

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

KANSER HASTALARINDAKİ BAKIM
GEREKSİNİMLERİNİN KARŞILANMASINDA HEMŞİRELİK
UYGULAMALARININ ETKİNLİĞİNİN İNCELENMESİ

ARZU GÜNGÖR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Yasemin TOKEM

2015 - İZMİR

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

KANSER HASTALARINDAKİ BAKIM
GEREKSİNİMLERİNİN KARŞILANMASINDA HEMŞİRELİK
UYGULAMALARININ ETKİNLİĞİNİN İNCELENMESİ

ARZU GÜNGÖR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Yasemin TOKEM

2015 - İZMİR

KABUL VE ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne;

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Tezli Yüksek Lisans Programı (İç Hastalıkları Hemşireliği) çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüriler tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 08 /09/2015

Tez Danışmanı : Doç.Dr. Yasemin TOKEM



İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

Üye : Doç. Dr. Yasemin YILDIRIM

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi



Üye : Doç. Dr. Elif ÜNSAL AVDAL

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi



ONAY : Bu Yüksek Lisans Tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Recep SÜTÇÜ

Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Gerek tez çalışmam süresince gerekse yüksek lisans eğitimim boyunca yardım ve desteğini esirgemeyen, beni sabır ve anlayışla yönlendiren, daima teşvik ve özveride bulunan değerli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Yasemin TOKEM'e,

Çalışmamın veri toplama aşamasında ihtiyacım olan desteği veren İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dâhiliye, Gastroenteroloji, Tıbbi Onkoloji ve Palyatif Bakım Kliniği Hemşirelerine,

Sabır ve desteklerini esirgemeyen annem Hatice Güngör, babam Hasan Güngör'e ve arkadaşım Gamze Önel'e

En içten duygularıyla teşekkür ederim.

Arzu GÜNGÖR

İZMİR -2015

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
Kabul ve Onay	ii
Önsöz	iii
İçindekiler	iv
Tablolar Dizini	vi
1. GİRİŞ	
1.1 Araştırmanın Konusu	1
1.2 Araştırmanın Amacı	2
1.3 Araştırmanın Önemi	2
2. GENEL BİLGİLER	
2.1. Dünya ve Türkiye’de Kanser Epidemiyolojisi	3
2.2 Kanser Etiyolojisi	4
2.3 Kanserden Korunma	8
2.4 Kanserde Tanı ve Tarama Yöntemleri	11
2.5 Belirti ve Bulgular	14
2.6 Kanser Gelişim Süreci	15
2.6.1 Kanserde Metastaz Mekanizması	16
2.7 Tümörlerin Evrelendirilmesi ve Derecelendirilmesi	17
2.8 Kanser Tedavisi	19
2.8.1 Kemoterapi	19
2.8.2 Radyoterapi	23
2.8.3 Kök Hücre Nakli ve Kemik İliği Transplantasyonu	25
2.8.4 Cerrahi Tedavi	27

2.9 Dünya Genelinde Kanser Yüğü	27
2.10 Kanser Hastalarının Bakım Gereksinimleri	30
2.11 Onkoloji Hastasının Bakımı	30
3. GEREÇ VE YÖNTEM	
3.1 Araştırma Tipi	46
3.2 Araştırmada Kullanılan Gereçler	46
3.2.1 Veri Toplama Araçları	46
3.3 Araştırmanın Yeri ve Zamanı	47
3.4 Araştırmanın Evreni	47
3.5 Araştırmanın Örnekleme	48
3.6 Veri Toplama Yöntemi ve Süresi	48
3.7 Verilerin Değerlendirilmesi ve Bulguların Analizi	48
3.8 Süre ve Olanaklar	49
3.9 Etik Açıklamalar	49
4. BULGULAR	51
5. TARTIŞMA	77
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	86
ÖZET	90
ABSTRACT	92
KAYNAKLAR	94
EKLER	100
ÖZGEÇMİŞ	118

TABLULAR DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1: Sık Görülen Kanselerde Önemli Risk Faktörleri	11
Tablo 2: Amerikan Kanser Birliği'nin Tarama ve Testleri İçin Önerisi	12
Tablo 3: TNM sınıflaması	17
Tablo 4: Kemoterapinin yan etkileri	22
Tablo 5: Radyoterapiye bağlı yan etkiler	25
Tablo 6: Hastaların demografik özelliklerine göre dağılımları	51
Tablo 7: Hastaların alışkanlık özelliklerine göre dağılımları	53
Tablo 8: Hastaların klinik özelliklerine göre dağılımları	54
Tablo 9: Hastaların bakım gereksinimleri ile ilgili sorulara verdikleri cevapların dağılımı	56
Tablo 10: Hastaların hastalıkla ilgili şikayetlerinin ilaçlarla ve ilaç dışı uygulamalarla azalması ya da sona ermesi konusundaki sorulara verdikleri cevap dağılımı	59
Tablo 11: Hastaların olumlu yanıt verdikleri sorularda hemşirelik bakımının derecelendirilmesine yönelik düşünceleri dağılımı	61
Tablo 12: Hastaların şikayetlerin ilaç ve ilaç dışı uygulamalar ile geçme/azalma düşünceleri ile şikayetleri azaltan ilaç dışı girişimlerin dağılımı	63
Tablo 13: Hemşirelerin demografik özelliklerine göre dağılımları	65
Tablo 14: Hemşirelerin mesleki özelliklerine göre dağılımları	66
Tablo 15: Hemşirelerin bakım gereksinimleri ile ilgili sorulara verdikleri cevapların dağılımı	67
Tablo 16: Hemşirelerin hastalıkla ilgili şikayetlerinin ilaçlarla ve ilaç dışı uygulamalarla azalması ya da sona ermesi konusundaki sorulara	70

verdikleri cevap dağılımı

Tablo 17: Hemşirelerin olumlu yanıt verdikleri sorularda hemşirelik bakımının derecelendirilmesine yönelik düşünceleri dağılımı 72

Tablo 18: Hemşirelerin onkoloji hastalarına bakım vermektan memnuniyetlerine göre meslekte çalışma yılları, günlük hasta sayıları ve aylık ortalama nöbet sayıları ortalama dağılımı 74

Tablo 19: Hemşirelerin şikayetlerin ilaç ve ilaç dışı uygulamalar ile geçme/azalma düşünceleri ile şikayetleri azaltan ilaç dışı girişimlerin dağılımı 75

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1 Araştırmanın Konusu

Kanser, hücrelerin kontrolsüz büyümesi ve anormal şekilde yayılımı ile karakterize olan hastalıklar grubunu tanımlamaktadır (1). Kanser, yüzyılın başlarında ölüme neden olan hastalıklar arasında yedinci ve sekizinci sıralarda yer alırken, bugün dünyanın birçok ülkesinde ve Türkiye’de kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır (2). Kanserlerde, hastaların yaşam kalitesine katkıda bulunmayı amaçlayan profesyonel bakım önceliklidir (3). Kanser hastaları, sadece hastalık süreci ile ilgili değil, aynı zamanda kanser tedavisinin yan etkilerine bağlı olarak birçok sorun yaşamaktadır. Bunlar, ağrı, iştahsızlık, kaşeksi, tat değişiklikleri, saç dökülmesi, bulantı, kusma, mukozit, yorgunluk, dispne gibi fiziksel ve uyku düzensizlikleri, depresyon, anksiyete gibi psikolojik semptomlardır (4). Kanser tanısı almak hastanın, bir yandan fiziksel sorunlar ile baş etmeye çalışmasına, diğer yandan geleceğe ilişkin belirsizlik yaşamasına neden olabilmektedir (5). Kanser gibi tedavisi uzun süreli olan, yaşam kalitesini azaltan durumlarda hastanın sosyal ve manevi desteğe olan gereksinimi daha da artar (6,7). Hastaların bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ve yönetimi sağlık bakımının esas bileşenidir. Hastaların fiziksel, bilgi, iletişim, psikolojik, cinsel, sosyal, finansal ve spiritüel gereksinimlerinin karşılanması ve bakımın hasta ailesini de içermesi gerekir. Kanser, hastanın tüm yaşam alanlarında çeşitli düzeylerde olumsuz etkiye neden olur. Etkili, yüksek kaliteli kanser bakımı sadece anti-kanser tedavinin uygulanmasıyla sınırlandırılmaz. Kanser hastalarının hastalık ve tedaviyle baş etmede yardım gereksinimleri orta veya yüksek düzeydedir. Bu yardım hemşirelik bakımıyla sağlanabilir. Bakım, onkoloji hastaları için, daha özenli yaklaşımı, bireyselleşmiş bakımı ve yakınlığı ifade etmektedir. Hastaların gereksinimleri çok boyutludur; fiziksel, pratik-günlük yaşam aktiviteleri, ekonomik, çevre, kültür, bilgi, iletişim, emosyonel, psikososyal, psikoseksüel, spiritüel-varoluşsal alanları içerir. Bu gereksinimlerin birbiriyle etkileşimlerini de anlamak önemlidir. Gereksinimleri belirlemek hastanın distressini, kötü yaşam kalitesini, bakım memnuniyetsizliğini azaltacak, sağlık hizmeti kullanımının ve maliyetinin artmasını önleyebilecektir. Hastayı merkeze alarak, her

bireyin holistik bakış açısıyla destekleyici bakım gereksinimlerinin tanınması ve karşılanması gerekir (7,8,9). Hemşireler bütüncül olarak hastanın gereksinimlerini, sorunlarını tanılamada ve karşılamada primer rol ve sorumluluklara sahiptir. Hastaların gereksinimlerine yetersiz ilgi, gereksiz distrese ve sağlık bakım maliyetlerinin artmasına, yaşam kalitesinde azalmaya ve hasta memnuniyetsizliğine yol açabilir. Bu nedenle karşılanmamış gereksinimler ciddi bir sağlık hizmeti sorunu olarak da görülebilir. Karşılanmamış gereksinimleri tanılamayla elde edilen bilgi, sağlık hizmetlerinde iyileştirilmesi gereken alanları ve öncelikleri belirlemeye yardım edebilir. Hastaların karşılanmamış gereksinimlerini belirlemek, sağlık bakımı verenlerin uygun müdahalelerde bulunması için de ilk aşamadır (3,10,11).

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı; kanser hastalarındaki bakım gereksinimlerinin karşılanmasında hemşirelik uygulamalarının etkinliğini incelemektir.

1.3 Araştırmanın Önemi

Kanser tüm dünyada ve ülkemizde en önemli sağlık sorunlarından birisidir. Kanser hastaları, sadece hastalık süreci ile ilgili değil, aynı zamanda kanser tedavisinin yan etkilerine bağlı olarak birçok sorun yaşamaktadır. Kanser hastaları hem acılarını hafifletmek, hem de yaşam kalitelerini yükseltmek için palyatif bakım kapsamında semptom yönetimine ihtiyaç duymaktadırlar. Kanser hastalarında yaşam kalitesine katkıda bulunmayı amaçlayan profesyonel bakım önceliklidir. Bakımda hedef, maksimum semptom kontrolü, hastaların fiziksel ve emosyonel acı çekmelerini en aza indirmektir. Hastaların fiziksel, bilgi, iletişim, psikolojik, cinsel, sosyal, finansal ve spiritüel gereksinimlerinin karşılanması ve bakımın hasta ailesini de içermesi gerekir. Kanser hastaları büyük acılara neden olan semptomlar yaşayabilirler. Hastanın yaşadığı bedensel, psikososyal ve spiritüel semptomlar birbiriyle ilişkidir, tedavi ve bakımın “bütüne” yönelik olması gerekir. Hemşireler bütüncül olarak hastanın gereksinimlerini, sorunlarını tanılamada ve karşılamada primer rol ve sorumluluklara sahiptir. Bu amaçla çalışmamızın, kanser hastalarının bakım gereksinimlerinin ne oranda karşılandığının belirlenmesinde ve uygun girişimlerin başlatılmasında etkili olacağı düşünülmektedir.

BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

Neoplastik hastalıklar, organizmada yer alan herhangi bir hücrenin farklılaşarak, aşırı ve kontrolsüz şekilde çoğalması sonucu oluşan hastalıklar grubuna verilen addır. Bu hastalık grubunda, bir veya daha fazla etiyolojik faktörün etkisi ile genetik yapısı değişmiş olan bir hücre çoğalarak tümör ya da kanser olarak bilinen yeni bir yapının gelişmesine neden olur. Bu grupta yer alan hastalıklar farklı organ ve dokulardan kaynaklanır ve isimlendirilmesi anormal hücrelerin köken aldığı organa göre farklılık gösterir (12).

2.1. Dünya ve Türkiye’de Kanser Epidemiyolojisi

Kanser insanlığın tümünü etkiler fakat özellikle belirli bir tümör tipi dikkate alındığında yerel, ulusal ve bölgesel farklılıklar bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’ne (WHO) bağlı Kanser Araştırması Uluslararası Ajansı (IARC) tarafından 2014 şubatta yayımlanan Dünya Kanser Raporu’na göre en yaygın görülen kanserler akciğer, meme, prostat ve kolorektal kanserleridir. Rapora göre dünyada 2008’de bir yılda 12,4 milyon yeni kanser vakası saptanırken, 2012 yılından bu yana her yıl 14 milyon yeni kanser vakası tespit edilmektedir. Bu rakamın gelecek 20 yıl içinde 22 milyona çıkabileceği belirtilmektedir. 2008’de 7,6 milyon olarak belirlenen kanser kaynaklı ölümlerin yılda 8,2 milyona ulaştığı ve bu rakamın yine 20 yıllık süre içinde 13 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. Çalışmadaki bulgulara göre Türkiye’de erkekler arasında en fazla görülen kanser türü, akciğer kanseridir. Ülkemizdeki kadınlarda ise en fazla meme kanseri görülmektedir. Rapora göre en fazla görülen kanser hastalığı yüzde 13’lük pay ve 1,8 milyon vaka ile akciğer kanseridir. İkinci sırada yüzde 11,9’luk payla ve 1,7 milyonluk hasta sayısı ile meme kanseri, üçüncü sırada da yüzde 9,1’lik oranla ve 800 bin hasta ile kalın bağırsak kanseri yer almaktadır. Kanser hastalıkları arasında en fazla ölümlere neden olan kanser türü, 1,6 milyon vaka ile akciğer kanseridir. İkinci sırada 800 bin ölümle karaciğer kanseri varken, ardından 700 bin kayıpla mide kanseri gelmektedir. Araştırmaya göre kanser hastalığından en fazla musdarip bölgeler ise gelişmekte olan ülkelerdir. Dünyadaki kanser vakalarının yüzde 60’ı Afrika, Asya, Latin ve Güney Amerika’da ortaya çıkmaktadır. Kansere bağlı ölümlerin yüzde 70’i de bu bölgelerde yaşanmaktadır

(13). Kanser kayıtlarının doğru ve etkin şekilde tutulması gerekmektedir. Bu sebeple ülkemizde 1992 yılında Kanser Kayıt ve İnsidans Projesi çalışması başlamıştır. Toplum bazlı başlatılan kanser kayıtçılığı İzmir Kanser Kayıt Merkezinin açılması ile anlam kazanmıştır. 2013 yılında Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) tarafınca dünya kanser verilerinin hesaplandığı sayılı merkezler arasına İzmir, Antalya, Trabzon ve Edirne Kanser Kayıt Merkezleri de dâhil olmuştur (14).

2.2 Kanser Etiyolojisi

Kanserin oluşumunda tek bir neden söz konusu değildir. Hem genetik hem de çevresel faktörler kanser gelişimini arttırabilir.

Sigara

Tütün içimi insanlarda akciğer, ağız boşluğu, geniz ve sinüsler, yutak, gırtlak, yemek borusu, mide, pankreas, karaciğer, idrar torbası, böbrek ve serviks uteri ile miyeloid lösemi kanserlerini tetikleyen önemli bir kanser nedenidir (15). Sigara ayrıca alkol, asbest, uranyum ve virüsler gibi diğer maddeler ile sinerjistik etki yaratır. Sigara ile birlikte alkol tüketildiğinde özellikle ağız boşluğu ve özofagus kanser riskinin arttığı, ayrıca hava kirliliği ile birlikte sigaranın akciğer kanserlerinin %10'unda rol oynadığı belirtilmektedir (16).

Kronik Enfeksiyonlar

Dünya genelinde kanserlerin takriben %15-20'si enfeksiyon yapıcı ajanlara bağlanabilir. Ancak bu oran kaynakları düşük seviyedeki ülkelerde (%26) gelişmiş ülkelere (%8) oranla daha yüksektir. Belirli enfeksiyon yapıcı ajanların tetiklediği yaygın kanserler arasında insanlarda hepatit B virüsü (HBV) ile veya hepatit C virüsü (HCV) ile ilişkilendirilebilen hepatoselüler karsinom, insan papillomavirüsü ile ilişkili servikal kanserler veya diğer habasetler (HPV), lenfomalar ve Epstein-Barr virüsü (EBV) ile ilişkili diğer kanserler, insan T hücre virüsü (HTLV) ile ilişkilendirilen lösemi, insan herpes virüsü 8 (HHV8) ile ilişkilendirilen kaposi sarkomu, helicobacter pylori (H. pylori) ile ilişkilendirilen gastrik kanser ve Schistosoma haematobium ile ilişkilendirilen idrar yolu kanseri sayılabilir. HBV, HCV ve H. pylori gibi diğer enfeksiyon yapıcı ajanlar dolaylı bir rol oynar görünmekte ve kronik bir iltihabı tetikleyerek doku nekrozunu ve yenilenmesine

neden olmaktadır. HIV de dolaylı bir rol oynar ve diğ er onkojenik enfeksiyonlara bağı şıklığı azaltmak suretiyle kanser riski üzerindeki etkisini gösterir (15).

Alkol

Alkol içimi ile ağı z boşluğu, yutak, gırtlak, yemek borusu, karaciğ er, kolon, rektum ve kadınlarda meme kanseri arasında nedensel bağlantı belirlenmiştir. Ağır alkol alımı büyük ihtimalle karaciğ er sirozu gelişimi mekanizmasıyla ya da kanserojenlerin hepatik metabolizmasının değı şmesi gibi alternatif mekanizmaların da rol oynamasıyla hepatoselü ler karsinom riskini artırmaktadır (15).

Üreme Faktörleri ve Endojen Hormonlar

Üremeyle ilgili faktörler meme, endometriyal ve over kanserlerinin etiolojisiyle yakından ilişkilidir. Menopoz sonrasında overlerden östrojen ve progesteron üretimi durur ve meme kanseri insidansı hızındaki yaş a bağı lı artış, menopoz öncesi kadınlara kıyasla yavaşlar. Bu, meme kanserinin etiolojisinde/geliş iminde hormonların önemli bir etkisi olduğ una işaret etmektedir. İlk aybaş ının erken bir yaş ta olması, menopozun geç yaş ta olması ve menopoz sonrası kadınlarda hormon takviyesi terapisinin meme kanseri riskinde artış a neden olduğ u görülmektedir. İlk aybaş ının erken yaş ta olması, menopozun geç yaş ta olması, nulparite, hormon replasman tedavisi (HRT) kullanımı ve obezite gibi risk faktörleri, endojen hormonların endometriyal kanser etiolojisinde güçlü biçimde yer aldığını düş ündürtmektedir. Polikistik over sendromu (PCOS) olan kadınlar (yüksek kan androjen seviyeleri, infertilite, amenore, kıllanma ve diyabet ile ilişkili bir sendrom) normal kadınlara kıyasla daha yüksek endometriyal kanser riski altındadırlar ve menopoz öncesi endometriyal kanser geliştirme eğ ilimindedirler. İnfertilite, düşük doğurganlık ve ailede over kanseri öyküsünün varlığı over kanseri riskini artırırken oral kontraseptif kullanımı, emzirme, histerektomi veya tüp bağ latmanın riski azalttığı gösterilmiştir. İnsan prostat kanserlerinin çoğ u androjenlere ve anti-androjen terapilerine karşı çok hassastır. Cerrahi ve tıbbi kastrasyon metastatik prostat kanseri riskini büyük oranda azaltırken bazı vaka

raporları androjenik steroidlerin kullanımı ve prostat kanseri oluşumu arasında nedensel bir ilişki olduğunu düşündürmüştür (15).

Ekzojen Hormonlar

Oral kontraseptif (OC) kullanımı over ve endometriyal kanser riskini azaltır ve kullanımı kestikten sonrada en azından 20 yıl süreyle devam eder. OC kullanımı sırasında meme ve servikal kanser riskinde ortalama bir artış görülür, fakat bu artış kullanımı kestikten sonra birkaç yıl içinde ortadan kalkar. Menopoz sırasında hormon replasman tedavisi (HRT) ile meme kanseri riski artışı ilişkilidir fakat kullanımı kestikten sonra 5-10 yıl içinde azalır. Karşılanamayan östrojen HRT, endometriyal kanser riskini artırır. HRT kolorektal kanser riskini olumlu etkileyebilir fakat bu konudaki kanıtlar kesin değildir (15).

Diyet, Obezite ve Fiziksel Aktivite

Beslenme kanserin gelişmesinde ve oluşumunun önlenmesinde önemli rol oynamaktadır. Yağdan zengin ve posadan fakir gıdalarla beslenen bireylerde kolon kanseri gelişme riski artarken, posadan zengin gıdalarla beslenmek kolon kanseri gelişme riskini azaltmaktadır. Ayrıca yağdan zengin gıdalarla beslenmek kadınlarda meme, erkeklerde ise prostat kanserinin gelişme riskini arttırabilir. Tuzlanmış ve tütsülenmiş gıdaların yoğun tüketimi özofagus ve mide kanserinin gelişiminden sorumlu olabilir. Vitamin A,C ve E den fakir diyetle beslenme akciğer, özofagus, ağız, larenks, serviks ve meme kanserinin gelişiminde rol oynayabilir. Soya ve keten tohumu gibi östrojen içeriği zengin olan gıdaların tüketimi meme kanserinin önlenmesinde önemli rol oynar iken, bu gıdaların östrojen reseptörü pozitif meme kanseri tanısı almış kadınlar tarafından tüketilmesi hastalığın nüks etme riskini arttırabilir (12). Fiziksel aktivitenin kanserden koruyucu etki olduğuna dair kanıtlar bir IARC Çalışma Grubu tarafından değerlendirilmiştir ve kolon ve meme kanserlerinde “insanlarda fiziksel aktivitenin kanseri önleyici bir etkisi olduğuna dair yeterli kanıt olduğu” sonucuna varılmıştır; önleyici etkiler fiziksel aktivitenin süresinin ve yoğunluğunun artmasıyla önleyici etki artmaktadır. Bu koruyucu etki vücut ağırlığının etkisinden bağımsızdır. Bunun tersine, fiziksel inaktivite, kanserde bir risk faktörüdür (12,15).

İyonlaştırıcı Radyasyon

İyonlaştırıcı radyasyona doğal kaynaklardan olduğu kadar endüstriyel, tıbbi ve diğer kaynaklardan da maruz kalınması lösemi, meme kanseri ve tiroid kanseri de dahil olmak üzere çeşitli neoplazmaların oluşması riskini artırabilmektedir (15).

Güneş Işığı ve Ultraviyole Radyasyon

Güneş ışığı en önemli ultraviyole ısın yayma kaynağıdır ve örneğin Kafkasya kökenli Avustralyalılar gibi, yüksek oranda güneşiğine maruz kalan açık tenli halkın yaşadığı yerlerde çeşitli türlerde cilt kanserlerine neden olmaktadır. Güneş ışığı skuamöz ve bazal hücre kanserlerinin ve kutanöz melanomanın sebebi olarak görülmektedir. Genetik olarak belirlenen güneş ışığına duyarlılık güneş yanıklarına eğilimli olma, zayıf bronzlaşma yeteneği ve kızıl saç ve çillerle ilişkilendirilmektedir. Yapay ultraviyole ışınları kaynakları kapalı mekanda bronzlaşma amacıyla ultraviyole lambası kullanımı şeklinde pek çok ülkede yaygınlaşmıştır. Kapalı mekanda bronzlaşma işlemine 30 yaşından önce başladığında, kutanöz melanom ve skuamöz hücre kanserleri riski artışı ile ilişkilendirilmektedir (15).

Genetik

Meme, kolon ve jinekolojik kanserler gibi bazı kanser türlerinin gelişiminde genetik yatkınlık ön plana çıkabilir. BRCA1 ve BRCA2 genlerinde oluşan kırıklar meme ve jinekolojik kanserlerin, MSH1'de oluşan değişiklikler ise kolon kanserinin gelişimi ile olabilir. Geniş biyokimyasal anlamda, kanser genleri üç büyük grupta toplanırlar: onkogenler, tümör baskılayıcı genler ve risk modifiye edici genler. Onkogenleri birleştiren özellik, bunların normal fonksiyonlarının tümör başlangıcı, ilerleyişi, yayılması veya metastaz yapması için gerekli süreci harekete geçirme eğiliminde olmasıdır. Genetik açıdan, bu da onkogenlerin ya aşırı ifade edildiklerinde ya da fonksiyon mutasyonları kazandıklarında tümörigenesise katkıda bulunan genler olduğu anlamına gelmektedir (15).

İmmün Sistem

İmmün sistem malign hücrelerin gelişimini önceden algılayabilir ve hücre kontrolsüz büyümeye başlamadan önce onu tahrip edebilir. İmmün sistemin bu

yeteneği azaldığında veya tamamen ortadan kalktığında malign hücre büyür ve klinik olarak kanser gelişir. Organ transplantasyonu rejeksiyonunu önlemek için immünosupresif tedavi alan transplantasyon hastalarında lenfoma, kaposi sarkomu, cildin sokuamoz hücre kanseri, serviks ve anogenital kanser görülme sıklığının arttığı bilinmektedir. AIDS gibi immün yetmezlikli hastalarda kaposi sarkomu, lenfoma, rektal, baş ve boyun kanserlerinin görülme sıklığı artmaktadır (26).

2.3 Kanserden Korunma

Kansere bağlı mortalite ve morbidite oranlarının azaltılmasında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi ve belli yaşlarda kanser taramalarının düzenli aralıklarla yapılması önemlidir (12). Taramadaki temel hedef, hastalığı tedavi edilebileceği veya tercihen önlenilebileceği en erken evrede tespit etmektir (17). Dünya Sağlık Örgütü, kanser kontrol programlarının altı alanda ele alınmasını öngörmektedir. Bunlar:

- Primer korunma
- Sekonder korunma
- Zamanında ve uygun tedavi
- İzleme
- Tedavi sonrası bakım
- Rehabilitasyondur.

Bu sıralanan alanlarda yapılacak çalışmalar ile kanser kontrol programları başarıya ulaşacaktır. Bu programa göre:

- ✓ Birincil korunma kapsamında gereken sağlık eğitiminin yapılması, önlemlerin alınması,
- ✓ İkincil korunma kapsamında; tüm toplum ve yüksek risk altında olanlar için sitolojik tarama programlarının uygulaması
- ✓ Kanserli hasta bakımında disiplinler arası bakım uygulamalarının yapılması, rekonstrüktif cerrahi, beslenme, öz bakım gücünün geliştirilmesi, psikolojik destek gibi alanlarda rehabilitasyon hizmetlerinin yürütülmesi

- ✓ Terminal dönem hastaları için gereken palyatif cerrahi, radyoterapi, ağrı kontrolü, psikolojik yardım gibi konularda gereken uygulama ve bakım hizmetlerinin verilmesi
- ✓ Kansere ilişkin olarak gerekli demografik, hastalıkla ve ölüm bilgileri ile ilgili kayıtların sağlıklı tutulması
- ✓ Bakım, eğitim, erken tanı, klinik yöntemlerin değerlendirilmesi, tekniklerin geliştirilmesi ve bunların uygulamaya girmesinin sağlanması
- ✓ Yapılan çalışmaların etkinliğinin ve maliyetinin değerlendirilmesi
- ✓ Kanser alanında çalışan tüm sağlık disiplinlerini kapsayacak eğitim programlarının uygulanması gibi hizmetlerin yer alması gerekir (18).

Eskiden hemşireler ve hekimler geleneksel olarak, kanser tanısı ve tedavisinden sonra hastanın bakım ve rehabilitasyonunu içeren üçüncül korumayla ilgilidiler. Ancak son yıllarda gerek klinisyenler gerekse araştırmacılar kanserin birincil ve ikincil korunmasıyla daha fazla ilgilenmeye başladılar (16).

Kanserden korunma üç başlık toplanabilir. Bunlar:

- Primer korunma
- Sekonder korunma
- Tersiyer korunma (18)

Primer Korunma: Birincil korunma, değiştirilmesi mümkün olan risk faktörlerinin ortadan kaldırılması veya bu risk faktörlerinin vücutta meydana getirebileceği hasarların onarılması ile kanser olgularının önlenmesi esasına dayanan yöntemleri içerir. Kanserın ortaya çıkmasından sorumlu risk faktörleri başlıca üç grup altında incelenebilir. Bunlar; genetik faktörler, çevresel faktörler ve yaşam tarzı ile ilgili olan faktörlerdir (19). Kanserden birincil koruma teknolojik olanaklar ve sağlık eğitimi aracılığı ile gerçekleştirilir. Birincil korumada etkenle ilgili alınabilecek genel önlemlerin yanı sıra bireylerin sağlık bilincinin geliştirilmesi öngörülmektedir. Bu konuda temel amaç, hemşirenin de temel sorumluluklarından biri olan sağlık eğitimidir.

Sağlık eğitiminde:

- Sigara
- Alkol

- Mesleki temas
- Radyasyon
- Güneş ışığı
- Beslenme
- Cinsel sağlık ve kişisel hijyen konularına kanserden korunma bağlamında yer verilmelidir (18).

İkincil koruma: İkincil koruma; erken tanı koyulmasını sağlayacak, araştırma, taramaları ve kanser sürecinin durdurulmasıyla ilgili girişimlerin sürdürülmesini içerir. İkincil korumada amaç, erken tanı ve koruma yöntemleriyle hastalığın daha erken dönemlerde belirlenmesi ve buna bağlı tedavi şansının yükseltilmesidir. Kanserın erken tanınmasını sağlayan haberci belirtilerin herkes tarafından bilinmesi ve özellikle genetik ve ailesel özellik gösteren kanserlerin erken tanınmasını sağlayacak tarama testlerinin yapılması önemlidir (16,18).

Erken Tanıya Yönelik Yapılması Gereken Taramalar

- ✓ Yıllık olarak rutin sağlık taraması
- ✓ Aylık kendi kendine meme muayenesi
- ✓ Kırk yaşından sonra yıllık mamografi
- ✓ Yıllık klinik meme muayenesi
- ✓ Yıllık jinekolojik muayene
- ✓ Yıllık pap smear taraması
- ✓ Menapoz sonrası kemik taraması
- ✓ Yıllık digital rektal muayene
- ✓ Elli yaşına kadar 3-5 yılda bir sigmoidoskopi
- ✓ Aylık kendi kendine testis muayenesi
- ✓ Yıllık prostat muayenesi
- ✓ Özel prostat antijen taraması
- ✓ Yıllık cilt muayenesi
- ✓ Yıllık görme muayenesi
- ✓ Altı ayda bir diş taraması
- ✓ Gereklikçe işitme taraması
- ✓ Her on yılda bir beslenme profili çalışması (16).

Üçüncül koruma: Kanser hastasının optimum tedavisini yaparak, sakatlıkları azaltmak ve rehabilitasyonu sağlamak veya tedavi komplikasyonlarına bağlı olarak beklenenden erken ölmesini önlemektir (16).

2.4 Kanserde Tanı ve Tarama Yöntemleri

Kanserde tarama

İnsanlarda herhangi bir belirti oluşmadan kanserin araştırılmasına tarama denilmektedir. Tarama, hiçbir belirtisi olmayan ve çoğunda kanser tanısı almayacak olan bireylerin basit test ve muayenelerinin yapılmasını içerir (20).

Ağız -Aşırı sigara ve alkol kullanmak. -Kötü ağız hijyeni	Akciğer -50 yaş üzerinde olmak. -Sigara içmek. -15 yaşından önce sigara kullanmaya başlamak -Mesleki nedenlerle asbestoza maruz kalmak.	Over -Ailede over kanseri öyküsü -50 yaş üstü, hiç doğum yapmamış olmak.
Mide -Ailede mide kanseri öyküsü, -Turşu, salamura, közleme vb. besinlerin tüketimi.	Cilt -Fazla güneşte kalmak. -Açık tenli renkte olmak. -Kömür katranı -Zift ve katran özü ile çalışıyor olmak. -Doğuştan ben ya da -Melenom olma.	Uterus, serviks, endometrium -Olağan dışı kanama ve akıntı. -Düşük sosyo-ekonomik durum. -Gebelik ya da sonrası yetersiz bakım. -Geç menapoz (55 yaş ve üzeri). -Hipertansiyon. -Obezite. -Çocuk doğurmama
Kolon-Rektum -Rektal polip öyküsü. -Ailede polip öyküsü. -Ülseratif kolit öyküsü. -40 yaş üstü, şişmanlık	Meme -Kitle ya da meme başı akıntısı. -Meme kanseri öyküsü. -Yakın akrabalarda meme kanseri öyküsünün bulunması -35 yaş üzerinde olmak. -Çocuk doğurmamış olmak. -İlk çocuğu 30 yaşın üzerinde doğurmak. -Erken menarş ve menapoz	Prostat -60 yaş üstü. -Kadmium ile çalışma (mesleki nedenler).

Tablo 1: Sık Görülen Kanserlerde Önemli Risk Faktörleri (21)

Tanı yöntemleri

Kansere karşı verilen zorlu mücadelede erken tanı büyük önem taşımaktadır. Tanı yöntemleri öykü ve fizik muayene, laboratuvar incelemeleri, sitolojik incelemeler, endoskopik incelemeler, röntgen çalışmalarını içerir (18). Amerikan Kanser Birliği'nin Tarama Testleri için önerileri Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2: Amerikan Kanser Birliği'nin Tarama ve Testleri İçin nerisi

Test	Cinsiyet	Yaş	Sıklık
Sigmoidoskopi	E-K	>50	İki negatif muayeneden sonra her 3-5 yılda bir
Dışkıda gizli kan	E-K	>50	Her yıl
Rektal tuş	E-K	>40	Her yıl
RAP test	K	18 yaşına gelmiş seksüel olarak aktif her kadın	Her yıl (3 yıl ya da daha fazla arda (-) sonuç verirse, hekim kararına göre seyrek yapılabilir.
Pelvik muayene	K	18 yaşına gelmiş seksüel olarak aktif her kadın	Her yıl (3 yıl ya da daha fazla arda (-) sonuç verirse, hekim kararına göre seyrek yapılabilir.
Endometrial biyopsi	K	İnfertilite, obesite, Nonovulatuvar siklusu olanlar, östrojen kullanımı öyküsü olan riskli gruplar	Her yıl
Meme (KKM Muayenesi)	K	>20	Her ay
Meme fizik muayenesi	K	20-40 >40	Her 3 yılda Her yıl
Mamografi	K	35-49 >50	Bir kez kontrol Her yıl
Genel sağlık kontrolü	E-K	>20	Her 3 yılda bir
Kanser Check-up (Troid, testis, prostat, ovaryum, lenf ganglionları, ağız ve cilt kanserleri araştırmaları dahil)	E-K	>40	Her yıl

Öykü ve Fizik Muayene: Kanser tanısı için öncelikle kapsamlı bir öykü alınması gerekir. Bireyin yaşı, cinsiyeti, çalışma koşulları, aile öyküsü gibi faktörlerin

sorgulanması bireyin risk altında olup olmadığını anlamak bakımından önemlidir. Öykü alındıktan sonra fizik muayene yapılır (16).

Laboratuvar İncelemeleri: Şüpheli belirtilerin ve bazı kanser tiplerinin tanımlanmasında laboratuvar testleri en uygun yöntemdir. Bu amaçla rutin kan idrar testleri (tam kan sayımı, kan şekeri, lipid, kolesterol gibi), karaciğer testleri, bazı kanserlere özel enzimler; örneğin prostat kanserinde asit fosfotaz, karaciğer ve kemik metastazında alkalen fosfataz bakılır. Gaitada gizli kan aranması, mide suyu analizi ve tümör markırları bakılır.

Tümör Belirleyiciler: Tümör belirleyiciler (tümör markırları), ilgili tümörler tarafından üretilen biyokimyasal ya da immünokimyasal yöntemlerle ölçümleri yapılan maddelerdir. Onkolojide tümör markerleri hastalığın tanı, takip ve tedaviye cevap değerlendirmesinde kullanılan önemli göstergelerdir. Kanda, vücut sıvılarında ve tümör dokularında ölçülebilmektedirler. Bu amaçla CEA (karsinoembriyonik antijen) gastrointestinal sistem tümörlerinde, CA 19-9 pankreas kanserinde, CA 15-3 meme kanserinde, CA 12-5 over kanserinde, prostat spesifik antijen prostat kanserinde kullanılan en önemli tümör markerleridir (22).

Sitolojik İncelemeler: Sitoloji; serviks akıntıları, balgam, mide yıkama sıvıları, plevra sıvısı ve idrar gibi çeşitli vücut sekresyonlarına atılan veya dökülen müköz membranlardan kazınarak alınmış hücrelerin mikroskop altında incelenmesidir. Papsmear yöntemi bu amaçla 1943 yılında George N. Papanicolaou tarafından bulunmuş günümüzde de halen önemini koruyan ve serviksin institu ve erken kanserlerinin tanısında çok yararlıdır. Ayrıca bazı durumlarda hastaların kemoterapi ve radyoterapi yanıtları da biyopsi ile değerlendirilir (16).

Biyopsi: Dokudan parça alınarak incelenmesi yöntemidir. İç organlardan biyopsi alınması endoskopik işlemlerle birlikte gerçekleştirilir (18).

Endoskopik İncelemeler: Ucunda ayna, mercek ve forseps sistemi olan endoskop ile vücut boşluklarına girilerek gözle inceleme yapılması, gerekirse doku parçası ve sıvı alınması işlemidir. Tanısal amaçlı cerrahi girişimler; ameliyathanede alınan biyopsiden sonra kesin tanı ve cerrahi girişim şeklinin belirlenmesi için kullanılan girişimlerdir. Tanısal amaçlı bir başka cerrahi yöntem “arayıcı laparotimi” dir. Bu

yöntemde açıklanamayan abdominal sorunlarda kanser olup olmadığını kesinleştirmek amaçlanmaktadır. Bu yöntemde; metal bir alet ile göbek altından küçük bir insizyon yapılarak batına girilmesi ve gözle incelenmesi söz konusudur (12,18).

Röntgen Çalışmaları: Kanser tanılmasında direkt röntgen filmi, Manyetik Rezonans (MR), Bilgisayarlı Tomografi (BT), floroskopi, ultrasonografi, radyoizotoplarla inceleme, Pozitron Emisyon Tomografi (PET) gibi çalışmalar yapılmaktadır (18).

2.5 Belirti ve Bulgular

Tümörün etkileri lokal ve sistematik olarak ikiye ayrılır. İyi huylu bir tümörün lokal etkileri tümör önemli bir bölgede büyümeye başladıkça görülür. Tümör bağırsak, trakea, üreter gibi doğal geçitleri tıkayarak ilgili organların fonksiyonlarını bozar ve tıkanma belirtileri vererek ortaya çıkar. Kötü huylu bir tümörün lokal etkisi büyüklüğüne, infiltrasyon yeteneğine ve çevre dokuyu harap etmesine bağlıdır. Kanser:

- Tıkanma,
- Kanama,
- Enfeksiyon,
- Ülserasyon yaparak ortaya çıkabilir.

Kanser etkilediği organlara göre belirti ve bulgular verir. Bu belirti ve bulgular genel olarak

şunlardır:

Sindirim sisteminde; konstipasyon, diyare, bulantı-kusma, tat ve koku duyularındaki değişimlere bağlı anoreksi, obstriksüyona bağlı gastrointestinal işlev bozuklukları, karında asit, yutma güçlüğü, ağız kuruluğu, ağrı ve ağız kokusu gibi sorunlar görülebilir.

Üriner sistemde; malignite ile birlikte görülen böbrek işlev bozukluğu etiyolojileri arasında bulunan direkt tümör veya idrar yollarında obstrüksiyon ile elektrolit denge bozuklukları (hiperkalsemi, hiperürisemi vs), hematüri, inkontinans ve mesaneye ilişkin sorunlar görülebilir.

Kardiyovasküler sistemde; venakava obstrüksiyonuna ilişkin olarak üst ya da alt ekstremitelerde belirtileri, anemi ve pıhtılaşma bozuklukları görülebilir.

Solumun sisteminde; dispne, plevral effüzyon, solumun yolu enfeksiyonları, öksürük, hemoptizi, sekresyonda artmalar görülebilir.

Ciltte; metastatik kanserlerin sık görüldüğü yer olan deride çeşitli eritemler, pigmente lezyonlar ve bununla birlikte kaşıntı, sarılık, terleme görülebilir.

Nörolojik sistemde; beyin, epidura aralığına ve meninkslere olan metastazlar kanser hastalarındaki nörolojik bozuklukların ana nedenini oluşturur. Bu bozukluklarla disfazi, ataksi, hemiparazi, baş ağrısı, kord basısı, ağrı ve bacaklarda kuvvet kaybı gibi sorunlar görülebilir (16,18).

2.6 Kanser Gelişim Süreci

Kanser hücre çekirdeğinin hastalığıdır. Hücre çekirdeğinin deoksiribonükleik asit (DNA) sentezi evresinde hücre dış etkenlere açıktır. Bu evrede DNA sentezinde oluşan bir değişiklikle atipik hücreler oluşur (1,16). Bir hücrenin kanser hücresine dönüşebilmesi için tek genetik değişim yeterli değildir, o hücrede bir dizi genetik farklılaşma olmalıdır. Gen yapısındaki bu bozulmalar ve hasarlar normal hücrelerdeki biyolojik düzenin bozulmasına neden olup karsinogenezis olarak bilinen kanser gelişim süreci başlatır (1,12). Karsinogenezis, başlangıç, gelişme ve ilerlemeyi içeren üç adımlı hücresel süreçle oluşur (16). Tümoral doku geliştikçe yapısal olarak değişir ve salgıladığı maddeler ile anjiogenez olarak bilinen kendi damar sistemini oluşturur. Anjiogenezis sadece tümör gelişiminde değil metastazda da önemli bir rol oynar. Çoğalan tümör hücrelerinin oluşturduğu doku belli bir boyuta eriştiğinde kanser hücrelerinden bazıları bu dokudan ayrılır ve doku içinde ilerlemeye (invazyon) başlar. Hücre bir damara rastladığında bu damarın duvarını da eriterek damar içine girer ve daha sonra damar içindeki kanla birlikte vücutta

dolaşmaya başlar. Damar içindeki yolculuğu sırasında tümör hücreleri belli organlarda damar yüzeyine tutunurlar. Kanser hücresi tutunduğu bölgede damar duvarını tekrar eritmeye başlar ve hedef dokuya yerleşerek çoğalmasına devam eder (12).

2.6.1 Kanserde Metastaz Mekanizması

Metastaz ve invazyon tümör gelişme sürecinin son aşamalarını temsil ederler. Metastaz oluşma süreci bir çağlayan şeklinde birbirini izleyen basamaklardan oluşmaktadır. Bu süreç, büyümekte olan tümörlerin ortaya çıktıkları, normal hücrelerin yerini ve hacmini aldıkları, sağlıklı alanlara sızdıkları ve damar bariyerlerini geçerek lenfatik dolaşıma ya da kan dolaşımına girdikleri bir dizi basamaktan oluşur (17).

Lenf Yoluyla Yayılım

Metastaz mekanizmasının en yaygın şekli, tümör hücrelerinin doğrudan lenf dolaşımına katılmasıyla oluşan lenfatik yayılımdır. Tümör embolisi, lenfatik sıvıyla nakledilen interstisyel sıvı yoluyla lenf yoluna girer. Malignant hücreler aynı zamanda invazyonla lenf damarlarına penetre olabilirler. Malign hücreler lenf dolaşımına girdikten sonra ya lenf düğümlerine yerleşirler ya da lenfatik ve venöz dolaşım arasına girerler (16).

Kan Yoluyla Yayılım

Doğrudan kan akımına karışan malign hücrelerin kan yoluyla yayılmasıdır. Kan yoluyla yayılım tümörün damar yapısıyla ilişkilidir. Az miktarda malign hücre arter dolaşımı içinde yaşayabilir, yetersiz oksijenlenme veya vücudun bağışıklık sistemi tarafından yıkılabilir. Bağışıklık sistemindeki yıkım başlıca T lenfositleri tarafından gerçekleştirilir. Bağışıklık sisteminin gözetiminden kurtulan malign hücreler endotel hücreleri ve fibrin, trombosit ve pıhtılaşma hücrelerine saldırırlar. Endotel hücrelerin salgıladıkları lizozom enzimi malign hücrelerin yerleşim yerindeki vücut dokularının etrafını harap ederek bu hücrelerin implantasyonlarına izin verirler (16).

Anjiyogenezis

Malign hücreler, beslenme ve oksijen gereksinimlerini karşılamak için yerleştikleri dokuda yeni kılcal damarlar oluşturma yeteneğine sahiptirler. Bu süreç anjiyogenezis olarak isimlendirilir. Damar yoluyla tümör embolisi sistemik dolaşıma girebilir ve daha uzak alanlara taşınır (16).

2.7 Tümörlerin Evrelendirilmesi ve Derecelendirilmesi

Tanısal değerlendirme tamamen tümörün evre ve derecelendirilmesinin tanımlanmasını içerir. Kanser tanısı kesinleştikten sonra, tedavinin planlanması ve hastalığın boyutlarının tanımlanması için kanserin evrelendirilmesinin yapılması gerekir. Kanser evrelendirilmesi konusunda farklı görüşler olmakla birlikte yaygın olarak kabul edilen Amerikan Kanser Birliğinin Tümör Nodül Metastaz (TNM) sınıflama sistemidir. TNM sisteminin diğer uygulaması markır sayılarının kullanılmasıdır. Özellikle ilerlemiş kanserler için düşük, orta ve zayıf prognoz olarak kanser sınıflandırır (16,18).

Tablo 3: TNM sınıflaması

<p><i>T: Primer Tümör</i></p> <p>Tx: Cerrahi kurallar içinde belirlenemeyen tümör.</p> <p>T0: Primer tümöre ait bulgu yok.</p> <p>T1S: Karsinoma insitu</p> <p>T1: Çapı 2 cm.'den küçük tümör.</p> <p>T2: Çapı 2 cm.'den büyük, 4 cm.'den küçük tümör.</p> <p>T3: Çapı 4 cm.'den büyük tümör.</p> <p>T4: Çapı 4 cm.'den büyük masif tümör</p>

N: Bölgesel Lenf Bezleri

Nx: Cerrahi kurallar içinde belirlenemeyen nodül.

N0: Klinik olarak pozitif nodül yok.

N1: Çapı 3 cm.'den küçük olan homolateral tek nodül.

N2: Klinik olarak pozitif çapları 3-6 cm. olan homolateral tek nodül veya klinik olarak pozitif multiple homolateral nodüller.

N2a: Klinik olarak pozitif çapları 3-6 cm. olan homolateral tek nodül.

N2b: Klinik olarak pozitif çapları 3-6 cm. olan homolateral multiple nodüller.

N3: Masif homolateral nodüller, bilateral nodüller veya kontrlateral nodüller.

N3a: Klinik olarak pozitif çapları 6 cm.'i geçmeyen homolateral multiple nodüller.

N3b: Klinik olarak pozitif bilateral nodül.

N3c: Klinik olarak pozitif kontrlateral nodül.

M: Uzak Metastaz

Mx: Cerrahi kurallar içinde belirlenemeyen uzak metastaz.

M0: Uzak metastaz yok.

M1: Uzak metastaz var.

Evre:

Evre 1: T1 N0 M0

Evre 2: T2 N0 M0

Evre 3: T3 N0 M0

Evre 4: T4 N0 M0 veya T4 N1 M0

Herhangi T N2 veya N3 M0

Herhangi T herhangi N M1

R: Residüel Tümör

R0: Rezidüel tümör yok.

R1: Mikroskopik rezidüel tümör var.

R2: Makroskopik rezidüel tümör var.

2.8 Kanser Tedavisi

Kanser tanısı konan bireylerde uygulanacak tedavinin kararında tümörün tipi ve yerleşimi, hastalığın yayılımı (evresi) ve hastanın yaşı ve genel durumu gibi pek çok faktör rol oynamaktadır (12). Tedavi amaçları; malign hastalığı tamamen yok etmek, sağkalım süresini uzatmak ve kanser hücresinin büyümesini/kontrolünü sağlamak ya da hastalıkla ilgili semptomları gidermek şeklinde sıralanabilir. Kanser tedavisi yöntemleri kemoterapi, kemik iliği transplantasyonu (KİT), kök hücre nakli, cerrahi tedavi ve radyoterapi olup, kanser tanısı konan hastaların bireysel özellik ve hastalık durumuna göre bu yöntemlerden bir veya birkaçı tedavide kullanılmaktadır (16,23).

2.8.1 Kemoterapi

Kemoterapi, kanser hastalarında hastanın veya konakçının normal hücrelerine zarar vermeden özellikle çoğalan hücrelere karşı seçici öldürücü etkileri olan, doğal veya sentetik kimyasal, biyolojik ajanlar ve hormonlarla yapılan tedavi şeklidir. İlaçlar, kanserli hücrelerin gelişmesini ve çoğalmasını önlediği gibi normal (bağırsak ve ağız mukoza epitelyumu, testisin jerminal epiteliumu, kemik iliğinin hematopoietik hücreleri, kıl folikülü hücreleri, embriyo ve fetüs hücreleri gibi) hücrelerin de gelişip çoğalmasını önler (12,24). Kanser tedavisi planındaki hedef, hastanın yaşam süresini uzatmak, tümör hücrelerinin yok edilmesi ve normal hücrelerin aktivitesini minimal düzeyde etkilemek olmalıdır. Bilindiği üzere bu tümörler sürekli, hızlı büyüme paterni göstermektedirler. Kemoterapi daha çok hızlı bölünen hücreler üzerinde etkilidir. Kemoterapide, maksimum düzeyde tümör hücre ölümünü sağlarken, yüksek mitotik indeksli normal hücrelerin (kemik iliği, oral mukoza, saç folikülleri gibi) minimal düzeyde etkilenmesi amaçlanmalıdır. Hastada

uzun süreli kür beklenmiyorsa palyatif amaçlı destek tedavi ve semptom kontrolü sağlanarak hastaya toksisite yükleyen yoğun tedavilerin verilmesinden kaçınılmalıdır (25).

Kanser kemoterapisinin dört ilkesi vardır. Bunlar:

1. Tedavi (tam cevap)

2. Kontrol (tedavi sağlanmadığında yaşam süresini uzatmak)

3. Semptomları hafifletmek

- Tedavi ya da kontrol sağlanmadığında rahatlığı sağlamak
- Tümöre bağlı semptomları hafifleterek tümörün etkisini azaltmak (ağrıyı azaltmak, etkilenen bölgede kan akımını arttırmak, organ tıkanıklığını önlemek ve yaşam kalitesini iyileştirmek)

4. Profilaksi

- Adjuvan (nüks riski fazla olan tümörlerin cerrahi girişimle tam olarak çıkartılması veya radyoterapiyle kesin olarak tedavi edilmelerini takiben yapılan kemoterapidir ve cerrahi tedavi, radyoterapi tedavisi yanında kullanılır)
- Neoadjuvan (cerrahi tedaviden önce kemoterapi yapılmasıdır)

Kanser ilacı hücre evresine göre belirlenir. Hücrenin olgunlaşması beş evrede gerçekleşir. Bu evreler:

1. G0 (Dinlenme Evresi): Mitoz sonrası hücrelerin dinlendikleri ve hücre bölünmesine aktif olarak katılmadıkları evredir. Bu evrede hücre hareketsizdir ve kemoterapi bu hücreleri etkilemez.

2. G1 (1. Evre): Bu evrede yeni hücre oluşumu için DNA sentezlenir ve hücre bu dönemde kemoterapiye hassastır.

3. S (Sentez Evresi): Bu evrede yeni DNA sentez edilir, hücre bölünmeye hazırlanır. Kemoterapik ilaçlar bu evrede etkilidir.

4. G2 (2. Evre): Bu evre mitoz için RNA ve protein yapımının hızlandığı evredir ve hücre kemoterapik ilaçlara duyarlıdır.

5. M (Mitoz Evresi): Hücrenin bölünüp, çoğaldığı evredir ve kemoterapiye duyarlıdır.

Dört safhada iki yeni hücre oluşur. Bu iki yeni hücre ya yaşam döngüsüne girer (G1) ya da kemoterapiye dirençli olarak G0 fazında istirahate çekilirler (18).

Kemoterapi uygulamasından sorumlu olan hemşireler:

- ✓ Birey ve aileye, uygulanması planlanan kemoterapi/biyoterapi protokolü, potansiyel yan etkilerine ilişkin özbakım önlemleri ve antiemetik şeması gibi konularda uygun öğretim planı yapar, uygular ve değerlendirir.
- ✓ Birey ve yakınlarının hastalık, tanı ve tedavi seçenekleri ile bakım konusunda sorularını yanıtlar, gerekli durumlarda hekime yönlendirir.
- ✓ Kemoterapi/biyoterapiden önce, bireye psikolojik destek alması için yönlendirir.
- ✓ Bireyin tedavi ve bakımı ile ilgili kararlara katılmasını sağlar ve destekler.
- ✓ Kurumunda, kemoterapi/biyoterapiye bağlı yan etkilerin önlenmesi ve kontrolüne yönelik bakım standartlarını geliştirir, geliştirilmesini sağlar.
- ✓ Kemoterapi öncesi bireyi sistematik olarak değerlendirir; kapsamlı öykü alır ve fizik değerlendirme yaparak objektif ve subjektif verileri elde eder.
- ✓ Tedavi öncesi laboratuvar bulgularını değerlendirir. Bir önceki tedavinin toksisitelerini değerlendirir.
- ✓ Kemoterapi/biyoterapinin güvenli uygulanmasını sağlar.
- ✓ Bilgilendirilmiş onayın alınıp alınmadığını kontrol eder.
- ✓ Periferik IV ya da santral venöz kateterler, port kateter uygulamalarını izler.
- ✓ İnfüzyon tamamlandıktan sonra iğnenin çıkarılması, santral ya da port kateteri uygun miktarda serum fizyolojik ile yıkadıktan sonra tedaviyi sonlandırır.
- ✓ İnfüzyon süresince hastayı ekstremitelerde, anafaksi, hipotansiyon, hipertansiyon, yüksek ateş, bronkospazm, larengospazm vb. yönden gözler, girişimde bulunur ve kayıt tutar.
- ✓ Bireye tedaviye bağlı oluşabilecek yan etkilerle baş etme yöntemlerini anlatır. Tedavi süresince dikkat etmesi gereken konularda hastayı uyarır, bilgilendirir.

Kemoterapinin Yan Etkileri

Yan etkilerin başlangıcı akut, subakut veya kronik olabilir. Akut yan etkiler genellikle hızla çoğalan hücrelerin oluşturduğu dokulardan meydana gelir, geçicidir ve tedavinin tamamlanması ile geçer. Buna karşın subakut ve kronik yan etkiler uzun süreli sorunlara neden olarak hastanın yakından izlenmesini gerektirebilir. Tedaviye bağlı gelişen yan etkilerin kontrol altına alınamaması hastaların tedaviyi bırakmasına, tedavi dozunun azaltılmasına ve hastaların yaşam kalitesinin bozulmasına neden olabilir (26).

Tablo 4: Kemoterapinin yan etkileri (27)

<p>1.Hemotolojik</p> <ul style="list-style-type: none">• Anemi ve yorgunluk• Trombositopeni• Nötropeni <p>2.Gastrointestinal sistem</p> <ul style="list-style-type: none">• Bulantı ve kusma• Tat ve koku alma duyusunda değişiklik• İştahsızlık ve anoreksi• Mukozit• Diyare• Konstipasyon <p>3.Cilt sorunları</p> <ul style="list-style-type: none">• Ekstravazasyon• Alopesi• El Ayak Sendromu (Palmar-Plantar eritrodisestezi) ve cilt reaksiyonları• Tırnak değişiklikleri <p>4.Nörolojik sorunlar</p> <ul style="list-style-type: none">• Nörotoksisite <p>5.Kardiyak sorunlar</p> <ul style="list-style-type: none">• Kardiyak toksisite (EKG değişiklikleri,aritmî, kardiyomiyopati)	<p>6.Hepatik sorunlar</p> <ul style="list-style-type: none">• Hepatotoksisite• Siroz• Hepatik fibroz• Portal hipertansiyon <p>7.Pulmoner Sorunlar</p> <ul style="list-style-type: none">• Pulmoner fibrozis• Pnömoni <p>8.Üriner sorunlar</p> <ul style="list-style-type: none">• Hemorajik sistit ve nefrotoksisite <p>9.Vazomotor sorunlar</p> <ul style="list-style-type: none">• Sıcak basmaları <p>10.Cinsel sorunlar</p> <ul style="list-style-type: none">• Amenore• Sterilite• Libido kaybı• İmpotans• Azoospermi• Gonad disfonksiyonu• Menopozal semptomlar• Düzensiz menstruasyon• Jinekomasti• Oligospermi <p>11.Psikososyal sorunlar</p> <ul style="list-style-type: none">• Anksiyete• Depresyon
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2.8.2 Radyoterapi

Radyoterapi, yüksek enerjili elektromanyetik dalgaların kullanımı ile benign ve malign hastalıkların tedavisinde kullanılan lokal bir tedavi yaklaşımıdır. Bu tedavide amaç, sağlıklı dokulara minimum zarar vererek, tanımlanmış bir tümör hacmini hassas bir şekilde ışınlayarak yok etmektir. Radyasyon tedavisi sırasında verilecek toplam ve günlük tedavi dozu hekim tarafından hastanın patolojisi ve evresine göre belirlenir. Tedavi öncesi radyasyon onkoloğu tarafından tedavi edilecek alanın görüntüleri alınarak, medikal fizikçi tarafından tedavinin verilme şekli planlanır. Tedavisi tamamlanan hastanın izlenmesi özellikle iki nedenle önemlidir; birincisi hastanın tümör cevabının ve tedavinin etkinliğinin değerlendirilmesi için gereklidir. İkincisi; radyasyon tedavisinin yan etkisi olarak gelişebilecek yeni kanserlerin erken tanısı için izlem programları büyük önem taşımaktadır (28).

Radyoterapinin Kullanıldığı Durumlar

Radyoterapi temel olarak kanser tedavisinde 5 alanda kullanılır. Bunlar:

- Primer tedavi olarak
- Kombine tedavilerde
- Profilaktik olarak
- Palyatif tedavi olarak
- Acil durumlarda kullanımıdır (Süperior venakava sendromu ve spinal kord basısı gibi)

Radyoterapi; eksternal ve internal radyoterapi olmak üzere iki şekilde uygulanır.

Eksternal Radyoterapi: Radyasyon veren makine ile istenilen bölgenin ışınlanmasıdır. Verilecek radyasyon miktarı tümörün tipine, büyüklüğüne ve derinliğine göre değişir. Radyasyon verilecek bölge sabit mürekkep ile çizilir ve kür sonuna kadar bu işaretin silinmemesi sağlanır. Hastanın alması gereken doz seanslara bölünerek uygulanır.

İnternal Radyoterapi (Brakiterapi): Radyoaktif maddenin kalıcı ya da geçici süre için tümör içine ya da tümöre yakın bölgeye yerleştirilmesidir (18,29).

Radtoterapi sırasında hemşire:

- ✓ Birey ve ailesini planlanan tedavi, süresi, cihazlar ve saati gibi konularda bilgilendirir.
- ✓ Birey ve ailesini radyoterapiye bağlı oluşabilecek genel semptomlar (cilt reaksiyonları ve yorgunluk gibi) ve tedavi alacağı bölgeye özel yan etkiler ve kontrolüne yönelik bilgilendirir.
- ✓ Planlanan radyoterapide olası yan etkileri (mukozit, cilt reaksiyonu, yorgunluk, bulantı-kusma vb.) izler ve erken saptanmasını sağlar.
- ✓ Brakiterapi süresince hasta bakımına katılır; hasta ve/veya ailesini bilgilendirir; gerektiğinde hastayı sedatize eder/ağrı kesici ilaç verir; muayene ve aplikatörün yerleştirilmesi sırasında yardım eder; kullanılan malzemeleri temizleme ve sterilizasyon için hazırlanmasını sağlar.
- ✓ Bireyi radyoterapi süresince uygun aralıklarla cilt reaksiyonları, yorgunluk ve bölgelere özel diğer yan etkiler yönünden değerlendirir ve uygun girişimlerde bulunur.
- ✓ Hasta ve ailesinin sosyal hizmet gereksinimlerini (ulaşım, konaklama, sevk işlemleri gibi) değerlendirir.
- ✓ Hasta ve ailesine olası yan etkilere yönelik rehberlik yapar ve profesyonel destek sağlar.
- ✓ Hasta ve ailesini beslenme konusunda bilgilendirir.
- ✓ Bireyi radyoterapinin uzun dönemde görülebilecek geç yan etkileri yönünden değerlendirir ve bilgilendirir (12).

Radyoterapiye Bağlı Yan Etkiler

Radyoterapiye bağlı yan etkiler, tedavide kullanılan ışınlama alanına bağlı olarak farklılık göstermekte ve şiddeti ışınlanan dokunun hücresel özelliklerine, ışınlanan normal doku hacmine, radyoterapi sırasında kullanılan toplam tedavi dozuna, süresine ve uygulamalar sırasında geçen süreye bağlı olarak farklılık gösterir (12,30).

Tablo 5: Radyoterapiye bağlı yan etkiler (12,30)

Akut yan etkiler	Subakut/geç yan etkiler
Yorgunluk	Katarakt
Alopesi	Diş çürümesi
Tad değişimi	Kardiyak bozukluklar
Serebral ödem	İnfertilite
Stomatit	Hipotiroidi
Özofajit	Akciğer hastalığı (pulmoner fibroz)
Kserostomi	İntestinal bozukluklar
Lenfödem	Hafıza bozuklukları
Nefes darlığı	Osteoporoz
Balgamlı öksürük	İkinci primer kanser riskinde artış
Bulantı-kusma,iştahsızlık	
Diyare	
Sistit	
Cinsel disfonksiyon, sterilite,üretit	
Kemik iliği supresyonu	

2.8.3 Kök Hücre Nakli ve Kemik İliği Transplantasyonu

Bölünerek, kendini yenileyerek (self-renewal) sayılarını devamlı sabit tutan, kan, karaciğer ve kas gibi özelleşmiş, görev yapan organları oluşturabilen ve farklılaşma yeteneğinde olan primitif nitelikte olan hücrelere kök hücre denir. Kök hücre, her türlü hücreyi üretebilen, farklılaşmamış ve karmaşık bir hücredir. Uygun

büyüme ortamında oluşur ve 200'den fazla dokuyu meydana getirir. Kendini yenileyebilir, hasarlı doku ve organları yenileyebilir. Kök hücreler embriyonal, fetal, erişkin olmak üzere üç kaynaktan elde edilirler. Kök hücreler buldukları dokulara göre kan kök hücreleri, embriyonik kök hücreler veya sinir kök hücreleri gibi isimler alırlar. Hastanın kendisinden ya da doku grubu uyumlu kişiden kök hücrelerin toplanıp, hazırlama rejiminden sonra hastaya verilmesine periferik kök hücre nakli adı verilir. Genel anestezi altında özel aspirasyon iğneleri ile posterior iliak kemiğinden aspire edilerek toplanan ürünün hastaya verilmesine ise kemik iliği nakli denir. Kemik iliği ya da hematopoietik kök hücre nakli, kemik iliğinin benign, malign hastalıklarının, solid tümörlerin, genetik bozuklukların ve immunolojik hastalıkların tedavisinde tercih edilmektedir. Kök hücrelerinin kaynağına göre; periferik kan, kemik iliği ve umbilikal kord kanından yapılabilir. KİT özellikle çocuklarda görülen lösemi, aplastik anemi, diğer hematolojik ve malign hastalıklarla, immün yetmezlik ve metabolik hastalıklar için oldukça çok kullanılan bir tedavi yöntemidir. Kök hücre nakil tipleri dört grup altında toplanabilir. Bunlar;

1. Allojenik kök hücre nakli
2. Otolog kök hücre nakli,
3. Sinjeneik kök hücre nakli
4. Kordon kanı naklidir.

1.Allojenik Kök Hücre Nakli: Sağlıklı vericiden alınan hematopoietik kök hücrelerin, alıcıya malign hücreleri öldürmek amacıyla, yüksek doz kemoterapi sonrası verilmesi işlemidir.

2. Otolog Kök Hücre Nakli: Kişinin kendisinden alınan kemik iliği ya da periferik kandan ayrıştırılan kök hücrenin, dimetil sülfoksit (DMSO) ya da hidroksietil starch (HES)' la dondurularak -135 °C mekanik dondurucu, -156 °C buhar ya da -196 °C nitrojen tanklarında saklanıp, yüksek doz kemoterapi sonrasında kişiye verilmesi işlemidir.

3. Sinjeneik Kök Hücre Nakli: İkiz kardeşten kök hücre toplanarak yapılan allojenik kök hücre naklidir.

4. Kordon Kanı Nakli: İnsan lökosit antijeni (Human Leucocyte Antigens: HLA) doku uyumlu kardeş ya da akraba dışı vericiden kök hücre toplanarak yapılan allojenik kök hücre naklidir (16, 31, 32, 33).

2.8.4 Cerrahi Tedavi

Vücuttaki kanserli doku ya da organın çıkarılması sık kullanılan bir tedavi yöntemi olup, kanserin lokalize olduğu hastalarda iyileştirici olabilmektedir. Bununla birlikte tanı konulduğunda hastaların büyük bir kısmında mikrometastazların bulunması, cerrahi tedavinin diğer tedavi yöntemleriyle birlikte kullanılmasını gerektirmektedir. Tanısal cerrahi, uygulanacak tedavilere karar vermeyi etkileyen, kanser hücre özelliğini belirleyen tanımlayıcı bir yöntemdir. Cerrahi, kanser hastalarının %75-80'inde primer tedavi yöntemi olarak kullanılmakla birlikte, profilaktik, palyatif ya da rekonstruktif amaçlı da kullanılmaktadır (16).

2.9 Dünya Geneline Kanser Yükü

Kanser dünya çapında büyük bir hastalık yüküdür. Her yıl milyonlarca insan kanser tanısı almakta ve bu hastalıktan dolayı ölmektedir. Kanser vakalarının yarısından fazlası ve ölümlerin %60'ı az-gelişmiş ülkelerde meydana gelmektedir. Kaynakların kısıtlı olduğu ortamlarda kanser yükü giderek büyümekte ve gelecek 20 yıl içerisinde bu ülkeleri ağır bir hastalık, ölüm ve ekonomik maliyet yükü altında bırakmakla tehdit etmektedir. 2013 yılında küresel kanser yükünün iki katına çıkması bekleniyor. Kanser kontrol altına alınması hususunda önceliklerin belirlenebilmesi için kanser yükünün insidans (ortaya çıkan yeni vakalar) ve ölüm sayısı cinsinden tahmin edilmesi gerekmektedir. Günümüzde kanserin önlenmesi, tarama/erken tespit, kanser tedavisi ve palyatif bakıma yönelik kanıta dayalı ve doğru uygulamaların hayata geçirilmesi için yeterli bilgi mevcuttur. Mevcut bilgiler, yeni kanser vakalarının üçte birinin önlenmesini ve erken tespit edilen kanserlerin üçte birinde de hayatta kalma oranlarının artmasını sağlayabilir. Bu hedefe ulaşılabilmesi için, bilginin eyleme dönüştürülmesi gerekmektedir. WHO, bu tehditkar salgına cevap olarak, sürdürülebilir değişim sağlayabilecek çok sayıda ümit verici yöntemle dünya çapında kansere karşı savaşını yoğunlaştırmıştır. WHO kanserle mücadele yaklaşımında beş odak kavram üzerinde yoğunlaşmıştır (15).

1. Gözetim

Sürekli gözetim su amaçlar için vazgeçilmezdir: güncel ve gelecekteki kanser yükü yönünden müdahale ihtiyacının belirlenmesi; araştırma plan ve önceliklerinin belirlenmesi için gerekli bulgu tabanının sağlanması; ve önleyici müdahalelerin, kanser tedavilerinin ve palyatif tedavilerin sonuçlarının izlenmesi.

2. Birincil Önleme

Kanserle mücadele programlarının uygulanmasında üç adımlı bir müdahale sınıflandırması bulunmaktadır. Bunların ilki, etkilenebilecek toplulukların bilinen risk faktörlerine maruziyetinin ortadan kaldırılması veya azaltılmasını içeren birincil önlemedir. Bu yaklaşım potansiyel olarak halk sağlığının iyileştirilmesinin en değerli yolu olmanın yanında kanser yükünü azaltma çerçevesinde maliyet-etkinliği açık ara en yüksek ve en kalıcı müdahaledir. Örnekler arasında tütün kullanımının kontrol altında tutulması, aşırı kilo ve hareketsiz hayat tarzı ile mücadele, mesleğe bağlı kanserojen kimyasal veya atık maruziyetinin azaltılması ve kanserle ilişkilendirilmiş hepatit B virüsü (HBV) ve insan papillomavirüsü (HPV) gibi enfeksiyonların yaygınlığının azaltılması bulunmaktadır.

3. İkincil Önleme

WHO'nun stratejisinin ikinci bileşeni ikincil önleme veya semptomatik bireylerin zamanında teşhisi ve risk altındaki asemptomatik kişilerin taranması anlamına gelen erken tespittir. Kanser işaret ve semptomlarına yönelik bilincin artırılması için eğitim bu stratejinin önemli bir parçasıdır. Kanserlerin erken tespiti özellikle serviks, meme, ağız, gırtlak, kolon, rektum, testis ve deri kanserlerinde tedavinin iyileştirme şansını artırmaktadır. Bu kanserlerin bir çoğunda bireylere beze veya lezyon gibi erken uyarı sinyallerini tanıma yolları öğretilebilir.

4. Teşhis ve Tedavi

Teşhis endoskopi, sitoloji, görüntüleme ve doku patolojisi gibi yöntemler vasıtasıyla klinik değerlendirme gerektirmektedir. Kanserle savaşa ve hastayı normal sağlığına döndürmeye yönelik yöntemlerse cerrahi müdahale, radyoterapi, kemoterapi veya bunların kombinasyonlarını içermektedir. Optimal tedavi kanserlilerin hayatta kalma oranını belirgin şekilde artırabilir. Ne yazık ki, düşük-

kaynak ortamlarında kanser teşhisi çoğu zaman ancak ileri evrelerde yapılabilmektedir.

5. Palyatif Tedavi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) palyatif bakım kavramını: “Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalıklardan kaynaklanan problemler ile karşılaşan hastaların ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini, başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel, psikososyal ve ruhsal problemlerin erken tespit edilerek ve etkili değerlendirmeler yapılarak önlenmesi veya giderilmesi yolları ile arttıran bir yaklaşımdır” olarak tanımlamaktadır. Bu tanım, hayatı tehdit eden hastalık teşhisi almış hastaların bakımını kapsıyor (34,35). Özel olarak kanser hastalarının bakımı için ASCO tarafından yapılan tanım ise şöyledir: “Kanser Palyatif bakımı, hastalar ve aileleri için acı ve sıkıntı verici olup onların hayat kalitesini etkileyen çeşitli hususlara yönelik iyileştirmelerin (terapilerin) kanser bakımına entegre edilmesidir” (36).

Palyatif tedavi:

- ağrı ve benzeri rahatsızlık verici semptomları giderir;
- hayatı olumlu ve ölümü doğal bir süreç olarak görür;
- ölümü ne hızlandırmayı ne de geciktirmeyi hedefler;
- hasta bakımının psikolojik ve manevi yönlerini birleştirir;
- hastaların ölene kadar mümkün mertebe aktif bir yaşam sürebilmeleri için destek sağlar;
- hastanın ailesine hastalık sürecine ve kayıplarını takip edecek yas sürecine dayanabilmeleri için destek sağlar;
- hastaların ve ailelerinin, gerekirse kayıp danışmanlığı da dahil olmak üzere ihtiyaçlarına bir takım anlayışıyla yaklaşır;
- yaşam kalitesini iyileştirir, ve hastalığın seyrini de iyi yönde etkileyebilir ve hastalığın erken evrelerinde yaşam süresini uzatmaya yönelik kemoterapi veya radyoterapi gibi diğer tedavilerle birlikte uygulanır ve rahatsızlık kaynağı olan klinik komplikasyonların anlaşılması ve kontrol altında tutulabilmesi için gerekli tetkikleri ihtiva eder (15).

2.10 Kanser Hastalarının Bakım Gereksinimleri

Hastaların gereksinimleri çok boyutludur; fiziksel, pratik-günlük yaşam aktiviteleri, ekonomik, çevre, kültür, bilgi, iletişim, emosyonel, psikososyal, psikoseksüel, spiritüel-varoluşsal alanları içerir. Bu gereksinimlerin birbiriyle etkileşimlerini de anlamak önemlidir. Gereksinimleri belirlemek hastanın distressini, kötü yaşam kalitesini, bakım memnuniyetsizliğini azaltacak, sağlık hizmeti kullanımının ve maliyetinin artmasını önleyebilecektir. Hastayı merkeze alarak, her bireyin holistik bakış açısıyla destekleyici bakım gereksinimlerinin tanılanması ve karşılanması gerekir. Gereksinimin anlamı üzerine literatürde konsensus yoktur. Sansor-Fisher ve arkadaşları (2000) gereksinimi, “optimum refaha ulaşmak için yararlı veya arzu edilen, zorunlu olan bazı eylemlerin veya kaynakların gerekliliği” olarak tanımlamışlardır. Natinal Health Service Executive, gereksinimi “sağlık bakımından yararlanabilme” olarak tanımlamıştır. Hastaların gereksinimi, hastalığın seyrinde ve zamanla değişen dinamik bir kavramdır. Gereksinimleri tanılama, hastaların deneyimleri ve beklentileri ile onların yardım gereksinimi hakkında kendi algıları arasındaki tutarsızlığın doğrudan ölçülmesini sağlar. Onkolojide gereksinimleri tanılama, kanserin hastaların yaşamlarının tüm alanlarında (fiziksel, fonksiyonel, psikososyal, spiritüel gibi) etkisini kapsamlı ve direkt tanılamayı içermelidir (3, 8, 37).

2.11 Onkoloji Hastasının Bakımı

Günümüzde en önemli ve güncel sorunlardan biri olan kanser, tıbbi fiziksel bir hastalık olmasının yanında, ruhsal ve psikososyal bileşikleri yoğun olan bir hastalıktır. Ölüm korkusu, ağrı ve acı çekeceği düşüncesi, bağımlı kalma sıkıntısı, beden şeklinin bozulması, yetenekleri kaybetme, kişiler arası ilişkilerde bozulma, rol işlevi kaybı ve ekonomik sorunlar hastalar tarafından sıkça ifade edilen kaygılardır. Bu kaygıların yanı sıra hastalar hastalığa ve tedavi sürecine bağlı olarak daha önce deneyimlemediği pek çok sorunla karşı karşıya kalmakta, var olan uyum mekanizmaları sarsılmakta, geleceğe yönelik beklenti ve planları değişmektedir. Kanser, hastanın tüm yaşam alanlarında çeşitli düzeylerde olumsuz etkiye neden olur (12). Etkili, yüksek kaliteli kanser bakımı sadece anti-kanser tedavinin

uygulanmasıyla sınırlandırılmaz. Kanser hastalarının hastalık ve tedaviyle başetmede yardım gereksinimleri orta veya yüksek düzeydedir. Bu yardım hemşirelik bakımıyla sağlanabilir. Bakım, onkoloji hastaları için, daha özenli yaklaşımı, bireyselleşmiş bakımı ve yakınlığı ifade etmektedir. Bu ünitelerde çalışan hemşireler hastaları ile karşılaştıkları ilk andan itibaren hastalarını değerlendirmeli, yan etkilerin kontrolünde gerekli davranış değişiklikleri hakkında hasta ve ailesini bilgilendirmeli ve interdisipliner ekip yaklaşımı ile hastanın gereksinimleri doğrultusunda etkili hemşirelik girişimleri planlamalıdır (3, 8, 26).

Hastaların gereksinimleri çok boyutludur; fiziksel, pratik-günlük yaşam aktiviteleri, ekonomik, çevre, kültür, bilgi, iletişim, emosyonel, psikososyal, psikoseksüel, spiritüel-varoluşsal alanları içerir. Bu gereksinimlerin birbiriyle etkileşimlerini de anlamak önemlidir. Gereksinimleri belirlemek hastanın distresini, kötü yaşam kalitesini, bakım memnuniyetsizliğini azaltacak, sağlık hizmeti kullanımının ve maliyetinin artmasını önleyebilecektir. Hastayı merkeze alarak, her bireyin holistik bakış açısıyla destekleyici bakım gereksinimlerinin tanınması ve karşılanması gerekir. Hemşirenin en önemli rolü, hastanın hastalığı nedeniyle yüzyüze geldiği sorunlar ve komplikasyonlar yönünden hastayı değerlendirme, bu sorunlar ortaya çıkmadan önleme, önlenemez sorunlarda ise uygun bakım planı planlama ve uygulamadır (16, 38).

Miyelosupresyon

Kemik iliğinin baskılanması sonucunda dolaşımdaki kan hücrelerinin sayısının (eritrosit, lökosit ve trombosit) azalmasıyla karakterize bir durum olan miyelosupresyon, mediastenal ışınlamalarda ve kemoterapi sırasında kanser hastaları tarafından sıkça yaşanan bir sorundur. Kemoterapi hastalarında miyelosupresyon, tedavi dozunun azaltılmasına veya tedavinin ertelenmesine neden olurken, radyoterapi sırasında tedavinin ertelenmesine neden olabilir (39).

Trombositopeni

Normal sağlıklı bir erişkinde trombosit sayısı $150.000-400.000 \text{ mm}^3$ olmakla birlikte, günlük yaklaşık olarak $30.000/ \text{mm}^3$ trombosit üretilir. Kanser hastalarında antineoplastik ajanların kullanımı kemik iliği baskılanmasına neden olduğundan

trombosit üretimi azalır. Trombositopeni, trombosit sayısının 50000/ mm³ veya altında olmasıdır. Kansere hastalarında trombosit sayısının 50000/ mm³ altına düşmesi ile kanama riski artarken, 20000/ mm³ altına düşmesi ile spontan kanama riski ve 10000 mm³ altına düşmesi ile beyin kanaması riski artmaktadır.

Hemşirelik bakımı

- ✓ Trombosit sayısı 50000 mm³ veya altında ise
 - Yaralanma riskini arttıran aktiviteler kısıtlanmalı,
 - Trombositlerin fonksiyonlarını değiştiren ilaçların (aspirin gibi) alımı engellenmeli,
 - Dişeti kanamasını önlemek için ağız bakımında yumuşak diş fırçası kullanılmalı,
 - Keskin uçlu tıraş bıçağı kullanımı engellenmeli ve elektrikli traş makinası kullanımı önerilmeli,
 - Tırnak makası ve tırnak törpüsünün kullanımı engellenmeli,
 - Lavman yapılması ve rektal supposituar uygulanması önlenmeli,
 - Konstipasyonu önlemeye yönelik sıvı alımı, diyetle lifli gıdaların alımı artırılmalı,
 - Güçlü hapşırma ve sert sümküremelerden kaçınılmalıdır.
- ✓ Trombosit sayısı 20000/ mm³ ve altında ise yukarıdaki girişimlere ek olarak:
 - Konstipasyonu önlemek için dışkı yumuşatıcıları veya laksatifler uygulanmalı,
 - İntramusküler enjeksiyonlardan kaçınılmalı,
 - Damara giriş, kemik iliği biyopsisi ve gerekli olan diğer invazif girişimlerden sonra 5-10 dakika basınç uygulanmalı,
 - Trombosit transfüzyonu yapılmalıdır.
- ✓ Trombosit sayısı 10000/ mm³ veya altında ise yukarıda yer alan girişimlere ek olarak:
 - Ağır kaldırılmamalı, valsava manevrasının kullanımı engellenmeli,
 - Sistolik kan basıncı 140 mm/Hg'nın altında tutulmalı,
- ✓ Peteşi, morarma, hematüri, baş ağrısı, konfüzyon, bilinç kaybı, hipotansiyon, taşikardi gibi beyin kanamasını gösteren belirti ve bulgular izlenmeli ve

gerektiğinde hekime haber verilerek isteme uygun girişimler uygulanmalıdır (39).

Nötropeni

Antineoplastik tedavi alan kanser hastalarında nötropeni, bazen ciddi olmakla birlikte sık görülen bir durumdur. Bu hasta grubunda mutlak nötrofil sayısı 1000 mm³'ün altına düştüğünde enfeksiyon riski, sıklığı ve ciddiyeti artabilmektedir. Enfeksiyon sıklığı mutlak nötrofil sayısı <1000 mm³ olduğunda artmakta, <500 mm³ olduğunda belirgin artmakta, <100 mm³ olduğunda ise büyük oranda bakteriyemi olmaktadır. Enfeksiyonun önlenmesi kanserli hastalarda önemlidir. Çünkü enfeksiyöz komplikasyonlar mortalite ve morbiditenin önemli bir nedenidir. Hemşireler, verdikleri bakım ve sürdürdükleri hasta eğitimi ile kanserli hastalarda enfeksiyonun önlenmesinde önemli rol oynarlar.

Hemşirelik bakımı

- ✓ Günlük kişisel hijyenini (özellikle el, ağız ve perine bölgesi) sürdürmesi,
- ✓ Cilt bütünlüğünü koruması,
- ✓ Yeterli ve dengeli beslenmesi ve yeterli miktarda sıvı içmesi,
- ✓ Bulaşıcı hastalığı (örn: suçiçeği, herpes zoster, influenza, grip) olan kişilerle iletişimde bulunmaması,
- ✓ Egzogen organizmalara bağlı gelişen enfeksiyon riskini azaltmak için çiçek ve canlı bitkilere, köpek, kedi, kuş ve diğer hayvanlara dokunmaması; hayvan atıklarını elle tutmaması; son günlerde canlı aşı yaptıran insanlar ile iletişimde bulunmaması,
- ✓ Enfeksiyonu gösteren belirti ve bulguları (vücut ısısının 38°C veya üstüne yükselmesi, titreme, dizüri, dispne, pulmoner konjesyon veya balgam üretimi, ağrı) izlemesi ve varlığını sağlık personeline bildirmesi hakkında bilgilendirilmeli,
- ✓ Vücut ısısının 38°C üzerine yükselmesi ile enfeksiyon bulgularının türüne göre idrar, kan, tüm SVK ve şüpheli enfeksiyon kaynaklarından kültür gönderilmeli, gerekirse göğüs filmi çekilmeli, hastanın fiziksel değerlendirmesi yapılmalı ve isteme göre gram pozitif ne negatif organizmalara etkili antibiyotiklere cevabı değerlendirilmelidir (16,39).

Anemi ve yorgunluk

Kanserli hastalarda malign hücrelerin kemik iliğine infiltre olması, kemoterapi veya radyoterapiye bağlı hemoglobin (Hb) üretiminde bozulma, demir eksikliği ve düşlük endojen eritropoetin düzeyi anemiye neden olmaktadır. Kanserli hastalarda anemi neoplastik süreç, malign hücrelerin kemik iliğine infiltrasyonu, kemoterapi ve radyoterapiye bağlı hemoglobin üretiminde azalma, kanama, önceki tedavilerin kemik iliğine hasar vermesi, hemoliz, tedavi öncesi hemoglobin düzeyi, yetersiz beslenme, eşlik eden diğer hastalıklar (böbrek, karaciğer ve kalp hastalığı), tekrarlayan enfeksiyonlar, demir, folik asit, B vitamini eksikliği gibi pek çok nedene bağlı olabilir. Anemi hastanın performans durumunu, yaşam kalitesini, tedavinin etkinliğini ve yaşam süresini etkileyebilmektedir. Anemi, derecesine göre değişmekle birlikte genellikle yorgunluk, baş ağrısı, halsizlik, dispne, çarpıntı veya taşikardiye neden olabilir. Tedavi yaklaşımında öncelikle aneminin altta yatan nedeninin belirlenmesi gereklidir. Anemi tedavisinde uygulanan tedaviler demir desteği, kan transfüzyonu ve eritropoetin tedavisidir.

Hemşirelik bakımı

- ✓ Antikanser tedavisi gören hastalarda aneminin belirti bulgularını değerlendirmeli, hasta ve yakınlarını aneminin belirti ve bulguları hakkında bilgilendirmelidir.
- ✓ Sürekli kan kaybı aneminin altta yatan nedeni değilse ve aneminin semptomları azalmadıysa hasta demir, folat veya B12 vitamin yetersizlikleri bakımından değerlendirilmeli ve yetersizlik belirlendiyse uygun destek tedavi uygulanmalıdır.
- ✓ Eritrosit transfüzyonu başlamadan önce transfüzyon yoluyla bulaşan enfeksiyon hastalıkları, transfüzyon reaksiyonları, alloimmünizasyon ve immünosupresyon gibi durumlara dikkat edilmelidir.

Yorgunluk kanser tedavisine bağlı gelişen en önemli semptomlardan biridir ve prevalansı oldukça yüksektir (29). Kansere bağlı yorgunluk sağlıklı bireylerde yeterli dinlenme ve uyku ile geçen yorgunluktan farklıdır ve bireylere daha şiddetli, daha fazla rahatsızlık vermekte ve dinlenmekle geçmemektedir. Hatta kanser tedavisi bittikten sonra haftalarca veya aylarca sürebilmektedir.

Hemşirelik bakımı

- ✓ Tüm hastalar; radyoterapi, kemoterapi veya biyoterapi gibi tedavilere devam ettikleri zaman orta veya şiddetli düzeyde yorgunluk yaşayabilecekleri konusunda bilgilendirilmelidirler.
- ✓ Hastanın dinlenme ve aktivite alışkanlıkları değerlendirilmeli ve yorgunluğu önlemeye yönelik bir planlama yapılmalıdır.
- ✓ Egzersiz programı hastanın yaşı, fiziksel aktivite düzeyi, kanser tipi ve evresi, kanser tedavi şekli göz önünde bulundurularak hastaya özgü olmalıdır. Aktif olmayan veya yüksek düzeyde yorgunluk belirten kişiler için egzersiz programları en düşük yoğunluk düzeyinde ve süresinde başlatılmalı, yavaş olarak artırılmalı ve hastanın durumunda değişiklik görüldüğünde modifiye edilmelidir.
- ✓ Hastada kemik metastazı, nötropeni, trombositopeni, ateş veya diğer komplikasyonlar olduğu zaman egzersiz çok dikkatli planlanmalı ve izlenmelidir.
- ✓ Hastaya gün içinde tek uzun süreli uyku dönemi geçirmesinden ziyade birkaç kısa süreli uyku dönemi geçirmesi önerilmelidir.
- ✓ Mental yorgunluk düzeyi belirlenmeli ve hastanın mental yorgunluğu önlemede yararlanılan faaliyetlere (yürüyüş, bahçe işleri, kuş bakımı) katılımı teşvik edilmelidir.
- ✓ Hastanın yeterli beslenmesi ve hidrasyonu sağlanmalıdır (12, 39, 40).

Ağrı

Ağrı hasta ve yakınlarını zorlayan en önemli semptomlardan biridir. Kanser hastalarının orta veya kuvvetli düzeyde ağrı deneyimledikleri bulunmuştur (40). Kanser kendisine, tanı işlemlerine ve tedavisine bağlı olarak gelişen ağrı kanser ağrısı olarak tanımlanır. Kanser ağrısı; hastanın günlük aktivitesine, duygusal yaşamına, motivasyonuna, aile ve yakınları ile etkileşimine ve genel yaşam kalitesi üzerine oldukça fazla olumsuz etki yarattığı için en önemli problemlerden olup, kanser hastalarında en sık görülen ve korkulan semptomdur. Ağrının tedavisi için önce değerlendirilmesinin yapılması gerekir. Bunun için ağrının yeri, niteliği, şiddeti,

başlamasını etkileyen faktörler (öfke, depresyon, uykusuzluk, anksiyete), ağrı sırasında gözlenen davranışlar ve baş etme biçimleri değerlendirilir (41).

Hemşirelik Bakımı

- ✓ Hasta ve ailesi ile güven ilişkisi kurmalı,
- ✓ Ağrı şiddetini/sıklığını değerlendirmeli ve nasıl değerlendireceğini hastaya öğretmeli
- ✓ Hastanın ağrı nedeniyle fiziksel ve psikolojik semptomları, fonksiyonel durumu, bilişsel durumu, konforunun nasıl etkilendiğini değerlendirmeli,
- ✓ Hastanın ağrı ile baş etme yöntemlerini sorgulamalı,
- ✓ Hastayı kendi ağrı yönetimiyle ilgili sorumluluk alması için desteklenmeli,
- ✓ Hastanın ağrı kontrolünde ilk seçenek olarak oral analjeziklerin kullanımı tercih edilmeli ve WHO'nun analjezi merdiveni kullanılmalı,
- ✓ Hastalara opioid kullanımını ani olarak durdurulmaması tavsiye edilir. İlaç dozlarının ayarlanmasında her zaman sağlık ekibiyle birlikte karar verme gerekliliği vurgulanmalı,
- ✓ Hastalara non-farmakolojik uygulamaları yapması önerilmelidir (Masaj yapmak, sıcak ya da soğuk uygulama, ılık banyolar, TENS...). Hasta ve yakınına dikkati başka yöne çekme (Okuma, müzik dinleme, hayal kurma...) ve gevşeme teknikleri öğretilmeli, duyguların paylaşılmasının önemi vurgulanmalıdır (40).

Bulantı ve Kusma

Bulantı ve kusma birçok faktöre bağlı olarak gelişen karmaşık bir problemdir. Kanser hastalarının çoğu küratif tedavi ya da palyatif kanser bakımı süresince bulantı ve/veya kusma yaşayabilir. Kontrol altına alınmayan bulantı ve kusma sıvı elektrolit dengesizliği, dehidratasyon, anoreksi, kilo kaybı ya da yiyeceklere karşı isteksizlik, ilacın emilimi ya da böbrek yoluyla atılımında azalma gibi fizyolojik etkilerinin yanı sıra sosyal, iş, günlük aktiviteleri ve psikolojik durumunu olumsuz etkilemektedir (12, 39, 40).

Kemoterapiye Bağlı Bulantı–Kusma şekilleri: Kemoterapiye bağlı bulantı kusma başlangıç zamanına göre üç şekilde incelenmiş; daha sonra semptom tedavisi ile ilişkili iki tipi daha tanımlanmıştır (39).

1. Akut Bulantı-Kusma: Genellikle tedaviyi takiben birkaç dakika ya da saatler içerisinde görülen ve 24 saat içinde geçen/iyileşen kusmadır. Kusma genellikle 5-6 saatlerde en yoğun/şiddetli düzeydedir (39).

2. Gecikmiş Bulantı-Kusma: Tedavi sonrası bulantı- kusma kemoterapi uygulanmasından sonraki ilk 24 saatten sonra, sıklıkla 48–72 saatler arasında görülür. Bazı kemoterapi rejimlerinde 6-7 gün sürebilir (39).

3. Beklentisel Bulantı-Kusma (ANV-Ancipatory Nausea and Vomiting): Kemoterapi uygulaması sırasında ya da öncesinde ortaya çıkan semptomlardır (39).

4. Breakthrough kusma: Optimal antiemetik tedavi kombinasyonunun profilaktik kullanımına rağmen hasta kemoterapiyi takiben ilk 24 saatte tekrar ortaya çıkan ve ek tedavi gerektiren kusma şeklidir (39).

5. Refrakter kusma: Daha önceki kemoterapi kürlerinde profilaktik antiemetik kullanımına rağmen önleyici ve/veya tedavi edici girişimlere yanıt vermeyen ciddi kusma yaşayan hastalarda refrakter (inatçı/tedaviye dirençli) kusma görülebilir (39).

Hemşirelik bakımı

- ✓ Hasta tedaviye aç gelmemeli, midesini rahatsız etmeyecek, kokusuz, baharatsız, hafif bir şeyler yemeli,
- ✓ Tedavi sonrası ematojenite düzeyi yüksek olan tedavi protokollerinde en az 2-3 gün boyunca:
 - Mümkün ise yemekler hastanın bulunduğu ortamdan farklı bir ortamda hazırlanmalı,
 - Gün içinde 3 yerine öğün sayısı 5-6'ya çıkartılarak az ve sık miktarda besin alınmalı,
 - Sıcak yiyeceklerden daha iyi tolere edildiğinden sandviç, peynir, yağsız tost, ezilmiş patates gibi soğuk servis yapılan gıdalar tercih edilmeli,
 - Tedavi sırasında ağızdan nahoş metalik tadı uzaklaştırmak için nane veya ekşi şekerlemeler ağızda emilmeli,
 - Tatlı, yağlı, çok tuzlu, baharatlı ve ağır kokulu besinlerin alımı engellenmeli,

- Bulantı ve kusma döneminde hastanın sevdiği yiyecekleri alması engellenmeli,
- Bulantıyı başlatabilecek uyaranlardan, görüntü, ses veya kokulardan kaçınılmalı,
- ✓ Tedavi sırasında ve sonraki günlerde bulantı ve kusmayı azaltmak için hoş bir müzik, sevilen bir televizyon programı önerilmeli, kitap okuması için teşvik edilmeli,
- ✓ Tedavi süreci boyunca hastaya haftada 3 kez aerobik egzersizler yapması önerilmeli,
- ✓ Hastaya progresif relaksasyon teknikleri öğretilmeli ve bulantı dönemlerinde yapması için cesaretlendirilmeli,
- ✓ Aşırı bulantı dönemlerinde uyuması önerilmelidir (12,39).

Diyare

Diyare, genellikle kemoterapide antimetabolitlerin kullanımına ve gastrointestinal sistemin ışınlaması sonucunda gelişen bir sorundur (39).

Hemşirelik bakımı

- ✓ Hastalar, az lifli, posasız, protein ve kaloriden zengin bir diyetle beslenmelidir.
- ✓ Gastrointestinal sistemi tahriş edebilecek veya uyarabilecek yiyecek ve içecekler alınmamalıdır. Bu besin maddeleri şunlardır; bütün taneli buğday ekmeği ve tahıllar, fındık, çekirdekler, Hindistan cevizi, domuz eti gibi yağlı besinler, çiğ sebze ve meyveler, ağır hamur işleri, patlamış mısır, patates cipsi ve simitler, kuvvetli baharatlar ve tatlandırıcılar, turşu, gaz oluşturan besinler, çikolata gibi kafeinli yiyecekler ve kahve, alkollü içecekler ve tütün ürünleri.
- ✓ Diyete potasyumdan zengin besinler (muz, patates, turuncgiller, kuş konmaz, üzüm gibi) eklenmelidir.
- ✓ Her gün en az 3000 ml sıvı içilmelidir.

- ✓ Küçük ve sık öğünlerle beslenilmeli, yiyecekler yavaş ve iyice çiğnenerek yenmelidir.
- ✓ Diyare şiddetlenirse sıvı diyet kullanılmalıdır.
- ✓ Protein ve kalori alımını arttırmak için ilave besinler (Ensure, Osmolite) aşamalı olarak eklenmelidir.
- ✓ Rektal bölgenin derisi ve mukoz membranları için bakım önlemleri alınmalıdır.
- ✓ Diyarenin tedavisinde önerilen ilaçlar düzenli bir şekilde kullanılmalı ve etkileri izlenmelidir (12, 39, 40).

Konstipasyon

Konstipasyon, genellikle vinka (bitki) alkaloidlerinin barsak peristaltizmini yavaşlatması sonucunda gelişir. Narkotik ilaç kullanımı, hareketsizlik, yetersiz sıvı alımı, tümörün gastrointestinal mukozaya invazyonu ve depresyon konstipasyon gelişme riskini arttıran diğer etkenlerdir (39).

Hemşirelik bakımı

- ✓ Diyette lifli besinlerin miktarı artırılmalıdır.
- ✓ Peynir ürünleri ile rafine hububat ürünlerinden kaçınılmalıdır.
- ✓ Dehidratasyonu önlemek için kontrendikasyon yoksa günde 3000 ml sıvı alınmalıdır.
- ✓ Tolere edebildiği sürece fiziksel aktiviteler artırılmalıdır.
- ✓ Hekimin önerileri doğrultusunda ilaç tedavisi veya lavman uygulanmalıdır.
- ✓ Güçsüz hastalar günde bir kez tualete götürülerek veya sürgü konularak dışkılamaya teşvik edilmelidir (12, 39, 40).

Tat Alma Duyusunda Değişim

Tat alma duyusunda değişim, özellikle ilaçların glosfarengeal siniri etkilemesi sonucunda ortaya çıkar ve hasta bazı besinlerin tadını farklı algılar.

Hemşirelik bakımı

- ✓ Baharatlar ve tatlandırıcılar kullanılabilir.

- ✓ Besin aromaları kullanılabilir.
- ✓ Yemekle fazla sıvı alımı önerilir.
- ✓ Ağız bakımına dikkat edilir.
- ✓ Besinlere daha fazla tatlandırıcı konabilir.
- ✓ Etler tatlı sıvılarda bekletilebilir.
- ✓ Kolay tolere edilen protein kaynakları tercih edilir.
- ✓ Tiksinti yaratan besinlerin koku ve görüntüsünden kaçınılır.
- ✓ Sıvı alımı artırılmalıdır.
- ✓ Yumuşak limonlu veya meyveli şeker, çiklet çiğnenmeli ve pastil emilmelidir.
- ✓ Alkol ve sigaradan kaçınılmalıdır.
- ✓ Ortam havası nemlendirilmelidir (30).

Mukozit

Ağız ve orafarenkstekki ülseratif lezyonlar, oral inflamasyon, kemoterapi (immünosupresyon), bulantı kusma, oral hijyen yetersizliği, nötropeni, trombositopeni ve dehidratasyon nedeniyle gelişebilir. Oral kavitede eritem, ödem, ağız kuruluğu, dudaklarda yanma duygusu, travma, kuru sert yiyecekler ya da sert fırça kullanımına bağlı sekonder hemorajik ülserasyonlar; dilde ödem ya da enfeksiyon, beyaz düzensiz lekelere neden olabilen yüzeysel enflamasyon; uçuğa benzer lezyonlar olabilir.

Hemşirelik bakımı

- ✓ Oral kaviteyi her gün kırmızılık, beyazlık, sarılık yönünden kontrol edip değerlendirmek,
- ✓ Hastaya uygun ağız bakımını öğretmek,
- ✓ Lezyon yoksa: 4 saatte bir yumuşak diş fırçası ile dişleri fırçalamak ve mukostatin ve betadin ile gargara yapmak,
- ✓ Lezyon varsa; 2 saatte bir hidrojen peroksit solüsyonu, ardından serum fizyolojik ile ağız bakımı yapıp arkadan dudakları vazelinlemek,
- ✓ Hastanın öğünlerden önce ve sonra ağız bakımını yapmasını sağlamak,
- ✓ Stomatit oluşmuşsa uygun solüsyonlar önermek,
- ✓ Sıvı dengesini sürdürmek,

- ✓ Sıcak yiyeceklerden kaçınarak, yumuşak, protein ve vitamin yönünden zengin yiyecekler önermek,
- ✓ Asitli, tuzlu, baharatlı besinlerden kaçınılmasını önermek,
- ✓ Alkol ve sigara kullanılmamasını önermek,
- ✓ Dudaklar kuru ise vazelin ya da E vitamini preparatları ile yumuşatmak,
- ✓ Diş protezlerinin uygun olup olmadığının değerlendirilmesini, rahatsız ediyorsa takılmaması gerektiğini öğretmek, temizlenmesini ve sadece yemek yerken kullanılmasını önermek,
- ✓ Yumuşak diş fırçası kullanılmasını önermek,
- ✓ Eğer ağızda kanama varsa bunu önlemek için hastaya ağızına küçük bir buz parçası almasını önermek,
- ✓ Ağrı için doktor istemine göre lokal aneljezik kullanılmasını önermek (12, 40).

Alopesi

Kemoterapötik ilaçların ve başa uygulanan radyasyon alanının genişliğine ve dozuna bağlı olarak saç, aynı zamanda kaş, kirpik ve tüm vücut kıllarının kaybıdır. Alopesi, kemoterapiye bağlı genellikle geri dönüşlü olup tam veya kısmi olabilirken, radyoterapide uygulanan baş ışınlanması sonucunda kalıcı olabilir. Kemoterapiye bağlı saç kaybı genellikle tedaviyi takiben 2 hafta sonra başlar ve tedavinin kesilmesi ile 8 hafta içinde saçlar tekrar çıkmaya başlar.

Hemşirelik bakımı

- ✓ Hastaya saç kaybı olacağı, ancak tedavi bitiminden sonra yeniden çıkacağını açıklamak
- ✓ Hastada alopesinin derecesi değerlendirilmeli
- ✓ Hastaları şapka, eşarp, bone, peruk gibi değişik materyaller konusunda bilgilendirmek,
- ✓ Kemoterapiden önce saçlarını kısaltmasını önermek,
- ✓ Bireye, alopesiyi azaltmak ve tekrar büyümeye başlayan saçları korumak için alınması gereken önlemler açıklanmalı:
 - Saçlar 3 veya 5 günde bir ardından saç kremi kullanılarak proteinli şampuan ile yıkanmalı ve iyice durulanmalı,

- Elektrikli saç kurutma makinasının kullanımı azaltılmalı ve saç doğal şekilde kurutulmalı, eğer saç kurutma makinasının kullanımı gerekli ise sıcaklık düzeyi düşük seviyeye ayarlanmalı,
 - Elektrikli saç kıvrırma aletleri, lastik bantlar, metal ve plastik saç tokaları, saç spreylere, saç boyaları ve saç ağartıcıları saçın kırılmasını arttıracığından kullanılmamalı,
 - Saç aşırı fırçalanmamalı ve taranmamalı, geniş dişli tarak kullanılmalı,
 - Saç kırışmasını azaltmak için saten yastık kılıfı kullanılmalıdır.
- ✓ Bireyde saç kaybının yarattığı psikolojik etkiyi azaltmak için hemşire hastaya:
- Nazik bir şekilde yaklaşmalı,
 - Uyurken saç filesi kullanabileceğini,
 - Saç kaybını gizlemek için bir şapka, eşarp, peruk veya türban takabileceğini,
 - Özellikle yazın şiddetli güneş yanıklarını önlemek için başına şapka takmasını veya koruyucu krem sürmesi gerektiğini,
 - Saç dökülmesinin başlangıcından isterse saçını çok kısa kesip saç rengine uygun peruk kullanabileceğini hastaya açıklamalıdır (12,40).

Ekstravazasyon

Ekstravazasyon damar içine uygulanan sıvı veya ilacın, damar dışına çıkarak doku içine sızması ile ortaya çıkan doku yaralanması olarak tanımlanabilir. Hassas damar yapısı, periferik nöropati, mental durum değişiklikleri, hemşirenin becerisi, ilaç uygulama tekniği ekstravazasyon riskini arttıran önemli faktörlerdir. Kemoterapi tedavisi uygulayan tüm hemşirelerin, ekstravazasyonun belirti ve bulgularını bilmeleri önemlidir.

Ekstravazasyonda;

- Ağrı, şişlik, lokal sıcaklık,
- IV girişim alanında kızarıklık, yanma, eritem,
- Damar boyunca hassasiyet,

- Ciltte endürasyon,
- Ciltte kuruma veya bül oluşumu,
- Nekroz, skar oluşumu ve ülserasyon gibi lokal belirtiler görülmektedir.

Ekstravazasyonu önlemeye yönelik;

- ✓ Hastanın ekstravazasyon risk faktörlerine sahip olup olmadığı tanılanmalıdır.
- ✓ Uygulanacak olan kemoterapi programı hakkında bilgi alınmalı ve ekstravazasyon olasılığına karşı yeterli önlem alınmalıdır.
- ✓ Daha fazla fonksiyonel zararlara neden olabileceği için eklem, kemik çıkıntıları, el üzeri veya antekübital alandan infüzyon uygulanmasından kaçınılmalıdır.
- ✓ Devamlı infüzyon uygulanacaksa, ilaçlar her zaman santral bir ven üzerinden uygulanmalıdır.
- ✓ Periferel damar yolu kullanıldığında, dolaşımı bozulmuş kol ya da bacak bölgelerinden ya da lenf nodu diseksiyonu yapılan alanlardan kaçınılmalıdır.
- ✓ Damar yolu açmak için tek girişimle plastik kateter uygulanarak ilaçlar verilmelidir.
- ✓ Eğer periferel alan kullanılacaksa, yan kol infüzyon tekniği tercih edilmelidir.
- ✓ Açılan damar yolu başlangıçta asla kemoterapi ilacı ile test edilmemelidir. Bölge şişme, kızarıklık ve ağrı açısından gözlenmeli, kemoterapi ilaç uygulanmadan önce yavaşça kan gelip gelmediği test edilmelidir.
- ✓ Hastalar herhangi bir yanma ve ağrısı olduğunu ifade ettiğinde, derhal bu durum rapor edilmeli ve bir şüphe varsa infüzyon durdurulmalı ve bölge değiştirilmelidir.
- ✓ Venöz kan dönüşü ve/veya ilaç verilmesi sırasında kızarıklık ve şişlik olup olmadığı sık sık kontrol edilmeli ve kemoterapi ilaçları uygulanmadan önce ve tedavi bittiğinde ven IV sıvılarla 3-5 dakika süreyle mutlaka yıkanmalıdır.

Ekstravazasyon gelişti ise;

- ✓ Eğer bir ekstravazasyon şüphesi ya da belirtisi varsa infüzyon durdurulmalıdır.
- ✓ IV yol başlangıçta yerinde bırakılmalıdır.

- ✓ Ekstravazasyon periferik IV yoldan gelişmişse, infüzyon durdurulduktan sonra, iğne çekilmeden önce, ekstravaze olan sıvılar olabildiğince aspire edilmelidir. Eğer antidotu varsa, IV veya SC yolla verilmeli ve antidotun doğrudan ekstravaze olan alana dağılmasının maksimum etki yönünden çok önemli olduğu bilinmelidir.
- ✓ Eğer ekstravazasyon santral yoldan uygulama sırasında gelişmişse, hasta ağrı, yanma, duyarlılık, santral venöz kateter alanında ya da göğüsün aynı yerinde şişlikten yakınıyorsa işlem derhal durdurulmalıdır. Hastada port varsa, uygun iğne yerleştirilmesi yönünden değerlendirilmelidir. Residüel ilaç bölgeden aspire edilmeli, antidotu varsa santral venöz kateter alanına aşırı basınçtan kaçınılarak, IV yolla yeterli miktarda verilmeli, hastada implante port varsa antidot damla damla uygulanmalıdır.
- ✓ Antidot, ekstravazasyon alanı etrafına 1 saat içinde subkutan olarak verilmelidir.
- ✓ Etkilenen bölgenin 48 saat dinlendirilmesi ve yükseltilmesi, ekstravaze olan sıvıların drenajına ve emilimine yardım edebilir. Bölge 2-4 saatte bir kontrol edilmelidir.
- ✓ Soğuk uygulama ilk 24-48 saat için günde 4 kez en azından 15-30 dakika uygulanmalı, uygularken alana doğrudan basınçtan kaçınılmalıdır.
- ✓ Antracycline ekstravazasyonunda soğuk uygulama vazokonstriksiyona neden olarak ilacın yayılmasını engellemektedir.
- ✓ Vinca alkaloid ekstravazasyonunda sıcak uygulamanın lokal dilatasyona neden olması bölgeye kan akışını artırmaktadır.
- ✓ Ekstravazasyon rapor edilmelidir.
- ✓ Mümkünse bölgenin fotoğrafı çekilir. Erken plastik/rekonstrüktif cerrahi ve/veya fizik tedavi ve rehabilitasyon konsültasyonu düzenlenmelidir.
- ✓ Sistemik analjezikler ve/veya lokal ağrı kesici ilaçlar verilebilir.
- ✓ Eğer cilt açıksa, bül varsa ya da nekrotize ise iyileşene kadar her 12 saatte bir silver sulfadiazine (Silvadene) uygulanabilir (39).

Nörotoksisite

Nörotoksisite kemoterapi dozunun azaltılmasına hatta tedavisinin kesilmesine neden olan doz sınırlayıcı yan etkilerden birisidir. Kemoterapiye bağlı nörotoksisite; kemoterapi ilaçlarının santral sinir sistemi (SSS), periferik sinir sistemi (PSS) veya kranial sinirlere direkt veya indirekt hasara bağlı gelişir. Kemoterapi temel olarak hem periferik nöropatiyi içeren periferik nörotoksisiteye hem de minör bilişsel yetersizlikten ensefalopati şeklinde değişiklik tablolarında görülen santral nöropatiye neden olur. Tedavi protokolünde Paclitaxel, Docetaxel, Carboplatin ve 5-Fluorouracil olan hastalarda nörotoksisite gelişme riski yüksektir. Hastalar düğmeleri iliklemede ve yazmada zorlandığını, kas ağrılarının başladığını ifade edebilir.

Hemşireler nörotoksisite riski olan hastaların bakımında, nörotoksisitenin erken tanısında, tedavisinde, hasta eğitiminde ve hastanın yaşam kalitesini yükseltmede önemli rol oynamaktadırlar.

Hemşirelik bakımı

- ✓ Tedavinin başlangıcında kemoterapötik ajanların olası yan etkileri ve nörotoksisite konusunda hasta ve ailesi bilgilendirilmeli.
- ✓ Nörotoksisitenin belirti ve bulguları hakkında hasta ve ailesi bilgilendirilmeli ve varlığını hekime bildirmesinin önemi vurgulanmalı.
- ✓ Nöropatiye bağlı denge bozukluğu olan hastalarda düşmeye yönelik önlemler alınmalıdır.
- ✓ Nörolojik bulguların varlığında (uyuşma, karıncalanma, yürüyüş bozukluğu, bilinç düzeyinde değişiklik) ilaç dozu hekim istemi ile azaltılabilir veya ilaç değiştirilebilir.
- ✓ Oksaliplatin kullanan hastalara soğğun akut periferik nörotoksisite semptomlarını arttırdığı hatırlatılmalı. Tedaviden sonra 5-7 gün süresince akut periferik nörotoksisiteye neden olabilecek soğuk durumlardan ve ani üşümekten (buzdolabı veya dondurucuyu açmak, yazın klimaya maruz kalmak, soğuk içecekler içmek, dondurma veya soğuk yiyecekler yemek, soğuk duş almak) kaçınmak, soğuk havalarda eldiven ve atkı takmak gerektiği açıklanmalıdır (39).

BÖLÜM III

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırma Tipi

Araştırma, kanser hastalarındaki bakım gereksinimlerinin karşılanmasında hemşirelik uygulamalarının etkinliğini incelemek amacıyla tanımlayıcı tipte planlanmış bir araştırmadır.

3.2 Araştırmada Kullanılan Gereçler

Araştırma verilerinin toplanmasında aşağıdaki veri toplama formları kullanıldı:

- Hasta tanılama formu (Ek 1)
- Hemşire tanılama formu (Ek 3)
- Bakım gereksinimleri anketi (Hasta Formu (Ek 2) ve Hemşire Formu (Ek 4))

3.2.1 Veri Toplama Araçları

a) Hasta Tanıtım Formu (EK 1)

Hastaların tanımlayıcı özellikleri ve hastalığı ile ilgili bilgilerine ulaşmak amacıyla araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu kullanıldı. Hasta Tanıtım Formu, konu ile ilgili literatür rehberliğinde oluşturuldu. Form; 24 sorudan oluşan kişisel ve hastalıkla ilgili soruları içermektedir. Hasta Tanıtım Formu'nun kişisel özelliklerden oluşan 1.bölümünde; sosyodemografik özelliklerine ilişkin sorular içermektedir (Soru 1-13). Hasta Tanıtım Formu'nun 2. bölümü hastalıkla ilişkin bilgileri içeren sorulardan oluşmaktadır (Soru 14-22). Formdaki tanı, evre ve metastaz ile ilgili veriler hasta dosyasından alındı.

b) Hemşire Tanıtım Formu (Ek 3)

Hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri ile ilgili bilgilerine ulaşmak amacıyla araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu kullanıldı. Hemşire tanıtım formu konu ile ilgili literatür rehberliğinde oluşturuldu. Form; yaş, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı, aile tipi, meslekteki çalışma yılı, çalıştıkları klinik, dahili birimde çalışma yılı, aylık ortalama nöbet sayısı, günde ortalama bakım verilen

onkoloji hasta sayısı ve onkoloji hastalarına bakım vermektten memnuniyete ilişkin 11 kişisel ve mesleki sorudan oluştu.

c) Bakım gereksinimleri anketi : Hasta Formu (Ek 2)ve Hemşire Formu (Ek 4)

Kanser tanısı olan hastaların klinikte yattıkları süreç içindeki bakım gereksinimlerinin yapılan hemşirelik girişimleri ile etkin bir şekilde karşılanıp karşılanmadığını belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından ilgili literatür desteği ile geliştirildi. Her iki form “evet” ve “hayır” olarak yanıtlanan 25’er sorudan oluştu. Evet yanıtı verilen sorulara üçlü likert uygulandı. Hasta Formunda ifade edilen durumla ilgili herhangi bir sorun, semptom, sıkıntı ve deneyim yaşanmaması durumuna uygun olan sorularda bunu belirtilmesi için ayrı bir seçenek eklendi. Hasta Formu kanser tanısı alan hastaya ve/veya yakınına, Hemşire Formu ise hastanın bakımında aktif rol alan hemşireye uygulandı. Anket formunun araştırmada kullanılmadan önce 7 akademisyen hemşire tarafından anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliği açısından uzman görüşleri alınarak son hali verildi.

3.3 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma; İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Dahiliye Klinikleri’nde (Dahiliye Kliniği, Gastroenteroloji Kliniği, Tıbbi Onkoloji -Palyatif Bakım Kliniği yataklı birimleri) gerçekleştirildi. Araştırmanın planlama aşaması tamamlandıktan ve etik kurul ve kurum izinleri alındıktan sonra 1 Şubat- 26 Haziran 2015 tarihleri arasında araştırma verileri toplandı.

3.4 Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, belirtilen veri toplama tarihleri arasında İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Dahili Birimlerde 4 aylık sürede yatan tüm onkoloji hastaları oluşturdu (N=400). Araştırma evrenini oluşturan toplam hemşire sayısı 32’dir. Kliniklere göre hemşire sayısının dağılımı Dahiliye Kliniği 13 hemşire, Gastroenteroloji Kliniği 13 hemşire, Tıbbi Onkoloji -Palyatif Bakım Kliniği 6 hemşire şeklindedir.

3.5 Araştırmanın Örneklemi

3.5.1 Hasta Örneklemi

Yapılan ön araştırma sonucunda, araştırma verilerinin toplanması planlanan kliniklerde toplam aylık hasta yatışı ortalama 100 kişidir. Araştırma kapsamında belirlenen evreninin %80'ine ulaşılması hedeflendi. Araştırma evreni içinden aşağıdaki dahil edilme kriterlerine uygun olan 320 hasta araştırma örneklemini oluşturdu. Major kronik hastalığı bulunan, tanısının kanser olduğunu bilmeyen ve araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar örneklem dışı bırakıldı.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri (hastalar için) şu şekilde belirlendi:

- a) 18 yaş ve üstü
- b) En az 6 ay önce kanser tanısı konmuş olması
- c) Bilinci açık, koopere
- d) Herhangi bir iletişim sorunu olmayan
- e) Tanılanmış psikiyatrik bir sorunu olmayan
- f) Hastanede 3 gün ve daha fazla yatmakta olan
- g) Araştırmaya katılmaya gönüllü olan

3.5.2 Hemşire Örneklemi

Araştırma evreninin tamamını oluşturan tüm hemşireler örneklem seçimine gidilmeksizin araştırmaya dahil edildi (n=31).

Hemşirelerin araştırmaya dahil edilme kriterleri; araştırmanın yapıldığı kliniklerde hastane yönetimi tarafından görevlendirilmiş olması, belirtilen tarihlerde klinikte aktif olarak çalışıyor olması ve araştırmaya katılmaya gönüllü olması olarak belirlendi. Bununla birlikte; araştırmaya katılmayı kabul etmeyen 1 hemşire ve tüm klinik sorumlu hemşireleri örneklem dışı bırakıldı.

3.6 Veri Toplama Yöntemi ve Süresi

Araştırma verileri yüz yüze görüşme yöntemi ile 4 aylık bir zamanda toplandı.

3.7 Verilerin Değerlendirilmesi ve Bulguların Analizi

Verilerin istatistiksel analizi IBM SPSS Statistics Version 22 paket programında yapıldı. Kategorik verilerin gruplar arasında karşılaştırılmasında

Pearson Chi-Square ve Fisher's Exact test; yaş değerlerinin normal dağılım varsayımlarını karşılamamasından ötürü (Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro Wilks) yaş değişkeninin iki grup arasındaki karşılaştırılmasında Mann Whitney U istatistiksel analizleri kullanıldı. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.8 Süre ve Olanaklar

ARAŞTIRMANIN TAKVİMİ							
Araştırma Süreci	Temmuz - Ağustos 2014	Eylül- Kasım 2014	Aralık 2014	Ocak 2015	Şubat- Haziran 2015	Temmuz 2015	Ağustos- Eylül 2015
Konunun Belirlenmesi ve İlgili Literatürlerin Taranması	+						
Tez Araştırma Taslağının Hazırlanması		+					
Tez Önerisinin Verilmesi			+				
Araştırma Etik Kurul Onayı ve Kurum İzinlerinin Alınması				+			
Verilerin Toplanması					+		
Verilerin Analizi						+	
Tezin Yazılması, Sonlandırılması ve Sunumu							+

3.9 Etik Açıklamalar

Araştırmanın yürütülmesi için İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulundan etik kurul onayı ve verilerin toplanabilmesi için İzmir

Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden kurum izni alındı. Araştırma kapsamına alınan hastalara çalışmanın amacı araştırmacı tarafından açıklanıp katılımları için sözlü ve yazılı onam alındı.

BÖLÜM IV

BULGULAR

Araştırmadan elde edilen veriler; hasta ve hemşirelerin demografik özellikleri ve anket sorularına verdikleri yanıtlara göre analiz edilerek bu bölümde sunulmuştur.

4.1. Araştırma Kapsamında Hastalara İlişkin Bulgular

4.1.1. Hastalara İlişkin Demografik Özellikler

Tablo 6 : Hastaların demografik özelliklerine göre dağılımları

		Grup	
		Hasta (n=320)	
		N	%
Eğitim durumu	Okur yazar değil	21	6,6
	İlkokul	86	26,9
	Lise ve dengi	170	53,1
	Üniversite / Yüksekokul	43	13,4
Medeni durum	Evli	257	80,3
	Bekar	42	13,1
	Diğer	21	6,6
Aile tipi	Çekirdek aile	234	73,1
	Geniş aile	86	26,9
Yaş	Ort.±SS (Min.-Max.)	60,24±9,95 (27-80)	
Cinsiyet	Erkek	213	66,6
	Kadın	107	33,4
Meslek	Ev hanımı	85	26,6
	Memur	64	20,0
	İşçi	127	39,7
	Emekli	44	13,8
Sosyal güvence	Emekli sandığı	160	50
	SGK	100	31,25
	Diğer (yeşilkart, özel sigorta)	60	18,75
Gelir durumu	Gelir giderden az	128	40,0
	Gelir gidere denk	192	60,0

Araştırma kapsamındaki hastaların yaş ortalaması 60,24±9,95 min-max (27-80)'dır. Hastaların eğitim durumuna göre dağılımı incelendiğinde; % 6,6'sının okur yazar olmadığı, % 26,9'nun ilk-ortaokul, % 53,1'inin lise ve dengi, % 13,4'ünün de

üniversite/yüksekokul mezunu olduğu; % 80,3'ünün evli, % 13,1'inin bekar, % 6,6'sının da dul olduğu; % 26,9'unun geniş aile ve % 73,1'inin çekirdek aile olarak yaşadığı belirlenmiştir. Hastaların % 33,4'ü bayan, % 66,6'sı da erkektir. Hastaların %26,6'sının ev hanımı, %20'sinin memur, %39,7'sinin işçi ve % 13,8'inin diğer meslek grubunda olduğu belirlenmiştir. Hastaların sağlık sigortasına göre dağılımı incelendiğinde; % 50'sinin Emekli Sandığı'na, % 31,25'inin SGK'ya, %18,75'inin diğerlerine sahip olduğu saptanmıştır. Hastaların % 40'ının geliri giderinden az ve % 60'ının gelir gidere denk olduğu belirlenmiştir.

Tablo 7: Hastaların alışkanlık özelliklerine göre dağılımları

		n	%
Sigara	Kullanmıyor	85	26,6
	Kullanıyor	235	73,4
Sigara yılı	0-5 yıl	21	8,9
	5-10 yıl	21	8,9
	10 yıl ve üzeri	193	82,1
Günde tüketilen sigara	1-10 adet	63	26,8
	10-20 adet	130	55,3
	21 ve üzeri	42	17,9
Alkol	Kullanmıyor	193	60,3
	Kullanıyor	127	39,7
Alkol kullanma sıklığı	Her gün	21	16,5
	Haftada 1-2	21	16,5
	Ayda 1-2	85	66,9
Düzenli sağlık kontrolleri yaptırma	Hayır	191	59,7
	Evet	129	40,3

Hastaların % 26,6'sının sigara kullanmadığı ve % 73,4'nün sigara kullandığı; % 8,9'unun 0-5 yıl, % 8,9'unun 5-10 yıl ve % 82,1'inin 10 yıl ve üzeri sigara kullandığı; günde % 26,8'inin 1-10 adet, % 55,3'ünün 10-20 adet ve % 17,9'unun 21 adet ve üzerinde sigara tükettikleri belirlenmiştir. Hastaların % 60,3'nün alkol kullanmadığı ve %39,7'sinin alkol kullandığı; % 16,5'i her gün, % 16,5'i haftada 1-2 kez, % 66,9'u ayda 1-2 kez alkol tükettiği belirlenmiştir. Hastaların düzenli sağlık kontrollerini yaptırma durumlarının dağılımı incelendiğinde; % 40,3'ünün düzenli sağlık kontrolleri yaptırdığı, % 59,7'sinin düzenli sağlık kontrolleri yaptırmadığı belirlenmiştir.

4.1.2. Hastalara İlişkin Klinik Özellikler

Tablo 8. Hastaların klinik özelliklerine göre dağılımları

		n	%
Tanı	Gastrointestinal Sistem Kanseri	185	57,8
	Akciğer Kanseri	40	11,4
	Meme Kanseri	2	,6
	Prostat Kanseri	41	11,7
	Hematolojik Kanseler	52	14,8
Evre	Evre II	127	39,7
	Evre III	108	33,8
	Evre IV	85	26,6
Metastaz	Var	85	26,6
	Yok	235	73,4
Hastalığa uyum sağlama	Evet	171	53,4
	Hayır	149	46,6
Hastalığı algılama durumu	Tedavi edilmeyen bir hastalık	44	13,8
	Uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık	276	86,3
Hastaneye yatış nedeni	Kemoterapi	43	13,4
	Semptomatik yakınmalar	214	66,9
	Radyoterapi	21	6,6
	Radyoterapi+kemoterapi	42	13,1
Teşhis / Tedavi süresi	6-12 ay	105	32,8
	1-2 yıl	109	34,1
	2-3 yıl	42	13,1
	3-4 yıl	64	20,0
	Ort.±SS (Min.-Max.)	2,17±1,12 (1-4)	

Tablo 3 incelendiğinde; hastaların; % 11,4'ünün akciğer, % 5,1'inin karaciğer, % 11,7'sinin lenfoma, % 3,1'inin m. miyelom, % 17,9'unun kolon, % ,6'sının meme, %12'sinin mide, % 6'sının nazofarenks, % 11,7'sinin pankreas ve % 11,7'sinin prostat kanseri olduğu görülmektedir. Hastaların klinik evrelerine göre hastalık

özellikleri incelendiğinde; % 39,7'sinin II. evre, % 33,8'inin III. evre, % 26,6'sının da IV. evre'de olduğu; % 26,6'sında metastaz bulunmakta ve % 73,4'ünde ise metastaz bulunmamaktadır. Hastaların hastalığa uyum sağlama durumlarının dağılımı incelendiğinde; % 53,4'ünün hastalığa uyum sağladığı, % 46,6'sının da hastalığa uyum sağlamadığı belirlenmiştir. Hastaların hastalığı algılama durumlarına göre dağılımları; % 86,3'ünün hastalığın uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olduğu, % 13,8'inin tedavi edilemeyen bir hastalık olduğu şeklindedir. Hastaların % 13,4'ünün kemoterapi, % 66,9'unun semptomatik yakınmalar, % 6,6'nın radyoterapi ve %13,1'inin ise radyoterapi ve kemoterapi nedeniyle hastaneye yattıkları belirlenmiştir. Hastaların hastalığının teşhis/tedavi edilme süresi ortalama $2,17 \pm 1,12$ (1-4)'dir.

4.1.3. Hastaların Bakım Gereksinimleri Anketine İlişkin Bulgular

Tablo 9: Hastaların bakım gereksinimleri ile ilgili sorulara verdikleri cevapların dağılımı

Soru	Hasta (n/%)		
	Sorun yaşanmadı	Evet	Hayır
1.Verilen hemşirelik bakımına güveniyor musunuz?	-	320 (100)	-
2.Verilen hemşirelik bakımı hastalığa/tedaviye bağlı yaşadığınız yan etkilerin azalmasını sağladı mı?	0 (0)	320 (100)	-
3.Verilen hemşirelik bakımı ilaç tedavisini almanızı kolaylaştırdı mı?	-	320 (100)	-
4.Verilen hemşirelik bakımı beslenme ile ilgili yaşadığınız sorunları azalttı mı?	64 (20)	256 (80)	0 (0)
5.Hemşireler dini uygulamalarınızı yerine getirme isteğinizde size yardımcı oldu mu?	298 (93,1)	22 (6,9)	0 (0)
6.Hastalığınızla ilgili hemşirelik bakım uygulamalarında hemşirelerden bilgi alabiliyor musunuz?	-	320 (100)	0 (0)
7.Hastalığınıza bağlı yaşadığınız ağrı şikayetinin giderilmesinde hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu mu?	-	320 (100)	0 (0)
8.Hastalığınıza bağlı yaşadığınız nefes darlığı şikayetinin giderilmesinde hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu mu?	128 (40)	192 (60)	0 (0)
9. Hastalığınıza bağlı yaşadığınız yorgunluk şikayetinin giderilmesinde hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu mu?	21 (6,6)	236 (73,8)	63 (19,7)
10. Hastalığınıza bağlı yaşadığınız bulantı/kusma şikayetinin giderilmesinde hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu mu?	106 (33,1)	214 (66,9)	0 (0)
11. Hastalığınıza bağlı yaşadığınız barsak şikayetinin (ishal/kabızlık) giderilmesinde hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu mu?	86 (26,9)	234 (73,1)	-
12. Hastalığınıza bağlı yaşadığınız idrar yolları şikayetinin giderilmesinde hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu mu?	149 (46,6)	171 (53,4)	-

Tablo 9: Hastaların bakım gereksinimleri ile ilgili sorulara verdikleri cevapların dağılımı - devam

Soru	Hasta (n/%)		
	Sorun yaşanmadı	Evet	Hayır
13. Hastalığınıza bağlı yaşadığınız uykusuzluk şikayetinin giderilmesinde hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu mu?	63 (19,7)	214 (66,9)	43 (13,4)
14. Hastalığınıza bağlı yaşadığınız ağız içi problemlerin (stomatit, mukozit) giderilmesinde hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu mu?	64 (20)	256 (80)	-
15. Kendinizi içe kapanık, kaygılı hissettiğiniz zamanlarda hemşirelik uygulamaları bu durumun giderilmesinde faydalı oldu mu?	64 (20)	192 (60)	64 (20)
16. Hemşire bakım uygulamalarını yerine getirirken görüş ve değerlerinize uygun davranıyor mu?	-	320 (100)	-
17. Hemşireler tarafından size bakımla ilgili açıklayıcı bilgiler veriliyor mu?	-	320 (100)	-
18. Hastalıkla ilgili yapılacak tetkik/incelemeler konusunda hemşire tarafından bilgilendirildiğinizi düşünüyor musunuz?	-	320 (100)	0 (0)
19. Yapılan ilaç uygulamalarının öncesinde veya sonrasında hemşire tarafından bilgi veriliyor mu?	-	320 (100)	-
20. Bakım uygulamalarında hemşirelerin size karşı samimi/ ilgili olduklarını düşünüyor musunuz?	-	320 (100)	-
21. Hemşirelerin bakım uygulamaları sırasında sizinle iyi/etkili iletişim kurduğunu düşünüyor musunuz?	-	320 (100)	-
22. Bakım uygulamaları esnasında hemşire mahremiyetinizi korumaya özen gösteriyor mu?	-	320 (100)	-
23. Kendinizi psikolojik olarak sıkıntıda hissettiğinizde bunu hemşirelerle konuşabiliyor musunuz?	22 (6,9)	256 (80)	42 (13,1)
24. Hemşirelik bakım uygulamalarına ailenizin katılımı sağlanıyor mu?	-	299 (93,4)	21 (6,6)

Tablo 9: Hastaların bakım gereksinimleri ile ilgili sorulara verdikleri cevapların dağılımı - devam

Soru	Hasta (n/%)		
	Sorun yaşanmadı	Evet	Hayır
25.Hastalığınız nedeniyle yaşadığınız ekonomik zorlukların giderilmesinde veya hafifletilmesinde hemşirenin size yardımı oldu mu? (yönlendirme, danışmanlık vb.)	277 (86,6)	43 (13,4)	0 (0)

Pearson Chi-Square, Fisher's Exact test,

Hastaların sorulan sorulara verdikleri cevaplar incelendiğinde;

4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15 ve 25. Sorulara verdikleri cevaplar açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0,05$).

1, 3, 16, 17, 19, 20, 21, 22. sorularda hastaların tamamı “evet” cevabı verdikleri için istatistiksel analiz yapılamadı.

Diğer sorular açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$).

Tablo 10: Hastaların hastalıkla ilgili şikayetlerinin ilaçlarla ve ilaç dışı uygulamalarla azalması ya da sona ermesi konusundaki sorulara verdikleri cevap dağılımı

Soru	Hasta (n/%)	
	Evet	Hayır
7A. (7.soruya cevabınız evet ise) Ağrı şikayeti ilaç uygulamaları ile mi geçti/azaldı?	320 (100)	-
7B. (7.soruya cevabınız evet ise) Ağrı şikayeti ilaç dışı girişimlerle mi geçti/azaldı?	0 (0)	320 (100)
8A. (8.soruya cevabınız evet ise) Nefes darlığı şikayeti ilaç uygulamaları ile mi geçti/azaldı?	192 (100)	-
8B. (8.soruya cevabınız evet ise) Nefes darlığı şikayeti ilaç dışı girişimlerle mi geçti/azaldı?	0 (0)	192 (100)
9A. (9.soruya cevabınız evet ise) Yorgunluk şikayeti ilaç uygulamaları ile mi geçti/azaldı?	105 (44,5)	131 (55,5)
9B. (9.soruya cevabınız evet ise) Yorgunluk şikayeti ilaç dışı girişimlerle mi geçti/azaldı?	152 (64,4)	84 (35,6)
10A. (10.soruya cevabınız evet ise) Bulantı/kusma şikayeti ilaç uygulamaları ile mi geçti/azaldı?	214 (100)	-
10B. (10.soruya cevabınız evet ise) bulantı/kusma şikayeti ilaç dışı girişimlerle mi geçti/azaldı?	87 (40,7)	127 (59,3)
11A. (11.soruya cevabınız evet ise) Barsak şikayeti ilaç uygulamaları ile mi geçti/azaldı?	213 (91)	21 (9)
11B. (11.soruya cevabınız evet ise) Barsak şikayeti ilaç dışı girişimlerle mi geçti/azaldı?	43 (18,4)	191 (81,6)
12A. (12.soruya cevabınız evet ise) İdrar yolları şikayeti ilaç uygulamaları ile mi geçti/azaldı?	171 (100)	-
12B. (12.soruya cevabınız evet ise) İdrar yolları şikayeti ilaç dışı girişimlerle mi geçti/azaldı?	22 (12,9)	149 (87,1)
13A. (13.soruya cevabınız evet ise) Uykusuzluk şikayeti ilaç uygulamaları ile mi geçti/azaldı?	151 (70,6)	63 (29,4)
13B. (13.soruya cevabınız evet ise) Uykusuzluk şikayeti ilaç dışı girişimlerle mi geçti/azaldı?	84 (39,3)	130 (60,7)

Tablo 10: Hastaların hastalıkla ilgili şikayetlerinin ilaçlarla ve ilaç dışı uygulamalarla azalması ya da sona ermesi konusundaki sorulara verdikleri cevap dağılımı-devam

Soru	Hasta (n/%)	
	Evet	Hayır
14A. (14.soruya cevabınız evet ise) Ağız içi (stomatit, mukozit) şikayeti ilaç uygulamaları ile mi geçti/azaldı?	256 (100)	-
14B. (14.soruya cevabınız evet ise) Ağız içi (stomatit, mukozit) şikayeti ilaç dışı girişimlerle mi geçti/azaldı?	22 (8,6)	234 (91,4)
15A. (15.soruya cevabınız evet ise) Hastalar kendilerini içe kapanık, kaygılı hissettikleri zamanlarda şikayetleri ilaç uygulamaları ile mi geçti/azaldı?	-	192 (100)
15B. (15.soruya cevabınız evet ise) Hastalar kendilerini içe kapanık, kaygılı hissettikleri zamanlarda şikayetleri ilaç dışı girişimlerle mi geçti/azaldı?	192 (100)	-

Pearson Chi-Square, Fisher's Exact test,

Hastaların hastalıkla ilgili şikâyetlerinin ilaçlarla ve ilaç dışı uygulamalarla azalması ya da sona ermesi konusundaki sorulara verdikleri cevap dağılımı incelendiğinde;

8, 10, 11, 13, 14 ve 15. Sorularda sorulan ilaç dışı uygulamalarla şikâyetlerin azalması/geçmesi konularındaki cevapları; 13, 14 ve 15. Sorularda sorulan ilaç uygulamaları ile şikâyetlerin azalması/geçmesi konularındaki cevapları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$).

7, 8, 12. Sorularda sorulan ilaç uygulamaları ile şikâyetlerin azalması/geçmesi konularındaki cevapların tamamı “evet” şeklinde olduğundan istatistiksel analiz yapılamadı.

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 11: Hastaların olumlu yanıt verdikleri sorularda hemşirelik bakımının derecelendirilmesine yönelik düşünceleri dağılımı

Sorular	Hasta (n/%)		
	Çok	Orta	Az
1.Hemşirelik bakımına güven	212 (66,3)	108 (33,8)	-
2.Hastalığa/tedaviye bağlı yaşanan yan etkilerin azalmasını sağlama	148 (46,3)	172 (53,8)	-
3.Hemşirelik bakımı ilaç tedavisini almayı kolaylaştırdı	212 (66,3)	108 (33,8)	-
4.Hemşirelik bakımı beslenme ile ilgili yaşanan sorunları azalttı	127 (49,6)	129 (50,4)	0 (0)
5.Hemşireler dini uygulamaları yerine getirme isteğinde yardımcı oldu	0 (0)	22 (100)	0 (0)
6.Hastalıkla ilgili hemşirelik bakım uygulamalarında hemşirelerden bilgi alabilme/verme	213 (66,6)	107 (33,4)	-
7.Hastalığa bağlı yaşanan ağrı şikayetinin giderilmesinde hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu	171 (53,4)	149 (46,6)	-
8.Hastalığa bağlı yaşanan nefes darlığı şikayetinin giderilmesinde hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu	149 (77,6)	43 (22,4)	0 (0)
9.Hastalığa bağlı yaşanan yorgunluk şikayetinin giderilmesinde hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu	85 (36)	151 (64)	0 (0)
10. Hastalığa bağlı yaşanan bulantı/kusma şikayetinin giderilmesinde hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu	150 (70,1)	64 (29,9)	-
11.Hastalığa bağlı yaşanan barsak şikayetinin (ishal/kabızlık) giderilmesinde hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu	170 (72,6)	64 (27,4)	-
12.Hastalığa bağlı yaşanan idrar yolları şikayetinin giderilmesinde hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu	64 (37,4)	107 (62,6)	-
13.Hastalığa bağlı yaşanan uykusuzluk şikayetinin giderilmesinde hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu	172 (80,4)	42 (19,6)	0 (0)
14.Hastalığa bağlı yaşanan ağız içi problemlerin (stomatit, mukozit) giderilmesinde hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu	213 (83,2)	43 (16,8)	0 (0)
15.Hasta kendini içe kapanık, kaygılı hissettiği zamanlarda hemşirelik uygulamaları bu durumun giderilmesinde faydalı oldu	64 (33,3)	107 (55,7)	21 (10,9)
16.Hemşire bakım uygulamalarını yerine getirirken hastanın görüş ve değerlerine uygun davranıyor	256 (80)	64 (20)	0 (0)
17.Hemşireler tarafından bakımla ilgili açıklayıcı bilgiler veriliyor	148 (46,3)	172 (53,8)	-
18.Hastalıkla ilgili yapılacak tetkik/incelemler konusunda hemşire tarafından bilgilendiriliyor	105 (32,8)	172 (53,8)	43 (13,4)
19.Yapılan ilaç uygulamalarının öncesinde veya sonrasında hemşire tarafından bilgi veriliyor	213 (66,6)	107 (33,4)	-
20. Bakım uygulamalarında hemşireler samimi/ ilgilidir	107 (33,4)	213 (66,6)	-

Tablo 11: Hastaların olumlu yanıt verdikleri sorularda hemşirelik bakımının derecelendirilmesine yönelik düşünceleri dağılımı-devam

Sorular	Hasta (n/%)		
	Çok	Orta	Az
21.Hemşireler, bakım uygulamaları sırasında hasta ile iyi/etkili iletişim kuruyor	127 (39,7)	193 (60,3)	0 (0)
22.Bakım uygulamaları esnasında hemşire hasta mahremiyetini korumaya özen gösteriyor	213 (66,6)	107 (33,4)	-
23.Hastalar kendini psikolojik olarak sıkıntıda hissettiğinde bunu hemşirelerle konuşabiliyor	86 (33,6)	170 (66,4)	0 (0)
24.Hemşirelik bakım uygulamalarına hastanın ailesinin katılımı sağlanıyor	149 (49,8)	150 (50,2)	-
25.Hastalık nedeniyle yaşanan ekonomik zorlukların giderilmesinde veya hafifletilmesinde hemşire hastaya yardımcı oluyor (yönlendirme, danışmanlık vb.)	0 (0)	22 (52,4)	20 (47,6)

Pearson Chi-Square, Fisher's Exact test,

Hastaların olumlu yanıt verdikleri sorularda hemşirelik bakımının derecelendirilmesine yönelik düşünceleri dağılımı incelendiğinde;

1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 21 ve 23,7, 11, 12, 15, 19, 22 ve 24. sorulara verdikleri cevaplar açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$).

7, 11, 12, 15, 19, 22 ve 24. sorulara verdikleri cevaplar açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 12: Hastaların şikayetlerin ilaç ve ilaç dışı uygulamalar ile geçme/azalma düşünceleri ile şikayetleri azaltan ilaç dışı girişimlerin dağılımı

Şikayet	İlaç uygulamaları ile geçti/azaldı		İlaç dışı girişimlerle geçti/azaldı		Şikayeti azaltan ilaç dışı girişimler	
	Hasta		Hasta		Hasta	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır		
Ağrı	320	-	-	320	-	
Nefes darlığı	192	-	-	192	-	
Yorgunluk	105	131	152	84	Aktivite kısıtlaması	44
					Dinlenme	22
					Uyuma	43
					Ziyaretçi kısıtlaması	43
Bulantı/kusma	214	-	87	127	Havalandırma	22
					Yağlı yememek	22
					Yemek değişimi	43
Barsak şikayeti	213	21	43	191	Hareket	22
					Posalı beslenme	10
					Sıvı tüketmek	11
İdrar yollarlı	171	-	22	149	Eğitim	22
Uykusuzluk	151	63	84	130	az ses ışık	63
					odadeğişim	21
Ağız içi (stomatit, mukozit)	256	-	22	234	ağızbakım	17
					Ilık yemek	5
Kendini içe kapanık, kaygılı hissetme	-	192	192	-	Aile desteği	47
					Güleryüz	38
					Konuşmak	107

Hastaların ilaç dışı uygulamalara verdikleri cevaplar incelendiğinde; ağrı ve nefes darlığı şikayetinin ilaç dışı girişimlerle geçmediği belirlenmiştir. Bulantı-kusma ve uykusuzluğun ilaç dışı girişimlerle azalmadığı/geçmediği saptanmıştır. Barsak şikayetlerinin hareket, posalı beslenme ve sıvı tüketimi ile; bulantı-kusmanın buldukları ortamın havalandırılması, yağlı ve ağır beslenmeme ve yemek değişimi ile; idrar yolu problemlerinin eğitim ile; ağız içi problemlerin ağız bakımı ve ılık

besin tüketmek ile; uykusuzluğun ortamın az ışıklandırılması, gürültünün azaltılması ve oda değişimi ile; yorgunluğun aktivite kısıtlaması, dinlenme, uyuma, ziyaretçi kısıtlaması ile azaldığı/geçtiğı belirlenmiştir. Hastaların ie kanık, kendilerini kaygılı hissettikleri zaman bu durumun aile desteği, hemşirelerden bilgi alma, hemşirelerin kendilerini dinlemesi ve konuşması, hemşirelerin güleryüzlü olması ile azaldığı/geçtiğı belirlenmiştir.

4.2. Araştırma Kapsamındaki Hemşirelere İlişkin Bulgular

4.2.1. Hemşirelere İlişkin Demografik Özellikler

Tablo 13: Hemşirelerin demografik özelliklerine göre dağılımları

		Grup Hemşire (n=31)	
		N	%
Eğitim Durumu	Lise ve dengi	1	3,2
	Üniversite / Yüksekokul	30	96,8
Medeni durum	Evli	17	56,7
	Bekar	13	43,3
Aile tipi	Çekirdek aile	29	93,5
	Geniş aile	2	6,5
Yaş	Ort.±SS (Min.-Max.)	30,23±5,14 (22-44)	
Çocuk	Var	11	35,5
	Yok	20	64,5
Çocuk Sayısı	Ort.±SS (Min.-Max.)	1,36±0,5 (1-2)	

**Pearson Chi-Square, **Fisher's Exact test, Mann Whitney U analizi*

Tablo 13'de hemşirelerin demografik özelliklere göre dağılımı görülmektedir. Araştırma kapsamındaki hemşirelerin yaş ortalaması 30,23±5,14 min-max (22-44)'dır. Hemşirelerin eğitim durumuna göre dağılımı incelendiğinde; hemşirelerin % 3,2'sinin lise ve dengi, % 96,8'nin üniversite/yüksekokul mezunu olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin % 56,7'sinin evli, % 43,3'ünün bekar olduğu; % 6,5'inin geniş aile ve % 93,5'inin çekirdek aile olarak yaşadığı ve % 64,5'inin çocuk sahibi olmadığı belirlenmiştir. Hemşirelerin %35,5'nin çocuk sahibi olduğu ve hemşirelerin çocuk sayısı ortalamasının 1,36±0,5 min-max (1-2) olduğu saptanmıştır.

4.2.2. Hemşirelerin Mesleki Özellikleri

Tablo 14: Hemşirelerin mesleki özelliklerine göre dağılımları

	Ort.±SS		
Meslekte çalışma yılı	8,52±6,02 (1-25)		
Dahili birimde çalışma yılı	4,06±3 (1-15)		
Aylık ortalama nöbet sayısı	5,96±1,14 (5-10)		
Ort onkoloji hasta sayısı (Günde)	3,32±1,94 (1-8)		
		N	%
Çalıştığı klinik	Dahiliye	10	32,2
	Gastroenteroloji	15	48,3
	Onkoloji	6	19,3
Nöbet	Tutuyor	25	80,6
	Tutmuyor	6	19,4
Onkoloji hastalarına bakım vermekten memnun musunuz?	Evet	11	35,5
	Hayır	20	64,5

Tablo 14’de gösterildiği üzere; hemşirelerin meslekte çalışma yılı ortalamaları 8,52±6,02 min-max (1-25); dahili birimde çalışma yılı ortalamaları 4,06±3 min-max (1-15); aylık ortalama nöbet sayıları 5,96±1,14 (5-10); gün içinde baktıkları ortalama kanserli hasta sayısı 3,32±1,94 (1-8)’dür. Hemşirelerin çalıştıkları kliniklerin dağılımı incelendiğinde % 2,8’inin dahiliye kliniğinde, % 4,3’ünün gastroenteroloji kliniğinde ve % 1,7’sinin onkoloji kliniğinde çalıştığı; % 80,6’sının nöbet tuttuğu ve % 19,4’ünün nöbet tutmadığı belirlenmiştir. Hemşirelerin % 35,5’inin onkoloji hastalarına bakım vermekten memnun olduğu ve % 64,5’nin onkoloji hastalarına bakım vermekten memnun olmadığı saptanmıştır.

3.2.3. Hemşirelerin Bakım Gereksinimleri Anketine İlişkin Bulgular

Tablo 15: Hemşirelerin bakım gereksinimleri ile ilgili sorulara verdikleri cevapların dağılımı

Soru	Hemşire (n/%)		
	Sorun yaşanmadı	Evet	Hayır
1. Verdiğiniz hemşirelik bakımına güveniyor musunuz?	-	31 (100)	-
2. Verdiğiniz hemşirelik bakımı hastaların hastalığa ve aldıkları tedaviye bağlı yaşadıkları yan etkilerin azalmasını sağladı mı?	1 (3,2)	30 (96,8)	-
3. Verdiğiniz hemşirelik bakımı hastaların ilaç tedavisini almalarını kolaylaştırdı mı?	-	31 (100)	-
4. Verdiğiniz hemşirelik bakımı hastaların beslenme ile ilgili yaşadıkları sorunları azalttı mı?	1 (3,2)	28 (90,3)	2 (6,5)
5. Hastalar dini uygulamalarını yerine getirmek istediklerinde yardımcı olabiliyor musunuz?	9 (29)	18 (58,1)	4 (12,9)
6. Hastalara hastalıklarıyla ilgili hemşirelik bakım uygulamaların hakkında bilgi veriyor musunuz?	-	29 (93,5)	2 (6,5)
7. Hastaların hastalığına bağlı yaşadıkları ağrı şikayetinin giderilmesinde yaptığımız hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu mu?	-	28 (90,3)	3 (9,7)
8. Hastaların hastalığına bağlı yaşadıkları nefes darlığı şikayetinin giderilmesinde yaptığımız hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu mu?	0 (0)	28 (90,3)	3 (9,7)
9. Hastaların hastalığına bağlı yaşadıkları yorgunluk şikayetinin giderilmesinde yaptığımız hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu mu?	5 (16,1)	14 (45,2)	12 (38,7)
10. Hastaların hastalığına bağlı yaşadıkları bulantı/kusma şikayetinin giderilmesinde yaptığımız hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu mu?	0 (0)	27 (87,1)	4 (12,9)

Tablo 15: Hemşirelerin bakım gereksinimleri ile ilgili sorulara verdikleri cevapların dağılımı - devam

Soru	Hemşire (n/%)		
	Sorun yaşanmadı	Evet	Hayır
11. Hastaların hastalığına bağlı yaşadıkları barsak şikayetinin (ishal/kabızlık) giderilmesinde yaptığımız hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu mu?	0 (0)	31 (100)	-
12. Hastaların hastalığına bağlı yaşadıkları idrar yolları şikayetinin giderilmesinde yaptığımız hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu mu?	1 (3,2)	-	30 (96,8)
13. Hastaların hastalığına bağlı yaşadıkları uykusuzluk şikayetinin giderilmesinde yaptığımız hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu mu?	2 (6,5)	26 (83,9)	3 (9,7)
14. Hastaların hastalığına bağlı yaşadıkları ağız içi problemlerin (stomatit, mukozit) giderilmesinde yaptığımız hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu mu?	0 (0)	31 (100)	-
15. Hastalar kendilerini içe kapanık, kaygılı hissettikleri zamanlarda hemşirelik uygulamaları bu durumun giderilmesinde faydalı oldu mu?	4 (12,9)	27 (87,1)	0 (0)
16. Bakım uygulamalarını yerine getirirken hastaların görüş ve değerlerine uygun davranıyor musunuz?	-	31 (100)	-
17. Hastalara bakımla ilgili açıklayıcı bilgiler veriyor musunuz?	-	31 (100)	-
18. Hastalıkla ilgili yapılacak tetkik/incelemeler konusunda hastalar sizin tarafınızdan bilgilendiriliyor mu?	-	30 (96,8)	1 (3,2)
19. Yapılan ilaç uygulamalarının öncesinde veya sonrasında hastaya bilgi veriyor musunuz?	-	31 (100)	-
20. Bakım uygulamalarında hastalara karşı samimi/ilgili olduğunuzu düşünüyor musunuz?	-	31 (100)	-

Tablo 15: Hemşirelerin bakım gereksinimleri ile ilgili sorulara verdikleri cevapların dağılımı - devam

Soru	Hemşire (n/%)		
	Sorun yaşanmadı	Evet	Hayır
21.Hemşirelerin bakım uygulamaları sırasında hastalarla iyi/etkili iletişim kurduğunuzu düşünüyor musunuz?	-	31 (100)	-
22.Bakım uygulamaları esnasında hastanın mahremiyetinin korunmasına özen gösteriyor musunuz?	-	31 (100)	-
23.Hastalar kendilerini psikolojik olarak sıkıntıda hissettiklerinde bunu sizinle konuşabiliyor mu?	2 (6,5)	27 (87,1)	2 (6,5)
24.Hemşirelik bakım uygulamalarına hasta ailesinin katılımını sağlıyor musunuz?	-	31 (100)	0 (0)
25.Hastaların hastalıkları nedeniyle yaşadıkları ekonomik zorlukların giderilmesinde veya hafifletilmesinde yardımcı oluyor musunuz? (yönlendirme, danışmanlık vb.)	9 (29)	20 (64,5)	2 (6,5)

Pearson Chi-Square, Fisher's Exact test,

Hemşirelerin sorulan sorulara verdikleri cevaplar incelendiğinde;

4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15 ve 25. Sorulara verdikleri cevaplar açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$).

1, 3, 16, 17, 19, 20, 21, 22. sorularda hemşirelerin tamamı “evet” cevabı verdikleri için istatistiksel analiz yapılamadı.

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 16: Hemşirelerin hastalıkla ilgili şikayetlerinin ilaçlarla ve ilaç dışı uygulamalarla azalması ya da sona ermesi konusundaki sorulara verdikleri cevap dağılımı

Soru	Hemşire (n/%)	
	Evet	Hayır
7A. (7.soruya cevabınız evet ise) Ağrı şikâyeti ilaç uygulamaları ile mi geçti/ azaldı?	28 (100)	-
7B. (7.soruya cevabınız evet ise) Ağrı şikâyeti ilaç dışı girişimlerle mi geçti/ azaldı?	1 (3,6)	27 (96,4)
8A. (8.soruya cevabınız evet ise) Nefes darlığı şikâyeti ilaç uygulamaları ile mi geçti/azaldı?	28 (100)	-
8B. (8.soruya cevabınız evet ise) Nefes darlığı şikâyeti ilaç dışı girişimlerle mi geçti/azaldı?	9 (32,1)	19 (67,9)
9A. (9.soruya cevabınız evet ise) Yorgunluk şikâyeti ilaç uygulamaları ile mi geçti/azaldı?	9 (64,3)	5 (35,7)
9B. (9.soruya cevabınız evet ise) Yorgunluk şikâyeti ilaç dışı girişimlerle mi geçti/azaldı?	6 (42,9)	8 (57,1)
10A. (10.soruya cevabınız evet ise) Bulantı/kusma şikâyeti ilaç uygulamaları ile mi geçti/azaldı?	27 (100)	-
10B. (10.soruya cevabınız evet ise) bulantı/kusma şikâyeti ilaç dışı girişimlerle mi geçti/azaldı?	0 (0)	27 (100)
11A. (11.soruya cevabınız evet ise) Barsak şikâyeti ilaç uygulamaları ile mi geçti/azaldı?	31 (100)	0 (0)
11B. (11.soruya cevabınız evet ise) Barsak şikâyeti ilaç dışı girişimlerle mi geçti/azaldı?	11 (35,5)	20 (64,5)
12A. (12.soruya cevabınız evet ise) İdrar yolları şikâyeti ilaç uygulamaları ile mi geçti/azaldı?	30 (100)	-
12B. (12.soruya cevabınız evet ise) İdrar yolları şikâyeti ilaç dışı girişimlerle mi geçti/azaldı?	3 (10)	27 (90)
13A. (13.soruya cevabınız evet ise) Uykusuzluk şikâyeti ilaç uygulamaları ile mi geçti/azaldı?	26 (100)	0 (0)
13B. (13.soruya cevabınız evet ise) Uykusuzluk şikâyeti ilaç dışı girişimlerle mi geçti/azaldı?	0 (0)	26 (100)
14A. (14.soruya cevabınız evet ise) Ağız içi (stomatit, mukozit) şikâyeti ilaç uygulamaları ile mi geçti/azaldı?	29 (93,5)	2 (6,5)

Tablo 16: Hemşirelerin hastalıkla ilgili şikâyetlerinin ilaçlarla ve ilaç dışı uygulamalarla azalması ya da sona ermesi konusundaki sorulara verdikleri cevap dağılımı – devam

Soru	Hemşire (n/%)	
	Evet	Hayır
14B. (14.soruya cevabınız evet ise) Ağız içi (stomatit, mukozit) şikâyeti ilaç dışı girişimlerle mi geçti/azaldı?	13 (41,9)	18 (58,1)
15A. (15.soruya cevabınız evet ise) Hastalar kendilerini içe kapanık, kaygılı hissettikleri zamanlarda şikâyetleri ilaç uygulamaları ile mi geçti/azaldı?	16 (59,3)	11 (40,7)
15B. (15.soruya cevabınız evet ise) Hastalar kendilerini içe kapanık, kaygılı hissettikleri zamanlarda şikâyetleri ilaç dışı girişimlerle mi geçti/azaldı?	16 (59,3)	11 (40,7)

Pearson Chi-Square, Fisher's Exact test,

Hemşirelerin, hastaların hastalıkları ile ilgili şikâyetlerinin ilaçlarla ve ilaç dışı uygulamalarla azalması ya da sona ermesi konusundaki sorulara verdikleri cevap dağılımı incelendiğinde;

8, 10, 11, 13, 14 ve 15. Sorularda sorulan ilaç dışı uygulamalarla şikâyetlerin azalması/geçmesi konularındaki cevapları; 13, 14 ve 15. Sorularda sorulan ilaç uygulamaları ile şikâyetlerin azalması/geçmesi konularındaki cevapları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$).

7, 8, 12. Sorularda sorulan ilaç uygulamaları ile şikâyetlerin azalması/geçmesi konularındaki cevapların tamamı “evet” şeklinde olduğundan istatistiksel analiz yapılamadı.

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 17: Hemşirelerin olumlu yanıt verdikleri sorularda hemşirelik bakımının derecelendirilmesine yönelik düşünceleri dağılımı

Sorular	Hemşire (n/%)		
	Çok	Orta	Az
1.Hemşirelik bakımına güven	9 (29)	22 (71)	-
2.Hastalığa/tedaviye bağlı yaşanan yan etkilerin azalmasını sağlama	6 (20)	24 (80)	-
3.Hemşirelik bakımı ilaç tedavisini almayı kolaylaştırdı	7 (22,6)	24 (77,4)	-
4.Hemşirelik bakımı beslenme ile ilgili yaşanan sorunları azalttı	8 (28,6)	17 (60,7)	3 (10,7)
5.Hemşireler dini uygulamaları yerine getirme isteğinde yardımcı oldu	5 (27,8)	6 (33,3)	7 (38,9)
6.Hastalıkla ilgili hemşirelik bakım uygulamalarında hemşirelerden bilgi alabilme/verme	12 (41,4)	17 (58,6)	-
7.Hastalığa bağlı yaşanan ağrı şikayetinin giderilmesinde hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu	14 (50)	14 (50)	-
8.Hastalığa bağlı yaşanan nefes darlığı şikayetinin giderilmesinde hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu	5 (17,9)	21 (75)	2 (7,1)
9.Hastalığa bağlı yaşanan yorgunluk şikayetinin giderilmesinde hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu	0 (0)	11 (78,6)	3 (21,4)
10. Hastalığa bağlı yaşanan bulantı/kusma şikayetinin giderilmesinde hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu	8 (29,6)	19 (70,4)	-
11.Hastalığa bağlı yaşanan barsak şikayetinin (ishal/kabızlık) giderilmesinde hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu	19 (61,3)	12 (38,7)	-
12.Hastalığa bağlı yaşanan idrar yolları şikâyetinin giderilmesinde hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu	9 (30)	21 (70)	-
13.Hastalığa bağlı yaşanan uykusuzluk şikayetinin giderilmesinde hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu	9 (34,6)	16 (61,5)	1 (3,8)
14.Hastalığa bağlı yaşanan ağız içi problemlerin (stomatit, mukozit) giderilmesinde hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu	10 (32,3)	20 (64,5)	1 (3,2)
15.Hasta kendini içe kapanık, kaygılı hissettiği zamanlarda hemşirelik uygulamaları bu durumun giderilmesinde faydalı oldu	7 (25,9)	15 (55,6)	5 (18,5)
16.Hemşire bakım uygulamalarını yerine getirirken hastanın görüş ve değerlerine uygun davranıyor	18 (58,1)	11 (35,5)	2 (6,5)
17.Hemşireler tarafından bakımla ilgili açıklayıcı bilgiler veriliyor	22 (71)	9 (29)	-
18.Hastalıkla ilgili yapılacak tetkik/incelemler konusunda hemşire tarafından bilgilendiriliyor	20 (66,7)	9 (30)	1 (3,3)
19.Yapılan ilaç uygulamalarının öncesinde veya sonrasında hemşire tarafından bilgi veriliyor	24 (77,4)	7 (22,6)	-
20. Bakım uygulamalarında hemşireler samimi/ ilgilidir	19 (61,3)	12 (38,7)	-
21.Hemşireler, bakım uygulamaları sırasında hasta ile iyi/etkili iletişim kuruyor	17 (54,8)	11 (35,5)	3 (9,7)
22.Bakım uygulamaları esnasında hemşire hasta mahremiyetini korumaya özen gösteriyor	25 (80,6)	6 (19,4)	-
23.Hastalar kendini psikolojik olarak sıkıntıda hissettiğinde bunu hemşirelerle konuşabiliyor	10 (37)	13 (48,1)	4 (14,8)

Tablo 17: Hemşirelerin olumlu yanıt verdikleri sorularda hemşirelik bakımının derecelendirilmesine yönelik düşünceleri dağılımı - devam

Sorular	Hemşire (n/%)		
	Çok	Orta	Az
24.Hemşirelik bakım uygulamalarına hastanın ailesinin katılımı sağlanıyor	10 (32,3)	21 (67,7)	-
25.Hastalık nedeniyle yaşanan ekonomik zorlukların giderilmesinde veya hafifletilmesinde hemşire hastaya yardımcı oluyor (yönlendirme, danışmanlık vb.)	7 (35)	4 (20)	9 (45)

Pearson Chi-Square, Fisher's Exact test,

Hemşirelerin olumlu yanıt verdikleri sorularda hemşirelik bakımının derecelendirilmesine yönelik düşünceleri dağılımı incelendiğinde;

1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 21 ve 237, 11, 12, 15, 19, 22 ve 24. sorulara verdikleri cevaplar açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$).

7, 11, 12, 15, 19, 22 ve 24. sorulara verdikleri cevaplar açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 18: Hemşirelerin onkoloji hastalarına bakım vermektan memnuniyetlerine göre meslekte çalışma yılları, günlük hasta sayıları ve aylık ortalama nöbet sayıları dağılımı

	Onkoloji hastalarına bakım vermektan memnun musunuz?	Ort.±SS	Median	Min.-Max.	p
Meslekte çalışma yılı	Evet	8,18±4,31	6	4-16	0,852
	Hayır	8,7±6,88	7	1-25	
	Total	8,52±6,02	7	1-25	
Hasta sayısı (Günde)	Evet	4,09±2,02	4	1-7	0,098
	Hayır	2,9±1,8	3	1-8	
	Total	3,32±1,94	3	1-8	
Aylık ortalama nöbet sayısı	Evet	6,5±1,35	6	5-10	0,042
	Hayır	5,6±0,83	5	5-7	
	Total	5,96±1,14	6	5-10	

Mann Whitney U analizi

Hemşirelerin onkoloji hastalarına bakım vermektan memnuniyetlerine göre meslekte çalışma yılları, günlük hasta sayıları ve aylık ortalama nöbet sayıları incelendiğinde;

Meslekte çalışma yılı ve günlük hasta sayıları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Onkoloji hastalarına bakım hizmeti vermektan memnun olan hemşirelerin aylık nöbet sayıları memnun olmayanların aylık nöbet sayılarından yüksektir ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 19: Hemşirelerin şikâyetlerin ilaç ve ilaç dışı uygulamalar ile geçme/azalma düşünceleri ile şikayetleri azaltan ilaç dışı girişimlerin dağılımı

Şikâyet	İlaç uygulamaları ile geçti/azaldı		İlaç dışı girişimlerle geçti/azaldı		Şikâyeti azaltan ilaç dışı girişimler	
	Hemşire		Hemşire		Hemşire	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır		
Ağrı	28	-	-	28		
Nefes darlığı	28	-	3	25	Uygun pozisyon	1
					Psikolojik destek	2
Yorgunluk	9	5	6	8	Dinlenmek	6
Bulantı/kusma	27	-	-	27		
Barsak şikâyeti	31	-	11	20	Beslenme değişimi	2
					Masaj	6
					Posalı beslenme	3
İdrar yolları	30	-	3	27	Eğitim	3
Uykusuzluk	26			26		
Ağız içi (stomatit, mukozit)	29	2	13	18	Ağız bakımı	13
Kendini içe kapanık, kaygılı hissetme	16	11	16	11	Bilgi verme	5
					Dinlemek	1
					Konuşarak	10

Hemşirelerin ilaç dışı uygulamalara verdikleri cevaplar incelendiğinde; ağrı şikâyetinin ilaç dışı girişimlerle geçmediği sadece 1 hemşirenin plasebo uygulamanın ağrıyı azalttığı/geçirdiği belirtilmiştir. Nefes darlığının oksijen tedavisi, uygun pozisyon ve psikolojik destek ile, yorgunluğun ise sadece dinlenerek azaldığı/geçtiği belirlenmiştir. Bulantı-kusma ve uykusuzluğun ilaç dışı girişimlerle azalmadığı/geçmediği saptanmıştır. Barsak şikâyetlerinin beslenme değişimi, masaj ve posalı beslenme ile; idrar yolu problemlerinin eğitim ile; ağız içi problemlerin

ağız bakımı ile azaldığı/geçtiği belirlenmiştir. Hastaların içe kanık, kendilerini kaygılı hissettikleri zaman bu durumun bilgi verme, dinleme ve konuşmayla azaldığı/geçtiği belirlenmiştir.

BÖLÜM V

TARTIŞMA

Kanser hastalarındaki bakım gereksinimlerinin karşılanmasında hemşirelik uygulamalarının etkinliğinin incelenmesi ve bu doğrultuda önerilerde bulunulması amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada elde edilen bulgular bu bölümde iki başlık altında tartışılmıştır.

5.1. Hasta ve Hemşirelerin Bazı Hastalık ve Klinik Özelliklerine İlişkin Sonuçların İncelenmesi

Çalışmamızda hastalığa uyum sağlamış hastaların (%53,4), hastalıklarını uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olarak algıladıkları belirlenmiştir. Gelişen teknoloji ve kanser tedavisinde sağ kalımın artması, hastalarda hastalığı uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olarak algılanmasına neden olduğu düşünülebilir. Sadırlı'nın yaptığı çalışmada kanser hastalarının % 84'ünün hastalığa uyum sağladığı, % 58'inin ise hastalığın uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olduğunu düşündükleri belirlenmiştir. Kanser evresi, hastalığın teşhis edilme zamanı, hastalığa uyum sağlama durumu ve hastalığı algılama durumunun, semptomları etkileyen belirleyici kriterler olduğu saptanmıştır (42). Türk toplumunda hastaların kanser ile ilgili algıları üzerine literatürde sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Hastalık algısı kişilerin hastalık dönemleri boyunca yaşadıkları deneyimler, hastalık süreci, baş etme mekanizmaları ve psikopatoloji üzerinde doğrudan etkisi olan bir kavramdır. Kişinin olayları nasıl algıladığının sadece psikolojik, fizyolojik ya da psikososyal iyilik haline değil, yaşam kalitesine hatta fiziksel hastalığın gidişine de etkisi vardır. Kanser hastaları gibi özellikli bir hasta grubunda oluşan ve oluşabilecek psikiyatrik zorlanma ve bozuklukları daha iyi anlamak, kontrol etmek ve tedavi etmek açısından hastalık algısının belirlenmesi önem taşımaktadır (43). Hemşireler hastaneye yatırılan hastaların fiziksel gereksinimleri için bakım verirken sık sık sağlık durumuna uyum çabası içinde olan hastaların emosyonel, spiritüel ve psikososyal gereksinimleriyle de karşılaşır. Hemşirenin bu durumda hastanın uyumunu kolaylaştırmak için bireyin sağlık ve hastalık durumunu iyi tanımlaması, bu durum

ile baş edebilme mekanizmalarının etkinliğini iyi değerlendirebilmesi ve hemşirelik girişimlerini bu bilgiler dahilinde planlayıp uygulaması önem taşımaktadır (44).

5.2. Hasta ve Hemşirelerin Bakım Gereksinimleri ile İlgili Bulgu ve Sonuçların İncelenmesi

Çalışmamızda hastaların verilen hemşirelik bakımına güvendiği, verilen hemşirelik bakımının hastalığa/tedaviye bağlı yaşadıkları yan etkilerin azalmasını sağladığı, hemşirelik bakımının ilaç tedavisini almalarını kolaylaştırdığı belirlenmiştir. Kıdak ve Aksaraylı'nın yaptığı çalışmada 750 hastanın tedavileri süresince aldıkları hizmetlere yönelik memnuniyet düzeyleri ölçülüp değerlendirilmiştir. Elde edilen bulgulara göre; hemşirelerin zamanında ve yeterince hizmet verdikleri, sorulan sorulara doyurucu yanıt verdikleri, hastalar tarafından hemşirelere güven duyulduğu ve hemşirelerin yeterince ilgili ve nazik olduğu saptanmıştır (45). Hemşirelik bakımına duyulan güvenin önemli sonuçlarından birisi hastalığa uyum sağlamaktır. Çalışmamızda da hastalığa uyum sağlama oranı % 53,4 olarak saptanmıştır. Verilen hemşirelik bakımı semptomların daha az yaşanmasına katkı sağlamış olabilir.

Çalışmamızda verilen hemşirelik bakımının beslenme ile ilgili hastaların yaşadıkları sorunları azalttığı belirlenmiştir. Hastaların beslenme ile ilgili yaşadıkları sorunlardan bulantı-kusma şikâyetinin daha çok ilaç uygulamalarıyla geçtiği bulunmuştur. İlaç dışı yapılan uygulamalar sorulduğunda ise hasta odasının havalandırılması, yemek değişikliği, yağlı ve ağır yemeklerin yenmemesi olarak belirtmişlerdir. Kanserli hastada sağ kalım ve yaşam kalitesine beslenmenin etkisi önemlidir. Malnütrisyon ve kilo kaybı kanserli hastanın en önemli ölüm nedenlerinden biri olarak gösterilmektedir. Kanserli hastalarda beslenme sorunları: anoreksiya, doygunluk hissi bulantı, tat değişiklikleri, ağız kuruluğu, stomatitis, diyare, kontipasyon malabsorbsiyon vb görülmektedir (29). Hintistan ve ark.'larının hematolojik kanserli hastalarla yaptıkları bir çalışmada hastaların kemoterapi nedeniyle en sık yaşadığı semptomlar arasında bulantı-kusma (%79,2) ve kilo kaybı (%60,9) olduğu belirlenmiştir (31). Aslan ve ark.'larının yaptığı çalışmada kemoterapi alan hastaların bilgi gereksinimlerinin en fazla bulantı ve beslenme

semptomlarına yönelik olduğu saptanmıştır (24). Bektaş ve Akdemir'in çalışmasında bulantı-kusma deneyimleyen hastaların % 83'ü öncelikli olarak antiemetik kullandıklarını, % 49,2'si sık ağız bakımı yaptıklarını belirtmişlerdir. Antiemetikler, bulantının daha az yaşanmasına ve hastaların rahatlamasına neden olmaktadır (2). Çalışmanın, Bektaş ve ark'nın çalışmasını desteklediği görülmektedir. Hastalarda ağrı şikayetinin olması ve yüksek dozda opioid kullanımının, bulantı semptomunda yeterli azalma sağlanamamasında etken olabileceği ve bulantı- kusma şikayetinin giderilmemesinin hastalarda; yorgunluk, endişe ve kendini iyi hissetmemeye neden olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastalığa bağlı yaşanan ağız içi problemlerin (stomatit, mukozit) giderilmesinde hemşirelik uygulamalarının yardımcı olduğu belirlenmiştir. Hemşirenin hangi uygulamaları ile semptomun azaldığı/geçtiği sorulduğunda; hemşire ve hasta grubunun ikisi de ilaç uygulamaları ile azaldığını/geçtiğini belirtmişlerdir. Ayrıca bu semptomun azalmasına yönelik ilaç dışı uygulamalar sorulduğunda ağız bakım uygulamaları yapıldığı ifade edilmiştir. Hintistan ve ark'nın çalışmasında hastaların % 84,1'inin ağız içinde yara/kanaması vardır. Bu semptomu yönelik hastaların gargara ve sık ağız bakımı yaptığı ifade edilmiştir (31). Ağız içi problemlerin (stomatit, mukozit) giderilmesi; beslenme ile ilgili sorunların azalmasına, ağrının azalmasına ve ilaç tedavisini almayı kolaylaştırmaya yardımcı olmuş olabilir.

Çalışmamızda hastalığa bağlı yaşanan barsak şikayetinin (ishal/kabızlık) giderilmesinde hemşirelik uygulamalarının yardımcı olduğu belirlenmiştir. Hemşirenin hangi uygulamaları ile semptomun azaldığı/geçtiği sorulduğunda; ilaç uygulamalarıyla geçtiği bulunmuştur. Ayrıca ilaç dışı uygulamalar olarak beslenme değişikliği yapıldığı, hareketsiz kalmamaya çalıştıkları, sıvı tüketimini arttırdıkları, posalı beslenmeye dikkat ettikleri ve masaj uyguladıkları ifade edilmiştir. Uysal ve ark'nın yaptıkları çalışmada palyatif bakıma kabul sırasında hastaların % 60'ının konstipasyon semptomu yaşadığı belirlenmiş ve hastaların konstipasyon semptomlarının şiddetinde yatış süresince azalma olmakla birlikte anlamlı fark bulunamamıştır. Yorgunluk ve ağrı nedeniyle aktivitelerde azalma, bulantı-kusma ve iştahsızlık nedeniyle sıvı ve besin alımında azalma olması konstipasyonla sonuçlanabilmektedir. Ayrıca bu hastalarda ağrı palpasyonu için daha fazla opioid

gereksinimi olması da konstipasyon tedavisini güçleştirmektedir (46). Ünsar ve ark.'nın çalışmasında kemoterapi alan hastaların % 50'sinin konstipasyon deneyimlediği belirlenmiştir (4). Hintistan ve ark.'nın çalışmasında ise konstipasyon hastaların en az deneyimlediği semptom olarak bulunmuştur. Konstipasyon deneyimleyen hastaların lifli yiyecekler yediklerini, günde 2 litre sıvı almaya çalıştıklarını ve hareketsiz kalmamaya çalıştıklarını belirtmişlerdir (31). Çalışmada belirtilen ilaç dışı uygulamalar Hindistan ve ark.'nın çalışma sonuçlarını desteklemektedir.

Çalışmamızda hastalığa bağlı yaşanan uykusuzluk şikayetinin giderilmesinde ilaç dışı hemşirelik girişimlerinin yardımcı olduğu belirlenmiştir. Uyku bozukluklarına neden olan diğer semptomların (örneğin ağrı, bulantı-kusma gibi) ortadan kaldırılması, yaşam stilleri, yiyecek içecek alışkanlıklarındaki değişiklikler ve hastane ortamındaki fiziksel şartların iyileştirilmesi, sorunun çözümünde farmakolojik yöntemlerin kullanımını gerektirmediği düşünülmektedir. Bunun yanı sıra, Arslan ve Fadiloğlu'nun çalışmasında kanser hastalarının gece uykuya dalmakta güçlük çektiği ve uyumak için gece uyku ilacı kullanmak durumunda kaldığı belirlenmiştir. Ayaktan ve yatarak tedavi gören hastalarda; öznel uyku kalitesi, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğu bileşenlerinin anlamlı olduğu bulunmuştur. Hastanede yatma ve hastane ortamında kalmanın hastaların uyku kalitesini olumsuz yönde etkilediği görülmektedir (47). İnsomnia Kömürcü ve ark.'nın çalışmasında ileri evre kanser hastalarında en sık görülen ilk 10 semptom arasında yer almaktadır (48). Tokgöz ve ark.'nın yaptıkları çalışmada hastaların % 50'sinde genellikle tıbbi yardım gerektirecek kadar şiddetli uyku bozukluğu yaşandığını belirlemişlerdir (49). Uyku bozukluklarının kanser hastalarındaki prevalansı % 30-50 arasında değiştiği saptanmıştır. Kanser hastalarında ağrı, anksiyete, bulantı-kusma, depresyon, deliryum, halsizlik, enfeksiyonlar ve ateş yükseklikleri uyku bozukluklarına yol açabilmektedir. Literatürde kanser hastalarında uyku bozukluklarının tedavisi için farmakolojik olan ve olmayan farklı yöntemler bulunmaktadır. Uyku sorunları için farmakolojik tedavilerin daha az çalışıldığı görülmektedir. (50).

Çalışmamızda hastalığa bağlı yaşanan nefes darlığı şikayetinin giderilmesinde hemşirelik uygulamalarının yardımcı olduğu, nefes darlığının ilaç uygulamalarıyla

geçtiği/azaldığı belirlenmiştir. İlaç dışı uygulamalar olarak da uygun pozisyon sağlandığı ve psikolojik destekle rahatlatılmaya çalışıldığı ifade edilmiştir. Ancak ilaç dışı uygulamaların yararlı olduğu gözlemlenmemiştir. Seven ve ark.'nın yaptığı çalışmada hastaların % 76,1'inin nefes darlığı şikayeti yaşadığı belirlenmiştir (51). Uysal ve ark.'nın yaptığı çalışmada hastaların palyatif bakıma yatışında görülen nefes darlığı (% 59) semptomunun ortalama değerindeki azalma birinci, üçüncü ve yedinci günlerde karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Ciddi nefes darlığı çeken hastaların çoğunluğunda ciddi akciğer hasarlanmasının mevcut olması, nefes darlığı semptomunda azalma olmaması, bu semptomu kontrol altına almakta güçlük yaşanmasının nedeni olarak düşünülmüştür (46,52).

Çalışmamızda hastaların % 93,1'inin dini uygulamalarını yerine getirmekle ilgili isteklerinin olmadığı belirlenmiştir. Yapılan çalışmalar maneviyatın gözardı edildiğini ve manevi bakımın yetersiz olduğunu göstermektedir (53) Hemşirelerin bireylerin/hastaların biyolojik, psikolojik, sosyal ve manevi durumlarına ve gereksinimlerine göre bakım vermede ve onların manevi gereksinimlerini karşılamada aktif rol almaları önem taşımaktadır. (54, 55, 56). Değerler, inançlar, örf ve adetler bireyin kayıp, yas ve ölüme karşı reaksiyonlarını etkilemektedir. Hemşirenin hastaya özel önemli olan inançları bilmesi, hastaya kendi inançlarını empoze etmemesi ve sadece hasta için değil aile içinde inançlarına yönelik uygulamaların önemini farkında olması hemşirelik bakımında çok önemlidir. (57,58). Kanseri hastasına bakım veren hemşirelerin, kültürel faktörleri, kendi kültürel özelliklerini, bakım verdikleri hasta ve ailesinin kültürel özelliklerini bilmeleri ve değerlendirmeleri; hastanın bakımında, bireyin kültürünü dikkate alarak, saygı ve anlayış göstermeleri, bu kültürün sağlığı destekleyici yönlerinden yararlanmaları önem taşımaktadır (59). Hemşirenin çalıştığı ortam, çalışma koşulları, hastaya bakım veren diğer çalışanlarla iletişimi, hastanın iletişime açık olması gibi bir çok etmen de manevi bakımı etkilemektedir (60).

Araştırma kapsamındaki hastaların yorgunluk şikayetinin (%73,8) hemşirelik uygulamalarıyla geçtiği belirtilmiştir. Hastaların % 55,5'i, yorgunluk şikayetinin ilaç dışı uygulamalarla geçtiğini ifade etmişlerdir. Yaptıkları uygulamalar sorulduğunda gün içinde dinlenmek için zaman ayırdıkları, günlük aktivitelerini kısıtladıkları, ziyaretçi kısıtlaması yaptıkları ve gün içinde yeteri kadar uyumaya çalıştıkları

saptanmıştır. Hintistan ve ark.'larının çalışmasındaki hastaların en fazla yorgunluktan yakındığı belirlenmiştir. Bu semptomun giderilmesine yönelik yorgunluk yaşayan hastaların % 61,2'si gün içinde dinlenmek için kendilerine zaman ayırdıklarını, % 46,2'si ise günlük aktivitelerini kısıtladıklarını belirtmişlerdir. Uysal ve ark.'nın çalışmasında palyatif bakıma yatış sırasında hastaların tamamının yorgunluk semptomu yaşadığı belirlenmiştir (46). Tedavi yöntemleri, ortaya çıkan komplikasyonlar (anemi, metabolik bozukluklar gibi) veya psikolojik stresin hastaların yorgunluk yaşamada etken olduğunu düşünebiliriz.

Çalışmamızda, hastaların hastalığa bağlı yaşadıkları ağrı şikayetinin giderilmesinde hemşirelik uygulamalarının yardımcı olduğu ve ilaç uygulamaları ile ağrı şikayetinin giderildiği, ilaç dışı uygulamaların ağrı şikayetini ortadan kaldırmadığı belirlenmiştir. Kim ve ark.'nın çalışmasında kanser ağrısının hastaların tamamında belirgin olarak yönetilememekte olduğu bildirilmektedir (61). Hintistan ve ark.'nın çalışmasında hastalar ağrılarını gidermeye yönelik öncelikli olarak analjezik kullandıklarını ifade etmişlerdir. Hastaların % 36,3'ü masaj yaptırdığını, % 34'ü sıcak uygulama ve % 29,5'i soğuk uygulama yaptığını ifade etmiştir (31). Aydın ve Eşer'in çalışmasında onkoloji hemşirelerinin ağrı değerlendirmesinde en fazla hastaların sözel ifadelerini dikkate aldıkları ve ağrı ölçeği kullanmadıkları, hastaların ağrısını hastalardan daha düşük değerlendirdikleri, hemşirelerin eğitim düzeyi ve ağrı konusunda eğitim almalarının ağrı değerlendirmelerini etkilediği saptanmıştır (62). Ağrının, hastalarda özbakım gücünü azalttığı, farklı semptomlara yol açarak fiziksel ve sosyal fonksiyonlara zarar verdiği gözlemlenmiştir. Bu nedenle ağrının nedeninin belirlenmesi, etkin başetme yöntemlerinin geliştirilmesi ve ağrının giderilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin bakım uygulamaları sırasında hasta mahremiyetini korumaya özen gösterdiği belirlenmiştir. Hemşirelerin bakım uygulamalarını yerine getirirken hastanın görüş ve değerlerine uygun davrandıkları belirlenmiştir. Hastanın mahremiyetinin korunması onun yeganeliğinin, onurunun, özerkliğinin korunmasıdır. Hastanın hastalığı ya da prognozu, klinik durumu da dahil olmak üzere saklanmasını istediği bilgilerin, izin vermediği sürece ailesiyle dahi paylaşılmaması anlamına gelmektedir (63).

Çalışmamızda hastaların hastalıkla ilgili hemşirelik bakım uygulamalarında hemşirelerden bilgi alabildikleri belirlenmiştir. Hemşireler tarafından bakımla ilgili açıklayıcı bilgiler verildiğini ifade etmişlerdir. Akçay ve Gözüm'ün kemoterapi alan meme kanserli hastalarla yaptıkları çalışmada yan etkilere ilişkin şimdiye kadar bilgi alma durumu çok düşük iken, bilgi alma isteği sırasıyla saç dökülmesi, enfeksiyona yatkınlık, halsizlik-yorgunluk, ani terlemeler, vajinal kuruluk ve adet dönemlerinde düzensizleşme, kanamaya yatkınlık, bulantı-kusma, cinsel istekte azalma ve diyare konularında olduğu saptanmıştır. Bilgi almak istenilen konuların genellikle yan etkilere doğru orantılı olduğu, ancak önceliklerin farklılık gösterdiği belirlenmiştir (21). Rainbird ve ark. ilerlemiş çeşitli kanser tipine sahip hastaların üçte birinden fazlasında tıbbi bilgi ve iletişim açısından yüksek karşılanmamış gereksinimleri olduğunu bildirmişlerdir (64). Oflaz'ın yaptığı çalışmada hastalar, bilgi gereksinimi açısından birinci sırada hastalık hakkında, ikinci sırada tedavi hakkında, üçüncü sırada ise tedaviden sonraki yaşam tarzı hakkında bilgi gereksinimleri ve öncelikli olarak doktorlardan bilgi, hemşirelerden ilgi beklentilerinin olduğunu belirtmişlerdir (65). Etkin iletişim, ilerlemiş kanserle yaşayan kişiler için bilgi gereksinimini tanılamada ve karşılamada anahtar bir faktördür. Kanser deneyimi boyunca hastalara ve ailelere bilgi vermede onkoloji hemşireleri doğrudan kaynak ve rehberdir. Bilgi vermeye yönelik iletişim; hastanın verilen bilgiyi anlayabilme kapasitesini belirlemeyi, gerekli bilgiyi duyarlı ve anlaşılır şekilde verebilmeyi, kanserin özelliklerine, hastanın öyküsüne ve genel psikolojik durumuna göre iletişim yöntemini seçebilmeyi gerektirir. Bilgi gereksinimini belirlemek ve ayırt etmek, zamanında bilgiyi bulmak ve kullanmak için engelleri belirlemek de beceri gerektirir. Hastayı bedeni ve yaşamı hakkında karar vermesinde güçlendiren, bireyselleştirilmiş ve anlaşılır terimlerle geçerli bilgi sağlama tüm kanser bakım hizmetlerinin hayati bir parçasıdır. İlerlemiş kanserle yaşayan kişilere rehberlik ederken belirsiz verileri açıklamak, tanıyı, evreleme yöntemlerini, tedavi rejimlerini anlatmak anlayış, şefkat, sabır, bilgi ve beceri gerektirir (3). Bilgi anksiyeteyi, distressi azaltabilir ve hastanın karar vermesini, hasta memnuniyetini destekleyebilir, baş etmeyi artırabilir.

Çalışmamızda hastalıkla ilgili yapılacak tetkik/incelemeler konusunda hastaların hemşireler tarafından bilgilendirildiği belirlenmiştir. Yapılan ilaç uygulamalarının öncesinde ve sonrasında da hastalara hemşireler tarafından bilgi

verildiği ve bakım uygulamaları sırasında hasta ile iyi/etkili iletişim kurulduğu belirlenmiştir. Sutherland ve ark yaptıkları çalışmada çeşitli kanser tanısı konmuş hastaların karşılanmamış destekleyici bakım gereksinimlerinin en fazla tedavi, yan etkiler, tetkik ve testler hakkında bilgi almakla ilgili olduğu belirlenmiştir (11).

Çalışmamızda hastaların kendini içe kapanık, kaygılı hissettiği zamanlarda ilaç dışı hemşirelik uygulamalarının bu durumun giderilmesinde faydalı olduğu belirlenmiştir. Hemşireler hastaları bilgilendirmenin, dinlemenin ve konuşmanın bu konuda yardımcı olduğunu belirtirken, hastalar ise aile desteğinin, hemşirelerin gülyüzlü olmasının ve kaygılarını hemşirelerle konuşabilmelerin yardımcı olduğunu belirtmişlerdir. Hemşirelerin, aile desteğini hemşirelik uygulamalarına eklemelerinin önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ünlü ve ark.'nın çalışmasında hemşirelerin bakıma ilişkin en çok yaptıkları uygulamalar arasında psikolojik destek verme (% 41) olduğu belirlenmiştir. Voogt ve ark.'nın yaptıkları çalışmada ileri evre kanser tanısı aldığı iki ay içinde öğrenmiş olan meme, kolorektal, over, akciğer ve prostat kanserli hastaların en sık (%26) metastaz korkusu, (%18) geleceğin belirsizliği, (%18) kişilerarası ilişkilerde problemler, (%15) fiziksel acı çekme korkusu, (%11) kendi bedeni üzerinde kontrol kaybı gibi emosyonel problemler yaşadıkları saptanmıştır (66). İngiltere'de miks, ilerlemiş tedavi edilemez kanserli hastalarla yapılan çalışmada hastaların %39-40 oranında psikolojik veya emosyonel alanda karşılanmamış gereksinimleri olduğu saptanmıştır (64). Uchida ve ark.'nın yaptıkları çalışmada meme kanserli kadınların en fazla karşılanmayan gereksinimlerinin psikolojik boyutla ilgili olduğu bildirilmiştir. Hastaların %7,8'inin "kanserin yayılmasından korktuğu", %71,8'inin "tedavinin sonuçlarını kontrol altında tutamama kaygısı" yaşadığı, %68,2'sinin "yakınlarının üzülmüne endişelendiği" belirlenmiştir (67).

Çalışmamızda hemşirelerin, hastalık nedeniyle yaşanan ekonomik zorlukların giderilmesinde veya hafifletilmesinde hastalara yardımcı olduğu (yönlendirme, danışmanlık vb.) saptanmıştır. Kanserde ekonomik sorunlar dediğimizde hastanın sosyal güvencesinin olmaması ve parasal konular karşımıza çıkmaktadır. Kanser; tanısı, tedavisi ve bakımı oldukça güç ve masraflı bir hastalıktır. Kanser hastalığı yoğun bir bakımı ve tedaviyi gerektirmektedir. Kanser tedavisinin uzun sürmesi ve çoğu durumda hastanın eski işinde çalışma şansını yitirmesi, buna bağlı olarak tıbbi

bakım, muayene, ilaç ve beslenme rejimine ilişkin masrafları aile gelirinde azalmaya yol açmaktadır. Ekonomik olarak yetersizlik özellikle hastada, sıkıntı, üzüntü, huzursuzluk, pişmanlık ve çaresizlik duygularına yol açmakta, aile üyeleri arasında çatışma ve endişe gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır. Hastaların karşılaştıkları sorunlardan bir diğeri de Türkiye’de kanser tedavi merkezlerinin özellikle İstanbul, Ankara, İzmir gibi büyük kentlerde toplanmasıdır. Tedavi için bu kentlere giden hasta ve yakınları, gittikleri yerlerde kalacak yer sorunuyla karşı karşıya kalabilmektedirler. Kanser tedavisinin uzun sürmesi, hastanın günlük bakımının ve otel ücretlerinin masraflı olması, hasta ve yakınlarında ayrıca bir ekonomik zorlanmaya yol açmaktadır. Hastaların yaşadıkları bir sorun da ulaşım ile ilgili sorunlardır. Kanser hastalarının hastalıktan ve aldıkları tedaviden dolayı çok zaman yürüyecek gücünün olmaması, ya da enfeksiyon kapma korkusuna karşı ambulans hizmetlerinden yararlanması hastaları ve aileleri maddi açıdan olumsuz etkilemektedir. Çünkü Türkiye’de sosyal güvenlik sistemi bu tür ödemeleri yapmamakta ya da çok az kısmını karşılamaktadır. Bütün bu ekonomik sorunlar hastanın ve ailenin psikolojik ve sosyal sorunlarını etkilemektedir. Hatta hasta ve aile tedaviyi yarıda kesebilmektedir (68).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

SONUÇLAR

Araştırma; kanser hastalarının bakım gereksinimlerinin hemşirelik bakım uygulamalarıyla karşılanıp karşılanmadığını belirlemek ve uygun hemşirelik girişimlerini planlamada rehber olacak öneriler geliştirmek amacıyla planlanmıştır. Çalışmadan elde edilen sonuçlar şunlardır;

- Hastaların yaş ortalaması 60,24±9,95 (27-80)'dir.
- Hastaların % 33,4'ü bayan, % 66,6'sı da erkektir
- Hastaların % 53,1'i lise ve dengi mezundur.
- Hastaların % 73,4'nün sigara kullandığı; % 60,3'nün alkol kullanmadığı belirlendi.
- Hastaların % 59,7'sinin düzenli sağlık kontrolleri yaptırmadığı belirlendi.
- Örneklemin % 11,4'ünün akciğer, % 5,1'inin karaciğer, % 11,7'sinin lenfoma, % 3,1'inin multiple miyelom, % 17,9'unun kolon, % ,6'sının meme, %12'sinin mide, % 6'sının nazofarenks, % 11,7'sinin pankreas ve % 11,7'sinin prostat kanseri olduğu belirlendi.
- Hastaların % 73,4'ünde ise metastaz bulunmamaktadır.
- Hastaların % 53,4'ünün hastalığa uyum sağladığı; % 86,3'ünün hastalığını uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olarak algıladıkları belirlendi.
- Hastaların % 66,9'unun semptomatik yakınmalar nedeniyle hastanede yattıkları belirlendi.
- Hastaların hastalığının teşhis/tedavi edilme süresi ortalama 2,17±1,12 (1-4)'dir.
- Hastaların verilen hemşirelik bakımına güvendikleri, bakımın hastalığa bağlı yaşadıkları semptomları azalttığı ve ilaç tedavisini almalarını kolaylaştırdığı görüldü.

- Hastaların hemşirelerden dini uygulamalarını yerine getirebilmeleri için isteklerinin bulunmadığı görüldü.
- Hastaların, hemşirelerden her konuda bilgi alabildikleri, görüş, değer ve inançlarına saygı gösterildiği, kendilerini içe kapanık, kaygılı hissettiklerinde yardım alabildikleri belirlendi.
- Hemşirelerin hastalara karşı samimi ve ilgili davrandıkları, bakıma aile katılımını sağladıkları ve mahremiyete özen gösterdikleri görülmüştür.
- Hastaların hastalığa bağlı yaşadıkları beslenme sorunları, ağrı, nefes darlığı, bulantı-kusma, barsak şikayetleri, idrar yolu şikayeti, ağız içi problemler ve uykusuzluk şikayetinin giderilmesinde hemşirelik uygulamalarının yardımcı olduğu; şikayetlerin giderilmesinde farmakolojik yöntemlerin daha etkili olduğu belirlendi.
- Hastaların yaşadıkları yorgunluk şikayetinin giderilmesinde ilaç dışı hemşirelik uygulamalarının daha etkili olduğu belirlendi.
- Hastaların hastalığa bağlı yaşadıkları ekonomik zorlukların giderilmesinde veya hafifletilmesinde hemşirelerin yardımcı olduğu (yönlendirme, danışmanlık) belirlendi.
- Hastaların hastalıklarını algılama durumlarına göre hastalığa uyum sağlama, evreleri, metastaz durumları ve teşhis yılları oranları dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$).
- Hastaların hastalıklarına uyum sağlama durumlarına göre evreleri, metastaz durumları ve teşhis yılları oranları dağılımı incelendiğinde; evreler ve teşhis yılları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p<0,05$). Metastaz varlığı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).
- Hemşirelerin yaş ortalaması $30,23\pm 5,14$ 'dür.
- Hemşirelerin % 96,8'inin üniversite/yüksekokul mezunu olduğu belirlendi.

- Hemşirelerin meslekte çalışma yılı ortalamaları $8,52 \pm 6,02$ min-max (1-25); dahili birimde çalışma yılı ortalamaları $4,06 \pm 3$ min-max (1-15); aylık ortalama nöbet sayıları $5,96 \pm 1,14$ (5-10); gün içinde baktıkları ortalama kanserli hasta sayısı $3,32 \pm 1,94$ (1-8)'dir.
- Hemşirelerin çalıştıkları kliniklerin dağılımı incelendiğinde % 2,8'inin dahiliye kliniğinde, % 4,3'ünün gastroenteroloji kliniğinde ve % 1,7'sinin onkoloji kliniğinde çalıştığı; % 80,6'sının nöbet tuttuğu ve % 19,4'ünün nöbet tutmadığı belirlendi.
- Hemşirelerin % 64,5'nin onkoloji hastalarına bakım vermekten memnun olmadığı saptandı.
- Hemşirelere sorulan sorularda; verdikleri hemşirelik bakımına güvendikleri, verilen bakımın hastaların hastalığa bağlı yaşadığı yan etkileri azalttığı ve hastaların ilaç tedavisi almalarını kolaylaştırdığı belirlendi.
- Hemşirelere sorulan sorularda; hastaların hastalığa bağlı yaşadıkları beslenme sorunları, ağrı, nefes darlığı, bulantı-kusma, barsak şikayetleri, ağız içi problemler, yorgunluk ve uykusuzluk şikayetinin giderilmesinde hemşirelik uygulamalarının yardımcı olduğu; şikayetlerin giderilmesinde farmakolojik yöntemlerin daha etkili olduğu belirlendi.
- Hemşireler tarafından, hastaların idrar yolları şikayetlerinin azaltılması/giderilmesinde verdikleri hemşirelik bakımının yardımcı olmadığı belirtildi.
- Hemşirelerin hastalara tedavi, tetkik ve incelemelerle ilgili bilgi verdikleri, hastaların görüş, değer ve inançlarına saygı gösterdikleri, mahremiyetlerini korudukları, hastaların kendilerini içe kapanık, kaygılı hissettiklerinde yardım ettikleri, samimi ve ilgili davrandıkları, ekonomik sorun yaşayan hastalara yardım ettikleri, tedaviye aile katılımını sağladıkları belirlendi.
- Onkoloji hastalarına bakım hizmeti vermekten memnun olan hemşirelerin aylık nöbet sayıları memnun olmayanların aylık nöbet sayılarından yüksektir ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$).

ÖNERİLER

Kanser hastalarındaki bakım gereksinimlerinin karşılanmasında hemşirelik uygulamalarının etkinliğinin incelendiği bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Bu konuda hastalar uzun dönem takip edilerek hemşirelik girişimlerinin etkinliğini belirlemeye ilişkin yeni araştırmaların yapılması,
- Daha fazla sayıda hasta ve hemşire grubuyla, farklı bakım ortamlarında kanser hastalarının bakım gereksinimlerinin karşılanma düzeylerinin incelendiği çalışmalar yapılması,
- Hastaların yaşadıkları semptomlara ilişkin hemşirelerin farkındalıklarını geliştiren hizmet içi eğitimlerin planlanması,
- Hemşirelik araştırmaları ile ortaya konan kanıt temelli girişimlerin klinik ortamdaki hemşirelik bakımına yansıtılması için destekleyici ortamın oluşturulması,
- Hemşirelerin semptomları hafifletmeye yönelik önce non-farmakolojik, sonra farmakolojik girişimlere yönelmesi,
- Onkoloji hastalarına bakım vermek isteyen ve alanında uzman olan hemşirelerin öncelikli olarak görevlendirilmesi önerilebilir.

ÖZET

Bu araştırma; kanser hastalarındaki bakım gereksinimlerinin karşılanmasında hemşirelik uygulamalarının etkinliğini incelemek amacıyla planlanmış bir çalışmadır. Araştırma örneklemine 1 Şubat- 29 Haziran 2015 tarihleri arasında Dahiliye, Gastroenteroloji ve Tıbbi onkoloji-palyatif bakım kliniklerinde yatan 320 hasta ve bu kliniklerde çalışan 31 hemşire alınmıştır. Araştırmadaki veriler araştırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda hazırlanan hasta, hemşire tanılama formu ve bakım gereksinimleri anketi (Hasta Formu ve Hemşire Formu) kullanılarak toplanmıştır. Hastaların yaş ortalaması $60,24 \pm 9,95$ (27-80)'dir. Hastaların % 66,6'sı da erkektir. Hastaların % 53,1'i lise ve dengi mezundur. Örneklemin % 17,9'unun kolon kanseri olduğu belirlendi. Hastaların % 73,4'ünde ise metastaz bulunmamaktadır. Hastaların % 53,4'ünün hastalığa uyum sağladığı; % 86,3'ünün hastalığını uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olarak algıladıkları belirlendi. Hastaların % 66,9'unun semptomatik yakınmalar nedeniyle hastanede yattıkları belirlendi. Hastaların hastalığa bağlı yaşadıkları beslenme sorunları, ağrı, nefes darlığı, bulantı-kusma, barsak şikayetleri, idrar yolu şikayeti, ağız içi problemler ve uykusuzluk şikayetinin giderilmesinde hemşirelik uygulamalarının yardımcı olduğu; şikayetlerin giderilmesinde farmakolojik yöntemlerin daha etkili olduğu belirlendi. Hastaların yaşadıkları yorgunluk şikayetinin giderilmesinde ilaç dışı hemşirelik uygulamalarının daha etkili olduğu belirlendi. Hastaların hastalığa bağlı yaşadıkları ekonomik zorlukların giderilmesinde veya hafifletilmesinde hemşirelerin yardımcı olduğu (yönlendirme, danışmanlık) belirlendi. Hastaların hastalıklarını algılama durumlarına göre hastalığa uyum sağlama, evreleri, metastaz durumları ve teşhis yılları oranları dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0,05$). Hemşirelerin yaş ortalaması $30,23 \pm 5,14$ 'dür. Hemşirelerin % 96,8'inin üniversite/yüksek okul mezunu olduğu belirlendi. Hemşirelerin meslekte çalışma yılı ortalamaları $8,52 \pm 6,02$ min-max (1-25); dahili birimde çalışma yılı ortalamaları $4,06 \pm 3$ min-max (1-15); aylık ortalama nöbet sayıları $5,96 \pm 1,14$ (5-10); gün içinde baktıkları ortalama kanserli hasta sayısı $3,32 \pm 1,94$ (1-8)'dür. Hemşirelerin % 64,5'nin onkoloji hastalarına bakım vermekten memnun olmadığı saptandı. Hemşirelere sorulan sorularda; verdikleri hemşirelik bakımına güvendikleri, verilen bakımın hastaların hastalığa bağlı yaşadığı yan

etkileri azalttığı ve hastaların ilaç tedavisi almalarını kolaylaştırdığı belirlendi. Hemşirelerin hastalara tedavi, tetkik ve incelemelerle ilgili bilgi verdikleri, hastaların görüş, değer ve inançlarına saygı gösterdikleri, mahremiyetlerini korudukları, hastaların kendilerini içe kapanık, kaygılı hissettiklerinde yardım ettikleri, samimi ve ilgili davrandıkları, ekonomik sorun yaşayan hastalara yardım ettikleri, tedaviye aile katılımını sağladıkları belirlendi. Onkoloji hastalarına bakım hizmeti vermekten memnun olan hemşirelerin aylık nöbet sayıları memnun olmayanların aylık nöbet sayılarından yüksektir ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Araştırmadan elde edilen veriler sonucunda hastaların birçok semptomunun farmakolojik uygulamalar ile geçtiği, ancak yorgunluk semptomunun non-farmakolojik girişimlerle hafifletildiği saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kanser, bakım gereksinimleri, hemşirelik girişimleri

ABSTRACT

This research; It is a study designed to examine the effectiveness of cancer in nursing practice to meet the care needs of patients. Between 1 February and 29 June 2015 Internal Medicine, Gastroenterology and Clinical Medical oncology-palliative care in 320 patients hospitalized and 32 nurses working in these clinics has been researching. The data in research were collected using patient and nurse identification form and care needs survey (Form Patient and Nurse Form) prepared in accordance with the relevant literature by researchers. The mean age of the patients was 60.24 ± 9.95 min-max(27-80). 66.6% of the patients were male. 53.1% of patients were high school graduates or equivalent. The sample was determined to be 17.9% of colon cancer. 73.4% of patients haven't got a metastasis. 53.4% of the patients adapt to sickness and 86.3% of the patients perceived as a disease that requires long-term treatment of the disease was determined. 66,9 % of patients were determined to stay in the hospital because of symptomatic complaints. After the questions were asked to patients it was determined nursing care practices had helped patients about diet problems related to disease, pain, breathlessness, nausea-vomiting, complaints of intestine, complaints of urinary tract, oral problems and complaints of insomnia and pharmacological methods were more effective about eliminated the complaints. Non-pharmacological nursing practices were determined to be more effective about elimination of fatigue experienced by patients. Nursing care practices (guidance, counseling etc.) had helped patients to removal and mitigation of economic difficulties they age-related illness were determined. According to the disease status of the patient perception considering adaptation to illness, stages, metastasis status year rates of diagnosis statistically significant difference was found between groups ($p < 0,05$). The mean age of nurses was 30.23 ± 5.14 . 96.8% of nurses university/college graduates to be determined. Years working in the profession of nurses mean was 8.52 ± 6.02 min-max (1-25); mean of years working in internal units was 4.06 ± 3 min-max (1-15) ; the mean monthly number of seizures was 5.96 ± 1.14 (5-10); the mean number of cancer patients they see during the day 3.32 ± 1.94 (1-8). 64.5% of oncology nurses were found to be satisfied with giving care to their patients. It was determined the nurses had informed to patients about investigations and examinations, respected opinions, values and

believes of the patients, preserved their privacy, helped them when they feel self-encored and anxious, been warm and concerned them, helped the patients who had financial problems and provided attendancy of their families to the treatment. The counts of monthly guard duty of nurses who are pleased to provide oncologic patients are higher than the counts of monthly guard duty of nurses who are not pleased and this result is significant as istatistical ($p < 0,05$). After the questions were asked to nurses, it was determined nursing care practices had helped patients about diet problems related to disease, pain, breathlessness, nausea-vomiting, complaints of intestine, oral problems, complaints of tiredness and insomnia and pharmaceutic procedures were more effective about eliminated the complaints. As a result of data obtained from research many of symptoms of patients was eliminated with pharmacological application but fatigue eliminated fatigue with non-pharmacological interventions was determined.

Keywords: Cancer, care needs, nursing intervention

KAYNAKLAR

1. Aliustaoğlu M. Temel Kanser Fizyopatolojisi. Klinik Gelişim Dergisi, 2010;22(3):46-49
2. Bektaş H.A, Akdemir N. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2006;26:488-499
3. Kocaman N, Kaçmaz N,Özkan M. İleri Evre Kanser Hastalarının Karşılanmamış Bakım Gereksinimleri. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2013;4(3):153-158
4. Ünsar S, Yıldız Fındık Ü, Kurt S ve Ark. Kanserli hastalarda evde bakım ve semptom kontrolü, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007; 2(5):89-106.
5. Kelleci M. Kanser Hastalarının Umudunun Geliştirilmesine Yönelik Hemşirelik Girişimleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005;6:41-47
6. Bostancı N, Buzlu S. Meme Kanseri Hastalarında Maneviyatın Etkileri ve Manevi Bakım. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2010; 3(1): 73-78
7. Harrison JD, Young JM, Price MA, Butow PN, et al. What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. Support Care Cancer 2009; 17:1117–1128
8. Kocaman N, Kaçmaz N ve Özkan M. Yetişkin Kanser Hastalarının Destekleyici Bakım Gereksinimleri ve Verilen Hizmet Arasındaki Boşluk. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2013;6(4):231-240
9. Steginga S.K. S. Occhipinti, J. Dunn ve ark. The supportive care needs of men with prostate cancer. Psycho-Oncology 2001;10:66–75
10. Richardson A, Medina J ve Richardson A. Patients' Needs Assessment Tools in Cancer Care: Principles & Practice July 2005
11. Sutherland G, Hill D, Morand M, Pruden M, McLachlan S.A. Assessing the unmet supportive care needs of newly diagnosed patients with cancer. European Journal of Cancer Care 2009;18(6):577-84
12. Can G. Ünite 7: Neoplastik Hastalıklar ve Bakım. İçinde: İç Hastalıkları Hemşireliği (Eds: Durna, Z) Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul, 2013: 255-271
13. World Cancer Report 2014. International Agency for Research on Cancer, World Health Organization. Erişim adresi:

<http://whocp3.codemantra.com/Marketing.aspx?ID=WCR2014&ISBN=9789283204299&sts=b> Erişim Tarihi: 10.09.2014

14. Gültekin M, Boztaş M. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı Türkiye Kanser İstatistikleri. Ocak 2014
15. Boyle P, Levin B. Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu. Dünya Kanser Raporu, 2008.
16. Eti Aslan F, Olgun N. Bölüm 13:Onkoloji. İçinde:Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. (Eds: Karadakovan A, Eti Aslan F.) Nobel Kitabevi, Adana, 2010:189-276
17. Erol Ç, Onat H. İç Hastalıkları Onkoloji Nobel Tıp Kitabevi , Ankara ,2011:7-15
18. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Sistem Ofset; 2005: 246-304.
19. Kılıçkap S, Aksoy S, Çelik İ. Kanserde Birincil Korunma. Dahili Tıp Bilimleri Dergisi, 2006;13(2):57-71
20. Özgür F. En sık görülen kanser türleri, ilgili tarama ve tanı yöntemleri. Erişim adresi:<http://www.bilkent.edu.tr/~bilheal/aykonu/ay2007/Nisan07/kanser.html> / Erişim tarihi: 07.10.2014
21. Akçay D, Gözüm S. Kemoterapi alan meme kanserli hastalarda, kemoterapinin yan etkilerine ilişkin verilen eğitim ve evde izlemin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. The Journal of Breast Health 2012;8(4):191-199
22. Aydın A, Can G. Akciğer Kanserinde Tedavi ve Bakım. İpomet matbaacılık, İstanbul:2010: 7-12
23. Yeşilbakan Usta Ö, Akyol Durmaz A, Çetinkaya Y ve ark. Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005; 21(1): 13-31.
24. Aslan Ö, Vural H, Kömürcü Ş. ve Ark. Kemoterapi alan kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2006; 10(1): 15-28.
25. Akyol, H. “Kemoterapinin Temel İlkeleri”, XIII. TPOG Ulusal Pediatrik Kanser Kongresi, Hemşire Programı, 2004, İzmir.

26. Can G. Antineoplastik İlaçların Yan Etkileri ve Hemşirelik Yaklaşımları. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2005;2 (2):8-15
27. Can G. Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi. 3P–Pharma Publication Planning, Mavi İletişim Danışmanlık , İstanbul, 2007.
28. National Cancer Institute. FactSheet: Radiation Therapy for Cancer. Erişim adresi: www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Therapy/radiation , Erişim tarihi:19.10.2014
29. Çehreli R. Kanserli hastalarda beslenme. XIII. TPOG Ulusal Pediatrik Kanser Kongresi 2004, Hemşire Programı
30. Şen F ve Aydın A. Kanser Tedavisine Bağlı Geç Yan Etkiler. İstanbul Üniversitesi, Onkoloji Enstitüsü, Tıbbi Onkoloji Bilim Dal. 2011;24:30-32
31. Hintistan S, Çilingir D, Nural N, Gürsoy A. Hematolojik kanserli hastaların kemoterapiye bağlı yaşadıkları semptomlara yönelik uygulamaları. G.Ü. Sağlık Bilimleri Dergisi 2012;1(3):153-164
32. Kansu E. Kök hücre biyolojisi ve plastisitesinde güncel kavramlar. 4. Ulusal Kemik İliği Transplantasyonu ve Kök Hücre Tedavileri Kongresi 2007
33. Kapucu S ve Karaca Y. Kök Hücre Naklinde Hasta Değerlendirmesi Ve Bakım C.Ü. Hemşirelik Dergisi 2008;12(3):52-59
34. Elçigil A. Palyatif bakım hemşireliği. Gülhane Tıp Dergisi 2012;54:329-334.
35. World Health Organization. WHO definition of palliative care. Available at: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Erişim tarihi: 25.10.2014
36. Smith TJ.American Society of Clinical Oncology Provisional Clinical Opinion: The Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care. J Clin Oncol. 2012;30(8):880-887.
37. Dedeli Ö, Fadiloğlu Ç, Uslu R. Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durumları ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi. Türk Onkoloji Dergisi 2008;23(3):132-139
38. Sadırlı Kurt S, Ünsar S. Kanserli hastalarda edmonton semptom tanılama ölçeği (ESTÖ): türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2009;4(11):79-95
39. Can G.Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi. 3P–Pharma Publication Planning, Mavi İletişim Danışmanlık , İstanbul, 2007.

40. Uğur Ö. Kanser hastasının semptom yönetimi. Türk Onkoloji Dergisi 2014;29(3):125-135
41. Özgürlüoğlu M. Kanserli hastalarda ağrıya yaklaşım, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Etkinlikleri Baş, Boyun, Bel Ağrıları Sempozyum Dizisi 2002;30:225-239.
42. Sadırlı Kurt, S. “Kanserli Hastalarda Semptom Kontrolünün Değerlendirilmesi”, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2008, Edirne.
43. Armay Z, Özkan M, Nazmiye K, Özkan S. Hastalık Algısı Ölçeği'nin kanser hastalarında Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Klinik Psikiyatri 2007;10:192-200
44. Yıldırım S, Gürkan A. Psikososyal açıdan kanser ve psikiyatri hemşiresinin rolü, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2010;26(1):87-97
45. Kıdak L, Aksaraylı M. Yatan hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi ve izlenmesi: eğitim ve araştırma hastanesi uygulaması DEÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2008;10(3):87-122
46. Uysal N, Şenel G, Karaca Ş, Kadioğulları N, Koçak N, Oğuz G. Palyatif bakım kliniğinde yatan hastalarda görülen semptomlar ve palyatif bakımın semptom kontrolüne etkisi. Ağrı Dergisi 2015;27(2):104-110
47. Arslan S, Fadıloğlu Ç. Kanserde uyku sorunlarının yaşam kalitesi üzerine etkisi. 2009;11(2):16-27
48. Komurcu S, Nelson KA, Wals D, Donnelly SM, Homsı J, Abdullah O. Common symptoms in advanced cancer. Semin Oncol 2000;27(1):24-33
49. Tokgöz G, Yaluğ İ, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun K, Aker T. Kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2008;9:59-66
50. Yavuzşen T, Alacacioğlu A, Çeltik A, Yılmaz U. Kanser ve uyku bozuklukları. Türk Onkoloji Dergisi 2014;29(3):112-119
51. Seven M, Akyüz A, Sever N, Dinçer Ş. Kanser tanısı alan hastaların yaşadığı fiziksel ve psikolojik semptomların belirlenmesi. TAF Prev Med Bull 2013;12(3):219-224

52. Akyolcu N. Kanserli hastalarda dispne ve hemşirelik bakımı, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2002;6(1):1-8
53. Baldacchino D. Nursing competencies for spiritual care. J Clin Nurs. 2006;15(7):885-896.
54. Aştı N, Pektekin Ç, Adana F. Cerrahi hemşirelik bakımının manevi boyutu. Hemşirelik Dergisi. 2005;54:27-34.
55. Ergül Ş, Bayık A. Hemşirelik ve manevi bakım. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2004;8 (1): 37-45
56. Meraviglia M. Effects of spirituality in breast cancer survivors. Oncol Nurs Forum. 2006;33 (1): 1- 7
57. Çavdar İ. Kanserli hastanın terminal dönemdeki bakımı. Türk Onkoloji Dergisi 2011;26(3):142-147
58. Narayanasamy A. Spiritual coping mechanisms in choronic illness: A qualitative study. Br J Nurs. 2003;11: 1461-1470
59. Pehlivan S, Yıldırım S, Fadiloğlu Ç. Kanser, kültür ve hemşirelik, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2013;4(4):168-174
60. Ergül Ş, Bayık A. Hemşirelik ve manevi bakım. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2004;8(1):37-45.
61. Kim J.E, Dodd M, West C. The PRO-SELF Pain control programme improves patients knowledge of cancer pain management. Onkology Nursing Forum 2004;31(6):1137-1143
62. Aydın H, Eşer İ. Hemşirelerin ve kanserli hastaların ağrı değerlendirmelerinin karşılaştırılması. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2010;26(1): 11-23
63. Ersoy N. Onkoloji hemşireliğinde etik. Türk Onkoloji Dergisi 2009;24(4):191-197.
64. Rainbird K, Perkins J, Sanson-Fisher R, Rolfe I, et al. The needs of patients with advanced, incurable cancer. Br J Cance 2009;101:759-764.
65. Oflaz F. Onkoloji kliniğinde yatan kanser hastalarının psikiyatrik semptom düzeyleri ve destek gereksinimlerinin saptanması. Hemşirelik Araştırma Dergisi 2002;4(1):65-72

66. Voogt E, van der Heide A, van Leeuwen AF, Visser AP, et al. Positive and negative affect after diagnosis of advanced cancer. *Psychooncology* 2005;14:262-73
67. Uchida M, Akechi T, Okuyama T, Sagawa R, et al. Patients' supportive care needs and psychological distress in advanced breast cancer patients in Japan. *Jpn J Clin Oncol* 2011;41:530-6
68. Altınova HH, Duyan V. Onkolojik sosyal hizmet. *TJFMPC* 2013;7(3):40-45

EKLER

EK I- HASTA BİLGİ FORMU

I. Sosyodemografik Özellikler

1. Cinsiyet

- a) Erkek b) Kadın

2. Yaşınız:

3. Eğitim durumunuz nedir?

- a) Okur yazar değil b) Okuma-yazma biliyor c) İlkokul c) Ortaokul
d) Lise ve dengi e) Üniversite/yüksekokul f) Lisansüstü

4. Mesleğiniz nedir?

- a) Ev Hanımı b) Memur c) İşçi d) Serbest Meslek e) Diğer.....

5. Medeni Durumunuz?

- a) Evli b) Bekar c) Diğer.....

6. Sosyal güvence türünüz nedir?

- a) Yok b) SGK c) Özel sağlık sigortası d) Diğer

7. Aile tipiniz nedir?

- a) Çekirdek aile b) Geniş aile c) Parçalanmış aile e) Diğer

8. Ailenizin gelir durumu sizce nasıldır?

- a) Gelir giderden az b) Gelir gidere denk c) Gelir giderden fazla

9. Sigara kullanıyor musunuz?

- a) Hayır b) Evet

10. Ne kadar süre ile kullandınız/ kullanıyorsunuz?

- a) 0-5 yıl b) 5-10 yıl c) 10 ve üzeri

11. Günde kaç adet sigara tüketiyorsunuz?

- a) 1-10 adet b) 10-20 adet c) 21 ve üzeri

12. Alkol kullanıyor musunuz?

- a) Hayır b) Evet

13. Alkolü ne sıklıkta kullanırsınız?

- a) Her gün b) Haftada 1-2 c) Ayda 1-2 d) Diğer

II. Hastalıkla İlgili Özellikler

14. Klinik tanı:

15. Klinik evresi:

16. Metastaz var mı?

a) var b) yok

17. Hastalığınız ne zaman teşhis edildi?

18. Ne kadar zamandır tedavi görüyorsunuz?

19. Hastalığınıza uyum sağlayabildiniz mi?

a) Evet b) Hayır

20. Hastalığı algılama durumunuz:

a) Tedavi edilmeyen bir hastalık

b) Uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık

c) Kolay tedavi edilebilen bir hastalık

21. Hastaneye yatış nedeniniz nedir?

a) Kemoterapi

b) Semptomatik yakınmalar

c) Radyoterapi

d) Radyoterapi+kemoterapi

22. Düzenli sağlık kontrolleri yaptırır mısınız?

a) Hayır b) Evet

EK II - BAKIM GEREKSİNİMLERİ ANKETİ (HASTA FORMU)

				“Evet” yanıtını verenler; bu sütundaki seçeneklerden birini işaretlemelidir.		
1.Verilen hemşirelik bakımına güveniyor musunuz?		Hayır	Evet	Çok	Orta	Az
2.Verilen hemşirelik bakımı hastalığa/tedaviye bağlı yaşadığınız yan etkilerin azalmasını sağladı mı?	Sorun yaşanmadı	Hayır	Evet	Çok	Orta	Az
3.Verilen hemşirelik bakımı ilaç tedavisini almanızı kolaylaştırdı mı?		Hayır	Evet	Çok	Orta	Az
4.Verilen hemşirelik bakımı beslenme ile ilgili yaşadığınız sorunları azalttı mı?	Sorun yaşamadım	Hayır	Evet	Çok	Orta	Az
5.Hemşireler dini uygulamalarınızı yerine getirme isteğinizde size yardımcı oldu mu?	İsteğim olmadı	Hayır	Evet	Çok	Orta	Az
6.Hastalığınızla ilgili hemşirelik bakım uygulamalarında hemşirelerden bilgi alabiliyor musunuz?		Hayır	Evet	Çok	Orta	Az

7.Hastalığınıza bağlı yaşadığınız ağrı şikayetinin giderilmesinde hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu mu?	Ağrı olmadı	Hayır	Evet	Çok	Orta	Az
7A. (7.soruya cevabınız evet ise) Ağrı şikayetiniz ilaç uygulamaları ile mi geçti/azaldı?		Hayır	Evet			
7B. (7.soruya cevabınız evet ise) Ağrı şikayetiniz ilaç dışı girişimlerle mi geçti/azaldı?		Hayır	Evet	Evet ise; Uygulanan girişimin ne olduğunu belirtiniz.....		
8.Hastalığınıza bağlı yaşadığınız nefes darlığı şikayetinin giderilmesinde hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu mu?	Nefes darlığım olmadı	Hayır	Evet	Çok	Orta	Az
8A. (8.soruya cevabınız evet ise) Nefes darlığı şikayetiniz ilaç uygulamaları ile mi geçti/azaldı?		Hayır	Evet			
8B. (8.soruya cevabınız evet ise) Nefes darlığı şikayetiniz ilaç dışı girişimlerle mi geçti/azaldı?		Hayır	Evet	Evet ise; Uygulanan girişimin ne olduğunu belirtiniz.....		
9. Hastalığınıza bağlı yaşadığınız yorgunluk şikayetinin giderilmesinde hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu mu?	Yorgunluğum olmadı	Hayır	Evet	Çok	Orta	Az
9A. (9.soruya cevabınız evet ise) yorgunluk şikayetiniz ilaç uygulamaları ile mi geçti/azaldı?		Hayır	Evet			

9B. (9.soruya cevabınız evet ise) Yorgunluk şikayetiniz ilaç dışı girişimlerle mi geçti/azaldı?		Hayır	Evet	Evet ise; Uygulanan girişimin ne olduğunu belirtiniz.....		
10. Hastalığınıza bağlı yaşadığınız bulantı/kusma şikayetinin giderilmesinde hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu mu?	Bulantı-kusma olmadı	Hayır	Evet	Çok	Orta	Az
10A. (10.soruya cevabınız evet ise) Bulantı/kusma şikayetiniz ilaç uygulamaları ile mi geçti/azaldı?		Hayır	Evet			
10B. (10.soruya cevabınız evet ise) bulantı/kusma şikayetiniz ilaç dışı girişimlerle mi geçti/azaldı?		Hayır	Evet	Evet ise; Uygulanan girişimin ne olduğunu belirtiniz.....		
11. Hastalığınıza bağlı yaşadığınız barsak şikayetinin (ishal/kabızlık) giderilmesinde hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu mu?	Barsak problemim olmadı	Hayır	Evet	Çok	Orta	Az
11A. (11.soruya cevabınız evet ise) Barsak şikayetiniz ilaç uygulamaları ile mi geçti/azaldı?		Hayır	Evet			
11B. (11.soruya cevabınız evet ise) Barsak şikayetiniz ilaç dışı girişimlerle mi geçti/azaldı?		Hayır	Evet	Evet ise; Uygulanan girişimin ne olduğunu belirtiniz.....		
12. Hastalığınıza bağlı yaşadığınız idrar yolları şikayetinin giderilmesinde hemşirelik uygulamaları	Sorun yaşamadım	Hayır	Evet	Çok	Orta	Az

yardımcı oldu mu?						
12A. (12.soruya cevabınız evet ise) İdrar yolları şikayetiniz ilaç uygulamaları ile mi geçti/azaldı?		Hayır	Evet			
12B. (12.soruya cevabınız evet ise) İdrar yolları şikayetiniz ilaç dışı girişimlerle mi geçti/azaldı?		Hayır	Evet	Evet ise; Uygulanan girişimin ne olduğunu belirtiniz.....		
13. Hastalığınıza bağlı yaşadığınız uykusuzluk şikayetinin giderilmesinde hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu mu?	Sorun yaşamadım	Hayır	Evet	Çok	Orta	Az
13A. (13.soruya cevabınız evet ise) Uykusuzluk şikayetiniz ilaç uygulamaları ile mi geçti/azaldı?		Hayır	Evet			
13B. (13.soruya cevabınız evet ise) Uykusuzluk şikayetiniz ilaç dışı girişimlerle mi geçti/azaldı?		Hayır	Evet	Evet ise; Uygulanan girişimin ne olduğunu belirtiniz.....		
14. Hastalığınıza bağlı yaşadığınız ağız içi problemlerin (stomatit, mukozit) giderilmesinde hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu mu?	Sorun yaşamadım	Hayır	Evet	Çok	Orta	Az
14A. (14.soruya cevabınız evet ise) Ağız içi (stomatit, mukozit) şikayetiniz ilaç uygulamaları ile mi geçti/azaldı?		Hayır	Evet			
14B. (14.soruya cevabınız evet ise) Ağız içi (stomatit, mukozit) şikayetiniz ilaç dışı		Hayır	Evet	Evet ise; Uygulanan girişimin ne olduğunu		

girişimlerle mi geçti/azaldı?				belirtiniz.....		
15. Kendinizi içe kapanık, kaygılı hissettiğiniz zamanlarda hemşirelik uygulamaları bu durumun giderilmesinde faydalı oldu mu?	Sorun yaşamadım	Hayır	Evet	Çok	Orta	Az
15A. (15.soruya cevabınız evet ise) Kendinizi içe kapanık, kaygılı hissettiğiniz zamanlarda şikayetiniz ilaç uygulamaları ile mi geçti/azaldı?		Hayır	Evet			
15B. (15.soruya cevabınız evet ise) Kendinizi içe kapanık, kaygılı hissettiğiniz zamanlarda şikayetiniz ilaç dışı girişimlerle mi geçti/azaldı?		Hayır	Evet	Evet ise; Uygulanan girişimin ne olduğunu belirtiniz.....		
16. Hemşire bakım uygulamalarını yerine getirirken görüş ve değerlerinize uygun davranıyor mu?		Hayır	Evet	Çok	Orta	Az
17.Hemşireler tarafından size bakımla ilgili açıklayıcı bilgiler veriliyor mu?		Hayır	Evet	Çok	Orta	Az
18.Hastalıkla ilgili yapılacak tetkik/incelemeler konusunda hemşire tarafından bilgilendirildiğinizi düşünüyor musunuz?		Hayır	Evet	Çok	Orta	Az
19.Yapılan ilaç uygulamalarının öncesinde veya sonrasında hemşire tarafından bilgi veriliyor		Hayır	Evet	Çok	Orta	Az

mu?						
20.Bakım uygulamalarında hemşirelerin size karşı samimi/ilgili olduklarını düşünüyor musunuz?		Hayır	Evet	Çok	Orta	Az
21.Hemşirelerin bakım uygulamaları sırasında sizinle iyi/etkili iletişim kurduğunu düşünüyor musunuz?		Hayır	Evet	Çok	Orta	Az
22.Bakım uygulamaları esnasında hemşire mahremiyetinizi korumaya özen gösteriyor mu?		Hayır	Evet	Çok	Orta	Az
23.Kendinizi psikolojik olarak sıkıntıda hissettiğinizde bunu hemşirelerle konuşabiliyor musunuz?	Sorun yaşamadım	Hayır	Evet	Çok	Orta	Az
24.Hemşirelik bakım uygulamalarına ailenizin katılımı sağlanıyor mu?		Hayır	Evet	Çok	Orta	Az
25.Hastalığınız nedeniyle yaşadığınız ekonomik zorlukların giderilmesinde veya hafifletilmesinde hemşirenin size yardımı oldu mu? (yönlendirme, danışmanlık vb.)	Sorun yaşamadım	Hayır	Evet	Çok	Orta	Az

EK III- HEMŞİRE TANITIM FORMU

1. Yaşınız:.....

2. Eğitim durumunuz nedir?

a) Lise b) Önlisans c) Lisans d) Lisansüstü

3. Medeni durumunuz?

a) Evli b) Bekar c) Diğer.....

4. Çocuk sayınız:.....

5. Aile tipiniz nedir?

a) Çekirdek aile b) Geniş aile c) Parçalanmış aile e) Diğer

6. Meslekteki çalışma yılınız:.....

7. Çalıştığınız klinik:.....

8. Dahili birimde çalışma yılınız:.....

9. Aylık ortalama nöbet sayınız:.....

10. Günde ortalama bakım verdiğiniz onkoloji hasta sayısı:.....

11. Onkoloji hastalarına bakım vermekten memnun musunuz?

a) Evet b) Hayır

EK IV - BAKIM GEREKSİNİMLERİ ANKETİ (HEMŞİRE FORMU)

				“Evet” yanıtını verenler; bu sütundaki seçeneklerden birini işaretlemelidir.		
1. Verdiğiniz hemşirelik bakımına güveniyor musunuz?		Hayır	Evet	Çok	Orta	Az
2. Verdiğiniz hemşirelik bakımı hastaların hastalığa ve aldıkları tedaviye bağlı yaşadıkları yan etkilerin azalmasını sağladı mı?	Sorun yaşanmadı	Hayır	Evet	Çok	Orta	Az
3. Verdiğiniz hemşirelik bakımı hastaların ilaç tedavisini almalarını kolaylaştırdı mı?		Hayır	Evet	Çok	Orta	Az
4. Verdiğiniz hemşirelik bakımı hastaların beslenme ile ilgili yaşadıkları sorunları azalttı mı?	Sorun yaşanmadı	Hayır	Evet	Çok	Orta	Az
5. Hastalar dini uygulamalarını yerine getirmek istediklerinde yardımcı olabiliyor musunuz?	İstek olmadı	Hayır	Evet	Çok	Orta	Az
6. Hastalara hastalıklarıyla ilgili hemşirelik bakım uygulamaların hakkında bilgi veriyor musunuz?		Hayır	Evet	Çok	Orta	Az
7. Hastaların hastalığına bağlı yaşadıkları ağrı şikayetinin giderilmesinde yaptığınız hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu mu?	Ağrı olmadı	Hayır	Evet	Çok	Orta	Az

7A. (7.soruya cevabınız evet ise) Ağrı şikayeti ilaç uygulamaları ile mi geçti/ azaldı?		Hayır	Evet			
7B. (7.soruya cevabınız evet ise) Ağrı şikayeti ilaç dışı girişimlerle mi geçti/ azaldı?		Hayır	Evet	Evet ise; Uygulanan girişimin ne olduğunu belirtiniz.....		
8. Hastaların hastalığına bağlı yaşadıkları nefes darlığı şikayetinin giderilmesinde yaptığınız hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu mu?	Nefes darlığı olmadı	Hayır	Evet	Çok	Orta	Az
8A. (8.soruya cevabınız evet ise) Nefes darlığı şikayeti ilaç uygulamaları ile mi geçti/azaldı?		Hayır	Evet			
8B. (8.soruya cevabınız evet ise) Nefes darlığı şikayeti ilaç dışı girişimlerle mi geçti/azaldı?		Hayır	Evet	Evet ise; Uygulanan girişimin ne olduğunu belirtiniz.....		
9. Hastaların hastalığına bağlı yaşadıkları yorgunluk şikayetinin giderilmesinde yaptığınız hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu mu?	Yorgunluk olmadı	Hayır	Evet	Çok	Orta	Az
9A. (9.soruya cevabınız evet ise) Yorgunluk şikayeti ilaç uygulamaları ile mi geçti/azaldı?		Hayır	Evet			
9B. (9.soruya cevabınız evet ise) Yorgunluk şikayeti ilaç dışı girişimlerle mi geçti/azaldı?		Hayır	Evet	Evet ise; Uygulanan girişimin ne olduğunu belirtiniz.....		
10. Hastaların hastalığına bağlı yaşadıkları bulantı/kusma şikayetinin giderilmesinde yaptığınız hemşirelik	Bulantı-kusma olmadı	Hayır	Evet	Çok	Orta	Az

uygulamaları yardımcı oldu mu?						
10A. (10.soruya cevabınız evet ise) Bulantı/kusma şikayeti ilaç uygulamaları ile mi geçti/azaldı?		Hayır	Evet			
10B. (10.soruya cevabınız evet ise) bulantı/kusma şikayeti ilaç dışı girişimlerle mi geçti/azaldı?		Hayır	Evet	Evet ise; Uygulanan girişimin ne olduğunu belirtiniz.....		
11. Hastaların hastalığına bağlı yaşadıkları barsak şikayetinin (ishal/kabızlık) giderilmesinde yaptığımız hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu mu?	Barsak problemi olmadı	Hayır	Evet	Çok	Orta	Az
11A. (11.soruya cevabınız evet ise) Barsak şikayeti ilaç uygulamaları ile mi geçti/azaldı?		Hayır	Evet			
11B. (11.soruya cevabınız evet ise) Barsak şikayeti ilaç dışı girişimlerle mi geçti/azaldı?		Hayır	Evet	Evet ise; Uygulanan girişimin ne olduğunu belirtiniz.....		
12. Hastaların hastalığına bağlı yaşadıkları idrar yolları şikayetinin giderilmesinde yaptığımız hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu mu?	Sorun yaşanmadı	Hayır	Evet	Çok	Orta	Az
12A. (12.soruya cevabınız evet ise) İdrar yolları şikayeti ilaç uygulamaları ile mi geçti/azaldı?		Hayır	Evet			
12B. (12.soruya cevabınız evet ise) İdrar yolları şikayeti ilaç dışı girişimlerle mi geçti/azaldı?		Hayır	Evet	Evet ise; Uygulanan girişimin ne olduğunu belirtiniz.....		
13. Hastaların hastalığına bağlı	Sorun	Hayır	Evet	Çok	Orta	Az

yaşadıkları uykusuzluk şikayetinin giderilmesinde yaptığınız hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu mu?	yaşanmadı					
13A. (13.soruya cevabınız evet ise) Uykusuzluk şikayeti ilaç uygulamaları ile mi geçti/azaldı?		Hayır	Evet			
13B. (13.soruya cevabınız evet ise) Uykusuzluk şikayeti ilaç dışı girişimlerle mi geçti/azaldı?		Hayır	Evet	Evet ise; Uygulanan girişimin ne olduğunu belirtiniz.....		
14. Hastaların hastalığına bağlı yaşadıkları ağız içi problemlerin (stomatit, mukozit) giderilmesinde yaptığınız hemşirelik uygulamaları yardımcı oldu mu?	Sorun yaşanmadı	Hayır	Evet	Çok	Orta	Az
14A. (14.soruya cevabınız evet ise) Ağız içi (stomatit, mukozit) şikayeti ilaç uygulamaları ile mi geçti/azaldı?		Hayır	Evet			
14B. (14.soruya cevabınız evet ise) Ağız içi (stomatit, mukozit) şikayeti ilaç dışı girişimlerle mi geçti/azaldı?		Hayır	Evet	Evet ise; Uygulanan girişimin ne olduğunu belirtiniz.....		
15.Hastalar kendilerini içe kapanık, kaygılı hissettikleri zamanlarda hemşirelik uygulamaları bu durumun giderilmesinde faydalı oldu mu?	Sorun yaşanmadı	Hayır	Evet	Çok	Orta	Az
15A. (15.soruya cevabınız evet ise) Hastalar kendilerini içe kapanık, kaygılı hissettikleri zamanlarda şikayetleri ilaç uygulamaları ile mi		Hayır	Evet			

geçti/azaldı?						
15B. (15.soruya cevabınız evet ise) Hastalar kendilerini içe kapanık, kaygılı hissettikleri zamanlarda şikayetleri ilaç dışı girişimlerle mi geçti/azaldı?	Hayır	Evet	Evet ise; Uygulanan girişimin ne olduğunu belirtiniz.....			
16. Bakım uygulamalarını yerine getirirken hastaların görüş ve değerlerine uygun davranıyor musunuz?	Hayır	Evet	Çok	Orta	Az	
17.Hastalara bakımla ilgili açıklayıcı bilgiler veriyor musunuz?	Hayır	Evet	Çok	Orta	Az	
18.Hastalıkla ilgili yapılacak tetkik/incelemeler konusunda hastalar sizin tarafınızdan bilgilendiriliyor mu?	Hayır	Evet	Çok	Orta	Az	
19.Yapılan ilaç uygulamalarının öncesinde veya sonrasında hastaya bilgi veriyor musunuz?	Hayır	Evet	Çok	Orta	Az	
20.Bakım uygulamalarında hastalara karşı samimi/ilgili olduğunuzu düşünüyor musunuz?	Hayır	Evet	Çok	Orta	Az	
21.Hemşirelerin bakım uygulamaları sırasında hastalarla iyi/etkili iletişim kurduğunuzu düşünüyor musunuz?	Hayır	Evet	Çok	Orta	Az	
22.Bakım uygulamaları esnasında hastanın	Hayır	Evet	Çok	Orta	Az	

mahremiyetinin korunmasına özen gösteriyor musunuz?						
23.Hastalar kendilerini psikolojik olarak sıkıntıda hissettiklerinde bunu sizinle konuşabiliyor mu?	Sorun yaşanmadı	Hayır	Evet	Çok	Orta	Az
24.Hemşirelik bakım uygulamalarına hasta ailesinin katılımını sağlıyor musunuz?		Hayır	Evet	Çok	Orta	Az
25.Hastaların hastalıkları nedeniyle yaşadıkları ekonomik zorlukların giderilmesinde veya hafifletilmesinde yardımcı oluyor musunuz? (yönlendirme, danışmanlık vb.)	Sorun yaşanmadı	Hayır	Evet	Çok	Orta	Az

EK V.



İZMİR KÂTİP ÇELEBİ
ÜNİVERSİTESİ

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 24	Tarih: 05.02.2015
	İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nden Doç. Dr. Yasemin TOKEM sorumluluğunda yapılması planlanan " Kanser Hastalarındaki Bakım Gereksinimlerinin Karşılmasında Hemşirelik Uygulamalarının Etkinliğinin İncelenmesi " adlı araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, çalışmanın yapılacağı kurumdan izin alınması şartıyla çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU	
ÇALIŞMA ESASI	İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Çalışma Esasları Yönergesi 2013
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof Dr Recep SÜTÇÜ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Prof Dr Recep SÜTÇÜ / Başkan	Tıbbi Biyokimya	İKÇÜ Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç Dr Yusuf Cem KAPLAN / Başkan Yardımcısı	Tıbbi Farmakoloji	İKÇÜ Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uzm Dr D. Barış KILIÇÇIOĞLU / Raportör	Adli Tıp	Sağlık Bakanlığı	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof Dr Tülay KURT İNCESU / Üye	Nöroloji	İKÇÜ Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Doç Dr Yasemin TOKEM / Üye	İç Hastalıkları Hemşireliği	İKÇÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Doç. Dr. Orhan GÖKALP / Üye	Kalp Damar Cerrahisi	İKÇÜ Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yrd Doç Dr Ebru KÜÇÜKYILMAZ / Üye	Çocuk Diş Hekimliği	İKÇÜ Diş Hekimliği Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yrd Doç Dr Özge KARAEĞE / Üye	Ticaret Hukuku	İKÇÜ İktisadi İdari Bilimler Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

EK VI.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İzmir İli Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 23592379/044
Konu : Arzu GÜNGÖR'ün Araştırma İzni

İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
ATATÜRK EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ YÖNETİMİNE

Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Arzu GÜNGÖR'ün "Dahiliye, Gastroenteroloji, Tıbbi Onkoloji ve Palyatif Bakım Kliniğinde Yatmakta Olan Kanser Hastalarının Bakım Gereksinimlerinin Karşılansında Hemşirelik Uygulamalarının Etkinliği " konulu çalışması ile ilgili evrakları incelenmiş olup, çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde ve araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olması koşuluyla, 01 Şubat 2015 -31 Temmuz 2015 tarihleri arasında kurumumuzda yürütülmesi Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Eşref OKUNAKOL
Tıbbi Hizmetler Başkan V.

Poligon Mah. 123/11 Sk. No:6 Karabağlar/İZMİR
M vver BOYLU (0232 232 32 32/2239) khb35g.egitim@saglik.gov.tr

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 8a2bff30-6e9e-4d9f-9629-6cf811467265 kodu ile erişebilirsiniz.

EK VII.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İzmir İli Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 23592379/044
Konu : Araştırma İzni

İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü)

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Arzu GÜNGÖR'ün "Dahiliye, Gastroenteroloji, Tıbbi Onkoloji ve Palyatif Bakım Kliniğinde Yatmakta Olan Kanser Hastalarının Bakım Gereksinimlerinin Karşılansında Hemşirelik Uygulamalarının Etkinliği " konulu çalışması ile ilgili evrakları incelenmiş olup, çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde ve araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olması koşuluyla, 01 Şubat 2015 -31 Temmuz 2015 tarihleri arasında İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülmesi Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Murat TÜRKYILMAZ
Genel Sekreter a.
Tıbbi Hizmetler Başkam

Poligon Mah. 123/11 Sk. No:6 Karabağlar/İZMİR
M vver BOYLU (0232 232 32 32/2239) khb35g.egitim@saglik.gov.tr

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden e7a72fff-cb49-4ded-a754-9399545b4a61 kodu ile erişebilirsiniz.

ÖZGEÇMİŞ

1989 yılında Antalya’da doğan Arzu Güngör ilk, orta, lise öğrenimini Antalya’da tamamladı. 2007 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’nda başladığı eğitimini 2012 yılında tamamladı ve hemşire ünvanı aldı. Aynı yıl Özel Antalya Memorial Hastanesi Genel Yoğun Bakım Servisi’nde göreve başladı. Temmuz 2013 yılında İzmir Katip Çelebi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ne atandı ve Dahiliye Servisi’nde göreve başladı ve hala burada çalışmaya devam etmektedir. Eylül 2013’de İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans (İç Hastalıkları Hemşireliği) Programında eğitime başladı.