

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Hematolojik kanserler arasında yer alan lenfomalar, hastalık ve tedaviye bağlı görülen immünsüpresyon ve komplikasyonların fazla olması, tedaviye sekonder farklı kanserler gelişebilmesi nedeni ile önemli bir sorundur (1). Lenfomalar lenfoid hücrelerin neoplazmidir ve bu tümörler sıklıkla lenf nodlarında başlamakta, dalak, gastrointestinal sistem, karaciğer ve kemik iliğindeki lenfoid dokulara yayılmaktadır. Hüresel farklılaşma dereceleri ve baskın malign hücre kökenine göre lenfomalar, Hodgkin Lenfoma (HL) ve Hodgkin Dışı Lenfoma (HDL) olarak iki ana kategoriye ayrılmaktadır (1, 2). Lenfomalar insidansın artması, tanı ve tedavideki gelişmeler nedeni ile son yıllarda sağlık alanında önemli bir sorun haline gelmiştir (2).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde HDL beşinci sıklıkta tanı konulan kanserler arasında yer almaktadır (1). Lösemi ve Lenfoma Derneği verilerine göre; 2009 yılında ABD'de 74.490 yeni lenfoma tanısı konulmuş ve bu hastalığa bağlı olarak aynı yıl içinde 20.790 ölüm görülmüştür (3). Lenfoma görülme oranı ABD'de erkeklerde daha fazla olup, yaşla birlikte artış göstermektedir (4). DSÖ 2008 yılı verilerine göre, Türkiye'de HDL insidansı yüzbinde 5.1, HL insidansı yüzbinde birdir (5). Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 2010 yılı verilerine göre; 2008 yılında Türkiye'de HDL insidansı kadınlarda yüzbinde 4.7, erkeklerde yüzbinde 6.3; yaşa standardize edilmiş insidans hızı kadınlarda 20 yaş üzerinde ortalama yüzbinde 12.9, erkeklerde ise yüzbinde 15.8'dir. İnsidans hızı her iki cinsiyette yaşla birlikte artış göstermektedir (6).

Lenfoma hastalarının tedavisinde hastalığın evresine göre genellikle kemoterapi, radyoterapi ve hematopoetik kök hücre nakli uygulanmaktadır (1, 4). HL ve HDL tedavisinde esas tedavi yöntemi ilk tanıdan itibaren kemoterapi tedavisidir. Kemoterapinin hastaların yaşam kaliteleri üzerinde istenmeyen olumsuz yan etkileri bulunmaktadır (1, 7). Lenfoma hastaları kemoterapi tedavisine bağlı olarak; anemi, enfeksiyon, kanama, bulantı, kusma, mukozit, iştahsızlık, halsizlik, yorgunluk, ağrı, konstipasyon, saç dökülmesi, periferik nöropati gibi sorunlar yaşayabilmektedir (1, 4, 8). Lenfoma hastalarında nötropeniye bağlı bakteriyel ve fırsatçı enfeksiyonların görülme riski artmakta, nötropenik ateş ölümcül bir komplikasyon olarak seyredebilmektedir. Ayrıca tedavilerde steroid kullanımına bağlı hiperglisemi ve insülin direncinde artışa bağlı insülin tedavisi gereksiniminde artış gibi sorunlar ortaya çıkabilmektedir (1). Radyasyon tedavisine bağlı olarak; ciltte iritasyon, baş-boyun bölgesine uygulanırsa tat değişiklikleri, yutma güçlüğü, dış çürüğü; total radyasyon tedavisi uygulamalarında stomatit, saç dökülmesi, akut radyasyon pnömonisi, iştahsızlık, bulantı, kusma, diyare, kemik iliği depresyonu, özefajit ve gastrit gelişebilmektedir. Lenfoma tedavisine bağlı uzun dönemde organ yetmezlikleri, ikincil kanserler, lösemi, solunum-tiroid disfonksiyonu, konjestif kalp yetmezliği, infertilite riski gibi kronik komplikasyonlar görülebilmektedir (1, 4).

Hastalık ve tedavilere bağlı çoklu semptomların varlığı, hastaların fiziksel, psikolojik, sosyal fonksiyonlarını ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (9, 10). Lenfoma hastalarında kemoterapi tedavisi sonucunda görülen semptomlar, hastaların bu konuyu konuşmada yaşadığı rahatsızlıklar ve bu yan etkileri ifade etmedeki yetersizlikleri nedeni ile

gözden kaçabilmektedir. Ancak hastalarda görülen bu önemli semptomlar, güvenli ve kolay uygulanabilir ölçeklerle değerlendirilip bilinçli hemşirelik girişimleri ile önlenebilir ya da azaltılabilir (11-13).

Kanser hastalarının bakım gereksinimlerinin saptanarak etkin hemşirelik bakımı verilebilmesi için, hastaların sık yaşadıkları semptomların ve bu semptomların şiddetinin değerlendirilmesi öncelikli bir konudur (14-16). Literatürde kanser hastalarının yaşadıkları semptomların her birinin tek tek değerlendirildiği çalışmalar bulunmaktadır (12, 17-19). Bu çalışmalar, belirli semptomlar için derinlemesine veri sağlamakla birlikte, hastaların yaşadığı tüm sorunları bütün olarak ele alabilmek için yetersiz kalabilmektedir. Bu nedenle son yıllarda kanser hastalarının bakımında semptom kümelemesine yönelik çalışmalar hızla artmıştır (20-29).

Semptom kümelemesi, üç ya da daha fazla eş zamanlı semptomun birbiriyle ilişkisi ve birlikte görülmesi şeklinde tanımlanmaktadır (30, 31). Onkoloji alanında yapılan semptom yönetimi çalışmalarında, semptom kümeleri bir arada görülen çoklu semptomların ortaya çıkma eğilimlerinin araştırılması açısından öncelikli bir alan olarak görülmektedir (30, 31, 34). Kanser hastalarının tek bir semptom yerine çoklu semptom yaşama nedeni, bir arada görülen semptomların ortak biyolojik mekanizma ile ortaya çıktığı görüşü ile açıklanmaktadır. Semptom kümeleme çalışmalarında hangi semptomların bir arada görüldüğünün incelenmesi ve ortak mekanik yolların belirlenmesi ile, çoklu semptom yönetimi konusunda yeni stratejiler geliştirilebilecektir (10, 23, 25, 33, 34). Yapılan çalışmalarda kanser hastalarının sıklıkla üç ya da daha fazla semptomu bir arada yaşadıkları, bu nedenle tek bir semptom yerine semptom kümelerinin ele alınmasının, hastaların fonksiyonel durumları üzerinde olumlu etkileri olacağı önerilmektedir (27, 31, 35-37). Fonksiyonlarını normal olarak sürdürülebilen hastalar yaşamlarına aktif olarak katılırken, fonksiyonel durumu yetersiz hale gelen hastaların, günlük yaşam aktivitelerinde belirgin güçlükler yaşamaları beklenmektedir (38).

Kanser hastalarının çoklu semptomları aynı zamanda yaşadıklarının bilinmesine rağmen, hangi semptomların klinik olarak semptom kümesinde önemli olduğuna dair yeterli çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle, spesifik semptomların hastaların fonksiyonel durumlarına etkisinin belirlenebilmesi için, semptom kümelemesinin ortaya çıkarılması önemlidir (32, 39, 40). Son yıllarda sağlık reformları ve politikaları, hastaların hastalıklarının yönetiminde etkin rol almaları için desteklenmeleri gerektiğini vurgulamaktadır. Hastaların hastalıklarını daha iyi yönetmek için eğitim, donanım ve güçlendirmeyi sağlayan uygulamaların, hastaların bakımını iyileştirmede aile ve hastalar üzerinde önemli rol oynadığı belirtilmektedir (41). Kanser hastaları sıklıkla kemoterapi tedavisini ayaktan alarak evlerine gitmekte ve kemoterapinin en önemli semptomlarını evde doğrudan sağlık personelinin desteği olmadan yönetmek zorunda kalmaktadırlar (42). Bu nedenle kanser hastası ve ailesi sadece hastanede değil, ev ortamında da semptom yönetimi konusunda desteklenmelidir.

Sağlık profesyonellerinin tedavinin her aşamasında etkin semptom yönetimi yapmaları, bakımı yüksek kalitede verebilmek için yan etkilere yönelik bulguları hızlı ve kapsamlı biçimde değerlendirmeleri gerekmektedir (12, 43, 44). Lenfoma gibi kronik hastalığa sahip bir bireyi yaşadığı olumsuz ve kronik koşullarda eğitimle desteklemek, olumsuz duygu ve düşüncelerini değiştirerek hastalık yönetimi konusunda güçlendirmek, birey ve toplum sağlığı açısından oldukça önemlidir (8, 12, 45).

Literatürde lenfoma hastalarında görülen çoklu semptomlar, bu semptomların birbirleri ile ilişkisi ve fonksiyonel durum üzerindeki etkisine yönelik herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Semptom kümelerinin belirlenmesiyle hemşirelerde farkındalık gelişebileceği ve hemşirelerin semptomları daha doğru tanımlayabilecekleri düşünülmektedir.

Lenfoma hastalarında hastalık ve kemoterapi tedavisine bağlı olarak ortaya çıkan semptomlar, tedavinin planlanan şekilde sürdürülmesini ve fonksiyonel durumu olumsuz yönde etkileyebilir. Bu nedenle semptomların erken dönemde saptanması, önlenmesi ve kontrol altına alınmasında, hastaların bu dönemi en rahat biçimde ve sorunsuz olarak geçirmelerinde, hasta ve hasta yakınlarının eğitiminde hemşirelerin çok önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Lenfoma hastalarının yaşadıkları semptomlara yönelik semptom yönetimi ve sekonder komplikasyonların önlenmesi konusunda verilecek olan eğitimlerin, hastaların fonksiyonel durumlarında iyileşme, hastaneye başvuru ve yatış oranlarında, iş gücü kayıplarında, nazokomiyal enfeksiyon oranlarında azalma gibi olumlu katkılar sağlayacağı düşünülmektedir. Hastaların yaşadıkları semptomların derinlemesine incelendiği çalışmaların, hastalara özgü semptom yönetimi eğitimlerinin planlanması, ölümcül kronik bir hastalık olarak bilinen ve hissedilen kanser karşısında hastaların çaresizliğinin, umutsuzluğunun, korkularının, tükenmişliğinin azaltılmasında olumlu katkılar sağlayabileceğine inanılmaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, lenfoma hastalarında semptom kümelemesi ve fonksiyonel duruma etkisinin belirlenmesidir.

1.3. Araştırma Soruları

- ✓ Lenfoma hastalarının yaşadıkları semptomlar nelerdir?
- ✓ Lenfoma hastalarının yaşadıkları semptomlar ne düzeydedir?
- ✓ Lenfoma hastalarının fonksiyonel durumları ne düzeydedir?
- ✓ Lenfoma hastalarında sosyo-demografik ve hastalık özelliklerinin semptomlar üzerinde etkisi var mıdır?
- ✓ Lenfoma hastalarında sosyo-demografik ve hastalık özelliklerinin fonksiyonel durum üzerinde etkisi var mıdır?
- ✓ Lenfoma hastalarının semptom kümeleri nelerdir?

GENEL BİLGİLER

2.1. Lenfomanın Tanımı

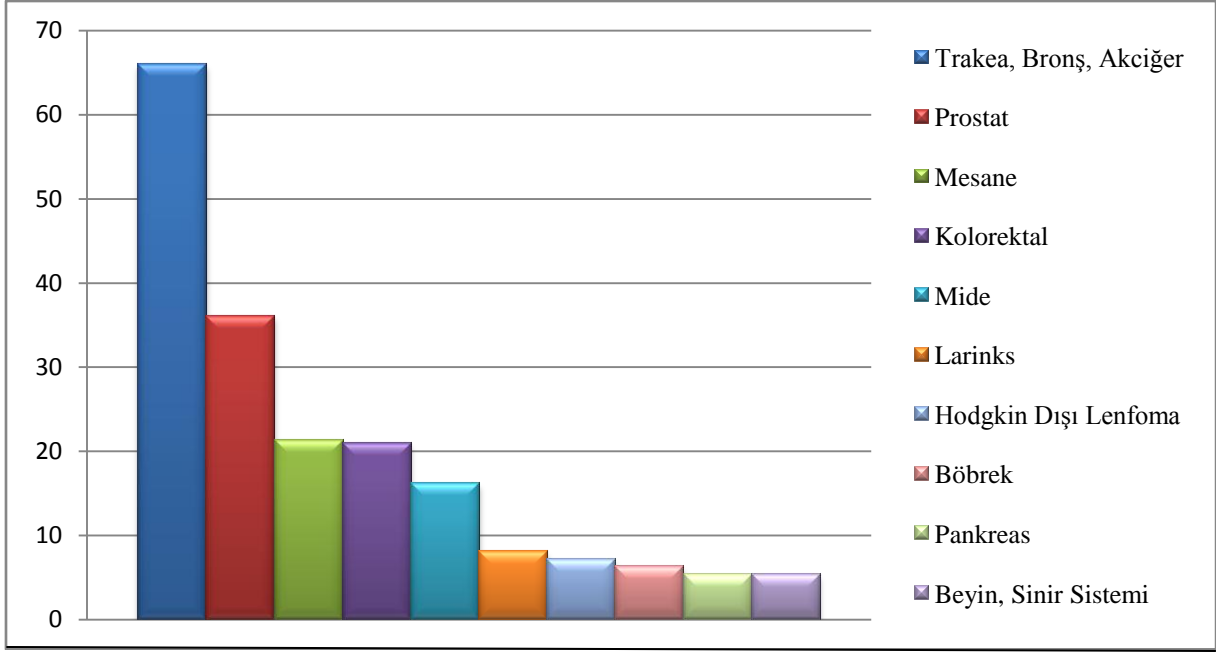
Lenfomalar, retiküloendotelyal sistemin lenf nodülleri, kemik iliği dalak ve karaciğer gibi bölümlerindeki neoplastik çoğalmanın neden olduğu immün sistem hastalıklarıdır (46-51).

2.2. Lenfoma Etiyolojisi

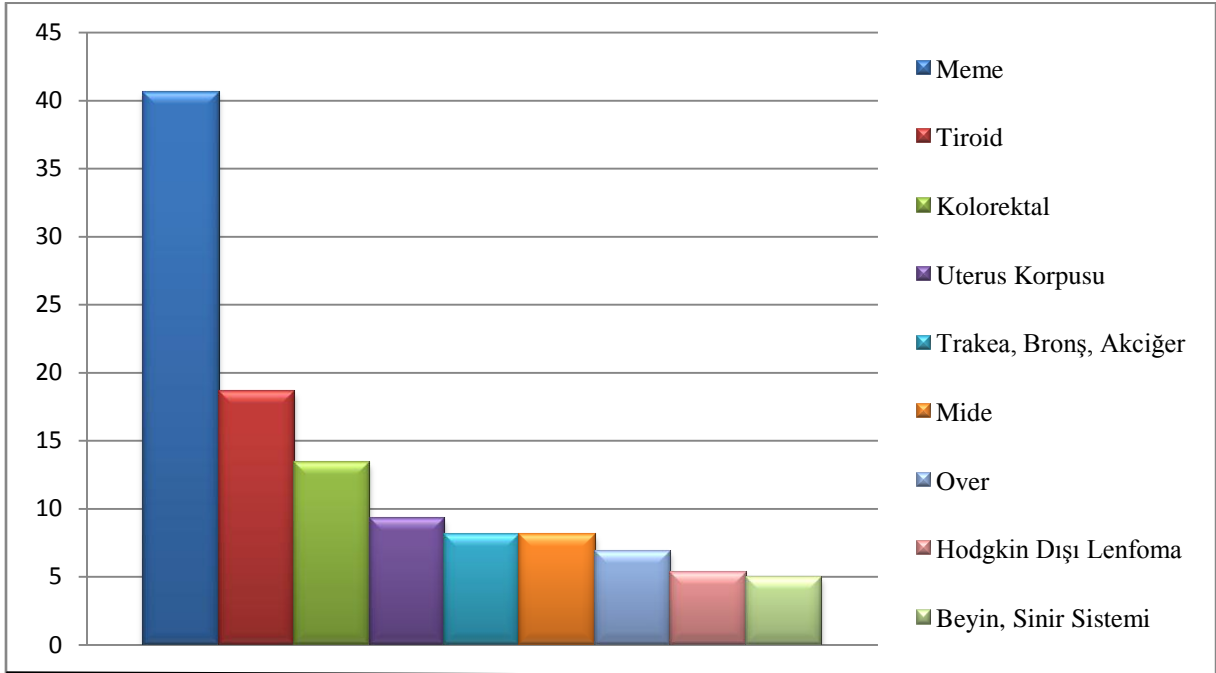
Lenfoma etiyojisi genel olarak ele alındığında; çeşitli enfeksiyonların, immün yetersizlik veya otoimmün hastalık durumlarının, kronik inflamasyon, genetik faktörler, çevresel etkenler ve kromozomal anomalilerin neden olduğuna dair bulgular mevcuttur (48, 50, 52).

2.3. Lenfoma Epidemiyolojisi

Lenfoma insidansında 20. yüzyılın ikinci yarısında belirgin bir artış dikkat çekmektedir. Bu durum Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromun (Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)) ortaya çıkışı ile ilişkilendirilse de, çevresel koşullardaki değişiklikler, artan ve gelişen tanı koyma olanakları gibi etkenlerin de bu artışa neden olduğu düşünülmektedir. Tüm kanserlerin yaklaşık %3'ünü oluşturan lenfomalar hematolojik kanserler arasında en sık rastlanılan gruplar arasında yer almaktadır. Dünyada önemli bir morbidite ve mortalite sorunu olan lenfomalar, kansere bağlı ölüm nedenleri arasında erkeklerde 9., kadınlarda 6. sırada yer almaktadır (1, 2, 50). Şekil 2.1'de erkeklerde ve Şekil 2.2'de kadınlarda görülen kanser türleri ve görülme sıklıkları yer almaktadır (53).



Şekil 2.1. Türkiye’de Erkeklerde Görülen Kanser Türleri ve Görülme Sıklıkları



Şekil 2.2. Türkiye’de Kadınlarda Görülen Kanser Türleri ve Görülme Sıklıkları

2.4. Lenfomaların Sınıflandırılması

Thomas Hodgkin tarafından 1832’de tanımlanmasından sonra 1950’li yıllardan itibaren, lenfomalar klinik, patolojik ve biyolojik görünümüne göre, Hodgkin Lenfoma (HL) ve Hodgkin Dışı Lenfoma (HDL) olmak üzere iki ayrı grupta incelenmeye başlanmıştır. (1, 2, 47, 50, 54, 55-57).

2.4.1. Hodgkin Lenfoma

Hodgkin Lenfoma (HL), histopatolojik olarak karışık bir enflamatuvar infiltrat içerisinde değişik sayıda diyagnostik çok çekirdekli hücrelerin (Reed Stenberg hücresi (RS)) bulunması ile karakterize, lenfoid sistemden kaynaklanan neoplastik bir hastalıktır (47, 48, 50, 59-66). HL, tedavi ile hastaların büyük bir kısmında iyileşme sağlanabilen hematopoietik/lenfoid dokulara ait tanımlanmış ilk malign hastalık olması nedeniyle önemlidir (67, 68). HL nadir bir malignite olup, DSÖ 2008 yılı verilerine göre, Türkiye’de HL insidansı yüzbinde birdir (5).

2.4.1.1. Hodgkin Lenfoma Epidemiyolojisi

Hodgkin Lenfomanın insidansı 10 yaşından itibaren yükselmekte, 15-30 yaşlarında pik yapmakta, 45 yaşına kadar azalmakta ve 45 yaşından sonra tekrar yükselmeye başlayarak 60-70 yaşları arasında ikinci kez artış görülmektedir. Hastalık tüm yaş gruplarında erkeklerde kadınlara göre biraz daha sık görülmekte olup, bu fark çocukluk çağındaki hastalarda %85 gibi çok belirgin bir oranda olmaktadır. Gelişmiş ülkelerde HL’nin genç yaşlarda, yüksek sosyo-ekonomik sınıflarda, anne eğitimi yüksek, kardeş sayısı az, çocuklukta iyi hijyenik koşullarda yetişmiş olanlarda daha sık görüldüğü bildirilmektedir (47, 48, 60, 63, 69, 70).

2.4.1.2. Hodgkin Lenfoma Etiyolojisi

Hodgkin Lenfomanın etiyolojisi tam olarak aydınlatılamamıştır. Hastalığın klinik ve histopatolojik olarak bir infeksiyon hastalığını anımsatması nedeniyle, infeksiyöz etiyoloji üzerinde çok durulmuş, ancak bugüne kadar net bir bilgi elde edilememiştir. EBV ile HL’nin birlikteliğini destekleyen veriler mevcuttur (54, 71). RS hücrelerinde EBV için direk kanıt ilk defa Poppema ve arkadaşları (2005) tarafından karışık hücreli bir hodgkin hastalığı vakasının RS hücrelerinde EBV antijenlerinin saptanmasıyla elde edilmiştir. Bu bulgu daha sonra Weiss (2000) tarafından daha çok sayıda hodgkin hastasının RS hücrelerinde EBV genomlarının varlığı göstermeleri ile doğrulanmıştır (47, 48, 73-78).

Hodgkin Lenfoma, EBV haricinde kızamık virüsü ile de ilişkili bulunmuştur. Benharroch ve arkadaşları (2004) çalışmasında; çocukluk çağında kızamık virüsüne maruz kalmanın, 15-34 yaş arası genç erişkin dönemde HL gelişim riskini arttırdığını ve çalışmalarındaki %50’den fazla hastada HL tümör dokusunda veya lenf nodunda kızamık virüsü antijeninin pozitif olduğu gösterilmiştir (63, 74, 76, 78).

2.4.1.3. Hodgkin Lenfomada Klinik Belirti ve Bulgular

Hodgkin Lenfomada en sık rastlanan başlangıç belirtisi yüzeysel lenf bezlerinin büyümesidir. Vakaların yaklaşık %70’inde ilk olarak servikal ve supraklaviküler bölgelerdeki lenf bezleri büyümektedir. HL en çok sol servikal bölgeden başlamaktadır, hastalığın genellikle bir tek bölgedeki lenf bezinden başladığı, sonra lenfojen yolla ve komşuluk yoluyla diğer bölgedeki lenf bezlerine yayıldığı, hematojen yayılmanın nadir olduğu kabul edilmektedir. Daha seyrek olarak hastalık servikal bölge dışındaki lenf bezlerinden (koltuk altı, mediastinal, inguinal, retroperitoneal) başlamaktadır (47, 48, 59, 79).

Büyümüş lenf bezleri değişik büyüklükte olmakla birlikte, üzeri düz, orta sertlikte, mobil, ağrısız, tek tek durabilen, birbirlerine, alttaki organlara ve deriye yapışmayan şekilde görülmektedir. Tedavisiz kendiliğinden büyüüp küçülebilmektedirler. Zamanla hastalık ilerleyince, infiltrasyonun kapsülün dışına yayılması sonucu ganglionlar birbirine ve etraftaki

dokulara yapışarak büyük koloniler haline gelebilmektedirler. Ağrısız olan lenf bezleri büyüdükçe sinirlere bası yapıp ağrıya neden olabilmekte ve koltuk altı, ingunial lenf bezlerinin büyüyerek lenfatik damarların tıkanması sonucu kol ve bacadta ödem gelişebilmektedir. Mediastendeki lenf bezlerinin büyümesi trakea üzerine bası, ses tellerinin parezi veya paralizisi sonucu ses kısıklığı, taşikardi, boyun sempatik pleksusu, Horner sendromu, vena cava superior üzerine bası nedeniyle boyun ve göğüs venlerinde genişleme, siyanoz ile karakterize vena cava superior sendromu, özafagus basısı yutma güçlüğüne ve retrosternal ağrıya yol açabilmektedir. Bazı vakalarda ise ateş 38°C'i geçebilir, sıklıkla irregüler seyir izler, nadiren 1-2 hafta devamlı olup, daha sonra 1-2 hafta ateşsiz dönem gelişir (Pel-Epstein tipi ateş), gece terlemesi, halsizlik, iştahsızlık, kilo kaybı ve kaşıntı gibi sistemik belirtiler, hipokalsemi, hipoglisemi, hiponatremi, herpes zoster (en sık rastlanan enfeksiyon), bakteriyel, viral, fungal ve protozoal kökenli menenjit gibi belirtiler görülebilmektedir. Hastaların yarısında hepatomegali ve sarılık ortaya çıkmaktadır. Sarılık çoğunlukla Hodgkin infiltrasyonunun yol açtığı intrahepatik kolestaza bağlı olarak tıkanma sonucunda görülmektedir. Büyümüş lenf bezlerinin safra yollarına bası yapması sonucunda ekstrahepatik kolestaza bağlı olarak post-hepatik ikter veya hemolitik anemiye bağlı hemolitik sarılık görülmektedir (47, 48, 59, 63, 74, 79-84).

2.4.1.4. Hodgkin Lenfomanın Evrelendirilmesi

Histolojik inceleme sonucunda HL tanısı konulduktan sonra, hastalığın anatomik yaygınlık derecesi araştırılmaktadır. Bu durum, uygulanacak tedavi türü, hastalığın prognozu, tanı anındaki yaygınlık derecesiyle yakından ilişkili bulunmaktadır. Ann Arbor 1971 yılında yaygınlık derecesine göre HL dört evreye ayrılmaktadır (47, 69, 85). Tablo 2.1'de Hodgkin Lenfomanın evrelendirilmesi görülmektedir (47).

Tablo 2.1. Hodgkin Lenfomanın Evrelendirilmesi

Evre I	Hastalık tek bir lenf bezi bölgesine yerleşmiştir (örneğin; mediastinal, sol servikal veya waldeyer halkası).
Evre II	Diyafragmanın yalnız bir tarafında olmak üzere, 2 veya daha fazla lenf bezi bölgesi tutulmuştur. Ayrıca lokalize bir ekstra lenfatik yerleşme varsa evre iki olarak adlandırılır.
Evre III	Hastalık diyafragmanın her iki tarafında yayılmaktadır, fakat yalnız lenfatik dokuları (lenf düğümleri ve dalak) ilgilendirmektedir.
Evre IV	Bir veya daha fazla ekstralenfatik organ veya doku (örneğin; akciğer, karaciğer, plevra, kemik, kemik iliği vb.) yaygın bir şekilde hastalığa yakalanmıştır. Birlikte lenf bezi tutulması vardır veya yoktur.
Her bir evreye uygulanabilecek diğer özellikler	
A	Semptom yok
B	38 derece üzerinde nedeni açıklanamayan ateş, gece terlemesi ve son altı ayda vücut ağırlığının %10'undan fazla kilo kaybı
X	Bulky hastalık (mediasteninin normalin 1/3'ünden fazla genişlemesi veya maksimal çapı 10 cm'den büyük bir nodal kitlenin varlığı)
E	Bilinen nodal yere yakın bitişik olan bir tek ekstranodal yerin lokalize tutulumu
CS	Klinik evre
PS	Patolojik evre

2.4.1.5. Hodgkin Lenfomada Laboratuvar Bulguları

Hastalığın lokalize olduğu başlangıç evrelerinde anemi görülmemekte, fakat hastalık ilerledikçe orta derecede bir anemi ortaya çıkmaktadır. Kemik iliğinin tutulduğu nadir durumlarda derin bir anemi gelişebilmektedir (48, 69). Lökosit sayısı, artmış, normal veya azalmış olabilmekte ve hastalığın aktif dönemlerinde orta derecede bir lökositoz (lökosit değeri 15.000-40.000) görülmektedir. Lökositoz artması ile birlikte ve vakaların %10-20'sinde özellikle deri belirtisi olanlarda eozinofil görülebilmektedir (48, 86). Lenfosit sayısı normal veya normalin altında olabilmekte, fakat hastalığın ileri dönemlerinde mutlak bir lenfopeni gelişmekte ve kötü bir prognoz işareti olarak kabul edilmektedir. Başlangıçta trombosit sayısı normal veya artmış olabilmekte ve trombositopeni görülebilmektedir. Hastalığın aktif dönemlerinde eritrosit sedimentasyon hızı yükselmekte ve bu durum remisyonlar sırasında normale dönmektedir. Vakaların %30-40'ında serum LDH, fibrinojen, alkali fosfataz, ferritin, bakır gibi düzeylerde artma görülebilmektedir (47, 48, 64, 69, 86).

2.4.1.6. Hodgkin Lenfomada Tanı Yöntemleri

Hodgkin Lenfoma tanısı fizik muayene, biyopsi, bilgisayarlı tomografi, tam kan sayımı, sedimantasyon, CRP, LDH, ferritin değerleri incelenerek konulmaktadır (47, 48, 82, 85). Ayrıca, akciğer radyografisi ve Pozitron Emisyon Tomografisi (PET) kullanılmaktadır (82, 87-89). Tablo 2.2'de tanı ve evrelendirme için yapılması gereken işlemler yer almaktadır (48, 89, 90).

Tablo 2.2. Tanı ve Evrelendirme İçin Yapılması Gereken İşlemler

A. Kesin gerekli olanlar
<i>1. Histopatolojik Tanının Doğrulanması</i>
<i>2. Fizik Muayene</i>
Lenf nodu muayenesi
HL semptomları
<i>3. Laboratuvar Testleri</i>
Tam Kan Sayımı, Eritrosit Sedimentasyon Hızı
Periferik Kan Yayması
Laktat Dehidrojenaz (LDH), Alkalen Fosfataz, Bilirubin, Kalsiyum, Albümin, Aspartat Aminotransferaz (AST)
Kan Üre Nitrojen (Blood Ure Nitrogen (BUN)), Kreatinin
Direk Akciğer Grafisi
Toraks, Abdominal ve Pelvik Bilgisayarlı Tomografi (BT)
Kemik İliği Biyopsisi
B.Özel durumlarda gerekli olanlar
Magnetik Rezonans (MR) İnceleme
Pozitron Emisyon Tomografisi (PET)
İmmünolojik Testler

2.4.1.7. Hodgkin Lenfomada Tedavi Şekilleri

Hodgkin Lenfomada esas tedaviyi hastalığın evresine göre kemoterapi ve tutulmuş bölgenin radyoterapisi oluşturmaktadır. Tutulmuş alan radyoterapisinin hedefi uygun alanı tedavi ederken, bölgesel tekrarı engellemek ve geç etkileri en aza indirmektir. Günümüzde HL'nin tedavisi erken evreler (evre I-IIA) ve ileri evreler (evre III-IV A, B ve genellikle evre IB, IIB, çapı 10 cm'den büyük bulky hastalık) şeklinde ayrılarak yapılmaktadır (47). Kemoterapi tek başına tedavi edici olabilmektedir. Tek başına kemoterapi radyasyona bağlı büyüme komplikasyonlarını, tiroid ve kardiyopulmoner fonsiyon bozukluklarını vekemoterapiye bağlı ikincil kanser gelişim riskini azaltmaktadır (47, 48, 82, 91-94).

a. Hodgkin Lenfomada Radyasyon Tedavisi Uygulaması

Radyasyon tedavisi kullanımının kararı, hastanın yaşı, tümörün yaygınlığı ve tedavi komplikasyonlarının potansiyeli göz önünde bulundurularak verilmektedir. HL'li tüm yeni hastalarda tedavi amaçtır ve hastanın tutulan bölgesinin iyi incelenmesi hastalığın tedavisinde ana hedefler arasında yer almaktadır (47, 54, 95, 96).

b. Hodgkin Lenfomada Kemoterapi Uygulaması

Günümüzde en çok uygulanan, iyi tolere edilebilen, toksisitesi az ve etkin olan kemoterapi protokolü Adriamisin, Bleomisin, Vinblastin, Dakarbazin (ABVD)'dir. Diğer kemoterapötik ajanların etkisinin ABVD kemoterapisinden daha az olduğu bilinmektedir (94, 97-99).

Tedavi başlangıcından sonra bir yıl içerisinde hastalığı tekrarlayan hastalarda alternatif tedavi ile sağ kalım oranı %20-50'dir. Ototolog kemik iliği nakli veya periferik kök hücre nakli tedavinin birinci yılında tekrarlayan hastalar ve tedavi sonrası remisyona girmeyen vakalarda uygulanabilmektedir. Kök hücre nakli kemoterapinin ikinci veya üçüncü kürü sonrası uygulanmaktadır (88, 94, 98, 99).

2.4.1.8. Hodgkin Lenfomada Kemoterapi ve Radyoterapiye Bağlı Gelişen Yan Etkiler

Kemoterapi, radyoterapi veya kombine kullanım akut ve kronik akciğer hasarına neden olabilmektedir. Kronik solunum yetmezliği, hipotiroidi, perikardit, miyokardiyal fibrozis ve pnömoni gibi akciğer toksisitesi, aritmiler, koroner arter hastalığı, plevral efüzyon, kapak anormallikleri ve sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonunun azalmasına neden olan restriktif kardiyomiopati görülebilmektedir (48, 54, 64, 67, 100, 101).

2.4.2. Hodgkin Dışı Lenfoma

Lenfoid sistemi oluşturan hücrelerden kaynaklanan malign bir hastalıktır. Hodgkin Dışı Lenfomalar (HDL) hematolojik tümörler arasında klinik, morfoloji, hücre kökeni, etiyoloji ve patogenezi yönünden çok heterojen bir hastalık grubunu oluşturmaktadır (2, 47, 48, 86, 102).

2.4.2.1. Hodgkin Dışı Lenfomanın Epidemiyolojisi

Hodgkin Dışı Lenfoma büyük oranda daha yaşlı yetişkinlerde görülen bir hastalık olup, pik yaptığı dönem 60 yaş ve sonrasıdır. HDL ile toksinler, iyonizan radyasyonla karşılaşmış olma, otoimmün hastalıklar, konjenital veya kazanılmış immün yetmezlikler arasında birliktelik olduğu bilinmektedir (Devita ve ark., 2001; Erol ve ark., 2008). HDL insidansının artması, tanı ve tedavideki gelişmeler nedeni ile son yıllarda sağlık alanında önemli bir sorun haline gelmektedir (2, 48, 103).

Amerika Birleşik Devletleri'nde HDL beşinci sıklıkta tanı konulan kanserler arasında yer almaktadır (1). DSÖ 2008 yılı verilerine göre, Türkiye'de HDL insidansı yüzbinde 5.1'dir (5). Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 2010 verilerine göre; 2008 yılında Türkiye'de HDL insidansı kadınlarda yüzbinde 4.7, erkeklerde yüzbinde 6.3; yaşa standardize edilmiş insidans hızı kadınlarda 20 yaş üzerinde ortalama yüzbinde 12.9, erkeklerde ise yüzbinde 15.8'dir. İnsidans hızı her iki cinsiyette yaş ile birlikte artmaktadır. (6). Tanıda ortalama yaş 45- 55 yıl, ortanca yaşta ise 60-65 yıl arasındadır (2, 86, 103).

2.4.2.2. Hodgkin Dışı Lenfomanın Etiyolojisi

Günümüz teknolojisi ile tüm HDL'lerin %90'ında sitogenetik bozukluk saptanmaktadır. Kromozom anomalilerin hastalığın oluşumundaki rolleri çok kesin bilinmemekte, ancak onkogen ve antionkogenlerin bu kromozom anomalileri ile tümör oluşumunda rolü olduğu düşünülmektedir. İmmün sistemi baskılanmış hastalarda HDL gelişimi siktir ve bunun en iyi örneği HIV pozitif veya immünoşüpresif tedavi uygulanan kalp ve böbrek transplant hastalarında HDL sıklığının artması olarak gösterilmektedir. Bu durum lenfoma gelişiminde immün regilasyon bozukluğunun önemli rolü olduğunu düşündürmektedir HDL tümör hücre DNA'sında EBV sık olarak saptanmaktadır (94, 103, 104).

Epidemiyolojik çalışmalarda benzen, herbistler, perstistler, toz, yapıştırıcı veya çözücülere maruz kalan meslek grupları ile lenfoma oluşumu arasında ilişki bildirilmişse de lenfoma gelişimindeki rolleri lösemilerdeki kadar kesin değildir (47, 105).

2.4.2.3. Hodgkin Dışı Lenfomada Klinik Belirti ve Bulgular

Hodgkin Dışı Lenfoma hastalarının çoğunda ağrısız lenfadenopati (özellikle servikal, supraklavikular, ingunial ve aksiller) saptanmakta, inaktif seyirli lenfomalarda kemik iliği tutulumuna yatkınlık bulunmaktadır. Sistemik semptomlar (gece terlemesi, ateş ve kilo kaybı) hastaların %25'inden azında bulunmakta ve genellikle ileri evre kötü prognozla birlikte seyretmektedir. Waldeyer halkası, kemik, mide, cilt, akciğer, tükürük bezleri, meme ve santral sinir sistemi en yaygın ektranodal tutulum bölgeleridir. Tutulum gerçekleştiği zaman genellikle kemik ağrısı, öksürük, göğüs ağrısı, abdominal ağrı, karın ağrısı, karında şişlik, dolgunluk hissi, döküntü veya deri şişlikleri gibi bu bölgeyle ilişkili semptomlar gelişebilmektedir. HL'de hastalığın yayılımı komşu lenfoid organlar yoluyla, HDL'de ise daha çok hematogen yolla olmaktadır. Mediastinal tutulum %20 oranında görülmekte ve akciğerlerde parankim lezyonu seyrek görülmektedir. Lenfatik drenaj bozulması ya da malign hücrelerin plevra tutulumu sonucunda plevrada sıvı birikimi görülebilmektedir (47, 48, 62, 102, 106-109). Tablo 2.3'de HL ve HDL arasındaki farklılıklar görülmektedir (62, 108, 109).

Tablo 2.3. Hodgkin Lenfoma ve Hodgkin Dışı Lenfoma Arasındaki Farklılıklar

Hodgkin Lenfoma	
✓	Reed-Stenberg adlı, hastalığa özgü bir hücre ile karakterizedir.
✓	Genellikle tek bir odaktan başlar ve görülen yayılma genellikle yavaştır.
✓	Düzenli bir biçimde yayılır.
✓	Ektranodal yayılıma nadiren rastlanır.
✓	Hastalığın tedavi başarısı genellikle yüksektir.

Hodgkin Dışı Lenfoma	
✓	Hastalık, köken aldığı neoplastik lenfoid hücrenin olgunluk düzeyine göre farklı morfolojide olabilir.
✓	Birçok periferel odakta aynı anda bulunabilir.
✓	Düzensiz yayılım gösterir.
✓	Ekstranodal yayılım daha sık görülebilir.
✓	Hücre tipine ve agresif özelliğine göre tedavi başarısı değişkendir.

2.4.2.4. Hodgkin Dışı Lenfomanın Evrelendirilmesi

Lenfomalarda evreleme genellikle iki amaç için yapılmaktadır. Birincisi hastanın hastalık durumunu belirlemek ve tanımlamak, diğeri ise klinik seyri belirlemek ve tedaviye yardımcı olmaktır. HDL'ler Ann Arbor evreleme sistemi kullanılarak evrelendirilmektedir. Evrelemede tüm lenfatik doku, Waldeyer halkası, timus ve dalak incelenir. Diğere anatomik bölgelerin tutulumu ekstranodal hastalık için düşünölmelidir. Ekstranodal bölgeler evreleme içinde E harfi ile gösterilmektedir (47, 109). Tablo 2.4'de Hodgkin Dışı Lenfomanın evrelendirilmesi görölmektedir (47).

Tablo 2.4. Hodgkin Dışı Lenfomanın Evrelendirilmesi

Evre I	Lenf nodu grubu tutulumu
Evre IE	Lenf nodu dışında bir alan veya organ tutulumu ("E" "ekstranodal" anlamına gelmekte ve HDL'nin lenf nodu dışında bir alanda veya organda bulunduğunu veya majör lenfatik alanların ötesinde fakat yakınındaki dokulara yayıldığını göstermektedir)
Evre II	Diyaframın aynı tarafında iki veya daha fazla lenf nodu tutulumu
Evre IIE	Lenf nodları dışında bir alan veya organın ve bu alan veya organa yakın, muhtemelen diyaframın aynı tarafında diğere lenf nodu gruplarını da içeren lenf nodlarının tutulumu
Evre III	Diyaframın her iki tarafında lenf nodu grupları tutulumu
Evre IIIE	Diyaframın her iki tarafında ve lenf nodu dışında kalan alan veya organda lenf nodu grupları tutulumu
Evre IV	Lenf nodları dışında kalan bir veya daha fazla organın ve muhtemelen lenf nodlarının tutulumu
Her bir evreye uygulanabilecek diğere özellikler	
A	Semptom yok
B	38 derece üzerinde nedeni açıklanamayan ateş, gece terlemesi ve son altı ayda vücut ağırlığının %10'undan fazla kilo kaybı

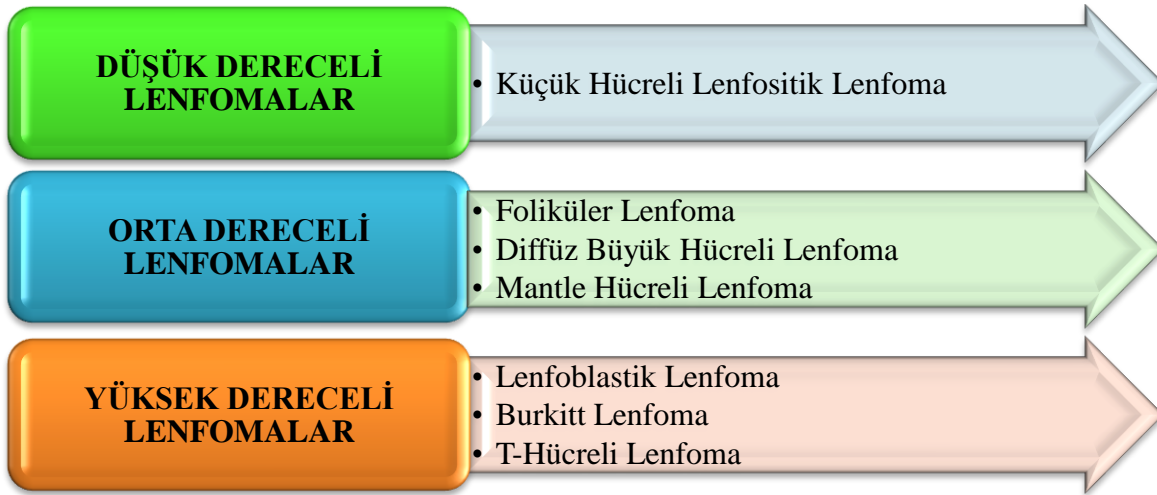
2.4.2.5. Hodgkin Dışı Lenfomanın Sınıflandırılması

Hodgkin Dışı Lenfoma ilk kez 1950'li yıllarda (Rappaport sınıflaması (1966) lenfositlerin büyüme özellikleri (nodüler veya yaygın) ve sitolojik görünömlerine (iyi differansiye, kötü differansiye, farklılaşmayan veya histiyositik) göre sınıflandırılmıştır (Rappaport ve ark., 1966). Ulusal Kanser Enstitüsü (National Cancer Institute (NCI)) tarafından 1982 yılında patolojik tanısını birleştirmek için ele alınan bir projede klinik kullanım amacıyla "Working Formulation" (WF) öncülük etmiştir. WF'de lenfomalar nodal yapı ve nodda hakim olan hücre tipi ve büyüklüğüne göre alt yapılara ayrılmaktadır. Yalnızca

bu özelliği kullanarak doğal seyir, tedaviye beklenen yanıt ve kısmi prognoz temelinde lenfomalar üç gruba ayrılmaktadır (47, 110-113):

- ✓ Düşük-derece
- ✓ Orta-derece
- ✓ Yüksek-derece lenfomalar

Revised European-American Lymphoma (REAL) sınıflaması 1994 yılında, Lennert ve Lukes-Collins'te kullanılan immünojenik prensipler üzerinde geliştirilmiş, ardından 2001 yılında REAL sınıflaması üzerine morfoloji, immünojenotip, genetik ve klinik görünümüne göre DSÖ kullanımına sunmuştur. Pratik klinik tanılama ve tedaviyi belirlemede, inaktif seyirli, düşük-dereceli ve agresif seyirli veya yüksek-dereceli, B-hücreli ve T-hücreli tümörler olarak alt gruplara ayrılmıştır (73, 109). Şekil 2.2'de Hodgkin Dışı Lenfomanın sınıflandırılması görülmektedir (47, 109).



Şekil 2.3. Hodgkin Dışı Lenfomanın Sınıflandırılması

a. Küçük Hücreli Lenfositik Lenfoma (KHLL)

Lenfomaların %5'ini oluşturmaktadır ve bu tümör genellikle B-hücre kaynaklı, küçük, iyi farklılaşmış lenfositlerin malignitesidir. Kanda immünojenoglobülinler görülebilmekte ve tanı sırasında ortalama yaş yaklaşık 60'dır. HDL'nin çoğu alt tiplerinde olduğu gibi, erkeklerde daha sık görülmektedir. Hastalık genellikle nodal tutulumludur ancak kemik iliği, karaciğer ve dalak tutulumu da yaygın görülmektedir. Tanı anında genellikle yaygın ileri evre hastalık olarak görülmekle birlikte, hastalık kısmen semptomsuz seyretmektedir (47, 48, 54, 69, 109).

b. Foliküler Lenfoma (FL)

Diffüz büyük hücreli lenfomadan sonra ikinci sıklıkta görülen lenfoma türü arasında yer almaktadır. Çoğu hasta tanı anında yaşlı ve ileri evrededir. Beyaz ırklarda siyahlara göre iki kat daha sık görülmektedir. Cinsiyetler arasında görülme sıklığı eşittir. Hastaların çoğu 50 yaş üzerindedir ve Batı ülkelerinde görülme sıklığı daha yüksektir. ABD'de HDL olgularının %35'ini, Avrupa'da ise %22'sini FL oluşturur. Ülkemizde HDL'ler arasındaki sıklığı %9'dur (48, 113-116). Epidemiyolojik çalışmalar çevre, yaşam tarzı, mesleki faktörler gibi pek çok faktörün FL'nin artışında etkili olduğunu göstermesine rağmen, görülme sıklığındaki artış eğiliminin kesin nedenleri bilinmemektedir. FL hastalarının %40 kemik iliği tutulumu

olmasına rağmen, hastalar tanı sırasında genelde asemptomatiktir. İlk nöksden sonra ortalama yaşam 4-5 yıldır (47, 48, 54, 113, 114, 116, 117).

c. Diffüz Büyük Hücreli Lenfoma (DBBL)

Diffüz Büyük Hücreli Lenfoma (DBBL), HDL'nin yetişkinlerde gözlenen agresif bir formudur ve görülen lenfoid neoplazmların yaklaşık olarak %30-40'ını kapsamaktadır (Van Besien ve Cabanillas, 2000). Hastalarda genellikle hızlı büyüme kapasitesine sahip lenfadenopatiler vardır. DBBL'de sıklıkla ektranodal tutulumlar saptanabilir. Ektranodal tutulum bölgeleri kemik ve kemik iliği, mide, karaciğer, dalak, testis, tiroid ve böbrektir. Kemoterapi tedavi rejimi ile hastalıksız sağkalım oranı %35-40 civarındadır (47, 48, 89, 118-120).

d. Mantle Hücreli Lenfoma (MHL)

Weisenburger (Weisenburger ve ark., 1982) ve Palutke (Palutke ve ark., 1982) 1982 yılında, germinal merkezlerin etrafında geniş manto alanlarda atipik küçük lenfoid hücrelerin çoğalması ile karakterize FL'nin farklı bir tipini MHL olarak tanımlamışlardır (122, 121). NHL'lerin %6'sını oluşturur ve B hücre fenotipindedir. MHL agresif seyrettiği için diğer inaktif lenfomalardan ayrılması önemlidir. MHL ileri yaş hastalığı olup yaş ortalaması 68'dir. Hastalara genellikle ileri evrede tanı konur ve %90'ında ektranodüler tutulum mevcuttur. Hastalık agresif ve yaşam süresi sınırlı olduğu için "bekle-gör" politikası genelde önerilmemektedir. Ancak hastaların %10-14'ünde hastalık yavaş seyirlidir (47, 48, 123-125). Yüksek doz tedavi kullanımı amaçlı otolog hematopoetik kök hücre destekli tedavi ile sağkalım oranı %92 ve genel sağkalım %72 civarındadır (47, 48, 54, 124, 125).

e. Lenfoblastik Lenfoma (LL)

Hodgkin Dışı Lenfomaların yaklaşık %4'ünü oluşturur (54). Çoğunlukla immatür T-hücrelerinden kaynaklanmaktadır. Genellikle çocuklarda ve genç yetişkinlerde görülmektedir. Sıklıkla kemik iliği tutulumu ve santral sinir sistemi tutulumu ile ileri evrede kendini göstermektedir. Kemoterapiye oldukça duyarlıdır ve tedavinin erken döneminde tam yanıt elde edilebilmektedir. Ancak hızla nöks eder ve LL'de kurtarma tedavileri sonrası otolog kök hücre destekli yüksek doz tedavi kullanımı sağkalımı uzatmaktadır (48, 69).

f. Burkitt Lenfoma (BL)

Kaynaklara göre, Burkitt 1958 yılında, Afrikalı çocuklarda özellikle çenede görülen, oldukça hızlı bir gelişen, daima ölümcül seyredabilen bir lenfoma türünü tanımlamıştır. Lurie and King 1962'de hastalığın endemik karakterini ortaya koyduktan sonra, 1965'de Dorfman BL'nin Afrika kıtasının dışında erişkinlerde görülen sporadik formunu tanımlamışlardır. Levine 1973'de iki farklı BL tanımlamıştır. Bunlar (48, 126-131):

1) Afrika Tipi: Özellikle erkek çocuklarda yaklaşık birkaç aylık başlangıç semptomlarından sonra klinik olarak tanınan formudur.

2) Amerikan Tipi: Özellikle erişkinlerde semptomların ortaya çıkmasından aylar sonra santral sinir sistemi, batın ve sıkça lösemik tutulum gösterebilen formudur.

Hastalığın en çok görüldüğü bölge yüzdür (mandibula ve sıklıkla diğer yüz kemikleri) ve hastaların %55-75'inde yüz tutulumu bulunmaktadır. İkinci sıklıkla tutulan bölge karındır. Sıklıkla overler, periton, dalak, böbrekler, karaciğer ve pankreas tutulurken, %10-20 oranında ise orbital ve meningeal tutulum görülebilir. Periferik lenf nodu, testis ve kemik iliği tutulumu diğer nadir görülen lokalizasyonlardır (129, 130-133).

g. T-Hücreli Lenfomalar

Gelişmiş ülkelerde periferik T-hücreli lenfoma HDL'lerin %15-20'sini ve tüm HDL'lerin %7-10'unu oluşturmaktadır. Genellikle ileri yaşta görülen hastalıkta, tanı sırasında %25 oranında kemik iliği tutulumu izlenmekte ve hastaların 1/3'ünden fazlasında ektranodal hastalık bulunmaktadır. Siklofosamid (Cyclophosphamide), Doksorubisin (Hidroksidoksorubisin), Oncovin (Vinkristin), Prednizon (CHOP) tedavisi ve agresif rejimlere rağmen seyri çok kötüdür ve hastaların yarısından fazlası kaybedilmektedir. Beş yıllık sağkalım %25-47 arasındadır (48, 135, 136).

2.4.2.6. Hodgkin Dışı Lenfomada Laboratuvar Bulguları

Yüksek oranda kemik iliği tutulması olduğu halde, HDL'li hastaların %90'ında tanı anında kan sayımları normaldir. Genellikle tedaviye bağlı anemi ortaya çıkmaktadır. Bununla beraber anemi, demir kullanımının bozulması, kemik iliğinin HDL dokusu ile yaygın infiltrasyonu, gastrointestinal kanama ve hemoliz gibi diğer nedenlere bağlı olarak da gelişebilmektedir (48, 54, 104, 107, 108, 137).

Trombosit değeri normal veya düşüktür, nadir olarak kemik iliği infiltrasyonuna ve otoimmün trombositopeniye bağlı gelişebilmektedir. Lökosit değeri düşük, normal veya yüksek olabilir ve granülosit sayısı genellikle normal seyretmektedir. HDL'lerin %10'unda lökositoz görülmektedir. Ayrıca böbrek fonksiyon testleri, serum alkali fosfataz, LDH, kalsiyum ve fosfat değerleri yükselebilmektedir (48, 107, 108, 109, 137).

2.4.2.7. Hodgkin Dışı Lenfomada Tanı Yöntemleri

Tanıda görüntüleme çalışmalarında göğüs, abdomen ve pelvisi içeren BT incelemeleri, Galyum sintigrafisi, PET, çift taraflı kemik iliği aspirasyon ve biyopsisi, eksizyonel biyopsi kullanılmaktadır (69, 89, 138, 139).

2.4.2.8. Hodgkin Dışı Lenfomada Tedavi Şekilleri

Hodgkin Dışı Lenfoma'ların çok heterojen bir hastalık grubu olmaları nedeniyle tedavi yaklaşımları da farklıdır. Tedavi seçiminde histolojik tip, klinik, evre ve hastanın fizyolojik durumu ve prognoza etkili diğer faktörler göz önüne alınmaktadır. Ancak temel olarak tedavi yöntemi radyoterapi ve kemoterapidir (93, 140).

a. Hodgkin Dışı Lenfomada Radyoterapi Tedavisi

Radyoterapi iyonizan ışın ya da atom partiküllerinin kanser ve nadiren kanser dışı hastalıkların tedavisinde kullanıldığı bir tedavi yöntemidir. Radyoterapinin amacı, uygulanması istenen tümör yayılım alanına tümörü kontrol edecek miktarda ışını homojen bir şekilde uygulamak, tümör çevresindeki normal dokuların ise minimal miktarda ışın almasını sağlamaktır. Kanser hastalarının yaklaşık %60'ı hastalığın bir aşamasında radyoterapi almaktadır. HDL vakalarının çoğunda da radyoterapiye ihtiyaç vardır, hatta küratif ve palyatif amaçla kullanılabilir (47, 95, 96).

b. Hodgkin Dışı Lenfomada Kemoterapi Tedavisi

Lenfoma tedavisinde kullanılan en yaygın tedavi yöntemlerinden biri olan kemoterapi, kanser hücresinin çoğalmasını önleyen ve sitotoksik etkisiyle bu hücreleri yok eden ilaçlarla yapılan bir tedavi şeklidir. Lenfoma sistemik bir hastalıktır; bu nedenle sistemik etkisi olan ilaç tedavisi uygulanmaktadır (47, 93, 140, 141).

Kullanılan bütün tedavi yaklaşımlarının asıl amacı, lenfoma hastalarının tamamen hastalıktan kurtulması için uygulanmaktadır. Tedavi seçiminde klinik evreleme yanında

lenfoma histolojik tipinin önemi vardır. Agresif veya çok agresif seyreden histolojik tipler veya büyük tümör kitlesi olanlar, evre I ve evre II bile olsalar kemoterapi programına alınmaktadırlar. Evre III ve IV'deki tüm olgulara histolojik tipine bakmaksızın kemoterapi uygulanmaktadır. Bugün lenfoma tedavisinde en yaygın kullanılan program Siklofosfamid, Hidroksidoksorubisin, Oncovin (Vinkristin), Prednizon (CHOP) protokolüdür (47, 93, 140, 141). Tablo 2.5'de HDL tedavisinde kullanılan bazı ilaç kombinasyon örnekleri yer almaktadır (47, 140).

Tablo 2.5. Hodgkin Dışı Lenfoma Tedavisinde Kullanılan Bazı İlaç Kombinasyon Örnekleri

Hodgkin Dışı Lenfoma Tedavisinde Kullanılan Bazı İlaç Kombinasyonu Örnekleri	
R-CHOP	Rituksimab, Siklofosfamid, Doksorubisin (Hidroksidoksorubisin), Oncovin (Vinkristin), Prednizon.
R-FCM:	Rituksimab, Fludarabin, Siklofosfamid, Mitoksantron
R veya F-CVP	Rituksimab veya Fludarabin + Siklofosfamid, Vinkristin, Prednizon
R-HCVAD	Rituksimab, Siklofosfamid, Vinkristin, Doksorubisin. Deksetazon ardından
RMTXARAC	Rituksimab, Metotreksat-Sitarabin

c. Düşük Dereceli Lenfomalarda Tedavi

Düşük dereceli lenfomalar kemoterapiye ve radyoterapiye duyarlı tümörlerdir. Erken evre olgularında radyoterapi yaklaşık %50 olguda küratif etkilidir. Evre I, gençlerde ve tümör kitlesi küçük olanlarda sonuç daha başarılıdır. İleri evre olgularında, tedavi edilmeden bekle-gör politikası ile tedavi verilmesi arasında sağkalım süresi olarak fark yoktur. Bu nedenle hastalığın tedavi edilmeyi mutlak gerekli kılacak kadar aktif olması beklenir. Bu lenfomalar radyoterapiye çok duyarlı oldukları için, büyük tümör kitlesi olmayan evre III olgularında tek başına total nodal ışınlama etkili olabilmektedir. Radyoterapiye seçenek olarak tek veya kombine ilaç tedavisi verilebilmektedir (47, 108, 142).

d. Orta Dereceli Lenfomalarda Tedavi

Bu grupta yer alan lenfomalar bazen inaktif şekildedir. Düşük dereceli lenfomalar gibi tedavi edilebilmekte, fakat bazıları agresif klinik özellik göstermekte ve bu tür olgularda da kemoterapi uygulanmaktadır (47, 108, 142).

e. Yüksek Dereceli Lenfomalarda Tedavi

Yüksek Dereceli Lenfomalarda radyoterapiden önce kemoterapi verilmesi ve sonra radyoterapi uygulanması ile elde edilen başarı oranı daha yüksektir. Bu tür olguların sadece kemoterapi almaları da seçenekler arasındadır. Evre II ve IV'ün tedavisi yöntemi kemoterapidir. En sık kullanılan CHOP ile %50-60 tam remisyon elde edilebilmektedir (47, 48, 108, 143).

2.4.2.9. Hodgkin Dışı Lenfomada Kemoterapi ve Radyoterapiye Bağlı Gelişen Yan Etkiler

Hodgkin Dışı Lenfoma da kemoterapi tedavisine bağlı olarak kemik iliği etkilenmekte; anemi, lökopeni, nötropeni ve trombositopeni gelişmektedir. Tedavide kullanılan ilaçların bulantı ve kusma gibi yan etkileri genellikle hafif ve kısa süreli olmaktadır. Saç dökülmesi bazı tedavilerde hafif bazılarında tamamen dökülme tarzında olmaktadır. Kemoterapi böbrek ve karaciğer fonksiyonlarını etkileyebilmektedir. Hastalarda iştahsızlık, tat alımında değişiklik, cilt ve tırnaklarda renk koyulaşması, geçici ya da kalıcı fertilitate değişiklikleri olabilmektedir (1, 11, 12, 46).

Radyoterapiye bağlı yan etkiler, ışın yapılan bölge ve verilen doza göre değişiklik göstermektedir. Genellikle hastalarda radyoterapinin ilerleyen günlerinde yorgunluk hali gelişmektedir. Radyoterapi yapılan alanlarda kıl ve saç kaybı, kızarma, kuruluk, duyarlılık ve kaşıntı, cilt koyulaşması, akut radyasyon pnömonisi sık görülen yan etkilerdendir. Boyun ve göğüs bölge radyoterapisi sonrası boğazda kuruluk, diş çürüğü, kemik iliği depresyonu, özefajit, gastrit ve yutma güçlüğü olmaktadır. Karın bölgesine yapılan radyoterapilerde bulantı, kusma, ishal ve idrar şikayetleri ortaya çıkabilmektedir (4, 48).

Biyolojik tedaviler aşı tarzında (interferon) uygulanmaktadır. Bunların yan etkileri kırıklık, yorgunluk, titreme, ateş, kas ve eklem ağrıları, iştah kaybı, bulantı, kusma ve ishal şeklinde soğuk algınlığı bulgularına benzemektedir. Yüksek doz kemoterapi ve periferik kök hücre transplantasyonunda yan etkiler normal dozda kemoterapi tedavisinden daha fazladır. Lenfoma tedavisine bağlı uzun dönemde organ yetmezlikleri, ikincil kanserler, lösemi, solunum-tiroid disfonksiyonu, konjestif kalp yetmezliği, infertilite riski gibi kronik komplikasyonlar görülebilmektedir (1, 4, 11, 12, 46, 48).

2.5. Lenfoma Hastalarında Semptom Kontrolü

Lenfoma hastalarında hastalık sürecinde yaşanan semptomlar kadar, kemoterapi ve radyoterapinin yan etkileri de hastaları oldukça etkilemektedir. En yoğun yaşanan semptomlar; bulantı-kusma, trombositopeni, anemi, oral mukozit, nötropeni-lökopeni, yorgunluk-halsizlik, alopesi, ağrı, anksiyete-depresyon, iştahsızlık- anoreksia, diyare, konstipasyon, tırnak değişiklikleri, el-ayak sendromu, ekstremitasyon, cinsel problemler, uykusuzluk, organ toksisiteleri, hiperglisemi ve hipoglisemidir (8, 11, 13, 44, 47, 48, 142, 144). Lenfoma hastalarında semptom kontrolü ile ilgili girişimler Tablo 2.6'da yer almaktadır.

Tablo 2.5. Lenfoma Hastalarında Semptom Kontrolü

Semptomlar	Yönetimi
Bulantı-Kusma	<ul style="list-style-type: none">- Bulantı ve kusmanın şekli ve oluş biçimi açısından hasta değerlendirilmeli- Antiemetik ilaçlar yemekten en az yarım saat önce verilmeli- Ağız bakımı sık uygulanmalı ve protez varsa tedavi sırasında çıkarılması sağlanmalı- Bulantı ve kusma sırasında ağızdan nefes almanın faydaları anlatılmalı- Kemoterapiyi düşünmek bile bulantıya neden olabileceğinden, tedaviden önce ve tedavi sırasında gevşeme tekniklerinin kullanılması önerilmeli ve öğretilmeli- Fiziksel çevrenin temiz ve kokusuz, hasta giysilerinin rahat olmasına özen gösterilmeli- Uygulamanın rahat bir pozisyonda yapılması sağlanmalı- Tedaviden 15-20 dakika önce sessiz bir yere yatması sağlanmalı- Öğünlerin azar azar sık sık alınması ve iyice çiğnenmesi önerilmeli- Öğünlerde sıvı alımından kaçınılması önerilmeli- Tatlı, kızartma, baharatlı, yağlı gıdalardan kaçınılması önerilmeli- Yiyeceklerin özellikle kuru gıdalardan seçilmesine dikkat edilmeli- Yemekten sonra dinlenme ve yavaş aktiviteler yapma önerilmeli- Kusma ile kaybedilen miktar, içerik, renk açısından değerlendirilerek kaydedilmeli- Dehidratasyon belirtileri açısından hasta gözlenmeli- Vücut ağırlığı, aldığı çıkardığı sıvı miktarı değerlendirilmelidir (13, 48, 144-154).

Tablo 2.6'nın Devamı Lenfoma Hastalarında Semptom Kontrolü

Semptomlar	Yönetimi
Trombositopeni	<ul style="list-style-type: none">- Günlük yaşam aktivitelerine yardım edilmeli- Hastanın kan değerleri düzenli olarak değerlendirilmeli, trombosit değeri 100.000/mm³ altına düştüğünde kanama belirtileri yönünden izlenmeli (peteşi, purpura vb.)- Ağız bakımı için yumuşak materyal kullanması, traş bıçağı yerine makine kullanması önerilmeli, intramüsküler uygulamalardan kaçınılmalı, uygulama yapılıyorsa 3-5 dakika basınç uygulanmalı- Kanama belirtileri hakkında hastalara eğitim verilmeli, valsalva manevrası yapılmamasının önemi anlatılmalı- Hasta çarpma, düşme gibi travmalardan korunmalı ve yaralanmalara neden olabilecek sporlardan kaçınılmalı- Burun temizliğinin sert bir şekilde yapılmamasına özen gösterilmesi açıklanmalı, vazodilatasyon yapabileceği için alkollü içecekler yasaklanmalı- Hastalara bol sebze ve meyve içerikli öğünler tüketilmesinin konstipasyon açısından önemi anlatılmalı- Kan basıncı 140 mm/Hg altında tutulmalı- Aspirin ve nonsteroidal antiinflamatuvar ilaçlar kullanılmaması anlatılmalı- Çevre güvenliği ve cilt bütünlüğü sağlanmalı- Günlük yaşam aktivitelerini yaparken kanama oluşumunu azaltacak güvenlik önlemleri hakkında bilgi verilmeli- Cinsel ilişkiden önce su-bazlı kayganlaştırıcılar kullanması önerilmeli, adet kanaması sırasında tampon kullanmaması gerektiği anlatılmalı- Trombosit sayısı $\leq 50.000/\text{mm}^3$ ise:<ul style="list-style-type: none">➤ Diş tedavisi yaptırılmaması gerektiği➤ Cinsel ilişkiden kaçınması gerektiği (vajinal/anal ilişkide bulunmaması)➤ Ağız bakımında diş ipi kullanmaması gerektiği anlatılmalı- Diş eti, burun, idrar kanaması gibi normal olmayan kanamaların takibi yapılmalı- Aktif kanaması varsa kanamayı durduracak ilaçlar verilmeli (K vitamini, Nitrogliserin, vazopressin), istem dahilinde taze donmuş plazma ve platelet transfüzyonu yapılmalıdır (47, 83, 137, 155-162).

Tablo 2.6'nın Devamı Lenfoma Hastalarında Semptom Kontrolü

Semptomlar	Yönetimi
Anemi	<ul style="list-style-type: none">- Günlük yaşam aktivitelerine yardım edilmeli- Yorgunluk, baş dönmesi, titreme ya da takipne gibi anemi belirtileri gözlenmeli- Anemi belirtileri değerlendirilmeli, hasta ve aileye eğitim verilmeli- Hastanın kan değerleri düzenli olarak değerlendirilmeli (hemogloblin, hematokrit, eritrosit)- Ortostatik hipotansiyon, baş dönmesi varsa özellikle yatarken ve kalkarken yavaş hareket etmesi açıklanmalı- Hastanın beslenmesi düzenli olarak değerlendirilmeli- Halsizlik ve dispne yönünden gözlenmeli- Aktivite intoleransı bulguları (yorgunluk, tansiyon yükselmesi, takipne, dispne vb.) gözlenmeli- Anemi tedavisinde istem dahilinde demir tedavisi başlanmalı ve demir tedavisinin antiasit ve süt ile birlikte alınmaması, antiasit ve sütün demir emilimini azaltacağı konusunda açıklama yapılmalı- Nedene yönelik tedavi uygulanmalı- İstem dahilinde eritropoezisi uyaran tedaviler uygulanmalı- Eritropoetik ajan (epoetin alfa, epoetin beta) kullanımı ve yan etkiler konusunda bilgi verilmelidir (13, 47, 48, 142, 147, 144, 163-168).
Oral Mukozit	<ul style="list-style-type: none">- NaHCO₃ ile ağız bakımı önerilmeli ve önemi açıklanmalı- Oral kavite günlük olarak değerlendirilmeli (kırmızı, sarı ve beyazlık yönünden)- Hastanın öğünlerden önce ve sonrasında ağız bakımı yapması sağlanmalı- Ağız bakımını kendisi yapabilecek hastaya günde iki kez dişlerini floridli diş macunu kullanarak fırçalaması, her 3 ayda bir diş fırçasını değiştirmesi, herhangi bir enfeksiyon geçiriyor/ geçirdi ise fırçasını hemen yenilemesi gerektiği belirtilmeli- Beslenmesi ve sıvı alımı arttırılmalı- Acı, ekşi, baharatlı, sıcak yiyeceklerden kaçınma, sigara, alkol tüketmeme, yumuşak ve proteinden zengin besinler tüketme konusunda bilgi verilmeli- Azar azar ve sık sık beslenmesi gerektiği söylenmeli- Kırmızı et yerken zorlanıyorsa yumurta, balık, tavuk veya peynir tüketmeli- Çok sıcak ve havasız ortamlarda yemek yememesi gerektiği söylenmeli- Yumuşak diş fırçası kullanması sağlanmalı- Dudaklara vazelin, E vitamini içerikli kremler sürülmeli- Ağızda kanama varsa, küçük buz parçası ile kanamanın durdurulması sağlanmalı- Ağrı için doktor isteminde lokal analjezikler kullanılması önerilmelidir (47, 48, 81, 83, 142, 147, 169-177).

Tablo 2.6'nın Devamı Lenfoma Hastalarında Semptom Kontrolü

Semptomlar	Yönetimi
Nötropeni-Lökopeni	<ul style="list-style-type: none">- Günlük yaşam aktivitelerine yardım edilmeli- Yaşam bulguları kontrol edilmeli- Hastada enfeksiyon belirti ve bulguları gözlenmeli (38.3°C üzerindeki ateş, kızarıklık, ödem, ağrı vb.), ateş 38.3°C üzerine çıktığı zaman nötropenik ateş kabul edilmeli ve ampirik antibiyotik başlanmalı- Hastalara ve ailelerine el yıkamanın önemi anlatılmalı- Hastanın kan değerleri düzenli olarak değerlendirilmeli (lökosit, nötrofil)- Nötropenik diyet alması sağlanmalı- Günlük hijyenin önemi anlatılmalı ve uygulanmalı, tırnakların kısa ve düz kesilmesi sağlanmalı- İnfluenza ve pnömoni aşılarını olması gerektiği söylenmeli- Canlı aşı yaptırmamalı ve yaptıran bireylerden uzak durmalı- İnvazif girişimlerden önce bölge temizliği uygun bir şekilde yapılmalı- Enfeksiyonun sık görüldüğü bölgeler daha sık gözlenmeli (üriner sistem, cilt ve müköz membranlar, oral kavite vb.)- Perianal bölgenin temizliğinin önemi anlatılmalı- Hastanın diş protezi varsa hastaya tam uygunluğu sağlanmalı, protezler günde en az iki kez yumuşak fırça ile fırçalanmalı ve günde 3-4 kez çıkarılarak rutin ağız içi bakımı yapılmalı- Deri bütünlüğü korunmalı ve düzenli temizliği yapılmalı- Hastaya ait malzemeler, tuvaletler çamaşır suyuyla temizlenmeli- Taze meyve ve sebze tüketimi önlenmeli- Az pişmiş et ve et ürünlerinden kaçınılması gerektiği anlatılmalı- Hazır gıda tüketimi önlenmeli- Hastanın odasında vazo, saksı, sabunluk gibi durgun su kaynakları bulundurulmamalı- Hastanın odasında, tuvalet ve banyo bulunmalı <p>İstem dahilinde geniş spektrumlu antibiyotikler başlanmalıdır (13, 83, 147, 178-187).</p>

Tablo 2.6'nın Devamı Lenfoma Hastalarında Semptom Kontrolü

Semptomlar	Yönetimi
Yorgunluk-Halsizlik	<ul style="list-style-type: none">- Hastanın bakım gereksinimleri tanımlanmalı- Hastaya veya ailesine kansere bağlı yorgunluk hakkında bilgi verilmeli- Hastanın yorgunluk düzeyi değerlendirilmeli- Hastanın bakım gereksinimleri kısa sürede tamamlanmalı- Bakımın sağlanmasında ve sürdürülmesinde hastayı teşvik etmeli, gerekiyorsa yardım edilmeli- Uykusuzluğa neden olabilecek çevresel faktörler önlenmeli- Hastanın gece en az 7-8 saat uyuması sağlanmalı, gündüz uyku periyotları oluşturulması ve aktivite kısıtlaması sağlanmalı- Tedavinin tipine göre hafif egzersizler seçilmeli, enerji seviyesinin artmasına yardımcı olunmalı- Hastanın enerjisinin yüksek olduğu zamanlarda önemli aktivitelerini yapması ve yeterli beslenmesi sağlanmalı- Gevşeme teknikleri öğretilmeli- İstem dahilinde günde 5 mg Donepezil kullanımı önerilmeli- Yorgunluğu azaltmak için istem dahilinde 100-150 mg Bupropion tedavisi uygulanmalı- Yıkılan hücrelerin ve artık ürünlerin uzaklaştırılabilmesi için günde en az 8-10 bardak su içmesi önerilmelidir (11, 13, 44, 48, 83, 144, 147, 188-196).
Alopesi	<ul style="list-style-type: none">- Hastaya saç kaybı olacağı, ancak tedavi bitiminden sonra en geç 3-5 ay sonra saçların yeniden çıkacağı açıklanmalı- Saçları çıkarken yapı ve renk yönünden farklılık olabileceğine ilişkin bilgi verilmeli- Saç dökülmesinin tedaviyi yarıda bırakacak bir yan etki olmadığı açıklanmalı- Hastalar şapka, eşarp, bone, peruk gibi değişik materyaller konusunda bilgilendirilmeli- Kemoterapiden önce saçlarını kısaltması önerilmeli- Göz kalemi, kaş kalemi, takma kirpik önerip uygulamasına yardım edilmeli- Kalan saçlar için sık şampuan uygulaması yapılmamalı ve yumuşak fırça kullanılmalı, yumuşak ve arası açık saç fırçası kullanması önerilmeli- Saçları şekillendirmek için kurutma makinesi kullanmaması gerektiği açıklanmalı- Saç kaybı arttıkça, kalan saçları traş ettirebileceği konusunda öneride bulunulmalı- Kafa derisini güneşi bloke eden ajanlarla, şapkalarla sıcak ve soğuktan koruma konusunda bilgilendirilmeli- Aile üyeleriyle beklenen fiziksel değişiklikler görüşmeli, hastanın nasıl kabulleneceği konusunda tavsiyelerde bulunularak manevi destek sağlanmalı, psikolojik sorun yaşayan hastalar için destek sağlanmalıdır (13, 44, 83, 142, 145, 147, 197-199).

Tablo 2.6'nın Devamı Lenfoma Hastalarında Semptom Kontrolü

Semptomlar	Yönetimi
Ağrı	<ul style="list-style-type: none">- Ağrıyı arttıran faktörler ortadan kaldırılmalı- Ağrının şiddeti değerlendirilmeli- Masaj, sıcak ya da soğuk uygulama yapılmalı, ılık banyo yapması önerilmeli- Çevrenin sessiz ve sakin olması sağlanmalı- Yatak içinde pozisyon değişikliği yapılmalı- Gevşeme tekniği olarak kitap okuma, radyo ve müzik dinleme, hipnoz, akapunktur ve meditasyon gibi tekniklere yönlendirilmeli- Sempatik sinir sistemi uyarımı azaltılmalı- Endojen ağrı gideren maddelerin salgılanması sağlanmalı (Örneğin; endorfin)- Analjezik istemi doktor istemine göre uygulanmalı<ol style="list-style-type: none">1. Hafif ağrı için narkotik olmayan analjezikler + adjuvan tedavi (parasetamol ve asetaminofen)2. Orta şiddetli ağrı için zayıf narkotikler + nonopioid – adjuvan tedavi (dihidrokodein, demoral, tolvin)3. Şiddetli ağrı için güçlü narkotikler + nonopioid ilaçlar + adjuvan tedavi (morfin ve fentanil)- Hasta için uygun analjezik düzenli olarak kullanılmalı- Şiddetli ağrılarda kombine analjezik uygulaması yapılmalı- Analjezikler ağrı başlamadan önce verilmeli- Analjeziklerin etkinliği değerlendirilmelidir (13, 147, 200-215).
Anksiyete-Depresyon	<ul style="list-style-type: none">- Hasta ve ailesi ile olumlu bir iletişim ve işbirliği sağlanmalı- Hastanın kendini ifade edebilmesi sağlanmalı- Hastanın durumu değerlendirilmeli ve anksiyete-depresyona neden olan durumlar değerlendirilmeli- Hastanın kaybolduğunu hissettiği kontrolü yeniden sağlanmalı ya da hastanın çevresine hakim olduğu duygusu verilmeli- Geçmişteki baş etme yöntemleri değerlendirilmeli ve uygun yöntemin kullanılması sağlanmalı (dikkat dağıtma, egzersiz, progresif kas gevşemesi, solunum egzersizi, hayal kurma, akapunktur, hipnoz, aromaterapi, refleksoloji vb.)- Hasta ve ailesine yeterli psikososyal destek sağlanmalı- Somatik yaklaşımlar değerlendirilmeli- İstem dahilinde antisivolitik ya da antidepresan tedavi kullanılmalıdır (13, 47, 48, 83, 147, 216-225).

Tablo 2.6'nın Devamı Lenfoma Hastalarında Semptom Kontrolü

Semptomlar	Yönetimi
İştahsızlık-Anoreksia	<ul style="list-style-type: none">- Yemek seçiminde çiğneme ve yutma fonksiyonları, iştah durumu, tat duyusu, öğün sayısı ve boyutları göz önüne alınmalı- Günlük üç büyük öğün yemek yerine iki üç saatte bir, az az ve hafif yiyecekler yenmesi anlatılmalı- Pratik, hafif fakat bol proteinli ve kalorili yiyecekler seçilmeli; örneğin sütlü yiyecekler, peynir, meyve, fındık, fıstık, tereyağ, kraker, meyve, sebze ve et suyu- Yağlı, baharatlı, asitli yiyeceklerden kaçınılmalı- Yemekleri hazırlarken renkli ve göze hitap edecek yiyecekler seçilmeli- İştahın en iyi olduğu saatte en büyük öğün yenmeli, öğün arasında atıştırmalar yapılmalı- Karbonhidratlı besinler alınmamalı, yemekten 30-60 dakika önce doktorun önerisiyle antiemetik kullanılmalı- Doktorun önerisiyle beslenmeye destek amacıyla hazır enteral beslenme ürünleri denenmesi sağlanmalı- Yenilen yiyecekler kaydedilip kalorileri hesaplanmalı- Her gün düzenli olarak aynı saatte tartılmalı- Bol sıvı almaya çalışmalı, günde en az 8 bardak sıvı tüketilmeli- Aile/arkadaşlardan yemek konusunda öneride bulunmaları istenmeli- Rahat olabileceği, hoş bir ortamda yemek yemesi sağlanmalı- Yemek yediği mekanı, toplumu ve zamanı değiştirmesi önerilmeli, örneğin favorisi olan TV programını izlerken yemek yemesi önerilmeli- Yürüyüş ve hafif egzersiz iştahı arttırabileceğinden yemekten 30 dakika önce egzersiz yapması önerilmeli- Yemek yerken kötü kokulu ve rahatsız edici yerlerden uzak durulmalı- Günde en az iki kez dişlerini yumuşak diş fırçasıyla fırçalaması önerilmeli- İştahı kapatan ağız yarası, bulantı, ağrı gibi başka sorunlar varsa bu sorunların tedavisi sağlanmalıdır (13, 47, 48, 83, 142, 226-233).

Tablo 2.6'nın Devamı Lenfoma Hastalarında Semptom Kontrolü

Semptomlar	Hemşirelik Girişimleri
Diyare	<ul style="list-style-type: none">- Günlük dışkılama sayısı ve dışkının özellikleri tanılanmalı ve kaydedilmeli- Barsak alışkanlıkları tanılanmalı- Aldığı çıkardığı sıvı takibi yapılmalı ve kaybedilen sıvı yerine konulmalı- Dışkı kültüründe üreme yoksa doktor istemine göre antidiyaretik ilaçlar verilmeli (Loperamid, Lomotil vb.)- Perine bölgesi iritasyon, travma ve kanama açısından gözlenmeli- Bölge ılık suyla temizlendikten sonra hafifçe kurulanmalı- Dışkı sayısı kaydedilmeli ve dışkı kanama yönünden gözlenmeli- Az lifli, pişmiş yiyecekler menüye alınmalı- Sütü ürünlerden sakınması, potasyum kaybı olacağından sakıncası yoksa muz, portakal, patates yemesi önerilmeli- Diyetteki yağ miktarı azaltılmalı- Fazla sıcak ve soğuk olmayan az şekerli yiyecekleri az ve sık olarak alması sağlanmalı- Diyare düzeldiğinde lifli besinlerin diyeteye azar azar eklenmesi sağlanmalı- Diyareye eşlik eden semptomlar değerlendirilmeli (ateş, karın ağrısı, bulantı, kusma, baş dönmesi, laterji)- Muköz membranlarında kuruluk değerlendirilmeli ve ağız bakımı önerilmeli- Hastanın hidrasyon durumu değerlendirilmelidir (Ven dolgunluğu, susuzluk düzeyi, deri turgoru, yaşam bulguları, idrar dansitesi vb.) (47, 48, 83, 142, 145, 147, 234, 237).

Tablo 2.6'nın Devamı Lenfoma Hastalarında Semptom Kontrolü

Semptomlar	Yönetimi
Konstipasyon	<ul style="list-style-type: none">- Hasta öğünlerini günün aynı saatlerinde alması konusunda bilgilendirilmeli- Hastanın günün aynı saatlerinde tuvalet alışkanlığı kazanması anlatılmalı- Sürgü yerine klozet ya da komod kullanımına teşvik edilmeli- Mahremiyete dikkat edilmeli- Boşaltım sonrası uygun perine temizliği yapılmalı- Hastanın öğünlerini düzenli ve zamanında alması sağlanmalı- Gün içinde dışkılama hissi oluştuğunda geçiştirilmemesi gerektiği hakkında hastaya bilgi verilmeli- Aktif- pasif egzersizler (egzersiz, yürüyüş, yatak içi egzersizler) öğretilmeli ve uygulaması sağlanmalı- Mevcut hastalık durumuna uygun olacak şekilde sıvı alımı desteklenmeli (günlük 1500- 2000 ml)- Makarna, pirinç, patates vb. nişastalı gıdalar, muz, havuç, şeftali, koyu kahve, çay, maden sodası, beyaz ekmek önerilmemeli- Posalı ve lifli yiyecekler önerilmeli, işlem görmemiş kepek, tam tahıl ürünleri, taze sebze ve meyve sık tüketilmeli- Yatağa bağımlı hastalarda ROM egzersizleri yaptırılmalı- Kabuklu yenilebilir meyveler kabuğuyla yenilmeli, yemeklerin çok sıcak ya da çok soğuk olmaması ve hızlı yenmemesi konusunda hastaya eğitim verilmeli- Supozituar ve lavman kullanımına dikkat edilmeli ve mümkün olduğunca kaçınılmalı- Hastaya abdominal kas tonüsünü arttırıcı hareketler yaptırılmalı, abdominal bölgeye saat kadranı yönünde masaj uygulanmasının faydalı olacağı konusunda bilgilendirilmeli- Hasta ve ailesine konstipasyon komplikasyonları, beslenme, sıvı alımı, egzersiz konusunda eğitim verilmeli, dışkıda kan varsa acilen doktora başvurmaları gerektiği söylenmelidir (13, 47, 142, 145, 147, 170, 238-243).

Tablo 2.6'nın Devamı Lenfoma Hastalarında Semptom Kontrolü

Semptomlar	Yönetimi
Tırnak Değişiklikleri	<ul style="list-style-type: none">- Tırnaklarını kısa kesmesi hijyene önem göstermesi sağlanmalı- Tırnak ve tırnak etrafına zarar verecek kimyasallardan ve deterjanlardan uzak durulmalı- Narin tırnakları olan hastalara her gün ellerini B vitaminli suda (günde 2 kez 10 dakika süreyle) bekletmesi, biotin uygulaması önerilmeli- Oje kullanmaması, kullanır ise tırnak yatağı açık ise aseton kullanırken dikkat etmesi anlatılmalı- Günlük yaşamın devam ettirilmesi için eldiven kullanması önerilmeli- Tırnakta ve tırnak etrafında ağrı var ise doktoruna danışarak uygun bir analjezik kullanması sağlanmalı- Gerektiğinde lokal topikal antifungal veya antibiyotikler kullanması konusunda bilgilendirilmelidir (83, 142, 147, 244, 245).
El-Ayak Sendromu	<ul style="list-style-type: none">- Basınca duyarlı alanlar değerlendirilmeli- Belirti ve bulgular erken tanınmalı- Güneşe çıkılmamalı ya da güneş koruyucu kullanılmalı- Sıcak duştan kaçınılmalı- Sıcak su torbası kullanılmamalı- Kilolu hastaların kasık, meme altı gibi bölgeleri gözlenmeli- Buz uygulanmalı (doğrudan olmayan)- El ve ayaklar iritanlardan korunmalı- Kırışık bölgeleri kremlerle nemlendirilmeli- Sıkan giysiler kullanılmamalı- Zorlayıcı müzik aleti çalınmamalı- Sandalyeye oturmadan önce bacaklar yastıklarla desteklenmeli- Uyku sırasında sürtünmeyi önlemek için bacakların arasına yastık konulmalı- Zorlayıcı egzersiz ve yürüyüşten kaçınılmalı- Tedavi öncesi ayakta sert deri varsa pedikür yapılmalı- Temizlik ürünleri ve deterjanlardan kaçınılmalı- Sıcak maddelere dokunmadan lastik eldiven giyilmeli- Torna vida, bıçak ve bahçe aletleri gibi ellere büyük basınç gerektiren aletler kullanılmamalı- Hava alabilen çorap ve giysi kullanılmalı- Bül ve ülserasyon varsa doktorun önerdiği şekilde nemlendirme, topikal yara tedavisi uygulanmalıdır (47, 48, 83, 246-248).

Tablo 2.6'nın Devamı Lenfoma Hastalarında Semptom Kontrolü

Semptomlar	Yönetimi
Ekstravazasyon	<ul style="list-style-type: none">- Hastanın ekstravazasyon risk faktörlerine sahip olup olmadığı tanılanmalı- Uygulanacak olan kemoterapi programı hakkında bilgi verilmeli ve ekstravazasyon olasılığına karşı yeterli önlem alınmalı- Daha fazla fonksiyonel zararlara neden olabileceği için eklem, kemik çıkıntıları, el üzeri veya antekübital alana infüzyon uygulanmasından kaçınılmalı- Devamlı infüzyon uygulanacaksa, ilaçlar her zaman santral bir ven üzerinden uygulanmalı- Dolaşımı bozulmuş kol ya da bacak bölgelerine ya da lenf nodu diseksiyonu yapılan alanlara perifer damaryolu takılmamalı- Damar yolu tek girişimle plastik kateter uygulanarak açılmalı- Eğer periferik alan kullanılacaksa, yan kol infüzyon tekniği tercih edilmeli- Açılan damar yolu başlangıçta asla kemoterapi ilacı ile test edilmemeli- Ekstravazasyon rapor edilmeli- Bölge şişme, kızarıklık ve ağrı açısından gözlenmeli- Kemoterapi uygulanırken hastalar herhangi bir yanma ve ağrı olduğunu ifade ettiğinde, derhal infüzyon durdurulmalı ve bölge değiştirilmeli- Etkilenen bölge 48 saat dinlendirilmeli ve yükseltilmeli, ekstravaze olan sıvıların drenajına ve emilimine yardım edilmeli, bölge 2-4 saatte bir kontrol edilmeli- Soğuk uygulama ilk 24-48 saat içinde 4 kez en azı 15-30 dakika uygulanmalı, uygularken alana doğrudan basınçtan kaçınılmalı- Venöz kan dönüşü veya ilaç verilmesi sırasında kızarıklık ve şişlik olup olmadığı sık sık kontrol edilmeli ve kemoterapi ilaçları uygulanmadan önce ve tedavi bittiğinde ven IV sıvılarıyla 3-5 dakika süreyle mutlaka yıkanmalı- Eğer cilt açıksa, bül ya da nekrotize ise iyileşene kadar her 12 saatte bir silversulfadiazine (istem dahilinde ilaç antidotu veya steroid) uygulanmalı- Sistemik veya lokal analjezikler kullanılmalı- Gereğinde hasta plastik cerrahiye yönlendirilmelidir (47, 48, 83, 147, 249-255).

Tablo 2.6'nın Devamı Lenfoma Hastalarında Semptom Kontrolü

Semptomlar	Yönetimi
Cinsel Problemler	<ul style="list-style-type: none">- Hastaların inançları ve kültürel değerleri göz önünde bulundurmalı ve mahremiyete dikkat edilerek görüşleri dile getirilmeli- Cinsel ilişki sonrası perine hijyenine özen göstermesi konusunda bilgilendirilmeli- Hastalara cinsel ilişki sırasında kanama ve ağrıyı azaltmak için suda eriyen kayganlaştırıcılar ya da hormonal kremler önerilmeli- Konuların tartışılması için ortamın uygunluğuna dikkat edilmeli- Hastanın cinsellik konusunda endişelerinin olup olmadığı değerlendirilmeli, kendisini ifade etmesi için desteklenmeli, hemşire hastanın cinsel yönelimini keşfetmeli- Aile üyeleri birbirlerinin beklentilerini keşfetmeye çalışmalı ve isteklerini ifade etmek için uygun ortam hazırlanmalı- Kemoterapi tedavisi sürecinde doğum kontrol yöntemlerinin kullanılması, gerekirse kemoterapi öncesi in vitro fertilizasyon konusunda bilgilendirilmeli- Hastanın ve eşinin değişen durumlarla yüzleşmesine yardım edilmeli- Trombosit sayısı $\leq 50.000 / \text{mm}^3$ ise: cinsel ilişkiden kaçınması gerektiği (vajinal/anal ilişkide bulunmaması) açıklanmalı- Cinsel fonksiyonu arttıracak psikososyal ve tıbbi girişimler hasta ve yakınlarına tanıtılmalı ve danışmanlık alması için yönlendirilmelidir (47, 83, 142, 147, 256-265).
Uykusuzluk	<ul style="list-style-type: none">- Hastaya uyku düzeni ve alışkanlıkları sorulmalı- Uyku düzeni yeterliliği kaydedilmeli- Korku ve endişelerini ifade etmesi sağlanmalı- Alışkanlıkları doğrultusunda uykuyu kolaylaştıran önlemler alınmalı (ılık süt, gevşeme teknikleri, müzik dinleme vb.)- Hastanın uyku kalitesini sağlamak için en az 1.5 saatlik uyku periyodunda uyuması sağlanmalı- Uyku bozukluklarının ciddiyeti, süresi ve sıklığı belirlenmeli- Hastayı bunaltan, davranış ve düşüncelerini bozan duygulardan uzak durması gerektiği söylenmeli- Gerekirse istem dahilinde ilaç kullanılmalı- Birçok sedatif ve hipnotik ilacın REM uykusunu azalttığı unutulmamalı, bu nedenle ilaçların etki ve yan etkileri dikkatlice izlenmeli- Gece yapılacak işlemler belirlenerek, hemşirelik bakımı bireyin uykusunu kesintiye uğratmayacak şekilde düzenlenmeli- Ünitelerde kullanılan cihazların çıkardığı seslerin mümkün olan en düşük düzeyde tutulmasına özen gösterilmelidir (48, 83, 147, 266-271).

Tablo 2.6'nın Devamı Lenfoma Hastalarında Semptom Kontrolü

Semptomlar	Yönetimi
Organ Toksisiteleri	<ul style="list-style-type: none">- Tedavinin başlangıcında kemoterapik ajanların olası yan etkileri ve toksisite konusunda hasta ve aile bilgilendirilmeli- Belirti ve bulgular hakkında hasta ve ailesi bilgilendirilmeli- Uygun güvenlik önlemlerinin alınmasının önemi vurgulanmalı- Kemoterapi başlanmadan önce doz ayarlanması, siklusların belirlenmesi ve ilaç hızının düzenlenmesinde bireysel faktörler tanınmalı- Kemoterapi süreci boyunca hastanın sık sık takibi yapılmalı- Kemoterapi infüzyonu devam ederken yaşanan sıkıntılarda ilaç hemen durdurulmalı ve hastanın yaşam bulguları takibi yapılmalı- Solunum sıkıntısı yaşayan hastalara oksijen desteği sağlanmalı- Günlük aktiviteleri yapmasına yardımcı olunmalı- Hastanın kan değerleri düzenli olarak değerlendirilmelidir (trombosit, bilirubin vb.) (47,48, 83, 142, 271- 274).
Hiperglisemi	<ul style="list-style-type: none">- Hastalarda glisemik kontrol sağlanmalı ve eğer gerekirse intavenöz insülin infüzyonu tercih edilmeli- İnsülin tedavisine başlanan kritik bakım hastalarında plazma glikoz düzeyleri 140-180 mg/dl aralığında tutulmalı- İnsülin tedavisi programlandığı şekliyle, belirlenen dozda ve doğru zamanda uygulanmalı- Hastanın fazladan kalori almadığından emin olmak için aldıkları kaydedilmeli ve kontrol edilmeli- Kan glikoz seviyeleri düzenli olarak (4-8 kez/günde) kontrol edilmeli- Hastanın bakımına katılanlara, aile bireylerine ve ziyaretçilere hastanın diyetinde olmayan besinleri vermeden önce mutlaka hemşire ile kontrol etmelerinin önemi öğretilmelidir (47, 83,147, 275-278).

Tablo 2.6'nın Devamı Lenfoma Hastalarında Semptom Kontrolü

Semptomlar	Yönetimi
Hipoglisemi	<ul style="list-style-type: none">- Hastalar ve aileler, hipogliseminin önlenmesi, anlaşılması ve tedavisi hakkında eğitilmeli- Kan şekeri hedefi her hastaya göre ayrı ayrı belirlenmeli- Sıkı bir kan şekeri kontrolü düşünülüyorsa, hastalara hipoglisemi semptomları ve hipoglisemi yönetimi anlatılmalı- Hipoglisemi risk faktörleri bilinmeli (kullanılan ilaçlar, yaş, gıda alımı, egzersiz vb.)- Hipoglisemi semptom ve bulguları tanınmalı (soğuk terleme vb.)- İlaç seçerken hipoglisemi için riskli hastalarda hipoglisemi riski olmayan/düşük ilaçlar seçilmeli- Gece hipoglisemisinin önlenmesi için yatmadan önce gıda alımı önerilmeli- Egzersiz ile ilgili hipogliseminin önlenmesi için gıda takviyesi, tedavi rejimi ayarlanmalı- Hipoglisemi atağındaki hastaya bilinci açık ve yutabiliyorsa 15-20 gr glikoz (3-4 glikoz tablet/jel, 4-5 kesme şeker veya 150-200 ml meyve suyu ya da limonata) oral yolla verilmeli- Hipoglisemi atağındaki hastaya bilinci kapalı ve yutamıyorsa IV 75-100ml %20 (veya 150-200 ml %10) dekstroz uygulanmalıdır (47, 83,147, 275-278).

2.6. Memorial Semptom Tanılama Skalası Sıklık Alt Boyutu Semptom Kümelemesi Yönetimi

Memorial Semptom Tanılama Skalası sıklık alt boyutunda oluşan kümeler, genellikle gastrointestinal sistem semptomlarından oluştuğu için, gastrointestinal semptom yönetimine ilişkin uygulamalar aşağıda ele alınmıştır.

Tablo 2.7. Memorial Semptom Tanılama Skalası Sıklık Alt Boyutu Semptom Kümelemesi Yönetimi

Semptomlar	Yönetimi
GASTROİNTESTİNAL SİSTEM SEMPTOMLARI: <ul style="list-style-type: none">- Bulantı- Kusma- İştahsızlık- Ağız kuruluğu- Halsizlik ya da enerji kaybı- Ağrı	<ul style="list-style-type: none">- Antiemetik ilaçlar yemekten en az yarım saat önce verilmeli- Ağız bakımı sık uygulanmalı ve protez varsa tedavi sırasında çıkarılması sağlanmalı- Kusma ile kaybedilen miktar, içerik, renk açısından değerlendirilerek kaydedilmeli- Dehidratasyon belirtileri açısından hasta gözlenmeli- Vücut ağırlığı, aldığı çıkardığı sıvı miktarı değerlendirilmeli- Yağlı, baharatlı, asitli yiyeceklerden kaçınılmalı- Yenilen yiyecekler kaydedilip kalorileri hesaplanmalı- Yemek yerken kötü kokulu ve rahatsız edici yerlerden uzak durulmalı- Günde en az iki kez dişlerini yumuşak diş fırçasıyla fırçalaması önerilmeli- NaHCO₃ ile ağız bakımı önerilmeli ve önemi açıklanmalı- Oral kavite günlük olarak değerlendirilmeli (kırmızı, sarı ve beyazlık yönünden)- Hastanın öğünlerden önce ve sonrasında ağız bakımı yapması sağlanmalı- Hastanın yorgunluk düzeyi değerlendirilmeli- Hastanın bakım gereksinimleri kısa sürede tamamlanmalı- Bakımın sağlanmasında ve sürdürülmesinde hastayı teşvik etmeli, gerekiyorsa yardım edilmeli- Uykusuzluğa neden olabilecek çevresel faktörler önlenmeli- Hastanın gece en az 7-8 saat uyuması sağlanmalı, gündüz uyku periyotları oluşturulması ve aktivite kısıtlaması sağlanmalı- Ağrıyı arttıran faktörler ortadan kaldırılmalı- Ağrının şiddeti değerlendirilmeli- Masaj, sıcak ya da soğuk uygulama yapılmalı, ılık banyo yapması önerilmeli- Çevrenin sessiz ve sakin olması sağlanmalı- Yatak içinde pozisyon değişikliği yapılmalı- Gevşeme tekniği olarak kitap okuma, radyo ve müzik dinleme, hipnoz, akupunktur ve meditasyon gibi tekniklere yönlendirilmeli- Sempatik sinir sistemi uyarımı azaltılmalı- Endojen ağrı gideren maddelerin salgılanması sağlanmalıdır (Örneğin; endorfin) (144, 145, 147, 150, 171, 190, 201).

2.7. Semptom Kümelemesi

Semptom, günlük yaşantımızda sıklıkla karşılaştığımız süresi ve derecesi bireysel farklılıklar gösteren subjektif bir durumdur. Semptom, Türk Dil Kurumu sözlüğünde “bulgu” olarak tanımlanmaktadır. Semptom “bireyin biyopsikososyal fonksiyonları, duyuları ya da bilişsel durumundaki değişiklikleri yansıtan” çok boyutlu, karmaşık ve subjektif fenomendir (279). Bir semptomun yedi özelliği bulunmaktadır. Bunlar; yerleşimi düzeyi/yoğunluğu/şiddeti, sıklığı, süresi, ortaya çıkaran durum, azaltan ya da arttıran faktörler, eşlik eden durumlar ve günlük yaşamına etkisidir. Semptom sıkıntısı ve semptom deneyimi semptomla ilişkili bileşenlerdir. Semptom sıkıntısı kişide bir semptomun neden olduğu sıkıntı ya da acının miktarı olarak tanımlanmıştır (280). Hastaların algılarıyla bildirdikleri can sıkıcı ya da rahatsız edici mental ve fiziksel acı çekmenin derecesi olarak da adlandırılmaktadır. Semptom deneyimi bireyin semptom algısını, semptomun anlamını ve semptomu tepkisini değerlendirmesini kapsayan bir süreçtir (281). Semptom yükü ise semptomları ve bunların bireyin yaşamına etkisini tanımlamakta kullanılan bir terimdir. Buradaki çoklu semptomların hasta üzerindeki etkileri semptom sıkıntısı olarak adlandırılır. Semptom sıkıntısı ve yükü öznel, ölçülebilir, genellikle hastalar üzerinde fiziksel sıkıntı yaratarak birden fazla negatif, fiziksel ve duygusal tepkiler üreten belirtilerdir (279, 282).

Küme; birbirine benzer veya aynı cinsten olan şeylerin oluşturduğu bütündür. Kümeleme ise; Türk Dil Kurumu sözlüğüne göre; yığılma, toplanma olarak tanımlanmıştır. Semptom kümesi; Türkçe’de “semptom grubu” veya “semptom kümesi” anlamına gelmektedir (283). Semptom grubunu oluşturan semptomlar arasında sinerjik ilişki söz konusu olup bu ilişki morbidite oranını arttırabilmektedir (31).

Semptom kümeleme, genel tıpta sık kullanılan bir kavramdır. Bu kavram hastalıkların altta yatan patofizyolojilerini, semptomların sınıflandırılmasını ve semptomların örüntülerini araştırmakta kullanılmıştır (Atay, 2008). Semptom kümelemesi, üç ya da daha fazla eş zamanlı semptomun birbiriyle ilişkisi ve birlikte görülmesi şeklinde tanımlanmaktadır (30, 31). Onkoloji alanında yapılan semptom yönetimi çalışmalarında, semptom kümeleri bir arada görülen çoklu semptomların ortaya çıkma eğilimlerinin araştırılması açısından öncelikli bir alan olarak görülmektedir (30, 31, 32). Dodd ve arkadaşları, (2001), semptom kümelemesini “birbiri ile ilişkili, üç veya daha fazla semptomun eş zamanlı, bir arada olması durumu (örneğin, ağrı, yorgunluk ve uyku sorunları)” şeklinde tanımlamıştır. Ancak Kim ve arkadaşları (2005)’nin semptom kümelemesi analizinde “semptom kümelemesi birbiri ile ilişkili iki ya da daha fazla semptomun birlikte görülmesidir” şeklinde tanımlanmaktadır (31). Çoğu araştırmacı kümeleme halindeki semptomların birbiriyle ilişkili ve bir arada var olduğu konusunda ortak kanıya sahiptirler (30, 31).

Semptom kümelemesinin genel tıpta sık kullanılan bir kavram olduğu görülmektedir. Genel tıpta yapılan çalışmalarda semptom kümeleri hastalıkların altta yatan patofizyolojilerini, semptomların sınıflandırılmasını ve semptomların örüntülerini araştırmakta kullanılmıştır (31284, 285).

Kanser hastaları hastalık süreci, tedavi sırası, sonrası ve terminal dönemde kontrolü güç olabilen çok sayıda semptom ile karşı karşıya kalmaktadırlar ve etiyolojileri çok çeşitlidir. Bazıları hastalığa bazıları da kanser tedavisine bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Örneğin; bulantı ve kusma bağırsak obstrüksiyonu veya kemoterapi nedeniyle, yorgunluk ise hastalık ve tedaviye bağlı gelişebilmektedir (283, 286).

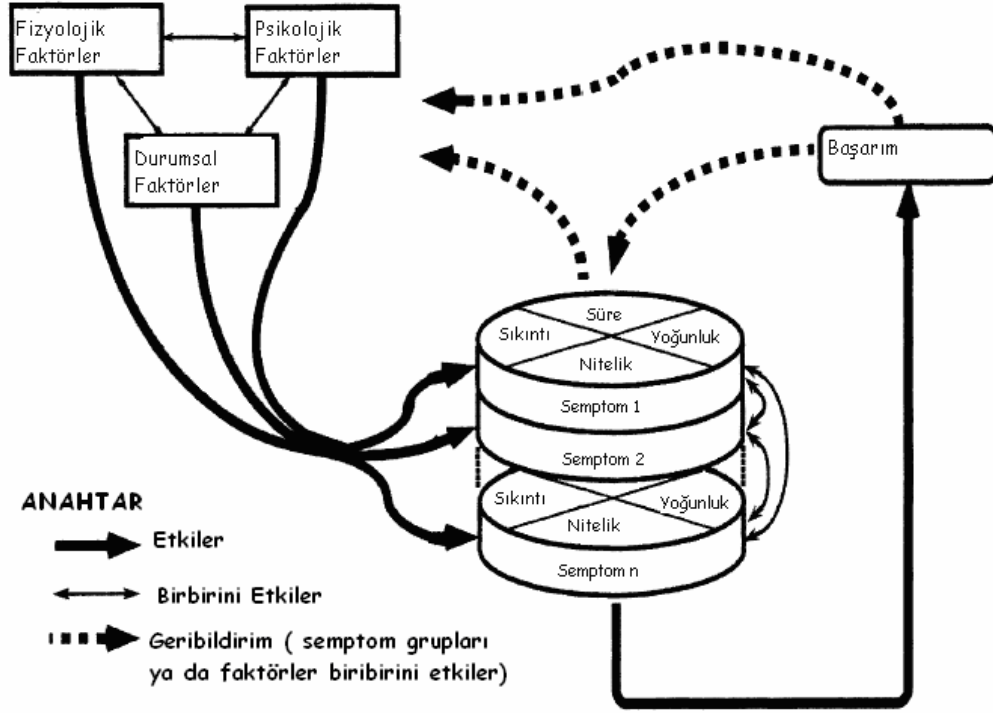
Semptom Kümelemesi ve Hemşirelikteki Önemi

Hemşireler; hastalığın rehabilitasyonu, hastalıkla birlikte yaşamın sürdürülmesi, semptomların belirlenmesi ve kontrolü olmak üzere hastalığın tüm evrelerinde yüksek kalitede bakım vermek ve hastaların yaşam kalitelerini yükseltmekle sorumlu sağlık profesyonelleridirler. Lenfoma hastalarının tedavilerinde önemli roller üstlenen hemşireler hastalarda ortaya çıkan semptomların yönetiminden sorumludurlar (32). Lenfoma hastaları günlük aktivitelerini kısıtlayacak eş zamanlı çok sayıda semptom yaşanabilmektedir. Bu durum tek başına yaklaşım yerine sistematik değerlendirmeyi gerektirmektedir. Semptom kümelerinde semptom sayısının artması, tedavi sürecini, hastaların fonksiyonel durumunu, günlük yaşamını ve çevresiyle ilişkilerini olumsuz etkilemektedir (20-28, 287).

Hemşireler semptom kümelerini belirlemek ve bunların eş zamanlı oluşumunu tanımlayarak değerlendirmeler yapmak zorundadırlar (287). Semptom değerlendirmesinin hasta ilk kliniğe kabul edildiğinde başlaması ve belli aralıklarla tekrarlanması önerilmektedir. Bu konuda hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir (288).

Küme içindeki semptomlardan biri diğerini etkileyebileceğinden, bu etkinin bilinmesi semptom yönetimi ve önlenmesi için girişimleri aydınlatılabilir. Hastanın fonksiyonel durumu ve yaşam kalitesi semptom kümeleri içinde yer alan semptomlar tarafından olumsuz etkilenmektedir. Bu semptom kümelerinin hastanın gelecekteki morbitidesine olumsuz sinerjik etkiye sahip olabileceği ileri sürülmektedir. Ama bu etki tam olarak açıklığa kavuşmamıştır (35, 289). Elde edilen bulgular ortak hemşirelik girişimlerinin uygulanmasıyla kümede yer alan semptomların yönetimi fikrini desteklemektedir. Küme içindeki çok sayıda semptomları tedavi etmek için ortak girişim kullanma yaklaşımı ve semptomun rahatlatılmasını arttıracak girişimler planlanması açısından umut verici olarak görülmektedir (20, 83).

Semptom kümelerinin araştırıldığı çalışmalarda, sıklıkla kullanılan Rahatsız Edici Semptomlar Teorisi (The theory of unpleasant symptoms) Lenz ve arkadaşları tarafından 1995 de geliştirilmiş ve tekrar düzenlenmiştir. Bu teori semptomları bir bütün olarak ele almakta ve semptom grubu kavramının oluşmasında katkı sağlamaktadır (281). Rahatsız edici semptom teorisine göre; semptomlar karşılıklı etkileşim içindedirler ve birbirinin ortaya çıkmasında katkıda bulunmaktadırlar. Semptomların eş zamanlılığı ve birbirleri ile etkileşimi, semptom kümelerinin oluşmasında önemli yeri bulunmaktadır. Örneğin; uykusuzluk semptomu mevcutken ağrı semptomu daha şiddetli algılanmaktadır. Semptomların kontrolü ve şiddetinin azaltılması, var olan semptomların bir bütün olarak ele alınıp aralarındaki etkileşimin anlaşılması ile gerçekleşmektedir (289). Rahatsız edici semptomlar teorisinin üç ögesi bulunmaktadır. Birinci ögesi, semptomların ortaya çıkışı, şiddeti, oluşturduğu rahatsızlık düzeyi, niteliği ve süresi üzerinde etkili olan fizyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerdir. Bu faktörler kendi aralarında etkileşim göstererek bireyin semptom deneyimini oluşturmaktadır. Fizyolojik faktörlere; hastalık ve tedavi durumu, sosyal faktörlere; cinsiyet, çalışma durumu, sosyal güvence, psikolojik faktörlere ise; bireyin mental durumu, hastalığı algılama durumu örnek verilebilir (281). İkinci öge, semptomların bireyin performansına olan etkisidir. Örneğin; sayı olarak fazla ve şiddetli yaşanan semptomlar, günlük yaşam faaliyetlerini, iş yaşamını, aile içindeki rolleri, sorumlulukları, problem çözme durumunu, sosyal ilişkileri olumsuz olarak etkilemektedir (281). Üçüncü öge ise; semptomların süresi, şiddeti ve niteliğidir. Semptomlar aynı sürede ve birlikte olduklarında aralarında etkileşim olmaktadır. Görülen semptom diğer semptomun daha şiddetli algılanmasına veya var olmasına neden olmaktadır. Örneğin; dispnesi olan bir birey ağrısını daha şiddetli algılayabilmektedir (281).



Şekil.2.4. Rahatsız Edici Semptomlar Teorisi

Bu teoriye göre; bir değişken veya bir girişim birçok semptomu etkileyebilmektedir. Bu önerme; semptom kümelerinin klinikteki kullanımına katkı sağlayabilmektedir (290). Rahatsız edici semptomlar teorisinin öğeleri arasında da bir etkileşim vardır. Fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörler, bireyde daha fazla sayıda semptom ortaya çıkmasına veya mevcut semptomun daha şiddetli algılanmasına neden olabilmektedir. Örneğin, kronik yorgunluk sorunu olan bir birey daha çok duygusal sorunlarla karşı karşıya kalabilmektedir. Semptomların ve birçok faktörlerin etkilediği performans durumu aynı zamanda semptom algısını da etkilemektedir. Semptomlar ile performans durumu arasında da karşılıklı ve iki yönlü ilişki vardır. Örneğin; ağrı fiziksel aktivitede sınırlılığa neden olurken, aynı zamanda fiziksel aktivitede sınırlılık daha şiddetli ağrı algılanmasına neden olabilmektedir. Performans düzeyindeki düşüklük fizyolojik, psikolojik ve sosyal faktörleri olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Örneğin; kronik ağrı nedeniyle rol performansı ve sosyal ilişkileri olumsuz etkilenen bireyler, beslenme sorunları (fizyolojik faktör), anksiyete ve depresyon (psikolojik faktör), sosyal destekte azalma ve iş kaybı (sosyal faktör) gibi sorunlarla karşı karşıya kalabilmektedir (289). Rahatsız edici semptomlar kümesi tek veya birden fazla semptomun birbirine etkisinin varlığını anlatmaktadır. Semptom özellikleri yoğunluk, sıkıntı kalite ve zamanlamayı içerir. Bu model semptomların öncüllerini sonuçlarını açıklar. Öncüller fizyolojik psikolojik yada durumsal faktörler olabilir. Rahatsız semptomların sonucu fiziksel aktivite günlük yaşam sosyal etkinlikler ve etkileşim ve bunun yanında rol performansı içeren fonksiyonel ve veya tek bir belirtiden farklı olacağını iddia eder. Yani bunların birbiri üzerine çarpan veya katalitik etkisi olacaktır (291).

Rahatsız edici semptomlar teorisinin önermeleri semptom kümelerinin kavramsallaştırılmasına katkı sağlamaktadır. Semptom yönetimi teorisi semptom kümesi çalışmalarında kullanılan bir diğer teoridir. Son olarak Sitokin aracılı/bağlı Hastalık Davranışı

(Cytokine-Induced Sickness Behavior) modelinin belli semptom kümelerinin biyolojik mekanizmasının anlaşılmasında kullanılabileceği önerilmektedir. Bu teorilerin her biri çoklu semptomlara odaklanıyor olsa da semptom kümelerinin birbiri ile ilişkisi açık olarak ortaya koymada sınırlılıkları olduğu ve semptom kümesine odaklı kapsamlı teorik modellere gereksinim olduğu belirtilmektedir (292).

Semptom Kümelerini Belirlemede Kullanılan İstatiksel Yöntemler

Semptom kümelerini belirlemek için en bilinen iki istatistik metot grup analizi ve faktör analizidir. Metodun seçimi çalışma amaçlarına ve semptom değerlendirme yöntemine göre değişir. Genellikle semptom değerlendirme ikili (yok, var), sıralı (hiç, hafif, orta şiddetli) ya da devamlı olarak yapılır (285). Semptom kümelemede kullanılan yöntemler şunlardır (83, 285, 293).

Grup Analizi (Cluster Analysis (CA)): CA ön hipotezsiz açıklamaya yönelik bir metottur. CA semptomları gruplar içine sınıflandırmak için semptom bağlantılarını ölçer. Aglomeratif metotlar her bir semptomu bir grup sayarak başlar, daha sonra bütün semptomları gruplandırır. Bir dendrogram gruplandırmanın sıralamasını ve her bir katılımın bağlantısının gücünü gösterir. Bağlantıların ölçümünün önemli bir kesimi sonuç gruplarını tanımlar. Ortaya çıkan gruplar daha sonra klinik bir anlam ifade edip etmediğini görmek için incelenir. CA ikili, sıralı ya da sürekli veriler için kullanılabilir. Semptom bağlantılarının gerekli ölçümü uygun biçimde seçilir. CA için bilinen bir çalışma ölçüsü yoktur (285).

Açıklayıcı Faktör Analizi (Exploratory Factor Analysis (EFA)): EFA, semptomlar arasındaki korelasyonu ya da kovaryasyonu (iki ya da daha fazla değişkenin bağlı değişimi) semptomlar üzerine geçici etki uygulayan küçük bir sayıda gözlenemeyen (gizli) faktörlerin birbiriyle ilişkisinden meydana gelmektedir. Bir faktörün içindeki semptomlar diğer faktörlerden gelen semptomlardan daha çok kendi içinde birbirleriyle daha bağlantılıdır. Öncelikle faktörler tanımlanır, her bir faktörün içindeki semptomlar ölçümlerinde gözlemlenen genel yapının tanımlanması için incelenirler. EFA sürekli veriler gerektirir (285).

Faktör Analizi (High-Content Screening (HCA)): HCA ve Esas Bileşen Analizi (Principal Component Analysis (PCA)) metotları semptom değerlendirme araçlarının geliştirilmesinde kullanılırlar (285).

2.8. Kanserin Fonksiyonel Duruma Etkisi

Kanser olan bir hasta fiziksel, psikolojik ve sosyo-ekonomik yönden olumsuz etkilenebilmektedir. Ayrıca kanser, hastanın yaşamını kısıtlayarak, yaşamdan doyum almasını engellemekte, fonksiyonel yaşamında zorluklar yaratarak, fonksiyonel durumun kötüleşmesine neden olmaktadır (83, 294).

Fonksiyonel durum; biyolojik durum, hastalık ve semptomlarla ilişkilidir. Akut ve kronik hastalıklar, yaşlılık, sakatlık, fonksiyonu bozacak ilaç kullanımı gibi durumlarda hastaların fonksiyonel sağlık durumları kötüleşmekte ve yaşam kaliteleri olumsuz etkilenebilmektedir (295, 296). Fonksiyonel durum hastanın normal günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesi, temel gereksinimlerini karşılaması, günlük rollerini gerçekleştirmesi, sağlık ve iyilik durumunu sürdürmesidir. Fonksiyonel durum hastanın tıbbi, emosyonel ve bilişsel sağlığı ile ilişkilidir. Hastalığın varlığı, hastaların günlük sorumluluklarını yerine getirebilmelerini engellemekte ve bu sorumlulukların yerine getirilememesi emosyonel

sorunlara neden olmaktadır. Fonksiyonel durum sağlığın algılanması, biyolojik ve psikolojik rahatsızlıklar, hastalık semptomları gibi durumlardan etkilenmektedir (83, 293).

Kanser hastalarında anemi, trombositopeni, nötropeni-lökopeni, mukozit, bulantı-kusma, iştahsızlık- anoreksia, cilt problemleri, yorgunluk-halsizlik, ağrı, alopesi, diyare, konstipasyon, uykusuzluk, anksiyete-depresyon, organ toksisiteleri ve cinsel problemler gibi sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Tüm bu semptomlar bireylerin fonksiyonel durumunu bozmaktadır (30, 47, 296). Hemşirelerin, kanser hastalarının fonksiyonel durumlarının değerlendirmeleri, hastalara verilecek bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin içeriğinin belirlenmesinde, hastaların fonksiyonel yeteneğini, esenlik ve genel sağlık anlayışını geliştirebilecek tedavi ve bakım programlarının sečilmesinde, hastaların tedavi ve bakım programına uyumlarının arttırılmasında, hastalığın ve tedavilerin olumsuz etkilerinin azaltılmasında ve yaşam kalitesinin arttırılmasında önemli bir yere sahiptir (83, 293, 297).

GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, lenfoma hastalarında semptom kümelemesi ve fonksiyonel duruma etkisinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Bu araştırma, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Hematoloji Kliniği, Hematoloji Polikliniği ve Gündüz Kemoterapi Ünitesi'nde yapılmıştır. Hematoloji Kliniği yatarak tedavi edilen hastaların bulunduğu 34 yataklı bir klinik olup, klinikte bir sorumlu hemşire, 10 hemşire, iki asistan, bir uzman ve bir öğretim üyesi görev yapmaktadır. Klinikteki hemşireler 8-16 ve 16-08 saatleri arasında nöbet şeklinde çalışmaktadırlar.

Gündüz Kemoterapi Ünitesinde hastaların ayaktan tedavi aldıkları 43 adet koltuk bulunmakta, biri sorumlu, 10 hemşire çalışmaktadır. Hematoloji Polikliniği'nde günde ortalama 60 hasta muayene edilmektedir. Hematoloji Polikliniği ve Gündüz Kemoterapi Ünitesi, haftanın 5 günü 08:30 - 16:30 saatleri arasında hizmet vermektedir. Gündüz Kemoterapi Ünitesi'nde günde yaklaşık 75 kanser tanısı konulan hastaya kemoterapi tedavisi uygulanmaktadır. Bu sayının içerisinde lenfoma tanısı nedeni ile kemoterapi tedavisi uygulanan hasta sayısı, günlük bir ya da üç arasında değişim göstermektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Antalya ilinde Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile üç özel hastanede Tıbbi Onkoloji Birimi bulunmaktadır. Araştırma, en çok hasta kapasitesine sahip olan Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde yapılmıştır. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Hematoloji Poliklinik kayıtlarına göre, 2012 yılında lenfoma tanısı konulan ve tedavi edilen 150 hasta bulunmaktadır. Bu hesaplama yapılırken tekrarlı başvurular dikkate alınmamış, her hasta başvurusu bir defa hesaplanmıştır.

Araştırma Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Hematoloji Kliniği, Hematoloji Polikliniği ve Gündüz Kemoterapi Ünitesi'nde lenfoma nedeni ile takip ve tedavisi yapılan hastalarla yapılmıştır. Araştırma izinleri alındıktan sonra %95 güven aralığı ve %5 hata payı ile %80 güç analizi yapılmış ve örneklem kriterlerine uyan 109 hasta araştırma kapsamına alınmıştır.

3.4. Araştırma Kapsamına Alınma Kriterleri

Araştırma örnekleme aşağıdaki özelliklere uyan hastalar alınmıştır:

- ICD 10 Kodlarına göre HL veya HDL tanısı konulmuş olan
- Lenfoma tanısı nedeniyle tedavi uygulanan
- 18 yaş ve üzerinde olan
- Tanısını bilen ve sözel olarak ifade edebilen
- İletişim engeli olmayan (işitme ve konuşma)
- Soruları fiziksel ve ruhsal olarak yanıtlayabilmesinde bir engeli olmayan
- En az iki kür kemoterapi tedavisi almış olan
- Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardır.

3.5. Araştırma Kapsamından Çıkarılma Kriterleri

Araştırma örneklemeine aşağıdaki özelliklere uyan hastalar alınmamıştır:

- 18 yaşın altında olan
- En az iki kür kemoterapi tedavisi almamış olan
- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen
- İletişim engeli olan hastalardır.

3.6. Araştırma Etiği

Araştırmaya başlamadan önce Akdeniz Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (EK-1) ve Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nden yazılı (EK-2) onay alınmıştır. Çalışmada kullanılmış olan Memorial Semptom Tanılama Skalası için yazarlarından e-posta ile yazılı izin (EK-3) alınmıştır. Kronik Hastalık Tedavisinde Fonksiyonel Değerlendirme Ölçeği – Lenfoma (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Measurement System-FACT-Lym (Version 4))'nın Türkçe versiyonunu kullanmak için Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Organizasyonu (FACIT.org) kurucusu, Northwestern Üniversitesi Feinberg Tıp Fakültesi Tıbbi Sosyal Bilimler Bölüm Başkanı Sayın Prof.Dr. David Cella'dan e-posta ile yazılı kurum izni (EK-4) alınmıştır. Çalışmanın amacı, araştırmaya katılacak olan hastalara açıklanmış ve araştırmaya katılımları konusunda yazılı izinleri alınmıştır. "Katılımcıları Bilgilendirme Formu" (EK-5) anket formunun ilk sayfasında yer almıştır.

3.7. Veri Toplama Formları

Araştırma verilerini toplamak amacıyla aşağıdaki formlar kullanılmıştır:

1. Kişisel Bilgi Formu
2. Memorial Semptom Tanılama Skalası (MSAS)
3. Kronik Hastalık Tedavisinde Fonksiyonel Değerlendirme Ölçeği (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Measurement System-FACT-Lym (Version 4))

3.7.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu (EK-6), lenfoma hastalarında yaşanan semptomları ve fonksiyonel durumu etkileyebilecek faktörleri belirlemek amacıyla konu ile ilgili literatür taraması sonucunda oluşturulmuştur (7, 293, 298, 299).

Kişisel Bilgi Formunda, bireylerin tıbbi durumları ile ilgili özelliklerini (tanı, tanı süresi, metastaz durumu, tedavi şekli, uygulanan toplam kür sayısı, en son uygulanan kemoterapi zamanı, kanser dışında başka hastalığın varlığı, semptomlar için kullanılan ilaçlar), sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özelliklerini (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek/çalışma statüsü, çalışma durumu, sigara-alkol kullanma durumu, bakmakla yükümlü olunan kişiler, bakımına destek olan kişilerin varlığı, kimlerin yardımcı olduğu, hangi konularda yardım aldığı, uygulanan ilaç tedavisi ile ilgili bilgi alma durumu, tedavi konusunda kimlerden bilgi alındığı) içeren 22 soru bulunmaktadır. Lenfoma tanısı konulan bireylerin hastalık özelliklerine ilişkin bilgiler hasta dosyalarından alınmış, tanıtıcı bilgiler araştırmacı ve anketör tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmış ve formlara işaretlenmiştir.

3.7.2. Memorial Semptom Tanılama Skalası

Memorial Semptom Tanılama Skalası (Memorial Symptom Assesment Scale (MSAS)) (EK-7), Portenoy ve arkadaşları (1994) tarafından geliştirilmiş olup, kanser hastalarının son yedi gün boyunca yaşadığı semptomların sıklığı, sıkıntısı ve şiddetinin değerlendirilmesi amacıyla oluşturulan bir skaladır. Yıldırım ve arkadaşları (2011) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış, Cronbach alfa katsayısı 0.84 ve maddeler arasındaki ilişki güçlü bulunmuştur. Skalada toplam 32 adet semptom bulunmakta ve bunlar sıklık, şiddet ve sıkıntı yönünden değerlendirilmektedir. MSAS'da her bir semptom varlık veya yokluk yönünden incelenmekte ve semptom varsa sıklık için çok nadiren (1), bazen (arada sırada) (2), sık sık (3), nerdeyse sürekli (4); şiddet için hafif (1), orta (2), şiddetli (3), çok şiddetli (4); sıkıntı için hiç (0), bir parça (biraz) (1), oldukça (2), biraz fazla (3), çok fazla (4) olarak puanlandırılmaktadır. MSAS'da puanlar arttıkça yaşanan semptomların sıklığı, şiddeti ve sıkıntısı da artmaktadır (43, 300).

3.7.3. Kronik Hastalık Tedavisinde Fonksiyonel Değerlendirme Ölçeği - Lenfoma

Kronik Hastalık Tedavisinde Fonksiyonel Değerlendirme Ölçeği - Lenfoma (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Measurement System-FACT-Lym (Version 4)) (EK-8), Cella ve arkadaşları (2005) tarafından geliştirilmiş olup, tüm dünyada kanser hastalarında yaygın olarak kullanılan bir fonksiyonel durum değerlendirme ölçeğidir. Hlubocky ve arkadaşları (2013) tarafından kapsam geçerliği ve güvenilirlik çalışması yapılmış, Cronbach alfa katsayısı 0.93 ve maddeler arasındaki ilişki güçlü bulunmuştur (302, 303). FACT-Lym ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması bulunmamaktadır, ancak ölçeğin Türkçe versiyonu FACIT.org tarafından yapılmıştır.

Kronik Hastalık Tedavisinde Fonksiyonel Değerlendirme Ölçeği - Lenfoma (FACT-Lym); bedeni durum (7 soru), sosyal yaşam ve aile durumu (7 soru), duygusal durum (6 soru), faaliyet durumu (7 soru) ve diğer endişeler (15 soru) olmak üzere beş alt boyut ve 42 madde içermektedir. Ölçekteki 42 madde beşli likert tipi olup, maddeler hiç: 0, çok az: 1, biraz: 2, oldukça: 3, çok fazla: 4 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçek toplam puanı tüm alt boyut puanları toplanarak hesaplanmaktadır. Ölçek alt boyutlarından bedeni durum, duygusal durumdaki 1, 2, 3, 4, 5, 6. maddeler ile diğer endişeler alt boyutundaki tüm maddeler ters (4, 3, 2, 1, 0); sosyal yaşam ve aile durumu, duygusal durum alt boyutundaki 2. madde ile faaliyet durumu alt boyutundaki maddeler düz (0, 1, 2, 3, 4) olarak puanlandırılmaktadır. Ölçekten alınan toplam puanlar arttıkça fonksiyonel durum artmaktadır (107, 301-303). Tablo 3.1'de FACT-Lym ölçek alt boyutları ve ölçek maddeleri dağılımı yer almaktadır.

Tablo 3.1. Kronik Hastalık Tedavisinde Fonksiyonel Değerlendirme Ölçeği-Lenfoma (FACT-Lym) Ölçek Alt Boyutları ve Ölçek Maddeleri Dağılımı

Kronik Hastalık Tedavisinde Fonksiyonel Değerlendirme Ölçeği - Lenfoma (FACT-Lym)	
Ölçek Alt Boyutları	Ölçek Maddeleri
Bedeni Durum	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
Sosyal Yaşam ve Aile Durumu	8, 9, 10, 11, 12, 13, 14
Duygusal Durum	15, 16, 17, 18, 19, 20
Faaliyet Durumu	21, 22, 23, 24, 25, 26, 27
Diğer Endişeler	28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

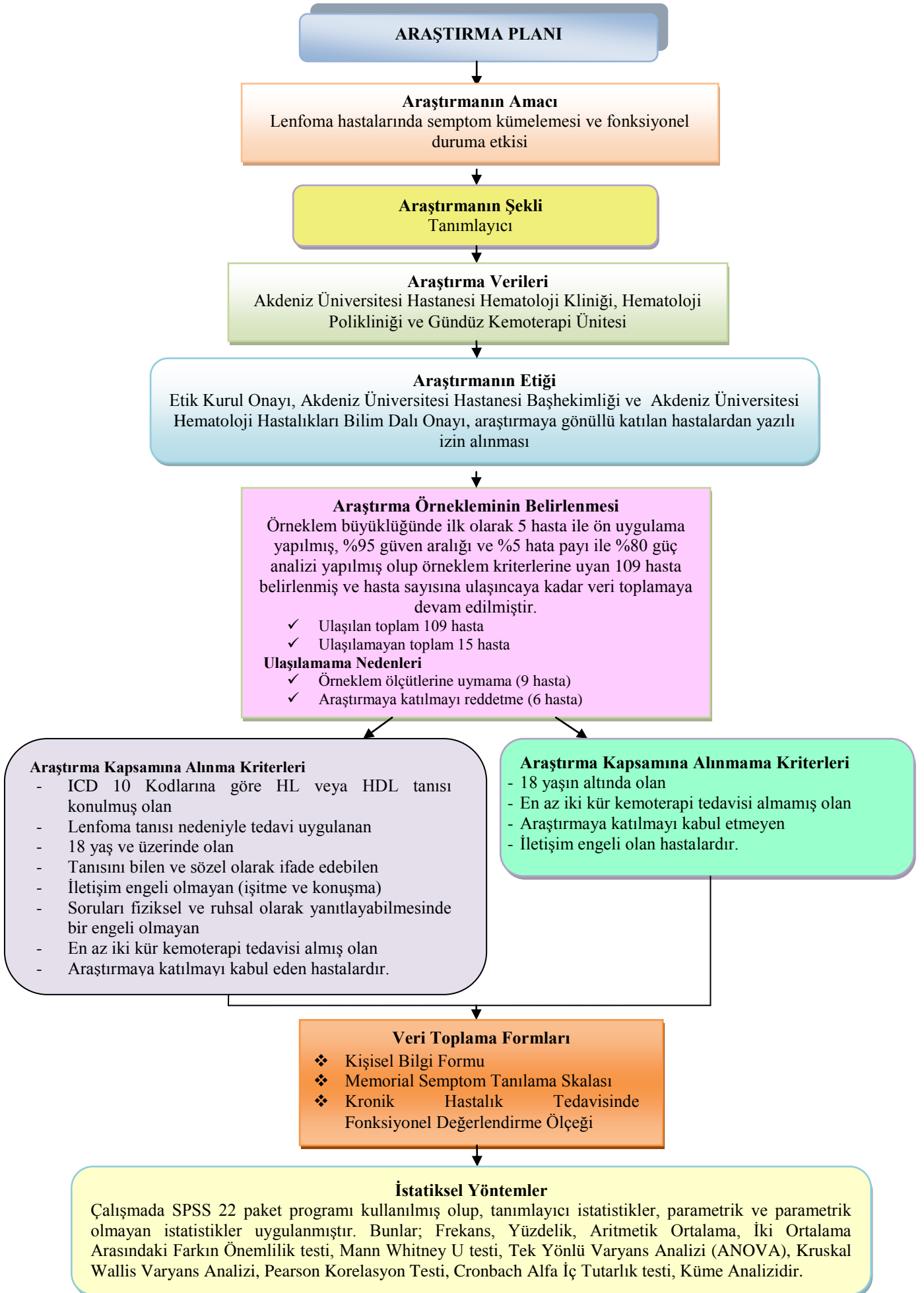
Bu çalışmada, lenfoma hastalarının yaşadıkları semptomlar ve fonksiyonel durum düzeyleri bağımlı; semptomlara ve fonksiyonel duruma etki edebilecek faktörler (hastalık ve sosyo-demografik değişkenlerle ilgili özellikler) bağımsız değişkenler olarak kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanın ön uygulaması, alınan uzman önerileri ve yapılan düzenlemeler sonucunda son şekli verilen ölçek sorularının anlaşılabilirliğini saptamak amacıyla, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Hematoloji Kliniği, Hematoloji Polikliniği ve Gündüz Kemoterapi Ünitesi'nde tedavi edilen, örneklem kriterlerine uyan, lenfoma tanısı konulmuş olan 5 hasta ile yapılmıştır. Bireylerden ölçeği anlamakta zorlandıkları maddeler, okunabilirlik ve madde düzenleri açısından değerlendirmeleri istenmiştir. Ön uygulama sonrasında, herhangi bir değişiklik gerekmediği için veri toplama formları mevcut hali ile kullanılmıştır. Ön uygulamaya alınan hastalar araştırma kapsamına alınmamıştır.

3.10. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırmada veriler, son şeklini alan veri toplama formları kullanılarak toplanmıştır. Araştırma kapsamına alınan hastaların tanı, tanı süresi, metastaz durumu, tedavi şekli gibi veriler araştırmacılar tarafından hasta dosya kayıtlarından yararlanılarak elde edilmiştir. Araştırmada kullanılan formlar, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Hematoloji Kliniği, Hematoloji Polikliniği ve Gündüz Kemoterapi Ünitesi'ndeki lenfoma hastalarına uygulanmıştır. Araştırmada üç ayrı ünite olduğu için, veriler araştırmacı ve onkoloji deneyimi olan bir hemşire anketör tarafından doldurulmuştur. Araştırmacı tarafından, veri toplama formlarının doldurulması konusunda anketör eğitimi yapılmıştır. Araştırma kapsamına alınmış olan hastalara, araştırma hakkında bilgi verilmiş ve aydınlatılmış onam formu imzalatılmıştır. Veri toplama formları, poliklinikte sıra beklerken ya da kemoterapi tedavisi öncesinde, hastalar kendilerini rahat hissettikleri sürede uygulanmıştır. Formlarda yer alan maddeler hastalara okunmuş ve verilen cevaplar araştırmacılar tarafından formlara işaretlenerek doldurulmuştur. Semptom yönetimi ile ilgili soruları olan hastalar literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından bilgilendirilmiş, detaylı bilgi gereksinimi olan hastalar ilgili doktor ve hemşirelere yönlendirilmişlerdir.



Şekil 3.1. Araştırma Planı

3.11. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Veriler toplandıktan sonra, araştırmaya katılan hastaların ölçekte yer alan her madde için belirttiği seçenek araştırmacı tarafından SPSS (22.0) programına girilmiştir. Hastaların ölçekten aldıkları toplam puanlar hesaplanmıştır. Araştırmada değerlendirilen parametreler ve uygulanan testler Tablo 3.2’de yer almaktadır.

Tablo 3.2. Araştırmada Değerlendirilen Parametreler ve Uygulanan Testler

Değerlendirilen parametreler	Uygulanan testler
Sosyo-demografik ve hastalık özelliklerinin değerlendirilmesi: ✓ Sosyo-demografik bulgular için (cinsiyet, yaş, medeni durum vb.) ✓ Hastalık/tedavi durumuna ilişkin bulgular için (tanı, tanı süresi, metastaz durumu vb.)	Frekanslar, Yüzdeler ve Aritmetik Ortalama
MSAS Ölçeğinin semptomlara ilişkin bulguları değerlendirilmesi: ✓ Semptomlara ilişkin bulgular için (endişelenme, ağrı, kusma vb.)	Aritmetik Ortalama Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı
FACT-Lym Ölçeğinin fonksiyonel durumuna ilişkin bulgularını değerlendirilmesi: ✓ Fonksiyonel duruma ilişkin bulgular için (bedeni durum, diğer endişeler vb.)	Aritmetik Ortalama Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı
MSAS ve FACT-Lym alt boyutlarının sosyo-demografik, hastalık ve tedavi alt başlıklarındaki değişkenlere etkisinin değerlendirilmesi: ✓ Nominal değişkenler (tanı süresi ve yaş daha sonra gruplanarak nominal olmayan türe çevrilmişlerdir) ✓ Nominal olmayan değişkenler (metastaz durumu, cinsiyet, medeni durum, meslek vb.)	15 ve üzeri gözlemlili, ikiden fazla alt gruplu demografik değişkenler için Varyans Analizi, aksi durumda Kruskal Wallis Varyans Analizi 15 ten az gözlemlili ve iki alt gruplu demografik değişkenler için İki Ortalama Arası Farkın Önemlilik Testi, aksi durumda Mann Whitney U testi
MSAS ve FACT-Lym ölçek alt başlıklarının korelasyon bulgularının değerlendirilmesi: ✓ Alt boyutlara ilişkin bulgular için (bedeni durum, sosyal yaşam ve aile durumu, sıklık-şiddet vb.)	Pearson Korelasyon Katsayısı
Semptom kümelerinin oluşturulmasına ilişkin bulguların değerlendirilmesi: ✓ Semptom kümeleme bulguları için	Kümeleme Analizi

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

18 yaş ve üzerinde, araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hastalar çalışma kapsamına alınmıştır. Hastaların okuryazar olup olmaması dikkate alınmadan araştırmacı ve anketör tarafından sorular okunarak cevaplanması sağlanmıştır. Araştırmacı ve anketörden elde edilen sonuçlar, Antalya’da yaşayan ICD 10 Kodlarına göre lenfoma tanısı konulan tüm hastalar için genellenebilir.

BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan örnekleme ait sosyo-demografik, hastalık, tedavi durumu, yaşadıkları semptomlar ve fonksiyonel durumları ile ilgili bulgular yer almaktadır.

4.1. Araştırmaya Katılan Hastalara İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler

Çalışmaya katılan hastaların sosyo-demografik özelliklerine (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, sigara-alkol kullanma durumu, bakmakla yükümlü olunan kişiler, bakımına destek olan kişilerin varlığı, kimlerin yardımcı olduğu, hangi konularda yardım aldığı, uygulanan ilaç tedavisi ile ilgili bilgi alma durumu, tedavi konusunda kimlerden bilgi alındığı) ve hastaların hastalık/tedavi durumuna (tanı, tanı süresi, metastaz durumu, tedavi şekli, uygulanan toplam kür sayısı, en son uygulanan kemoterapi zamanı, kanser dışında başka hastalığın varlığı, semptomlar için kullanılan ilaçlar) ilişkin farkındalık durumları tablolarda gösterilmiştir.

Tablo 4.1.1. Lenfoma Hastalarının Sosyo-Demografik Bulguları (n = 109)

Demografik Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Erkek	64	58.7
Kadın	45	41.3
Yaş ($\bar{X} = 49.43 \pm 17.021$; min - maks = 19 - 84)		
61-84	36	33.0
46-60	27	24.8
31-45	25	22.9
19-30	21	19.3
Medeni durumu		
Evli	85	78.0
Bekar	24	22.0
Eğitim durumu		
Ortaokul ve Lise	48	44.0
Üniversite ve üzeri	34	31.2
İlkokul ve altı	27	24.8
Meslek		
Emekli	26	23.9
Memur ve İşçi	25	22.9
Serbest Meslek	25	22.9
Ev Hanımı	23	21.1
Öğrenci	10	9.2
Çalışma durumu		
Çalışmıyor	81	74.3
Yarım gün ya da belirli saatlerde çalışıyor	16	14.7
Tam gün çalışıyor	12	11.0
Sigara kullanma durumu		
İçmiyor	57	52.3
İçiyor	40	36.7
Bırakmış	12	11.0
Alkol kullanma durumu		
İçmiyor	80	73.4
Bırakmış	18	16.5
İçiyor	11	10.1
Bakmakla yükümlü olduğunuz kişi/ kişiler		
Var	68	62.4
Yok	41	37.6
Bakıma yardımcı olma durumu		
Evet	91	83.5
Hayır	18	16.5
Toplam		100

*Birden fazla seçenek işaretlendiği için birikimli n değerlerine göre yüzde alınmıştır.

Tablo 4.1.1'in Devamı Lenfoma Hastalarının Sosyo-Demografik Bulguları (n=109)

	n	%
Bakıma yardımcı olan kişi/kişiler (n=173)*		
Eş	59	34.1
Çocuk	49	28.3
Baba	27	15.6
Akraba	24	13.9
Anne	14	8.1
Yardımcı olunan durumlar (n=646)*		
Hastane işlemleri	85	13.2
Hastaneye gelip gitme	83	12.9
İlaç alma	83	12.9
Beslenme	71	10.9
Bireysel temizlik ve bakım	71	10.9
Alışveriş	67	10.4
Ev işleri	66	10.3
Maddi destek sağlama	62	9.6
Manevi destek sağlama	58	8.9
Uygulanan ilaç tedavisi ile ilgili bilgi		
Evet	99	90.8
Hayır	10	9.2
Bilgi alınan kişi/kişiler (n=206)*		
Hekim	91	44.2
Hemşire	51	24.8
Diğer hastalar	36	17.5
İnternet	22	10.7
Broşür	6	2.8
Toplam		100

*Birden fazla seçenek işaretlendiği için birikimli n değerlerine göre yüzde alınmıştır.

Tablo 4.1.1'de araştırmaya katılan lenfoma hastalarının sosyo-demografik bulguları incelendiğinde; %58.7'sinin erkek, %41.3'ünün kadın, %33'ünün 61-84 yaş grubunda ve yaş ortalamalarının 49.43 ± 17.021 olduğu, %78'inin evli, %44'ünün ortaokul ve lise mezunu, %23.9'unun emekli, %22.9'unun memur/işçi ve %22.9'unun serbest meslek sahibi olduğu görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan hastaların %74.3'ü çalışmamakta, %73.4'ü alkol ve %52.3'ü de sigara kullanmamaktadır. Aynı tabloda, hastaların %52.64'ünün bakmakla yükümlü oldukları kişilerin olduğu, %83.5'inin bakımı ile ilgilenen yakınlarının olduğu ve bakımı ile ilgilenenlerin %34.1'inin eşleri, %28.3'ünün çocukları olduğu görülmektedir. Tablo incelendiğinde; hastaların %13.2'sinin hastane işlemleri, %12.9'unun hastaneye gelip gitme, %12.9'unun ilaç alma durumlarında yardım aldığı görülmektedir. Araştırmaya katılan hastaların %90.8'inin uygulanan ilaç tedavisi ile ilgili bilgisinin olduğu ve bilgi alınan kişilerin %44.2'sinin hekim, %24.8'inin de hemşire olduğu görülmektedir.

Tablo 4.1.2. Lenfoma Hastalarının Hastalık ve Tedavi Durumuna İlişkin Bulguları (n = 109)

Hastalık/Tedavi Durumuna İlişkin Özellikler	n	%
Tanı		
Non-Hodgkin	80	73.4
Hodgkin	29	26.6
Tanı süresi		
4 ay ve öncesi	29	26.6
5-8 ay arası	35	32.1
9-12 ay arası	22	20.2
13 ay ve üzeri	23	21.1
Metastaz durumu		
Yok	81	74.3
Var	28	25.7
Tedavi şekli*		
Kemoterapi	109	100.0
Cerrahi	38	34.9
Radyoterapi	17	15.6
Toplam kür sayısı ($\bar{X} = 7.69 \pm 4.872$; min - maks = 2 - 24)		
2-7 kür	65	59.6
8-14 kür arası	31	28.5
15 kür ve üzeri	13	11.9
En son uygulanan kemoterapi zamanı ($\bar{X} = 3.18 \pm 2.037$; min - maks = 1 - 7)		
1-2 ay arası	49	45.0
3-4 ay arası	32	29.4
5 ay ve üzeri	28	25.6
Mevcut sağlık sorunları (n=100)*		
Hipertansiyon	31	31.0
Diyabet	26	26.0
Solunum sistemi hastalığı	12	12.0
Gastrointestinal sistem hastalığı	9	9.0
Nörolojik sistem hastalığı	8	8.0
Kas-iskelet sistemi hastalığı	5	5.0
Koroner arter hastalığı	5	5.0
Konjestif kalp yetmezliği	2	2.0
Hepatit B / Hepatit C	2	2.0
Kullanılan ilaçlar (n=273)*		
Analjezik	78	28.6
Antibiyotik	50	18.3
Antiemetik	47	17.2
Antidepresan	46	16.8
Antidiyabetik	28	10.3
Antihipertansif	24	8.8

*Birden fazla seçenek işaretlendiği için birikimli n değerlerine göre yüzde alınmıştır.

Tablo 4.1.2’de araştırmaya katılan lenfoma hastalarının hastalık ve tedavi durumuna ilişkin bulguları incelendiğinde; araştırma kapsamına alınan hastaların %73.4’üne Non-Hodgkin Lenfoma, %26.6’sına Hodgkin Lenfoma tanısı konulduğu, %32.1’inin tanı süresinin 5-8 ay arasında olduğu ve %74.3’ünün metastazının olmadığı bulunmuştur. Araştırmaya katılan hastaların tamamının kemoterapi aldığı, %59.6’sının toplam kür sayısının 2-7 kür arasında ve kür sayısı ortalamalarının 7.69 ± 4.872 olduğu, %45’inin en son uygulanan kemoterapi zamanının 1-2 ay arasında ve ortalamalarının 3.18 ± 2.037 olduğu görölmektedir. Tablo incelendiğinde; hastaların çoğunun en az bir adet lenfoma dışında başka bir kronik hastalığı olduğu, hastaların lenfoma dışında sahip oldukları kronik hastalıkların %31’inin hipertansiyon, %26’sının diyabet olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılan hastaların ilaç kullanma durumu incelendiğinde; %28.6’sının analjezik, %18.3’ünün antibiyotik ve %17.2’sinin antiemetik kullandığı görölmektedir.

4.2. Araştırmaya Katılan Hastaların Ölçeklere İlişkin Bulguları

Çalışmaya katılan hastaların semptom durumlarına ilişkin bulgularında kullanılan Memorial Semptom Tanılama Skalası (dikkati toplamada zorluk, kendini sınırlı hissetme, uyumada zorluk, kendini üzgün hissetme, endişelenme ve hassas olma gibi psikolojik; ağrı, halsizlik ya da enerji kaybı, ağız kuruluğu, bulantı, kendini uykulu ya da sersemlemiş gibi hissetme, şişkinlik hissi, kusma, iştahsızlık, baş dönmesi, yiyeceklerin tadını almada değişiklik, kilo kaybı, kabızlık gibi fiziksel semptomlar) ve hastaların fonksiyonel durumuna ilişkin bulgularında kullanılan Kronik Hastalık Tedavisinde Fonksiyonel Değerlendirme Ölçeği – Lenfoma (FACT-Lym) Ölçeği'ne (bedeni durum, sosyal yaşam ve aile durumu, duygusal durum, faaliyet durumu, diğer endişeler) ait veriler tablolarda gösterilmiştir.

Memorial Semptom Skalası 32 semptomdan oluşmaktadır, ancak çalışmamızda 109 hastadan alınan verilerde her bir semptomu yaşayan hasta sayısının n=1 olması nedeniyle çalışmada her semptom değerlendirilememiştir. Değerlendirmeye alınabilmesi için en az n=3 olması gerekmektedir. Bu nedenle Yıldırım ve arkadaşları'nın Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığı "*Reliability and Validity of the Turkish Version of the Memorial Symptom Assessment Scale in Cancer Patients*" çalışması temel alınarak, semptomlar belirlenmiştir. Fiziksel Belirti ve Psikolojik Belirti Sıkıntı Skorlamaları kullanılmıştır. Fiziksel Belirti Sıkıntı Skoru'nda 12 semptom; bulantı, kusma, yiyeceklerin tadını almada değişiklik, kilo kaybı, baş dönmesi, şişkinlik hissi, ağrı, uyuklu hissetme, halsizlik ya da enerji kaybı, iştahsızlık, kabızlık ve ağız kuruluğu yer alırken; Psikolojik Belirti Sıkıntı Skorunda 6 semptom; üzgün hissetme, endişelenme, hassas olma, kendini sinirli hissetme, uyumada ve dikkat toplamada zorluk yer almaktadır. Memorial Semptom Skalası (MSAS) alt boyutlarından sıklık kısmında 3 semptom; yiyeceklerin tadını almada değişiklik, kilo kaybı ve kabızlık soruları yer almadığı için puanlamaları yapılamamıştır.

Memorial Semptom Skalası Ölçeği'nin psikolojik ve fiziksel belirti sıkıntı skorlarında yer alan tüm maddeler sıra ile ölçekten çıkartılarak Cronbach alfa değerleri hesaplanmış, madde silindiğinde Cronbach alfa değerlerinde anlamlı bir farklılık olmadığı için hiçbir madde ölçekten çıkartılmamıştır. Tabloya göre araştırmaya katılan hastaların psikolojik semptomlar alt boyutunda uyumada zorluk ($\bar{X}=2.35$), kendini üzgün hissetme ($\bar{X}=2.18$) ve endişelenme ($\bar{X}=2.18$) madde puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Hastaların fiziksel semptomlar alt boyutunda ağrı ($\bar{X}=2.73$), ağız kuruluğu ($\bar{X}=2.73$) ve bulantı ($\bar{X}=2.64$) puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır. Aynı tabloda, Memorial Semptom Skalası (MSAS) Ölçeği alt boyutlarından alınan Cronbach alfa değerleri sıklık (0.717), şiddet (0.752) ve sıkıntı (0.728) açısından yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.2.2. Kronik Hastalık Tedavisinde Fonksiyonel Değerlendirme Ölçeği–Lenfoma (FACT-Lym) Ölçeği'nin Fonksiyonel Duruma İlişkin Bulguları (n = 109)

	\bar{X}	SS	Cronbach alfa
Bedeni Durum (Cronbach alfa = 0.778)			
Enerjim düşük	2.00	0.943	0.750
Bulantım var	1.65	1.083	0.751
Bedensel durumum yüzünden ailemin ihtiyaçlarını karşılamakta zorluk çekiyorum	1.69	1.043	0.766
Ağrım var	2.02	0.871	0.779
Tedavinin yan etkileri beni rahatsız ediyor	1.96	1.097	0.695
Kendimi hasta hissediyorum	1.88	1.034	0.720
Yatakta yatmaya mecbur kalıyorum	1.86	1.063	0.698
Sosyal Yaşam ve Aile Durumu (Cronbach alfa = 0.835)			
Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum	2.29	1.293	0.818
Ailemden manevi destek görüyorum	2.83	1.023	0.784
Arkadaşlarımdan destek görüyorum	2.52	1.244	0.802
Ailem hastalığımı kabullendi	2.94	1.017	0.813
Ailem hastalığım konusundaki iletişimden memnunum	2.87	0.973	0.779
Kendimi hayat arkadaşına yakın hissediyorum	2.66	1.396	0.818
Duygusal Durum (Cronbach alfa = 0.843)			
Kendimi üzgün hissediyorum	1.37	1.086	0.809
Hastalığımla olan mücadelede ümidimi kaybediyorum	0.87	1.090	0.790
Kendimi sinirli hissediyorum	0.94	1.021	0.789
Ölmekten korkuyorum	1.19	1.004	0.852
Durumumun daha kötüye gitmesinden endişeleniyorum	1.30	1.143	0.807
Cinsel hayatım tatmin edici	0.90	1.080	0.793
Faaliyet Durumu (Cronbach alfa = 0.781)			
Çalışabiliyorum	1.46	1.198	0.766
İşim beni tatmin ediyor	1.66	1.091	0.771
Hayattan zevk alabiliyorum	2.32	0.990	0.707
Hastalığımı kabullendim	2.72	0.934	0.803
İyi uyuyorum	2.28	1.017	0.762
Eğlenmek için yaptığım şeylerden zevk alıyorum	2.15	0.970	0.721
Şu anda hayatımın kalitesinden memnunum	2.20	0.941	0.731
Diğer Endişeler (Cronbach alfa = 0.894)			
Vücudumun belirli yerlerindeki kitle veya şişlikler beni rahatsız ediyor	1.28	1.138	0.886
Vücudumun belirli yerleri ağrıyor	2.23	0.846	0.890
Ateşimin yükselmesi beni rahatsız ediyor	1.50	1.199	0.881
Gece terlemelerim oluyor	1.46	1.023	0.898
Kaşıntılar beni rahatsız ediyor	1.16	1.064	0.889
Geceleri uyumakta zorluk çekiyorum	1.40	1.090	0.888
Çabuk yoruluyorum	2.27	0.939	0.885
Kilo kaybediyorum	1.86	1.032	0.889
İştahım azaldı	1.70	0.977	0.885
Konsantre olmakta güçlük çekiyorum	0.87	0.944	0.885
Enfeksiyon kapmaktan endişe duyuyorum	1.92	1.256	0.898
Hastalığımla ilgili yeni belirtilerin çıkabileceğinden endişe duyuyorum	1.60	1.179	0.886
Hastalığım veya tedavimden dolayı kendimi başkalarından uzak hissediyorum	1.22	1.242	0.884
Duygusal halim inişli çıkışlı	1.41	1.249	0.878
Hastalığım nedeniyle gelecek için plan yapmakta zorluk çekiyorum	1.27	1.152	0.881

Tablo 4.2.2’de Kronik Hastalık Tedavisinde Fonksiyonel Değerlendirme Ölçeği – Lenfoma (FACT-Lym) Ölçeği’nin fonksiyonel duruma ilişkin bulguları yer almaktadır. Tabloda, araştırmaya katılan hastaların Cronbach alfa değerleri incelendiğinde; Cronbach alfa değerleri bedeni durum için 0.778, sosyal yaşam ve aile durumu için 0.835, duygusal durum için 0.843, faaliyet durumu için 0.781 ve diğer endişeler için 0.894 olarak bulunmuştur.

Tabloya göre, araştırmaya katılan hastaların puan ortalamaları incelendiğinde; bedeni durum alt boyutunda “*ağrım var*” ($\bar{X}=2.02$) ve “*enerjim düşük*” ($\bar{X}=2.00$); sosyal yaşam ve aile durumu alt boyutunda “*ailem hastalığımı kabullendi*” ($\bar{X}=2.94$) ve “*ailem hastalığım konusundaki iletişimden memnunum*” ($\bar{X}=2.87$); duygusal durum alt boyutunda “*kendimi üzgün hissediyorum*” ($\bar{X}=1.37$) ve “*durumumun daha kötüye gitmesinden endişeleniyorum*” ($\bar{X}=1.30$); faaliyet durumu alt boyutunda “*hastalığımı kabullendim*” ($\bar{X}=2.72$) ve “*hayattan zevk alabiliyorum*” ($\bar{X}=2.32$); diğer endişeler alt boyutunda “*çabuk yoruluyorum*” ($\bar{X}=2.27$) ve “*vücudumun belirli yerleri ağrıyor*” ($\bar{X}=2.23$) madde puan ortalamaları yüksek bulunmuştur.

Duygusal durum alt boyutunda yer alan “*Hastalığımla başa çıkma yöntemimden memnunum*” sorusunun çıkarılması, Cronbach alfa değerini 0.674’ten 0.843’e yükseltmesi nedeniyle bu soru anketten çıkartılmıştır ve kalan soru maddeleri üzerinden analiz yeniden yapılarak Tablo 4.2.2 elde edilmiştir.

4.3. Ölçeklerin Çeşitli Değişkenlere İlişkin Bulguları

Çalışmaya katılan hastaların Memorial Semptom Tanılama Skalası alt başlıklarının (sıklık, şiddet, sıkıntı) değişkenlere ve Kronik Hastalık Tedavisinde Fonksiyonel Değerlendirme Ölçeği – Lenfoma (FACT-Lym) Ölçeği alt başlıklarının (bedeni durum, sosyal yaşam ve aile durumu, duygusal durum, faaliyet durumu, diğer endişeler) değişkenlere ilişkin durumları tablolarda gösterilmiştir.

Tablo 4.3.1. Sosyo-Demografik, Hastalık/Tedavi Değişkenlerinin Memorial Semptom Tanılama Skalası Alt Boyutlarına Etkisi

MSAS	SIKLIK $\bar{X} = 11.88$ SS= 3.018	ŞİDDET $\bar{X} = 12.18$ SS = 3.067	SIKINTI $\bar{X} = 9.18$ SS = 3.644
Psikolojik Semptomlar^a (n = 17)	p değeri	p değeri	p değeri
Tanı süresi	0.809	0.773	0.949
Uygulanan toplam kür sayısı	0.259	0.272	0.297
Yaş	0.183	0.139	0.107
Eğitim durumu	0.625	0.705	0.327
Meslek	0.192	0.190	0.362
Çalışma durumu	0.353	0.535	0.481
Sigara kullanma durumu	0.205	0.219	0.195
Alkol kullanma durumu	0.683	0.679	0.789
	SIKLIK $\bar{X} = 21.82$ SS = 3.763	ŞİDDET $\bar{X} = 29.55$ SS = 6.089	SIKINTI $\bar{X} = 25.27$ SS = 6.498
Fiziksel Semptomlar^a (n = 11)	p değeri	p değeri	p değeri
Tanı Süresi	0.283	0.218	0.218
Uygulanan toplam kür sayısı	0.676	0.587	0.656
Yaş	0.094	0.207	0.302
Eğitim durumu	0.113	0.415	0.276
Meslek	0.094	0.134	0.184
Çalışma durumu	0.032*	0.189	0.406
Sigara kullanma durumu	0.354	0.414	0.872
Alkol kullanma durumu	0.905	0.811	0.722

^a: Kruskal Wallis Test

* p<0.05

** Tablo 4.3.1. kullanılan istatistik yöntemlere göre gruplandırılmış ve iki ayrı tablo yapılmıştır.

Tablo 4.3.1.'in Devamı Sosyo-Demografik, Hastalık/Tedavi Değişkenlerinin Memorial Semptom Tanılama Skalası Alt Boyutlarına Etkisi

MSAS	SIKLIK $\bar{X} = 11.88$ SS = 3.018	ŞİDDET $\bar{X} = 12.18$ SS = 3.067	SIKINTI $\bar{X} = 9.18$ SS = 3.644
Psikolojik Semptomlar^b (n = 17)	p değeri	p değeri	p değeri
Metastaz durumu	0.529	0.770	0.663
Cinsiyet	0.339	0.309	0.266
Medeni durum	0.288	0.332	0.419
Bakmakla yükümlü olunan kişi	0.121	0.204	0.439
Bakımına destek olan kişiler	0.113	0.224	0.342
Uygulanan ilaç tedavisi ile ilgili bilgi	0.657	0.337	0.057
	SIKLIK $\bar{X} = 21.82$ SS= 3.763	ŞİDDET $\bar{X} = 29.55$ SS= 6.089	SIKINTI $\bar{X} = 25.27$ SS= 6.498
Fiziksel Semptomlar^b (n = 11)	p değeri	p değeri	p değeri
Metastaz durumu	0.252	0.774	0.392
Cinsiyet	0.461	0.267	0.232
Medeni durum	0.425	0.109	0.203
Bakmakla yükümlü olunan kişi	0.580	0.309	0.118
Bakımına destek olan kişiler	0.151	0.149	0.152
Uygulanan ilaç tedavisi ile ilgili bilgi	1.000	0.926	0.270

^b: Mann-Whitney U

** Tablo 4.3.1. kullanılan istatistik yöntemlere göre gruplandırılmış ve iki ayrı tablo yapılmıştır.

Tablo 4.3.1'de araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik, hastalık/tedavi değişkenlerinin Memorial Semptom Tanılama Skalası alt boyutlarına etkisi incelendiğinde; ölçüğe ait psikolojik semptomlar alt boyutlarının sırasıyla standart sapma ve puan ortalama değerleri verilmiş olup, puan ortalamalarının sıklık için 11.88 ± 3.018 , şiddet için 12.18 ± 3.067 ve sıkıntı için 9.18 ± 3.644 olduğu; fiziksel semptomlar alt boyutlarının ortalama puanlarının sıklık için 21.82 ± 3.763 , şiddet için 29.55 ± 6.089 ve sıkıntı için 25.27 ± 6.498 olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik, hastalık/tedavi alt boyutları ile Memorial Semptom Tanılama Skalası alt boyutlarına ait değişkenler arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak incelendiğinde; çalışma durumunun fiziksel semptom sıklığını etkilediği belirlenmiştir ($p < 0.05$). Aynı tabloya göre diğer sosyo-demografik, hastalık ve tedaviyle ilişkili değişkenlerin lenfoma hastalarının yaşadıkları psikolojik ve fiziksel semptomların sıklığını, şiddetini ve sıkıntısını etkilemediği bulunmuştur ($p > 0.05$).

Tablo 4.3.2. Sosyo-Demografik, Hastalık/Tedavi Değişkenlerinin Kronik Hastalık Tedavisinde Fonksiyonel Değerlendirme Ölçeği-Lenfoma (FACT-Lym) Alt Boyutlarına Etkisi (n = 109)

FACT-LYM		Bedeni durum	Sosyal yaşam ve aile durumu	Duygusal durum	Faaliyet durumu	Diğer endişeler
Tanı süresi	F	5.756	3.932	5.658	5.925	2.935
	p	0.001*	0.011*	0.001*	0.001*	0.037*
Uygulanan toplam kür sayısı	F	8.102	6.393	7.236	6.020	7.620
	p	0.001*	0.002*	0.001*	0.003*	0.001*
Yaş	F	3.889	2.020	1.045	2.287	1.418
	p	0.011*	0.116	0.376	0.083	0.242
Eğitim durumu	F	5.640	1.386	1.450	3.989	4.905
	p	0.005*	0.254	0.239	0.021*	0.009*
Meslek	F	1.550	0.829	1.382	1.230	1.477
	p	0.193	0.510	0.245	0.303	0.214
Çalışma durumu	F	0.023	5.352	1.509	0.519	0.311
	p	0.977	0.006*	0.226	0.597	0.734
Sigara kullanma	F	1.152	8.243	1.958	1.417	0.358
	p	0.320	0.000*	0.146	0.247	0.700
Alkol kullanma	F	5.317	0.839	1.491	1.919	0.489
	p	0.006*	0.435	0.230	0.152	0.615

* p<0.05

** Tablo 4.3.2. kullanılan istatistik yöntemlere göre gruplandırılmış ve iki ayrı tablo yapılmıştır.

F = Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Tablo 4.3.2'nin Devamı Sosyo-Demografik, Hastalık/Tedavi Değişkenlerinin Kronik Hastalık Tedavisinde Fonksiyonel Değerlendirme Ölçeği-Lenfoma (FACT-Lym) Alt Boyutlarına Etkisi (n = 109)

FACT-LYM		Bedeni durum	Sosyal yaşam ve aile durumu	Duygusal durum	Faaliyet durumu	Diğer endişeler
Metastaz durumu	t	3.116	0.911	2.196	3.460	1.296
	p	0.002*	0.364	0.030*	0.001*	0.198
Cinsiyet	t	1.922	0.307	1.250	0.704	1.660
	p	0.057	0.760	0.214	0.483	0.100
Medeni durum	t	0.651	0.670	0.381	0.819	0.532
	p	0.516	0.505	0.704	0.415	0.596
Bakmakla yükümlü olunan kişi	t	1.601	1.387	2.748	1.999	1.905
	p	0.112	0.168	0.007*	0.048*	0.061
Bakımına destek olan kişiler	t	3.754	2.509	0.242	0.271	1.349
	p	0.000*	0.014*	0.809	0.787	0.180
Uygulanan ilaç tedavisi ile ilgili bilgi	t	0.712	2.028	0.926	1.257	0.676
	p	0.478	0.045*	0.357	0.211	0.501

* p<0.05

** Tablo 4.3.2. kullanılan istatistik yöntemlere göre gruplandırılmış ve iki ayrı tablo yapılmıştır.

t = t testi (Bağımsız İki Ortalama Arası Farkın Anlamlılık Testi)

Tablo 4.3.2'de araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik, hastalık/tedavi değişkenlerinin Kronik Hastalık Tedavisinde Fonksiyonel Değerlendirme Ölçeği-Lenfoma (FACT-Lym) alt boyutlarına etkisi incelenmektedir. Tabloya göre; tanı süresi, uygulanan toplam kür sayısı, yaş, eğitim durumu, alkol kullanma, metastaz durumu ve bakıma destek olan kişilerin varlığı bedeni durumla ilgili fonksiyonları etkilemektedir (p<0.05).

Aynı tabloya göre; tanı süresi, uygulanan toplam kür sayısı, çalışma durumu, sigara kullanma, bakıma destek olan kişilerin varlığı ve uygulanan ilaç tedavisi ile ilgili bilgi, sosyal yaşam ve aile durumunu etkilemektedir (p<0.05). Tablo 4.3.2'ye göre; tanı süresi, uygulanan toplam kür sayısı, metastaz durumu ve bakmakla yükümlü olunan kişilerin varlığı, duygusal durumu etkilemektedir (p<0.05).

Aynı tabloya göre; tanı süresi, uygulanan toplam kür sayısı, eğitim durumu, metastaz durumu ve bakıma destek olan kişilerin varlığı, faaliyet durumunu etkilemektedir (p<0.05). Tabloya göre; tanı süresi, uygulanan toplam kür sayısı ve eğitim durumu, diğer endişelerle ilgili fonksiyonları etkilemektedir (p<0.05).

4.4. Ölçeklerin Alt Başlıklarının Korelasyon Bulguları

Çalışmaya katılan hastaların Memorial Semptom Tanılama Skalası alt boyutlarına, Kronik Hastalık Tedavisinde Fonksiyonel Değerlendirme Ölçeği–Lenfoma (FACT-Lym) Ölçeği alt boyutlarına ve her iki ölçeğin birbirleriyle olan korelasyon bulgularına ilişkin veriler tablolarda gösterilmiştir.

Tablo 4.4.1. Memorial Semptom Tanılama Skalası'nın Alt Boyutlarının Korelasyon Bulguları

Psikolojik Semptomlar (n = 17)	r değeri	p değeri
Sıklık - Şiddet	0.914	0.000**
Sıklık - Sıkıntı	0.883	0.000**
Şiddet - Sıkıntı	0.881	0.000**
Fiziksel Semptomlar (n = 11)	r değeri	P değeri
Sıklık - Şiddet	0.786	0.004**
Sıklık - Sıkıntı	0.681	0.021*
Şiddet - Sıkıntı	0.865	0.001**

* p<0.05

** p<0.01 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 4.4.1'de araştırmaya katılan hastaların Memorial Semptom Tanılama Skalası alt boyutlarının korelasyon değerleri incelendiğinde; ölçeğin alt başlıklarına ait korelasyon katsayılarının hepsinin anlamlı düzeyde ilişkili ve alt boyutlar arasındaki ilişkilerin pozitif yönde olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.4.2. Kronik Kronik Hastalık Tedavisinde Fonksiyonel Değerlendirme Ölçeği-Lenfoma (FACT-Lym) Alt Boyutlarının Korelasyon Bulguları (n = 109)

	r değeri	p değeri
Bedeni durum - Sosyal yaşam ve aile durumu	-0.224	0.019*
Bedeni durum - Duygusal durum	0.567	0.000**
Bedeni durum - Faaliyet durumu	-0.451	0.000**
Bedeni durum - Diğer endişeler	0.680	0.000**
Sosyal yaşam ve aile durumu - Duygusal durum	-0.510	0.000**
Sosyal yaşam ve aile durumu - Faaliyet durumu	0.580	0.000**
Sosyal yaşam ve aile durumu - Diğer endişeler	-0.328	0.001**
Duygusal durum - Faaliyet durumu	-0.518	0.000**
Duygusal durum - Diğer endişeler	0.753	0.000**
Faaliyet durumu - Diğer endişeler	-0.360	0.000**

* p<0.05

** p<0.01 düzeyinde anlamlıdır

Tablo 4.4.2’de araştırmaya katılan hastaların Kronik Kronik Hastalık Tedavisinde Fonksiyonel Değerlendirme Ölçeği - Lenfoma (FACT-Lym) alt boyutlarının korelasyon değerleri incelendiğinde; ölçeğin alt boyutlarına ait korelasyon katsayılarının hepsinin anlamlı düzeyde ilişkili, altı adet ilişki yapısının negatif yönde ve istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.4.3. Kronik Kronik Hastalık Tedavisinde Fonksiyonel Değerlendirme Ölçeği-Lenfoma (FACT-Lym) ve Memorial Symptom Tanılama Skalası’nın Korelasyon Bulguları

	r değeri	p değeri
FACT-LYM (n = 109) - MSAS (n = 21)	0.378	0.092

p>0.05 düzeyinde anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 4.4.3’de araştırmaya katılan hastaların Kronik Kronik Hastalık Tedavisinde Fonksiyonel Değerlendirme Ölçeği-Lenfoma (FACT-Lym) ve Memorial Symptom Tanılama Skalası (MSAS) Ölçeği’nin korelasyon değerleri incelenmiş ve ölçeklerin tüm maddelerinin toplam ölçek puanı üzerinden birbiri ile karşılıklı korelasyonuna bakılmıştır.

Tabloda, iki ölçek arasındaki ilişki yapısı incelenmek istendiğinde alt boyutlar düzeyinde bir ilişki aranması, özellikle Memorial Symptom Tanılama Skalası ölçeğinde alt boyutlara verilen cevapların sayıca az olmasından dolayı mümkün olmamış ve iki ölçeğin alt boyutlarının eşleştirilmesinde yeterli olmayan gözlem sorunu oluşmuştur. Bu nedenle her iki ölçeğin alt boyut puanları kendi ölçek yapıları içerisinde birleştirilmiş ve daha sonra bu genel ölçek puanları arasında ilişki aranmıştır. Bu yapılarda analiz sonucu istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür (p>0.05).

4.5. Memorial Semptom Skalası'nın Semptom Kümelemesine İlişkin Bulguları

Memorial Semptom Tanılama Skalası'na göre çalışmaya katılan hastaların yaşadıkları semptomların kümelemesine ilişkin veriler tablolarda gösterilmiştir.

Tablo 4.5.1. Memorial Semptom Skalası'nın Sıklık Alt Boyutunun Semptom Kümelemesi Bulguları

ANA KÜMELER		
I. ANA KÜME	II. ANA KÜME	III. ANA KÜME
- Bulantı - Kusma - İştahsızlık - Ağız kuruluğu - Halsizlik ya da enerji kaybı - Ağrı	- İshal - Hassas olma/hissetme - Baş dönmesi - Yutma güçlüğü - Dikkat toplamada zorluk - İdrar yapmada zorluk - Şişkinlik hissi - Kendini sinirli hissetme - Cinsel istek ve aktivite ile ilgili sorunlar	- Kendini üzgün hissetme - Endişelenme - Uyumada zorluk - Öksürük - Nefes darlığı - Uykulu ya da sersemlemiş hissetme - Terleme - El ya da ayaklarda uyuşukluk/karınalanma - Kaşıntı

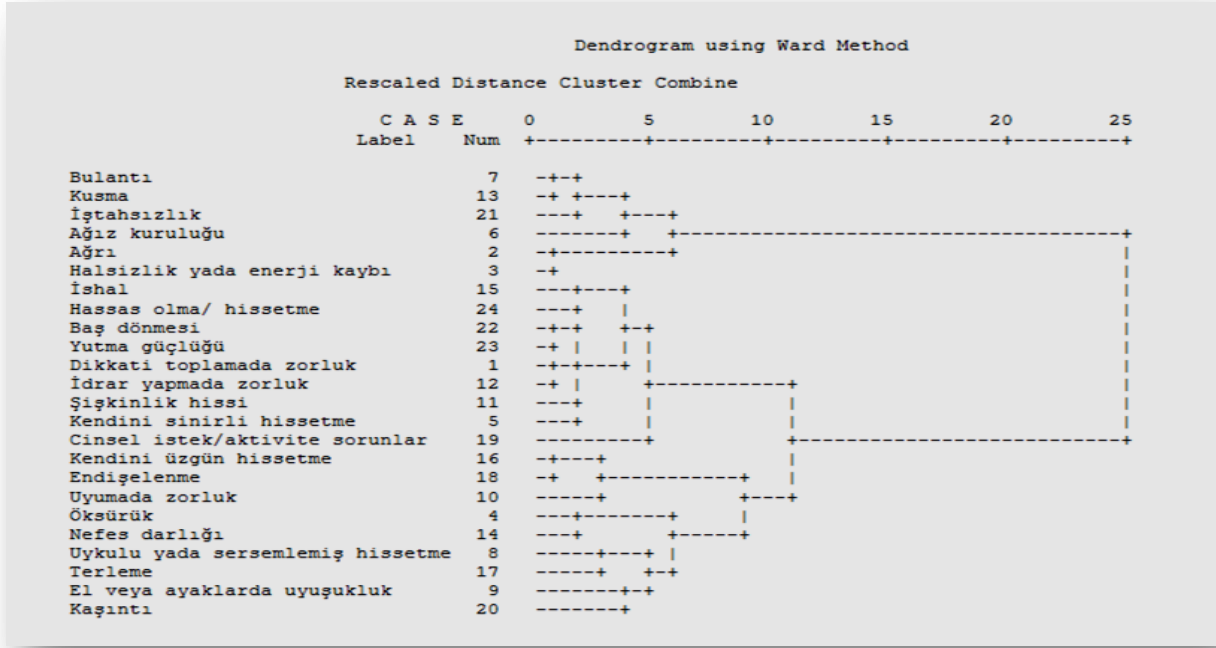
Tablo 4.5.1'de araştırmaya katılan hastalarda Memorial Semptom Skalası'nın sıklık alt boyutunda Ward Method yöntemi kullanılarak yapılan hiyerarşik kümeleme analizi incelendiğinde;

Birinci ana küme: Bulantı, kusma, iştahsızlık, ağız kuruluğu, halsizlik ya da enerji kaybı ve ağrı semptomları yer almaktadır.

İkinci ana küme: İshal, hassas olma/hissetme, baş dönmesi, yutma güçlüğü, dikkat toplamada zorluk, idrar yapmada zorluk, şişkinlik hissi, kendini sinirli hissetme, cinsel istek ve aktivite ile ilgili sorunlar semptomları yer almaktadır.

Üçüncü ana küme: Kendini üzgün hissetme, endişelenme, uyumada zorluk, öksürük, nefes darlığı, uykulu ya da sersemlemiş hissetme, terleme, el ya da ayaklarda uyuşukluk/karınalanma ve kaşıntı semptomları yer almaktadır.

Memorial Semptom Tanılama Skalası sıklık alt boyutu yığışım tablosu EK-9'da yer almaktadır.



Şekil 4.1. Memorial Semptom Skalası'nın Sıklık Alt Boyutunun Dendogramı

Tablo 4.5.2. Memorial Semptom Skalası'nın Şiddet Alt Boyutunun Semptom Kümelemesi Bulguları

ANA KÜMELER		
I. ANA KÜME	II. ANA KÜME	III. ANA KÜME
<ul style="list-style-type: none"> - Ağız yaraları - Yiyeceklerin tadını almada değişiklik - Bulantı - Kusma - Kilo kaybı - Ağrı - Halsizlik ya da enerji kaybı - Terleme 	<ul style="list-style-type: none"> - Kabızlık - Kol veya bacaklarda şişlik - Deride değişiklikler - Ağız kuruluğu - Kendini üzgün hissetme - Endişelenme - Kendini uykulu ya da sersemlemiş gibi hissetme - Uyumada zorluk - Kaşıntı 	<ul style="list-style-type: none"> - Öksürük - Nefes darlığı - El ya da ayaklarda uyuşukluk/karıncaalanma - Yutma güçlüğü - Kol veya bacaklarda şişlik - Baş dönmesi - Şişkinlik hissi - İdrar yapmada zorluk - Dikkati toplamada zorluk - Kendini sinirli hissetme - İshal - Ben kendimi sevmiyorum - Hassas olma/hissetme - Cinsel istek ve aktivite ile ilgili sorunlar

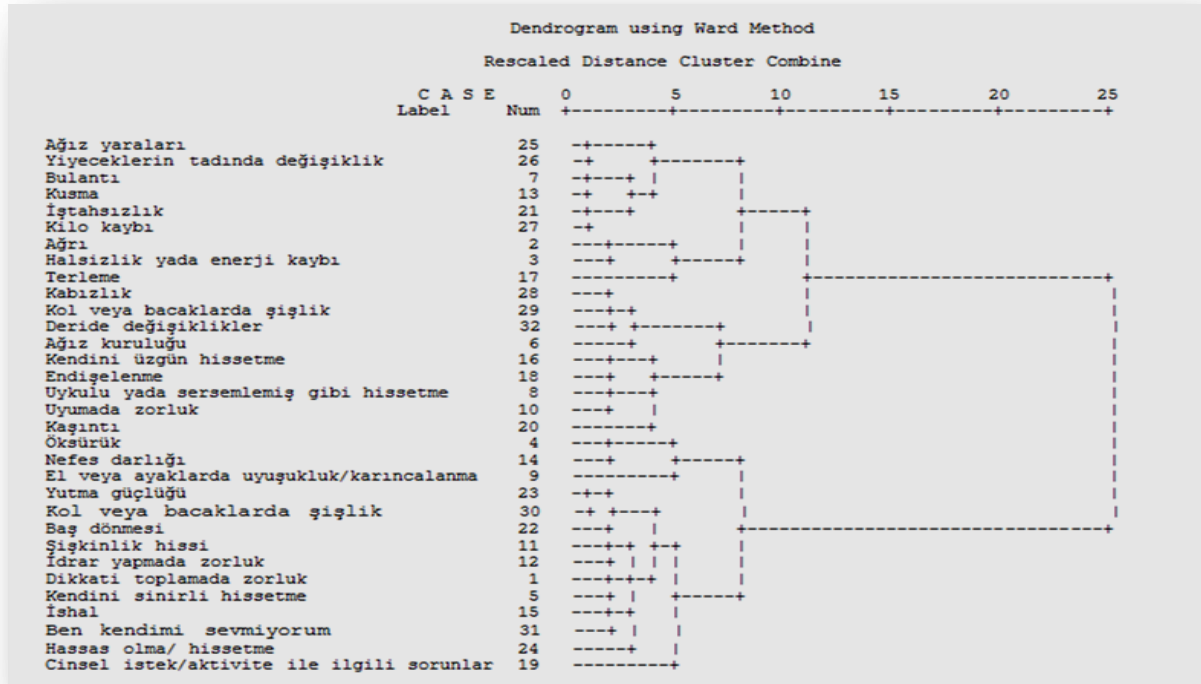
Tablo 4.5.2’de araştırmaya katılan hastalarda Memorial Semptom Skalası’nın şiddet alt boyutunda Ward Method yöntemi kullanılarak yapılan hiyerarşik kümeleme analizi incelendiğinde;

Birinci ana küme: Ağız yaraları, yiyeceklerin tadını almada değişiklik, bulantı, kusma, kilo kaybı, ağrı, halsizlik ya da enerji kaybı ve terleme semptomları yer almaktadır.

İkinci ana küme: Kabızlık, kol veya bacaklarda şişlik, deride değişiklikler, ağız kuruluğu, kendini üzgün hissetme, endişelenme, kendini uykulu ya da sersemlemiş gibi hissetme, uyumada zorluk ve kaşıntı semptomları yer almaktadır.

Üçüncü ana küme: Öksürük, nefes darlığı, el ya da ayaklarda uyuşukluk/karınçalanma, yutma güçlüğü, kol veya bacaklarda şişlik, baş dönmesi, şişkinlik hissi, idrar yapmada zorluk, dikkati toplamada zorluk, kendini sınırlı hissetme, ishal, kendini sevmeme, hassas olma/hissetme ve cinsel istek ve aktivite ile ilgili semptomlar yer almaktadır.

Memorial Semptom Tanılama Skalası şiddet alt boyutu yığışım tablosu EK-10’da yer almaktadır.



Şekil 4.2. Memorial Semptom Skalası’nın Şiddet Alt Boyutunun Dendrogramı

Tablo 4.5.3. Memorial Semptom Skalası'nın Sıkıntı Alt Boyutunun Semptom Kümelemesi Bulguları

ANA KÜMELER		
I. ANA KÜME	II. ANA KÜME	III. ANA KÜME
<ul style="list-style-type: none">- Baş dönmesi- Yutma güçlüğü- Kendini uykulu ya da sersemlemiş gibi hissetme- Öksürük	<ul style="list-style-type: none">- Nefes darlığı- Kol veya bacaklarda şişlik- Deride değişiklikler- Kaşıntı- Dikkati toplamada zorluk- Kendini sinirli hissetme- Şişkinlik hissi- İdrarı yapmada zorluk- İshal- Hassas olma/hissetme- Ben kendimi sevmiyorum- El veya ayaklarda uyuşukluk- Cinsel istek ve aktivite ile ilgili sorunlar	<ul style="list-style-type: none">- Kendini üzgün hissetme- Endişelenme- Uyumada zorluk- Terleme- Bulantı- İştahsızlık- Ağız yaraları- Yiyeceklerin tadını almada değişiklik- Kilo kaybı- Ağrı- Halsizlik ya da enerji kaybı- Ağız kuruluğu- Kusma- Saç dökülmesi- Kabızlık

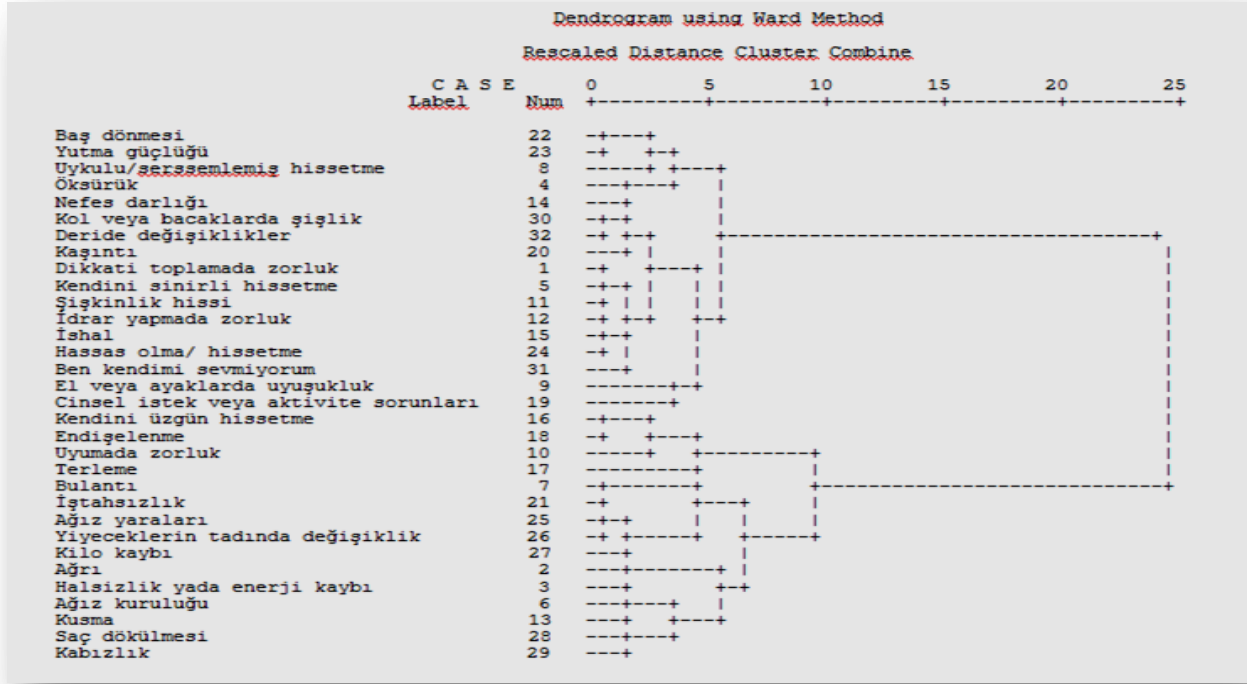
Tablo 4.5.3'de araştırmaya katılan hastalarda Memorial Semptom Skalası'nın sıkıntı alt boyutunda Ward Method yöntemi kullanılarak yapılan hiyerarşik kümeleme analizi incelendiğinde;

Birinci ana küme: Baş dönmesi, yutma güçlüğü, kendini uykulu ya da sersemlemiş gibi hissetme ve öksürük semptomları yer almaktadır.

İkinci ana küme: Nefes darlığı, kol veya bacaklarda şişlik, deride değişiklikler, kaşıntı, dikkati toplamada zorluk, kendini sinirli hissetme, şişkinlik hissi, idrarı yapmada zorluk, ishal, hassas olma/hissetme, kendini sevmeme, el veya ayaklarda uyuşukluk ve cinsel istek ve aktivite ile ilgili semptomlar yer almaktadır.

Üçüncü ana küme: Kendini üzgün hissetme, endişelenme, uyumada zorluk, terleme, bulantı, iştahsızlık, ağız yaraları, yiyeceklerin tadını almada değişiklik, kilo kaybı, ağrı, halsizlik ya da enerji kaybı, ağız kuruluğu, kusma, saç dökülmesi ve kabızlık semptomları yer almaktadır.

Memorial Semptom Tanılama Skalası sıkıntı alt boyutu yığışım tablosu EK-11'de yer almaktadır.



Şekil 4.3. Memorial Semptom Skalası'nın Sıkıntı Alt Boyutunun Dendrogramı

TARTIŞMA

Bu araştırma, lenfoma hastalarında semptom kümelemesi ve fonksiyonel duruma etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Bu bölümde çalışmadan elde edilen bulguların aşağıda belirtilen ana başlıklar altında ele alınacaktır.

1. Lenfoma hastalarının semptomlara ilişkin durumunun incelenmesi
2. Lenfoma hastalarının fonksiyonel durumlarına ilişkin durumunun incelenmesi
3. Lenfoma hastalarının sosyo-demografik, hastalık ve tedavi ile özelliklerinin semptomlara etkisinin incelenmesi
4. Lenfoma hastalarının sosyo-demografik, hastalık ve tedavi ile özelliklerinin fonksiyonel duruma etkisinin incelenmesi
5. Lenfoma hastalarının semptom ve fonksiyonel durum ölçek puan ortalamalarının korelayon ilişkisinin incelenmesi
6. Lenfoma hastalarının semptom kümelerine ilişkin özelliklerin incelenmesi

5.1. Lenfoma Hastalarının Semptomlara İlişkin Durumunun İncelenmesi

Kanserli hastalar tanı anında ve tedavi süresince hastalık, hastalıkla birlikte ortaya çıkan sorunlar, cerrahi, radyoterapi, kemoterapi gibi kombine tedavi yöntemleri gibi nedenlerle pek çok semptom yaşayabilirler. Çalışmamızda araştırmaya katılan hastaların Memorial Semptom Tanılama Skalası'na göre semptomları istatistiksel analizler ve literatür (43) doğrultusunda, psikolojik ve fizyolojik olarak iki alt grupta ele alınmıştır. Memorial Semptom Tanılama Skalası'nın psikolojik semptomlar alt grubu incelendiğinde hastaların uyumada zorluk ($\bar{X} = 2.35$), kendini üzgün hissetme ($\bar{X} = 2.18$) ve endişelenme ($\bar{X} = 2.18$) sorunlarını; fiziksel semptomlar alt grubu incelendiğinde; ağrı ($\bar{X} = 2.73$), ağız kuruluğu ($\bar{X} = 2.73$) ve bulantı ($\bar{X} = 2.64$) sorunlarının daha fazla yaşadıkları görülmektedir (Tablo 4.2.1). Kanserli hastalarda ağrı en önemli semptomlardan biridir (30, 212). Semptom kümelemeleri ile ilgili yapılan çalışmalarda, semptom kümesinde ağrı ve bulantı yer almaktadır (30, 292, 304, 305). Ağız kuruluğu hastalara uygulanan kemoterapi tedavilerine, tedavi yan etkilerine bağlı gastrointestinal semptomlara sekonder gelişebilir. Lenfoma tanısına, hastalık ve tedaviyle ortaya çıkan sorunlara bağlı olarak hastalar endişe ve üzüntü yaşayabilirler. Savard ve arkadaşlarının (2001) çalışma sonuçlarına göre; uyku bozukluğu kanser hastalarında en sık görülen sorunlar arasında yer almakta olup, yeni tanı konulan dönemlerde ya da tanıdan sonraki ilk 6 ayda görülme oranı %54'dür (306). Clark ve arkadaşları (2004); kanserli hastalarda uyku bozukluğu görülme oranının %30-88 arasında değiştiğini belirtmektedir (307). Bizim çalışma sonuçlarımızda da, en sık görülen psikolojik semptomlar arasında uyumada zorluk yer almaktadır. Bu sonuçlar doğrultusunda, kanserli hastaların yaşadıkları fiziksel ve psikolojik semptomların değerlendirilmesinin ve uygun girişimlerin planlanmasının, hastaların yaşam kalitesi ve fonksiyonel durumları açısından çok önemli olduğu söylenebilir.

Araştırmada kullanılan Memorial Semptom Tanılama Skalası semptomlarının Cronbach alfa değerleri, madde silindiğinde Cronbach alfa değerleri ile karşılaştırılmış, aralarında önemli bir farklılık olmaması nedeni ile, ölçekten hiçbir maddenin çıkartılmaması uygun görülmüştür. Araştırmaya katılan hastaların psikolojik ve fiziksel semptomlar alt gruplarına ait Cronbach alfa değerleri incelendiğinde; psikolojik semptomlarda Cronbach alfa değerleri sıklık için 0.717, şiddet için 0.752 ve sıkıntı için 0.728; fiziksel semptomlarda Cronbach alfa değerleri sıklık için 0.741, şiddet için 0.842 ve sıkıntı için 0.812 olarak bulunmuştur (Tablo 4.2.1.). Araştırma sonuçlarımıza göre, Memorial Semptom Tanılama Skalası semptomlarının sıklık, şiddet ve sıkıntı ana başlıklarına ait elde edilen Cronbach alfa değerlerinin, kabul edilebilir sınırlarda olduğu görülmektedir ($\alpha > 0.70$) (301).

5.2. Lenfoma Hastalarının Fonksiyonel Durumlarına İlişkin Durumunun İncelenmesi

Araştırmaya katılan hastaların Kronik Hastalık Tedavisinde Fonksiyonel Değerlendirme Ölçeği –Lenfoma (FACT-Lym) alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; bedeni durum alt boyutuna göre ağrı var ($\bar{X}=2.02$) ve enerjim düşük ($\bar{X}=2.00$); sosyal yaşam ve aile durumu alt boyutuna göre ailem hastalığımı kabullendi ($\bar{X}=2.94$) ve ailem hastalığım konusundaki iletişimden memnun ($\bar{X}=2.87$); duygusal durum alt boyutuna göre kendimi üzgün hissediyorum ($\bar{X}=1.37$) ve durumumun daha kötüye gitmesinden endişeleniyorum ($\bar{X}=1.30$); faaliyet durum alt boyutuna göre hastalığımı kabullendim ($\bar{X}=2.72$) ve hayattan zevk alabiliyorum ($\bar{X}=2.32$); diğer endişeler alt boyutuna göre çabuk yoruluyorum ($\bar{X}=2.27$) ve vücudumun belirli yerleri ağrıyor ($\bar{X}=2.23$) maddelerinden alınan puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.2.2.).

Araştırmada kullanılan Kronik Hastalık Tedavisinde Fonksiyonel Değerlendirme Ölçeği - Lenfoma (FACT-Lym) incelendiğinde; Cronbach alfa değerlerinin bedeni durumda 0.778, sosyal yaşam ve aile durumunda 0.835, duygusal durumda 0.843, faaliyet durumunda 0.781 ve diğer endişelerde 0.894 olarak bulunmuştur (Tablo 4.2.2.). FACT-Lym alt boyut Cronbach alfa değerlerinin, kabul edilebilir sınırlarda olduğu görülmektedir ($\alpha > 0.70$). (Portenoy et al., 1994; Georgakopoulos et al., 2013). FACT-Lym duygusal durum alt boyutunda yer alan “*Hastalığımla başa çıkma yöntemimden memnunum*” sorusunun çıkarılması, Cronbach alfa değerini 0.674’ten 0.843’e yükseltmesi nedeniyle bu soru anketten çıkartılmıştır ve kalan soru maddeleri üzerinden analiz yeniden yapılarak Tablo 4.2.2 elde edilmiştir. Georgakopoulos ve arkadaşlarının (2013) FACT-Lym Ölçeği ile lenfomalı hastaların fonksiyonel durumlarını değerlendirdikleri çalışma sonuçlarında; duygusal durum alt boyutunda yer alan “*Hastalığımla başa çıkma yöntemimden memnunum*” maddesinin Cronbach alfa değeri 0.70’in altında olduğu için ölçekten çıkartılmıştır. FACT-Lym ölçek sonuçlarımız literatür ile benzerlik göstermektedir. Lenfoma hastalarının tanı, hastalık, tedaviler, komplikasyonlar, tüm yaşam aktivitelerinin değişmesi gibi nedenlerle hastalıkla baş etmelerinin zor ve yorucu bir süreç olabileceği düşünülebilir.

Kanserli hastalarda semptomların görülmesi, rahatsızlığa, strese, fiziksel fonksiyonlarda gerilemeye ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olabilir (10). Çoklu semptomların bir arada görülmesine bağlı semptom tükenmişliği, buna bağlı tedavi dozunda kısıtlamalar, gecikmeler ya da tedavinin kesilmesi ile etkin tedavi dozunun alınamaması gibi sorunlar söz konusu olabilir (39). Kanserli hastalar semptomlara bağlı olarak fiziksel fonksiyonlardaki azalmaya bağlı günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte zorlanabilirler (39, 216).

Kanser tanısının şoku, hasta, aile ve diğer bireyler arasındaki iletişim ve etkileşimde değişikliklere neden olabilmektedir. Bu süreçte bazı hastalar, aile üyeleri ve diğer bireylerle daha yakın ilişkiler geliştirirken, bazı hastalar da kişilerarası ilişkilerden kaçınabilmektedir. Belirsizlik ve korku, sıklıkla hastaların sosyal destek gereksinimlerinde artışla neden

olmaktadır. Ancak uzun bir tedavi sürecinde hastalar, çoğu zaman sosyal ilişkilerini devam ettirmek için gerekli enerjiyi bulmakta zorlanmakta ve en çok gereksinim duyduklarında da gerekli desteklerden yoksun kalabilmektedirler. Bu duruma eşlik eden semptomlarla birlikte günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte zorlanabilirler (296).

5.3. Lenfoma Hastalarının Sosyo-Demografik, Hastalık ve Tedavi ile Özelliklerinin Semptomlara Etkisinin İncelenmesi

Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik, hastalık ve tedavi ile ilgili özelliklerinin semptomlara etkisi incelendiğinde; çalışma durumunun fiziksel semptom sıklığını etkilediği ($p<0.05$), diğer değişkenlerin semptomların sıklığını, şiddetini ve sıkıntı düzeyini etkilemediği ($p>0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.3.1.) Çalışma ve aktivitelerle uğraşmanın, hastalık ve tedavi ile ilgili olumsuz düşüncelerden kurtulma, stresle baş etme, günlük aktivitelerini yerine getirebilme gibi katkıları ile fiziksel semptom sıklığını azaltabileceği düşünülebilir.

Thomas ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında; ağrı, yorgunluk ve uyku bozukluğu semptomları aynı kümede yer almış; kümedeki semptomları yaşayanların yaş ve cinsiyet yönünden benzer özellikler gösterdiği saptanmıştır (308). Pirri ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında; bulantı, iştahsızlık ve kusma aynı kümede yer almış; kümedeki semptomları yaşayanların yaş, cinsiyet, medeni durum, tedavi süresi ve eğitim durumu yönünden benzer özellikler gösterdiği bulunmuştur (26). Sarenmalm ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında; kendini üzgün hissetme, endişelenme ve kendini sınırlı hissetme semptomları aynı kümede yer almış; kümedeki semptomları yaşayanların yaş, cinsiyet, medeni durum yönünden benzer özellikler gösterdiği saptanmıştır (29). Karabulu ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında; bulantı ve kusma semptomları aynı kümede yer almış; kümedeki semptomları yaşayanların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, tedavi şekli yönünden benzer özellikler gösterdiği görülmüştür (299). Lin ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında; ağrı, halsizlik ve uyku bozukluğu semptomları aynı kümede yer almış; kümedeki semptomları yaşayanların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu yönünden benzer özellikler gösterdiği saptanmıştır (25). Bizim çalışma sonuçlarımız literatür bulgularından farklı bulunmuş, araştırmaya katılan hastaların sadece çalışma durumlarının semptomları etkilediği görülmüştür.

5.4. Lenfoma Hastalarının Sosyo-Demografik, Hastalık ve Tedavi İle Özelliklerinin Fonksiyonel Duruma Etkisinin İncelenmesi

Araştırma sonuçlarımıza göre, araştırma kapsamına alınan hastaların tanı süresi, uygulanan toplam kür sayısı, yaş, eğitim durumu, alkol kullanma, metastaz durumu ve bakımına destek olan kişilerin varlığı gibi değişkenler, bedeni durum fonksiyonel alt boyutunu etkilemektedir ($p<0.05$). Çalışmamıza göre, lenfoma hastalarının tanı süresi, uygulanan toplam kür sayısı, çalışma durumu, sigara kullanma, bakımına destek olan kişilerin varlığı ve uygulanan ilaç tedavisi ile ilgili bilgi gibi değişkenler, sosyal yaşam ve aile durumu fonksiyonel alt boyutunu etkilemektedir ($p<0.05$) (Tablo 4.3.1.)

Araştırma sonuçlarımıza göre, araştırma kapsamına alınan hastaların tanı süresi, uygulanan toplam kür sayısı, metastaz durumu ve bakımına destek olan kişilerin varlığı gibi değişkenler, duygusal durum fonksiyonel alt boyutunu etkilemektedir ($p<0.05$). (Tablo 4.3.1.) Çalışma sonuçlarımızda, lenfoma hastalarında tanı süresi, uygulanan toplam kür sayısı, eğitim durumu, metastaz durumu ve bakımına destek olan kişilerin varlığı gibi değişkenlerin, faaliyet durumu fonksiyonel alt boyutunu; tanı süresi, uygulanan toplam kür sayısı ve eğitim durumu

gibi değişkenlerin, diğer endişeler fonksiyonel alt boyutunu etkilediği belirlenmiştir ($p<0.05$). (Tablo 4.3.1.)

Çalışmamızda özellikle tanı süresinin ve uygulanan toplam kür sayısının, tüm fonksiyonel alanları olumsuz yönde etkilediği görülmektedir. Tanı süresi uzadıkça hastalık ve tedavilerin getirdiği semptomlarla daha fazla karşılaşma riskinin olması, çoklu kemoterapi tedavilerinin uygulanması, hastane yatışlarının, komplikasyonların veya maliyetin artması gibi pekçok olumsuz faktörün etkisi bulunduğu için, araştırmaya katılan lenfoma hastalarının fonksiyonel durumlarının olumsuz etkilendiği düşünülebilir.

Lenfoma tanısı, hastalar, aile üyeleri ve arkadaşlar arasında güçlü bir duygusal cevap oluşturmakta; inkar, depresyon, ümitsizlik ve korku gibi duygular yaşanmasına neden olmaktadır (108). Lenfoma hastalarının tanıyı kabullenebilmeleri ve süreci iyi yönetebilmeleri için sağlık profesyonelleri ve ailelerinin desteğine gereksinim duyarlar. Hastalık ve tedavilere bağlı faktörler ve yan etkiler, bilgi eksikliği, hastane yatışları, sağkalım, finansman, iş ve sosyal yaşam değişiklikleri gibi faktörler nedeni ile, lenfoma hastalarının yaşam kaliteleri ve fonksiyonel durumları etkilenebilir. Bu nedenle, lenfoma hastalarında fonksiyonel durumu olumsuz etkileyebilecek tüm faktörlerin değerlendirilmesi ve fonksiyonel durumu iyileştirmeye yönelik girişimlerin planlanması önemlidir.

5.5. Lenfoma Hastalarının Semptom ve Fonksiyonel Durum Ölçek Puan Ortalamalarının Korelayon İlişkisinin İncelenmesi

Çalışma sonuçlarımızda, semptomların değerlendirildiği MSAS Ölçeği alt boyutları ile fonksiyonel durumun değerlendirildiği FACT-Lym Ölçeği alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0.05$ ve $p<0.01$) (Tablo 4.4.1.). Dolayısıyla semptom yaşama sıklığı, şiddeti ve sıkıntısı arttıkça, fonksiyonel durumun kötüleştiği ifade edilebilir.

Fonksiyonel durumun değerlendirildiği FACT-Lym Ölçeği alt boyutlarının kendi arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0.05$ ve $p<0.01$). Bu sonuçlar doğrultusunda, bedeni durum kötüleştikçe sosyal yaşamın, aile durumunun ve faaliyet durumunun kötüleştiği; sosyal yaşam ve aile durumu kötüleştikçe diğer endişelerin arttığı; duygusal durum kötüleştikçe faaliyet durumunun azaldığı ve faaliyet durumu azaldıkça diğer endişelerin arttığı anlaşılmaktadır. Ayrıca, sonuçlara göre bedeni durum iyileştikçe duygusal durumun iyileştiği ve diğer endişelerin azaldığı; sosyal yaşam ve aile durumu iyileştikçe faaliyet durumunun arttığı; duygusal durum iyileştikçe diğer endişelerin de azaldığı görülmektedir (Tablo 4.4.2.). Kansere başatma sürecinde fiziksel, duygusal ve sosyal yaşamla ilgili fonksiyonellik ve iyilik durumu arttıkça, bu bileşenlerin birbirlerini etkilediği ve yaşamın olumlu şekilde düzeldiği; aksine fiziksel sağlık algısı bozuldukça beraberinde duygusal, sosyal ve faaliyete ilişkin fonksiyonel yaşam alanlarının da olumsuz yönde etkilendiği söylenebilir.

Çalışma sonuçlarımızda, semptomların değerlendirildiği MSAS Ölçeği toplam puanları ile fonksiyonel durumun değerlendirildiği FACT-Lym Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.4.3.). Bunun nedenleri, hematolojik malignansilerin daha az görülmesine bağlı olarak araştırmaya alınan lenfomalı hasta sayısının az olması ve hasta sayısındaki azlığa bağlı semptom değerlendirme alt boyutlarına verilen yanıtların da az olması olarak düşünülebilir.

Oh ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında; ağrı, uyku bozukluğu, depresyon ve yorgunluk gibi durumların fonksiyonel durumu ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği (23); Süren ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında; ağrı, halsizlik ve uyku bozukluğu gibi semptomlar yaşanmasının fonksiyonel durumu ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği

saptanmıştır (305). Dodd ve arkadaşlarının (2001) çalışma sonuçlarında; kanser hastalarında en yaygın karşılaşılan semptom kümesinin ağrı, halsizlik ve uyku bozukluğu semptomları olduğu, bu semptomların fonksiyonel durumu ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır (30). Bizim çalışma sonuçlarımızda da, literatüre benzer olarak semptom yaşama sıklığı, şiddeti ve sıkıntısı arttıkça, fonksiyonel durumun kötüleştiği bulunmuştur.

5.6. Lenfoma Hastalarının Semptom Kümelerine İlişkin Özelliklerin İncelenmesi

Kanser hastalarında üç veya daha fazla semptomun bir arada olması başlangıçta “semptom kümesi” (symptom cluster) olarak tanımlanmıştır. Günümüzde ise birbiriyle ilişkili, iki veya daha fazla semptomun birlikte olması şeklinde tanımlanmaktadır (31, 37). Semptom kümelerinin çokluğu ile hastaların tedaviye verdikleri cevap arasında negatif bir ilişki bulunduğu için, semptom kümeleri ile hastaların morbiditesinin öngörülebileceği ileri sürülmektedir (37, 39). Bu doğrultuda kanser hastalarındaki semptom kümelerinin anlaşılmasıyla, semptomların daha sistematik şekilde değerlendirilerek etkin bir semptom yönetiminin sağlanabileceği düşünülebilir.

Yapılan çalışmalar, kanserli hastalarda hastalık ve tedavi sürecinde birden fazla semptomun bir arada görüldüğünü belirtmektedir (30, 39). Çalışma sonuçlarımızda, lenfomalı hastaların MSAS Ölçeği ile elde edilen semptom puan ortalamaları sıklık, şiddet ve sıkıntı alt boyutları altında Ward Method yöntemi kullanılarak hiyerarşik küme analizi yöntemi ile incelenmiş ve semptomlar her bir boyutta üçer ana kümede toplanmıştır. MSAS sıklık alt boyutunda birinci ana kümede bulantı, kusma, iştahsızlık, ağız kuruluğu, halsizlik ya da enerji kaybı ve ağrı semptomları; ikinci ana kümede ishal, hassas olma/hissetme, baş dönmesi, yutma güçlüğü, dikkat toplamada zorluk, idrar yapmada zorluk, şişkinlik hissi, kendini sınırlı hissetme, cinsel istek ve aktivite ile ilgili sorunlar; üçüncü ana kümede kendini üzgün hissetme, endişelenme, uyumada zorluk, öksürük, nefes darlığı, uykulu ya da sersemlemiş hissetme, terleme, el ya da ayaklarda uyuşukluk/karınalanma ve kaşıntı semptomları bir arada yer almaktadır (Tablo 4.5.1.).

Çalışma sonuçlarımızda semptom kümelemesinde MSAS şiddet alt boyutunda birinci ana kümede ağız yaraları, yiyeceklerin tadını almada değişiklik, bulantı, kusma, kilo kaybı, ağrı, halsizlik ya da enerji kaybı ve terleme; ikinci ana kümede kabızlık, kol veya bacaklarda şişlik, deride değişiklikler, ağız kuruluğu, kendini üzgün hissetme, endişelenme, kendini uykulu ya da sersemlemiş gibi hissetme, uyumada zorluk ve kaşıntı semptomları; üçüncü ana kümede öksürük, nefes darlığı, el ya da ayaklarda uyuşukluk/karınalanma, yutma güçlüğü, kol veya bacaklarda şişlik, baş dönmesi, şişkinlik hissi, idrar yapmada zorluk, dikkati toplamada zorluk, kendini sınırlı hissetme, ishal, kendini sevmeme, hassas olma/hissetme ve cinsel istek ve aktivite ile ilgili semptomlar bir arada yer almaktadır (Tablo 4.5.2.).

Çalışmamızda MSAS sıkıntı alt boyutunda birinci ana kümede baş dönmesi, yutma güçlüğü, kendini uykulu ya da sersemlemiş gibi hissetme ve öksürük semptomları; ikinci ana kümede nefes darlığı, kol veya bacaklarda şişlik, deride değişiklikler, kaşıntı, dikkati toplamada zorluk, kendini sınırlı hissetme, şişkinlik hissi, idrar yapmada zorluk, ishal, hassas olma/hissetme, kendini sevmeme, el veya ayaklarda uyuşukluk ve cinsel istek ve aktivite ile ilgili semptomlar; üçüncü ana kümede kendini üzgün hissetme, endişelenme, uyumada zorluk, terleme, bulantı, iştahsızlık, ağız yaraları, yiyeceklerin tadını almada değişiklik, kilo kaybı, ağrı, halsizlik ya da enerji kaybı, ağız kuruluğu, kusma, saç dökülmesi ve kabızlık semptomları bir arada yer almaktadır (Tablo 4.5.3.).

Çalışmamızda lenfoma hastalarının semptom sıklığına ve şiddetine göre ilk kümede gastrointestinal semptomlarla ilgili yaşadıkları semptomların yoğun olduğu görülmektedir. Kurtz ve arkadaşlarının (2007) kanserle ilgili 15 semptomu değerlendirdikleri çalışma sonucunda; hastalarda üç semptom kümesinin oluştuğu, birinci semptom kümesinin bulantı, kusma, ishal, iştahsızlık olduğu ve bu semptom kümesinin gastrointestinal sistemin kemoterapiye duyarlılığından dolayı ortaya çıktığı belirlenmiştir (304). Süren ve arkadaşlarının (2015) çalışma sonuçlarında da; birinci semptom kümesinin bulantı, kusma, iştah kaybı ve kabızlık gibi yakınmalardan oluşan gastrointestinal sistem kaynaklı olduğu saptanmıştır. Kemoterapi tedavisi uygulanan hastalarda ilaçlara bağlı ishal, opioid tedavilere bağlı kabızlık sorunu görülebilmektedir (305).

Chen ve arkadaşlarının (2012) çalışma sonuçlarında; birinci semptom kümesinin bulantı, iştahsızlık ve ağrı semptomlarından; Molassiotis ve arkadaşlarının (2010) çalışma sonuçlarında; birinci semptom kümesinin bulantı ve kusma gibi gastrointestinal sistem semptomlarından oluştuğu saptanmıştır (20, 22). Dong ve arkadaşlarının (2015) ileri dönem kanser hastaları üzerindeki çalışma sonuçlarında; semptom kümesinin bulantı, kusma ve iştahsızlık gibi yakınmalardan oluşan gastrointestinal sistem kaynaklı olduğu bulunmuştur (309). Karabulu ve arkadaşları (2010) ile Aktaş ve arkadaşlarının (2014) çalışma sonuçlarında; birinci semptom kümesi bulantı ve kusma gibi gastrointestinal sistem kaynaklı semptomlardan oluşmaktadır (310). Pirri ve arkadaşlarının (2013) çalışma sonuçlarında da; bulantı, iştahsızlık ve kusma gibi gastrointestinal sistem semptomları ilk sırada yer almaktadır (26). Bu sonuçlar, kemoterapi tedavisi ve opioid tedavi uygulanan hastalarda gastrointestinal semptomların dikkatle ele alınması gerektiğini göstermektedir.

Yapılan çalışma sonuçlarında, kanser hastalarında en yaygın karşılaşılan semptom kümesi ağrı, halsizlik ve uyku bozukluğu semptomlarından oluşmaktadır (23, 25, 27, 30, 292, 304, 305, 308). Ağrı, kişide halsizliğe neden olmakta ve dolaylı olarak da hastanın uyku düzenini bozmaktadır (30). Bu semptom kümesi kanserin tipine, tedavisine ve evresinden bağımsız olarak hastanın fiziksel, psikolojik fonksiyonlarında ve yaşam kalitesinde anlamlı derecede azalmaya neden olmaktadır (292, 305). Kanserli hastalarda ağrı, yorgunluk ve uyku sorunları semptom grubunun incelendiği çalışmada, semptom grubu düzeyinin fonksiyonel durumu etkilediği görülmüştür (30).

Literatürdeki çalışmalarda nefes darlığı ve öksürük semptomlarının aynı küme içerisinde yer aldıkları görülmektedir (304, 310). Öksürük ve nefes darlığı akciğer kanseri dışındaki kanserli hastalar için de sorun olabilmekte, akciğere ait bir sorun olmasa bile bu semptomlar anemi, anksiyete, yaygın bitkinlik ve idiyopatik nedenlerle ikincil olarak ortaya çıkabilmektedir (305). Bizim çalışma sonuçlarımızda da, öksürük ve nefes darlığı semptomları aynı semptom kümesi içerisinde görülmektedir.

Çalışma sonuçlarımızda lenfomalı hastaların ağrı, halsizlik ve uyku bozukluğu semptomları yaşadıkları görülmektedir. Ancak semptom değerlendirmede kullanılan ölçeğin madde sayısının fazla olması nedeniyle, çoklu semptomlar içeren semptom kümeleri ortaya çıkmıştır. Bu nedenle, semptom değerlendirmede daha az madde sayısı olan ölçeklerin kullanılması düşünülebilir.

Süren ve arkadaşlarının (2015) son dönem kanser hastalarında semptom kümelerinin incelenmesine yönelik yaptıkları çalışma sonuçlarında; hastalar tarafından başvuru sırasında en sık ifade edilen şikayetlerin ağrı (n=97, %86) nefes darlığı (n=5, %4.4), halsizlik (n=4, %3.5), bulantı (n=3, %2.7), kusma (n=2, %1.8), kaşıntı (n=1, %0.9) ve kabızlık (n=1, %0.9) olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada yapılan küme analizi sonucunda,

hastaların semptomlarının üç adet semptom kümesi oluşturduğu, ilk kümenin bulantı, kusma, iştah kaybı ve kabızlıktan, ikinci kümenin nefes darlığı ve öksürükten, üçüncü kümenin ise halsizlik, ağrı ve uyku bozukluğundan oluştuğu görülmüştür (305).

Kanser hastalarında bir semptom diğer semptomları tetikleyebildiği gibi, semptomlar birbirlerinden bağımsız olarak farklı mekanizmalarla da ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle çalışmalarda birden çok semptomu olan hastaların tedavisinin, zor ve karmaşık olabileceği bildirilmektedir (30, 39). Semptom kümelerinin çokluğu, hasta ve hasta yakınlarının şikayetlerinin daha fazla olmasına ve yaşam kalitesinin azalmasına neden olabilir. Bu amaçla, kanser tanısı ve tedavisi ile izlenen tüm hastalarda semptomlar, sistematik olarak bir bütün halinde değerlendirilmeli, hastanın yaşadığı temel semptoma ilave olarak diğer semptomlar da değerlendirilmeli, etkin tedavi ve girişimlerle hasta ve hasta yakınının yaşam kalitesi ve fonksiyonel durumu iyileştirilmelidir.

Semptom kümelemesi için kullanılan MSAS semptom ölçeğinin sıklık, şiddet ve sıkıntı olmak üzere üç alt boyutta incelenmesi, örnekleme alınan lenfoma tanısı konulan hasta sayısının az olması, hastaların semptomlardan herhangi birisini yaşamamaları durumunda aynı semptomun şiddet ve sıkıntı düzeyinin istatistiksel olarak incelenemiyor olması gibi nedenlerle, MSAS Ölçeği'nin semptom kümelemesinde kullanımında istatistiksel açıdan zorluklar yaşanmıştır. Lenfoma hastalarının yaşadıklarını ifade ettikleri MSAS semptom sayısının az olması nedeni ile, semptom kümelemesinin fonksiyonel durum üzerine etkisi detaylı olarak incelenememiştir.

Sonuç olarak, birden çok şikayetle kliniklere başvuran kanser hastalarındaki semptomların kendi aralarında küme oluşturup oluşturmadıkları ve aralarındaki ilişkilerin incelenmesi, daha etkin semptom yönetimi yapılabilmesini sağlar. Ancak bu çalışmalar için geniş örneklem sayısına sahip araştırmalara gereksinim duyulmaktadır. Semptom araştırmaları çok yönlü ve subjektif verileri dayandığı için zor bir alandır. Buna rağmen, semptom kümelerinin mekanizmasını ve görülme sıklığını araştıran çalışma bulgularının, kanserli hastalarda semptom yönetimine olumlu katkıları olabileceğine inanılmaktadır.

SONUÇLAR

Lenfoma tanısı konulan 18 yaş ve üzerindeki hastaların yaşadıkları semptomların sıklığının ve şiddetinin, fonksiyonel durumlarının, sosyo-demografik ve hastalık özelliklerinin semptomlar ve fonksiyonel durum üzerindeki etkisinin ve semptom kümelemesinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Araştırmaya katılan hastaların en sık yaşadıkları psikolojik semptomlar uyumada zorluk, kendini üzgün hissetme ve endişelenme; fiziksel semptomlar ağrı, ağız kuruluğu ve bulantıdır.
- Araştırmada kullanılan Memorial Semptom Tanılama Skalası semptomlarının sıklık, şiddet ve sıkıntı alt boyutlarına ilişkin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı değerleri, kabul edilebilir sınırlarda bulunmuştur.
- Araştırmaya katılan hastaların Kronik Hastalık Tedavisinde Fonksiyonel Değerlendirme Ölçeği –Lenfoma (FACT-Lym) bulgularına göre; ağrı, enerji düşüklüğü, kendini üzgün hissetme, durumunun daha kötüye gitmesinden endişelenme, çabuk yorulma ve vücudunun belirli yerlerinde ağrı sorunlarına bağlı fonksiyonel yaşamlarının olumsuz etkilendiği bulunmuştur.
- Ailenin hastalığı kabullenmesi, ailenin hastanın hastalık konusundaki iletişimden memnun olması, hastaların hastalığını kabullenmesi ve hayattan zevk alabilmeleri gibi olumlu faaliyetlerin fonksiyonel durumu iyileştirdiği saptanmıştır.
- Araştırmada kullanılan Kronik Hastalık Tedavisinde Fonksiyonel Değerlendirme Ölçeği - Lenfoma (FACT-Lym) Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı değerleri, kabul edilebilir sınırlarda bulunmuştur.
- Çalışma durumunun fiziksel semptom sıklığı üzerinde etkili olduğu görülmüştür.
- Tanı süresi, uygulanan toplam kür sayısı, yaş, eğitim durumu, alkol kullanma, metastaz durumu ve bakımına destek olan kişilerin varlığı gibi değişkenlerin, bedeni durum üzerinde etkili olduğu bulunmuştur.
- Tanı süresi, uygulanan toplam kür sayısı, çalışma durumu, sigara kullanma, bakımına destek olan kişilerin varlığı ve uygulanan ilaç tedavisi ile ilgili bilgi gibi değişkenlerin, sosyal yaşam ve aile durumu üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir.
- Tanı süresi, uygulanan toplam kür sayısı, metastaz durumu ve bakımına destek olan kişilerin varlığı gibi değişkenlerin, duygusal durum üzerinde etkili olduğu bulunmuştur.

- Tanı süresi, uygulanan toplam kür sayısı, eğitim durumu, metastaz durumu ve bakımına destek olan kişilerin varlığı gibi değişkenlerin, faaliyet durumu üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir.
- Tanı süresi, uygulanan toplam kür sayısı ve eğitim durumunun, diğer endişelerin yaşanmasını etkilediği bulunmuştur.
- Semptom yaşama sıklığı, şiddeti ve sıkıntısı arttıkça, fonksiyonel durumun kötüleştiği belirlenmiştir.
- Fiziksel semptomlar arttıkça, psikolojik semptomların arttığı ve sosyal fonksiyonların azaldığı; aksine fiziksel semptomlar azaldıkça psikolojik iyilik halinin arttığı ve sosyal fonksiyonların iyileştiği saptanmıştır.
- Semptom kümelemesine göre lenfomalı hastaların birden fazla fiziksel ve psikolojik semptomu bir arada yaşadıkları bulunmuştur.

ÖNERİLER

Çalışma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

Araştırma sonuçlarına ilişkin öneriler:

- Lenfomalı hastaların yaşadıkları psikolojik ve fiziksel semptomların düzenli olarak değerlendirilmesi,
- Lenfomalı hastalarda öncelikli olarak ağrı, bulantı, ağız kuruluğu, uyumada zorluk, endişe gibi semptomlara yönelik girişimlerin planlanması,
- Lenfomalı hastaların fonksiyonel durumlarının düzenli olarak değerlendirilmesi,
- Lenfomalı hastalarda fonksiyonel durumun iyileştirilebilmesi için öncelikli olarak ağrı sorununa ve psikolojik destek gereksinimlerine yönelik girişimlerin planlanması,
- Lenfomalı hastalarda fonksiyonel durumun iyileştirilebilmesi için hasta ailesinin hastalık hakkında konuşabilmesi ve hastalığı kabullenebilmeleri için uygun ortam ve psikolojik destek sağlanması,
- Fiziksel semptomların azaltılabilmesi için, hastaların çalışma ve aktiviteye yönlendirilmesi,
- Tanı süresi, uygulanan toplam kür sayısı, yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, sigara-alkol kullanma, metastaz durumu, bakımına destek olan kişilerin varlığı ve uygulanan ilaç tedavisi ile ilgili bilgi gibi değişkenler fonksiyonel durumu olumsuz etkilediği için, lenfomalı hastaların bu değişkenler açısından değerlendirilmesi,
- Fonksiyonel durumun iyileştirilebilmesi için yaşanan semptom sıklığı ve şiddetini azaltmaya yönelik girişimlerin planlanması,
- Fonksiyonel durumun iyileştirilebilmesi için, fiziksel ve psikolojik semptomların gözlenmesi ve bir arada ele alınmasına yönelik girişimlerin planlanması önerilmektedir.

Araştırmacılar için öneriler:

- Memorial Semptom Tanılama Skalası'nın kanser hastalarının semptomlarını değerlendirmek için kullanılması, ancak alt boyutlarını daha iyi değerlendirebilmek için örneklem sayısının fazla tutulması,
- Kronik Hastalık Tedavisinde Fonksiyonel Değerlendirme Ölçeği –Lenfoma (FACT-Lym)'nin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışmalarının yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle J.L., Cheever, K.H. (2010). Lymphoma. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. Lippincott Williams & Wilkins. Twelfth Edition. Philadelphia: 941-944.
2. Roman, E., Smith, A.G. (2011). Epidemiology of lymphomas. *Histopathology*; 58: 4-14.
3. Non-Hodgkin Lymphoma Facts & Statistics. (2010). The Leukemia & Lymphoma Society. <http://www.leukemia-lymphoma.org>. Accessed December 20.03.2013
4. Yarbro, C.H., Wujcik, D., Gobel, B.H. (2011). Lymphoma. *Cancer Nursing Principles and Practice*. Seventh Edition. Jones and Bartlett Publishers. Canada: 1458-1512.
5. WHO GLOBOCAN (2008). <http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=900> Erişim Tarihi: 05.11.2014
6. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı. (2010). http://www.tusak.saglik.gov.tr/saglik_istatistikleri_yilligi_2010.pdf Erişim tarihi: 11.12.2013
7. Georgakopoulos, A., Kontodimopoulos, N., Chatziioannou, S., Niakas, D. (2013). EORTC QLQ C30 and FACT-Lym for the assessment of health-related quality of life of newly diagnosed lymphoma patients undergoing chemotherapy. *European Journal of Oncology Nursing*; 1-7 Article in pres
8. Akdemir, N., Birol, L. (2011). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Genişletilmiş 3. Baskı. Sistem Ofset Basım Yayın San. Tic. Ltd. Şti. Ankara. ss: 246-304.
9. Given, B.A., Given, C.W., Jeon S., et al. (2005). Effect of neutropenia on the impact of a cognitive-behavioral intervention for symptom management. *Cancer*; 104: 869-878.
10. Parker, K., Kimble, L., Dunbar, S., et al. (2005). Symptom interactions as mechanisms underlying symptom pairs and clusters. *Journal Nursing Scholar*; 37: 209-215.
11. Usta-Yeşilbakan, Ö., Durmaz- Akyol, A., Çetinkaya, Y., Altın, T., Ünlü D. (2005). Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*; 21(1): 13-31.

12. Aslan, Ö., Vural, H., Kömürcü, Ş., Özet, A. (2006). Kemoterapi alan kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 10 (1): 15-28.
13. Ünsar, S., Yıldız-Fındık, Ü., Kurt, S., Özcan, H. (2007). Kanserli hastalarda evde bakım ve semptom kontrolü. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi; 2 (5): 89-106.
14. Hoekstra, J., Bindels, P.E., Van Duijn, N.P., Schade, E. (2004). The symptom monitor. a diary for monitoring physical symptoms for cancer patients in palliative care: feasibility, reliability and compliance. Journal Pain Symptom Management; 27 (1): 24-35.
15. Jadoon, N.A., Munir, W., Shahzad, M.A., Choudhry, Z.S. (2010). Assessment of depression and anxiety in adult cancer outpatients: a cross-sectional study. BMC Cancer; 10: 594.
16. Kutlu, R., Çivi, S., Börüban, M.C., Demir, A. (2011). Kanserli hastalarda depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi; 27 (3): 149-153.
17. Fan, G., Filipczak, L., Chow, E. (2007). Symptom clusters in cancer patients: a review of the literature. Current Oncology; 14 (5): 173-179.
18. Sigurdardottir, K.R., Haugen, D.F. (2008). Prevalence of distressing symptoms in hospitalised
19. Henry, D.H., Viswanathan, H.N., Elkin, E.P., Traina, S., Wade, S., Cella, D. (2008). Symptoms and treatment burden associated with cancer treatment: results from a cross-sectional national survey in the U.S. Support Care. Cancer; 16: 791-801.
20. Chen, E., Nguyen,J., Khan, L., Zhang, L., Cramarossa, G., Tsao, M., Danjoux, C., Barnes, E., Sahgal, A., Holden, L., Jon, F., Chow, E. (2012). Symptom clusters in patients with advanced cancer: a reanalysis comparing different statistical methods. Journal of Pain and Symptom Management; 44 (1): 23-32.
21. Kwekkeboom, K.L., PhD, RN, Abbott-Anderson, K., MS, RN, Cherwin, C., MS, RN, Roiland, R., MS, RN, Serlin, R.C., PhD, Ward, S.E., PhD, RN. (2012). Pilot randomized controlled trial of a patient-controlled cognitive-behavioral intervention for the pain, fatigue, and sleep disturbance symptom cluster in cancer. Journal of Pain and Symptom Management; 44 (6); 810-822.
22. Molassiotis, A., Farrell, C., Bourne, K., Brearley, S.G., Pilling, M. (2012). Pilot randomized controlled trial of a patient-controlled cognitive-behavioral intervention for the pain, fatigue, and sleep disturbance symptom cluster in cancer. Journal of Pain and Symptom Management; 44 (6): 810- 822.

23. Oh, H., Seo, Y., Jeong, H., Seo, W. (2012). The identification of multiple symptom clusters and their effects on functional performance in cancer patients. *Journal of Clinical Nursing*; 21, 2832-2842.
24. Fodeh, S.J., Lazenby, M., Bai, M., Ercolano, E., Murphy, T., McCorkle, R. (2013). Functional impairments as symptoms in the symptom cluster analysis of patients newly diagnosed with advanced cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*; 46 (4): 500-510.
25. Lin, S., Chen, Y., Yang, L., Zhou, J. (2013). Pain, fatigue, disturbed sleep and distress comprised a symptom cluster that related to quality of life and functional status of lung cancer surgery patients. *Journal of Clinical Nursing*; 22: 1281-1290.
26. Pirri, C., Bayliss, E., Trotter, J., Olver, N.I., Katris, P., Drummond, P., Bennett, R. (2013). Nausea still the poor relation in antiemetic therapy? The impact on cancer patients' quality of life and psychological adjustment of nausea, vomiting and appetite loss, individually and concurrently as part of a symptom cluster. *Support Care Cancer*; 21: 735-748.
27. Skerman, H.M., Yates, P.M., Battistutta D. (2013). Cancer-related symptom clusters for symptom management in outpatients after commencing adjuvant chemotherapy, at 6 months, and 12 months. *Support Care Cancer* (2012); 20:95-105.
28. Sanford, S.D., Beaumont, J.L., Butt, Z., Sweet, J.J., Cella, D., Wagner, L.I. (2013). Prospective longitudinal evaluation of a symptom cluster in breast cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*; (Article in press)
29. Sarenmalm, E. S., Browall, M., Gaston-Johansson, F. (2013). Symptom burden clusters: a challenge for targeted symptom management. A longitudinal study examining symptom burden clusters in breast cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*. Article in pres
30. Dodd, M.J., Miaskowski, C., Paul, S.M. (2001). Symptom clusters and their effect on the functional status of patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*; 28: 465-470.
31. Kim, H.J., McGuire, D.B., Tulman, L., Barsevick, A.M. (2005). Symptom clusters. Concept analysis and clinical implications for cancer nursing. *Cancer Nursing*; 28: 270-282.
32. Miaskowski, C., Dodd, M., Lee, K. (2004). Symptom clusters: the new frontier in symptom management research. *Journal National Cancer Institute Monographs*; 32: 17-21.

33. Lee, B.N., Dantzer, R., Langley, K.E., Bennett, G.J., Dougherty, P.M., Dunn, A.J., et al. (2004). A cytokine-based neuroimmunologic mechanism of cancer-related symptoms. *Neuroimmunomodulation*; 11 (5): 279-292.
34. Miaskowski, C., Aouizerat, B.E. (2007). Is there a biological basis for the clustering of symptoms? *Semin Oncology Nursing*; 23 (2): 99-105
35. Kim, H.J., Barsevick, A. M., Tulman, L., McDermott, P. A. (2008). Treatment-related symptom clusters in breast cancer: a secondary analysis. *Journal Pain Symptom Manage*; 36 (5): 468-479.
36. Huang, T., Lin, C. (2009). The mediating effects of depression on sleep disturbance and fatigue symptom clusters in patients with hepatocellular carcinoma. *Cancer Nursing*; 32: 398-343.
37. Dodd, M.J., Cho, M.H., Cooper, B.A., Miaskowski, C. (2010). The effect of symptom clusters on functional status and quality of life in women with breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*; 14: 101-110.
38. Tsae, T.J., Wang, J. (2004). Concept analysis of functional status. *International Journal of Nursing Studies* 41 (4): 457-462.
39. Dodd, M., Miaskowski, C., Lee, K. (2004). Occurrence of symptom clusters. *Journal National Cancer Institute Monographs*; 32: 76-78.
40. Paice, J.A. (2004). Assessment of symptom cluster in people with cancer. *Journal National Cancer Institute Monographs*; 32: 98e102.
41. Ruland, C.M., Andersen, T., Jeneson, A., Moore, S., Grimsbø, G.H., Børøsund, E., Ellison, M.C. (2013). Effects of an internet support system to assist cancer patients in reducing symptom distress: A randomized controlled trial. *Cancer Nursing*; 36: 7-17.
42. Klee, M.C., King, M.T., Machin, D., Hansen, H.H. (2000). A clinical model for quality of life assessment in cancer patients receiving chemotherapy. *Annals of Oncology*; 11: 23-30.
43. Yıldırım, Y., Tokem, Y., Bozkurt, N., Fadiloğlu, Ç., Uyar, M., Uslu, R. (2011). Reliability and validity of the Turkish version of memorial symptom assessment scale in cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*; 12: 3389-3396.
44. Hindistan, S., Çilingir, D., Nural, N., Aktaş-Gürsoy, A. (2012). Hematolojik kanserli hastaların kemoterapiye bağlı yaşadıkları semptomlara yönelik uygulamaları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*; 1 (3): 153-164.

45. Yazıcı - Korkmaz, Ö. (2008). Kemoterapi sırasında oluşan reaksiyonların kontrolüne yönelik hemşirelik girişimlerinin değerlendirilmesi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
46. Kanarığ Gürel, D. (2007). Çukurova üniversitesi tıp fakültesi balcalı hastanesi erişkin onkoloji, hematoloji kliniklerinde kemoterapi uygulanan hastaların yaşam kalitesi ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Çroum üniversitesi, Adana.
47. Erol, Ç., Aktaş, F., Arnoğul, S., Bayer, A., Bökesoy, I., Gören, A., Kabalak, T., Kayaalp, O., Onat, H., Özdemir, G., Sivri, B., Süleymanlar, G., Şimşek, İ., Turgay, M., Umut, S., Yalçın, A. (2008). İç Hastalıkları Kitabı. 1. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri. Özyurt Matbaacılık.
48. Manson, S.D., Porter, C. (2011). Lymphomas. Cancer Nursing Principles and Practice (ed): Yarbrow, C.H., Goodman, M., Frogge, M.H., Groenwald, S.L. Jones&Bartlett Publishers; 70(60): 1458-1512.
49. Şeker, M., Mengi A., Bilici, A., Ustaalioğlu, B.B., Kefeli, U., Özşeker, N.I., Mayadağlı, A., Salepci, T., Gümüş, M. (2011). Hodgkin lenfoma olgularının retrospektif değerlendirilmesi ve prognostik faktörlerin saptanması. Türk Onkoloji Dergisi; 26(3): 108-114.
50. Ar, C. (2013). Lenfomalara Genel Bakış. Türk Hematoloji Derneği: 1-26. <http://www.thd.org.tr/thdData/Books/641/lenfomalara-genel-bakis.pdf> Erişim Tarihi: 24.02.2015
51. Zhang, X.M., Aguilera, N. (2014). New Immunohistochemistry for B-Cell Lymphoma and Hodgkin Lymphoma. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*; 138: 1666.
52. Greer, J.P., Foerster, J., Rodgers, G.M., Paraskevas, F., Glader, B., Arber, D.A., Means, R.T. Jr. (2009). Wintrobe's Clinical Haematology, Twelfth Edition, Lippincott Williams and Wilkins: Philadelphia; 2145.
53. Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2013). Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Erişim Adresi: <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-97020/h/saglik-istatistik-yilligi-2013.pdf> Erişim tarihi: 22.05.2015
54. Devita, T. V., Hellman, S., Rosenberg, S. A. (2001). Cancer principles & practise of oncology. LIPPINCOTT WILLIAMS&WILKINGS; 45(6): 2215.
55. Campo, E., Swerdlow, S.H., Harris, N.L., et al. (2011). The 2008 WHO classification of lymphoid neoplasms and beyond: evolving concepts and practical applications. *Blood*; 117: 5019-5032.

56. Hodgkin Dışı Lenfoma (HDL). Lösemi Lenfoma Miyelom. Hastaları ve Araştırma Eğitim Birliği Derneği. <http://www.losemilenfomamiyelom.org/TR,29/hodgkin-disi-lenfoma-hdl.html> Erişim Tarihi: 25.02.2015
57. Türk Tıbbi Onkoloji Derneği. http://www.kanser.org/toplum/?action=kanser-turleri&kat_id=3 Erişim tarihi: 10.02.2015
58. Gülbaş, Z. Prekürsör T ve B Hücreli Lenfomalar. Turk Hematoloji Derneği. Klinisyen-Patolog Ortak Lenfoma Kursu: 18-23 <http://www.thd.org.tr/thdData/userfiles/file/prekursortveb.pdf> Erişim Tarihi: 26.02.2015
59. Tunalı, A., Özkocaman, V. (2004). Hodgkin hastalığı. Hematolojik onkoloji özel sayısı editör: Tunalı A. Türkiye Klinikleri Hematoloji Dergisi: (1); 71-82
60. Poppema, S., Connors, .M., Bartlett, N.L. (2005). Hodgkin Lymphoma. American Society of Hematology; 231-238.
61. Falini, B., Agostinelli, C., Bigerna, B., et al. (2012). IRTA1 is selectively expressed in nodal and extranodal marginal zone lymphomas. Histopathology; 61(5): 930–941.
62. Ören, N.C., Akay, S., Sanal, T.H., Öztürk, B., Günhan, Ö. (2012). Klinik Olarak Dev Uyluk Kitleli Şeklinde Ortaya Çıkan Hodgkin Lenfoma Olgusu. Gülhane Tıp Dergisi; 54(1): 62-64.
63. Bolaman, Z. (2013). Hodgkin Lenfoma , etiyoloji, tanı, patogenez, klinik, prognoz ve tedavi. Türk Hematoloji Derneği <http://www.thd.org.tr/thdData/Books/641/hodgkin-lenfoma-etiyoloji-tani-patogenez-klinik-prognoz-ve-tedavi.pdf> Erişim Tarihi: 23.02.2015
64. Vassilakopoulos, T.P., Angelopoulou, M.K. (2013). Advanced and relapsed/refractory hodgkin lymphoma: What has been achieved during the last 50 years. Semin Hematology; 50:4-14.
65. Gobbi, P.G. (2014). Tumor burden in Hodgkin’s lymphoma: Much more than the best prognostic factor. Critical Reviews in Oncology/Hematology; 90: 17–23.
66. Hertzberg, M. (2014). Relapsed/refractory hodgkin lymphoma what is the best salvage therapy and do we need RIC-AlloSCT? Hematology/Oncology Clinics of North America; 28: 123–147.
67. Horning, J.H. (2001). Hodgkin Lymphoma. In: Beutler E, Lichtman MA, Coller BS, Kipps TJ, Seligsohn U (eds). Williams Hematology. McGraw-hill: (6); 1215-1235
68. Hodgkin Lenfoma (HL). Lösemi Lenfoma Miyelom. Hastaları ve Araştırma Eğitim Birliği Derneği. <http://www.losemilenfomamiyelom.org/TR,27/hodgkin-lenfoma-hl.html> Erişim tarihi: 10.02.2015

69. Diehl, V., Mauch, P.M., Harris, N.L. (2001). Hodgkin's Disease, In: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA eds: Cancer Principles and Practice of Oncology. 6th Ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams&Wilkins:(6);2339-2389
70. Thomas, R.K., Re, D., Zander, T. (2002). Epidemiology and etiology of Hodgkin's Lymphoma. ESMO; 147-152.
71. İzmir Güner, Ş. (2008). Hodgkin lenfoma nedeniyle tedavi edilen hastalarda akciğer fonksiyonların değerlendirilmesi. Hematoloji Yan Dal Uzmanlık Tezi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Hematoloji Bilim Dalı.
72. Weiss, L.M. (2000). Epstein-barr virus and hodgkin's disease. Current Oncology Reports; 199-200.
73. Jaffe, E.S., Haris, N.L., Stein, H.(2001). World Helath Organization classification of tumors, pathology and genetics tumorr of hematopoietic and lymphoid tissues. IRAC press
74. Benharroch, D., Shemer-Avni, Y., Myint, Y.Y. (2004). Measles virus: evidence of an association with Hodgkin's disease. British Journal Haematology; 91(3): 572-579.
75. Gandhi, M.K., Tellam, J.T., Khanna, R. (2004) Epstein-Barr virus associated Hodgkin's lymphoma. British Journal Haematology; 125(3): 267-281.
76. George, L.C., Rowe, M., Fox, C.P. (2012). Epstein-Barr virus and the pathogenesis of T and NK lymphoma: a mystery unsolved. Current hematologic malignancy reports; 7: 276-284.
77. Koh, Y.W., Yoon, D.H., Suh, C., Huh, J. (2012). Impact of the Epstein-Barr virus positivity on Hodgkin's lymphoma in a large cohort from a single institute in Korea. Ann Hematology; 91: 1403-1412.
78. Vockerodt, M., Yap,L., Shannon-Lowe, C., Curley, H., Wei, W., Vrzalikova, K., Murray, P.G. (2015). The Epstein-Barr virus and the pathogenesis of lymphoma. Journal of Pathology; 235: 312-322.
79. Kuruvilla, J., Keating, A., Crump, M. (2011). How I treat relapsed and refractory Hodgkin lymphoma Blood; 117:4208-4217.
80. Stein, R.S., Morgan, D.S. (2004). Hodgkin disease. In: Greer, J.P., Foerster, J., Lukens, J.W., Rodgers, G.M., Paraskevas, F., Glader, B. Wintrobe's clinical hematology. 2. Edition. Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins: (2); 25-21-54
81. Can, G. (2009). Mukozit Cep Rehberi. Onkoloji Hemşireliği Derneği Uygulama Rehberleri Komisyonu: 2-9.

82. Yavuz, D. (2009). Hodgkin lenfomalı hastalarda tedavi öncesi ve sonrası laboratuvar değerleri ile kemoterapi ve radyoterapinin kardiyopulmoner fonksiyonlar üzerine etkisi. Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Dahiliye Kliniği. Uzmanlık tezi
83. Can, G. (2014). Onkoloji Hemşireliği. Nobel tıp kitabevleri. İstanbul: 851-884.
84. Koçak Toprak, S., Arslan, Ö. Türk Hematoloji Derneği. <http://www.thd.org.tr/thdData/Books/641/folikuler-lenfoma.pdf> Erişim Tarihi: 25.02.2015
85. Marschall, S., Runge, M., Greganti, A. (2009). Netter İç Hastalıkları Kitabı. Güneş Kitabevi: 2; 412-415
86. Van Besien, K., Cabanillas, F. (2000). Clinical manifestations, staging and treatment of non-hodgkin lymphoma. In: Hematology basic principle and practice. Philadelphia. Pennsylvania. Churchill livingstone. 3. Edition
87. Meyer, R.M., Ambinder, R.F., Stroobants, S. (2004). Hodgkin's lymphoma: evolving concepts with implications for practice. Hematology Education Program; 184-202.
88. El-Galaly, T.C., d'Amore, F., Mylam, K.J., de Nully Brown, P., Bogsted, M., Bukh, A., Specht, L., Loft, A., Lyer, V., Vjorthaug, K., Nielsen, A.L., Christiansen, I., Madsen, C., Johnsen, H.E., Hutchings, M. (2012). Routine Bone Marrow Biopsy Has Little or No Therapeutic Consequence for Positron Emission Tomography/Computed Tomography–Staged Treatment-Naive Patients With Hodgkin Lymphoma. Journal Clinical Oncology; 30: 4508- 4514.
89. Berthet, L., Cochet, A., Kanoun, S., Berriolo-Riedinger, A., Humbert, O., Toubreau, M., et al. (2013). In newly diagnosed diffuse large B-cell lymphoma, Determination of bone marrow involvement with 18F-FDG PET/CT provides better diagnostic performance and prognostic stratification than does biopsy. Journal Nuclear Medicine; 54: 1244-1250.
90. Savaş, R. (2015) PET/BT Nedir, Endikasyonları Nelerdir? Klinik Gelişim; 40-44 http://www.klinikgelisim.org.tr/kg23_2/8.pdf Erişim Tarihi: 23.03.2015
91. Vagas, E. (2008). Hodgkin Lenfomalı Hastalarda Kemoterapi Ve Radyoterapinin Sağkalım Sonrası Tiroid Fonksiyonları Üzerine Etkisi. Dr. Lütfü Kırdar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi. Uzmanlık Tezi.
92. Yeğın, Z. (2008). Hodgkin lenfomalı hastalarda kemoterapi ve radyoterapinin sağkalım sonrası solunum ve kalp fonksiyonları üzerine etkisi. Dr. Lütfü Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Uzmanlık tezi.
93. Ng, A.K., LaCasce, A., Travis, L.B. (2011). Long-term complications of lymphoma and its treatment. Journal Clinical Oncology; 29:1885-1892.

94. Montoto, S., Shaw, K., Okosun, J., Gandhi, S., Fields, P., Wilson, A., et al. (2012). HIV Status Does Not Influence Outcome in Patients With Classical Hodgkin Lymphoma Treated With Chemotherapy Using Doxorubicin, Bleomycin, Vinblastine, and Dacarbazine in the Highly Active Antiretroviral Therapy Era. *Journal Clinical Oncology*; 30: 4111-4116.
95. Gosselin, T.K. (2011). Principles of Radiation Therapy. *Cancer Nursing Principles and Practice* (ed): Yarbro, C.H., Goodman, M., Frogge, M.H., Groenwald, S.L. Jones&Bartlett Publishers; 70(12): 250-259.
96. Weiss Behrend, S. (2011). Radiation Treatment Planinng. *Cancer Nursing Principles and Practice* (ed): Yarbro, C.H., Goodman, M., Frogge, M.H., Groenwald, S.L. Jones & Bartlett Publishers; 70(13): 270-309.
97. Duggan, D.B., Petroni, G.R. (2003). Randomized comparison of ABVD and MOPP / ABV hybrid for the treatment of advanced hodgkin's disease: Report of an Intergroup Trial *Journal Clinical Oncology*; 21: 607-614.
98. Younes, A., Oki, Y., McLaughlin, P., Copeland, A.R., Goy, A., Pro, B., Feng, L., et al. (2012). Phase 2 study of rituximab plus ABVD in patients with newly diagnosed classical Hodgkin lymphoma. *Blood*; 119: 123-128.
99. Lenfoma Tanı ve Tedavi Klavuzu. (2012). Ulusal Tanı Ve Tedavi Kılavuzu. <http://www.thd.org.tr/thdData/Books/83/kilavuzu-tek-parca-halinde-goruntulemek-icin-tiklayiniz.pdf> Erişim Tarihi:25.2.2015
100. Lorigan, P., Radford, J., Howell, A. (2005). Lung cancer after treatment for Hodgkin's lymphoma:a systematic review. *Lancet Oncology*; 6:773-779.
101. Eichenauer, D.A., Engert, A., Diehl, V. (2013). Hodgkin lypoma: Clinical manifestations, staging and treatment In *Hematology Basic Priciples and Practice*. Hoffman R, Benz EJ Jr, Silberstein LE, Heslop HE, Weitz JI, Anastasi J eds sixth ed. Elsevier Inc. Canada: 1139-1156.
102. Wall, C., Glenn, S., Poole, H. (2011). Experiences prior to diagnosis of non-Hodgkin lymphoma: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*; 2363-2372.
103. Chang, A.E., Ganz, A.P., Hayes, D.F., Kinsella, T.J., Pass, H.I., Schiller, J.H., Stone, R.M., Strecher, V.J. (2006). *Oncology: An evidence-based approach*. Springer Science Business Media: 1240-1275.
104. Vogelstein, B., Kinzler, W.K. (2002). The genetic basis of human cancer. *Medical Publishing Division*: 52(2); 793-801.
105. Guerard, E.J., Bishop, M.R., FACP. (2012). Overview of Non-Hodgkin's Lymphoma; 208-218

106. Hodgkin Dışı Lenfoma. Türk Hemaoloji Derneği. http://www.thd.org.tr/thd_halk/?sayfa=hodgkindisi Erişim tarihi: 10.02.2015
107. Webster, K., Cashy, D., Cella, D., et al. (2005). Measuring quality of life (QOL) in patients with non-hodgkin's lymphoma (NHL): the Functional Assessment of Cancer Therapy- Lymphoma (FACT-LYM). *Quality Life Research*; 14: 2103.
108. Non-Hodgkin Lenfoma. Hematoloji Uzmanlık Derneği: 2-42. http://www.kanhastaliklari.net/files/pdf/nonhodgkin_lenfoma.pdf Erişim Tarihi: 25.02.2015
109. Non-Hodgkin Lenfomanın Evreleri. Hematoloji Uzmanlık Derneği. http://www.lenfoma.org.tr/icerik.php?id=118&alt_id=191&tab=0 Erişim Tarihi: 25.02.2015
110. Rappaport, H., Winter, W.J., Hicks, E.B. (1966). Tumors of the hematopoietic system. Washington: US armed forces institute of pathology. Section 3. Fascicle 8.
111. Lukes, R., Collins, R. (1977). Lukes-Collins classification and its significance. *Cancer Treatment Reports*; 61: 679-971.
112. Das, D.K., Gupta, S.K., Datta, B.N., Sharma, S.C. (1991). Working formulation of the non-hodgkin's lymphomas. *Diagnostic Cytopathology*; 7(5): 499-502.
113. Arslan, Ö. (2009). Folliküler Lenfoma. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hematoloji Bilim Dalı, 35. Ulusal Hematoloji Kongresi. Erişim adresi: <http://www.thd.org.tr/thdData/Books/399/folikuler-lenfoma-onder-arslan.pdf> Erişim tarihi: 25.2.2015
114. Hagenbeek, A., Radford, J., Van Hoof, A., Vitolo, U., Rohatiner, A.Z., Salles, G., et al. (2010). 90Y-Ibritumomab Tiuxetan (Zevalin(R)) Consolidation of First Remission In Advanced-Stage Follicular Non-Hodgkin's Lymphoma: Updated Results After a Median Follow-up of 66.2 Months From the International, Randomized, Phase III First-Line Indolent Trial (FIT) In 414 Patients (abstract 594). *Blood*; 116:594.
115. Press, O.W., Unger, J.M., Rimsza, L.M., Friedberg, J., LeBlanc, M., Czuczman, M.S., et al. (2011). A Phase III Randomized Intergroup Trial (SWOG S0016) of CHOP Chemotherapy Plus Rituximab Vs. CHOP Chemotherapy Plus Iodine-131-Tositumomab for the Treatment of Newly Diagnosed Follicular Non-Hodgkin's Lymphoma (abstract 98) *Blood*; 118:98.
116. Oerlemans, S., Issa, D.E., Van den Broek , C.E., Nijziel, R.M., Coebergh, W.W., Mols, F., Van de Poll-Franse, L.V. (2014). Impact of therapy and disease-related symptoms on healthrelated quality of life in patients with follicular lymphoma: results of the population-based PHAROS-registry; *European Journal of Haematology*; 93: 229–238.

117. Al Khabori, M., de Almeida, J.R., Guyatt, G.H., Kuruvilla, J., Crump, M. (2012). Autologous stem cell transplantation in follicular lymphoma: a systematic review and meta-analysis. *Journal National Cancer Institute*;104:18-28.
118. Porrata, L.F., Ristow, K., Habermann, T.M., Özsan, N., Doğan, A., et al. (2012). Absolute monocyte/lymphocyte count prognostic score is independent of immunohistochemically determined cell of origin in predicting survival in diffuse large B-cell lymphoma. *Leuk Lymphoma*; 53: 2159–2165.
119. Aoki, K., Tabata, S., Yonetani, N., Matsushita, A., Ishikawa, T. (2013). The prognostic impact of absolute lymphocyte and monocyte counts at diagnosis of diffuselarge b-cell lymphoma in the rituximab era. *Acta Haematology*; 130: 242–246.
120. Hong, J., Woo, S.W., Kim, H., Ahn, H.A., Sym, S.J., Park, J., Ahn, J.Y., Cho, E.K., Shin, D.B., Lee, J.H. (2014). Anemia as a useful biomarker in patients with diffuse large B-cell lymphoma treated with R-CHOP immunochemotherapy. *Japanese Cancer Association*; 105(12): 1570-1575.
121. Weisenburger, D.D., Kim, H., Rappaport, H. (1982). Mantle-zone lymphoma: a follicular variant of intermediate lymphocytic lymphoma. *Cancer*; 49: 1429-1438.
122. Palutke, M., Eisenberg, L., Mirchandani, I. et. al. (1982). Malignant lymphoma of small cleaved lymphocytes of the follicular mantle zone. *Blood*; 59: 317-322.
123. Isaacson, P.G., Du, M.Q. (2004). MALT lymphoma: from morphology to molecules. *National Review Cancer*; 4: 644-653.
124. Hoster, E., Dreyling, M., Klapper, W. (2008). A new prognostic index (MIPI) for patients with advanced-stage mantle cell lymphoma. *Blood*; 111: 558-565
125. Özet, G. (2011). Mantle hücreli lenfomada tedavi. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji Kliniği. XXXVII. Ulusal Hematoloji Kongresi. 19-22 Ekim.
126. Karakaş, Z., Bülbül, A., Anak S., Ünüvar, A., Sarıbeyoğlu, E.T., Devecioğlu, Ö., Ağaoğlu, L., Göksan, B., Gedikoğlu, G. (2004). Çocukluk Çağı Burkitt Lenfomaları: 10 Yıllık İzlem. *Türk Onkoloji Dergisi*; 19 (1): 3-8.
127. Grömminger, S., Mautner, J., Bornkamm, G.W. (2012). Burkitt lymphoma: the role of Epstein–Barr virus revisited. *British Journal of Haematology*; 156: 719–729.
128. Meyer, C.T., Wilsey, M.J., Hale, G.A., Monforte, H.L., Danielson, P.D. (2012). Primary Burkitt’s Lymphoma of the Colon – An Uncommon Cause of Acute Constipation and Abdominal Pain. *Fetal and Pediatric Pathology*; 31:254–259.
129. Çelik, Ö., Ateşpare, A., Boyacı, Z., Yener, N., Vural, Ç. (2013). Burkitt Lenfoma Benzeri Nodüler Diffüz Atipik Lenfoid İnfiltrasyon: Olgu Sunumu. AVES Yayıncılık Ltd. Şti. Available online at www.jarem.org; 3: 116-118.

130. Panayotova, M. Simov, D., Raichkov, N., Georgieva, M., Zhelyazkov, Zh., Kalinova, K., Chakarova, P. (2014). Burkitt Lymphoma As A Cause Of Recurrent Abdominal Pain And Ileocolic Intussusception In A 6-Year-Old Boy. *Trakia Journal Of Sciences*; 3: 338-341.
131. Çetin, M. Burkitt lenfoma. Türk Hematoloji Derneği Klinisyen-Patolog Ortak Lenfoma Kursu. http://www.thd.org.tr/thdData/userfiles/file/burkit_lenfoma.pdf Erişim Tarihi: 25.02.2015
132. Gong, J.Z., Stenzel, T.T., Bennett, E.R., Lagoo, A.S., Dunphy, C.H., Moore, J.O., Rizzieri, D.A., Tepperberg, J.H., Papenhausen, P., Buckley, P.J. (2003). Burkitt lymphoma arising in organ transplant recipients: A clinicopathologic study of five cases. *American Journal of Surgical Pathology*; 27(6): 818-827.
133. Ferhanoğlu, B. (2005). Erişkinlerde Lenfomalar. Hematolog Olmayanlar İçin Hematolojik Maligniteler. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi: 45; 209-248.
134. Safalı, M. Burkitt Lenfoma Patolojisi. Türk Hematoloji Derneği. Klinisyen-Patolog Ortak Lenfoma Kursu: 85-88. http://www.thd.org.tr/thdData/userfiles/file/burkitt_lenfoma_pato.pdf Erişim Tarihi: 25.02.2015
135. Savage, K.J., Harris, N.L., Vose, J.M., Ullrich, F., Jaffe, E.S., Connors, J.M., Rimsza, L., Pileri, S.A., Chhanabhai, M., Gascoyne, R.D., Armitage, J.O., Weisenburger, D.D. (2008). International Peripheral T-Cell Lymphoma Project. ALK- anaplastic large-cell lymphoma is clinically and immunophenotypically different from both ALK+ ALCL and peripheral T-cell lymphoma, not otherwise specified: report from the International Peripheral T-Cell Lymphoma Project. *Blood*; 111: 5496-5504.
136. Aylı, M. (2009). Periferik T Hücreli Lenfomalar. 35. Ulusal Hematoloji Kongresi. 7-10 Ekim. Antalya: 17-22. <http://www.thd.org.tr/thdData/Books/399/periferik-t-hucreli-lenfomalar-meltem-ayli.pdf> Erişim tarihi: 26.2.2015
137. Gündoğdu, F. (2007). Onkoloji hemşireliğinde kanıta dayalı semptom yönetimi. Editör Can, G. Hematolojik sorunlar. *Trombositopeni*; 32-37.
138. Howell, D.A., Smith, A.G., Roman, E. (2006) Lymphoma: variations in time to diagnosis and treatment. *European Journal of Cancer Care*; 15: 272–278.
139. Ting Kung, B., Mak, W.S., Lau, SM.J., Auyong, T.K., Tong, C.M. (2015). Promising Role of Fluorodeoxyglucose Positron Emission Tomography/Computed Tomography in Human Immunodeficiency Virus Associated Non-Hodgkin's Lymphoma. *World Journal of Nuclear Medicine*; 14(1): 53-56.

140. Bayram, İ., Erbey, F., Kömür, M., Özcan, K., Karagöz, D., Tunali, N., Tanyeli, A. (2011). Treatment Results of non-Hodgkin's Lymphoma Cases in Çukurova Region of Turkey. *Erciyes Tıp Dergisi Erciyes Medical Journal*; 33(1): 023-028.
141. Wilkes, G.M. (2011). *Chemotherapy: Principles of Administration. Cancer Nursing Principles and Practice* (ed): Yarbrow, C.H., Goodman, M., Frogge, M.H., Groenwald, S.L. Jones & Bartlett Publishers; 70(16): 391-435.
142. Can, G. (2007). *Onkoloji hemşireliğinde kanıta dayalı semptom yönetimi*. 3P-Pharma Publication Planning.
143. Yamauchi, T., Tasaki, T., Tai, K., Ikegaya, S., Kazutaka Takagi, Negoro, E., Kishi, S., Akira Yoshida, Iwasaki, H., Ueda, T. (2015). Prognostic effect of peripheral blood cell counts in advanced diffuse large B-cell lymphoma treated with R-CHOP-like chemotherapy: A single institution analysis. *Oncology Letters*; 9: 851-856.
144. Beşer, N. (2001). *Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Yaşam Kalitesi*. Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
145. Kav, S. (2001). 13. Onkoloji Hemşireliği Kursu Tedavi Yöntemleri-I, Onkoloji Hemşireliği Derneği, 61-75, Ankara
146. Özbaş, A. (2003). Radyoterapi Sonucu Gelişen Semptomlarda Bakım. *Hemşirelik Dergisi*; 13(50): 57-73.
147. Akdemir, N., Birol, L. (2005). *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. Ankara. Sistem ofset; 246-304.
148. Kris, M.G., Hesketh, P.J., Somerfield, M.R., et al. (2006). American Society of Clinical Oncology guideline for antiemetics in oncology: Update 2006. *Journal of Clinical Oncology*; 24: 2932-47.
149. Kasap, E., Yüceyar, H. (2009). Bulantı-kusma ve yaklaşım. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı. *Güncel Gastroenteroloji*. Manisa: 148-152. <http://guncel.tgv.org.tr/journal/30/pdf/323.pdf> Erişim Tarihi:08.03.2015
150. Aşçı, H., Özer, M. K. (2011). Bulantı ve kusma için tedavi önerileri. *S.D.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*; 2(3): 160-165.
151. Chung, S.K., Ahn, M.J., Yoo, J.Y. et al. (2011). Implementation of best practice for chemotherapy-induced nausea and vomiting in an acute care setting. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*; 9: 32-38.
152. Laugsand, E.A., Kaasa, S., Klepstad, P. (2011). Management of opioid-induced nausea and vomiting in cancer patients: systematic review and evidence-based recommendations. *Palliat Medicine*; 25(5): 442-53.
153. Tipton, J. (2014). *Nausea and Vomiting. Cancer Symptom Management* (ed): Yarbrow, C.H., Wujcik, D., Holmes Gobel, B. Jones&Bartlett Learning; 40(4): 213-231.

154. Ünsar, S. Onkoloji Hastalarında Bulantı-Kusma ve Kontrolü. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği: 2-37. <http://www.onkohem.org.tr/dosyalar/1297540841.pdf> Erişim Tarihi: 08.03.2015
155. Brown, K.A., Esper, P., Kelleher, L.O., O'Neill, J.E.B., Polovich, M., White, J.M. (editors). (2001). *Chemotherapy and Biotherapy: Guidelines and Recommendations for Practice*, Oncology Nursing Society, United States of America.
156. Deitcher, S.R., Rodgers, G.M. (2004). *Thrombosis and Antithrombotic Therapy*. Ed.Greer, J.P., Foerster, J., Lukens, J.N., Rodgers, G.M., Paraskevas, F., Glader, B. *Wintrobe's Clinical Hematology*. Lippincott Williams & Wilkins Co. Philadelphia: 11; 1713-1758.
157. Friend, H.P., Pruett, J. (2004). Bleeding and Thrombotic Complications. In: *Cancer Symptom Management*. Yarbro CH, Frogge HM, Goodman M, Jones and Bartlett Publishers, Third Edition, Boston; 233-251.
158. Turna, H. (2004). Kanser hastalarında görülen hematolojik sorunlar. *Klinik Gelişim*; 17: 33-37.
159. Özden, G. (2005). Trombositopeni, Trombositopeni, Anemi ve Nötropeni (TITAN) Eğitim Programı, Kanserli Hastalarda Hematolojik Toksisitelerin Önlenmesi, Tanılanması ve Yönetimi Kurs Kitabı, Onkoloji Hemşireliği Derneği, Ankara
160. Rodriguez, A.L. (2011). Bleeding. *Cancer Nursing Principles and Practice* (ed): Yarbro, C.H., Goodman, M., Frogge, M.H., Groenwald, S.L. Jones & Bartlett Publishers; 50(29): 746-768.
161. Rodriguez, A.L. (2014). Bleeding and Thrombotic Complications. *Cancer Symptom Management* (ed): Yarbro, C.H., Wujcik, D., Holmes Gobel, B. Jones&Bartlett Learning; 40(6): 287- 302.
162. Özatlı, D. Trombositopeni: Ne Çok Nedeni Var! XXXI. Ulusal Hematoloji Kongresi. IV. Hematoloji İlk Basamak Kursu: 9-12. <http://www.thd.org.tr/thdData/userfiles/file/nedeni.pdf> Erişim Tarihi: 07.03.2015
163. Cunnigham, R.S. (2003). Anemia in the oncology patient, *Cancer Nursing*; 26: 65,38S-42S.
164. Gillespie, T.W. (2003). Anemia in cancer. *Cancer Nursing*; 26: 2; 119-128.
165. Naylor, A.W. (2005). A guide to wound management in palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*; 11(11): 572-579.
166. Montoya, L. (2007). Managing hematologic toxicities in the oncology patient. *Journal of Infusion Nursing*; 30: 3,168-172 .
167. Cancer and treatment-related anemia. (2007). National comprehensive cancer network (NCCN), V-3, www.nccn.org Erişim Tarihi: 15.03.2015

168. Akpolat, T., Utaş, C. Anemi: 3-7. <http://www.tsn.org.tr/folders/file/anemi.pdf> Erişim Tarihi: 06.03.2015
169. Eilers, J. (2004). Nursing interventions and supportive care for the prevention and treatment of oral mucositis associated with cancer treatment. *Oncology Nursing Forum* 31(4 Suppl.): 13–23.
170. Can, G. Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Bakım 2010 İstanbul Konsensusu: 57-64. <http://www.onkohem.org.tr/dosyalar/1285440742.pdf> Erişim Tarihi: 16.03.2015
171. Aştı, T.A., Karadağ, A. (2011). Ağız Bakımı, Klinik Uygulama Becerileri ve Yöntemleri. Nobel Kitabevi, Ankara: 394-404.
172. Brown, C.G. (2011). Oral Mucositis. *Cancer Nursing Principles and Practice* (ed): Yarbro, C.H., Goodman, M., Frogge, M.H., Groenwald, S.L. Jones & Bartlett Publishers; 70(32): 808-816.
173. Haas, M.L., McBride, D.L. (2011). Managing the oral effects of cancer treatment diagnosis to survivorship. Pittsburgh: Oncology Nursing Society; 1: 57-60.
174. Akça Ay, F. (2013). Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. Nobel Tıp Kitabevleri; 4: 341-601.
175. Wujcik, D. (2014). Mucositis. In: *Cancer Symptom Management* (ed): Yarbro, C.H., Wujcik, D., Holmes Gobel, B. Jones&Bartlett Learning; 40(19): 403-419
176. Güney Kızıl, E., Soydemir, D. (2015) Oral mukozitte ağız bakımı: 96-103. <http://www.igkh.gov.tr/yeni/userfiles/files/17ORALMUKOZITTEAGIZBAKIMI.pdf> Erişim Tarihi: 08.03.2015
177. Zeybekçi, S. (2015) Mukozit önlenmesi ve tedavisi. Muzaffer Müfit Kayhan Onkoloji Hastanesi. <http://www.onkohem.org.tr/dosyalar/1333398642.pdf> Erişim Tarihi: 08.03.2015
178. Öztürk, R. (2004). Febril nötropenide yeni etkenler ve antimikrobiklere karşı direnç. 3.Febril Nötropeni Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu. Erişim adresi: <http://www.febrilnötropeni.net>. Erişim Tarihi: 08.3.2015.
179. Zitella, C., Friese, B.H., Hauser, et al. (2006). Putting evidence into practice: prevention of infection. *Clinical Journal of Oncology Nursing*; 10(6): 739-7503073–3081.
180. Kara, B. (2007). Nötropeni. N. Albayrak, S. Erkal, G. Ançel ve A. Albayrak (Ed) *Hemşirelik Bakım Planları*. Birlik Matbaası; 575-582.

- 181.** Innes, H., Lim, S.L., Hall, A. (2008). Management of febrile neutropenia in solid tumours and lymphomas using the multinational association for supportive care in cancer (MASCC) risk index: feasibility and safety in routine clinical practice. *Support Care Cancer*; 16: 485–491.
- 182.** Weycker, D., Malin, J., Edelsberg, J., Glass, A., Gokhale, M. (2008). Cost of neutropenic complications of chemotherapy. *Ann Oncology*; 19: 454–460. DOI: 10.1093/annonc/mdm525
- 183.** Bolaman, Z. (2010). Febril Nötropeni 2011. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi , Hematoloji Bilim Dalı. XXXVI. Ulusal Hematoloji Kongresi: 40-46. <http://www.thd.org.tr/thdData/Books/332/febril-notropeni-2011-zahit-bolaman.pdf>
Erişim Tarihi: 07.03.2015
- 184.** Rabin, S. (2010). Febril Nötropenik Hastalarda Değerlendirme. Febril Nötropeni, Editörler Akova, M., Akan, H. Bilimsel Tıp Kitabevi, Ankara: 97
- 185.** Shelton, B.K. (2011). Infection. *Cancer Nursing Principles and Practice* (ed): Yarbro, C.H., Goodman, M., Frogge, M.H., Groenwald, S.L. Jones&Bartlett Publishers; 70(30): 714-741.
- 186.** Rosa, R.G.; Goldani, L.Z. (2014). Factors associated with hospital length of stay among cancer patients with febrile neutropenia. *PLOS ONE* | www.plosone.org ; 9(10): 1-6.
- 187.** Zitella, J.L. (2014). Infection. *Cancer Symptom Management* (ed): Yarbro, C.H., Wujcik, D., Holmes Gobel, B. Jones&Bartlett Learning; 40(3): 131-151.
- 188.** Aslan, F.E. (2001). Ağrı Yorgunluk, Uykusuzluk. Ed: Şelimen, D., Turhal, N.S., Karamanoğlu, A., Onkoloji Hemşireliği Hizmet İçi Eğitim Kursu. s.15-49, Onbir Matbaacılık Yayıncılık LTD. İstanbul
- 189.** Konrad, K. (2001). 13. Onkoloji Hemşireliği Kursu Tedavi Yöntemleri-I, Onkoloji Hemşireliği Derneği; 76-88. Ankara.
- 190.** Azak, A., Çınar, S. (2005). Lenfomalı (hodgkin ve non-hodgkin) hastalarda yorgunluk sendromu ve etkileyen faktörler. *Türk Hematoloji-Onkoloji Dergisi*; 2(5); 78-85.
- 191.** Moyet, C. J. L. (2005). Hemşirelik Tanıları El Kitabı, Çeviren: F. Erdemir, Nobel Tıp Kitabevleri, 492-495, İstanbul
- 192.** Radbruch, L., Strasser, F, Elsner, F., et al. (2008). Fatigue in palliative care patients – an EAPC approach, *Palliative Medicine*; 22: 13–22.
- 193.** Campos, M.P., Hassan, B.J., Riechelmann, R., Del, Giglio. A. (2011). Cancer-related fatigue: a practical review. *Ann Oncology*; 22: 1273–1279.

- 194.** Mitchell, S. (2011). Cancer-Related Fatigue. In: Cancer Nursing Principles and Practice (ed): Yarbro, C.H., Goodman, M., Frogge, M.H., Groenwald, S.L. Jones&Bartlett Publishers; 70(30): 773-785
- 195.** Horneber, M., Fischer, I., Dimeo, F. (2012). Cancer related fatigue. Dtsch Arztebl International; 109(9): 161-172.
- 196.** Usta Yeşilbalkan, Ö. (2012). Yorgunluk, Anemi. Semptom Yönetimi II. 1. Palyatif Hemşireliği Kursu, 10-11 Şubat. Ankara. <http://www.onkohem.org.tr/dosyalar/1331667543.pdf> Erişim Tarihi: 09.03.2015
- 197.** Batchelor, D. (2001). Hair and cancer chemotherapy: consequences and nursing care – a literature study. European Journal Cancer Care; 10: 147-163.
- 198.** Ateş, S., Olgun, N. (2014). Kemoterapiye bağlı alopesi ve yaşam kalitesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi: 67-80 http://www.hacettepehemsirelikdersisi.org/pdf/pdf_HHD_153.pdf Erişim Tarihi: 09.03.2015
- 199.** Callaghan, M., Cooper, A. (2014). Alopecia. In: Cancer Symptom Management (ed): Yarbro, C.H., Wujcik, D., Holmes Gobel, B. Jones&Bartlett Learning; 40(23): 495-503.
- 200.** Aydın, O.N. (2002). Ağrı ve ağrı mekanizmalarına güncel bakış. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi; 3(2): 37 – 48.
- 201.** Afşar, F., Pınar, R. (2003). Kanser hastalarında ağrı ve ağrı ile baş etme yöntemlerinin değerlendirilmesi. A.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 6(3):19- 28.
- 202.** Yıldırım, K.Y., Fadiloğlu, Ç., Uyar, M. (2006). Palyatif kanser bakımında tamamlayıcı tedaviler. Ağrı; 18(1): 26-32.
- 203.** Yıldırım, Y.K. (2007). Kanser ağrısının non-farmakolojik yöntemlerle kontrolü. Uyar, M., Uslu, R., Yıldırım, Y.K. editör. Kanser ve Palyatif Bakım. İzmir. Meta basım; 97-126.
- 204.** Kutlutürkan, S. (2011). Kanser ve ağrı kontrolü. TAF Preventive Medicine Bulletin; 10(6): 751-758.
- 205.** McMenamin, E. (2011). Cancer Pain Management. In: Cancer Nursing Principles and Practice (ed): Yarbro, C.H., Goodman, M., Frogge, M.H., Groenwald, S.L. Jones & Bartlett Publishers; 50(27): 686-708.
- 206.** Paice, J.A., Ferrell, B. (2011). The management of cancer pain. CA Cancer Journal Clinical; 61(3): 157-82
- 207.** Vallerand, A.H., Musto, S. & Polomano R.C. (2011). Nursing's role in cancer pain management. Current Pain and Headache Reports; 15: 250–262.

208. Al Khalailah, M., Al Qadire, M. (2012). Barriers to cancer pain management: Jordanian nurses' perspectives. *International Journal of Paliative Nursing*; 18(11): 535-540.
209. Kılıç, M., Öztunç, G. (2012). Ağrı kontrolünde kullanılan yöntemler ve hemşirenin rolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*; 7(21): 35-51.
210. Sarıhan, E., Kadioğlu, E., Artıran, İğde, F. (2012). Kanser ağrısı, tedavi prensipleri ve Dünya Sağlık Örgütü ağrı basamak tedavisi. *Nobel Medicine*; 8(1): 5-15.
211. Üyetürk, Ü., Arslan, D., Tatlı, M.A. (2013). Kansere bağlı ağrı ve tedavisi. *Abant Medical Journal*; 2(3): 256-260.
212. Brant, J. (2014). Pain. In: *Cancer Symptom Management* (ed): Yarbro, C.H., Wujcik, D., Holmes Gobel, B. Jones & Bartlett Learning; 40; 69-91.
213. Choi, M., Kim, H.S., Chung, S.K., Ahn, M.J., Yoo, J.Y., Park, O.S., Woo, S.R., Kim, S.S., Kim, S.A., Oh, E.G. (2014). Evidence-based practice for pain management for cancer patients in an acute care setting. *International Journal of Nursing Practice*; 20: 60-69.
214. Wengström, Y., Rundström, C., Geerling, J., Pappa, T., Weisse, I., Williams, S.C., Zavrtnik B. & Rustøen T. (2014). The management of breakthrough cancer pain—educational needs a European nursing survey. *European Journal of Cancer Care*; 23: 121-128.
215. Singh, P., Chaturvedi, A. (2015). Complementary and alternative medicine in cancer pain management: a systematic review. *Indian Journal of Palliative Care*; 21(1): 105-115.
216. Barsevick, A.M., Sweeney, C., Haney, E. (2002). A systematic qualitative analysis of psychoeducational interventions for depression in patients with cancer. *Open Network Foundation*; 29(1): 73-86.
217. Oflaz, F. (2002). Onkoloji kliniğinde yatan kanser hastalarının psikiyatrik semptom düzeyleri ve destek gereksinimlerinin saptanması. *Hemşirelikte Araştırma Dergisi*; 65-72.
218. Mete, H.E. (2004). Kanser ve anksiyete: Kanserde anksiyete bozuklukları ve depresyon. *İstanbul*; 21-27.
219. Alacacıoğlu, A., Yavuzşen, T., Diriöz, M. (2007). Kemoterapi alan kanser hastalarında anksiyete düzeylerindeki değişiklikler. *International Journal of Hematology and Oncology*; 2(17): 87-93.
220. Bahar, A. (2007). Kanser hastalarına psikososyal yaklaşım. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; 10(1): 105-111.

221. Pasquini, M., Biondi, M. (2007). Depression in cancer patients: a critical review. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*: 10.1186/1745-0179-3 patients on medical wards: A cross-sectional study. *BMC Palliative Care*; 7:16.
222. Sellick, S.M., Edwardson, A.D. (2007). Screening new cancer patients for psychological distress using the hospital anxiety and depression scale. *Psycho-Oncology*; 16: 534-542.
223. Aydoğan, Ü. Doğaner, Y.Ç., Borazan, E., Kömürcü, Ş., Koçak, N., Öztürk, B., Özet, A., Sağlam, K. (2012). Kanser hastalarında depresyon ve anksiyete düzeyleri ve hastalıkla başa çıkma tutumlarının ilişkisi. *Türk Aile Hekim Dergisi*; 16(2): 55-60.
224. Rucker, Y., Holmes Gobel, B. (2014). Anxiety. In: *Cancer Symptom Management* (ed): Yarbrow, C.H., Wujcik, D., Holmes Gobel, B. Jones & Bartlett Learning; 40(29): 619-632.
225. Zhua, L., Ranchora, A.V., Leeb, M.V., Garssenb, B., Sandermanac, R., Schroevers, M.J. (2015). The role of goal adjustment in symptoms of depression, anxiety and fatigue in cancer patients receiving psychosocial care: A longitudinal study. *Psychology & Health*; 30(3): 268–283.
226. Türk Onkoloji Derneği Web Sitesi. (2002). Toplum için Eğitim. www.kanser.gov 22. Brown JK: A systematic review of the evidence on symptom management of cancer-related anorexia and cachexia. *Oncology Nursing Forum*; 29:517-530.
227. Derek, D., Geoffrey, H., Nathon, C., Kenneth, C. (ed) (2004). *Oxford Textbook of Palliative Medicine. Clinical Assessment and Decision- Making in Cachexia and Anorexia*; 539-548.
228. Devita, V.T., Hellman, S., Rosenberg, S.A. (2005). Adverse Effects Of Treatment, Nausea and Vomiting. In: *Cancer Principles & Practise*. (eds) Berger, A.M., Clark, R.A., Chapter 54; 2518.
229. Kayış, A. (2007). İşsizlik ve anoreksi. In: *Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi*, Editor; Can, G. Pharma Publication Planning. İstanbul: 69-80.
230. Lesniak, W., Bała, M., Jaeschke, R., Krzakowski, M. (2008). Effects of megestrol acetate in patients with cancer anorexia-cachexia syndrome-a systematic review and meta-analysis. *Pol Arch Med Wewn*; 118(11): 636–644.
231. Cunningham, R.S., Huhmann, M.B.. (2011). Nutritional disturbances. *Cancer Nursing Principles and Practice* (ed): Yarbrow, C.H., Goodman, M., Frogge, M.H., Groenwald, S.L. Jones&Bartlett Publishers; 70(33): 819-840.
232. Karamanis, G., Skalkidou, A., Tsakonas, G., Brandt, L., Ekblom, A., Ekselius, L., Papadopoulos, F.C. (2014). Cancer incidence and mortality patterns in women with anorexia nervosa. *International Journal of Cancer*; 134: 1751–1757.

233. Erdoğan, B., Çiçin, İ. Kanser Hastasında Beslenme. Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı: 25-29. http://www.klinikgelisim.org.tr/kg_243/6.pdf Erişim Tarihi: 09.03.2015
234. Engelking, C. (2004). Diarrhea. In: Cancer Symptom Management. Yarbrow CH, Frogge MH, Goodman M(ed): Third Edition. Boston: 528-559.
235. Er, Ö. (2007). Kanserli hastalarda diyare. <http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/onkoloji/> Erişim tarihi: 17 Eylül 2014.
236. Muehlbauer, P.M., Lopez, J.R. (2014). Diarrhea. In: Cancer Symptom Management (ed): Yarbrow, C.H., Wujcik, D., Holmes Gobel, B. Jones & Bartlett Learning; 40(4): 185-204.
237. Atay, S. (2015) Diyare-konstipasyon. Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi Onkoloji Hemşireliği Derneği: 1-26. <http://www.onkohem.org.tr/dosyalar/1331666021.pdf> Erişim Tarihi: 10.03.2015
238. Savaş, C. (2004). Konstipasyon. Türkiye Tıp Dergisi; 11(4): 204-216 http://ichastaliklaridergisi.org/managete/fu_folder/2004-04/2004-11-4-204-216.pdf Erişim Tarihi: 10.03.2015
239. Yurdakul, İ. (2007). Kronik kabızlık. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi; 58: 43-58.
240. Yurtsever, S. (2007). Konstipasyon, Onkoloji Hemşireliğinde Kanıtı Dayalı Semptom Yönetimi, Editor; Can, G. Pharma Pulication Planning. İstanbul; 111-118.
241. Sabuncu, N., Akça Ay, F. (2010). Klinik Beceriler Sağlığın Değerlendirilmesi Hasta Bakım ve Takibi. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul: 1; 508.
242. Haylock, P.J., Curtiss, C., Massey, R.L. (2014). Constipation. In: Cancer Symptom Management (ed): Yarbrow, C.H., Wujcik, D., Holmes Gobel, B. Jones&Bartlett Learning; 40(4):161-183.
243. Beyece İncazlı, S., Şahin, H. Konstipasyonu Önleme ve Bağırsak Eğitimi: 168-171. <http://www.igkh.gov.tr/yeni/userfiles/files/30KONSTIPASYONUONLEMEVEBARSAGEGITIMI.pdf> Erişim Tarihi: 10.03.2015
244. Marrs, J., Newton, S. (2004). Cemothrapy – Induced nail changes: an unsightly nuisance. Clinical Journal Oncology Nursing; 8(5): 527-528.
245. Alexandrescu, D.T., Dasanu, C.A., Wiernik, P.H. (2006). Recognizing nail and skin changes associated wiht chemotherapy. Resident and Staff Physician; 52(9).
246. Lassere, Y., Hoff, P. (2004). Management of hand-foot syndrome in patients treated with capecitabine (Xelodas) European Journal of Oncology Nursing; 8: 31-40.

247. Lorusso, D., Di Stefano, A., Carone, V. (2007). Pegylated liposomal doxorubicin-related palmar-plantar erythrodysesthesia ‘handfoot’ syndrome. *Annals of Oncology*; 18: 1159-1164.
248. Webster-Gandy, J.D., How, C., Harrold, K. (2007). Palmar–plantar erythrodysesthesia (PPE): A literature review with commentary on experience in a cancer centre. *European Journal of Oncology Nursing*; 11: 238-246.
249. Schrijvers, D.L. (2003). Extravasation: a dreaded complication of chemotherapy *Ann Onc*; 14:26-30.
250. Ener, R.A., Meglathery, S.B., Styler, M. (2004). Extravasation of systemic hemato-oncological therapies. *Annals of Oncology*; 15: 858-862.
251. Hayden, B.K., Goodman, M. (2005). Chemotherapy: principles of administration. In: *Cancer Nursing Principles and practice*. (eds). Yarbrow CH, Frogge MH, Goodman M. Jones and Bartlett Publishers, Boston; 6: 361-364.
252. Yargıcı Korkmaz, Ö. (2008). Kemoterapi sırasında oluşan reaksiyonların kontrolüne yönelik hemşirelik girişimlerinin değerlendirilmesi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü: 20-29.
253. Özbaş, A., Akkaya, S., Karadeniz, G. (2010). Cilt değişiklikleri- ekstremitasyon. In: *Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Bakım 2010*. İstanbul Konsensüsü, İstanbul: 109- 120.
254. O’Leary, C., Catania, K. (2014). Extravasation. In: *Cancer Symptom Management* (ed): Yarbrow, C.H., Wujcik, D., Holmes Gobel, B. Jones & Bartlett Learning; 40(25): 541-582.
255. Güney, K.E. (2015) Ekstremitasyon Önleme ve İzleme: 132-137. <http://www.igkh.gov.tr/yeni/userfiles/files/24EKSTRAVAZASYONONLEMEVEIZLEME.pdf> Erişim Tarihi: 10.03.2015
256. Shell, A. (2002). Evidence-based practice for symptom management in adults with cancer: Sexual dysfunction. *Open Network Foundation*; 29(1): 53-65 .
257. Bruner, D.W., Berk, L. (2004). Altered body image and sexual health. In: *Cancer Symptom Management* (ed): Yarbrow, C.H., Frogge, M.H., Goodman, M. Jones and Bartlett Publishers, Boston; 596-623 .
258. Kreb, L.U. (2005). Sexual and reproductive dysfunction. In: *Cancer Nursing Principles and Practice*, (ed): Yarbrow, C.H., Frogge, M.H., Goodman, M. Jones and Bartlett Publishers, Boston
259. Pınar, G. (2010). Kanser tedavisi alan hastalarda cinsel disfonksiyon ve danışmanlığa ilişkin hemşirelik yaklaşımları. *Gülhane Tıp Dergisi*; 52(4): 241-247.

260. Okyayuz, Ü. (2007). Kanser ve cinsel yaşam. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi. [http://kanser.org/saglik/upload/18_UKK/Kanser ve Cinsel Yasam%23Ulgenn_Okyayuz.pdf](http://kanser.org/saglik/upload/18_UKK/Kanser_ve_Cinsel_Yasam%23Ulgenn_Okyayuz.pdf) Erişim Tarihi: 11.03.2015
261. Krebs, L.U. (2011). Sexual and reproductive dysfunction. In: Cancer Nursing Principles and Practice (eds): Yarbro, C.H., Goodman, M., Frogge, M.H., Groenwald, S.L. Jones & Bartlett Publishers; 70(36): 880-905.
262. Gölbaşı, Z., Evcili, F. (2013). Hasta cinselliğinin değerlendirilmesi ve hemşirelik: engeller ve öneriler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi; 16(3): 182-189.
263. Uğur, Ö. (2014). Kanser hastasının semptom yönetimi. Türk Onkoloji Dergisi; 29(3): 125-135.
264. Professional Practice Nursing Standards-Symptom Management Guidelines: Intimacy and Sexuality (The Symptom Management Guidelines Developed by Professional Practice Nursing and Interdisciplinary colleagues at the BCCA are currently being reviewed and will be updated in 2011). www.bccancer.bc.ca/legal.htm Erişim Tarihi: 10.03.2015
265. Yeşiltepe Oskay, Ü. (2015) Kanser Sürecinde Cinsellik. İstanbul Üniversitesi Florence Nigthingale Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. <http://www.onkohem.org.tr/dosyalar/1368214143.pdf> Erişim Tarihi: 11.03.2015
266. Alexandrescu, D.T., Wiernik, P.H., Dutcher, J.P. (2006). Chemotherapy Toxicities and Complications. In: Young, N.S., Gerson, S.L., High, K.A. (Eds). Clinical Hematology, MOSBY Elsevier, Philadelphia: 9; 1144-1154.
267. Demir, Y. (2008). Temel Hemşirelik 'Kavramlar, İlkeler ve Uygulamalar'. Ay FA. (Ed), 2. baskı, İstanbul Medical Yayıncılık, İstanbul: 413.
268. Kaner, R.J., Stover, D.E. (2008). Pulmonary toxicity. In: Devita VT, Hellman TS and Rosenberg's SA (Eds). Cancer, Philadelphia: 63(8); 2668-2677.
269. Matthews, E., Berger, A. (2014). Sleep disturbances. In: Cancer Symptom Management (ed): Yarbro, C.H., Wujcik, D., Holmes Gobel, B. Jones&Bartlett Learning; 40(2): 93-112.
270. Yavuzşen, T., Alacacioğlu, A., Çeltik, A., Yılmaz, U. (2014). Kanser ve uyku bozuklukları. Türk Onkoloji Dergisi; 29(3): 112-119.
271. Kurkjian, D.C., Özer, H. (2008). Management of adverse effects of treatment. In: Devita VT, Hellman TS and Rosenberg's SA (Eds). Cancer, Philadelphia; 8(63): 2617-2638.
272. Dilek, İ. (2010). Kemoterapide Toksikite Değerlendirmesi. 3-7 Kasım. Belek. Antalya: 63-70. <http://www.thd.org.tr/thdData/Books/332/kemoterapide-toksosite-degerlendirmesi-imdat-dilek.pdf> Erişim Tarihi: 11.3.15

273. Dilek, İ. (2010). Kemoterapide toksisite değerlendirmesi. XXXVI Hematoloji kongresi. Antalya; 63-70.
274. Demirsoy, Z. Kemoterapi sonrası organ toksisiteleri ve geç etkileri: 2-56. <http://www.onkohem.org.tr/dosyalar/1336593384.pdf> Erişim Tarihi: 11.03.2015
275. Olgun, N. (2002). Hipoglisemi ve hiperglisemi. In: Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler. Ed: Erdoğan S. Yüce reklam/ yayım/ dağıtım anonim şirketi; 105-116.
276. Oşar, Z. (2004). Kanserli hastada görülen metabolizma bozuklukları ve tedavisi. Klinik Gelişim; 17 : 57-61.
277. Diabetes Mellitus Çalışma Grubu. (2009). Diabetes mellitus ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem klavuzu. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Yenilenmiş 4. Baskı; 106-170.
278. Sarı, R. (2015) Diyabet ve kanser. Akdeniz Üniversitesi. <http://www.diabetcemiyeti.org/var/cdn/8/a/ramazan-sari-turkce.pdf> Erişim Tarihi: 13.03.2015
279. Gapstur, R.L. (2007). Symptom burden: a concept analysis and implications for oncology nurses. Oncology Nursing Forum: 34(3);673-680.
280. Rhodes, V.A., Watson, P.M. (1987). Symptom distress: The concept past and present. Seminars in Oncology Nursing: 3, 242-247.
281. Lenz, E., Pugh, L.C., Milligan, R.A., Gift, A., Suppe, F. (1997). The Middle Range Theory of Unpleasant Symptoms. Advances in Nursing Science: 19(3); 14-27.
282. Cleeland, C.S. (2007). Symptom burden: multiple symptoms and their impact as patient-reported outcomes. Journal of the National Cancer Institute Monographs: (37); 16-21.
283. Akın, S., Aslan, E (2007). Semptom grubu kavramı ve önemi. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 15(60): 200-205.
284. Atay, S. (2008). Kanser tedavisi alan çocuklarda semptom sıklığı ve semptom kümelerinin belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi.
285. Aktaş, A., Walsh, D., Rybicki, L. (2010). Review: Symptom clusters: myth or reality. Palliative Medicine; 24: 373-385.
286. Howell, D., Husain, A., Seow, H., Liu, Y., Kustra, R., Atzema, A., Dudgeon, D., Earle, C., Sussman, J., Barbera, L. (2012). Symptom clusters in a population-based ambulatory cancer cohort validated using bootstrap methods. European Journal of Cancer; 48.

- 287.** Given, B.A., Given, C.W., SIKORSKI, A. (2007). Symptom clusters and physical function for patients receiving chemotherapy. *Seminars in Oncology Nursing*; 23(2): 121-126.
- 288.** Fleishman, S.B. (2004). Treatment of symptom clusters: pain, depression, and fatigue. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*; 32:119–123.
- 289.** Gift, A.G., Jablonski, A., Stommel, M., Given, C.W. (2004). Symptom clusters in elderly patients with lung cancer. *Oncology Nursing Forum*; 31:203e212.
- 290.** Armstrong, T.S. (2003). Symptoms experience: a concept analysis. *Oncology Nursing Forum*; 30 (4); 601-606.
- 291.** Barsevick, A.M. (2007). The concept of symptom cluster. *Seminars in Oncology Nursing*; 23 (2); 89–98.
- 292.** Xiao, C. (2010). The state of science in the study of cancer symptom cluster. *European Journal of Oncology Nursing*; 14(5): 417-34.
- 293.** Bektaş, H.A., Akdemir, N. (2006). Kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*; 6 (5): 488-499.
- 294.** Uyer, M., Uslu, R., Yıldırım-Kuzeyli, Y. (editörler). (2004). *Kanser Ve Palyatif Bakım*. İzmir: Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri.
- 295.** Wensing, M., Vingerhoets, E., Grol, R. (2001). Functional status, health problems, age and comorbidity in primary care patients. *Quality Life Research*; 10:141-8.
- 296.** Dedeli, Ö., Fadiloğlu, Ç., Uslu, R. (2008). Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*; 23(3): 132-139.
- 297.** Beck, L.A. (2003). Cancer rehabilitation: Does it make a difference? *Rehabilitation Nursing (Glenview)*; 28: 42-47.
- 298.** Wang, S., MSN, RN, CNS, PhD, Tsai, C., MD, Chen, C., PhD, Lin, C., PhD, Linm, C., PhD, RN. (2008). Symptom clusters and relationships to symptom interference with daily life in Taiwanese Lung Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*; 35(3).
- 299.** Karabulu, N., Erci, B., Özer, N., Özdemir, S. (2010). Symptom clusters and experiences of patients with cancer. *Journal of Advanced Nursing*; 66 (5): 1011-1021.
- 300.** Portenoy, R.K., Thaler, H.T., Kornblith, A.B., et. al. (1994). The Memorial Symptom Assessment Scale: An instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *European Journal Cancer*; 30: 1326-36.

- 301.** Cella, D.F., Webster, K., Cashy, K. (2005). Development of a measure of health-related quality of life for non-Hodgkin's lymphoma clinical research: the functional assessment of cancer therapy - lymphoma (FACT-Lym), *Blood*, vol. 106, ASHAnnualMeeting Abstracts; 11 (1): 750.
- 302.** Eremenco, S., Webster, K., Kutikova, L., et al. (2004). Development and multilingual validation of the FACT-LYM. Presented at ISOQOL Annual Conference 17th October. *Quality Life Research*; 13 (9): 1495-1603.
- 303.** Hlubocky, F.J., Webster, K., Cashy, J., Beaumont, J., Cella, D. (2013). The development and validation of a measure of Health-Related Quality of Life for Non-Hodgkin's Lymphoma: The Functional Assessment of Cancer Therapy—Lymphoma (FACT-Lym). Hindawi Publishing Corporation Lymphoma. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/147176>
- 304.** Kurtz, M.E., Kurtz, J.C., Given, C.W., Given, B. (2007). Symptom clusters among cancer patients and effects of an educational symptom control intervention. *Cancer Therapy*; 15:105-112.
- 305.** Süren, M., Doğru, S., Önder, Y., Çeltek, N.Y., Okan, İ., Karaman, S., Başol, N. (2015). Son dönem kanser hastalarında semptom kümelerinin incelenmesi. *Ağrı*; 27(1):12-17.
- 306.** Savard, J., Simard, S., Blanchet, J., Ivers, H., Morin, C. (2001). Prevalence, clinical characteristics, and risk factors for insomnia in the context of breast cancer. *Sleep*; 24(5): 583-590.
- 307.** Clark, J., Cunningham, M., McMillan, S., Vena, C., Parker, K. (2004). Sleep-wake disturbances in people with cancer part II: Evaluating the evidence for clinical decisionmaking. *Oncology Nursing Forum*; 31(4): 747-771.
- 308.** Thomas, B.C., Waller, A., Malhi, R.L., Fung, T., Carlson, L.E., Groff, S.L., Bultz, B.D. (2014). A Longitudinal Analysis of Symptom Clusters in Cancer Patients and Their Sociodemographic Predictors. *Journal of Pain and Symptom Management*: 47(3); 566-578.
- 309.** Dong, S.T., Butow, P.N., Costa, D.S.J., Lovell, M.R., Aggar, M. (2014). Symptom Clusters in Patients With Advanced Cancer: A Systematic Review of Observational Studies. *Journal of Pain and Symptom Management*: 48(3); 411-450.
- 310.** Aktaş, A., Walsh, D., Hu, B. (2014). Cancer Symptom Clusters: An Exploratory Analysis of Eight Statistical Techniques. *Brief Methodological Report*: 48(6); 1254-1266.

ÖZGEÇMİŞ

Merve Gözde SEZGİN, 1989 yılında Burdur'un Bucak ilçesinde doğdu. İlköğretim ve lise öğrenimini Bucak'ta tamamladı. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'na 2008 yılında başladı ve 2012 yılında mezun oldu. Eylül 2012 yılından itibaren Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde klinik hemşiresi olarak görev yapmaktadır. Ocak 2013 yılında Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı'nda eğitime başladı. Yabancı dili İngilizce'dir.

EKLER

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

Sayı: 70904504/
Konu:

2014

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Hicran BEKTAŞ	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Lenfoma Hastalarında Semptom Kümelenmesi ve Fonksiyonel Duruma Etkisi	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 96	Tarih: 12.02.2014
	Sorumlu Araştırmacı Doç.Dr.Hicran BEKTAŞ tarafından yürütülecek olan "Lenfoma Hastalarında Semptom Kümelenmesi ve Fonksiyonel Duruma Etkisi" adlı çalışmanın bütçesinin Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında <u>bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.</u> Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	


Prof.Dr. Ender TERZIOĞLU
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Prof.Dr. Ender TERZIOĞLU
Başkan

Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL
Başkan Yardımcısı

Öğr.Gör.Dr. Mustafa Levent ÖZGÖNÜL
Üye

Prof.Dr. Ramazan SARI
Üye

Prof.Dr. Murat CANPOLAT
Üye

Prof.Dr. Oktay ERAY
Üye (İznil)

Prof.Dr. Ali Aydın YAVUZ
Üye

Prof.Dr. Bilge KARSLI
Üye (İznil)

Prof.Dr. Can ÇEVİKOL
Üye (İznil)

Prof.Dr. Ruksal KOCAAĞA
Üye

Prof.Dr. Mehmet Murat KULOĞLU
Üye

Doç.Dr. Nesrin ŞENOL
Üye

Doç.Dr. Gülmüş KUTLU
Üye

Doç.Dr. Doğa TÜRKKAHRAMAN
Üye

Turgut ALPTUĞRA
Üye



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (Hastane)



Sayı : 84768725/PER-488
Konu : Tez Projesi

04/03/2014

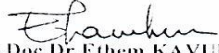
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)



İlgi: 10/01/2014 tarih ve 57830559/302.14-46 sayılı yazınız.

Enstitünüz İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Merve Gözde SEZGİN'in "Lenfoma Hastalarında Semptom Kümelemesi ve Fonksiyonel Duruma Etkisi" konulu yüksek lisans tezi ile ilgili araştırmalarını Mayıs 2014-Haziran 2015 tarihleri arasında Hastanemiz Hematoloji Kliniği, Hematoloji Polikliniği ve Gündüz Kemoterapi Ünitesinde yapması tarafımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi, gereğini rica ederim.


Yrd.Doç.Dr.Ethem KAVUKCU
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

Adres : Dumlupınar Bulvarı, Kampüs 07059 Konyaaltı/ANTALYA Ayrıntılı bilgi için irtibat: Şef H.A.BARDAK
Tel : (242) 249 62 90
Faks : (242) 249 60 40
e-posta: hastanepersonel@akdeniz.edu.tr

Gözdecim

Tez çalışmada başarılar dilerim. sana anketi ve dergide yayınlanan makaleyi gönderiyorum.
İyi çalışmalar..

Doç. Dr. Yasemin YILDIRIM

From: gozde_sezgin1990@hotmail.com

To: yasemin.kyildirim@ege.edu.tr; yaseminkyildirim@hotmail.com

Subject:

Date: Sun, 15 Dec 2013 13:49:07 +0200

Hocam merhaba,

Ben Merve Gözde SEZGİN, Akdeniz Üniversitesi İç Hastalıkları Yüksek lisans öğrencisiyim. Lenfomalı bireylerde semptom yönetimi ile ilgili tez çalışması yapmak istiyorum ve memorial semptom değerlendirme ölçeğini kullanmak istiyorum. Bu konu hakkında bana yardımcı olursanız çok sevinirim.

Teşekkürler.

İyi çalışmalar...

Hi Merve,

I've attached the Turkish FACT-G questionnaire along with the scoring materials. I've also attached the Turkish FACT-Lym, just in case you'd prefer to use it instead (it contains all of the FACT-G items plus a lymphoma-specific subscale). Please let me know if you have any questions.

Kind regards,

Jason

LENFOMA HASTALARINDA SEMPTOM KÜMELEMESİ VE FONKSİYONEL DURUMA ETKİSİ

Sayın Katılımcı;

Adım Merve Gözde SEZGİN, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans yapmaktayım. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Hematoloji Kliniği, Hematoloji Polikliniği ve Gündüz Kemoterapi Ünitesi'nde lenfoma hastalarının yaşadıkları semptomları ve fonksiyonel durumlarını değerlendirmek amacı ile bir çalışma yapıyorum. Bu amaç doğrultusunda, sizlerin cevaplaması için kişisel bilgilerinizi, hastalığınıza bağlı yaşadığınız semptomları ve fonksiyonel durumunuzu değerlendirmek için bir soru formu hazırlanmıştır. Soruları eksiksiz yanıtlamanız, lenfoma tanısı konulan ve kemoterapi tedavisi uygulanan bireylerin yaşadıkları yan etkilerin hemşireler tarafından etkin ve doğru olarak kontrol edilebilmesi, daha kaliteli bakım verilebilmesi, etkin eğitimlerin planlanması ve fonksiyonel durumunuzun iyileştirilebilmesi açısından önemlidir. Bunun yanı sıra, bu çalışmanın yapılan kemoterapi tedavisinin yan etkiler nedeni ile yarıda bırakılmamasına ve tedavinin olumlu sonuçlanmasına katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Toplanan bu veriler sadece araştırma kapsamında kullanılacaktır. Gizlik esas alındığı için isim alınmayacaktır.

Katıldığınız için teşekkür ederim.

Merve Gözde SEZGİN

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

Katılımcının İmzası:

**LENFOMA HASTALARINDA SEMPTOM KÜMELEMESİ VE FONKSİYONEL
DURUMA ETKİSİ**

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

I. DOSYA BİLGİLERİ

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

II. TANITICI BİLGİLER

1. Cinsiyetiniz: a)Kadın b)Erkek

2. Yaşınız:

3. Medeni durumunuz: a) Bekar b) Evli

4. Eğitim durumunuz:

- a) Okur-yazar değil
- b) Okur-yazar
- c) İlkokul
- d) Ortaokul
- e) Lise
- f) Yüksekokul / Fakülte
- g) Yüksek lisans / Doktora

5. Mesleğiniz / Çalışma statünüz:

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

6. Çalışma durumunuz:

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

7. Sigara kullanma durumunuz:

- a) İçiyor
- b) İçmiyor
- c) Bırakmış

8. Alkol kullanma durumunuz:

- a) İçiyor
- b) İçmiyor
- c) Bırakmış

9. Bakmakla yükümlü olduğunuz kişi / kişiler var mı?

- a) Yok
- b) Var (Açıklayınız).....

10. Bakımınıza destek olan kişi / kişiler var mı? a) Evet b) Hayır (13. soruya geçiniz)

11. Kim ya da kimler yardımcı oluyor?

a) Eş b) Çocuk c) Akraba d) Diğer (Açıklayınız)

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

- a) Hastaneye gelip gitme
- b) Hastane işlemleri
- c) İlaç alma
- d) Ev işleri
- e) Alışveriş
- f) Beslenme
- g) Bireysel temizlik ve bakım
- h) Maddi destek sağlama
- i) Diğer (Açıklayınız)

13. Şu anda uygulanan ilaç tedavisi ile ilgili bilgi aldınız mı?

a) Evet b) Hayır

14. Tedaviniz konusunda bu bilgiyi kim / kimler verdi? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a) Hemşire
- b) Hekim
- c) Diğer hastalar
- d) Diğer (Açıklayınız).....

MEMORIAL SEMPTOM TANILAMA SKALASI (MSAS)

Bölüm I

Açıklama: Aşağıda sıralanmış 24 semptom bulunmaktadır. Her birini dikkatlice okuyun. Eğer geçen hafta boyunca semptom yaşadysanız, bu semptomu NE SIKLIKTA yaşadığınızı, genellikle ne kadar ŞİDDETLİ olduğunu ve bu semptomun size NE KADAR SIKINTI VERDİĞİNİ veya NE KADAR CANINIZI SIKTIĞINI uygun sayıyı yuvarlak içine alarak belirtiniz. Eğer hiç semptom yaşamadıysanız “SEMPTOM YAŞAMADIM” sütununa “X” işareti koyunuz.

GEÇEN HAFTA BOYUNCA	Y A Ş A M A D I M	EĞER EVET İSE NE SIKLIKTA yaşadınız?				EĞER EVET İSE Genellikle ne kadar ŞİDDETLİ idi?				EĞER EVET İSE Size ne kadar SIKINTI VERDİ?				
		Çok Nadiren	Bazen (Arada sırada)	Sık sık	Neredeyse sürekli	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok Şiddetli	Hiç	Bir Parça (Biraz)	Oldukça	Biraz fazla	Çok fazla
Dikkati toplamada zorluk		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Ağrı		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Halsizlik yada enerji kaybı		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Öksürük		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kendini sinirli hissetme		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Ağız kuruluğu		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Bulantı		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kendini uyuklu yada sersemlemiş gibi hissetme		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
El veya ayaklarda uyuşukluk/karınçalanma		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Uyumada zorluk		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Şişkinlik hissi		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
İdrar yapmada zorluk		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kusma		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Nefes darlığı		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
İshal		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kendini üzgün hissetme		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Terleme		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Endişelenme		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Cinsel istek veya aktivite ile ilgili sorunlar		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kaşıntı		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
İştahsızlık		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Baş dönmesi		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Yutma güçlüğü		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Hassas olma/ hissetme		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4

Bölüm 2:

Yönerge: Aşağıda sıralanmış 8 semptom bulunmaktadır. Her birini dikkatlice okuyun. Eğer geçen hafta boyunca semptom yaşadığınız, bu semptomu genellikle ne kadar **ŞİDDETLİ** olduğunu ve bu semptomun size **NE KADAR SIKINTI VERDİ** veya **NE KADAR CANINIZI SIKTIĞINI** uygun sayıyı yuvarlak içine alarak belirtiniz. Eğer hiç semptom yaşamadıysanız “**SEMPTOM YAŞAMADIM**” sütununa “**X**” işareti koyunuz.

GEÇEN HAFTA BOYUNCA Aşağıdaki semptomlardan herhangi birini yaşadınız mı?	Y A Ş A M A D I M	EĞER EVET İSE Genellikle ne kadar ŞİDDETLİ idi?				EĞER EVET İSE Sizi ne kadar SIKINTI VERDİ?				
		Hafif	Orta	Şiddetli	Çok Şiddetli	Hiç	Bir Parça (Biraz)	Oldukça	Biraz fazla	Çok fazla
		Ağız yaraları	1	2	3	4	0	1	2	3
Yiyeceklerin tadını almada değişiklik	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
Kilo kaybı	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
Saç dökülmesi	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
Kabızlık	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
Kol veya bacaklarda şişlik	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
Ben kendimi sevmiyorum	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
Deride değişiklikler	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
GEÇEN HAFTA BOYUNCA HERHANGİ BAŞKA BİR SEMPTOM YAŞADIYSANIZ, LÜTFEN AŞAĞIYA YAZINIZ VE BU SEMPTOMUN SİZİ NE KADAR SIKINTI VERDİĞİNİ İŞARETLEYİNİZ.										
Diğer:					0	1	2	3	4	
Diğer:					0	1	2	3	4	
Diğer:					0	1	2	3	4	

**KRONİK HASTALIK TEDAVİSİNDE FONKSİYONEL DEĞERLENDİRME
ÖLÇEĞİ-LENFOMA (FACT-LYM)**

Sayın katılımcı; aşağıdaki listede sizinle aynı hastalığı olan diğer insanların önemli olduğunu söylediği bazı ifadeler verilmiştir. **Lütfen son 7 günü göz önünde bulundurarak, yanıtınızı her satırda bir sayıyı daire içine alarak veya işaretleyerek belirtiniz.**

<u>BEDENİ DURUM</u>	Hiç	Çok az	Biraz	Oldukça	Çok fazla
Enerjim düşük.....	0	1	2	3	4
Bulantım var.....	0	1	2	3	4
Bedensel durumum yüzünden ailemin ihtiyaçlarını karşılamakta güçlük çekiyorum.....	0	1	2	3	4
Ağrım var.....	0	1	2	3	4
Tedavinin yan etkileri beni rahatsız ediyor.....	0	1	2	3	4
Kendimi hasta hissediyorum.....	0	1	2	3	4
<u>SOSYAL YAŞAM ve AİLE DURUMU</u>	Hiç	Çok az	Biraz	Oldukça	Çok fazla
Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum.....	0	1	2	3	4
Ailemden manevi destek görüyorum.....	0	1	2	3	4
Arkadaşlarımdan destek görüyorum.....	0	1	2	3	4
Ailem hastalığımı kabullendi.....	0	1	2	3	4
Ailemle hastalığım konusundaki iletişimden memnunum.....	0	1	2	3	4
Kendimi hayat arkadaşına (veya başlıca desteğim olan kimseye) yakın hissediyorum.....	0	1	2	3	4
<i>Aşağıdaki soruyu lütfen şu anki cinsel ilişki durumunuzu göz önüne almadan yanıtlayınız. Eğer bu soruya cevap vermemeyi tercih ederseniz, lütfen yandaki kutuyu işaretleyip bir sonraki bölüme geçiniz. <input type="checkbox"/></i>					
Cinsel hayatım tatmin edici.....	0	1	2	3	4

DUYGUSAL DURUM

	Hiç	Çok az	Biraz	Oldukça	Çok fazla
Kendimi üzgün hissediyorum.....	0	1	2	3	4
Hastalığımla başa çıkma yöntemimden memnunum.....	0	1	2	3	4
Hastalığımla olan mücadelede ümidimi kaybediyorum.....	0	1	2	3	4
Kendimi sinirli hissediyorum.....	0	1	2	3	4
Ölmekten korkuyorum.....	0	1	2	3	4
Durumumun daha kötüye gitmesinden endişeleniyorum.....	0	1	2	3	4

FAALİYET DURUMU

	Hiç	Çok az	Biraz	Oldukça	Çok fazla
Çalışabiliyorum (ev işi dahil)	0	1	2	3	4
İşim (ev işi dahil) beni tatmin ediyor.....	0	1	2	3	4
Hayattan zevk alabiliyorum.....	0	1	2	3	4
Hastalığımı kabullendim.....	0	1	2	3	4
İyi uyuyorum	0	1	2	3	4
Eğlenmek için yaptığım şeylerden zevk alıyorum	0	1	2	3	4
Şu anda hayatımın kalitesinden memnunum	0	1	2	3	4

<u>DİĞER ENDİŞELER</u>	Hiç	Çok az	Biraz	Oldukça	Çok fazla
Vücudumun belirli yerlerindeki (örneğin boyun, koltuk altı, veya kasık gibi) kitle veya şişlikler beni rahatsız ediyor.....	0	1	2	3	4
Vücudumun belirli yerleri ağrıyor.....	0	1	2	3	4
Ateşimin yükselmesi beni rahatsız ediyor.....	0	1	2	3	4
Gece terlemelerim oluyor.....	0	1	2	3	4
Kaşıntılar beni rahatsız ediyor.....	0	1	2	3	4
Geceleri uyumakta zorluk çekiyorum.....	0	1	2	3	4
Çabuk yoruluyorum.....	0	1	2	3	4
Kilo kaybediyorum.....	0	1	2	3	4
İştahım azaldı.....	0	1	2	3	4
Konsantre olmakta güçlük çekiyorum.....	0	1	2	3	4
Enfeksiyon kapmaktan endişe duyuyorum.....	0	1	2	3	4
Hastalığımla ilgili yeni belirtilerin çıkabileceğinden endişe duyuyorum.....	0	1	2	3	4
Hastalığım veya tedavimden dolayı kendimi başkalarından uzak hissediyorum.....	0	1	2	3	4
Duygusal halim inişli çıkışlı.....	0	1	2	3	4
Hastalığım nedeniyle gelecek için plan yapmakta zorluk çekiyorum.....	0	1	2	3	4

Memorial Semptom Tanılama Skalası Sıklık Alt Boyutu Yığılım Tablosu

Aşama	Birleştirilmiş Küme		Katsayılar	Kümenin İlk Aşama Görüldüğü Aşama		Sonraki Aşama
	Küme 1	Küme 2		Küme 1	Küme 2	
1	7	13	40,000	0	0	10
2	1	12	89,000	0	0	6
3	22	23	139,500	0	0	9
4	2	3	192,500	0	0	19
5	16	18	252,500	0	0	12
6	1	11	315,500	2	0	8
7	15	24	380,500	0	0	14
8	1	5	448,750	6	0	9
9	1	22	520,000	8	3	14
10	7	21	594,000	1	0	16
11	4	14	672,000	0	0	20
12	10	16	759,333	0	5	21
13	8	17	860,333	0	0	17
14	1	15	962,583	9	7	18
15	9	20	1069,583	0	0	17
16	6	7	1183,083	0	10	19
17	8	9	1310,083	13	15	20
18	1	19	1437,500	14	0	22
19	2	6	1582,000	4	16	23
20	4	8	1733,000	11	17	21
21	4	10	1940,556	20	12	22
22	1	4	2197,444	18	21	23
23	1	2	2746,250	22	19	0

Memorial Semptom Tanılama Skalası Şiddet Alt Boyutu Yığılım Tablosu

Aşama	Birleştirilmiş Küme		Katsayılar	Kümenin İlk Aşama Görüldüğü Aşama		Küme 1
	Küme 1	Küme 2		Küme 1		
1	25	26	31,000	0	0	21
2	7	13	75,500	0	0	16
3	21	27	122,000	0	0	16
4	23	30	173,000	0	0	7
5	1	5	227,500	0	0	15
6	2	3	284,000	0	0	25
7	22	23	344,333	0	4	23
8	11	12	408,333	0	0	18
9	28	29	472,833	0	0	14
10	15	31	542,333	0	0	15
11	16	18	614,333	0	0	22
12	4	14	688,833	0	0	24
13	8	10	763,333	0	0	20
14	28	32	838,167	9	0	19
15	1	15	913,667	5	10	17
16	7	21	998,667	2	3	21
17	1	24	1083,967	15	0	18
18	1	11	1174,310	17	8	23
19	6	28	1270,226	0	14	27
20	8	20	1373,726	13	0	22
21	7	25	1486,726	16	1	29
22	8	16	1601,126	20	11	27
23	1	22	1716,750	18	7	26
24	4	9	1836,250	12	0	28
25	2	17	1959,083	6	0	29
26	1	19	2090,802	23	0	28
27	6	8	2254,485	19	22	30
28	1	4	2446,452	26	24	31
29	2	7	2640,008	25	21	30
30	2	6	2891,063	29	27	31
31	1	2	3470,313	28	30	0

Memorial Semptom Tanılama Skalası Sıkıntı Alt Boyutu Yığılım Tablosu

Aşama	Birleştirilmiş Küme		Katsayılar	Kümenin İlk Aşama Görüldüğü Aşama		
	Küme 1	Küme 2		Küme 1		Küme 1
1	22	23	29,000	0	0	19
2	25	26	59,000	0	0	11
3	1	5	93,000	0	0	8
4	11	12	128,000	0	0	8
5	30	32	163,500	0	0	12
6	7	21	204,000	0	0	24
7	15	24	246,000	0	0	10
8	1	11	291,000	3	4	14
9	16	18	338,500	0	0	18
10	15	31	388,500	7	0	14
11	25	27	442,500	2	0	24
12	20	30	497,000	0	5	20
13	4	14	553,000	0	0	23
14	1	15	610,714	8	10	20
15	6	13	669,714	0	0	21
16	28	29	730,214	0	0	21
17	2	3	791,214	0	0	27
18	10	16	859,714	0	9	25
19	8	22	931,381	0	1	23
20	1	20	1013,267	14	12	26
21	6	28	1105,017	15	16	27
22	9	19	1200,517	0	0	26
23	4	8	1300,650	13	19	28
24	7	25	1404,150	6	11	29
25	10	17	1510,650	18	0	30
26	1	9	1621,800	20	22	28
27	2	6	1759,383	17	21	29
28	1	4	1899,392	26	23	31
29	2	7	2050,832	27	24	30
30	2	10	2249,459	29	25	31
31	1	2	2742,625	28	30	0