

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

**LENFOMA HASTALARINDA KEMOTERAPİNİN
YAŞAM KALİTESİ VE HASTALARIN DUYGU
DURUMLARI (ANKSİYETE, DEPRESYON)
ÜZERİNE ETKİSİ**

DR. TUBA YILDIRIM

UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2015

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

**LENFOMA HASTALARINDA KEMOTERAPİNİN
YAŞAM KALİTESİ VE HASTALARIN DUYGU
DURUMLARI (ANKSİYETE, DEPRESYON)
ÜZERİNE ETKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. TUBA YILDIRIM

**TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. İNCİ ALACACIĞLU**

İÇİNDEKİLER

TABLO LİSTESİ	III
ŞEKİL LİSTESİ.....	IV
KISALTMALAR	V
1. ÖZET	1
2.SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4. GENEL BİLGİLER	4
4.1 Sınıflama	4
4.2 Tanı	6
4.3 Evreleme	6
4.4 Tedavi	7
4.5 Lenfoma Hastalarında Ruhsal Reaksiyonlar	8
Tanı Öncesinde.....	8
Tanı Aşamasında.....	8
Tedavi Aşamasında	9
Tedavi Sonrası Aşamada.....	10
Hastalığın Yinelemesi Aşamasında	10
Terminal Dönemde	10
4.6 Hastanın Uyumunda Rol Oynayan Faktörler.....	10
4.7 Lenfoma Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar	11
4.8 Lenfoma Hastalarında Depresyon.....	11
4.9 Lenfoma Hastalarında Anksiyete.....	13
4.10 Lenfoma Hastalarında Yaşam Kalitesi	14
5. GEREÇ VE YÖNTEMLER	16
6. BULGULAR	20
7. TARTIŞMA	36
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	40
9. KAYNAKLAR	41
10. EKLER.....	45

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince her konuda bilgi ve deneyimlerini paylaşan ve tez hazırlama sürecinde çalışmanın planlanması, uygulanması ve sonuçlandırılmasında sonsuz sabrıyla desteğini esirgemeyen Doç. Dr. İnci Alacacioğlu ve eşi Doç. Dr. Ahmet Alacacioğlu' na,

İç Hastalıkları eğitimim boyunca ilgi ve yardımlarını her zaman hissettiğim hocalarım İç Hastalıkları A.B.D. Başkanı Prof. Dr. Fatoş Önen' e, Hematoloji Bilim Dalı öğretim üyeleri, Prof. Dr. Bülent Ündar' a, Prof. Dr. Fatih Demirkan' a, Prof. Dr. Güner Hayri Özsan' a, Prof. Dr. Mehmet Ali Özcan' a, Doç. Dr. Özden Pişkin' e, Uzm. Dr. Ömür Gökmen Sevindik' e, Uzm. Dr. Celal Acar' a, Uzm. Dr. Doğu Türkyılmaz' a, ve Uzm. Dr. Aybüke Harmandalı Olgun' a,

Zorlu uzmanlık öğrenciliğim süresince her zaman yanımda olan, çalışma hayatımın onlarla güzelleştiği dostlarım Dr. Hasibe Aytaç, Dr. Ayhan Kaya, Dr Yakup Duran' a,

Manevi anlamda desteğini asla esirgemeyen fedakârlıkları hiç tükenmeyen aileme,

Sonsuz teşekkürler

Dr. Tuba Yıldırım

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: DSÖ 2008 sınıflamasına göre lenfomalar

Tablo 2: Yeni Tanı Almış Lenfomada Değerlendirme

Tablo 3: Ann Arbor Evrelemesi

Tablo 4: Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri

Tablo 5: Hastalık Farkındalığı ve Bilgi Edinme Yolları ile İlgili Özellikler

Tablo 6: Tüm Hastaların Beck Depresyon, Beck Umutsuzluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Skorları

Tablo 7: Tüm Hastalarda Depresyon Derecelerinin Değerlendirilmesi

Tablo 8: 35 Hastanın Beck Depresyon, Beck Umutsuzluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Skorları

Tablo 9: Tedavi Sonrası İzlemde Tam Remisyonda Olan Hastaların Beck Depresyon, Beck Umutsuzluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Skorları

Tablo 10: Tedavi Sonrası İzlemde Relaps/Refrakter Olan Hastaların Beck Depresyon, Beck Umutsuzluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Skorları

Tablo 11: Tüm Hastaların EORTC-QLQ C30 Yaşam Kalitesi Ölçekleri Sonuçları

Tablo 12: 35 Hastanın EORTC-QLQ C30 Yaşam Kalitesi Ölçekleri Sonuçları

Tablo 13: Tedavi Sonrası İzlemde Tam Remisyonda Olan Hastaların EORTC-QLQ C30 Yaşam Kalitesi Ölçekleri Sonuçları

Tablo 14: Tedavi Sonrası İzlemde Relaps/Refrakter Olan Hastaların EORTC-QLQ C30 Yaşam Kalitesi Ölçekleri Sonuçları

ŞEKİL LİSTESİ

ŞEKİL 1: Hastaların Cinsiyet Dağılımları

ŞEKİL 2: Hastaların Medeni Durum Dağılımları

ŞEKİL 3: Hastaların Eğitim Durumu Dağılımları

ŞEKİL 4: Hastaların Sosyal Güvence Dağılımları

ŞEKİL 5: Hastaların Gelir Düzeyi Dağılımları

ŞEKİL 6: Hastaların Sigara Kullanımına Göre Dağılımları

ŞEKİL 7: Hastaların Tanı Dağılımları

ŞEKİL 8: Hastaların HL Sınıflandırılmasına Göre Dağılımları

ŞEKİL 9: Hastaların NHL Sınıflandırılmasına Göre Dağılımları

ŞEKİL 10: Hastaların Evre Dağılımları

ŞEKİL 11: Hastaların Tedavi Dağılımları

KISALTMALAR

HL: Hodgkin Lenfoma

NHL: Non-Hodgkin Lenfoma

NLPHL: Nodüler lenfosit predominant HL

MALT: Mukozal Lenfoid Doku

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

LDH: Laktat Dehidrogenaz

BT: Bilgisayarlı Tomografi

KT: Kemoterapi

RT: Radyoterapi

DNA: Deoksiribonükleik Asit

OKHN: Otolog Kök Hücre Nakli

FS: Fonksiyonel Skor

SS: Semptom Skoru

HS: Ham Skor

SFS: Sosyal Fonksiyon Skoru

FAS: Yorgunluk Değerlendirme Skoru

GSS: Genel Sağlık Skoru

1. ÖZET

Lenfomalar; Hodgkin Lenfoma (HL) ve non-Hodgkin Lenfoma (NHL) olmak üzere 2 gruba ayrılır. Son yıllarda modern tıp teknolojilerindeki gelişmeler sonucu tanı koymada ve tedavi edilebilirlikte artış nedeni ile tedavi sırasında ve sonrasında gelişen psikiyatrik komplikasyonlar ön plana çıkmaktadır. Lenfoma tanısı ile izlenen ve tedavi gören hastalarda normal popülasyona kıyasla daha fazla oranda geçici veya süregelen bitkinlik durumu ve depresyon hali önceki çalışmalarda ortaya konmuştur. Türk toplumunda çeşitli kanser tiplerinde yapılmış olan yaşam kalitesi analizleri literatürle uyumlu bulgular içerse de lenfoma için mevcut durumu tanımlayacak yeterli veri veya çalışma mevcut değildir.

Çalışmamızda, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi ve İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Hastanesi Erişkin Hematoloji Kliniğinde tanı konmuş lenfoma hastalarının tedavi sürecinde ve tedavi bitimini takip eden dönemde Beck Depresyon Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Sürekli Kaygı Ölçeği ve EORTC-QLQ C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'ni kullanarak depresyon, kaygı, umutsuzluk durumlarını ve yaşam kalitesi durumlarını incelemeyi ve bu değişkenlerin birbirleri ile olan ilişkilerini ortaya koymayı amaçladık.

Çalışmaya HL ve NHL tanısı olan ve anketleri yanıtlamayı kabul eden yeni tanı ve tedavi almakta olan 75 hasta dâhil edildi. Bu hastalardan 35' i ile tedavi sonrası izlemde tekrar anket değerlendirmesi yapıldı.

Yeni tanı almış ve tedavi almakta olan hastaların %24.2' sinde (%7.1' inde ciddi depresyon) ve tedavi sonrası izlemde olan hastaların %17.1' inde depresyon saptanmıştır. Umutsuzluk düzeyi tedavi sonrası izlemde olan ve tedavi sonrası tam remisyonda olan hastalarda daha yüksek olduğu görülmüştür. Tedavi sürecinin hastaların fiziksel, emosyonel, sosyal ve ekonomik dengelerinin bozduğu ve yaşam kalitelerini düşürdüğü saptanmıştır.

Bu nedenle lenfoma tedavisinde gözetilmesi gereken ana ilke; sadece sağkalımın iyileştirilmesi değil, hastaların psikolojik bozukluklarını belirleyerek bunlara yönelik çözüm yolları bulmak ve yaşam kalitelerini koruyarak sağkalımın iyileştirilmesi olmalıdır.

2. SUMMARY

Lymphomas divided into two groups as Hodgkin's lymphoma (HL) and non-Hodgkin's lymphoma (NHL). In recent years, as a result of advances in modern medical technology, availability of diagnosis and treatment was increased. Thus the psychiatric complications during and post treatment have attracted much attention. In previous studies has been demonstrated that compared to the normal population, there is more temporary or chronic tiredness and depressed mood in patients who diagnosed and treated with Lymphoma. In Turkish society, quality of life analyzes in various types of cancer are compatible with the literatures, but there is insufficient datas or studies to define the current situation for Lymphoma.

In our study, we evaluated the patients who diagnosed lymphoma at Dokuz Eylul University Faculty of Medicine and Adult Hematology Clinic of Izmir Katip Celebi University Hospital. We aimed to demonstrate the status of depression, anxiety, despair and quality of life and the relationship with each of these variables with using Beck Depression Scale, Beck Hopelessness Scale, State Trait Anxiety Inventory and EORTC-QLQ C30 Quality of Life Scale.

75 newly diagnosed and treated patients were included in this study, who agreed to answer the questionnaire. These patients were re-assessment questionnaires during follow after treatment with 35.

Depression was identified %24.2 of newly diagnosed or treated patients (%7.1 severe depression) and %17.1 of post treatment control patients. Hopelessness level was significantly higher in during follow after treatment patients and in patients with complete remission after treatment. It was found that quality of life decreased in treatment process and the physical, emotional, social and economic balance is disrupted.

Therefore the main principles to be considering in lymphoma treatment is not only to improve survival, but also identifying the psychological disorders of patients and find solutions for them and improving survival with preserving their quality of life.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Lenfomalar, immün sistemi oluşturan hücrelerin çeşitli diferansiyasyon aşamalarından köken alan malignitelerdir. Hodgkin Lenfoma (HL) ve non-Hodgkin Lenfoma (NHL) olmak üzere 2 gruba ayrılır. Diğer kanser türleri ile karşılaştırıldığında prognozları daha iyidir.

Modern tıp teknolojilerindeki gelişmelere paralel olarak bu hastalık grubunda sağlanan sağkalım sürelerinde önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Ancak tüm bu gelişmelere rağmen hastalar tarafından korku, umutsuzluk, suçluluk, çaresizlik, terk edilme ve ölüm duygusu tepki ve düşüncelerini çağırıştırır ve hastada yıkıma, psikik dengede çöküntüye neden olur¹. Bu nedenle kanser tedavisinde gözetilmesi gereken ana ilke sadece sağkalımın iyileştirilmesi değil, kişilerin yaşam kalitelerini koruyarak sağkalımın iyileştirilmesi olmalıdır.

Hastanın bu stres ile başa çıkabilmesi, hastalığın türü, süresi, yeri, belirtileri, ön görülen gidiş gibi tıbbi faktörlere, hastanın daha önceki hastalıklara uyum sağlayabilme derecesi, hastanın fiziksel ve psikolojik rehabilitasyon kapasitesi, hastanın kendi kişiliği ve sorunları ile başa çıkma yöntemleri, ego kuvveti, yaşamın gelişimsel evresi ve kanserin o evredeki anlamı gibi psikolojik faktörlere, kültürel ve dinsel tutumlara, çevrede duygusal destek veren kişilerin olup olmaması, sağlık ekibinin etkisi gibi kişiler arası faktörlere bağlıdır²⁻³. Bu nedenle acı, kaygı ve çaresizlik içeren bu süreci yaşayan hastada gelişen psikolojik bozuklukları belirlemek ve bunlara yönelik çözüm yolları bulmak ya da geliştirmek, hastanın bu yeni duruma uyumunu kolaylaştıracaktır.

Bu amaçla çalışmamızda İzmir Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi ve İzmir Katip Çelebi Üniversite Hastanesi'nde yeni tanı almış lenfoma hastalarında ve lenfoma tanısıyla tedavi (kemoterapi – radyoterapi) almakta olan hastalarda ve bu hastaların tedavi sonrası izleminde Beck Depresyon, Beck Umutsuzluk, Sürekli Kaygı Ölçeği ve EORTC QLQ-C30 testi kullanılarak depresyon, umutsuzluk, kaygı dereceleri ve hayat kalitesini etkileyen diğer faktörler değerlendirildi.

4. GENEL BİLGİLER

Lenfomalar; lenfositlerin çeşitli farklılaşma aşamalarından kaynaklanan, farklı immünolojik ve klinik tabloların görüldüğü, heterojen bir gruba sahip hematolojik malignitelerdir. Dünya çapında görülen lenfoma insidansı 6.4/100.000, Türkiye’ de 8.9/100.000 ‘dur⁴. Tüm lenfoid hücreler hematopoetik progenitör hücrelerden orijinini alır. Hematopoetik progenitör hücreler önce lenfoid ve myeloid öncüllere ayrılır. Lenfoid kök hücre ise son olarak B ve T lenfositleri oluşturmak üzere farklılaşır. Lenfomaların %90’ı B hücre kökenlidir.

Klonal artmış neoplastik lenfoid hücreler, lenf nodlarında çoğalarak solid kitlelere neden olurlar. Bazı olgularda ise kemik iliği, intestinal sistem, akciğer, cilt, sinir sistemi gibi ektranodal tutulum olabileceği gibi periferik kanda malign hücreler görülebilir. Neoplastik hücreler; öncelikle kemik iliği ve periferik kanı tutmuş ise lösemi, immün sistemin solid tümörleri olarak karşımıza çıkmış ise lenfoma olarak adlandırılırlar. Lenfoma zaman içinde kemik iliği tutulumu ile lösemik faza geçebilir.

4.1 SINIFLAMA

Lenfoma ilk olarak 1832 yılında Thomas Hodgkin tarafından tanımlanmıştır. Lenfomalar, öncelikle tümörün ve malign lenfositlerin morfolojik özelliklerine göre Hodgkin ve Hodgkin dışı olarak 2 grupta sınıflandırılmışlardır⁵.

1966 yılında Rapaport, 1974’de Lukes/Collins, 1982’de Working formulation, 1994’de REAL ve 2001 yılında DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) sınıflamaları kullanılmıştır. DSÖ sınıflaması, hematopatoloji ve klinik onkoloji konusunda deneyimli otörlerin morfolojik, klinik, immünolojik ve genetik verileri dikkate alarak oluşturdukları fikir birliği sonucunda ortaya konmuştur. DSÖ sınıflaması 2008 yılında tekrar gözden geçirilmiştir⁶. DSÖ sınıflaması tablo 1 ’ de belirtilmiştir.

Tablo 1: DSÖ 2008 sınıflamasına göre lenfomalar

B hücreli	T / NK hücreli	Hodgkin Hastalığı
Prekürsör B hücreli neoplazmlar	Prekürsör T hücreli neoplazmlar	Nodüler lenfosit predominant Hodgkin hastalığı
B lenfoblastik lösemi/ lenfoma	T lenfoblastik lösemi/ lenfoma	Klasik Hodgkin hastalığı
B lenfoblastik lösemi/ lenfoma (tekrarlayan genetik anomalilerle ilişkili)	Olgun T hücre neoplazmları	Nodüler sklerozan Hodgkin hastalığı
Olgun B hücre neoplazmları	T hücreli prolenfositik lösemi	Lenfositten zengin Hodgkin hastalığı
KLL/SLL	T hücreli granüler lenfositik lösemi	Mikst sellüler Hodgkin hastalığı
B prolenfositik lösemi	Kronik NK hücreli lenfoproliferatif hastalık	Lenfositten yoksun Hodgkin hastalığı
Tüylü hücreli lösemi	Agresif NK hücreli lösemi	
Splenik marjinal zon lenfoma	EBV(+) çocukluk çağı T lenfoproliferatif hastalıkları	
Lenfoplazmasitik lenfoma	Hidroa vaksiniform benzeri lenfoma	
Ağır zincir hastalıkları	Erişkin T hücreli lösemi/ lenfoma	
Plazma hücreli miyelom	Ekstranodal NK/T hücreli lenfoma, nazal tip	
Kemiğin soliter plazmasitomu	Enteropati ile ilişkili T hücreli lenfoma	
Kemik dışı plazmasitom	Hepatosplenik T hücreli lenfoma	
Ekstranodal marjinal zon lenfoma (MALT tipi)	Subkutan pannikülit benzeri T hücreli lenfoma	
Nodal marjinal zon lenfoma	Mikozis fungoides	
Foliküler lenfoma	Sezary sendromu	
Deri kütanöz folikül merkezli lenfoma	Deri kütanöz CD30(+) T hücreli lenfoproliferatif hastalıklar	
Mantle hücreli lenfoma	Deri kütanöz gamma/delta T hücreli lenfoma	
DBBHL, başka türlü sınıflandırılmayan	Periferik T hücreli lenfoma, başka türlü sınıflandırılmayan	
T hücre/histiyositten zengin B hücreli lenfoma	Anjiyoimmünoblastik T hücreli lenfoma	
Primer MSS DBBHL	Anaplastik büyük hücreli lenfoma (ALK pozitif)	
Bacak tipi deri kütanöz DBBHL	Anaplastik büyük hücreli lenfoma (ALK negatif)	

4.2 TANI

Lenfomanın her şeyden önce bir doku tanısı olduğu unutulmamalıdır. Sadece fizik muayene, laboratuvar veya görüntüleme bulguları ile lenfoma tanısı koymak mümkün değildir. Mümkün olan her hastada tercihen inguinal bölge dışındaki bir tutulum alanından fizik muayene veya görüntüleme ile saptanan en az 1 cm çapında bir lenf bezi uygun koşullarda eksizyonel biyopsi ile çıkarılarak histolojik olarak incelenmelidir. Cerrahi olarak ulaşılabilir yerleşim veya boyutta lenf bezi bulunmaması durumunda tutulu organlardan ve/veya kemik iliğinden alınacak uygun boyutlardaki doku biyopsileri tanı konulmasına yardımcı olabilir.

Her hastalığın tanı ve ayırıcı tanısında olduğu gibi lenfoma tanısında da öncelikle dikkatlice alınmış bir anamnez ve ayrıntılı bir fizik muayene birçok sorunun yanıtına ulaşmamızı sağlayabilir. Daha sonra çeşitli laboratuvar ve görüntüleme yöntemlerinden yararlanılarak tanıya gidilmelidir. Hastalar özellikle B semptomlarının varlığı açısından sorgulanmalıdır⁷. Yeni tanı lenfomada tanısal değerlendirme tablo 2' de özetlenmiştir.

TABLO 2: Yeni Tanı Almış Lenfomada Değerlendirme

• Öykü: Ateş, gece terlemesi, kilo kaybı, kaşıntı, alkol sonrası ağrı, HIV durumu, kardiyak hastalık, pulmoner hastalık, renal hastalık, hepatit B ve C varlığı
• Fizik muayene: Periferik lenf nodu alanı, karaciğer ve dalağın değerlendirilmesi
• Laboratuvar: Tam kan sayımı, LDH, karaciğer testleri, sedimantasyon
• Görüntüleme: Baş ve boyun, toraks, abdominopelvik BT ve/veya PET/BT
• Kemik iliği biyopsisi: Özellikle, B semptomu varlığında, kan sayımı bozukluklarında ve evre III-IV hastalıkta yapılmalıdır.

4.3 EVRELEME

Evreleme bize lenfomanın vücutta nereleri tutmuş olduğunu gösterir. Bu bilgi tedavi planlarken ve tedaviye yanıtı değerlendirirken önemli bir dayanak noktasıdır. Evrelemenin ayrıca prognostik değeri mevcuttur. İleriye yönelik uzun süreli sağ kalım/gidişat hakkında ön görüş oluşmasına katkı sağlar.

Hodgkin ve Hodgkin dışı lenfomada evreleme küçük değişikliklerle de olsa hala 1971 yılında tanımlanan Ann Arbor evreleme ölçütleri (ve Cotswold modifikasyonu) ile yapılmaktadır⁸. Evreleme tablo-3' te gösterilmiştir.

TABLO 3: Ann Arbor Evrelemesi

EVRE	ÖZELLİKLER
I	Tek bir lenf düğümü bölgesi veya tek bir ektranodal organ tutulumu (IE)
II	Diyaframın bir tarafında 2 ya da daha fazla lenf düğümü bölgesi tutulumu, ektranodal organ ve bir ya da daha fazla lenf düğümü bölgesi tutulumu. (IIE)
III	Diyaframın her iki tarafında lenf düğümü bölgesi tutulumu ve bunlara eşlik edebilen ektranodal organ (IIIE) ya da dalak (IIIS) ya da her ikisinin tutulumu (IIISE)
IV	Bir ya da daha fazla uzak ektranodal organın diffüz veya yaygın tutulumu

A, sistemik belirti yok; **B**, sistemik belirti var; **E**, ektranodal tutulum; **S**, dalak tutulumu; **X**, “bulky” hastalık; **B semptomları**: $\geq 38^{\circ}$ ateş, gece terlemesi, son 6 ay içerisinde vücut ağırlığının %10’undan fazlasının kaybı

Lenf bezleri, Waldeyer halkası, timus ve dalak nodal (lenfatik) bölgeleri oluşturur. Ektranodal (ekstralenfatik, E) bölgeler ise kemik iliği, kemik, gastrointestinal sistem, deri, merkezi sinir sistemi, akciğerler, üreme organları, oküler, adneks, karaciğer, böbrekler, uterus v.b. organlar olarak belirlenmiştir. Mediastinal bulky hastalık (X) kütlenin en uzun enine çapının toraks çapına bölünmesi ile elde edilen oranın 1/3’ den büyük olması veya kütlenin 10 cm’ den büyük olması olarak tanımlanmıştır. Yukarıda da belirtildiği gibi otuz sekiz derece ve üzeri ateş, gece terlemesi ve kilo kaybı (son altı ay içinde vücut ağırlığının %10’undan fazlasının kaybedilmesi) sistemik hastalığa işaret eder ve B semptomları olarak tanımlanır.

4.4 TEDAVİ

HL (Hodgkin lenfoma) ve agresif HDL (Hodgkin dışı lenfoma) , sitotoksik kemoterapötikler ve monoklonal antikorlar ile tedavi edilirler. Kemoterapötikler, hücre bölünmesini ve DNA (deoksiribonükleik asit) sentezini engelleyerek malign ya da malign olmayan bölünen hücrelerde ölüme neden olurlar. Kemoimmunoterapi de anti-CD20 monoklonal antikor Rituksimabın tedavi protokollerine girmesi ile lenfoma tedavisinde önemli bir yer almıştır. Rituksimab, B hücrelere bağlandıktan sonra antikor aracılı hücresel toksisite, kompleman aracılı sitotoksisite ve apoptozis indüksiyonu başta olmak üzere çeşitli yollar üzerinden malign hücre ölümünü gerçekleştirmektedir⁹.

Sınırlı hastalık veya rezidü kitlenin tedavisinde tek başına radyoterapi (RT) kullanılabildiği gibi bulky hastalıkta kemoterapi öncesinde ve sonrasında da kullanılabilmektedir¹⁰. Nüks ve birincil tedaviye dirençli lenfomalar, kurtarma kemoterapisini takiben otolog kök hücre nakli (OKHN) ile tedavi edilebilir¹¹.

4.5 LENFOMA HASTALARINDA RUHSAL REAKSİYONLAR

Kanser hastaları tanı, tedavi ve palyatif dönemlerde çeşitli ve değişik duygusal, ruhsal, davranışsal reaksiyonlar geliştirirler. Bazı tepkilerin bir kısmı normal hatta uyuma yöneliktir. Bozuk ve uyum bozan tepkiler ise genellikle psikiyatrik değerlendirme ve tedavi gerektirir.

Tanı Öncesinde;

Kanser şüphesi ilk konuşulduğunda kanser olasılığı ile ilgili kaygılı bekleyiş (korku, endişe, hayal kırıklığı vb.) normal-uyuma yönelik tepkiler gelişmekle birlikte, kanser tanısı konmadan hastalık belirtileri geliştirme, hastalık olasılığının inkâr edilmesi ve tedavide gecikme gibi uyumu bozan tepkiler de ortaya çıkabilmektedir¹².

Tanı Aşamasında;

İnsanlar, kanser tanısı aldıklarında normal uyuma yönelik veya uyumu bozan (Kesin inkâr, tedaviyi reddetme-Ölümün kaçınılmaz olacağı düşüncesi ile tedaviyi reddetme) birçok tepkiler gösterebilir. Elizabeth Kübler Ross “Ölüm ve Ölmek Üzerine” isimli kitabında ölümcül hastalık tanısı almış, terminal dönem hastalar ile yaptığı görüşmeler sonucunda böyle bir hastalık tanısı aldıktan sonra yaşanan psikolojik tepkileri beş evreye ayırarak tanımlamıştır¹³. Bu evreler inkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme aşamalarıdır.

1- İnkâr (Yadsıma) evresinde; hastanın ilk tepkisi geçici bir şok durumudur ve sonra bu şoktan yavaş yavaş geçer¹³. İlk uyuşukluk hissi yok olmaya başladığında ve yeniden kendisini toparlamaya başladığında insanın yanıtı genellikle “hayır bu bana olamaz” “bu gerçek olamaz” “bir hata olmalı” şeklinde inkâr etme olur. İnkâr; şok edici, beklenmedik haberden sonra hastanın kendisini toplamasına ve zaman içerisinde daha az köktenci savunma mekanizmalarını harekete geçirmesine izin veren bir tampon görevi yapar¹³.

2- Öfke evresinde; ilk inkâr evresi artık varlığını koruyamaz hale geldiğinde, yerine öfke, haset ve içerleme duyguları geçer; “Neden ben, neden o değil”¹³.

İnkâr evresinin tersine öfke evresi aile ve tedavi ekibi açısından da başa çıkması çok güç bir evredir. Bunun nedeni öfkenin her yöne yöneltilmesi ve çevreye zaman zaman neredeyse rastgele biçimde yansıtılmasıdır. Hasta bu dönemde başını nereye çevirirse çevirsin, yalnızca kendini mutsuz eden şeyler görecektir.

3- Pazarlık evresi; kısa süre de olsa hastaya diğer evreler kadar yardımcıdır. Bu dönemde hasta işbirliği yapar. Tedaviye uyum, çaba gösterme dönemidir¹³.

4- Depresyon evresinde; hasta artık hastalığını yadsıyamaz hale geldiğinde, yeni ameliyatlara girmesi veya tekrar tekrar hastaneye yatması gerektiğinde, belirtiler daha da ağırlaştığında veya daha güçsüz ve zayıf düştüğünde uyuşukluk ve kayıtsızlığının, öfkesi ile hiddetinin yerini kısa zamanda büyük bir kayıp duygusu alır. Bedenlerindeki değişiklik, organ kayıplarına ek olarak hastane masrafları ya da iş ve verim kaybına bağlı ekonomik kayıplar ortaya çıkacaktır. Yaşamsal konular halledildiğinde hastanın ne kadar hızlı iyileştiği görülebilir¹³.

5- Kabullenme evresi; neredeyse duygudan yoksundur. Sanki ağrı yok olmuştur, savaş bitmiştir. “Uzun yolculuktan önceki son istirahat” zamanıdır. Bu ayrıca hastadan çok ailenin daha fazla yardım, anlayış ve desteğe gerek duyduğu zamandır. Yalnız bırakılmak ister ya da en azından dış dünyanın haber ve sorunlarıyla rahatsız edilmek istemez. Genellikle ziyaretçiden hoşlanmaz ve gelirlerse de pek konuşmaz. Artık televizyon kapanmıştır. İletişim sözelden sözel olmayana kayar. Hasta çağırmak için sadece bir el hareketi yapabilir. Yalnızca elimizi tutup sessizce oturmamızı isteyebilir.

Ancak bu beş evre tamamen her şeyi kuşatan veya önceden öngörülmüş şekilde yaşanmaz. Herkes bu evreleri yaşamayacak, çok az insan kabullenme evresine ulaşacaktır.

Tedavi Aşamasında;

Tedavi evresi ile birlikte bir yığın ileri tetkik ve tedavi yöntemleri gündeme gelir. Hasta bu dönemde tedavi yöntemleri (kemoterapi, radyoterapi, cerrahi) ve bunların yaratabileceği yan etkiler konusunda kaygı duyar¹⁴.

Cerrahi girişimin geciktirilmesi, cerrahi dışı tedavilere yönelme ve beden imajı değişikliği endişesi, kemoterapi ve radyoterapinin yan etkilerinde korkma, izole olma, terk edilme korkusu gibi tepkiler ortaya çıkabilir.

Sağlıklı çalışma koşullarındaki aktivitelerini, işlerini, sosyal çevrelerini, cinselliklerini ve hareket edebilirliklerini kaybedebilirler. Bu durum da depresyona yol açabilir.

Tedavi Sonrası Aşamada;

Tedavi sonrasındaki dönemde hastalarda, sık aralıklarla yapılan kontroller ve bu esnadaki invazif müdahaleler nedeni ile hastalığın yineleme korkusu ve uyum problemleri ön plandadır. Hastalar her kontrol ve tetkik döneminde hastalığa ait bir bulgu saptanacağı korkusuyla yoğun beklentisel kaygı yaşar ve vücudundaki her semptomu hastalığına yorarak bedenini dinlemeye başlar. Bu nedenle tedavi sürecindeki fiziksel ve emosyonel stres tedavi sonrasında da hastanın yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır¹⁵.

Hastalığın Yineleme Aşamasında;

Hastalıkta yeni bir nüksün saptandığı durumda, hastada kanser tanısı aldığı dönemdeki kadar ya da daha fazla şok, duruma inanmama gibi reaksiyonlar, büyük hayal kırıklığı ve en sıklıkla uykusuzluk, anoreksi, huzursuzluk ve umutsuzlukla birlikte şiddetli depresyon gözlenir. İlerleyen hastalık döneminde hastalar ısrarla hastalıktan kurtulmanın yollarını ararlar. Yeni bilgi araştırma ve çeşitli tedavi olasılıklarına dönük arayış ve konsültasyonlar gündeme gelir.

Terminal Dönemde;

Hasta geri dönüşümsüz bir süreçte olduğunu bilir. Terk edilme korkusu, ağrı çekme korkusu, bilinmezlik korkusu, ölüm düşüncesi, itibarını yitirme gibi endişeler yaşar. Bazı hastalarda da uyumu bozan anormal yanıt olarak depresyon ya da deliryum ortaya çıkabilir¹⁶.

4.6 HASTANIN UYUMUNDA ROL OYNAYAN FAKTÖRLER

Kanserli hastanın hastalığa psikolojik uyumunda rol alan bir dizi tıbbi, psişik ve psikososyal faktörler vardır. Bunlar; 1) Hastalığın tuttuğu organ, belirti ve bulguları, seyri, tedavi biçimleri, prognoz ve sağkalımı, 2) Hastanın daha önceki uyum potansiyeli, tıbbi hastalıkla ilgili duygu ve düşünceleri, 3) Hastanın genel, fiziksel ve psikolojik potansiyeli, kişilik yapısı ve baş edebilme süreçleri, 4) Yaş dönemi ve hastalığın yaşamda oluşturduğu tehdit düzeyi (iş, aile), 5) Çevre destek sistemleri (aile, arkadaş vb), 6) Hastalığa ilişkin kültürel ve sosyal tutumlar gibi faktörlerdir.

Hastanın davranışsal ve duygusal tepkileri beklenen ya da normal kabul edilebilecek sınırları aşınca psikiyatrik ve psikososyal sorunlar ortaya çıkar¹⁷.

4.7 LENFOMA HASTALARINDA PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR

Hastalar arasında psikiyatrik morbidite de artış olduğu ve psikiyatrik hastalıkların yaygınlığının %9-60 gibi oldukça geniş bir aralıkta değişen oranlarda saptandığı bildirilmiştir¹. Hastaların %90'ında psikiyatrik bozukluk hastalığı ya da tedaviye tepki olarak ortaya çıkmış iken, yalnızca %10'unda kişilik ya da anksiyete bozuklukları gibi kanser öncesinde de bozukluklar vardır¹⁸.

Bu psikiyatrik bozukluklar;

-uyum bozuklukları, -anksiyete bozuklukları, -depresif sendromlar, -organik beyin sendromları (deliryum, demans, diğer organik psikiyatrik sendromlar, kemoterapötik ajanların nöropsikiyatrik yan etkileri), -kişilik bozuklukları, -ağrı bozukluğu, -iştahsızlık, bulantı, kusma (kemoterapiye bağlı), -diğer psikiyatrik boyutu olan sendromlar olarak sınıflandırılmaktadır¹⁷.

4.8 LENFOMA HASTALARINDA DEPRESYON

Depresyon; sıkıntı, bunaltı, halsizlik, ağlama, karamsarlık, aşırı sinirlilik, unutkanlık, gerginlik, huzursuzluk, ölüm korkusu gibi belirtilerle birlikte kişinin kendisini endişeli, suçlu, değersiz hissetmesine neden olan, başkalarından uzaklaşmasına, uyku azalmasına-artmasına, iştah kaybına, cinsel istek kaybına ya da her zaman yaptığı faaliyetlere karşı ilgisiz olmasıyla belirginleşen bir duygu durum bozukluğudur. Bu nedenle depresyon, hem bir belirtiler kümesi hem de klinik bir sendromdur¹⁹.

Beck, depresyonun duygu-durum değişikliğinden başka bilişsel (kognitif), fizyolojik ve motivasyonel bileşenleri de olduğunu, bu nedenle hangi bileşenin birincil olduğunun bilinemeyeceğini ileri sürmüştür. Beck'e göre depresyon, temelde bilişsel bir bozukluktur, duygulanımın bozukluğu buna ikincildir. Beck' e göre bir depresifteki temel bilişsel bozukluklar, rastgele çıkarımlar, seçici soyutlama, kişiselleştirme, aşırı genelleme, aşırı büyütme ve küçültme, iki uçlu düşünmedir²⁰.

Kanserli hastalarda depresyon için risk etkenleri, psikiyatrik bozukluk öyküsü, sosyal destek azlığı, benlik saygısında azalma, tanı sırasında fazla duygusal stres, alkol bağımlılığı, ilerlemiş kanser, yetersiz ağrı kontrolü, depresyona yol açan kemoterapötik ajan kullanımı, eşlik eden bedensel hastalıktır.

Kanserli hastalarda en sık major depresyon, depresif belirtilerin eşlik ettiği uyum bozukluğu ve genel tıbbi duruma bağlı depresyon görülür.

Kanser hastalarında da tanı koyarken normal major depresyon tanı ölçütleri uygulanır. DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre major depresif dönem tanısı için en az 2 hafta boyunca, hemen hemen her gün, gün boyu sürecektir şekilde aşağıdaki belirtilerden beş tanesinin hastada bulunması gerekmektedir²¹. Beş belirtiden bir tanesi depresif duygudurum ya da ilgi kaybı ya da zevk alamama olmalıdır.

Bu belirtiler şunlardır:

1. Depresif duygudurum (üzüntü, karamsarlık, bunaltı hissi)
2. Tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi kadar zevk alamıyor olma
3. İştah ve/veya kilo değişiklikleri
4. Uykusuzluk veya çok uyuma
5. Psikomotor retardasyon veya ajitasyon
6. Yorgunluk-bitkinlik, enerji kaybı
7. Aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duyguları (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma değil)
8. Konsantrasyon güçlüğü ya da kararsızlık
9. Ölüm üzerine düşünceler, özkıyım düşünceleri, özkıyım girişi²¹.

Depresif belirtiler kanser hastaları için çok doğal bir belirtiymiş gibi kabul edilir. Ancak kanser hastalarının klinik olarak fark edilir bir depresyon yaşamaları hiçbir zaman doğal kabul edilmemelidir. Kanser hastalarında depresyon mutlaka tedavi edilmelidir²². Tedavi edilmediği takdirde kanser tedavisine uyumunda bozulma, hastanede kalış sürelerinde uzama, fiziksel aktivitelerde kötüye gitme, ilişki sorunları, uyku bozukluğu, kanser belirtilerinde hızlı ilerleme, daha fazla ağrı, morbiditede artış ve belki de mortalitede artışa neden olur²³.

Tanısında hastaya uygulanan medikal tedaviler ve hastalıklar depresyon tanısının ayırıcı tanısında göz önünde bulundurulmalıdır.

Birçok metabolik, nörolojik ve endokrin bozukluklar depresyona benzer tabloya neden olmaktadır. Depresif kanser hastaları hipertiroidizm, hiperparatiroidizm ve adrenal yetmezlik yönünden öncelikle değerlendirilmeli, serum elektrolit düzeyleri gözden geçirilmeli, vitamin eksikliği (vitamin B12) ve anemi durumları araştırılmalıdır.

Ağrı, beyin ödemi ve spinal tümörlerde sıklıkla kullanılan kortikosteroidler, farmakojenik depresyon yaparlar. Ayrıca kemoterapötik ajanlar (vinblastin, prokarbazin, L-asparajinaz, amfoterisin B, interferon) depresojenik etki oluşturur. Metildopa, reserpin, barbitürat, östrojen, diazepam gibi diğer birçok ilaç da hastada depresyon gelişimini başlatıcı, artırıcı ya da maskeleyici etki gösterebilir¹⁷.

Tanısı kesinleştikten sonra tedavisinde diğer gruplarda olduğu gibi psikososyal müdahale, psikoterapi, farmakolojik tedavi ve alternatif tedavileri içerir. Destek grupları, grup terapi, psikoeğitim, bilişsel davranışçı tedavi ve bireysel danışmanlık yapılabilir.

4.9 LENFOMA HASTALARINDA ANKSİYETE

Anksiyete, çoğu zaman bilinç-dışı çatışmaya bağlı, nesnesi belli olmayan ve birey tarafından tanımlanamayan içsel tehdit ya da tehlikeye karşı yaşanan bunaltıdır. Otonomik (iştahsızlık, ishal, ağız kuruluğu, baygınlık, kızarma, sık idrara çıkma, boğazda düğümlenme, bulantı, uyuşma, titreme, çarpıntı, hipertansiyon, aşırı terleme) ve bedensel (sinirlilik, kas ağrıları, solukluk, huzursuzluk, sıcak basması, kilo kaybı, baş dönmesi, cinsel işlev kaybı, karın ve göğüs ağrıları) belirtilerden oluşur.

Genellikle genç ve orta yaştaki kanser hastalarında, kadın cinsiyette ve kemoterapi tedavisi alanlarda anksiyete seviyeleri daha yüksektir²⁴.

Kanser hastalarında hastalığın bilinen ya da bilinmeyen özelliklerinden dolayı yaşanan korku, gelecek kaygısı, tedavinin işe yaramayacağı düşüncesi, olumsuz sonucu bekleme; hastanede yatarken ailenin desteğini yeterince görememe ve belirsizlik yaşama anksiyeteye yol açabilir. Anksiyete yaşayan birey hastalığını olduğundan daha olumsuz algılayabildiği gibi, hastalığına ilişkin bilgileri öğrenmesi de güçleşebilir. Bu nedenle, hastalığın belirtileri daha şiddetli yaşanabilir²⁵.

4.10 LENFOMA HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİ

Günümüzde yaşam kalitesinin herkes tarafından kabul görmüş bir tanımı bulunmamaktadır. Çünkü yaşam kalitesi kavramı, bireyin geçmişteki yaşam tarzı, gelenekleri, yaşadığı çevre, ekonomik durumu, eğitim durumu ve sosyal ve psikolojik faktörler gibi çok sayıda kavramdan etkilenebilir olması nedeniyle dinamik özelliklere sahip bir kavramdır²⁶. Bu özellikleri ile yaşam kalitesi bireyden bireye değişkenlik gösterebilmektedir.

DSÖ yaşam kalitesi kavramını daha ayrıntılı olarak tanımlamıştır. Bu tanıma göre, yaşam kalitesi “içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından bireylerin yaşamdaki pozisyonlarını algılaması” olarak adlandırılmaktadır²⁷.

4.10.1 Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi ve Değerlendirilmesi

Kanser tedavisinin yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi tanıdan ölüme kadar olan süreç içerisinde son derece önemlidir. Objektif ve subjektif göstergeleri vardır.

4.10.1.1 Yaşam Kalitesinin Objektif Göstergeleri

- Kendine bakabilme (beslenme, giyinme, banyo ve tuvaleti kullanma)
- Hareket (evin içinde ve dışında hareket etme)
- Fiziksel etkinlik (yürüme, merdiven çıkma, eğilme, doğrulma, yorgunluk)
- Rol etkinliği (aile ve işle bağlantı, sosyal roller)
- Sağlık, hastalık inancı, tanı ve tedavinin sonucu fiziksel iyilik hali

4.10.1.2 Yaşam Kalitesinin Subjektif Göstergeleri

- **Psikolojik İyilik Hali:** Genellikle bireyin ruh halinin bir yansımasıdır. Yaşam kalitesinin en önemli bileşenlerinden biridir.
- **Sosyal ve Bireysel İyilik Hali:** Bireyin kendisi, ailesi ve sosyal çevresi ile olan ilişkileri, sosyal faaliyetlere olan katılımları, çevreden aldığı sosyal destek, yaşam kalitesi ile ilgili göstergelerdir.
- **Ekonomik İyilik:** Sağlık hizmetlerinin alınması, geleceğe güvenle bakabilme ve ailenin gelecek kaygısı olmadan yaşamını sağlayacak bir ekonomik durum yaşam kalitesinin göstergesidir.

4.10.2 EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Kanser hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirildiği en sık kullanılan EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeğidir. İlk jenerasyon anket formu 1987 yılında EORTC QLQ-C36 olarak geliştirilmiştir. Ancak uygulama sırasında sorulan bazı soruların yeterli bilgi sağlamaması ve güvenilirliğinin yetersiz olması nedeniyle düzeltme gereksinimi ortaya çıkmıştır. İkinci jenerasyon anket formlarının güvenilirliği, uygulanabilirliği ve geçerliliği 13 farklı ülkede, geniş bir hasta popülasyonunda denenmiş, EORTC QLQ-C30 anket formu şekillendirilerek farklı dil ve kültürel gruplardaki geçerliliği gösterilmiştir²⁸.

Ölçek, 5 işlemsel birimle ilgili 30 sorudan oluşmaktadır. Sorulan 30 soru ile genel sağlık durumu, işlevsel (fiziksel, rol, bilişsel, emosyonel, sosyal ve global yaşam) ve hastanın yorgunluk, bulantı-kusma, dispne, iştah azalması, konstipasyon ve diare gibi semptomlarına yönelik bilgiler elde edilebilmektedir.

Ölçekten elde edilen yüksek puan fonksiyonel düzeyin yüksek olduğunu veya semptom derecesinin yüksek olduğunu göstermektedir.

EORTC QLQ-C30 ölçeği Güzelant ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanmış ve akciğer kanserli hastalarda Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliği saptanmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı $\geq 0,70$ olarak belirlenmiştir. Yapılan çalışmalar sonucunda ölçeğin; geçerli ve güvenilir bir araç olduğu saptanmıştır²⁹.

5. GEREÇ VE YÖNTEMLER

5.1 Hastalar ve Çalışma İzlem Protokolü

Ocak 2013 ve Mart 2015 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve İzmir Katip Çelebi Üniversite Hastanesi Hematoloji Birimi'nde yeni tanı alan, yatan ya da ayaktan tedavi merkezinde kemoterapi alan lenfoma hastaları hem tanı anında hem de tedavi sonrası izlem döneminde çalışmaya alındı.

Anketleri yanıtlamayı kabul eden yeni tanı ve tedavi almakta olan HL ve NHL tanılı 75 hasta grubu ve bu hastaların 35'i tedavi sonrası izlemde tekrar çalışmaya dâhil edildi.

Hastalara demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, gelir düzeyi, meslek, eğitim düzeyi, medeni hali, alışkanlıklar), hastalık özellikleri (tanı, evre, tedavi), hastalığını bilip bilmediğini, bilmediği durumda öğrenme isteği, hastalık hakkında bilgisi olup olmadığı, bilgi edinme yolları ile ilgili sorular içeren tanımlayıcı form uygulandı (Ek 1). Bu form ile birlikte hastalara duygu durumlarını değerlendirmek için Beck Depresyon Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Sürekli Kaygı Ölçeği ve yaşam kalitesini değerlendirmek için EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanıldı.

Beck Depresyon Ölçeği ile hastalığın etiyolojisi değil, bilişsel içerik daha belirgin olmak üzere depresyonda görülen somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtiler ölçülür. Ölçeğin temel amacı depresyon belirtilerini kapsamlı bir biçimde değerlendirmek olsa da bilişsel içeriğin değerlendirilmesine de olanak sağlar. Ölçek 21 maddeden oluşmuş olup iki madde duygulara, on bir madde bilişlere, iki madde davranışlara, beş madde bedensel belirtilere, bir madde kişiler arası belirtilere ayrılmıştır.

Bunlar; 1. Duygu durumu, 2. Kötümserlik, 3. Başarısızlık duygusu, 4. Doyumsuzluk, 5. Suçluluk duygusu, 6. Cezalandırılma durumu, 7. Kendinden nefret etme, 8. Kendini suçlama, 9. Kendini cezalandırma arzusu, 10. Ağlama Nöbetleri, 11. Sinirlilik, 12. Sosyal içe dönüklük, 13. Kararsızlık, 14. Bedensel imge, 15. Çalışabilirliğin ketlenmesi, 16. Uyku bozuklukları, 17. Yorgunluk-bitkinlik, 18. İştahın azalması, 19. Kilo kaybı, 20. Somatik yakınmalar, 21. Cinsel dürtü kaybı. Bu kategorilerden her biri 4 tane kendini değerlendirme maddesinden oluşuyordu (Ek 2).

O gün de dahil olmak üzere geçirdiği son hafta içinde bireyin kendini nasıl hissettiğini en iyi ifade eden, her gruptaki dört maddeden birinin seçilmesi ve işaretlenmesi istendi. Her maddenin yanında yazılı olan harf (a-b-c-d) karşılığında

sayı (0-1-2-3) olarak hesaplandı. Bu puanların toplanmasıyla depresyon puanı elde edildi. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan (21 x 3) 63'tü. Toplam puanın yüksek oluşu, depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini gösteriyordu³⁰.

Beck, depresyon ölçek puanlarını şöyle sınıflandırmıştır; 0-13 puan: depresyon yok, 14-24 puan: orta derecede depresyon, 25 ve + puan: ciddi depresyon

Ölçek ilk olarak Beck tarafından 1961 yılında geliştirilmiştir. Türk toplumu için geçerliliği ve güvenilirliği Teğin (1980) ve Hisli (1988) tarafından yapılmıştır³¹⁻³².

Beck Umutsuzluk Ölçeği, bireyin geleceğe yönelik olumsuz beklentilerini ölçmeyi amaçlayan, 20 maddeden oluşan bir ölçektir (Ek 3). Ölçekte maddelerin seçenekleri "Doğru", "Yanlış" şeklindedir. 11 doğru, 9 yanlış anahtar yanıtı vardır. Anahtara uyumlu her yanıt için 1 puan, uyumsuz her yanıt için ise 0 puan verilmektedir. Elde edilen aritmetik toplam "Umutsuzluk puanı" olarak kabul edilmiştir. Ölçekten elde edilecek puan aralığı 0-20 arasındadır. Puan değerinin yüksekliği bireyin umutsuzluğunun yüksek olduğunu gösterir.

Ölçek üç faktörü içermektedir: 1. Gelecek ile ilgili duyguları (1, 6, 13, 15, 19) 2. Motivasyon kaybını (2, 3, 9, 11, 12, 16, 17, 20) 3. Gelecek ile ilgili beklentileri (4, 7, 8, 14, 18) ifade etmektedir.

Ölçek Beck, Lester ve Trexler tarafından geliştirilmiştir³³. Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması Seber (1991) ve Durak (1994) tarafından yapılmıştır.

Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (State Trait Anxiety Inventory - STAI), bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği durumluk kaygı ile bireyin kaygı yaşantısına olan yatkınlığını, içinde bulunduğu durumları genellikle stresli olarak değerlendiren sürekli kaygıyı değerlendirir³⁴. Orijinal formu Spielberger ve Arkadaşları (1970) tarafından durumluk ve sürekli kaygı seviyelerini ayrı ayrı saptamak amacıyla geliştirilen ölçeğin Türkçeye uyarlanması, güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları Öner ve Le Compte (1974-1977) tarafından yapılmıştır. Bir öz değerlendirme türü olan ölçek, toplam 40. maddeden oluşan iki ayrı ölçekten oluşmaktadır. Bu çalışmada envanterin 20 maddelik "Sürekli Kaygı Ölçeği" kullanılmıştır.

Sürekli Kaygı Ölçeği'nde bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiği değerlendirilmiştir (Ek 4).

Hastalar ölçekte yer alan her bir ifade için "hiç", "biraz", "çok", "tamamıyla" seçeneklerinden kendine uygun olanı işaretlediler. Ölçekte yer alan 1, 6, 7, 10, 13, 16 ve 19. maddelerde tersine çevrilmiş ifadeler vardı. Bu toplam kaygı puanını azaltan

maddelere verilen cevaplara negatif, diğer toplam kaygı puanını arttıran maddelere verilen cevaplara pozitif puanlar verildi. Değerlendirme yapılırken her madde için maddenin pozitif ya da negatif özelliğine göre 1 (ya da -1) ile 4 (ya da -4) arasında bir puan verilip elde edilen toplam puana 50 eklendi. En yüksek puan 80, en düşük puan ise 20 idi. Toplam kaygı puanı ne kadar yüksekse, ölçeği dolduran kişinin kaygı düzeyi o kadar fazla kabul edildi.

EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile hastaların kendi fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevlerinden ne ölçüde memnun olduklarının ve yaşamlarının bu yönleri ile ilgili özelliklerin varlığı veya yokluğunun ne ölçüde onları rahatsız ettiğinin saptanması amaçlandı.

Bu ölçek Genel Sağlık Durumu Ölçeği, Fonksiyonel Ölçek, Semptom Ölçeği olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Toplam 30 sorudan oluşmaktadır (Ek 5).

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

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

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

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

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

Fonksiyonel skor (FS) hesaplanırken hastanın 15 sorudan aldığı toplam puan, toplam soru sayısına (15) bölünerek ham skor (HS) hesaplandı. Cevaplara verilen en yüksek puan (4) ve en düşük puan (1) arasındaki fark (3) aralık değerini verir. Bu değerler kullanılarak; $FS = \{1 - (HS - 1) / \text{aralık}\} \times 100$ formülü ile hesaplandı.

Fonksiyonel ölçekte sosyal fonksiyon skoru (SFS) hesaplanırken hastanın 26 ve 27. sorulardan aldığı toplam puan, toplam soru sayısı olan 2'ye bölünerek ham skor (HS) hesaplandı.

Semptom skoru (SS) hesaplanırken 13 sorudan alınan toplam puan, toplam soru sayısına (13) bölünerek ham skor (HS) hesaplandı.

Semptom ölçeğinde yorgunluk skoru (FAS) hesaplanırken hastanın 10, 12 ve 18. sorulardan aldığı toplam puan, toplam soru sayısına 3'e bölünerek ham skor (HS) hesaplandı.

Cevaplara verilen en yüksek puan (4) ve en düşük puan (1) arasındaki fark (3) aralık değerini alarak bu değerler ile; $SFS = \{1-(HS-1) / \text{aralık}\} \times 100$ formülü ile saptandı.

Genel Sağlık Skoru (GSS) hesaplanırken son iki sorudan alınan toplam puan, toplam soru sayısına (2) bölünerek ham skor (HS) hesaplandı. Bu iki sorudaki en yüksek puan (7) ve en düşük puan (1) arasındaki fark (6) aralık değeri alınarak bu değerler ile; $GSS = \{(HS-1) / \text{aralık}\} \times 100$ formülü ile hesaplandı.

Bu anketin sonucunda, ilk 28 soruda, skor sayısı arttıkça hastaların yaşam kalitesinin daha kötü olduğu, 29 ve 30.sorularda ise skor sayısı arttıkça hastaların yaşam kalitesinin daha iyi olduğu gösterildi.

5.2 İstatiksel Yöntemler

Değişken dağılımları Shapiro Wilk normalite testleri ve Q-Q plotlar kullanılarak değerlendirildi. Örneklem büyüklükleri ve değişken dağılımları göz önünde bulundurularak gruplar arası karşılaştırmalarda Student t testi, ANOVA testi, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis testi kullanıldı, eşlenik gruplar arası farklar ise Paired Samples T test ve Wilcoxon testi kullanılarak karşılaştırıldı. Post Hoc test olarak Bonferroni testi kullanıldı. Kategorik değişkenler ise Ki Kare testi ve Fisher's exact test kullanılarak analiz edildi. Parametrik veriler, ortalama $\pm$ standart sapma, non parametrik veriler ortanca (minimum-maksimum) ve kategorik veriler de yüzde olarak sunuldu.

İstatistiksel analizler SPSS programının 17.0 versiyonu ile yapıldı. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

6. BULGULAR

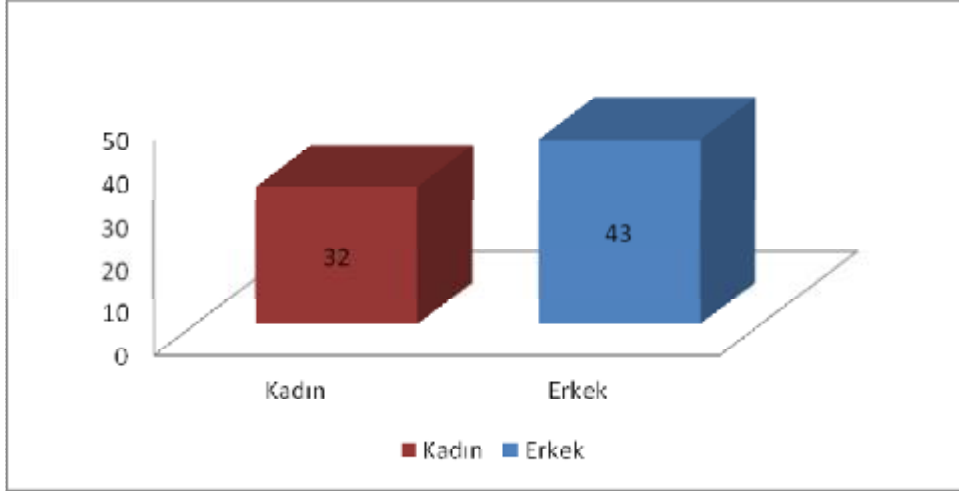
6.1 HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Çalışmaya katılan toplam 75 hastanın sosyo-demografik özellikleri tablo 4' te verildi.

TABLO 4: Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri

	Tüm Hastalar (n=75)
Cinsiyet (Kadın/Erkek)	32 / 43
Yaş (Medyan (Min-Max))	51 (18-89)
Medeni Durum	
Evli	13
Bekâr	58
Dul	4
Eğitim Durumu	
Okur-Yazar	7
İlköğretim	29
Lise	15
Üniversite	21
Hiçbiri	3
Sosyal Güvence	
SGK	67
Yeşilkart	7
Aylık Gelir	
0-250	12
250-500	6
500-1000	21
1000-2000	12
>2000	15
Aktif Sigara Kullanımı	
Var	15
Yok	60

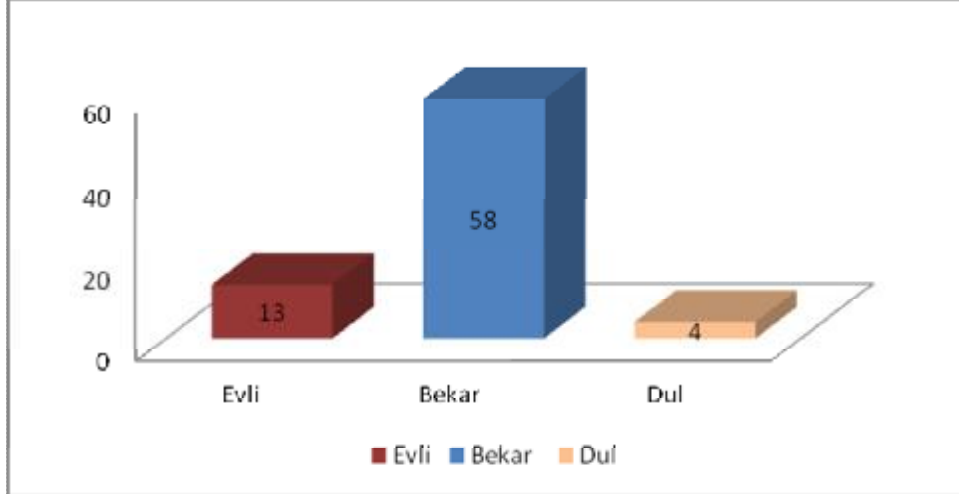
1- Cinsiyet: Toplamda 75 hastanın 32 (%42.67)' si kadın, 43 (%57.33)' ü erkekti. (Şekil-1)



ŞEKİL-1: Hastaların Cinsiyet Dağılımları

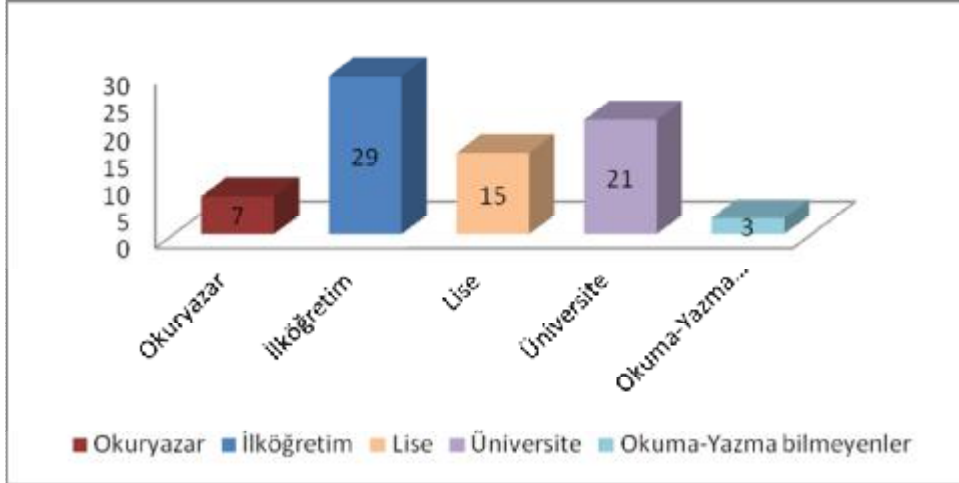
2- Yaş Dağılımı: Toplamda 75 hastanın ortalanca yaşı 51 (min:18-max:89) idi.

3- Medeni Durum: Toplamda 75 hastanın 13 (%17.33)' ü evli, 58 (%77.33)' i bekâr, 4 (%5.33)' ü dul idi. (Şekil-2)



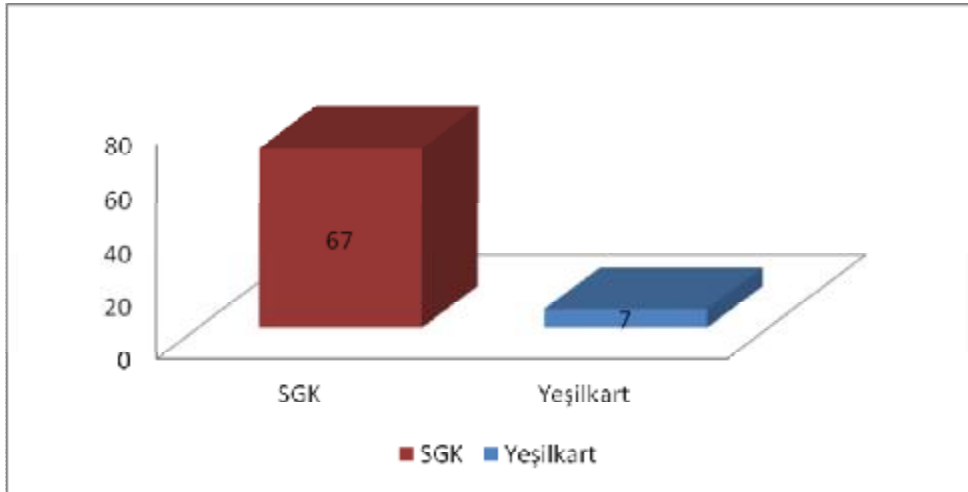
ŞEKİL 2: Hastaların Medeni Durum Dağılımları

4-Eğitim Durumu: Toplamda 75 hastanın 7 (%9.33)' si okur-yazar, 29 (%38.67)' u ilköğretim mezunu, 15 (%20)' i lise mezunu, 21 (%28)' i üniversite mezunu, 3 (%4)' ü okuma-yazma bilmeyen idi. (Şekil-3)



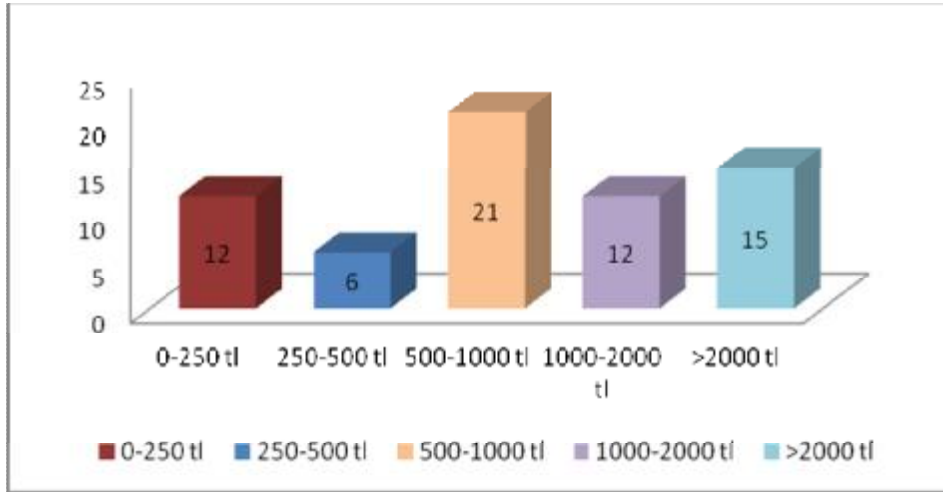
ŞEKİL-3: Hastaların Eğitim Durumu Dağılımları

5- Sosyal Güvence: Toplamda 75 hastanın 67 (%89.33)' si SGK' lı, 7 (%9.33)' ü Yeşilkartlı idi. (Şekil-4)



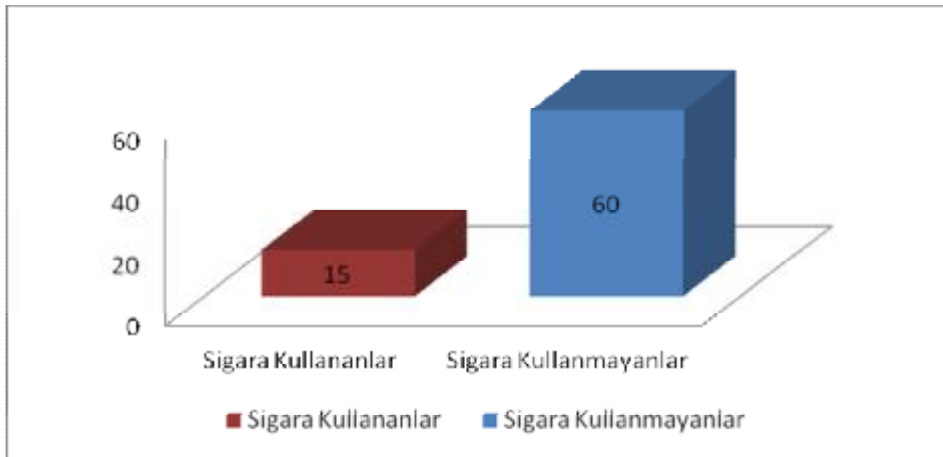
ŞEKİL-4: Hastaların Sosyal Güvence Dağılımları

6- Gelir Düzeyi: Aylık gelir düzeyi toplamda 75 hastanın 12 (%16)' sinin 0-250 tl, 6 (%8)' sinin 250-500 tl, 21 (%28)' inin 500-1000 tl, 12 (%16)' sinin 1000-2000 tl, 15 (%20)' inin >2000 tl idi. (Şekil-5)



ŞEKİL-5: Hastaların Gelir Düzeyi Dağılımları

7- Sigara Kullanımı: Toplamda 75 hastadan sigara kullananlar 15 (%20), kullanmayanlar 60 (%80) kişi idi. (Şekil-6)



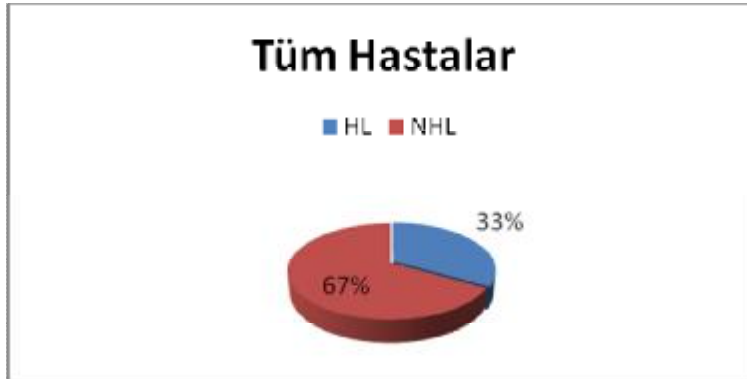
ŞEKİL-6: Hastaların Sigara Kullanımına Göre Dağılımları

6.2 Hastaların Tanı, Evre Ve Tedavileri

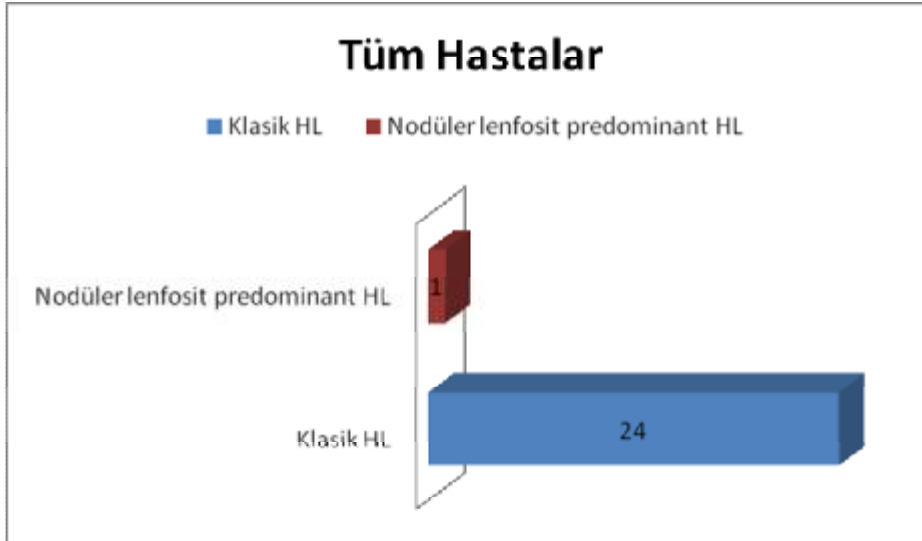
Hastalar Hodgkin Lenfoma (HL) ve Non-Hodgkin Lenfoma (NHL) olmak üzere 2 sınıfa ayrıldı. Hastaların çoğunluğunun NHL olduğu, NHL sınıflamasının içerisinde de en çok agresif seyirli NHL' nın olduğu görüldü. Toplamda 75 hastanın 25 (%33.33)' i HL, 50 (%66.67)' si NHL idi. (Şekil-7)

HL tanılı hastalar klasik HL ve nodüler lenfosit predominant HL (NLPHL) olarak sınıflandırıldı. Çalışmada HL hastalarının çoğunluğunun klasik HL olduğu görüldü. HL tanılı toplam 25 hastanın 24 (%96)' ü klasik HL, 1 (%4)' i nodüler lenfosit predominant HL idi. (Şekil-8)

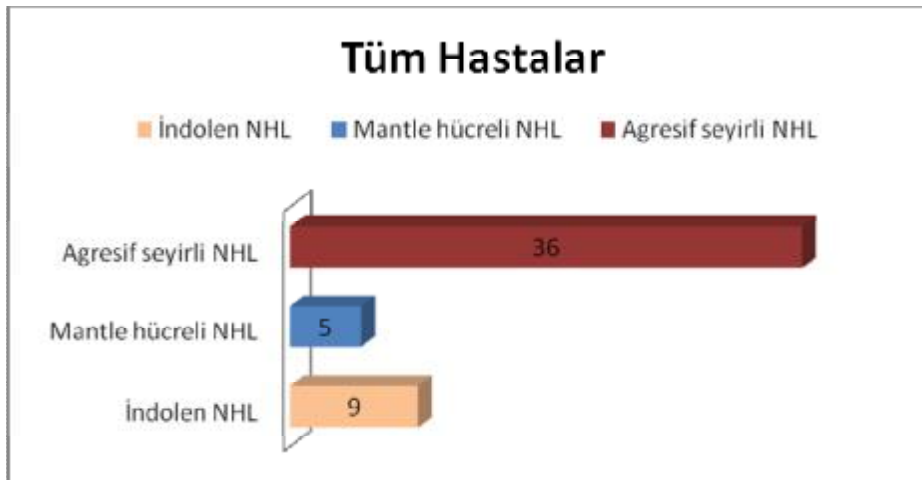
NHL tanılı hastalar ise indolen NHL, mantle hücreli NHL ve agresif seyirli NHL olarak sınıflandırıldı. NHL tanılı toplam 50 hastanın 9 (%18)' u indolen NHL, 5 (%10)' i mantle hücreli NHL, 36 (%72)' sı agresif seyirli NHL idi. (Şekil-9)



ŞEKİL-7: Hastaların Tanı Dağılımları

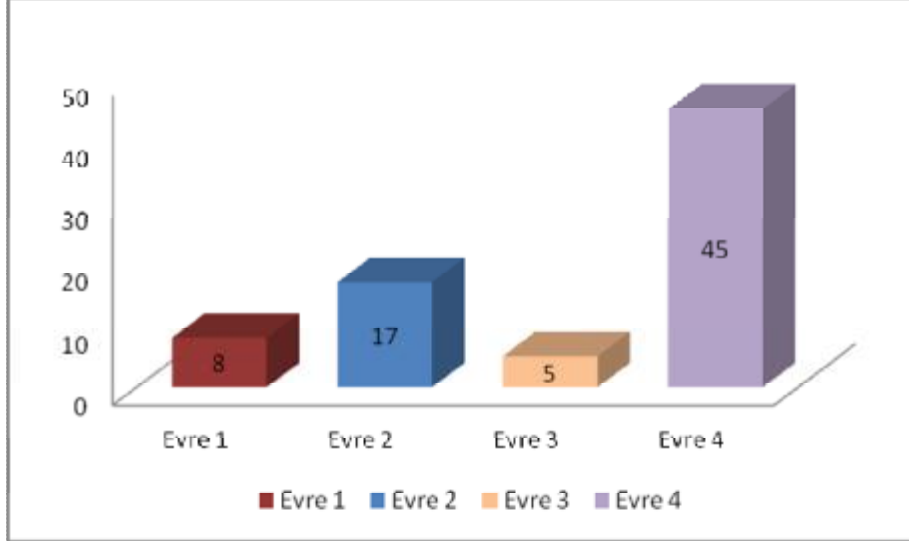


ŞEKİL-8: Hastaların HL Sınıflandırılmasına Göre Dağılımları



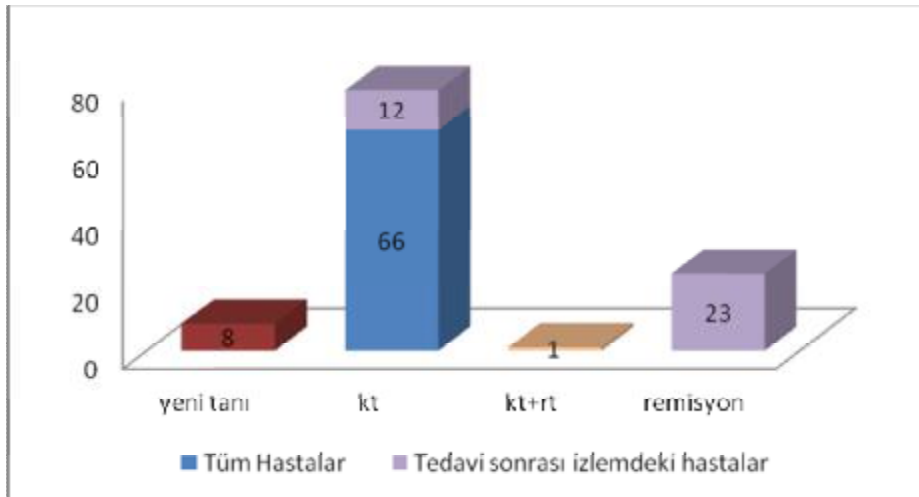
ŞEKİL-9: Hastaların NHL Sınıflandırılmasına Göre Dağılımları

Hastalar Evre 1-2-3-4 olmak üzere 4 grupta incelendi. Çalışmaya katılan hastaların çoğunluğunun 4.(ileri) evrede olduğu gözlemlendi. Toplamda 75 hastanın 8 (%10.67)' i 1. evre, 17 (%22.67)' si 2. evre, 5 (%6.67)' i 3. evre, 45 (%60)' i 4. evreydi. (Şekil-10)



ŞEKİL-10: Hastaların Evre Dağılımları

Toplamda 75 hastanın 8 (%10.67)' inin yeni tanı olduğu, 66 (%88)' sinin kemoterapi, 1 (%1.33)' inin kemoterapi+radyoterapi aldığı görüldü. Tedavi sonrası izlemde tekrar değerlendirilen 35 hastanın 23 (%65.71)' ünün remisyonda olduğu, 12 (%34.29)' inin relaps/refrakter olup halen kemoterapi almakta olduğu görüldü. (Şekil-11)



ŞEKİL-11: Hastaların Tedavi Dağılımları

6.3. Hastalık Farkındalığı ve Bilgi Edinme Yolları ile İlgili Özellikler

Toplam 75 hastaya hastalığını bilip bilmediği ve bilgileri hangi yollardan edindiği soruldu. Toplamda 75 hastadan 55' i hastalığını biliyor musun? sorusuna ve 50'si bilgi edinme yollarına yönelik soruya cevap verdi. Bilgi edinme yollarına yönelik cevaplar da doktor, internet, doktor ve internet, aile, internet ve hastalar şeklinde oldu. Tüm bu veriler tablo-5' te özetlendi.

Tablo-5: Hastalık Farkındalığı ve Bilgi Edinme Yolları ile İlgili Özellikler

	n=75
Hastalığını Biliyor mu?	
Evet	54
Hayır	5
Biliyor ise Bilgiyi Hangi Kaynaktan Elde Etmiş	
Doktor	35
İnternet	5
Doktor ve İnternet	5
Aile	2
İnternet ve Hastalar	3

6.4 Beck Depresyon, Beck Umutsuzluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Skorları

Yeni tanı ve tedavi almakta olan 75 hasta ve bu hastaların tedavi sonrası izlemde olan 35'i kesitsel olarak değerlendirildi. (Tablo-6)

Tablo-6: Tüm Hastaların Beck Depresyon, Beck Umutsuzluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Skorları

	Yeni Tanı Almış ve Tedavi Almakta Olan Hastalar (n=75) Ort (Medyan) Min-Max	Tedavi Sonrası İzlemde Olan Hastalar (n=35) Ort (Medyan) Min-Max	Her İki Grubun Karşılaştırılması (p)
Beck Depresyon Ölçeği Skoru	9.00 (7.00) 0-37	6.31 (5.00) 0-23	0.118
Beck Umutsuzluk Ölçeği Skoru	3.53 (2.00) 0-17	3.91 (3.00) 0-10	0.192
Sürekli Kaygı Ölçeği Skoru	48.01 (48.00) 40-55	48.86 (49.00) 41-58	0.344

*p<0.05

Beck Depresyon Ölçeği' nde yeni tanı almış ve tedavi almakta olan hastalar ile tedavi sonrası izlemde olan hastalar karşılaştırıldığında anlamlı farklılık (p:0.118) saptanmasa da yeni tanı almış ve tedavi almakta olan hastalardan 5 (%7.1)' inde ciddi depresyon saptanırken tedavi sonrası izlemde olan hastalarda ciddi depresyon gözlenmedi. (Tablo-7)

Beck Umutsuzluk Ölçeği' nde yeni tanı almış ve tedavi almakta olan hastalar ile tedavi sonrası izlemde olan hastalar karşılaştırıldığında anlamlı farklılık (p:0.192) saptanmadı. Ancak tedavi sonrası izlemde olan hastalarda umutsuzluk ölçek skoru maximum 10 iken yeni tanı almış ve tedavi almakta olan hastaların 9 (%12)' unda daha yüksek düzeyde umutsuzluk ölçek skoru (maximum 17) saptandı.

Sürekli Kaygı Ölçeği' nde yeni tanı almış ve tedavi almakta olan hastalar ile tedavi sonrası izlemde olan hastalar karşılaştırıldığında anlamlı farklılık (p:0.344) saptanmadı. Her iki grup ayrı ayrı değerlendirildiğinde her iki grupta da orta düzeyde anksiyete saptandı.

Tablo-7: Tüm Hastalarda Depresyon Derecelerinin Değerlendirilmesi

	Yeni Tanı Almış ve Tedavi Almakta Olan Hastalar (n=75)	Tedavi Sonrası İzlemde Olan Hastalar (n=35)
Depresyon Yok (0-13)	53 (%75.7)	29 (%82.9)
Orta Derecede Depresyon (14-24)	12 (%17.1)	6 (%17.1)
Ciddi Depresyon (25 ve üzeri)	5 (%7.1)	0

Yeni tanı ve tedavi almakta olan 35 hasta değerlendirildiğinde 7' sinin yeni tanı olduğu, 28' inin kemoterapi aldığı görüldü. Bu hastalar tedavi sonrası izlemde değerlendirildiğinde 12'sinin relaps/refrakter olup kemoterapi aldığı, 23' ünün tam remisyonda olduğu görüldü.

Yeni tanı ve tedavi almakta olan ve tedavi sonrası izlemde olan 35 hasta, ek olarak tedavi sonrası izlemde olup tam remisyonda olan ve relaps/refrakter olup yeniden kemoterapi alan hasta grupları kendi içinde Beck Depresyon Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Sürekli Kaygı Ölçeği' ne verilen yanıtların sonucuna göre karşılaştırıldı. (Tablo-8, Tablo-9, Tablo-10)

Tablo-8: 35 Hastanın Beck Depresyon, Beck Umutsuzluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Skorları

	Yeni Tanı Almış ve Tedavi Almakta Olan Hastalar (n=35) Ort (Medyan) Min-Max	Tedavi Sonrası İzlemde Olan Hastalar (n=35) Ort (Medyan) Min-Max	Her İki Grubun Karşılaştırılması (p)
Beck Depresyon Ölçeği Skoru	6.19 (5.50) (0-23)	6.31 (5.00) (0-23)	0.970
Beck Umutsuzluk Ölçeği Skoru	2.54 (2.00) (0-16)	3.91 (3.00) (0-10)	0.031*
Sürekli Kaygı Ölçeği Skoru	47.61 (48.00) (42-54)	48.86 (41-58)	0.235

*p<0.05

Tablo-9: Tedavi Sonrası İzlemde Tam Remisyonunda Olan Hastaların Beck Depresyon, Beck Umutsuzluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Skorları

	Yeni Tanı Almış ve Tedavi Almakta Olan Hastalar (n=23) Ort (Medyan) Min-Max	Tedavi Sonrası İzlemde Olup Tam Remisyonunda Olan Hastalar (n=23) Ort (Medyan) Min-Max	Her İki Grubun Karşılaştırılması (p)
Beck Depresyon Ölçeği Skoru	5.55 (4.00) (0-15)	4.61 (4.00) (0-15)	0.659
Beck Umutsuzluk Ölçeği Skoru	1.61 (1.00) (0-9)	3.96 (2.00) (0-10)	0.011*
Sürekli Kaygı Ölçeği Skoru	47.63 (48.00) (43-54)	48.48 (48.00) (41-58)	0.629

*p<0.05

Tablo-10: Tedavi Sonrası İzlemde Relaps/Refrakter Olan Hastaların Beck Depresyon, Beck Umutsuzluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Skorları

	Yeni Tanı Almış ve Tedavi Almakta Olan Hastalar (n=12) Ort (Medyan) Min-Max	Tedavi Sonrası İzlemde Olup Relaps/Refrakter Olan Hastalar (n=12) Ort (Medyan) Min-Max	Her İki Grubun Karşılaştırılması (p)
Beck Depresyon Ölçeği Skoru	7.25 (7.00) (0-23)	9.58 (9.00) (0.23)	0.338
Beck Umutsuzluk Ölçeği Skoru	4.33 (2.50) (0-16)	3.83 (3.50) (0-8)	0.838
Sürekli Kaygı Ölçeği Skoru	47.58 (47.50) (42-54)	49.58 (50.00) (43-56)	0.162

*p<0.05

Beck Depresyon Ölçeği' nde 35 yeni tanı almış ve tedavi almakta olan hasta ile bu hastaların tedavi sonrası izlem verileri karşılaştırıldığında ve tedavi sonrası izlemde tam remisyonda olan hastalar, tedavi sonrası izlemde relaps/refrakter olup kemoterapi alan hastalar kendi içinde karşılaştırıldığında anlamlı farklılık (p:0.970, p:0.659, p:0.338) saptanmadı.

Beck Umutsuzluk Ölçeği' nde 35 yeni tanı almış ve tedavi almakta olan hasta ile bu hastaların tedavi sonrası izlem verileri karşılaştırıldığında, tedavi sonrası izlemde tam remisyonda olan hastalar kendi içinde karşılaştırıldığında anlamlı farklılık **(p:0.031, p:0.011)** olduğu görüldü. Tedavi sonrası izlemde olan ve tedavi sonrası tam remisyonda olan hastaların umutsuzluk düzeyinin daha yüksek olduğu görüldü. Tedavi sonrası izlemde relaps/refrakter olup kemoterapi alan hastalar kendi içinde karşılaştırıldığında anlamlı farklılık (p:0.838) saptanmadı.

Sürekli Kaygı Ölçeği' nde 35 yeni tanı almış ve tedavi almakta olan hasta ile bu hastaların tedavi sonrası izlem verileri karşılaştırıldığında ve tedavi sonrası izlemde tam remisyonda olan hastalar, tedavi sonrası izlemde relaps/refrakter olup kemoterapi alan hastalar kendi içinde karşılaştırıldığında anlamlı farklılık (p:0.235 – p:0.629, p:0.162) saptanmadı. Gruplar ayrı ayrı değerlendirildiğinde orta düzeyde anksiyete saptandı.

6.5 Hastaların Yaşam Kalitesi Skorları

Yeni tanı ve tedavi almakta olan 75 hasta ve bu hastaların tedavi sonrası izlemde olan 35'inde kesitsel olarak genel sağlık durumu, fonksiyonel ve semptomatik yaşam kalitesi ölçekleri değerlendirildi ve karşılaştırıldı. Sonuçlar Tablo-11' de gösterildi.

Tablo-11: Tüm Hastaların EORTC-QLQ C30 Yaşam Kalitesi Ölçekleri Sonuçları

	Yeni Tanı Almış ve Tedavi Almakta Olan Hastalar (n=75) Ort (Medyan) Min-Max	Tedavi Sonrası İzlemde Olan Hastalar (n=35) Ort (Medyan) Min-Max	Her İki Grubun Karşılaştırılması (p)
GENEL SAĞLIK DURUMU	62.19 (66.67) 0-100	73.33 (83.33) 0-100	0.070
FONKSİYONEL ÖLÇEKLER			
Fiziksel Fonksiyon	63.31 (66.67) 13.33-100	75.10 (76.67) 20-100	0.027*
Uğraş Fonksiyonu	73.38 (83.33) 0-100	87.25 (100) 33.33-100	0.030*
Duygusal Fonksiyon	71.38 (75.00) 0-100	80.32 (83.33) 8.33-100	0.090
Kavrama Fonksiyonu	77.29 (83.33) 0-100	81.43 (83.33) 16.67-100	0.854
Sosyal Fonksiyon	70.05 (66.67) 0-100	81.43 (83.33) 16.67-100	0.122
SEMPATOM ÖLÇEKLERİ			
Yorgunluk	46.49 (44.44) 0-100	31.37 (33.33) 0-100	0.011*
Bulantı-Kusma	18.91 (16.67) 0-100	5.39 (0) 0-33.33	0.005*
Ağrı	38.58 (33.33) 0-100	16.19 (0) 0-66.67	0.001*
Dispne	22.39 (0) 0-100	17.65 (0) 0-100	0.657
Uykusuzluk	35.82 (33.33) 0-100	19.61 (0) 0-100	0.015*
İştah kaybı	30.35 (33.33) 0-100	11.76 (0) 0-100	0.002*
Kabızlık	24.75 (0) 0-100	13.73 (0) 0-100	0.042*
Diare	11.44 (0) 0-100	5.71 (0) 0-33.3	0.240
Mali Güçlükler	34.78 (33.33) 0-100	28.57 (33.33) 0-100	0.429

*p<0.05

Yeni tanı almış ve tedavi almakta olan hastalar ile tedavi sonrası izlemde olan hastalar karşılaştırıldığında; her iki grupta da genel sağlık durumu ölçümü benzer bulundu. (p:0.07)

Fonksiyonel ölçekler değerlendirildiğinde; **fiziksel fonksiyon** ve **uğraş fonksiyonu** skoru yeni tanı almış ve tedavi almakta olan hastalarda tedavi sonrası izlemde olan hastalara göre daha düşük saptandı. (**p<0.027** ve **p<0.030**) Diğer fonksiyonel ölçeklerden duygusal, kavrama ve sosyal fonksiyon skorları her iki grupta benzer bulundu. (p:0.090, p:0.854, p:0.122)

Semptomatik ölçekler değerlendirildiğinde; **yorgunluk**, **bulantı-kusma**, **ağrı**, **uykusuzluk**, **iştah kaybı**, **kabızlık** semptom skorları yeni tanı almış ve tedavi almakta olan hastalarda tedavi sonrası izlemde olan hastalara göre daha yüksek saptandı. (**p<0.011**, **p<0.005**, **p<0.000**, **p<0.015**, **p<0.002**, **p<0.042**) Diğer semptomatik ölçeklerden dispne, diare skorları her iki grupta benzer bulundu. (p:0.657, p:0.240) Yeni tanı almış ve tedavi almakta olan hastalar ile tedavi sonrası izlemde olan hastaların mali güçlükler ile ilgili skorları benzerdi. (p:0.429)

Yeni tanı ve tedavi almakta olan ve tedavi sonrası izlemde olan 35 hasta, ek olarak tedavi sonrası izlemde olup tam remisyonda olan ve relaps/refrakter olup yeniden kemoterapi alan hasta grupları kendi içinde değerlendirildi ve genel sağlık durumu, fonksiyonel ve semptomatik yaşam kalitesi ölçekleri karşılaştırıldı.

(Tablo-12, Tablo-13, Tablo-14)

35 yeni tanı almış ve tedavi almakta olan hastalar ile bu hastaların tedavi sonrası izlem verileri karşılaştırıldığında ve tedavi sonrası izlemde tam remisyonda olan hastalar, tedavi sonrası izlemde relaps/refrakter olup kemoterapi alan hastalar kendi içinde karşılaştırıldığında gruplarda genel sağlık durumu ölçümü benzer bulundu. (p:0.830, p:0.918, p:0.596)

Fonksiyonel ölçekler değerlendirildiğinde; 35 yeni tanı almış ve tedavi almakta olan hastalar ile bu hastaların tedavi sonrası izlem verileri karşılaştırıldığında ve tedavi sonrası izlemde relaps/refrakter olup kemoterapi alan hastalar kendi içinde karşılaştırıldığında fiziksel, uğraş, duygusal, kavrama ve sosyal fonksiyon skorları her iki grupta benzer bulundu. Tedavi sonrası izlemde tam remisyonda olan hastalar kendi içinde karşılaştırıldığında yeni tanı almış ve tedavi almakta olan hasta grubunda **uğraş fonksiyonunun** daha düşük olduğu görüldü. (**p:0.027**)

Semptomatik ölçekler değerlendirildiğinde; 35 yeni tanı almış ve tedavi almakta olan hastalar ile bu hastaların tedavi sonrası izlem verileri karşılaştırıldığında **iştah kaybının (p:0.029)**, tedavi sonrası izlemde tam remisyonda olan hastalar kendi içinde karşılaştırıldığında **bulantı-kusma, uykusuzluk ve iştah kaybının (p:0.002, p:0.047, p:0.009)** yeni tanı almış ve tedavi almakta olan hasta grubunda daha fazla olduğu görüldü. Tedavi sonrası izlemde relaps/refrakter olup kemoterapi alan hastalar kendi içinde karşılaştırıldığında semptomatik ölçekler arasında anlamlı farklılık saptanmadı.

Tablo-12: 35 Hastanın EORTC-QLQ C30 Yaşam Kalitesi Ölçekleri Sonuçları

	Yeni Tanı Almış ve Tedavi Almakta Olan Hastalar (n=35) Ort (Medyan) Min-Max	Tedavi Sonrası İzlemde Olan Hastalar (n=35) Ort (Medyan) Min-Max	Her İki Grubun Karşılaştırılması (p)
GENEL SAĞLIK DURUMU	73.39 (83.33) (25-100)	73.33 (83.33) (0-100)	0.830
FONKSİYONEL ÖLÇEKLER			
Fiziksel Fonksiyon	70.33 (83.33) (20-100)	75.10 (76.67) (20-100)	0.806
Uğraş Fonksiyonu	79.69 (100) (0-100)	87.25 (100) (33.33-100)	0.511
Duygusal Fonksiyon	78.49 (83.33) (25-100)	80.32 (83.33) (8.33-100)	0.685
Kavrama Fonksiyonu	84.41 (100) (0-100)	81.43 (83.33) (16.67-100)	0.310
Sosyal Fonksiyon	82.26 (100) (16.67-100)	81.43 (83.33) (16.67-100)	0.672
SEMPATOM ÖLÇEKLERİ			
Yorgunluk	43.23 (33.33) (0-100)	31.37 (33.33) (0-100)	0.233
Bulantı-Kusma	13.54 (0) (0-100)	5.39 (0) (0-33.33)	0.074
Ağrı	29.29 (16.67) (0-100)	16.19 (0) (0-66.67)	0.086
Dispne	14.58 (0) (0-100)	17.65 (0) (0-100)	0.356
Uykusuzluk	33.33 (33.33) (0-100)	19.61 (0) (0-100)	0.113
İştah kaybı	26.04 (33.33) (0-100)	11.76 (0) (0-100)	0.029*
Kabızlık	17.71 (0) (0-100)	13.73 (0) (0-100)	0.371
Diare	8.89 (0) (0-33.33)	5.71 (0) (0-33.33)	0.356
Mali Güçlükler	23.66 (33.33) (0-100)	28.57 (33.33) (0-100)	0.581

Tablo-13: Tedavi Sonrası İzlemde Tam Remisyonda Olan Hastaların EORTC-QLQ C30 Yaşam Kalitesi Ölçekleri Sonuçları

	Yeni Tanı Almış ve Tedavi Almakta Olan Hastalar (n=23) Ort (Medyan) Min-Max	Tedavi Sonrası İzlemde Olup Tam Remisyonda Olan Hastalar (n=23) Ort (Medyan) Min-Max	Her İki Grubun Karşılaştırılması (p)
GENEL SAĞLIK DURUMU	79.39 (83.33) (25-100)	76.09 (83.33) (0-100)	0.918
FONKSİYONEL ÖLÇEKLER			
Fiziksel Fonksiyon	71.43 (86.67) (26.67-100)	79.09 (80) (20-100)	0.605
Uğraş Fonksiyonu	76.19 (100) (0-100)	95.45 (100) (66.67-100)	0.027
Duygusal Fonksiyon	82.02 (83.33) (25-100)	84.06 (83.33) (8.33-100)	0.595
Kavrama Fonksiyonu	85.96 (100) (50-100)	84.06 (83.33) (50-100)	0.617
Sosyal Fonksiyon	79.82 (83.33) (16.67-100)	85.51 (83.33) (33.33-100)	0.525
SEMPATOM ÖLÇEKLERİ			
Yorgunluk	42.59 (22.22) (0-100)	25.25 (22.22) (0-100)	0.208
Bulantı-Kusma	19.05 (16.67) (0-100)	2.27 (0) (0-16.67)	0.002
Ağrı	30.95 (16.67) (0-100)	15.94 (0) (0- 66.67)	0.144
Dispne	17.46 (0) (0-100)	12.12 (0) (0-66.67)	0.853
Uykusuzluk	36.67 (33.33) (0-100)	15.15 (0) (0-100)	0.047
İştah kaybı	30.16 (33.33) (0-100)	6.06 (0) (0-33.33)	0.009
Kabızlık	22.22 (0) (0-100)	12.12 (0) (0-100)	0.111
Diare	9.26 (0) (0-33.33)	2.90 (0) (0-33.33)	0.111
Mali Güçlükler	15.79 (0) (0-33.33)	18.84 (0) (0-66.67)	0.774

Tablo-14: Tedavi Sonrası İzlemede Relaps/Refrakter Olan Hastaların EORTC-QLQ C30 Yaşam Kalitesi Ölçekleri Sonuçları

	Yeni Tanı Almış ve Tedavi Almakta Olan Hastalar (n=12) Ort (Medyan) Min-Max	Tedavi Sonrası İzlemede Olup Relaps/Refrakter Olan Hastalar (n=12) Ort (Medyan) Min-Max	Her İki Grubun Karşılaştırılması (p)
GENEL SAĞLIK DURUMU	63.89 (54.17 (25-100))	68.06 (62.50 (25-100))	0.596
FONKSİYONEL ÖLÇEKLER			
Fiziksel Fonksiyon	69.70 (80) (20-100)	67.78 (66.67) (40-100)	0.494
Uğraş Fonksiyonu	86.36 (100) (16.67-100)	72.22 (66.67) (33.33-100)	0.110
Duygusal Fonksiyon	72.92 (79.17) (25-100)	73.15 (79.17) (33.33-100)	0.907
Kavrama Fonksiyonu	81.94 (100) (0-100)	76.39 (83.33) (16.67-100)	0.385
Sosyal Fonksiyon	86.11 (100) (33.33-100)	73.61 (75) (16.67-100)	0.122
SEMPATOM ÖLÇEKLERİ			
Yorgunluk	44.44 (33.33) (11.11-88.89)	42.59 (44.44) (11.11-88.89)	1.000
Bulantı-Kusma	3.03 (0) (0-16.67)	11.11 (0) (0-33.33)	0.160
Ağrı	26.39 (25) (0-100)	16.67 (8.33) (0-66.67)	0.348
Dispne	9.09 (0) (0-33.33)	27.78 (16.67) (0-100)	0.200
Uykusuzluk	27.27 (33.33) (0-100)	27.78 (33.33) (0-100)	0.921
İştah kaybı	18.18 (33.33) (0-33.33)	22.22 (16.67) (0-100)	1.000
Kabızlık	9.09 (0) (0-66.67)	16.67 (0) (0-100)	0.447
Diare	8.33 (0) (0-33.33)	11.11 (0) (0-33.33)	0.660
Mali Güçlükler	36.11 (33.33) (0-100)	47.22 (33.33) (0-100)	0.514

7. TARTIŞMA

Kanser nedeni, köken aldığı organı, çeşidi ne olursa olsun insan yaşamını olumsuz etkileyen bir hastalıktır. Son yıllarda tanı ve tedavi olanaklarının gelişmesiyle hastalar erken tanı almakta ve bu nedenle yaşam süresi uzamaktadır. Yaşam süresinin uzaması ise hasta bireyde kanser ile daha uzun yıllar savaşmayı, kansere karşı kanser ile birlikte yaşamayı öğrenmeyi ve kaliteli bir yaşam sürdürme zorunluluğunu gündeme getirmektedir.

Kanser ile yaşamayı öğrenmek; kanserin yol açtığı semptomlarla baş etmeyi, kanserin yaşamı etkileyen yönlerinin üstesinden gelmeyi ve yaşamı yeniden planlayıp yeni bir yaşam biçimi geliştirebilmeyi gerektirir. Yaşanan bu süreçte birey, tüm yaşamını etkileyen bir hastalık ile baş etmeye çalışırken, kötü bir şey olacak beklentisi ve belirsizlikler bireyin anksiyete yaşamasına neden olacaktır. Uzun süren ve yan etkisi oldukça fazla olan kanser tedavisinin bireyin aile, iş ve sosyal yaşantısını alt üst etmesi sonucunda rol ve statü kaybı, umutsuzluk, çaresizlik, sosyal izolasyon, tükenmişlik yaşamasına ve depresyona girmesine neden olabilmektedir.

Ana ilke sadece sağkalımın iyileştirilmesi değil, kişilerin yaşam kalitelerini koruyarak sağkalımın iyileştirilmesi olması nedeni ile hastaların tanı anında, tedavi süresince, tedavi sonrasında, takip sürecinde genel sağlık ve ruhsal durumlarını, yaşam kalitelerini değerlendirmek için çeşitli çalışmalar yapılmıştır. (Daniels LA 2014³⁵, Rezaei- Sharifian- Soleimani- Jahanian 2012, Beser- Öz 2001²⁵ , Loge 2000)

Biz de çalışmamızda yeni tanı almış ve tedavi almakta olan lenfoma hastaları ile tedavi sonrası izlemde olan lenfoma hastalarının depresyon, umutsuzluk, anksiyete düzeylerini ve genel sağlık durumu, yaşam kalitesini değerlendirmek ve her iki grubu karşılaştırmak amacı ile 4 ölçek (Beck Depresyon Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği, STAI- Sürekli Kaygı Ölçeği, EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği) kullandık. Bu ölçeklere verilen yanıtların sonuçları değerlendirildiğinde yeni tanı almış ve tedavi almakta olan 75 hastanın 5 (%7.1)' inde ciddi derecede, 12 (%17.1)' sinde orta derecede depresyon bulunurken tedavi sonrası takip edilen 35 hastanın 6 (%17.1)' sinda orta derecede depresyon bulunduğu saptandı. Tedavi sonrası izlemde olan hastalarda ciddi depresyon bulunmadığı görüldü.

Umutsuzluk açısından Beck Umutsuzluk Ölçeği ile 0-20 arası değerlendirme yapıldığında yeni tanı almış ve tedavi almakta olan hastalarda ortalama değer 3.53, tedavi sonrası izlemde olan hastalarda ise 3.91 olarak bulundu. Aralarındaki fark

istatistiksel olarak anlamlı olmasa da tedavi sonrası izlemde olan hastalarda umutsuzluk düzeyi değeri maksimum 10 iken yeni tanı almış ve tedavi almakta olan hastaların 9'unda daha yüksek umutsuzluk düzeylerinin olduğu görüldü. Tedavi sonrası izlemde olan 35 hasta ile ve tedavi sonrası tam remisyonda olan 23 hastanın umutsuzluk düzeyinin daha yüksek olduğu görüldü. Ancak tedavi sonrası izlemde relaps/refrakter olup kemoterapi alan hastalar kendi içinde karşılaştırıldığında benzer umutsuzluk düzeylerinin olduğu görüldü. Bu nedenle tedavi süreci hastalarda umutsuzluğa sebep olsa da tedavi sonrasında hastaların sık aralıklarla yapılan kontrol süreçlerinde yineleme korkusu, ortaya çıkan her semptomu hastalık lehine değerlendirmeleri, hastalık hakkında daha geniş bilgiler edinmeleri nedeni ile umutsuzluklarının daha da artığı düşünüldü. Tedavi sonrası izlemde relaps/refrakter olup kemoterapi alan hastaların ise yine hastalık ile mücadele etmeleri ve tedavi süreci ile uğraşmaları nedeni ile hayata tutunmaya çalıştıkları düşünüldü.

Yapılan çalışmalara göre de, kanserin adının vermiş olduğu korku ve belirsizlik, tedavinin uzun sürmesi ve kontrol edilemeyen yan etkiler, sık aralıklarla yapılan kontroller, hastalığın yineleme korkusu depresyon ve umutsuzluk için risk faktörü oluşturmaktadır^{36,37,38}.

Sürekli Kaygı Ölçeği ile anksiyete skorları değerlendirildiğinde yeni tanı almış ve tedavi almakta hastalarda ortalama skor 48.01, tedavi sonrası izlemde olan hastalarda ise 48.86 olarak saptandı ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Aynı şekilde yeni tanı ve tedavi almakta oldukları dönem ile tedavi sonrası izlemde değerlendirilen 35 hastada orta düzeyde anksiyete saptandı. Anksiyetenin tedaviden bağımsız olduğu görüldü. Tedavi sürecinin de tedavi sonrası kontrol sürecinin de hastalarda anksiyeteye sebep olduğu anlaşıldı.

Yapılan araştırmalara göre de hastaların yeni tanı aldıkları dönemde veya tedavi sürecinde belirsizlikler, korku, tedavi sürecinin uzunluğu ve tedaviye bağlı yan etkiler; tedavi sonrası dönemde de sık aralıklarla yapılan kontroller ve bu esnadaki invazif müdahaleler, hastalığın yineleme korkusu ve uyum problemleri her iki dönemde de hastalarda anksiyeteye sebep olmaktadır³⁶. Bu nedenle son dönemlerde anksiyeteye yönelik yapılan çalışmalarda da kanser hastalarının yaklaşık %30' unda kronik anksiyete mevcuttur³⁹.

EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeği ile genel sağlık durumu açısından yeni tanı almış ve tedavi almakta olan hastalar ile tedavi sonrası izlemde olan hastalar karşılaştırıldığında; fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da ortalama değerin yeni tanı almış ve tedavi almakta olan hastalarda daha düşük olduğu görüldü. (62.19 ve 73.33)

Fonksiyonel ölçekler değerlendirildiğinde; **fiziksel fonksiyon** ve **uğraş fonksiyonu** ortalama skoru yeni tanı almış ve tedavi almakta olan hastalarda tedavi sonrası izlemde olan hastalara göre daha düşük saptandı. (63.31 ve 75.10 – 73.38 ve 87.25) Tedavi sonrası izlemde tam remisyonda olan 23 hasta kendi içinde karşılaştırıldığında yeni tanı almış ve tedavi almakta olduğu dönemde **uğraş fonksiyonunun** daha düşük olduğu saptandı. Tedavi sürecinin hastaların günlük faaliyetlerini ve işlerini engellediği görüldü.

Diğer fonksiyonel ölçeklerden duygusal, kavrama ve sosyal fonksiyon ortalama skorları yeni tanı almış ve tedavi almakta olan hastalarda tedavi sonrası izlemde olan hastalara göre daha düşük olsa da fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı. (71.38 ve 80.32 – 77.29 ve 81.43 – 70.05 ve 81.43)

Semptomatik ölçekler değerlendirildiğinde; **yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı, uykusuzluk, iştah kaybı, kabızlık** ortalama semptom skorları yeni tanı almış ve tedavi almakta olan hastalarda tedavi sonrası izlemde olan hastalara göre daha yüksek saptandı. (46.49 ve 31.37 – 18.91 ve 5.39 – 38.58 ve 16.19 – 35.82 ve 19.61 – 30.35 ve 11.76 – 24.75 ve 13.73) Diğer semptomatik ölçeklerden dispne, diare, mali güçlükleri ile ilgili ortalama skorlar yeni tanı almış ve tedavi almakta olan hastalarda tedavi sonrası izlemde olan hastalara göre daha yüksek olsa da fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı. (22.39 ve 17.65 – 11.44 ve 5.71 – 34.78 ve 28. 57). Tedavi sonrası izlemde tam remisyonda olan hastalar kendi içinde karşılaştırıldığında **bulantı-kusma, uykusuzluk ve iştah kaybının (p:0.002, p:0.047, p:0.009)** yeni tanı almış ve tedavi almakta olan hasta grubunda daha fazla olduğu saptandı. Sonuç olarak tedavinin hastaların semptomlarında artışa neden olduğu görüldü.

Bu amaçla LA Daniels tarafından yapılan çalışmada anksiyete, depresyon bulunan HL hastalarında EORTC QLQ-C30 Ölçeği ve Yorgunluk Değerlendirme Ölçeği (FAS) kullanılarak skorlar değerlendirilmiştir ve normal popülasyona göre hastalarda yorgunluk semptomunun daha yüksek skora sahip olduğu ve depresyonu, anksiyetesi olan hastalarda daha güçlü semptomlar görüldüğü saptanmıştır³⁵. Bizim

Çalışmamızda depresyonu ve anksiyetesi olan grup özel olarak seçilmediğı için bu konuda yorum yapılamamıştır.

Yapılan diğeri bir çalışmada ise kanser tanısı alan ve tedaviye başlayan hastaların; fiziksel, emosyonel, sosyal ve ekonomik dengelerinin bozulduğu ve yaşam kalitelerinin düştöğü saptanmıştır⁴⁰. Hastalarda hastalık sürecinden kaynaklanan semptomlar kadar kemoterapi ve radyoterapinin yan etkileri olan ağrı, iştah kaybı, tat değışiklikleri, alopesi, bulantı, kusma, mukozit, yorgunluk, dispne, depresyon, anksiyete gibi fiziksel ve emosyonel semptomları yoğun bir şekilde yaşamaktadırlar⁴¹. Çalışmamızdaki bulgular literatür ile uyumludur.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak çalışmamızda yeni tanı almış ve tedavi almakta olan hastaların %24.2' sinde (%7.1' inde ciddi depresyon) ve tedavi sonrası izlemde olan hastaların %17.1' inde depresyon saptanmıştır. Umutsuzluk düzeyinin tedavi sonrası dönemde giderek arttığı görülmüştür. Tedavi sürecinin hastaların fiziksel, emosyonel ve sosyal fonksiyonlarını etkilediği ve yaşam kalitelerini düşürdüğü saptanmıştır.

Kanserli hastaların tedavisi ve rehabilitasyonu bir ekip hizmetidir ve multidisipliner yaklaşım gerektirir. Bu nedenle kanser tedavisinde gözetilmesi gereken ana ilke sadece sağkalımın iyileştirilmesi değil, kişilerin yaşam kalitelerini koruyarak sağkalımın iyileştirilmesi olmalıdır. Acı, kaygı ve çaresizlik içeren bu süreci yaşayan hastada gelişen psikolojik bozuklukları belirlemek ve bunlara yönelik çözüm yolları bulmak ya da geliştirmek, hastanın bu yeni duruma uyumunu kolaylaştıracaktır.

9. KAYNAKLAR

1. Tavoli, A. et al. Anxiety and depression in patients with gastrointestinal cancer: does knowledge of cancer diagnosis matter? BMC Gastroenterol. 7, 28 (2007).
2. FIGUEROA, G. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Seventh Edition Editores: Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock. Revista chilena de neuro-psiquiatria 40, (2002).
3. Güleç, G. & Büyükkınacı, A. Kanser ve psikiyatrik bozukluklar. Psikiyatr. Güncel Yaklaşımlar 3, 343–367 (2011).
4. Ferlay, J. et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase. No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. 11, (2013).
5. Maurer, R. & Lukes, R. J. A new functional interpretation of malignant lymphomas. The Lukes-Collins classification and its basis. Schweiz. Med. Wochenschr. 109, 76–86 (1979).
6. Swerdlow, S. H. et al. WHO Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues. World Health Organization Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissue 4th, (2008).
7. Jagannath, S. et al. Tumor burden assessment and its implication for a prognostic model in advanced diffuse large-cell lymphoma. J. Clin. Oncol. 4, 859–865 (1986).
8. Lister, T. A. et al. Report of a committee convened to discuss the evaluation and staging of patients with Hodgkin's disease: Cotswolds meeting. J. Clin. Oncol. 7, 1630–1636 (1989).
9. Kamburova, E. G., Koenen, H. J. P. M., Boon, L., Hilbrands, L. B. & Joosten, I. In vitro effects of rituximab on the proliferation, activation and differentiation of human B cells. Am. J. Transplant. 12, 341–350 (2012).
10. Lu, N. N. et al. Dosimetric and clinical outcomes of involved-field intensity-modulated radiotherapy after chemotherapy for early-stage Hodgkin's lymphoma with mediastinal involvement. International Journal of Radiation Oncology Biology Physics 84, 210–216 (2012).
11. Schmitz, N. et al. Aggressive conventional chemotherapy compared with high-dose chemotherapy with autologous haemopoietic stem-cell transplantation for relapsed chemosensitive Hodgkin's disease: A randomised trial. Lancet 359, 2065–2071 (2002).
12. Owen, J. A. & Ferrando, S. J. in Clinical manual of psychopharmacology in the medically ill. 237–269 (2010). at

- 13.** Kübler-Ross E. Ölüm ve Ölmek Üzerine. İstanbul, Boyner Holding Yayınları, 1997.
- 14.** Bottomley, A. The Cancer Patient and Quality of Life. The Oncologist 7, 120–125 (2002).
- 15.** Rustoen, T., Moum, T., Wiklund, I. & Hanestad, B. R. Quality of life in newly diagnosed cancer patients. J. Adv. Nurs. 29, 490–498 (1999).
- 16.** Sertöz ÖÖ. Kanseri hastalarda gözlenen ruhsal hastalıkların farmakolojik tedavisi. Uyar M, Uslu R, Yıldırım YK. Kanser ve palyatif bakım. Mesa Basım Matbaacılık, İzmir, sayfa 175-196.
- 17.** Özkan S. Kanser hastasında psikiyatrik ve psikososyal destek. Onat H, Mandel NM. Kanser hastasına yaklaşım. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, sayfa 345-354, 2002.
- 18.** Çevik A. Psikosomatik bozukluklar. Onkolojik Hastalıkların Psikosomatik Yönü (Ed A Çevik): 77-90. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1996.
- 19.** Nelson, C. J., Cho, C., Berk, A. R., Holland, J. & Roth, A. J. Are gold standard depression measures appropriate for use in geriatric cancer patients? A systematic evaluation of self-report depression instruments used with geriatric, cancer, and geriatric cancer samples. Journal of Clinical Oncology 28, 348–356 (2010).
- 20.** Sönmez Y, Söylemez D, Sur H. Kanser tedavisi gören hastaların refakatçilerinde depresyon durumunun değerlendirilmesi
- 21.** American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Text Washington, (2000).
- 22.** Cassem NH, Bernstein JG. Depressed patients. In Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry (Eds NH Cassem, TA Stern, JF Rosenbaum, M Jellinek): 35-68. St. Louis, Mosby, 1997.
- 23.** Carr D, Goudas L, Lawrence D, Pirl W, Lau J, DeVine D et al. Management of Cancer Symptoms: Pain, Depression, and Fatigue (Evidence Report / Technology Assessment No. 61). Rockville, Agency for Healthcare Research and Quality, 2002.
- 24.** Alacacioğlu A, Yavuzşen T, Diriöz M, Yeşil L, Bayrı D, Yılmaz Y. Kemoterapi alan kanser hastalarında anksiyete düzeylerindeki değişiklikler. Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi 2007; 17: 87-93.
- 25.** Beser N, Öz F. Kemoterapi alan lenfoma hastalarında anksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. C. Ü. Hemsirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2003; 7(1):47-58.
- 26.** Fidaner, H., Elbi, H., Fidaner, C., Eser, S.Y., Eser, E., Göker, E. (1999). Yaşam Kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL–100 ve WHOQOL-BREF. 3P Dergisi, 7, 5–13.
- 27.** Tüzün, E. Eker, L. (2003). Sağlık değerlendirme ölçütleri ve yaşam kalitesi. Sağlık ve Toplum, 2, 3-8.

- 28.** N K Aaronson, S Ahmedzai, B Bergman, M Bullinger, A Cull, ...et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J. Natl. Cancer Institue* 85, 365–376 (1993).
- 29.** Guzelant, A., Goksel, T., Ozkok, S., Tasbakan, S., Aysan, T., Bottomley, A. (2004) The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: an examination into the cultural validity and reliability of the Turkish version of the EORTC QLQ-C30. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 13 (2), 135-144.
- 30.** Savasır I, Sahin NH. Bilişsel-davranışçı terapilerde değerlendirme: sık kullanılan ölçekler. *Türk Psikologlar Dernegi Yayınları* Ankara, 1997.
- 31.** Teğın B. Depresyonda bilişsel süreçler, Beck modeline göre bir inceleme. *Psikoloji Dergisi* 1987; 6: 116-21.
- 32.** Hisli, N. “Beck depresyon envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma”, *Psikoloji Dergisi*, 1988; 22: 118-126.
- 33.** Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D. & Trexler, L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J. Consult. Clin. Psychol.* 42, 861–865 (1974).
- 34.** Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. & Lushene, R. E. The State-Trait Anxiety Inventory. *MANUAL* 1–23 (1970). 36. Daniëls LA, Oerlemans S, Krol AD, Creutzberg CL, van de Poll-Franse LV. Chronic fatigue in Hodgkin lymphoma survivors and associations with anxiety, depression and comorbidity.
- 35.** Daniëls LA, Oerlemans S, Krol AD, Creutzberg CL, van de Poll-Franse LV. Chronic fatigue in Hodgkin lymphoma survivors and associations with anxiety, depression and comorbidity.
- 36.** Lampic, C., von Essen, L., Peterson, V. W., Larsson, G. & Sjöden, P. O. Anxiety and depression in hospitalized patients with cancer: agreement in patient-staff dyads. *Cancer Nurs.* 19, 419–428 (1996).
- 37.** LL, D. A. et al. Relationship between quality of life and depression in patients with head and neck cancer. *Laryngoscope* 108, 806–811 (1998).
- 38.** Rustoen, T., Wiklund, I., Hanestad, B. R. & Moum, T. Nursing intervention to increase hope and quality of life in newly diagnosed cancer patients. *Cancer Nurs* 21, 235–245 (1998).
- 39.** Marrs JA. Stress, fears and phobias: the impact of anxiety. *CJON*, 2006; 10 (3): 319-322.
- 40.** Greimel, E., Thiel, I., Peintinger, F., Cegnar, I. & Pongratz, E. Prospective assessment of quality of life of female cancer patients. *Gynecol. Oncol.* 85, 140–147 (2002).

41. Yeşilbalkan ÖU, Akyol AD, Çetinkaya, 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: 13-31.

10. EKLER

Ek-1: Tanımlayıcı Form

Hastanın:

Adı soyadı:

Tarih

Yaşı:

Cinsiyet: ☐ Erkek ☐ Kadın

Doğum Yeri:

En uzun yaşanılan yer:

Telefon:

Medeni Durumu: ☐ Evli ☐ Bekar

Eğitim Durumu: ☐ Okuryazar ☐ İlköğretim ☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Okuma-yazma yok

Meslek:

Sosyal Güvence: ☐ SGK ☐ Yeşilkart

Aylık Gelir: ☐ 0-250 tl ☐ 250-500 tl ☐ 500-1000 tl ☐ 1000-2000 tl ☐ >2000 tl

Sigara Kullanımı: ☐ Yok ☐ Var (Kaç yıl: Kaç paket/gün:)

Alkol: ☐ Var ☐ Yok

Özgeçmiş:

Tanı:

Tanı Tarihi:

Hasta no:

Evre: ☐ Evre 1 ☐ Evre 2 ☐ Evre 3 ☐ Evre 4

Hasta hastalığını biliyor mu? ☐ Evet ☐ Hayır

Evet ise;

Hastalığınızı bilmeseydiniz size açıklanması ister miydiniz? ☐ Evet ☐ Hayır

Bu hastalık hakkında bilgisi var mı?

☐ Evet (Bilgiyi nereden edinmiş?.....) ☐ Hayır

Aldığı tedavi: ☐ Kemoterapi ☐ Radyoterapi ☐ Kemoterapi+Radyoterapi

Nüks/Relaps var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

Ek-2: Beck Depresyon Ölçeği

- 1-
 - a. Kendimi üzgün hissetmiyorum.
 - b. Kendimi üzgün hissediyorum.
 - c. Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
 - d. Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
- 2-
 - a. Gelecekte umutsuz değilim.
 - b. Gelecek konusunda umutsuzum.
 - c. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 - d. Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek.
- 3-
 - a. Kendimi başarısız görmüyorum.
 - b. Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
 - c. Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
 - d. Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum.
- 4-
 - a. Herşeyden eskisi kadar doyum (zevk) alabiliyorum.
 - b. Herşeyden eskisi kadar doyum alamıyorum.
 - c. Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum.
 - d. Beni doyuran hiçbir şey yok. Her şeyden çok sıkıcı.
- 5-
 - a. Kendimi suçlu hissetmiyorum.
 - b. Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
 - c. Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
 - d. Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
- 6-
 - a. Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim.
 - b. Sanki, bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular içindeyim.
 - c. Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.
 - d. Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.
- 7-
 - a. Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım.
 - b. Kendimi hayal kırıklığına uğrattım.
 - c. Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
 - d. Kendimden nefret ediyorum.
- 8-
 - a. Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum.
 - b. Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
 - c. Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum.
 - d. Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
- 9-
 - a. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
 - b. Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapmam.
 - c. Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim.
 - d. Eğer bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm.
- 10-
 - a. Herkesten fazla ağladığımı sanmıyorum.
 - b. Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum.
 - c. Şimdilerde her an ağlıyorum.
 - d. Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum.
- 11-
 - a. Eskisine göre daha sinirli ve tedirgin sayılmam.
 - b. Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim.
 - c. Çoğu zaman sinirli ve tedirginim.
 - d. Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim.

- 12- a. Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
b. Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
c. Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
d. Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
- 13- a. Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum.
b. Eskisine kıyasla, şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum.
c. Eskisine göre, karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
d. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14- a. Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum.
b. Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzülüyorum.
c. Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum.
d. Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
- 15- a. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
b. Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum.
c. Ne iş olursa olsun,yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
d. Hiç çalışmıyorum.
- 16- a. Eskisi kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum.
b. Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum.
c. Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.
d. Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17- a. Eskisine göre daha çabuk yorulduumu sanmıyorum.
b. Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.
c. Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.
d. Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum.
- 18- a. İştahım eskisinden farklı değil.
b. İştahım eskisi kadar iyi değil.
c. Şimdilerde iştahım epey kötü.
d. Artık hiç iştahım yok.
- 19- a. Son zamanlarda pek kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
b. Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim.
c. Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim.
d. Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim.
- 20- a. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
b. Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu,kabızlık gibi sıkıntılarım var
c. Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
d. Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka şeyleri düşünemiyorum.
- 21- a. Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
b. Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
c. Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.
d. Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

Ek-3: Beck Umutsuzluk Ölçeği

Doğru Yanlış

1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum.
2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.
3. İşler kötüye giderken bile herşeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.
4. Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.
5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.
6. Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.
7. Geleceğimi karanlık görüyorum.
8. Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.
9. İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok.
10. Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı.
11. Gelecek, benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor.
12. Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum.
13. Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.
14. İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.
15. Geleceğe büyük inancım var.
16. Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.
17. Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.
18. Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.
19. Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum.
20. İsteddiğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.

Ek-4: Sürekli Kaygı Ölçeği

		Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
1.	Genellikle keyfim yerindedir.	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Genellikle çabuk yorulurum.	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Genellikle çabuk ağlarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Başkaları kadar mutlu olmak isterdim.	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Kendimi dinlenmiş hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Genellikle mutluyum.	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Genellikle kendime güvenim yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Genellikle hayatımdan memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam.	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Aklı başında ve kararlı bir insanım.	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Son zamanlarda kafama takılan sorular beni tedirgin eder.	(1)	(2)	(3)	(4)

Ek-5: EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği

EORTC QLQ-C30 (version 3.0)

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

Lütfen ad ve soyadınızın başharflerini yazınız:

Doğum gününüz (Gün, Ay, Yıl):

Bugünkü tarih (Gün, Ay, Yıl):

31									

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
1. Ağır bir alışveriş torbası veya valiz taşımak gibi zorlu hareketler yaparken güçlük çeker misiniz?	1	2	3	4
2. <u>Uzun</u> bir yürüyüş yaparken herhangi bir zorluk çeker misiniz?	1	2	3	4
3. Evin dışında <u>kısa</u> bir yürüyüş yaparken zorlanır mısınız?	1	2	3	4
4. Günün büyük bir kısmını oturarak veya yatarak geçirmeye ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4
5. Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tualeti kullanırken yardıma ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4
Geçtiğimiz hafta zarfında:				
	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
6. İşinizi veya günlük aktivitelerinizi yapmaktan sizi alıkoyan herhangi bir engel var mıydı?	1	2	3	4
7. Boş zaman aktivitelerinizi sürdürmekten veya hobilerinizle uğraşmaktan sizi alıkoyan bir engel var mıydı?	1	2	3	4
8. Nefes darlığı çektiniz mi?	1	2	3	4
9. Ağrınız oldu mu?	1	2	3	4
10. Dinlenme ihtiyacınız oldu mu?	1	2	3	4
11. Uyumakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
12. Kendinizi güçsüz hissettiniz mi?	1	2	3	4
13. İştahınız azaldı mı?	1	2	3	4
14. Bulantınız oldu mu?	1	2	3	4
15. Kustunuz mu?	1	2	3	4

Lütfen arka sayfaya geçiniz

Geçtiğimiz hafta zarfında:

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

Aşağıdaki sorular için 1 ile 7 arasındaki size en uygun rakamı daire içine alınız

29. Geçen haftaki sağlığınıza genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok kötü

Mükemmel

30. Geçen haftaki hayat kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok kötü

Mükemmel