

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

**KEMOTERAPİ UYGULANAN KOLOREKTAL KANSERLİ
HASTALARDA OREM ÖZ BAKIM EKSİKLİĞİ
KURAMINA TEMELLENDİRİLMİŞ EĞİTİMİN VE
TELEFONLA İZLEMİN ÖZ BAKIM GÜCÜ, KAYGI,
YALNIZLIK VE İYİLİK HALİNE ETKİSİ**

Çiğdem ÖKTEN

DOKTORA TEZİ

2017-ANTALYA

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

KEMOTERAPİ UYGULANAN KOLOREKTAL KANSERLİ
HASTALARDA OREM ÖZ BAKIM EKSİKLİĞİ
KURAMINA TEMELLENDİRİLMİŞ EĞİTİMİN VE
TELEFONLA İZLEMİN ÖZ BAKIM GÜCÜ, KAYGI,
YALNIZLIK VE İYİLİK HALİNE ETKİSİ

Çiğdem ÖKTEN

DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Zeynep ÖZER

“Kaynakça gösterilerek tezinden yararlanılabilir”

2017-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Programında doktora tezi olarak kabul edilmiştir. 22/06/2017

İmza

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Zeynep ÖZER
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Prof. Dr. Hicran BEKTAŞ
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Prof. Dr. Sabire YURTSEVER
Mersin Üniversitesi



Üye : Yrd. Doç. Dr. Gülsüm Nihal ÇÜRÜK
İzmir Ekonomi 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

Çiğdem ÖKTEN



Tez Danışmanı
Prof. Dr. Zeynep ÖZER

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında ve doktora eğitimim boyunca beni destekleyen, her zaman yanımda olan, bilgi ve tecrübesiyle yol gösterirken sabrını esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Zeynep ÖZER'e; doktora eğitimimde ve tezimin her aşamasında bilgi, görüş ve katkılarıyla beni zenginleştiren değerli hocalarım Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU, Prof. Dr. Hicran BEKTAŞ'a ve anabilim dalındaki tüm öğretim elemanlarına;

Araştırmamın istatistiksel analizinin yürütülmesine sabırla katkı sağlayan Ziraat Fakültesi Zootečni Bölümü Öğretim Üyesi Prof. Dr. Mehmet Ziya FIRAT'a;

Tez çalışmamı yürütebilmem için gerekli koşulları sağlayan Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı'na; tezimin her aşamasında bilgi ve görüşleriyle çalışmamı destekleyen Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Öğretim Üyelerine, Gündüz Kemoterapi Ünitesi ve Eğitim hemşirelerine; doktora eğitimimin her aşamasında değerli yardımları için Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün tüm çalışanlarına;

Araştırmama değerli yorumlarıyla katkı veren sevgili arkadaşlarım Arş. Gör. Vildan ÇIRIK, Arş. Gör. Fatma Dilek TURAN, Arş. Gör. Nurten TERKEŞ ve Arş. Gör. Şule ÇİFTÇİOĞLU'na;

Zorlu tedavi süreçlerinin içinde araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hastalara; tez çalışmamın her aşamasında desteklerini esirgemeyen sevgili annem ve ablama; varlığını her an hissettiğim canım babama sonsuz teşekkür ederim.

Çiğdem ÖKTEN
Antalya, Mayıs 2017

ÖZET

Amaç: Bu araştırma, kemoterapi uygulanan kolorektal kanserli hastalarda Orem Öz Bakım Eksikliği kuramına temellendirilmiş eğitimin ve telefonla izlemin öz bakım gücü, kaygı, yalnızlık ve iyilik haline etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Randomize kontrolü deneysel nitelikteki bu araştırma Akdeniz Üniversitesi Gündüz Kemoterapi Ünitesinde kemoterapi uygulanan ve araştırma kriterlerine uyan 24 girişim, 23 kontrol grubu olmak üzere toplam 47 hasta ile Nisan 2016-Mart 2017 tarihleri arasında yapılmıştır. Verilerinin toplanmasında, Hasta Bilgi Formu, Öz Bakım Davranışları Formu, Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği, Öz Bakım Gücü Ölçeği, UCLA Yalnızlık Ölçeği III ve Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri kullanılmıştır. Girişim grubundaki hastalara kemoterapi tedavisi öncesinde Orem'in Öz Bakım Eksikliği kuramına dayalı olarak, ortaya çıkabilecek semptomlara karşı öz bakım davranışlarını da içeren bireysel bir eğitim yapılmış ve eğitim kitapçığı verilmiştir. Hastalar birinci, ikinci ve üçüncü kür tedaviyi aldıktan 2-5 gün sonra telefonla izlem yapılmıştır. Birinci ve üçüncü kür sonunda ölçekler uygulanmış olup hastanın sormak istediği sorular varsa cevaplandırılmış ve eğitim desteği gereken konular yüz yüze görüşme yöntemi ile ele alınmıştır.

Bulgular: Kolorektal kanser hastalarının her iki ölçümde de en çok uyguladıkları öz bakım davranışlarının "Bulantı giderici ilaç alma", "Gün içinde dinlenme periyotları planlama" ve "Günde 8-10 bardak sıvı alma" olduğu belirlenmiştir. Girişim grubu hastalarında kontrol grubuna göre anlamlı olarak öz bakım gücü, genel iyilik hali ve alt boyutları olan fiziksel iyilik hali, sosyal iyilik hali ve psikolojik iyilik halinin arttığı, durumluk-sürekli kaygı ve yalnızlığın azaldığı görülmüştür.

Sonuç: Araştırma sonuçları, Orem Öz Bakım Eksikliği kuramına temellendirilmiş eğitim ve telefonla izlemin kemoterapi uygulanan kolorektal kanser hastalarında öz bakım gücü ve iyilik halini arttırırken kaygı ve yalnızlığı azalttığını göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Eğitim ve telefonla izlem, hemşirelik, kolorektal kanser, kemoterapi, Orem'in Öz Bakım Eksikliği Kuramı

ABSTRACT

Objective: This study was conducted to examine the effect of telephone follow-up and the education based on Orem's Self-Care Deficit Theory on colorectal cancer chemotherapy patients' self-care agency, anxiety, loneliness and well-being.

Method: This randomized controlled study carried out this study with 47 patients (24 experimental group, 23 control group) who received chemotherapy in the Daytime Chemotherapy Unit of Akdeniz University and met the study inclusion criteria between April, 2016 and March, 2017. Data was collected by using a patient information form, the Self-Care Behaviors Form, the Nightingale Symptom Assessment Scale, the Self-Care Agency Scale, the UCLA Loneliness Scale III and the State-Trait Anxiety Inventory. Before chemotherapy, the experimental group patients were given individualized education based on Orem's Self-Care Deficit Theory, including self-care behaviors for possible symptoms and an educational booklet was also given to each participant. Two to five days after receiving the first, second and third steps of the treatment, the patients were follow-up by telephone. At the end of the first and third steps, the scales were administered to them and issues requiring education was discussed with face to face interview method.

Results: This study determined that the commonly displayed self-care behaviors of colorectal cancer patients were: taking anti-nausea medicine, planning time for rest and drinking eight to ten glasses of fluid a day. It was found that self-care agency, general well-being and its sub-dimensions; physical, social and psychological well-being, of experimental group significantly increased compared to the control group and that their state-trait anxiety and loneliness levels significantly decreased.

Conclusion: The study findings showed that telephone follow-up and the education based on Orem's self-care deficit theory increased colorectal chemotherapy patients' self-care agency and well-being and reduced their anxiety and loneliness levels.

Key words: Colorectal cancer, chemotherapy, education and telephone follow-up, nursing, Orem's self-care deficit theory

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
SİMGELER ve KISALTMALAR	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırmanın Varsayımları	2
1.4. Araştırmanın Hipotezleri	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kolonorektal Kanserler	3
2.1.1. Risk Faktörleri ve Belirtileri	3
2.1.2. Evrelendirme	6
2.1.3. Tedavi	8
2.2. Kanser Hastalarında Kaygı ve İyilik Hali	10
2.3. Kanser Hastalarında Yalnızlık	13
2.4. Tele-Sağlık ve Tele-Hemşirelik	16
2.5. Orem Öz Bakım Eksikliği Kuramı	19
3. GEREÇ ve YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Tipi	25
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	25
3.3.1. Örneklem Büyüklüğü	26
3.3.2. Araştırma Örneklemine Özellikleri	27
3.4. Randomizasyon	27

3.4.1. Randomizasyonun Belirlenmesi	27
3.5. Veri Toplama Araçları	33
3.5.1. Hasta Bilgi Formu (Form I)	33
3.5.2. Öz Bakım Davranışları Formu (Form II)	33
3.5.3. Öz Bakım Gücü Ölçeği (ESCA)	33
3.5.4. Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği (N-SDÖ)	34
3.5.5. UCLA Yalnızlık Ölçeği III	35
3.5.6. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI)	35
3.5.7. Telefon Görüşmesi Formu	36
3.5.8. Telefon Görüşmesi Değerlendirme Formu	36
3.6. Eğitim Kitapçığının Hazırlanması	37
3.6.1. Discern Klavuzu'na Göre Uzman Değerlendirme Sonuçları	38
3.7. Verilerin Toplanması	38
3.7.1. Ön uygulama	38
3.7.2. Uygulama	42
3.8. Uygulama Protokolü İlkeleri	47
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	47
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	48
3.11. Araştırmanın Değişkenleri	48
3.12. Verilerin Değerlendirilmesi	48
4. BULGULAR	49
4.1. Kolorektal Kansere Hastalarında Öz Bakım Davranışlarına İlişkin Bulgular	49
4.2. Kolorektal Kansere Hastalarında Öz Bakım Gücüne İlişkin Bulgular	52
4.3. Kolorektal Kansere Hastalarında Yalnızlığa İlişkin Bulgular	53
4.4. Kolorektal Kansere Hastalarında Kaygıya İlişkin Bulgular	55
4.5. Kolorektal Kansere Hastalarında İyi Hali İlişkin Bulgular	57
4.6. Öz Bakım Gücü, Kaygı, Yalnızlık ve İyi Hali Arasındaki İlişkiler	60
4.7. Telefon Görüşmesinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular	61

5. TARTIŞMA	62
5.1. Kolorektal Kanser Hastalarında Öz Bakım Davranışları	62
5.2. Kolorektal Kanser Hastalarında Öz Bakım Gücü	63
5.3. Kolorektal Kanser Hastalarında Yalnızlık	64
5.4. Kolorektal Kanser Hastalarında Kaygı	66
5.5. Kolorektal Kanser Hastalarında İyilik Hali	67
5.6. Öz Bakım Gücü, Kaygı, Yalnızlık ve İyilik Hali Arasındaki İlişkiler	68
5.7. Telefon Görüşmesinin Değerlendirilmesi	69
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	71
KAYNAKLAR	73
EKLER	
EK-1. Zaman Tablosu	
EK-2. Aydınlatılmış Onam Formu (Kontrol Grubu)	
EK-3. Aydınlatılmış Onam Formu (Girişim Grubu)	
EK-4. Orem Öz Bakım Eksikliği Kuramına Temellendirilmiş Veri Toplama Formu	
EK-5. Öz Bakım Gücü Ölçeği (ESCA)	
EK-6. Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği (N-SDÖ)	
EK-7. UCLA Yalnızlık Ölçeği III	
EK-8. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI)	
EK-9. Telefon Görüşmesi Formu	
EK-10. Telefon Görüşmesi Değerlendirme Formu	
EK-11. Telefon Görüşmesi Protokolü	
EK-12. Discern Klavuzu'na Göre Uzman Görüşleri	
EK-13. Kemoterapi Uygulanan Hastalara Yönelik Eğitim Kitapçığı	
EK-14. Hastane İzin Yazısı	
EK-15. Etik Kurul İzin Yazısı	
EK-16. Ölçek Kullanım İzin Yazıları	
EK-17. Eğitim Planı	
ÖZGEÇMİŞ	165

TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1.	Kolorektal Kanserde Dukes Evreleme Sistemi	7
Tablo 2.2.	TNM'ye Göre Kolorektal Kanserın Klinik Sınıflaması	7
Tablo 3.1.	Ölçeklerin Güç Analizi ve Etki Büyüklüğü Sonuçları	26
Tablo 3.2.	Örneklemin Özellikleri	27
Tablo 3.3.	Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Özellikleri	30
Tablo 3.4.	Discern Kılavuzu Değerlendirme Sonuçları	38
Tablo 3.5.	Ön Uygulama Telefonla İzlem İçeriği	40
Tablo 3.6.	Ön Uygulama Sonrası Yapılan Değişiklikler	42
Tablo 3.7.	Uygulama Telefonla İzlem İçeriği	45
Tablo 3.8.	Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistik Teknikler	48
Tablo 4.1.	Kolorektal Kanser Hastalarının Uyguladıkları Öz Bakım Davranışları	50
Tablo 4.2.	Hastaların Öz Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Zaman ve Gruplara Göre Değişimi	52
Tablo 4.3.	Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Öz Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	53
Tablo 4.4.	Hastaların Yalnızlık Puan Ortalamalarının Zaman ve Gruplara Göre Değişimi	53
Tablo 4.5.	Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Yalnızlık Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	54
Tablo 4.6.	Hastaların Durumluk-Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının Zaman ve Gruplara Göre Değişimi	55
Tablo 4.7.	Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Durumluk-Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	56
Tablo 4.8.	Hastaların İyilik Hali Puan Ortalamalarının Zaman ve Gruplara Göre Değişimi	57

Tablo 4.9.	Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların İyilik Hali Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	59
Tablo 4.10.	Öz Bakım Gücü Ölçeği Puanı ile Kaygı, Yalnızlık ve Genel İyilik Hali Puanları Arasındaki İlişki	60
Tablo 4.11.	Telefon Görüşmesinin Değerlendirilmesi	61



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1.	Consort Şeması	29
Şekil 3.2.	Araştırmanın Kavramsal-Kuramsal-Deneysel Yapısı	32
Şekil 3.3.	Eğitim Kitapçığının Oluşturulma Aşamaları	37
Şekil 3.4.	Uygulama Çalışma Şeması	44
Şekil 4.1.	Hastaların Öz Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Zaman İçindeki Değişimi	52
Şekil 4.2.	Hastaların Yalnızlık Puan Ortalamalarının Zaman İçindeki Değişimi	54
Şekil 4.3.	Hastaların Durumluk-Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının Zaman İçindeki Değişimi	56
Şekil 4.4.	Hastaların FizİH, SoİH, PsİH ve N-SDÖ Puan Ortalamalarının Zaman İçindeki Değişimi	58
Şekil 4.5.	Öz Bakım Gücü Ölçeği Puanı ile Kaygı, Yalnızlık ve Genel İyilik Hali Puanları Arasındaki İlişki	60

SİMGELER ve KISALTMALAR

ACS	: American Cancer Society
AJCC	: Amerikan Birleşik Kanser Komitesi
DSÖ (WHO)	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
ESCA	: Öz Bakım Gücü Ölçeği (Exercise of Self-Care Agency)
FAP	: Familial Adenomatous Polyposis
FizîH	: Fiziksel İyilik Hali
HNPCC	: Hereditary Non-polyposis Colorectal Carcinoma
ICN	: Uluslararası Hemşireler Birliği
NCCN	: National Comprehensive Cancer Network
N-SDÖ	: Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği
PsîH	: Psikolojik İyilik Hali
SoîH	: Sosyal İyilik Hali
SAS	: Statistical Analysis Software
STAI	: Sürekli Kaygı Envanteri (State Trait Anxiety Inventory)
TBSA	: Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
UICC	: Uluslararası Kanser Birliği

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Çağımızın önemli sağlık sorunlarından biri olan kanser, hücrelerin kontrolsüz bir şekilde çoğalması olarak tanımlanmaktadır (<https://www.cancer.org/> Erişim tarihi: 20.02.2015). Globocan 2012 verilerine göre, dünyada en çok tanı konulan kanserler akciğer (%13.0), meme (%11.9) ve kolon (%9.7) olup kolorektal kanser üçüncü sırada yer almaktadır.

Kolorektal kanser tanısı almış hastalar uygulanan kemoterapik ilaçların fiziksel yan etkilerinin yanında birçok psikolojik semptomla da karşı karşıya kalmaktadırlar (Sun ve ark., 2012; Ülger ve ark., 2014). Kemoterapi alan kolorektal kanser hastalarının en çok yaşadığı psikolojik semptomlardan biri kaygıdır. Kanser hastalarında hastalığa bağlı yaşanan korku, tedavinin yan etkilerini yönetememe, belirsizlik yaşama ve tedavi süresince takiplerin yetersiz olması kaygıyı arttırmaktadır (Alacacıoğlu, 2007; Beaver ve ark., 2017). Bunun yanında tedavi boyunca saç dökülmesi, ağız yaraları, çeşitli cilt reaksiyonları gibi fiziksel değişimlerin ortaya çıkması ve yaşanan semptomlarla destek almadan kendi bilgi ve becerileriyle baş etmek durumunda kalmaları hastaların yalnızlık duygusunun artmasına neden olmaktadır (Samarel ve ark., 2002; Sevil ve ark., 2006).

Kemoterapi yan etkilerinin azaltılması için kişinin öz bakım aktivitelerini uygulaması önemle vurgulanmaktadır. Öz bakım aktivitelerini ve öz bakım gücünü artırmaya yardımcı girişimlerden biri olan telefonla izlemin, hastaların evlerinde hizmet almalarını ve eğitimin sürekliliğini sağladığı bununla birlikte yaşanan semptomları, psikolojik ve prosedüre bağlı endişeleri azalttığı belirtilmektedir (Godino ve ark., 2006; Aranda ve ark., 2012). Öz bakım gücünün artırılması ayrıca kişinin yaşam kalitesi üzerine de etkili olduğu çalışmalarda belirtilmektedir (Elise ve ark., 2001; Altıparmak ve ark., 2011).

Dorethea E. Orem tarafından ilk kez 1956 yılında oluşturulan Öz Bakım Eksikliği Kuramı hemşirelik araştırmalarında en yaygın kullanılan kuramlardan biridir. Orem'e göre öz bakım yaşamı, sağlığı ve iyilik durumunu sürdürmek için bireyler tarafından başlatılan ve gerçekleştirilen etkinliklerdir. Ayrıca Orem'e göre kişinin fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik halinde olması önemlidir. (Orem, 2001; Fawcett 2005; Avdal

ve Kızılcı, 2010). Buna göre kemoterapi uygulanan kolorektal kanser hastalarında Orem'in Öz Bakım Eksikliği kuramına temelli eğitim ve telefon izlemleriyle fiziksel semptomların yanında kaygı, yalnızlık gibi psikososyal semptomların azalacağı, öz bakım gücü ve iyilik halinin artacağı öngörülerek araştırmamız yapılmıştır. Sonuç olarak bu kuram, araştırmacıya sistematik bir çerçeve sunarak araştırmada incelenen kavramları organize etme, uygulamaların planlanması ve araştırma sonuçlarının bilimsel bir çerçeve içinde açıklanmasına rehberlik ettiği düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, kemoterapi uygulanan kolorektal kanserli hastalarda Orem Öz Bakım Eksikliği kuramına temellendirilmiş eğitimin ve telefonla izlemin öz bakım gücü, kaygı, yalnızlık ve iyilik haline etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırma Varsayımları

1. Kemoterapi tedavisi alacak hastalar kemoterapinin yan etkileri hakkında bilgi edinmek ve ortaya çıkabilecek yan etkilere yönelik öz bakım davranışlarını bilmek ve uygulamak isterler.
2. Kemoterapi tedavisi alan hastalar, verilen destekle kaygı ve yalnızlık hislerinin azalmasını öz bakım güçlerinin ve iyilik halinin artmasını isterler.

1.4. Araştırmanın Hipotezleri

1. **H₁**: Orem Öz Bakım Eksikliği kuramına temellendirilmiş eğitim ve telefonla izlemin kemoterapi uygulanan kolorektal kanser hastalarında öz bakım gücü puan ortalamalarını arttırmaya etkisi vardır.
2. **H₁**: Orem Öz Bakım Eksikliği kuramına temellendirilmiş eğitim ve telefonla izlemin kemoterapi uygulanan kolorektal kanser hastalarında durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarını azaltmaya etkisi vardır.
3. **H₁**: Orem Öz Bakım Eksikliği kuramına temellendirilmiş eğitim ve telefonla izlemin kemoterapi uygulanan kolorektal kanser hastalarında yalnızlık puan ortalamalarını azaltmaya etkisi vardır.
4. **H₁**: Orem Öz Bakım Eksikliği kuramına temellendirilmiş eğitim ve telefonla izlemin kemoterapi uygulanan kolorektal kanser hastalarında iyilik hali puan ortalamalarını azaltmaya etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kolorektal Kanserler

Kolon ve rektumda ortaya çıkan kanserler olarak tanımlanan kolorektal kanser, görülme sıklığı her geçen gün artarak günümüzde önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir. GLOBOCAN 2012 verilerine göre, dünyada en çok tanı konulan kanserler akciğer (%13.0), meme (%11.9) ve kolon (%9.7) olup kolorektal kanserler üçüncü sırada yer almaktadır. Amerikan Kanser Birliği (ACS)'nin verilerine göre kolorektal kanserler kadınlarda ve erkeklerde en sık görülen kanserler arasında üçüncü sırayı alırken kanser ölümleri arasında da üçüncü sıradadır (<http://www.cancer.org/> Erişim tarihi: 20.02.2015). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın 2014 verilerine göre erkeklerde en sık görülen kanserler sırasıyla akciğer (%21), prostat (%13) ve kolorektal (%9), kadınlarda ise sırasıyla meme (%25), tiroid (%12) ve kolorektal (%8) kanserlerdir (<http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri/> Erişim tarihi:14.05.2017). Ayrıca kolorektal kanserler 50 yaş üzeri bireylerde daha sık ortaya çıkmaktadır (Colorectal Cancer Facts & Figures 2017 <http://www.cancer.org/> Erişim tarihi:30.05.2017).

Kolon kanserlerinin büyük çoğunluğu (%95) adenokarsinomdur. Ayrıca skuamöz hücreli karsinom, karsinoid tümörler, adenoskuamöz ve indiferansiye karsinomun yanı sıra nadiren sarkom ve lenfomalar gibi nonepitelyal tümörler de görülmektedir (Küpelioglu, 2004; Yıldız, 2008). Kolorektal kanserler kolon mukozasını döşeyen epitel hücrelerden köken alırlar. Bu hücrelerin toksik ve karsinojenik maddelerle etkileşim halinde olması ve bazı genetik faktörlerin etkisiyle yenilenme hızları artar. Hücrelerin hızla çoğalması, olgunlaşma yetersizlikleri, displastik hücre ve neoplastik hücreye dönüşümü ile sonuçlanmaktadır (Kuzu ve Kuzu, 2010).

2.1.1. Risk Faktörleri ve Belirtileri

Kolorektal kanser risk faktörleri arasında ileri yaş, genetik faktörler, beslenme alışkanlıkları, obezite, sedanter yaşam, sigara ve alkol kullanımı, bireylerde polip ve inflamatuvar hastalık (Crohn ve ülseratif kolit) hikayesi olması yer almaktadır. Bunların bir kısmı değiştirilebilir risk faktörleri arasında yer alırken bir kısmı değiştirilemez risk

faktörleri arasında yer almaktadır. (Johnson ve ark. 2013; Koç ve Esin, 2014; Çavdar, 2014; Koç, 2017; Colorectal Cancer Facts & Figures 2017 <http://www.cancer.org/> Erişim tarihi: 30.05.2017).

Kolorektal kanserde en önemli değiştirilemez risk faktörleri yaş, genetik ve cinsiyettir. Görülme sıklığı 50 yaşından sonra artarken 60-70 yaşlarında zirve yapmaktadır. Kolorektal kanser 40 yaş altında %5 oranında görülürken, bireylerin %90'ının 50 yaş üstü olduğu belirtilmektedir (Ertürk 2010; Wilkes and Hartshorn 2012; Johnson ve ark. 2013; Colorectal Cancer Facts & Figures 2017 <http://www.cancer.org/> Erişim tarihi: 30.05.2017). Ayrıca görülme sıklığı kadın ve erkeklerde benzer olurken, kolon kanserinin kadınlarda rektum kanserinin ise erkeklerde daha sık olduğu belirtilmiştir (Ertürk 2010; Wilkes and Hartshorn 2012).

Kolorektal kanserlerin genetik bozukluklar (mutasyonlar) sonucu geliştiği düşünülmektedir. FAP (Familial Adenomatous Polyposis) ve HNPCC (Hereditary Non-polyposis Colorectal Carcinoma), en çok bilinen herediter kolorektal kanser tipleridir (Ertürk 2010; Kuzu ve Kuzu, 2010; Colorectal Cancer Facts & Figures 2017 <http://www.cancer.org/> Erişim tarihi: 30.05.2017). FAP ve HNPCC herediter formlarında bireyler mutant genlerle doğdukları için, adenom oluşumu ve karsinoma dönüşüm süreci bu bireylerde daha hızlıdır. Herediter ve çevresel faktörlerin etkisiyle genlerde art arda ortaya çıkan mutasyonlar, kolon mukozasında polip oluşumuna, displastik değişikliklere, in situ karsinom ve invazif karsinom gelişimine sebep olmaktadır (Büyükdoğan, 2009; Ertürk 2010; Kuzu ve Kuzu, 2010; Colorectal Cancer Facts & Figures 2017 <http://www.cancer.org/> Erişim tarihi: 30.05.2017).

Kolorektal kanserlerin büyük çoğunluğunda herediter genetik bir bozukluk olmasa da kolorektal kanser hastalarının yaklaşık %20-25'inde birinci derece veya ikinci derece akrabada kolorektal kanser bulunmaktadır (Ertürk 2010; Wilkes and Hartshorn 2012; Colorectal Cancer Facts & Figures 2017 <http://www.cancer.org/> Erişim tarihi: 30.05.2017). Bireylerin kolorektal kansere yakalanma riski, aile öyküsü olmayan kişilere göre 2-3 kat daha fazladır (Colorectal Cancer Facts & Figures 2017 <http://www.cancer.org/> Erişim tarihi: 30.05.2017).

Ülseratif Kolit, Crohn Hastalığı gibi İnflamatuvar Barsak Hastalıkları, hastalığın süresi ve yaygınlığına bağlı olarak kolorektal kanser riskini arttırmaktadır. Bu bireylerde tarama testleri erken tanı ve hastalığın yönetimi için önem taşımaktadır (Kuzu ve Kuzu, 2010; Colorectal Cancer Facts & Figures 2017 <http://www.cancer.org/> Erişim tarihi: 30.05.2017). Ayrıca Diyabetes Mellitusu olan hastaların kolorektal kanser açısından riskli olduğu belirtilmektedir. Kolorektal kanser ve Tip-II Diyabetes Mellitus Hastalığı için obezite ve sedanter yaşam gibi risk faktörleri benzerdir. Bazı Diyabetes Mellitusun tedavisinde kullanılan ilaçların da kolorektal kanser riskini artırabileceği belirtilmektedir (Colorectal Cancer Facts & Figures 2017 <http://www.cancer.org/> Erişim tarihi: 30.05.2017).

Kolorektal kanserlerde değiştirilebilir risk faktörleri arasında beslenme alışkanlıkları, obezite, sedanter yaşam, sigara ve alkol kullanımı yer almaktadır. Hayvansal ve doymuş yağ, kırmızı et, trans yağ asitleri, yüksek kalorili diyet ve liften fakir beslenme kolorektal kanser riskini arttırmaktadır. Sebze meyve tüketimi, A, C, E vitamini kalsiyum, selenyum ve karotenoidlerin kullanımının ise kolorektal kanser riskini azalttığı belirtilmektedir (Ertürk 2010; Colorectal Cancer Facts & Figures 2017 <http://www.cancer.org/> Erişim tarihi: 30.05.2017).

Fiziksel olarak aktif bireylerin sedanter yaşayan bireylere göre kolorektal kanser riskleri %25 daha düşük olduğu belirtilmektedir (Colorectal Cancer Facts & Figures 2017 <http://www.cancer.org/> Erişim tarihi: 30.05.2017). Amerikan Kanser Birliği ve Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi her hafta ve haftaya yayılmış şekilde 150 dakikalık orta şiddette aktivite ya da 75 dakikalık şiddetli aktivitenin (ya da bunların kombinasyonu) yapılmasını önermektedir (Colorectal Cancer Facts & Figures 2017 <http://www.cancer.org/> Erişim tarihi: 30.05.2017). Sedanter yaşamın yanında obezite de kolorektal kanser riskinde artış ile ilişkili olup erkeklerde kadınlara oranla ilişkinin daha fazla olduğu belirtilmektedir. Amerikalı bireylerde 2012 yılında obezite sıklığı %29 iken Türkiye'de Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010 verilerine göre bu oran %30.3'tür (http://www.sagem.gov.tr/TBSA_Beslenme_Yayini.pdf. Erişim Tarihi: 05.12.2016; Colorectal Cancer Facts & Figures 2017 <http://www.cancer.org/> Erişim tarihi: 30.05.2017).

Kronik sigara ve alkol kullanımının kolon adenomu riskini arttırdığı bildirilmiştir. Uzun süre sigara içmiş bireylerde sigara içmeyenlere oranla kolorektal kanser gelişme ve ölüm olasılığının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Sigara, akciğer kanserinin iyi bilinen bir nedeni olmakla birlikte, kolorektal kanser gelişiminde de etkili olduğu bildirilmektedir. Kolorektal kanser ölümlerinin %12'sinin sigara kullanımına bağlı olduğu belirtilmiştir (Bazensky ve ark. 2007; <http://www.nccn.org/patients/guidelines/colon/> Erişim tarihi: 20.08.2015; Colorectal Cancer Facts & Figures 2017 <http://www.cancer.org/> Erişim tarihi: 30.05.2017). Ayrıca yaşamı boyunca günde bir alkollü içecekten daha az tüketen bireylere oranla günde 2-4 alkollü içecek tüketen bireylerin kolorektal kansere yakalanma riski %23 daha fazladır (Colorectal Cancer Facts & Figures 2017 <http://www.cancer.org/> Erişim tarihi: 30.05.2017).

Kolorektal kanserlerin belirtileri kanserin kalın bağırsak içinde yerleştiği bölgeye göre değişiklik göstermektedir. En sık görülen belirtisi dışkıda gizli kan olmasıdır. Hastalık sıklıkla gözle fark edilemeyen bu kanamaya bağlı kansızlık ve halsizlik şikayeti ile ortaya çıkmaktadır. Bağırsak alışkanlıklarında değişiklik görülebileceği gibi konstipasyon ve/veya diyare atakları da olabilmektedir. Karın ağrısı ve kilo kaybının olması genellikle hastalığın ilerlediğini gösteren geç semptomlardır (Büyükdoğan, 2009; Sun ve ark., 2012).

2.1.2. Evrelendirme

Kolon kanserlerinin evrelendirilmesinde günümüze kadar üç farklı sınıflama kullanılmıştır;

- Duker sınıflaması
- Astler-Coller sınıflaması
- TNM sınıflaması

Dukes tarafından 1932'de yapılan sınıflandırma tümörün derinliği, lenf bezi tutulumu ve uzak metastaz bulunmasına göre A, B, C olarak yapılmıştır. 1954 yılında Astler ve Coller tarafından yapılan başka bir evreleme sistemi Dukes sistemine benzemekle birlikte, derinlikleri farklı olan tümörlerde lenf düğümü tutulumunu da değerlendirmesiyle farklılık göstermektedir. Amerikan Birleşik Kanser Komitesi (AJCC) ve Uluslararası Kanser Birliği (UICC)'nin tümör, lenf düğümü ve metastazları

gruplandırmasıyla ortaya koyduğu TNM sınıflaması, daha ayrıntılı bir sınıflama olup günümüzde tedavi kararı bu sınıflamaya göre verilmektedir (Karahasanoğlu, 2001; Büyükdoğan, 2009; Kuzu ve Kuzu, 2010) (Tablo 2.1, Tablo 2.2).

Tablo 2.1. Kolorektal kanserde Duker evreleme sistemi

Evre	Yayılım
A	Sadece mukozada
B	Tüm duvar (+), lenf ganglionu (-)
C	Tüm duvar(+), lenf ganglionu (+)
D	Uzak metastaz (+)

Tablo 2.2. TNM'ye göre kolorektal kanserin klinik sınıflaması

Sınıf	Türü
T	Primer tümörler
Tx	Primer tümör değerlendirilmiyor
T0	Primer tümör yok
Tis	Carcinoma in situ
T1	Tümör submukozaya yayılmış
T2	Tümör muscularis propria'ya yayılmış
T3	Tümör subserozaya veya peritonla kaplı olmayan perikolik veya perirektal dokulara geçmiş
T4	Tümör visseral peritonu (seroza) geçmiş ve komşuluk yolu ile diğer organları tutmuş
N	Regional lenf nodülleri
Nx	Regional lenf nodülleri değerlendirilemiyor
N0	Regional lenf nodüllerine yayılım yok
N1	1-3 perirektal veya perikolik lenf nodülünde metastaz var
N2	4 veya daha fazla pararektal veya perikolik lenf nodülünde metastaz var
N3	Vasküler yapılar boyunca herhangi bir lenf nodülünde metastaz var
M	Uzak Metastaz
Mx	Uzak metastaz varlığı değerlendirilemiyor
M0	Uzak metastaz yok
M1	Uzak metastaz var

2.1.3. Tedavi

Kolorektal kanserlerin tedavisi kanserin evresi, yerleşim yeri, tedavilerin risk ve faydaları gözönüne alınarak uygulanmaktadır. Tedavide cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi seçenekleri tek başına ya da kombine olarak uygulanmaktadır (Libutti, 2008; Colorectal Cancer Facts & Figures 2017 <http://www.cancer.org/> Erişim tarihi: 30.05.2017).

Cerrahi tedavi: Kolorektal kanserde primer tedavi yöntemi cerrahidir ve ilk tedavi aşaması olarak yerini korumaktadır. Tümörün yeri, evresi, bulunduğu kolon segmentinin vasküler ve lenfatik drenajına göre rezeksiyon sınırı belirlenmektedir. Cerrahide temel amaç, primer tümörün bölgesel lenf bezleriyle birlikte geniş olarak çıkarılmasıdır (Libutti, 2008; <http://www.drahmetdobrucali.com/hastaliklar/kalin-barsakkanseri-kolon-kanseri-kolorektal-kanser/> Erişim tarihi: 11.12.2016).

Kemoterapi ve radyoterapi: Kemoterapi ve radyoterapi kombine olarak özellikle rektum tümörlerinde cerrahi öncesi lokal rekürrensi azaltmak amacıyla kullanılmaktadır. Evre II hastalarda tümör kötü diferansiye olmadıkça ve invazyon bulunmadıkça kemoterapi önerilmezken cerrahi tedavi uygulanan ve özellikle lenf nodu tutulumu bulunan hastalarda metastazları önlemek amacıyla kemoterapi uygulanmaktadır (Cunningham, 2007; Libutti, 2008; Wilkes and Hartshorn 2012; <http://www.drahmetdobrucali.com/hastaliklar/kalin-barsakkanseri-kolon-kanseri-kolorektal-kanser/> Erişim tarihi: 11.12.2016). Uzak metastazları olan hastalarda hayatta kalım süresini uzatmak ve yaşam kalitesini arttırmak amacıyla kemoterapötik ajanlar kullanılmaktadır (<http://www.drahmetdobrucali.com/hastaliklar/kalin-barsakkanseri-kolon-kanseri-kolorektal-kanser/> Erişim tarihi: 11.12.2016; Wilkes and Hartshorn 2012).

Palyatif kemoterapi: Palyatif kemoterapi, metastatik evrede sağkalımı arttırmak, semptomları azaltmak, yaşam kalitesini arttırmak ve tümörü kontrol altında tutmak amacıyla uygulanmaktadır. Tedavide, florourasil (5-FU) monoterapisi ile 12 ay olan sağkalım, irinotekan, oxaliplatin ve hedefe yönelik ilaçların kullanılmasıyla iki yılı geçmiştir. İrinotekan veya oxaliplatin ile birlikte florourasilin infüzyonel kullanımı daha az toksik ve etkin olmaktadır (Cunningham, 2007; Libutti, 2008). İleri evre kolorektal kanserlerde son yıllarda hedefe yönelik ajanların (Bevacizumab ve cetuximab - VEGF

ve EGFR reseptörlerine karşı geliştirilmiş olan monoclonal antikorlar) tedaviye girmesiyle sağkalıma yönelik olumlu sonuçlar alındığı belirtilmektedir (Cunningham, 2007; Libutti, 2008).

Adjuvan kemoterapi: Altı aylık adjuvan fluorourasil uygulaması hastalığa bağlı ölüm riskini %30 azaltmaktadır. Oxaliplatinin, infüzyon fluorourasile eklenmesi (FOLFOX) tek başına infüzyon fluorourasil ile karşılaştırıldığında, altı yıllık genel sağkalımda Evre II ve III hastalarda %2.5 Evre III hastalarda ise %4.2 katkı sağlamıştır (Casciato ve Lowitz, 2004; Cunningham, 2007; Libutti, 2008; Doğan, 2012).

Kolorektal kanserlerde kullanılan adjuvan kemoterapi rejimlerinin bazıları şunlardır; (Wilkes and Hartshorn 2012; <http://www.nccn.org/patients/guidelines/colon/> Erişim tarihi: 20.08.2015).

- 5-FU:5-Fluorourasil
- 5 FU-FA: 5-Fluorourasil/Folinik asit
- FOLFOX: Folinik asit/Oxaliplatin/5-Fluorourasil
- XELOX: Capecitabine/Oxaliplatin

Kolorektal kanser tedavisinde kullanılan kemoterapik ajanlar bir yandan kanserli hücrelerin ölümüne neden olurken diğer yandan sağlıklı hücreleri de etkilemektedir. Bunun sonucunda hastalar kemoterapi sırasında birçok yan etkiyle karşılaşmaktadırlar. Kolorektal kanser hastalarına uygulanan kemoterapik ilaçların en sık görülen fiziksel yan etkileri yorgunluk, bulantı-kusma, diyare, konstipasyon, iştahsızlık, tat değişiklikleri, saç dökülmesi, mukozit, anemi, trombositopeni, lökopeni, ağrı ve el-ayak sendromudur (Sun ve ark., 2012; Büker ve Şen, 2014). Kolorektal kanser tanısı alan hastalar kemoterapinin fiziksel yan etkilerinin yanında kaygı, depresyon, yalnızlık başta olmak üzere birçok psikolojik semptomla da karşı karşıya kalmaktadırlar (Gültekin ve ark., 2008; Büker ve Şen, 2014; Ülger ve ark., 2014).

Günümüzde kemoterapi sıklıkla gündüz kemoterapi ünitelerinde uygulanmakta, hastalar evlerine gittiklerinde kemoterapinin yol açtığı sıkıntılarla baş başa kalmaktadırlar. Bireylerin yan etkilere yönelik yeterince bilgi alamaması, kendi bilgi ve becerilerini kullanarak baş etmek durumunda kalmaları, yetersiz ve yanlış uygulamaların

kullanılması yaşadıkları fiziksel ve psikolojik birçok sorunu daha da derinleştirmekte ve çoğu zaman bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik haline zarar verebilmektedir (Büker ve Şen, 2014; Ülger ve ark., 2014). Hemşirenin tüm semptomları gözlemlemesi sonucu, hasta ile birlikte baş etme yöntemlerini belirlemesi, yan etkilerin azaltılması veya giderilmesi, hasta ile birlikte ailenin de desteklenmesi ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi, hastalık ve tedaviye uyumun artırılması gibi alanlarda önemli sorumlulukları bulunmaktadır (Aslan ve ark., 2006; Gürel, 2007). Hemşireler birer eğitici olarak, bireylerin sağlıklarını yeniden kazanmaları ve korumaları için, sağlık bakımına yönelik uygulamalar hakkında bireylerin öğrenmelerine yardım etmektedirler. Hemşirenin eğitim rolü; bireyin stresli, psikolojik ve sosyal problemleri tanımlarını ve baş etmelerini kolaylaştırmaktadır. Yapılan pek çok araştırmada; kemoterapi alan hastalarda yan etkilerin değerlendirilmesi, bu yan etkilere yönelik olarak eğitim verilmesi ve hastaların desteklenmesinde hemşirelerin vazgeçilmez olduğu vurgulanmaktadır (Tishelman ve ark., 2000; Miller ve Kearney, 2001; Aslan, 2003; Gürel, 2007).

2.2. Kanser Hastalarında Kaygı ve İyilik Hali

Psikolojide insanın yaşadığı bir ruhsal durumu ifade eden kaygı kavramı ilk olarak Freud tarafından egonun bir işlevi olarak tanımlanmıştır (Manav, 2011). Kaygı kişinin bir uyarıya karşı karşıya kaldığında yaşadığı bedensel, duygusal ve zihinsel değişimlerle kendini gösteren bir uyarılmışlık sendromudur. Bir diğer anlamda ise dıştan kaynaklanan bir tehlike ya da tehlike olasılığı karşısında tedirginlik ya da akıl dışı korku durumu olarak tanımlanabilir (Öz, 2010; Manav, 2011).

Normal kaygı; potansiyel tehlike durumlarında biyolojik uyarıcı bir sistemdir. Vücudu kaçma ve kavgı gibi fiziksel reaksiyonlara hazırlar (Öz, 2010). Spielberger iki farklı kaygı yaklaşımında durumluk ve sürekli kaygıyı şöyle tanımlar; durumluk kaygı, bireyin içinde bulunduğu stresli durumlardan dolayı hissettiği subjektif korkudur. Stresin yoğun olduğu zamanlarda yükselen durumluk kaygı seviyesi stres ortadan kalkınca düşer (Öner ve LeCompte, 1983). Sürekli kaygı, bireyin içinde bulunduğu durumları genellikle stresli olarak algılaması ya da yorumlamasıdır. Ortada kaygılanmak için nesnel bir neden yokken kişinin kaygılanması ya da böyle bir neden var olduğunda bu durumla

orantısız olarak aşırı kaygı yaşamasıdır. Sürekli kaygı seviyesi yüksek olan bireylerin daha kolay karamsarlığa büründükleri ve durumluk kaygıyı da diğerlerinden daha sık ve yoğun yaşadıkları görülür (Öner ve LeCompte, 1983).

Kaygı düzeyleri şu şekilde sıralanmaktadır;

Sakin;

- Bu düzeyde kişi rahattır ve iyi olduğu duygusu hakimdir.
- Bireyin iyileşmesi ve gelişmesi için en uygun zaman olmakla birlikte kişinin enerjisini kullanması ve değişmesi için motivasyon eksikliği vardır.

Hafif;

- Bu düzeyde çok az bir gerilim vardır ancak kavrama alanı genişlemiştir.
- Konsantre olma, mantık yürütme yeteneği tamdır ve bu nedenle birey etkin problem çözme becerisine sahiptir.

Orta;

- Bu düzeyde birey daha dikkatli ve gergindir.
- Kavrama alanı biraz daralmıştır.
- Kişi çevresinde kendisi için önemli olan olaylara yoğunlaşma becerisi gösterir ancak çevresel ayrıntıların daha az farkındadır.
- Uzun süreli olmamakla birlikte olaylar üzerinde etkin olarak mantık yürütebilir ya da problem çözebilir. Bu aşamada bazı insanlar rahatsız olurken bazıları hiç rahatsızlık duymadan uzun süreli etkin olarak problem çözer ve eylemde bulunabilirler.

Şiddetli;

- Bu düzeyde kavrama alanı önemli ölçüde daralmıştır.
- Birey ayrıntılara yoğunlaştığından, çevredeki olayları tam olarak algılayamaz ve neden sonuç ilişkisi kuramaz.
- Birey kaygısının arttığını anlayamaz, ancak gerilimin verdiği rahatsızlığı fark eder. Problem çözmek için dikkatini veremez ve mantık yürütmede zorlanır. Bu düzeydeki kaygıda profesyonel müdahale gerekir.

Panik;

- Bu düzeyde birey etrafındaki olayları algılayamaz.

- Birey ayrıntılara yoğunlaşırken olaylar arasında bağlantı kuramaz ve çevresinde olanları kavrayamaz.
- Bireyin düşünce alanı düzensizleşmiş ve davranışları anormalleşmiştir. Kişi kriz aşamasındadır ve mutlaka profesyonel yardım gerekir (Öz, 2010).

Kanser tanısı emosyonel acı, saldırıya maruz kalma, umutsuzluk, suçluluk, terk edilme ve ölüm hakkındaki şüphelere karşı artan duyarlılıkla ilişkili olarak yoğun kaygı durumuna neden olmaktadır (Aldridge, 1998; Ülger ve ark., 2014). Tanı aşaması, tetkik sonuçlarının beklenmesi, tedavi öncesi, tedavi değişimi, belirti-bulgunun ortaya çıkması, hastalığın nüks etmesi ve hastalık çağrıştıran değişikliklerin hissedilmesi akut kaygı yaratan kriz durumları arasında yer almaktadır (Altuğ ve ark., 1995; Ülger ve ark., 2014).

Kolorektal kanser hastalarında tanı aşaması, tedavi ve tedaviye bağlı ortaya çıkan yan etkiler gibi stresli süreçlerin yaşanması hastalarda durumluk kaygının; bireyin kaygı yaşantısına olan yatkınlığı, kişinin içinde bulunduğu durumları genellikle stresli olarak algılaması ya da bu durumla orantısız bir biçimde uzun süreli ve şiddetli kaygı yaşaması ise sürekli kaygının ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Ortaya çıkan semptomlara karşı hastaların uygulayabilecekleri öz bakım davranışlarını bilmemekten kaynaklı baş etme gücünün yetersiz olması kaygı düzeylerini arttırmaktadır. Hastanın kaygı düzeyinin artmış olması ise algılama, motivasyon ve problem çözme becerilerini etkilediğinden bireyin kaygı düzeyinin belirlenerek yapılacak eğitimin planlanması ve tele izlemlerle hastanın desteklenmesi, baş edebilme gücünün ve iyilik halinin artırılması kaygının azaltılması açısından önemlidir (Öz, 2010; Ülger ve ark., 2014).

İyilik hali ve yaşam kalitesi kavramlarına bakacak olursak; yaşam kalitesi, kişisel sağlık durumundan da öte kişisel iyilik halini içine alan geniş bir kavramdır. Kişinin yaşadığı yerde amaçları, beklentileri, standartları ve ilgilerini kapsamaktadır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, kişinin sağlık açısından özgün, fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik halini ifade etmektedir. Kanser tedavisi uzun süreli bir tedavi olup hasta ve ailesine fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden birçok zarar verebilmektedir. (http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf Erişim tarihi: 20.02.2015). Hastalar

yaşamlarındaki değişikliklere alışırken ve bunlarla birlikte yaşamayı öğrenirken birçok psikolojik ve fiziksel faktörün etkisinde kalabilecekleri gibi, yeni yaşam tarzına bağlı fiziksel ve psikolojik sorunlar da gelişebilmektedir. Tüm bunlar bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Hasta bireylerde uyum güçlüklerinin ve psikolojik tepkilerin anlaşılması ve bu sorunlarla baş edebilmeleri için ihtiyaçları olan bakım girişimlerinin planlanması hastanın iyilik halinin artırılması açısından önemlidir (Kapucu, 2004; Gürel, 2007).

Kanser tedavisi hakkındaki kaygı ve korkular, yaşam kalitesi üzerindeki etkisi hastalar için rahatsız edici olmakla birlikte bu semptomlar genellikle sağlık ekibi profesyonelleri, aile ve arkadaşların desteğiyle çözülebilmektedir (Sivesind and Baile, 2001; Yıldırım, 2003). Pereira ve arkadaşlarının (2012) kolorektal kanser hastalarına uygulanan farklı tedavi yöntemlerinin kaygı, depresyon, travmatik stres ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisine yönelik yaptıkları çalışmada tedavi olarak sadece cerrahi tedavi alan hastaların, ikili tedavi (cerrahi+kemoterapi, cerrahi+radyoterapi) alan hastalara oranla kaygı, depresyon ve travmatik stres düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Williams ve Schreier'in (2005) kemoterapi alan meme kanseri olan kadınlarda yorgunluk, kaygı ve uyku bozukluğuna yönelik yaptıkları randomize kontrollü çalışmada hemşireler tarafından verilen eğitimin yorgunluk, kaygı ve uyku bozukluğu semptomlarını azalttığını ve etkili bakım davranışlarının geliştirilmesine yardımcı olduğu görülmüştür. Orringer ve arkadaşlarının (2005) melanoma tanısı almış hastalarda video kaseti ile yapılan eğitimin kaygı düzeyine olan etkisini araştırdıkları randomize kontrollü çalışmada video kaseti izledikten sonra hastaların bilgi düzeylerinin anlamlı olarak arttığı, kaygı düzeyinin ise azaldığı saptanmıştır.

2.3. Kanser Hastalarında Yalnızlık

Yalnızlık insanları en çok korkutan, tüm yaşamlarını etkileyen, bunaltan ve onları güçsüz bırakan bir durumdur. Öznel bir kavram olarak düşünüldüğünde, boş hissetme ve kendini bırakmanın duygusal ifadesi olarak tanımlanabilir. Bireyin sosyal çevresiyle iletişiminin hem niteliksel, hem de niceliksel bozulması durumunda yaşanan hoş olmayan bir duygudur (Alkan ve Sezgin, 1998; Özkürkçügil, 1998; Killen, 1998; Öz, 2010).

Bireylerin ilişkilerinde yetersiz ve bireysel olarak doyurucu olmayan sosyal yaşantılar içinde olmaları bireylerin kendilerini toplumdan soyutlamalarına ve yalnız hissetmelerine neden olabilmektedir (Buluş, 1997). Yalnızlık bireyin sosyal ilişkilerinde beklediği düzey ile içinde olduğu sosyal yaşantının birbirine uymamasından kaynaklanmaktadır. Eğer bireyin sahip olduğu ilişki bireyi memnun etmiyorsa kendini yalnız hissedebilmektedir (Killen,1998; Ünal ve Bilge, 2005; Aral ve ark., 2006; Öz, 2010).

Yalnızlığın boyutları şu şekildedir;

Yalnızlığın Fiziksel Boyutu

- Kronik bir hastalık sosyal izolasyona neden olabilir.
- Fiziksel hareket yetersizlikleri, kayıplar, konuşma ve işitme engeli gibi durumlar bireyin kendini yalnız hissetmesi için risk faktörü olabilir (Rawlins, 1998).

Yalnızlığın Emosyonel Boyutu

- Bireyin kendi sorunlarına eğilmek yerine, diğerlerinin arkadaşlığına sığınması bireyde yalnızlık anksiyetesi yaratabilir.
- Önemli bir şeyin kaybı yalnızlığı arttırabilir.
- Yalnızlık yapıcı olmayan ve psikoza kadar gidebilen emosyonel paralizilerdir.
- Olayların yıldönümü yalnızlık hislerini ortaya çıkartır.
- Yalnızlık ezici ve sürekli yaşanan bir duygudur.
- Sevdiği birinin, arkadaşının ya da destek veren bir kişinin eksikliği emosyonel yalnızlıkla sonuçlanabilir (Rawlins, 1998).

Yalnızlığın Entellektüel Boyutu

- Birey yalnızlık hissettiğinde, bunun nedenini tanımlayamaz. Yalnızlık duygusu geçtikten sonra ise hoş olmayan bu deneyimi konuşmak yada hatırlamak istemez.
- Yalnız bireyde iki tür düşünce gelişebilir. Birincisinde birey yalnızlık hissini tanımlayıp sözel olarak ifade edebilir. Diğerinde ise gerçek dışı ve mantığa uygun olmayan otomatik düşünceler hakimdir. Bilişsel bozulmalar söz konusu olmakla birlikte bunları tanımlamak birey için daha güçtür (Rawlins, 1998).

Yalnızlığın Sosyal Boyutu

- Yalnızlık sosyal ilişkilerdeki doyumsuzluk ya da sosyal ilişkilerin yokluğundan ve primer grup ilişkilerinin azlığından kaynaklanır.
- Yalnızlık yakınlık kuramama ile karakterizedir.
- Özgüven yetersizliği ve düşük benlik saygısı yalnızlığın gelişmesine neden olabilir (Rawlins, 1998).

Yalnızlığın Spiritüel Boyutu

- İnsanların çoğu yalnızlıktan korkar ve bu durum bireylere bütün değerlerden uzak kaldıklarını hissettirebilir.
- Yalnızlık katkıda bulunamamadır.
- Güçlü bir dini inanç yalnızlığı önleyebilir ve insanlara yardımcı olma hislerini besleyebilir (Rawlins, 1998).

Hastanın yaşadığı yalnızlık boyutunu bilmek, hemşirenin verdiği eğitim ve telefonla izlemin hastaya göre planlanmasına ve bireyselleştirilmesine yardımcı olacaktır. Kanser hastaları hastalıklarının çeşitli evrelerinde ümitsizlik, yalnızlık, sosyal izolasyon, güçsüzlük, terk edilme, dayanılmaz ağrı, mutsuzluk ve suçluluk gibi ruhsal deneyimler yaşayabilmektedirler. Kanser ile yaşamak, bireyin yaşamlarında birçok değişiklik anlamına gelmektedir. Bireylerin yaşadıkları bu deneyimler ve baş etmek durumunda kaldıkları değişimlerle birlikte bireysel faktörlerin de etkisiyle bireylerin yaşadıkları yalnızlık seviyesi artabilmektedir. Strese neden olan kronik hastalıklarda depresyona bağlı da yalnızlık yaşanmaktadır (Rokach, 2000; Kara ve Mirici, 2004; Sevil ve ark., 2006; Öz, 2010).

Kanser hastaları hastalıkları ile ilgili koşul ve sınırlılıklardan dolayı, kişiler arası ilişkilerde güçlükler yaşamaktadırlar. Hastayı tedavi boyunca rahatsız eden kas içi kanamalar, saç dökülmesi, ağız yaraları, çeşitli cilt reaksiyonları gibi fiziksel değişimlerin olması kendilerini toplumdan izole etmelerine neden olabilmektedir (Samarel ve ark., 2002; Öncü, 2008). Hastaların tüm bu sorunlarla baş edebilme yeteneği, hastaların sosyal ilişkilerindeki iletişimlerinin kalitesini arttırmaktadır. Samarel ve arkadaşlarının (2002) yaptığı deneysel çalışmada eğitim, sosyal destek ve telefon

müdahalesinin yapıldığı meme kanseri hastalarında yalnızlık düzeylerinin daha düşük olduğu belirtilmiştir. Sevil ve arkadaşlarının (2006) jinekolojik kanser tanısı almış bireylerle yaptığı çalışmada ise sosyal destek gereksinimi fazla olan hastalarda yalnızlık düzeyi diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur. Kanser hastalarında yalnızlıkla ilgili yapılmış diğer bir çalışmada, hastaların mastektomi sonrası eş uyumu ile yalnızlık düzeyleri incelenmiş ve elde edilen sonuçlara göre ameliyat öncesi çoğu kadının kendini yalnız hissetmemesine rağmen ameliyat sonrası yalnızlık düzeyinin yüksek olduğu belirtilmiştir (Öncü, 2008).

Kolorektal kanser tanısı alan hastaların yaşanan semptomların yönetimine karşı sağlık personelinin doyurucu bilgi alamaması, kendi bilgi ve becerilerini kullanarak baş etmek durumunda kalmaları yalnızlık duygusunu arttırabilmektedir. Bu nedenle kemoterapi uygulanan kolorektal kanser hastalarında tedavi ve tedaviye bağlı ortaya çıkabilecek semptomlara ilişkin bilgilendirilmesi ve izlemlerle baş edebilme gücünün arttırılması yalnızlık duygusunun azaltılması açısından önemlidir. Sonuç olarak, hemşire, hastanın duygularını paylaşıp hastalığa ve tedaviye bağlı sorunlarla baş edebilme yeteneğini arttırdıkça ve buna ek olarak sosyal desteğin artırılmasıyla yalnızlık hissini azaltılması beklenmektedir (Samarel ve ark., 2002; Coleman ve ark., 2005; Tabrizi ve ark., 2016).

2.4. Tele-Sağlık ve Tele-Hemşirelik

Günümüzde kronik hastalıkların tüm dünyada görülme sıklığının artmasıyla birlikte sağlık harcamalarını azaltmak, sağlık hizmetine kolay ve hızlı erişimi sağlamak amacıyla teknolojik uygulamaların kullanılması önemli hale gelmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tele-sağlığı, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için telekomünikasyon sistemlerinin ve teknolojinin kullanılması olarak tanımlamıştır (WHO, 2010). Tele-hemşirelik; Tanı, tedavi ve eğitim desteği hizmetleri, sağlık hizmetleri organizasyonu ve yönetiminde hemşirelik bakımının sunulması ve devam ettirilmesi için bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanılmasıdır (McGinley ve Lucas, 2006; Wakefield ve ark., 2008). Tele-sağlığın bir bileşeni olan tele-hemşireliği; Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) "Hasta bakımını geliştirmek için hemşirelikte iletişim teknolojilerinin kullanılmasıdır"

şeklinde tanımlamaktadır (<http://www.icn.ch/networks/telenursing-network/> Erişim tarihi: 14.12.2016).

Tele-sağlık sisteminde hemşirenin rolleri;

- Veri toplama, hastanın durumuyla ilgili bilgi edinme ve bulguların takibi
- Sürece ilişkin bilgi sahibi olma, hastanın kilosunu, kan basıncı, solunum sıkıntısı gibi parametrelerin değerlendirilmesi
- Hastanın durumunu eleştirel olarak değerlendirip tedavi ve bakımına yön verme
- Hasta eğitimi ve eğitim takibini sağlama şeklinde özetlenebilir (Pazar ve ark., 2015).

Tele hemşirelik uygulama yöntemleri şunlardır;

Tele bakım hemşireliği; tele hemşireliğin bir alt dalıdır. Çeşitli sağlık problemleriyle arayan hastaların bilgileri yorumlanarak kişilerin uygun sağlık kaynaklarına yönlendirilmesi sağlanır (Lorentz, 2008).

Tele triyaj; sağlık bakımına ihtiyacı olan bireylerin belirlenmesi ve en yararlı bakımı almalarına yardımcı olunması yöntemidir. Tele bakım hemşireleri arayan kişilerin problemlerinin acil olup olmadığını ya da acil değilse herhangi bir tıbbi ve hemşirelik müdahalesine ihtiyaç olup olmadığını belirler. Ayrıca evde çözümlenebilecek problemleri de değerlendirir ve yönlendirirler. Tele bakım hemşireleri karar verme, yönlendirme ve koordinasyonu sağlama süreçlerinde yer alırlar (Lorentz, 2008).

Tele ev bakımı ise; sağlık bakımının elektronik yollarla verilmesidir. Tele ev bakımı hemşiresi merkezi bir istasyon kullanır. Bu istasyonda düzenli bir telefon hattına bağlı video konferans ünitesi ekipmanı bulunur. Hastalar otomatik tansiyon aleti, pulse oksimetre gibi gerekli olan evde izlem ekipmanını temin ederler. İzlemler başlamadan önce hasta ve ailesine ekipmanları nasıl kullanacakları öğretilir. Böylece hastaların evlerinde izlenmeleri sağlanır (Lorentz, 2008; Ersoy ve ark., 2015).

Tele-hemşirelik uygulamalarının yararları arasında; bakımda sürekliliğin sağlanması, kalitenin yükseltilmesi, maliyetin azaltılması ve memnuniyetin artırılması, ulaşılabilir olma, tekrarlı yatışların ve acil servis girişlerinin azaltılması, hasta ve ailesine destek

sağlanması, eğitimi kolaylaştırması ve tekrarlı eğitime olanak sağlaması, sağlık bakım ihtiyacını gidermeye yönelik bilgi sağlanması olarak sayılabilmektedir (Riegel ve ark., 2002; Buckwalter ve Davis, 2002; Hintistan ve Çilingir, 2012; Ersoy ve ark., 2015).

Tele-hemşirelik hizmeti ile ilgili literatürde pek çok çalışma olup, çoğunlukla hasta memnuniyeti, daha az yan etki yaşama, yalnızlık, tekrarlı yatışların azaltılması, hastaların öz bakım gücüne ve ilaç uyumuna etkisi araştırılmış, tele-hemşirelik hizmetinin etkili olduğu ortaya konulmuştur (Samarel ve ark., 2002; Coleman ve ark., 2005; McGinley ve Lucas, 2006; Shearer ve ark., 2007; Maguire ve ark., 2008; Beebe ve ark., 2008; Lyndon ve Tyas, 2010; Breen ve ark., 2015). Tele-hemşirelik hizmetlerinin etkili olduğunun belirtilmesinin yanında bazı olumsuz yönlerinin de olduğu çalışmalarda belirtilmiştir. Giesen ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada, hemşirelerden telefon danışmanlığı alan hastalar, uygulamayı etkin bulmasına karşın hemşire ziyaretlerinin azalması durumundan daha az memnun olduklarını belirtmişlerdir. Bartlam ve McLeod'un (2000) yaptığı çalışmada ise fertilitate sorunu yaşayan bireyler telefon danışmanlığını destekleyici ve yararlı bulmalarına rağmen yüz yüze danışmanlığın daha etkili olabileceğini belirtmişlerdir.

Kemoterapi uygulanan kolorektal kanser hastalarında semptom yükünün fazla olmasına katkıda bulunan faktörler arasında, hasta ile sağlık profesyonellerinin iletişim eksikliği ve yetersiz semptom değerlendirmesi yer almaktadır. Ayaktan kemoterapi tedavisi alan hasta sayısının fazla olmasıyla birlikte, semptomların çoğunun evde direk sağlık personeli gözetimi olmaksızın yönetilmesiyle sonuçlanmaktadır (Kearney ve ark., 2009). Çalışmalarda özel hemşirelik girişimlerinin kemoterapiye bağlı komplikasyon riskini ve morbiditeyi azalttığı, olumlu sağlık sonuçlarını arttırdığı belirtilmiştir (Boucher, 2002; Williams and Schreier, 2005; Godino ve ark., 2006; Aranda ve ark., 2012; Mollaoğlu and Erdoğan, 2014).

Bu girişimlerden biri olan telefonla izlemin, hastaların evlerinde hizmet almalarını sağladığı, sağlık eğitimine uyumları açısından izlendiği ve hangi konularda eğitime ihtiyaç duyduklarının belirlenerek sağlık eğitiminin verilebildiği ve sürekliliğinin sağlanabildiği bir yöntem olduğu belirtilmektedir (Boucher, 2002; Williams and Schreier, 2005; Godino ve ark., 2006; Aranda ve ark., 2012). Yapılan çalışmalarda

telefonla izlemin, yaşanan semptomları, psikolojik, duygusal ve prosedüre bağlı endişeleri azalttığı görülmüştür (Godino ve ark., 2006; Aranda ve ark., 2012). Telefonla izlem, kemoterapi alan hastaların ortaya çıkan sorunlarla baş edebilme düzeyini, yaşam kalitesini ve öz bakım gücünü arttırıp, yalnızlık ve kaygıyı azaltabileceği için önemlidir. Ayrıca kemoterapi alan hastalara verilen eğitimin etkinliğini de arttırabilir.

Yapılan literatür taramasına göre kanser tanısı alan hastalarda üç telefon görüşmesi yapılmasının uygun olacağı, alınan kemoterapi kürlerinden 1-7 gün sonra telefon görüşmelerinin yapılabileceği belirtilmektedir. Yapılan görüşmelerin yaklaşık 10-15 dakika sürebileceği, görüşme içeriğinde eğitim tekrarının yapılabileceği, hastanın yaptığı öz bakım davranışlarının değerlendirilmesi ve öz bakım davranışı takviyesiyle hastanın güçlendirilmesinin sağlanabileceği belirtilmiştir (Boucher, 2002; Williams and Schreier, 2005; Aranda ve ark., 2012). Yeterli sayıda izlem yapılması semptom yönetiminin sağlanması ve hastanın güçlendirilmesinin önemi vurgulanmaktadır (Boucher, 2002; Williams and Schreier, 2005; Aranda ve ark., 2012).

2.5. Orem Öz Bakım Eksikliği Kuramı

Kuram sözcüğünün anlamına bakacak olursak, Yunanca “görüş” anlamına gelen “theoria” sözcüğünden gelir. Kuramın sözlük anlamı, olayları açıklayan genel ilkelerdir. Kuramlar kavramlara anlam kazandıran ve onları çok yönlü düşündüren ve aralarında ilişki kuran bir sistemattir. Kuramlar gözlem ve önermelerin bilimsel yöntem kullanılarak test edilmesi sonucu doğrulanan kavram kümeleridir (McEwen and Wills 2002; Fawcett 2005; İnan ve ark., 2013).

Araştırmada kullanılacak olan Öz Bakım Eksikliği Hemşirelik Kuramı, ilk kez 1956 yılında Dorethea Elizabeth Orem tarafından oluşturulmaya başlanmış 1971 ile 2001 yılları arasında “Öz bakım Eksikliği Hemşirelik Teorisi” olarak şekillendirilmiştir (Fawcett 2005; Avdal ve Kızılcı, 2010). Orem, insan ve çevre arasında karşılıklı etkileşim olduğunu savunmaktadır. İnsanın eşsiz bir üniter varlık olduğunu, asla çevresinden ayrı düşünülemediğini ifade etmiştir. Teorisinde, hemşireliğin paradigmasını oluşturan insan, sağlık, çevre ve hemşirelik kavramlarının tanımlarını da bu görüş doğrultusunda yapmıştır (Fawcett, 2005). Orem’e göre hemşirelik, öz bakım gereksinimlerini karşılamada yardım ve rehberliğe ihtiyacı olan bireylere bilimsel bilgi

doğrultusunda yapılan bir yardım şeklidir (Orem, 2001; Fawcett 2005; Avdal ve Kızılcı, 2010). Hemşireliğin amacı, insanların yaşam ve sağlığını koruması ve geliştirmesi, hastalık veya sakatlığının iyileşmesi veya etkileriyle baş edebilmesi için öz bakım yeteneğinin gelişmesini sağlamaktır (Orem, 2001; Fawcett, 2005).

Öz Bakım Eksikliği Hemşirelik Teorisi yedi temel kavramdan oluşmuştur. Bunlar; temel durumsal faktörler, öz bakım, terapötik öz bakım gereksinimleri, öz bakım gücü, öz bakım eksikliği, hemşirelik gücü ve hemşirelik sistemidir. Teoride bu kavramlara ek olarak bağımlı bakım ve bağımlı bakım gücü, öz bakım gücü güç bileşenleri, hemşirelik gücü güç bileşenleri ve öz bakım ajanı kullanılan diğer kavramlardır.

Öz bakım: “Yaşamı, sağlığı ve iyilik durumunu sürdürmek için bireyler tarafından başlatılan ve gerçekleştirilen etkinlikler” olarak tanımlanmaktadır (Orem, 2001; Alligood, 2010). Orem; öz bakımı, “olgunluğa ya da erişkinliğe ulaşmış bir bireyin kendisi için kendisinin yaptığı, düzenli, kontrollü, etkili ve amacı olan bakım işlemleri” olarak tanımlamaktadır (Orem, 2001).

Temel Durumsal Faktörler: Yaş, cinsiyet, gelişimsel durum, sağlık durumu, sosyo-kültürel uyumu, sağlık bakım sistem faktörleri, aile faktörleri, yaşam paternleri, temel durumsal faktörlerdir. Normal olarak yetişkinler kendi bakımlarını yapabilirler. Bebekler, çocuklar, hastalar, öz bakım aktiviteleri için yardımcıya ihtiyaç duyarlar. Terapötik öz bakım gereksinimleri ve öz bakım gücü, bireylerin yaşam koşullarının özelliklerini yansıtan bu temel durumsal etmenler tarafından etkilenir (Velioglu, 1999; Alligood and Tomey, 2010).

Terapötik Öz Bakım Gereksinimleri: Orem, hastalıktan korunma ve sağlığı geliştirme için gerekli olan tüm öz bakım eylemlerini “terapötik öz bakım gereksinimi” olarak tanımlamıştır. Terapötik öz bakım gereksinimi, öz bakım ajanı olarak bireylerin, sağlık ve iyilik durumlarını sürdürmek için karşılamak zorunda oldukları ve gereksinim duydukları özel eylemler dizisidir. Kişilerin bu gereksinimi yaşam süresince değişim gösterir. Orem'in kuramında teröpatik öz bakım gereksinimleri evrensel gereksinimler, gelişimsel gereksinimler ve sağlığın bozulması durumunda ortaya çıkan gereksinimler

olmak üzere üç başlık altında toplanmaktadır (Orem, 2001; Velioğlu, 1999; Alligood and Tomey, 2010).

Evrensel Öz Bakım Gereksinimleri: İnsanın günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili olan temel istek ve gereksinimleridir. İnsanoğlunun hava, su, yiyecek gibi bazı temel maddeleri almaya; yaşam süreçlerini destekleyen ve sürekliliğini sağlayan yapısal ve işlevsel bütünlüğü sürdürmeye gereksinimi vardır. Evrensel öz bakım gereksinimleri insan yaşamında sürekli var olan temel gereksinimlerdir ve sağlıklı durumu sürdürmek için gerekli olan sekiz evrensel öz bakım gereksinimi tanımlanmıştır. Bunlar;

- Yeterli hava alınınının sürdürülmesi,
- Yeterli su alınınının sağlanması,
- Yeterli besin alınınının sürdürülmesi,
- Yeterli eliminasyonun sağlanması,
- Yeterli aktivite ve dinlenmenin sürdürülmesi,
- Yalnızlık ve sosyal etkileşim arasındaki dengenin sürdürülmesi,
- İnsan yaşamı, işlevselliği ve iyilik durumuna karşı risklerin önlenmesi,
- İnsan işlevlerinin yükseltilmesi (normal olma): İnsanın gizli gücüne ve normal olma isteğine göre sosyal gruplar içinde işlev görmesi ve bunun geliştirilmesi. Fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik halinde olmayı içerir (Biol, 2005; George, 2011).

Gelişimsel Öz Bakım Gereksinimleri: Gelişimsel gereksinimler, farklı gelişimsel düzeylerde yer alan özel bakım davranışlarıdır. 1980'den önce Orem, gelişimsel bakım gereksinimlerini evrensel öz bakım gereksinimleri içerisinde incelemiştir. Orem'in de tanımladığı gibi "Gelişimsel gereksinimler; yaşam sürecini ve insan gelişimini devam ettirmek için koşulların devamını, gelişme sürecini etkileyen olumsuz koşulları önleyici bakımı ve farklı gelişimsel aşamalarındaki gereksinimleri" kapsar (Velioğlu, 1999; Alligood and Tomey, 2010). Örneğin; gebelik, doğum, ebeveyn veya eş kaybı vb. gibidir.

Sağlıktan Sapmada Öz Bakım Gereksinimleri: Hastalığa bağlı ortaya çıkan yeni gereksinimler ya da hastalığın getirdiği sınırlılıklar nedeniyle karşılanamayan evrensel ve gelişimsel öz bakım gereksinimleridir. Orem bu gereksinimleri sağlıktan sapmada öz

bakım gereksinimleri olarak adlandırmıştır. Orem, sağlık sapmalarında öz bakımı "yalnızca rahatsızlıklar, sakatlık ya da hastalık olaylarında gereksinim duyulan" durum olarak tanımlar (Orem, 2001; Fawcett, 2005; Birol, 2005). Profesyonel hemşirelerin hastaya öz bakımında yardımcı olabilmeleri için hastalığın fizyopatolojisi, hemşirelik bilimi ve ilgili diğer bilimlerde bilgi temeli olması gerekir (Velioğlu, 1999).

Öz Bakım Gücü: Öz bakım gücü, bireyin sürekli bakım gereksinimlerini karşılamasını sağlayan çevresel faktör ve koşullardan etkilenen karmaşık ve kazanılmış bir yeteneğidir. Orem'e göre bir bireyin öz bakım gereksinimlerini karşılayabilmesi için yeterli öz bakım gücüne sahip olması gerekir. Etkili bir öz bakım gücünün oluşabilmesi için ise algısal, bilişsel, kişilerarası ve psikomotor özelliklere gereksinim vardır (Orem, 2001; Fawcett, 2005; Alligood and Tomey, 2010). Hemşireler, öz bakım gücünü doğru tanımlayamadıklarında;

- Mevcut ya da olası öz bakım yetersizliklerini ve bunların nedenleri konusunda karara varmada,
- Geçerli ve güvenilir yardım etme yöntemleri ve hemşirelik sistemlerini seçme ve uygulamada mantıklı bir temel oluşturamazlar (Fawcett, 2005).

Öz Bakım Eksikliği: Öz bakım gereksinimleri, bireyin öz bakım gücünü aşan bir düzeydeyse öz bakım eksikliği ortaya çıkar. Bağımlı bakım ajanının gücü (bağımlı bakım gücü), bakım verilen bireyin öz bakım gereksinimlerini karşılamada yetersiz ise bağımlı bakım eksikliği ortaya çıkar (Fawcett 2005; Avdal ve Kızılcı, 2010).

Hemşirelik Gücü: Hemşirelik gücü; bireyin gereksinimlerini ve öz bakım gücünü tanımlayabilmesi için kullanacağı hastalık bilgisi, eğitimi, deneyimi ve uzmanlığı olarak tanımlanmaktadır. Orem hemşireliği "bir bireyin diğer bir bireye yardım etmek için yaratıcı bir çabası ya da bir yardım hizmeti" olarak tanımlamıştır. Hemşirelik gücü ise; öz bakım yetersizliği olan bireylerde öz bakım gereksinimini belirlemek, öz bakımı sağlamak ve yönetmek için hemşirenin harcadığı emek olarak tanımlanmaktadır. Bireyin var olan öz bakım gücünün yanında hemşirenin de gücü ile eyleme geçmelidir (McEwen ve Wills, 2002; Fawcett, 2005).

Hemşirelik Sistemi: Hastanın belli terapötik öz bakım gereksinimleri veya öz bakım yetersizliklerinin karşılanması için hasta ve hemşire tarafından gerçekleştirilen hemşirelik uygulamaları, hemşirelik sistemini oluşturmaktadır. Orem, bireylerin gereksinimlerinin giderilmesi için üç farklı hemşirelik sistemi tanımlamıştır;

- Tam kompensasyon (tümüyle eksikliği giderici)
- Kısmi kompensasyon (kısmen eksikliği giderici)
- Destekleyici ve eğitsel (Veliöğlu, 1999; Orem, 2001; Alligood and Tomey, 2010)

Tümüyle Eksikliği Giderici (Tam Kompansasyon) Hemşirelik Sistemi: Bakımın yerine getirilmesinde hastanın aktif rol oynamadığı durumlardır. Hastanın tüm gereksinimleri hemşire tarafından karşılanır (Veliöğlu, 1999).

Kısmen Eksikliği Giderici (Kısmi Kompansasyon) Hemşirelik Sistemi: Hemşire hastanın bakım önlemlerini ve diğer eylemleri birlikte gerçekleştirdiği bir durumu temsil eder. Gereksinimleri karşılamada hemşire ve hasta temel role sahiptir. (Veliöğlu, 1999).

Destekleyici Eğitsel Hemşirelik Sistemi: Bu sistemde hasta öz bakımını yapabilir ancak başkalarının yardımına gereksinim duyabileceği durumlarında olduğunu bilmelidir. Bu sistemde yardımcı olma yöntemleri; destek, rehberlik, çevresel düzenleme ve öğretimi içerir. Hemşirelik sisteminin seçimi, “öz bakım eylemlerini kimin gerçekleştirebileceği ya da gerçekleştirmesi gerektiği” sorularının yanıtına dayanır (Veliöğlu, 1999; Fawcett, 2005).

Öz bakım eksikliği; bilgi, beceri, motivasyon ya da ilgi eksikliği ile ilişkili olabilir ya da hastalık ve tedavinin etkilerinden kaynaklanabilir. Orem'in teorisine dayalı olarak verilen eğitimlerle hastalar, kemoterapi sırasında beklenen semptomları önlemek ya da hafifletmek için nasıl ve ne zaman tedbir alabileceğini tahmin edebilirler (Rehwaldt ve ark., 2009). Kanıtlar, bireyin uygun eğitim ve kaynaklarla kendi öz bakımında kalite ve yeterliliği arttırabileceğini desteklemektedir (Foltz ve ark., 1996; Dodd, 1997; McDaniel ve Rhodes, 1998; Rehwaldt ve ark., 2009). Kemoterapi sırasında Orem'in teorisine dayalı öz bakım talimatlarının hastaların öz bakım davranışlarını arttırabileceğine dair ilk çalışma bulguları Dodd' a aittir. Sonuç olarak bu bulgular, kemoterapi sırasında

yaşam kalitesini iyileştirmeye ve kemoterapi hastalarında kendi yönetimini sağlamayı amaçlayan birçok eğitim programının geliştirilmesini teşvik etmiştir (Craddock ve ark., 1999; Dodd and Miaskowski, 2001; Yates ve ark., 2005; Godino ve ark., 2006; Aranda ve ark., 2012; Coolbrandt ve ark., 2013).

Orem Öz Bakım Eksikliği Kuramına temellendirilmiş çalışmalara bakacak olursak; Cihangir (2007) in astımı olan adölesanlarda uyum ve öz bakım modeline göre geliştirilen hemşirelik yaklaşımlarını değerlendirdiği çalışmasında girişim grubundaki adölesanların ilaç tedavisine ve hastalığın yönetimine uyumlarının arttığı görülmüştür. Nazik (2009)'in postpartum dönemdeki kadınlara Orem'in öz bakım modeli kullanılarak verilen bakımın postpartum komplikasyonların önlenmesi ve giderilmesine etkisini incelediği çalışmasında, Orem'in öz bakım modeli kullanılarak verilen bakımın postpartum komplikasyonlarını önlediği ve loğusaların öz bakım gücünü yükselttiği belirlenmiştir. Kılıç (2005) in Dorothy Orem'in Öz Bakım Modelini sezaryen ile doğum yapan kadınların hemşirelik bakımına uyguladığı çalışmasında gebelerin eğitim öncesi ve sonrasında öz bakım gücü ortalama puanlarında artış belirlenmiştir. Özkaptan (2013)'ın Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) olan bireylere öz bakım modeline göre evde verilen hemşirelik bakımının öz-etkililik üzerine etkisini incelediği doktora tez çalışmasında elde edilen sonuçlara göre KOAH'lı bireylere ev ziyareti yoluyla verilen hemşirelik bakımının öz-etkililik düzeyinin artmasına anlamlı derecede katkıda bulunduğu belirlenmiştir. Bostancı (2003)'nın çalışmasında ise öz bakım modelinin kanser tedavisine bağlı yan etkilerin önlenmesi ve/veya azaltılmasında etkin olabileceği belirtilmiştir.

Bu verilere dayanarak, kemoterapi uygulanan kolorektal kanser hastalarında Orem'in Öz Bakım Eksikliği kuramına temelli eğitim ve izleme yorgunluk, bulantı-kusma gibi fiziksel semptomların yanında kaygı ve yalnızlık gibi psikososyal semptomların azalacağı, öz bakım gücü ve iyilik halinin artacağı öngörülerek araştırmamız yapılmıştır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın tipi

Araştırma tipi randomize kontrollü tek kör deneysel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Mustafa Samur Gündüz Kemoterapi Ünitesinde yapılmıştır. Gündüz Kemoterapi Ünitesine ayaktan kemoterapi alan hastalar başvurmaktadır. Ünite 143 tedavi koltuğu bulunmakta ve kemoterapi tedavisi yanında sıvı desteği, kan transfüzyonu gibi destek tedavilerle birlikte günde ortalama 50-80 hastaya hizmet verilmektedir. Ünite 7 yedi hemşire çalışmakta ve çalışma saatleri 8.30-16.30 arasındadır. Poliklinikte kemoterapi tedavisi almasına karar verilen hastaya, ortaya çıkabilecek yan etkilere karşı hastaların alabileceği önlemler hakkında bilgi verilmektedir. Ayrıca hekime başvurulması gereken yüksek ateş, gaitada kan, şiddetli kusma gibi durumlar anlatılmaktadır. Bu eğitim kemoterapi alması uygun görülen hastalara tedavi öncesi Tıbbi Onkoloji Eğitim Hemşiresi tarafından verilmektedir. Araştırmanın verileri Nisan 2016-Mart 2017 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın yürütülmesinde Ek-1'de verilen zaman tablosu dikkate alınmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Mustafa Samur Gündüz Kemoterapi Ünitesinde son bir yıl içinde ayaktan kemoterapi uygulanan kolorektal kanser tanısı almış hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Gündüz Kemoterapi Ünitesinde kemoterapi tedavisi gören kolorektal kanseri ve örnekleme dahil edilme kriterlerine sahip hastalar oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında araştırmanın gücü, tip 1 hata parametrelerinin belirlenmesi gerekmektedir. Çalışmaların genel olarak en az %80 güce sahip olması gerekir (Martin ve Thompson, 2000). Bu çalışmada da örneklem büyüklüğü hesaplanırken güç % 80 olarak kabul edilmiştir. Tip 1 hata, iki uygulama arasında gerçekte fark yokken, çalışma sonucunda fark bulmak olarak tanımlanır 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 da 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 ≥ 0.5 olması önerilmektedir. Araştırmamız için etki büyüklüğü veri toplama bitiminde hesaplanmıştır.

3.3.1. Örneklem Büyüklüğü

Örneklem büyüklüğü PS power and sample size (version 3) istatistik programı kullanılarak hesaplanmıştır. Örneklem büyüklüğünün hesaplanması için önceki araştırmalarda elde edilen standart sapma düzeyleri ya da değişkenlerin oranları bilinmelidir. Örneklem büyüklüğü hesaplanırken araştırmamıza en yakın çalışmanın Sağit (2010) öz bakım gücü ölçeği standart sapma düzeyi temel alınmıştır. Yine aynı çalışmada puan ortalamaları arasındaki farkın 18 olduğu göz önüne alınarak girişim ve kontrol gruplarının her biri için örneklem sayısı 28 hasta olmak üzere, toplam 56 hasta olarak bulunmuştur. Ancak verilerin değerlendirilmesinde parametrik testlerin kullanılabilmesi için çalışmanın örnekleme 30 girişim ve 30 kontrol grubu olmak üzere toplam 60 hasta olarak belirlenmiştir. Örneklem büyüklüğü %80 güç, 0.05 hata payı ile hesaplanmıştır. Araştırmanın uygulama aşamasında, Nisan 2016 tarihinden itibaren kolorektal kanser tanısı almış ve kemoterapi uygulanması planlanan hastalar değerlendirildiği halde 10 aylık süre dahilinde hedeflenen örneklem sayısına ulaşamamıştır. Değerlendirilen hastalardan örnekleme alınma kriterlerine uyanların tamamı araştırmaya dahil edilmiştir. Böylece evrenin tamamı alınmıştır. Araştırmanın uygulaması Nisan 2016-Mart 2017 tarihleri arasında 24 hasta girişim grubu, 23 hasta kontrol grubu olmak üzere toplam 47 hasta ile tamamlanmıştır (Şekil 3.1). İstatistiksel güç analizi sonucunda $\alpha=0.05$ anlamlılık düzeyinde araştırmanın gücü %99 etki büyüklüğü 1.46 olarak bulunmuştur (Tablo 3.1).

Tablo 3.1. Ölçeklerin güç analizi ve etki büyüklüğü sonuçları

Ölçekler	Güç Analizi Sonuçları*	Etki Büyüklüğü**
ESCA	0.99	1.46
UCLA	0.99	1.48
N-SDÖ	0.78	0.73
STAI	Durumluk:0.88 Sürekli: 0.88	Durumluk:0.86 Sürekli: 0.86

*Power analizi post-hoc statistical power calculator hesaplayıcıyla hesaplanmıştır (<http://www.danielsoper.com/statcalc/calculator.aspx?id=49>) **Etki büyüklüğü, Calculator for Student's t-Test'i ile değerlendirilmiştir (<http://www.danielsoper.com/statcalc/calculator.aspx?id=48>)

3.3.2. Araştırma Örnekleminin Özellikleri

Örnekleme dahil olma ve örnekleme dışında tutulma kriterleri Tablo 3.2'de yer almaktadır.

Tablo 3.2 Örneklemin özellikleri

Örnekleme Dahil Olma Kriterleri
<ol style="list-style-type: none">1. Kolorektal kanser tanısı almış olma2. Ayaktan kemoterapi tedavisi alma3. 18 yaş ve üzeri olma4. İlk defa kemoterapi tedavisi alma5. Araştırmaya katılmayı kabul etme6. Okuma yazma bilme7. Telefonu olma8. Fiziksel ve mental durumu soruları cevaplamaya uygun olma
Örnekleme Dışında Tutulma Kriterleri
<ol style="list-style-type: none">1. Psikiyatrik hastalık tanısı almış ve ciddi kognitif problemleri olanlar2. Telefonla konuşurken duyma ve konuşma problemi yaşayanlar3. Başka bir klinik çalışmada yer alanlar
Araştırma Sırasında Örnekleme Dışında Çıkarılma Kriterleri
<ol style="list-style-type: none">1. Kendisi araştırmadan ayrılmayı isteyenler2. Genel durumu bozulanlar

3.4. Randomizasyon

Randomizasyon girişim grubunun çalışmanın başında hangi grupta inceleneceklerinin tamamen tesadüfi olarak belirlenmesidir. Girişim grubunda ve kontrol grubunda eşit sayıda örnekleme sağlamak ve etkinliği incelenecek bakım dışında diğer tüm etkenler açısından her iki grubun benzer olmasını sağlamak amacıyla randomizasyon yapılmıştır. Randomizasyon yöntemi olarak iki grupta eşit sayıda örnekleme sağlamak amacı ile “basit randomizasyon yöntemi” seçilmiştir.

3.4.1. Randomizasyonun Belirlenmesi

Örneklemin girişim ve kontrol grubu olarak randomize edilme süreci bir istatistik uzmanına danışılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmacı tarafından alınan 60 zarfa konulması amacıyla 30 adet girişim, 30 adet kontrol grubu yazıları hazırlanmıştır. Araştırmacı tarafından hazırlanan girişim ve kontrol grubu yazıları opak zarfların içine tez dışından bir öğretim elemanının yardımı ile koyulmuş ve karıştırılmıştır. Ardından zarfların dışına rastgele numaraları yazılmıştır. Randomizasyon işleminde örnekleme

dahil olma kriterlerini taşıyan ve araştırmaya katılmayı kabul edenlerin, hangi gruba (girişim grubuna / kontrol grubuna) dahil edileceğini bilmemesi ile tek körleme sağlanmıştır.

Randomizasyon ile girişim ve kontrol grubuna atanan hastalar arasında sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özellikler yönünden fark olup olmadığının kontrolü yapılmıştır. Yapılan analizler sonucunda girişim ve kontrol grubu hastaların sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özellikleri yönünden istatistiksel olarak benzer olduğu ($p>0.05$), hastaların girişim ve kontrol grubuna homojen olarak ayrıldığı saptanmıştır (Tablo 3.3).

Girişim grubundaki hastaların yaş ortalaması 60.38 ± 8.58 ve kontrol grubundaki hastaların yaş ortalaması 57.52 ± 12.65 'dir. Girişim grubundaki hastaların %79.2'sinin kontrol grubundaki hastaların %69.6'sının erkek olduğu; girişim grubundaki hastaların %87.5'inin kontrol grubundaki hastaların ise %91.3'ünün evli olduğu belirlenmiştir. Girişim grubundaki hastaların %54.2'sinin kontrol grubundaki hastaların %56.5'inin eğitim durumunun ilkokul olduğu belirlenmiştir. Girişim grubundakilerin %62.5'inin, kontrol grubundakilerin ise %47.8'inin çalışmadığı tespit edilmiştir. Girişim grubundaki hastaların %54.2'sinin ilde ve %95.8'inin ailesiyle yaşadığı kontrol grubundaki hastaların ise %56.5'inin ilde ve %95.7'sinin ailesiyle birlikte yaşadığı belirlenmiştir. Girişim grubundakilerin %45.8'inin, kontrol grubundakilerin %38.3'ünün gelir gider durumlarının dengede olduğu ve hastaların tümünün Genel Sağlık Sigortasının olduğu belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan girişim grubu hastalarının %70.8'inin kontrol grubu hastalarının %52.2'sinin hastalıklarının Evre III olduğu belirlenmiştir. Hastaların büyük çoğunluğunun (Girişim grubu %95.8, kontrol grubu %87.0) Xelox kemoterapi tedavisi aldığı belirlenmiştir (Tablo 3.3).

**Kemoterapi Ünitesine Başvuran Kolorektal Kanser
Tanısı Almış Hastalar (n=64)**

Çıkarılan (n=14)

- Çalışmaya alınma kriterlerine uygun olmayan (n=8)
- Diğer: 6 (iletişimi sınırlı ve işitme problemi olması)

RANDOMİZASYON

(n=50)

GİRİŞİM (n=25)

KONTROL (n=25)

Seçim

İzlem

Analiz

Girişim grubuna dahil edilen (n=25)
Girişimi tamamlayan (n=24)
Girişim uygulanamayan (n=1)
*Nedeni: Başka bir merkezde
kemoterapiye devam etmesi (n=1)

Kontrol grubuna dahil edilen (n=25)
Kontrolü tamamlayan (n=23)
Kontrolü tamamlamayan (n=2)
*Nedeni: Hastaların yatışının yapılması
(n=2)

Analize giren (n= 24)
Analizden çıkarılan (n=0)

Analize giren (n= 23)
Analizden çıkarılan (n=0)

Şekil 3.1. Consort şeması

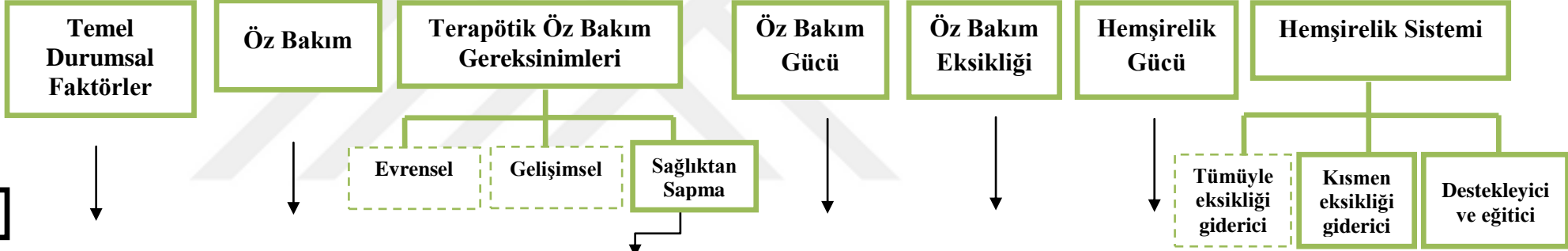
Tablo 3.3. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özellikleri

Tanıtıcı Özellikler		Girişim Grubu (n=24)		Kontrol Grubu (n=23)		Toplam (n=47)		χ^2	<i>p</i>
		n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet	Kadın	5	20.8	7	30.4	12	25.5	0.569	0.450
	Erkek	19	79.2	16	69.6	35	74.5		
Yaş	Yaş ortalaması	X±SS 60.38±8.58		X±SS 57.52±12.65		X±SS 58.98±10.74		<i>t</i> 0.909	<i>p</i> 0.37
Eğitim Durumu	İlkokul	13	54.2	13	56.5	26	55.3	1.213	0.750
	Ortaokul	4	16.7	6	26.1	10	21.3		
	Lise	2	8.3	1	4.3	3	6.4		
	Lisans ve üstü	5	20.8	3	13.0	8	17.0		
Medeni Durum	Bekar	3	12.5	2	8.7	5	10.6	0.179	0.672
	Evli	21	87.5	21	91.3	42	89.4		
Çalışma Durumu	Çalışan	9	37.5	12	52.2	21	44.7	1.023	0.312
	Çalışmayan	15	62.5	11	47.8	26	55.3		
Yaşanılan Yer	İl	13	54.2	13	56.5	26	55.3	1.222	0.543
	İlçe	9	37.5	6	26.1	15	31.9		
	Köy	2	8.3	4	17.4	6	12.8		
Destek Durumu	Yalnız	1	4.2	1	4.3	2	4.3	0.001	0.975
	Ailesi	23	95.8	22	95.7	45	95.7		
Sosyal Güvencesi	Genel Sağlık Sigortası	24	100.0	23	100.0	47	100.0		
	Özel Sağlık Sigortası	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
Gelirin Gidire Göre Durumu	Az	8	33.3	15	65.3	23	48.9	5.667	0.059
	Dengeliyor	11	45.9	7	30.4	18	38.3		
	Fazla	5	20.8	1	4.3	6	12.8		
Hastalık Evresi	Evre II	1	4.2	3	13.0	4	8.5	2.127	0.345
	Evre III	17	70.8	12	52.2	29	61.7		
	Evre IV	6	25.0	8	34.8	14	29.8		
Uygulanan Tedavi Protokolü	Xelox	23	95.8	20	87.0	43	91.5	1.189	0.276
	Folfiri	1	4.2	3	13.0	4	8.5		

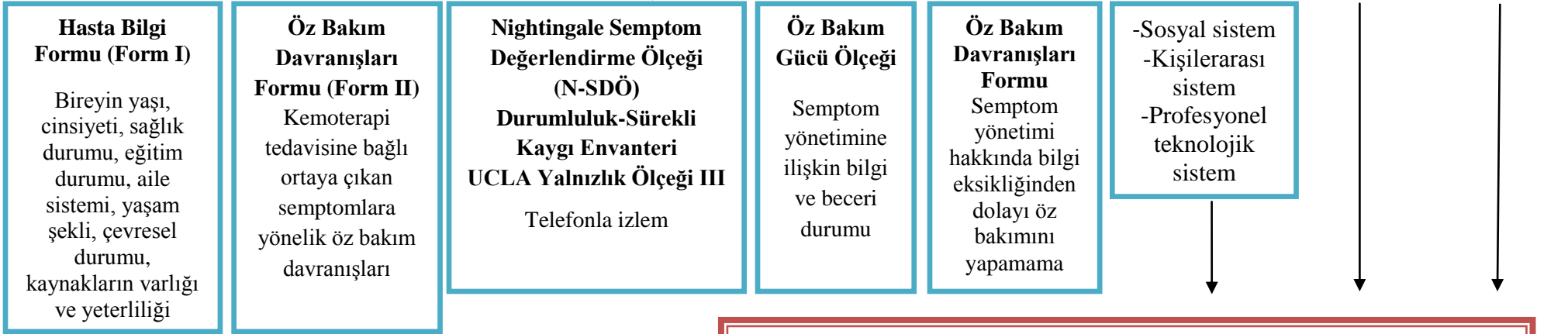
Araştırmanın kavramsal-kuramsal-deneysel yapısı Şekil 3.2'de yer almaktadır. Orem'in Öz Bakım Eksikliği kuramına temellendirilmiş araştırmamızda temel durumsal faktörleri, hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, mesleği, destek durumu ve hastalığa ilişkin bilgileri içermektedir. Araştırmamızda öz bakım ve öz bakım eksikliği kavramları, hastaların kemoterapi tedavisine bağlı ortaya çıkan semptomlara yönelik uygulayabilecekleri öz bakım davranışları ve uygulama durumlarını içermektedir. Öz bakım gücünü ise hastaların semptom yönetimine ilişkin bilgi ve beceri durumu oluşturmaktadır ve bu kavram öz bakım gücü ölçeği ile değerlendirilmiştir. Araştırmamızda terapötik öz bakım gereksinimlerini eğitim gereksinimi ve sürekliliği sağlamaya yönelik telefonla izlem oluşturmakta ve bu kavramın Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği (N-SDÖ), Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ve UCLA Yalnızlık Ölçeği III ile değerlendirilmesi yapılmıştır (Şekil 3.2).

Kemoterapi Uygulanan Kolorektal Kanserli Hastalarda Orem Öz Bakım Eksikliği Kuramına Temellendirilmiş Eğitimin ve Telefonla İzlemin Öz Bakım Gücü, Kaygı, Yalnızlık ve İyilik Haline Etkisi

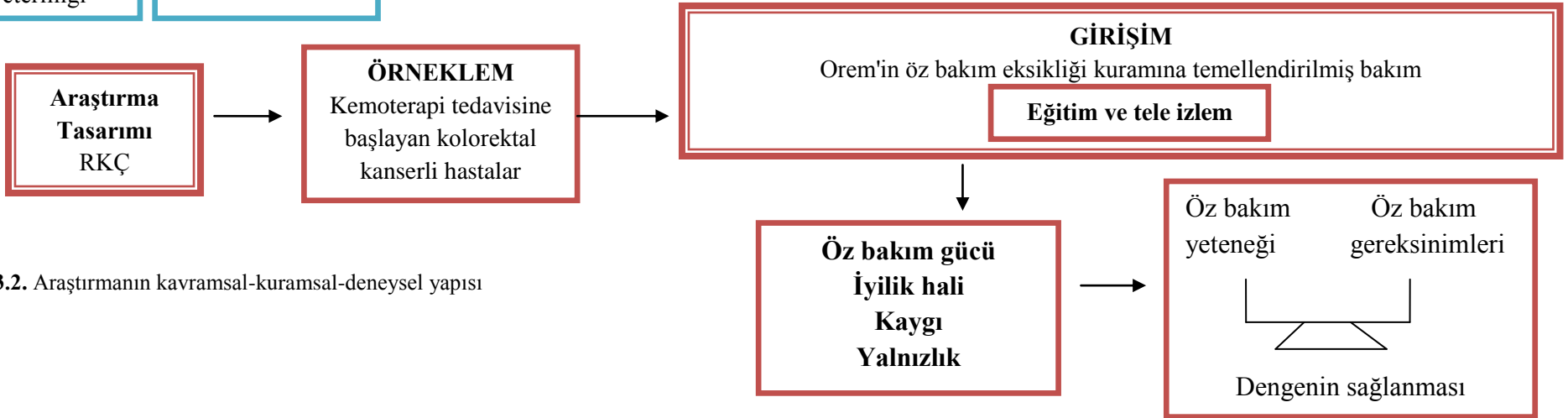
C



T



E



Şekil 3.2. Araştırmanın kavramsal-kuramsal-deneysel yapısı

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplamak amacıyla araştırmacı tarafından aşağıda belirtilen formlar kullanılmıştır.

3.5.1. Hasta Bilgi Formu (Form I): Hasta Bilgi Formu literatüre dayanarak (Aslan, 2003; Williams and Schreier, 2005; Gürel, 2007; Can and Aydın, 2011; Can ve ark., 2011) araştırmacı tarafından hazırlanmış olup 13 maddeden oluşmaktadır. Form, hastanın yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi sosyo-demografik özellikleri ile tanı ve tedaviye ilişkin bilgilerini içermektedir (Ek-4).

3.5.2. Öz Bakım Davranışları Formu (Form II): Öz Bakım Davranışları Formu literatüre dayanarak (Aslan, 2003; Williams and Schreier, 2005; Gürel, 2007; Can and Aydın, 2011; Can ve ark., 2011) araştırmacı tarafından hazırlanmış olup 11 ana başlıktan oluşmaktadır. Form hastanın bulantı-kusma, yorgunluk, diyare gibi yaşadığı semptomları ve bu semptomlara yönelik uyguladığı öz bakım davranışlarını içeren çoktan seçmeli maddelerden oluşmaktadır (Ek-4).

3.5.3. Öz Bakım Gücü Ölçeği (Exercise of Self-Care Agency/ E.S.C.A)

Ölçek öz bakım kavramı ortaya çıktıktan sonra bu konuda geliştirilen ölçeklerin ilki ve en çok kullanılanıdır. Kerney ve Fischer (1979) tarafından geliştirilen ölçek 43 maddeden oluşmaktadır. Bireyin görüşleri hemşirelik uygulaması için önemli olduğundan, ölçek bireyin öz bakımlarıyla ilgilenme durumlarını, kendi değerlendirmelerine odaklanmıştır. 1993'de Nahcivan tarafından Türk toplumuna uyarlanmış olan ölçek adölesan yaş grubuna uygulanmış ve 35 madde olarak düzenlenmiştir. Ölçek durumlar arasında aktif ve pasif yanıt, motivasyon, sağlık uygulamaları bilgisi, bireyin kendi duygu ve değerleri olmak üzere dört temel özellik üzerine temellendirilmiştir (Nahcivan, 2004). Bireylerin öz bakım gücü ölçeğine verdikleri cevaplar 0'dan 4'e kadar puanlanarak 5 likert tip ölçek üzerinden verilen yanıtı göre değerlendirme yapılmıştır.

"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 verilmiştir (Nahcivan, 2004).

Ölçekte 8 negatif ifade (3, 6, 9, 13, 19, 22, 26, 31) vardır ve puanlaması ters yöne döndürülmüştür. Ölçekten alınan en yüksek puan 140 olup alınan puanın artması bireyin öz bakım gücünün arttığını göstermektedir. Türkçe geçerli ve güvenilir bulunan ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.89 olarak bulunmuştur (Nahcivan, 2004) (Ek-5). Ölçeğin araştırmamızdaki Cronbach alfa değeri ise 0.90'dır.

3.5.4. Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği (N-SDÖ)

Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği (N-SDÖ), 2011 yılında Gülbeyaz Can ve Adnan Aydın tarafından kanser hastaları için geliştirilmiş bir yaşam kalitesi ölçeğidir. Toplam 38 maddeden oluşan ölçeğin (N-SDÖ) üç alt boyutu vardır: Fiziksel İyilik Hali (FizİH) (1-4., 6-15., 23-27. ve 37. madde), Sosyal İyilik Hali (SoİH) (5. ve 16-22. madde) ve Psikolojik İyilik Hali (PsİH) (28-36. ve 38. madde) (Can and Aydın, 2011).

Ölçekte yer alan her bir madde tek başına kullanıldığında kemoterapi alması planlanan veya alan kanser hastalarının hastalığa/tedaviye bağlı oluşan sorunlardan etkilenme düzeyinin ne olduğu yansıtılabilirken, ölçek ve ilgili alt boyut puanlarının hesaplanması ile hastaların yaşam kalitesinin nasıl etkilendiği gösterilebilmektedir. Likert tipi olan bu ölçekte hastanın değerlendirilen maddeye verdiği cevap hayır ise "0", çok az ise "1", biraz ise "2", oldukça ise "3" ve çok fazla ise "4" puan verilerek puanlanmaktadır. Puanın yüksek olması hastaların hastalığa/tedaviye bağlı oluşan sorunlardan etkilenme düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir (Can and Aydın, 2011) (Ek-6).

Her alt boyutta yer alan madde puanlarının toplanması ve madde sayısına bölünmesi ile alt boyut toplam puanı; alt boyut toplam puanlarının toplanması ve üçe bölünmesi ile de ölçeğin toplam puanı hesaplanmaktadır. Ölçekte cevaplanmamış maddeler varsa (örn; bekarlarda hastalığın/tedavinin cinsel yaşama etkisinin değerlendirilememesi gibi) o maddelerin puanı alt boyutta/ölçekte cevaplanan maddelerin puanı toplanıp cevaplanan madde sayısına bölünerek elde edilir. Elde edilen puanların yüksek olması hastaların genel yaşam kalitesinin veya ilişkili alt boyutlara ilişkin iyilik hallerinin kötü olduğunu göstermektedir. Ayrıca zorunlu olmamakla birlikte, ileri istatistik analizlerde kullanılmak üzere hastaların yaşam kalitesi puanları: 0-0.50 arasında ise "çok iyi", 0.51-1.50 arasında ise "iyi", 1.51-2.50 arasında ise "orta", 2.51-3.50 arasında ise "kötü" ve

3.51-4.00 arasında ise “çok kötü” ifadeleri kullanılarak da sınıflandırma yapılabilir. Bu ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.93 olarak bulunmuştur (Can and Aydın, 2011). Ölçeğin araştırmamızdaki Cronbach alfa değeri ise 0.85'tir.

3.5.5. UCLA Yalnızlık Ölçeği III

Russel ve arkadaşları (1980) tarafından geliştirilen ve ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirliği Durak ve Durak (2010) tarafından yapılmış bireyin yalnızlık duygusunu ölçen 20 sorudan oluşan likert tipi bir ölçektir. 10 ifade (1,4,5,6,9,10,15,16,19,20) sosyal ilişkilerden doyum gösteren pozitif ifadeleri, 10 ifade (2,3,7,8,11,12,13,14,17,18) ise sosyal ilişkilerden memnuniyetsizliği gösteren negatif ifadeleri içerir. Maddeye verilen cevap "hiç" ise 1, "nadiren" ise 2, "bazen" ise 3, "sık sık" ise 4 puan verilerek değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 20, en yüksek puan 80'dir. Ölçekten alınan puanın artması bireyin daha yoğun yalnızlık yaşadığını gösterir. Bu ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.90 olarak bulunmuştur (Durak ve Durak, 2010) (Ek-7). Ölçeğin araştırmamızdaki Cronbach alfa değeri ise 0.84'tir.

3.5.6. Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri (State Trait Anxiety Inventory - STAI)

1970 yılında ABD'de Spielberg ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, ülkemiz için güvenilirlik ve geçerliği Öner ve LeCompte (1983) tarafından yapılmıştır. Ölçek, kısa ifadeler içeren kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Her biri 20'şer adet ifade içeren, sürekli ve durumluk kaygıyı ayrı ayrı ölçen iki alt birimden oluşmaktadır. Durumluk Kaygı Ölçeği bireyin o anki zaman ve koşullarda hissettiği kaygıyı belirlerken Sürekli Kaygı Ölçeği, bireyin o anki içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız genellikle hissettiği kaygı düzeyini belirler.

Katılımcılar, ölçekte yer alan her bir ifade için “hiç”, “biraz”, “çok” ya da “tamamıyla” seçeneklerinden kendilerine en uygun olanını işaretler. Durumluk Kaygı Ölçeği'nde 10 tane (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddeler), Sürekli Kaygı Ölçeği'nde ise 7 tane (21, 26, 27,30, 33, 36 ve 39. maddeler) tersine çevrilmiş ifadeler olup puan verilir. Değerlendirilme yapılırken her madde için maddenin pozitif ya da negatif özelliğine göre 1 (ya da -1) ile 4 (ya da -4) arasında bir puan verilip elde edilen toplam puana Durumluk kaygı ölçeği için 50, Sürekli kaygı ölçeği için 35 değişmeyen değer eklenir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır. Olası en yüksek puan 80, en düşük puan

ise 20'dir. Ölçekten alınan puanın artması bireyin de kaygı düzeyinin arttığını gösterir. Ölçeğin Cronbach alfa değerleri durumluk kaygı ölçeği için 0.83 ile 0.92 arasında, sürekli kaygı ölçeği için 0.83 ile 0.87 arasında bulunmuştur (Öner ve LeCompte, 1983) (Ek-8). Ölçeğin araştırmamızdaki Cronbach alfa değerleri durumluk kaygı ölçeği için 0.90, sürekli kaygı ölçeği için 0.84 olarak bulunmuştur.

3.5.7. Telefon Görüşmesi Formu

Telefon görüşmelerini sağlayabilmek amacıyla hastanın telefon bilgileri alınmış ve kişilerin araştırmacıya ulaşabilmeleri için araştırmacının telefon numarası verilmiştir. Araştırma için özel bir hat alınmamıştır. Araştırmacıya ulaşım konusunda zaman sınırlaması yapılmamış olup 24 saat ulaşabileceği belirtilmiştir. Hastaya;

- Öz bakımıyla ilgili konularda bilgi almak istediği ve kaygısı olduğu durumlarda,
- Tedavi ve yan etkilerine ilişkin ortaya çıkabilecek sorunlarda,
- Beklenmedik ya da acil durumlarda arayabileceği ifade edilmiştir.

Telefon görüşmeleri 1. kür, 2. kür ve 3. kür sonunda yapılmıştır. Görüşme Formu; değerlendirme, yapılanlar, güçlendirme ve planlama olmak üzere dört bölümden oluşmaktadır. Değerlendirme bölümünde hastanın kemoterapi tedavisinden nasıl etkilendiği ve hangi semptomları yaşadığı değerlendirilmiştir. İkinci bölümde hastanın yaşadığı semptomlara karşı neler yaptığı, hangi öz bakım davranışlarını uyguladığı, yapmayı planladığı başka bir uygulamanın olup olmadığı sorulmuştur. Üçüncü bölümde hastanın yaşadığı semptomları azaltmak için uygulanacak öz bakım davranışları hakkında hasta bilgilendirilip güçlendirilmiştir. Dördüncü bölümde ise bir sonraki görüşme için planlama yapılmıştır. (Ek-9). Telefon görüşmeleri 13.30-17.00 saatleri arasında yapılmıştır. Görüşmeler yaklaşık 10-15 dakika sürmüştür. Telefon görüşmesi protokolü Ek-11' de yer almaktadır.

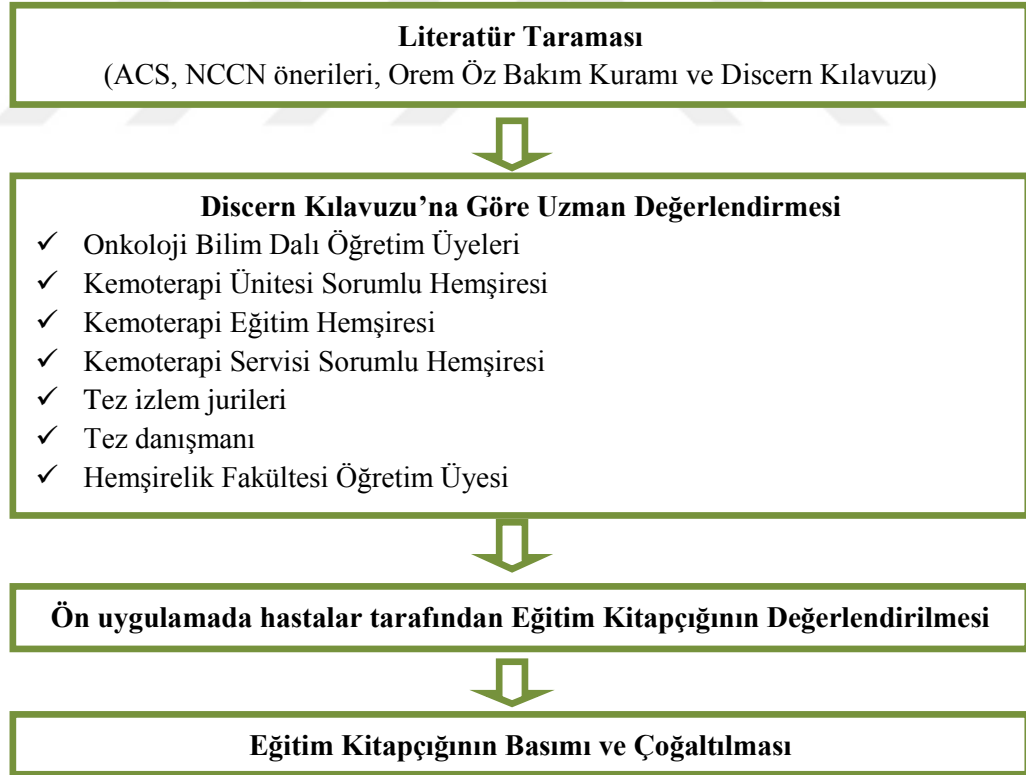
3.5.8. Telefon Görüşmesi Değerlendirme Formu

Telefon görüşmesi değerlendirme formu araştırmacı tarafından hazırlanmış olup 6 maddeden oluşmaktadır. Form, telefon görüşmelerinin bireyin semptomlarla baş etmesine yardımcı olma, kaygı, yalnızlık gibi duyguları azaltmada yardımcı olma ve acil

servise başvurma ile ilgili soruları içermektedir. Form, 3. kür sonunda girişim grubu hastalarına uygulanmıştır (Ek-10).

3.6. Eğitim Kitapçığının Hazırlanması

Eğitimin içeriğini düzenlemede; literatür taraması, araştırma sonuçları, uzmanların görüşleri ve uygulamalardan yararlanılmış ve verilen eğitimle ilgili bir eğitim kitapçığı hazırlanmıştır (Şekil 3.3). Eğitim kitapçığının içinde kılavuz önerilerine dayalı olarak kemoterapi ve kemoterapinin yan etkilerinden korunmak için alınabilecek önlemler yer almıştır. Eğitim kitapçığı hazırlık aşamasında kitapçık oluşturulduktan sonra Hemşirelik Fakültesi öğretim üyeleri, onkoloji hemşireleri ve Onkoloji Bilim Dalı öğretim üyelerinden oluşan 10 kişiden uzman görüşleri Discern Kılavuzu'na göre alınmıştır (Ek-12). Hazırlanan kitapçık ön uygulama ile anlaşılabilirliğine yönelik değerlendirme yapılmıştır. Uzman ve hasta görüşleri doğrultusunda kitapçık düzenlenmiştir (Ek-13).



Şekil 3.3. Eğitim kitapçığının oluşturulma aşamaları

3.6.1. Discern Kılavuzu'na Göre Uzman Değerlendirme Sonuçları

Eğitim kitapçığının Onkoloji Bilim Dalı Öğretim Üyeleri, Kemoterapi Ünitesi Sorumlu Hemşiresi, Kemoterapi Eğitim Hemşiresi, Kemoterapi Servisi Sorumlu Hemşiresi, tez izlem jürileri, tez danışmanı, Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesinin Discern Kılavuzu'na göre alınan uzman değerlendirmesi sonuçları Tablo 3.4'de verilmiştir. Eğitim kitapçığı Discern kılavuzunda yer alan maddeler doğrultusunda en düşük 49.00, en yüksek 80.00 puan ve ortalama 65.90 puan olarak değerlendirilmiştir. Kendall uyum katsayısı 0.30 olup orta derecede uyumlu bulunmuştur ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0.000$).

Tablo 3.4. Discern kılavuzu değerlendirme sonuçları

n	Minimum	Maximum	$X\pm SS$
10	49.00	80.00	65.90±12.52

3.7. Verilerin Toplanması

3.7.1. Ön Uygulama

Ön uygulama araştırmacı tarafından Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Mustafa Samur Gündüz Kemoterapi Ünitesinde kolorektal kanser tanısı almış 3 hasta üzerinde Şubat-Mart 2016 tarihleri arasında gerekli izinlerin alınmasından sonra uygulanmıştır. Ön uygulama sonrası Eğitim kitapçığı, Orem Öz bakım Kuramına Temellendirilmiş veri toplama formu ve telefon görüşmesi formunda gerekli düzenlemeler yapılmıştır (Tablo 3.6). Ön uygulamaya alınan hastalara;

- Kemoterapi öncesi Hasta Bilgi Formu (Form I) uygulanmıştır.
- Ardından Sanat Galerisi ve Eğitim Salonunda kemoterapinin etki ve yan etkilerine yönelik Orem'in Öz Bakım Eksikliği kuramına dayalı olarak, ortaya çıkabilecek semptomlara karşı öz bakım davranışlarını da içeren bireysel bir eğitim yapılmış ve eğitim kitapçığı verilmiştir. Eğitimler sırasında sessiz bir ortam sağlanmış olup yaklaşık 45-50 dakika sürmüştür. Eğitimler 11.00-14.00 saatleri arasında yapılmıştır. Eğitimi bölebilecek herhangi bir durumla karşılaşılmamıştır.

- Hasta 1. kür tedaviyi aldıktan 2-5 gün sonra telefonla aranıp hasta deneyimleri paylaşılmış, sorunlar tanımlanmış ve eğitim içeriğine göre öz bakım davranışlarına yönelik destek sağlanmıştır.
- 2-3 hafta sonra hasta 2. kür kemoterapi almaya geldiğinde Öz Bakım Davranışları Formu (Form II), Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği (N-SDÖ), Öz Bakım Gücü Ölçeği, UCLA Yalnızlık Ölçeği III ve Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri uygulanmış, hastanın sormak istediği sorular varsa cevaplandırılmıştır. Formların uygulanması yaklaşık 25-30 dakika sürmüştür.
- Hasta 2. kür tedaviyi aldıktan 2-5 gün sonra telefonla aranıp hasta deneyimleri paylaşılmış, sorunlar tanımlanmış ve eğitim içeriğine göre öz bakım davranışlarına yönelik destek sağlanmıştır. Telefonla izlem içeriği Tablo 3.5' de verilmiştir.
- 2-3 hafta sonra hasta 3. kür kemoterapi almaya geldiğinde Öz Bakım Davranışları Formu (Form II), Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği (N-SDÖ), Öz Bakım Gücü Ölçeği, UCLA Yalnızlık Ölçeği III ve Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri tekrar araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

Tablo 3.5. Ön uygulama telefonla izlem içeriği

Telefonla İzlem Süresi	Telefonla İzlem İçeriği	Danışmanlık
10-15 dakika (2 kez telefon görüşmesi yapılmıştır, bunun dışında hastalar yaşadığı sorunlara yönelik danışmanlık almak için 1-2 kez araştırmacıyı aramışlardır.)	Hastalar; - <i>Yorgunluk</i> - <i>Bulantı-Kusma</i> - <i>İştahsızlık</i> - <i>Diyare</i> - <i>El-ayaklarda uyuşma</i> <i>karıncalanma</i> - <i>Tat değişikliği</i> yan etkileriyle karşılaşmışlardır.	<i>Yorgunluk için;</i> -Protein ve kaloriden zengin bir diyet alınız. -Bol sıvı tüketiniz (8-10 bardak). -Gün içinde dinlenme periyotları planlayınız. -Hafta boyunca yapacağınız ev işlerini planlayınız. -Ağır işleri diğer aile bireyelerine bırakınız. -Kısa yürüyüş ve hafif egzersizler yapınız. -Yeterli uykunuzu (6-8 saat) alınız. <i>Bulantı-Kusma ve İştahsızlık için;</i> -Doktorun bulantıyı önlemek için verdiği ilaçları düzenli alınız. -Öğünleri az az sık sık yiyiniz (6 öğün). -Rahatlatıcı, yiyecek kokusu olmayan ortamlarda yemeklerinizi yiyiniz. - Mideyi fazla doldurmamaya fakat enerji ve protein açısından zengin besinler yiyiniz. -Gıdaları iyi çiğneyiniz. -Tatlı, kızartma, baharatlı, yağlı, keskin kokulu yiyeceklerden kaçınınız. -Bulantı olduğunda tuzlu kraker yiyiniz. -Sıvıları öğünlerden 30-60 dakika önce veya öğünlerden 60 dakika sonra alınız. -Soğuk ve yumuşak gıdaları tercih ediniz. <i>Diyare için;</i> -Pişmiş ve az lifli gıdalar yiyiniz (pirinç, tavuk, haşlanmış patates, muz). -Bol sıvı tüketiniz (8-10 bardak). -Acı, baharatlı,yağlı yiyeceklerden kaçınınız. -Gaz yapıcı yiyeceklerden uzak durunuz.

Tablo 3.5. Ön uygulama telefonla izlem içeriği (Devamı)

Telefonla İzlem Süresi	Telefonla İzlem İçeriği	Danışmanlık
		<p><i>El-ayaklarda uyuşma için;</i></p> <ul style="list-style-type: none">-Soğuk maddelere dokunmaktan kaçınınız.-El ve ayaklarınızı tahriş edici maddelerden koruyunuz. (deterjan gibi)- Sıcak duştan kaçınınız.-Güneşten korununuz. Güneş etkisine maruz kalacaksanız koruyucu krem kullanınız.-Zorlayıcı egzersiz ya da yürüyüşten kaçınınız.-Hava alan çorap ve giysiler kullanınız. <p><i>Tat değişikliği için;</i></p> <ul style="list-style-type: none">-Ağız bakımını sık yapınız.-Karbonatlı su ile günde 4 defa ağızınızı çalkalayınız-Yeterli sıvı alınız (Günde 8-10 bardak).-Gıdalarınıza tatlı baharatları ekleyebilirsiniz (nane, kekik gibi). <p>Yukarıdaki bilgiler hastalara aktarılmış ve eğitim kitapçığını okumaları önerilmiştir. Önerilerin uygulanmasına rağmen yan etkiler devam ediyorsa doktora yönlendirilmiştir.</p>

Tablo 3.6. Ön uygulama sonrası yapılan değişiklikler

Ön Uygulama Sonrası Yapılan Değişiklikler	
Eğitim Kitapçığı	<ul style="list-style-type: none">• Genel bilgiler bölümünde kısaltma yapılmıştır.• Oral Kemoterapi İlaçlarının Kullanımı bölümüne hastanın dikkat etmesi gereken durumlar hakkında eklemeler yapılmıştır.• Kemoterapi Sırasında Gebelik bölümünde değişiklik yapılmıştır.
Telefon Görüşmesi Formu	<ul style="list-style-type: none">• Karşılaşılan yan etkilere yönelik tablo oluşturulmuştur (Ek-9)

3.7.2. Uygulama

Araştırmada girişim grubuna Orem Öz Bakım Eksikliği kuramına temellendirilmiş eğitim ve telefonla izlem uygulanmıştır. Kontrol grubu ise, rutin tedavi ve takibi almaya devam etmiştir. Eğitimler sırasında sessiz bir ortam sağlanmış olup yaklaşık 45-50 dakika sürmüştür. Eğitimler 11.00-14.00 saatleri arasında yapılmıştır. Eğitimi bölebilecek herhangi bir durumla karşılaşılmamıştır. Araştırmanın sonunda verilen hemşirelik bakımının öz bakım gücü, kaygı, yalnızlık ve iyilik hali üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir. Formların uygulanması yaklaşık 25-30 dakika sürmüştür. Araştırmacı hastanın yanında soruların anlaşılabilirliğini sağlamak amacıyla her hastaya aynı şekilde destek vermiştir.

Kontrol grubu için;

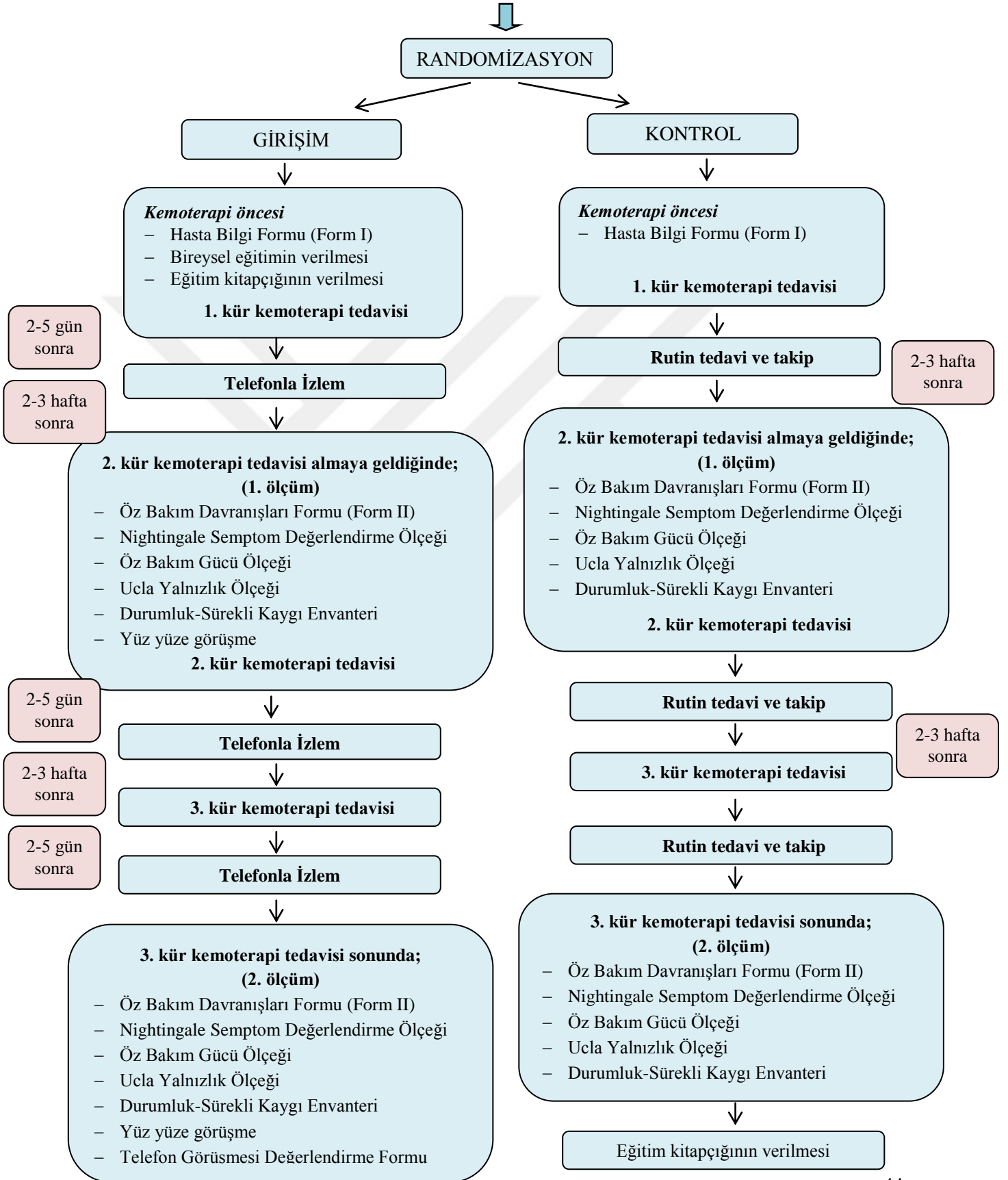
- Kemoterapi öncesi Hasta Bilgi Formu (Form I),
- 1. kür sonu ve 3. kür sonunda Öz Bakım Davranışları Formu (Form II), Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği (N-SDÖ), Öz Bakım Gücü Ölçeği, UCLA Yalnızlık Ölçeği III ve Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri araştırmacı tarafından uygulanmıştır.
- Uygulama sonunda hastalara eğitim kitapçığı verilmiştir (Şekil 3.4).

Girişim grubu için;

- Kemoterapi öncesi Hasta Bilgi Formu (Form I) uygulanmıştır.
- Ardından Sanat Galerisi ve Eğitim Salonunda kemoterapinin etki ve yan etkilerine yönelik Orem'in Öz Bakım Eksikliği kuramına dayalı olarak, ortaya çıkabilecek semptomlara karşı öz bakım davranışlarını da içeren bireysel bir eğitim yapılmış ve eğitim kitapçığı verilmiştir. (Şekil 3.4).
- Hasta 1. kür tedaviyi aldıktan 2-5 gün sonra telefonla aranıp hasta deneyimleri paylaşılmış, sorunlar tanımlanmış ve eğitim içeriğine göre öz bakım davranışlarına yönelik destek sağlanmıştır (Şekil 3.4).
- 2-3 hafta sonra hasta 2. kür kemoterapi almaya geldiğinde Öz Bakım Davranışları Formu (Form II), Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği (N-SDÖ), Öz Bakım Gücü Ölçeği, UCLA Yalnızlık Ölçeği III ve Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri uygulanmış, hastanın sormak istediği sorular varsa cevaplandırılmış ve eğitim desteği gereken konular ele alınmıştır (Şekil 3.4).
- 2. kür alındıktan 2-5 gün sonra hasta tekrar telefonla aranmıştır. Aynı uygulama 3. kür kemoterapide de tekrarlanmıştır (Şekil 3.4). Telefonla izlem içeriği Tablo 3.7'de verilmiştir.
- 3. kürün sonunda Öz Bakım Davranışları Formu (Form II), Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği (N-SDÖ), Öz Bakım Gücü ölçeği, UCLA Yalnızlık Ölçeği III ve Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri tekrar araştırmacı tarafından uygulanmıştır (Şekil 3.4).

Folfiri tedavi protokolü uygulanan hastalar 2 haftada bir, Xelox tedavi protokolü uygulanan hastalar 3 haftada bir kemoterapi tedavisi almaktadır.

**OREM ÖZ BAKIM EKSİKLİĞİ KURAMINA
TEMELLENİRİLMİŞ EĞİTİMİN VE TELEFONLA İZLEM**



Şekil 3.4. Uygulama çalışma şeması

Tablo 3.7. Uygulama telefonla izlem içeriği

Telefonla İzlem Süresi	Telefonla İzlem İçeriği	Danışmanlık
10-15 dakika (1., 2. ve 3. kür sonu olmak üzere 3 kez telefonla izlem yapılmıştır, bunun dışında hastalar yaşadığı sorunlara yönelik danışmanlık almak için tedavi süresince araştırmacıyı aramışlardır.)	Hastalar; - <i>Yorgunluk</i> - <i>Bulantı-Kusma</i> - <i>İştahsızlık</i> - <i>Diyare</i> - <i>El-ayaklarda uyuşma karıncalanma</i> - <i>Hıçkırık</i> - <i>Tat değişikliği</i> - <i>Ağız Yaraları</i> yan etkileriyle karşılaşmışlardır. Şiddetli bulantı-kusma, diyare, ateş ve hiperglisemi yaşayan hastalar acile yönlendirilmişlerdir.	<i>Yorgunluk için;</i> -Protein ve kaloriden zengin bir diyet alınız. -Bol sıvı tüketiniz (8-10 bardak). -Gün içinde dinlenme periyotları planlayınız. -Hafta boyunca yapacağınız ev işlerini planlayınız. -Ağır işleri diğer aile bireylerine bırakınız. -Kısa yürüyüş ve hafif egzersizler yapınız. -Yeterli uykunuzu (6-8 saat) alınız. <i>Bulantı-Kusma ve İştahsızlık için;</i> -Doktorun bulantıyı önlemek için verdiği ilaçları düzenli alınız. -Öğünleri az az sık sık yiyiniz (6 öğün). -Rahatlatıcı, yiyecek kokusu olmayan ortamlarda yemeklerinizi yiyiniz. -Mideyi fazla doldurmayan fakat enerji ve protein açısından zengin besinler yiyiniz. -Gıdaları iyi çiğneyiniz. -Tatlı, kızartma, baharatlı, yağlı, keskin kokulu yiyeceklerden kaçınınız. -Bulantı olduğunda tuzlu kraker yiyiniz. -Sıvıları öğünlerden 30-60 dakika önce veya öğünlerden 60 dakika sonra alınız. -Soğuk ve yumuşak gıdaları tercih ediniz. <i>Diyare için;</i> -Pişmiş ve az lifli gıdalar yiyiniz (pirinç, tavuk, haşlanmış patates, muz). -Bol sıvı tüketiniz (8-10 bardak). -Acı, baharatlı, yağlı yiyeceklerden kaçınınız. -Gaz yapıcı yiyeceklerden uzak durunuz. <i>El-ayaklarda uyuşma için;</i> -Soğuk maddelere dokunmaktan kaçınınız. -El ve ayaklarınızı tahriş edici maddelerden koruyunuz. (deterjan gibi) -Sıcak duştan kaçınınız. -Güneşten korununuz. Güneş etkisine maruz kalacaksanız koruyucu krem kullanınız. -Zorlayıcı egzersiz ya da yürüyüşten kaçınınız. -Hava alan çorap ve giysiler kullanınız.

Tablo 3.7. Uygulama telefonla izlem içeriği (Devamı)

Telefonla İzlem Süresi	Telefonla İzlem İçeriği	Danışmanlık
		<p>Hıçkırık için;</p> <ul style="list-style-type: none">-İlaçların yan etkisi ve beklenen bir durum olduğunu unutmayınız.-Hıçkırığınız 48 saatten uzun sürerse doktorunuza bildiriniz. <p>Tat değişikliği için;</p> <ul style="list-style-type: none">-Ağız bakımını sık yapınız.-Karbonatlı su ile günde 4 defa ağızınızı çalkalayınız-Yeterli sıvı alınız (günde 8-10 bardak).-Gıdalarınıza tatlı baharatları ekleyebilirsiniz (nane, kekik gibi). <p>Ağız Yaraları için;</p> <ul style="list-style-type: none">- Ağız hijyenine dikkat ediniz.-Yumuşak diş fırçası kullanınız.-Sıcak, baharatlı, asitli yiyecek ve içeceklerden kaçınınız.-Karbonatlı su ile gargara yapınız.-Dudaklarınıza nemlendirici krem sürebilirsiniz.-Yumuşak yiyecekleri tercih ediniz. <p>Yukarıdaki bilgiler hastalara aktarılmış ve eğitim kitapçığını okumaları önerilmiştir. Önerilerin uygulanmasına rağmen yan etkiler devam ediyorsa doktora yönlendirilmiştir.</p>

3.8. Uygulama Protokolü İlkeleri

- Veri toplama, eğitim ve telefonla izlem basamaklarını Orem Öz Bakım Eksikliği kuramına temellendirmek,
- Eğitim ve danışmanlık bilgilerini ulusal ve uluslararası kılavuzlara dayandırmak,
- Hastanın klinik durumu ve bireyselliği dikkate alınarak doğru bilgi/eğitim vermek,
- Gerçekçi stratejileri tanımlamak ve motivasyonu artırmak için rehberlik etmek,
- Hastaya cesaretlendirerek problem çözümü için destek vermek,
- Hastaya geribildirim vermek ve desteklemek,
- Bireysel baş etme yöntemleri ve kararların etkinliğini değerlendirmek için hastanın beden ve semptom izlemine tanımlamasına yardımcı olmak,
- Verilen eğitime ve eğitim materyali içeriğine dayanılarak bireylerin öz bakım davranışlarını geliştirmesini sağlamak,
- Eğitim ve telefon izlemleriyle bireyin öz bakım gücünü arttırmak,
- Hastaların kaygıları ve soruları için ulaşılabilirliği sağlamak,
- Katılımcıların hazırlanan eğitim materyalinden mümkün olduğu kadar yararlanmasını sağlamak,
- Yaşanılan semptomlara yönelik verilen eğitim kapsamında sorulan sorular için eğitim kitapçığındaki semptomlara yönelik bilgileri ve öz bakım davranışlarını hastaya yeniden hatırlatmak,
- Destek ve motivasyonu arttırmak için ailenin de eğitim gereksinimini gidermek,
- Kontrol grubu hastalarına çalışmanın tamamlanmasından sonra eğitim vermek ve hazırlanan eğitim materyallerini paylaşmaktır.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Akdeniz Üniversitesi Hastanesinde Tıbbi Onkoloji Bilim Dalından gerekli izinler ve Akdeniz Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan etik kurul onayı alınmıştır (Ek-14, Ek-15). Araştırma kriterlerine uygun olan hastalara araştırma konusunda sözlü ve yazılı bilgi verilip; kabul eden bireylerin yazılı onayı alınmıştır. Araştırma sonunda elde edilen bilgilerin araştırma raporu dışında herhangi bir yerde kullanılmayacağı ve araştırmadan istedikleri anda ayrılacakları sözel ve yazılı olarak belirtilmiştir.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Tıbbi Onkoloji Bilim Dalına başvuran kolorektal kanseri hasta sayısının az olması nedeniyle araştırmanın başında planlanan hasta sayısına ulaşılamaması ve araştırma boyunca örneklemden kayıplar yaşanması araştırmanın sınırlılığdır.

3.11. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Kanser hastalarında iyilik hali, öz bakım gücü, kaygı ve yalnızlık araştırmanın bağımlı değişkenini oluşturmaktadır.

Bağımsız Değişkenler: Kanser hastalarının sosyo-demografik özellikleri, hastalığa ilişkin özellikleri ve kuram temelli hemşirelik girişimleri araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.12. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için SAS (Statistical Analysis Software) 9.4 paket programı kullanılmıştır. Tablo 3.8’de araştırma verilerin analizinde kullanılan istatistik teknikleri verilmiştir.

Tablo 3.8. Verilerin analizinde kullanılan istatistik teknikler

İstatistik yapılan alanlar	İstatistiksel Yöntemler
Ölçeklerin güvenirliği	Cronbach alfa
Tanımlayıcı veriler -Girişim ve kontrol grubu sosyodemografik ve hastalığa ilişkin veriler -Girişim ve kontrol grubu öz bakım davranışlarına ilişkin veriler	-Sayı ve yüzde, ortalama ve standart sapma -Kategorik verilerde ki-kare (Pearson Chi-Square), sürekli değişkenlerde t testi
Normal dağılıma uygunluk testleri	Shapiro-Wilk testi
Kategorik değişkenler bakımından müdahale ve kontrol grupları arasında farklılık	Ki kare veya Fisher kesin kıkare testi
Ölçüm zamanlarına göre N-SDÖ, UCLA, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, Öz Bakım Gücü Ölçeği puanları yönünden gruplar arasındaki farklılık	Tekrarlanan ölçümlü varyans analizi
Öz Bakım Gücü Ölçeği ile N-SDÖ, UCLA, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalaması arasındaki ilişki	Pearson korelasyon analizi

4. BULGULAR

Kemoterapi uygulanan kolorektal kanser hastalarında Orem Öz Bakım Eksikliği kuramına temellendirilmiş eğitimin ve telefonla izlemin öz bakım gücü, kaygı, yalnızlık ve iyilik haline etkisini gösteren bulgular incelenmiştir.

Bu bölümde araştırmaya ilişkin bulgular aşağıdaki ana başlıklar altında incelenmiştir;

- Kolorektal Kanser Hastalarında Öz Bakım Davranışlarına İlişkin Bulgular
- Kolorektal Kanser Hastalarında Öz Bakım Gücüne İlişkin Bulgular
- Kolorektal Kanser Hastalarında Yalnızlığa İlişkin Bulgular
- Kolorektal Kanser Hastalarında Kaygıya İlişkin Bulgular
- Kolorektal Kanser Hastalarında İyilik Haline İlişkin Bulgular
- Öz Bakım Gücü, Kaygı, Yalnızlık ve İyilik Hali Arasındaki İlişkiler
- Telefon Görüşmesinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular

4.1. Kolorektal Kanser Hastalarında Öz Bakım Davranışlarına İlişkin Bulgular

Bu bölüme ilişkin bulgular araştırmacı tarafından geliştirilen Öz Bakım Davranışları Formu ile elde edilmiş olup girişim ve kontrol grubundaki hastaların uyguladıkları Öz Bakım Davranışları yer almaktadır.

Kolorektal kanser hastalarının her iki ölçümde de en çok uyguladıkları öz bakım davranışlarının "Bulantı giderici ilaç alma", "Gün içinde dinlenme periyotları planlama", "Günde 8-10 bardak sıvı alma", " Kalorili ve proteinden zengin gıdalar yeme", "Acı, baharatlı, yağlı yiyeceklerden kaçınma", "Yürüyüş/egzersiz yapma", "Az ve sık beslenme", "Ağız hijyenini sağlama", "Bebe şampuanı kullanma", "Sıcak duştan kaçınma" ve "Sıkan giyisileri kullanmama" olduğu belirlenmiştir. (Tablo 4.1).

"Tuzlu kraker yeme", "Müzik dinleme, tv izleme, kitap okuma gibi aktivitelerle dikkatimi başka yöne çekmeye çalışma", "Kabızlık giderici ilaç alma" gibi bazı öz bakım davranışlarını uygulama durumunun girişim grubunda azaldığı belirlenmiştir. Bu azalmanın bazı yan etkilerin azalması ya da devam etmemesinden dolayı olduğu düşünülebilir.

Tablo 4.1. Kolorektal kanser hastalarının uyguladıkları öz bakım davranışları

Semptomlar	Öz Bakım Davranışları	1. Ölçüm				2. Ölçüm			
		Girişim Grubu		Kontrol Grubu		Girişim Grubu		Kontrol Grubu	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Bulantı Kusma	Bulantı giderici ilaç aldım	13	54.1	8	34.7	10	41.6	8	34.7
	Tuzlu kraker yedim	6	25.0	3	13.0	5	20.8	4	17.3
	Soğuk yiyecekler yedim	3	12.5	0	0.0	4	16.6	1	4.3
	Evde yiyecek kokusu olmamasına dikkat ettim	3	12.5	4	17.3	4	16.6	5	21.7
	Müzik dinleme, tv izleme, kitap okuma gibi aktivitelerle dikkatimi başka yöne çekmeye çalıştım	5	20.8	2	8.6	1	4.1	2	8.6
	Gıdaları iyi çiğnedim	4	16.6	1	4.3	4	16.6	2	8.6
	Sıvıları alırken yavaş yudumlayarak içtim	1	4.1	3	13.0	1	4.1	1	4.3
Yorgunluk Halsizlik	Gün içinde dinlenme periyotları planladım	19	79.1	19	82.6	19	79.1	16	69.5
	Kendimi iyi hissettiğimde kısa yürüyüş ve/veya hafif egzersizler yaptım	15	62.5	14	60.8	15	62.5	15	65.2
	Günde 8-10 bardak sıvı aldım	14	58.3	13	56.5	17	70.8	11	47.8
	Yeterli uyku (Günde 7-8 saat) uyudum	12	50.0	14	60.8	12	50.0	9	39.1
	Kalorili ve proteinden zengin gıdalar yedim	16	66.6	8	34.7	18	75.0	7	30.4
	Hafta boyunca yapacağım ev işlerini planladım	3	12.5	2	8.6	7	29.1	2	8.6
Diyare	Pişmiş ve az lifli gıdalar yedim (pirinç, tavuk, haşlanmış patates, muz)	8	33.3	3	13.0	7	29.1	6	26.0
	Günde 8-10 bardak sıvı aldım	14	58.3	13	56.5	14	58.3	5	21.7
	Gaz yapıcı gıdaları yemedim	4	16.6	3	13.0	5	20.8	2	8.6
	Acı, baharatlı, yağlı yiyeceklerden kaçındım	7	29.1	7	30.4	11	45.8	4	17.3
	Hiçbir şey yapmadım	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	4.3
Konstipasyon	Yeterli sıvı ve yiyecek almaya çalıştım	13	54.1	8	34.7	13	54.1	5	21.7
	Liften zengin sebze, meyve, tahıl gibi yiyecekler yedim	5	20.8	7	30.4	5	20.8	6	26.0
	Yürüyüş /egzersiz yaptım	10	41.6	5	21.7	10	41.6	6	26.0
	Öğünleri aynı saatte yemeye çalıştım	2	8.3	1	4.3	2	8.3	1	4.3
	Kabızlık giderici ilaç kullandım	2	8.3	2	8.6	1	4.1	2	8.6
	Hiçbir şey yapmadım	1	4.1	1	4.3	2	8.3	3	13.0
İştahsızlık	Az ve sık yemek yedim	11	45.8	8	33.3	10	41.6	8	33.3
	Rahatlatıcı, yiyecek kokusu olmayan, serin ortamda yemeklerimi yedim	8	33.3	5	21.7	7	29.1	5	21.7
	Açlık hissemez hissetmez yedim	3	12.5	2	8.6	5	20.8	1	4.3
	Yemek aralarında yürüyüş/egzersiz yaptım	4	16.6	1	4.3	10	41.6	6	26.0

Tablo 4.1. Kolorektal kanser hastalarının uyguladıkları öz bakım davranışları (Devamı)

	Yeterli sıvı (Günde 8-10 bardak) aldım	14	58.3	13	56.5	14	58.3	5	21.7
	Şişkinliği önlemek amacıyla içecekleri öğünlerden sonra içtim	7	29.1	1	4.3	8	33.3	1	4.3
	Mideyi fazla doldurmayan fakat enerji ve protein açısından zengin besinler yedim	16	66.6	8	34.7	18	75.0	7	30.4
	Hiçbir şey yapmadım.	1	4.1	2	8.6	0	0.0	4	17.3
Tat Değişikliği	Ağız hijyenini sağladım	13	54.1	9	39.1	14	58.3	10	43.4
	Metalik veya acı tadı gidermek için gıdalarımı bitki ve aromalar ekledim (nane, limon gibi)	4	16.6	4	17.3	8	33.3	3	13.0
	Yeterli sıvı aldım (Günde 8-10 bardak)	10	41.6	3	13.0	13	54.1	4	17.3
	Hiçbir şey yapmadım	0	0.0	1	4.3	0	0.0	4	17.3
Saç Dökülmesi	Şapka ve benzeri materyaller kullandım	2	8.3	2	8.6	2	8.3	2	8.6
	Saçımı kemoterapiden önce kısa kestirdim	1	4.1	1	4.3	0	0.0	0	0.0
	Bebek şampuanı kullandım	3	12.5	3	13.0	3	12.5	2	8.6
	Hiçbir şey yapmadım	0	0.0	1	4.3	0	0.0	1	4.3
Ağız Yarası	Ağız hijyenime dikkat ettim	13	54.1	9	39.1	14	58.3	10	43.4
	Yumuşak diş fırçası kullandım	12	50.0	5	21.7	12	50.0	6	26.0
	Sıcak, baharatlı, asitli yiyecek ve içeceklerden kaçındım	7	29.1	6	26.0	11	45.8	6	26.0
	Karbonatlı su ile gargara yaptım	3	12.5	4	17.3	6	25.0	3	12.5
	Yumuşak yiyecekler yedim	1	4.1	1	4.3	1	4.1	0	0.0
	Hiçbir şey yapmadım	0	0.0	1	4.3	0	0.0	1	4.3
Ateş	Ateşimi ölçerek takip ettim	3	12.5	3	13.0	0	0.0	1	4.3
	Ilık duş aldım	1	4.1	1	4.3	0	0.0	1	4.3
El-ayak Sendromu	Güneşe çıkmadım ya da güneş koruyucu losyon kullandım	8	33.3	3	13.0	9	37.5	3	12.5
	Sıcak duştan kaçındım	15	62.5	10	43.4	15	62.5	11	47.8
	El ve ayaklarımı tahriş edici maddelerden korudum (deterjan gibi)	4	16.6	3	13.0	5	20.8	4	17.3
	Sıkın giysileri kullanmadım	10	41.6	6	26.0	14	58.3	8	34.7
	Hava alan çorap ve giysiler kullandım	7	29.1	2	8.6	8	33.3	3	13.0
	Sıcak maddelere dokunmadan lastik eldiven giydim	7	29.1	2	8.6	8	33.3	2	8.6
	Hiçbir şey yapmadım	4	16.6	6	26.0	3	12.5	5	21.7
Ağrı	Dikkatimi başka yöne çekmeye çalıştım (müzik dinleme gibi)	1	4.1	0	0.0	1	4.1	0	0.0
	Doktorun verdiği ağrı kesicileri belirttiği şekilde kullandım	2	8.3	2	8.6	1	4.1	1	4.3
	Hiçbir şey yapmadım	0	0.0	0	0.0	1	4.1	4	17.3

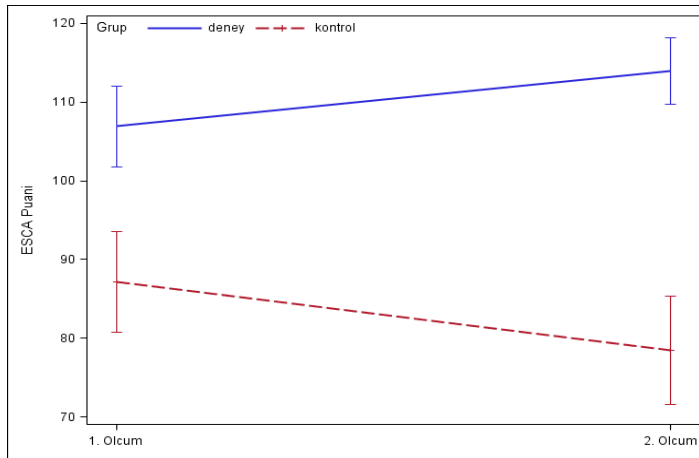
4.2. Kolorektal Kanser Hastalarında Öz Bakım Gücüne İlişkin Bulgular

Bu bölümde girişim ve kontrol grubundaki hastaların Öz Bakım Gücü durumuna ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.2. Hastaların öz bakım gücü puan ortalamalarının zaman ve gruplara göre değişimi

Gruplar	Ölçüm	ESCA $X \pm SS$	
Girişim	1	106.92±12.10	
	2	113.96±10.12	
Kontrol	1	87.17±14.78	
	2	78.43±15.96	
		<i>F</i>	<i>p</i>
Grup		100.06	0.000
Zaman		0.09	0.759
Zaman*Grup		8.16	0.005

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların Öz Bakım Gücü puan ortalamaları arasındaki farkın karşılaştırılması Tablo 4.2 ve Şekil 4.1'de verilmiştir. Öz Bakım Gücü puan ortalamalarının girişim ve kontrol grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıyken ($F=100.06$, $p=0.000$) farklı zamanlardaki ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($F=0.09$, $p=0.759$). Ayrıca araştırmanın zaman içinde girişim ve kontrol gruplarının kendi içindeki değişiminin de fark yarattığı saptanmıştır ($F=8.16$, $p=0.005$). Kontrol grubunun Öz Bakım Gücü puanı girişim grubuna göre tüm ölçümlerde daha düşük ve azalma eğiliminde olduğu belirlenmiştir.



Şekil 4.1. Hastaların öz bakım gücü puan ortalamalarının zaman içindeki değişimi

Tablo 4.3. Girişim ve kontrol grubu hastaların öz bakım gücü puan ortalamalarının karşılaştırılması

Ölçekler	Ölçümler	Girişim Grubu $X \pm SS$	Kontrol Grubu $X \pm SS$	<i>t</i>	<i>p</i>
ESCA	1	106.92±12.10	87.17±14.78	5.020	0.000
	2	113.96±10.12	78.43±15.96	9.153	0.000

Girişim ve kontrol grubu hastaların Öz Bakım Gücü puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.3'de verilmiştir. Girişim grubu hastaların Öz Bakım Gücü puan ortalamalarının iki ölçümde de daha yüksek olduğu ve kontrol grubu ile karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır ($t=5.020$, $p=0.000$; $t=9.153$, $p=0.000$). Girişim grubunun Öz Bakım Gücü bu çalışmayla kontrol grubuna göre her iki ölçümde de anlamlı düzeyde artmıştır. Bu bulgular kontrol grubuna göre girişim grubundaki hastalarda eğitim ve telefonla izlemin Öz Bakım Gücü puan ortalamalarındaki artışa etkisi olduğunu desteklediğinden "Orem Öz Bakım Eksikliği kuramına temellendirilmiş eğitim ve telefonla izlemin kemoterapi uygulanan kolorektal kanser hastalarında öz bakım gücü puan ortalamalarını arttırmaya etkisi vardır" hipotezi doğrulanmaktadır.

4.3. Kolorektal Kanser Hastalarında Yalnızlığa İlişkin Bulgular

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların Yalnızlık puan ortalamaları arasındaki farkın karşılaştırılması Tablo 4.4 ve Şekil 4.2'de verilmiştir.

Tablo 4.4. Hastaların yalnızlık puan ortalamalarının zaman ve gruplara göre değişimi

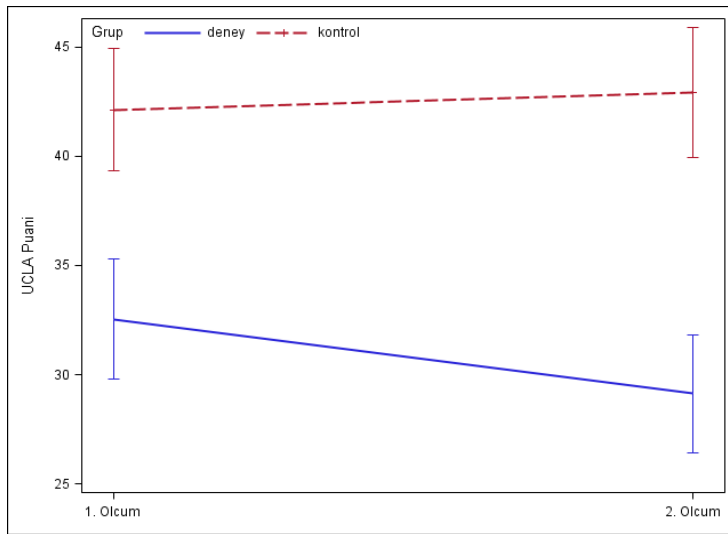
Gruplar	Ölçüm	UCLA $X \pm SS$	
Girişim	1	32.54±6.48	
	2	29.13±6.41	
Kontrol	1	42.13±6.46	
	2	42.91±6.91	
		<i>F</i>	<i>p</i>
Grup		74.50	0.000
Zaman		0.95	0.333
Zaman*Grup		2.40	0.125

Yalnızlık puan ortalamaları yönünden gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı iken ($F=74.50$, $p=0.000$), farklı zamanlardaki ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($F=0.95$, $p=0.333$). Zaman içinde gruptaki değişim de istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F=2.40$, $p=0.125$).

Tablo 4.5. Girişim ve kontrol grubu hastaların yalnızlık puan ortalamalarının karşılaştırılması

Ölçekler	Ölçümler	Girişim Grubu $X\pm SS$	Kontrol Grubu $X\pm SS$	t	p
UCLA	1	32.54±6.48	42.13±6.46	-5.081	0.000
	2	29.13±6.41	42.91±6.91	-7.098	0.000

Girişim grubu hastaların Yalnızlık puan ortalamaları iki ölçümde de daha düşük olduğu ve kontrol grubu ile karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır ($t=-5.081$, $p=0.000$; $t=-7.098$, $p=0.000$). Girişim grubunun yalnızlık düzeyi, bu çalışmayla kontrol grubuna göre her iki ölçümde de anlamlı düzeyde azalmıştır (Tablo 4.5). Yalnızlık puan ortalamaları yönünden gruplar arasında farkın anlamlı olmasıyla kontrol grubuna göre girişim grubundaki hastalarda eğitim ve telefonla izlemin yalnızlık puan ortalamalarındaki azalmaya etkisi olduğunu desteklediğinden "Orem Öz Bakım Eksikliği kuramına temellendirilmiş eğitim ve telefonla izlemin kemoterapi uygulanan kolorektal kanser hastalarında yalnızlık puan ortalamalarını azaltmaya etkisi vardır" hipotezi doğrulanmaktadır.



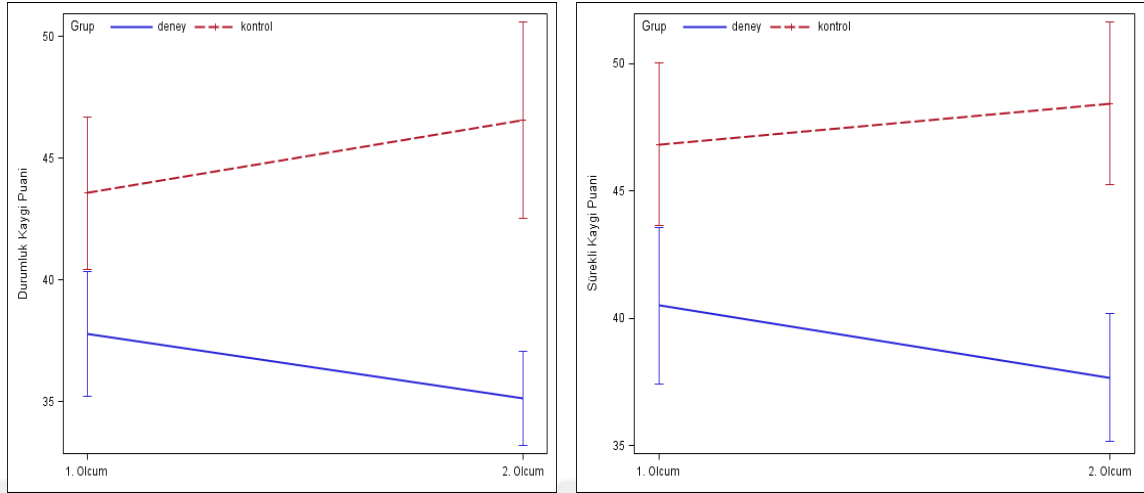
Şekil 4.2. Hastaların yalnızlık puan ortalamalarının zaman içindeki değişimi

4.4. Kolorektal Kanser Hastalarında Kaygıya İlişkin Bulgular

Tablo 4.6. Hastaların durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının zaman ve gruplara göre değişimi

Gruplar	Ölçümler	Durumluk Kaygı $X \pm SS$	Sürekli Kaygı $X \pm SS$		
Girişim	1	37.79±6.05	40.50±7.27		
	2	35.12±4.57	37.67±5.96		
Kontrol	1	43.57±7.24	46.83±7.37		
	2	46.57±9.34	48.43±7.40		
		<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Grup		35.66	0.000	34.84	0.000
Zaman		0.01	0.908	0.18	0.673
Zaman*Grup		3.86	0.052	2.35	0.129

Durumluk Kaygı puan ortalamalarının girişim ve kontrol grupları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıyken ($F=35.66$, $p=0.000$) farklı zamanlardaki ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($F=0.01$, $p=0.908$). Kontrol grubunun zaman içinde Durumluk Kaygı puan ortalamalarının giderek artış göstermesine karşın, girişim grubunun puan ortalamalarının düşüş gösterdiği ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($F=3.86$, $p=0.052$) (Tablo 4.6, Şekil 4.3). Sürekli Kaygı puan ortalamalarında gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuş ($F=34.84$, $p=0.000$) ancak farklı zamanlardaki ölçümler istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F=0.18$, $p=0.673$). Kontrol grubunun zaman içinde Sürekli Kaygı puan ortalamalarının giderek artış göstermesine karşın, girişim grubunun puan ortalamalarının düşüş gösterdiği ancak grupların kendi içindeki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($F=2.35$, $p=0.129$) (Tablo 4.6, Şekil 4.3).



Şekil 4.3. Hastaların durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının zaman içindeki değişimi

Girişim grubu hastalarının Durumluk Kaygı puan ortalamaları iki ölçümde de daha düşük olduğu ve kontrol grubu ile karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($t=-2.973$ $p=0.005$; $t=-5.370$ $p=0.000$). Girişim grubunun durumluk kaygı düzeyi kontrol grubuna göre her iki ölçümde de anlamlı düzeyde azalmıştır (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Girişim ve kontrol grubu hastaların durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının karşılaştırılması

Ölçekler	Ölçümler	Girişim Grubu $\bar{X} \pm SS$	Kontrol Grubu $\bar{X} \pm SS$	t	p
Durumluk Kaygı	1	37.79±6.05	43.57±7.24	-2.973	0.005
	2	35.12±4.57	46.57±9.34	-5.370	0.000
Sürekli Kaygı	1	40.50±7.27	46.83±7.37	-2.962	0.005
	2	37.67±5.96	48.43±7.40	-5.507	0.000

Girişim grubu hastalarının Sürekli Kaygı puan ortalamalarının da her iki ölçümde daha düşük olduğu ve kontrol grubu ile karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($t=-2.962$, $p=0.005$; $t=-5.507$, $p=0.000$). Girişim grubunun sürekli kaygı düzeyi kontrol grubuna göre her iki ölçümde de anlamlı düzeyde azalmıştır (Tablo 4.7). Bu bulgular kontrol grubuna göre girişim grubundaki hastalarda eğitim ve telefonla izlemin Durumluk-Sürekli Kaygı puan ortalamalarındaki azalmaya etkisi olduğunu

desteklediğinden "Orem Öz Bakım Eksikliği kuramına temellendirilmiş eğitim ve telefonla izlemin kemoterapi uygulanan kolorektal kanser hastalarında Durumluk-Sürekli Kaygı puan ortalamalarını azaltmaya etkisi vardır" hipotezi doğrulanmaktadır.

4.5. Kolorektal Kanser Hastalarında İyilik Haline İlişkin Bulgular

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların iyilik hali puan ortalamaları arasındaki farkın karşılaştırılması Tablo 4.8 ve Şekil 4.4'de verilmiştir.

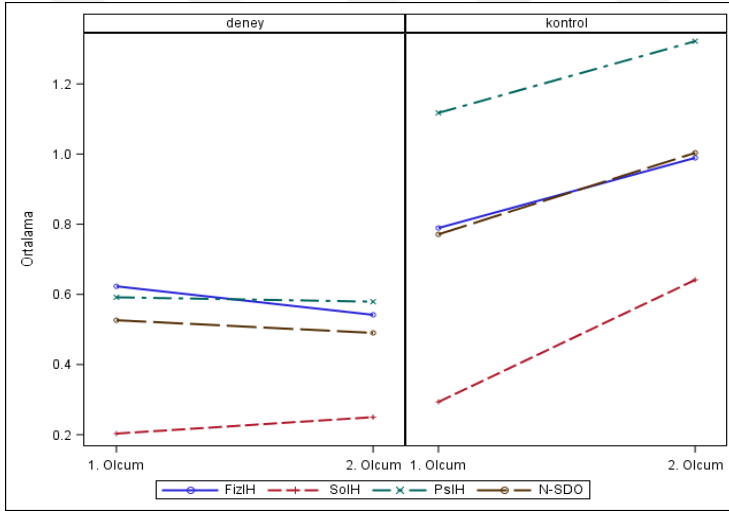
Tablo 4.8. Hastaların iyilik hali puan ortalamalarının zaman ve gruplara göre değişimi

Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği									
Gruplar	Ölçüm	FizİH X±SS		SoİH X±SS		PsİH X±SS		Genel Toplam X±SS	
Girişim	1	0.62±0.29		0.20±0.25		0.59±0.39		0.53±0.24	
	2	0.54±0.27		0.25±0.25		0.58±0.41		0.49±0.23	
Kontrol	1	0.79±0.46		0.29±0.30		1.12±0.66		0.77±0.42	
	2	0.99±0.52		0.64±0.39		1.32±0.78		1.00±0.50	
		<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Grup		13.99	0.000	15.40	0.000	28.24	0.000	25.45	0.000
Zaman		0.52	0.471	10.34	0.002	0.65	0.424	1.70	0.195
Zaman*Grup		2.94	0.090	6.01	0.016	0.83	0.366	3.19	0.077

Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği FizİH alt boyutu puan ortalamaları yönünden girişim ve kontrol grupları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($F=13.99$, $p=0.000$). Ancak farklı zamanlardaki ölçümler arasındaki fark ($F=0.52$, $p=0.471$) ve zaman içinde gruplarının kendi içindeki değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F=2.94$, $p=0.090$). SoİH alt boyutu puan ortalamaları yönünden girişim ve kontrol grupları arasında ($F=15.40$, $p=0.000$) ve farklı zamanlardaki ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur ($F=10.34$, $p=0.002$). Ayrıca SoİH puan ortalamaları zaman içinde her iki grupta da artış göstermesine karşın kontrol grubundaki artışın daha büyük oranda olduğu tespit edilmiş ve grupların kendi içindeki değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=6.01$, $p=0.016$). PsİH puan ortalamalarının girişim ve kontrol grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıyken ($F=28.24$, $p=0.000$) farklı zamanlardaki ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($F=0.65$, $p=0.424$). Ayrıca PsİH

puan ortalamaları yönünden zaman içinde girişim ve kontrol gruplarının kendi içindeki değişimini anlamlı bulunmamıştır ($F=0.83$, $p=0.366$).

N-SDÖ genel toplamının puan ortalamalarına bakacak olursak; girişim ve kontrol grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıyken ($F=25.45$, $p=0.000$) farklı zamanlardaki ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($F=1.70$, $p=0.195$). Kontrol grubunun zaman içinde N-SDÖ genel toplam puan ortalamalarının giderek artış göstermesine karşın, girişim grubunun puan ortalamalarının düşüş gösterdiği ancak grupların kendi içindeki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($F=3.19$, $p=0.077$) (Tablo 4.8, Şekil 4.4).



Şekil 4.4. Hastaların FizİH, SoİH, PsİH ve N-SDÖ puan ortalamalarının zaman içindeki değişimi

Tablo 4.9. Girişim ve kontrol grubu hastaların iyilik hali puan ortalamalarının karşılaştırılması

N-SDÖ Alt Boyutları	Ölçümler	Girişim Grubu $\bar{X} \pm SS$	Kontrol Grubu $\bar{X} \pm SS$	<i>t</i>	<i>p</i>
FizİH	1	0.62±0.29	0.79±0.46	-1.492	0.143
	2	0.54±0.27	0.99±0.52	-3.716	0.001
SoİH	1	0.20±0.25	0.29±0.30	-1.139	0.261
	2	0.25±0.25	0.64±0.39	-4.179	0.000
PsiİH	1	0.59±0.39	1.12±0.66	-3.353	0.002
	2	0.58±0.41	1.32±0.78	-4.126	0.000
Genel Toplam	1	0.53±0.24	0.77±0.42	-2.460	0.018
	2	0.49±0.23	1.00±0.50	-4.558	0.000

Girişim ve kontrol grubu hastaların iyilik hali puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.9'da verilmiştir. Girişim grubu hastaların FizİH alt boyutu puan ortalamalarının iki ölçümde de daha düşük olduğu ancak kontrol grubu ile karşılaştırıldığında farkın 1. ölçümde istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($t=-1.492$, $p=0.143$) 2. ölçümde ise farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($t=-3.716$, $p=0.001$). SoİH alt boyutu puan ortalamalarının girişim grubu hastalarında iki ölçümde de daha düşük olduğu ancak kontrol grubu ile karşılaştırıldığında farkın 1. ölçümde istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($t=-1.139$, $p=0.261$) 2. ölçümde ise farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($t=-4.179$, $p=0.000$). Girişim grubu hastaların PsiİH puan ortalamaları ise her iki ölçümde de daha düşük olduğu ve kontrol grubu ile karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($t=-3.353$ $p=0.002$; $t=-4.126$ $p=0.000$).

Genel iyilik hali puan ortalamalarına bakacak olursak, girişim grubu hastalarının her iki ölçümde de puan ortalamalarının daha düşük olduğu ve kontrol grubu ile karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($t=-2.460$ $p=0.018$, $t=-4.558$, $p=0.000$) (Tablo 4.9). Bu bulgular kontrol grubuna göre girişim grubundaki hastalarda eğitim ve telefonla izlemin iyilik hali puan ortalamalarındaki azalmaya etkisi olduğunu desteklediğinden "Orem Öz Bakım Eksikliği kuramına temellendirilmiş eğitim ve telefonla izlemin kemoterapi uygulanan kolorektal kanser

hastalarında iyilik hali puan ortalamalarını azaltmaya etkisi vardır" hipotezi doğrulanmaktadır.

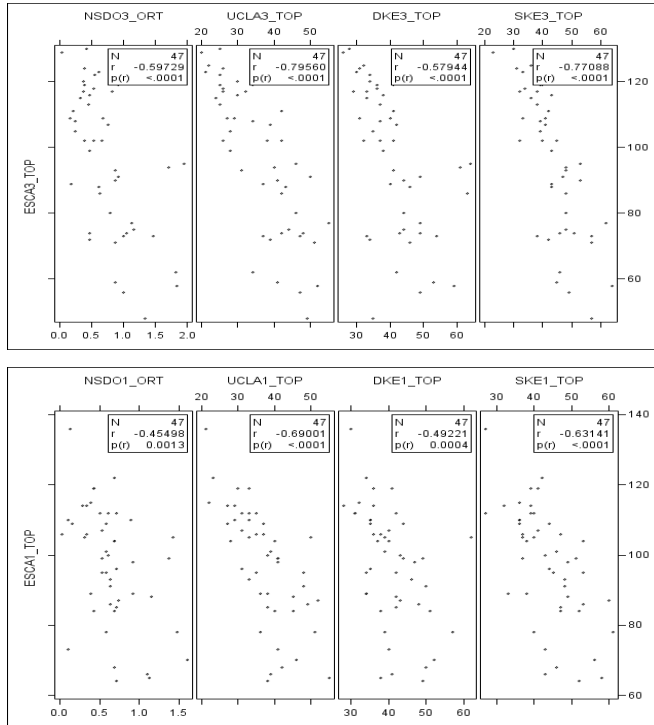
4.6. Öz Bakım Gücü, Kaygı, Yalnızlık ve İyilik Hali Arasındaki İlişkiler

Öz Bakım Gücü Ölçeği puanı ile kaygı, yalnızlık ve genel iyilik hali puanları arasındaki ilişki Tablo 4.10' da yer almaktadır.

Tablo 4.10. Öz Bakım Gücü Ölçeği puanı ile kaygı, yalnızlık ve genel iyilik hali puanları arasındaki ilişki

Ölçüm	ESCA	N-SDÖ		UCLA		Durumluk Kaygı		Sürekli Kaygı	
		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
1	ESCA	-0.455	0.001	-0.690	0.000	-0.492	0.000	-0.631	0.000
2		-0.597	0.000	-0.796	0.000	-0.579	0.000	-0.771	0.000

Öz Bakım Gücü puanı ile kaygı, yalnızlık ve genel iyilik hali puanları arasında her iki ölçümde de negatif bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($p < 0.01$). Bu sonuç hastaların öz bakım gücünün artmasının iyilik halinde de artmaya neden olduğu, bununla birlikte yalnızlık ve kaygının azaldığı saptanmıştır (Tablo 4.10 Şekil 4.5).



Şekil 4.5. Öz Bakım Gücü Ölçeği puanı ile kaygı, yalnızlık ve genel iyilik hali puanları arasındaki ilişki

4.7. Telefon Görüşmesinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular

Tablo 4.11. Telefon görüşmesinin değerlendirilmesi

TGDF (n=24)	Oldu		Kısmen oldu		Olmadı	
	n	%	n	%	n	%
1. Telefon görüşmeleri kemoterapi yan etkileriyle baş etmenize yardımcı oldu mu?	17	70.8	7	29.2	0	0.0
2. Telefon görüşmeleri kaygınızın azalmasına yardımcı oldu mu?	21	87.5	3	12.5	0	0.0
3. Telefon görüşmeleri yalnızlık hissinizin azalmasına yardımcı oldu mu?	19	79.2	5	20.8	0	0.0
4. Telefon görüşmelerinden sizin için destekleyici ve yönlendirici oldu mu?	24	100.0	0	0.0	0	0.0
5. Telefon görüşmelerinden memnun oldunuz mu?	24	100.0	0	0.0	0	0.0
6. Acile servise başvurduğunuz mu?	Başvurdum		Başvurmadım			
	n	%	n	%	n	%
	5	20.8	19	79.2		

Telefon görüşmesi değerlendirmesinde hastaların %70.8'i görüşmelerin yan etkilerle baş etmede yardımcı olduğunu, %87.5'i kaygısının azalmasına yardımcı olduğunu, %79.2'sinin yalnızlık hissinin azalmasına yardımcı olduğunu ve hastaların tümü görüşmelerin destekleyici, yönlendirici ve görüşmelerden memnun olduğunu belirtmiştir. Ayrıca hastaların %79.2'si acile başvurmadığını belirtmiştir (Tablo 4.11).

5. TARTIŞMA

Orem'in Öz Bakım Eksikliği kuramına temellendirilmiş eğitim ve telefonla izlemin çalışma sonuçlarına göre kolorektal kanser tanılı hastalarda öz bakım gücü, kaygı, yalnızlık ve iyilik haline etkileri tartışılmıştır.

Bu bölümde, araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıdaki başlıklar altında tartışılmıştır.

- Kolorektal Kanser Hastalarında Öz Bakım Davranışları
- Kolorektal Kanser Hastalarında Öz Bakım Gücü
- Kolorektal Kanser Hastalarında Yalnızlık
- Kolorektal Kanser Hastalarında Kaygı
- Kolorektal Kanser Hastalarında İyilik Hali
- Öz Bakım Gücü, Kaygı, Yalnızlık ve İyilik Hali Arasındaki İlişkiler
- Telefon Görüşmelerinin Değerlendirilmesi

5.1. Kolorektal Kanser Hastalarında Öz Bakım Davranışları

Öz bakım yaşamı, sağlığı ve iyilik durumunu sürdürmek için bireyler tarafından başlatılan ve gerçekleştirilen etkinliklerdir (Orem, 2001; Alligood, 2010). Orem'e göre öz bakım bireylerin sorumluluk alarak yaptığı gönüllü eylemler olup kişisel arası ilişkiler, iletişim, sosyal ve bilişsel deneyimlerle geliştirdiği davranışlardır. Öz Bakım Eksikliği kuramının temel kavramlarından biri olan Hemşirelik Sistemi içinde destekleyici ve eğitsel müdahaleler bireyin öz bakım davranışlarının gelişmesine yardımcı olmaktadır. Kanser tedavisinin yan etkilerinin ve semptomların azaltılması için kişinin öz bakım aktivitelerini uygulaması önemle vurgulanmaktadır (Given, 2003). Çalışmamızda kolorektal kanser tanısı almış bireylerin her iki ölçümde de en çok uyguladıkları öz bakım davranışları "Bulantı giderici ilaç alma", "Gün içinde dinlenme periyotları planlama", "Günde 8-10 bardak sıvı alma", "Kalorili ve proteinden zengin gıdalar yeme", "Acı, baharatlı, yağlı yiyeceklerden kaçınma", "Yürüyüş /egzersiz yapma", "Az ve sık beslenme", "Ağız hijyenini sağlama", "Bebe şampuanı kullanma", "Sıcak duştan kaçınma" ve "Sıkan giyisileri kullanmama" olarak belirlenmiştir. (Tablo 4.1). Yapılan benzer çalışmalarda da en çok uygulanan öz bakım davranışları "Bulantı giderici ilaç alma", "tuzlu yiyecekler yeme", "Gün içinde dinlenme/uyuma", "Yeterli sıvı

alma", "Diyeti düzenleme", " Yürüyüş /egzersiz yapma", "Ağız hijyenini sağlama ve karbonatlı su ile çalkalama", "Az ve sık beslenme", "Acı, baharatlı yiyeceklerden kaçınma", "Yumuşak yiyecekler yeme" ve "Bitkisel ya da bebe şampuanı kullanma" olarak rapor edilmiştir (Midtgaard ve ark., 2009; Piamjariyakul ve ark., 2010, Can ve ark., 2011, Spichiger ve ark., 2012, Speck ve ark., 2013). Bu bulgulara dayanarak, Orem'in Öz Bakım Eksikliği Kuramı'na dayalı verilen eğitimin hastaların yan etkilere yönelik öz bakım davranışlarını öğrenmesine katkı sağladığı ve tele izlemlerin bu davranışların sürdürülmesine destek ve teşvik edici olduğu düşünülebilir. Çoğu öz bakım davranışlarının girişim grubunda kontrol grubuna göre daha yoğun yapıldığı saptanmasına karşın "Tuzlu kraker yeme", "Müzik dinleme, tv izleme, kitap okuma gibi aktivitelerle dikkatini başka yöne çekmeye çalışma", "Kabızlık giderici ilaç alma" gibi bazı öz bakım davranışlarını uygulama durumunun girişim grubunda azaldığı belirlenmiştir. Bu azalmanın bazı yan etkilerin azalması ya da devam etmemesinden dolayı olduğu düşünülebilir.

5.2. Kolorektal Kanser Hastalarında Öz Bakım Gücü

Çalışmamızda Öz Bakım Gücü puan ortalamalarının girişim ve kontrol grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ayrıca araştırmanın zaman içinde girişim ve kontrol gruplarının kendi içindeki değişiminin de fark yarattığı saptanmıştır. Kontrol grubunun Öz Bakım Gücü puanı girişim grubuna göre tüm ölçümlerde daha düşük ve azalma eğiliminde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2). Girişim grubu hastaların Öz Bakım Gücü puan ortalamalarının iki ölçümde de daha yüksek olduğu ve kontrol grubu ile karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır. Girişim grubunun Öz Bakım Gücünün bu çalışmayla kontrol grubuna göre her iki ölçümde de anlamlı düzeyde arttığı belirlenmiştir (Tablo 4.3). Bu sonuç kemoterapi uygulanan kolorektal kanseri hastalarının Orem'in Öz Bakım Eksikliği kuramına dayalı eğitim ve telefon izlemleriyle desteklenmesinin hastalarda öz bakım gücünü arttırdığı düşüncesini pekiştirmektedir. Öz bakım gücü, bireyin sürekli bakım gereksinimlerini karşılaması için kendi yaşam sürecinin düzenlenmesini ve etkilenmesini sağlayan, bireyin karmaşık ve kazanılmış bir yeteneğidir. Orem'e göre bir bireyin öz bakım gereksinimlerini karşılayabilmesi için yeterli öz bakım gücüne sahip olması gerekmektedir (Orem, 2001). Ayrıca bireyin sahip olduğu eylem zenginliği

(repertuarı) öz bakım gücüne yansımakta ve arttırmaktadır. Orem'in kuramına dayalı verilen eğitim ve tele izlemlerle de bu zenginliğin arttırıldığı söylenebilir. Orem'in teorisine dayalı olarak verilen eğitimlerle bireylerin kendi öz bakımında kaliteyi arttırabileceğine ilişkin kanıtlar vardır (Foltz ve ark., 1996; Dodd, 1997; McDaniel and Rhodes, 1998; Williams and Schreier 2005, Rehwaltd ve ark., 2009). Çalışmamızın sonuçlarına dayanarak, Orem'in kuramına dayalı verilen eğitim ve tele izlemlerle hastalar, kemoterapi sırasında beklenen semptomları önlemek ya da hafifletmek için nasıl ve ne zaman tedbir alacaklarını tahmin edebildiği ve böylece öz bakım gücünü arttırabildikleri düşünülebilir.

5.3. Kolorektal Kanser Hastalarında Yalnızlık

Çalışmamızda yalnızlık puan ortalamaları yönünden gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Girişim grubu hastaların Yalnızlık puan ortalamalarının iki ölçümde de daha düşük olduğu ve kontrol grubu ile karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır. Girişim grubunun yalnızlık düzeyi bu çalışmayla kontrol grubuna göre her iki ölçümde de anlamlı düzeyde azalmıştır (Tablo 4.5). Bu bulgulara dayanarak, girişim grubunda yalnızlık duygusunun daha az olması Orem'in Öz Bakım Eksikliği kuramına temellendirilmiş eğitim ve telefonla izlemin etkisine bağlanabilir. Orem'in tanımladığı gibi fiziksel gereksinimlerin karşılanması ile birlikte yalnızlık ve sosyal etkileşim arasındaki dengenin sürdürülmesi önemlidir. Ayrıca hastaları tedavi boyunca rahatsız eden kas içi kanamalar, saç dökülmesi, ağız yaraları, çeşitli cilt reaksiyonları gibi fiziksel değişimlere karşı baş edebilme yeteneklerinin artması sosyal ilişkilerindeki iletişim kalitelerini de arttırabileceği göz önüne alınırsa girişim grubundaki hastalara verilen eğitim ve tele izlemlerin yalnızlık hissini azalttığı düşünülebilir.

Samarel ve arkadaşlarının yalnızlığa yönelik yaptığı randomize kontrollü çalışmasında girişim grubuna telefon görüşmesi-grup sosyal destek ve eğitim programı, kontrol grubu 1'e telefon görüşmesi-bireysel sosyal destek ve eğitim programı uygulanmış ve kontrol grubu 2'ye ise bir kerelik eğitim bilgisi postalanmış olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve yalnızlığın azaldığı rapor edilmiştir. Ayrıca girişim ve kontrol grubu 1 sonuçlarının benzer olması nedeniyle bireysel telefon desteğinin yüz

yüze destek gruplarına etkili bir alternatif olabileceği ifade edilmiştir (Samarel ve ark., 2002). Tabrizi ve arkadaşlarının (2016) yaptığı bir randomize kontrollü çalışmada ise fiziksel ve mental aktivitelerin yönetimi, hekim ve hemşirelerle iletişimin geliştirilmesi, semptom kontrolü gibi konularda destek sağlayan tartışma grupları oluşturulmuş olup girişim grubunda kontrol grubuna oranla yalnızlık düzeylerinde önemli derecede azalma olduğu belirtilmiştir. Kullanılan yöntemler farklı olsa da kanser hastalarına gerek telefonla gerekse yüzyüze verilen eğitim ve rehberliğin yalnızlık duygusunu azaltmada etkili olduğunu düşünebiliriz.

Coleman ve arkadaşlarının (2005) yaptığı bir diğer çalışmada girişim grubuna telefonla sosyal destek ve eğitim programı (deneyim, korku ve duyguların paylaşımı, stres yönetimi, iletişim teknikleri, problem çözme becerileri ve tedavinin yan etkilerine ilişkin eğitim) uygulanmış ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadığı belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada farklı yörelerde yaşayan kadınlarla çalışılmış ve yörelerden araştırmaya katılan hasta sayısının homojen olmaması ve yörelerin sosyokültürel düzeylerindeki farklılıkların sonuçları etkileyebileceği ifade edilmiştir. Bizim çalışmamızda ise grupların sosyo-demografik özelliklerinin benzer ve homojen olması ile (Tablo 3.3) sosyokültürel düzeylerindeki farklılıkların sonuçları etkileme durumu bertaraf edilmiştir. Fukui ve arkadaşlarının (2003) yaptığı başka bir randomize kontrollü çalışmada yalnızlık puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, sağlık eğitimi, başa çıkma becerileri eğitimi ve psikososyal destek programının hastalıkla ilişkili psikososyal sorunları yönetmek için etkin bir destek olarak kullanılabileceği belirtilmiştir. Yapılan birçok çalışmada da tanı ve tedaviye ilişkin eğitimin ve sosyal desteğin yalnızlık duygusunu azaltacağı vurgulanmıştır (Sevil ve ark., 2006; Mosher ve ark., 2012; Şahin ve ark., 2012).

Orem'in Öz Bakım Eksikliği Kuramı'na göre terapötik gereksinimler bireyin beceri ya da karşılama yeteneğini aşan bir düzeyde ise dengesizlik oluşmaması için hemşirenin desteğine ihtiyaç olduğu düşünüldüğünde ve çalışmamızda bireylerin verilen eğitim ve tele izlemlerle desteklenmesi ile sadece kendi bilgi ve becerilerini kullanarak yan etkilerle baş etmek durumunda kalmamaları bireylerin yalnızlık duygusunu azalttığı söylenebilir. Ayrıca araştırmamız kapsamında hastaların evde yaşadığı sorunlar ve acil

durumlarda 24 saat ulaşabileceği bir hemşirenin olması bireylerin yalnızlık duygusunu azaltmada yardımcı olduğunu düşündürmektedir.

5.4. Kolorektal Kanser Hastalarında Kaygı

Çalışmamızda Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygı puan ortalamalarının girişim ve kontrol grupları arasındaki farkı istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur. Girişim grubu hastaların Durumluk Kaygı puan ortalamaları iki ölçümde de daha düşük olduğu ve kontrol grubu ile karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Girişim grubunun durumluk kaygı düzeyi kontrol grubuna göre her iki ölçümde de anlamlı düzeyde azalmıştır (Tablo 4.7). Girişim grubu hastaların Sürekli Kaygı puan ortalamalarının da her iki ölçümde daha düşük olduğu ve kontrol grubu ile karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Girişim grubunun sürekli kaygı düzeyi kontrol grubuna göre her iki ölçümde de anlamlı düzeyde azalmıştır (Tablo 4.7). Bu bulgulara dayanarak, girişim grubunda Durumluk ve Sürekli kaygının daha az olması Orem'in Öz Bakım Eksikliği kuramına temellendirilmiş eğitim ve telefonla izlemin etkisine bağlanabilir.

Çalışmamıza benzer olarak kanser hastalarında tele izlemin kaygı durumuna etkisinin incelendiği Badger ve arkadaşlarının randomize kontrollü çalışmasında telefonla danışmanlık grubuna haftada bir olmak üzere altı haftalık ortalama 34 dk. süren telefon görüşmesiyle kişilerarası danışmanlık tekniklerine dayalı kanser eğitimi uygulanmıştır. Sonuçlarımıza benzer olarak kontrol grubuna göre telefonla danışmanlık grubunun kaygı düzeyinin önemli oranda düştüğü ve gruplar arasında anlamlı fark bulunduğu belirtilmiştir (Badger ve ark., 2007). Beaver ve arkadaşlarının (2009) kanser hastalarında telefonla izlemin durumluk-sürekli kaygıya etkisini incelediği randomize kontrollü bir çalışmada girişim grubunun durumluk-sürekli kaygı puanlarının kontrol grubuna göre daha düşük seyretmesiyle birlikte gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadığı rapor edilmiştir. Beaver ve arkadaşlarının (2017) telefonla izlemin durumluk-sürekli kaygıya etkisini incelediği bir başka randomize kontrollü çalışmasında ise grupların durumluk-sürekli kaygı puanlarının benzer olduğu ve gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadığı rapor edilmiştir.

Kanser hastalarında hastalığın bilinen ya da bilinmeyen özelliklerinden dolayı yaşanan korku, tedavinin yan etkilerini yönetememe, aile bireylerinden ya da sağlık profesyonellerinden yeterli desteğin alınamaması hastaların kaygılarını arttırabilmektedir. Çalışmamızın sonuçlarına dayanarak, Orem'in Öz Bakım Eksikliği kuramına temellendirilmiş eğitim ve tele izlemlerle kuramda yer alan destekleyici ve eğitici hemşirelik sistemi içinde bireylerin ihtiyacı olan destek, rehberlik ve öğretim sağlanarak girişim grubunun öz bakımının güçlendirildiği ve böylece bireylerin kemoterapinin yan etkilerini yönetebilir duruma gelmesiyle kaygılarının azaltıldığı ifade edilebilir. Ayrıca terapötik gereksinimler oluştuğunda bireyin beceri ve bu gereksinimleri karşılama yeteneği eğitim ve izlemlerle arttırılarak dengesizlik oluşmasının engellenmesi ve hastaların evde yaşadığı sorunlar ve acil durumlarda 24 saat araştırmacıya ulaşabilmesi bireylerin kaygısını azalttığını düşünebiliriz.

5.5. Kolorektal Kanser Hastalarında İyilik Hali

Çalışmamızda FizİH, SoİH, PsiİH ve Genel iyilik hali puan ortalamaları yönünden girişim ve kontrol grupları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.8). Girişim grubu hastaların FizİH ve SoİH alt boyutu puan ortalamalarının her iki ölçümde de daha düşük olduğu ancak kontrol grubu ile karşılaştırıldığında farkın 2. ölçümde istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Ayrıca PsiİH ve Genel iyilik hali açısından girişim grubu hastalarının her iki ölçümde de puan ortalamalarının daha düşük olduğu ve kontrol grubu ile karşılaştırıldığında farkın her iki ölçümde de istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.9). Bu sonuç kemoterapi uygulanan kolorektal kanser hastalarında Orem'in Öz Bakım Eksikliği kuramına dayalı eğitim ve telefon izlemleriyle desteklenmesinin hastalarda iyilik halini arttırdığı düşüncesini pekiştirmektedir.

Badger ve arkadaşlarının meme kanseri olan hastalarla yaptıkları randomize kontrollü çalışmada telefonla verilen eğitim ve danışmanlığın çalışmamızdaki sonuçlara benzer olarak neredeyse tüm yaşam kalitesi boyutlarında (Fiziksel, sosyal ve psikolojik iyilik hali) önemli iyileşmeler sağladığı ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu belirtilmiştir (Badger ve ark., 2013). Nelson ve arkadaşlarının (2008) yaptığı başka bir randomize kontrollü çalışmada telefonla verilen danışmanlığın girişim grubu

hastalarında yaşam kalitesi puanını yükselttiği ve gruplar arasında anlamlı fark olduğu rapor edilmiştir. Ashing-Giwa ve arkadaşlarının (2008) yaptığı diğer bir randomize kontrollü çalışmada ise girişim grubunda fiziksel iyilik hali ve genel yaşam kalitesinde artış gözlenirken aile/sosyal, duygusal ve fonksiyonel iyilik halinde iyileşme yönünde anlamlı olmayan bir eğilim gösterdiği belirtilmiştir.

Kanser hastalarında yaşam kalitesinin en üst düzeyde tutulması ve hastaların kendi tedavi ve bakımlarının sorumluluğunu alarak yaşamlarını sürdürmeleri büyük önem taşımaktadır (Altıparmak ve ark., 2011). Bu nedenle hastada ortaya çıkan fiziksel ve psikososyal semptomların yanında hastanın öz bakım gücünün ve iyilik halinin de belirlenmesi gerekmektedir. Orem'in tanımladığı gibi bireylerin gereksinimlerinin karşılanarak fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik halinde olması önemlidir (Orem, 2001). Çalışmamızın sonuçlarına dayanarak, Orem'in Öz Bakım Eksikliği kuramına temellendirilmiş eğitim ve tele izlemlerle kuramda yer alan destekleyici ve eğitsel hemşirelik sisteminin ön gördüğü bireylerin ihtiyacı olan destek, rehberlik ve öğretim sağlanarak girişim grubunun öz bakım gücünün artmasının yanı sıra iyilik halinin de artmasının sağlandığı düşünülebilir.

5.6. Öz Bakım Gücü, Kaygı, Yalnızlık ve İyilik Hali Arasındaki İlişkiler

Çalışmamızda Öz Bakım Gücü puanı ile kaygı, yalnızlık ve genel iyilik hali puanları arasında her iki ölçümde de negatif bir korelasyon olduğu saptanmıştır. Bu sonuca dayanarak, Orem'in Öz Bakım Eksikliği kuramına temellendirilmiş eğitim ve tele izlemlerle hastaların öz bakım gücünün artmasının iyilik halinde de artmaya neden olduğu, bununla birlikte yalnızlık ve kaygının azalmasına yardımcı olduğu söylenebilir (Tablo 4.10).

Kanser hastaları gerek tedaviye gerekse hastalığın kendisine bağlı olarak fiziksel, psikolojik ve sosyo-ekonomik açıdan olumsuz etkilenmektedir. Bireyin yaşamına sınırlamalar gelmesiyle de hayattan doyum alması engellenmekte ve öz bakım gücü gerilemektedir. Tüm bu durumların etkisiyle de bireylerin yaşam kalitesi düşmektedir (Altıparmak ve ark., 2011; Kütük, 2016). Çalışmamızda eğitim ve tele izlemlerle bireylerin öz bakım gücünün artırılmasının iyilik halleri üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Öz bakım gücünün ve öz bakımının artırılmasının bireylerin yaşam kaliteleri

üzerinde etkili olduğunu gösteren başka kanıtlar da bulunmaktadır. Yoshida ve Kanda'nın (2016) ayaktan kemoterapi alan hastalarda yaptığı çalışmada öz bakım gücü ile yaşam kalitesi arasında korelasyon olduğu ve öz bakım gücü iyi olan hastalarda yaşam kalitesinin de yüksek olduğu belirtilmiştir Altıparmak ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada yaşam kalitesi alanları ile öz bakım gücü karşılaştırıldığında öz bakım gücü ile fiziksel, sosyal ve rol fonksiyonu arasında pozitif bir ilişki belirlenmiştir. Elise ve arkadaşlarının (2001) meme kanseri olan bireylerde yaptığı çalışmada öz bakım gücünün yaşam kalitesini pozitif yönde etkilediği belirtilmiştir (Elise ve ark., 2001; Altıparmak ve ark., 2011; Yoshida ve Kanda, 2016).

Kanser hastalarında öz bakım gücü ile kaygı ve yalnızlık arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Diğer kronik hastalıkları olan bireylerde öz bakım gücü ile kaygı ve yalnızlık arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Bu çalışmalarda öz bakım gücü artan bireylerde kaygı ve yalnızlığın azaldığı rapor edilmiştir (Sampaio ve ark., 2008; Beyramijam ve ark., 2013; Wu ve ark., 2013; Bettoni ve ark., 2017). Ayrıca Beyramijam ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada benign prostat hiperplazisi tanısı almış hastalarda uygulanan öz bakım eğitim programının stres ve kaygı düzeylerini anlamlı derecede düşürdüğü ve pozitif yönde etkilediği belirtilmiştir (Beyramijam ve ark., 2013).

5.7. Telefon Görüşmelerinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda telefon görüşmesi değerlendirmesinde hastaların %70.8'i görüşmelerin yan etkilerle baş etmede yardımcı olduğunu, %87.5'i kaygısının azalmasına yardımcı olduğunu, %79.2'sinin yalnızlık hissini azalmasına yardımcı olduğunu ve hastaların tümü görüşmelerin destekleyici, yönlendirici ve görüşmelerden memnun olduğunu belirtmiştir. Ayrıca hastaların %79.2'si acile başvurmadığını ifade etmiştir (Tablo 4.11). Bu sonuçlara dayanarak, Orem'in Öz Bakım Eksikliği kuramına temellendirilmiş eğitim ve telefon izlemlerinin hastaların yan etkilerle baş etmesine yardımcı olduğu, kaygı ve yalnızlık hissini azalmasını sağladığı, destekleyici yönlendirici olduğu ve hasta memnuniyetini arttırdığı düşüncesini pekiştirmektedir. Yapılan çalışmalarda tele izlemlerin hasta memnuniyeti, yalnızlık, tekrarlı yatışların azaltılması ve ilaç uyumu

konularında olumlu etkisinin olduğu ortaya konulmuştur (Samarel ve ark., 2002; Coleman ve ark., 2005; McGinley ve Lucas, 2006; Shearer ve ark., 2007; Maguire ve ark., 2008; Beebe ve ark., 2008; Lyndon ve Tyas, 2010). Ayrıca hastaların %79.2'sinin acile başvurmadığı dikkate alınırsa eğitim ve tele izlemlerin acile başvurma oranını azaltabileceği düşünülebilir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Gündüz Kemoterapi Ünitelerinde hastaların kemoterapi semptomlarını en çok ifade ettikleri, semptomlara yönelik en çok danışmanlık aldıkları ve en kolay ulaşabildikleri sağlık profesyoneli hemşiredir. Bu nedenle hemşirelerin yürüttüğü eğitim ve telefon izlemlerinin istenilen sonuçları sağlama potansiyeli diğer sağlık personellerine göre daha fazladır. Bu durum göz önüne alınarak planlanan çalışmamızda sonuç olarak, kemoterapi uygulanan kolorektal kanser hastalarında Öz Bakım Kuramı'na temellendirilmiş eğitim ve telefon izleminin öz bakım gücü, iyilik hali, kaygı ve yalnızlık düzeyleri üzerinde olumlu etkileri olduğu gösterilmiştir. Bu bağlamda hemşirelerin eğitim ve izlemlerde daha etkin rol alması önemlidir. Kemoterapi uygulanan kolorektal kanseri hastalarında Orem Öz Bakım Eksikliği kuramına temellendirilmiş eğitimin ve telefonla izlemin öz bakım gücü, kaygı, yalnızlık ve iyilik haline etkisini saptamak amacıyla yapılan araştırmamızda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- ✓ Orem Öz Bakım Eksikliği kuramına temellendirilmiş eğitim ve telefonla izlemin kemoterapi uygulanan kolorektal kanser hastalarında öz bakım gücünü arttırmaya etkisi olduğu belirlenmiştir.
- ✓ Orem Öz Bakım Eksikliği kuramına temellendirilmiş eğitim ve telefonla izlemin kemoterapi uygulanan kolorektal kanser hastalarında iyilik halini arttırmaya etkisi olduğu belirlenmiştir.
- ✓ Orem Öz Bakım Eksikliği kuramına temellendirilmiş eğitim ve telefonla izlemin kemoterapi uygulanan kolorektal kanser hastalarında durumluk-sürekli kaygıyı azaltmada etkisi olduğu saptanmıştır.
- ✓ Orem Öz Bakım Eksikliği kuramına temellendirilmiş eğitim ve telefonla izlemin kemoterapi uygulanan kolorektal kanser hastalarında yalnızlığı azaltmada etkisi olduğu saptanmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara dayanarak aşağıdaki öneriler sunulmuştur.

Uygulamaya yönelik öneriler;

- Hemşirenin, kemoterapinin yan etkileri yönünden hastayı tedavi süresince değerlendirmesi,
- Gündüz kemoterapi ünitelerinde hastaya uygulanan tedavinin yan etkileri ve bu yan etkilerle baş etme yollarını içeren eğitim programlarının tedaviden önce başlatılarak tedavi süresince devam ettirilmesi,
- Eğitimlerin, bireyde saptanan sorunlar ve bireyin gereksinimleri doğrultusunda bireyselleştirilerek sürdürülmesi,
- Kemoterapi tedavisi süresince telefonla izlemlerin kemoterapi ünitelerinde hemşirelik bakımına dahil edilmesi ve evde yaşadıkları semptomların çözümüne yönelik telefonla danışmanlık hizmetlerinin 24 saat sürdürülmesi önerilir.

Araştırmacılara yönelik öneriler;

- Ayaktan kemoterapi uygulanan hastalarda öz bakım gücü ve iyilik halini arttırmaya, kaygı ve yalnızlık gibi psikososyal sorunları azaltmaya yönelik araştırmaların yapılması
- Öz Bakım Eksikliği Kuramı'na temelli bakımın fiziksel semptomların yanında yaşanan psikososyal semptomlara etkisini inceleyen çalışmaların planlanması,
- Daha büyük örnekleme ulaşılabilme imkanı olan Onkoloji hastanelerinde izlem süresinin daha uzun olduğu Öz Bakım Eksikliği Kuramı'na temellendirilmiş eğitim ve telefonla izlemin kemoterapi semptomları üzerindeki etkisini inceleyen randomize kontrollü çalışmaların yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

Alacacioğlu A. Kanser hastaları ve hasta yakınlarının depresyon, umutsuzluk ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2007, İzmir (Danışman: Prof. Dr. A Yılmaz).

Alligood RM, Tomey MA. Nursing theorists and their work. 7th ed. Mosby: USA; 2010, p: 265- 285.

Alligood RM. Nursing theory: Utilization&Application. 4th ed. Mosby: USA; 2010, p:261-286.

Alkan S, Sezgin A. Yetişkin hastalarda yalnızlık. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1998; 2(1): 43-52.

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

Aldridge D. Life as jazz: hope, meaning and music therapy in the treatment of life-threatening illness. Advances in Mind-Body Medicine. 1998; 14(4): 271-282.

Altuğ B, Kaya N, Ecirli Ş, Dura S, Kucur R. Kanser hastalarında psikiyatrik semptom dağılımı. S.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi. 1995; 11(1): 33-35.

Aral N, Gürsoy F, Bıçakçı YM. Yetiştirme yurdunda kalan ve kalmayan kız ergenlerin yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi.2006;15(5):10-15

Aranda S, Jefford M, Yates P, Gough K. et al. Impact of a novel nurse-led prechemotherapy education intervention (Chemoed) on patient distress, symptom burden, and treatment-related information and support needs: results from a randomised, controlled trial. Annals of Oncology. 2012; 23(1): 222–231.

Ashing-Giwa KT. Enhancing physical wellbeing and overall quality of life among underserved Latina-American cervical cancer survivors: feasibility study. *J Cancer Surviv.* 2008; 2(3): 215–223.

Aslan Ö. Kanserli hastalarda kemoterapiye bağlı semptomların değerlendirilmesi ve bu semptomların kontrolünde hemşirelik eğitiminin rolü. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2003, Ankara (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Huriye Vural).

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

Avdal EÜ, Kızılcı S. Diyabet ve öz bakım eksikliği hemşirelik teorisinin kavram analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi.* 2010; 3(3): 164-168.

Badger T, Segrin C, Dorros SM, Meek P, Lopez AM. Depression and anxiety in women with breast cancer and their partners. *Nurs Res.* 2007;56(1):44–53.

Badger TA, Segrin C, Hepworth JT, Pasvogel A, Weihs K, Lopez AM. Telephone-delivered health education and interpersonal counseling improve quality of life for Latinas with breast cancer and their supportive partners. *Psycho-Oncology.* 2013; 22(5): 1035-1042.

Bartlam B, McLeod J. Infertility counselling: the ISSUE experience of setting up a telephone counselling service. *Patient Education and Counseling.* 2000; 41(3): 313-321.

Bazensky I, Shoobridge-Moran C, Yoder, L.H. Colorectal Cancer: An overview of the epidemiology, risk factors, symptoms, and screening guidelines. *Medsurg Nursing.* 2007; 16(1): 46-51.

Beaver K, Tysver-Robinson D, Campbell M, et al. Comparing hospital and telephone follow-up after treatment for breast cancer: randomised equivalence trial. *BMJ.* 2009; 338: a3147.

Beaver K, Campbell M, Williamson S, Procter D, Sheridan J, Heath J, Susnerwala S. An exploratory randomized controlled trial comparing telephone and hospital follow-up after treatment for colorectal cancer. *Colorectal Disease*. 2012; 14(10): 1201-1209.

Beaver K, Williamson S, Sutton C, Hollingworth W, Gardner A, Allton B et al. Comparing hospital and telephone follow-up for patients treated for stage-I endometrial cancer (ENDCAT trial): a randomised, multicentre, non-inferiority trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2017; 124(1): 150-160.

Beebe LH, Smith K, Crye C ve ark. Telenursing intervention increases psychiatric medication adherence in schizophrenia outpatients. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2008; 14:217-224.

Beiramijam M, Anoosheh M, Mohammadi E. Effect of designed self-care educational program on anxiety, stress, and depression in patients with benign prostatic hyperplasia undergoing prostate surgery. *Chronic Diseases Journal*. 2013; 1(2): 55-62.

Bettoni LC, Ottaviani AC, Orlandi FDS. Relationship between self-care and depression and anxiety symptoms in individuals undergoing hemodialysis. *Rev Rene*. 2017; 17(2):181-186.

Biol L. Hemşirelik süreci hemşirelik bakımında sistematik yaklaşım. 5. Baskı, Etki Matbaacılık: İzmir, 2005, 70-72.

Boucher J. Telephone intervention: hope for cancer patients, Graduate School of the University of Massachusetts, PhD thesis, 2002, Amherst

Bostancı SK. Kanser tedavisinin yan etkilerinin kontrolüne öz bakım modelinin etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2003, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Nuran Akdemir).

Buckwalter KC, Davis LL. Telehealth for elders and their caregivers in rural communities. *Fam Community Health*. 2002; 25(3): 31-40.

Buluş M. Üniversite öğrencilerinde yalnızlık. *Eğitim Fakültesi Dergisi*. 1997;3(3):82-90.

Büker N, Şen F. Onkoloji hastalarında kemoterapi ve bakım. İçinde: Can G, ed. Onkoloji Hemşireliği. 1. baskı, Nobel Tıp Kitabevleri: İstanbul, 2014, 203-215

Büyükdoğan M. Kolorektal kanserde genetik ve etiyolojik faktörler. Selçuk Tıp Dergisi. 2009; 25(3): 171-80.

Breen S, Ritchie D, Schofield P, Hsueh YS, Gough K, Santamaria N, ... & Aranda S. 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(1): 2-17.

Can G Erol Ö, Aydiner A, Topuz E. Non-pharmacological interventions used by cancer patients during chemotherapy in Turkey. *European Journal of Oncology Nursing*. 2011; 15(2): 178-184.

Can G, Aydiner A. Development and validation of the nightingale symptom assessment scale (N-SAS) and predictors of the quality of life of the cancer patients in Turkey. *European Journal of Oncology Nursing*. 2011; 15(1): 3-11.

Casciato DA, Lowitz BB. Klinik onkoloji el kitabı, Çev. editörü: Osman Manavoğlu. Palme Yayıncılık, Ankara, 2004: 3-6, 182-192, 218-237.

Changir N. Astımlı adölesanlarda uyum ve öz-bakım modellerine göre geliştirilen hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2007, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Hicran Çavuşoğlu).

Charnock D. Discern handbook quality criteria for consumer health information on treatment choices. Radcliffe Medical Press: Oxon, 1998, 1-55

Coleman EA, Tulman L, Samarel N, Wilmoth MC, Rickel L, Rickel M et al. The effect of telephone social support and education on adaptation to breast cancer during the year following diagnosis. *Oncology Nursing Forum*. 2005; 32(4): 822-829.

Coolbrandt A, Heede KV, Clemens K, Millisen K. et. al. The leuven questionnaire for patient self-care during chemotherapy (L-Pasc): Instrument development and psychometric evaluation. *European Journal of Oncology Nursing*. 2013; 17(3): 275-283.

Craddock RB, Adams PF, Usui WM, Mitchell L. An intervention to increase use and effectiveness of self-care measures for breast cancer chemotherapy patients. *Cancer Nursing*. 1999; 22(4): 312-319.

Cunningham D, Starling N. Adjuvant chemotherapy of colorectal cancer. *Lancet*. 2007; 370 (9604): 1980–81.

Çavdar, İ. Kolon, Rektum ve Anal Kanserler. İçinde: Can G, ed. *Onkoloji Hemşireliği*. 1. baskı, Nobel Tıp Kitabevleri: İstanbul, 2014, 707-717.

Dodd MJ. Self-care: Ready or not!. *Oncology Nursing Forum*. 1997; 24(6): 983–990.

Dodd MJ, Miaskowski C, Paul SM. Symptom clusters and their effect on the functional status of patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2001; 28(3): 465–470.

Doğan S. Gevşeme egzersizinin adjuvan kemoterapi alan meme ve kolorektal kanser tanımlı hastaların yorgunluk, depresyon ve yaşam kalitesi düzeyine etkisi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, 2012, Kayseri (Danışman: Doç. Dr. Havva Tel, Prof. Dr. Metin Özkan).

Durak M, Durak EŞ. Psychometric qualities of the UCLA loneliness scale version 3 as applied in a Turkish culture. *Educational Gerontology*. 2010; 36(10): 988-1007.

Elise D, Karen C, Norma R, Margaret F. An intervention to increase quality of life and self-care self-efficacy and decrease symptoms in breast cancer patients. *Research and Theory for Nursing Practice*. 2001; 15(3): 277-294.

Ertürk S. Kolorektal kanserler: Epidemiyoloji, etiyolojide rol oynayan etkenler, tarama ve kemoprevensiyon. Baykan, A., Zorluoğlu, A., Geçim, E. ve Terzi, C. ed. *Kolon ve Rektum Kanserleri*. Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği Seçli Ofset Matbaacılık ve Ambalaj Sanayi Ltd. Şti: İstanbul, 2010, 15-30.

Ersoy S, Yıldırım Y, Şenuzun Aykar F, Fadiloğlu Ç. Hemşirelikte inovatif alan: Evde bakımda telehemşirelik ve telesağlık. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015; 6(4): 194-201.

Fawcett J. *Contemporary nursing knowledge analysis and evolution of nursing models and theories*. 2th ed. Philadelphia: Fa Davis Company, 2005, 364-437.

Foltz AT, Gaines G, Gullatte M. Recalled side effects and self-care actions of patients receiving inpatient chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*. 1996; 23(4): 679–683.

Fukui S, Koike M, Ooba A, Uchitomi Y. The effect of a psychosocial group intervention on loneliness and social support for Japanese women with primary breast cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2003; 30(5): 823-830.

George JB. *Nursing theories, the base for professional nursing practise*. 6th ed. Appleton&Lange: California, 2011, 113-145.

Giesen P, Moll van Charante E, Mokkink H, Bindels P, van den Bosch W, Grol R. Patients evaluate accessibility and nurse telephone consultations in out-of-hours GP care: Determinants of a negative evaluation. *Patient Educ Couns*. 2007; 65(1): 131-136.

Given CW, Given B, Kozachik S. eds. *Evidence-based cancer care and prevention: Behavioral interventions*. Springer Publishing Company: New York, 2003, 223-224.

Godino C, Jodar L, Duran A, Martinez I, Schiaffino A. Nursing education as an intervention to decrease fatigue perception in oncology patients. *European Journal of Oncology Nursing*. 2006; 10(2): 150–155

Gültekin Z, Pınar G, Pınar T, Kızıltan G. ve ark. Akciğer kanserli hastaların yaşam kaliteleri ve sağlık bakım hizmet beklentileri. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*. 2008; 2(18): 99- 106.

Gündoğdu F. Etkin Kemoterapi Uygulamaları, Hasta ve Ailesinin Eğitimi. XIII. TPOG Ulusal Pediatrik Kanser Kongresi Hemşire Programı. 2004, 164-165.

Gürel DK. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi erişkin onkoloji, hematoloji kliniklerinde kemoterapi uygulanan hastaların yaşam kalitesi ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2007, Adana (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Gürsel Öztunç).

Hintistan S, Çilingir D. Hemşirelik Uygulamalarında Güncel Bir Yaklaşım: Telefon Kullanımı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2012; 9: 30-35.

İnan FŞ, Üstün B, Bademli K. Türkiye’de kuram/modele dayalı hemşirelik araştırmalarının incelemesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013; 16(2): 132-139.

Johnson CM, Wei C, Ensor JE, Smolenski DJ, Amos CI, Levin B. ve ark. Meta-analyses of colorectal cancer risk factors. Cancer Causes Control. 2013; 24(6): 1207-1222.

Kara M, Mirici A. Loneliness, depression and social support of Turkish patient with chronic obstructive pulmonary disease and their spouses. Journal of Nursing Scholarship. 2004; 36(4): 331-336.

Kapucu S. Kanserli hastada yaşam kalitesi ve hemşirenin rolü. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2004; 11(2): 74-80.

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

Kılıç A. Dorothy Orem’in öz bakım modelini sezaryen ile doğum yapan kadınların hemşirelik bakımına uygulanması. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2005, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Nur Şenel).

Killen C. Loneliness: An epidemic in modern society. Journal of Advanced Nursing. 1998; 28(4): 762-770.

Koç S. ve Esin MN. Screening behaviors, health beliefs, and related factors of first-degree relatives of colorectal cancer patients with ongoing treatment in Turkey. *Cancer Nursing*. 2014; 37(6): 51-60.

Koç Ş. Kolorektal Kanseri Önleme: Kolorektal Kanser Risk Danışmanlığı. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2017; 25(1): 69-77.

Kuzu I, Kuzu MA. Kolorektal Kanser Patolojisi Histopatolojik Rapor, Evreleme ve Prognostik Faktörler. İçinde: Baykan A, Zorluoğlu A, Geçim E, Terzi C (editörler). *Kolon ve Rektum Kanseri*. Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği, İstanbul, 2010, 117-144.

Küpeliöglü AA. Kolorektal Kanserde Histopatoloji. *Türkiye Klinikleri Journal of Surgery*. 2004; 9(1): 25-27.

Kütük B. Kemoterapi uygulanan kanserli hastalarda öz bakımın değerlendirilmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 2016, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Zehra Durna).

Libutti SK, Saltz LB, Tepper JE. Section 12: Colon cancer (8th ed.). In: DeVita VT, Lawrence TS, Rosenberg SA. *Devita, Hellman & Rosenberg's Cancer: Principles & Practice of Oncology*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2008: 1232-85.

Lorentz M. Telenursing and Home Healthcare the Many Facet of Technology. *Home Healthcare Nurse*: 2008; 26(4): 237-243.

Lyndon H, Tyas D. Telehealth enhances self care and independence in people with long term conditions. *Nursing times*. 2010; 106(26):12.

Maguire R, McCann L, Miller M, Kearney N. Nurse's perceptions and experiences of using of a mobile-phone-based Advanced Symptom Management System (ASyMS©) to monitor and manage chemotherapyrelated toxicity. *Eur J Oncol Nurs*. 2008;12:380-386.

Manav F. Kaygı kavramı. *Toplum Bilimleri Dergisi*. 2011; 5(9): 201-211.

Martin CD, Thompson DR. Study sample size calculation, design and analysis of clinical nursing research studies. Routledge: London, 2000, 27-30.

McBride SH. Validation of an instrument to measure exercise of self-care agency. *Research in Nursing & Health*. 1987; 10(5): 311-316.

McDaniel RW, Rhodes VA. Development of a preparatory sensory information videotape for women receiving chemotherapy for breast cancer. *Cancer Nursing*. 1998; 21(2): 143–148.

McEven M, Wills EM. Theoretical basis for nursing application of theory in nursing practice. 2th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002, 24-49.

McGinley A, Lucas B. Telenursing: A pilot of telephone review after intra-articular knee injection. *Journal of Orthopaedic Nursing*. 2006; 10(3): 144- 150.

Midtgaard J, Baadsgaard MT, Moller T, Rasmussen B, Quist M, Andersen C et al. Self-reported physical activity behaviour; exercise motivation and information among Danish adult cancer patients undergoing chemotherapy. *European Journal of Oncology Nursing*. 2009; 13(2): 116-121.

Miller M, Kearney N. Oral care for patients with cancer: A review of the literature. *Cancer Nursing*. 2001; 24(4): 241-254.

Mollaoğlu M, Erdoğan G. Effect on symptom control of structured information given to patients receiving chemotherapy. *European Journal of Oncology Nursing*. 2014; 18(1): 78-84.

Mosher CE, Lepore SJ, Wu L, Austin J, Valdimarsdottir H, Rowley S et al. Social correlates of distress following hematopoietic stem cell transplantation: exploring the role of loneliness and cognitive processing. *Journal of Health Psychology*. 2012; 17(7): 1022-1032.

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

Nazik E. Öz bakım modeli kullanılarak verilen bakımın postpartum komplikasyonların önlenmesi ve giderilmesine etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2009, Erzurum (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Gülşen Eryılmaz).

Nelson EL, Wenzel LB, Osann K, et al. Stress, immunity, and cervical cancer: biobehavioral outcomes of a randomized clinical trial. Clin Cancer Res. 2008;14(7): 2111–2118.

Orem DE. Self-care deficit theory of nursing: Concepts and applications. 7 ed. Dennis CM ed. Mosby-Year Book: USA, 2001, 99-135.

Orringer JS, Fendrick AM, Trask PC. et al. The effects of a professionally produced videotape on education and anxiety/distress levels for patients with newly diagnosed melanoma: A randomized, prospective clinical trial. Journal of the American Academy of Dermatology. 2005; 53(2): 224-229.

Öncü HK. Mastektomi ameliyatı olmuş meme kanserli kadınların, mastektomi sonrası eş uyumu ile yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 2008, Samsun (Danışman: Yrd. Doç. Dr. İlknur Aydın Avcı).

Öner N, LeCompte A. Durumluk-sürekli kaygı envanteri el kitabı. Birinci Baskı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları No:333, İstanbul, 1983, 1-26.

Öz F. Sağlık alanında temel kavramlar. Yenilenmiş İkinci Baskı, Mattek Matbaacılık Bas.Yay.Tic.Ltd.Şti, Ankara, 2010, 130-170.

Özkaptan BB. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) olan bireylere öz bakım modeline göre evde verilen hemşirelik bakımının öz-etkililik üzerine etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2013, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Sevgisun Kapucu).

Özkürkçügil AÇ. Cezaevinde yalnızlık ve yalnızlığın depresyonla ilişkisi. Kriz Dergisi. 1998; 6(1): 21-31.

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

Pereira MG, Figueiredo AP, Fincham FD. Anxiety, depression, traumatic stress and quality of life in colorectal cancer after different treatments: A study with Portuguese patients and their partners. European Journal of Oncology Nursing. 2012; 16(3): 227-232.

Piamjariyakul U, Williams PD, Prapakom 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.

Rawlins P. Clinical Manual of Psychiatric Nursing, Mosby Company. Toronto, 1998, 238-253.

Rehvaldt M, Wickham R, Purl S, Tariman J et al. Self-care strategies to cope with taste changes after chemotherapy. Oncol Nurs Forum. 2009; 36(2): 47-56.

Riegel B, Carlson B, Kopp Z et al. Effect of standardized nurse case management approach on resource use in patients with chronic heart failure. Arch Intern Med. 2002; 162: 705-712.

Rokach A. Terminal illness and coping with loneliness. The Journal of Psychology. 2000; 134(3): 283-296.

Russell D, Peplau LA, Cutrona CE. The revised UCLA loneliness scale: Concurrent and discriminant validity evidence. Journal of Personality and Social Psychology. 1980; 39(3): 472-480.

Sağıt B. Kronik kalp yetersizliği olan hastalarda tele izlem yönteminin etkinliğinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2010, İzmir (Danışman: Doç. Dr. Asiye Durmaz Akyol).

Samarel N, Tulman L, Fawcett J. Effects of two types of social support and education on adaptation to early-stage breast cancer. *Research in Nursing & Health*. 2002; 25(6): 459–470.

Sampaio FAA, Aquino PDS, Araújo TLD, Galvão MTG. Nursing care to an ostomy patient: application of the Orem' s theory. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2008; 21(1): 94-100.

Sevil Ü, Ertem G, Kavlak O, Çoban A. The loneliness level of patient with gynecological cancer. *Int. J. Gynecol Cancer*. 2006; 16(1): 472-477.

Sivesind D, Baile WF. The psychologic distress in patients with cancer. *Nursing Clinic North America*. 2001; 36(4): 809-825.

Shearer M, Evans CC, Leverenz J, Stouter J, Irby JW, Lee JE, Yablon SA. Therapeutic alliance in post-acute brain injury rehabilitation: Predictors of strength of Alliance and impact of alliance on outcome. *Brain Injury*. 2007; 21:663–672.

Speck RM, Demichele A, Farrar JT, Hennessy S, Mao JJ, Stineman MG, Barg FK. Taste alteration in breast cancer patients treated with taxane chemotherapy: experience, effect, and coping strategies. *Supportive Care in Cancer*. 2013; 21(2): 549-555.

Spichiger E, Rieder E, Frohlich CM, Kesselring A. Fatigue in patients undergoing chemotherapy, their self-care and the role of health professionals: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*. 2012; 16(2): 165-171.

Sun V, Borneman T, Koczywas M. et al. Quality of life and barriers to symptom management in colon cancer. *European Journal of Oncology Nursing*. 2012; 16(3): 1-5.

Şahin ZA, Tan M. Loneliness, depression, and social support of patients with cancer and their caregivers. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2012; 16(2):145-149.

Tabrizi FM, Radfar M, Taei Z. Effects of supportive-expressive discussion groups on loneliness, hope and quality of life in breast cancer survivors: a randomized control trial. *Psycho-Oncology*. 2016; 25(9): 1057-1063.

Tishelman C, Degner L, Mueller B. Measuring symptom distress in patients with lung cancer: A pilot study of experienced intensity and importance of symptoms. *Cancer Nursing*. 2000; 23(2): 82-90.

Ünal G, Bilge A. The evaluation of the loneliness, depression and cognitive function in older age group. *Türk Geriatri Dergisi*. 2005; 8(2): 89-93.

Ülger E, Alacacıoğlu A, Gülseren AŞ, Zencir G, Demir L, Tarhan MO. Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2014; 28(2): 85-92.

Velioğlu P. Hemşirelikte kavram ve kuramlar. Alaş Ofset Matbaa: İstanbul, 1999, 323-343.

Wakefielda BJ, Bylundc CL, Holmand JE, Rayd A, Scherubeld M, Kienzlee GM, Rosenthald GE. Nurse and patient communication profiles in home-based telehealth intervention for heart failure management. *Patient Education and Counseling*. 2008; 71(2): 258-292.

World Health Organization (WHO) Telemedicine: Opportunities and Developments in Member States: Global Observatory for eHealth Series-Volume 2. Switzerland: WHO Press, 2010, 1-93.

Wilkes G, Hartshorn K. Clinical update: colon, rectal, and anal cancers. *Seminars in oncology nursing*. 2012; 28(4): 1-22.

Williams SA, Schreier AM. The role of education in managing fatigue, anxiety, and sleep disorders in women undergoing chemotherapy for breast cancer. *Applied Nursing Research*. 2005; 18(3): 138–147.

Wu SFV, Huang YC, Lee MC, Wang TJ, Tung HH, Wu MP. Self-efficacy, self-care behavior, anxiety, and depression in Taiwanese with type 2 diabetes: A cross-sectional survey. *Nursing & health sciences*. 2013; 15(2): 213-219.

Yates P, Aranda S, Hargraves M, Mirolo B, Clavarino A, McLachlan S et al. Randomized controlled trial of an educational intervention for managing fatigue in women receiving adjuvant chemotherapy for early-stage breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2005; 23(25): 6027-6036.

Yıldırım SÇ. Kanser hastalarına dinletilen müziğin kemoterapi yan etkilerine ve durumluk-sürekli kaygı düzeylerine etkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 2003, İzmir (Danışman: Yrd. Doç. Drç Ayça Gürkan).

Yıldız MK. Evre I-III kolon kanserinde prognostik faktörlerin araştırılması. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2008, Edirne (Danışman: Doç. Dr. Hakan Karagöl).

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

ZAMAN TABLOSU

Yapılan Çalışmalar	TARİH									
	Ekim-Aralık 2014	Ocak 2015	Şubat- Mart 2015	Nisan 2015	Mayıs 2015 Ocak 2016	Şubat- Mart 2016	Nisan 2016 Mart 2017	Nisan 2017	Nisan-Mayıs 2017	Haziran 2017
Literatür inceleme										
Konu seçimi										
Tez önerisi hazırlama										
Tez önerisi sunumu										
Etik kurul ve kurum izinleri										
Eğitim kitapçığı ve Eğitim planının hazırlanması										
Ön uygulama										
Örnekleme seçimi										
Veri toplama										
Verilerin analizi										
Tez Yazımı										
Tez Savunması										

**AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU
(KONTROL GRUBU)**

Sayın Katılımcı,

Bu araştırmanın amacı; kemoterapi alan kolorektal kanseri hastalarında kemoterapinin yol açacağı yan etkilerden korunabilmek için verilen eğitim ve telefonla izlemin öz bakım gücü, kaygı, yalnızlık ve iyilik haline etkisini incelemektir. Bu nedenle yaş, cinsiyet, eğitim durumu, destek durumu gibi soruları ve araştırma sırasında tedavi nedeniyle karşılaştığınız yan etkileri ve bu yan etkilerin çözümlüne yönelik olarak uyguladığınız yöntemleri içeren bir form ve ölçekler uygulanacaktır. Bu soruları içeren ölçeklerin uygulanması yaklaşık 30 dakika sürecektir. Bu araştırmaya katılım, sizin için herhangi bir risk oluşturmamaktadır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz ve çalışmaya katılmazsanız tedavinizde herhangi bir aksama olmayacaktır.

Arş. Gör. Çiğdem ÖKTEN

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

Hasta Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

**AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU
(GİRİŞİM GRUBU)**

Sayın Katılımcı,

Bu araştırmanın amacı; kemoterapi alan kolorektal kanseri hastalarında kemoterapinin yol açacağı yan etkilerden korunabilmek için verilen eğitim ve telefonla izlemin öz bakım gücü, kaygı, yalnızlık ve iyilik haline etkisini incelemektir. Bu nedenle birinci adımda size araştırmacı tarafından eğitim verilecek ve bir eğitim kitapçığı sunulacaktır. Ardından yaş, cinsiyet, eğitim durumu, destek durumu gibi soruları içeren bir form uygulanacaktır. Aldığınız tedaviden sonra belli aralıklarla telefonla izlem yapılacaktır. İkinci adımda ise araştırma sırasında tedavi nedeniyle karşılaştığınız yan etkileri ve bu yan etkilerin çözümüne yönelik olarak uyguladığınız yöntemleri içeren form ve ölçekler uygulanacaktır. Bu soruları içeren ölçeklerin uygulanması yaklaşık 30 dakika sürecektir. Bu araştırmaya katılım, sizin için herhangi bir risk oluşturmamaktadır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz ve çalışmaya katılmazsanız tedavinizde herhangi bir aksama olmayacaktır.

Arş. Gör. Çiğdem ÖKTEN

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunu okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Hasta Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

**OREM ÖZ BAKIM EKSİKLİĞİ KURAMINA TEMELLENDİRİLMİŞ
VERİ TOPLAMA FORMU**

1. Temel Durumsal Faktörler

Hasta Bilgi Formu (Form I)

Yaşınız:		
Cinsiyetiniz:	a) Kadın	b) Erkek
Eğitim Durumunuz:	a) İlkokul b) Ortaokul c) Lise d) Lisans ve üstü	
Medeni Durumunuz:	a) Bekar b) Evli	
Çalışma Statünüz (mesleğiniz):		
Sürekli olarak yaşadığınız yer:	a) İl b) İlçe c) Köy	
Destek Durumu:	a) Yalnız b) Ailesi c) Diğer	
Sosyal güvenceniz:	a) Genel sağlık sigortası b) Özel sağlık sigortası c) Yok	
Ekonomik Durumu:	a) Gelir giderden az b) Gelir giderle denk c) Gelir giderden fazla	
Tanısı:		
Kaçıncı evre:		
Kaçıncı kür:		
Uygulanan tedavi protokolü:		

Dosya no:

Görüşme tarihi:

Tel 1:

Tel 2:

Sonraki tedaviye geleceği tarih:

2. Semptomlara Yönelik Öz Bakım Davranışları

Öz Bakım Davranışları Formu (Form II)

Aşağıdaki öz bakım davranışlarından hangilerini yapmaktasınız? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

Bulantı-kusmaya yönelik;

- a) Bulantı giderici ilaç aldım.
- b) Tuzlu kraker yedim.
- c) Soğuk yiyecekler yedim.
- d) Evde yiyecek kokusu olmamasına dikkat ettim.
- e) Müzik dinleme, tv izleme, kitap okuma gibi aktivitelerle dikkatimi başka yöne çekmeye çalıştım.
- f) Gıdaları iyi çiğnedim
- g) Hiçbir şey yapmadım.
- h) Diğer(açıklayınız.....)

Yorgunluğa yönelik;

- a) Gün içinde dinlenme periyotları planladım.
- b) Kendimi iyi hissettiğimde kısa yürüyüş ve/veya hafif egzersizler yaptım.
- c) Günde 8-10 bardak sıvı aldım.
- d) Yeterli uyku (günde 7-8 saat) uyudum.
- e) Kalorili ve proteinden zengin gıdalar yedim.
- f) Hafta boyunca yapacağım ev işlerini planladım.
- g) Hiçbir şey yapmadım.
- h) Diğer(açıklayınız.....)

Diyareye yönelik;

- a) Pişmiş ve az lifli gıdalar yedim (pirinç, tavuk, haşlanmış patates, muz).
- b) Günde 8-10 bardak sıvı aldım
- c) Gaz yapıcı gıdaları yemedim.
- d) Acı, baharatlı,yağlı yiyeceklerden kaçındım.
- e) Hiçbir şey yapmadım.
- f) Diğer(açıklayınız.....)

Kabızlığa yönelik;

- a) Yeterli sıvı(günde 8-10 bardak) ve yiyecek almaya çalıştım.
- b) Liftten zengin sebze, meyve, tahıl gibi yiyecekler yedim.
- c) Öğünleri aynı saatte yemeğe çalıştım.
- d) Yürüyüş /egzersiz yaptım.

- e) Kabızlık giderici ilaç kullandım.
- f) Hiçbir şey yapmadım.
- g) Diğer(açıklayınız.....)

İştahsızlığa yönelik;

- a) Az ve sık yemek yedim.
- b) Rahatlatıcı, yiyecek kokusu olmayan, serin ortamda yemeklerimi yedim.
- c) Açlık hisseder hissetmez yedim.
- d) Yemek aralarında yürüyüş/egzersiz yaptım.
- e) Yeterli sıvı (günde 8-10 bardak) aldım.
- f) Şişkinliği önlemek amacıyla içecekleri öğünlerden sonra içtim.
- g) Mideyi fazla doldurmayan fakat enerji ve protein açısından zengin besinler yedim.
- h) Hiçbir şey yapmadım.
- i) Diğer(açıklayınız.....)

Tat Değişikliğine yönelik;

- a) Ağız hijyenini sağladım.
- b) Metalik veya acı tadı gidermek için gıdalarımın bitki ve aromalar ekledim (nane, limon gibi)
- c) Yeterli sıvı aldım(günde 8-10 bardak)
- d) Hiçbir şey yapmadım.
- e) Diğer(açıklayınız.....)

Saç Dökülmesine yönelik;

- a) Şapka ve benzeri materyaller kullandım.
- b) Saçımı kemoterapiden önce kısa kestirdim.
- c) Bitkisel şampuan ya da ürünler kullandım.
- d) Bebek şampuanı kullandım.
- e) Peruk kullandım.
- f) Hiçbir şey yapmadım.
- g) Diğer(açıklayınız.....)

Ağız Yaralarına yönelik;

- a) Ağız hijyenime dikkat ettim.
- b) Yumuşak diş fırçası kullandım.
- c) Diş etlerime masaj yaptım.
- d) Sıcak, baharatlı, asitli yiyecek ve içeceklerden kaçındım.
- e) Karbonatlı su ile gargara yaptım.
- f) Dudaklarıma nemlendirici krem sürdüm.

- g) Soğuk içecekler içtim.
- h) Yemekle beraber su içtim.
- i) Yumuşak yiyecekler yedim
- j) Hiçbir şey yapmadım.
- k) Diğer(açıklayınız.....)

Ateşe yönelik;

- a) Ateşimi ölçerek takip ettim.
- b) Ilık duş aldım.
- c) Ateş düşürücü aldım.
- d) Sağlık kuruluşuna başvurdum.
- e) Hiçbir şey yapmadım.
- f) Diğer(açıklayınız.....)

El-Ayak Sendromuna yönelik;

- a) Basınca duyarlı alanları günlük olarak değerlendirdim (özellikle kilolu hastaların kasık meme altı gibi)
- b) Güneşe çıkmadım ya da güneş koruyucu losyon kullandım
- c) Sıcak duştan kaçındım.
- d) El ve ayaklarımı tahriş edici maddelerden korudum (deterjan gibi)
- e) Sıkan giysileri kullanmadım.
- f) Sandalyeye otururken ya da yatarken bacağımı yastıkla destekledim.
- g) Zorlayıcı egzersiz ya da yürüyüşten kaçındım.
- h) Hava alan çorap ve giysiler kullandım.
- i) Sıcak maddelere dokunmadan lastik eldiven giydim
- j) Hiçbir şey yapmadım.
- k) Diğer(açıklayınız.....)

Ağrıya yönelik;

- a) İlaç uygulanan kolu yükselttim ve hareket ettirmedim.
- b) Vücudumda ağrıyan bölgelere masaj yaptım.
- c) Ağrı olduğunda derin solunum egzersizleri yaptım.
- d) Dikkatimi başka yöne çekmeye çalıştım (müzik dinleme gibi)
- e) Doktorun verdiği ağrı kesicileri belirttiği şekilde kullandım.
- f) Hiçbir şey yapmadım.
- g) Diğer(açıklayınız.....)

3. Öz Bakım Gücü

Bu bölüm öz bakım gücü ölçeği ile değerlendirilecektir (Ek-5).

4. Terapötik Öz Bakım Gereksinimleri

a. Evrensel Öz Bakım Gereksinimleri

-

b. Gelişimsel Öz Bakım Gereksinimleri

-

c. Sağlıktan Sapma Öz Bakım Gereksinimleri

Bu bölüm Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği (N-SDÖ), Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, UCLA Yalnızlık Ölçeği-III ile değerlendirilecektir (Ek-6,7,8).

5. Öz Bakım Eksikliği

Bu bölüm Öz Bakım Davranışları Formu (Form II) ile değerlendirilecektir.

EK-5**ÖZ BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ (ESCA)**

AÇIKLAMA: Aşağıda kişilerin kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 ifade bulunmaktadır. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. Duygularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısına (x) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

		Beni çok tanımlıyor	Beni tanımlıyor	Fikrim yok	Beni tanımlamıyor	Beni hiç
1.	Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim.					
2.	Kendimi beğeniyorum					
3.	Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim					
4.	Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman, ne yapmam gerektiğini biliyorum.					
5.	Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyarım					
6.	Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.					
7.	Kendime bakmadığım zaman yardım ararım.					
8.	Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.					
9.	Benim için yararlı olduğunu 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 yakınırım.					
14.	Sağlığıma 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 uygularım.					

18.	Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.						
19.	Sağlığım ile ilgili kişisel kararları nadiren uygularım.						
20.	Kendimle dostum.						
21.	Kendime iyi bakarım.						
22.	Sağlığımın iyi olması benim için tesadüf bir durumdur.						
23.	Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım.						
24.	Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.						
25.	Yaşam bir zevktir.						
26.	Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum.						
27.	Kendi davranışımın sorumluluğu 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 türlü şeye ilgi duyuyorum.						
31.	Bazen hastalandığımda, hastalıklarımı 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 de tarihini biliyorum.						
35.	Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.						

EK-6**NIGHTINGALE SEMPTOM DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (N-SDÖ)**

	Hayır	Çok Az	Biraz	Oldukça	Çok Fazla
1. Kendimi yorgun hissettim	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Dışarıya çıkmak istemedim	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Uyku düzenim bozuldu	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Dikkatimi yoğunlaştırmada zorlandım	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Unutkanlığım arttı	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Ağızımda/diş etlerimde hassasiyet oldu	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Ağızımda yara oldu	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Boğazımda ağrı oldu	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Lokmaları yutmada zorlandım	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Yediklerimin tadını farklı algıladım	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
11. İştahım azaldı	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Bulantım oldu	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Kusmam oldu	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Kabız oldum	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
15. İshal oldum	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Saçlarım döküldü	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Kirpiklerim ve kaşlarım döküldü	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Cildimde kuruluk ve pul pul döküntüler oldu	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Avuçlarımda ve ayak tabanlarımda kızarıklık oldu	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Tırnaklarımda görünümü/ yapısı değişti	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
21. Cilt rengim koyulaştı	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Kaşıntım oldu	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Ateşim 38°C üstüne çıktı	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Titremem oldu	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Hıçkırığım oldu	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
26. El ve ayaklarımda uyuşma/karıncalanma oldu	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Eklem /kaslarımda ağrı oldu	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
28. Günlük ihtiyaçlarımı karşılamada zorlandım	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Günlük işlerimi sürdürmede zorlandım	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Aile /arkadaş ilişkilerim bozuldu	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
31. Sosyal yaşamdan uzaklaştım	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
32. Daha çabuk sinirlenir oldum	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
33. Daha duyarlı /hassas oldum	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
34. Kendimi içime kapanmış hissettim	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
35. Geleceğe yönelik endişelerim oldu	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
36. Dışarıda yürüyüş yapmada zorlandım	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
37. Grip benzeri şikayetlerim oldu	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
38. Cinselliğe ilgim azaldı	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-7**UCLA YALNIZLIK ÖLÇEĞİ-III**

		Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
1.	Ne sıklıkta kendinizi çevrenizdeki insanlarla uyum içinde hissedersiniz ?	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Ne sıklıkta bir arkadaşın eksikliğini hissedersiniz?	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Ne sıklıkta başvurabileceğiniz bir kişinin olmadığını hissedersiniz?	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Ne sıklıkta kendinizi yalnız hissedersiniz?	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Ne sıklıkta kendinizi bir arkadaş grubunun parçası olarak hissedersiniz?	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Ne sıklıkta çevrenizdeki insanlarla ortak yönünüzün olduğunu hissedersiniz?	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Ne sıklıkta artık hiç kimseye yakın olmadığını hissedersiniz?	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Ne sıklıkta ilgilerinizin ve düşüncelerinizin çevrenizdekilerce paylaşılmadığını hissedersiniz?	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Ne sıklıkta kendinizi sempatik ve arkadaş canlısı hissedersiniz?	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Ne sıklıkta kendinizi insanlara yakın hissedersiniz?	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Ne sıklıkta kendinizi dışlanmış hissedersiniz?	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Ne sıklıkta diğerleri ile ilişkinizin anlamsızlaştığını hissedersiniz?	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Ne sıklıkta hiç kimsenin sizi gerçekten çok iyi tanımadığını hissedersiniz?	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Ne sıklıkta kendinizi diğer insanlardan soyutlanmış hissedersiniz?	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Ne sıklıkta istediğiniz zaman arkadaş bulabileceğinizi hissedersiniz?	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Ne sıklıkta sizi gerçekten anlayan insanların var olduğunu hissedersiniz?	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Ne sıklıkta kendinizi içine kapanık hissedersiniz?	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Ne sıklıkta çevrenizde insanlar olmasına rağmen onların sizinle iletişim içinde bulunmadıklarını hissedersiniz?	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Ne sıklıkta konuşabileceğiniz birilerinin var olduğunu hissedersiniz?	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Ne sıklıkta başvurabileceğiniz kişilerin olduğunu hissedersiniz?	(1)	(2)	(3)	(4)

Durak M, Durak EŞ. Psychometric qualities of the UCLA loneliness scale version 3 as applied in a Turkish culture. Educational Gerontology. 2010; 36(10): 988-1007.

EK-8**DURUMLUK-SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ-I**

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:..... Tarih:...../...../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

DURUMLUK-SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ-II

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:..... Tarih:...../...../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38	Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

TELEFON GÖRÜŞMESİ FORMU

Hasta Adı Soyadı:**CT protokolü:****Tel:****Görüşme tarihi ve saati:****Kaçıncı görüşme:**

- Merhaba, görüşme yapmak için uygun musunuz?
- Kemoterapi tedavisi sizi nasıl etkiledi? (Tedaviden sonra kendinizi nasıl hissediyorsunuz?)
- Herhangi bir yan etki (semptom) yaşadınız mı?

(Hastanın ifade ettiği semptomlar üzerinden görüşme devam edecektir.)

SEMPTOM	ŞİDDETİ	YAPILANLAR (... yan etkiye karşı neler yaptınız, hangi öz bakım davranışlarını uyguladınız?)	GÜÇLENDİRME (Hastanın yaşadığı semptomları azaltmak için uygulanacak öz bakım davranışları hakkında bilgilendirme güçlendirme)	PLANLAMA
Bulantı-Kusma	a) Hafif b) Orta c) Şiddetli			
Yorgunluk-Halsizlik	a) Hafif b) Orta c) Şiddetli			
Diyare	a) Hafif b) Orta c) Şiddetli			
Kabızlık	a) Hafif b) Orta c) Şiddetli			
İştahsızlık	a) Hafif b) Orta c) Şiddetli			

Saç Dökülmesi	a) Hafif b) Orta c) Şiddetli			
Ağız Yaraları	a) Hafif b) Orta c) Şiddetli			
Tat Değişikliği	a) Hafif b) Orta c) Şiddetli			
Ateş	a) Hafif b) Orta c) Şiddetli			
El-ayak Sendromu	a) Hafif b) Orta c) Şiddetli			
Ağrı	a) Hafif b) Orta c) Şiddetli			
<ul style="list-style-type: none"> • Başka sormak istediğiniz bir konu var mı? 				
Öz Bakım Davranışları <ul style="list-style-type: none"> ➤ Doktorun bulantıyı önlemek için verdiği ilaçları düzenli alınız. ➤ Tedavi öncesi ve sonrasında yürüyüş ve hafif egzersiz yapınız. ➤ Öğünleri az az sık sık yiyiniz (6 öğün). ➤ Gıdaları iyi çiğneyiniz. ➤ Tatlı, kızartma, baharatlı, yağlı, keskin kokulu yiyeceklerden kaçınınız. ➤ Kalori ve proteinden zengin gıdalar yiyiniz. ➤ Bulantı olduğunda tuzlu kraker yiyiniz. ➤ Sıvıları öğünlerden 30-60 dakika önce veya öğünlerden 60 dakika sonra alınız. 				

- Soğuk ve yumuşak gıdaları tercih ediniz.
- Ağız bakımını sık yapınız.
- Karbonatlı su ile günde 4 defa ağızınızı çalkalayınız.
- Protein ve kaloriden zengin bir diyet alınız.
- Bol sıvı tüketiniz (8-10 bardak).
- Enerjiyi tüketmemek için banyo yaparken oturunuz.
- Gün içinde dinlenme periyotları planlayınız.
- Rahat kıyafet veya ayakkabılar giyiniz.
- Hafta boyunca yapacağınız ev işlerini planlayınız.
- Ağır işleri diğer aile bireylerine bırakınız.
- Kısa yürüyüş ve hafif egzersizler yapınız.
- Yeterli uykunuzu (6-8 saat) alınız.
- Sigara ve alkollü içeceklerden uzak durunuz.
- Acı, baharatlı, yağlı yiyeceklerden kaçınınız.
- İshal durumunda pişmiş ve az lifli gıdalar yiyiniz. (pirinç, tavuk, haşlanmış patates, muz).
- Kabızlık durumunda liften zengin sebze, meyve, tahıl gibi yiyecekleri daha çok tüketmeye çalışınız.
- Az ve sık besleniniz.
- Rahatlatıcı, yiyecek kokusu olmayan ortamda yemeklerinizi yiyiniz.
- Açlık hisseder hissetmez yiyiniz.
- Yemek aralarında yürüyüş/egzersiz yapınız.
- Saçlarınız için bebe şampuanı kullanınız.

TELEFON GÖRÜŞMESİ DEĞERLENDİRME FORMU

- 1.** Telefon görüşmeleri kemoterapi yan etkileriyle baş etmenize yardımcı oldu mu?
 - a) Oldu
 - b) Kısmen oldu
 - c) Olmadı
- 2.** Telefon görüşmeleri kaygınızın azalmasına yardımcı oldu mu?
 - a) Oldu
 - b) Kısmen oldu
 - c) Olmadı
- 3.** Telefon görüşmeleri yalnızlık hissinizin azalmasına yardımcı oldu mu?
 - a) Oldu
 - b) Kısmen oldu
 - c) Olmadı
- 4.** Telefon görüşmelerinden sizin için destekleyici ve yönlendirici oldu mu?
 - a) Oldu
 - b) Kısmen oldu
 - c) Olmadı
- 5.** Telefon görüşmelerinden memnun oldunuz mu?
 - a) Oldum
 - b) Kısmen oldum
 - c) Olmadım
- 6.** Acile servise başvurduğunuz mu?
 - a) Başvurdum
 - b) Başvurmadım

EK-11

TELEFON GÖRÜŞMESİ PROTOKOLÜ

Telefon görüşmesi sırasında aşağıdaki durumlar geliştiğinde hasta acil servise yada doktoruna yönlendirilecektir.

- 38 derecenin üstünde ateş yükselmesi
- Vücudun herhangi bir yerinde kanama
- Aşırı burun kanaması
- Ciltte oluşan morluklar
- İdrarda kanama
- Diş etlerinde aşırı kanama
- Normal adet dışı kanamalar
- Dışkıda taze kanama veya dışkının katran gibi siyah olması
- Kusarak kahve telvesi gibi veya kırmızı renkte ağızdan kan gelmesi
- Vücutta toplu iğne başı büyüklüğünde döküntüler
- Öksürürken aşırı miktarda kan gelmesi
- Daha önce olmayan nefes darlığı veya var olan nefes darlığında artış
- Kilo kaybına yol açan, halsiz ve yorgun bırakan diyare
- Normal dışkılama alışkanlığının dışında oluşan 3 günden fazla süren gaz ve dışkı çıkaramama
- Yemek yemeyi engelleyen ağız yaraları ve yutma güçlüğü
- Ani olarak gelişen uyuşma, çift görme problemleri ve hareket bozukluğu, bilinç kaybı
- 3-4 saat süreyle, saatte 3'ten fazla kusma
- Günde 4 bardaktan fazla sıvı gıda alamama ve 2 günden fazla gıda alamama
- İlaçları kusma nedeniyle kullanamama
- Kemoterapi alınan damar çevresinde ağrı ve kızarıklık
- Günde 6-8 kereyi aşan ve 2 günden fazla süren diyare
- 2 günden fazla süren kramp tarzı karın ağrısı
- İdrarda yanma veya her iki bel bölgesinde veya kasıkta ağrı
- İdrar bulanık ve pis kokulu olması
- Çok sık idrara çıkma veya idrar yapamama
- Vücutta oluşan yaygın döküntüler

EK-12**DISCERN KILAVUZU'NA GÖRE UZMAN GÖRÜŞLERİ**

Maddeler	Değerlendirme				
	Hayır	Kısmen			Evet
1. Amaçlar açık, belirgin mi?	1	2	3	4	5
2. Kitapçıkta amaçlara ulaşılmış mı?	1	2	3	4	5
3. Kitapçık konuyla ilgili ve yararlı mı?	1	2	3	4	5
4. Bu kitapçığı oluşturmak için hangi bilgi kaynaklarının kullanıldığı açık mı?	1	2	3	4	5
5. Bu kitapçıkta bilginin ne zaman kullanıldığı ya da rapor edildiği net mi?	1	2	3	4	5
6. Kitapçık yansız ve dengeli mi?	1	2	3	4	5
7. Kitapçıkta destek kaynakların ayrıntıları bulunuyor mu?	1	2	3	4	5
8. Kitapçık belirsiz alanlara değiniyor mu?	1	2	3	4	5
9. Kitapçık her bir tedavinin nasıl olduğunu (işlediğini) tanımlıyor mu?	1	2	3	4	5
10. Kitapçık her bir tedavinin faydalarını tanımlıyor mu?	1	2	3	4	5
11. Kitapçık her bir tedavinin risklerini tanımlıyor mu?	1	2	3	4	5
12. Kitapçıkta tedavi kullanılmazsa neler olabileceği tanımlanıyor mu?	1	2	3	4	5
13. Kitapçıkta tedavi seçeneğinin yaşam kalitesini nasıl etkilediği tanımlanıyor mu?	1	2	3	4	5
14. Kitapçıkta olası tek tedaviden daha fazla tedavinin olabileceği açık mı?	1	2	3	4	5
15. Kitapçık ortaklaşa karar almaya ya da bilgileri paylaşmaya destek sağlar mı?	1	2	3	4	5

Kitapçığın Genel Değerlendirmesi

16. Yukarıdaki tüm soruların yanıtlarına dayanarak tedavi seçenekleri konusunda bir kaynak olarak bu kitapçığın kalitesini genel anlamda değerlendiriniz.

Düşük

Aşırı / ciddi
eksiklikler var

Orta

Eksiklikler önemli
ancak ciddi değil

Yüksek

Çok az
eksiklik var

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

EK-13

KEMOTERAPİ UYGULANAN HASTALARA YÖNELİK EĞİTİM KİTAPÇIĞI (KOLOREKTAL KANSER)



Hazırlayan: Arş. Gör. Çiğdem ÖKTEN
Danışman: Prof. Dr. Zeynep ÖZER
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Değerli hasta ve hasta yakınlarımız; kemoterapi tedavisi sırasında karşınıza çıkabilecek sorunların çözümünde yardımcı olabilmek amacıyla hazırlanmıştır. Kitapçıkta kemoterapi tedavisi ve neden yapıldığı, nasıl etki gösterdiği, uygulama şekilleri, yan etkileri, yan etkilerine yönelik öz bakım davranışları, tedavi sırasında dikkat edilecek konular ve acil durumlar hakkında bilgi verilecektir. Bu kitapçık sadece bir rehberdir. Karşılaşacağınız her türlü sorunda mutlaka doktorunuza ve hemşirenize başvurunuz.



Bu kitapçık “Kemoterapi Uygulanan Kolorektal Kanserli Hastalarda Orem Öz Bakım Eksikliği Kuramına Temellendirilmiş Eğitimin ve Telefonla İzlemin Öz Bakım Gücü, Kaygı, Yalnızlık ve İyilik Haline Etkisi” başlıklı tez çalışmasının bir parçası olarak hazırlanmıştır.

Teşekkür

Bu kitapçığın hazırlanmasının her aşamasında yanımda ve bana destek olan çok değerli danışman hocam Prof. Dr. Zeynep ÖZER’e ve Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Onkoloji Bilim Dalı’na değerli katkılarından dolayı teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GENEL BİLGİLER.....	5
Kanser Nedir?.....	5
Kolorektal Kanser (Kalın Bağırsak Kanseri) Nedir?.....	6
Kolorektal Kanser Risk Faktörleri Nedir?.....	8
KEMOTERAPİ VE SEMPTOM YÖNETİMİ.....	10
Kemoterapi Nedir?.....	10
Uygulanacak Kemoterapi İlaçları Nasıl Seçilir?.....	10
Kemoterapi İlaçları Nasıl Etki Gösterir?.....	11
Kemoterapi Uygulama Süresi ve Sıklığı.....	11
Kemoterapi Nasıl Uygulanır?.....	13
Kemoterapinin Yan Etkileri.....	15

GENEL BİLGİLER

KANSER NEDİR?

İnsan vücudu yaşayan milyonlarca hücreden oluşur. Normal vücut hücreleri büyüme, yeni hücrelere bölünüp değişme ve düzenli bir şekilde yok olma üzerine programlanmıştır.



Yaşamın ilk yıllarında hücre bölünmesi daha hızlı olurken, yetişkin bireylerde çoğu hücre sadece yıpranmış veya ölmekte olan hücreleri değiştirmek veya yaralanmaları onarmak için bölünür. Vücudun bir bölümünde hücreler kontrol dışı büyümeye başladığında kanser başlar.

- Birçok kanser türü olmasına rağmen hepsi hücrelerin kontrolsüz ve anormal bir biçimde büyümesiyle ortaya çıkar.
- Kanser oluşum süreci hücre düzeyinde başlayan bir olaydır.
- İnsan organizmasının bütünlüğü hücrelerin düzenli bir görev dağılımı, birbirleri ile iletişim kurmaları ve kontrollü bir biçimde çoğalmaları ve ölmeleri ile sağlanır.
- Kanserleşme sürecinde, organizma bütünlüğü için gerekli olan bu özelliklerin kaybolması söz konusudur.

Kolorektal Kanser (Kalın Bağırsak Kanseri) Nedir?

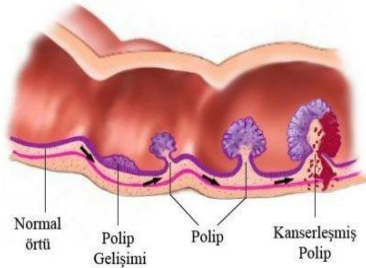
Kolon ve rektum sindirim sisteminin bir parçası olup kalın bağırsak denilen uzun ve kaslı bir tüp oluştururlar. Kolon, kalın bağırsağın ilk 140 – 150 cm'si ve rektum geri kalan 15 cm'sidir.



Besinler mide ve ince bağırsakta sindirildikten sonra kolona geçer. Kolonun temel işlevi suyu emmektir. Kolon yiyecekten suyu ve besinleri aldıktan sonra geri kalanını atık (dışkı) haline getirir. Atık kolon ve rektumdan geçerek anüs yoluyla vücuttan yoluyla atılır.

Kolorektal kanser kolon veya rektumda başlayan kanserler için kullanılan bir terimdir.

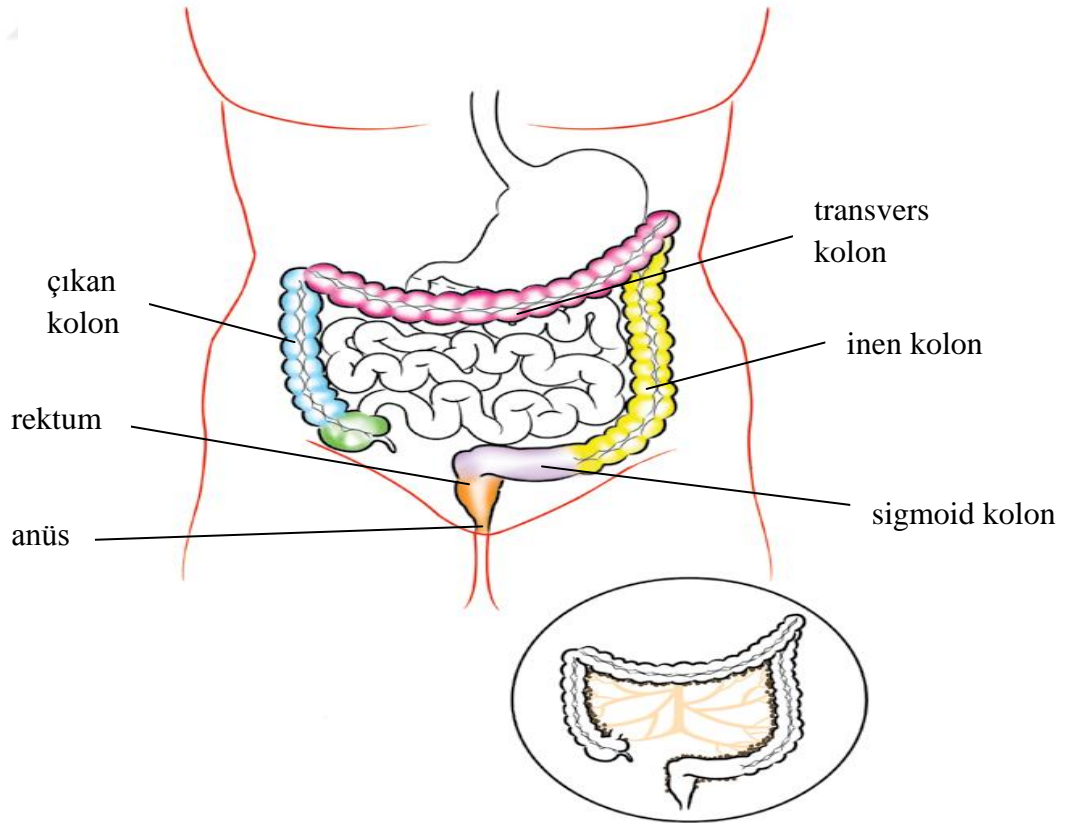
- Bu kanserler kolon kanseri veya başlangıç kolorektal kanser birkaç yıl içinde yavaş yavaş gelişir.
- Bir kanser gelişmeden önce, doku ya da tümörün büyümesi genellikle kolon veya rektumun iç duvarı üzerinde kanser olmayan polip olarak başlar.



Kolorektal kanserlerin % 95'i poliplerden oluşur. Polipler bağırsak iç yüzeyini kaplayan mukoza olarak adlandırılan yapıdan çıkan tomurcuklardır.

Polipler genelde iyi huyludur ancak kolonoskopi ile çıkartılmaları, kolorektal kanser gelişimini belirgin olarak azaltmaktadır.

Bu nedenle kolon kanseri önlenebilir bir hastalıktır.



Kolon ve rektum

- Kolon kanserinin cerrahi tedavisinde kolon ve rektumunuzun bir parçası alınır ve genelde sağlıklı bölümler tekrar birbirine bağlanır.
- Yine de bazen birbirine bağlamak mümkün olmaz. Böyle durumlarda cerrah karın duvarında bir açıklık (stoma) yapar.
- ***Stoma oluşturmak için yapılan operasyona kolostomi denir. Böylelikle bağırsak içerikleri karın cildine yapıştırılan bir torbaya boşalır.***

*Kemoterapi alan hastalarda ilaç atıkları kolostomi torbasına boşalacağından kolostomi bakımı sırasında **ilacı solumamak ve teması önlemek için maske ve eldiven takılması önemlidir.***

Kolorektal Kanser Risk Faktörleri Nedir?

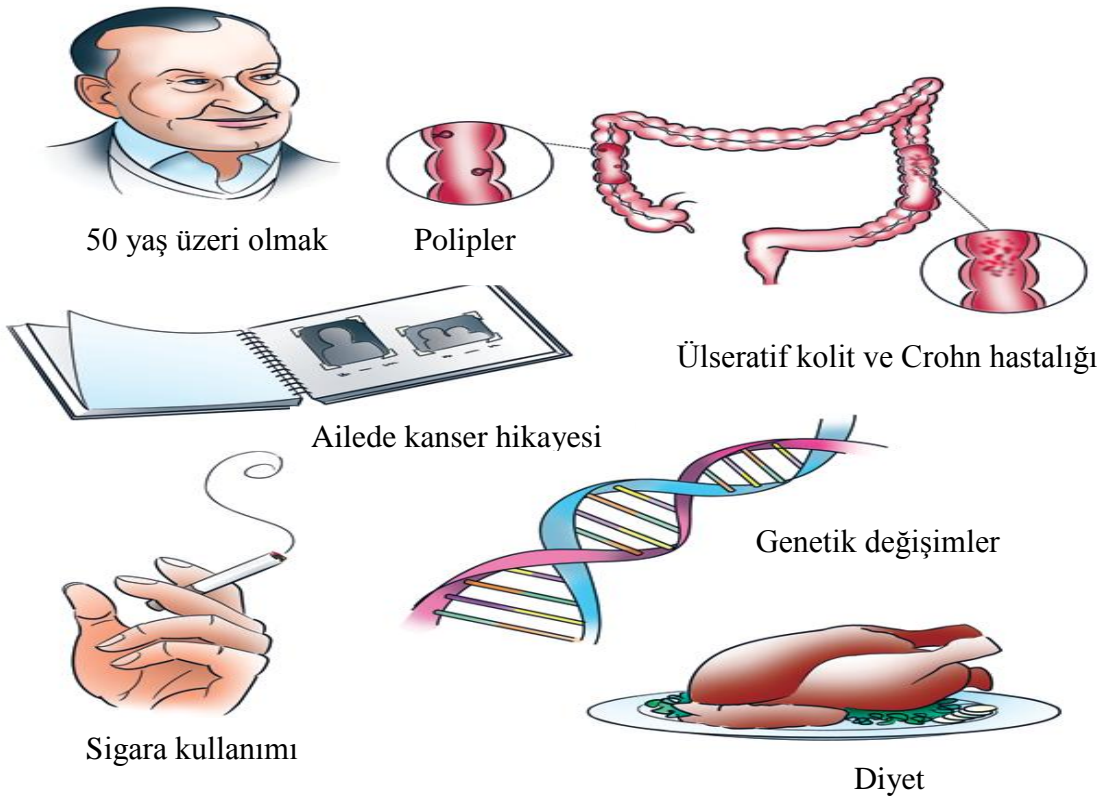
Kolorektal kanserin nedenleri tam olarak bilinmemekle birlikte araştırmalar, belli risk faktörlerinin kolorektal kansere yakalanma olasılığını arttırdığını göstermiştir. Bu risk faktörleri şunlardır;

Yaş: Kolorektal kanser gelişme riski yaşla birlikte artmaktadır. 50 yaşından sonra belirgin artış göstermektedir.

Kolorektal polipler: Polip öyküsü olan bireylerde kolorektal kanser gelişme riski artmaktadır.

Diyet ve obezite: Obezite (şişmanlık), yağ oranı (özellikle hayvansal yağ) yüksek diyetler ve kalsiyum, folik asit ve lifli gıdaların düşük olduğu beslenme şeklinin kolorektal kanser riskini arttırabileceği öne sürülmüştür.

Aile öyküsü ve genetik, kişisel kanser ve hastalık öyküsü (Ülseratif kolit ve Crohn hastalığı), sigara diğer risk faktörleridir.



Risk Faktörleri

KEMOTERAPİ VE SEMPTOM YÖNETİMİ

KEMOTERAPİ NEDİR?

Kemoterapi kanser hücrelerini yok etmek için ilaçların kullanıldığı bir tedavi şeklidir.

- Kemoterapi tedavide tek başına kullanılabileceği gibi cerrahi ve radyoterapi ile birlikte uygulanabilmektedir.
- Kemoterapi ile tümör hücreleri yok edilir veya tümörün büyümesi durdurulmaya çalışılır.
- Tek bir kemoterapi ilacı tedavide kullanılabileceği gibi, birden fazla ilaç belli bir sırayla ya da belirli kombinasyonlar (birleşim) halinde de kullanılabilmektedir.



Uygulanacak Kemoterapi İlaçları Nasıl Seçilir?

Kemoterapi tedavisinde;

- ✓ Kanser özellikleri
- ✓ Kanser evresi
- ✓ Hastanın önceden kemoterapi alıp almaması
- ✓ Hastanın yaşı ve genel durumu
- ✓ Hastanın mevcut başka hastalıkları (kalp hastalığı, yüksek tansiyon, şeker hastalığı ve böbrek hastalığı) değerlendirilerek Tıbbi Onkoloji Doktoru tarafından kişiye uygun tedavi modeli seçilir.



Kemoterapi İlaçları Nasıl Etki Gösterir?

- *Kan yoluyla tüm vücuda dağılan kemoterapi ilaçları; hızlıca büyüyen ve bölünen kanser hücrelerinin büyümesini durdurarak ya da yavaşlatarak etki eder.*
- Bununla birlikte hızlı bölünen sağlıklı hücrelere de zarar verir (örneğin ağızımızdaki hücreler, saç, kemik iliği hücreleri).
- Sağlıklı hücrelerin zarar görmesi yan etkilere neden olur. Sıklıkla bu yan etkiler kemoterapi bittikten sonra azalır ya da kaybolur.



Kemoterapi Uygulama Süresi ve Sıklığı

Kemoterapinin süresi, ilaçların dozu ve veriliş sıklığı, hastalığınızın türüne, tedavinizin hedeflerine, kullandığınız ilaçlara ve vücudunuzun ilaçlara verdiği tepkiye bağlıdır.

- Haftalık, aylık şeklinde aldığınız her bir kemoterapi tedavisine **kür** adı verilir.
- Bir kür, bir kemoterapiyi bir dinlenme döneminin izlemesidir.
- Genellikle tedaviler 3 veya 4 haftada bir olmakla birlikte bazı tedavi şemaları haftada bir veya iki haftada bir uygulanmaktadır.

Hücrelerin gücünü yeniden kazanması, yeni sağlıklı hücrelerin oluşması ve yan etkilerin en aza indirilmesi için her tedaviyi bir dinlenme dönemi takip eder.

Kemoterapi tedavisinde en önemli nokta tedavinin mümkün olduğunca düzenli ve yan etkilerin izin verdiği ölçüde zamanında yapılmasıdır.



- Tedavi aralıkları gereksiz uzatıldığında tümör kendini topar ve ilaçlara direnç kazanarak daha da güçlenir.
- Bu şekilde tümör büyümeye ve yayılmaya devam eder ve tedavi başarı şansı azalır.

Kemoterapi randevularınız konusunda kesinlikle doktorunuzun önerileri dışına çıkmayınız.

Kemoterapi Nasıl Uygulanır?

Kemoterapide kullanılan ilaçlar değişik yollarla uygulanır. Bunlar:

- ✓ Damar yoluyla (en sık kullanılan)
- ✓ Ağızdan
- ✓ Vücut boşluklarına uygulanabilir.

- Damardan uygulanan kemoterapi ilaçları genellikle serum setinden veya serumun içine karıştırılarak çeşitli sürelerde verilir.
- Tedavi sırasında bazı ilaçların yan etkilerinin önlenmesi için fazla miktarda sıvı verilmesi gerekebilir.
- Kemoterapi ilaçları uzun süreli verildiğinde damar hasarına sebep olabileceği için ilaç verilirken kateter veya port denilen ve ilacın doğrudan doğruya kalbe yakın ana damara gitmesini sağlayan cihazların (infüzyon pompası gibi) kullanılması gerekebilir.



Oral (Ağızdan) Kemoterapi İlaçlarının Kullanımı

Oral kemoterapi; kemoterapi ilaçlarının ağız yoluyla alınmasıdır.

- Kemoterapi bazen evde alınan tabletlerle yapılır.
- Bu durumda ilaçlarınızın nasıl kullanılacağını çok iyi anlamanız, anlamadığınız konuları mutlaka doktorunuza sormanız, evde herhangi bir yan etki oluştuğunda ve ilaç almanızı engellediğinde mutlaka doktorunuza başvurmanız gerekir.



Unutmayınız ki;

Evde yutulan ilaçlar hastanede damardan verilenlerle aynı özellikleri taşır, eksik veya yanlış kullanımı hayati tehlike yaratabilir.

- Bütün gıda malzemelerini ilaç hazırlanan ortamdan uzak tutunuz.
- İlacı aldıktan sonra ellerinizi iyice yıkayınız.
- Vücut atıklarını tamamen uzaklaştırmak için tuvalet sifonu iki kez çekilmelidir.
- Oral kemoterapi ilaçları güvenli bir şekilde ve çocukların erişemeyecekleri yerlerde saklanmalıdır.



İlacı alırken ezmeyiniz, kırmayınız ve çiğnemeyiniz.

- Bazı kemoterapi ilaçları soğutucuda saklanmalı, ama büyük bir kısmı oda ısısında, sıcak ve nemden uzak bir yerde saklanmalıdır.
- İlaçlar kendi kutuları içinde saklanmalıdır.

KEMOTERAPİNİN YAN ETKİLERİ

İlaçlar kanserli hücreleri yok ederken vücudun normal hücrelerine de zarar verebilir. Kemoterapiden en çok etkilenen normal vücut hücreleri kemik iliği, saç kökü hücreleri, sindirim ve üreme sistemi gibi hızlı bölünen hücrelerdir. Bu nedenle yan etkiler daha çok bu bölgelerde görülür.



Oluşan yan etkiler yaşam kalitenizi ve öz bakım gücünüzü olumsuz etkileyebilir.

Ancak kemoterapinin yan etkilerini azaltabilecek birçok yöntem olduğundan gerekli önlemler alındığında bu yan etkilerden korunabilirsiniz.



Bu kitapçıkta sıralanan yan etkiler bütün hastalarda görülmeyeceğinden yan etki listesinin fazla olmasından dolayı endişeye kapılmayınız.



Yan etkiler kullandığınız ilacın türüne, dozuna, hastalığınızın türüne ve bireysel farklılıklara göre değişiklikler gösterir.

Yan etkilerin çoğu kemoterapi aldığınız sürece oluşur ve tedaviniz tamamlandığında kaybolur.

Bulantı ve Kusma

Kemoterapiye bağlı en önemli Őikayetlerden biridir. Kemoterapi, midenizi ve beyindeki kusma ile ilgili merkezi etkileyerek kusmaya neden olabilir.

Kullanılan ilaç türlerine, doza ve bireysel özelliklere göre kusma Şiddeti ve süresi deęiŐiktir. Bulantı-Kusma hiç oluŐmayabileceęi gibi çok Şiddetli de olabilir.

Ne zaman başlar? Ne kadar sürer?

Hemen tedavi sonrası veya tedaviden 8-12 saat sonra baŐlayıp, 12-24 saat süren Şiddetli bulantı kusmanız olabileceği gibi sürekli hafif bir bulantı da olabilir. Daha önce kemoterapi deneyimi olmuş kiŐilerde bazen tedaviden önce de psikolojik kökenli (beklentsel) kusmalar olabilir.



Bulantı ve kusmayı engelleyen ya da azaltan çok çeşitli ilaçlar mevcuttur.

Doktorunuzun önerisine göre bu ilaçları zamanında kullanmanız önemlidir. Bu ilaçlar genellikle kemoterapiyi aldığınız günlerde ve sonraki birkaç gün süresince kullanılır. Bulantı-kusmanız Şiddetli olduğunda tedavinizde ya da aldığınız sıvı miktarında değişiklik yapılarak da bu yan etki azaltılabilir.



Bulantı Kusmaya Yönelik Öneriler ve Önlemler (Bulantı Kusmaya Yönelik Öz Bakım Davranışları)

- Bulantı-kusmanın her kemoterapi sonrası olacağı önyargısına kapılmayınız.
- Hafif bir kahvaltı yaparak tedaviye gelebilirsiniz.
- Sıcak yiyeceklerin kokusu bulantıyı arttırabileceği için oda sıcaklığındaki yiyecekleri tercih ediniz.
- Bulantı ilaçlarını (antiemetik) yemekten en az yarım saat önce alınız.
- Günde 5-6 öğün olacak şekilde az ve sık besleniniz.
- Gıdaları iyice çiğneyiniz. Yemek yerken sakin bir ortamda olmayı tercih ediniz.
- Sıvıları alırken yavaş yudumlayarak içiniz.
- Bulantı hissini arttırabileceğinden tatlı, yağlı, çok baharatlı ve güçlü kokuları olan yiyecek ve içecekleri tercih etmeyiniz (kahve, soğan, sarımsak, pişen yemek kokusu gibi).
- Hoşlandığınız yiyecekleri yiyiniz.
- Sabah bulantınız oluyorsa yataktan kalkmadan tuzlu kraker veya tost yiyebilirsiniz.
- Yemek yedikten sonraki 2 saat sırt üstü düz bir şekilde yatılması önerilmez (Tercihen yarı oturur pozisyonda yatınız).



Kusacak gibi hissederseniz derin ve yavaş nefes alınız ya da açık havaya çıkınız. Arkadaşlarınız veya ailenizle sohbet ederek, müzik dinleyerek, film ya da tv seyrederek ilginizi başka yöne çekebilirsiniz.

➤ *Yatakta yatarken kusarsanız solunum yollarına kaçmaması için başınızı hemen yana çeviriniz.*

➤ *Meyve suları (kan portakalı, greyfurt bunun dışında tutulur) elma suyu, limonata, çay, ayran gibi sıvı veya ezilmiş patates, elma püresi yoğurt gibi yarı katı gıdalar bulantıyı azaltabilir.*



- Hastaların öğle yemeklerinde kızartma yerine haşlama ya da fırında pişmiş yemekler önerilir (Mangal önerilmez).
- Açık havada kurutulduğu için mikroba açık olan kuru kayısı, üzüm ve incirden uzak durmaya çalışınız.
- Kemoterapi aldığınız dönemde mecbur kalmadığınız sürece uzun yolculuk yapmayınız.

Aşağıdaki durumlarda doktorunuza veya hemşirenize bildiriniz:

- Günde 4 bardaktan fazla sıvı ve 2 günden fazla gıda alamadıysanız,
- 3-4 saat boyunca saatte 3'ten fazla kusmanız oluyorsa,
- İlaçlarınızı kusma nedeniyle kullanamıyorsanız.

Yorgunluk-Halsizlik ve Kansızlık

Halsizlik ve yorgunluk hastalığın kendisi kadar kemoterapinin yan etkisi olarak da görülebilir. Yorgunluğunuz tedavi sonlandığında yavaş yavaş azalır ve düzelir.



Yorgunluğa Yönelik Öneriler ve Önlemler (Yorgunluğa Yönelik Öz Bakım Davranışları)

- Bolca dinlenmeye çalışarak enerjinizi koruyunuz.
- Günlük aktivitelerinizden sizin için en önemli olanlarını yapınız.
- Yorucu işlerden kaçınınız.
- Gereksinim duyduğunuzda yardım almaktan çekinmeyiniz.
- İyi ve dengeli beslenmeye önem veriniz.



Özellikle yeşil sebzeler, mercimek, pekmez gibi demir içeren besinleri tüketmeye çalışınız.

- *Yemeklerle içilen çay demirin emilimini azalttığından çayı öğün aralarında içiniz.*
- *İlaçlar ve atık maddelerin hızlı atılabilmesi için yeterli sıvı alımı son derece önemlidir.*
- *Otururken veya sırt üstü yatarken aşamalı olarak ayağa kalkmanız baş dönmesi veya denge kaybını önleyecektir.*

- Kendinizi yorgun hissettiğinizde dinleniniz. Gün içerisinde kısa uyku araları veya gece erken yatmak yararlı olabilir.
- Kendinizi yatağa bağlı hissetmemek için diğer bireylerle ilişkilerinizi mutlaka devam ettiriniz. Bu sizi yalnızlık duygusundan uzaklaştıracaktır.
- Yorgunluğu azaltması, kan dolaşımını artırması nedeniyle kısa yürüyüşler ve egzersizler önerilir.



Aşağıdaki durumlarda doktorunuza veya hemşirenize bildiriniz:

- Yorgunluğunuz giderek artıyorsa,
- Günün yarıdan fazlasını yatakta geçiriyorsanız,
- Bilinç bulanıklığı oluşuyorsa.

Enfeksiyon

Kemoterapinin bir yan etkisi de beyaz kan hücrelerinde azalmaya neden olması ve enfeksiyona karşı duyarlılığı arttırmasıdır. Bu yüzden normalden daha fazla korunmanız gerekecektir.



Her kemoterapi öncesi kan değerinizin değerlendirilmesi gerekecektir ve yeterli düzeylerde olmadığına tedaviniz bir süre için ertelenebilir.

Enfeksiyondan Korunmak için Öneriler (Enfeksiyona Yönelik Öz Bakım Davranışları)

- Ellerinizi sık sık yıkayınız (Özellikle yemek öncesi-sonrası, tuvalet önce-sonrası ve hayvanlarla temas sonrası).
- Nezle, grip, suçiçeği veya kızamık gibi bulaşıcı hastalığı olduğunu bildiğiniz kişilerden uzak durunuz.
- Derece kullanmayı mutlaka öğreniniz. Hemşirelerinizden bu konuda mutlaka yardım isteyiniz.
- Vücut temizliğinize dikkat ediniz. Her gün ılık duş şeklinde banyo yapabilirsiniz.
- Cildinizi yumuşak bir lifle sabunlayınız, kese kullanmayınız, cildiniz kuruyorsa krem kullanınız.



Enfeksiyon kaynağı olabileceğinden odanızda canlı çiçek, ev bitkileri, kuş kafesi, akvaryum, kedi, köpek bulundurmayınız, varsa başka odaya alınız.

Kızarıp şişen ve ağrıyan bir bölgeniz varsa doktorunuza bildiriniz.

- Sivilceleriniz ve yaralarınızla oynamayınız.
- Hazır ya da arıtılmış su tercih ediniz.
- Dışarıda yemek yemeyiniz.
- Aşı yaptırmamız önerilmemektedir.

- Çiğ sebze ve meyveleri yemeyiniz. Bol su ile iyice yıkadıktan sonra kabuklu meyveleri soyarak veya pişirerek komposto şeklinde yiyebilirsiniz.
- Odanızı sık sık havalandırınız. Kalabalık, tozlu, havasız ortamlarda bulunmaktan kaçınınız.
- Tarımla ve ev işleriyle uğraşırken eldiven takınız.
- Enfeksiyona yatkın olduğunuz ve kan sayımınızın düşük olduğu dönemde cinsel ilişkiden kaçınınız.
- Kalabalık ortamlarda maske kullanınız.

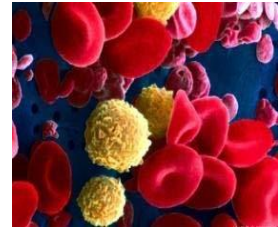


Aşağıdaki durumlarda herhangi bir ilaç almadan acilen doktorunuza veya hemşirenize bildiriniz:

- Ateşiniz 38 derece ve üstüne çıkarsa,
- Titreme ve üşüme hissi olursa,
- Normal dışı terleme, idrarda yanma olursa,
- Boğazda yanma ve öksürük başlarsa,
- Herhangi bir yerinizde kızarma ve ağrı olursa,
- Kolostomi çevresinde, kateter yerinde akıntı, kızarıklık olursa.

Kanamaya Yatkınlık

Kemoterapinin kemik iliğini etkilemesiyle pıhtılaşmayı sağlayan hücreler (trombosit) azalabilir. Trombositler azaldığı zaman kanamaya yatkınlık artar. Trombosit sayısı yeterli olmadığında küçük bir çarpma ve yaralanmada bile normalden daha kolay morarma veya kanamanız olabilir.



Kanamaya Yönelik Alınacak Önlemler (Kanamaya Yönelik Öz Bakım Davranışları)

- Yaralanmanıza neden olabilecek aktivitelerden kaçınınız. Düşme ve çarpmalardan kendinizi koruyunuz.
- Dişlerinizi yumuşak diş fırçası ile fırçalayınız.
- Burnunuzu zorlamadan sümkürerek temizleyiniz.
- Herhangi bir yerinizin yanmaması için özen gösteriniz. Yemek ve ütü yaparken bez eldiven kullanabilirsiniz.
- Traş olurken jilet yerine elektrikli makineleri veya tüy dökücü krem tercih ediniz.
- Tırnak bakımında törpü kullanılmalı, tırnak dipleri derin kesilmemelidir.
- Bol proteinli gıdalar alınız.



- Doktorunuza veya hemşirenize danışmadan ağrı kesici ve ASPIRİN KULLANMAYINIZ.
- Diş çektirmekten kaçınınız.
- Kabızlık varsa önleyici tedbirler alınız.
- İğne, makas bıçak gibi kesici aletleri kullanırken çok dikkatli olunuz.

Aşağıdaki durumlarda doktorunuza veya hemşirenize bildiriniz:

- Cildinizde beklenmedik bir morarma,
- Özellikle el ve ayaklarda veya herhangi bir bölgenizde toplu iğne baş büyüklüğünde döküntüler,
- Kırmızı veya pembe renkli idrar,
- Diş etinden veya burundan kan gelmesi,
- Dışkının kanlı veya siyah renkli olması.

Hangi Sıklıkta Kan Sayımı Yaptırmalıyım?

Her ilaç tedavisi öncesinde tam kan sayımı yaptırmanız gerekir. Kan değerlerinizde herhangi bir anormallik olduğu zaman kemoterapi arasındaki dinlenme süreciniz uzatılır ve kan değerleriniz normale döndüğü zaman kemoterapinize kalınan yerden devam edilir.

İştahsızlık ve Beslenme Değişiklikleri

İştahsızlık kemoterapinin bir diğer yan etkisidir. Her kişide veya her tedavide görülmeyebilir. Besin gereksinimi kişiden kişiye değişir. Yeme isteğinin azalması kilo kaybına bu da halsizlik ve yorgunluğa yol açabilir.



Tedavi sırasında iyi beslenmek tedavinin yan etkileri ile başa çıkabilmek, enfeksiyondan korunmak ve ilaç nedeniyle zedelenmiş normal dokuların iyileşmesini hızlandırmak açısından çok önemlidir.

İyi beslenmek tüm besin öğelerini içeren dengeli bir besin programı uygulamak demektir.

İştahsızlığa Yönelik Öneriler (İştahsızlığa Yönelik Öz Bakım Davranışları)

- Haftalık olarak kilo takibi yapınız.
- Az az ve sık sık besleniniz (Günde 5-6 öğün).
- Açlık hisseder hissetmez yiyiniz ve iştahınız çok olduğu zaman daha çok yiyiniz.
- Mideyi fazla doldurmayan fakat enerji ve protein açısından zengin yiyecekleri yiyiniz (Yumurta, et, tavuk, balık, kuru baklagiller, peynir, süt, yoğurt, çökelek gibi).
- Yemekten önce hafif bir egzersiz (yürüyüş, hareket) iştah açabilir.
- Tedavi aralarında kendinizi iyi hissettiğiniz dönemlerde besin değeri yüksek gıdalara ağırlık vererek açlığınız varsa kapatabilirsiniz.
- Günde en az 8-10 bardak sıvı alınız. İlaçlar ve atık maddelerin hızlı atılabilmesi için gereklidir.
- Şişkinliği önlemek amacıyla içecekleri öğünlerden sonra içiniz.



- Küçük yudumlar halinde besleyici değeri yüksek içecekleri (süt, ayran, meyve suyu gibi) gün boyunca içiniz.
- Rahat olabileceğiniz hoş bir ortamda yemek yemeye çalışınız. Aileniz veya sevdiklerinizle birlikte yemek iştahınızı arttırabilir.



Ağız, Diş eti ve Boğaz Problemleri

Kemoterapi sindirim sistemini kaplayan (ağız dahil) epitel dokuyu bozar. İlaç verildikten 5-10 gün sonra ağızda yaralar meydana gelebilir. Buna "**mukozit**" denir.



Ağız içinde, boğazda, yemek borusunda kuruma, kızarma ve yaralar hem beslenmenizi engelleyeceğinden hem de mikrop kapmanız için elverişli ortam yaratacağından, oluşmasını engellemek için ağız bakımı son derece önemlidir.

Ağız, Diş eti ve Boğaz Problemleri için Öneriler

(Ağız, Diş eti ve Boğaz Problemlerine Yönelik Öz Bakım Davranışları)

- Eğer mümkünse kemoterapiye başlamadan önce çürük, apse gibi problemlerinizi varsa diş doktorunuza danışarak çözümü için gerekenleri yapınız.

- Her yemekten sonra ve yatmadan önce dişlerinizi yumuşak bir diş fırçasıyla fırçalayınız (Yumuşaklığı arttırmak için fırça sıcak suya batırılabilir ve florlu ya da çocuk diş macunu kullanılabilir).



- Günde en az 4 kez ağız gargarası yapmalısınız (karbonatlı su ile gargara).

Yemeklerden sonra ve yatmadan önce bir çay bardağı suya 1 silme çay kaşığı karbonat (yemek sodası) koyarak hazırladığınız suyla ağızınızı bolca çalkalayınız. Bu ağızdaki asiti azaltır, kuruluğu ve yaraları engellemeye yardımcı olur.

- Dudaklarınızı kremle nemlendirmeyi ihmal etmeyiniz.
- Protez kullanıyorsanız, ağızınıza iyi uymasına dikkat ediniz.
- Her yemekten sonra protezinizi çıkararak ağızınızı çalkalayınız.
- Protezlerinizi geceleri her gün solüsyonunu değiştirdiğiniz ağız kapalı bir kapta saklayınız.



- Yumuşak gıdaları tercih ediniz (puding, sütlaç, yumuşak peynir, haşlanmış patates vs.).
- Bol sıvı almayı ihmal etmeyiniz.

Tüm bu önlemlere rağmen yutkunma güçlüğü, ağız yaraları, ağızda pamukçuk oluşursa doktorunuzun önerisine göre ilaç ve ek tedbirler almanız gerekecektir.

Bunlar;

- *Yutamayacağınız şeyleri yemek için kendinizi zorlamayınız.*
- *Tam sıvı gıdaları yutmak güç oluyorsa, daha yoğun; örneğin blenderden geçirilmiş gıdalar alınız.*
- *Ağrı varsa doktorunuzun önerisine göre ağrınızı azaltacak solüsyonlar kullanınız.*
- *Ağzınız çok kuruyorsa, suni tükürük solüsyonları kullanabilirsiniz.*

Tat ve Koku Değişiklikleri

Tat ve koku değişiklikleri kilo kaybının sebeplerinden biri olduğundan doktorunuza veya hemşirenize bildirmeniz önemlidir.

Tat ve Koku Değişikliklerine Yönelik Öneriler (Tat ve Koku Değişikliklerine Yönelik Öz Bakım Davranışları)

- *Ağız bakımınıza dikkat ediniz (bkz. ağız, diş eti ve boğaz problemleri).*
- *Ağız yarası yoksa metalik tadı azaltmak için nane şekeri, ekşi ya da mayhoş gıdaları (limonata gibi) tercih edebilirsiniz.*
- *Kırmızı et yerine balık, yumurta ve peynir tercih ediniz.*



- *Kemoterapiden 1-2 saat önce ve 3 saat sonra sevilen gıdaların alımını kısıtlayınız (Daha sonra tiksitmeye sebep olabilir).*
- *Sigara, parfüm, yemek kokusu gibi rahatsız edici kokulardan uzak durunuz.*
- *Eğer metalik tat varsa, plastik tabak, kaşık, çatal kullanabilirsiniz.*

Saç Dökülmesi

Bazı kemoterapi ilaçları geçici olarak kısmi veya tam saç kaybına neden olabilir. Saç dökülmesi kemoterapiyi aldıktan 10-21 gün sonra başlayabilir. Tedaviniz tamamen bittikten sonra 8 hafta içinde saçlarınız tekrar çıkacaktır.



Çıkan saçın rengi ve yapısı eskisinden farklı olabilir. Örneğin düz saçlar kıvrıkcık, kıvrıkcık saçlar düz çıkabilir ve daha gür olması mümkündür.



Saçlarla birlikte vücudunuzun diğer tüylü bölgelerinde de dökülme olacaktır (Kirpik, kaş, koltuk altı vs....).

Tüylerdeki dökülme sizi ruhsal açıdan rahatsız edebilir; pek çok insan saçlarının dökülmesine kızar, sıkıntı duyar ya da utanır, bu duygularınızı paylaşmaktan kaçınmayınız.

Saç Dökülmesine Yönelik Öneriler (Saç Dökülmesine Yönelik Öz Bakım Davranışları)

- Kemoterapi başlamadan önce saçlarınızı kısa kestiriniz. Kısa saç stili saçlarınızı daha dolgun ve kalın gösterebilir.
- Saç kaybını gizlemek için isterseniz şapka, peruk, eşarp veya baş örtüsü ediniz. Saçınız uygunsa kendi saçınızdan peruk yaptırabilirsiniz. Güneşten korunma dışında bu önlemi almanız tamamen kendi isteğinize bağlıdır.
- Gerekirse kaş kalemi ve takma kirpik kullanabilirsiniz.



- *Saçlarınızı besleyici şampuanlarla veya bebe şampuanıyla yıkayınız, iyice durulayınız ve nazikçe kurulayınız.*
- *Saçlarınızı aşırı tarama ve fırçalamadan kaçınınız. Geniş dişli tarakları ve yumuşak fırçaları tercih ediniz.*
- *Saç boyaları, sprej, jöle, bigudiler, sıkı tokalar kullanmayınız.*
- *Elektrikli saç kurutma makinelerini mümkünse kullanmayınız. Eğer gerekiyorsa sıcaklık düzeyi düşük olarak kullanınız.*

- Başınızı sıcaktan ve soğuktan koruyunuz.
- Saten yastık örtüsü kullanınız. Üzerinde uyurken saten örtü pamuğa göre daha az tahriş edicidir. Bu yüzden saten yastık örtüsünü daha rahat bulacaksınız.

Saç kaybının geçici bir yan etki olduğunu unutmayınız.

Kabızlık

Kabızlık kemoterapiye bağlı ortaya çıkabileceği gibi aktivite azalması, yetersiz beslenme, kullanılan ağrı kesiciler ve bol sıvı alamama nedeniyle de gelişebilir. Kabızlık giderici ilaçlar kullanabilirsiniz, fakat öncelikle doktorunuza danışmanız gerekir.

Kabızlık için Öneriler (Kabızlığa Yönelik Öz Bakım Davranışları)

- Öncelikle diyet ve egzersizle bu sorunun üstesinden gelmeye çalışınız.
- Bol miktarda ve özellikle ılık sıvı almaya çalışınız.
- Yürüyüş ve hafif egzersizlerle hareketinizi arttırmaya çalışınız.
- Öğünlerinizi aynı saatte yemeğe çalışınız.
- Her gün aynı zamanda tuvalete gitmeyi alışkanlık haline getiriniz.



Lifli yiyecekler bağırsak hareketlerini uyaracağından kepekli veya yulaflı ekmek, taze sebze ve meyveler, fasulye, fındık, hoşaf ve komposto gibi liften zengin yiyecekleri tercih ediniz.

Aşağıdaki durumlarda acilen doktorunuza ya da hemşirenize başvurunuz:

- Kabızlığa ek olarak bulantı ve kusmanız da varsa,
- Dışkıda kan varsa.

İshal

Kemoterapi alırken dışkılama düzeninizde değişiklik olabilir. Tedavide aldığımız ilaçların bağırsak hareketlerini doğrudan etkilemesiyle gelişir. Bu durum bazı sınırlar içinde önemsizdir.

Eğer günde 4 veya 5 kezden fazla sulu dışkılama varsa bu durumda önlem almanız gerekir.



İshal geliştiğinde doktorunuza veya hemşirenize haber veriniz. Doktorunuzun haberi olmadan herhangi bir ilaç kullanmayınız.

İshal için Öneriler (İshale Yönelik Öz Bakım Davranışları)

- 24 saatlik dışkılama sayınızı, dışkınızın, rengini, kıvamını doktorunuza veya hemşirenize bildirmek için gözlemleyiniz.
- İshal nedeniyle kaybettiğiniz sıvıyı yerine koymak amacıyla su, elma suyu, ayran, açık çay gibi içecekleri tercih ediniz.
- Günde en az 8–10 bardak su içmeye gayret ediniz (Diğer sıvılarla birlikte 3 litre sıvı alınız).
- Gaz yapıcı yiyeceklerden uzak durunuz.



- İshal ve krampınızı arttırabileceğinden lifli gıdalar yerine beyaz ekmek, pirinç lapası veya makarna, muz, kabuğu soyularak ezilmiş veya pişirilmiş meyve, yoğurt, yumurta, kaynatılmış ya da ezilmiş kabuksuz patates, derisi soyulmuş tavuk, hindi veya balık eti gibi düşük lifli yiyecekleri tercih ediniz.
- İshal nedeniyle kaybettiğiniz potasyumu yerine koymak için muz, patates, şeftali gibi potasyum içeriği yüksek besinleri tüketiniz.
- Kahve, koyu çay, alkollü içecekler, kızartılmış, aşırı yağlı, acı, baharatlı yiyeceklerden kaçınınız.



Aşağıdaki durumlarda acilen doktorunuza ya da hemşirenize başvurunuz:

- Eğer ishaliniz günde 6-8 kereyi aşar ve 2 günden fazla sürerse,
- Karnınızda kramp tarzı ağrılarınız 2 günden fazla sürerse.

El-ayak Sendromu

El-ayak sendromu kemoterapi ilaçlarının neden olduğu, el ve ayakları etkileyen bir reaksiyondur. Avuç içi ve ayak tabanında karıncalanma, his kaybı, kızarıklık, şişlik ve ağrıya neden olur. Bazen de diz ve el bileklerinde görülebilir.

El-ayak Sendromuna Yönelik Öneriler (El-ayak Sendromuna Yönelik Öz Bakım Davranışları)

- Eğer el ve ayaklarda su toplaması ya da lezyon varsa doktor veya hemşirenize bildiriniz.
- El ve ayaklarınıza doktorunuza danışarak soğuk uygulama yapabilirsiniz.



- *Sıcak duştan kaçınınız.*
- *Sıcak su torbası kullanmayınız.*
- *Sıkı giysiler kullanmayınız.*
- *Zorlayıcı egzersiz ve yürüyüşten kaçınınız.*



- *El ve ayaklarınızı temizlik ürünleri ve deterjan gibi tahriş edici kimyasallardan koruyunuz.*
- *Sıcak maddelere dokunmadan lastik eldiven giyiniz.*
- *Tornavida, bıçak ve bahçe aletleri gibi ellere büyük basınç gerektiren aletleri kullanmayınız.*



- *Hava alabilen çorapları tercih ediniz.*
- *Rahat ayakkabılar tercih ediniz.*
- *Dar takı yüzük bilezik kullanmayınız.*
- *Elevasyon (ellerin kalp seviyesinin üzerine yükseltilmesi) önemlidir.*

Ağrı

Bazı kemoterapi tipleri ağrılı yan etkilere neden olur. Bunlar el ve ayaklarda yanma, hissizlik, karıncalanma ve zonklayan ağrıdır. Ağız ağrıları, baş ağrıları, kas ağrıları ve mide ağrıları da olabilir. Ağrınız varsa doktorunuz veya hemşirenize söyleyiniz.



Ağrıya Yönelik Öneriler (Ağrıya Yönelik Öz Bakım Davranışları)

- Ağrınız hakkında doktorunuz ve hemşirenize bilgi veriniz.

- *Ağrı ilacınızın dozlarını atlamayınız ve ağrınız olmasa bile düzenli (saatine göre) alınız. İlaç almadan önce ağrınızın artmasını beklerseniz ağrıyla başa çıkmak daha zor olur.*
- *Derin nefes egzersizi, yoga ve diğer rahatlama yollarını (hayal etme, tv izleme, kitap okuma gibi) deneyiniz.*



- *Ağrınız değişirse doktorunuz veya hemşirenize haber veriniz. Ağrınız tedavi biçimine göre değişebilir. Bu olduğunda ağrı tedaviniz de değişecektir.*
- *Size önerilen ağrı kesiciyi nasıl kullanacağınız konusunda mutlaka doktor ya da hemşirenizden bilgi alınız.*

Kas ve Sinir Sistemi Değişiklikleri

Kemoterapinin kas ve sinir hücrelerini tahrip etmesi sonucu aşağıdaki sorunlar görülebilir:

- *Ellerde ve ayaklarda, özellikle parmaklarınızda uyuşma, yanma, kuvvetsizlik, karıncalanma, hissizlik,*
- *Nadiren de olsa denge kaybı, eşyaları tutmada güçlük, eklem ağrıları, işitme kaybı, karın ağrısı ve kabızlık,*



- *Bazı ilaçlar da kaslarınızı etkileyerek kuvvetsizlik ve zayıflığa neden olabilir.*

Herhangi bir sinir sistemi değişikliğini fark ederseniz hemen doktorunuza veya hemşirenize haber veriniz. Bu problemleri olabildiğince çabuk tedavi etmek önemlidir.

Bu etkiler rahatsız edici olsa da genellikle önemli değildir ve ilaç kesildikten sonra zamanla kaybolur, nadiren kalıcı olabilir.

Kas ve Sinir Sistemi Değişiklikleri Yönelik Öneriler (Kas İskelet Sistemi Değişikliklerine Yönelik Öz Bakım Davranışları)

- Hafıza problemleri, kafa karışıklığı veya sıkıntı hissederseniz doktorunuza veya hemşirenize haber veriniz.
- Bıçak, makas ve diğer keskin eşyaları kullanırken dikkatli olunuz.
- Düşmekten sakınınız. Yavaş yürüyünüz, merdivenlerde trabzandan tutununuz ve banyo veya küvete kaymaz banyo paspası koyunuz. Takılacağınız halı veya kablo olmamasına dikkat ediniz.
- Lastik tabanlı ayakkabıları tercih ediniz.
- Çok sıcak ya da çok soğuk duş almayınız.
- Yürürken baston kullanabilirsiniz.

Cilt ve Tırnaklardaki Değişiklikler

Kemoterapiye bağlı ciltte kızarma, kaşınma, soyulma, kuruluk ve sivilce gibi önemli olmayan cilt sorunları görülebilir. Cilt ve tırnaklarda renk değişiklikleri, güneş ışığına hassasiyet, tırnaklarda kırılma ve beyaz çizgiler oluşabilir.



Cilt ve Tırnak Değişikliklerine Yönelik Öneriler (Cilt ve Tırnak Değişikliklerine Yönelik Öz Bakım Davranışları)

- Kısa ve ılık banyolar yapınız ve nemlendirici krem kullanınız.
- Alkol içeren parfüm, tıraş losyonu, kolonya kullanmayınız.
- Güneşten korununuz. Güneş etkisine maruz kalacaksanız koruyucu krem kullanınız, koruma faktörü 20 ve üzeri olanları tercih ediniz.
- Şapka ve uzun kollu giysiler kullanabilirsiniz.
- *Tırnaklarınızı korumak için, iş yaparken eldiven kullanınız (bulaşık, temizlik vb. yaparken).*

Tüm vücudunuzu kaplayan kızarıklık, döküntü ve nefes darlığı olursa doktor veya hemşirenize bildiriniz. Bu bulgular alerjik bir reaksiyon olduğunu gösterir.

İlaç verilen damarda ilaç verilirken veya daha sonra kızarma, ağrı ve şişlik oluşursa bu bulgular ilacın damar dışına çıkmış olabileceğini gösterir.

Kemoterapi ilaçları damar dışına kaçarsa:

Ciddi hasarlara, ağrılı yaralara, kemiğe kadar inebilen ciddi yanıklara neden olabilir. Bu nedenle:

- Sakin olunuz. Gereken acil müdahale hemen yapılacaktır.
- Gerekirse evde önerilen krem veya pomatları kullanınız.
- Hemşirenizin uyarılarını dikkate alır ve tedavinize yardımcı olursanız, herhangi bir sorun yaşanmadan uygulamanız sonlanacaktır.

İlaç alırken branül takılı olan elinizi mümkün olduğunca az hareket ettiriniz. Branülün takılı olduğu bölgeden herhangi bir şikâyetiniz olursa hemen tedavi hemşirenize bildiriniz (Ağrı, şişlik, kızarıklık, kaşıntı yanma gibi).

İdrar Torbası ve Böbreklerle ilgili Değişiklikler

Bazı kemoterapi tipleri böbrek ve idrar torbasındaki hücrelere zarar verebilir İdrarınız ilacın rengine bağlı boyanabilir. İdrarda ilaç kokusu olabilir.

İdrar Torbası ve Böbreklerle ilgili Değişiklikler için Öneriler (İdrar Torbası ve Böbreklerle ilgili Değişikliklerine Yönelik Öz Bakım Davranışları)

- Bol sıvı tüketiniz. (Günde 8-10 bardak)
- Enfeksiyondan korunmak için idrarınızı tutmayınız, sık sık tuvalete gidiniz.



Sık idrara çıkma, idrar yaparken yanma, ağrılı idrar yapma, titreme, ateş ve kanlı idrar gibi belirtiler olduğunda acilen doktorunuza başvurunuz.

Cinsel Problemler

Bazı kemoterapi ilaçları üreme organlarının işlevlerini etkileyebilir. Yaşamı tehdit eden bir etki olmadığından gözden kaçabilir. Ayrıca rahatlıkla tartışılmamaktadır.



- ***Kişisel hijyene dikkat edilerek ilişki yaşanabilir ve ilişki sırasında prezervatif kullanılmalıdır.***
- ***Hastalığınız kesinlikle cinsel yolla bulaşmaz.***

Erkekler için;

Erkeklerde sperm sayısını azaltarak geçici veya kalıcı kısırlığa neden olabilir. Cinsel fonksiyonlar ve istek üzerine yan etkisi yoktur. Doktorunuzla kullanacağınız ilaçların kısırlık yapıp yapmayacağını konuşunuz. Eğer ilerde çocuk sahibi olmayı düşünüyorsanız olanak varsa çocuk sahibi olabilmek için tedavi öncesi dönemde sperm bankalarına başvurulabilir.



Kadınlar için;

Kemoterapi ilaçları yumurtalıklarınızı ve hormonal durumunuzu etkileyebilir. Bazen kemoterapi alırken normal adet kanamalarınızın düzeni değişebilir veya tamamen kesilebilir. Verilen ilaca, dozuna bağlı olarak geçici ve kalıcı kısırlık oluşabilir. Hormonal dengenizde değişiklikler olabileceği için menapoza benzer ateş basmaları, terleme, vajinada kuruluk, yanma gibi belirtileri olabilir. Bu tür sorunlarınızı doktorunuza veya hemşirenize bildiriniz.

- Vajinal kuruluk için doktorunuzun önereceği vajina nemlendirici bir krem kullanınız. Yumurtalıklarınız tekrar üretime başlarsa ve kısırlık döneminiz kısa sürerse, tedavi sonunda adetleriniz normal düzenine dönecektir.

- Kemoterapi sırasında hamile kalmaktan kaçınınız. Çünkü ilaçlar bebeği etkiler. Etkin bir doğum kontrol yöntemini kullanmak için doktorunuza danışınız.

Kemoterapi Sırasında Gebelik

Bazı kemoterapi ilaçları hem erkek hem de kadında çocuk yapma yeteneğini ortadan kaldırır. Ancak bu her ilaç için söz konusu değildir. Kemoterapi sırasında doğum kontrolü uygulanmalı ancak hap ve spiral tercih edilmemelidir. Doğum sonrasında hastalık tespit edilen kadınlar kemoterapi alırken bebek emziremez. Kemoterapiden önce hamile kaldıysanız ve kemoterapi uygulanacaksa bunu mutlaka doktorunuzla konuşunuz.



Duygusal Değişiklikler

Kemoterapiye bağlı şaşkın, sinirli, endişeli olabilirsiniz. Duygusal yönden ne kadar güçlü olursanız hastalıkla baş etmede o kadar başarılı olursunuz. Kemoterapinin yarattığı yan etkilerin çoğu geçicidir.

Bu nedenle;

- Duygularınızı aileniz, arkadaşlarınız ve sağlık personeliyle paylaşmaktan çekinmeyiniz.
- Hoşlandığınız işleri yapınız.
- Yeni uğraşlar edinebilirsiniz (el işi yapma, resim yapma, cam boyama gibi).
- Depresyonla baş etmek için doktorunuz antidepresan başlayabilir.



- Eğer akşam dışarı çıkmak istiyorsanız gün boyu bol bol dinlenerek enerji toplayınız.

➤ *Kendi probleminize benzer problemlerle karşılaşan hastalarla görüşebilirsiniz. Bu size yalnız olmadığınız duygusunu verir.*

➤ *Sosyal yaşamınızı sürdürmeye çalışınız. Zamanınızı planlayarak arkadaşlarınızı ziyaret edebilirsiniz. Bu sizi yalnızlık duygusundan uzaklaştıracaktır.*

HASTALIK VE TEDAVİYE BAĞLI ORTAYA ÇIKACAK YENİ GEREKSİNİMLER VE SINIRLILIKLAR

Hastalığınıza ve tedavinize bağlı yeni gereksinimleriniz ve sınırlılıklar ortaya çıkabilir. Bunlar;

Kemoterapi Alırken Başka İlaç Kullanabilir miyim?

- Bu durum kemoterapinizin tipine ve almayı planladığınız ilaçların türüne bağlıdır.
- Genel kural olarak kemoterapi başka sebeplerle (şeker hastalığı, yüksek tansiyon, kalp hastalığı, ağrı kesiciler) ilaç kullanmaya engel değildir.



Ancak bu ilaçlar konusunda doktorunuzla görüşmeniz şarttır.

- Doktorunuz veya hemşirenizin bu ilaçlar hakkında bilgi sahibi olmasının en iyi yolu tüm ilaç kutularını getirmenizdir.

Kemoterapi alırken vitamin, mineral, beslenme ürünü veya bitkisel ürün alabilir miyim?

Kemoterapiye başlamadan önce aldığımız tüm vitamin, mineral, beslenme ürünü veya bitkisel ürünü doktorunuz veya hemşirenize söylemeniz önemlidir.

Bu ürünlerden bazıları kemoterapinin etkilerini değiştirebilir. Karaciğer ve böbrek fonksiyonlarını bozabilir. Bu nedenle, kedi otu, at sütü, eşek sütü, köpekbalığı kıkırdağı gibi ürünleri kullanmayınız.

Kemoterapi Sırasında Çalışabilir miyim?

İş programınızı kendinizi nasıl hissettiğinize göre ayarlayabildiğiniz sürece kemoterapi sırasında çalışabilirsiniz. Çalışıp çalışamayacağınız ne tür bir iş yaptığınıza da bağlıdır. Örneğin; kalabalık, tozlu, enfeksiyon olan ortamlarda çalışılması uygun olmaz.



Bazı hastalarda ise hastalığın cinsi ve yaygınlığı, yapılan tedavinin yoğunluğu ve yan etkileri nedeniyle çalışma hayatını sürdürmek mümkün olmaz. Kemoterapi sırasında mümkün olduğu kadar günlük yaşamınızı sürdürmeye çalışınız.

Kemoterapi Sırasında Tatil Yapılabilir mi?

Tedavi sırasında tedavinizi aksatmayacak şekilde tatil yapmanıza doktorunuz tarafından izin verilebilir. Lütfen bu gibi özel durumları doktorunuza veya hemşirenize önceden bildiriniz.



Tatil yerinizin özelliklerine göre uyarıları ve kısıtlamaları olup olmadığını sorunuz. Genel olarak kemoterapi sırasında hastanın güneşten korunması önerilir. Enfeksiyon sebebiyle hamam, havuz, sauna ve denize girmeniz önerilmez.

ACİL DURUMLAR

Randevu gününü beklemeden acilen başvurmanız gereken durumlar:

- 38 derecenin üstünde ateş yükselmesi
- Vücudun herhangi bir yerinde kanama veya ciltte oluşan morluklar
- Aşırı burun kanaması
- İdrarda kanama
- Diş etlerinde aşırı kanama
- Normal adet dışı kanamalar
- Dışkıda taze kanama veya dışkının katran gibi siyah olması
- Kusarak kahve telvesi gibi veya kırmızı renkte ağızdan kan gelmesi
- Vücutta toplu iğne başı büyüklüğünde döküntüler
- Öksürürken aşırı miktarda kan gelmesi
- Daha önce olmayan nefes darlığı veya var olan nefes darlığında artış
- 3 günden fazla süren gaz ve dışkı çıkaramama
- Ani gelişen uyuşma, çift görme, hareket bozukluğu, bilinç kaybı
- 3-4 saat süreyle, saatte 3'ten fazla kusma
- Günde 4 bardaktan fazla sıvı gıda ve 2 günden fazla gıda alamama
- İlaçları kusma nedeniyle kullanamama
- Kemoterapi alınan damar çevresinde ağrı ve kızarıklık
- Günde 6-8 kereyi aşan ve 2 günden fazla süren diyare
- 2 günden fazla süren kramp tarzı karın ağrısı
- İdrarda yanma veya her iki bel bölgesinde veya kasıkta ağrı
- İdrarın bulanık ve pis kokulu olması
- Çok sık idrara çıkma veya idrar yapamama
- Vücutta oluşan yaygın döküntüler

KAYNAKLAR

Akçay D, Gözüm S. Kemoterapi alan meme kanserli hastalarda, kemoterapinin yan etkilerine ilişkin verilen eğitim ve evde izlemin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. Meme Sağlığı Dergisi. 2012; 8(4): 191-199.

American Cancer Society (ACS) A Guide to Chemotherapy. <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003025-pdf> (Erişim Tarihi: 25.08.2015).

American Cancer Society (ACS) Colorectal cancer. <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003096-pdf> (Erişim Tarihi: 25.08.2015).

Aslan Ö. Kanserli hastalarda kemoterapiye bağlı semptomların değerlendirilmesi ve bu semptomların kontrolünde hemşirelik eğitiminin rolü. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2003, Ankara (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Huriye Vural).

Büyükdoğan M. Kolorektal kanserde genetik ve etiyolojik faktörler. Selçuk Tıp Dergisi. 2009; 25(3): 171-80.

Canadian Cancer Society. Chemotherapy and other drug therapies 2011. <https://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/publications/Chemo%20and%20other%20drug%20therapies/Chemo-and-other-drug-therapies-2014-EN.pdf> (Erişim Tarihi: 20.08.2015).

Can G. (Editör) Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Bakım, 2010, İstanbul Konsensusu, Nobel Tıp Kitapevi: İstanbul.

Can G. Antineoplastik İlaçların Yan Etkileri ve Hemşirelik Yaklaşımı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2005; 2(2): 8-15.

Clinical Oncological Society of Australia (COSA). Guidelines for the safe prescribing, supply and administration of cancer chemotherapy 2008. https://www.cosa.org.au/media/1093/cosa_guidelines_safeprescribingchemo2008.pdf (Erişim Tarihi: 25.08.2015).

Cin S. Oral kemoterapi tedavisi alan hastalara verilecek planlı eğitimin tedaviye uyuma ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 2009, İzmir (Danışman: Prof. Dr. Ayfer Karadakovan).

Department of Health and Human Services Palliative Care. Care management guidelines. http://www.dhhs.tas.gov.au/palliativecare/health_professionals/symptom_management_guidelines (Erişim Tarihi: 25.08.2015).

European Oncology Nursing Society (EONS) Extravasation guidelines 2007. <http://www.cancernurse.eu/documents/EONSClinicalGuidelinesSection6-en.pdf> (Erişim Tarihi: 25.08.2015).

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakóltesi Kemoterapi Bilgilendirme Kitapçığı 2010 http://hastaneler.erciyes.edu.tr/Content/files/pdf/yayin/21_yayin_kemoterapi.pdf (Erişim Tarihi: 25.08.2015).

İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Hastalar için Kemoterapi Rehberi. <http://www.kanser.org/toplum/?action=kemoterapi> (Erişim Tarihi: 20.08.2015).

Karahasanoğlu T. Kolorektal Kanserler: Tanı ve Cerrahi Tedavi. İ.Ü. Cerrahpařa Tıp Fakóltesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Gastrointestinal Sistem Hastalıkları Sempozyumu, 2001, İstanbul, s. 271-279.

Kanserle Dans Derneği Kolon ve Rektum Kanseri Hakkında Bilmek İstedikleriniz 2013. <https://kanser.org/saglik/toplum/pdf/brosur/KolonKanseri06.pdf> (Erişim Tarihi: 25.08.2015).

National Cancer Institute (NCI) Chemotherapy and you 2011.
<http://www.cancer.gov/publications/patient-education/chemotherapy-and-you.pdf>
(Erişim Tarihi: 20.08.2015).

National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Guidelines for patients colon cancer 2014. <http://www.nccn.org/patients/guidelines/colon/files/assets/common/downloads/files/colon.pdf> (Erişim Tarihi: 20.08.2015).

Navari RM. Overview of the updated antiemetic guidelines for chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Community Oncology*. 2007; 4(4 suppl:1): 3-11.

T.C. Sağlık Bakanlığı Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kemoterapi Ünitesi Hemşirelik El Kitabı 2013.
<http://tepecikeah.saglik.gov.tr/userfiles/files/Kemoterapi%20hem%C5%9Firelik%20rehberi%20pdf.pdf> (Erişim Tarihi: 25.08.2015)

The Hong Kong Anti-Cancer Society Management of Side Effects from Chemotherapy. http://www.hkacs.org.hk/content/JTT/eng_file/Management%20of%20Side%20Effects%20from%20Chemotherapy.pdf (Erişim Tarihi: 20.08.2015).

Uludağ Üniversitesi Sağlık Kuruluşları Kemoterapi Hasta Eğitimi 2013.
<http://hastaegitimi.uludag.edu.tr/kemoterapi-hasta-egitim-rehberi.htm#.Vj9ImbfhBD9>
(Erişim Tarihi: 25.08.2015).

Your Guide to Colorectal Cancer Treatment.
[http://www.colonrectal.org/images/wmimages/OnlineForms/Surgery_Handbook\(pdf\).pdf](http://www.colonrectal.org/images/wmimages/OnlineForms/Surgery_Handbook(pdf).pdf)
(Erişim Tarihi: 25.08.2015).

EK-14
HASTANE İZİN YAZISI



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (Hastane)
Hastane Başmüdürlüğü, Personel İşleri Birimi



Sayı : 26708535-900/1182
Konu : Klinik Uygulama

22/05/2015

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi: 27/04/2015 tarih ve 36005147-100-37818 sayılı yazınız.

Enstitünüz İç Hastalıkları Hemşireliği doktora programı öğrencisi Çiğdem ÖKTEN'in "Kemoterapi Uygulanan Kolorektal Kanserli Hastalarda Örem Öz Bakım Eksikliği Kuramına Temellendirilmiş Eğitimin ve Telefonla İzlemin Öz Bakım Gücü, Kaygı, Yalnızlık ve İyilik Haline Etkisi" konulu doktora tez çalışmasını Hastanemiz Kemoterapi Ünitesinde yapması tarafımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Doç.Dr. Murat BURHAN
Başhekim
Dekan Yardımcısı

EK-15
ETİK KURUL İZİN YAZISI



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

Sayı : 70904504/ 197
Konu :

13.05/2015

Sayın
Prof.Dr.Zeynep ÖZER
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Öğretim Üyesi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz.
"Kemoterapi Uygulanan Kolorektal Kanserli Hastalarda Örem Öz Bakım Eksikliği Kuramına
Temellendirilmiş Eğitimin ve Telefonla İzlemin Öz Bakım Gücü Kaygı,Yalnızlık ve İyilik
Haline Etkisi" adlı çalışmaya ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr.Arda TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Eki: Etik Kurul Kararı

Adres : Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 1. Kat ANTALYA
Tel : (242)249 69 54
Faks : (242) 249 69 03
e-posta : etik@akdeniz.edu.tr

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

Sayı: 70904504/
Konu:

2015

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	Prof.Dr.Zeynep ÖZER	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kemoterapi Uygulanan Kolorektal Kanseri Hastalarda Önemli Bakım Eksikliği Kuramına Temellendirilmiş Eğitimin ve Telefonla İzlemin Öz Bakım Gücü Kaybı, Yalnızlık ve İyilik Haline Etkisi	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 201	Tarih: 29.04.2015
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL
Başkan

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

Prof.Dr. Ali Aydın YAVUZ
Üye

Prof.Dr. Oktay ERAY
Üye (izinli)

Prof.Dr. Dilek KARSLI
Üye

Prof.Dr.Can ÇEVİKOL
Üye (izinli)

Prof.Dr. Murat CANPOLAT
Üye

Doç.Dr.Ebru Nur BARÇIN
Üye

Doç.Dr. Nesim MENOL
Üye

Doç.Dr.Hasan MUTLU
Üye (izinli)

Doç.Dr.Doğa TÜRKKAHRAMAN
Üye (izinli)

Doç.Dr. Gulsun Özge BAYRAM
Üye

Av.Mustafa AÇIKEL
Üye

Turgut ALTUN
Üye

EK-16
ÖLÇEK KULLANIM İZİN YAZILARI

DOÇ.DR. GÜLBAYAZ CAN

Istanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği ABD
Abide-i Hürriyet cad. Çağlayan/Istanbul

Tarih: 03.03.2015

Sayın Çiğdem ÖKTEN,

Yapmayı planladığınız çalışmada Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeğini'nin kullanma talebiniz değerlendirilmiş olup bu ve benzeri çalışmalarda bu ölçeği kullanmanızda bir sakınca yoktur.

Doç.Dr. Gülbeyaz Can



05.03.2015

Re: Öz bakım gücü ölçeği ile ilgili

Yanıtla Tümünü Yanıtla İlet

Re: Öz bakım gücü ölçeği ile ilgili

Prof.Dr. Nursen Nahcivan [nursen@istanbul.edu.tr]

Kime: Çiğdem ÖKTEN

Ekler: (2) Tüm ekleri karşıdan yükle

NNahcivan-TURKCE OZ-BAKIM ~1.doc (76 KB) [Web Sayfası Olarak Aç]; TURKCE OZ-BAKIM OLCEGI-WJNR.pdf (81 KB) [Web Sayfası Olarak Aç]

04 Mart 2015 Çarşamba 10:41

04.03.2015 11:12 tarihinde yanıtladınız.

Çiğdem Hanım merhabalar,

Öz-Bakım Gücü Ölçeği ile ilgili istediğiniz dökümanlar ektedir. Sormak istediğiniz herhangi birşey olursa rahatlıkla yazabilirsiniz.

Başarı dileklerle..

--

Prof.Dr. Nursen NAHCIVAN

Istanbul Üniversitesi / *Istanbul University*

Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / *Florence Nightingale Nursing Faculty*

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı / *Public Health Nursing Department*

Şişli-İstanbul

Tel: 0-212-440 0000 (dahili/ *ex.* 27058)

E-posta: nursen@istanbul.edu.tr

nahcivan@gmail.com

Kimden: "Çiğdem ÖKTEN" <ciğdemokten@akdeniz.edu.tr>

Kime: nursen@istanbul.edu.tr

Gönderilenler: 4 Mart Çarşamba 2015 10:26:57

Konu: Öz bakım gücü ölçeği ile ilgili

Sayın Nursen Nahcivan Hocam,

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinde Araştırma Görevlisi olarak çalışmaktayım. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığınız Öz Bakım Gücü Ölçeğini çalışmamızda referans göstererek kullanmayı planlamaktayız.

Rica etsem ölçeğinizi ve değerlendirme puanlarını gönderir misiniz?

Teşekkür eder, iyi çalışmalar dilerim...

Saygılarımla

Çiğdem ÖKTEN

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

<https://mail.akdeniz.edu.tr/owa/?ae=Item&a=Open&t=IPM.Note&iid=RgAAAACyo6g3JbsUQIB0Fgh8LjV2BwDRZc9XII8oSqRkTuwUW43HeAAAAOOIFAA...> 1/1

27/03/15 14:37

HP LASERJET FAX

02424143183203

s. 01

Sayın Prof. Dr. Necla ÖNER,

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinde Araştırma Görevlisi olarak çalışmaktayım. Prof. Dr. Zeynep ÖZER'in danışmanlığında kanser hastaları üzerinde yapacağımız doktora tez çalışmamda, geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığınız Durumluk-Sürekli kaygı envanterini çalışmamızda kullanmayı planlamaktayız. Ölçeği kullanma izninin tarafıma verilmesini rica ederim.

Saygılarımla

İletişim : 05382523509
cigdemokten@akdeniz.edu.tr

27.03.2015

Arş Gör. Çiğdem ÖKTEN



Mesthabe Çiğdem,
Araştırmada Durumluk
Sürekli Kaygı Envanterini kullanabilmeniz
başarılar...
Merve

30/3/15

16.04.2015

Yan: UCLA LS 3 ÖLÇEĞİ İLE İLGİLİ

Yan: UCLA LS 3 ÖLÇEĞİ İLE İLGİLİ

mithat durak [mithatdurak@yahoo.com]

Gönderildi: 12 Mart 2015 Perşembe 00:08

Kime: Çiğdem ÖKTEN

Merhaba Çiğdem,

UCLA Yalnızlık Ölçeği – III ölçeğini araştırmalarında kullanabilirsin. Ölçeğe, ölçekle ilgili bilgilere ve makalelere web siteme (www.mithatdurak.com) üye olarak ulaşabilirsin.

Ölçme Değerlendirme

Ölçme Değerlendirme

Doç. Dr. Mithat DURAK Klinik Psikolog

www.mithatdurak.com üzerinde görüntüle

Yahoo ile önizle

Psychometric Qualities of the UCLA Loneliness Scale-Version 3 as Applied in a Turkish Culture

Psychometric Qualities of the UCLA Loneliness Scale-Version 3 as Applied in a Turkish Culture

Doç. Dr. Mithat DURAK Klinik Psikolog

www.mithatdurak.com üzerinde görüntüle

Yahoo ile önizle

Geliştirdiğimiz/uyarladığımız psikometrik ölçüm araçları ticari amaç gütmeyen bilimsel çalışmalarda ve uygulamalarda tarafımdan izin alarak kullanılabilir. Ticari amaç güden çalışmalar için tarafıma başvurulduğunda telif için görüşebiliriz. İzin almaksızın ölçeklerin kullanımında; her türlü yasal hakkın saklıdır, gerektiğinde etik ve hukuki süreçlere başvurabilirim.

Ölçeklerimizin her türlü kullanımında; ilgili ölçeğimizin kaynakçası ölçek için çoğaltılan her sayfanın altında dipnot olarak verilmelidir. Aksi halde, ilgili ölçeğin kullanım için tarafımdan izin alınmış olsa bile bu izin geçersizdir.

Web isteme kayıt olduğunuzda ilgilendiğiniz ölçeğe ya da ölçeklere ve bu ölçekle ya da ölçeklerle ilgili bilgilere ve makalelere ulaşabilirsiniz. Bunun için lütfen kayıt formundaki tüm bilgileri eksiksiz giriniz. Aksi takdirde üyeliğinizi onaylamam mümkün olmayacaktır.

Sevgiyle...

Mithat Durak, Ph.D.
Associate Professor

Abant İzzet Baysal University
Department of Psychology / Clinical Psychology

<https://mail.akdeniz.edu.tr/owa/?ae=Item&id=RgAAACy06g3JbsUQIB0Fgh8LjV2BwDRZc9XII8oSqRkTwUW43HeAAAAOOIFAADRZc9XII...> 1/2

EĞİTİM PLANI

EK-17

Eğitimin Konusu	Kemoterapi uygulanan kolorektal kanser hastalarında semptom yönetimi
Eğitim Verilecek Kişi ve Özellikleri	Kemoterapi uygulanan kolorektal kanseri hastaları
Eğitim Yeri ve Zamanı	1.kür kemoterapi tedavisi öncesi kemoterapi ünitesinde 1 görüşme planlanacaktır.
Amaç	Eğitim, hastalık ve tedavi sürecinde ortaya çıkabilecek sorunların çözümüne yardımcı olabilmek amacıyla planlanmıştır.
Eğitim Hedefleri	<ul style="list-style-type: none">• Kanser, kolorektal kanser ve kolorektal kanser risk faktörleri hakkında bireyin bilgilendirilmesi• Kemoterapinin anlamı, neden yapıldığı, nasıl etki gösterdiği, uygulama şekilleri, yan etkileri, yan etkilerine yönelik öz bakım davranışları, tedavi sırasında dikkat edilecek konular ve acil durumlar hakkında bireyin bilgilendirilmesi
Kullanılacak Materyal	Eğitim kitapçığı
Kullanılacak Yöntemler	Düz anlatım, soru-cevap
Eğitim İçeriği	<ul style="list-style-type: none">• Genel Bilgiler<ul style="list-style-type: none">-Kanser Nedir?-Kolorektal Kanser (Kalın Bağırsak Kanseri) Nedir?-Kolorektal Kanser Risk Faktörleri Nedir?• Kemoterapi ve Semptom Yönetimi<ul style="list-style-type: none">-Kemoterapi Nedir?-Uygulanacak Kemoterapi İlaçları Nasıl Seçilir?-Kemoterapi İlaçları Nasıl Etki Gösterir?-Kemoterapi Uygulama Süresi ve Sıklığı-Kemoterapi Nasıl Uygulanır?-Kemoterapinin Yan Etkileri ve Öz Bakım Davranışları-Hastalık ve Tedaviye Bağlı Ortaya Çıkacak Yeni Gereksinimler ve Sınırlılıklar

Eğitim Soruları	Değerlendirme	<ul style="list-style-type: none"> • Kanser, kolorektal kanser ve kolorektal kanser risk faktörlerini açıklayabiliyor mu? • Kemoterapinin anlamını, neden yapıldığını, nasıl etki gösterdiğini, uygulama şekillerini, yan etkileri ve yan etkilerine yönelik öz bakım davranışlarını, tedavi sırasında dikkat edilecek konular ve acil durumları açıklayabiliyor mu?
Görüşme	Süre 50 dakika	Konu Başlıkları <ul style="list-style-type: none"> -Kanser Nedir? -Kolorektal Kanser (Kalın Bağırsak Kanseri) Nedir? -Kolorektal Kanser Risk Faktörleri Nedir? -Kemoterapi Nedir? -Uygulanacak Kemoterapi İlaçları Nasıl Seçilir? -Kemoterapi İlaçları Nasıl Etki Gösterir? -Kemoterapi Uygulama Süresi ve Sıklığı -Kemoterapi Nasıl Uygulanır? -Kemoterapinin Yan Etkileri ve Öz Bakım Davranışları -Hastalık ve Tedaviye Bağlı Ortaya Çıkacak Yeni Gereksinimler ve Sınırlılıklar
Hedefler	İçerik	Model ile ilişkisi
<ul style="list-style-type: none"> -Kanser, kolorektal kanser ve kolorektal kanser risk faktörleri hakkında bireyin bilgilendirilmesi -Kemoterapinin anlamı, neden yapıldığı, nasıl etki gösterdiği, uygulama şekilleri hakkında bireyin bilgilendirilmesi 	<ul style="list-style-type: none"> -Kanser Nedir? -Kolorektal Kanser (Kalın Bağırsak Kanseri) Nedir? -Kolorektal Kanser Risk Faktörleri Nedir? -Kemoterapi Nedir? -Uygulanacak Kemoterapi İlaçları Nasıl Seçilir? -Kemoterapi İlaçları Nasıl Etki Gösterir? -Kemoterapi Uygulama Süresi ve Sıklığı -Kemoterapi Nasıl Uygulanır? <p>(sayfa 1-15)</p>	<p>Temel Durumsal Faktörler Bireyin yaşı, cinsiyeti, sağlık durumu, eğitim durumu, aile sistemi, yaşam şekli, çevresel durumu</p> <p>Öz Bakım Hastalık ve tedavi sürecinde ortaya çıkabilecek sorunlara yönelik öz bakım davranışları</p> <p>Terapötik Öz Bakım Gereksinimleri Hastalık ve tedaviye bağlı ortaya çıkacak yeni gereksinimler ve sınırlılıklar</p>

		<p>Öz Bakım Gücü Hastalık süreci ve kemoterapiye bağlı ortaya çıkan semptomların yönetimine ilişkin bilgi ve becerileri</p> <p>Öz Bakım Eksikliği Hastalık süreci ve kemoterapiye bağlı ortaya çıkan semptomların yönetimine ilişkin öz bakım davranışlarına yönelik bilgi eksikliğinin giderilmesi</p> <p>Hemşirelik Gücü Hemşirenin bireyin öz bakım gücünü değerlendirmesi, gereksinimlerini tanımlaması</p> <p>Hemşirelik Sistemi Eğitim: Eğitim Kitapçığı kullanılacaktır.</p> <p>Telefonla izlem: İçeriği</p> <ul style="list-style-type: none">• Hastanın yaşadığı semptomlar• Semptomlara yönelik yaptığı ve yapacağı öz bakım davranışları• Öz bakım davranışlarına yönelik hastayı güçlendirme <p>Kullanılacak Formlar</p> <ul style="list-style-type: none">• Telefon Görüşmesi Formu• Telefon Görüşmesi Değerlendirme Formu
--	--	---

<p>-Kemoterapinin yan etkileri, yan etkilerine yönelik öz bakım davranışları, tedavi sırasında dikkat edilecek konular ve acil durumlar hakkında bireyin bilgilendirilmesi</p>	<p>-Kemoterapinin Yan Etkileri ve Öz Bakım Davranışları -Hastalık ve Tedaviye Bağlı Ortaya Çıkacak Yeni Gereksinimler ve Sınırlılıklar (sayfa 15-44)</p>	<p>Temel Durumsal Faktörler Bireyin yaşı, cinsiyeti, sağlık durumu, eğitim durumu, aile sistemi, yaşam şekli, çevresel durumu</p> <p>Öz Bakım Hastalık ve tedavi sürecinde ortaya çıkabilecek semptomlara yönelik öz bakım davranışları</p> <p>Terapötik Öz Bakım Gereksinimleri Hastalık ve tedaviye bağlı ortaya çıkacak yeni gereksinimler ve sınırlılıklar</p> <p>Öz Bakım Gücü Hastalık süreci ve kemoterapiye bağlı ortaya çıkan semptomların yönetimine ilişkin bilgi ve becerileri</p> <p>Öz Bakım Eksikliği Hastalık süreci ve kemoterapiye bağlı ortaya çıkan semptomların yönetimine ilişkin öz bakım davranışlarına yönelik bilgi eksikliğinin giderilmesi</p> <p>Hemşirelik Gücü Hemşirenin bireyin öz bakım gücünü değerlendirmesi, gereksinimlerini tanımlaması</p> <p>Hemşirelik Sistemi Eğitim: Eğitim Kitapçığı kullanılacaktır.</p>
--	--	---

		<p>Telefonla izlem:</p> <p>İçeriği</p> <ul style="list-style-type: none">• Hastanın yaşadığı semptomlar• Semptomlara yönelik yaptığı ve yapacağı öz bakım davranışları• Öz bakım davranışlarına yönelik hastayı güçlendirme <p>Kullanılacak Formlar</p> <ul style="list-style-type: none">• Telefon Görüşmesi Formu• Telefon Görüşmesi Değerlendirme Formu
--	--	--

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Çiğdem	Uyruğu	TC
Soyadı	ÖKTEN	Tel no	-
Doğum tarihi	17.10.1985	e-posta	cigdemoktn@hotmail.com

Eğitim Bilgileri

	Mezun olduğu kurum	Mezuniyet yılı
Lise	Pursaklar Anadolu Lisesi	2004
Lisans	Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	2009
Yüksek Lisans	Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2012
Doktora	Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2012-Devam ediyor

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Araştırma Görevlisi	Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Sağlık Yüksekokulu	Eylül-Aralık 2012
Araştırma Görevlisi	Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	2012- Devam ediyor

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
ÜDS	İngilizce	67.5

Yayınlar ve Bildiriler:

- Ökten Ç, Özer Z. Cancer patients and loneliness: A systematic review. Nursing Practice Today. 2016; 3(4): 128-139.
- Ökten Ç, Yangöz ŞT, Özer Z. The use of standardized patients in nursing education. International Congress on Nursing, 16-18 Mart 2017, Antalya (Sözel Bildiri).
- Yangöz ŞT, Ökten Ç, Özer Z. The use of e-learning program in nursing education. International Congress on Nursing, 16-18 Mart 2017, Antalya (Sözel Bildiri).
- Ökten Ç, Özer Z. The use of homeopathic medicines in cancer patients. 1.Uluslararası ve 3.Ulusal Tamamlayıcı Terapiler ve Destekleyici Bakım Uygulamaları Kongresi, 24-26 Kasım 2016, Antalya (Poster Bildiri).

- Cırık E, Efe E, Ökten Ç. Massage therapy to reduce pain in newborn. 1.Uluslararası ve 3.Ulusal Tamamlayıcı Terapiler ve Destekleyici Bakım Uygulamaları Kongresi, 24-26 Kasım 2016, Antalya (Poster Bildiri).
- Ökten Ç, Bedük T. Problems faced by outpatients undergoing gastrointestinal cancer chemotherapy at home and behaviors used to cope with these problems. 2016 World Cancer Congress, 31 Oct-3 Nov 2016, Paris (Poster Bildiri).
- Ökten Ç, Özer Z. Effect of social support on depressive symptoms in breast cancer patients. 2016 World Cancer Congress, 31 Oct-3 Nov 2016, Paris (Poster Bildiri).
- Ökten Ç, Özer Z. For skin cancer prevention practices and the impact on the experiences. 2016 World Cancer Congress, 31 Oct-3 Nov 2016, Paris (Poster Bildiri).
- Ökten Ç. Tele İzlem ve Hemşirelik. 15. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi, 28-29 Nisan 2016, Eskişehir (Poster Bildiri).
- Ökten Ç, Turan Kavradım S, Özer Z. Effect of psychosocial support on depressive symptoms in patients with heart failure. The Anatolian Journal of Cardiology. 2015; 15(1): 88
- Turan Kavradım S, Ökten Ç, Özer Z. Effects of a comprehensive cardiac rehabilitation program and patients' perspectives on cardiac rehabilitation. The Anatolian Journal of Cardiology. 2015; 15(1):88
- Ökten Ç, Bedük T. Ayaktan kemoterapi alan GIS kanserli hastaların evde karşılaştıkları sorunlar ve kullandıkları baş etme davranışları. 15. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 10-12 Eylül 2015, Erzurum (Poster Bildiri).
- Ökten Ç, Turan Kavradım S, Özer Z. Hemşirelik eğitiminin bakım davranışlarına etkisi. 15. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 10-12 Eylül 2015, Erzurum (Poster Bildiri).
- Ökten Ç, Turan Kavradım S, Özer Z. Onkoloji Hemşireliği ve Bakım. 3. Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi 19-22 Kasım 2014, Antalya (Poster Bildiri).
- Turan Kavradım S, Ökten Ç. Hemşirelikte yeni bir kavram: Sağlık turizmi hemşireliği. 14. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 25-27 Ekim 2013, Muğla (Poster Bildiri).
- Ökten Ç, Özer Z. Yaşlılıkta uyku bozuklukları ve hemşirenin rolü. 15. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, 2-6 Ekim 2013, Antalya (Poster Bildiri).