



**KEMİK İLİĞİ NAKLİ YAPILAN MULTİPLE
MYELOMLU HASTALARDA GÜNLÜK YAŞAM
AKTİVİTELERİ İLE ÖZ BAKIM GÜCÜNÜN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Doğan ŞAYİR
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Nuray BİNGÖL

Yüksek Lisans Tezi-2023



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

**KEMİK İLİĞİ NAKLİ YAPILAN MULTİPLE MYELOMLU
HASTALARDA GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ İLE ÖZ BAKIM
GÜCÜNÜN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Doğan ŞAYİR

**İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Nuray BİNGÖL**

**ERZURUM
2023**

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT	V
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ	I
TABLolar DİZİNİ	I
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	5
1.2. Araştırma Soruları.....	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Multipl Miyelom.....	6
2.1.2. Epidemiyoloji.....	6
2.1.3. Etiyoloji ve Patogenez	7
2.1.4. Klinik Belirti ve Bulgular	8
2.1.5. Tanı ve Evreleme	10
2.1.6. Tanı Kriterleri	11
2.1.7. Tedavi	14
2.1.7.1. Tedavi İzlem Süreci	19
2.1.8. Multipl Myelomda Hemşirelik Bakımı.....	24
2.2. Multipl Myelomda Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA)	26
2.3. Multipl Myelomda Öz Bakım Gücü (ÖBG)	28
3. MATERYAL VE METOT	31
3.1. Araştırmanın Türü.....	31

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	31
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	31
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	32
3.5. Veri Toplama Araçları	32
3.5.1. Hasta Tanıtım Formu (Ek-5).....	32
3.5.2. Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği(Ek-6)	32
3.5.3. Öz Bakım Gücü Ölçeği : (Ek-7)	33
3.6. Verilerin Toplanması	34
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	34
3.8. Araştırmanın Etik ilkeleri	35
4. BULGULAR.....	37
5. TARTIŞMA	45
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	49
KAYNAKÇA.....	51
EK-1. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU.....	59
EK-2. ETİK KURUL ONAY FORMU	60
EK-3. KURUM İZİNLERİ	61
EK-4. ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ	62
EK-5. HASTA TANITIM FORMU	64
EK-6. BARTHEL GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ ÖLÇEĞİ.....	65
EK-7. ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ	68

TEŞEKKÜR

Yol uzun ama bir o kadar da emek gerektiren bir süreç. Bu güzel yolda benimle bütün değerini, özverisini, desteğini o emek kokan o tatlı kişiliğindeki birikimlerini bana aktardığından ve en önemlisi de profesör ünvanını ilk benim tezimde paylaşmak bana nasip olduğu için güzel yürekli sevgili hocam, danışmanım Prof. Dr. Nuray BİNGÖL'e teşekkürlerimi sunarım.

İlk günden beri hem sunumlarıma hem de akademideki başarılarıma destek veren sayın Prof. Dr. Mehtap TAN hocama en derin saygı ve şükranlarımı sunarım.

İş hayatıma başladığımda, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşarak mesleki gelişimime katkı sağlayan ve her daim manevi desteğini hissettiğim değerli klinik sorumlum canım ablam Sevda TORTUMLUOĞLU'na ve değerli Üroloji ekibime çok teşekkür ederim.

Meslekteki diğer iki şanslarım, ikiz dostlarım. Bu süreçte gerek sosyal hayatta gerekse tez sürecimde hep yanımda olan Muazzez Merve TORAMAN ve Rümeyza Lale TORAMAN'a çok tekekkür ederim. Akademik kariyeriniz o güzel kalbiniz gibi başarılarla adım atarak devam etsin.

Daha yeni başlıyoruz diyerek her daim hayatımda onun azmini, düzenini örnek aldığım, benim her zaman yanımda olan, benim başarıyı gerçekten kendi başarısı gibi gören ve dahası ailemden birisi olarak gördüğüm canım Mehtap OLGUN'a dostuma minnettarım. Benim için kullandığı nadide bir sözü var. "Yıldız gibi parla". Şimdi parlama zamanı.

Üniversitenin bana kazandırdığı en değerli dostum, kardeşim, canım Nehir İŞLİYEN'e bu güzel süreçteki desteğinden dolayı çok teşekkür ederim.

Tez projem sürecinde hasta örneklerini elde edebilmem için emek sarf etmiş olan Hematoloji uzmanı Dr. Esra GÜNGÖR ALBAYRAK'a ve hastalara sıcak yaklaşımlarından dolayı en içten teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmamın yürütülmesini sağlayan Erzurum Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Hematoloji Ana Bilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Fuat Erdem'e saygılarımı sunarım.

Bu güzel sonuçları alabilmek ve daha ileriye gidebilmek için hayatımın her anında olduğu gibi eğitim hayatımda da teşvik ve desteğiyle hep yanımda hissettiğim abim Cihan ŞAYİR'e, azmi gibi her daim öğrencilerine örnek olan yengem Nazlı ŞAYİR'e, sıcaklığımı hissettiğim annem Mahizer ŞAYİR, babam Fahrettin ŞAYİR ve evimizin değeri olan abim Sinan ŞAYİR'e gösterdikleri bütün maddi ve manevi destekleri için minnettar olduğumu belirterek teşekkürlerimi sunarım.

Doğan ŞAYİR

ÖZET

Kemik İliği Nakli Yapılan Multiple Myelomlu Hastalarda Günlük Yaşam Aktiviteleri İle Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi

Amaç: Bu çalışma kemik iliği nakli yapılan multiple miyelomlu hastaların günlük yaşam aktiviteleri ile öz bakım gücünün değerlendirilmesi amacı ile yapıldı.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki bu çalışmanın örneklemini Atatürk Üniversitesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hematoloji Polikliniği ve Hematoloji Kliniği'nde takip edilen, araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 110 multipl miyelom hastası oluşturmuştur. Çalışmanın verileri 10 Nisan- 9 Haziran 2023 tarihleri arasında toplandı. Verilerinin toplanmasında, Hasta Tanıtım Formu, Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri (BGYA) ve Öz Bakım Gücü (ÖBG) ölçekleri kullanıldı.

Bulgular: Multipl miyelom hastalarının Barthel günlük yaşam aktiviteleri puan ortalaması 92.95 ± 6.36 ve öz bakım gücünün puan ortalaması 122.50 ± 4.65 olduğu belirlendi. Meslek, eğitim, evde yaşadığı kişilerin GYA üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğu saptandı ($p < 0.05$). Hastaların ÖBG puan ortalamalarıyla medeni durum, nakil biçimi ve nakil süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Günlük yaşam aktiviteleri ile öz bakım gücü arasında ise istatistiksel olarak arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı ($r = .136$; $p = .156$).

Sonuç: Kemik iliği nakli yapılan multiple myelomlu hastaların GYA'nde hafif düzeyde bağımlı olduğu ve ÖBG düzeylerinin ortalamanın üzerinde olduğu belirlendi. Genç, çalışan, eğitim düzeyi yüksek, eş ve çocuklarıyla yaşayan hastaların GYA'nin daha yüksek olduğu tespit edildi. Aynı zamanda bekar olan, otolog kemik iliği nakli olan, nakil süresi kısa olan hastaların ÖBG'nin daha iyi olduğu saptandı.

Anahtar Kelimeler: Günlük yaşam aktivitesi, hemşirelik, kemik iliği nakli, multipl miyelom, öz bakım gücü

ABSTRACT

Evaluation of Daily Living Activities and Self-Care Strength in Patients with Multiple Myeloma who had Bone Marrow Transplantation

Aim: This study was conducted to evaluate the daily living activities and self-care power of patients with multiple myeloma who underwent bone marrow transplantation.

Material and Method: The sample of this descriptive and cross-sectional study consisted of 110 multiple myeloma patients who were followed up in Atatürk University, Training and Research Hospital Hematology Polyclinic and Hematology Clinic and met the inclusion criteria in the study. The data of the study were collected between 10 April and 9 June 2023. The Patient Information Form, Barthel Activities of Daily Living (BGSA) and Self-Care Strength (PGR) scales were used to collect data.

Results: It was determined that the mean Barthel daily living activities score of the multiple myeloma patients was 92.95 ± 6.36 and the mean score of self-care power was 122.50 ± 4.65 . Occupation, education, people living at home were found to have a statistically significant effect on ADL ($p < 0.05$). It was determined that there was a statistically significant difference between the patients' mean EGG scores and their marital status, type of transplantation and duration of transplantation ($p < 0.05$). It was determined that there was no statistically significant relationship between activities of daily living and self-care power ($r = .136$; $p = .156$).

Conclusion: It was determined that patients with multiple myeloma who underwent bone marrow transplantation were mildly dependent on ADL and their EBG levels were above the average. It was determined that the patients who were young, working, had a higher education level, and lived with their spouses and children had a higher ADL. At the same time, patients who were single, had autologous bone marrow transplantation, and had a short transplant period had better EBG.

Key Words: Activity of daily living, bone marrow transplantation, multiple myeloma, nursing, self-care power

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BT	: Bilgisayarlı Tomografi
CT	: Bilgisayarlı Tomografi
GYA	: Günlük Yaşam Aktiviteleri
IMWG	: Uluslararası Miyelom Çalışma Grubu
KİT	: Kemik İliği Transplantasyonu
MGUS	: Önemi Bilinmeyen Monoklonal Gamopati
MİKH	: Myelom İlişkili Kemik Hastalığı
MM	: Multipl Miyelom
MR	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
OKHN	: Otolog Kök Hücre Nakli
ÖBG	: Öz Bakım Gücü
PET	: Pozitron Emisyon Tomografisi
PKHT	: Periferik Kök Hücre Tedavisi
SMM	: Semptomatik Multipl Miyelom

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Sekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 2.1. IMWG MM’de Görüntüleme Algoritması.....	23
Şekil 3.1. Araştırmanın Süreci.....	36



TABLULAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 2.1. MGUS ve SMM tanı kriterleri.....	12
Tablo 2.2. Durie-Salmon tanı kriterleri.....	12
Tablo 2.3. Miyelom tanımlayıcı olaylar.....	13
Tablo 2.4. Revize ISS (R-ISS)	13
Tablo 2.5. Multipl miyelomda uluslararası evreleme sistemi	14
Tablo 4.1. Katılımcıların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı	37
Tablo 4.2. Katılımcıların MM hastalığına ilişkin özelliklerin dağılımı	38
Tablo 4.3. MM Hastalarının BGYA ölçeği ve ÖBG ölçeği puan ortalamalarının dağılımı	38
Tablo 4.4. BGYA ölçeği bağımlılık düzeylerinin dağılımı.....	39
Tablo 4.5. Katılımcıların BGYA ölçeği puan ortalamalarına göre tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması	40
Tablo 4.6. Katılımcıların BGYA ölçeği puan ortalamalarına göre mm hastalığına ilişkin özelliklerinin karşılaştırılması.....	41
Tablo 4.7. Katılımcıların ÖBG ölçeği puan ortalamalarına göre tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması	42
Tablo 4.8. Katılımcıların ÖBG ölçeği puan ortalamalarına göre mm hastalığına ilişkin özelliklerinin karşılaştırılması.....	43
Tablo 4.9. MM hastalarının BGYA ölçeği, ÖBG ölçeği puan ortalaması ile yaş arasındaki ilişki	44

1. GİRİŞ

Multipl Miyelom, (MM) hematolojik hastalıklar içerisinde yaygın olarak görülen kanser türlerinden biridir. MM diferansiye olmuş plazma hücrelerinin malign hastalığı olarak tanımlanmaktadır. Genellikle 65 yaş üstü popülasyonda hastalığın sık görülmesi ve neden olduğu pek çok semptomun kontrolü ciddi tıbbi medikasyonu gerektiren bir durumdur. Yeni çıkan tedaviler ile birlikte MM tanısı alan hastaların uzun süre yaşayabileceği ve sağkalımın ortalama %50.0 olduğu bilinmektedir (Bilotti ve ark., 2011; Howlader, N., 2020). MM tüm kanserler içerisinde %1 ve hematolojik kanserler içerisinde %10'u oluştururken dünyada yaklaşık olarak 30.000 kişinin multipl myelom tanısı aldığı ve 12.000 kişinin ise hastalık nedeniyle hayatını kaybettiği bildirilmektedir (Derneği, T. H. 2020). MM insidansına bakıldığında dünya genelinde 100.000'de 5 ile 7 arasında değişim göstermektedir (Howlader, N., 2020). Ülkemizde ise yaklaşık olarak her yıl 7.500 bireyin MM tanısı aldığını ve 3.000 bireyin hastalık sebebiyle hayatını kaybettiği görülmektedir (Ulusal Tanı Ve Tedavi Kılavuzu 2020 Multipl Myelom Mart 2020 Tanı Ve Tedavi Kılavuzu. Türk Hematoloji Derneği. <http://www.thd.org.tr>). MM erkeklerde kadınlara göre daha yaygın şekilde görülmektedir. Türkiyede erkeklerde 2.7/100.000, kadınlarda 1.9/100.000 oranında olduğu görülmektedir (Başara ve ark., 2017). Tanı yaşı genellikle 66 ile 70 arasında olup hastaların yaklaşık %37'si 65 yaşın altında; geri kalanının %2'si ise 40 yaş altında tanı almaktadır. Mortalite hızına bakıldığında yaşla birlikte artış gösterdiği, 75-84 yaş arası %32 oranında olduğu bildirilmiştir (Morgan, G. J., & Linet, M. 2002).

Tanıdan önce veya sonra genellikle hastalarda oluşan ağrı, halsizlik ve yorgunluğun ilerlemesiyle birlikte sık sık enfeksiyon geçirme şikayetleri ile hastalar hastaneye başvurumaktadırlar (Coleman ve ark., 2011; Stephens ve ark., 2014; Kiely ve ark., 2017). Genel olarak bakıldığı zaman MM 'de tipik hastalık belirtileri böbrek

yetersizliğine ilişkin bulgular, anemi, kalsiyumda yükselme ve kemikte görülen lezyonlar ile karakterize özellik göstermektedir (Bertolotti ve ark., 2008; Molassiotis ve ark., 2011). Öte yandan yaşın ilerlemesiyle birlikte bireylerde romatizmal ya da osteoporoz gibi sorunlar da ortaya çıkmaktadır. Hastalık bulgularının sıklığı incelendiğinde kemik ağrısı genellikle (%60), yorgunluk (%30), zamanla artış gösteren kilo kaybı (%25), parestezi (%5), tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları (%3,5) oranında ve spesifik olmayan semptomlarla kliniğe başvurumaktadırlar (Ölmez, S. 2020). Spesifik özellikte olmayan bu semptomlar tanıda gecikmeye yol açmaktadır (Mortensen ve Salomo., 2016).

MM tedavi ile sonuçlanması zor bir hastalık olmasına rağmen tedavideki yaklaşım yüksek doz kemoterapi ya da olog kök hücre naklinin (OKHN) yapılmasıdır. Yeni tedavi ajanları ile sağ kalım sonuçları büyük oranda iyileşme göstermektedir (Girnius ve Munshi., 2013). Tedavideki kombinasyonlar semptom yönetimi, kemoterapi, olog/allogenik kök hücre nakli gibi destek tedavileri içerdiğinden hastalığın evresine göre tedavi ve nakil işlemi gerçekleştirilmektedir. Birden fazla tedavi seçeneği mevcut olan bu hastalıkta; hasta izlemi, indüksiyon tedavisini sürdürmek ve kök hücre nakli olmak üzere üç aşamadan oluşmaktadır. Seçilecek olan tedavi temelde hastalığın ne kadar ilerlemiş olduğuna ve semptomların ciddiyetine bağlı değişiklik göstermekle birlikte nakil yapıldıktan yaklaşık 6 ay sonra hastanın normal hayatına adapte olması beklenmektedir. Nakil sonrası idame tedavi süreci ortalama 5 yıl sürmekle birlikte hastanın yakından takip edilmesi önem arz etmektedir. Öte yandan nakli tamamlanan MM'li hastalarda hiç bir belirti olmaksızın nüks etme ihtimalinden dolayı tedavisi belirli aralıklarla takip gerektirmektedir. Böyle bir durumda eğer hastalık nüks durumu söz konusu ise acilen tespit edilip tedaviye bağlı oluşabilecek yan etkilerin takibi ile hastalık kontrol altına alınmaktadır (Güneş, AK (Ed.). 2019 ; Anonim.,2020 Ulusal Tanı Ve Tedavi Kılavuzu 2020 Multipl Myelom Mart 2020 Tanı Ve Tedavi Kılavuzu. Türk

Hematoloji Derneği. <http://www.thd.org.tr>). Son yıllarda görülen iyileşme oranları, hastalıkla ya da tedaviye bağlı gelişen yan etkiler hasta bireylerde semptom yükünü arttıracığından bu aşamadaki süreçte hastaların günlük yaşam aktiviteleri (GYA) ile öz bakım gücü (ÖBG) değerlendirebilmek hemşirelere önemli takip süreci ve sorumluluğunu da yüklemektedir (Sezgin, M. G., 2020 & Bektaş, H.; Ovayolu, Ö., & Ovayolu, N. 2018; Öz, Z. S. 2006). Bu önemli süreç etkin bir bakım ve tedavi protokolü gerektiren bir durum olduğundan hasta gereksinimleri, özellikle nakilden sonraki süreçte bireyin ihtiyacı olan ÖBG optimum seviyede tutulması gerekmektedir. Buna göre ÖBG beklendik seviye çıkarabilmek için öncelikle bu gruptaki hastaların GYA değerlendirilerek bağımsızlık düzeylerinin (yemek yeme, giyinme, hareket gibi) tespit edilmesi gerekmektedir.

Hastalık sürecinde yaşanan ciddi semptomlar ve tedavi yaklaşımlarının oluşturduğu sorunlar MM'li hastaların GYA'ni bağımsız bir şekilde tek başına yapabilmesine ve optimum düzeyde öz bakım gücüne ulaşmasını engellemektedir. MM gibi kronik hastalıklar bireyin günlük yaşamdaki durumunu kısıtlamakta kalmayıp, yaşam kalitesini de olumsuz etkilemektedir (Demirtaş, G. 2013).

Literatür çalışmaları incelendiğinde onkoloji hastalarında GYA ve ÖBG'nin değerlendirildiği çalışmaların yetersiz kaldığı görülmektedir. Mantaş ve Çamdeviren'nin yaptığı bir çalışmada kök hücre nakli yapılan hastalarda ÖBG değerlendirilmiş ve hastaların öz bakım ya da kendi kendine bakma yeteneğinin yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur (Mantaş, B. 2018). Başka bir çalışmada ise metastazı olan hastaların kronik hastalığı olan gruplarla karşılaştırıldığında sorunlarla başa çıkma puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür (Koyuncu, N. E.2019). Prutipinyo ve ark. kemoterapi tedavisi uygulanan hastaların sağlık bakım hizmetinde öz-bakım davranışlarının geliştirilebilmesi için hasta eğitimine yer verilmesi gerektiğini saptamışlardır (Prutipinyo ve ark., 2012).

Ölmez ve Arıkan ise MM’li hastaların destekleyici bakım gereksinimlerinin orta düzeyde olduğunu ve destekleyici bakım gereksinimlerinin en fazla fiziksel ve günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili olduğunu saptanmışlardır (Ölmez, S. 2020). Manitta ve ark. (2011) Hematolojik malignitesi olan hastalar ile yaptığı çalışmada yeni tanı, ileri evre, yatarak tedavi edilen ve performans durumu düşük olan hastaların yoğun semptom yüküne bağlı fiziksel ve psikolojik sıkıntılarının daha fazla olduğunu belirtmişlerdir (Manitta, V.,2011). Buzgova ve ark. (2014) ise ileri evre kanser hastalarıyla yapmış olduğu çalışmada, yatan hastalarda fiziksel gereksinimin daha fazla olduğunu saptamışlardır (Buzgova, R., 2014).

Özellikle onkoloji hastaları özel bir grup olduğundan kapsamlı değerlendirmeler yapılmalı ve hastanın GYA düzeyleri değerlendirilerek yaşam kalitesini en üst seviyeye çıkarmak amaç edinilmelidir. Hasta bireyin GYA’deki bağımlılık düzeyinin belirlenmesi ve bunları karşılama becerisi oldukça önem arz etmektedir. Bu durum fonksiyonel kapasitenin kişideki sağlık durumunu önemli ölçüde etkilediği gibi izlenilecek yolun da çizelgesini belirleyecektir. Bu yüzden sağlık profesyonellerinin bu uzun süreçte MM’li hastaları öncelikle özveri ile takip ederek GYA değerlendirip bağımlılık düzeylerini belirlemeleri ve arkasından öz bakım gücünü güçlendirmeye yönelik girişimlerde bulunmaları yaşam kalitelerini yükseltilmesi açısından büyük önem arz etmektedir.

Literatürde MM’li hastalarda ÖBG ’nin değerlendirildiği sınırlı sayıda (Mantaş, B. 2018) çalışma olduğu görülmüştür. Kemik iliği MM’li hastalarda yapılmış GYA ve ÖBG’nin değerlendirildiği çalışmanın olmadığı tespit edilmiştir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada, kemik iliği nakli yapılmış olan MM hastaların günlük yaşam aktiviteleri ile öz bakım gücü arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

1.2. Araştırma Soruları

- Kemik İliği nakli yapılan multiple myelomlu hastalarda günlük yaşam aktiviteleri hangi düzeydedir?
- Kemik İliği nakli yapılan multiple myelomlu hastalarda öz bakım gücü hangi düzeydedir?
- Multiple myelomlu hastalarda günlük yaşam aktiviteleri ile öz bakım gücünü etkileyen faktörler nelerdir?
- Kemik iliği nakli yapılan multiple myelomlu hastalarda günlük yaşam aktiviteleri ile öz bakım gücü arasında bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Multipl Miyelom

MM, plazma hücrelerinin tedavi edilemeyen ve tipik olarak kemik iliği ve bu yapıdaki diğer dokulara da infiltre eden hücrelerin neoplastik heterojen bir hastalığıdır (Brigle ve Rogers, 2017). Kemik iliğindeki B hücrelerinin çevre kanındaki lenfositlerin %5-15 'i B-lenfositleri olduğundan ürettiği plazma hücresi uygun bir antijen tarafından uyarıldıklarında çoğalmakta ve immünoblast adı verilen büyük blastik hücrelere dönüşerek hastalığın ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Vücudun bakteriyel enfeksiyonlara karşı savunmasında plazma hücreleri tarafından yönetilen bu immüno globülinler önemli rol oynamaktadır (hümorale bağışıklık). Bu tablo sonucunda kanda veya idrarda Ig artışıyla görülen bu durum hematolojik bir malignite olarak ortaya çıkmaktadır (Derneği, T. H. 2020; Kaysı, A. 2007; Özer, S., ; Gündüzoğlu, N. Ç. (Eds.). 2019).

2.1.2. Epidemiyoloji

MM, ABD'de kanser vakalarının %1.8'ini ve hematolojik kanserlerin %17'sini oluşturmaktadır. İkinci olarak en sık hematolojik malignite olarak bilinmektedir. Bu hastalık gelişmiş ülkelerde daha sık görülmektedir. MM, erkeklerde görülme oranı kadınlara göre daha yaygın şekilde görülmektedir. Türkiyedeki durumda ise erkeklerde 2.7/100.000, kadınlarda 1.9/100.000 oranda görülmektedir. MM ileri yaş hastalığı olarak bilindiğinden bu hastalığın ortalama tanı yaşı 69'dur (Derneği, T. H. 2020). Hastaların %10.6'sı 55 yaşından diğer kısmı da %2.7'si de 45 yaşından daha genç olduğu görülmüştür. Mortalite hızına bakıldığında yaşla birlikte artış gösterdiği, 75-84 yaş arası %32 oranında olduğu bildirilmiştir (Howlader, 2020 ; Derneği, T. H. 2020; Özer, S., ; Gündüzoğlu, N. Ç. Eds.2019; Şimşek, M. 2012).

İnsidansın yaşla birlikte artmasının bilinmesi bir yana ırklara göre farklılık göstermesi de siyahi ırkta bu oran durumu beyaz ırka göre 2-3 kat daha fazla olması, Asya ve İspanyol ırkından olan kişilerde daha düşük olduğu görülmektedir (Coleman, E. A., 2008; Ölmez, S. 2020; Hirabayashi, Y. ve Katanoda, K. 2008; Waxman ve ark., 2010).

Dünyadaki insidansın sürekli olarak arttığını gösteren birtakım çalışmaların olmasıyla birlikte bu durum dünya genelindeki yaşlı popülasyonundaki artış ve hastalık farkındalığı ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Modern tedavinin ilerleyişi ile birlikte teşhisin konulmasından ve nakil süreci ile görülen yaşam süresinin ortalama 5 ile 8 yıl aralığında değiştiği görülmektedir. Türkiye’de tam olarak sağlıklı verilerin olmayışından ABD verilerinin ülkemizdeki kişi sayısına uyarlanarak her yıl yaklaşık 7.500 hastanın MM tanısı aldığı bilinmektedir (Derneği, T. H. 2020; Gültekin, M., ; Boztaş, G. 2014).

2.1.3. Etiyoloji ve Patogenez

MM Genetik kalıtsal bir hastalık olmamakla birlikte nadir ailesel olgular olduğu bilinmektedir. Özellikle siyah ırkta diğer ırklara oranla daha fazla görülmektedir. Proteozom inhibitörleri ve immünmodülatör ilaçların hastalıkta kullanıma girmesi ile birlikte 5 yıllık genel sağkalım %25-34’ten %49-56’lara kadar yükseldiği görülmüştür. Günümüzde özellikle myelom tedavisi konusunda uzmanlaşmış klinikler hastalarında 7 yılı aşan ortanca sağ kalım süreleri bildirmektedirler. Ancak tedavide yaşanan pek çok olumlu gelişmeye rağmen, MM halen kür elde edilebilen bir hastalık olgusu durumunu taşımaktadır (Derneği, T. H. 2020).

Miyelom etiyojisinde bakıldığında tıbbi sorunlar büyük oranda rol oynamaktadır. Önemi bilinmeyen monoklonal gamopati (MGUS) bunlardan en önemlisidir ve yaklaşık olarak yılda %1 oranında miyeloma dönüşmektedir. Hasta bireylerde geçirilmiş enfeksiyon, inflamatuvar durumlar, bağ dokusu hastalıkları ve

alerjiye bağı gelişebilecek hastalıkların da ilişkili olduğu bilinmektedir (Dispenzieri ve ark., 2014).

MM kemiğin içi veya dışında birden fazla plazmasitoma neden olabilmekte birlikte; plazmasitolar, kemiğin içinde veya dışında büyüyerek, plazma hücrelerinden oluşan bölgesel tümör olarak meydana gelmektedirler. Mora yakın renk yapısıyla deri altı kitlelerine yol açan kemik dışı plazmasitolar, tanı esnasında belirgin olmayıp, hastalığın ilerlemesi durumunda ise sık görülebilmektedir (Kaysı, A. 2007; Ölmez, S. 2020).

2.1.4. Klinik Belirti ve Bulgular

MM'li hastalarda, artan serum protein seviyeleri nedeni ile tesadüfen teşhis konulabilir ve bu evre asemptomatik evre olarak adlandırılabilir (Singhal ve Mehta, 2006). Zaman içerisinde ilerleyen semptomların görülmeye başladığı aktif miyeloma dönüşmektedirler. MM'de plazma hücrelerinin kemik iliğinde çoğalması, sıklıkla bitişik kemiğe girerek oradaki yapıda kemik ağrısı ve kırılmaları ile sonuçlanan iskelet tahribatına neden olduğu bilinmektedir. Çok sık görülmemekle birlikte, plazma hücreleri çoklu organlara sızarak ve çeşitli semptomlar üreterek hasara neden olurlar (Kyle ve Rajkumar, 2008; Bringle ve Rogers, 2017). Hastalara bakıldığında kemik ağrısının oranı genellikle (%60) oranında, yorgunluk durumu (%30), kilo kaybı zamanla artarak(%25), parestezi (%5) ve tekrarlayan enfeksiyonlar ile (idrар yolu enfeksiyonları) spesifik olmayan semptomlarla kliniğe başvurmaktadırlar. Bunlar; ateş, hepatomegali, splenomegali ve akciğer ve plevral tutulumun hastalığın ileri seviyesinin dışında nadir görüldüğü bilinmektedir (Kyle ve ark., 2003; Al-Farsi ve ark., 2011). MM'nin karakteristik bulgularının genel olarak ortaya çıkması tamamen doku ya da organ bozukluğu ile olduğu bilinmektedir. CRAB (Calcium, Renal, Anemia, Bone) ile sonuçlanan bu bulgular hiperkalsemi, anemi, böbrek hastalığı ve kemik lezyonları ile bu

tablo hastalık seyrini göstermektedir (Blade ve ark., 2012; Kaysı, A. 2007; Derneği, T. H. 2020).

MM'de görülen kardinal belirtiler şunlardır;

Hiperkalsemi

MM tanısı hastaların %25'inde bu tablo görülmektedir. Bazı yapılan çalışmalar incelendiğinde hastaların %13'ünde bu kalsiyum seviyesi ≥ 11 mg/dl olarak saptanmıştır (Kyle ve ark., 2003). Yaş ve hastalık süreci paralel olarak ilerledikçe daha sık görülmektedir. MM'de böbrek hasarına yol açan en sık ikinci patolojidir. Hiperkalsemi, böbrek fonksiyon yeteneğini bozarak böbrekteki damarlarda vazokonstrüksiyona neden olmakla birlikte, diürezisi de arttırmaktadır. Bu durum dehidratasyona neden olmaktadır. Bulantı, halsizlik, kilo kaybı, poliüri ya da konstipasyon görülen hastalarda hiperkalsemi tablosu görülmektedir (Ündar, 2009; Kaysı, A. 2007; Derneği, T. H. 2020; Özer, S., ; Gündüzoğlu, N. Ç. Eds.2019).

Böbrek Hastalığı

Miyelomda asıl hedef organ böbrektir, bundan dolayı böbrek hastalığı bu süreçteki en büyük tanı ve tedavideki prognostik değeri olan bir semptom süreci olacaktır. Neredeyse tanı alan hastaların %19'unda serumdaki kreatinin değeri 2mg/dl üzerinde olduğu görülmüştür. Eğer bu süreçte oran %45'in üzerine çıkarsa hastalar %10 ile %15 arasında diyaliz ihtiyacı duyabilmektedir. Bilindiği gibi bu tabloda iki problem ortaya çıkmaktadır. Bunlar akut ve kronik böbrek hastalığı olarak görülmektedir. Bunun en sık nedeni ise miyelom böbreği olup, buradaki zincirlerin distal veya toplayıcı kanallardaki tübüllerin çökerek tıkaması sonucunda bu durum ortaya çıkmaktadır. Diğer yönden böbrek hasarına yol açabilecek olan durumlara bakıldığında bunlar; dehidrasyon, hiperürisemi, hiperkalsemi, enfeksiyon, nefrotoksik maddeler ya da plazma hücre infiltrasyonu gibi bazı faktörler de bu durumun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu

etkenler toksik etkiyi artırarak böbrek hastalığına neden olmaktadır. Böbrekte hasara neden olduğu bölgeye göre (glomerül, tübül vb.) böbrek hastalığının belirti veya bulguları hasta bireylere göre farklılık gösterebilmektedir (Kaysı, A. 2007; Derneği, T. H. 2020; Şahin, 2008).

Anemi

Genel olarak bu hasta grubunda görülen en sık klinik bulgulardan birisi anemidir. Yorgunluk ve halsizlik şikayetleri genellikle belirti göstermektedir. Kemik iliğindeki infiltrasyon, plazma hücrelerinin kemik iliği ile ilgilidir. Bu süre zarfında eritrosid apoptozisi artmaktadır (Derneği, T. H. 2020; Özer, S., ; Gündüzoğlu, N. Ç. Eds.2019; Kyle ve ark., 2003; Gerecke ve ark., 2016).

Kemik Hastalığı

MM'de hedef kaynak aslında kemik hastalığıdır ve en büyük klinik bulgusu olarak görülen durum osteolitik kemik ilerleyebilir ve osteolitik lezyonların da yeniden kalsifikasyonunun nadir görülmesi olayıdır. Bu lezyonlar direkt grafi veya BT'de tipik olarak bakıldığında yuvarlak şeklinde, benign sınırlı delik şeklinde görülen, litik lezyonların olabileceği gibi üç farklı şekilde ortaya çıkan fraktür, osteopeni veya osteoporoz şeklinde görülebilmektedir. Kemik hastalığı hiperkalsemiye ve ağrıya neden olmaktadır. Bu hastalarda görülen en büyük ve en sık ortaya çıkan durumlardan birisi kemik ağrısının olması ve hastaların %58'inde bu tablonun görülmesidir. Radyasyon tedavisi alan ya da ameliyat durumu gerektiren bu hastalarda önemli bir şekilde morbidite ve mortaliteye neden olabilmektedir (Derneği, T. H. 2020; Özer, S., ; Gündüzoğlu, N. Ç. Eds.; 2019; Ündar, 2009).

2.1.5. Tanı ve Evreleme

Anemnez ve fizik muayene her ne kadar MM tanısı için önemli bilgileri içerse de bunlar tanı için yeterli değildir. Kan hastalıklarının kesin tanısı için laboratuvar

muayeneleri sonucunda konur (Derneği, T. H. 2020; Derneği, T. H. 2020; Özer, S., ; Gündüzoğlu, N. Ç. Eds.; 2019).

MM tanısı alanların büyük bir çoğunluğunda, MM tanısı almadan önce asemptomatik bir evresi olan *Önemi belirsiz monoklonal gamopati* (MGUS) 'nin görüldüğü bilinmektedir. Miyeloma bu durumda iki şekilde incelenmektedir. Bunlar: Tedavi gerektirmeyen (sessiz-sinsi miyelom) ve tedavi gerektiren MM şeklinde sınıflandırılmaktadır. Semptomatik multipl miyelom (SMM), MM'ye ilerleme riski yüksek olması ve MGUS'dan belirgin olarak ayrıldığını göstermektedir. Uluslararası Miyelom Çalışma Grubu 2014 yılında MM tanı kriterlerini güncelleyerek yeni güncel tedavi yaklaşımı sergilemişlerdir. SMM hastaların iki yıllık izlem sonucunda yaklaşık olarak %80'inin tedavi gerektiren MM'ye dönüşmesi, bu yapılan bu izlemler sonucunda ise kriterlerin *Uluslararası Miyelom Çalışma Grubu* (IMWG) tarafından MM'yi tanımlayan daha net ve açık şekilde bulgular olarak kabul edilmesine yönünde ilerleme sağlanarak büyük bir yol kat ettikleri görülmüştür (Rajkumar ve ark., 2014).

2.1.6. Tanı Kriterleri

Genellikle hastaların tamamında, MM tanısı almadan önce asemptomatik bir evre belirsiz bir monoklonal gamopati olduğu kabul edilmektedir. Bugün miyelom tanısına bakıldığında serum veya idrarda monoklonal protein, kemik iliğinde %10'nun üzerinde atipik klonal plazma hücresi ve/veya klonal plazmositom ve bunların yanında kemik lezyonu, anemi, böbrek yetersizliği, hiperkalsemi gibi organ hasarını gösteren bulgulardan herhangi birinin varlığı yeterli olmaktadır. Durie Salmon tanı kriterleri ve MGUS / SMM Tanı Kriterleri en iyi güncel tanılar arasında gösterilmektedir (Rajkumar ve ark., 2014).

Tablo 2.1. MGUS ve SMM tanı kriterleri

Tanı Kriteri	MM
Serum M – Protein	Var
İdrar M – Protein	+/-
Kemik İliği Plazma Hücresi	>% 10
Kemik lezyonu	Var
Anemi	Var
Böbrek Yetersizliği	Var
Hiperkalsemi	Var

Tablo 2.2. Durie-Salmon tanı kriterleri

Majör kriterler:
<ul style="list-style-type: none">• Kemik iliğinde plazmositoz (\square %30)• Biyopside plazmositoz• M komponenti: Serum Ig G \square 3.5 g/dL, IgA \square 2g/dL veya İdrarda Bence-Jones proteini \square 1 g/24 saat
Minör kriterler:
<ul style="list-style-type: none">• Kemik iliğinde plazmositoz (%10-30)• M komponent var, ancak daha düşük düzeyde• Litik kemik lezyonları• Azalmış normal Ig düzeyi (Normalin \square %50'si)<ul style="list-style-type: none">• IgG \square 0.6 g/dL veya• IgA \square 0.1 g/dL veya• IgM \square 0.5 g/dL
Tanı konulması için; en az 1 major - minör ya da 3 minör kriter (ilk ikisi şart) gereklidir.

Tablo 2.3. Miyelom tanımlayıcı olaylar

SLİM Kriterleri	CRAB Belirti ve Bulguları
→ (S): Kemik iliği plazma hücre oranı >%60,	→ (C) Hiperkalsemi: Serum kalsiyum>11 mg/dL
→ (Li): Serum serbest hafif zincir oranı >100*,	→ (R) Böbrek hastalığı: Glomerüler filtrasyon hızı<2mg/dL
→ (M): Tüm vücut manyetik rezonansa birden çok fokal lezyon varlığı>5 mm	→ (A) Anemi: Hemoglobin düzeyi alt limitin en az 2g/dL altında olması veya hemoglobin >10g/dL
	→ (B) Kemik lezyonları: Direkt grafide, bilgisayarlı tomografide veya pozitron emisyon tomografisinde litik lezyon varlığı

MM prognostik parametreleri tanımlamak için kullanılan birçok süreç izlenmiş ve girişimde bulunulmuştur. Bu ağır sürecin durumu, 1975 yılından itibaren en sade ve pratik yöntem olan Durie-Salmon evreleme sistemi kullanılmıştır. Bazı sınırlarından dolayı belirtilen durumlar eşliğinde 2005 yılı itibari ile onkoloji grubuyla birlikte daha kolay uygulanabilecek olan Uluslararası Evreleme Sistemini geliştirmişlerdir. Yeni evreleme sistemine göre serum beta2-mikroglobulin, en güçlü ve prognostik faktör olarak hayatta kalma süresinin basit bir şekilde ve güvenilir bir gösterge olarak kabul görmüştür. Klinik anında pratikte, daha etkili ve bireye özgü terapiler sağlamak için MM alt gruplarının net bir şekilde tanımlanması esastır. Bu yönden 2015 yılında ISS, laktat dehidrogenaz (LDH) ve sitogenetik özellikleri de kapsayacak şekilde tekrar revize edilerek Revize ISS (R-ISS) oluşturulmuştur (Özer, S., ; Gündüzoğlu, N. Ç. Eds.2019 ; Rajkumar ve ark., 2014).

Tablo 2.4. Revize ISS (R-ISS)

Serum veya idrarda M protezin ve ilikte klonal plazma hücreleri ve/veya dökümanente edilmiş plazmositom ve Aşağıdakilerden bir ya da daha fazlası
Hiperkalsemi (>11.5mg/dl- >2.65 mmol/L)
Renal yetersizlik (kreatinin > 2 mg/dl- >177 mmol/L)
Anemi (<10 gr/dl ya da normalden 2 gr/dl düşük)
Kemik hastalığı (litik lezyonlar ya da osteopeni)

Miyelom tanısı için, klinik bulgularda, tanı koydurucu, tümör yükünü ve organlardaki hasarları ölçen ancak bazı özel durumlarda başvuru alan geniş bir laboratuvar inceleme paneli gerekmektedir.

Aşağıdaki tabloda 2011 British Society for Hematoloji'nin tanı için önerdiği incelemeler özetlenmiştir (Palumbo ve ark., 2015; Özer, S., ; Gündüzoğlu, N. Ç. Eds.2019).

Tablo 2.5. Multipl miyelomda uluslararası evreleme sistemi

Uluslararası Sistem (ISS)1	Evreleme	Güncellenmiş Uluslararası Evreleme Sistemi (R-ISS)
<p>Evre I: Serum β2-mikroglobulin < 3.5 mg/L ve albumin \geq3,5 g/dL</p> <p>Evre II: Evre I ve evre III kriterlerini karşılamayan</p> <p>Evre III: Serum β2-mikroglobulin \geq5,5 mg/L</p>		<p>ISS evre gruplarına ek olarak;</p> <p>→ İnterfaz FISH (iFISH) ile saptanan kromozom anomalileri:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Yüksek risk: del (17p) veya t(4;14) veya t(14;16) varlığı • Standart risk: Yüksek risk sitogenetik anomalilerin yokluğu <p>→ LDH: Normal ya da yüksek</p> <p>Yeni risk modellemesi (R-ISS)</p> <p>Evre I: ISS evre I ve standart risk kromozom anomalileri ve normal LDH</p> <p>Evre II: R-ISS evre I ve evre III kriterlerini karşılamayan</p> <p>Evre III: ISS evre III ve iFISH ile yüksek risk kromozom anomalileri ya da yüksek LDH</p> <p>Ortanca sağkalm süresi (Ay)</p> <p>R-ISS evre 1: Erişilememiş</p> <p>R-ISS evre 2: 83 ay</p> <p>R-ISS evre 3: 43 ay</p>

2.1.7. Tedavi

MM'de yeni tanı almış hastalar başlangıç değerlendirmesi olarak tedavi yaklaşımı yapılarak evreye göre yol izlenmiştir. Buradaki en büyük yol haritası tam olarak, hasta yanıtının net olması ve değerlendirilebilmesine imkan sağladığı için büyük önem taşıdığına göstergesinin olmasıdır (Palumbo ve ark., 2015).

Semptomatik miyelomda tedavi hemen gerekirken, asemptomatik myelomda sadece hasta odaklı klinikte gözlem izlemi gerektirmektedir. Diğer tedavi yaklaşımı olan konvansiyonel kemoterapiye bakıldığında erken tedavide hiçbir şekilde fayda sağlamadığı görülmüştür. Miyelomdaki tedavi yaklaşımına bakıldığında yüksek dozda kemoterapi ile OKHN (Ototolog kök hücre nakli) tercih edilmektedir. Semptomatik miyelomda tedavi etme kararı alındıktan sonra en önemli izlenim sırası hastanın OKHN adaylığı olup olmadığının belirlenmesidir. Bu süreçteki en büyük durum hasta bireyin yaşı, performansı ve hastalığa eşlik eden komorbidite nakil uygunluğunun etkilenme durumudur. Literatür taramalarındaki mevcut verilere bakıldığı zaman, kalp, böbrek, akciğer ya da karaciğerde fonksiyon yönünden sorunu olmayan 65 yaş altındaki hastalar bireyler için indüksiyon tedavisi uygulanmakta, ardından da hematopoetik (otolog/allojenik) kök hücre nakli ile birlikte gerekli tedavinin başlatılması desteklemektedir. Nakil olacak hastaların indüksiyon tedavi sürecinde melfalan verilmesi, kök hücre mobilizasyonunu bozduğundan tedavi yönünden önerilmemektedir. OKHN için aday olmayan hastalar tedavi durumuna bakıldığında kemoterapi ile tedavi edilmektedir (Michels ve Petersen, 2017). OKHN tam remisyon oranını yükseltmekte, progresyonsuz ve sağkalımı uzatmaktadır. Miyelom tedavisinde asıl amaç, hastalığın ilerlememesi ve daha da ileri bir seviyeye atlamadan kontrol altına almak, bireydeki yaşam süresini uzatmak, remisyonu sağlamak, ve öz bakımdaki kaliteyi en üst seviyeye çıkarmaktır (Stephens ve ark., 2014; Dowling ve ark., 2016). MM'de indüksiyondaki tedavi sürecinde alkilleyici ajanlar (siklofosfamid, melfalan), kortikosteroidler (deksametazon, prednizon), proteazom inhibitörleri (bortezomib, carfilzomib), immunomodülatör ajanlar (talidomid, lenalidomid, pomalidomid) ve antrasiklinler (doksorubisin) bu süreç zarfında tedavi protokolünde kullanılmaktadır. Bu tedavidaki en önemli sağkalım durumu immünomodülatör ajanlar ve proteazom inhibitörleri

kombinasyon şeklinde kullanıldığında, MM'li hastalarda yüksek oranda yanıt verirken, gelişmiş özellikteki sağkalımda bu tedavinin en büyük başarı durumunun da pozitif yönlü bir değişimle sonuçlanmasıdır. Son zamanlarda, antikorlar miyelom tedavisinde öncü tedavilerin bir parçası olarak dörtlü kombinasyonların da eklenmesiyle bu sayıların artabileceği yönünde öngörüler bulunmaktadır (Moreau ve ark., 2017; Derneği, T. H. 2020; Özer, S., ; Gündüzoğlu, N. Ç. Eds.; 2019; Ölmez, S. 2020).

MM tedavisinde yapılan otolog kök hücre nakli ile yüksek doz kemoterapi, uygunluk durumu olan hastalarda, halen standart tedavi yaklaşımı şeklinde devam etmektedir. Güncel tedavi zamanında özellikle proteozom inhibitörü ve immünmodülatuvar ilaç kombinasyonu ile devam eden indüksiyon tedavileri ile oldukça pozitif yönlü yanıtlar elde edilebilmiş olsa bile hiçbir modern yöntem olan indüksiyon yaklaşımı otolog kök hücre nakli ile pekiştirme tedavisini gündem dışı bırakamamıştır (Michels ve Petersen, 2017).

Yakın dönemde indüksiyon uygulanan hastalarda erken ve de geciktirilmiş otolog kök hücre nakli karşılaştırılması yapılmış olan hastalarda erken nakil uygulanması hem minimal düzeyde kalıntı hastalık oranının daha yüksek olduğu hem de progresyonsuz sağkalımın uzadığı görülmektedir (Derneği, H, 2007). Kök hücre nakline uyum sağlamış olan hastalarda en önce indüksiyon tedavisi nakil sonrasındaki sağkalımı etkilemediği şeklinde kanıtlanmıştır. Nakile uygunlukta ilk kriter yaş durumu gözetilmemektedir. Buradaki önemli baz alınan kriterler bireyin yaşı, kişideki aktiflik durumu, renal fonksiyon ya da pulmoner fonksiyonların varlığındaki total durum değerlendirilerek bir bütün olarak ele alınmaktadır. Günümüzde tedavi protokol durumuna bakıldığı zaman destek tedavileri ile önemli gelişmeler sağlanmakla birlikte otolog kök hücre nakli olmuş olan hastalarda destekli yüksek doz kemoterapinin 80 yaş civarına kadar başarılı bir şekilde uygulanabilmesine imkan tanımaktadır. MM nakil açısından uygunluk konusunda

zorlayıcı bir kriteri benimsememekte ve bu durumda alınan kararların uzman merkezlerce değerlendirilmesinin daha uygun olacağı yönünde kararlar alınmaktadır (Derneği, T. H. 2020; Kaysı, A. 2007).

Daha indolen relapslarda toksisitesi düşük ve daha az sayıda ilaçla kombinasyonlar kullanılmaktadır.(örneğin; PI + steroid, IMiD + steroid), Agresif relapslarda çoklu kombinasyonlar tercih edilmelidir, hızlı yanıt gerekliliği olan özellikle yeni ajan kombinasyonlarına dirençli hastalarda ise; Bortezomib, Deksametazon, Talidomid, Sisplatin, Adriamisin, Siklofosfamid, Etoposid gibi çoklu kombinasyonlardan faydalanılabilir. Performansı düşük, sitopenileri mevcut veya organ disfonksiyonu olan hastalar için yüksek doz steroidler (IV metilprednizolon) fayda sağlamaktadır (Derneği, T. H. 2020; Kaysı, A. 2007).

Myelom ilişkili kemik hastalığı tedavisi (MİKİH) malign plazma hücreleri ile kemik mikro çevresindeki etkileşim sonucunda yaygın kemik kaybı ve ile litik kemik lezyonlarının oluşumu ile karakterize durumdur. Osteoblastik aktivitenin önemli ölçüde baskılanması ve osteoklastik aktivitenin artması sonucunda yeni kemik oluşumunun azalması ile sonuçlanmaktadır. Tanı alan hastalarda yaklaşık %60'ında litik lezyon varlığının olması, %20'sinde osteopeni durumu geri kalan oranda ise %10- 15 kadarında hiperkalemi tablosu mevcuttur. Yani hastalar tedavi edilip komplet remisyona seviyesine gelmiş olsalar bile önceden var olan litik lezyon varlığının büyük bir kısmının onarılması oldukça güç olacaktır. Kemik iliğinde plazma hücre infiltrasyonu olduğu durumda, osteoblastlar üzerindeki supresyon devam etmektedir. Genellikle bireylerde ortaya çıkan kemik ağrısı ile semptom veren bu durum patolojik olarak fraktürlere, oradan da spinal korda bası sendromu durumuyla bireyin hem öz bakımını hem de yaşam kalitesini düşürebilecek bununla da kalmayıp mortalite ile iskelet sistemi ile ilgili birtakım problemler açısından yüksek risk taşıma durumu ortaya çıkacaktır. MİKİH (Myelom

hücreleri kemik hastalığı) tedavisindeki asıl amaç hastadaki ağrı eşiğini azaltmak, litik lezyon varlığını engellemek, kord basısını azaltmak, hiperkalsemi durumu ve oluşabilecek herhangi bir patolojik durumu engellemek ve önlemek olacaktır. Tedavide kullanılacak olan yöntemler sırasıyla, kemoterapötik tedavi, lokal radyoterapi, cerrahi mühadale ya da antirezobtif ajanlar ile süreç devam ettirilmektedir. Kemoterapötik tedavide tümör baskılanır ve ortaya çıkabilecek bir problemi engellemek ve yeni gelişebilecek kemik lezyonlarını engellenmek ana hedefler arasında yer almaktadır. Bu durumda lezyonlarda bir tamir durumu söz konusu olmadığından kemik hastalığında gelişmenin yanında ilerlemede de koruyucu bir etki varlığı söz konusu olmaktadır (Kaysı, A. 2007; Derneği, T. H. 2020).

Tanı sırasında iskelet lezyonlarının beraberinde getirmiş olduğu miyelom hastalarında kemik ağrısı sorunu bu hastalarda %60 oranında mevcuttur. Genelde ağrı tablosu hareket ile ortaya çıkarak bireyde hassasiyeti arttırmakla birlikte, günlük yaşamdaki durumu da etkilemektedir. Bu duruma eşlik eden gece ağrıları, pozisyon değişimi sırasında hissedilen bölgesel ağrılar da bu duruma eşlik etmektedir. Genelde bu hastalarda kalça, bel ve sırt bölgesinde lokalize olmak ile birlikte nadiren de olsa ekstremitelerde bulgu vermektedir. Özellikle Vertebralarda oluşan çökme durumunda hastalarda boy kısalması gözlenmektedir. Kemik survey ile 6 aylık aralıklarla oluşabilecek iskelet lezyonlar yeni gelişmeler için takip edilmelidir. Nüks durumunu düşündürecek olan bir durumla karşılaşmada ya da tarif edilip açıklanamayan zamanlarda oluşan kemik ağrısında PET, PET/CT veya MR ile görüntüleme yapılmalıdır. Tüm myelom hastaları iskelet ilişkili herhangi bir komplike durumu yaşamamak için oluşabilecek aşırı travma riski taşıyan aktivitelerden kaçınmalı, kemikteki yoğunluğu korumak için de mümkün olduğu kadar aktif olmaları için teşvik edilmelidir (Derneği, T. H. 2020).

2.1.7.1. Tedavi İzlem Süreci

Tedavi izlem sürecinde laboratuvar tetkikleri, kemik iliğinde yapılan rutin tetkikler ve görüntüleme yöntemlerinden faydalanılmaktadır.

Laboratuvar tetkikleri:

Rutin tetkiklerde Hemogram, Periferik kan yayması, kreatinin, BUN, elektrolitler (Fosfor ve kalsiyum), karaciğer testleri, Serum albümin düzeyi ve de total protein Kreatin klirensi, (24 saatlik idrar takibi) (eGFR 70 yaş > hastalarda, kilolu hastalarda ve de gebelerde yanlış sonuç vermektedir). Buna ek olarak nütrisyonel faktörler (Ferritin, B12) Serum ürik asit düzeyi, Beta-2 mikroglobulin, LDH düzeyi, Serum protein elektroforezi (M-protein kantitasyonu), Serumda immünfiksasyon elektroforezi, Kantitatif serum immünglobulin düzeyleri (IgA,G,M), (IgA tipi myelomda total IgA düzeyi M protein miktarını daha iyi gösterme durumu söz konusudur). Serumda serbest kappa ve lambda hafif zincir düzeyleri ve oranı serumdaki total hafif zincir düzeyinin ölçüm değeri de ve yeri de yoktur (Derneği, T. H. 2020).

Yirmi dört saatlik idrar takibinde total protein miktarı ile total hafif zincirler testi yapılmaktadır. Serum viskozitesi, idrar M-protein kantitasyonu, idrar protein elektroforezi ile idrar immünfiksasyon elektroforezi hiperviskozite bulguları da çalışılmaktadır. Özellikle idrar protein elektroforezi idrar M proteini kantitasyonunu sağlayacağından mutlaka çalışılmalıdır. Serum immünfiksasyonunda hafif zincir gözlenen hastalarda, IgD ve E ile de immünfiksasyon elektroforezinin değerlendirilmesi oldukça nadir görülen IgD ve E myelomun da tespitine imkân sağlamaktadır. AL (Amiloidoz) hastalarda Troponin T düzeyi çalışılmaktadır (Derneği, T. H. 2020).

Serum beta-2 mikroglobulin, LDH ve albumin seviyesindeki R-ISS prognostik durumdaki skor değerlendirmesi için gereklidir.

Bu durumdaki hastalarda takip düzeyi ve yanıt parametresi olarak kullanılmamalıdır. Nüks hastalık durumuna göre prognostik süreçteki önem kontroller gereği gözden geçirilerek tekrardan çalışmalar yapılmaktadır (Derneği, T. H. 2020; Kaysı, A. 2007).

Kemik iliğinde yapılan rutin tetkikler: Kemik iliğinde yapılan aspirasyon ve biyopsisi tanıdaki kesinlik için gereklidir. Tanıda elzem olan %10'nun üzerinde klonal plazma hücre oranı, birçok hastada bu tablo görülebilir ancak kemik iliğindeki yama şeklindeki tutulum sebebiyle hastaların yaklaşık %4'ünde bu oran %10 altında izlenmektedir. Bu hastalarda farklı bölgelerden birden fazla biyopsi alınması gerekli olabilir ya da MR veya PET-BT ile gösterilen fokal lezyonları daha ayrıntılı örnekleme düşünülmektedir. Kemik iliği biyopsi örneğinde Hematoksilen-Eozin boyasıyla ve aspirasyon örneğinde Wright boyasıyla yapılacak olan inceleme ile plazma hücre oranları elde edilmektedir. Kemik iliğinde saptanan plazma hücre oranları farklı olduğunda yüksek plazma hücre oranı esas olarak ele alınmaktadır. Günümüzdeki yaklaşım şekli, prognoz sürecinde belirlenme ve tedavi belirlemedeki süreçte genetik özelliklerin göz önünde bulundurulmasıyla yakından ilişkilidir. Tanıdaki en büyük ve en önemli inceleme, plazma hücresinde yapılan interfazdaki FISH tekniğidir. En ideal olan bu yöntem, myelom hücrelerinin ayrıştırıldığı yöntem tekniği şeklinde uygulanmasıdır. FISH panellerinde, translokasyon problemlerinin yanısıra trizomilerin de tanı sürecindeki tespitiyle mümkün kılarak sentromerik problemlerin yer alması uygun olduğu görülmektedir (Kaysı, A. 2007; Derneği, T. H. 2020).

Kemik iliğinde alınan örnekler akış sitometrik analizi için de mutlaka örnek alınması gerekmektedir. Plazma hücrelerinin tespitine izin verecek ideal paneller ile akış sitometri de mutlaka çalışılarak akış sitometri etkin kullanılmalıdır ve ideal teknik ile uygulanır ise tedavi sonrası minimal kalıntı hastalık varlığının analizi de mümkün

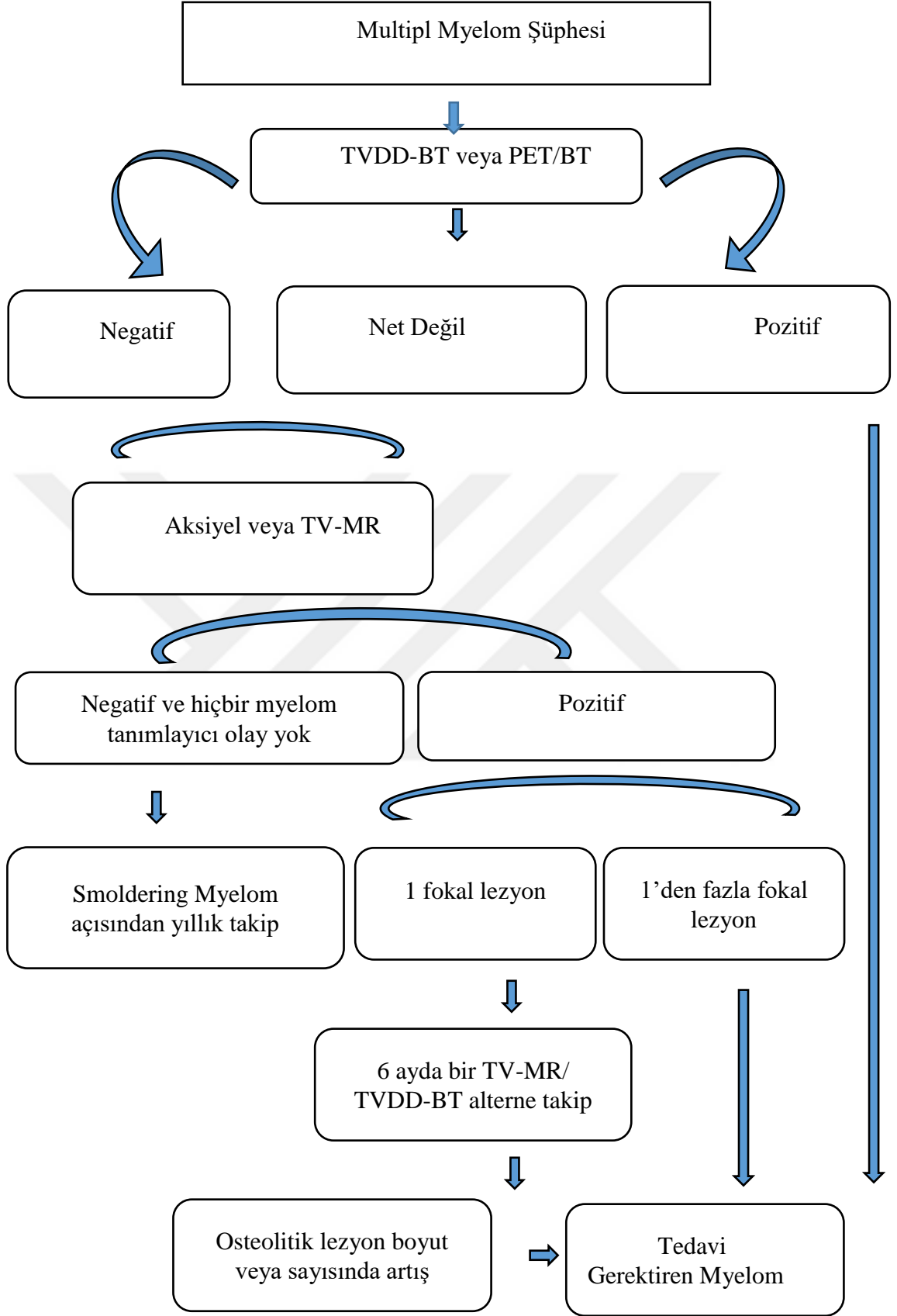
olmaktadır. Akış sitometriden en iyi şekilde sonuç alınabilmesi için ayrılacak olan kemik iliğindeki biyopsi örneğinin mümkünse önce alınan aspirasyon örneğinin olması ve de hacimsel yönden en az 2 cc kemik iliği içermesi bu aşamadaki en iyi süreç olarak tanımlanmış olacaktır (Kaysı, A. 2007; Derneği, T. H. 2020).

Görüntüleme:

MM'de görüntülemedeki durum tanısal bazlı değerlendirme ile tedavi yanıtındaki değerlendirilme aşamaları oldukça önem arz etmektedir. Özellikle yakın zamanda önerilen görüntüleme yöntemlerinden birkaçı olan yöntem, tüm vücut düşük doz BT, PET-BT ve tüm vücut MR yöntemlerinden oluşmaktadır. MM tanısında kemik lezyonlarını saptamadaki en büyük üç görüntüleme yönteminin payı oldukça yüksektir. Yöntem tercihi denen bir durum söz konusu diye bir durum vardır. Bunlar ulaşabilme, maliyet, sağlık merkezinin yanında belli başlı klinikteki özelliklere göre değişiklik göstermektedir. TVDD-BT görüntüleme yönteminde hasta radyasyona maruziyet durumu diğer BT yöntemlerine göre daha az hasar kaybına uğrar. Öte yandan hızlı bir şekilde uygulanabilen en pratik yöntemlerden birisidir. Mutlak durumda önerilen standart kemik hastalığındaki tarama yöntemi olarak kabul edilmektedir. Eğer mümkünse tüm vücut MR çekilmesi, mümkün olmadığı durumda ise en azından spinal olarak bölge ve pelvik kemiklerin MR ile görüntülenen durumun değerlendirilmesi ile tedavi sürecini değiştirecek olan bölgesel lezyonların varlığını ya da yokluğunu gösterebilmek için önerilmelidir. MR ile görüntüleme, kemik iliği lezyonlarının değerlendirilmesi açısından en duyarlı yöntemdir. Tanı aşamasında MR PET-BT'ye göre daha duyarlı olduğu bildirilmekle birlikte tedavi yanıtının değerlendirilmesi aşamasında MR ile yalancı pozitiflik daha yüksektir. MR kemikteki rezidü lezyon ile yeniden yapılanma ayırımını yapmakta yetersiz kalmaktadır (Kaysı, A. 2007; Derneği, T. H. 2020).

Eğer tüm vücut BT'ye erişim mümkün değil ise veya minimal kalıntı hastalık değerlendirilmesinde kullanılacak tek parametre görüntüleme ise kemik hastalığı taranmasında PET-BT, TVDD-BT önerilmektedir. PET-BT özellikle ekstramedüller hastalık ve plazmositom araştırılmasında güvenilir ve önerilen bir yöntemdir. Litik lezyon varlığını dışlayabilmek için en uygun PET-BT uygulanmalıdır. PET-BT, TVDD-BT'ye göre daha fazla radyasyon maruziyetine neden olur ve daha pahalıdır. Ekstramedüller hastalık yeni tanı hastalarda %1-2 oranında gözlenirken; %8 hastada myelomun ileri dönemlerinde de saptanabilmektedir (Kaysı, A. 2007; Derneği, T. H. 2020).

Kemik hastalığı olan bireylerdeki değerlendirme durumunda direkt grafi görüntüleme yönteminin duyarlı olması oldukça düşük bir durum göstermektedir. Yapılan araştırmalarda, TVDD(tüm vücut düşük doz) -BT ile lezyon varlığının direk grafi görüntüleme yöntemiyle %20'sinin saptanamadığı görülmüştür. BT, MR ve PET-BT uygun olamayan hastalarda tercih edilmektedir (Özer, S.,; Gündüzoğlu, N. Ç. Eds.;2019; Kaysı, A. 2007). MM şüpheli durumundaki görüntüleme yöntemi şekil 2.1. de gösterilmiştir.



Şekil 2.1. IMWG MM'de görüntüleme algoritması

(Ulusal Tanı Ve Tedavi Kılavuzu 2020 Multipl Myelom Mart 2020 Tanı Ve Tedavi Kılavuzu. Türk Hematoloji Derneği. <http://www.thd.org.tr>).

2.1.8. Multipl Myelomda Hemşirelik Bakımı

MM hastaları, hastalığı ve tedavisiyle ilişkili birçok komplikasyonu deneyimlemektedir. Hemşirelik bakımının amacı; hastalığın ve tedavinin komplikasyonlarını yönetmek yanında hasta ve ailenin hastalığın yönetimi hakkında eğitilmesini sağlamaktır. Hastalık süreci, tanı işlemleri ve tedavi durumu hakkında hasta ve ailesinin bilgilendirilmesi hemşirelik bakımının önemli amaçlarındandır. Bütün kanserlerde olduğu gibi MM'li hastaların hemşirelik bakımı hastaların gereksinimlerine göre değişen dinamik bir süreçtir. Hastaların fiziksel ve psikosozyal gereksinimleri düzenli olarak tanılanmalı ve uygun girişimlerle bakım yönetilmelidir.

Özellikle tanılama boyutu hastaların yaşam kalitesini yükseltmek adına büyük önem arz etmektedir (Özer, S., ; Gündüzoğlu, N. Ç. Eds.; 2019; Derneği, T. H. 2020).

Bu dönemdeki hastalara karşı koruyucu olmaktan çok destek olmak ve tedavisinde aktif rol alması için cesaretlendirilmesi stresini azaltmada yardımcı olmaktadır. KİT veya PKHT yapılan hastanın düzenli bakım ve takip ile yaşam kalitesinin yükseltilebileceği bilinmektedir (Karadakovan, A., ; Aslan, F. E. 2010).

Olası Hemşirelik Tanıları

Ağrı, fiziksel mobilitede yetersizlik, anemi, kanama, immün sistemin baskılanması, enfeksiyon, duyu durum değişikliği, travma riski, sıvı elektrolit dengesizliği gelişme riski, hiperkalsemi, periferik nöropati gelişme riski, tromboz riski gibi hemşirelik tanıları konularak aşağıdaki gibi hemşirelik girişimleri uygulanmaktadır.

1. Yaşam bulguları takip edilmelidir.
2. Hasta ağrısı hakkında konuşmaya teşvik edilmeli ve ağrı hakkındaki düşünceleri değerlendirilmelidir.

3. Ağrı tanınması yapılarak hastanın ağrı yönetiminde kullandığı baş etme yöntemleri değerlendirilmelidir.
4. Böbrek fonksiyonları izlenmeli, hasta ve ailesi bu konuda eğitilmelidir.
5. Elektrolit dengesizliği yönünden hastanın laboratuvar bulguları değerlendirilmelidir.
6. Hastalar hiperkalsemi gelişme riski altında olduklarından serum kalsiyum düzeyi dikkatle izlenmelidir. Serum kalsiyum düzeyi >11.5 mg/dl ise yükseliş trendi ve serum albümini ile ilişkisi takip edilmelidir.
7. Hastanın fonksiyonel durumu ve yorgunluk düzeyi skalalarla değerlendirilmelidir.
8. Hemoglobün düzeyleri dikkatle izlenmelidir. Özellikle Hb <10 mg/dl altında ise semptomatik hale dönüşen anemi gelişmekte olan ve mobilitayı etkilediğinden anemi yönünden hasta eğitilerek bilgilendirilmelidir.
9. Kemik dayanıklılığını arttırmak ve düşük demineralizasyonu önlemek için hastanın mobilizasyonu devam ettirilerek hasta, hareket etmesi için motive edilmelidir.
10. Gereksinim duyulduğunda günlük yaşam aktivitelerinin her bir maddesindeki bilgiler aktararak yardımcı olunmalıdır.
11. Kırık oluşumunu önlemek önemlidir.

Hasta ve ailesi bu konuda kemikte lezyonların bulunduğu alanın travmalardan korunması, sürekli hareket halinde bulunan nesnelere kaçınması, valsälva manevrası kullanımından kaçınmak düşmelerden korunmak için kaymayan zemin, yeterli aydınlatma, ayağı iyi yerleşen terlik kullanımı, ıslak zeminden kaçınma gibi ev içi düzenlemelerin yapılması eğitilmelidir (Özer, S., ; Gündüzoğlu, N. Ç. Eds.; 2019; Ölmez, S. 2020; Karadakovan, A., ; Aslan, F. E. 2010).

2.2. Multipl Myelomda Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA)

GYA, eğitimde ve uygulama alanlarındaki en çok kullanılan modellerden bir tanesidir. Sağlıktaki bakım ve uygulamalara bakıldığında gözlenebilen ölçülebilen olgular üzerinde gerekleēebilen bir bütüncül yaklaşımın hasta merkezli yansıyan bir modeli olarak görülmektedir. Bu sayede belirli standart çerçeveye sahip bir izlenim yöntemiyle yaklaşım sergilenmektedir. Her bir bireyin karşılanması gereken GYA; güvenli çevrenin sağlanması, iletişim, solunum, beslenme, boşaltım, kişisel temizlik ve giyim, beden ısısının kontrolü, hareket, çalışma ve eğlenme, cinsel güvenliliği ifade etme, uyku ve ölüm ile total bir değerlendirme sürecidir (zer, S., ; Gündüzoğlu, N. . Eds.; 2019).

Günlük yaşamdaki geçişlerin biyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, politik-ekonomik olmanın yanı sıra her bir korunma aktivitesi ile yakınlık dizgesi üzerinde değerlendirme yapılarak bu bakım tutumunu değerlendirecektir. Yaşam modelini oluşturan her bir ğe GYA'ni etkilediği gibi her bir aktivitede de diğer bir farklı ilişkiyi tetiklediği için bu ilişki zincirine göre ele alınarak değerlendirilmelidir. Her bir birey kendine has özellikleri ile hayatın içinde yaşar ve var olmaya gayret gösterir. İnsanlar yaşamları boyunca sağlıklarını koruma, sürdürme ve geliştirmeleri için bir süreç içerisinde sistematik olarak hareket etmek zorundadırlar (zer, S.,2019).

Hemşire hasta bir bireyin bağımlılık durumu ile başetme yöntemlerine destek çıkmalı, davranış Őekillerini değiştirerek eğitmeli ve bireyin sağkalımı oranını artırarak idame yaşamını sürdürerek herhangi bir problem karşısında nleme-koruma ve yeni davranışlar oluşturarak bilgi ve sorumluluk bilincini kazandırmalıdır. Buradaki amaç GYA bireyselliğe yansıtmak ve bireyi bağımsız bir hedefe ulaşmayı amaçlamaktır. Bütüncül bir yaklaşım sergilenerek hasta odaklı GYA'ni belirleyerek stratejilerin oluşturulması ve hastalığa bağlı oluşabilecek sorunları azaltarak bireyin yaşam kalitesini

arttırmak ve hasta bakımındaki sürekliliği sağlayarak bu önemli süreci en etkin şekilde yönetmek esas hedef olarak devam etme yönelimi şeklinde gerekli yollar izlenecektir (Karadakovan, A., ; Aslan, F. E. 2010).

Bu süreçte özellikle hastalarda fiziksel rahatsızlıkların yanında, duygusal, sosyal ve bilişsel alanlardaki işleyişlerde de bozulmalar meydana geleceğinden hastaların optimum düzeyde yaşam kalitesi korunmaya çalışılmalıdır. Hematolojik kanserler içerisinde MM'li hastalar genelde ciddi düzeyde semptom ve sorunlar yaşadığı bilinen gerçekler arasındadır (Manitta ve ark., 2011). Johnsen ve ark. (2009) hematolojik kanser hastalarının yaşam kalitesi ve semptom yükünü belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, semptom yükünün şiddetli olduğu tespit edilirken, MM'li hastaların semptom yükünün ise ortalama daha yüksek semptom düzeyinde olduğu bildirilmiştir. Aynı zamanda MM hastalarının fiziksel, rol ve sosyal fonksiyon sorunları ile birlikte yüksek düzeyde ağrı, yorgunluk ve konstipasyon yaşadıkları da saptanmıştır. Ayrıca ileri yaş hastalığı olan MM'de yaş faktörünün semptom yükünü arttırdığı görülmüştür. Hem yaş faktörü hem de tedaviye katılan yeni ajanlarla progresyonsuz sağkalımın artması beraberinde hastalığa ve tedaviye bağlı semptomlara duyarlılığı da arttırmaktadır. Bunun sonucunda tedaviye verilen yanıtı ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle, myelomun modern yönetiminde GYA durumundaki rolü giderek artmaktadır. GYA tüm kanserlerde önemlidir ancak özellikle MM gibi nadir ve tedavi edilemeyen kanserler için daha çok önem taşımaktadır. Bunun sebebi miyelom hakkında hastalar, aileler ve sağlık uzmanları için halihazırda bilginin yeterli olmamasıdır. Bu yönden hemşireler hastaları eğitmek, savunmak ve desteklemekte hayati rollere sahiptir. Buradaki amaç MM tedavisinde toleransı arttırmak, etkinliği en üst düzeye çıkarmak ve bireyin yaşam kalitesini iyileştirerek öz bakım gücünü artırarak bireyin hastalık ve tedavi ile ilgili yan etki yönetimini, koruyucu önlemler hakkında hemşirelerin bu etkin yönetim sistematüğünü

gerekli anlarda aktarabilme güçlerini ortaya koyabilecek bilgiye sahibi olmaları gerekmektedir (Karadakovan, A., ; Aslan, F. E. 2010).

Multipl Myelomda Günlük Yaşam Aktiviteleri ile ilgili olarak Ölmez ve Arıkan'ın yaptıkları bir çalışmada MM'li hastaların destekleyici bakım gereksinimlerinin orta düzeyde olduğunu ve en yüksek destekleyici bakım gereksinimlerinin fiziksel ve günlük yaşam desteği olduğunu saptanmışlardır (Ölmez, S. 2020). Manitta ve ark. (2011) hematolojik malignitesi olan hastalar ile yaptığı çalışmada yeni tanı, ileri evre, yatarak tedavi edilen ve performans durumu düşük olan hastaların yoğun semptom yüküne bağlı fiziksel ve psikolojik sıkıntılarının daha fazla olduğu belirlenmiştir (Manitta, V., & Philip, J. 2011). Buzgova ve ark. 2014) ise ileri evre kanser hastalarıyla yapmış olduğu çalışmada, yatan hastalarda fiziksel gereksinimin daha fazla olduğunu saptamışlardır (Buzgova, R., 2014; Karadakovan, A., ; Aslan, F. E. 2010).

2.3. Multipl Myelomda Öz Bakım Gücü (ÖBG)

Yaşam süresinin uzamasıyla birlikte yaşlı nüfusunda toplam nüfus içindeki payı da artmaktadır. Amaç ileri yaşlarda sağlıklı yaşlanmak konusunu tekrardan sürdürülebilirlik ile devam ettirmektir. Bunu için bireyin genel olarak olabildiğince bağımsızlığını devam ettirebilmek ve öz bakım gücünün önemini kavrayabilmesi ve bakımının gereksinimlerini yerine getirmesi ile mümkün olacağı belirtilmelidir (Karadakovan, A., ; Aslan, F. E. 2010).

Öz bakım, bireylerin kişisel olarak yaşamlarını, sağlıklarını korumak için kendilerine düşeni yapmalarıdır (Nahcivan 1993; Orem 1991; Uysal 1993). Öz bakım yaşamı, sağlık durumunu sürdürmek için, bireyler tarafından gerçekleştirilen etkinliklerdir (Sayan, A., ; Erci, B. 1998). Yiyecek, su ve havayı kullanma ve vücut fonksiyonlarıyla ilişkili ihtiyaçları koruma (örneğin: eliminasyon) öz bakımın temelidir

(Caley 1989). Levin'e göre ise, öz bakım sağlık bakım sisteminin parçasıdır (Frank ve Olsen 1992). Öz bakım, "Nasıl bir bakım alırız?" ve Bu bakımı biz kimden alırız? sorusunun cevabıdır aslında. Söz konusu öz bakım tam anlamıyla bireyin kendi kendini tedavi edebilme durumu şeklinde ifade edilmemektedir. Lakin, bireyin vücut ve onun ihtiyaçları hakkında bireye öğretim, herhangi bir vücutsal tepkilere hızlı bir şekilde cevap verme veya tıbbi kaynakları olabildiğince aktif kullanabilme avantajlarını sağlamayı hedeflerken öte yandan da neyin ne zaman ve nasıl olduğunu da sorgulama bilinci ile hareket etmesini sağlamaktadır. Bu yöntem bireyin günlük aktivitelerini devam ettirmek için etkinlikleri olan öz bakım etkileşimi veya diğer bir deyişle kültür yoluyla da ilerletilip öğrenilen bir tutum olarak değerlendirilir (Karadakovan, A., ; Aslan, F. E. 2010).

MM'li hastalarda özellikle semptom kontrolü sağlayabilmek ve düzenli izlem ile bakımın desteklenmesi için öz bakım gücü gereklidir. Öz bakım gücü kavramı hemşirelikte en sık kullanılan ve uluslararası bilimsel çalışmalara da konu olmuş evrensel bir kuram modelidir. ÖBG ile GYA birbirine paralel değişim gösterdiği bilinmektedir. Burada birey kendi kendine bakım yeteneğini geliştirirken evde bakımlarını da yönetebilme ve günlük yaşamdaki seviyesini de arttırabilmesiyle mümkün olacaktır. Öz bakım ihtiyaçlarını kendisi karşılayabilen bireyin benlik saygısının da yüksek olduğu, sağlığını sürdürücü davranışlar geliştirdiği bilinmektedir (Özkan ve ark., 2014). Bu tür kronik nedenlerle (kanser) uzun bir süre birlikte yaşayan bireylerin kendi tedavi ve bakım sorumluluklarını üstlenmek bireylere büyük önem arz etmektedir (Altıparmak ve ark., 2011). Dolayısıyla birey bu gereksinimlerini karşılayabilirse öz bakım gücü de sağlıklı ve pozitif yönde etkilenir (Karadakovan, A., ; Aslan, F. E. 2010).

Nakil sonrası semptom yönetiminde öz bakıma yönelik total davranışların da önemi vurgulanmaktadır. Burada öz bakımın yan etkilerini anlayabilmek ve yönetebilmek oldukça önemlidir. Wang ve ark. (2019)'nın yaptığı çalışmada öz bakımları

desteklenen hasta bireylerin fiziksel ve psikolojik olarak daha dirençli ve sağlıklı oldukları öte yandan günlük yaşamdaki aktivitelerinin de yükseldiği görülmüştür. Hemşireler hastaların bu zorlu süreci bireylerin sorunsuz geçirmeleri için bütüncül bir yaklaşım sergilemeleri ve hastaların öz bakım gücünün yeteneğini geliştirerek günlük yaşamdaki işlerini yapabilme yetisini kazandırıp değerlendirmelidir.

Literatürde genel olarak onkoloji hastalarında günlük yaşam aktiviteleri ve öz bakım gücünün değerlendirildiği çalışmaların yetersiz kaldığı görülmektedir. Multiple myelomada öz bakım gücü ile ilgili olarak Mantaş ve Çamdeviren'nin yaptığı bir çalışmada kök hücre nakli yapılan hastalarda ÖBG'ü değerlendirilmiş ve hastaların öz bakım ya da kendi kendine bakma yeteneğinin yüksek olduğu bulunmuştur. Başka bir çalışmada ise metastazı olan hastaların kronik hastalığı olan gruplarla karşılaştırıldığında sorunlarla başa çıkma puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür (Koyuncu, N. E. 2019). Prutipinyo ve ark. kemoterapi tedavisi uygulanan hastaların daha iyi öz-bakım davranışına sahip olabilmesi için sağlık bakım hizmetinde hasta eğitimine yer verilmesi gerektiğini saptamışlardır (Prutipinyo ve ark., 2012; Mantaş, B. 2018).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışma olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma Nisan-Temmuz 2023 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi hematoloji poliklinik ve kliniğinde yürütüldü. Araştırmanın yürütüldüğü hematoloji kliniğinde 5 öğretim üyesi, 9 asistan hekim, 12 hemşire çalışmaktadır. Her bir kliniğin yatak kapasitesi 24'dür. Odalar tek kişilik, iki kişilik şekilde dizayn edilmiş ve hasta mahremiyetine uygun hazırlanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Hematoloji Poliklinik ve kliniğine son bir yıl içerisinde başvuran ve kemik iliği nakli yapılmış 300 MM hastaları oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise, aynı birimde 10 Nisan – 9 Haziran 2023 tarihleri arasında klinik ve poliklinikte bulunan, dahil edilme kriterlerine uyan hastalar oluşturmuştur. Çalışmanın örneklem büyüklüğünü belirlemek için, evreni bilinen örneklem yöntemiyle hesap yapılmış ve 107 kişilik örneklem sayısına ulaşıldı. Çalışma verileri oluşabilecek kayıplarda göz önünde bulundurularak 110 kişiyle tamamlandı. Yapılan güç analizinde %5 yanılma düzeyinde testin gücü ise %80 düzeyindedir (Buluş, M., ; Polat, C. pwrss R Paketi ile İstatistiksel Güç Analizi).

Örnekleme dahil edilme kriterleri;

- 18 yaş ve üzerinde olan
- En az 1 yıl önce MM tanısı alan
- En az 3 ay önce kemik iliği nakli yapılmış olan
- Nakil süreci idame tedavisi devam eden
- Majör işitme ve görme yetmezliği olmayan

- İletişim engeli olmayan
- Kronik ek bir hastalığı bulunmayan

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenleri: Günlük yaşam aktiviteleri puanı, Öz bakım gücü puanı

Bağımsız değişkenleri: Hastaların sosyo demografik ve hastalığa özgü tanıtıcı bilgileri (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durumu, aylık gelir, hastalık süresi, nakil biçimi vb.)

3.5. Veri Toplama Araçları

1. Hasta Tanıtım Formu
2. Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği
3. Öz Bakım Gücü Ölçeği kullanılmıştır.

3.5.1. Hasta Tanıtım Formu (Ek-5)

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form kemik iliği nakli yapılan multiple myelomlu hastaların tanıtıcı özelliklerini içeren 13 sorudan oluşmaktadır. (EK-5).

3.5.2. Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği(Ek-6)

Fonksiyonel durumu değerlendirmek için 1965 yılında Barthel ve Mahoney tarafından geliştirilmiş olan Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Küçükdeveci ve ark. tarafından 2000 yılında yapılmıştır. Barthel indeksi ayrıntılı, yansız, kolay uygulanabilen, anlaşılabilir, neden sonuç ilişkisini araştıran ve günlük yaşam aktivitelerinin tüm basamaklarını değerlendiren bir ölçektir. Barthel indeksinin puanları 0-100 arasında değişmekte, 0-20 puan; tamamen bağımlılığı, 21-61 puan; ileri derecede bağımlılığı, 62-90 puan; orta derecede bağımlılığı, 91-99 puan; hafif derecede bağımlılığı, 100 puan; bağımsızlığı açıklamaktadır. Barthel İndeksi'nin kullanıldığı çalışmalarda, 60 puan sınır olarak alınmış olup, 60'ın üzerindeki puanlar bağımsız olarak işlev yapabilmeyi açıklamaktadır. Araştırmada kullanılan bu indeksin,

bireylerin aktivitelerindeki bağımsızlık düzeylerini belirlemek amacıyla kullanılması planlandı. Ölçek nörolojik rahatsızlıkları olan hastalar ile yapılmış olup, iç tutarlılık katsayısı inme hastaları için 0.93, spinal kord yaralanması olan hastalar için 0.88 bulunmuştur. Shinar ve ark. (1987) yaptığı çalışmada Barthel İndeksinin iç tutarlılık katsayısını 0.98 gibi yüksek bir değer saptamışlardır. Bu araştırmada Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksinin iç tutarlılık kat sayısı olan Cronbach"s Alpha değeri 0,71 olarak bulunmuştur. (EK-6).

3.5.3. Öz Bakım Gücü Ölçeği : (Ek-7)

Bireyin kendi-kendisine bakım verme yeteneği ya da öz-bakım gücünü ölçmek için kullanılan ölçek, Kearney ve Fleicher tarafından (1979 yılı) İngilizce olarak 43 madde halinde geliştirilmiş, Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Nursen NAHCIVAN tarafından (1994) 35 maddelik kısaltılmış bir Türkçe formudur. Ölçek bireylerin öz-bakım eylemleriyle ilgilenme durumlarını kendi değerlendirmeleri üzerine odaklanmıştır. Her bir ifade, 0'dan 4'e kadar puanlanmıştır. Bireylerin öz-bakıma karşı yönelimleri 5'li Likert-tip ölçek üzerinde katılımcıların yanıtlaması ile belirlenir. Yanıt seçeneklerinden, "Beni hiç tanımlamıyor" yanıtına 0 puan, diğerlerine sırasıyla "Beni pek tanımlamıyor " 1 puan, "Fikrim yok " 2 puan, "Beni biraz tanımlıyor" 3 puan, ve "Beni çok tanımlıyor "yanıtına 4 puan verilir. Türkçeleştirilen ölçekte 8 madde (3, 6, 9, 13, 19, 22, 26. ve 31. maddeler) negatif olarak değerlendirilir ve puanlama ters döndürülür. Maksimum puan ise 140'dır. Ölçekten alınan puanın yüksekliği bireyin öz-bakım ya da kendi –kendine bakma yeteneğinin, gücünün yüksekliğini gösterir. Sınır/kesme değeri (cut off value) yoktur. Bu ölçeğin cronbach alfa değeri 0,89'dur. Bizim çalışmamızda ise Cronbach"s Alpha değeri 0.71 bulunmuştur (EK-7).

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri Hematoloji Polikliniği'nde kemik iliği nakli sonrasında takip edilen hastalar ile poliklinik toplantı odasında ve hematoloji kliniği'nde tedavi amacıyla yatan hastalar ile hasta odasında yüz yüze görüşme yapılarak hasta tanıtım formu, barthel günlük yaşam aktiviteleri ölçeği ve öz bakım gücü ölçeği kullanılarak araştırmacı tarafından her bir madde okunarak yüz yüze toplanmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada toplanan verilerin analizleri IBM SPSS for Windows 25.00 istatistik paket programı ile yapıldı. Sonuçlar $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde yorumlandı.

Veri analizindeki aritmetik ortalamada, standart sapmanın, çarpıklık ve basıklık katsayılarının, bağımsız olan gruplarda t-testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), grup varyanslarının homojen olmadığı zamanlarda Welch ANOVA, Post Hoc analizleri için Bonferroni testleri ve korelasyon analiz yöntemi kullanılarak yorumlanmıştır.

Yapılan bu çalışmada grupların normal dağılım gösterip göstermediği belirlenmiştir. Normallik testi için Skewness ve Kurtosis değer durumlarına bakılmıştır.

Yapılan analiz sonucunda veri uygunluklarının normal dağılıma uygunluk gösterdiğini anlamak için bakılan Skewness ve Kurtosis değerinin ± 2 veri aralığında olması gerekmektedir (Tabachnick ve Fidell, 2013). Skewness ve Kurtosis değerlerinin Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği için $-1.580/-0.457$ arasında, Öz Bakım Gücü Ölçeği için $.230/-1.857$ olduğu saptanmıştır. Ölçekten alınan sonucadurumuna göre Skewness ve Kurtosis değerleri ± 2 aralığında olduğu için ölçeklerin normal dağılım gösterdiği saptanmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik ilkeleri

Araştırmaya Atatürk Üniversitesi Tıp Fakóltesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (01.12.2022) (EK-2), ve araştırmanın yapılacağı merkezden yazılı izin (08.03.2023) (EK-3), ölçeklerin kullanım izinleri (EK-4) alındıktan sonra başlandı. Araştırma verilerinin toplanması esnasında hastalara araştırma hakkında bilgi verilerek "Aydınlatılmış Onay" etik ilkesi, araştırmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları belirtilerek "Özerkliğe Saygı" etik ilkesi, bilgilerinin gizli tutulacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliđin Korunması" etik ilkesi yerine getirildi. Araştırmada bireysel hakların korunması gerektiğinden çalışma süresinde İnsan Hakları Helsinki Deklerasyonu'na sadık kalındı. Araştırmaya katılmaya istekli olanlar araştırma kapsamına alındı. Veri toplamadan önce hastaların soruları yanıtlandı ve daha sonra hastaların onayları sözlü ve yazılı olarak alındı.



Şekil 3.1. Araştırmanın Süreci

4. BULGULAR

Yapılan araştırma kapsamında ele alınan MM hastalarının tanıtıcı özellikleri Tablo 4.1’de gösterilmiştir. Araştırmaya alınan katılımcıların tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; MM hastalarının yaş ortalamasının 57.50 ± 13.07 olduğu, %65.5’inin kadın, %65.5’inin ilköğretim mezunu, %97.3’ünün evli, %100’ünün çekirdek aile tipinde, %43.6’sının serbest meslekte çalıştığı, %82.7’sinin yüksek gelire sahip olduğu ve %77.3’ünün eşi ve çocuklarıyla yaşadığı belirlendi (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Katılımcıların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı

Özellikler	n	(%)
Yaş Ortalaması 57.50 ± 13.07 (18-75 yaş)		
Cinsiyet		
Kadın	72	65.5
Erkek	38	34.5
Eğitim Durumu		
İlköğretim	72	65.5
Lise	30	27.3
Üniversite ve üzeri	8	7.2
Medeni Durum		
Evli	107	97.3
Bekâr	3	2.7
Aile Tipi		
Çekirdek aile	110	100.0
Meslek		
Memur	23	20.9
İşçi	39	35.5
Serbest	48	43.6
Gelir Düzeyi		
Düşük	3	2.7
Orta	16	14.5
Yüksek	91	82.8
Evde Birlikte Yaşadığı Kişiler		
Eş	25	22.7
Eş ve çocuklar	85	77.3

Katılımcıların katılımcıların MM hastalığına ilişkin özelliklerin dağılımı Tablo 4.2’de verilmiştir. Katılımcıların %100’ünün ailesinde benzer bir hastalığının olmadığı belirlenmiştir. Katılımcıların %90’ının nakil süresinin 3-12 ay olduğu, %99.1’inin otolog nakil olduğu, %100’ünün nakil ile ilgili bilgi aldığı belirlendi (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Katılımcıların MM hastalığına ilişkin özelliklerin dağılımı

Özellikler	n	(%)
Ailede Benzer Hastalık Olma Durumu		
Hayır	110	100.0
Nakil Süresi		
3-12 ay	99	90.0
13-24 ay	11	10.0
Nakil Biçimi		
Otolog	109	99.1
Allojenik	1	0.9
Nakil ile İlgili Bilgi Alma Durumu		
Evet	110	100.0

Araştırma kapsamına alınan hastaların BGYA Ölçeği ve ÖBG Ölçeği puan ortalamaları Tablo 4.3’de verilmiştir. Araştırmada, katılımcıların Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puan ortalaması 92.95 ± 6.36 , Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması 122.50 ± 4.65 şeklinde bulundu (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. MM Hastalarının BGYA aktiviteleri ölçeği ve ÖBG ölçeği puan ortalamalarının dağılımı

Ölçek Puan Ortalamaları	Madde Sayısı	Dağılım Aralığı	X±SS	Cronbach Alfa
Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği	10	70-100	92.95 ± 6.36	0.71
Öz Bakım Gücü Ölçeği	35	103-139	122.50 ± 4.65	0.71

Katılımcıların BGYA Ölçeği bağımlılık düzeylerinin gruplandırılması Tablo 4.4’de verilmiştir. MM hastalarının %31.8’inin orta dercede bağımlı, %49.1’inin hafif dercede bağımlı ve %19.1’inin bağımsız olduğu belirlendi “(Tablo 4.4).

Tablo 4.4. BGYA ölçeği bağımlılık düzeylerinin dağılımı

Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği	n	%
Orta derecede bağımlı	35	31.8
Hafif derecede bağımlı	54	49.1
Bağımsız	21	19.1

Araştırmada katılımcıların BGYA Ölçeği puan ortalamalarına göre tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 4.5’de gösterilmiştir.

Araştırmadaki, MM hastalarının eğitim durumlarına göre BGYA Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ilköğretim mezunu olan hastaların ölçek puanlarının diğer gruplara nazaran daha düşük olması ve aralarındaki fark durumunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Analiz sonucunda farkın bu gruptan olduğu saptandı ($p<0.05$).

Araştırmada, MM hastalarının mesleklerine göre BGYA Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; memur olan hastalar, ölçek puanlarında diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki fark durumunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi. Analiz sonucuna göre fark durumunun bu gruptan olduğu bulundu($p<0.05$).

Araştırmadaki MM hastaların evde birlikte yaşadığı kişilere göre BGYA Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; eş ve çocuklarıyla yaşayan kişilerin puanlarının sadece eşiyile yaşayanlara göre daha yüksek olduğu ve aradaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi($p<0.05$).

Araştırmadaki, hastaların cinsiyeti, medeni durumu ve gelir düzeyi durumlarına göre BGYA Ölçeği puan ortalamalarının gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu “($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Katılımcıların BGYA ölçeği puan ortalamalarına göre tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler	Barthel Günlük Yaşam	Test/p
	Aktiviteleri Ölçeği	
	$X \pm SS$	
Cinsiyet		
Kadın	92.50±6.81	t=1.031
Erkek	93.81±5.31	p=0.305
Eğitim Durumu		
İlköğretim ¹	91.59±6.86	F(Welch)=8.386
Lise ²	95.00±4.35	p=0.002
Üniversite ve üzeri ³	97.50±3.77	1<2,3
Medeni Durum		
Evli	92.94±6.44	t=0.449
Bekâr	95.00±0.00	p=0.654
Meslek		
Memur ¹	96.95±4.94	F=6.396
İşçi ²	92.17±5.82	p=0.002
Serbest ³	91.66±6.71	1>2,3
Gelir Düzeyi		
Düşük	95.00±5.00	F(Welch)=3.912
Orta	87.50±8.36	p=0.093
Yüksek	93.84±5.53	
Evde Birlikte Yaşadığı Kişiler		
Eş	86.13±8.85	t=6.635
Eş ve çocuklar	94.65±4.13	p=0.000

* Grup varyanslarının homojen olmadığı durumlarda Welch ANOVA test değerleri alınmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların BGYA Ölçeği puan ortalamalarına göre mm hastalığına ilişkin özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 4.6'da verilmiştir.

Araştırmada MM hastalarının nakil sürelerine göre BGYA Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 3-12 ay nakil süresi olan hastaların puanlarının 13-24 ay nakil süresi olanlara göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı(p<0.05).

Araştırmaya katılan hastalar, nakil biçimi durumuna göre BGYA Ölçeği puan ortalamalarının gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir farkın olmadığı bulundu (p>0.05) (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Katılımcıların BGYA ölçeği puan ortalamalarına göre mm hastalığına ilişkin özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler	Barthel Günlük Yaşam	
	Aktiviteleri Ölçeği	Test/p
	$\bar{X} \pm SS$	
Nakil Süresi		
3-12 ay	93.38±5.88	t=2.158
13-24 ay	89.09±9.17	p=0.033
Nakil Biçimi		
Otolog	92.98±6.38	t=0.465
Allojenik	90.00±0.00	p=0.643

Araştırmada katılımcıların ÖBG Ölçeği puan ortalamalarına göre tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 4.7’de verilmiştir.

Araştırmada MM hastalarının medeni durumlarına göre ÖBG Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; bekâr hasta gurup puanları, evli olan hastalara göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki puan ayrımının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p < 0.05$).

Araştırmada, hastaların cinsiyet, eğitim durumu, meslek, gelir durumu ve evde birlikte yaşama durumlarına göre ÖBG Ölçeği puan ortalamalarının gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($p > 0.05$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. MM hastalarına ait tanıtıcı özellikler ile ÖBG ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

Özellikler	Öz Bakım Gücü Ölçeği	Test/p
	$X \pm SS$	
Cinsiyet		
Kadın	122.27±5.17	t=0.716
Erkek	122.94±3.46	p=0.475
Eğitim Durumu		
İlköğretim ¹	122.44±4.50	F=2.762
Lise ²	121.73±4.48	p=0.068
Üniversite ve üzeri ³	126.00±5.58	
Medeni Durum		
Evli	122.49±4.26	t=2.213
Bekâr	129.50±13.43	p=0.029
Çalışma Durumu		
Memur ¹	123.30±5.37	F=0.912
İşçi ²	122.84±4.36	p=0.405
Serbest ³	121.85±4.52	
Geliri Algılama Durumu		
750-1000 TL	116.33±5.50	F=2.823
1000-1500 TL	122.50±5.46	p=0.064
2000 TL ve üzeri	122.71±4.38	
Evde Birlikte Yaşadığı Kişiler		
Eş	123.13±2.41	t=0.883
Eş ve çocuklar	122.20±4.80	p=0.379

Araştırmada katılımcıların ÖBG Ölçeği puan ortalamalarına göre MM hastalığına ilişkin özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 4.8’de verilmiştir.

Araştırmadaki MM hastalarının nakil sürelerine göre ÖBG Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 3-12 ay nakil süresi olan hastaların puanlarının 13-24 ay nakil süresi olanlara göre farkın daha fazla olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı(p<0.05).

Araştırmada MM hastalarının nakil biçimlerine göre ÖBG Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; otolog nakil olan hastaların puanlarının allojenik nakil olanlara göre daha yüksek olması ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu($p<0.05$).

Tablo 4.8. Katılımcıların ÖBG ölçeği puan ortalamalarına göre mm hastalığına ilişkin özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler”	Öz Bakım Gücü Ölçeği	Test/p
	$\bar{X}\pm SS$	
Nakil Süresi		
3-12 ay	122.95±3.91	t=3.171
13-24 ay	118.45±8.09	p=0.002
Nakil Biçimi		
Otolog	122.68±4.27	t=4.583
Allojenik	103.00±0.00	p=0.000

Araştırmada, MM hastalarının BGYA Ölçeği, ÖBG Ölçeği puan ortalaması ile yaş arasındaki ilişki pearson korelasyon analizi ile incelenerek, sonuçlar Tablo 4.9’da gösterilmiştir. Hastaların BGYA Ölçeği ile ÖBG Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ortaya çıkmıştır ($p>0.05$). Hastaların BGYA Ölçeği ile hastaların yaşları arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır($p<0.001$). Katılımcıların ÖBG Ölçeği ile hastaların yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ortaya çıkmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. MM hastalarının BGYA ölçeği, ÖBG ölçeği puan ortalaması ile yaş arasındaki ilişki

ÖLÇEKLER	Barthel Günlük Yaşam	Öz Bakım Gücü	Yaş
	Aktivite Ölçeği	Ölçeği	
	r/p	r/p	r/p
Barthel Günlük Yaşam Aktivite Ölçeği	1	r=.136 p=.156	r=-.551 p=.000
Öz Bakım Gücü Ölçeği	r=.136 p=.156	1	r=-.072 p=.456
Yaş	r=-.551 p=.000	r=-.072 p=.456	1

5. TARTIŞMA

Kemik iliği nakli yapılan multiple myelomlu hastalarda günlük yaşam aktiviteleri ile öz bakım gücünün değerlendirildiği bu araştırmada, elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışıldı.

Bu Araştırmada, katılımcıların BGYA ölçeği puan ortalaması 92.95 ± 6.36 , ÖBG ölçeği puan ortalaması 122.50 ± 4.65 şeklinde bulundu. Çalışmamızda kullanılan Barthel indeksinin puanları 0-100 arasında değişmekte olup 91-99 puan hafif düzeyde bağımlılığı açıklamaktadır. Bu puan aralığına göre katılımcıların GYA'nde hafif düzeyde bağımlı olduğu bulundu. Leticia ve ark. kemoterapi sonrası hastaların yaklaşık yarısının kısmen bağımlı olduğunu saptanmıştır (Leticia ve ark., 2013). Çalışma bulgusundan farklı olarak daha önce konu ile ilgili yapılan bir çalışmada kemoterapi alındıktan sonraki süreçte hastaların GYA'ndeki bakım gereksinimlerinde bağımlılık düzeylerinin arttığı bulunmuştur (Klepin ve ark., ; Sacid, G. 2018; Du ve ark. 2016).

Çalışmada ÖBG ölçeği puan ortalaması 122.50 ± 4.65 şeklinde bulundu. Çalışmada kullanılan ölçek puanı 0-140 arasında değişmekte olup puan ortalaması yükseldikçe öz bakım gücü artmaktadır. Çalışma bulgusu MM'li hastaların öz bakım gücünün orta düzeyin üzerinde olduğunu göstermektedir. Multiple sklerozlu hastalarla yapılan çalışmalardan birinde çalışma bulgusuyla uyumlu olarak öz-bakım gücü puan ortalamasının orta düzeyde olduğu bildirilmiştir (Dayapoğlu. N., 2016). Benzer şekilde O'Hara ve ark. yaptıkları çalışma sonucunda da hastaların öz-bakım gücü puan ortalamalarının orta seviyede olduğu saptanmıştır (O'Hara, L. Sauza, L. Ide, L. A. 2000). MM'li hastalarda öz bakımın hastalıkla etkin bir şekilde baş edilmesinde gerekli bir faktör olduğu bilinmektedir (Mollaoğlu, M., Fertelli, T. K., ; Tuncay, F. Ö. 2006).

Hastaların GYA ile yaşları arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu saptandı. Hastaların yaşları arttıkça GYA düzeyleri azaldığı bulundu. Daha önce Sacid ve

Arıkan'ın kemoterapiye bağı periferel nöropati, GYA ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında; benzer şekilde yaşın artması ile hastaların fiziksel fonksiyonlarda ve motor aktivitelerinde zorluk yaşadıkları belirlenmiştir (Sacid, G., & Arıkan,). Literatürde GYA ile yaş arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda genel olarak yaş arttıkça hastaların fiziksel ve psikolojik bakım gereksinimlerinin arttığı saptamıştır (McDowell ve ark., 2010 ; 2-Ölmez ve Arıkan 2018; Ölmez, S. 2020). Yaşlanma sürecinin fizyolojik olarak tüm sistemler üzerindeki olumsuz etkilelenimi hastaların GYA'nde zorluk yaşamalarıyla açıklanabilir.

Hastaların eğitim, durumuna göre GYA puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu. Bu sonuca göre; ilköğretim mezunu olan hastaların GYA düzeyinin diğer gruplara göre daha düşük olduğu saptandı. Çalışmamızda eğitim durumu ile öz bakım gücü arasındaki literatürdeki benzer çalışmalar incelendiğinde eğitim düzeyi arttıkça bireyin öz bakım gücünün de arttığı görülmektedir. Bakoğlu ve Yetkin, yaptıkları çalışma sonucunda bireylerin eğitim düzeyleri arttıkça öz bakım gücünün de arttığını saptamışlardır (Bakoğlu, E., Yetkin, A. 2000). Daha önce yapılan bu çalışma sonucu elde edilen bulgular doğrultusunda eğitim seviyesi azaldıkça öz bakım gücünün de azaldığını söyleyebiliriz (Karapehlivan, 2003; Zengin, 2008; Gürel, 2007). Bu sonuç eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin öz bakım gücünü arttırabilecek hastalık yönetimi ile ilgili dijital bilgi kaynaklarına daha kolay ulaşma durumuyla açıklanabilir.

Bu çalışma sonuca göre memur olan hastaların diğer gruplara göre GYA düzeyinin daha yüksek olduğu bulundu. Çalışmada kullanılan ÖBG ölçeğinin alt boyutlarından biri de "kendine bakım" aktiviteleridir. Dolayısıyla bireyin kendine bakım aktiviteleri arttıkça fiziksel fonksiyonlarında da iyileşme beklenmektedir. Yücel'in akciğer kanserili hastalarda öz-bakım gücü ve benlik saygısı aralarındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmasında; iş hayatında aktif olarak çalışan hastaların benlik saygısının çalışmayanlara

göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Yücel, 2010). Bu sonuç bizim bulgumuzu desteklemektedir.

Araştırmadaki MM'li hastaların evde birlikte yaşadığı kişilere göre GYA puan ortalamaları karşılaştırıldığında; eş ve çocuklarıyla yaşayan kişilerin puanlarının sadece eşyle yaşayanlara göre daha yüksek olduğu bulundu. Karamanoğlu ve ark. GYA durumunun yalnız eşyle yaşayanların, diğer aile bireyleriyle yaşayan kişilere nazaran fonksiyonel yaşam kalitesinin daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (Karamanoğlu, A. E. 1999). Yeşilbakan'ın yaptığı bir çalışmada ise ; hastaların yaşam kalitesi ve aile bireyleri arasındaki uyumunu incelediği çalışmasında yalnız yaşayan bireylerin aile bireyleri ile yaşayanlara göre yaşam kalitesinin en düşük seviyede olduğunu belirtmiştir (Yeşilbakan, Ö. U., & Deniz, Ü. N. L. Ü. 2005). Yapılan çalışma sonuçlarının bizim sonuçlarımız ile benzerlik göstermekte ve destekler niteliktedir. Bu sonuçlar sosyal destek kaynaklarından biri olan aile desteğinin hastanın GYA'ne katkı sunması şekliyle yorumlanabilir.

Araştırmada MM hastalarının medeni durumlarına göre ÖBG karşılaştırıldığında; bekâr hastaların evli olan hastalara göre ÖBG'nin daha yüksek olduğu bulundu. Bu çalışmaya benzer şekilde Serpil ve ark., kemoterapi uygulanan hastaların ÖBG arasındaki ilişkiyi incelendiği çalışmalarında evli olanların bekar ve dul olanlara göre öz bakım güçlerinin daha düşük olduğunu saptamışlardır (Serpil, Su ve Alpar, Ş. 2020).

MM hastalarının nakil sürelerine göre ÖBG puan ortalamalarına bakıldığında; 3-12 ay nakil süresi olan hastaların 13-24 ay nakil süresi olanlara göre daha iyi olduğu saptandı. Otolog kök hücre nakil süresi ile umutsuzluk düzeyinin incelendiği bir çalışmada en yüksek umutsuzluk düzeyinin 13 ay ve üzeri kök hücre nakli yapılmış olan lenfoma hastaları olarak rapor edilmiştir (Mantaş, B. 2018). Bu sonuçlar dahilinde nakil

süreci uzadıkça ÖBG alt başlıklarından biri olan “umutsuzluk düzeyinin” artması ile hastaların GYA’nde aksaklıklara yol açtığı ve ÖBG’nü azalttığı sonucuyla açıklanabilir.

MM hastalarının nakil biçimlerine göre; otolog nakil olan hastaların allojenik nakil olanlara göre ÖBG’ nün daha yüksek olduğu bulundu. Yapılan çalışma bulgusundan farklı olarak kök hücre nakli yapılan hastalarda ÖBG ile ilgili yapılan çalışmada Mantaş ve Çamdeviren nakil şekli ile ÖBG arasında anlamlı bir fark bulmadıklarını belirtmişlerdir. Miyelomdaki tedavi yaklaşımı incelendiğinde yüksek dozda kemoterapi ile otolog kök hücre nakli tercih edilmektedir (Mantaş, B. 2018). Otolog kök hücre nakli tam remisyon oranını yükseltmekte, progresyonsuz ve sağkalımı uzatmaktadır. Miyelom tedavisinde asıl amaç, hastalığın ilerlememesi ve daha da ileri bir seviyeye atlamadan kontrol altına almak, bireydeki yaşam süresini uzatmak, remisyonu sağlamak ve öz bakımdaki kaliteyi en üst seviyeye çıkarmaktır (Derneği, T. H. 2020; Kaysı, A. 2007). Bu sonuç otolog organ nakillerinde daha az komplikasyonların yaşanmasının, hastanın kendi bakımını üstlenme yeteneğini artırması ile açıklanabilir.

Çalışmamızda MM’li hastaların GYA ile ÖBG puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı. Daha önce yapılan bir çalışmada da hastaların destekleyici bakım gereksinimleri ile genel yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür (Ölmez, S., 2020).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kemik iliği nakli yapılan multiple myelomlu hastalarda günlük yaşam aktiviteleri ile öz bakım gücünün değerlendirilmesi amacıyla yapılan araştırmanın sonuç ve önerileri aşağıda yer almaktadır.

Bu araştırma sonucunda kemik iliği yapılan MM'li hastaların;

- Günlük yaşam aktivitelerinde hafif düzeyde bağımlı olduğu,
- Öz bakım gücünün ortalamanın üzerinde olduğu,
- Hastaların yaşları arttıkça GYA düzeyleri azaldığı,
- İlköğretim mezunu olan hastaların GYA düzeyinin diğer gruplara göre daha düşük olduğu,
- Memur olanların diğer gruplara göre GYA düzeyinin daha yüksek olduğu,
- Eş ve çocuklarıyla yaşayan kişilerin GYA'nin sadece eşiyle yaşayanlara göre daha yüksek olduğu,
- Bekâr hastaların evli olan hastalara göre ÖBG'nin daha yüksek olduğu,
- 3-12 ay nakil süresi olan hastaların 13-24 ay nakil süresi olanlara göre ÖBG'nin daha iyi olduğu,
- Otolog nakil olan hastaların allojenik nakil olanlara göre ÖBG'nin daha yüksek olduğu,
- GYA ile ÖBG puanları arasındaki korelasyon sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Kemik iliği nakli yapılan MM'li hastalarının GYA ve ÖBG yükseltilebilmesi için öncelikle bakım gereksinimlerini ve öz bakıma yönelik stratejilerinin değerlendirilmesi ve bu doğrultuda bakım aktivitelerine yansıtılması konusunda bakım memnuniyetinin artırılması,

- Kemik iliđi nakli yapılan yařlı, evli, eđitim seviyesi dűřűk, çalıřmayan, yalnız yařayan ve nakil sűresi daha uzun olan MM’li hastaların ۆncelikli grup olarak ele alınması,
- Nakil sűresi kısa, allojenik kemik iliđi nakli olan MM’li hastaların ۆncelikli grup olarak ele alınması,
- MM hastalarının GYA ve ۆBG’nű arařtıran nitel ve randomize kontrollű çalıřmaların yapılması ۆnerilmektedir.



KAYNAKÇA

- Al-Farsi, K., Al-Haddabi, I., Al-Riyami, N., Al-Sukaiti, R., & Al-Kindi, S. 2011. Myelomatous Pleural Effusion: Case report and review of the literature. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 11(2), 259.
- Altıparmak, S., Fadiloğlu, Ç., Gürsoy, Ş. T., & Altıparmak, O. 2011. Kemoterapi tedavisi alan akciğer kanserli hastalarda öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi. *Ege Tıp Dergisi*, 50(2), 95-102.
- Aslan, E. F., Olgun, N., Karadakovan, A., & Aslan, F. E. 2010. Onkoloji. *İçinde: Dâhili ve cerrahi hastalıklarda bakım. Karadakovan. A., Aslan, EF, Editörler. Adana: Nobel Kitabevi*, 189-276.
- Bakoğlu, E., Yetkin, A. 2000. Hipertansiyonlu Hastaların Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4 (1).
- Barlogie, B., Tricot, GJ, Van Rhee, F., Angtuaco, E., Walker, R., Epstein, J., ... & Crowley, J. 2006. Multipl miyelom için ilk tandem ototransplant denemesinin uzun vadeli sonuç sonuçları. *İngiliz Hematoloji Dergisi*, 135 (2), 158-164.
- Barthel M, Mahoney K. Agency For Health Care Policy And Research Publication, After Stroke Recovery Patient Guidelines Booklet. Government Printing Office, Washington, D.C., 2002, s.23-27.
- Becker, N. 2011. Epidemiology of multiple myeloma. *Multiple myeloma*, 25-35.
- Bertolotti, P., Bilotti, E., Colson, K., Curran, K., Doss, D., Faiman, B., ... & Westphal, J. 2008. Management of side effects of novel therapies for multiple myeloma: consensus statements developed by the International Myeloma Foundation's Nurse Leadership Board. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12.
- Bilotti, E., Faiman, BM, Richards, TA, Tariman, JD, Miceli, TS, Roma, SI ve Uluslararası Miyelom Vakfı Hemşire Liderlik Kurulu. 2011. Multipl miyelom ile yaşayan

- hastalar için hayatta kalma bakım kılavuzları: Uluslararası Miyelom Vakfı Hemşire Liderlik Kurulu'nun fikir birliği beyanları. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15 (Ek), 5.
- Brigle, K., & Rogers, B. 2017, Ağustos). Multipl miyelomun patobiyolojisi ve tanısı. *Onkoloji Hemşireliği Seminerlerinde* (Cilt 33, No. 3, s. 225-236). WB Saunders.
- Buluş, M., & Polat, C. pwrss R Paketi ile İstatistiksel Güç Analizi.
- Bužgová, R., Hajnová, E., Sikorová, L. ve Jarošová, D. (2014). Artık kanser tedavisi görmeyen hastanede yatan kanser hastalarında karşılanmamış ihtiyaçlar ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Avrupa Kanser Bakımı Dergisi*, 23 (5), 685-694.
- Coleman, E. A., Senner, J. W., & Edwards, B. K. 2008. Does multiple myeloma incidence vary by geographic area?. *The Journal of the Arkansas Medical Society*, 105(4), 89-91.
- Coleman, G. J., Davies, F. E., & Linet, M. 2002. Myeloma aetiology and epidemiology. *Biomedicine & pharmacotherapy*, 56(5), 223-234.
- Dayapoğlu, N. (2016). Multiple sklerozlu hastalarda yeti yitimi, yalnızlık ve öz-bakım durumunun belirlenmesi (Doctoral dissertation).
- Demirel Yücel, S. 2010. *Akciğer kanserli hastalarda öz-bakım gücü ve benlik saygısı ile aralarındaki ilişkinin belirlenmesi* (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Demirtaş, G. 2013. *Multipl myelomlu hastalarda yaşam kalitesi ve stresle başa çıkma tutumları* (Master's thesis, Sağlık Bili(Koyuncu, N. E. 2019. mleri Enstitüsü).
- Derneği, T. H. 2020. Multipl Myelom ulusal tanı ve tedavi kılavuzu.
- Dispenzieri A, Lacy MQ, Kumar S. Multiple Myeloma. In: Greer JP, Foerster J, Rodgers GM, Paraskevas F, Glader B, Arber DA, et al., 2014. eds. *Wintrobe's Clinical Hematology*. 13th ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia; p: 2046-2098

- Dowling, M., Kelly, M., & Meenaghan, T. 2016. Multiple myeloma: managing a complex blood cancer. *British Journal of Nursing*, 25(16), S18-S28.
- Gerecke, C., Fuhrmann, S., Strifler, S., Schmidt-Hieber, M., Einsele, H., & Knop, S. (2016). Multipl miyelomun tanı ve tedavisi. *Deutsches Ärzteblatt International*, 113 (27-28), 470.
- Girnius, S., & Munshi, N. C. 2013. Challenges in multiple myeloma diagnosis and treatment. *Leukemia Supplements*, 2(1), S3-S9.
- Gültekin, M., & Boztaş, G. 2014. Türkiye kanser istatistikleri. *Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu*, 43, 12-32.
- Güneş, AK (Ed.). (2019). *Multipl Miyelom ve Plazma Hücreli Neoplaziler*. Akademisyen Kitapevi.
- Hirabayashi, Y. ve Katanoda, K. 2008. Beş Kıtada Kanser İnsidansı, Cilt IV-VIII'den Doğu Asya, Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri'ndeki multipl miyelom insidansındaki (1973–1997) zaman eğilimlerinin karşılaştırılması. *Japon Klinik Onkoloji Dergisi*, 38 (10), 720-721.
- Howlader, N., Noone, AM, Krapcho, M., Miller, D., Brest, A. ve Yu, M. (2020). SEER Kanser İstatistikleri İncelemesi, 1975–2017 https://seer.kanser.gov/csr/1975_2017/. Nisan 2020'de güncellendi. Erişim tarihi 29 Haziran.
- Karadakovan, A., & Aslan, F. E. 2010. *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım*. Nobel Kitabevi.
- Karamanoğlu, A. E. 1999. *Kemoterapi alan kanser hastalarında yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi* (Doctoral dissertation, Marmara Üniversitesi (Turkey)).

- Karataş, T., & Kutlutürkan, S. 2017. Multipl Miyelom Hastalarının Bakımında Hemşire-
Literatür Taraması. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 7(1), 91-96.
- Kaysı, A. 2007. *İç hastalıkları:(semyoloji)*. Alfa.16. baskı 2022
- Kiely, F., Cran, A., Finnerty, D., & O'Brien, T. 2017. Self-reported quality of life and
symptom burden in ambulatory patients with multiple myeloma on disease-
modifying treatment. *American Journal of Hospice and Palliative
Medicine®*, 34(7), 671-676.
- Klepin, HD, Geiger, AM, Tooze, JA, Kritchevsky, SB, Williamson, JD, Pardee, TS, ... &
Powell, BL (2013). Geriatrik değerlendirme, akut miyeloid lösemi için
indüksiyon kemoterapisi alan yaşlı yetişkinler için sağkalımı tahmin eder. *Kan,
Amerikan Hematoloji Derneği Dergisi* , 121 (21), 4287-4294.
- Koyuncu, N. E. 2019. *Kemoterapi uygulanan hastalarda bakım bağımlılığı ile özbakım
davranışları arasındaki ilişki* (Doctoral dissertation, Necmettin Erbakan
University (Turkey)).
- Koyuncu, N. E. 2019. *Kemoterapi uygulanan hastalarda bakım bağımlılığı ile özbakım
davranışları arasındaki ilişki* (Doctoral dissertation, Necmettin Erbakan
University (Turkey)).
- Koyuncu, N. E. 2019. *Kemoterapi uygulanan hastalarda bakım bağımlılığı ile özbakım
davranışları arasındaki ilişki* (Doctoral dissertation, Necmettin Erbakan
University (Turkey)).
- Kumar, S. K., Callander, N. S., Alsina, M., Atanackovic, D., Biermann, J. S., Chandler,
J. C., ... & Kumar, R. 2017. Multiple myeloma, version 3.2017, NCCN clinical
practice guidelines in oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer
Network*, 15(2), 230-269.

- Küçükdeveci AA, Yavuzer G, Tennant A, Süldür N, Sonel B, Arasil T. Adaptation of the Modified Barthel Index for use in physical medicine and rehabilitation in Turkey. *Scand J Rehab Med* 2000; 32: 87–92.
- Kyle, R. A., Gertz, M. A., Witzig, T. E., Lust, J. A., Lacy, M. Q., Dispenzieri, A., ... & Greipp, P. R. 2003. Review of 1027 patients with newly diagnosed multiple myeloma. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 78, No. 1, pp. 21-33). Elsevier.
- Manitta, V., Zordan, R., Cole-Sinclair, M., Nandurkar, H. ve Philip, J. (2011). Hematolojik maligniteli hastaların semptom yükü: kesitsel gözlemsel bir çalışma. *Ağrı ve semptom yönetimi dergisi*, 42 (3), 432-442.
- Mantaş, B. 2018. *Kök hücre nakli yapılan hastalarda öz bakım gücü ile umutsuzluk düzeyi arasındaki ilişki* (Master's thesis, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- McDowell, ME, Occhipinti, S., Ferguson, M., Dunn, J., & Chambers, SK 2010. Kanserde karşılanmamış destekleyici bakım ihtiyaçlarındaki değişimin belirleyicileri. *Psiko-onkoloji*, 19 (5), 508-516.
- Michels, T. C., & Petersen, K. E. 2017. Multiple myeloma: diagnosis and treatment. *American family physician*, 95(6), 373-383A.
- Molassiotis, A., Wilson, B., Blair, S., Howe, T. ve Cavet, J. 2011. Multipl miyelomlu hastalarda ve eşlerinde karşılanmamış destekleyici bakım ihtiyaçları, psikolojik iyilik hali ve yaşam kalitesi. *Psiko-onkoloji*, 20 (1), 88-97.
- Mollaoğlu M, Fertelli T, Tuncay F. Multiple Sklerozlu Hastalarda Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006, Cilt: 9 Sayı: 3:2-3.
- Mollaoğlu, M., Fertelli, T. K., & Tuncay, F. Ö. 2006. Multiple sklerozlu hastalarda öz bakım gücünün değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(3), 1-7.


- Moreau P, San Miguel J, Sonneveld P, Mateos MV, Zamagni E, Avet-Loiseau H, Einsele H. 2017. Multiple myeloma: Esmo clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*.
- Mortensen, G. L., & Salomo, M. 2016. Quality of life in patients with multiple myeloma: a qualitative study. *J Cancer Sci Ther*, 8(12), 289-293.
- Nahcivan, N. O. 2004. A Turkish language equivalence of the Exercise of Self-Care Agency Scale. *Western Journal of Nursing Research*, 26(7), 813-824.
- O'Hara, L. Sauza, L. Ide, L. A. 2000. Delphi study of self care in a community population of people with multiple sclerosis. *Clinic Rehabilitation*. 14(1)62- 72.
- Ölmez, S. 2020. Multipl miyelom tanısı olan hastaların bakım gereksinimleri ve yaşam kalitesi.
- Öz, Z. S. 2006. Multipl Miyelom Tanısı Alan Geriatrik Hastalarda Ağrı ve Yönetimi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 5(3), 260-267.
- Özer, S., & Gündüzoğlu, N. Ç. (Eds.). 2019. ? *Olgu senaryolarıyla? iç hastalıkları hemşireliği*. İstanbul Tıp Kitabevi.
- Palumbo, A., Avet-Loiseau, H., Oliva, S., Lokhorst, H. M., Goldschmidt, H., Rosinol, L., ... & Moreau, P. 2015. Revised international staging system for multiple myeloma: a report from International Myeloma Working Group. *Journal of clinical oncology*, 33(26), 2863.
- Parkin, DM, Bray, F., Ferlay, J. ve Pisani, P. (2005). Küresel kanser istatistikleri, 2002. *CA: Klinisyenler İçin Bir Kanser Günlüğü*, 55 (2), 74-108.
- Rajkumar, S. V., Dimopoulos, M. A., Palumbo, A., Blade, J., Merlini, G., Mateos, M. V., ... & San Miguel, J. F. 2014. International Myeloma Working Group updated criteria for the diagnosis of multiple myeloma. *The lancet oncology*, 15(12), e538-e548.

- Sacid, G. 2018. Kemoterapi uygulanan hücrelere bağlı periferel nöropati, günlük yaşam bölümleri ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki, Yüksek lisans tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Sacid, G., & Arıkan, F. 2020. Kanser hastalarında periferel nöropati, günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *Acta Oncologica Turcica*, 53(3), 429-440.
- Serpil, SU ve ALPAR, Ş. (2020). Leuven Kemoterapi Hasta Bilgi Ölçeğinin Türkçe geçerlik ve Güvenirliğinin Değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* , 7 (3), 232-239.
- Sezgin, MG ve BEKTAŞ, H. (2022). Multipl Myelom Hastalarında Güncel Tedavi Önerileri ve Semptom Yönetimi. *Ege Hemşire Üniversitesi Fakültesi Dergisi* , 38 (1), 49-59.
- Singhal S, Mehta J. 2006. Multiple myeloma. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology: CJASN*. 1 (6): 1322-1330.
- Stephens, M., McKenzie, H. ve Jordens, CF 2014. Nadir bir kanserle yaşama işi: multipl miyelom. *İleri Hemşirelik Dergisi*, 70 (12), 2800-2809.
- Şahin B. 2008. Multipl myelomda böbrek hastalığı. *Türkiye Klinikleri Hematology-Special Topics*.
- Şimşek, M. 2012. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Hematoloji polikliniğinden takipli multipl myelom tanılı hastaların epidemiyolojik değerlendirmesi.
- Ulusal Tanı Ve Tedavi Kılavuzu 2020 Multipl Myelom Mart 2020 Tanı Ve Tedavi Kılavuzu. Türk Hematoloji Derneği. <http://www.thd.org.tr> (10.03.2023).
- Ündar L. 2009. Multipl Miyelom Tanı, 35. Ulusal Hematoloji Kongresi Kitapçığı Antalya. 89-92.

- Wang, Z., Yin, G. ve Jia, R. 2019. Kemoterapi alan meme kanseri hastalarında öz bakım eğitiminin yan etkiler ve ruh sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi üzerindeki etkileri. *Tipta Tamamlayıcı Tedaviler*, 43, 165-169.
- Waxman, A. J., Mink, P. J., Devesa, S. S., Anderson, W. F., Weiss, B. M., Kristinsson, S. Y., ... & Landgren, O. 2010. Racial disparities in incidence and outcome in multiple myeloma: a population-based study. *Blood, The Journal of the American Society of Hematology*, 116(25), 5501-5506.
- Yeşilbalkan, Ö. U., Akyol, A. D., Çetinkaya, Y., Altın, T., & Deniz, Ü. 2005. Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 21(1), 13-31.

EKLER

EK-1. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

	SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ Graduate School of Health Sciences	
ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU'		
Öğrencinin Adı ve Soyadı	DOĞAN ŞAYIR	
Öğrencinin Numarası		
Ana Bilim Dalı	İç Hastalıkları Hemşireliği	
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program Türü	Yüksek Lisans	
<p>Yukarıda bilgileri verilen tezin intihal tespit yazılımıyla (Turnitin) yapılan tarama sonucunda elde edilen benzerlik oranları aşağıdaki gibidir. Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi hâlde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz.</p>		
Bölümler	Benzerlik Oranı	Maksimum Benzerlik Oranları
I. Giriş	% 13	% 15
II. Genel Bilgiler	% 28	% 35
III. Materyal ve Metod	% 30	% 35
IV. Bulgular	% 8	% 15
V. Tartışma	% 4	% 20
<p><i>Not: Yedi kelimeye kadar benzerlikler ile Başlık, Kaynakça, İçindekiler, Teşekkür, Dizin ve Ekler kısımları tarama dışı bırakılabilir. Yukarıdaki azami benzerlik oranları yanında tek bir kaynaktan olan benzerlik oranlarının %5'den büyük olmaması gerekir.</i></p>		
Tez Yazarı (Öğrenci)	Tez Danışmanı	
Doğan ŞAYIR	Prof. Dr. Nuray BİNGÖL	
<p><small>1 Bu form bilgisayar ortamında doldurulmalı, çıktısı imzalanıp Tez Savunması Jüri Önceri Formu'yla birlikte Ana Bilim Dalı Başkanlığı aracılığıyla CBYS üzerinden Enstitüye iletilmelidir.</small></p>		

EK-2. ETİK KURUL ONAY FORMU



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	
	FAKS	
	E-POSTA	
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		Doç.Dr.Nuray BİNGÖL
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		Kemik İliği Nakli Yapılan Multiple Myelomlu Hastalarda Günlük Yaşam Aktiviteleri İle Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı:9 Karar No:39	Tarih:01.12.2022
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmacının/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin BAP tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

EK-3. KURUM İZİNLERİ



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Başkanlığı
İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Başkanlığı

Sayı : E-42190979-000-2300083498
Konu : Uygulama İzni (Doğan ŞAYİR)

08.03.2023

BELGE YÖNETİM BÜROSU

İlgi : 07.03.2023 tarihli ve E-45361945-000-2300082276 sayılı belge.

İlgi tarih ve sayılı yazınızla ilgili olarak; Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans programı öğrencisi Doğan ŞAYİR'in, "Kemik İliği Nakli Yapılan Multiple Myelomlu Hastalarda Günlük Yaşam Aktiviteleri İle Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasının uygulamasını Nisan 2023-Ağustos 2023 tarihleri arasında **Hematoloji Polikliniğinde yapmasında** bir sakınca yoktur.

Gereğini rica ederim.

Prof.Dr. Fuat ERDEM
Ana Bilim Dalı Başkanı

EK-4. ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ

ÖLÇEK İZNI

Gelen Kutusu

☆

 **Doğan ŞAYIR** EVELSİ GÜN
Alıcılar:

Merhabalar. Ben Doğan ŞAYIR. Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesinde hemşire olarak çalışıyorum. Multiple Myelom tez konum için " BARTHEL GYA ÖLÇEK İZNI "ni müsadeniz olursa kullanmak istiyorum. Teşekkürler.

 **Ayşe Küçükdeveci** DÜN
Alıcılar: ben

Sayın Doğan Şayir,

Türkçe adaptasyon ve geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yaptığımız Modifiye Barthel İndeksini çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ekte ölçeği ve refere etmeniz için ilgili makalemizi yolluyorum. Çalışmanızda başarılar dilerim.
Ayşe Küçükdeveci

Prof. Dr. Ayşe A. Küçükdeveci
Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
İbni Sina Hastanesi, Kat 4, Samanpazarı, 06230 Ankara

[Alıntılanan metni göster](#)

Tez Gelen Kutusu



Doğan ŞAYİR 13.11.2022

Alıcılar: nursen v



Merhabalar. Ben Doğan ŞAYİR. Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesinde hemşire olarak çalışıyorum. Multiple Myelom tez konum için "Öz Bakım Gücü Ölçeğinizi " müsadeniz olursa kullanmak istiyorum. Teşekkürler.



NURSEN NAHCİVAN 13.11.2022

Alıcılar: ben v



Sayın Doğan ŞAYİR,

Türkçe Öz-bakım Gücü Ölçeği'ni araştırmanızda kaynak göstermek suretiyle elbette kullanabilirsiniz. Ölçek ile ilgili ihtiyacınız olan dokümanlar ekte gönderilmiştir.

Başarı dilekleriyle,

--
Prof. Dr. **Nursen NAHCİVAN**
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Yasal Uyarı: Bu elektronik posta, [buradan](#) ulaşabileceğiniz Koşul ve Şartlara tabidir.
Disclaimer: This email is subject to the Terms and Conditions available [here](#).

EK-5. HASTA TANITIM FORMU

Kemik iliği Transplantasyon sonrası Hastaların Tanıtıcı Özellikleri

1-Yaşınız :

Cinsiyetiniz :1) Erkek 2) Kadın

2-Eğitim durumunuz :

1) Okul Bitirmemiş 2) İlköğretim mezunu 3) Lise mezunu 4) Yükseköğrenim mezunu

3-Medeni durumuz : 1) Evli 2) Bekar

4-Aile nüfusu : ()

5-Aile yapısınız : 1) Çekirdek 2) Geniş

6-Yaptığınız iş :1) Memur 2) İşçi 3) Esnaf 4) Çiftçi 5) Ev Hanımı 6) Diğer

7-Evinizde kimlerle yaşıyorsunuz?

1) Yalnız 2) Eş 3) Eş ve çocuklar 4) Çocuklarla 5) Aile büyükleri

8- Sosyal güvence : 1) Bağ kur 2) Emekli sandığı 3) SSK 4) Yeşil kart

9-Aylık aile geliriniz : 1) Düşük 2) Orta 3) Yüksek

10-Ailenizde buna benzer bir hastalık varmı? 1)Evet 2) Hayır

11-Nakil Süresi? 1)3-12 ay 2) 13-24 ay 3)25-36 ay 4)37 ay ve üzeri

12-Nakil biçimi? 1)Otolog 2) Allogenik

13-Nakil Konusunda Bilgilendirilme Durumu? 1)Evet 2) Hayır

EK-6. BARTHEL GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ ÖLÇEĞİ

Hastanın Adı Soyadı:		Tarih:
Parametreler	Hastanın Değerlendirilmesi	Skor
Beslenme	Tam bağımsız yemek yeme için gerekli aletleri kullanabilir.	10
	Bir miktar yardıma ihtiyaç duyabilir.	5
	Tam bağımlı	0
Yıkanma	Hasta yardımsız olarak küvette yıkanabilir, duş alabilir ya da keselenebilir.	5
	Yardıma ihtiyaç vardır.	0
Kendine bakım	Elini yüzünü yıkayabilir, dişlerini fırçalayabilir, traş olabilir, makyaj yapabilir.	5
	Kişisel bakımda yardıma ihtiyaç duyar.	0
Giyinip soyunma	Hasta giyinip soyunabilir, ayakkabı bağlarını çözebilir.	10
	Yardıma gereksinim duyar, işin en az % 50'sini kendi yapabilmelidir.	5
	Tam bağımlı	0
Bağırsak bakımı	Suppozituar kullanabilir ya da gerekirse lavman uygulayabilir.	10
	Hasta belirtilen aktiviteler için yardıma gereksinim duyar.	5
	İnkontinansı mevcuttur.	0
Mesane bakımı	Hasta gece gündüz mesanesini kontrol edebilmelidir. Sonda bakımını bağımsız bir şekilde kendisi yapabilmelidir.	10
	Bazen tuvalete yetişemez ya da sürgüyü bekleyemez altına kaçarır.	5
	İnkontinans veya kateterli ve kontrol edemez.	0
Tuvalet kullanımı	Duvardan ya da bardan destek alabilir tuvalet kağıdınıb kendi kullanabilir.	10
	Elbiselerini giyip çıkarmak, tuvalet kağıdını kullanmak için bir miktar yardım	5
	Tam bağımlı	0

Tekerlekli sandalyeden yatağa ve tersi transferler	Tam bağımsız	15
	Geçişler sırasında minimal yardım alır (sözel veya fiziksel).	10
	Tek başına yatakta oturma pozisyonuna geçebilir ama geçiş için yardım alır.	5
	Tam bağımlı	0
Mobilite : Düzgün yüzeyde yürüme	Hasta 45 metre yürüyebilir. Breys, baston, koltuk değneği, yürüteç kullanabilir (breys kullanıyorsa kilitleyip açabilmeli, oturup kalkabilmeli, mekanik destekleri yardımsız kullanabilmelidir).	15
	Hasta bir kişinin sözl veya fiziksel yardımıyla 45 metre yürüyebilir.	10
Tekerlekli sandalyeyi kullanabilme (uygunsa)	Hasta yürüyemez ama tekerlekli sandalyeyi kullanabilir. hasta köşeleri dönebilir. Yatağa tuvalete yanaşabilir.	5
	Tekerlekli sandalyede oturabilir ancak kullanamaz.	0
Merdiven inip çıkma	Bağımsız inip çıkabilir, ancak destek kullanabilir (trabzan, baston, koltuk değneği vb).	10
	Hasta yukarıdaki işleri yapmak için yardıma ve gözetime ihtiyaç duyar.	5
	Yapamaz.	0
Puanlama		
0-21: Tam Bağımlı 21-61: İleri Derecede Bağımlı 62-90: Orta Derecede Bağımlı 91-99: Hafif Derecede Bağımlı		
100: Tam Bağımsız		
Toplam Skor:		

Günlük yaşam aktivitelerini değerlendirmek amacıyla çeşitli araçlar kullanılmaktadır. Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, Katz İndeksi ve Barthel İndeksi bunlardan bazılarıdır. Barthel ve Mahoney tarafından 1965 yılında geliştirilen ölçeğin Türk kültürüne uyarlaması Küçükdeveci ve

ark. (2000) tarafından yapılmıştır. Çalışmanın içeriği yemek yeme, banyo, günlük bakım, giyinme, defekasyon, miksiyon, tuvalete gidiş, yataktan kalkma, dolaşma, merdiven çıkma gibi günlük yaşam aktivitelerini, fiziksel özürlülük açısından 10 madde şeklinde sorgulamaktadır. İndeksten 0 ile 100 aralığında bir puan elde edilebilmektedir. 0 puan tam bağımlılığı, 100 puan bağımsızlığı ifade eder (Barthel ve Mahoney 2002). İndeksin puan aralığı 0-20 puan tam bağımlı, 21-61 puan-ileri derecede bağımlı, 62-90 puan orta derecede bağımlı, 91-99 puan hafif düzeyde bağımlı, 100 puan tam bağımsız olarak nitelendirilmiştir.



EK-7. ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ

Açıklama: Aşağıda insanların kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 ifade bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse, karar verebilmek için size yakın gelen şıkkı işaretleyiniz.

Duygularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölüme (x) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

İfadeler	Beni hiç tanımlamıyor 1	Beni pek tanımlamıyor 2	Fikrim yok 3	Beni biraz tanımlıyor 4	Beni çok tanımlıyor 5
1.Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim.	()	()	()	()	()
2.Kendimi beğeniyorum.	()	()	()	()	()
3.Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim.	()	()	()	()	()
4.Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman, ne yapmam gerektiğini biliyorum.	()	()	()	()	()
5.Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyarım.	()	()	()	()	()
6.Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.	()	()	()	()	()
7.Kendime bakmadığım zaman, yardım ararım.	()	()	()	()	()
8.Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.	()	()	()	()	()
9.Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim.	()	()	()	()	()
10.Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.	()	()	()	()	()
11.Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.	()	()	()	()	()
12.Dengeli beslenirim.	()	()	()	()	()

13.Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınıyorum.	()	()	()	()	()
14.Sağlığıma dikkat etmek için daha iyi korunma yolları araştırıyorum.	()	()	()	()	()
15.Sağlığımın çok iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.	()	()	()	()	()
16.Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hakettiğime inanıyorum.	()	()	()	()	()
17.Kararlarımı sonuna kadar uyguluyorum.	()	()	()	()	()
18.Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.	()	()	()	()	()
19.Sağlığımla ilgili kişisel kararlarımı nadiren uyguluyorum.	()	()	()	()	()
20.Kendimle dostum.	()	()	()	()	()
21.Kendime iyi bakarım.	()	()	()	()	()
22.Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.	()	()	()	()	()
23.Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım.	()	()	()	()	()
24.Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.	()	()	()	()	()
25.Yaşam bir zevktir.	()	()	()	()	()
26.Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum.	()	()	()	()	()
27.Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.	()	()	()	()	()
28.Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.	()	()	()	()	()
29.Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.	()	()	()	()	()
30.Vücudumun çalışması ile ilgili her şeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum.	()	()	()	()	()
31.Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemem ve geçmesini beklerim.	()	()	()	()	()
32.Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım	()	()	()	()	()
33.Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.	()	()	()	()	()
34.Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.	()	()	()	()	()
35.Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.	()	()	()	()	()

Türkçe Öz-bakım Gücü Ölçeği' nin Tanıtımı

Bireyin kendi-kendisine bakım verme yeteneği ya da öz-bakım gücünü ölçmek için kullanılan ölçek, *Kearney ve Fleicher* tarafından (1979 yılı) İngilizce olarak 43 madde halinde geliştirilmiş, 35 maddelik kısaltılmış Türkçe formdur. Ölçek bireylerin öz-bakım eylemleriyle ilgilenme durumlarını kendi değerlendirmeleri üzerine odaklanmıştır. Her bir ifade, 0'dan 4'e kadar puanlanmıştır. Bireylerin öz-bakıma karşı yönelimleri 5'li Likert-tip ölçek üzerinde katılımcıların yanıtlaması ile belirlenir. Yanıt seçeneklerinden, “Beni hiç tanımlamıyor” yanıtına 0 puan, diğerlerine sırasıyla “Beni pek tanımlamıyor ” 1 puan, “Fikrim yok ” 2 puan, “Beni biraz tanımlıyor” 3 puan, ve “Beni çok tanımlıyor ”yanıtına 4 puan verilir. Türkçeleştirilen ölçekte 8 madde (**3, 6, 9, 13, 19, 22, 26. ve 31. maddeler**) negatif olarak değerlendirilir ve puanlama ters döndürülür. Maksimum puan ise 140'dır. Ölçekten alınan puanın yüksekliği bireyin öz-bakım ya da kendi –kendine bakma yeteneğinin, gücünün yüksekliğini gösterir. Sınır/kesme değeri (cut off value) yoktur.

Kaynak: Nahcivan, N.Ö (1994). Sağlıklı Gençlerde Öz-bakım Gücü ve Aile Ortamının Etkisi. İ.U.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.

Nahcivan, N.O. (2004). A Turkish language equivalence of the exercise of self-care agency scale. *Western Journal of Nursing Research*, 26(7), 813-824.