

**T.C.**  
**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**SİSTEMİK TEDAVİ UYGULANAN KANSERLİ  
HASTALARDA TELEFONLA YAPILAN SEMPTOM  
TRİYAJ PROTOKOLÜNÜN SEMPTOM YÖNETİMİNE,  
YAŞAM KALİTESİNE VE ÖZ-BAKIM GÜCÜNE ETKİSİ**

Arife ALTIN ÇETİN

DOKTORA TEZİ

2020-ANTALYA

**T.C.**  
**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**SİSTEMİK TEDAVİ UYGULANAN KANSERLİ  
HASTALARDA TELEFONLA YAPILAN SEMPTOM  
TRİYAJ PROTOKOLÜNÜN SEMPTOM YÖNETİMİNE,  
YAŞAM KALİTESİNE VE ÖZ-BAKIM GÜCÜNE ETKİSİ**

Arife ALTIN ÇETİN

DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN

**Prof.Dr. Hicran BEKTAŞ**

İKİNCİ DANIŞMAN

**Prof.Dr. Hasan Şenol COŞKUN**

Bu tez Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından TDK-2018-3277 proje numarası ile desteklenmiştir.

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

2020-ANTALYA

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;**

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Programında doktora tezi olarak kabul edilmiştir. 04/02/2020

İmza

Tez Danışmanı : Prof.Dr. Hicran BEKTAŞ  
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Prof.Dr. Zeynep ÖZER  
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Prof.Dr. Selma ÖNCEL  
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Prof.Dr. Ayfer KARADAKOVAN  
Ege Üniversitesi



Üye : Prof.Dr. Sultan KAV  
Başkent Üniversitesi



Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun ...../...../..... tarih ve ...../..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Narin DERİN

Enstitü Müdürü

## ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.



Öğrenci

Arife ALTIN ÇETİN



Tez Danışmanı

Prof.Dr. Hicran BEKTAŞ

## TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim ve tez çalışmam süresince bana rehberlik eden, mesleki gelişimim için bilgi ve emeğini benden esirgemeyen, sevgi ve hoşgörüsünü her zaman hissettiğim danışmanım, Sayın Prof.Dr. Hicran BEKTAŞ'a,

Tez çalışmamın yürütülmesinde görüş ve önerileri ile katkı sağlayan ikinci danışmanım, Akdeniz Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Prof.Dr. Hasan Şenol COŞKUN'a,

Doktora eğitimim boyunca bilgi, tecrübe ve eleştirileri ile bana yol gösteren ve tez izleme jürimde yer alarak katkı ve yönlendirmeleri ile gelişimime katkı sağlayan Sayın Prof.Dr. Zeynep ÖZER'e,

Tez izleme jürimde yer alarak tez çalışmam sürecinde verdikleri değerli öneriler ve katkıları ile beni destekleyen Sayın Prof.Dr. Selma ÖNCEL'e,

Tez çalışmamın gerçekleşmesi için gerekli koşulları sağlayan ve katkı veren Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı'na, Sağlık Bilimleri Enstitüsü çalışanlarına, Akdeniz Üniversitesi Etik Kurulu'na, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği'ne, Akdeniz Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Başkanlığı'na, Gündüz Kemoterapi Ünitesi çalışanlarına ve araştırmaya katılan hastalara, araştırmamın istatistiksel analizinin yürütülmesine katkı sağlayan Ziraat Fakültesi Öğretim Üyesi Sayın Prof.Dr. Mehmet Ziya FIRAT'a,

Doktora eğitimim ve tez çalışmam süresince sevgi ve hoşgörüsüyle yanımda olan ve desteklerini benden esirgemeyen sevgili aileme ve dostlarıma,

Doktora eğitimim süresince desteğini her zaman hissettiğim, bilgi, tecrübe, eleştirileriyle bana yol gösteren değerli eşim Metin Durmuş ÇETİN'e, hayatımı anlamlı kılan kızlarım Elif ÇETİN ve Ece ÇETİN'e teşekkür ederim.

Arife ALTIN ÇETİN  
2020, ANTALYA

## ÖZET

**Amaç:** Bu araştırma sistemik tedavi uygulanan kanserli hastalarda telefonla yapılan semptom triyaj protokolünün semptom yönetimine, yaşam kalitesine ve öz-bakım gücüne etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Randomize kontrollü deneysel nitelikteki bu araştırma Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji Polikliniği ve Gündüz Kemoterapi Ünitesi'ne ayaktan tedavi için başvuran, örnekleme dahil edilme kriterlerine uyan 33 girişim, 32 kontrol grubu olmak üzere toplam 65 kanserli hasta ile Ağustos 2018-Temmuz 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, Kemoterapi Semptom Değerlendirme Ölçeği, FACT-G Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Öz-Bakım Gücü Ölçeği kullanılmıştır. Girişim grubundaki hastalara 2., 3. ve 4. kür kemoterapi tedavisi süresince telefonla semptom triyaj protokolü uygulanmıştır. Ön test verileri ikinci kür kemoterapi tedavisi uygulanırken ve son test verileri 3. ayda toplanmıştır. Verilerin istatistiksel analizleri SPSS 23.0 paket programında yapılmıştır.

**Bulgular:** Girişim grubundaki hastaların kontrol grubuna oranla iştahta değişim semptomunun şiddetinin ve karamsar, üzüntülü hissetme semptomunun rahatsızlık derecesinin azaldığı ( $p<0.05$ ); yaşam kalitesi ve öz-bakım gücü puan ortalamalarının arttığı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Kemoterapi ilişkili semptom sıklığı, şiddeti ve rahatsızlık derecesi azaldıkça yaşam kalitesi ve öz-bakım gücünün arttığı saptanmıştır.

**Sonuç:** Araştırma sonuçlarına göre sistemik tedavi uygulanan kanserli hastalarda telefonla yapılan semptom triyaj protokolünün semptom yönetimini, yaşam kalitesini ve öz-bakım gücünü artırdığı; semptom kontrolü arttıkça yaşam kalitesi ve öz-bakım gücünün de arttığı bulunmuştur. Sistemik tedavi uygulanan kanserli hastalarda telefonla semptom triyaj protokolünün kullanılması ve bu uygulamaların yaygınlaştırılması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Kanserli hastalar, öz-bakım gücü, semptom triyaj protokolü, semptom yönetimi, yaşam kalitesi

## ABSTRACT

**Objective:** This study was conducted to investigate the effect of telephone symptom triage protocols on symptom management, quality of life and self care agency in patients with cancer who applied systemic treatment.

**Method:** This randomized controlled experimental study was conducted between August 2018 and July 2019, with 33 intervention and 32 control groups who met the inclusion criteria, a total of 65 patients who applied to outpatient clinics of Akdeniz University Hospital Medical Oncology Clinic and Daily Chemotherapy Unit. Personal Information Form, Chemotherapy Symptom Assessment Scale, FACT-G (Version 4) Quality of Life Scale and Self-Care Agency Scale were used to collect the data. Symptom triage protocol was applied to the patients in the intervention group during the 2<sup>nd</sup>, 3<sup>rd</sup> and 4<sup>th</sup> cycle chemotherapy treatment. Preliminary test data were collected during the second cycle chemotherapy treatment and posttest data was collected at the third month. Statistical analysis of the data was performed using SPSS 23.0 package program.

**Results:** It was observed in the intervention group patients according to the control group, decreased the severity of symptom of appetite change and degree of discomfort from symptom of feeling anxious, worried ( $p<0.05$ ); mean scores of quality of life and self-care agency increased after the application ( $p<0.05$ ). Quality of life and self-care agency increased as the frequency, severity and degree of discomfort associated with chemotherapy decreased.

**Conclusion:** According to the results, it was found that telephone symptom triage protocol increased symptom management, quality of life and self-care agency in patients with cancer who applied systemic treatment; as the symptom control increased, quality of life and self-care agency increased. It is recommended to use the symptom triage protocol and to extend these applications in patients with systemic treatment cancer.

**Key words:** Patients with cancer, self-care agency, symptom triage protocol, symptom management, quality of life

# İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET</b>	i
<b>ABSTRACT</b>	ii
<b>İÇİNDEKİLER</b>	iii
<b>TABLolar DİZİNİ</b>	vii
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b>	ix
<b>SİMGELER ve KISALTMALAR</b>	x
<b>1. GİRİŞ</b>	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	2
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	3
2.1. Dünyada ve Ülkemizde Kanser İnsidansı	3
2.2. Kanserli Hastalarda Sistemik Tedavi Yöntemleri	3
2.2.1. Hedefe Yönelik Tedaviler	4
2.2.2. Hormon Terapisi	4
2.2.3. Biyolojik Tedaviler	4
2.2.4. Kemoterapi	5
2.3. Onkolojide Telefon ile Danışmanlık	7
2.4. Kanserli Hastalarda Telefonla Semptom Triyajı	10
2.4.1. Telefonla Semptom Triyaj Uygulamasının Tıbbi ve Yasal Boyutu	12
2.5. Kanserli Hastalarda Semptom Yönetimi, Yaşam Kalitesi ve Öz- Bakım Gücü	14
2.5.1. Kanserli Hastalarda Semptom Yönetimi	14
2.5.2. Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi	15
2.5.3. Kanserli Hastalarda Öz-bakım Gücü	18
2.6. Kanıt Temelli Semptom Triyaj Protokolleri	20



<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM</b>	23
3.1. Araştırmanın Şekli	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı	23
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	23
3.3.1. Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması	24
3.3.2. Araştırma Örneklemine Özellikleri	26
3.4. Randomizasyon	26
3.5. Kanser Tedavisi Uygulanan Hastalar İçin Uzaktan Semptom Yönetim Rehberlerinin Türkçeye Uyarlanması	32
3.5.1. Kanser Tedavisi Uygulanan Hastalar İçin Uzaktan Semptom Yönetim Rehberlerinin Türkçeye Uyarlanması	34
3.5.2. Kanser Tedavisi Uygulanan Hastalar İçin Semptom Triyaj Protokolü Kullanım Rehberinin Hazırlanması	39
3.6. Araştırmanın Ölçüm Araçları	39
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu	40
3.6.2. Kemoterapi Semptom Değerlendirme Ölçeği	41
3.6.3. FACT-G (Versiyon 4) Yaşam Kalitesi Ölçeği	41
3.6.4. Öz-Bakım Gücü Ölçeği	43
3.7. Ön Uygulama	43
3.7.1. Ön Uygulamaya Katılan Hastaların Ölçek Ön Test ve Son Test Değerlendirme Sonuçları	48
3.8. Araştırmanın Uygulanması	49
3.8.1. Girişim Grubuna Yapılan Uygulamalar	49
3.8.2. Kontrol Grubuna Yapılan Uygulamalar	52
3.9. Uygulama Protokolü İlkeleri	55
3.10. Araştırmanın Etik Yönü	55
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	55
3.12. Araştırmanın Değişkenleri	56
3.13. Verilerin Değerlendirilmesi	56

3.14. Değişkenlerin Normalite Dağılımları ve Ölçeklerin Ön Test ve Son Test Çarpıklık Değerlerine İlişkin Bulgular	57
<b>4. BULGULAR</b>	<b>60</b>
4.1. Telefonla Semptom Triyaj Protokolü Uygulanan Kanserli Hastaların Semptom Yönetimine İlişkin Bulgular	60
4.2. Telefonla Semptom Triyaj Protokolü Uygulanan Kanserli Hastaların Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular	68
4.3. Telefonla Semptom Triyaj Protokolü Uygulanan Kanserli Hastaların Öz-Bakım Gücüne İlişkin Bulgular	73
4.4. Semptom Yönetimi, Yaşam Kalitesi ve Öz-Bakım Gücü Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular	75
4.5. Kanser Hastalarının Semptom Triyaj Protokolüne Göre Telefonla Triyaj Uygulaması ve Yönlendirilmesine İlişkin Bulgular	77
<b>5. TARTIŞMA</b>	<b>79</b>
5.1. Telefonla Semptom Triyaj Protokolü Uygulanan Kanserli Hastaların Semptom Yönetimi	79
5.2. Telefonla Semptom Triyaj Protokolü Uygulanan Kanserli Hastaların Yaşam Kalitesi	84
5.3. Telefonla Semptom Triyaj Protokolü Uygulanan Kanserli Hastaların Öz-Bakım Gücü	86
5.4. Semptom Yönetimi, Yaşam Kalitesi ve Öz-Bakım Gücü Arasındaki İlişki	87
5.5. Kanserli Hastaların Semptom Triyaj Protokolüne Göre Telefonla Triyaj Uygulaması ve Yönlendirilmesi	88
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	<b>91</b>
<b>KAYNAKLAR</b>	<b>94</b>

## **EKLER**

- EK 1** Araştırma Zaman Akış Çizelgesi
- EK 2** Randomizasyon Listesi
- EK 3** Remote Symptom Practice Guides for Adults on Cancer Treatments
- EK 4** Kanseri Tedavisi Uygulanan Hastalar İçin Semptom Yönetim Rehberleri-Türkçe Versiyonu
- EK 5** Kanseri Tedavisi Uygulanan Hastalar İçin Uzaktan Semptom Yönetim Rehberleri-Yönerge
- EK 6** Kanseri Tedavisi Uygulanan Hastalar İçin Semptom Triyaj Protokolü Kullanım Rehberi
- EK 7** Bilgilendirilmiş Onam Formu - Girişim Grubu
- EK 8** Bilgilendirilmiş Onam Formu - Kontrol Grubu
- EK 9** Kişisel Bilgi Formu (Ön Test)
- EK 10** Kişisel Bilgi Formu (Son Test)
- EK 11** Kemoterapi Semptom Değerlendirme Ölçeği
- EK 12** FACT-G (Versiyon 4) Yaşam Kalitesi Ölçeği
- EK 13** Öz-Bakım Gücü Ölçeği
- EK 14** Girişim Grubu Hasta İzlem Formu
- EK 15** Girişim Grubu ile Kemoterapi Sonrası Görüşme Formu
- EK 16** Girişim Grubu Telefon Görüşmeleri Formu
- EK 17** Kontrol Grubu Hasta İzlem Formu
- EK 18** Etik Kurul İzin Yazısı
- EK 19** Hastane İzin Yazısı
- EK 20** Kemoterapi Semptom Değerlendirme Ölçeği İzin Yazısı
- EK 21** FACT-G (Versiyon 4) Yaşam Kalitesi Ölçeği İzin Yazısı
- EK 22** Öz-Bakım Gücü Ölçeği İzin Yazısı
- EK 23** “Remote Symptom Practice Guides for Adults on Cancer Treatments” İzin Yazısı

## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 2.1.</b>	Kemoterapötik ilaç grupları, ilaçlar, etki mekanizmaları ve yan etkileri	6
<b>Tablo 3.1.</b>	Ölçeklerin güç analizi ve etki büyüklüğü sonuçları	25
<b>Tablo 3.2.</b>	Araştırma örnekleminin özellikleri	26
<b>Tablo 3.3.</b>	Girişim ve kontrol grubundaki hastaların sosyo-demografik özellikleri	29
<b>Tablo 3.4.</b>	Girişim ve kontrol grubundaki hastaların hastalığa ilişkin özellikleri	30
<b>Tablo 3.5.</b>	Kanser Tedavisi Uygulanan Hastalar için Uzaktan Semptom Yönetim Rehberlerinin Türkçeye uyarlama aşamaları	36
<b>Tablo 3.6.</b>	Çevirmenlerin listesi	36
<b>Tablo 3.7.</b>	Protokolün Türkçe versiyonunu değerlendiren uzmanların listesi	37
<b>Tablo 3.8.</b>	Yönerge doğrultusunda uzmanların protokolü değerlendirme sonuçları	38
<b>Tablo 3.9.</b>	Protokolün Türkçe versiyonunun uzman görüşlerinin değerlendirmesinin test istatistiği	39
<b>Tablo 3.10.</b>	Araştırmanın ölçüm araçları	40
<b>Tablo 3.11.</b>	Ön uygulama sonrası yapılan değişiklikler	47
<b>Tablo 3.12.</b>	Ön uygulamaya katılan hastaların Kemoterapi Semptom Değerlendirme Ölçeği semptom sıklığı, semptom şiddeti ve rahatsızlık derecesine göre ön test ve son test medyan ve standart sapma değerleri	48
<b>Tablo 3.13.</b>	Ön uygulamaya katılan hastaların FACT-G Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Öz-Bakım Gücü Ölçeği ön test ve son test ortalama ve standart sapma değerleri	49
<b>Tablo 3.14.</b>	Verilerin değerlendirilmesi	56
<b>Tablo 3.15.</b>	Kemoterapi Semptom Değerlendirme Ölçeği'nin ön test ve son test çarpıklık değerlerinin karşılaştırılması	58

<b>Tablo 3.16.</b>	FACT-G Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Öz-Bakım Gücü Ölçeği'nin ön test ve son test çarpıklık değerlerinin karşılaştırılması	59
<b>Tablo 4.1.</b>	Girişim ve kontrol grubu hastaların semptom görülme sıklığına göre karşılaştırılması	61
<b>Tablo 4.2.</b>	Girişim ve kontrol grubu hastaların semptom şiddetine göre karşılaştırılması	64
<b>Tablo 4.3.</b>	Girişim ve kontrol grubu hastaların rahatsızlık derecesine göre karşılaştırılması	66
<b>Tablo 4.4.</b>	Telefonla semptom triyaj protokolü uygulanan kanserli hastaların yaşam kalitesi puan ortalamalarının zaman ve gruplara göre değişimi	69
<b>Tablo 4.5.</b>	Girişim ve kontrol grubu hastalarının yaşam kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırılması	71
<b>Tablo 4.6.</b>	Telefonla semptom triyajı yapılan kanserli hastaların öz-bakım gücü puan ortalamalarının zaman ve gruplara göre değişimi	73
<b>Tablo 4.7.</b>	Girişim ve kontrol grubu hastalarının öz-bakım gücü puan ortalamalarının karşılaştırılması	74
<b>Tablo 4.8.</b>	Kemoterapi Semptom Değerlendirme Ölçeği ile FACT-G Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki	76
<b>Tablo 4.9.</b>	Kanserli hastaların protokole göre telefonla triyaj uygulaması ve yönlendirilmesinin değerlendirilmesi	78

## ŞEKİLLER DİZİNİ

<b>Şekil 3.1.</b>	CONSORT Şeması	28
<b>Şekil 3.2.</b>	TeleTRIAGE Protokolü şeması	33
<b>Şekil 3.3.</b>	Semptom triyaj şeması	35
<b>Şekil 3.4.</b>	Ön uygulama şeması	45
<b>Şekil 3.5.</b>	Tez projesi uygulama şeması	54
<b>Şekil 4.1.</b>	Hastaların yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamalarının zaman içindeki değişimi	70
<b>Şekil 4.2.</b>	Hastaların öz-bakım gücü puan ortalamalarının zaman içindeki değişimi	74

## SİMGELER ve KISALTMALAR

- ABD** : Amerika Birleşik Devletleri
- ANA** : American Nurses Association (Amerikan Hemşireler Birliği)
- COSTaRS** : Pan-Canadian Oncology Symptom Triage and Remote Support Team
- C-SAS** : Chemotherapy Symptom Assesment Scale (Kemoterapi Semptom Değerlendirme Ölçeği)
- FACT-G** : Functional Assessment of Cancer Therapy -General
- ÖBGÖ** : Öz-Bakım Gücü Ölçeği
- SS** : Standart Sapma
- $\bar{X}$**  : Aritmetik Ortalama

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kanser dünyada ve ülkemizde morbidite ve mortalite oranları açısından önde gelen bir halk sağlığı sorunudur (Uğur, 2014; Baykara, 2016). Kanserın ilerlemesi, kanser tedavisi ve toksisitesi tüm sistemler üzerinde lokal ve sistemik önemli semptomlara neden olmaktadır (Öğüt-Düzen ve Korkmaz, 2015). Hastalık ve tedavi sürecinde gelişen semptomlar kanserli hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Piamjariyakul ve ark., 2010; Ovayolu ve Ovayolu, 2013). Bu nedenle hemşirelik bakımında semptomların önlenmesi, azaltılması ve/veya yok edilmesi hedeflenmektedir (Ovayolu ve Ovayolu, 2013).

Sağlık alanındaki teknolojik yenilikler, semptom yönetimi ve uzaktan hasta eğitimi gibi konularda hastalar ve sağlık profesyonelleri için büyük kolaylıklar sağlamaktadır (Downe-Wamboldt, 2007; Hindistan ve Çilingir, 2012). Sağlık bilgi teknolojisindeki ilerlemeler sayesinde, kanser hastaları ayaktan tedavi programları ile evinden izlenebilmekte ve/veya tedavi edilebilmektedir (Stacey ve ark., 2007). Teknolojik yeniliklerden biri olan telefonla triyaj yöntemi ile danışmanlık verme onkoloji hemşireliğinde önem kazanmaya başlamıştır (Gleason ve ark., 2013). Telefonla triyaj hastaların bilgiye erişimi, semptom yönetimi, uygun bakım düzeyini belirleme gibi konularda bireyin öz-bakımına rehberlik edilmesinde ve profesyonel sağlık ekibine ulaşılmasında destekleyici bir hizmet olarak görülmektedir (Downe-Wamboldt, 2007; Hindistan ve Çilingir, 2012). Hemşireler telefonla triyaj yöntemi ile danışmanlık yaparken sorunların aciliyet derecesi, acil tıbbi yardım gereksinimi, telefonla tıbbi ve/veya hemşirelik girişimlerine gereksinim gibi durumları belirleyerek hastaları kanıt temelli semptom triyaj protokolleri doğrultusunda uygun kaynaklara yönlendirebilmektedirler (Eriksson ve ark., 2015; Evans ve ark., 2015). Ülkemizde kanser hastalarının hastanede uygulanan tedavi sonrasında ev ortamında kemoterapi ilişkili semptomları daha fazla yaşadıkları, hasta ve bakım verenlerin semptom yönetimi, sağlık kuruluşuna başvurma ya da süreci izleme gibi konularda kararsız kaldıkları veya çaresizlik yaşadıkları düşünülmektedir. Ayrıca onkoloji alanında kanıt temelli telefonla triyaj uygulamalarının yaygın olmadığı görülmektedir.



Bu araştırma ile Kanada Onkoloji Semptom Triyaj ve Uzaktan Destek Ekibi (Pan-Canadian Oncology Symptom Triage and Remote Support Team [COSTaRS]) tarafından Kanada'da kanserli hastaların kemoterapi ilişkili yaşadıkları en önemli 15 semptom için hazırladıkları uzaktan telefonla semptom triyaj protokolünün Türkçeye uyarlanarak, randomize kontrollü bir araştırma ile değerlendirilmesi hedeflenmektedir. Böylece sağlık bakımına gereksinimi olan kanserli hastaların onkoloji hemşiresine telefonla ulaşabilmesi, sorunların şiddet düzeyine göre evde çözümlenebilmesi veya sağlık kuruluşuna başvurulabilmesi için kanıt temelli protokollere göre hastaların yönlendirilebilmesi sağlanabilecektir. Semptom triyaj protokolünün hastaların semptom öz yönetimi kazanmalarına destek olabileceği, olası sorunların önlenmesinde veya erkenden çözümlenmesinde bireyselleştirilmiş çözümler sağlayabileceği düşünülmektedir. Bu şekilde hastane/acil servis başvurularının azalabileceği, semptomların ciddi bir aşamaya gelmeden önce uzaktan triyaj ile kısa sürede kontrol altına alınabileceği öngörülmektedir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma sistemik tedavi uygulanan kanserli hastalarda telefonla yapılan semptom triyaj protokolünün semptom yönetimine, yaşam kalitesine ve öz-bakım gücüne etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

## **1.3. Araştırmanın Hipotezleri**

- 1. H<sub>1</sub>:** Telefonla yapılan semptom triyaj protokolünün girişim grubundaki kanserli hastalarda kontrol grubuna göre semptom yönetimini artırmaya etkisi vardır.
- 2. H<sub>1</sub>:** Telefonla yapılan semptom triyaj protokolünün girişim grubundaki kanserli hastalarda kontrol grubuna göre yaşam kalitesini artırmaya etkisi vardır.
- 3. H<sub>1</sub>:** Telefonla yapılan semptom triyaj protokolünün girişim grubundaki kanserli hastalarda kontrol grubuna göre öz-bakım gücünü artırmaya etkisi vardır.
- 4. H<sub>1</sub>:** Telefonla semptom triyaj protokolü yapılan girişim grubundaki kanserli hastaların semptom yönetimi, yaşam kalitesi ve öz-bakım gücü ile kontrol grubundaki hastalar arasında farklılıklar vardır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Dünyada ve Ülkemizde Kanser İnsidansı

Kanser, hücrelerin deoksiribonükleik asit hasarına bağlı olarak anormal veya kontrolsüz bir şekilde çoğalması olarak tanımlanmakta olup (Yarbro ve ark., 2011; <http://www.cancer.gov.tr>, Erişim tarihi: 8 Haziran 2019), dünyada hemen her ülkede morbidite ve mortalite oranları açısından önde gelen bir halk sağlığı sorunudur (Siegel ve ark., 2012; Uğur 2014;). Dünyada ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer alan kanserin (Siegel ve ark., 2012), 2030 yılına kadar hızla artarak birinci sıraya yükseleceği öngörülmektedir (<http://cancer.gov.tr>, Erişim tarihi: 8 Haziran 2019). Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre 2018 yılında, tüm dünyada 18.1 milyon yeni kanser vakası ve 9.6 milyon kansere bağlı ölüm olduğu belirtilmektedir. Ayrıca 2040 yılında 29.1 milyon yeni kanser vakası görüleceği tahmin edilmektedir (<https://www.who.int/cancer/PRGlobocanFinal.pdf>, Erişim tarihi: 8 Haziran 2019). Türkiye'de 2015 yılı verilerine göre, kanser insidansı yüz binde 212.6, kanser görülme hızı erkeklerde yüz binde 247.6; kadınlarda ise yüz binde 177.5'dir. Ülkemizde sık görülen ilk beş kanser türü erkeklerde sırayla akciğer, prostat, kolorektal, mesane ve mide iken; kadınlarda meme, tiroid, kolorektal, uterus korpusu ve akciğer kanserleridir ([https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/istatistik/Turkiye\\_Kanser\\_Istatistikleri\\_2015.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2015.pdf), Erişim tarihi: 8 Haziran 2019).

### 2.2. Kanserli Hastalarda Sistemik Tedavi Yöntemleri

Sistemik tedavi, kanser hücrelerini yok etmek için ilaçların tüm vücuda yayılarak etki ettiği bir tedavi yöntemidir. Sistemik tedavi yöntemleri ile tüm vücutta kanser kontrol altına alınmakta ya da yok edilmekte, bir çok kanser türünde hem adjuvan hem de metastatik durumlarda genel sağkalımda bir iyileşme görülmektedir. Ayrıca sistemik tedaviler kanserle ilişkili mortalitenin de azalmasını sağlamaktadır (Palumbo ve ark., 2013). Sistemik tedaviler hedefe yönelik tedavi, hormon tedavisi, biyolojik tedavi (immünoterapi veya biyoterapi) ve kemoterapiyi içermektedir (<https://www.mskcc.org/cancer-care/types/breast/treatment>, 13 Mart 2018; <http://www.kanserleyasamak.org>, 13 Mart 2018).

### **2.2.1. Hedefe Yönelik Tedaviler**

Hedefe yönelik ajanların etki alanı, tümör hücrelerinin büyüme ve gelişmesi aşamasında gerekli olan hücre sinyal yollarının engellenmesidir. Tedavinin esas amacı, vücuttaki tüm hızlı bölünen hücreleri hedef alan geleneksel kemoterapinin ötesinde kanser hücrelerini hedeflemektir (Kara ve Akdoğan, 2013). Hedefe yönelik tedaviler, kanser hücresinin yüzeyinde bulunan ve kanserin gelişmesinden sorumlu spesifik bir reseptörü bloke ederek, nukleusa giden bölünme sinyalini durdurmaktadır (Üskent, 2010).

### **2.2.2. Hormon Tedavisi**

Hormonlar vücutta doğal olarak üretilen proteinler veya gereksinime göre dışarıdan verilen kimyasal maddeler olup, kanser tedavisinde ilaç olarak kullanılmaktadır. Bunlar genellikle prostat, meme ve endometriyum kanserlerinin tedavisinde kullanılan seks hormonlarıdır. Bu ilaçlar kemoterapi ilaçlarına benzemekte olup, en büyük farkları vücudun doğal yollardan ürettiği hormonun hücreye bağlanmasını ve kanser hücrelerinin büyümesini engellemektir (Sakai ve ark., 2015; Groom ve Younis, 2016; Ali ve ark., 2016; Baykara 2016).

### **2.2.3. Biyolojik Tedaviler**

Biyoterapi immun sistemi aktive eden biyolojik ajanların kullanımını tanımlamak için kullanılmaktadır (Gündüzoğlu ve ark., 2012). Biyolojik terapi kanserle savaşmak için vücudun kendi bağışıklık sisteminin kullanılmasıdır. Biyolojik terapinin amaçları (Kapucu, 2014):

- Kanserli hücrelerin tanınmasını kolaylaştırıp, bağışıklık sistemi tarafından daha çabuk yok edilmesini sağlamak
- Bağışıklık sistemi hücrelerinin yok etme gücünü artırmak
- Kanser hücrelerinin gelişimine etki ederek sağlıklı hücreler gibi hareket etmelerini sağlamak
- Sağlıklı hücreyi kanser hücresine çeviren işlemi durdurmak
- Kemoterapi ve radyoterapi ile zarar gören sağlıklı hücrelerin yenilenmesi için gerekli vücut mekanizmasını kuvvetlendirmek
- Kanser hücresinin vücudun diğer bölgelerine yayılmasını önlemektir.

Biyolojik ajanlar önceleri kanser tedavisinde destekleyici olarak kullanılırken, bugün sıklıkla kanser tanısında, tedavisinde ve önlenmesinde kullanımı tercih edilmektedir. Günümüzde, biyoterapi amaçlı kullanılan biyolojik ajanlar arasında; sitokinler, monoklonal antikorlar, farklı ajanlar (retinoidler), hücre tedavisi (aktive edici lenfokin hücre öldürücü), immüno-stimülanlar (spesifik ve nonspesifik aşular), gen tedavisi (viral vektörler) yer almaktadır (Özçelik ve ark., 2012; Smith ve ark., 2014; Barbaros ve Dikmen 2015).

#### **2.2.4. Kemoterapi**

Kemoterapi, kanser hastalarında hastanın ya da konakçının normal hücrelerine zarar vermeden özellikle çoğalan hücrelere karşı seçici öldürücü etkisi olan, doğal veya sentetik kimyasal, biyolojik ajanlar ve hormonlar ile yapılan tedavi şeklidir (Erkurt ve ark., 2009; Büker ve Şen, 2014). İlaçlar, kanserli hücrelerin gelişmesini ve çoğalmasını önlediği gibi normal hücrelerin (bağırsak ve ağız mukoza epiteli, testisin jerminalif epiteli, kemik iliğinin hematopoetik hücreleri, kıl folikülü hücreleri, embriyo ve fetüs hücreleri gibi) gelişmesini ve çoğalmasını önlemektedir (Büker ve Şen, 2014). Kemoterapi, cerrahi girişim öncesinde tümörün boyutunu küçültmek üzere neoadjuvan tedavi şeklinde veya tek başına uygulanabilmektedir. Kemoterapinin lösemi ve lenfoma gibi kanser türlerinde etkili bir tedavi yöntemi olduğu kanıtlanmıştır (Mian ve ark., 2016; Baykara, 2016).

Kemoterapide kullanılan ajanlar beş farklı kategoride sınıflandırılmaktadır. Bu ilaçlar alkilleyici ajanlar, anti metabolitler, bitkisel alkaloidler, anti tümör antibiyotikler ve hormonlardır (Baykara, 2016). Etki yerlerine ve etki mekanizmalarına göre bu ajanların uygulaması ile farklı toksik etkiler görülebilmektedir (Tablo 2.1) (Büker ve Şen, 2014).

Kemoterapi kanserli hücreleri öldürmekle birlikte, normal hücreleri de olumsuz yönde etkilemektedir. Kemoterapinin değişime uğramış hücrelerin yanı sıra hızlı bölünme özelliği gösteren normal hücrelere de etki etmesi sonucunda istenmeyen semptomlar ortaya çıkmaktadır (Yıldırım, 2009; Huijer ve ark., 2012; Karakaş, 2014; Kara, 2015; Nayak ve ark., 2015). Semptom; hastalık ya da fiziki bozukluğun varlığını hastanın subjektif olarak algılamasıdır. Belirti ve semptomlar, hastaların sağlık bakımına gereksinim duydukları en önemli nedenler arasında yer almaktadır (Öğüt-Düzen ve

Korkmaz, 2015; Erichsén, 2015). Semptomlar; bireyin biyo-psiko-sosyal fonksiyonları, duyuları veya kognitif değişiklikleri yansıttıkları çok boyutlu, kompleks ve subjektif fenomenlerdir (Öğüt-Düzen ve Korkmaz, 2015).

**Tablo 2.1.** Kemoterapötik ilaç grupları, ilaçlar, etki mekanizmaları ve yan etkileri

Grup	İlaçlar	Etki Mekanizması	Yan etkiler
<b>Alkilleyici Ajanlar</b>	Siklofosamid Klorambusil Busulfan Sisplatin Karboplatin Karmustin Thiotepa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nükleik asit yapısının alkilenmesi</li> <li>• Hızlı doku yıkımı</li> <li>• Siklofosamid plazma kolinesteraz ile inhibe edilir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kemik iliği supresyonu</li> <li>• Ürat nefropatisi</li> <li>• Pulmoner fibroz</li> <li>• İnterstisyel pnömoni</li> <li>• Kardiyotoksisite</li> <li>• Nefrotoksisite</li> <li>• Periferik nöropati</li> <li>• Hemorajik sistit</li> </ul>
<b>Antimetabolitler</b>	Metotreskat Merkaptopürin 5-florourasil Gemsitabin Sitarabin	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hücre çoğalmasında gerekli olan metabolitlerin analogları</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kemik iliği supresyonu</li> <li>• Miyokard iskemisi</li> <li>• Serebellar ataksi</li> <li>• Ensefalopati</li> <li>• Mukozit</li> </ul>
<b>Bitkisel Alkoloidler</b>	Vincristin Vinblastin Etoposid Paklitaksel Docetaksel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mikrotübüler yapı oluşumunun bozulması</li> <li>• Nükleik asit ve protein sentezinin bozulması</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kemik iliği supresyonu (Lökopeni)</li> <li>• Santral, periferik ve otonom nöropati</li> </ul>
<b>Antibiyotikler</b>	Dokсорubisin Mitomisin Mیتoksantron Bleomisin	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deoksiribo nükleik asit ve ribo nükleik asit sentez inhibisyonu (Topoizomeras inhibisyonu ile)</li> <li>• Antimikrosidal etki</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kardiyotoksisite</li> <li>• Hemolitik üremik sendrom</li> </ul>
<b>Hormonlar</b>	Glukokortikoid-ler	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Özellikle glukokortikoid özellikteki steroidler tercih edilmektedir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Düşük yan etki potansiyeli</li> </ul>

\*Büker N, Şen S. Onkoloji Hastasında Kemoterapi ve Bakım. G. Can (Ed.). Onkoloji Hemşireliği içinde (203-210). İstanbul: Nobel Matbaacılık. 2014.

Kemoterapi sonrası hastalarda hematolojik semptomlar (anemi ve yorgunluk, trombositopeni, nötropeni), cilt (ekstravazasyon, alopesi, el-ayak sendromu, tırnak değişiklikleri), nörolojik (periferik nöropati), kardiyolojik, hepatik, pulmoner, üriner (hemorajik sistit ve nefrotoksisite) ve gastrointestinal sorunlar (bulantı-kusma, tat ve koku alma duyusunda değişiklik, iştahsızlık, anoreksi, mukozit, diyare ve konstipasyon),

uykusuzluk, kaygı/sinirlilik, içe kapanma, ağrı, cinsel fonksiyonların olumsuz etkilenmesi gibi birçok yan etkinin görüldüğü bildirilmektedir (Yıldırım, 2009; Huijer ve ark., 2012; Karakaş, 2014; Kara, 2015; Nayak ve ark., 2015). Kemoterapinin bu yan etkileri, hastanın yaşam biçimini, öz-bakım davranışlarını, günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Piamjariyakul ve ark., 2010; Ream ve ark., 2010; Chan ve İsmail, 2014; Nayak ve ark., 2015).

Kemoterapi uygulaması, hastane koşullarını gerektiren yüksek doz tedavi protokolleri dışında, genel olarak poliklinik ve gündüz tedavi ünitelerinde yapılmaktadır (Gelin ve Ulus, 2015). Buralarda tedavilerini alıp eve giden hastalar ve aileleri, kemoterapinin yan etkileri ile kendi bilgi ve becerilerini kullanarak baş etmek durumunda kalmakta, bu durum yetersiz ve yanlış uygulamalar yapılmasına neden olabilmektedir (Karabulutlu, 2009). Tüm bu sorunlar kemoterapiye bağlı yaşanan sıkıntıları artırmaktadır.

### **2.3. Onkolojide Telefon ile Danışmanlık**

Sağlık bilgi teknolojisindeki ilerlemeler ile çoğu onkoloji hastası ayaktan tedavi programları ile evden izlenmekte ve/veya tedavi edilmektedir (Stacey ve ark., 2007). Teknolojiye dayalı izlem uygulanabilir, hastalar tarafından kabul edilebilir, hasta ile bakım sağlayıcı arasında iletişimi geliştiren ve semptomlar üzerine odaklanan bir sistemdir (Yount ve ark., 2014). Son yıllarda yapılan çalışmalar internet, bilgisayar ve cep telefonu teknolojilerinin kronik hastalığı olan bireylerin eğitiminde, bakımında ve tedavisinde katkı verici uygulamalar olduğunu göstermektedir (Blake, 2008; Kearney ve ark., 2009; Yount ve ark., 2014; Irağı ve Ahmadi, 2016). Teknolojik yeniliklerden biri de telefonla danışmanlıktır (Hindistan ve ilingir, 2012).

Telefonla destek ve/veya telefonla problem zme çalışmaları dünyada ilk olarak 1985'te ortaya atılmış olup, bu hizmet özelleşmiş hemşireler, sosyal çalışmacılar ya da profesyonel olmayan ancak eğitilmiş kişiler tarafından verilmiştir (Freaure-Simith ve Prince, 1985; Hindistan ve ilingir, 2012). İlk tele-hemşirelik ya da telefon ile izlem hemşireliğinin 1997'de Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) tarafından şekillendirildiği (Delaney, 2017) ve 1999 yılında hemşirelik uygulamalarının bir alanı olarak onaylandığı bildirilmektedir (Pazar ve ark., 2015).

Telefonla danışmanlık hastaların onkoloji alanında bilgiye erişiminde, semptom yönetiminde, uygun bakım düzeyini belirlemede ve bireyin öz-bakımında rehberlik edecek profesyonel sağlık ekibine ulaşmada destekleyici bir hizmet olarak belirtilmektedir (Downe-Wamboldt, 2007; Hindistan ve Çilingir, 2012). Telefonla danışmanlık maliyeti düşük, hastane başvurularını azaltan, hasta memnuniyetini artıran ve hasta eğitiminde kullanılabilen bir araçtır. Ayrıca telefon, artan fonksiyonu ve sağlık içinde yaygın kullanımı nedeniyle evde, kırsal kesimde ve sağlık profesyonellerinin kolayca ulaşamadığı diğer bölgelerde, bakım ve destek uygulamalarında bir çözüm olarak görülmektedir (Kearny ve ark., 2009).

Telefon çoğu hasta için hemşire ile temas kurmada birincil yöntem olarak kullanılmaktadır (Blake, 2008; Yount ve ark., 2014 ). Telefon danışmanlığı ile öncelikle danışmanlık almak isteyen hastaların gereksinimleri, aciliyetleri değerlendirilebilmekte, sorunlara hızlı, yararlı ve etkili çözümler sağlanabilmekte, maliyet düşürülmekte, hastaların kendi sağlıkları ile ilgili aldığı kararlardan memnuniyetleri artırılmakta ve her zaman kalabalık olan acil ünitelere başvuru önemli oranda azaltılmaktadır (Reinhardt, 2010; Hindistan ve Çilingir, 2012).

Telefon danışmanlığı ile ilgili literatür incelendiğinde bir çok hastalıkta kullanılabilir olduğu ve yarar sağladığı görülmektedir (Iraqi ve Ahmadi, 2016). Hemşireler tarafından meme, akciğer ve prostat kanserli hastalara yapılan sekiz aylık telefonla bireysel problem çözme danışmanlıkları ile, hastaların hastalıkları ile ilgili başa çıkma yetenekleri ve kendilerine olan güvenlerinin geliştirildiği ve depresyon oranlarının azaldığı, telefonla bireysel problem çözme danışmanlığı almayan hastalarda ise optimistik ve destekleyici başa çıkma yeteneklerinin azaldığı belirtilmiştir (Downe-Wamboldt, 2007). Stacey ve arkadaşları (2007)'nın kanser hastaları ile yaptıkları bir çalışmada, telefonla sağlanan hemşirelik hizmetlerinin hem onkoloji ekibi hem de hastalar açısından bakımın sürekliliğini artırdığı belirtilmiştir.

Sevean ve arkadaşlarının (2008) Kanada'da sağlık merkezlerine uzak bölgelerde yaşayan hasta ve hasta yakınlarının tele sağlık uygulama deneyimlerini inceledikleri çalışmalarında, hastaların memnuniyetlerinin en çok sağlık hizmeti almak için yolculuk yapmak zorunda olmamaları, bunun için ek para harcamamaları ve zamandan tasarruf

etmeleri konusunda olduğunu saptamışlardır. Aynı çalışma sonucunda, kemoterapi alan kanser hastaları, iki kemoterapi tedavisi arasında kendilerini iyi hissetmek için sadece yedi günleri olduğunu, klasik bakım alırken zamanlarının çoğunu yolda sarf etmek zorunda kaldıklarını ve günün sonunda kendilerini çok yorgun hissettiklerini, tele sağlık yöntemiyle ise günde 10-20 dakikalık görüşmelerle kontrollerinin yapıldığını, sonra günlük yaşamlarına devam ettiklerini belirtmişlerdir (Sevean ve ark., 2008). Paivi ve arkadaşlarının (2009) yaptığı bir çalışmada, meme kanserli hastalara ameliyattan bir hafta sonra telefonla danışmanlık yapılmış ve bu hastaların telefon danışmanlığını yararlı, zamanında ve uygun buldukları belirlenmiştir. Aynı araştırma sonucunda, bu hastaların beden imajlarının telefon danışmanlığı yapılmayan gruptan anlamlı derecede daha iyi olduğu, gelecekle ilgili daha az kaygı yaşandığı, ameliyat sonrası komplikasyonların daha az görüldüğü ve yaşam kalitelerinin yükseldiği belirtilmiştir (Paivi ve ark., 2009). Hindistan ve arkadaşlarının (2014) telefonla danışmanlığın akciğer kanserli hastaların semptomlarına ve yaşam kalitesine etkisini araştırdıkları araştırma sonuçlarında, telefonla hemşirelik danışmanlığının semptomları azaltmada yararlı ve destekleyici etkilerinin olduğu ve yaşam kalitesini artırdığı belirtilmiştir.

Li ve arkadaşlarının (2014) kemoterapi tedavisi uygulanan kanser hastalarına önerilerde bulunmak ve destek sağlamak için yaptıkları araştırma sonuçlarında, uzman hemşireler tarafından yapılan telefon danışmanlığının olumlu yararlar sağladığı ve telefon ile takip sonrası bakımın bir parçası olarak hastalarla iletişim kurmanın maliyet etkin bir yöntem olması nedeni ile geniş çapta kullanılabileceği vurgulanmıştır. İraqi ve Ahmadi'nin (2016) yaptığı bir çalışmada, kolon kanseri olan kolostomili hastalara üç ay süresince telefonla danışmanlık yapılmış ve çalışma sonuçlarında, hemşirelerin telefonla yaptığı danışmanlığın hastaların yaşam kalitesini ve sağlığını olumlu yönde geliştirdiği belirlenmiştir.

Kanser hastalarına bakım veren hemşirelerin hastaneye yeniden yatırılma riski yüksek, durumu değişken ve karmaşık olan hastaların bakımlarını değerlendirebilmeleri ve yönetebilmeleri gereklidir (Sayın ve Kanan, 2007). Hemşire tarafından yapılan telefonla danışmanlık programları ile onkoloji hastalarının tedavi ve bakım sorumluluklarını alma yetenekleri artırılabilenekte, kemoterapiye bağlı gelişen semptomlar erken dönemde



saptanıp kontrol altına alınabilmekte, bu dönemin rahat geçirilmesi sağlanabilmekte, günlük yaşamdaki rollere uyum sağlamada yardımcı olunabilmekte ve destek gereksinimlerine erken yönlendirme yapılabilir (Hindistan ve Çilingir, 2012; Li ve ark., 2014; İraqi ve Ahmedi, 2016). Ayrıca bunlara ek olarak hastaların sorunlarıyla baş etmelerine, toplum içinde daha üretken olabilmelerine ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesine de yardımcı olunabilmektedir. Planlı, iyi organize edilmiş telefon görüşmeleri ile hastaların hastalıklarının yan etkilerinin kontrolüne yönelik tedavi ve bakımda kendi sorumluluklarını alabilmeleri, tedavi ve bakım süresince verilecek kararlara katılabilmeleri, öz-bakım gücü ve yaşam kalitelerinin yükseltilerek hastalığa, tedavi ve bakıma uyumlarının artırılması sağlanabilmektedir (Downe-Wamboldt, 2007; Hindistan ve Çilingir, 2012).

#### **2.4. Kanserli Hastalarda Telefonla Semptom Triyajı**

Triyaj Fransızca seçme/sınıflandırma anlamını taşıyan “Trier” sözcüğünden türetilmiştir. İlk kez, Fransız ordusunda yaralı askerlere “açık hastane” ortamı oluşturulmasında kullanılan triyaj, Amerika Birleşik Devleti (ABD) ordusunda ise savaş alanından uzaktaki destek hastanesine gönderilecek yaralı askerlerin seçme/ayırma işleminin yapıldığı merkezi tanımlamak için kullanılmıştır (Hickey ve Newton, 2012; Delaney, 2017). ABD’de 1960’lı yıllardan günümüze kadar telefon sağlık hizmetlerinin ve triyaj sürecinin ayrılmaz bir parçası haline gelmiş; 1990’lı yıllarda acil servis dışında, “bir hemşireye sor” uygulamasıyla sağlık kurumlarında telefon görüşmeleri ile hastaların izlem ve bakımı yönetilmiştir. O zamandan beri sağlık hizmeti arayanlar ile hemşire arasındaki telefon ilişkisi büyümeye ve gelişmeye devam etmiştir (Delaney, 2017).

Telefonla triyaj, sağlık sorunu olan bireylerin çağrılarının alındığı, değerlendirildiği ve tavsiyede bulunarak veya daha uygun bir hizmete yönlendirilerek yönetildiği bir süreç olup (Murdoch ve ark., 2014; Rowe, 2014), tele-sağlık hizmetlerinin bir parçası olarak görülmektedir (Mastal ve Levin, 2012; Delaney, 2017). Telefonla triyaj için literatürde bir çok terminoloji kullanılmaktadır. Tele-sağlık hizmeti, telefonla danışmanlık hizmeti, tele-hemşirelik, telefonla danışmanlık, telefonla triyaj gibi terimler bu hizmeti tanımlamak için kullanılmaktadır (Rowe, 2014). Bu uygulama ile gelişmiş ülkelerde, uzman hemşirelerin sorumluk aldığı özel şirketlere ait çağrı merkezleri, acil durumlarda,

hasta ve ailesine, tıbbi bilgi ve önerilerde bulunarak yardımcı olmaktadır (Hickey ve Newton, 2012; Eriksson ve ark., 2015; Evans ve ark., 2015).

Telefonla semptom triyaj uygulaması bireyin gerekli bakım aciliyetini değerlendirme, önerilerde bulunma, destek ve bilgi verme, uygun olan sağlık kuruluşuna yönlendirme ve sağlık kaynaklarını koordine etmeyi içermektedir (Murdoch ve ark., 2014; Eriksson ve ark., 2015; Evans ve ark., 2015; Desrochers ve ark., 2015). Telefonla semptom triyaj uygulamasının uluslararası düzeyde kullanımı giderek yaygınlaşmaya başlamıştır (Murdoch ve ark., 2014; Rowe, 2014). Bu uygulama Kanada, Amerika, İngiltere, Fransa, Avusturalya gibi ülkelerde onkoloji, acil servis, pediatri, gebe takibi gibi sağlık alanlarında kullanılmaktadır (Singh ve Warnock, 2013). Günümüzde kanser hastalarının bakımının son 20 yılda hastanede yatarak tedavi edilen konumdan ayakta tedavi edilen konuma geçmesi nedeniyle telefonla semptom triyajının önemi hızla artmış (Flannery, 2009; Towle, 2009) ve telefonla semptom triyaj uygulaması onkoloji hizmetlerinin ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir (Flannery ve ark., 2009; Towle, 2009; Singh ve Warnock, 2013).

Bir çok kanser hastası tedavisini poliklinik ortamında almakta, ancak hastalık ve tedaviye bağlı gelişen yan etkileri ev ortamında yönetmektedir (Stacey ve ark., 2012). Onkoloji hemşireleri kanserli hastaların sağlık sorunlarını ev ziyaretlerinde, ayakta tedavi aldığı birimlerde, kliniklerde karşılaştığında yüz yüze görüşmelerle ya da telefonla semptom triyajı uygulaması gibi çeşitli şekillerde değerlendirmektedirler. Telefonla semptom triyaj uygulaması ile danışmanlık verme onkoloji hemşireliğinde önemlidir (Gleason ve ark., 2013). Onkoloji hemşireleri telefonla semptom triyajı yaparak ve uzaktan destek sağlayarak kanserli hastaların hastalığa ve tedaviye bağlı gelişen semptomlarını ev ortamında güvenli bir şekilde yönetmesine yardımcı olmaktadır (Gleason ve ark., 2013).

Telefonla semptom triyajı, yeterli desteği olmayan (öz-bakım yetersizliği, bakım verenin yardım eksikliği ve/veya hastane, klinik ve kanser tedavi merkezlerine erişimi sınırlı olan vb.) ya da kanser ve tedavinin yan etkilerinin takip edilmesini isteyen kanser hastalarının bakımında ve gerekli kaynaklara yönlendirilmesinde sıklıkla kullanılmaktadır (Pierce, 2014). Telefonla yapılan semptom triyajı uygulamasında

hemşire, bireyin sağlık sorununu saptayıp gerekli kaynaklara yönlendirilmesini sağlamaktadır (Pazar ve ark., 2015). Hemşireler telefonla triyaj yaparken sorunların aciliyeti, acil tıbbi yardım gereksinimi, telefonla tıbbi ya da hemşirelik girişimlerine gereksinim gibi durumları belirleyerek, hastaları uygun kaynaklara yönlendirmektedir. Ayrıca hemşireler tıbbi ya da hemşirelik bakımı gerektirmeyen evde çözümlenebilecek problemleri değerlendirmekten de sorumludurlar. Telefonla yapılan semptom triyajı uygulamasında hemşireler doğrudan hemşirelik bakımı vermekten çok karar verme, yönlendirme ve koordinasyon yapmaktadırlar (Kaakinen ve ark., 2015). Hemşirelerin kanser ve tedaviye bağlı gelişen semptomları etkin bir şekilde yönetmesi, semptom şiddetini azaltmakta, yaşam kalitesini iyileştirmekte ve sağlık hizmeti kullanımını azaltmaktadır (Molassiotis, 2009; Stacey ve ark., 2016). Ayrıca bu uygulama ile hastaların uygun bakım ortamına erişimi, tedavi ve bakımın devamlılığı sağlanmakta, semptomların yönetilemez hale gelmesi önlenmekte, acil servislere ve kliniklere gereksiz ve masraflı yatışların azaltılması sağlanmaktadır (Flannery ve ark., 2009; Towle, 2009). Dolayısıyla telefonla semptom triyajı uygulaması ile hasta memnuniyeti de artmaktadır (Gleason ve ark., 2013; Delenay, 2017).

#### **2.4.1. Telefonla Triyaj Uygulamasının Tıbbi ve Yasal Boyutu**

Telefonla triyaj uygulamasının, güvenli bir şekilde uygulanabilmesi, tıbbi ve yasal risklerin önlenmesi açısından düzenli bir şekilde kayıt altına alınması gerekmektedir. Kayıt sistemi, arayanın tekrar geri araması veya dava açılması durumunda, aramanın gözden geçirilmesi açısından kaynak olarak işlev görmesi için kalıcı bir kayıt sağlamaktadır. Kayıt arayanın kendi ifadelerini içermeli ve ifadeler tırnak işaretleri içerisinde yazılmalıdır. Kayıt sistemi (elektronik/yazılı belge) arayanın adı ve hasta ile ilişkisini, arama tarih ve saatini, hastanın yaşadığı sorunu, bakımı ile ilgilenen bireyi, semptom/semptomların tanımını, başlangıcını ve süresini, ilişkili semptomları, tıbbi özgeçmişi, ilaç tedavilerini, verilen tavsiyeleri, izlenen protokolleri ve bakım için önerilen zaman dilimini, telefonla triyaj yapan kişinin adını, unvanını ve eğer iyileşme olmazsa tekrar arama için önerilen zaman dilimini içermelidir (Nauright ve ark., 1999; Briggs, 2012).

Telefonla triyaj uygulaması ve tavsiye verme ile ilgili tıbbi ve yasal riskleri önlemek için çeşitli yöntemler kullanılabilir. Uzmanlar onaylı veya denenmiş protokollerin kullanılmasının riski önemli ölçüde azalttığı belirtilmektedir. Protokoller bir bakım standardı oluşturmakta olup, hemşire bireyi göremediğinde veya ona dokunamadığında potansiyel olarak ciddi durumları tutarlı bir şekilde ele alacak bir mekanizma sağlamaktadır. Her ne kadar telefonla triyaj uygulaması veya telefonla tavsiye ile ilgili tüm tıbbi-yasal sorunların önlenebileceğine dair hiçbir garanti verilemese de, aşağıda belirtilen yönergelerin kullanılmasının sorunların önlenmesine yardımcı olabileceği bildirilmektedir (Nauright ve ark., 1999; Briggs, 2012):

- Standart bir bakım oluşturmak için tıbbi olarak onaylanmış protokoller kullanılmalıdır. Değişiklikler yazılı olarak yapılmadığı ve uygun tıbbi otorite tarafından onaylanmadığı sürece protokol dışına çıkılmamalıdır.
- Telefonla triyaj ekibi, telefon triyaj protokollerine, politikalarına ve prosedürlerine yönlendirilmeli ve telefonla karşılama teknikleri, zor hastalarla uğraşma ve kayıt sistemi konusunda eğitilmelidir.
- Arama ve verilen tavsiyeler kayıt altına alınmalıdır. Telefonla triyaj uygulamasından veya verilen tavsiyeden birkaç yıl sonra hemşirenin arayan kişiye uygun şekilde tavsiyede bulunmadığını iddia eden bir dava açılırsa, kayıt altına alınan belgeler protokollerin takip edildiğini ve uygun tavsiyenin verildiğini gösteriyorsa, hemşirenin daha savunulabilir bir pozisyonda yer aldığını belirtmektedir.
- Kayıt altına alınan belgelerin ve tavsiyelerin tutarlılık, doğruluk ve kalite açısından düzenli olarak gözden geçirilmesi için bir mekanizma geliştirilmelidir.
- Sonuçlar değerlendirilmelidir. Düzenli olarak memnuniyet anketi yapılmalıdır.
- Telefonla triyaj uygulaması, bakıma erişimi engellemek için değil, kolaylaştırmak için yapılmalıdır.
- Aramanın başlangıç aşamasında olumlu ve yardımcı bir ilişki kurulmalıdır.
- Arayanın anlayabileceği terimler kullanılmalıdır.
- Arayan birey, yaşadığı sorun, yeri, başlangıcı ve süresi hakkında kısaca açıklama yapmaya teşvik edilmelidir.
- Arayan bireye reçetesiz ilaç alınması önerilirken, uygun ilaçlar tavsiye edilmelidir. Hemşirenin ilaç önermesine ilişkin yasa ve yönetmelikler öğrenilmelidir.

- Arayan birey dikkatlice dinlenilmeli, hemen sonuç için hızlı karar verilmemelidir.
- Mümkünse doğrudan sorun yaşayan birey ile görüşülmelidir.
- Bir eylem planı belirlemeden önce sorun ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmelidir.
- Arayanın verilen tavsiyeyi kabul edip etmediği belirlenmelidir. Arayan bireye ne yapacağı mutlaka sorulmalıdır.
- Arayanlar, tavsiyeye katılmazlarsa veya durumları devam ederse veya kötüleşirse daha erken tıbbi yardım alma seçeneği sağlanmalıdır.
- Hemşireler, telefonla triyaj uygulamasını değerlendirme ve iletişim becerilerindeki yetkinliği artırmak için konferanslara, çalıştaylara ve sürekli eğitim seminerlerine katılmalıdır.

## **2.5. Kanserli Hastalarda Semptom Yönetimi, Yaşam Kalitesi ve Öz-Bakım Gücü**

Bu bölümde kanser hastalarında semptom yönetimi, yaşam kalitesi ve öz-bakım gücü ile ilişkili kavramlar açıklanmıştır.

### **2.5.1. Kanserli Hastalarda Semptom Yönetimi**

Kanserin görülme sıklığının artması ile sistemik kemoterapi uygulamasının komplikasyonlarını önleme, semptomları erken dönemde belirleme ve semptom kontrolü giderek daha fazla önem kazanmaktadır (Arslan ve Özdemir, 2015). Semptom yönetimi; onkoloji hastalarında bakımın temel amaçlarından birini oluşturmasının yanında, tedaviye bağlı gelişen semptomların oluşmasını engellemek ve/veya ortaya çıkan semptomları kontrol altına almak olarak tanımlanmaktadır (Karabulutlu, 2009).

Kanserin ilerlemesine veya uygulanan tedavi yöntemlerine bağlı olarak ortaya çıkan semptomlar morbiditeyi, tedavinin etkin bir şekilde sürdürülmesini ve yaşam kalitesini etkileyebileceği için (Yeşilbalkan, 2005; Tariman ve Szubski, 2015; Tarakçıoğlu-Çelik, 2016) kanserli hastaya bakım veren sağlık bakım profesyonellerinin ve özellikle hemşirelerin bu semptomları erken dönemde saptama, önleme ve kontrol etme sorumluluğu bulunmaktadır. Hemşireler hasta ve ailesinin kanser tanısı ve tedaviye bağlı gelişen yan etkiler ile baş etmelerinde önemli rol oynamaktadırlar (Yeşilbalkan, 2005; Tariman ve Szubski, 2015).

Semptom yönetimi, ancak semptomların değerlendirilmesi ile gerçekleşebilmektedir. Bu nedenle her türlü semptomun ayrıntılı olarak değerlendirilmesi gereklidir. Bir semptomun birden fazla nedeni olabilmektedir. Bazı semptomlar birden fazla etkene bağlı olabileceğinden bu etkenlerin tanımlanması gereklidir (Karabulutlu, 2009). Semptomların doğru şekilde değerlendirilmesi hastaların gereksiz acı çekmelerini önleyebileceği için, hayati önem taşımaktadır. Bu şekilde bireyin yaşam kalitesi de yükseltilebilmektedir (Erichsén, 2015). Bu nedenle hemşirenin kanser tedavisine devam eden hastalarda semptomları tam ve zamanında sistematik olarak değerlendirmesi; uygun tedavinin yapılabilmesini, hemşirelik girişimlerinin uygulanabilmesini ve hastaların kaliteli bir yaşam sürdürebilmesini sağlamaktadır (Yeşilbalkan, 2005).

Kanserli hastalarda semptom yönetimi hastanın fiziksel ve psikolojik semptomlarının giderilmesinde önem taşımaktadır. Kanserde yaygın semptomların hastalıkla ilişkisini, nedenlerini, prevalansını, sonuçlarını ve kontrol yöntemlerini bilmek hasta ve ailesini semptom kontrolünde cesaretlendirmektedir (Uğur, 2014). Kemoterapinin ortaya çıkardığı bulantı, kusma, yorgunluk ve ağrı gibi semptomlara yönelik hemşirelerin, baş etme stratejilerini bakıma yansıtmaları gerekmektedir (Bayram ve ark., 2014). Bu nedenle hemşirelik girişimlerinin yaşamsal olduğu ve kemoterapi nedeni ile ortaya çıkan semptomlar hafifletilmedikçe tedavisini sürdürmede istekli olan hasta sayısının da az olacağı bildirilmektedir (Yeşilbalkan, 2005; Hindistan ve ark., 2012). Hemşirelerin tüm bu semptomları izlemesinin, hasta ile birlikte karar vermesinin ve aileyi desteklemesinin tedaviye uyumu artırdığı ve yaşam kalitesini yükselttiği bilinmektedir (Bayram ve ark., 2014).

### **2.5.2. Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi**

Dünya Sağlık Örgütü'nün Yaşam Kalitesi Çalışma Grubu yaşam kalitesini "bireylerin; yaşadıkları kültür ve değer sistemleri içinde ve hedeflerine ilişkin, yaşamdaki kendi pozisyonlarına bakış açıları, beklentileri, standartları ve endişeleri" olarak tanımlamıştır (WHO, 2017). Yaşam kalitesi aile, iş yaşamı ve sosyo-ekonomik koşulları içermekle birlikte; bireyin hedefleri, beklentileri, umutları ve düşleri ile gerçekler arasındaki farklılığı yani bireyin günlük yaşamından aldığı doyum ve iyilik algısını da içermektedir (Heydarnejad ve ark., 2011; Üstündağ ve Demir-Zencirci, 2017). Tıp alanında yaşam

kalitesi hastalığın durumuna ve bu hastalığın tedavisine bağlı hastanın fiziksel, emosyonel ve sosyal iyilik halinin etkilenmesidir (Kutlu ve ark., 2011). Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, bir hastalık veya tedaviyle bağlantılı olan fiziksel sağlık ve semptomlar, genel sağlık, mental iyilik hali ve sosyal işlevselliği kapsayan çok boyutlu, dinamik ve öznel bir kavramdır (Gökçe, 2010; Yarbrow ve ark., 2011; Sunderam ve ark., 2016).

Kanserli hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirildiği araştırmalarda, fiziksel alan, psikolojik alan, sosyal ilişkiler alanı ve çevre alanı olmak üzere dört yaşam kalitesi alanından söz edilmektedir. Fiziksel alan, fonksiyonel yeterlilik, fiziksel hareket, yaşam aktiviteleri, iştah, yeme, uyku, cinsellik, zindelik, yorgunluk, ağrı, sağlık-hastalık algılaması, sağlıkta değişim ve tedavi ile ilgili durumları; Psikolojik alan, akıl sağlığı, yaşamdan doyum alma, yararlılık, beden imgesi, anksiyete, oto kontrol, dinlenme ve meşguliyet ile ilgili durumlar, bir işi tamamlama, yaşamın anlamı, mutluluk, sosyal izolasyon ve duygusal reaksiyonları; sosyal ilişkiler alanı, bireyin eşi, varsa çocukları ya da ebeveynleri ve yakın arkadaşları ile ilişkileri, sosyal etkinlikleri, başkalarından destek görme durumu, mahremiyet, çevresinde benimsenmesi, farklı organizasyonlara katılma, öğrenme durumu, kendi ve yaşamı algılama biçimi ve çalışma durumunu; çevre alanı, geleceğe ilişkin güven duygusu, barınma durumu, sağlık durumu, sağlık sigortası, iş güvencesi ve ev durumu bu alanda değerlendirilmektedir (Akdemir, 2011; Gelin ve Ulus, 2015; Lavdaniti ve ark., 2015). Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde, Hastalık Etki Ölçeği, Nottingham Sağlık Ölçeği, McMaster Sağlık İndeks Anketi, Tıbbi Sonuç Çalışması, Duke Sağlık Ölçeği, Esenlik İndeksi, Spritzer Yaşam Kalitesi İndeksi, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve FAGT-G Yaşam Kalitesi Ölçeği en sık kullanılan genel ölçeklerdir. Hastalığa özgü olarak, Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Anketi, Akciğer Kanseri Modülü, Pediatrik Astım Yaşam Kalitesi Anketi, McGill Ağrı Anketi , Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve Barthel Engellilik İndeksi kullanılmaktadır (Akdemir, 2011; Lavdaniti ve ark., 2015).

Kanser tanısı bireyler için çok travmatik bir yaşantı olarak ifade edilmektedir. Kanser tanısı konulması, olağan uyum mekanizmalarının tümünün sarsılması, yeterli biçimde kullanılmaması, geleceğe yönelik beklentilerin ve planların bozulması ve sahip olma

gücünün yitirilmesi anlamını taşımaktadır (Mansano-Schlosser ve Ceolim, 2012). Kanser bireylerin psikolojik, sosyal, ekonomik her türlü alanda yaşam dengelerini alt üst ederek (Çalışkan ve ark., 2015; Güneş ve Çalışır, 2016) sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumsuz etkileyebilmektedir (Çalışkan ve ark., 2015). Kanser hastalığının adının verdiği korku, gelecek kaygısı, hastalık sürecinde yaşanabileceklerin yarattığı stres ve tedaviye bağlı istenmeyen yan etkiler, hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini önemli derecede etkilemektedir (Güngörmüş ve Bulut-Erdem, 2014; Güneş ve Çalışır, 2016; Schular ve ark., 2016; Üstündağ ve Demir-Zencirci, 2017).

Kanser hastaları, hastalık sürecinden kaynaklanan semptomlar kadar kanser tedavisinde yaygın olarak kullanılan kemoterapinin yan etkileri olan ağrı, anoreksiya, kaşeksi, tat değişiklikleri, alopesi, bulantı, kusma, dehidratasyon, mukozit, yorgunluk, dispne, kemik iliği süpresyonu, depresyon, anksiyete gibi fiziksel ve emosyonel semptomları yoğun bir şekilde yaşamaktadırlar (Dehkordi ve ark., 2009; Pandey ve ark., 2015; Lorusso ve ark., 2017; Üstündağ ve Demir-Zencirci, 2017). Bu semptomlar bireyin günlük performanslarını, aktivitelerini, mesleki yaşamını, aile ve arkadaşlık ilişkilerini, cinsel yaşamlarını ve tedavi süreçlerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bunun yanında yaşanan semptomlar bireylerin fiziksel yeterliliklerini azaltarak, bağımlılık düzeylerini artırmakta, birey ve aileyi ekonomik olarak yıpratmakta ve yaşam kalitesini düşürmektedir (Dehkordi ve ark., 2009; Lerman ve ark., 2012; Breen ve ark., 2015; Lorusso ve ark., 2017; Üstündağ ve Demir-Zencirci, 2017).

Kanser ve kemoterapinin neden olduğu psikolojik, fizyolojik ve sosyal değişiklikler, bireylerin uzun yaşamasından ziyade kaliteli yaşamaları gerçeğini gündeme getirmiştir (Hindistan ve ark., 2014). Kanser tedavisinin yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi kanserin tedavisinin tüm aşamalarında önemlidir. Yaşam kalitesi kavramı tedavi edilen hastalarda en fazla çalışılan parametreler arasında yer almaktadır (Dehkordi ve ark., 2009).

Yaşam kalitesi sağlık profesyonelleri için önemli olmasının yanı sıra hemşireler için daha özel bir anlam taşımaktadır. Hemşirelerin hastaların yaşam kalitelerini değerlendirmeleri, onların gereksinimlerini belirleme, karar verme ve destekleyici rollerinde uygun eylemleri seçme ve hastaların yaşam kalitelerini iyileştirmeleri için



mümkün olan en iyi fırsatı sağlamaktadır. Bu nedenle, hemşirelerin kanser hastalarının yaşam kalitelerini nasıl değerlendirdiklerini belirlemek önemlidir (Bahrami ve Arbon, 2011). Kemoterapi uygulanan bireylerin yaşam kalitesinin nasıl etkilendiğinin bilinmesi, bu konuda hastalara destek verilmesi açısından da oldukça önem arz etmektedir (Gülcivan ve Topçu, 2017).

Kanserli hastalarda yaşam kalitesinin en üst düzeyde tutulması ve hastaların kendi tedavi ve bakımlarının sorumluluğunu alarak yaşamlarını sürdürmeleri çok önemlidir (Altıparmak ve ark., 2011). Kemoterapi uygulanma sürecinde ve sonrasında hastanın kapsamlı bir hemşirelik bakımına gereksinimi bulunmaktadır (Lerman ve ark., 2012; Schular ve ark., 2016). Yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik bakım unsurları; semptom kontrolü, ağrının giderilerek kişinin rahatlatılması ve psikososyal destek olarak sıralanabilir. Kemoterapiye bağlı görülen bulantı, kusma, yorgunluk ve ağrı gibi semptomlara yönelik hemşirelerin, baş etme stratejilerini bakıma yansıtmaları gerekmektedir. Hemşirelerin tüm bu semptomları izlemesinin, hasta ile birlikte karar vermesinin ve ailenin desteklenmesinin tedaviye uyumu artırdığı ve yaşam kalitesini yükselttiği bilinmektedir (Bayram ve ark., 2014; Gelin ve Ulus, 2015). Yaşam kalitesi yüksek olan bireyler, bağımsız bir şekilde yaşamlarını sürdürebilmekte, gereksinimlerini ve günlük yaşam aktivitelerini kendileri karşılayabilmektedir (Gülcivan ve Topçu, 2017). Ayrıca kemoterapinin olası yan etkileri ve bu yan etkileri yönetmeye ilişkin verilen eğitim sonucunda, hastaların yan etkileri yönetebildikleri, olumlu duygusal tutumlar geliştirebildikleri ve böylece öz-bakım gücü ve yaşam kalitesinin yükseldiği bildirilmektedir (Lerman ve ark., 2012; Akçay ve Gözüm, 2012).

### **2.5.3. Kanserli Hastalarda Öz-Bakım Gücü**

Öz-bakım kavramı Dorothea, E. Orem tarafından geliştirilerek ilk kez 1959 yılında yayınlanmıştır (Fawcett, 2006; Üstündağ ve Zengin, 2008). Öz-bakım; bireyin yaşamı, sağlığı ve iyilik durumunu korumak, sürdürmek ve geliştirmek için başlattığı ve gerçekleştirdiği etkinliklerdir (Fawcett, 2006; Altıparmak ve ark., 2011). Kanser ilişkili öz-bakım gücü, bireyin kanser ilişkili bilgiyi araştırarak ve uygulayarak yaşam tarzını sürdürmeye yönelik karar vermesi olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca, kanser tedavisinin yan etkileri ve bireyin durumundaki değişikliklerle başa çıkmak ve kanserin ilerlemesini

engellemek için sağlık davranışlarını gerçekleştirmekten oluşmaktadır (Yoshida ve Kanda, 2016). Kanser hastalığı ve tedavisi hastalarda fiziksel, psikolojik, ekonomik sorunlara ve sosyal izolasyonlara neden olmaktadır (Dehkordi, 2016). Kemoterapi ilişkili semptomlar hastanın yaşamına sınırlamalar getirerek, hayattan doyumla ulaşmalarına engel olmakta, bireylerin yaşam biçimini, öz-bakım gücünü ve günlük yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (Baena-Cañada ve ark., 2011; Akçay ve Gözüm, 2012; Kütük, 2016).

Kanserli hastalarda yaşam kalitesinin en üst düzeyde tutulması ve hastaların kendi tedavi ve bakımlarının sorumluluğunu alarak yaşamlarını sürdürmeleri büyük önem taşımaktadır (Altıparmak ve ark., 2011). Bireyin öz-bakım konusunda yeterli bilgisinin olmaması, sağlığının bozulması ve normal işlevlerini görememesi, öz-bakım becerilerini yitirmesi veya yetersiz düzeydeki öz-bakım alışkanlıkları bireyin kendi kendine yardım etmesine sınırlılıklar getirmektedir (Tuncay, 2010).

Ayaktan kemoterapi tedavisi uygulanan hastaların ev ortamında kendi bakım sorumluluğunu alması, kemoterapi ilişkili semptomlar ve beraberindeki psikolojik değişimlerle baş edebilmesi açısından öz-bakım gücü çok önemlidir (Yoshida ve Kanda, 2016). Kanser tanısı alan birey bilgi, beceri ve motivasyon kaybından dolayı tedavi edici öz-bakım gereksinimlerini karşılamada yetersiz olabilmektedir. Kendi öz-bakım rolleri ve sorumlulukları konusunda bilgisi olmayan bireylerin, kendi olumsuz sağlık alışkanlıklarını anlamaları ve öz-bakım yeteneklerinin yeterliliğini tahmin etmeleri beklenmemektedir. Bu nedenle hastanın eğitiminin uygun ve istendik öz-bakım davranışlarına yönelik yapılması ve öz-bakım eylemlerini yerine getiremeyen bireylere yardım edilmesi gerekmektedir. Hemşireler gerekli öz-bakım aktivitelerini planlayarak, bu aktiviteleri tamamen ya da kısmen destekleyerek veya rehberlik ederek bireysel sağlığı korumak ve geliştirmekten sorumludurlar (Fawcett, 2006; Alligood ve Tomey, 2010; Pektekin, 2013).

Hemşirenin hasta ve ailesini sağlık ekibinin bir üyesi olarak kabul etmesi, hastanın psikolojik ve sosyal uyumuna yardımcı olması ve her hastaya yeterli zaman ayırarak hastanın öz bakım gücünü artırmayı hedeflemesi önerilmektedir. Hemşirenin hasta bakımında öncelikle hastanın mevcut durumunu değerlendirmesi ve hastanın

sınırlılıklarını bilmesi gerekmektedir. Bunun için hastanın performansını doğru saptayacak şekilde veri toplanması, hasta gereksinimlerinin hastalarla birlikte belirlenmesi ve bu konuda eğitimler planlanması gerektiği bildirilmektedir (Altıparmak ve ark., 2011). Hemşirelerin, en önemli rollerinden biri olan eğitici rolleri ile bireylere gerekli olan öz bakım yeteneklerini ve öz bakım gücünü artırmada yardım edecek destek ve bilgiyi sağlamaları önemli görünmektedir. Hemşireler, bireylere verdikleri eğitim ile bireylerin bilerek ya da bilmeyerek uyguladıkları olumsuz sağlık alışkanlıklarının veya davranışlarının olumlu sağlık alışkanlıklarına dönüşmesini sağlayabilmektedirler (Breen ve ark., 2015).

## **2.6. Kanıt Temelli Semptom Triyaj Protokolleri**

Telefonla semptom triyajı uygulamasında sorunların çözümünde kanıt temelli semptom triyaj protokolleri kullanılmakta ve hastalar alanında uzman hemşireler tarafından yönlendirilmektedir (Gleason ve ark., 2013; Kaakinen ve ark., 2015). Onkoloji hemşireleri kanser hastalarına uzaktan destek sağlayarak semptomun değerlendirilmesi, triyaj yapılması ve semptom yönetimine rehberlik eden bu protokolleri kullanmaktadır (Stacey ve ark., 2015). Literatürde telefonla yapılan semptom triyajı uygulamasında hastaları yönlendirmek ve klinik karar vermeyi geliştirmek için kanıt temelli protokollerin kullanılması gerektiği vurgulanmaktadır (Singh ve Warnock, 2013; Gleason ve ark., 2013; Kaakinen ve ark., 2015; Stacey ve ark., 2015). Bu protokoller, konuya ilişkin literatürün sistematik olarak incelendiği, kanıt düzeyinin yanı sıra bu kanıtların uygulama alanındaki yararlarını ve olası zararlarını da belirten bir yapıya sahip olup, bilginin doğru olarak kullanılmasına olanak sağlamaktadır. Onkoloji hemşirelerinin de bakım uygulamaları sırasında verecekleri kararların doğru ve güvenilir olması için kanıtlara gereksinimleri bulunmaktadır (Rodgers ve ark., 2014).

Kanıt temelli triyaj protokolleri belirli bir semptomun standart bir şekilde değerlendirilmesi ve uygun bakım düzeyine göre yönetilmesinde hemşirelere yol göstermektedir (Stacey ve ark., 2007; Gleason ve ark., 2013). Kanıt temelli semptom triyaj protokolleri tutarlı bir şekilde yüksek standartta bakımın sürdürülmesine ve hemşirelerin hukuki sorumluluktan korunmasına yardımcı olmaktadır. Protokoller olası ya da gerçek zararı önlemek için sorumluluğu artırmak ve bireylerin dava açma riskini

en aza indirmek için kullanılmaktadır (Macartney ve ark., 2012; Stacey ve ark., 2015). Stacey ve arkadaşları (2012) kemoterapi tedavisi uygulanan hastalar ile yaptıkları çalışmada, hemşirelerin hastaların yaşadığı semptomları uzaktan telefon ile değerlendirmeleri, triyaj yapmaları ve semptomların bireysel yönetimine rehberlik etmeleri için kanıt temelli protokol kullanımının etkin ve sürdürülebilir bir yaklaşım olduğunu belirtmişlerdir.

Kanıt temelli semptom triyaj protokollerinin mevcut olan en iyi kanıtlara dayandırılması, ayrıca tutarlı ve kullanıcı için kolay erişilebilir kaynaklar olması önerilmektedir (Rowe, 2014). Stacey ve arkadaşları (2012)'nin "Kanser Tedavisi Uygulanan Hastalar için Uzaktan Semptom Yönetim Rehberleri" protokolü doğrultusunda telefonla triyaj yapan hemşireler ile yaptıkları araştırma sonucunda, onkoloji hemşirelerinden gelen geribildirimlerde; protokolün kolay/anlaşılır olduğu, protokolde gereken bilginin bulunduğu, uygun terimler kullanıldığı ve öz-bakım uygulamalarını eksiksiz bir şekilde içerdiği belirtilmiştir (Stacey ve COSTARS, 2012).

Uzaktan bakım hizmetlerinde; hastanın güvenliği, hasta merkezli bakım ve kaliteli hizmet sunumu göz önüne alındığında, onkoloji hemşirelerinin kanserli bireyler için güvenli, tutarlı ve etkin bakımı sağlamak için kanıt temelli semptom protokollerinin etkin bir şekilde nasıl uygulanacağını bilmeleri gereklidir (Stacey ve ark., 2012). Bununla birlikte onkoloji hemşirelerinin eleştirel düşünmek ve kanıta dayalı karar verebilmek için kanıt temelli protokolleri kullanabilecek deneyiminin olması; eğitim, danışmanlık ve kişilerarası ilişkiler gibi uzmanlığa ve tele sağlık teknolojilerini kullanabilen bilgi ve becerilere sahip olması önemlidir (Stacey ve ark., 2014). Hemşirelerin özel görüşme ve yüz yüze görüşmede düşünülmeyen değişkenleri tanılama yeteneğinin olması gereklidir. Bu nedenle telefonla triyaj yapan bir hemşire, hastaya en iyi şekilde yararlı olmak için protokollerle birlikte hızlı karar vermeli ve deneyimlerini kullanmalıdır. Ayrıca hemşirelerin çok iyi iletişim yeteneklerinin olması, hızlı ve kesin düşünebilmeleri, arayan kişilere açıkça ifade edebilmeleri, arayan kişilerin gereksinimlerini tam olarak anlayabilmek için aktif dinleme yeteneklerinin olması, terapötik cevap verebilmeleri, yasal uygulamalar, öz-bakım önerileri ve stres içinde olan

hastaya emosyonel destek verme konularında da bilgi ve becerilerinin olması gereklidir (Kaakinen ve ark., 2015).

İnsanların bilgilerini, düşüncelerini özgürce paylaşabildikleri ve günümüzde en çok kullanılan iletişim aracı olan telefon, kanserli hastalarda tele triyaj yöntemi olarak uygulanmaktadır (Gleason ve ark., 2013). Böylece sağlık bakımına gereksinimi olan kanserli hastaların onkoloji hemşiresine telefonla ulaşmaları, “Kanser Tedavisi Uygulanan Hastalar için Uzaktan Yönetim Rehberleri” protokolüne göre telefonla semptom triyajı yapılarak gerekli kaynaklara yönlendirilmeleri, tıbbi ya da hemşirelik bakımı gerektirmeyen sorunların da aynı protokol doğrultusunda kanıt temelli öneriler sunularak evde çözümlenebilmesi sağlanabilmektedir (Stacey ve ark., 2012; Stacey ve ark., 2015).

Kanserli hastalarda yaşam kalitesinin en üst düzeyde tutulması ve hastaların kendi tedavi ve bakımlarının sorumluluğunu alarak yaşamlarını sürdürmeleri büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle hastaların yaşam kalitesi ve öz bakım gücü düzeyinin belirlenmesi oldukça önemlidir (Altıparmak ve ark., 2011). Araştırmamızın telefonla yapılan semptom triyaj uygulaması ile kanser hastalarının hastalık, tedavi ve tedavi yan etkileri konusunda bilinçlenmelerinde, bilgi gereksinimleri ve baş etmeleri konusunda desteklenmelerinde, kanserli hastaların gereksinim duyduklarında onkoloji hemşiresine telefonla ekonomik şekilde ulaşmalarında, gereksinimlerine yönelik kanıt temelli protokoller doğrultusunda yönlendirilmelerinde yararlı olabileceği öngörülmektedir. Ayrıca gerekli durumlarda hastaların sağlık kuruluşlarına başvurmalarında, sağlık sisteminden daha fazla yararlanmalarında, hastalığa ve tedaviye bağlı semptomların evde telefon desteği ile yönetilmesinde, öz-bakım ve yaşam kalitesinin artırılmasında hasta ve ailelerine olumlu katkılar sağlayabileceği düşünülmektedir.

### 3. GEREÇ ve YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma randomize kontrollü deneysel bir çalışmadır. Bu araştırma [clinicaltrials.gov.tr](http://clinicaltrials.gov.tr)'ye kaydedilmiştir (Trial number: NCT04162717, Turkey).

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Araştırma Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji Polikliniği ve Gündüz Kemoterapi Ünitesi'nde yapılmıştır. Tıbbi Onkoloji Polikliniği'nde kanser hastalarının takip, tedavi ve eğitiminden bir Profesör, bir Doçent, bir Uzman Doktor, üç Araştırma Görevlisi ve iki Onkoloji Eğitim Hemşiresi sorumludur. Onkoloji Eğitim Hemşireleri hastaların gereksinimleri doğrultusunda, kanser tedavisinde kullanılan ilaçlar, semptom yönetimi ve günlük yaşam aktivitelerine yönelik eğitim vermektedir. Onkoloji Eğitim Hemşireleri tarafından hastalara uygulanan kemoterapi tedavisinin yan etkilerine yönelik tanı aldıkları ilk dönemde, kemoterapi ilaçlarında herhangi bir değişiklik olması durumunda veya hastanın isteği doğrultusunda 30-45 dakika eğitim verilmekte, semptom triyaj protokolüne göre semptom triyajına yönelik bir uygulama yapılmamaktadır. Poliklinik hafta içi 08<sup>00</sup> – 17<sup>00</sup> saatleri arasında hizmet vermektedir.

Gündüz Kemoterapi Ünitesi'nde Sorumlu Hemşire ile birlikte toplam dokuz Hemşire çalışmaktadır. Üniteye bulunan koltuk sayısı 45'tir. Üniteye 08<sup>30</sup>-16<sup>30</sup> saatleri arasında kemoterapi tedavisi uygulanmaktadır. Araştırmanın yürütülmesinde Ek 1'de verilen zaman akış çizelgesi dikkate alınmıştır.

#### 3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, ayaktan tedavi uygulanmak üzere Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji Polikliniği'ne ve Gündüz Kemoterapi Ünitesi'ne gelen kanserli hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji Polikliniği'ne ve Gündüz Kemoterapi Ünitesi'ne ayaktan tedavi için başvuran, örnekleme dahil edilme kriterlerine uyan kanserli hastalar alınmıştır. Tıbbi Onkoloji Polikliniği'ne 2015 yılında başvuran hasta sayısı 34.907; aynı yıl içerisinde yeni tanı konulan hasta sayısı 887; Gündüz Kemoterapi Ünitesi'ne ayaktan tedavi için başvuran hasta sayısı 11.205'dir.

### 3.3.1. Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması

Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında araştırmanın gücünün ve tip 1 hata parametrelerinin belirlenmesi gerekmektedir. Çalışmaların genel olarak en az %80 güce sahip olması gereklidir (Cozby ve Bates, 2012). Bu çalışmada güç %80 olarak kabul edilmiştir. Tip 1 hata, iki uygulama arasında gerçekte fark yokken, araştırma sırasında fark bulmak olarak tanımlanmakta ve p değeri tip 1 hata olasılığını belirtmektedir. Genel olarak %5'in altında ( $p < 0.05$ ) p değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmektedir. Bu çalışmada tip 1 hata oranı %5 olarak belirlenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı bir farkın aynı zamanda klinik olarak da bir anlam ifade edip etmediğini gösteren ölçüt etki büyüklüğüdür. Klinik çalışmalarda etki büyüklüğü değerinin  $\geq 0.5$  olması önerilmektedir (Taşdelen ve Kanık, 2009).

Örneklem büyüklüğü PS Power and Sample Size Calculation (version 3) ve Danielsoper istatistik programı kullanılarak hesaplanmıştır. Örneklem büyüklüğünün hesaplanması için önceki benzer çalışmalardan elde edilen girişim ve kontrol gruplarının ortalama ve standart sapma düzeylerinin bilinmesi gerekmektedir (Cozby ve Bates, 2012). Bu çalışmada örneklem büyüklüğü hesaplaması yapılırken, araştırmaya en yakın çalışma olan Kearney ve arkadaşlarının (2009) çalışması ve bu çalışmada kullanılan Kemoterapi Semptom Değerlendirme Ölçeği (Chemotherapy Symptom Assessment Scale [C-SAS]) temel alınarak hesaplama yapılmış, çalışmanın etki büyüklüğü 0.53 olarak bulunmuştur. Örneklem büyüklüğü için çalışmalardan elde edilen etki büyüklüklerinin yanı sıra %80 güç, 0.05 hata payı alınarak yapılan hesaplama sonucunda çalışmamız için girişim ve kontrol gruplarının her biri için örneklem sayısı 0.53 etki büyüklüğüne göre 40 hasta olarak bulunmuştur (<http://www.danielsoper.com.tr>, Erişim tarihi: 16 Mayıs 2016; <http://powerandsamplesize.com.tr>, Erişim tarihi: 16 Mayıs 2016). Bu ölçeğin kullanıldığı başka bir araştırma bulunmadığı için 0.75-0.80 etki büyüklüğüne göre hesaplama yapılmıştır. Ayrıca örneklem büyüklüğü hesaplanırken kayıpların olabileceği düşünülerek %10 artışla (Cozby ve Bates, 2012) 45 girişim grubu ve 45 kontrol grubu olmak üzere toplam sistemik tedavi uygulanan 90 kanserli hastanın alınması planlanmıştır. Araştırmanın uygulama aşamasında, Ağustos 2018 tarihinden itibaren ilk kez kanser tanısı konulan ve ilk kür kemoterapi tedavisini almış olan hastalar değerlendirilmiş, ancak bir yıllık süre içerisinde hedeflenen örneklem sayısına

ulaşılamamıştır. Değerlendirilen hastalardan araştırma kapsamına alınma kriterlerine uyanların tamamı araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmanın uygulaması Ağustos 2018- Temmuz 2019 tarihleri arasında 33 hasta girişim grubu, 32 hasta kontrol grubu olmak üzere toplam 65 hasta ile tamamlanmıştır. (Şekil 3.1). Veri toplama süreci tamamlandıktan sonra analizde bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisini belirlemek için eta-kare ( $\eta^2$ ) etki büyüklüğü katsayıları hesaplanmıştır. Cohen (1988)'e göre  $\eta^2$ :

- Küçük: 0.01
- Orta: 0.05
- Büyük: 0.13

Etki büyüklüğünün  $\eta^2$ : 0.45 hesaplanması etki büyüklüğünün çok büyük olduğunu ifade etmektedir (Cohen, 1988). İstatistiksel güç analizi sonucunda  $\alpha=0.05$  anlamlılık düzeyinde araştırmanın gücü %99, etki büyüklüğü 0.02- 0.11 aralığında bulunmuştur (Tablo 3.1).

**Tablo 3.1.** Ölçeklerin güç analizi ve etki büyüklüğü sonuçları

Ölçekler	Güç Analizi Sonuçları*	Etki Büyüklüğü**
<b>Kemoterapi Semptom Değerlendirme Ölçeği</b>	0.99	0.02
<b>Öz-Bakım Gücü Ölçeği</b>	0.99	0.06
<b>FACT-G Yaşam Kalitesi Ölçeği</b>	0.99	0.11
✚ Bedeni Durum	0.99	0.10
✚ Sosyal Yaşam ve Aile Durumu	0.99	0.07
✚ Duygusal Durum	0.99	0.07
✚ Faaliyet Durumu	0.99	0.06

\*Power analizi post-hoc statistical power calculator kullanılarak hesaplanmıştır (<https://www.danielsoper.com/statcalc/calculator.aspx?id=49>)

\*\*Etki büyüklüğü, Calculator for ANOVA ile değerlendirilmiştir (<https://www.danielsoper.com/statcalc/calculator.aspx?id=48>).



### 3.3.2. Araştırma Örneklemine Özellikleri

Araştırma örnekleminin özellikleri ve izlemde çıkarılma kriterleri Tablo 3.2’de yer almaktadır.

**Tablo 3.2.** Araştırma örnekleminin özellikleri

<b>Araştırma Kapsamına Dahil Edilme Kriterleri</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ayaktan tedavi uygulanmak üzere Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji Polikliniği’ne ve Gündüz Kemoterapi Ünitesi’ne gelen</li><li>• İlk kez kanser tanısı konulan<sup>1</sup></li><li>• Tanısını bilen ve/veya sözel olarak ifade edebilen</li><li>• Bir kür kemoterapi tedavisi uygulanmış olan</li><li>• İntravenöz kemoterapi tedavisi uygulanan</li><li>• 21-28 günde bir kemoterapi tedavisi uygulanan</li><li>• 18-65 yaş arasında olan (yaşlılığa bağlı gelişebilecek fiziksel, psikolojik, fonksiyonel sorunlarla karışmaması için)</li><li>• Soruları fiziksel, bilişsel veya ruhsal olarak yanıtlayabilmesinde bir engeli olmayan</li><li>• Yatağa bağımlı olmayan</li><li>• Mobil telefon kullanabilen</li><li>• Okuma yazma bilen</li><li>• Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardır.</li></ul>
<b>Araştırma Kapsamına Dahil Edilmeme Kriterleri</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• 7 veya 14 günde bir kemoterapi tedavisi uygulanan hastalardır.</li></ul>
<b>İzlemde Çıkarılma Kriterleri</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Araştırmadan ayrılmak isteyen</li><li>• En az üç telefon görüşmesi yapılamayan</li><li>• Genel durumu bozulan (metastaza bağlı bilişsel durum bozukluğu olan ve/veya iki aydan uzun süre hastanede yatan) hastalardır.</li></ul>

<sup>1</sup>Hasta dosya bilgisine göre değerlendirilecektir.

### 3.4. Randomizasyon

Girişim ve kontrol grubunun araştırma başlangıcında nasıl ayrılacağına tamamen tesadüf olarak belirlenmesi yöntemi randomizasyon yöntemi olarak tanımlanmaktadır (Nahcivan, 2015). Girişim ve kontrol gruplarında eşit sayıda örneklem sağlamak ve etkinliği incelenecek değişkenler dışında diğer tüm etkenler açısından her iki grubun benzer olmasını sağlamak amacıyla randomizasyon yapılmaktadır. Randomizasyon yöntemi olarak iki grupta eşit sayıda örneklem sağlamak amacı ile “basit randomizasyon

yöntemi” seçilmiştir. Örneklemin girişim ve kontrol grubu olarak randomize edilme süreci bilgisayar ortamında <http://www.randomizer.org/> web sitesi kullanılarak yapılmıştır ([http://www.randomizer.org](http://www.randomizer.org/), Erişim tarihi: 25 Mayıs 2016). Bilgisayar ortamında program kullanılarak hazırlanan randomizasyon listesine göre girişim ve kontrol grupları belirlenmiştir. Randomizasyon işleminde araştırma kapsamına alınma kriterlerini taşıyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastaların, hangi gruba (girişim/kontrol grubuna) dahil edileceğini bilmemesi ile tek körleme sağlanmıştır. Araştırma kapsamına alınma kriterlerine uyan hastalar ilgili gruplara alınmıştır. Kemoterapi ünitesine haftada üç gün gidilmiş ve randomizasyon listesindeki sıraya göre hastalar gruplara dahil edilmiştir. Randomizasyon listesi Ek 2’de yer almaktadır. CONSORT şemasından yararlanılarak hazırlanan uygulama akış şeması Şekil 3.1’de bulunmaktadır.

**Ayaktan Tedavi Almak Üzere Tıbbi Onkoloji Polikliniğine  
ve Gündüz Kemoterapi Ünitesine Gelen Hastalar  
(n= 166)**

Dahil edilmeyen (n=96)

- Katılmayı kabul etmeyen (n=7)
- Dahil edilme kriterlerini karşılamayan (n=89)
  - + 65 yaş ve üzerinde olan:52
  - + Yedi günde bir kemoterapi tedavisi uygulanan:22
  - + Üç kür kemoterapi tedavisi uygulanan:9
  - + Daha önce kanser tanısı alan:2
  - + Tanısını bilmeyen:2
  - + Okuma-yazma bilmeyen:2

**RANDOMİZASYON**

(n =70)

**GİRİŞİM (n=35)**

**KONTROL (n=35)**

Seçim

İzlem

Analiz

Girişim grubuna dahil edilen (n:35)  
Girişimi tamamlayan (n:33)  
İzlemde çıkarılan (n:2)  
**Nedeni:**  
3 kez telefonla aramaya cevap vermeyen:2

Kontrol grubuna dahil edilen (n:35)  
Kontrolü tamamlayan (n:32)  
İzlemde çıkarılan (n:3)  
**Nedeni:**  
Exitus:3

Analiz edildi (n:33)  
Analizden çıkarıldı (n:0)

Analiz edildi (n:32)  
Analizden çıkarıldı (n:0)

Şekil 3.1. CONSORT Şeması

Randomizasyon yöntemi ile girişim ve kontrol grubuna dahil edilen hastalar arasında sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin fark olup olmadığı değerlendirilmiştir. Randomizasyon sonrası girişim ve kontrol grubundaki bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 3.3'te, hastalık ile ilgili özelliklerine göre dağılımları Tablo 3.4'te verilmektedir. Yapılan analizler sonucunda girişim ve kontrol grubu hastaların sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özellikleri yönünden eşlik eden hastalık ( $p=0.031$ ) dışında istatistiksel olarak benzer olduğu ( $p>0.05$ ), hastaların girişim ve kontrol grubuna homojen olarak dağıldığı saptanmıştır (Tablo 3.3 ve Tablo 3.4). Kanser Tedavisi Uygulanan Hastalar İçin Uzaktan Semptom Yönetim Rehberleri'nde kemoterapi ilişkili semptomların, diğer hastalıklara bağlı gelişen semptomlardan ayırt edilebilmesine ilişkin açıklamalar yer almaktadır. Bu nedenle eşlik eden hastalıklarda gruplar arası farklılık olması sorun olarak görülmemiştir.

**Tablo 3.3.** Girişim ve kontrol grubundaki hastaların sosyo-demografik özellikleri

Tanımlayıcı özellikler		Girişim Grubu (n:33)		Kontrol Grubu (n:32)		Toplam		$\chi^2$	p
		n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet	Kadın	24	68.5	25	71.4	49	70.0	0.068	0.794
	Erkek	11	31.5	10	28.6	11	30.0		
Yaş	Yaş Ortalaması $\bar{X} \pm SS$	49.49 $\pm$ 10.02		48.54 $\pm$ 12.31		49.01 $\pm$ 11.15		t= -0.350	0.726
Medeni Durum	Evli	30	85.7	28	80.0	58	82.8	0.402	0.525
	Bekar	5	14.3	7	20.0	12	17.2		
Eğitim Durumu	İlköğretim	20	57.1	15	42.8	35	50.0	3.016	0.221
	Lise	10	28.6	9	25.7	19	27.2		
	Üniversite ve üzeri	5	14.3	11	31.5	16	22.8		
Meslek	Memur veya İşçi	9	25.8	10	28.6	19	27.3	2.832	0.418
	Serbest meslek	7	20.0	10	28.6	17	24.2		
	Emekli	7	20.0	9	25.7	16	22.8		
	Ev hanımı	12	34.2	6	17.1	18	25.7		
Yaşadığı Yer	İl	17	48.6	20	57.2	37	52.8	0.516	0.472
	İlçe	18	51.4	15	42.8	33	47.2		

$\chi^2$ : Ki-kare testi

Girişim grubundaki hastaların yaş ortalaması 49.49 $\pm$ 10.02 ve kontrol grubundaki hastaların yaş ortalaması 48.54 $\pm$ 12.31'dir. Girişim grubundaki hastaların %68.5'inin kadın, %85.7'sinin evli, %57.1'inin ilköğretim, %34.2'sinin ev hanımı olduğu ve %51.4'ünün ilçede yaşadığı belirlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların ise %71.4'ünün kadın; %80'inin evli, %42.8'inin ilköğretim, %28.6'sının memur veya işçi,

%28.6'sının serbest meslek sahibi olduğu ve %57.2'sinin ilde yaşadığı saptanmıştır (Tablo 3.3).

**Tablo 3.4.** Girişim ve kontrol grubundaki hastaların hastalığa ilişkin özellikleri

Tanımlayıcı Özellikler		Girişim Grubu (n:33)		Kontrol Grubu (n:32)		Toplam		$\chi^2$	p
		n	%	n	%	n	%		
Tanı	Meme kanseri	15	42.8	15	42.8	30	42.8	6.0478	0.7351
	Akciğer kanseri	6	17.2	8	22.8	14	20.0		
	Kolo-rektal kanserler	6	17.2	2	5.8	8	11.5		
	Over kanseri	4	11.4	3	8.6	7	10.0		
	Diğer*	4	11.4	6	20.0	10	15.7		
Tanı Süresi (Ay) (Ön Test)	Ortalama $\bar{X} \pm SS$	2.29±1.27		1.97±1.12		2.13±1.20		t= -1.091	0.277
Tanı Süresi (Ay) (Son Test)	Ortalama $\bar{X} \pm SS$	5.29±1.27		4.91±1.22		5.10±1.25		t= -1.25	0.217
Metastaz Durumu	Var**	17	48.6	19	54.2	36	51.5	0.228	0.632
	Yok	18	51.4	16	45.8	34	48.5		
Eşlik Eden Hastalık	Var	13	37.2	22	62.8	35	50.0	4.628	0.031
	Yok	22	62.8	13	37.2	35	50.0		
	Kardiyovasküler sistem hastalıkları	6	46.2	7	31.8	13	37.2	24.554	0.318
	Nörolojik sistem hastalıkları	2	15.4	4	18.2	6	17.2		
	Endokrin sistem hastalıkları	2	15.4	3	13.6	5	14.2		
	Diğer***	3	23.0	8	36.4	11	31.4		
	Var	35	100.0	34	97.2	69	98.6		
Yok	0	0.0	1	12.8	1	1.4			
Bakımına Yardımcı Olanların Varlığı	Aile	14	40.0	17	50.1	31	44.9	4.277	0.233
	Eş	16	45.7	8	23.5	24	34.8		
	Çocuklar	4	11.4	8	23.5	12	17.4		
	Diğer****	1	2.9	1	2.9	2	2.9		
	Sağlık Kuruluşuna Gitme Durumu	Evet	13	39.4	16	50.0	29		
Hayır	20	60.6	16	50.0	36	55.4			
Sağlık Kuruluşuna Gitme Sayısı	Acil servis	11	84.6	13	81.2	24	82.8	0.811	0.604
	Diğer*****	2	15.4	3	18.8	5	17.2		
Sağlık Kuruluşuna Gitme Sayısı	Ortalama $\bar{X} \pm SS$	2.08±1.44		1.94±0.85		2.00±1.13		t= -0.320	0.748

$\chi^2$ : Ki-kare testi

\*Diğer kanser türleri: Girişim grubunda mide kanseri (n:2), endometrium kanseri (n:1), pankreas kanseri (n:1); kontrol grubunda endometrium kanseri (n:3), mide kanseri (n:1), pankreas kanseri (n:1), dermoplastik yuvarlak hücreli tümör (n:1)'dir.

\*\*Metastaz olan bölgeler: Girişim grubunda lenf nodu, böbrek, karaciğer, dalak, kemik; kontrol grubunda ise lenf nodu, karaciğer, kemik, beyin, periton boşluğu, safra kesesi, larenks, incebarsak, periton boşluğu, mediastinum bölgeleridir.

\*\*\*Eşlik eden diğer hastalıklar: Solunum sistemi hastalıkları (n:2), romatolojik sistem hastalıkları (n:2), üriner sistem hastalıkları (n:2), sindirim sistemi hastalıkları (n:2), dermatolojik hastalıklar (n:2) ve glukom (n:1)'dir.

\*\*\*\*Bakımına yardımcı olan diğer bireyler girişim grubunda bakıcı (n:1); kontrol grubunda arkadaş (n:1)'tir.

\*\*\*\*\*Acil servis dışında diğer sağlık kuruluşlarına gitme durumu girişim grubunda aile hekimliği (n:2), göz polikliniği (n:1); kontrol grubunda aile hekimliği (n:3)'dir.

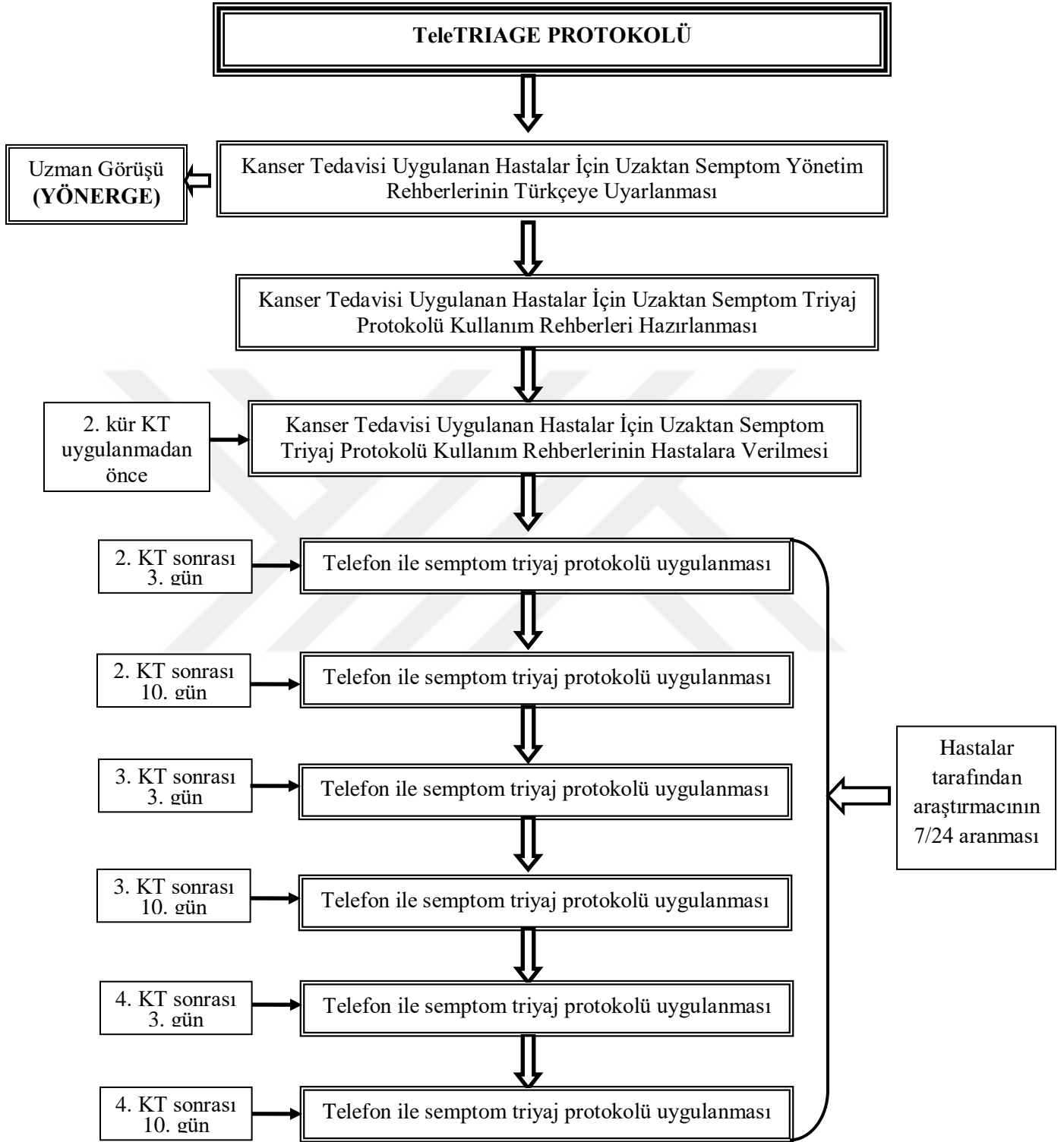
Tablo 3.4'te araştırma kapsamına alınan hastaların hastalık ile ilgili özellikleri incelendiğinde, girişim grubuna alınan hastaların %42.8'inin meme kanseri, %17.2'sinin akciğer kanseri, %17.2'sinin kolo-rektal kanseri ve %48.6'sının metastazı olduğu görülmektedir. Tanı süresinin ortalaması ön testte  $2.29 \pm 1.27$ ; son testte  $5.29 \pm 1.27$ 'dir. Girişim grubuna alınan hastaların %37.2'sinin eşlik eden bir kronik hastalığı olup %46.2'sinde kardiyovasküler sistem hastalığı olduğu belirlenmiştir. Hastaların %100'ünün bakımına yardımcı olan yakınlarının olduğu, bakımı ile ilgilenenlerin %45.7'sinin eşleri, %40'ının ailesi olduğu görülmektedir. Girişim grubuna alınan hastaların %39.4'ünün sistemik tedaviye bağlı yaşadığı sorunlar nedeniyle sağlık kuruluşuna gittiği ve %84.6'sının acil servise başvurduğu tespit edilmiştir. Ayrıca sağlık kuruluşuna gitme sayısı ortalama  $2.08 \pm 1.44$ 'tür. Kontrol grubuna alınan hastaların %42.8'inin meme kanseri, %22.8'inin akciğer kanseri, %5.8'inin kolo-rektal kanseri ve %54.2'sinin metastazı olduğu görülmektedir. Tanı süresinin ortalaması ön-testte  $1.97 \pm 1.12$ ; son-testte  $4.91 \pm 1.22$ 'dir. Kontrol grubuna alınan hastaların %62.8'inin eşlik eden bir kronik hastalığı olup %31.8'inde kardiyovasküler sistem hastalığı olduğu belirlenmiştir. Hastaların %97.2'sinin bakımına yardımcı olan yakınlarının olduğu, bakımı ile ilgilenenlerin %50.1'inin ailesi, %23.5'inin eşleri ve çocukları olduğu görülmektedir. Kontrol grubuna alınan hastaların %50'sinin sistemik tedaviye bağlı yaşadığı sorunlar nedeniyle sağlık kuruluşuna gittiği ve %81.2'sinin acil servise başvurduğu saptanmıştır. Ayrıca sağlık kuruluşuna gitme sayısı ortalama  $1.94 \pm 0.85$ 'dir.

Araştırma kapsamına alınan girişim grubundaki hastaların tedavi protokolleri incelendiğinde, Siklofosfamid+Adriamisin (n=9), Taxol+Karboplatin (n= 8), Xelox (n=7), Siklofosfamid+Adriamisin+Fluorourasil (n=3), Docetaxel+Herceptin (n=2), Sisplatin+Etoposid (n=2), Sisplatin+Pemetrekset (n=1), Siklofosfamid+Docetaxel (n=1), FOLFOX (n=1) ve FOLFURİNOX (n=1) tedavilerini aldıkları tespit edilmiştir. Kontrol grubundaki hastalar incelendiğinde, Taxol+Karboplatin (n=11), Siklofosfamid+Adriamisin (n=10), Xelox (n=5), Sisplatin+Etoposid (n=3), Siklofosfamid+Adriamisin+Fluorourasil (n=2), Adriamisin (n=1), Docetaxel+Herceptin (n=1), Bleomisin+Etoposid+Sisplatin (n=1) ve FOLFURİNOX (n=1) tedavilerini aldıkları belirlenmiştir.

### **3.5. Kanser Tedavisi Uygulanan Hastalar İçin Uzaktan Semptom Yönetim**

#### **Rehberlerinin Türkçeye Uyarlanması**

Araştırmanın girişim protokolü kapsamında araştırma sürecinde araştırmacı tarafından kullanılacak olan “Kanser Tedavisi Uygulanan Hastalar için Uzaktan Semptom Yönetim Rehberleri” Protokolü’nün Türkçeye uyarlanmasına yönelik çalışmalar yapılmıştır. Protokolün Türkçe versiyonunun oluşturulmasından ve uzman görüşlerinin alınmasından sonra, hastaların kullanımı için protokol doğrultusunda “Semptom Triyaj Protokolü Kullanım Rehberi” hazırlanmıştır. Araştırmamızda kısa ismi TeleTRIAGE olan bir protokol izlenmiştir. TeleTRIAGE protokolü kapsamında Şekil 3.2’de yer alan uygulamalar yapılmıştır.



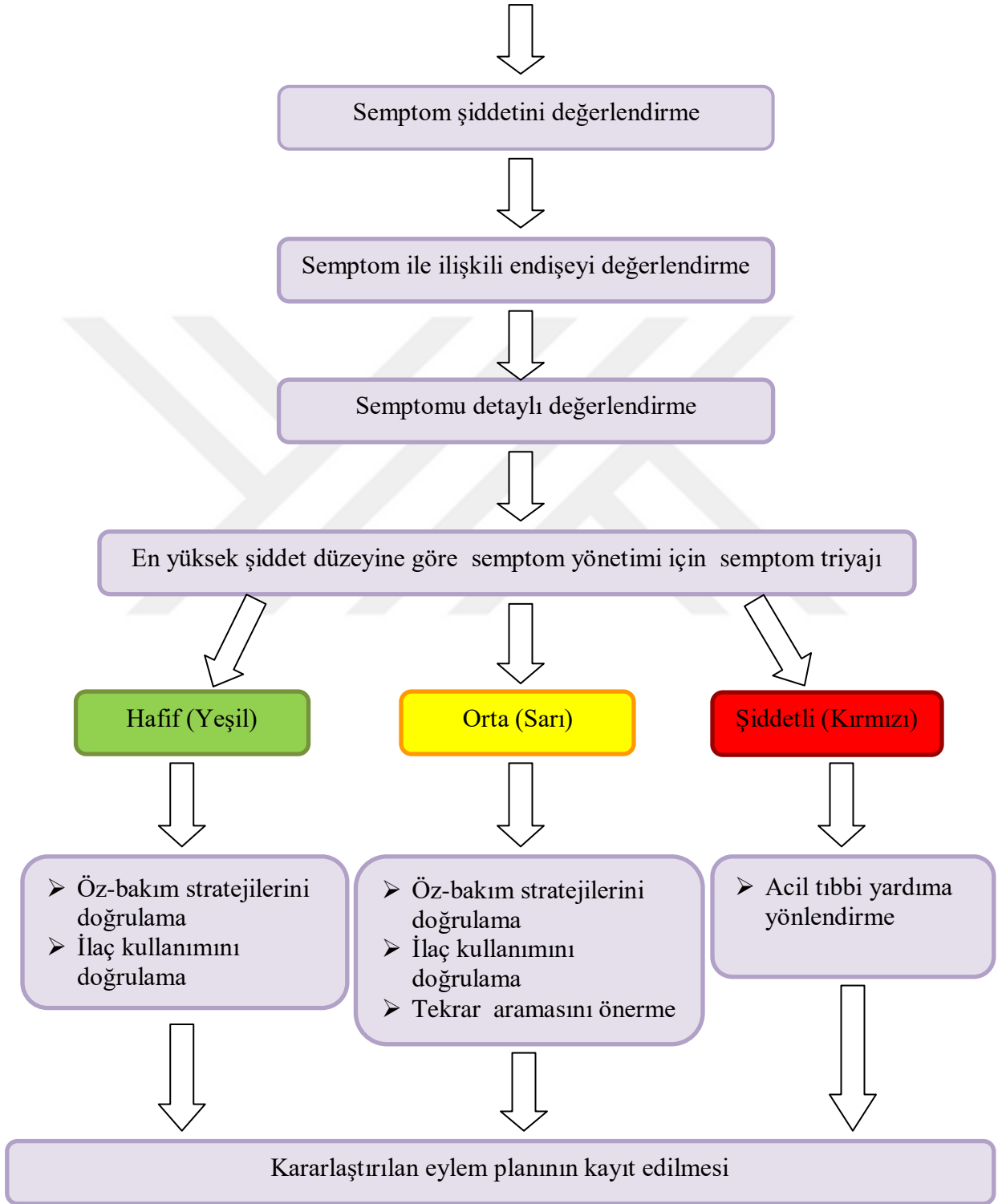
Şekil 3.2. TeleTRIAGE Protokolü şeması



### **3.5.1. Kanser Tedavisi Uygulanan Hastalar İçin Uzaktan Semptom Yönetim Rehberlerinin Türkçeye Uyarlanması**

Kanser Tedavisi Uygulanan Hastalar için Uzaktan Semptom Yönetim Rehberleri (Remote Symptom Practice for Adults on Cancer Treatments Guides) (EK 3) Kanada'da 2008 yılında kurulan Kanada Onkoloji Semptom Triyaj ve Uzaktan Destek Ekibi (Pan-Canadian Oncology Symptom Triage and Remote Support Team [COSTaRS]) tarafından, tedavi gören kanserli hastaların semptom yönetiminde kullanılmak üzere oluşturulmuştur. Rehberler 2008-2012 yılları arasında beş yıl içinde yayınlanmış sistematik derlemeler incelenerek oluşturulmuş ve 2013 yılında yayınlanmıştır. İlk yayınlanan yönetim rehberi içinde 13 semptom (anksiyete, iştahsızlık, kanama, nefes darlığı/dispne, konstipasyon, depresyon, diyare, yorgunluk/halsizlik, ateş/febril nötropeni, ağız yaraları/stomatit, bulantı ve kusma, periferik nöropati ve cilt sorunları) yer almıştır (Stacey ve ark., 2013). Protokol 2015-2016 yılları arasında güncellenmiş, ağrı ve uyku sorunlarına yönelik semptom yönetim rehberleri de eklenerek toplam semptom yönetim rehber sayısı 15'e çıkartılmıştır. Kanser Tedavisi Uygulanan Hastalar için Uzaktan Semptom Yönetim Rehberlerine göre semptom yönetimi için semptom triyajı Şekil 3.3.'te belirtilmiştir (Stacey for the COSTaRS Team, 2016).

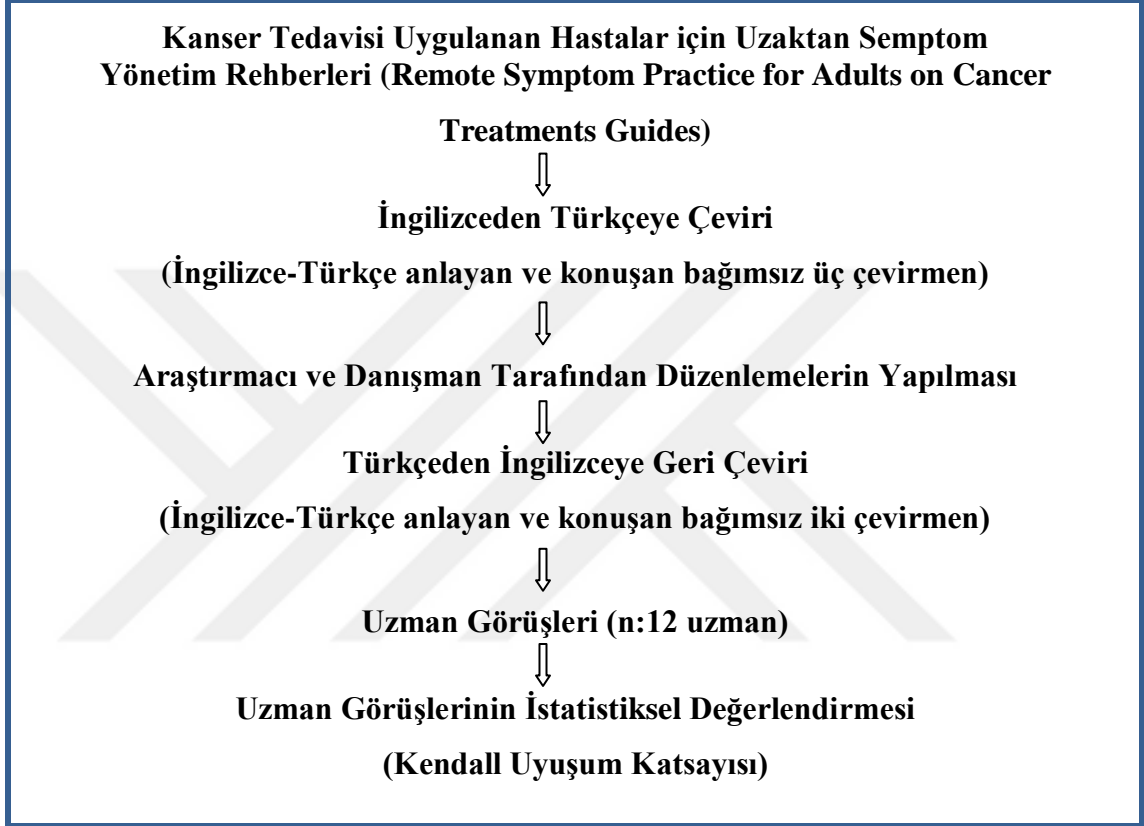
## Kanser Tedavisi Uygulanan Hastalar İçin Uzaktan Semptom Yönetim Rehberleri



Şekil 3.3. Semptom triyaj şeması

Kanser Tedavisi Uygulanan Hastalar için Uzaktan Semptom Yönetim Rehberlerinin Türkçeye uyarlama aşamaları Tablo 3.5'te yer almaktadır.

**Tablo 3.5.** Kanser tedavisi uygulanan hastalar için Uzaktan Semptom Yönetim Rehberlerinin Türkçeye uyarlama aşamaları



Kanser Tedavisi Uygulanan Hastalar için Uzaktan Semptom Yönetim Rehberlerinin Türkçeye uyarlama aşamasında çevirisi beş uzman tarafından yapılmıştır. Çevirmenlerin listesi Tablo 3.6'da yer almaktadır.

**Tablo 3.6.** Çevirmenlerin listesi

<b>İngilizce'den Türkçe'ye çeviri</b>
➤ Yeminli Mütercim Tercüman Zehra KAYA
➤ Yeminli Mütercim Tercüman Niyazi GÜRGEN
➤ Yeminli Mütercim Tercüman İsmet MİNDAŞ
<b>Türkçe'den İngilizce'ye çeviri</b>
➤ Yeminli Mütercim Tercüman Niyazi DEMİREL
➤ Yeminli Mütercim Tercüman Funda KAPUZUĞLU NARİN

Kanser Tedavisi Uygulanan Hastalar için Uzaktan Semptom Yönetim Rehberlerinin Türkçe versiyonu (EK 4) oluşturulduktan sonra, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Öğretim Üyeleri (2), Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyeleri (6) ve Onkoloji Hemşirelerinden (4) oluşan uzmanlardan uzman görüşü alınmıştır. Bu süreçte protokolün İngilizce versiyonu, Türkçe versiyonu ve protokolün uzmanlar tarafından değerlendirilmesi için araştırmacı tarafından hazırlanan yönerge gönderilmiştir. Yönerge protokolda yer alan, 5 bölümden oluşan 15 semptomun 0'dan (=hiç uygun değil) 10'a kadar (=çok uygun) puanlandırılabilabileceği şekilde hazırlanmıştır. Protokolün Türkçe versiyonunu değerlendiren uzmanların listesi Tablo 3.7'de yer almaktadır.

**Tablo 3.7.** Protokolün Türkçe versiyonunu değerlendiren uzmanların listesi

### **Kanser Tedavisi Uygulanan Hastalar için Uzaktan Semptom Yönetim Rehberlerinin Türkçe versiyonu için görüş veren uzmanlar**

- Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Sebahat GÖZÜM
- Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Zeynep ÖZER
- Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Özlem ER
- Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Hasan Şenol COŞKUN
- İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Gülbeyaz CAN
- Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Sabire YURTSEVER
- Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Dr. Öğr. Üyesi Fatma ARIKAN
- Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Dr. Öğr. Üyesi Sevcan ATAY TURAN
- Onkoloji Hemşireliği Derneği Üyesi Uzman Hemşire Fatma GÜNDOĞDU
- Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Gündüz Kemoterapi Ünitesi Sorumlusu Uzman Hemşire Keziban ÖZCAN
- Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji Eğitim Hemşiresi Aysel TEKELİ
- Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji Eğitim Hemşiresi Yasemin KONDAK

Kanser Tedavisi Uygulanan Hastalar için Uzaktan Semptom Yönetim Rehberlerinin Türkçe versiyonunun uzman değerlendirmesi için, araştırmacı tarafından yönerge (EK 5) hazırlanmıştır. Uzmanların her bir maddenin ölçme derecesini 10 puan üzerinden belirtmeleri istenmiştir. İstatistiksel değerlendirmeler ve uzmanlardan gelen öneriler doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılmış ve öneriler doğrultusunda protokol ön uygulamaya hazır hale getirilmiştir. Öneriler doğrultusunda yapılan düzeltmeler aşağıda yer almaktadır:

- Protokolün çevirisine ilişkin gelen öneriler doğrultusunda okunabilir ve anlaşılır olması açısından bazı kelimelerde ve cümlelerde düzeltmeler yapılmıştır.
- “Febril nötropenin tıbbi tanı olması nedeniyle semptom olarak yazılmaması gerektiği” ve ateş olarak ifade edilebilir” şeklindeki öneri doğrultusunda protokolün Türkçe versiyonunda semptom “Ateş/Febril Nötropeni” olarak ifade edilmiştir.
- Öneriler doğrultusunda protokolün yazım ve imla düzeltmeleri yapılmıştır.
- Öneriler doğrultusunda hastanın kullandığı ilaçlar bölümüne Türkçe ilaç isimleri yazılmıştır.

Kanser Tedavisi Uygulanan Hastalar için Uzaktan Semptom Yönetim Rehberlerinin Türkçe versiyonu için uzman değerlendirme sonuçları Tablo 3.8’de yer almaktadır.

**Tablo 3.8.** Yönerge doğrultusunda uzmanların protokolü değerlendirme sonuçları

Semptomlar	Minimum	Maximum	Ortalama	Standart Sapma
Anksiyete	8.00	10.00	9.33	0.88
İştahsızlık	6.00	10.00	9.25	1.13
Kanama	7.00	10.00	9.00	1.41
Nefes Darlığı / Dispne	7.00	10.00	9.50	1.00
Kabızlık	7.00	10.00	9.50	1.00
Depresyon	8.00	10.00	9.33	0.77
İshal	8.00	10.00	9.58	0.79
Halsizlik / Yorgunluk	8.00	10.00	9.41	0.90
Ateş / Febril Nötropeni	2.00	10.00	9.00	2.25
Ağız Yaraları / Stomatit	8.00	10.00	9.41	0.90
Bulantı & Kusma	8.00	10.00	9.58	0.79
Ağrı	8.00	10.00	9.75	0.62
Periferik Nöropati	8.00	10.00	9.58	0.79
Radyasyona Bağlı Cilt Sorunları	8.00	10.00	9.85	0.79
Uyku Sorunları	8.00	10.00	9.66	0.77
Genel Değerlendirme Formu	7.00	10.00	9.50	1.00

**Tablo 3.9.** Protokolün Türkçe versiyonunun uzman görüşlerinin değerlendirmesinin test istatistiği

<b>N</b>	12
<b>Wa</b>	0.135
<b>SS</b>	15
<b>p</b>	0.060

Alınan uzman görüşleri doğrultusunda yapılan ifade değişikliklerinin ardından Kendall Uyuşum Katsayısı (Wa) (Kendal coefficient of Concordance) korelasyon testi uygulanmıştır. Protokolün uygulanabilirliği ve anlaşılabilirliği konusunda 12 uzman görüşü istatistiksel olarak birbiriyle uyumlu bulunmuştur (Kendall's Wa= 0.135, SS= 15, p= 0.060) (Tablo 3.9).

### **3.5.2. Kanser Tedavisi Uygulanan Hastalar İçin Semptom Triyaj Protokolü Kullanım Rehberinin Hazırlanması**

Kanser Tedavisi Uygulanan Hastalar İçin Semptom Triyaj Protokolü Kullanım Rehberinin Türkçe versiyonu doğrultusunda araştırmacı tarafından kısa bir rehber hazırlanmıştır. Kanser Tedavisi Uygulanan Hastalar için Semptom Triyaj Protokolü Kullanım Rehberi (EK 6), Kanser Tedavisi Uygulanan Hastalar için Uzaktan Semptom Yönetim Rehberlerinde yer alan her bir semptom için telefonla semptom triyajı uygulaması sırasında sorulacak olan sorulardan oluşmaktadır. Bu rehberin hazırlanma amacı, hastalar tarafından triyaj sorularının daha kolay anlaşılmasına, hastaların yaşadığı semptomlar ile bireysel baş etmelerine ve araştırmacı tarafından hastaların etkin bir şekilde yönlendirilmesine yardımcı olmaktır. Semptom Triyaj Protokolü Kullanım Rehberi'ne danışman ve tez izlem komitesi öğretim üyelerinin görüşleri ve ön uygulamadan sonra son şekli verilmiştir.

### **3.6. Araştırmanın Ölçüm Araçları**

Araştırmanın ölçüm araçları olarak Tablo 3.10'da belirtilen formlar kullanılmıştır. Araştırma örnekleme alınacak hastalara sözlü bilgi verilip, kabul eden bireylerin bilgilendirilmiş onamları alınmıştır (Girişim grubu bilgilendirilmiş onam formu-EK 7 ve kontrol grubu bilgilendirilmiş onam formu-EK 8).

**Tablo 3.10.** Araştırmanın ölçüm araçları

Araştırmanın Ölçüm Araçları	Uygulama Grupları	Girişim Grubu		Kontrol Grubu	
		Ön Test	Son Test	Ön Test	Son Test
Kişisel Bilgi Formu		√	√	√	√
Kemoterapi Semptom Değerlendirme Ölçeği		√	√	√	√
FACT-G (Versiyon 4) Yaşam Kalitesi Ölçeği		√	√	√	√
Öz-Bakım Gücü Ölçeği		√	√	√	√

### 3.6.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu (ön test-EK 9 ve son test-EK 10) literatüre dayanarak (Kearney ve ark., 2009; McCANN ve ark., 2009; Kimman ve ark., 2011; Hindistan ve Çilingir, 2012; Bruera ve ark., 2013; Chan ve İsmail, 2014; Hindistan, 2015; Öğüt-Düzen ve Korkmaz, 2015) araştırmacı tarafından hazırlanan, hastaların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek/iş ve yaşadığı yerle ilgili sosyo-demografik özelliklerini içeren altı soru; tanı, tanı süresi, metastaz durumu, uygulanan kemoterapi kürü, kanser dışında bir hastalığın varlığı, bakımına yardımcı olanların varlığı ve telefon ile görüşme yapmasına engel olabilecek neden/nedenlerin varlığı (bu soru sadece girişim grubuna sorulmuştur) gibi hastalıkla ilgili özellikleri içeren yedi soru olmak üzere toplam 13 sorudan oluşan bilgi formudur. Kontrol ve girişim grubuna alınacak olan hastalara ön testte tüm kişisel bilgi formu, son testte ise kişisel bilgi formunun son üç aylık süre içinde kemoterapiye bağlı sorunlar nedeniyle rutin kontroller ve tedaviler dışında herhangi bir sağlık kuruluşuna gitme durumu, sağlık kuruluşuna kaç kez gittiği, hangi sağlık kuruluşuna gittiği ve gitme nedeni ile ilgili hastalık özelliklerini içeren dört sorudan oluşan hastalıkla ilgili özellikler bölümü tekrar uygulanmıştır. Kişisel bilgi formunda son testte girişim grubuna, kontrol grubundan farklı olarak telefon ile görüşme yapmasına engel olan neden/nedenlerin varlığı, telefon ile yönlendirme uygulamasından memnun kalma durumu ve telefon ile yönlendirme uygulamasına ilişkin görüş ve öneriler ile ilgili sorular sorulmuştur.

### 3.6.2. Kemoterapi Semptom Değerlendirme Ölçeği

Kemoterapi Semptom Değerlendirme Ölçeği (Chemotherapy Symptom Assessment Scale [C-SAS]) (EK 11), Brown ve arkadaşları tarafından (2001) İngiltere’de geliştirilmiştir. Ölçek kemoterapi alan kanserli hastalarda görülen 24 kemoterapi semptomunu ölçmeyi amaçlamaktadır. Ölçeğin kapsamında alt ölçekleri bulunmamakta, her bir semptom ayrı ayrı değerlendirilmektedir. C-SAS üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde semptomların sıklığı; ikinci bölümde şiddeti ve üçüncü bölümde rahatsızlık derecesi yer almaktadır. Semptomların sıklığı, evet/ hayır şeklinde; şiddeti, üçlü likert (hafif:1, orta:2, şiddetli:3), rahatsızlık derecesi ise dördümlük likert tipi (hiç:0, biraz:1, oldukça fazla:2, çok fazla:3) bölümler şeklinde sorulmaktadır. Ölçekte toplam puan için en yüksek ve en düşük puanlar hesaplanmamakta; her semptom (madde) ayrı ayrı değerlendirildiği için aritmetik ortalama yerine medyan değerleri hesaplanmaktadır. Ölçeğin test-tekrar test şeklindeki güvenilirlik analizinde “Ağırlıklı Kappa” birinci bölüm (semptomların sıklığı) için  $0.61 \pm 0.17$ ; ikinci bölüm (semptomların şiddeti) için  $0.60 \pm 0.23$ ; üçüncü bölüm (semptomların rahatsızlık derecesi) için  $0.56 \pm 0.23$  olarak bulunmuştur (Brown ve ark., 2001). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Aslan ve arkadaşları (2006) tarafından yapılmış olup, güvenilirlik analizi sonuçlarına göre ölçeğin Cronbach alfa değerleri birinci bölüm (semptomların sıklığı) için 0.67; ikinci bölüm (semptomların şiddeti) için 0.80; üçüncü bölüm (semptomların rahatsızlık derecesi) için 0.82 olarak saptanmıştır. Bizim araştırmamızda ölçeğin Cronbach alfa değeri ön test için 0.76; son test için 0.82 olarak bulunmuştur.

### 3.6.3. FACT-G (Versiyon 4) Yaşam Kalitesi Ölçeği

Amerika Birleşik Devletleri’nde merkezi Evanston/Illinois’de olan “Center on Outcomes, Research and Education Northwestern Healthcare” tarafından geliştirilen ve malign hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirildiği Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) ölçekleri birçok farklı dile çevrilmiştir. Functional Assessment of Cancer Therapy - General (FACT-G) (versiyon 4) Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK 12) 135 hasta ile geliştirilmiş ve daha sonra 630 hastada ölçeğin geçerliği yapılmıştır. Ölçek 50’den fazla dile çevrilmiş ve kültürlerarası karşılaştırmalarda kullanılmıştır (<http://www.facit.org>, Erişim Tarihi: 25 Mayıs 2016).



Ölçek maddeleri son bir haftayı değerlendiren cümleler içermektedir. Toplam 27 maddeden oluşan ölçekte yanıtlar için 5'li likert tipi skala (0: hiç, 1: çok az, 2: biraz, 3: oldukça, 4: çok fazla) kullanılmaktadır. Toplam puan 0-108 arasındadır. FACT-G ile bedeni durum, sosyal yaşam ve aile durumu, duygusal durum ve faaliyet durumu olmak üzere yaşam kalitesinin dört boyutu değerlendirmektedir. Bunlar (<http://www.facit.org>, Erişim Tarihi: 25 Mayıs 2016):

1. Bedeni durum; hastanın son bir hafta içindeki fiziksel sağlığını değerlendiren bu alt boyut yedi maddeden oluşmaktadır. Tüm maddelere verilen yanıtlar ters kodlandıktan sonra alt boyut toplam puanı elde edilmektedir. Toplam puanın yüksek olması fiziksel sağlığın yüksek algılandığını göstermektedir.

2. Sosyal yaşam ve aile durumu; hastanın son bir hafta içindeki sosyal yaşam ve aile durumunu değerlendiren bu alt boyut yedi maddeden oluşmaktadır. Tüm yanıtlar toplanarak alt boyut toplam puanı elde edilmektedir. Toplam puanın yüksek olması sosyal yaşamın ve aile durumunun yüksek algılandığını göstermektedir.

3. Duygusal durum; hastanın son bir hafta içindeki duygusal durumunu değerlendiren bu alt boyut altı maddeden oluşmaktadır. Alt boyutta yer alan bir, üç, dört, beş ve altıncı maddelere verilen yanıtlar ters çevrilerek kodlandıktan sonra alt boyut toplam puanı elde edilmektedir. Toplam puanın yüksek olması duygusal durumun yüksek algılandığını göstermektedir.

4. Faaliyet durumu; hastanın son bir hafta içindeki günlük faaliyetlerini değerlendiren bu alt boyut 7 maddeden oluşmaktadır. Tüm yanıtlar toplanarak alt boyut toplam puanı elde edilmektedir. Toplam puanın yüksek olması günlük faaliyetlerini daha çok yerine getirdiğini göstermektedir.

Ölçek ülkemizde FACT-G (versiyon 4) Yaşam Kalitesi Ölçeği olarak kullanılmaktadır. Ölçeği cevaplandırma süresi ortalama 5-10 dakikadır (<http://www.facit.org>, Erişim Tarihi: 25 Mayıs 2016). Kurt ve Savaşer (2013)'in kanserli adölesanlarla yaptığı çalışma sonuçlarında ölçeğin Cronbach alfa değeri toplamda 0.89; bedeni durum boyutu için 0.87; sosyal yaşam ve aile durumu boyutu için 0.91; duygusal durum boyutu için 0.84 ve

faaliyet durumu boyutu için 0.74 olarak saptanmıştır. Bizim araştırmamızda ise ölçeğin Cronbach alfa değeri ön testte toplamda 0.86, bedeni durum boyutu için 0.83, sosyal yaşam ve aile durumu boyutu için 0.66, duygusal durum boyutu için 0.74 ve faaliyet durumu boyutu için 0.70 iken; son testte toplamda 0.82, bedeni durum boyutu için 0.89, sosyal yaşam ve aile durumu boyutu için 0.70, duygusal durum boyutu için 0.81 ve faaliyet durumu boyutu için 0.80 olarak bulunmuştur.

#### **3.6.4. Öz-Bakım Gücü Ölçeği**

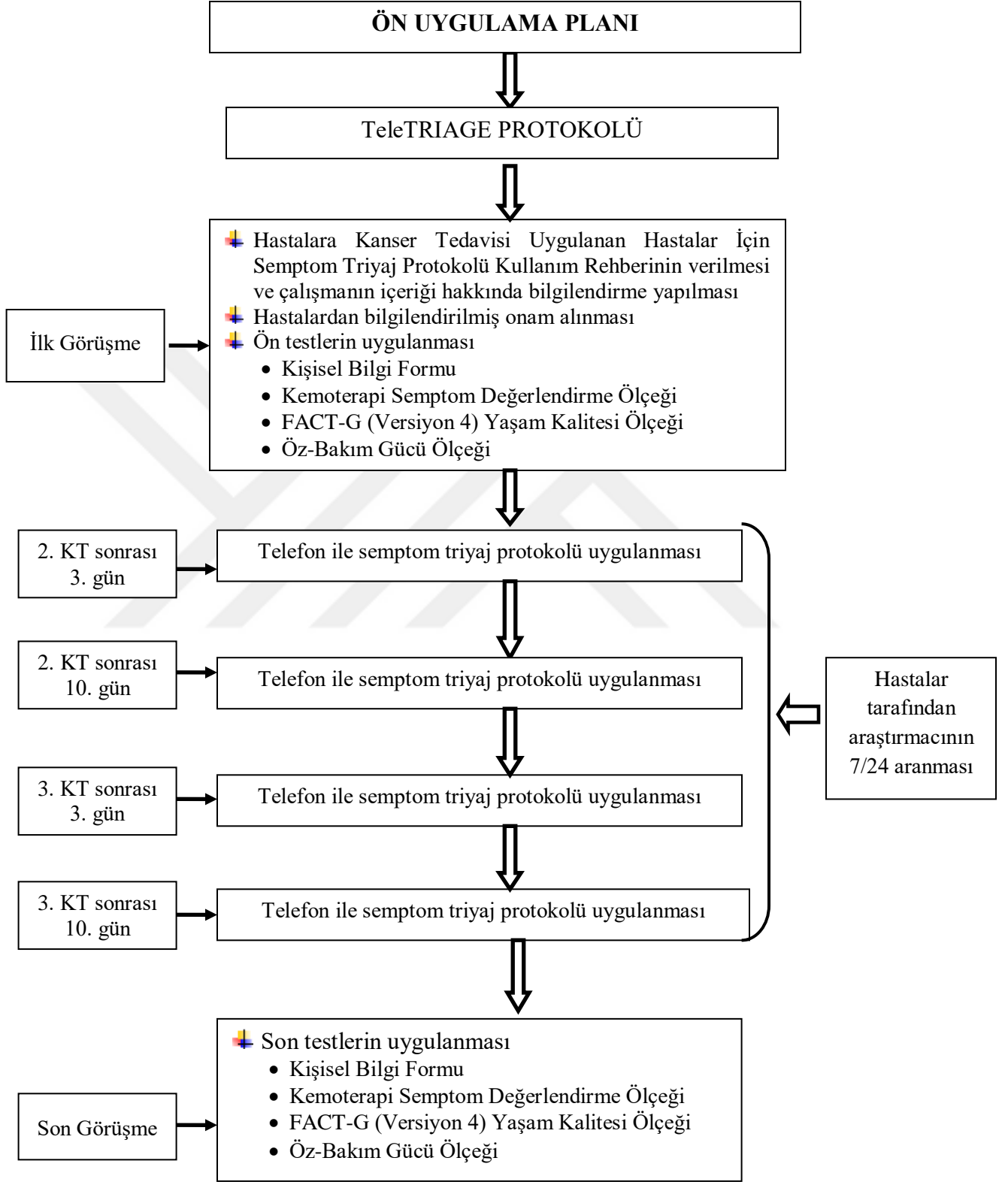
Araştırmamızda, Semptom Triyaj Protokolünde öz-bakım stratejilerinin yer alması nedeniyle öz-bakımın düzeylerinin değerlendirilmesi planlanmıştır. İnsanların kendi kendilerine bakma yeteneklerini ya da güçlerini ölçmek amacıyla, Kearney ve Fleicher (1979) tarafından geliştirilen Öz-Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ) (EK 13) 35 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte her bir madde 0'dan 4'e kadar 5'li likert tip ölçek üzerinden değerlendirilmekte; "beni hiç tanımlamıyor" yanıtına 0 puan, "beni pek tanımlamıyor" yanıtına 1 puan, "fikrim yok" yanıtına 2 puan, "beni biraz tanımlıyor" yanıtına 3 puan, "beni çok tanımlıyor" yanıtına 4 puan verilmektedir. Ölçekte sekiz ifade (3, 6, 9, 13, 19, 22, 26, 31) negatif olarak değerlendirilmekte ve puanlama tersine dönmektedir. En düşük puan 35, en yüksek puan 140'tır Öz Bakım Gücü Ölçeği uygulandıktan sonra elde edilen puan sonuçlarına göre; 24-64 puan kötü, 65-100 puan orta, 101-112 puan iyi ve 113-138 puan çok iyi öz bakım gücü düzeyi olarak değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması bireyin öz-bakım yeteneğinin iyi olduğunu göstermektedir (Kearney ve Fleicher, 1979). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Nahcivan (1994) tarafından yapılmıştır. Nahcivan'ın çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.89 bulunmuştur (Nahcivan, 2004). Bizim araştırmamızda ölçeğin Cronbach alfa değeri ön test için 0.88 iken, son test için 0.92 olarak bulunmuştur.

#### **3.7. Ön Uygulama**

Araştırmaya başlamadan önce Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji Polikliniği ve Gündüz Kemoterapi Ünitesi'nde araştırma kapsamına alınma kriterlerine uyan ve araştırmayı kabul eden dört hasta ile Mayıs-Temmuz 2018 tarihleri arasında ön uygulama yapılmıştır. Girişimler ön uygulama öncesi hazırlanan ve Şekil 3.4'te yer alan ön uygulama planı doğrultusunda gerçekleştirilmiştir.

Ön test uygulaması kapsamında yeni tanı konulan kanserli hastalara birinci kür kemoterapisi tamamlanıp, ikinci kür kemoterapi için hastaneye geldikleri sırada, araştırmacı tarafından çalışmanın içeriği anlatılmış ve bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Hastalara Kanser Tedavisi Uygulanan Hastalar için Uzaktan Semptom Yönetim Rehberlerine göre oluşturulan Kanser Tedavisi Uygulanan Hastalar için Semptom Triyaj Protokolü Kullanım Rehberi verilmiş ve hastalar rehberin içeriği hakkında bilgilendirilmiştir. Ardından Kişisel Bilgi Formu, Kemoterapi Semptom Değerlendirme Ölçeği, FACT-G Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Öz-Bakım Gücü Ölçeği uygulanmıştır. Araştırma hakkında bilgilendirme ve veri toplama süresi ortalama 30-45 dakika sürmüştür.

Kanser Tedavisi Uygulanan Hastalar İçin Uzaktan Semptom Yönetim Rehberleri protokolünün anlaşılrlığını test etmek amacıyla, ön uygulamaya katılan dört kanserli hastadan sistemik tedavi uygulandıktan sonra araştırmacıyı arayan ya da ağrı bırakan hastalara, araştırmacı tarafından bir saat içinde geri dönülmüş ve telefon ile görüşme yapılmıştır. Araştırmacıyı aramayan hastalar, ikinci ve üçüncü kür kemoterapi tedavisini takiben üçüncü gün ile 10. günlerde araştırmacı tarafından aranmış ve hastalara kemoterapiye bağlı Kanser Tedavisi Uygulanan Hastalar için Semptom Triyaj Protokolü Kullanım Rehberi içerisindeki sorunlardan herhangi birini yaşayıp yaşamadığı sorulmuştur. Kemoterapiye bağlı sorun yaşayan hastaların yaşadığı semptom/semptomlara ilişkin TeleTRIAGE protokolü kapsamında semptom triyajı yapılmıştır. Hastalar ile iki kür kemoterapi tedavisi süresince dört kez görüşme yapılmıştır. Görüşme süresi protokolde yer alan 15 semptom içerisindeki yaşanan bir ya da birden fazla semptom/semptomlara göre ortalama 15-45 dakika sürmüştür. Görüşmeler genel olarak 10<sup>00</sup>-21<sup>00</sup> saatleri arasında gerçekleşmiştir. Ön uygulama sırasında görüşme yapılan hastalar araştırmanın örneklemine dahil edilmemiştir.



Şekil 3.4. Ön uygulama şeması

Telefon ile yapılan görüşmelerde Kanser Tedavisi Uygulanan Hastalar için Uzaktan Semptom Yönetim Rehberleri protokolünde yer alan 15 semptomun ilk maddelerinde semptomun varlığı ile şiddeti sorgulanmış ve semptomun detaylı değerlendirmesi yapılmıştır. Yaşanan semptomun şiddetine göre semptom triyajı yapılarak hastalar TeleTRIAGE protokolü kapsamında araştırmacı tarafından yönlendirilmiştir. Yönlendirmeler şu şekilde yapılmıştır:

- Hafif düzeyde semptom yaşayan hastalar bireysel uygulamalara ve doktor tarafından önerilen ilaç kullanımına yönlendirilmişlerdir.
- Orta düzeyde semptom yaşayan hastalar bireysel uygulamalara, doktor tarafından önerilen ilaç kullanımına ve semptom kötüleşirse, yeni bir semptom oluşursa ya da herhangi bir gelişme yoksa araştırmacıyı aramasını önerme şeklinde yönlendirilmiştir.
- Şiddetli düzeylerde semptom yaşayan hastalar ise acil tıbbi yardıma yönlendirilmişlerdir.
- Hastalar 15 semptomdan yaşadığı semptom dışında bir ya da birden çok semptom yaşıyorsa, diğer semptom ya da semptomlar değerlendirilerek Semptom triyaj protokolüne göre yönlendirilmişlerdir.
- Telefon ile yapılan görüşmelerin içeriği kayıt formuna kaydedilmiştir. Hastalara dördüncü kür kemoterapi uygulanmadan önce son test uygulaması kapsamında aynı ölçekler tekrar uygulanmıştır.

Ön uygulama sonrası araştırmacının deneyimleri ve hastaların gereksinimleri doğrultusunda, danışmanların önerileri alınarak gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Ayrıca ön uygulamaya alınan hastaların semptom triyaj protokolüne yönelik değerlendirmelerini alabilmek için iki soru sorulmuştur. Bu sorular aşağıda yer almaktadır:

- Telefon ile yönlendirme uygulamasından memnun kaldınız mı?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç memnun

Çok memnun

kalmadım

kaldım

- Telefon ile yönlendirme uygulamasına ilişkin görüş ve önerileriniz nelerdir?

-----

Hastalardan semptom triyaj protokolüne yönelik herhangi bir öneri gelmemiştir. Ancak ön uygulama sonucunda düzeltmeler yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında yapılan değişiklikler Tablo 3.11’de yer almaktadır.

**Tablo 3.11.** Ön uygulama sonrası yapılan değişiklikler

<p>Semptom Triage Protokolünün Türkçe Versiyonu</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ön uygulama sonrasında protokolün orijinali ile Türkçe versiyonundaki ifadeler danışman ve araştırmacı tarafından tekrar incelenerek kelime ve imla açısından gerekli düzeltmeler yapılmıştır.</li> <li>• Türkçeye uyarlama çalışması kapsamında, ön uygulama sonrasında kültürel farklılıklar nedeniyle protokoldeki tüm rehberlerde yer alan “semptom ile baş etmede hedefiniz nedir?” sorusu protokolden çıkartılmıştır.</li> <li>• Protokoldeki rehberlerin beşinci maddesi olan “semptom triyaj planı”nda; <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Değişiklik yok, öz-bakım stratejileri ile devam etme ve gerekli ise ilaç kullanımı</li> <li>- Hastanın öz bakım stratejilerini denemeyi kabul etmesi</li> <li>- Hastanın öngörülen diyetle tutarlı olarak ilaç kullanmayı kabul etmesi</li> <li>- Yönlendirme</li> <li>- Tıbbi yardıma başvurmayı kabul etmesi; zaman aralığı belirtiniz</li> <li>- Semptom kötüleşirse, yeni bir semptom oluşursa veya tekrar aramasını önerme”</li> </ul> </li> </ul> <p>olarak belirtilen ifadeler</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Öz-bakım stratejileri ile devam etme ve gerekli ise ilaç kullanımını önerme</li> <li>- Öz-bakım stratejileri ile devam etme, gerekli ise ilaç kullanma ve semptom kötüleşirse veya yeni bir semptom oluşursa tekrar aramasını önerme</li> <li>- Polikliniğe veya acil servise yönlendirme” üç madde olarak açık ve anlaşılır bir şekilde düzeltme yapılmıştır.</li> </ul>
<p>Semptom Triage Protokolü Kullanım Rehberi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Semptom Triage Protokolünün Türkçe versiyonunda yapılan değişiklikler doğrultusunda hastalara verilecek olan semptom triyaj protokolü kullanım rehberinde benzer düzeltmeler yapılmıştır.</li> </ul>
<p>Araştırma Kapsamına Alınmama Kriterleri</p>	<p>Yedi veya 14 günde bir kemoterapi tedavisi uygulanan hastaların, hastaneye kemoterapi tedavisi uygulamasına sık gelmeleri ve geldikleri süre içerisinde yaşadıkları sorunları sağlık profesyonelleri ile çözümlenebilecekleri için, araştırma kapsamına alınmamasına karar verilmiş ve araştırma kapsamına alınmama kriterlerine bu süre eklenmiştir.</p>

### 3.7.1. Ön Uygulamaya Katılan Hastaların Ölçek Ön Test ve Son Test Değerlendirme Sonuçları

Ön uygulamaya katılan dört hastanın Kemoterapi Semptom Değerlendirme Ölçeği (CSAS), FACT-G Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Öz-Bakım Gücü Ölçeği ön uygulama ön test ve son test sonuçları Tablo 3.12 ve Tablo 3.13'te verilmiştir.

**Tablo 3.12.** Ön uygulamaya katılan hastaların Kemoterapi Semptom Değerlendirme Ölçeği semptom sıklığı, semptom şiddeti ve rahatsızlık derecesine göre ön test ve son test medyan ve standart sapma değerleri

Semptomlar	Semptom Sıklığı		Semptom Şiddeti		Rahatsızlık Derecesi	
	Ön test	Son test	Ön test	Son test	Ön test	Son test
	Med ±SS	Med ±SS	Med ±SS	Med ±SS	Med ±SS	Med ±SS
Tedaviden önce bulantı kusma	2.00±0.00	2.00±0.50	0.00±0.00	0.00±1.00	0.00±0.00	0.00±0.50
Tedaviden sonra bulantı	1.00±0.50	1.00±0.50	3.00±1.50	1.00±1.25	3.00±1.50	0.50±1.41
Tedaviden sonra kusma	2.00±0.50	2.00±0.50	0.00±1.50	0.00±0.50	0.00±1.00	0.00±0.00
Kabızlık	1.50±0.57	2.00±0.50	1.50±1.73	0.00±1.00	1.50±1.73	0.00±1.00
İshal	2.00±0.50	1.50±0.57	0.00±1.00	1.00±1.15	0.00±0.00	0.50±0.95
Ağrı	1.00±0.50	2.00±0.50	2.00±1.50	0.00±1.00	2.00±1.50	2.00±0.50
Nefes darlığı	2.00±0.00	2.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00
Enfeksiyon belirtileri	2.00±0.50	2.00±0.50	0.00±1.50	0.00±1.00	0.00±1.50	0.00±0.50
Kanama veya morarma	2.00±0.50	2.00±0.50	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±1.00	0.00±0.00
El, ayaklarda iğnelenme, uyuşma	1.00±0.50	2.00±0.50	1.00±0.81	0.00±0.50	0.50±0.95	0.00±0.00
Cilt veya tırnakla ilgili problemler	2.00±0.50	1.50±0.57	0.00±1.00	0.00±0.50	0.00±0.50	0.00±0.00
Saçlarda dökülme	2.00±0.50	2.00±0.50	0.50±1.41	1.50±1.73	0.00±0.50	0.00±1.50
Ağız, boğazla ilgili problemler	2.00±0.00	2.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00
İştahta değişme	1.50±0.57	1.00±0.00	1.00±1.50	2.00±1.00	0.00±1.50	0.00±0.50
Kilo kaybetme veya kilo alma	1.50±0.57	1.00±0.50	1.00±1.50	1.50±0.95	0.00±1.50	0.00±0.00
Gözlerle ilgili problemler	2.00±0.50	1.50±0.57	0.00±1.00	0.50±0.95	0.00±0.00	0.50±0.95
Halsizlik	1.50±0.57	1.00±0.50	1.00±1.50	2.50±1.41	1.50±1.73	2.00±1.50
Olağanüstü yorgunluk hissetme	1.50±0.57	1.50±0.57	1.00±0.50	1.00±1.50	1.50±1.73	1.00±1.50
Uyuma güçlüğü	2.00±0.00	2.00±0.50	0.00±0.00	0.00±0.50	0.00±0.00	0.00±0.50
Baş ağrıları	2.00±0.00	2.00±0.50	0.00±0.00	0.00±1.00	0.00±0.00	0.00±1.00
Endişeli veya sıkıntılı hissetme	2.00±0.50	2.00±0.50	0.00±1.00	0.00±1.00	0.00±1.00	0.00±1.50
Karamsar, üzüntülü hissetme	1.50±0.50	2.00±0.50	1.00±1.15	0.00±1.00	1.00±1.15	0.00±1.50
Cinsel yaşamda değişme	2.00±0.50	2.00±0.00	0.00±1.50	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00
Adetlerde değişme	0.00±0.50	0.00±0.50	0.00±1.00	0.00±1.00	0.00±0.00	0.00±0.00

**Tablo 3.13.** Ön uygulamaya katılan hastaların FACT-G Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Öz-Bakım Gücü Ölçeği ön test ve son test ortalama ve standart sapma değerleri

Ölçek Boyut ve Alt Boyutları	Ön test	Son test
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
<b>FACT-G Yaşam Kalitesi Ölçeği</b>		
Bedeni Durum Alt Boyutu	10.00 ± 4.88	11.00 ± 3.63
Sosyal Yaşam Alt Boyutu	12.15 ± 4.64	10.85 ± 5.12
Duygusal Durum Alt Boyutu	12.66 ± 4.34	11.17 ± 4.89
Faaliyet Durumu Alt Boyutu	9.14 ± 5.58	8.14 ± 4.11
Toplam FACT-G	74.50 ± 12.58	67.00 ± 17.68
<b>Öz-Bakım Gücü Ölçeği</b>	97.75 ± 10.56	100.25 ± 14.97

Tablo 3.12'ye göre ön uygulamaya katılan hastalar semptom görülme sıklığı açısından değerlendirildiğinde ishal, cilt veya tırnakla ilgili problemler, iştahta değişme, kilo kaybetme veya kilo alma, gözlerle ilgili problemler ve halsizlik semptomlarında; semptom şiddeti açısından değerlendirildiğinde tedaviden sonra bulantı, kabızlık, ağrı, el ve ayaklarda iğnelenme, uyuşma ve karamsar, üzüntülü hissetme semptomlarında; rahatsızlık derecesi açısından değerlendirildiğinde tedaviden sonra bulantı, kabızlık, el ve ayaklarda iğnelenme, uyuşma, olağanüstü yorgunluk hissetme ve karamsar, üzüntülü hissetme semptomlarında azalma olduğu tespit edilmiştir. Tablo 3.13'e göre ön uygulamaya katılan hastaların FACT-G Yaşam Kalitesi Ölçeği bedeni durum alt boyutu ve Öz-Bakım Gücü puan ortalamasının artış gösterdiği saptanmıştır.

### 3.8. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın uygulanması ile ilgili süreçler aşağıda açıklanmaktadır.

#### 3.8.1. Girişim Grubuna Yapılan Uygulamalar

Araştırmada TeleTRIAGE protokolü kapsamında tasarlanmış ve Şekil 3.5'te yer alan tez projesi uygulama şeması doğrultusunda gerçekleştirilmiştir. Girişim grubuna yapılan uygulamalar aşağıda detaylı olarak açıklanmıştır:

- Birinci aşamada, kanserli hastalar Tıbbi Onkoloji Polikliniği'nde ve Gündüz Kemoterapi Ünitesi'nde birinci kür tedavisi tamamlanıp ikinci kür kemoterapi tedavisi için hastaneye geldikleri sırada, Gündüz Kemoterapi ünitesine geliş tarihine, geliş saatine, araştırmaya katılım kriterlerine ve randomizasyon listesine (EK 2) göre girişim grubuna alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastaların Helsinki Bildirgesi



doğrultusunda hazırlanan bilgilendirilmiş onam formu (EK 7) ile yazılı onamları alınmış, hastalar araştırmanın amacı ve araştırma süreci hakkında bilgilendirilmişlerdir. Girişim grubuna dahil edilen kanserli hastaların bilgileri girişim grubu hasta izlem formuna kayıt edilmiştir (EK 14).

- Girişim grubuna dahil edilen kanserli hastalara, TeleTRIAGE protokolü kapsamında oluşturulan Kanser Tedavisi Uygulanan Hastalar İçin Semptom Triyaj Protokolü Kullanım Rehberi (EK 6) verilerek, hastalar rehberin içeriği ve kullanımı hakkında araştırmacı tarafından bilgilendirilmiş ve rehberdeki önemli noktalar vurgulanarak tekrarlanmıştır. Hastaları bilgilendirme sürecinde anlaşılır bir dil kullanımına özen gösterilmiştir. Rehberin içeriği hakkında bilgilendirme hafta içi 10<sup>00</sup>-14<sup>00</sup> saatleri arasında gerçekleşmiştir.

- Hastalar bilgilendirildikten sonra ön test Kişisel Bilgi Formu (EK 9), Kemoterapi Semptom Değerlendirme Ölçeği (CSAS) (EK 11), FACT-G (Versiyon 4) Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK 12) ve Öz-Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ) (EK 13) araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Ön testte kişisel bilgi formunda yer alan kişisel özellikler ve hastalık özellikleri sorgulanmıştır. Girişim grubuna alınan hastaların hastalıkla ilgili bilgileri elektronik hasta kayıtlarından alınmıştır. Kişisel bilgi formuna anket numarası verilmiştir.

- Kemoterapi uygulanması nedeniyle yardım isteyen hastalara ölçekler araştırmacı tarafından okunmuştur. Aynı anda hastalara verilen ölçek maddeleriyle araştırmacının okuduğu ölçek maddelerini hastaların da takip etmesi istenmiştir. Böylece hastaların ölçek maddelerini sorunsuz bir şekilde cevaplamaları sağlanmıştır. Veri toplama süresi her katılımcı için ortalama 30-45 dakika sürmüştür.

- *Telefon ile Semptom Triyajı:* Üç aylık izlem süresince TeleTRIAGE protokolü kapsamında hastaların semptom triyajı talebi için araştırmacıyı telefonla 7/24 arayabilmelerine olanak sağlanmıştır. Araştırmacıyı aramayan hastalar her kemoterapi sonrası üçüncü ve 10. günlerde olmak üzere, araştırmacı tarafından altı kez aranmıştır. Planlanan takvim doğrultusunda araştırmacıyı arayan hastalar, girişim grubu ile kemoterapi sonrası görüşme formuna (EK 15) kaydedilmiştir. Telefon görüşmeleri 10<sup>00</sup>-

21<sup>00</sup> saatleri arasında gerçekleşmiştir. Telefon ile görüşme süresi hastanın bireysel gereksinimleri doğrultusunda ortalama 15-45 dakika sürmüştür.

- TeleTRIAGE protokolü kapsamında hastalarla telefon görüşmeleri yapılmış; Kanser Tedavisi Uygulanan Hastalar için Uzaktan Semptom Yönetim Rehberleri protokolünde yer alan 15 semptomla göre hastaların yaşadığı semptomun varlığı, şiddeti sorgulanmış ve semptomun detaylı değerlendirilmesi yapılmıştır. Yaşanan semptomun şiddetine göre semptom triyajı yapılarak hastalar araştırmacı tarafından yönlendirilmişlerdir. Hafif düzeyde semptom yaşayan hastalar bireysel uygulamalara ve doktor tarafından önerilen ilaç kullanımına yönlendirilmişlerdir. Orta düzeyde semptom yaşayan hastalar bireysel uygulamalara, doktor tarafından önerilen ilaç kullanımına ve semptom kötüleşirse, yeni bir semptom oluşursa ya da herhangi bir gelişme yoksa araştırmacıyı aramasını önerme şeklinde yönlendirilmiştir. Şiddetli düzeylerde semptom yaşayan hastalar ise acil tıbbi yardıma yönlendirilmişlerdir. Protokolde yer alan 15 semptomdan, yaşadığı semptom dışında bir ya da birden çok semptom yaşayan hastaların diğer semptom ya da semptomları değerlendirilmiş ve semptom triyaj protokolüne göre yönlendirilmişlerdir. Ayrıca gerekli görülen acil durumlarda, ikinci danışman olan Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Öğretim Üyesi'nden görüş alınması planlanmış, ancak acil durumlarla karşılaşılmamıştır. Girişim grubunun telefonla yapılan semptom triyaj protokolü uygulaması için arama sıklığı takip edilerek değerlendirilmiş ve bilgiler girişim grubu telefon görüşmeleri formuna (EK 16) kaydedilmiştir. Araştırma kapsamında protokol içerisinde yer alan semptomlar ile ilişkili hastaların gereksinim duydukları konularda araştırmacı tarafından gerekli bilgilendirme yapılmıştır.

- Ön test uygulandıktan üç ay sonra hastalar tedavi veya kontrol için Tıbbi Onkoloji Polikliniği veya Gündüz Kemoterapi Ünitesi'ne geldiklerinde kemoterapi tedavisi uygulandığı sırada son test Kişisel Bilgi Formu (hastalıkla ilgili özellikler) (EK 10), Kemoterapi Semptom Değerlendirme Ölçeği (CSAS) (EK 11), FACT-G (Versiyon 4) Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK 12) ve Öz-Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ) (EK 13) araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Son testte aynı hastalara anket numarası ile anketler uygulanarak, kişisel bilgi formunun hastalık özellikleri bölümünü doldurmaları istenmiştir.

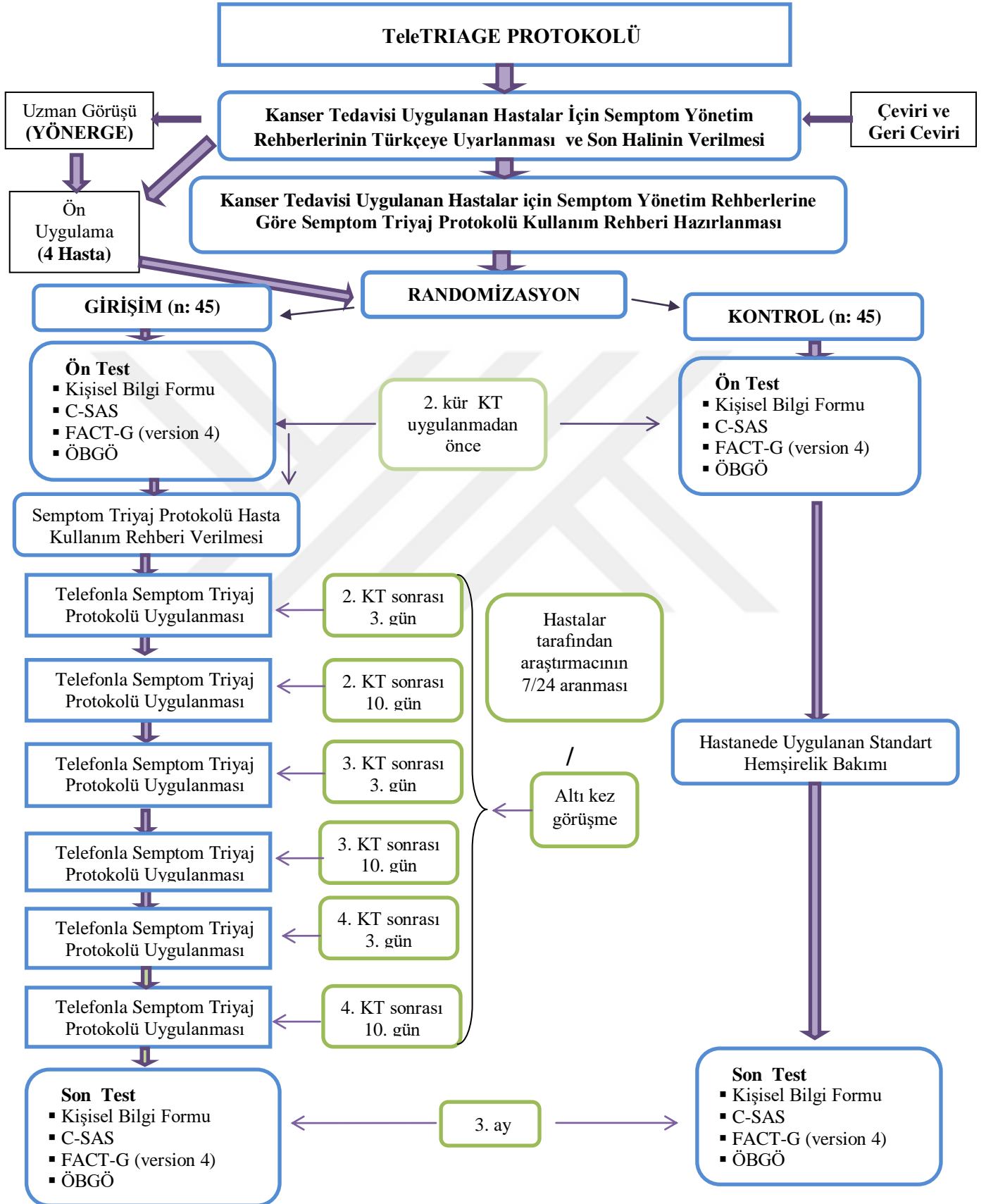
### 3.8.2. Kontrol Grubuna Yapılan Uygulamalar

Kontrol grubuna yapılan uygulamalar (Şekil 3.5) aşağıda detaylı olarak açıklanmıştır:

- Kanserli hastalar, Tıbbi Onkoloji Polikliniği'nde ve Gündüz Kemoterapi Ünitesi'nde birinci kür kemoterapi tedavisi tamamlanıp ikinci kür kemoterapi tedavisi için hastaneye geldikleri sırada, Gündüz Kemoterapi Ünitesi'ne geliş tarihine, geliş saatine, araştırmaya katılım kriterlerine ve randomizasyon listesine (EK 2) göre kontrol grubuna alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastaların Helsinki Bildirgesi doğrultusunda hazırlanan bilgilendirilmiş onam formu (EK 8) ile yazılı onamları alınarak, hastalar araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve kontrol grubu hasta izlem formuna bilgileri kayıt edilmiştir (EK 17).
- Kontrol grubuna alınan kanserli hastalara yazılı onamları alındıktan sonra ön test Kişisel Bilgi Formu (EK 9), Kemoterapi Semptom Değerlendirme Ölçeği (CSAS) (EK 11), FACT-G (Versiyon 4) Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK 12) ve Öz-Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ) (EK 13) yaklaşık 20-30 dakikada, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. İlk görüşmede kişisel bilgi formunda yer alan kişisel özellikler ve hastalık özellikleri sorgulanmıştır. Hastaların hastalıkla ilgili özellikleri elektronik hasta kayıtlarından alınmıştır. Kemoterapi uygulanması nedeniyle yardım isteyen hastalara ölçekler araştırmacı tarafından okunmuştur. Aynı anda hastalara verilen ölçek maddeleriyle araştırmacının okuduğu ölçek maddelerini hastaların da takip etmesi istenmiştir. Böylece hastaların ölçek maddelerini sorunsuz bir şekilde cevaplamaları sağlanmıştır.
- Ön test uygulandıktan sonra, sonraki görüşme için hastaların telefon numaraları alınmıştır. Kontrol grubunda yer alan hastalar hastanede uygulanan standart hemşirelik bakımını almışlardır. Bunun dışında bu gruba araştırmacı tarafından bir girişim uygulanmamıştır.
- Kontrol grubundaki hastalara aynı ölçeklerin son kez üç ay sonra tekrar uygulanacağı konusunda açıklama yapılmıştır. Üç ay süresince kontrol grubunda yer alan hastaların rutin uygulamaları devam etmiştir. Üçüncü ay sonunda hastalar tedavi veya kontrol için Tıbbi Onkoloji Polikliniği veya Gündüz Kemoterapi Ünitesi'ne geldiklerinde

kemoterapi tedavisi uygulandığı sırada araştırmacı tarafından son test Kişisel Bilgi Formu (hastalıkla ilgili özellikler) (EK 10), Kemoterapi Semptom Değerlendirme Ölçeği (CSAS) (EK 11), FACT-G (Versiyon 4) Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK 12) ve Öz-Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ) (EK 13) uygulanmıştır. Son testte aynı hastalara anket numarası ile anketler uygulanmış, kişisel bilgi formunun hastalık özellikleri bölümünü doldurmaları istenmiştir.

- Kanser Tedavisi Uygulanan Hastalar İçin Semptom Triyaj Protokolü Kullanım Rehberi, protokoldeki soruları içerdiği için kontrol grubuna verilmesine gereksinim duyulmamıştır.



Şekil 3.5. Tez projesi uygulama şeması

### **3.9. Uygulama Protokolü İlkeleri**

- Çalışmada kullanılan triyaj ve danışmanlık bilgilerini ulusal ve uluslararası kılavuzlara dayandırmak,
- Katılımcıların hazırlanan semptom triyaj protokolü doğrultusunda hazırlanan rehberden yararlanmalarını sağlamak,
- Hastaların endişeleri ve soruları için ulaşılabilirliği sağlamak,
- Hastaları semptom yönetimi, yaşam kalitesi ve öz-bakım gücünün artırılması konusunda desteklemektir.

### **3.10. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırma için Akdeniz Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Tarih: 25.07.2016 ve sayı: 70904504/368) (EK 18) ve Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı'ndan (Tarih: 25.10.2016 ve sayı: 26708535-903.99) (EK 19) yazılı kurum izni alınmıştır. Araştırmada kullanılacak olan Kemoterapi Semptom Değerlendirme Ölçeği (EK 20), FACT-G Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK 21), Öz-Bakım Gücü Ölçeği (EK 22), Remote Symptom Practice for Adults on Cancer Treatments Guides Kanser (Kanser Tedavisi Uygulanan Hastalar için Uzaktan Semptom Yönetim Rehberleri) (EK 23) için yazarlarından e-posta ile yazılı izin alınmıştır. Helsinki Bildirgesi doğrultusunda hazırlanan bilgilendirilmiş onam formları, araştırma kapsamına alınan kontrol ve girişim grubunda yer alan hastaları bilgilendirmek ve onamlarını almak amacıyla uygulanmıştır.

### **3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma kapsamına telefonu olan kanserli hastalar alınmıştır. Araştırmanın yapıldığı Tıbbi Onkoloji Polikliniği ve Gündüz Kemoterapi Ünitesi'nde telefonla yapılan semptom triyaj protokolünün hastaların semptom yönetimi, yaşam kalitesi ve öz-bakım gücüne etkisini incelemek için sadece üç aylık izlem bulguları değerlendirilmiştir. Ayrıca araştırmanın tek bir kurumda izlenen ve sistemik tedavi uygulanan kanserli hastalar ile yapılmış olması araştırmanın sınırlılıklarıdır.

### 3.12. Araştırmanın Değişkenleri

**Bağımlı Değişkenler:** Kanserli hastaların semptom yönetimi, yaşam kalitesi ve öz-bakım gücü düzeyleridir.

**Bağımsız Değişkenler:** Kanserli hastalara semptom triyaj protokolüne dayalı telefonla yapılan semptom triyaj uygulamasıdır.

### 3.13. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi Statistical Package for Social Science (SPSS) 23.0 paket programında gerçekleştirilmiştir. İstatistik uzmanı görüşü ve literatür doğrultusunda verilerin değerlendirilmesinde kullanılan testler Tablo 3.14’de verilmiştir (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 2012; Aksakoğlu, 2013).

**Tablo 3. 14.** Verilerin değerlendirilmesi

DEĞİŞKENLER	İSTATİSTİKSEL YÖNTEMLER
<ul style="list-style-type: none"><li>• Örneklem büyüklüğünün hesaplanması</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• G-power programı</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ölçeklerin güvenilirliği</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cronbach alfa</li></ul>
<b>Tanımlayıcı veriler</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Girişim ve kontrol grubu sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin veriler</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nicel değişkenleri için ortalama, medyan ve standart sapma</li><li>• Nitel değişkenler için sayı ve yüzde</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Normal dağılıma uygunluk testleri</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Shapiro-Wilk testi</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• İki kategorili değişkenler arasındaki ikili karşılaştırmalar</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bağımsız gruplar için t testi</li><li>• Ki kare testi</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Aynı bireylerden elde edilen iki farklı ölçüm zamanındaki farkın testi</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• İki eş arasındaki farkın t testi (Paired sample t test)</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• CSAS, FACT-G Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamalarının zaman içinde ve gruplar arasında farkı</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mann Whitney U testi</li><li>• Tekrarlanan ölçümlü varyans analizi</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Bağımlı değişkenler arasındaki ilişki yönü ve gücü</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Korelasyon analizi</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Değişkenlerden birisi belirli bir birim değiştiğinde diğerinin nasıl bir değişim gösterdiğinin belirlenmesi</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Logistik regresyon analizi</li></ul>

### **3.14. Değişkenlerin Normalite Dağılımları ve Ölçeklerin Ön Test ve Son Test Çarpıklık Değerlerine İlişkin Bulgular**

Araştırmanın ölçümle belirlenen nicel değişkenleri için tanımlayıcı istatistikler olarak ortalama ve standart sapma, sayımla belirlenen nitel değişkenler için ise tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde şeklinde gösterilmiştir. Değişkenler hipotezler doğrultusunda değerlendirilmeden önce gruplara göre normal dağılıma uygunlukları kontrol edilmiştir. Kullanılan verilerin öncelikle normal dağılıma uygunluk testleri Shapiro-Wilk testi ile yapılmış ve  $p < 0.05$  şartını sağlayan değişkenler için normal dağılıma uygunluk reddedilmiştir. Normal dağılıma uygunluğun sağlandığı durumlarda parametrik testler olan tekrarlanan ölçümlü varyans analizi, eşleştirilmiş örneklem t testi ve Pearson korelasyon; normal dağılıma uygunluğun sağlanmadığı durumlarda ise non-parametrik testlerden ise Mann Whitney U testi ve Ki-kare analizi yapılmıştır.

Araştırmada kullanılan ölçeklerin ileri istatistiksel yöntemler kullanılarak analizleri yapılmadan önce, semptom triyaj uygulaması öncesi ve sonrası çarpıklık değerleri hesaplanmıştır. Çarpıklık değerlerinin -3 ile +3 arasında olması, verilerin normal dağılıma uygun olduğu anlamına gelmektedir (Kline, 2011). Ölçeklerin ön test ve son teste ilişkin çarpıklık değerleri Tablo 3.15 ve Tablo 3.16'da yer almaktadır.



**Tablo 3.15.** Kemoterapi Semptom Değerlendirme Ölçeği'nin ön test ve son test çarpıklık değerlerinin karşılaştırılması

Kemoterapi Semptom Değerlendirme Ölçeği Maddeler	Semptom Sıklığı		Semptom Şiddeti		Rahatsızlık Derecesi	
	Ön Test Çarpıklık	Son Test Çarpıklık	Ön Test Çarpıklık	Son Test Çarpıklık	Ön Test Çarpıklık	Son Test Çarpıklık
Tedaviden önce bulantı kusma	-4.61	-2.59	1.73	0.60	1.73	1.76
Tedaviden sonra bulantı	0.30	0.22	0.51	0.52	0.41	0.68
Tedaviden sonra kusma	-1.53	-1.54	0.11	0.85	-0.28	0.30
Kabızlık	0.30	0.55	-0.44	0.22	-0.58	-0.16
İshal	-1.65	-0.77	1.11	0.50	1.61	0.08
Ağrı	-0.06	0.49	-0.31	-0.04	-0.15	0.29
Nefes darlığı	-2.48	-1.21	0.64	0.31	0.00	0.94
Enfeksiyon belirtileri	-1.42	-1.66	1.33	0.18	0.35	0.13
Kanama veya morarma	-3.90	-3.74	2.00	2.00	0.85	-2.00
El, ayaklarda iğnelenme, uyuşma	-0.82	0.03	1.16	1.21	0.73	0.63
Cilt veya tırnakla ilgili problemler	-1.42	-0.03	1.07	1.00	1.26	0.57
Saçlarda dökülme	1.42	2.59	-0.54	-1.46	0.60	0.33
Ağız, boğazla ilgili problemler	-0.12	-0.09	0.76	0.54	0.78	0.38
İştahta değişme	0.48	0.85	0.33	0.51	0.19	0.23
Kilo kaybetme veya kilo alma	-0.82	-0.49	1.15	0.77	1.64	1.19
Gözlerle ilgili problemler	-1.78	-0.63	0.00	0.49	0.47	-0.23
Halsizlik	1.53	3.25	0.23	-0.03	0.04	0.03
Olağanüstü Yorgunluk hissetme	0.30	0.49	-0.07	0.00	-0.27	0.04
Uyuma güçlüğü	-0.59	0.29	-0.29	0.32	0.10	0.19
Baş ağrıları	-0.30	-0.22	0.29	0.23	0.30	0.45
Endişeli veya sıkıntılı hissetme	-0.06	0.42	0.41	0.34	0.10	0.65
Karamsar, üzün. hissetme	0.06	0.49	0.37	0.60	-0.01	0.51
Cinsel yaşamda değişme	-0.42	0.03	-0.06	0.81	0.29	0.85
Adetlerde değişme	-2.14	-1.65	-0.17	-1.01	1.78	0.68

**Tablo 3.16.** FACT-G Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Öz-Bakım Gücü Ölçeği'nin ön test ve son test çarpıklık değerlerinin karşılaştırılması

<b>Ölçekler</b>	<b>Ön Test Çarpıklık</b>	<b>Son Test Çarpıklık</b>
<b>FACT-G Yaşam Kalitesi Ölçeği</b>	-0.13	0.06
Bedeni Durum	-0.69	-0.19
Sosyal Yaşam ve Aile Durumu	-1.11	-0.94
Duygusal Durum	-0.44	-0.19
Faaliyet Durumu	-0.28	-0.12
<b>Öz-Bakım Gücü Ölçeği</b>	-1.06	-0.72



## 4. BULGULAR

Bu araştırmada sistemik tedavi uygulanan kanserli hastalarda telefonla yapılan semptom triyaj protokolünün (TeleTRIAGE) semptom yönetimine, yaşam kalitesine ve öz-bakım gücüne etkisi incelenmiştir. Bu bölümde araştırmaya ilişkin bulgular aşağıdaki ana başlıklar altında incelenmiştir;

- ✚ Telefonla semptom triyaj protokolü uygulanan kanserli hastaların semptom yönetimine ilişkin bulgular
- ✚ Telefonla semptom triyaj protokolü uygulanan kanserli hastaların yaşam kalitesine ilişkin bulgular
- ✚ Telefonla semptom triyaj protokolü uygulanan kanserli hastaların öz-bakım gücüne ilişkin bulgular
- ✚ Semptom yönetimi, yaşam kalitesi ve öz-bakım gücü arasındaki ilişkilere yönelik bulgular
- ✚ Kanser hastalarının semptom triyaj protokolüne göre telefonla triyaj uygulaması ve yönlendirilmesine ilişkin bulgular

### 4.1. Telefonla Semptom Triage Protokolü Uygulanan Kanserli Hastaların Semptom Yönetimine İlişkin Bulgular

Telefonla semptom triyaj protokolü uygulanan kanserli hastaların semptom yönetimi Kemoterapi Semptom Değerlendirme leği ile semptom sıklığı, semptom şiddeti ve rahatsızlık derecesine göre incelenmiştir. Bu bölümde telefonla semptom triyaj protokolü uygulanan kanserli hastaların semptom yönetimine ilişkin bulgular Tablo 4.1, Tablo 4.2 ve Tablo 4.3'te yer almaktadır (1.H<sub>1</sub> ile ilgili hipotez).

**Tablo 4.1.** Girişim ve kontrol grubu hastaların semptom görülme sıklığına göre karşılaştırılması

Semptomlar	Semptom Sıklığı																						X <sup>2</sup>	p
	Girişim Grubu										Kontrol Grubu													
	Ön Test				Son test				X <sup>2</sup>	p	ÖnTest				Son Test				X <sup>2</sup>	p				
	Evet		Hayır		Evet		Hayır				Evet		Hayır		Evet		Hayır							
	n	%	n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%	n	%						
Tedaviden önce bulantı kusma	2	1.5	33	24.4	2	1.5	31	23.0	0.00	0.951	1	0.7	34	25.2	5	3.7	27	20.0	3.34	0.067	0.34	0.555		
Tedaviden sonra bulantı	16	11.9	19	14.1	11	8.1	22	16.3	1.08	0.297	24	17.8	11	8.1	25	18.5	7	5.2	0.77	0.378	3.73	0.053		
Tedaviden sonra kusma	4	3.0	31	23.0	4	3.0	29	21.5	0.00	0.929	10	7.4	25	18.5	9	6.7	23	17.0	0.00	0.967	3.21	0.073		
Kabızlık	20	14.8	15	11.1	21	15.6	12	8.9	0.29	0.584	20	14.8	15	11.1	20	14.8	12	8.9	0.19	0.655	0.00	1.000		
İshal	7	5.2	28	20.7	13	9.6	20	14.8	3.07	0.079	6	4.4	29	21.5	8	5.9	24	17.8	0.62	0.429	0.09	0.758		
Ağrı	17	12.6	18	13.3	16	11.9	17	12.6	0.00	0.994	17	12.6	18	13.3	24	17.8	8	5.9	4.91	<b>0.026</b>	0.00	1.000		
Nefes darlığı	4	3.0	31	23.0	4	3.0	29	21.5	0.00	0.929	4	3.0	31	23.0	12	8.9	20	14.8	6.25	<b>0.012</b>	0.00	1.000		
Enfeksiyon belirtileri	7	5.2	28	20.7	6	4.4	27	20.0	0.03	0.848	8	5.9	27	20.0	6	4.4	26	19.3	0.17	0.067	0.08	0.770		
Kanama veya morarma	2	5.2	28	20.7	6	4.4	27	20.0	0.28	0.593	2	1.5	33	24.4	1	0.7	31	23.0	0.26	0.607	0.00	1.000		
El, ayaklarda iğnelenme, uyuşma	10	7.4	25	18.5	11	8.1	22	16.3	0.18	0.671	12	8.9	23	17.0	22	16.3	10	7.4	7.94	<b>0.004</b>	0.26	0.606		
Cilt veya tırnakla ilgili problemler	9	6.7	26	19.3	15	11.2	18	13.3	2.89	0.088	6	4.4	29	21.5	17	12.6	15	11.1	9.60	<b>0.001</b>	0.76	0.382		
Saçlarda dökülme	27	20.0	8	5.9	28	20.6	5	3.7	0.65	0.419	28	20.7	7	5.2	30	22.2	2	1.5	2.71	0.099	0.08	0.770		
Ağız, boğazla ilgili problemler	15	11.1	20	14.8	11	8.1	22	16.3	0.65	0.419	18	13.3	17	12.6	20	14.8	12	8.9	0.83	0.306	0.51	0.472		
İştahta değişme	21	15.6	14	10.4	18	13.3	15	11.1	0.20	0.649	22	16.3	13	9.6	27	20.0	5	3.7	3.93	<b>0.047</b>	0.06	0.806		
Kilo kaybetme veya kilo alma	10	7.4	25	18.5	10	7.4	23	17.0	0.02	0.875	12	8.9	23	17.0	15	11.1	17	12.6	1.10	0.294	0.26	0.606		
Gözlerle ilgili problemler	8	5.9	27	20.0	9	6.7	24	17.8	0.17	0.674	4	3.0	31	23.0	14	10.4	18	13.3	8.88	<b>0.002</b>	1.60	0.204		
Halsizlik	25	18.5	10	7.4	28	20.7	5	3.7	1.77	0.182	31	23.0	4	3.0	32	23.0	0	0.0	3.88	<b>0.048</b>	3.21	0.073		
Olağanüstü Yorgunluk hissetme	19	14.1	16	11.9	16	11.9	17	12.6	0.22	0.632	21	15.6	14	10.4	24	17.8	8	5.9	1.70	0.191	0.23	0.629		
Uyuma güçlüğü	11	8.2	24	17.9	16	11.9	17	12.7	2.06	0.150	14	10.4	20	14.9	21	15.7	11	8.2	3.95	<b>0.046</b>	0.70	0.399		
Baş ağrıları	12	8.9	23	17.0	12	8.9	21	15.6	0.03	0.857	18	13.3	17	12.6	17	12.6	15	11.1	0.01	0.889	2.10	0.147		
Endişeli veya sıkıntılı hissetme	15	11.1	20	14.8	16	11.9	17	12.6	0.21	0.641	19	14.1	16	11.9	23	17.0	9	6.7	2.21	0.137	0.91	0.338		
Karamsar, üzün. hissetme	17	12.6	18	13.3	17	12.6	16	11.9	0.05	0.808	19	14.1	16	11.9	23	17.0	9	6.7	2.21	0.137	0.22	0.632		
Cinsel yaşamda değişme	15	11.1	20	14.8	15	11.1	18	13.3	0.04	0.829	13	9.6	22	16.3	18	13.3	14	10.4	2.45	0.117	0.23	0.625		
Adetlerde değişme	4	4.1	21	21.4	6	6.1	18	18.4	0.61	0.434	3	3.1	22	22.4	3	3.1	21	21.4	0.00	0.957	1.23	0.272		

p<0.05 anlamlılık düzeyi X<sup>2</sup>: Ki kare

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların semptom görülme sıklığına göre karşılaştırılması Tablo 4.1’de yer almaktadır. Girişim grubunda yer alan hastaların en sık yaşadıkları semptomların ön test değerlendirmelerine göre saçlarda dökülme (%20), halsizlik (%18.5), iştahta değişme (%15.6), kabızlık (%14.8) ve olağanüstü yorgunluk hissetme (%14.1); son test verilerine göre saçlarda dökülme (%20.7), halsizlik (%20.6), kabızlık (%15.6), iştahta değişme (%13.3) ve karamsar, üzüntülü hissetme (%12.6) olduğu bulunmuştur. Kontrol grubundaki hastaların en sık yaşadıkları semptomların ön teste göre halsizlik (%23), saçlarda dökülme (%20.7), tedaviden sonra bulantı (%17.8), iştahta değişme (%16.3) ve kabızlık (%14.8); son teste göre halsizlik (%23), saçlarda dökülme (%22.2), iştahta değişme (%20.0), tedaviden sonra bulantı (%18.5), ağrı (%17.8) ve olağanüstü yorgunluk hissetme (%17.8) olduğu saptanmıştır. Girişim grubundaki hastaların kontrol grubundaki hastalara oranla son testte yaşadıkları semptom türünün ve sıklığının daha az olduğu görülmektedir, ancak semptom sıklığı açısından farklılıklar istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 4.1).

Girişim grubunun değerlendirmelerine göre, tedaviden sonra bulantı, ağrı, enfeksiyon belirtileri, ağız, boğaz ile ilgili problemler, iştahta azalma ve olağanüstü yorgunluk hissetme semptomlarının son testte görülme sıklığında azalma olduğu; kabızlık, ishal, kanama veya morarma, el, ayaklarda iğnelenme, uyuşma, cilt veya tırnakla ilgili problemler, saçlarda dökülme, gözlerle ilgili problemler, halsizlik, uyuma güçlüğü, endişeli veya sıkıntılı hissetme, karamsar, üzüntülü hissetme ve adet değişikliği semptomlarının son testte daha sık yaşandığı, ancak bu farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ). Kontrol grubu verileri incelendiğinde; tedaviden sonra kusma, enfeksiyon belirtileri, kanama veya morarma ve baş ağrıları semptomlarının azaldığı; tedavi öncesi bulantı-kusma, kabızlık, ağrı, nefes darlığı, el ve ayaklarda iğnelenme, uyuşma, cilt ve tırnakla ilgili problemler, saçlarda dökülme, ağız ve boğazla ilgili problemler, iştahta değişme, kilo kaybı veya kilo alma, gözlerle ilgili problemler, halsizlik, olağanüstü yorgunluk, uyuma güçlüğü, endişeli veya sıkıntılı hissetme, karamsar, üzüntülü hissetme ve cinsel yaşamda değişme semptomlarının son testte görülme sıklığının arttığı saptanmıştır. Kontrol grubunda ön test ve son test ölçümleri karşılaştırıldığında, ağrı ( $p=0.026$ ), nefes darlığı ( $p=0.012$ ), el ve ayaklarda iğnelenme, uyuşma ( $p=0.004$ ), cilt veya tırnakla ilgili problemler ( $p=0.001$ ), iştahta

değişme ( $p=0.047$ ), gözlerle ilgili problemler ( $p=0.002$ ), halsizlik ( $p=0.048$ ) ve uyuma güçlüğü ( $p=0.047$ ) semptomlarının görülme sıklığı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Girişim ve kontrol grubu arasında ise semptom görülme sıklığı açısından bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.1).



**Tablo 4.2.** Girişim ve kontrol grubu hastaların semptom şiddetine göre karşılaştırılması

Semptomlar	Semptom Şiddeti																				U <sup>1</sup>	p
	Girişim Grubu										Kontrol Grubu											
	Ön Test				Son test				U <sup>1</sup>	p	Ön Test				Son Test				U <sup>1</sup>	p		
	n	$\bar{X}$	SS	Med	n	$\bar{X}$	SS	Med			n	$\bar{X}$	SS	Med	n	$\bar{X}$	SS	Med				
Tedaviden önce bulantı kusma	2	1.00	0.00	1.00	2	1.5	0.71	1.50	1.00	0.317	1	2.00	0.00	2.00	5	1.80	1.84	1.80	0.48	0.752	2.00	0.157
Tedaviden sonra bulantı	16	1.75	0.68	2.00	11	1.45	0.69	1.00	1.00	1.231	24	1.71	0.81	1.50	25	1.80	0.71	2.00	0.31	0.574	0.10	0.742
Tedaviden sonra kusma	4	2.25	0.50	2.00	4	1.25	0.50	1.00	4.22	<b>0.040</b>	10	1.80	0.79	2.00	9	1.78	0.83	2.00	0.08	0.930	1.15	0.282
Kabızlık	20	2.10	0.79	2.00	21	1.48	0.60	1.00	6.60	<b>0.010</b>	21	2.43	0.60	2.00	20	2.30	0.73	2.00	0.22	0.634	1.82	0.177
İshal	7	1.71	0.95	1.00	13	1.62	0.65	2.00	0.00	0.965	6	1.33	0.52	1.00	8	1.88	0.83	2.00	1.62	0.202	0.43	0.511
Ağrı	17	2.18	0.73	2.00	16	1.88	0.81	2.00	1.24	0.264	17	2.18	0.81	2.00	24	2.13	0.74	2.00	0.06	0.798	0.03	0.956
Nefes darlığı	4	1.50	0.58	1.50	5	1.80	0.45	2.00	0.80	0.371	4	1.25	0.50	1.00	12	1.58	0.67	1.50	0.80	0.370	0.46	0.495
Enfeksiyon belirtileri	7	1.14	0.38	1.00	6	1.67	0.82	1.50	1.98	0.159	8	1.75	0.89	1.50	6	2.17	0.98	2.50	0.68	0.406	2.32	0.127
Kanama veya morarma	2	1.50	0.71	1.50	3	1.33	0.58	1.00	0.11	0.739	2	1.00	0.00	1.00	1	1.00	0.00	1.00	0.00	1.000	1.00	0.317
El, ayaklarda iğnelenme, uyuşma	10	1.60	0.70	1.50	11	1.55	0.82	1.00	1.27	0.721	12	1.42	0.79	1.00	22	1.45	0.74	1.00	0.08	0.770	0.78	0.375
Cilt veya tırnakla ilgili problemler	9	1.67	0.87	1.00	15	1.47	0.64	1.00	0.24	0.636	6	1.33	0.52	1.00	17	1.59	0.80	1.00	0.31	0.573	0.45	0.501
Saçlarda dökülme	27	2.37	0.79	3.00	28	2.32	0.77	2.50	0.08	0.767	28	2.18	0.82	2.00	30	2.87	0.43	3.00	1.41	<b>0.000</b>	0.83	0.360
Ağız, boğazla ilgili problemler	15	1.40	0.74	1.00	11	1.64	0.81	1.00	0.79	0.372	18	1.83	0.79	2.00	20	1.80	0.89	1.50	0.04	0.826	3.04	0.081
İştahta değişme	21	1.48	0.51	1.00	18	1.56	0.70	1.00	0.01	0.898	22	2.05	0.72	2.00	27	1.81	0.74	2.00	1.22	0.268	6.90	<b>0.009</b>
Kilo kaybetme veya kilo alma	10	1.30	0.48	1.00	10	1.50	0.71	1.00	0.34	0.557	12	1.50	0.67	1.00	15	1.67	0.72	2.00	0.38	0.536	0.44	0.506
Gözlerle ilgili problemler	8	1.50	0.53	1.50	9	2.00	0.87	2.00	1.55	0.213	4	1.50	0.58	1.50	14	1.57	0.65	1.50	0.01	0.905	0.00	1.000
Halsizlik	25	1.88	0.73	2.00	28	1.86	0.85	2.00	0.03	0.849	31	1.87	0.85	2.00	32	2.16	0.77	2.00	1.92	0.166	0.01	0.902
Olağanüstü Yorgunluk hissetme	19	2.05	0.71	2.00	16	2.13	0.81	2.00	0.10	0.748	21	2.05	0.74	2.00	24	1.92	0.83	2.00	0.32	0.569	0.00	0.988
Uyuma güçlüğü	11	2.00	0.77	2.00	16	1.81	0.91	1.50	0.39	0.528	15	2.27	0.80	2.00	21	1.81	0.60	2.00	3.55	0.059	0.78	0.375
Baş ağrıları	12	1.83	0.72	2.00	12	1.58	0.51	2.00	0.71	0.398	18	1.83	0.79	2.00	17	2.06	0.83	2.00	0.67	0.410	0.02	0.964
Endişeli veya sıkıntılı hissetme	15	1.93	0.80	2.00	16	1.56	0.63	1.50	1.76	0.184	20	1.60	0.60	2.00	23	1.83	0.65	2.00	1.31	0.251	1.57	0.209
Karamsar, üzün. hissetme	17	2.00	0.71	2.00	17	1.65	0.79	1.00	2.08	0.149	19	1.58	0.69	1.00	23	1.70	0.70	2.00	0.32	0.568	3.19	0.074
Cinsel yaşamda değişme	15	2.07	0.80	2.00	15	1.53	0.74	1.00	3.40	0.065	13	2.00	0.17	2.00	18	1.67	0.77	1.50	1.67	0.196	0.06	0.804
Adetlerde değişme	4	2.25	0.50	2.00	6	2.50	0.55	2.50	0.56	0.453	3	2.00	1.00	2.00	3	2.33	1.15	3.00	0.22	0.637	0.15	0.693

p<0.05 anlamlılık düzeyi U<sup>1</sup>: Mann Whitney U testi

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların semptom şiddetine göre karşılaştırması Tablo 4.2’de verilmektedir. Girişim grubundaki hastaların yaşadıkları semptom şiddetinin saçlarda dökülme ön testte (n=27) 3 düzeyinden son testte (n=28) 2.5 düzeyine azaldığı; halsizliğin ön testte (n=25) ve son testte (n=28) 2 düzeyinde aynı kaldığı; iştahta değişimin ön testte (n=21) ve son testte (n=18) 1 düzeyinde aynı olduğu; kabızlığın ön testte (n=20) 2 iken son testte (n=21) 1 düzeyine azaldığı; olağanüstü yorgunluğun ön testte (n=19) ve son testte (n=16) 2 düzeyinde aynı kaldığı görülmüştür. Girişim grubunda ön test ve son test ölçümleri karşılaştırıldığında tedaviden sonra kusma (p=0.040) ve kabızlık (p=0.010) semptomlarının şiddet puanlarının azalma eğiliminde olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.05). Tedaviden sonra bulantı, kanama veya morarma, el ve ayaklarda iğnelenme, uyuşma, uyuma güçlüğü, endişeli ve sıkıntılı hissetme ve karamsar, üzüntülü hissetme semptomlarının şiddetinde azalma olmasına rağmen aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 4.2).

Kontrol grubundaki hastaların yaşadıkları semptom şiddetinin halsizliğin ön test (n=31) ve son testte (n=32) 2 düzeyinde; saç dökülmesinin ön testte (n=28) düzeyi 2 iken son testte (n=30) 3 olduğu; tedaviden sonra bulantının ön testte (n=24) 1.5 iken son testte (n=25) 2 olduğu; iştahta değişimin ön test (n=22) ve son testte (n=27) 2; kabızlığın ön test (n=20) ve son testte (n=20) 2; olağanüstü yorgunluğun ön test (n=20) ve son testte (n=24) 2 düzeyinde aynı kaldığı bulunmuştur. Kontrol grubunda ise ön test ve son test ölçümleri karşılaştırıldığında saçlarda dökülme (p=0.000) semptom şiddeti puanının artma eğiliminde ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.05). Girişim ve kontrol grubunun ön test ve son testlere göre yaşadıkları semptom şiddeti değişim açısından incelendiğinde; girişim grubunda semptomlardan altısının şiddetinin arttığı, 10’unun azaldığı ve sekizinin aynı şekilde kaldığı; kontrol grubunda semptomlardan sekizinin şiddetinin arttığı, üçünün azaldığı ve 13’ünün aynı şekilde kaldığı görülmüştür. Şiddet düzeyleri arasında farklılıklar olmasına rağmen sadece iştahta değişme semptom şiddeti puanı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 4.2).



**Tablo 4.3.** Girişim ve kontrol grubu hastaların rahatsızlık derecesine göre karşılaştırılması

Semptomlar	Rahatsızlık Derecesi																					
	Girişim Grubu										Kontrol Grubu										U <sup>1</sup>	p
	Ön Test				Son test				U <sup>1</sup>	p	Ön Test				Son Test				U <sup>1</sup>	p		
	n	$\bar{X}$	SS	Med	n	$\bar{X}$	SS	Med			n	$\bar{X}$	SS	Med	n	$\bar{X}$	SS	Med				
Tedaviden önce bulantı kusma	2	1.50	0.71	1.50	2	1.00	0.00	1.00	1.00	0.317	1	1.00	0.00	1.00	5	1.60	0.89	1.00	0.48	0.488	0.50	0.480
Tedaviden sonra bulantı	16	1.38	0.81	1.00	11	1.27	0.79	1.00	0.09	0.753	24	1.54	0.98	1.00	25	1.64	0.76	1.00	0.14	0.699	0.33	0.561
Tedaviden sonra kusma	5	1.80	1.1.0	2.00	4	1.00	0.82	1.00	1.66	0.197	10	1.60	0.97	1.50	9	1.78	0.83	2.00	0.15	0.696	0.26	0.608
Kabızlık	20	1.90	1.02	2.00	21	1.19	0.75	1.00	5.44	<b>0.020</b>	21	2.14	0.91	2.00	20	2.20	0.77	2.00	0.00	0.959	0.57	0.449
İshal	7	1.00	1.15	1.00	13	1.31	0.95	1.00	0.55	0.457	6	0.17	0.41	0.00	8	1.75	0.89	1.50	8.88	<b>0.003</b>	2.42	0.119
Ağrı	17	2.06	0.75	2.00	16	1.56	0.81	1.00	3.49	0.062	17	2.12	0.78	2.00	24	2.04	0.81	2.00	0.08	0.767	0.05	0.810
Nefes darlığı	4	1.25	0.96	1.50	4	1.75	0.50	2.00	0.69	0.405	4	0.75	0.50	1.00	12	1.50	0.80	1.00	3.14	0.076	0.87	0.350
Enfeksiyon belirtileri	7	0.71	0.76	1.00	6	1.17	0.75	1.00	1.15	0.282	8	1.50	0.93	1.50	6	2.17	0.98	2.50	1.48	0.224	2.70	0.100
Kanama veya morarma	2	1.00	1.41	1.00	3	0.67	0.58	1.00	0.09	0.761	2	0.50	0.71	0.50	1	1.00	0.00	1.00	0.50	0.480	0.16	0.683
El, ayaklarda iğnelenme, uyuşma	10	0.80	0.79	1.00	11	1.27	1.01	1.00	1.12	0.290	12	0.92	1.00	1.00	22	1.32	0.89	1.00	1.71	0.191	0.02	0.888
Cilt veya tırnakla ilgili problemler	9	0.89	1.27	0.00	15	0.80	0.68	1.00	0.20	0.652	6	1.00	0.00	1.00	17	1.29	0.92	1.00	0.51	0.472	1.38	0.239
Saçlarda dökülme	27	0.81	0.92	1.00	28	1.00	1.15	1.00	0.12	0.725	28	1.21	1.10	1.00	30	1.50	1.11	1.50	0.96	0.326	1.81	0.178
Ağız, boğazla ilgili problemler	15	1.13	0.83	1.00	11	1.45	0.69	1.00	1.16	0.282	18	1.39	0.85	1.00	2	1.80	0.95	2.00	2.11	0.145	0.61	0.434
İştahta değişme	20	1.05	0.89	1.00	18	0.89	0.76	1.00	0.24	0.618	22	1.55	1.10	2.00	27	1.59	0.93	2.00	0.00	0.925	2.30	0.129
Kilo kaybetme veya kilo alma	10	0.50	0.53	0.50	10	0.40	0.52	0.00	0.19	0.661	12	0.67	0.89	0.50	15	0.93	0.80	1.00	1.29	0.255	0.03	0.852
Gözlerle ilgili problemler	8	1.13	1.13	1.00	9	1.33	0.71	1.00	0.31	0.517	4	1.00	0.82	1.00	14	1.43	0.85	1.50	0.82	0.365	0.00	0.929
Halsizlik	25	1.64	1.04	2.00	28	1.36	0.87	1.00	1.32	0.251	31	1.61	0.99	1.00	32	2.09	0.73	2.00	4.34	<b>0.037</b>	0.03	0.856
Olağanüstü Yorgunluk hissetme	19	1.95	0.91	2.00	16	1.88	0.81	2.00	0.12	0.726	22	1.77	0.97	2.00	24	2.04	0.75	2.00	0.84	0.359	0.33	0.565
Uyuma güçlüğü	11	1.82	0.87	2.00	16	1.75	0.86	1.50	0.04	0.831	15	1.67	0.82	2.00	21	1.76	0.83	2.00	0.09	0.757	0.09	0.761
Baş ağrılan	12	1.50	1.00	2.00	12	1.08	0.51	1.00	1.46	0.227	18	1.50	0.86	1.00	17	2.06	0.90	2.00	3.19	0.074	0.00	0.928
Endişeli veya sıkıntılı hissetme	15	1.87	0.92	2.00	16	1.56	0.63	1.00	1.30	0.254	20	1.55	0.83	1.00	23	1.70	0.70	2.00	0.45	0.500	1.32	0.250
Karamsar, üzün. hissetme	17	2.06	0.83	2.00	17	1.47	0.80	1.00	4.72	<b>0.030</b>	19	1.58	0.69	1.00	23	1.65	0.71	2.00	0.11	0.737	4.16	<b>0.041</b>
Cinsel yaşamda değişme	15	0.93	1.03	1.00	15	1.00	0.85	1.00	0.12	0.726	14	1.36	1.08	1.50	18	0.83	0.86	1.00	2.05	0.151	1.16	0.281
Adetlerde değişme	4	1.00	1.41	0.50	6	0.67	1.21	0.00	0.23	0.628	3	0.33	0.58	0.00	3	2.00	1.00	2.00	3.23	0.072	0.35	0.554

p<0.05 anlamlılık düzeyi U<sup>1</sup>: Mann Whitney U testi

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların rahatsızlık derecesine göre karşılaştırması Tablo 4.3'te yer almaktadır. Girişim grubunda yer alan hastaların semptomlardan rahatsızlık derecelerine göre, uyuma güçlüğü (ön test Med=2, son test Med= 1.5), tedaviden sonra kusma, kabızlık, ağrı, halsizlik, baş ağrıları, endişeli veya sıkıntılı hissetme, karamsar, üzüntülü hissetme, (ön test Med=2, son test Med= 1), tedaviden önce bulantı-kusma (ön test Med=1.5, son test Med= 1), kilo kaybetme veya kilo alma, adetlerde değişme (ön test Med=0.5, son test Med= 0) olmak üzere toplam 11 semptomda son testte rahatsızlık derecesinin azaldığı, ayrıca 11 semptomda rahatsızlık derecesi aynı kalırken, iki semptomda rahatsızlığın arttığı görülmektedir. Girişim grubunda ön test ve son test ölçümleri karşılaştırıldığında, kabızlık ( $p=0.020$ ) ve karamsar, üzüntülü hissetme ( $p=0.030$ ) semptomlarının rahatsızlık derecesi puanlarının azalma eğiliminde olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Kontrol grubundaki hastaların semptomlardan rahatsızlık derecelerine göre, cinsel yaşamdaki değişimin (ön test Med=1.5, son test Med= 1) azaldığı, ayrıca 10 semptomun rahatsızlık derecesi aynı kalırken, 13 semptomun rahatsızlık derecesinin arttığı belirlenmiştir. Kontrol grubunda ön test ve son test ölçümleri incelendiğinde, ishal ( $p=0.003$ ), ve halsizlik ( $p=0.037$ ) semptomlarının rahatsızlık derecesi puanlarının artma eğiliminde ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Girişim ve kontrol grupları arasında karamsar, üzüntülü hissetme ( $p=0.041$ ) semptomu rahatsızlık derecesi puanının girişim grubunda kontrol grubuna göre azalma eğiliminde ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Girişim ve kontrol grupları semptomlar açısından karşılaştırıldığında, kontrol grubunda semptom görülme sıklığının arttığı, semptom şiddetinin ve rahatsızlık derecesinin daha fazla yaşandığı bulunmuştur. Bu bulgular ile "Telefonla yapılan semptom triyaj protokolünün girişim grubundaki kanserli hastalarda semptom yönetimini artırmaya etkisi vardır" hipotezi kısmen doğrulanmaktadır.

## **4.2. Telefonla Semptom Triyaj Protokolü Uygulanan Kanserli Hastaların Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular**

Bu bölümde telefonla semptom triyaj protokolü uygulamasının kanserli hastaların yaşam kalitesi üzerine etkisi açıklanmaktadır. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının zaman ve gruplara göre değişimi Tablo 4.4’de, yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamalarının zaman içindeki değişimi Şekil 4.1’de, yaşam kalitesi alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırması da Tablo 4.5’te yer almaktadır (2.  $H_1$  ile ilgili hipotez).

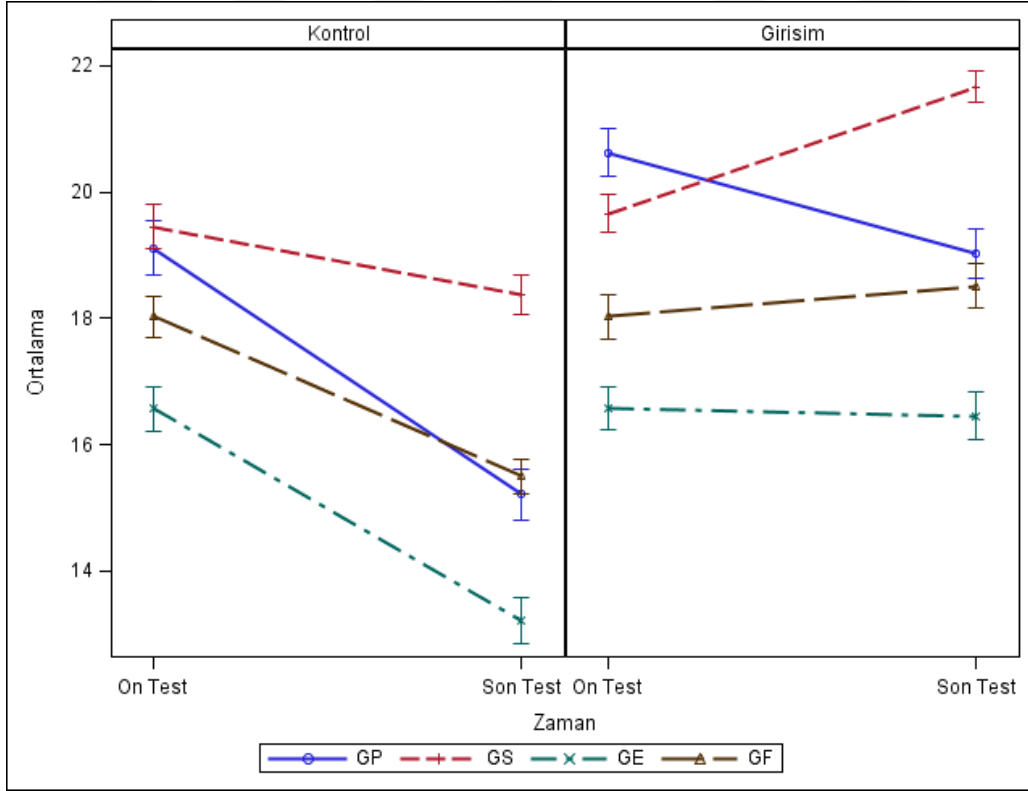


**Tablo 4.4.** Telefonla semptom triyaj protokolü uygulanan kanserli hastaların yaşam kalitesi puan ortalamalarının zaman ve gruplara göre değişimi

FACT-G Yaşam Kalitesi Ölçeği		Bedeni Durum		Sosyal Yaşam ve Aile Durumu		Duygusal Durum		Faaliyet Durumu		FACT-G Genel Toplam	
		$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$	
Grup	Zaman										
Girişim	0. ay	20.63±5.53		19.66±4.40		16.57±4.96		18.03±5.21		74.89±15.72	
	3. ay	19.03±5.74		21.67±3.63		16.45±5.35		18.52±5.04		75.67±15.65	
Kontrol	0. ay	19.11±6.26		19.46±5.10		16.57±5.14		18.03±4.68		73.17±14.61	
	3. ay	15.22±5.75		18.38±4.41		13.22±5.19		15.50±3.77		62.31±12.88	
		F	p	F	p	F	p	F	p	F	p
Test	Grup	161.09	<b>0.000*</b>	118.28	<b>0.000*</b>	72.68	<b>0.000*</b>	75.68	<b>0.000*</b>	196.35	<b>0.000*</b>
	Zaman	178.47	<b>0.000*</b>	9.35	<b>0.002*</b>	90.20	<b>0.000*</b>	36.91	<b>0.000*</b>	92.23	<b>0.000*</b>
	Grup* Zaman	31.41	<b>0.000*</b>	98.58	<b>0.000*</b>	79.63	<b>0.000*</b>	82.39	<b>0.000*</b>	125.32	<b>0.000*</b>

\*p<0.05 F: Tekrarlanan ölçümlü ANOVA testi

Tablo 4.4'e göre, girişim ve kontrol grupları arasında FACT-G Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin bedeni durum ( $F=161.09$   $p=0.000$ ), sosyal yaşam ve aile durumu ( $F=118.28$   $p=0.000$ ), duygusal durum ( $F=72.68$   $p=0.000$ ), faaliyet durumu ( $F=75.68$   $p=0.000$ ) ve genel toplam ( $F=196.35$   $p=0.000$ ) puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Farklı zamanlardaki ölçümler değerlendirildiğinde, ölçeğin tüm alt boyutları ve genel toplam puan ortalamalarında farklı zamanlardaki ölçümler arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla  $F=178.47$   $p=0.000$ ;  $F=9.35$   $p=0.002$ ;  $F=90.20$   $p=0.000$ ;  $F=36.91$   $p=0.000$ ;  $F=92.23$   $p=0.000$ ). FACT-G Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin tüm alt boyutlarına ve genel toplam puan ortalamalarına grupların zaman etkileşimi açısından bakıldığında, zaman içindeki değişimin istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturduğu bulunmuştur (sırasıyla  $F=31.41$   $p=0.000$ ;  $F=98.58$   $p=0.002$ ;  $F=79.63$   $p=0.000$ ;  $F=82.39$   $p=0.000$ ;  $F=125.32$   $p=0.000$ ). Kontrol grubunda tüm alt boyutlar ve genel toplam puan ortalamaları açısından 3. ay son test puan ortalamalarında 0. ay ön test puan ortalamalarına göre azalma görülmektedir (Şekil 4.1).



Şekil 4.1. Hastaların yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamalarının zaman içindeki değişimi

**Tablo 4.5.** Girişim ve kontrol grubu hastalarının yaşam kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırılması

FACT-G	Ölçümler	Girişim Grubu			Kontrol Grubu			Test Değeri	
		$\bar{X} \pm SS$	t	p	$\bar{X} \pm SS$	t	p	t	p
Bedeni Durum	0. ay	20.63±5.53	1.10	0.281	19.11±6.26	3.30	<b>0.002</b>	-1.06	0.294
	3. ay	19.03±5.74			15.22±5.75			-2.64	<b>0.010*</b>
Sosyal Yaşam ve Aile Durumu	0. ay	19.66±4.40	- 2.62	<b>0.013</b>	19.46±5.10	1.66	0.107	-0.17	0.863
	3. ay	21.67±3.63			18.38±4.41			-3.24	<b>0.001*</b>
Duygusal Durum	0. ay	16.57±4.96	-0.13	0.896	16.57±5.14	3.87	<b>0.000</b>	0.00	1.000
	3. ay	16.45±5.35			13.22±5.19			-2.44	<b>0.017*</b>
Faaliyet Durumu	0. ay	18.03±5.21	-0.71	0.482	18.03±4.68	3.42	<b>0.001</b>	0.00	1.000
	3. ay	18.52±5.04			15.50±3.77			-2.68	<b>0.009*</b>
FACT-G Genel Toplam	0. ay	74.89±15.72	-0.50	0.617	73.17±14.61	4.54	<b>0.000</b>	-0.47	0.642
	3. ay	75.67±15.65			62.31±12.88			-3.69	<b>0.000*</b>

\*p<0,05 anlamlılık düzeyi t: Eşleştirilmiş örneklem t testi (Paired sample t test)

Girişim ve kontrol grubu hastalarının yaşam kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.5'te verilmiştir. Girişim grubu hastalarının FACT-G Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutu olan sosyal yaşam ve aile durumu, faaliyet durumu ve genel toplam puan ortalamalarının 3. ayda artma eğiliminde olduğu; sosyal yaşam ve aile durumu alt boyutunda ( $p=0.013$ ) bu artmanın anlamlı düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubunda ise bedeni durum, sosyal yaşam ve aile durumu, duygusal durum, faaliyet durumu alt boyutları ve toplam puan ortalamalarının 3. ayda 0. aya göre azalma eğiliminde olduğu; bedeni durum ( $p=0.002$ ), duygusal durum ( $p=0.000$ ), faaliyet durumu ( $p=0.001$ ) alt boyutları ve genel toplam ( $p=0.000$ ) puan ortalamalarındaki bu azalmanın anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir. Girişim grubundaki hastaların FACT-G Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin tüm alt boyutlarının ve genel toplam puan ortalamalarının kontrol grubuna göre 3. ayda daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (sırasıyla  $t=-2.64$   $p=0.010$ ;  $t=-3.24$   $p=0.001$ ;  $t=-2.44$   $p=0.017$ ;  $t=-2.68$   $p=0.009$ ;  $t=-3.69$   $p=0.000$ ). Bu bulgular ile “Telefonla yapılan semptom triyaj protokolünün girişim grubundaki kanserli hastalarda yaşam kalitesini artırmaya etkisi vardır” hipotezi doğrulanmaktadır.

### 4.3. Telefonla Semptom Triyaj Protokolü Uygulanan Kanserli Hastaların Öz-Bakım Gücüne İlişkin Bulgular

Bu bölümde girişim ve kontrol grubundaki hastaların öz-bakım gücüne ilişkin bulgular yer almaktadır (3. H<sub>1</sub> ile ilgili hipotez).

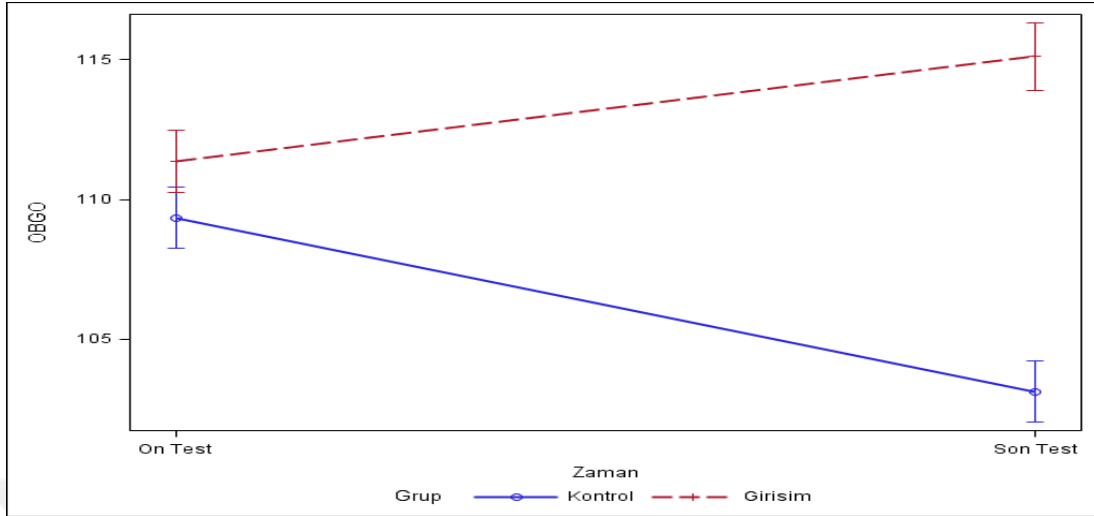
**Tablo 4.6.** Telefonla semptom triyajı yapılan kanserli hastaların öz-bakım gücü puan ortalamalarının zaman ve gruplara göre değişimi

Öz Bakım Gücü Ölçeği		$\bar{X} \pm SS$	
Grup	Zaman		
Girişim	0. ay	111.37±16.23	
	3. ay	115.12±17.20	
Kontrol	0. ay	109.34±16.23	
	3. ay	103.13±15.40	
		F	p
Test	Grup	142.00	<b>0.000</b>
	Zaman	4.35	<b>0.037</b>
	GrupxZaman	75.76	<b>0.000</b>

\*p≤0.05 F: Tekrarlanan ölçümlü ANOVA testi

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların öz-bakım gücüne ilişkin puan ortalamalarının zaman ve gruplara göre değişimi Tablo 4.6’da, öz-bakım gücü puan ortalamalarının zaman içindeki değişimi Şekil 4.2’de yer almaktadır. Bulgularımıza göre, öz-bakım gücü puan ortalamalarının girişim ve kontrol grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=142.00 p=0.000). Ayrıca öz-bakım gücü puan ortalamalarının farklı zamanlardaki ölçümleri arasında da istatistiksel olarak anlamlılık olduğu tespit edilmiştir (F=4.35 p=0.037). Öz-bakım gücü puan ortalamalarında grup ve zaman etkileşimi göz önünde bulundurulduğunda, girişim ve kontrol grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (F=75.76 p=0.000) (Tablo 4.6). Girişim grubundaki hastaların öz-bakım düzeylerinin artış gösterdiği, kontrol grubundaki hastaların öz-bakım düzeylerinde azalma olduğu görülmektedir (Şekil 4.2).





Şekil 4.2. Hastaların öz-bakım gücü puan ortalamalarının zaman içindeki değişimi

Tablo 4.7. Girişim ve kontrol grubu hastalarının öz-bakım gücü puan ortalamalarının karşılaştırılması

Öz-Bakım Gücü Ölçeği	Girişim Grubu			Kontrol Grubu			Test Değeri	
	$\bar{X} \pm SS$	t	p	$\bar{X} \pm SS$	t	p	t	p
0. ay	111.37±16.23	-1.48	0.149	109.34±16.23	3.13	<b>0.003</b>	-0.52	0.607
3. ay	115.12±17.20			103.13±15.40			-2.92	<b>0.004</b>

$p < 0.05$  anlamlılık düzeyi t: Eşleştirilmiş örneklem t testi (Paired sample t test)

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların öz-bakım gücü puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.7’de yer almaktadır. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların öz-bakım gücü puan ortalamalarının 0. aya ve 3. aya göre karşılaştırılması Tablo 4.7’de verilmiştir. Girişim grubu hastalarının öz-bakım gücü puan ortalamaları 0. ve 3. aylarda karşılaştırıldığında puan ortalamalarında artış görüldüğü, ancak bu artış farkının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı ( $t = -1.48$   $p = 0.149$ ) tespit edilmiştir. Kontrol grubu hastalarının ise öz-bakım gücü puan ortalamaları 0. ve 3. aylarda karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı ( $t = 3.13$ ,  $p = 0.003$ ) saptanmıştır. Girişim grubu ve kontrol grubu hastalarının 0. ayda öz-bakım gücü puan ortalamalarının birbirine yakın olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ( $t = -0.52$ ,  $p = 0.607$ ), 3. ayda ise her iki grup puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $t = -2.92$ ,  $p = 0.004$ ). Bu bulgular ile “Telefonla yapılan semptom triyaj protokolünün girişim grubundaki kanserli hastalarda öz-bakım gücünü artırmaya etkisi vardır” hipotezi doğrulanmaktadır.

#### **4.4. Semptom Yönetimi, Yaşam Kalitesi ve Öz-Bakım Gücü Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular**

Bu bölümde semptom yönetimi, yaşam kalitesi ve öz-bakım gücü arasındaki ilişkilere yönelik bulgular verilmiştir (4. H<sub>1</sub> ile ilgili hipotez). Semptom yönetimi, yaşam kalitesi ve öz-bakım gücü arasındaki ilişki Tablo 4.8’de yer almaktadır.

Kemoterapi Semptom Değerlendirme Ölçeği’nin semptom sıklığı, semptom şiddeti ve rahatsızlık derecesi alt boyut puan ortalamaları ile FACT-G Yaşam Kalitesi Ölçeği genel toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları ve Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamaları arasında hem genel ölçümde hem de 0. ay ve 3. ay ölçümlerde negatif yönde zayıf düzeyde bir korelasyon olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Bu sonuçlar ölçekler arasında anlamlı bir korelasyon ilişkisi olduğunu göstermekte olup, hastaların kemoterapi ilişkili semptom sıklığı, semptom şiddeti ve rahatsızlık derecesi arttıkça, yaşam kalitesi ve öz-bakım gücünün azaldığını göstermektedir (Tablo 4.8). Bu bulgular ile “Telefonla semptom triyaj protokolü yapılan girişim grubundaki kanserli hastaların semptom yönetimi, yaşam kalitesi ve öz-bakım gücü ile kontrol grubundaki hastalar arasında farklılıklar vardır” hipotezi doğrulanmaktadır.

**Tablo 4.8.** Kemoterapi Semptom Değerlendirme Ölçeği ile FACT-G Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki

		FACT-G TOPLAM		Bedeni Durum		Sosyal Yaşam ve Aile Durumu		Duygusal Durum		Faaliyet Durumu		Öz-Bakım Gücü Ölçeği	
		r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Semptom Sıklığı (CSAS)	0. ay	0.167	<b>0.000</b>	0.140	<b>0.000</b>	0.049	<b>0.044</b>	0.126	<b>0.000</b>	0.166	<b>0.000</b>	0.104	<b>0.000</b>
	3. ay	0.188	<b>0.000</b>	0.178	<b>0.000</b>	0.060	<b>0.017</b>	0.186	<b>0.000</b>	0.132	<b>0.000</b>	0.156	<b>0.000</b>
	Genel	0.189	<b>0.000</b>	0.174	<b>0.000</b>	0.049	<b>0.005</b>	0.169	<b>0.000</b>	0.189	<b>0.000</b>	0.133	<b>0.000</b>
Semptom Şiddeti (CSAS)	0. ay	-0.148	<b>0.000</b>	-0.105	<b>0.008</b>	-0.041	0.295	-0.136	<b>0.000</b>	-0.144	<b>0.000</b>	-0.125	<b>0.001</b>
	3. ay	-0.203	<b>0.000</b>	-0.208	<b>0.000</b>	-0.047	0.203	-0.234	<b>0.000</b>	-0.071	0.054	-0.138	<b>0.000</b>
	Genel	-0.172	<b>0.000</b>	-0.151	<b>0.000</b>	-0.045	0.096	-0.185	<b>0.000</b>	-0.105	<b>0.000</b>	-0.131	<b>0.000</b>
Rahatsızlık Derecesi (CSAS)	0. ay	-0.206	<b>0.000</b>	-0.171	<b>0.000</b>	-0.055	0.166	-0.167	<b>0.000</b>	-0.197	<b>0.000</b>	-0.155	<b>0.000</b>
	3. ay	-0.271	<b>0.000</b>	-0.231	<b>0.000</b>	-0.088	<b>0.016</b>	-0.267	<b>0.000</b>	-0.192	<b>0.000</b>	-0.207	<b>0.000</b>
	Genel	-0.241	<b>0.000</b>	-0.203	<b>0.000</b>	-0.068	<b>0.011</b>	-0.222	<b>0.000</b>	-0.196	<b>0.000</b>	-0.183	<b>0.000</b>

#### **4.5. Kanserli Hastaların Semptom Triyaj Protokolüne Göre Telefonla Triyaj Uygulaması ve Yönlendirilmesine İlişkin Bulgular**

Bu bölümde girişim grubunda yer alan kanserli hastalar ile yapılan telefonla semptom triyajı ve hastaların TeleTRIAGE protokolü kapsamında yönlendirilmesine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Tablo 4.9’da kanserli hastaların Semptom Triyaj Protokolü’ne göre telefonla triyaj uygulaması ve yönlendirilmesine ilişkin bulgular yer almaktadır. Telefonla semptom triyajı kapsamında girişim grubunda yer alan kanserli hastalara 104 yönlendirme yapılmış olup, hastalara en sık yapılan semptom triyajının halsizlik/yorgunluk (%27.9), bulantı-kusma (%18.3), kabızlık (%17.3), ağrı (%14.5), iştahsızlık (%9.7), diyare (%5.9), ağız yarası (%1.9) olduğu görülmüştür. Halsizlik/yorgunluk nedeniyle telefonla semptom triyajı yapılan hastaların %89.7’si öz-bakım uygulamalarına, bulantı-kusma nedeniyle telefonla semptom triyajı yapılan hastaların %73.6’sı öz-bakım uygulamaları ve ilaç kullanımına, kabızlık nedeniyle telefonla semptom triyajı yapılan hastaların %38.8’i öz-bakım uygulamalarını uyguladıktan sonra semptom eğer devam ediyorsa araştırmacıyı aramaya, ağrı nedeniyle telefonla semptom triyajı yapılan hastaların %53.3’ü öz-bakım uygulamaları ve ilaç kullanımına, iştahsızlık nedeniyle telefonla semptom triyajı yapılan hastaların %70’i öz-bakım uygulamalarına, diyare nedeniyle telefonla semptom triyajı yapılan hastaların ise %66.8’i öz-bakım uygulamalarına, ağız yaraları için telefonla semptom triyajı yapılan hastaların %50’si öz-bakım uygulamaları ve ilaç kullanımına; %50’si tıbbi yardıma, kanama için telefonla semptom triyajı yapılan hasta acil tıbbi yardıma başvurmaya, nöropati için telefonla semptom triyajı yapılan hasta öz-bakım uygulamalarına, uyku sorunu olan hasta öz-bakım uygulamalarına ve cilt problemleri için telefonla semptom triyajı yapılan hasta acil tıbbi yardıma başvurması için yönlendirilmiştir.

**Tablo 4.9.** Kanserli hastaların protokole göre telefonla triyaj uygulaması ve yönlendirilmesinin değerlendirilmesi

Semptomlar	Semptomların Arama Sayısı (n=104)		Öneriler (n=104)								Acil Tıbbi Yardıma Başvurma Durumu (n=19)		Acil Tıbbi Yardıma Başvurmama Durumu (n=1)	
			Öz-Bakım Uygulamaları (n=42)		Öz-Bakım Uygulamaları ve İlaç Kullanımı (n=31)		Tekrar Aramasını Önerme (n=11)		Acil Tıbbi Yardıma Başvurma (n=20)					
			n	%*	n	%**	n	%**	n	%**				
Halsizlik/Yorgunluk	29	27.9	26	89.7	0	0.0	0	0.0	3	10.3	3	100.0	0	0.0
Bulantı-kusma	19	18.3	0	0.0	14	73.6	1	5.3	4	21.1	4	100.0	0	0.0
Kabızlık	18	17.3	3	16.6	6	33.4	7	38.8	2	11.2	1	0.5	1	0.5
Ağrı	15	14.5	0	0.0	8	53.3	2	13.3	5	33.4	5	100.0	0	0.0
İştahsızlık	10	9.7	7	70.0	0	0.0	1	10.0	2	20.0	2	100.0	0	0.0
Diyare	6	5.9	4	66.8	1	16.6	0	0.0	1	16.6	1	100.0	0	0.0
Ağız Yarası	2	1.9	0	0.0	1	50.0	0	0.0	1	50.0	1	100.0	0	0.0
Dispne	1	0.9	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Kanama	1	0.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1	100.0	0	0.0
Nöropati	1	0.9	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Uyku sorunu	1	0.9	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Cilt Problemleri	1	0.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	1	100.0	0	0.0

\*Yüzdeler sütun değerleri üzerinden hesaplanmıştır

\*\* Yüzdeler satır değerleri üzerinden hesaplanmıştır.

## 5. TARTIŞMA

Bu araştırmanın planlanması ve yürütülmesindeki itici güç, kanser hastalarının ev ortamında kemoterapi ilişkili semptomları daha fazla yaşamaları, hasta ve bakım verenlerin semptom yönetimi, sağlık kuruluşuna başvurma ya da süreci izleme gibi konularda yaşadıkları zorluklar ve bunun hasta sonuçlarına olumsuz etkileri olmuştur. Araştırmada sistemik tedavi uygulanan kanserli hastalarda telefonla yapılan semptom triyaj protokolünün semptom yönetimine, yaşam kalitesine ve öz-bakım gücüne etkisi incelenmiş ve bulgular aşağıda yer alan ana başlıklar altında tartışılmıştır.

- ✚ Telefonla semptom triyaj protokolü uygulanan kanserli hastaların semptom yönetimi
- ✚ Telefonla semptom triyaj protokolü uygulanan kanserli hastaların yaşam kalitesi
- ✚ Telefonla semptom triyaj protokolü uygulanan kanserli hastaların öz-bakım gücü
- ✚ Semptom yönetimi, yaşam kalitesi ve öz-bakım gücü arasındaki ilişki
- ✚ Kanser hastalarının semptom triyaj protokolüne göre telefonla triyaj uygulaması ve yönlendirilmesi

### 5.1. Telefonla Semptom Triage Protokolü Uygulanan Kanserli Hastaların Semptom Yönetimi

Araştırmamızda girişim ve kontrol gruplarında Kemoterapi Semptom Değerlendirme Ölçeği ile semptom görülme sıklığı, semptom şiddeti ve rahatsızlık derecesi değerlendirilmiştir. Girişim grubundaki hastaların ön test ve son testte yaşadıkları ilk beş semptomun görülme sıklığı sıralaması açısından bakıldığında, girişim grubunda ön testte yaşanan ilk beş semptom sırasıyla saçlarda dökülme, halsizlik, iştahsızlık, kabızlık ve olağanüstü yorgunluk hissetme iken; son testte saçlarda dökülme, halsizlik, kabızlık, iştahta değişme ve olağanüstü yorgunluk hissetme olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubunda ise ön testte yaşanan ilk beş semptom sırasıyla halsizlik, saçlarda dökülme, bulantı, iştahta değişme ve olağanüstü yorgunluk hissetme iken; son testte de halsizlik, saçlarda dökülme, bulantı, iştahta değişme ve olağanüstü yorgunluk hissetme olarak bulunmuştur (Tablo 4.1). Kanserli hastalarda kemoterapi ilişkili semptomların görülme sıklığı açısından literatür incelendiğinde, hastaların en sık yaşadığı beş semptomun

halsizlik/yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı, saçlarda dökülme, iştahsızlık olduğu bildirilmektedir (Kondo ve ark., 2015; Traeger ve ark., 2015; Pimentel ve ark., 2015; Warrington ve ark., 2016; Stacey ve ark., 2016). Araştırmamızın son test verileri incelendiğinde, girişim grubunda telefonla semptom triyaj protokolü uygulamasının bulantı, ağrı, iştahta değişme, olağanüstü yorgunluk hissetme gibi en sık yaşanan semptomların görülme sıklığının azalmasına katkı sağladığı tespit edilmiştir.

Girişim grubundaki hastaların semptomların görülme sıklığı açısından incelendiğinde, tedaviden sonra bulantı, ağrı, enfeksiyon belirtileri, ağız, boğaz ile ilgili problemler, iştahta azalma ve olağanüstü yorgunluk hissetme semptomlarının son testte görülme sıklığında azalma olduğu; kabızlık, ishal, kanama veya morarma, el, ayaklarda iğnelenme, uyuşma, cilt veya tırnakla ilgili problemler, saçlarda dökülme, gözlerle ilgili problemler, halsizlik, uyuma güçlüğü, endişeli veya sıkıntılı hissetme, karamsar, üzüntülü hissetme ve adet değişikliği semptomlarının son testte daha sık yaşandığı, ancak bu farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ). Kontrol grubunda ise tedaviden sonra kusma, enfeksiyon belirtileri, kanama veya morarma ve baş ağrıları semptomlarının azaldığı; tedavi öncesi bulantı-kusma, kabızlık, ağrı, nefes darlığı, el ve ayaklarda iğnelenme, uyuşma, cilt ve tırnakla ilgili problemler, saçlarda dökülme, ağız ve boğazla ilgili problemler, iştahta değişme, kilo kaybı veya kilo alma, gözlerle ilgili problemler, halsizlik, olağanüstü yorgunluk hissetme, uyuma güçlüğü, endişeli veya sıkıntılı hissetme, karamsar, üzüntülü hissetme ve cinsel yaşamda değişme semptomlarının son testte görülme sıklığının arttığı saptanmıştır. Kontrol grubunda ön test ve son test ölçümleri karşılaştırıldığında, ağrı, nefes darlığı, el ve ayaklarda iğnelenme, uyuşma, cilt veya tırnakla ilgili problemler, iştahta değişme, gözlerle ilgili problemler, halsizlik ve uyuma güçlüğü semptomlarının görülme sıklığı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Girişim ve kontrol grubu arasında ise semptom görülme sıklığı açısından bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.1). Yapılan araştırma sonuçları hastaların semptomlarını telefonla semptom triyajı uygulaması ve telefon üzerinden çok etkili bir şekilde izlemenin mümkün olduğunu ve semptom kontrolü üzerinde olumlu etkisi olduğunu vurgulamaktadır (Craven ve ark., 2013; Stacey ve ark., 2016). Kearney ve arkadaşları (2009) akciğer, meme ve kolo-rektal kanseri, olan hastalar ile yaptıkları

çalışma sonuçlarında, telefon ile danışmanlığın kemoterapi ilişkili semptomların görülme sıklığını azalttığını ve kanserli hastaların ev ortamında semptom yönetiminin daha iyi olduğunu belirtmiştir. Craven ve arkadaşları (2013) ilk 2 kemoterapi döngüsü içinde hemşire destekli telefon takibinin hastaların yaşadığı semptomların sıklığında azalma sağladığını tespit etmişlerdir. Telefonla danışmanlığın akciğer kanserli hastaların semptomlarına etkisinin incelendiği bir çalışmada, telefonla danışmanlığın semptom sıklığını azaltmada yararlı ve destekleyici etkilerinin olduğu bildirilmiştir (Hindistan ve ark., 2014).

Araştırmamızda girişim grubunda ön test ve son test ölçümleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamasının nedenleri arasında, bireylere önerilen uygulamaları yapmalarına rağmen uygulanan kemoterapi protokolüne ve tedavinin kür sayısının artmasına bağlı olarak yaşadıkları semptom sıklığının arttığı düşünülmektedir. Girişim ve kontrol grubundaki hastalar arasında semptom sıklığı açısından istatistiksel olarak farkın anlamlı olmamasının nedeninin ise, hastaların kemoterapi öncesi sahip oldukları kişisel öz-bakım becerilerine bağlı olduğu düşünülmektedir. Araştırmamızın yaşanan semptom sıklığına göre sonuçları değerlendirildiğinde, kemoterapi ilişkili semptom yaşayan hastaların kanıt temelli telefonla semptom triyaj protokolü uygulaması ile semptom görülme sıklığının artmasına engel olunabileceği, özellikle multidisipliner bir ekiple kurumsal olarak uygulandığında kanıt temelli telefonla semptom triyaj protokolü uygulama ve danışmanlığın semptom görülme sıklığını azaltabileceği düşünülmektedir. Girişim grubunda yaşanan semptom sıklığının daha az olmasında, telefonla yapılan semptom triyaj protokolünün katkısı olabileceği, hastaların 7/24 ulaşabilecekleri bir sağlık profesyonelinin olmasının semptom kontrolü ve yönetiminde hastalara destek olabileceği şeklinde düşünülmektedir. Hasta eğitimlerinde kemoterapi ilişkili en sık görülen halsizlik, yorgunluk, saç dökülmesi, kabızlık ve bulantı semptomlarının yönetimine ilişkin hemşirelik girişimlerinin artırılması gerektiği öngörülmektedir.

Araştırmamızda hastaların yaşadığı semptom şiddeti açısından bakıldığında, girişim grubunda ön test ve son test ölçümlerinin tedaviden sonra kusma ve kabızlık semptom şiddeti puanlarının azalma eğiliminde ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu



saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Tedaviden sonra bulantı, kanama veya morarma, el ve ayaklarda iğnelenme, uyuşma, uyuma güçlüğü, endişeli veya sıkıntılı hissetme ve karamsar, üzüntülü hissetme semptomlarının şiddetinde azalma olmasına rağmen, fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Kontrol grubunda ise ön test ve son test ölçümlerinin saçlarda dökülme semptom şiddeti puanının artma eğiliminde olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.2). Girişim ve kontrol grubunda semptom şiddeti açısından bakıldığında, iştahta değişme semptomunun girişim grubunda kontrol grubuna göre azalma eğiliminde ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Girişim grubunda ön test ve son test ölçümleri açısından bakıldığında, tedaviden sonra kusma ve kabızlık semptomlarının şiddetindeki azalmanın kanıt temelli telefonla semptom triyaj protokolü uygulaması ile kontrol altına alınabildiği yapılan çalışmalarla da desteklenmektedir (Kearney ve ark., 2009; Traeger ve ark., 2015). Ayrıca araştırmamızda girişim grubunda beslenme konusunda kanıt temelli telefonla semptom triyaj protokolü uygulamasının iştahta değişme semptomunun şiddetinde azalma sağladığı tespit edilmiştir. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların sistemik tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar benzer olsa bile, şiddet düzeyi azalan semptom sayısının girişim grubunda (10 semptom) kontrol grubundan (üç semptom) fazla olması, gruplar arasında farklılık gösteren kusma, kabızlık, saç dökülmesi, iştahta değişme gibi semptomların TeleTRIAGE protokolü kapsamında yönlendirilen semptomlar arasında olması nedeniyle, telefonla uygulanan semptom triyaj protokolünün girişim grubunda olumlu katkılar sağladığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda kemoterapi ilişkili semptomlar rahatsızlık derecesi açısından incelendiğinde, girişim grubunda ön test ve son test ölçümlerinde kabızlık ve karamsar, üzüntülü hissetme semptomlarının rahatsızlık derecesi puanlarının azalma eğiliminde olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Kontrol grubunda ise ön test ve son test ölçümlerinde ishal ve halsizlik semptomlarının rahatsızlık derecesi puanlarının artma eğiliminde olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Girişim ve kontrol grupları arasında karamsar, üzüntülü hissetme semptomunun rahatsızlık derecesi puanının girişim grubunda kontrol

grubuna göre azalma eğiliminde ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.3).

Araştırmamızda telefonla semptom triyaj protokolü uygulanan hastaların semptom yönetimi yönünden semptom sıklığı, şiddeti ve rahatsızlık derecesi yönünden azalma tespit edildiği, telefonla semptom triyaj protokolü uygulamasının bütün semptomları aynı düzeyde etkilemediği görülmüştür. Stacey ve arkadaşları (2012)'nin kemoterapi ilişkili semptom yaşayan kanser hastalarıyla yaptığı çalışma sonuçlarında, telefonla semptom triyaj protokolü uygulamasının semptomların uzaktan evde yönetilmesine ve bireylerin kendi öz-bakım sorumluluğu almalarına katkı sağlayarak semptom yönetimini iyileştirdiği belirtilmiştir. Traeger ve arkadaşları (2015)'nin kemoterapi ilişkili semptom yaşayan hastalar ile yaptığı telefonla triyaj çalışması sonuçlarında, telefonla triyaj uygulaması yapılan hastaların standart bakım verilen hastalara göre semptom yönetimlerinin daha iyi olduğu bildirilmiştir. Kondo ve arkadaşları (2015)'nin çalışma sonuçlarında, kemoterapi tedavisi uygulanan onkoloji hastalarında bireylerin yaşadığı kemoterapi ilişkili semptomları erken dönemde değerlendirmenin ve kanıt temelli öneriler sunmanın semptomların önlenmesine veya erken dönemde müdahale edilerek semptom yönetimine katkı sağladığı, gereksiz yatışları ve maliyetleri önlediği belirtilmiştir. Ayrıca kemoterapi ilişkili semptomları izlemek için telefonla triyaj protokolü kullanımının, çağdaş onkoloji uygulamasının önemli bir bileşeni olduğu vurgulanmıştır (Kondo ve ark., 2015). Pimentel ve arkadaşları (2015) ileri evre kanser hastalarında telefonla destekleyici triyaj uygulaması çalışma sonuçlarında, yaşanan semptomlara yönelik telefonla triyaj sonrası kanıt temelli öneriler doğrultusunda bireyleri ve ailelerini evde öz- bakım uygulamalarına yönlendirmişlerdir. Böylece semptomların evde çözümlenmesine olanak sağlanarak semptom yönetiminin iyileştirildiği, ayrıca acil servislere gereksiz başvuruların azalmasına ve erken poliklinik randevularının önlenmesine katkı sağlandığı belirtilmiştir (Pimentel ve ark., 2015).

Araştırmamızda semptom rahatsızlık derecesine göre girişim grubundaki hastalarda rahatsızlığın 11 semptomda azalması, iki semptomda artması ve 11 semptomda aynı derecede kalması; kontrol grubunda rahatsızlığın bir semptomda azalması, 13 semptomda artması ve 10 semptomda aynı derecede kalması, üç aylık izlem sürecinde

telefonla semptom triyaj protokolü uygulamasının katkı verici olduğunu düşündürmektedir. Telefonla yapılan semptom triyaj protokolü doğrultusunda girişim grubundaki kanser hastalarının semptom yönetimi ve öz-bakım uygulamalarının güçlendiği söylenebilir.

Araştırmamızın bulgularına göre telefonla yapılan semptom triyaj protokolü uygulamasının kanserli hastaların semptom yönetimini olumlu yönde etkilediği görülmektedir. Bu doğrultuda araştırmanın H1 hipotezinin (Telefonla yapılan semptom triyaj protokolünün girişim grubundaki kanserli hastalarda semptom yönetimini artırmaya etkisi vardır) kısmen doğrulandığı görülmektedir.

## **5.2. Telefonla Semptom Triage Protokolü Uygulanan Kanserli Hastaların Yaşam**

### **Kalitesi**

Araştırmamızda girişim ve kontrol gruplarında FACT-G Yaşam Kalitesi Ölçeği ile bedeni durum, sosyal yaşam ve aile durumu, duygusal durum ve faaliyet durumu olmak üzere dört alt boyut değerlendirilmiştir. FACT-G Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin tüm ölçek ve alt boyutlarına grupların zaman etkileşimi açısından bakıldığında, zaman içindeki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.4). Araştırmanın başlangıç aşamasında girişim ve kontrol grubu ölçek puan ortalamalarının birbirine yakın olduğu tespit edilmiştir. Araştırma sonunda yaşam kalitesi puan ortalamalarının değişimi değerlendirildiğinde, girişim ve kontrol grubu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). İkinci izlemde bedeni durum ve duygusal durum dışında girişim grubu yaşam kalitesi ölçek puan ortalamalarının artma, kontrol grubu tüm ölçek ve alt boyut puan ortalamalarının azalma eğiliminde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5).

Araştırmamızın sonuçları telefonla triyaj veya telefonla danışmanlık yönteminin kullanıldığı literatürde yer alan araştırmalarla benzer sonuçlar göstermektedir (Yount ve ark., 2014; İraqi ve Ahmadi, 2016; Hindistan ve ark., 2016; Chakeri ve ark., 2018). Kemoterapi uygulanan ve uzak bölgelerde yaşayan kanserli hastalarla yapılan çalışma sonucunda, hastaların yaşadıkları semptomlara yönelik telefonla yapılan danışmanlığın hastaların gelecek ile ilgili kaygılarını azalttığı ve yaşam kalitesini artırdığı bildirilmiştir (Paivi ve ark., 2009). Kolon kanseri tanısı konulan hastalarda telefonla danışmanlık

girişimi uygulanan randomize kontrollü bir çalışmada, girişimin fiziksel, duygusal ve sosyal yaşam üzerinde olumlu etkisi olduğu ve yaşam kalitesini iyileştirdiği belirtilmiştir (Iraqi ve Ahmadi, 2016). Kemoterapi tedavisi uygulanan akciğer kanserli hastaların telefonla takip edildiği yarı-deneysel bir çalışmada, hemşireler her kemoterapi kürü uygulandıktan sonraki ilk hafta içinde hastaları telefonla arayarak literatüre dayalı oluşturdukları rehber doğrultusunda bireylere önerilerde bulunmuşlardır. Çalışma sonucunda telefonla danışmanlığın girişim grubundaki hastaların yaşam kalitesine ilişkin sosyal fonksiyonlar üzerinde kontrol grubuna göre olumlu etki sağladığı vurgulanmıştır. Ayrıca aynı çalışma sonucunda hastalar telefonla danışmanlık uygulamasının zamandan tasarruf sağladığını ve kolay ulaşılabilir bir yaklaşım olduğunu ifade etmişlerdir (Hindistan ve ark., 2016). Chakeri ve arkadaşları (2018)'nin yaptığı çalışma sonuçlarında, kemoterapi tedavisi uygulanan kanserli hastalarda telefonla danışmanlık uygulamasının girişim grubunda kontrol grubuna göre yaşam kalitesini artırmaya yönelik olumlu etkisi olduğu vurgulanmıştır.

Araştırmanın başlangıç aşamasında girişim ve kontrol grubu yaşam kalitesi ölçek puan ortalamalarının birbirine yakın olması, araştırmaya katılan hastaların hastalık sürecinden aynı düzeyde olumsuz etkilendiklerini göstermektedir. Araştırma sonucunda girişim ve kontrol grubu arasındaki yaşam kalitesi ölçek puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı bulunması, girişim grubunun izlem süresince yaşam kalitesinde artma, kontrol grubunun ise izlem süresince yaşam kalitesinde azalma olduğunu ifade etmektedir. Girişim grubunda bedeni durum ve duygusal durum alt boyutlarındaki azalmanın, hastalara uygulanan tedavi süreci uzadıkça kemoterapi ilişkili semptomların daha yoğun yaşanmasından ve semptomlarla baş etmekte zorlandıklarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda girişim grubundaki hastaların kemoterapi tedavisi uygulanmasını takiben üç ay boyunca araştırmacıya 7/24 telefon ile ulaşabilmesi, kemoterapi ilişkili yaşanan semptomlara ilişkin kanıt temelli protokol doğrultusunda semptom triyajı yapılması, tıbbi ya da hemşirelik bakımı gerektirmeyen sorunların semptom triyaj protokolüne göre kanıt temelli öneriler sunularak evde çözümlenmesine olanak sağlanmıştır. Dolayısıyla hastanın sağlık profesyoneline istediği zaman ulaşılabilmesi, 7/24 iletişim kurulabilecek sağlık profesyonelinin olduğunun bilinmesi, bireyin aldığı telefonla danışmanlık hizmetinden memnun kalmasını ve

psikolojik olarak kendini daha iyi hissetmesini sağladığı için, girişim grubunda kontrol grubuna göre anlamlı fark olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızın bulgularına göre telefonla semptom triyaj protokolü uygulamasının kanserli hastaların yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği görülmektedir. Bu doğrultuda araştırmanın H1 hipotezinin (Telefonla yapılan semptom triyaj protokolünün girişim grubundaki kanserli hastalarda yaşam kalitesini artırmaya etkisi vardır) doğrulandığı görülmektedir.

### **5.3. Telefonla Semptom Triage Protokolü Uygulanan Kanserli Hastaların Öz-Bakım Gücü**

Araştırmamızda hastaların öz-bakım gücü düzeyleri, Öz-Bakım Gücü Ölçeği'nden elde edilen veriler doğrultusunda incelenmiştir. Araştırmamızda girişim ve kontrol grupları arasındaki öz-bakım gücü puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Öz-bakım gücü puan ortalamalarında grup ve zaman etkileşimi göz önünde bulundurulduğunda, girişim ve kontrol grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.6). Girişim öncesi her iki grupta da öz-bakım gücü puan ortalamalarının birbirine yakın olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7). Girişim grubunda Öz-Bakım Gücü Ölçeği toplam puan ortalamalarının zamanla arttığı, kontrol grubunda ise puan ortalamalarının zamanla anlamlı düzeyde azaldığı görülmüştür (Şekil 4.2).

Literatürde tele-triyaj ve telefon danışmanlığı yapılan çalışmalar incelendiğinde, araştırma sonuçlarında kanıt temelli protokoller doğrultusunda telefonla triyaj uygulaması ve danışmanlığın bireylerin kendi tedavi ve bakım sorumluluğunu alarak öz-bakım gücünü olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir (Stacey ve ark., 2012; Kondo ve ark., 2015; Pimentel ve ark., 2015; Warrington ve ark., 2016). Marklund ve arkadaşları (2007)'nin bilgisayar destekli telefonla triyaj uygulamasına ilişkin çalışmalarında, hastalar yaşadıkları sorunlara yönelik kanıt temelli protokol doğrultusunda hemşireler tarafından öz-bakım uygulamaları, aile hekimliği ya da acil servis gibi gerekli kaynaklara yönlendirilmiştir. Çalışma sonucunda bilgisayar destekli telefonla hemşire triyajı uygulamasının uygun ve etkili bir model olduğu, bireylerin sorunlarına yönelik öz-bakım sorumluluğunu erken dönemde kazanmalarını sağlayarak, öz-bakım gücü

üzerinde olumlu etkisi olduğu saptanmıştır. Ayrıca aynı çalışma sonucunda bu uygulamanın sağlık bakım harcamalarını azalttığı vurgulanmıştır. (Marklund ve ark., 2007). Warrington ve arkadaşları (2016)'nın kanserli hastalar ile yaptığı tele-triyaj çalışmasında, telefonla arayan hastalardan semptom şiddeti hafif olanlar öz-bakım uygulamaları hakkında bilgilendirilmiş olup, öz-bakım uygulamalarının bireylerin öz-yönetim sorumluluğu almalarını sağladığı ve öz-bakım gücünü iyileştirdiği belirtilmiştir. Bizim araştırmamız da literatürle uyumlu bulunmuştur.

Araştırmanın başlangıcında her iki grupta da öz-bakım gücü puan ortalamalarının birbirine yakın olması, araştırmaya katılan bireylerin öz-bakım davranışlarının girişim öncesi benzer olduğunu göstermektedir. Araştırma bulgularımızda girişim grubundaki kanserli hastaların öz-bakım gücü puan ortalamalarının yüksek olmasının, telefonla semptom triyaj protokolü uygulamasının olumlu katkılarından, sağlık profesyoneline 7/24 ulaşabilmekten, semptom triyaj protokolünün hasta öz-bakım davranışlarını destekleyici uygulamalar içermesinden kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir. Kemoterapi ilişkili semptomların öz-bakım davranışlarının güçlendirilmesi ve hasta eğitimleri ile azaltılabileceği öngörülmektedir.

Araştırmamızın bulgularına göre, telefonla semptom triyaj protokolü uygulamasının kanserli hastaların öz-bakım gücünü artırdığı görülmektedir. Bu doğrultuda araştırmanın H<sub>1</sub> hipotezi (Telefonla yapılan semptom triyaj protokolünün girişim grubundaki kanserli hastalarda öz-bakım gücünü artırmaya etkisi vardır) doğrulanmaktadır.

#### **5.4. Semptom Yönetimi, Yaşam Kalitesi ve Öz-Bakım Gücü Arasındaki İlişki**

Araştırmamızda Kemoterapi Semptom Değerlendirme Ölçeği ile FACT-G Yaşam Kalitesi ve Öz-Bakım Gücü Ölçeği puanları arasında her iki ölçümde de negatif yönde zayıf düzeyde bir korelasyon olduğu saptanmıştır (Tablo 4.8). Araştırmamızda sistemik tedavi gören kanserli hastalarda telefonla yapılan semptom triyaj protokolünün semptom yönetimini, yaşam kalitesini ve öz-bakım gücünü artırmaya yönelik olumlu etkileri olduğu görülmektedir. Literatüre göre semptom sıklığı, semptom şiddeti ve rahatsızlık derecesi azaldıkça yaşam kalitesi ve öz-bakım gücü artmaktadır (Stacey ve ark., 2012; Gelin ve Ulus, 2015; Warrington ve ark., 2016).

Öçekler arasında negatif yönde zayıf düzeyde bir ilişki olması, anlamlı bir korelasyon olduğunu göstermekte olup, hastaların kemoterapi ilişkili semptom sıklığı, şiddeti ve rahatsızlık derecesi azaldıkça, yaşam kalitesinin ve öz-bakım gücünün arttığını göstermektedir. Kanser ilişkili semptomların sıklığı, şiddeti ve rahatsızlık derecesi arttıkça, bireylerin fiziksel ve psikolojik olarak olumsuz etkilenebileceği, öz-bakım güçlerinin, günlük yaşam aktivitelerinin ve yaşam kalitelerinin azalabileceği düşünülmektedir. Telefonla semptom triyaj protokolü uygulaması ile etkili bir semptom yönetimi sağlanabileceği, öz-bakıma ilişkin davranışların ve dolayısıyla günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesinin iyileşme gösterebileceği söylenebilir. Bulgularımız doğrultusunda, kanıt temelli telefonla semptom triyaj protokolü uygulamasının yaygınlaştırılmasının gerekli olduğu öngörülmektedir.

Araştırmamızın bulgularına göre, “Telefonla semptom triyaj protokolü yapılan girişim grubundaki kanserli hastaların semptom yönetimi, yaşam kalitesi ve öz-bakım gücü ile kontrol grubundaki hastalar arasında farklılıklar vardır” hipotezi doğrulanmaktadır.

### **5.5. Kanserli Hastaların Semptom Triage Protokolüne Göre Telefonla Triage Uygulaması ve Yönlendirilmesi**

Araştırmamızda telefonla semptom triyajı yapılan hastaların en sık olarak halsizlik/yorgunluk (%27.9), bulantı-kusma (%18.3), kabızlık (%17.3), ağrı (%14.5) ve iştahsızlık (%9.7) nedeniyle araştırmacıyı aradıkları görülmüştür (Tablo 4.9). Kondo ve arkadaşları (2015)'nin tele-triyaj uygulaması çalışma sonuçlarında, kemoterapi ilişkili semptomlara yönelik hastaların %14'ünün ağrı, %11'inin ateş, %7'sinin bulantı-kusma, %7'sinin nötrojeni ve %6'sının diyare nedeniyle araştırmacıyı aradığı belirtilmiştir. Pimente ve arkadaşları (2015)'nin palyatif bakım hastalarıyla yaptığı çalışma sonuçlarında, hastaların yaşadığı semptomlara ilişkin en sık arama nedenleri sırasıyla ağrı, bulantı-kusma, konfüzyon/deliryum, halsizlik/yorgunluk ve iştahsızlık olarak bildirilmiştir. Warrington ve arkadaşları (2016) onkoloji hastaları ile yaptıkları çalışma sonuçlarında, en sık bildirilen semptomların ağrı (%42), ateş/enfeksiyon (%27), diyare (%19), bulantı (%15) ve dispne (%12) olduğunu belirtmişlerdir. Telefonla semptom triyaj protokolü uygulaması kapsamında hastaların kemoterapi ilişkili halsizlik/yorgunluk, bulantı-kusma, kabızlık, ağrı, iştahsızlık gibi hasta eğitimi ve öz-bakım davranışlarının güçlendirilmesi ile azaltılabilecek veya düzeltilebilecek semptomlar nedeni ile sağlık profesyoneli aramak istedikleri

görülmektedir. Kanserli hastalarda kemoterapi ilişkili semptom yönetimine yönelik hemşirelik girişimlerinin artırılmasının, sağlık kuruluşuna gelmeden semptom şiddetine göre hastaların kendi evlerinde uzaktan telefonla danışmanlık sistemi ile yönlendirebilecekleri kanıt temelli uygulamaların artırılabilmesine yönelik girişimlerin katkı verici olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda kemoterapi tedavisi uygulaması sonrası halsizlik/yorgunluk, iştahsızlık, diyare, nöropati veya uyku sorunu yaşayan hastaların büyük çoğunluğu öz-bakım uygulamalarına; bulantı-kusma ve ağız yaraları yaşayan hastaların büyük çoğunluğu öz-bakım uygulamaları ve ilaç kullanımına; kabızlık yaşayan hastaların büyük çoğunluğu öz-bakım uyguladıktan sonra semptom devam ederse ya da yeni bir semptom olursa araştırmacıyı aramaya; kanama ve cilt problemleri yaşayan hastalar acil tıbbi yardıma yönlendirilmişlerdir (Tablo 4.9). Araştırma sonuçlarımızda hastaların tamamı (%100) telefonla semptom triyaj protokolü uygulamasından memnun kaldıklarını belirtmişlerdir.

Singh ve Warnok (2013)'un bir kanser merkezinde kemoterapi tedavisi gören kanser hastalarında tele-triyaj uygulaması ve danışmanlık yaptıkları çalışma sonuçlarında, hastaların %32'sine kanıt temelli önerilerde bulunulmuş; hastaların %23'ü kanser merkezine ve %18'i de doktoru ile iletişime geçme konusunda yönlendirilmişlerdir. Stacey ve arkadaşlarının (2016) kemoterapi tedavisi uygulanan kanser hastalarıyla yaptığı çalışma sonuçlarında, hastaların yaşadığı semptomlara yönelik tele-triyaj uygulaması yapılmış ve hastaların %90'ı öz-bakım uygulamalarına, %13'ü acil servise ve %3'ü polikliniğe yönlendirilmişlerdir. Aynı araştırma sonuçlarında, araştırmaya katılan hastaların %58'i hemşire ve doktorların yaklaşımından; %56'sı yaşadığı semptomla yönelik detaylı açıklama yapılmasından, %54'ü uygulanan tedavi/önerilerden, %48'i tele-triyaj yönteminden ve %38'i hemşire/doktor ile görüşmek için bekleme süresinden memnun kalmışlardır. Yapılan çalışma sonuçlarında, hasta ve hasta yakınlarının tele-triyaj uygulamasından memnun oldukları belirtilmiştir (Craven ve ark., 2013; Sing ve Warnock, 2013; Stacey ve ark., 2016). Bizim araştırmamız da literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Ülkemizde kanıt temelli rehberler doğrultusunda telefonla semptom triyajı uygulamalarına gereksinim olduğu görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan girişim



grubundaki hastaların yaşadıkları semptomlara (n=104) ilişkin araştırmacıyı telefonla arayabilmeleri olumlu olarak değerlendirilmektedir. Telefon görüşmeleri değerlendirildiğinde, hasta semptomlarının yaklaşık %40'ının öz-bakım uygulamalarına, yaklaşık %30'unun öz-bakım uygulamaları ve önerilen ilaç uygulamalarına, yaklaşık %10'unun semptom devam ederse araştırmacıyı tekrar aramaya, yaklaşık %20'sinin acil tıbbi yardıma yönlendirilmeleri, telefonla semptom triyaj protokolünün etkili olduğunu, hastaların yaklaşık %80'ine semptom yönetimi konusunda uzaktan semptom triyajı ile yardım edilebileceğini düşündürmektedir. Aynı zamanda telefonla semptom triyaj protokolünün maliyet etkin olabileceği, gereksiz hastane başvurularını azaltabileceği öngörülmektedir. Bu olumlu etkileri nedeni ile, telefonla semptom triyaj protokolünün yaygınlaştırılmasına ilişkin uygulamaların planlanması gerektiği düşünülmektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde sistemik tedavi uygulanan kanserli hastalarda telefonla yapılan semptom triyaj protokolünün uygulandığı araştırmanın sonuç ve önerileri yer almaktadır. Araştırmamızın özgün yönü sistemik tedavi uygulanan kanserli hastalarda ilk defa telefonla semptom triyaj protokolü uygulamasının etkinliğinin değerlendirilmesidir. Sistemik tedavi uygulanan kanserli hastalarda semptom triyaj protokolünün semptom yönetimine, yaşam kalitesine ve öz-bakım gücüne etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- ✚ Telefonla semptom triyaj protokolü uygulanan girişim grubundaki kanserli hastalarda bulantı, ağrı, enfeksiyon belirtileri, ağız ve boğaz ile ilgili problemler, iştanta değişme ve olağanüstü yorgunluk semptomlarının sıklığının azaldığı bulunmuştur.
- ✚ Girişim grubunda ön test-son test ölçümleri arasında kabızlık ve kusma semptomlarında anlamlı oranda azalma saptanmıştır.
- ✚ Girişim ve kontrol grubu arasında iştahsızlık semptomunun anlamlı oranda azaldığı bulunmuştur.
- ✚ Girişim grubunda kabızlık ve karamsar, üzüntülü hissetme semptomlarının rahatsızlık derecesinin anlamlı oranda azaldığı; kontrol grubunda halsizlik ve ishal semptomlarının rahatsızlık derecesinin anlamlı oranda arttığı; gruplar arasında karamsar, üzüntülü hissetme semptomunun rahatsızlık derecesinin girişim grubunda anlamlı oranda azalma, kontrol grubunda ise anlamlı oranda artış gösterdiği bulunmuştur. Sistemik tedavi uygulanan kanserli hastalarda telefonla yapılan semptom triyaj protokolünün semptom yönetimini artırmaya kısmen etkisi olduğu belirlenmiştir.
- ✚ Sistemik tedavi uygulanan kanserli hastalarda telefonla yapılan semptom triyaj protokolünün yaşam kalitesini artırmaya etkisi olduğu belirlenmiştir.
- ✚ Sistemik tedavi uygulanan kanserli hastalarda telefonla yapılan semptom triyaj protokolünün öz-bakım gücünü artırmaya etkisi olduğu belirlenmiştir.

- ✚ Sistemik tedavi uygulanan kanserli hastalarda kemoterapi ilişkili semptom sıklığı, şiddeti ve rahatsızlık derecesi azaldıkça, yaşam kalitesi ve öz-bakım gücünün arttığı saptanmıştır.
- ✚ Telefonla en fazla semptom triyajı uygulanan kemoterapi ilişkili semptomlar; halsizlik/yorgunluk, bulantı-kusma, kabızlık, ağrı ve iştahsızlık olarak belirlenmiştir.
- ✚ Telefonla yapılan semptom triyaj protokolü uygulamasının sistemik tedavi uygulanan kanserli hastalarda uygulanabilir olduğu tespit edilmiştir.

Araştırma süreci ve elde edilen sonuçlara dayanarak aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

### **Uygulamaya Yönelik Öneriler**

- ✚ Kemoterapi tedavisi süresince hastaların yaşadıkları semptomların sıklık, şiddet ve rahatsızlık derecesi açısından rutin olarak izlenmesi,
- ✚ Kemoterapi tedavisi süresince en sık görülen veya telefonla en fazla semptom triyajı uygulanan halsizlik/yorgunluk, iştahsızlık, ağrı, saç dökülmesi, kabızlık bulantı ve kusma semptomlarının yönetimine ilişkin hemşirelik girişimlerinin artırılması,
- ✚ Kanser hastalarının semptom yönetimine ilişkin bilgilerinin, yaşam kalitelerinin ve öz-bakım davranışlarının güçlendirilmesine ilişkin hemşirelik girişimlerinin artırılması,
- ✚ Sistemik tedavi uygulanan kanserli hastalarda telefonla semptom triyaj protokolünün kullanılması ve bu uygulamaların yaygınlaştırılması,
- ✚ Sistemik tedavi uygulanan kanserli hastaların evde yaşadıkları semptomların hastaneye gelmeden çözümlenebilmesi veya hastaların gerekli kaynaklara yönlendirilebilmesi açısından, kurumsal olarak semptom triyaj protokolü temelli telefonla danışmanlık sistemi oluşturulması ve bu uygulamanın multidisipliner bir ekip anlayışını içermesi önerilmektedir.

## Araştırmacılara Yönelik Öneriler

- ✚ Telefonla semptom triyaj protokolü uygulamasının semptom yönetimi, yaşam kalitesi ve öz-bakım gücü üzerine etkisini inceleyen ve izlem süresinin daha uzun olduğu randomize kontrollü çalışmaların yapılması,
- ✚ Telefonla semptom triyaj protokolü uygulamasının kanıt temelli rehberler doğrultusunda güçlendirilmesi ve yaygınlaştırılması,
- ✚ Telefonla semptom triyaj protokolünün kullanılabilirliği ve kayıtların daha kolay izlenebilmesi için mobil uygulamalarla desteklenmesine ilişkin çalışmaların yapılması,
- ✚ Telefonla danışmanlık uygulamalarının hasta sonuçlarına ve hastane başvurularına etkisine yönelik maliyet etkililik çalışmaları yapılması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

Adamakidou T, Athanasopoulou M, Kalokairinos C, Kalokairinou A. Cancer outpatients' self-care deficit in Greece, Based on Orem's Theory. 2016; 6-16.

Alligood RM, Tomey MA. Nursing Theorists and Their Work. 7 th edition. USA: Mosby; 2010, p: 265- 285.

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.

Akdemir N. Kanser ve hemşirelik bakımı. İçinde: Akdemir: N, Birol L, Eds. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Geliştirilmiş 3. baskı. Ankara: Sistem Ofset; 2011, s: 246-304.

Aksakoğlu G. Sağlıkta Araştırma ve Çözümleme. İzmir: Meta basımevi; 2013, s:40-45.

Ali S, Mondal N, Choudhry H, Rasool M, Pushparaj PN, Khan MA, Mahfooz M ve et al. Current management strategies in breast cancer by targeting key altered molecular players. Front Oncology. 2016;6: 45.

Alligood RM, Tomey MA. Nursing Theorists and Their Work. Seventh Edition. USA: Mosby, 2010, p: 265- 285.

Altıparmak S, Fadiloğlu Ç, Gürsoy ŞT, Altıparmak O. Kemoterapi tedavisi alan akciğer kanserli hastalarda öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi. Ege Tıp Dergisi. 2011;50(2): 95-102.

Arslan M, Özdemir L. Kemoterapiye bağlı gelişen bulantı-kusmanın yönetiminde kullanılan tamamlayıcı tedavi yöntemleri. Türk Onkoloji Dergisi. 2015;30(2): 82-89.

Aslan Ö, Vural H, Kömürcü Ş, Özet A. Kemoterapi alan kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006;10(1): 15-28.

Baena-Cañada JM, Estalella-Mendoza S, González-Guerrero M, Expósito-Álvarez I, Rosado-Varela P, Benítez-Rodríguez E. Influence of clinical and biographical factors on the quality of life of women with breast cancer receiving adjuvant chemotherapy. *Revista De Calidad Asistencial*. 2011; 26: 299-305.

Bahrami M, Arbon P. How do nurses assess quality of life of cancer patients in oncology wards and palliative settings? *European Journal of Oncology Nursing*. 2012;16: 212-219.

Barbaros B, Dikmen M. Kanser immünoterapisi. *Erciyes Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2015;31(4): 177-181.

Baykara O. Kanser tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2016;5(3): 154-165.

Bayram Z, Durna Z, Akın S. Quality of life during chemotherapy and satisfaction with nursing care in Turkish breast cancer patients. *European Journal of Cancer Care*. 2014;23: 675-684.

Blake H. Innovation in practice: mobile phone technology in patient care. *British Journal of Community Nursing*. 2008;13(4): 160-165.

Breen S, Ritchie D, Schofield P, Hsueh Y, Gough K, Santamaria N, Kamateros R, et al. The patient remote intervention and symptom management system (PRISMS) – a telehealth mediated intervention enabling real-time monitoring of chemotherapy side-effects in patients with haematological malignancies: Study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2015;16:472: 1-17.

Briggs KJ. *Telephone Triage Protocols For Nurses*. 4 th edition. Newyork: Lippincott Williams & Wilkins; 2012, p: 1-6.

Brown V, Sitzia J, Richardson A, Hughes J, Hannon H, Oakley C. The development of the Chemotherapy Symptom Assessment Scale (C-SAS): A scale for the routine clinical assessment of the symptom experiences of patients receiving cytotoxic chemotherapy, *International Journal of Nursing Studies*. 2001;38: 497-511.

Bruera E, Yennurajalingam J, Palmer L, Perez-Cruz PE, Frisbee-Hume S, Allo JA, et al. Methylphenidate and/or a nursing telephone intervention for fatigue in patients with advanced cancer: A randomized, placebo-controlled, phase III trial. *Journal of Clinical Oncology*. 2013;31(19): 2421-2427.

Büker N, Şen S. Onkoloji Hastasında Kemoterapi ve Bakım. In: G. Can (Ed.). *Onkoloji Hemşireliği*. İstanbul: Nobel Matbaacılık; 2014, s:203-210.

Can G (Ed). *Onkoloji Hemşireliği*. 1. basım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2015, s:50-100.

Chakeri A, Salehi S, Gharebagh ZA, Haghani S. Evaluating the effect of tele-nursing on the quality of life of cancer patients admitted to selected hospitals of Tehran University of Medical Sciences in 2014-2015. *International Journal of Ayurvedic Medicine*. 2018; 9(2): 83-87.

Chan HK, Ismail S. Side effects of chemotherapy among cancer patients in a Malaysian general hospital: Experiences, perceptions and informational needs from clinical pharmacists. *Asian Pacific Journal Cancer Prevention*. 2014;15(13): 5305-5309.

Cohen J. The analysis of variance. In *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Second edition. Lawrence Erlbaum Associates. 1988, p: 274-87.

Cozby P, Bates S. *Methods in Behavioral Research*. New York: McGraw-Hill; 2012, p: 262-74.

Craven O, Hughes CA, Burton A, Saunders MP, Molassiotis A. Is a nurse-led telephone intervention a viable alternative to nurse-led home care and standard care for patients receiving oral capecitabine? Results from a large prospective audit in patients with colorectal cancer. *European Journal of Cancer Care*. 2013;22: 413–419.

Çalışkan T, Duran S, Karadaş A, Ergün S, Tekir Ö. Kanser hastalarının yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi. *Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2015;17(1): 27-36.

Dehkordi AH. Self-care concept analysis in cancer patients: An evolutionary concept analysis. *Indian Journal of Palliative Care*. 2016;22 (4): 388-394.

Dehkordi A, Heydarnejad MS, Fatehi D. Quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. *Oman Medical Journal*. 2009;24(3): 204-207.

Delaney EA. Development and Evaluation of an Evidence-Based Telephone Triage Orientation Education Program for Oncology Registered Nurses. DNP Final Project. The Ohio State University, 2017.

Desrochers F, Donivan E, Mehta A, Laizner A M. A psychosocial oncology program: Perceptions of the telephone-triage assessment. *Support Cancer Care*. 2015;24: 2937-2944.

Downe-Wamboldt BL, Butler LJ, Melanson PM, Singleton JF, Coulter LA, Keefe JM, et al. The effects and expense of augmenting usual cancer clinic care with telephone problem solving counseling. *Cancer Nursing*. 2007;30: 441-453.

Düzen ÖK, Korkmaz M. Kanser hastalarında, semptom kontrolü ve tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2015;8(2): 67-76.

Ericksén E. Constipation in Palliative Care: Prevalence, Definitions, Symptom Distress and Risk-Factors. L. U. Department of Social and Welfare Studies Faculty of Health Sciences, Thesis No: 130, 2015, Sweden.

Eriksson EK, Sandelius S, Wahlberg C. Telephone advise nursing: Parents' experiences of monitoring calls in children with gastroenteritis. *Scandinavian Journal Caring Sciences*. 2015;29: 333-339.

Erkurt MA, Kuku İ, Kaya E, Aydoğdu İ. Kanser kemoterapisi ve böbrek. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2009; 16;(1): 63-68.

Evans MK, Watts N, Gratton R. Women's satisfaction with obstetric triage services. *Journal of Obstetric ,Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2015;44: 693-700.



Fawcett J. Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories. USA: FA Davis Comp,any; 2006, s:40-45.

Flannery M, Phillips SM, Lyons CA. Examining telephone calls in ambulatory oncology. Journal of Oncology Practise. 2009;5(2): 57-60.

Gelin D, Ulus B. Hastanede kemoterapi alan hastaların yaşam kalitesi ve bunu etkileyen faktörler. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015;6(1): 31-35.

Gleason K, O'Neill EB, Goldschmitt J, Horigan J, Moriarty L. Ambulatory oncology nurses making the right call: Assessment and education in telephone triage practise. Clinical Journal of Oncology Nursing. 2013;17(3): 335-336.

Gökçe S. Renal Replasman Tedavisi Alan Hastalarda Yaşam Kalitesi. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2010, İstanbul.

Groom AG, Younis T. Endocrine therapy for breast cancer prevention in high-risk women: Clinical and economic considerations. Expert Review Pharmacoecon Outcomes Research. 2016 Mar 17: 1-11.

Gündüzoğlu NÇ, Oksel E, Fadıloğlu Ç. Kanser tedavisinde güncel yaklaşım: Biyoterapi ve hemşirelik yönetimi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2012;28(1): 91-103.

Güneş Z, Çalışır H. Quality of life and social support in cancer patients undergoing outpatient chemotherapy in Turkey. Annals of Nursing and Practice. 2016;3(7): 1-5.

Gülcivan G, Topçu B. Meme kanserli hastaların yaşam kalitesi ile sağlıklı yaşam kalitesi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Namık Kemal Tıp Dergisi. 2017; 5(2): 63-74.

Güngörmüş Z, Bulut-Erdem Ö. Kanser hastalarında yaşam kalitesi ve oral mukozit. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014;5(2): 24-30.

Heydarnejad MS, Dehkordi HA, Dehkordi SK. Factors affecting quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. *African Health Sciences*. 2011;11(2): 266-270.

Hickey M, Newton S, eds. *Telephone Triage for Oncology Nurses*. 2 nd edition. Pittsburgh: Oncology Nurses Society; 2012, s: 57-199.

Hindistan S, Çilingir D. Hemşirelik uygulamalarında güncel bir yaklaşım: Telefon kullanımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2012;9(1): 30-35.

Hindistan S, Nural N, Çilingir D, Gürsoy A. The effect of nursing telephone counselling upon chemotherapy related symptoms and quality of life among patients with lung cancer. *European Journal of Oncology Nursing*. 2014; S14.

Hindistan S, Pekmezci H, Nural N, Güner GS. Kemoterapi alan hastalarda psikolojik semptomlar. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*. 2015;4(1): 1-9.

Huijer HAS, About S, Daumit M. Symptom prevalence and management of cancer patients in Lebanon. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2012;44(3): 386-399.

Iraqi PM, Ahmadi Z. Effect of telephone counselling (telenursing) on the quality of life of the patients with colostomy. *Journal of Client-Centered Nursing Care*. 2016;2(2): 123-130.

Kaakinen P, Kyngäs H, Tarkiainen K, Kääriäinen M. The effects of intervention on quality of telephone triage at an emergency unit in Finland: Nurses' perspective. *International Emergency Nursing*. 2015;26: 26-31.

Kapucu, S. *Biyoterapi*. G. İçinde: Can (Ed.). *Onkoloji Hemşireliği*. İstanbul: Nobel Matbaacılık; 2014, s: 233-246.

Kara Ö, Akdoğan B. Hedefe yönelik tedavilerde en sık görülen yan etkiler: Nasıl yönetilmeli? *Üroonkoloji Bülteni*. 2013; 12(3): 179-185.

Kara K. Onkoloji Hastalarına Uygulanan Farklı Tıbbi Tedavi Yöntemlerinin Beslenme Durumu ve Kaygı Düzeyi Üzerine Etkisi. B.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015, Ankara.

Karabulutlu Ö. Kemoterapi alan hastalarda semptom yönetimi ve yaşam kalitesinin sürdürülmesi. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2009;17(3): 218-225.

Karakaş Z. Kanserli Hastaların Kemoterapiye Bağlı Bulantı Kusmalarının Fonksiyonel Durumlarına Olan Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, İzmir.

Kearney BY, Fleischer BJ. Development of an instrument to measure exercise of self-care agency. Research in Nursing & Health. 1979;2(1): 25-34.

Kearney N, McCann L, Norrie J, Taylor L, Gray P, McGee-Lennon M, et al. Evaluation of a mobile phone based, advanced symptom management system in the management of chemotherapy related toxicity. Support Care Cancer. 2009;17(4): 437-444.

Kimman ML, Dirksen CD, Voogd AC, Falger P, Gijzen BCM, Thuring M, et al. Nurse-led telephone follow-up and educational group programme after breast cancer treatment: Results of a 2\*2 randomised controlled trial. European Journal of Cancer. 2011;47: 1027-1036.

Kline RB. Principles And Practise of Structural Equation Modeling. 3 th edition. New York: Guilford Press; 2011, p:60.

Kondo S, Shiba S, Udavaka R, Ryushima Y, Yano M, Uehara T, et al. Assessment of adverse events via a telephone consultation service for cancer patients receiving ambulatory chemotherapy. BMC Research Notes. 2015;8(315): 2-7.

Kurt AS, Savaşer S. Kanserli adölesanların yaşam kalitesi düzeyine Re-Mission video oyununun etkisi. Türk Onkoloji Dergisi. 2013;28(2): 51-58.

Kutlu R, Çivi S, Börüban MC, Demir A. Kanserli hastalarda depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi. 2011;27(3): 149-153.

Kütük B. Kemoterapi Uygulanan Kanserli Hastalarda Öz-Bakımın Değerlendirilmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016 İstanbul.

Lavdaniti M, Tsitsis N. Definitions and conceptual models of quality of life in cancer patients. Health Science Journal. 2015;9(2:6): 1-5.

Lerman R, Jarski R, Rea H, Gellish R, Vicini F. Improving symptoms and quality of life of female cancer survivors: A randomized controlled study. Annual Surgery Oncology. 2012;19: 373-378.

Li G, Zhang SX, Xu B. Effects of nurse-led telephone follow-up for discharged patients treated with chemotherapy. Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing. 2014;1(1): 46-49.

Lorusso D, Bria E, Costantini A, Maio MD, Rosti G, Mancuso A. Patients' perception of chemotherapy side effects: Expectations, doctor-patient communication and impact on quality of life – An Italian survey. European Journal of Cancer Care. 2017; 26: 1-9.

Macartney G, Stacey D, Carley M, Harrison MB. Priorities, barriers and facilitators for remote support of cancer symptoms: A survey of Canadian oncology nurses. Canadian Oncology Nursing Journal. 2012; 235-240.

Mansano-Schlosser TC, Ceolim MF. Quality of life of cancer patients during the chemotherapy period. Text Context Nursing, Florianópolis. 2012;21(3): 600-607.

Mastal M, Levine J. Perspectives in ambulatory care. The value of registered nurses in ambulatory care settings: A survey. Nursing Economic\$. 2012;30(5): 295-304.

McCann L, Maguire R, Miller M, Kearny N. Patients' perceptions and experiences of using a mobile phone-based advanced symptom management system (ASyMS©) to

monitor and manage chemotherapy related toxicity. *European Journal of Cancer Care*. 2009;18: 156-164.

Mian M, Tinelli M, March E, Turri G, Meneghini V, Pescosta N, et al. Bortezomib, thalidomide and lenalidomide: Have they really changed the outcome of multiple Myeloma? *Anticancer Resesearch*. 2016;36(3): 1059-65.

Molassiotis A, Brearley S, Saunders M, Craven O, Wardley A, Farrell C, et al. Effectiveness of a home care nursing program in the symptom management of patients with colorectal and breast cancer receiving oral chemotherapy: A randomized, controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*. 2009; 27(36): 6191-6198.

Murdoch J, Barnes R, Pooler J, Lattimer V, Fletcher E, Cambell J L. The impact of using computer decision-support software in primary care nurse-led telephone triage: International dilemmas and conversational consequences. *Social Sciences & Medicine*. 2014;126: 36-47.

Nahcivan NÖ. Sağlıklı Gençlerde Öz-bakım Gücü ve Aile Ortamının Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 1994, İstanbul.

Nahcivan NO. A Turkish language equivalence of the exercise of self-care agency scale. *Western Journal of Nursing Research*. 2004;26(7): 813-824.

Nahcivan N. Nicel Araştırmalar. İçinde: Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN. Editörler. *Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama ve Kritik*. 2. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul; 2015, s: 94-97.

Nauright LP, Moneyham L, Williamson J. Telephone triage and consultation: An emerging role for nurses. *Nursing Outlook*. 1999;47: 219-226.

Nayak GM, George A, Kamath A. Symptoms experienced by cancer patients and barriers to symptom management. *Indian Journal Palliative Care*. 2015; 21(3): 349-353.

Ovayolu Ö, Ovayolu N. Semptom yönetiminde kanıt temelli tamamlayıcı yöntemler. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2013;1(1): 83-98.

Özçelik H, Tokem Y, Fadıoğlu Ç, Güngör N, Dedeli Ö. Bir üniversite hastanesinin onkoloji ve hematoloji kliniklerinde çalışan hemşirelerin biyolojik ajan kullanımı ile ilgili bilgi ve uygulamalarının incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*. 2012;27(1): 10-16.

Paivi S, Marja-Terttu M, Pirkko-Liisa KL, Kaunoen M, Lehdinen PLK, Luukkaala T, et al. Telephone intervention and quality of life in patients with breast cancer. *Cancer Nursing*. 2009;32: 177- 190.

Palumbo MO, Kavan P, Miller WH, Panasci L, Assouline S, Jhonson H, , et al. Systemic cancer therapy: Achievements and challenges that lie ahead. *Frontiers in Pharmacology*. 2013;4(57): 3-9.

Pandey RA, Dhungana GP, Twi JT, Byanju S, Khawas B. Quality of life of patients undergoing cancer treatment in B.P. Koirala Memorial Cancer Hospital, Bharatpur, Chitwan, Nepal. *American Journal of Cancer Prevention*, 2015;3(2): 35-44.

Pazar B, Taştan S, İyigünen E. Tele sağlık sisteminde hemşirenin rolü. *Bakırköy Tıp Dergisi*. 2015;11: 1-4.

Pektekin Ç. Hemşirelik Felsefesi Kuramlar-Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2013, 105-111.

Piamjariyakul U, Williams PD, Prapakorn S, Kim M, Park L, Rojjanasrirat W, et al. Cancer therapy-related symptoms and self-care in Thailand. *European Journal of Oncology Nursing*. 2010;14(5): 387-94.

Pierce MR. Use of a Telephone Triage Protocol to Support Nurses and Enhance Cancer Care Coordination. St. Catherine University, Graduate Program Faculty, 2014, St. Paul Minnesota.

Pimentel LE, Yennurajalingam S, Chisholm G, Edwards T, Guerra-Sanchez M, De La Cruz M, Tanco K, et al. The frequency and factors associated with the use of a dedicated supportive care center telephone triaging program in patients with advanced cancer at a comprehensive cancer center. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2015; 49(5); 939-944.

Ream EK, Richardson A, Wiseman S, Hughes AE, Forbes A. Telephone interventions for symptom management in adults with cancer (Protocol). The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd. 2010; 2-5.

Reinhardt AC. The impact of work environment on telephone advice nursing. *Clinical Nursing Research*. 2010;19: 289-310.

Rodgers C, Withycombe JS, Hockenberry MJ. Evidence-based practice projects in pediatric oncology nursing. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 2014;31(4): 182-184.

Rowe N. Telephone Advice and Triage within Paediatric Oncology. University of Central Lancashire, Graduate Program Faculty, 2014, Preston.

Sakai M, Elhilali M, Papadopoulos V. The GnRH antagonist degarelix directly inhibits benign prostate hyperplasia cell growth. *Horm Metab Res*. 2015; 47(12): 925-931.

Sayın YY, Kanan N. İleri evre kanser hastasının evde palyatif bakım organizasyonu. *HEMAR-G Dergisi*. 2007;3: 4-13.

Schuler MK, Trautmann F, Radloff M, Schmädig R, Hentschel L, Eberlein-Gonska M, et al. Implementation of a mobile inpatient quality of life (QoL) assessment for oncology nursing. *Support Care Cancer*. 2016;24: 3391–3399.

Sevean P, Dampier A, Spadoni M, Strickland S, Pilatzke S. Patients and families experiences with video telehealth in rural /remote communities in Northern Canada. *Journal of Clinical Nursing*. 2008;3: 1-7.

Siegel R, DeSantis C, Virgo K, Stein K, Mariotto A, Smith T, et al. Cancer treatment and survivorship statistics. *CA Cancer Journal for Clinicians*. 2012;62(4): 220-241.

Singh K, Warnock C. Assessing the value of a nurse-led telephone advise and triage service. *Cancer Nursing Practise*. 2013;12(4): 30-35.

Smith AJ, Oertle J, Prato D. Immunotherapy in cancer treatment. *Open Journal of Medical Microbiology*. 2014;4: 178-191.

Stacey D, Bakker D, Ballantyne B, Chapman K, Cumming J, Green E, et al. Managing symptoms during cancer treatments: Evaluating the implementation of evidence-informed remote support protocols. *Implementation Science*. 2012, 7:110: 2-11.

Stacey D, Bakker D, Green E, Chapman K, Cumming J, Ballantyne B, et al. Ambulatory oncology nursing telephone services: A provincial survey. *Canadian Oncology Nursing Journal*. 2007;17: 1-5.

Stacey D, Carley M, Ballantyne B, Skrutkowski M, Whynot A, Pan-Canadian Oncology Symptom Triage and Remote Support (COSTaRS) Team. Perceived factors influencing nurses' use of evidence-informed protocols for remote cancer treatment-related symptom management: A mixed methods. *European Journal of Oncology Nursing*. 2015;19(3): 268–77.

Stacey D, Carley M, Kohli J, Skrutkowski M, Avery J, Bazile AM, et al. Remote symptom support training programs for oncology nurses in Canada: An environmental scan. *Canadian Oncology Nursing Journal*. 2014;24(2); 78–82.

Stacey D, COSTARS. Evidence-informed protocols to guide oncology nurses providing remote symptom support. *Canadian Oncology Nursing Journal*. 2012; 280.

Stacey D, Green E, Ballantyne B, Tarasuk J, Skrutkowski M, Carley M, et al. Implementation of symptom protocols for nurses providing telephone-based cancer symptom management: A comparative case study. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2016;13(6): 420–431.

Stacey D, Macartney G, Carley M, Harrison MB, COSTaRS. Development and evaluation of evidence-informed clinical nursing protocols for remote assessment, triage and support of cancer treatment-induced symptoms. *Nursing Research and Practice*, 2013; 2013(171872): 1-11.



Stacey for the Canadian Oncology Symptom Triage and Remote Support (COSTaRS) Team. Remote symptom practice guides for adults on cancer treatments. Canada: Ottawa Hospital Research Institute & Version 3.5 University of Ottawa, 2016.

Sunderam S, Haider S, Kumar M, Kashyap V, Singh SB, Jeseena S. Assessment of quality of life of cancer patients attending oncology clinic in a tertiary care hospital of Jharkhand, India. *International Journal of Community Medicine and Public Health*. 2016;3(1): 281-286.

Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. *Biyoistatistik*. Ankara: Hatipoğlu Yayınları; 2012, s: 20-45.

Tariman JD, Szubski KL. The evolving role of the nurse during the cancer treatment decision-making process: A literature review. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2015;19(5): 548-56.

Taşdelen B, Kanık EA. Sağlık araştırmalarında biyoistatistiksel yöntemlerin doğru kullanımı ve sunumu. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2009;2(1): 1-13.

Towle E. Telephone triage in today's oncology practice. *American Society of Clinical Oncology*. 2009; 5(2): 61.

Traeger L, McDannell TM, McCarty CE, Greer JA, Jawahri AE, Temel ST. Intervention to enhance outpatient chemotherapy symptom management: Patient-reported outcomes of a randomized controlled trial. *Cancer*. 2015;121: 3905-3913.

Uğur Ö. Kanser hastasının semptom yönetimi. *Türk Onkoloji Dergisi*. 2014;29(3): 125-135.

Üskent, N. Hedefe yönelik tedaviler ne kadar isabetli. *Onkoloji Bülteni*. 2010; 4: 1-8.

Üstündağ S, Demir Zencirci A. Factors affecting the quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy: A questionnaire study. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*. 2015;2(1): 17-25.

Üstündağ H, Zengin N. Baş boyun kanseri nedeni ile cerrahi girişim geçiren hastaların öz bakım gücünün değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008;110(1): 63-68.

Warrington L, Holch P, Kenyon L, Hector C, Kozłowska K, Kenny AM, et al. An audit of acute oncology services: patient experiences of admission procedures and staff utilisation of a new telephone triage system. Support Care Cancer. 2016;24: 5041–5048.














































Yarbro, CH, Wujcik D, Gobel BH. Cancer Nursing Principles and Practice. 7 th edition. US: lones and Bartlett Publishers; 2011, p: 96-928.

Yeşilbalkan ÖU, Akyol AD, Çetinkaya Y, Altın T, Ünlü D. Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2005;21(1): 13-31.

Yoshida K, Kanda K. Relationship between self-care agency and quality of life among cancer patients undergoing outpatient chemotherapy. The Kitakonto Medical Journal. 2016;66: 271-277.

Yount SE, Rothrock N, Bass M, Beaumont JL, Pach D, Lad T, et al. A randomized trial of weekly symptom telemonitoring in advanced lung cancer. Journal Pain Symptom Manage. 2014; 47(6): 973-988.

## ARAŞTIRMA ZAMAN AKIŞ ÇİZELGESİ

İş planı (Aylar)	2016					2017					2018				2019			2020	
	1-4	5	6	7	8-12	1	2	3	4-7	8-12	1-3	4-7	8	11-12	1-7	8-10	11-12	1-2	
Literatür inceleme																			
Araştırma probleminin belirlenmesi																			
Tez önerisi																			
Etik kurul ve hastane izinlerin alınması																			
Semptom Triyaj Protokolünün Türkçe versiyonun oluşturulması																			
Uzman görüşlerinin alınması																			
Hastalar İçin Semptom Triyaj Protokolü Kullanım Rehberinin oluşturulması																			
Ön uygulama ve değerlendirilmesi																			
Girişim ve kontrol grubuna ön test																			
İzlem																			
Girişim ve kontrol grubuna son test																			
Verilerin değerlendirilmesi																			
Tez raporunun yazılması																			
TEZ SAVUNMA SINAVI: 04/02/2020																			

**EK 2****RANDOMİZASYON LİSTESİ**

<b>SIRA NO</b>	<b>GİRİŞİM GRUBU</b>	<b>KONTROL GRUBU</b>
1	GİRİŞİM GRUBU	
2		KONTROL GRUBU
3	GİRİŞİM GRUBU	
4		KONTROL GRUBU
5	GİRİŞİM GRUBU	
6		KONTROL GRUBU
7	GİRİŞİM GRUBU	
8	GİRİŞİM GRUBU	
9		KONTROL GRUBU
10		KONTROL GRUBU
11		KONTROL GRUBU
12	GİRİŞİM GRUBU	
13		KONTROL GRUBU
14		KONTROL GRUBU
15	GİRİŞİM GRUBU	
16		KONTROL GRUBU
17		KONTROL GRUBU
18	GİRİŞİM GRUBU	
19	GİRİŞİM GRUBU	
20	GİRİŞİM GRUBU	
21		KONTROL GRUBU
22		KONTROL GRUBU
23	GİRİŞİM GRUBU	
24	GİRİŞİM GRUBU	
25		KONTROL GRUBU
26		KONTROL GRUBU
27	GİRİŞİM GRUBU	
28		KONTROL GRUBU
29	GİRİŞİM GRUBU	
30		KONTROL GRUBU
31		KONTROL GRUBU
32		KONTROL GRUBU
33		KONTROL GRUBU
34	GİRİŞİM GRUBU	
35	GİRİŞİM GRUBU	

<b>SIRA NO</b>	<b>GİRİŞİM GRUBU</b>	<b>KONTROL GRUBU</b>
36		KONTROL GRUBU
37	GİRİŞİM GRUBU	
38	GİRİŞİM GRUBU	
39	GİRİŞİM GRUBU	
40	GİRİŞİM GRUBU	
41	GİRİŞİM GRUBU	
42	GİRİŞİM GRUBU	
43	GİRİŞİM GRUBU	
44		KONTROL GRUBU
45		KONTROL GRUBU
46	GİRİŞİM GRUBU	
47		KONTROL GRUBU
48		KONTROL GRUBU
49		KONTROL GRUBU
50	GİRİŞİM GRUBU	
51		KONTROL GRUBU
52		KONTROL GRUBU
53		KONTROL GRUBU
54	GİRİŞİM GRUBU	
55	GİRİŞİM GRUBU	
56	GİRİŞİM GRUBU	
57	GİRİŞİM GRUBU	
58	GİRİŞİM GRUBU	
59		KONTROL GRUBU
60		KONTROL GRUBU
61	GİRİŞİM GRUBU	
62		KONTROL GRUBU
63	GİRİŞİM GRUBU	
64		KONTROL GRUBU
65		KONTROL GRUBU
66	GİRİŞİM GRUBU	
67		KONTROL GRUBU
68	GİRİŞİM GRUBU	
69	GİRİŞİM GRUBU	
70	GİRİŞİM GRUBU	
71		KONTROL GRUBU
72	GİRİŞİM GRUBU	
73		KONTROL GRUBU

<b>SIRA NO</b>	<b>GİRİŞİM GRUBU</b>	<b>KONTROL GRUBU</b>
74	GİRİŞİM GRUBU	
75	GİRİŞİM GRUBU	
76		KONTROL GRUBU
77		KONTROL GRUBU
78		KONTROL GRUBU
79	GİRİŞİM GRUBU	
80		KONTROL GRUBU
81		KONTROL GRUBU
82	GİRİŞİM GRUBU	
83		KONTROL GRUBU
84	GİRİŞİM GRUBU	
85	GİRİŞİM GRUBU	
86		KONTROL GRUBU
87	GİRİŞİM GRUBU	
88		KONTROL GRUBU
89		KONTROL GRUBU
90	GİRİŞİM GRUBU	

**Set # 1**

1, 3, 5, 7, 8, 12, 15, 18, 19, 20, 23, 24, 27, 29, 34, 35, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 46, 50, 54, 55, 56, 57, 58, 61, 63, 66, 68, 69, 70, 72, 74, 75, 79, 82, 84, 85, 87, 90

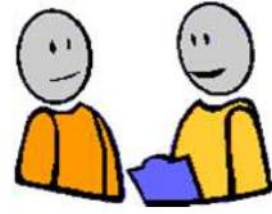
**Set # 2**

2, 4, 6, 9, 10, 11, 13, 14, 16, 17, 21, 22, 25, 26, 28, 30, 31, 32, 33, 36, 44, 45, 47, 48, 49, 51, 52, 53, 59, 60, 62, 64, 65, 67, 71, 73, 76, 77, 78, 80, 81, 83, 86, 88, 89

Research Randomizer Results: <https://www.randomiser.org/>

**EK 3**

**REMOTE SYMPTOM PRACTICE GUIDES FOR  
ADULTS ON CANCER TREATMENTS**



**Remote Symptom Practice Guides  
for  
Adults on Cancer Treatments**

**Of the Pan-Canadian Oncology Symptom Triage and Remote Support  
(COSTaRS) Team**

**March 2016**

# Appetite Loss Practice Guide

Name  
Date of Birth  
Sex  
Date and Time

Anorexia: An involuntary loss of appetite<sup>1,3</sup>; being without hunger.

## 1. Assess severity of the appetite loss (Supporting evidence: 2 guidelines)<sup>2,3</sup>

Tell me what number from 0 to 10 best describes your appetite

Best appetite    0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10   Worst possible appetite <sup>4(ESAS)</sup>

How worried are you about your poor appetite?<sup>3</sup>

Not worried    0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10   Extremely worried

Ask patient to indicate which of the following are present or absent

Patient rating (see ESAS above) <sup>2,4</sup>	1-3	<input type="checkbox"/>	4-6	<input type="checkbox"/>	7-10	<input type="checkbox"/>
Patient rating of worry about poor appetite (see above) <sup>3</sup>	0-5	<input type="checkbox"/>	6-10	<input type="checkbox"/>		
How much have you had to eat and drink in past 24 hours (e.g. at each meal)? <sup>3</sup> (compared to your normal food intake)	Some	<input type="checkbox"/>	Minimal	<input type="checkbox"/>	None	<input type="checkbox"/>
Is there anything causing your lack of appetite: <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Recent surgery or treatment <input type="checkbox"/> New medication <input type="checkbox"/> Other symptoms, describe.	No	<input type="checkbox"/>	Yes, some	<input type="checkbox"/>	Yes, several	<input type="checkbox"/>
Are you feeling dehydrated, which can include feeling dizzy, a dry mouth, increased thirst, fainting, rapid heart rate, decreased amount of urine? <sup>3</sup>	No	<input type="checkbox"/>	Yes, some	<input type="checkbox"/>	Yes, significantly	<input type="checkbox"/>
Does your poor appetite interfere with your daily activities at home and/or at work? <sup>3</sup> Describe.	No	<input type="checkbox"/>	Yes, some	<input type="checkbox"/>	Yes, significantly	<input type="checkbox"/>
Have you lost weight in the last 4 weeks without trying? <sup>3</sup> Amount: <input type="checkbox"/> Unsure	0-2.9%	<input type="checkbox"/>	3-9.9%	<input type="checkbox"/>	≥10%	<input type="checkbox"/>



**1 Mild (Green)**



**2 Moderate (Yellow)**



**3 Severe (Red)**

## 2. Triage patient for symptom management based on highest severity (Supporting evidence: 1 guideline)<sup>3</sup>

Review self-care.  
 Verify medication use, if appropriate.

Review self-care.  
 Verify medication use, if appropriate.  
 Advise to call back if symptom worsens, new symptoms occur, or no improvement in 1-2 days.

If severe loss of appetite is stabilized, review self-care strategies  
 If severe loss of appetite is new refer for medical attention immediately.

If patient is experiencing other symptoms, did you also refer to the appropriate practice guides? If yes, please specify:

Additional comments:



**3. Review medications patient is using for appetite loss, including prescribed, over the counter, and/or herbal supplements (Supporting evidence: 2 guidelines)<sup>1,2</sup>**

Current use	Examples of medications for appetite	Notes (e.g. dose, suggest to use as prescribed)	Evidence
<input type="checkbox"/>	megestrol (Megace <sup>®</sup> ) <sup>1,2</sup>		Effective
<input type="checkbox"/>	Corticosteroids* - dexamethasone (Decadron <sup>®</sup> ), prednisone <sup>1</sup>		Effective

\* Corticosteroids offer short-lived benefit. Long-term use is associated with significant toxicities. Cannabis/Cannabinoids are not recommended.<sup>1</sup>

**4. Review self-care strategies (Supporting evidence: 3 guidelines)<sup>1-3</sup>**

Patient already uses	Strategy suggested/ education provided	Patient agreed to try	Self-care strategies
			1. What is your goal for improving your appetite?
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	What helps when you feel like you are not hungry? Reinforce as appropriate. Specify:
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Are you trying to eat 5-6 small meals? <sup>3</sup>
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Are you trying to eat more when you feel most hungry? <sup>3</sup>
5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Are you trying to eat foods that are higher in protein and calories such as cheese, yogurt, eggs, or milk shakes? <sup>3</sup>
6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Are you able to obtain groceries and help prepare your meals (access to food, financial resources)? If preparing meals is a problem ask friends family to help or buy convenience foods. <sup>3</sup>
7. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Are you drinking any higher energy and protein drinks (Ensure, Glucerna, Boost <sup>®</sup> )? <sup>1,3</sup>
8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Are you staying as active as possible? (e.g. walking 15-20 minutes 1-2x/day; 30-60 minutes 3-5x/week) <sup>2</sup>
9. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you spoken with a dietitian? <sup>1-3</sup>
10. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Would more information about your symptoms help you to manage them better? If yes, provide appropriate information or suggest resources.

**5. Summarize and document plan agreed upon with caller (check all that apply)**

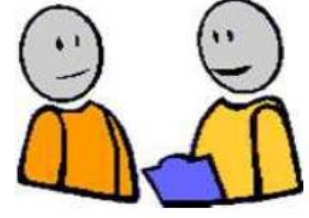
- No change, continue with self-care strategies and if appropriate, medication use
- Patient agrees to try self-care items #.  
How confident are you that you can try what you agreed to do (0=not confident, 10=very confident)?
- Patient agrees to use medication to be consistent with prescribed regimen  
Specify:
- Referral (service & date):
- Patient agrees to seek medical attention; specify time frame:
- Advise to call back in 1-2 days if no improvement, symptom worsens, or new symptoms occur

Name	Signature	Date
------	-----------	------

References: 1. ONS-PEP Anorexia (2015); 2. Dy SM, et al. (2008); 3. Cancer Care Ontario (2012); 4. Bruera E, et al. (1991). (See pages 36-39 for complete references).

**EK 4**

**KANSER TEDAVİSİ UYGULANAN HASTALAR İÇİN  
UZAKTAN SEMPTOM YÖNETİM REHBERLERİ**



**Kanser Tedavisi Uygulanan Hastalar  
için  
Uzaktan Semptom Yönetim Rehberleri**

**Kanada Onkoloji Semptom Triyaj ve Uzaktan Destek Ekibi  
(COSTaRS: Pan-Canadian Oncology Symptom Triage and Remote  
Support)**

**Mart 2016**

## İçerik

### Semptom Yönetim Rehberleri

Anksiyete.....	1
İştahsızlık.....	3
Kanama.....	5
Nefes Darlığı/Dispne.....	7
Kabızlık.....	9
Depresyon.....	11
İshal.....	13
Halsizlik/Yorgunluk.....	15
Ateş/Febril Nötropeni.....	17
Ağız Yaraları/Stomatit.....	19
Bulantı & Kusma.....	21
Ağrı.....	23
Periferik Nöropati.....	25
Cilt Sorunları.....	27
Uyku Sorunları.....	29
Genel Değerlendirme Formu Örneği.....	31

# İştahsızlık Yönetim Rehberi

Adı-Soyadı

Cinsiyet

Tarih ve Saat

İştahsızlık : İstemsiz iştah kaybı. Açlığın olmaması.

## 1. İştahsızlık şiddetini değerlendirme

İştahsızlığınızı ifade eden 0-10 arasında bir sayı söyleyiniz.

İştahsız değilim 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 İştahsızlığım çok fazla

İştahsızlığınız ile ilgili endişeli misiniz?

Endişeli değilim 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Çok endişeliyim

Aşağıdaki unsurların mevcut olup olmadığını sorgulayın

Hastayı değerlendirme	1-3	<input type="checkbox"/>	4-6	<input type="checkbox"/>	7-10	<input type="checkbox"/>
Hastanın iştahsızlığına ilişkin endişe skoru	0-5	<input type="checkbox"/>	6-10	<input type="checkbox"/>		
Son 24 saat içinde bir şeyler yiyip içtiniz mi? (örn. Her öğünde) (normal gıda alımıyla karşılaştırıldığında)	Biraz	<input type="checkbox"/>	Çok az	<input type="checkbox"/>	Hiç	<input type="checkbox"/>
İştahsızlığınızın herhangi bir nedeni var mı: <input type="checkbox"/> Son günlerdeki ameliyat ya da tedavi <input type="checkbox"/> Yeni ilaç tedavisi <input type="checkbox"/> Diğer semptomlar, belirtiniz.	Hayır	<input type="checkbox"/>	Evet, biraz	<input type="checkbox"/>	Evet, birden fazla	<input type="checkbox"/>
Baş dönmesi, ağz kuruluğu, susuzluk hissi, bayılma, çarpıntı, idrar miktarında artma gibi belirtileri içeren sıvı kaybınız var mı?	Hayır	<input type="checkbox"/>	Evet, biraz	<input type="checkbox"/>	Evet, önemli ölçüde	<input type="checkbox"/>
İştahsızlığınız evde ve/veya işte günlük yaptığınız işlerinizi etkiliyor mu? Belirtiniz.	Hayır	<input type="checkbox"/>	Evet, biraz	<input type="checkbox"/>	Evet, önemli ölçüde	<input type="checkbox"/>
Çaba harcamadan 4 hafta içinde kilo kaybınız oldu mu? Toplam <input type="checkbox"/> Emin değilim	0-2.9%	<input type="checkbox"/>	3-9.9%	<input type="checkbox"/>	≥10%	<input type="checkbox"/>



**1** Hafif  
(Yeşil)



**2** Orta  
(Sarı)



**3** Şiddetli  
(Kırmızı)

## 2. En yüksek şiddet düzeyine göre semptom yönetimi için hasta triyajı

Öz-bakımı inceleyiniz.  
 Gerekli ise ilaç kullanımını doğrulayınız.

Öz-bakımı inceleyiniz.  
 Gerekli ise ilaç kullanımını doğrulayınız.  
 Semptom kötüleşirse, yeni bir semptom oluşursa ya da herhangi bir gelişme yoksa 1-2 gün içinde tekrar aramasını öneriniz.

İştahsızlık sürekli ise, bakımı inceleyiniz.  
 İştahsızlık ciddi ve yeni ise acilen tıbbi yardıma başvurmasını öneriniz.

Eğer hasta diğer semptomları yaşıyorsa, diğer semptom yönetim rehberlerine baktınız mı? Eğer evetse, lütfen belirtiniz:

Ek Yorumlar:

### 3. Hastanın iştahsızlık için kullandığı reçeteli, reçetesiz ilaçlar ve/ veya bitkisel takviyeleri inceleme

Güncel kullanım	İştahsızlık için ilaç örnekleri*	Notlar (örn. doz, belirtildiği şekilde kullanımı önerme)	Kanıt
<input type="checkbox"/>	Megestrol (Megace®)		Etkili
<input type="checkbox"/>	Kortikosteroidler* - deksametazon (Dekort®), prednizolon (Prednol)		Etkili

\* Kortikosteroidler kısa süreli yarar sağlar. Uzun süreli kullanım ciddi toksisitelerle ilişkilidir. Esrar /Kannabinoidler önerilmemektedir.

### 4. Öz-bakım stratejilerini inceleme

Hastanın halen kullandığı	Önerilen/ eğitimle sağlanan stratejiler	Hastanın denemek için karar verdiği	Öz-bakım stratejileri
1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kendinizi aç hissetmediğinizde, iştahınızı arttırmak için sizce ne yapılabilir? Uygunsa destekleyiniz. Belirtiniz:
2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Günde 5-6 kez, az ve sık öğünler şeklinde yemeye çalışır mısınız?
3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Proteinden zengin, peynir, yoğurt, yumurta, süt gibi yiyecekler yemeye çalışır mısınız?
4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kendinizi aç hissettiğinizde çok fazla yemeye çalışır mısınız?
5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bir diyetisyen ile görüştünüz mü?
6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yiyeceklerin temini ve hazırlanmasına yardımcı olabiliyor musunuz (gıda erişimi, maddi destek)? Eğer yemek hazırlama sorun olursa yakınlarınızdan yardım isteyiniz ya da uygun yiyecekler satın alınız.
7. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Protein ve yüksek enerji içeren besin destek ürünleri tüketiyor musunuz (mama içerikli)?
8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mümkün olduğunca hareketli kalabiliyor musunuz? (örn. 1-2 kez/günde; 3-5 kez/ haftada yürüyüş yapma)
9. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	İştahsızlık hakkında daha fazla bilgi almanız, durumunuzu daha iyi yönetmenize yardımcı olur mu? Evet ise uygun bilgiyi sağlayınız ve uygun kaynaklara yönlendiriniz.

### 5. Semptom triyaj planı

<input type="checkbox"/>	Hastanın öz-bakım stratejilerini denemeyi kabul etmesi, öz-bakım stratejileri ile devam etme ve gerekli ise ilaç kullanma
<input type="checkbox"/>	Öz-bakım stratejileri ile devam etme, gerekli ise ilaç kullanma ve semptom kötüleşirse, yeni bir semptom oluşursa ya da herhangi bir gelişme yoksa 1-2 gün içinde tekrar aramasını önerme
<input type="checkbox"/>	Polikliniğe veya acil servise yönlendirme (tarih):

## EK 5

### KANSER TEDAVİSİ UYGULANAN HASTALAR İÇİN UZAKTAN SEMPTOM YÖNETİM REHBERLERİ YÖNERGE

Kanada’da 2008 yılında kurulan Pan-Canadian Oncology Symptom Triage and Remote Support (COSTaRS) Team tarafından, tedavi gören kanserli hastaların semptom yönetiminde kullanılmak üzere oluşturulan Kanser Tedavisi Uygulanan Hastalar için Uzaktan Semptom Yönetim Rehberleri 2008-2012 yılları arasında beş yıl içinde yayınlanmış sistematik derlemeler incelenerek oluşturulmuş ve 2013 yılında yayınlanmıştır. İlk yayınlandığında içerisinde 13 semptom yönetim rehberi (anksiyete, iştahsızlık, kanama, nefes darlığı/dispne, konstipasyon, depresyon, diyare, yorgunluk/halsizlik, febril nötropeni, ağız yaraları/stomatit, bulantı ve kusma, periferik nöropati ve cilt reaksiyonları) yer almıştır. Protokol 2015-2016 yılları arasında güncellenmiş, ağrı ve uyku sorunları semptom yönetim rehberleri de eklenerek toplam semptom yönetim rehber sayısı 15’e çıkartılmıştır.

“Kanser Tedavisi Uygulanan Hastalar için Uzaktan Semptom Yönetim Rehberleri” protokolü, 5 uzman tarafından bilinguel olarak çevrildikten sonra, uygulama rehberlerinin anlaşılır olup olmadığını belirlemek için siz uzmanların önerilerine gereksinim vardır. Her bir semptom uygulama rehberi için 0’dan(=hiç uygun değil) 10’a kadar (=çok uygun) puanlama yapınız. Ayrıca sizlerden gelen öneriler doğrultusunda düzeltmeler yapılacaktır.

Uzman Değerlendirme Puanı (1-10arası)	Kanser Tedavisi Uygulanan Hastalar İçin Uzaktan Semptom Yönetim Rehberleri
	<b>Anksiyete Yönetim Rehberi</b>
	1. Bölüm Öneri:
	2. Bölüm Öneri:
	3. Bölüm Öneri:
	4. Bölüm Öneri:
	5. Bölüm Öneri:
	<b>İştahsızlık Yönetim Rehberi</b>
	1. Bölüm Öneri:
	2. Bölüm Öneri:
	3. Bölüm Öneri:
	4. Bölüm Öneri:

	<b>5. Bölüm Öneri:</b>
	<b>Kanama Yönetim Rehberi</b>
	<b>1. Bölüm Öneri:</b>
	<b>2. Bölüm Öneri:</b>
	<b>3. Bölüm Öneri:</b>
	<b>4. Bölüm Öneri:</b>
	<b>5. Bölüm Öneri:</b>
	<b>Nefes Darlığı/Dispne Yönetim Rehberi</b>
	<b>1. Bölüm Öneri:</b>
	<b>2. Bölüm Öneri:</b>
	<b>3. Bölüm Öneri:</b>
	<b>4. Bölüm Öneri:</b>
	<b>5. Bölüm Öneri:</b>
	<b>Kabızlık Yönetim Rehberi</b>
	<b>1. Bölüm Öneri:</b>
	<b>2. Bölüm Öneri:</b>
	<b>3. Bölüm Öneri:</b>
	<b>4. Bölüm Öneri:</b>
	<b>5. Bölüm Öneri:</b>
	<b>Depresyon Yönetim Rehberi</b>
	<b>1. Bölüm Öneri:</b>
	<b>2. Bölüm Öneri:</b>
	<b>3. Bölüm Öneri:</b>
	<b>4. Bölüm Öneri:</b>
	<b>5. Bölüm Öneri:</b>
	<b>Diyare Yönetim Rehberi</b>
	<b>1. Bölüm Öneri:</b>

	<b>2. Bölüm</b> <b>Öneri:</b>
	<b>3. Bölüm</b> <b>Öneri:</b>
	<b>4. Bölüm</b> <b>Öneri:</b>
	<b>5. Bölüm</b> <b>Öneri:</b>
	<b>Halsizlik/Yorgunluk Yönetim Rehberi</b>
	<b>1. Bölüm</b> <b>Öneri:</b>
	<b>2. Bölüm</b> <b>Öneri:</b>
	<b>3. Bölüm</b> <b>Öneri:</b>
	<b>4. Bölüm</b> <b>Öneri:</b>
	<b>5. Bölüm</b> <b>Öneri:</b>
	<b>Ateş /Febril Nötropeni Yönetim Rehberi</b>
	<b>1. Bölüm</b> <b>Öneri:</b>
	<b>2. Bölüm</b> <b>Öneri:</b>
	<b>3. Bölüm</b> <b>Öneri:</b>
	<b>4. Bölüm</b> <b>Öneri:</b>
	<b>5. Bölüm</b> <b>Öneri:</b>
	<b>Ağız Yaraları/Stomatit Yönetim Rehberi</b>
	<b>1. Bölüm</b> <b>Öneri:</b>
	<b>2. Bölüm</b> <b>Öneri:</b>
	<b>3. Bölüm</b> <b>Öneri:</b>
	<b>4. Bölüm</b> <b>Öneri:</b>
	<b>5. Bölüm</b> <b>Öneri:</b>
	<b>Bulantı &amp; Kusma Yönetim Rehberi</b>
	<b>1. Bölüm</b> <b>Öneri:</b>
	<b>2. Bölüm</b> <b>Öneri:</b>
	<b>3. Bölüm</b> <b>Öneri:</b>
	<b>4. Bölüm</b> <b>Öneri:</b>



	<b>5. Bölüm</b> <b>Öneri:</b>
	<b>Ağrı Yönetim Rehberi</b>
	<b>1. Bölüm</b> <b>Öneri:</b>
	<b>2. Bölüm</b> <b>Öneri:</b>
	<b>3. Bölüm</b> <b>Öneri:</b>
	<b>4. Bölüm</b> <b>Öneri:</b>
	<b>5. Bölüm</b> <b>Öneri:</b>
	<b>El ve Ayaklarda Uyuşma Yönetim Rehberi</b>
	<b>1. Bölüm</b> <b>Öneri:</b>
	<b>2. Bölüm</b> <b>Öneri:</b>
	<b>3. Bölüm</b> <b>Öneri:</b>
	<b>4. Bölüm</b> <b>Öneri:</b>
	<b>5. Bölüm</b> <b>Öneri:</b>
	<b>Cilt Sorunları Yönetim Rehberi</b>
	<b>1. Bölüm</b> <b>Öneri:</b>
	<b>2. Bölüm</b> <b>Öneri:</b>
	<b>3. Bölüm</b> <b>Öneri:</b>
	<b>4. Bölüm</b> <b>Öneri:</b>
	<b>5. Bölüm</b> <b>Öneri:</b>
	<b>Uyku Sorunları Yönetim Rehberi</b>
	<b>1. Bölüm</b> <b>Öneri:</b>
	<b>2. Bölüm</b> <b>Öneri:</b>
	<b>3. Bölüm</b> <b>Öneri:</b>
	<b>4. Bölüm</b> <b>Öneri:</b>
	<b>5. Bölüm</b> <b>Öneri:</b>
	<b>Genel Değerlendirme Formu Örneği</b> <b>Öneri:</b>

EK 6

## KANSER TEDAVİSİ UYGULANAN HASTALAR İÇİN SEMPTOM TRİYAJ PROTOKOLÜ KULLANIM REHBERİ



### KANSER TEDAVİSİ UYGULANAN HASTALAR İÇİN SEMPTOM TRİYAJ PROTOKOLÜ KULLANIM REHBERİ



**Hazırlayan**  
Uzm. Hemş. Arife ALTIN ÇETİN

**Danışmanlar**  
Prof. Dr. Hicran BEKTAŞ  
Prof. Dr. Hasan Şeno1 COŞKUN

Bu rehber Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı tezi olarak "Sistemik Tedavi Uygulanan Kanseri Hastalarda Telefonla Yapılan Semptom Triyaj Protokolünün Semptom Yönetimine, Yaşam Kalitesine ve Öz-Bakım Gücüne Etkisi" konulu tez çalışması kapsamında hazırlanmıştır.

**Antalya – 2018**

## ÖNSÖZ

Bu kitapçık Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı tezi olarak "Sistemik Tedavi Uygulanan Kanserli Hastalarda Telefonla Yapılan Semptom Triyaj Protokolünün Semptom Yönetimine, Yaşam Kalitesine ve Öz-Bakım Gücüne Etkisi" konulu doktora tez çalışması kapsamında hazırlanmıştır. Danışmanlığı Prof. Dr. Hicran BEKTAŞ ve Prof. Dr. Hasan Şenol COŞKUN tarafından yürütülen tezde "Kanser Tedavisi Uygulanan Hastalar için Semptom Triyaj Protokolü Kullanım Rehberi" doğrultusunda kemoterapi tedavinizden sonraki günlerde araştırmacıyla yapacağımız telefon görüşmelerinde, yaşadığımız sorun/sorunlara yönelik araştırmacı tarafından sorular sorulacaktır. Kitapçık size yöneltilen soruları daha iyi değerlendirebilmeniz ve telefon görüşmeleri dışında da okuyarak, gerekli gördüğünüz durumlarda araştırmacıya ulaşabilmeniz için verilmiştir.

Kitapçıkta kemoterapi tedavisine bağlı gelişen 15 sorun bulunmaktadır. Sorunların şiddetini değerlendirmeye ve yapılabilecek bireysel uygulamalara yönelik soruları içeren bu kitapçık doğrultusunda sizinle telefon görüşmesi yapılacak, yaşadığımız sorunlara yönelik sorular sorulacak ve bu kitapçık doğrultusunda bireysel uygulamalara veya sağlık kuruluşuna veya acil tıbbi yardıma yönlendirileceksiniz.

Araştırmacıya 7/24 size iletilen telefon numarasından ulaşabileceğinizi umutmaymız.

Uzman Hemşire Arife ALTIN ÇETİN

## İÇİNDEKİLER

Anksiyete .....	1
İştahsızlık .....	4
Kanama .....	6
Nefes Darlığı/Dispne.....	9
Kabızlık .....	11
Depresyon .....	14
İshal .....	17
Halsizlik/Yorgunluk .....	20
Ateş ve Enfeksiyon .....	23
Ağız Yaraları .....	25
Bulantı / Kusma .....	28
Ağrı .....	31
Periferik Nöropati .....	34
Radyasyona Bağlı Cilt Sorunları .....	37
Uyku Sorunları .....	40

## İştahsızlık

İştahsızlık : İstemsiz iştah kaybı. Açlığın olmaması.

### İştahsızlık şiddetini değerlendirme

• İştahsızlığınızı ifade eden 0-10 arasında bir sayı söyleyiniz.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

İştahsız değilim

İştahsızlığım çok fazla

• İştahsızlığınız ile ilgili endişeli misiniz?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Endişeli değilim

Çok endişeliyim

### Aşağıdakilerden herhangi biri var mı?

• Son 24 saat içinde bir şeyler yiyip içtiniz mi? (örn. Her öğünde) (normal gıda alımıyla karşılaştırıldığında).

Biraz  Çok az  Hiç

• İştahsızlığınızın herhangi bir nedeni var mı:

Son günlerdeki ameliyat ya da tedavi,  Yeni ilaç tedavisi,  Diğer semptomlar?

Hayır  Evet, biraz  Evet, birden fazla

• Baş dönmesi, ağız kuruluğu, susuzluk hissi, bayılma, çarpıntı, idrar miktarında artma gibi belirtileri içeren sıvı kaybınız var mı?

Hayır  Evet, biraz  Evet, önemli ölçüde

• İştahsızlığınız evde ve/veya işte günlük yaptığınız işerinizi etkiler mi?

Hayır  Evet, biraz  Evet, önemli ölçüde

• Çaba harcamadan 4 hafta içinde kilo kaybınız oldu mu?

Evet, Evet ise kaç kilo: .....  Hayır

**İştahsızlığınız için reçeteli, reçetesiz ilaç ve/veya bitkisel takviyeler kullanma durumu:.....**

### Öz-bakım Uygulamaları

• Kendinizi aç hissetmediğinizde, iştahınızı artırmak için sizce ne yapılabilir?

• Günde 5-6 kez, az ve sık öğünler şeklinde yemeye çalışır mısınız?

• Kendinizi aç hissettiğinizde çok fazla yemeye çalışır mısınız?

• Proteinden zengin, peynir, yoğurt, yumurta ve çikolatalı süt gibi yiyecekler yemeye çalışır mısınız?

• Yiyeceklerin temini ve hazırlanmasına yardımcı olabiliyor musunuz (gıda erişimi, maddi destek)?

• Protein ve yüksek enerji içeren besin destek ürünleri tüketiyor musunuz? (mama içerikli)

• Mümkün olduğunca hareketli kalabiliyor musunuz? (örn. 1-2 kez/günde; 3-5 kez/haftada yürüyüş yapma).

• Bir diyetisyen ile görüştünüz mü?

• İştahsızlık hakkında daha fazla bilgi almanız, durumunuzu daha iyi yönetmenize yardımcı olur mu?

## EK 7

### SİSTEMİK TEDAVİ UYGULANAN KANSERLİ HASTALARDA TELEFONLA YAPILAN SEMPTOM TRİYAJ PROTOKOLÜNÜN SEMPTOM YÖNETİMİNE, YAŞAM KALİTESİNE VE ÖZ-BAKIM GÜCÜNE ETKİSİ

#### BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU (GİRİŞİM GRUBU)

Sayın Katılımcı;

Bu araştırma sistemik tedavi uygulanan kanserli hastalarda telefonla yapılan semptom triyaj protokolünün semptom yönetimine, yaşam kalitesine ve öz-bakım gücüne etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda, birinci kür kemoterapi uygulaması ile birlikte araştırmacı tarafından size semptom triyaj protokolü kullanım rehberi ve araştırmacının cep telefonu numarası verilecektir. İkinci kür kemoterapiden önce sizlere kişisel bilgileriniz, kemoterapiye bağlı yaşadığınız yan etkiler, yaşam kaliteniz ve öz-bakım gücünüz ile ilgili soruları içeren ölçekler uygulanacaktır. Üç aylık süre boyunca kemoterapiye bağlı herhangi bir sorun yaşamanız durumunda araştırmacıya telefonla kolayca ulaşmanız sağlanacak ve araştırmacı tarafından önceden alanında uzman profesyonel bir sağlık ekibi tarafından hazırlanan rehber doğrultusunda sizlere telefon ile önerilerde bulunulacak, sizin doğru uygulamaları yapmanız veya uygun kaynaklara yönlendirilmeniz için çalışılacaktır. Araştırmanın üçüncü ayının sonunda poliklinik kontrollerinizde sizden daha önce cevaplanmış olduğunuz ölçekleri tekrar cevaplamamız istenecektir. Bu soruları içeren ölçeklerin uygulanması yaklaşık 30 dakika sürecektir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmanın tüm aşamalarında kimliğiniz gizli tutulacaktır. Araştırmanın yapılabilmesi için hastanemiz Başhekimliği'nden izin alınmıştır. Araştırma sonuçları daha sonra bilimsel dergilerde ya da kongrelerde de sunulabilir. Araştırma sonuçları hakkında bilgi almak istediğinizde bizden alabilirsiniz. Bu araştırma size ve bağlı olduğunuz sağlık giderlerinizi karşılamakla yükümlü olan kuruluşa herhangi bir mali yük getirmeyecektir. Katılmama yönündeki kararınız burada size verilen hizmeti hiçbir şekilde olumsuz yönde etkilemeyecektir. Katıldığınız için teşekkür ederim.

Uzm. Hemş. Arife ALTIN ÇETİN

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı

İç Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı Öğrencisi

Bilgilendirilmiş Onam Formunu okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü ve yazılı olarak bilgilendirildim. Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

**Adınız-Soyadınız-İmzanız:**

**Tarih:**

**Adres, (telefon numarası):**

## EK 8

### SİSTEMİK TEDAVİ UYGULANAN KANSERLİ HASTALARDA TELEFONLA YAPILAN SEMPTOM TRİYAJ PROTOKOLÜNÜN SEMPTOM YÖNETİMİNE, YAŞAM KALİTESİNE VE ÖZ-BAKIM GÜCÜNE ETKİSİ

#### BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU (KONTROL GRUBU)

Sayın Katılımcı;

Bu araştırma sistemik tedavi uygulanan kanserli hastalarda telefonla yapılan semptom triyaj protokolünün semptom yönetimine, yaşam kalitesine ve öz-bakım gücüne etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda, ikinci kür kemoterapi uygulanmadan önce ve ikinci kür kemoterapi uygulamasından üç ay sonra sizlere kişisel bilgileriniz, kemoterapiye bağlı yaşadığınız yan etkiler, yaşam kaliteniz ve öz-bakım gücünüz ile ilgili soruları içeren ölçekler uygulanacaktır. Bu soruları içeren ölçeklerin uygulanması yaklaşık 30 dakika sürecektir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmanın tüm aşamalarında kimliğiniz gizli tutulacaktır. Araştırmanın yapılabilmesi için hastanemiz Başhekimliği'nden izin alınmıştır. Araştırma sonuçları daha sonra bilimsel dergilerde ya da kongrelerde de sunulabilir. Araştırma sonuçları hakkında bilgi almak istediğinizde bizden alabilirsiniz. Bu araştırma size ve bağlı olduğunuz sağlık giderlerinizi karşılamakla yükümlü olan kuruluşa herhangi bir mali yük getirmeyecektir. Katılmama yönündeki kararımız burada size verilen hizmeti hiçbir şekilde olumsuz yönde etkilemeyecektir.

Katıldığınız için teşekkür ederim.

Uzm. Hemş. Arife ALTIN ÇETİN

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı

İç Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı Öğrencisi

Bilgilendirilmiş Onam Formunu okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü ve yazılı olarak bilgilendirildim. Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

**Adınız-Soyadınız-İmzanız:**

**Tarih:**

**Adres, (telefon numarası):**

## EK 9

Anket No:

### KİŞİSEL BİLGİ FORMU (ÖN TEST)

#### I. KİŞİSEL ÖZELLİKLER

1. Cinsiyetiniz: a. Kadın b. Erkek

2. Yaşınız: .....

3. Medeni durumunuz a. Evli b. Bekar

4. Eğitim durumunuz:

a. Okur-yazar

b. İlkokul

c. Ortaokul

d. Lise

e. Üniversite ve üzeri

5. Mesleğiniz / İşiniz:

a. Memur

b. İşçi

c. Serbest meslek

d. Emekli

e. Ev hanımı

f. Diğer (açıklayınız).....

6. Yaşadığı yer: a. İl b. İlçe c. Köy

#### II. HASTALIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLER

1. Tanı:

2. Tanı süresi:

3. Metastaz durumu:

4. Uygulanan kemoterapi kürü: .....

5. Kanser dışında başka bir hastalığın varlığı:

a. Hastalık yok b. Hastalık var (açıklayınız).....

6. Bakımınızda yardımcı olan / olanlar var mı?

a. Evet (açıklayınız)..... b. Hayır

7. Telefon ile görüşme yapmanıza engel olabilecek neden/nedenler var mı? (Girişim

grubuna sorulmuştur) a. Evet (açıklayınız)..... b. Hayır



**KİŞİSEL BİLGİ FORMU (SON TEST)****II. HASTALIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLER**

1. Son üç aylık süre içinde kemoterapiye bağlı sorunlar nedeniyle rutin kontroller ve tedaviler dışında herhangi bir sağlık kuruluşuna gittiniz mi?

a. Evet (2. Soruya geçiniz)

b. Hayır (5. soruya geçiniz)

2. Sağlık kuruluşuna kaç kez gittiniz? .....

3. Hangi sağlık kuruluşuna gittiniz?

a. Acil servis

b. Tıbbi onkoloji polikliniği

c. Diğer (açıklayınız).....

4. Sağlık kuruluşuna gitme nedeniniz:

Semptomlar	2. kür kemoterapi	3. kür kemoterapi	4. kür kemoterapi
Anksiyete			
Ateş (Febril nötropeni)			
Kanama			
Bulantı-kusma			
Ağrı			
İştahsızlık			
Nefes darlığı			
Kabızlık			
İshal			
Ağız yaraları			
Yorgunluk-Halsizlik			
Cilt problemleri			
El ve ayaklarda uyuşma			
Uyku problemleri			
Depresyon			
Diğer (açıklayınız) .....			

**Girişim Grubu (son test)**

5. Telefon ile görüşme yapmanıza engel olan neden/nedenler oldu mu?

a. Evet (açıklayınız).....

b. Hayır

6. Telefon ile yönlendirme uygulamasından memnun kaldınız mı?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç memnun kalmadım

Çok memnun kaldım

7. Telefon ile yönlendirme uygulamasına ilişkin görüş ve önerileriniz nelerdir?

.....

## **EK 11**

### **KEMOTERAPİ SEMPTOM DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ**

Aşağıdaki listede, kemoterapiyle ilgili olabilecek belirtiler açıklanmaktadır. Listelenen bütün belirtiler sizde görülmeyebilir. Ancak, hangi belirtileri yaşamış olduğunuzu bize söylemeniz, bu belirtilerle baş etmeniz size yardımcı olabilmemiz için önemlidir. Lütfen “A” sütunundaki belirtilerin listesine bakınız. Son kemoterapiyi aldığınızdan beri yaşadığınız belirtiler için, “Evet” veya “Hayır” seçeneklerinden birini işaretleyiniz. Eğer, bir belirti için “Evet”i işaretlediyseniz, belirtinin şiddetini ve belirtinin sizi ne ölçüde rahatsız ettiğini, B ve C sütunlarındaki rakamları işaretleyerek belirtiniz.

Son aldığınız kemoterapiden beri, aşağıdaki belirtilerden herhangi birini yaşadınız mı?	Evet	Hayır	Belirtinin şiddeti nasıl?			Belirti sizi ne kadar rahatsız ediyor?				Alınan Önlem
			Hafif	Orta	Şiddetli	Hiç	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla	
Tedaviden önce bulantı veya kusma			1	2	3	0	1	2	3	
Tedaviden sonra bulantı			1	2	3	0	1	2	3	
Tedaviden sonra kusma			1	2	3	0	1	2	3	
Kabızlık			1	2	3	0	1	2	3	
İshal			1	2	3	0	1	2	3	
Ağrı			1	2	3	0	1	2	3	
Lütfen ağrıyı hissettiğiniz yeri buraya yazın.										
Nefes darlığı			1	2	3	0	1	2	3	
Enfeksiyon belirtileri (olağanüstü sıcaklık, soğukluk, grip benzeri belirtiler, yüksek vücut ısısı, idrar yaparken ağrı)			1	2	3	0	1	2	3	
Kanama ve morarma (burun kanamaları, anüs bölgesinde kanama, idrarda kan ve vücutta morluklar)			1	2	3	0	1	2	3	
Ellerde ve ayaklarda iğnelenme ve uyuşma			1	2	3	0	1	2	3	
Cildiniz veya tırnaklarınızla ilgili problemler (kuru, kaşıntılı, iltihaplı cilt, güneşe hassasiyet, tırnaklarda değişiklikler, damarlarda belirginleşmeler)			1	2	3	0	1	2	3	
Saçlarda dökülme			1	2	3	0	1	2	3	

Son aldığınız kemoterapiden beri, aşağıdaki belirtilerden herhangi birini yaşadınız mı?	Evet	Hayır	Belirtinin şiddeti nasıl?			Belirti sizi ne kadar rahatsız ediyor?				Alınan Önlem
			Hafif	Orta	Şiddetli	Hiç	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla	
Ağız ve boğazla ilgili problemler (hassas veya kuru ağız/boğaz, ağızda yaralar)			1	2	3	0	1	2	3	
İştahta değişme			1	2	3	0	1	2	3	
Kilo kaybetme veya kilo alma			1	2	3	0	1	2	3	
Gözlerle ilgili problemler (hassas, kaşıntılı, kuru, sulanmış gözler)			1	2	3	0	1	2	3	
Halsizlik hissetme			1	2	3	0	1	2	3	
Olağanüstü yorgunluk hissetme			1	2	3	0	1	2	3	
Uyuma güçlüğü			1	2	3	0	1	2	3	
Baş ağrıları			1	2	3	0	1	2	3	
Endişeli veya sıkıntılı hissetme			1	2	3	0	1	2	3	
Karamsar veya üzüntülü hissetme			1	2	3	0	1	2	3	
Cinsel hayatınızda değişme (örneğin cinsel ilgide azalma)			1	2	3	0	1	2	3	
<b>Sadece Kadınlar için:</b> Adetinizde değişme (adetinizde kesilme, düzensizlik, lekelenme şeklinde kanama)			1	2	3	0	1	2	3	
Son kemoterapiden beri,yaşadığınız başka belirti ve ya problemler var ise, buraya yazınız.										

## EK 12

### FACT-G (Version 4) YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki listede sizinle aynı hastalığı olan diğer insanların önemli olduğunu söylediği bazı ifadeler verilmiştir.

**Lütfen son 7 günü göz önünde bulundurarak, yanıtınızı her satırda bir sayıyı daire içine alarak veya işaretleyerek belirtiniz.**

<b><u>BEDENİ DURUM</u></b>		<b>Hiç</b>	<b>Çok az</b>	<b>Biraz</b>	<b>Ol-dukça</b>	<b>Çok fazla</b>
GP1	Enerjim düşük.....	0	1	2	3	4
GP2	Bulantım var.....	0	1	2	3	4
GP3	Bedensel durumum yüzünden ailemin ihtiyaçlarını karşılamakta güçlük çekiyorum.....	0	1	2	3	4
GP4	Ağrım var.....	0	1	2	3	4
GP5	Tedavinin yan etkileri beni rahatsız ediyor.....	0	1	2	3	4
GP6	Kendimi hasta hissediyorum.....	0	1	2	3	4
GP7	Yatakta yatmaya mecbur kalıyorum.....	0	1	2	3	4
<b><u>SOSYAL YAŞAM ve AİLE DURUMU</u></b>		<b>Hiç</b>	<b>Çok az</b>	<b>Biraz</b>	<b>Ol-dukça</b>	<b>Çok fazla</b>
GS1	Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum.....	0	1	2	3	4
GS2	Ailemden manevi destek görüyorum.....	0	1	2	3	4
GS3	Arkadaşlarımdan destek görüyorum.....	0	1	2	3	4
GS4	Ailem hastalığımı kabullendi.....	0	1	2	3	4
GS5	Ailemle hastalığım konusundaki iletişimden memnunum.....	0	1	2	3	4
GS6	Kendimi hayat arkadaşına (veya başlıca desteğim olan kimseye) yakın hissediyorum.....	0	1	2	3	4
Q1	<i>Aşağıdaki soruyu lütfen şu anki cinsel ilişki durumunuzu göz önüne almadan yanıtlayınız. Eğer bu soruya cevap vermemeyi tercih ederseniz, lütfen yandaki kutuyu işaretleyip bir sonraki bölüme geçiniz.</i>					
GS7	Cinsel hayatım tatmin edici.....	0	1	2	3	4

Lütfen son 7 günü göz önünde bulundurarak, yanıtınızı her satırda bir sayıyı daire içine alarak veya işaretleyerek belirtiniz.

<b><u>DUYGUSAL DURUM</u></b>		<b>Hiç</b>	<b>Çok az</b>	<b>Biraz</b>	<b>Ol-dukça</b>	<b>Çok fazla</b>
GE1	Kendimi üzgün hissediyorum.....	0	1	2	3	4
GE2	Hastalığımla başa çıkma yöntemimden memnunum.....	0	1	2	3	4
GE3	Hastalığımla olan mücadelede ümidimi kaybediyorum.....	0	1	2	3	4
GE4	Kendimi sinirli hissediyorum .....	0	1	2	3	4
GE5	Ölmekten korkuyorum.....	0	1	2	3	4
GE6	Durumumun daha kötüye gitmesinden endişeleniyorum.....	0	1	2	3	4

<b><u>FAALİYET DURUMU</u></b>		<b>Hiç</b>	<b>Çok az</b>	<b>Biraz</b>	<b>Ol-dukça</b>	<b>Çok fazla</b>
GF1	Çalışabiliyorum (ev işi dahil).....	0	1	2	3	4
GF2	İşim (ev işi dahil) beni tatmin ediyor.....	0	1	2	3	4
GF3	Hayattan zevk alabiliyorum .....	0	1	2	3	4
GF4	Hastalığımı kabullendim.....	0	1	2	3	4
GF5	İyi uyuyorum.....	0	1	2	3	4
GF6	Eğlenmek için yaptığım şeylerden zevk alıyorum .....	0	1	2	3	4
GF7	Şu anda hayatımın kalitesinden memnunum .....	0	1	2	3	4

**EK 13****ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ**

**Açıklama:** Aşağıda insanların kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 ifade bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse, karar verebilmek için size yakın gelen şıkkı işaretleyiniz. Duygularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölüme (x) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

<b>İfadeler</b>	<b>Beni hiç tanımlamıyor</b>	<b>Beni pek tanımlamıyor</b>	<b>Fikrim yok</b>	<b>Beni biraz tanımlıyor</b>	<b>Beni çok tanımlıyor</b>
1.Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim.	( )	( )	( )	( )	( )
2.Kendimi beğeniyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
3.Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim.	( )	( )	( )	( )	( )
4.Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman, ne yapmam gerektiğini biliyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
5.Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyuyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
6.Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.	( )	( )	( )	( )	( )
7.Kendime bakmadığım zaman, yardım ararım.	( )	( )	( )	( )	( )
8.Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.	( )	( )	( )	( )	( )
9.Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim.	( )	( )	( )	( )	( )
10.Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.	( )	( )	( )	( )	( )
11.Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.	( )	( )	( )	( )	( )
12.Dengeli beslenirim.	( )	( )	( )	( )	( )
13.Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınıyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
14.Sağlığımı dikkat etmek için daha iyi korunma yolları araştırırım.	( )	( )	( )	( )	( )
15.Sağlığımın çok iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
16.Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hak ettiğime inanıyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
17.Kararlarımı sonuna kadar uyguluyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
18.Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
19.Sağlığım ile ilgili kişisel kararlarımı nadiren uyguluyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
20.Kendimle dostum.	( )	( )	( )	( )	( )
21.Kendime iyi bakarım.	( )	( )	( )	( )	( )
22.Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.	( )	( )	( )	( )	( )

İfadeler	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
23.Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım.	( )	( )	( )	( )	( )
24.Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.	( )	( )	( )	( )	( )
25.Yaşam bir zevktir.	( )	( )	( )	( )	( )
26.Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
27.Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.	( )	( )	( )	( )	( )
28.Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.	( )	( )	( )	( )	( )
29.Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
30.Vücudumun çalışması ile ilgili her şeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
31.Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemem ve geçmesini beklerim.	( )	( )	( )	( )	( )
32.Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım	( )	( )	( )	( )	( )
33.Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
34.Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
35.Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.	( )	( )	( )	( )	( )



## GİRİŞİM GRUBU HASTA İZLEM FORMU

Sıra No	Adı Soyadı	Dosya No	Tanı	Çalışmaya Alınma Tarihi	Telefon Numarası	Ön Test Uygulama Tarihi	Tahmini Son Test Uygulama Tarihi	Son Test Uygulama Tarihi

## GİRİŞİM GRUBU İLE KEMOTERAPİ SONRASI GÖRÜŞME FORMU

<b>Tez konusu:</b> Sistemik Tedavi Uygulanan Kanserli Hastalarda Telefonla Yapılan Semptom Triyaj Protokolünün Semptom Yönetimine, Yaşam Kalitesine ve Öz-Bakım Gücüne Etkisi						
<b>Adı Soyadı</b>	<b>2. Kemoterapi Sonrası</b>		<b>3. Kemoterapi Sonrası</b>		<b>4. Kemoterapi Sonrası</b>	
	<b>Üçüncü Gün</b>	<b>10. Gün</b>	<b>Üçüncü Gün</b>	<b>10. Gün</b>	<b>Üçüncü Gün</b>	<b>10. Gün</b>

## GİRİŞİM GRUBU TELEFON GÖRÜŞMELERİ FORMU

Adı Soyadı:

Tez konusu: Sistemik Tedavi Uygulanan Kanserli Hastalarda Telefonla Yapılan Semptom Triyaj Protokolünün Semptom Yönetimine, Yaşam Kalitesine ve Öz-Bakım Gücüne Etkisi												
Telefonla Görüşme Tarihi ve Saati	Telefonla Görüşme Nedenleri	Telefonla Görüşme Süresi (dk)	Yaşanan Semptom Düzeyi	Öneriler					Acil Tıbbi Yardıma Yönlendirme	Acile Gitme Durumu	Planlanan Görüşme Tarihi	İlave Bilgi, Uygulama ve Notlar
				Öz bakım	İlaç kullanma	Tekrar aramasını önerme						
						12-24st	24-48st	48-72st				

**Not: Kanser Tedavisi Uygulanan Hastalar için Uzaktan Semptom Yönetim Rehberlerine göre;**

12-24 saat içinde araması önerilen semptomlar: Kanama, nefes darlığı/dispne, kabızlık, ishal, ateş/febril nötropeni, bulantı-kusma, cilt sorunları.

24-48 saat içinde araması önerilen semptomlar: Anksiyete, iştahsızlık, depresyon, halsizlik/yorgunluk, ağız yaraları/stomatit, ağrı, periferik nöropati.

48-72 saat içinde araması önerilen semptomlar: Uyku sorunları.

## KONTROL GRUBU HASTA İZLEM FORMU

EK 17

Sıra No	Adı Soyadı	Dosya No	Tanı	Çalışmaya Alınma Tarihi	Telefon Numarası	Ön Test Uygulama Tarihi	Tahmini Son test Uygulama Tarihi	Son Test Uygulama Tarihi

ETİK KURUL İZİN YAZISI



T.C.  
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

25.07.2016

Sayı : 70904504/ 368  
Konu :

Sayın  
Doç.Dr.Hicran BEKTAŞ  
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi  
Öğretim Üyesi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz, "Sistemik Tedavi Uygulanan Kanserli Hastalarda Telefonla Yapılan Semptom Triyaj Protokolünün Semptom Yönetimine Yaşam Kalitesine ve Öz-Bakım Gücüne Etkisi" adlı çalışmaya ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr.Arda TAŞATARGİL  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

T.C.  
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

2016

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Hicran BEKTAŞ	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sistemik Tedavi Uygulanan Kanseri Hastalarda Telefonla Yapılan Semptom Triyaj Protokolünün Semptom Yönetimine Yaşam Kalitesine ve Öz-Bakım Gücüne Etkisi	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 414	Tarih: 20.07.2016
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın bütçesinin TÜBİTAK tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	
Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.		

Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL  
Başkan

Öğr.Gör.Dr.M. Levent ÖZGÖNÜL  
Başkan Yardımcısı

Prof.Dr.Gülşay ÖZELİM  
Üye

Prof.Dr.Murat CANPOLAT  
Üye

Prof.Dr.Dilara İNAN  
Üye (İznil)

Prof.Dr.Necmiye HADİMIOĞLU  
Üye (İznil)

Doç.Dr.Gülşim ÖZGE BAYSAL  
Üye

Doç.Dr.Dijle KILMEN KORGUN  
Üye

Doç.Dr.Ali Berkant AVCI  
Üye

Doç.Dr.Oğuz DURSUN  
Üye (İznil)

Yrd.Doç.Dr.Mehtap TÜRKAY  
Üye

Dr. Onal HULUR  
Üye

Turgut ALTUN  
Üye

Av.Mustafa AÇIKEL  
Üye

**EK 19**

## HASTANE İZİN YAZISI



T.C.  
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Üniversite Hastanesi Başmüdürlüğü

Sayı : 26708535-903.99  
Konu : Arife ALTINÇETİN Tez Çalışması

### SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : a) 23/09/2016 tarihli ve 100592 sayılı yazı,  
b) 23/08/2016 tarihli ve E.90702 sayılı yazınız.

Enstitünüz İç Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı öğrencisi Arife ALTIN ÇETİN' in "Sistemik Tedavi Uygulanan Kansersiz Hastalarda Telefonla Yapılan Semptom Triyaj Protokolünün Semptom Yönetimine, Yaşam Kalitesine ve Öz-Bakım Gücüne Etkisi" konulu doktora tezini Aralık 2016 tarihinden itibaren örnekleme ulaşımcaya kadar Hastanemiz Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Polikliniği ve Gündüz Kemoterapi Ünitesinde yapma isteği uygun görülmüştür.

Gereğini rica ederim.

**e-imzalıdır**  
Prof.Dr. Bülent AYDINLI  
Başhekim

**EK 20**

**KEMOTERAPİ SEMPTOM DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ  
İZİN YAZISI**

Tarih: 16.05.2016

Merhaba Arife Hanım,

Türkçe'ye adapte etmiş olduğum Kemoterapi Semptom Değerlendirme Ölçeğini, tez çalışmanızda kullanabilirsiniz. Bundan büyük memnunluk duyarım. Ölçeğe ve ölçekle ilgili bütün bilgilere, doktora tezimden, YÖK'ün tezler sistemine girerek ulaşabilirsiniz. Çalışmanızda başarılar dilerim.

GATA Hemşirelik Yüksekokulu  
Hemşirelik Esasları Bilim Dalı Başkanı  
Etlik-Ankara

Özlem ASLAN  
Doç.Dz.Sağ.Alb.



## EK 21

### FACT-G (VERSİYON 4) YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ İZİN YAZISI

June 1, 2016

*The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy system of Quality of Life questionnaires and all related subscales, translations, and adaptations (“FACIT System”) are owned and copyrighted by David Cella, Ph.D. The ownership and copyright of the FACIT System - resides strictly with Dr. Cella. Dr. Cella has granted FACIT.org (Licensor) the right to license usage of the FACIT System to other parties. Licensor represents and warrants that it has the right to grant the License contemplated by this agreement. Licensor provides to Arife ALTIN ÇETİN the licensing agreement outlined below.*

This letter serves notice that Arife ALTIN ÇETİN (“INDIVIDUAL”) is granted license to use the **Turkish** version of the **FACT-G** in one study.

This current license extends to (INDIVIDUAL) subject to the following terms:

- 1) (INDIVIDUAL) agrees to provide Licensor with copies of any publications which come about as the result of collecting data with any FACIT questionnaire.
- 2) Due to the ongoing nature of cross-cultural linguistic research, Licensor reserves the right to make adaptations or revisions to wording in the FACIT, and/or related translations as necessary. If such changes occur, (INDIVIDUAL) will have the option of using either previous or updated versions according to its own research objectives.
- 3) (INDIVIDUAL) and associated vendors may not change the wording or phrasing of any FACIT document without previous permission from Licensor. If any changes are made to the wording or phrasing of any FACIT item without permission, the document cannot be considered the FACIT, and subsequent analyses and/or comparisons to other FACIT data will not be considered appropriate. Permission to use the name “FACIT” will not be granted for any unauthorized translations of the FACIT items. Any analyses or publications of unauthorized changes or translated versions may not use the FACIT name. Any unauthorized translation will be considered a violation of copyright protection.
- 4) In all publications and on every page of the FACIT used in data collection, Licensor requires the copyright information be listed precisely as it is listed on the questionnaire itself.
- 5) Licensor reserves the right to withdraw this license if (INDIVIDUAL) engages in scientific or copyright misuse of the FACIT system of questionnaires.
- 6) There are no fees associated with this license.

**EK 22**

## **ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ İZİN YAZISI**

Tarih: 15.06.2016

Arife Hanım merhaba,

Doktora tez çalışmanızda "Türkçe Öz-bakım Gücü Ölçeği"ni kullanabilirsiniz. İhtiyacınız olan dokümanlar ektedir.

Başarı dileklerimle,

Prof. Dr. Nursen NAHCIVAN

**EK 23**

**“REMOTE SYMPTOM PROTOCOLS FOR INDIVIDUALS UNDERGOING  
CANCER TREATMENTS” İZİN YAZISI**

Dear Bektaş,

Thank you for your interest in the COSTaRS symptom practice guides. Yes, we would be pleased if you were to translate them for use in Turkey.

We are in the process of finalizing the revisions to the 2016 updated versions - this set has 15 symptom practice guides including pain and sleep problems.

I will get Meg to send them to you this week. As well, we have a website at

: <http://www.ktcanada.ohri.ca/costars/> and a research website at

: <http://www.ktcanada.ohri.ca/research/> with more details.

Dawn Stacey RN, PhD, CON(C)

University Research Chair in Knowledge Translation to Patients

Full Professor / Professeure Titulaire

School of Nursing / Ecole des sciences infirmieres

School of Epidemiology, Public Health and Preventive Medicine

University of Ottawa/ universite d'Ottawa

Nursing Best Practice Research Centre (RGN 1118)

451 Smyth Road, Ottawa, ON, K1H 8M5, CANADA

613-562-5800 ext. 8419; dstacey@uottawa.ca

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	Arife	<b>Uyruğu</b>	TC
<b>Soyadı</b>	ALTIN ÇETİN	<b>Tel no</b>	05364924160
<b>Doğum tarihi</b>	01.12.1984	<b>e-posta</b>	arifealtin@akdeniz.edu.tr arife.altin@hotmail.com

### Eğitim Bilgileri

Mezun olduğu kurum	Mezuniyet yılı	
<b>Lise</b>	Muğla DalamanYabancı Dil Ağırlıklı Lise	2002
<b>Lisans</b>	Gazi Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2006
<b>Yüksek Lisans</b>	Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı	2011
<b>Doktora</b>	Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı	2020

### İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
<b>Hemşire</b>	Hacettepe Üniversitesi	2006-2007
<b>Hemşire</b>	Kaş Devlet Hastanesi	2007-2007
<b>Hemşire</b>	Akdeniz Üniversitesi Hastanesi	2007-

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
<b>İngilizce</b>	ÜDS	61
<b>İngilizce</b>	YÖKDİL	61

### Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Kanserli Bireylerde West Haven Yale Çok Boyutlu Ağrı Envanteri'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması	Bilimsel Araştırma Projeleri Yönetim Birimi (Proje No:2010.02.0122.004)	2009-2011
Sistemik Tedavi Uygulanan Kanserli Hastalarda Telefonla Yapılan Semptom Triyaj Protokolünün Semptom Yönetimine, Yaşam Kalitesine ve Öz-Bakım Gücüne Etkisi	Bilimsel Araştırma Projeleri Yönetim Birimi (Proje No:TDK-2018-3277)	2018-2020

## **Yayınlar ve Bildiriler:**

### **1. SCI, SSCI, AHCI İndekslerine Giren Dergilerde Yayınlanan Makaleler**

- 1.1.** Çetin A. A., Bektaş, H., "The West Haven Yale Multidimensional Pain Inventory: Reliability and validity of the Turkish version in individuals with cancer." *European Journal of Oncology Nursing*, 2016;20: 1-9.

### **2. SCI, SSCI, AHCI İndekslerine Giren Dergilerde Yayınlanan Bildiri Özetleri**

- 2.1.** Bektaş H. Altın A, "Pain management in cancer patients.", *European Journal of Oncology Nursing*, 2010;14 (1): 61-62.
- 2.2.** Çetin A. A., "Yaşlı bireylerde ilaç kullanımı ve hemşirenin rolü", *Turkish Journal of Geriatrics*, 2012;15: 102.

### **3. Diğer Dergilerde Yayınlanan Bildiri Özetleri**

- 3.1.** Bektaş H., Çetin A. A, Terkeş N., "Onkoloji hastalarının Genel Sağlık Anketi Skorları ve depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi.", *Ulusal İç Hastalıkları Dergisi*, 2010;17(1): 324-325.

### **4. Hakemli Kongre/Sempozyumların Bildiri Kitaplarında Yer Alan Yayınlar**

- 4.1.** Bektaş H. Altın A, "Pain management in cancer patients.", 7th EONS Spring Convention, Hollanda, 15-16 Nisan 2010, 14(1): 61-62.
- 4.2.** Bektaş H., Çetin A., Terkeş N., "Onkoloji hastalarının Genel Sağlık Anketi Skorları ve depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi.", 12. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, Türkiye, 06-10 Ekim 2010, ss.324-325.
- 4.3.** Altın A., "Ağrının değerlendirilmesi ve ağrı kontrolü." XI. Ulusal Romatoloji Kongresi, Antalya, Türkiye, 13-17 Ekim 2010,ss.133-135. (sözlü sunum).
- 4.4.** Çetin A., Bektaş H., "Kanserli bireylerde West Haven Yale Çok Boyutlu Ağrı Envanteri' nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması.", 13. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, Türkiye, 5-9 Ekim 2011, ss.402-403.
- 4.5.** Çetin A. A., "Yaşlı bireylerde ilaç kullanımı ve hemşirenin rolü", 5. Ulusal Yaşlı Sağlığı Kongresi, Türkiye, Antalya, 1-4 Nisan 2012, ss.102.
- 4.6.** Altın Çetin A., İlaslan E., "Yaşlı ayrımcılığı ve hemşirelik", 7. Akademik Geriatri Kongresi 2014 , Antalya, Türkiye, 28-31 Mayıs 2014, ss.176.

- 4.7.** Çetin A. A., "Kanserli hastalarda özbakım gücü ve hemşirelik." 16. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, Türkiye, 15-19 Ekim 2014, ss.326.
- 4.8.** Çetin A. A., Bektaş H., "Onkolojide telefon teknolojisinin önemi." 17. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, Türkiye, -19 Ekim 2015, ss.442.
- 4.9.** Çetin A. A., Bektaş H. "Onkolojide telefonla yapılan semptom triyajının önemi" 19. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, Türkiye, 11-15 Ekim 2017, ss.329-329.
- 4.10.** Çetin A. A., Bektaş H. Çoşkun HŞ., " Onkolojide semptom triyajı uygulaması ve Kanser Tedavisi Uygulanan Yetişkinler İçin Uzaktan Semptom Yönetim Rehberlerinin Türkçe versiyonu", 7. Türk Tıbbi Onkoloji Kongresi, Antalya, Türkiye, 21-25 Mart 2018, ss.187-188.
- 4.11.** Kalav S, Altın Çetin A, Bektaş H. "İnme geçiren hastalarda oral hijyene yönelik yapılan uygulamaların etkisi", 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi, Burdur, Türkiye, 2-5 Mayıs 2018, ss.54-55.
- 4.12.** Bektaş H, Kalav S, Altın Çetin A, "Geriatrik inovasyonlar: Tedavi ve bakım uygulamalarındaki yenilikler", 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi, Burdur, Türkiye, 2-5 Mayıs 2018, ss.53-54.
- 4.13.** Altın Çetin A, Kalav S, Bektaş H, "Mukozit yönetiminde kanıt temelli uygulamalar", 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi, Burdur, Türkiye, 2-5 Mayıs 2018, ss.72-73.
- 4.14.** Altın Çetin A, Bektaş H, Kalav S, "Onkoloji hastalarında semptom günlüğü tutma ve bakıma katkıları", 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi, Burdur, Türkiye, 2-5 Mayıs 2018, ss.162-162.
- 4.15.** Altın-Çetin A, Bektaş H. "Kalp yetersizliğinde tekrarlı yatışlar önlenbilir mi?", 20. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, Türkiye, 10-14 Ekim 2018, ss.244.
- 4.16.** Altın-Çetin A, Bektaş H. "Pulmoner arteriyel hipertansiyonda hemşirelik yaklaşımı", 20. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, Türkiye, 10-14 Ekim 2018, ss.254.
- 4.17.** Altın-Çetin A, Bektaş H. "Hemovijilans kontrol hemşiresinin sorumlulukları", 1. Uluslararası İç Hastalıkları Hemşireliği Kongresi, Antalya, Türkiye, 25-27 Kasım 2018, ss.4-4.

- 4.18.** Altın-Çetin A, Kalav S, Bektaş H. “İçimizdeki sessiz katil: Lyme hastalığı”, 1. Uluslararası İç Hastalıkları Hemşireliği Kongresi, Antalya, Türkiye, 25-27 Kasım 2018, ss.2-2.
- 4.19.** Kalav S, Bektaş H, Altın-Çetin A. “Geriatrik bireylerde otago egzersiz programının düşmeler üzerine etkisi”, 1. Uluslararası İç Hastalıkları Hemşireliği Kongresi, Antalya, Türkiye, 25-27 Kasım 2018, ss. 3-3.
- 4.20.** Altın-Çetin A, Bektaş H. “Kemoterapi ilişkili periferik nöropatili hastalarda telefonla triyaj uygulaması”, 2. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi, Türkiye, Burdur, 24-27 Nisan 2019, ss.1261-1271. (sözel bildiri)
- 4.21.** Altın-Çetin A, Bektaş H, Kalav S. “Geriatrik kanserli hastalarda sarkopeni ve hemşirelik yaklaşımı”, 2. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi, Türkiye, Burdur, 24-27 Nisan 2019, ss.847-854. (sözel bildiri)
- 4.22.** Kalav S, Bektaş H, Altın-Çetin A. “Multiple skleroz tedavisinin önemli bileşeni: Beslenme ve mikrobiyota”, 2. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi, Türkiye, Burdur, 24-27 Nisan 2019, ss.349-356. (sözel bildiri)
- 4.23.** Altın-Çetin A, Bektaş H. “Kemoterapi ilişkili bulantı-kusması olan hastalarda semptom triyajı uygulaması”, 21. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Türkiye, Antalya, 9-13 Ekim 2019, ss.428-429.
- 4.24.** Altın-Çetin A, Bektaş H. “Onkoloji hemşireliğinde genetik danışmanlık”, 21. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Türkiye, Antalya, 9-13 Ekim 2019, ss.
- 4.25.** Altın-Çetin A, Bektaş H. “Kanser ilişkili halsizlik/yorgunluk yaşayan hastalarda telefonla triyaj uygulaması”, 1. Uluslararası Hemşirelik Bakımı ve Araştırma Kongresi, Türkiye, Gaziantep, 1-3 Kasım 2019, ss.200-217 (sözel bildiri)