



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK İMMÜN TROMBOSİTOPENİSİ OLAN
ERİŞKİN HASTALARDA KİNEZYOFOBİ VE YAŞAM
KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

CEREN ÖZGE ÖZTÜRK
YÜKSEK LİSANS TEZİ

FİZYOTERAPİ ve REHABİLİTASYON

DANIŞMAN
Prof. Dr. MELEK GÜNEŞ YAVUZER

İSTANBUL – 2019



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK İMMÜN TROMBOSİTOPENİSİ OLAN
ERİŞKİN HASTALARDA KİNEZYOFOBİ VE YAŞAM
KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

CEREN ÖZGE ÖZTÜRK
YÜKSEK LİSANS TEZİ

FİZYOTERAPİ ve REHABİLİTASYON

DANIŞMAN
Prof. Dr. MELEK GÜNEŞ YAVUZER

İSTANBUL – 2019

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Ceren Özge ÖZTÜRK tarafından hazırlanan "**Kronik İmmün Trombositopenisi Olan Erişkin Hastalarda Kinezyofobi ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi**" konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 07.02.2019

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi : Prof.Dr.Melek Güneş YAVUZER
: Haliç Üniversitesi (Danışman)



Jüri Üyesi : Prof.Dr. Nur TUNALI
: Haliç Üniversitesi




Jüri Üyesi : Doç.Dr.Semiramis ÖZYILMAZ
: Bezm-i Alem Üniversitesi



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Nur TUNALI
Vekil Müdür



BEYAN

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

Ceren Özge Öztürk

Turnitin Orijinallik Raporu

- İşleme konu: 21-Oca-2019 13:56 +03
- NUMARA: 1066570332
- Kelime Sayısı: 9902
- Gönderildi: 1

KRONİK İMMÜN TROMBOSİTOPENİSİ OLAN ERİŞKİN HASTALARDA
KİNEZYOFOBİ VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ Ceren
Özge Öztürk tarafından

Benzerlik Endeksi

%15

Kaynağa göre Benzerlik

Internet Sources:

%12

Yayınlar:

%6

Öğrenci Ödevleri:

%6

3% match (24-Kas-2015 tarihli internet)

http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/cocuk_sagligi/dr_muhittin_celik.pdf

1% match (19-Eki-2010 tarihli internet)

http://istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/cocuk_sagligi/dr_derya_kalyoncu.pdf

1% match (14-May-2018 tarihli internet)

<http://anadolu.dergipark.gov.tr/download/article-file/232472>

1% match (yayınlar)

[GÖKDOĞAN, Feray, KES, Duygu, TURGAY, Gülay and TUNA, Döndü. "Hemodiyaliz Hastalarının Hipertansiyon Yönetimine İlişkin Evde Yaptıkları Uygulamalar", Türk Nefroloji Derneği, 2017.](#)

1% match (27-Ara-2013 tarihli internet)

http://istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/aile_hekimligi/dr_munciye_tuna_aksu.pdf

1% match (25-Şub-2012 tarihli internet)

<http://www.yardimcisaqlikpersoneli.com/immun-idiyopatik-trombositopenik-purpura.htm/comment-page-1>

1% match (22-Nis-2016 tarihli öğrenci ödevleri)

[Submitted to Akdeniz University on 2016-04-22](#)

< 1% match (02-Şub-2018 tarihli öğrenci ödevleri)

[Submitted to Istanbul Medipol Üniversitesi on 2018-02-02](#)

< 1% match (08-Oca-2019 tarihli öğrenci ödevleri)

[Submitted to Istanbul Gelisim University on 2019-01-08](#)

< 1% match (02-Haz-2015 tarihli öğrenci ödevleri)

[Submitted to TechKnowledge Turkey on 2015-06-02](#)

II)ÖNSÖZ/TEŞEKKÜR

Bu projenin gerçekleştirilmesinde, çalışmam boyunca benden yardımlarını esirgemeyen saygı değer bölüm başkanımız Prof. Dr. Nur Tunalı ve danışman hocamız Prof. Dr. Melek Güneş Yavuzer'e, çalışma süresi boyunca beni yalnız bırakmayan dostlarıma, iş arkadaşlarıma ve hayatımın her döneminde beni destekleyen değerli aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.



III) İÇİNDEKİLER

Sayfa

I)İntihal Raporu	I
II) Önsöz/Teşekkür	II
III)İçindekiler	III
IV)Kısaltmalar	IV
V)Tabloların Listesi	V
1.Özet	1
2.Summary	2
3.Giriş ve Amaç	3
4.Genel Bilgiler	5
5.Gereç ve Yöntem	21
6.Bulgular	25
7.Tartışma	40
8.Sonuç ve Öneriler	43
9.Kaynaklar	44
10.Ekler	57
Ek-1: Gönüllü Bilgilendirme Ve Aydınlatılmış Onam Formu	57
Ek-2: Sosyodemografik Veri Anketi	59
Ek-3: Vizüel Analog Skala (VAS)	60
Ek-4: Yorgunluk Şiddet Ölçeği (FSS)	61
Ek-5: Beck Depresyon Ölçeği	62
Ek-6: Tampa Kinezyofobi Ölçeği (TKÖ)	63
Ek-7: Short Form (SF-36)	64
Ek-8: Etik Kurul Onayı	66
11. Özgeçmiş	67

IV) KISALTMALAR

DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
ÜSYE:	Üst solunum yolu enfeksiyonu
EDTA:	Etilen diamid tetra asetik asit
Gp:	Glikoprotein
TPO:	Trombopoietin
ANA:	Antinükleer antikor
BUN:	Kan üre azotu
PT:	Protrombin zamanı
PTT:	Parsiyel tromboplastin zamanı
HIV:	Human immune deficiency virüs
EBV:	Epstein Barr virüs
ark:	Arkadaşları
et al:	Diğerleri

V)TABLOLARIN LİSTESİ

Tablo-1. Akut ve kronik durumların özelliklerinin karşılaştırılması

Tablo-2. Çocuk ve erişkin bireylerde görülen durumların karşılaştırılması

Tablo-3. SF-36'nın Türk toplumu standartları

Tablo-4. Pearson korelasyon katsayısı (r) için oluşturulan ilişki tablosu

Tablo-5. Çalışmaya katılan hastaların demografik özelliklerinin ortalama ve standart sapmaları

Tablo-6. Çalışmaya katılan hastaların demografik özelliklerinin frekans dağılımı

Tablo-7. Çalışmaya katılan hastaların demografik özelliklerinin yorgunluk şiddeti ile ilişkisi

Tablo-8. Çalışmaya katılan hastaların cinsiyete göre VAS, FSS, Beck depresyon, kinezyofobi ve SF-36 alt başlıkları ile ilişkisi

Tablo-9. Çalışmaya katılan hastaların medeni durumlarına göre VAS, FSS, Beck depresyon, kinezyofobi ve SF-36 alt başlıkları ile karşılaştırılması

Tablo-10. Çalışmaya katılan hastaların kinezyofobi durumuna göre VAS, FSS, Beck depresyon ve SF-36 alt başlıkları ile karşılaştırılması

Tablo-11. Çalışmaya katılan hastaların hastalık süresine göre VAS, FSS, Beck depresyon, kinezyofobi ve SF-36 alt başlıkları ile ilişkisi karşılaştırılması

Tablo-12. Çalışmaya katılan hastaların eğitim durumuna göre VAS, FSS, Beck depresyon, kinezyofobi ve SF-36 alt başlıkları ile ilişkisi karşılaştırılması

Tablo-13. Faktörlerin yorgunluk şiddeti ölçeği ortalaması 4'ün üzerinde olanlar ve olmayanların karşılaştırılması

Tablo-14. SF-36 Türk toplumu standartları ile çalışmaya katılan hastaların ortalama ve standart sapmalarının karşılaştırılması

Tablo-15. Ölçeklerin birbirleri ile olan korelasyon tablosu

Tablo-16. Ölçeklerin açıklama tablosu

1.ÖZET

Bu çalışmanın amacı; kronik immün trombositopenisi (KIT) olan erişkin hastalarda yaşam kalitesi ve kinezyofobinin değerlendirilmesi ve ağrı şiddeti, yorgunluk ve depresyon ile ilişkilerinin araştırılmasıdır. Çalışmamıza, Mayıs-Ekim 2018 tarihleri arasında uzman hekim tarafından KIT tanısı konulmuş, en az 5 yıldır tedavi gören gönüllü 50 olgu katılmıştır. Demografik ve hastalık özellikleri kayıt edilen olguların eklem ağrısı şiddeti vizüel analog skala (VAS) ile yorgunluk düzeyi Yorgunluk Şiddet Ölçeği (FSS) ile, depresyon düzeyi Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ile kinezyofobi düzeyi Tampa Kinezyofobi Ölçeği (TKÖ) ile yaşam kalitesi SF-36 ile değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan 50 hastanın (%72'si kadın) yaş ortalaması 34,7 yıldır. Katılımcılarda kas güçsüzlüğü veya eklem hareket kısıtlılığı görülmedi. Ağrı şiddeti, yorgunluk ve depresyon düzeyleri düşük olarak değerlendirildi. TKÖ ortalama \pm SD değeri 34,6 \pm 6,6 (17-51) ve TKÖ değeri 37'nin üstünde hesaplanan katılımcı sayısı 36 (%72) idi. TKÖ değeri ilkökul mezunu olan hastalarda üniversite mezunu olan hastalara oranla anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu (p=0.028). Kinezyofobi şiddeti ile yaş, hastalık süresi, ağrı, yorgunluk, depresyon ve yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulunmadı. SF-36 alt başlık puanları sağlıklı Türk popülasyonu değerlerinin altındaydı. SF-36 fiziksel sağlık alt başlığı erkeklerde kadınlara oranla daha yüksekti. Fiziksel fonksiyon ve enerji/canlılık alt başlıkları bekar hastalarda evli hastalara göre daha yüksekti. Bu çalışmada KIT tanısı olan erişkinlerde eklem ağrısı, eklem hareket kısıtlılığı, kas güçsüzlüğü, yorgunluk veya depresyon ciddi bir sorun olmadığı halde kinezyofobi düzeyi yüksek ve yaşam kalitesi düşük bulundu. Kinezyofobi eğitim düzeyi düşük olanlarda daha fazlaydı. Yaşam kalitesi kadınlarda ve evlilerde daha düşük bulundu.

Anahtar Kelimeler: immün trombositopeni, kinezyofobi, yaşam kalitesi

2.SUMMARY

Evaluation of Kinesophobia and Quality of Life in Adult Patients with Chronic Immune Thrombocytopenia

The aim of this study was to evaluate quality of life and kinesophobia of adult patients with chronic immune thrombocytopenia (CIT) and to investigate its relationship with pain severity, fatigue and depression. Fifty volunteers who were diagnosed KIT by a specialist and on treatment for over 5 years were enrolled into the study between May-October 2018. Demographic and disease characteristics of the patients were recorded, joint pain severity was assessed by visual analogue scale (VAS), fatigue level by Fatigue Severity Scale, depression by Beck Depression Scale (BDS), kinesophobia by Tampa Kinesophobia Scale (TKS) and quality of life by Medical Outcomes Study Short Form Health Survey (SF-36). Average age of the 50 participants (72% female) was 34,7 years. The patients presented neither limitation in joint range of motions nor muscle weakness. Levels of pain severity, fatigue and depression were low. Mean \pm SD TKS was 34,6 \pm 6,6 (17-51) and the number of patients, with a TKS level over 37 cut-off score, was 36 (72%). TKS level was significantly higher in primary school graduates than university graduate patients ($p=0.028$). There were no relationship between kinesophobia and age, disease duration, pain, fatigue, depression and quality of life. SF-36 subcategory scores were lower than mean Turkish healthy person's. SF-36 physical health subcategory mean score was higher in men than women. Physical function and vitality subcategory scores were higher in singles than married participants. In this study, although joint pain, limitation in range of motion, muscle weakness, fatigue or depression was not a serious problem in patients with CIT, level of kinesophobia was high and quality of life was low. Kinesophobia was lower in patients with low educational level. Quality of life was lower in women and married population.

Keywords: immune thrombocytopenia, kinesophobia, quality of life

3.GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşam kalitesi üzerinde etkili olan birçok faktör vardır. Her ne kadar yaşam kalitesi ile ilgili çeşitli tanımlamalar yapılsa da aslında objektif ve sübjektif olarak 2 şekilde incelenmektedir (Aydiner Boylu, 2007). Eğitim durumu, meslek, ikamet edilen yer, gelir durumu objektif göstergeler iken; sahip olunan imkanlardan alınan haz ve tatmin olma duygusu sübjektif göstergeleri kapsar (Torlak ve Yavuzçehre, 2008; MalkinaPykh, 2001; Veenhoven, 1996). Sağlıkla ilgili objektif yaşam kalitesi göstergeleri; bireyin hangi koşullar da ve ne durumda olursa olsun yürüme, merdiven inip çıkma, oturma, kalkma gibi fiziksel aktiviteleri ve kişisel bakımını yerine getirebilme ve bunların bireye yeterli düzeyde olmasıdır (Yapıcı, 2006; Yancar, 2005). Sübjektif göstergeler ise; bireyin psikolojik, sosyal ve fiziksel sağlığı ile ilgili düşündüğü kişisel görüşleridir (Aksungur, 2009; Üstündağ, 2007). Konuyla ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde yaşam kalitesi göstergeleri; cinsiyet, yaş, medeni durum, sağlık, eğitim durumu, gelir düzeyi, sosyal hayat olarak maddelendirilebilir (Özmete, 2010; Torlak ve Yavuzçehre, 2008; Tüzün ve Eker, 2003; Gössweiner, Pfeiffer ve Richter, 2001). Aynı zamanda yine yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalar incelendiğinde bedensel ve süreğen hastalıkların (Memik, 2007; Sabbah, 2003) yaşam kalitesini etkilediği ve düşürdüğü görülmüştür. Vural (2010) tarafından yapılan çalışmada fiziksel aktivite düzeyi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmasa da süreğen hastalıkların önüne geçilmesinde önemli faktörlerden olan fiziksel aktivitenin yaşam kalitesini arttırdığı saptanmıştır (Özdoğru, 2013; Yücecan, 2007; WHO, 2003). DSÖ'ye göre yaşam kalitesi; bireyin doğup büyüdüğü kültürel ve etnik değerler içinde kendisini nasıl değerlendirdiği, yaşantısı ve geleceğe yönelik bakış açısı, ileriye yönelik hedef ve sorumlulukları, geleceğe dair umut ve kaygıları ile ilişkilidir (DSÖ, 1987).

KIT tanısı ile izlenen erişkinlerin hem hastalığın doğası gereği hem de kullandıkları ilaçlar nedeniyle koruyucu önlemler almaları gerekmektedir. Zorlu fiziksel aktivitelerden, ağır ve sakatlanma riski olan sporlardan uzak durmalıdırlar. Bu da KIT tanılı hastaların hem fiziksel hem psikolojik hem de sosyal yaşantılarını kısıtlayıp belli ölçüde etkilemektedir. Hastalara yönelik alınan bu koruyucu önlemler de KIT tanılı erişkinlerin yaşam kalitesini kısıtlamış olabilir.

İçinde 8 senedir bulunduğum, tüm sıkıntı ve zorluklarımı çektiğim, yapmak istediğim çoğu aktivitenin sağlığım açısından tehlikeli durumlar yaratması nedeniyle yapamadığım, sonrasında trombositlerimin yükselmesi ve yapılan tedavilerin sonuç vermesiyle iyileştiğim bu hastalık çalışmayı belirlemem de etkili oldu. Küçük kesilerde bile kanamamın durmaması ve vücudumda oluşan morluklar yüzünden başvurduğumuz hastanede trombositopeniden şüphelenildi. Tam olarak tanıyı kesinleştiremedikleri için 1 ay hastanede yattım. Yapılan araştırmalar, uygulanan tetkikler sonucu hastalığın seyrine ve süresine göre KIT tanısı konuldu. İlaç tedavisi gördüm ve kemik iliği aspirasyonu yapıldı. Daha sonrasında trombositlerimin yükselmesine bağlı olarak 3 ayda bir kontrollere gittim. Bu süre içerisinde doktorların dediklerini dikkate alarak hareketlerime dikkat ettim. Ergenlik dönemine doğru dalak alımını uygun gördüler fakat ailem izin vermedi. Ailemin korumacı yaklaşımları ve aldıkları önlemler ile benimde fiziksel aktivitelerim kısıtlandı.

Bisiklete binmek, paten kaymak, basketbol oynamak vb. aktiviteleri yapmam engellendi. Doktorlar herhangi bir travmada oluşabilecek iç kanamanın ölümcül olabileceği konusunda bizi uyardı. Bu da beni sadece fiziksel anlamda değil aynı zamanda psikolojik ve sosyal anlamda da etkilemiş oldu. Yaşam standartlarımdan kaynaklı yaşam kalitemin de diğer bireylere oranla daha düşük olduğunu gözlemledim.

Bu çalışmanın amacı; Kronik İmmün Trombositopenisi (KIT) olan erişkin hastalarda yaşam kalitesi ve kinezyofobinin değerlendirilmesi ve ağrı şiddeti, yorgunluk ve depresyon ile ilişkilerinin araştırılmasıdır.

Çalışmanın hipotezleri;

H0. KIT tanılı erişkin hastalarda yaşam kalitesi ve kinezyofobi üzerine ağrı şiddeti, yorgunluk, depresyonun etkisi yoktur.

H1. KIT tanılı erişkin hastalarda yaşam kalitesi ve kinezyofobi üzerine ağrı şiddeti, yorgunluk, depresyonun etkisi vardır.

4.GENEL BİLGİLER

Trombositler; Addison, Gerber ve Dona tarafından ilk kez 1842 yılında kandaki lökositler ve eritrositlerin yanında küçük ve yuvarlak partiküller olarak isimlendirilmiştir. Bizarro 1882 yılında, trombositlerin kanın ayrı ve şekilli bir elemanı olduğunu söylemiştir. Schimmelbush ise pıhtılaşma sırasında trombositlerin kümeleşmesini ve sonrasında eriyerek homojen bir maddeye dönüşümünü tanımlayan viskoz metamarfoz deyimini kullanmıştır (Schimmelbusch, 1885). Zimmerman 1846'da küçük, yuvarlak partiküllerin agrege olduklarını, Max Schultz 1865'de, Osler 1874'de, Hayem'de 1878 yılında kanın üçüncü şekilli elementi olduğunu iddia etmişlerdir. Bizzero ilk kez 1882'de, trombositleri yeni kan hücreleri olarak tanımlamış ve 'plättchen' ya da 'piastrine' adını vermiştir (Ulutin, 1976; Wintrobe, 1981). Howel 1890'da kemik iliğinde megakaryosit olarak adlandırdığı dev hücrelerden renksiz parçacıkların salındığını, 1896'da ise pıhtı büzüşmesi ile trombositler arasında bir bağlantı olduğuna değinmiş ve bu hücrelerin sayıca azalması ya da yokluğunda pıhtı retraksiyonunun olmadığını göstermiştir (Ulutin, 1976). Wright, trombositlerin kemik iliğinde yer alan megakaryosit adı verilen hücreler tarafından parçalanarak oluştuğunu 1906 yılında bildirmiştir. Daha sonrasında florasan antikor tekniği ile megakaryositler ve trombositlerin aynı antijenik yapıda olduğunun belirlenmesi ve mikrosinematografi tekniği ile megakaryositlerin izlenerek trombosit oluşumunun gözlenmesi ile trombositlerin kökeninin megakaryositler olduğu kesinlik kazanmıştır (Holmsen and Day 1971; Rosenthal and Vyas 1961; Sharp, 1958;1961).

Kanın renksiz hücreleri olarak adlandırılan trombositler(kan pulcukları), kanın pıhtılaşma işlevini görürler. Yetişkin bir bireyde kandaki trombosit sayısının normal değeri 150.000-400.000/mm³'tür. Yaşam süreleri ortalama 7 ile 10 gün arasında değişen trombositlerin; 1/3'ü dalakta, 2/3'ü kan dolaşımında bulunur (Lanzkowsky, 2005; Nathan and Oski (eds), 2003). Trombositler normalde 1-4 µm çapındadır ve ortalama trombosit volümü (MPV) ise 8,9 ± 1,5 µm³ değerindedir (Lanzkowsky, 2005). Trombositler yaşlandıklarında parçalanmaya, granül içeriklerini ve membran proteinlerini kaybetmelerinden dolayı küçülürler; trombolitik durumlarda ise

eritropoeze benzeyen megakaryositler büyük trombositler üretirler (Nathan and Oski (eds), 1993;2003).

Trombositopeniden şüphelenilen hasta değerlendirilirken öykü, fizik muayene primer hemostaz defektini düşündürmüyorsa, trombositopeninin mutlaka doğrulanması gerekir (Nathan, Orkin, Ginsburg, Look, 2003). Trombositopeniye bağlı kanamalar deri ve mukozaları tutar; peteşi, purpura, ekimoz, epistaksis, hematomlar, karaciğerde ve dalakta hassasiyet, büyüme, erişkinlerde hipotansiyon ve taşikardı şeklinde belirtiler gösterir (Lanzkowsky, 2005; Nathan and Oski (eds), 2003).

Kan alınırken trombosit sayısına, enjektör ya da kan tüpünde trombositlerin agregasyonuna, trombosit soğuk aglütinini veya trombositlerin beyaz kan hücrelerine adhezyonundan dolayı düşük olabilir (Bizzaro, 1991). Buna neden olan diğer bir faktör psödotrombositopenidir. Psödotrombositopeni olgularında trombosit sayısı ve işlevinde bir anormallik yoktur. Gerçek trombositopeni olgularında ise artmış platelet yıkımından ya da ilaç kullanımından kaynaklı tromboist sayısında azalma vardır. Trombosit sayısı $50.000/mm^3$ değerinin altına düştüğü zaman alınan en ufak darbelerde bile morarmalar, burun ve diş eti kanamaları meydana gelir. Trombosit sayısının $10.000/mm^3$ değerinin altına düştüğü zamanlarda ise ciltte kendiliğinde meydana gelen kanamalar görüldüğü gibi darbe durumunda hayatı tehdit eden büyük kanamalarda görülebilir (Hillman, Ault, Rinder, 2005; Ozcelik, Arslan, Serdar, Yiginer, Oztosun, Kayadibi ve ark., 2012). Trombosit sayısının $50.000/mm^3$ 'ün altında olduğu hastalarda her zaman fizik muayene bulgusu görülmeyebilir. Hastalarda fizik muayene bulgusunun saptanmaması trombosit sayısının $50.000/mm^3$ değerinin üstünde olduğunu göstermez. Aynı zamanda trombosit sayısına ulaşmada kanama süresi ve pıhtılaşma testleri de yeterli bilgiyi vermez. Pıhtılaşma testleri, trombositlere ve kanın elemanlarına bağlı olmaksızın plazma kullanılarak yapılmaktadır. Kanama süresi ise trombositin sayısı, işlevi, damarsal yapı, kesinin yeri ve derinliği gibi faktörlere bağlıdır. Trombosit sayısı $50.000/mm^3$ değerinin altında olan hastalarda da kanama süresi normal görülebilir. EDTA yerine antikoagülanların kullanımı, ve EDTA ile antikoagüla edilmiş kanın $37^{\circ}C$ 'ye getirilmesi, trombosit kümeleşmelerinin mikroskop altında incelenmesi, tam olarak ispatlanamamasına rağmen kanamisin kullanılmış kan örneklerinin kullanımı gerçek trombositopeniyi, psödotrombositopeniden ayıran yöntemler arasındadır (Bizzaro, 1995; Ozcelik, Arslan, Serdar, Yiginer, Oztosun, Kayadibi ve ark., 2012). Trombosit

sayımının en kolay olan yöntemi sedimantasyon testi için kullanılmış sitrarlı kan örneği alınarak hemogramda incelenmesidir (Ozcelik, Arslan, Serdar, Yiginer, Oztosun, Kayadibi ve ark., 2012).

4.1.Kronik İmmün Trombositopeni

Trombositlere karşı oluşan otoantikörlerin trombositlerin yaşam sürelerini kısaltması sonucu oluşan ve trombositopeni olarak devam eden bir hastalıktır (Bussel ve ark 2011). KIT tanısı için belirlenmiş bir standart yoktur. Günümüz koşullarında KIT tanısını teşhis edecek ve kesinleştirecek bir test mevcut değildir. En büyük şikayetleri kanamadır. Onun dışında diğer fiziki muayene bulguları normaldir. Aile bireylerinde trombositopeni ve buna eşlik eden diğer hastalıklara bakılmalıdır. Kanama bulguları dışında yapılan fizik muayene değerlendirmesi normal olmalıdır. Yıllık görülme sıklığı 4.8-9.3/100000 aralığında seyretmektedir (Fogarty ve Segal 2007). Akut seyreden hastalık da 10 yaş altındaki çocuklarda daha sık görülür. Hastalığın en sık görüldüğü yaşlar ise 3-5 yaşları arasındadır. Bu yaşlar arasında prevalans 1/10000 kadar sık görülebilmektedir. Erişkinlerde mevsimsel bir fark görülmez fakat çocuklarda ilkbahar aylarında daha fazla sonbahar aylarında daha az ortaya çıktığı farkedilmiştir. Fakat çocukluklarda da erişkinlerde olduğu gibi mevsimsel farklılığın hastalığın görülme sıklığını etkilemediğine yönelik çalışmalarda vardır (Atay ve ark 2005; Watts 2004).

Prevalansın erkek ve kız arasında farklılık göstermediği bilinse de son dönemlerde, erkek çocuklarda daha fazla ortaya çıktığı görülmektedir (Segal ve Powe 2006). Etnik kökenler, ırklar, çevresel faktörler ve diğer etmenler hastalığın görülme sıklığını değiştirmemektedir. Erişkinlerde kadınlarda erkeklere oranla 2.6 kat daha fazla ve en sık ortaya çıktığı yaş grubu ise 15-40 yaşlarıdır (Sutor ve ark 2001). Çocuklarda genellikle akut seyreden bu hastalık da yüksek oranda iyileşme ile sonuçlanır. 6 aydan uzun sürmesi halinde kronik olarak adlandırılır. Kronik olarak seyreden hastaların belli bir bölümünde görülen ve 3 aydan daha uzun süren trombositopeni atakları geçiren rekürren KIT, çocukların % 1-4'ünde görülmekte ve kronik immün trombositopeninin bir diğer grubu olarak ele alınmaktadır. Erişkinlerde, 6 aydan kısa süreli bile olsa steroid tedavisine ve splenektomiye yanıt vermemesi durumunda 6 ay sınırlaması yapılmaksızın kronik immün trombositopeni olarak değerlendirilmektedir. Çocuklarda kronik, erişkinlerdeki kronikle benzer özelliklerde seyretmekte ve erkeklere oranla

kızlarda daha fazla görülmektedir (Imbach, 1999; Kühne, Imbach, Bolton-Maggs, Berchtold, Blanchette, Suchanan, 2001). Hastalığın sinsi ilerlemesi ve 10 yaşını geçtikten sonra kesin bir tanı konulması kronik immün trombositopeni için risk faktörü oluşturduğu düşünülmektedir (Blanchette ve Carcao 2000).

Travmadan, yaralanma riski olan her türlü aktiviteden ve trombosit fonksiyonlarına zarar veren ilaçlardan uzak durulmalıdır. Hastalık akut dönemde seyrederken tedaviye başlanıp kronik olmasını engelleyip engellemediği konusunda da yeteri kadar çalışma yoktur. Destekleyici tedavi olarak hastalara önerilenler; koruyucu başlık takmak, koruyucu pedler kullanmak ve fiziksel aktiviteyi kısıtlamaktır. Hastalıkta trombositopeninin nedeni, antikorlarda kaplı trombositlerin dalak, karaciğer, kemik iliği, akciğerde yıkım hızının artmasıdır. Megakaryositler tarafından üretilen trombositlerin üretim hızı ile yıkım hızı arasındaki denge trombositopeninin derecesini belirlemektedir. Büyük oranda enfeksiyon sonrasında, immün yanıt gelişerek enfeksiyöz ajana etki olarak oluşan antikorlar trombosit yüzeyindeki antijenik yapılara bağlanarak trombositlerin parçalanmasına yol açmaktadır (Imbach 1999, McMillan 2000, Ballem ve ark 1987).

Akut durum sağlıklı bir çocukta viral enfeksiyonu takip eden 1 ve 3 hafta sonra ortaya çıkan kanama, ekimoz ve peteşi gibi belirtilerle ortaya çıkmaktadır. Kız ve erkeklerde aynı oranda olmakla birlikte en sık görüldüğü 2 ve 6 yaş aralığıdır. En çok karşılaşılan non-spesifik ÜSYE hastalığıdır. Kızamık, kabakulak suçiçeği gibi çocukluk çağlarında görülen hastalıklarda diğer nedenler arasındadır. Bu hastalık ayrıca virüs aşılı yapıldıktan sonrada görülebilmektedir (Arceci, Hann, Smith, 2006; Devocioğlu, 2002; Lanzkowsky, 2005; Nathan, Orkin, Ginsburg, Look, 2003; Panepinto, Brousseau,2005). Hastalığın çocuklarda görülme sıklığı tam bilinmese de yıllık olarak 0,25-1/10 000 olduğu düşünülmektedir (Bussel, 1990; Lanzkowsky, 2005; Nathan, Orkin, Ginsburg, Look, 2003; Sutor, Harmas, Kaufmehl, 2001; Zeller, Helgestad, Hellebostad, 2000). Akut durumda hastalık genelde kendiliğinde iyileşme göstermektedir. Hastaların büyük çoğunluğu 2-3 ay içinde iyileşme gösterir ve 9-12 ay içinde de trombosit sayıları normal aralığına döner. Bazı hastalarda görülen ciddi intrakraniyal ve mukozal kanamalar hastalığın başlangıç evresinde karşılaşılan bir durumdur (Arceci, Hann, Smith, 2006; Devocioğlu, 2002).

Hastalığın tanısı konulurken iyileşme durumu olup olmayacağı ya da hastalığın kronikleşeceğini tahmin etmek zordur. Tablo-1’de yer olan özellikler dikkate alınarak hastalığın gidişatı hakkında kestirmek mümkün olabilir (Osborn, DeWitt, First, Zenel, 2007; Lanzkowsky, 2005).

Tablo-1: Akut ve kronik durumların özelliklerinin karşılaştırılması (Devecioğlu, 2002; Lanzkowsky, 2005)

Özellikler	Akut	Kronik
Yaş	2-6 yaş/çocuk	>10 yaş/erişkin
Cinsiyet	Kız =erkek	Kız/erkek =3/1
Mevsimsel dağılım	İlkbahar	Yok
Önceden geçirilmiş Enfeksiyon	%80	Nadir
Otoimmün hastalık birlikteliği	Nadir	Sık
Başlangıç	Akut	Sinsi
Trombosit Sayısı	<20.000/mm ³	40.000-80.000/mm ³
Eozinofili ve lenfositoz	Sık	Nadir
IgA düzeyi	Normal	Düşük
Süre	2-6 hafta	>6 ay-yıllar
Prognoz	%80 spontan iyileşme	Kronik, değişken

Akut vakalarda kızlarda ve erkeklerde görülme oranı aynıdır. 6 aydan daha kısa bir sürede iyileşme görülür. Kronik vakalarda ise genellikle kızlar olmakla birlikte 9 yaş ve üzeri bireylerde görülür ve 6 aydan fazla sürer. Çocuk hastalarda %75-80’i akut, %20-25’i kronik şekildedir (Bussel, 1990; Nathan, Orkin, Ginsburg, Look, 2003; Panepinto, Brousseau, 2005).

Çocuklarda ve erişkinlerde hastalığın farklılıkları Tablo-2’de gösterilmiştir;

Tablo-2: Çocuk ve erişkin bireylerde görülen durumların karşılaştırılması (Blanchette, Freedman, Garvey, 1998; Tarantino, Buchanan, 2004)

Özellik	Erişkin	Çocuk
Cinsiyet	K/E = 3/1	E =K
Başlangıç	Sinsi	Ani
Enfeksiyon öyküsü	Yok	Sık
Trombosit sayısı	Daha yüksek	Daha düşük
Hayatı tehdit eden kanama	Daha fazla	Daha az
Eşlik eden otoimmün hastalık	Sık	↓
Spontan iyileşme	↓	↑

Hastaların genellikle %75’inde hafif kanama şikayeti olur. Çok düşük olan trombosit sayılarına rağmen anemi, lösemi gibi durumlarda ya da kemoterapi gören hastalarda oluşan kanamaya göre daha az kanama olması bu hastalığı taşıyan bireylerin trombositlerinin daha genç, büyük olduğu ve hemostatik anlamda etkili ve kemik iliği rezervinin çok iyi olmasına dayandırılmıştır (Buchanan and Adix, 2001; Kühne, Buchanan, Zimmerman, 2003; Medeiros and Buchanan, 1996; Nathan and Oski (eds), 2003).

KIT; trombositopeninin 6 aydan fazla sürme durumudur. Çocuklarda %80’e yakını iyileşme gösterirken %20-%25 civarı kronikleşir ve yaklaşık 1/3’ünden fazlası hastalık kronik hale geldikten aylar ya da yıllar sonra remisyon girer. Rekürren ise; trombosit sayısının normal düzeyine dönmesinden sonra ataklarla seyreden KIT’in bir formudur. 3 aydan uzun süren ataklardır ve çocuk hastalarda %1-%4 civarında görülmektedir (Arceci, Hann, Smith, 2006; Bussel, 1990; Devecioğlu, 2002; Nathan, Orkin, Ginsburg, Look, 2003; Lanzkowsky, 2005; Panepinto, Brousseau, 2005).

KIT için belirleyici faktörler;

- ❖ 10 yaşının üzerinde olmak
- ❖ İlk ölçülen trombosit sayısının yüksek olması
- ❖ Cinsiyet(Kız olmak)
- ❖ Hastalık dışında başka bir otoimmün hastalığın olması
- ❖ Sinsi ilerlemesi
- ❖ Yakın zamanda geçirilen bir viral enfeksiyon hikayesinin bulunmaması (Devecioğlu, 2002; Gedikoğlu, 1991; Nathan, Orkin, Ginsburg, Look, 2003; Lanzkowsky, 2005; Osborn, DeWitt, First, Zenel, 2007)

KIT'lı hastalarda ayırıcı tanı koymak için yapılması gereken testler;

- ❖ Kemik iliği aspirasyonu
- ❖ İmmünglobulin ve lenfosit alt grupları
- ❖ Antikor düzeyleri
- ❖ Coomb's testi
- ❖ Tiroid fonksiyon testleri,
- ❖ Aile bireylerinin tam kan sayımı ve periferik yaymalarının yapılması gerekmektedir (Arceci, Hann, Smith, 2006; Gedikoğlu, 1991; Nathan, Orkin, Ginsburg, Look, 2003; Panepinto, Brousseau, 2005; Young, Luban N, White, 1999).

KIT'da tedavi amacı; hastalığın tamamen iyileşmesini sağlamak değildir.

Kanamayı normal düzeye indirmek ve kanama ataklarının önüne geçmektir. Tedavi prensibi hastanın trombosit sayısına göre yapılmamalıdır. Klinik yakınmaları dikkate alınarak yapılmalıdır. Bunun yanı sıra tedavinin yan etkileri ile kanama riski oluşturacak durumlar arasında denge iyi kurulmalıdır. Çünkü kronikleşen vakaların çoğunda hastalık tedavisiz stabil bir hal almaktadır (Nathan, Orkin, Ginsburg, Look, 2003; Lanzkowsky, 2005).

4.1.1.Tarihçe

Hipokrat'dan bu yana ciltte meydana gelen mor lekeler tarif edilse de 1025'de ilk kez tıp kitaplarında İbni Sina tanımını yapmıştır. Paul Gottlieb Werlhof 1735 yılında öncesinde sağlıklı ve herhangi bir sağlık problemi olmayan bir kadında burun kanamaları ve ciltte meydana gelen mor lekeleri “morbus maculosus hemorrhagicus”

olarak adlandırılarak tarihte bilinen ilk tanımı yapmıştır (Alter, Young, Nathan, 1993; Blanchette, Freedman, 1998; Freedman, 2003; Jones, Tocantins, 1993; Stasi, 2011). Krauss trombositlerin düşüklüğünü ve hemorajik bulguları 1883 yılında tanımladı. Hayem ise 1890 yılında bu hastalıkta düşük trombosit seviyelerini göstererek ilk kez trombosit sayımını bulmuştur. Hastalaya yapılan ilk splenektomi ise Amerika Birleşik Devletleri Prauge kentinde başarıyla uygulanmıştır (Kasnelson, 1916). Erich Frank hastaların kemik iliğinde megakaryosit de artış olmasına rağmen trombositlerin etrafında bulunmadığına dikkat çekmiş 1915’de de hastalığı ‘esansiyel trombositopeni’ olarak adlandırmıştır. Frank megakaryositlerde granülarita azalması olduğunu 1925 yılında yayınlanan çalışmasında belirtmiştir. William Dameshek 1946 yılında ‘Blood’ dergisinin ilk sayısında bulunan yazıda, Frank’ın çalışmalarına gönderme de bulunmuş ve kendisi de bu çalışmaları desteklemiştir (Dameshek and Miller, 1946). Polonyalı tıp fakültesi öğrencisi Kaznelson, Frank’ın çalışmalarını örnek alarak refrakter bulguları olan bir kadında splenektomi gerçekleştirmek için doktorları ikna etmiş ve remisyon elde etmiştir. Kortikostreoidlerin otoimmün hastalıklarda kullanılma metoduna gelene kadar 1960 yılından önce hastalarda tek tedavi yöntemi olarak splenektomi kullanılmıştır (Stasi, 2011).

Hastalıkta immünopatojenik sistemle ilgili klinik bulgular 1950 yılında kanıtlanmaya başlanmıştır. William Harrington ve arkadaşları kronik immün trombositopenisi olan annelerin çocuklarında yüksek oranda geçici düşük trombosit sayıları görüldüğünü izlemişlerdir (Harrington ve Minnich 1951; Harrington 1953). Harrington 1951 yılında ilk kez trombositopenili hastaların alıcılarına transfüze edilen plazmanın, sağlıklı olan 17 bireyden 11’inde derin trombositopeniye neden olduğunu kanıtlamıştır (Harrington ve Minnich 1951). Hollingsworth ve Harrington 1951 yılında trombositopeni görülen bir anneden doğan bebekte 3 hafta devam eden sonrasında kendiliğinde iyileşen purpura tablosu gördüklerini belirtmişlerdir. Gözlemledikleri bu durum anneden bebeğe aktarılabilen antikörlerin olma fikrini ortaya çıkarmalarına sebep olmuştur. Harrington, refrakter bulguları olan hastaların kanının başka bireylere enjekte edildiğinde geçici de olsa trombositopeni oluştuğunu göstermiştir (Harrington, Minnich, Hollingsworth, Moore, 1951).

Daha sonra Shulmann ve ark. (Shulmann ve ark 1965) serolojik yöntemlerle IgG faktörünü tanımlamışlardır. Hastaların birçoğunda 1975 yılından sonra geliştirilen

yöntemlerle trombosit ile ilişkili IgG seviyesinin artmış olduğu görülmüştür (Dixon, Rosse, Ebbert, 1975). Aynı zamanda Shulmann bu faktörün IgG grubu antikorların glikoprotein IIb-IIIa-Ib-V-IX komplekslerine bağlandığını ispatlamışlardır (Stasi, 2011).

Bu gözlemler ışığı altında 21.yüzyılda hastalığın tedavisine TPO-mimetik ilaçlarda ilave edilmiştir (Imbach ve Crowther, 2011).

4.1.2.Tanı

Hastalığın tek başına tanısını koyacak bir test bulunmamaktadır. Testlerin çoğu belirleyici değil ayırıcıdır (Devecioğlu, 2002; Gedikoğlu, 1991; Panepinto and Brousseau, 2005).

Başvuran hastalara (Arceci, Hann, Smith, 2006; Devecioğlu, 2002; Lanzkowsky, 2005);

- ❖ Fizik muayene
- ❖ Yakın zamanda geçirilmiş hastalık öyküsü
- ❖ İlaç kullanımı
- ❖ Ailede hematolojik hastalık öyküsü
- ❖ 6 aydan küçük çocukların perinatal öyküsü
- ❖ Trombosit sayısını içeren tam kan sayımı, periferik yayma yapılmalıdır.
- ❖ Kemik iliği aspirasyonu: Klinik (peteşi, kanama ve ekimoz gibi bulguların haricinde fizik muayene bulguları normal ise) ve hematolojik (periferik ve tam kan sayımında trombositopeni haricinde bir bulgu yok ise) olarak tipik hastalık vakalarında gerekli olan bir şey değildir. Ancak fizik muayene bulguları normal değilse ve hastalık tedaviye yanıt vermiyorsa yapılmalıdır.
- ❖ Sekonder trombositopeni yapan nedenler tanı konulurken dışlanmalıdır.
- ❖ ANA ve anti-ds-DNA, kan grubu, Coombs testi, PT, PTT ve fibrinojen düzeyi, karaciğer fonksiyon testleri, BUN ve kreatinin, EBV, HIV, parvovirüs B19 titreleri gerekli görüldüyse yapılmalıdır.

Sekonder trombositopeni yapan nedenler erişkin hastalarda tanı konu konulurken dışlanır. Hastanın kanama dışında herhangi bir şikayeti bulunmamalıdır. Terleme, kilo kaybı, şişlik, eklemlerde ağrı, cilt de meydana gelen döküntüler primer trombositopeni ile uyumluluk göstermez. Hastanın öyküsü alınırken hepatit öyküsü,

gebelik, yakın zamanda geçirilmiş hastalıklar ve tekrarlayan ataklar sorgulanmalıdır. Yine aile öyküsünde de trombositopeni ve buna benzer hastalıklar sorgulanmalıdır (Rodeghiero et al., 2009; Türk Hematoloji Derneği, 2011). Fizik muayenede elde edilen bulgular mukozal kanamalar ve mor renkli cilt döküntüleridir. Hastalarda görülen mor renkli cilt döküntüleri küçük noktalar halinde ise peteşi, daha geniş noktalar halinde ise ekimoz olarak isimlendirilir. Çoğu hastada mukozal kanama görülür. Burun ve diş eti kanamaları, hipermenore, hematüri şeklinde görülebilir. Trombosit sayısı düştükçe kanama bulguları o kadar artar. Trombosit sayısı 30×10^9 altında olduğu durumlarda spontan kanamalar meydana gelir. Trombosit sayısının 10×10^9 altında olduğu durumlarda ise ölümcül olabilecek kafa travmaları, ağız içi kanamaların olma riski artar. Hastanın bulunduğu yaş, başka hastalıkların bulunması, dışardan alınan herhangi bir darbe hastanın kanama riskini arttırmaktadır. Hastalarda kanama hariç fizik muayene bulguları normaldir. Başka bulguların görülme durumunda altında yatan başka sebepler veya hastalıklar aranmalıdır (Diz-Küçükaya et al., 2010; Rodeghiero et al., 2009; Türk Hematoloji Derneği, 2011).

Hastalarda tanı konulurken kemik iliği aspirasyonu yapılması konusunda tartışmalar vardır. Erişkin hastalarda hasta öyküsü, fizik muayene ve diğer kan incelemelerinde bir anormallik yoksa kemik iliği aspirasyonuna gerek duyulmaz. Tanı konulurken veya hastalığın seyrini gözlemlerken hastalıkla bağlantı kurulamayan durumlarda hem de başka hematolojik hastalıkları düşündüren durumlarda kemik iliğine bakılmalıdır. Hasta 60 yaş üzerindeyse ve hastaya splenektomi uygulanacaksa yine kemik iliğine bakılabilir (Provan et al., 2010; Türk Hematoloji Derneği, 2011).

4.1.3.Tedavi

Çocuklarda hastalık genellikle spontan iyileşme gösterdiği için kendini sınırlamaktadır. Hastaların çoğunda tedaviye ihtiyaç duyulmaz ve 3 ay içerisinde iyileşme gösterir. Hastalarda tedavinin amacı; trombosit sayısının normal seyrine dönmesini sağlamak, hayatı tehdit eden kanamalardan korumak, özellikle MSS kanamalarından sakınmaktır (Arceci et al., 2006; Bussel, 1990; Devocioğlu, 2002; Gedikoğlu, 1991; George et al., 1996; Nathan, Orkin, Ginsburg, Look, 2003; Osborn et al., 2007). Hastalığın seyrini değiştirecek bir medikal tedavi yöntemi olduğuna dair yeterli bir kanıt bulunmamaktadır. Birçok klinisyen tedavi vermekten yanadır. Fakat hangi tedavi metodunun seçilmesi gerektiği hakkında kesin bir yargı yoktur ve tartışmalar sürmektedir (Buchanan et al., 1997; George et al., 1996; Tarantino, 2001)

ASH tarafından 1996 yılında yayımlanan kılavuza göre tedavi kararı ve yöntemlerine göre değil trombosit sayılarına göre belirlenmiştir. 30.000/mm³'den fazla trombosit sayısı olan semptomatik olmayan veya minör purpuralı olgularda tedavinin gerek olmadığını, 20.000/mm³'den az trombosit sayısı olan yoğun mukozal kanama görülen olgularda ve 10.000/mm³'den az trombosit sayısı olan minör purpuralı olgularda steroid ya da IVIG'le tedavi verilmesi önerilmiştir (George et al., 1996). İngiliz Hematoloji Birliği (BSH)'nin yayınladığı klavuzda ise ASH'ın yayınladığı tedavi metodundan farklı olarak tedavi kararı alınırken trombosit sayısını dikkate alarak değil, klinik bulgulara bakılarak karar verilmesi gerektiğini savunmuştur (Eden and Lilleyman, 1992).

Akut hastalarda destekleyici tedavi yaklaşımlarda hasta ve aile eğitimi, ilaç tedavileri ile beraber gözlenir. Destekleyici tedavi yaklaşımları yapılırken; kanı sulandırıcı ilaçlardan ile intramusküler enjeksiyonlardan kaçınma ve aşı uygulamalarından sakınmalıdır. Travma yaratacak, beyin kanamasına yol açacak fiziksel aktivitelerden kaçınılmalıdır. Oyun çağında olan çocuklara travmatik durumlara karşı koruyucu başlık takmaları gerekmektedir (Osborn et al., 2007). Ailelerde kanama açısından uyarılmalı ve eğitilmelidir. Trombosit sayısı 20.000/mm³'den fazla olan semptomatik olmayan ve minör purpuralı olgularda tedaviye gerek görülmez. Fakat tedaviye görülmesede labaratuvar ve klinik yönden izlemeye alınmalıdır. Komplikasyonlar, hastalığın ilk haftalarında gelişme gösterdiği için trombositopeniye ve kanama şiddetine göre günlük olarak trombosit sayısına ve kanama bulgularına

bakılmalıdır. Hastanın bulguları sabitlendikten sonra haftalık, aylık belli periyotlarla trombositlerine bakılmalı, kontrol altında tutulmalıdır (Osborn et al., 2007).

Hastalığın tedavisinde yapılacak ilk tedavi metodu; IVIG, kortikosteroidler ve Anti-Rh(D) immünglobülinidir (Arceci et al., 2006; Behrman, Kliegman, 2004; Blanchette et al., 2003; Devecioğlu, 2002; George et al., 1996; Lanzkowsky, 2005; Osborn et al., 2007). Erişkin hastalarda tedavi için gerekli olan trombosit değeri tartışılmaktadır, esas belirleyici faktör ise klinik bulgulardır. Tedavide major kanamanın önlenmesi ve normal trombosit sayısına ulaşmaya çalışılır. 30×10^9 'dan yüksek trombosit sayısında olan ve kanama bulgusu görülmeyen hastalarda kanama riski oluşturacak ve bunun arttıracak durumlar incelenmelidir. Kontrendikasyon bulunmuyorsa hasta tedavisiz takibe alınmalıdır. 30×10^9 'dan düşük trombosit sayısında olan ve 30×10^9 'dan yüksek trombosit sayısında olup kanama riski görülen hastalarda tedavi uygulanmalıdır (Provan et al., 2010; Türk Hematoloji Derneği, 2011).

Kortikosteroidler yeni tanı konulmuş erişkin hastalarda ilk kullanılan ilaçtır. Dekametazon ve metil prednizolon da tercih edilen ilaçlar arasındadır. Kortikosteroidler, düşük ya da yüksek doz olarak alınabilir. Her iki durumda da sonuçlar birbirine yakındır. Düşük dozlarda verilen 3 haftalık tedavi sonrasında azaltarak ilacın tamamen bırakılması, kısa sürede alınan yüksek doz ilaç ya da IVIg'e oranla daha uzun süren yanıtlar verdiği görülmüştür (Neunert et al., 2011). Kortikosteroid kullanımında görülen baş komplikasyonlar; Cushingoid görünüm, hipertansiyon, kan şekerinde artış, psikoz ve osteopenidir. Bir ay boyunca alınan kortikosteroid tedavisi yanıt vermezse bırakılmalıdır. Hastada ilk aşamada kullanılan kortikosteroidde kontrendikasyon oluyorsa, kan grubu Rh+ ise, Evans sendromu görülmüyorsa ve öncesinde splenektomi geçirmediyse hastaya Anti-(Rh) D tedavisi uygulanabilir. Ortalama verilen doz $50 \mu\text{g}/\text{kg}$ olup, $75 \mu\text{g}/\text{kg}$ kullanıldığında IVIg ile benzer yanıtlar verdiğine dair çalışmalar mevcuttur. İnfüzyon süresinin az, etki etmesinin uzun sürmesi IVIg'e oranla üstün yanlarıdır. İnfüzyon reaksiyonları sebebiyle premedikasyon yapılmalıdır. Tedavinin sonucunda hemoliz kaçınılmazdır ancak ağır durumlarda fatal hemolizde olabilir. Akut böbrek yetersizliğinin görülme ihtimalide vardır (Provan et al., 2010; Türk Hematoloji Derneği, 2011).

Tedaviye başlangıçta Anti-(Rh) D tedavisi uygulanmayacak ve kortikosteroid verilmeyecek hastalarda tedaviye hızlı yanıt verilmesi isteniyorsa IVIg verilebilir.

Kortikosteroidlerde yanıtlar kısa, alınan dozlar 1 g/kg/1-2 gün ve pahalı bir tedavi yöntemidir. Yan etkileri; ateş, titreme, bulantı, böbrek yetersizliği, tromboz, aritmidir. Ağır kanama geçiren, hayatı tehdit eden travmatik yaralanmalarda, doğum ve ameliyat gerektiren durumlarda hastaların trombosit sayılarının yükseltilmesi gerekmektedir. Böyle acil durumlarda etkili yöntemlerin bir arada kullanılması gerekir. IVIg 'den 1 veya 2 doz, kortikosteroidlerden orta veya yüksek doz verilmesi ve sonrasında yapılan süspansiyon desteği en çok kullanılan yöntemdir. Süspansiyon verildiğinde otoantikörlerin trombositleri hızla parçalama durumu, acil bir durum gerekmediği sürece uygulanmaması gerektiğini gösterir. IVIg verildikten sonra uygulanması, trombositlerin dolaşımında daha fazla kalmasını sağlamaktadır. Anti-(Rh) D'nin verildikten en az 4-5 gün içinde etkisi görüldüğü için, bu gibi durumlarda tek başına kullanılması uygun değildir. Ciddi kanaması olan hastalarda splenektomi uygulanabilir ancak deneyimli ve güvenilir yerlerde yapılması uygun olur (Provan et al., 2010; Türk Hematoloji Derneği, 2011).

Tedaviye başlangıçta yanıt alınamayan hastalarda diğer tedavi yöntemlerine başvurulur. Tedaviye engel teşkil edecek bir durum yoksa splenektomi tercih edilmektedir. İyileşme dönemi göz önünde bulundurularak splenektomi için en az 6 ay beklenmelidir. Ancak uygulanan birden fazla tedaviye yanıt alınamayan ve kanama bulguları ağır olan hastalarda splenektomi erken tercih edilebilir. %80 hastada splenektomiye yanıt alınır. Bunların %66'sında alınan yanıt kalıcı ve 5yıl boyunca başka tedavi gerektirmez. Tam yanıt alınamayan hastalarda geçici yanıt vardır. Hastanın %14'ü yanıtız, yanıt veren hastaların %20'sinde ise yanıt zamanla kaybolur. Splenektominin en belirgin komplikasyonları, infeksiyon, kanama, trombozdur. Operasyon öncesinde aksesuar dalak araştırılmalı, ameliyatın açık ya da laparoskopik yapılma durumu göz önünde bulundurulmalıdır. Splenektomi sonrasında gerekli aşılarda uygulanmalı, 6 ay içerisinde rituksimab almış hastalarda aşılamamanın yeterli olmama durumu göz önünde bulundurularak, B hücreleri iyileştiği zaman yapılmalıdır. Mortaliteye bakıldığında açık yapılan operasyonda %1, laparoskopikte %0.2 oranları görülmüştür (Provan et al., 2010; Türk Hematoloji Derneği, 2011).

Kortikosteroidler:

Kortikosteroidler, hastalıkta trombosit sayısını arttırmada rol oynadığı gözlemlenen ve tedavide uzun süredir kullanılan bir ilaçtır(Panepinto and Brousseau, 2005).

Etki mekanizması tam bilinmese de;

- ❖ Antikor kaplı trombositlerin dalakta fagositozu azaltıp trombositlerin yaşam süresini uzatmak,
- ❖ Antitrombosit antikorların yapımını azaltmak,
- ❖ Kapiller stabiliteyi artırarak trombositopeniye bağlı endotelial bozukluğu düzeltmek, kanama belirtilerinin erken kaybolmasını sağlamak ve kanamayı azaltmaktır (Arceci et al., 2006; Gernsheimer et al., 1989; Handin and Stossel, 1978; Kitchens and Pendergast, 1986; Lanzkowsky, 2005; Nathan et al., 2003; Panepinto and Brousseau, 2005).

Tedavisinde kortikosteroid kullanılması düşünülen hastalarda, kemik iliği aspirasyonu yapılmalı, akut lösemi, anemi, lenfoma gibi hastalıkların tanısı yapılmaktadır (Blanchette and Carcao, 2000; Calpin et al., 1998).

Hastalıkta bugüne kadar çeşitli tedavi metodları kullanılmış, verilen doz düzeyleri farklılık göstermiş ve bunları karşılaştıran birçok çalışma yapılmıştır. Günümüzde de hastalarda kullanılan standart bir doz düzeyi vardır. Kullanılan standart doz düzeyi 2mg/kg/gün prednizon 2 ve 3 hafta verilir sonrasında 2 hafta içinde yavaş yavaş kesilir. 1984 yılında Sartorius ve Buchanan bu konudaki ilk çalışmaları yapmıştır. Tedavi alan hastalar ile plasebosu olan hastalar arasında yapılan karşılaştırmalı çalışmada kanam bulguları, trombositlerin durumu ve kanama süresi arasında farklar olduğu görülmüştür (Buchanan and Holtkamp, 1984; Sartorius, 1984).

Yapılan klinik çalışmalarda, 4mg/kg-7 gün kullanılan prednizon tedavisi verilen hastaların, 50.000/mm³'den yüksek trombosit sayısına ulaşmak için 4günlük süre geçmesi gerektiği ve tedavi almayan hastalar da 16 günlük bir süre olduğu görülmüştür (Blanchette et al., 1993). Başka bir kortikosteroid tedavisi, yüksek doz da verilen metilprednizolonun iv veya oral yolla verilen 10-30 mg/kg dozda 30 dakika 3-5 gün veya 3gün- 30mg/kg, 4 gün-20mg/kg dozda ve diğer haftalarda 10-5-2-1mg/kg dozda verilmesidir. Başka çalışmalarda hastalara yüksek dozda verilen metilprednizolon,

trombositlerde artışa ve yan etkilerinin diğerlerine göre az olduğu saptanmıştır (Adams et al., 1996; Albayrak ve ark, 1994; Ozsoylu ve ark, 1989).

İntravenöz İmmünglobulin(IVIG):

Hastalığın tedavisinde ilk kez Imbach ve ark. tarafından 1981 yılında kullanılmıştır (Imbach et al., 1981). IVIG ile ilgili farklı tedavi metodları kullanılmıştır. 400 mg/kg/gün beş gün ve 1 gr/kg /gün 2 farklı şekilde olmak üzere 2 gr/kg dozda verildiğinde düşük dozlarda verildiğinde bile başarılı sonuçlar alınmıştır (George et al., 1996; Lanzkowsky, 2005; Nathan and Oski (eds), 2003). IVIG tedavisi verildiğinde hastaların %95'in de 2 gün içinde trombosit sayılarında artış görülür. Etki ettiği süre ortalama 2 ile 4 hafta kadar devam eder (Nathan and Oski (eds), 2003). Çalışmalarda normal doz verilen steroid ve anti-D tedavisinde trombosit sayısının hızlı bir artış gösterdiği gözlenmiştir (Blanchette et al., 1993). Fakat etki süresi yüksek dozda verilen steroid kadar hızlı olmadığı saptanmıştır (Blanchette et al., 1993; 1994). IVIG tedavisinde olumlu etkilerin yanı sıra %75 oranında yan etkide görülür (George et al., 1996; Nathan and Oski (eds), 2003). Ateş, bulantı, kusma, baş ağrısı gibi hafif etkileri de olabilir. Anaflaksi, Coombs pozitif hemolitik anemi, viral enfeksiyonlar, böbrek yetmezliği ve hemipleji gibi nörolojik hastalılarda görülmektedir (Tsiouris and Tsiouris, 1998).

Anti-Rh(D) İmmünglobin:

İlk defa Salama ve ark. tarafından 1983 yılında hastalığın tedavisinde kullanılmıştır (Salama et al., 1983). IVIG'den ve steroidlerden farklı, immün sistem üzerinde etkisi olan B ve T hücreleri bulunmaktadır (Medeiros and Buchanan, 1998). IVIG kullanımında trombosit sayısı artışı ile anti-D kullanımında olan trombosit artışı farklıdır. IVIG kullanımında daha hızlıdır. Trombosit sayısında artış 48 saat içinde görüldüğü için acil tedaviye girmez (Lanzkowsky, 2005). Hastaya 3-5 dakikada iv 50-75 µg/kg tek doz şeklinde verilir. Etkileri 1 ve 5 hafta kadar devam eder. Rh pozitif ve fonksiyonel dalağa sahip olan hastalarda kullanılabilir. Yapılmış çalışmalarda IVIG ve kortikosteroid tedavisinin daha etkili olduğu, ancak Rh pozitif hastaların sadece %80'ninde trombosit sayısının yükseldiği görülmektedir. IVIG ile karşılaştırma yapıldığında daha ucuz ve uygulamasının daha kısa sürmesi avantajları arasındadır. Hastaların %3'ünde ortaya çıkan belli başlı bazı yan etkiler; ateş, titreme, baş ağrısı, mide bulantısıdır. Hemoliz çoğunlukla ekstravaskülerdir. İntravasküler hemolize bağlı

hemoglobinüri ve böbrek yetersizliği de görülmektedir (Arceci et al., 2006; Blanchette et al., 2003; Lanzkowsky, 2005; Nathan et al., 2003). Son yapılan çalışmalarda 75 µg/kg verilen dozun, 50 µg/kg dozdan daha fazla etkili olduğu görülmektedir (Blanchette et al., 2003).

Splenektomi:

Kaznelson, ilk kez 1916 yılında bu hastalığın tedavisinde kullanmıştır (Kaznelson, 1916). Splenektomi sayesinde antitrombosit antikörlerin üretildiği ve retiküloendotelial sistemin trombositleri parçalaması önlenmiş olup, trombosit sayısında artış görülür (Devecioğlu, 2002; Nathan et al., 2003).

ASH tarafından 1996 yılında yayınlanan kılavuzda; akut seyreden, tedaviye yanıt vermeyen, kanaması olan hastalarda ve kronik seyreden, kanama bulguları olan, 3/12 yaş aralığında trombosit sayısı 10.000/mm³'den düşük ya da 8/12 yaş aralığında trombosit sayısı <30.000/mm³'den düşük olan hastalarda splenektomi uygunsu düşünülmelidir (George, 1996; Lanzkowsky, 2005; Nathan et al., 2003). Çocuklarda, iyileşmenin erişkinlere oranla spontan olması ve 5 yaşından küçük hastalarda splenektomi sonrasında sepsis riskinin bulunması nedeniyle daha az uygulanmaktadır. 1 5 yaşından küçük hastalara uygulanan splenektomide fütal sepsis görülme riski 1/300-1000'dir (Arceci et al., 2006; Gedikoğlu, 1991; Lanzkowsky, 2005; Nathan et al., 2003). Splenektomi yapılan hastalarda %72 oranında remisyona girilir. Splenektomiden sonra hastanın trombositleri yükselmeye başlar, 1/2 hafta içinde maximuma ulaşır ve 1/2 ay içinde normale döner. Splenektomi sonrasında hastanın trombosit sayısının 500.000/mm³'den yüksek olması remisyona uygunluğu gösterir. Relaps görülmesi durumunda viral durumlar dikkate alınmalıdır. Aksesuar dalak, trompositopeni devam ederse incelenmelidir. Splenektomi yapıldıktan sonra trompositopeninin devam ettiği hastaların %40'ında aksesuar dalak varlığı ve dalak alındıktan sonra hastaların büyük çoğunluğunda tamamen iyileşme olduğu görülmüştür. Periferik yayma sırasında görülen Howell-Jolly cisimciği aksesuar dalak görülme olasılığını değiştirmez (Nathan et al., 2003).

5.GEREÇ VE YÖNTEM

Bu gözlemsel analitik kesitsel çalışmaya; Mayıs 2018-Ekim 2018 tarihleri arasında uzman hekim tarafından KIT tanısı konulmuş, en az 5 yıldır tedavi gören gönüllü 50 olgu katılmıştır.

Çalışmaya uygun ve katılmayı kabul eden hastaların iletişim bilgileri alınmış ve araştırmaya başlamadan önce gönüllü bilgilendirme ve onam formu (Ek-1) imzalatılmıştır. Çalışmayı kabul eden, gönüllü bilgilendirme ve onam formunu imzalayan katılımcılarla Sosyodemografik Veri Anketi (Ek-2) doldurulmuştur. Hastaların ağrı şiddetini değerlendirmek için Vizüel Analog Skala (VAS) (Ek-3); yorgunluğun şiddetini değerlendirmek için Yorgunluk Şiddet Ölçeği (FSS) (Ek-4); depresyonu değerlendirmek için Beck Depresyon Ölçeği (Ek-5); kinezyofobiye değerlendirmek için Tampa Kinezyofobi Ölçeği (TKÖ) (Ek-6) ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi içinde Medical Outcomes Study Short Form Health Survey (SF-36) (Ek-7) kullanılmıştır.

5.1.Ağrı Değerlendirmesi

Katılımcıların ağrı durumunu değerlendirmek için 10cm'lik Vizüel Analog Skala (VAS) kullanılmıştır (Ek-3). Katılımcıların hissettikleri ağrı düzeyini ağrı skalası üzerinde işaretlemeleri istenmiştir.

5.2.Yorgunluk Şiddetinin Değerlendirilmesi

Yorgunluk şiddeti, Yorgunluk Şiddet Ölçeği (FSS) (Ek-4) ile değerlendirilmiştir. Bu ölçek yorgunluk şiddetini 9 soru ile değerlendirir. Her bir soru 1 (hiç katılmıyorum)-7 (tamamıyla katılıyorum) arasında skorlanır. FSS skoru dokuz bölümün ortalama değeridir. Yüksek skor artmış yorgunluk şiddetini gösterir. Patolojik yorgunluk için kesme değeri 4 ve üstü olarak belirlenmiştir. Toplam skor ne kadar düşükse yorgunluk o kadar azdır (Krupp, 1989). Ölçeğin Türkçe'ye çevirisi, geçerlilik güvenilirlik çalışması Armutlu ve ark tarafından yapılmıştır (Armutlu ve ark 2007).

5.3.Depresyon Değerlendirilmesi

Depresyonu değerlendirmek için Beck Depresyon Ölçeği (Ek-5) ile kullanılmıştır. Burada amaç depresyon tanısı koymak değildir. Duygu durumundaki olası bir bozukluk da yaşam kalitesini etkileyebileceğinden tartışmayı doğru yönlendirmek için bu veri toplanacaktır.

Beck Depresyon Ölçeği, 1961 yılında Beck tarafından, erişkinlerde depresyon riskini, depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek üzere geliştirilmiştir (Beck, 1961). Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil, belirtilerin derecesini objektif olarak sayılara dökmektir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli (Hisli, 1989) tarafından yapılmıştır. BDÖ, 15 yaş ve üzeri uygulanabilip depresyona verilen vegetatif duyusal, bilişsel ve motivasyonel alanlarda ortaya çıkan belirtileri ölçmeye yarayan 21 maddeden oluşmuş bir kendini değerlendirme ölçeğidir.

Likert tipinde, 21 belirti kategorisinden oluşan bu ölçeğin 11'i bilişi, 2'si duyuyu, 2'si açıkça görülen davranışı, 1'i kişiler arası sorunları, 5'i somatik yakınmaları ölçen kategorileri vardır. Her madde 0-3 arasında artan puan alır ve ölçekten alınabilecek puanlar 0-63 arasında değişmektedir. Elde edilen toplam puan, depresyonun düzeyini ya da şiddet derecesini belirlemektedir (Savaşır ve Şahin, 1997).

Ölçek için verilen kesim puanları araştırmalarda farklılık göstermekle birlikte, Türkçe için geçerlilik ve güvenilirlik makalesinde kesme puanı 17 olarak kabul edilmiştir. Klinik depresyonu belirlemede 17 kesim puanının yeterli olabileceği belirtilmektedir. Genelde; 0-10 puanlar arası normal düzeyde depresyon, 11-17 puanlar arasının hafif düzeyde depresyon, 18-29 puanlar arasının orta düzeyde depresyon, 30-63 puanlar arasının şiddetli düzeyde depresyonu yansıttığı kabul edilmektedir. Depresyon ölçeğinden alınan puan arttıkça depresyonun düzeyinin arttığı kabul edilmektedir.

5.4.Kinezyofobi Değerlendirilmesi

Kinezyofobi değerlendirmek için Tampa Kinezyofobi Ölçeği (TKÖ) (Ek-6) kullanılmıştır. Tampa Kinezyofobi Ölçeği (TKÖ) 1991'de Miller, Kopri ve Todd tarafından geliştirilmiştir. Hareket-tekrarlanan yaralanma korkusunu 17 soru ile ölçer.

Sorular iş ile ilgili aktivitelerde yaralanma-tekrar yaralanma ve korku-kaçınma parametrelerini içerir (Vlaeyen et al., 1995). Ölçekte 4 puanlık Likert puanlaması (1=kesinlikle katılmıyorum, 4=tamamen katılıyorum) kullanılmaktadır. 4,8,12 ve 16.maddenin ters çevrilmesinden sonra toplam puan hesaplanmaktadır. Kişi 17-68 arasında toplam skor almaktadır. Ölçekte kişni aldığı puanın yüksek olması kinezyofobinin yüksek olduğunu göstermektedir. Toplam puanın 37'den yüksek olması yüksek derecede kinezyofobi olarak sınıflanmıştır (Vlaeyen et al., 1995). TKÖ Türkçeye çevrilmiş ve güvenilirliği gösterilmiştir (Ek-4) (Tunca-Yılmaz , 2011).

5.5.Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Short Form-36 (SF-36) Yaşam Kalitesi Ölçeği: Literatürde en sık kullanılan yaşam kalitesi anketlerinden biridir. Yaşam kalitesi ölçekleri içinde jenerik ölçüt özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Rand Corporation tarafından 1992 yılında oluşturulmuş ve kullanılmaya başlanmıştır. Fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü (fiziksel), sosyal fonksiyon, zihinsel sağlık, vitalite (enerji), ağrı, rol güçlüğü (emosyonel) ve genel sağlık başlıkları altında 8 kategoride 36 sorudan oluşur. Bazı soruların cevabı pozitif, bazı soruların negatif olarak eklenir ve toplam puan 0 ile 100 arasında değişir. Puanlar iki temel grupta (fiziksel ve mental sağlık grubu) toplanabilir. SF-36, 4 uzman (Hikmet Koçyiğit, Ömer Aydemir, Neşe Ölmez, Asuman Memiş) tarafından Türkçe'ye çevrilip, güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmış (Koçyiğit ve ark, 1999) ve Türkçe için güvenilir olduğu anlaşılmıştır. 4 boyutta fiziksel sağlık, 4 boyutta mental sağlık olmak üzere 2 özel boyutta toplanabilir. Her boyut için maddelerin skorları kodlanmakta ve toplanmaktadır. Sıfırdan (en kötü sağlık) 100'e (en iyi sağlık durumu) kadar puanlı bir ölçek haline dönüştürmektedir.

Tablo-3: SF-36'nın Türk toplumu standartları (Demiralp ve ark., 2006)

Alt Kategoriler	Kadın(\pm Standart sapma)	Erkek(\pm Standart sapma)
Fiziksel Fonksiyon	80.6 \pm 21.7	87,2 \pm 17.1
Fiziksel Rol Güçlüğü	82.9 \pm 28.6	89.8 \pm 19.3
Ağrı	81.0 \pm 20.2	85.1 \pm 16.4
Genel Sağlık Algısı	69.1 \pm 16.9	73.6 \pm 14.9
Enerji/Canlılık/Vitalite	63.4 \pm 13.7	65.7 \pm 11.9
Sosyal İşlevsellik	90.1 \pm 12.9	91.7 \pm 12.8
Emosyonel Rol Güçlüğü	89.0 \pm 22.5	92.8 \pm 15.1

5.6. İstatistiksel Analiz

Verilerin analizi SPSS for Windows 20.0 paket programında yapıldı. Verilerin normal dağılıma uyup uymadığı Kolmogorov Smirnov testi ile belirlendi. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi; gruplar arası karşılaştırmalarda normal dağılıma sahip sayısal değişkenler için Student's t testi, normal dağılmayan sayısal değişkenlerde Mann Whitney-U testi kullanıldı. Sayısal parametreler arasındaki ilişkiyi aramak için verilerin dağılımına göre Pearson Korelasyon testi uygulandı. Pearson korelasyon katsayısı r için ilişki açıklama tablosu aşağıda sunulmuştur. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Tablo-4: Pearson korelasyon katsayısı (r) için oluşturulan ilişki açıklama tablosu

İlişki yok	0
Zayıf İlişki	0,01-0,30
Orta İlişki	0,31-0,60
Kuvvetli ilişki	0,61-0,99
Tam ilişki	1

6.BULGULAR

6.1.Demografik Özelliklerin Ortalama ve Standart Sapmaları

Çalışmaya katılan hastaların demografik özelliklerinin ortalama ve standart sapmaları (SS) Tablo-5’da frekans dağılımları Tablo-6’de sunulmuştur.

Tablo-5: Çalışmaya katılan hastaların demografik özelliklerinin ortalama ve standart sapmaları

	Ortalama	SS	Min-Maks
Yaş (yıl)	34,6	8,5	19-54
Hastalık Süresi (yıl)	11,4	6,4	5-35
VAS	1,5	0,8	0-3
FSS	3,9	1,1	2,6 - 7
Beck Depresyon	9,7	3,9	0-15
Kinezyofobi	34,9	6,6	17-51
SF-36 Fiziksel Fonksiyon	66,1	29,7	30-100
SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü	66,0	34,9	0-100
SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü	50,7	42,2	0-100
SF-36 Enerji Canlılık	49,7	6,7	45-60
SF-36 Ruhsal Sağlık	51,5	2,9	48-60
SF-36 Sosyal İşlevsellik	60,4	11,7	38-75
SF-36 Ağrı	70,7	22,3	45-100
SF-36 Genel Sağlık	51,1	3,6	45-65

Hastalarımızın yaş ortalaması $34,6 \pm 8,5$ yıldır. %28'i erkek, %72'si kadındır. Hastaların normal eklem hareket açıklığı değerlendirildi. Kas güçsüzlüğü ve normal eklem hareket kısıtlılığı görülmedi. VAS değerlerine bakıldığında karşılaştığımız düşük değer örneklemimizde eklem ağrısının öncelikli bir sorun olmadığını göstermektedir. Depresyon değerlerine bakıldığında örneklemimizde Beck kesim puanı olan 17'nin üzerinde olgu yoktu. Düşük değerlere bakıldığında örneklemimizde depresyonun sorun olmadığı görülmektedir. Yorgunluk değerlerine bakıldığında ortalama puan 4'ün altında olduğu için örneklemimizde hastalar için yorgunluğun sorun olmadığını göstermektedir.

6.2. Demografik Özelliklerin Frekans Dağılımları

Tablo-6: Çalışmaya katılan hastaların demografik özelliklerinin frekans dağılımı

		Frekans	%
CİNSİYET	ERKEK	14	28%
	KADIN	36	72%
MEDENİ DURUM	BEKAR	14	28%
	EVLİ	36	72%
ÇOCUK	0	16	32%
	1	11	22%
	2	21	42%
	3	2	4%
EĞİTİM DURUMU	İLKOKUL	7	14%
	LİSE	26	52%
	ÜNİVERSİTE	17	34%
MESLEK	ÇALIŞMIYOR	23	46%
	EMEKLİ	2	4%
	GIDA TEKNİKERİ	1	2%
	HEMŞİRE	1	2%
	MEMUR	12	24%
	ÖĞRENCİ	1	2%
	ÖĞRETMEN	5	10%

SERBEST			
MESLEK			
		5	10%
HASTALIK	10 Yıl Altı	35	70%
SÜRESİ (YIL)	10 Yıl ve Üstü	15	30%
SPLENEKTOMİ			
	YOK	44	88%
	VAR	6	12%

Araştırmaya katılan hastaların 14 tanesi (%28'i) erkektir, 36 tanesi de (%72'si) kadındır. Hastaların medeni durumları ise 36 tanesi bekar, 14 tanesi evlidir. Araştırmaya katılan hastaların çocuk sayısına bakacak olursak, çocuğu olmayan 16 (%32'si) hasta, 1 çocuğu olan 11 (%22'si) hasta, 2 çocuğu olan 21 (%42) hasta ve 3 çocuğu olan 2 hasta vardır. Hastaların eğitim durumlarına bakacak olursak, neredeyse yarısı lise mezunudur, lise mezunu olan 26 hasta vardır. İlkokul mezunu 7, üniversite mezunu 17 hasta vardır. Hastaların meslekleri sırası ile 12 memur, 5 öğretmen, 5 serbest meslek, 2 emekli ve 1'er tane gıda teknikeri, öğrenci ve hemşiredir. Çalışmayan 23 hasta vardır. Çalışmayan hastaların oranı %46'dır. Araştırmaya katılan hastaların ortalama hastalık süresi 11,4 yıldır. Bu tanıyı alalı 10 yıldan fazla olmuş hastaların sayısı 15'dir. Bu tanıyı alalı 10 yıldan az olmuş hastaların sayısı ise 35'tir. Hastaların sadece 6 tanesi splenektomi geçirmiştir. Geri kalan 44'ünde splenektomi öyküsü yoktur.

Tablo-7: Çalışmaya katılan hastaların demografik özelliklerinin yorgunluk şiddeti ile ilişkisi

	FSS4	N	Ort.	Std. Sapma	Std. Hata	P
Yaş	1	28	35.7	9.7	1.8	0.311
	2	22	33.2	6.6	1.4	
Beck Depresyon	1	28	8.4	4.2	0.8	0.010
	2	22	11.3	2.9	0.6	
Kinezyofobi	1	28	34.3	7.2	1.3	0.503
	2	22	35.6	5.8	1.2	
SF-36 Fiziksel Fonksiyon	1	28	65.3	31.5	5.9	0.844
	2	22	67.0	27.9	5.9	

SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü	1	28	63.3	36.3	6.8	0.557
	2	22	69.3	33.5	7.1	
SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü	1	28	65.5	39.0	7.3	0.004
	2	22	31.8	39.2	8.3	
SF-36 Enerji Canlılık	1	28	51.6	7.2	1.3	0.022
	2	22	47.2	5.2	1.1	
SF-36 Ruhsal Sağlık	1	28	51.4	3.3	0.6	0.810
	2	22	51.6	2.4	0.5	
SF-36 Sosyal İşlevsellik	1	28	61.7	12.6	2.3	0.385
	2	22	58.8	10.4	2.2	
SF-36 Ağrı	1	28	77.5	22.0	4.1	0.015
	2	22	62.2	20.0	4.2	
SF-36 Genel Sağlık	1	28	51.0	2.8	0.5	0.951
	2	22	51.1	4.6	0.9	

Hastaların yorgunlukla olan ilişkisine bakıldığında yaş, depresyon ve kinezyofobi ile aralarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Yaşam kalitesi parametrelerine bakıldığında emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlılık ve ağrı faktörlerine göre anlamlı bir farklılık görülmüştür.

6.3.Faktörlerin Cinsiyete Göre İstatistiksel Anlamlılık Farklılığı

Tablo-8: Çalışmaya katılan hastaların cinsiyete göre VAS, FSS, Beck depresyon, kinezyofobi ve SF-36 alt başlıkları ile karşılaştırılması

Faktörler	Cinsiyet	N	Ortalama	Std. Sapma	Z	P
VAS(AĞRI)	ERKEK	14	1,1	0,8	-	0,030
	KADIN	36	1,6	0,7	2,173	
FSS(YORGUNLUK)	ERKEK	14	28,9	5,9	-	0,005
	KADIN	36	38,2	10,4	2,781	

BECK DEPRESYON	ERKEK	14	7,1	5,6	-	0,043
	KADIN	36	10,7	2,5	2,025	
KİNEZYOFOBİ	ERKEK	14	33,1	8,4	-	0,386
	KADIN	36	35,6	5,8	0,866	
FİZİKSEL FONKSİYON	ERKEK	14	92,1	19,6	-	0
	KADIN	36	55,9	26,7	4,448	
FİZİKSEL ROL GÜÇLÜĞÜ	ERKEK	14	85,7	30,5	-	0,009
	KADIN	36	58,3	33,8	2,617	
EMOSYONEL ROL GÜÇLÜĞÜ	ERKEK	14	90,5	27,4	-	0
	KADIN	36	35,2	36,5	4,476	
ENERJİ CANLILIK	ERKEK	14	57,8	4,6	-	0
	KADIN	36	46,5	4,2	5,311	
RUHSAL SAĞLIK	ERKEK	14	49,4	3,3	-	0
	KADIN	36	52,3	2,4	4,158	
SOSYAL İŞLEVSELLİK	ERKEK	14	68,7	12,6	-	0,001
	KADIN	36	57,2	9,7	3,349	
AĞRI	ERKEK	14	96,1	9,9	-	0
	KADIN	36	60,9	17,4	4,878	
GENEL SAĞLIK	ERKEK	14	51,0	2,8	-0,43	0,667
	KADIN	36	51,1	3,9		

Kinezyofobi ve genel sağlık faktörlerinin p değerlerine baktığımızda sırası ile 0,386 – 0,667 olduğunu bu değerlerin 0,05'ten büyük olduğunu görmekteyiz. Hastaların, ilgili faktörlerdeki durumları, cinsiyete göre herhangi bir farklılık göstermemektedir. Diğer tüm faktörlerin p değerlerine baktığımızda 0,05'ten küçük olduğunu görmekteyiz. Hastaların, ilgili faktörlerdeki durumları, cinsiyete göre farklılık göstermektedir. VAS, FSS ve Beck depresyon faktörlerine baktığımızda, kadın hastaların erkek hastalardan daha çok etkilendikleri görülmektedir. Daha fazla ağrı çektikleri, daha fazla yorgun hissettikleri ve daha ağır düzeyde depresyon yaşadıkları gözlenmiştir. Yaşam kalitesi değerlendirmesi altındaki faktörlere baktığımızda ise fiziksel sağlık grubunda erkek hastaların ortalamaları daha yüksektir, daha iyi durumda oldukları görülmektedir.

6.4.Faktörlerin Medeni Durumlarına Göre İstatistiksel Anlamlılık Farklılığı

Tablo-9: Çalışmaya katılan hastaların medeni durumlarına göre VAS, FSS, Beck depresyon, kinezyofobi ve SF-36 alt başlıkları ile karşılaştırılması

Faktörler	Medeni Durum	N	Ortalama	Std. Sapma	Z	P
VAS(AĞRI)	BEKAR	14	1,2	0,6	-	0,082
	EVLİ	36	1,6	0,7	1,741	
FSS(YORGUNLUK)	BEKAR	14	29,9	8,9	-	0,017
	EVLİ	36	37,8	10,0	2,385	
BECK DEPRESYON	BEKAR	14	7,3	5,9	-	0,075
	EVLİ	36	10,6	2,4	1,781	
KİNEZYOFOBİ	BEKAR	14	32	7,8	-	0,069
	EVLİ	36	36,1	5,8	1,821	
FİZİKSEL FONKSİYON	BEKAR	14	83,2	24,0	-	0,006
	EVLİ	36	59,4	29,3	2,751	
FİZİKSEL ROL GÜÇLÜĞÜ	BEKAR	14	78,5	32,3	-	0,097
	EVLİ	36	61,1	35,0	1,659	
EMOSYONEL ROL GÜÇLÜĞÜ	BEKAR	14	66,7	45,2	-	0,062
	EVLİ	36	44,5	39,9	1,863	
ENERJİ CANLILIK	BEKAR	14	53,5	7,1	-	0,011
	EVLİ	36	48,1	5,9	2,554	
RUHSAL SAĞLIK	BEKAR	14	50,5	3,3	-	0,058
	EVLİ	36	51,8	2,7	1,897	
SOSYAL İŞLEVSELLİK	BEKAR	14	62,6	14,5	-	0,314
	EVLİ	36	59,6	10,5	1,007	
AĞRI	BEKAR	14	84,4	20,8	-	0,007
	EVLİ	36	65,4	20,8	2,687	
GENEL SAĞLIK	BEKAR	14	52,1	4,6	-	0,168

VAS, Beck depresyon, kinezyofobi, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik ve genel sağlık faktörlerinin p değerlerine baktığımızda, her birinin 0,05'ten büyük olduğu görüyoruz. Hastaların, ilgili faktörlerdeki durumları, hastaların medeni durumlarına göre herhangi bir farklılık göstermemektedir.

Diğer faktörlerin p değerlerine baktığımızda 0,05'ten küçük olduğunu görmekteyiz. Hastaların, ilgili faktörlerdeki durumları, medeni durumlarına göre farklılık göstermektedir. FSS, fiziksel fonksiyon ve enerji canlılık faktörlerine baktığımızda, bekar hastalar evli hastalara oranla göre daha iyi durumdadır. Bekar hastaların daha az yorgunluk hissettikleri, fiziksel fonksiyonlarının daha iyi durumda olduğu ve yaşamlarını daha enerjik yaşadıkları görülmüştür.

6.5.Faktörlerin Kinezyofobi Durumuna Göre İstatistiksel Anlamlılık Farklılığı

Tablo-10: Çalışmaya katılan hastaların kinezyofobi durumuna göre VAS, FSS, Beck depresyon ve SF-36 alt başlıkları ile karşılaştırılması

Faktörler	KİNEZYOFOBİ	N	Ortalama	Std. Sapma	Z	P
VAS(AĞRI)	37'den Az	14	1,6	0,7	-0,760	0,450
	37 Ve Üstü	36	1,4	0,8		
FSS(YORGUNLUK)	37'den Az	14	36,7	8,7	-0,693	0,490
	37 Ve Üstü	36	35,1	10,8		
BECK DEPRESYON	37'den Az	14	10,7	3,5	-1,068	0,290
	37 Ve Üstü	36	9,3	4,0		
FİZİKSEL FONKSİYON	37'den Az	14	61,7	32,6	-0,555	0,580
	37 Ve Üstü	36	67,7	28,8		
FİZİKSEL ROL GÜÇLÜĞÜ	37'den Az	14	50	42,7	-1,858	0,060
	37 Ve Üstü	36	72,2	29,7		
EMOSYONEL ROL	37'den Az	14	42,8	44,2	-0,704	0,480

GÜÇLÜĞÜ	37 Ve Üstü	36	53,8	41,6		
ENERJİ CANLILIK	37'den Az	14	50	7,0	-0,038	0,970
	37 Ve Üstü	36	49,5	6,6		
RUHSAL SAĞLIK	37'den Az	14	51,4	3,4	-0,352	0,730
	37 Ve Üstü	36	51,5	2,8		
SOSYAL İŞLEVSELLİK	37'den Az	14	61,8	11,4	-0,532	0,60
	37 Ve Üstü	36	59,9	11,9		
AĞRI	37'den Az	14	70,2	25,2	-0,158	0,870
	37 Ve Üstü	36	70,9	21,4		
GENEL SAĞLIK	37'den Az	14	51,0	4,0	-0,304	0,760
	37 Ve Üstü	36	51,1	3,6		

Faktörlerin p değerlerine baktığımızda tümünün 0,05'ten büyük olduğunu görüyoruz. Araştırmamız için kinezyofobi faktörünün (37'den az ve 37'den fazla olmak üzere iki grup) grupları anlamlı bir şekilde ayırmada, aktif rol almadığını görmekteyiz. Hastalarımızda kinezyofobi görülmesine rağmen diğer parametrelerle aralarında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

6.6.Faktörlerin Hastalık Süresine Göre İstatistiksel Anlamlılık Farklılığı

Tablo-11: Çalışmaya katılan hastaların hastalık süresine göre VAS, FSS, Beck depresyon, kinezyofobi ve SF-36 alt başlıkları ile karşılaştırılması

Faktörler	Hastalık Süresi (YIL)	N	Ortalama	Std. Sapma	Z	P
VAS(AĞRI)	10 Yıl Altı	35	1,5	0,8	-0,023	0,982
	10 Yıl ve Üstü	15	1,5	0,7		
FSS(YORGUNLUK)	10 Yıl Altı	35	35,2	10,9	-0,549	0,583
	10 Yıl ve Üstü	15	36,6	8,9		
BECK DEPRESYON	10 Yıl Altı	35	10,2	4,0	-1,985	0,047
	10 Yıl ve Üstü	15	8,5	3,5		
KİNEZYOFOBİ	10 Yıl Altı	35	34,8	7,0	-0,172	0,863

	10 Yıl ve Üstü	15	35,3	5,8		
FİZİKSEL FONKSİYON	10 Yıl Altı	35	69,1	30,2		
	10 Yıl ve Üstü	15	59	28,1	-1,315	0,189
FİZİKSEL ROL	10 Yıl Altı	35	70	33,6		
GÜÇLÜĞÜ	10 Yıl ve Üstü	15	56,6	37,1	-1,122	0,262
EMOSYONEL ROL	10 Yıl Altı	35	53,4	41,4		
GÜÇLÜĞÜ	10 Yıl ve Üstü	15	44,5	44,8	-0,668	0,504
ENERJİ CANLILIK	10 Yıl Altı	35	50,5	7,1		
	10 Yıl ve Üstü	15	47,6	5,3	-1,151	0,250
RUHSAL SAĞLIK	10 Yıl Altı	35	51,4	3,0		
	10 Yıl ve Üstü	15	51,7	2,8	-0,468	0,640
SOSYAL İŞLEVSELLİK	10 Yıl Altı	35	62,3	11,1		
	10 Yıl ve Üstü	15	56,1	12,3	-1,596	0,110
AĞRI	10 Yıl Altı	35	72,6	22,7		
	10 Yıl ve Üstü	15	66,5	21,4	-0,83	0,407
GENEL SAĞLIK	10 Yıl Altı	35	50,5	2,6		
	10 Yıl ve Üstü	15	52,3	5,3	-1,351	0,177

Beck depresyon harici diğer tüm faktörlerinin p değerlerine baktığımızda, her biri 0,05'ten büyük olduğunu görmekteyiz. Hastaların, ilgili faktörlerdeki durumları, hastaların hastalık süresine göre herhangi bir farklılık göstermemektedir. Beck depresyon faktörünün p değerine baktığımızda 0,05'ten küçük olduğunu görmekteyiz. Hastaların, ilgili faktördeki durumu, hastalık süresine göre farklılık göstermektedir. Beck depresyon faktörüne bakıldığında, hastalığı 10 yıldan daha az süredir devam eden hastaların durumu diğer hastalarinkine göre daha kötüdür. Hastaların ortalama hastalık süresi 11,4 yıldır.

10 yıl altı hastalık tanısı almış bireylerin sayısı 35 olmasına rağmen ortalama 10'un üzerindedir. Bu da diğer 15 hastanın uzun süredir bu hastalıkla mücadele ettiğini göstermektedir.

6.7.Faktörlerin Eğitim Durumuna Göre İstatistiksel Anlamlılık Farklılığı

Tablo-12: Çalışmaya katılan hastaların eğitim durumuna göre VAS, FSS, Beck depresyon, kinezyofobi ve SF-36 alt başlıkları ile karşılaştırılması

	Mezuniyet	N	Ortalama	Std. Sapma	χ^2	P
VAS(AĞRI)	İLKOKUL	7	1,7	0,7	2,989	0,224
	LİSE	26	1,6	0,7		
	ÜNİVERSİTE	17	1,2	0,7		
FSS(YORGUNLUK)	İLKOKUL	7	36,4	8,4	0,387	0,824
	LİSE	26	34,5	9,7		
	ÜNİVERSİTE	17	36,9	11,9		
BECK DEPRESYON	İLKOKUL	7	10,4	2,8	1,498	0,473
	LİSE	26	10,3	3,7		
	ÜNİVERSİTE	17	8,4	4,0		
KİNEZYOFOBİ	İLKOKUL	7	37,7	4,6	7,155	0,028
	LİSE	26	36,2	7,1		
	ÜNİVERSİTE	17	31,8	5,7		
FİZİKSEL FONKSİYON	İLKOKUL	7	52,8	26,5	3,609	0,165
	LİSE	26	61,3	31,1		
	ÜNİVERSİTE	17	78,8	25,2		
FİZİKSEL ROL GÜÇLÜĞÜ	İLKOKUL	7	57,1	34,5	1,528	0,466
	LİSE	26	62,5	36,9		
	ÜNİVERSİTE	17	75	31,8		
EMOSYONEL ROL GÜÇLÜĞÜ	İLKOKUL	7	52,5	37,8	0,007	0,997
	LİSE	26	51,3	41,3		
	ÜNİVERSİTE	17	49	47,3		
ENERJİ CANLILIK	İLKOKUL	7	49,2	7,3	1,134	0,567
	LİSE	26	49,0	6,4		
	ÜNİVERSİTE	17	50,8	7,1		
RUHSAL SAĞLIK	İLKOKUL	7	52,5	2,7	3,139	0,208

	LİSE	26	51,6	2,9		
	ÜNİVERSİTE	17	50,8	3,0		
	İLKOKUL	7	59,1	9,5		
SOSYAL İŞLEVSELLİK	LİSE	26	59,8	10,7	0,865	0,649
	ÜNİVERSİTE	17	62	14,1		
	İLKOKUL	7	67,4	19,0		
AĞRI	LİSE	26	69,8	22,6	0,57	0,752
	ÜNİVERSİTE	17	73,5	23,9		
	İLKOKUL	7	50,7	1,8		
GENEL SAĞLIK	LİSE	26	50,1	2,2	4,504	0,105
	ÜNİVERSİTE	17	52,6	5,3		

Kinezyofobi harici diğer tüm faktörlerinin p değerlerine baktığımızda, her biri 0,05'ten büyük olduğunu görmekteyiz. Hastaların, ilgili faktörlerdeki durumları, hastaların eğitim düzeylerine göre herhangi bir farklılık göstermemektedir. Kinezyofobi faktörünün p değerine baktığımızda 0,05'ten küçük olduğunu görmekteyiz. Hastaların, ilgili faktördeki durumu, eğitim düzeyine göre farklılık göstermektedir. Kinezyofobi faktörüne bakıldığında, üniversite mezunu olanların ortalama puanı daha düşüktür. En yüksek puan ilkokul mezunlarındadır. Eğitim düzeyi arttıkça kinezyofobi azalıyor yorumunu yapabiliriz.

Tablo-13: Faktörlerin yorgunluk şiddeti ölçeği ortalaması 4'ün üzerinde olanlar ve olmayanların karşılaştırılması

FSS	Ortalama	SS	Min-Maks
<4			
Yaş	34,6	8,5	19-54
Beck depresyon	9,7	3,9	0-15
Kinezyofobi	34,9	6,6	17-51
SF-36 Fiziksel Fonksiyon	66,1	29,7	30-100

SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü	66,0	34,9	0-100
SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü	50,7	42,2	0-100
SF-36 Enerji Canlılık	49,7	6,7	45-60
SF-36 Ruhsal Sağlık	51,5	2,9	48-60
SF-36 Sosyal İşlevsellik	60,4	11,7	38-75
SF-36 Ağrı	70,7	22,3	45-100
SF-36 Genel Sağlık	51,1	3,6	45-65

FSS skoru <4 olanlarda yaş ortalaması 35,7 bulunurken, FSS skoru >4 olanlarda yaş ortalaması 33,2 bulunmuştur. Yorgunluk şiddeti yüksek hastaların daha genç popülasyonu oluşturduğu görülmüştür.

FSS skoru <4 olanlarda depresyon 8,4 bulunurken, FSS skoru >4 olanlarda depresyon 11,3 bulunmuştur. Yorgunluk şiddeti düşük olan hastalarda normal depresyon görülürken, yorgunluk şiddeti yüksek hastalarda hafif depresyon görülmektedir.

FSS skoru <4 olanlarda kinezyofobi 34,3 bulunurken, FSS skoru >4 olanlarda kinezyofobi 35,6 bulunmuştur. Kesim puanı 37 olarak kabul edilen kinezyofobi faktöründe yorgunluk şiddeti düşük ve yüksek olan hastalarda kinezyofobinin düşük olduğu görülmektedir.

Tablo-14: SF-36 Türk toplumu standartları ile çalışmaya katılan hastaların ortalama ve standart sapmalarının karşılaştırılması

Alt Kategoriler	Kadın(\pm Standart sapma)	Erkek(\pm Standart sapma)
Fiziksel Fonksiyon	55.9 \pm 26.7	92.1 \pm 19.6
Fiziksel Rol Güçlüğü	58.3 \pm 33.8	85.7 \pm 30.5
Ağrı	60.9 \pm 17.4	96.1 \pm 9.9
Genel Sağlık Algısı	51.1 \pm 3.9	51.0 \pm 2.8
Enerji/Canlılık/Vitalite	46.5 \pm 4.2	57.8 \pm 4.6
Sosyal İşlevsellik	57.2 \pm 9.7	68.7 \pm 12.6
Emosyonel Rol Güçlüğü	35.2 \pm 36.5	90.5 \pm 27.4
Ruhsal Sağlık	52.3 \pm 2.4	49.4 \pm 3.3

Araştırmaya katılan hastaların SF-36 alt kategorilerinden aldıkları puanlar incelendiğinde; en yüksek puanı ağrı parametresinden aldıkları görülmüştür. Kadınlarda en düşük puan emosyonel rol güçlüğünden alınırken, erkeklerde en düşük puan ruhsal sağlık alt kategorisinden alınmıştır.

SF-36 Türk toplumu standartları ortalama ve standart sapmalarına bakıldığında, erkek hastaların fiziksel rol güçlüğü, ağrı alt kategorilerinde ortalamanın üstünde olduğu kadın hastaların tüm alt kategorilerde ortalamanın altında kaldığı görülmüştür. Bu da hastalarımızın yaşam kalitesinin erkeklerde daha iyi durumda olduğunu göstermektedir.

6.8.Verilerin Korelasyon Analizleri

Ölçeklerin birbirleri ile olan ilişkilerini ve bu ilişkilerin yönlerini belirlemek amacıyla alttaki tablolar ve yorumları hazırlanmıştır (Veriler normal dağılmadığı için Spearman-Korelasyon Testi kullanılmıştır);

Tablo-15: Ölçeklerin birbirleri ile olan korelasyon tablosu

Correlations

		VAS	FSS	BECK	KİNE	FONK	ROL	EMOS	ENRJ	RUH	SOS	AĞRI	GNL
VAS	r	1	,325*	,447**	0,198	-0,164	-0,072	-0,131	-0,206	0,125	-0,125	-0,229	-0,123
	p		0,021	0,001	0,167	0,254	0,619	0,365	0,151	0,385	0,388	0,11	0,393
FSS	r		1	,346*	0,141	-0,187	-0,132	-,433**	,407**	0,178	-0,217	-,360*	-0,094
	p			0,014	0,328	0,195	0,361	0,002	0,003	0,216	0,13	0,01	0,515
BECK	r			1	0,242	-0,026	0,117	-0,177	-0,187	0,024	0,092	-0,26	-0,253
	p				0,091	0,856	0,416	0,218	0,193	0,87	0,527	0,068	0,076
KİNE	r				1	-0,142	-0,265	-0,031	0,004	0,035	-0,034	-0,009	0,107
	p					0,326	0,063	0,831	0,978	0,811	0,815	0,952	0,458
FONK	r					1	,791**	,406**	,768**	-,449**	,621**	,606**	0,026
	p						0	0,003	0	0,001	0	0	0,857
ROL	r						1	,326*	,436**	-,426**	,572**	0,271	-0,149
	p							0,021	0,002	0,002	0	0,057	0,302
EMOS	r							1	,745**	-,491**	,344*	,814**	0,138
	p								0	0	0,014	0	0,34
ENRJ	r								1	-,441**	,604**	,861**	0,178
	p									0,001	0	0	0,215
RUH	r									1	-,653**	-,322*	0,165
	p										0	0,022	0,251
SOS	r										1	0,227	-,323*
	p											0,112	0,022
AĞRI	r											1	,322*
	p												0,023
GNL	r												1
	p												

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tablo-16: Ölçeklerin açıklama tablosu

VAS:	VAS(AĞRI)
FSS:	FSS(YORGUNLUK)
BECK:	BECK DEPRESYON
KİNE:	KİNEZYOFOBİ
FONK:	FİZİKSEL FONKSİYON
ROL:	FİZİKSEL ROL GÜÇLÜĞÜ
EMOS:	EMOSYONEL ROL GÜÇLÜĞÜ
ENRJ:	ENERJİ CANLILIK
RUH:	RUHSAL SAĞLIK
SOS:	SOSYAL İŞLEVSELLİK
AĞRI:	AĞRI
GNL:	GENEL SAĞLIK

Spearman korelasyon testinin sonucuna baktığımızda, en yüksek pozitif ilişki ağrı faktörü ile enerji canlılık faktörü arasındadır. İlişki %86,1'lik pozitif anlamlı bir ilişkidir. Enerji canlılık faktörü yüksek olan hastaların ağrı faktörü de yüksektir yorumunu yaparız. En yüksek ikinci pozitif ilişki ise, ağrı ile emosyonel rol güçlüğü faktörleri arasındadır. Bu ilişki %81,4'lük pozitif anlamlı bir ilişkidir. En yüksek negatif ilişki ise sosyal işlevsellik ile ruhsal sağlık faktörleri arasındadır. %65,3'lük negatif anlamlı bir ilişkidir. Sosyal işlevsellik faktörü yüksek olan hastaların ruhsal sağlık faktörü düşüktür yorumunu yapabiliriz. En yüksek ikinci negatif ilişki ise ruhsal sağlık ile fiziksel fonksiyon faktörleri arasındadır. %44,9'lük negatif anlamlı bir ilişki vardır.

VAS faktörüne baktığımız zaman; FSS ve Beck depresyon parametreleri arasında orta düzeyde bir ilişki vardır. FSS faktörüne baktığımız zaman; Beck depresyon ve SF-36 parametreleri olan emosyonel rol güçlüğü, enerji canlılık ve ağrı ile orta düzeyde bir ilişki vardır. Beck depresyona baktığımız zaman; hiçbir olgunun 17 kesim puanının üzerinde olmadığı ve diğer parametrelerle arasında herhangi bir ilişki bulunmadığı görülmüştür. Kinezyofobi faktörüne baktığımız zaman; 37 kesim puanının üzerinde 36 olgu bulunmasına rağmen diğer parametrelerle arasında herhangi bir ilişki bulunmadığı görülmüştür.

7. TARTIŞMA

Bu çalışmada kronik immün trombositopenisi olan erişkin hastalarda kinezyofobi ve yaşam kalitesi değerlendirilmiş; ağrı şiddeti, yorgunluk ve depresyon üzerine etkilerine bakılmıştır. Kronik immün trombositopenisi olan hastalarda kinezyofobi düzeyinin yüksek olduğu yaşam kalitesinin düşük olduğu görülmüştür. Kinezyofobi ile yaş, hastalık süresi, ağrı şiddeti, yorgunluk, depresyon ve yaşam kalitesi arasında herhangi bir ilişki olmadığı gösterilmiştir. Kinezyofobi faktörünün sadece eğitim düzeyi yüksek olanlarda, yaşam kalitesinin de evli ve kadınlarda daha düşük olduğu görülmüştür. Yaşam kalitesi alt başlıkları sağlıklı Türk toplum popülasyon değerlerinin altında olduğu kadın ve evli hastalarda yaşam kalitesinin daha düşük olduğu görülmüştür.

Özmen ve ark. tarafından 94 kronik bel ağrılı hastanın katıldığı bir çalışmada kinezyofobi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye bakılmış, kinezyofobinin görüldüğü kadınlarda erkeklere oranla daha fazla olduğu bulunmuştur. Yaşam kalitesi parametrelerine bakıldığında hem kadınlarda hem erkeklerde tek başına yeterince etkilemediği görülmüştür (Özmen ve ark., 2016). Bizim çalışmamızda kinezyofobi düzeyi yüksek bulunmuş fakat kadınlarda ve erkeklerde anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Yaşam kalitesi alt başlıklarına bakıldığında çalışmamızda kadınların erkeklere oranla daha çok etkilendiği görülmüştür.

Vlaeyen ve ark. tarafında yapılan bir çalışmada 37 kesim puanının üzeri yüksek derece kinezyofobi olarak tanımlanmıştır. Kronik bel ağrılı 39 erkek ve 55 kadın bireyde kinezyofobi değerleri yüksek bulunmuştur (Vlaeyen et al., 1995). Bizim çalışmamızda da kinezyofobi değerleri yüksek bulunmuştur

Altuğ ve ark. 112 kronik bel ağrılı hastanın katıldığı çalışmada kinezyofobi ve yaşam kalitesi parametreleri arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Araştırmacılar, kinezyofobi varlığının, yaşam kalitesinin genel sağlık, fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, ağrı, fiziksel rol güçlüğü parametreleri ile negatif bir ilişki içinde olduğunu rapor etmişlerdir (Altuğ ve ark., 2016).

Lüning Bergsten ve ark. 265 bel ağrılı bireyin kinezyofobi değerlerini araştırmışlar ve erkeklerde bayanlardan daha yüksek anlamlı bir fark olduğunu göstermişlerdir. Ayrıca kadınların yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon alt

parametresinde de erkeklere oranla daha düşük değerler gözlenmiştir (Lüning Bergsten et al., 2012). Bizim çalışmamızda kinezyofobi değerlerinde cinsiyete bağlı anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü. Yaşam kalitesinin alt başlığı olan fiziksel fonksiyon, kadın ve erkek hastalarda farklılık göstermese de bekar hastalarda evli hastalara göre daha yüksek bulunmuştur.

Meewisse ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada akut bel ağrılı hastalarda hem kinezyofobi hem de korku-kaçınma davranışlarının ağrıyla aralarında bir ilişki olduğunu bildirmişlerdir (Meewisse et al., 2003). Picavet ve ark. 1845 kronik bel ağrılı hastayla yapılan bir çalışmada ağrı ve kinezyofobi arasındaki ilişkiyi olduğunu göstermişlerdir (Picavet et al., 2002). Buna karşılık Thomas ve ark. tarafından 50 kronik bel ağrılı hastada yürütölen bir çalışmada ağrı ile kinezyofobi arasında bir ilişki olmadığını bildirmişlerdir (Thomas et al., 2010). Biz çalışmamızda kinezyofobi ile ağrı arasında anlamlı bir ilişki bulamadık.

Mayalı ve ark. tarafından yapılan çalışmada kronik bel ağrılı hastaların SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinde ağrı ve fiziksel fonksiyonu ifade eden parametre skorlarının düşük olduğu gösterilmiştir (Mayalı ve ark., 2016). Çalışmamızda fiziksel fonksiyon parametresi evli hastalarda düşük bulundu.

Altuğ ve ark. 112 kronik bel ağrılı hastanın katıldığı çalışmada kinezyofobi ve yaşam kalitesi parametreleri arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır ve kinezyofobi varlığının, yaşam kalitesinin tüm parametreleri ile negatif bir ilişki içinde olduğunu tespit etmişlerdir (Altuğ ve ark., 2016). Aynı şekilde Uluğ ve ark. tarafından yürütölen çalışmada bel ağrılı olgularda yüksek şiddette kinezyofobi geliştiğini ve bu kinezyofobinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini bulmuşlardır (Uluğ ve ark., 2016). Biz çalışmamızda hastalarımızda kinezyofobiyi yüksek bulurken yaşam kalitesi ile arasında herhangi bir ilişki bulamadık.

Çalışmamızda kinezyofobinin yaş, cinsiyet, medeni durum, hastalık süresiyle bir ilişkisi olmadığını tespit ettik. İlkokul mezunlarında üniversite mezunlarına oranla kinezyofobinin daha yüksek olduğunu bulduk. Hastalarda eğitim düzeyi dışında bir farklılık yoktu. Üniversite mezunlarının hastalıklarını daha çok araştırıp bu konuda daha bilinçli davranmaları kinezyofobinin düşük bulunmasında etkili olmuş olabilir.

Kinezyofobinin, yaşam kalitesi parametreleri ile bir ilişki bulunmamasında hastalığı kabullenmeleri, fiziksek anlamda herhangi bir kısıtlılıklarının bulunmaması,

psikolojik olarak kendilerini bu duruma alıştırmaları ve bu hastalık grubundan biri olarak çocukluk döneminden beri kanamayı önlemek amaçlı hareket paternlerinden kaçmak etkili olmuş olabilir. Yaşam kalitesinin, depresyon ve yorgunluk ile de arasında anlamlı bir ilişki bulamadık. Yaşam kalitesi alt başlıkları incelendiğinde kadın ve evli hastalarda daha düşük değerler bulundu. Evli ve çocuğu olan kadın hastalarda, hastalıkla beraber alınan sorumlulukların artması yaşam kalitesini düşürmüş olabilir.

Kinezyofobi ile ağrı faktörleri arasında bir ilişki bulunamaması hastaların eklem ağrısıyla ilgili problemlerinin olmaması ve fiziki bulgularının normal olmasıyla ilişkilidir.

Kinezyofobi ve depresyon arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Depresyon bulgularının sadece 10 yıl altı tanı alan hastalarda fazla olması karamsar ve daha hastalıkla yeni tanışmaları ile ilişkili olabilir. 10 yıl üstü tanı alan hastaların hastalık sürelerinin fazla olması durumu kabullendiklerini ve bununla yaşamaya alıştıklarını göstermektedir.

Sonuç olarak; kronik immün trombositopenisi olan erişkin hastalarda kinezyofobinin yüksek, yaşam kalitesinin düşük olduğu ve her iki faktör arasında herhangi bir ilişki bulunmadığı görülmüştür. KIT'lı hastalarda kinezyofobi ile ilgili yapılan çalışmaların az olması nedeniyle kaynaklarımız oldukça kısıtlıydı. Olgu sayısının yetersiz, kinezyofobi ve yaşam kalitesini inceleyen çalışmaların az olmasından dolayı daha kapsamlı çalışmalara gerek olduğunu düşünmekteyiz.

8.SONUÇ VE ÖNERİLER

1.Kronik immün trombositopenili erişkinlerde kinezyofobi düzeyi yüksek bulundu. Kinezyofobi düzeyinin yaş, hastalık süresi, ağrı, yorgunluk, depresyon ve yaşam kalitesi ile arasında herhangi bir ilişki bulunamadı. Kinezyofobi eğitim düzeyi yüksek hastalarda daha düşük bulundu.

2.Yaşam kalitesi alt başlıkları sağlıklı Türk toplum popülasyon değerlerinin altındaydı. Kadınlarda ve evli hastalarda yaşam kalitesi daha düşük bulundu. SF-36 alt başlıklarından fiziksel fonksiyon ve enerji/canlılık, bekar hastalarda evli hastalara göre daha yüksek bulundu.

3.Çalışmaya katılan hastalarda eklem hareket kısıtlılığı, kas güçsüzlüğü, ağrı şiddeti, yorgunluk ve depresyonun ciddi bir sorun olmadığı bulundu. Depresyon, tanı konalı 10 yıldan az olmuş hastalarda daha yüksek bulundu. Yorgunluk şiddeti düşük olan hastalarda normal depresyon görülürken, yorgunluk şiddeti yüksek hastalarda hafif depresyon görüldü.

4. Kronik immün trombositopeni olan erişkin hastalarda, kinezyofobi ve yaşam kalitesini inceleyen yeterli çalışma yoktur. Kinezyofobinin hastalık üzerinde etkisini araştıran ve yaşam kalitesi ile olan ilişkisini inceleyen çalışmaların artırılması gerektiğini düşünmekteyiz.

5. Kronik bir hastalık olan ve uzun süreli tedavi gerektiren KIT'lı hastaların yaşam kalitesini etkileyen durumlar önemlidir. Daha fazla hasta ile daha uzun süren çalışmaların yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

6. Toplumun bu hastalık konusunda bilinçlenmesi adına ve KIT'lı hastaların fiziksel aktivitelerini arttırmaya yönelik farkındalık çalışmaları yapılmalıdır.

9.KAYNAKLAR

Acquired Platelet Defects. Nathan and Oski (eds) Haematology of Infancy and Childhood , Sixth Edition. Saunders Company , Philadelphia , 2003;1597-1609.

Adams D.M., Kinney T.R., Obrankirupp E., Ware R.E. High-dose oral dexamethasone therapy for chronic childhood idiopathic thrombocytopenic purpura. J. Pediatr. 1996;128(2):281-3.

Aksungur, A. (2009). “Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin İş Doyumu ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Belirlenmesi”, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Programı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Albayrak D., Islek I., Kalayci A.G., Gürses N. Acute immune thrombocytopenic purpura: a comparative study of very high oral doses of methylprednisolone and intravenously administered immune globulin. J. Pediatr. 1994;125:1004.

Alter B.P., Young N.S., Nathan D.G., Oski F.A. Platelet Disorders of Infancy and Childhood. Haematology of Infancy and Childhood. 4th ed. Saunders Co, Philadelphia. 1993;1567-1580.

Altuğ F, Ünal A, Kilavuz G, Kavlak E, Çitişli V, Cavlak U. Investigation of the relationship between kinesiophobia, physical activity level and quality of life in patients with chronic low back pain. J Back Musculoskelet Rehabil 2016;29(3):527-31.

Arceci R. J., Hann I. M., Smith O. P. Idiopathic Thrombocytopenic Purpura. Pediatric Hematology, Third Edition. Blackwell Publishing. 2006;526-547.

Armutlu, K., Cetisli Korkmaz, N., Keser, I., Guney, Z., Karabudak, R. The validity and reliability of the Fatigue Severity Scale in Turkish multiple sclerosis patients International Journal of Rehabilitation Research 2007 30(1), pp. 81-85

Atay AA, Kesik V, Candemir G, Kürekçi AE, Sarıcı SÜ, Özcan O, Gökçay E. Akut immün trombositopenik purpuralı olgularımızın retrospektif analizi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2005;47:272-274.

Aydiner Boylu, A. (2007). “Ailelerin Yaşam Kalitelerini Etkileyen Bazı Objektif ve Sübjektif Göstergelerin İncelenmesi”, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Aile ve Tüketici Bilimleri Anabilim Dalı Doktora Tezi, Ankara.

Ballem PJ, Segal GM, Stratton JR, Gernsheimer T, Adamson JW, Slinchter S. Mechanism of thrombocytopenia in chronic autoimmune thrombocytopenic purpura. Evidence for both impaired platelet production and increased clearance. *J Clin Invest* 1987;80:33-40.

Beck AT (1961) An Inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 7:151-169

Behrman R.E., Kliegman R.M. Platelet and Blood Vessel Disorders . In: Nelson Essentials of Pediatrics 17th Edition, WB Saunders Company. 2004:1670-1671.

Bizzaro N. EDTA-dependent pseudothrombocytopenia: a clinical and epidemiological study of 112 cases, with 10-years follow-up. *Am J Hematol* 1995;50:103-9.

Bizzaro N.:Platelet satellitosis to polymorphonuclears: Cytochemical, immunological and ultrastructural characterization of eight. *Am. J. Hematol.* 1991;36:235.

Blanchette V, Freedman J, Garvey B. Management of chronic ITP in children and adults. *Seminars in Hematology* 1998;35(1):36-51.

Blanchette M, Freedman J: The history of idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP). *Transfusion Science.* 1998; 19:231-236.

Blanchette V, Carcao M. Approach to investigation and management of immune thrombocytopenic purpura in children. *Semin Hematol* 2000;37:299-314.

Blanchette V, Imbach P, Andrew M, et al. Randomized trial of intravenous immunoglobulin G, intravenous anti-D and oral prednisone in childhood acute immune thrombocytopenic purpura. *Lancet* 1994;344:703-7.

Blanchette V.S., Carcao M. Approach to the investigation and management of immune thrombocytopenic purpura in children. *Semin. Hematol.* 2000;37:299.

Blanchette V.S., Chir B., Carcao M. Childhood acute immune thrombocytopenic purpura: 20 Years Later. *Seminars In Thrombosis And Hemostasis.* 2003;29(6):605-17.

Blanchette V.S., Luke B., Andrew M., et al. A prospective, randomized trial of highdose intravenous immune globulin G therapy, oral prednisone therapy no therapy in childhood acute immune thrombocytopenic purpura. *J. Pediatr.* 1993;123:989-95.

Buchanan G.R., de Alarcon P.A., Feig S.A., et al. Acute idiopathic thrombocytopenic purpura- Management in childhood. *Blood.* 1997;89:1464.

Buchanan G.R., Holtkamp C.A. Prednisone therapy for children with newly diagnosed idiopathic thrombocytopenic purpura. A randomized clinical trial. *Am. J. Pediatr. Hematol. Oncol.* 1984;6:355-61.

Buchanan GR, Adix L. Outcome measures and treatment endpoints other than platelet count in childhood ITP. *Semin Thromb Hemost* 2001;27(3):277-85.

Bussel J. Disorders of platelets. In: Lanzkowsky P (ed). *Manual of pediatric hematology and oncology.* 5th ed. San Diego: Elsevier Academic Press, 2011: 321-77.

Bussel J.B. Autoimmune thrombocytopenic purpura. *Hematol. Oncol. Clin. Nort. Am.* 1990 Feb;4(1):179-191.

Calpin C., Dick P., Poon A., et al. Is bone marrow aspiration needed in acute childhood idiopathic thrombocytopenic purpura to rule out leukemia? *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 1998;152(4):345-347.

Dameshek W, Miller EB. The megakaryocytes in idiopathic thrombocytopenic purpura, a form of hypersplenism. *Blood.* 1946; 1:27-50.

Demiralp Y, Ergor G, Unal B, Semin S, Akvardar Y, Kıvırcık B, Alptekin K. Normative data and discriminative properties of short form 36 (SF-36) in Turkish urban population. BMC Public Health 2006; 6:247

Devecioğlu Ö. Kanama ve pıhtılaşma bozuklukları. Pediatri, 3.Baskı . Ed. Neyzi O, Ertuğrul T. 2002;2:1078-1082.

Disorders of Platelets.Lanzkowsky P. Manual of Pediatric Hematology and Oncology , Fourth Edition.Elsevier Inc, 2005;250-263.

Dixon R., Rosse W., Ebbert L. Quantitative determination of antibody in idiopathic thrombocytopenic purpura. N. Engl. J. Med. 1975;292:230-236.

Diz-Küçükaya R, Junmei Chen, Amy Geddis, Lopez JA. Thrombocytopenia, (Chapter 119), Williams Hematology, Eight Edition, Editors: Lichtman MA, Beutler E, Kipps TJ, Selighson U, Kaushansky K, Prchal JT, Mc Graw Hill Company, USA; 2010.

Dünya Sağlık Örgütü (1987). http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf (Erişim: Kasım 2018)

Eden O.B., Lilleyman J.S., Guidelines for management of idiopathic thrombocytopenic purpura. The British Pediatric Haematology Group. Arch. Dis. Child. 1992;67:1056.

Fogarty PF, Segal JB. The epidemiology of immune thrombocytopenic purpura. Curropin Hematol 2007;14:515-519.

Freedman J. ITP. An overview of the Conference and Future Directions With an Abbreviated ITP History. J. Pediatr. Hematol. Oncol. 2003;25:77-84.

Gedikoğlu G. Emmün trombositopenik purpura. Klinik Gelişim. 1991;4:1480-83.Cines D.B., Bussel J.B., McMillan R.B., et al. Congenital and acquired thrombocytopenia. Haematolgy. 2004;390-406.

George J.N., Woolf S.H., Raskob G.E., et al. Idiopathic Thrombocytopenic Purpura :A Practice Guideline Developed by Explicit Methods for The American Society of Hematology. Blood. 1996;88(1):3-40.

George JN, Woolf SH, Raskob GE, Wasser JS, Aledort LM, Ballem PJ, et al. Idiopathic thrombocytopenic purpura: a practice guideline developed by explicit methods for the American Society of Hematology. Blood 1996; 88:3-40.

Gernsheimer T., Stratton J., Ballem P.J., et al. Mechanisms of response to treatment in autoimmune thrombocytopenic purpura. N. Engl. J. Med. 1989;320:974.

Gössweiner, V., Pfeiffer, C. ve Richter, R. (2001). Quality of Life and Social Quality, Working Paper 12, Austrian Institute for Family Studies.

Haematology of Infancy and Childhood, Sixth Edition. Saunders Co, Philadelphia. 2003;1597-1609.

Handin R.I., Stossel T.P. Effect of cortikosteroid therapy of antibody-coated platelets by human leukocytes. Blood. 1978;51:771.

Harrington W.J., et al. Immunologic mechanisms in idiopathic and neonatal thrombocytopenic purpura. Ann. Intern. Med. 1953;38:433-69.

Harrington WJ, Minnich V, Hollingsworth JW, Moore CV. Demonstration of a thrombocytopenic factor in the blood of patients with thrombocytopenic purpura. J Lab Clin Med. 1951; 38:1-10.

Hillman RS, Ault KA, Rinder HM. Thrombocytopenia. In: Hematology in clinical practice. 4th ed. New York: McGraw-Hill;2005. p. 339-56

Hisli N. (1988) Beck Depresyon Envanteri'nin Üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği, Psikoloji Dergisi, 7 (23) 3-13

Holmsen H and Day H J: The platelet release reaction and its role in platelet aggregation. Acta. Med. Sceand. Suppl. 525:75, 1971.

Imbach P, Barandum S, d' Appuzzo V, et al. High-dose gammaglobulin for idiopathic thrombocytopenic purpura in children. *Lancet* 1981;1:1228-31.

Imbach P, Crowther M. Thrombopoietin-receptor agonists for primary immune thrombocytopenia. *NEJM*. 2011; 365:734-741.

İTP Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Türk Hematoloji Derneği, 2011.

Jones H. W., Tocantins L. M. The history of purpura hemorrhagica. *Ann. Med.* 1993;5:349.

Kasnelson P. Verschwinden der hämorrhagischen Diathese bei einem Falle von essentieller Thrombopenie (Frank) nach Milzexstirpation. *Wien. Klin Wochenschr.* 1916;29:1451.

Kaznelson P. Verschwinden der Hemorrhagischen diathese bei einem Falle von Essentieller Thrombopenie(Frank) nach Milzexstirpation splenogene thrombolytische purpura. *Wien .Klin. Wochnschr.* 1916;29:1451-54.

Khalifa A.S., Tolba K.A., El-Alfy M.S., Gadallah M., et al. Idiopathic kltrombocytopenic purpura in Egyptian children. *Acata. Haematol.* 1993;90:125-9.

Kitchens C.S., Pendergast J.F. Human thrombocytopenia is associated with structural abnormalities of the endothelium that are ameliorated by glucocorticosteroid administration. *Blood.* 1986;67:203.

Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fisek G ve ark. (1999) Kısa Form-36'nın Türkçe Versiyonunun Güvenirliği ve Geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12:102-106.

Kori SH, Miller RP, Todd DD. Kinesiophobia: A new view of chronic pain behavior. *Pain Manag* 1990;3(1):35-43.

Krupp LB, LaRocca NG, Muir-Nash J, Steinberg AD. The fatigue severity scale. Application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. *Arch Neurol* 1989;46:1121-3.

Kühne T, Buchanan GR, Zimmerman S, et al. A prospective comparative study of 2540 infants and children with newly diagnosed ITP from The Intercontinental Childhood ITP Study Group. *J Pediatr* 2003;143:605-8.

Kühne T, Imbach P, Bolton -Maggs P, Berchtold W, Blanchette V, Suchanan GR, Newly diagnosed idiopathic thrombocytopenic purpura in childhood: an observational study. *Lancet* 2001;358:2122-25.

Lanzkowsky P. Disorders of Platelets. *Manual of Pediatric Hematology and Oncology Fourth Edition*. Elsevier Inc. 2005;250-263.

Imbach P. Immune thrombocytopenic purpura. In: Lilleyman J, Hann I, Blanchette VS, eds. *Pediatric Hematology*. second ed. London: Churchill Livingstone, Harcourt Publishers Ltd 1999 ;43 7-53.

Malkina-Pykh, I. G. (2001). *Rhythmic Movement Psychotherapy*, St Petersburg: INENCO Center of RAS.

Mayalı FT, Oz B, Gulpek D, et al. The effect of depressive emotional state on the Efficacy of Physical Therapy in Patients with Low Back Pain. *MBSJHS* 2016; 2(2), 6-13.

Mc Millan R. Autoantibodies and autoantigens in chronic immune thrombocytopenic purpura. *Sernin Hematol* 2000;37:239-48.

Medeiros D, Buchanan GR. Current controversies in the management of idiopathic thrombocytopenic purpura during childhood. *Pediatric Clin N Am* 1996;43(3):757-72.

Medeiros D, Buchanan GR. Major hemorrhage in children with idiopathic thrombocytopenic purpura: Immediate response to therapy and long-term outcome. *J Pediatr* 1998;133(3):334-39.

Memik, N. Ç., Ağaoğlu, B., Coşkun, A., Üneri, Ö. Ş. ve Karakaya I. (2007). “Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 13-18 Yaş Ergen Formunun Geçerlik ve Güvenirligi”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(4), 353-363.

Moser A.M., Shalev H., Kapelushnik J. Anti-d exerts a very early response in childhood acute idiopathic thrombocytopenic purpur. *Pediatr. Hematol. Oncol.* 2002;19:497-11.

Nathan D.G., Orkin H.S., Ginsburg D., Look A.T. *Acquired Platelet Defects. Haematology of Infancy and Childhood, Sixth Edition.* Saunders Co, Philadelphia. 2003;1597-1609.

National Cancer Institute Common Toxicity Criteria v.3.0; Sekhon and Roy, 2006; Shuey, 1996

Neunert C, Lim W, Crowther M, Cohen A, Solberg L Jr, Crowther MA. The American Society of Hematology 2011 evidence-based practice guideline for immune thrombocytopenia. *Blood.* 2011;117:4190-4207.

Newton JL, Reese JA, Watson SI, Vesely SK, Bolton-Maggs PH, George JN, Terrell DR. *Eur J Haematol.* 2011 May;86(5):420-9. doi: 10.1111/j.1600-0609.2011.01587.x. Epub 2011 Mar 23

Osborn L. M., DeWitt T. G., First L.R., Zenel J.A. Trombosit Hastalıkları. *Pediatric Cilt I. Ed. Yurdakök M. Güneş Kitapevi.* 2007;698-704.

Ozcelik F, Arslan E, Serdar MA, Yiginer O, Oztosun M, Kayadibi H, ve ark. A Useful method for the detection of ethylenediaminetetraacetic acid-and cold agglutinin-dependent pseudothrombocytopenia. *Am J Med. Sci.* 6 January 2012 doi:10.1097/MAJ.0b013e318242603d [Epub ahead of print]

Ozsoylu B., Irken G., Karabent A. High-dose intravenous methylprednisolone for acute childhood idiopathic thrombocytopenic purpura. *Eur. J. Hematol.* 1989;42:431-32.

Özdoğru, E. (2013). “Üniversite Personelinin Fiziksel Aktivite Düzeyi ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Öğretimi Programı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Burdur.

Özmen T, Gündüz R, Doğan H, Zoroğlu T, Acar D. (2016) Kronik bel ağrılı hastalarda kinezyofobi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. F.Ü.Sağ. Bil. Tıp Derg.30:1-4.

Özmete, E. (2010). “Aile Yaşam Kalitesi Dinamikleri: Aile İletişimi, Ebeveyn Sorumlulukları, Duygusal, Duygusal Refah, Fiziksel/Materyal Refahın Algılanması”, Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 3(11), 455-465.

Panepinto J.A., Brousseau D.C. Acute Idiopathic Thrombocytopenic Purpura of Childhood-Diagnosis and Therapy. *Pediatr. Emerg. Care.* 2005 October;21(10):691-695.

Picavet HSJ, Vlaeyen JW, Schouten JS. Pain catastrophizing and kinesiophobia: Predictors of chronic low back pain. *Am J Epidemiol* 2002;156(11):1028-34.

Platelet Disorders of Infancy and Childhood. Nathan and Oski(eds) *Haematology of Infancy and Childhood* , 1993;1567-1580.

Provan D, Stasi R, Newland AC, Blanchette VS, Bolton-Maggs P et al: International consensus report on the investigation and management of primary immune thrombocytopenia. *Blood.* 2010; 115:168-186.

Rodeghiero F, Stasi R, Gernsheimer T, Michel M, Provan D, et al. Standardization of terminology, definitions and outcome criteria in immune thrombocytopenic purpura of adults and children: report from an international working group. *Blood.* 2009; 113:2386-2393.

Rosenthal R L, Vyas S B: Morphological studies on the mechanism of viscous metamorphosis of blood platelets. *Blood platelets.* Brown-Little and Co. Boston. Mass. 89, 1961.

Sabbah, I., Drouby, N., Sabbah, S., Retel-Rude, N. and Mercier, M. (2003). “Quality of Life in Rural and Urban Populations in Lebanon Using SF-36 Health Survey”, *Health Quality Life*, 1, 1-14.

Salama A, Mueller-Eckhardt C, Kiefel V. Effect of intravenous immunoglobulin in immune thrombocytopenia /competitive inhibition of reticuloendothelial system function by sequestration of autologous red blood cells? Lancet 1983;11:193-5.

Sartorius J.A. Steroid treatment of idiopathic thrombocytopenic purpura in children. Preliminary results of a randomized cooperative study. Am. J. Pediatr. Hematol. Oncol. 1984;6:165-9.

Savaşır, I. Ve Şahin. N. H. (1997). Bilişsel- Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Schimmelbusch G: Die bultplattchem und die blutgerrinnung wirchows. Arch. J. Path. Anat. 101:201, 1885.

Segal JB, Powe NR. Prevalance of immune thrombocytopenia: analyses of administrative data. J Thromb Haemost 2006;4:2377-2383.

Sharp A A: Platelet viscous metamorphosis. Blood platelets. Brown and Little Co. Boston. Mass 67, 1961.

Sharp A A: Viscous metamorphosis of blood platelets. A sudy of the relationship to coagulation factors and fibrin formation. Brit. J. Haemat. 4:28, 1958.

Shulman NR, Marder VJ, Weinrach RS. Similarities between known antiplatelet antibodies and the factor responsible for thrombocytopenia in idiopathic purpura: physiologic, serologic and isotopic studies. Ann NY Acad Sci 1965;i24:499-542.

Soyuer F, Mirza M, Öztürk A (2005). Multipl Sklerozda yaşam kalitesi üzerine yorgunluk ve yetersizliğin etkisi, Erciyes Tıp Dergisi, 27(4): 147-151

Stasi R, Newland AC. ITP: a historical perspective. Br J Haematol. 2011;153:437450

Stasi R, Stipa E, Masi M, Cecconi M, Scimo MT, Oliva F, et al. Long-term observation of 208 adults with chronic idiopathic thrombocytopenic purpura. Am J Med 1995; 98:436-442.

Sutor A.H., Harmas A., Kaufmehl K. Acute immune thrombocytopenia (ITP) in childhood: Retrospective and prospective survey in Germany. *Semin. Thromb. Hemost.* 2001;27(3):253-267.

Swinkels-Meewisse EJCM, Swinkels RAHM, Verbeek ALM, et al. Psychometric properties of the Tampa Scale for kinesiophobia and the fear-avoidance beliefs questionnaire in acute low back pain. *Manual Ther* 2003;8(1):29-36.

Şentürk Güven Ş, Sezgin Özcan D, Aras M, Füsün Köseoğlu BF, Ak F. The assessment of pain in patients with multiple sclerosis and its association with quality of life, fatigue, and depression. [Article in Turkish] *Turk J Phys Med Rehab* 2016;62:123-31.

Tarantino M.D. On the conservative management of acute immune thrombocytopenia in children. *J. Pdiatr.* 2001;138:787.

Tarantino MD, Buchanan GR. The pros and cons of drug therapy for immune thrombocytopenic purpura in children. *Hematol/Oncol Clin N Am* 2004;18:1301-1314.

Thomas EN, Pers YM, Mercier G, et al. The importance of fear, beliefs, catastrophizing and kinesiophobia in chronic low back pain rehabilitation. *Ann Phys Rehabil Med* 2010;53(1):3-14.

Torlak, S. E. ve Yavuzçehre, P. S. (2008). "Denizli Kent Yoksullarının Yaşam Kalitesi Üzerine Bir İnceleme", *Çağdaş Yerel Yönetimler*, 17 (2), 23-44.

Tsiouris J, Tsiouris N. Hemiplegia as a complication of treatment of childhood immune thrombocytopenic purpura with intravenously administered immunoglobulin. *J Pdiatr* 1998;133:717.

Tunca-Yılmaz Ö, Yakut Y, Uygur F, Uluğ N. (2011) Tampa Kinezyoloji Ölçeği'nin Türkçe Versiyonu ve Test-tekrar testi Güvenilirliği. *Fizyoterapi ve Rehabilitasyon*, 22(1):449.

Tüzün, E. H. ve Eker, L. (2003). “Sağlık Değerlendirme Ölçütleri ve Yaşam Kalitesi”, Sağlık ve Toplum Dergisi, 13(2), 3-8.

Uluğ N, Yakut Y, Alemdaroğlu İ, et.al. Comparison of pain, kinesiophobia and quality of life in patients with low back and neck pain. J Phys Ther Sci 2016;28(2):665-70.

Ulutin, O.N. : The platelets. Fundamentals and clinical applications. Kağıt ve Basım işleri, A.Ş. İstanbul., 1976.

Üstündağ, H., Gül, A., Zengin, N. ve Aydın, M. (2007). “Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Yaşam Kalitesi”, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2(6), 117126.

Van Leeuwen EF, van der Ven JTH, Engelfriet CP, von dem Borne AEG. Specificity of autoantibodies in autoimmune thrombocytopenia. Blood 1982;59:23-26.

Veenhoven, R. (1996). “Developments in Satisfaction Research”, Social Indicators Research, 37, 1-46.

Vlaeyen J, Kole-Snijders AMJ, Rotteveel AM, Ruesnik R, Heuts PHTG. (1995a) The role of fear of movement ((re)injuring in pain disability. J Occup Rehab, 5(4):235-51

Vural, Ö. (2010). “Masa Başlı Çalışanlarda Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Yaşam Kalitesi İlişkisi”, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Ana Bilim Dalı Antrenman ve Hareket Bilimleri Programı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Vural, Ö., Eler, S. ve Atalay Güzel, N. (2010). “Masa Başlı Çalışanlarda Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Yaşam Kalitesi İlişkisi”, Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi, 8(2), 69-75.

Watts RG. Idiopathic thrombocytopenic purpura: a 10-year natural history study at the Childrens Hospital of Alabama. Clin Pediatr (Phila) 2004; 43:691-702.

WHO (2003). Health and Development Through Physical Activity and Sport,
Erişim tarihi: 7 Kasım 2014,
http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_NMH_NPH_PAH_03.2.pdf

Wintrobe, M. , M. : Clinical Hematology. , Eight Edition. Lea Fabiger.
Philadelphia, 1981, Sayfa 355-404.

Yancar, C. (2005). “Madde Bağımlılarında İkinci Eksen Komorbidite ve Kişilik Özelliklerinin Bağımlılık Şiddeti ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi”, Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Birimi Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Yapıcı, A. (2006). “Alkol Bağımlılığında Depresyon ve Anksiyetenin Yetiyitimi ve Yaşam Kalitesine Etkisi”, Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Yenerel MN, Atamer T, Ayer M. Yüz altmış iki kronik idiopatik trombositopenik purpura olgusunun klinik seyir ve tedavi cevabı yönünden değerlendirilmesi. İst Tıp Fak Derg 2007; 70:6-10.

Young G., Luban N., White J.G. Giant platelet disorders in African-American children misdiagnosed as idiopathic thrombocytopenic purpura. J. Pediatr. Haematol. Oncol. 1999;21(3):231-36.

Yücecan, S. (2007). Tüketici Yazıları I, Babaoğul & Şener (Ed), Tüketici Sağlığı, Yaşam kalitesi ve Optimal Beslenme (187-200), Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi.

Zeller B., Helgestad J., Hellebostad M., et al. Ömmüne thrombocytopenic purpura in childhood in Norway: A prospective, population-based registration. Pediatr. Hematol. Oncol. 2000;17(7):551-558.

10.EKLER

Ek-1: Gönüllü Bilgilendirme Ve Aydınlatılmış Onam Formu

Gönüllü Bilgilendirme Formu

Değerli hastamız;

Kronik İmmün Trombositopenisi olan erişkin hastalarda ağrı şiddetinin, yorgunluğun, depresyonun, kinezyofobi ve yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırmak amacıyla ‘Kronik İmmün Trombositopenisi Olan Erişkin Hastalarda Kinezyofobi ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi’ başlıklı bilimsel bir araştırmayı yapmayı planlamaktayız. Bu araştırma sonucunda elde edilecek sonuçlar, sizden sonraki hastalara hem yol gösterici olacaksınız hem de bilime katkıda bulunacaksınız. Kronik İmmün Trombositopenisi olan erişkin hastalar üzerinde uygulanacak olan bu çalışmaya, tıbbi durumunuz bu koşullara uygun olduğu için sizi de davet ediyoruz. Ancak belirtilmelidir ki araştırmaya katılıp katılmamak gönüllülük esasına dayalıdır. Bu karar verilirken hiç kimse tarafından size telkin ve baskıda bulunulamaz.

Gönüllü Onam Formu

Sayın Fizyoterapist Ceren Özge ÖZTÜRK tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağını bilincindeyim) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde,

her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Fzt.Ceren Özge ÖZTÜRK'e Çamlık Mahallesi Akınalp Sokak No:7 Madenler,34776 Çekmeköy/İSTANBUL adresinden ve 0535 303 09 77 telefon numarası ile ulaşabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve fizyoterapist ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Hastanın adı soyadı:

İmza:

Adres ve telefon no :

Fizyoterapist adı soyadı:

İmza:

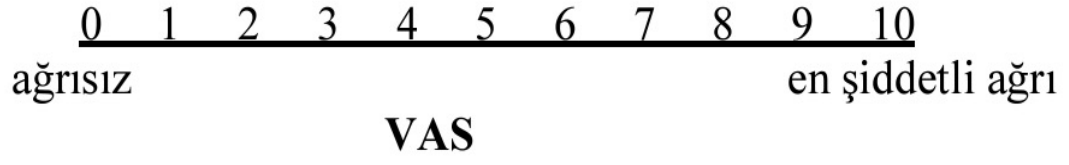
Tanıklık eden kurum yetkilisinin adı soyadı:

İmza:

Ek-2: Sosyodemografik Veri Anketi

- Adı Soyadı:
- Yaşı:
- Cinsiyeti:
- Medeni Durumu:
- Çocuk Sayısı:
- Eğitim Durumu:
- Mesleği:
- Gelir Düzeyi:
- KIT tanısı konulduğu yaşı:
- KIT tanısı konulduğundan beri geçen süre:
- Son trombosit sayısı:
- Splenektomi öyküsü:
- Uygulanan tedavi geçmişi:
- Halen devam etmekte olan tedavi yöntemi:
- Hastalık süresi:

Ek-3: Vizüel Analog Skala (VAS)



Ek-4: Yorgunluk Şiddet Ölçeği (FSS)

Yorgunluk Şiddet Ölçeği Anketi							
Geçtiğimiz hafta boyunca:	Değerlendirme skoru						
1. Yorgun olduğumda motivasyonum düşüyordu.	1	2	3	4	5	6	7
2. Egzersiz yapınca yorgunluğum artıyordu.	1	2	3	4	5	6	7
3. Çabucak yoruluyordum.	1	2	3	4	5	6	7
4. Yorgunluk fiziksel faaliyetlerimi engelliyordu.	1	2	3	4	5	6	7
5. Yorgunluktan dolayı birçok sorun yaşadım.	1	2	3	4	5	6	7
6. Yorgunluğumdan dolayı fiziksel faaliyetlerime devam edemiyordum.	1	2	3	4	5	6	7
7. Yorgunluktan dolayı bazı görevlerimi ve sorumluluklarımı yerine getiremedim.	1	2	3	4	5	6	7
8. Yorgunluk beni en çok kısıtlayan üç belirtiden biriydi.	1	2	3	4	5	6	7
9. Yorgunluk; iş, aile ve sosyal hayatımı engelliyordu.	1	2	3	4	5	6	7

Ek-5: Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tamamen başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiyeye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı görüldüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiyeye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafama başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilğim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

Ek-6: Tampa Kinezyofobi Ölçeği (TKÖ)

Ek. Tampa Kinezyofobi Ölçeği'nin Türkçe versiyonu (Toplam puan 17-68).

Lütfen, her soruda kendinize en uygun olan kutucuğu işaretleyiniz (her soruda yalnızca bir kutucuğu işaretleyiniz). Teşekkür ederiz.

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1. Egzersiz yaparsam kendi kendimi sakatlanım diye kaygılanıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ağrıyla baş etmeye çalışacak olsam, ağrım artar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ağrımdan dolayı vücudum bana tehlikeli derecede yanlış giden bir şeyler olduğunu söylüyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Egzersiz yaparsam sanki ağrım hafifleyecekmiş gibi geliyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. İnsanlar benim tıbbi sorunlarımı yeterince ciddiye almıyorlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Başıma gelen bu olay nedeni ile vücudum hayat boyu risk altında olacak.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ağrının olması her zaman, vücudumu sakatladığım/bir problemim olduğu anlamına gelir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sırf bazı şeylerin ağrımı artırıyor olması, onların tehlikeli oldukları anlamına gelmez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Kendimi kazara sakatlamaktan korkuyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ağrının artmasını engellemenin en basit ve güvenli yolu gereksiz hareketler yapmaktan kaçınmaktır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Vücudumda tehlike arz eden bir şey olmasaydı, bu kadar çok ağrı hissetmezdim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ağrıma rağmen, fiziksel olarak aktif olsaydım, durumum daha iyi olurdu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ağrı, kendimi sakatlamamam için egzersizi ne zaman bırakmam gerektiği konusunda bana sinyal verir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Benim durumumda olan birinin, fiziksel olarak aktif olması pek güvenli değildir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Normal insanların yaptığı her şeyi yapamam, çünkü çok kolay sakatlanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Bazı şeyler çok fazla ağrıya neden olsa bile, bunların gerçekte tehlikeli olduklarını düşünmem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Hiç kimse ağrı hissederken egzersiz yapmak zorunda olmamalı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ek-7: Short Form (SF-36)

MF07-01 ÇALIŞMASI YAŞAM KALİTESİ (SF36) FORMU

Adı-Soyadı:

Tarih:

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir gününüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır ? Öyleyse ne kadar ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

8. Son 4 hafta içerisinde, ağır normal işinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sınırlı bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazı zamanlarda	3
Çok az zaman	4
Hiçbir zaman	5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

Ek-8: Etik Kurul Onayı



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

SAYI : 37
KONU: Etik Kurul İzni

25.04.2018

Sayın; Ceren Özge Öztürk

Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından yapılmış olduğunuz başvuru incelenmiş olup Prof.Dr.Melek Güneş Yavuzer'in danışmanlığında planladığınız "Kronik İmmün Trombositopenisi Olan Erişkin Hastalarda Kinezyofobi ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" isimli araştırma kurumumuzun 25.04.2018 tarihli toplantısında etik yönden uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof .Dr. Melek Güneş YAVUZER
Etik Kurul Başkan Yardımcısı

EK.Etik Kurul Kararı

11.ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı	Ceren Özge Öztürk
Doğum Yeri ve Tarihi	Adana-10/09/1993
Medeni Hali	Bekar
Yabancı Dil	İngilizce
E-posta Adresi	crnozturk8033@hotmail.com
Tel	05353030977

Eğitim ve Akademik Durumu

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lise	Abdulkerim Bengi Anadolu Lisesi	2011
Lisans	Haliç Üniversitesi-Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	2016

İş Tecrübesi

Görev	Süre (yıl-yıl)
Fizyoterapist	2 yıl