

**T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMATOLOJİK MALİGNİTELİ HASTALARDA BEDEN ALGISI,
CİNSEL YAŞAM VE YORGUNLUK ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**Yaren TOKYÜREK
ORCID : 0000-0002-9089-4110**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Onkoloji Hemşireliği Yüksek Lisans Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

İZMİR

HAZİRAN 2022

TEZ KODU: DEU.HSL.MSc-2018970104

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMATOLOJİK MALİGNİTELİ HASTALARDA BEDEN ALGISI, CİNSEL YAŞAM
VE YORGUNLUK ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Yaren TOKYÜREK
ORCID : 0000-0002-9089-4110

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Onkoloji Hemşireliği Yüksek Lisans Programı
Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Ezgi KARADAĞ
ORCID : 0000-0001-8001-387X

İZMİR
HAZİRAN 2022

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
ETİK BEYANI

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallanna uygun olarak hazırlayıp sunduğum “Hematolojik Maligniteli Hastalarda Beden Algısı, Cinsel Yaşam ve Yorgunluk Arasındaki İlişki” başlıklı tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

İmza:

Öğrencinin Adı Soyadı: Yaren Tokyürek

Tarih:20.05.22

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim boyunca göstermiş olduğu tüm bilgi ve tecrübesiyle hem kişisel hem de akademik gelişimime katkıda bulunan, tezimin her aşamasında beni cesaretlendirip, motive eden değerli hocam Doç. Dr. Ezgi KARADAĞ'a,

Tezimin değerlendirilmesinde görüşlerini benden esirgemeyen sayın hocalarım Doç. Dr. Özlem UĞUR ve Doç. Dr. Figen OKÇİN'e,

Lisans hayatımda onkolojiye merak duymamı neden olup, bu alanda kendimi geliştirmemi sağlayan, aile sıcaklığını hissettiren, iş ahlakını en iyi şekilde benimsemiş ve şuan da ekibin bir parçası olduğum sevgili Hematoloji Servisi'nde çalışan tüm hemşire arkadaşlarım'a

Lisansüstü eğitim hayatımın her anında yanımda olup bir dost, abla olan ve her zaman yanımda destek olan canım meslektaşım Gülşah BEDEZ'e

Hayatımın her aşamasında arkamda desteğini maddi ve manevi eksik etmeyen canım annem ve babam Öznur TOKYÜREK ve Levent TOKYÜREK'e, çocukluğumdan beri bana yol gösterip, koruyup kollayan, her anımı güzelleştiren bir abiden ötesi olan Samet TOKYÜREK, eşi canım ablacım Nurcan TOKYÜREK ve ailemizin biriciği Deniz Eren TOKYÜREK'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ KABUL ONAYI

ETİK BEYANI

TEŞEKKÜR

TABLolar DİZİNİ.....i

KISALTMALAR.....iii

ÖZET.....iv

ABSTRACT.....vi

1.GİRİŞ ve AMAÇ.....1

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi.....1

1.2.Araştırmanın Amacı.....5

1.3.Araştırmanın Soruları.....5

2. GENEL BİLGİLER.....6

2.1. Kanser.....6

2.1.1.Hematolojik Malignite..... 6

2.1.2.Akut Lenfoblastik Lösemi 7

2.1.3.Akut Myeloid Lösemi..... 8

2.1.4.Kronik Lenfoblastik Lösemi..... 9

2.1.5.Kronik Miyeloid Lösemi 11

2.1.6. Hodgkin Lenfoma..... 11

2.1.7. Non-Hodgkin Lenfoma..... 12

2.1.8. Multiple Myelom..... 13

2.1.9.Myelodisplastik Sendrom..... 14

2.2.Beden Algısı.....15

2.2.1. Hematolojik Maligniteli Hastalarda Beden Algısı16

2.2.2.Beden Algısının Cinsel Yaşam ve Yorgunluk Üzerine Etkisi.....16

2.3.Cinsel Yaşam.....17

2.3.1.Cinselliğin Psikolojik Boyutu..... 17

2.3.2.Cinselliğin Fizyolojik Boyutu 18

2.3.3.Hematolojik Maligniteli Hastalarda Cinsel Yaşam 19

2.3.4.Cinsel Yaşamın Beden Algısı ve Yorgunluk Üzerine Etkisi..... 20

2.4.Yorgunluk	21
2.4.1.Hematolojik Maligniteli Hastalarda Yorgunluk	21
2.4.2.Yorgunluğun Beden Algısı ve Cinsel Yaşam Üzerine Etkisi.....	22
2.4.3.Hematolojik Maligniteli Hastaların Cinsel Yaşamlarını Desteklemede Hemşirenin Rolü	22
2.4.4. Hematolojik Maligniteli Hastaların Cinsel Yaşamlarını ve Beden Algılarını Desteklemede Etkili İletişim	23
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	27
3.1.Araştırmanın Tipi.....	27
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	27
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	27
3.4.Çalışma Materyali	28
3.5. Araştırmanın değişkenleri	28
3.6. Veri Toplama Araçları	28
3.6.1. Hasta Tanıtım Formu (Ek 1).....	28
3.6.2.Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (Ek 2)	29
3.6.2.Piper Yorgunluk Ölçeği (Ek 3).....	29
3.6.3.Vücut Algısı Ölçeği (Ek 4).....	30
3.7. Araştırma Planı ve Takvimi	31
3.8.Verilerin Değerlendirilmesi	31
3.9.Araştırmanın Sınırlılıkları	32
3.10. Etik Kurul Onayı.....	32
4. BULGULAR	33
5. TARTIŞMA	69
5.1.Hematolojik Maligniteli Hastaların Hastalık ve Tedavi Sürecine Ait Bilgilerine Göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ve Vücut Algısı Ölçeği'nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Tartışılması	71
5.2.Hastaların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Piper Yorgunluk Ölçeği ve Vücut Algısı Ölçeği'nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasının Tartışılması	72
5.3.Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ve Vücut Algısı Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılmasının Tartışılması...	73

5.4.Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Piper Yorgunluk Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılmasının Tartışılması.....	73
5.5. Hastaların Hastalık ve Tedavi Sürecine Ait Bilgilerine Göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ve Vücut Algısı Ölçeği'nden Aldıkların Puanların Karşılaştırılmasının Tartışılması	74
5.6.Hastaların Hastalık ve Tedavi Sürecine Ait Bilgilerine Göre Piper Yorgunluk Ölçeği'nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasının Tartışılması	75
5.7. Hastaların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Piper Yorgunluk Ölçeği ve Vücut Algısı Ölçeği'nden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin Tartışılması	76
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	77
7. KAYNAKLAR.....	78
8. EKLER.....	94
Ek 1. Hasta Tanıtım Formu.....	94
Ek 2. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği.....	98
Ek 3. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Çalışma İzni.....	101
Ek 4. Piper Yorgunluk Ölçeği.....	102
Ek 5. Piper Yorgunluk Ölçeği Çalışma İzni	108
Ek 6. Vücut Algısı Ölçeği.....	109
Ek 7. Vücut Algısı Ölçeği Çalışma İzni.....	112
EK 8. Bilgilendirilmiş Onam Formu	113
Ek 9. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıklar Anabilim Dalı İzni	116
Ek 10. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Uygulama İzni	117
Ek 11. Etik Kurul Onayı	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Ek 12. Özgeçmiş	121

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. FAB SINIFLAMASI.....	8
Tablo 2. Rai Evreleme Sistemi	10
Tablo 3. Binet Evreleme Sistemi.....	10
Tablo 4. Ann Arbor Evreleme Sistemi	13
Tablo 5. PLISSIT Modeli	25
Tablo 6. BETTER Modeli	26
Tablo 7. ALARM Modeli.....	27
Tablo 8. ALLOW Modeli	27
Tablo 9. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı.....	34
Tablo 10. Hastaların Hastalık ve Tedavi Sürecine Ait Bilgilerinin Dağılımı	35
Tablo 11. Hastaların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Piper Yorgunluk Ölçeği ve Vücut Algısı Ölçeği’nden Aldıkları Puanların Dağılımı	38
Tablo 12. Hastaların Yaşları ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Piper Yorgunluk Ölçeği ve Vücut Algısı Ölçeği’nden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişki	39
Tablo 13. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ve Vücut Algısı Ölçeği’nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	41
Tablo 14. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Piper Yorgunluk Ölçeği’nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	43
Tablo 15. Hastaların Hastalık ve Tedavi Sürecine Ait Bilgilerine Göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ve Vücut Algısı Ölçeği’nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	46
Tablo 16. Hastaların Hastalık ve Tedavi Sürecine Ait Bilgilerine Göre Piper Yorgunluk Ölçeği’nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	56
Tablo 17. Hastaların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Piper Yorgunluk Ölçeği ve Vücut Algısı Ölçeği’nden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişki	60
Tablo 18. Hastaların Yaşadıkları Sürecin Cinsel Yaşantılarına Etkisinin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanı Üzerine Etkisinin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi ...	61
Tablo 19. Hastaların Aldıkları Kemoterapi Kür Sayısının Vücut Algısı Ölçeği Puanı Üzerine Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi	62
Tablo 20. Hastaların ECOG Performans Ölçeği Puanının Vücut Algısı Ölçeği Puanı Üzerine Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi	63

Tablo 21. Hastaların Tedavi Sürecine Bağlı Vücutta Yaşanılan Değişimlerin Cinsel Yaşama Etkisinin Vücut Algısı Ölçeği Puanı Üzerine Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi.....	64
Tablo 22. Hastaların Piper Yorgunluk Ölçeği'nin Davranış Alt Boyutu Puanlarının Vücut Algısı Ölçeği Puanı Üzerine Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi	65
Tablo 23. Hastaların Piper Yorgunluk Ölçeği'nin Duygulanım Alt Boyutu Puanlarının Vücut Algısı Ölçeği Puanı Üzerine Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi	65
Tablo 24. Hastaların Piper Yorgunluk Ölçeği'nin Duyusal Alt Boyutu Puanlarının Vücut Algısı Ölçeği Puanı Üzerine Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi	66
Tablo 25. Hastaların Piper Yorgunluk Ölçeği'nin Bilişsel Alt Boyutu Puanlarının Vücut Algısı Ölçeği Puanı Üzerine Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi	67
Tablo 26. Hastaların Piper Yorgunluk Ölçeği Puanlarının Vücut Algısı Ölçeği Puanı Üzerine Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi	67
Tablo 27. Vücut Algısı Ölçeği Puanı Üzerindeki Etkinin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi.....	68

KISALTMALAR

ACYÖ: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği

ALL: Akut Lenfoblastik Lösemi

AML: Akut Myeloid Lösemi

BT: Bilgisayarlı Tomografi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ED: Erektile Disfonksiyon

HL: Hodgkin Lenfoma

KLL: Kronik Lenfoblastik Lösemi

KML: Kronik Myeloid Lösemi

MDS: Myelodisplastik Sendrom

MM: Multiple Myelom

NLPHL: Nodüler Lenfosit Predominant Hodgkin Lenfoma

PYÖ: Piper Yorgunluk Ölçeği

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

VAÖ: Vücut Algısı Ölçeği

HEMATOLOJİK MALİGNİTELİ HASTALARDA BEDEN ALGISI, CİNSEL YAŞAM VE YORGUNLUK ARASINDAKİ İLİŞKİ

Yüksek Lisans Tezi

Yaren Tokyürek

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Onkoloji Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı

ÖZET

Bu araştırmada hematolojik maligniteli hastalarda beden algısı, cinsel yaşam ve yorgunluk arasındaki ilişkiyi incelenmiştir. Tanımlayıcı, kesitsel tipi araştırma tasarımına uygun olarak gerçekleştirilmiştir.

Örneklemini, bir üniversite hastanesine ve gündüz tedavi merkezine gelen gelen 176 hasta oluşturmaktadır. Veriler Hasta Tanıtım Formu, Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ), Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) ve Piper Yorgunluk Ölçeği (PYÖ) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde yüzdeler, t testi, Kruskal Wallis Varyans analizi, Mann Whitney-U testi, pearson korelasyon analizi ve cronbach alpha iç tutarlılık testleri kullanılmıştır.

Çalışmamızda en sık görülen hastalık tanısı AML (%26.1) ve Lenfoma (%21,6) dır. Hastaların %40,3'ünde kronik hastalık olduğu ve kronik hastalığı olan hastaların ise %21'inde Diyabet Mellitus, %19,3'ünde ise hipertansiyon tanısı olduğu saptanmıştır. Alınan kemoterapi kür sayısının Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ)'ne etkisi olduğu ortaya çıkmıştır $103,98 \pm 6,437$ ($Z=-2,131$; $p<0,05$). Hastaların %89,2'sinin tedaviye başladıktan sonra cinsel yaşama ilişkin bilgi almadıkları ortaya çıkmıştır Hastaların %7.4 oranındaki kısım cinsel yaşama ilişkin bilgiyi Tv, internet, gazete gibi kaynaklardan edindikleri ortaya çıkmıştır. Hastaların %52.8'i yaşanan sürecin cinsel yaşamlarına etkisi olduğunu ve eşleri ile olan ilişkilerini %64.8 oranında olumsuz etkilediğini ifade etmiştir. Yaşanılan sürecin cinsel yaşantılarına etkisi olan hastaların ACYÖ puanlarının $21,39 \pm 2,584$ oranında daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada hastaların Vücut Algısı

Ölçeği ile Piper Yorgunluk Ölçeği toplam puanları arasında pozitif yönlü zayıf ilişki saptanmıştır ($r=0,359$; $p<0,05$).

Sonuç olarak hematolojik maligniteli hastalarda beden algısı, cinsel yaşam ve yorgunluk arasında ilişki olup bu doğrultuda hemşirelerin uygun girişimler planlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: hematoloji, beden algısı, cinsellik, yorgunluk

Tezin sayfa adedi: 136

Danışman: Doç. Dr. Ezgi KARADAĞ



THE RELATIONSHIP BETWEEN BODY PERCEPTION, SEXUAL LIFE AND FATIGUE IN PATIENTS WITH HEMATOLOGICAL MALIGNANTIES

Master Thesis

Yaren Tokyürek

DOKUZ EYLUL UNIVERSITY INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

Oncology Nursing Master Program

ABSTRACT

In this study, the relationship between body perception, sexual life and fatigue in patients with hematological malignancy was examined. Descriptive, cross-sectional type of research was carried out in accordance with the design.

The sample consists of 176 patients who came to a university hospital and a day treatment center. The data were collected using the Patient Introduction Form, Body Perception Scale (BPS), Arizona Sexual Experiences Scale (ASEX) and Piper Fatigue Scale (PFS). In the analysis of the data, percentage, t-test, Kruskal Wallis analysis of variance, Mann Whitney-U test, pearson correlation analysis and cronbach alpha internal consistency tests were used.

In our study, the most common diagnoses of the disease were AML (26.1%) and Lymphoma (21.6%). It was found that 40.3% of patients had chronic diseases, and 21% of patients with chronic diseases were diagnosed with diabetes mellitus, and 19.3% had hypertension. It was found that the number of chemotherapy courses taken had an effect on the Body Perception Scale (BPS) 103.98 ± 6.437 ($Z=-2.131$; $p<0.05$). It turned out that 89.2% of patients did not receive information about their sexual life after starting treatment, while 7.4% of patients received information about their sexual life from sources such as TV, Internet, newspapers. 52.8% of the patients stated that the process had an impact on their sex lives and negatively affected their relationships with their spouses by 64.8%. It was found that Arizona Sexual Experiences Scale (ASEX) scores of the patients whose sexual life was affected by the process were higher by 21.39 ± 2.584 . In this study, a Dec relationship was found between the total scores of the patients' Body Perception Scale and the Piper Fatigue Scale ($r=0.359$; $p<0.05$).

As a result of body image in patients with hematological diseases, fatigue is a relationship between sexual life and it is suggested that nurses and appropriate interventions to be planned in this direction.

Keywords: hematology, body image, sexuality, fatigue

The number of pages in the thesis: 136

Advisor: Assoc. Prof. Ezgi KARADAĞ



1. GİRİŞ ve AMAC

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kanser, günümüzde ölüme neden olan hastalıklar sıralamasında kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yer alırken sık görülmesi ve yaşam kalitesine olumsuz etkileri sebebiyle de en önemli sağlık sorunlarından biridir (1). Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre, kanser, 172 ülkenin 91'inde 70 yaşından önce ilk veya ikinci ölüm nedenidir (2015). GLOBACAN 2018 verilerine göre dünyada 18.1 milyon yeni hasta kanser tanısı almakta ve kansere bağlı 9.6 milyon ölüm meydana gelmektedir. Her iki cinsiyette de en sık tanı konulan kanserlerde ilk sırada akciğer kanseri, ardından meme, prostat ve kolorektal kanserler gelmektedir (2). Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre, ülkemizde bir günde yaklaşık 450 kişi kanser tanısı almaktadır (3). 2014 yılındaki verilere göre ülkemizde kanser insidansı yüz binde 210.2 olarak bulunurken, hematolojik malignitelerin insidansının kadınlarda yüz binde 12.6 ve erkeklerde yüz binde 18.2 olduğu bildirilmiştir. Erkek ve kadınlarda hematolojik malignitelerde ilk sırada Non-Hodgkin lenfoma yer alırken, lösemiler ise ikinci sırada yer almaktadır (4). Genç erişkinlerde 20-40 yaşları arasında en sık görülen Hodgkin Lenfoma yüz binde 2.3 oranında görülmektedir. Klasik Hodgkin lenfoma (HL) alt tipi (%95) en sık görülürken, Diffüz Büyük B hücreli lenfoma (%68), daha az sıklıkta ise nodüler lenfosit predominant Hodgkin lenfoma (NLPHL) alt tipi görülür (%5) (5). Multiple Miyelom, tüm kanserlerin % 1'ini oluşturmaktadır. Lenfoma ve lösemiden sonra en sık görülen (%10) hematolojik malignitedir. Multiple Miyelom tanısı alan hastalar genellikle 65-70 yaş aralığındadır (6). Miyelodisplastik sendrom ise sıklıkla 65 yaş ve üzerindeki bireylere tanı konulan ve yüz binde 4.3 oranında görülen bir hastalıktır (6).

Hematolojik maligniteler toplumda giderek artmaktadır. Hastaların çoğunluğu kemoterapi veya immunoterapi ile tedavi edilmektedir. Kemoterapinin yan etkisi olarak hastalarda bulantı-kusma, alopesi, yorgunluk ve ağrı sıklıkla görülmektedir. Bu yan etkiler hastaları fiziksel, sosyal ve duygusal yönden olumsuz etkilemektedir (8,9). Kanser nedeniyle kadınlarda cinsel istekte azalma, cinsel performansta azalma, cinsel ilişkiden etkilenen beden imajı, sıklıkla probleme yol açmaktadır (10).

Vücut algısı, bebeklikte gelişmeye başlayan, ergenlik dönemin de daha çok önem kazanan, yaşam boyu gelişip ve değişebilen bireyin kendi bedenini subjektif algılamasını içeren bir kavramdır (11). Hormonal, fonksiyonel, yapısal ve görünüş yönünden bazı farklılıklar olması bireylerde vücut algısı değişmesine neden olabilir. Beden imajı algısında bozulma, saç dökülmesi, kadın cinsel organlarının çıkarılması ve ölüm kaygısı gibi kanserin sonuçları da cinselliği etkileyebilmektedir (12). Türk ve ark. (2018) çalışmasında mastektominin vücut algısı ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz bir etkisi olduğu bildirilmiştir (13). Pehlivan ve ark. (2019) çalışmasında akut lösemi hastalarında kemoterapi sonucu alopesinin yaşam kalitesinde ve benlik saygısında azalmaya neden olduğu belirlenmiştir (14). Bir aile terapisti olan Virginia Satir (1975) bireyin beden imajı ve benlik saygısı ile cinsel kimliği arasında güçlü bir bağ olduğunu ifade eder. Satir'e göre, her birey cinsel bir eş olarak kendini çekici hissetme gereksinimi duyar. Erkek ya da kadının cinsel benlik imajı, fiziksel olarak kendini çekici hissetme, eşin şefkat, sıcaklık, yumuşaklık gibi duygusal gereksinimlerini doyurabilme ve sevmeye becerilerinin bir bütününden oluşur (15-17).

Cinsellik sadece cinsel faaliyetle ilgili değil aynı zamanda düşünceleri, duyguları, eylemleri etkilemekle de ilgilidir (18). Yaşamın ayrılmaz bir parçası olan cinsellik, birçok birey için yaşam kalitesinin önemli bir yönüdür (19).

Kanser hastalarının cinsel yaşamı; yaşa bağlı vücutta gelişen cinsel fonksiyonlardaki değişikliklere (kadınlarda menopozal değişiklikler, erkeklerde erektil disfonksiyonlar), tedavinin yan etkisi olarak ortaya çıkan beden imajındaki değişikliklere, yorgunluğa, tanıdan önce partneri ile olan iletişim sorunlarına ve yorgunluğa bağlı olarak etkilenebilmektedir (20). Kansere bağlı cinsel sorunlar genellikle kanser tedavisinden kaynaklanan fizyolojik hasarla başlasa da, hastanın başa çıkma becerileri ve cinsel ilişki kalitesi cinsel rehabilitasyonda çok önemlidir (21). Cinsellik, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) göre bireyin bedensel, psikolojik, entelektüel ve sosyal açıdan bir bütün olarak ele alınması ile kişilik, iletişim ve sevginin olumlu yönde zenginleşmesi ve güçlenmesi olarak ifade edilmiştir. Acquati ve ark. (2017) yapmış oldukları çalışmada lösemi tanısı alan hastaların %43'ünün kemoterapiye bağlı cinsel yaşamlarında sorun yaşadıklarını rapor etmişlerdir (22).

Cinsel disfonksiyon herhangi bir cinsel rahatsızlığı içeren geniş bir terimdir. Kadın kanser hastalarında fonksiyon bozukluğu ve azalmış libido, orgazma ulaşmada

zorluk, disparoni, vajinal kuruluk ve vajinismus ortaya çıkmaktadır. Aynı zamanda cinsel sıkıntı bireylerde stres ve kaygıya neden olabilir (23). Erkeklerde ise, kemoterapinin yan etkisi olan yorgunluk, ağrı, anksiyeteye ek olarak erektil disfonksiyon (ED) ortaya çıkmaktadır. ED, bir ereksiyonun sağlanamaması, sürdülememesidir. Kanseri tanısı ile birlikte depresif duygular cinselliği etkileyerek çeşitli belirti ve bulgulara neden olup, ED meydana getirebilmektedir. Kemoterapi, hormon tedavisi, ameliyat ve radyoterapi tedavileri cinsel yan etkilere neden olabilir (24). Multiple myelom tanılı erkek hastalarda melphalan ve siklofosfamid tedavisi cinsel istekte azalma, erektil disfonksiyona neden olabilmektedir. (25-27).

Meme kanseri tanılı hastalarda uygulanan hormon tedavisinin vajinal kuruluğa neden olduğu bilinmektedir. Ayrıca, hastaların negatif beden imajının olmasının, cinsel yaşamlarından memnuniyet duyma düzeylerinde düşüklüğün önemli bir nedenidir. Kemoterapi ve hormon tedavileri gibi yaygın meme kanseri tedavileri fertilitiyi olumsuz yönde etkileyebilir. Kemoterapi, geçici veya kalıcı over yetmezliği ve amenore yoluyla doğrudan infertilite riskine de neden olmaktadır (28). Diğer taraftan, hormon tedavisinde kullanılan tamoksifen, dolaylı olarak fetotoksiste nedeniyle gebe kalamama, dolayısı ile de kadınları bu uzun süreli tedavi sırasında hamilelikten kaçınmaya zorlamaya neden olduğu düşünülmektedir (29).

Ljungman ve ark. (2018) çalışmasında meme kanseri tanısı almış genç kadınlarda hormon tedavisinin vajinal rahatsızlık ve vajinal kuruluk gibi biyolojik/fiziksel etkilere neden olduğu gibi negatif beden algısı, çekici hissetmeme gibi psiko-sosyal yönden de olumsuz etkilediği vurgulanmıştır (29).

Yorgunluğun, kanser hastalarının %40-100'ünde kanser tanı ve tedavi sürecine bağlı olarak ortaya çıktığı bildirilmektedir. Yorgunluk hastalarda en sık görülen yan etkilerden birisidir (30). Kansere bağlı yorgunluk hem subjektif hem de objektif boyutlu bir durumdur. Bireyler yorgunluğu halsizlik bitkinlik, konsantrasyon bozukluğu, kısa süreli hafıza kaybı, kuvvetsizlik ve uyku kalitesinde azalma gibi farklı şekilde ifade etmektedir (31). Kansere bağlı yorgunluk, hastanın günlük yaşam aktiviteleri, öz bakım aktiviteleri ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkilere yol açan önemli bir semptomdur (32). Yorgunluğun meydana gelmesiyle bireylerde; fiziksel yakınmalarda artış, performans gücünde azalma, enerji eksikliği, sevilen

aktivitelere karşı ilginin azalması, depresyon ve cinsel istekte azalma meydana gelmektedir (33).

Kalmanti ve ark. (2014) çalışmasında kronik myeloid lösemi hastalarında uygulanan imanitib tedavisinin hastalarda % 22'sinde yorgunluğa ve %14 'ünün cilt sorunlarına neden olduğu ortaya çıkmıştır (34). Kronik myeloid lösemi hastalarında kullanılan Nilotinib ile en sık görülen toksisiteler baş ağrısı (% 36), bulantı (% 31), döküntü (% 30), yorgunluk (% 11) ve alopesidir (% 7) (35). Suzuki ve ark. (2018) çalışmasında bortezomib, lenalidomid ve talidomid tedavisi alan multiple myelom hastalarında en sık görülen semptomun yorgunluk olduğu ortaya çıkmıştır (36). Lenfoma ve multiple myelom tanılı 250 hastanın bulunduğu bir başka çalışmada hastaların şiddetli yorgunluk yaşadıkları ifade edilmiştir (37). Miyelodisplastik sendromlu 280 hasta ile yapılan çalışmada ise hastalarda en yaygın görülen üç semptom yorgunluk (% 92), dispne (% 63) ve ağrı (% 55) çıkmıştır (38).

Charalambous ve ark. (2016) çalışmasında ise prostat kanseri hastalarında gözlenen kansere bağlı yorgunluğun hastaların cinsel fonksiyonlarını, bağırsak ve idrar fonksiyonlarından daha fazla etkilediğini ortaya koymuşlardır (32). Maliski ve ark. (2008) prostat kanserli hastalarda yapmış olduğu çalışmada yorgunluk ve cinsel işlev bozukluğu arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (39). Olsson ve ark. (2016) çalışmasında kemoterapi veya immunoterapi ile tedavi edilen akut lenfoblastik lösemi, kronik lenfoblastik lösemi ve diffüz B hücreli lenfoma tanılı erkek hastaların 1 ay sonra cinsel istekte ve cinsel yetenekte azalma ve yorgunluk yaşadıkları bildirilmiştir (9).

Wettergen L. ve ark. (2016) çalışmasında ise kanserle ilgili cinsel sorunların 25 ile 39 yaşları arasında tanı almış olan adölesan ve genç yetişkinlerin yorgunluğa bağlı cinsel faaliyetlerde bulunacak enerjiyi kendilerinde bulamadıklarını bu yüzden cinsel açıdan olumsuz etkilendiklerini belirtmişlerdir (40).

Hastaları fiziksel, sosyo-kültürel, psikolojik ve spiritüel özellikleri ile bir bütün olarak değerlendiren hemşirelik mesleğinde, hastalara holistik bir sağlık bakım hizmeti sunulması hemşirelik bakımının temelidir. Fakat cinsellik, Türkiye'de sosyokültürel ve dini faktörler nedeniyle tabu olarak algılanmaktadır. Bu sebeple hastalara bütüncül yaklaşamamaktadır. Onkoloji hastalarının cinsellik açısından değerlendirilmesi, hastaların cinsel yaşamlarına yönelik tedirgin olduğu konuların

saptanması ve cinsel danışmanlık hizmeti verilmesi, önemli bakım kriteri olmasına rağmen rutinde uygulanmamaktadır (17). Cinsellikle ilgili konuşmak rahatsızlık ve utanma hissi yaratması, hasta ile cinsel konularla ilgili iletişimi başlatmada en önemli engellerden birisidir (41). Pınar (2010)'ın çalışmasında hemşirelerin kanser tedavisine odaklanması, zaman yetersizliği, cinsellikle ilgili bilgi eksikliğinden dolayı danışmanlık veremediklerini saptamıştır (42). Fakat hemşirelerin hastalık ve tedavi sürecine bağlı meydana gelen cinsel sorunları tanılama ve bakım verdikleri bireylerin cinsel işlevlerine yönelik sorunlarını tartışmaya izin verme, önerilerde bulunma sorumluluğu vardır. Hordern ve ark. (2007) yaptıkları çalışmada ise, kanser hastalarının değişen cinsel yaşamlarına uyum sağlayabilmek için bilgi ve destek alma ihtiyaçları olduğunu vurgulamıştır (43). Bu nedenle hemşireler arasında farkındalığın artırılması, cinselliğin kanser tedavisinde dikkat edilmesi gereken önemli bir alan olması sağlanmalıdır (44). Fakat Türkiye'de hematolojik maligniteli hastalarda beden imajı algısı, cinsel yaşam ve yorgunluk arasındaki ilişkiyi irdeleyen çalışmalar bulunmamakta, yurtdışında ise sınırlı sayıda olduğu görülmektedir.

Yapılan çalışmalar genellikle meme, prostat, serviks kanseri tanılı hastalarda yapılmıştır. Bu nedenle bu çalışma, literatüre bu konuda yeni veri sağlayacaktır. Bu çalışma hematolojik maligniteli hastalarda beden imajı algısı, cinsel yaşam ve yorgunluk arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile planlanmıştır. Aynı zamanda Türkiye'deki onkoloji hemşirelerinin hematolojik maligniteli hastalarda görülen beden imajı algılarında bozulma, cinsel yaşamlarındaki değişiklik ve yorgunluğa yönelik bakımlarını ve cinsellik ile ilgili farkındalıklarını arttırmaya katkı sağlayacaktır.

1.2.Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, hematolojik maligniteli hastalarda beden imajı algısı, cinsel yaşam ve yorgunluk arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

1.3.Araştırmanın Soruları

- 1) Hematolojik maligniteli hastalarda beden imajı algısı ne düzeydedir?
- 2) Hematolojik maligniteli hastaların cinsel yaşam durumları nasıldır?
- 3) Hematolojik maligniteli hastalarda yorgunluk ne düzeydedir?

- 4) Hematolojik maligniteli hastalarda cinsel yaşam ile yorgunluk arasında ilişki var mıdır?
- 5) Hematolojik maligniteli hastalarda cinsel yaşam ile beden imajı algısı arasında ilişki var mıdır?
- 6) Hematolojik maligniteli hastalarda beden imajı algısı, cinsel yaşam ve yorgunluk arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser

Hücrelerin kontrolsüz büyümesi ve yayılması ile karakterize olan kanser tüm dünyada önemli bir sağlık sorunu olmaktadır (45). Global Cancer Incidence, Mortality and Prevalence (GLOBACAN) 2020 verilerin göre Dünya’da 19,2 milyon yeni kanser vakası geliştiği ve 9,9 milyon insanın kanser vakasından öldüğü rapor edilmiştir. Erkeklerde akciğer, kolorektal, prostat, mide kanser vakaları görülürken, kadınlarda meme, akciğer, kolorektal, servikal ve tiroid en sık görülen kanser türleridir (46). TÜİK 2016 verilerine göre ülkemizde kanser vakaları erkeklerde daha fazla görülmektedir. Türkiye kanser insidansı, dünya kanser insidansından yüksek seyrederken, Amerika, Orta ve Doğu Avrupa gibi gelişmişlik ve refah düzeyi yüksek ülkelere göre hem kadın hem de erkeklerde daha düşük hızda görülmektedir (47).

2.1.1.Hematolojik Malignite

Hematolojik maligniteler, kemik iliğinde, timusta veya periferik lenfoidde tek bir hücrenin veya birden çok hücrenin klonal çoğalması sonucu meydana gelir (48). Hematolojik maligniteler çeşitli insidans, prognoz ve etiyolojiye sahip heterojen bir hastalık grubudur (49).

Hematolojik maligniteler diğer malignitelerde olduğu gibi sistemik belirtilere, organ infiltrasyonları ve fonksiyon bozukluklarına, kan hücrelerinde nitelik ve nicelik değişikliklerine sebep olarak, immün sistemde bozulma, kanama eğilimi, tromboz ve metabolik bozukluklar oluşturarak çeşitli klinik bulgularla kendilerini göstermektedirler (50).

Hematolojik maligniteler göreceli olarak yaygın, tüm yaş gruplarını etkileyebilen, çeşitli hematopoetik hücre serilerinden köken alan, biyolojik, morfolojik ve klinik heterojenite gösteren hastalıklar grubudur. Son yıllarda tanısal yöntemler ve tedavi alanında gelişmelere rağmen, halen yüksek düzeyde morbidite ve mortalite oranına sahiptirler. Blastların morfolojik, immüfenotipik, sitogenetik, biyokimyasal ve moleküler genetik özelliklerine dayanarak çeşitli sınıflamalar yapılmış olup son yıllarda bunların kombinasyonları (MIC sınıflaması) ile lösemilerin alt grupları belirlenmektedir (51).

1976 yılında Fransız, Amerikan ve İngiliz (French,American,British) bir grup tarafından hematolojik malignite sınıflaması olarak FAB oluşturulmuştur. FAB sınıflamasında hematolojik maligniteler morfolojik ve sitokimyasal boyanma özelliklerine göre gruplanmıştır (52). Fakat Akut Lösemi’de, sitogenetiğin ve hücre yüzey antijenlerinin önem arz etmesinden dolayı ve FAB sınıflamasının yeterli olmadığına gözlenmesi ile Akut Lösemi İmmunolojik Sınıflaması (MIC) oluşturulmuştur (53). Hematolojik malignitelerde sitogenetik ve moleküler genetik anomalilerin ciddi prognozlara neden olması nedeniyle yeni bir sınıflandırma ihtiyacı meydana gelmiştir. World Health Organization (WHO) sınıflamasında; morfoloji, immüfenotipleme, sitogenetik ve moleküler biyolojik özellikler esas alınmış,akut lösemiler de dahil olmak üzere hematopetik ve lenfoid neoplazmaları içeren yeni bir sınıflama yapılmıştır (54).

2.1.2.Akut Lenfoblastik Lösemi

Normal hematopoetik öncü hücreler, karmaşık ve sıkıca denetlenen süreçler sonucunda olgun kan hücrelerini oluşturan poliklonal hücrelerdir. Akut lösemi ise normal denetimden kaçan ve bu nedenle farklılaşamayan klonal öncü hücrelerin kemik iliğinde, kanda ve diğer dokularda çoğaldığı malignitelerdir (55).

ALL gelişme riski, 5 yaşından küçük çocuklarda en yüksektir. Risk daha sonra 20’li yaşların ortasına kadar yavaş yavaş azalır ve 50 yaşından sonra yavaş yavaş tekrar

yükselmeye başlar. Genel olarak, her 10 ALL vakasından yaklaşık 4'ü yetişkinlerdedir (56).

Erişkin yaş grubunda insidansı 1-2/100.000 arasında değişmektedir. Erkek kadın oranı 1,4/1'dir (57).Akut lenfonlastik lösemilerin tanısında kemik iliğindeki blastik hücreler %20'nin üzerinde saptanmaktadır.Blastların sınıflandırması FAB'a göre 3 gruba ayrılmaktadır.Ancak bu sınıflandırma, prognostik olarak önem taşımamaktadır . Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ-2016) sınıflamasında ise ALL, Akut Lenfoblastik Lenfoma ile birlikte ele alınmış ayrıca kaynak aldığı hücreler immunofenotip, sitogenetik başta olmak üzere yaş,genetik ve lökosit sayısı gibi parametrelere göre tedavi belirlenmektedir. ALL tedavisi prefaz, indüksiyon, konsolidasyon, santral sinir sistemi profilaksisi ve idame tedaviyi içermektedir (57).

Tablo 1. FAB SINIFLAMASI

L1:küçük,nükleoller belirsiz;sitoplazmaları az blastlar
L2:büyük-küçük,nükleoller belirgin,sitoplazmaları daha fazla olan blastlar
L3:büyük-küçük,bazofilisi derin,belirgin vakuoller içeren sitoplazmaları olan blastlar

2.1.3.Akut Myeloid Lösemi

Akut myeloid lösemi farklılaşma özellikleri bozulmuş myeloid öncü hücrelerin normal hücrelere göre kontrolsüz çoğalması ile karakterize klonal proliferasyonu sonucu ortaya çıkan ve kemik iliğini tutan malign hastalık grubudur (58). Amerikan Kanser Derneği verilerine göre AML, erişkin yaş grubunda en sık rastlanan lösemi türüdür.Yine de, AML tüm kanserlerin %1'ini oluşturup diğer hematolojik malignitelere göre oldukça nadirdir. 2020' de yaklaşık 19.940 yeni akut myeloid lösemi tanısı ve hastalığa bağlı 11.180 ölüm gerçekleşeceği tahmin edilmektedir (59). Yıllar boyunca etiyoloji, morfoloji, immünofenotip ve genetiğe dayalı olarak AML için birkaç farklı sınıflandırma sistemi olmuştur. 1970'lerde AML, FAB sınıflandırma sisteminde morfoloji ve immün-fenotip / sitokimyasal kriterler esas

alınarak sekiz ana AML alt tipine (FAB M0-M7) ayrılmıştır.(Tablo 1) (60). AML' nin Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sınıflandırması,

FAB(Fransız-Amerikan-İngilizlerin) sınıflandırma sisteminin yerini alarak, günümüzde AML sınıflandırması için temel bir yöntem haline gelmiştir (61) .

Akut miyeloid lösemi hastalarında remisyon indüksiyonu birinci basamak tedavi yöntemidir. Remisyon tedavisinde amaç blastik hücre infiltrasyonunu ortadan kaldırmak, normal hematopoezin gerçekleşmesini sağlamaktır. AML vakalarında sıklıkla solukluk, halsizlik, güçsüzlük, çarpıntı, anemi ve trombositopeni belirtileri görülmektedir. Bronkopulmoner, gastrointestinal, genitoüriner ve santral sinir sistemine ilişkin problemler de nadir olmakla birlikte hastalığın erken belirtilerinden olabilmektedir.

2.1.4.Kronik Lenfoblastik Lösemi

Kronik lenfoblastik lösemiler olgun görünümlü neoplastik B hücrelerinin kan, kemik iliği ve lenfoid gibi dokularda artışı ile karakterize edilen malignitelerdir (62). KLL, batı ülkelerinde en yaygın görülen malignite türüdür. Son yıllarda yapılan istatistiklere göre batı yarım kürede 4.1/100 000 oranında tanı koyulmaktadır (63). KLL sıklıkla ileri yaştaki bireyleri etkilemektedir. Yaş ilerledikçe görülme sıklığı hızla artmaktadır. Ortalama yaşı yaklaşık 70 olan yaşlı erişkinlere tanı konulmaktadır (64). Tanıyı daha genç bireylerde (örneğin 30 ila 39 yaş arası) görmek de alışılmadık bir durum değildir (65).

KLL'nin erken semptomları ve belirtileri arasında yorgunluk, azalmış egzersiz toleransı, genişlemiş lenf düğümleri ve splenomegali bulunur. Ateş, kilo kaybı ve kemik iliği fonksiyonunda bozulma, anemi, kanama ve enfeksiyona yatkınlık, şiddetli veya ilerlemiş hastalığın karakteristik özellikleridir (66).

Kronik lenfoblastik lösemi hastalarının tanısında hemogram, periferik yayma ve periferik kanın akım sitometrik incelemesi gereklidir. Diğer lösemilerden farklı olarak, KLL ile açıklanamayan sitopeniler olmadıkça kemik iliği incelemesi gerekli görülmemektedir (67). Hastalığın prognozunu belirlemede Rai ve Binet evreleme sistemi fizik muayene ve tam kan sayımı ile birlikte güvenilir yöntemlerdir (68).

Tablo 2. Rai Evreleme Sistemi

Rai evre	Klinik Özellikler	Sağkalım (ay)
0	Lenfositoz (kan veya kemik iliği)	120 aydan fazla
I	Lenfositoz + Lenfadenomegali	95 aydan fazla
II	Lenfositoz + splenomegali veya hepatomegali	75 aydan fazla
III	Lenfositoz + Anemi	30 aydan fazla
IV	Lenfositoz + Trombositopeni	30 aydan fazla

*Rai Evreleri : Evre 0:Düşük risk, Evre I-II: Orta risk, Evre III-IV: Yüksek risk

Kaynak: Rai KR, Sawitsky A, Cronkite EP ve ark. Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia .Blood 1975;46:219-234.

Tablo 3. Binet Evreleme Sistemi

Binet evre	Kan sayımları	Tutulu alan sayısı*	Sağkalım(yıl)
A	Hb > 10g/dL, Plt > 100 x 10 ⁹ /L	<3	>10
B	Hb > 10g/dL, Plt > 100 x 10 ⁹ /L	≥3	5
C	Hb < 10g/dL, veya Plt < 100 x 10 ⁹ /L	önemsiz	2

*Servikal, aksiller, inguinal bölge, dalak, karaciğer: Her biri ayrı birer lenfoid alan olarak sayılır.

Kaynak: Binet JL, Auguier A, Dighiero G ve ark. A new prognostic classification of chronic lymphocytic leukemia derived from a multivariate survival analysis. Cancer 1981:198-206

2.1.5.Kronik Miyeloid Lösemi

Kronik miyeloid lösemi (KML) anormal hematopoietik kök hücreden kaynaklanan klonal miyeloproliferatif bozuklukla karakterize bir hastalıktır (69). Miyeloid, monositik, eritroid, megakaryositik, B ve T lenfositlerini etkilemektedir. KML vakalarında sitogenetik anormallik olan Philadelphia (Ph)kromozomu %90'dan fazlasında analiz ile tespit edilmektedir (70).

American Cancer Society 2020 verilerine göre tüm yeni lösemi vakalarının yaklaşık % 15'i kronik miyeloid lösemidir. KML teşhisinde ortalama yaş 64'tür. Vakaların neredeyse yarısı 65 yaş ve üstü kişilerde teşhis edilmektedir. Bu tip lösemi esas olarak yetişkinleri etkiler ve çocuklarda nadiren görülmektedir. KML vakalarında yüksek radyasyona maruz kalmak, erkek olmak ve ileri yaş risk faktörleridir. Aile öyküsü,sigara,diyet veya diğer kimyasallar ile bilinen bir ilişkisi yoktur (63). KML nadiren asemptomatiktir. Hastalarda sıklıkla yorgunluk, kilo kaybı, ateş, karın ve kemik ağrısı, kolay morarma/kanama ve splenomegali semptomları görülmektedir (71).

2.1.6. Hodgkin Lenfoma

Hodgkin Lenfoma, lenfoid dokularda meydana gelen malignitedir. 1832 yılında Thomas Hodgkin tarafından bulunmuştur (72). Hastalıkta görülen malign hücre Reed Sternberg (RS) hücresiyle karakterizedir (73). Hodgkin lenfoma ve Nodüler Lenfosit Baskın Lenfoma olarak iki farklı ana sınıflandırması ve pek çok alt tipleri bulunmaktadır (73,74). Nodüler Lenfosit Baskın Lenfoma hastalığının %5 'ni oluşturup, genellikle erkeklerde boyunda nodül olarak belirti vermektedir.2020 verilerine göre görülme sıklığı ve ölüm oranı erkeklerde daha yüksektir. Hodgkin Lenfoma genellikle 15-20 yaş arasındaki gençlerde görülme oranı daha fazladır (63). Hastalarda üç belirgin semptom görülmektedir. Bunlar B semptomları ya da sistemik semptom olarak tanımlanır. 38 derece ve üzerinde ateş, diyet olmadan vücut ağırlığının %10'undan fazlasını kaybetmek ve gece terlemesi başlıca belirtilerdir.Hodgkin lenfoma tanısı lenf nodundan alınan biyopsi ile konulmaktadır (75).

2.1.7. Non-Hodgkin Lenfoma

Non-Hodgkin lenfomalar lenf nodundan ya da bademcikler,dalak ve Waldeyer halkasından primer köken alabilmektedir.Beyin,kemik,akciğer gibi organlarda ekstra nodal olarak olarak tanımlanmaktadır (76). 2020 verilerine göre ABD’de NHL tüm kanserlerin %4’ünü oluşturmaktadır. Yaklaşık olarak 77 bin kişiye NHL tanısı koyulacağı öngörülmektedir. Bu teşhis sayısına yetişkinler ve çocuklar dahil edilmektedir. Yaşlanmak, genel olarak lenfoma için önemli bir risk faktörüdür ve çoğu vaka 60’lı yaşlarda veya daha büyük insanlarda görülür. Ancak bazı lenfoma türleri genç insanlarda daha yaygındır (77). Organ transplantasyonu, Epstein-Barr virüsü (EBV), "mono" olarak da bilinen mononükleoza neden olan virüstür ve bazı NHL türleri ile ilişkilidir. HIV/AIDS gibi bağışıklık sistemi bozuklukları, özellikle agresif B hücreli lenfomalar olmak üzere NHL riskini arttırmaktadır (78). Yavaş seyirli (indolent) lenfomalar genellikle yavaş ilerleyen,sistemik semptomlar olmaksızın ortaya çıkar. Hızlı ilerleyen (agresif) lenfomalar ise hızla büyüyen lenf düğümleri ile ortaya çıkar ve sıklıkla B semptomu olarak gruplandırılan 38.5° ateş, gece terlemeleri ve son 6 ayda %10 kilo kaybı ve ektranodal tutulum görülmektedir. NHL hastalarında Ann Arbor Evreleme Sistemi kullanılmaktadır. (Tablo 4) B semptomlarının varlığı yada yokluğu, kemik iliği biyopsi bulguları, boyun,göğüs,karın ve pelvisin bilgisayarlı tomografisinin (BT) sonuçlarına dayanmaktadır (79).

Tablo 4. Ann Arbor Evreleme Sistemi

Evre I	Tek bir lenf nodu bölgesi tutulumu veya tek bir ektranodal organ tutulumu
Evre II	Diyaframın aynı tarafında 2 yada daha fazla lenf nodu bölgesi tutulumu, ektranodal organ ve bir yada daha fazla lenf nodu bölgesi tutulumu.
Evre III	Diyaframın her iki tarafında lenfnodu bölgesi tutulumu ve bunlara eşlik

	edebilen ektranodal organ ya da dalak ya da her ikisinin tutulumu
Evre IV	Eşlik eden lenf düğümü tutulumu olsun ya da olmasın bir ya da daha fazla ekstralenfatik organın yaygın tutulumu

A:Semptom yok B:Semptom var(38.5 ateş, gece terlemeleri, son 6 ay içerisinde
vücut ağırlığının %10'undan fazlasının kaybı)

Kaynak: Ninkovic S, Lambert J. Non-Hodgkin lymphoma. Medicine. 2017

2.1.8. Multiple Myelom

Multipl miyelom (MM), hematolojik malign bozuklukların yaklaşık% 10'unu oluşturan bir klonal plazma hücreli malign neoplazmdır (80). Kemik iliğinde biriken plazma hücrelerinin sayısı, kemik yıkımına ve ilik yetmezliğine yol açar ve anormal immunoglobulin (Ig) üretimi ile sonuçlanan hastalıktır.Yaş ilerledikçe sıklığı artmakta ve genellikle 50 yaş üzerinde görüldüğü bildirilmiştir. (81,82).

Multiple Myelom hastalığının etyolojisi tam olarak bilinmemektedir. İnsanlar yaşlandıkça multipl miyelom gelişme riski arttığı bilinmektedir. ABD'de 2020 senesinde 32.270 yeni vaka teşhis edileceği tahmin edilmektedir. Vakaların% 1'inden daha azı 35 yaşın altındaki kişilerde teşhis edilmektedir. Bu kanser teşhisi konan çoğu kişi en az 65 yaşındadır. Erkeklerde görülme oranı kadınlara göre daha yüksektir (63). MM hücreleri kemik iliğinde hücre dışı alanda matrikse proteinlerine bağlanır. Bu bağlanma MM hücrelerinin sağ kalımını ve ilaç direncini destekler. MM hücreleri ayrıca kan sistemi dışında mikroçevrenin hücresel kısmında destek hücrelerinden salınan sitokinler osteoklast aktivasyonu ve osteoblast inhibisyonuna yol açarak MM kemik hasarının gelişmesine yol açar. Destek hücresi ve MM hücresi ilişkisi ile salınan sitokinler yeni damar oluşumu ile MM hücrelerinin damar yolu ile yayılmasına yol açar. Artmış mikrovasküler yoğunluk progresyon ve kötüleşen prognozla ilişkilidir. MM hücreleri ayrıca doğal öldürücü hücre ve T lenfosit işlevini baskılar (83).

Multipl miyelomun en yaygın görülen semptomları yorgunluk ve kemik ağrısıdır (84).Kemik ağrısı, genellikle bel ve pelviste kalıcı ağrı veya geçici kemik ağrısı olarak görülmektedir. Ağrı, patolojik bir kırıkla ilişkili olduğunda başlangıçta ani olabilir ve genellikle hareketle hızlanmaktadır. Anemi, tanı anında hastaların % 70'inde görülür ve yorgunluğun birincil nedenidir. Hastaların dörtte birinde hiperkalsemi bulunur. Hiperkalsemiye bağlı hastalarda bulantı, anokresiya, polidipsi görülür (84,85).

Aynı zamanda hastaların serum kreatinin değeri 1.5 mg/dL görülmektedir (86).Kemik iliği baskılanmasına bağlı trombositopeni, pıhtılaşma faktörleri ve von Willebrand faktörüne karşı otoantikor, paraproteinlerin trombosit yüzeyini kaplaması, damar duvarına amiloid birikmesi, üremi, hiperviskozite sendromu kanamaya eğilime neden olmaktadır.(87).

2.1.9.Myelodisplastik Sendrom

Myelodisplastik sendromlar klonal kök hücredir ağırlıklı olarak yaşlı insanlarda ortaya çıkan bozukluklardır (88). Kan hücreleri sayısındaki azalmalar sitopeni olarak adlandırılmaktadır. MDS'de sitopeniye yol açan etkisiz hematopoez ve hastaların üçte birinde akut miyeloid lösemiye ilerleme ile karakterizedir (88,89)

Amerikan Kanseri Birliği 2020 verilerine göre ABD'de miyelodisplastik sendromlar (MDS) teşhisi konan kişilerin sayısı kesin olarak bilinmemektedir. Bazı tahminlere göre bu sayı yaklaşık 10.000 olarak verilirken, diğer tahminler çok daha yüksek olduğunu söylemektedir. MDS, 50 yaşından önce nadirdir ve kişi yaşlandıkça risk artar. En sık 70'li yaşlarındaki insanlarda teşhis edilir (63).

MDS şüphesi olan hastaların ilk değerlendirmesi periferik kanlarının dikkatli bir şekilde değerlendirilmesini gerektirir. Periferik kan yaymaları ve kan sayımları, kemik iliği morfolojisi, anormal kan sayımlarının süresi, sitopenilerinin diğer olası nedenleri ve eşlik eden hastalıklar dikkate alınmaktadır (90).

MDS' de bir veya daha fazla kan hücresi türünün eksikliği birçok semptom gelişmesine neden olmaktadır. Hastalarda anemiye bağlı , yorgunluk, baş dönmesi veya güçsüzlük, nefes darlığı ve soluk cilde yol açabilmektedir. Ayrıca

trombositopeni kolay morarma ve kanamaya yol açabilir. Bazı kişilerde sık veya şiddetli burun kanaması veya diş etlerinde kanamaya sebep olmaktadır.

2.2.Beden Algısı

Beden algısı, bireyin kendi bedeninin bölümlerine ve onların işlevlerine karşı olumlu ve olumsuz duygularının kendisi tarafından değerlendirilmesi olarak tanımlanmaktadır (91).Beden algısı, kişinin fiziksel görünümünün doğrudan kişisel algısını ve kendini değerlendirmesini yansıtır; bu sayede kişinin bedeniyle ilgili olumsuz düşünceler ve duygular, beden algısında bir rahatsızlık yaratır ve kişinin kendisiyle ilgili memnuniyetsizliğine yol açar (92).

Bireyin benlik saygısı başta olmak üzere yeme davranışlarını,cinsel davranışlarını, sosyal ilişkilerini, sosyal kaygı düzeylerini ve duygusal durumlarında önemli bir etkiye sahiptir (93).Çeşitli hastalıklar ve tedavileri, cerrahi girişimler,kemoterapi veya radyoterapi vücutta yanetkilere neden olmaktadır. Özellikle yüksek doz kemoterapi ve radyoterapi tedavisinde hastalarda genellikle saç dökülmesi, organlarda şekil değişimi, vücut ağırlığında değişiklikler, hormon bozukluğu ve fiziksel hareketlerde sınırlanmayı içerir (94,95). Bu olumsuz etkiler lösemi hastalarının beden algısında rahatsızlığa yol açabilmektedir.

Beden algısı fiziksel işlev, psikososyal işlev, tedaviyle ilişkili faktörler ve kişisel faktörlerden etkilenebilmektedir (96).Zucchetti ve ark.(2017) yetişkin hematolojik maligniteli hastaların psikososyal uyum ve beden imajları üzerine yaptıkları çalışmada kadın lösemi hastalarının daha fazla psikolojik rahatsızlık, beden imajlarında daha büyük değişiklikler yaşadıklarını bildirmişlerdir (97). Yaş, cinsiyet, kültür, aile ilişkileri, kişilerarası ilişki, inanış ve değerler, roller, çevre ve kullanılan başetme becerileri beden imajı algısını etkileyen önemli faktörlerdendir (98).

Beden imajında tedaviye bağlı gerçekleşen değişiklikler hastaların psikolojik durumunu etkileyebileceği ve beden algısını bozabileceği gibi (99) ve ayrıca bu durum rehabilitasyon dönemine uyumu, fiziksel aktivitelere katılımı ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyip fonksiyonel ve sosyal uyum sorunlarına da neden olabilmektedir (100).Kanser veya kanser tedavilerinin hastalarda etkisi organ kaybı, yara izi, fiziksel

aktivitelerin azalması, saç dökülmesi vb. içerebilir. Bu değişikliklerin her biri, vücut imajını tehdiye maruz bırakacaktır. Hatta bazı durumlarda yorgunluk, uykusuzluk ve solunum bozuklukları gibi ciddi hastalıklar da ortaya çıkabilir. Bedende görülen bu değişiklikler hem hastalar hem de aileleri için stres, endişe ve üzüntüye neden olmaktadır (101).

Beden imajında bozukluğun düşük özgüven, cinsel işlev, zayıf sosyal ilişkiler ve depresyon ile doğrudan bir ilişkisi vardır (102). Ek olarak, kanserli hastalarda vücut imajı bozukluğu, hastaların normal yaşamlarına geri dönmelerini büyük ölçüde etkileyen en önemli fiziksel, zihinsel ve sosyal değişikliklerden biri olarak bilinir. Yani duygusal, bilişsel, davranışsal ve sosyal faktörlerin de beden imajını şekillendirmede yüksek etkileri vardır (103).

2.2.1. Hematolojik Maligniteli Hastalarda Beden Algısı

Hematolojik maligniteli hastalarda beden algısı sorunu etkilenen birey için çok önemli bir durumdur. Çünkü kanser ve uygulanan tedaviler psikolojik ve bedensel iyilik halini bozar ve psikolojik ve bedensel bütünlüğe ciddi tehditler oluşturabilmektedir. Weber ve ark. Hematolojik hastalarda beden algısı üzerine yapmış oldukları çalışmada yeni teşhis konulan hastalarda beden imajının olumsuz etkilendiğini bulmuşlardır (104). Olsson ve ark. Çalışmasında ise beden algısının her iki cinsiyet içinde önemli olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada hematolojik malignite tedavisi gören hastaların fiziksel ve psikolojik gücünün azalması nedeniyle beden algısı üzerinde bir etki yaşadıklarını bulmuştur (105).

2.2.2. Beden Algısının Cinsel Yaşam ve Yorgunluk Üzerine Etkisi

Beden algısı, hematolojik maligniteli hastalarda cinsellik yönünden çok sınırlı ölçüde incelenen fakat yaşam kalitesini etkileyen önemli bir durumdur. Weber ve ark. (2005) yeni tanı konulan hastalarda beden algısının olumsuz etkilendiğini bulmuş ve Olsson ve ark. (2013) hem kadınların hem de erkeklerin tedaviye bağlı görünüşteki değişikliklerinin cinsel olarak çekici olmama, cinsel istek azalması ve yakınlıktan kaçınma duygularına yol açtıklarını belirtmişlerdir (104,105). Hastaların aldıkları

tedaviye bağılı meydana gelen yan etkilerden alopesi, kilo kaybı, bulantı/kusma ve yorgunluk gibi birçok yönden fiziksel değışiklikler gelişmektedir (106).

Enksar ve ark. yaptıkları çalışmaya göre hastaların vücutlarında yaşadıkları bu değışimler kendi bedenlerini olumsuz algılamalarına neden olduğu rapor edilmiştir (107). Krok ve ark. kanser hastalarının cinsiyetlerine göre cinsel aktiviteleri ve beden imajları üzerine yaptıkları çalışmada yorgunluk, anksiyete ve ağrı gibi semptomların erkekler ve kadınlar için beden algıları üzerine etkili olduğu saptanmıştır (108).

2.3.Cinsel Yaşam

Cinsellik cinsiyet, cinsel kimlik, cinsel yönelim, erotizm, duygusal bağlanma / sevgi ve üremeyi içeren insan olmanın temel bir boyutunu ifade eder. Cinsellik deneyimle ya da fantezi düşünceleriyle ilişkili olan arzular, inançlar, tutumlar, değerler, faaliyetler, uygulamalar, roller, ilişkiler bütünüdür. Cinsellik tüm bu yönleri içerebilse de, bu boyutların hepsinin deneyimlenmesi veya ifade edilmesi gerekmez (109). Cinselliği etkileyen çeşitli ifadeler ve etkiler zaman içinde farklılık gösterse de cinsellik yaşam boyu mevcuttur (110).

Teorik yaklaşımlarda cinselliğin sadece insanın üremesi için değil, aynı zamanda zevk içinde sevişilmesi gerekildiği yönünde daha açık bir eğilim vardır. Cinsel sağlık, kişisel ve sosyal sağlığı uyumlu hale getiren, bireysel ve sosyal yaşamı zenginleştiren cinsel yeteneklerin özgür ve sorumlu ifadeleriyle kanıtlanır. Cinsel sağlığın elde edilmesi ve sürdürülebilmesi için, tüm insanların cinsel haklarının tanınması ve sürdürülmesi gereklidir (109).

2.3.1.Cinselliğin Psikolojik Boyutu

Cinsel kimlik, birey kendisini tanımlarken "Ben erkeğim/ben kadınıam" biçiminde tanımlamasıdır. Bireyin kadın veya erkek olduğunun farkında olması, kendi benliğini ve bedenini bir uyum içinde kabullenmesi ve cinsel kimliğinden güven duygusu duyabilmesidir. Cinsel kimlik aynı zamanda bireyin görünümü ve davranışları ile dışı vurulmaktadır (111).

Cinsel kimlik, cinselliğin biyolojik, fiziksel, zihinsel , psikolojik ve sosyal süreçlerin farklı boyutlarının etkileşimi ile gelişir ve olgunlaşır. “Cinsiyet”, “toplumsal cinsiyet” ve “cinsiyet rolleri”, “cinsel davranış”, “cinsel yakınlık”, “cinsel yönelim” gibi birçok kavramlar, birbirleriyle karıştırılan veya birbiri yerine kullanılan kavramlar olsa da cinsel kimliği açıklayan kavramlardır (112).

Cinsel davranış, kişinin seksüel olarak ne yaptığı ile ilgili bir kavramdır.Bu davranışların tanımı içerisinde arzu, fanteziler, eş arama, kendi kendine doyum sağlama ve cinsel gereksinimlerini dışa vurma ve doyurma için yapılan tüm diğer etkinlikler girmektedir. (113).

Cinsel mitler, kişilerin cinsellik hakkında doğru olduğunu düşündüğü fakat genellikle yanlış ve bilimsel objektifliği olmayan inanışlardır.Cinsel mitler, bireylerin cinselliğe ait tutum ve davranışlarını etkilemektedir (114,115).

2.3.2.Cinselliğin Fizyolojik Boyutu

Masters ve Johnson insanda cinsel uyarana gösterilen fizyolojik tepkiyi dört aşamalı bir döngü olarak tanımlar: 1) Uyarılma evresi 2) Plato evresi 3) Orgazm evresi 4) Çözülme evresidir. Erkeklerde cinsel yanıt döngüsü birbirine benzeyen, tek bir grafikte gösterilebilmektedir fakat kadınlarda cinsel yanıt döngüsü ise sayısız çeşitlilikte olabilir (116).

1) Uyarılma Evresi: Döngünün ilk evresidir. Erkeklerde ereksiyon, kadın da ise vazokonjeksiyon ve myotoni ile karakterizedir. Erotik duygu ve düşüncelerin belirmesi, birçok bedensel ya da psikolojik uyarılar bu evrede ortaya çıkabilir.

2) Plato Evresi: Uyarılma evresinin devamı niteliğindedir. Erkek ve kadın cinsel heyecanın artması ile cinsel uyarının sürdürülmesini ister. Bu evrede, haz duygusu ve cinsel gerilim giderek yükselir ve kişinin orgazma geçebileceği noktaya kadar sürer.

3) Orgazm Evresi: Cinsel hazzın en yoğun olduğu evredir. Cinsel gerilim çözülür,erkeklerde ejakülasyon,kadınlarda ise vajina ve perine etrafındaki kaslar vazokonjeksiyon sonucu ritmik refleks hareketleri ile karakterizedir.Orgazm

erkeklerde penis ve prostatta, kadınlarda ise klitoral bölge ve vajinada yoğun hissedilir.

4) Çözülme Evresi: Cinsel yanıtın son evresidir. Çözülme evresinin süresi kişinin cinsiyetine, orgazmın yaşanıp yaşanmadığına, orgazmın hangi yoğunlukta yaşandığına ve cinsel uyarının sürüp sürmemesine göre değişmektedir. Erkek bu süre içinde yeni bir orgazm için uyarılmazken, kadın birden fazla orgazma hazır olabilir

2.3.3.Hematolojik Maligniteli Hastalarda Cinsel Yaşam

Hemşirelik araştırmalarında cinsellik, fizyolojik, psikolojik, sosyal ve sosyo-kültürel boyutları içeren bir kavram olarak tanımlanmaktadır (117). Kanser tanısının ve tedavilerin tüm bu boyutları çok yönlü bir şekilde etkilediği kabul edilmektedir (10,118). Hematolojik maligniteleri hastalarda cinselliğe odaklanan mevcut araştırmalar, çoğunlukla genç hastalarda doğurganlık veya cinsel işlevle ilgilidir (119). Havisto ve arkadaşlarının akut lenfoblastik lösemi tanısı alan erkek hastaların cinsel yaşamları üzerine yaptıkları çalışmada siklofosfamid tedavisinin hastaların beden algılarını negatif yönde etkilediğini ve cinsel disfonksiyon meydana geldiğini belirtmişlerdir (120).

Kemoterapi, hormon tedavisi, ameliyat ve radyasyonun erkeklerde erektil disfonksiyona neden olabilmektedir (121). Eretil Disfonksiyon(ED), başlıca özelliği cinsel ilişki için yeterli sertleşme sağlayamama veya bunu cinsel ilişki bitene kadar sürdürememedir. Sertleşme boyutu farklı derece ve boyutlarda olabilir. Bazılarında cinsel yaşantılarının başından beri sertleşme sağlayamazken, bazıları cinsel yaşamlarının bir bölümünde bu sorunu yaşayabilmektedir. Ek olarak, kansere sahip olmakla ilgili depresif duygular cinselliği etkileyebilir ve ED' ye yol açabilecek bir dizi belirti ve semptomlara neden olabilir (24). Sisplatin veya vinkristin gibi kemoterapik ajanları, ereksiyonu kontrol eden sinirlere ve damar sistemine müdahale edebilir (24,122). Bumbasirevic ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, testis kanseri tanılı 202 erkeğe platin bazlı kemoterapi uygulanması takip edilmiştir. Tedaviye bağlı hastaların % 20.8'i ED bildirilmiştir (123).

Kanser tedavisi gören kişilerin yüzde 40'ı bir tür cinsel işlev bozukluğu yaşar. En yaygın sorun, cinsel istek kaybıdır. Kadınlarda kemoterapinin yan etkisi olarak vajinal kuruluk, amenore ve dispareni (ağrılı cinsel ilişki) meydana gelebilmektedir. Pelvik bölgeye uygulanan radyasyon veya kemoterapi erken menopoza neden olabilir (124). Nakledilen hücrelerin normal hasta hücrelerine saldırabildiği bir hastalık olan graft-versus-host hastalığı vajinanın daralmasına neden olabilmektedir. Kemoterapi ayrıca daha önce genital herpes virüsü geçirmiş kişilerde yeniden alevlenmesine neden olabilir (125). Vajinayı çevreleyen damarlardaki kan göllenmesinden süzülen transüda (proteinden fakir hücrelerarası sıvı) niteliğindeki sıvı, cinsel işlev için önemlidir. Kadınlar yaşlandıkça vajina doğal olarak nemini ve esnekliğini kaybedebilir. Kanser tedavisinde cerrahi yöntemler veya kemoterapiler bu değişiklikleri hızlandırabilmektedir. Vajinal kuruluk ve atrofi, cinsel ilişkiyi zorlaştırabilir ve bazen ağrılı hale getirebilir bu durum dispareni olarak adlandırılmaktadır. Ağrı vajinada veya mesane ve rektum gibi çevresindeki dokularda hissedilebilir. Kanser tedavisinden sonra görülen hormon değişiklikleri, dispareninin (vajinal ağrının) en yaygın nedenidir (118,126,127).

2.3.4.Cinsel Yaşamın Beden Algısı ve Yorgunluk Üzerine Etkisi

Beden algısı ve cinsel yaşam kişinin canlılığına, fiziksel işleyişine, rolüne ve sosyal işleyişine bağlı olan davranışlardır (128). Beden imajı/algısı kişinin fiziksel benliği, görünümü, sağlığını algılayış biçimi ve cinsellik hakkındaki bir tutumdur (128,129,130). Cinsellik, kişinin kendisini, vücudunu ve cinsel aktiviteleri nasıl gördüğünü etkileyen ve sürekli değişen bir deneyimi içerir (131).

Sertöz ve arkadaşlarının meme kanserli hastalarda operasyon tipinin beden algısı ve cinsel işlevler üzerine yaptığı çalışmanın sonucunda total mastektomi operasyonun, beden algısını ve benlik saygısını olumsuz yönde etkilediği ortaya çıkmıştır (132). Yapılan araştırmalarda prostat kanseri ve tedavisinin hastalarda sıklıkla cinsel işlev bozukluğu, idrar kaçırma, kilo artışı ve psikolojik sıkıntı ile sonuçlandığını ve erkek hastaların masküinitelerini bastırdığı ifade edilmektedir (133,134).

Olsson ve arkadaşlarının hematolojik malignite tedavisi gören Hastalarda cinsellik ve beden imajlarında yaşadıkları değişiklikleri inceleyen çalışmada cinsellik

ve vücut imajındaki değişikliklerin erkekler için yaşam kalitelerinin birçok boyutunu (fiziksel-psikolojik-sosyal-duygusal-septomlara yönelik) etkilediğini bildirmişlerdir. Yine aynı çalışmada hematolojik malignite tanılı hastaların, fiziksel ve psikolojik güçlerinin azalması nedeniyle vücut imajı üzerinde bir etki yaşadıklarını bulmuşlardır. Hastalar değişen beden algılarının cinsel yaşamlarını etkilediğini ve yaşadıkları en üzücü semptomun cinsel ilgi eksikliği ve yorgunluk olduğunu ifade etmişlerdir (9). Olsson ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptıkları bir başka çalışma da ise hematolojik maligniteli hastalarda en sık görülen semptomlardan biri olan yorgunluğun cinsel arzuyu etkilediğini bildirmişlerdir. Hasta olmanın, güçsüzlüğün ve cinsel yönden çekici olmamanın hastaların vücut imajlarını etkilediği ortaya çıkmıştır (105).

2.4.Yorgunluk

Yorgunluk kanser hastalarının günlük yaşamını birçok yönüyle etkileyen, dinlenmekle geçmeyen, sürekli devam eden ve hastaların en sık deneyimledikleri semptomlardan biridir. Hastalar tarafından halsizlik, güçsüzlük, motivasyon eksikliği, dikkat dağınıklığı, bitkinlik gibi pek çok farklı şekilde ifade edilen subjektif bir sorundur (135). National Comprehensive Cancer Network (NCCN) ise, kansere bağlı gelişen yorgunluğu hayattan zevk alma ve günlük aktiviteleri gerçekleştirme yeteneğini engelleyen, kalıcı, yıpratıcı/tükenme hissi olarak ifade eder (136).

2.4.1.Hematolojik Maligniteli Hastalarda Yorgunluk

Kansere bağlı yorgunluk, genellikle daha şiddetli olması, uyku veya dinlenme ile hafifletilememesi ile sağlıklı bireylerdeki yorgunluktan farklıdır (137,138). Kansere bağlı yorgunluğun oluşmasında birçok faktör söz konusudur. Bu faktörler tedaviye bağlı toksisite, fizyolojik anormallikler (anemi, enfeksiyon, nöromusküler bozukluklar, metabolik bozukluklar, uyku bozuklukları) ve depresyon gibi psikolojik bozukluklardır (137). Kemoterapi tedavisi gören hastaların % 80'inde ve radyoterapi alan hastaların % 90'ında yorgunluk görülebilmektedir (139,140).

Olsson ve arkadaşlarının hematolojik maligniteli hastalarda kemoterapinin yan etkisi olarak en sık görülen semptomların yorgunluk, enerji eksikliği, duygu durum

bozukluğu olduğunu ifade etmişlerdir (105). AML hastalarında yorgunluğun yaşam kalitesi üzerine yapılan çalışmada, kemoterapinin tipik yan etkilerinden olan bulantı/kusma, iştah kaybından çok yorgunluğun yaşam kalitesi ile daha yakından ilişkisi olduğu bulunmuştur. (141).Kronik lenfoblastik lösemi hastalarında kemoterapik ajan olan ibrutinib'in yan etkilerinde %20 oranında yorgunluk, diyare, bulantı semptomları gözlenmiştir (66).

2.4.2.Yorgunluğun Beden Algısı ve Cinsel Yaşam Üzerine Etkisi

Kanser hastalarında kemoterapiye bağlı meydana çıkan yorgunlukla birlikte bulantı, kusma, uykusuzluk, yoğun korku ve anksiyete hissi cinsel sağlığı ciddi derecede olumsuz etkilemektedir (42). Yi ve arkadaşlarının hematolojik maligniteli hastaların yaşadıkları yorgunluğun, beden imajı değişikliğinin cinsel işlev bozukluğuna katkıda bulunduğunu ifade etmişlerdir (142). Kanser hastalarında uygulanan tedaviye bağlı endokrin sistemde bozukluk meydana gelmesi de yorgunluğun bir başka nedenidir. Kemoterapi, Leydig hücrelerinin işlev bozukluğuna ve dolayısıyla cinsel hormon üretiminin azalmasına neden olabilir. Kemoterapi sonrası hastalarda daha düşük testosteron konsantrasyonları ve artmış luteinize edici hormon ve folikül uyarıcı hormon seviyeleri bildirilmiştir (143,144).Yorgunluk, depresyon, kas kütlesi kaybı, antidepresan kullanımı veya libidonun uyarılmasını etkileyen ilaçlar, cinsel işlev bozukluğunda değerlendirilmesi gereken birkaç faktördür (145).

2.4.3.Hematolojik Maligniteli Hastaların Cinsel Yaşamlarını Desteklemede Hemşirenin Rolü

Hematolojik malignite tanılı hastaların tedavi ve bakım sürecinde en önemli rolü üstlenen hemşirelerin, uygulanan tedavinin neden olduğu fiziksel ve psikolojik sorunları saptarken hastanın cinsel sağlığını da göz önünde bulundurmak önemli sorumluluklarındandır (41,42). Cinsel yaşam insan sağlığının önemli bir yönü olarak kabul edilmiştir, ancak hemşireler çeşitli nedenlerle yeterince incelemediği ve cinsel sağlığı görmezden gelmektedir (146,147).Bunun nedeni sağlık profesyonellerinin cinsellikle ilgili soruların hassas ve karmaşık olarak algılanması, zaman ve uzmanlık gerektirdiği düşünülmektedir (148,149).

Pek çok hemşire, bir dizi nedenden ötürü hastanın cinsellik ve cinsel sağlık ihtiyaçlarını ele alırken utanç duyabilir. Bunun nedeni cinsellik ve cinsel sağlık konusunda yetersiz eğitim, cinsel sağlık üzerine hemşirelik deneyimlerinin eksikliği, cinsellik üzerine kişisel görüşler, utanç ve cinsel yaşamı gündeme getirmesini engelleyen güven eksikliği yer almaktadır (148).

Pınar'ın (2010) yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin hastaları ile cinsel sorunlarını konuşmada yaşadıkları engeller incelendiğinde, %61.1'inin zaman yetersizliği, %48.5'inin kanser tedavisine odaklanması, %39.8'sinin cinsel danışmanlıkla ilgili bilgi eksikliği, %33.9'unun hasta geçmiş öykü değerlendirme formlarında cinsel sağlığın bulunmadığı ifade edilmiştir (42) Oskay ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları çalışmada hemşireler (%87,4) kanser hastalarının cinsel yaşamlarını ve cinsel sorunlarını tartışmayı mesleklerinin bir parçası olarak gördüklerini ifade etmişler fakat %88,5'i cinsel fonksiyon değerlendirmesi yapmadığını belirtmiştir. Ancak bu sonuçların aksine, hemşirelerin yine % 88,5'i hastaların cinsel yaşamlarını değerlendirmediklerini, %67'si hastaların veya hekimlerin cinsel sorunla ilgili konuyu başlatmasını beklediklerini ifade etmiştir (150). Annerstedt ve Glasdam onkoloji hastalarının bireylerin cinsel sağlık hakkında hemşirelerin konuşmayı başlatmasını tercih ettiklerini saptamışlardır (151)

Hastanın cinsel sağlığını korumak için; tedavi sürecinde seksüel fonksiyonları zarar görse bile bu zararı en az seviyeye düşürmek, cinsel sağlığı konuşabilmeleri için teşvik etmek, hastaya bu konuda yardım ve rehberlik etmek gerekmektedir (15).

2.4.4. Hematolojik Maligniteli Hastaların Cinsel Yaşamlarını ve Beden Algılarını Desteklemede Etkili İletişim

Hemşireler, hasta değerlendirmelerinde sıklıkla cinselliği ihmal ederler çünkü cinselliği yalnızca cinsiyet ve cinsel işlev açısından algırlar. Sonuç olarak, hemşireler cinselliği, cinsel ilişkiyle ilgisi olmayan birçok yönüne değinmeyerek hastalara destek sağlama fırsatlarını kaçırabilir. Hemşireler cinselliği daha iyi anlamak için, hastaların cinsellikle ilgili endişelerinin yaşam kalitelerini nasıl etkilediğini düşünmelidir. Vücut imajı, kadınlık veya erkeklik duyguları, ailedeki

roller ve sorumluluklar ve ilişki kaygılarının tümü, cinselliğin kanserden ve tedavilerinden etkilenebilecek yönleridir (152).

Hastaların hastalıklarını anlamalarını sağlamak ve ayrıca hastaların endişelerini yönetme yeteneklerini desteklemek için hastaları teşhis ve tedavi seçenekleri konusunda eğitmek hemşirelerin görev ve sorumluluğudur. Aynı zamanda hemşirelerin, bakım verdikleri hastaların kişisel özelliklerini bütüncül bir şekilde ele alarak, cinsel işlevlerine dair sorunları konuşmalarına izin verme, cinsel sorunlarını tanılama ve sorunlar üzerine öneriler sunma sorumluluğu vardır (42).

Genellikle hemşireler hasta değerlendirmelerinde cinsel yaşam konusuna değinmezler çünkü cinsellik konusuna ancak hemşire-hasta ilişkisi kurulduktan sonra yaklaşılabilceğine inanırlar. Ayrıca hastaların nadiren cinsellikle ilgili endişeler sorduğunu kabul ederler; bu nedenle, gerçek veya potansiyel cinsellik endişeleri genellikle hemşireler tarafından tanımlanmaz veya ele alınmaz ve hastalar bu konuda bilgi verilmekten çekinebilmektedirler.

Hastaların cinsellikle ilgili endişelerini etkin bir şekilde ele almak, hemşirelerin cinselliğe nasıl yaklaşacaklarını öğrenmeleri gerekir (153). Hemşireler, hasta eğitim planlarında tedavilerin olası cinsel yan etkileri hakkında uygun bilgileri dahil etmelidir. Örneğin, hastalar vücut imajını değıştirdiğı bilinen veya cinsel işlevle ilgili olası yan etkileri olan tedaviler aldıklarında rutin olarak cinsellikle ilgili bilgiler verilmelidir (153,154).

Amerika Onkoloji Hemşireleri Derneğı, bütüncül bakımın bir bileşeni olan cinselliğın değerlendirilmesi, psikososyal etkilerini tanımlamak ve gerekli müdahaleleri sağlamak için birçok model önermektedir (153,155). Hemşireler için geliştirilen bu modeller, her model içindeki basamakların baş harflerinden oluşacak şekilde kısaltılan PLISSIT, BETTER, ALARM, ALLOW modelleridir. PLISSIT modeli cinsellik ve cinsel sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanması amacı ile geliştirilirken BETTER, ALARM modelleri kanserden etkilenen insanların cinsel

aktivitelerinin değerlendirilmesi, cinsellikle ilgili iletişimlerini ve cinsel işlev sorununu saptamada kullanmak için geliştirilmiştir (152,154). (TABLO 5)

Tablo 5. PLISSIT Modeli

P: Permission (izin verme)	Cinsellik ve cinsel sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanması amacı ile geliştirilmiştir. Farklı düzeyde eğitim almış hemşireler için müdahale ve değerlendirme için rehberler oluşturmaktadır
LI: Limited Information(sınırlı bilgi)	
SS: Spesific Suggestion (özel öneri)	
IT: Intensive Therapy (yoğun bakım)	

Tablo 6. BETTER Modeli

B: Bring up the topic- Ana konuyu gündeme getirme
E: Explain-Açıklama
T: Telling-Söyleme
T: Timing-Zamanlama
E: Education: Eğitim
R: Recording: Kayıt

Tablo 7. ALARM Modeli

A: Activity: Cinsel aktivitenin türü ve düzey
L: Libido: İstek
A: Arousal: Orgazm olabilme yeteneği
R: Resolution:Çözülme ve gevşeme yeteneği
M: Medical information:Şimdi ve geçmişte sürece eşlik eden tıbbi bilgiler

Tablo 8. ALLOW Modeli

A: Ask: Sor
L: Legitimize: Onayla
L: Limitations: Sınırları belirleme
O: Open Up: Açmak
W: Work Together: Birlikte çalışmak

Kaynak: Mick, JoAnn M. Sexuality Assessment: 10 Strategies for Improvement. Clinical Journal of Oncology Nursing. 2007; 11(5), 671–675.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, hematolojik maligniteli hastalarda beden algısı, cinsel yaşam ve yorgunluk arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı, kesitsel tipi araştırma tasarımına uygun olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Ocak 2019 - Haziran 2022 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Hematoloji Servisi ve Gündüz Tedavi Merkezi'nden toplanmıştır.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Hematoloji Servisi ve Gündüz Tedavi Merkezi'nde tedavi gören tüm hastalar oluşturmaktadır. Hastaların sayısı bilinmediği için örneklem büyüklüğü hesaplanırken sayısı bilinmeyen evrenden örneklem seçim formülü kullanılmış $(n=t^2.p.q/d^2)$ [$n=(1.96)^2.(0.91).(1-0.91)/(0.05)^2$] ve örneklem büyüklüğü 125 olarak hesaplanmıştır. Araştırmanın örneklemi 2020/2021 tarihleri arasında servise yatışı yapılan ve gündüz tedavi merkezine gelen, örnekleme dâhil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 176 hastadan oluşmaktadır.

Dâhil Edilme Kriterleri:

- 18-65 yaş arası
- Radyoterapi veya Kemoterapi alıyor olması
- KLL, AML, ALL, Lenfoma, Multiple Myelom, MDS tanılarında birisinin olması,
- Sözel iletişiminde sürdürmekte sorun yaşamıyor olması,
- Türkçe konuşma-anlama probleminin olmaması,
- Her iki cinsiyette cinsel sağlığını etkileyen bir rahatsızlığın olmaması (histerektomi, vajinusmus, prostat, erektil disfonksiyon)

- Okuma-yazma bilmesi,
- ECOG Performans Ölçeği'nden 2 ve altında puan almış olmak
- Hastaların en az 3 aydır tanı almış olması

Dışlama Kriterleri:

- Tedavi öncesi herhangi bir cinsel sorunun olması

3.4.Çalışma Materyali

Araştırmada anket verileri araştırma kapsamındaki gönüllü hastalardan alınmıştır.

Verilerin toplanma sürecinde ilk aşamada hastalara ölçek elden verilmiştir. Hastaların kendilerini rahat ifade edemedikleri ve mahremiyetleri olarak gördükleri soruları içeren ölçekler hastaların isteği doğrultusunda zarf ile toplanmıştır.

3.5. Araştırmanın değişkenleri

Bağımsız değişkenler; sosyodemografik özellikleri, vücut algısı, cinsel yaşam ve puan ortalamalarını içermektedir.

Bağımlı değişkenler yorgunluk puan ortalamalarını içermektedir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın gerekli verileri Sosyo-demografik özellikler veri toplama formu, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Piper Yorgunluk Ölçeği ve Vücut Algısı Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

3.6.1. Hasta Tanıtım Formu (Ek 1)

Bu form, hastaların sosyodemografik özellikleri; (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, sağlık güvence durumu, gelir durumunu ve çocuk sayısı) ve hastalıklarına ilişkin verileri; (bakım verenin olup olmaması ve kimin olduğu, kanser tipi, hastalık evresi, hastalığın tanı konma süresi, metastaz varlığı, kemoterapi tedavisi kür sayısı, uygulanan tedavi tipi, kronik hastalık varlığı, var ise kronik hastalık ve ECOG performans ölçeği puanı, tedaviye başladıktan sonra cinsellikle ilgili bilgi alıp almadığı, ne sıklıkta yorgun hissettiği, tedaviden sonra vücudunu nasıl algıladığını) içeren toplam 28 maddelik bir soru formudur.

ECOG performans ölçeği, Eastern Cooperative Oncology Group baş harflerinden oluşmaktadır. WHO performans skoru olarak da bilinen ölçek 1960 yılında geliştirilmiştir. ECOG Performans ölçeğinde 0 normal sağlık durumunu 5 ise ölümü ifade eder. Düşük puanlar genel durumun iyiliğini ifade ederken yüksek puanlar kötü prognozu göstermektedir.

3.6.2.Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (Ek 2)

Psikotrop ilaç kullanan hastalarda cinsel işlevlerde ortaya çıkan değişiklikleri ve bozuklukları değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş öz bildirim ölçeği olan Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, McGahuey ve ark. Tarafından oluşturulmuştur. Kadın ve erkek olmak üzere iki ayrı ölçek formu olup, 5'er sorudan meydana gelmektedir. Ölçekteki her soru cinsel istek, psikolojik uyarılma, fizyolojik uyarılma, orgazma ulaşma kapasitesi ve orgazm sonucu doyum duygusunu ele almaktadır. Her soru 1'den 6'ya kadar puanlanıp, toplam puan 5'ten 30'a kadar değişmektedir. Toplam puanın 19 ve üzerinde olması, herhangi bir maddenin 5 ya da 6 puan olması veya üç ya da daha fazla maddenin 4 puan oluşu cinsel işlev bozukluğuna işaret eder ve klinisyen tarafından tanımlanmış cinsel işlev bozuklukları ile yüksek oranda ilişkili bulunmaktadır (156,157). Soykan (2004) tarafından Türkçe formunun geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığının ve güvenilirliğinin .90 Cronbach Alpha değeri ile yüksek olup, cinsel işlev bozukluğunu ayırt etmede geçerli olduğu saptanmıştır (158). Denizgil ve arkadaşlarının (2015) Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğini kullandıkları çalışmada meme kanseri tanısı olan ve cerrahi operasyon uygulanmış hastaların operasyon tipinin cinsel doyum üzerine olumsuz etkisi olabileceği ortaya çıkmıştır (159).

3.6.2.Piper Yorgunluk Ölçeği (Ek 3)

Piper ve arkadaşları (1998) tarafından geliştirilmiştir. Yorgunluğu 4 subjektif boyutuyla inceler. Davranışsal alt boyutu 6 maddeden, bilişsel alt boyutu 6 maddeden, duygusal alt boyutu 5 maddeden ve duyuşsal alt boyutu 5 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki maddeler zayıf ve güçlü olmak üzere 1'den (zayıf) 10'a (güçlü) kadar derecelendirilmiştir. Birey her madde için o anda yaşadığı yorgunluk deneyimini en

iyi ifade eden sayıyı işaretlemektedir. Ölçekteki alt boyut puanları ise o alt boyutta bulunan tüm maddelerin puanının toplanıp, madde sayısına bölünmesiyle elde edilmektedir. Toplam yorgunluk puanı ise tüm maddelerin toplanıp toplam madde sayısına bölünmesiyle elde edilir. Ölçekte 5 adet açık uçlu soru bulunur ve bu sorular PYÖ puanını hesaplarken değerlendirmeye alınmaz (160). Hastaların ölçekten aldıkları toplam puan 0 ile 10 arasında değişmekte ve puan arttıkça kişilerin deneyimlediği yorgunlukta artmaktadır. Can ve arkadaşları (2001) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (161). Ölçeğin güvenirlik katsayısı 0.94 olarak bildirilmiştir. Özkan ve arkadaşlarının (2017) Piper Yorgunluk Ölçeği'ni kullandıkları çalışmada kemoterapi uygulanan kanser hastalarında meydana gelen yorgunluğun günlük yaşam aktivitelerini, duygulanım açısından yorgunluğun anormal, yıpratıcı olması ve sevdiği etkinlikleri yapmada azalma olması gibi etkilere neden olduğunu açıklamışlardır (33).

3.6.3.Vücut Algısı Ölçeği (Ek 4)

Vücut algısı doyum düzeyini belirlemek üzere Secord ve Jourard tarafından 1953 yılında geliştirilen ölçeğin orjinal adı "Body-Cathexis Scale" dir. Hovardaoğlu tarafından 1993 yılında Türkçeye uyarlanmış olan Vücut Algısı Ölçeği, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Hovardaoğlu (1993), Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısını 0.91, alfa değeri 0.76 olarak bulmuştur. Ölçek toplam 40 maddeden oluşmakta ve beş dereceli likert tipi bir ölçektir (1= Çok beğeniyorum, 2= Oldukça beğeniyorum, 3= Kararsızım, 4= Pek beğenmiyorum, 5= Hiç beğenmiyorum). Her madde vücudun bir bölümünü ya da bir işlevi tanımlamaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesi hastaların vücut algısı ölçeğinin puan ortalaması hesaplanarak yapılmaktadır. Ölçeğin toplam puanı 40 ile 200 arasında değişmekte, toplam puanın artması kişinin vücut bölümlerinden veya işlevlerinden duyduğu memnuniyetin azalmasını, puanın azalması ise memnuniyetin artmasını ifade etmektedir. Ölçeğin alt boyutu ve kesme noktası bulunmamaktadır (163). Üstündağ ve arkadaşlarının(2017) jinekolojik kanserli hastalarda depresyon ve anksiyete semptomları ve benlik saygısı yaptığı çalışmasında da vücut algısı ölçeğini kullanmıştır (164). Çalışkan ve arkadaşlarının (2017) meme kanseri olan kadınların eş uyumları ve beden algıları

üzerine olan araştırmada da ölçeği kullanmıştır (165). Yapılan çalışmalarda ölçeğin tanı veya cerrahi işlemde ne kadar süre sonra yapıldığı belirtilmediği için çalışmada son 1 aydaki vücut algısı değerlendirilmiştir

3.7. Araştırma Planı ve Takvimi

Ocak- Temmuz 2019	Literatür tarama-tez konusu belirleme
Ağustos- Kasım 2019	Tez önerisi hazırlama
Aralık 2019	Tez önerisi sunumu
Şubat 2020	Etik kurul onayı ve kurum izinleri
Ocak 2020-Ocak 2021	Veri Toplama
Kasım- Aralık 2021	Verilerin Analizi
Haziran- Aralık 2021	Tez yazımı
Haziran 2022	Tez Bitirme Sınavı

3.8.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi için SPSS 22.0 programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde yüzdeler, t testi, Kruskal Wallis Varyans analizi, Mann Whitney-U testi, pearson korelasyon analizi ve cronbach alpha iç tutarlılık testleri kullanılmıştır. Çalışmamızda hastaların aldıkları kemoterapi kür sayısı, ECOG Performans Ölçeği, vücutta yaşanan değişimlerin cinsel yaşamlarına etkisinin Vücut Algısı Ölçeği puanı üzerine etkisini incelemek amacıyla basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır.

3.9.Araştırmanın Sınırlılıkları

Veri toplama sürecinin Covid-19 pandemisine gelmesinden dolayı hastaneden veri toplama sürecinde aksaklıklar meydana gelmiştir. Aynı zamanda sadece bir hastanede veri toplanması da araştırmamızın sınırlılığını oluşturmaktadır.

3.10. Etik Kurul Onayı

Araştırmanın yürütülebilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 13/04/2020 tarihli etik onay izni alınmıştır. (ek 9). Araştırmaya katılımda gönüllülük ilkesi temel alınmış olup, katılımcılardan sözlü ve yazılı onam alınmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmada yer alan hastaların sosyodemografik özellikleri değerlendirilmiş ve elde edilen sonuçlar Tablo 9’da verilmiştir. Bu sonuçlara göre; hastaların yaşları 19 ile 63 arasında değişmekte olup yaş ortalaması $42,70 \pm 11,665$ olarak bulunmuştur. Hastaların %47,7’sinin kadın, %52,3’ünün erkek olduğu belirlenmiştir. Hastaların %60,8’inin evli, %39,2’sinin bekar olduğu saptanmıştır. Hastaların %8,5’inin okur – yazar, %45,5’inin ilköğretim mezunu, %31,3’ünün ortaöğretim mezunu, %14,8’inin yüksekokul ve üniversite mezunu olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 9. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

	X ± SS	Min - Max
Yaş	42,70 ± 11,665	19 - 63
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	84	47,7
Erkek	92	52,3
Medeni Durum		
Evli	107	60,8
Bekar	69	39,2
Eğitim Durumu		
Okur – Yazar	15	8,5
İlköğretim	80	45,5
Ortaöğretim	55	31,3
Yüksekokul/Üniversite	26	14,8
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	128	72,7
Çalışmıyor	48	27,3
Sağlık Güvencesi		
Var	172	97,7
Yok	4	2,3

Gelir Durumu		
İyi	35	19,9
Orta	141	80,1
Çocuk Sayısı		
Çocuk yok	17	9,7
1 – 3	141	80,1
4 – 6	18	10,2
Bakım Veren		
Var	172	97,7
Yok	4	2,3
Bakım Veren Kişi		
.Eşi	124	70,5
Çocukları	24	13,6
Diğer Aile üyeleri	25	14,2
Sağlık Personeli	3	1,7
Toplam	176	100

Hastaların %72,7'sinin çalıştığı, %97,7'sinin sağlık güvencesinin olduğu ve %19,9'unun gelir durumunun iyi olduğu saptanmıştır. Hastaların %80,1'inin 1 – 3 arasında, %10,2'sinin ise 4 – 6 arasında çocuğa sahip olduğu bulunmuştur. Hastaların %97,7'sine bakım veren birinin olduğu belirlenmiş olup, katılımcıların %70,5'ine eşi, %13,6'sına çocukları, %14,2'sine diğer aile üyeleri ve %1,7'sine sağlık personeli bakım vermektedir.

Tablo 10. Hastaların Hastalık ve Tedavi Sürecine Ait Bilgilerinin Dağılımı

	n	%
Kanser Tipi (n=174)		
AML	46	26,1
KML	23	13,1
KLL	19	10,8
Lenfoma	38	21,6
Multiple Myelom	39	22,2
Myelodisplastik Sendrom	9	5,1

Kanser Evresi		
Evre 1	129	73,3
Evre 2	39	22,2
Evre 3	8	4,5
Metastaz		
Var	26	14,8
Yok	150	85,2
Kemoterapi Kür Sayısı		
<10	157	89,2
10 – 20	19	10,8
Tedavi		
Kemoterapi	173	98,3
Radyoterapi + Kemoterapi	3	1,7
Kronik Hastalık		
Var	71	40,3
Yok	105	59,7
Kronik Hastalık Tipi		
Diyabet Mellitus	37	21,0
Hipertansiyon	34	19,3
ECOG Performans Ölçeği		
2 ve Altı	170	96,6
3 ve Üstü	6	3,4
Cinsel Yaşama İlişkin Bilgi		
Aldı	19	10,8
Almadı	157	89,2
Cinsel Yaşama İlişkin Bilgiyi Kimden Aldı		
Doktor	5	2,8
Yakınları	2	1,1
TV / İnternet / Dergi / Gazete	13	7,4
Yorgunluk Sıklığı		
Hiçbir Zaman	5	2,8
Nadiren	28	15,9

Bazen	73	41,5
Sık Sık	70	39,8
Tedavi Sonrası Beden Algısı		
Çok Beğeniyorum	8	4,5
Beğeniyorum	69	39,2
Bir Fark Görmüyorum	38	21,6
Beğenmiyorum	39	22,2
Hiç Beğenmiyorum	22	12,5
Yaşanılan Sürecin Cinsel Yaşama Etkisi		
Olan Grup	93	52,8
Olmayan Grup	38	21,6
Kısmen Olan Grup	45	25,6
Yaşanılan Sürecin Eş ile İlişkiye Etkisi		
Oldu	114	64,8
Olmadı	62	35,2
Tedavi Sürecine Bağlı Yaşanılan Yorgunluğun Cinsel Yaşama Etkisi		
Oldu	147	83,5
Olmadı	29	16,5
Tedavi Sürecine Bağlı Vücutta Yaşanılan Değişimlerin Cinsel Yaşama Etkisi		
Oldu	158	89,8
Olmadı	18	10,2
Toplam	176	100

Araştırmada yer alan hastaların hastalık ve tedavi süreçlerine ilişkin bilgileri değerlendirilmiştir (Tablo 10). Elde edilen sonuçlara göre; hastaların %26,1'inin AML, %13,1'inin KML, %10,8'inin KLL, %21,6'sının lenfoma, %22,2'sinin multiple myelom ve %5,1'inin ise myelodisplastik sendrom tanısı aldığı belirlenmiştir. Hastaların kanser evresinin %73,3'ünde evre 1, %22,2'sinde evre 2 ve %4,5'inde evre 3 olarak saptanmıştır. Hastaların %14,8'inde metastaz olduğu tespit edilmiştir.

Hastaların %89,2'sinin 10'dan daha az, %10,8'inin ise 10 – 20 arasında kemoterapi kür aldığı belirlenmiştir. Hastaların %98,3'ünün sadece kemoterapi, %1,7'sinin ise radyoterapi ile birlikte kemoterapi aldığı saptanmıştır. Hastaların %40,3'ünde kronik hastalık olduğu belirlenmiş olup %21'inde diyabet mellitus, %19,3'ünde ise hipertansiyon olduğu saptanmıştır. Hastaların %96,6'sının ECOG performans puanının 2 ve altında, %3,4'ünün ise ECOG performans puanının 3 ve üstünde olduğu belirlenmiştir.

Hastaların %10,8'inin cinsel yaşama ilişkin bilgi aldığı belirlenmiş olup %2,8'inin doktorlardan, %1,1'inin yakınlarından ve %7,4'ünün ise televizyon, internet, dergi ve gazeteden cinsel yaşama ilişkin bilgi aldığı saptanmıştır. Hastaların yorgunluk sıklıkları değerlendirildiğinde hastaların %39,8'inin sık sık, %41,5'inin bazen, %15,9'unun nadiren yorulduğu belirlenmiş olup %2,8'inin hiç yorulmadığı saptanmıştır.

Hastaların tedavi sonrası beden algılarını %4,5'inin “çok beğeniyorum”, %39,2'sinin “beğeniyorum”, %21,6'sının “bir fark görmüyorum”, %22,2'sinin “beğenmiyorum” ve %12,5'inin “hiç beğenmiyorum” şeklinde ifade ettiği tespit edilmiştir. Tedavi sürecinin hastaların %52,8'inin cinsel yaşamını, %64,8'inin eşleri ile ilişkisini, %83,5'inin tedavi sürecine bağlı yaşanan yorgunluğun cinsel yaşamını ve %89,8'inin tedavi sürecine bağlı vücutta yaşadıkları değişimin cinsel yaşamını etkilediği belirlenmiştir.

Tablo 11. Hastaların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Piper Yorgunluk Ölçeği ve Vücut Algısı Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Dağılımı

	X ± SS	Min - Max
ACYÖ Toplam Puan Ortalaması	20,84 ± 2,534	14 - 27
Davranış AB	6,40 ± 0,850	3,3 - 8,2
Duygulanım AB	6,67 ± 0,839	3,4 - 8,4
PYÖ Duyusal AB	5,56 ± 1,054	2,4 - 8,6
Bilişsel AB	3,36 ± 0,743	1,5 - 5,2
PYÖ Toplam	5,44 ± 0,600	3,3 - 6,9
VAÖ Toplam Puan Ortalaması	103,61 ± 6,376	88 - 120

ACYÖ: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, PYÖ: Piper Yorgunluk Ölçeği, VAÖ: Vücut Algısı Ölçeği, AB: Alt Boyutu

Hastaların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Piper Yorgunluk Ölçeği ve Vücut Algısı Ölçeği'nden aldıkları puanlar değerlendirilmiştir (Tablo 11). Elde edilen sonuçlara göre; hastaların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'nden aldıkları puanların ortalaması $20,84 \pm 2,534$ olarak bulunmuştur. Hastaların Piper Yorgunluk Ölçeği'nin Davranış alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması $6,40 \pm 0,850$, Duygulanım alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması $6,67 \pm 0,839$, Duyusal alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması $5,56 \pm 1,054$ ve Bilişsel alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması $3,36 \pm 0,743$ olarak saptanmıştır. Hastaların Piper Yorgunluk Ölçeği'nden aldıkları toplam puanların ortalaması ise $5,44 \pm 0,600$ olarak belirlenmiştir. Hastaların Vücut Algısı Ölçeği'nden aldıkları puanların ortalaması $103,61 \pm 6,376$ olarak belirlenmiştir.

Tablo 12. Hastaların Yaşları ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Piper Yorgunluk Ölçeği ve Vücut Algısı Ölçeği'nden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişki

Ölçekler	Yaş	
	r	p
ACYÖ	-0,014	0,852
Davranış AB	0,045	0,554
Duygulanım AB	-0,031	0,678
PYÖ	-0,061	0,423
Duyusal AB	0,017	0,823
Bilişsel AB	-0,011	0,883
PYÖ Toplam	-0,022	0,772
VAÖ	-0,022	0,772

Pearson Korelasyon, ACYÖ: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, PYÖ: Piper Yorgunluk Ölçeği, VAÖ: Vücut Algısı Ölçeği, AB: Alt Boyutu

Hastaların yaşları ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Piper Yorgunluk Ölçeği ve Vücut Algısı Ölçeği'nden aldıkları puanlar arasındaki ilişki değerlendirilmiştir (Tablo 12). Elde edilen sonuçlara göre; hastaların yaşları ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Piper Yorgunluk Ölçeği ve Vücut Algısı Ölçeği'nden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 13. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ve Vücut Algısı Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Değişkenler	N	Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği			Vücut Algısı Ölçeği		
		X ± SS	M	Min - Max	X ± SS	M	Min - Max
Cinsiyet							
Kadın	84	20,94 ± 2,608	21,00	14-27	103,49 ± 6,114	103,50	91-120
Erkek	92	20,75 ± 2,470	21,00	14-26	103,73 ± 6,640	103,00	88-119
Z/p		-0,485/0,627			-0,196/0,845		
Medeni Durum							
Evli	10	20,66 ± 2,529	21,00	14-27	103,15 ± 6,299	103,00	88-120
Bekar	69	21,12 ± 2,535	21,00	16-26	104,33 ± 6,473	104,00	89-119
Z/p		-1,144/0,252			-1,103/0,270		
Eğitim Durumu							
Okur Yazar (1)	15	21,13 ± 2,560	21,00	17-26	104,80 ± 6,201	104,00	96-117
İlköğretim (2)	80	20,89 ± 2,496	21,00	16-27	104,50 ± 6,487	104,00	89-120
Ortaöğretim (3)	55	20,80 ±	21,00	14-25	101,62 ±	102,	88-115

		2,642	0		5,681	00	
Yüksekokul/Üniversi	26	20,62 ±	20,5	16-25	104,42 ±	103,	91-119
te (4)		2,531	0		6,894	50	
X ² /p		0,418/0,939			7,178/0,066		
Çalışma Durumu							
Çalışıyor	12	20,85 ±	21,0	16-26	103,38 ±	103,	88-116
	8	2,432	0		5,920	00	
Çalışmıyor	48	20,84 ±	21,0	14-27	103,70 ±	103,	89-120
		2,580	0		6,558	00	
Z/p		-0,089/0,926			-0,230/0,818		
Sağlık Güvencesi							
Var	17	20,81 ±	21,0	14-27	103,65 ±	103,	88-120
	2	2,537	0		6,421	00	
Yok	4	22,25 ±	22,0	20-25	102,25 ±	103,	96-106
		2,217	0		4,349	50	
Z/p		-1,036/0,300			-0,338/0,735		
Gelir Durumu							
İyi	35	20,54 ±	21,0	16-24	103,83 ±	103,	95-114
		2,147	0		4,938	00	
Orta	14	20,91 ±	21,0	14-27	103,56 ±	103,	88-120
	1	2,623	0		6,699	00	
Z/p		-0,772/0,440			-0,163/0,870		
Çocuk Sayısı							
Çocuk Yok (1)	17	20,35 ±	21,0	16-25	106,35 ±	106,	95-118
		2,760	0		6,633	00	
1 - 3 (2)	14	20,83 ±	21,0	14-27	103,50 ±	103,	88-120
	1	2,498	0		6,106	00	
4 - 6 (3)	18	21,39 ±	21,5	16-25	101,89 ±	103,	89-112
		2,638	0		7,699	00	
X ² /p		1,242/0,537			3,381/0,184		

Z: Mann Whitney U testi, X²: Kruskal Wallis H testi

Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ve Vücut Algısı Ölçeği'nden aldıkları puanlar değerlendirilmiştir (Tablo 13). Elde edilen sonuçlara göre; hastaların sosyodemografik özelliklerine göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ve Vücut Algısı Ölçeği'nden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).



Tablo 2. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Piper Yorgunluk Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Değişkenler	N	Piper Yorgunluk Ölçeği									
		Davranış Alt Boyutu			Duygulanım Alt Boyutu			Duyusal Alt Boyutu			
		X ± SS	M	Min - Max	X ± SS	M	Min - Max	X ± SS	M	Min - Max	
Cinsiyet											
Kadın	84	6,37 ± 0,857	6,50	3,3-7,8	6,69 ± 0,896	6,80	4,4-8,2	5,57 ± 1,054	5,60	2,4-7,8	3,2-8,6
Erkek	92	6,43 ± 0,850	6,67	4,3-8,2	6,67 ± 0,790	6,80	3,4-8,4	5,54 ± 1,060	5,60	3,0-8,6	3,2-8,6
Z/p		-0,528/0,597			-0,147/0,883			-0,402/0,688			
Medeni Durum											
Evli	107	6,41 ± 0,869	6,50	3,3-8,2	6,70 ± 0,800	6,80	4,6-8,4	5,61 ± 1,104	5,60	2,4-8,6	3,2-8,6
Bekar	69	6,38 ± 0,826	6,67	4,5-7,8	6,63 ± 0,901	6,80	3,4-8,4	5,48 ± 0,975	5,40	3,0-7,8	3,2-8,6
Z/p		-0,246/0,806			-0,251/0,802			-0,847/0,397			
Eğitim Durumu											
Okur Yazar (1)	15	6,72 ± 0,466	6,83	5,8-7,5	6,80 ± 0,466	6,80	6,2-7,8	5,45 ± 0,921	5,40	3,8-6,8	3,2-8,6
İlköğretim (2)	80	6,51 ± 0,815	6,67	4,5-8,2	6,56 ± 0,921	6,60	3,4-8,4	5,68 ± 0,975	5,70	3,4-8,6	3,2-8,6
Ortaöğretim (3)	55	6,18 ± 0,868	6,17	4,3-7,8	6,65 ± 0,785	6,80	5,0-8,2	5,39 ± 1,080	5,40	3,0-8,0	3,2-8,6
Yükseköğkul/Üniversite (4)	26	6,37 ± 1,000	6,58	3,3-8,0	7,00 ± 0,798	7,00	5,0-8,2	5,60 ± 1,287	5,90	2,4-7,8	3,2-8,6
X ² /p		7,696/0,053			6,011/0,111			2,558/0,465			

* $p < 0,05$, Z: Mann Whitney U testi, X^2 : Kruskal Wallis H testi, **Bonferroni düzeltme sonucunda elde edilen p değeri $p < 0,008$

Tablo 14. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Piper Yorgunluk Ölçeği'nden

Değişkenler	N	Piper Yorgunluk Ölçeği								
		Davranış Alt Boyutu			Duygulanım Alt Boyutu			Duyusal Alt Boyutu		
		X ± SS	M	Min - Max	X ± SS	M	Min - Max	X ± SS	M	Min - Max
Çalışma Durumu										
Çalışıyor	128	6,31 ± 0,861	6,67	4,3-8,0	6,68 ± 0,851	6,80	3,4-8,2	5,36 ± 0,979	5,70	3,2-8,0
Çalışmıyor	48	6,43 ± 0,847	6,50	3,3-8,2	6,67 ± 0,838	6,80	4,4-8,4	5,63 ± 1,075	5,20	2,4-8,6
Z/p		-0,911/0,362			-0,090/0,928			-1,709/0,087		
Sağlık Güvencesi										
Var	172	6,40 ± 0,839	6,58	3,3-8,0	6,69 ± 0,840	6,80	3,4-8,4	5,55 ± 1,034	5,60	2,4-8,0
Yok	4	6,29 ± 1,397	6,00	5,0-8,2	6,05 ± 0,551	6,10	5,4-6,6	5,75 ± 1,949	5,00	4,4-8,6
Z/p		-0,120/0,608			-1,833/0,067			-0,428/0,669		
Gelir Durumu										
İyi	35	6,92 ± 0,581	7,00	5,5-7,8	7,01 ± 0,610	7,00	5,6-8,4	5,90 ± 1,012	5,80	4,2-8,0
Orta	141	6,27 ± 0,859	6,33	3,3-8,2	6,59 ± 0,868	6,60	3,4-8,2	5,47 ± 1,050	5,40	2,4-8,6
Z/p		-4,275/0,000*			-2,589/0,010*			-2,015/0,044*		
Çocuk Sayısı										
Çocuk Yok (1)	17	6,74 ± 0,700	7,00	5,0-8,2	7,08 ± 0,828	7,00	5,0-8,4	5,59 ± 1,293	5,40	3,0-8,6
1 - 3 (2)	141	6,37 ± 0,853	6,50	3,3-8,0	6,67 ± 0,772	6,80	4,6-8,4	5,55 ± 1,050	5,60	2,4-8,0
4 - 6 (3)	18	6,31 ± 0,920	6,50	4,3-7,5	6,36 ± 1,193	6,60	3,4-8,0	5,56 ± 0,880	5,40	3,4-7,2
X²/p		2,709/0,258			5,240/0,073			0,017/0,992		

* $p < 0,05$, Z: Mann Whitney U testi, X^2 : Kruskal Wallis H testi

Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre Piper Yorgunluk Ölçeği'nden aldıkları puanlar değerlendirilmiştir (Tablo 14). Elde edilen sonuçlara göre; hastaların Piper Yorgunluk Ölçeği'nin Bilişsel alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması okur – yazarlarda $3,59 \pm 0,549$, ilköğretim mezunlarında $3,48 \pm 0,797$, ortaöğretim mezunlarında $3,07 \pm 0,621$, yüksekokul ve üniversite mezunlarında $3,46 \pm 0,759$ olarak bulunmuştur. Hastaların eğitim durumlarına göre Bilişsel alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=13,375$; $p<0,05$). Okur – yazar ve ilköğretim mezunlarının bilişsel yorgunluğunun ortaöğretim mezunlarına göre daha şiddetli olduğu belirlenmiştir. Hastaların eğitim durumlarına göre Davranış, Duygulanım ve Duyusal alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların Piper Yorgunluk Ölçeği'nden aldıkları toplam puanların ortalaması okur – yazarlarda $5,60 \pm 0,368$, ilköğretim mezunlarında $5,21 \pm 0,614$, ortaöğretim mezunlarında $5,26 \pm 0,542$, yüksekokul ve üniversite mezunlarında $5,54 \pm 0,712$ olarak bulunmuştur. Hastaların eğitim durumlarına göre Piper Yorgunluk Ölçeği'nden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=11,543$; $p<0,05$). İlköğretim, yüksekokul ve üniversite mezunlarının yorgunluğunun ortaöğretim mezunlarına göre daha şiddetli olduğu belirlenmiştir.

Hastaların Piper Yorgunluk Ölçeği'nin Davranış alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması iyi gelir düzeyine sahip hastalarda $6,92 \pm 0,581$, orta gelir düzeyine sahip hastalarda $6,27 \pm 0,859$; Duygulanım alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması iyi gelir düzeyine sahip hastalarda $7,01 \pm 0,610$, orta gelir düzeyine sahip hastalarda $6,59 \pm 0,868$; Duyusal alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması iyi gelir düzeyine sahip hastalarda $5,90 \pm 1,012$, orta gelir düzeyine sahip hastalarda $5,47 \pm 1,050$; Bilişsel alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması iyi gelir düzeyine sahip hastalarda $3,80 \pm 0,649$, orta gelir düzeyine sahip hastalarda ise $3,24 \pm 0,725$ olarak bulunmuştur. İyi gelir düzeyine sahip olan hastaların Davranış ($Z=-4,275$), Duygulanım ($Z=-2,589$), Duyusal ($Z=-2,015$) ve Bilişsel ($Z=-3,856$) alt boyutlarından aldıkları puanların istatistiksel açıdan anlamlı olarak orta gelir düzeyine sahip hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Hastaların Piper Yorgunluk Ölçeği toplamından aldıkları puanların ortalaması ise iyi gelir düzeyine sahip hastalarda $5,86 \pm 0,339$, orta gelir düzeyine sahip hastalarda $5,34 \pm 0,607$ olarak

bulunmuştur. İyi gelir düzeyine sahip olan hastaların Piper Yorgunluk Ölçeği puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı olarak orta gelir düzeyine sahip olan hastalara göre yüksek olduğu saptanmıştır ($Z=-4,812$; $p<0,05$).

Hastaların cinsiyetlerine, medeni durumlarına, çalışma durumlarına, sağlık güvencesi bulunup bulunmamasına ve sahip oldukları çocuk sayısına göre Piper Yorgunluk Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 15. Hastaların Hastalık ve Tedavi Sürecine Ait Bilgilerine Göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ve Vücut Algısı Ölçeği’nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Değişkenler	N	Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği			Vücut Algısı Ölçeği		
		X ± SS	M	Min - Max	X ± SS	M	Min - Max
Kanser Tipi							
AML (1)	46	20,72 ± 2,762	21,50	16-26	103,98 ± 6,431	103,00	92-119
KML (2)	23	20,70 ± 2,754	21,00	14-25	102,00 ± 5,477	103,00	91-112
KLL (3)	19	21,11 ± 2,536	22,00	17-25	104,42 ± 4,891	103,00	98-113
Lenfoma (4)	38	21,13 ± 2,029	21,00	16-25	102,61 ± 6,708	102,50	88-117
Multiple Myelom (5)	39	20,59 ± 2,392	21,00	16-26	104,33 ± 7,375	105,00	90-120
Myelodisplastik Sendrom (6)	9	20,89 ± 2,892	21,00	16-25	106,11 ± 5,110	106,00	100-115
X²/p		1,002/0,962			4,263/0,512		
Kanser Evresi							
Evre 1 (1)	12	20,75 ± 2,604	21,00	14-27	103,27 ± 6,708	102,00	88-120

Evre 2 (2)	39	20,95 ± 2,449	22, 00	16-25	104,21 ± 5,376	105, 00	94-117
Evre 3 (3)	8	21,75 ± 1,669	22, 00	19-24	106,25 ± 4,950	105, 50	98-113
X²/p		1,670/0,434			2,987/0,225		
Metastaz							
Var	26	20,38 ± 2,886	20, 50	14-27	104,08 ± 6,657	103, 50	92-118
Yok	15 0	20,92 ± 2,470	21, 00	14-26	103,53 ± 6,345	103, 00	88-120
Z/p		-1,045/0,296			-0,271/0,786		
Kemoterapi Kür Sayısı							
<10	15 7	20,83 ± 2,574	21, 00	14-27	103,98 ± 6,437	104, 00	88-120
10 - 20	19	20,89 ± 2,233	21, 00	16-25	100,58 ± 5,026	101, 00	91-111
Z/p		-0,026/0,979			-2,131/ 0,033*		
Tedavi							
Kemoterapi	17 3	20,86 ± 2,548	21, 00	14-27	103,64 ± 6,410	103, 00	88-120
Radyoterapi + Kemoterapi	3	19,67 ± 1,155	19, 00	19-21	102,33 ± 4,509	102, 00	98-107
Z/p		-1,078/0,281			-0,383/0,701		
Kronik Hastalık							
Var	71	20,72 ± 2,380	21, 00	14-27	103,54 ± 6,233	103, 00	89-120
Yok	10 5	20,92 ± 2,641	21, 00	14-26	103,67 ± 6,500	103, 00	88-119
Z/p		-0,748/0,454			-0,133/0,894		

* $p < 0,05$, Z: Mann Whitney U testi, X^2 : Kruskal Wallis H testi

Tablo 15. Hastaların Hastalık ve Tedavi Sürecine Ait Bilgilerine Göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ve Vücut Algısı Ölçeği’nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (devamı)

Değişkenler	N	Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği			Vücut Algısı Ölçeği		
		X ± SS	M	Min - Max	X ± SS	M	Min - Max
Kronik Hastalık Tipi							
Diyabet Mellitus	37	20,38 ± 2,564	21,00	14-25	103,14 ± 7,080	103,00	89-120
Hipertansiyon	34	21,09 ± 2,137	21,00	17-27	103,97 ± 5,231	104,00	94-117
Z/p		-0,965/0,334			-0,767/0,443		
ECOG Performans Ölçeği							
2 ve Altı	170	20,82 ± 2,522	21,00	14-27	103,87 ± 6,257	103,00	88-120
3 ve Üstü	6	21,33 ± 3,077	22,00	16-25	96,33 ± 5,785	95,50	90-105
Z/p		-0,641/0,521			-2,600/0,009*		
Cinsel Yaşama İlişkin Bilgi							
Aldı	19	20,74 ± 2,257	21,00	17-24	105,89 ± 5,763	106,00	98-117
Almadı	157	20,85 ± 2,572	21,00	14-27	103,34 ± 6,408	103,00	88-120
Z/p		-0,111/0,912			-1,585/0,113		
Cinsel Yaşama İlişkin Bilgi							
Hiçbir Zaman (1)	5	20,99 ± 2,380	19,00	14-26	104,30 ± 6,772	102,00	89-119
Nadiren (2)	28	20,90 ±	21,	14-27	103,10 ±	101,	88-115

		2,775	00		5,973	00	
Bazen (3)	73	20,57 ±	22,	16-25	103,00 ±	103,	95-115
		2,364	00		6,049	00	
Sık Sık (4)	70	19,40 ±	21,	17-22	105,00 ±	104,	98-120
		1,817	00		8,944	00	
X²/p		3,043/0,385			1,680/0,641		

Tedavi Sonrası Beden

Algısı

Çok Beğeniyorum (1)	8	19,38 ±	19,	14-25	108,13 ±	106,	99-119
		3,378	00		7,492	50	
Beğeniyorum (2)	69	20,91 ±	21,	14-27	103,45 ±	103,	89-118
		2,554	00		6,328	00	
Bir Fark Görmüyorum (3)	38	21,18 ±	22,	16-25	103,47 ±	103,	92-113
		2,577	00		5,679	00	
Beğenmiyorum (4)	39	20,95 ±	21,	16-26	103,03 ±	103,	90-115
		2,339	00		6,483	00	
Hiç Beğenmiyorum (5)	22	20,36 ±	20,	16-24	103,77 ±	103,	88-120
		2,381	50		6,996	50	
X²/p		3,549/0,470			3,121/0,538		

Yaşanılan Sürecin

Cinsel Yaşama Etkisi

Olan Grup (1)	93	21,39 ±	22,	14-27	103,10 ±	103,	88-116
		2,584	00		5,885	00	
Olmayan Grup (2)	38	20,13 ±	20,	16-24	103,58 ±	103,	89-114
		2,042	00		7,093	00	
Kısmen Olan Grup (3)	45	20,31 ±	21,	16-25	104,71 ±	103,	90-120
		2,592	00		6,720	00	

X²/p	10,579/0,005*	1,380/0,502
	1>2,1>3**	

Yaşanılan Sürecin Eş

ile

İlişkiye Etkisi

Oldu	11	21,08 ±	21,	14-27	104,39 ±	104,	91-120
	4	2,658	00		6,064	00	
Olmadı	62	20,40 ±	21,	14-25	102,18 ±	102,	88-114
		2,243	00		6,728	00	
Z/p		1,822/0,068			-1,898/0,058		

* $p < 0,05$, Z: Mann Whitney U testi, X^2 : Kruskal Wallis H testi, Bonferroni düzeltme sonucunda elde edilen p değeri $p < 0,0,167$

Tablo 15. Hastaların Hastalık ve Tedavi Sürecine Ait Bilgilerine Göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ve Vücut Algısı Ölçeği’nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (devamı)

Değişkenler	N	Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği			Vücut Algısı Ölçeği		
		X ± SS	M	Min - Max	X ± SS	M	Min - Max
Tedavi Sürecine Bağlı							
Vücutta Yaşanılan Değişimlerin Cinsel Yaşama Etkisi							
Oldu	14	20,94 ±	21,	14-27	103,96 ±	104,	88-119
	7	2,570	00		6,176	00	
Olmadı	29	20,00 ±	19,	16-24	100,56 ±	100,	89-120
		2,058	50		7,430	00	
Z/p		-1,723/0,085			-2,510/0,012*		
Tedavi Sürecine Bağlı							
Yaşanılan Yorgunluğun Cinsel Yaşama Etkisi							
Oldu	15	21,00 ±	21,	14-27	103,85 ±	104,	89-119
	8	2,543	00		6,275	00	
Olmadı	18	20,03 ±	20,	14-24	102,41 ±	102,	88-120

	2,368	00	6,853	00
Z/p	-1,812/0,070		-1,320/0,187	

**p<0,05, Z: Mann Whitney U testi*

Hastaların hastalık ve tedavi sürecine ait bilgilerine göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ve Vücut Algısı Ölçeği'nden aldıkları puanlar değerlendirilmiştir (Tablo 15). Elde edilen sonuçlara göre; hastaların Vücut Algısı Ölçeği'nden aldıkları puanların ortalaması uygulanan kemoterapi kür sayısı 10'un altında olanlarda $103,98 \pm 6,437$, uygulanan kemoterapi kür sayısı 10 – 20 arasında olanlarda ise $100,58 \pm 5,026$ olarak bulunmuştur. Uygulanan kemoterapi kür sayısı 10'un altında olan hastaların Vücut Algısı Ölçeği puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı olarak uygulanan kemoterapi kür sayısı 10 – 20 arasında olan hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($Z=-2,131$; $p<0,05$). Uygulanan kemoterapi kür sayısına göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'nden aldıkları puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların Vücut Algısı Ölçeği'nden aldıkları puanların ortalaması ECOG performans puanı 2 ve altında olanlarda $103,87 \pm 6,257$, ECOG performans puanı 3 ve üstünde olan hastalarda ise $96,33 \pm 5,785$ olarak bulunmuştur. ECOG performans puanı 2 ve altında olan hastaların Vücut Algısı Ölçeği puanlarının istatistikse açıdan anlamlı olarak ECOG performans puanı 3 ve üstünde olan hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($Z=-2,600$; $p<0,05$). Hastaların ECOG performans puanlarına göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'nden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'nden aldıkları puanların ortalaması yaşadıkları sürecin cinsel yaşantılarına etkisi olanlarda $21,39 \pm 2,584$, yaşadıkları sürecin cinsel yaşantılarına etkisi olmayanlarda $20,13 \pm 2,042$ ve yaşadıkları sürecin cinsel yaşantılarına etkisi kısmen olanlarda $20,31 \pm 2,592$ olarak bulunmuştur. Hastaların yaşadıkları sürecin cinsel yaşantılarına etkisi olup olmamasına göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark belirlenmiştir ($KW=10,579$; $p<0,05$). Yaşadıkları sürecin cinsel yaşantılarına etkisi olan hastaların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanlarının yaşadıkları sürecin cinsel yaşantılarına etkisi kısmen olan ve etkisi olmayanlara göre

daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların yaşadıkları sürecin cinsel yaşantılarına etkisine Vücut Algısı Ölçeği'nden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların Vücut Algısı Ölçeği'nden aldıkları puanların ortalaması tedavi sürecine bağlı vücutta yaşanan değişimlerin cinsel yaşama etkisi olanlarda $103,96 \pm 6,176$, tedavi sürecine bağlı vücutta yaşanan değişimlerin cinsel yaşama etkisi olmayanlarda $100,56 \pm 7,430$ olarak bulunmuştur. Tedavi sürecine bağlı vücutta yaşanan değişimlerin cinsel yaşama etkisi olan hastaların Vücut Algısı Ölçeği puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı olarak tedavi sürecine bağlı vücutta yaşanan değişimlerin cinsel yaşama etkisi olmayan hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($Z=-2,510$; $p<0,05$). Tedavi sürecine bağlı vücutta yaşanan değişimlerin cinsel yaşama etkisine göre Vücut Algısı Ölçeği'nden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların tanı aldıkları kanser tiplerine, kanser evrelerine, metastaz durumlarına, aldıkları tedavi yöntemlerine, kronik hastalık bulunup bulunmamasına, bulunan kronik hastalık tiplerine, cinsel yaşama ilişkin bilgi alma durumlarına, yorgunluk sıklıklarına, tedavi sonrası beden algılarına, yaşadıkları sürecin eşleri ile ilişkilerine etkisi olup olmasına ve tedavi sürecine bağlı yaşanan yorgunluğu cinsel yaşama etkisi olup olmasına göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ve Vücut Algısı Ölçeği'nden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 3. Hastaların Hastalık ve Tedavi Sürecine Ait Bilgilerine Göre Piper Yorgunluk Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Değişkenler	N	Piper Yorgunluk Ölçeği									
		Davranış Alt Boyutu			Duygulanım Alt Boyutu			Duyusal Alt Boyutu			
		X ± SS	M	Min - Max	X ± SS	M	Min - Max	X ± SS	M	Min - Max	X
Kanser Tipi											
AML (1)	46	6,48 ± 0,911	6,67	3,3-8,2	6,74 ± 0,830	6,80	4,6-8,4	5,62 ± 1,228	5,80	2,4-8,6	3,47
KML (2)	23	6,32 ± 0,819	6,50	4,3-7,5	6,68 ± 0,617	6,60	5,0-8,0	5,10 ± 0,882	5,20	3,0-6,4	3,50
KLL (3)	19	6,35 ± 0,992	6,67	4,5-8,0	6,86 ± 0,797	7,00	5,2-8,4	5,44 ± 1,032	5,40	3,0-7,2	3,45
Lenfoma (4)	38	6,35 ± 0,674	6,42	5,2-7,5	6,74 ± 0,801	6,80	4,6-8,2	5,74 ± 0,997	5,70	4,0-8,0	3,28
Multiple Myelom (5)	39	6,45 ± 0,868	6,67	4,7-8,0	6,40 ± 0,938	6,60	3,4-8,0	5,74 ± 0,880	5,60	3,6-7,8	3,22
Myelodisplastik Sendrom (6)	9	6,41 ± 1,077	6,83	4,7-7,7	6,76 ± 0,999	7,00	5,0-8,2	5,22 ± 1,046	5,40	3,4-6,8	3,22
X ² /p		1,481/0,915			4,336/0,502			7,524/0,184			
Kanser Evresi											
Evre 1 (1)	129	6,34 ± 0,908	6,50	3,3-8,2	6,65 ± 0,840	6,60	4,6-8,4	5,51 ± 1,076	5,40	2,4-8,6	3,33
Evre 2 (2)	39	6,51 ± 0,668	6,67	5,0-7,7	6,69 ± 0,864	6,80	3,4-8,2	5,73 ± 0,992	5,80	4,0-8,0	3,36
Evre 3 (3)	8	6,90 ± 0,377	6,83	6,3-7,5	6,95 ± 0,731	6,90	6,0-8,2	5,45 ± 1,018	5,40	4,2-7,2	3,75
X ² /p		4,072/0,131			1,120/0,571			1,179/0,555			
Tanı Süresi											
3 Ay İçerisinde	62	6,44 ± 0,811	6,67	4,3-8,2	6,70 ± 0,890	6,80	3,4-8,2	5,64 ± 1,135	5,60	3,4-8,6	3,37
3 Ay ve Daha Öncesinde	114	6,38 ± 0,873	6,67	3,3-8,0	6,66 ± 0,814	6,80	4,6-8,4	5,51 ± 1,009	5,60	2,4-7,8	3,35
Z/p		0,189/0,850			-0,678/0,498			-0,363/0,717			
Metastaz											
Var	26	6,49 ± 0,835	6,50	4,8-8,0	6,77 ± 0,748	6,80	5,0-8,2	5,81 ± 0,925	5,80	4,2-7,8	3,53
Yok	150	6,39 ± 0,854	6,67	3,3-8,2	6,66 ± 0,855	6,80	3,4-8,4	5,51 ± 1,072	5,50	2,4-8,6	3,33
Z/p		-0,278/0,781			-0,305/0,760			-1,245/0,213			

Z: Mann Whitney U testi, X²: Kruskal Wallis H testi

Tablo 19. Hastaların Hastalık ve Tedavi Sürecine Ait Bilgilerine Göre Piper Yorgunluk Ölçeği Karşılaştırılması (devamı)

Değişkenler	N	Piper Yorgunluk Ölçeği									
		Davranış Alt Boyutu			Duygulanım Alt Boyutu			Duyusal Alt Boyutu			
		X ± SS	M	Min - Max	X ± SS	M	Min - Max	X ± SS	M	Min - Max	
Kemoterapi Kür Sayısı											
<10	157	6,45 ± 0,817	6,67	3,3-8,0	6,70 ± 0,821	6,80	3,4-8,4	5,57 ± 1,041	5,60	2,4-8,0	3,3
10 - 20	19	5,98 ± 1,018	5,67	4,7-8,2	6,47 ± 0,978	6,40	5,0-8,4	5,47 ± 1,187	5,40	3,0-8,6	2,3
Z/p		-2,253/0,024*			-1,342/0,180			-0,630/0,528			
Tedavi											
Kemoterapi	173	6,40 ± 0,855	6,50	3,3-8,2	6,67 ± 0,844	6,80	3,4-8,4	5,55 ± 1,058	5,60	2,4-8,6	3,3
Radyoterapi + Kemoterapi	3	6,61 ± 0,509	6,50	6,2-7,2	6,93 ± 0,503	7,00	6,4-7,4	5,67 ± 0,924	6,20	4,6-6,2	3,3
Z/p		-0,304/0,761			-0,585/0,559			-0,229/0,819			
Kronik Hastalık											
Var	71	6,44 ± 0,737	6,50	4,7-7,8	6,79 ± 0,817	7,00	3,4-8,2	5,79 ± 0,960	5,80	4,0-8,0	3,3
Yok	105	6,37 ± 0,921	6,50	3,3-8,2	6,60 ± 0,849	6,60	4,4-8,4	5,39 ± 1,088	5,40	2,4-8,6	3,3
Z/p		-0,171/0,864			-1,813/0,070			-2,246/0,025*			
Kronik Hastalık Tipi											
Diyabet Mellitus	37	6,54 ± 0,700	6,67	5,2-7,8	6,92 ± 0,705	7,00	5,0-8,2	5,94 ± 1,045	6,00	4,2-8,0	3,3
Hipertansiyon	34	6,33 ± 0,772	6,50	4,7-7,5	6,64 ± 0,911	6,60	3,4-8,2	5,64 ± 0,848	5,60	4,0-7,2	3,3
Z/p		-0,981/0,326			-1,284/0,199			-1,200/0,230			
ECOG Performans Ölçeği											
2 ve Altı	170	6,43 ± 0,847	6,67	3,3-8,2	6,69 ± 0,847	6,80	3,4-8,4	5,57 ± 1,067	5,60	2,4-8,6	3,3
3 ve Üstü	6	5,58 ± 0,431	5,50	5,2-6,2	6,30 ± 0,434	6,20	5,8-7,0	5,27 ± 0,561	5,10	4,6-6,2	2,3
Z/p		-2,627/0,009*			-1,637/0,102			-0,882/0,378			

* $p < 0,05$, Z: Mann Whitney U testi

Tablo 19. Hastaların Hastalık ve Tedavi Sürecine Ait Bilgilerine Göre Piper Yorgunluk Ölçeği Karşılaştırılması (devamı)

Değişkenler	N	Piper Yorgunluk Ölçeği									
		Davranış Alt Boyutu			Duygulanım Alt Boyutu			Duyusal Alt Boyutu			
		X ± SS	M	Min - Max	X ± SS	M	Min - Max	X ± SS	M	Min - Max	λ
Cinsel Yaşama İlişkin Bilgi											
Aldı	19	6,31 ± 0,714	6,67	5,0-7,3	6,98 ± 0,897	7,20	4,6-8,0	5,71 ± 1,293	6,20	3,0-7,6	3,37
Almadı	157	6,41 ± 0,866	6,50	3,3-8,2	6,64 ± 0,827	6,60	3,4-8,4	5,54 ± 1,025	5,40	2,4-8,6	3,35
Z/p		-0,638/0,523			-2,354/0,019*			-0,793/0,428			
Cinsel Yaşama İlişkin Bilgi											
Hiçbir Zaman (1)	5	6,44 ± 0,796	6,83	4,5-8,2	6,64 ± 0,904	7,00	3,4-8,2	5,61 ± 1,092	5,60	3,2-8,6	3,51
Nadiren (2)	28	6,33 ± 0,874	6,67	4,3-7,7	6,69 ± 0,759	6,70	4,4-8,4	5,48 ± 1,032	5,90	3,0-8,0	3,19
Bazen (3)	73	6,38 ± 0,943	6,50	3,3-7,8	6,72 ± 0,870	6,80	4,6-8,4	5,66 ± 1,060	5,40	2,4-7,2	3,42
Sık Sık (4)	70	6,97 ± 0,639	6,58	6,2-7,8	6,76 ± 1,081	6,80	5,0-7,8	5,32 ± 0,996	5,60	4,0-6,4	3,27
X ² /p		2,392/0,495			0,334/0,951			1,504/0,681			
Tedavi Sonrası Beden Algısı											
Çok Beğeniyorum (1)	8	6,50 ± 0,777	6,58	4,8-7,5	6,98 ± 0,654	6,90	6,2-8,2	5,32 ± 1,195	5,50	3,4-7,2	3,56
Beğeniyorum (2)	69	6,39 ± 0,907	6,50	3,3-7,8	6,64 ± 0,891	6,80	4,4-8,4	5,49 ± 1,021	5,40	2,4-7,6	3,40
Bir Fark Görmüyorum (3)	38	6,57 ± 0,763	6,67	5,0-8,0	6,68 ± 0,926	6,80	3,4-8,0	5,72 ± 0,896	5,80	3,0-7,2	3,38
Beğenmiyorum (4)	39	6,21 ± 0,767	6,17	4,7-8,2	6,61 ± 0,672	6,60	5,0-8,2	5,48 ± 1,258	5,60	3,0-8,6	3,25
Hiç Beğenmiyorum (5)	22	6,43 ± 0,969	6,83	4,5-7,7	6,78 ± 0,875	6,90	4,6-8,4	5,70 ± 1,006	5,80	3,8-7,8	3,31
X ² /p		4,829/0,305			3,304/0,508			2,487/0,647			
Yaşanılan Sürecin Cinsel Yaşama Etkisi											
Oldu (1)	93	6,40 ± 0,792	6,67	4,7-8,2	6,68 ± 0,913	6,60	3,4-8,4	5,62 ± 1,090	5,60	3,0-8,6	3,27
Olmadı (2)	38	6,47 ± 0,841	6,67	4,5-7,7	6,45 ± 0,768	6,60	4,6-7,6	5,61 ± 0,852	5,80	3,6-7,2	3,54
Kısmen (3)	45	6,35 ± 0,979	6,50	3,3-8,0	6,85 ± 0,698	6,80	5,0-8,2	5,38 ± 1,131	5,40	2,4-8,0	3,37
X ² /p		0,615/0,735			3,898/0,142			1,932/0,381			

* $p < 0,05$, Z: Mann Whitney U testi, X^2 : Kruskal Wallis H testi, **Bonferroni düzeltme sonucunda elde edilen p değeri $p < 0,008$

Tablo 16. Hastaların Hastalık ve Tedavi Sürecine Ait Bilgilerine Göre Piper Yorgunluk Ölçeği Karşılaştırılması (devamı)

Değişkenler	N	Piper Yorgunluk Ölçeği								
		Davranış Alt Boyutu			Duygulanım Alt Boyutu			Duyusal Alt Boyutu		
		X ± SS	M	Min - Max	X ± SS	M	Min - Max	X ± SS	M	Min - Max
Yaşanılan Sürecin Eş ile İlişkiye Etkisi										
Oldu	114	6,46 ± 0,840	6,67	3,3-8,0	6,82 ± 0,794	6,80	4,4-8,4	5,65 ± 1,065	5,80	2,4-8,0
Olmadı	62	6,28 ± 0,861	6,25	4,3-8,2	6,41 ± 0,860	6,60	3,4-8,0	5,38 ± 1,019	5,40	3,0-8,6
Z/p		-1,496/0,135			2,837/0,005*			-1,753/0,080		
Tedavi Sürecine Bağlı Vücutta Yaşanılan Değişimlerin Cinsel Yaşama Etkisi										
Oldu	147	6,42 ± 0,851	6,67	3,3-8,2	6,67 ± 0,835	6,80	3,4-8,4	5,59 ± 1,053	5,60	2,4-8,6
Olmadı	29	6,24 ± 0,843	6,17	5,0-7,7	6,72 ± 0,897	7,00	5,0-8,0	5,28 ± 1,054	5,20	3,0-7,0
Z/p		-1,047/0,295			-0,363/0,717			-0,981/0,327		
Tedavi Sürecine Bağlı Yaşanılan Yorgunluğun Cinsel Yaşama Etkisi										
Oldu	158	6,40 ± 0,854	6,50	3,3-8,2	6,68 ± 0,854	6,80	3,4-8,4	5,55 ± 1,057	5,40	2,4-8,6
Olmadı	18	6,39 ± 0,844	6,50	4,8-8,0	6,66 ± 0,771	6,60	5,0-8,0	5,59 ± 1,056	5,80	3,0-7,2
Z/p		-0,250/0,803			-0,194/0,846			-0,669/0,503		

* $p < 0,05$, Z: Mann Whitney U testi

Hastaların hastalık ve tedavi sürecine ait bilgilerine göre Piper Yorgunluk Ölçeği'nden aldıkları puanlar değerlendirilmiştir (Tablo 16). Elde edilen sonuçlara göre; hastaların Davranış alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması 10'un altında kemoterapi kür uygulanan hastalarda $6,45 \pm 0,817$, 10 – 20 arasında kemoterapi kür uygulanan hastalarda $5,98 \pm 1,018$; Bilişsel alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması 10'un altında kemoterapi kür uygulanan hastalarda $3,42 \pm 0,723$, 10 – 20 arasında kemoterapi kür uygulanan hastalarda $2,84 \pm 0,717$ olarak bulunmuştur. Uygulanan kemoterapi kür sayısı 10'un altında olan hastaların Davranış ($Z=-2,253$) ve Bilişsel ($Z=-3,103$) alt boyutlarından aldıkları puanlar istatistiksel olarak uygulanan kemoterapi kür sayısı 10 – 20 arasında olan hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Hastaların uygulanan kemoterapi kür sayısına göre Duygulanım ve Duyusal alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların Piper Yorgunluk Ölçeği'nden aldıkları toplam puanların ortalaması ise 10'un altında kemoterapi kür uygulanan hastalarda $5,48 \pm 0,575$, 10 – 20 arasında kemoterapi kür uygulanan hastalarda $5,12 \pm 0,720$ olarak belirlenmiştir. Uygulanan kemoterapi kür sayısı 10'un altında olan hastaların Piper Yorgunluk Ölçeği puanı istatistiksel açıdan anlamlı olarak uygulanan kemoterapi kür sayısı 10 – 20 arasında olan hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($Z=-2,690$; $p<0,05$).

Hastaların Duyusal alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması kronik hastalık bulunan hastalarda $5,79 \pm 0,960$, kronik hastalık bulunmayan hastalarda ise $5,39 \pm 1,088$ olarak bulunmuştur. Kronik hastalık bulunan hastaların Duyusal alt boyutundan aldıkları puanların istatistiksel açıdan anlamlı olarak kronik hastalık bulunmayan hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($Z=-2,246$; $p<0,05$). Hastaların kronik hastalık bulunma durumlarına göre Davranış, Duygulanım ve Bilişsel alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların Davranış alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması ECOG performans puanı 2 ve altında olanlarda $6,43 \pm 0,847$, ECOG performans puanı 3 ve üstünde olanlarda $5,58 \pm 0,431$; Bilişsel alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması

ECOG performans puanı 2 ve altında olanlarda $3,38 \pm 0,743$, ECOG performans puanı 3 ve üstünde olanlarda $2,69 \pm 0,232$ olarak bulunmuştur. ECOG performans puanı 2 ve altında olan hastaların Davranış ($Z=-2,627$) ve Bilişsel ($Z=-2,436$) alt boyutlarından aldıkları puanların istatistiksel açıdan anlamlı olarak ECOG performans puanı 3 ve üstünde olan hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Hastaların ECOG performans puanlarına göre Duygulanım ve Duyusal alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların Piper Yorgunluk Ölçeği'nden aldıkları toplam puanların ortalaması ECOG performans puanı 2 ve altında olanlarda $5,46 \pm 0,601$, ECOG performans puanı 3 ve üstünde olanlarda $4,89 \pm 0,192$ olarak bulunmuştur. ECOG performans puanı 2 ve altında olan hastaların Piper Yorgunluk Ölçeği toplam puanının istatistiksel açıdan anlamlı olarak ECOG performans puanı 3 ve üstünde olan hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($Z=-2,635$; $p<0,05$).

Hastaların Duygulanım alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması cinsel yaşama ilişkin bilgi alanlara $6,98 \pm 0,897$, cinsel yaşama ilişkin bilgi almayanlarda $6,64 \pm 0,827$ olarak bulunmuştur. Cinsel yaşama ilişkin bilgi alan hastaların Duygulanım alt boyutundan aldıkları puanların istatistiksel açıdan anlamlı olarak cinsel yaşama ilişkin bilgi almayan hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($Z=-2,354$; $p<0,05$). Hastaların cinsel yaşama ilişkin bilgi alma durumlarına göre Davranış, Duyusal ve Bilişsel alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların cinsel yaşama ilişkin bilgi alma durumlarına göre Piper Yorgunluk Ölçeği'nin toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların Bilişsel alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması yorgunluk sıklığını "Hiçbir Zaman" olarak ifade eden hastalarda $3,51 \pm 0,799$, "Nadiren" olarak ifade eden hastalarda $3,19 \pm 0,681$, "Bazen" olarak ifade eden hastalarda $3,42 \pm 0,749$ ve "Sık Sık" olarak ifade eden hastalarda $3,27 \pm 0,149$ olarak bulunmuştur. Hastaların yorgunluk sıklıklarına göre Bilişsel alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($X^2=7,992$; $p<0,05$). Yorgunluk sıklığını "Bazen" olarak ifade eden hastaların Bilişsel alt boyutu puanlarının yorgunluk sıklığını "Sık Sık" olarak ifade eden hastalara göre daha yüksek olduğu

belirlenmiştir. Hastaların yorgunluk sıklıklarına göre Davranış, Duygulanım ve Duyusal alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların yorgunluk sıklıklarına göre Piper Yorgunluk Ölçeği'nin toplamından aldıkları puanlar arasında da istatistiksel açıdan anlamlı olarak fark belirlenmemiştir ($p>0,05$).

Hastaların Duygulanım alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması yaşadıkları sürecin eşleri ile ilişkisine etkisi olanlarda $6,82 \pm 0,794$, yaşadıkları sürecin eşleri ile ilişkisine etkisi olmayanlarda $6,41 \pm 0,860$ olarak bulunmuştur. Yaşadıkları sürecin eşleri ile ilişkilerine etkisi olan hastaların Duygulanım alt boyutu puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı olarak yaşadıkları sürecin eşleri ile ilişkilerine etkisi olmayan hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($Z=2,837$; $p<0,05$). Hastaların yaşadıkları sürecin eşleri ile ilişkilerine etkisi olma durumlarına göre Davranış, Duyusal ve Bilişsel alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların Piper Yorgunluk Ölçeği toplam puanlarının ortalaması yaşadıkları sürecin eşleri ile ilişkisine etkisi olanlarda $5,51 \pm 0,596$, yaşadıkları sürecin eşleri ile ilişkisine etkisi olmayanlarda $5,32 \pm 0,594$ olarak bulunmuştur. Yaşadıkları sürecin eşleri ile ilişkilerine etkisi olan hastaların Piper Yorgunluk Ölçeği toplam puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı olarak yaşadıkları sürecin eşleri ile ilişkilerine etkisi olmayan hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($Z=-2,335$; $p<0,05$).

Hastaların Piper Yorgunluk Ölçeği'nin Bilişsel alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması tedavi sürecine bağlı vücutta yaşanan değişimlerin cinsel yaşama etkisi olanlarda $3,41 \pm 0,739$, tedavi sürecine bağlı vücutta yaşanan değişimlerin cinsel yaşama etkisi olmayanlarda $2,92 \pm 0,642$ olarak bulunmuştur. Tedavi sürecine bağlı vücutta yaşanan değişimlerin cinsel yaşama etkisi olan hastaların Bilişsel alt boyutu puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı olarak tedavi sürecine bağlı vücutta yaşanan değişimlerin cinsel yaşama etkisi olmayan hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($Z=-2,465$; $p<0,05$). Hastaların tedavi sürecine bağlı vücutta yaşanan değişimlerin cinsel yaşama etkisine göre Davranış, Duygulanım ve Duyusal alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların tedavi sürecine bağlı vücutta yaşanan

değişimlerin cinsel yaşama etkisine göre Piper Yorgunluk Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların tanı aldıkları kanser tiplerine, kanser evrelerine, kanser tanısı aldıkları zamana, metastaz durumlarına, aldıkları tedavi yöntemlerine, bulunan kronik hastalık tiplerine, tedavi sonrası beden algılarına, yaşadıkları sürecin cinsel yaşama etkisi olup olmamasına ve tedavi sürecine bağlı yaşanan yorgunluğu cinsel yaşama etkisi olup olmamasına göre Piper Yorgunluk Ölçeği'nden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 17. Hastaların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Piper Yorgunluk Ölçeği ve Vücut Algısı Ölçeği'nden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişki

	Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği		Vücut Algısı Ölçeği	
	r	p	r	p
Piper Yorgunluk Ölçeği				
Davranış Alt Boyutu	-0,046	0,542	0,241	0,001*
Duygulanım Alt Boyutu	0,032	0,673	0,302	0,000*
Duyusal Alt Boyutu	-0,059	0,436	0,177	0,019*
Bilişsel Alt Boyutu	0,056	0,464	0,295	0,000*
Piper Yorgunluk Ölçeği Toplam	-0,013	0,868	0,359	0,000*
Vücut Algısı Ölçeği	-0,048	0,527		

* $p<0,05$, r: *Pearson Korelasyon*

Hastaların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Piper Yorgunluk Ölçeği ve Vücut Algısı Ölçeği'nden aldıkları puanlar arasındaki ilişki değerlendirilmiş ve elde edilen sonuçlar Tablo 17'de verilmiştir. Bu sonuçlara göre; hastaların Vücut Algısı Ölçeği puanları ile Piper Yorgunluk Ölçeği alt boyutu olan Davranış ($r=0,241$), Duygulanım ($r=0,302$) ve Bilişsel ($r=0,295$) alt boyutu puanları arasında pozitif yönlü zayıf düzey ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Davranışsal, duygulanım ve bilişsel yorgunluk arttıkça vücut bölümlerinden ya da işlevlerinden duyulan memnuniyet azalmaktadır.

Hastaların Vücut Algısı Ölçeği puanları ile Piper Yorgunluk Ölçeği alt boyutu olan Duyusal alt boyutu puanları arasında pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki bulunmuştur ($r=0,177$; $p<0,05$). Duyusal yorgunluk arttıkça vücut bölümlerinden ya da işlevlerinden duyulan memnuniyet azalmaktadır. Hastaların Vücut Algısı Ölçeği ile Piper Yorgunluk Ölçeği toplam puanları arasında pozitif yönlü zayıf ilişki saptanmıştır ($r=0,359$; $p<0,05$). Genel yorgunluk arttıkça vücut bölümlerinden ya da işlevlerinden duyulan memnuniyet azalmaktadır. Hastaların Piper Yorgunluk Ölçeği puanları ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'nden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların Vücut Algısı Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'nden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların yaşadıkları sürecin cinsel yaşantılarına etkisinin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanı üzerinde etkisinin olduğu saptanmış ve etkinin incelenmesi amacıyla basit doğrusal regresyon analizleri uygulanmıştır (Tablo 18).

Tablo 18. Hastaların Yaşadıkları Sürecin Cinsel Yaşantılarına Etkisinin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanı Üzerine Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Değişken	B	S.E.	β	t	p	R	R ²	F	p
Sabit	20,132	0,402	-	50,039	0,000*				
Yaşanılan Sürecin Cinsel Yaşantıya Etkisi Olan Grup									
Yaşanılan Sürecin Cinsel Yaşantıya Etkisi Kısım Olan Grup	1,256	0,477	0,248	2,629	0,009*	0,230	0,053	4,836	0,009*
Yaşanılan Sürecin Cinsel Yaşantıya Etkisi Kısım Olan Grup	0,180	0,546	0,031	0,329	0,743				

**p<0,05, Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi, S.E.: Standart Hata*

Tablo 15’de hastaların yaşadıkları sürecin cinsel yaşantılarına etkisinin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanı üzerinde etkisinin olduğu saptanmış ve etkinin incelenmesi amacıyla yaşadıkları sürecin cinsel yaşantılarına etkisi olmayanlar referans alınarak basit doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır (Tablo 18). Elde edilen sonuçlara göre; hastaların yaşadıkları sürecin cinsel yaşantısına etkisinin Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanı üzerindeki varyansın %5’ini istatistiksel açıdan anlamlı olarak açıkladığı saptanmıştır ($F=4,836$; $R^2=0,053$; $p<0,05$). Yaşanılan sürecin cinsel yaşantıya etkisi olmasının Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği puanını pozitif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordadığı belirlenmiştir ($p<0,05$).

Hastaların aldıkları kemoterapi kür sayısının Vücut Algısı Ölçeği puanı üzerinde etkisinin olduğu saptanmış ve etkinin incelenmesi amacıyla basit doğrusal regresyon analizleri uygulanmıştır (Tablo 19).

Tablo 19. Hastaların Aldıkları Kemoterapi Kür Sayısının Vücut Algısı Ölçeği Puanı Üzerine Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Değişken	B	S.E.	β	t	p	R	R^2	F	p
Sabit	103,981	0,503	-	206,634	0,000*				
Kemoterapi						0,166	0,028	4,934	0,028*
Kür Sayısı	-3,402	1,532	-0,166	-2,221	0,028*				
(10 - 20)									

**p<0,05, Basit Doğrusal Regresyon Analizi, S.E.: Standart Hata*

Tablo 15’de hastaların aldıkları kemoterapi kür sayısının Vücut Algısı Ölçeği puanı üzerinde etkisinin olduğu saptanmış ve etkinin incelenmesi amacıyla alınan kemoterapi kür sayısı 10’un altında olanlar referans alınarak basit doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır (Tablo 19). Elde edilen sonuçlara göre; hastaların aldıkları kemoterapi kür sayısının 10 ile 20 arasında olması Vücut Algısı Ölçeği puanı üzerindeki varyansın %3’ünü istatistiksel açıdan anlamlı olarak açıkladığı

saptanmıştır ($F=4,934$; $R^2=0,028$; $p<0,05$). Alınan kemoterapi kür sayısının 10 ile 20 arasında olması Vücut Algısı Ölçeği puanını negatif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordadığı belirlenmiştir ($p<0,05$).

Hastaların ECOG Performans Ölçeği puanının Vücut Algısı Ölçeği puanı üzerinde etkisinin olduğu saptanmış ve etkinin incelenmesi amacıyla basit doğrusal regresyon analizleri uygulanmıştır (Tablo 20).

Tablo 20. Hastaların ECOG Performans Ölçeği Puanının Vücut Algısı Ölçeği Puanı Üzerine Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Değişken	B	S.E.	β	t	p	R	R^2	F	p
Sabit	103,871	0,479	-	216,887	0,000*				
ECOG Performans Ölçeği (3 ve Üstü)	-7,537	2,594	-0,215	-2,906	0,004*	0,215	0,046	8,444	0,004*

* $p<0,05$, Basit Doğrusal Regresyon Analizi, S.E.: Standart Hata

Tablo 15’de hastaların ECOG Performans Ölçeği puanlarının Vücut Algısı Ölçeği puanı üzerinde etkisinin olduğu saptanmış ve etkinin incelenmesi amacıyla ECOG Performans Ölçeği puanı 2 ve altında olanlar referans alınarak basit doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır (Tablo 20). Elde edilen sonuçlara göre; hastaların ECOG Performans Ölçeği puanının 3 ve üstünde olması Vücut Algısı Ölçeği puanı üzerindeki varyansın %5’ini istatistiksel açıdan anlamlı olarak açıkladığı saptanmıştır ($F=8,444$; $R^2=0,046$; $p<0,05$). ECOG Performans Ölçeği puanının 3 ve üstünde olması Vücut Algısı Ölçeği puanını negatif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordadığı belirlenmiştir ($p<0,05$).

Hastaların tedavi sürecine bağlı vücutta yaşanan değişimlerin cinsel yaşama etkisinin Vücut Algısı Ölçeği puanı üzerinde etkisinin olduğu saptanmış ve etkinin incelenmesi amacıyla basit doğrusal regresyon analizleri uygulanmıştır (Tablo 21).

Tablo 21. Hastaların Tedavi Sürecine Bağlı Vücutta Yaşanılan Değişimlerin Cinsel Yaşama Etkisinin Vücut Algısı Ölçeği Puanı Üzerine Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Değişken	B	S.E.	β	t	p	R	R ²	F	p
Sabit	100,556	1,487	-	67,619	0,000*				
Tedavi Sürecine Bağlı Vücutta Yaşanılan Değişimlerin Cinsel Yaşama Etkisi Olan Grup						0,162	0,026	4,711	0,031*
	3,406	1,570	0,162	2,170	0,031*				

* $p < 0,05$, Basit Doğrusal Regresyon Analizi, S.E.: Standart Hata

Tablo 15’de hastaların tedavi sürecine bağlı vücutta yaşanan değişimlerin cinsel yaşama etkisinin Vücut Algısı Ölçeği puanı üzerinde etkisinin olduğu saptanmış ve etkinin incelenmesi amacıyla tedavi sürecine bağlı vücutta yaşanan değişimlerin cinsel yaşama olmayanlar referans alınarak basit doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır (Tablo 21). Elde edilen sonuçlara göre; tedavi sürecine bağlı vücutta yaşanan değişimlerin cinsel yaşama etkisinin olması Vücut Algısı Ölçeği puanı üzerindeki varyansın %3’ünü istatistiksel açıdan anlamlı olarak açıkladığı saptanmıştır ($F=4,711$; $R^2=0,026$; $p<0,05$). Tedavi sürecine bağlı vücutta yaşanan değişimlerin cinsel yaşama etkisi olması Vücut Algısı Ölçeği puanını pozitif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordadığı belirlenmiştir ($p<0,05$).

Hastaların Piper Yorgunluk Ölçeği’nin Davranış alt boyutu puanının Vücut Algısı Ölçeği puanı üzerinde etkisinin olduğu saptanmış ve etkinin incelenmesi amacıyla basit doğrusal regresyon analizleri uygulanmıştır (Tablo 22).

Tablo 22. Hastaların Piper Yorgunluk Ölçeği'nin Davranış Alt Boyutu Puanlarının Vücut Algısı Ölçeği Puanı Üzerine Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Değişken	B	S.E.	β	t	p	R	R ²	F	p
Sabit	92,031	3,563	-	25,826	0,000*				
Davranış Alt Boyutu	1,810	0,552	0,241	3,279	0,001*	0,241	0,058	10,750	0,001*

**p<0,05, Basit Doğrusal Regresyon Analizi, S.E.: Standart Hata*

Hastaların Davranış alt boyutu puanının Vücut Algısı Ölçeği puanı üzerindeki varyansın %6'sını istatistiksel açıdan anlamlı olarak açıkladığı saptanmıştır (F=10,750; R²=0,058; p<0,05). Davranış alt boyutu puanının Vücut Algısı Ölçeği puanını pozitif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordadığı belirlenmiştir (β =0,241; p<0,05).

Hastaların Piper Yorgunluk Ölçeği'nin Duygulanım alt boyutu puanının Vücut Algısı Ölçeği puanı üzerinde etkisinin olduğu saptanmış ve etkinin incelenmesi amacıyla basit doğrusal regresyon analizleri uygulanmıştır (Tablo 23).

Tablo 23. Hastaların Piper Yorgunluk Ölçeği'nin Duygulanım Alt Boyutu Puanlarının Vücut Algısı Ölçeği Puanı Üzerine Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Değişken	B	S.E.	β	t	p	R	R ²	F	p
Sabit	88,293	3,695	-	23,897	0,000*				
Duygulanım Alt Boyutu	2,295	0,549	0,302	4,179	0,000*	0,302	0,091	17,464	0,000*

**p<0,05, Basit Doğrusal Regresyon Analizi, S.E.: Standart Hata*

Hastaların Duygulanım alt boyutu puanının Vücut Algısı Ölçeği puanı üzerindeki varyansın %9'unu istatistiksel açıdan anlamlı olarak açıkladığı

saptanmıştır ($F=17,464$; $R^2=0,091$; $p<0,05$). Duygulanım alt boyutu puanının Vücut Algısı Ölçeği puanını pozitif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordadığı belirlenmiştir ($\beta=0,302$; $p<0,05$).

Hastaların Piper Yorgunluk Ölçeği'nin Duyusal alt boyutu puanının Vücut Algısı Ölçeği puanı üzerinde etkisinin olduğu saptanmış ve etkinin incelenmesi amacıyla basit doğrusal regresyon analizleri uygulanmıştır (Tablo 24).

Tablo 24. Hastaların Piper Yorgunluk Ölçeği'nin Duyusal Alt Boyutu Puanlarının Vücut Algısı Ölçeği Puanı Üzerine Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Değişken	B	S.E.	β	t	p	R	R^2	F	p
Sabit	97,682	2,552	-	38,274	0,000*				
Duyusal Alt Boyutu	1,068	0,451	0,177	2,366	0,019*	0,177	0,031	5,596	0,019*

* $p<0,05$, Basit Doğrusal Regresyon Analizi, S.E.: Standart Hata

Hastaların Duyusal alt boyutu puanının Vücut Algısı Ölçeği puanı üzerindeki varyansın %3'ünü istatistiksel açıdan anlamlı olarak açıkladığı saptanmıştır ($F=5,596$; $R^2=0,031$; $p<0,05$). Duyusal alt boyutu puanının Vücut Algısı Ölçeği puanını pozitif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordadığı belirlenmiştir ($\beta=0,177$; $p<0,05$).

Hastaların Piper Yorgunluk Ölçeği'nin Bilişsel alt boyutu puanının Vücut Algısı Ölçeği puanı üzerinde etkisinin olduğu saptanmış ve etkinin incelenmesi amacıyla basit doğrusal regresyon analizleri uygulanmıştır (Tablo 25).

Tablo 25. Hastaların Piper Yorgunluk Ölçeği'nin Bilişsel Alt Boyutu Puanlarının Vücut Algısı Ölçeği Puanı Üzerine Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Değişken	B	S.E.	β	t	p	R	R ²	F	p
Sabit	95,125	2,137	-	44,512	0,000*				
Bilişsel Alt Boyutu	2,530	0,622	0,295	4,068	0,000*	0,295	0,087	16,546	0,000*

**p<0,05, Basit Doğrusal Regresyon Analizi, S.E.: Standart Hata*

Hastaların Bilişsel alt boyutu puanının Vücut Algısı Ölçeği puanı üzerindeki varyansın %9'unu istatistiksel açıdan anlamlı olarak açıkladığı saptanmıştır (F=16,546; R²=0,087; p<0,05). Bilişsel alt boyutu puanının Vücut Algısı Ölçeği puanını pozitif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordadığı belirlenmiştir (β =0,295; p<0,05).

Hastaların Piper Yorgunluk Ölçeği puanının Vücut Algısı Ölçeği puanı üzerinde etkisinin olduğu saptanmış ve etkinin incelenmesi amacıyla basit doğrusal regresyon analizleri uygulanmıştır (Tablo 26).

Tablo 26. Hastaların Piper Yorgunluk Ölçeği Puanlarının Vücut Algısı Ölçeği Puanı Üzerine Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Değişken	B	S.E.	β	t	p	R	R ²	F	p
Sabit	82,883	4,113	-	20,154	0,000*				
Piper Yorgunluk Ölçeği	3,811	0,751	0,359	5,071	0,000*	0,359	0,129	25,719	0,000*

**p<0,05, Basit Doğrusal Regresyon Analizi, S.E.: Standart Hata*

Hastaların Piper Yorgunluk Ölçeği puanının Vücut Algısı Ölçeği puanı üzerindeki varyansın %13'ünü istatistiksel açıdan anlamlı olarak açıkladığı saptanmıştır (F=25,719; R²=0,129; p<0,05). Piper Yorgunluk Ölçeği puanının Vücut

Algısı Ölçeği puanını pozitif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordadığı belirlenmiştir ($\beta=0,359$; $p<0,05$).

Hastaların aldıkları kemoterapi kür sayılarının, ECOG Performans Ölçeği puanlarının, tedavi sürecine bağlı vücutta yaşanan değişimlerin cinsel yaşama etkisinin, Piper Yorgunluk Ölçeği'nin Davranış, Duygulanım, Duyusal, Bilişsel alt boyutlarının ve Piper Yorgunluk Ölçeği toplamının Vücut Algısı Ölçeği puanını yordadığı belirlenmiş olup çoklu doğrusal regresyon analizine dahil edilmişlerdir (Tablo 27).

Tablo 27. Vücut Algısı Ölçeği Puanı Üzerindeki Etkinin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Değişken	B	S.E.	β	t	p	R	R ²	F	p
Sabit	82,06	4,65		17,63	0,000				
	3	4	-	3	*				
Kemoterapi Kür Sayısı	-1,13	1,50	-0,05	-0,74	0,455				
(10 - 20)	0	9	5	9					
ECOG Performans Ölçeği	-5,01	2,54	-0,14	-1,97	0,050				
(3 ve Üstü)	3	0	3	4	*				
Tedavi Sürecine Bağlı Vücutta Yaşanılan Değişimlerin Cinsel Yaşama Etkisi Olan Grup						0,43	0,18	5,58	0,000
Davranış Alt Boyutu	2,487	1,50	0,119	1,657	0,099	5	9	7	*
		1							
Duygulanım Alt Boyutu	1,678	0,56	0,221	2,954	0,004				
		8			*				
Duyusal Alt Boyutu	0,327	0,45	0,054	0,712	0,477				
		9							

Bilişsel Alt Boyutu	1,163	0,69 4	0,135	1,675	0,096
Piper Yorgunluk Ölçeği	1,440	2,02 1	0,136	0,712	0,477

**p<0,05, Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi, S.E.: Standart Hata*

Tablo 27’de çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları incelendiğinde modeldeki değişkenlerin Vücut Algısı Ölçeği puanı üzerindeki varyansın %19’unu istatistiksel açıdan anlamlı olarak açıkladığı görülmektedir ($F=5,587$; $R^2=0,189$; $p<0,05$). Regresyon modelindeki ECOG Performans Ölçeği puanının ($\beta=-0,143$) Vücut Algısı Ölçeği puanını negatif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Regresyon modelindeki Duygulanım alt boyutu puanının ($\beta=0,211$) Vücut Algısı Ölçeği puanını pozitif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Modelde yer alan diğer değişkenlerin tek başına Vücut Algısı Ölçeği puanını anlamlı olarak yordamadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada hematolojik maligniteli hastaların beden algıları, cinsel yaşamları ve yorgunluk arasındaki ilişkiyi etkileyen tanımlayıcı bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır. Kanser hastalarında uygulanan tedaviler vücut imajındaki değişikliklerei yorgunluğa, cinsel fonksiyonlardaki değişikliklere (erkeklerde erektil disfonksiyon, kadınlarda menopozal değişiklikler), partneri ile olan iletişim sorununa neden olmaktadır (20,165).

Lösemide uygulanan tedavi protokolleri cinsel organ işlevini, bilişsel motor aktiviteyi, değişen fiziksel görünüm hastanın özgüveni, beden imgesi algısını ve gelişmekte olan cinsel yaşamını olumsuz etkileyebilir.

Bu çalışmada hastaların %47,7'sinin kadın, %52,3'ünün erkek ve %60,8'inin evli olduğu saptanmıştır. (Tablo 12) Babaoğlu Akdeniz (2013)'in meme kanserli hastalarda eşler arası uyum üzerine yaptığı çalışmanın sonucunda da evli meme kanseri hastalarının hastalıkla etkili başetme biçimlerinin de olumlu yönde arttığı ortaya çıkmıştır. Bu araştırma sonucu ile araştırma sonucumuz paralellik göstermektedir (166).

Elde edilen sonuçlara göre hastaların %21,6'sının lenfoma tanısı aldığı ortaya çıkmıştır. Olsson ve ark. 2016 yılında yaptığı çalışmaya göre lenfoma hastalarında cinsellik ve beden imajı algılarının diğer hematolojik malignitelere göre dikkate alınması gerekliliğini vurgulamaktadır (9).

Çalışmamızda en sık görülen hastalık tanısının AML olduğu (%26.1) ve AML tanılı hastalarda ortay düzeyde yorgunluk meydana geldiği ortaya çıkmıştır. Lacourt ve ark. (2018) araştırmasında da yorgunluğun en sık görüldüğü hematolojik malignitenin AML olduğu saptanmıştır (167).

Çalışmamızda; hastaların %40,3'ünde kronik hastalık olduğu ortaya çıkmıştır. Kronik hastalığı olan hastaların ise %21'inde Diyabet Mellitus, %19,3'ünde ise hipertansiyon tanısı olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda, diyabetik erkek

hastalarda meydana gelen erektil disfonksiyonun (ED) diyabetik olmayan erkeklere göre erektil disfonksiyon (ED) riskinin 3 kat arttığı gösterilmiştir (168). Bir başka çalışma olan Pontiroli ve ark. (2013) yapmış olduğu bir meta analizde cinsel disfonksiyonun diyabetik kadınlarda daha fazla ortaya çıktığı bulunmuştur. Çalışma sonuçlarımız benzerlik göstermektedir (169).

Çalışmamızda hastaların %89,2'sinin tedaviye başladıktan sonra cinsel yaşama ilişkin bilgi almadıkları ortaya çıkmıştır.(tablo 13). Bu durumun nedeni; hasta kaynaklı olmasının yanı sıra, sağlık profesyonellerinin hematoloji hastalarında ağrı, bulantı-kusma, yorgunluk gibi diğer yan etkilere odaklı bakım ve eğitim vermeleri cinsellik konusunda ise çekince göstermeleri düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda; hemşirelerin cinsellikle ilgi yetersiz eğitim almaları, cinsel sağlık üzerine konuşmaktan utanç duymaları gibi nedenlerle hastalara yeterli bilgi vermede eksik kaldıkları görülmektedir (148). Türkiye'de Pınar'ın (2010) yapmış olduğu çalışmada da sağlık çalışanlarının kanser hastaları ile cinsel sorunlarını konuşmada ortaya çıkan engellere bakıldığında %48.5'inin uygulanan tedaviye odaklanması, %39.8'sinin cinsel danışmanlık üzerine bilgi eksiklikleri olduğu ortaya çıkmıştır (42). Gültürk ve ark. (2018) hemşirelerin cinsel tutumları ile ilgili yaptıkları çalışmada eğitim süresince cinsel sağlıkla ilgili ders almamış olanların, hiç cinsel sağlık bakımı vermediğini ve hemşirelerin cinsel sağlık bakımı ile ilgili eğitim gereksinimi olduğunu düşünmeyenlerin cinsel sağlık değerlendirmesinde daha fazla engel yaşadıkları ortaya çıkmıştır (170).

Güdül Öz ve ark. (2020) yılında hemşirelik öğrencilerinin cinsel mitlere inanma durumu üzerine yaptıkları çalışmada 475 öğrencinin katıldığı çalışmada %56.1 oranda öğrencilerin cinsel sağlık bakımı vermekten utandığı ortaya çıkmıştır (171). Literatürde de görüldüğü üzere geleceğin hemşire adaylarının sağlık bakımı verirken hastaların cinsel yaşamlarını konuşmaktan çekinmeleri şuan ki bütüncül bakım verememe sorununun da devamı niteliğinde olacağının kanıtıdır.

Çalışmamızda hastaların %52.8'i yaşanan sürecin cinsel yaşamlarına etkisi olduğunu ve eşleri ile olan ilişkilerini %64.8 oranında olumsuz etkilediğini ifade

etmiştir. Bunun sebebini uygulanan kemoterapi tedavisinin yan etkisi olarak hastalarda sıklıkla yorgunluk, alopesi, anormal kilo kaybı, cinsel bozukluk gibi hem kendilerini hem de partnerleri ile olan cinsel davranışlarını etkileyen olumsuzluklar oluşturmaktadır.

Hastaların %7.4 oranındaki kısım cinsel yaşama ilişkin bilgiyi Tv, internet, gazete gibi kaynaklardan edindikleri ortaya çıkmıştır. Bilindiği üzere Türk toplumu, sosyal ve kültürel yapısı itibariyle, cinsellik ve cinsel konuların tabu olarak görüldüğü, insanların konuşmaya çekinip açık konuşmaktan kaçındığı bir toplumdur. Toplumun farklı sosyokültürel düzeyindeki hastalar uygulanan tedavi sürecinde de bu konudaki geleneksel tavırlarını sürdürmekte, cinsel sağlık üzerine bilgiyi sağlık profesyonellerinden almak yerine yanlış ve aldatıcı bilgileri TV veya internetten almaktadır.

5.1.Hematolojik Maligniteli Hastaların Hastalık ve Tedavi Sürecine Ait Bilgilerine Göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ve Vücut Algısı Ölçeği'nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Tartışılması

Karacan ve ark (2020) Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği aracılığı ile yaptıkları araştırmada Akut lösemi ve Lenfoma tanılı hastalarda tedaviye bağlı cinsel yaşantıların bozulduğu olduğu ortaya çıkmıştır (172). Çalışmamızın sonucunda da yaşanan sürecin cinsel yaşantıya etkisi olan hastaların ACYÖ puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. (tablo 18)

Gheyasi ve ark. (2019) yaptıkları araştırmada Akut Myeloid Lösemi tanılı hastalarda en sık görülen komplikasyonun yorgunluk olduğu ortaya çıkmıştır (173).Bizim çalışmamızda da ,AML tanılı hastaların %39'unun sık sık yorgunluk yaşadıkları saptanmıştır. Yapılan çalışmaların gösterdiği üzere hematolojik maligniteli hastalarda kemoterapi aldıktan sonra cinsel isteksizlik yaşadıklarını ve bunun yorgunluk ve libido kaybından olduğu ortaya çıkmıştır (172,174).Çalışmamızın da literatürü desteklediği hastaların %83.5'inin yaşanan yorgunluğun cinsel yaşamlarını etkilediği ortaya çıkmıştır.

Hematolojik malignite hastalıklarında uygulanan kemoterapi tedavisi bulantı, kusma, yorgunluk, alopesi gibi yan etkilere sebep olmaktadır (175). Wils ve ark. (2019) yaptıkları çalışmada görüldüğü üzere kemoterapi tedavi sayısının hastalarının fiziksel değişimler yaşamaları arasında ilişki ortaya çıkmıştır (176). Bu çalışmada da alınan kemoterapi kür sayısının Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ)'ne etkisi olduğu ortaya çıkmıştır (tablo 18).

Hastaların aldıkları tedaviye bağlı beden algılarının bozulması benlik saygılarının azalmasına, yaşam stresine, iletişim sorununa , cinsel yaşantılarının bozulması gibi pek çok yönden yaşam kalitelerini bozduğu literatürde sıklıkla bahsedilmektedir (177).

Literatürde daha çok meme, serviks kanseri gibi organ/uzuv kaybı ile sonuçlanan kanser tanılarında beden algısı ve cinsel yaşamdaki sorunlar tartışılmaktadır. Fakat hematolojik malignite tanı ve tedavileri süreçlerinin hastaların beden algılarında bozulma, cinsel kimliklerinden şüphe duyma, cinsel çekiciliklerini kaybetme gibi fiziksel ve duygusal sorunlar yaşayabilmektedir.Tablo 8'de görüldüğü üzere vücutta yaşanan değişimlerin cinsel yaşama etkisi Piper Yorgunluk Ölçeği alt boyutu olan Bilişsel alt boyutta daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. (Tablo 19)

5.2.Hastaların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Piper Yorgunluk Ölçeği ve Vücut Algısı Ölçeği'nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasının Tartışılması

Çalışmamızda elde edilen sonuçlara göre ACYÖ puan ortalaması (14-27) yüksek çıkmıştır. Hematolojik maligniteli hastaların cinsel yaşamlarının etkilendiği ortaya çıkmıştır. Piper Yorgunluk Ölçeği toplam puanı ve VAÖ toplam puanı yüksek çıkmıştır.VAÖ puan ortalaması da hematolojik hastalarda daha yüksek çıkmıştır.

Kadın hastaların aldıkları kemoterapi cinsel istek kaybına, vajinal kurulağa, orgazm olamama, disparoni, östrojen yokluğu ve vulva dokusunda azalmaya neden olmaktadır. Erkek hastalarda da erektil disfonksiyon,orgazm sırasında ejakülasyon

olmamas meydana gelmektedir. Bu gibi olumsuz durumlar hastaların cinsel yaşantılarını olumsuz etkilediği çalışmamızda da görülmüştür.

Hastalara uygulanan tedaviler aynı zamanda yorgunluk, bulantı- kusma, alopesi, organ/uzuv kaybı, uykusuzluk gibi yan etkiler meydana getirmektedir. Bu durumlar hastaların biyo-psikososyal yaşamlarını olumsuz etkilediği görülmektedir.

5.3.Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ve Vücut Algısı Ölçeği’nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılmasının Tartışılması

Elde edilen sonuçlara göre hastaların sosyodemografik özellikleri ile ACYÖ ve VAÖ puanları arasında fark bulunmamıştır. Kayıkçı ve ark. (2021) Kemoradyoterapi/Radyoterapi tedavisi gören baş ve boyun kanserli hastalarda beden imajı doyumunun cinsiyete göre ve cinsel işlev üzerine etkisini incelemek amaçlı yaptıkları çalışmada hastaların %55’inin erkek ve %74.4’ü evli olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada Kemoterapi/Radyoterapi tedavisinin başlangıcında cinsel işlevlerin erkelere göre kadınlarda daha düşük olduğu ortaya çıkmıştır. Tedavi öncesine göre hastaların KTR/RT sonrası haftalarda ACYÖ puan ortalamalarının anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (178). Bu durum çalışmamızla paralellik göstermemektedir.

5.4.Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Piper Yorgunluk Ölçeği’nden Aldıkları Puanların Karşılaştırılmasının Tartışılması

Çalışmamızda hastaların medeni durumları ve Piper Yorgunluk Ölçeği’nden aldığı puanlar arasında fark bulunmamıştır. Özkan ve ark. (2017) kanser hastalarında yorgunluğun yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirdikleri çalışmada da cinsiyete göre PYÖ toplam ölçek puanları ve alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir. Yine aynı çalışmada kemoterapi tedavisi verilen kanser hastalarının en çok Duygulanım alt boyutundan en az ise Bilişsel alt boyutundan olumsuz etkilenmeler yaşadıkları ortaya çıkmıştır. Hastaların tedavi sürecinde de orta düzeyde yorgunluk yaşadıkları bildirilmiştir (33). Hastaların

medeni durumlarına göre PYÖ puan ortalaması arasında fark olmaması literatür ile desteklenmektedir.

5.5. Hastaların Hastalık ve Tedavi Sürecine Ait Bilgilerine Göre Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ve Vücut Algısı Ölçeği'nden Aldıkların Puanların Karşılaştırılmasının Tartışılması

Çalışmamızda kanser tipi ile ACYÖ ve VAÖ puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Karacan ve ark. (2020) yaptığı çalışmada ise kronik lösemi hastalarında cinsel işlev puanları diğer hastalık tanılarına göre yüksek bulunmuştur (172). Yapılan bir başka tez çalışmasında ise hematolojik maligniteli hastaların beden imajı puanlarının en yüksek olduğu, en düşük ise beyin tümörü hastalarında olduğu bulunmuştur (179). Çalışmamızda kanser evresinin ACYÖ ve VAÖ puanları arasında fark bulunmamıştır. Dayanç (2017) çalışmasında 1.evre kanser hastalarında beden imajı puanları 2. ve 3. evre kanser hastalarının puan ortalamalarına göre daha düşük bulunmuştur (179). Bir başka çalışma da ise prostat kanseri hastalarının ACYÖ maddelerinin, prostat kanseri evreleri arasında bir fark bulunmamıştır (180).

Hastalara uygulanan kemoterapi kür sayısı ile ACYÖ puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamakta fakat literatüre bakıldığında Radyoterapi/Kemoterapi uygulanan baş ve boyun kanseri hastalarda Radyoterapi/Kemoterapi öncesine göre 6. haftada ACYÖ puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (178).

Çalışmamızda 1-10 arası kemoterapi alan hastalarında VAÖ aldıkları puan ortalaması daha yüksek ve istatistiksel açıdan daha anlamlı bulunmuştur. Bir başka çalışmada ise kemoterapi kür sayısı arttıkça (1-10 arası kür) beden imajı puanlarının düşük olduğu ortaya çıkmıştır (180) .

Hastaların tedavi sonrası beden algısı ile yaşanan sürecin eşler arasında ilişkiye bakıldığında ACYÖ ve VAÖ puanları arasında fark bulunmamıştır. Mastektomi yapılan hastalarda beden algısının ve benlik saygısının araştırıldığı çalışmada ise beden algılarının mastektomiye bağlı olumsuz etkilendiği ortaya çıkmıştır. Yine aynı çalışmada eşler ile uyuma etkisinin olmadığı bulunmuştur (132).

Çalışmamızda yaşanan sürecin cinsel yaşama ilişkisinin VAÖ puan ortalaması arasında fark bulunmamakta fakat ACYÖ puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Karacan (2020) çalışmasında hematolojik maligniteli hastaların yaşadıkları sürecin cinsel yaşamlarını olumsuz etkilediği bulunmuştur (172).

Tedavi sürecine bağlı vücutta yaşanan değişimlerin cinsel yaşama etkisi ile ACYÖ puanları arasında fark bulunmamıştır fakat VAÖ puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni olarak hastalara verilen tedaviler vücutlarında belirli değişikliklere neden olduğu düşünülmektedir. Bu değişiklikler aşırı kilo kaybı, tat/koku kaybı, alopesi, organ kaybı, cilt bütünlüğünde bozulma gibi beden algılarını olumsuz etkilemektedir.

5.6.Hastaların Hastalık ve Tedavi Sürecine Ait Bilgilerine Göre Piper Yorgunluk Ölçeği'nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasının Tartışılması

Hastaların kanser tipi ile Piper Yorgunluk Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları arasında bir fark bulunmamıştır. Yapılan bir çalışma da ise gastrointestinal kanser hastalarının Piper Yorgunluk Ölçeği Davranışsal Alt boyut puan ortalaması diğer alt boyutlarına göre daha yüksek bulunmuştur (181).

Çalışmamızda kanser evreleri ile PYÖ puan ortalaması arasında fark yoktur. Aynı çalışma da meme kanseri ve gastrointestinal kanser hastalarının PYÖ puan ortalamaları 4.evre olan hastalarda daha yüksek bulunmaktadır

Hastaların kronik hastalık öyküsü ile PYÖ puan ortalaması arasında fark bulunmamakta birlikte Özkan ve ark. (2016) yaptığı çalışmada da meme kanseri hastalarında kronik hastalık ile PYÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır (181).

Hastaların tedavi sürecine bağlı yaşanan yorgunluğun cinsel yaşama etkisine bakıldığında PYÖ puan ortalaması arasında bir fark bulunmamıştır. Literatüre

bakıldığında ise meme kanserleri hastaların kemoterapi aldıktan sonra cinsel isteksizlik yaşadığı ve bunun yorgunluk, libido kaybından kaynaklandığı bildirilmiştir (174). Bir başka çalışma da ise prostat kanseri hastaların brakiterapi tedavisinden sonra yaşanan yorgunluğun şiddetli ve uzun süren impotans riskine sebep olduğu bildirilmiştir (182).

5.7. Hastaların Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Piper Yorgunluk Ölçeği ve Vücut Algısı Ölçeği'nden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Bu çalışmada Vücut Algısı Ölçeği ile Piper Yorgunluk Ölçeği'nin Davranışsal, Duygulanım ve Bilişsel alt boyutları arasında pozitif yönlü zayıf ilişki saptandı.. Hastaların Vücut Algısı Ölçeği ile Piper Yorgunluk Ölçeği toplam puanları arasında pozitif yönlü zayıf ilişki saptanmıştır. Genel yorgunluk arttıkça vücut bölümlerinden ya da işlevlerinden duyulan memnuniyet azalmaktadır. Bu sonuç hastaların beden algılarının desteklenmesi/iyileştirilmesi ile yorgunluk düzeyinin kontrol altına alınabileceğini düşündürmektedir (tablo 20)

Hastaların yaşadıkları yorgunluk algıları günlük yaşam aktivitelerini, kişilerarası iletişimlerini ve yaşamdan zevk/doyum almalarını etkileyebilmektedir (173). Uygulanan kemoterapi tedavisine bağlı ortaya çıkan yorgunluk cinsel istekte azalma eşler arasında sorunlara neden olabilmektedir. Eşler arasında iletişim sorununa neden olan cinsel isteksizlik, eşler arasında sevilmediğini ve istenmediğini hissetmeye neden olabildiğini yapılan çalışmalarla ortaya çıkmıştır (183). Bu çalışmada da yaşadıkları sürecin eşleri ile ilişkilerine etkisi olan hastaların Piper Yorgunluk Ölçeği puanlarının istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamız da literatürü desteklemektedir.

Hastaların Piper Yorgunluk Ölçeği puanları ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'nden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların Vücut Algısı Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği'nden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır .

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu araştırmada hematolojik maligniteli hastaların beden algısı, cinsel yaşam ve yorgunluk arasındaki ilişki incelenmiştir. Hastalara verilen kemoterapi kür sayısı, tedavi süresinin ve tedavi sürecine bağlı vücutta yaşadıkları değişimlerin beden algılarını, cinsel yaşamlarını ve yorgunluk düzeylerini olumsuz etkilediği sonucuna varılmıştır.

Kemoterapi tedavisi alan hastaların hastalık sürecinde cinsel yaşantılarına dair bilgi alma düzeylerinin az olduğu sonucuna varılmıştır. Cinsel yaşamlarına dair bilgi almayan hastaların tedavi sürecine bağlı yaşanan yorgunluk puanlarının da daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Cinsel yaşama ilişkin bilgi alan hastaların bilgi kaynaklarının profesyonel sağlık ekibi yerine TV/internet gibi doğru olmayan ve yetersiz bilgi barındıran kaynaklar olduğu ortaya çıkmıştır.

Hemşirelerin yalnızca hastaların bulantı-kusma, ağrı gibi tedavide oluşabilecek yan etkilere odaklanmak yerine hastaların cinsel yaşamlarını da içinde barındıran bütüncül bir bakım vermelerinin hastaların beden algılarını, cinsel yaşamlarını, eşleri ile iletişimini daha olumlu etkileyeceği düşünülmektedir. Bu nedenle hematolojik maligniteli hastalar ile ilgili gelecekteki çalışmalarda beden algısı, cinsel yaşam ve yorgunluk parametrelerini etkileyebilecek girişimsel çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Onkoloji hemşirelerinin hastaların cinsel fonksiyonlarını bakım planı içinde ele alması, hasta eğitimlerinde cinsel sağlığın korunması ve yaşam kalitesini iyileştirmek için bilgiler verilmesi ve hastalara bütüncül yaklaşabilmek için hizmet içi eğitimlerle cinsel sağlık üzerine daha fazla farkındalık oluşturulması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. American Cancer Society . Attitudes and Cancer.2018. Erişim adresi: <https://www.cancer.org/cancer/cancer-basics/attitudes-and-cancer.html> Erişim tarihi: 12.07.2019
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018:GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries CA Cancer J Clin. Published online 12 September 2018; Erişim Adresi: <http://dx.doi.org/10.3322/caac.21492> Erişim tarihi: 12.07.2019
3. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kanserele Savaş Daire Başkanlığı. Kanser Nedir? Date: 16.07.2019
4. Şencan İ, İnce GN. Türkiye Kanser İstatistikleri. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ankara, 2016.
5. Smith A, Crouch S, Lax S, Li J, Painter D ve ark. Lymphoma incidence, survival and prevalence 2004-2014: sub-type analyses from the UK's Haematological Malignancy Research Network. British journal of cancer, 2015;112(9), 1575–1584.
6. Kazandjian D. Multiple myeloma epidemiology and survival: A unique malignancy. Seminars in oncology. 2016;43(6), 676–681.
7. Cogle C. R. Incidence and Burden of the Myelodysplastic Syndromes. Current hematologic malignancy reports. 2015;10(3), 272–281. doi:10.1007/s11899-015-0269-y
8. Hughes MK. Sexuality and the cancer survivor. Cancer Nurs. 2000;23:477Y482.
9. Olsson, C, Sandin-Bojö, A K, Bjuresäter, K, & Larsson, M. Changes in Sexuality, Body Image and Health Related Quality of Life in Patients Treated for Hematologic Malignancies: A Longitudinal Study. Sexuality and disability, 2016;34(4), 367–388.
10. Hughes MK. Alterations of sexual function in women with cancer. Semin Oncol Nurs. 2008;24(2):91Y101.

11. Babacan Gumus A, Cevik N, Hataf Hyusni S, Bicen S, Keskin G, Malak AT. Characteristics associated with self-esteem and body image in pregnancy. *Anatol J Clin Investig*. 2011;5(1):7-14.
12. Benedict C, Philip EJ, Baser RE, Carter J, Schuler TA, Jandorf L ve ark. Body image and sexual function in women after treatment for anal and rectal cancer. *Psycho Oncol*. 2016;25,316–323.
13. Türk KE, Yılmaz M. Meme Kanseri Sağ kalanlarında Mastektominin Yaşam Kalitesi ve Beden İmgesi Üzerine Etkisi. *Avrupa meme sağlığı dergisi*. 2018;14 (4), 205-210.
14. Pehlivan S, Doğan D, Kahraman B, Özkalemkaş F. Akut Lösemi Hastalarında Alopesinin Beden İmajı ve Benlik Saygısına Etkisi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2019;45 (2) , 173-178 .
15. Reis N. Jinekolojik Kanser Tedavilerinin Kadın Cinsel Sağlığına Etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2003;7(2):35-40.
16. Yaniv H. Kanserli Hastalarda Seksüalite. *Onkoloji Hemşireliği Derneği Mezuniyet Sonrası Eğitim Kurs Kitabı*, Ankara. 2000. 21-22 Eylül.
17. Terzioğlu F, Alan H. Jinekolojik kanser tedavisi sırasında yaşanan psikolojik sorunların kadının cinsel yaşamına etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015;18:140–7
18. World Health Organization. Developing Sexual Health Programmes.2000 Erişim Tarihi: 11 Eylül 2021.
19. Katz A. The sounds of silence: sexuality information for cancer patients. *J Clin Oncol*.2005;23:238Y241.
20. Can G. Kanserde cinsel sağlık. *Androloji Bülteni Hemşire Çalışma Grubu*. 2004;(19):355–356.
21. Schover LR. Sexual quality of life in men and women after cancer, *Climacteric*.2018
22. Acquati C, Zebrack BJ, Faul AC ve ark. Sexual functioning among young adult cancer patients: A 2-year longitudinal study. *Cancer*. 2018;124(2):398-405.
23. Kadkhodaian S, Hasanzade Mofrad M, Saghafi N, Mokhber N, Rafeati M. Evaluation of sexual dysfunction in women with ovarian cancer admitted to

- Ghaem and Omid hospitals in Mashhad. *J. Obstet. Gynecol. Infertil. Iran* 2015;18, 1–7.
24. Voznesensky M, MD, Annam K, ARNP, and Kreder KJ. Understanding and Managing Erectile Dysfunction in Patients Treated for Cancer. 2016
 25. Sadosky R, Basson R, Krychman M, Morales AM, Schover L, Wang R ve ark. Cancer and Sexual Problems. *The Journal of Sexual Medicine*. 2010; 7:349-373.
 26. Thygesen KH, Schjødt I, Jarden M. The impact of hematopoietic stem cell transplantation on sexuality: a systematic review of the literature. *Bone Marrow Transplant*. 2012;47(5):716-724.
 27. Catamero D, Noonan K, Richards T ve ark. Distress, Fatigue, and Sexuality: Understanding and Treating Concerns and Symptoms in Patients With Multiple Myeloma . *Clin J Oncol Nurs*. 2017;21(5 Suppl):7-18.
 28. Vassilakopoulou M, Boostandoost E, Papaxoinis G, de La Motte Rouge T, Khayat D, Psyrris A. Anticancer treatment and fertility: Effect of therapeutic modalities on reproductive system and functions. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*. 2016; 97, 328-334.
 29. Ljungman L, Ahlgren J, Petersson LM ve ark. Sexual dysfunction and reproductive concerns in young women with breast cancer: Type, prevalence, and predictors of problems. *Psycho-Oncology*. 2018; 27: 2770– 2777.
 30. Berger AM, Mooney K, Alvarez-Perez A ve ark. Cancer-Related Fatigue, Version 2.2015. *J Natl Compr Canc Netw*. 2015;13:10121039.
 31. Savina S, Zaydiner B. Cancer-Related Fatigue: Some Clinical Aspects. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*. 2018. 6. 10.4103/apjon.apjon_45_18.
 32. Charalambous A, Kouta C. Cancer Related Fatigue and Quality of Life in Patients with Advanced Prostate Cancer Undergoing Chemotherapy. *BioMed Research International*, vol. 2016; Article ID 3989286, 11 pages.
 33. Özkan M, Akın S. Kanserli Hastalarda Yorgunluğun Fonksiyonel Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi. *FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2017; 25(3), 177-192.
 34. Kalmanti L, Saussele S, Lausker M, Muller MC, Dietz CT ve ark. Safety and efficacy of imatinib in CML over a period of 10 years: data from the randomized

- CML-study IV. Leukemia. 10 year follow up of imatinib therapy. A comprehensive analysis of imatinib therapy in CML. 2015;(29):1123–1132.
35. Saglio G, Kim D-W, Issaragrisil S, le Coutre P, Etienne G ve ark. Nilotinib versus Imatinib for Newly Diagnosed Chronic Myeloid Leukemia. New England Journal of Medicine. 2010; 362:2251–2259.
36. Suzuki K, Kobayashi N, Ogasawara Y ve ark. Clinical significance of cancer-related fatigue in multiple myeloma patients. Int J Hematol. 2018;108(6):580-587.
37. Gascón P, Arranz R, Bargay J, Ramos F. Fatigue- and health-related quality-of-life in anemic patients with lymphoma or multiple myeloma. Support Care Cancer. 2017
38. Efficace F, Gaidano G, Breccia M, et al. Prevalence, severity and correlates of fatigue in newly diagnosed patients with myelodysplastic syndromes. Br J Haematol. 2015;168(3):361–370.
39. Maliski SL, Kwan L, Elashoff D, Litwin MS. Symptom clusters related to treatment for prostate cancer. Oncology Nursing Forum. 2008; vol. 35, no. 5, pp. 786–793
40. Wettergren L, Kent EE, Mitchell SA, Zebrack B ve ark. Cancer negatively impacts on sexual function in adolescents and young adults: The AYA HOPE study. Psycho-Oncology. 2016; 26(10), 1632–1639.
41. Haboubi NHJ, Lincoln N. Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. Disability and Rehabilitation. 2003; 25(6), 291–296.
42. Pınar G. Kanser tedavisi alan hastalarda cinsel disfonksiyon ve danışmanlığa ilişkin hemşirelik yaklaşımları. Gülhane Tıp Derg 2010; 52: 241-247.
43. Hordern AJ, Street AF. Communicating about patient sexuality and intimacy after cancer: mismatched expectations and unmet needs. Med J Aust. 2007; 186(5):224Y227
44. Hautamäki-Lamminen K, Lipiäinen L, Beaver K, Lehto J, PKellokumpu-Lehtinen PL. Identifying cancer patients with greater need for information about sexual issues.Eur J Oncol Nurs. 2013 Feb; 17(1): 9–15. Yayınlanma Tarihi: 16 Nisan 2012 2012.

45. Aslan Ö, Vural H, Kömürcü ğ ve Özet A. Kemoterapi alan kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi HemĖirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006;10(1):15-28
46. GLOBACAN. Estimated age-standardised incidence and mortality rates: both sexes. http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx . Erişim Tarihi:10 Ekim 2020.
47. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı. <http://www.kanser.gov.tr>. Ekim 2016;30 Erişim Tarihi: 10 Ekim 2020
48. Mehta AB, Hoffbrand A. Heamatology At a Glance (1.bs.). Blackwell Publishing. 2000;54-55.
49. Curado MP, Edwards B, Shin HR. Cancer Incidence in Five Continents.2007, vol. Vol. 9.Lyon, France IARC Press pg. 160
50. Aydın Y. (2005). Hematolojik Malignitelerin Klinik Belirtileri ve Fizik Muayene Bulguları. Hematolog Olmayanlar için Hematolojik Maligniteler Sempozyum Dizisi. Cerrahpařa Tıp Fakóltesi, Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri, 45: 9-23. Erişim 01.04.2019.
51. Erol Ç. İç Hastalıkları (1.bs.). İstanbul: Nobel Kitabevi; 2008. 481-492.
52. Head DR. Classification and differentiation of the acute leukemias. In: Wintrobe's Clinical Hematology, Eds: Greer JP, Foerster J, Lukenks JN, Rodgers GM, Paraskevas F, Glader B, Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkin;. 2004. 2063-76.
53. Morphologic, immunologic, and cytogenetic (MIC) working classification of the acute myeloid leukemias. Report of the Workshop held in Leuven, Belgium, Septembert 15-17, 1986. Second MIC Cooperative Study Group. Cancer Genet Cytogenet 1988;30:1-15
54. Yanada M, Suzuki M, Kawashima K, et al. Long-term outcomes for unselected patients with acute myeloid leukemia categorized according to the Word Health Organization classification: a single-center experience. Eur J Haematol 2005;74:418-23
55. Z Başlar. Hematolog Olmayanlar İçin Hematolojik Maliniteler .Akut Lösemiler.2005. s.171-180

56. Key Statistics for Acute Lymphocytic Leukemia. American Cancer Society.2020.
[Erişim Tarihi: 10 Eylöl 2020]
57. Çelik S.Erişkinlerde Akut Lenfoblastik Lösemi .Güncel Hematoloji Onkoloji
Çalışmaları bölüm 6.2020
58. S Anak, E Uysalol. Akut Myeloid Lösemi Çocuk Dergisi.2012;12(4):153-158.
59. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2020. Atlanta, Ga: American
Cancer Society; 2020.National Cancer Institute. SEER Cancer Stat Facts: Acute
Myeloid Leukemia. Accessed at <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/amyl.html>
on June 12, 2018. [Erişim Tarihi: 18 Eylöl 2020]
60. J Saultz, R Garzon. Acute Myeloid Leukemia: A Concise Review. Journal of
Clinical Medicine. 2016;5. 33.
61. Vardiman JW, Thiele J, Arber DA. Brunning RD ve ark. The 2008 revision of the
World Health Organization (WHO) classification of myeloid neoplasms and acute
leukemia: Rationale and important changes. Blood 2009; 114, 937–951.
62. Kipps TJ, Stevenson FK, Wu CJ, Croce CM, Packham G ve ark. Chronic
lymphocytic leukaemia. Nature reviews. Disease primers. 2017; 3, 16096.
63. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2020. Atlanta, Ga: American
Cancer Society; 2020. [Erişim tarihi 10 Eylöl 2020]
64. Smith A, Howell D, Patmore R, Jack A, Roman, E. Incidence of haematological
malignancy by sub-type: a report from the Haematological Malignancy Research
Network. British journal of cancer. 2011;105(11), 1684–1692.
65. Zelenetz AD, Gordon LI, Wierda WG ve ark. Chronic lymphocytic
leukemia/small lymphocytic lymphoma, version 1.2015. J Natl Compr Canc Netw.
2015;13(3):326-362.
66. Burger J.A. Treatment of Chronic Lymphocytic Leukemia. New England Journal
of Medicine. 2020; 383(5), 460–473.
67. Demir V, Kahraman S, Katğı A, Pişkin Ö, Özsan GH ve ark. Kronik Lenfositik
Lösemi Hastalarının Genel Klinik Değerlendirilmesi . Dokuz Eylöl Tıp Faköltesi
Dergisi 2012; 26(1): 9-19.
68. Montserrat E. New prognostic markers in CLL. Hematology Am Soc Hematol
Educ Program. 2006:279-84.

69. Mughal TI, Goldman JM. Chronic myeloid leukaemia. *European Journal of Cancer*.2001; 37(5), 561–568
70. Greer JP, Mosse CA Natural killer-cell neoplasms. *Current Hematologic Malignancy Reports*. 2009; 4(4), 245–252.
71. Buyukasik Y, Haznedaroglu I, İlhan O.Chronic Myeloid Leukemia: Practical Issues in Diagnosis, Treatment and Follow-Up. *Uhd-Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*.2010 1-12.
72. Schnitzer B. Hodgkin lymphoma. *Hematology/Oncology Clinics of North America*. 2009; 23(4): 747-768.
73. Yung L, Linch D. *Hodgkin’s lymphoma*.The Lancet. 2003.361(9361),943–951.
74. Jaffe ES, Harris NL, Stein H, Vardiman JW. Pathology and genetics: tumours of haematopoietic and lymphoid tissues, 1st edn. Oxford: Oxford University Press, 2001
75. NCCN Guidelines for patients. Hodgkin lymphoma, 2019. [Erişim Tarihi: 12 Ekim 2020].
76. Newton R, Ferlay J, Beral V, Devesa SS. The epidemiology of non-Hodgkin’s lymphoma: Comparison of nodal and extra-nodal sites. *International Journal of Cancer*, 1997; 72(6), 923–930.
77. Freedman AS, Jacobson CA, Mauch P, Aster JC. Chapter 103: Non-Hodgkin’s lymphoma. In: DeVita VT, Lawrence TS, Rosenberg SA, eds. DeVita, Hellman, and Rosenberg’s *Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 10th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.
78. Zhang Y, Dai Y, Zheng T, Ma S. Risk Factors of Non-Hodgkin Lymphoma. *Expert opinion on medical diagnostics*. 2011 5(6), 539–550.
79. Ninkovic S, Lambert J. (2017). Non-Hodgkin lymphoma. *Medicine*. 2017 (45)
80. Rajkumar S, Vincent K, Shaji. Multiple Myeloma: Diagnosis and Treatment. *Mayo Clinic Proceedings*. 2016; 91(1), 101–119.
81. Anderson KC, Alsina M, Bensinger W, Biermann JS ve ark. Multiple Myeloma. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2009;7(9), 908–942.
82. Coşkun HŞ, Er Ö, İlhan O. Multipl myeloma: Güncel yaklaşımlar. *ErciyesTıp Dergisi*. 2001; 23 (2), 83-90.

83. Marc S, Klaus P, Breitkreutz I, Richardson PG, Anderson KC. Multiple Myeloma; Lancet 2009; 374: 324-339
84. Kyle RA, Gertz MA, Witzig TE VE ARK. Review of 1,027 patients with newly diagnosed multiple myeloma. Mayo Clinic Proc. 2003;78:21–33.
85. Nau KC, Lewis WD. Multiple myeloma: diagnosis and treatment. Am Fam Physician. 2008 Oct 1;78(7):853-9. PMID: 18841734
86. Rajkumar S, Dispenzieri A. Multiple Myeloma and Related Disorder.2013
87. Elverdi T. Yeni tanı multipl myelomda Serum timidin kinaz aktivitesi ile Hastalık evresi ilişkisi [Uzmanlık tezi]. İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı. 2011.
88. Adès L, Itzykson R, Fenaux P. Myelodysplastic syndromes. The Lancet. 2014; 383(9936), 2239–2252.
89. Tefferi A, Vardiman JW. Myelodysplastic syndromes. N Engl J Med 2009; 361: 1872–85.
90. Greenberg PL, Attar E, Bennett JM, Bloomfield, CD ve ark. Myelodysplastic Syndromes. Journal of the National Comprehensive Cancer Network. 2011;9(1), 30–56.
91. Aslan D. Beden algısı ile ilgili sorunların yaratabileceği beslenme sorunları. STED. 2004; 13(9): 326-329.
92. Stokes R, Frederick Recascino C. Women's perceived body image: relations with personal happiness. J Women Aging 2003; 15: 17– 29.
93. Özcan H, Subaşı B, Budak B, Çelik M ve ark. Ergenlik ve Genç Yetişkinlik Dönemindeki Kadınlarda Benlik Saygısı, Sosyal Görünüş Kaygısı, Depresyon ve Anksiyete İlişkisi. (Turkish). Journal of Mood Disorders. 2013;3. 107-113.
94. Galletto C, Gliozzi A, Nucera D ve ark. Growth impairment after TBI of leukemia survivors children: a model- based investigation. Theor Biol Med Model. 2014;11:44.
95. Barnett M, McDonnell G, DeRosa A ve ark.. Psychosocial outcomes and interventions among cancer survivors diagnosed during adolescence and young adulthood (AYA): a systematic review. J Cancer Surviv. 2016;10(5):814–31

96. Chang YL, Huang BS, Hung TM, Lin CY, Chen SC. (2019). Factors Influencing Body Image in Post-treatment Oral Cavity Cancer Patients. *Psycho-Oncolog*.2019,
97. Zucchetti G, Bellini S, Bertolotti M ve ark. Body image discomfort of adolescent and young adult hematologic cancer survivors. *J Adolesc Young Adult Oncol*. 2017;6(2):377-380
98. Arslan Giray N. ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE BEDEN İMAJININ YORDAYICILARI OLARAK BAĞLANMA STİLLERİ VE TOPLUMSAL CİNSİYET ROLLERİ .[Yüksek Lisans tezi]. Hacettepe Üniversitesi.2013
99. Bahrami M, Mohamadirizi M, Mohamadirizi S, Hosseini SA. Evaluation of body image in cancer patients and its association with clinical variables. *J Educ Health Promot*. 2017;6:81. Yayınlanma tarihi: 4 Ekim 2017.
100. Safaz I, Yılmaz B, Göktepe AS ve ark. Turkish version of the Amputee body image scale and relationship with quality of life. *Bull Clin Psychopharm*. 2010; 20,79-83.
101. Gleeson K, Frith H. Constructing body image. *J Health Psychol*. 2006;(11):79–90.
102. Fobair P, Stewart SL, Chang S, D’Onofrio C, Banks PJ, Bloom JR. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psychooncology*. 2006;(15):579–94.
103. Harrington JM, Badger TA. Body image and quality of life in men with prostate cancer. *Cancer Nurs*. 2009;32: E1–7.
104. WEBER CS, FLIEGE H, ARCK PC, KREUZER KA ve ark. Patients with haematological malignancies show a restricted body image focusing on function and emotion. 2005;14(2),155–165.
105. Olsson C, Athlin E, Sandin-Bojö AK, Larsson M. Sexuality is not a priority when disease and treatment side effects are severe: conceptions of patients with malignant blood diseases. *Journal of Clinical Nursing*. 2013;22(23-24), 3503–3512.
106. Larouche SS, Chin-Peuckert L. Changes in Body Image Experienced by Adolescents With Cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 2006; 23(4), 200–209.

107. Enksar K, Carlsson M, Golsater M, Hamrin E. Symptoms distress and life situation in adolescents with cancer. *Cancer Nursing*. 1997; 20, 23-33.
108. Krok LJ, Baker A, McMillan C. Sexual activity and body image: Examining gender variability and the influence of psychological distress in cancer patients. *Journal of Gender Studies*. 2013; 22(4), 409–422.
109. Pan American Health Organization (PAHO), WHO, World Association for Sexology (WAS). Promotion of Sexual Health Recommendations for Action. 2001.
110. See the definition provided by The Sexuality Information Council of the United States. 2008 [Erişim Tarihi: 7 Kasım 2021]
111. Berna Özsungur. Cinsel Kimlik Gelişimi ve Cinsel Kimlik Bozukluğunda Psikososyal Değişkenler: Gözden Geçirme Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 2010; 17 (3).
112. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD) (2016b). Cinsel Yaşam ve Sorunları. [Erişim tarihi: 20.01.2021] web adresi: http://www.cetad.org.tr/CetadData/Book/21/269201116346-Medya_Rehberi_basim.pdf
113. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD) Gençlik ve Cinsellik. Bilgilendirme Dosyası . [Erişim Tarihi: 14 ocak 2021]
114. Sadi Bilen Z. Gebelikte Eşlerin Cinsel Yaşamı Ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. [Yüksek Lisans Tezi]. Adnan Menderes Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Programı. Aydın; 2014.
115. Torun F, Torun SD, Özaydın AN. Erkeklerde Cinsel Mitlere İnanma Oranları ve Mitlere İnanmayı Etkileyen Faktörler. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Derg* 2011; 24: 24–31.
116. Masters WB, Johnson (1994) Human sexual behavior. İnsanda cinsel davranış, Sayın Ü (Çev. Ed.), İstanbul, Bilimsel ve Teknik Çeviri Yayınları Vakfı ve Cem İncesu 2004 Cinsel İşlevler ve Cinsel İşlev Bozuklukları. *Klinik Psikiyatri* 2004; Ek 3: 3-13
117. Bober S, Varela VS. Sexuality in adult cancer survivors: challenges and intervention. *J. Clin. Oncol.* 2012; 30, 3712–3719.
118. Katz, A. Breaking the Silence: On Cancer and Sexuality. A Handbook for Healthcare Providers. Oncology Nursing Society, Pittsburgh (2007)

119. Kiserud C, Fossa A, Bjørø T ve ark. Gonadal function in male patients after treatment for malignant lymphomas, with emphasis on chemotherapy. *Br. J. Cancer*. 2009; 100, 455–463.
120. Haavisto A, Henriksson M, Heikkinen R, Puukko-Viertomies LR, Jahnukainen K. Sexual function in male long-term survivors of childhood acute lymphoblastic leukemia. *Cancer*. 2016 Jul 15;122(14):2268-76.
121. Alemozaffar M, Regan MM, Cooperberg MR ve ark. Prediction of erectile function following treatment for prostate cancer. *JAMA*. 2011;306:1205–1214.
122. Van Basten JP, Hoekstra HJ, van Driel MF ve ark. Sexual dysfunction in nonseminoma testicular cancer patients is related to chemotherapy-induced angiopathy. *J Clin Oncol*. 1997;15:2442–2448.
123. Bumbasirevic U, Bojanic N, Pekmezovic T ve ark. Health-related quality of life, depression, and sexual function in testicular cancer survivors in a developing country: A Serbian experience. *Support Care Cancer*. 2013;21:757–763
124. Liem GS, Mo FK, Pang E ve ark. Chemotherapy-Related Amenorrhea and Menopause in Young Chinese Breast Cancer Patients: Analysis on Incidence, Risk Factors and Serum Hormone Profiles. *PLoS One*. 2015;10(10):e0140842.
125. Tang IT, Shepp DH. Herpes simplex virus infection in cancer patients: prevention and treatment. *Oncology (Williston Park)*. 1992 Jul;6(7):101-6, 109; discussion 109-10. PMID: 1322152.)
126. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Practice bulletin no. 213: Female sexual dysfunction. *Obstetrics & Gynecology*. 2019;134:e1-18.
127. Carter J, Lacchetti C, Andersen BL ve ark. Interventions to Address Sexual Problems in People With Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Adaptation of Cancer Care Ontario Guideline. *J Clin Oncol*. 2018;36(5):492-511.
128. Mock V. Body image in women treated for breast cancer. *Nurs Res*. 1993;42: 153–157
129. Fobair P, Stewart SL, Chang S, D’Onofrio C, Banks PJ, Bloom JR. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*. 2006; 15(7), 579–594.

130. Carver CS, Pozo-Kaderman C, Price AA et al. 1998. Concern about aspects of body image and adjustment to early stage breast cancer. *Psychosom Med* 60: 168–174
131. Hordern A. 2000. Intimacy and sexuality for the woman with breast cancer. *Cancer Nurs* 23: 230–236.
132. Sertöz Ö, Mete EH, Noyan A, Alper M, Kapkaç M. Meme kanserinde ameliyat tipinin beden algısı, cinsel işlevler, benlik saygısı ve eş uyumuna etkileri kontrollü bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2004;15(4), 264 - 275.
133. Cecil R, McCaughan E, Parahoo K. It's hard to take because I am a man's man': an ethnographic exploration of cancer and masculinity. *Eur J Cancer Care* 2010;19(4):501–509.
134. Fergus KD, Gray RE, Fitch MI. Sexual dysfunction and the preservation of manhood: experiences of men with prostate cancer. *J Health Psychol*.2002; 7(3):303–316
135. Can G.Kanser hastalarında yorgunluk. *Hemşirelik eğitim ve araştırma dergisi* 2006; 3(2): 10-17
136. Cancer-Related Fatigue. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology™, Available from: www.nccn.org [erişim tarihi:12.01. 2021]
137. Morrow GR, Shelke AR, Roscoe JA, Hickok JT, Mustian K. Management of Cancer-Related Fatigue. *Cancer Investigation*. 2005; 23(3), 229–239.
138. Andrykowski MA, Curran SL, Lightner R. Off-treatment fatigue in breast cancer survivors: a controlled comparison. *J. Behav. Med*. 1998, 21, 1– 18.
139. Ovayolu, Ö , Ovayolu, N . GERİATRİK HEMATOLOJİK MALİGNENSİLERDE AKUPRESÖR VE YORGUNLUK. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2017; 4 (1) , 69-78 .
140. Alan Ö, Gürsel Ö, Ünsal M, Altın S, Kılçksız S. Geriatrik hastalarda onkolojik yaklaşım. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 2013; (29) 94-98.
141. Schumacher A, Wewers D, Heinecke A, Sauerland C ve ark. Fatigue as an important aspect of quality of life in patients with acute myeloid leukemia, *Leukemia Research*, Volume 26, Issue 4, 2002, Pages 355-362, ISSN 0145-2126.

142. Yi JC, Syrjala KL. Sexuality after hematopoietic stem cell transplantation. *Cancer J* (Sudbury, Mass.) 2009;15:57-64.)
143. F. Dimeo, A. Schmittl, T. Fietz, S. Schwartz, P. Köhler, D. Böning, E. Thiel, Physical performance, depression, immune status and fatigue in patients with hematological malignancies after treatment. *Annals of Oncology*, Volume 15, Issue 8, 2004, Pages 1237-1242, ISSN 0923-7534
144. Howell SJ, Radford JA, Ryder WD, Shalet SM ve ark. Testicular function after cytotoxic chemotherapy: evidence of Leydig cell insufficiency *J Clin Oncol*, 17 (1999), pp. 1493-1498.
145. Schover L. Reproductive complications and sexual dysfunction in cancer survivors. In: Ganz P, editor. *Cancer survivorship: today and tomorrow*. New York: Springer; 2007. pp. 251–271.
146. Cil Akinci A, Yildiz H, Zengin N. The Level of Comfort Among Nursing Students During Sexual Counseling to Patients Who Have Chronic Medical Conditions. *Sex Disabil*. 2011; 29, 11–20.
147. Magnan MA, Reynolds KE, Galvin EA. Barriers to addressing patient sexuality in nursing practice. *MedSur Nurs* 2005; 14(5):282-289)
148. Sexuality and Sexual health in nursing practice: Royal College of Nursing. www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0004/184585/000965.pdf. [Erişim Tarihi 24 mayıs 2021]
149. Saunamaki N, Andersson M, Engström M. Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs. *J. Adv. Nur.* 2010;66(6), 1308–1316
150. Oskay U, Can G, Basgol S. (2014). Discussing Sexuality with Cancer Patients: Oncology Nurses Attitudes and Views. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2014; 15(17), 7321–7326.
151. Annerstedt CF, Glasdam S. Nurses' attitudes towards support for and communication about sexual health –a qualitative study from the perspectives of oncological nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 2019; 14949.
152. Mick, JoAnn M. Sexuality Assessment: 10 Strategies for Improvement. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2007; 11(5), 671–675.
153. Tuğut N, Gölbaşı Z. Cinselliğin Değerlendirilmesi: Hemşireler İçin Öneriler ve Klinik Stratejiler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma*. 2014; 11(2), 59 - 63.

154. Taylor C, Carol L, Lemone P. Sexuality. Fundamentals of nursing. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Company; 2001. p.779-816
155. Longworth JCD. Sexual assessment and counselling in primary care. Nurse Practitioner Forum 1997; 8(4):166-171.
156. Yılmaz M, Özaltın G. Periton Diyalizi Tedavisi Olan Bireylerin Cinsel Sorunları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2010; 5:97-112.
157. Çiftçi B, Biri A, Erdem A ve ark. (2005) Raloksifen Kullanımının Seksüel Fonksiyon Üzerine Etkileri. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği, Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişim Dergisi 2:103-106
158. Soykan A (2004) The reliability and validity of Arizona sexual experiences scale in Turkish ESRD patients undergoing hemodialysis. Int J Impot Res 16:531-4
159. Denizgil T, Sönmez İ. Meme Kanseri Nedeni ile Meme Koruyucu Cerrahi Geçirmiş Kadınlarda Mastektomi Operasyonu Geçirmiş Kadınlar Arasında Benlik Saygısı, Beden Algısı, Cinsel Doyum ve Cinsel Yaşantıların Karşılaştırılması. Yeni Symposium 2015; 53(3): 17-25.
160. Piper BF, Dibble SL, Dodd MJ, Weiss MC, Slaughter RE, Paul SM. The revised Piper Fatigue Scale: Psychometric evaluation in women with breast cancer. Oncology Nursing Forum. 1998; 25(4), 677-684
161. Can G. Meme kanserli hastalarda yorgunluğun ve bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi [Doktora Tezi]. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2001.İstanbul
162. Hovardaoğlu, S. Vücut algısı ölçeği. Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji (3P) Dergisi. 1992; 1(1), 11–26.
163. Üstündağ MF, Özcan H, Yazla E, Kıvrak Y, Aydın EF, Yılmaz M. Anxiety and Depression Symptoms, Self-Esteem and Body Image Among Patients with Gynecological Cancers: A Cross-Sectional Study. 2017; 7(3): 214-219
164. Çalışkan, İ, Demir Korkmaz, F. MEME KANSERİ CERRAHİSİ GEÇİREN KADINLARIN BEDEN ALGILARI VE EŞ UYUMLARININ İNCELENMESİ . Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2017; 33 (2) , 1-15
165. Dinçer Y,Oskay Ü. . Kanser ve cinsellik (Derleme). 2015; 17(63): 311-314

166. Babaoğlu Akdeniz E.. The analysis of the relationship between marital adjustment and coping strategies in married women with breast cancer. *J Psy Nurs*. 2012; 3(2): 53-60.
167. Lacourt TE, Kavelaars A, Ohanian M ve ark. Patient-reported fatigue prior to treatment is prognostic of survival in patients with acute myeloid leukemia. *Oncotarget*. 2018;9(58):31244-31252.
168. Özcan L, Polat EC.. Diyabet ve cinsel yaşam. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 2015; 31(Ek sayı), 57-62.
169. Pontiroli AE, Cortelazzi D, Morabito A. Female sexual dysfunction and diabetes: a systematic review and meta-analysis. *J Sex Med* 2013;10:1044-1051.
170. Gültürk E , Akpınar A , Şen ŞR, Balcı H. Cinselliğin değerlendirilmesi: Hemşirelerin cinsellikle ilgili tutum ve inançları . *İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Tıp Dergisi*. 2018; 4 (1) , 63-70 .
171. GÜDÜL ÖZ H , Ak Sözer G, Balcı Yangın H. Hemşirelik Öğrencilerinin Cinsel Mitlere İnanma Durumları ve Etkileyen Faktörler. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*. 2020; 3 (2) , 136-145
172. Karacan Y, Hicran DR, Demircioğlu B, Ridvan A. Evaluation of Sexual Dysfunction in Patients with Hematological Malignancies. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*. 2020; 8. 10.4103
173. Gheyasi F. ve ark. Effect of the Walking Exercise Program on Cancer-Related Fatigue in Patients with Acute Myeloid Leukemia Undergoing Chemotherapy. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2019; 20(6), 1661–1666.
174. Farthmann J, Hanjalic-Beck A, Veit B, Rautenberg B, Stickeler E, Erbes T ve ark. The impact of chemotherapy for breast cancer on sexual function and health-related quality of life juliane. *Support Care Cancer*. 2016;24:2603–9.
175. Moules NJ, Estefan A, Laing CM, Schulte F, Guilcher GM, Field JC ve ark. “A tribe apart”: Sexuality and cancer in adolescence. *J pediatr Oncol Nurs*. 2017;34(4):295-308
176. Wils R, Jacob A ve ark. Distress and coping in cancer patients experiencing chemotherapy-induced alopecia. *Indian Journal of Continuing Nursing Education*. 2019; 20. 60. 10.4103/IJCN.IJCN_4_19

177. Noerskov KH, Schjødt I, KL Syrjala JM. Sexual function 1-year after allogeneic hematopoietic stem cell transplantation. Bone Marrow Trans. 2016;51:833–40.
178. Kayıkcı, Emel Emine & Savcı, Cemile & Cil Akinci, Ayse & Yildirim, Dilek. The Effect of Gender and Body Image Satisfaction on Sexual Function in Patients with Head and Neck Cancer Treated with Radiotherapy/Chemoradiotherapy. 2Gevher Nesibe Journal IESDR. 1 2021. 5. 57-64. 10.46648
179. Dayanç İ. 2017 KEMOTERAPİYE BAĞLI ALOPESİ GELİŞEN HASTALARIN BEDEN İMAJI VE BENLİK SAYGISININ BELİRLENMESİ. [Yüksek Lisans Tezi].2017. Medipol Üniversitesi
180. Kaya, Mehmet & Bez, Yasin & Demir, Aslan & Bulut, Mahmut & Topçuoğlu, Volkan & Kuscu, Kemal & Türkeri, Levent. (2013). Prostat Kanseri Hastalarında Hastalık Evrelerine Göre Anksiyete, Depresyon, Cinsel İşlev Bozukluğu Ve Yaşam Kalitesi. (Turkish). Journal of Mood Disorders. 3. 23-27)
181. Özkan M, Akın S Kanser Hastalarında Kemoterapi İle İlişkili Yorgunluğun Yönetimi ve Fonksiyonel Durumun Geliştirilmesi. Sağlık ve Toplum. 2016; 26(3): 12 - 19.
182. Cil Akinci A, Savcı C. Kanserli erkek hastalarda cinsel sorunlar. Androloji Bülteni. 2020 10.24898/tandro.2020.68094
183. Malary M, Poursaghar M, Khani S, Moosazadeh M, Hamzehgardeshi Z. Psychometric properties of the sexual interest and desire inventory-female for diagnosis of hypoactive sexual desire disorder: The persian version. Iran J psychiatry. 2016;11(4): 262-8

8. EKLER

Ek 1. Hasta Tanıtım Formu

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onkoloji Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı kapsamında yürütülen tez çalışmasıdır. Hematolojik Maligniteli Hastalarda Beden İmajı Algısı, Cinsel Yaşam ve Yorgunluk Arasındaki İlişkinin incelenmesi amacıyla yapılmaktadır.

Katkılarınız için teşekkür ederim.

DOÇ. DR. EZGİ KARADAĞ

HEM. YAREN TOKYÜREK

1. Yaşınız:.....
2. Cinsiyetiniz: 1 () Kadın 2 () Erkek
3. Medeni durumunuz: 1 () Evli 2 () Bekar
4. Eğitim Durumunuz:
1 () Okur- yazar
2 () İlköğretim
3 () Ortaöğretim
4 () Yüksekokul/üniversite
5. Çalışma Durumunuz:
1 () Çalışmıyorum
2 () Çalışıyorum
6. Sağlık güvenceniz: 1 () Var 2 () Yok
7. Sizce gelir durumunuz: 1 () İyi 2 () Orta 3 () Kötü

8. Çocuk sayısı: 1() 0 2() 1-3 3() 4-6 4()
≥7

9. Bakım veren: 1() Var 2() Yok

10. Bakım veren:

1() Eşi

2() Çocukları

3() Diğer aile üyeleri

4() Sağlık Personeli

5() Diğer

11. Kanseri tipi: 1)AML 2)KML 3)KLL 4)Lenfoma 5)Multiple Myelom
6)Miyelodisplastik Sendrom

12. Hastalık evresi:

1() Evre I

2() Evre II

3() Evre III

4() Evre

IV

13. Hastalığın tanı konma süresi: En az 3 ay 1) Evet 2)Hayır

14. Metastaz varlığı: 1() Var 2() Yok

15. Kemoterapi tedavisi kür sayısı:

1() <10

2() 10-20

3() >20

16. Uygulanan tedavi 1)Radyoterapi 2)Kemoterapi 3)Radyoterapi +
Kemoterapi

17. Kronik hastalık varlığı: 1() Evet 2() Hayır

18. Var ise kronik hastalık:.....

19. ECOG performans ölçeği puanı: 1() 2 ve altı 2() 3 ve üstü

20. Tedaviye başladıktan sonra cinsel yaşama ilişkin bilgi aldınız mı? 1) Aldım
2) Almadım

21. Bu bilgiyi kimden/kimlerden aldınız? (Birden fazla seçenek
işaretleyebilirsiniz) a) Hemşire/ebe b) Doktor c) Yakınlarım d)
Televizyon, internet, kitap,gazete e) Diğer (Belirtiniz.....) f)
Birden fazla kaynaktan edindim.

22. Kendinizi ne sıklıkta yorgun hissediyorsunuz? 1)Sık sık 2)Bazen
3)Nadiren 4)Hiçbir zaman

23. Tedaviye başladıktan sonra vücudunuzu nasıl algılıyorsunuz? 1)Çok beğeniyorum 2)Beğeniyorum 3) Bir fark görmüyorum 4)Beğenmiyorum 5)Hiç beğenmiyorum
24. Yaşadığınız süreç cinsel yaşamınızı etkiledi mi? 1)Evet 2)Hayır 3)Kısmen
25. Cevabınız 'Evet' veya 'Hayır' ise nasıl bir değişim yaşadınız?
26. Bu durum sizin eşinizle olan ilişkinizi etkiliyor mu? 1)Evet 2)Hayır
27. Tedavi sürecinize bağlı yaşadığınız yorgunluk cinsel yaşamınızı etkiledi mi? 1)Evet 2)Hayır
28. Tedavi sürecinize bağlı vücudunuzda yaşadığınız değişimler cinsel yaşamınızı etkiler mi ? 1)Evet (açıklayınız.....) 2)Hayır 3)Kısmen

ECOG performans skalası 0'dan 5'e kadar puan verir. 0 çok iyi sağlık durumuna, 5 ise ölüme tekabül eder.

PUAN	ECOG PERFORMANS ÖLÇEĞİ
0	Asemptomatik (Tam aktif, tüm hastalık öncesi aktivitelerini kısıtlama olmaksızın yapabilir)
1	Semptomatik fakat tamamen ayakta (Zorlu fizik aktivitede kısıtlama var, ancak ayakta ve hafif işleri yapabilir. Örneğin hafif ev ve ofis işleri)
2	Semptomatik, %50'den daha az yatakta (Ayakta ve kendi bakımını yapabilir, ancak herhangi bir işte çalışamaz ve gündüz saatlerinin %50'sinden fazlasını ayakta geçirebilir)

3	Semptomatik, %50'den daha fazla yatakta (Kendi bakımını yapmakta zorlanıyor, gündüz saatlerinin %50'sinden fazlasında yatakta)
4	Yatalak (Kendi bakımını yapamıyor, tam olarak sandalye veya yatağa bağımlı)
5	Ölüm

Erişim Adresi: <https://www.turkaramamotoru.com/performans-durumu-253876.html>



Ek 2. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği

Değerli Katılımcı,

KADIN FORMU

Tarih:.....

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyin

Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz ?

1 ?	2 ?	3 ?	4 ?	5 ?	6 ?
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz

Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz) ?

1 ?	2 ?	3 ?	4 ?	5 ?	6 ?
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor

Vajinanız/cinsel organınız ilişki sırasında ne kadar kolay ıslanır veya nemlenir ?

1 ?	2 ?	3 ?	4 ?	5 ?	6 ?
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz

Ne kadar kolay orgazm olursunuz (doyuma ulaşırsınız)?

1 ?	2 ?	3 ?	4 ?	5 ?	6 ?
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalamam

Orgazmınız tatmin edici midir ?

1 ?	2 ?	3 ?	4 ?	5 ?	6 ?
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Orgazma ulaşamam

ERKEK FORMU

Tarih:.....

**Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN
HAFTAKİ durumunuzu işaretleyin**

Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz ?

1 ?	2 ?	3 ?	4 ?	5 ?	6 ?
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz

Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz) ?

1 ?	2 ?	3 ?	4 ?	5 ?	6 ?
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor

Penisiniz/cinsel organınız kolayca sertleşir ve bu sertliğini sürdürür mü ?

1 ?	2 ?	3 ?	4 ?	5 ?	6 ?
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz

Ne kadar kolay boşalırsınız ?

1 ?	2 ?	3 ?	4 ?	5 ?	6 ?
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalamam

Boşalmanız tatmin edici midir ?

1 ?	2 ?	3 ?	4 ?	5 ?	6 ?
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Hiç boşalamam

Ek 3. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Çalışma İzni

Arizona cinsel yaşantılar ölçeği tez izin

YT

Atilla hocam merhaba,

Ben Yaren TOKYÜREK. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün Onkoloji Hemşireliği yüksek lisans programında öğrenciyim. Bu dönem danışman hocam Doç. Dr. Ezgi KARADAĞ ile tez konumu belirlemiş bulunmaktayız. Sizin geçerlik ve güvenirlik çalışması yapmış olduğunuz "Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği"ni tez çalışmamda kullanmayı planlıyorum. Bu yüzden sizden izin almak için rahatsız etmekteyim.

Şimdiden ilginiz için teşekkür ederim..

Saygılarımla..

Yaren TOKYÜREK

AS

Sn Yaren Tokyürek,

Arizona cinsel yaşantılar ölçeğini tez çalışmanızda kullanabilirsiniz.

Çalışmalarınızda başarılar.

Prof. Dr. Atilla Soykan

Ek 4. Piper Yorgunluk Ölçeği

1. Ne zamandan beri kendinizi yorgun hissediyorsunuz?(Sadece birini işaretleyin)

1) Dakika.....

2) Saat.....

3) Gün.....

4) Hafta.....

5) Ay.....

6) Diğer(Lütfen açıklayınız).....

2. Şu an hissettiğiniz yorgunluk sizde ne derecede sıkıntıya sebep oluyor?

Sıkıntıya neden olmuyor

Pek çok

sıkıntıya neden oluyor?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Şu an hissettiğiniz yorgunluk okul veya iş faaliyetlerini sürdürmenizi ne derece engelliyor?

Engellemez

Çok engeller

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Şu an hissettiğiniz yorgunluk arkadaşlarınızı görmeyi veya iletişim kurmanızı ne derece engelliyor?

Engellemez

Çok engeller

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5.Şu an hissettiğiniz yorgunluk cinsel yaşamınızı sürdürmeyi ne derece engelliyor?

Engellemez

Çok engeller

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6.Şu an hissettiğiniz yorgunluk yapmayı sevdiğiniz faaliyetlere katılmanızı ne derece engelliyor?

Engellemez

Çok engeller

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7.Şu an hissettiğiniz yorgunluğun şiddetini veya derecesini tanımlayınız?

Hafif

Şiddetli

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8.Şu an hissettiğiniz yorgunluğun derecesini nasıl tanımlarsınız?

Hoş

Hoş değil

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
10

8.Şu an hissettiğiniz yorgunluğun derecesini nasıl tanımlarsınız?

Hoş

Hoş değil

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Kabul edilebilir

Kabul edilemez

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Koruyucu

Yıpratıcı

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Olumlu

Olumsuz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Normal

Anormal

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9.Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Güçlü

Zayıf

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10.Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Uyanık

Uykulu

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11.Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Canlı

Cansız

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12.Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Dinlenmiş

Yorgun

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13.Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Kuvvetli

Kuvvetsi

z

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14.Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Tahammül edilebilir
edilemez

Tahammül

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15.Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Rahat

Gergin

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
10

16.Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Mutlu

Mutsuz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
10

17.Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Güçlü

Zayıf

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

18.Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Konsantre olabiliyorum

Konsant

re miyorum

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
10

19.Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Hatırlayabiliyorum

Hatırlayamıyorum

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

20.Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

İyi düşünebiliyorum

İyi

düşünemiyorum

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

21.Yorgunluğunuza doğrudan katkıda bulunan veya sebep olan, olduğuna inandığınız en önemli neden nedir?(Nedeni tanımlayınız)

.....

22.Yorgunluğunuzu azaltmak için bulduğunuz en iyi şey;

.....

23.Yorgunluğunuzu bize daha iyi açıklayacak başka bir şey eklemek ister misiniz?

.....

24.Şu an başka herhangi bir şikayetiniz var mı?

Evet

Hayır

Lütfen

açıkla

yınız

.....

.....

...

25.Peki siz yorgunluğunuzu nasıl tanımlarsınız?.....

Ek 5. Piper Yorgunluk Ölçeği Çalışma İzni

Re: Piper yorgunluk ölçeği tez için izin

6.09.2019 Cum 22:18 tarihinde yanıtadınız



Sn Yaren Tokyürek ölçeği kullanmanızda bir sakınca yoktur,
Prof.Dr. Gülbeyaz Can

Yaren Tokyurek şunları yazdı (6 Eyl 2019 10:32):

Gülbeyaz hocam merhaba,
Ben Yaren TOKYÜREK, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün Onkoloji Hemşireliği yüksek lisans programında öğrenciyim. Bu dönem danışman hocam Doç. Dr. Ezgi KARADAĞ ile tez konumu belirlemiş bulunmaktayız. Sizin geçerlik ve güvenirlik çalışması yapmış olduğunuz "Piper Yorgunluk Ölçeği"ni tez çalışmamda kullanmayı planlıyorum. Bu yüzden sizden izin almak için rahatsız etmekteyim. Şimdiden ilginiz için teşekkür ederim.,
İyi günler..

Ek 6. Vücut Algısı Ölçeği

Aşağıda çeşitli vücut özellikleri ve beğenip beğenmeme ile ilgili ifadeler bulunmaktadır. Yapmanız gereken bir vücut özelliğiniz hakkındaki görüşünüzü ‘Hiç Beğenmiyorum’, ‘Pek Beğenmiyorum’, ‘Kararsızım’, ‘Oldukça Beğeniyorum’, ‘Çok Beğeniyorum’ seçeneklerinden uygun olanına “X” işareti koyarak belirtmenizdir. Tüm maddeleri eksiksiz olarak ve içtenlikle cevaplamanız önemlidir.	Hiç Beğenmiyorum	Pek Beğenmiyorum	Kararsızım	Oldukça Beğeniyorum	Çok Beğeniyorum
Saçlarım					
Yüzümün rengi					
İştahım					
Ellerim					
Vücudumdaki kıl dağılımı					
Burnum					
Fiziksel gücüm					
İdrar – dışkı düzenim					
Kas kuvvetim					
Belim					

Enerji düzeyim					
Sırtım					
Kulaklarım					
Yaşım					
Çenem					
Vücut yapım					
Profilim					
Boyum					
Duyularımın keskinliği					
Ağrıya dayanıklılığım					
Omuzlarımın genişliği					
Kollarım					
Göğüslerim					
Gözlerimin şekli					
Sindirim sistemim					
Kalçalarım					
Bacaklarım					

Dişlerimin şekli					
Cinsel gücüm					

Ayaklarım					
Uyku düzenim					
Sesim					
Sağlığım					
Cinsel faaliyetlerim					
Dizlerim					
Vücudumun duruş şekli					
Yüzümün şekli					
Kilom					
Cinsel organlarım					
Hastalığa direncim					

Ek 7. Vücut Algısı Ölçeği Çalışma İzni

Re: vücut algısı ölçeği tez çalışması için izin

8.09.2019 Paz 10:09 tarihinde yanıtladınız

SH

Merhaba, ölçeği kullanabilirsiniz, saygılarımla,

Prof. Dr. Selim Hovardaoglu

On Friday, September 6, 2019, 07:23:19 AM UTC, Yaren Tokyurek <yarentokyurek@outlook.com> wrote:

Selim hocam merhaba,

Ben Yaren TOKYÜREK. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün Onkoloji Hemşireliği yüksek lisans programında öğrenciyim. Bu dönem danışman hocam Doç. Dr. Ezgi KARADAĞ ile tez konumu belirlemiş bulunmaktayız. Sizin geçerlik ve güvenirlik çalışması yapmış olduğunuz "vücut algısı ölçeği"ni tez çalışmamda kullanmayı planlıyorum. Bu yüzden sizden izin almak için rahatsız etmekteyim.

Şimdiden ilginiz için teşekkür ederim.

İyi günler.

EK 8. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın katılımcı,

Bu araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onkoloji Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi olarak planlanmıştır.

Hematolojik maligniteler giderek artmakta ve hastaların çoğunluğu kemoterapi,

immunoterapi veya radyoterapi ile tedavi edilmektedir. Yan etkiler olarak hastalarda bulantı-kusma, ağrı görüldüğü gibi beden algısında değişim, cinsel performansta azalma ve yorgunlukta meydana gelmektedir. Yan etkiler hastaları fiziksel, sosyal ve duygusal yönden olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle ‘Hematolojik maligniteli hastalarda beden algısı, cinsel yaşam ve yorgunluk arasındaki ilişki’ isimli araştırmamızın amacı hastaların aldıkları tedavi süresi boyunca beden algıları, cinsel yaşamları ve yorgunluk arasındaki ilişkiyi belirlemektir. Veriler bu amaçla geliştirilen form aracılığıyla yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak, tek tek sorularak araştırmacı tarafından toplanacaktır. Görüşme

yaklaşık olarak 15 dakikanızı alacaktır. Vereceğiniz bilgiler sadece bilimsel veri oluşturmak amacıyla kullanılacaktır. Araştırmanın sonucunun, gelecekte hematolojik maligniteli hastalarda beden algısı, cinsel yaşam ve yorgunluk gibi yan etkiler üzerine yapılacak çalışmalar için yararlı olacağı düşünülmektedir.

Verdiğiniz bilgiler sadece araştırma amacıyla toplanacaktır. Araştırma kapsamında sizlere herhangi bir girişim yapılmayacaktır. Araştırmaya katılmak zorunlu değildir. İstedığınız zaman soruları cevaplamayı bırakabilirsiniz. Çalışma herhangi bir yayın ve raporda kullanıldığında bu yayın ve raporda kimlik bilgileriniz kullanılmayacaktır. Verdiğiniz tüm bilgilerin gizliliği sağlanacak, üçüncü

şahıslarla paylaşılmayacaktır. Araştırmaya katılmak için herhangi bir ödeme yapmayacaksınız, araştırmaya katıldığınız için de size bir ödeme

yapılmayacaktır. Araştırma masrafları size veya bağılı olduğunuz SGK'ya ödetilmeyecektir. Katkılarınız için teşekkür ederim.

Ben, hematolojik maligniteli hastalarda beden algısı, cinsel yaşam ve yorgunluk arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla planlanmış araştırma hakkında bilgilendirildim. Çalışmanın amacını ve üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma, sorduğum sorulara ayrıntılı ve açıklayıcı cevaplar aldım. Çalışmaya katıldıktan sonra herhangi bir neden belirtmek zorunluluğum olmadan istediğim zaman çıkabileceğim ve bana haber vermeksizin çalışmadan çıkarılabileceğimi anladım. Bu koşullarda araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.



Katılımcının Adı - Soyadı:.....

İmzası:.....

Adresi(varsa Telefon No,Fax No):..... Tarih:../...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı - Soyadı:.....

İmzası:..... Tarih:../...../.....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar

Tanıklık Eden Kişinin Adı -

Soyadı:.....

İmzası:..... Tarih:../...../.....

Görevi:.....

Ek 9. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Uygulama İzni

	T.C. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ	
		E-İstisna
Sayı : 72292585-00.99-E.15768	12/02/2020	
Konu : Yaren Tokyürek'in Tez Çalışması		
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA		
İlgi : 22.01.2020 tarih ve 59537164-00.99-8030 sayılı yazınız.		
Hemşirelik Fakültesi Onkoloji Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi olan Yaren TOKYÜREK'in "Hematolojik Maligniteli Hastalarda Beden Algısı,Cinsel Yaşam ve Yorgunluk Arasındaki İlişki" isimli tez çalışmasının Hematoloji Servisi ve Kemoterapi Gündüz Tedavi Merkezi'nde uygulanabilmesi Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.		
Prof.Dr. Semih KÜÇÜKGÜÇLÜ Başhekim V.		
Ekler : 1- 07.02.2020 00:00:00 tarih ve 30 sayılı yazı. 2- 06.02.2020 00:00:00 tarih ve 38 sayılı yazı. 3- Çalışma İzni (17 Sayfa)		
	Adres: İnciraltı Mahallesi, Mithatpaşa Cd. İnciraltı yerleşkesi No:1606, 35340 Nazilli/Selçuk/İzmir Tel: 0232) 412 1212 Elektronik Adı: http://www.hastane.dcu.edu.tr/ Bu belge 5470 sayılı e-İmza Kanunu'na göre Prof.Dr. Semih KÜÇÜKGÜÇLÜ tarafından elektronik imza ile onaylanmıştır.	Büyük İmza İstifası: Meryem ÇÖLDÜK Doküman 

Ek 10. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıklar Anabilim Dalı İzni

SDP : 622.02 - 02 - GÖRÜŞ VE TEKLİFLER
Evrak No : 32151665-622.02-19422
Evrak Tarih : 07-02-2020




T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
İç Hastalıkları Anabilim Dalı



Sayı : 30
Konu : Yaren Tokyürek'in Çalışma İzni

03.02.2020

UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi: 24.01.2020 tarih, E.9081 sayı,

Hemşirelik Fakültesi Onkoloji Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Yaren TOKYÜREK'in ' Hematolojik Maligniteli Hastalarda Beden Algısı, Cinsel Yaşam ve Yorgunluk Arasındaki İlişkiler' isimli tez çalışmasını Hematoloji Servisi ve Kemoterapi Gündüz Tedavi Merkezi tedavi gören Hematoloji Hastalarında uygulamasında Bilim Dalımızca herhangi bir sakınca görülmemiştir. Gereğini bilgilerinize arz ederim. ||

Dokuz Eylül Üniversitesi
Adres: Mithatpaşa Cd. İnciraltı yerleşkesi No:35060, 35070
Bilgi: E. 9081 sayı

Ek 11.Etik Kurul Onayı

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Doç.Dr. Ezgi Karadağ

Araştırmınıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
AÇIK ADRES	GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
TELEFON	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
FAKS	
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	5355-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☒ DOKTORA ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hematolojik Maligniteli Hastalarda Beden Algısı, Cinsel Yaşam Ve Yorgunluk Arasındaki İlişki
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr. Ezgi Karadağ Hemşirelik Fakültesi
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐ ÇOK MERKEZLİ ☒

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2020/07-07	Tarih:13.04.2020				
	Doç.Dr. Ezgi Karadağ'ın sorumlusu olduğu "Hematolojik Maligniteli Hastalarda Beden Algısı, Cinsel Yaşam Ve Yorgunluk Arasındaki İlişki" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
				E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sadık Kıvanç METİN (Başkan)	Kalp ve Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Sermin ÖZKAL (Başkan Yardımcısı)	Tıbbi Patoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Serkan YENER	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Pınar TUNCEL	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Arzu GENÇ	Nörolojik Fizyoterapi - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Nil Hocaoglu AKSAY	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Tufan ÇANKAYA	Tıbbi Genetik	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Ayfer DAYI	Davranış Fizyolojisi	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Korcan DEMİR	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Mahmut Cem ERGON	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç YÜKSEL	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Av.Esra FIRTINA	Avukat	DEU Rektörlüğü Hukuk Müşavirliği	Kadın	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

Ek 12. Özgeçmiş



YAREN TOKYÜREK

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

İletişim Adresi:

Telefon:

E-posta:

İnternet Sayfası:

Öğrenim Bilgileri

08 Ağustos 2018 - Şu Anda (3 yıl 10 ay)
Yüksek Lisans, Tezli Program, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ONKOLOJİ HEMŞİRELİĞİ (YL) (TEZLİ)
Diploma Numarası: -
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 2.93 / 4.0

04 Ekim 2016 - 06 Ocak 2018 (1 yıl 4 ay)
Lisans, Anadal/Normal Öğretim, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, HEMŞİRELİK PR.
Diploma Numarası: -
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 73.83 / 100.0

26 Eylül 2016 - 07 Haziran 2018 (1 yıl 9 ay)
Lisans, Anadal/Normal Öğretim, İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, HEMŞİRELİK PR. (%25 BURLU)
Diploma Numarası: 18420116
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 73.83 / 100.0

Deneyim / İşyeri Bilgileri

01 Mart 2021 - Şu Anda (1 yıl 3 ay) (Tam Zamanlı)
HEMŞİRE, YÜKSEK LİSANS ÖĞRENCİSİ, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ DOKUZ
EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

Yabancı Dil Bilgileri

İNGİLİZCE (Okuma: İyi, Yazma: İyi, Konuşma: İyi)

TÜBİTAK Burs ve Destekleri

Panelistlik/İzleyicilik/Raportörlük Sayısı

Hakemlik/ Panelistlik/ Dış Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
İzleyicilik/Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
Raportörlük Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0