

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMATOLOJİK KANSER TANISI OLAN BİREYLERİN
HASTALIK VE TEDAVİYE UYUMLARINA İLİŞKİN
DENEYİMLERİ: KALİTATİF ÇALIŞMA

CANSU YAMAN
ORCID: 0000-0003-3646-8046

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR
OCAK 2024

TEZ KODU:DEU.HSL.MSc-2019970013

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMATOLOJİK KANSER TANISI OLAN BİREYLERİN
HASTALIK VE TEDAVİYE UYUMLARINA İLİŞKİN
DENEYİMLERİ: KALİTATİF ÇALIŞMA

CANSU YAMAN
ORCID: 0000-0003-3646-8046

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tez Danışmanı: Dr. Öğretim Üyesi Dilek SEZGİN
ORCID: 0000-0003-4863-4283

İZMİR
OCAK 2024

TEZ KABUL VE ONAYI

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Cansu YAMAN tarafından hazırlanan “Hematolojik Kanser Tanısı Olan Bireylerin Hastalık ve Tedaviye Uyumlarına İlişkin Deneyimleri: Kalitatif Çalışma” başlıklı tez çalışması 24.01.2024 günü 14.00-16.00 saatleri arasında yapılan tez savunma sınavında aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ/OY ÇOKLUĞU ile YÜKSEK LİSANS/ DOKTORA TEZİ olarak kabul/ret edilmiştir.

Jüri Başkanı Dr. Öğr. Üyesi Dilek SEZGİN

DEÜ Hemşirelik Fakültesi

İç Hastalıkları Hemşireliği AD

Tezi onaylıyorum/onaylamıyorum

ORCID: 0000-0003-4863-4283

Üye: Prof. Dr. Hatice MERT

DEÜ Hemşirelik Fakültesi

İç Hastalıkları Hemşireliği AD

Tezi onaylıyorum/onaylamıyorum

ORCID:0000-0003-2449-2460

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Vildan KOCATEPE

İDÜ Sağlık bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Bölümü

Tezi onaylıyorum/onaylamıyorum

ORCID: 0000-0001-6928-6818

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

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırlayıp sunduğum “Hematolojik Kanser Tanısı Olan Bireylerin Hastalık ve Tedaviye Uyumlularına İlişkin Deneyimleri: Kalitatif Çalışma” başlıklı yüksek lisans tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda doğabilecek tüm hak kayıplarımı kabullendiğimi beyan ederim.

Cansu YAMAN

Tarih: 02.01.2024

TEŞEKKÜR

2019 yılında baŐladığım lisansüstü eğitim serüvenimin, birçok zorlu adımını aşarak sonuna gelmiş bulunmaktayım. Benim için, mesleki hayata ilk adımı atmış olmakla birlikte pandeminin içinde bir yaşam şekline adapte olmak ve eğitimi devam ettirme süreci yer yer yıpratıcı olsa da; yaşadığım deneyimler, bana kendimi geliştirme ve farklı açılardan bakma imkanı sundu. Çalıştığım birimin de özel hastalardan oluştuğunu düşündüğümde, hastalara dokunabilmek büyük bir doyum almamı sağladı. Bu sebeple çalışmanın değeri benim için daha da arttı.

Eğitim sürecimin pandemiye denk gelmesinin getirdiği zorlukları avantaja çevirmeme yardımcı olan, tez yazım sürecimde ve kriz anlarında desteğini hiç esirgemeyen, yüksek bilgi ve deneyimiyle tezimin yürütücülüğünü yapan sevgili danışmanım Dr. Öğretim Üyesi Dilek SEZGİN'e teşekkürlerimi sunuyorum. Savunma sınavımda jüri olarak tezimin gelişmesine görüşleriyle katkı sağlayan değerli hocalarıma teşekkür ederim.

Cansu YAMAN

02.01.2024

İÇİNDEKİLER

TABLolar DİZİNİ.....	I
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	II
GRAFİKLER DİZİNİ.....	III
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	IV
ÖZET.....	V
ABSTRACT.....	VI
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2.Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	3
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Hematolojik Kanserler.....	4
2.1.1. Lenfomalar.....	10
2.1.1.1.Hodgkin lenfoma (HL).....	10
2.1.1.2.Non-Hodgkin Lenfoma(NHL).....	11
2.1.2. Lösemiler.....	12
2.1.2.1. Akut Miyeloid Lösemi.....	12
2.1.2.2. Akut Lenfoblastik Lösemi.....	13
2.1.2.3. Kronik Miyeloid Lösemi.....	14

2.1.2.4. Kronik Lenfoblastik Lösemi.....	15
2.1.3. Multiple Miyelom	16
2.2. Tedaviye Uyum.....	16
2.2.1.Tedaviye Uyum Bileşenleri.....	19
2.2.1.1.Sosyo-ekonomik Faktörler.....	19
2.2.1.2. Sağlık Ekibi ve Sistemle İlgili Faktörler.....	19
2.2.1.3.Tedavi ile İlgili Faktörler.....	20
2.2.1.4.Hastalık İle İlgili Faktörler.....	20
2.2.1.5.Hasta İle İlgili Faktörler.....	20
2.3.Hematolojik Kanser Hastalarında Tedaviye Uyum.....	21
2.3.1. Hematolojik Kanser Hastalarında Uyumu Etkileyen Faktörler.....	23
2.4. Tedaviye Uyum ve Hemşirelik Bakımı.....	24
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1.Araştırmanın Tipi	25
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	25
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	25
3.4. Çalışma Materyali.....	25
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	25
3.6. Veri Toplama Araçları.....	26
3.6.1. Hematolojik Kanser Tanısı Olan Birey Tanılama Formu (EK2).....	27
3.6.2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu.....	27

3.7. Araştırma Planı.....	28
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	29
3.9. Araştırmanın Geçerlik ve Güvenirliği.....	31
3.10. Araştırma Kısıtlılıkları.....	32
3.11. Etik Kurul Onay.....	32
4.BULGULAR.....	33
4.1. Hastaların Tanımlayıcı zellikleri.....	33
4.2. Temalar.....	34
4.2.1. Tedaviye Uyum.....	35
4.2.1.1.Kolaylaştırıcı Faktörler.....	36
Diyet Yapmak Zorunda Olmak.....	36
Semptom Yönetebilme.....	36
Doktor Değiştirmemek.....	37
Doktor nerilerini Dikkate Almak.....	37
Hijyen Sağlamaya zen Gösterme.....	38
4.2.1.2. Yaşam Tarzı Değişikliği nndeki Engeller.....	38
İzolasyonu Bozmak.....	39
Doktor Kontrollerini Aksatmak.....	39
Diyete Uymamak.....	40
Oruç Tutmak.....	40

Sigarayı Bırakmamak.....	41
4.2.2 Güçlükler	41
4.2.2.1. Yaşantıdaki Güçlükler	42
Hastaneye Ulaşım.....	42
Sosyal Çevre Desteği Alamamak.....	42
Hastalığın Gizlenmesi.....	43
Bakım Veren Olmaması.....	44
Maddi Güçlük.....	44
Yıpranmışlık.....	45
Rutinleri Yerine Getirememek.....	46
4.2.2.2. Tedavi Aşamasındaki Güçlükler.....	46
Tedavinin Pandemiden Etkilenmesi.....	46
Hastalığın Tanılanamaması.....	47
İlaç Alamamak.....	48
Doktor Değiştirmek.....	48
İzolasyon.....	49
Semptom Yaşama.....	49
Kanserin Nüks Etmesi.....	52
Ek Hastalıkların Çıkması.....	52
4.2.3. Baş Etme Mekanizmaları	53
4.2.3.1. Kadercilik.....	53

4.2.3.2. Aile Desteği.....	54
4.2.3.3.Hastalığı Kabul Etmek.....	55
4.2.3.4. Hayata Devam Etmek.....	55
4.2.3.5. İyi Olma Umudu.....	56
4.2.3.6. Sağlık alışanları.....	56
5.TARTIşMA.....	57
5.1. Tedaviye Uyum.....	57
5.2. Güçlükler.....	61
5.3. Baş Etme Mekanizmaları.....	65
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	68
7. KAYNAKLAR.....	69
8. EKLER.....	79
Ek 1. Dokuz Eyll Üniversitesi “Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu”	79
Ek 2. Hematolojik Kanser Tanısı Olan Birey Tanılama Formu.....	83
Ek 3. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu.....	84
Ek 4. Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sürekli Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi Nitel Araştırma Kursu Katılım Belgesi.....	87
Ek 5. Maxqda Nitel Veri Analizi Katılım Belgesi	88
Ek 6. Etik Kurul İzni.....	89
Ek 7. Kurum İzin Belgeleri.....	91

Ek 8. Etik Kurul İzni-2.....93

Ek 9. Özgeçmiş.....95



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1: 2020 Tahmini yeni vaka sayıları GLOBOCAN 2022.....	5
Tablo 2: Cinsiyete göre 2022 yılında Amerika'daki tahmini yeni vaka ve ölümlerin sayısı	6
Tablo 3: Türkiyede 2020 yılında görülen kanser türleri insidansı, mortalite ve prevalans durumu	7
Tablo 4: Uyumun önündeki 5 faktör ve sıklıkla karşılaşılan engeller.....	18
Tablo 5: Kanser Hastalarında Tedaviye Uyumun Önündeki Engeller Örneği.....	21
Tablo 6: Yetişkinlerdeki Bazı Kanserler ve Oral Antineoplastik Ajanlara Uyum Oranları.....	22
Tablo 7: Araştırmaya Dahil Edilme Dışlanma Kriterleri.....	26
Tablo 8: Araştırma Planı.....	28
Tablo 9: Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri	33

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1 Tedaviye Uyumun Belirleyicileri.....	18
Şekil 2 Temalar Gösterimi	35
Şekil 3 Tedaviye Uyum Temasına Ait Hiyerarşik Kategori-Alt Kategori Gösterimi.....	35
Şekil 4 Güçlükler Temasına Ait Hiyerarşik Kategori-Alt Kategori Gösterimi.....	41
Şekil 5 Baş Etme Mekanizmaları Temasına Ait Hiyerarşik Kategori-Alt Kategori Gösterimi	53



GRAFİKLER

Grafik 1: 2020 yılı tahmini yeni vaka sayıları.....5

Grafik 2: Cinsiyete Göre En Sık Görülen 10 Kanserin Yaşa Standardize Edilmiş Hızları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2018 (Dünya Standart Nüfusu, 100.000 Kişide).....9



SİMGELER VE KISALTMALAR

WHO	:Dünya Sağlık Örgütü
KML	:Kronik Miyeloid Lösemi
ALL	:Akut Lenfoblastik Lösemi
HL	: Hodgkin Lenfoma
NHL	:Non-Hodgkin Lenfoma
AML	:Akut Miyeloid Lösemi
KLL	:Kronik Lenfositik Lösemi
MM	:Multiple Miyelom
ABD	:Amerika Birleşik Devletleri
SEER	: Sürveyans, Epidemiyoloji ve Nihai Sonuçları
MEMS	: Mikroelektronik izleme sistemi
COREQ	: The Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
KOAH:	:Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
COVID 19	: Corona Virus Disease 19

**HEMATOLOJİK KANSER TANISI OLAN BİREYLERİN HASTALIK VE
TEDAVİYE UYUMLARINA İLİŞKİN DENEYİMLERİ: KALİTATİF
ÇALIŞMA**

Yüksek Lisans Tezi

Cansu YAMAN

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelik Anabilim Dalı

ÖZET Araştırmanın amacı hematolojik kanser tanısı olan bireylerin hastalık ve tedaviye uyumlarına ilişkin deneyimlerinin ortaya çıkarılmasıdır. Araştırmada hematolojik kanser tanısı olan bireylerin hastalık ve tedaviye uyum sürecinde yaşadıkları deneyimlerin ortaya çıkarılabilmesi için niteliksel araştırma deseni kullanılmıştır. Araştırma 20 hematolojik kanser tanısı olan birey ile, tanımlayıcı kalitatif çalışma olarak yürütülmüştür. Veriler “yarı yapılandırılmış görüşme formu” kullanılarak “derinlemesine görüşme” yöntemiyle toplanmış, “içerik analizi” ile değerlendirilmiştir. Çalışmada tedaviye uyum, güçlükler ve baş etme mekanizmaları olmak üzere üç ana tema ortaya çıkmıştır. Tedaviye uyum ana teması kolaylaştırıcı faktörler ve yaşam tarzı değişikliği önündeki engeller alt temalarından oluşmaktadır. Güçlükler ana teması yaşantıdaki güçlükler ve tedavi aşamasındaki güçlükler olmak üzere iki alt temadan oluşmaktadır. Araştırmada hematolojik kanser tanısı olan bireylerin hastalık ve tedavi süreçlerinde yaşadıkları olumlu ve olumsuz deneyimlerin bulunduğu ortaya çıkmıştır. Hemşirelerin hematolojik kanser tanısı olan bireylerin yaşadıkları deneyimler konusunda bilgilerinin artması hastalara sağlayacakları bakıma ışık tutacaktır.

Anahtar Sözcükler: Hematolojik kanser, Hemşirelik, Niteliksel çalışma, Uyum.

Tezin sayfa adedi: 95

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Dilek SEZGİN

**EXPERIENCES OF INDIVIDUALS DIAGNOSED WITH
HEMATOLOGIC CANCER REGARDING THE DISEASE AND
ADAPTATION TO TREATMENT: A QUALITATIVE STUDY**

Master's Thesis

Cansu YAMAN

DOKUZ EYLÜL UNIVERSITY HEALTH SCIENCES INSTITUTE

Department of Nursing

ABSTRACT: The aim of the study is to reveal the experiences of individuals diagnosed with hematologic cancer regarding their adaptation to illness and treatment. In the study, qualitative research design was used to reveal the experiences of individuals diagnosed with hematologic cancer in the process of adaptation to the disease and treatment. The study was conducted as a descriptive qualitative study with 20 individuals diagnosed with hematologic cancer. The data were collected by "in-depth interview" method using a "semi-structured interview form" and evaluated by "content analysis". Three main themes emerged in the study: treatment adherence, difficulties, and coping mechanisms. The main theme of treatment adherence consists of the sub-themes of facilitating factors and barriers to lifestyle change. The main theme of difficulties consists of two sub-themes: difficulties in life and difficulties during treatment. The study revealed that individuals diagnosed with hematologic cancer have positive and negative experiences during the disease and treatment processes. Increasing the knowledge of nurses about the experiences of individuals diagnosed with hematologic cancer will shed light on the care they will provide to patients.

Keywords: Hematological cancer, Nursing, Qualitative study, Adherence.

Number of pages of the thesis: 95

Advisor: Assistant Professor PhD Dilek SEZGİN

GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Hematolojik kanserler yaşamı tehdit edebilecek boyutta komorbid durumları beraberinde getiren, yüksek mortalite oranına sahip bir hastalık grubudur (1). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 2019 raporuna göre kanserin 70 yaşından önceki ölümlerin ikinci önde gelen nedeni olduğu belirtilmiştir (2). Global kanser istatistikleri 2020 raporuna göre hematolojik malignitelerin tüm kanserlerin % 6,8'ini oluşturduğu ve kanser ilişkili ölümlerin %7,3 'ünden sorumlu olduğu bildirilmiştir (3).

Kanser, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de en önemli halk sağlığı problemlerinden biridir. Dünyada olduğu gibi ülkemizde de kanser, ölüm nedenleri içerisinde ikinci sırada yer almaktadır. Dünya genelinde yaklaşık her altı ölümden biri, ülkemizde ise her beş ölümden biri kanser nedeniyle gerçekleşmektedir (4,5).

Dünya'da 2020 yılında 19,2 milyon kişi kanser tanısı almış ve aynı yıl içinde on milyona yakın kişi kanser nedeniyle yaşamını yitirmiştir. 2040 yılında yeni kanser olgusunun 30,2 milyon olacağı ve yaklaşık 16,3 milyon kişinin kanser nedeniyle yaşamını yitireceği tahmin edilmektedir (6).

Hematolojik kanserler, kemik iliği veya lenfoid dokulardan türeyen hücrelerin genellikle genetik ve çevresel faktörlerden etkilenerek, tek bir hücrede meydana gelen malign transformasyonlar sonucunda klonal bir şekilde çoğalmasıyla oluşan bir kanser grubudur (7,8). Hematolojik kanserler hastalığın gidişatını ve süresini belirlemek için akut-kronik, hücrelerin kökeni olan hücre tipine göre lenfoid-miyeloid, tutulum bölgesine göre kan- kemik iliği- lenfoid doku şeklinde üç özellik göz önünde bulundurularak sınıflandırılır (9).

Hematolojik maligniteler yaşamın her döneminde karşımıza çıkan bir hastalık grubu olmuştur. Kanda etkilediği parametreler doğrultusunda hastaların genelinde birçok semptomu beraberinde görmek mümkündür. Semptomlardan başlıcaları beyaz kan hücreleri ve nötrofil değerlerindeki düşüş/yükselişe bağlı olarak enfeksiyona sık yakalanma, ateş yüksekliği, hemogloblin düşüşlerine bağlı yorgunluk, trombosit düşüşlerine bağlı kanamayı durduramama, ciddi kemik ağrıları, şiddetli olmayan

düşmeler ya da ciddi olmayan travma sonrası gerçekleşmiş olan kırıklar şeklinde sıralanabilir (10-13).

Yukarıda belirtilen semptomların uygun şekilde yönetilememesi ile hastaların fonksiyonel bağımlılıkları artmakta; hastalık ve tedavi ile ilişkili semptomların yönetimi yaşam kalitesini etkilemektedir. Bu bireylerde tedavi sürecinde hastaların izlemleri ve bireylerin tedaviye ilişkin algıları/uyum düzeyleri hastalığın seyrinde büyük önem taşır (14,15).

Hematolojik kanser tanısı olan hastaların hastalık süreci uzun bir dönemi kapsamakta, bu nedenle bireylerin tüm yaşamlarını etkileyebilmektedir. Bireylerin tedaviye uyum gösterme düzeyleri semptom yaşama durumunun yanında sosyodemografik özellikler, sosyal destek ağları, maddi durum gibi birçok faktörden de etkilenebilmektedir. Hastalığa ve tedaviye uyumu etkileyebilen pek çok faktörün bulunması tedaviye uyum sürecini zorlaştırabilmektedir.

Genç yetişkinlik çağındaki lösemi ve lenfoma tanılarında sahip 23 kişilik hasta grubunda yapılan çalışmada tedaviye uyumsuzluk %39 bulunmuştur (16). Kronik Miyeloid Lösemi (KML) hastalarında kontrole gelme ve ilaç kullanma durumlarının incelendiği bir çalışmada 516 hasta incelenmiş, grubun %30'u uyumsuz olarak belirlenmiştir (17). Tedaviye uyumla ilgili yapılan 122 kişinin katıldığı bir çalışmada KML hastalarının ilaç uyumlarının ortalama %96 olduğu bulunmuştur. Çalışmaya katılan hastaların %23'ünün %100 uyum gösterdiği belirtilmiştir (18). Akut Lenfostatik Lösemisi (ALL) olan bir grupta ise %69 uyumlu olarak belirlenmiştir (19).

Literatür incelendiğinde hematolojik kanser tanısı olan hastaların tedaviye uyum düzeylerinin incelendiği niceliksel çalışmalar bulunmaktadır. Ancak hastaların tedaviye uyum sürecinde deneyimlerini inceleyen niteliksel çalışmalar kısıtlı düzeydedir.

Hematolojik kanser tanısı olan hastaların yaşadıkları sürece ve tedavilerine uyum göstermeleri bakım kalitesinin artmasında, sağ kalımın geliştirilmesinde büyük önem taşımaktadır. Hastaların hastalıklarıyla yaşam süreçlerinde tedaviye uyuma

ilişkin deneyimlerin bilinmesi hemşirelerin hastalarına sağlayacakları bakıma ışık tutacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma hematolojik kanser tanısı olan bireylerin hastalık ve tedaviye uyumlarına ilişkin deneyimlerini incelemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Çalışma nitel araştırma yöntemiyle yürütüldüğü için hipotez bulunmamaktadır.



2. GENEL BİLGİLER

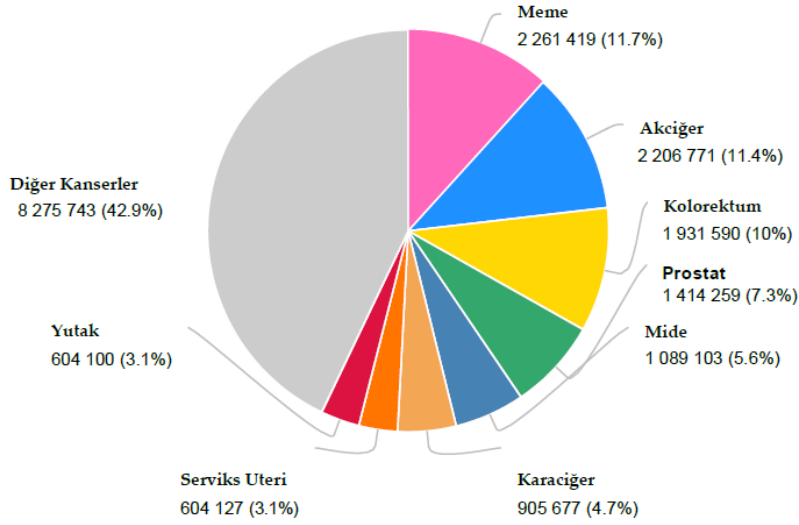
Bu bölümde hematolojik kanserler kapsamında Hodgkin(HL) ve Non-Hodgkin Lenfoma (NHL), Akut Miyeloid Lösemi (AML), Akut Lenfoblastik Lösemi (ALL), Kronik Miyeloid Lösemi (KML) , Kronik Lenfositik Lösemi (KLL), Multiple Miyeloma (MM) ilişkin bilgiler; tedaviye uyum kapsamında tedaviye uyum bileşenlerinden sosyo-ekonomik faktörler, sağlık ekibi ve sistemle ilgili faktörler, tedavi ile ilgili faktörler, hastalık ile ilgili faktörler, hasta ile ilgili faktörler; hematolojik kanser tanısı olan hastalarda uyum kapsamında hematolojik kanser tanısı olan hastaların uyumunu etkileyen faktörler, tedaviye uyum ve hemşirelik bakımına ilişkin bilgiler yer almaktadır.

2.1. Hematolojik Kanserler

Kanser, anormal hücrelerin kontrolsüz bir şekilde büyümesi, normal sınırlarının ötesine geçerek vücudun bitişik kısımlarını istila etmesi ve/veya diğer organlara yayılmasıyla vücudun hemen hemen her organında veya dokusunda başlayabilen geniş bir hastalık grubudur (20).

Türkiye Kanser İstatistikleri çalışmasında kanser ülkemizde ve dünyada ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır. (20,21) GLOBOCAN 2020 araştırmasında belirtilen verilere göre 2020'deki kanser vaka sayıları grafikte gösterilmiştir (Grafik 1). GLOBOCAN 2020 verilerine göre akciğer, prostat, kolorektal, mide ve karaciğer kanseri erkeklerde en sık görülen kanser türleridir; meme, kolorektal, akciğer, rahim ağzı ve tiroit kanseri kadınlarda en sık görülen kanserler arasında yer almaktadır (20). Aynı çalışmada hematolojik kanserler diğer kanserler olarak grafikte gösterilmiştir. Hematolojik kanserlerin 1.200.000 vaka olduğu belirtilmektedir (22). En çok görülen hematolojik kanserler sırasıyla 544.300 vaka ile NHL, 474.000 ile lösemiler, 176.000 multiple miyelom ve 83.000 ile HL şeklinde sıralanmıştır (Tablo1) (23).

Her iki cinsiyet ve her yaştan 2020'deki yeni vaka sayısı



Toplam: 19 292 789 vaka

Grafik 1. 2020 yılı tahmini yeni vaka sayıları (22)

Tablo 1. 2020 Tahmini yeni vaka sayıları GLOBOCAN 2020(23)

Kanser Adı	Vaka Sayıları
Mesane	573.278
Non-Hodgkin Lenfoma	544.352
Pankreas	495.773
Lösemi	474.519
Böbrek	431.288
Rahim	417.367
Ağız – Oral Mukoza	377.713
Melanom	324.635
Over	313.959
Beyin, santral sinir sistemi	308.102
Larinks	184.615
Multiple Miyelom	176.404

Nazofarinks	133.354
Safra Kesesi	115.949
Orofarinks	98.412
Hipofarinks	84.254
Hodgkin Lenfoma	83.087
Testis	74.458

Amerika’da 2022 yılı verileri doğrultusunda tahmini yeni vaka ve ölüm sayıları Tablo 2’de gösterilmektedir (24).

Tablo 2 : Cinsiyete göre 2022 yılında Amerika’daki tahmini yeni vaka ve ölümlerin sayısı (24)

Hematolojik Kanser	Tahmini yeni vaka			Tahmini ölüm		
	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam
Lenfoma	40.320	48.690	89.010	12.250	8.920	21.170
Hodgkin Lenfoma	3.970	4.570	8.540	370	550	920
Non-Hodgkin Lenfoma	36.320	44.120	80.470	8.550	11.700	21.170
Miyelom	15.370	19.100	34.470	5.550	7.090	12.640
Lösemi	24.840	35.810	60.650	9.980	14.020	24.000
ALL	2.920	3.740	6.660	680	880	1.560
KLL	7.530	12.630	20.160	1.680	2.730	4.410
AML	8.910	11.140	20.050	4.810	6.730	11.540
KML	3.740	5.120	8.860	550	670	1.220

(ALL: Akut Lenfositik Lösemi , KLL: Kronik Lenfositik Lösemi, AML: Akut Miyeloid Lösemi, KML: Kronik Miyeloid Lösemi)

Kanser vakalarının sayısı arttıkça hematolojik malignitelerin spektrumu da değişmektedir. Örneğin lösemi vakaları dünya çapında azalmakta ancak gelişmiş bölgelerde (Fransa, İspanya, Slovenya ve Kıbrıs gibi) hâlâ artmaktadır. Ülkeler ve bölgeler, farklı sosyoekonomik gelişim aşamalarından kaynaklanan farklılıklar nedeniyle hematolojik malignitelerin türleri açısından farklılık göstermektedir (25).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) Türkiye için yayımladığı kanser türlerinin insidansına bakıldığında lösemi 7.023 vaka ile onuncu sırada, Non- Hodgkin Lenfoma 6.237 kişi sayısı ile 11; miyelom ve lenfoma daha arka sıralarda yer almaktadır (Tablo 3)(26).

Tablo 3: Türkiye'de 2020 yılında görülen kanser türleri insidansı, mortalite ve prevalans durumu (26)

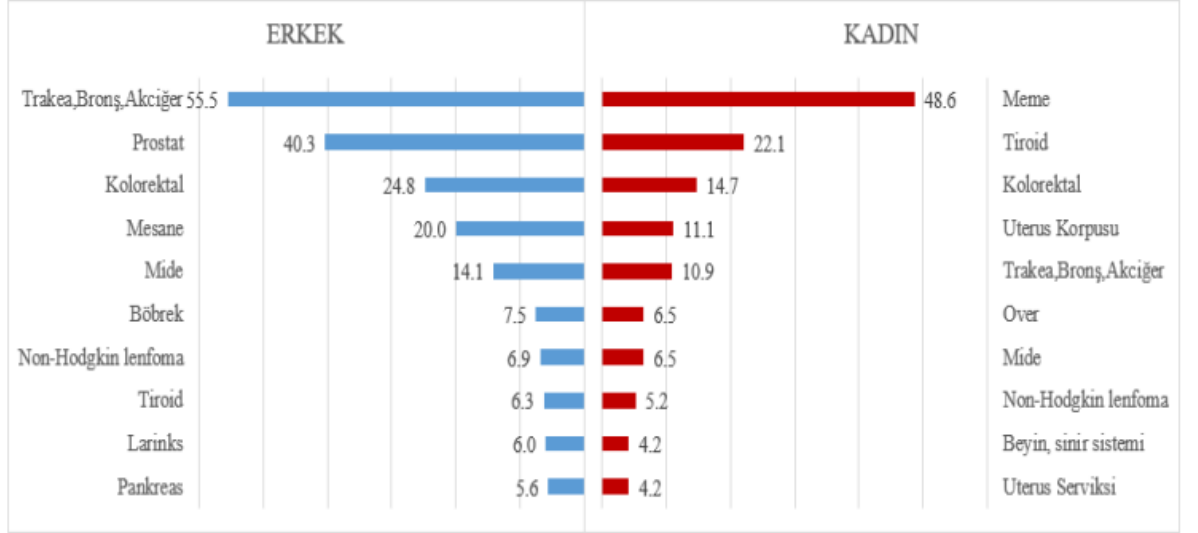
Kanser	Yeni Vaka		Ölüm		5 yıllık prevalans durumu	
	n	(%)	n	(%)	n	Her 100.000'de
Akciğer	41.264	17.6	37.070	29.3	45.607	54.08
Meme	24.175	10.3	7.161	5.7	83.973	196.64
Prostat	19.444	8.3	5.464	4.3	69.682	167.36
Tiroit	13.682	5.9	795	0.63	47.883	56.77
Mide	13.075	5.6	10.789	8.5	19.781	23.45
Mesane	12.248	5.2	3.771	3.0	35.857	45.52
Kolon	12.217	5.2	6.545	5.2	31.660	37.54
Rektum	8.741	3.7	4.178	3.3	24.796	29.40
Pankreas	8.392	3.6	8.124	6.5	6.392	7.58
Lösemi	7.023	3.0	4.831	3.8	20.820	24.69
NHL	6.237	2.7	3.067	2.4	18.873	22.38
Beyin, SSS	6.102	2.6	5.070	4.0	17.034	20.20
Korpus Uteri	5.918	2.5	1.589	1.3	19.556	45.80
Karaciğer	5.649	2.4	5.461	4.3	5.480	6.50
Böbrek	5.125	2.2	1.965	1.6	14.172	16.80

Larinks	4.108	1.8	1.496	1.2	12.082	14.33
Over Kanseri	4.059	1.7	2.730	2.2	11.278	26.41
Multiple Miyelom	2.680	1.1	1.970	1.6	6.886	8.16
Serviks Uteri	2.532	1.1	1.245	0.99	7.163	16.77
Dudak ve oral Mukoza	2.103	0.9	592	0.47	5.920	7.02
Cilt Melanomu	1.756	0.75	888	0.70	5.424	6.43
Testis	1.605	0.69	176	0.14	6.016	14.45
Hodgkin Lenfoma	1.520	0.65	378	0.30	5.445	6.46
Özafagus	1.405	0.60	1.338	1.1	1.606	1.90
Nazofarinks	1.089	0.47	613	0.49	3.283	3.89
Mezoteliyoma	896	0.38	707	0.56	1.181	1.40
Safra Kesesi	767	0.33	505	0.40	892	1.06
Tükürük Bezleri	552	0.24	129	0.10	1.754	2.08
Kaposi Sarkomu	525	0.22	75	0.06	1.506	1.79
Vulva	286	0.12	93	0.07	862	2.02
Hipofarinks	267	0.11	98	0.08	484	0.57
Anüs	233	0.10	75	0.06	666	0.79
Orofarinks	219	0.09	86	0.07	584	0.69
Vagina	111	0.05	36	0.03	310	0.73
Penis	23	0.01	7	0.01	70	0.17
Tüm Kanser Sayısı	233.834		126.335		581.636	689.6

Türkiye’de 2018 yılında yaşa standardize kanser hızı erkeklerde yüz binde 262,4 kadınlarda ise yüz binde 188,0’dır. Toplamda kanser insidansı ise yüz binde 225,2’dir.

İlgili yılda Türkiye’de toplam 211.273 kişiye yeni kanser teşhisi konulmuştur (27).

Ülkemizdeki hematolojik kanser görülme sıklığına bakıldığında ise ilk 10 kanser içerisinde Non-Hodgkin Lenfoma’ya rastlanmaktadır (Grafik 2) (27).



Grafik 2: Cinsiyete Göre En Sık Görülen 10 Kanserinin Yaşa Standardize Edilmiş Hızları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2018) (Dünya Standart Nüfusu, 100.000 Kişide) (27)

Hematolojik malignitesi olan hastaların sağkalım oranları son yıllarda artış göstermekle birlikte hematolojik malignitelerden kaynaklanan morbidite ve mortalitedeki değişimleri bilmek önem taşımaktadır; bu değişimlerin bilinmesi önleme stratejilerinin geliştirilmesine yardımcı olabilmektedir (28).

Hematolojik maligniteler normal hematopoetik fonksiyonun bozulmasından kaynaklanan miyeloid ve lenfatik tümörlerdir (29). Genellikle lösemi, multipl miyelom, Non Hodgkin Lenfoma ve Hodgkin lenfoma'dan oluşan çeşitli yaygın alt tiplere ayrılmaktadır (30).

2.1.1. Lenfomalar

Lenfoma, vücuttaki fazla sıvıyı uzaklaştıran ve bağışıklık hücreleri üreten lenfatik sistemi etkileyen bir kan kanseri türüdür. Lenfositler enfeksiyonla savaştan bir tür lökositir. Anormal lenfositler, lenf nodlarında ve diğer dokularda çoğalıp, o bölgede lenfoma hücrelerine dönüşür. Zamanla bu kanserli hücreler bağışıklık sistemine zarar vermektedir (31).

Bu lenfoid tümörler sıklıkla lenf nodlarından dalak, karaciğer, gastrointestinal sistem ve kemik iliğine kadar invaze olup diğer organ ve sistemlere metastaz yapabilmektedir. Hücresel değişme dereceleri ve hücre kökenine göre lenfomalar, Hodgkin Lenfoma (HL) ve Hodgkin Olmayan Lenfoma (NHL) olarak iki ana başlık altında incelenmektedir (32,33). Lenfomalar görülme sıklığının artması birlikte son yıllarda önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir (33).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sınıflandırması, öncü lenfoid hücrelerden türetilen lenfoid neoplazmaları olgun lenfoid hücrelerden türetilenlerden ayırmakta, her grubu B hücresi veya T hücresi kökenli neoplazmalar şeklinde sınıflandırmaktadır. Olgun lenfoid neoplazmalar çoğunlukla Hodgkin dışı lenfomaları (NHL) içermekte; Hodgkin Lenfomalar ayrı olarak değerlendirilmektedir (34).

2.1.1.1. Hodgkin lenfoma (HL)

Hodgkin hastalığı olarak bilinen hastalığın ilk tanımları, ünlü İngiliz patolog Thomas Hodgkin'in lenfadenopati ve dalak büyümesi olan hastalardan oluşan bir otopsi vaka serisini tanımladığı 1832 yılına kadar uzanmaktadır. Hodgkin lenfoma (HL), inflamatuvar bir arka planda kanserli Reed-Sternberg hücreleri ile karakterize edilen benzersiz bir hematopoietik neoplazmdir. Hodgkin lenfoma sıklıkla 20-30'lu yaşlarda gözlenmektedir. Hastalar sistemik B semptomlarıyla (ateş, titreme, gece terlemesi, vücut ağırlığının %10'undan fazla açıklanamayan kilo kaybı) birlikte supradiafragmatik lenfadenopati bulguları ile başvururlar. Aylar içinde büyüyen ağrısız lenfadenopati sık görülen bir durum olmaktadır (35).

Hastalığın ortaya çıktığı en yaygın 3 bölge (mediastinal tutulum, sol boyun düğümü büyümesi veya sağ boyun düğümü büyümesi) hastaların yaklaşık %60'ında

görülmektedir. Diğer bölgeler arasında azalan sıklık sırasına göre dalak, aksiller, abdominal bölge yer almaktadır. Mediastinal kitleler tanı konulmadan önce oldukça büyüyebilmekte; büyük hastalık, tümör kitlesinin enine çapının 10 cm'yi aşması ile tanımlanmaktadır. Mediastinal kitlenin erken evrelerde 10 cm'yi aşması kötü prognoz nedeni olabilmektedir. B semptomları (ateş, titreme, gece terlemesi veya vücut ağırlığının %10'undan fazla açıklanamayan kilo kaybı) hastalığın ileri evrelerinde daha sık gözlenmektedir. Eritrosit sedimentasyon hızı gibi inflamatuvar belirteçler tanı aşamasında yükselme eğiliminde olabilir ve hastalığın tanılanmasında belirteç olarak kullanılabilir. Benzer şekilde yaygın hastalığı olan hastalarda lökositöz/nötrofili ve anemi görülebilmekte ve daha kötü prognoza işaret etmektedir. Kesin tanıyı koymak için ilgili lenf nodundan (veya daha az sıklıkla tutulmuş ektranodal alan veya kemikten) eksizyonel biyopsi tercih edilmektedir (35).

Erken evre Hodgkin lenfoma hastaları genellikle kısaltılmış kemoterapi kürleri ve ardından ilgili alana yapılan radyasyon tedavisini içeren kombine tedavileri almaktadırlar. Bunun aksine, ileri evre Hodgkin lenfomalı hastalar genellikle daha uzun süreli kombinasyon kemoterapisi almakta ve radyoterapi bazı vakalarda kullanılmaktadır. Nükseden veya dirençli hastalığı olan hastalar için, yüksek dozda kurtarma kemoterapisi ve ardından otolog kök hücre nakli standart bakım olarak bildirilmiştir (36).

2.1.1.2. Non-Hodgkin Lenfoma (NHL)

Hodgkin dışı lenfoma (NHL), dünya çapındaki kanser teşhislerinin %2,8'ini oluşturmaktadır ve en yaygın hematolojik kanserdir (37). Etiyolojisine bakıldığında çeşitli genetik ve enfeksiyöz etiyolojiler farklı lenfoma alt tipleriyle ilişkilendirilmiştir (38). Hastalıkla en çok ilişkilendirilen Epstein-Barr virüsü genellikle Burkitt lenfoması, immüno-supresyon durumunda ortaya çıkan lenfomalar veya insan immün yetmezlik virüsü enfeksiyonunun yanı sıra görünüşte normal bağışıklık sistemine sahip hastalarda ortaya çıkan diğer lenfomalar dahil olmak üzere bir dizi B hücreli lenfomayla ilişkilidir. (39). Diğer lenfoma ile ilişkilendirilen virüs tipleri ise Herpes virüsü, Hepatit B virüsü, Hepatit C virüsü ve Helikobakter Pylori olarak sıralanmaktadır (40-42).

Non Hodgkin Lenfomalı hastaların çoğu, kalıcı ağrısız lenfadenopati ile başvuru yapmakta, ancak bazı hastalarda, özellikle yoğun gece terlemeleri, inatçı ateş ve açıklanamayan kilo kaybı gibi yapısal semptomlar görülmektedir. Tanı, doku biyopsisi ile konmakta ve doğru tanıyı koymak için yeterli örnek alınması önem taşımaktadır (43). Tedavinin belirlenmesi, doğru patolojik tanının konulması, hastalığın doğru evrelendirilmesi ve risk faktörlerinin doğru tanımlanmasına bağlı olmaktadır. Tedavi idame kemoterapi tedavisiyle birlikte kemoimmünoterapi ile sağlanmaktadır (36).

Hodgkin dışı lenfomada sağkalan hastalarda fiziksel ve psikolojik semptomlar görülebilmekte, bu semptomlar hastaların yaşam kalitelerini olumsuz etkileyebilmektedir (44-46). Hastaların yaşadıkları semptomlar arasında yorgunluk, fiziksel aktivite düzeyinde azalma, iştah kaybı, kilo değişimi, nöropati, nörobilişsel sorunlar, kaygı düzeyinde artma yer almaktadır (45-49). Bu etkilerden kaygı düzeyinde artma, kanser ve ilgili tedaviler sonucunda iyileşme ve nükslerin oluşumuyla tedavilerin yeniden planlanması gibi nedenlerle hastaların belirsizlik yaşaması kaynaklı gelişebilmektedir (50,51).

2.1.2. Lösemiler

Sağlıklı bir yaşam sürecinde tüm kan hücreleri uyumlu bir denge içinde çoğalmakta ve kendilerini yenilemektedir. Lösemi, gelişmekte olan lökositlerin disfonksiyonel proliferasyonundan kaynaklanan heterojen bir hematolojik malignite grubudur. Lösemiler gelişim sürecine göre akut ve kronik, kökenine göre miyeloid ya da lenfoid kaynaklı olmasına bağlı olarak 4 farklı alt tipte sınıflandırılmaktadır. Bu alt sınıflar Akut miyeloid lösemi (AML), akut lenfoblastik lösemi (ALL), kronik miyeloid lösemi ve kronik lenfositik lösemi olarak sınıflandırılmaktadır. (9)

2.1.2.1. Akut Miyeloid Lösemi

Akut lösemiler kemik iliğinde olgunlaşmamış, işlevsiz, hızlı gelişen blast hücrelerin oluşumuyla karakterizedir. Akut Miyeloid Lösemiler (AML) erişkinlerde en sık görülen lösemi tipidir. Amerika Birleşik Devleti'nde (ABD) 2018 yılında 19.520 yeni AML olgusu ve 10.670 olguda da hastalığa bağlı ölüm bildirilmiştir (24,52). Avrupa'da 2013 yılında yapılan bir araştırma sonuçlarına göre Avrupa'da

vaka sayısı 100.000 de 5 olarak bildirilmiştir. Akut miyeloid lösemi insidansı yaşa bağlı olarak değişim göstermekte, 60 yaş ve üzerindeki hastalarda hastalık görülme durumu belirgin şekilde artmaktadır (53). Tüm yaş gruplarında AML görülme sıklığı erkeklerde kadınlardan daha yüksek olarak belirtilmektedir (54).

Tedavi aşamasında prognostik faktörler, hastaları tedaviye direnç durumları ve tedaviye bağlı gelişebilecek mortalite risklerine göre sınıflama yapılmakta, standart veya artırılmış tedavi yoğunluğu, konsolidasyon kemoterapisi veya allojenik hematopoetik kök hücre nakli gibi tedavi yöntemleri uygulanmaktadır (55).

Tedavi planlanan hastalara öncelikle tam remisyona ulaşılabilmesi için indüksiyon tedavisi uygulanmaktadır. Hastanın tam remisyonunun sağlanması durumunda bile minimal düzeyde rezidüel hastalığın devam etmesi sıklıkla karşılaşılan bir durumdur. Bu nedenle tedavide süreklilik önem taşımakta, tedavide kesintilerin oluşması durumunda hastalığın nüksetmesi gerçekleşebilmektedir. Bu nedenle, herhangi bir rezidüel hastalığı ortadan kaldırmak ve kalıcı remisyon sağlamak için indüksiyon tedavisine olumlu yanıtın ardından konsolidasyon tedavileri uygulanmaktadır. İndüksiyon tedavisinin temel dayanağı, 7 günlük sürekli infüzyon sitarabin ile 3 günlük antrasiklini birleştiren '7+3' rejiminden oluşmaktadır. Bu tedavi rejimi genellikle orta olumlu prognoza sahip ve düşük tedaviye bağlı mortalite riski olan hastalara (örneğin performans durumu iyi, kreatinin, albümin ve trombosit sayısı normal olan genç hastalar) önerilmektedir (56). Yaşlı bireylerde, prognozun önemli ölçüde daha kötü olmasına rağmen, indüksiyon tedavisi, destekleyici bakım ve palyatif kemoterapiyle karşılaştırıldığında 65 yaş üstü hastalarda sağkalımı iyileştirdiği, olumlu sonuçlar alındığı belirtilmiştir (57).

2.1.2.2. Akut Lenfoblastik Lösemi

Akut lenfoblastik lösemi (ALL), kemik iliğinde, periferik kanda ve diğer organlarda olgunlaşmamış lenfoid hücrelerin çoğalması ile karakterize, heterojen bir hematolojik hastalıktır (53). Akut lenfoblastik lösemi, çocuklarda akut lösemilerin %75-80'ini temsil etmekte ve bu da ALL'yi çocukluk çağı lösemisinin en yaygın şekli yapmaktadır. Buna karşılık ALL yetişkinlerdeki tüm lösemilerin yaklaşık %20'sini temsil etmektedir (58). Akut lenfoblastik lösemi gelişimi için risk faktörleri arasında

ileri yaş (>70 yaş), kemoterapi veya radyasyon tedavisine maruz kalma ve genetik bozukluklar, özellikle Down sendromu yer almaktadır (59). Akut Lenfoblastik Lösemili hastaların hayatta kalma oranının, kemoterapi, yüksek doz kemoterapi ve kök hücre kurtarma ve endike olduğunda radyasyon tedavisini içeren yoğun multimodal tedavi rejimlerinin kullanımıyla önemli ölçüde iyileştiği belirtilmektedir (60). Amerika Birleşik Devletleri'nde Kanser İstatistikleri İçin Yetkili Bir Kaynak araştırma kurumu olan Sürveyans, Epidemiyoloji ve Nihai Sonuçları (SEER) veri tabanından yapılan analizlerde, beş yıllık genel sağkalım oranlarının sırasıyla %89 ve %61 olduğu çocuk, ergen ve genç yetişkin hastaların hayatta kalma oranlarında iyileşmeler olduğunu göstermiştir (61,62). Bununla birlikte, yetişkin hastalar için hayatta kalma oranları yaklaşık %20-40 gibi düşük bir seviyede kalmaktadır (24-26). Sağkalım oranları özellikle yaşlı erişkin hastalarda yaklaşık %20 olarak saptanmıştır (63,64).

2.1.2.3. Kronik Miyeloid Lösemi

Kronik miyeloid lösemi, 100.000 yetişkin başına bir iki vakanın görüldüğü miyeloproliferatif bir neoplazmdir. Kronik miyeloid lösemi tanısı sıklıkla rutin fizik muayene ve kan testlerinin uygulanması sırasında ortaya çıkmaktadır. Belirti ve semptomların çıkış merkezi splenomegali ve anemiden kaynaklanan bulgular olmaktadır. Semptomlar arasında yorgunluk, kilo kaybı, halsizlik, kolay doyma ve sol üst kadranda dolgunluk veya ağrı yer almaktadır. Nadir görülen belirtiler arasında kanama (düşük trombosit sayısı ve/veya trombosit fonksiyon bozukluğuyla ilişkili), tromboz (trombositoz ve/veya belirgin lökositozla ilişkili), gut (yüksek ürik asit düzeylerinden kaynaklanan), priapizm (genellikle belirgin lökositoz veya trombositozla birlikte), retina kanamaları yer almaktadır. Splenomegali, vakaların %20-40'ında tespit edilen fiziksel bulgular arasında yer almaktadır. Hepatomegali daha az yaygın olarak görülmektedir (%10'dan az)(65). Tanı için yapılan işlemlerde rutin kanlar ve genetik testler yapılmaktadır. Ayırıcı tanı için ise kemik iliği aspirasyon biyopsisi yapılması gerekmektedir (66).

Kronik miyeloid lösemi tedavisinde öncelikli olarak kullanılan ilaçlar arasında imatinib, dasatinib, nilotinib ve bosutinib yer almaktadır (65). Düşük riskli hastalığı veya orta riskli hastalığı olan hastaların imatinib, dasatinib, nilotinib veya bosutinib ile optimal yanıtla sahip olmaları beklenmektedir (67,68).

Çoğu KML tanısı almış olan bireyler, tedavilerine uyumlu oldukları yakın takip edildikleri sürece normal bir yaşam süresine sahip olması ve moleküler olmasa da potansiyel olarak işlevsel olarak iyileşmesi beklenmektedir (68).

2.1.2.4. Kronik Lenfositik Lösemi

Kronik Lenfositik Lösemi (KLL), artan yaşla birlikte yaşlı popülasyonda daha sıklıkla görülen bir hastalıktır. Kronik Lenfositik Lösemi tanısı olan hastaların hastalıklarındaki progresyonun yavaş olması uzun süre sağkalımla sonuçlanabilmektedir. Bu nedenle KLL yüksek bir prevalans oranına sahip olmakta ve batı ülkelerinde en yaygın yetişkin lösemisi olarak görülmektedir. Hastalık tek bir CD5+ B lenfositinin aşırı büyümesinden kaynaklanmaktadır. Bu klonal aşırı büyümenin klinik sonuçları değişkenlik gösterebilmektedir. Bazı hastalar teşhisten sonraki iki-üç yıl içinde yaşamını yitirirken diğer hastalar uzun yıllar hayatta kalabilmektedir. Bu değişkenlik, lösemik B hücresine özgü faktörlere (örn., kodlayan ve kodlamayan genlerdeki genetik ve epigenetik değişiklikler) ve lösemik hücreye etki eden dışsal faktörlere (örn., doku mikroçevresindeki çeşitli sinyal yollarıyla sağlanan girdiler) bağlı olabilmektedir (69).

Hastalık etkenleri incelendiğinde çevresel etmenler olarak radyoaktif maddelerden pestisitlere, özellikle de deltamethrine ve herbisitlere maruz kalma, KLL gelişimiyle ilişkilendirilmiştir. Solunum yolu enfeksiyonları, selülit ve herpes zoster virüs enfeksiyonları KLL'nin habercisi olabilmektedir. Bu durum da hastalık gelişimine zemin hazırlayan, altta yatan bir bağışıklık bozukluğunun varlığına işaret etmektedir (70-73). Sağlık hizmetlerine kolayca erişilebilen çoğu batı ülkesinde, KLL tanısı rutin bir tıbbi ziyaret sırasında tam kan sayımında yüksek sayıda lenfosit bulunmasıyla konmaktadır (74). Çoğu KLL hastası artan yaş nedeniyle organ fonksiyonlarındaki bozulmalar sonucu tedaviyi tolere etmekte güçlük yaşamaktadır. Bu nedenle hastanın uygunluğu ve komorbiditeler tedavi hedeflerini etkilemektedir. Kronik lenfositik lösemi tedavisinde en sık kullanılan tedavi seçenekleri kemoimmünoterapi, B hücresi yüzey moleküllerine yönelik monoklonal antikorlar ve sinyalleme ve anti-apoptotik yolların inhibitörleridir (69).

2.1.3. Multiple Miyelom

Multipl Miyelom (MM), kemik iliğinde anormal klonal plazma hücrelerinin varlığı ile karakterize edilen ve yıkıcı kemik lezyonlarına, böbrek hasarına, anemiye ve hiperkalsemiye neden olan kontrolsüz büyüme potansiyeline sahip hematolojik bir malignitedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde tahminen 34.920 kişiye ve her yıl dünya çapında yaklaşık 588.161 kişiye multipl miyelom tanısı konmaktadır (75).

Multipl miyelomu hastaların yaklaşık %73'ünde anemi, %79'unda osteolitik kemik hastalığı ve %19'unda başvuru anında akut böbrek hasarı olduğu tespit edilmiştir. Olası multipl miyelomu olan hastalar, hemoglobin, serum kreatinin, serum kalsiyum ve serum serbest hafif zincir seviyelerinin ölçülmesi; immünfiksasyonla serum protein elektroforezi, 24 saatlik idrar protein elektroforezi; ve bilgisayarlı tomografi, pozitron emisyon tomografisi veya manyetik rezonans görüntüleme ile tüm vücut iskeletinin görüntülenmesi ile tanı konulmaktadır. Tanı anında hastaların %28'i Revize Edilmiş Uluslararası Evreleme evre I multipl miyelom olarak sınıflandırılır ve bu hastaların ortalama beş yıllık sağkalımları %82'dir. Multipl miyelomlu tüm hastalar arasında standart birinci basamak (indüksiyon) tedavisi, enjekte edilebilir bir proteazom inhibitörü (örn., bortezomib), bir oral immünomodülatör ajan (örn., lenalidomid) ve deksametazonun bir kombinasyonundan oluşmaktadır ve ortalama progresyonsuz tedavi ile ilişkilidir. Tedavisiz sekiz buçuk aylık geçmiş raporlarla karşılaştırıldığında 41 aylık sağkalım sağlanmıştır. Otolog hematopoietik kök hücre nakli ve ardından idame lenalidomid ile birleştirilen bu indüksiyon tedavisi, uygun hastalar için standart olarak bildirilmiştir (75).

2.2. Tedaviye Uyum

Uyum, bir olay ya da durum karşısında gösterilen olumlu tavır, kabullenme, beklenen tarzda davranışı ifade etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yapılan tanımda bir sağlık hizmeti sağlayıcısının önerileri ile hastanın önerilere uyma düzeyinin ne ölçüde olduğunun belirlenmesi olarak tanımlanmaktadır. Tedaviye uyum yaygın olarak ilaç tedavisinin önerilen şekilde kullanılıp kullanılmadığının

değerlendirilmesi yönünde olmakla birlikte kişisel bakım sağlama, diyet uygulama, önerilen egzersiz programını uygulama, tıbbi cihaz kullanımı, yaşam tarzı değişiklikleri yapma gibi diğer durumlar da tedaviye uyumun önemli bileşenleri arasında yer almaktadır. Uyumun sağlanmasında sağlık hizmeti sağlayıcısı ile hasta arasındaki etkileşim önem taşımakta ve uyumu etkilemektedir (76).

Uyum düzeyi farklı zaman aralıklarında değişkenlik gösterebilmektedir. Uyum düzeyinin değerlendirilmesinde doğrudan ya da dolaylı yollarla çeşitli ölçümler yapılmakta, raporlamalar oluşturulmaktadır. Her yaklaşımın avantajları ve dezavantajları bulunmakta ve hiçbir yöntemin uyum düzeyinin belirlenmesinde tek başına altın standart olarak kabul edilmediği belirtilmektedir (77).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2003 tahminleri, gelişmiş ülkelerde yaşayan kronik hastalıkları olan hastaların yalnızca %50'sinin tedavi önerilerini takip ettiğini göstermiştir (76). Orta Doğu ülkeleri arasında uyum düzeyini değerlendiren çalışmaların incelendiği bir derlemede ilaç tedavisine uyumsuzluk oranlarının %1,4-%88 arasında değiştiği bildirilmiştir (78).

Tedaviye uyumun önündeki başlıca engellerin arasında modern ilaç rejimlerinin karmaşıklığı, zayıf sağlık okuryazarlığı ve tedavinin yararlarının anlaşılmasında, tartışılmayan yan etkilerin ortaya çıkması, tedaviden düşük memnuniyet, reçeteli ilacın maliyeti ve hastalar arasında zayıf iletişim veya sağlık hizmeti sağlayıcısının güven eksikliği yer aldığı düşünülmektedir (79,80). Bunun yanında bakım ve tedaviye erişim düzeyi, bakım ve tedaviye erişim için geçirilen zamanın artış göstermesi gibi durumların uyum düzeyinde azalmaya katkıda bulunduğu belirlenmiştir (81).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tedaviye uyumun önündeki engelleri beş kategoride gruplandırmaktadır. Bu sınıflandırma içerisinde sağlık sistemi ve sağlık hizmeti sağlayıcısı ile ilgili faktörler, sosyo-ekonomik faktörler, tedavi ile ilgili faktörler, hasta ile ilgili faktörler ve hastalık ile ilgili faktörler bulunmaktadır. Tedaviye uyum sağlanmasında karşılaşılan engeller aşağıdaki şekilde gösterilmiştir (Şekil1)(Tablo 4) (76).



Şekil. 1 Tedaviye Uyumun Belirleyicileri (76)

Tablo 4. Uyumun önündeki 5 faktör ve sıklıkla karşılaşılan engeller (76)

Bariyer	Kategorisi
Hasta- Bakım Sağlayıcı İlişkisinin Zayıf Olması	Sağlık Sistemi ve Sağlık Hizmeti Sağlayıcısı ile İlgili Faktörler
Sağlık Hizmetlerine Yetersiz Erişim	Sağlık Sistemi ve Sağlık Hizmeti Sağlayıcısı ile İlgili Faktörler
Yüksek İlaç Maliyeti Hastanın Yetersiz Bilgi Sahibi Olması	Sosyo-ekonomik
Kültürel İnançlar	Sosyo-ekonomik
Semptom Şiddeti Düzeyi	Tedavi ile İlgili Faktörler
Etkili Tedavilerin Mevcudiyeti	Tedavi ile İlgili Faktörler
Yararlı Etkilerin Aciliyeti	Tedavi ile İlgili Faktörler
Yan Etki	Tedavi ile İlgili Faktörler
Hastalık Etiketleri	Hasta ile İlgili Faktörler
Tedavi Konusunda Yetersiz Bilgi	Hasta ile İlgili Faktörler

2.2.1.Tedaviye Uyum Bileşenleri

2.2.1.1.Sosyo-Ekonomik Faktörler

Sosyo-ekonomik faktörlerin uyumun sağlanmasına yönelik bir belirleyici olduğuna ilişkin veriler kısıtlı olmakla birlikte düşük sosyoekonomik düzey, özellikle gelişmekte olan ülkelerde hastaların temel gereksinimlerini karşılamayı öncelik olarak belirlemesine neden olabilmektedir. Hastalar mevcut sınırlı kaynaklarını çocukları ve diğer aile üyelerinin gereksinimlerini karşılamaya yönelik de kullanmak zorunda kalabilmektedirler. Bu durumda hastalığa ve tedaviye uyum sağlamaya ilişkin gereksinimlerin karşılanması ikinci plana alınmakta ve uyumun sağlanması zorlaşmaktadır (76).

Hastalar okuma yazma bilme oranlarının düşük olması, düşük eğitim düzeyi, sosyal destek ağlarının yeterli olmaması gibi nedenlerle tedavi merkezlerine ulaşımın sağlanmasında güçlükler yaşayabilmektedir. Yaşam koşullarında ani değişimlerin olması, çevresel değişimlerin yaşanması da tedavi ve bakıma ulaşabilmede önemli engeller arasında yer almaktadır. Yoksulluk, işsizlik gibi temel gereksinimlerin karşılanmasında güçlük yaşayan hastaların tedavi merkezlerine ulaşım maliyetlerinin fazla olması, tedavi giderlerinin yüksek maliyet içermesi gibi nedenlerle de hastalığa ve tedaviye uyum sağlamada sorunlar yaşayabildiği görülmektedir. Hastalık ve tedaviye ilişkin kültür ve inançlar da uyumun sağlanmasında önemli bir faktör olarak yer almaktadır (76).

2.2.1.2. Sağlık Sistemi ve Sağlık Hizmeti Sağlayıcısı ile İlgili Faktörler

Hastalar ve onlara bakım sağlayıcı olan sağlık profesyonelleri arasındaki etkileşimin uyumun geliştirilmesinde önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir. Hastalar ve sağlık profesyonelleri arasındaki güven duygusunun gelişimi hastaların uyum düzeyine olumlu etki sağlamaktadır (82). Sağlık profesyonellerinin bilgi, deneyim ve donanımlarında eksikliklerin olması, kısa sürede fazla hastaya bakım eğitim danışmanlık ve tedavi hizmeti sağlama durumunda olmaları gibi sağlık profesyonellerinin çalışma koşullarına ilişkin durumlar da uyumun gelişimini etkileyebilmektedir. Sağlık profesyonelinin hastasına gerektiğinden daha az süre

ayırması hastaların gerektiği kadar eğitim alamamalarına ve çeşitli yanlış anlaşılmalara neden olabilmektedir. Sağlık profesyonellerinin sağladığı bakımın dışında sağlık sisteminin işleyişi de uyumun geliştirilebilmesi için önemli bir bileşendir. Sağlık hizmeti işleyişinde sorunların yaşanması, sağlık hizmetlerinin gelişimindeki yetersizlikler ya da bazı geliştirilen uygulamaların yürütülmesinde sorunları yaşanması, bazı hizmetlerin hiç uygulanamaması gibi nedenler uyumun sağlanmasının önündeki engeller arasında yer almaktadır. Sağlık hizmetlerinin sağlanması kapsamındaki sağlık sigortası ve geri ödeme kapsamındaki yaşanan sorunlar, ilaca ulaşımın sağlanmasındaki zorluklar özellikle kronik hastalığı olan bireylerin uyumunun geliştirilebilmesinde önemli engeller arasındadır (76).

2.2.1.3.Tedavi ile İlgili Faktörler

Tedavi ile ilişkili faktörlerle ilgili olarak tedavi rejiminin kompleks olması, tedavinin süresi, geçmişte yaşanan tedavi deneyimleri, tedavi rejiminde değişimlerin olması, tedavinin etkinliği, tedavinin yan etkileri uyumu etkileyen faktörler arasında yer almaktadır (76).

2.2.1.4.Hastalık ile İlgili Faktörler

Hastalığın ve semptomların şiddeti, sosyal, psikolojik ve fonksiyonel kayıp durumu, hastalığın ilerleme durumu uyumu etkileyen faktörler arasında yer almaktadır (76).

2.2.1.5.Hasta İle İlgili Faktörler

Bireyin hastalığını algılama ve hastalığı konusunda bilgi düzeyi, motivasyonu, hastalığı yönetmede kendine olan güveni, tedaviden beklentileri tedaviye uyumu etkileyen etmenler arasındadır. Hasta ile ilgili uyumu etkileyen diğer faktörler unutkanlık, stres, olası yan etkiler nedeniyle anksiyete yaşama, düşük motivasyon durumu, tedavi ve hastalık semptomlarını yönetmede bilgi ve beceri eksikliği,

tedavinin gerekli olduğunu algılamada güçlükler, tedavinin etkinliğinin algılanmasında güçlükler, tedavinin etkinliği konusunda olumsuz düşünceler, hastalığı kabullenmede güçlükler, tedavi etkinliği konusunda umutsuzluk yaşamadır (76).

Uyumun algılanan önemini artırarak hastanın içsel motivasyonunu geliştirmek ve öz yönetim becerilerini geliştirerek güveni güçlendirmek, uyumun iyileştirilmesi için uygulanabilir girişimler arasında yer almalıdır (76).

2.3.Hematolojik Kanser Hastalarında Tedaviye Uyum

Kanser tanısının verdiği endişe, gelecek kaygısı, tedavi sürecinde ölüm korkusu gibi duygular uyandırdığı için diğer kronik hastalıklardan farklı olarak yarattığı stres kişileri diğer hastalık gruplarından çok daha fazla olumsuz etkileyebilmektedir (83). Ayrıca hematolojik kanserler medikal tedavinin sürdürülmesinin yanında psikolojik sosyolojik etkiler gibi birçok etkinin yanı sıra geleceğe ilişkin belirsizlik içermesiyle birlikte tüm yaşamı etkileyen bir süreçtir (84).

Kanser tanısı olan hastaların tedaviye uyumunda 5 ana komponente ilişkin yapılan raporlamalarda ortaya çıkan bulgular Tablo 5 'te yer almaktadır.

Tablo 5. Kanser Hastalarında Tedaviye Uyumun Önündeki Engeller Örneği

Sosyoekonomik Faktörler	Tedavi ortamından uzak mesafede ikamet etmek
Sağlık Ekibi ve Sistemle ilgili faktörler	Sağlık profesyonellerinin ağrı yönetimi konusunda bilgi eksikliği; hastaya bakım eğitiminin yetersiz verilmesi, aileye ve bakıcılara bakım eğitiminin yetersiz verilmesi.
Hastalık İlişkili Faktörler	Hastalığın doğasını; hastalık ve semptomlarının yeterince anlaşılabilmesi
Tedavi ile İlgili Faktörler	Karmaşık tedavi rejimleri; çok fazla oral ilaç almak; doz sıklığı; ilaçların nasıl

	alınacağına ilişkin talimatların yanlış anlaşılması
Hasta İle İlgili Faktörler	Unutkanlık; ağrıyla ilgili yanlış kanılar; enjeksiyon korkusu; olası olumsuz olaylarla ilgili kaygılar; kendi kendine algılanan tedavi ihtiyacının olmaması; ilaç almanın önemli olduğunu hissetmemek; ilaç bağımlılığı konusunda aşırı kaygı; bağımlılık korkusu.

Yapılan sistematik bir incelemede hastaların büyük bir kısmının oral antineoplastik ilaçlarını reçete edildiği gibi almakta zorlandığı bildirilmiştir (85). Kanser tedavisine uyum oranlarının değerlendirildiği bir çalışmada uyum oranlarının kanser türlerine göre değişkenlik gösterebildiği belirtilmiştir (86). Akut lenfositik lösemi tanısı olan hastaların tedaviye uyum düzeylerinin incelendiği çalışmada hastaların %6-%35 oranlarında tedaviye uyum göstermedikleri belirlenmiştir (87,88). Hematolojik kanser hastalarının oral kemoterapi tedavisine uyumunun değerlendirildiği bir çalışmada %33-%67 oranlarında uyumlu oldukları bildirilmiştir (89).

Tablo 6. Yetişkinlerdeki Bazı Kanserler ve Oral Antineoplastik Ajanlara Uyum Oranları (86)

Kanser Tipi	Uyum Ölçüsü	Uyum Oranı
Hematolojik Kanserler	İlaç metabolitlerinin serum seviyeleri	%43.6
Meme Kanseri	Kişilerin İfadeleri	%53
Hodgkin veya Hodgkin dışı lenfoma	mikroelektronik izleme sistemi (MEMS)	%100

Hematolojik kanserler, çoğu uzun ve karmaşık tedavi rejimleri olan, giderek artan oranda kendi kendine uygulanan ilaçlarla tedavi edilmektedir (90,91). Bu durum, özellikle evde kanser tedavilerini sürdüren hastaların hasta eğitimi, tedavi planlarının gözden geçirilmesi ve hasta izlemi açısından değerlendirilmesi gerektiğini ortaya çıkarmaktadır (92,93). Uzun süreli evde yönetimi de gerektiren durumlarda tedavi uyumunu artırabilmek için uyuma etki eden faktörlerin neler olduğunun saptanması ve uyumu artırmaya yönelik çok bileşenli girişimlerin planlanması önem taşımaktadır (94). Hematolojik kanser tanısı olan hastaların uyumlarının değerlendirildiği tüm hematolojik kanserlerde ilaç uyumunu inceleyen sistematik incelemeye rastlanmamıştır. Böyle bir inceleme, gelecekteki araştırmaların ve klinik uygulamaların hematolojik kanser hastalarının ilaca uyumunu nasıl geliştirebileceği hakkında önemli bilgiler sağlayacaktır (93,95,96).

2.3.1. Hematolojik Kanser Hastalarında Uyumu Etkileyen Faktörler

Hematolojik kanser tanısı olan hastaların tedaviye uyumu sosyodemografik özellikler, hasta ve tedavi ile ilişkili faktörler, sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin faktörlerden etkilenmektedir. Hematolojik kanser tanısı olan hastalarla yapılmış bir çalışmada eğitim düzeyi yükseldikçe hastaların uyum düzeylerinin arttığı belirtilmiştir (97). Akut lenfositik lösemi tanısı olan hastalarda ileri yaşın uyumsuzlukla ilişkili olduğu bildirilmiştir (98,99).

Hasta ile ilişkili faktörlerden hastaların sosyal destek ağlarının varlığı ilaç tedavisine yüksek uyum ile ilişkilendirilmiştir. Yalnız yaşayan hastalarda daha yüksek düzeyde uyumsuzluk görülürken, yüksek düzeyde sosyal destek daha yüksek düzey uyumla ilişkilendirilmiştir. Düşük sosyoekonomik durum ve tedavi katkı payının daha yüksek yüzdesi gibi ekonomik faktörler tedaviye uyumsuzlukla ilişkilendirilmiştir (97,100,101,98,99). Hastaların hastalıkları ve yönetimi hakkındaki bilgi düzeyi, fiziksel ve duygusal gereksinimleri gibi faktörler de ilacın önerildiği şekilde alınmasının hatırlanmasında önemli bir faktör olarak bildirilmiştir. (102,97).

Hastaların kullandıkları tedavilere yönelik yan etki yaşama durumlarının yüksek olması yüksek tedavi uyumsuzluğunu ortaya çıkarmaktadır (103). Yapılan çalışmalarda, hastaların tedavi yan etkilerinden kaçınmak ve kendilerini fiziksel olarak daha iyi hissetmelerini sağlamak amacıyla tıbbi öneri olmaksızın kullandıkları ilaçlarını sıklıkla azalttıkları, bıraktıkları ya da ilaçları değiştirdikleri bildirilmiştir (87,102). Hekim ve hasta iletişiminin de hastaların tedaviye uyum düzeyini etkilediği belirtilmiştir (102).

2.4. Tedaviye Uyum ve Hemşirelik Bakımı

Tedaviye uyumun önemli bileşenlerinden birisi sağlık ekibi ve sağlık profesyonellerinin sağladığı hizmetlerdir. Sağlık profesyonelleri arasında hastaların tedaviye uyumlarının sağlanabilmesi için hemşirelerin sorumlulukları kaçınılmazdır (104). Hastalar, sağlık profesyonellerini “rahatsız etmekten” korktukları için almaları gereken ilaçlarla ilgili şüphelerini ve endişelerini dile getirmekten çekinmektedirler (105). Bu nedenle, bu bilginin sağlanmasında (106) ve öngörülen tedavi sürecinin izlenmesinde (107) hemşirenin rolü esastır.

Hemşirelerin tedaviye uyumun sağlanabilmesi için hastalarına sağlayacağı hizmetlerin yapılandırılmasında eğitim, danışmanlık, uzaktan izleme dayalı sistemlerin kullanımı büyük öneme sahiptir. Böylece uyumun artırılması ve önlenebilir hastaneye tekrar yatışların azaltılması sağlanabilmektedir.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Çalışmada niteliksel araştırma yöntemlerinden tanımlayıcı kalitatif araştırma yöntemi kullanılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Bornova Ek Hizmet Binası Hematoloji ve Onkoloji Servisinde Ocak 2023- Eylül 2023 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Bornova Ek Hizmet Binası Hematoloji ve Onkoloji Servisinde izlenen hastalar oluşturmuştur.

Örnekleme yöntemi planlanırken maksimum varyasyon yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntemin kullanımıyla hematolojik kanser tanısı olan bireylerdeki yaşanan deneyimlerin çeşitliğini ortaya çıkarabilmek amaçlanmıştır. Serviste tedavi alan hastalardan hematolojik malignite tanıları Akut Miyeloid Lösemi , Kronik Miyeloid Lösemi , Akut Lenfositik Lösemi, Kronik Lenfositik Lösemi , Multiple Miyelom , Hodgkin ve Non-Hodgkin Lenfoma olan hastalar örnekleme yer almıştır. Ayrıca deneyimlerde çeşitliliğe etki edeceği düşünüldüğü için farklı sosyodemografik özellikleri olan bireyler çalışmaya dahil edilmiştir. Nitel araştırmalarda örneklem büyüklüğünün belirlenmesi için kesin kurallar bulunmamaktadır. Örneklem sayısında genişleme olması, veri derinliğinde kayıp oluşturabileceği için araştırmaya katılan birey sayısında sınırlama yapma önerilmektedir. Nitel araştırmaların örneklem büyüklüğü; yapılandırılmış soruların niteliğine, toplanan verilerin özelliklerine, yapılan analize ve araştırmayı destekleyen kaynaklara bağlı olarak değişim gösterebilmektedir. Elde edilen bilgiler doğrultusunda yeterli veriye ulaşıncaya kadar görüşmelere devam edilmektedir. Görüşmelerde, yeni bir verinin elde edilmemesi görüşmelerin sonlandırılarak örneklemin büyüklüğünün netleştirilmesinde bir

belirleyicidir. Toplanan verilerin derinlik ve büyüklüğü önemli faktörler arasında yer almaktadır (108,109,110). Bu bilgiler doğrultusunda araştırmanın örnekleme dahil olma kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılımında gönüllü olan hastalarla veri doyumunu sağlanana kadar görüşmelere devam edilmiştir. Yirmi hastaya ulaşıldığında verilen cevaplarda tekrarlar olduğu için araştırmanın verileri doygunluğa ulaşmış olduğu kabul edilerek veri toplama sonlandırılmıştır.

Örneklem seçme ve dışlama kriterleri aşağıdaki tabloda gösterilmiştir (Tablo 7).

Tablo 7: Araştırmaya Dahil Edilme, Dışlanma Kriterleri

Dahil Edilme Kriterleri	Dışlanma Kriterleri
-18 yaş üzerinde olmak -Türkçe konuşabiliyor ve anlayabiliyor olmak -En az 6 ay önce hematolojik kanser tanısı almış olmak -Tedavi sürecine devam ediyor olmak -Tanısını biliyor olmak -Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak	-Görüşmeye engel oluşturabilecek sorunların olması (entübasyon, BİPAP, CPAP cihazı ...) -Görüşmeye engel oluşturabilecek düzeyde işitme sorununun olması -Yer, zaman, kişi oryantasyonunun olmaması.

Çalışmada nitel araştırma yöntemi kullanıldığı için bağımlı bağımsız değişkenler bulunmamaktadır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Veri toplama sürecinde gözlem ve görüşme yöntemlerinin kullanımı, yazılı materyallerin incelenmesi yer almaktadır. Nitel çalışma deseninde görüşme

araştırmacılar tarafından sıklıkla tercih edilmektedir. Görüşme yöntemleriyle bireylerin deneyimlerinden yararlanılarak duygular, değerler, yönelimler anlaşılmaya çalışılmaktadır. Görüşme sürecinde gözleme ile elde edilen bilgilerle ve yazılı materyallerin katkısı ile çalışmaların geçerlik güvenirliği sağlanmaya çalışılmaktadır (52).

Araştırma verileri niteliksel araştırma veri toplama yöntemlerinden “Bireysel Derinlemesine Görüşme” kullanılarak toplanmıştır. Hastalara araştırmanın amacı açıklandıktan sonra kabul edenlere bilgilendirilmiş onam formu (EK.1) doldurulmuştur. Görüşme klinik ortamında uygun, sessiz bir odada ve hastanın stabil olduğu (nefes darlığının olmaması, koopere olması, görüşmeyi engelleyecek bir semptom yaşamaması) bir zamanda yapılmıştır. Hasta odaları tek kişilik olduğu için görüşmeler hasta odasında yapılmıştır. Görüşmelerden önce bireylerin izinleri alınmış ve ses kaydı yapılmıştır. Görüşme sırasında “Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu” kullanılmıştır.

Çalışmamızda veriler, araştırmacının düzenlediği yarı yapılandırılmış görüşme formu, katılımcıya ait sosyodemografik özellikleri içeren tanılama formları aracılığıyla toplanmıştır.

3.6.1 Hematolojik Kanser Tanısı Olan Birey Tanılama Formu (EK 2)

Hastaların kişisel bilgilerine ilişkin veri elde etmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmış bu formda; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, tanı, tanı süresi, hastanede kalma süresi, tedavi dışı hastaneye yatma durumu, alınan tedavi şekli, tedavi sıklığı, ek kronik hastalıklar olmak üzere 13 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu (EK 3)







Literatürden yararlanılarak hazırlanmış yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır (111,112,113). Yarı yapılandırılmış görüşme formu, katılımcıların hastalığa ve tedaviye uyumlarına ilişkin deneyimlerini ortaya çıkarma amacıyla

oluşturulmuş sorulardan oluşmaktadır.

3.7. Araştırma Planı

Araştırma planı aşağıdaki tabloda yer almaktadır (Tablo 8).

Tablo 8. Araştırma Planı

Yapılan Çalışmalar	Aralık 2022	Ocak 2023	Ocak 2023- Eylül 2023	Ekim- Kasım 2023	Aralık 2023 Ocak 2024
Etik Kurul İzni					
Kurum İzni					
Veri Toplama Süreci					
Verilerin Analizi					
Rapor Hazırlama Süreci					
Tez Bitirme Sınavı					

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmacı tarafından alınan ses kayıtlarının yazılı hale getirilmesi sonrasında içerik analizi yapılmıştır. Hasta ifadelerine yorum katmadan veri doğasına sadık kalınmasına özen gösterilmiştir. Analiz iki araştırmacının ayrı olarak verileri anlamlarına göre bölme ve belirli bir anlam etrafında yorumlaması ile anlamlı hale getirilmiştir. (108, 114).

İçerik Analizi Aşamaları:

1. *Aşama (Görüşme verisinin yazıya geçirilmesi)*: Her hasta ile yapılan görüşme verisinin ses kaydından hiçbir değişiklik yapılmadan ham dökümleri bilgisayar ortamında yazıya geçirilmiştir.

2. *Aşama (Görüşme verilerinin düzenlenmesi)*: Ham dökümleri yapılan veriler düzenlenerek 'işlenmiş metin' haline getirilmiştir. İşlenmiş metin, ham metne göre araştırma sorusuna uygun yanıtları içeren, düzenlenen daha üst bir metindir.

3. *Aşama*: İşlenmiş metne, görüşme süresince araştırmacının aldığı notlar, görüşülen kişinin ses tonu, mimikleri, hal ve hareketleri de eklenerek verilere son hali verilmiştir.

4. *Aşama*: Her bir görüşme metni iyice anlaşılincaya kadar birkaç kez okunmuş, okunurken araştırma sorularına göre önemli olan bölümlerin kenarlarına notlar alınmıştır.

5. *Aşama (Verilerin kodlanması)*: Kendi içinde anlamlı bir bütün oluşturan birimlere, o birimi en iyi ifade eden bir etiket (bir isim, bir kod) verilmiştir. Aynı birimlerle tekrar karşılaşıncaya aynı kod yanına tekrardan yazılmıştır. Bu işlem her birey için ayrı ayrı yapılmıştır.

6. *Aşama*: Her görüşülen kişi için ayrı ayrı bir kod listesi oluşturulmuş ve tüm görüşmelerden elde edilen kodlar bir araya getirilmiştir.

7. *Aşama*: Bu aşamada üç boyutlu olarak benzerlik ve farklılıklara bakılmıştır. Öncelikle her birey için bir araya getirilen kodlar arasında benzerlikler ve farklılıklar

araştırılmıştır. Daha sonra her çiftin kendi içinde benzerlik ve farklılıkları ortaya konmuş, en son da çiftler arası benzerlik ve farklılıklara odaklanılmıştır. Buna bağlı olarak birbiri ile ilişkili olan kodlar bir araya getirilerek temalar oluşturulmuştur.

8. *Aşama:* Veriler temalara göre özetlenip yorumlanmış ve temalar ilişkilendirilmiştir.

9. *Aşama:* Oluşturulan temalardan bir üst anlam ifade eden temalar (ana temalara) belirlenmiştir.

10. *Aşama:* Ana temalar belirlendikten sonra verilerin raporlanmasına geçilmiştir.

11. *Aşama:* Verilerin raporlanmasında; akla yatkınlık, deneyimlere uygunluk, inandırıcılık, önem ve okunurluk özellikleri sağlanmıştır (115,108).

Veriler uzman kişi ve araştırmacı olmak üzere iki kişi tarafından bireysel olarak analiz edilmiştir. Bir araştırmacı MAXQDA Analytics Pro (24.0.0) programında; diğer araştırmacı program kullanmadan içerik analizi ile kodları oluşturmuştur. Araştırmacı alanında yeterli ve yetkin kişiler tarafından 09.02.2021-20.02.2021 tarihlerinde düzenlenmiş olan Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sürekli Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi Nitel Araştırma Kursuna Katılım sağlamıştır (EK.4). Buna ek olarak MAXQDA Nitel Veri Analiz Eğitimi Programına da katılarak nitel araştırma alanında eğitimlerini tamamlamıştır (EK5). Bireysel analizlerden sonra araştırmacılar bir araya gelmiştir ve araştırma amacına uygun şekilde verileri eleştirel olarak değerlendirerek temalar ve alt temaları tartışmışlardır. Bulguları en iyi tanımlayan temalar üzerinde görüş birliğine varmışlardır. Son aşamada analize uygun biçimde araştırma raporu yazılmıştır.

Verilerin raporlanmasında The Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) değerlendirme formu kullanılmıştır. COREQ kontrol listesi özellikle sağlık alanında gerçekleştirilen nitel çalışmaların açık ve kapsamlı bir şekilde raporlanmasını teşvik etmek için geliştirilmiştir. Bu kontrol listesi, nitel çalışmaların raporlanmasına özgü maddelerden oluşmaktadır. COREQ, raporlanması gereken çalışma tasarımının gerekli bileşenlerini kapsayan kapsamlı bir kontrol

listesidir. Kontrol listesinde yer alan kriterler, araştırmacıların araştırma ekibinin önemli yönlerini, çalışma yöntemlerini, çalışmanın bağlamını, bulguları, analizleri ve yorumları rapor etmelerine yardımcı olabilir (116).

3.9. Araştırmanın Geçerlik ve Güvenirliği

Araştırmanın geçerliği ve güvenirliği için Lincoln ve Guba (1985)'nın önerdiği ölçütler dikkate alınmıştır (117).

Geçerlik: Lincoln ve Guba" iç geçerlik" yerine" inandırıcılık", " dış geçerlik" yerine "aktarılabirlik" kavramlarını kullanmayı tercih etmektedirler (117). İnandırıcılık, araştırma soruları yoluyla gerçeğin doğru temsil edilmesini içermektedir (108). Bu araştırmada inandırıcılık için, veri doğgunluğu elde edilinceye kadar veri toplamaya devam edilmiştir. Bireylerin tedaviye uyum deneyimlerinin anlaşılmasını sağlamak için görüşülen kişilerle uzun süreli etkileşim sağlanmıştır. Bütün görüşmeler ses kayıt cihazı ile kaydedilmiştir. Ayrıca araştırmacı kendi gözlem ve deneyimlerine yönelik notlar almıştır. Araştırmanın her aşamasında konusunda uzman olan danışman öğretim üyesinin görüşleri alınmıştır. Danışman öğretim üyesi; araştırma süresince toplanan verilere, bunların yazımına kadar olan süreçlere eleştirel gözle bakmıştır ve araştırmacıya geri bildirimde bulunmuştur. Aktarılabirlik, araştırma sonuçlarının doğrudan benzer ortamlara genellenemeyeceği, ancak bu tür ortamlara sonuçların uygulanabilirliğine ilişkin geçici yargılara ulaşılması ve test edilecek denenceler oluşturulması anlamına gelmektedir (108). Aktarılabirlik için amaçlı örneklem kullanılmıştır, doğrudan alıntılar verilmiştir ve araştırmanın planı, bu araştırmayı yeniden tekrar etmek isteyen araştırmacılar için kapsamlı bir şekilde rapor edilmiştir.

Güvenirlik: Çalışmada "iç güvenirlik" yerine "tutarlık" ve "dış güvenirlik" yerine "teyit edilebilirlik" kavramları kullanılmıştır (117). Tutarlık, olay ve olguların değişkenliğini kabul etmek ve bu değişkenliği araştırmaya tutarlı bir biçimde yansıtılabilmektedir. Bu çalışmada tutarlık için, bir başka araştırmacıdan destek alınmış, olay ve olguların değişkenliğini kabul eden ve bu değişkenliği araştırmaya tutarlı bir biçimde yansıtılabilen bir yaklaşım sağlanmıştır. Teyit Edilebilirlik, nitel araştırmalarda nesnellik kavramının yerine kullanılan bir kavramdır. Bu kavram çerçevesinde nitel araştırmacıdan beklenen ulaştığı sonuçları topladığı verilerle sürekli olarak teyit

etmesi ve bu çerçevede okuyucuya mantıklı bir açıklama sunabilmesidir. Teyit edilebilirlik için teyit incelemesi yapılması önerilmektedir. Bu araştırmada teyit edilebilirlik için, araştırmacı tarafından ulaşılan sonuçlar açık ve anlaşılır bir biçimde okuyucuya aktarılmış, veri kaynakları, araştırma sürecinde oluşan ortamlar ve süreçler açıkça tanımlanmıştır. Ayrıca tüm veri toplama araçları, analiz aşamasında yapılan kodlamalar ve rapora temel oluşturan algılar ve notlar gerektiğinde teyit incelemesine sunulmak üzere saklanmıştır (118,108).

3.10. Araştırma Kısıtlıkları

Hasta görüşmelerinde katılımcıların bazılarının iletişime açık olmaması sebebiyle görüşme süresinin kısa tutulması araştırmanın kısıtlılıklarını oluşturdu.

3.11. Etik Kurul Onay

Çalışmanın yapılabilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 21.12.2022 tarihli 2022/41-11 karar numaralı izin alınmıştır (EK.6). SBÜ Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Başhekimliğinden 25.01.2023 onay tarihli 2023/7 Karar numarasına ve 207502822 başvuru sayısına sahip; üst yazı numarası E-42056799-619-208364514 olan kurum izni alınmıştır (EK.7). Ayrıca çalışmaya dahil edilecek hastalara, çalışmanın amacı hakkında bilgi verilerek yazılı ve sözlü izin alınmıştır.

4.BULGULAR

4.1. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri

Çalışmaya katılan 20 hastanın yaş ortalaması $58,10 \pm 11,13$ olarak bulunmuştur. Hastaların %55'i erkek, %80'i evlidir. Hastaların çoğunluğu ilköğretim mezunu, %90'ı çalışmamaktadır. Hastaların tanıları incelendiğinde %45'inin AML, %25'inin Lenfoma ve %20'sinin Multiple miyelom tanısı bulunmaktadır. Tanı süresi incelendiğinde hastaların ortalama tanı süresi $2,57 \pm 2,39$ bulunmuştur. Hastaların %60'ı kemoterapi ve akıllı ilaç tedavisini kombine olarak kullanmaktadır. Tedavi sıklıkları incelendiğinde hastaların %65'i 4 haftalık sürelerle tedavi almaktadır. Hastaların hastanede yatma süreleri incelendiğinde $10,65 \pm 9,24$ gün olduğu görülmektedir. Hastaların %65'inin tedavi süreci dışında hastaneye başvurusu bulunmaktadır. Katılımcıların %80'inin kronik hastalığı bulunmaktadır. Katılımcıların %45'inde hipertansiyon, %40'ında diyabet tanısı bulunmaktadır (Tablo 9).

Tablo 9. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri (n:20)

Özellikler	X	SS
Yaş (yıl) (min-max: 35-83)	58,10	11,13
Tanı süresi (yıl)	2,57	2,39
Hastanede yatma süresi (gün)	10,65	9,24
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	9	45
Erkek	11	55
Eğitim durumu		
Okur yazar	3	15
İlk öğretim	12	60
Orta öğretim	2	10
Lise	2	10
Yüksek öğretim	1	5
Medeni surum		
Evli	16	80
Bekar	4	20
Çalışma durumu		
Çalışıyor	2	10
Çalışmıyor	18	90
Tanı		
AML	9	45
KLL	1	5
Lenfoma	5	25

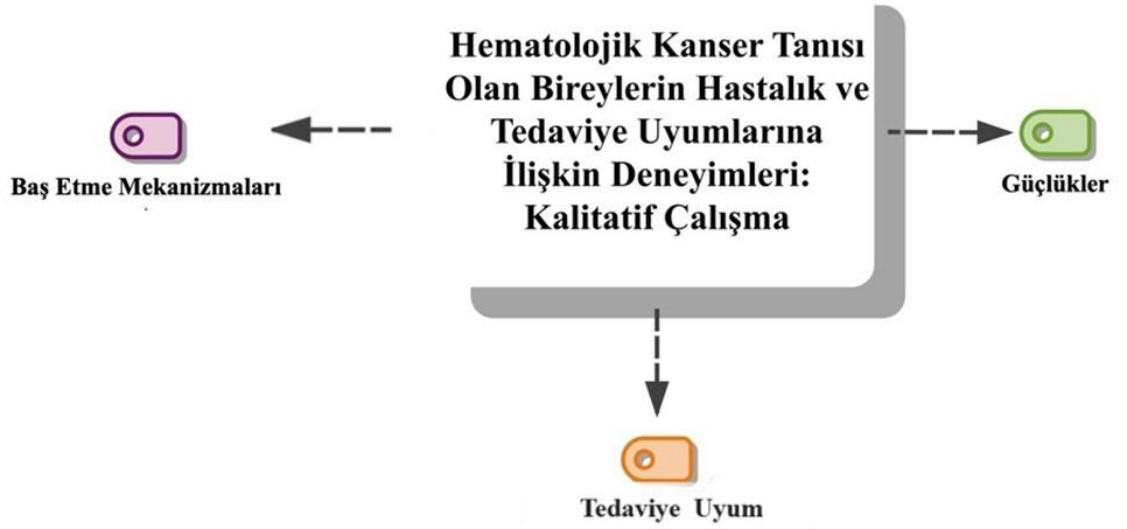
Multiple Miyelom	4	20
NHL	1	5
Tedavi dışı hastaneye başvurma		
Evet	7	35
Hayır	13	65
Tedavi şekli		
Kemoterapi	8	40
Kemoterapi+akıllı ilaç	12	60
Tedavi sıklığı		
Haftada bir	1	5
Üç haftada bir	6	30
Dört haftada bir	13	65
Kronik hastalık varlığı		
Var	16	80
Yok	4	20
Ek kronik hastalıklar*		
Hipertansiyon	9	45
Diyabet	8	40
Hepatit B	2	10
Koroner Arter Hastalıkları	2	10
KOAH**	1	5
Psöriazis	1	5
Toplam	20	100

*Bazı katılımcıların birden fazla kronik hastalığı bulunmaktadır.

**KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

4.2. Temalar

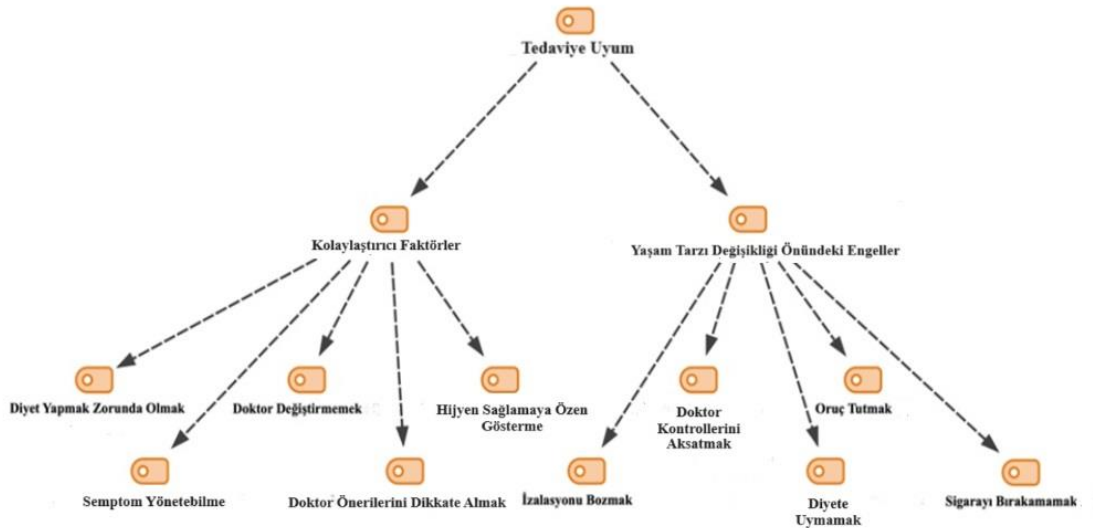
Çalışmada tedaviye uyum, güçlükler ve baş etme mekanizmaları olmak üzere üç tema ortaya çıkmıştır. (Şekil 2) Çalışmaya katılan hastalar K1-K20 olarak kodlanmıştır.



Şekil 2. Temalar Gösterimi

4.2.1. Tedaviye Uyum

Araştırma kapsamında ele alınan temalardan biri olan “Tedaviye Uyum” temasına ait iki kategori oluşturulmuştur. Bunlar; kolaylaştırıcı faktörler ve yaşam tarzı değişikliği önündeki engellerdir.



Şekil 3. Tedaviye Uyum Temasına Ait Hiyerarşik Kategori-Alt Kategori Gösterimi

4.2.1.1.Kolaylaştırıcı Faktörler

Kolaylaştırıcı Faktörler kategorisi altında 5 alt kategori oluşturulmuştur. Bunlar; diyet yapmak zorunda olmak, semptom yönetebilme, doktor değiştirmemek, doktor önerilerini dikkate almak ve hijyen sağlamaya özen göstermedir.

Diyet Yapmak Zorunda Olmak

Katılımcılar hastalıkları ile yaşam süreçlerinde diyete uyum göstermenin önemli olduğunu, diyete uygun ürünleri tükettiklerini ve uzun süre diyete devam ettiklerini dile getirmişlerdir.

“Turşu canın ister, tatlı canın çeker yiyemezsin. Kahve öyle. Çayı kaç senedir içmiyorum çaydan tiksindim.” (K2)

“Asitli içecekleri içmiyorum mesela. Böbreğime dokandırıyor. Bende içmiyorum.” (K18)

Semptom Yönetebilme

Katılımcılar hastalıkları ve tedavi süreçleri nedeniyle oluşan çeşitli semptomlar yaşadıklarını belirtmişler, yaşadıkları bu semptomların bakımını sağlamaya özen gösterdiklerini ifade etmişlerdir.

“Yani benim yaşadığım beni en çok rahatsız eden sıkıntı verici derece de rahatsız eden ağzımın içindeki yaralar oldu. Hani böyle yarıldı. Hem de dilimin üstünde böyle sanki ağzımın içine böyle un serpmişsiniz gibi yemeklerin tadını falan tamamen alamamaya başladım. Ve en sevdiğim yemeklerin tadı bile kötü gelmeye başladı. Hiçbir şekilde önüne geçemedim. İşte burdan vermiş olduğunuz ilaçlar kullandım gargaraları kullandım. Ekstradan kendim evde karbonatlı suyla ağzımı çalkaladım. Dişlerimi sık sık fırçalayıp ağız bakımına özen gösterdim.” (K6)

Doktor Değiştirmemek

Katılımcılar tedavi izleminin aynı sağlık profesyonelleri tarafından yapılmasının önemini bilmeleri nedeniyle aynı hekimlere gittiklerini dile getirmişlerdir. Katılımcılar aynı hekimlerle tedavilerini sürdürdüklerinde kendilerini güvende hissetmektedirler.

“Tedavimde duydumhanım gidecekmiş. Görüşüyorduk onlan. Gel dedi 'dan geldim ben zaten.” (K2)

“Bir seneye yakın burada tedavi gördüm. Doktorum bir yere gidince oraya gittim. Sonra tekrar dönünce buraya geldim tekrardan. Yani öyle başladım. Bir seneye yakın tedavi gördüm.” (K16)

Doktor Önerilerini Dikkate Almak

Katılımcılar doktor önerilerine uygun şekilde tedavilerini yürüttüklerini dile getirmişlerdir. Sağlık profesyonellerinin önerilerinin önemli olduğu, tedavilerini güvenli şekilde yönetebilmek için sağlık profesyonellerini dikkate aldıklarını belirtmişlerdir.

“Ben ilacımı 12 de içeceksem 12 de içirim geçirmem. İlaçlarım saati saatine. Takip ederim. Ben 15 sene evvel verem geçirdim. Bana 10 tane hap verdi doktor günlük. Sabahına aç karna içeceksin dedi. Yarım saat sonra kahvaltını yapacaksın dedi. Her gün saat 6 da hapımı içiyordum buçukta kahvaltımı yapıyordum. İki sene bu tedavi devam edecek dedi doktor 9 ay da ben bitirdim. Bana dedi ki ilaçları çok düzgün kullandığın için atlattın dedi.” (K5)

“Şimdi doktor ne derse o. Şimdi olma derse bana da kötü şey olur. Her şey doktorun elinde. Şimdi bizim ilacımız bitti biz gidiyoruz diyemeyeceğiz. Doktor beyi bekleyeceğiz o ne derse o.” (K10)

“Burdaki hocalarım olsun hemşireler olsun hepsi bana ne yapacağımı söylediler bende evde hepsini uyguladım bana dediler tuzlu yemeyeceksin tatlı

yemeyeceksin şekerimi çıkarıyor ben uydum. Yani uymaya çalışıyorum yani evde de öyle eşim olsun çocuklar olsun dört dönüyorlar, yemeğimi ayrı hazırlarlar ayrı yiyorum çayı da artık şekersize dönmeye çalışıyorum."

Hijyen Sağlamaya Özen Gösterme

Katılımcılar öz bakım ve hijyen konusunda özenli olduklarını dile getirmişlerdir. Katılımcılar hijyen sağlamanın enfeksiyon kontrolünde önemli bir faktör olduğunun bilincinde olduklarını belirtmişlerdir. Bu nedenle yaşam alanlarında hijyen kurallarını uygulamaya çalıştıklarını ifade etmektedirler.

"Enfeksiyona yakalanmamak adına mesela buraya geldiğimde ilk yaptığımız eşim her yeri sildi. Temizlikçinin silip silmediği tam bilemezsin sen. Kendi gözünle gördüğün temizlik en rahattır. Şu tuttuğum sapa kadar çekmecenin atıyorum tuttuğum degeceğim ne varsa ıslak mendille şu dezenfekte ile sildik. Kapı kollarına kadar sildik çünkü başkası çıktı sen girdin odaya. Başkasında enfeksiyon olup olmadığını bilemeyiz. En önemli husus temizlik yani. Temizliği yaptık yatışımızı yaptık. Şu anda gene dezenfekteyi sık kullanıyoruz. Ellerimizi yıkıyorum çıkıyorum. Günde bir kere gargara yapıyorum ki. Enfeksiyondan korunmak için yapıyorum ağızlarım. Temizliğe çok dikkat edilmeli. Evde buzdolabının içine kadar her şeyi mermere kadar şu canım sapına kadar sildik. Sonuçta enfeksiyon gözle görülen bir şey değil. Olmaması için her şeyin temiz olması gerekiyor." (K17)

4.2.1.2. Yaşam Tarzı Değişikliği Önündeki Engeller

Yaşam tarzı değişikliği önündeki engeller kategorisi altında 5 alt kategori oluşturulmuştur. Bunlar; izolasyonu bozmak, doktor kontrollerini aksatmak, diyeteye uymamak, oruç tutmak ve sigarayı bırakmamaktır.

İzolasyonu Bozmak

Katılımcılar izolasyona uyum sağlamadıklarını dile getirmişlerdir. İzolasyonun hastalık açısından önemini bilincinde olduklarını, izolasyonu bozma sonucunda istenmeyen durumlarla karşılaştıklarını ifade etmişlerdir.

“Evde ateşim çıkmadan önce kas ağrılarım vardı. Böyle bir halsizlik oldu. Gene o zamanda sığınağa inmişim temizleyeyim biraz diye. Orda da bir rutubet kokusu vardı. Sanki galiba ordan kaptım ben o enfeksiyonu.Sonra ateş çıkmaya başladı. Koydu ateş şeyini. 39’ü görünce hemen hastaneye acile müracaat ettik. Ambulans da çağırmadım direkt babama götürttüm aslında yanlış yaptırđım. Böyle zamanlarda kesinlikle ambulansla gitmek lazım. Orda bekletiyor yani sen kanser hastayım da desen. Hemen almıyorlar. Bir önceliğın yok yani. Aslında hematoloji hastalarının bekletilmesi o kalabalık içinde zaten başlı başına yanlış bir şey.” (K17)

“Ben söyledim hocaya. Kaşındı böyle diye. Denize girmiştim oradan mikrop kaptı dedi. Merhemini aldın mı dedi? Aldım dedim onu sür kullan dedi. Akşam ayağıma süreceğim birazdan. Hastalığımla alakası yok bu yaranın. Otellerin oradan pis su geliyor o iyi yapmıyor.” (K18)

Doktor Kontrollerini Aksatmak

Katılımcılar doktor kontrollerini düzenli takip etmediklerini dile getirmişlerdir. Katılımcılar yaşam koşullarındaki farklı nedenlerle kontrolleri aksatmakta, bu nedenle tedavi sürecinde sorunlar ortaya çıkabilmektedir.

“Hayır hiç yoktu. Ondan dolayı 6 aydan 6 aya geleceksin dedi. Kist var dedi bana. Nerede olduğuna bakacağız dedi. Bir sebepten dolayı gidemedim. Kaldı gitti.” (K4)

“Evet çok etkiledi. Benim bu ayın 2’sinde yatmam lazım. Çünkü maddi manevi durumum yoktu. Gelemedim. Zaman geçtikte aradan bir hafta geçti ateşlendim. Oradan direkt özel taksiyle komşu sağolsun’e attı beni.” (K9)

Diyete Uymamak

Katılımcılar diyete uymakta güçlük çektiklerini ve diyete uymadıklarını dile getirmişlerdir. Diyete uyum sağlamak temel yaşam tarzı değişikliği bileşenlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Hastalara özellikle kemoterapi süreci ve sonrasında yaşanabilecek nötropeni nedeniyle diyet önerilerinde bulunmaktadır. Hastalar bu kısıtlamalara uyum sağlamakta güçlük yaşayabilmektedirler.

“Karpuz yemeyeceksin diyor mesela. Hanım soğuk diye koyuyor önüme. Yiyorum ama zararlı. Diyorum zararlı diye bir şey olmaz ye diyor. Bir şey yapmaz karpuz diyo” (K18)

“Doktora söyleseniz hepsini sayıyor bana. Dedim ki en sonunda ne yiyeceğiz? En son hepsinden az, az ye dedi. Çünkü ne sorarsam yeme diyor ne sorarsam yeme diyor. Dedim yiyeceğim bir şey söyle diye. O zaman az az ye dedi. İşin içinden çıkamıyorsun yani (K18)

Oruç Tutmak

Katılımcılar dini ibadetlerini yerine getirmek istediklerini, bu ibadetleri yerine getirirken tedavi sürecinde bazı zorluklar yaşadıklarını dile getirmişlerdir. Tedavisi devam eden hastalara vücudun sıvı ve kalori dengesinin korunabilmesi için oruç tutmalarının riskli olduğu sağlık profesyonelleri tarafından bildirilmektedir. Ancak hastalar inançlarının gereklerini yerine getirdiklerinde kendilerini iyi hissetmekte olduklarını belirtmektedirler.

“Geçen sene de böyle bir hastalandım. Ramazan ayında. Gene dokuz gün yattım. Çünkü oruç tuttum. Oruç tutmamam gerekiyordu. Bende dedim günah umreye gitmiş insanım. Keşke de tutmasaydım. Sana az bile neden tutuyorsun diye dediler de bana. Allah izin verirse bu sene tutmayacağım. Canım sağ olursa elbetteki tutarım. Dinimiz de lazım bize. Ama yok yani olmuyor.” (K16)

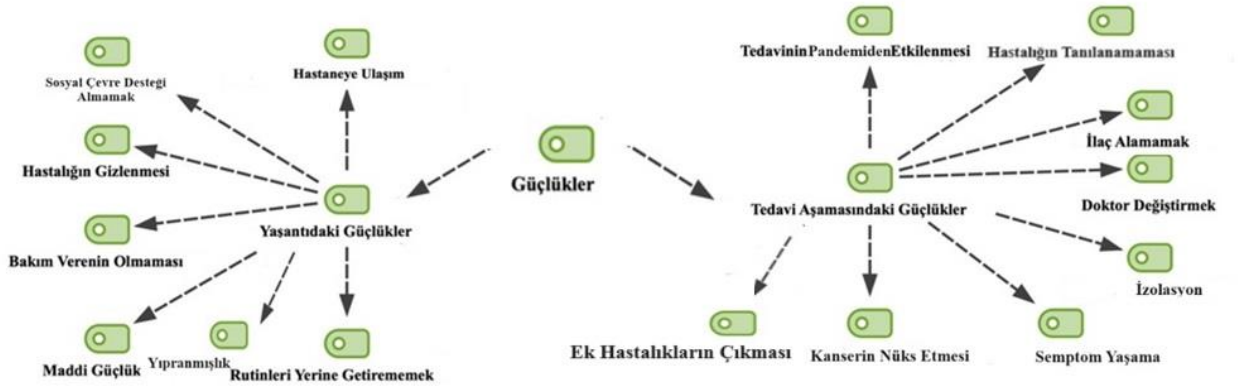
Sigarayı Bırakmamak

Katılımcılar sigara kullanımını bırakamadıklarını dile getirmişlerdir. Katılımcılar sigaranın sağlığa zararlı olduğunu bilincinde olduklarını, önemli bir yaşam tarzı değişikliği olan sigara kullanımının bırakılmasının gerekli olduğunu bilmekte, ancak bağımlılıklarından vazgeçmede zorlanmaktadırlar.

“Onu bırakamam. 1.5 ayda felan öbür tarafta iken hiç içmedim. Buraya geldim. 2-2.5 ayda hiç içmedim. Aşağıya indim. Ne oldu bilmiyorum. Bir tane içtim yine başladım. Bırakamıyorum ama keşke bırakabilsem. Bunu doktorlara da söylüyorum azaltmaya çalıştım azalttım ama bırakamıyorum. Sanki böyle sıkıntılı anımda ağrı anımda onu içtiğim zaman kendimi rahatlatmış hissediyorum. Aslında öyle değil ama...” (K13)

4.2.2 Güçlükler

Araştırma kapsamında ele alınan temalardan biri olan “Güçlükler” temasına ait iki kategori oluşturulmuştur. Bunlar; yaşantıdaki güçlükler ve tedavi aşamasındaki güçlüklerdir.



Şekil 4. Güçlükler Temasına Ait Hiyerarşik Kategori-Alt Kategori Gösterimi

4.2.2.1.Yaşantıdaki Güçlükler

Yaşantıdaki Güçlükler kategorisi altında 7 alt kategori oluşturulmuştur. Bunlar; hastaneye ulaşım, sosyal çevre desteği alamamak, hastalığın gizlenmesi, bakım verenin olmaması, maddi güçlük, yıpranmışlık ve rutinleri yerine getirememektir.

Hastaneye Ulaşım

Katılımcılar hastaneye ulaşımında güçlük yaşadıklarını dile getirmişlerdir. Hastalar tedavilerini sürdürebilmek için yaşadıkları yerden uzak mesafede bulunan tedavi merkezlerine ulaşmak durumunda kalmaktadırlar. Hastalar bu merkezlere ulaşırken toplu taşıma araçlarını kullanmak zorunda kalmışlar, bazı durumlarda bu merkezlere tek başına gelmek durumunda olduklarını, bu süreçte olumsuzluklar yaşayabildiklerini belirtmişlerdir.

“İyi oldu tabi ki. Ben oturuyorum.bana 70 km. Böyle bir şeylerde 70 km yol gitmem lazım. Ee benim araba kullanabildiğim zamanlar olacak kullanamadığım zamanlar da olacak. İşte o zaman yanımda kimse yok. İşim zor olacaktı. Burada çağırırsın çocuğunu her gün götürüverir.” (K19)

"Torbalı mahalle olduğundan beri oradan geliyor. Buraya gelmesi zor oluyor. Bazen yürüyemiyorum. Yürümekte güçlük çekiyorum. Otobüslere binerken bazen ayağım basmadan yürüyüveriyor. Bu sefer düşüyorum aşağıya. O basamağa çıkınca kapı kapanıyor vs. Otobüse binerken düşmüşlüğüme oldu. Zaten zordan biniyorum bir keresine öyle düştüm."(K12)

Sosyal Çevre Desteği Alamamak

Katılımcılar hastalık sürecinde sosyal çevrelerinden destek alamadıklarını dile getirmişlerdir. Hastaların hastalıklarıyla yaşam sürecinde sosyal destek ağları önemli

bir motivasyon kaynağı olmaktadır. Hastalar, hastanede yatmakta oldukları dönemlerde gereksinimlerini karşılamak için yakın çevrelerinden desteğe gereksinim duyduklarını ancak bu desteği beklemedikleri şekilde alamadıklarını ifade etmişlerdir.

“Bu Corona aşısını aldıktan sonra ellerimde, kollarımda, dizlerimde, belimde ağrı başladı. Onkolojiye yattım. Kemoterapi aldım. Eşim de bulaşacağını düşündü. ...hoca bulaşmaz bulaşıcı bir hastalık değil dedi bu. Eşim bir şekilde ikna oldu. Komşularım bile bir tuhaf. Evimize bile gelmiyorlar ziyarete. Coronadan bulaştı sana diyorlar. Ama ben hastalığının kimseye bulaşmadığını biliyorum. Doktorlarımız anlattı. 4 ay onkolojide yattım.” (K8)

“Şu an çocuklarım daha yakın kalıyor bana. Allah razı olsun. Torunlarım, çocuklarım. Ama işte kendilerine medetleri yok. Destek alamıyorum yani. Maddi ve manevi olarak. Çalışmıyorum da zaten. Herkesin çoluğu çocuğu var. El işinde çalışıyorlar. O yüzden çok destek vermiyorlar.” (K9)

“Bu süreçte yaşadığımı bir Allah bir de ben biliyorum. Engelli bir oğlum var 8 yaşında. Bakan eden yok. Elime bakıyor. Başka bir şey için düzelmek istemiyorum (ağlıyor). ” (K8)

Hastalığın Gizlenmesi

Katılımcılar çocuklarının hastalığı gizlediklerini ve söylemediklerini dile getirmişlerdir. Hasta yakınları, hastalarının tanılarını öğrendiklerinde psikolojik olarak etkilenebileceklerini, tedaviyi reddedebileceklerini düşündükleri için tanılarını onlardan gizlemeyi tercih etmektedirler.

“Çocuklarım bana söylemiyor. Dedim ne olursunuz hastalığımı bileyim dedim. Tedavi bir hafta sürdü ne olduğunu bilmiyorum dedim. Sen dedi kan kanserisin dediler. Ondan sonra benim psikolojim bozuldu epeyi. Psikolojim

bozuldu epeyi. Benim yan gelirim yok ailem de yok. Bu hastalıktan dolayı aylık bağlandı bana. Rapor konusunda bana yardımcı olur musun?” (K9)

Bakım Veren Olmaması

Katılımcılar tedavi sürecinde bakım verecek yakınlarının olmadığını ve yalnız olduklarını dile getirmişlerdir. Hastalar, tedavi süreçlerinde ve özellikle hastaneye yattıkları süreçlerde yakınlarının bakım desteğine gereksinim duymaktadır. Yakınlarının destek sağlayamadığı durumlarda hastalar çeşitli zorluklarla karşı karşıya kalmaktadır.

“Ben burada yük oluyorum diye zorlanıyorum ve üzülüyorum. Doktor hanıma söyledim sonda diye ama sağlıklı bulmadığını söyledi. Ben çıkamıyorum ama bunu da görmüyorlar. Bez felan bağlandığında kim temizleyecek? Kadın tatalım dedik dursun diye 12 milyar para istiyor. Ben ona 12 milyar versem hastanede özelde yatarım. Devlet hastanelerinde bu sorunlar var işte. Bilmiyorum artık nereye kadar çekeceğim. Ama inşallah rabbim bir yolunu gösterecek.” (K3)

“Çok iyiydim. Kendi işimi kendim yapıyordum. Bahçem var suluyordum yapıyordum. Doğal besleniyorduk Oldu işte ne yapalım. Bazen de psikolojimi bozmuyor değilim. Takıyorum bazen kafaya. Kulağının birisi duymuyor. Eşim de yaşlandı. Kimsem yok ki baksın. Var gelin ama iki çocuğu var. Kızım var çalışıyor. Burada değil. Gittim oraya bir ay kaldım. Tedavim için tekrar döndüm. İşte böyle bu hale geldim.” (K16)

Maddi Güçlük

Katılımcılar tedavi sürecinde ekonomik güçlük yaşadıklarını ve geçinemediklerini dile getirmişlerdir. Katılımcılar, hastalıklarıyla birlikte artan gereksinimlerinin olduğunu belirtmişlerdir. Maddi olarak artan gereksinimlerini karşılayamadıklarını ifade etmektedirler.

“Evim de deprem nedeniyle yıkılacak. Ben nerde oturacağım. Benim evim hastanelere yakın olması gerekiyor. Arabam yok ve kiracıyım. 5 milyar maaş alıyorum. 3 milyar 900’ü elime geçiyor. Tam 3.900 aldım. Nerden kira vereceğim bu dönemde? Ya bana ev bulacaksınız kanser hastasıyım ben.” (K3)

“Özelde olmak için hayvanlarımın hepsini sattım. 50 milyarı tamamladım. Ameliyat oldum özel hastanede.” (K8)

“O çalışmıyordu. Devlet bana bir maaş bağladı. Engelli maaşı bağladı. O maaşla geçinmeye çalışıyorduk. Öyle...” (K12)

Yıpranmışlık

Katılımcılar hastalık süreci nedeniyle psikolojik olarak etkilendiklerini dile getirmişlerdir. Hastalar tanılarını öğrendiklerinden itibaren çeşitli psikolojik sorunlarla karşı karşıya kalabilmektedir. Yaşamlarında bazı sorunların üst üste gelmesi nedeniyle bu sürecin yıpratıcı olduğunu ifade etmişlerdir.

“Aynen ikisi bir arada oldu. Bir de öncesinden çok hastalık üst üste geldi. Hastalık derken diş etlerimden operasyon geçirdim. Tam onu atlattım ayağım kırıldı. Ayağım kırıldı, her şey dedikten sonra kanser geldi. Onun bir yıpratma dönemi oldu yani.” (K7)

“Hastalığımı öğrendiğim zaman da psikolojim bozuldu. Torunumla gelmiştim buraya. Bana doktor hanım dedi ki sen dedi lösemisin. Kan ile ilgili dedi. Ama erken teşhis olduğu için 8 ay tedavi göreceksin ondan sonra düzeleceksin inşallah dedi. Öyle hastalarımız çok oldu dedi. Ben bir gittim bir ay hiç uyku uyumadım. Destek al istersen dedi psikiyatrandan. Şimdi dedim bir sürü ilaç kullanıyorum oradan da ilaç kullanırsam dedim ne olurum bilmiyorum. O yüzden gitmedim alıştırmaya çalıştım kendimi. Alıştım uyumaya da başladım” (K16)

Rutinleri Yerine Getirememek

Katılımcılar rutinleri yerine getirmekte güçlük yaşadıklarını dile getirmişlerdir. Hastalar, hastalık öncesinde çalışma yaşamında aktif olup tedavi sürecine girdiklerinde çalışma hayatından ayrılmak durumunda kalmaktadırlar. Bu nedenle rutinlerini yerine getirmede sıkıntı çektiklerini belirtmişlerdir.

“Yevmiyeye gidiyorum ben mesela orada çalışıyorum. Şimdi çalışamıyorum babasıyla(çocuğundan bahsediyor) evde kalıyor. Bazen buraya (İzmir’e) moloz dökmeye yardıma geliyor. O zaman çocuk tek başına kalıyor.” (K8)

“Tabi ki çok zor bir süreç. Her an korku içindeyim. Bir arkadaşla merhaba edemiyorum. Torunlarımı sevemiyorum. Zor bir süreç yani. Her türlü minibüste metroda çok sıkıntı çekiyorum. Zor. Allah kimseye de göstermesin.” (K13)

“Bıraktık mesela işi. Yapacak bir şey yok. Ben kaynakçıydım. 92’den beri çalışıyordum. Bir de yoruluyor insan sıcakta durunca. Ben dışarıda çalışmam diyemiyorsun. Dükkânda iş yok. Dışarıdan iş buluyoruz. Büyük firmalara giremiyoruz. Şükür Allah’ımıza. Başka yapacak bir şey yok.”(K10)

4.2.2.2. Tedavi Aşamasındaki Güçlükler

Tedavi Aşamasındaki Güçlükler kategorisi altında sekiz alt kategori oluşturulmuştur. Bunlar; tedavinin pandemiden etkilenmesi, hastalığın tanılanamaması, ilaç alamamak, doktor değiştirmek, izolasyon, semptom yaşama, kanserin nüks etmesi ve ek hastalıkların çıkmasıdır.

Tedavinin Pandemiden Etkilenmesi

Katılımcılar pandemi sürecinin tedaviye erişimde güçlüklerle sebep olduğunu dile getirmişlerdir. Pandemi sürecinde hematolojik kanser tanısı olan hastaların

tedavilerinin sürdürülebilmesi için çeşitli düzenlemeler yapılmış, ancak bu süreçte bazı aksaklıklar da yaşanmıştır. Hastalar yaşadıkları bu sürecin kendilerini olumsuz etkilediğini ifade etmişlerdir.

“Pazar günü yattık pazartesi günü çıkış verdiler. Dediler bizim aletimiz yok burada. Bunu karşılayacak aletimiz yok dediler. Yarın değil ertesi gün git dediler.yatış yaptılar. Orada aşığı yukarı 1.5 ay kaldım. Hatta depremde oradaydım. Ondan sonra tuttular. corona hastalarını taşıyacağız siz gideceksiniz dediler. Ben 7 gün sonra seni yollayacağım dedi oradaki doktor. Dördüncü gün yollayacaklardı. Bizim kadın doktor seni daha yollayamam dedi. Senin iğnen var. 10 gün daha burada kalacaksın dedi. Moral bozuldu yine. İyice yatış içimiz bayıldı. İki ay sonra oradan çıktık. Ondan sonra tedavi tedavi tedavi iğneler vs. derken bu yılbaşına kadar geldik. Bu yılbaşında yeniden iğne olduk. Ondan bu yana hiç darlık olmadı.” (K15)

“Mesela ilaç verdi bana. O zaman corona vardı. İlacın yarısını yedim yarısı kaldı hastanede. Dediler bana bir yere alacaklar seni. Bende gittim almadılar bir yere dışarıda kalmak zorunda kaldım. O rezilliği çekmek zorunda kaldım mesela. Hastanede oluyor böyle şeyler. Corona testleri vardı ama test olmadan nasıl kabul edeyim deyip içeri almıyorlardı. Test olduk. Gece 3’te çıkacakmış. Gece üçte kimi bulacaksın? Gittik bir kenarda yattık.” (K18)

Hastalığın tanılanamaması

Katılımcılar yakınmaları nedeniyle hastaneye başvurduklarını, hastalığın tespit edilemediğini dile getirmişlerdir. Hastalığın erken tespit edilememesi tedavi sürecini de etkilemektedir. Hastalar bu süreçte yaşadıkları deneyimleri dile getirmişlerdir.

“Gece-gündüz acile gittim hiçbir doktor demedi. Üç ay oğlumun yanında kaldım, oğlum da götürdü getirdi. Üç ay boyunca bir şey demediler bana.” (K4)

"Şimdi hocam ben bu hastalığı dokuzuncu ayda öğrendim. Daha öncede vardı da gittim kulak burun boğaza da gittim hepsi bana dedi ki mantar. Ben en sonunda dayanamadım. İki ay gittim geldim. En sonunda kulak burun boğaz parça aldı benden patolojiye gönderdiler on yedi yirmi günde geldi. Dediler bundan bir randıman alamadık tekrar alacağız. İkinciye aldılar tam 30 gün sonra sonucu geldi. Tekrar 30 günün bitiminde test sonucu verdiler randevu almadın dediler ilgilenmediler. İki aydır dedim ben buraya gelip gidiyorum. Sonra randevuyu aradık bana 22 gün sonra randevu verdiler. Ama bu iki ay zarfında ben 14 kilo verdim. Ne su içebildim ne yemek yiyebildim.sonra da buraya gönderdiler." (K14)

İlaç Alamamak

Katılımcılar ilaçları temin etmekte güçlük yaşadıklarını dile getirmişlerdir. Hastalar tedavi süreçlerinde özellikle yurtdışından temin edilmesi gereken, SGK kapsamında geri ödemesi olmayan bazı ilaçların bulunamadığına ilişkin ifadelerde bulunmuşlardır. İlaçların temin edilememesi nedeniyle tedavi sürecinde sorunlar yaşadıklarını dile getirmişlerdir.

"Nakil sürecinde ilacımı alamadım. Yetiştiremedik." (K18)

"Şimdi verdiği ilaçların güzel olduğunu ve tedaviye iyi geldiğini söyledi. Ama dedi ilaçlarını aksatma dedi. Onun sıkıntısını çekiyoruz biraz. İlacın bulunması önemli olan." (K18)

Doktor Değiştirmek

Katılımcılar tedavi sürecinde doktor değiştirmek zorunda kaldıklarını dile getirmişlerdir. Katılımcıların tedavi süreçlerini izleyen doktorların çeşitli nedenlerle değiştiğini bu durumun tedavi süreçlerini etkilediğini ifade etmişlerdir.

“... Hastanesi’nde oldum. Buraya ilk defa geliyorum. Orada tedavimi alıyordum normalde. Oradaki doktor emekliye ayrılacağı dedi. Bizde burasını bulduk. Bugün yatış verdiler bende yattım.” (K18)

İzolasyon

Katılımcılar tedavi sonrası izolasyon sürecinde zorlandıklarını dile getirmişlerdir. Hastalar tanı almadan önce sosyal yaşamlarında aktif olabilmekte, tanı sonrasında, özellikle kemoterapi süreci ve sonrasında enfeksiyonlardan korunabilmeleri için izolasyon uygulamaları gerekmektedir. Hastalar bu sürece uyum sağlamakta güçlükler yaşayabildiklerini ve izolasyon sürecinin hastalar tarafından yaşamdan soyutlanma olarak algılandığı ifade edilmiştir.

“En çok zorlayan şey de hayattan soyutlanmak oldu. Bir de pandemi dönemine geldi. İkisi bir arada. O kapanış bende sıkıntı yarattı.” (K7)

“Eve gittiğimde kimse yanıma gelmedi. Ben ...’dan nakil olduktan sonra kimse yanıma gelmedi. Yani doktorlar gelmesin dedi bende yanıma sokmadım. Ondan sonra dayanamadım. 2 ay geçtikten sonra başladım büyük torun ve ufak torunu pencereden öpmeye sarılmaya. Ben ondan sonra doktora tekrar geldim. Ben doktora tekrar geldim. Çocuklara sarıldım öptüm bana bir zararı olur mu dedim. Olmaz dediler bana. Herhangi bir problem olmaz dediler. Fazla kalabalık olmamak şartıyla bundan sonra kalabilirsin çocuklarla dediler.” (K12)

Semptom Yaşama

Katılımcılar tedavi süreçlerinde güçsüzlük/halsizlik, acı/ağrı yaşama, iştahsızlık, mukozit, ekstrevasiyon sonrası yara oluşumu, terleme ve alerji gibi çeşitli semptom ve komplikasyonlar yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcılar kemoterapik ajanların kullanımını sonrası ve hastalığın doğası ile ilgili nedenlerle güçsüzlük/halsizlik yaşadıklarını dile getirmişlerdir.

“İlacı aldıktan sonra esas eve gidince hastalanıyorum. Burda yedi gün neyse kaldıktan sonra eve gittiğimde bir şey yemez oluyorum. Halsiz yatıyorum. Sonra hemen 10 gün falan sürmüyor açılıyorum hadi bir daha geliyorum. (K2)

“Hastalığın şeyi kusma ve halsizlik ve de doktorlarım kan yok kan yok devamlı kan veriyorlar. Ben o düşünceye kadar hiç bir şeyle karşılaşmadım ne bir baş dönmesi oldu ne bir rahatsızlığım oldu. Hatta çalışıyordum fabrikada.” (K5)

Katılımcılar acı ve ağrı yaşamaları nedeniyle günlük yaşamlarında olumsuzluklar yaşayabildiklerini dile getirmişlerdir.

“Tabi tedavi başlayana kadar aradan bir iki üç ay geçti. Ağrılarım vücudumdaki semptomlar artmaya başladı. Karnımın içinde solucanlar yılanlar geziyormuş gibi hisler hissetmeye başladım.Sırt üstü yatıyorum nefes darlığı yaşamaya başladım. Böyle bir iki ay içinde tavan yaptı rahatsızlıklarım. Öyle bir hem psikolojik hem sosyolojik hem maddi stresli sıkıntılı bir dönem geçirdim. Ta ki tedaviye başlayana kadar.” (K6)

“Enfeksiyon oluyor. Kemoterapi zamanında çok acılarım olmuyor ama tabi arada böyle enfeksiyona yakalanınca onun acıları beni yoruyor açıkçası.” (K17)

Katılımcılar iştahsızlık ve yeme güçlüğü gibi sorunlar yaşadıklarını dile getirmişlerdir.

“Ben biraz başlayayım da yemek istiyorum. Çok yemesem de olur ama. Ama ben taze fasulye yiyeyim, semiz otu yiyeyim, nohut yiyeyim, mercimek yiyeyim bunları yiyeyim istiyorum. Çorba ne kadar tutar insanı.” (K3)

Hele nakil olduktan sonraki 2 ay öldüm öldüm dirildim. Çok zor geçti. Öyle bir zor geçti ki. Ben 70 kiloydum 50 kiloya düştüm 2 ay içinde. Çocuklar öldü diye arkadaşlar felan ziyaret edelim son zamanda diye gelmeye başladılar. Ama Allah öldürmedi bugüne kadar geldik inşallah.” (K12)

Katılımcılar kemoterapi sonrası mukozit ve ekstrevasyon sonrası yara oluşumu geliştiğini ve bu durumların kendilerini olumsuz etkilediğini dile getirmişlerdir.

“Kolum şimdilerde iyi ama ilk kötü olmuştu. Kolumdan akan sarı suyu ben bilirim çok kötü bir görüntü idi. Doktorlar hep bakıyordu koluma nasıl oldu diye. Eve göndermişlerdi. Hastaneye almadılar. Evde bir damadım var baya bir şey kaldı mıydı benim kolumun pansumanını yapıyordu. Çünkü berbat oluyordu kolum. Öğlen gidiyordum hastaneye pansuman yaptırıyordum akşam geliyordum damadım yine pansuman yapıyordu. Rahatsız olduğumda acile gidiyorduk.” (K5)

“İlk kemoterapinin ertesi günü bir kere kustum. Bir kere de kemoterapinin ardından ağzımda yaralar çıktı. Sonradan geçti ama.” (K7)

Katılımcılar kemoterapi sürecinde terleme sorunu yaşadıklarını ve bu durumun kendilerini olumsuz olarak etkilediğini dile getirmişlerdir.

“ Terliyorum mesela bu ilacın koltuk altından kokuları geliyor o çok rahatsız etti beni mesela. Gece yatarken kolumu şöyle kaldırdığım zaman kendi kokum bile iğrenir oldum. O da çok rahatsız ediyordu beni. Ki ben kişisel bakımına çok önem veren bir insanım. İnanılmaz derecede rahatsız etti beni. Hiçbir şekilde temizlenemediğimi düşünüyordum.” (K6)

Katılımcılar kullanılan ilaçların alerjik reaksiyonlara sebep olduğunu dile getirmişlerdir.

“Hap vermişlerdi şimdi hap alerji yaptı Hanım vermişti. Kaşıntı yapıyor dedim. Geri yerimde yok kafamda kulaklarımda bir kaşıntı var. Kaşıntı hap verdiler kullandım. Hastaneye yattığımda da o hapi kestiler. Başka ilaçlar verdiler. Bugün gene başka bir ilaç daha getirdiler. Kapsüllü. Onu kullanıyorum. Günde iki tane. Birini günde dört tane içiyorum. Birini iki tane birini bir tane.” (K5)

“Önceden bir kırmızı kan aldım. Beyaz kan almadım hiç. Hep kırmızı kan aldım. Bazen karşılandı bazen karşılanmadı. Bu sefer de alerji oldum. Buralarım kaşınıyor (gösteriyor). Eterimin rengi bile döndü yavrurum. Şuralarımda kaşıntı var. Karnımda ve kollarımda var. Kemoterapi verirken de önden ilaç veriyorlar. Yarım saat sürüyor zaten. İlaçlarım aslında ağır değil benim. Ama hastalandıktan sonra çok kötü oldum.” (K16)

Kanserin Nüks Etmesi

Katılımcılar kanserin tekrarladığını dile getirmişlerdir. Hastalıklarında nükslerin yaşanması katılımcıları olumsuz etkilemiştir.

“Ben tekrarlayacağını bir buçuk sene içinde tekrar kök hücre nakli olacağımı bilmiyordum. Meğersem öyle imiş.....hoca bunun tek sefere mahsus olmadığını söyledi. Bana bey hiç öyle söylemedi. Ama buradaki doktorlarımız senede bir kere olmalısın dedi. Ben de tam olarak iyileşemeyeceksem kök hücre nakli olmak istemiyorum dedim.” (K8)

“O Kitleyihastanesinde aldırдық. Dört sene bir sorun olmadı ara sıra kontrole geliyordum. Son kontrol buraya geldim.Bey bizden taraf sende hiçbir şey kalmamış. Bey’e seni gönderiyorum. Kanda bir tereddüt var dedi.Bey’de başladı tedavilere.” (K20)

Ek Hastalıkların Çıkması

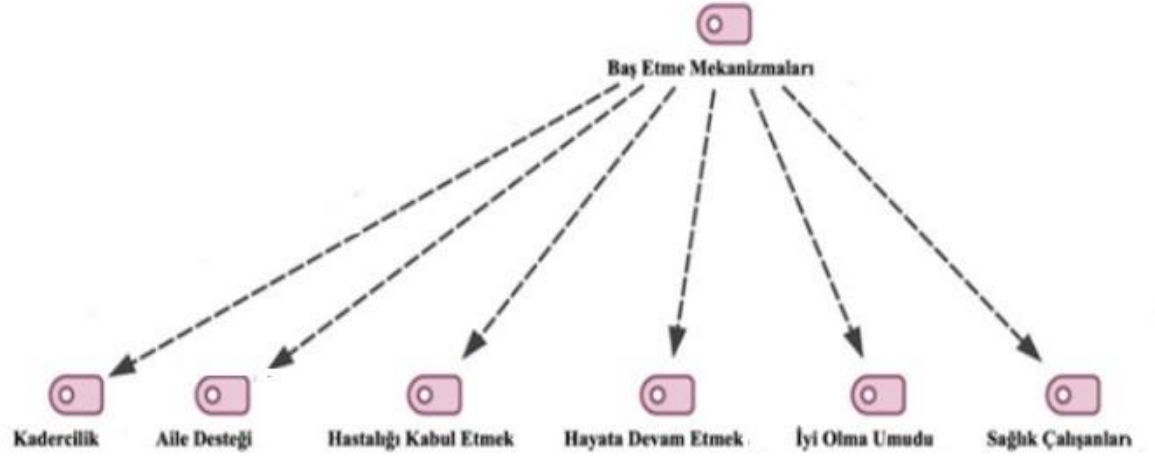
Katılımcılar tedavi sürecinde farklı hastalıklarla da mücadele etmek zorunda kaldıklarını dile getirmişlerdir. Tedavi sürecinin yanı sıra diğer sağlık sorunları ile baş etme sürecinde hastalar zorluklar yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

“Yaklaşık 6 aylık kemoterapiden sonra remisyona girdiğim söylendi. Ondan sonra her iki ayda üç ayda bir geldiğim oldu. Bazen dört ayda bir de oldu. Kontrole geldim onun dışında. Bu arada bir buçuk sene önce sağ hipofiz bezinde bir tümör çıktı. Onun için küçük bir operasyon geçirdim. Onun dışında pek bir şey olmadı. Normal günlük hayatım içinde geçirdim onun dışında. Ama

tabi buna karşılık zaman zaman enerjinin düştüğü ve bedenin zorlandığı dönemler oluyor.” (K7)

4.2.3. Baş Etme Mekanizmaları

Araştırma kapsamında ele alınan temalardan biri olan “Baş Etme Mekanizmaları” temasına ait altı alt kategori oluşturulmuştur. Bunlar; kadercilik, aile desteği, hastalığı kabuk etmek, hayata devam etmek, iyi olma umudu ve sağlık çalışanlarıdır.



Şekil 5. Baş Etme Mekanizmaları Temasına Ait Hiyerarşik Katogori-Alt Kategori Gösterimi

4.2.3.1. Kadercilik

Katılımcılar hastalıkları ile baş etme sürecinde dini motivasyonlarını kullandıklarını dile getirmişlerdir. Dini inançlarına sığınmanın, dua etmenin kendilerini iyi hissetmelerine yardımcı olduğunu ifade etmişlerdir.

“Doktorlarımın hepsini çok seviyorum. Hepsi bana çok ilgi gösterdi. Moral verdiler. Dediler ki bana bu kolunun eti çürüyebilir başka bölgeden alıp yapıştırabiliriz dedi. Günde 3 kere pansuman yaptırдыm. Sonra kontrole gel dedi. Kontrole vardım. Kolun kesilebilir de dedi. Bu et çürüyebilir de dedi.

Mesela o zaman bile moralimi bozmadım. Hiç bozmadım. Tek Allah'ıma yalvardım. Kolum kesilmesin bir şey istemiyorum dedim. Moralim yani kolum kesilecekmiş falan diye hiç bozmadım. Bir de sonradan iyileşti artık. Bu derdi veren Allah'tır dedim veren de alan da o diye.” (K5)

“Ağlayacak bir şey olmadığını söyledim. Dua edip şükür edeceksin. Ağlamak çare etmiyor. Bakım, moral... Şimdi ben çalışmamış olsam bir hanımın parasıyla yeter mi yetmez. Çalışayım mı buna mı geleyim? Birinden birini seçeceğiz. Emekli oldum Allah bereket versin dedik. Böyle götürüyoruz işte.” (K10)

4.2.3.2. Aile Desteği

Katılımcılar hastalıkları ile yaşam sürecinde aile bireylerinden destek aldıklarını dile getirmişlerdir. Aile üyelerinden alınan desteğin hastalıkları ile baş etme sürecinde kendilerini olumlu etkilediğini ifade etmişlerdir.

“Alınan oldum. Her şeyden böyle bir şey alınıyorum yani. Bir şey söylesem çocuk duymadı ise mahsus mu duymadı gibisinden. Aklımdan öyle bir şey geçiyor. Allah biliyor çocuklar çok güzel ilgileniyor. Hatta Allah günah yazmasın öyle diyorum ben. Benden sonra kaç kişi hastalandı öldü. Ben kaç senedir yaşıyorum. Tabi böyle çoluk çocuk gelsin gitsin ama yapıyorlar yani.” (K2)

“Evet genelde o ilgileniyor. Kızım da geliyor Allah razı olsun. O da geliyor. O da eve çıktı mı geliyor. Çocuğu da olduğu için. O da gidip geliyor. En fazla oğlum ilgileniyor Allah var. Hastalandığımda hemen çağırıyorum. Pazar günü hastalandım. Böyle bir ağrı girdi. Oğlan aradı yetiş ben ölüyorum dedim. Hemen götürdü acile. İlaç verdiler ağrı kesici felan. Meğersem taş varmış böbreklerimde. Sabah çıktım bir duşa girdim hemen buraya geldim.” (K4)

4.2.3.3.Hastalığı Kabul Etmek

Katılımcılar hastalığı ve getirileri konusunda bilgi sahibi olarak süreçte dayanak bulduklarını dile getirmişlerdir.

“Başlamadan önce de şimdi kanser hastalarının yaşadığı sıkıntıları kemoterapinin verdiği yan etkiler bunları da biliyorum. Zaten gözümle bizzat yaşadım gördüm. Şimdi benim de başıma gelecek. Eşimle konuşurken bak diyorum bunları bunları yaşayabilirim. Büyük ihtimalle bunları yaşayacağım. Bunu sende katlanmak zorundasın. Ben bizzat kendim yaşayacağım ama sende bunları göreceksin. Bu süreç böyle, üzülme gördüğün zaman. Neler oluyor diye panik yapma. Gececek gidecek. Geçerse de geçecek geçmezse de geçmeyecek. Sonuçta hepimizin bir gün öleceğiz. Benim sebebim buysa bu olacak. Değilse başka bir şey.” (K6)

4.2.3.4. Hayata Devam Etmek

Katılımcılar hastalıkları ile yaşam sürecinde günlük yaşamlarına devam etmeye çalıştıklarını dile getirmişlerdir. Hastalıklarını kabul ederek, hastalığı da yaşamın bir parçası olarak görmeye çalıştıklarını ifade etmişlerdir.

“Ben oğlumla yaşıyorum.’de arkadaş çevrem felan hiçbir şey yok. Yeni gelmiştik o dönemde. Uzaktaki, şehir dışındaki yakınlarıma söyledim. Arkadaşlarımın bana söylediği tek şey var grip oldum gibi kanser oldum dedi. Normal karşılamaya çalışıyorum ben. Hayatın içinde her şey var çünkü. Dediğim gibi var olanı kabullendikten sonra üstüne düşeni de yemen içmen, hijyen gibi yerine getirdikten sonra hayat normale yakın devam edebiliyor.” (K7)

“Yani onlar ilk başta bir üzülüyorlar tabi. Sonrada alıştılar. Ben normal konuşmaya başladım. Kahveye felan gidebiliyordum. 150 metre ilerde çay ocakları var. Oraya gidebiliyordum. Orada arkadaşımınla sohbet edebiliyordum.” (K12)

4.2.3.5. İyi Olma Umudu

Katılımcılar iyileşme umudu taşıdıklarını dile getirmişlerdir. Tedavilerindeki olumlu yanıtların kendilerini mutlu ettiğini ifade etmişlerdir.

“Valla. Hiçbir şey söyleyemiyorum ki. Allah kimsenin başına vermesin. Benden daha kötülere var. Görevli sekreter burada çok ağırlar var sen yanlış gelmişsin dedi. Allah’a şükür tedavisi de mümkün. Biraz acı ama olacak o kadar yapacak bir şey yok.” (K11)

“Kendimi iyi görüyorum da tedavinin ne kadar süreceğini doktorlar bilecek. Bunun hakkında bir şey söylemediler daha. Ben ilk konuştuğumuzda oradaki doktorum iki sene gören de var iki buçuk sene görende var. Bir şey diyemem dedi. Yapacağımız biyopsilere göre tespit edeceğiz dedi. Burada son yaptırdığım biyopside sorduğumda korktuğumuz bir şey yok gayet güzel gidiyor dedi. Tedaviye cevap veriyorsun dedi. O da beni rahatlatıyor.” (K19)

4.2.3.6. Sağlık Çalışanları

Katılımcılar hastalıkları ile yaşam süreçlerinde sağlık çalışanlarından destek aldıklarını dile getirmişlerdir. Tedavi süreçlerinde hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarından olumlu destek aldıklarını ifade etmişlerdir.

“İlaçların herhangi bir yan etkisini görmedim. Bu süreçte doktorlar hep iyi geçirdi süreci. Sekreterlerden hemşirelere kadar yardımcı oldular. Bir kötülüklerini görmedik.” (K10)

“Gene bazı yerlerde zorlanıyorum enfeksiyon konusunda. Şükür doktorlarımız ilgileniyor hepsi mücadele veriyor. Sağ olsunlar geliyorlar soruyorlar. Tedavimde büyük çaba harcıyorlar. Çok şükür hepsinden Allah razı olsun. Onların verdiği yardımlarla ilaçlarla desteklerle beraber atlatacağımız inşallah bu süreci. Duamız bu yönde yani.” (K17)

5.TARTIŞMA

Hematolojik kanser tanısı olan bireylerin hastalığa ve tedaviye uyum sürecinde yaşadıkları deneyimleri açığa çıkarmak amacıyla yapılan çalışmada hastaların yaşadıkları deneyimler tedaviye uyum, güçlükler ve baş etme mekanizmaları olmak üzere üç ana tema altında toplanmıştır.

5.1. Tedaviye Uyum

Hematolojik kanser tanısı olan bireylerin tedaviye uyum düzeyleri pek çok faktöre bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Literatürde hematolojik kanser tanısı olan bireylerin tedaviye uyum düzeylerinin %20 ile %98 oranında değiştiği bildirilmektedir (119). Hastaların tedaviye uyum düzeyleri yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, tedaviye bağlı yan etkiler veya eşlik eden fiziksel hastalıklar gibi çeşitli sosyodemografik ve tıbbi faktörlerle ilişkili olarak değişkenlik göstermekle birlikte diyetle uyumun sağlanması tedavi başarısının artması ve hastalığa ilişkin komplikasyonların önlenmesi açısından önem taşımaktadır (120,121). Çalışmamızda hastalar kolaylaştırıcı faktörler alt teması altında diyetle dikkat etmek zorunda olduklarını ifade etmişlerdir. Bu bulgu hastaların hastalık yönetiminde diyetle uyumun öneminin farkında olduklarının bir göstergesi olabilir. Literatür incelendiğinde çalışmamızla paralel şekilde hematolojik kanser tanılı hastaların diyetle uyuma davranışları sergilediklerine ilişkin çalışmalara rastlanmıştır (122). Başka bir çalışmada konstipasyonu olan hastaların %50'si lifli beslendiklerini, %43.7'si günlük iki litre sıvı almaya özen gösterdiklerini belirtmişlerdir (123). Bu çalışma sonuçları bizim çalışma sonuçlarımızla paralellik göstermektedir. Ancak çalışmamızdan elde edilen yaşam tarzı değişikliği önündeki engeller alt teması içinde diyetle uyum sağlanamadığına ve bu durumun hastaların tedavi yönetimlerinde olumsuzluklara yol açtığına ilişkin hasta ifadelerine de rastlanmaktadır. Bu iki sonuç kapsamında diyetle uyum göstermenin tedavi başarısına katkı sağlaması kadar diyetle uyumsuzluğun da tedavi yönetimine olumsuz katkılarının olabileceği akılda tutulmalıdır.

Çalışmamızda katılımcılar enfeksiyondan korunmaya yönelik hijyen kurallarına dikkat etmenin önemli olduğunu vurgulamışlardır. Bireysel ve çevre hijyeninin sağlanmasının yanında hastaların, oluşan yaraların bakımının sağlanmasına verdikleri önem de tedaviye uyumlarında olumlu sonuçlar olarak değerlendirilebilir. Bu bulgular hastaların tedavi süreçlerine uyum göstermeye çalıştıklarını ve hastalıkları ile yaşamda dikkat etmeleri gereken durumlara uyum sağlamaya çalıştıklarını düşündürmektedir. Hastaların çeşitli nedenlerle oluşan mukozit, ekstremitasyon sonrası ciltte oluşan yaraların bakımına özen göstermeleri semptom yaşadıklarında bu semptomlara yönelik uygun girişimler uygulamaya çalıştıklarını da düşündürmektedir. Yapılan diğer çalışmalarda da bulgularımızla paralellik gösteren sonuçlara rastlanmıştır (122). Yapılan kalitatif bir çalışmada hastaların enfeksiyondan korunmak için önlemler almaya çalıştıkları, ancak yakın çevrelerindeki kişilerin tepkilerinin bu önlemleri uygulamada zorlayıcı olabildiği ifade edilmiştir (124). Çalışmamızdaki ve literatürdeki sonuçlar doğrultusunda hijyen kurallarının yerine getirilmesinin hastaların yaşamının devamlılığının sağlanmasındaki önemi hastalarla birlikte hastaların yakın çevrelerine de benimsetilmelidir. Bu konuda hemşirelerin verecekleri eğitimlerin büyük önemi bulunmaktadır.

Tedaviye uyum sağlanmasında hasta-sağlık profesyoneli arası etkileşim önemli bir bileşendir. Hastaların tedavilerinin belirli bir ekip tarafından sağlanması, hasta-sağlık profesyoneli arasındaki etkileşim ve güven ortamının sağlanmasına katkıda bulunmakta, ortaya çıkan sorunların erken dönemde çözümlenebilmesini sağlayabilmektedir. Aynı ekibin tedavi sürecini yürütmesi hastaların izlemine de kolaylaştırmakta, sağlık profesyonelinin hastanın sürecini tanımasını ve hastaya ilişkin hakimiyeti artırmaktadır. Çalışmamızda doktor değiştirmeme ve doktor önerilerini dikkate almanın tedaviye uyumda etkili olduğuna ilişkin bulgular yer almaktadır. Çalışmadaki katılımcılar tedavilerini yürüten hekimlerinin başka kurumda hizmet vermeye başlamaları durumunda tedavilerine hekimin hizmet verdiği kurumda devam ettiklerini ifade etmişlerdir. Bu durum hasta-hekim arasındaki etkileşimin önemini göstermektedir. Ayrıca çalışmamızdaki katılımcılar sağlık profesyonellerinin verdiği önerileri önemsediklerini ve önerilere uyum göstermeye çalıştıklarını da

belirtmişlerdir. Yapılan kalitatif bir çalışmada da çalışmamıza benzer olarak sağlık profesyonellerine duyulan güven temasına yer verilmiştir. Bir hasta ifadesinde “Tıbbi ellerle birlikte yaşıyorsunuz.” şeklinde ifade yer almakta, hastalar sağlık ekipleri tarafından önerilen özyönetim stratejilerini memnuniyetle karşılayacaklarını belirtmektedirler. Sağlık ekibine inandıklarını, güvendiklerini ve onların önerilerine uyduklarını bildirmişlerdir (122). Ancak yapılan bir çalışma sağlık profesyoneli ve hasta arasındaki kopukluğa dikkat çekmiştir. Yapılan niteliksel bir araştırmada hastalar hastaneden ayrıldıktan sonra kendilerini yalnız hissettiklerini, tedavi eden klinisyenlerle bakımlarını tartışmak için çok az zamanları olduğunu, ilaçlarını takip etmekte veya semptomlarını yönetmek için yardımcı sağlık uzmanlarından yardım almakta zorlandıklarını bildirmişlerdir. (125). Yapılan bir çalışmada hastaların hastalıkları ve gelecekları ile ilgili endişe ve korku yaşadıkları dönemde kendilerini dinlemeye ve anlamaya özen gösteren bir hekimin varlığı ile büyük ölçüde rahat hissedebileceklerini ifade etmişlerdir (126). Çalışmalardan elde edilen sonuçlar doğrultusunda hastaların sağlık profesyonelleri ile etkileşiminin önemi ortaya çıkmaktadır. Tedaviye uyum sürecinin önemli bir bileşeni olan hemşirelerin hastalarla güven ilişkisine dayalı bakım sağlamaları, hastaları etkin dinleyerek kendilerini ifade etmelerine olanak sağlamaları, hastaların taburculuklarında evde bakımlarına yönelik ayrıntılı eğitim vermesi önemlidir (127,128).

Hematolojik kanser tanısı olan hastaların özellikle kemoterapi sonrasında nötropeni ile karşı karşıya kalabilecekleri için enfeksiyonlardan korunmaya yönelik izolasyon önerilmektedir. Yapılan bir çalışmada çevresel faktörlerin kontrol altına alınamaması sonrasında hastaların mantar enfeksiyonlarına maruz kalabilecekleri bildirilmiştir (129). Çalışmamızda yer alan bir katılımcı kendisine önerilen izolasyon sağlama önerisine uymayarak uygun olmayan çevresel koşullarda bulunması sonrasında enfeksiyona maruz kaldığını ifade etmiştir. Bu sonuç hastaların izolasyon sağlamanın önemini kavrayamadıklarını ve izolasyon kurallarına uymadıklarında karşılaşabilecekleri sonuçlar konusunda farkındalıklarının olmadığını düşündürmektedir. Çalışmamızdan elde ettiğimiz bir başka sonuca göre de genel olarak hastalar izolasyonun önemini bildiklerini, ancak sosyal destek kaynakları olan yakınlarından uzun süre ayrı kalamadıkları için izolasyon kurallarına uyum sağlayamadıklarını belirtmişlerdir. Yapılan çalışmalarda da sosyal desteğin uyumun

artmasında önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir (92,100). Bireylerin hastalık tanısı sonrası yaşamlarının anlamlı olduğunu düşünmelerinde önemli bir faktör sevdikleri, önemsedikleri ve sorumluluk hissettikleri kişilerin varlığıdır (126). Bu nedenle sevdikleri kişilerden alacakları destek hastalar için önem taşımaktadır. Bu sonuç hastaların tedavi yönetim sürecinde sosyal desteğin getirdiği motivasyonun önemini vurgulamaktadır. İzolasyon sağlamaya yönelik karşılaşılan farklı sonuçlar doğrultusunda hastalara sosyal yaşantılarına devam edebilmenin önemi göz ardı edilmeksizin izolasyonun önemi konusunda ayrıntılı bilgi vermenin önemi ortaya çıkmaktadır. Sosyal destek gereksinimlerinin izolasyon sağlanması gereken zamanlarda farklı yöntemlerle sağlanabileceği konusunda hasta ve yakınlarına destek sağlanabilir.

Çalışmamızda bir katılımcı sigara kullanımının olduğunu, sigarayı bırakmak istediğini, ancak bu konuda başarılı olamadığını, sigara kullanımının stresli olduğu zamanlarda rahatlama sağladığını ifade etmiştir. Yapılan bir çalışmada hematolojik malignite tanısı öncesinde ve sonrasında sigara içme davranışları değerlendirilmiş, tanı alma sonrasında hastaların sigara içme davranışında azalma olduğu bulunmuştur (130). Sigara kullanımının zararları göz önünde bulundurulduğunda hastaların sigarayı bırakmalarının önemi kaçınılmazdır. Hastaların sigara kullanımının sorgulanması ve sigara kullananların sigarayı bırakma konusunda yönlendirilmeleri ve desteklenmeleri önem taşımaktadır. Ayrıca hastaların tanı sürecinde stres düzeylerinin değerlendirilmesi ve stresle baş etmeye yönelik desteklenmesi de önem taşımaktadır.

Çalışmamızda bir katılımcı oruç tuttuğunu, ancak oruç tuttuktan sonraki süreçte hastaneye yatmak durumunda kaldığını ifade etmiştir. Katılımcı dini inançları gereği oruç tutmak istemektedir. Ancak oruç tutma sonrası hastaneye yatma süreci yaşadığı için sağlık durumunun oruç tutmak için uygun olmadığını da ifade etmektedir. Yapılan çalışmalarda hastaların dini inançlarının hastalıkla başa çıkmalarında etkili bir faktör olduğu belirtilmektedir. (131,132). Hastaların dini inançları sorgulanmalı, sağlıkları üzerine etkileri değerlendirilmeli ve oruç tutmak sağlığın sürdürülmesinde olumsuz etki oluşturabilecek dini inançlar yerine sağlık durumunda bozulma oluşturmayacak inançlarını yerine getirme konusunda hastalara destek sağlanmalıdır.

5.2. Güçlükler

Hematolojik kanser tanısı olan hastalar hastalığın doğası kaynaklı ve kemoterapi sonrası yan etkiler nedeniyle çeşitli semptomlarla karşı karşıya gelebilmektedir. Yapılan çalışmalarda kemoterapi alan hastaların yüksek oranda (%85) yorgunluk yaşadığı bildirilmektedir (133). Ayrıca rahatsızlık derecesi hafifletilemeyen semptomların da yorgunluğu artırabileceği vurgulanmaktadır (134). Hematolojik kanser tanısı olan hastaların yaşadıkları yorgunluğu yönetebilmek için %61.2'si gün içinde dinlenmek için kendilerine zaman ayırdıklarını, %46.2'si ise günlük aktivitelerini kısıtladıklarını belirtmişlerdir. Kemoterapi nedeni ile ortaya çıkan diğer semptomların (stomatit, iştahsızlık, kilo kaybı vb) bireyin özbakım yetenekleri üzerinde kuvvetsizlik ve yorgunluk etkisi yarattığı; kuvvetsizlik ve yorgunluğun ise öz-bakım aktivitelerini azaltan en önemli faktörler olduğu belirlenmiştir (135). Çalışmamızda da hastalar güçsüzlük/halsizlik sorunu ile karşı karşıya kaldıklarını, bu durumun günlük yaşamlarını olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir. Mikkelsen ve arkadaşlarının çalışmasında fiziksel aktiviteyi yaşam tarzı olarak benimseyen hastaların daha az yorgunluk, halsizlik yaşadıkları belirtilmiştir (113). Halsizlik/yorgunluk/güçsüzlük semptomlarının kontrol altına alınabilmesi tedaviye uyumun sağlanmasında önemli bir faktördür. Bu nedenle hastaların halsizlik/güçsüzlük düzeylerinin izlenerek önleyici girişimleri planlanması gerekmektedir.

Hastalar tedavi süreçlerinde iştahsızlık ve kilo kaybı ile karşı karşıya kalabilmektedir. Hastaların yaşadıkları iştahsızlık günlük yaşamın sürdürülmesinde önemli bir sorun olarak belirtilmektedir. Çalışmamızda hastalardan bazıları sevdiği yiyecekleri yiyemediği için kendini kötü hissettiğini ifade etmişlerdir. Hintistan'ın çalışmasında iştahsızlık ve kilo kaybını deneyimleyen hastaların %58'i bu durumla baş edebilmek için günde üç ana üç ara öğün yediklerini, %44'ü sevdiği yiyeceklerden yemeye çalıştıklarını, %32'si ise kilosunu takip ettiklerini ifade etmişlerdir (123). Çalışmamızda bazı hastalara bakım verenlerin kemoterapi sürecindeki beslenme düzenlerine yanlış yönlendirmeler yaptıkları da dikkati çekmiştir. Beslenme durumunun hastalığın tedavisi ve hastanın motivasyonu açısından önemi

düşünüldüğünde hemşirelerin hastaların beslenme durumunu değerlendirmeleri, hasta ve yakınlarına beslenmeye ilişkin ayrıntılı eğitim vermeleri önem taşımaktadır.

Çalışmada hastalar özellikle kemoterapi süreci ve sonraki süreçte ağrı/acı yaşama, vücudun çeşitli bölgelerinde yara oluşumu, aşırı terleme ve bazı tedavilere bağlı olarak alerjik reaksiyona maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Hastaların yaşadıkları bu fiziksel semptomlar konforu olumsuz etkileyen durumlardır. Hastalar yaşadıkları bu semptomların şiddeti arttıkça durumun kontrolleri dışında olduğunu algılamaları nedeniyle korku yaşayabilmektedir. Hemşireler hastaların yaşadıkları korkuyu azaltabilmek için kemoterapi süreci öncesinde hastaları yaşanabilecek semptomlar konusunda bilgilendirmeli ve semptomların oluşup oluşmadığını izlemelidir. Semptomların varlığında hastalara uygun bakım sağlanmalı ve hastaların kendilerini ifade etmeleri sağlanarak yaşanan korku azaltılmalıdır (136).

Tedavi sürecinde hastaların aldığı bazı özellikli ilaçların temini ile ilgili sıkıntılar hastalık ve hastalık sürecini olumsuz yönde etkilemekte ve bu da tedaviye uyumsuzlukla sonuçlanmaktadır. Özellikle yurt dışında gelen ya da endikasyon dışı olarak alınabilen, raporlarının çıkmasında sorunlar yaşandığı için ilaç temininde zorluklar yaşanmaktadır. Bu genel anlamda sağlık protokolleri ile ilgili bir sıkıntı olmasına karşın hastaların deneyimini olumsuz etkilemektedir. Literatürde yapılan bir çalışmada birçok uzun vadeli ilaç tedavisine uyum oranlarının çarpıcı derecede düşük olduğu, genellikle %40-50'yi geçmediği gösterilmiştir (86). Aynı çalışmada aylık ilaç maliyetinin yüksekliği ile uyumsuzluk arasında bir ilişki saptamıştır (86). Yine başka bir çalışmada düşük sosyoekonomik düzey ilaç uyumsuzluğu ile ilişkili bulunmuştur (101). ABD'de yapılan başka bir çalışmada ise miyelom tanısı olan hastaların kullandıkları ilaçları almak için ödenen primler ve katkı paylarının maliyetinden dolayı hastaların %21'inin ilaç ödemesi için borç aldığını, %36'sının maddi yardım için belirli yerlere başvurduğunu, %46'sının kişisel birikimlerini kullandığı bildirilmiştir (137). Çalışmamızda katılımcılar yaşantıdaki güçlükleri tanımlarken maddi yetersizlikleri dile getirmişlerdir. Hastaneye yatış çıkış işlemleri, Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından geri ödemesi olmadığı için hastaların kendi imkanları ile aldıkları ilaçların olması, hastaların hastaneye ulaşımı için gereksinimi olan masraflar, farklı şehirlerden tedavi almaya gelen birçok hastanın ulaşım barınma masrafı bu

maddi yetersizliklere örnek gösterilebilir. Ülkemizde yapılan bir niteliksel çalışmada hastaların tedavileri süreçlerinde işten ayrılmaları gerektiği belirtilmiş olup ekonomik olarak sıkıntılar yaşadıkları, çevrelerine borçlandıkları ifade edilmiştir (138). Yapılan diğer bir çalışmada kanser hastası ve ailelerinde işsiz olmanın ve gelir kaybetmenin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinde düşmeye neden olduğu belirtilmiştir (139). Hastaların maddi yetersizlikler yaşamalarının önlenmesine ilişkin sağlık alanında bakanlık nezdinde farklı protokoller geliştirilmesi önerilebilir.

Hastalık sürecinde katılımcıların yaşadığı güçlükler tedavi deneyimlerini etkileyen önemli bir faktör olmuştur. Tedavi aldıkları süre boyunca izolasyon kişileri yüksek oranda etkilemiştir. Bunun yanı sıra son yıllarda yaşadığımız COVID-19 (Corona Virus Disease 19) pandemisi de katılımcıların tedaviye erişiminde bir engel oluşturmuştur. Rutin kanser taramaları geçici olarak durdurulmuş, rutin takiplerde bazı koşullarda takip aralıkları uzatılmıştır. Sağlık sistemlerindeki yüklenmelerden dolayı tanı aşamasında bazı farklılıklar yaşanmıştır. Bununla birlikte hastane vizitlerini azaltma amacıyla immünoterapi kür aralıklarının uzatılabileceği önerilmiştir. Kemoterapi alan hastalarda immünsupresyon oluşturma ve enfeksiyon riski nedeni ile uluslararası kılavuzlar çerçevesinde bazı değişikliklere gidilmiştir (140).

Pandemi süreci gibi birçok bilinmezliği barındıran bir süreçte hematolojik kanser gibi yüksek enfeksiyon riski taşıyan ve hastalığın ciddiyeti nedeniyle ölümcül olarak algılanan hastalığa sahip olan bireylerin COVID-19 hastalığına ilişkin karmaşalar yaşaması hastaları olumsuz yönde etkilemektedir. Yapılan bir çalışmada hastaların COVID-19 enfeksiyonuna maruz kalmaktan korktuklarını belirtmiştir (141). Pandemi döneminde kimi hastalar tedavilerini ertelemiş veya aksatmıştır. Covid-19 virüsüne yakalanma kaygısından dolayı doktora ve hastaneye gitmeme kararı almıştır. Ancak erteleme sonucu hastalıklarının kötüye gittiğini daha sonra fark etmişlerdir (142). Başka bir çalışmada; kanserli hastalar Covid-19 virüsünden korunmak için sosyal mesafe kurallarına dikkat ettiklerini, kalabalık ortamlara girmekten kaçındıklarını, doktor randevularını iptal ettiklerini belirtmiştir(143). Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise bireyler pandemi sürecinde dışarıya çıkmadıklarını, katıldıkları kursları iptal ettiklerini ifade etmişlerdir (138).

Literatürde pandemi nedeni olan hastalığın hematolojik kansere etkisinin incelendiği çalışmaların az sayıda olmaması, bakımın uzman deneyimleri doğrultusunda yürütülmeye çalışılması da hastaları bilinmezliğe sürüklemiştir. Hastalar bilgi kaynağı olarak bilimsel değeri olmayan çeşitli alanlardaki yanlış yönlendirmelerle karşılaşmış ve bu bilgileri doğrulamak için sağlık profesyonellerine yeterli düzeyde ulaşamamıştır. Bu süreçte hastaların izlemlerinin sürdürülebilmesi için bakım protokollerinin geliştirilmesi ve hastaların sorularının yanıtlanabilmesi için çeşitli bakım ve izlem uygulamaların geliştirilmesi yararlı olabilir. Hematolojik kanser tanısı olan hastaların tedavi süreçlerinin etkin olarak sürdürülebilmesi için sağlık politikalarındaki düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Yine pandemi gibi süreçlerde özellikle hematolojik kanser tanısı olan hastalar gibi yüksek risk taşıyan hastaların tedavi ve bakımlarına ilişkin özelleşen düzenlemelerin Sağlık Bakanlığı'na düzenlenmesi gerekmektedir.

Hastalar hastalıklarının doğası gereği ve kemoterapi gibi tedavilerin sonrasında gelişebilecek zorlu durumlar nedeniyle rutinlerini yerine getirmede zorlanmalar yaşayabilmektedirler. Rutinlerin yerine getirilebilmesi için sosyal desteğe ve kendi bakım gereksinimleri oluştuğunda destek alabilecekleri bakım verenlere ihtiyaç duymaktadırlar. Çalışmamızda hastalar yeterli sosyal destek imkânlarının var olmadığını, bazı sosyal destek sağlayıcıların tanı sonrası sağladıkları desteğin azaldığını, bakım vericilerin çalışan kişiler olduğunu, kendilerinden uzakta yaşama nedeniyle destek sağlayamadığını belirtmişlerdir. Yapılan çalışmalarda hastalara sağlanan sosyal desteğin tedavi ve ilaç uyumunu iyileştirici bir faktör olduğu belirtilmiştir (92,100). Hastaların sosyal destek ağlarının zengin olması baş etme becerilerinin gelişiminde önemli bir faktördür (124,144). Kemoterapi tedavisi alan hastaların bakım verenleri ile yapılan bir çalışmada hastalarının üzülmelerini önlemek amacıyla bakım verenlerin duygu ve düşüncelerini hastalarla paylaşmadığı ortaya konmuştur. Bunun yanı sıra hastalar duygu ve düşüncelerini paylaştıklarında nasıl tepki vereceklerini bilemediklerini ifade etmişlerdir (145). Çalışmamızda bazı bakım verenlerin hastaların üzülmelerini istemedikleri için hastalardan tanılarını gizledikleri, bu durumun hastaları olumsuz etkilediği de belirtilmiştir. Yapılan bir çalışmada da hastalığın hastadan gizlenmeye çalışıldığı, hastaların hastalıkları ile ilgili konuşmak istediklerinde yakınları tarafından duygularını ifade etmelerinin engellendiği

belirtilmiştir. Aynı çalışmada hasta yakınlarının kendi üzüntülerini ve korkularını hastayı daha fazla üzme endişesi taşıdıkları için dile getirmeyip, susarak hastayı korumaya çalıştıkları belirtilmiştir (146). Çalışmalar sadece aile desteği değil; bakım vericilerin de desteğinin tedavi uyumunda güçlü etkileri olduğunu vurgulamıştır (122). Hemşirelerin hasta aileleri, bakım verenlerine hastalarının tedavi sürecinde ne kadar önemli olduklarını hissettirmeleri, hastaları ile iletişim ve etkileşim sağlamada sorun yaşayan bakım verenlere destek olmaları gerekmektedir.

5.3. Baş Etme Mekanizmaları

Kanser hastası olmak, özellikle de hematolojik maligniteli bir kanser hastası olmak tüm hayat rutinini etkileyen bir durumu ifade eder. Yaşam biçiminden yeme düzenine sosyal çevreden yapılan günlük aktivitelere kadar sosyal psikolojik fizyolojik farklı deneyimlerle hayata devam edilmesi gereklidir ve bu yaşam boyu kişileri etkiler.

Çalışmamızda bireylerin hastalıkları ile baş etmesinde aile desteğinin önemli olduğu ifade edilmiştir. Aile desteği hastalık sürecini ve kişilerin psikolojik, fizyolojik durumlarını büyük oranda etkilemektedir. Kişiler hastalıkla ilişkili süreç ilerlerken motivasyon kaynaklarına ihtiyaç duyduklarını ifade etmektedirler. Bir çalışmada ailesi tarafından desteklendiğini hisseden hastaların ilaçlarını reçete edildiği gibi alma olasılıkları daha yüksek bulunmuştur (147). Farklı bir çalışmada hastaların sosyal destek düzeylerinin uzun süreli tedavide uyumu iyileştirmede hasta uyumunu etkileyen önemli faktör olarak tanımlanmıştır (92). Güçlü destek sistemleri, hastaların tanı ve tedavi sürecindeki stres ve kaygıyla başa çıkmalarını sağlar. Olumlu başa çıkma davranışları sergileyen ve daha fazla sosyal destek algılayan hastaların, olumlu sağlık davranışı değişiklikleri sergileme olasılıkları daha yüksektir (144). Hastaların olumlu sağlık davranışları sergilemesi, iyi olma umutlarını pekiştirmekte ve yaşamlarına devam edebilmeleri için motivasyon oluşturmaktadır.

Çalışmamızda bazı hastalar hastalığın ortaya çıkmasında ve hastalığın tedavi sürecinde kadercilik yaklaşımına eğilim göstermişlerdir. Yapılan çalışmalarda tanı aldıktan sonra manevi değerlere eğilimin arttığı gözlenmiştir. Bireyler hastalığın Allah'tan

geldiğine, yaşam sonrası başka bir hayatın var olduğuna inanarak bu süreci yönettikleri görülmüştür (122,131,132). Pallin ve arkadaşlarının çalışmasında yer verilen hasta ifadelerinde hastalığı kronik bir hastalık olarak kabulleniş ifadelerine yer verilmekte olup; katılımcıların hastalığı kabul ettiklerini belirtmişlerdir (122). Bireyin hastalığını kabullenmesi, gerek hastalığını gerekse bir bütün olarak yaşamını olumlu yönde yorumlayıp yeniden anlamlandırması da hastalık sürecini kontrol edebildiği düşüncesini pekiştirmektedir. Bireylerin dua ve ibadet gibi dinsel yönelimlerinin hastaların güçlenmelerini kolaylaştırdığı, bireylerin geleceklere ilişkin belirsizliğin devam etmesine karşın inançları sayesinde birçok faktörün kontrol altında olduğuna ilişkin bir güven duygusu yaşamakta oldukları bildirilmiştir (126).

Hasta ve bakım verenlerin hastalık süreciyle en çok dine sığınarak baş etmeye çalıştıkları, birbirlerinden duygu ve düşüncelerini sakladıkları, iletişimlerinin azaldığı belirlenmiştir (148,149). Kanser tanısı olan hasta yakınlarının kanser tanısını yakınları ile konuşmaktan çekinmeleri, yakınları ile hastalık hakkında konuşmak istememeleri ya da tanı ile ilgili yaşanan sorunları minimize etme yaklaşımları hastalar ile aralarındaki iletişimi güçleştirmektedir. (150). Dua etmek bakım verenler için de baş etmede önemli bir unsur olmuştur. İnançlı olmanın bireyleri güçlendirdiği ve cesaretlendirdiği ifade edilmektedir. Özkan ve Kutlu'nun hematolojik kanserli bireylerin eşleri ile yaptığı bir çalışmada eşlerin en çok duygusal odaklı başa çıkma yöntemlerini kullandıkları ve aile desteğinin önemli olduğu vurgulanmıştır (149). Başka bir çalışmada hasta ve bakım verenlerin süreçle baş etmek için dua etmeyi kullandığı saptanmıştır (148). Serçekuş ve arkadaşlarının çalışmasında bakım verenlerin en çok ağlama ve dua etme, Tanrı'ya dönme, Tanrı'ya şükretme gibi başa çıkma davranışları sergiledikleri görülmüştür (145).

Ülkemizde hastanelerde manevi destek birimleri oluşturulmuştur. Bu birimlerle iş birliği yapılarak verdikleri hizmetin hasta ve bakım verenlerin gereksinimlerine uygun olması desteklenmelidir. Bu alanda çalışacak din görevlilerinin bu konuda eğitimli olmaları gerekmektedir. Hasta ve bakım verenlerin multidisipliner iş birliği ile ele alınması gerekmektedir. Bu birimlerle birlikte çalışmalar yapılması ve hasta yararı için birlikte çalışılması önerilir.

Ciddi bir teşhis anında hastalar artan bir duygusal durum yaşarlar ve bu sırada sıklıkla günlük seçimlerinin etkisini fark ederler veya daha iyi anlarlar. Bu dönemde hastalar genellikle olumlu sağlık mesajına daha açık hale gelir ve büyük yaşam tarzı değişikliklerini uygulama olasılıkları daha yüksektir. Hizmet sağlayıcıların bu fırsatın farkında olması ve hastaları sağlıklı davranış ve yaşam tarzı seçimlerini benimsemeye veya iyileştirmeye motive etmek için bunu kullanması önemlidir (151,152).

Hemşireler bakım sürecinde, hastanın tedaviyi kabullenmesini kolaylaştıran, iyileşmesini hızlandıran, moral ve motivasyonunun yükselmesine katkı sağlayan ve sonuçta yaşam kalitesini artıran sonuçları elde edebilmemizi sağlamaktadır (127). Hemşirelerin hastalarla konuşmaya zaman ayırarak, hastaların sorularına cevap vererek, pozitif ve dürüst davranışlar göstererek, hastanın yanında olarak, hastalığıyla ilgili bilgi sağlayarak, etkili bakım vererek hastaların umudunu destekledikleri bilinmektedir (128).

Biz sağlık hizmeti sağlayıcılarımızın ciddi hastalık grubu olan hematolojik kanserli hastalardaki tedavi uyumundaki görevimiz; bu süreçte hastaya hastalıkla ilgili doğru bilgi verme, hastalığa özgü yaşanacak durumlar için eğitim verme, ilaç kullanımına ilişkin alternatif hatırlatmalar bulma, hastanın psikolojik olarak motivasyonunu sağlama aynı şekilde ailenin de hasta ve hastalıkla olan ilişkisini geliştirmesine yardım etme şeklinde sıralanabilir. Farklı eğitim programları hastalar için devlet katkılı farklı protokollerin geliştirilmesi tedavi sürecinin iyi geçirilmesine katkıda bulunabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuçlar:

- Çalışma sonuçları doğrultusunda hematolojik kanser tanısı olan hastaların hastalıkları ve tedaviye uyum süreçleri kapsamında yaşadıkları deneyimler 3 ana temada toplanmıştır. Bu ana temalar tedaviye uyum, güçlükler ve baş etme mekanizmalarıdır.
- Çalışma sonuçları doğrultusunda tüm dünyada yaşanan COVID 19 pandemi sürecinin hematolojik kanser tanısı olan bireylerin yaşamını da olumsuz yönde etki ettiğine ilişkin bulgular elde edilmiştir.

Öneriler

- Hematolojik kanser tanısı olan hastaların bakım ve eğitimleri planlanırken tedaviye uyumu artırmaya yönelik eğitimlerin planlanması,
- Hematolojik kanser tanısı olan hastaların pandemi süreci gibi sağlık hizmetlerine ulaşım sağlanmasında güçlük yaşadıkları zamanlarda hizmete ulaşmayı kolaylaştırıcı uygulamaların geliştirilmesi,
- Hematolojik kanser tanısı olan hastaların hastalık ve tedaviye uyumlarının artırılabilmesi için multidisipliner yaklaşımla bakım sağlanması,
- Hematolojik kanser tanısı olan hastaların hastalık ve tedaviye uyum sürecinde yaşadıkları güçlüklerin belirlenebilmesi için daha büyük örnekleme niceliksel çalışmaların yapılması,
- Hematolojik kanser türlerinin her biri için hastalık ve tedaviye uyum düzeylerinin çalışmalarla incelenmesi,
- Hematolojik kanser tanısı olan hastaların hastalık ve tedaviye uyumlarının artırılabilmesi için hemşirelik bakım ve izlem programlarının oluşturulması,
- Hematolojik kanser tanısı olan hastaların hastalık ve tedaviye uyumlarının artırılabilmesi için destek grup çalışmalarının yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Bray F, Laversanne, M, Weiderpass E, & Soerjomataram I. The ever-increasing importance of cancer as a leading cause of premature death worldwide. *Cancer*. 2021; 127(16): 3029–3030.
2. World Health Organization (WHO). Global Health Estimates 2020: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by region, 2000-2019 [İnternet]. 2020 [Erişim Tarihi: 14 Ağustos 2022] . Erişim adresi: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>.
3. Sung, H, Ferlay, J, Siegel, RL, Laversanne, M, Soerjomataram, I, Jemal, A, Bray, F. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2021; 71: 209- 249.
4. WHO. Cancer Key facts [İnternet].2018 [Erişim Tarihi 30 Aralık 2023]. Erişim adresi: <https://www.who.int/en/news-room/factsheets/detail/cancer>
5. TÜİK. Ölüm Nedeni İstatistikleri [İnternet] .2016 [Erişim Tarihi 30 Aralık 2023]. Erişim adresi: http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1083
6. About Cancer Mondial [İnternet]. 2023 [Erişim tarihi 20 Kasım 2023]. Erişim adresi : <http://www-dep.iarc.fr/>
7. Kartal Y. “Hematolojik maligniteli febril nötropenik olgularda mortalite ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi” (Tez). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi; 2014, Eskişehir.
8. Tosun HD, Köksal G. “Kanserde kaşeksi ve beslenme”, Beslenme ve Diyet Dergisi, 2012, 40(1): 59-68.
9. Türk Hematoloji Derneği Ulusal Tanı ve Tedavi Kılavuzu-Lösemiler (2010). Efil Yayınevi. Ankara
10. Thakar S. Gabarin N. Gupta A. Radford M. Warkentin T. E. Arnold D. M. Anemia-Induced Bleeding in Patients with Platelet Disorders. *Transfusion Medicine Reviews*. 2021; 35(3): 22–28.
11. Palumbo A. Anderson K. Multiple Myeloma. *New England Journal of Medicine*. 2011; 364(11): 1046–1060.
12. Fadul N.A. El Osta B. Dalal S. Poulter V.A. Bruera E. Comparison of symptom burden among patients referred to palliative care with hematologic malignancies versus those with solid tumors. *J Palliat Med* . 2008; 11: 422–427.
13. Hochman M.J. Yu Y, Wolf S.P. Samsa G.P. Kamal A.H. LeBlanc T.W. Comparing the palliative care needs of patients with hematologic and solid malignancies. *J Pain Symptom Manage* .2018; 55: 82–88.e1.
14. Repetto L. Ausili-Cefaro G. Gallo C. Rossi A. Manzione L. Quality of life in elderly cancer patients. *Ann Oncol* . 2001; 12(3): 49-52.
15. Alexander K. Goldberg J. Korc-Grodzicki B. Palliative Care and Symptom Management in Older Patients with Cancer. *Clin Geriatr Med*. 2016; 32(1): 45-62.
16. Linder L , Wu Y P, Macpherson C F, Fowler B, Wilson A, Jo Y ve ark. Oral Medication Adherence Among Adolescents and Young Adults with Cancer Before and Following Use of a Smartphone-Based Medication Reminder App. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*.2018;(8)2:122-130.

17. Ganesan P, Sagar TG, Dubashi B, Rajendranath R, Kannan K, Cyriac S ve ark. Nonadherence to imatinib adversely affects event free survival in chronic phase chronic myeloid leukemia. *Am J Hematol.* 2011 Jun;86(6):471-4.
18. Almeida M H , Pagnano K B, Souza H, Miranda E C M, De Souza C ; High Adherence to Tyrosine Kinase Inhibitors Seems to Be Related to Best Cytogenetic Responso In the Hasford Lower Risk Graup In Chronic Myeloid Leukemia. *Blood.*2010; 116 (21): 4477.
19. Bhatia S, Landier W, Hageman L, Kim H, Hanby CL, Nancy KN ve ark. Nonadherence to Oral 6-Mercaptopurine (6MP) in a Multi-Ethnic Cohort of Children with Acute Lymphoblastic Leukemia (ALL) and Its Impact On Relapse – a Children's Oncology Group (COG) Study (AALL03N1). *Blood.*2012; (120): 882-882.
20. Cancer [İnternet].2023[Erişim Tarihi 20 Aralık 2023]. Erişim Adresi: https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1
21. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Kanser İstatistikleri 2018. 2022;s.1-2.
22. Cancer Today. [İnternet] 2023 [Erişim Tarihi 20 Aralık 2023] . Erişim adresi: <https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie>
23. Cancer Today. [İnternet] 2023 [Erişim Tarihi 20 Aralık 2023] . Erişim adresi: <https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table>
24. Rebecca L Siegel, Kimberly D Miller, Hannah E Fuchs, Ahmedin Jemal, , Cancer statistics 2022. *CANCER J CLIN.* 2022;72:7–33.
25. Hemminki K, Hemminki J, Försti A, Sud A. Survival trends in hematological malignancies in the Nordic countries through 50 years. *Blood Cancer J.* 2022 Nov 7;12(11):150.
26. Turkey Fact Sheets [İnternet]. 2023 [Erişim Tarihi 20 Aralık 2023]. Erişim adresi: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/792-turkey-fact-sheets.pdf>
27. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Kanser İstatistikleri 2018. 2022;s.15-18.
28. Zhang N, Wu J, Wang Q. *et al.* Global burden of hematologic malignancies and evolution patterns over the past 30 years. *Blood Cancer J.* 2023; 13 (82).
29. Karagianni P, Giannouli S, Voulgarelis M. From the (Epi)Genome to Metabolism and Vice Versa; Examples from Hematologic Malignancy. *Int J Mol Sci.* 2021 Jun 12;22(12):6321.
30. Damlaj M, El Fakih R, Hashmi SK. Evolution of survivorship in lymphoma, myeloma and leukemia: Metamorphosis of the field into long term follow-up care. *Blood Rev.* 2019 Jan;33:63-73.
31. Lymphoma [İnternet] . 2023 [Erişim Tarihi 20 aralık 2023].Erişim adresi: <https://www.hematology.org/education/patients/blood-cancers/lymphoma>.
32. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Lymphoma. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. 20th Edition. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins;2010.941-944.
33. Roman Eve and Alexandra G Smith. "Epidemiology of lymphomas." *Histopathology* .2011;58(1): 4-14.
34. Jiang M, Bennani NN, Feldman AL. Lymphoma classification update: T-cell lymphomas, Hodgkin lymphomas, and histiocytic/dendritic cell neoplasms. *Expert Rev Hematol.* 2017;10(3):239-249.
35. Shanbhag S, Ambinder RF. Hodgkin lymphoma: A review and update on recent progress. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(2):116-132.

36. Ansell SM. Hodgkin Lymphoma: Diagnosis and Treatment. *Mayo Clin Proc.* 2015;90(11):1574-83.
37. H Sung, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A and Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*,2021; 71: 209-249.
38. Küppers R. Mechanisms of B-cell lymphoma pathogenesis. *Nat Rev Cancer.* 2005;5(4):251-62.
39. Vockerodt M, Yap LF, Shannon-Lowe C, Curley H, Wei W, Vrzalikova K ve ark. The Epstein-Barr virus and the pathogenesis of lymphoma. *J Pathol.* 2015;235(2):312-22.
40. Ulcickas Yood M, Quesenberry CP Jr, Guo D, Caldwell C, Wells K, Shan J, ve ark. Incidence of non-Hodgkin's lymphoma among individuals with chronic hepatitis B virus infection. *Hepatology.* 2007;46(1):107-12.
41. Saadoun D, Suarez F, Lefrere F, Valensi F, Mariette X, Aouba A ve ark. Splenic lymphoma with villous lymphocytes, associated with type II cryoglobulinemia and HCV infection: a new entity?. *Blood* 2005; 105 (1): 74–76.
42. Ansell S M. Hodgkin Lymphoma: Diagnosis and Treatment. *Mayo Clin Proc.* 2015;90(8): 1152–1163.
43. Campo E, Swerdlow SH, Harris NL, Pileri S, Stein H, Jaffe ES. The 2008 WHO classification of lymphoid neoplasms and beyond: evolving concepts and practical applications. *Blood.* 2011;117(19):5019-32.
44. Kang D, Cho J, Kim IR, Kim MK, Kim WS, Kim SJ. Health-Related Quality of Life in Non-Hodgkin Lymphoma Survivors: A Prospective Cohort Study. *Cancer Res Treat.* 2018;50(4):1051-1063
45. Kim SH, Kim IR, Kim SH, Lee S, Ok O, Kim WS ve ark. Health-related quality of life in Korean lymphoma survivors compared with the general population. *Ann Hematol.* 2014;93(9):1531-40
46. Smith S, Mayer D, Zimmerman S, Williams C, Benecha H, Ganz P ve ark. Quality of Life Among Long-Term Survivors of Non-Hodgkin Lymphoma: A Follow-Up Study. *J. Clin. Oncol.*2013; 31(2):272–279.
47. Herrmann A, Mansfield E, Tzelepis F, Lynagh M & Hall A. Use of the supportive care framework to explore haematological cancer survivors' unmet needs: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 2020;20(1).
48. Oerlemans S, Mols F, Nijziel MR, Lybeert M, van de Poll-Franse LV. The impact of treatment, socio-demographic and clinical characteristics on health-related quality of life among Hodgkin's and non-Hodgkin's lymphoma survivors: a systematic review. *Ann Hematol.* 2011;90(9):993-1004.
49. Swash B, Hulbert-Williams N, Bramwell R. Unmet psychosocial needs in haematological cancer: a systematic review. *Support Care Cancer.* 2014;22(4):1131-41.
50. Alabdajabar MS, Durani U, Thompson CA, Constine LS, Hashmi SK. The forgotten survivor: A comprehensive review on Non-Hodgkin lymphoma survivorship. *Am J Hematol.* 2022;97(12):1627-1637.
51. Krishnan B, Morgan GJ. Non-Hodgkin lymphoma secondary to cancer chemotherapy. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2007;16(3):377-80.
52. Zeidan AM, Podoltsev NA, Wang X, Bewersdorf JP, Shallis RM, Huntington SF. ve ark. Temporal patterns and predictors of receiving no active treatment among

- older patients with acute myeloid leukemia in the United States: A population-level analysis. *Cancer*. 2019;125(23):4241-4251.
53. Roman E, Smith A, Appleton S, Crouch S, Kelly R, Kinsey S ve ark. Myeloid malignancies in the real-world: Occurrence, progression and survival in the UK's population-based Haematological Malignancy Research Network 2004-15. *Cancer Epidemiol*. 2016;42:186-98.
 54. Juliusson G, Abrahamsson J, Lazarevic V, Antunovic P, Derolf Å, Garelius H ve ark. Swedish AML Group and the Swedish Childhood Leukemia Group. Prevalence and characteristics of survivors from acute myeloid leukemia in Sweden. *Leukemia*. 2017;31(3):728-731.
 55. Shah A, Andersson TM, Rachet B, Björkholm M, Lambert PC. Survival and cure of acute myeloid leukaemia in England, 1971-2006: a population-based study. *Br J Haematol*. 2013;162(4):509-16.
 56. Estey EH. Acute myeloid leukemia: 2014 update on risk-stratification and management. *Am J Hematol*. 2014;89(11):1063-81.
 57. Kantarjian HM, Thomas XG, Dmoszynska A, Wierzbowska A, Mazur G, Mayer J ve ark. Multicenter, randomized, open-label, phase III trial of decitabine versus patient choice, with physician advice, of either supportive care or low-dose cytarabine for the treatment of older patients with newly diagnosed acute myeloid leukemia. *J Clin Oncol*. 2012;30(21):2670-7.
 58. Jabbour EJ, Faderl S, Kantarjian HM. Adult acute lymphoblastic leukemia. *Mayo Clin Proc*. 2005;80(11):1517-27.
 59. Hasle H. Pattern of malignant disorders in individuals with Down's syndrome. *Lancet Oncol*. 2001;2(7):429-36.
 60. Chang JH, Poppe MM, Hua CH, Marcus KJ, Esiashvili N. Acute lymphoblastic leukemia. *Pediatr Blood Cancer*. 2021;68 Suppl 2:e28371.
 61. Ma H, Sun H, Sun X. Survival improvement by decade of patients aged 0-14 years with acute lymphoblastic leukemia: a SEER analysis. *Sci Rep*. 2014;4:4227.
 62. Pulte D, Gondos A, Brenner H. Improvement in survival in younger patients with acute lymphoblastic leukemia from the 1980s to the early 21st century. *Blood*. 2009;113(7):1408-11.
 63. Kantarjian H, Thomas D, O'Brien S, Cortes J, Giles F, Jeha S ve ark. Long-term follow-up results of hyperfractionated cyclophosphamide, vincristine, doxorubicin, and dexamethasone (Hyper-CVAD), a dose-intensive regimen, in adult acute lymphocytic leukemia. *Cancer*. 2004;101(12):2788-801.
 64. Sive JI, Buck G, Fielding A, Lazarus HM, Litzow MR, Luger S ve ark. Outcomes in older adults with acute lymphoblastic leukaemia (ALL): results from the international MRC UKALL XII/ECOG2993 trial. *Br J Haematol*. 2012;157(4):463-71.
 65. Jabbour E, Kantarjian H. Chronic myeloid leukemia: 2020 update on diagnosis, therapy and monitoring. *Am J Hematol*. 2020;95(6):691-709.
 66. Wang W, Cortes JE, Tang G, Khoury JD, Wang S, Bueso-Ramos CE ve ark. Risk stratification of chromosomal abnormalities in chronic myelogenous leukemia in the era of tyrosine kinase inhibitor therapy. *Blood*. 2016;127(22):2742-50.
 67. Kantarjian H, Shah NP, Hochhaus A, Cortes J, Shah S, Ayala M ve ark. Dasatinib versus imatinib in newly diagnosed chronic-phase chronic myeloid leukemia. *N Engl J Med*. 2010;362(24):2260-70.

68. Cortes JE, Gambacorti-Passerini C, Deininger MW, Mauro MJ, Chuah C, Kim DW ve ark. Bosutinib Versus Imatinib for Newly Diagnosed Chronic Myeloid Leukemia: Results From the Randomized BFORE Trial. *J Clin Oncol.* 2018;36(3):231-237.
69. Chiorazzi N, Chen SS, Rai KR. Chronic Lymphocytic Leukemia. *Cold Spring Harb Perspect Med.* 2021;11(2):a035220.
70. Leon ME, Schinasi LH, Lebailly P, Beane Freeman LE, Nordby KC, Ferro G ve ark. Pesticide use and risk of non-Hodgkin lymphoid malignancies in agricultural cohorts from France, Norway and the USA: a pooled analysis from the AGRICOH consortium. *Int J Epidemiol.* 2019;48(5):1519-1535.
71. Alavanja MC, Hofmann JN, Lynch CF, Hines CJ, Barry KH, Barker J ve ark. Non-hodgkin lymphoma risk and insecticide, fungicide and fumigant use in the agricultural health study. *PLoS One.* 2014;9(10):e109332.
72. Coggon D, Ntani G, Harris EC, Jayakody N, Palmer KT. Soft tissue sarcoma, non-Hodgkin's lymphoma and chronic lymphocytic leukaemia in workers exposed to phenoxy herbicides: extended follow-up of a UK cohort. *Occup Environ Med.* 2015;72(6):435-41.
73. Landgren O, Gridley G, Check D, Caporaso NE, Morris Brown L. Acquired immune-related and inflammatory conditions and subsequent chronic lymphocytic leukaemia. *Br J Haematol.* 2007;139(5):791-8. 81
74. Hallek M, Cheson BD, Catovsky D, Caligaris-Cappio F, Dighiero G, Döhner H ve ark. CLL guidelines for diagnosis, indications for treatment, response assessment, and supportive management of CLL. *Blood.* 2018;131(25):2745-2760.
75. Cowan AJ, Green DJ, Kwok M, Lee S, Coffey DG, Holmberg LA ve ark. Diagnosis and Management of Multiple Myeloma: A Review. *JAMA.* 2022;327(5):464-477.
76. World Health Organization (WHO). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva, 2023.p.3-4.
77. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med.* 2005;353(5):487-97.
78. Al-Qasem A, Smith F, Clifford S. Adherence to medication among chronic patients in Middle Eastern countries: review of studies. *East Mediterr Health J.* 2011;17(4):356-63.
79. Berhe DF, Taxis K, Haaijer-Ruskamp FM., Mulugeta A, Mengistu YT, Burgerhof J G M ve ark. . Impact of adverse drug events and treatment satisfaction on patient adherence with antihypertensive medication - a study in ambulatory patients. *British Journal of Clinical Pharmacology*,2017; 83(9), 2107–2117.
80. Bousquet J, Schünemann HJ, Togias A, Bachert C, Erhola M, Hellings PW ve ark. Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma Working Group. Next-generation Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma (ARIA) guidelines for allergic rhinitis based on Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) and real-world evidence. *J Allergy Clin Immunol.* 2020;145(1):70-80.e3.
81. Baker SE, Silvernail J, Scoville C, Kushner S, Mabry L, Konitzer L ve ark. When Exception to Policy Is Exceptional Policy: How Booking Physical Therapy Appointments Too Far in the Future May Adversely Impact Access to Care, Business Optimization, and Readiness. *Mil Med.* 2020;185(Suppl 1):565-570.
82. Rose LE, Kim MT, Dennison CR, Hill MN. The contexts of adherence for African Americans with high blood pressure. *J Adv Nurs.* 2000;32(3):587-94.

83. Kurt A, Çetinkaya Ş. Lösemili çocuklarda yaşam kalitesi ve hemşirelik bakımı. *Fırat Sağlık Hiz. Dergisi* 2008; 3(8):35-56.
84. Bahar A. Kanser hastalarına psikososyal yaklaşım. *Atatürk Üniv. Hemş. Yük. Dergisi* 2007; 10(1):105-111.
85. Greer JA, Amoyal N, Nisotel L, Fishbein JN, MacDonald J, Stagl J ve ark.. A Systematic Review of Adherence to Oral Antineoplastic Therapies. *Oncologist*. 2016;21(3):354-76.
86. Partridge AH, Avorn J, Wang PS, Winer EP. Adherence to therapy with oral antineoplastic agents. *J Natl Cancer Inst*. 2002;94(9):652-61.
87. Jacobsen P, Sweet KL, Lee YH, Tinsley S, Lancet JE, Komrokji RS ve ark. Adherence to Tyrosine Kinase Inhibitor (TKI) Therapy in Patients with Chronic Myeloid Leukemia (CML).*Blood*.2011;118(21):4431.
88. Pai Ahna LH , Drotar D & Kodish E. Correspondence Between Objective and Subjective Reports of Adherence Among Adolescents With Acute Lymphoblastic Leukemia. *Children's Health Care*.2008; (37)3:225-235.
89. Larizza MA, Dooley MJ, Stewart K and Kong DC. Factors Influencing Adherence to Molecular Therapies in Haematology-Oncology Outpatients. *Journal of Pharmacy Practice and Research*.2006;36: 115-118.
90. NICE(National Institute for Clinical Excellence). Guidance on Cancer Services. Improving Outcomes in HaematologicalCancers: The Manual. National Institute for Clinical Excellence; 2003.
91. Agrawal M, Garg RJ, Cortes J, Quintás-Cardama A. Tyrosine kinase inhibitors: the first decade. *Curr Hematol Malig Rep*. 2010;5(2):70-80.
92. DiMatteo MR, Haskard KB, Williams SL. Health beliefs, disease severity, and patient adherence: a meta-analysis. *Med Care*. 2007;45(6):521-8.
93. Gater A, Heron L, Abetz-Webb L, Coombs J, Simmons J, Guilhot F ve ark. Adherence to oral tyrosine kinase inhibitor therapies in chronic myeloid leukemia. *Leuk Res*. 2012;36(7):817-25.
94. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;16(2):CD000011.
95. Breccia M , Efficace F, Alimena G. Imatinib treatment in chronic myelogenous leukemia: What have we learned so far?.*Cancer Letters*.2011;300(2):Pages 115-121.
96. Noens L, Hensen M, Kucmin-Bemelmans I, Lofgren C, Gilloteau I, Vrijens B. Measurement of adherence to BCR-ABL inhibitor therapy in chronic myeloid leukemia: current situation and future challenges. *Haematologica*.2014;99(3):437-447.
97. Noens L, van Lierde MA, De Bock R, Verhoef G, Zachée P, Berneman Z, ve ark. Prevalence, determinants, and outcomes of nonadherence to imatinib therapy in patients with chronic myeloid leukemia: the ADAGIO study. *Blood*. 2009; 113(22):5401-5411.
98. Bhatia S, Landier W, Shangguan M, Hageman L, Schaible AN, Carter AR ve ark. Nonadherence to oral mercaptopurine and risk of relapse in Hispanic and non-Hispanic white children with acute lymphoblastic leukemia: a report from the children's oncology group. *J Clin Oncol*. 2012;30(17):2094-101.

99. Mancini J, Simeoni MC, Parola N, Clement A, Vey N, Sirvent N ve ark. Adherence to leukemia maintenance therapy: a comparative study among children, adolescents, and adults. *Pediatr Hematol Oncol*. 2012;29(5):428-39.
100. Efficace F, Baccarani M, Rosti G, Cottone F, Castagnetti F, Breccia M ve ark. Investigating factors associated with adherence behaviour in patients with chronic myeloid leukemia: an observational patient-centered outcome study. *Br J Cancer*. 2012;107(6):904-9.
101. StCharles M, Bollu VK , Hornyak E, Coombs J, Blanchette CM , DeAngelo DJ. Predictors of Treatment Non-Adherence in Patients Treated with Imatinib Mesylate for Chronic Myeloid Leukemia. *Blood*.2009;114(22):p.2209.
102. Eliasson L, Clifford S, Barber N, Marin D. Exploring chronic myeloid leukemia patients' reasons for not adhering to the oral anticancer drug imatinib as prescribed. *Leukemia Research*. 2011;35(5):p.626-630.
103. Marin D, Bazeos A, Mahon FX, Eliasson L, Milojkovic D, Bua M ve ark. Adherence is the critical factor for achieving molecular responses in patients with chronic myeloid leukemia who achieve complete cytogenetic responses on imatinib. *J Clin Oncol*. 2010;28(14):2381-8.
104. Drori T, Guetta H, Ben Natan M, Polakevich Y. Effect of mental health nurses' beliefs and knowledge of medication on their use of strategies to improve medication adherence. *Int J Ment Health Nurs*. 2014;23(4):374-380.
105. Jimmy B, Jose J. Patient medication adherence: measures in daily practice. *Oman Med J*. 2011;26(3):155-159.
106. Courtenay M, Carey N, Stenner K, Lawton S, Peters J. Patients' views of nurse prescribing: effects on care, concordance and medicine taking. *Br J Dermatol*. 2011;164(2):396-401.
107. Bosworth HB, Granger BB, Mendys P, Brindis R, Burkholder R, Czajkowski S ve ark.(2011). Medication adherence: a call for action. *American heart journal*, 162(3), 412-424.
108. Yıldırım A. Şimşek H. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri, Genişletilmiş 10. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2016.
109. Ersoy F. Fenomenoloji. Saban A. Ersoy A. (Editörler). Eğitimde Nitel Araştırma Desenleri İçinde. Ankara: Anı; 2016. s. 53-109
110. Turan S. Yılmaz D. Araştırma Desenlenmesi ve Örneklem Seçimi. Turan S. (Editör). Araştırma Desen ve Uygulama İçin Bir Rehber İçinde. Ankara: Nobel ; 2013.s.55-83.
111. Sezgin D. Kalp Yetersizliği Olan Bireylerde Öz Bakım Yönetiminin İncelenmesi Ve Hemşirelik Bakım Ve İzlem Programının Hasta Sonuçlarına Etkisi [doktora tezi]. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2015.
112. Gemalmaz A. ve Avşar G. Kanser Tanısı ve Sonrası Yaşananlar: Kalitatif Bir Çalışma. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*. 2015;12 (2): 93-98.
113. Mikkelsen H E T, Vassbakk-Brovold K, Antonsen A J, Berntsen S, Kersten C ve ark. Cancer Patients' Long-term Experiences of Participating in a Comprehensive Lifestyle Intervention Study While Receiving Chemotherapy. *Cancer Nursing* 2020;43(1):p 60-68.
114. Karataş Z. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. *Manevi Temelli Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*. 2015; 1(1) : 62-80.
115. Eisikovits Z & Koren C. Approaches to and outcomes of dyadic interview analysis. *Qualitative Health Research*, (2010); 20(12): 1642–1655.

116. Tong A, Sainsbury P & Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, (2007);19(6): 349-357.
117. Lincoln Yvonna S. and Egon G. Guba. *Naturalistic inquiry*. sage, 1985.
118. Rolfe G. Validity, trustworthiness and rigour: quality and the idea of qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*. 2006;53:304-10.
119. Hall AE, Paul C, Bryant J, Lynagh MC, Rowlings P, Enjeti A ve ark. .To adhere or not to adhere: Rates and reasons of medication adherence in hematological cancer patients. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*. 2016;(97):247-262.
120. Verbrugghe M, Verhaeghe S, Lauwaert K, Beeckman D, Van Hecke A. Determinants and associated factors influencing medication adherence and persistence to oral anticancer drugs: a systematic review. *Cancer Treat Rev*. 2013;39(6):610-21.
121. Puts MTE, Tu HA, Tourangeau A, Howell D, Fitch M, Springall E ve ark.. Factors influencing adherence to cancer treatment in older adults with cancer: a systematic review. *Ann Oncol*. 2014 Mar;25(3):564-577.
122. Pallin N D, O'Connor M, Gannon A, Browne J, Cahill M R, O'Shea D. Experiences of and preferences for self-management among low grade non-Hodgkin's lymphoma survivors: A qualitative interview study. *European Journal of Oncology Nursing*. 2023;66:102378.
123. Hintistan S, Çilingir D, Nural N, Gürsoy AA. Hematolojik Kanserli Hastaların Kemoterapiye Bağlı Yaşadıkları Semptomlara Yönelik Uygulamaları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012;1(3):153-64.
124. Gemalmaz A. ve Avşar G. Kanser Tanısı ve Sonrası Yaşananlar: Kalitatif Bir Çalışma. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*. 2015;12 (2): 93-98.
125. Herrmann A, Mansfield E, Tzelepis F, Lynagh M & Hall A. Use of the supportive care framework to explore haematological cancer survivors' unmet needs: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 2020;20(1).
126. Tuncay T. Genç Kanser Hastalarının Hastalık Anlatılarının Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi. *Toplum Ve Sosyal Hizmet*, (2009);20(2): 69-88.
127. Herth, K. Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 2000; 32: 1431-1441.
128. Chi GC. The role of hope in patients with cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2007;34(2):415-24.
129. Atilla A, Çelik M, Çolak ÖY, Kuruoğlu T, Temoçin F, Kelkitli E ve ark. Hematolojik maligniteli hastalarda invaziv küf enfeksiyonları: Çevresel faktörlerin etkisi. *Mikrobiyol Bul* 2022;56(2):315-325.
130. Malalur P, Agastya M, Wahi-Gururaj S, Cross CL, Deauna-Limayo D, Kingsley EC. Cancer survivorship in hematologic malignancies: Lifestyle changes after diagnosis. *Cancer Med*. 2021 Feb;10(3):1066-1073.
131. Yazgan E Ö. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Dini İnanç ve Maneviyatın Depresyon Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Ankara Üniversitesi;2014.
132. Çufta M. Kanser Hastalığı İle Başa Çıkmada Dini İnanç Ve Tutumların Rolü (Kosova Örneği) [Doktora Tezi]. Bursa: Uludağ Üniversitesi; 2014.
133. Mooney K., Beck S, Friedman R and Farzanfar R. Telephone-Linked Care for Cancer Symptom Monitoring. 2002. *Cancer Practice*, 10: 147-154.

134. Cimprich, B, Ronis D L. Attention and Symptom Distress in Women With and Without Breast Cancer. *Nursing Research*.2001; 50(2):p 86-94.
135. Kara B, Fesci H. Kanserde öz-bakım ve yaşam kalitesi. *Hematoloji-Onkoloji*.2004;6(4):124-29.
136. Sarıkaya B. Oral Kemoterapi Alan Hastalarda telefon İle İzlemin Semptom Düzeyi, Tedaviye Uyum Ve Yaşam Kalitesine Etkisi [yüksek lisans tezi]. İstanbul: Medipol Üniversitesi; 2021.
137. Huntington SF , Weiss B M , Vogl DT, Cohen AD, Garfall AL, Mangan PA ve ark. Financial toxicity in insured patients with multiple myeloma: a cross-sectional pilot study. *The Lancet Haematology*.2015; 2(10): e408–e416.
138. Karabuga Yakar H, Oğuz S, Güneş C, Turak E, Ketenci E, Combaş HS, et al.. Difficulties Experienced by Cancer Patients in the Covid-19 Pandemic. *Kocaeli Medical Journal*. 2022;11:188–97.
139. Miaskowski C, Paul SM, Snowberg K, Abbott M, Borno H, Chang S, et al. Oncology patients’perceptions of and experiences with COVID-19. *Support Care Cancer*, 2021;29:1941–1950.
140. Uraççı Z, Kalkan Z, Ebinç S. COVID-19 ve Kanser Yönetimi. *diclemedj*. 2021;48:55-64.
141. Lahiguera SC, Ribí K, Dunnack H, Cooley ME, Hammer MJ, Miaskowski C, et al. Experiences of people affected by cancer during the outbreak of the COVID-19 pandemic: an exploratory qualitative analysis of public online forums. *Support Care Cancer*. 2021;11:1-7.
142. Aydın N, Hosseinnezhad F. Covid-19 Pandemisi Sürecinde Kanser Hastalarının Yaşadığı Sorunlar:Nitel bir çalışma. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2022; 16:493–502.
143. İslam J, Rivera MC, Vidot D. Examining COVID-19 preventive behaviors among cancer survivors in the United States: An analysis of the COVID-19 impact survey. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2020;29:2583–90.
144. Park CL, Edmondson D, Fenster JR, ve ark. Positive and Negative Health Behavior changes in cancer survivors – a stress and coping perspective. *J Health Psychol*. 2008;13(8):1198- 1206.
145. Serçekuş, P., Besen, D. B., Günüşen, N. P., & Edeer, D. Experiences of Family Caregivers of Cancer Patients Receiving Chemotherapy. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*.2014; 15(12): 5063–5069.
146. Işıkhán, V. ve Diğerleri (1997) “Meme Kanserli Hastaların Sosyal Destek Sistemleri ve Benlik Saygıları.” *GATA Bülteni*, 39, 364- 368.
147. Landier W, Hughes CB, Calvillo ER, Anderson NL, Briseño-Toomey D, Dominguez L ve ark. A grounded theory of the process of adherence to oral chemotherapy in Hispanic and caucasian children and adolescents with acute lymphoblastic leukemia. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2011;28(4):203-23.
148. Trudeau-Hern, S., & Daneshpour, M. Cancer’s Impact on Spousal Caregiver Health: A Qualitative Analysis in Grounded Theory. *Contemporary Family Therapy*.2012; 34(4):534– 554.
149. Özkan, S., & Kutlu, Y. Hematolojik Kanserli Hasta Eşlerinin Başa Çıkma Yolları ve Sosyal Destek Sistemlerinin Depresyon Düzeyleri ile İlişkisi. *İstanbul Üniversitesi F.N.H.Y.O Dergisi*.2004; 13(53):160–172.
150. Zakowski, S. Sandra G., Casey Haris, Nancy Krueger, Kimberly K. Laubmeier. “Social Barrier to Emotional Expression and Their Relations to Distress in Male

- and Female Cancer Patients”, *British Journal of Health Psychology*, (2003) ;(8): 271-284.
151. McBride CM, Emmons KM, Lipkus IM. Understanding the potential of teachable moments: the case of smoking cessation. *Health Educ Res.* 2003;18(2):156-170.
 152. Demark-Wahnefried W, Aziz NM, Rowland JH, Pinto BM. Riding the crest of the teachable moment: promoting long-term health after the diagnosis of cancer. *J Clin Oncol.* 2005;23: 5814-5830.



8. EKLER

EK 1: Dokuz Eylül Üniversitesi “Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırmanın Adı: **Hematolojik Kanser Tanısı Olan Bireylerin Hastalık ve Tedaviye Uyumlarına İlişkin Deneyimleri: Kalitatif Çalışma**

Sorumlu Araştırmacının Adı: Dr. Öğr. Üyesi Dilek SEZGİN

Yardımcı Araştırmacının Adı: Cansu YAMAN

“Hematolojik Kanser Tanısı Olan Bireylerin Hastalık ve Tedaviye Uyumlarına İlişkin Deneyimleri: Kalitatif Çalışma ” isimli araştırmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma bilimsel araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır.

Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da fazla bilgi isterseniz size iletişim bilgileri verilen araştırmacıya sorabilirsiniz.

Araştırmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu araştırmaya katılacak?

Araştırmanın amacı,

Hematolojik kanser tanısı alan hastalar riskli ve hassas bir gruptur. Hastalık seyrinde tedaviye gösterilen uyum, sağlıklı yaşam davranış biçimlerinin benimsenmesi, özbakımın sağlanabilmesi, dönemsel yükseliş gösteren bulaşıcı ve salgın hastalıklardan korunmak ve enfeksiyona yakalanmamak tedavinin önemli parametreleri arasında yer almaktadır. Hastaların hastalıklarıyla yaşam süreçlerinde tedaviye uyma ve aşılınmaya ilişkin deneyimlerin bilinmesi bu bağlamda önem taşımaktadır.

Araştırma SBÜ Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Bornova Ek Hizmet Binası Hematoloji ve Onkoloji Servisinde yürütülecektir. Çalışmada niteliksel araştırma yöntemi kullanılacağı için hasta sayısı belirtilememektedir. Veri doygunluğuna ulaşıncaya kadar veri toplama süreci devam edecektir.

Bu araştırmaya katılırsam beni ne bekliyor?

Araştırma verileri hastalarla bireysel görüşme yapılarak toplanacaktır. Hastalara araştırmanın amacı açıklandıktan sonra kabul edenlere bilgilendirilmiş onam formu doldurulması planlanmıştır. Görüşme uygun, sessiz bir odada ve hastanın görüşme yapmak için uygun olduğu (nefes darlığının olmaması, koopere olması, görüşmeyi engelleyecek bir semptom yaşamaması) bir zamanda yapılacaktır. Yapılacak görüşmeler bireylerin izinleri alınarak ses kaydı yapılacak ve görüşme sırasında daha önceden araştırmacılar tarafından hazırlanmış sorular sorulacaktır. Görüşmelerin ortalama 30-40 dakika sürmesi planlanmaktadır.

Bu araştırmaya katılmalı mıyım?

Bu araştırmada yer almak tamamen size bağlıdır. Şimdi bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin araştırmadan ayrılmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya araştırmadan ayrılırsanız, sizin için en uygun tedavi planı bu kararınızdan etkilenmeksizin uygulanacaktır. Eğer araştırmayı yürüten doktorunuz araştırmaya devam etmeniz için sizin için yararlı olmayacağına karar verirse sizi araştırma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için standart olarak verilmesi gereken en uygun tedavi uygulanacaktır.

Araştırmanın olası riskleri nelerdir?

Araştırmanın herhangi olası bir riski bulunmamaktadır.

Araştırmanın olası riskleri konusunda ne gibi önlemler alınacaktır?

Araştırma ile ilgili ortaya çıkabilecek herhangi bir sağlık probleminde her türlü tıbbi girişim tarafımızdan yapılacak; bu konudaki tüm harcamalar da tarafımızdan karşılanacaktır.

Bu araştırmaya katılmamın maliyeti nedir?

Bu araştırmada yer almak tümüyle sizin isteğinize bağlıdır. Bu araştırma için size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sırasında oluşabilecek masraflar size ve bağlı olduğunuz kuruma ödetilmeyecektir.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?

Araştırmayı yapan araştırmacı kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanılacaktır ancak kimlik bilgileriniz tıp etiği ve KVKK düzenlemelerine uygun şekilde gizli tutulacaktır. Araştırma için kullanılacak bilgileriniz üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır.

Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Araştırmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Araştırma sonuçları araştırma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

KATILIMCININ/HASTANIN BEYANI

SBÜ Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Bornova Ek Hizmet Binası Hematoloji-Onkoloji servisinde niteliksel bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve doktorum ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun*

olacağıının bilincindeyim). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabileceğim konusunda bilgilendirildim.

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

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. Öğretim Üyesi Dilek SEZGİN 0536 347 94 09 ve DEÜ Hemşirelik Fakültesi 5. Kat 506 numaralı oda arayabileceğimi biliyorum .

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

EK 2: Hematolojik Kanser Tanısı Olan Birey Tanılama Formu

Anket No:

Tarih:

Ad- Soyad :

1. Yaş :

2.Cinsiyet: Kadın () Erkek ()

3.Eğitim Durumu :

Okur-yazar () İlköğretim () Ortaöğretim() Lise () Yüksek öğretim ()

Yüksek lisans/Doktora ()

4.Medeni Durum : Evli () Bekar ()

5.Çalışma Durumu : Çalışıyor () Çalışmıyor ()

6.Alınan Tanı:

7.Tanı süresi:

9.Hastanede yatış süresi :

10. Son 1 yılda hastaneye yatma durumu (tedavi dışı): Evet () Hayır ()

11. Alınan tedavi şekli;

KT () RT () Immünoterapi () hormonterapi () Hedefe yönelik ajan(akıllı ilaç) ()

12.Tedavi alma sıklığı ?

13.Ek kronik hastalığınız var mı ? Evet () Hayır ()

Evet ise hangi hastalıklar?

EK 3: Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Tarih:

Görüşmenin Başlama Saati :

Bitiş Saati :

Görüşülen Kişi :

Görüşmeci :

Sayın katılımcı, benim adım, Cansu YAMAN Dokuz Eylül Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans öğrencisiyim. Bu araştırmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunuyorsunuz. Çalışmanın amacı hastaların aşı davranışının tedavinin bir parçası olarak algılama durumlarını belirlemek ve hematolojik kanser tanısı olan bireylerin aşı olma davranışları ve tedaviye uyumlarına ilişkin deneyimlerini incelemektir.

Bu araştırmaya hematolojik hastalık tanısı almış gönüllü hastalar katılacaktır. Çalışmamızda katılacak gönüllü hasta sayısı ile ilgili bir kural bulunmamaktadır. Araştırma sonucunda elde edilecek veriler niteliksel anlamda literatüre ve pratik alanda katkı sağlayacaktır.

Görüşme uygun olduğunuz zaman diliminde mobil uygulama aracılığıyla online olarak yapılacaktır. Görüşme sizin izniniz dahilinde sesli ve görüntülü olarak kayıt edilecektir. Görüşmelerin ortalama 30-40 dakika süre ile yapılması planlanmaktadır. Araştırma için herhangi bir ödeme yapmayacaksınız ve araştırmaya katıldığınız için ödeme almayacaksınız. Masraflar size veya bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.

Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmama veya katıldıktan sonra istediğiniz herhangi bir anda araştırmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Her iki durumda da tıbbi takip, tedavi ve uygulamalarda hiçbir hak kaybına maruz kalmayacağımızı bildirmek isterim. Araştırmanın her aşamasında kendiniz ve

araştırmanın gidişatı hakkında bilgi alma hakkınız bulunmaktadır Bu çalışmada yer aldığımız sürece verdiğiniz bilgiler gizli kalacaktır. Verdiğiniz bilgiler sadece araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir. Çalışma verileri herhangi bir yayım ve raporda kullanılırken bu yayımda isminiz geçmeyecek ve veriler izlenerek size ulaşılmayacaktır.

Araştırma için Etik Kurul onayı alınmıştır ve araştırma bilgileri Etik Kurul'a açık tutulacaktır.

RIZA/ ONAY/ ONAM

Yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırmaya ilişkin bilgilendirme bölümünü okudum ve anladım. Görüşmeci tarafından önce sözlü sonra yazılı olarak bilgilendirildim. Katılmam istenen çalışmanın kapsamı,amacını ve gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım.

Söz konusu araştırmaya hiçbir zorlama olmadan gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum ve onaylıyorum.

Gönüllünün

Adı- Soyadı:

İletişim Numarası:

Tarih:

İmzası:

Görüşmecinin

Adı- Soyadı:

İletişim Numarası:

Tarih:

İmzası:

Toplam 2 sayfadan oluşan işbu Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu 2 nüsha olarak hazırlanmış olup, bir nüshası online formatta gönüllüye teslim edilmiştir.

- 1.Hastalığınız ve tedavinize ilişkin neler yaşıyorsunuz, anlatır mısınız?
2. Hastalığınızı yönetebilmek için neler yapıyorsunuz?
3. Hastalığınıza ilişkin ne tür sorunlarla karşı karşıya kaldınız?
- 4.Yaşadığınız bu sorunları nasıl yönetiyorsunuz?
- 5.Tedavi süreciniz konusunda ne düşünüyorsunuz?
6. Tedaviyi sürdürme sürecinde yaşadıklarınızı anlatır mısınız?
- 7.Aşı olmak ile ilgili düşünceleriniz neler?
- 8.Aşı olmanın hastalığınıza etkisi ile ilgili düşünceleriniz neler?(bu süreçte aşı yaptırdınız mı)
9. Tedavi sürecinizde aşı olmayla ilişkili ne düşünüyorsunuz?

**EK 4: KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ SÜREKLİ
EĞİTİM UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ NİTEL ARAŞTIRMA
KURSU KATILIM BELGESİ**



EK 5: MAXQDA NİTEL VERİ ANALİZİ KATILIM BELGESİ



EK 6 : ETİK KURUL İZİNİ

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Dr.Öğr.Üyesi Dilek Sezgin

Araştırmınıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	goaek@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	7687-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/> MÜNFERİT ARAŞTIRMA <input type="checkbox"/> ÖÇM <input type="checkbox"/> YÜKSEKLİSANS <input checked="" type="checkbox"/> DOKTORA <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hematolojik Kanser Tanısı Olan Bireylerin Hastalık ve Tedaviye Uyumlarına İlişkin Deneyimleri: Kalitatif Çalışma
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÖNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Dr.Öğr.Üyesi Dilek Sezgin Hemşirelik Fakültesi
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input checked="" type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

ASLI GİBİ



KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2022/41-11	Tarih:21.12.2022				
	Dr.Öğr.Üyesi Dilek Sezin'in sorumlusu olduğu "Hematolojik Kansere Tanısı Olan Bireylerin Hastalık ve Tedaviye Uyumlarına İlişkin Deneyimleri: Kalitatif Çalışma" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın mevcut haliyle etik yönden uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir. Kurum izinlerinin 3 ay içerisinde Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Mehmet Birhan Yılmaz (Başkan)	Kardiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	İmza
Prof.Dr. Emel Çalıkoğlu (Başkan Yardımcısı)	Preventif Onkoloji	Onkoloji Enstitüsü	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Ahmet Okay Çağlayan	Moleküler Tıp	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Suna Asilsoy	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Nil Hocaoğlu Aksay	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Meryem Öztürk Haney	Halk Sağlığı Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Aliye Akcalı	Periodontoloji	Diş Hekimliği Fakültesi	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Şule Özbilgin	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	DEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Tolga Şahin	Spor Yönetim Bilimleri	Necat Hepkon Spor Bilimleri Fakültesi	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Dr.Öğr.Üyesi Gamze Tuna	Tıbbi Biyokimya	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç Yüksel	Biyostatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

EK 7: KURUM İZİN BELGELERİ



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-42056799-619-208364514
Konu : Yardımcı Araştırmacı Cansu YAMAN
Tezi

31.01.2023

İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

Müdürlüğümüz Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyonu tarafından, sorumlu araştırmacı Dr.Öğr.Üyesi Dilek SEZGİN'nin hazırlamış olduğu "Hematolojik Kansere Tanısı olan Bireylerin Hastalık ve Tedaviye Uyumlarına İlişkin Deneyimleri: Kalitatif Çalışma" konulu araştırma başvuru dosyası incelenmiş olup, çalışmanın Kurumunuz'da yapılması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Uzm. Dr. Hüseyin BOZDEMİR
BAŞKAN

Ek: Komisyon Kararı(1 sayfa).pdf

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 9D8656FB-8883-4875-937D-E63D598ABD4A

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

İzmet Kaptan Mahallesi Hürriyet Bulvarı No:1 KONAK 35000
Telefon No: 02324452495
e-Posta: [Internet Adresi: https://izmirism.saglik.gov.tr](mailto:Internet.Adresi:https://izmirism.saglik.gov.tr)
Kep Adresi:

Bilgi için: Pınar SOYLU
Strekli İşçi

Telefon No: 02324452495



	T.C. İZMİR VALİLİĞİ İl Sağlık Müdürlüğü	Kod	ARGE I-FR-01
		Yayın Tarihi	08.10.2018
	SAĞLIK HİZMETLERİ, İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI AR-GE VE SAĞLIK İNOVASYONU BİRİMİ ARAŞTIRMA İZİN TALEPLERİNİ DEĞERLENDİRME KOMİSYONU	Rev.No/Tarihi	00/
		Sayfa	1/1

Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyonu

KARAR NO	BAŞVURU TARİH ve SAYISI	DEĞERLENDİRME TARİHİ	KARAR
2023/ 7	19.01.2023 207502822	25.01.2023	UYGUN

Açıklama:

Yürütücü/Sorumlu Araştırmacı Dr.Öğr.Üyesi Dilek Sezgin ve Yardımcı Araştırmacı Cansu Yaman tarafından kurulumuza sunulan "**Hematolojik Kanser Tanısı olan Bireylerin Hastalık ve Tedaviye Uyumlularına İlişkin Deneyimleri:Kalitatif Çalışma**" isimli araştırma başvuru dosyası ve ilgili ekleri incelenmiş olup, izin talebi değerlendirilerek, komisyon üyelerince oy birliği ile "**KABUL**" kararı verilmiştir.

Komisyon Üyelerinin İmzası

Üye Uz.Dr. Songül İNÜHOĞLU
Üye Uz.Dr. Leyla SÜNDÜS ARSLAN
Komisyon Başkanı Sevgan EKİZLER GÜNEY

Doç. Dr. M. Emre ERKUŞ

İsmet Kaptan Mah. Hürriyet Bulvarı No:1 Konak /İZMİR
Tel: (0232) 445 24 95
E-posta adresi : izmir.arge@saglik.gov.tr

Bilgi : Uz.Dr. Leyla Sündüs ARSLAN
Dahili :423

EK 8 : ETİK KURUL İZİNİ-2

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Dr.Öğr.Üyesi Dilek Sezgin

Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	goaek@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	7687-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/> MÜNFERİT ARAŞTIRMA <input type="checkbox"/> ÖÇM <input type="checkbox"/> YÜKSEKLİSANS <input checked="" type="checkbox"/> DOKTORA <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hematolojik Kanser Tanısı Olan Bireylerin Hastalık ve Tedaviye Uyumlarına İlişkin Deneyimleri: Kalitatif Çalışma
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Dr.Öğr.Üyesi Dilek Sezgin Hemşirelik Fakültesi
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input checked="" type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2023/04-45	Tarih:15.02.2023
	Dr.Öğr.Üyesi Dilek Sezgin'in sorumlusu olduğu "Hematolojik Kansere Tanısı Olan Bireylerin Hastalık ve Tedaviye Uyumlarına İlişkin Deneyimleri: Kalitatif Çalışma" isimli klinik araştırmaya ait araştırmacı dilekçesine ilişkin; Kurum izinleri ile ilgili bilgi edinilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
				E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Mehmet Birhan Yılmaz (Başkan)	Kardiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	[İmza Alanı]
Prof.Dr. Emel Çalkoğlu (Başkan Yardımcısı)	Preventif Onkoloji	Onkoloji Enstitüsü	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Ahmet Okay Çağlayan	Moleküler Tıp	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Suna Asilsoy	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Nil Hocaoglu Aksay	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Meryem Öztürk Hancı	Halk Sağlığı Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Aliye Akçalı	Periodontoloji	Diş Hekimliği Fakültesi	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Şule Özbilgin	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	DEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Tolga Şahin	Spor Yönetim Bilimleri	Necat Hepkon Spor Bilimleri Fakültesi	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Hatice Şimşek Keskin	Halk Sağlığı	DEÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Dr.Öğr.Üyesi Gamze Tuna	Tıbbi Biyokimya	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

EK 9: ÖZGEÇMİŞ



CANSU YAMAN

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

İletişim Adresi

Telefon

E-posta

İnternet Sayfası

Öğrenim Bilgileri

01 Eylül 2019 - Şu Anda (4 yıl 5 ay)

Yüksek Lisans, Tezli Program, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ (YL) (TEZLİ)

05 Ekim 2018 - Şu Anda (5 yıl 3 ay)

Ön Lisans, Açıköğretim, ANADOLU ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE AÇIKÖĞRETİM FAKÜLTESİ, SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ PR. (AÇIKÖĞRETİM)

Diploma Numarası: -

Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 0.71 / 4.0

30 Temmuz 2015 - 24 Haziran 2019 (3 yıl 11 ay)

Lisans, Anadal/Normal Öğretim, EGE ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, HEMŞİRELİK PR.

Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 2.83 / 4.0

Deneyim / İşyeri Bilgileri

01 Şubat 2020 - Şu Anda (4 yıl) (Tam Zamanlı)

HEMŞİRE, SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU BAŞKANLIĞI İZMİR İLİ GÜNEY BÖLGESİ TÜRKİYE KAMU HASTANE BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

01 Eylül 2019 - 01 Aralık 2019 (4 ay) (Tam Zamanlı)

HEMŞİRE, MEDICAL PARK HASTANELER GRUBU

Bildiriler

C. YAMAN, H. KARADENİZ, G. ANIK & C. YAMAN, ÖĞRENCİ HEMŞİRELERİN DEMONSTRASYON VE LABORATUVAR UYGULAMALARINA İLİŞKİN ALGI VE DÜŞÜNCELERİ*, Sözlü Sunum, 15. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi , 28 Nisan 2016, 29 Nisan 2016.