavi gördüğü, katılımcıların %50'sinde kanser dışında başka hastalığın olmadığı ve katılımcıların semptomlar için kullandığı ilaçların büyük çoğunluğunun analjezik ve antiemetik olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcılardan %60'ının HB değeri düşük, erkeklerden ise %92'sinin HB değerinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Kadınların %80'inin keratin değeri normal olduğu, erkeklerde ise keratin değeri normal olanların %78'lik kısım olduğu tespit edilmiştir. Kadınların ve erkeklerin büyük çoğunluğunun HCT değerinin düşük olduğu gözlemlenmiştir. Yine benzer olarak kadın ve erkek katılımcıların büyük çoğunluğunun BUN değeri normal olarak gözlenmiştir.

Katılımcıların cinsiyetlerinin KYÖ (Kanser yorgunluğu ölçeği) göre farklılığının önemsiz olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların yaş gruplarının ölçek alt boyutu olan fiziksel durum boyutuyla farklılığının önemli olduğu ( $p=0,043$ ;  $p<0.05$ ) ve diğer alt boyutlara olan farklılığı önemsiz olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların medeni durumlarının, eğitim durumlarının, çalışma statülerinin, çalışma durumlarının, sigara ve alkol kullanma durumlarının, bakmakla yükümlü olunan kişi olması durumunun, bakımına destek olan kişinin olması durumunun ve bakımı için yardım alınan kişi olma durumunun ölçek alt boyutları olan fiziksel duygusal ve kognitif boyutlarıyla olan farklılığı istatistiksel olarak önemsiz olarak tespit edilmiştir.

Cinsiyet değişkeninin ölçek alt boyutlarına göre farklılığı istatistiksel olarak önemsiz görölmüştür ( $p>0.05$ ). Yine benzer olarak katılımcıların yaş gruplarının, medeni durumlarının, eğitim durumlarının, çalışma pozisyonlarının, çalışma sürelerinin, sigara kullanma durumlarının ölçek alt boyutları olan, fiziksel fonksiyonlar, psikolojik fonksiyonlar, iyilik, sosyal fonksiyonlar ve bulantı boyutlarıyla farklılığı istatistiksel olarak önemsiz görölmüştür ( $p>0.05$ ). Katılımcıların alkol kullanma durumlarının ölçek alt boyutu olan sosyal fonksiyon boyutuyla farklılığı istatistiksel olarak önemli görölmüştür ( $p=0,013$ ;  $p<0.05$ ). Bakmakla yükümlü olunan kişi durumunun psikolojik fonksiyonlar boyutuna göre farklılaşması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.022$ ;  $p<0.05$ ). Katılımcıların bakımına destek olunan kişi olma durumunun ölçek alt boyutlarından fiziksel fonksiyonlar ( $p=0.017$ ;  $p<0.05$ ) ve psikolojik fonksiyonlar ( $p=0.047$ ;  $p<0.05$ ) boyutuyla farklılığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ayrıca çalışma kapsamında kullanılan KYÖ'nin FYÖK ölçeğiyle, negatif yönlü ve kuvvetli bir ilişkisinin olduğu tespit edilmiştir.

Çalışma kapsamında kullanılan KYÖ'nden alınacak puan ortalamalarına göre katılımcıların kanser yorgunluğunu fazla yaşamadığı sonucuna ulaşılmıştır ( $\bar{x}=25,01$ ). Çalışmada kullanılan bir diğer ölçek FYÖ-K'den alınan puan ortalaması 109,54 olarak bulunurken, en düşük değer 66 en yüksek değer 154 olarak tespit edilmiştir. Ortalamaya bakarak katılımcıların fonksiyonel durumun iyi seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda ve literatürdeki bilgiler ışığında araştırmacılara şu önerilerde bulunulabilir:

- Hastaların yorgunluk düzeyleri kontrol altına alınarak fonksiyonel yaşam kaliteleri arttırılabilir
- Hastanın yakın çevresine gerekli destekler ve bilgiler verilerek, hastanın yorgunluk düzeyini azaltmaya yönelik adımlar atması sağlanabilir
- Hastanın kendisi ve birinci dereceden ilişkisinin olduğu kişilere verilecek eğitimlere önem verilerek, hastanın performansının yükselmesi sağlanabilir
- Yapılan araştırmalar göstermektedir ki, eğitim seviyesi düşük olan hastaların fonksiyonel durumlarının da düşük olduğu dolayısıyla yorgunluk düzeylerinin yüksek olduğu yönündedir. Bu nedenle hastaların bu durumu yenebilmesi için eğitimler verilmesine dikkat edilmelidir

- Hastaların tedavi sürecinde yaşamış oldukları güçlüklerle mücadele etmelerinde, onlara yardım olmayı destekler önlemler alınmalıdır.
- Kanserli hastaların öz bakımlarını yerine getirmelerinde kendilerine yardım eden yakınlarına konunun önemi vurgulanmalıdır.



## KAYNAKLAR

- Ades T., Alteri R, Bandi P, Bennett S, Brooks D, Chen A, et al. American Cancer Society. Cancer facts and figures. 2010. Available from: URL: www.cancer.org. 08 Haziran 2019 tarihinde ulaşılmıştır.
- Akçay B., (2011). Lenfomalı hastalarda kemosensitivitenin Belirlenmesinde F-18 FDG PET/CT'nin Rolü, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi. Eskişehir.
- Akdemir N, Birol L (2003). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Vehbi Koç Vakfı, Sanerc Yayın No: 2. 1. Baskı. İstanbul. 243- 306.
- Akyol AD (1993). Yaşam kalitesinin hemşirelik yönünden önemi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 9 (3):71-75.
- Alexander DD, Mink PJ, Adami HO, Chang ET, Cole P, Mandel JS, Trichopoulos D. The non-Hodgkin lymphomas: A review of the epidemiologic literature. Int J Cancer 2007; 120: 1-39.
- Allen CA, Kamdar KY, Bollard CM, Gross TG. Malignant non-Hodgkin lymphomas in children. In: Pizzo PA, Poplack DG (Eds). Principles and Practice of Pediatric Oncology. Seventh edition, Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins 2016; 587-603.
- Ar, C. (2013). Lenfomalara Genel Bakış. Türk Hematoloji Derneği: 1-26. <http://www.thd.org.tr/thdData/Books/641/lenfomalara-genel-bakis.pdf> Erişim Tarihi: 24.02.2020
- Azak A, Çınar S. (2005). Lenfomalı (Hodgkin Ve Non-Hodgkin) Hastalarda Yorgunluk Sendromu ve Etkileyen Faktörler Türk Hematoloji-Onkoloji dergisi Sayı: 2 Cilt : 15
- Bag, B. (2012). Kanser hastalarında yorgunluğa bağlı psikososyal sorunlar ve çözüm önerileri. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 21(4), 253-273.
- Baird S (1998). A Cancer Source Book for Nurses. (Çev. Ed. N. Platin) Hemşireler İçin Kanser El Kitabı. A.Ç.E.M. ve 4. Akşam Sanat Okulu Matbaası. II. Baskı. Ankara.

- Barsevick AM, Dudley WN, Beck SL. (2006). Cancer-related fatigue, depressive symptoms, and functional status: a mediation model. *Nursings Research*, 55: 72-366.
- Beck LA (2003). Cancer rehabilitation: Does it make a difference?. *Rehabilitation Nursing (Glenview)* 28 (2):42-47.
- Bektaş A., H., Akdemir N., (2009). Kanserli Bireylerde Fonksiyonel Durumun Önemi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12: 3
- Bektaş H, Akdemir N, (2006). Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durumlarının Değerlendirilmesi, *Antalya Sağlık Yüksekokulu, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Türkiye Klinikleri Ankara.*
- Bolaman, Z. (2013). Hodgkin Lenfoma , etiyoloji, tanı, patogenez, klinik, prognoz ve tedavi. *Türk Hematoloji Derneği*  
<http://www.thd.org.tr/thdData/Books/641/hodgkin-lenfoma-etiyoloji-tanipatogenez-klinik-prognoz-ve-tedavi.pdf> (Erişim Tarihi: 23.02.2020)
- Boybeyi Türer Ö, Karnak İ.,(2006). Çocukluk Çağında Lenfomalar *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara.*
- Boyle P, Levin B (2008). Dünya Kanser Raporu 2008. *Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu, Lyon; ss 12-497.*
- Büyükbayram Z., (2018). Onkoloji Hastalarında Reiki Ve Yönlendirilmiş İmgelem Uygulamasının Ağrı Ve Yorgunluk Üzerine Etkisi *Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Programı, Malatya.*
- Can G., (2014). *Onkoloji Hemşireliği*, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
- Can G, Aydın A, Eremenco S ve ark. (2003). Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde fact-taxane. *XV. Ulusal Kanser Kongresi Program ve Bildiri Özet Kitabı*, 23- 27 Nisan, Kemer, Antalya, 69-70.
- Can, G. (2001). *Meme kanserli hastalarda yorgunluğun ve bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Can, G. (2006). Kanser Hastalarında Yorgunluk. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 3(2), 10-17.

- Carter J (2001). End of life care. Handbook of Clinical Oncology. A Waters Kluwer Company. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, 533-535.
- Cavdar AO, Gozdaflolu S, Yavuz G, Babacan E, Unal E, Uluoglu O, et al. Burkitt's lymphoma between African and American types in Turkish children: clinical, viral (EBV), and molecular studies. Med Pediatr Oncol 1993; 21: 36-42.
- Chang, A.E., Ganz, A.P., Hayes, D.F., Kinsella, T.J., Pass, H.I., Schiller, J.H., Stone, R.M., Strecher, V.J. (2006). Oncology: An evidence-based approach. Springer Science Business Media: 1240-1275.
- Çapkinoğlu S, (2015). Hodgkin ve non hodgkin lenfoma tanılı hastaların akciğer tutulumları ve akciğer tutulumunun hastalık gidişatına etkisinin değerlendirilmesi (Uzmanlık tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Çelik M. (2018). Kanser Hastalarında Umut ve Yorgunluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Onkoloji Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İzmir
- Dedeli Ö, Fadiloğlu Ç, Uslu R. (2008). Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durumları ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi. Türk Onkoloji Dergisi; 23(3): 132-139.
- Dörffel W, Rühl U, Lüders H, Claviez A, Albrecht M, Bökkerink J, et al. Treatment of children and adolescents with Hodgkin lymphoma without radiotherapy for patients in complete remission after chemotherapy: final results of the multinational trial GPOH-HD95. J Clin Oncol 2013;31(12):1562–8.
- Ekinci Y. (2016). Kanser Hastalarında Yorgunluğu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara
- Erkan, E., Muslu, M., & Sandıkçı, S. (2010). Yaşlı Hastalarda Anemi Prevalansı ve Klinik Özellikleri. Erişim: 02.01.2020 [http://www.akadgeriatri.org/managete/fu\\_folder/2011-01/html/2011-3-1-029-034.htm](http://www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2011-01/html/2011-3-1-029-034.htm).
- Erol, Ç., Aktaş, F., Arıoğlu, S., Bayer, A., Bökesoy, I., Gören, A., Kabalak, T., Kayaalp, O., Onat, H., Özdemir, G., Sivri, B., Süleymanlar, G., Şimşek, İ., Turgay, M., Umut, S., Yalçın, A. (2008). İç Hastalıkları Kitabı. 1. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri. Özyurt Matbaacılık.



- Ersoy S.A., (2019). Remisyonadaki Hodgkin Lenfomalı Hastalarda Solunum Fonksiyon Testlerinin Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara.
- Ertem E, Alkım A, Bulut S, Sevil Ü. Radyoterapi Alan Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri ve Yaşam Kaliteleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2009; 2(2): 3-12.
- Erişen M., (2019). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına Sahip Hastaların Yorgunluk Düzeylerinin İncelenmesi, Balıkesir Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir.
- Friedman DL. Hodgkin Lymphoma. Lanzkowsky's Man Pediatr Hematol Oncol 2016;429–441.
- Genç A. (2018). Kemoterapi Alan Meme Kanseri Hastalarda Progresif Gevşeme Egzersizlerinin Yorgunluk, Bulantı ve Kusmaya Etkisi , Doktora Tezi ,İstanbul
- Giacalone, A., Talamini, R., Spina, M., Fratino, L., Spazzapan, S., & Tirelli, U. (2008) Can the caregiver replace his/her elderly cancer patient in the physician–patient line of communication? *Support Care Cancer*, 16, 1157–1162.
- Glaser S CE, Clarke CA, Keegan TH. . *Epidemiology*. . Springer-Verlag Berlin Heidelberg. 2011; 3-20. pp.
- Görgülü, Ü. ve Akdemir, N. (2010). İleri evre kanser hastalarına bakım verenlerin yorgunluk ve uyku kalitesinin değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 20(4), 125-132.
- Greer, J.P., Foerster, J., Rodgers, G.M., Paraskevas, F., Glader, B., Arber, D.A., Means, R.T. Jr. (2009). Wintrobe's Clinical Haematology, Twelfth Edition, Lippincott Williams and Wilkins: Philadelphia; 2145.
- Gül H., (2013). Hodgkin Lenfomalı Hastalarda Birinci Basamak Tedavi Sonuçları ve PET/BT'nin Tedavi Sonuçlarına Etkisi, Gazi Üniversitesi, Tıpta uzmanlık tezi, Ankara.
- Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer M. Kanser ve kanser risk faktörleri hakkında Türk halkının bilgi düzeyinin ölçülmesi ve araştırılması. *Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology* 2011;8(1):57-61.

- Gündoğdu A. (2015). Epilepsi Hastalarında Yorgunluk ve Depresyonun Eser Element Düzeyleri İle İlişkisi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Konya.
- Güneş G. (2015) Yaşlılarda Egzersizin Fiziksel Aktivite, Hareket Korkusu, Yorgunluk ve Uyku Kalitesine Etkisi Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Hintistan S, Çilingir D, Nural N, Akkaş-Gürsoy A. (2012). Hematolojik kanserli hastaların kemoterapiye bağlı yaşadıkları semptomlara yönelik uygulamaları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(3), 153-164.
- İstek, E. (2008). Kolorektal kanserli hastalarda yorgunluk düzeyi ve yorgunluğu etkileyen faktörlerin belirlenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- İzmir Güner, Ş. (2008). Hodgkin lenfoma nedeniyle tedavi edilen hastalarda akciğer fonksiyonların değerlendirilmesi. Hematoloji Yan Dal Uzmanlık Tezi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul.
- Kanarığ Gürel, D. (2007). Çukurova üniversitesi tıp fakóltesi balcalı hastanesi erişkin onkoloji, hematoloji kliniklerinde kemoterapi uygulanan hastaların yaşam kalitesi ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Çroum üniversitesi, Adana.
- Karadağ E., (2018). Yaşlı Kanser Hastalarında Yorđunluk, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakóltesi Elektronik Dergisi 11 (4), 328-333
- Karadakovan A., Eti Aslan F., (2014). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Akademisyenler Tıp Kitapevi, Ankara
- Karakoç, T. (2008). Kanser hastalarında yorgunluk ve hemşirelik bakımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3(8), 99-118.
- Karthikeyan G, Jumnani D, Prabhu R, Manoor UK, Supe SS. (2012). Prevalence of fatigue among cancer patients receiving various anticancer therapies and its impact on quality of life: a crosssectional study. Indian Journal of Palliative Care; 18(3): 165-175.
- Kaya Z. (2017). Dicle Üniversitesi Hematoloji Kliniğinde 2008 İle 2016 Yılları Arasında Otolog Kök Hücre Nakli Yapılan Multiple Myelom Ve Lenfoma

Hastalarının Klinik Özellikleri Ve Sağkalım Analizleri, Tıpta Uzmanlık Tezi,  
Diyarbakır

- Knight MM (2000). Cognitive ability and functional status. *Journal of Advanced Nursing* 31 (6): 1459–1468.
- Kopan O., (2018). Hodgkin Lenfoma ve Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma Tanılı Hastalarda, Tanı Anındaki Nötrofil/Lenfosit Oranının Klinik Parametreler, Prognoz ve Sağ Kalımla İlişkisinin Değerlendirilmesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Gaziantep.
- Kuhnt, S., Ernst, J., Singer, S., Ruffer, J. U., Kortmann, R. D., Stolzenburg, J. U., ... Schwarz, R. (2009). Fatigue in cancer survivors-prevalence and correlates. *Onkologie*, 32(6), 312-317.
- Kutluk T., Kars A., (1992) Kanser Konusunda Genel Bilgiler, Sağlık Bakanlığı, Kanser Daire ve Savaş Daire Başkanlığı Yayınları, Ankara.
- Manson, S.D., Porter, C., (2011). Lymphomas. *Cancer Nursing Principles and Practice* (ed): Yarbro, C.H., Goodman, M., Frogge, M.H., Groenwald, S.L. Jones & Bartlett Publishres; 70 (60): 1458-1512
- McLachlan SA, Devins GM, Goodwin PJ (1999). Factor analysis of the psychosocial items of the EORTC QLQ-C30 in metastatic breast cancer patients participating in a psychosocial intervention study. *Quality of Life Research* 8:311-317
- Menge B. (2018). Kalp Yetmezliği Hastalarına Uygulanan Rehabilitasyon Programının Yorgunluk, Yaşam Kalitesi Ve Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Isparta,
- Mitchell SA, Beck SL, Hood LE, (2007). Moore K, Tanner ER. Putting Evidence Into Practise: Evidence-Based Interventions for Fatigue During and Following Cancer and Its Treatment. *Clin J Oncol Nurs*; 11: 99-113.
- Mitchell, A.J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C. et al. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology*, 12,160–174.

- Molassiotis A (2004). The importance of quality of life and patient choice in the treatment of breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing* 8 (1001): 73-74.
- Montoto, S., Shaw, K., Okosun, J., Gandhi, S., Fields, P., Wilson, A., et al. (2012). HIV Status Does Not Influence Outcome in Patients With Classical Hodgkin Lymphoma Treated With Chemotherapy Using Doxorubicin, Bleomycin, Vinblastine, and Dacarbazine in the Highly Active Antiretroviral Therapy Era. *Journal Clinical Oncology*; 30: 4111-4116.
- Müller A.M., Ihorst G., Mertelsmann R., Engelhardt M., Epidemiology Of NonHodgkin's Lymphoma (NHL): Trends, Geographic Distribution, And Etiology, *Ann Hematol* (2005) 84,1 1-12
- National Comprehensive Cancer Network (2015). (NCCN) Clinical Practice Guidelines
- Ovayolu Ö, Ovayolu N. (2016). Geriatrik Hematolojik Malignensilerde Akupresör ve Yorgunluk
- Öndaş Aybar D. (2019). Kemoterapi Alan Meme Kanserli Hastalarda Solunum Egzersizinin Bulantı Kusma ve Fonksiyonel Duruma Etkisi, Yüksek Lisans Tezi ,Elazığ
- Ören, N.C., Akay, S., Sanal, T.H., Öztürk, B., Günhan, Ö. (2012). Klinik Olarak Dev Uyluk Kitlesi şeklinde Ortaya Çıkan Hodgkin Lenfoma Olgusu. *Gülhane Tıp Dergisi*; 54(1): 62-64.
- Özdelikara A. (2013). Meme Kanserli Hastalarda Refleksolojinin Kemoterapiye Bağlı Bulantı, Kusma ve Yorgunluk Üzerine Etkisi Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi.
- Özdemir Ü, Taşçı S, Kartın P, Çürük G, Nemli A, Karaca H, (2017). Kemoterapi Alan Bireylerin Fonksiyonel Durumu ve Bakım Verenlerin Yüğü (Functional Status Of Chemotherapy Receiving Individuals And Caregiver Burden)
- Özer C (2003). Fonksiyonel sağlık durumu değerlendirilmesi. <http://aile.trakya.edu.tr/-anabilim>, 10.09.2020.

- Özkan M, Akın S. (2017). Evaluation of The Effect of Fatigue on Functional Quality of Life in Cancer Patients FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi; 25(3): 177-192
- Özkan M. (2016). Kanserli hastalarda yorgunluğun fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi Yüksek lisans tezi
- Özkan ve Akın (2017) kanserli hastalarda yorgunluğun fonksiyonel yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi, Florence Nightingale hemşirelik dergisi, 25 (3): 177-192.
- Patrick DL, Bergner M (1990). Measurement of health status in the 1990s. Annual Review of Public Health 11;165–183.
- Paydaş S. (2004). Gelişmekte Olan Ülkelerde Lenfoma Epidemiyolojisi. XIII. TPOG Ulusal Pediatrik Kanser Kongresi
- Rab F. Social Support as a Determinant of Health Related Quality of Life in Breast Cancer Survivors in California. Master of Sciences, The University of Western Ontario, London, Ontario, Canada: 2012.
- Rao, A., & Cohen, H.J. (2004). Symptom management in the elderly cancer patient: fatigue, pain, and depression, Journal of the National Cancer Institute Monographs, 32,150-157.
- Roman, E., Smith, A.G. (2011). Epidemiology of lymphomas. Histopathology; 58: 4-14.
- Rosen PJ, Lavey RS, Haskell CM. Hodgkin's Disease In: Haskell CM (ed). Cancer treatment. 4th ed. Philadelphia. W.B. Saunder Company. 1995; 951-979
- Sarenmalm EK, Öhlen J, Jonsson T, Gaston- Johansson F. Coping with Recurrent Breast Cancer: Predictors of Distressing Symptoms and Health- Related Quality of Life. Journal of Pain and Symptom Management. 2007; 34(1): 24-39.
- Savard, J., Simard, S., Blanchet, J., Ivers, H., Morin, C. (2001). Prevalence, clinical characteristics, and risk factors for insomnia in the context of breast cancer. Sleep; 24(5): 583-590.

- Saygılı, Ü. (2012). *Gastrointestinal sistem kanserli hastalarda yorgunluk ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- Schlenk EA, Erlen JA, Dunbar-Jacob J et al. (1998). Health-related quality of life in chronic disorders: A comparison across studies using the MOS SF-36. *Quality of Life Research* 7:57-65.
- Servaes P, Verhagen S, Bleijenberg G. (2002) Determinants of chronic fatigue in disease free breast cancer patients: a cross sectional study
- Sezgin M., G., (2015). Lenfoma Hastalarında Semptom Kümelemesi ve Fonksiyonel Duruma Etkisi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Antalya.
- Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle J.L., Cheever, K.H. (2010). Lymphoma. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. Lippincott Williams & Wilkins. Twelfth Edition. Philadelphia: 941-944.
- Stein RS, Morgan DS. Hodgkin Disease. In: Greer JP, Foester J, Lukens J, Radgers GM, Paraskeuas F, Glader B, editors. Wintrobe's Clinical Hematology. 12th ed. Philadelphia: Williams&Wilkins. 2009. p.2311–2341.
- Şahin M. (2015). Yatarak Tedavi Gören Kanser Hastalarının Fonksiyonel Durumları Haliç Üniversitesi, Yüksek lisans tezi İstanbul.
- Şahin S, Huri M, Aran O, Uyanık M. (2018). Cross-cultural adaptation ,reliability and validity of theTurkish version of the Cancer Fatigue Scale in patients with breast cancer.
- Taylor K, Joske D, Bulsara M, Bulsara C, (2016). Monterosso LProtocol for Care After Lymphoma (CALy) trial: a phase II pilot randomised controlled trial of a lymphoma nurse-led model of survivorship care.
- Tunalı, A., Özkocaman, V. (2004). Hodgkin hastalığı. Hematolojik onkoloji özel sayısı editör: Tunalı A. Türkiye Klinikleri Hematoloji Dergisi: (1); 71-82
- Tuncer M. (Ed). Türkiye'de Kanser Kontrolü. Koza Matbaacılık. Ankara 2009; ss 5-410.
- Türk Hematoloji Derneği. (2018). Lenfoma Ulusal Tanı Ve Tedavi Kılavuzu, Mart

- Türkiye Sağlık Raporu (2012). Halk Sağlığı Uzmanları Derneği; ss 1-527.
- Ünsar S, Sadırlı S., (2008). Kanserli Hastalarda Semptom Kontrolünün Değerlendirilmesi Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı, Edirne
- Wang, S., MSN,. (2008). Symptom clusters and relationships to symptom interference with daily life in Taiwanese Lung Cancer Patients.
- Wensing M, Vingerhoets E, Grol R (2001). Functional status, health problems, age and comorbidity in primary care patients. *Quality of Life Research* 10:141-148.
- Yayan A., (2019). Over Kanserli Tanılı Kadınlarda Duygusal Zeka Düzeyinin Kemoterapi Sonrası Semptomların Yaşanmasına ve Fonksiyonel Duruma Etkisi, Pamukkale Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale.
- Yavuzşen, T., Alacacıoğlu, A., Çeltik, A., & Yılmaz, U. (2014). Kanser ve uyku bozuklukları, *Türk Onkoloji Dergisi*, 29(3),112-119.
- Zorba P. (2012). Radyoterapi Alan Bireylerin Uyku Kalitesi ve Yorgunluk Düzeyi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri.

# EKLER

## Ek-1 Anket Formu

### KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Klinikte Yatan(.....)  
Poliklinik Hastası(.....)

### I. TANITICI BİLGİLER

1. Cinsiyetiniz:

- a)Kadın
- b)Erkek

2. Yaşınız: .....

3. Medeni durumunuz: a) Bekar b) Evli

4. Eğitim durumunuz:

- a)Okur-yazar değil
- b)Okur-yazar
- c)İlköğretim
- d)Lise
- e)Üniversite

5. Mesleğiniz / Çalışma statünüz:

- a) Ev hanımı b) Memur c) işçi d) Emekli e) Serbest meslek f) Öğrenci
- g) Diğer (Açıklayınız) .....

6. Çalışma durumunuz:

- a) Tam gün çalışıyor
- b) Yarım gün ya da belirli saatlerde çalışıyor
- c) Çalışmıyor

7. Sigara kullanma durumunuz:

- a) İçiyor b) İçmiyor c) Bırakmış

8. Alkol kullanma durumunuz:

- a) İçiyor b) İçmiyor c) Bırakmış

9. Bakmakla yükümlü olduğunuz kişi / kişiler var mı?

- a) Yok b) Var (Açıklayınız).....

10. Bakımınıza destek olan kişi / kişiler var mı? a) Evet b) Hayır

11. Kim ya da kimler yardımcı oluyor? a) Eş b) Çocuk c) Akraba

- d) Diğer (Açıklayınız) .....

12. Hangi konularda yardımcı oluyor / oluyorlar? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a) Hastaneye gelip gitme
- b) Hastane işlemleri
- c) İlaç alma
- d) Ev işleri



- e) Alışveriş
- f) Beslenme
- g) Bireysel temizlik ve bakım
- h) Maddi destek sağlama
- i) Diğer (Açıklayınız) .....

## II. KLİNİK ÖZELLİKLER

1. Tanı: .....
2. Tanı süresi: .....
3. Metastaz durumu: a) Yok b) Var (Bölge / bölgeleri açıklayınız) .....
4. Tedavi şekli: a) Kemoterapi b) Radyoterapi c) Cerrahi d) Diğer (Açıklayınız) ...
5. Uygulanan toplam kür sayısı:.....
6. En son uygulanan kemoterapi zamanı:.....
7. Kanser dışında başka hastalığın varlığı: (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
  - a) Hastalık yok
  - b) Hipertansiyon
  - c) Koroner arter hastalığı
  - d) Solunum sistemi hastalığı
  - e) Gastrointestinal sistem hastalığı
  - f) Nörolojik sistem hastalığı
  - g) Kas-iskelet sistemi hastalığı
  - h) Diyabet
  - ı) Hepatit B / Hepatit C
  - i) Diğer (Açıklayınız) .....
8. Semptomlar için kullanılan ilaçlar: (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
  - a) Analjezik
  - b) Antiemetik
  - c) Antidepresan
  - d) Antibiyotik
  - e) Diğer (Açıklayınız) .....

## III. LABAROTUVAR BULGULARI

1. HB:
2. HCT:
3. BUN:
4. KREATİN:

## KANSER YORGUNLUK ÖLÇEĞİ

Şu anda...	Hayır	Biraz	Oldukça	Epeyce	Çok fazla
1. Kendinizi kolayca yorgun hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
2. Uzanarak dinlenmek için bir arzunuz var mı?	1	2	3	4	5
3. Kendinizi yorgun hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
4. Dikkatsiz olduğunuzu düşünüyor musunuz?	1	2	3	4	5
5. Enerjik hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
6. Vücudunuzu ağır ve yorgun hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
7. Konuşurken sık hata yaptığınızı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
8. Herhangi bir şeyle ilgili olduğunuzu-meşgul olduğunuzu hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
9. Kendinizi bıkkın hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
10. Unutkan olduğunuzu hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
11. Belirli şeylere konsantre olabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

12. Kendinizi isteksiz hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
13. Düşünme yetinizin zayıfladığını hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
14. Kendinizi bir şeyler yapmak için cesaretlendiriyor musunuz?	1	2	3	4	5
15. Kendi kendinize ne yaptığınızı bilemediğinizde bir bitkinlik hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5

### ANALİZ

**Faktör1-** Fiziksel: (MADDE 1+2+3+6+9+12+15) -7 =

**Faktör 2-** Duygusal: 5+8+11+14=

**Faktör 3-** Kognitif: (MADDE 4+7+10+13) -4=

**Faktör 1+2+3** Toplamı=

### FONKSİYONEL YAŞAM ÖLÇEĞİ KANSER

Lütfen aşağıdaki sorulara **son iki hafta** içindeki aktivitelerinize ve sağlık durumunuza göre cevap veriniz.

1. Çoğu insan zaman zaman depresyon belirtileri hisseder. Siz bu duyguları ne kadar sıklıkla hissediyorsunuz?

1	2	3	4	5	6	7
<b>Hiçbir zaman</b>						<b>Sürekli</b>

2. Günlük yaşamınızdaki sorunlarınızı kolay çözebiliyor musunuz?

1	2	3	4	5	6	7
<b>İyi değil</b>						<b>Çok iyi</b>

3. Hastalığınız ne kadar sık aklınıza geliyor?

1	2	3	4	5	6	7
<b>Devamlı</b>						<b>Hiçbir zaman</b>

4. Dinlenmeye fırsat bulabiliyor musunuz?

1	2	3	4	5	6	7
<b>Fırsat bulabiliyorum</b>						<b>Fırsat bulamıyorum</b>

5. Bulantı günlük işlerinizi etkiliyor mu?

1	2	3	4	5	6	7
<b>Hiç etkilemiyor</b>						<b>Çok etkiliyor</b>

6. Bugün kendinizi ne kadar iyi hissediyorsunuz?

1	2	3	4	5	6	7
<b>Son derece kötü</b>						<b>Son derece iyi</b>

7. Bugün kendinizi yemek pişirecek / küçük ev işleri yapabilecek kadar yeterli hissediyor musunuz?

1	2	3	4	5	6	7
<b>Çok yeterli</b>						<b>Çok yetersiz</b>

Lütfen aşağıdaki sorulara **son iki hafta** içindeki aktivitelere ve sağlık durumunuza göre cevap veriniz.

8. Son iki haftada hastalığınız yakınlarınıza zorluk yaşattı mı?

1	2	3	4	5	6	7
<b>Hiç zorluk yaşatmadı</b>						<b>Çok fazla zorluk yaşattı</b>

9. Yaşama isteğinizin azaldığını ne sıklıkla hissediyorsunuz?

1	2	3	4	5	6	7
<b>Daima</b>						<b>Hiçbir zaman</b>

10. Son bir ay içinde iş yerinde / evdeki verimliliğinizden memnun musunuz ?

1	2	3	4	5	6	7
<b>Hiç memnun değilim</b>						<b>Çok memnunuz</b>

11. Bugün kendinizi ne kadar huzursuz hissediyorsunuz?

1	2	3	4	5	6	7
<b>Hiç huzursuz hissetmiyorum</b>						<b>Çok huzursuz hissediyorum</b>

12. Size göre, hastalığınız, son iki haftada en yakınlarınızla ilişkilerinizi ne kadar bozdu?

1	2	3	4	5	6	7
<b>Tamamen bozdu</b>						<b>Hiç bozmadı</b>

13. Ağrı ya da rahatsızlıklar günlük aktivitelerinizi ne kadar etkiliyor?

1	2	3	4	5	6	7
<b>Hiç etkilemiyor</b>						<b>Çok etkiliyor</b>

14. Son iki haftada hastalığınız size kişisel olarak ne kadar zorluk yarattı?

1	2	3	4	5	6	7
<b>Çok fazla Zorluk yaşattı</b>						<b>Hiç zorluk yaşatmadı</b>

Lütfen aşağıdaki sorulara **son iki hafta** içindeki aktivitelere ve sağlık durumunuza göre cevap veriniz.

15. Ev ile ilgili günlük sorumluluklarınızın ne kadarını tamamlayabiliyorsunuz?

1	2	3	4	5	6	7
<b>Hepsini</b>						<b>Hiçbirini</b>

16. Son iki haftada en yakınlarınızı görmeye / onlarla birlikte zaman geçirmeye ne kadar istekliydiniz?

1	2	3	4	5	6	7
<b>İsteksizdim</b>						<b>Çok istekliydim</b>

17. Son iki haftada kaç kez bulantınız oldu?

1	2	3	4	5	6	7
<b>Hiç olmadı</b>						<b>Çok fazla oldu</b>

18. Gelecekte ne kadar korkuyorsunuz?

1	2	3	4	5	6	7
<b>Devamlı Korkuyorum</b>						<b>Hiç korkmuyorum</b>

19. Son iki haftada arkadaşlarınızı görmeye / onlarla birlikte zaman geçirmeye ne kadar istekliydiniz?

1	2	3	4	5	6	7
<b>İsteksizdim</b>						<b>Çok İstekliydim</b>

20. Sizce son iki haftada yaşadığınız ağrı ya da rahatsızlıkların ne kadarı hastalığınızla ilgiliydi?

1	2	3	4	5	6	7
<b>Hiçbiri</b>						<b>Hepsi</b>

21. Size uygulanan tıbbi tedaviye ne kadar güveniyorsunuz?

1	2	3	4	5	6	7
<b>Hiç güvenmiyorum</b>						<b>Çok güveniyorum</b>

22. Sizce bugün ne kadar iyi görünüyorsunuz?

1	2	3	4	5	6	7
<b>Son derece kötü</b>						<b>Son derece iyi</b>

## EK 2. İzinler

Evrak Tarih ve Sayısı: 16/09/2019-29173



T.C.

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi  
Başhekimliği

Sayı : 93596471-010.99-E.29173  
Konu : Anket Uygunluğu

16/09/2019

Sayın; Hilal DAĞCI

İlgi : 09.09.2019 tarihli dilekçeniz.

İlgi tarihli dilekçenizde belirtilen "*Lenfomalı Hastalarda Yorgunluk ve Fonksiyonel Durum İncelemesi*" konulu çalışmanın anketlerini belirtilen tarihler arasında hastanemiz hematoloji ve tıbbi onkoloji kliniğinde yapma isteğiniz değerlendirilmiş olup, anket yapılacak kişilerinde onaylarının alınması şartıyla isteğiniz uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

**e-imzalıdır**

Doç.Dr. Çağlar YILDIZ  
Başhekim V.

Evrakı Doğrulamak İçin : [http://cbkapp1.cumhuriyet.edu.tr/enVision/validate\\_doc.aspx?V=BE6P4F63N](http://cbkapp1.cumhuriyet.edu.tr/enVision/validate_doc.aspx?V=BE6P4F63N)

Adres : Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Kampüsü 58140 Sivas  
Telefon : 0 346 2581326 Belgegeçer : 0 346 258 0024  
e-Posta : [hastaneyazisleri@cumhuriyet.edu.tr](mailto:hastaneyazisleri@cumhuriyet.edu.tr) Elektronik AĢ :  
[www.cumhuriyet.edu.tr](http://www.cumhuriyet.edu.tr)

Bilgi için : Elif KILIÇ  
Unvanı : f





**CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK  
ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Lenfomalı Hastalarda Yorgunluk ve Fonksiyonel Durum İncelenmesi
-----------------------	---

<b>ETİK KURULU BİLGİLERİ</b>	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 219 10 10 / Dahili: 2092
	FAKS	-
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Mukadder Mollaoglu			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İç Hastalıkları Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği AD			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tezi			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez  
İmza:





## CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Lenfomalı Hastalarda Yorgunluk ve Fonksiyonel Durum İncelenmesi
-----------------------	---

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2019-08/01	Tarih: 07.08.2019		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmancın/çalışmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmancın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Muhittin Sönmez

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Muhittin Sönmez	Anatomi	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Prof. Dr. Yalçın Karagöz	Biyoistatistik	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Doç. Dr. Hatice Özer	Patoloji	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Doç. Dr. Binnur Bağcı	Beslenme ve Diyetetik	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>		
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Ataş	Farmasötik Mikrobiyoloji	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>		
Dr. Öğr. Üyesi Engin Altınkaya	İç hastalıkları	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>		
Dr. Öğr. Üyesi Melih Ülgey	Protetik Diş Tedavisi	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		

\*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanının

Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez

İmza:

**Hilal Dağcı** <dagcihilal60@gmail.com>

19 May 2019 Paz 23:21 ☆ ↶ ⋮

Alıcı: hbaydin ▾

Hocam merhaba, Ben Hilal Dağcı ,Cumhuriyet Üniversitesi İç Hastalıkları yüksek lisans öğrencisiyim . Lenfomalı hastalarda fonsiyonel durum ile ilgili tez çalışması yapmak ve fonsiyonel yaşam ölçeğini kullanmak istiyorum .Bu konu hakkında bana yardımcı olursanız çok sevinirim .  
Teşekkürler  
İyi çalışmalar.

**Hicran Bektas** <hbaydin@akdeniz.edu.tr>

21 May 2019 12:10 ☆ ↶ ⋮

Alıcı: ben ▾

Sevgili Hilal,  
Fonksiyonel Yaşam Ölçeğini tezinde kullanabilirsin.  
Başarılar dilerim.

Prof.Dr. Hicran BEKTAŞ  
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi  
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı  
Dekan Yardımcısı  
Dumlupınar Bulvarı  
07058 Konyaaltı / ANTALYA  
Tif : 0 242 310 6907  
Faks: 0 242 226 1469

**Sedef Şahin** <sedefkarayazgan88@hotmail.com>

27 Şub 2019 Çar 13:21 ☆ ↶ ⋮

Alıcı: ben, sedefkarayazgan@gmail.com ▾

Sayın Dağcı,  
Mailinizi memnuniyetle okumuş bulunmaktayım. Yayınımı kaynak göstermeyi unutmadan, Tabi ki kullanabilirsiniz.

İyi Çalışmalar

Sedef ŞAHİN, PT, Asst Prof  
Hacettepe University  
Faculty of Health Sciences  
Occupational Therapy Department

**Gönderen:** Hilal Dağcı <dagcihilal60@gmail.com>

**Gönderildi:** 25 Şubat 2019 Pazartesi 16:41

**Kime:** [sedefkarayazgan88@hotmail.com](mailto:sedefkarayazgan88@hotmail.com)

**Konu:**

Hocam merhaba, Ben Hilal Dağcı ,Cumhuriyet Üniversitesi İç Hastalıkları yüksek lisans öğrencisiyim . Lenfomalı hastalarda yorgunluk ile ilgili tez çalışması yapmak ve kanser yorgunluk ölçeğini kullanmak istiyorum .Bu konu hakkında bana yardımcı olursanız çok sevinirim .  
Teşekkürler  
İyi çalışmalar.

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel bilgiler

**Adı Soyadı** : Hilal DAĞCI  
**Doğum Yeri ve Tarihi** : Tokat / 1993  
**Yabancı Dil** : İngilizce  
**İletişim Adresi** : Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve  
Uygulama Hastanesi, Hematoloji ve Tıbbi Onkoloji

### Eğitim ve Akademik Durumu

**Lise** :Sebahat İsmet Erdem Anadolu Lisesi Tokat  
**Lisans** :Sivas Cumhuriyet Üniversitesi

### İş Tecrübesi

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Hemşire.