

**T.C.**  
**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**MULTİPL MİYELOM TANISI OLAN HASTALARIN**  
**BAKIM GEREKSİNİMLERİ VE YAŞAM KALİTESİ**

Serap ÖLMEZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2020-ANTALYA

**T.C.**  
**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**MULTİPL MİYELOM TANISI OLAN HASTALARIN**  
**BAKIM GEREKSİNİMLERİ VE YAŞAM KALİTESİ**

Serap ÖLMEZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**DANIŞMAN**  
**Dr. Öğr. Üyesi Fatma ARIKAN**

Bu tez Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından TYL-2018-3826 proje numarası ile desteklenmiştir.

“Kaynakça gösterilerek tezinden yararlanılabilir”

2020-ANTALYA

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;**

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 23.12.2019

Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Fatma ARIKAN  
Akdeniz Üniversitesi

İmza



Üye : Prof. Dr. Zeynep ÖZER  
Akdeniz Üniversitesi



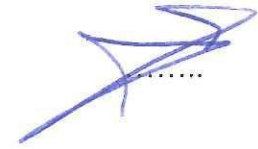
Üye : Prof. Dr. Hicran BEKTAŞ  
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Prof. Dr. Mehmet Ziya FIRAT  
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Prof. Dr. Fisun ŞENUZUN AYKAR  
Ege Üniversitesi



Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun ...../...../..... tarih ve ...../..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

**Prof. Dr. Narin DERİN**

Enstitü

Müdürü

## ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Öğrenci

Serap ÖLMEZ

İmza

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Fatma ARIKAN

İmza

## TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim ve tez çalışmam süresince bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren, desteğini esirgemeyen değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Fatma ARIKAN' a;

Eğitim sürecinde bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşarak mesleki gelişimime katkı sağlayan değerli hocalarım Prof. Dr. Zeynep ÖZER'e ve Prof. Dr. Hicran BEKTAŞ'a;

Lisansüstü eğitimim süresince anlayışı ve desteğini esirgemeyen Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Sağlık Hizmetleri Müdürü Ferda ÜLKER'e ve her daim manevi desteğini hissettiğim Sağlık Hizmetleri Müdür Yardımcısı Fatma KAYA'ya;

Tez çalışmamın yürütülmesini sağlayan Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı'na; Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği'ne; Hematoloji Bilim Dalı öğretim üyeleri Prof. Dr. Levent ÜNDAR ve Doç. Dr. Ozan SALİM'e, her daim desteğini hissettiğim Uzm. Dr. Ünal ATAŐ'a;

Tez sürecimi destekleri ile kolaylaştıran Hematoloji Kliniğı Sorumlu Hemşiresi Zeliha KOCA ve hemşire arkadaşlarıma, gündüz kemoterapi ünitesinde görev yapan Ayşegül KÜÇÜKÇAKAL, Serap YILDIRIM ve diğer hemşire arkadaşlarıma, bu süreçte araştırmaya katılmayı kabul eden hematoloji hastalarıma;

Araştırmamın istatistiksel analizinin yürütülmesine katkı sağlayan Ziraat Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Mehmet Ziya FIRAT'a; eğitimimin her aşamasında değerli yardımları için Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü yöneticilerine ve çalışanlarına;

Hayatımın her anında olduğı gibi eğitim hayatımda da teşvik ve destekleriyle hep yanımda hissettiğim annem ve merhum babama; varlıkları ile hayatıma anlam katan ve bu süreçte gösterdikleri sabır ve anlayış için eşim, kızım ve oğluma çok teşekkür ederim.

Serap ÖLMEZ

Aralık 2019

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışma multipl miyelom tanısı olan hastaların destekleyici bakım gereksinimleri ve yaşam kalitesinin belirlenmesi, destekleyici bakım gereksinimleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacı ile analitik olarak yapılmıştır.

**Yöntem:** Analitik nitelikteki bu çalışmanın örneklemini Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Hematoloji Polikliniği ve Hematoloji Kliniği'nde takip edilen, araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 102 multipl miyelom hastası oluşturmuştur. Çalışmanın verileri Ağustos 2018-Ağustos 2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerinin toplanmasında, Hasta Tanıtım Formu, Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği-Kısa Formu, EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve EORTC QLQ-MY20 Miyelom Modülü Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde SAS 9.4 paket programı kullanılmıştır.

**Bulgular:** Multipl miyelom hastalarının destekleyici bakım gereksinimlerinin orta düzeyde ve hastaların en fazla fiziksel-günlük yaşam alanında destekleyici bakım gereksinimi olduğu belirlenmiştir. Tanı süresinin, fonksiyonel durumun, semptom şiddetinin, beden algısının ve geleceğe bakışın destekleyici bakım gereksinimleri üzerinde anlamlı etkisi olduğu saptanmıştır. Hastaların yaşam kalitesi genel sağlık puanlarının ortalamasının altında ve rol, sosyal, fiziksel fonksiyonlarının düşük olduğu belirlenmiştir. Hastaların yaşadıkları en şiddetli semptomların ağrı ve yorgunluk olduğu görülmüştür. Destekleyici bakım gereksinimi ile yaşam kalitesi arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

**Sonuç:** Multipl miyelom hastalarının fiziksel-günlük yaşam gereksinimlerinin arttığı ve yaşam kalitesinin azaldığı belirlenmiştir. Bu nedenle hastalara özgü destekleyici bakım gereksinimlerinin belirlenerek, bakım stratejilerinin oluşturulması ve hasta gereksinimleri doğrultusunda bakıma yansıtılması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Multipl miyelom, destekleyici bakım gereksinimi, yaşam kalitesi, hemşirelik.

## ABSTRACT

**Objective:** This study was conducted analytically in order to determine the supportive care needs and quality of life of patients with multiple myeloma diagnosis and to investigate the relationship between supportive care needs and quality of life.

**Method:** The sample of this analytical study consisted of 102 Multiple Myeloma patients followed at the Hematology Outpatient Clinic and Hematology Clinic of Akdeniz University Hospital, who met the inclusion criteria. The data of the study were collected between August 2018 and August 2019. The data were collected using Patient Identification Form, Supportive Care Needs Survey Questionnaire the Short-Form, EORTC QLQ-C30 Quality of Life Scale and EORTC QLQ-MY20 Myelom Module Quality of Life Scale. SAS 9.4 package program was used for statistical analysis of the data.

**Results:** Supportive care needs of multiple myeloma patients were found to be moderate and that patients most needed supportive care in physical-daily life. The duration of diagnosis, functional status, symptom severity, body perception and future perspectives were found to have a significant effect on supportive care needs. The overall quality of life scores of the patients were below the average and the role, social, physical functions were low. Patients reported the most severe symptoms as pain and fatigue. It was found that there was a negatively moderately significant relationship between supportive care needs and quality of life.

**Conclusion:** It was determined that physical-daily life needs of multiple myeloma patients increased and quality of life decreased. For this reason, it is recommended that the patient-specific supportive care needs be identified, care strategies formulated and reflected into care in line with patient needs.

**Key words:** Multiple myeloma, supportive care needs, quality of life, nursing.

# İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET</b>	i
<b>ABSTRACT</b>	ii
<b>İÇİNDEKİLER</b>	iii
<b>TABLolar DİZİNİ</b>	vi
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b>	vii
<b>SİMGELER ve KISALTMALAR</b>	viii
<b>1. GİRİŞ</b>	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırma Soruları	2
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	3
2.1. Multipl Miyelom	3
2.1.1. Tanım	3
2.1.2. Epidemiyoloji	3
2.1.3. Etiyoloji ve Patogenez	4
2.1.4. Klinik Belirti ve Bulgular	5
2.1.5. Tanı ve Evreleme	8
2.1.6. Tedavi	10
2.2. Multipl Miyelomda Destekleyici Bakım Gereksinimi ve Hemşirenin Rolü	11
2.3. Multipl Miyelomda Yaşam Kalitesi	13
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM</b>	15
3.1. Araştırmanın Tipi	15
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	15
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	15
3.4. Veri Toplama Araçları	16
3.4.1. Hasta Tanıtım Formu	16



3.4.2. Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği- Kısa Formu	16
3.4.3. EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği	17
3.4.4. EORTC QLQ-MY20 Yaşam Kalitesi Ölçeği Miyelom Modülü	19
3.5. Araştırma Süreci	20
3.6. Ön Uygulama	21
3.7. Verilerin Toplanması	21
3.8. Araştırma Etiği	21
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	21
3.10. Araştırmanın Değişkenleri	22
3.11. Verilerin Değerlendirilmesi	22
<b>4. BULGULAR</b>	<b>23</b>
4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	23
4.2. Hastaların Destekleyici Bakım Gereksinimleri ve Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular	26
4.3. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Destekleyici Bakım Gereksinimleri ve Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	28
4.4. Destekleyici Bakım Gereksinimleri ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	45
4.5. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Yaşam Kalitesinin Destekleyici Bakım Gereksinimlerine Etkisine Ait Bulgular	48
4.6. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Yaşam Kalitesine Etkisine Ait Bulgular	49
<b>5. TARTIŞMA</b>	<b>51</b>
5.1. Hastaların Destekleyici Bakım Gereksinimlerine İlişkin Bulguların Tartışılması	51
5.2. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması	52
5.3. Hastaların Yaşam Kalitesine İlişkin Bulguların Tartışılması	55

5.4. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması	56
5.5. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri, Destekleyici Bakım Gereksinimleri ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması	59
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	60
<b>KAYNAKLAR</b>	62
<b>EKLER</b>	
EK-1 Etik Kurul Onayı	
EK-2 Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kurum İzni	
EK-3 Ölçek Kullanım İzni	
EK-4 Katılımcı Bilgilendirilmiş Olur Formu	
EK-5 Hasta Tanıtım Formu	
EK-6 Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği- Kısa Formu (DBGÖ-KF)	
EK-7 EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği	
EK-8 EORTC QLQ-MY20 Miyelom Modülü	
EK-9 Araştırma Zaman Çizelgesi	
<b>ÖZGEÇMİŞ</b>	86

## TABLÖLAR DİZİNİ

<b>Tablo 2.1.</b> Uluslararası Miyelom Çalışma Grubunun Tanı Kriterleri	8
<b>Tablo 2.2.</b> Miyelom Tanımlayıcı Olaylar	9
<b>Tablo 2.3.</b> Multipl Miyelom Evreleme Sistemi	
<b>Tablo 3.1.</b> Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği-Kısa Formu	17
<b>Tablo 4.1.</b> Hastaların sosyo-demografik özellikleri	23
<b>Tablo 4.2.</b> Hastaların hastalık özellikleri	25
<b>Tablo 4.3.</b> Hastaların DBGÖ ve alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımı	26
<b>Tablo 4.4.</b> Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımı	27
<b>Tablo 4.5.</b> Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre DBGÖ ve alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımı	29
<b>Tablo 4.6.</b> Hastaların hastalık özelliklerine göre DBGÖ ve alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımı	31
<b>Tablo 4.7.</b> Hastaların sosyo demografik özelliklerine göre Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımı	34
<b>Tablo 4.8.</b> Hastaların hastalık özelliklerine göre Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımı	36
<b>Tablo 4.9.</b> Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı	40
<b>Tablo 4.10.</b> Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre Yaşam Kalitesi Ölçeği fonksiyonel alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı	43
<b>Tablo 4.11.</b> Hastaların DBGÖ alt boyutları arasındaki ilişki	45
<b>Tablo 4.12.</b> Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları arasındaki ilişki	46
<b>Tablo 4.13.</b> Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları arasındaki ilişki	47
<b>Tablo 4.14.</b> Hastaların tanıtıcı özellikleri ve yaşam kalitesinin destekleyici bakım gereksinimlerine etkisi	49
<b>Tablo 4.15.</b> Hastaların tanıtıcı özellikleri ve destekleyici bakım gereksinimlerinin yaşam kalitesine etkisi	50

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1. Araştırmanın Uygulama Süreci

21



## SİMGELER ve KISALTMALAR

<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>AIDS</b>	: Edinsel Immün Yetmezlik Sendromu
<b>CRAB</b>	: Calcium, Renal, Anemia, Bone
<b>ECOG</b>	: Eastern Cooperative Oncology Group
<b>EORTC</b>	: European Organization for Research and Treatment of Cancer
<b>Ig</b>	: İmmunglobulin
<b>IGF</b>	: İnsülin Benzeri Büyüme Faktörü
<b>IL</b>	: İnterlökin
<b>IMWG</b>	: International Myeloma Working Group
<b>ISS</b>	: International Staging System
<b>LDH</b>	: Laktat dehidrogenaz
<b>MDE</b>	: Myeloma Defining Events
<b>MGUS</b>	: Önemi Bilinmeyen Monoklonal Gamopati
<b>MM</b>	: Multipl Miyelom
<b>MR</b>	: Manyetik rezonans
<b>OKHN</b>	: Otolog Kök Hücre Nakli
<b>PET-BT</b>	: Pozitron emisyon tomografisi-bilgisayarlı tomografi
<b>QLQ-C30</b>	: Quality of Life Questionnaire (çekirdek formu)
<b>QLQ-MY20</b>	: Quality of Life Questionnaire – Myeloma (miyelom modülü)
<b>SMM</b>	: Sessiz Multipl Miyelom
<b>TNF- <math>\alpha</math></b>	: Tümör Nekroz Faktör- $\alpha$

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Multipl miyelom (MM), kemik iliğinde monoklonal immunglobulin üreten plazma hücresi klonunun kontrolsüz çoğalması ile karakterize, çoğu zaman tedavi edilemeyen sistemik malign bir hastalıktır (Ramsenthaler ve ark., 2016; Kumar ve ark., 2017). Dünyada yıllık insidansı erkeklerde 2.1/100.000 kadınlarda ise 1.4/100.000 oranında görülmektedir (<https://gco.iarc.fr>, Erişim tarihi: 3 Ekim 2019). Türkiye’de insidans erkeklerde 2.7/100.000, kadınlarda ise 1.9/100.000’ dir (Başara ve ark., 2017). İnsidansı yaşla birlikte artış göstermekte olup, tanı anındaki medyan yaşı 69’dur (<https://seer.cancer.gov>, Erişim tarihi: 5 Nisan 2019). MM tanısı alan hastaların yeni tedavilerin ortaya çıkmasıyla daha uzun yaşayabildiği ve son yıllarda 5 yıllık sağkalımın %50.7 olduğu bildirilmektedir (Bilotti ve ark., 2011; <https://seer.cancer.gov>, Erişim tarihi: 5 Nisan 2019).

Hastalar tanı anında genellikle kemiklerde ağrı, yorgunluk, halsizlik ve sık enfeksiyon geçirme gibi semptomlarla başvurmaktadır (Coleman ve ark., 2011; Stephens ve ark., 2014; Kiely ve ark., 2017). Hastalığın ileri yaşta görülmesi bu bulguların romatizmal veya osteoporotik olarak yorumlanmasına neden olabilmekte, spesifik olmayan bu semptomlar tanıyı geciktirebilmektedir (Mortensen ve Salomo, 2016). MM’nin tipik belirtileri kalsiyum yüksekliği, böbrek yetersizliği, anemi ve kemik lezyonları karakteristik dört bulguyu oluşturmaktadır (Bertolotti ve ark., 2008; Molassiotis ve ark., 2011). Hastalığın genel tedavi yaklaşım şekli yüksek doz kemoterapi ve otolog kök hücre nakli (OKHN) dir. MM tedavi edilemeyen bir hastalık olmasına rağmen, yeni tedavi ajanlarının ortaya çıkışı sağkalım sonuçlarını iyileştirmektedir (Girnius ve Munshi, 2013).

Son yıllarda sağkalımdaki iyileşmeler, hastalık ve tedavi ilişkili ortaya çıkan yan etkiler hastalarda semptom yükünü arttırmaktadır. Yaş faktörünün de eklenmesi ile hastaların semptom yüküne olan duyarlılığı artmakta ve ortaya çıkan bu semptomları yönetme konusunda zorluklar yaşanmaktadır. Hastalara verilen destekleyici bakım bu aşamada anahtar rol oynamaktadır (Baz ve ark., 2015; Colson, 2015; Ramsenthaler ve ark., 2016).

Tedavi ve destekleyici bakımın paralel sürdürülmesi hastanın tedaviden yarar sağlamasını, günlük aktivitelerini bağımsız yapabilmesini ve optimum yaşam kalitesine ulaşmasını sağlamaktadır (Nair ve ark., 2018). Hastanın gereksinimi ve hemşirelik bakımı arasındaki uyumsuzluk karşılanmamış gereksinimlere neden olmakta ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Yıldırım ve ark., 2013).

Uluslararası literatürde, MM hastalarının bakım gereksinimlerinin ve yaşam kalitelerinin incelendiği çalışmaların yetersiz olduğu, yeni çalışmalara ihtiyaç duyulduğu bildirilmiştir (Booker ve ark., 2009; Molassiotis ve ark., 2011). Ülkemizde ise yaşam kalitesine ilişkin (Demirtaş, 2013; Karahan ve Pamuk, 2013) sınırlı sayıda çalışma olup, bakım gereksinimlerinin belirlenmesine ilişkin çalışmaya rastlanmamıştır. MM’de pek çok semptom ve yan etkinin görülmesi, hastaların bakım gereksinimlerinin artması hemşirelere önemli rol ve sorumluluklar yüklemektedir (Karataş ve Kutlutürkan, 2017). Bu nedenle MM hastalarında destekleyici bakım gereksinimlerinin belirlenmesine yönelik yapılan çalışma sonuçları doğrultusunda planlanacak hemşirelik bakımının, MM hastalarının yaşam kalitesinin artmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmada, multipl miyelom tanısı olan hastaların destekleyici bakım gereksinimleri ve yaşam kalitesinin belirlenmesi, destekleyici bakım gereksinimleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

## **1.3. Araştırma Soruları**

1. MM hastalarının destekleyici bakım gereksinimleri nelerdir?
2. MM hastalarında yaşam kalitesi ne düzeydedir?
3. MM hastalarının tanıtıcı özelliklerinin destekleyici bakım gereksinimleri ve yaşam kalitesi üzerinde etkisi var mıdır?
4. MM hastalarının destekleyici bakım gereksinimleri ve yaşam kalitesi arasında ilişki var mıdır?
5. MM hastalarının tanıtıcı özellikleri ve yaşam kalitesinin destekleyici bakım gereksinimlerine etkisi var mıdır?
6. MM hastalarının özellikleri ve destekleyici bakım gereksinimlerinin yaşam kalitesine etkisi var mıdır?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Multipl Miyelom

#### 2.1.1. Tanım

Multipl miyelom, plazma hücrelerinin tedavi edilemeyen, biyolojik olarak heterojen bir hastalığıdır (Brigle ve Rogers, 2017). Kemik iliğinde B hücrelerinden üretilen plazma hücresi klonunun çoğalması, ardından kanda ve / veya idrarda monoklonal immunglobulin (Ig) artışı ile karakterize hematolojik bir malignitedir (Singhal ve Mehta, 2006). Hastalıkta sıklıkla üretilen monoklonal protein IgG veya IgA'dır (Bataille, 1996). Anormal plazma hücrelerinin (miyeloma hücreleri) kemik iliğine penetre olması, bu hücrelerin monoklonal Ig (M-protein) üretmesi ve diğer normal "poliklonal" Ig baskılanması ile artmış kemik yıkımı patofizyolojik mekanizmaları oluşturmaktadır (Ündar, 2009). Bunun sonucunda litik kemik lezyonları, kompresyon kırığı, ekstremiteler plazmasitomlar olan veya olmayan şiddetli osteoporoz ile geniş iskelet tutulumu, anemi, hiperkalsemi, böbrek hastalığı, hipervizkosite ve enfeksiyona yatkınlık gibi bulgular ortaya çıkabilmektedir (Ündar, 2009; Bladé ve ark., 2011).

Multipl miyelom kemiğin içinde veya dışında birden fazla plazmasitoma neden olabilmektedir. Plazmasitomlar, kemik içinde veya dışında büyüeyebilen, plazma hücrelerinden oluşan lokalize tümörlerdir (Bladé ve ark., 2011; Demircioğlu ve ark., 2019). Morumsu bir renk tonu ile büyük deri altı kitlelerine yol açan kemik dışı plazmasitomlar, tanı sırasında nadir, hastalığın seyri sırasında ise sık görülebilmektedir (Kyle ve Bergsagel, 2004).

#### 2.1.2. Epidemiyoloji

Multipl miyelom, ABD'de tüm kanser vakalarının yaklaşık %1.8'ini ve hematolojik malignitelerin %17'sinden fazlasını oluşturmaktadır (Kumar ve ark., 2017; <https://seer.cancer.gov>, Erişim tarihi: 2 Kasım 2018). Amerikan Kanser Derneği 2019 yılında, 12.960 ölüm ve 32.110 yeni MM vaka olacağını tahmin etmektedir (<https://cancerstatisticscenter.cancer.org>, Erişim tarihi: 1 Nisan 2019). İnsidans yaşla birlikte artmakta ve etnik kökene göre farklılık göstermektedir. Siyah ırkta görülme sıklığı beyaz ırktan 2-3 kat daha fazla olup (Waxman ve ark., 2010), Asya ve İspanyol



kökenli bireylerde daha düşüktür. MM, erkeklerde kadınlara oranla daha yaygındır (Kumar ve ark., 2017). Türkiye’de erkeklerde 2.7/100.000, kadınlarda 1.9/100.000 oranında görüldüğü bildirilmektedir (Başara ve ark., 2017). MM ileri yaş hastalığı olduğundan ortalama tanı yaşı 69’dur. Hastaların sadece %10.6’sı 55 yaşından ve %2.7’si 45 yaşından daha gençtir. Mortalite hızının yaşla beraber artış gösterdiği bilinmekte olup, 75-84 yaş arası %32 olarak bildirilmiştir (<https://seer.cancer.gov>, Erişim tarihi: 1 Temmuz 2019).

### **2.1.3. Etiyoloji ve Patogenez**

Multipl miyelom etiyojisi görülme sıklığının az olması sebebiyle yeterli çalışma yapılamadığından tam olarak anlaşılamamıştır. Hem genetik yatkınlığın hem de çevresel faktörlerin rol oynadığı tahmin edilmektedir (Bataille, 1996). Miyelomun genetik geçişi ile ilgili yapılan aile çalışmalarında; birinci derece akrabalarında hastalık olan kişilerde yaklaşık 3,7 kat daha yüksek risk saptanmıştır (Lynch ve ark., 2001; Alexander ve ark., 2007).

Genellikle malign hastalıklarda etkin rol oynayan sigara ve alkol gibi risk faktörlerinin miyelom etiyojisinde güçlü bir şekilde yer almadığı görülmektedir (Alexander ve ark., 2007). Çevresel faktör olarak; düşük sosyo-ekonomik koşullar, obezite, tarım ve metal işçiliği endüstrisinde çalışma, radyasyon, pestisid, benzen ve saç boyasına maruziyet ile miyelom riski arasında pozitif bir ilişki gözlenmiştir (Aydın, 2005). Wallin ve Larsson’ın (2011) meta-analiz çalışmasından elde ettiği sonuçlar, önceki meta-analiz sonuçlarına paralellik göstermiş ve aşırı vücut ağırlığının MM için bir risk faktörü olduğunu ileri sürmüşlerdir. Özellikle obez bireylerde, adipositler tarafından üretilen, aynı zamanda miyelom hücreleri için güçlü büyüme faktörü olan interlökin (IL) 6 ve insülin benzeri büyüme faktörü-1 (IGF-1) gibi sitokinlerin daha yüksek seviyelerde olduğu bildirilmiştir (Carson ve ark., 2014).

Multipl miyelom ile spesifik yiyecek grupları arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada yüksek miktarda sebze, balık ve meyve (özellikle C vitamini) tüketimi ile miyelom riskinde nispi bir azalma bildirilmiştir (Brown ve ark., 2001). Ancak yapılan bir diğer çalışmada meyvelerde, özellikle de turunçgillerde risk azalırken sebze tüketiminde bir etki görülmemiştir (Rohrmann ve ark., 2007). İyonize radyasyon ile

İlgili çelişkili sonuçlara rağmen, etki rolüne dair göstergeler devam etmektedir. Anjiyografi için kontrast madde olarak 1930 ve 1950 yılları arasında kullanılan toryum dioksitin (torotrast), plazmasitom riskini dört katına kadar arttırdığı bildirilmektedir (Van Kaick ve ark., 1999; Becker ve ark., 2008).

Miyelom etyolojisinde öncü medikal problemler de rol oynamaktadır (Aydın, 2005). Önemi bilinmeyen monoklonal gamopati [Monoclonal Gammopathy of Undetermined Significance (MGUS)] bunlardan en önemlisidir ve yılda yaklaşık %1 oranında miyeloma dönüşmektedir (Kyle ve Rajkumar, 2008; Michels ve Petersen, 2017). Geçirilmiş enfeksiyon öyküsü, inflamatuvar durumlar, bağ dokusu hastalıkları, otoimmün hastalıklar ve alerjiye bağlı hastalıkların da ilişkili olduğu bilinmektedir (Dispenzieri ve ark., 2014). Hepatit C enfeksiyonu da miyelom ile ilişkilendirilmektedir (Montella ve ark., 2001). Ayrıca AIDS'de (Edinsel İmmün Yetmezlik Sendromu) miyelom sıklığının artması, virüslerin miyelom patogeneziindeki potansiyel rolünün altını çizmektedir (Cooper ve Whitehead, 1998). Bir başka etiyolojik ajan olarak da İnsan herpes virüsü 8 gösterilmiştir (Cooper ve Whitehead, 1998), ancak bu doğrulanmamıştır (Tedeschi ve ark., 2005). MM'de hücrelerin kontrolsüz çoğalması, apoptozdan ve bağışıklık sisteminden kaçması sitogenetik anormalliklerin sonucu olduğuna inanılmaktadır (Al-Farsi ve ark., 2011).

#### **2.1.4. Klinik Belirti ve Bulgular**

Multipl miyelom bazı hastalarda, artmış serum protein seviyeleri nedeniyle tesadüfen teşhis edilebilir, bu dönem asemptomatik miyelom olarak adlandırılmaktadır (Singhal ve Mehta, 2006). Zamanla semptomların görülmeye başladığı aktif miyeloma dönüşebilmektedir. MM'de plazma hücrelerinin kemik iliğinde çoğalıp, sıklıkla bitişik kemiğe girerek kemik ağrısı ve kırılmaları ile sonuçlanan iskelet tahribatına neden olduğu bilinmektedir. Nadiren, plazma hücreleri çoklu organlara sızmakta ve çeşitli semptomlar üretmektedir (Kyle ve Rajkumar, 2008; Bringle ve Rogers, 2017). Hastalar genellikle kemik ağrısı (%60), yorgunluk (%30), kilo kaybı (%25), parestezi (%5) ve tekrarlayan enfeksiyonlar (özellikle pnömoni ve idrar yolu enfeksiyonları) gibi spesifik olmayan semptomlarla başvurabilmektedir. Ateş, hepatomegali, splenomegali ve lenfadenopatinin %5'den daha az olduğu, akciğer ve plevral tutulumun hastalığın ileri

aşaması dışında nadir görüldüğü bildirilmektedir (Kyle ve ark., 2003; Al-Farsi ve ark., 2011). Ekstramedüller plazmasitomlar tanı anında %7 oranında görülmekteyken hastalığın ilerleyen dönemlerinde daha sık (%20) karşımıza çıkabilmektedir (Bladé ve ark., 2011). MM'nin karakteristik bulgularının ortaya çıkması tamamen doku ve/veya organ bozukluğu ile ilişkilidir. CRAB (Calcium, Renal, Anemia, Bone) kısaltması ile sonuçlanan bu bulgular hiperkalsemi, böbrek hastalığı, anemi ve kemik lezyonlarıdır (Bladé ve ark., 2012).

### **Hiperkalsemi**

Hiperkalsemi, miyelom tanısı alan hastaların yaklaşık %25'inde bulunmaktadır. Yapılan bazı çalışmalarda hastaların %13'ünde kalsiyum seviyesi  $\geq 11$  mg/dl olarak saptanmıştır (Kyle ve ark., 2003). Hastalık ilerledikçe daha sık görülmektedir. MM'de miyelom böbreğinden sonra böbrek hasarına neden olan en sık ikinci patolojidir. Hiperkalsemi, böbreğin konsantrasyon yeteneğini bozarak böbrek damarlarında vazokonstriksiyona neden olmakta ve diürezi artırmaktadır. Bu durum dehidratasyona ve prerenal azotemiye neden olmaktadır (Ar, 2013). Mide bulantısı, halsizlik, depresyon, kilo kaybı, konfüzyon, poliüri veya konstipasyon bildiren hastalarda hiperkalseminin varlığından şüphe edilmelidir (Ündar, 2009).

### **Böbrek Hastalığı**

Miyelomun ana hedef organı böbrektir, bu nedenle böbrek hastalığı tanı ve prognostik değeri olan bir semptomdur. Tanı anında hastaların %19'unda serum kreatinin seviyesinin 2 mg/dl veya üzerinde olduğu bildirilmiştir. Hastalık süresince bu oran %50'ye kadar çıkabilmekte ve hastaların %10 ila %15'i diyalize ihtiyaç duyabilmektedir (Kyle ve ark., 2003; Leung ve Nasr, 2014; Deborah Doss ve ark., 2017). Böbrek hastalığı akut ve ya kronik olarak kendini gösterebilmektedir. En sık nedeni miyelom böbreği (cast nefropatisi) olup, monoklonal hafif zincirlerin distal ve toplayıcı kanallarda çökerek tübülleri tıkaması sonucunda ortaya çıkmaktadır. Lambda hafif zincir miyelomunda daha fazla görülmektedir (Şahin, 2008; Ündar, 2009; Gastelum ve ark., 2017).

Ayrıca dehidrasyon, hiperkalsemi, hiperürisemi, enfeksiyon, nefrotoksik maddeler ve plazma hücre infiltrasyonu gibi bazı faktörler de böbrekte hasara yol açabilmektedir. Bu

etkenler tek başlarına yada hafif zincirlerin toksik etkisini artırarak böbrek hastalığına neden olmaktadır. Böbrekte hasara neden olduğu yere göre (glomerül, tübül gibi) böbrek hastalığının belirti ve bulguları farklılık göstermektedir (Ar, 2013; Terpos ve ark., 2015).

### **Anemi**

Hastalarda en sık görülen klinik bulgu anemidir. Normositik normokrom aneminin hastaların %73'ünde tanı anında görüldüğü bildirilmektedir. Genellikle hastalarda yorgunluk ve halsizlik şikayetlerine neden olmaktadır (Kyle ve ark., 2003; Gerecke ve ark., 2016).

Anemi, plazma hücrelerinin kemik iliğine infiltrasyonu ile ilgilidir. Kemik iliği mikroçevre stroma hücreleri ve plazma hücrelerinden salınan tümör nekroz faktör- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ) ve interlökin (IL)-1 gibi sitokinler eritropoezi inhibe etmektedir. Ayrıca fas ligand aracılı eritroid apoptozis de artmaktadır. Ek olarak, MM'nin neden olduğu böbrek hastalığından kaynaklanan eritropoietin eksikliği de anemiye yol açmaktadır (Andrews ve ark., 2013; Dispenzieri ve ark., 2014).

### **Kemik Hastalığı**

Multipl miyelomun ana kaynağı kemik hastalığıdır ve klinik belirtisi osteolitik kemik filerleyebilir ve osteolitik lezyonların yeniden kalsifikasyonu nadir görülmektedir (Berenson, 2004). Bu kemik lezyonları direkt grafi ve bilgisayarlı tomografide çok tipik olarak yuvarlak, iyi sınırlı delik şeklinde litik lezyonlar olabileceği gibi diffüz osteoporoz, osteopeni veya fraktür şeklinde de görülebilmektedir (Alkan ve ark., 2008). Patolojik kırıklara, omurilik sıkışmasına, hiperkalsemiye ve ağrıya neden olmaktadır. Kemik ağrısı en sık yakınma nedenidir ve hastaların %58'inde görülmektedir (Kyle ve ark., 2003). Ağrı genellikle bel, sırt ve göğüs bölgesinde olup hareketle şiddeti artabilmektedir. Ani başlayan lokalize ve inatçı ağrı patolojik kemik kırığını düşündürürken, özellikle vertebral çökme kırıkları omurilik basısına neden olabilmektedir (Ündar, 2009). Sıklıkla radyasyon tedavisi veya ameliyat gerektiren bu hastalarda önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olabilmektedir (Berenson, 2004).

### 2.1.5. Tanı ve Evreleme

Hastaların büyük çoğunluğunda, MM tanısından önce asemptomatik bir evre olan MGUS'nin görüldüğü bilinmektedir. Miyelom, tedavi gerektirmeyen sessiz-sinsi miyelom [Smoldering Multipl Myeloma (SMM)] ve tedavi gerektiren MM olmak üzere iki şekilde sınıflandırılmaktadır. Semptomatik MM yolunda bir başka geçiş evresinin de, MGUS ile birlikte organ hasarının olmaması ile karakterize olan SMM olduğu bilinmektedir (Tablo 2.1). SMM, MM'ye ilerleme riskinin yüksek olması nedeniyle MGUS'dan ayrılmaktadır (Gerecke ve ark., 2016). Uluslararası Miyelom Çalışma Grubu [International Myeloma Working Group (IMWG)] 2014 yılında MM tanı kriterlerini tekrar güncellemiştir. SMM hastalarının iki yıllık izlem sonunda yaklaşık %80'inin tedavi gerektiren MM'ye dönüşmesi, bu kriterlerin IMWG tarafından MM'yi tanımlayan bulgular olarak kabul edilmesine neden olmuştur (Rajkumar ve ark., 2014).

**Tablo 2.1.** IMWG tanı kriterleri

	<b>MGUS</b>	<b>SMM</b>	<b>MM</b>
<b>Kemik iliğindeki plazma hücrelerinin oranı</b>	<%10	≥%10	≥%10
<b>Serumda M protein miktarı</b>	<3 g/dL	≥3 g/dL	Serum/idrarda (+)
<b>CRAB varlığı</b>	Hayır	Hayır	(+)

(Rajkumar ve ark., 2014)

Çalışma grubunun 2014 yılı güncellemesinde daha önce tedavi gerektiren miyelomu tanımlayan CRAB bulgularına üç yeni belirteç eklenmiş ve tüm bu bulgular bütününe Miyelom Tanımlayıcı Olaylar [Myeloma Defining Events (MDE)] adı verilmiştir (Tablo 2.2) (Multipl Miyelom Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2016).

**Tablo 2.2.** Miyelom Tanımlayıcı Olaylar

<b>SLİM Kriterleri</b>	<b>CRAB Belirti ve Bulguları</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>➤ <b>(S)</b>: Kemik iliği plazma hücre oranı &gt;%60,</li><li>➤ <b>(Li)</b>: Serum serbest hafif zincir oranı &gt;100*,</li><li>➤ <b>(M)</b>: Tüm vücut manyetik rezonansa birden çok fokal lezyon varlığı&gt;5 mm</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ <b>(C)</b> Hiperkalsemi: Serum kalsiyum&gt;11 mg/dL</li><li>➤ <b>(R)</b> Böbrek hastalığı: Glomerüler filtrasyon hızı&lt;40 mL/dk veya serum kreatin&gt;2mg/dL</li><li>➤ <b>(A)</b> Anemi: Hemoglobın düzeyi alt limitin en az 2g/dL altında olması veya hemoglobın &gt;10g/dL</li><li>➤ <b>(B)</b> Kemik lezyonları: Direkt grafide, bilgisayarlı tomografide veya pozitron emisyon tomografisinde litik lezyon varlığı</li></ul>

(Rajkumar ve ark., 2014)

Multipl miyelomda prognostik önemi olan klinik ve laboratuvar parametrelerini tanımlamak için birçok girişimde bulunulmuştur. Tümör yükünün belirlenebilmesi açısından 1975 yılından itibaren pratik bir yöntem olan Durie-Salmon evreleme sistemi kullanılmıştır. Bazı sınırlılıklarından dolayı 2005 yılında IMWG onkoloji grubu ile birlikte kolay uygulanabilir yeni bir sistem olan Uluslararası Evreleme Sistemini (International Staging System/ISS) geliştirmişlerdir. Yeni evreleme sisteminde yer alan serum beta2-mikroglobulin, en güçlü tek prognostik faktör ve hayatta kalma süresinin basit ve güvenilir bir göstergesi olarak kabul edilmiştir (Greipp ve ark., 2005). Klinik pratikte, daha etkili kişiselleştirilmiş terapiler sağlamak için MM alt gruplarının daha iyi tanımlanması esastır. Bu nedenle 2015 yılında ISS, laktat dehidrogenaz (LDH) ve sitogenetik özellikleri de kapsayacak şekilde tekrar revize edilerek Revize ISS (R-ISS) oluşturulmuştur (Tablo 2.3) (Palumbo ve ark., 2015).

**Tablo 2.3.** Multipl Miyelom Evreleme Sistemi

<b>Uluslararası Evreleme Sistemi (ISS)</b>	<b>Güncellenmiş Uluslararası Evreleme Sistemi (R-ISS)</b>
<p><b>Evre I:</b> Serum <math>\beta</math>2-mikroglobulin <math>&lt;3.5</math> mg/L ve albumin <math>\geq 3,5</math> g/dL</p> <p><b>Evre II:</b> Evre I ve evre III kriterlerini karşılamayan</p> <p><b>Evre III:</b> Serum <math>\beta</math>2-mikroglobin <math>\geq 5,5</math> mg/L</p>	<p>ISS evre gruplarına ek olarak;</p> <p>➤ İnterfaz FISH (iFISH) ile saptanan kromozom anomalileri:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Yüksek risk: del (17p) veya t(4;14) veya t(14;16) varlığı</li><li>• Standart risk: Yüksek risk sitogenetik anomalilerin yokluğu</li></ul> <p>➤ LDH: Normal ya da yüksek</p> <p><b>Yeni risk modellemesi (R-ISS)</b></p> <p><b>Evre I:</b> ISS evre I ve standart risk kromozom anomalileri ve normal LDH</p> <p><b>Evre II:</b> R-ISS evre I ve evre III kriterlerini karşılamayan</p> <p><b>Evre III:</b> ISS evre III ve iFISH ile yüksek risk kromozom anomalileri ya da yüksek LDH</p>
<p><b>Ortanca sağkalım süresi (ay)</b></p> <p>ISS evre 1: 62 ay</p> <p>ISS evre 2: 44 ay</p> <p>ISS evre 3: 29 ay</p>	<p><b>Ortanca sağkalım süresi (ay)</b></p> <p>R-ISS evre 1: Erişilememiş</p> <p>R-ISS evre 2: 83 ay</p> <p>R-ISS evre 3: 43 ay</p>

(Palumbo ve ark., 2015) iFISH: İnterfaz floresan in situ hibridizasyon

### 2.1.6. Tedavi

Semptomatik miyelom hemen tedavi, asemptomatik miyelom ise yalnızca klinik gözlem gerektirmektedir. Çünkü konvansiyonel kemoterapi ile erken tedavinin hiçbir fayda göstermediği görülmüştür. Miyelomda tedavi yaklaşımı olarak yüksek doz kemoterapi ve OKHN tercih edilmektedir (Palumbo ve ark., 2015). Semptomatik miyelomu tedavi etme kararı verildikten sonraki en önemli adım hastanın OKHN adayı olup olmadığının

belirlenmesidir. Yaş, performans ve eşlik eden komorbidite nakil uygunluğunu etkilemektedir. Mevcut veriler, önemli kalp, akciğer, böbrek veya karaciğer fonksiyon bozukluğu olmayan 65 yaşın altındaki hastalar için indüksiyon tedavisi, ardından hematopoetik (otolog/allojenik) kök hücre nakli ile tedavinin başlatılmasını desteklemektedir. Nakil aday hastaların indüksiyon tedavisinde melfalan verilmesi, kök hücre mobilizasyonunu bozduğu gerekçesiyle önerilmemektedir. OKHN için aday olmayan hastalar ise başlangıçta kemoterapi ile tedavi edilmektedir (Michels ve Petersen, 2017). OKHN tam remisyon oranını yükseltmekte, progresyonsuz ve genel sağkalımı uzatmaktadır. Miyelom tedavisinde amaç, hastalığı kontrol altına almak, remisyonu sağlamak, yaşam süresini ve kalitesini en üst seviyeye çıkarmaktır (Stephens ve ark., 2014; Dowling ve ark., 2016).

Miyelomun indüksiyon tedavisinde alkilleyici ajanlar (melfalan, siklofosfamid), kortikosteroidler (deksametazon, prednizon), proteazom inhibitörleri (bortezomib, carfilzomib), immunmodülatör ajanlar (talidomid, lenalidomid, pomalidomid) ve antrasiklinler (doksorubusin) kullanılmaktadır. Özellikle immünomodülatör ajanlar ve proteazom inhibitörleri kombinasyon halinde kullanıldığında, miyelomlu hastalarda yüksek yanıt oranları ve gelişmiş sağkalım ile sonuçlanmıştır (Kumar ve ark., 2008; Raje ve Longo, 2015; Dhodapkar ve ark., 2017) Son zamanlarda ise, monoklonal antikörlerin miyelom tedavisi için onay alması, öncü tedavilerin bir parçası olarak dörtlü kombinasyonların eklenmesiyle bu sayıların artabileceği düşünülmektedir (Moreau ve ark., 2017).

## **2.2. Multipl Miyelomda Destekleyici Bakım Gereksinimi ve Hemşirenin Rolü**

Destekleyici bakım, hastanın bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ve gereksinim doğrultusunda karşılanmasında hasta merkezli yaklaşım olarak görülmektedir. Hasta merkezli bakım, hastaların gereksinimlerini ve etkileyen faktörleri bilmeden gerçekleştirilememektedir (Yıldırım, 2013). Destekleyici bakım gereksinimleri semptomların ve yan etkilerin yönetimi, adaptasyon ve başa çıkabilme, anlama ve karar vermenin iyileştirilmesi, fonksiyonel eksikliklerin en aza indirilmesi ile ilgili hasta bakımı için gereksinimler olarak tanımlanmıştır (Maguire ve ark., 2013). Bu tür gereksinimlerin belirlenmesi hastanın sıkıntısını, olumsuz yaşam kalitesini, bakımdan



memnuniyetsiz olmasını, sağlık hizmeti kullanımının ve maliyetinin artışı önlemektedir (Sanders ve ark., 2010). Bu nedenle hasta merkezli bütüncül bakış açısıyla hastaların destekleyici bakım gereksinimlerinin belirlenerek bakım stratejilerinin oluşturulması ve hasta bakımına yansıtılması gerekmektedir. Destekleyici bakım stratejileri, hastalık ve tedaviye bağlı komplikasyonları azaltmak ve hastanın yaşam kalitesini arttırmak için hasta bakımının sürekliliği boyunca anahtar rol oynamaktadır (Gadó ve Domján, 2013; Colson, 2015).

Hastaların bakım gereksinimleri ile hemşirelik bakımı arasında uyumsuzluk olduğunda hastalarda karşılanmamış gereksinimler ortaya çıkmaktadır (Yıldırım ve ark., 2013). Harrison ve arkadaşlarının (2009) yapmış olduğu sistematik derlemede, kanser hastalarının karşılanmamış destekleyici bakım gereksinimlerinin yüksek düzeyde olduğu ve hastaların tedaviye uyumunun azaldığı, fiziksel ve psikolojik morbiditeye neden olduğu, özürüllüğün arttığı, sağkalımın azaldığı, sağlık sistemine yük getirdiği belirlenmiştir. Molassiotis ve arkadaşlarının (2011) MM hastalarının ve eşlerinin psikolojik iyi olma düzeylerini, karşılanmayan destekleyici bakım gereksinimlerini ve yaşam kalitesini inceledikleri kesitsel çalışmada, hastaların dörtte birinin karşılanmamış destekleyici bakım gereksinimi olduğu bildirilmiştir. Ayrıca hastaların fiziksel, duygusal, sosyal ve bilişsel alanlardaki işleyişlerde bozulma ve yaşam kalitesinin orta düzeyde olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada anksiyete ve depresyonu olan hastalarda karşılanmamış destekleyici bakım gereksiniminin iki kat daha fazla olduğu saptanmıştır.

Hematolojik kanserler içinde MM'li hastaların genellikle en yüksek düzeyde semptom ve sorunlar yaşadığı bilinen bir gerçektir (Manitta ve ark., 2011). Johnsen ve arkadaşlarının (2009) hematolojik kanser hastalarının yaşam kalitesi ve semptom yükünü belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, semptom yükünde 2.3 düzeyinin şiddetli olduğu tespit edilirken, MM'li hastaların semptom yükünün ortalama 5.6 semptom düzeyinde olduğu bildirilmiştir. Aynı zamanda MM hastalarının fiziksel, rol ve sosyal fonksiyon sorunları ile birlikte yüksek düzeyde ağrı, yorgunluk ve konstipasyon yaşadıkları saptanmıştır. Ayrıca ileri yaş hastalığı olan MM'de yaş faktörünün semptom yükünü arttırdığı düşünülmüştür. Hem yaş faktörü hem de tedaviye katılan yeni ajanlarla progresyonsuz sağkalımın artması beraberinde hastalığa ve tedaviye bağlı semptomlara

duyarlılığı da arttırmaktadır. Bunun sonucunda tedaviye verilen yanıtı ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle, miyelomun modern yönetiminde destekleyici bakımın rolü giderek artmaktadır (Snowden ve ark., 2011; Deborah Doss ve ark., 2017). Destekleyici bakımın bu yönü tüm kanserlerde önemlidir ancak özellikle MM gibi nadir ve tedavi edilemeyen kanserler için daha çok önem taşımaktadır. Bunun sebebi miyelom hakkında hastalar, aileler ve sağlık uzmanları için halihazırda bilginin yeterli olmamasıdır (Lobban ve Perkins, 2013).

Hemşireler hastaları eğitmek, savunmak ve desteklemekte hayati rollere sahiptir. MM tedavisine toleransı arttırmak, etkinliği en üst düzeye çıkarmak ve yaşam kalitesini iyileştirmek için hastalık ve tedavi ile ilgili yan etki yönetimi, koruyucu önlemler, destekleyici bakım stratejileri hakkında hemşirelerin bilgi sahibi olmaları gerekmektedir (Bilotti ve ark., 2011; Colson, 2015).

### **2.3. Multipl Miyelomda Yaşam Kalitesi**

Yaşam kalitesi bir çok alanı kapsayan çok yönlü bir kavram olması nedeniyle tanımlaması oldukça zor bir terimdir. Hem toplumlar arasında hem de aynı toplumdaki bireyler arasında değişkenlik gösterebilmektedir (Müezzinoğlu, 2005). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Grubu “Hastanın yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi içinde kendi amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından yaşamdaki durumu ile ilgili kişisel algısı” olarak tanımlamaktadır (WHOQOL, 1993). Bu tanımlamadan sonra hastanın kendi yaşamıyla ilgili yaşam kalitesini nasıl değerlendirdiği üzerinde yoğunlaşmıştır. Bu nedenle yaşam kalitesinin bir uzantısı olarak ele alınan sağlıkla ilgili yaşam kalitesi önem kazanmaya başlamıştır (Müezzinoğlu, 2005).

Hematolojik kanser hastalarında hastalık ve tedaviye bağlı semptomların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bilinmektedir (Köhler ve ark., 2017). Hematolojik kanserler içinde en fazla semptom yükü MM hastalarında görülmektedir. MM hastalarında tanı ve tedavinin neden olduğu fizyolojik semptom yükünün yanı sıra, psikolojik ve sosyal faktörler de yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Boland ve ark., 2014; King ve ark., 2017).

Yaşam kalitesi ile ilgili yapılan çalışmaların, hastaların sağlık durumunun ve tedavilerin yan etkilerinin değerlendirilmesinde etkili olduğu bilinmektedir. Hastaların hastalık durumunun, psikolojik davranışlarının, hastalığa/tedaviye uyum zorluğunun belirlenmesini ve doğru baş etme yöntemlerinin oluşturulmasını destekleyecek hasta bakımının planlanması, yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ile gerçekleşebilmektedir. Ayrıca hastaların gereksinimlerine ve bakımına yönelik sağlık profesyonellerine fikir sağlaması nedeniyle hastalara verilen hizmetin de geliştirilmesinde son derece önem taşımaktadır. Gelecekte klinik çalışmalarda ve uygulamalarda hastanın yaşam kalitesi değerlendirilerek sonuçları doğrultusunda tedavi kararlarının verileceği vurgulanmaktadır (Güngörmüş ve Erdem, 2014).

### 3. GEREÇ ve YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma multipl miyelom tanısı olan hastaların destekleyici bakım gereksinimleri ve yaşam kalitesinin belirlenmesi, destekleyici bakım gereksinimleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacı ile analitik olarak yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, etik kurul ve kurum izinleri alındıktan sonra Ağustos 2018 - Ağustos 2019 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Hematoloji Polikliniği ve Hematoloji Kliniği'nde yürütülmüştür. Hematoloji Bilim Dalında 4 öğretim üyesi ve 2 dahiliye uzmanı bulunmaktadır. Hematoloji polikliniği'nde MM tanısı olan hastaların üç ayda bir kontrole gelmesi önerilerek takibi yapılmaktadır. Poliklinik takibinde yatarak tedavi edilmesi gerekli olan hastalar Hematoloji Kliniği'ne yönlendirilmektedir. Ayrıca Acil Polikliniği'ne ateş, kanama, enfeksiyon gibi semptomlarla başvuran MM hastalarının gerekli durumlarda yatışları yapılmaktadır. Hematoloji kliniği 60 yataklı olup, 18 hemşire ile hastalara hizmet vermektedir. Hematoloji kliniği ve polikliniğinde MM hastalarına hastalık ve semptom yönetimine ilişkin danışmanlık hizmeti sunan ayrı bir birim ve eğitim hemşiresi bulunmamaktadır.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Hematoloji Polikliniği'nde takip edilen yaklaşık 180 MM hastası oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Hematoloji Polikliniği ve Hematoloji Kliniği'nde MM tanısı ile takip ve tedavisi devam eden, örnekleme dahil edilme kriterlerine sahip hastalar oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü Tip I Hata  $\alpha=0.05$  anlamlılık düzeyinde, orta derece etki büyüklüğünde 0.5 ve %80 güç alınarak hesaplanmış ve 102 MM hasta örnekleme alınmıştır (<https://www.danielsoper.com>, Erişim tarihi: 15 Şubat 2018).

## **Örneklem Özellikleri**

Araştırmanın örnekleme dahil edilme ve dışlanma kriterleri aşağıda verilmiştir.

### **Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri**

- 18 yaş ve üstü olan,
- MM tanısı olan,
- Konuşma ve anlama engeli olmayan
- Araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerdir.

### **Araştırmadan Dışlanma Kriterleri**

- Aktif miyelom olmayan (MGUS,SMM)
- İletişim engeli olan bireylerdir.

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

Araştırmanın verilerinin toplanmasında, Hasta Tanıtım Formu, Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği-Kısa Formu (DBGÖ-KF), EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve EORTC QLQ-MY20 Miyelom Modülü Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır.

#### **3.4.1. Hasta Tanıtım Formu (EK-5)**

Hasta tanıtım formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sosyo demografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir durumu), ikinci bölümde hastalığa ilişkin özellikler (hastalığın tanı süresi, hastalığın evresi, Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) performans puanı, CRAB bulguları, şuan ki durumu, nerede takip edildiği, başka bir kronik hastalık varlığı, düşme deneyimi, fiziksel ve ruhsal bakım gereksinimlerini çoğunlukla kimin karşıladığı) yer almaktadır. Sorular araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanmış olup toplam 14 sorudan oluşmaktadır (Ramsenthaler ve ark., 2016; Köhler ve ark., 2017; Kiely ve ark., 2017).

#### **3.4.2. Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği- Kısa Formu (DBGÖ-KF) (EK-6)**

Kanser tanısı almış hastaların destekleyici bakım gereksinimlerini değerlendirmek amacıyla McElduff ve arkadaşları (2004) tarafından geliştirilmiştir. Orjinalinde 34 madde olan ölçeğin türkçe versiyonu Aksuoğlu ve Şenturan (2016) tarafından yapılmış olup, 31 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin ruhsal/psikolojik, sağlık sistemi ve

bilgilendirme, fiziksel ve günlük yaşam, hasta bakım ve desteği ile cinsellik olmak üzere beş alt boyutu bulunmaktadır. Beşli likert tipi ölçekte hiç ihtiyacım olmadı (1 puan), çok fazla ihtiyacım oldu (5 puan) şeklinde puanlanmaktadır. Ruhsal/psikolojik alt boyutu (6-14.soru) 9; sağlık sistemi ve bilgilendirme alt boyutu (21-31.soru) 10; hasta bakım ve desteği alt boyutu (17-20. soru) 4, fiziksel ve günlük yaşam (1-5. soru) 5, cinsellik alt boyutu (15,16,28. soru) 3 sorudan oluşmaktadır (Aksuoğlu ve Şenturan, 2016). Ölçek puanlamasının hesaplanması formül ile yapılmakta, toplam puanx100/(m\*(k-1) formülüyle standardize edilerek hesaplanmaktadır. Toplam puan alt boyutlardaki puanların toplamını; m alt boyuttaki soru sayısını, k ise likert tipteki seçeneklerin sayısını ifade etmektedir. DBGÖ genel puanı için minimum puan 31, maksimum puan 155'tir. Ölçek puanı yüksekliği bakım ihtiyacının yüksekliğini göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.93-0.97 arası olarak belirlenmiştir (Aksuoğlu ve Şenturan, 2016). Bizim çalışmada ise Cronbach alfa katsayısı 0.63 ile 0.91 arasında bulunmuştur (Tablo3.1).

Tablo 3.1. Destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği-kısa formu (DBGÖ-KF)

Ölçek Alt Boyutları	Puanlamaları			Cronbach Alfa Katsayısı		
	Madde Sayısı	En Düşük Puan	En Yüksek Puan	Orijinal	Türkçe Versiyon	Bu Çalışma
<b>Ruhsal/Psikolojik</b>	9	9	45	0.95	0.96	0.87
<b>Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme</b>	10	10	50	0.96	0.97	0.81
<b>Fiziksel ve Günlük Yaşam</b>	5	5	25	0.87	0.94	0.82
<b>Hasta Bakım ve Desteği</b>	4	4	20	0.90	0.93	0.63
<b>Cinsellik</b>	3	3	15	0.88	0.93	0.91
<b>DBGÖ Genel</b>	31	31	155	-	0.97	0.87

### 3.4.3. EORTC QLQ –C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK-7)

EORTC QLQ-C30 kanser hastalarının yaşam kalitesini değerlendirmek için Aaronson ve arkadaşları (1993) tarafından geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Güzelant ve arkadaşları tarafından 2004 yılında yapılmıştır. Genel sağlık,

fonksiyonel skala ve semptom skalası olmak üzere üç alt boyutta yaşam kalitesi değerlendirilmektedir. Fonksiyonel alt boyutunda; hastaların günlük yaşamındaki fiziksel (1–5 sorular), rol (6. ve 7. soru), duygusal (21–24 sorular), bilişsel (20. ve 2 soru) ve sosyal (26. ve 27. soru) fonksiyonlarının sorgulandığı beş fonksiyonel skala bulunmaktadır. Semptom alt boyutunda ise; hastaların yaşam kalitesini etkileyen yorgunluk (10.,12. ve 18. soru), bulantı ve kusma (14. ve 15. soru), ağrı (9. ve 19. soru), nefes darlığı (8. soru), uykusuzluk (11. Soru ), iştahsızlık (13. soru), konstipasyon (16. soru), diyare (17.soru) ve mali zorluk (28. soru) gibi spesifik semptomlar araştırılmaktadır. Hastanın kendi yaşam kalitesini değerlendirdiği genel sağlık son iki sorudan (29. ve 30.soru) oluşmaktadır (Aaronson ve ark., 1993; Güzelant ve ark., 2004).

Ölçekteki 30 maddeden ilk 28'i dörtlü likert tipi ölçektir ve maddeler Hiç: 1, Biraz: 2, Oldukça: 3, Çok: 4 puan olarak değerlendirilmektedir. Hastanın genel sağlık durumunu kendisinin değerlendirdiği son 2 maddesi Çok kötü: 1, Mükemmel:7 puan olarak hesaplanmaktadır. Hastaların genel sağlık, fonksiyonel ve semptom skalalarından alabilecekleri toplam en düşük puan 0, en yüksek puan ise 100'dür (Cankurtaran ve ark., 2007). Yaşam kalitesi hesaplanırken bütün skalalar için ham puan (HP) yani içerdiği maddelerin ortalaması alınmaktadır. Fonksiyonel skalalar için:  $Puan = \{1 - [(HP-1)/madde\ genişliği]\} \times 100$  ve semptom skalaları ve genel sağlık puanı için:  $Puan = [(HP-1)/madde\ genişliği] \times 100$  şeklinde hesaplanmaktadır. Formüldeki madde genişliği, her madde için mümkün olan en yüksek ve en düşük cevaplar arasındaki farkı göstermektedir (Karahan ve Pamuk, 2013).

Hastaların fonksiyonel ve genel sağlık skalalarından yüksek puan, semptom skalasından düşük puan almaları yaşam kalitesinin yüksek olduğunu göstermektedir (Aaronson ve ark., 1993; Güzelant ve ark., 2004). Güzelant ve arkadaşlarının (2004) Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yaptığı araştırmada Cronbach alfa katsayısı 0.70-0.94 arasında olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada ise Cronbach alfa katsayıları genel sağlık alt boyutu 0.84, fonksiyonel alt boyutu 0.88 ve semptom alt boyutu 0.82 olarak saptanmıştır.

#### **3.4.4. EORTC QLQ-MY20 Yaşam Kalitesi Ölçeği Miyelom Modülü (EK-8)**

EORTC QLQ-MY24 ilk olarak Stead ve arkadaşları (1999) tarafından MM tanılı hastaların semptomlarını, tedavi yan etkilerini ve bunların günlük hayattaki etkisini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. MM ilişkili hastalık semptomları, tedavi yan etkileri, sosyal destek, beden algısı ve geleceğe bakış olmak üzere 5 bölüm ve 24 soru içermektedir (Stead ve ark., 1999). Ölçekte yer alan sosyal destek skalası, hastaların en yüksek puanı vermesi nedeniyle alt gruplar arasında ayırım yapılamadığı düşünüldüğünden sosyal destek skalasını içeren 4 soru anketten çıkarılarak EORTC QLQ-MY20 geliştirilmiştir (Cocks ve ark., 2007). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Sevindik ve arkadaşları (2015) tarafından yapılmıştır. Ölçekte semptom ve fonksiyonel olarak iki alt boyutta yaşam kalitesi değerlendirilmektedir. Semptom alt boyutunda MM hastalığına özgü hastalık semptomları (31-36 sorular) ve tedavi yan etkileri (37-46 sorular) sorgulanmaktadır. Fonsiyonel alt boyutta ise MM hastalarının beden algısı (47.soru) ve geleceğe bakışı (48-50 sorular) değerlendirilmektedir. MM ile ilişkili hastalık semptomları ve tedavi yan etkileri alt boyutundaki yüksek puanlar daha fazla semptom şiddetini gösterirken, beden algısı ve geleceğe bakış alt boyutundaki yüksek puanlar daha iyi fonksiyonu göstermektedir (Karahan ve Pamuk, 2013).

Ölçek maddelerinin değerlendirilmesi EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği değerlendirmesi ile aynı biçimde yapılmaktadır. Hastaların fonksiyonel skaladan yüksek puan, semptom skalasından düşük puan almaları yaşam kalitesinin yüksek olduğunu göstermektedir (Karahan ve Pamuk, 2013; Sevindik ve ark., 2015). Sevindik ve arkadaşlarının (2015) yaptığı Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa katsayısı tüm alt boyutlarda  $>0.70$  olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızda Cronbach alfa katsayısının en düşük MM ilişkili tedavi yan etkileri boyutunda 0.67 ve en yüksek MM ilişkili hastalık semptomları alt boyutunda 0.81 olduğu saptanmıştır.



### 3.5. Araştırma Süreci



Şekil 3.1. Araştırmanın Uygulama Süreci

### **3.6. Ön Uygulama**

Araştırmanın ön uygulaması etik kurul ve kurum izni alındıktan sonra dahil edilme kriterlerini karşılayan Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Hematoloji Kliniğinde yatan 5 hastaya uygulanarak soruların anlaşılabilirliği yönünden değerlendirilmiştir. Veri toplama formlarının cevaplama süresi yaklaşık olarak 45-50 dakika sürmüştür. Ön uygulamada herhangi bir anlaşılmazlık yaşanmadığından düzeltme yapılmamıştır. Ön uygulamaya alınan 5 hasta araştırmaya dahil edilmemiştir.

### **3.7. Verilerin Toplanması**

Araştırma verileri Ağustos 2018 - Ağustos 2019 tarihleri arasında Hematoloji Polikliniği'nde takip ve tedavisi devam eden hastalar ile tetkik sonrası poliklinik toplantı odasında ve Hematoloji Kliniği'nde tedavi amacıyla yatan hastalar ile hasta odasında yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacı tarafından her bir madde okunarak toplanmıştır. Anketin tamamlanması yaklaşık 45-50 dakika sürmüştür. Hastaların MM hastalığına ait bilgilerine araştırmacı tarafından hasta dosyalarından ulaşılmıştır

### **3.8. Araştırma Etiği**

Araştırmanın yürütülebilmesi için araştırma öncesi Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı onay (Tarih:07.03.2018-Karar no:179) (EK-1), Akdeniz Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı ve Hematoloji Bilim Dalı'dan kurum izni (EK-2) alınmıştır. Araştırmada kullanılacak olan ölçeklerin yazarlarından kullanım izinleri e-posta yolu ile yazılı olarak alınmıştır (EK-3). Ayrıca araştırmaya katılan hastalara araştırmanın amacı açıklanarak uygulama öncesinde katılımcı bilgilendirilmiş olur formu (EK-4) yazılı olarak alınmıştır.

### **3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Aktif MM hastalarının miyelom öncesi hastalık olarak bilinen MGUS ve SMM'den ayırt edilmeden aynı tanı koduyla hasta takip sisteminde yer alması araştırmanın evreni hakkında ve aktif miyelom hastalarına ulaşmada zorluk yaşanmasına neden olmuştur. Araştırmanın tek merkezde Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Hematoloji Polikliniği ve kliniğinde takip edilen MM hastalarıyla yapılmış olması nedeni ile sonuçlar bu merkez ile sınırlıdır.

### **3.10. Araştırmanın Değişkenleri**

**Bağımlı Değişkenler:** Destekleyici bakım gereksinimleri ve yaşam kalitesi puan ortalamaları bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır.

**Bağımsız Değişkenler:** Sosyo-demografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir durumu) ve hastalığa ait özellikler (hastalığın tanı süresi, hastalığın evresi, ECOG performans puanı, CRAB bulguları, şuan ki durumu, nerede takip edildiği, başka bir kronik hastalık varlığı, düşme deneyimi, fiziksel ve ruhsal bakım gereksinimlerini çoğunlukla kimin karşıladığı) bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

### **3.11. Verilerin Değerlendirilmesi**

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için SAS 9.4 paket programı kullanılmıştır. Araştırmanın ölçümle belirlenen nicel değişkenleri için tanımlayıcı istatistikler olarak ortalama ve standart sapma, sayımla belirlenen nitel değişkenler için ise tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde şeklinde gösterilmiştir. Kullanılan verilerin öncelikle normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile yapılmıştır. Yapılan testler sonucu verilerin normal dağılım gösterdiği anlaşılmış olup, istatistiksel analizde parametrik testler kullanılmıştır. İki kategorili değişkenler arasındaki ikili karşılaştırmalarda t testi, üç veya daha fazla kategorili değişkenler arasındaki farklılıkları bulabilmek amacıyla Varyans Analizi uygulanmıştır. Varyans Analizini tamamlayıcı testlerden Bonferroni çoklu karşılaştırma testi kullanarak üç veya daha fazla kategorili değişkenler arasındaki farklılığın hangi kategoriden kaynaklandığı bulunmuştur. Ölçümle belirlenen nicel değişkenler arasındaki ilişkiyi bulmak için Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. Destekleyici bakım gereksinimleri ve yaşam kalitesini etkileyen bağımsız değişkenler arasında anlamlılık gösterenler Regresyon Analizi ile değerlendirilmiştir. Güvenirlilik katsayısını bulmak için Cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır. Çalışmanın tamamında anlamlılık düzeyi olarak 0.05 değeri kabul edilmiştir.

## 4. BULGULAR

Bu bölümde Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Hematoloji Polikliniği ve Hematoloji Kliniği'nde multipl miyelom tanısı olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 102 hastadan elde edilen veriler incelenmiştir. Araştırma verilerine ait bulgular aşağıdaki alt başlıklar halinde verilmiştir.

- Hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular
- Hastaların destekleyici bakım gereksinimleri ve yaşam kalitesine ilişkin bulgular
- Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre destekleyici bakım gereksinimleri ve yaşam kalitesinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular
- Destekleyici bakım gereksinimleri ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye ait bulgular
- Hastaların tanıtıcı özellikleri ve yaşam kalitesinin destekleyici bakım gereksinimlerine etkisine ait bulgular
- Hastaların tanıtıcı özellikleri ve destekleyici bakım gereksinimlerinin yaşam kalitesine etkisine ait bulgular

### 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özellikleri ve hastalık özelliklerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir (Tablo 4.1, Tablo 4.2).

**Tablo 4.1.** Hastaların sosyo-demografik özellikleri (n=102)

Sosyo-Demografik Özellikler	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	51	50.0
Erkek	51	50.0
<b>Yaş</b>		
< 65	46	45.1
65-74	41	40.2
> 74	15	14.7
Yaş (Ort±SS) / (Min-Max)	64.17±10.01 / 40-83	
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	77	75.5
Bekar	25	24.5

**Tablo 4.1.** Hastaların sosyo-demografik özellikleri devamı (n=102)

<b>Sosyo-Demografik Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okur- Yazar Degil	12	11.8
İlkokul	58	56.9
Ortaokul-Lise	23	22.5
Üniversite-Lisans üstü	9	8.8
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışıyor	2	2.0
Çalışmıyor	100	98.0
<b>Gelir Düzeyi</b>		
Gelir giderden az	62	60.8
Gelir gidere denk	37	36.3
Gelir giderden fazla	3	2.9
<b>Toplam</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.1’de yer almaktadır. Hastaların yaş ortalamaları  $64.17 \pm 10.01$  olup, %45.1’inin 65 yaşın altında, %50’sinin kadın ve %75.5’inin evli olduğu saptanmıştır. Hastaların %56.9’unun ilkokul mezunu olduğu, %98’inin çalışmadığı ve %60.8’inin ekonomik durumunun gelir giderden az olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.2.** Hastaların hastalık özellikleri (n=102)

<b>Hastalık Özellikleri</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Tanı Süresi (yıl)</b>		
0-1	47	46.1
2-4	29	28.4
5 ve üstü	26	25.5
Tanı Süresi (Ort±SS)	3.15±3.74	
<b>Evre</b>		
1	33	32.4
2	37	36.3
3	32	31.4
<b>ECOG Performansı</b>		
0-1	39	38.2
2	28	27.5
3-4	35	34.3
<b>Hiperkalsemi</b>		
Evet	26	25.5
Hayır	76	74.5
<b>Renal Yetmezlik</b>		
Evet	58	56.9
Hayır	44	43.1
<b>Anemi</b>		
Evet	97	95.1
Hayır	5	4.9
<b>Kemik Lezyonu</b>		
Evet	78	76.5
Hayır	24	23.5
<b>Hastalığın Durumu</b>		
Yeni Teşhis	37	36.3
Tedavi gerektirmeyen stabil hasta	9	8.8
Nüks/Progresif	56	54.9
<b>Hastanın İzlem Şekli</b>		
Ayaktan hasta	53	52.0
Yatan hasta	49	48.0
<b>Baska Kronik Hastalık Varlığı</b>		
Evet	59	57.8
Hayır	43	42.2
<b>MM Dışındaki Kronik Hastalıklar</b>		
Hipertansiyon	27	45.8
Diyabet	12	20.3
Hipertansiyon+ Diyabet	10	16.9
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	6	10.2
Diğer*	4	6.8
<b>Son 3 Ayda Düşme Yaşama Durumu</b>		
Evet	24	23.5
Hayır	78	76.5
<b>Bakım Gereksinimini Karşıllayan</b>		
Aile Üyeleri	98	96.1
Hemşire	4	3.9

\*Parkinson (2), Kronik Böbrek Hastalığı (2)

Araştırmaya katılan hastaların hastalık özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.2’de yer almaktadır. Hastaların %46.1’inin tanı süresi 0-1 yıl aralığında olup, %32.4’ünün evre 1, %36.3’ünün evre 2 ve %31.4’ünün evre 3 olduğu belirlenmiştir. Hastaların performans durumu değerlendirildiğinde %38.2’sinin ECOG puanın 1 ve 2, tanı anındaki semptomların %95.1’inin anemi ve %76.5’inin kemik lezyonu olduğu saptanmıştır. Hastaların %54.9’unun Nüks/Progresif aşamada olduğu ve %52’sinin ayaktan takip edildiği saptanmıştır. Hastaların %57.8’inde kronik hastalığın mevcut olduğu ve %45.8’inde MM’ye hipertansiyonun eşlik ettiği belirlenmiştir. Son 3 ayda hastaların %23.5’inin düşme yaşadığı ve %96.1’inin tedavi sürecinde fiziksel ve ruhsal bakım gereksinimlerinin aile üyeleri tarafından karşılandığı belirtilmiştir.

#### 4.2. Hastaların Destekleyici Bakım Gereksinimleri ve Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular

Bu bölümde çalışma kapsamına alınan 102 hastanın destekleyici bakım gereksinimleri ve yaşam kalitesi alt boyutlarının puan ortalamalarına ilişkin bulgular yer almaktadır (Tablo 4.3, Tablo 4.4.).

**Tablo 4.3.** Hastaların Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı (n=102)

	Madde sayısı	Ort ± SS	Min.	Max.	Çarpıklık
<b>Ruhsal/Psikolojik</b>	9	20.76±8.92	9	45	0.52
<b>Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme</b>	10	24.57±7.50	10	50	0.58
<b>Fiziksel ve Günlük Yaşam</b>	5	17.98±5.11	5	25	-0.61
<b>Hasta Bakım ve Desteği</b>	4	7.11±2.74	4	20	1.51
<b>Cinsellik</b>	3	6.14±4.01	3	15	0.78
<b>DBGÖ Genel</b>	31	61.74±14.86	31	155	0.32

Hastaların DBGÖ genel ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgulara Tablo 4.3’de yer verilmiştir. Verilerin dağılımına bakıldığında çarpıklık değerleri +3 ile -3 aralığında olduğundan normal dağılım göstermektedir (Kline, 2005). Hastaların DBGÖ genel puan ortalaması 61.74±14.86 olarak saptanmıştır. DBGÖ genel alınabilecek puan aralığı 31-155 arasındadır. Alt boyutlara bakıldığında, puan

ortalamları ruhsal/psikolojik boyutu  $20.76 \pm 8.92$ , sağlık sistemi ve bilgilendirme  $24.57 \pm 7.50$ , fiziksel ve günlük yaşam  $17.98 \pm 5.11$ , hasta bakım ve desteği  $7.11 \pm 2.74$  ve cinsellik  $6.14 \pm 4.01$  olarak belirlenmiştir.

**Tablo 4.4.** Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı (n=102)

	Ort ± SS	Çarpıklık
<b>EORTC QLQ –C30</b>		
<b>Genel Sağlık</b>	47.47± 22.73	-0.07
<b>Fonksiyonel Skala</b>	55.27 ±20.89	-0.21
Fiziksel Fonksiyon	48.76 ±29.28	-0.20
Rol Fonksiyonu	35.46 ±34.12	0.60
Duygusal Fonksiyon	70.18 ±25.41	-0.77
Bilişsel Fonksiyon	78.59 ±22.66	-1.27
Sosyal Fonksiyon	38.24 ±32.46	0.24
<b>Semptom Skalası</b>	32.93 ±19.11	0.30
Yorgunluk	53.05 ±32.76	-0.00
Bulantı	12.58 ±22.91	2.20
Ağrı	49.18 ±35.67	0.03
Nefes darlığı	16.34 ±29.20	1.83
Uykusuzluk	36.27 ±36.96	0.49
İştahsızlık	26.14 ±33.04	1.07
Konstipasyon	14.38 ±24.15	1.68
Diyare	9.80 ±22.29	2.42
Mali zorluk	42.48 ±40.39	0.34
<b>EORTC QLQ-MY20</b>		
<b>Hastalık Semptomları</b>	31.15 ±24.51	0.59
<b>Tedavi Yan Etkileri</b>	27.27 ±14.47	0.69
<b>Beden Algısı</b>	91.18 ±22.94	-2.95
<b>Geleceğe Bakış</b>	64.81 ±30.56	-0.65



Hastaların yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgulara Tablo 4.4’de yer verilmiştir. Tablodaki verilerin çarpıklık değerleri +3 ile -3 arasında olduğundan veriler normal dağılım göstermektedir (Kline, 2005). Hastaların genel sağlık puan ortalaması  $47.47 \pm 22.73$  olarak bulunmuştur. Fonksiyonel skala alt boyutları incelendiğinde, puan ortalamalarının en yüksek  $78.59 \pm 22.66$  ile bilişsel fonksiyon ve en düşük  $35.46 \pm 34.12$  ile rol fonksiyonu olduğu saptanmıştır. Her iki alt boyutta da yüksek puanlar daha iyi yaşam kalitesini ve fonksiyonu göstermektedir. Semptom alt boyutlarının puan ortalamalarında ise yorgunluk ( $53.05 \pm 32.76$ ) ve ağrı ( $49.18 \pm 35.67$ ) sırasıyla en yüksek puanlar olarak belirlenmiştir. Semptom alt boyutlarındaki yüksek puanlar daha fazla semptom şiddetini göstermektedir.

Hastaların MM ilişkili yaşam kalitesi değerlendirildiğinde, hastalık semptomları alt boyutu puan ortalaması  $31.15 \pm 24.51$ , yan etki puan ortalaması  $27.27 \pm 14.47$  olarak saptanmıştır. Semptom alt boyutlarının puan ortalaması azaldıkça daha az semptom şiddetini göstermektedir. Fonksiyonel alt boyutlarının puan ortalamaları ise sırasıyla beden algısı  $91.18 \pm 22.94$  ve geleceğe bakış  $64.81 \pm 30.56$  olarak belirlenmiştir. Bu alt boyuttaki yüksek puanlar daha iyi fonksiyonu ifade etmektedir.

### **4.3. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Destekleyici Bakım Gereksinimleri ve Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular**

Bu bölümde çalışmaya dahil edilen 102 hastanın tanıtıcı özelliklerine göre destekleyici bakım gereksinimleri ve yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır (Tablo 4.5, Tablo 4.6, Tablo 4.7, Tablo 4.8, Tablo 4.9, Tablo 4.10)

**Tablo 4.5.** Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre DBGÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı (n=102)

	n	Ruhsal/ Psikolojik	Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme	Fiziksel ve Günlük Yaşam	Hasta Bakım ve Desteği	Cinsellik	DBGÖ Genel
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
<b>Yaş</b>							
65 yaş altı <sup>a</sup>	46	21.93±9.00	25.48±7.77	17.72±4.83	7.39±3.19	8.07±4.29	64.99±16.21
65 – 74 yaş <sup>b</sup>	41	19.00±8.52	23.68±7.31	17.12±5.39	6.98±2.43	5.12±3.30	57.99±14.14
74 yaş üstü <sup>c</sup>	15	22.00±9.49	24.20±7.33	21.13±4.16	6.60±1.99	3.00±0.00	62.04±10.07
<b>F/p</b>		1.35 / 0.2633	0.64 / 0.5306	3.68 / <b>0.0288</b>	0.55 / 0.5813	14.16 / <b>0.0001</b>	2.48 / 0.0888
Karşılaştırma				c>a,b		a>b>c	
<b>Cinsiyet</b>							
Kadın	51	19.80±7.76	23.63±7.28	18.65±4.63	6.76±2.76	5.73±4.08	60.14±14.60
Erkek	51	21.73±9.93	25.51±7.67	17.31±5.52	7.45±2.71	6.55±3.93	63.35±15.09
<b>t/p</b>		-1.09 / 0.2786	-1.27 / 0.2066	1.32 / 0.1891	-1.27 / 0.2080	-1.04 / 0.3017	-1.09 / 0.2775
<b>Medeni Durum</b>							
Evli	77	20.74±8.99	24.52±7.28	18.09±4.96	7.17±2.83	6.97±4.18	62.49±15.48
Bekar	25	20.84±8.87	24.72±8.29	17.64±5.64	6.92±2.48	3.56±1.78	59.42±12.76
<b>t/p</b>		-0.05/0.9615	-0.12/0.9082	0.38/0.7035	0.39/0.6956	3.96/ <b>0.0001</b>	0.90/0.3712
<b>Eğitim Durumu</b>							
Okur yazar değil <sup>a</sup>	12	19.00±7.31	21.17±6.25	19.58±4.19	6.67±2.35	3.67±2.31	56.52±10.66
İlkokul <sup>b</sup>	58	20.91±8.91	24.22±7.08	18.22±4.67	7.07±2.55	6.19±3.96	61.79±14.09
Ortaokul-Lise <sup>c</sup>	23	20.87±9.70	24.91±7.95	17.43±6.32	6.70±3.13	6.30±4.39	61.47±16.67
Üniversite-Lisans üstü <sup>d</sup>	9	21.89±9.97	30.44±8.25	15.67±5.39	9.00±3.04	8.67±3.74	69.09±18.74
<b>F/p</b>		0.21/0.8921	2.87/ <b>0.0402</b>	1.14/0.3350	1.75/0.1626	2.88/ <b>0.0396</b>	1.24/0.3000
Karşılaştırma			d>a,b,c			d>a,b,c	
<b>Gelir Düzeyi</b>							
Gelir giderden az	62	21.48±9.38	24.42±7.70	18.53±4.93	7.32±3.00	6.03±4.05	62.73±15.33
Gelir gidere denk	37	19.65±7.86	24.51±7.07	17.49±5.27	6.73±2.36	6.16±3.99	60.11±14.33
<b>t/p</b>		1.00/0.3203	-0.06/0.9518	0.99/0.3224	1.03/0.3069	-0.16/0.8769	0.84/0.4013

F: Varyans analizi; t: t testi, p:Anlamlılık

Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre DBGÖ genel ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımına Tablo 4.5'te yer verilmiştir. DBGÖ alt boyutları incelendiğinde yaş gruplarına göre 65 yaş altındaki hastalarda cinsellik alt boyutu puan ortalaması ( $8.07 \pm 4.29$ ), 74 yaş üstü hastalarda ise fiziksel ve günlük yaşam alt boyutu puan ortalamasının ( $21.13 \pm 4.16$ ) daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (sırasıyla  $p=0.0001$ ,  $p=0.0288$ ). Medeni duruma bakıldığında evli olan ( $6.97 \pm 4.18$ ) hastaların cinsellik alt boyutu puan ortalamaları bekar olan hastalara göre daha yüksek ve anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ( $p=0.0001$ ). Eğitim durumu üniversite-lisans üstü olan hastaların sağlık sistemi ve bilgilendirme alt boyutu ( $30.44 \pm 8.25$ ) ve cinsellik alt boyutu ( $8.67 \pm 3.74$ ) puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olup aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $p=0.0402$ ). Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre DBGÖ genel puanları incelendiğinde yaş ( $p=0.088$ ), cinsiyet ( $p=0.277$ ), medeni durum ( $p=0.371$ ), eğitim durumu ( $p=0.300$ ) ve gelir düzeyine ( $p=0.401$ ) ilişkin anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.

**Tablo 4.6.** Hastaların hastalık özelliklerine göre DBGÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı (n=102)

	n	Ruhsal Psikolojik Ort±SS	Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme Ort±SS	Fiziksel ve Günlük Yaşam Ort±SS	Hasta Bakım ve Desteği Ort±SS	Cinsellik Ort±SS	DBGÖ Genel Ort±SS
<b>Tanı Süresi (Yıl)</b>							
0-1 yıl <sup>a</sup>	47	24.36±9.73	26.74±7.80	19.36±4.53	7.96±2.96	6.68±4.17	68.63±14.86
2-4 yıl <sup>b</sup>	29	18.17±7.05	24.17±6.26	16.86±5.04	6.72±2.84	5.34±3.36	57.48±13.50
5 yıl ve üstü <sup>c</sup>	26	17.15±6.76	21.08±7.04	16.73±5.72	6.00±1.57	6.04±4.36	54.03±10.47
<b>F/p</b>		<b>8.21/0.0005</b>	<b>5.24/0.0068</b>	<b>3.34/0.0396</b>	<b>5.03/0.0083</b>	1.01/0.3689	<b>11.84/0.0001</b>
Karşılaştırma		a>b,c	a,b>c	a>b,c	a>b,c		a>b,c
<b>Evre</b>							
1	33	19.58±9.86	23.91±7.61	17.06±5.71	6.79±2.85	5.79±4.09	58.97±15.67
2	37	20.19±8.67	24.38±7.98	18.22±5.15	7.41±3.00	5.38±3.59	60.94±15.44
3	32	22.66±8.11	25.47±6.93	18.66±4.38	7.09±2.33	7.38±4.21	65.52±12.86
<b>F/p</b>		1.09/0.3393	0.37/0.6949	0.85/0.4300	0.44/0.6467	2.38/0.0980	1.69/0.1903
<b>ECOG</b>							
0-1 <sup>a</sup>	39	17.87±8.01	23.00±6.79	14.28±4.65	6.33±1.96	6.74±4.06	55.02±13.04
2 <sup>b</sup>	28	20.46±7.90	24.96±8.03	18.57±3.76	7.64±2.68	6.25±3.77	62.82±13.42
3-4 <sup>c</sup>	35	24.23±9.64	26.00±7.70	21.63±3.54	7.54±3.35	5.37±4.12	68.36±15.00
<b>F/p</b>		<b>5.09/0.0079</b>	1.55/0.2182	<b>30.66/0.0001</b>	2.61/0.0787	1.10/0.3373	<b>8.68/0.0003</b>
Karşılaştırma		c>b>a		c>b>a			c>b>a
<b>CRAB Bulgusu</b>							
<b>Hiperkalsemi</b>							
Evet	26	19.35±8.34	24.31±7.80	18.04±3.33	7.35±3.15	6.62±4.12	61.01±14.53
Hayır	76	21.25±9.11	24.66±7.45	17.96±5.61	7.03±2.61	5.97±3.98	61.99±15.06
<b>t/p</b>		0.94/0.3498	0.20/0.8383	-0.07/0.9469	-0.51/0.6102	-0.70/0.4837	0.29/0.7733

F: Varyans analizi; t: t testi, p:Anlamlılık

**Tablo 4.6.** Hastaların hastalık özelliklerine göre DBGÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı devamı (n=102)

	n	Ruhsal Psikolojik Ort±SS	Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme Ort±SS	Fiziksel ve Günlük Yaşam Ort±SS	Hasta Bakım ve Desteği Ort±SS	Cinsellik Ort±SS	DBGÖ Genel Ort±SS
<b>Renal Yetmezlik</b>							
Evet	58	21.34±8.24	24.67±7.56	18.14±4.44	7.21±2.71	6.72±3.99	62.97±13.65
Hayır	44	20.00±9.78	24.43±7.51	17.77±5.93	6.98±2.81	5.36±3.95	60.12±16.34
<b>t/p</b>		-0.75/0.4533	-0.16/0.8734	-0.36/0.7227	-0.42/0.6775	-1.71/0.0896	-0.96/0.3390
<b>Anemi</b>							
Evet	97	20.90±9.02	24.43±7.50	18.11±4.93	7.10±2.71	6.26±4.06	61.94±14.88
Hayır	5	18.20±6.72	27.20±7.76	15.40±8.26	7.20±3.70	3.80±1.79	57.90±15.52
<b>t/p</b>		-0.66/0.5122	0.80/0.4238	-1.16/0.2489	0.08/0.9390	-1.34/0.1824	-0.59/0.5563
<b>Kemik Lezyonu</b>							
Evet	78	21.06±9.07	25.08±7.47	18.41±5.07	7.28±2.90	5.99±3.86	62.76±15.12
Hayır	24	19.79±8.51	22.92±7.53	16.58±5.10	6.54±2.11	6.63±4.50	58.43±13.77
<b>t/p</b>		-0.61/0.5436	-1.24/0.2189	-1.54/0.1263	-1.16/0.2495	0.68/0.4981	-1.25/0.2142
<b>Hastalığın Durumu</b>							
Yeni Teşhis <sup>a</sup>	37	23.35±9.50	26.59±7.27	19.62±4.45	7.76±2.74	6.84±4.29	67.87±13.69
Tedavi Gerektirmeyen Stabil Hasta <sup>b</sup>	9	15.00±7.50	18.78±5.29	14.89±6.49	6.44±1.51	4.56±3.09	48.12±13.39
Nüks/Progresif <sup>c</sup>	56	19.98±8.26	24.16±7.49	17.39±5.02	6.79±2.85	5.93±3.91	59.88±14.05
<b>F/p</b>		3.86/ <b>0.0243</b>	4.39/ <b>0.0149</b>	4.17/ <b>0.0182</b>	1.71/0.1864	1.35/0.2635	8.46/ <b>0.0004</b>
<b>Karşılaştırma</b>		a,c>b	a,c>b	a,c>b			a,c>b
<b>Hastanın İzlem Şekli</b>							
Ayaktan Hasta	53	20.42±9.07	22.64±7.62	16.92±5.40	6.74±2.94	5.55±3.74	58.28±16.11
Yatan Hasta	49	21.14±8.82	26.65±6.85	19.12±4.56	7.51±2.48	6.78±4.22	65.49±12.49
<b>t/p</b>		-0.41/0.6825	-2.79/ <b>0.0063</b>	-2.21/ <b>0.0293</b>	-1.43/0.1553	-1.56/0.1225	-2.51/ <b>0.0136</b>
<b>Başka Kronik Hastalık</b>							
Evet	59	20.69±9.29	24.29±7.98	18.03±4.92	7.12±2.74	5.05±3.37	60.63±15.40
Hayır	43	20.86±8.48	24.95±6.86	17.91±5.42	7.09±2.78	7.63±4.36	63.26±14.12
<b>t/p</b>		-0.09/0.9268	-0.44/0.6604	0.12/0.9022	0.05/0.9631	-3.37/ <b>0.0011</b>	-0.88/0.3809
<b>Son 3 Ayda Düşme</b>							
Evet	24	24.08±9.64	25.00±8.41	18.88±4.98	7.00±2.32	6.46±4.28	65.66±15.53
Hayır	78	19.74±8.49	24.44±7.25	17.71±5.15	7.14±2.87	6.04±3.94	60.54±14.54
<b>t/p</b>		2.12/ <b>0.0364</b>	0.32/0.7490	0.98/0.3292	-0.22/0.8269	0.45/0.6558	1.49/0.1405

F: Varyans analizi; t: t testi, p:Anlamlılık

Hastaların hastalık özelliklerine göre DBGÖ genel ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular Tablo 4.6'da yer almaktadır. Hastalık özellikleri ile DBGÖ alt boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında, tanı süresi 0-1 yıl olan hastalarda ruhsal/psikolojik (24.36±9.73), fiziksel ve günlük yaşam (19.36±4.53), hasta bakım ve desteği (7.96±2.96) alt boyutları puan ortalamalarının daha yüksek ve anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir (sırasıyla p=0.0005, p=0.0396, p=0.0083). 5 yıl ve üstü olan hastalarda ise sağlık sistemi ve bilgilendirme (21.08±7.04) alt boyutunun daha düşük ve aralarında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür (p=0.0068).

ECOG performans puanı 3-4 olan hastaların ruhsal/psikolojik alt boyutu (24.23±9.64) ile fiziksel ve günlük yaşam (21.63±3.54) alt boyutu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, hastalığın durumu değerlendirildiğinde ise yeni teşhis hastalarda ruhsal/psikolojik (23.35±9.50), sağlık sistemi ve bilgilendirme (26.59±7.27), fiziksel ve günlük yaşam (19.62±4.45) alt boyutları puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve stabil hasta grubuyla aralarındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (sırasıyla p=0.0079, p=0.0001, p=0.0243, p=0.0149, p=0.0182).

Hastalığın takip/tedavi sürecinde yatarak tedavi gören hastalarda sağlık sistemi ve bilgilendirme (26.65±6.85) ile fiziksel ve günlük yaşam (19.12±4.56) alt boyutları puan ortalamalarının daha yüksek olup aralarındaki bu farkın anlamlı olduğu görülmüştür (sırasıyla p=0.0063, p=0.0293). MM dışında başka bir kronik hastalığı olan hastaların olmayan hastalara göre cinsellik alt boyutu puan ortalamalarının (5.05±3.37) daha düşük, son 3 ayda düşme deneyimi yaşayan hastalarda ruhsal/psikolojik alt boyutu puan ortalamasının (24.08±9.64) daha yüksek olduğu ve aralarında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (sırasıyla p=0.0011, p=0.0364). Ayrıca tanı süresi 1 yılın altında olan, ECOG performans puanı 3-4 olan, yeni tanı alan ve yatarak takip edilen hastaların DBGÖ genel puan ortalamaları daha yüksek ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir (sırasıyla p=0.0001, p=0.0003, p=0.0004, p=0.0136). Hastaların hastalık evresi ve tanı anındaki CRAB bulguları ile DBGÖ genel puan ve alt boyutları puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır (p>0.05).

**Tablo 4.7.** Hastaların sosyo demografik özelliklerine göre Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı (n=102)

	n	EORTC QLQ –C30			EORTC QLQ-MY20			
		Semptom	Fonksiyonel	Genel Sağlık	Hastalık Semptomları	Tedavi Yan Etkileri	Beden Algısı	Geleceğe Bakış
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
<b>Yaş</b>								
65 yaş altı <sup>a</sup>	46	33.95±20.79	57.54±21.87	48.01±24.16	32.00±25.15	26.57±14.98	84.78±31.20	57.73±32.43
65 – 74 yaş <sup>b</sup>	41	30.27±17.70	57.13±18.48	50.41±21.73	29.13±25.24	28.31±15.03	95.93±11.04	70.73±27.86
74 yaş üstü <sup>c</sup>	15	37.09±17.55	43.26±21.26	37.78±19.38	34.07±21.40	26.54±11.74	97.78±8.61	70.37±28.99
<b>F/p</b>		0.82/0.4454	3.03/0.0528	1.74/0.1802	0.27/0.7643	0.18/0.8389	3.45/ <b>0.0357*</b>	2.31/0.1045
Karşılaştırma							b,c>a	
<b>Cinsiyet</b>								
Kadın	51	34.59±19.73	55.25±19.99	50.33±22.11	34.20±22.43	26.13±13.22	92.81±16.75	71.46±30.49
Erkek	51	31.27±18.52	55.29±21.95	44.61±23.20	28.10±26.30	28.40±15.67	89.54±28.67	58.17±29.45
<b>t/p</b>		0.88/0.3833	-0.01/0.9917	1.27/0.2055	1.26/0.2105	-0.79/0.4303	0.70/0.4838	2.24/ <b>0.0274</b>
<b>Medeni Durum</b>								
Evli	77	33.57±19.32	55.50±20.57	47.51±22.30	29.51±24.73	27.68±14.98	88.74±26.27	64.65±31.62
Bekar	25	30.97±18.70	54.58±22.27	47.33±24.50	36.22±23.58	26.00±12.97	98.67±6.67	65.33±27.65
<b>t/p</b>		0.59/0.5583	0.19/0.8494	0.03/0.9731	-1.19/0.2360	0.50/0.6170	-1.86/0.0654	-0.10/0.9228
<b>Eğitim Durumu</b>								
Okur yazar değil	12	36.54±18.72	54.26±23.66	50.00±21.90	32.41±24.14	26.30±12.58	100.00±0.00	77.78±30.34
İlkokul	58	33.29±18.02	53.14±19.79	46.84±20.58	29.50±23.11	27.97±13.49	91.95±21.91	64.75±30.67
Ortaokul-Lise	23	32.00±20.97	58.07±22.99	45.65±27.74	35.51±28.76	25.49±17.07	89.86±21.17	63.77±29.25
Üniversite-Lisans üstü	9	28.21±23.64	63.21±19.15	52.78±26.02	29.01±24.97	28.56±17.63	77.78±44.10	50.62±31.48
<b>F/p</b>		0.34/0.7934	0.78/0.5102	0.27/0.8462	0.36/0.7849	0.20/0.8974	1.63/0.1885	1.39/0.2498
<b>Gelir Düzeyi</b>								
Gelir giderden az	62	36.27±18.70	51.90±21.20	44.35±22.82	33.33±25.17	28.76±15.06	91.40±22.53	63.62±33.56
Gelir gidere denk	37	28.69±18.97	59.58±19.72	50.90±21.50	28.08±23.71	25.18±12.81	90.09±25.90	67.27±25.38
<b>t/p</b>		1.94/0.0552	-1.79/0.0767	-1.41/0.1616	1.03/0.3071	1.21/0.2298	0.26/0.7923	-0.57/0.5697

F: Varyans analizi; t: t testi, p:Anlamlılık

Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular Tablo 4.7’de verilmiştir. Yaşam kalitesi ölçeği puanları değerlendirilirken hastaların genel sağlık ve fonksiyonel skaladan yüksek puan, semptom skalasından düşük puan almaları yaşam kalitesinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Tablodaki veriler incelendiğinde yaş gruplarına göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları genel sağlık, fonksiyonel ve semptom alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür (sırasıyla  $p=0.1802$ ,  $p=0.0528$ ,  $p=0.4454$ ). Miyelom Modülü Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin alt boyutlarına bakıldığında ise beden algısı alt boyutu puan ortalamasının 74 yaş üstü ( $97.78\pm 8.61$ ) hasta grubunda daha yüksek ve 65 yaş altı hasta grubu ile arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ( $p=0.0357$ ). Hastaların cinsiyet özelliğine göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ( $p>0.05$ ), Miyelom Modülü Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarında ise araştırmaya katılan kadın hastaların geleceğe bakış alt boyutu puan ortalamasının ( $71.46\pm 30.49$ ) erkek hastaların puan ortalamasına ( $58.17\pm 29.45$ ) göre daha yüksek ve aralarında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ( $p=0.0274$ ). Hastaların diğer sosyo-demografik verileri olan medeni durum, eğitim durumu ve gelir düzeyi özelliklerine göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları madde puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ( $p>0.05$ ).



**Tablo 4.8.** Hastaların hastalık özelliklerine göre Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı (n=102)

	n	EORTC QLQ –C30			EORTC QLQ-MY20			
		Semptom	Fonksiyonel	Genel Sağlık	Hastalık Semptomları	Tedavi Yan Etkileri	Beden Algısı	Geleceğe Bakış
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
<b>Tanı Süresi (Yıl)</b>								
0-1 yıl <sup>a</sup>	47	37.92±19.17	48.13±20.27	42.20±22.41	37.71±28.28	29.01±15.71	89.36±25.16	52.72±32.64
2-4 yıl <sup>b</sup>	29	29.53±17.55	60.69±19.95	50.86±22.64	22.03±18.98	24.79±12.88	93.10±22.50	78.16±19.36
5 yıl ve üstü <sup>c</sup>	26	27.71±19.13	62.14±19.54	53.21±22.12	28.49±19.29	26.88±13.89	92.31±21.72	71.79±29.35
<b>F/p</b>		3.16/ <b>0.0469*</b>	5.59/ <b>0.0050**</b>	2.48/0.0885	3.97/ <b>0.0220***</b>	0.77/0.4653	0.27/0.7672	8.13/ <b>0.0005**</b>
Karşılaştırma		a>b,c	b,c>a		a>c>b			b,c>a
<b>Evre</b>								
1	33	29.22±17.71	57.51±22.84	50.25±24.96	30.98±22.22	26.95±12.17	88.89±25.91	68.69±31.73
2	37	32.99±21.39	55.26±21.79	45.95±21.57	29.13±23.95	24.87±12.91	92.79±22.41	64.86±26.65
3	32	36.70±17.49	52.99±17.91	46.35±22.09	33.68±27.76	30.36±17.85	91.67±22.40	60.76±33.86
<b>F/p</b>		1.25/0.2905	0.38/0.6875	0.36/0.6956	0.29/0.7467	1.25/0.2908	0.25/0.7802	0.54/0.5839
<b>ECOG</b>								
0-1 <sup>a</sup>	39	18.21±11.63	73.45±12.05	62.82±18.02	20.51±18.74	19.94±11.92	91.45±23.84	70.37±27.38
2 <sup>b</sup>	28	35.90±16.23	55.56±11.25	46.73±14.93	30.95±21.99	29.40±14.46	90.48±23.76	64.29±27.77
3-4 <sup>c</sup>	35	46.96±16.32	34.79±14.92	30.95±21.06	43.17±27.02	33.71±13.75	91.43±23.35	59.05±35.42
<b>F/p</b>		36.20/ <b>0.0001</b>	82.68/ <b>0.0001</b>	27.76/ <b>0.0001</b>	9.16/ <b>0.0002</b>	10.41/ <b>0.0001</b>	0.02/0.9832	1.28/0.2830
Karşılaştırma		c>b>a	a>b>c	a>b>c	c>a,b	b,c>a		
<b>CRAB Bulgusu</b>								
<b>Hiperkalsemi</b>								
Evet	26	33.83±17.91	58.89±19.00	46.15±23.71	30.56±25.15	23.35±9.31	82.05±35.57	67.09±30.39
Hayır	76	32.62±19.61	54.04±21.47	47.92±22.53	31.36±24.46	28.61±15.68	94.30±16.68	64.04±30.78
<b>t/p</b>		-0.28/0.7835	-1.02/0.3088	0.34/0.7347	0.14/0.8860	1.61/0.1100	2.35/0.0206	-0.44/0.6618
<b>Renal Yetmezlik</b>								
Evet	58	32.05±17.25	55.86±18.11	47.27±20.91	28.54±24.46	25.93±14.89	89.66±26.64	62.64±29.78
Hayır	44	34.09±21.48	54.49±24.27	47.73±25.18	34.60±24.43	29.03±13.86	93.18±18.44	67.68±31.68
<b>t/p</b>		0.53/0.5960	-0.33/0.7452	0.10/0.9205	1.24/0.2186	1.07/0.2851	0.75/0.4540	0.82/0.4128

F: Varyans analizi; t: t testi, p:Anlamlılık

**Tablo 4.8.** Hastaların hastalık özelliklerine göre Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı devamı (n=102)

	n	EORTC QLQ –C30			EORTC QLQ-MY20			
		Semptom	Fonksiyonel	Genel Sağlık	Hastalık Semptomları	Tedavi Yan Etkileri	Beden Algısı	Geleceğe Bakış
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
<b>Anemi</b>								
Evet	97	33.10±19.16	54.96±20.89	47.08±22.57	31.67±24.70	27.41±14.65	90.72±23.93	64.38±30.85
Hayır	5	29.74±19.99	61.33±22.20	55.00±27.39	21.11±19.80	24.44±10.99	100.00±0.00	73.33±25.58
<b>t/p</b>		-0.38/0.7042	0.66/0.5085	0.76/0.4501	-0.94/0.3500	-0.45/0.6570	0.86/0.3903	0.64/0.5254
<b>Kemik Lezyonu</b>								
Evet	78	35.11±19.43	52.99±20.38	45.30±22.66	32.91±24.86	28.65±14.37	91.88±21.61	68.23±30.32
Hayır	24	25.85±16.48	62.69±21.21	54.51±21.98	25.46±22.93	22.78±14.15	88.89±28.94	53.70±29.24
<b>t/p</b>		-2.11/ <b>0.0374</b>	2.02/ <b>0.0462</b>	1.75/0.0824	-1.31/0.1948	-1.76/0.0822	-0.55/0.5867	-2.07/ <b>0.0411</b>
<b>Hastalığın Durumu</b>								
Yeni Teşhis <sup>a</sup>	37	39.85±17.84	49.13±20.73	43.47±22.66	36.94±27.88	27.08±12.43	91.89±21.38	54.95±32.70
Stabil Hasta <sup>b</sup>	9	24.79±19.53	68.15±25.41	58.33±25.69	23.46±25.58	21.40±14.79	100.00±0.00	80.25±34.60
Nüks/Progresif <sup>c</sup>	56	29.67±18.79	57.26±19.22	48.36±22.04	28.57±21.46	28.33±15.64	89.29±26.29	68.85±26.84
<b>F/p</b>		4.32/ <b>0.0159</b>	3.76/ <b>0.0267</b>	1.67/0.1943	1.81/0.1686	0.89/0.4124	0.84/0.4365	3.75/ <b>0.0268</b>
Karşılaştırma		a,c>b	b,c>a					b,c>a
<b>Hastanın İzlem Şekli</b>								
Ayaktan Hasta	53	26.95±17.97	59.16±22.26	50.94±24.11	28.51±23.97	27.40±15.32	89.94±24.09	67.71±29.34
Yatan Hasta	49	39.40±18.34	51.07±18.61	43.71±20.73	34.01±25.02	27.12±13.64	92.52±22.84	61.68±31.84
<b>t/p</b>		-3.46/ <b>0.0008</b>	1.98/0.0500	1.62/0.1086	-1.13/0.2594	0.10/0.9227	-0.55/0.5808	1.00/0.3213
<b>Başka Kronik Hastalık</b>								
Evet	59	33.25±18.51	54.99±21.29	46.47±22.96	31.45±24.10	27.70±15.63	91.53±23.65	65.73±31.45
Hayır	43	32.50±20.12	55.66±20.56	48.84±22.61	30.75±25.35	26.67±12.86	90.70±23.37	63.57±29.63
<b>t/p</b>		0.19/0.8464	-0.16/0.8741	-0.52/0.6058	0.14/0.8875	0.36/0.7230	0.18/0.8611	0.35/0.7265
<b>Son 3 Ayda Düşme</b>								
Evet	24	36.22±17.90	46.20±22.48	42.36±24.81	36.57±24.73	29.57±16.31	90.28±25.02	61.57±32.27
Hayır	78	31.92±19.47	58.06±19.69	49.04±21.99	29.49±24.36	26.56±13.89	91.45±23.07	65.81±30.17
<b>t/p</b>		0.96/0.3378	-2.49/ <b>0.0143</b>	-1.26/0.2099	1.24/0.2172	0.89/0.3753	-0.21/0.8310	-0.59/0.5551

F: Varyans analizi; t: t testi, p:Anlamlılık

Araştırmaya katılan hastaların hastalık özelliklerine göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular Tablo 4.8'de yer almaktadır. Hastaların tanı süreleri incelendiğinde yaşam kalitesi ölçeği semptom, fonksiyonel alt boyutları, miyelom ilişkili semptom ve geleceğe bakış alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (sırasıyla  $p=0.0469$ ,  $p=0.0050$ ,  $p=0.0220$ ,  $p=0.0005$ ). Tanı süresi 0-1 yıl olan hastaların diğer gruplara göre semptom alt boyutu puan ortalamasının ( $37.92\pm 19.17$ ) daha yüksek, fonksiyonel alt boyutu puan ortalamasının ( $48.13\pm 20.27$ ) daha düşük ve miyelom ilişkili semptom alt boyutu puan ortalamasının ( $37.71\pm 28.28$ ) daha yüksek ve geleceğe bakış alt boyutu puan ortalamasının ( $52.72\pm 32.64$ ) ise daha düşük olduğu görülmüştür.

Hastaların MM evresi ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ( $p>0.05$ ). ECOG performans durumu değerlendirildiğinde ECOG puanı 3-4 olan hastaların semptom ( $46.96\pm 16.32$ ) ve miyelom ilişkili semptom ( $43.17\pm 27.02$ ) alt boyutu puan ortalamalarının daha yüksek, fonksiyonel ( $34.79\pm 14.92$ ) ve genel sağlık ( $30.95\pm 21.06$ ) alt boyutu puan ortalamalarının ise daha düşük olduğu ve diğer gruplar ile arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (sırasıyla  $p=0.0001$ ,  $p=0.0002$ ,  $p=0.0001$ ,  $p=0.0001$ ). ECOG puanı 0-1 olan hastalarda ise tedavi yan etkileri ( $19.94\pm 11.92$ ) alt boyutu puan ortalamalarının daha düşük ve aralarında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p=0.0001$ ).

Miyelomun tanı kriteri olan CRAB bulgularından yalnızca kemik lezyonları olan/olmayan hastaların semptom, fonksiyonel ve miyelom ilişkili geleceğe bakış alt boyutları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (sırasıyla  $p=0.0374$ ,  $p=0.0462$ ,  $p=0.0411$ ). Kemik lezyonu olan hastaların semptom ( $35.11\pm 19.43$ ) ve miyelom ilişkili geleceğe bakış ( $68.23\pm 30.32$ ) alt boyutlarının daha yüksek, fonksiyonel ( $52.99\pm 20.38$ ) alt boyutunun ise daha düşük puan ortalamalarına sahip olduğu görülmüştür.

Hastaların tedaviye yönelik hastalık durumları incelendiğinde; yeni teşhis konulan hastalarda semptom ( $39.85\pm 17.84$ ) alt boyutu puan ortalaması daha yüksek ve stabil hasta grubuyla arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir

( $p=0.0159$ ). Fonksiyonel ( $49.13\pm 20.73$ ) ve miyelom ilişkili geleceğe bakış ( $54.95\pm 32.70$ ) alt boyutları puan ortalamalarının ise daha düşük olduğu ve diğer gruplarla (durumu stabil, nüks, progrese olan) aralarında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (sırasıyla  $p=0.0267$ ,  $p=0.0268$ ). Hastanede yatarak takip/tedavi olan hastaların ( $39.40\pm 18.34$ ) ayaktan olan hastalara ( $26.95\pm 17.97$ ) göre semptom alt boyutu puan ortalamasının daha yüksek ve aralarındaki bu farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p=0.0008$ ). Miyelom dışında kronik hastalığı olan/olmayan hastaların yaşam kalitesi alt boyutu puan ortalamaları ile arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür ( $p>0.05$ ). Son üç ayda düşme deneyimi yaşayan MM hastalarında fonksiyonel ( $46.20\pm 22.48$ ) alt boyutu puan ortalamasının düşme yaşamayanlara ( $58.06\pm 19.69$ ) göre daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $p=0.0143$ ).

**Tablo 4.9.** Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı (n=102)

	n	Yorgunluk Ort±SS	Bulantı- Kusma Ort±SS	Ağrı Ort±SS	Nefes Darlığı Ort±SS	Uykusuzluk Ort±SS	İştahsızlık Ort±SS	Konstipasyon Ort±SS	Diyare Ort±SS	Mali Zorluk Ort±SS
<b>Yaş</b>										
65 yaş altı	46	52.42±33.10	15.22±25.54	50.00±34.78	16.67±28.76	38.41±36.49	27.54±33.19	15.22±26.02	7.97±22.43	47.83±43.69
65 – 74 yaş	41	47.97±31.76	10.98±20.62	46.34±37.36	17.07±30.84	37.40±37.41	18.70±29.86	13.01±19.55	12.20±23.28	36.59±36.37
74 yaş üstü	15	68.89±31.48	8.89±20.77	54.44±35.34	13.33±27.60	26.67±38.21	42.22±36.66	15.56±30.52	8.89±19.79	42.22±40.76
<b>F/p</b>		2.31/0.1041	0.60/0.5535	0.30/0.7407	0.09/0.9107	0.60/0.5523	2.97/0.0560	0.11/0.8963	0.40/0.6720	0.84/0.4360
<b>Cinsiyet</b>										
Kadın	51	55.56±31.11	14.38±24.27	57.19±34.20	17.65±32.22	35.95±37.02	25.49±31.68	13.07±25.01	7.19±16.75	40.52±41.27
Erkek	51	50.54±34.45	10.78±21.56	41.18±35.65	15.03±26.09	36.60±37.27	26.80±34.65	15.69±23.43	12.42±26.63	44.44±39.81
<b>t/p</b>		0.77/0.4426	0.79/0.4309	2.32/0.0227	0.45/0.6534	-0.09/0.9294	-0.20/0.8428	-0.54/0.5871	-1.19/0.2381	-0.49/0.6263
<b>Medeni Durum</b>										
Evli	77	55.27±32.44	13.42±24.34	47.19±34.67	16.88±30.41	36.36±35.53	27.71±35.62	11.26±20.67	11.26±24.55	45.89±40.84
Bekar	25	46.22±33.44	10.00±18.00	55.33±38.71	14.67±25.60	36.00±41.86	21.33±23.33	24.00±31.21	5.33±12.47	32.00±37.86
<b>t/p</b>		1.20/0.2321	0.65/0.5194	-0.99/0.3236	0.33/0.7434	0.04/0.9662	0.84/0.4049	-2.34/0.0211	1.16/0.2505	1.50/0.1360
<b>Eğitim Durumu</b>										
Okur yazar değil	12	62.04±26.57	11.11±22.84	54.17±42.71	22.22±35.77	36.11±41.34	30.56±33.21	22.22±32.82	2.78±9.62	44.44±43.42
İlkokul	58	53.45±32.34	14.08±24.34	50.00±34.34	12.64±24.04	31.03±34.69	28.74±33.88	12.64±24.84	9.77±20.72	49.43±40.58
Ortaokul-Lise	23	54.11±37.05	9.42±14.06	50.72±35.35	17.39±31.57	40.58±38.87	20.29±31.36	11.59±16.23	13.04±26.09	30.43±37.49
Üniversite- Lisans üstü	9	35.80±29.80	12.96±33.10	33.33±37.27	29.63±42.31	59.26±36.43	18.52±33.79	22.22±23.57	11.11±33.33	25.93±36.43
<b>F/p</b>		1.15/0.3334	0.24/0.8679	0.69/0.5614	1.11/0.3500	1.69/0.1750	0.58/0.6274	0.94/0.4253	0.56/0.6412	1.81/0.1505
<b>Tanı Süresi</b>										
0-1 yıl <sup>a</sup>	47	60.76±31.41	15.96±27.57	56.03±37.98	14.89±28.50	41.13±39.45	34.04±35.09	19.86±28.37	12.06±25.47	44.68±41.28
2-4 yıl <sup>b</sup>	29	47.89±33.08	10.34±20.61	40.23±31.66	14.94±28.99	39.08±38.90	25.29±34.10	12.64±22.56	4.60±17.19	42.53±40.72
5 yıl ve üstü <sup>c</sup>	26	44.87±32.88	8.97±14.32	46.79±34.32	20.51±31.38	24.36±27.58	12.82±23.24	6.41±13.40	11.54±20.96	38.46±39.66
<b>F/p</b>		2.55/0.0835	0.97/0.3826	1.87/0.1598	0.35/0.7043	1.87/0.1592	3.65/0.0296	2.80/0.0659	1.11/0.3330	0.20/0.8229
Karşılaştırma							a,b>c			

F: Varyans analizi; t: t testi, p:Anlamlılık

**Tablo 4.9.** Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı devamı (n=102)

	n	Yorgunluk Ort±SS	Bulantı- Kusma Ort±SS	Ağrı Ort±SS	Nefes Darlığı Ort±SS	Uykusuzluk Ort±SS	İştahsızlık Ort±SS	Konstipasyon Ort±SS	Diyare Ort±SS	Mali Zorluk Ort±SS
<b>Evre</b>										
1	33	46.46±31.85	7.58±17.23	49.49±33.97	9.09±17.23	31.31±31.11	19.19±32.31	19.19±27.68	5.05±14.72	42.42±43.52
2	37	49.55±35.39	18.02±24.34	50.00±36.64	17.12±32.03	34.23±40.43	28.83±34.39	9.91±22.03	12.61±25.28	41.44±38.81
3	32	63.89±28.50	11.46±25.55	47.92±37.33	22.92±34.33	43.75±38.28	30.21±32.08	14.58±22.30	11.46±24.84	43.75±40.11
<b>F/p</b>		2.72/0.0708	1.90/0.1548	0.03/0.9699	1.87/0.1589	1.01/0.3686	1.10/0.3380	1.30/0.2778	1.13/0.3256	0.03/0.9728
<b>ECOG</b>										
0-1 <sup>a</sup>	39	27.35±22.49	4.70±11.44	31.20±29.66	6.84±13.64	28.21±33.80	11.11±22.08	8.55±18.29	3.42±10.25	24.79±34.81
2 <sup>b</sup>	28	57.54±27.06	19.05±25.94	52.38±33.86	14.29±26.34	34.52±39.00	29.76±34.35	10.71±18.27	15.48±27.94	46.43±40.91
3-4 <sup>c</sup>	35	78.10±24.92	16.19±27.56	66.67±34.54	28.57±38.89	46.67±37.22	40.00±35.97	23.81±30.86	12.38±25.67	59.05±38.84
<b>F/p</b>		39.77/ <b>0.0001</b>	4.09/ <b>0.0196</b>	11.13/ <b>0.0001</b>	5.69/ <b>0.0046</b>	2.41/0.0951	8.34/ <b>0.0004</b>	4.41/ <b>0.0147</b>	2.84/0.0632	7.73/ <b>0.0008</b>
Karşılaştırma		c>b>a	b,c>a	b,c>a	c>a,b		b,c>a	c>a,b		b,c>a
<b>Hastalığın Durumu</b>										
Yeni Teşhis <sup>a</sup>	37	64.56±27.57	18.02±30.02	60.36±39.55	12.61±26.47	41.44±38.81	36.04±36.33	20.72±27.61	9.91±22.03	46.85±41.91
Stabil Hasta <sup>b</sup>	9	43.21±33.54	7.41±14.70	38.89±42.49	29.63±38.89	29.63±35.14	3.70±11.11	7.41±14.70	0.00±0.00	29.63±35.14
Nüks/Progresif <sup>c</sup>	56	47.02±34.16	9.82±17.63	43.45±30.26	16.67±29.13	33.93±36.23	23.21±31.09	11.31±22.27	11.31±24.02	41.67±40.33
<b>F/p</b>		3.84/ <b>0.0247</b>	1.70/0.1878	3.03/0.0528	1.24/0.2929	0.61/0.5427	4.20/ <b>0.0177</b>	2.15/0.1218	1.00/0.3722	0.68/0.5096
Karşılaştırma		a,c>b					a,c>b			
<b>Hastanın İzlem Şekli</b>										
Ayaktan Hasta	53	46.33±34.30	5.03±10.63	39.31±31.71	15.09±26.61	37.74±36.42	16.35±25.84	11.95±25.40	8.81±22.79	32.70±37.83
Yatan Hasta	49	60.32±29.66	20.75±29.17	59.86±36.94	17.69±31.99	34.69±37.86	36.73±36.80	17.01±22.69	10.88±21.93	53.06±40.78
<b>t/p</b>		-2.19/ <b>0.0305</b>	-3.67/ <b>0.0004</b>	-3.02/ <b>0.0032</b>	-0.45/0.6563	0.41/0.6801	-3.26/ <b>0.0015</b>	-1.06/0.2930	-0.47/0.6402	-2.62/ <b>0.0103</b>
<b>Son 3 Ayda Düşme</b>										
Evet	24	61.57±30.20	8.33±18.39	51.39±34.72	18.06±32.57	50.00±36.78	22.22±30.56	22.22±27.22	11.11±25.38	43.06±38.67
Hayır	78	50.43±33.25	13.89±24.09	48.50±36.16	15.81±28.29	32.05±36.21	27.35±33.87	11.97±22.78	9.40±21.42	42.31±41.15
<b>t/p</b>		1.47/0.1458	-1.04/0.3012	0.34/0.7309	0.33/0.7438	2.12/ <b>0.0369</b>	-0.66/0.5089	1.84/0.0686	0.33/0.7443	0.08/0.9372

F: Varyans analizi; t: t testi, p:Anlamlılık

Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre yaşam kalitesi semptom alt boyutlarının puan ortalamalarına ilişkin bulgulara Tablo 4.9'da yer verilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların yaş grupları incelendiğinde yaşam kalitesi ölçeği semptom alt boyutları puan ortalamaları ile arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür ( $p>0.05$ ). Miyelom tanısı olan kadın hastaların ( $57.19\pm34.20$ ) ağrı puan ortalamasının erkek hastalara ( $41.18\pm35.65$ ) göre daha yüksek olduğu, bekar hastalarda ise ( $24.00\pm31.21$ ) konstipasyon puan ortalamasının evli hastalara ( $11.26\pm20.67$ ) oranla daha yüksek olduğu ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (sırasıyla  $p=0.0227$ ,  $p=0.0211$ ). Tanı süresine bakıldığında 0-1 yıl arası olan hastalarda iştahsızlık ( $34.04\pm35.09$ ) puan ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek ve 5 yıl üstü olan hasta grubuyla aralarında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ( $p=0.0296$ ). Hastaların eğitim durumları ve MM evresi ile yaşam kalitesi semptom alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür ( $p>0.05$ ).

Hastaların ECOG performans puanları değerlendirildiğinde ECOG puanı 3-4 olan hastaların yorgunluk ( $78.10\pm24.92$ ), nefes darlığı ( $28.57\pm38.89$ ), konstipasyon ( $23.81\pm30.86$ ) puan ortalamaları daha yüksek ve diğer gruplarla aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (sırasıyla  $p=0.0001$ ,  $p=0.0046$ ,  $p=0.0147$ ). ECOG puanı 0-1 olan hastalarda bulantı-kusma ( $4.70\pm11.44$ ), ağrı ( $31.20\pm29.66$ ), iştahsızlık ( $11.11\pm22.08$ ), mali zorluk ( $24.79\pm34.81$ ) puan ortalamasının ise daha düşük ve diğer gruplarla aralarındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (sırasıyla  $p=0.0196$ ,  $p=0.0001$ ,  $p=0.0004$ ,  $p=0.0008$ ).

Miyelom hastalığı yeni teşhis edilenlerde yorgunluk ( $64.56\pm27.57$ ) ve iştahsızlık ( $36.04\pm36.33$ ) puan ortalamalarının diğer hasta gruplarına göre daha yüksek ve stabil hasta grubuyla aralarında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (sırasıyla  $p=0.0247$ ,  $p=0.0177$ ). Hastanede takip/televi sürecini yatarak geçiren hastalarda ise yorgunluk ( $60.32\pm29.66$ ), bulantı-kusma ( $20.75\pm29.17$ ), ağrı ( $59.86\pm36.94$ ), iştahsızlık ( $36.73\pm36.80$ ) ve mali zorluk ( $53.06\pm40.78$ ) puan ortalamalarının ayaktan tedavi gören hastalara oranla daha yüksek olup aralarındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (sırasıyla  $p=0.0305$ ,  $p=0.0004$ ,  $p=0.0032$ ,  $p=0.0015$ ,  $p=0.0103$ ). Son üç ayda düşme deneyimi yaşayan hastaların ( $50.00\pm36.78$ ) uykusuzluk puan

ortalamasının yaşamayan hastalara (32.05±36.21) göre daha yüksek ve aralarında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (p=0.0369).

**Tablo 4.10.** Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre Yaşam Kalitesi Ölçeği fonksiyonel alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı (n=102)

	n	Fiziksel Fonksiyon	Rol Fonksiyonu	Duygusal Fonksiyon	Bilişsel Fonksiyon	Sosyal Fonksiyon
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
<b>Yaş</b>						
65 yaş altı <sup>a</sup>	46	55.94±29.26	37.32±36.38	69.38±26.76	81.16±21.55	34.42±35.03
65 – 74 yaş <sup>b</sup>	41	48.46±26.63	39.84±32.03	71.34±22.52	80.89±18.84	43.90±32.22
74 yaş üstü <sup>c</sup>	15	27.56±27.47	17.78±28.50	69.44±29.99	64.44±30.77	34.44±23.12
<b>F/p</b>		<b>5.83/0.0040</b>	<b>2.49/0.0880</b>	<b>0.07/0.9321</b>	<b>3.61/0.0308</b>	<b>1.05/0.3553</b>
Karşılaştırma		a,b>c			a,b>c	
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	51	46.93±26.57	37.91±31.81	74.02±21.84	78.10±24.83	33.01±32.91
Erkek	51	50.59±31.92	33.01±36.44	66.34±28.23	79.08±20.51	43.46±31.46
<b>t/p</b>		<b>-0.63/0.1041</b>	<b>0.72/0.8283</b>	<b>1.54/0.1275</b>	<b>-0.22/0.4709</b>	<b>-1.64/0.5305</b>
<b>Medeni Durum</b>						
Evli	77	49.70±28.17	34.63±33.31	70.56±25.09	80.52±20.84	35.71±32.19
Bekar	25	45.87±32.90	38.00±37.12	69.00±26.84	72.67±27.17	46.00±32.73
<b>t/p</b>		<b>0.57/0.5724</b>	<b>-0.43/0.6703</b>	<b>0.27/0.7908</b>	<b>1.51/0.1330</b>	<b>-1.38/0.1699</b>
<b>Eğitim Durumu</b>						
Okur yazar değil	12	44.44±31.82	33.33±31.78	75.69±22.60	72.22±29.59	38.89±30.43
İlkokul	58	45.06±27.85	30.75±31.50	70.55±26.41	80.75±21.81	33.33±32.44
Ortaokul-Lise	23	52.75±30.87	48.55±38.24	65.58±27.56	76.81±23.96	47.10±32.82
Üniversite-Lisans üstü	9	68.15±26.20	35.19±39.48	72.22±16.67	77.78±14.43	46.30±33.10
<b>F/p</b>		<b>1.90/0.1339</b>	<b>1.54/0.2097</b>	<b>0.46/0.7139</b>	<b>0.53/0.6597</b>	<b>1.21/0.3114</b>
<b>Tanı Süresi</b>						
0-1 yıl <sup>a</sup>	47	42.27±29.69	22.34±24.89	64.01±28.35	76.60±24.98	28.37±29.68
2-4 yıl <sup>b</sup>	29	52.18±29.12	43.68±36.84	77.87±23.28	78.74±21.31	46.55±33.45
5 yıl ve üstü <sup>c</sup>	26	56.67±27.08	50.00±37.71	72.76±19.37	82.05±19.96	46.79±32.32
<b>F/p</b>		<b>2.36/0.0994</b>	<b>7.54/0.0009</b>	<b>2.96/0.0564</b>	<b>0.48/0.6197</b>	<b>4.29/0.0164</b>
Karşılaştırma			b,c>a			b,c>a
<b>Evre</b>						
1	33	49.70±33.13	42.42±41.27	68.94±28.96	81.31±21.95	45.45±36.39
2	37	47.03±27.44	34.68±30.52	74.10±24.59	78.38±24.17	35.59±29.18
3	32	49.79±27.93	29.17±29.33	66.93±22.45	76.04±21.97	33.85±31.53
<b>F/p</b>		<b>0.10/0.9051</b>	<b>1.25/0.2918</b>	<b>0.74/0.4807</b>	<b>0.44/0.6471</b>	<b>1.24/0.2949</b>
<b>ECOG</b>						
0-1 <sup>a</sup>	39	74.87±15.56	60.68±32.78	77.35±23.10	90.17±11.29	58.12±29.59
2 <sup>b</sup>	28	52.86±13.57	29.76±23.73	72.32±17.43	82.14±15.67	27.98±27.24
3-4 <sup>c</sup>	35	16.38±15.95	11.90±21.98	60.48±30.34	62.86±27.74	24.29±28.68
<b>F/p</b>		<b>138.29/0.0001</b>	<b>30.84/0.0001</b>	<b>4.50/0.0135</b>	<b>18.74/0.0001</b>	<b>15.34/0.0001</b>
Karşılaştırma		a>b>c	a>b>c	a,b>c	a,b>c	a,b>c



**Tablo 4.10.** Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre Yaşam Kalitesi Ölçeği fonksiyonel alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı devamı (n=102)

	n	Fiziksel Fonksiyon	Rol Fonksiyonu	Duygusal Fonksiyon	Bilişsel Fonksiyon	Sosyal Fonksiyon
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
<b>Hastalığın Durumu</b>						
Yeni Teşhis <sup>a</sup>	37	42.16±30.39	20.72±24.66	66.89±28.02	77.48±24.28	31.08±31.95
Stabil Hasta <sup>b</sup>	9	62.96±31.99	50.00±42.49	87.04±15.65	75.93±16.90	53.70±42.31
Nüks/Progresif <sup>c</sup>	56	50.83±27.46	42.86±35.23	69.64±24.12	79.76±22.63	40.48±30.46
<b>F/p</b>		2.19/0.1174	6.15/ <b>0.0030</b>	2.37/0.0992	0.18/0.8366	2.10/0.1281
Karşılaştırma			b,c>a			
<b>Hastanın İzlem Şekli</b>						
Ayaktan Hasta	53	52.08±29.99	47.17±37.23	70.13±28.23	80.82±19.72	45.28±33.39
Yatan Hasta	49	45.17±28.36	22.79±25.16	70.24±22.24	76.19±25.46	30.61±29.92
<b>t/p</b>		1.19/0.2359	3.84/ <b>0.0002</b>	-0.02/0.9823	1.03/0.3053	2.33/ <b>0.0218</b>
<b>Son 3 Ayda Düşme</b>						
Evet	24	34.44±27.64	27.08±29.82	60.76±31.03	72.22±24.41	39.58±35.03
Hayır	78	53.16±28.51	38.03±35.11	73.08±22.87	80.56±21.89	37.82±31.86
<b>t/p</b>		-2.83/ <b>0.0056</b>	-1.38/0.1703	-2.11/ <b>0.0372</b>	-1.59/0.1157	0.23/0.8174

F: Varyans analizi; t: t testi, p: Anlamlılık

Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre yaşam kalitesi ölçeği fonksiyonel alt boyutlarının puan ortalamalarına ilişkin bulgular Tablo 4.10'da yer almaktadır. Tablodaki veriler incelendiğinde cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve hastalık evresine göre yaşam kalitesi ölçeği fonksiyonel sağlık alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür ( $p>0.05$ ).

Yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon puan ortalamaları 74 yaş üstü ( $27.56±27.47$ ), ECOG performans puanı 3-4 olan ( $16.38±15.95$ ) ve son üç ayda düşme yaşayan ( $34.44±27.64$ ) hastalarda daha düşük ve diğer gruplara aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (sırasıyla  $p=0.0040$ ,  $p=0.0001$ ,  $p=0.0056$ ). Yaşam kalitesi ölçeği rol fonksiyonu puan ortalamalarının tanı süresi 0-1 yıl ( $22.34±24.89$ ), ECOG performans puanı 3-4 ( $11.90±21.98$ ), yeni teşhis ( $20.72±24.66$ ) ve yatarak tedavi gören ( $22.79±25.16$ ) hastaların diğer hastalara göre daha düşük ve aralarında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (sırasıyla  $p=0.0009$ ,  $p=0.0001$ ,  $p=0.0030$ ,  $p=0.0002$ ). Yaşam kalitesi ölçeği duygusal fonksiyon puan ortalamaları ECOG performans puanı 3-4 olan ( $60.48±30.34$ ) ve son üç ayda düşme yaşayan ( $60.76±31.03$ ) hastalarda daha düşük olduğu ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür (sırasıyla  $p=0.0135$ ,

p=0.0372). Yaşam kalitesi ölçeği bilişsel fonksiyon puan ortalamalarının 74 yaş üstü (64.44±30.77) ve ECOG performans puanı 3-4 olan (62.86±27.74) hastaların daha düşük ve aralarında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (sırasıyla p=0.0308, p=0.0001). Yaşam kalitesi ölçeği sosyal fonksiyon puan ortalamalarının tanı süresi 0-1 yıl (28.37±29.68), ECOG performans puanı 3-4 olan (24.29±28.68) ve yatarak tedavi gören (30.61±29.92) hastalarda daha düşük olduğu ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (sırasıyla p=0.0164, p=0.0001, p=0.0218).

#### 4.4. Destekleyici Bakım Gereksinimleri ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

Bu bölümde çalışmaya dahil edilen 102 hastanın destekleyici bakım gereksinimleri ve yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları arasındaki ilişkiye ait bulgular yer almaktadır (Tablo 4.11, Tablo 4.12, Tablo 4.13)

**Tablo 4.11.** Hastaların DBGÖ alt boyutları arasındaki ilişki

	Ruhsal/ Psikolojik	Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme	Fiziksel ve Günlük Yaşam	Hasta Bakım ve Desteği	Cinsellik	DBGÖ Genel
Ruhsal/ Psikolojik	1.0000					
Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme	0.2599 0.0083	1.0000				
Fiziksel ve Günlük Yaşam	0.4038 0.0001	0.2356 0.0171	1.0000			
Hasta Bakım ve Desteği	0.3111 0.0015	<b>0.6164</b> <b>0.0001</b>	0.1809 0.0687	1.0000		
Cinsellik	0.0668 0.5043	<b>0.2615</b> <b>0.0079</b>	-0.1313 0.1882	0.1679 0.0915	1.0000	
DBGÖ Genel	<b>0.7625</b> <b>0.0001</b>	0.7467 0.0001	0.5670 0.0001	0.6370 0.0001	<b>0.3448</b> <b>0.0004</b>	1.0000

Çalışmaya dahil edilen hastaların destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği alt boyutları arasındaki ilişkiye ait bulgular Tablo 4.11’de verilmiştir. DBGÖ genel puanının her bir alt boyutu ile karşılıklı korelasyonu incelendiğinde pozitif yönde ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (p<0.05). DBGÖ’nün beş alt boyutunun korelasyonları 0.34-0.76 arasında değiştiği belirlenmiştir. DBGÖ ile en yüksek

korelasyonu veren ruhsal/psikolojik alt boyutu ( $r=0.76$ ;  $p=0.0001$ ) iken, en düşük korelasyonu cinsellik alt boyutunun ( $r=0.34$ ;  $p=0.0004$ ) verdiği saptanmıştır. DBGÖ alt bileşenlerinin birbirleri ile aralarındaki ilişki incelendiğinde ise sağlık sistemi ve bilgilendirme alt boyutu ile hasta bakım ve desteği alt boyutu arasında pozitif yönde orta düzeyde ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ( $p=0.0001$ ). Cinsellik alt boyutu ile ruhsal/ psikolojik, fiziksel ve günlük yaşam, hasta bakım ve desteği alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ( $p>0.05$ ), sağlık sistemi ve bilgilendirme alt boyutu ile pozitif yönde zayıf düzeyde ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $p=0.0079$ ).

**Tablo 4.12.** Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları arasındaki ilişki

		EORTC QLQ –C30			EORTC QLQ-MY20			
		Semptom	Fonksiyonel	Genel Sağlık	Hastalık Semptomları	Tedavi Yan Etkileri	Beden Algısı	Geleceğe Bakış
EORTC QLQ –C30	Semptom	1.00000						
	Fonksiyonel	<b>-0.7648</b> <b>0.0001</b>	1.00000					
	Genel Sağlık	-0.6777 0.0001	<b>0.7603</b> <b>0.0001</b>	1.00000				
EORTC QLQ-MY20	Hastalık Semptomları	<b>0.6546</b> <b>0.0001</b>	-0.5674 0.0001	<b>-0.5504</b> <b>0.0001</b>	1.00000			
	Tedavi Yan Etkileri	0.5253 0.0001	<b>-0.5884</b> <b>0.0001</b>	<b>-0.4776</b> <b>0.0001</b>	0.4099 0.0001	1.00000		
	Beden Algısı	-0.0704 0.4820	0.0788 0.4311	0.1642 0.0990	-0.1935 0.0513	<b>-0.2295</b> <b>0.0203</b>	1.00000	
	Geleceğe Bakış	<b>-0.3813</b> <b>0.0001</b>	<b>0.4089</b> <b>0.0001</b>	<b>0.4127</b> <b>0.0001</b>	<b>-0.3138</b> <b>0.0013</b>	<b>-0.3191</b> <b>0.0011</b>	0.0999 0.3178	1.00000

Hastaların yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları arasındaki ilişkiye ait bulgular Tablo 4.12’de verilmiştir. Tablodaki veriler doğrultusunda yaşam kalitesi ölçeğinin semptom alt boyutu ile fonksiyonel alt boyutu arasında negatif yönde yüksek düzeyde, MM ilişkili hastalık semptomları alt boyutu ile arasında pozitif yönde orta düzeyde ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $p=0.0001$ ). Fonksiyonel alt boyutu ile genel sağlık alt boyutu arasında pozitif yönde yüksek düzeyde, MM ilişkili tedavi yan

etkileri alt boyutu ile arasında ise negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (p=0.0001).

Genel sağlık alt boyutu incelendiğinde MM ilişkili hastalık semptomları ile arasında negatif yönde orta düzeyde, yan etkileri alt boyutu ile arasında ise negatif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (p=0.0001). MM ilişkili beden algısı ve tedavi yan etkileri alt boyutları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu (p=0.0203) belirlenirken diğer alt boyutlar arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür (p>0.05). MM ilişkili geleceğe bakış alt boyutu ile genel sağlık ve fonksiyonel alt boyutları arasında pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu (p=0.0001), semptom, MM ilişkili hastalık semptomları ve tedavi yan etkileri alt boyutları arasında ise negatif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (p<0.05).

**Tablo 4.13.** Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları arasındaki ilişki

	EORTC QLQ –C30			EORTC QLQ-MY20			
	Semptom	Fonksiyonel	Genel Sağlık	Hastalık Semptomları	Tedavi Yan Etkileri	Beden Algısı	Geleceğe Bakış
<b>Ruhsal/ Psikolojik</b>	0.48812 0.0001	<b>-0.62465</b> <b>0.0001</b>	<b>-0.53953</b> <b>0.0001</b>	0.47156 0.0001	0.36812 0.0001	-0.11279 0.2590	<b>-0.72268</b> <b>0.0001</b>
<b>Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme</b>	0.37656 0.0001	-0.30107 0.0021	-0.31426 0.0013	0.31348 0.0013	<b>0.37798</b> <b>0.0001</b>	-0.37139 0.0001	-0.21470 0.0302
<b>Fiziksel ve Günlük Yaşam</b>	0.68531 0.0001	-0.76596 0.0001	<b>-0.63677</b> <b>0.0001</b>	0.47957 0.0001	0.43010 0.0001	-0.01801 0.8575	-0.22421 0.0235
<b>Hasta Bakım ve Desteği</b>	0.29722 0.0024	-0.27175 0.0057	-0.28670 0.0035	0.25060 0.0111	<b>0.38260</b> <b>0.0001</b>	<b>-0.40636</b> <b>0.0001</b>	-0.17607 0.0767
<b>Cinsellik</b>	0.00703 0.9441	0.09614 0.3364	0.10620 0.2881	-0.00309 0.9754	0.11785 0.2381	<b>-0.26478</b> <b>0.0072</b>	<b>-0.22066</b> <b>0.0258</b>
<b>DBGÖ Genel</b>	<b>0.62528</b> <b>0.0001</b>	<b>-0.65676</b> <b>0.0001</b>	<b>-0.58515</b> <b>0.0001</b>	<b>0.52539</b> <b>0.0001</b>	<b>0.53383</b> <b>0.0001</b>	<b>-0.32880</b> <b>0.0007</b>	<b>-0.57344</b> <b>0.0001</b>

Hastaların destekleyici bakım gereksinimleri ve yaşam kalitesi ölçekleri ve alt boyutları arasındaki ilişkiye ait bulgular Tablo 4.13'te verilmiştir. DBGÖ genel ve yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; DBGÖ genel puanı ile semptom

skalası, MM ilişkili hastalık semptomları ve tedavi yan etkileri alt boyutları arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ( $p=0.0001$ ), fonksiyonel, genel sağlık ve MM ilişkili geleceğe bakış alt boyutları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ( $p=0.0001$ ), MM ilişkili beden algısı alt boyutu arasında ise negatif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $p=0.0007$ ).

DBGÖ alt boyutları ile yaşam kalitesi alt boyutları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; ruhsal/psikolojik alt boyutu ile en fazla MM ilişkili geleceğe bakış ( $r=0.72$ ), fonksiyonel ( $r=0.62$ ) ve genel sağlık ( $r=0.53$ ) alt boyutları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ( $p=0.0001$ ), sağlık sistemi ve bilgilendirme alt boyutu ile MM ilişkili tedavi yan etkileri alt boyutu arasında pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ( $p=0.0001$ ). Fiziksel ve günlük yaşam alt boyutu ile genel sağlık ( $r= -0.63$ ) alt boyutu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ( $p=0.0001$ ), hasta bakım ve desteği alt boyutu ile MM ilişkili beden algısı ( $r= -0.40$ ) ve tedavi yan etkileri ( $r=0.38$ ) alt boyutu arasında düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ( $p=0.0001$ ) saptanmıştır. Cinsellik alt boyutuna bakıldığında MM ilişkili beden algısı ( $r= -0.26$ ;  $p=0.007$ ) ve geleceğe bakış ( $r= -0.22$ ;  $p=0.02$ ) alt boyutu arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu, yaşam kalitesi ölçeğinin diğer beş alt boyutu ile arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ( $p>0.05$ ).

#### **4.5. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Yaşam Kalitesinin Destekleyici Bakım Gereksinimlerine Etkisine Ait Bulgular**

Bu bölümde çalışmaya dahil edilen 102 hastanın tanıtıcı özellikleri ve yaşam kalitesinin destekleyici bakım gereksinimlerine etkisine ilişkin bulgular yer almaktadır (Tablo 4.14).

**Tablo 4.14.** Hastaların tanıtıcı özellikleri ve yaşam kalitesinin destekleyici bakım gereksinimlerine etkisi

**Bağımlı değişken = DBGÖ Genel**

Bağımsız Değişken	Tahmin	Std. Haa	F	P	Kısmi R <sup>2</sup>	Model R <sup>2</sup>
Intercept	98.08742	9.73679	101.48	<.0001		
Eğitim Durumu*	2.31883	1.19475	3.77	0.0553	0.0152	0.6453
Tanı Süresi**	-0.50958	0.24858	4.20	0.0432	0.0113	0.6566
ECOG**	-2.93369	1.48521	3.90	0.0512	0.0137	0.6703
Semptom Skalası***	0.20123	0.07262	7.68	0.0067	0.0228	0.6302
Fonksiyonel Skala***	-0.38443	0.09901	15.08	0.0002	0.4313	0.4313
MM ilişkili Beden Algısı***	-0.13850	0.03873	12.79	0.0006	0.0644	0.6073
MM ilişkili Geleceğe Bakış ***	-0.10814	0.03545	9.31	0.0030	0.1116	0.5429

\*Sosyo-demografik özellikler, \*\*Hastalık özellikleri, \*\*\*Yaşam kalitesi ölçeği alt boyutu

Hastaların tanıtıcı özellikleri ve yaşam kalitesinin destekleyici bakım gereksinimlerine etkisine ilişkin bulgulara Tablo 4.14’te yer verilmiştir. Tabloda verilen sonuçlara göre “eğitim durumu, tanı süresi, ECOG, semptom skalası, fonksiyonel skala, MM ilişkili beden algısı ve geleceğe bakış” bağımsız değişkenlerinin birlikte hastaların destekleyici bakım gereksinimleri ile arasında anlamlı bir etki olduğu görülmüştür. Bu bağımsız yedi değişken, destekleyici bakım gereksinimleri toplam varyansının %67’sini açıklamaktadır. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin test sonuçları incelendiğinde ise sırasıyla fonksiyonel skala ( $R^2=0.43$ ;  $p=0.0002$ ), MM ilişkili geleceğe bakış ( $R^2=0.11$ ;  $p=0.003$ ), MM ilişkili beden algısı ( $R^2=0.06$ ;  $p=0.0006$ ), semptom skalası ( $R^2=0.02$ ;  $p=0.006$ ) ve tanı süresi ( $R^2=0.01$ ;  $p=0.04$ ) bağımsız değişkenlerinin destekleyici bakım gereksinimleri üzerine anlamlı bir etki oluşturduğu saptanmıştır.

#### **4.6. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Yaşam Kalitesine Etkisine Ait Bulgular**

Bu bölümde çalışmaya dahil edilen 102 hastanın tanıtıcı özellikleri ve destekleyici bakım gereksinimlerinin yaşam kalitesine etkisine ilişkin bulgular yer almaktadır (Tablo 4.15).

**Tablo 4.15.** Hastaların tanıtıcı özellikleri ve destekleyici bakım gereksinimlerinin yaşam kalitesine etkisi

**Bağımlı değişken = Genel Sağlık**

Bağımsız Değişken	Tahmin	Std. Haa	F	P	Kısmi R <sup>2</sup>	Model R <sup>2</sup>
Intercept	110.29808	8.00239	189.98	<.0001		
Cinsiyet *	-6.33628	3.10784	4.16	0.0442	0.0184	0.5695
ECOG**	-5.34555	1.71060	9.77	0.0023	0.0503	0.5510
Ruhsal/Psikolojik***	-0.70814	0.19008	13.88	0.0003	0.0953	0.5007
Fiziksel ve Günlük Yaşam***	-1.56216	0.42087	13.78	0.0003	0.4055	0.4055

\*Sosyo-demografik özellikler, \*\*Hastalık özellikleri, \*\*\*DBGÖ alt boyutu

Hastaların tanıtıcı özellikleri ve destekleyici bakım gereksinimlerinin yaşam kalitesine etkisine ilişkin bulgular Tablo 4.15'te verilmiştir. Tabloda regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin bulgular incelendiğinde sırasıyla fiziksel ve günlük yaşam ( $R^2=0.40$ ;  $p=0.0003$ ), ruhsal/psikolojik ( $R^2=0.09$ ;  $p=0.0003$ ), ECOG performans puanı ( $R^2=0.05$ ;  $p=0.002$ ) ve cinsiyet ( $R^2=0.01$ ;  $p=0.04$ ) bağımsız değişkenleri ile birlikte hastaların genel sağlık alt boyutu arasında anlamlı bir etki olduğu saptanmıştır. Bu bağımsız dört değişken, yaşam kalitesi toplam varyansının %56'sını açıklamaktadır.

## 5. TARTIŞMA

Multipl miyelom tedavi edilemeyen bir hastalık olmaya devam etmektedir. Modern tedavilerle uzamış progresyonsuz sağkalım ile birlikte hastalar miyelomun semptom yükü ve tedavi yan etkileri ile daha uzun süre başetmeye çalışmaktadır. Bu duruma yaş faktöründe eklenmesiyle hastaların bakım gereksinimleri artmakta, yaşam kaliteleri ise olumsuz yönde etkilenmektedir (Snowden ve ark., 2011; Colson, 2015). Bu bölümde çalışmadan elde edilen bulgular aşağıdaki ana başlıklar altında tartışılmıştır.

- Hastaların destekleyici bakım gereksinimlerine ilişkin bulguların tartışılması
- Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre destekleyici bakım gereksinimlerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması
- Hastaların yaşam kalitesine ilişkin bulguların tartışılması
- Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre yaşam kalitesinin karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması
- Hastaların tanıtıcı özellikleri, destekleyici bakım gereksinimleri ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye ait bulguların tartışılması

### 5.1. Hastaların Destekleyici Bakım Gereksinimlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda MM hastalarının destekleyici bakım gereksinimlerinin orta düzeyde ( $61.74 \pm 14.86$ ) olduğu saptanmıştır. Hastaların destekleyici bakım gereksinimlerinin fiziksel-günlük yaşam boyutunda yüksek, sağlık sistemi-bilgilendirme ve ruhsal/psikolojik boyutlarında orta, hasta bakım-desteği ve cinsellik boyutlarında ise düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3). Araştırmamıza katılan hastaların %76.5'inde kemik lezyonlarının olması, yarıdan fazla hastanın nüks/progresif aşamada olması, üçte bir oranda yatağa/sandalyeye bağımlı olması ve tamamına yakın kemoterapi tedavisinin devam ediyor olmasının sonucu olarak fiziksel-günlük yaşam gereksinimlerinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Boyes ve arkadaşları (2015) ile McDowell ve arkadaşlarının (2010) yapmış olduğu çalışmalar hematolojik kanser hastalarında mevcut tedavi yaklaşımının özellikle psikolojik ve fiziksel alanlarda destekleyici bakım ihtiyaçlarını büyük oranda karşılamadığını göstermiştir. Benzer şekilde Boland ve arkadaşlarının (2014) tedavi almayan stabil MM hastaları ile yapmış



olduğu çalışmada hastaların yüksek fiziksel semptom yükünün olduğunu, tedavilerinin uzun vadeli yan etkileri nedeniyle sıkıntı yaşadıklarını bildirmişlerdir. Bu sonuçlar çalışmamızdaki bulguları destekler niteliktedir.

Hall ve arkadaşlarının (2015) remisyon dönemindeki hematolojik kanser hastalarıyla yapmış oldukları çalışmada, psikolojik gereksinimin yüksek olduğu ve bunun nedeninin hastaların remisyon döneminde olmaları ve nüks korkusunun psikolojik gereksinimleri arttırdığı saptanmıştır. Bizim alışmamızda hastaların büyük bir kısmının yeni teşhis ve progresif aşamada olması psikolojik-ruhsal gereksinimin orta düzeyde, fiziksel-günlük yaşam gereksiniminin ise yüksek düzeyde olmasının nedeni olarak düşünülebilir. Miyelom hastalarının ve ailelerinin hastalık hakkında bilgilerinin yetersiz düzeyde olduğu, bu konuda desteğe gereksinim duydukları bildirilmiştir (Lobban ve Perkins, 2013). Çalışmamızda sağlık sistemi bilgilendirme gereksiniminin orta düzeyde olması bu durumla paralellik göstermekte olup, tanı aşamasından itibaren hastalık sürecinin her aşamasında hastaların bilgilendirilmesine ihtiyaç olduğu görülmektedir.

Yapılan bazı çalışmalarda kanser tedavisinin cinselliği etkilediği, fakat bu konuda sıkıntı yaşayan hastaların gereksinimlerini dile getirirken rahatsızlık duydukları ve sağlık profesyonellerinin de hastaların cinsel gereksinimleri hakkında soru sormadıkları bildirilmiştir (Gardner, 2008; Yıldıırım, 2013). Chen ve arkadaşlarının (2009) yapmış oldukları çalışmada oral kavite kanseri olan hastaların gereksinimlerinin en az cinsellik alanında olduğu belirlenmiştir. Bizim alışmamızda da hastaların cinsellik gereksiniminin düşük düzeyde olmasının nedeni, hastaların bu konuda yeterince açık olamaması, cinselliğin temel ihtiyaç olarak görülmemesi ya da cinsellik gereksiniminin sağlık personeli tarafından farklı algılanabileceği düşüncesi ile bu konunun konuşulmasını engellemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

## **5.2. Hastaların Tanıtıcı zelliklerine Göre Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Çalışmamızda hastaların sosyo-demografik ve hastalık özelliklerinin destekleyici bakım gereksinimlerini etkilediği gözlemlenmiştir (Tablo 4.5, Tablo 4.6). Araştırmamıza katılan ileri yaş (74 yaş ve üstü) hastaların fiziksel-günlük yaşam boyutunda destekleyici bakım gereksinimlerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Kanser hastaları ile yapılan

bir çalışmada yaş artışı ile beraber hastaların fiziksel ve psikolojik destekleyici bakım gereksinimlerinin de arttığı bildirilmiştir (McDowell ve ark., 2010). İleri yaş hastalığı olan miyelomda yaş faktörü hastanın semptom yüküne olan duyarlılığını arttırarak fiziksel gereksinimlerini ön plana çıkardığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada 65 yaş altı, evli ve eğitim düzeyi yüksek olan hastaların cinsellik konusunda destekleyici bakım gereksinimlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bunun nedeni hastaların bilgi düzeyi ve farkındalığın artması ile kendilerini daha iyi ifade edebilmelerinden kaynaklandığı öngörülmektedir. MM tedavisinde kullanılan bazı ajanlar cinsel işlev bozukluğuna neden olabilmektedir (Catamero ve ark., 2017). Özellikle yüksek dozda melfalan, siklofosamid gibi alkilleyiçi ajanlar ve steroid tedavisi erkeklerde, semen üretimini ve cinsel isteklerini azaltarak erektil disfonksiyona, kadınlarda ise infertiliteye, cinsel istekte azalmaya, vajinal kuruluğa ve ağrılı cinsel ilişkiye neden olmaktadır (Sadovsky ve ark., 2010; Catamero ve ark., 2017). Okediji ve arkadaşlarının (2017) yapmış oldukları sistematik derlemede, kanser hastalarından evli olanların bekarlara göre cinsellik konusunda karşılanmamış gereksinim düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu bulgu çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Hastalık ve tedavi hakkında iyi bilgilendirilmiş hastaların, yaşadıkları semptom ve yan etkileri erken dönemde saptama ve bildirme konusunda daha donanımlı olduğu, komplikasyonların daha etkili yönetilebildiği, hastanın yaşam kalitesi üzerindeki etkisini en aza indirdiği ve hastaneye başvuru ihtiyacını da azalttığı bildirilmektedir (Lobban ve Perkins, 2013). Çalışmamızda lisans ve üstü eğitim seviyesindeki hastaların sağlık sistemi-bilgilendirme konusundaki gereksinimlerinin ortaokul ve altı eğitime sahip olan hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Abdollahzadeh ve arkadaşlarının (2014) meme kanseri hastaları ile yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan hastalarda sağlık sistemi-bilgilendirme taleplerinin arttığı görülmüştür. Bir diğer çalışmada ise sağlık profesyonellerinin kanser hastalarının bilgi gereksinimini karşılamada yetersiz kaldığı, hastalık ve semptom yönetimine ilişkin düzenli ve güvenilir bilgi vermediği belirtilmektedir (Elvidge, 2008). Bizim çalışmamızda MM hastalarına verilen bilgilendirme ve danışmanlığın yetersiz olmasının nedeni, hastaları

destekleyecek hasta eğitim biriminin olmaması ve hemşire ile hastanın sadece kliniğe yatış sırasında iletişim kurmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda yeni MM tanısı alan ve tanı süresi 0-1 yıl olan hastaların fiziksel-günlük yaşam, ruhsal/psikolojik, sağlık sistemi-bilgilendirme ve hasta bakım desteği boyutlarında daha fazla destekleyici bakıma gereksinim duyduğu belirlenmiştir. Miyelom hastalığının tanı anında ağrı ve yorgunluk başta olmak üzere fiziksel semptom yükünün fazla olması, ilk yıl içinde aldıkları indüksiyon tedavisine bağlı yaşanan yan etkiler, hastalık hakkında bilgi eksikliğinin neden olduğu başetme sorunları, hastalık sürecinin neden olduğu rol ve sosyal fonksiyonlarda yetersizlik hastaların ilk yıldaki gereksinimlerinin birden fazla alanda olmasına neden olduğu düşünülmektedir. Sutherland ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada yeni kanser tanısı alan hastaların ilk yıl içerisinde sağlık sistemi-bilgilendirme, psikolojik ve hasta-bakım desteği gibi farklı alanda gereksinimlerinin olabileceğini bildirmişlerdir. Bu çalışma bizim bulgularımızı destekler niteliktedir.

Manitta ve arkadaşlarının (2011) hematolojik malignitesi olan hastalar ile yaptığı çalışmada yeni tanı, ileri evre, yatarak tedavi edilen ve performans durumu düşük olan hastaların yoğun semptom yüküne bağlı fiziksel ve psikolojik sıkıntılarının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda yeni tanı, yatarak tedavi edilen ve ECOG performans puanı 3-4 olan hastaların gereksinimleri ile benzerlik göstermekte olup, hastalık evresi ile hastaların bakım gereksinimleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu çalışmada yatarak tedavisi devam eden hastaların, ayaktan tedavi alan hastalara göre sağlık sistemi-bilgilendirme ve fiziksel-günlük yaşam alanındaki destekleyici bakım gereksinimlerinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Şipal'in (2019) hematolojik kanser hastaları ile yapmış olduğu çalışmada ise sağlık sistemi-bilgilendirme gereksiniminin daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Buzgova ve arkadaşları (2014) ise ileri evre kanser hastalarıyla yapmış olduğu çalışmada, yatan hastalarda fiziksel gereksinimin daha fazla olduğunu saptamışlardır. Bu sonuçlar bizim bulgumuzu destekler niteliktedir.

### 5.3. Hastaların Yaşam Kalitesine İlişkin Bulguların Tartışılması

Hastaların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak iyilik halini derecelendirmek, karşılaştırmak ve standardize etmek amacıyla yapılmaktadır. Aynı zamanda, hastalığın durumunun ve tedavinin etkinliğinin değerlendirilmesinde önemli bir ölçüt olarak kullanılmaktadır. Yaşam kalitesi sonuçları hastalara sunulan hizmeti geliştirmek için önemli bilgi sağlamakla beraber hasta bakımına ve gereksinimlerine yönelik fikir verebilmektedir (Arslan ve Bölükbaşı, 2003; Güngörmüş ve Erdem, 2014). Çalışmamızda MM hastalarının yaşam kalitesi (EORTC QLQ–C30) değerlendirildiğinde, genel sağlık puanının ortalamasının altında ( $47.47 \pm 22.73$ ) olduğu saptanmıştır. Ölçeğin diğer alt boyutları incelendiğinde, fonksiyonel durumun ( $55.27 \pm 20.89$ ) ortamanın üzerinde, semptom durumunun ( $32.93 \pm 19.11$ ) ise düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4).

Fonksiyonel alt boyut incelendiğinde hastaların rol, sosyal ve fiziksel fonksiyonlarının düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılan hastaların fiziksel-günlük yaşam alanında destekleyici bakım gereksinimlerinin artmış olmasının, rol ve fiziksel fonksiyonlarındaki azalmayı açıkladığı düşünülmektedir. Ayrıca hastaların yaklaşık yarısının yatarak tedavi görüyor olması ya da hastalık hakkında yeterli bilgi sahibi olmaması, hastalarda sosyal izolasyona dolayısı ile sosyal fonksiyonlarda azalmaya neden olduğu düşünülmektedir.

Semptom alt boyutunda ise hastalarda en şiddetli görülen semptomların yorgunluk, ağrı ve uykusuzluk olduğu belirlenmiştir. Miyelom hastalığının tanı kriterlerinden biri olan kemik lezyonları, patolojik kırıklara, hiperkalsemiye ve ağrıya neden olmaktadır. Bu nedenle hastalar en sık kemik ağrısı yaşamaktadırlar. Aynı zamanda hiperkalsemi ve anemiye bağlı gelişebilen yorgunluk semptomu MM hastalarında sık görülmektedir (Katzel ve ark., 2007; Andrews ve ark., 2013; Kumar ve ark., 2017). Hastaların yaşadığı tüm bu semptomlara (özellikle ağrı) hastane ortamında takip/tedavi durumunun da eklenmesiyle uykusuzluğu kaçınılmaz bir problem haline getirebilmektedir (Davidson ve ark., 2002; Arslan ve Fadiloğlu, 2009; Baz ve ark., 2015). Literatüre göre MM hastalarının yaşam kalitesinin belirlenmesine yönelik yapılan çalışmalarda, hastaların tanı ve tedavi sürecinin etkilerinin yaşam kalitesini önemli ölçüde azalttığı saptanmıştır.

Aynı zamanda bu çalışmalarda hastalarda fiziksel ve rol fonksiyonlarında azalma ve en sık görülen semptomların ise ağrı ve yorgunluk olduğu belirlenmiştir (Gulbrandsen ve ark., 2004; Strasser- Weippl ve Ludwig, 2008; Johnsen ve ark., 2009; Kontodimopoulos ve ark., 2012; Ramsenthaler ve ark., 2016; Kiely ve ark., 2017). Bu çalışmalar bizim bulgularımızı destekler niteliktedir.

Multiple miyelom hastalarına özgü yaşam kalitesi (EORTC QLQ-MY20) değerlendirildiğinde hastalık semptomları ve tedavi yan etkilerinin düşük düzeyde, beden algısının yüksek, geleceğe bakışın ise orta düzeyde olduğu görülmüştür (Tablo 4.4). Mols ve arkadaşlarının (2012) MM hastaları ile yaptığı çalışmada ise hem hastalık semptomları ve tedavi yan etkilerinin hem de beden algısı ve geleceğe bakışın düşük düzeyde olduğu bildirilmiştir. İleri yaş kanser hastalarında hastalık ve tedaviye bağlı semptomların daha fazla görüldüğü, ancak yaşlıların daha az yakınma eğiliminde olmalarından dolayı ifade etmedikleri bildirilmektedir (Crivellari ve ark., 2000). Bizim çalışmamızda hastaların beden algısı ve geleceğe bakışının daha yüksek bulunmasının nedeni hastaların önceliğinin fiziksel fonksiyonlarını yerine getirebilmeleri olması beden algısının ikinci planda kalmasına neden olduğu düşünülebilir.

#### **5.4. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Çalışmamızda hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre yaşam kalitesi değerlendirildiğinde; yaş, cinsiyet ve medeni durumun yaşam kalitesi parametrelerini etkilediği, eğitim durumu ve gelir düzeyinin ise etkilemediği saptanmıştır. Yaşam kalitesi genel sağlık alt boyutunun sosyo-demografik özelliklerden etkilenmediği görülmüştür (Tablo 4.7). Fonksiyonel alt boyutu değerlendirildiğinde ileri yaş hastalarda fiziksel ve bilişsel fonksiyonların azaldığı, semptom alt boyutunda ise ağrı şiddetinin kadınlarda erkeklerden daha fazla olduğu ve bekarların evlilerden daha fazla konstipasyon problemi yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.9, Tablo 4.10). Demirtaş'ın (2013) MM hastalarının yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada ise yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve gelir düzeyinin yaşam kalitesini etkilediği görülmüştür. Yapılan bir diğer çalışmada ise yaşın ilerlemesi ile fiziksel fonksiyonlarda azalma

olduğu bildirilmiştir (Güngörmüş ve Erdem, 2014). Bu bulgular bizim çalışmamızı destekler niteliktedir.

Bu çalışmada hastaların hastalık özelliklerine göre yaşam kalitesini etkilediği gözlemlenmiştir. Genel sağlık alt boyutu incelendiğinde performans durumu iyi olan (ECOG 0-1) hastaların daha yüksek puan bildirdiği belirlenmiştir. Fonsiyonel durumda ise tanı süresi 5 yıl ve üstü, tedavi almayan (stabil), performansı durumu iyi (ECOG 0-1), kemik lezyonu olmayan ve son üç ayda düşme yaşamamış hastaların fonksiyonel durumlarının daha iyi olduğu saptanmıştır. Fonsiyonel durumun beş alt boyutuna bakıldığında tanı süresi 0-1 olan hastaların rol ve sosyal fonksiyonlarının azaldığı, yeni tanı alan hastaların ise sadece rol fonksiyonlarının azaldığı belirlenmiştir. Aynı zamanda performans durumu kötü (ECOG 3-4) olan hastaların tüm alt boyutlarda fonksiyonlarının düşük olduğu ve ayaktan tedavi gören hastaların ise rol ve sosyal fonksiyonlarının daha iyi olduğu görölmüşür. Gulbrandsen ve arkadaşlarının (2001) tedavi sürecindeki MM hastalarının yaşam kalitesini belirlemek amacı ile yaptıkları çalışmada da hastaların ilk altı ayında rol ve sosyal fonksiyonlarının azaldığını gözlemlemiştir. Başka bir çalışmada ise performans durumu kötü olan MM hastalarının fiziksel ve sosyal fonksiyonlarının düşük olduğu belirlenmiştir (Pamuk ve ark., 2008). Hastaların yaşadığı fiziksel sıkıntılar ve tedavi sürecini hastanede geçirmeleri, rol fonksiyonlarını yerine getirememelerine ve sosyal izolasyon yaşamalarına neden olduğu düşünölmektedir.

Yaşam kalitesi semptom alt boyutu incelendiğinde, yeni tanı alan hastalarda iştahsızlık ve yorgunluk, tanı süresi 0-1 yıl olan hastalarda ise iştahsızlığın daha fazla olduğu belirlenmiştir. Yıldırım'ın (2013) yeni tanı alan kanser hastalarında yapmış olduğu çalışmada hastaların en sık ifade ettiği semptomun yorgunluk olduğu bildirilmiştir. MM hastaları ile yapılan bir çalışmada ise tanıdan altı ay sonra iştahsızlık semptomunda belirgin artış olduğu gözlemlenmiştir (Gulbrandsen ve ark., 2001). Çalışmamızda yatarak tedavi gören hastalarda yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı, iştahsızlık ve mali zorluğun daha fazla olduğu saptanmıştır. Johnsen (2009) ve arkadaşlarının yatarak tedavi gören MM hastalar ile yapmış oldukları çalışmada hastaların en çok bulantı ve iştahsızlık yaşadıklarını belirtmişledir. Yatarak tedavi gören hastalarda semptom

yoğunluğunun daha fazla yaşanması, hastaların hastaneye genel durum bozukluğu, kemoterapi tedavisi, febril nötropeni, enfeksiyon gibi nedenler ile başvurmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada performans durumu kötü (ECOG 3-4) olan hastalarda yorgunluk, ağrı, nefes darlığı, uykusuzluk, iştahsızlık, konstipasyon ve mali zorluğun daha fazla olduğu saptanmıştır. Litaretür benzer şekilde performans durumu kötü (ECOG 3-4) olan hastaların yorgunluk, ağrı, uykusuzluk, bulantı-kusma ve iştahsızlık gibi semptomları daha sık yaşadıklarını belirtmektedir (Gulbrandsen ve ark., 2004; Johnsen ve ark., 2009; Baz ve ark., 2015; Kiely ve ark., 2017). Ayrıca çalışmamızda hastalığın evresinin yaşam kalitesini etkilemediği belirlenmiştir. Güzelant ve arkadaşları (2004) ile Karahan ve Pamuk'un (2013) MM hastalarla yapmış oldukları çalışmalarda yaşam kalitesinin hastalık evresinden daha çok hastanın performans durumu (ECOG) ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışmalar bizim bulgularımızı destekler niteliktedir. Hastaların performans puanı belirlenirken öz bakımının ve günlük yaşam aktivitelerinin ne kadarını yerine getirebildikleri esas alındığından yaşam kalitesi ile arasında ilişki olduğu düşünülebilir.

Miyelom Modülü Yaşam Kalitesi değerlendirildiğinde, 65 yaş altı hastaların beden algısının daha düşük olduğu ve tanı süresi 0-1 yıl olan hastaların hastalık semptomlarının daha yüksek olmasının hastaların geleceğe bakışını olumsuz etkilediği saptanmıştır. Örneklem grubumuzdaki 65 yaş altı hastalarda sosyal hayatın daha aktif olması beden imajını önemsemelerine, ileri yaş (74 ve üstü) hastalarda ise sağkalımın daha öncelikli olması beden imajını önemsememelerine neden olduğu düşünülmektedir. Ayrıca miyelom tanısının ilk yıllarında semptom yükünün fazla olması, hastaların ölüm korkusu yaşamalarına ve gelecek hakkında olumsuz düşüncelerine neden olması beklenen bir durumdur. Kiely ve arkadaşlarının (2017) tedavi sürecindeki MM hastalarının yaşam kalitesini belirlemek amacı ile yaptığı çalışmada hastaların %58.5'inin hastalık ve tedavi yan etkilerine bağlı olarak beden algısının bozulduğu ve %65.8'inin geleceğe bakışının olumsuz etkilendiği belirlenmiştir. Bu çalışma bizim 65 yaş altı, 0-1 yıl arası aktif tedavi aşamasındaki hasta grubunun bulguları ile paralellik göstermektedir.

## **5.5. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri, Destekleyici Bakım Gereksinimleri ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması**

Çalışmamızda MM hastalarının destekleyici bakım gereksinimleri ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki değerlendirilmiştir (Tablo 4.13). Hastaların destekleyici bakım gereksinimlerinin artmasının yaşam kalitesini azalttığı belirlenmiştir. Özellikle hastaların ruhsal/psikolojik ve fiziksel-günlük yaşam gereksinimleri ile genel sağlık puanı arasında negatif yönde orta düzeyde ilişki gözlenmiştir. Yapılan regresyon analizinde ise benzer şekilde hastaların ruhsal/psikolojik ve fiziksel-günlük yaşam gereksinimlerinin genel sağlık puanlarını etkilediği saptanmıştır. Aynı zamanda hastalık özelliklerinin etkisi de incelenmiş olup, ECOG puanı ve cinsiyetin hastaların genel sağlık puanı üzerinde etkisi olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.15). Schultz ve Winstead'n (2001) kanser hastalarının yaşam kalitesini etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yaptıkları çalışmanın regresyon analizi sonucunda, cinsiyet ve medeni durumun yaşam kalitesine anlamlı etkisi olduğu bildirilmiştir. Öz'ün (2012) akciğer kanseri olan hastaların yaşam kalitesini değerlendirdiği çalışmasında ise, hastaların genel sağlık puan ortalaması üzerinde semptom sayısının ve ECOG performans puanının etkisi olduğu belirtilmiştir.

Hastaların tanıtıcı özellikleri ve yaşam kalitesi alt boyutlarının destekleyici bakım gereksinimlerine etkisinin değerlendirildiği bir diğer regresyon analizi sonucumuza göre; hastaların tanı sürelerinin, yaşadıkları semptom şiddetinin, fonksiyonel durumlarının, geleceğe bakışının ve beden algısının destekleyici bakım gereksinimlerine etkisi olduğu saptanmıştır (Tablo 4.14). Sutherland ve arkadaşlarının (2009) yeni kanser tanısı almış hastaların ilk yıldaki gereksinimlerinin belirlenmesine yönelik yaptığı çalışmanın lojistik regresyon analizi sonucunda tanı süresine daha yakın olan hastaların (1 aydan daha az) psikolojik ve günlük yaşam alanında daha fazla gereksinim ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Bir diğer çalışmanın regresyon modellemesinde ise zayıf fiziksel fonksiyonun yaşam kalitesi üzerinde etkisi olduğu bildirilmiştir (Ramsenthaler ve ark., 2016). Bizim örnekleminizde yeni tanı miyelom hastalarının yaşadıkları semptom yükünün, hastalarda fiziksel, rol ve sosyal fonksiyonlarda azalmaya neden olduğu ve destekleyici bakım gereksinimlerini arttırdığı düşünülmektedir.



## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu bölümde multipl miyelom tanısı olan hastaların bakım gereksinimleri ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan araştırmanın sonuç ve önerileri yer almaktadır.

Bu araştırmanın sonucunda MM tanısı olan hastaların;

- Destekleyici bakım gereksinimlerinin orta düzeyde olduğu,
- En yüksek destekleyici bakım gereksiniminin fiziksel ve günlük yaşam desteği olduğu,
- Tanı süresi, fonksiyonel durumu, semptom şiddeti, beden algısı ve geleceğe bakışının destekleyici bakım gereksinimleri üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu,
- Genel sağlık puanlarının ortalamasının altında olduğu,
- Rol, sosyal, fiziksel fonksiyonlarının düşük olduğu,
- En şiddetli semptomların ağrı ve yorgunluk olduğu,
- ECOG performans puanı, cinsiyet, fiziksel-günlük yaşam ve ruhsal/psikolojik gereksinimlerinin yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu,
- Hastaların destekleyici bakım gereksinimleri ile yaşam kalitesi arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

### Uygulamaya Yönelik Öneriler

- Miyelom hastalarının hastalık ve tedaviye bağlı yan etkiler ile başedebilmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilebilmesi için öncelikle hastaların destekleyici bakım gereksinimlerinin belirlenerek bakım stratejilerinin oluşturulması ve hasta gereksinimleri doğrultusunda bakıma yansıtılması,
- Hastaların fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi özellikle fiziksel ve günlük gereksinimlerine öncelik verilmesi, semptomların yönetiminin etkili yapılması (özellikle ağrı ve yorgunluk), tanı aldığı andan itibaren hastalık ve tedavi yan etkileri hakkında bilgi verilmesi,
- Miyelom hastalarının tanı aşamasından başlayarak tüm süreçlerde Liyezon Psikiyatri Hemşireliği tarafından desteklenmesi önerilmektedir.

## **Araştırmacılara Yönelik Öneriler**

- Miyelom hastalarının destekleyici bakım gereksimleri ve yaşam kalitesini inceleyen nitel araştırmaların yapılması,
- Miyelom hastalarının fiziksel ve günlük gereksinimlerini karşılanmasında rehberler oluşturulmasına katkı sağlayacak randomize kontrollü çalışmalar yapılması önerilmektedir.



## KAYNAKLAR

Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez N J, de Haes JC. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*. 1993; 85 (5): 365-376.

Abdollahzadeh F, Moradi N, Pakpour V, Rahmani A, Zamanzadeh V, Mohammadpoorasl A, & Howard F. Un-met supportive care needs of iranian breast cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014; 15 (9): 3933-3938.

Aksuoğlu A, Şenturan L. Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2016; 36 (3): 121-129.

Al-Farsi K, Al-Haddabi I, Al-Riyami N, Al-Sukaiti R, & Al-Kindi S. Myelomatous pleural effusion: Case report and review of the literature. *Sultan Qaboos University Medical Journal*. 2011; 11 (2): 259.

Alexander DD, Mink PJ, Adami HO, Cole P, Mandel JS, Oken MM, Trichopoulos D. Multiple myeloma: A review of the epidemiologic literature. *International Journal of Cancer*. 2007; 120 (S12): 40-61.

Alkan Ö, Kızılkılıç E, Yıldırım T, Kasar M, Kızılkılıç O, Yeral M, Özdoğu H. Multipl myelomda intrakranial tutulum. *Türk Nöroloji Dergisi*. 2008; 14 (5): 328-332

Andrews S, Kabrah S, May J, Donaldson C, Morse H. Multiple myeloma: The bone marrow microenvironment and its relation to treatment. *British Journal of Biomedical Science*. 2013; 70 (3): 110-120.

Ar C. Böbrek yetersizlikli multipl miyelom olgularında tedavi. *Türk Hematoloji Derneği, Hematolog*. 2013; 3 (1): 148-158.

Arslan S, Bölükbaşı N. Kanserli hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2003; 6 (3): 38-47.

Arslan S, Fadiloğlu . Kanserde uyku sorunlarının yaşam kalitesi üzerine etkisi. Turkish Journal of Research & Development in Nursing. 2009; 11 (2): 16-27.

Aydın Y. Multiple myelom. İ.Ü. Cerrahpařa Tıp Fakóltesi S¼rekli Tıp Eđitimi Etkinlikleri. 2005; 45: 249-262.

Başara BB, G¼ler C, ağlar İS, ¼zdemir A¼. (2017). T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı. 2016, Ankara.

Bataille R. (1996). Management of myeloma with bisphosphonates. The New England Journal of Medicine. 1996; 334:529-530

Baz R, Lin H, Hui AM, Harvey R, Colson K, Gallop K, Richardson P. Development of a conceptual model to illustrate the impact of multiple myeloma and its treatment on health-related quality of life. Supportive Care in Cancer. 2015; 23 (9): 2789-2797.

Becker N, Liebermann D, Wesch H, Van Kaick G. Mortality among thorotrast-exposed patients and an unexposed comparison group in the german thorotrast study. European Journal of Cancer. 2008; 44 (9): 1259-1268.

Berenson JR. Myeloma bone disease. In: Berenson, J.R., eds. Biology and Management of Multiple Myeloma. Totowa, New Jersey; 2004, p: 251-281.

Bertolotti P, Bilotti E, Colson K, Curran K, Doss D, Faiman B, Westphal J. Management of side effects of novel therapies for multiple myeloma: Consensus statements developed by the international myeloma foundation's nurse leadership board. Clinical Journal of Oncology Nursing. 2008; 12 (3 Suppl): 9-12.

Bilotti E, Faiman BM, Richards TA, Tariman JD, Miceli TS, Rome SI, International Myeloma Foundation Nurse Leadership, B. Survivorship care guidelines for patients living with multiple myeloma: Consensus statements of the international myeloma foundation nurse leadership board. Clinical Journal of Oncology Nursing. 2011; 15 Suppl: 5-8.

Bladé J, de Larrea CF, Rosiñol L. Extramedullary involvement in multiple myeloma. *Haematologica*. 2012; 97 (11): 1618-1619.

Bladé J, Fernandez de Larrea C, Rosiñol L, Cibeira MT, Jiménez R, Powles R. Soft-tissue plasmacytomas in multiple myeloma: Incidence, mechanisms of extramedullary spread, and treatment approach. *Journal of Clinical Oncology*. 2011; 29 (28): 3805-3812.

Boland E, Boland J, Ezaydi Y, Greenfield D, Ahmedzai S, Snowden J. Holistic needs assessment in advanced, intensively treated multiple myeloma patients. *Supportive Care in Cancer*. 2014; 22 (10): 2615-2620.

Booker R, Noon JP, Bahlis NJ. The relationships among physiologic variables, quality of life, and fatigue in patients with multiple myeloma. *Oncology Nursing Forum*. 2009; 36 (2): 209-216.

Boyes AW, Clinton-McHarg T, Waller AE, Steele A, D'Este CA, Sanson-Fisher RW. Prevalence and correlates of the unmet supportive care needs of individuals diagnosed with a haematological malignancy. *Acta Oncologica*. 2015; 54 (4): 507-514.

Brigle K, Rogers B. Pathobiology and diagnosis of multiple myeloma. *Seminars in Oncology Nursing*. 2017; 33 ( 3): 225-236.

Brown LM, Gridley G, Pottern LM, Baris D, Swanson CA, Silverman DT, Schoenberg JB. Diet and nutrition as risk factors for multiple myeloma among blacks and whites in the united states. *Cancer Causes & Control*. 2001; 12 (2): 117-125.

Bužgová R, Hajnová E, Sikorová L, Jarošová D. Association between unmet needs and quality of life in hospitalised cancer patients no longer receiving anti- cancer treatment. *European Journal of Cancer Care*. 2014; 23 (5): 685-694.

Cankurtaran ES, Ozalp E, Soygur H, Ozer S, Akbiyik DI, Bottomley A. Understanding the reliability and validity of the EORTC QLQ- C30 in Turkish cancer patients. *European Journal of Cancer Care*. 2008; 17(1): 98-104.

Carson K, Bates M, Tomasson M. The skinny on obesity and plasma cell myeloma: A review of the literature. *Bone Marrow Transplantation*. 2014; 49 (8): 1009-1015.

Catamero D, Noonan K, Richards T, Faiman B, Manchulenko C, Devine H, Gleason C. Distress, Fatigue, and Sexuality: Understanding and treating concerns and symptoms in patients with multiple myeloma. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2017; 21(5): 7-19.

Chen SC, Liao CT, Lin CC, Chang JT, Lai YH. Distress and care needs in newly diagnosed oral cavity cancer patients receiving surgery. *Oral Oncology*. 2009; 45(9), 815-820.

Cocks K, Cohen D, Wisløff F, Sezer O, Lee S, Hippe E, Smith A. An international field study of the reliability and validity of a disease-specific questionnaire module (the QLQ-MY20) in assessing the quality of life of patients with multiple myeloma. *European Journal of Cancer*. 2007; 43 (11): 1670-1678.

Coleman EA, Goodwin JA, Coon SK, Richards K, Enderlin C, Kennedy R, Barlogie B. Fatigue, sleep, pain, mood, and performance status in patients with multiple myeloma. *Cancer Nursing*. 2011; 34 (3): 219-227.

Colson K. Treatment-related symptom management in patients with multiple myeloma: A review. *Supportive Care in Cancer*. 2015; 23 (5): 1431-1445.

Cooper A, Whitehead M. Use of pro-gest cream in postmenopausal women. *The Lancet*. 1998; 352 (9131): 905-906.

Crivellari D, Bonetti M, Castiglione-Gertsch M, Gelber RD, Rudenstam CM, Thürlimann B, Bernhard Jr. Burdens and benefits of adjuvant cyclophosphamide, methotrexate, and fluorouracil and tamoxifen for elderly patients with breast cancer: The international breast cancer study group trial vii. *Journal of Clinical Oncology*. 2000; 18 (7): 1412-1422.

Davidson JR, MacLean AW, Brundage MD, Schulze K. Sleep disturbance in cancer patients. *Social Science & Medicine*. 2002; 54 (9): 1309-1321.

Deborah Doss R, Kathleen Colson R, Patricia Mangan R, Tracy King RN M. Renal, gi, and peripheral nerves: Evidence-based recommendations for the management of symptoms and care for patients with multiple myeloma. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2017; 21 (5): 19-36.

Demircioğlu S, Sönmez GM, Doğan A, Ekinci Ö, Demir C. Multipl miyelom hastalarında ekstramedüller miyelom görölme sıklığı. *Van Tıp Dergisi*. 2019; 26 (3): 337-341.

Demirtaş G. Multipl Myelomlu Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Stresle Başa Çıkma Tutumları. H. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. L. Şenturan).

Dhodapkar MV, Borrello I, Cohen AD, Stadtmauer EA. Hematologic malignancies: Plasma cell disorders. *American Society of Clinical Oncology Educational Book*. 2017; 37: 561-568.

Dispenzieri A, Lacy MQ, Kumar S. Multiple Myeloma. In: Greer JP, Foerster J, Rodgers GM, Paraskevas F, Glader B, Arber DA, et al.,eds. *Wintrobe's Clinical Hematology*. 13th ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia; 2014, p: 2046-2098.

Dowling M, Kelly M, & Meenaghan T. Multiple myeloma: Managing a complex blood cancer. *British Journal of Nursing*. 2016; 25 (16): 18-28.

Elvidge K. Improving pain & symptom management for advanced cancer patients with a clinical decision support system. *Studies in Health Technology and Informatics*, 2008;136: 169-174.

Gadó K, Domján G. Quality of life issues of patients with multiple myeloma. *InTech open multiple myeloma - a quick reflection on the fast progress*. 2013: 275-288.

Gardner RB. (2008). A holistic assessment of the perceived supportive care needs of cancer patients during treatment. *University of New Orleans Theses and Dissertation*, Paper 823.

Gastelum ZN, Biggs DM, Scott A. Multiple myeloma presenting as acute renal failure in the absence of other characteristic features. *Cureus*. 2017; 9 (9):1-5.

Gerecke C, Fuhrmann S, Striffler S, Schmidt-Hieber M, Einsele H, Knop S. The diagnosis and treatment of multiple myeloma. *Deutsches Arzteblatt International*. 2016; 113 (27-28): 470-477.

Girnius S, Munshi N. Challenges in multiple myeloma diagnosis and treatment. *Leukemia Supplements*. 2013; 2 (1): 3-9.

Greipp PR, Miguel JS, Durie BG, Crowley JJ, Barlogie B, Bladé J, Kyle RA. International staging system for multiple myeloma. *Journal of Clinical Oncology*. 2005; 23 (15): 3412-3420.

Gulbrandsen N, Hjermstad MJ, Wisløff F, Group NMS. Interpretation of quality of life scores in multiple myeloma by comparison with a reference population and assessment of the clinical importance of score differences. *European journal of haematology*. 2004; 72 (3): 172-180.

Gulbrandsen N, Wisløff F, Brinch L, Carlson K, Dahl I, Gimsing P, Lamvik J. Health-related quality of life in multiple myeloma patients receiving high-dose chemotherapy with autologous blood stem-cell support. *Medical Oncology*. 2001; 18 (1): 65-77.

Güzelant A, Göksel T, Özkök S, Taşbakan S, Aysan T, Bottomley A. The european organization for research and treatment of cancer qlq- c30: An examination into the cultural validity and reliability of the turkish version of the eortc qlq- c30. *European Journal of Cancer Care*. 2004; 13 (2): 135-144.

Güngörmüş Z, Erdem ÖB. Kanser hastalarında yaşam kalitesi ve oral mukozit. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014;5 (1): 24-30.

Hall AE, Sanson-Fisher RW, Lynagh MC, Tzelepis F, D'Este C. What do haematological cancer survivors want help with? A cross-sectional investigation of unmet supportive care needs. *BMC Research Notes*. 2015; 8 (221): 1-6.



Harrison JD, Young JM, Price MA, Butow PN, & Solomon MJ. What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. *Supportive Care in Cancer*. 2009; 17 (8): 1117-1128.

Johnsen AT, Tholstrup D, Petersen MA, Pedersen L, Groenvold M. Health related quality of life in a nationally representative sample of haematological patients. *European Journal of Haematology*. 2009; 83 (2): 139-148.

Karahan B, Pamuk GE. Assessment of quality of life in turkish multiple myeloma patients by using EORTC-QLQ-C30. *Yeni Tıp Dergisi*. 2013; 30 (1): 243-247.

Karataş T, Kutlutürkan S. Multipl miyelom hastalarının bakımında hemşire-literatür taraması. *Çağdaş Tıp Dergisi*. 2017; 7 (1): 91-96.

Katzel JA, Hari P, Vesole DH. Multiple myeloma: Charging toward a bright future. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2007; 57 (5): 301-318.

Kiely F, Cran A, Finnerty D, O'Brien T. Self-reported quality of life and symptom burden in ambulatory patients with multiple myeloma on disease-modifying treatment. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*. 2017; 34 (7): 671-676.

King TA, King MT, White KJ. Patient reported outcomes in optimizing myeloma patients' health-related quality of life. *Seminars in Oncology Nursing*. 2017; 33(3): 299-315.

Kline RB. *Principles and practice of structural equation modeling*. 2nd Edition, Guilford Press, New York, 2005.

Kontodimopoulos N, Samartzis A, Papadopoulos AA, Niakas D. Reliability and validity of the Greek QLQ-C30 and QLQ-MY20 for measuring quality of life in patients with multiple myeloma. *The Scientific World Journal*. 2012; 2012.

Köhler N, Mehnert A, Götze H. Psychological distress, chronic conditions and quality of life in elderly hematologic cancer patients: Study protocol of a prospective study. *BMC Cancer*. 2017; 17 (1): 700-709.

Kumar SK, Callander NS, Alsina M, Atanackovic D, Biermann JS, Chandler JC, Gasparetto C. Multiple myeloma, version 3.2017, nccn clinical practice guidelines in oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*.2017;15(2): 230-269.

Kumar SK, Rajkumar SV, Dispenzieri A, Lacy MQ, Hayman SR, Buadi FK, Lust JA. Improved survival in multiple myeloma and the impact of novel therapies. *Blood*. 2008; 111 (5): 2516-2520.

Kumar SK, Rajkumar V, Kyle RA, van Duin M, Sonneveld P, Mateos MV, Anderson KC. Multiple myeloma. *Nature reviews. Disease primers*. 2017; 3: 17046.

Kyle RA, Bergsagel ED. Diagnosis of multiple myeloma. In: Berenson JR, eds. *Biology And Management Of Multiple Myeloma*. Totowa, New Jersey; 2004, p: 251-281.

Kyle RA, Gertz MA, Witzig TE, Lust JA, Lacy MQ, Dispenzieri A, Larson DR. Review of 1027 patients with newly diagnosed multiple myeloma. Paper presented at the Mayo Clinic Proceedings. 2003; 78: 21-33.

Kyle RA, Rajkumar SV. Multiple myeloma. *Blood, The Journal of the American Society of Hematology*. 2008; 111 (6): 2962-2972.

Leung N, Nasr SH. Myeloma-related kidney disease. *Advances in Chronic Kidney Disease*. 2014; 21 (1): 36-47.

Lobban L, Perkins S. Role of the specialist nurse in caring for patients with myeloma. *Nursing Standard*. 2013; 28 (5): 37-41.

Lynch HT, Sanger WG, Pirruccello S, Quinn-Laquer B, Weisenburger DD. Familial multiple myeloma: A family study and review of the literature. *Journal of the National Cancer Institute*. 2001; 93 (19): 1479-1483.

Maguire R, Papadopoulou C, Kotronoulas G, Simpson MF, McPhelim J, Irvine L. A systematic review of supportive care needs of people living with lung cancer. *European Journal of Oncology Nursing*. 2013; 17 (4): 449-464.

Manitta V, Zordan R, Cole-Sinclair M, Nandurkar H, Philip J. The symptom burden of patients with hematological malignancy: A cross-sectional observational study. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2011; 42 (3): 432-442.

McDowell ME, Occhipinti S, Ferguson M, Dunn J, Chambers S. Predictors of change in unmet supportive care needs in cancer. *Psycho- Oncology*. 2010; 19 (5): 508-516.

McElduff P, Boyes A, Zucca A, Girgis A. Supportive care needs survey: A guide to administration, scoring and analysis. Newcastle: Centre for Health Research & Psycho-oncology. 2004.

Michels TC, Petersen KE. Multiple myeloma: Diagnosis and treatment. *American Family Physician*. 2017; 95 (6): 373-384.

Molassiotis A, Wilson B, Blair S, Howe T, Cavet J. Unmet supportive care needs, psychological well- being and quality of life in patients living with multiple myeloma and their partners. *Psycho- oncology*. 2011; 20 (1): 88-97.

Mols F, Oerlemans S, Vos AH, Koster A, Verelst S, Sonneveld P, & van de Poll- Franse LV. Health- related quality of life and disease- specific complaints among multiple myeloma patients up to 10 yr after diagnosis: Results from a population- based study using the profiles registry. *European Journal of Haematology*. 2012; 89 (4): 311-319.

Montella M, Crispo A, Frigeri F, Ronga D, Tridente V, De Marco M, Tamburini M. Hcv and tumors correlated with immune system: A case-control study in an area of hyperendemicity. *Leukemia Research*. 2001; 25 (9): 775-781.

Moreau P, San Miguel J, Sonneveld P, Mateos MV, Zamagni E, Avet-Loiseau H, Einsele H. Multiple myeloma: Esmo clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*. 2017; 28 (4): 52-61.

Mortensen G, Salomo M. Quality of life in patients with multiple myeloma: A qualitative study. *Journal of Cancer Science and Therapy*. 2016; 8: 289-293.

Multiple Myelom Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Türk Hematoloji Derneği, Ulusal Tanı ve Tedavi Kılavuzu. İstanbul, 2016.

Müezzinoğlu T. Yaşam kalitesi: Üroonkoloji derneği 2004 güz dönemi konuşması. Üroonkoloji Bülteni. 2005; 1: 25-29.

Nair SC, Jaafar H, Jaloudi M, Qawasmeh K, Almarar A, Ibrahim H. Supportive care needs of multicultural patients with cancer in the united arab emirates. *ecancer medicalscience*. 2018; 12: 838.

Okediji PT, Salako O, Fatiregun OO. Pattern and predictors of unmet supportive care needs in cancer patients. *Cureus*. 2017; 9 (5):1-11.

Palumbo A, Avet-Loiseau H, Oliva S, Lokhorst HM, Goldschmidt H, Rosinol L, Facon T. Revised international staging system for multiple myeloma: A report from international myeloma working group. *Journal of Clinical Oncology*. 2015;33 (26): 2863.

Raje N, Longo DL. Monoclonal antibodies in multiple myeloma come of age. *N Engl J Med*. 2015; 373 (13): 1264-1266.

Rajkumar SV, Dimopoulos MA, Palumbo A, Blade J, Merlini G, Mateos MV, Richardson P. International myeloma working group updated criteria for the diagnosis of multiple myeloma. *The Lancet Oncology*. 2014; 15 (12): e538-e548.

Ramsenthaler C, Osborne TR, Gao W, Siegert RJ, Edmonds PM, Schey SA, Higginson IJ. The impact of disease-related symptoms and palliative care concerns on health-related quality of life in multiple myeloma: A multi-centre study. *BMC cancer*. 2016;16: 427.

Rohrmann S, Becker N, Linseisen J, Nieters A, Rüdiger T, Raaschou-Nielsen O, Kaaks R. Fruit and vegetable consumption and lymphoma risk in the european prospective investigation into cancer and nutrition (epic). *Cancer Causes & Control*. 2007; 18 (5): 537-549.

Sadovsky R, Basson R, Krychman M, Morales AM, Schover L, Wang R, Incrocci L. Cancer and sexual problems. *Journal of Sexual Medicine*. 2010; 7 (1): 349–373.

Sanders SL, Bantum EO, Owen JE, Thornton AA, Stanton AL. Supportive care needs in patients with lung cancer. *Psychooncology*. 2010; 19(1): 480-489.

Schultz AA, Winstead-Fry P. Predictors of quality of life in rural patients with cancer. *Cancer Nursing*. 2001; 24 (1): 12-19.

Sevindik O, Alacacioglu I, Payzin K, Yavuzsen T, Ozdemirkiran F, Yildirim T, Ozsan G. Quality of life in multiple myeloma: Validation of the turkish version of the QLQ-MY20 instrument. *Clinical Lymphoma, Myeloma and Leukemia*. 2015; 15: e202.

Singhal S, Mehta J. Multiple myeloma. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology : CJASN*. 2006; 1 (6): 1322-1330.

Snowden JA, Ahmedzai SH, Ashcroft J, D'Sa S, Littlewood T, Low E, Pratt G. Guidelines for supportive care in multiple myeloma 2011. *British Journal of Haematology*. 2011; 154 (1): 76-103.

Stead M, Brown J, Velikova G, Kaasa S, Wisloff F, Child J, Selby P. Development of an eortc questionnaire module to be used in health- related quality- of- life assessment for patients with multiple myeloma. *British Journal of Haematology*. 1999; 104 (3):605-611.

Stephens M, McKenzie H, Jordens CF. The work of living with a rare cancer: Multiple Myeloma. *Journal of Advanced Nursing*. 2014; 70 (12): 2800-2809.

Strasser- Weippl K, Ludwig H. Psychosocial qol is an independent predictor of overall survival in newly diagnosed patients with multiple myeloma. *European Journal of Haematology*. 2008; 81 (5): 374-379.

WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*. 1993; 2 (2): 153-159.

Sutherland G, Hill D, Morand M, Pruden M, McLachlan SA. Assessing the unmet supportive care needs of newly diagnosed patients with cancer. *European Journal of Cancer Care*. 2009; 18 (6): 577-584.

Şahin B. Multipl myelomda böbrek hastalığı. Türkiye Klinikleri Hematology-Special Topics. 2008; 1 (1): 65-68.

Şipal G. Hematolojik kanserli hastaların destekleyici bakım gereksinimleri ve hastalığı kabul düzeyi. S. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, Konya (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi S. Arslan).

Tedeschi R, Luostarinen T, De Paoli P, Gislefoss RE, Tenkanen L, Virtamo J, Dillner J. Joint nordic prospective study on human herpesvirus 8 and multiple myeloma risk. British Journal of Cancer. 2005; 93 (7): 834.

Terpos E, Kleber M, Engelhardt M, Zweegman S, Gay F, Kastiris E, Broijl A. European myeloma network guidelines for the management of multiple myeloma-related complications. Haematologica. 2015; 100 (10): 1254-1266.

Ündar L. Multipl Miyelom Tanı, 35. Ulusal Hematoloji Kongresi Kitapçığı Antalya-2009; 89-92.

Van Kaick G, Dalheimer A, Hornik S, Kaul A, Liebermann D, Lührs H, Wesch H. The german thorotrast study: Recent results and assessment of risks. Radiation Research Society. 1999; 152 (6): 64-71.

Wallin A, Larsson SC. Body mass index and risk of multiple myeloma: A meta-analysis of prospective studies. European Journal of Cancer. 2011; 47 (11): 1606-1615.

Waxman AJ, Mink PJ, Devesa SS, Anderson WF, Weiss BM, Kristinsson SY, . . . Landgren O. Racial disparities in incidence and outcome in multiple myeloma: A population-based study. Blood. 2010; 116 (25): 5501-5506.

Yıldırım NK, Kaçmaz N, Özkan M. İleri evre kanser hastalarının karşılanmamış bakım gereksinimleri. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2013; 4 (3): 153-158.

Yıldırım NK. Yetişkin kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimleri ve verilen hizmet arasındaki boşluk. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2013; 6 (4): 231-240.

## EKLER

EK-1

### ETİK KURUL ONAYI

T.C.  
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU  
2019

#### KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI	Dr.Öğr.Üyesi Fatma ARIKAN	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Multiple Myelom Tanısı Olan Hastaların Bakım Gereksinimleri ve Yaşam Kalitesi	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 179	Tarih: 07.03.2018
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmağna oy birliği ile karar verilmiştir.	

Prof.Dr. Aydin TAŞATARGİL  
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Dr.Öğr.Üyesi M. Levent ÖZGÖNÜL  
Başkan Yardımcısı

Prof.Dr.Murat CANPOLAT  
Üye

Prof.Dr.Dilara INAN  
Üye

Prof.Dr.Veli YAZISIZ  
Üye

Prof.Dr.Bilge KARSLI  
Üye

Prof.Dr.Oğuz DURSUN  
Üye

Doç.Dr.Gülşah Özge BAYŞAL  
Üye

Doç.Dr.Dijle KİPMEN KORGUN  
Üye

Doç.Dr.Banu NUR  
Üye

Doç.Dr. Mehtap TÜRKAY  
Üye (İznil)

Dr.Ünal HÜLÜR  
Üye (İznil)

Turgut ALTUN  
Üye (İznil)

Av.Mustafa AÇIKEL  
Üye (İznil)

## AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ KURUM İZİNİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 29/05/2018-E.67233



T.C.  
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Üniversite Hastanesi Başmüdürlüğü



Sayı : 26708535-900-E.67233  
Konu : Serap OLMEZ Tez Çalışması Hk.

29/05/2018

## SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : a) 10/05/2018 tarihli ve 57830559-302.14.03-E.59345 sayılı yazı,  
b) 25/05/2018 tarihli ve 60590709-900-E.65909 sayılı yazı,

İlgi a'da kayıtlı yazıda Enstitünüz İç Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Serap OLMEZ'in "Multiple Myelom Tanısı Olan Hastaların Bakım Gereksinimleri ve Yaşam Kalitesi" konulu yüksek lisans tez çalışmasını; İç Hastalıkları Anabilim Dalı bünyesinde yapabildiğinin uygun görüldüğü hakkındaki Hematoloji Bilim Dalı'nın cevabi yazısı ekte sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

**e-İmzadır**

Prof.Dr. Neval BOZTUĞ  
Başhekim V.

Ek: Hematoloji Bilim Dalı'nın Cevabi Yazısı



## ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ

Leman ŞENTURAN [lsenturan@biruni.edu.tr] Eylemler

Kime: Serap Ölmez

Ekliler: DESTEKLEYİCİ BAKIM İHTİYAÇ-1.doc (88 KB) [Tayyıda Aç]

06 Ağustos 2018 Pazartesi 10:13

- Bu iletiyi 06.08.2018 15:15 tarihinde ilettiniz.

Merhaba Serap Ölmez,

Ölçek ektedir. Herkes kullanılabilir. Ben yayın aşamasında eklemeyi unutmuşum. Tezinin ekinde ölçeği ve puanlamayı açıkça yazabilirsin. Kolaylıklar dilerim.

Puanlama vb. makalede yazıyor, yine de sorunuz olursa cevaplarım.

Serap Ölmez Gönderilmiş Öğeler 04 Ağustos 2018 Cumartesi 19:55

Sayın Leman Şenturan Hocam,

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde İç Hastalıkları Hemşireliği ABD'da yüksek lisans öğrencisiyim. Geçerlik-güvenirlik çalışmasını yapmış olduğunuz Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeğini "Multiple Myelom tanısı alan hastaların bakım gereksinimleri ve yaşam kalitesi" başlıklı tez çalışmamda kullanmayı planlamaktayım. Bu kapsamda ölçek kullanım izni ile ölçeğin Türkçe orjinal formu ve puanlama yöntemine ihtiyaç duymaktayım.

İlginiz ve desteğiniz için teşekkür eder, iyi çalışmalar dilerim.

Saygılarımla

## MY-20 kullanım izni isteği

Serap Ölmez Gönderilmiş Öğeler 09 Ekim 2019 Çarşamba 21:01

**Kimden:** fatma arıkan [farikan64@gmail.com]  
**Gönderildi:** 06 Eylül 2019 Cuma 09:41  
**Kime:** Serap Ölmez  
**Konu:** Fwd: MY-20 kullanım izni isteği

fatma arıkan [farikan64@gmail.com] 06 Eylül 2019 Cuma 09:41

----- Forwarded message -----  
**Gönderen:** **Omur Gokmen Sevindik** <omurgok17@hotmail.com>  
**Date:** 5 Eyl 2019 Per. 20:15  
**Subject:** Re: MY-20 kullanım izni isteği  
**To:** fatma arıkan <farikan64@gmail.com>

Sayın Fatma Arıkan,

Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini gösterdiğimiz QLQ MY20 yaşam kalitesi analizini kullanmanızda sakınca yoktur ve iznimiz dahilindedir.

**KATILIMCI BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU**

Değerli Katılımcı,

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisiyim. Multiple Miyelom tanısı olan hastaların bakım gereksinimleri ve yaşam kalitesinin belirlenmesi amacıyla tez çalışması planlamaktayım. Bu çalışmada hastalık sürecinizde bakım gereksinimlerinizi belirlemek ve yaşam kalitenizi ölçmeye yönelik sorular bulunmaktadır. Bu araştırmanın tüm aşamalarında sizden elde edilecek bilgiler özenle korunacak ve gizli tutulacaktır. Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Ben ..... yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Bana verilen hizmeti etkilemeksizin ve araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımdan elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Hasta Adı Soyadı:

İmza

Araştırmacının Adı-Soyadı

İmza

**HASTA TANITIM FORMU****A. Sosyo-demografik Özellikler**

1. Yaşınız: .....
2. Cinsiyet:
  - a. Kadın
  - b. Erkek
3. Medeni durumunuz
  - a. Evli
  - b. Bekar
  - c. Eşi vefat etmiş/Boşanmış
4. Eğitim durumunuz:
  - a. Okur- Yazar Değil
  - b. İlkokul
  - c. Ortaokul-Lise
  - d. Üniversite-Lisans üstü
5. Şu anda çalışma durumunuz
  - a. Çalışıyor
  - b. Çalışmıyor
6. Gelir Düzeyiniz:
  - a. Gelir giderden az
  - b. Gelir gidere denk
  - c. Gelir giderden fazla

**B. Hastalık İle İlgili Özellikler**

7. MM tanı süresi .....
8. MM tanı ISS Evresi ..... ECOG Performas Puanı (0-5).....
9. CRAB bulguları var mı?
 

Hiperkalsemi ( ), Renal Yetmezlik ( ), Anemi ( ), Kemik Lezyonu ( )
10. Hastalığın şuan ki durumu nedir?
 

I.Yeni teşhis II. Tedavi gerektirmeyen stabil hasta III. Nüks/Progresif aşama
11. Hastanın şuanda nerde takip edildiği?
 

a.Ayaktan hasta b.Yatan hasta
12. Başka bir kronik hastalığınız var mı?
 

a.Evet b. Hayır (Evet ise açıklayınız.....)
13. Son 3 ay içerisinde düşme yaşadınız mı?
 

a.Evet b. Hayır
14. Hastalığınızın tedavi sürecinde fiziksel ve ruhsal bakım gereksinimleriniz çoğunlukla kimin tarafından karşılanmaktadır?
 

a. Aile üyeleri b. Hemşire c. Diğer (Açıklayınız.....)

**DESTEKLEYİCİ BAKIM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ- KISA FORMU (DBGÖ-KF)**

Kanser teşhisi konmuş hastalara en iyi hizmeti sunmaya yardımcı olması için, hastalığınızı öğrendiğinizden beri karşılaşmış olduğunuz ihtiyaçlarınızın giderilip giderilmediği ile ilgileniyoruz.

Sonraki sayfada her soru için, kanser hastası olduğunuz geçen ay içinde her ne konuda yardıma ihtiyacınız olduğunu belirtiniz. Aşağıda yer alan maddeleri; geçen ay içerisinde ne düzeyde yardıma ihtiyacınız olduğunu en iyi ifade eden sayıyı yuvarlak içine alarak belirtiniz.

Aşağıdaki tablo her soruya verilecek beş muhtemel cevabın ne anlama geldiğini göstermektedir.

Tablo 1: Açıklamalar

İHTİYACIN OLMAMASI	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Hiç İhtiyacım Olmadı:</b> Hastalığım benim için sorun olmadı.</li> <li>2. <b>İhtiyacım Olmadı:</b> Yardıma ihtiyacım oldu ama ihtiyaçlarım o anda karşılandı.</li> </ol>
İHTİYACIN OLMASI	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. <b>Az İhtiyacım Oldu:</b> Çok az ek yardıma ihtiyacım oldu.</li> <li>4. <b>Biraz İhtiyacım Oldu</b> Biraz ek yardıma ihtiyacım oldu.</li> <li>5. <b>Çok Fazla İhtiyacım Oldu:</b> Çok fazla ek yardıma ihtiyacım oldu.</li> </ol>

Tablo 2: Örnek

Geçtiğimiz ay içerisinde; Hangi seviyede yardıma ihtiyacınız oldu	İHTİYACINIZIN OLMAMASI			İHTİYACINIZIN OLMASI	
	Hiç İhtiyacım Olmadı	İhtiyacım Olmadı	Az İhtiyacım Oldu	Biraz ihtiyacım Oldu	Çok Fazla İhtiyacım Oldu
İyileşmenize yardımcı olacak şeyler hakkında bilgilendirilme.	1	2	3	4	5
Bu seçeneği seçmeniz durumunda, iyi olmanız için yapabileceğiniz şeyler hakkında yeterli bilgiyi alamadığımızı ve bu nedenle hala bilgiye ihtiyacınız olduğu anlaşılacaktır.					

Geçtiğimiz ay içerisinde; Hangi seviyede yardıma ihtiyacınız oldu	İHTİYACIN OLMAMASI		İHTİYACIN OLMASI		
	Hiç İhtiyacım Olmadı	İhtiyacım Olmadı	Az İhtiyacım Oldu	İhtiyacım Oldu	Yüksek İhtiyacım Oldu
1.Ağrı	1	2	3	4	5
2. Enerji eksikliği/yorgunluk	1	2	3	4	5
3. Çoğunlukla kendini iyi hissetmeme	1	2	3	4	5
4.Ev işlerini yapma	1	2	3	4	5
5.Eskiden yaptığı şeyleri yapamama	1	2	3	4	5
6.Kaygı/Gerginlik	1	2	3	4	5
7.Çöküntüde ya da depresyonda hissetme	1	2	3	4	5
8. Hüzünlü hissetme	1	2	3	4	5
9. Kanserin yayılmasıyla ilgili endişe	1	2	3	4	5
10.Tedavinin sonuçlarının kendi kontrolünüz dışında olmasından endişelenme	1	2	3	4	5
11. Gelecek hakkında belirsizlik	1	2	3	4	5
12.Durumunuzla ilgili kontrolün sizde olduğu hissini öğrenme	1	2	3	4	5
13.Olumlu bir bakış açısını sürdürme	1	2	3	4	5
14. Ölüm ve ölme ile ilgili duygular	1	2	3	4	5
15.Cinsel duygularda değişiklikler	1	2	3	4	5
16.Cinsel ilişkilerde değişiklikler	1	2	3	4	5
17.Hangi kanser uzmanına gideceğiniz hakkında daha fazla seçenek sunulması	1	2	3	4	5
18. Hangi hastaneye gideceğiniz hakkında daha fazla seçenek sunulması	1	2	3	4	5
19.Hissettiğiniz şeylerin normal olduğunun tıbbi ekip tarafından belirtilmesi	1	2	3	4	5

	Hiç İhtiyacım Olmadı	İhtiyacım Olmadı	Az İhtiyacım Oldu	Biraz İhtiyacım	Çok Fazla İhtiyacım
20.Hastane personelinin fiziksel ihtiyaçlarınıza gecikmeden yardım etmesi	1	2	3	4	5
21.Tedavinizin önemli kısımlarıyla ilgili bilgilerin yazılı olarak size iletilmesi	1	2	3	4	5
22.Tedavi süreciniz ve yan etkiler ile evde baş atmanız için gereken bilgilerin size iletilmesi	1	2	3	4	5
23.Yapılacak testler ile ilgili bilgi istediğinizde gerekli açıklamaların yapılması	1	2	3	4	5
24.Tedavinizi seçmeden önce tedavi seçeneklerinin yararları ve yan etkileri açısından yeterli bilgilendirmelerin yapılması	1	2	3	4	5
25.Test sonuçlarınızın mümkün olan en kısa sürede size iletilmesi	1	2	3	4	5
26. Kanserin kontrol altında olduğunun ya da gerilemekte olduğunun size iletilmesi	1	2	3	4	5
27.İyileşmenize yardımcı olacak şeyler hakkında bilgilendirilme	1	2	3	4	5
28.Cinsel ilişkiler hakkında bilgilendirilme	1	2	3	4	5
29. Herhangi bir vaka gibi değil bir birey olarak tedavi edilmek	1	2	3	4	5
30.Fiziksel koşulları mümkün olduğu kadar iyi olan bir tesiste tedavi görmek	1	2	3	4	5
31.Hastalığımız, tedaviniz ve takip süreciniz ile ilgili tüm durumları konuşabileceğiniz bir tıbbi personelin bulunması	1	2	3	4	5

**EORTC QLQ C-30 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ**

Siz ve sağlığınız hakkında bazı şeylerle ilgileniyoruz. Lütfen soruların tamamını size uygun gelen rakamı daire içine alarak yanıtlayınız. Soruların “doğru” veya “yanlış” yanıtları yoktur. Verdiğiniz yanıtlar kesinlikle gizli kalacaktır.

**Hiç Biraz Oldukça Çok**

1.	Ağır bir alışveriş torbası veya valiz taşımak gibi zorlu hareketler yaparken güçlük çekermisiniz?	1	2	3	4
2.	<u>Uzun</u> bir yürüyüş yaparken herhangi bir zorluk çekermisiniz?	1	2	3	4
3.	Evin dışında <u>kısa</u> bir yürüyüş yaparken zorlanırmısınız?	1	2	3	4
4.	Günün büyük bir kısmını oturarak veya yatarak geçirmeye ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4
5.	Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tuvaleti kullanırken yardıma ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4

**Geçtiğimiz hafta zarfında:**

**Hiç Biraz Oldukça Çok**

6.	İşinizi veya günlük aktivitelerinizi yapmaktan sizi alıkoyan herhangi bir engel var mıydı?	1	2	3	4
7.	Boş zaman aktivitelerinizi sürdürmekten veya hobilerinizle uğraşmaktan sizi alıkoyan bir engel var mıydı?	1	2	3	4
8.	Nefes darlığı çektiniz mi?	1	2	3	4
9.	Ağrınız oldu mu?	1	2	3	4
10.	Dinlenme ihtiyacınız oldu mu?	1	2	3	4
11.	Uyumakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
12.	Kendinizi güçsüz hissettiniz mi?	1	2	3	4
13.	İştahınız azaldı mı?	1	2	3	4
14.	Bulantınız oldu mu?	1	2	3	4
15.	Kustunuz mu?	1	2	3	4

**Geçtiğimiz hafta zarfında:****Hiç      Biraz      Oldukça      Çok**

16.	Kabız oldunuz mu?	1	2	3	4
17.	İshal oldunuz mu?	1	2	3	4
18.	Yorulduunuz mu?	1	2	3	4
19.	Ağrılarınız günlük aktivitelerinizi etkiledi mi?	1	2	3	4
20.	Televizyon seyretmek veya gazete okumak gibi aktiviteleri yaparken dikkatinizi toplamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
21.	Gerginlik hissettiniz mi?	1	2	3	4
22.	Endişelendiniz mi?	1	2	3	4
23.	Kendinizi kızgın hissettiniz mi?	1	2	3	4
24.	Bunalıma girdiniz mi?	1	2	3	4
25.	Bazı şeyleri hatırlamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
26.	Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>aile</u> yaşantınıza engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
27.	Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>sosyal</u> aktivitelerinize engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
28.	Fiziksel durumunuz veya tedaviniz maddi zorluğa düşmenize yol açtı mı?	1	2	3	4

**Aşağıdaki sorular için 1 ila7 arasındaki size en uygun rakamı daire içine alınız.**29. Geçen haftaki sağlığınıza genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1                      2                      3                      4                      5                      6                      7

Çok kötü

Mükemmel

30. Geçen haftaki yaşam kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1                      2                      3                      4                      5                      6                      7

Çok kötü

Mükemmel



**EORTC QLQ-MY20**

Bazen hastalar aşağıdaki belirtileri ya da sorunları yaşadıklarını bildirirler. Lütfen **geçen hafta boyunca** bu belirtileri ya da sorunları hangi şiddette yaşadığınızı belirtiniz. Lütfen size en çok uyan cevabın numarasını daire içine alarak yanıtlayınız.

**Geçtiğimiz hafta zarfında:****Hiç Biraz Oldukça Çok**

31.	Kemiklerinizde sızı ya da ağrı oldu mu ?	1	2	3	4
32.	Sırtınızda ağrı oldu mu?	1	2	3	4
33.	Kalçanızda ağrı oldu mu?	1	2	3	4
34.	Kolunuzda ya da omzunuzda ağrı oldu mu?	1	2	3	4
35.	Göğüs kafesinizde ağrı oldu mu?	1	2	3	4
36.	Ağrınız olduysa faliyetle artıyor mu?	1	2	3	4
37.	Kendinizi uykulu hissettiniz mi?	1	2	3	4
38.	Kendinizi susamış hissettiniz mi?	1	2	3	4
39.	Kendinizi rahatsız hissettiniz mi?	1	2	3	4
40.	Ağız kuruluğunuz oldu mu?	1	2	3	4
41.	Hiç saçınız döküldü mü?	1	2	3	4
42.	Bu soruyu yalnızca saç dökülmeniz olduysa yanıtlayın. Saçınızın dökülmesi sizi üzdü mü?	1	2	3	4
43.	El ya da ayaklarınızda karıncalanma oldu mu?	1	2	3	4
44.	Kendinizi huzursuz ya da telaşlı hissettiniz mi?	1	2	3	4
45.	Midenizde yanma ya da ekşime oldu mu?	1	2	3	4
46.	Gözlerinizde yanma ya da ağrı oldu mu?	1	2	3	4
47.	Kendinizi, hastalığınızın ya da tedavinin sonucu olarak bedensel yönden daha az çekici hissettiniz mi?	1	2	3	4
48.	Kafanız hastalığınızla ne kadar meşguldü?	1	2	3	4
49.	Ölmekten endişe ettiniz mi?	1	2	3	4
50.	Gelecekteki sağlık durumunuz hakkında endişelendiniz mi?	1	2	3	4

## Araştırma Zaman Çizelgesi

SÜRE	Ocak 2018	Şubat 2018	Mart 2018	Nisan 2018	Mayıs 2018	Haziran 2018	Temmuz 2018	Ağustos 2018	Eylül 2018	Ekim 2018	Kasım 2018	Aralık 2018	Ocak 2019	Şubat 2019	Mart 2019	Nisan 2019	Mayıs 2019	Haziran 2019	Temmuz 2019	Ağustos 2019	Eylül 2019	Ekim 2019	Kasım 2019	Aralık 2019
Literatür Tarama	X	X																						
Tez Önerisi		X																						
Proje Başvuru Süreci		X	X																					
Ön Uygulama								X																
Projenin Uygulanması								X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Verilerin Değerlendirilmesi																					X	X		
Proje Raporunun Yazımı ve Tez Savunma sınavı																							X	X

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	Serap	<b>Uyruğu</b>	T.C.
<b>Soyadı</b>	ÖLMEZ	<b>Tel no</b>	0 506 845 63 81
<b>Doğum tarihi</b>	03.10.1981	<b>e-posta</b>	<a href="mailto:serapolmez@akdeniz.edu.tr">serapolmez@akdeniz.edu.tr</a>

### Eğitim Bilgileri

	<b>Mezun olduğu kurum</b>	<b>Mezuniyet yılı</b>
<b>Lise</b>	Zeytinlioğa Lisesi	1998
<b>Lisans</b>	Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2003
<b>Yüksek Lisans</b>	Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü- İç Hastalıkları Hemşireliği	2016 – Devam ediyor.
<b>Doktora</b>		

### İş Deneyimi

<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre (yıl-yıl)</b>
Dahili Bilimler Koordinatörü	Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü	2015- Devam ediyor
Hemşire	Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi	2012-2015
Hemodiyaliz Hemşiresi	IDC Diyaliz Merkezi	2010-2011
Hemodiyaliz Hemşiresi	Adalya (Diatalya) Diyaliz Merkezi	2007-2010
Hemşire	Sinop Türkeli Devlet Hastanesi – Genel Dahiliye Kliniği ve Acil Servis	2005-2007
Hemşire	Özel Kent Hastanesi - Kalp Damar Cerrahi Kliniği	2004-2005
Hemşire	Özel Alsancak Hastanesi - Post-op Cerrahi Yoğun Bakım	2003-2004

<b>Yabancı Dilleri</b>	<b>Sınav türü</b>	<b>Puanı</b>
İngilizce	YÖKDİL	42

### Proje Deneyimi

<b>Proje Adı</b>	<b>Destekleyen kurum</b>	<b>Süre (Yıl-Yıl)</b>
Multipl Miyelom Tanısı Olan Hastaların Bakım Gereksinimleri ve Yaşam Kalitesi	Bilimsel Araştırma Projesi	2018- Devam ediyor