

**T.C.  
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ  
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**Tez Yöneticisi  
Yrd. Doç. Dr. Serap ÜNSAR**

**LÖSEMİLİ HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ  
VE  
SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**(Yüksek Lisans Tezi)**

**Zülfiye BIKMAZ**

**EDİRNE – 2009**

**T.C.**  
**TRAKYA ÜNİVERSİTESİ**  
**Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü**

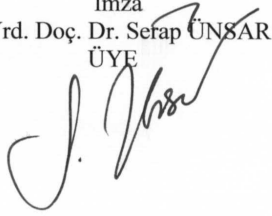
**ONAY**

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans programı çerçevesinde ve Yrd. Doç. Dr. Serap ÜNSAR danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Zülfiye BIKMAZ tarafından tez başlığı "Lösemili Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi" olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı 21/07/2006 tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından "**Yüksek Lisans Tezi**" olarak kabul edilmiştir.

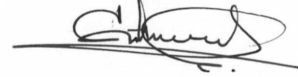
İmza  
Doç. Dr. Necdet SÜT  
JÜRİ BAŞKANI



İmza  
Yrd. Doç. Dr. Serap ÜNSAR  
ÜYE



İmza  
Yrd. Doç. Dr. Gülbeyaz CAN  
ÜYE



Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. İsmet DÖKMECİ  
Enstitü Müdürü

**T.C.  
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ  
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**Tez Yöneticisi  
Yrd. Doç. Dr. Serap ÜNSAR**

**LÖSEMİLİ HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ  
VE  
SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**(Yüksek Lisans Tezi)**

**Zülfiye BIKMAZ**

**Destekleyen Kurum:**

**Tez No :**

**EDİRNE – 2009**

## **TEŞEKKÜR**

Öncelikle tez çalışmamın yürütülmesinde büyük emeği ve katkısı olan değerli hocam ve tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Serap ÜNSAR'a,

Tez çalışmamın T.C. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yürütmemde yardımcı olan Prof. Dr. Zafer BAŞLAR'a,

Çalışmamda veri toplama aşamasında beni destekleyen İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hematoloji Polikliniği çalışanlarına,

Araştırmadaki verilerin analizindeki yardımlarından dolayı Doç.Dr. Necdet SÜT'e,

Desteklerini esirgemeyen aileme ve arkadaşlarıma,  
teşekkür ederim.

Zülfiye BIKMAZ

Edirne 2009

## İÇİNDEKİLER

### İÇİNDEKİLER KISALTMALAR

	SAYFA
<b>GİRİŞ VE AMAÇ</b>	
<b>GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>8</b>
-Lösemiler .....	8
-Epidemiyolojisi .....	8
-Etyolojisi .....	10
-Fizyopatolojisi .....	11
-Sınıflandırılması .....	12
-Akut Lösemiler .....	13
-Akut Lenfoblastik Lösemi (ALL) .....	17
-Akut Miyeloblastik Lösemi (AML) .....	23
-Kronik Lösemiler .....	26
-Kronik Lenfositik Lösemi (KLL) .....	26
-Kronik Miyeloid Lösemi (KML) .....	29
-Lösemili Hastalarda Hemşirelik Bakımı .....	33
-Sağlıkta Yaşam Kalitesi .....	48
-Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek .....	51

<b>MATERYAL VE METOD</b> .....	<b>54</b>
<b>BULGULAR</b> .....	<b>59</b>
<b>TARTIŞMA</b> .....	<b>90</b>
<b>SONUÇ VE ÖNERİLER</b> .....	<b>101</b>
<b>TÜRKÇE ÖZET</b> .....	<b>105</b>
<b>İNGİLİZCE ÖZET</b> .....	<b>107</b>
<b>KAYNAKLAR</b> .....	<b>109</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	<b>118</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	<b>121</b>
<b>EKLER</b> .....	<b>122</b>
Ek 1: Etik Kurul İzni	
Ek 2: Hasta Bilgi Formu	
Ek 3: EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği	
Ek 4: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	

## KISALTMALAR

6-MP:	6-Merkaptopurin
ABD:	Amerika Birleşik Devletleri
Abl:	Abelson leukemia virus
ALL:	Akut Lenfoblastik Lösemi
Allo Tx:	Allojenik Transplantasyon
AML:	Akut Myeloblastik Lösemi
ANLL:	Akut Nonlenfositik Lösemi
Anti-CD20:	Rituximab
Anti-CD52:	Alemtuzumab
ARA-C:	Sitozin Arabinozit (Cytarabine)
Ark:	Arkadaşları
ATLL:	Adult T-cell Leukemia/Lymphoma
ATO:	Arsenik Trioksit
ATRA:	All-tranretinoik Asit
AUL:	Akut Undiferansiye Lösemi
Bcr:	Breakpoint cluster region
BKİ:	Beden Kitle İndeksi
BUN:	Blood Urea Nitrogen
CHOP:	Siklofosamid, adriablastin(daunorubisin), vinkristin, prednizolon'dan oluşan bir kemoterapi tedavi protokolü
CMV:	Sitomegalovirüs
COP:	Siklofosamid, vinkristin, prednizolon'dan oluşan bir kemoterapi tedavi protokolü
ÇBASD:	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DIC:	Dissemine İntravasküler Koagülopati (yaygın damar içi pıhtılaşma sendromu)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü  
EBV: Epstein-Barr Virüsü  
EORTC QLQ-C30: Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30)  
EQ-5D: Euro QOL yaşam kalitesi ölçeği  
FAB: French-American-British sınıflaması  
FACT-G: Functional Assesment of Cancer Therapy-General  
FAS: Yorgunluk Skoru  
FISH: Floresans İn Sito Hibridizasyon  
FS: Fonksiyonel Ölçek  
G-CSF: Granülosit koloni uyarıcı faktör  
GHS: Genel Sağlık Durumu Ölçeği  
GİS: Gastrointestinal Sistem  
GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri  
HADS: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği  
Hb: Hemoglobin  
Hct: Hematokrit  
HL: Hodgkin Lenfoma  
HLA: Human Leukocyte Antigen (insan lökosit antijeni)  
HS: Ham Skor  
HTVL-1: İnsan T Lenfosit Virüsü  
HUI: Sağlık Yararlanma İndeksi (Health Utilities Index)  
IFN $\alpha$ : İnterferon alfa  
IM: İntramüsküler  
IV: İntravenöz  
Kİ: Kemik İliği  
KLL: Kronik Lenfoblastik Lösemi  
KML: Kronik Myeloblastik Lösemi  
LAP: Lökosit Alkali Fosfataz  
LDH: Laktatdehidrogenaz  
LP: Lumbal Ponksiyon  
MASCC: The Multinational Association for Supportive Care in Cancer  
MDS: Miyelodisplastik Lösemi



MM:	Multiple Myelom
MNS:	Mutlak Nötrofil Sayısı
MOPP:	Mustargen, Oncovin, Procarbazine, Prednisone'dan oluşan bir kemoterapi protokolü
MSS:	Merkezi Sinir Sistemi
MTX:	Metotreksat
NHL:	Non-Hodgkin Lenfoma
NSAİ:	Non-steroid antiinflamatuvar ilaçlar
Oto Tx:	Otolog Transplantasyon
PAQLQ:	Pediyatrik Astım Yaşam Kalitesi Anketi
PCR:	Polymerase Chain Reaction (polimeraz zincir reaksiyonu)
Ph:	Philadelphia kromozomu
PNH:	Paroksizmal Noktürnal Hemoglobinüri
QWB:	İyilik Hali Skalası (Quality of Well-Being Scale)
SC:	Subkütan
SF-36:	Kısa Form-36 (Short Form-36)
SFS:	Sosyal Fonksiyon Skoru
SS:	Semptom Ölçeği
TR:	Tam Remisyon
UHY-ME:	Ulusal Hastalık Yüğü - Maliyet Etkililik
VAS:	Visual Analog Scala
VAS-C:	Visual Analogue Scale-Cancer
VP16:	Etoposide
WHO:	World Health Organization
WHOQOL:	Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Anketi

## GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser günümüzde tüm dünyada ve ülkemizde önemli bir sağlık sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ (WHO-World Health Organization)) 2001 kayıtlarına göre dünyada her yıl 10 milyon kişi kanser tanısı almakta ve 6 milyon kişide kanserden ölmektedir (1).

DSÖ'nün 2004 raporuna göre lösemiler global ölümlerin % 0.5'nden global hastalık yükünün % 0.3'ünden sorumludur. İnsanlarda görülen kanserlerin % 8'ini lösemiler oluşturur (2,3). Türkiye 2005 kanser istatistiklerine göre kemik iliği kanserleri tüm kanserler arasında ilk 8'de yer almakta ve insidansı 6.63/100.000'dir (4).

Günümüz çağdaş tıbbının ve insanın en önemli ve güncel sorunlarından olan kanser; korku, umutsuzluk, suçluluk, çaresizlik, terk edilme ve ölüm duygusu tepki ve düşüncelerini çağrıştırır. Kanser tıbbi-fiziksel bir hastalık olduğu gibi ruhsal ve psikososyal bileşkeleri yoğun olan bir sorundur. Kanser ciddi ve kronik bir hastalık olmasının ötesinde, belirsizlik içeren, ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran, suçluluk, terk edilme, kaos ve panik, kaygı uyandıran bir hastalık olarak algılanır (5).

Kanser tanısının konması ve tedaviye başlanması; birey ve ailenin fiziksel, emosyonel, sosyal ve ekonomik dengelerini alt üst etmekte yaşamdan doyum almalarını engellemekte ve yaşam kalitesini azaltmaktadır (6).

DSÖ sağlıkla ilgili yaşam kalitesini; içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından bireylerin yaşamdaki pozisyonlarını algılaması olarak tanımlamaktadır. Yaşam kalitesi kavramı ile sağlığın, fiziksel ve maddi, ailesel, duygusal iyilik hallerinin nesnel ve öznel olarak değerlendirilmesi anlaşılmaktadır (7,8).

Kanserli hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi diğer hastalıklara göre ayrı bir önem oluşturmaktadır. Hastalığın etkileri yanında kemoterapi, radyoterapi, cerrahi gibi farklı tedavi formlarının çok yönlü etkilerinin görülebildiği bu hastalarda hastalık sürecinin değişik aşamalarında hastanın karşılaştığı fonksiyonel ve psikososyal problemlerin yapı ve kapsamlarının belirlenmesi, tıbbi, hemşirelik ve psikososyal girişimlerin etkilerinin değerlendirilmesi amacıyla yaşam kalitesi ile ilgili araştırmalar yapılmaktadır (5).

Kanser hem hastalığın etkisi hem de uygulanan tedavi yöntemlerinin etkisi nedeniyle, hastaların yaşamlarında ciddi ve yoğun sağlık sorunu yaşatan, hastaların yaşam kalitesini önemli derecede etkileyen bir sağlık problemidir. Kanser tedavisinin yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi için kanserin tedavisinin tüm aşamalarında değerlendirilmesi önemlidir (9).

Kanser, fiziksel bir rahatsızlık olmasının yanı sıra, psikososyal sorunların en fazla gözlemlendiği durumlardan biridir. İnsanın varoluşuna ilişkin sorunları da beraberinde getirerek psikolojik açıdan ciddi sorunlar doğurur. Sağlık koşullarının giderek bozulması, sıkıntıların süreklilik kazanması ve hastalıkla ilgili kaygı yaratan koşulların gittikçe artması kanser hastalarını desteğe daha çok gereksinim duyar hale getirmektedir (10).

Sosyal destek, genellikle stres altındaki ya da güç durumdaki bireye, çevresindeki insanlar (eş, aile, arkadaş gibi) tarafından sağlanan yardım (maddi, manevi) olarak kabul edilmektedir. Kişi yetilerinin yetersiz kaldığını ve tükendiğini hissettiği zaman ailesinden ya da hayatındaki önemli kişilerden destek almaktadır. Sosyal desteğin sevgi, şefkat, benlik saygısı, bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimleri karşılayarak fizik ve ruhsal sağlığı doğrudan olumlu biçimde etkilediği ve yaşam güçlükleri ile başa çıkmada kişinin önemli yardımcısı olduğu belirtilmektedir. Sosyal destek sağlanması fiziksel ve psikolojik rahatsızlıklarda bireyin sağlığını sürdürmesinde önemlidir. Sosyal destek, özellikle bireylerin, iyileşme sürecini hızlandırmakta, tıbbi tedaviye uyumlarını ve yaşam kalitelerini arttırmakta ve yaşam sürelerini uzatmaktadır (11).

Bu araştırma bu verilerden yola çıkarak lösemi tanısı alan hastalarda yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerini değerlendirmek, bunları etkileyen sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özellikleri belirlemek, uygun hemşirelik uygulamalarını geliştirmede rehber olabilecek önerileri sunmak amacıyla planlanmıştır.

## **GENEL BİLGİLER**

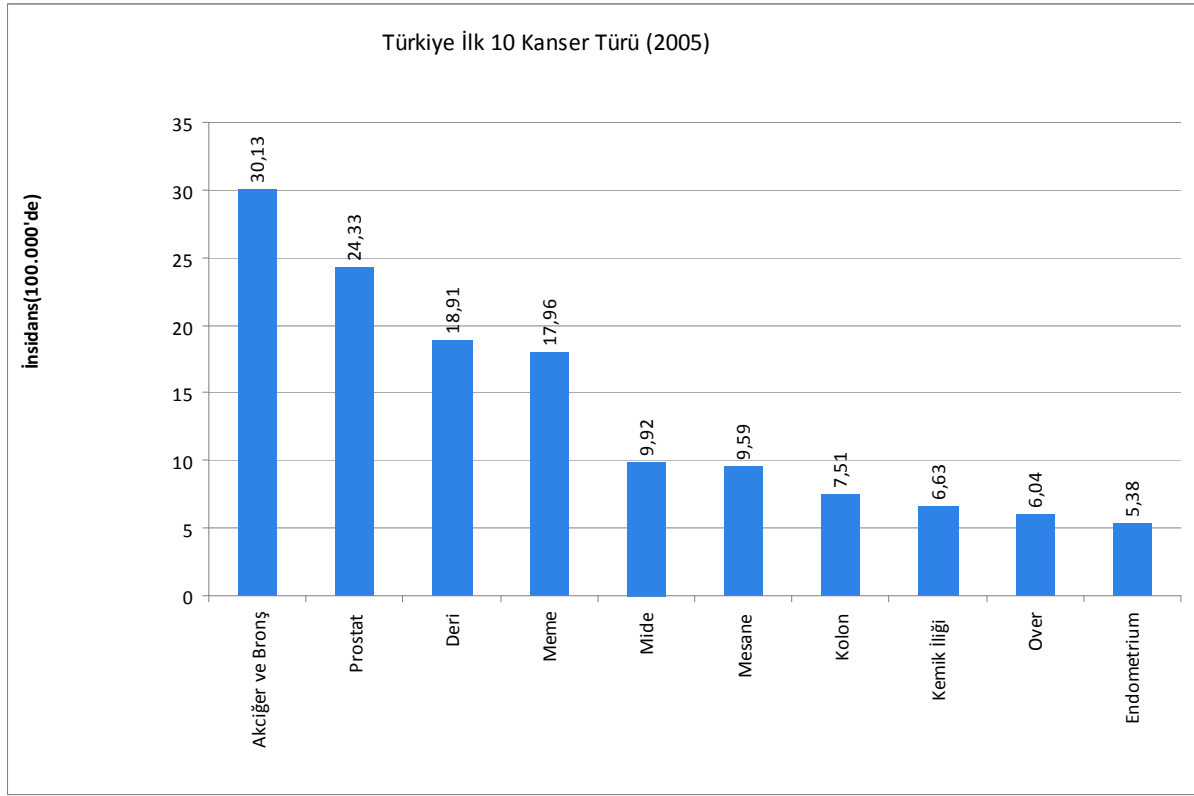
### **LÖSEMİLER**

Lösemiler kan yapan organların malign hastalığıdır. İlk kez 1847 yılında Virchow tarafından tanımlanmıştır. Kan öncü hücrelerinin kontrolsüz çoğalması ile karakterize neoplastik bir hastalıktır. Kemik iliği kökenlidir ve vücutta önemli organları tutarak, (kemik iliği, dalak ve lenf nodları), normal kan yapımını engeller. İnsanlarda görülen kanserlerin % 8'ini oluşturur ve daha çok çocuklarda maligndir. Karışık bir hastalık grubu olup akut ve kronik olmak üzere ikiye ayrılır. Akut lösemiler olgunlaşmamış kan hücrelerinin malign proliferasyonudur. Kronik lösemilerde ise artan hücreler olgun kan hücreleridir (2,5,12).

### **EPİDEMİYOLOJİSİ**

Kanser günümüzde dünyada ve ülkemizde en önemli ölüm nedenlerinden biridir. Dünyada 2005 yılındaki toplam 58 milyon ölümün 7.6 milyonundan (%13) kanser sorumludur. 2005 yılında kanserden ölümlerin %70'i düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmiştir. 2015 yılında 9 milyon ve 2030 yılında 11.4 milyon kişinin kanserden dolayı öleceği tahmin edilmektedir (4,13).

Türkiye 2005 kanser istatistiklerine göre kemik iliği kanserleri tüm kanserler arasında ilk 8'de yer almakta ve insidansı 6.63/100.000'dir. Erkeklerde kemik iliği kanserleri yedinci sırada olup insidansı 7.22/100.000'dir. Kadınlarda insidans 6.03/100.000 olup kadınlarda gözlenen ilk 10 kanser türünden 8. sıradadır. Aşağıdaki şekilde Türkiye'de görülen ilk 10 kanser türü verilmiştir (Şekil 1) (14).



Şekil 1. Türkiye’de Görülen İlk 10 Kanser Türü (14)

Ulusal Hastalık Yüğü-Maliyet Etkililik (UHY-ME) çalışması 2003 verilerine göre lösemi insidansı 5.700/100.000 ve prevalansı ise 0.100/100.000 şeklindedir (3).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO-World Health Organization) 2004 raporuna göre lösemiler global ölümlerin %0.5’nden global hastalık yükünün %0.3’ünden sorumludur. İnsanlarda görülen kanserlerin %8’ini lösemiler oluşturur (2,3).

Dört farklı kategorideki lösemilerin rölatif insidansı şu şekildedir; Akut Lenfoblastik Lösemi (ALL) %11, Kronik Lenfositik Lösemi (KLL) %49, Akut Myeloblastik Lösemi (AML) %46, Kronik Myeloid Lösemi (KML) %14’tür (15).

ABD istatistiklerine göre ALL 15 yaşın altında görülen en sık malignite olup tüm çocukluk çağı malignitelerinin %25-30’unu oluşturur. ABD ve Batı Avrupa istatistiklerine göre genel olarak görülme sıklığı 3.5/100 bin dir. İnsidansı beyazlarda daha sık olup 3-4. yaşlarda pik yapar. Aynı yaş grubu zencilerde bu gözlenmemiştir (16).

Yemen Sana’a Al-Jomhori Eğitim Hastanesinde 15-96 yaş grubu üzerinde yapılan bir araştırmaya göre en sık AML gözlenirken (%39.1), bunu azalan sıklıkla KML (%25.4), ALL (%23.7) ve KLL (%11.8) izlemiştir. Tüm lösemiler için erkek/kadın oranı 1.14/1 iken, AML’de 1.06/1, ALL’de 2.64/1, KML’de (0.65/1) ve KLL’de (1/1) bulunmuştur. AML 40-

59 yaşları arasında %30.3 gözlenirken 60 yaş ve üzerinde görülme sıklığı %25.8'dir. ALL 20 yaşın altındaki genç hastalarda, KLL yaşlı hastalarda ve KML ise orta yaşlı hastalarda daha sık görülmektedir (17).

## **ETYOLOJİSİ**

Lösemilerin nedeni tam olarak bilinmemektedir. Bunun birlikte birçok etyolojik faktörün gerekli şartlar sağlandığında lösemi oluşturduğu gösterilmiştir. Etyolojik faktörler arasında heredite, radyasyon, kimyasal ajanlar, ilaçlar ve bazı virüsler sayılabilir (13,16,18,19,20).

### **Hereditör Faktörler:**

Down, Bloom, Klinifelter, Fanconi, Wiskott-Aldrich ve Ataksi telenjiektezi sendromu gibi konjenital hastalıkların artmış akut lösemi sıklığı ile ilişkilidir. Etyolojide heredite haricinde fetüsün intrauterin dönemde enfeksiyon, radyasyon, ilaç ve kimyasal ajanlara maruz kalması lökomogenesiz açısından önemli olduğu düşünülmektedir (2,13,16,18,19).

### **Radyasyon:**

Radyasyona maruz kalma Kronik Miyeloid Lösemi (KML), Akut Miyeloblastik Lösemi (AML) ve Akut Lenfoblastik Lösemi (ALL) gelişme riskini arttırmaktadır ancak Kronik Lenfositik Lösemi (KLL) ile ilişkisi bilinmemektedir (4,8). Atom bombası ile total vücut ışınlamasına maruz kaldıktan sonra hayatta kalan Hiroshima ve Nagasaki sakinlerinde ve radyoterapi ile tedavi edilerek nispeten büyük alanda parsiyel ışınlamaya maruz kalan anklizon spondilitli hastalarda lösemiden ölüm sıklığı normal popülasyona göre yüksek bulunmuştur. Japonya'da atom bombası sonrası yapılan çalışmalarda 50-100 Rad ve daha fazla iyonize radyasyona maruz kalanlarda lösemi insidansının arttığı, 100-900 Rad'lık kümülatif radyasyon ile lösemi insidansı arasında lineer bir orantı saptanmıştır. Artmış lösemi riski radyasyona maruz kaldıktan 1-1.5 yıl sonra ortaya çıkar ve 4-7. yıllar arasında maksimuma ulaşır, 14 yıldan sonra azalmaya başlar (13,16,18,20).

### **Kimyasal Ajanlar ve İlaçlar:**

Radyoterapi tek başına AML riskini az arttırmasına karşın alkalleyici ajana maruz kalan kişilerde bu risk artmıştır. Bugün lösemi yapıcı etkilerine dair kanıt olan iki madde vardır. Bunlar organik bir çözücü olan benzen ve alkilleyici antineoplastik ilaçlardır. Yapıştırıcılarda çözücü olarak benzenin kullanıldığı dönemlerde İstanbul'da ayakkabı üretim işçilerinde akut

lösemi normalin 3-4 katı olan 13/100.000 gibi yüksek bulunmuştur. Hodgkin hastalığının kemoterapisinde uygulanan MOPP (mustargen, oncovin, procarbazine, prednisone) protokolünde yer alan procarbazine de lökomojenik bir ilaçtır. Ayrıca Hodgkin hastalığının tedavisinde kullanılan kombine radyoterapi ve kemoterapi sonucu lökomojenik etkileri görülmektedir. Polisitemia vera tedavisinde kullanılan chlorambucil (alkilleyici ajan) akut lösemi gelişme olasılığını artırır (5,13,16,19,20).

### **Virüsler:**

Virüs ve onkogenlerin hematolojik tümörlerin etyolojisindeki rolü olduğuna ilişkin bilgiler giderek artmaktadır. İnsan T lenfosit virusu (HTVL-1) insanda lösemi/lenfoma yaptığı kesin gösterilen bir virüstür. Adult T-cell leukemia/lymphoma (ATLL) olarak bilinen hastalık HTLV-1 ile oluşur. Raus sarcoma virusu ile bazı lösemi ve lenfomaların oluştuğu bildirilmiştir (13,16,19,20).

Başka bir malign hastalık tedavi edildikten sonra ortaya çıkan lösemilere sekonder lösemi denir. Bunun en iyi bilinen ve en sık rastlanan örneği hodgkin tedavisi sonrası ortaya çıkan akut lösemilerdir. Ayrıca Hodgkin dışı lenfomalar ve meme veya over gibi organ tümörleri tedavileri sonrası sekonder kanserler de gelişebilir. Sekonder kanser gelişiminde alkilleyici ajanların (lökomojenik ilaçlar), radyoterapi ve kişinin immün durumunun rolü vardır. Akut lösemiler diğer primer hematolojik bozuklukların terminal dönüşümü olarak da ortaya çıkabilir. Bu hastalıklar arasında kronik miyelositik lösemi, miyelodisplastik sendrom (MDS), paroksizmal noktürnal hemoglobinüri (PNH) sayılabilir (19,21).

### **FİZYOPATOLOJİSİ**

Akut lösemi tek bir hücreden başlar ve bu hücrenin klonal proliferasyonu ile gelişir. Akut lösemi prekürsör hücre tümörüdür, ama lösemnin köken aldığı öncü hücre her olguda aynı değildir. Erişkin akut lösemilerde lösemik hücrelerin taşıdıkları işaretler bu hücrelerin çok erken evrelerden kaynaklandığını ortaya koymuştur. Erişkin lösemilerde klinik seyrin çocuklara göre daha kötü olmasında bu durumun rolü olabilir. Hücre kinetiği çalışmaları göstermiştir ki lösemik hücrelerin proliferasyonu normal hücrelere göre daha fazla değildir. Lösemik hücrelerin birikiminin esas nedeni farklılaşma ve maturasyonun olamayışdır (13,19).

Akut lösemilerde klinik sorunlar normal hematopoezin bozulmasıyla oluşan sitopeniler ve lösemik hücrelerin ekstramedüller infiltrasyonları ile oluşur. Devam eden sitopeniye bağlı olarak anemi, infeksiyon ve kanama gibi komplikasyon gözlenir. Lösemik proliferen hücreler öncelikle kemik iliği, kan dolaşımı ve lenf düğümleri, karaciğer, dalak, deri, dış etleri ve santral sinir sistemi gibi diğer dokulara infiltre olurlar (13,19).

Kronik miyeloid lösemi (KML)'de bütün kemik iliği elemanlarının kontrolsüz çoğalması söz konusudur. KML'de bütün kemik iliği hücre grupları Philadelphia (Ph) kromozomu adındaki kromozom işaretleyicisini taşırlar ki bu da hastalığın başlamasından, pluripotent kök hücresindeki bir mutasyonun sorumlu olduğunu düşündürmektedir. Ph kromozomu 22. kromozomun uzun kolunun bir parçasının 9. kromozoma taşınması ile oluşmuştur. 22. kromozomun her segmenti ile 9. kromozomdaki c-abl/bcr füzyon geni oluşur ve bunun sonucu p210 peptidi yapılıdır. Tyrosine kinase aktivitesine sahip p210 hücre siklusuna etki ile Ph'(+) klonal çoğalma önceliği sağlarken, bir yandan da apoptozisi inhibe eder. Bu da KML'de hücre birikimine ve lökositoya yol açar (13,19,20,22).

KLL küçük lenfositlerin kemik iliği, kan ve lenf bezlerinde proliferasyonudur. Bu hücreler morfolojik olarak normal ama işlevsel açıdan anormaldir. Hastalığın yarattığı immünolojik sorunlar hipogammaglobüsemi nedeniyle enfeksiyonlara eğilim gelişmesi ve hastanın eritrositlerine karşı antikorlar gelişmesi nedeniyle oluşan Coombs pozitif hemolitik anemi gibi otoimmün olayların görülebilmesidir (2,20,22).

## **SINIFLANDIRILMASI**

Hemopoetik malignansiler, kaynaklandığı lenfoid ya da miyeloid olarak kök hücreye göre sınıflandırılır. Ayrıca semptomlarının ortaya çıkış zamanı ve hastalığın seyrine göre akut ya da kronik olarak sınıflandırılır.

Akut lösemiler:

- Akut Lenfoblastik Lösemi (ALL)
- Akut Myeloblastik Lösemi (AML)

Kronik lösemiler:

- Kronik Lenfositik Lösemi (KLL)
- Kronik Miyeloid Lösemi (KML)



Akut lösemide semptomlar birkaç hafta içinde birden başlar. Lökositlerin çoğu olgunlaşmamış ya da basit durumdadır. Akut lösemiler çok hızlı ilerler, tedavi edilmediğinde birkaç hafta ya da ay içinde ölüm gerçekleşir. Kronik lösemilerde semptomlar aylar ya da yıllar içinde gelişir ve lökositlerin çoğu olgunlaşmalarını tamamlamamıştır. Akut lösemilerin tanısının konulabilmesi için kemik iliğinde %50'den fazla blast hücre bulunması gerekir (2,4).

## **AKUT LÖSEMİLER**

Normal hematopoetik öncü hücreler, karmaşık ve sıkıca denetlenen süreçler sonucunda olgun kan hücrelerini oluşturan poliklonal hücrelerdir. Akut lösemilerde ise normal denetimden kaçan ve bu nedenle farklılaşmayan (mono) klonal (bir hücreden kaynaklanan) öncü hücrelerin kemik iliğinde, kanda ve diğer dokularda çoğaldığı malign bir hastalıktır. Akut lösemilerde, henüz farklılaşmalarını tamamlayamadıkları için normal olgun kan hücreleri haline gelememiş genç hücrelerin artışı söz konusudur. Miyeloblast ya da lenfoblast olsun kontrolsüz çoğalan hücreler eritrositlerin, granülositlerin ve trombositlerin yapımını engellerler ve bu da hastalığın majör komplikasyonları olan anemi, enfeksiyona eğilim ve kanamalara sebep olur (2,20,23).

French-American-British (FAB) sınıflamasına göre akut myeloblastik lösemiler M0'dan M7'ye dek 8 gruba ayrılır. Bu grupların birbirinden ayırt edilmesinde blastların morfolojik, histolojik ve kimyasal özelliklerinden yararlanılmıştır. Şekil 2'de AML'nin FAB sınıflamasına göre alt grupları özetlenmiştir (5,22).

A. Akut Andiferensiye L6semi ("stem cell" l6semisi)

Bir k6k h6cre işaretleyicisi olan Cd34 pozitif olup hi6bir myeloid veya lenfoid işaretleyici taşımaz. En nadir gruptur.

B. Akut Myeloblastik L6semi

M0

1. Kemik iliği (Kİ)'ndeki 6ekirdekli h6crelerin en az %30'u blasttır.
2. Blastların %3'den azı preoksidaz pozitifdir.
3. İmmüfenotiplerede miyeloid y6nde farklılaşma g6sterir.

M1

1. Myeloid h6crelerin en az %90'ı blasttır.
2. Blastların %3'den 6oğu preoksidaz pozitifdir.
3. Promiyelositten par6alıya kadar miyeloid h6creler, Kİ'ndeki non-eritroid h6crelerin en fazla %10'udur.
4. Monositler non-eritroid h6crelerin %10'unu ge6mez.

M2

1. Kİ'ndeki non-eritroid h6crelerin %30 ile %89'unu blastlar oluşturur.
2. Promiyelositten par6alıya kadar miyeloid h6creler, Kİ'ndeki non-eritroid h6crelerin %10'undan fazladır.
3. Monositler, non-eritroid h6crelerin %20'sini ge6mez.

M3

1. Kİ'nde infiltrasyonu yapan h6creler promiyelositlerdir. Blastların Kİ'ndeki h6crelerin %30'unu ge6me şartı aranmaz. 6ekirdek katlanmaları, reniform 6ekirdek yapısı, l6semik promiyelositlerin monositlerle karıştırılmasına sebebe olabilir. Kuvvetli peroksidaz ve kloroasetat esteraz (spesifik esteraz) pozitifliğini g6sterirler.  
M3 varyant formu: promiyelositler hipogran6ler veya agran6lerdir.

M4

1. Kİ'ndeki non-eritroid h6crelerin %30'ndan fazlası blasttır.
2. Promiyelositten par6alıya kadar miyeloid h6creler, Kİ'ndeki non-eritroid h6crelerin %20'sinden fazladır.
3. Kİ'nin monositik h6creleri, non-eritroid h6crelerin en az %20'sini oluşturur ve perifer kanındaki monosit sayısı 5.000'in 6zerindedir; veya bu iki şartın yalnız bir tanesi ile birlikte serum ve idrar lizozim d6zeylerinin en az 3 katısaptandır.

M5

1. Kİ'nde blastlar non-eritroid h6crelerin en az %30'unu oluşturur.
2. Kİ'ndeki monositik h6creler, non-eritroid h6crelerin en az %80'ini oluşturur.

M5a: monoblastların monositik h6creler i6indeki, oranı en az %80'dir.

M5b: monoblastların monositik h6creler i6indeki oranı %80'in altındadır.

M6

1. Kİ'ndeki 6ekirdekli h6crelerin en az %50'si eritroblasttır.
2. Non-eritroid h6creler i6inde %30'dan fazlasını blastlar teşkil eder.

M7

1. Kİ'ndeki 6ekirdekli h6crelerin en az %30'u blasttır.
2. Blastların imm6nolojik ve ultrastr6kt6rel incelemelerle megakaryoblast olduklarının ispatlanması gerekir.

Prognoz sıralaması: M3>M2>M4>M1>M5>M6>M7 ve M0

şekil 2: AML'de FAB Sınıflaması (5)

ALL genel olarak çocuklar arasında yaygın olmakla birlikte yetişkin lösemilerin %20'sini oluşturur. Lenfoid olmayan lösemi yetişkinlerde yaygındır ve yaş ortalaması 69'dur (2,13).

ALL hem morfolojik, hem de immünolojik olarak sınıflandırılır. FAB grubu hastalığı L1, L2, ve L3 olarak üçe ayırmıştır (Şekil 3).

FAB	Morfoloji
L1	Hücreler küçük ve homojendirler. Nükleus membranı düzenlidir. Nükleus küçüktür.
L2	Hücreler daha büyüktür. Nükleus/sitoplazma oranı daha düşüktür. Büyüklük ve şekilleri pleomorfiktir. Bir veya daha fazla sayıda nükleolus içerir. Sitoplazmalarında vakuoller bulunabilir.
L3	Hücreler büyüktür. Büyük vesiküler nükleusları vardır. Bazofilik, genellikle vakuollü sitoplazmaları vardır. ALL'lerin %5'den azı bu tiptir. Mitotik indeks fazladır. Burkett lenfomasının lösemik formudur. İmmünofenotipik olarak B-ALL'dir.

Şekil 3: ALL'de FAB Sınıflaması (5,15,20).

Akut lösemi tanısı için kemik iliğinde en az 500 hücre sayıldığında toplam çekirdekli hücre sayısının %30 veya fazlası oranında blast hücre bulunmalıdır. %30 sınırı kemik iliğinde blast artışı ile seyreden MDS subgruplarının ayırımı için gereklidir. Akut lösemi tanısı koyabilmek için kemik iliğindeki blast hücre sayısı oranı FAB sınıflamasında >%30 iken WHO sınıflamasında >%20 olarak değişmiştir. Akut lösemilerin FAB ve WHO sınıflamaları aşağıda verilmiştir (Şekil 4). Akut lösemiler çok hızlı ilerler ve tedavi edilmezlerse kısa bir sürede ölümlerle sonuçlanırlar. Akut lösemiler akut lenfoblastik lösemi (ALL) ve akut miyeloblastik lösemi (AML) olarak iki ana gruba ayrılırlar. AML olarak adlandırılan lösemiler aralarında eritroid, monositik ve megakaryositik lösemiler de yer aldığı için AML yerine akut nonlenfositik lösemi (ANLL) denilmesi daha doğru olmasına rağmen genel kullanımda AML sıklıkla tercih edilmektedir. Morfoloji, histolojik ve kimyasal, immünolojik ve elektron mikroskop incelemelerine karşın sınıflandırılmayan akut lösemilere akut undiferansiye lösemi (AUL) denir. Bir lösemi hücresinde hem lenfoid hem de miyeloid işaretler varsa bifenotipik lösemi olarak adlandırılır (18,20,23,24,25).

Akut Lenfoid/Lenfoblastik Lösemi	
FAB sınıflaması	WHO sınıflaması
L1: küçük; nükleolleri belirsiz; sitoplazmaları az blastlar	Prekürsör B-Hücreli: (sitogenetik altgruplar-onkogenler)
L2: büyük-küçük; nükleolleri belirgin; sitoplazmaları daha fazla olan blastlar	t(9;22) – BCR-ABL t(11q23) – MLL t(1;19) - E2A/BPX1
L3: büyük-küçük; bazofilisi derin, belirgin vakuoller içeren sitoplazmaları olan blastlar	t(12-21) – TEL/AML1 Burkitt Hücreli Lösemi Prekürsör T-Hücreli
Akut Miyeloblastik (Miyeloid/Nonlenfoblastik/Miyelojen) Lösemi	
FAB sınıflaması	WHO sınıflaması
M0: Minimal diferansiyasyonlu	Tekrarlayan translokasyonlu alt tipler:
M1: Matürasyon gözlenmeyen	t(8;21) – CBF/ETO
M2: Matürasyon gözlenen	inv(16) – CBF/MYH
M3: Anormal promiyelositli	t(15;17) – PML/RARA ve varyantları
M3v: Hipogranüler promiyelositli	(11q23) – MLL
M4: Miyelomonositer	Çok dizede displazili alt tipler:
M4Eo: Kemik İliği (Kİ)'de + eozinofiller	öncesinde displazi var / yok
M5a: Monoblastik	Tedaviyle ilişkili
M5b: Monositik	Akut bazofilik lösemi
M6: Eritrolösemi	Kemik iliği fibrozlu panmiyelozis
M7: Megakaryoblastik	Başkaca kategorize edilmemiş

Şekil 4: Akut Lösemilerin FAB ve WHO sınıflamaları (23)

Akut lösemi olgularının çoğunda hazırlayıcı bir neden bulunamaz. Birkaç olguda ise muhtemel lökomojenik neden veya nedenler saptanabilmiştir. Akut lösemi oluşumunda rol oynaması muhtemel ajanlar içerisinde radyasyon, virüsler, genetik eğilim, kimyasal maddeler ve ilaçlar sayılabilir. Bu ajanların kemik iliğini ne şekilde etkileyerek normal kök hücrelerin yerini malign bir klonun ortaya çıkmasına sebep olduğu bilinmemektedir (2,18,20).

## **AKUT LENFOBLASTİK LÖSEMİ (ALL)**

ALL, farklılaşmanın erken evrelerine ait işaretleri taşıyan lenfoid hücrelerin klonal çoğalması ve birikiminden oluşan malign bir hastalıktır. Genellikle lenf düğümleri ya da diğer lenfoid dokularda başlar ve sonra vücudun diğer bölümlerine yayılır. En sık ALL tipi (olguların yaklaşık %75'i) B hücre kaynaklıdır. ALL çocukluk çağı lösemilerinin %80-90'ını, yetişkin lösemilerin %10-20'sini oluşturur. ALL, çoğunlukla erken çocukluk dönemi (ortalama 3-4 yaşında) ve erkek çocuklarda kız çocuklara göre daha sık görülür. Çocukluk çağı lösemi yüksek sosyoekonomik düzeyi olanlarda daha sıktır. Erişkinlerde 30-40 yaş arasında görülür. Yetişkinlerde %60-80 remisyon, %40 uzun süreli sağkalım sağlanabilmektedir (19,22,25,26,27,28).

### **Belirti ve Bulgular:**

ALL' de genellikle belirti ve bulgular ani başlangıçlı olmasına rağmen bazı olgularda yavaş seyirli de olabilir. Belirti ve bulgular genellikle kemik iliği infiltrasyonuna ve normal hematopoezin baskılanmasına bağlı ortaya çıkar. Hastalar sıklıkla yorgunluk, solukluk, halsizlik, baş dönmesi ve kemik ağrılarında şikayet ederler. Kemik ve eklem ağrıları sık gözlenen belirtilerdendir. Bu durum muhtemelen meduller boşluğun malign hücrelerce istila edilmesi sonucu ortaya çıkar. Ateş genellikle hastaların yarısına yakınında vardır. Bunun sebebi enfeksiyonlar olabileceği gibi herhangi bir enfeksiyon odağı da saptanamayabilir. Hepatosplenomegali ve lenfadenopati gözlenir. Mediastinal kitle, plevral sıvı varlığı solunum sıkıntısına, abdominal kitleler, hepatosplenomegali batında dolgunluk ve bası hissine sebep olur. Trombositopeniye bağlı olarak cilt ve mukoza kanamaları görülür. Merkezi sinir sistemi tutulumuna bağlı olarak şiddetli baş ağrısı, görme bozukluğu ve paralitik bazı durumlar ortaya çıkabilir. Testis ve tonsilit tutulumu çok nadir bulgular değildir (23,27,28,29,30).

**Tanı:**

ALL'de tanı morfolojik, histokimyasal, immünolojik ve sitogenetik incelemeler yardımı ile konur (28,30,31).

Tanısal çalışmada laboratuvar incelemeleri:

- Kan sayımı
- Çevre kanı/kemik iliği yaymaları ile diğer örneklerin morfolojik incelemesi  
Romanowsky boyaları ile  
Sitokimyasal yöntemler ile
- Fenotipleme çalışmaları  
İmmün histokimyasal yollar ile  
Floresans mikroskopisi ile  
Flow cytometri ile
- Genetik çalışmalar  
Konvansiyonel sitogenetik yöntem  
Moleküler genetik yöntemler ile
- Diğer incelemeler (biyokimyasal, hemostatik, radyolojik, serolojik vb.) (23).

**Ayırıcı Tanı:**

- Tümör hücrelerinin küçük ve yuvarlak morfolojik özelliği nedeni ile çocukluk çağı tümörlerinden rabdomiyosarkom ve nöroblastom ALL ile karıştırılabilir. Ayırıcı tanıda akla gelmelidir.
- Epstein-Barr Virüsü (EBV), sitomegalovirüs (CMV) ve viral hepatit gibi virüs enfeksiyonlarındaki atipik lenfositler ALL blastlarına benzer fakat viral enfeksiyonlarda kemik iliği blast infiltrasyonu yoktur.
- Eğer periferik kan yaymalarında blast görülmeyen bir lösemi olgusu söz konusu ise (alösemik lösemi) sadece kemik iliğine bakılarak ALL ve lenfoblastik lenfoma ayrımı yapılamaz (19,27).

**Tedavi:**

ALL tedavisinde amaç tam remisyon sağlanmasıdır. Bunun için de uzun süre kemoterapi tedavisi uygulanmak zorunda kalınabilir. ALL tedavisi genellikle 3 evreye ayrılır: remisyon indüksiyonu, pekiştirme (konsolidasyon) ve idame. Tedavi rejimleri içerisinde farklı etki mekanizmalarına sahip ilaçlar kullanılmaktadır. Tedavi süresinin tamamı 2-3 yıldır. Başlangıçta Merkezi Sinir Sistemi (MSS) tutulumu olmasa da gelecekte gelişebilecek MSS nükslerini engellemek amacı ile tedavi rejimleri içerisinde profilaktik tedaviler uygulanmaktadır (19,27,28).

**Remisyon indüksiyon tedavisi:** İndüksiyon tedavisi için standart hale gelmiş bir protokol yoktur. Tipik bir indüksiyon rejiminde genellikle prednizon veya deksametazon, vincristin, antracyclin (doxorubicine veya daunorubicine) ve çocuklarda L- Asparaginaz kombinasyonlarını içerirler. Kemoterapiden 14-28 gün sonra kemik iliği incelenir. Blast sayısı <%5'in altında, lökosit sayısı formülü ile hemoglobin/hematokrit (Hb/Hct) normal, kemik iliği normosellüler ve hastalığa bağlı semptomlar kaybolmuşsa ve MSS veya başka bir ekstramedüller infiltrasyona ait semptom ve bulgular yoksa hasta remisyonunda kabul edilir. Remisyona giren hastaya intensifikasyon/konsolidasyon tedavisi uygulanır. Blast sayısı %5-25 arasında ise ikinci bir remisyon indüksiyonu tedavisi uygulanır. >%25 ise yeni bir tedavi seçeneği düşünülür (19,26,27,28).

**Pekiştirme (Konsolidasyon):** Pekiştirme fazında indüksiyonda kullanılan ilaçların daha yüksek dozlarda uygulanabileceği gibi değişik ilaçlar kullanılarak da tedavi konsolide edilebilir. Konsolidasyon rejimlerine örnek olarak, metotreksat (MTX) ± 6-merkaptopurin (6-MP), yüksek doz L-asparaginaz, VP16 (etoposide) gibi bir epipodofilotoksin ile beraber sitozin arabinozit (cytarabine; ARA-C) veya Vinkristin, deksametazon, L-asparaginaz, doksorubisin ve tiyoguanin ± siklofosamid içeren kombine tedaviler verilebilir. Bu faz tipik olarak ortalama 6 aydan uzun (yüksek riskli hastalarda daha da uzun) sürer ve tekrarlayan tedavi döngülerinden oluşur (19,27,30).

**İdame tedavisi:** İdame tedavisi için kesin bir süre belirli olmamakla birlikte 2-2,5 yıl sürer. MTX oral veya parenteral yolla  $20\text{mg}/\text{m}^2$ , haftada bir veya iki kere ve 6-merkaptopurine oral olarak  $75\text{mg}/\text{m}^2$  her gün verilir (19,27).

**MSS tedavisi:** MSS nükslerini engellemek için profilaktik olarak MSS tedavisine gereksinim vardır. Bu amaçla intratekal MTX veya sitozin arabinozit, kan beyin bariyerini geçebilecek yüksek doz sistemik kemoterapi (deksametazon, MTX veya sitozin arabinozit) ile kombine kullanılır. Sistemik olarak MTX ile leucovorin kullanılır. Bunun dışında kraniyal ve spinal ışınlama uygulanan tedaviler arasındadır (19,27,28,32,33,34).

Yapılan antilösemik tedaviler sonucunda ortaya çıkan endokrinopati, kardiyotoksisite ve sekonder maligniteler gibi komplikasyonlar hastaların yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedirler (33).

Tedavide öncelikle merkezi büyükçe bir vene birden fazla lümeni olan bir kateterin yerleştirilmesi sağlanır. Kateterizasyon kemoterapi uygulaması, antibiyoterapi uygulaması, laboratuvar incelemeleri için kan örneği alınması, parenteral beslenmenin sağlanması ve kan transfüzyonlarının uygulanmasını kolaylaştırması açısından önemlidir (23,35,36).

Kemoterapötik ajanların kullanımına bağlı gelişen mide bulantısını engellemek amacı ile ondansetron, granisteron vb., steroidler, benzodiazepan, ya da nabilone vb ilaçlar kullanılır (35,36).

Hastanın gereksinin duyduğu kan ve kan ürünleri laboratuvar sonuçları takibinde ihtiyaca göre eritrosit süspansiyonu, tromboferez ya da trombosit süspansiyonu ve taze donmuş plazma şeklinde replasmanı sağlanır (23,35,36).

Tümör lizis sendromunu engellemek ve üriner sistemi korumak amaçlı allopurinol ve intravenöz sıvı replasmanı sağlanır ve bazı durumlarda alkalizasyon sağlanır (35,36).

Tedaviye başlanılmadan önce gebelik testi yapılması ve tedavi sırasında da uygun kontrasepsiyonun sağlanması önemlidir. Tedavi süresince meydana gelebilecek menstüral kanamalar da uygun hormonal tedavi desteği ile önlenmelidir (23).

Akut lösemi tedavisinde enfeksiyonlar büyük bir tehlike oluşturur. Hastalar tedavi sonrası 2-5 hafta süre ile pansitopenide kalırlar. Bu süre boyunca kendi floraları da dahil olmak üzere gram pozitif, gram negatif bakteriler, viral, fungal ve protozoal birçok etken enfeksiyon oluşum sebebidir. Enfeksiyondan korumak amacı ile profilaktik antibiyoterapi, tersine izolasyon önlemleri, tedavi görülen ortamdaki havanın filtrasyonunun sağlanması, ağız hijyenin sağlanması sağlanır (35,36).



Nötropenik dönemde ateşlenen hastanın enfeksiyon odak ve kaynağını bulmak için kültürleri alınır. Direk muayene ile santral venöz kateter, ağız, perineal ve perianal bölgeler gözden geçirilir ve göğüs çeşitli görüntüleme yöntemleri ile enfeksiyon kaynağı bulunmaya çalışılır. Enfeksiyon sebebine uygun antibiyoterapisi başlatılır. Antibiyotik altında 4-6 gün devam eden ateş sonucunda tedaviye ampirik olarak amfoterisin B ile birlikte antifungal tedavi de eklenir (35,36).

Akut lösemili hastalarda nötropenik ateş ataklarının değerlendirildiği bir araştırmada nötropenik ateş atağı gelişen hastalarda uygun ampirik antibiyoterapinin başlanması ve yakın klinik takip ile tedavide gerekli modifikasyonların yapılmasının tedaviye cevabı büyük oranda arttırdığını ortaya koymuştur (48).

Myelosüprasyon sonucu gelişen en önemli komplikasyonlardan biri de febril nötropenidir. Ateş başlangıcında ampirik antibiyoterapi ile başlanılan granülosit koloni uyarıcı faktör (G-CSF) mortaliteyi azaltmakta ve nötropeniden çıkış süresini kısaltmaktadır (37,38).

Erişkin ALL tedavisi için kemik iliği nakli önemli tedavi seçenekleri arasındadır. Konsolidasyon amaçlı allojenik kök hücre nakli de dahil olmak üzere pek çok tedavi denenmiştir. Yapılan çalışmalar yüksek risk grubundaki ALL tanılı hastalar ile ilk tedavi sonrası nüks edenlerde kök hücre naklinin endike olduğunu göstermektedir (19,28,39,40,41).

ALL tanılı olgularda transplantasyon endikasyonları şöyledir;

- t(9;22) veya t(4;11) gibi kötü prognostik parametreler taşıyan olgularla remisyona kadar geçen süre uzun olan olgular HLA (Human Lökosit Antijen) identik kardeşten veya aile dışı vericiden Allojenik transplantasyon adaydır.

- 1. tam remisyondaki (TR) standart riskli ALL olgularında Allojenik Transplantasyon (Allo Tx) klinik protokol dahilinde yapılmalıdır.
- Kemoterapi sonrası relaps gösteren ve 2.TR sağlanan olgular aile içi veya dışı vericilerden Allo Tx adaydır (39,40).

Tedavide kullanılan bazı ajanların etki mekanizmaları ve toksisiteleri aşağıda verilmiştir (Şekil 5)(31).

<b>Ajan</b>	<b>Sınıf</b>	<b>Etki mekanizması</b>	<b>Toksisite</b>
Prednisone	Sentetik glukokortikoid	Lenfoblastlarda lizis; hücre siklusu ve DNA sentezi inhibitörü	Psikoz, hipertansiyon, peptik ülser, sıvı retansiyonu, osteoproz, immünsüpresyon
Vincristine	Bitki alkaloidi	Mitozu metafazda durdurma; RNA ve DNA sentezi inhibisyonu	Periferik nöropati, ileus, miyopati, alopesi
L-asparaginase	Enzim	Endojen asparagini parçalar	Allerji, hepatotoksisite, hiperglisemi, hipoalbüminemi, pıhtılaşma faktöründe azalma
Daunorubicin	Antibiyotik (antracycline)	Topoisomerase inhibisyonu DNA interkalasyonu Serbest radikal formasyonu	Miyelosüpresyon, kardiyomiyopati, mukozit
İdarubicin	Antibiyotik (antracycline)	Daunorubicinin aynısı	Daunorubicinin aynısı
Cytarabine	Pirimidin antimetaboliti	DNA sentezini inhibe eder; DNA polimerazı bloke eder	Miyelosüpresyon, hepatotoksisite, immünsüpresyon
Methotrexate	Folik asit antimetaboliti	DNA sentezini inhibe eder	Miyelosüpresyon, mukozit, hepatotoksisite, nefrotoksisite, immünsüpresyon
6-Merkaptopurine	Purine antimetaboliti	DNA sentezini inhibe eder	Miyelosüpresyon, mukozit, hepatotoksisite
Etoposide	Bitki alkaloidi	Topoisomerase II'yi inhibe eder	Miyelosüpresyon, mukozit, aşırı duyarlılık reaksiyonu
Cyclophosphamide	Alkilleyici	DNA zincirleri arasında çapraz bağlar kurar	Miyelosüpresyon, hemorojik sistit, alopesi, immünsüpresyon

Şekil 5. Akut Lösemi Tedavisinde Kullanılan İlaçlar (31)

## **AKUT MİYELOBLASTİK LÖSEMİ (AML)**

Tüm kanserlerin %1'ini oluşturur. İlk defa 1845'te Bennet ve 1847'de ünlü Alman patalog Virchow tarafından tanımlanan AML, kemik iliğindeki miyeloid kök hücrelerden köken alan hücrelerin oluşturduğu neoplastik bir grup hastalığın ortak adıdır. AML başlıca erişkinlerde görülür ve yaş ortalaması 60 olup ileri yaşla birlikte insidansı artar (2,25,28,42,43).

### **Belirti ve Bulgular:**

Blastik hücrelerin kemik iliğine infiltrasyonu sonucu çok çeşitli klinik bulgular ortaya çıkabilir. Kemik iliğindeki normal hematopoiezin baskılanması sonucu anemi, trombositopeni ve nötropeni sıklıkla bulunur. Lökosit sayısı çoğunlukla yüksektir, ancak normal veya düşükte olabilir (2,28,42,43,44).

Hastaların çoğu ilerleyici tarzda halsizlik, yorgunluk, iştahsızlık ve kilo kaybından şikayet ederler. Anemi sonucu gelişen bu belirtilere sıklıkla çarpıntı ve nefes darlığı da eşlik eder (28,44,45).

Trombositopeniye bağlı olarak cilt ve oral mukozada ekimoz, peteşiler burun ve diş eti kanamaları, idrarda kan gözlenebilir. Nadiren hastalar gastrointestinal sistemi (GİS) ve MSS kanaması ile başvurabilir (19,28,45,46).

Bazı olgularda subfebril veya enfeksiyon sebebi ile yüksek ateş görülür. Enfeksiyon akut lösemilerde en sık hastaneye başvuru sebeplerinden biridir. Granülositopeni enfeksiyon oluşumuna zemin hazırlar. Oral, rektal ve pulmoner enfeksiyonlar ilk sıralarda yer alır. Nötropenin derinliğine ve süresine bağlı olarak bakteriyel, viral ve/veya fungal enfeksiyonlarla gelebilirler. Sepsis ve yaygın damar içi pıhtılaşma sendromu (dissemine intravasküler koagülopati-DIC) da eşlik edebilir. DIC özellikle M3 subtipinde gözlenir ve prognozu kötü etkiler (25,28,33,40,46).

Olguların yaklaşık %50 kadarında splenomegali gözlemlenir. Lenfadenopati görülme oranı çok nadirdir. İntermedüller alanın blast hücrelerle dolması sebebi ile özellikle sternum ve uzun kemiklerde ağrı daha belirgin olarak hissedilir (28,45,46).

Cilt tutulumu (leukemia cutis), dişeti hiperplazisi, hipokalemi M4 ve M5 subtiplerinde, DIC ve lökopeni M3 subtipinde ve granülositik sarkom M2'de görülmektedir (28,44,45,46).

**Tanı:**

Tanı çevresel kan ve kemik iliğinden alınan örneklerin incelenmesi sonucu konur. Tanıda yardımcı yöntemler basitçe şu şekildedir;

- Morfolojik ve histokimyasal yöntemlerle blastları ayırımı
- Akım sitometrisi yardımı ile hücrelerin immüfenotipinin belirlenmesi
- Sitogenetik inceleme (karyogram, FISH (Floresans İn Sito Hibridizasyon), Southern Blot, PCR (Polymerase Chain Reaction (polimeraz zincir reaksiyonu)) (23,28).

**Tedavi:**

AML tedavisi remisyon indüksiyonu ve postindüksiyon (postremisyon (pekiştirme)) evrelerinden oluşur.

**Remisyon indüksiyonu:** M3 dışındaki tüm AML subtiplerinde remisyon sağlamak için verilen indüksiyon tedavisinin temelini bir antrasiklin (daunorubisin, idarubisin, doksorubisin veya mitoksantron) ile beraber uygulanan sitozin arabinozid (ARA-C) oluşturur. En sık kullanılan kemoterapi protokolü “3+7” olarak adlandırılan ve daunorubisin 45mg/m<sup>2</sup> ( ilk 3 gün ARA-C ile birlikte) ile ARA-C 100mg/m<sup>2</sup> (7 gün) şeklinde uygulanır. Bu tedavi rejimi ile 60 yaş altı hastalarda yaklaşık %70-80 oranında tam remisyon sağlanırken daha yaşlı hastalarda bu oran %50 civarındadır. Remisyon tedavisi uygulandıktan sonraki 10-14. günlerde yapılan kemik iliği incelemesinde blastik infiltrasyon devam ediyorsa ikinci bir indüksiyon uygulanmalıdır. Ancak ilk tedavi sonrası ilaçsız takipteki hastaların nüks oranlarının yüksek olması sebebi ile pekiştirme tedavisi gereksinimi duyulmaktadır (22,23,27,28,31,47).

**Postindüksiyon (pekiştirme) tedavisi:** İndüksiyon sonrası uygulanan tedaviler çeşitli olmakla birlikte farklı yoğunlukta da uygulanabilir. Uygulanan tedaviler arasında konsolidasyon veya idame amaçlı kemoterapiler, allojeneik kemik iliği nakli ve otolog kemik iliği destekli yüksek doz kemoterapiler sayılabilir. Hangi tür tedavi seçileceği hastanın ve hastalığın (prognostik, sitogenetik ve klinik faktörler) özelliklerine, ayrıca HLA doku uyumlu donörün bulunup bulunmamasına göre değişiklik gösterir. En sık tercih edilen kemoterapi uygulaması ise 2-3mg/m<sup>2</sup> 12 saatte bir 8-12 doz şeklinde uygulanan yüksek doz ARA-C’dir (23,27,28,31,39,42).

AML hastalarında transplantasyon endikasyonları;

- 1. tam remisyondaki hastalar kişi bazında ya da klinik çalışma bazında allo Tx veya oto Tx ile tedavi edilebilir.
- t(8;21), inv(16), t(15;17) gibi iyi prognostik gruplarda 1. remisyonda allo Tx önerilmez. Ancak konsolidasyon veya kurtarma tedavisi sonrası PML/RARA moleküler persistensinde AML/M3 'te HLA identik kardeş veya aile dışı donörden Tx bir seçenektir.
- Diğer sitogenetik anormallikleri olanlarla normal karyotipi olan olgular, HLA uyumlu donör Tx için adaydırlar. Spesifik sitogenetik değişikliklerden dolayı 1.TR'da yüksek riskli olan olgular aile içi veya dışından Tx adaydır. Birinci siklus kemoterapiye yanıtı olmayan olgular HLA identik kardeşten veya zaman uygun ise aile dışı donörden Tx ile tedavi edilebilir.
- Allo donör yok ise 1. TR'da ayıklamalı veya ayıklamasız oto Tx uygulanabilir.
- Umbilikal kord nakilleri de giderek önem kazanmaktadır (28,39,40).

AML M3 tedavisinde all-tranretinoik asit (ATRA) kullanılır. ATRA çoğu zaman tam remisyon sağlasa da tek başına kullanıldığında nüks kaçınılmazdır. Tam remisyon sağlamak için ATRA ile eş zamanlı ya da ATRA ile remisyon sağlandıktan sonra konsolidasyonunda bir sitotoksik ajan kullanılmalıdır. ATRA kullanımı sonucunda "retinoik asit sendromu" adı verilen ve ateş, solunum yetersizliği, böbrek fonksiyonlarında bozulma ve bazı hastalarda kalp yetersizliği ile karakterize bir klinik tablo oluşmasına yol açar. AML M3'te ATRA'ya karşı direnç gelişirse arsenik trioksit (ATO)'da etkili olduğu söylenen ajanlardandır (3,22,27,40,42).

## **KRONİK LÖSEMİLER**

### **KRONİK LENFOSİTİK LÖSEMİ (KLL)**

Proliferasyon yeteneğini yitirmiş olgun görünümlü ufak lenfositlerin kan, kemik iliği, lenf bezleri ve dalakta birikimleri ile karakterize heterojen bir hastalık grubudur. İlk kez Galton ve Dameshek tarafından tanımlanmıştır. Erişkin yaşlarda oldukça yaygındır ve batı yarım kürede görülen en sık lösemi türüdür. Vakaların %90'nı 50 yaş ve üzerinde görülürken medyan yaşı 62 olup erkeklerde daha sıktır (49,50,51,52,53,54,55).

Hücre kökenlerine göre B ve T Hücreli olmak üzere iki gruba ayrılır. Olguların %95 B lenfositlerinden klonal çoğalma ile kendini gösterirken geri kalanı T lenfositlerin oluşturduğu tipik görünümlü KLL oluşturur ve B hücreli KLL'ye göre prognozu daha kötüdür (2,5, 49,50).

#### **Belirti ve Bulgular:**

Hastaların büyük bir bölümü semptomsuz olup rutin kan sayımları sonucu lenfositoz saptanması ile tanı konulur. Semptomatik olgularda ise lenf bezlerinde büyüme ya da organomegaliye bağlı şikayetler mevcuttur. Hastalar genellikle anemiye bağlı halsizlik, çabuk yorulma, çarpıntı, nefes darlığı vb. yakınmaların yanında iştahsızlık, kilo kaybı, ateş gibi yakınmaları da mevcuttur. Anemi ile ilişkili semptomlara enfeksiyonlarda eklenebilir. Solunum yolu enfeksiyonları sık karşılaşılr. En sık olarak lenfadenomegaliye rastlanır bunu splenomegali ve hepatomegali izler.(2,5,27,31,46,51,56).

#### **Evreleme:**

Rai ve arkadaşları tarafından geliştirilen klinik evreleme sisteminin KLL'nin gelişme seyriinin anlaşılmasına büyük yararı olmuştur; bu sisteme göre hastalığa tanı konulduğunda hastanın içinde bulunduğu klinik evre prognozu belirler (Şekil 6). Hastalığın evreleri KLL'nin "birikici" yapısını yansıtır. Evre 0'da sadece lenfositoz vardır. Evre I ve evre II tümör kütleindeki büyümeyi yansıtır (lenf düğümleri, karaciğer veya dalak), III. ve IV. evrelerde görülen anemi ve trombositopeni ise, kemik iliğinin malign lenfositler tarafından işgal edilmesi sonucu normal kan yapımının bozulduğunu gösterir. Tanı konulduğunda hastaların birçoğunun evre 0, I veya II'de bulunmaktadır (2,5,20,46,50).

Klinik Özellikler	Medyan Sağkalım(yıl)
Evre 0: Tek başına lenfositoz >15 000/μl çevre kanında >%40 kemik iliği lenfositozu	>10
Evre I: Lenfositoz ve lenf düğümlerinde büyüme	7
Evre II: Lenfositoz ve splenomegali, hepatomegali veya her ikisi	7
Evre III: Lenfositoz ve anemi: Hb< 11 gr/dl	1,5
Evre IV: Lenfositoz ve trombositopeni: trombositler<100 000/μl	1,5

Şekil 6: KLL'nin Klinik Evrelendirilmesinde Kullanılan Kriterler (RAİ) (5,20).

Diğer kullanılan evreleme sistemi ise Binnet evreleme sistemidir. Binnet sağkalım açısından 5 ayrı grup yerine 3 ayrı gruba ayırmış ve anemi ve trombositopeninin en önemli prognoz kriterleri varsayımına dayanarak daha basit bir sınıflandırma yapmıştır (Şekil 7) (5,49,51)

Kriterler	Medyan Sağkalım (yıl)
A Lenfositoz + <3 lenf bezi grubunda tutulum	>10
B Lenfositoz + 3 veya daha fazla lenf bezi grubunda tutulum	5
C Lenfositoz + anemi (Hb<10g/dl) veya trombositopeni (PLT<100.000)	2

Şekil 7: KLL'de Binnet Evreleme (5,49,51).

### **KLL Komplikasyonları:**

KLL'de en sık morbidite ve mortalite sebebi enfeksiyonlardır. Tedavi görmeyen hastalarda bakteriyel enfeksiyonlar sıktır. En sık görülen enfeksiyon pnömonidir ve sinüzit, idrar yolları enfeksiyonu, cilt ve yumuşak doku enfeksiyonları ve septisemidir. Fludarabin ve benzeri ilaçlar ile tedavi gören hastalarda fırsatçı enfeksiyonlar görülür (25,27,50).

KLL hastalarında otoimmün olaylar sıkça gözlenir ve en sık olarakta otoimmün hemolitik anemi gözlemlenir. Daha nadir olarak ta saf eritroid dizi aplazisi ve immün trombositopeni görülür (27,31,51).

KLL olguları prolenfositik lösemiye, diffüz büyük hücreli lenfositik lenfomaya (Richter sendromu), ALL ve multiple miyeloma dönüşebilir. ALL ve multiple miyeloma dönüşmesi oldukça nadirdir (25,27,50).

## **Tedavi:**

Erken evredeki hastaların önemli bir kısmında tedavi gereksiz uzun yıllar yaşayabilirler. Konvansiyel tedavi yöntemleri ile KLL'nin tedavisi mümkün olmadığı için tedavide temel amaç semptomların kontrolü ve yaşam kalitesinin yükseltilmesine yöneliktir (27,31,49,51).

Tedavi için hastalığın aktif olduğu ya da progresyon gösterdiği ortaya konulmalıdır. Tedavi endikasyonları;

- Lenfomalardaki “B” semptomlarının varlığı (gece terlemesi, kilo kaybı, ateş ve halsizlik)
- Lenf düğümleri, dalak ve karaciğerin büyümesinde artış
- Lenfosit sayısının ikiye katlanma süresinin 12 aydan kısa olması
- İleri evreler (Rai III ve IV )
- Belirgin sitopeniler
- Otoimmün anemi veya trombositopeni
- Tekrarlayan enfeksiyonlar (2,30)

Başlangıç tedavisi olarak kortikosteroidlerle ya da kortikosteroidsiz bir alkilleyici ajan kullanımınıdır. Tercih edilen alkilleyici ajan klorambusil (leukeran)'dır. Klorambusili tolere edemeyen hastalarda kullanılan diğer kemoterapötik ajan ise siklofosfamiddir. Klorambusilin etkin olmadığı olgularda ise fludarabin kullanılır. Son yıllarda yapılan çalışmalarda ilk fludarabin tedavisi alan hastaların daha önce tedavi almış hastalara göre yanıtı iki katına yakındır. Miyelosüprasyon ve immünsüpresyon etkileri vardır (27,31,49,50,53,57).

Fludarabinin kısa dönemde en önemli toksisitesi T4/T8 oranını düşürmesidir. Bu durum enfeksiyonları daha da kolaylaştırabilir. Sürekli enfeksiyon gelişen KLL olgularında hipogammaglobulinemi belirgin ise IgG (İmmünglobulin G) ayda bir 400mg/kg/gün olacak şekilde 5 gün intravenöz infüzyon şeklinde verilebilir (58).

İleri evre KLL hastalarında daha yoğun kemoterapi protokolleri gerekebilir. Bu amaçla COP (siklofosfamid 750mg/m<sup>2</sup> 1. gün intravenöz (IV), vinkristin 1.4mg/m<sup>2</sup> 1. gün IV, prednizolon 100mg oral 5 gün) ya da COP'a adriamisin ilavesi ile CHOP (adriamisin 50mg/m<sup>2</sup> 1. gün IV) kombine kemoterapi rejimleri de denenmiştir. Yapılan çalışmalar tartışmalı olmakla birlikte kombine kemoterapi tedavisinin prednizolon ve klorambusil tedavisine üstünlükleri gösterilememiştir. Kombine kemoterapilerin toksisite oranları yüksektir ve genel sağ kalım üzerine olumlu etkileri yoktur (5,27,31,49,50,57).



KLL tedavisinde bir diğeri tedavi yaklaşımı da monoklonal antikor kullanımıdır. Alemtuzumab (anti-CD52) ve rituximab (anti-CD20) sırasıyla CD52 ve CD20'ye yönelmiş antikorlardır. Tümör hücrelerini kompleman aracılıklı sitotoksiste, antikor bağımlı hücre aracılıklı sitotoksiste ve direk apoptoz indüksiyonu ile öldürme yeteneklerine sahiptir. Alemtuzumab kortikosteroid ve fludarabine yanıtız hastalarda kullanılmaktadır. Rituximab KLL'de lenfomaya göre daha düşük yanıt oluşturur. Rituximab uygulama esnasında ateş, titreme, hipotansiyon, dispne ve bronkospazm gibi ciddi yan etkileri olması sebebi ile tedaviye düşük dozlarla başlanır. Monoklonal antikorlar genel olarak enfeksiyon geliştirme, miyelosüpresyon ve alerjik reaksiyon gibi yan etkileri vardır (5,27,49,50,54,55,57).

Radyoterapi bası oluşturan tedaviye dirençli lokal lenfeadenomegali veya splenomegalide uygulanır (5,49,53,55,57).

Hematolojik malignitelerin pek çoğunda olduğu gibi küratif tedavi şansı olan tek tedavi yüksek doz kemoterapi ve kök hücre nakli olmakla birlikte KLL olgularında yeterince uygulanamamasına bağı elde de bu konuda karar verici nitelikte veri bulunmamaktadır. KLL'nin ileri yaş hastalığı olması sebebi ile hastaların çoğunun bu tedaviyi tolere edemeyecek durumda olmaları, bir kısmının da potansiyel olarak uzun yaşam beklentisinin olmasına karşılık yüksek doz kemoterapi uygulaması sonucu toksisiteye bağı yaşam süresinin kısalabileceği olasılığı ve hastaların uygun donör bulamamaları allojeneik kök hücre naklinin uygulanabilirliğini kısıtlamaktadır. Periferik kan ya da kemik iliğine lösemik hücre infiltrasyonu ve kök hücre materyalinin lösemik hücrelerle kontaminasyonu otolog kök hücre nakli sonrası nüks olasılığını yükseltmesi sebebi ile bu tedavinin uygulanmasını sınırlamaktadır (40,49,51,57).

## **KRONİK MİYELOİD LÖSEMİ (KML)**

Kronik miyeloid lösemi granülositoz ve splenomegali ile seyreden kronik, klonal bir hemapoetik kök hücre hastalığıdır. Philadelphia kromozomu (Ph) olarak bilinen ve 9. kromozomun uzun kolu ile 22. kromozomun uzun kolu arasında meydana gelen resiprokal bir translokasyon (t(9;22)) sonucu oluşur. Bu translokasyon 9. kromozomda yer alan abl (abelson leukemia virus) geni ile 22. kromozomda bulunan bcr (breakpoint cluster region) geninin bir araya gelerek bir füzyon geni oluşturmasına sebep olur. Bcr/Abl adı verilen bu füzyon geni p210 adlı füzyon proteinini kodlar. Tirozin kinaz aktivitesi yüksek p210 füzyon proteini kontrolsüz bir protein olup hücre içi uyarı ileti yollarını etkileyerek hücrede normal düzenleyici mekanizmalara bağımlı olmayan proliferasyon ve diferansiyasyon gelişmesine

neden olur ve programlanmış hücre ölümünü (apoptoz) baskılayarak KML'nin gelişmesine neden olur (5,27,57,59,60,61,62,63).

KML tüm lösemilerin %20'sini oluşturur ve erkeklerde kadınlara göre görülme oranı hafif daha fazladır. Her yaşta görülmekle birlikte genellikle ileri yaş hastalığıdır (27,57,64).

### **Belirti ve Bulgular:**

Hastalığın doğal seyri kronik, akselere (hızlanmış) ve blastik evrelerden geçer. Blastik evre bir akut lösemi tablosudur. Olguların çoğu kronik evrede tanınır. Olguların yaklaşık yarısında KML tanısı rutin incelemeler sırasında tesadüfen saptanır. Semptomatik hastalar subfebril ateş, terleme, halsizlik, kilo kaybı, yorgunluk gibi anemi veya artmış metabolik durum belirtileri veya splenomegaliye bağlı bası şikayetleri vardır. Hafif hepatomegali sıkça görülür. Lenfadenomegali beklenmez. Seyrek olarak gut nöbetleri ve ürik asit taşları görülebilir (2,27,31,57,61,65).

Hastalarda lökositoz, trombositoz ve hafif anemi gözlenir. Kanda artan hücreler miyeloid diziye aittir. Nötrofilik bir sola kayma mevcuttur. Çevresel kanda nötrofillerin tüm olgulaşma aşamalarını görmek mümkündür. Kemik iliği hücreden zengindir ve myeloid dizi aktivitesi artmıştır. Nötrofillerde lökosit alkali fosfataz (LAP) azalmıştır veya sıfır bulunur. KML tanısında anlam taşıyan LAP skoru hastalık süreci esnasındaki enfeksiyon gelişmesinde, remisyonda, akselere ve blastik evrede artış gösterir. Serum LDH (laktatdehidrogenaz), ürik asit ve B12 vitamin düzeyleri normalin üzerindedir (2,27,47,59,64).

### **Tanı:**

Periferik kan yaymasında KML hastalarının myeloid sola kayma mevcuttur. LAP genelde düşük ya da sıfırdır. Kemik iliği bulguları, sitogenetik incelemeler (konvansiyonel veya FISH) ile Ph kromozomu ve Bcr/Abl varlığının saptanması ile KML tanısı konur (27,57,61,65).

### **Hastalığın Seyri:**

KML'li hastalar tedavi edilmezse veya tedavi altında iken ilerleyebilir. Kronik faz, akselere faz ve blastik kriz olmak üzere üç evreden oluşur. Bazı olgularda akselere faz görülmeden direk blastik faza geçiş olabilmektedir. Kronik fazda ortalama 3-4 yıl sürer. Birkaç aydan 15 yıla kadar süreler de bildirilmiştir. Bu evrede hastalık selim bir tümör gibi davranır ve myelosüpresif tedaviye yanıt verir. Akselere fazda hastalarda kan ve kemik iliğindeki blast sayısında, çevresel kan bazofil oranında ve kemik iliğindeki fibrozda aşamalı bir artış gözlenir. Nedeni belli olmayan sistemik yakınmalar başlar ve lökosit sayısını kontrol

altına alabilmek için artan dozlarda ilaç kullanımını gerekir. Sitogenetik incelemede yeni kromozom anomalileri tespit edilebilir. Hızlanmış faz genellikle kısa sürer ve hasta bir iki ay içerisinde blastik evreye geçer ya da hızlanmış fazda kaybedilir. Blastik kriz kemik iliğinde >%30 blastik hücre bulunması şeklinde tanımlanır. Çoğu olguda blastlar myeloid kökenli olup yaklaşık %25-30'unda lenfoid kökenlidir. Myeloid kökenli blastik kriz gelişmesi sonrası sağ kalım 3 ay veya daha kısadır. Lenfoid karakterde dönüşüm gösteren vakalar ALL tedavisine yanıt verseler de sağ kalım 4-6 ay ya da daha kısadır (25,27,31,57,59,64).

### **Tedavi:**

Günümüzde KML için tek küratif tedavi seçeneği allojenik kök hücre naklidir. Uygulanan tedavilerle hastaya mümkün olduğunca uzun ve rahat bir yaşam süresi sağlanmaya çalışılır. Bu amaçla hastalara semptomatik ve spesifik tedaviler uygulanır. Semptomatik tedaviler ile hastalığın kronik evresinde seyrek görülen çok yüksek lökosit sayılarının varlığında lökoferez uygulanması, tedavi ile şiddeti artan ve tanı aşamasında da var olabilen hiperüriseminin oluşturabileceği gut ve böbrek yetersizliği gibi komplikasyonların kontrolü için allopurinol kullanılması, idrar miktarının artırılması için hidrasyonun sağlanması ve gerekli durumlarda alkalizasyonun sağlanması uygulamaları içerir. Özellikle akselere ve blast evrede gereksinim duyulan transfüzyonlar (eritrosit/trombosit) gerçekleştirilir. Var olan enfeksiyonlarda ise gecikmeksizin uygun antibiyoterapinin başlatılması gerekmektedir (25,27,31,59,61)

Hastalığın kronik evresinde uygulanan spesifik tedavi yüksek lökosit sayısının, varsa splenomegali semptomlarının ve metabolik komplikasyonların kontrolü amacı ile uygulanır. Bu amaçla sitotoksik kemoterapötik ajanlar uygulanır. Bu amaçla uygulanan ajanlar ise; busulfan, hidroksiüre (Hydrea), imatinib (Glivec (tirozin kinaz inhibitörü)), interferon alfa (IFN $\alpha$ )'dır. İyileşmenin sağlanması için hastalığın etyolojisinde rol oynayan bcr/abl füzyon genini içeren hücrelerin tümünün yok edilme ile sağlanabilir. Bu amacın gerçekleşmesi için daha çok kök hücre nakline güvenilmektedir (27,31,59,64).

Sağ kalım süresi üzerinde anlamlı bir uzama meydana getirmese de çabuk etki etmesi, yan etkilerinin fazla olmaması ve kemik iliği nakli toksisitesi olamaması sebebi ile günümüzde birçok merkez KML'nin kronik evresinde lökosit sayısını normal sınırlarda tutmak için hidroksiüre kullanmaktadır. Başlangıç dozu 2-3 g/gün olan hidroksiürenin sık yapılan kan sayımı kontrolleri ile modifiye edilerek tedaviye devam edilir (27,31,59,61).

Hidroksiüre kullanılmadan önce bu ilacın yerine busulfan kullanılmaktaydı. Busulfanın kemik iliği hipoplazisi geliştirme riskinin varlığı, busulfan kullanılan hastaların kök hücre nakli

sonuçlarının daha kötü olması ve hidroksiüreye göre profilinin daha kötü olması sebebi ile günümüzde tercih edilmemektedir (27,31,59,64).

Günümüzde yeni tanı konmuş tüm hastalarda INF $\alpha$  standart tedavidir. Etki mekanizması tam olarak bilinmemektedir. Tedavide hematolojik yanıt 6-8 aya kadar uzayabilirken sitogenetik yanıt (Ph(+)) hücre sayısının azalması elde etmesi çok daha uzun sürebilir. Çok az sayıdaki hastada tam sitogenetik yanıt (sitogenetik yöntemlerle Ph kromozomunun saptanamaz duruma gelmesi) elde edilebilmektedir (22,27,31,59).

INF $\alpha$ 'nın yan etkileri nezleye benzer bir tablo oluşturması, ateş, artralji, miyalji, impotans, kilo kaybı, baş ağrısı şeklinde ortaya çıkar, hemoliz, trombositopeni, lupus ve hipotriodizm gibi otoimmün olaylara yol açabilir, daha çok yaşlı vakalarda olmak üzere hafıza kaybı ve depresyon gelişebilir (22,27,31,59,63).

İmatinib mesilat bcr/abl tirozin kinazının inhibe edilmesi esasına dayalı olarak son yıllarda kullanılan bir ilaçtır. Özellikle kronik evredeki hastalarda kullanılmaktadır. Akselere ve blastik evrede kullanıldığında kronik evreden daha düşük bir yanıt olasılığı vardır. INF $\alpha$  + ARA-C tedavisine göre daha etkili olduğu kanıtlanmıştır. Günlük dozu 400 mg oral dozu olup günün en büyük öğünü ile birlikte bol su ile alınmalıdır. Kemik iliğinin baskılanmasının yanında, miyalji, ödem (sıklıkla periorbital), perikardiyal veya plevral efüzyonlar, asit, bulantı, kusma, diyare, kas krampları, deri döküntüleri, kemik ve eklem ağrılarına neden olabilir. Bu yan etkileri diüretik, antiemetik, antihistaminikler, kalsiyum ve magnezyumun tedaviye eklenerek semptomatik önlemlere gidilir. Çok az olguda hepatotoksisite gelişebilir. Bazı olgularda da ilaç direnci oluşabilir (59,61,63,65,66).

İmatinib direnci gelişen KML olgularında bir tirozin kinaz inhibitörü olan dasatinib kullanılmaktadır. Oral yoldan alınan ilacın günlük kullanım dozu 70mg'dır. Nötropeni, trombositopeni ve anemi gibi hematolojik toksisiteler haricinde kreatin değerinde yükselme, diyare, parestezi, baş ağrısı, bulantı, çevresel ödem, plevral efüzyon, gastrointestinal kanamalar gibi yan etkileri mevcuttur (67).

Bugün için bilinen tek küratif tedavi allojenik kök hücre naklidir. Genç ve HLA (Human Leukocyte Antigen (insan lökosit antijeni)) uygun akraba vericisi olan olgularda tanıdan sonraki ilk bir yıl içerisinde yapılan nakillerle hastalara 5 yıl ve daha fazla hastalıksız yaşam şansı %70 civarındadır. Hasta için nakil olasılığı varsa bunun erken dönemde yapılması en doğru seçenektir. Allojenik kök hücre nakli öncesi uygulanan yüksek doz kemoterapi sonucunda lösemik hücrelerin yanında kemik iliği hücrelerinin de yok edilir ve HLA uyumlu uygun donörün kemik iliğinden ya da çevresel kanından elde edile kök hücreler hastaya verilerek nakil işlemi tamamlanır. Akraba dışı allojenik nakil, imatinib dirençli ve akraba içi

uygun donörü olmayan olgularda bir diğer nakil seçeneğidir. Nakil tanıdan ilk yıldan daha sonraki dönemde veya ileri evrede yapılması, donör ve hasta arasındaki HLA uyumsuzluğu, akraba dışı donör kullanımı, donör ve hasta arasındaki cinsiyet farkı, ileri yaş hasta gibi faktörler naklin başarısını azaltan faktörlerdir. Allojenik kök hücre nakli greft-versus host hastalığı, venooklüsif hastalık, enfeksiyonlar gibi komplikasyonları sebebi ile mortalite ve morbiditesi yüksek bir tedavi seçeneğidir. İleri yaş nakillerin mortalitesi yüksek olması sebebi ile daha az yoğunlaştırılmış hazırlık rejimleri ile yapılan nakiller uygulanabilmektedir. Otolog kök hücre nakli daha az mortalite ve morbidite olasılığı olmasına rağmen nüks ihtimalinin yüksek olması sebebi ile sık tercih edilen bir yöntem değildir. Otolog ya da akraba dışı yapılan nakillerin sonucu allojeneik nakillere göre daha kötüdür (22,27,31,59,63,64,65).

## **LÖSEMİ HASTALARINDA HEMŞİRELİK BAKIMI**

Klinik olarak lösemilerin farklı tipleri olmasının rağmen, hepsinde enfeksiyon riski, kanama riski ve yorgunluk gibi ortak sorunlar ile karşılaşılmaktadır (2). Bu sorunlar hastalığın seyriden kaynaklandığı gibi uygulanan tedavilerin komplikasyonu olarak ortaya çıkmaktadır. Aşağıda olası hemşirelik tanıları ve girişimleri verilmiştir.

- Enfeksiyon riski: nütropeni ve lökopeni ile ilgili
- Kanama riski: trombositopeni ile ilgili
- Doku bütünlüğünde bozulma riski (mukoz membran değişikliği): kemoterapi ya da antimikrobiyal ilaçların uzun süre kullanılması sonucu gastrointestinal sistemin etkilenmesi ile ilgili
- Ağrı: sistemik dokulara lökosit infiltrasyonu ile ilgili
- Beslenmede değişiklik, beden gereksiniminden az beslenme: hipermetabolik durum, anoreksi, mukozit, ağrı bulantı ile ilgili
- Aktivite intoleransı: anemi ve enfeksiyon ile ilgili
- Yorgunluk: anemi, enfeksiyonlar, tedaviler ile ilgili
- Diyare: gastrointestinal sistem flora ve mukoza aşınması veya açılması ile ilgili
- Beden bilincinde bozulma: görünümünde, fonksiyonlarında ve rol değişikliği ile ilgili
- Anksiyete: bilgi eksikliği ve geleceğinden emin olmama ile ilgili
- Bilgi eksikliği: hastalık süreci, tedavi, komplikasyon olduğunda ne yapılacağı ve bireysel bakım ile ilgili

- Sıvı volüm eksikliği riski: kanama potansiyeli ve böbrek fonksiyon bozukluğu ile ilgili (2)

### **Enfeksiyon riski:**

Hematolojik maligniteli hastalarda enfeksiyon gelişme riskinde rol oynayan en önemli faktör nötropenidir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Ulusal Kanser Enstitüsü nötropeniyi mutlak nötrofil sayısının (MNS)  $2000/\text{mm}^3$  ( $2 \times 10^9/\text{L}$ )'ün altında olması şeklinde tanımlar (67). MNS kanda bulunan nötrofillerin toplam sayısıdır. Total lökosit sayısı ile nötrofil (çomak ve band) yüzdesinin çarpımı ile hesaplanır. Nötropeni antineoplastik tedavi sonucu ortaya çıkan en önemli komplikasyondur. Kemoterapiyi takiben lökositlerin ulaştığı en düşük nokta “nadir” olarak bilinir. Uygulanan kemoterapi dozu ve kullanılan ilaca bağlı olarak farklı zamanlarda ortaya çıksa da en sık olarak uygulamayı takiben 7-10 gün içerisinde meydana gelir (48,70,71).

Nötropenik hastada enfeksiyon gelişme riskini belirgin olarak arttıran faktörler;

- Derin nötropeni (nötrofil düzeyi  $<100 \text{ mm}^3$ ),
- Nötrofil düzeyinin hızlı düşüşü,
- Nötropeni süresinin 10 günden daha uzun sürmesidir (71).

Febril nötropenik hastaların izleminde tüm hastalar gelişebilecek komplikasyonlar açısından aynı risk altında değildir. Son yıllarda, hastane izlemi gereksinimi ve seçilecek antibiyotiklerin cins ve verilmiş yolu açısından farklı yaklaşımlara olanak sağlayacak şekilde bu hastaları düşük ve yüksek risk gruplarına ayırma eğilimleri güçlenmiştir. Henüz istenilen duyarlılığa ulaşmamasına ve geliştirilme gereksinimi olmasına rağmen sıklıkla “The Multinational Association for Supportive Care in Cancer (MASCC) “ kullanılmaktadır. Düşük-yüksek riskli febril nötropenik hastanın tanımlanmasında MASCC skoru hasta febril atak geliştiğinde Şekil 8'deki kriterlere göre hesaplanmaktadır. Maksimum skor 26'dır. 21 ve üzerinde puan alan olgular düşük riskli ve komplikasyonlar açısından düşük riskli belirlemektedir (71,72).

<b>Özellikler</b>	<b>Skor</b>
Febril nötropeniye bağlı semptomların yaygınlığı*	
Asemptomatik	5
Hafif semptom	5
Orta derecede semptom	3
Ağır derecede semptom veya ölümcül	0
Hipotansiyon olmaması	5
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) olmaması	4
Solid tümörlü olması veya hematolojik hastalığı olup önceden fungal enfeksiyon geçirmemiş olması	4
İntravenöz sıvı gereksinimi olan dehidratasyon olmaması	3
Ateş başlangıcında hastane dışında olması	3
Yaş < 60**	2
* Sadece birini seçiniz	
** 16 yaş ve altı için geçerli değildir.	

Şekil 8: MASCC kriterleri (Ateşle başvuru sırasında düşük riskli nötropenik ateş skorlama sistemi) (71)

Var olan gelişmelere rağmen nötropenik hastalarda gelişen enfeksiyonlar hala en sık ölüm sebebidir. Akut lösemi hastaların ölümlerinin yaklaşık %70'nden enfeksiyonlar sorumludur. Nötropenik hastalarda inflamasyon cevap yetersizliği sebebi ile enfeksiyon tablosu geliştiğinde belirtiler silik seyreder. Tüm nötropenik hastalarda ateşin kaynağı enfeksiyonlar olmamakla birlikte; bu hasta grubunda ateş enfeksiyonların en önemli bazen de tek bulgusudur. Ateşi olan nötropenik hastaların %60'ında daha sonra klinik ve mikrobiyolojik olarak kanıtlanan enfeksiyonlar ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle aksi kanıtlanana kadar nötropenik hastalarda ateş enfeksiyon bulgusu olarak kabul edilmelidir (48,72).

Febril nötropenik hastalarda ateşin nedeni olarak enfeksiyon ve enfeksiyon dışı nedenleri güvenilir biçimde birbirinden ayırt etmek mümkün değildir. Bu nedenle uygun ampirik tedavinin başlanması ve klinik izlem sonucu uygun modifikasyonların yapılması gereklidir. Uygun antibiyotikler ve gerekli olduğu durumlarda uygun antifungallerin tedaviye eklenmesi gerekebilir. Kemik iliği nakli tedavisi haricinde profilaktik antiviral ilaç kullanımı diğer nötropenik hastalarda sistemik CMV görülme sıklık olmaması sebebi ile tercih edilmez (48,68,71).

**Hemşirelik tanısı:** Enfeksiyon riski

**Amaç:** Enfeksiyonu önlemek, enfeksiyonun belirtilerini erken belirlemek ve tedavisini sağlamak.

- Hastanın yaşam bulgularını ve ateşini belirlenen sıklıkta takip etmek ve oral yoldan alınan ateşin 38 dereceden yüksek olması durumunda doktora bildirmek.
- Ateş yükselmesi ile birlikte ortaya çıkan titreme, takipne, taşikardi, huzursuzluk, oksijen saturasyonunda değişiklik ve hipotansiyon bulgularına karşı dikkatli olmak ve görüldüğü takdirde hekime bildirmek
- Boğaz ağrısı, öksürük, idrarda yanma, pürülan drenaj, vajinal veya rektal kaşıntı ve yanma bulgularına karşı dikkatli olmak ve görüldüğü takdirde hekime bildirmek
- Hastanın ağız, boğaz, aksilla, perine ve rektum bölgelerini sık değerlendirmek
- Düzenli olarak hastadan kan, boğaz, idrar ve/veya yara kültürü almak
- Enjeksiyon, IV katater, kateterizasyon, rektal ve vajinal uygulamalardan mümkün olduğunca kaçınmak
- Eğer gerekli ise tüm invaziv prosedürlerde aseptik tekniklere tam olarak uymak
- IV setleri her gün değiştirmek ve katater pansumanlarını belirlenen sıklıkta yapmak
- Kateter bölgelerini kızarıklık, hassasiyet, ağrı ve kaşınma bulguları yönünden dikkatle izlemek
- Hastanın nötrofil sayısını takip etmek ve  $500/\text{mm}^3$  altında ise hastayı laminar hava akımı olan özel odada izolasyon altına almak
- Uzun süren ve derin nötropenideki hastalar HEPA (High-Efficiency Particulate Air) filtreli bölümlere almak
- Odaya giriş ve çıkışları kısıtlamak ve ziyaretçileri önlemek
- Hastanın yanın girerken maske, gömlek, başlık ve galoş giymek
- Hastanın tansiyon aleti, derece gibi tıbbi malzemelerini ayırmak
- Kullanılan tüm araç ve gereçlerin temizliğini sağlamak
- Hastayla temas edecek tüm herkesi doğru el yıkama tekniği konusunda bilgilendirmek
- Enfeksiyon riskine karşı alınan izolasyon önlemlerinin gerekçelerini ve enfeksiyon için risk faktörlerini hasta ve aileye açıklamak
- Hastanın ateşinin yükselmesi durumunda tetkik için kan, idrar ve gerekli olduğu hallerde gaita ve balgam kültürü almak



- Ateşi düşürmek için soğuk uygulama yapmak, buz paketleri uygulamak ve istemde belirtildiği şekilde antipiretik ilaçları uygulamak ve etkilerini izlemek
- Antipiretik olarak uygun dozda parasetamol uygulamak aspirin ve türevlerini kanamaya eğilimi arttırması sebebi ile kullanmamak
- Gerekğinde hekim istemine uygun antibiyoterapi başlamak
- Hastanın çiğ sebze ve meyve yemesini engellemek
- Hastalar iyi pişmemiş veya az pişmiş etlerden, deniz ürünlerinden ve yumurtadan kaçınmalarını sağlamak
- Hastalar aspergillus enfeksiyon riski nedeni ile canlı veya kuru çiçek/bitkilerden uzak tutmak
- Hastanın odasında tüylü ya da pelüş yastık veya oyuncakların bulunması engellemek
- Hastanın uygun temizlik malzemesi kullanımı sağlanarak her gün banyo yapmasını sağlamak ve bu esnada hastaya yardımcı olmak
- Hastanın cilt bütünlüğünü her gün kızarıklık ve lezyonlar açısından değerlendirmek
- Hastanın tersi bir klinik durum söz konusu değil ise bol sıvı alımını sağlamak
- Hastanın idrar ve gaita çıkışını nitelik ve nicelik yönünden değerlendirmek
- Raller, ronküs ve azalmış akciğer sesleri yönünden akciğer alanlarının dinlemek
- Öksürük ve balgam karakteri yönünden hastayı değerlendirmek
- Her yemekten sonra ağız bakımı vermek ve hastayı ağız bakımı için teşvik etmek (73,74,75)

### **Hemşirelik tanısı:** Kanamaya Eğilim

**Amaç:** Kanama belirti ve bulgularını erken belirlemek, travmaya bağlı kanamayı önlemek

- Hastanın yaşam bulgularını belirlenen sıklıkta takip etmek
- Vücut sistemlerini kanama yönünden sık takip etmek;
  - Deri ve mukoz memelerinde peteşi, ekimoz, purpura
  - Hematemez, hemoptizi ve konjoktivalarda kanama
  - İdrar, dışkı ve kusma içeriğinde görünür veya gizli kanama
  - Vajinal kanama
  - İnvaziv girişimlerin yapıldığı bölgelerde uzun süren kanama

- Baş ağrısı, görmede değişiklik, konfüzyon, bilinç seviyesinde bozulma, nöbet gibi nörolojik değişiklikler
- Epigastrik ağrı, barsak seslerinde azalma, abdomende sertlik gibi abdominal bulgular
- Hastanın trombosit, hemoglobin ve hemotokrit değerlerini günlük takip etmek ve trombosit sayısı  $50.000/\text{mm}^3$ 'ün ve hemoglobin değeri  $10\text{g/dl}$ 'nin altında olması durumunda doktora haber vermek
- Gerekirse istemde belirtildiği şekilde eritrosit süspansiyonu ve trombosit süspansiyonu ve ya tromboferez uygulamak ve etkilerini izlemek
- Intramüsküler (IM) ve subkütan (SC) uygulamalardan mümkün olduğunca kaçınmak
  - Uygulama gerekli ise ince iğne uçları kullanmak
  - Enjeksiyon uygulanan bölgeye 3-5 dk ve intraarteriyel uygulama bölgesine 15-20 dk bası uygulamak
  - İnvaziv uygulamam yapılan bölgeleri kanama yönünden sık takip etmek
- Rektal yoldan derece uygulaması, vajinal veya rektal suppozituar ve üriner kateterizasyon uygulamalarından mümkün olduğunca kaçınmak
- Trombosit sayısı  $50.000/\text{mm}^3$ 'ün altında olduğu durumlarda lumbal ponksiyon (LP) veya biyopsi gibi tanısal işlemlerin uygulanmasını önlemek (işlem gerekli ise uygun transfüzyon sağlanarak trombositlerin  $50.000/\text{mm}^3$ 'ün üzerine ulaşması sağlanarak işlemin yapılmasını sağlamak ve sonrasında sıkı kanama takibi yapmak)
- Hastanın yatak kenarlıklarını yükseltmek, tehlikeli ve keskin objeleri ortamdan uzaklaştırmak
- Hastaya yataktan kalkma, yürüme, tuvalete gitme, banyo gibi günlük yaşam aktiviteleri (GYA) sırasında yardımcı olmak
- Ağız bakımı için yumuşak diş fırça kullanımı önermek ve trombositopenin derinleştiği evrelerde isteme uygun gargara kullanımı ile ağız hijyeninin sağlamak
- Kan koagülasyonunu etkileyen aspirin gibi ilaçların hekim istemi olmadıkça kullanımını engellemek
- Konstipasyon oluşumunu engellemek için fibrinli yiyecekler almasını önermek gerekli durumlarda doktor istemine uygun laksatiflerin kullanımını sağlamak

- Travma sonucu kanama meydana geldiğinde bölgeye basınç uygulamak ve yükseltilmesini sağlamak
  - Hasta ve ailesine, trombositopenin etkileri ve bu dönemde alınması gereken önlemleri açıklamak
- Özellikle trombosit sayısının  $50.000/\text{mm}^3$ 'ün altında olduğu durumlarda hasta ve ailesinin dikkat edeceği hususlar;
- Yumuşak diş fırçası kullanımı
  - Kürdan ve diş ipi kullanılmaması
  - Kanama yönünden ağız ve diş etinin gözlenmesi
  - Rektal suppozituar, enema, vajinal duş ve tampon kullanılmaması
  - Aspirin, non-steroid antiinflamatuvar (NSAI) ve antikoagülan ilaçlar kullanılmaması
  - Defekasyon esnasında ıkmama, burnunu hızlı ve sert şekilde temizleme ve güçlü öksürmeden kaçınması
  - Tıraş olurken jilet yerine elektrikli tıraş makinesi kullanması
  - Menstrüasyon periyodunu ve kanama miktarını takip etmesi ve doktor istemine uygun hormonal destek sağlanarak gerekli durumlarda vajinal kanmanın engellenmesi
  - Bıçak, makas gibi kesici ve delici araçların kullanımında dikkatli olması
  - Ağır egzersiz, düşme çarpma gibi durumlardan kendini koruması (73,74)

**Hemşirelik tanısı:** Doku bütünlüğünde bozulma riski (mukoz membran değişikliği)

**Amaç:** Beslenme ve emosyonel rahatsızlık ve gerekli verbal iletişim için gerekli olan fonksiyonel ve rahat bir oral kavite sağlamak, mukoz mebrandaki var olan ülserasyonları iyileşmesi ve ağrısız yemek yiyebilmesini sağlamak

- Hastanın ağız mukozasını (yanak içleri, diş etleri, dil ve dilaltı, orofarenks, dudaklar) her gün lezyon yönünden değerlendirmek, ağrı veya yanma olup olmadığını değerlendirmek
- Hastaya yemeklerden önce ve sonra ağız bakımı vermek
  - Lezyon yok ise 4 saatte bir yumuşak diş fırçası veya gazlı bezle dişlerinin fırçalanmasını sağlamak ve tanflex ve mukostatin ile gargara yapılmasını sağlamak

- Lezyon var ise 2 saatte bir hidrojen peroksit, serum fizyolojik ve bikarbonat ile ağız bakımı vermek
- Lezyonlardan kültür almak ve antibiyogramın yapılmasını sağlamak
- Hastanın dudaklarını nemlendirici ile korumak
- Travmaya neden olmayacak yumuşak ve likit yiyecekler alınmasını sağlamak
- Hastaların sık ve az beslenmesi sağlamak
- Asitli içecekler, baharatlı çok soğuk veya çok sıcak ve kabuklu yiyeceklerden kaçınmak
- Yutma ağırlı ise lokal anestetikler ile yemeklerden önce ağzın çalkalanmasını sağlamak
- Eğer ağızda kanama varsa bunu önlemek için hastaya ağzına küçük buz parçaları almasını söylemek
- İstemde belirtildiği şekilde topikal analjezik, anestezi, antibiyotik ve antifungal ilaçların uygulanmasını sağlamak ve etkilerini değerlendirmek
- Hastanın bol sıvı almasını sağlamak
- Hastaya ağızındaki lezyon ve problemin remisyona girince geçeceğini açıklamak (73,74,75)

### **Hemşirelik tanısı: Ağrı**

**Amaç:** Hastanın rahatlığını sağlamak ve ağrısının azaldığını veya yok olduğunu ifade etmesini sağlamak

- Hastanın ağrısının özelliklerini (yerini, tipini, şiddetini, sıklığını, süresini) sözel olarak tanımlamasını sağlamak, ağrı ile birlikte görülen fiziksel bulguları değerlendirmek ve ağrıyı arttıran faktörleri belirlemek
- Hastanın ağrılı olan bölgelerine hafif masaj yapmak, gevşeme egzersizlerini yaptırmak ve uygulaması için teşvik etmek
- Lokal uygulama yapmak (soğuk veya sıcak)
- Hastanın rahat edeceği pozisyon vermek ve ekstremitelerini ve eklemlerini yastıkla desteklemek
- Hastanın dikkatini başka yöne yoğunlaştırmasını sağlamak (kitap, televizyon, gazete, müzik dinleme ve hayal kurma gibi)
- Doktor istemine uygun analjezik kullanmak (73,74,75)

Analjezik kullanımı DSÖ'nün kanser hastalarına önerdiği basamak uygulaması ile planlanmalıdır.

1. Basamak: Hafif-orta ağrılar için narkotik olmayan analjezikler ± adjuvan tedavi
2. Basamak: Orta şiddetli ağrılar için zayıf narkotikler + nonopioid (narkotik olmayan analjezik) ± adjuvan tedavi
3. Basamak: Şiddetli ağrılar için güçlü narkotikler + nonopioid ilaçlar ± adjuvan tedavi

Adjuvan tedavi: antikonvülsanlar ve antidepresanlar gibi farklı endikasyonları da bulunan ilaç grupları ile yapılan ağrı tedavisidir (2).

**Hemşirelik tanısı:** Beslenmede değişiklik, beden gereksiniminden az beslenme

**Amaç:** Yetersiz beslenmeyi gösteren belirti ve bulguları erken saptamak ve yeterli ve dengeli beslenmeyi sağlamak

- Her gün hastayı aynı saatte, aynı kıyafetler ile ve aynı tartı kullanarak tartmak ve kilo kaybı olup olmadığını takip etmek
- Beslenme yetersizliğini gösteren kilo kaybı, iştahsızlık gibi belirti ve bulguları takip etmek
- Yüksek kalori, protein ve vitamin yönünden zengin beslenmenin önemini hasta ve ailesine açıklamak ve besin alımı yönünde teşvik etmek
- Yetersiz sıvı besin alımına neden olan faktörleri azaltmak ya da ortadan kaldırmak;
  - Yemeklerden önce ve sonra hastaya ağız bakımı vermek ve oral hijyeni sürdürmek
  - Hastanın sıvı alımını arttırmak
  - Oturur pozisyonda yemek yemesini sağlamak ve bu konuda yardımcı olmak
  - Hastanın odasını temiz tutmak ve kötü kokuları uzaklaştırmak
  - İstemde belirtildiği şekilde yemeklerden yarım saat önce antiemetik ve/veya analjezik ilaçları uygulamak ve etkilerini izlemek
  - Yemeklerden önce dinlenmesini sağlamak
  - Çok tatlı ve yağ oranı yüksek yiyecekleri diyetten çıkarmak
  - Hastanın sık ve az yemek yemesini sağlamak
  - Hastanın yiyecek seçimine katılması sağlanarak hoşlandığı yiyecekleri tüketmesini sağlamak

- Hastanın yiyeceklerinin iştah açıcı şekilde hazırlanıp sunulmasını sağlamak
- Gerekirse istemde belirtildiği şekilde Ensure mama gibi ek besin desteği sağlamak
- Ağrılı ve hoş olmayan işlemleri yemeklerden önce yapmamak
- Ağızda lezyon varsa istemde belirtildiği şekilde lokal veya IV analjezik uygulamak ve etkilerini izlemek
- Hasta oral yoldan besinleri tüketemediği durumlarda istemde belirtildiği şekilde total parenteral beslenmeye başlamak
- Hastanın barsak eliminasyonu değerlendirilerek gerekli durumlarda istemde önerildiği şekilde dışkı yumuşatıcılar kullanmak ve bol sıvı alımını sağlamak (73,74,75)

**Hemşirelik tanısı:** Aktivite intoleransı

**Amaç:** Uygun aktivite düzeyini sağlamak, dokuların yeterli oksijenizasyonunu sağlamak, hastanın yorgunluk ve halsizlik hissetmeden GYA yerine getirmek.

- Hasta için dinlenme periyotları oluşturmak; aktivite ve dinlenme arasındaki dengeyi sağlamak, fiziksel aktivite ve dinleme içinde vakit ayırmak (gerekli koruyucu önlemler alarak hastayı odasından çıkararak kısa süreli yürüyüşler yapmasını sağlamak)
- Hastanın GYA'ne destek olmak ve aktivite toleransına göre aktivitelerini planlamak
- Sessiz ve sakin bir ortam oluşturarak hastanın dinlenmesi ve kaliteli uyku uyumasını sağlamak
- Hastanın en az 8 saat gece uykusu uyumasını sağlamak gerekirse doktor istemine uygun sedatif ilaçlar uygulamak
- Yaşam bulgularında değişiklik oksijen yetersizliğine bağlı oluşabileceğinden takip etmek
- Yorgunluk, baş dönmesi, titreme veya takipne, ortostatik hipotansiyon ve dispne belirtilerini izlemek
- Hastanın hemoglobin ve hematokrit değerleri takip edilerek gerekirse doktor istemine uygun tam kan veya eritrosit süspanasyonu transfüzyonu gerçekleştirmek ve etkilerini izlemek (73,74,75)

### **Hemşirelik tanısı:** Yorgunluk

**Amaç:** Hastanın yaşamına ilişkin yorgunluk belirtilerini ifade etmesini sağlamak, yorgunluk nedenlerini ve GYA için önceliklerini belirlemesini sağlamak ve yorgunluk sorununun azaldığını hasta tarafından ifade edilmesini sağlamak

- Anemi, enfeksiyon, kanama, tedaviler ve ağrı gibi yorgunluğa nedenlerini belirlemek
- Hastanın ve ailesinin yorgunluk nedeni ile ilgili düşüncelerini belirlemek
- Hastanın yorgunluğun etkileri ile ilgili duygularını sözel olarak ifade etmesini sağlamak
- Aşırı fiziksel ve emosyonel yorgunluğun belirtilerini izlemek
- Gün içerisinde yorgunluk düzeyini bir ölçek kullanarak düzenli olarak izlemek (örneğin: VAS (Visual Analog Scala))
- Enerji düzeyine uygun olarak aktivitelerinde önceliklerin belirlenmesinde hastaya yardımcı olmak
- Güçlü yönlerini, yeteneklerini, ilgilerini tanımasına yardımcı olmak
- Aktivite planlaması yapmak;
  - Hastanın kendisinin yapabileceği ve zorlandığı bu nedenle başkasına bırakabileceği aktiviteleri belirlemek
  - Önemli aktiviteleri enerjisinin en yoğun olduğu zaman dilimlerinde yapmasını sağlamak
  - Aktiviteden önce dinlenmesi ve sırasında yorulmadan bırakmasını sağlamak
- Yatak istirahati ve aktivite kısıtlaması gibi enerjiyi koruma yöntemleri konusunda yardımcı olmak
- Odasında sık kullandığı objeleri kolay ulaşabileceği şekilde yerleştirmesini sağlamak
- Az ve sık beslenmesini sağlamak
- Hiperterminin neden olduğu halsizlik ve güçsüzlüğü gidermek için kontrol altında tutmak
- Gerektiğinde isteme uygun olarak oksijen tedavisi uygulamak ve eritrosit süspansiyonu vermek
- Varsa kanamayı kontrol etmek

- Hastaya stresin enerji düzeyine etkileri ve etkili baş etme teknikleri konusunda bilgi vermek
- Hastaya ve ailesine yorgunluk belirtileri oluşması halinde sağlık personeline bildirmesi konusunda bilgilendirmek (74,76)

#### **Hemşirelik tanısı:** Diyare

**Amaç:** Hastanın diyare tarzındaki dışkılamasının azalması ve sıvı-elektrolit dengesinin sürdürülmesini sağlamak

- Hastanın dışkılama sayısını ve niteliğini kontrol etmek
- Aldığı çıkardığı takibi yapmak ve sıvı alımını arttırmaya teşvik etmek
- Oral sıvı alımı yetersizliğinde parenteral yoldan doktor istemine uygun sıvı replasmanın sağlamak
- Dışkı kültüründe üreme olmaması durumunda doktor istemine uygun antidiyaretik ilaç uygulamak ve etkilerini gözlemek
- Diyare oluşturan yiyeceklerde kısıtlamaya gitmek
- Hastanın gereksinimine uygun dengeli bir diyet hazırlanması sağlamak
- Deri bütünlüğünün devamlılığını sağlamak (74,75)

#### **Hemşirelik tanısı:** Beden bilincinde bozulma

**Amaç:** Hastanın kendisini gerçekçi bir şekilde değerlendirmesini sağlamak, hasta mevcut durumundaki değişiklikleri anlamasını ve kabul etmesini sağlamak, sağlıklı bir uyum ve baş etme becerilerini gösterebilmesini sağlamak

- Hastanın duygularını ifade etmesine olanak sağlamak
- Sağlık problemi, tedavi, prognoz, ilerlemeler konusunda soru sorması için cesaretlendirmek
- Doğru ve güvenilir bilgiler vermek ve verilen bilgileri pekiştirmek
- Kendi bakımı ve bakım vericileri konusunda sahip olduğu yanlış anlama ve kavramları açıklığa kavuşturmak
- Hastanın önem verdiği diğer kişileri hastada var olan fiziksel ve duygusal değişikliklere hazırlamak
- Uyum sağlayabilmek için aileyi desteklemek



- Gerekli izolasyon önlemleri alınarak hastanın değer verdiği kişilerin hastanın ziyaretine gelmesi ve hasta bireyin kendileri için ne kadar önemli olduğunu ifade etmelerini sağlamak
- Değer verdiği kişilerle ve aile üyeleri ile iletişim kurması yönünde cesaretlendirmek
- Tedaviye bağlı vücutta meydana gelen değişikliklerin hasta ve ailesi tarafından kabul edilmesini sağlamak
- Alopesi söz konusu olması durumunda hastanın kendini daha rahat hissetmesi için bandana, eşarp, peruk gibi malzemeler kullanılmasını önermek
- Hastanın kendi bakımına katılımı teşvik etmek
- Kişinin güçlü yönleri kendisi ile konuşularak ortaya koymak ve yaşantısında kullanması için cesaretlendirmek
- Güvenli çevre ve mahremiyeti sağlamak (73,74,75)

#### **Hemşirelik tanısı:** Anksiyete

**Amaç:** Hasta ve ailesinin korkularını ve endişelerini ifade etmesini sağlamak ve problemlerini çözüme etkili baş etme mekanizmalarını kullanmasını sağlamak

- Hasta ve ailesinin hastalık ve tedavi süreci hakkındaki düşünce ve endişelerini, yargısız bir ortamda rahatça ifade etmesini sağlamak
- Üzüntü, korku ve anksiyete duygularının olağan olduğunu ve yaygın olarak görüldüğünü açıklamak
- Hasta ve ailesini tanı, tedavi, komplikasyonlar ve prognoz hakkında ne bildiğini ve ne kadarını bilmek istediğini değerlendirmek
- Tedavi ve bakımdan sorumlu sağlık personelinin ortak karar vererek hastayı bilgilendirmesinin sağlamak
- Lösemi tanısının konulması ile birlikte ortaya çıkan rol değişikliklerini, hastanın yaşam şekline, sosyoekonomik ve manevi durumuna olan etkilerini değerlendirmek
- Hastaya zaman ayırmak, etkili ve rahat iletişim ortamı oluşturmak ve terapötik iletişim becerilerini kullanmak
- Hastaya ve aileye doğru baş etme stratejilerini belirlemede yardımcı olmak
- Gerektiğinde psikolog yardımı almasını sağlamak

- Hasta ve ailesine alınan tedavi sonrası remisyon sürecinde hemen hemen normal yaşantılarını sürdürebilecek duruma gelebileceklerini açıklayarak endişelerini azaltmak
- Hastanın özgüvenini ve tedaviye uyumunu arttırmak için bakım sürecine dahil etmek
- Ailenin tedavi sürecine katılımını sağlamak ve mümkünse akraba ve arkadaş ziyaretlerine izin vermek
- Hasta ve aileyi yararlanabilecekleri profesyonel destek sistemlerine yönlendirmek
- Kontrollere gelmek ve gerekli durumlarda iletişime geçebilecekleri kişi ve kuruluşlar hakkında bilgi vermek (73,74,75)

**Hemşirelik tanısı:** Sıvı-volüm eksikliği riski

**Amaç:** Elektrolit kaybı belirtilerini erken belirleyerek müdahale edilmesini sağlamak, yeterli sıvı alımını sağlamak

- Aldığı-çıkardığı sıvı takibi yapmak
- Günlük kilo takibi yapmak
- Elektrolit ve sıvı dengesizliği belirti ve bulgularını takip etmek
- Kanda sodyum, potasyum, kalsiyum, magnezyum, çinko ve hematokrit düzeylerini takip etmek ve eksiklikleri söz konusu olduğunda doktor istemine uygun tedaviyi uygulamak
- Kanda BUN (Blood Urea Nitrogen), üre ve kreatin düzeylerini takip etmek
- Elektrokardiyografi takibi yapmak
- Deri ve mukoz membranları dehidratasyon açısından değerlendirmek
- İstemde belirtildiği şekilde sıvı ve elektrolite replasmanı yapmak
- Hastanın ihtiyacına uygun bir diyet almasını sağlamak (73,74,75)

### **Hemşirelik tanısı: Bilgi eksikliği**

**Amaç:** Hasta ve ailesi hastalık süreci, tedavi, tedavinin yan etkileri, komplikasyonlar bireysel bakım ile ilgili verilen bilgileri anladığını ifade etmesi, komplikasyonların belirti ve bulgularını bildirmenin önemini anlaması, ilaçların kullanım şeklini doğru ifade etmeleri ve sağlığı korumaya yönelik davranışlar göstermelerini sağlamak

- Hasta ve ailesinin tanı, tedavi ve prognoz hakkındaki mevcut bilgilerini ve eğitim seviyelerini değerlendirerek uygun eğitimin planlanmasını sağlamak
- Sağlık ekibi tarafından hasta ve ailesine aşağıdaki konular hakkında eğitim vermek;
  - Löseminin tipi (akut/kronik)
  - Kemik iliği ve kanın yapısındaki değişiklikler
  - Tanı işlemleri (kan testleri, kemik iliği aspirasyonu, LP, radyolojik çalışmalar)
  - Güncel ve yaygın olarak kullanılan tedavi yaklaşımları ( kombine kemoterapi, radyoterapi, kemik iliği ve kök hücre nakli, trombosit/ lökosit/ eritrosit transfüzyonları)
  - Bu tedavilerin amaçları, etkileri ve potansiyel yan etkileri
  - Sık görülen komplikasyonlar (anemi, kanama, enfeksiyonlar)
  - Prognoz
  - Bireysel bakım ve sağlığı koruma ile ilgili hasta ve ailesinin dikkat etmesi gereken hususlar
  - Lösemili hastalar için toplumsal destek kuruluşları
  - Bilgilendirici yazılı doküman vermek (73,74,75)

## SAĞLIKTA YAŞAM KALİTESİ

DSÖ sağlığı; fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlar. Bu tanımdan yola çıkarak günümüzde sağlık hizmetlerinin amacı, sadece hastalıkları tedavi etmek ya da önlemek değil, bireye toplum içindeki rolünü sürdürebileceği yüksek kalitede bir yaşam sunmaktır (7,77).

Yaşam kalitesi; kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonu algılaması şeklinde tanımlanır. Yaşam kalitesi kavramı ile sağlığın, fiziksel, maddi, ailesel, duygusal iyilik hallerinin nesnel ve öznel bir değerlendirmesidir. Nesnel değerlendirmeler, kişilerin fiziksel sağlığı, geliri, içinde yaşadığı konutun kalitesi, arkadaşlık ilişkileri, fizik aktivite, sosyal roller ve politik ortam gibi yaşam koşullarının tanımlanmasına dayanır. Öznel değerlendirme ise bu koşullardan kişinin aldığı tatmini anlatmaktadır. Yaşam kalitesi, sağlık durumunun ve tedavi etkilerinin değerlendirilmesinde önemli bir sonuç ölçümüdür. Fakat farklı kişiler tarafından farklı ifade edilen bir kavram olduğu için net bir tanım yapmak güçtür (8,78).

Geleneksel yaklaşım ile hekimler genellikle klinik sonuçları fonksiyonel durum açısından incelerken son yıllarda geleneksel yaklaşımdan yavaşta olsa uzaklaşarak tedavi uygulamalarının değerlendirilmesinde nesnel ölçütlerin yanında hastadan elde edilen verilerin birleştirilmesi doğru bir değişim başlatmıştır. Hasta odaklı sağlık hizmetleri doğrultusunda sağlık hizmetleri sonuçlarının değerlendirilmesinde hastanın bakış açısını merkeze alma eğilimindeki bu yaklaşımda, yaşam kalitesi ölçütleri kullanılarak fonksiyonel kapasite, iyilik ve hoşnutluk bir arada değerlendirilmeye çalışılmaktadır. Sağlıkta yaşam kalitesi, sağ kalımdan sonra hasta izlenmesinde ikinci en önemli değerlendirme ölçütüdür. Klinikte sağ kalım açısından fark yok ise sağlıkta yaşam kalitesi sonuçları karar verme sürecini doğrudan etkilemelidir (7,79,80).

Dünya Sağlık Örgütü sağlıkla ilgili yaşam kalitesini; içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından bireylerin yaşamdaki pozisyonlarını algılaması olarak tanımlamıştır. Tanımlama konusunda araştırmacılar ortak bir fikir birliği oluşturamamaları da sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin çok boyutlu, öznel ve dinamik bir kavram olduğu konusunda birleşmiş durumdadırlar (7).

## **Çok Boyutluluk**

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramı içerisinde birbiri ile çok yakından ilgili üç temel boyut vardır. Bunlar fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutlardır. Bu boyutlar da kendi içlerinde de alt gruplara ayrılırlar. Fiziksel boyut, kişinin enerji harcayarak günlük iş ve uğraşlarını ne kadar yerine getirebildiklerini algılamaları ile ilgilidir. Sosyal boyut, kişilerin aile bireyleri, komşuları, çalışma arkadaşları ve diğer topluluklardaki bireylerle ne derecede ilişki kurabildiği ve kaynaştığını algılaması konularını kapsar. Psikolojik boyut içerisinde depresyon, anksiyete, korku, kızgınlık, mutluluk gibi emosyonel ve ruhsal durumlar bulunur (7).

## **Öznellik**

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi bireyin düşünceleri, duyguları, beklentileri ve algılamalarına bağlıdır. Bu nedenle kişilerin kişinin kendi sağlığı ve esenliği hakkındaki değerlendirmesi yaşam kalitesi çalışmalarının en önemli noktasıdır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçümlerinde sadece öznel esenlik (kişinin kendi yaşamlarını nasıl değerlendiğini açıklamak için kullanılan bir terim) belirlenmesi olmasa da bu konuda geliştirilen ölçeklerin birçoğunda öznel esenlikle ilgili soru ya da bölümler içermektedir (7).

## **Dinamiklik**

Karmaşık yapılar zaman içerisinde değişime uğrarlar. İnsan da karmaşık bir yapıya sahip olması sebebi ile değişime açıktır. Bireyin doğrudan kendisinin ya da çevresindeki değişimler kişinin kendi yaşam kalitesini ifade edişini de değiştirir. Bu nedenle herhangi bir tedavi öncesi ve sonrası yapılan yaşam kalitesi ölçümlerinde genel yaşam kalitesi düzeyi ya da ölçek alt boyutlarında değişimler gözlenebilir (7).

## **Yaşam Kalitesini Azaltan Durumlar**

- Temel gereksinimlerin karşılanmaması
- Beden imgesinin değişmesi
- Özbakım davranışlarının ve günlük yaşam aktivitelerinin yetersizliği
- Kronik yorgunluk, bitkinlik
- Seksüel fonksiyonlarda bozulma
- Gelecek ile ilgili kaygılar
- Destek sistemlerindeki yetersizlik
- Akut ve kronik sağlık sorunları

Bireylerde yaşam kalitesi sağlık sorunları nedenleri ile yaşam tarzı değişikliklerinden etkilenecek yetersiz hale gelebilir. Bu durumda sağlık çalışanlarının, bireyin yetersiz olduğu konularda yeterli hale gelebilmesi için gereken tedavi ve bakım uygulamalarını yapması yaşam kalitesini yükseltecektir (2).

### **Yaşam Kalitesini Arttıran Durumlar**

Yaşam kalitesinin yükseltilebilmesi için bireyin;

- Ekonomik ve sosyal güvence içinde olması,
- Güven içerisinde yaşaması,
- Rahatlık ve gereken konfora sahip olması,
- Anlamlı ve aktif bir yaşantı içerisinde olması,
- Yakın çevresi ile olumlu ilişkiler içinde olması,
- Eğlenebildiği ve zevk alabildiği aktivitelerinin olması,
- İtibar görmesi,
- Otonomisinin olması,
- Mahremiyetine değer verilmesi,
- Kendini ifade edebilmesi,
- Fonksiyonel olarak yeterli olması,
- Özgün bir birey olarak algılanması
- Huzur içinde olması ve inanç ve değerlerine saygı gösterilmesi gerekmektedir (2).

### **Yaşam Kalitesi ve Sağlık Sonuçlarını Değerlendirmede Kullanılan Ölçütler**

Yaşam kalitesi ölçekleri, ölçeğin geliştirilmesinde kullanılan yöntem ve teorik dayanaklara göre veya uygulandıkları hasta grubuna göre sınıflandırılabilir. Yaşam kalitesi ölçekleri psikometrik ölçekler ve tercih değerlendirme araçları (fayda) olarak iki temel yaklaşımla ele alınabilir. Genel (jenerik) sağlık ölçekleri ve hastalığa spesifik ölçekler olarak iki temel tip ölçek kullanılmaktadır. Jenerik ölçütler; genel popülasyonda kullanılan, çeşitli sağlık durumları ve hastalıklara uygulanabilen, geniş ilgi alanlarını değerlendiren ölçütlerdir. Hastalığa spesifik ölçekler ise sadece o hastalık grubuna kullanılan ölçütlerdir (77,79,81).

Kısa form-36 (SF-36), Nothigham Sağlık Profili, Euro QOL (EQ-5D), İyilik Hali Skalası (Quality of Well-Being Scale, QWB), Hastalık Etki Ölçeği (Sickness Impact Profile), Sağlık Yararlanma İndeksi (Health Utilities Index, HUI) ve DSÖ Yaşam Kalitesi Anketi (WHOQOL) sık kullanılan jenerik ölçütlerdir (78,79).

Özgül ölçekler belirli hastalıkların (diyabet vb.), hastalık gruplarının (kanser vb.), ya da bir bulgunun (ağrı, yorgunluk vb.) yaşam kalitesi üzerine etkilerini incelemek üzere oluşturulmuştur. Hastalığa özgü ölçeklere örnek olarak Avrupa Kanseri Tedavisi ve Araştırma Örgütü (European Organisation for Research and Treatment in Cancer) tarafından geliştirilen kansere özgü EORTC QLQ-C30, Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G), Visual Analogue Scale-Cancer (VAS-C), pediatrik astım yaşam kalitesi anketi (PAQLQ), McGill ağrı anketi, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS) ve Barthel engellilik indeksi sayılabilir (79,82).

## **KANSERLİ HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ ve SOSYAL DESTEK**

Kronik hastalıklar arasında kabul edilen kanser, sık görülmesi, yüksek oranda ölüme sebebiyet vermesi, artan çevresel kanser yapıcı nedenler sebebi ile çağımızın önemli sağlık sorunlarından biridir. Kanseri yarattığı fiziksel, psikolojik ve sosyo-ekonomik sorunlar nedeni ile bireyin yaşamını olumsuz etkilemektedir (83).

Kanser hasta için olduğu kadar onun ailesi, arkadaşları ve yakın çevresi içinde başa çıkması zor bir durumdur. Kanserli hastaların ailelerinde duygusal tepkiler, ekonomik sorunlar ve rol değişimleri ile belirginleşen sosyal birçok kriz yaşanır (84).

Yaşam kalitesinin artırılabilmesi için bu hastaların özel ihtiyaçlarının belirlenmesi mutlaka gereklidir. Kanseri tanısının psikolojik etkisi ve hastanın emosyonel yanıtı hastalığın tıbbi parametrelerine göre değişiklik gösterebilmektedir. Kanseri tedavisi geleneksel olarak hastanın yaşam süresini uzatmaya yönelmiştir. Kanseri tedavisinde, kemoterapinin kendisi; enfeksiyonlar, bulantı – kusma ve tedavi sonucunda oluşabilecek komplikasyonlar uzun süreli hastanede kalmayı gerektirmesi nedeniyle yaşam kalitesini bozar. Kanseri hastalarının tedavisinde kullanılan cerrahi yöntemler de hastaların yaşam kaliteleri üzerine etkileri vardır. Örneğin, meme kanseri tanısı almış bir bayana uygulanacak mastektomi operasyonunun o hastanın yaşam kalitesini önemli oranda etkileyebilecektir. Radyoterapi; yorgunluk, cilt yanığı oluşumu ve emosyonel stres gibi önemli yan etkilere neden olur. Kemoterapi, uzun zaman süresince uygulanabilen ve saçlarda dökülme, bulantı ve kusma, güçsüzlük ve psikolojik problemler gibi önemli yan etkiler oluşturan bir tedavi şeklidir (9).

Kanseri tedavisinin yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi kanseri tedavisinin tüm aşamalarında önemlidir. Kanseri erişkin nüfusta ikincil ölüm sebebi olmasına ve akut ve kronik önemli sebebi olmasına, üzerinde en çok çalışma yapılmasına rağmen, hastalığın ve tedavisinin yaşam kalitesi üzerine etkisi veya kanseri hastalarının emosyonel sağaltımı üzerine

etkisi tam olarak anlaşılammıştır. Yaşam kalitesi kavramı tedavi edilen hastalarda en fazla çalışılan parametrelerdendir. Yaşam kalitesi değerlendirilmesi geçtiğimiz yirmi yılda onkoloji topluluğunda artan bir ilerleme göstermiştir (9).

Kanserli hastalarda yaşam kalitesini arttırmak önemli bir hedeftir. Yaşam kalitesi ile ilgili sonuçların yorumlanması ve klinik kullanıma da yansıtılması gerekmektedir. Hasta için en iyi, en yararlı olan ve yaşam kalitesin bozmayıp düzelterek yaklaşımlar her zaman tercih edilecektir. Ancak bu sonuçların kliniğe yansıtılmasında sorunlar yaşanabilmektedir. İletişimdeki gelişmelere ve ilaç çalışmalarında mutlaka yaşam kalitesine etkisinin yorumunun aranması bu zorlukları aşmada önemli bir basamak olacaktır (9).

## **SOSYAL DESTEK**

Sosyal desteğin tanımı ve işleyişi konusunda görüş ayrılıkları olmakla birlikte genel olarak bireye çevresindeki insanlar tarafından yapılan yardım olarak tanımlanır. Sosyal destek ile; kişinin sevildiğini, kabul edildiğini, kendisine değer verildiğini, saygı duyulduğunu, bir gruba ait olduğunu hissedebilmesini sağlayan ilişkileri kastedilmektedir. Sosyal destek fiziksel ve psikolojik olarak sağlığı olumlu yönde etkiler ve bireyler kriz ve emosyonel gerginlik durumlarında, doğal yardımcı olarak görülen aile ve arkadaşlarına dayanma gereksinimi hissederler (85,86,87).

Sosyal destek, genellikle stres altındaki ya da güç durumdaki bireye, çevresindeki insanlar (eş, aile, arkadaş gibi) tarafından sağlanan yardım (maddi, manevi) olarak kabul edilmektedir. Kişi yetilerinin yetersiz kaldığını ve tükendiğini hissettiği zaman ailesinden ya da hayatındaki önemli kişilerden destek almaktadır. Sosyal desteğin sevgi, şefkat, benlik saygısı, bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimleri karşılayarak fizik ve ruhsal sağlığı doğrudan olumlu biçimde etkilediği ve yaşam güçlükleri ile başa çıkmada kişinin önemli yardımcısı olduğu belirtilmektedir. Sosyal destek sağlanması fiziksel ve psikolojik rahatsızlıklarda bireyin sağlığını sürdürmesinde önemlidir. Sosyal destek, özellikle bireylerin, iyileşme sürecini hızlandırmakta, tıbbi tedaviye uyumlarını ve yaşam kalitelerini arttırmakta ve yaşam sürelerini uzatmaktadır (11).

Sosyal destek son 30 yıldır sağlık çalışanları ve araştırmacıların kanser ile ilgili çalışmalarda kullanmaya başladıkları bir kavramdır. Sosyal destek, kanser hastalarının yaşadığı psikolojik gerilimlerle başa çıkmada yardımcı olabilecek en önemli kaynaklardan biridir. Sağlık koşullarının giderek bozulması, sıkıntıların süreklilik kazanması, hastalıkla ilgili stres yaratan koşulların gittikçe artması, özellikle kronik hastalığa sahip kişileri sosyal desteğe daha çok gereksinin duyar hale getirmiştir. Bu nedenle duygusal ve araçsal destek,



bilgi yardımları kanser gibi kronik hastalığı olan kişilerde yaşamsal önem taşımaktadırlar. Duygusal destek, bireyi katlanması zor durumlarda cesaretlendirerek direnme gücünün artmasına; araçsal destek, gereksinim duyduğu pratik ve somut yardımları almasına, bilgi desteği ise aynı durumla diğerlerinin nasıl başa çıktığını göstererek hastalık ve hastalığın seyri ile ilgili kontrol algısının artmasına yardımcı olmaktadır (84,87).

Kanser, fiziksel bir rahatsızlık olmasının yanı sıra, psikososyal sorunların en fazla gözlendiği durumlardan biridir. İnsanın varoluşuna ilişkin sorunları da beraberinde getirerek psikolojik açıdan ciddi sorunlar doğurur. Sağlık koşullarının giderek bozulması, sıkıntıların süreklilik kazanması ve hastalıkla ilgili kaygı yaratan koşulların gittikçe artması kanser hastalarını desteğe daha çok gereksinim duyar hale getirmektedir (10).

Sosyal destek, yaşamda meydana gelen olumsuz olayların fiziksel sağlık ve kendini iyi hissetme üzerindeki zarar verici etkisini azaltmaya ve bu olumsuzluklar karşısında strese karşı tampon işlevi görmeye yardımcı olmaktadır (10).

Psikososyal destek girişimlerinin, kanserli hastalarda distresi azaltmada, yaşam kalitesini arttırmada ve yaşam süresini uzatmada etkili olduğu belirtilmektedir (88).

## **MATERYAL VE METOD**

### **ARAŞTIRMA ŐEKLİ**

Araştırma; lösemili hastalarda yaşam kalitesi, sosyal destek düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek, uygun hemşirelik bakımını geliştirmede rehber olabilecek  nerileri sunmak amacı ile planlanmış kesitsel bir çalışmadır.

### **ARAŞTIRMADA YANITLANMASI BEKLENEN SORULAR**

1. Lösemili hastaların yaşam kalitesi ile sosyo-demografik ve hastalık ile ilgili özellikleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
2. Lösemili hastaların sosyal destek düzeyleri ile sosyo-demografik ve hastalık ile ilgili özellikleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
3. Lösemili hastaların yaşam kaliteleri ve sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
4. Lösemili hastaların yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeyleri nedir?

## **ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ**

**Araştırma Evreni:** İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hematoloji Polikliniğine başvuran hastalar araştırmanın evrenini oluşturmuştur.

**Araştırmanın Örnekleme:** Araştırmanın örnekleme Ocak 2008- Haziran 2008 tarihleri arasında hematoloji polikliniğine başvuran lösemi tanısı almış, terminal dönemde olmayan, iletişim kurmaya engel teşkil edecek akli ya da bedensel bir özrü bulunmayan, okur-yazar olan, araştırmaya katılmaya istekli, 18 yaş ve üzeri 117 hasta alınmıştır.

Yapılan çalışmalarda güvenilirliği hesaplanmış birden fazla maddenin oluşturduğu alt ölçeklerden varyansı en geniş olan rol fonksiyonu ( $65.3 \pm 33.5$ ; ortalama  $\pm$  SD). Buna göre %95 güven düzeyi ve %10 hata ile tanımlayıcı nitelikte bir örnek alabilmek için minimum n:102 kişiye gereksinim duyulmaktaydı. Sosyodemografik alt grupların sayısı erişilemeyecek kadar yüksek bir örnek gerektirdiği için yaş, cinsiyet, meslek ve eğitim durumları için çok değişkenli analize başvurmak hedeflendi. Kayıp verilerin olabileceği düşünülerek 117 hasta çalışmaya alındı.

## **VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

Bu çalışmada lösemili hastaların kişisel ve hastalığa ilişkin özelliklerini tanılamada Hasta Bilgi Formu, yaşam kalitesini değerlendirmede European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of Questionnaire – Core 30 (EORTC QLQ-C30) ve sosyal destek düzeyini değerlendirmede Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi ölçeği kullanılmıştır.

## **HASTA BİLGİ FORMU**

Hasta bilgi formu, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan ve lösemili hastaların yaşam kalitesini ve sosyal destek düzeyini etkileyebileceği kabul edilen faktörleri [kişisel özellikler (11 madde) ve hastalıkla ilgili özellikler (12 madde)] içeren ve 23 maddeden ve iki bölümden oluşan değerlendirme formudur.

Hasta bilgi formunun birinci bölümünü oluşturan kişisel özellikler bölümünde hastanın yaşı, cinsiyeti, boyu, kilosu, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, sosyal güvencesi, çocuk sayısı ve aile tipi değerlendirilmiştir.

Hasta bilgi formunun ikinci bölümünü oluşturan hastalıkla ilgili özellikler bölümünde ise hastanın klinik tanısı, hastalığın ne zaman teşhis edildiği, tedavi görme süresi, hastalığına uyum sağlayabilme durumu, hastalığı algılama durumu, ilaç tedavisine uyum sağlayabilme durumu, ilaçlar hakkındaki düşünceleri, sigara ve alkol kullanımı incelenmiştir.

## **EORTC QLQ-C30 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ**

Aaronson ve arkadaşları tarafından geliştirilen EORTC QLQ-C30 Version 3.0 (European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 version 3.0) yaşam kalitesi ölçeği lösemiler için spesifik bir anket olmayıp kanserli hastalarda tüm dünyada yaygın olarak kullanılan yaşam kalitesi anketidir (90,91).

Bu ölçek Genel Sağlık Durumu Ölçeği (GHS), Fonksiyonel Ölçek (FS), Semptom Ölçeği (SS) olmak üzere üç bölümden ve toplam 30 sorudan oluşmaktadır.

15 sorudan oluşan fonksiyonel ölçekte; fiziksel fonksiyon (1–5), rol fonksiyonu (6 ve 7), emosyonel fonksiyon (21–24), bilişsel fonksiyonu (20 ve 25), sosyal fonksiyon (26 ve 27) soruları ile temsil etmekte olup günlük hayatını sürdürme fonksiyonları sorgulanmaktadır.

13 sorudan oluşan semptom ölçeğinde; yorgunluk (10,12,18), bulantı ve kusma (14,15), ağrı (9,19), dispne (8), uykusuzluk (11), iştah kaybı (13), konstipasyon (16), diyare (17), mali zorluklar (28) soruları ile araştırılmakta olup hastanın yaşam kalitesini etkileyen spesifik semptomlar ortaya konulabilmektedir.

Son iki soru (29,30) genel sağlık durum ölçeğini temsil etmekte olup hastanın bir bütün olarak kendi hayat kalitesini değerlendirmesini gösterir .

Fonksiyonel ve semptom ölçeklerini gösteren 28 soruda, her soru için hiç (1 puan), biraz (2 puan), oldukça (3 puan), çok (4 puan) şeklinde dört seçenek vardır. Genel sağlık durumu ölçeğinde ise çok kötü ve mükemmel arası 1'den 7 puana kadar olan seçenekler vardır.

Fonksiyonel ölçek skoru, semptom ölçek skoru ve genel sağlık durumu skoru aşağıdaki formüllerle hesaplanmaktadır:

Fonksiyonel skor (FS) hesaplanırken hastanın 15 sorudan aldığı toplam puan, toplam soru sayısına (15) bölünerek ham skor (HS) hesaplanır. Cevaplara verilen en yüksek puan (4) ve en düşük puan (1) arasındaki fark (3) aralık değerini verir. Bu değerler kullanılarak;

**FS={1-(HS-1)/aralık}x100** formülü ile hesaplanır.

Fonksiyonel ölçeklerden sosyal fonksiyon skoru (SFS) hesaplanırken hastanın 26 ve 27. sorulardan aldığı toplam puan, toplam soru sayısı olan 2'ye bölünerek ham skor (HS) hesaplanır. Cevaplara verilen en yüksek puan (4) ve en düşük puan (1) arasındaki fark (3) aralık değerini verir. Bu değerler kullanılarak;

$$\text{SFS} = \{1 - (\text{HS} - 1) / \text{aralık}\} \times 100 \text{ formülü ile saptanır.}$$

Semptom ölçek skoru (SS) hesaplanırken 13 sorudan alınan toplam puan, toplam soru sayısına (13) bölünerek ham skor (HS) hesaplanır. Cevaplara verilen en yüksek puan (4) ve en düşük puan (1) arasındaki fark (3) aralık değerini verir. Bu değerler kullanılarak;

$$\text{SS} = \{(\text{HS} - 1) / \text{aralık}\} \times 100 \text{ formülü ile hesaplanır.}$$

Semptom ölçeğinde yorgunluk skoru (FAS) hesaplanırken hastanın 10, 12 ve 18. sorulardan aldığı toplam puan, toplam soru sayısına 3'e bölünerek ham skor (HS) hesaplanır. Cevaplara verilen en yüksek puan (4) ve en düşük puan (1) arasındaki fark (3) aralık değerini verir. Bu değerler kullanılarak;

$$\text{FAS} = \{(\text{HS} - 1) / \text{aralık}\} \times 100 \text{ formülü ile hesaplanır.}$$

Genel Sağlık Durumu Skoru (GSS) hesaplanırken son iki sorudan alınan toplam puan, toplam soru sayısına (2) bölünerek ham skor (HS) hesaplanır, bu iki sorudaki en yüksek puan (7) ve en düşük puan (1) arasındaki fark (6) aralık değerini verir. Bu değerler kullanılarak;

$$\text{GSS} = \{(\text{HS} - 1) / \text{aralık}\} \times 100 \text{ formülü ile hesaplanır.}$$

EORTC QLQ-C30 Güzelant ve ark.'ları tarafından Türkçe'ye uyarlanmış ve akciğer kanserli hastalarda Türk toplumu için geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış bir yaşam kalitesi ölçeğidir. Hastaların bu anket formunda fonksiyonel skor, semptom skoru ve genel sağlık skorundan toplam en düşük 0 puan, en yüksek 100 alabileceklerdir. Hastaların fonksiyonel ölçeklerden ve genel sağlık durumu puanının yüksek olması, semptom ölçeklerinden düşük puan alması yaşam kalitesini yüksek olduğunu göstermektedir (92,93,94,95).

## ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği Zimet ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiş ve Eker ve Arkar (1995) tarafından Türk toplumu için geçerliliği ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçeğin aile ve özel insan alt ölçeklerini bir parça sınırlar içine almak ve Türk toplumunun kültür yapısına uygun hale getirebilmek için yine aynı araştırmacılar tarafından ölçeğin geçerlilik, güvenilirlik ve faktör yapısı üzerine bir çalışmada yürütülmüştür (96,97,98).

Ölçeğin her biri dört maddeden oluşan, kaynağına ilişkin üç alt boyutu; aile (3, 4, 8, 11), arkadaş (6, 7, 9, 12), özel insan (1, 2, 5, 10) içeren, ve toplam 12 maddeden oluşan, yedili likert tipi değerlendirme özelliğine sahip bir ölçektir. Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı elde edilmekte ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Alt ölçeklerde alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28'dir. Ölçeğin tamamından elde edilecek en düşük puan 12, en yüksek puan ise 84'tür. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğinde yüksek olduğunu göstermektedir (98,99).

## İSTATİSTİKSEL ANALİZLER

Sonuçlar ortalama  $\pm$  Standart Sapma ya da sayı (yüzde) olarak ifade edildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu tek örneklem Kolmogorov Smirnov test ile incelendi. İki kategoriden oluşan değişkenlerin; ölçeklerden elde edilen toplam skorlar ve faktör toplam skorlarının karşılaştırılmasında skorlar normal dağılım göstermediği için Mann Whitney U testi kullanıldı. Kategori sayısı  $>2$  olan değişkenlerin; ölçeklerden elde edilen toplam skorlar ve faktör toplam skorları açısından karşılaştırılmasında Kruskal Wallis test kullanıldı, anlamlı farklılık saptandığında farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Bonferroni düzeltilmiş Mann Whitney testi kullanıldı. EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi ölçeklerine güvenilirlik (reliability) analizi uygulanarak ölçeklere ilişkin güvenilirlik (Cronbach- $\alpha$ ) katsayıları hesaplandı. Ölçeklerden elde edilen toplam skorlar, faktör skorları ve klinik-demografik değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon analizi ile incelendi.  $P < 0.05$  değeri istatistiksel anlamlılık sınırı kabul edildi. İstatistiksel analizlerde Statistica 7.0 (Lisans no: 31N6YUCV38) paket programı kullanıldı.

## **BULGULAR**

Ocak 2008 - Haziran 2008 tarihleri arasında lösemi tanısı almış toplam 117 hasta ile gerçekleştirilen çalışmada, hastalarla yapılan görüşmeler sonucunda elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu değerlendirildikten sonra bulgular:

- Hastaların kişisel ve hastalıkla ilgili özelliklere göre dağılımı,
- Hastaların yaşam kalitelerine ilişkin özelliklerine göre dağılımı,
- Hastaların sosyal destek düzeylerine göre dağılımı,
- Hastaların yaşam kaliteleri ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi olmak üzere dört bölümde incelenecektir.

## KİŞİSEL VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLER

### Kişisel Özellikler

Tablo 1: Hastaların Kişisel Özellikleri (n =117)

ÖZELLİKLER	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	44	37.6
Erkek	73	62.4
<b>Yaş</b>	<b>Ort.±SS</b> 49.86 ± 14.85	<b>Min-Max</b> 19 - 82
<b>Beden Kitle İndeksi (kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>Ort.±SS</b> 27.25 ± 5.28	<b>Min-Max</b> 15.79 - 43.66
<b>Çocuk Sayısı</b>	<b>Ort.±SS</b> 2.69 ± 1.95	<b>Min-Max</b> 0 - 10
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	94	80.3
Bekar	15	12.8
Dul	8	6.9
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okur-yazar	21	17.9
İlköğretim	56	47.9
Ortaöğretim	22	18.8
Yükseköğretim	18	15.4
<b>Aile Tipi</b>		
Geniş aile	26	22.2
Çekirdek aile	89	76.1
Diğer (dağılmış aile)	2	1.7
<b>Meslek</b>		
İşsiz	7	6.0
Ev hanımı	31	26.5
Memur	3	2.6
İşçi	10	8.5
Çiftçi	5	4.3
Serbest meslek	21	17.9
Emekli	40	34.2
<b>Sosyal güvence</b>		
Emekli sandığı	18	15.4
SSK	75	64.1
Bağ-Kur	17	14.5
Yeşil kart	5	4.3
Diğer (Özel sağlık sigortası vb.)	2	1.7



Hastaların kişisel özellikleri Tablo 1’de verilmiştir. Hastaların % 37.6’sının kadın ve % 62.4’ünün erkek olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 49.89 olup minimum yaş 19 ve maksimum yaş 82’dir. Hastaların beden kitle indekslerine bakıldığında ise ortalama 27.25 olup minimum 15.79 (zayıf) ve maksimum 43.66 (morbid obez) değişmektedir. Çocuk sayısı 0 ile 10 arasında değişkenlik göstermekle birlikte ortalaması 2.69’dur.

Araştırmaya katılan hastaların medeni durumlarına bakıldığında % 80.3’ünün evli, % 12.8’inin bekar ve % 6.8’inin dul olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların eğitim durumlarına bakıldığında % 17.9’u okuma yazma bilmekte, % 47.9’u ilköğretim, % 18.8’i ortaöğretim ve % 15.4’ü yükseköğrenim mezunudur.

Araştırmaya katılan hastaların aile tiplerine bakıldığında % 22.2’i geniş aile, % 76.1’i çekirdek aile, % 1.7’si diğer (dağılmış vb.) aile yapısına sahiptir.

Araştırmaya katılan hastaların çalışma durumlarına bakıldığında % 6’sı işsiz, % 26.5’i ev hanımı, % 2.6’sı memur, % 8.5’i işçi, % 4.3’ü çiftçi, % 17.9’u serbest meslek sahibidir ve hastaların % 34.2’si ise herhangi bir meslekten emeklidir.

Araştırmaya katılan hastaların sosyal güvenceleri açısından dağılımları ise; %15.4’ü Emekli Sandığı, % 64.1’i SSK, % 14.5’i Bağ-kur, % 4.3’ü yeşil kart ve % 1.7’si diğer sosyal güvencelerden birinin sahibi şeklindedir.

**Tablo 2. Hastalığa İlişkin Özellikler (n=117)**

<b>ÖZELLİKLER</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Klinik Tam</b>		
ALL	8	6.8
AML	10	8.5
KLL	36	30.8
KML	63	53.9
<b>Hastalığa uyum sağlama durumu</b>		
Evet	108	92.3
Hayır	9	7.7
<b>Hastalığın Teşhis Edilme Zamanı</b>		
0-6 ay	12	10.3
6ay - 1yıl	16	13.7
1-3 yıl	38	32.5
3 yıl ve üzeri	51	43.5
<b>Tedavi Süresi (ay)</b>	<b>Ort-SS</b> 38.18 ± 32.40	<b>Min-Max</b> 2 – 180
<b>Hastalığı Algılama Durumu</b>		
Tedavi edilemeyen bir hastalık	1	0.9
Uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık	104	88.9
Kolay tedavi edilen bir hastalık	12	10.2
<b>İlaç Tedavisine Uyum Sağlama Durumu</b>		
Evet	114	97.4
Hayır	3	2.6
<b>İlaç Hakkında Düşünce</b>		
Tedavi edeceğine inanıyorum	58	49.5
Tedavi edecek ama çok yan etkisi var	45	38.5
Diğer (tedavi etmeyecek vb.)	14	12.0
<b>Sigara Kullanma Durumu</b>		
Evet	19	16.2
Hayır	98	83.8
<b>Alkol Kullanım Durumu</b>		
Evet	7	6.0
Hayır	110	94.0
<b>Alkol Kullanım Sıklığı</b>		
Her gün	0	0
Haftada 1-2 kez	2	28.6
Ayda 1-2 kez	1	14.3
Diğer(sosyal içici vb.)	4	57.1

Tablo 2’de hastaların hastalığa ilişkin özellikleri görülmektedir. Hastaların lösemi gruplarına göre dağılımı incelendiğinde; % 6.8’inin ALL, % 8.5’inin AML, % 30.8’inin KLL, % 53.9’unun KML olduğu belirlenmiştir.

Hastaların hastalığa uyum sağlama durumlarının dağılımı incelendiğinde; % 92.3’ünün hastalığa uyum sağladığı, % 7.7’sinin de hastalığa uyum sağlayamadığını ifade etmişlerdir.

Hastalığın teşhis edilme zamanına göre dağılımları incelendiğinde %10.3’ü 0-6 ay, %13.7’si 6 ay- 1 yıl, %32.5’i 1-3yıl, % 43.5’i 3 yıl ve üzeri süredir teşhis edilmiştir. Tedavi süresi ortalaması 38.18 ay olup minimum 2 ay ve maksimum 180 aydır tedavi görmektedir.

Hastaların hastalığı algılama durumları incelendiğinde; % 88.9’unun hastalığın uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olduğunu, % 10.2’sinin kolay tedavi edilen bir hastalık olduğunu, % 0.9’unun ise hastalığın tedavi edilemeyen bir hastalık olduğunu düşündükleri belirlenmiştir.

Hastaların ilaç tedavisine uyum sağlama durumları incelendiğinde; % 97.4’ünün ilaç tedavisine uyum sağladığı, % 2.6’sının ilaç tedavisine uyum sağlayamadığı belirlenmiştir.

Hastaların ilaçlar hakkındaki düşüncelerinin dağılımına bakıldığında; % 49.5’inin ilaçların tedavi edeceğine inandığını, % 38.5’inin tedavi edecek ama çok yan etkisi olacağını, % 12’sinin diğer (tedavi etmeyecek vb.) şikkını işaretleyerek ilaçlar hakkında farklı düşünceleri olduğu belirlenmiştir.

Hastaların sigara alışkanlıkları açısından değerlendirildiklerinde; % 83.3’ünün sigara kullanmadıkları, % 16.2’sinin sigara kullandıkları belirlenmiştir.

Hastaların alkol kullanma alışkanlıklarının dağılımına bakıldığında; % 94’ünün alkol kullanmadığı, % 6’sının alkol kullandığı belirlenmiştir.

## HASTALARIN YAŞAM KALİTELERİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLERE GÖRE DAĞILIMI

**Tablo 3: Hastaların Yaşam Kalitelerine İlişkin Puan Ortalamaları (n=117)**

EORTC QLQ-C30 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ	Madde No	Ortalama ± SS	Min-Max	Cronbach's alpha
Genel Sağlık Durumu (GHS)	29,30	59.76 ± 24.01	0.00 – 100.00	0.857
<b>Fonksiyonel Ölçekler (FS)‡</b>				
Fiziksel Fonksiyon (PF)	1-5	71.34 ± 21.00	13.33 - 100.00	0.773
Rol Fonksiyon (RF)	6,7	82.19 ± 24.54	0.00 - 100.00	0.765
Bilişsel Fonksiyon (CF)	20,25	74.22 ± 25.29	0.00 - 100.00	0.509
Emosyonel Fonksiyon (EF)	21-24	70.23 ± 27.41	0.00 - 100.00	0.842
Sosyal Fonksiyon (SF)	26,27	77.21 ± 28.42	0.00 - 100.00	0.834
<b>Semptom Ölçekleri ve/veya Maddeler§</b>				
Yorgunluk (FA)	10,12,18	41.12 ± 27.42	0.00 – 100.00	0.797
Bulantı ve Kusma (NV)	14,15	14.39 ± 24.26	0.00 – 100.00	0.908
Ağrı (PA)	9,19	24.50 ± 27.47	0.00 – 100.00	0.837
Nefes Darlığı (DY)	8	21.37 ± 28.52	0.00 – 100.00	
Uykusuzluk (SL)	11	35.33 ± 37.47	0.00 - 100.00	
İştah Kaybı (AP)	13	14.81 ± 25.31	0.00 – 100.00	
Konstipasyon (CO)	16	19.37 ± 28.45	0.00 - 100.00	
Diyare (DI)	17	10.54 ± 19.89	0.00 – 100.00	
Mali Zorluklar (FI)	28	46.44 ± 39.62	0.00 - 100.00	

‡Skorların aralığı 0.00-100.00 arasında olup yüksek skor yaşam kalitesi düzeyinin yüksekliğini göstermektedir.

§Skorların aralığı 0.00-100.00 arasında olup yüksek skor alınması semptomların şiddetini göstermektedir.

Tablo 3'te hastaların yaşam kalitelerine ilişkin puan ortalamaları verilmiştir. Genel sağlık durumu puan ortalaması 59.76 bulunmuştur. Genel sağlık durumu ve fonksiyonel ölçeklerde puanın artmış olması yaşam kalitesinin artması ile doğru orantılı iken semptom ölçeklerinde puanın artmış olması semptomların şiddetinin artması ile doğru orantılı olup yaşam kalitesi ile negatif yönlü bir ilişkisi vardır.

Çalışmamızda hastalar fonksiyonel ölçeklerden en yüksek puanı rol fonksiyondan alırken en düşük puanı da emosyonel fonksiyondan almışlardır. Semptom ölçeklerinde ise en yüksek puan ortalaması mali zorluk maddesinde görülmüş, en yoğun görülen üç semptom yorgunluk, uykusuzluk, ağrı olarak belirlenmiştir.

**Tablo 4: Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması (n=117)**

<b>EORTC QLQ-C30 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ</b>	<b>Erkek (n=73)</b>	<b>Kadın (n=44)</b>		
<b>Ölçek</b>	<b>Ort.±SD</b>	<b>Ort.±SD</b>	<b>Z<sub>MWU</sub></b>	<b>p*</b>
<b>Genel Sağlık Durumu</b>	64.62 ± 23.11	51.71 ± 23.54	-3.11	<b>0.002</b>
<b>Fonksiyonel Ölçek</b>				
Fiziksel Fonksiyon	73.79 ± 22.12	67.27 ± 18.51	-2.07	<b>0.038</b>
Rol Fonksiyon	84.25 ± 22.72	78.79 ± 27.22	-0.95	0.340
Emosyonel Fonksiyon	75.80 ± 24.34	60.99 ± 29.90	-2.75	<b>0.006</b>
Bilişsel Fonksiyon	76.26 ± 26.05	70.83 ± 23.88	-1.50	0.134
Sosyal Fonksiyon	79.00 ± 27.50	74.24 ± 29.96	-0.98	0.328
<b>Semptom Ölçekleri</b>				
Yorgunluk	36.38 ± 27.73	48.99 ± 25.28	-2.66	<b>0.008</b>
Bulantı ve Kusma	11.19 ± 20.80	19.70 ± 28.59	-1.84	0.065
Ağrı	21.46 ± 26.42	29.55 ± 28.73	-1.46	0.144
Dispne	22.37 ± 31.45	19.70 ± 23.10	-0.13	0.895
Uykusuzluk	33.80 ± 38.29	37.88 ± 36.37	-0.76	0.450
İştahsızlık	14.16 ± 22.85	15.91 ± 29.20	-0.18	0.858
Konstipasyon	18.27 ± 27.24	21.21 ± 30.58	-0.39	0.694
Diyare	9.13 ± 17.80	12.88 ± 22.98	-0.80	0.425
Mali Zorluklar	46.12 ± 40.69	46.97 ± 38.26	-0.13	0.893

\*Mann-Whitney U test

Tablo 4'te yaşam kalitesi ölçeğinin cinsiyete göre karşılaştırılması görülmektedir. Erkek hastaların genel sağlık durumu, fiziksel fonksiyon, emosyonel fonksiyon puan ortalamaları kadınlara göre daha yüksek; yorgunluk semptomu puan ortalaması kadınlara göre daha düşük olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Genel olarak erkeklerin yaşam kalitesi kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (p=0.002, p=0.038, p=0.006, p=0.008 sırasıyla) (Tablo 4).

**Tablo 5: Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Medeni Durum ile Karşılaştırılması**  
(n=117)

<b>EORTC QLQ-C30 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ</b>	<b>Evli (n=94)</b>	<b>Bekar (n=15)</b>	<b>Dul (n=8)</b>		
<b>Ölçek</b>	<b>Ort.±SD</b>	<b>Ort.±SD</b>	<b>Ort.±SD</b>	<b>χ<sub>kw</sub></b>	<b>p*</b>
<b>Genel Sağlık Durumu</b>	58.42 ± 23.90	66.67 ± 25.58	62.50 ± 22.71	2.63	0.269
Fonksiyonel Ölçek					
Fiziksel Fonksiyon	70.35 ± 21.19	76.00 ± 21.35	74.17 ± 19.00	1.13	0.568
Rol Fonksiyon	82.80 ± 23.50	80.00 ± 32.24	79.17 ± 23.15	0.34	0.843
Emosyonel Fonksiyon	70.39 ± 26.62	66.67 ± 35.07	75.00 ± 22.71	0.13	0.939
Bilişsel Fonksiyon	74.11 ± 25.59	81.11 ± 24.29	62.50 ± 21.36	3.99	0.136
Sosyal Fonksiyon	75.71 ± 28.36	77.78 ± 33.14	93.75 ± 12.40	3.65	0.161
<b>Semptom Ölçekleri</b>					
Yorgunluk	41.14 ± 27.21	41.48 ± 30.42	40.28 ± 27.82	0.007	0.997
Bulantı ve Kusma	13.48 ± 22.44	26.67 ± 35.52	2.08 ± 5.89	4.82	0.090
Ağrı	25.53 ± 26.96	16.67 ± 28.87	27.08 ± 32.04	2.14	0.343
Dispne	23.05 ± 28.93	15.56 ± 30.52	12.50 ± 17.25	2.22	0.330
Uykusuzluk	29.79 ± 35.74	53.33 ± 35.19	66.67 ± 39.84	11.44	<b>0.003</b>
İştahsızlık	14.89 ± 25.69	20.00 ± 27.60	4.17 ± 11.79	2.17	0.338
Konstipasyon	19.50 ± 28.25	15.56 ± 24.77	25.00 ± 38.83	0.26	0.877
Diyare	10.28 ± 20.17	13.33 ± 21.08	8.33 ± 15.43	0.52	0.772
Mali Zorluk	49.29 ± 40.23	33.33 ± 33.33	37.50 ± 41.55	2.58	0.276

\*Kruskal Wallis test

Tablo 5'te yaşam kalitesi puan ortalamalarının medeni durum ile karşılaştırılması verilmiştir. Hastaların uykusuzluk semptomu açısından evli, bekar ve dul hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0.003)(Tablo 5).

Evli hastaların bekar ve dul olanlara göre uykusuzluk semptom ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur. Uykusuzluk semptomu evlilerde bekar ve dullara göre daha az görülmektedir.

**Tablo 6: Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Eğitim Durumu İle Karşılaştırması  
(n=117)**

EORTC QLQ-C30 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ	Okur – yazar (n=21)	İlköğretim (n=56)	Ortaöğretim (n=22)	Yüksek öğrenim (n=18)		
Ölçek	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	χ <sub>kw</sub>	p*
<b>Genel Sağlık Durumu</b>	51.19 ± 26.52	59.38 ± 22.65	61.36 ± 26.55	68.98 ± 19.76	6.36	0.095
<b>Fonksiyonel Ölçek</b>						
Fiziksel Fonksiyon	60.95 ± 20.25	69.41 ± 21.90	78.49 ± 16.45	80.74 ± 18.28	11.66	<b>0.009</b>
Rol Fonksiyon	78.57 ± 30.34	80.66 ± 23.31	85.61 ± 26.87	87.04 ± 17.67	1.94	0.584
Emosyonel Fonksiyon	70.64 ± 27.97	68.16 ± 27.39	68.18 ± 26.81	78.70 ± 28.18	3.61	0.307
Bilişsel Fonksiyon	71.43 ± 21.18	72.62 ± 26.86	75.00 ± 27.58	81.48 ± 22.06	2.58	0.462
Sosyal Fonksiyon	76.98 ± 30.04	77.98 ± 26.80	71.21 ± 36.07	82.41 ± 20.98	0.40	0.941
<b>Semptom Ölçekleri</b>						
Yorgunluk	48.68 ± 29.08	43.06 ± 27.63	37.37 ± 27.33	30.86 ± 23.04	4.65	0.199
Bulantı ve Kusma	19.05 ± 29.95	13.99 ± 22.42	13.64 ± 23.37	11.11 ± 24.92	1.07	0.785
Ağrı	34.92 ± 29.30	27.68 ± 28.48	18.94 ± 24.83	9.26 ± 17.36	11.02	<b>0.012</b>
Dispne	25.40 ± 29.64	20.83 ± 28.82	19.70 ± 28.50	20.37 ± 28.33	0.71	0.870
Uykusuzluk	22.22 ± 30.43	38.69 ± 40.59	39.39 ± 37.99	35.19 ± 33.28	3.17	0.366
İştahsızlık	15.87 ± 30.95	17.86 ± 26.94	9.09 ± 15.20	11.11 ± 22.87	2.03	0.566
Konstipasyon	19.05 ± 27.02	22.02 ± 32.58	18.18 ± 26.68	12.96 ± 16.72	0.36	0.948
Diyare	7.94 ± 17.97	13.69 ± 23.59	7.58 ± 14.30	7.41 ± 14.26	1.68	0.642
Mali Zorluk	42.86 ± 41.02	55.95 ± 37.12	46.97 ± 44.44	20.37 ± 28.33	11.15	<b>0.011</b>

\*Kruskal Wallis test

Tablo 6’da yaşam kalitesi puan ortalamalarının eğitim durumu ile karşılaştırılması verilmiştir. Okur-yazar olan hastaların ortaöğretim ve yükseköğrenim gören hastalara göre fiziksel fonksiyon alt boyut puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur (p=0.009). Okur-yazar olan hastaların fiziksel fonksiyonları daha kötüdür.

Yüksek öğrenim gören hastalar okur-yazar ve ilköğretim mezunlarına göre ağrı semptom ortalamaları daha düşük bulunmuştur (p=0.012). Yüksek öğrenim gören hastaların ağrı semptomu daha iyidir.

Yüksek öğrenim gören hastalar ilköğretim mezunlarına göre mali zorluk puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur (p=0.011). Yüksek öğrenim mezunları daha az ekonomik sıkıntı yaşamaktadırlar.

**Tablo 7. Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Sosyal Güvence ile Karşılaştırılması (n=117)**

<b>EORTC QLQ-C30 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ</b>	<b>Emekli sandığı (n=18)</b>	<b>SSK (n=75)</b>	<b>Bağ-Kur (n=17)</b>	<b>Yeşil kart (n=5)</b>	<b>Diğer (n=2)</b>		
<b>Ölçek</b>	<b>Ort.±SD</b>	<b>Ort.±SD</b>	<b>Ort.±SD</b>	<b>Ort.±SD</b>	<b>Ort.±SD</b>	<b>χ<sub>kw</sub></b>	<b>p*</b>
<b>Genel Sağlık Durumu</b>	59.26 ± 25.71	59.89 ± 23.44	58.33 ± 23.39	58.33 ± 37.27	75.00 ± 11.77	1.61	0.806
<b>Fonksiyonel Ölçekler</b>							
Fiziksel Fonksiyon	77.04 ± 17.15	68.62 ± 22.59	75.69 ± 14.52	69.33 ± 25.65	90.00 ± 14.14	4.39	0.355
Rol Fonksiyon	79.63 ± 25.28	82.22 ± 24.10	84.31 ± 26.00	76.67 ± 32.49	100.00 ± 0.00	2.52	0.642
Emosyonel Fonksiyon	71.30 ± 30.81	67.56 ± 28.00	78.43 ± 21.86	70.00 ± 25.41	91.67 ± 11.79	3.70	0.499
Bilişsel Fonksiyon	70.37 ± 26.54	75.56 ± 25.01	74.51 ± 20.51	60.00 ± 41.83	91.67 ± 11.79	2.26	0.687
Sosyal Fonksiyon	71.30 ± 32.24	77.78 ± 27.58	83.33 ± 28.87	63.33 ± 29.81	91.67 ± 11.79	4.10	0.392
<b>Semptom Ölçekleri</b>							
Yorgunluk	40.12 ± 30.99	42.52 ± 26.99	37.26 ± 28.31	42.22 ± 28.76	27.78 ± 7.86	1.16	0.884
Bulantı ve Kusma	8.33 ± 24.42	18.00 ± 25.81	6.86 ± 16.73	13.33 ± 18.26	0.00 ± 0.00	8.55	0.074
Ağrı	19.44 ± 29.84	28.22 ± 28.07	21.57 ± 24.13	3.33 ± 7.45	8.33 ± 11.79	7.64	0.106
Dispne	18.52 ± 23.49	24.89 ± 31.53	11.77 ± 16.42	20.00 ± 29.81	0.00 ± 0.00	3.51	0.476
Uykusuzluk	38.89 ± 43.16	36.44 ± 36.83	29.41 ± 35.12	33.33 ± 47.14	16.67 ± 23.57	1.003	0.909
İştahsızlık	7.41 ± 24.40	17.33 ± 25.33	13.73 ± 29.01	13.33 ± 18.26	0.00 ± 0.00	5.76	0.217
Konstipasyon	18.52 ± 28.52	20.00 ± 30.01	11.76 ± 16.42	40.00 ± 36.52	16.67 ± 23.57	3.58	0.466
Diyare	3.70 ± 10.78	12.00 ± 21.67	11.76 ± 20.21	13.33 ± 18.26	0.00 ± 0.00	3.56	0.469
Mali Zorluk	37.04 ± 39.42	46.22 ± 39.09	58.82 ± 41.71	53.33 ± 44.72	16.67 ± 23.57	3.94	0.415

\*Kruskal-Wallis test

Tablo 7’de yaşam kalitesi puan ortalamalarının sosyal güvence ile karşılaştırılması verilmiştir. Hastaların sosyal güvenceleri ile genel sağlık durumu, fonksiyonel ölçek ve semptom ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 7).



**Tablo 8. Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Akut Lösemilerle Karşılaştırılması (n=18)**

<b>EORTC QLQ-C30 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ</b>	<b>ALL(n=8)</b>	<b>AML(n=10)</b>		
<b>Ölçek</b>	<b>Ort.±SD</b>	<b>Ort.±SD</b>	<b>Z<sub>MWU</sub></b>	<b>p*</b>
<b>Genel Sağlık Durumu</b>	55.21 ± 16.63	64.17 ± 23.91	-1.545	0.122
<b>Fonksiyonel ölçekler</b>				
Fiziksel fonksiyon	81.67 ± 14.58	75.33 ± 23.52	-0.315	0.753
Rol fonksiyon	89.58 ± 19.80	75.00 ± 26.35	-1.326	0.185
Bilişsel fonksiyon	79.17 ± 19.42	76.67 ± 27.44	-0.046	0.963
Sosyal fonksiyon	66.67 ± 40.82	70.00 ± 23.31	-0.183	0.855
Emosyonel fonksiyon	82.29 ± 23.33	73.33 ± 27.44	-0.727	0.467
<b>Semptom ölçekleri</b>				
Yorgunluk	20.83 ± 20.09	36.67 ± 29.19	-0.957	0.339
Bulantı ve kusma	12.50 ± 24.80	33.33 ± 41.57	-1.167	0.243
Ağrı	29.17 ± 23.15	20.00 ± 23.31	-0.975	0.330
Dispne	12.50 ± 24.80	13.33 ± 23.31	-0.169	0.866
Uykusuzluk	29.17 ± 37.53	33.33 ± 41.57	-0.144	0.866
İştahsızlık	20.83 ± 30.54	20.00 ± 32.20	-0.051	0.959
Konstipasyon	25.00 ± 34.50	20.00 ± 32.20	-0.399	0.690
Diyare	4.17 ± 11.79	6.67 ± 14.05	-0.412	0.680
Mali zorluk	58.33 ± 46.30	46.67 ± 42.16	-0.562	0.574

\*Mann-Whitney U test

Tablo 8’de yaşam kalitesi puan ortalamalarının akut lösemilerle karşılaştırılması verilmiştir. AML ve ALL tanılı hastaların tanı ile genel sağlık durumu, fonksiyonel ölçekler ve semptom ölçekleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 8).

**Tablo 9. Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Kronik Lösemilerle Karşılaştırılması (n=99)**

<b>EORTC QLQ-C30 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ</b>	<b>KLL (n=36)</b>	<b>KML(n=63)</b>		
<b>Ölçek</b>	<b>Ort.±SD</b>	<b>Ort.±SD</b>	<b>Z<sub>MWU</sub></b>	<b>p*</b>
<b>Genel Sağlık Durumu</b>	57.41 ± 24.94	60.98 ± 24.54	-0.624	0.532
<b>Fonksiyonel ölçek</b>				
Fiziksel fonksiyon	69.62 ± 20.87	70.37 ± 21.34	-0.194	0.846
Rol fonksiyon	80.56 ± 25.97	83.33 ± 24.13	-0.369	0.712
Bilişsel fonksiyon	75.92 ± 24.05	72.22 ± 26.61	-0.584	0.559
Sosyal fonksiyon	83.33 ± 21.46	76.19 ± 30.63	-0.873	0.873
Emosyonel fonksiyon	75.00 ± 22.36	65.48 ± 29.93	-1.367	0.172
<b>Semptom ölçekleri</b>				
Yorgunluk	44.14 ± 25.95	42.68 ± 28.17	-0.485	0.628
Bulantı ve kusma	7.41 ± 16.64	15.61 ± 23.16	-2.104	<b>0.035</b>
Ağrı	25.93 ± 28.30	23.81 ± 28.51	-0.358	0.720
Dispne	24.07 ± 34.38	22.22 ± 26.10	-0.341	0.733
Uykusuzluk	48.14 ± 41.74	29.10 ± 33.06	-2.207	<b>0.027</b>
İştahsızlık	12.96 ± 24.27	14.29 ± 24.48	-0.365	0.715
Konstipasyon	21.30 ± 27.78	17.46 ± 27.99	-0.881	0.378
Diyare	11.11 ± 22.54	11.64 ± 20.00	-0.360	0.719
Mali zorluk	49.07 ± 40.23	43.39 ± 38.63	-0.690	0.490

\*Mann-Whitney U test

Tablo 9’da yaşam kalitesi puan ortalamalarının kronik lösemilerle ile karşılaştırılması verilmiştir. KML ve KLL tanılı hastaların bulantı ve kusma semptomu ve uykusuzluk semptomu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p=0.035, p=0.027) (Tablo 9).

KLL hastalarının KML hastalarına göre bulantı kusma semptomlarının daha az olduğu, daha fazla uykusuzluk yaşadıkları bulunmuştur.

**Tablo 10. Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Akut ve Kronik Lösemilerle Karşılaştırılması (n=117)**

<b>EORTC QLQ-C30 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ</b>	<b>Akut Lösemiler (n=18)</b>	<b>Kronik Lösemiler (n=99)</b>		
<b>Ölçek</b>	<b>Ort.±SD</b>	<b>Ort.±SD</b>	<b>z<sub>MWU</sub></b>	<b>p*</b>
<b>Genel sağlık durumu</b>	60.19 ± 20.92	59.68 ± 24.62	-0.52	0.604
<b>Fonksiyonel ölçek</b>				
Fiziksel Fonksiyon	78.15 ± 19.78	70.10 ± 21.07	-1.56	0.120
Rol Fonksiyon	81.48 ± 24.18	82.32 ± 24.72	-0.16	0.871
Eemosyonel Fonksiyon	77.32 ± 25.37	68.94 ± 27.69	-1.30	0.193
Bilişsel Fonksiyon	77.78 ± 23.57	73.57 ± 25.65	-0.62	0.534
Sosyal Fonksiyon	68.52 ± 31.25	78.79 ± 27.75	-1.48	0.139
<b>Semptom ölçekleri</b>				
Yorgunluk	29.63 ± 26.13	43.21 ± 27.26	-2.162	<b>0.031</b>
Bulantı ve Kusma	24.07 ± 35.80	12.63 ± 21.31	-0.79	0.428
Ağrı	24.07 ± 23.03	24.58 ± 28.31	-0.38	0.706
Dispne	12.96 ± 23.26	22.90 ± 29.22	-1.45	0.147
Uykusuzluk	31.48 ± 38.73	36.03 ± 37.40	-0.58	0.560
İştahsızlık	20.37 ± 30.55	13.81 ± 24.29	-0.86	0.390
Konstipasyon	22.22 ± 32.34	18.86 ± 27.83	-0.40	0.690
Diyare	5.56 ± 12.78	11.45 ± 20.85	-1.03	0.305
Mali Zorluk	51.85 ± 43.12	45.46 ± 39.11	-0.65	0.513

\*Mann-Whitney U test

Tablo 10'da yaşam kalitesi puan ortalamalarının akut ve kronik lösemilerle karşılaştırılması verilmiştir. Akut ve kronik lösemililerin genel sağlık durumu ve fonksiyonel ölçekler açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 10). Yorgunluk semptomu açısından akut ve kronik lösemiler arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0.031$ ) (Tablo 10). Kronik lösemilerde yorgunluk daha fazla görülmüştür.

**Tablo 11. Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Hastalığa Uyum Sağlama Durumu ile Karşılaştırılması (n=117)**

<b>EORTC QLQ-C30 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ</b>	<b>Hastalığına uyum sağlayabilenler (n=108)</b>	<b>Hastalığına uyum sağlayamayanlar (n=9)</b>		
<b>Ölçek</b>	<b>Ort.±SD</b>	<b>Ort.±SD</b>	<b>Z<sub>MWU</sub></b>	<b>p*</b>
<b>Genel Sağlık Durumu</b>	60.50 ± 24.29	50.93 ± 19.30	-1.28	0.199
<b>Fonksiyonel ölçek</b>				
Fiziksel Fonksiyon	72.47 ± 20.12	57.78 ± 27.49	-1.58	0.113
Rol Fonksiyon	83.64 ± 23.79	64.82 ± 28.19	-2.28	<b>0.023</b>
Emosyonel Fonksiyon	72.22 ± 26.16	46.30 ± 32.31	-2.39	<b>0.017</b>
Bilişsel Fonksiyon	76.39 ± 24.02	48.15 ± 26.93	-2.97	<b>0.003</b>
Sosyal Fonksiyon	79.32 ± 26.76	51.85 ± 36.75	-2.52	<b>0.012</b>
<b>Semptom ölçekleri</b>				
Yorgunluk	40.74 ± 26.44	45.68 ± 39.07	-0.24	0.812
Bulantı ve Kusma	12.81 ± 23.86	33.33 ± 22.05	-3.33	<b>0.001</b>
Ağrı	23.15 ± 26.65	40.74 ± 33.45	-1.727	0.084
Dispne	20.37 ± 28.03	33.33 ± 33.33	-1.38	0.168
Uykusuzluk	34.88 ± 37.96	40.74 ± 32.39	-0.745	0.456
İştahsızlık	13.27 ± 24.09	33.33 ± 33.33	-2.38	<b>0.018</b>
Konstipasyon	18.21 ± 28.60	33.33 ± 23.57	-2.19	<b>0.029</b>
Diyaire	9.57 ± 18.82	22.22 ± 28.87	-1.56	0.119
Mali Zorluk	44.13 ± 39.16	74.07 ± 36.43	-2.15	<b>0.031</b>

\*Mann-Whitney U test

Tablo 11’de yaşam kalitesi puan ortalamalarının hastalığa uyum sağlama durumu ile karşılaştırılması verilmiştir. Hastalığa uyum sağlayan ve sağlamayan grup arasında genel sağlık durumu puan ortalamaları açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 11).

Rol fonksiyon, emosyonel fonksiyon, bilişsel fonksiyon, sosyal fonksiyon alt ölçekleri hastalığa uyum sağlayan grubun hastalığa uyum sağlayamayan gruba göre daha yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.023$ ,  $p=0.017$ ,  $p=0.003$ ,  $p=0.012$  sırasıyla) (Tablo 11).

Bulantı ve kusma, iştahsızlık, konstipasyon ve mali zorluk alt boyut semptom ortalamaları hastalığa uyum sağlayamayan grubun uyum sağlayan gruba göre puan istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ( $p=0.001$ ,  $p=0.018$ ,  $p=0.029$ ,  $p=0.031$  sırasıyla) (Tablo 11). Semptom ölçeklerindeki yüksek puan bu semptomların görülme şiddetinin arttığını gösterir. Genel olarak hastalığa uyum sağlayanların uyum sağlayamayanlara göre yaşam kaliteleri daha yüksek bulunmuştur.

**Tablo 12. Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Hastalığın Teşhis Edilme Zamanı ile Karşılaştırılması (n=117)**

EORTC QLQ-C30 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ	0-6 ay (n=12)	6 ay – 1 yıl (n=16)	1-3yıl (n=38)	3 yıl ve üzeri (n=51)		
	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	$\chi_{kw}$	p*
<b>Genel Sağlık Durumu</b>	73.61± 23.79	52.60 ± 27.34	60.75 ± 23.96	58.01 ± 22.30	5.11	0.164
<b>Fonksiyonel Ölçek</b>						
Fiziksel Fonksiyon	81.11± 22.53	72.08 ± 21.39	68.94 ± 18.94	70.59 ± 21.92	4.48	0.214
Rol Fonksiyon	93.06 ± 13.22	79.17 ± 24.72	77.19 ± 27.79	84.31 ± 23.43	4.03	0.259
Emosyonel Fonksiyon	81.94 ± 17.71	67.71 ± 32.47	67.33 ± 26.31	70.43 ± 28.35	2.66	0.448
Bilişsel Fonksiyon	81.94 ± 16.60	83.33 ± 16.10	71.93 ± 29.03	71.24 ± 25.84	3.16	0.367
Sosyal Fonksiyon	90.28 ± 15.01	68.75 ± 25.73	72.81 ± 32.29	80.07 ± 27.69	6.30	0.098
<b>Semptom Ölçekleri</b>						
Yorgunluk	16.67 ± 16.07	47.92 ± 28.03	45.32 ± 26.01	41.61 ± 27.92	13.28	<b>0.004</b>
Bulantı ve Kusma	9.72 ± 19.41	25.00 ± 31.62	10.97 ± 17.87	14.71 ± 26.38	2.63	0.453
Ağrı	12.50 ± 20.26	32.29 ± 31.31	21.49 ± 23.54	27.12 ± 29.81	4.27	0.233
Dispne	5.56 ± 12.98	18.75 ± 27.13	25.44 ± 28.41	22.88 ± 30.91	5.60	0.133
Uykusuzluk	25.00 ± 40.51	29.17 ± 34.16	38.60 ± 38.38	37.26 ± 37.50	2.34	0.505
İştahsızlık	2.78 ± 9.62	14.58 ± 24.25	10.53 ± 22.06	20.92 ± 29.03	7.49	0.058
Konstipasyon	22.22 ± 32.82	31.25 ± 30.96	20.18 ± 28.52	14.38 ± 26.04	5.77	0.123
Diyare	5.56 ± 12.98	14.58 ± 20.97	9.65 ± 18.84	11.11 ± 21.77	1.75	0.627
Mali Zorluk	38.89 ± 44.57	60.42 ± 38.91	47.37 ± 39.99	43.14 ± 38.47	2.79	0.425

\*Kruskal-Wallis test

Tablo 12’de yaşam kalitesi puan ortalamalarının hastalığın teşhis edilme zamanı ile karşılaştırılması verilmiştir. Hastalığın teşhis edilme süresi 6 aydan az olan grupta diğer gruplara göre yorgunluk puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur (p=0.004) (Tablo 12). Yeni tanı almış hastalarda yorgunluk semptomu daha az görülmektedir.

**Tablo 13. Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Hastalığı Algılama Durumu İle Karşılaştırılması (n=117)**

<b>EORTC QLQ-C30 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ</b>	<b>Uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık (n=104)</b>	<b>Kolay tedavi edilen bir hastalık (n=12)</b>		
<b>Ölçek</b>	<b>Ort.±SD</b>	<b>Ort.±SD</b>	<b>z<sub>MWU</sub></b>	<b>p*</b>
<b>Genel Sağlık Durumu</b>	59.94 ± 22.91	63.19 ± 28.75	-0.70	0.484
<b>Fonksiyonel Ölçek</b>				
Fiziksel Fonksiyon	70.90 ± 21.02	76.11 ± 21.74	-0.89	0.374
Rol Fonksiyon	83.49 ± 22.81	77.78 ± 28.72	-0.60	0.551
Emosyonel Fonksiyon	68.83 ± 26.63	88.19 ± 21.46	-2.88	<b>0.004</b>
Bilişsel Fonksiyon	74.04 ± 24.34	80.56 ± 29.16	-1.26	0.207
Sosyal Fonksiyon	77.89 ± 28.01	77.78 ± 24.96	-0.26	0.794
<b>Semptom Ölçekleri</b>				
Yorgunluk	42.42 ± 26.76	25.93 ± 27.35	-2.19	<b>0.029</b>
Bulantı ve Kusma	15.22 ± 24.70	8.33 ± 20.72	-1.36	0.173
Ağrı	26.12 ± 27.75	12.50 ± 22.61	-1.89	0.059
Dispne	22.44 ± 29.17	13.89 ± 22.29	-0.92	0.357
Uykusuzluk	36.22 ± 36.90	22.22 ± 38.49	-1.51	0.132
İştahsızlık	16.35 ± 26.27	2.78 ± 9.62	-1.87	0.061
Konstipasyon	20.19 ± 29.53	13.89 ± 17.16	-0.27	0.787
Diyare	11.22 ± 20.57	5.56 ± 12.98	-0.83	0.406
Mali Zorluklar	46.80 ± 39.56	41.67 ± 42.94	-0.45	0.652

\*Mann-Whitney U test

Tablo 13'te yaşam kalitesi puan ortalamalarının hastalığı algılama durumu ile karşılaştırılması verilmiştir. Uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olduğunu algılayanların "kolay tedavi edilebilen bir hastalık" diyenlere göre emosyonel fonksiyon puan ortalaması daha düşük, yorgunluk semptomu puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (p=0.004, p=0.029 sırasıyla) (Tablo 13). Lösemiye uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olarak algılayan hastalar emosyonel fonksiyonları ve yorgunluk düzeyleri daha kötü bulunmuştur.

**Tablo 14. Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının İlaçlar Hakkındaki Düşünceler ile Karşılaştırılması (n=117)**

<b>EORTC QLQ-C30 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ</b>	<b>Tedavi edeceğine inanıyorum (n=58)</b>	<b>Tedavi edecek ama çok yan etkisi var (n=45)</b>	<b>Diğer (tedavi etmeyecek vb.) (n=14)</b>		
<b>Ölçek</b>	<b>Ort.±SD</b>	<b>Ort.±SD</b>	<b>Ort.±SD</b>	<b>χ<sub>KW</sub></b>	<b>p*</b>
<b>Genel sağlık durumu</b>	66.38 ± 21.68	49.44 ± 24.26	65.48 ± 22.13	11.22	<b>0.004</b>
<b>Fonksiyonel Ölçek</b>					
Fiziksel Fonksiyon	75.74 ± 19.29	66.37 ± 21.32	69.05 ± 24.10	5.60	0.061
Rol Fonksiyon	86.78 ± 22.02	76.67 ± 28.07	80.95 ± 19.46	4.33	0.115
Emosyonel Fonksiyon	75.14 ± 27.99	66.11 ± 26.85	63.10 ± 24.62	5.90	0.052
Bilişsel Fonksiyon	77.87 ± 25.63	69.63 ± 24.69	73.81 ± 25.08	3.86	0.145
Sosyal Fonksiyon	82.76 ± 27.39	68.52 ± 29.35	82.14 ± 23.99	9.03	<b>0.011</b>
<b>Semptom Ölçekleri</b>					
Yorgunluk	36.21 ± 27.81	48.40 ± 25.75	38.10 ± 27.81	6.08	<b>0.048</b>
Bulantı ve Kusma	10.35 ± 22.26	18.52 ± 26.41	17.86 ± 23.99	5.70	0.058
Ağrı	15.23 ± 22.36	34.82 ± 28.61	29.76 ± 31.47	13.65	<b>0.001</b>
Dispne	17.81 ± 26.65	28.89 ± 32.26	11.91 ± 16.58	4.85	0.088
Uykusuzluk	29.89 ± 35.15	38.52 ± 37.58	47.62 ± 44.75	2.50	0.287
İştahsızlık	11.50 ± 23.82	20.74 ± 27.79	9.52 ± 20.38	5.38	0.068
Konstipasyon	13.79 ± 25.77	22.22 ± 27.52	33.33 ± 36.98	6.27	0.044
Diyare	9.77 ± 17.67	8.89 ± 20.60	19.05 ± 25.20	3.16	0.206
Mali Zorluk	40.23 ± 40.83	51.11 ± 37.34	57.14 ± 40.15	3.34	0.188

\*Kruskal Wallis test

Tablo 14’te yaşam kalitesi puan ortalamalarının ilaçlar hakkındaki düşünceler ile karşılaştırılması verilmiştir. İlaçlar hakkında “tedavi edecek ama çok yan etkisi var” şeklinde düşünen grubun genel sağlık durumu, sosyal fonksiyon, yorgunluk ve ağrı semptomu diğer gruplara göre istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p=0.004, p=0.011, p=0.048, p=0.001 sırasıyla) (Tablo 14). İlaçlar hakkındaki düşüncesi “tedavi edecek ama çok yan etkisi var” şeklinde olan grup diğer gruplara göre genel sağlık durumu ve sosyal fonksiyonu, yorgunluk ve ağrı semptomları daha kötüdür.

**Tablo 15. Yaşam Kalitesi Puan Ortalamasının Sigara Kullanımı ile Karşılaştırılması**  
(n=117)

<b>EORTC QLQ-C30 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ</b>	<b>Sigara Kullananlar (n=19)</b>	<b>Sigara Kullanmayanlar (n=98)</b>		
<b>Ölçek</b>	<b>Ort.±SD</b>	<b>Ort.±SD</b>	<b>z<sub>MWU</sub></b>	<b>p*</b>
<b>Genel sağlık durumu</b>	65.79 ± 25.04	58.59 ± 23.55	-1.38	0.168
<b>Fonksiyonel Ölçek</b>				
Fiziksel Fonksiyon	75.09 ± 24.63	70.61 ± 20.28	-1.16	0.245
Rol Fonksiyon	84.21 ± 21.14	81.80 ± 25.22	-0.07	0.948
Emosyonel Fonksiyon	74.12 ± 19.02	69.47 ± 28.76	-0.15	0.879
Bilişsel Fonksiyon	58.94 ± 19.91	73.30 ± 26.19	-0.63	0.530
Sosyal Fonksiyon	78.95 ± 30.35	76.87 ± 28.18	-0.58	0.565
<b>Semptom Ölçekleri</b>				
Yorgunluk	35.09 ± 31.05	42.29 ± 26.68	-1.19	0.234
Bulantı ve Kusma	10.53 ± 18.60	15.14 ± 25.22	-0.61	0.536
Ağrı	14.91 ± 24.15	26.36 ± 27.80	-1.84	0.066
Dispne	21.05 ± 29.84	21.43 ± 28.42	-0.14	0.892
Uykusuzluk	28.07 ± 33.82	36.75 ± 38.14	-0.84	0.404
İştahsızlık	12.28 ± 16.52	15.31 ± 26.72	-0.18	0.860
Konstipasyon	24.56 ± 34.86	18.37 ± 27.13	-0.53	0.593
Diyare	3.51 ± 10.51	11.91 ± 21.00	-1.69	0.091
Mali Zorluk	36.84 ± 38.32	48.30 ± 39.79	-1.16	0.246

\*Mann-Whitney U test

Tablo 15'te yaşam kalitesi puan ortalamalarının sigara kullanımı ile ilişkisi verilmiştir. Yaşam kalitesi ile sigara kullanımı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 15).



**Tablo 16. Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Alkol kullanımı ile Karşılaştırılması (n=117)**

<b>EORTC QLQ-C30 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ</b>	<b>Alkol Kullananlar (n=19)</b>	<b>Alkol Kullanmayanlar (n=98)</b>		
<b>Ölçek</b>	<b>Ort.±SD</b>	<b>Ort.±SD</b>	<b>Z<sub>MWU</sub></b>	<b>p*</b>
<b>Genel sağlık durumu</b>	76.19 ± 20.65	58.71 ± 23.90	-1.87	0.062
<b>Fonksiyonel ölçek</b>				
Fiziksel Fonksiyon	80.95 ± 23.23	70.73 ± 20.81	-1.40	0.152
Rol Fonksiyon	90.48 ± 13.11	81.67 ± 25.03	-0.61	0.543
Emosyonel Fonksiyon	80.95 ± 22.42	69.55 ± 27.64	-1.07	0.284
Bilişsel Fonksiyon	76.19 ± 23.29	74.01 ± 25.50	-0.09	0.929
Sosyal fonksiyon	88.10 ± 15.85	76.52 ± 28.94	-0.86	0.149
<b>Semptom Ölçekleri</b>				
Yorgunluk	26.98 ± 16.80	42.02 ± 27.77	-1.44	0.149
Bulantı ve Kusma	11.91 ± 15.85	14.55 ± 24.74	-0.17	0.868
Ağrı	8.52 ± 13.11	25.46 ± 27.90	-1.40	0.163
Dispne	19.05 ± 26.23	21.52 ± 28.77	-0.12	0.908
Uykusuzluk	23.81 ± 25.20	36.06 ± 38.08	-0.61	0.543
İştahsızlık	14.29 ± 17.82	14.85 ± 25.78	-0.41	0.679
Konstipasyon	14.29 ± 37.80	19.70 ± 27.94	-1.09	0.276
Diyare	9.52 ± 16.27	10.61 ± 20.16	-0.09	0.928
Mali Zorluk	23.81 ± 25.20	47.88 ± 40.01	-1.50	0.133

\*Mann-Whitney U test

Tablo 16'da yaşam kalitesi puan ortalamalarının alkol kullanımı ile karşılaştırılması verilmiştir. Alkol kullananlar ve kullanmayanlar arasında yaşam kalitesi düzeyleri bakımından istatistiksel bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 16).

Tablo 17. Hastaların Yaşam Kalitesi ile Bazı Kişisel (Yaş, BKİ, Çocuk Sayısı) ve Hastalığa İlişkin (Teşhis/ Tedavi Süresi) Özelliklerine Göre Korelasyon Katsayıları (Spearman's) ve Anlamlılık (p) Düzeyleri

EORTC QLQ-C30 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ		Yaş	BKİ***	Çocuk Sayısı	Teşhis Süresi	Tedavi Süresi
FONKSİYONEL SKALA	Genel Sağlık Durumu	$r_s = -0.018$ $p = 0.849$	$r_s = -0.062$ $p = 0.506$	$r_s = -0.142$ $p = 0.128$	$r_s = -0.105$ $p = 0.261$	$r_s = -0.107$ $p = 0.261$
	Fiziksel Fonksiyon	$r_s = -0.131$ $p = 0.159$	$r_s = -0.026$ $p = 0.781$	$r_s = -0.141$ $p = 0.128$	$r_s = -0.093$ $p = 0.317$	$r_s = -0.139$ $p = 0.135$
	Rol fonksiyon	$r_s = -0.018$ $p = 0.847$	$r_s = -0.093$ $p = 0.319$	$r_s = -0.140$ $p = 0.132$	$r_s = 0.003$ $p = 0.975$	$r_s = -0.002$ $p = 0.983$
	Emosyonel Fonksiyon	$r_s = 0.121$ $p = 0.193$	$r_s = -0.050$ $p = 0.594$	$r_s = -0.008$ $p = 0.931$	$r_s = -0.035$ $p = 0.707$	$r_s = -0.069$ $p = 0.457$
	Bilişsel Fonksiyon	$r_s = 0.037$ $p = 0.689$	$r_s = -0.069$ $p = 0.459$	$r_s = -0.102$ $p = 0.273$	$r_s = -0.148$ $p = 0.111$	$r_s = -0.186^*$ $p = 0.045$
	Sosyal Fonksiyon	$r_s = 0.110$ $p = 0.237$	$r_s = 0.032$ $p = 0.732$	$r_s = -0.055$ $p = 0.556$	$r_s = 0.060$ $p = 0.523$	$r_s = 0.009$ $p = 0.927$
SEMPATOM SKALA	Yorgunluk	$r_s = -0.048$ $p = 0.609$	$r_s = 0.053$ $p = 0.574$	$r_s = 0.038$ $p = 0.685$	$r_s = 0.104$ $p = 0.264$	$r_s = 0.136$ $p = 0.142$
	Bulantı ve Kusma	$r_s = -0.249^{**}$ $p = 0.007$	$r_s = -0.017$ $p = 0.858$	$r_s = 0.028$ $p = 0.765$	$r_s = -0.038$ $p = 0.684$	$r_s = -0.008$ $p = 0.931$
	Ağrı	$r_s = 0.010$ $p = 0.919$	$r_s = 0.125$ $p = 0.181$	$r_s = 0.289^{**}$ $p = 0.002$	$r_s = 0.081$ $p = 0.386$	$r_s = 0.116$ $p = 0.212$
	Dispne	$r_s = 0.012$ $p = 0.899$	$r_s = 0.154$ $p = 0.098$	$r_s = 0.079$ $p = 0.396$	$r_s = 0.106$ $p = 0.257$	$r_s = 0.095$ $p = 0.310$
	Uykusuzluk	$r_s = -0.081$ $p = 0.387$	$r_s = -0.011$ $p = 0.905$	$r_s = -0.125$ $p = 0.180$	$r_s = 0.099$ $p = 0.288$	$r_s = 0.155$ $p = 0.095$
	İştahsızlık	$r_s = -0.142$ $p = 0.128$	$r_s = -0.246^{**}$ $p = 0.008$	$r_s = -0.016$ $p = 0.861$	$r_s = 0.221^*$ $p = 0.017$	$r_s = 0.224^*$ $p = 0.015$
	Konstipasyon	$r_s = 0.095$ $p = 0.306$	$r_s = -0.133$ $p = 0.152$	$r_s = 0.057$ $p = 0.545$	$r_s = -0.187^*$ $p = 0.043$	$r_s = -0.118$ $p = 0.206$
	Diyare	$r_s = -0.073$ $p = 0.431$	$r_s = -0.040$ $p = 0.665$	$r_s = 0.029$ $p = 0.755$	$r_s = 0.001$ $p = 0.995$	$r_s = 0.021$ $p = 0.825$
	Mali zorluk	$r_s = -0.027$ $p = 0.771$	$r_s = 0.034$ $p = 0.719$	$r_s = 0.172$ $p = 0.063$	$r_s = -0.059$ $p = 0.529$	$r_s = -0.005$ $p = 0.960$

\*\* 0.01 düzeyinde anlamlı ilişki

\* 0.05 düzeyinde anlamlı ilişki

Spearman's rho

\*\*\* BKİ: Beden Kitle İndeksi

Tablo 17’de hastaların yaşam kalitesi ile bazı kişisel (yaş, BKİ, çocuk sayısı) ve hastalığa ilişkin (teşhis/tedavi süresi) özelliklerine göre korelasyon katsayıları (spearman) ve anlamlılık (p) düzeyleri verilmiştir. Yaş ile bulantı ve kusma semptomu arasında negatif bir korelasyon bulunmaktadır (p=0.007). Yaş arttıkça bulantı ve kusma semptomu daha az görülmektedir. BKİ ile iştahsızlık arasında negatif bir ilişki bulunmaktadır (p=0.008). BKİ azaldıkça iştahsızlık artmaktadır. Çocuk sayısı ile ağrı semptomu arasında negatif bir korelasyon bulunmaktadır (p=0.002). Çocuk sayısı arttıkça ağrı semptomu azalmaktadır. Teşhis süresi ile iştahsızlık semptomu arasında pozitif bir korelasyon bulunurken konstipasyon semptomu arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmaktadır (p=0.017, p=0.043 sırasıyla).

Tedavi süresi ile bilişsel fonksiyon skoru arasında negatif bir ilişki bulunmakla birlikte iştahsızlık semptomu ile pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır (p= 0.045, p=0.015). Teşhis ve tedavi süresinin artması iştahsızlık skorunun artması dolayısıyla iştahsızlık görülme şiddetinin artması ile doğrusal bir ilişki mevcuttur.

## HASTALARIN SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİNE GÖRE DAĞILIMI

Tablo 18. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Ölçeği (ÇBASDÖ) (n=117)

ÇBASDÖ	Madde No	Ortalama ± SS	Min-Max	Cronbach's alpha
Aile	3,4,8,11	24.03 ± 5.35	4.00 – 28.00	0.785
Arkadaş	6,7,9,12	17.85 ± 8.29	4.00 – 28.00	0.872
Özel İnsan	1,2,5,10	16.16 ± 8.74	4.00 – 28.00	0.867
<b>Toplam</b>	1-12	58.04 ± 17.45	23.00 – 84.00	0.868

Tablo 18’de çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ortalama ve standart sapmaları verilmiştir. Lösemili hastaların algılanan sosyal destek düzeyi puan ortalaması 58.04 bulunmuştur. Hastaların genel olarak algıladıkları sosyal destek düzeyleri iyi olarak belirlenmiştir.

Tablo 19. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Cinsiyetle Karşılaştırılması (n=117)

ÇBASDÖ Ölçek	Erkek (n=73) Ort.±SD	Kadın (n=44) Ort.±SD	Z <sub>MWU</sub>	p*
Aile	23.74 ± 5.19	24.50 ± 5.64	-1.36	0.175
Arkadaş	19.00 ± 7.63	15.96 ± 9.05	-1.74	0.082
Özel insan	16.63 ± 8.67	15.39 ± 8.91	-0.83	0.404
<b>Toplam</b>	59.37 ± 16.93	55.84 ± 18.27	- 1.12	0.262

\*Mann-Whitney U test

Tablo 19’da çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin cinsiyetle karşılaştırılması verilmiştir. Çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi açısından erkekler ve kadınlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 19).

**Tablo 20. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Ölçeğinin Medeni Durum İle Karşılaştırılması (n=117)**

ÇBASDÖ	Evli (n=94)	Bekar (n=15)	Dul (n=8)		
Ölçek	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	χ <sub>kw</sub>	p*
Aile	24.05 ± 5.20	24.40 ± 3.96	23.00 ± 9.07	0.38	0.828
Arkadaş	17.36 ± 8.36	20.13 ± 7.94	19.38 ± 8.14	1.79	0.409
Özel insan	15.16 ± 8.41	19.53 ± 9.58	21.63 ± 8.40	6.65	<b>0.036</b>
<b>Toplam</b>	<b>56.58 ± 17.06</b>	<b>64.07 ± 17.16</b>	<b>64.00 ± 21.15</b>	<b>4.05</b>	<b>0.130</b>

\*Kruskal Wallis test

Tablo 20’de çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin medeni durum ile karşılaştırılması verilmiştir. Dul hastaların evlilere göre özel insan alt boyut puan ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0.036) (Tablo 20). Dul olan hastaların özel insan desteği daha iyi bulunmuştur.

**Tablo 21. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Ölçeğinin Eğitim Durumu ile Karşılaştırılması (n=117)**

ÇBASDÖ	Okur – yazar (n=21)	İlköğretim (n=56)	Ortaöğretim (n=22)	Yüksek öğrenim (n=18)		
Ölçek	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	χ <sub>kw</sub>	p*
Aile	26.48 ± 3.09	23.38 ± 5.58	22.00 ± 6.75	25.67 ± 3.20	8.54	<b>0.036</b>
Arkadaş	13.91 ± 7.60	18.20 ± 8.47	18.32 ± 8.65	20.83 ± 6.81	7.51	0.057
Özel insan	13.10 ± 9.57	16.30 ± 8.23	16.68 ± 8.88	18.67 ± 8.88	4.46	0.216
<b>Toplam</b>	<b>53.48 ± 15.81</b>	<b>57.88 ± 17.38</b>	<b>57.00 ± 19.40</b>	<b>65.17 ± 16.16</b>	<b>4.66</b>	<b>0.198</b>

\*Kruskal Wallis test

Tablo 21’de çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ölçeğinin eğitim durumu ile karşılaştırılması verilmiştir. Okur-yazar olan hastaların aile alt boyut puan ortalamaları ilköğretim ve ortaöğretim mezunu olanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (p=0.036) (Tablo 21). Okur-yazar olan hastalar aile desteği daha yüksektir.

**Tablo 22. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Ölçeğinin Sosyal Güvence ile Karşılaştırılması (n=117)**

ÇBASDÖ	Emekli sandığı (n=18)	SSK (n=75)	Bağ-Kur (n=17)	Yeşil kart (n=5)	Diğer (n=2)		
Ölçek	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	$\chi_{KW}$	p*
<b>Aile</b>	25.83 ± 3.82	23.79 ± 5.25	23.53 ± 6.73	21.40 ± 6.70	27.50 ± 0.71	4.38	0.358
<b>Arkadaş</b>	20.78 ± 9.50	17.81 ± 8.18	14.78 ± 7.29	17.00 ± 8.00	21.50 ± 4.95	5.39	0.249
<b>Özel insan</b>	19.28 ± 8.42	16.17 ± 8.67	12.88 ± 9.45	13.60 ± 7.34	22.00 ± 1.41	5.58	0.233
<b>Toplam</b>	65.89 ± 17.99	57.77 ± 17.22	51.19 ± 15.97	52.00 ± 18.36	71.00 ± 5.66	7.91	0.095

\*Kruskal-Wallis test

Tablo 22’de çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ölçeğinin sosyal güvence ile karşılaştırılması verilmiştir. Sosyal güvence ile ÇBASDÖ’nin Ölçek toplamı, aile arkadaş ve özel insan alt ölçekleri boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo22).

**Tablo 23. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Ölçeğinin Akut Lösemilerle Karşılaştırılması (n=18)**

<b>ÇBASDÖ</b>	<b>ALL(n=8)</b>	<b>AML(n=10)</b>		
<b>Ölçek</b>	<b>Ort.±SD</b>	<b>Ort.±SD</b>	<b>z<sub>MWU</sub></b>	<b>p*</b>
<b>Aile</b>	24.38 ± 5.66	23.20 ± 4.24	-1.003	0.316
<b>Arkadaş</b>	17.50 ± 8.70	19.70 ± 6.67	-0.358	0.720
<b>Özel insan</b>	16.88 ± 8.34	20.90 ± 8.43	-0.998	0.318
<b>Toplam</b>	58.75 ± 18.13	64.17 ± 23.91	-0.624	0.532

\*Mann-Whitney U

Tablo 23'te çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ölçeğinin akut lösemiler ile karşılaştırılması verilmiştir. AML ve ALL ile ÇBASDÖ'nin Ölçek toplamı, aile arkadaş ve özel insan alt ölçekleri boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 23).

**Tablo 24. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Ölçeğinin Kronik Lösemilerle Karşılaştırılması (n=99)**

<b>ÇBASDÖ</b>	<b>KLL(n=36)</b>	<b>KML(n=63)</b>		
<b>Ölçek</b>	<b>Ort.±SD</b>	<b>Ort.±SD</b>	<b>z<sub>MWU</sub></b>	<b>p*</b>
<b>Aile</b>	24.19 ± 5.72	24.02 ± 5.36	-0.415	0.678
<b>Arkadaş</b>	18.69 ± 7.88	17.12 ± 8.77	-0.713	0.476
<b>Özel insan</b>	17.33 ± 9.07	14.65 ± 8.46	-1.457	0.145
<b>Toplam</b>	60.22 ± 18.09	55.79 ± 17.59	-1.114	0.265

\*Mann-Whitney U

Tablo 24'te çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ölçeğinin kronik lösemiler ile karşılaştırılması verilmiştir. KML ve KLL ile ÇBASDÖ'nin Ölçek toplamı, aile arkadaş ve özel insan alt ölçekleri boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 25).

**Tablo 25. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Ölçeğinin Akut ve Kronik Lösemilerle Karşılaştırılması (n=117)**

ÇBASDÖ	Akut Lösemiler (n=18)	Kronik Lösemiler (n=99)		
Ölçek	Ort.±SD	Ort.±SD	Z <sub>MWU</sub>	p*
Aile	23.72 ± 4.80	24.08 ± 5.47	-0.67	0.503
Arkadaş	18.72 ± 7.48	17.70 ± 8.45	-0.34	0.735
Özel insan	19.11 ± 8.39	15.63 ± 8.74	-1.64	0.101
Toplam	61.56 ± 15.32	57.40 ± 17.81	-0.92	0.356

\*Mann-Whitney U test

Tablo 25'te çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ölçeğinin akut ve kronik lösemiler ile karşılaştırılması verilmiştir. Akut ve Kronik lösemililer ile ÇBASDÖ'nin Ölçek toplamı, aile arkadaş ve özel insan alt ölçekleri boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ) (Tablo 25).

**Tablo 26. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Ölçeğinin Hastalığa Uyum Sağalama Durumu ile Karşılaştırılması (n=117)**

ÇBASDÖ	Hastalığına uyum sağlayabilenler (n=108)	Hastalığına uyum sağlayamayanlar (n=9)		
Ölçek	Ort.±SD	Ort.±SD	Z <sub>MWU</sub>	P*
Aile	24.22 ± 5.28	21.67 ± 5.96	-2.11	<b>0.035</b>
Arkadaş	17.86 ± 8.48	17.89 ± 5.78	-0.19	0.849
Özel insan	16.35 ± 8.80	13.89 ± 8.08	-0.76	0.455
Toplam	58.43 ± 17.71	53.44 ± 14.02	-0.75	0.455

\*Mann-Whitney U test

Tablo 26'da çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ölçeğinin hastalığa uyum sağlama durumu ile karşılaştırılması verilmiştir. ÇBASDÖ'nin ölçek toplam puanı, arkadaş ve özel insan alt ölçekleri boyutunda hastalığa uyum sağlayabilme veya sağlayamama bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 26).

Hastalığa uyum sağlayabilenlerin sağlayamayanlara göre aile alt ölçek boyutunda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p=0.035$ ) (Tablo 26). Hastalığa uyum sağlayanlarda aile desteği daha yüksektir.



**Tablo 27. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Ölçeğinin Hastalığın Teşhis Edilme Zamanı ile Karşılaştırılması (n=117)**

ÇBASDÖ	0-6 ay (n=12)	6 ay – 1 yıl (n=16)	1-3yıl (n=38)	3 yıl ve üzeri (n=51)		
Ölçek	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	χ <sub>kw</sub>	p*
Aile	25.75 ± 3.96	24.31 ± 4.45	22.90 ± 5.75	24.37 ± 5.54	4.20	0.241
Arkadaş	17.17 ± 8.34	19.38 ± 7.61	16.97 ± 8.56	18.20 ± 8.42	0.94	0.817
Özel insan	18.58 ± 8.92	18.06 ± 6.73	16.58 ± 8.98	14.69 ± 9.04	3.44	0.329
<b>Toplam</b>	<b>61.50 ± 15.77</b>	<b>61.75 ± 13.90</b>	<b>56.45 ± 19.05</b>	<b>57.26 ± 17.77</b>	<b>1.39</b>	<b>0.708</b>

\*Kruskal Wallis test

Tablo 27’de çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ölçeğinin hastalığın teşhis edilme zamanı ile karşılaştırılması verilmiştir. Hastalığın teşhis edilme zamanı ile ÇBASDÖ’nin Ölçek toplamı, aile arkadaş ve özel insan alt ölçekleri boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 27).

**Tablo 28. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Ölçeğinin Hastalığı Algılama Durumu İle Karşılaştırılması (n=117)**

ÇBASDÖ	Uzun süre tedavi gerekiren bir hastalık (n=104)	Kolay tedavi edilen bir hastalık (n=12)		
Ölçek	Ort.±SD	Ort.±SD	Z <sub>MWU</sub>	P
Aile	23.86 ± 5.55	25.75 ± 3.05	-0.861	0.389
Arkadaş	17.99 ± 8.29	17.83 ± 7.93	-0.10	0.920
Özel insan	16.20 ± 8.87	15.83 ± 8.35	-0.05	0.960
<b>Toplam</b>	<b>58.05 ± 17.70</b>	<b>59.42 ± 15.79</b>	<b>-0.11</b>	<b>0.910</b>

Mann-Whitney U test

Tablo 28’de çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ölçeğinin hastalığı algılama durumu ile karşılaştırılması verilmiştir. Hastalığı algılama durumu ile ÇBASDÖ’nin Ölçek toplamı, aile arkadaş ve özel insan alt ölçekleri boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 28).

**Tablo 29. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Ölçeğinin İlaçlar Hakkındaki Düşünceler ile Karşılaştırılması (n=117)**

ÇBASDÖ	Tedavi edeceğine inanıyorum (n=58)	Tedavi edecek ama çok yan etkisi var (n=45)	Diğer (tedavi etmeyecek vb.) (n=14)		
Ölçek	Ort.±SD	Ort.±SD	Ort.±SD	$\chi_{KW}$	p*
<b>Aile</b>	24.48 ± 5.48	23.62 ± 5.47	23.43 ± 4.50	1.80	0.408
<b>Arkadaş</b>	17.28 ± 8.27	17.78 ± 8.55	20.50 ± 7.50	1.48	0.476
<b>Özel insan</b>	16.14 ± 9.12	15.91 ± 8.54	17.07 ± 8.34	0.24	0.886
<b>Toplam</b>	57.90 ± 17.36	57.31 ± 17.83	61.00 ± 17.62	0.66	0.720

\*Kruskal Wallis test

Tablo 29’da çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ölçeğinin ilaçlar hakkındaki düşünceler ile karşılaştırılması verilmiştir. Hastaların tedavi hakkındaki düşünceleri ile ÇBASDÖ’nin Ölçek toplamı, aile arkadaş ve özel insan alt ölçekleri boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 29).

**Tablo 30. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Ölçeğinin Sigara Kullanımı ile Karşılaştırılması (n=117)**

ÇBASDÖ	Sigara Kullananlar (n=19)	Sigara Kullanmayanlar (n=98)		
Ölçek	Ort.±SD	Ort.±SD	$Z_{MWU}$	p*
<b>Aile</b>	23.68 ± 5.50	24.09 ± 5.35	-0.50	0.617
<b>Arkadaş</b>	15.68 ± 7.28	18.28 ± 8.44	-1.30	0.194
<b>Özel insan</b>	15.47 ± 9.07	16.30 ± 8.72	-0.20	0.838
<b>Toplam</b>	54.84 ± 17.14	58.66 ± 17.53	-0.84	0.401

\*Mann-Whitney U test

Tablo 30’da çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ölçeğinin sigara kullanımı ile karşılaştırılması verilmiştir. Sigara kullanımı ile ÇBASDÖ’nin toplamı, aile arkadaş ve özel insan alt boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 30).

**Tablo 31. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Ölçeğinin Alkol Kullanımı ile Karşılaştırılması (n=117)**

ÇBASDÖ	Alkol Kullananlar (n=19)	Alkol Kullanmayanlar (n=98)		
Ölçek	Ort.±SD	Ort.±SD	Z <sub>MWU</sub>	p*
Aile	25.14 ± 4.02	23.96 ± 5.43	-0.33	0.742
Arkadaş	16.43 ± 7.98	17.95 ± 8.33	-0.53	0.595
Özel insan	21.71 ± 6.60	15.81 ± 8.77	-1.84	0.065
<b>Toplam</b>	<b>63.29 ± 15.15</b>	<b>57.71 ± 17.60</b>	<b>-0.82</b>	<b>0.414</b>

\*Mann-Whitney U test

Tablo 31’de çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ölçeğinin alkol kullanımı ile karşılaştırılması verilmiştir. Alkol kullanımı ile ÇBASDÖ’nin toplamı, aile arkadaş ve özel insan alt boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 31).

**Tablo 32. Çok Boyutlu Algılanan Soysal Destek Ölçeği ile Bazı Kişisel (Yaş, BKİ, Çocuk Sayısı) ve Hastalığa İlişkin (Teşhis/ Tedavi Süresi) Özelliklerine Göre Korelasyon Katsayıları (Spearman) ve Anlamlılık (p) Düzeyleri**

ÇBASDÖ	Yaş	BKİ***	Çocuk Sayısı	Teşhis Süresi	Tedavi Süresi
Aile	$r_s = 0.144$ $p = 0.121$	$r_s = 0.246^{**}$ $p = 0.008$	$r_s = 0.184^*$ $p = 0.047$	$r_s = 0.067$ $p = 0.471$	$r_s = 0.004$ $p = 0.969$
Arkadaş	$r_s = -0.040$ $p = 0.672$	$r_s = -0.062$ $p = 0.505$	$r_s = -0.146$ $p = 0.116$	$r_s = 0.006$ $p = 0.948$	$r_s = 0.030$ $p = 0.748$
Özel insan	$r_s = 0.015$ $p = 0.872$	$r_s = -0.169$ $p = 0.068$	$r_s = -0.137$ $p = 0.140$	$r_s = -0.172$ $p = 0.063$	$r_s = -0.126$ $p = 0.177$
<b>Toplam</b>	$r_s = 0.020$ $p = 0.827$	$r_s = -0.067$ $p = 0.470$	$r_s = -0.083$ $p = 0.376$	$r_s = -0.082$ $p = 0.378$	$r_s = -0.060$ $p = 0.523$

\*\* 0.01 düzeyinde anlamlı ilişki

\* 0.05 düzeyinde anlamlı ilişki

Spearman’s rho

\*\*\* BKİ: Beden Kitle İndeksi

Tablo 32’de çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ile bazı kişisel (yaş, BKİ, çocuk sayısı) ve hastalığa ilişkin (teşhis/tedavi süresi) özelliklerine göre korelasyon katsayıları (spearman) ve anlamlılık (p) düzeyleri verilmiştir. BKİ ile ÇBASDÖ aile alt ölçeği arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır ( $p=0.008$ ) (Tablo 32). Çocuk sayısı ile ÇBASDÖ aile alt ölçeği arasında da pozitif yönlü bir korelasyon bulunmaktadır ( $p=0.047$ ) (Tablo 20). BKİ ve çocuk sayısı arttıkça hastaların algıladıkları aile desteği de arttırmaktadır.

**Tablo 33. EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği İle Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Ölçeği Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması\*\*\***

<b>EORTC QLQ-C30 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ / ÇBASDÖ</b>	<b>Toplam</b>	<b>Aile</b>	<b>Arkadaş</b>	<b>Özel İnsan</b>
<b>Genel sağlık durumu</b>	$r_s=0.370^{**}$ <b>p&lt;0.001</b>	$r_s=0.228^*$ <b>p=0.014</b>	$r_s=0.279^{**}$ <b>p=0.002</b>	$r_s=0.347^{**}$ <b>p&lt;0.001</b>
<b>Fonksiyonel Ölçek</b>				
Fiziksel Fonksiyon	$r_s=0.178$ p=0.055	$r_s=0.071$ p=0.444	$r_s=0.183^*$ <b>p=0.048</b>	$r_s=0.147$ p=0.114
Rol Fonksiyon	$r_s=0.109$ p=0.244	$r_s=0.155$ p=0.095	$r_s=0.040$ p=0.671	$r_s=0.080$ p=0.393
Emosyonel Fonksiyon	$r_s=0.250^{**}$ <b>p=0.007</b>	$r_s=0.260^{**}$ <b>p=0.005</b>	$r_s=0.237^{**}$ <b>p=0.010</b>	$r_s=0.146$ p=0.115
Bilişsel Fonksiyon	$r_s=0.206^*$ <b>p=0.026</b>	$r_s=0.207^*$ <b>p=0.025</b>	$r_s=0.198^*$ <b>p=0.032</b>	$r_s=0.076$ p=0.417
Sosyal Fonksiyon	$r_s=0.239^{**}$ <b>p=0.010</b>	$r_s=0.316^{**}$ <b>p=0.001</b>	$r_s=0.161$ p=0.082	$r_s=0.165$ p=0.075
<b>Semptom Ölçekleri</b>				
Yorgunluk	$r_s= -0.176$ p=0.058	$r_s= -0.118$ p=0.204	$r_s= -0.157$ p=0.091	$r_s= -0.148$ p=0.110
Bulantı ve Kusma	$r_s= -0.113$ p=0.225	$r_s= -0.104$ p=0.265	$r_s= -0.036$ p=0.703	$r_s= -0.144$ p=0.122
Ağrı	$r_s= -0.068$ p=0.468	$r_s= -0.051$ p=0.581	$r_s= -0.095$ p=0.309	$r_s= -0.046$ p=0.624
Dispne	$r_s= -0.176$ p=0.057	$r_s= -0.098$ p=0.294	$r_s= -0.170$ p=0.067	$r_s= -0.139$ p=0.136
Uykusuzluk	$r_s=0.040$ p=0.665	$r_s= -0.110$ p=0.236	$r_s= -0.004$ p=0.963	$r_s=0.127$ p=0.172
İştahsızlık	$r_s= -0.203^*$ <b>p=0.028</b>	$r_s= -0.138$ p=0.139	$r_s= -0.167$ p=0.073	$r_s= -0.200^*$ <b>p=0.030</b>
Konstipasyon	$r_s= -0.036$ p=0.704	$r_s= -0.105$ p=0.260	$r_s=0.030$ p=0.746	$r_s= -0.046$ p=0.623
Diyare	$r_s= -0.081$ p=0.386	$r_s= -0.176$ p=0.058	$r_s= -0.015$ p=0.874	$r_s= -0.073$ p=0.434
Mali Zorluk	$r_s= -0.255^{**}$ <b>p=0.006</b>	$r_s= -0.321^{**}$ <b>p&lt;0.001</b>	$r_s= -0.156$ p=0.092	$r_s= -0.172$ p=0.063

\*\* 0.01 düzeyinde anlamlı ilişki

\* 0.05 düzeyinde anlamlı ilişki

\*\*\*Ölçekler arasındaki korelasyon: Spearmans' s rho

Tablo 33'de EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeğinin çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi arasındaki ilişkinin karşılaştırılması verilmiştir. Genel sağlık durumu arttıkça sosyal destek toplamı, aile, arkadaş ve özel insan alt ölçek boyutları da istatistiksel açıdan anlamlı derecede artmıştır ( $p<0.001$ ,  $p=0.014$ ,  $p=0.002$ ,  $p<0.001$  sırasıyla) (Tablo 33). Genel sağlık durumu arttıkça sosyal destek düzeyi de artmaktadır.

ÇBASDÖ ölçek toplam puanı ile genel sağlık durumu, emosyonel fonksiyon, bilişsel fonksiyon, sosyal fonksiyon arasında pozitif yönde korelasyon, iştahsızlık semptomu ve mali zorluk alt boyutu arasında negatif yönde anlamlı düzeyde bir korelasyon bulunmuştur ( $p<0.001$ ,  $p=0.007$ ,  $p=0.026$ ,  $p=0.01$ ,  $p=0.028$ ,  $p=0.006$  sırasıyla) (Tablo 33). Genel olarak hastaların sosyal destek düzeyleri arttıkça genel sağlık durumları, emosyonel, bilişsel ve sosyal fonksiyonları da artmakta; sosyal destek düzeyleri azaldıkça iştahsızlık ve mali zorluk artmaktadır.

Aile alt ölçeği ile genel sağlık durumu, emosyonel fonksiyon, bilişsel fonksiyon, sosyal fonksiyon arasında pozitif yönde korelasyon, mali zorlukla arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p=0.014$ ,  $p=0.005$ ,  $p=0.025$ ,  $p=0.001$ ,  $p<0.001$  sırasıyla) (Tablo 33). Aile desteği gören hastaların genel sağlık durumu, emosyonel, bilişsel ve sosyal fonksiyonları artmakta ve bununla birlikte mali zorluk azalmaktadır.

Arkadaş alt ölçeği ile genel sağlık durumu, fiziksel fonksiyon, emosyonel fonksiyon, bilişsel fonksiyon arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki mevcuttur ( $p=0.002$ ,  $p=0.048$ ,  $p=0.01$ ,  $p=0.032$  sırasıyla) (Tablo 33). Arkadaş desteği arttıkça yaşam kalitesi de artmaktadır.

Özel insan alt ölçeği ile genel sağlık durumu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunurken iştahsızlık semptomu ile negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.001$ ,  $p=0.03$  sırasıyla) (Tablo 33). Özel insan desteği arttıkça genel sağlık durumu iyileşmekte ve iştahsızlık semptomu azalmaktadır.

## TARTIŞMA

Araştırma; lösemi tanısı alan hastalarda yaşam kalitesi, sosyal destek düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek, uygun hemşirelik bakımını geliştirmede rehber olabilecek önerileri sunmak amacı ile planlanmıştır.

Çalışma grubunda; Ocak 2008- Haziran 2008 tarihleri arasında hematoloji polikliniğine başvuran lösemi tanısı almış, terminal dönemde olmayan, iletişim kurmaya engel teşkil edecek akli ya da bedensel bir özrü bulunmayan, okur-yazar olan, araştırmaya katılmaya istekli, 18 yaş ve üzeri 117 hasta yer almıştır.

Tartışma aşağıdaki bölümler şeklinde sunulmuştur:

- Kişisel ve hastalıkla ilgili özelliklere ilişkin veriler,
- Kişisel ve hastalığa ilişkin özelliklerin yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeyleri ile karşılaştırılması,
- Yaşam kaliteleri ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişki

## **KİŞİSEL VE HASTALIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLERE İLİŞKİN VERİLER**

Çalışma grubundaki hastaların yaş ortalaması 49.86 olarak belirlenmiştir. Hastaların % 62.4'ü erkek, % 80.3'ü evli, % 47.9'u ilköğretim mezunu, % 34.2'si emekli, % 76.1'i çekirdek aileye mensup ve % 64.1'i SSK'ya bağlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Hastaların % 53.9'u KML hastası olduğu, % 92.3'ü hastalığa uyum sağladığı, % 43.5'nin hastalığının 3 yıl ve üzeri süre önce teşhis edildiği, % 88.9'nun lösemiye uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olarak gördüğü, % 97.4'ünün ilaç tedavisine uyum sağladığını, % 49.6'sının ilaçların tedavi edeceğine inandığını, % 83.8'nin sigara ve % 94'nün alkol kullanmadığını ifade ettiği belirlenmiştir (Tablo 2).

## **KİŞİSEL VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİN YAŞAM KALİTESİ VE SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI**

Araştırmaya katılan grubun genel sağlık durumu puan ortalaması  $59.76 \pm 24.01$ 'dir (Tablo 3). Hastaların genel sağlık durumu orta düzeyde bulunmuştur. Ünsal ve ark.'larının (100) rektal kanser tanılı olgularda adjuvant tedavinin uzun dönem yaşam kalitesi üzerine etkisi değerlendirdiği çalışmasında genel sağlık durumu puan ortalaması 73.5 olarak bulunmuştur. Kaya ve ark.'larının (101) larenjektomili bireylerin sağlığa ilişkin yaşam kalitesini değerlendirmede EuroQol ölçeğinin güvenilirlik ve geçerliliğini değerlendirdikleri çalışmalarında EORTC QLQ-C30 genel sağlık puan ortalaması 52.78 olarak bulunmuştur. Güzelant ve ark.'larının (93) Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Anketinin (EORTC QLQ-C30) akciğer kanserli hastalarda Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliği saptadığı çalışmasında genel sağlık puan ortalaması  $56.9 \pm 25.6$  olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda hastalar fonksiyonel ölçeklerden en yüksek puanı rol fonksiyondan alırken en düşük puanı da emosyonel fonksiyondan almışlardır. Semptom ölçeklerinde ise en yüksek puan ortalaması mali zorluk maddesinde görülmüş, en yoğun görülen üç semptom yorgunluk, uykusuzluk, ağrı olarak belirlenmiştir. Ünsal ve ark.'larının (100) çalışmasında rol fonksiyon puan ortalaması en yüksek, emosyonel fonksiyon puan ortalaması ise en düşük puan ortalaması olarak bulunmuştur. En yüksek ortalama semptom skorları yorgunluk ve maddi zorluk parametrelerinde bulunmuştur. Kaya ve ark.'larının (101) çalışmasında ise en yüksek

puanı bilişsel fonksiyon alırken en düşük puanı emosyonel fonksiyon almıştır. Güzelant ve ark.'larının (93) çalışmasında en yüksek puan ortalamasını bilişsel fonksiyon almıştır ve en düşük puan ortalaması fiziksel fonksiyonda bulunmuştur. En yüksek puana sahip semptomlar ise sırası ile yorgunluk, ağrı ve iştahsızlıktır. Can'ın (102) meme kanserli hastalarda yorgunluğu ve bakım gereksinimlerini değerlendirdiği çalışmasında tedavi sonrası yorgunluk algılaması, aktivite düzeyi ve yaşam kalitesi ile karşılaştırıldığında; yorgunluk düzeyinin artması ile aktivite düzeyinin azaldığı ve yaşam kalitesinin kötüleştiği bulunmuştur.

Hastaların genel sağlık durumu orta düzeyde, fonksiyonel sağlık durumu iyi düzeyde bulunmuştur. Hastaların emosyonel fonksiyonlarının daha düşük olması kanser tanısı almış olmaları, tedavi süreci ve gelecek kaygısına bağlı olduğu söylenebilir. Hastaların yorgunluk, uykusuzluk ve ağrı semptomlarını daha yoğun yaşamalarını, hastalığa ve tedaviye bağlı gelişen bulantı ve kusmaya, kan değerlerindeki değişmelere ve lösemik sürece bağlı olduğu düşünülmektedir. Hastaların maddi zorluk yaşamalarını ise yoğun tedavi giderlerinin sosyal güvenceleri tarafından tam olarak karşılanamaması ya da gerekli bürokratik sürecin uzun olması (ilaç raporlarının hazırlanması vb.), tedavi ve takip sürecinde hastaların fiilen çalışmamaları sebebi ile gelir düzeylerindeki azalmaya bağlı olduğu düşünülmektedir.

Hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin toplam puan ortalaması 58.04 olarak belirlenmiştir (Tablo 18). Sosyal destek düzeyi alt boyutlarına bakıldığında en yüksek aile, en düşük özel insan alt boyutudur. Hastaların genel olarak sosyal destekleri iyi düzeydedir.

Savcı'nın (84) kanserli hastalarda yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeyini etkileyen faktörleri araştırdığı çalışmasında algılanan sosyal destek düzeyi puan ortalaması 59.19 olarak bulunmuştur. Savcı'nın (84) çalışmasında ölçeğin alt boyutlarından en yüksek puanı aile alt boyutu alırken en düşük puanı arkadaş alt boyutu almıştır. Özyurt'un (10) kanser hastalarının algıladıkları sosyal destek düzeyine ilişkin yaptığı betimsel bir çalışmada destek kaynaklarına göre hastaların destek alma sıklığının değiştiğini bulmuştur. Bu çalışmaya göre hastaların en fazla destek aldıklarını ifade ettikleri kişi eşleri olarak bulunmuştur. Eşten sonra destek aldıklarını ifade ettikleri kişiler sırasıyla çocukları ve kardeşleri bulunmuştur. Komşular, uzak ve yakın akrabalarından daha fazla destek veren kişiler olarak algılandığı bulunmuştur. Can'ın (102) çalışmasında hastaların genel anlamda algıladıkları sosyal desteğin oldukça yüksek olduğu bulunmuştur. Ölçeğin alt grupların bakıldığında yine sosyal destek düzeyleri oldukça yüksek bulunmuş ve alınan desteğin kaynağına bakıldığında başta aile desteği olmak üzere sırası ile özel bir insan ve arkadaş olarak bulunmuştur.



Hastaların genel olarak sosyal destek düzeyleri iyi olarak belirlenmiştir. En fazla desteğin aileden alınmasını geleneksel Türk aile yapısına bağlı olarak hastalık durumunda aileyi oluşturan eş, çocuk vb. aile üyelerinden geldiği söylenebilir.

Yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeyinin cinsiyete göre dağılımına bakıldığında erkek hastaların genel sağlık durumu, fiziksel fonksiyon, emosyonel fonksiyon puan ortalamaları kadınlara göre daha yüksek, yorgunluk semptomu kadınlara göre daha iyi bulunmuştur. Genel olarak erkeklerin yaşam kalitesi kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4). Erkek ve kadınlar arasında sosyal destek düzeyi açısından anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte erkeklerin toplam puan ortalaması kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 19).

Ünsal ve ark.'larının (100) çalışmasında kadınlarda erkeklere göre yorgunluk ve uykusuzluk semptomu daha fazla görülürken emosyonel fonksiyon daha düşük bulunmuştur. Sadırlı'nın (103) kanserli hastalarda semptom kontrolünü değerlendirdiği çalışmasında cinsiyetin semptomları etkilemediğini bildirmiştir. Yeşilbalkan ve ark.'larının (6) kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan ilişkisini WHOQOL BREF-TR yaşam kalitesi ölçeğini kullanarak inceledikleri çalışmalarında yaşam kalitesi puan ortalamaları ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bulmuştur. Savcı'nın (84) çalışmasında global yaşam kalitesi puanı erkeklerin kadınlara göre daha yüksek bulunmuş ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kızılcı'nın (104) kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörleri araştırdıkları çalışmasında yaş, cinsiyet ve medeni durumun yaşam kalitesi üzerinde etkili olmadığını bulmuştur. Ancak kadın hasta yakınlarının erkeklere göre daha düşük yaşam kalitesi puanına sahip oldukları belirlenmiştir.

Savcı'nın (84) çalışmasında sosyal destek toplam puanı erkek hastalarda kadınlara göre daha yüksektir ancak istatistiksel açıdan aralarında anlamlılık bulunmamıştır. Dedeli ve ark.'larının (105) kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteği inceledikleri çalışmasında sosyal destek ölçeği toplam puanı kadın hastalarda daha yüksek bulunmuştur.

Kadınların yaşam kalitesinin daha kötü ve sosyal destek puanlarının daha düşük olmasını; Türk toplumunun geleneksel yapısına bağlı olarak hastalıklarının yanı sıra ev ve çocukların bakımından da sorumlu olmaları ve hastalık süresince de bu görevlerini devam ettirmeye çalışmaları, anemi belirti ve bulgularını daha yoğun yaşamaları, büyük çoğunluğunun ev hanımı olması, sosyalleşebilecekleri yeterli ortamların bulunmaması ve erkekler kadar geniş bir sosyal ağa sahip olmamalarına bağlı olduğu söylenebilir.

Araştırmamızda yaşam kalitesi puan ortalamalarının medeni durum ile karşılaştırılmasına bakıldığında; evlilerin dul ve bekar hastalara göre daha az uykusuzluk yaşadığı bulunmuştur. Evli olan hastaların dul ve bekarlara göre genel sağlık durumu puan ortalaması daha düşük bulunmuştur (Tablo 5). Çalışmamızda dul hastaların evli hastalara göre sosyal destek ölçeği alt boyutlarından özel insan alt boyut puanı daha yüksek bulunmuştur (Tablo 20).

Kızılcı'nın (104) çalışmasında hastalar açısından medeni durumun yaşam kalitesi üzerine etkili olmadığı bulunmuş ancak hasta yakınları açısından evli hasta yakınlarının bekar hasta yakınlarına göre yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur. Savcı'nın (84) kanserli hastalarda yaptığı çalışmasında global yaşam kalitesi puanının medeni duruma göre dağılımına bakıldığında bekar ve dulların daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yeşilbalkan'nın (6) çalışmasında yaşam kalitesi alt boyutlarından bedensel alanda yaşam kalitesi puanlarının evli hastaların dul olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Hastaların ruhsal, sosyal ve çevresel alandaki yaşam kalitesi puanları arasında fark bulunamamıştır. Acaray ve Pınar'ın (106) SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ile kronik hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirdiği çalışmalarında bekar olguların global yaşam kalitesi puanlarının dul olanlara göre, genel sağlık anlayışı yaşam kalitesi boyut puanlarının evli ve dul olanlara göre yüksek bulmuşlardır. Kanarış Gürel'in (107) erişkin onkoloji, hematoloji kliniklerinde kemoterapi uygulanan hastaların yaşam kalitesi ve bunu etkileyen faktörleri incelediği çalışmasında hastaların cinsiyetleri, medeni durumları, sosyal güvenceleri ve çalışma durumları ile yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ancak bekar hastaların genel iyilik hali puanlarının evli hastalardan daha yüksek olduğunu bulmuştur. Bekar hastaların rol performansı ve sosyal durum alanlarında yaşam kalitesi evli hastalara göre daha yüksek bulunmuştur ve bu sonuç istatistiksel açıdan anlamlıdır. Savcı'nın (84) çalışmasında sosyal destek toplam puanı ve aileden algılanan sosyal destek puanı evli olanlarda bekar ve dullara göre yüksek bulunmuştur.

Evli olan hastaların genel sağlık durumu puan ortalamasının düşük olmasını çocuk ve aileye sahip olmaları sebebi ile hastalıklarının yanı sıra onlara karşı sorumluluklarını yerine getirmek gibi kaygılarının olmalarına ve gelecek kaygılarının olmasına bağlanabilir. Bekar ve dulların uykusuzluk semptomunun daha fazla gözlenmesini yetersiz sosyal destek sahip ağna sahip olmaları, tedavi ve hastalık sürecine bağlı gelecek kaygısı yaşamlarına bağlı olacağı düşünülebilir. Dul hastaların arkadaş ve çevredeki yakınlarından hastalık sürecinde daha fazla destek gördüğü söylenebilir.

Hastaların eğitim düzeyleri ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiye bakıldığında genel sağlık durumu puan ortalamaları yüksek öğrenim görmüşlerin diğer gruplara göre daha

yüksek saptanmış aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Okur-yazar olan hastaların fiziksel fonksiyonu ortaöğretim ve yükseköğrenim mezunlarına göre daha kötü bulunmuştur. Yükseköğrenim gören hastalar okur-yazar ve ilköğretim mezunlarına göre daha az ağrı semptomu algıladıklarını tariflemişlerdir. Yüksek öğrenim mezunları ilköğretim mezunlarına göre daha az mali sıkıntı yaşadıkları bulunmuştur (Tablo 6). Okur-yazar hastaların algılanan sosyal destek ölçeğinin aile alt boyutu puanı ortalamaları ilköğretim ve ortaöğretim mezunlarına göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 21).

Araştırmaya katılan hastaların sosyal güvenceleri ile yaşam kalitesi ve algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 7, 22).

Yeşilbalkan ve ark.'larının (6) çalışmasında eğitim durumu ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark belirlenmemiştir. Kanarış Gürel'in (107) yetişkin onkoloji ve hematoloji hastaları üzerine yaptığı tez çalışmasında eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı bulunmuştur. Semptomlardan yorgunluk, bulantı, kusma, ağrı, iştah kaybı, solunum ve uykusuzluk bölümlerinde ilkokul ve altının, ortaokul ve üstüne göre puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Altıparmak'ın (108) akciğer kanserli hastalarda kemoterapinin yaşam kalitesi üzerine etkisi adlı tez çalışmasında EORTC QLQ-C30 ve EORTC QLQ LC-13 yaşam kalitesi anket formları kullanılmış eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Eşit Üstün ve Karadeniz'in (109) hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşam kalitesi ve bilgilendirici hemşirelik yaklaşımının önemi adlı çalışmalarında WHOQOL BREF-TR yaşam kalitesi ölçeği kullanmışlar ve lise eğitimi alan hastaların yaşam kalitesi puanlarının okur-yazar olmayan ve ilköğretim okulu mezunlarına göre daha yüksek bulmuşlardır. Acaray ve Pınar'ın (106) çalışmasında genel olarak öğrenim durumunun artmasına paralel olarak yaşam kalitesinin de arttığı bulunmuştur. Kızılcı'nın (104) çalışmasında hem hastaların hem de hasta yakınlarının eğitim durumları arttıkça yaşam kalitesi puanları da artmıştır. Savcı'nın çalışmasında (84) ilkokul mezunlarının global yaşam kalitesi puanları yüksek saptanmış ancak gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Savcı'nın (84) çalışmasında algılanan sosyal destek toplamı ve arkadaştan algılanan sosyal destek puanı lise/yüksekokul mezunu olanların, aileden algılanan sosyal destek puanının ortaokul mezunu olanların yüksek bulunmuştur. Ayaz ve ark.'larının (11) jinekolojik kanserli hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmalarında okur-yazar olmayanların algılanan sosyal destek puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur.

Öğrenim durumunu artması ile yaşam kalitesinin iyileşmesini; hastalıkla bilinçli ve etkin baş etme mekanizmalarının geliştirilmesine, bireyin kendi sağlık sorumluluğunu daha fazla

üstlenmesine, semptom yönetimini daha iyi kullanabilmesine, maddi olanaklarının ve sosyal durumlarının daha iyi olmasına bağlı olduğu düşünülmektedir. Okur-yazar olan hastaların aileden gelen desteği daha fazla algılamalarını bu hastaların hastalık ve tedavi sürecinde yapılan işlemlerin kolaylaştırmak için eş ve çocukları tarafından daha çok desteklendiği düşünülebilir.

Araştırmaya katılan akut lösemi hastalarının tanı ile yaşam kalitesi ve algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 8, 23).

Çalışmamızda KLL hastalarının KML hastalarına göre bulantı ve kusma semptomlarının daha az olduğu uykusuzluk semptomunu daha fazla yaşadıkları bulunmuştur (Tablo 9). KML ve KLL hastaları arasında algılanan sosyal destek toplam ve alt boyutları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 24).

Pamuk ve ark.'larının (110) Türk hematolojik malignansi hastalarında EORTC QLQ-C30 ile anksiyete ve depresyonun ilişkisini değerlendirdikleri çalışmalarında fiziksel fonksiyon skoru Hodgkin Lenfoma (HL) AML, Non-Hodgkin Lenfoma (NHL) ve Multiple Miyelom (MM) yüksek bulunmuştur. Sosyal fonksiyon skoru AML ve MM gruplarının HL ve KLL gruplarından düşük bulunmuştur. Çalışmada gastrointestinal semptom puan ortalamaları KLL ve KML grubunda birbirine yakın bulunmuştur.

KML hastalarında bulantı ve kusma semptomlarının daha fazla görülmesi kullanılan tedavi ve yan etkilerine (imatini tedavisi vb.) bağlı olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda KLL (yaş ortalaması: 60,25) hastalarının daha fazla uykusuzluk semptomu gözlenmesini KML (yaş ortalaması: 47,03) hastalarına göre daha ileri yaşlarda olmalarından kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmamızda akut ve kronik lösemilerin genel sağlık durumu ve EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeği fonksiyonel ölçek alt boyutunda anlamlı fark bulunmamıştır. Semptom ölçekleri alt boyutunda yorgunluk semptomu puanı kronik lösemilerde akut lösemilere göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 10). Algılanan sosyal destek düzeyi açısından kronik ve akut lösemiler arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak akut lösemilerin sosyal destek ölçek toplam puanı daha yüksek bulunmuştur (Tablo 25).

Schumacher ve ark.'larının AML hastalarında yorgunluğun yaşam kalitesi açısından önemini inceledikleri çalışmalarında (111) yorgunluğun bulantı/kusma ve iştah kaybı ile yakın ilişkili olduğunu ancak hemoglobin düzeyi ile ilişkili olmadığını bulmuşlardır. Can'ın çalışmasında (102) tedavi sonrası yorgunluk algılaması ile hemoglobin/hematokrit düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Çalışmamızda kronik lösemi hastalarının yorgunluk semptomunu daha yoğun yaşamalarını ileri yaşa sahip olmalarına, hastalıklarının tedavi takip sürecinin uzun olmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Lösemi hastalığına uyum sağlayabilenlerin uyum sağlayamayanlara göre rol fonksiyon, emosyonel fonksiyon, bilişsel fonksiyon ve sosyal fonksiyon puanları daha yüksek ve iştahsızlık, konstipasyon, bulantı ve kusma semptomu daha düşük puan almış ve daha az mali zorluk içinde oldukları bulunmuştur. Hastalığa uyum sağlayan grubun uyum sağlayamayan gruba göre yaşam kalitesi daha iyi bulunmuştur (Tablo 11). Hastalığa uyum sağlayan grubun uyum sağlayamayan gruba göre algıladıkları sosyal destek ölçeği aile alt boyutundan daha yüksek puan almışlardır. Hastalığa uyum sağlayan grubun algıladıkları aile desteği daha yüksek bulunmuştur (Tablo 26).

Sadırlı'nın (103) çalışmasında hastalığa uyum sağlayan bireylerin tedavi sonrası yorgunluk, bulantı, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, ciltte ve tırnaklarda değişiklik, ağızda yara ve ellerde uyuşma semptomu tedavi öncesine göre daha yüksek bulunmuştur.

Hastalığa uyum sağlayan bireylerin genel olarak yaşam kalitelerinin daha iyi olması, semptomları daha hafif yaşamalarını hastalık ve tedavi sürecini kabullenmelerine; uyum sağlayan hastaların sosyal destek aile alt boyutunun yüksek olmasını Türk aile yapısına bağlı olarak eş, çocuklar vb. aile üyelerinin desteğine bağlı olduğu söylenebilir.

Hastalığın teşhis edilme zamanı 0-6 ay olan hasta grubunun yorgunluk semptom algılamaları daha iyi bulunmuştur. İstatistiksel açıdan anlamlı olmamakla birlikte 6 ay ve daha kısa süredir teşhis edilen grubun global sağlık durumu daha yüksek bulunmuştur (Tablo 12). Çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ölçeği ve alt boyutları ile hastalığın teşhis edilme zamanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 27).

Sadırlı'nın (103) çalışmasında tedavi öncesi ve sonrası semptomların hastalığın teşhis edilme zamanı ile karşılaştırmasında 6 aydan daha az sürede teşhis edilen bireylerin tedavi sonrası yorgunluk, bulantı, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, ağızda yara ve ellerde uyuşma semptomlarının kötüleştiği bulunmuştur. Savcı'nın (84) çalışmasında 12 ay ve daha kısa süredir hasta olanlarda global yaşam kalitesi diğer gruplara göre yüksek bulunmuştur ve aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ve algıladıkları sosyal destek düzeyi ölçeği toplam puanı en yüksek olarak bu grupta saptanmıştır. Kızılcı'nın (104) kanserli hastalar üzerinde yaptığı çalışmasında ilk altı ayda yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aydın Bektaş ve Akdemir'in (83) kanserli bireylerin fonksiyonel durumunu değerlendirdikleri çalışmalarında tanı süresinin fonksiyonel yaşam üzerine etkisiz olduğunu bulmuştur.

6 ay ve daha kısa süredir teşhis edilen grubun global sağlık durumunun ve yorgunluk semptomunun daha iyi olmasını teşhisin henüz yeni konulmasına, az sayıda tedavi kürü almalarına, günlük yaşam aktivitelerini etkileyecek semptomları yoğun yaşamamalarına bağlı olduğu söylenebilir.

Yaşam kalitesi puanları ile hastalığı algılama durumu karşılaştırıldığında lösemiye uzun sürede tedavi edilen bir hastalık olduğunu düşünenlerin kısa sürede tedavi edilen bir hastalıktır diyenlere göre emosyonel fonksiyon puan ortalaması daha düşük, yorgunluk semptomu daha yüksek bulunmuştur. Uzun sürede tedavi edilen bir hastalıktır diyenlerin emosyonel fonksiyonu ve yorgunluk düzeyleri daha kötüdür (Tablo 13). Hastalığı algılama durumu ile ÇBASD ölçeği toplamı ve alt boyutları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 28).

İlaçlar hakkındaki düşüncesi tedavi edecek ama çok yan etkisi var şeklinde olan grubun diğer gruplara göre genel sağlık durumu, sosyal fonksiyonu, yorgunluk ve ağrı semptomları daha kötü bulunmuştur (Tablo 14). Hastaların ilaçlar hakkındaki düşünceleri ile ÇBASD ölçeği toplamı ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 29).

Sadırlı'nın (103) kanserli hastalarla yaptığı çalışmasında tedavi sonrasında meydana gelen semptomlar ile hastalığı algılama durumu karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olduğunu düşünen grubun fazla sayıda tedavi görmelerine, sürenin uzaması ile nüks olma riskinin artmasına ve araştırmaya katılan hastalar arasında kronik lösemilerin fazla olmasına bağlı olduğu söylenebilir.

Sigara ve alkol kullanımının yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeyi üzerine bir etkisi olmadığı bulunmuştur (Tablo 15,16,30,31).

Hastaların yaşam kaliteleri ile yaş, BKİ, çocuk sayısı, teşhis ve tedavi süresi ile korelasyonuna bakıldığında; yaş ile bulantı ve kusma semptomu arasında negatif yönlü bir korelasyon, BKİ ile iştahsızlık arasında negatif yönlü bir korelasyon, çocuk sayısı ve ağrı semptomu arasında pozitif yönlü bir korelasyon, teşhis süresi ile iştahsızlık arasında pozitif ve konstipasyon ile negatif yönlü bir korelasyon, tedavi süresi ile bilişsel fonksiyon arasında negatif yönlü ve iştahsızlık semptomu ile pozitif yönlü bir korelasyon bulunmuştur. Yaş arttıkça bulantı ve kusma semptomu azalmakta, BKİ arttıkça iştahsızlık azalmakta, çocuk sayısı arttıkça ağrı semptomu artmakta, teşhis süresi arttıkça iştahsızlık artmakta ve konstipasyon azalmakta, tedavi süresi arttıkça bilişsel fonksiyon azalmakta ve iştahsızlık artmaktadır (Tablo 17). ÇBASD ölçeği ile yaş, BKİ, çocuk sayısı, teşhis ve tedavi süresi ile korelasyonuna bakıldığında; yaş, teşhis ve tedavi süresi ile ölçek toplamı ve alt boyutları ile

aralarında bir ilişki bulunmamakla birlikte aile alt boyutu ile BKİ ve çocuk sayısı arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon bulunmuştur (Tablo 32). BKİ azaldıkça aile desteği azalmakta ve çocuk sayısı arttıkça aile desteği de artmaktadır.

Savcı'nın (84) kanserli hastalarda yaptığı çalışmasında yaş ile sağlığı algılama arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur. Sosyal destek toplam puanı en yüksek 18-27 yaş grubunda bulunmuştur. Teşhis ve tedavi süresi arttıkça global yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeyi toplam puanın azaldığını bulunmuştur. Sadırlı'nın (103) çalışmasında tedavi sonrası semptomlarla yaşın ve BKİ'ni karşılaştırmış ve anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Yeşilbalkan ve ark.'larının (6) çalışmasında yaş, cinsiyet ve öğrenim durumu ile toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. İleri yaştaki hastaların genç yaştaki hastalara göre daha fazla psikolojik semptom yaşadıklarını bulunmuştur. Beser ve Öz'ün (112) kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete-depresyon düzeylerinin ve yaşam kalitesinin incelediği çalışmasında yaş ve medeni durumun semptomları etkilediğini bulunmuştur. Pamuk ve ark.'larının (110) çalışmasında yaş ve genel sağlık skoru arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. Aydın Bektaş ve Akdemir'in çalışmasında (83) tanı süresi, metastaz durumu, alınan kemoterapi sayısı, radyoterapi uygulanma durumu, alınan radyoterapi gün sayısı, kanser dışında başka kronik hastalık tanısı alma, yaş, kontrole gelme sıklığı, ilaç tedavisi dışında evde hastalıkla ilgili yapılan uygulamalar, sosyal güvence, yerleşim yeri, evde birlikte yaşanan kişiler, ailede hastalığı olanların varlığı, hastaların bakımı ile ilgilenen konular, hastalıkla ilgili diyetin varlığı gibi değişkenlerin fonksiyonel yaşam üzerine etkisiz olduğunu bulunmuştur. Ünsal ve ark.'larının çalışmasında (100) 60 yaş ve üzeri olgularda 60 yaş altına kıyasla halsizlik semptomu daha fazla saptanmıştır. Kızılcı'nın çalışmasında (104) yaş, cinsiyet ve medeni durumun yaşam kalitesi üzerine etkili olmadığı bulunmuştur. Hastalık süresine göre yaşam kalitelerinin ortalama puanları incelendiğinde; yaşam kalitesi puanlarının hastalığın ilk 6 ayında yüksek olduğu, ancak 7. aydan sonra düştüğü ve 13. aydan itibaren fiziksel semptom ve aktiviteler ile tıbbi etkileşim dışında diğer alanlarda tekrar yükseldiği bulunmuştur. Levin ve ark.'larının (113) KLL hastalarında depresyon, anksiyete ve yaşam kalitelerini inceledikleri çalışmalarında yaşın yaşam kalitesi üzerine önemli etkisinin olduğunu bulmuşlardır. 6 yıldan fazla süredir tanı konan hastaların fiziksel yaşam kalitelerinin ve yeni tanı konan hastalarda ise sosyal ve emosyonel yaşam kalitesinin daha kötü olduğu bulunmuştur. Ayaz ve ark.'larının (11) çalışmasında yaş ve medeni durum gibi özelliklerin algılanan sosyal desteği etkilemediği bulunmuştur.

Yaş arttıkça bulantı ve kusma semptomunun azalmasını alan tedavilerin artması ile bulantı ve kusmaya yönelik hastalarının bu semptomlarla baş etmeye yönelik deneyim kazanmalarına, araştırmaya katılan hastaların ileri yaş grubunu daha çok KLL hastalarının oluşturmasına bağlı olduğu söylenebilir. Aile desteği alan hastaların beslenme alışkanlıklarının daha düzenli olduğu ve BKİ üzerine olumlu etkisinin olabileceği söylenebilir. Teşhis ve tedavi süresi arttıkça, sosyal desteğin azalması, hastalık sürecine bağlı olarak oluşan semptomlar, araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunun evli ve erkek hastalardan oluşturmakta ve bu nedenle Türk geleneksel aile yapısına bağlı olarak evin geçiminden sorumlu olan bireyin çalışmaması sebebi ile mali sıkıntılarının artması ve bunların hastada stres yaratmasına bağlı iştahsızlık yaşadıkları söylenebilir.

## **YAŞAM KALİTELERİ VE SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeği ile ÇBASD ölçeği arasındaki karşılaştırılmasına bakıldığında genel sağlık durumu arttıkça sosyal destek ölçeği toplamı, aile, arkadaş ve özel insan alt boyutları da artmaktadır. ÇBASD ölçeği toplam puanı ile genel sağlık durumu, emosyonel fonksiyon, bilişsel fonksiyon, sosyal fonksiyon arasında pozitif yönlü bir korelasyon, iştahsızlık semptomu ve mali zorluk maddesi ile negatif yönde anlamlı düzeyde bir korelasyon bulunmuştur. ÇBASD ölçeği aile alt boyutu ile genel sağlık durumu, emosyonel fonksiyon, bilişsel fonksiyon ve sosyal fonksiyon arasında pozitif yönde bir ilişki ve mali zorlukla negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. ÇBASD ölçeği arkadaş alt boyutu ile genel sağlık durumu, fiziksel fonksiyon, emosyonel fonksiyon ve bilişsel fonksiyon arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur. ÇBASD ölçeği özel insan alt boyutu ile genel sağlık durumu ile pozitif yönde ve iştahsızlık semptomu ile negatif yönde bir ilişki bulunmuştur (Tablo 33).

Savcı'nın çalışmasında (84) arkadaştan alınan sosyal destek ve algılanan sosyal destek toplam puanı arttıkça sağlığı algılama puanının da arttığı bulunmuştur. Can'ın çalışmasında (102) hastaların yorgunluk algılaması ile sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Arkadaştan alınan sosyal destek puanı arttıkça yaşam kalitesinin de arttığını bulmuştur. Arkar ve ark.'larının (114) yaşam kalitesi, sosyal destek, sosyal ağ ve yalnızlık arasındaki ilişkiyi araştırdığı çalışmalarında genel sağlık ve yaşam kalitesi, kişisel inançlar alanı hariç yaşam kalitesinin diğer bütün alanları ile pozitif yönde ve yalnızlıkla negatif yönde



bir korelasyon, yaşam kalitesi ile özel bir insandan ve aileden alınan sosyal destek arasında ilişki bulmuştur. Santos ve ark.'larının (115) Brezilya'lı farklı hematolojik malignensi hastalarında psikososyal adaptasyon ve yaşam kalitelerini inceledikleri çalışmalarında sosyal destek ile ağrı ve uykusuzluk semptomu arasında negatif korelasyon bulmuşlardır.

Hastaların aile, arkadaş ve özel insandan aldıkları sosyal destek arttıkça yaşam kalitesinin fiziksel ve emosyonel boyutlarında iyileşme görülmekte, sosyal destek azaldıkça iştahsızlık ve mali sıkıntılar artmaktadır. Lösemi hastalarına tedavi ve hastalık süresince sağlanan güçlü sosyal destek ağlarının hastaların da yaşam kalitesi üzerine olumlu etki sağladığı, tedavi ve komplikasyonlara bağlı yan etkilerle daha etkin bir şekilde başa çıkabildikleri ve hastalığa uyum sağladıkları söylenebilir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

### SONUÇLAR

Araştırma; lösemi tanısı alan hastalarda yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerini değerlendirmek, bunları etkileyen sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özellikleri belirlemek ve uygun hemşirelik uygulamalarını geliştirmede rehber olabilecek önerileri sunmak amacıyla planlanan çalışmada elde edilen sonuçlar şunlardır;

- Araştırmaya katılan hastaların %62.4'ünün erkek, %80.3'ünün evli, %47.9'unun ilköğretim mezunu, %34.2'sinin emekli olduğu belirlenmiştir. Hastaların yaş ortalaması 49.86'tır.
- Araştırmaya katılan grubun genel sağlık durumu puan ortalaması 59.76 olarak bulunmuştur. Hastalar fonksiyonel ölçeklerden en yüksek puanı rol fonksiyondan alırken en düşük puanı da emosyonel fonksiyondan almıştır. Semptom ölçeklerinden puan ortalaması en yüksek mali zorluk maddesinde bulunmuş ve en yoğun görülen 3 semptom sırası ile yorgunluk, uykusuzluk ve ağrı olarak bulunmuştur.
- Hastaların ÇBASD ölçeğinin toplam puan ortalaması 58.04 olarak bulunmuştur. Alt ölçeklerden en yüksek puanı aile alt grubu alırken bunu sırası ile arkadaş, özel bir insan izlemiştir.
- Erkek hastaların kadın hastalara göre genel sağlık durumu, fiziksel fonksiyon, emosyonel fonksiyon puanı daha yüksek, yorgunluk semptomu daha iyi bulunmuştur.
- Cinsiyetin algılanan sosyal destek düzeyi üzerine etkili olmadığı bulunmakla birlikte erkek hastaların ölçek toplam puanı kadın hastalara göre daha yüksek bulunmuştur.
- Evlilerin dul ve bekar hastalara göre daha az uykusuzluk yaşadıkları bulunmuştur.
- Dul hastaların evli hastalara göre özel bir insandan algıladıkları sosyal desteğin daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Yüksek öğrenim gören hastaların daha az mali sıkıntı çektikleri ve daha az ağrı algıladıkları bulunmuştur. Okur-yazar olan hastaların aileden algılanan sosyal destek düzeylerinin daha iyi olduğu bulunmuştur.

- KLL hastalarının KML hastalarına göre bulantı-kusma semptomunu daha az yaşadıkları ve daha fazla uykusuzluk çektikleri bulunmuştur.
- Kronik lösemi hastalarının yorgunluk semptomu akut lösemi hastalarına göre daha yoğun yaşadıkları bulunmuştur.
- Lösemi hastalığına uyum sağlayanların uyum sağlayamayanlara göre rol fonksiyon, emosyonel fonksiyon, bilişsel fonksiyon ve sosyal fonksiyonları daha iyi bulunmuştur. İştahsızlık, bulantı-kusma ve konstipasyon semptomlarını daha az yaşadıklarını ve daha az mali zorluk içerisinde oldukları bulunmuştur. Hastalığa uyum sağlayanların aileden algıladıkları sosyal destek daha yüksek bulunmuştur.
- Hastalığın teşhis edilme zamanı 6 ay ve daha az olan hastaların yorgunluk semptomunu daha az yaşadıkları bulunmuştur.
- Hastalığın uzun sürede tedavi edilebilir olduğunu düşünen grubun emosyonel fonksiyonu ve yorgunluk düzeyleri daha kötü bulunmuştur.
- Yaş arttıkça bulantı ve kusma semptomunun azaldığı, BKİ arttıkça iştahsızlığın azaldığı, çocuk sayısı arttıkça ağrı semptomunun arttığı, teşhis süresi arttıkça iştahsızlığın arttığı ve konstipasyon semptomunun azaldığı, tedavi süresi arttıkça bilişsel fonksiyonun azaldığı ve iştahsızlığın arttığı bulunmuştur.
- BKİ ve çocuk sayısı ile ÇBASD ölçeği aile alt boyutu arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur. Hastaların BKİ ve çocuk sayısı arttıkça algılanan sosyal destek düzeyleri de artmaktadır.
- Hastaların algılanan sosyal destek düzeyleri arttıkça genel sağlık durumu da iyileşmektedir.
- ÇBASD ölçeği toplam puanı arttıkça genel sağlık durumu, emosyonel fonksiyon, bilişsel fonksiyon, sosyal fonksiyon düzeyleri iyileşmekte, iştahsızlık semptomu ve mali zorluk azalmaktadır. ÇBASD ölçeği aile alt boyutundan algılanan sosyal destek arttıkça genel sağlık durumu, emosyonel fonksiyon, bilişsel fonksiyon ve sosyal fonksiyon iyileşmekte ve mali zorluk azalmaktadır. ÇBASD ölçeği arkadaş alt boyutundan algılanan sosyal destek arttıkça genel sağlık durumu, fiziksel fonksiyon, emosyonel fonksiyon ve bilişsel fonksiyon artmaktadır. ÇBASD ölçeği özel insan alt boyutundan algılanan sosyal destek arttıkça genel sağlık durumu iyileşmekte ve iştahsızlık semptomu azalmaktadır.

## ÖNERİLER

Lösemili hastaların yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirildiği bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Hemşirelerin lösemi hastalarının yaşam kalitesini ve sosyal destek düzeylerini etkileyen kişisel (yaş, cinsiyet, medeni durum vb.) ve hastalığa ilişkin (teşhis ve tedavi süresi vb.) özellikleri göz önüne alarak hemşirelik bakımını planlaması ve uygulaması,
- Hemşireler tarafından lösemili hastaların yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerini belirlemeye yönelik düzenli aralıklarla geçerli ve güvenilir ölçeklerle değerlendirmelerin yapılması,
- Hastaların hastane ortamında grup terapilerine katılımının sağlanması ve hastane dışında destek gruplarının oluşturulması, hastaların bu aktivitelere katılımı sağlanarak sosyal destek düzeyinin arttırılmaya çalışılması,
- Lösemi hastalarında yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerini etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik daha fazla sayıda hasta grupları ile karşılaştırmalı gelecek çalışmaların yapılması önerilebilir.

## ÖZET

Bu araştırma, lösemi tanısı alan hastalarda yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerini, bunları etkileyen faktörleri, yaşam kalitesi ve sosyal destek arasındaki ilişkileri belirlemek amacı ile planlanmış kesitsel bir çalışmadır.

Araştırmaya Ocak 2008- Haziran 2008 tarihleri arasında hematoloji polikliniğine başvuran lösemi tanısı almış, terminal dönemde olmayan, iletişim kurmaya engel teşkil edecek akli ya da bedensel bir özrü bulunmayan, okur-yazar olan, araştırmaya katılmaya istekli, 18 yaş ve üzeri 117 hasta yer almıştır. Veriler hasta bilgi formu, EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Çalışma grubundaki hastaların yaş ortalaması 49.86 olarak belirlenmiştir. Hastaların % 62.4'ü erkek, % 80.3'ü evli, % 47.9'u ilköğretim mezunu, % 34.2'si emekli, % 76.1'i çekirdek aileye mensup ve % 64.1'i SSK'ya bağlı olduğu belirlenmiştir.

Hastaların % 53.9'u KML hastası olduğu, % 92.3'ü hastalığa uyum sağladığı, % 43.5'nin hastalığının 3 yıl ve üzeri süre önce teşhis edildiği, %88.9'nun lösemiye uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olarak gördüğü, % 97.4'ünün ilaç tedavisine uyum sağladığını, % 49.6'sının ilaçların tedavi edeceğine inandığını, % 83.8'nin sigara ve %94'nün alkol kullanmadığını ifade ettiği belirlenmiştir.

Hastaların genel sağlık durumu puan ortalaması  $59.76 \pm 24.01$  ve algılanan sosyal destek puan ortalaması  $58.04 \pm 17.45$  olarak bulunmuştur. Hastalar fonksiyonel ölçeklerden en yüksek puanı rol fonksiyondan alırken en düşük puanı da emosyonel fonksiyondan almıştır. Genel sağlık durumu erkeklerin kadınlara göre daha iyi olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Semptom ölçeklerinden puan ortalaması en yüksek mali zorluk maddesinde bulunmuş ve en yoğun görülen 3 semptom sırası ile yorgunluk, uykusuzluk ve ağrı olarak bulunmuştur. Alt ölçeklerden en yüksek puanı aile alt grubu alırken bunu sırası ile arkadaş, özel bir insan izlemiştir.

Genel sağlık durumu, fonksiyonel ölçekler ve semptom ölçekleri yaş, cinsiyet, BKİ, çocuk sayısı medeni durum, eğitim durumu, lösemnin türü, hastalığa uyum sağlama durumu, hastalığın teşhis edilmesi ve tedavi süresi, hastalığın algılanması, ilaçlar hakkındaki düşünceler gibi kişisel ve hastalıkla ilgili özelliklerden etkilendiği belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

Algılanan sosyal destek düzeyi ve alt grupları medeni durum, eğitim durumu, hastalığa uyum sağlayabilme, BKİ ve çocuk sayısından etkilendiği belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

ÇBASD ölçeği toplam ve alt boyutları ile EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeğinin genel sağlık durumu ve fonksiyonel ölçekleri ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Semptom ölçeklerinden iştahsızlık semptomu ve mali zorluk maddesi ile negatif yönde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

Çalışmanın bu sonuçları doğrultusunda;

- Hemşirelerin lösemi hastalarının yaşam kalitesini ve sosyal destek düzeylerini etkileyen kişisel (yaş, cinsiyet, medeni durum vb.) ve hastalığa ilişkin (teşhis ve tedavi süresi vb.) özellikleri göz önüne alarak hemşirelik bakımını planlaması ve uygulaması,
- Hemşireler tarafından lösemili hastaların yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerini belirlemeye yönelik düzenli aralıklarla geçerli ve güvenilir ölçeklerle değerlendirmelerin yapılması önerilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Lösemi, EORTC QLQ-C30, yaşam kalitesi, sosyal destek, hemşirelik bakımı

# **THE ASSESMENT OF THE QUALITY OF LIFE AND SOCIAL SUPPORT LEVELS OF LEUKEMIA PATIENTS**

## **SUMMARY**

This cross-sectional study which aims to determine the quality of life and social support levels of patients diagnosed with leukemia, the factors that affect these, and the relationship between the quality of life and social support.

The study included 117 voluntary leukemia patients aged 18 years and over who applied to the hematology polyclinic between January 2008 and June 2008, who are not in the terminal period, who have no mental or physical disabilities that will prevent communication, and who are literate. Data was collected using the patient information form, EORTC QLQ-C30 Quality of Life scale, and the Multi Dimensional Scale of Perceived Social Support.

The age average of the patients included in the study group is identified as 49.86. 64.4% of patients are identified as male, 80.3% as married, 47.9% as primary school graduates, 34.2% as retired, 76.1% as a member of an immediate family, and 64.1% as insured under SSI (Social Security Institution).

53.9% of patients are identified as Chronic Myeloid Leukemia (CML) patients, 92.3% to be attuned to the disease, 43.5% to be diagnosed with the disease 3 or more years ago, 88.9% to consider leukemia as a disease that requires long term therapy, 97.4% to show adherence to the drug therapy, 49.6% to believe that the drugs will treat them, 83.8% to state that they do not use cigarettes and 94% to state that they do not use alcohol.

The average score for the general health condition of patients was found to be  $59.76 \pm 24.01$  and the average score perceived social support was found to be  $58.04 \pm 17.45$ . While patients achieved the highest score from the role function, they received the lowest score from the emotional function. Men were found to have a better general health condition in comparison to women ( $p < 0.05$ ). The highest average score of the symptom scales was found in the financial difficulty item, and the most frequently observed 3 symptoms are fatigue, sleeplessness, and pain, respectively. The highest subscale score was achieved in the family subgroup followed by friend and significant others.

It was determined that the general health condition was affected by personal and disease-related characteristics such as functional scales and symptom scales, age, gender, BMI, number of children, marital status, academic status, type of leukemia, adherence to disease, time taken to diagnose and treat the disease, detection of the disease, and conceptions about the drugs ( $p < 0.05$ ).

A positively significant relationship was found with the total and dimensions of the multidimensional scale of perceived social support (MSPSS), and the general health condition and functional scales of the EORTC QLQ-C30 quality of life scale. A negatively significant relationship was found with the loss of appetite symptom and the financial difficulty item from amongst the symptom scales ( $p < 0.05$ ).

In accordance with these results of the study;

- Nurses can be advised to plan and provide nursing care for patients by taking into consideration the personal (age, gender, marital status, etc.) and disease-related (duration of diagnose and treatment, etc) characteristics that affect the quality of life and social support levels of leukemia patients,
- Nurses can be advised to make assessments at regular intervals by means of valid and reliable scales aimed at determining the quality of life and social support levels of leukemia patients.

**Keywords:** Leukemia, EORTC QLQ-C30, quality of life, social support, nursing care



## KAYNAKLAR

1. Pınar R. Assesment of Quality of Life in Turkish Patients with Cancer, Turkish Journal of Cancer 2003; 96-101.
2. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Sistem Ofset; 2005.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2004) Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması. Ankara. (www.hm.saglik.gov.tr erişim Aralık 2008).
4. T.C. Sağlık Bakanlığı. Kanser. Mollahaliloğlu S, Hülür Ü, Yardım N ve Ark. (Editörler). Türkiye’de Sağlığa Bakış. Ankara: Bölük Ofset Matbaacılık; 2007: p.59-67.
5. Aktan M. Yetişkin Lösemileri. Topuz E, Aydın A, Karadeniz A N.(Editörler) Klinik Onkoloji. Tunç Matbaası; 2000: p. 264-277.
6. Yeşilbalkan ÖU, Akyol AD, Çetinkaya Y ve ark. Kemoterapi Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye Bağlı Yaşadıkları Semptomlar ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005: 21(1): p.13-31.
7. Tüzün HE, Eker L. Sağlık Değerlendirme Ölçütleri ve Yaşam Kalitesi. Sağlık ve Toplum 2003; 13(2): p.3-8.
8. Şenol Y, Türkay M. Yaşam Kalitesi Ölçütlerinde Taraf Tutma: Cevap Kayması. TAF Preventive Medicine Bulletin 2006; 5(5): p.382-389.
9. Özyılkan Ö. Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesinin Önemi. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Program ve Özet Kitabı. İzmir. 8-10 Nisan 2004: p.14-16.
10. Özyurt BE. Kanser Hastalarının Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyine İlişkin Betimsel Bir Çalışma. Kriz Dergisi 2007;15(1): p. 1-15.
11. Ayaz S, Yaman EŞ, Korukluoğlu S. Jinekolojik Kanserli Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. Türkiye Klinikleri Journal Medicine Sciense 2008; 28(6): p. 880-885.
12. Ed: Karakuş L, Karakoç Y. Onkolojik Hastalıklar ve Hemşirelik El Kitabı. Ankara: Mavi Ambalaj; 2005: p.127-143.

13. Scheinberg DA, Golde DW. The Leukemias. Isselbacher K J, Braunwald E. et al.(Eds). Harrison's Principles Of Internal Medicine. McGraw-Hill, Inc; 1994: p.1764-1773.
14. T.C.Sağlık Bakanlığı.2005 Yılı Türkiye Kanser İstatistikleri <http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx> Erişim2009.
15. Goldman J, Bennett J C. Cecil İç Hastalıkları El Kitabı. Ünal S. (Çeviri Editörü). Güneş Kitabevi; 2003.
16. Vatansever S, Öztürk O, Erkan L (Editörler). TUS ve Stajlar İçin İç Hastalıkları. Tümer Eğitim-Yayıncılık; 2003: p.193-197.
17. Al-Ghazaly J. Pattern of Adult Leukemias at Al-Jomhori Educational Hospital, Sana'a, Yemen, Turk Journal Haematology; 2005: 22(1): 31-35.
18. Mehta AB., Hoffbrand AV. Haematology At A Glance. Blackvell Science; 2000.
19. Haznedar R., Yamaç K. Akut Lösemiler. İliçin G, Ünal S, ve Ark. İç Hastalıkları, cilt:1. Ankara: Güneş Kitapevi; 2003: p.1285-1287.
20. Andreolli TE, Bennett JC et al. Cecil Essentials of Medicine. Tuzcu M.(Editör). Talat Matbaası; 1995: p.387-393.
21. Aktuğlu G, Akut Lösemiler. Yazıcı H, Hamuryudan V, Sonsuz A (Editörler). Cerrahpaşa İç Hastalıkları. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2005: p.183-189.
22. Braunwald E. Fauci A S. et al (Eds). (Çeviri Editör: Sağlık Y). Harrison İç Hastalıkları Prensipleri. Nobel Tıp Kitabevleri; 2004: p.706-716.
23. Başlar Z. Akut Lösemiler, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Hematolog Olmayanlar İçin Hematolojik Maliniteler Sempozyum Dizisi No:45, Kasım; 2005: p.171-180.
24. İlhan O. Akut Lösemilerin Sınıflandırılması, Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri 1992: 12. p.468-471.
25. Koşar A, Öztürk M.(Editörler). Dahili Bilimler. Nobel Tıp Kitabevleri; 2004: p.412-418.
26. Myers AR. (Çeviri Editör: Yılmaz C). MDS İç Hastalıkları. Nobel Tıp Kitabevleri; 1998: p.118-125.
27. William F K, (Çeviri Editörü: Ferhanoğlu B). PDQ Hematoloji. İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd. Şti; 2005.
28. Ar C. Akut Lösemiler. (Koordinatör: Ülkü B). Hematoloji Ders Kitabı. İstanbul Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları; 2008: p.119-137.

29. Lewis MS, Heitkemper MM, Dirksen SR. Medical Surgical Nursing Assesment and Management of Clinical Problems. Mosby INC; 2000: p. 771-777.
30. Hoelzer D, Gökbuget N. Acute Lymphocytic Leukemia in Adults. Hoffman R, et al. Hematology Basic Principles and Practice. USA. Elsevier Inc; 2005: p.1175-1189.
31. Pekçelen Y. Lösemiler. Dinçol G, Pekçelen Y, Atamer T ve Ark. Klinik Hematoloji. Nobel Tıp Kitabevleri; 2003: p.167-227.
32. Sirohi B, Powies R. Leukemia and Myeloma. Gore M, Russell D (Eds.). Cancer in Primary Care. UK. Martin Dunitz, an imprint of Taylor & Francis Group; 2003: p.189-203.
33. Pui CH. Acute Lymphoblastic Leukemia. Lichtman M et al (Eds.). Williams Heamatology. USA. McGraw-Hill Medical; 2006: p.1321-1339.
34. Cao M, Coutre SE. Acute Lymphoblastic Leukemia in Adult. Greer JP et al (Eds.). Wintrobe's Clinical Heamatology. Lippincott Williams&Wilkins. USA. 2004: p.2075-2092.
35. Hoffbrand AV, Pettit JE, Moss PAH. Essential Haematology. Blackwell Science Ltd; 2001.
36. Scheinberg DA, Maslak P, Weis M. Acute Leukemias. Freeman S (Eds.). Cancer Principles & Practice of Oncology. Lippincott Williams&Willkins; 2001: p.2404-2428.
37. Pehlivan M ve ark. Febril Nötropeni Epizotlarında Hemopoitik Büyüme Faktör (G-CSF) Kullanımı. International Journal of Hematology and Oncology 2000;10(1): p.9-14.
38. Clark JW. Principles of Cancer Chemotherapy. Somers D, Seigafuse S (Eds.). Primary Care Medicine Office Evaluation and Management of the Adult Patient. USA: Lippincott Williams&Willkins; 2000.
39. Paydaş S. Akut Lösemilerde Transplantasyon Endikasyonları. Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Hematoloji. 2006; 2(19): p.33-37.
40. Sargın D. Erişkinlerde Kemik İliği Transplantasyon Endikasyonları ve Klinik Sonuçları. Klinik Gelişim 1997: 10: p. 41-47.
41. Andreolli TH, et al. Cecil Essentials of Medicine. USA:W.B. Saunders Company; 2001.
42. Viele CS. Diagnosis, Treatment, and Nursing Care of Acute Leukemia. Seminars in Oncology Nursing 2003; 19(2): p.98-108.

43. Papadakis MA, McPee SJ (Eds.). (Çeviri ed.: Y Erbil ). Tanı ve Tedavi Dahiliye. Nobel Tıp Kitabevleri; 2006.
44. Greer JP, Baer MR, Kinney MC. Acute Myeloid Leukemia in Adult. Greer JP et al (Eds.). Wintrobe's Clinical Hematology. USA: Lippincott Williams&Wilkins; 2004: p.2093-2130.
45. Liesveld JL, Lichtman MA. Acute Myelogenous Leukemia. Lichtman M et al (Eds.). Williams Hematology. USA: McGraw-Hill Medical; 2006: p.1183-1211.
46. Başlanlı M. Metay Yeni Hacettepe İç Hastalıkları Ders Notları. İzmir: Saray Medikal Yayıncılık San. ve Tic. Ltd. Şti;1997.
47. Estey EH, Kantarjian HM. Therapy For Acute Myeloid Leukemia. Hoffman R, et al. Hematology Basic Principles and Practice. USA: Elsevier Inc; 2005: p.1099-1115.
48. Karahocagil KM ve ark. Akut Lösemili Hastalarda Nötropenik Ateş Ataklarının Değerlendirilmesi. Van Tıp Dergisi 2002; 9(4): p.104-108.
49. Aktuğlu G, Kronik Lenfositik Lösemiler ve Diğer Olgun B ve T Hücreli Lösemiler. Yazıcı H, Hamuryudan V, Sonsuz A (Editörler). Cerrahpaşa İç Hastalıkları. İstanbul. İstanbul Medikal Yayıncılık; 2005: p.198-206.
50. Soysal T. Kronik Lösemiler-I, Kronik Lenfoid Lösemiler, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Hematolog Olmayanlar İçin Hematolojik Maliniteler Sempozyum Dizisi No:45, Kasım 2005: p.181-192.
51. Soysal T. Kronik Lenfositik Lösemi. (Koordinatör: Ülku B). Hematoloji Ders Kitabı. İstanbul: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları; 2008: p.157-168.
52. Cheson BD. The Chronic Lymphocytic Leukemias. Freeman S (Eds.). Cancer Principles & Practice of Oncology. Lippincott Williams&Willkins; 2001: p.2447-2459.
53. Patel DV, Rai KR. Chronic Lymphocytic Leukemia in Adults. Hoffman R, et al. Hematology Basic Principles and Practice. USA: Elsevier Inc; 2005: p.1437-1451.
54. Kipps TJ. Chronic Lymphoblastic Leukemia and Related Diseases. Lichtman M et al (Eds.). Williams Hematology. USA: McGraw-Hill Medical; 2006: p.1321-1339.
55. Johnston JB. Chronic Lymphocytic Leukemia. Greer JP et al (Eds.). Wintrobe's Clinical Hematology. USA: Lippincott Williams&Wilkins; 2004: p.2429-2455.
56. Lowry PA. Hematologic Malignancies. Noble J et al (Eds). Textbook of Primary Care Medicine. Mosby inc;2001: p.1074-1084.
57. Breed CD. Diagnosis, Treatment, and Nursing Care of Patient with Chronic Leukemia. Seminars in Oncology Nursing 2003; 19(2): p.109-117.

58. Haznedar R. Kronik Miyelositik Lösemiler. İliçin G, Ünal S, ve Ark. İç Hastalıkları, cilt:1. Ankara: Güneş Kitabevi; 2003: p.1892-1895.
59. Aktuğlu G, Kronik Lösemiler. Yazıcı H, Hamuryudan V, Sonsuz A (Editörler). Cerrahpaşa İç Hastalıkları. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2005: p.191-197.
60. Kantarjian HM, Faderl S, Talpaz M. Chronic Leukemias. Freeman S (Eds.). Cancer Principles & Practice of Oncology. Lippincott Williams&Willkins; 2001: p.2433-2445.
61. Soysal T. Kronik Myeloid Lösemi. (Koordinatör: Ülkü B). Hematoloji Ders Kitabı İstanbul: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları; 2008: p.149-154.
62. Lichtman MA, Liesveld JL. Chronic Myelogenous Leukemia and Related Disorders. Lichtman M et al (Eds.). Williams Hematology. USA: McGraw-Hill Medical; 2006: p.1213-1268.
63. Sawyers CL, Shah NP. Chronic Myeloid Leukemia. Hoffman R, et al. Hematology Basic Principles and Practice. USA: Elsevier Inc; 2005: p.1247-1252.
64. Soysal T. Kronik Lösemiler-II, Kronik Myeloid Lösemi, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Hematolog Olmayanlar İçin Hematolojik Maliniteler Sempozyum Dizisi No:45, Kasım 2005: p.201-208.
65. Rabinowitz I, Larson RS. Chronic Myeloid Leukemia. Greer JP et al (Eds.). Wintrobe's Clinical Hematology. USA: Lippincott Williams&Wilkins; 2004: p.2227-2252.
66. Çetiner M, Başaran G ve ark. Çetiner M (Editör). Hematolojik ve Non-Hematolojik Malignitelerde Protokoller. İstanbul: Yelken Basım; 2007.
67. National Cancer Institute. Common Toxicity Criteria (version 3.0)© USA: National Cancer Institute Bethesda,MD; 2003.
68. Saba R. Hematolojik Olgularda Profilaksi. Hematolojide Destek Tedaviler ve Enfeksiyonlar Kurs Kitabı. Türk Hematoloji Derneği 2007.
69. Çalışkan Yılmaz M. Nötropeni. Can G. (editör). Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi. 3P-Pharma Publication Planning; 2007: p.33-41.
70. Avrupa Onkoloji Hemşireliği Derneği. Kanserli Hastalarda Hematolojik Toksisitelerin Önlenmesi, Tanılanması ve Yönetimi. TITAN Kurs Öncesi Okuma Kitabı. Avrupa Onkoloji Hemşireliği Derneği (EONS); 2005.
71. Febril Nötropeni Çalışma Grubu. Febril Nötropenik Hastalarda Tanı ve Tedavi Kursu. Febril Nötropeni Çalışma Grubu. Flora; 2004: 9(1): p.5-28.

72. Kandemir Ö ve ark. Febril Nötropenik Kanser Hastalarında Gözlenen İnfeksiyonlar ve Tedavi Başarısını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. ANKEM Dergisi 2006; 20(2): p. 98-102.
73. Durna Z, Akın S, Özilli K. Durna Z (Editör). İç Hastalıkları Hemşireliği Uygulama Rehberi. Cinius Yayınları; Mart 2009.
74. Tosun N. Lösemi. Akbayrak N ve ark. (Editörler). Hemşirelik Bakım Planları. Ankara :Alter Yayıncılık; Nisan 2007: p.564-582.
75. Birol L. Hemşirelik Süreci. Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti; İzmir. 2002.
76. Carpenito-Moyet L J. Erdemir F (Çeviri Editörü). Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Nobel Tıp Kitabevleri; 2005.
77. Yıldırım A. Health Related Quality of Social Life. Gülhane Tıp Dergisi 2002; 44(4): p. 480-485.
78. Başaran S, Güzel R, Sarpel T. Yaşam Kalitesi ve Sağlık Sonuçlarını Değerlendirme Ölçütleri. Romatizma 2005; 20(1): p.55-63.
79. Fidan D, Ünal B, Demirel Y. Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesi Kavramı ve Ölçüm Yöntemleri. Sağlık ve Toplum 2003; 13(3): p. 3-8.
80. Aydemir Ö. Sağlık Yaşam Kalitesinin Klinik Uygulamalarda Kullanımı. Sağlıkta Birikim 2006; 1(2): 9-13.
81. Öksüz E, Malhan S. Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi Kalitemetri. © Başkent Üniversitesi. Ankara. 2006.
82. Sayılır A. Kanser Hastalarında Tanıyı Bilmenin Yaşam Kalitesine Etkisi, Sağlık Çalışanlarında Bu Konudaki Eğilimler. Uzmanlık Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi; 2008.
83. Aydın Bektaş H, Akdemir N. Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durumlarının Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri Journal Medicine Science 2006; 26: p.488-499.
84. Savcı AB. Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesini ve Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Etmenler. Yüksek Lisans Tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi; 2006.
85. Çakır Y, Palabıyıkoglu R. Gençlerde Sosyal Destek-Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Güvenirlilik ve Geçerlik Çalışması. Kriz Dergisi 1997; 5(1): p. 15-24.
86. Daş TC. Stres ve Depresyon. Psikiyatri Dünyası 2000; 4: p.12-17.
87. Aksüllü N, Doğan S. Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek Etkenleri ile Depresyon Arasındaki İlişki. Anatolian Journal of Psychiatry 2004; 5 : p.76-84.

88. Eyllen B. “Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği”nin Geçerlilik, Güvenirlik ve Faktör Yapısı Üzerine Bir Çalışma. Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2002; 15(1): p.109-117.
89. Babacan GA. Meme Kanseriinde Psikososyal Sorunlar ve Desteleyici Girişimler. Meme Sağlığı Dergisi 2006; 2(3): p.108-114.
90. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-30: A Quality-of-Life Instrument for Use in International Clinical Trials in Oncology. Journal of the National Cancer Institute 1993; 85(5): p.365-376.
91. Fayers P, Bottomley A et al. Quality of Life Research Within the EORTC-the EORTQ QLQ-C30. European Journal of Cancer 2002; 38: p.125-133.
92. Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K, et al. EORTC Scoring Manuel. 3rd ed. Brussels: EORTC Quality of Life Group. 2001.
93. 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: p.135-144.
94. Hoopman R, Muller MJ, Terwee CB, Aaronson NK. Translation and Validation of the EORTC QLQ-C30 for use Among Turkish and Moroccan Ethnic Minority Cancer Patients in the Netherlands. European Journal Cancer 2006; 42: p.1839-1847.
95. Akduman D. Larenks Kanserlerinin Cerrahi Sonuçları; Evrelendirilmelerinin Prreoperatif, İntraoperatif ve Postoperatif Karşılaştırılması; Sağkalım ve Tedavi Sonrası Hayat Kalitelerinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. İstanbul: sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2007.
96. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG et al. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Journal of Personality Assessment 1988; 52(1): p. 30-41.
97. Eker D, Arkar H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Faktör Yapısı, Geçerlilik ve Güvenirliği. Türk Psikoloji Dergisi 1995; 101(34): p. 45-55.
98. Eker D, Arkar H, Yaldız H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 2001; 12(1): p. 17-25.
99. Keser ÖN, Buzlu S. Problemlı İnternet Kullanımını Belirlemede Yardımcı Bir Araç: “İnternette Bilişsel Durum Ölçeği”nin Üniversite Öğrencilerinde Geçerlik ve Güvenirliği. Bağımlılık Dergisi 2005; 6: p. 19-26.

100. Ünsal D, Tunç E, Pak Y. Rektal Kanser Tanılı Olgularda Adjuvant Tedavinin Uzun Dönem Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi 2006; 16(3): p. 108-120.
101. Kaya N, Solmaz Ş, Bolol N. Larinjektomili Bireylerin Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesini Değerlendirmede EuroQol Ölçeğinin Güvenirlik ve Geçerliliği. İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007; 15 (58): p. 30-39.
102. Can G. Meme Kanserli Hastalarda Yorgunluğun ve Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2001.
103. Sadırlı SK. Kanserli Hastalarda Semptom Kontrolünün Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Edirne: Trakya Üniversitesi; 2008.
104. Kızılcı S. Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 1999; 3(2): p. 18-26.
105. Dedeli Ö, Fadıloğlu Ç, Uslu R. Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durumları ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi. Türk Onkoloji Dergisi 2008; 23(3): p. 132-139.
106. Acaray A, Pınar R. Kronik Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2004; 8(1): p.1-11.
107. Kanarğ GD, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Erişkin Onkoloji, Hematoloji Kliniklerinde Kemoterapi Uygulanan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Adana: Çukurova Üniversitesi; 2007.
108. Altıparmak O. Akciğer Kanserli Hastalarda Kemoterapinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. Uzmanlık Tezi. İzmir: Sağlık Bakanlığı İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2007.
109. Eşit ÜM, Karadeniz G. Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Yaşam Kalitesi ve Bilgilendirici Hemşirelik Yaklaşımının Önemi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2006; 1(1): p.33-43.
110. Pamuk EG, Harmandar F, Ermantaş N ve ark. EORTC QLQ-C30 Assessment in Turkish Patients with Hematological Malignancies. Annals Hematology 2008; 87: p.305-310.
111. Schumacher A, Wewers D, Heinecke A et al. Fatigue as an Important Aspect of Quality of Life in Patients with Acute Myeloid Leukemia. Leukemia Research 2002; 26: p.355-362.



112. Beşer N, Öz F. Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2003; 7(1): p.47-58.
113. Levin TT, Li Y, Riskind J, Rai K. Depression, Anxiety and Quality of Life in a Chronic Lymphocytic Leukemia Cohort. General Hospital Psychiatry 2007; 29: p.251-256.
114. Arkar H, Sarı Ö, Fidaner H. Elationships Between Quality of Life, Perceived Social Support, Social Network, and Loneliness in a Turkish Sample. Yeni Symposium 2004; 42(1): p.20-27.
115. Santos FRM, Kozasa EH, Lourdes M et al. Psychosocial Adaptation and Quality of Life Among Brazilian Patients with Different Hematological Malignancies. Journal of Psychosomatic Research 2006; 60: p.505-511.

## ŞEKİLLER DİZİNİ

ŞEKİLLER	SAYFA
Şekil 1: Türkiye’de Görülen İlk 10 Kanser Türü	9
Şekil 2: AML’de FAB Sınıflaması	14
Şekil 3: ALL’de FAB Sınıflaması	15
Şekil 4: Akut Lösemilerin FAB ve WHO sınıflamaları	16
Şekil 5: Akut Lösemi Tedavisinde Kullanılan İlaçlar	22
Şekil 6: KLL’nin Klinik Evrelendirilmesinde Kullanılan Kriterler (RAİ)	27
Şekil 7: KLL’de Binnet Evreleme	27
Şekil 8: MASCC Kriterleri (Ateşle başvuru sırasında düşük riskli nütropenik ateş skorlama sistemi)	35

## TABLolar

Tablo 1: Hastaların Kişisel Özellikleri	60
Tablo 2: Hastalığa İlişkin Özellikler	62
Tablo 3: Hastaların Yaşam Kalitelerine İlişkin Puan Ortalamaları	64
Tablo 4: Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	65
Tablo 5: Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Medeni Durum ile Karşılaştırılması	66

<b>Tablo 6:</b> Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Eğitim Durumu İle Karşılaştırılması	67
<b>Tablo 7:</b> Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Sosyal Güvence ile Karşılaştırılması	68
<b>Tablo 8:</b> Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Akut Lösemilerle Karşılaştırılması	69
<b>Tablo 9:</b> Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Kronik Lösemilerle Karşılaştırılması	70
<b>Tablo10:</b> Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Akut ve Kronik Lösemilerle Karşılaştırılması	71
<b>Tablo 11:</b> Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Hastalığa Uyum Sağlama Durumu ile Karşılaştırılması	72
<b>Tablo 12:</b> Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Hastalığın Teşhis Edilme Zamanı ile Karşılaştırılması	73
<b>Tablo 13:</b> Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Hastalığı Algılama Durumu İle Karşılaştırılması	74
<b>Tablo 14:</b> Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının İlaçlar Hakkındaki Düşünceler ile Karşılaştırılması	75
<b>Tablo 15:</b> Yaşam Kalitesi Puan Ortalamasının Sigara Kullanımı ile Karşılaştırılması	76
<b>Tablo 16:</b> Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Alkol kullanımı ile Karşılaştırılması	77
<b>Tablo 17:</b> Hastaların Yaşam Kalitesi ile Bazı Kişisel (Yaş, BKİ, Çocuk Sayısı) ve Hastalığa İlişkin (Teşhis/ Tedavi Süresi) Özelliklerine Göre Korelasyon Katsayıları (Spearman) ve Anlamlılık (p) Düzeyleri	78
<b>Tablo 18:</b> Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Ölçeği (ÇBASDÖ)	80
<b>Tablo 19:</b> Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Cinsiyetle Karşılaştırılması	80
<b>Tablo 20:</b> Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Ölçeğinin Medeni Durum İle Karşılaştırılması	81
<b>Tablo 21:</b> Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Ölçeğinin Eğitim Durumu ile Karşılaştırılması	81
<b>Tablo 22:</b> Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Ölçeğinin Sosyal Güvence ile Karşılaştırılması	82

<b>Tablo 23:</b> Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Ölçeğinin Akut Lösemilerle Karşılaştırılması	83
<b>Tablo 24:</b> Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Ölçeğinin Kronik Lösemilerle Karşılaştırılması	83
<b>Tablo 25:</b> Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Ölçeğinin Akut ve Kronik Lösemilerle Karşılaştırılması	84
<b>Tablo 26:</b> Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Ölçeğinin Hastalığa Uyum Sağalama Durumu ile Karşılaştırılması	84
<b>Tablo 27:</b> Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Ölçeğinin Hastalığın Teşhis Edilme Zamanı ile Karşılaştırılması	85
<b>Tablo 28:</b> Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Ölçeğinin Hastalığı Algılama Durumu İle Karşılaştırılması	85
<b>Tablo 29:</b> Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Ölçeğinin İlaçlar Hakkındaki Düşünceler ile Karşılaştırılması	86
<b>Tablo 30:</b> Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Ölçeğinin Sigara Kullanımı ile Karşılaştırılması	86
<b>Tablo 31:</b> Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Ölçeğinin Alkol Kullanımı ile Karşılaştırılması	87
<b>Tablo 32:</b> Çok Boyutlu Algılanan Soysal Destek Ölçeği ile Bazı Kişisel (Yaş, BKİ, Çocuk Sayısı) ve Hastalığa İlişkin (Teşhis/ Tedavi Süresi) Özelliklerine Göre Korelasyon Katsayıları (Spearmans) ve Anlamlılık (p) Düzeyleri	87
<b>Tablo 33:</b> EORTC QLQ-C3 Yaşam Kalitesi Ölçeği İle Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Ölçeği Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması	88

## ÖZGEÇMİŞ

1983 Çanakkale Biga doğumlu Zülfiye Bıkmaz ilk, orta ve lise eğitimini Biga'da tamamladı. 2002 yılında Trakya Üniversitesi Kırklareli Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünde eğitime başladı. 2002-2003 bahar döneminde Trakya Üniversitesi Edirne Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümüne yatay geçiş yaptı ve 2006 yılında hemşire unvanı olarak mezun oldu. Ağustos 2006'da Memorial Hastanesi Kalp Damar Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde hemşire olarak çalışmaya başladı. Eylül 2006'da Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Bölümünde yüksek lisans eğitime başladı.

Aralık 2006'da İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesine hemşire olarak atandı. Halen Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Yoğun Kemoterapi ve Kök Hücre Nakli Ünitesinde çalışmaktadır.

## **EKLER**

Ek 1: Etik Kurul İzni

Ek 2: Hasta Bilgi Formu

Ek 3: EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Ek 4: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği



T.C.  
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI  
YEREL ETİK KURUL BAŞKANLIĞI  
ETİK KURUL KARARLARI

Oturum Sayısı:17

Karar Tarihi:13.09.2007

4- Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu 13.09.2007 tarihinde “**Lösemili Hastaların Yaşam Kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi**” adlı TÜTFEK 2007/151 protokol no.lu Yüksek Lisans Öğrencisi Zülfiye BIKMAZ’ın tez çalışmasını incelemek üzere toplandı. Doç. Dr. Dilek MEMİŞ ve Yrd. Doç. Dr. Ufuk USTA izinli olması nedeniyle katılmadı ve çalışmanın incelenmesine geçildi.

Yapılan inceleme sonunda çalışmanın Fakültemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğünde yapılacağı Yrd. Doç. Dr. Serap ÜNSAR’ın yürütücüsü olduğu araştırma protokolünün amaç, yaklaşım, gereç ve yöntemler dikkate alınarak incelenmesi sonucunda; Helsinki Deklerasyonuna Kararlarına, Hasta Hakları Yönetmeliğine ve etik kurallara uygun olarak hazırlandığına ve **araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda yapılmasının UYGUN** olduğuna mevcudun oybirliği ile karar verildi.

Ünvanı/Adı/Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Dikmen DÖKMECİ Başkan	Farmakoloji	T.Ü.T.F. Farmakoloji A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Ümit N. BAŞARAN Başkan Yardımcısı	Çocuk Cerrahisi	T.Ü.T.F. Çocuk Cerrahisi A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	Katılmadı
Prof.Dr. Betül Biner ORHANER Üye	Çocuk Sağ. Ve Hst.	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hst. A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Dilek MEMİŞ Üye	Anesteziyoloji	T.Ü.T.F. Anesteziyoloji A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	Katılmadı
Doç. Dr. Betül Uğur ALTUN Üye	Endokrinoloji	T.Ü.T.F. İç Hst. A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Gürcan ALTUN Üye	Adli Tıp	T.Ü.T.F. Adli Tıp A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Hakan ERBAŞ Üye	Biyokimya	T.Ü.T.F. Biyokimya A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Ufuk USTA Üye	Patoloji	T.Ü.T.F. Patoloji A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	Katılmadı
Ecz. Emine SAKMAN Üye	Eczacı	T.Ü.T.F. Başhekimliği	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Avukat Mustafa POLAT Üye	Ceza Hukuku	T.Ü. Rektörlüğü	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	Katılmadı

\* Araştırma ile İlişki  
\*\* Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Filiz AKATA  
Dekan

Posta Adresi:  
T.Ü. Tıp Fakültesi Dekanlığı  
Züllapoğlu Yerleşkesi  
2030 EDİRNE

Tel: (0284) 235 76 53 – 235 73 73  
Faks: (0284) 235 76 52  
E-posta: dekanlik@trakya.edu.tr  
Elektronik Adres: http://www.trakya.edu.tr



T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı



Sayı : B.30.2.İST.0.70.72.00/ 2745  
Konu : Zülfiye BIKMAZ tez çalışması hk.

29295 \*23.06.08

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi: 19.09.2007 tarihli ve B.30.2.TRK.0.70.72.00/1023-14468 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi Zülfiye BIKMAZ'ın tez çalışmasını Üniversitemiz Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Hematoloji Bilim Dalı Hematoloji Polikliniğinde yapmasının uygun görüldüğü hakkında, adigeçen Fakülte Dekanlığından alınan 17.06.2008 tarihli, 16926 sayılı yazı ve eklerinin fotokopisi ilişikte gönderilmektedir.

Bilgilerini arz ederim.

Prof.Dr.Erhan GÜZEL  
Rektör a.  
Rektör Yardımcısı





Zülfıye Bıkmaz hak.

Sayı : 16326

Konu :

T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ  
DEKANLIĞI

İstanbul Üniversitesi Rektörlüğü  
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına)



17 Haziran 2008

İstanbul ..... / ..... / .....

İLGİ:02.10.2007 tarihli, 46621 sayılı yazımıza:

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi ZÜLFİYE BIKMAZ'ın tez çalışmasını Fakültemiz İç Hastalıkları Anabilim Dalı Hematoloji Bilim Dalı Hematoloji Polikliniğinde yapması hakkında Fakültemiz Etik Kurul Başkanlığından alınan 22.11.2007 tarihli, 32313 sayılı yazı, ekleri ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğünden alınan 04.12.2007 tarihli, 4353 sayılı yazının bir fotokopisi ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Eki:

1 dosya

İST. Ü. REKTÖRLÜĞÜ	
Öğrenci İşleri D. Başkanlığına	Yazı İşleri ve Gözetim Birim. Md. Gözetim Birim
17.6.2008	Sıra: 27715

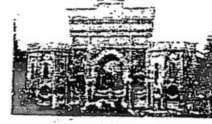
Prof.Dr.Halil YANARDAĞ  
Dekan

İst. Üni. Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı
Sayı: 2745
Tarih: 18.06.08

Not: Yanıtlarda yazımızın gün sayısının belirtilmesi rica olunur. Tel: (0212)4143000



T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ  
DEKANLIĞI



Sayı: 32313

CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ  
DEKANLIĞI

Sayı: 41968

Tarih: 23 Kasım 2007

İstanbul: 22 Kasım 2007

Konu:


Dekanlık Makamına

İLGİ: 08.10.2007 tarihli, 27528 sayılı yazınıza:

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi ZÜLFİYE BIKMAZ'ın yürüteceği "Lösemili Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi" başlıklı tezi hakkında ilgi yazınız ve ekleri 09 Ekim 2007 tarihinde toplanan Fakültemiz Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup, etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi saygılarımla arz ederim.

EKİ:  
1 dosya

  
Prof. Dr. Mehmet YILDIRIM  
Dekan Yardımcısı ve Etik  
Kurul Başkanı

*Bu yazıda*

Not: Yanıtlarda yazımın gün sayısının belirtilmesi rica olunur. Tel:(0212)4143000

İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ  
DEKANLIĞI  
Sayı: 4353  
Geldiği Tarih: 06 Aralık 2007

T.C  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ  
HEMŞİRELİK MÜDÜRLÜĞÜ

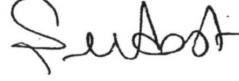
04.12.2007

Sayı: 4353

**Cerrahpaşa Tıp Fakültesi dekanlığına**

**İlgi : 29.11.2007 tarih, 32892 sayılı yazınız,**  
Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
hemşirelik anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi  
Zülfiye BIKMAZ'ın tez çalışmasını Fakültemizde yapmasında sakınca yoktur.  
Gereği için bilgilerinize arz ederim.

**Uz. Hem. Şerife KARTAL ERDOST**  
Hemşirelik Hizmetleri Müdür Vekili



## HASTA BİLGİ FORMU

### I. KİŞİSEL ÖZELLİKLER

1. HASTANIN ADI SOYADI:.....
2. YAŞINIZ:.....
3. CİNSİYETİZ: Erkek( ) Kadın( )
4. BOYUNUZ:.....
5. KİLONUZ:.....
6. MEDENİ DURUMUNUZ: 1. Evli( ) 2. Bekar( ) 3. Dul ( )
7. EĞİTİM DURUMUNUZ: 1. Okur-yazar ( ) 2. İlköğretim ( ) 3. Ortaöğretim ( )  
4. Yükseköğrenim( )
8. MESLEĞİNİZ: 1.İşsiz ( ) 2. Ev hanımı ( ) 3. Memur ( ) 4. İşçi ( ) 5. Çiftçi ( )  
6. Serbest ( ) 7. Emekli ( )
9. SOSYAL GÜVENCENİZ: 1.Emekli Sandığı ( ) 2. SSK ( ) 3. Bağ-Kur ( )  
4. Yeşil Kart ( ) 5. Diğer ( ) 6. Yok ( )
10. ÇOCUK SAYINIZ:.....
11. AİLE TİPİNİZ: 1. Geniş aile ( ) 2. Çekirdek aile ( ) 3. Diğer ( )

### II. HASTALIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLER

1. KLİNİK TANI:.....
2. HASTALIĞINIZ NE ZAMAN TEŞHİS EDİLDİ: 1. 0-6 Ay ( ) 2. 6 ay-1 yıl ( )  
3. 1-3 yıl ( ) 4. 3 yıl üzeri ( )
3. NE KADAR ZAMANDIR TEDAVİ GÖRÜYORSUNUZ ?.....
4. HASTALIĞINIZA UYUM SAĞLIYABİLDİNİZ Mİ ? 1. Evet ( ) 2. Hayır ( )
5. HASTALIĞI ALGILAMA DURUMUNUZ:
  1. Tedavi edilemeyen bir hastalık ( )
  2. Uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık ( )
  3. Kolay tedavi edilen bir hastalık ( )
6. İLAÇ TEDAVİSİNE UYUM SAĞLIYABİLDİNİZ Mİ ?
  1. Evet ( )
  2. Hayır ( )

7. İLAÇLAR HAKKINDA DÜŞÜNCELERİNİZ ?

1. Tedavi edeceğine inanmıyorum ( )
2. Tedavi edecek ama çok yan etkisi var ( )
3. Diğer ( )

8. SİGARA KULLANIYOR MUSUNUZ ?

- 1 Evet ( )
2. Hayır ( )

9. YAKLAŞIK KAÇ YILDIR KULLANIYORSUNUZ ?

1. 0-5 yıl ( )
2. 5-10 yıl ( )
3. 10 ve üzeri ( )

10. GÜNDE ORTALAMA KAÇ ADET SİGARA TÜKETİYORSUNUZ ?

1. 1-10 adet ( )
2. 10-20 adet ( )
3. 21 ve üzeri ( )

11. ALKOL KULLANIYOR MUSUNUZ ?

1. Evet ( )
2. Hayır ( )

12. ALKOLÜ NE SIKLIKLA KULLANIRSINIZ ?

1. Her gün ( )
2. Haftada 1-2 ( )
3. Ayda 1-2 ( )
- 4 Diğer ( )


**EORTC QLQ-C30 (version 3.0)**

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

Lütfen ad ve soyadınızın başharflerini yazınız:

Doğum gününüz (Gün, Ay, Yıl):

Bugünkü tarih (Gün, Ay, Yıl):

31									

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
1. Ağır bir alışveriş torbası veya valiz taşımak gibi zorlu hareketler yaparken güçlük çeker misiniz?	1	2	3	4
2. Uzun bir yürüyüş yaparken herhangi bir zorluk çeker misiniz?	1	2	3	4
3. Evin dışında kısa bir yürüyüş yaparken zorlanır mısınız?	1	2	3	4
4. Günün büyük bir kısmını oturarak veya yatarak geçirmeye ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4
5. Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tuvaleti kullanırken yardıma ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4
<b>Geçen hafta süresince:</b>	<b>Hiç</b>	<b>Biraz</b>	<b>Oldukça</b>	<b>Çok</b>
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. Kötüştünüz mü?	1	2	3	4
16. Kabız oldunuz mu?	1	2	3	4

Lütfen arka sayfaya geçiniz

**Geçen hafta süresince:**

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
17. İshal oldunuz mu?	1	2	3	4
18. Yoruldunuz 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. Bunalma 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 ile 7 arasındaki size en uygun rakamı daire içine alınız**

29. Geçen haftaki sağlığınızı genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1                      2                      3                      4                      5                      6                      7

Çok kötü

Mükemmel

30. Geçen haftaki hayat kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1                      2                      3                      4                      5                      6                      7

Çok kötü

Mükemmel

## ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenen sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın rakamı işaretleyiniz.

**1.** Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

**2.** Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

**3.** Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

**4.** İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

**5.** Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

**6.** Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

**7.** İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

**8.** Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

**9.** Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

**10.** Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

**11.** Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

**12.** Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet