



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KEMOTERAPİ ALAN LÖSEMİLİ ÇOCUKLARDA HASTA AİLESİNE
VE BAKIM VEREN HEMŞİREYE YAPILAN EĞİTİMİN ORAL
MUKOZİTLERİN KONTROLÜNE ETKİSİ**

**SERAP ÖZDEMİR
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

HEMŞİRELİK

**DANIŞMAN
PROF. DR. BÜLENT ZÜLFİKAR**

İSTANBUL – 2011

SAGLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

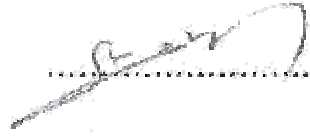
Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Serap ÖZDEMİR tarafından hazırlanan "*Kemoterapi Alan Lösemili Çocuklarda Hasta Ailesine ve Bakım Veren Hemşireye Yapılan Eğitimin Oral Mukozitlerin Kontraktüne Etkisi*" konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi :27.12.2011

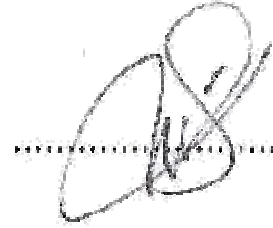
(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi : Prof.Dr.O.Bülent ZULFİKAR
: İstanbul Üniversitesi/ İst. Tıp Fak.
(Danışman)



Jüri Üyesi : Prof.Dr.Suzan YILDIZ
: İstanbul Üniversitesi/ Hemşirelik Fak.



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Ayşe YILDIZ
: Haliç Üniversitesi/ SBYO.



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü

I. TEŞEKKÜR

Yaptığım bu çalışmada desteğini ve güler yüzünü eksik etmeyen değerli hocam Prof. Dr. Bülent Zülfikar'a, zor bir dönem olan bu süreçte desteğini eksik etmeyen arkadaşlarımdan başta Esra Özçakır olmak üzere bu tezin bitmesini benden daha çok bekleyen yenidoğan yoğun bakımında çalışan klinik arkadaşlarıma ve her dönemde olduğu gibi yanımda olmasalar da varlıklarını hep hissettiren özellikle sıkıntılarımı kendine dert edinen başta annem olmak üzere canım aileme sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Serap Özdemir

II. İÇİNDEKİLER

I. TEŞEKKÜR	I
II. İÇİNDEKİLER	II
III. KISALTMALAR	V
IV. TABLO ve GRAFİK LİSTESİ	VI
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	3
3. GİRİŞ VE AMAÇ	5
4. GENEL BİLGİLER	7
4.1. Lösemi	7
4.1.1. Tarihçe.....	7
4.1.2. Etiyoloji.....	8
4.1.3. Sınıflama	8
4.2. Akut Lösemiler	8
4.2.1. Akut Lenfoblastik Lösemi (ALL).....	8
4.2.1.1. Klinik Semptomlar	10
4.2.1.2. Laboratuvar Bulguları	11
4.2.1.3. Tanı	11
4.2.1.4. Tedavi	12
4.2.1.5. Prognoz	13
4.2.2. Akut Non Lenfositik Lösemi	13
4.2.2.1. Epidemiyoloji	14
4.2.2.2. Sınıflama	14
4.2.2.3. Tanı.....	15
4.2.2.4. Klinik Semptomlar.....	15
4.2.2.5. Laboratuvar Bulguları	15
4.2.2.6. Tedavi	15
4.2.2.7. Prognoz	16
4.2.3. Lösemide Tedavi Yöntemleri	16
4.2.3.1. Kemoterapi	16
4.2.3.1.1. Kemoterapi Komplikasyonları	18
4.2.3.1.1.1. Ağrı	19
4.2.3.1.1.2. Anoreksiya (iştahsızlık).....	19
4.2.3.1.1.3. Yorgunluk	20
4.2.3.1.1.4. Bulantı-Kusma.....	20

4.2.3.1.1.5. Alopesi	21
4.2.3.1.1.6. Cilt Problemleri	21
4.2.3.1.1.7. Diare	21
4.2.3.1.1.8. Konstipasyon	21
4.2.3.1.1.9. Nötropeni	21
4.2.3.1.1.10. Trombositopeni	22
4.2.3.1.1.11. Psikososyal Sorunlar	22
4.2.3.1.1.12. Mukozit.....	24
4.2.3.1.1.12.1. Temel Ağız Bakımı	26
4.2.3.1.1.12.2. Mukozit Gelişme Mekanizması.....	27
4.2.3.1.1.12.3. Mukozit Kontrolü Ve Hemşirelik	28
4.2.3.2. Kök Hücre ve Kemik İliği Transplantasyonu	31
5. GEREÇ VE YÖNTEM	32
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	32
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	32
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	32
5.3.1. Örneklem Seçim Kriterleri	32
5.4. Veri Toplama Araçları	33
5.4.1. Veri Toplama Formları.....	33
5.5. Verilerin Değerlendirilmesi	34
5.6. Araştırmanın Etik Yönü	36
5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	36
6. BULGULAR	37
6.1. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	39
6.2. Hemşirelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Mukozit Kontrolüne Yönelik Bilgi ve Uygulamalarının Grafik Dağılımları.....	40
6.3. Annelerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	44
6.4. Annelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Mukozit Kontrolüne Yönelik Bilgi ve Uygulamalarının Grafik Dağılımları.....	46
6.5. Hemşirelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ağız Bakımına Yönelik Bilgi ve Uygulama Puanlarının Tanımlayıcı İstatistikleri	49
6.6. Hemşirelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Yaptıkları Uygulamaların Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	50
6.7. Hemşirelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Eğitici Rollerine İlişkin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	52
6.8. Annelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Eğitici Rollerine İlişkin Puanların Tanımlayıcı İstatistikleri.....	53

6.9. Annelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Yaptıkları Uygulamaların Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	54
7. TARTIŞMA	60
7.1. Hemşirelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ağız Bakımına Yönelik Bilgi ve Uygulamaları	60
7.2. Annelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ağız Bakımına Yönelik Bilgi ve Uygulamaları	62
7.3. Hemşirelerin ve Annelerin Eğitim Öncesi Ve Eğitim Sonrası Yaptıkları Uygulamalarının Puan Ortalamaları	62
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	66
9. EKLER	76
9.1. Etik Kurul İzni	77
9.2. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Yazılı Araştırma İzni	79
9.3. İl Sağlık Müdürlüğü Yazılı Araştırma İzni	81
9.4. Veri Toplama Formları	83
9.4.1. Veri Toplama Formu (Hemşireler için)	83
9.4.2. Veri Toplama Formu (Anneler için)	86
9.5. Eğitim Formları	89
9.5.1. Eğitim Formu (Hemşireler için)	89
9.5.2. Eğitim Formu (Anneler için)	93
9.6. İstatistiki Analizde Kullanılan Puanlama Rehberi	97
10. KAYNAKLAR	103
11. ÖZGEÇMİŞ	113

III. KISALTMALAR

- ALL:** Akut Lenfoblastik Lösemi
AML: Akut Miyelositer Lösemi
ANLL: Akut Non Lenfositik Lösemi
SSS: Santral Sinir Sistemi
RES: Retiküloendotelyal Sistem
FAB: Fransa, Amerika, Büyük Britanya
ABD: Amerika Birleşik Devletleri
CALLA: Common Acute Lymphocytic Leukemia Antigen
TdT : Terminal Deoksinükleotidil Transferaz
TA : Timik Antijen
E : Koyun Eritrositleri Reseptörü,
clg : Sitoplazmik İmmunglobulin.
Slg : Yüzey İmmunglobulini
MSS: Merkezi Sinir Sistemi
BOS: Beyin Omurilik Sıvısı
ARA: Akut Romatizmal Ateş
JRA: Juvenil Romatoid Artrite
LP: Lomber Ponksiyon
WHO: Dünya Sağlık Örgütü
DIC: Yaygın Damar İçi Kuagülasyonu
AMMoL: Akut Miyelomonoblastik Lösemi
APML: Akut Promiyelositer Lösemi
AMoL: Akut Monoblastik Lösemi
EL: Eritrolösemi
KİT: Kemik İliği Transplantasyonu
KİA: Kemik iliği Aspirasyonu
TPN: Total Parenteral Nutrition

IV. TABLO LİSTESİ

Tablo 1 - Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımları	39
Tablo 2 - Annelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımları	44
Tablo 3 - Hemşirelerin Eğitim Öncesi Ve Eğitim Sonrası Ağız Bakımına Yönelik Bilgi Ve Uygulama Puanlarının Tanımlayıcı İstatistikleri	49
Tablo 4 - Hemşirelerin Eğitim Öncesi Ve Eğitim Sonrası Ağız Değerlendirmesine Yönelik Uygulama Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	50
Tablo 5 - Hemşirelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ağız Bakımına Yönelik Uygulama Puanlarının Karşılaştırılması	50
Tablo 6 - Hemşirelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ağız Bütünlüğünü Korumak için Beslenmeye İlişkin Uygulama Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	51
Tablo 7 - Hemşirelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ağız Bakımına Yönelik Bilgi ve Uygulama Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	51
Tablo 8 - Hemşirelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Eğitici Rollerine İlişkin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	52
Tablo 9 - Annelerin Eğitim Öncesi Ve Eğitim Sonrası Ağız Bakımına Yönelik Bilgi Ve Uygulama Puanlarının Tanımlayıcı İstatistikleri	53
Tablo 10 - Annelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ağızın Değerlendirilmesine Yönelik Uygulama Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	54
Tablo 11 - Annelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ağız Bakımına Yönelik Uygulama Puanlarının Karşılaştırılması	54
Tablo 12 - Annelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ağız Bütünlüğünü Korumak için Beslenmeye İlişkin Uygulama Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	55
Tablo 13 - Annelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ağız Bakımına Yönelik Bilgi ve Uygulama Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	55
Tablo 14 - Annelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ağız Bütünlüğünü Korumak İçin Çocuğunun Bol Su İçmesine Dikkat Etme ve Bol Proteinli Besleme Durumunun Karşılaştırılması.....	56
Tablo 15 - Çocuklarda Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Mukozit Görülme Durumunun Karşılaştırılması	57
Tablo 16 - Annelerin ve Hemşirelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ağız Bakımına Yönelik Bilgi ve Uygulama Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	58

GRAFİK LİSTESİ

Grafik 1. Hemşirelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ağız Değerlendirmesine Yönelik Uygulamalarının Dağılımları	40
Grafik 2. Hemşirelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ağız Bütünlüğünü Korumak İçin Beslenmeye İlişkin Uygulamalarının Dağılımları	40
Grafik 3. Hemşirelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ağız Bakımına Yönelik Uygulamalarının Dağılımları	41
Grafik 4. Hemşirelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ağız Bakımına Yönelik Uygulamalara Evet Cevabı Verenlerin Dağılımları	41
Grafik 5. Hemşirelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ağız Bakımına Yönelik Uygulamalara Hayır Cevabı Verenlerin Dağılımları	42
Grafik 6. Hemşirelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ağız Bakımına Yönelik Bilgi Verme Hakkında Bilgi Veriyorum Cevabı Verenlerin Dağılımları	42
Grafik7. Hemşirelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ağız Bakımında Bağımsız Rollerinin Kullanımına Yönelik Tutumlarının Dağılımı	43
Grafik 8. Annenin Çocuklarına Yönelik Tanımlayıcı Özellikleri	45
Grafik 9. Annelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ağız Değerlendirmesine Yönelik Uygulamalarının Dağılımları	46
Grafik 10. Annelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ağız Bütünlüğünü Korumak İçin Beslenmeye İlişkin Uygulamalara Evet Cevabı Verenlerin Dağılımları	46
Grafik 11. Annelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ağız Bakımına Yönelik Uygulamalarının Dağılımları	47
Grafik 12. Annelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ağız Bakımına Yönelik Uygulamalara Evet Cevabı Verenlerin Dağılımları	47
Grafik 13. Annelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ağız Bakımına Yönelik Uygulamalara Hyır Cevabı Verenlerin Dağılımları	48
Grafik 14. Çocukların Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Mukozit Görülme Durumuna Göre Dağılımları	48

1.ÖZET

Ağız sağlığının korunması ve sürdürülmesi, tedavinin neden olduğu komplikasyonların önlenmesi, hastalara ve yakınlarına ağız bakımı ile ilgili alışkanlıkların kazandırılması, danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin sağlanması hemşirelerin temel sorumluluğudur (Dalgıç ve ark., 1998; Sieracki et al, 2009).

Bu araştırmada; kemoterapi alan lösemili çocuklarda, hasta ailesi ve bakım veren hemşireye yapılan eğitimin oral mukozitlerin kontrolüne olan etkisinin saptanması amaçlanmıştır.

Evreni Nisan 2011- Mayıs 2011 tarihleri arasında araştırma kapsamına alınan iki Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve iki Üniversite Hastanesinin Pediatrik Hematoloji-Onkoloji servisinde yatmakta olan lösemili çocukların anneleri ve onlara bakım veren hemşireleri oluştururken, örnekleme ise evreni oluşturan anne ve hemşirelerden gönüllü 40 anne ve 34 hemşire oluşturmuştur. Veriler; araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan hemşireler için 38 ve anneler için 39 soruluk formlar ile toplanmış, formların uygulanmasından sonra literatür taranarak hazırlanan eğitim formları ile eğitim verilmiş ve aynı formlar eğitimden sonra tekrarlanarak; sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma, eğitim öncesi ve eğitim sonrası ağız bakımına yönelik puan ortalamalarının karşılaştırılması için bağımlı gruplarda t testi, kategorik yanıtların (oranların) karşılaştırılması için McNemar testi, hemşire ve hasta yakınının puan ortalamalarının karşılaştırılması için bağımsız gruplarda t testleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

Hemşirelerin eğitim sonrasındaki ağız değerlendirme puan ortalamaları eğitim öncesine göre ileri düzeyde anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<,001$).

Hemşirelerin eğitim sonrasındaki ağız bakımına yönelik puan ortalamalarının eğitim öncesine göre ileri düzeyde anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<,001$).

Hemşirelerin eğitim öncesi ve eğitim sonrasındaki kemoterapi alan lösemili çocukların ağız değerlendirme, ağız bakımı verme ve ağız koruyucu beslenme davranışlarına ilişkin uygulamaların ortalamaları alınmış. Hemşirelerin eğitim sonrasındaki toplam puan

ortalamlarının eğitim öncesinden ileri düzeyde anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı ($p<,001$).

Kemoterapi alan lösemili çocuk hastaların annelerinin eğitim öncesi ve eğitim sonrasındaki ağız değerlendirme, ağız bakımı verme ve ağız koruyucu beslenme davranışlarına ilişkin uygulamaları incelendi. Annelerin eğitim sonrasındaki toplam puan ortalamalarının eğitim öncesinden ileri düzeyde anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı ($p<,001$).

Eğitim öncesi ve eğitim sonrası puan ortalamaları arasındaki farka bakıldığında. Hem anne, hem de hemşire grubunun üç alt alan ve toplam puan ortalamalarında anlamlı düzeyde fark olduğu ($p<,05$), eğitim sonrasında da puanlarda artma olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Kemoterapi, lösemi, çocuk, hemşire, anne, eğitim, oral mukozit kontrolü,

2. SUMMARY

The effect of education to the patient 's families and nurses on the control of oral mucositis in leukemic children receiving chemotherapy

Protecting of oral health and continuation of this, preventing complications caused by treatment, to be falling into habits of oral care to the patients and their relatives, providing consultation and education services are the basic responsibilities of the nurses (Dalgıç ve ark., 1998; Sieracki et al, 2009).

The main purpose of this research is the leukemia in children treated with chemotherapy, the effect of education to the patient's family and caring nurse on controlling oral mucocytes.

The study group; which is included in two university hospital and two educational and research hospital, is constituted by the nurses and mothers of children with leucemia that line in Hematology-Oncology services. This research is done in between the date of April 2011- May 2011 in two educational and research hospital and two university hospital's pediatric hematology-oncology services. 40 mothers and 34 nurses has been chosen from this study group. The data of forms prepared by reviewing literature are collected by researcher. Forms those prepared for nurses consist of 38 questions while that of mothers consist of 39. After application of forms that are prepared by reviewing literature, training is provided through them by researcher. Then these forms are repeated after education; number, percentage, average, and standart deviation, t test at dependent groups for comparing the point averages related to oral caring before education and after education, McNemar test for comparing categoric answers (percentages), t test at independent groups for comparing the point averages of nurse and patient relatives are assessed.

It is determined that the nurses' after education, the oral evaluation points are dramatically high as compared to before ($p < .001$).

After education the oral caring average points of nurses are dramatically high compared to before education ($p < .001$).

The average of applications that are associated with oral evaluation, oral caring and oral nutrition behaviour of children with leucemia treated by chemotherapy is taken by using of results, obtained from before and after education. It is determined that the nurses' after education, the total point average is dramatically high as compared to before ($p < .001$).

The application of mothers of children with leucemia treated by chemotherapy for oral evaluation, oral caring, oral protecting nutrition behaviour are examined before education and after education. It is determined that after education the total point averages are dramatically high compared to before education ($p < .001$).

When we evaluated the differences of point averages between before education and after education; Both mother and nurses group's 3 sub-domain and total point averages are extremely different ($p < .05$), after education it is seen that the points are dramatically increasing.

Keywords: Chemotherapy, Leucemia, Children, nurse, mother, education, oral mucocyte control

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Lösemi; çocukluk çağı kanserlerinin başında yer alan, kontrolsüz olarak çoğalan kemik iliğinin olgunlaşmamış hücrelerinin periferik kan, kemik iliği ve ilik dışı dokularda birikmesiyle karakterize klonal lenfoproliferatif bir hastalıktır (Akı, 2004; Ayyıldız ve ark., 2005; Dworkin, 2000; Guillerman et al, 2011; Grup, 2001; Meadow and Newell, 2003; Zülfikar, 2000).

Pediyatrik onkolojide multidisipliner tedavi yaklaşımının temelini kemoterapi oluşturmaktadır (Kurt ve Çetinkaya, 2008). Nitekim tüm lösemi tiplerinin tedavisi içinde kemoterapi kullanılmaktadır (Kurt ve Çetinkaya, 2008).

Kemoterapide amaç hızlı bölünen kanser hücrelerinin bölünmelerini engellemektir. Bu amaçla verilen ilaçlar bölünen malignan hücreler ile birlikte ağız boşluğu, gastrointestinal sistem, kemik iliği ve kıl foliküllerinin de sağlıklı hücrelerini olumsuz yönde etkileyerek istenmeyen birçok yan etkiye neden olmaktadır (Dalgıç ve ark., 1998).

Oral mukozit kanserli hastalarda kemoterapi, radyoterapi, kemik iliği ve/veya kök hücre transplantasyonunun ciddi bir komplikasyonudur (Aydın ve Yalçın, 2005b; Çavuşoğlu, 2007).

Mukozit: Kemoterapi uygulanmaya başlanmasından sonra tüm gastrointestinal sistem mukozalarındaki inflamasyona denir. Oral mukozalarda daha sık görülen ve stomatit olarak adlandırılan inflamasyon, başta oral problemlere ve diğer sistem problemlerine neden olmaktadır (Aydın ve Yalçın, 2005b; Çakur ve ark., 2006; Çavuşoğlu, 2007; Dalgıç ve ark., 1998; Ertem, 2008; Wohlschlaeger, 2004).

Mukozit gelişmesine neden olan mukozal reaksiyonlar radyoterapi yapılanlarda tedavinin ikinci haftası biterken gözlenirken, kemoterapi alanlarda tedavinin 5–7. gününde karşımıza çıkmaktadır (Çakur ve ark., 2006; Çavuşoğlu, 2007; Çubukçu Elbek, 2005).

Mukozal hücre yenileme döngüsünü zarara uğratarak mukozite neden olan radyoterapi ve kemoterapi oral kavitede renk değişikliği, eritem ve fibrin eksuda birikimi ile ülserasyonlar gibi birçok sorunu da beraberinde getirir (Çakur ve ark., 2006).

Pediyatrik kanser hastalarında yaklaşık %65 oranında görülme sıklığı olan mukozitlere immunolojik yanıtın geç olması nedeniyle bu sıklığın arttığı görülmektedir. (Çubukçu Elbek, 2005).

Mukozit tedavisinin ilk ve önemli bir yaklaşımı olan temel ağız bakımında amaç; oral mikrobiyal florayı korumak yumuşak dokularda enfeksiyon gelişimini önlemek, oral ağrı ve / veya kanama gibi tedavi ile ilişkili semptomların azaltılması ve / veya hafifletilmesidir (Hogan R, 2009; Yılmaz, 2007).

Hemşireler mukozit önlenmesi ve tedavisini sağlayacak ağız bakım tekniklerini öğretme ve uygulamada esas rol üstlenen sağlık çalışanlarıdır (Yılmaz, 2007; Wohlschlaeger, 2004).

Kanser tedavisinin sık karşılaşılan komplikasyonlarından olan mukozitin hemşirelerin geliştireceği ve uygulayacağı ağız bakım protokolleri ile azalabileceği vurgulanmaktadır (Dalgıç ve ark., 1998; Hogan, 2009; Sieracki et al, 2009).

Geliştirilen ağız bakım protokollerinde istenilen hedefe ulaşabilmek için hemşire-hasta ve ailesinin ortak işbirliği gerekmektedir (Dalgıç ve ark., 1998).

Hemşirenin hasta eğitimindeki rolü oral bakımda da önemli bir yere sahiptir (Potting et al., 2008; Yılmaz, 2007).

Ağız sağlığının korunması ve sürdürülmesi, tedavinin neden olduğu komplikasyonların önlenmesi, hastalara ve yakınlarına ağız bakımı ile ilgili alışkanlıkların kazandırılması, danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin sağlanması hemşirelerin temel sorumluluğudur (Dalgıç ve ark., 1998; Sieracki et al, 2009).

Bu araştırma kemoterapi alan lösemili çocuklarda hasta ailesi ve bakım veren hemşireye yapılan eğitimin oral mukozitlerin kontrolü üzerine olan etkisini saptamak amacıyla planlandı.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Lösemi

Lösemi; çocukluk çağı kanserlerinin başında yer alan, kontrolsüz olarak çoğalan kemik iliğinin olgunlaşmamış hücrelerinin periferik kan, kemik iliği ve ilik dışı dokularda birikmesiyle karakterize klonal lenfoproliferatif bir hastalıktır (Akı, 2004; Ayyıldız ve ark., 2005; Dworkin, 2000; Guillerman et al, 2011; Grup, 2001; Meadow and Newell, 2003; Zülfikar,2000). Çoğunlukla lökositler seri etkilenmesine rağmen eritroid ve megakaryositer serinin de lösemileri söz konusudur. Çocukluk çağında görülme oranı 3-5/100 000 olarak bildirilen olguların yaklaşık %80'ini akut lenfoblastik lösemi (ALL), %15 kadarını akut nonlenfoid (veya myeloid) lösemi (AML), %3-5 kadarını da kronik ve sınıflandırılmayan lösemiler oluşturur (Akı, 2009; Grup, 2001; Sezer ve ark., 2006; Ünal ve Tuncer, 2004).

Lösemiler, çocukluk çağı kanserlerinin %35 kadarını oluşturmaktadırlar. Günümüzde Kronik hastalık haline gelen lösemiler ve diğer çocukluk çağı kanserleri artık ölümcül olmaktan çıkmıştır (Ereymiş ve ark., 2004; Sarı ve Akyüz, 2005; Ünal ve Tuncer, 2004).

4.1.1. Tarihçe

Lösemi teriminin ilk kez 1845 yılında İskoçya'da Bennet ve Almanya'da Virchow tarafından yayınlandığı bilinmektedir. Virchow tarafından beyaz küre anlamına gelen 'leukhemia' şeklinde tanımlanmıştır. 1957 yılında Freidreich, 46 yaşlarında erkek bir hastanın toraksında kitle halinde bulunan renksiz hücrelerin lökosit olduğunu saptamış ve vakanın tanımında 'akut lösemi' terminolojisini kullanmıştır. Neumann lösemi hücrelerinin kemik iliğinden kaynaklandığını 1870 yılında belirtmiştir. 1881 yılında boyama yönteminin keşfedilmesiyle Ehlich lösemi hücrelerini morfolojik özelliklerine göre tanımlamıştır. Paul Ehlich tüm hücrelerin tek bir kök hücreden çoğaldığını öne sürmüştür. 1990 yılında Naegelli, lenfoblastların hücre dizisine, myeloblastların ise myeloid hücre dizisine ait olduğunu düşünmüştür (Elmas ve Yetkin, 2004a).

4.1.2. Etiyoloji

Etiyolojisi kesin olarak bilinmeyen lösemilerin multifaktoriyel olduğu, hasta ve çevresel etmenler arasındaki ilişki ve etkileşimden ortaya çıktığı düşünülmektedir (Nechman and Abelson, 2002).

Tek yumurta ikiz eşlerinde ve kardeşlerindeki lösemi varlığı, Ataksi telanjiektazi, Down sendromu, Bloom sendromu, Fanconi anemisi gibi kromozomal hastalık varlığı, doğumsal anomali sendromları, radyasyon ve kimyasal karsinojenlere maruz kalma çocuklarda lösemi gelişme riskini arttırdığı bilinmektedir (Meadow and Newell, 2003; Nechman and Abelson, 2002).

4.1.3. Sınıflama

Lösemiler, hücre morfolojisi temel alınarak sınıflanırlar. Tedavi ve prognoz açısından sınıflandırmaların lösemide büyük bir öneme sahip olduğu belirtilmektedir (Dworkin, 2000).

Çocukluk çağı lösemilerinin büyük çoğunluğunu (%97) akut lösemi, çok azını (%3) kronik miyelositer lösemi oluşturur (Dworkin, 2000).

4.2. Akut Lösemiler

Ülkemizde çocukluk çağı lösemi insidansı 100.000'de 3-5'dir. Epidemiyolojik faktörleri; coğrafik dağılım, ırk, yaş ve cinsiyettir (Ünal ve Tuncer, 2004).

Akut lösemilerden, ALL çocukluk döneminde, akut nonlenfositik lösemi (AML) ise sıklıkla genç erişkinlerde görülür. AML kemik iliğinde ve periferik kanda kemik iliğinin myeloid öncüllerinin birikimi ile karakterizedir (Aktaş, 2004).

4.2.1. Akut Lenfoblastik Lösemi (ALL)

Çocukluk çağında en sık görülen neoplazma olan ALL kemik iliğindeki karakteristik lenfoblastların çok sayıda görülmesiyle karakterizedir (Dworkin, 2000; Nechman and Abelson, 2002; Sezer ve ark., 2006).

Lösemi patofiyolojisi; kendiliğinden sonsuz çoğalma yeteneği olan, differansiyasyon gösteremeyen hemastopoetik prekürsörlerin, mutant hematopoetik progenitör hücreden gelişmesi ile açıklanmaktadır (Elmas ve Yetkin, 2004b).

Genellikle 10 yaş ve altındaki çocuklarda rastlanmakla birlikte diğer yaş gruplarında da görülebilmektedir. ALL'li vakaların kemik iliği çok sayıda blast (olgunlaşmamış kemik iliği hücresi) üretmektedir. Bu blastlar lenfositlere dönüşmeleri gerekirken dönüşmezler ve lenfosit, trombosit üretilmesine yer kalmayacak şekilde aşırı blast birikimi oluştururlar (Sezer ve ark., 2006).

ALL'nin patogenezinde kontrol edilemeyecek şekilde çoğalan blastlar periferik kana, başka dokulara ve retiküloendotelyal sisteme (RES) yayılmaktadırlar (Atay ve ark., 2005; Elmas ve Yetkin, 2004b).

ALL'de yüksek doz radyasyona maruz kalma, doğum öncesi veya erken çocukluk döneminde toksik etkenlere maruziyet ve çevresel etkenlerin etkili olduğu belirtilmektedir (Sezer ve ark., 2006).

Çocukluk döneminde 3–4 yaşlarında pik yaptığı belirtilmektedir (Atay ve ark., 2005).

ALL' de güncel tedavi yöntemleri ile birlikte % 75 gibi büyük bir oranda sağ kalımın olduğu vurgulanmaktadır (Ünal ve ark., 2008).

Akut lenfoblastik lösemi morfolojik ve immunolojik ve sitogenetik olarak gruplandırılırlar. Morfolojik özelliklerine göre lenfoblastlar L₁, L₂, L₃ alt gruplara ayrılırlar. Bu sınıflandırmayı FAB olarak nitelenen Fransa, Amerika ve Büyük Britanya'nın ilk harfleri oluşturur (Akı, 2009; Celkan, 2009; Cinas ve Okumuş, 2006; Dworkin, 2000).

İmmunolojik sınıflandırmada morfolojik sınıflandırma kadar önemlidir. Lösemi hücrelerindeki yüzey antijenlerin incelenmesiyle Akut lenfoblastik lösemi; B hücreli, T hücreli ve B dışı, T dışı (non B, non T) hücreli olarak üç önemli alt gruba ayrılarak sınıflandırılmaktadırlar (Akı, 2009; Cinas ve Okumuş, 2006; Dworkin, 2000).

Prognoz açısından önemli verilerin elde edildiği alt sınıflamadır. Günümüzde immünolojik ve genetik bozukluklar teknik olarak daha kolay ve sık saptanmakta ve sayısal veya yapısal olabilmektedir (Celkan, 2009).

FAB sınıflarındaki lenfoblastlarda prognoz göz önünde bulundurulduğunda L₁ en iyi, L₂ orta düzeyde kötü ve en kötü olan L₃ lenfoblasttır (Celkan, 2009; Cinas ve Okumuş, 2006).

Tablo: Farklı Akut Lenfoblastik Lösemi Tiplerinin Özellikleri

İmmunfenotip	Yaş	Lökosit sayısı	Karyotip	Diğer
CALLA-negatif erken pre-B	Süt çocuğu	Yüksek	Translokasyon	Kötü prognoz
CALLA-pozitif erken pre-B	Erken çocukluk	Düşük, normal	Hiperdiploidi	L1 morfoloji
Pre-B	Erken çocukluk	Düşük, normal	Traslokasyon	Sitoplazmik immunglobülin
T- hücre	Geç çocukluk	Yüksek	Translokasyon	Mediastinalkitle
B- hücre	Geç çocukluk	Değişken	Translokasyon	L3 morfoloji

4.2.1.1. Klinik Semptomlar

Belirti ve bulgular normal dokuların lösemik hücrelerle infiltrasyonu ile ilintilidir. Kemik iliği yetersizliği (Anemi, nötropeni veya trombositopeni) veya spesifik dokuların infiltrasyonu (lenf düğümleri, karaciğer, dalak, beyin, kemik, deri, testisler) ile oluşabildiği belirtilmektedir (Akı, 2009; Cinas ve Okumuş, 2006; Nechman and Abelson, 2002).

Sık görülen semptomlar ise; ateş, solukluk, peteşi, ekimoz, enfeksiyon belirtileri, uzun kemik, eklem ağrıları, kanamalar, iştahsızlık, karın ağrısı ve Merkezi Sinir Sistemi (MSS) belirtileri, hepatosplenomegali, yaygın lenfadenopati, testis tutulumu (lösemik infiltrasyona bağlı) superior ve vena kava sendromu, anemiye bağlı üfürüm ve taşikardi görülür (Akı, 2009; Cinas ve Okumuş, 2006; Dworkin, 2000; Elmas ve Yetkin, 2004b; Nechman and Abelson, 2002).

4.2.1.2. Laboratuvar Bulguları

Tanı ilk konulduğu aşamada genellikle normokrom normositer anemi, lökositoz, trombositopeni ve periferik yaymada blastların varlığı ortaya çıkar. Olguların % 10' luk bölümünde periferik kan bulguları normal olduğu belirtilmektedir. Bazı olgularda lökopeni mevcuttur (Elmas ve Yetkin, 2004b).

Lösemili çocuklarda hipokalsemiye bağlı könvülziyon görülebilmektedir. ALL'de pürinlerin yıkılması sonucu kanda ürik asit düzeyinin genellikle yüksek olması lenfoblastların parçalanması ile açığa çıkan pürinlerden kaynaklanmaktadır. Böbrek yetersizliği kandaki ürik asitin böbrek tubulusuna yerleşmesiyle ortaya çıkar ve ürik asit nefropatisine neden olabileceği bilinmektedir. İdrar analizlerinde mikroskopik hematüri ve ürik asit kristalleri görülebilmektedir (Celkan, 2009; Cinas ve Okumuş, 2006; Elmas ve Yetkin, 2004b).

Serum immünglobülin (Ig) düzeyleri 1/3 vakada hafif düşük bulunmaktadır. Bu düşme normal lenfositlerin sayıca ve fonksiyonca azalmalarından ileri geldiği belirtilmektedir (Elmas ve Yetkin, 2004b).

Beyin omurilik sıvısı (BOS) dikkatle incelenmeli 1/3 vakada lösemik blastlar bu inceleme ile konulabilir bu vakaların çoğunda nörolojik semptomlar yoktur (Elmas ve Yetkin, 2004b).

Radyolojik incelemelerde T hücreli ALL vakalarında akciğer grafisinde tümusta ya da mediastinal lenf nodlarında büyüme, plevral effüzyon saptanabilmektedir (Elmas ve Yetkin, 2004b).

Anterior mediastinal kitle, büyük arter ve trakeaya bası yaparak süperior vena kava sendromuna yol açmaktadır. Bu sendromda genellikle öksürük, dispne, ortopne, disfaji, stridor, siyanoz, fasiyal ödem mevcut olup, intrakraniyel basınç artışı ve senkop atakları da görülebilmektedir (Elmas ve Yetkin, 2004b; Ünal ve Gümrük, 2004).

4.2.1.3. Tanı

Akut lenfoblastik lösemi tanısı periferik kanda, kemik iliği aspirasyonunda ya da her ikisinde olgunlaşmamış blast hücrelerinin görülmesi ile konur (Atay ve ark., 2005; Celkan, 2009; Nechman and Abelson, 2002).

ALL vakalarının bazıları Akut Romatizmal Ateş (ARA) ve Juvenil Romatoid Artrite (JRA) benzeyen eklem ağrıları görülebilmektedir (Celkan, 2009).

Kesin tanı bu hastalıklara özgü laboratuvar bulguları ile birlikte periferik kan bulguları ve gerekli görüldüğünde kemik iliği aspirasyonu ile konulabilmektedir (Celkan, 2009; Cinas ve Okumuş, 2006).

Santral Sinir Sistemi (SSS) tutulumu olasılığını belirlemek için mutlaka lomber ponksiyon (LP) yapılarak beyin omurilik sıvısı incelenmelidir. (Nechman and Abelson, 2002).

4.2.1.4. Tedavi

ALL' de yeni antineoplastik ilaçların kullanılmaya başlanması, bakım imkanlarının artması ile, iyileşme ve kür oranlarının % 80'lere çıktığı bilinmektedir (Atay ve ark., 2005; Köksal ve Varan, 2005b).

‘Çocukluk dönemi Akut Lemfoblastik Löseminin Başlangıç Tedavisi

4–5 Hafta İndüksiyon

1. Vincristine IV, haftada bir x 4 hafta
2. Dexamethasone PO x 28 gün (standart risk için)
3. L- Asparaginase (E.coli): IM, 3 kere / hafta x 3 hafta; L- Asparaginase (PEG): 1 doz
4. Yalnız yüksek risk için: Daunomycin IV, haftada bir x 4 hafta
5. İntratekal cytosine arabinoside 1.gün, intratekal merhotrexate 8 gün

Konsolidasyon

1. İntratekal methotrexate, haftada bir x 4 hafta
2. Kranial RT (yüksek risk- yavaş yanıt veren; tanıda santral sinir sistem hastalığı)
3. Hergün oral 6-MP
4. Yüksek riskli hastalar ayrıca Cytosan, cytosine arabinoside alır

Ara idame*

1. Hergün oral 6- mercaptopurine, haftada bir oral methotrexate veya
2. 50 gün boyunca 10 günde bir vincristine + IV-methotrexate + (2 kez PEG Asparaginaz)
3. Standart risk: vincristine ayda bir ve beş gün artı her ay prednisone ayda bir kere.

Gecikmiş Yoğunlaştırma*

1. İndüksiyona benzer şekilde yeniden indüksiyon, yüksek riskli hastalarda dexamethasone prednisone'un adriamycin daunomycin'nin yerini alır.

2. Yeniden konsolidasyon: ALL’li hastalarda Cytosan, cytosine arabinoside ve 6- thiogvanine (6-mercaptopurine ile yer değiştirir) verilir.

İdame*

1. Vincristine ayda bir kez
2. Dexamethasone (standart risk) ya da prednisone (yüksek riskli) ataklar: 5 gün / ay
3. Hergün oral 6- mercaptopurine
4. Haftada bir oral methotrexate

* Bu dönemler sırasında ek inratekal methotrexate devam edilir’ (Celkan, 2009; Cinas ve Okumuş, 2006; Dworkin, 2000; Elmas ve Yetkin, 2004b; Nechman and Abelson, 2002; Tufekci O et al, 2011).

4.2.1.5. Prognoz

Tedavi protokollerinin oluşturulabilmesi için prognozun belirlenmesi büyük öneme sahiptir (Celkan, 2009; Cinas ve Okumuş, 2006).

İki genel risk grubuna sahip olan ALL’li hastalar yaşlarına ve lökosit sayılarına göre ayrılırlar 1–9 yaşındaki, lökosit sayıları 50 000’den az olan ve t(9;22) translokasyonu ya da hipodiploid ($N \leq 44$) karyotipi olmayan vakalar standart riskli gruba girer bu grubun dışında kalan vakaların hepsi yüksek risk grubunu oluşturmaktadır (Dworkin, 2000; Nechman and Abelson, 2002).

ALL hastalarının kemoterapiye başladıktan hemen sonra erken değerlendirme yapılması gerekliliği belirtilmektedir. Tedavinin 7 ve/veya 14. gününde periferik kan ve/veya kemik iliğinde blast ölçümü prognozu belirler (Nechman and Abelson, 2002).

Ayrıca prognozu etkileyen faktörler arasında yaş, cins, lökosit sayısı olarak ifade edilen lösemik hücre yükü immunfenotip ve karyotip kullanılmaktadır (Dworkin, 2000).

4.2.2. Akut Non Lenfositik Lösemi (ANLL veya AML)

Kemik iliğinde bulunan granülosit, monosit, eritrosit veya trombosit gibi hücre tiplerinden bir ya da daha fazlasının prekürsörlerinin etkilendiği malign bir hastalıktır (Dworkin, 2000).

4.2.2.1. Epidemiyoloji

Çocukluk çağı lösemilerinin % 15-25'ini oluşturan non lenfoblastlar her yaştaki kız ve erkek çocuklarda aynı oranda görülmektedir (Cinas ve Okumuş, 2006; Çetingül, 2009).

Fanconi Anemisi, Bloom Sendromu, Trizomi 21, Kastman Sendromu, Diamond-Blackfan Sendromu, İyonize Radyasyona maruz kalma insidansı arttıran faktörler arasında yer almaktadır (Cinas ve Okumuş, 2006).

4.2.2.2. Sınıflama

Dünya sağlık örgütü (WHO) sınıflandırmasında blast sayısı > % 20 ise AML olarak kabul etmektedir (Kuşkonmaz ve Çetin, 2004).

Malign hemapoetik öncü hücrelerin klonal proliferasyonu sonucu gelişen ANLL histokimyasal boyama özellikleri ve morfolojik özelliklerine göre yedi alt gruba ayrılırlar. Bu sınıflama FAB sınıflaması olarakta bilinmektedir (Akı, 2009; Cinas ve Okumuş, 2006; Dworkin, 2000; Kuşkonmaz ve Çetin, 2004; Nechman and Abelson, 2002; Ünal ve Tuncer, 2004).

- M₁ (Matürasyon Göstermeyen Miyeloblastik Lösemi)
- M₂ (Matürasyon Gösteren Miyeloblastik Lösemi)
- M₃ (Promyelositik Lösemi)
- M₄ (Miyelomonositer Lösemi) (Akı, 2009; Dworkin, 2000; Ünal ve Tuncer, 2004).

Bunlar;

- Kromozom 16 anomalileri
- Meningeal tutuluşa yatkınlık
- Kemoterapiye iyi yanıt gösterirler (Akı, 2009; Dworkin, 2000; Ünal ve Tuncer, 2004).
- M₅ (Monoblastik Lösemi)
- M₆ (Eritrolösemi)veya DiGuglielma Sendromudur
- M₇ (Megakaryoblastik Lösemi) (Akı, 2009; Dworkin, 2000; Ünal ve Tuncer, 2004).

4.2.2.3. Tanı

Elektron mikroskopik inceleme ile trombosit peroksidazının saptanması, İmmunolojik yöntemlerle trombositte özgü proteinlerin görülmesi gibi bulguların bir ya da ikisinin görülmesi ile tanı konur (Dworkin, 2000).

ANLL alt grupları prognozları göz önünde bulundurulduğunda büyük farklılık göstermezler. Bu sebeplede tüm ANLL grubunda tedavi protokolleri aynı uygulanır (Akı, 2009; Dworkin, 2000).

4.2.2.4. Klinik Semptomlar

Halsizlik, tekrar eden enfeksiyonlar, solukluk, ateş, kanamalar, kemik ağrıları, sindirim sistemi problemleri en sık karşılaşılan semptomlardır (Akı, 2009; Dworkin, 2000).

ANLL'yi ALL'den ayırmak mümkün olmamakla beraber diş eti hipertrofisi ve kanamalar ANLL lehinedir. ANLL'de görülen hepatosplenomegali ve lenfadenopati ANLL ve ALL arasında fizik muayene açısından farklılık olmadığını göstermektedir (Akı, 2009; Dworkin, 2000).

4.2.2.5. Laboratuvar Bulguları

İlk aşamada ölçülen lökosit ve trombosit sayıları ALL'deki gibi farklı değerler vermektedir. Periferik kan yaymasının ve kemik iliğinin incelenmesi ile tanı konur. Blastların özel morfolojilerinin ve histokimyasal boyalardan da yararlanarak lösemi tipi saptanır (Akı, 2009; Dworkin, 2000).

4.2.2.6. Tedavi

Kemoterapi'nin ALL'de gösterdiği başarıyı ANLL'de gösteremediği belirtilmektedir (Dworkin, 2000).

Vakaların büyük çoğunluğunda remisyon sağlayan indüksiyon kombinasyonu cytosine arabinaside ile daunamycin olduğu belirtilmektedir (Dworkin, 2000).

İdame tedavide 6-Throguanine, Cytosine Arabinaside, 5-Azacytnoline, Cylophosphamide ve Vincristine kullanılmaktadır. Kemik iliği transplantasyonu doku antijenleri saptanarak uygun donör bulunduğu iyi bir tedavi şeklidir (Nechman and Abelson, 2002).

Hastanın HLA doku tiplendirmesi uygun vericisi olduğunda allojgeneik eğer yoksa akraba dışı HLA uygun vericilerden kök hücre transplantasyonu yapılmaktadır (Dworkin, 2000).

4.2.2.7. Prognoz

ANLL grubunda genel anlamda prognoz kötüdür ve yaş, cins, ırk gibi faktörlerin prognoz üzerinde etkisinin olmadığı belirtilmektedir (Nechman and Abelson, 2002).

Kemoterapi protokollerinin en iyi uygulanmasına karşın hastaların yarısından daha azında iyileşme sağlanır. Allogeneik kemik iliği transplantasyonları vakaların 2/3'ünde iyileşme sağlar. ANLL vakalarının ortalama remisyon sürelerinin 1 yıl olduğu belirtilmektedir (Dworkin, 2000).

4.2.3. Lösemide Tedavi Yöntemleri

Tedavide amaç; yaşam süresinin uzatılması, tedaviye bağlı gelişen semptomların kontrol altına alınması hedeflenerek hastalara nitelikli yaşama hakkı verilmesinin amaçlandığı bilinmektedir (Kurt ve Çetinkaya, 2008; Sadırlı Kurt, 2008).

4.2.3.1. Kemoterapi

Hastaya veya konakçıya ait anormal gelişen hücrelere karşı seçici öldürücü etkileri olan, bireyin normal hücrelerine zarar vermeyen, doğal veya sentetik, kimyasal, biyolojik ajanlar ve hormonlarla yapılabilen tedavi şekline kemoterapi denir (Sadırlı Kurt, 2008).

Düşük ya da yüksek risk grubunda ve yerleşim yeri nedeni ile cerrahi morbidite riski yüksek olgular ile yüksek riskli grubuplarda tedavide ilk seçenek olarak tercih edilmektedir (Çetingül, 2009).

Pediyatrik onkolojide multidisipliner tedavi yaklaşımının temelini kemoterapi oluşturmaktadır. Tüm lösemi tiplerinin tedavisinde kemoterapinin kullanıldığı bilinmektedir (Kurt ve Çetinkaya, 2008).

Kullanılan ilaçlar çoğalan hücrelerin çoğalmasını ve gelişmesini engellediği gibi bazı normal hücrelerinde gelişip çoğalmasını engellemektedir. Özellikle bağırsak ve ağız mukoza epitelyumu, kemik iliğinin hematopoietik hücreleri, kıl folikülü hücreleri, testisin jermatif epitelyumu, embriyo ve fetüs gibi hücrelerdir (Sadırlı Kurt, 2008).

Hızlı bölünen hücreler için etkili olan kemoterapi belirli prensipler ışığında uygulanmaktadır (Kurt ve Çetinkaya, 2008; Sadırlı Kurt, 2008).

- Hastalığın kesin tanısının konulup, hastalık evresinin bilinmesi,
- Verilecek ilaç tedavisinde hastanın tüm tolerasyon gösterebilecek olması,
- Standart tedavi olarak önerilen adjuvan tedavisinin uygulanması,

Adjuvan tedavi: nüks riski yüksek cerrahi yöntemle tam olarak çıkarılan tümörün yada radyoterapi ile kesin tedavi edilmesinin ardından yapılan kemoterapidir (Sadırlı Kurt, 2008).

- Serum tümör marker düzeyi, tümör büyüklüğü gibi verilen ilacın etkili olup olmadığını belirleyen ölçüm metodları olması,
- Yapılan ilaç tedavisi hastanın yaşam süresini ve / veya yaşam kalitesini arttırması,
- Kemoterapinin uygulandığı yerlerde/ merkezde destekleyici bakım olanaklarının yeterli düzeyde bulunması önemlidir (Kurt ve Çetinkaya, 2008).

Bu prensiplerin nasıl etki ettiklerinin anlaşılabilmesi için hücre siklusu (yaşam döngüsü) ‘nun iyi bilinmesi büyük öneme sahiptir. Bu siklus önemli 5 evreden oluşmaktadır (Sadırlı Kurt, 2008).

G0 (Dinlenme Evresi) : Bu evrede hücreler mitoz sonrası dinlenirler ve aktif olarak hücre bölünmesine katılmazlar. Hücre bu evrede hareketsiz olmakla birlikte kemoterapi bu hücreler etkilemez (Sadırlı Kurt, 2008).

G1 (1 Evre) : Yeni hücre oluşumu için DNA’nın sentezlendiği bu evre de kemoterapiye hassasiyet söz konusudur (Sadırlı Kurt, 2008).

S (Sentez Evresi) : Yeni DNA sentezlenir, hücre bölünmeye hazırlanır. Bu evrede kemoterapik ilaçlar etkilidir (Sadırlı Kurt, 2008).

G2 (2. Evre) : Mitoz için RNA ve protein yapımının hızlandığı bu evrede hücre kemoterapik ilaçlara duyarlıdır (Sadırlı Kurt, 2008).

M (Mitoz Evre) : Bu evrede hücre bölünür, çoğalır ve kemoterapiye duyarlılık söz konusudur. İki yeni hücre dört safhada oluşur. Bu yeni hücreler yaşam döngüsüne girer (G1) veya kemoterapiye dirençli hale gelip G0 fazında istirahata çekilirler (Sadırlı Kurt, 2008).

Kemoterapi: intravenöz, intratekal, intraplevral, intraperitoneal, intraarteryal ve oral yollarla uygulanabilmektedir (Sadırlı Kurt, 2008).

Kemoterapik ilaçların hücre siklusunun hangi fazında etkili oldukları tedavi protokollerini hazırlayan ve seçen onkologlar tarafından bilinmektedir (Sadırlı Kurt, 2008).

Kemoterapi kürleri genellikle yüksek doz ve sık aralıklarla yapılarak başarılı bir kanser tedavisi amaçlanmaktadır (Kurt ve Çetinkaya, 2008).

Çocuk hastalarda tedavi sonucunda gelişebilecek komplikasyon riski yetişkinlere oranla üç kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (Çakur ve ark., 2006).

Kemoterapide hedef başarılı bir tedavi iken bir yandan da hastaların yaşam kalitesini ve yaşamsal fonksiyonlarını olumsuz yönde etkileyen birçok yan etkiler meydana gelebilmektedir (Kurt ve Çetinkaya, 2008; Murphy et al., 2009).

Kemoterapinin fiziksel ve emosyonel semptomları yoğun bir şekilde karşımıza çıkmaktadır (Ünsar ve ark., 2007).

4.2.3.1.1. Kemoterapi Komplikasyonları

Kemoterapide amaç hızlı bölünen kanser hücrelerinin bölünmelerini engellemektir. Bu amaçla verilen ilaçlar bölünen malignant hücreler ile birlikte ağız boşluğu, gastrointestinal sistem, kemik iliği ve kıl foliküllerinin de sağlıklı hücrelerini olumsuz yönde etkiler ve istenmeyen birçok yan etkiye neden olur (Dalgıç ve ark., 1998).

Ağrı, anoreksiya, kaşeksi, yorgunluk, bulantı-kusma, tat değişiklikleri, alopesi, dehidratasyon, kemik iliği süpresyonu, cilt problemleri, diare, konstipasyon, abdominal ağrı, enfeksiyon, anemi, kanama, nötropeni, trombositopeni, psikososyal sorunlar, mukozit (stomatit, ağız yarası) sık karşılaşılan semptomlardır (Aslan ve ark., 2006; Dalgıç ve ark., 1998; Köksal ve Varan, 2005b; Kurt ve Çetinkaya, 2008; Sadırlı Kurt, 2008, Ünsar ve ark., 2007).

Akut lenfoblastik lösemisinin tedavi protokollerinde değişik komplikasyonlara neden olan ve daima kullanılan L- asparajinaz enzimi içerir. Birden fazla ilaç kombinasyonları ile birlikte kullanılır ve tedavide alerji, hiperglisemi, plazma proteinlerinin eksikliği, trombotik ve hemorajik diyatez, lipid anomalileri ve pankreatiti içerir (Akarsu ve ark., 2004; Ünal ve Gümrük, 2004).

4.2.3.1.1.1. Ağrı

Organik bir nedenle ilgili olan veya olmayan vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan organizmanın hasarlanmaya karşı geliştirdiği savunma mekanizmasına ağrı denir (Köksal ve Varan, 2005a; Sadırlı Kurt, 2008).

Bireylerin geçmiş deneyimleri ile de ilgili hoş olmayan ve hastalık ve tedavi sürecinin etkiletirinin yüze yansması olarak da ifade edilmektedir (Köksal ve Varan, 2005a; Sadırlı Kurt, 2008; Ünsar ve ark., 2007).

Kanserli çocuklarda genelinde ya primer hastalıklarına bağlı, tanı ve tedavi amacıyla yapılan girişimler esnasında ağrı yakınması olmaktadır (Köksal ve Varan, 2005a).

Ağrının tam olarak değerlendirilmesi, sebeplerinin araştırılması ve önlenmesi esas tedaviye uyum açısından önemlidir (Köksal ve Varan, 2005a).

Hastalarda en çok karşılaşılan ve korkulan semptom olarak nitelenen ağrıda amaç; ağrı düzeyinin tolere edilecek hale gelmesinin sağlanması ve hastaların sözlü olarak ağrının azaldığını veya geçtiğini ifade etmeleri gerekliliğidir (Sadırlı Kurt, 2008; Ünsar ve ark., 2007).

4.2.3.1.1.2. Anoreksiya (iştahsızlık)

Lösemili hastalarda yapılan tedaviye bağlı olarak kullanılan ilaçlar, ilaçların bulantı-kusma, mukozit gibi yan etkilerinde, besinlerin sindirimi sırasında yaşanan zorluklar nedeni ile anoreksiya (iştahsızlık) görülmektedir (Ünsar ve ark., 2007).

Malnütrisyon çocukluk çağı kanserlerinde tanı ve tedavi aşamalarında ortaya çıkan hastaların yaşam kalitelerini ve tedaviye olan uyumlarını ve prognozu etkileyen problemler arasında yer almaktadır (Sarı ve Büyükpamukçu, 2005).

Gelişmekte olan ülkelerde malnütrisyon prevalansı %50 gibi bir oranda olduğu belirtilmektedir. İştahsızlığı olan çocuklar sık ve az beslenmeli, besin değeri yüksek yiyecek ve içeceklerle öğün araları desteklenmelidir (Sarı ve Büyükpamukçu, 2005).

Beslenme problemlerinin morbidite ve mortalite üzerinde büyük etkisi olduğu bilinmektedir (Sadırlı Kurt, 2008).

Amaç; yeterli enerjinin sağlanması için gıda alımının artması, bulantı-kusmaların engellenmesi şeklindedir (Ünsar ve ark., 2007).

4.2.3.1.1.3. Yorgunluk

Kas zayıflığı, hücre zedelenmesine bağlı olarak artık ürünlerde birikme olması, lösemi tedavisi bu tedaviden kaynaklanan anksiyetenin neden olabileceği, dinlenememe ve uyku problemleri gibi biyopsikososyal yaşamı etkileyen tükenme duygusu olarak tanımlanmaktadır (Sadırlı Kurt, 2008).

Hastaların günlük yaşam aktivitelerini önemli ölçüde olumsuz etkilemekle birlikte, kişiler arası ilişkilerde de olumsuz sonuçlar yaratan sosyal yaşantıyı da zora sokmaktadır (Sadırlı Kurt, 2008; Ünsar ve ark., 2007).

Yorgunlukta amaç: kişilerin bu semptomun neden kaynaklandığını açıklayabilmesi, bu hisse karşı duygularını açıkça ifade edebilmesi ve günlük yaşam aktivitelerini tam bağımsız şekilde yapabilmesidir (Ünsar ve ark., 2007).

4.2.3.1.1.4. Bulantı-Kusma

Gastrointestinal sistemde gastrik tonüsün azalması, peristaltizmin baskılanması ve hiposekresyon ile birlikte medullada kusma merkezine yakın bölgede bilinç dışı uyarılmasıyla bilinçli bir şekilde midede algılanmasına bulantı denir (Aydın ve Yalçın, 2005a; Sadırlı Kurt, 2008).

Bulantı-kusma kemoterapinin yan etkisi olarak ortaya çıkar ve antineoplastik ilaçların dozu arttıkça artar, infüzyon süresi uzadıkça azalır (Aydın ve Yalçın, 2005a; Sadırlı Kurt, 2008; Ünsar ve ark., 2007).

Tedavi sonrası ilk altı saat içinde bulantının ortaya çıktığı belirtilmektedir (Ünsar ve ark., 2007).

Kemoterapi ile ilişkili kusmalar bulantı hissi ve hazımsızlıkla birlikte şiddetli kusmalara kadar değişkenlik gösterdiği belirtilmektedir. Kusmalar akut, gecikmiş ve psikojenik olarak görülebilmektedir. Kemoterapinin ilk dakikalarından itibaren başlayan kusmalar 'akut kusmalardır' ve 24 saat içerisinde düzelir. İlk 12 saat içerisinde görüldüğünde akut, 12–24 saatte görüldüğünde 'geç akut' olarak farklılaşır. Kemoterapiden 24 saat sonra başlayan ve 6–7 gün sürebilen kusmalar 'gecikmiş kusmalar' olarak nitelendirilirler (Aydın ve Yalçın, 2005a).

Bulantı-kusma beslenme yetersizliği, kemoterapi tedavisinin reddi ve sıvı-elektrolit dengesizliği gibi ciddi sorunlar doğurabilir (Aydın ve Yalçın, 2005a; Sadırlı Kurt, 2008).

4.2.3.1.1.5. Alopesi

Saç, kaş, kirpik ve tüm vücut kıllarının kemoterapik ajanların radyasyon alanının genişliğine ve ilaçların dozuna bağlı olarak kaybedilmesidir (Ünsar ve ark., 2007).

Hızla büyüyen hücreler içeren saç folikülleri kemoterapi kürünün başlangıcından 2-4 hafta sonra başlayıp, tedavi bittikten 4-6 hafta sonra tekrar çıkmaya başlamaktadır (Ünsar ve ark., 2007).

Alopeside amaç; vücuttaki bu değişimlerin kabullenilmesini sağlayıp, psikososyal yönden oluşabilecek etkileri en aza indirmektir (Ünsar ve ark., 2007).

4.2.3.1.1.6. Cilt Problemleri

Organizmayı fiziksel, kimyasal ve / veya biyolojik ajanlardan koruyan deri, kemoterapi ve radyoterapinin etkisiyle irritasyon, kızarıklık, kaşıntı gibi semptomlarla bütünlüğünde bozulmalara uğrar (Sadırlı Kurt, 2008; Ünsar ve ark., 2007).

Amaç; deri reaksiyonlarını en aza indirerek deri bütünlüğünün korunmasının sağlanması, enfeksiyon gelişiminin engellenmesi olup tedavi alanları değerlendirilerek bu komplikasyonlar en aza indirgenmelidir (Ünsar ve ark., 2007).

4.2.3.1.1.7. Diare

Gastrointestinal sistemin aktif olarak bölünen epitelyal hücrelerinin kemoterapi, anksiyete ve stres gibi sebeplerle hasarlanmasıdır (Sadırlı Kurt, 2008).

Amaç; yeterli ve dengeli beslenmeyi sürdürerek, sıvı-elektrolit dengenin korunmasını sağlamaktır (Sadırlı Kurt, 2008).

4.2.3.1.1.8. Konstipasyon

Narkotik ajan kullanımı, immobilizasyon, yeme alışkanlıkları, kemoterapinin nörotoksik etkisi ile gelişebilmektedir. Laksatif ve supozituvaya gereksinimin en aza indirilip normal kıvam ve sıklıkta gaita çıkışının olması amaçlanmaktadır (Sadırlı Kurt, 2008).

4.2.3.1.1.9. Nötropeni

Mutlak nötrofil sayısı toplam lökosit sayısının periferik kan yaymasındaki toplam granülosit yüzdesi ile çarpımı sonucu elde edilen değerdir. Mutlak nötrofil sayısı < 500 mm küp

olan ya da mutlak nötrofil sayısının 500–1000/mm küp arasında olduğu ancak 24–48 saat içinde bu sayının 500 mm küp'ün altına düşmesi beklenen hastalar nötropenik kabul edilmektedir (Bolaman, 2010; Yazıcı ve Kutluk, 2005; Yazıcı ve Varan, 2005).

Ciddi nötropeni; mutlak nötrofil sayısının < 100 /mm küp altında olduğu durumdur (Yazıcı ve Kutluk, 2005).

Orta derecede nötropeni; mutlak nötrofil sayısının 100–500/ mm küp arasında olduğu dönemdir (Yazıcı ve Kutluk, 2005).

Hafif nötropeni; mutlak nötrofil sayısının 500–1000/ mm küp arası değerler kabul edilir (Yazıcı ve Kutluk, 2005).

4.2.3.1.1.10. Trombositopeni

Trombosit değerinin 10.000/mm küp değerinin altında olup mukoza, cilt ve santral sinir sisteminde kanama riskinin yüksek olduğu bir durumu ifade eder (Yazıcı ve Varan, 2005).

Kuagülopatinin eşlik etmesi trombosit fonksiyon defektleri, mukozit, blast oranının kanda yüksek olması, ateş gibi birçok neden kanama riskini daha da arttıran durumlardır (Yazıcı ve Varan, 2005).

Trombositopeni peteşi, epistaksis, gastrointestinal kanama, mukozal kanama ve santral sinir sistemi ile retinal kanamalar gibi belirti ve bulgu gösterir (Yazıcı ve Varan, 2005).

Akut lösemili çocukların %90' ında anemi ya da trombositopeni veya her ikisi birlikte bulunur (Ünüvar, 2006).

4.2.3.1.1.11. Psikososyal Sorunlar

Herhangi bir hastalıkta tanının koyulduğu yaş ve gelişim düzeyi, hastalığının boyutu, semptomların varlığı, duygu ve düşünceleri ifade etme yetenekleri, sosyokültürel yapı, kişilik özellikleri bireylerin bu hastalığa cevabını önemli düzeyde etkileyen faktörlerdir (Aslan ve ark., 2006; Erermiş ve ark., 2004; Sadırlı Kurt, 2008; Tavit ve Çetin, 2004; Ünşar ve ark., 2007).

Çocuklarda özellikle ilk tanı konulmasından sonra, relaps zamanı ve terminal dönemde psikiyatrik destek gereksiniminin arttığı belirtilmektedir. Klinik çalışmalarda özellikle çocuklarda depresyona odaklanılmaktadır (Erermiş ve ark., 2004).

Lösemili çocuklar tedavileri süresince yapılan tüm girişimler ve tedavi yan etkileri nedeni ile ağrı ile karşı karşıyadırlar. Kan alımı, kemik iliği aspirasyonu (KİA) ve lomber ponksiyon

(LP) gibi invaziv girişimler birçok çocukta ürkütücü olarak nitelendirilmektedir (Tavil ve Çetin, 2004).

Ağrılı medikal işlemlerin öncelikle nonfarmakolojik ve farmakolojik girişimler yapılarak çocuğun stresini azaltmada önemli yere sahip olacaktır (Tavil ve Çetin, 2004).

Bazı çalışmalarda 10 yaşından büyük çocukların ölüm kaygısı yaşadığı, yaşadıkları bu kaygıyı sözel olarak değil simgesel oyunlar, resimler ve fantezi yoluyla dışa vurdukları bildirilmektedir (Erermiş ve ark., 2004).

Kanserli çocuklarda depresif belirtiler başta olmak üzere, benlik imajında düşüklük, anksiyete, sosyal ve davranış sorunları gibi psikopatolojilere rastlanabilmektedir (Erermiş ve ark., 2004; Sarı ve Akyüz, 2005).

Lösemi aile üyelerinin tümünü etkileyen bir hastalık olmakla birlikte, ailelerin özellikle lösemiye geçmiş yıllarda ölümcül olarak nitelendirmesi ile ailelerin hastalığa ve tedaviye yönelik adaptasyonu geciktirmektedir. Günümüzde bu adaptasyon süreci kısalmıştır (Sarı ve Akyüz, 2005; Kebudi, 2006; Tavil ve Çetin, 2004).

Çocuklar ailelerin davranış modüllerini taklit ederler ailelerin yaşadığı stres ve davranış problemleri benzer psikopatolojilerin çocukta görülmesi ve ailesi gibi ümitsizlik hissetmesi olasıdır (Tavil ve Çetin, 2004).

Psikoeğitim; hasta ve ailesinde oluşturulabilecek isteğe bağlı davranış değişikliklerinin eğitim yöntem ve tekniklerin kullanıldığı, eğitim ve psikososyal amaç içeren çalışmaları kapsamaktadır (Can, 2010).

Planlı yapılan psikoeğitim programları ile hastalıkla baş etme yöntemlerini öğrenir ve sorun çözme becerilerini geliştirirler. Hasta ve ailesi edindikleri bu bilgi ve becerilerle yaşam kalitelerini arttırabilirler. Bu programlar gelecekteki ruhsal sorunların önlenmesinde faydalı olacaktır (Aslan ve ark., 2006; Can, 2010; Tavil ve Çetin, 2004).

Lösemi hastalarının psikososyal sorunlarını ele almak çözüme kavuşturmak hasta ve ailesinin yaşam kalitesini arttırdığı belirtilmektedir (Tavil ve Çetin, 2004).

Lösemi tedavisi yalnızca medikal tedavi ile sınırlı olmamalı, hastalar tedavilerinin her aşamasında ve bitiminde psikososyal destek sağlanmalıdır (Köksal ve Varan, 2005b; Tavil ve Çetin, 2004).

Sonuç itibari ile kanserli çocukların ve ailelerinin hastalığın her aşamasında psikososyal desteğe gereksinim duydukları ve bu çocukların multidisipliner ekip üyelerince izlenmelerinin yararlı olacağı belirtilmektedir (Ereymiş ve ark., 2004; Kebudi, 2006).

4.2.3.1.1.12. Mukozit

Mukozit: Kemoterapi uygulanmaya başlanmasından sonra tüm gastrointestinal sistem mukozalarındaki inflamasyona denir. Oral mukozalarda daha sık görülen ve stomatit olarak adlandırılan inflamasyon, başta oral problemlere ve diğer sistem problemlerine neden olmaktadır (Aydın ve Yalçın, 2005b; Çakur ve ark., 2006; Çavuşoğlu, 2007; Dalgıç ve ark., 1998; Ertem, 2008; Köroğlu, 2007; Wohlschlaeger A, 2004).

Oral mukozit kanser tedavisinin sık görülen yan etkisidir. Yüksek doz kanser tedavisinin neden olduğu oral mukozit ağızdan anüse kadar olan tüm gastrointestinal sistem mukozalarını hasara uğratarak etkiler (Eilers and Million., 2007; Farrington et al., 2010; Köroğlu, 2007; Wohlschlaeger A, 2004).

Mukozit oral kavitede eritem, dilde ödem, ağız kuruluğu, dudakta yanma duygusu, enfeksiyon, beyaz düzensiz lekelere neden olabilen yüzeysel enflamasyonlardır. Beraberinde ağız mukozasında dökülme, ülserasyon, kanama, ağrı, bakteriyel, fungal ve viral enfeksiyonlar gibi önemli değişiklikler yaşanırken bireyin yaşam kalitesini doğrudan etkileyen olaylar bulunabilir (Çubukçu Elbek, 2005; Dalgıç ve ark., 1998; Ertem, 2008; Hogan R, 2009; Ünsar ve ark., 2007; Yılmaz, 2007).

Mukozit gelişmesine neden olan mukozal reaksiyonlar radyoterapinin ikinci haftasının sonlarına doğru gözlenirken, kemoterapide daha hızlı olmakla birlikte başlangıcın 5–7. gününden sonra karşımıza çıkmaktadır (Çakur ve ark., 2006; Çavuşoğlu, 2007; Çubukçu Elbek, 2005; Köroğlu, 2007).

Oral mukozitteki en önemli özellik, oral mikrofloranın mukozit yüzeyine yerleşmesi ve ağız dokularında hasara neden olmasıdır (Aydın ve Yalçın, 2005b; Çubukçu Elbek, 2005; Köroğlu, 2007).

Pediyatrik kanser hastalarında yaklaşık % 65 görülme sıklığı olan mukozit, pediyatrik hastalarda immunolojik yanıtın geç olması nedeniyle bu sıklık artmaktadır (Çubukçu Elbek, 2005).

Radyoterapi ve Kemoterapi tedavisi gören hastalarda % 40 oranında görüldüğü belirtilmekle birlikte pediatrik kanser hastalarında ağız komplikasyonlarının görülme sıklığı yetişkinlere oranla üç kat daha fazladır (Çakur ve ark., 2006; Dalgıç ve ark., 1998).

Yapılan çalışmalarda uygulanan bütün kemoterapi protokollerinin oral mukozit ile ilişkili olduğu bulunmuştur ve kemoterapi sonrası çocuklarda % 90 oranında mukozit geliştiğini saptamışlardır (Dalgıç ve ark., 1998; Otmani et al., 2011; Yılmaz, 2007).

Tedavi esnasında mukozaları irrite etmemesi için sıcak yiyecek ve içeceklerden, acılı ve baharatlı besinlerden kaçınılması gerekliliği vurgulanmaktadır (Aydın ve Yalçın, 2005b; Çavuşoğlu, 2007; Dalgıç ve ark., 1998; Köroğlu, 2007).

Proteinden zengin gıdalar tüketilmesi, bol sebze ve meyve tüketilmesi, az az ve sık yemenin tercih edilmesine, asitli, sert, pürütlü yiyeceklerden kaçınılması gerekliliği belirtilmektedir (Aydın ve Yalçın, 2005b; Dalgıç ve ark., 1998).

Oral beslenen çocuklar mutlaka oral yolla beslenmelidir. Bu hasta ve ailesinin hastalığa uyumu kolaylaşırken yeterli kalori ve protein desteği de sağlanmış olmaktadır (Sarı ve Büyükpamukçu, 2005).

Yemeklerden önce ve sonra mutlaka ağız bakımına özen gösterilmesi ve yemek yendikten 30 dakika içerisinde ve mutlaka yatmadan önce dişlerin fırçalanmasına özen gösterilmesi ve kullanılacak fırçanın yapısının yumuşak olmasına dikkat edilmelidir (Aydın ve Yalçın, 2005b; Dalgıç ve ark., 1998).

Mukozit yönünden düzenli ağız kontrolü, ağız ve dudaklarda belirlenen herhangi bir kızarıklık, yara, ödem veya hassasiyetin bildirilmesi önemlidir. Yüksek risk oluşturan ileri mukozitte yeterli kalori alımını sağlamak için bol sıvı ve yumuşak gıdaların tüketilmesine özen gösterilmelidir (Aydın ve Yalçın, 2005b; Çavuşoğlu, 2007, Dalgıç ve ark., 1998; Hogan, 2009; Köroğlu, 2007; Wohlschlaeger A, 2004).

Bireyde yemek yeme alışkanlığının değişmesi, konuşmada aksaklıklar, giderek güçleşen yutkunma ile birlikte oral yolla beslenemeyen olgularda total parenteral beslenme' ye (TPN) geçilmektedir (Aydın ve Yalçın, 2005b; Çubukçu Elbek, 2005; Dalgıç ve ark., 1998; Ertem, 2008; Yılmaz, 2007; Wohlschlaeger A, 2004).

Akut ve kronik semptomlarla ilişkili olan mukozit anoreksiya, kaşeksi, dehidratasyon ve malnutrisyona ve parenteral beslenmeye neden olur (Aydın ve Yalçın, 2005b; Dalgıç ve ark., 1998, Yılmaz, 2007).

İleriki aşamalarda mukozitin ciddi boyutlara varması ile kemoterapinin ilk küründe gelişen mukozit, dozun % 20 azaltılmasını takip eder ve tedavinin mukoza yenilenene kadar ertelenmesine sebep olur. Uzun dönemdeki tedavi sonuçlarını da olumsuz yönde etkiler (Çavuşoğlu, 2007; Dalgıç ve ark., 1998; Yılmaz, 2007).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Oral Mukozit Evreleme Sistemi

Evre

1. Mukozal eritem ve ağrı hissi vardır.
2. Ülserasyon, yanma ve disfaji; sıvı ve yumuşak katı gıdaları yutabilir
3. Ülserasyon disfaji sadece sıvı gıdaları yutabilir
4. Kanama ve nekroz, parenteral tedaviye ihtiyaç duyulur (Aydın ve Yalçın, 2005b; Çavuşoğlu, 2007; Eren ve ark., 2007).

Mukozite neden olan kemoterapötik ilaçlar; Methatrexate, 5- Fluorouracil gibi antimetabolitler, Dectinomycin, Adriamicin, Bleomycin gibi antibiyotikler ve Vincristine gibi bitki alkaloidlerdir (Aydın ve Yalçın, 2005b; Dalgıç ve ark., 1998).

4.2.3.1.1.12.1. Temel Ağız Bakımı

Mukozit tedavisinin ilk ve önemli bir yaklaşımı olan temel ağız bakımında amaç; oral mikrobiyal florayı korumak yumuşak dokularda enfeksiyon gelişimini önlemek, oral ağrı ve / veya kanama gibi tedavi ile ilişkili semptomların azaltılması ve / veya hafifletilmesidir (Hogan R, 2009; Yılmaz, 2007).

Temel ağız bakımı dişlerin günde iki kez fırçalanması % 0,9'luk serum fizyolojik ya da sodyum bikarbonat ile ağızın çalkalanmasıdır (Çavuşoğlu, 2007).

Diş fırçalama, diş ipi kullanımı, steril su, serum fizyolojik ve sodyum bikarbonat ile yapılan bakımı temel ağız bakımının bileşenlerini oluşturur (Yılmaz, 2007).

Temel ağız bakımı için kullanılması gereken solüsyonlarla ilgili literatürde tam bir görüş birliğine yer verilirse de; serum fizyolojik, sodyum bikarbonat, steril su, diş fırçalamak, diş mukozasını tahriş etmeyecek diş ipi kullanımı ve bu solüsyonlarla ağız içinin çalkalanması prensibine dayandırılmaktadır (Dalgıç ve ark., 1998; Eren ve ark., 2007; Yılmaz, 2007).

Yapılan çalışmalar göstermiştir ki yüksek riskli ALL ve kötü oral hijyene sahip olan hastalarda daha çok diş eti iltihabı ve kandidiazis görülmektedir (Ponce-Torres et al., 2011).

Mukozitte koruyucu ağız bakım protokolleri uygulanması gerekliliği vurgulanmaktadır (Çubukçu Elbek, 2005; Tewogbade et al., 2008).

Bu koruyucu ağız bakım protokolleri mukozalar iyileşene kadar uygulanması gereken destek yöntem olarak nitelendirilmektedir (Çubukçu Elbek, 2005; Hogan R, 2009).

Mukoza hasarı sonucunda gelişen ülseratif lezyonlar üzerindeki bakteriyel kontaminasyon sistemik enfeksiyon için ciddi risk oluşturmaktadır (Çakur ve ark., 2006; Eren ve ark., 2007).

Pediyatrik vakalarda mukozit gelişmeden koruyuculuğun araştırılması ve tedavi amaçlı uygulamaların kesin sonuç vermesi için vaka sayılarının geniş randomize iyi standardize edilmiş çalışmaların olmasına ihtiyaç olduğu bilinmektedir (Eren ve ark., 2007).

Yapılan çalışmalarda ALL'li vakaların büyük çoğunluğunda oral mukozal olgunluk mukozit, kanama, ülserasyonlar, aftöz ülser v.s. görülmele birlikte ağız-diş sağlığının korunabilmesi için özellikle pediyatrik vakalarda diş hekimleri ile iş birliği yapılması önerilmektedir (Sezer ve ark., 2006).

Oral bulgular elde edilirken altta yatan malign hastalık varlığı tedavinin seyrini değiştirmekle birlikte, ALL'li vakalarda dental takip ve medikal takibin birlikte görülmesi önerilmektedir (Aydın ve Yalçın, 2005b; Sezer ve ark., 2006).

4.2.3.1.1.12.2. Mukozit Gelişme Mekanizması

Mukozitin tarihine bakıldığında radyasyon ve kemoterapi kadar eski olduğu belirtilmektedir (Stephen, 2009).

Kemoterapi ve radyoterapinin mukozalar üzerine yanıtı önceden belirlenmele birlikte mukozit kemoterapinin sistemik etkisi sonucu, radyoterapininde lokal etkileri sonucu ortaya çıktığı bilinmektedir (Aydın ve Yalçın, 2005b; Çavuşoğlu, 2007).

Ağızda mikroorganizmaların invazyonunu engelleyen iki önemli bariyer vardır. Bunlar oral mukoza ve normal tükrük aktivitesidir. Ancak mukoza kemoterapi tedavisi sırasında yüksek doz kemoterapilerin % 50'sinden fazlasında oral mukozit geliştiği belirtilmektedir (Eren ve ark., 2007).

Radyoterapi ve kemoterapi tedavide hızlı çoğalan hücreler üzerine etkili olduğu bilindiğinde tüm gastrointestinal sistem boyunca epitelyum hücrelerin varlığı özellikle bu istemin etkilemesine neden olur (Aydın ve Yalçın, 2005b; Çavuşoğlu, 2007).

Çocuklardaki bazal epitel hücrelerin proliferasyon hızları yetişkine oranla fazla olduğundan çocuklarda mukozit görülme sıklığı yetişkinlerden daha sık karşımıza çıkmaktadır (Çavuşoğlu, 2007).

Lösemilerde uygulanan indüksiyon tedavisi, hematolojik malignansiler, kemoterapi, radyoterapi, kombine tedavi oral mukozit ile birlikte tedavi ile ilişkili risk faktörlerini oluşturmaktadır (Aydın ve Yalçın, 2005b; Çavuşoğlu, 2007).

Hasta ile ilişkili risk faktörleri; yaş, cinsiyet, genetik faktörleri, kötü oral hijyen, akut yada kronik periodental hastalık, bakteriyel, viral veya fungal enfeksiyonlar, yetersiz beslenme, radyoterapi, ilaca bağlı ağız kuruluğu, tükrük fonksiyon bozukluğu, kemik iliği baskılanması v.s. (Çavuşoğlu, 2007; Dalgıç ve ark. 1998; Köroğlu,2007).

4.2.3.1.1.12.3. Mukozit Kontrolü Ve Hemşirelik

Mukozitin önlenmesi ve tedavisi için ağız boşluğunun iyi değerlendirilmesi önemlidir. Ağız bakım sıklığının ağız sağlığını etkilediği yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır (Çavuşoğlu, 2007; Tomlinson et al., 2008).

Radyoterapi sonrası 2–4 saatte yapılan ağız bakımının mukozit ve enfeksiyon görülme olasılığını azalttığı belirlendiği belirtilmektedir. Kemoterapi alan hastalarda günde 4 kez yapılan ağız bakımının enfeksiyon insidansını % 50 azalttığı saptanmıştır (Çavuşoğlu, 2007).

Ağız mukozası, dudaklar ve dilin her gün değerlendirilmesi önemlidir. Tıbbi tedavi ağızda yara, beyaz noktalar, ağrı, yeme ve içmede güçlük ya da kanama olan vakalarda uygulanır (Çavuşoğlu, 2007).

% 0.9'luk NaCl oral mukozayı irrite etmemesi ve tükrük Ph'sında değişikliğe neden olmaması ve güvenli, ekonomik olması sebebiyle ağız bakımında kullanımı önerilmektedir (Çavuşoğlu, 2007).

Mukozitte Farmakolojik Yaklaşımlar

- Klorheksidin
- Benzydemin hidroklorid
- Sodyum bikarbonat
- Serum fizyolojik
- Hidrojen peroksit
- Pilocarbin/ suni tükürük
- Pavidon iyodin
- Antioksidanlar/hücre koruyucular
- Hematolojik büyüme faktörleri (Aydın ve Yalçın, 2005b; Çavuşoğlu, 2007).

Farmakolojik Olmayan Yaklaşımlar

- Kriyoterapi
- Düşük doz lazer tedavisi (Aydın ve Yalçın, 2005b; Çavuşoğlu, 2007).

Kanser tedavisi olan çocuklarda mukozit insidansı yüksektir buna rağmen pediatrik olgularda yapılan çalışmaların yetersizliği bilinmektedir (Çavuşoğlu, 2007).

Hemşirelerin profesyonel rollerinin ayrılmaz bir yönü olan araştırmalar kanıta dayalı uygulamaları arttırmaya yönelik olmalı ve klinikte yapılan çalışmalara da katkısı olmalıdır (Çavuşoğlu, 2007; Hogan R, 2009; Wohlschlaeger, 2004).

Mukozit için düşünüldüğünde bu katkılar özellikle mukozit kontrolünde önemlidir. Uygun çalışmalarla elde edilen kanıta dayalı bilginin kullanımı hastaların yaşam kalitesini etkileyebilecek komplikasyonların önlenmesine yardımcı olacaktır (Çavuşoğlu, 2007).

Hemşireler mukozit önlenmesi ve tedavisini sağlayacak ağız bakım tekniklerini öğretme ve uygulamada esas rol üstlenen sağlık çalışanlarıdır (Yılmaz, 2007; Wohlschlaeger, 2004).

Kanser tedavisinin sık karşılaşılan komplikasyonlarından olan mukoziti hemşirelerin geliştireceği ve uygulayacağı ağız bakım protokolleri ile azalabileceği vurgulanmaktadır (Dalgıç ve ark., 1998; Hogan, 2009; Honor and Law, 2002; Köroğlu, 2007; Sieracki et al, 2009).

Geliştirilen ağız bakım protokollerinde istenilen hedefe ulaşabilmek için hemşire-hasta ve ailesinin ortak işbirliği gerekmektedir (Dalgıç ve ark., 1998).

Ağız sağlığının korunması ve sürdürülmesi, tedavinin neden olduğu komplikasyonların önlenmesi, hastalara ve yakınlarına ağız bakımı ile ilgili alışkanlıkların kazandırılması, danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin sağlanması hemşirelerin temel sorumluluğudur (Dalgıç ve ark., 1998; Sieracki et al, 2009).

Hemşirenin hasta eğitimindeki rolü oral bakımda da önemli bir yere sahiptir (Potting et al., 2008; Köroğlu, 2007; Yılmaz, 2007).

Hemşirelerin en temel görevlerinden biri olan ağız bakımı, hastaya kemoterapi başlanmadan önceki ilk oral tanılamadan sonra yapılmalıdır (Potting et al., 2008; Yılmaz, 2007).

Hemşirelerin tedavi sonrası oluşan komplikasyonları tanımlaması, uygun değerlendirme araçları kullanarak etkili bakım protokolleri geliştirmesi ve uygulaması yaptığı bu uygulamaların değerlendirmesini yapabilmesi hemşirelerin bilgi ve becerisine bağlıdır (Dalgıç ve ark., 1998; Honor and Law, 2002).

Bireyin ağız sağlığı hakkında yeterli veri elde edemeyen hemşire mukozit bakımında istenilen amaca ulaşmada yetersiz kalacaktır (Dalgıç ve ark., 1998).

Hemşirelerin ağız bakımı konusunda istenilen amaca ulaşmak için iyi geliştirilmiş ağız bakımı protokollerinin yapılması gereklidir. Bu süreç hemşire-hasta ve ailesi ile iyi bir iletişimi ve işbirliğinin beraberinde getirir (Dalgıç ve ark., 1998; Honor and Law,2002; Sieracki et al, 2009).

İyi bir gözlem ve mukozaların derecelendirilmesi ağız bakımı verme sıklığını etkiler (Dalgıç ve ark., 1998).

Yapılan çalışmalarda anne babalar ağız bakımını çocukları için stresli bir durum olarak nitelendirmektedir (Cheng, 2009; Erermiş ve ark., 2004).

Yapılan çalışmalarda oral mukozitin hastalar için üzücü bir durum olduğunu belirtmekte ve onkoloji hemşirelerinin oral mukozit bakımı ile ilgili mevcut kuralların farkında olmadığını belirtmektedirler (Farrington et al., 2010).

Hemşirelerin yaptıkları araştırmaların sonuçlarını uygulamaya yansıtmanın değerini anlamaları, kanıta dayalı uygulamaların önündeki engelleri kaldıracaktır. Bu amaçla hemşirelikte lisans ve mezuniyet sonrası eğitim programları kanıta dayalı uygulamaların değerinin öğretilmeye başlanması açısından önem kazanmaktadır. Hemşirelerin ve yöneticilerin 21. yüzyılda hasta bakımının kanıta dayalı yapılması konusundaki sorumluluğu taşımaları ve paylaşımları büyük önem arz etmektedir (Çavuşoğlu, 2007; Erdem, 2006).

İyi ağız hijyeni bakteri plaklarını azaltacak tedavinin yaratacağı sorunlarında azalmasına neden olacaktır. Bu sebeple ağız bakımının önemini algılayabilecek yaştaki çocuklara ve ailelere anlatılmalıdır. Ağız bakımının hasta, hekim ve hemşirenin birlikte ekip olarak yürüteceği ve başarılı olacağı unutulmamalıdır (Aydın ve Yalçın, 2005b; Erdem, 2006; Sieracki et al, 2009).

4.2.3.2. Kök Hücre ve Kemik İliği Transplantasyonu

Organizmada yer alan farklı hücre tiplerine dönüşebilen kendi kendini yenileme özelliğine sahip olan hücrelere kök hücre (stem cells) denir. Kök hücreler farklılaşmamışlardır her türlü hücreyi üretebildikleri karmaşık bir yapıya sahip hücre oldukları belirtilmektedir (Sadırlı Kurt, 2008).

Kendini hasarlı doku ve organları yenileyebilme özelliğine sahip olan kök hücreler Embriyonel, Fetal, Erişkin olmak üzere üç kaynaktan elde edilebileceği belirtilmektedir. Hepatolojik hastaların tedavi yöntemlerinin temelini oluşturan kök hücre nakli, kök hücrelerin kaynağına göre; periferik kan, kemik iliği kanlarından elde edilirler (Akı, 2009; Sarı ve Akyüz, 2005; Uçkan, 2004).

Kemik iliği transplantasyonu çocuklarda bazı hastalıklarda tedavi amaçlı kullanılan bir yöntemdir. Bu hastalıklar; lösemi, aplastik anemi, diğer hematolojik ve malign hastalıklarda immun yetersizlik ve metabolik hastalıklardır (Cinas ve Okumuş, 2006; Sadırlı Kurt, 2008).

ALL' li hastalarda hematopoetik kök hücre nakli endikasyonu prognoza yönelik hastalığın risk statüsünün belirlenmesi önem taşımaktadır (Uçkan, 2004).

İlik naklinde graflar allogeneik (sinogeneik, insan lökosit antijenleri yani HLA uyumlu kardeş veya akraba olmayan donörler) veya otolog kaynaklardan elde edilebileceği belirtilmektedir (Sadırlı Kurt, 2008; Uçkan, 2004).

Lösemik hücrelerin kök hücre kaynağından arındırma işlemi yapılmadan otolog kemik iliği transferi (KİT) kesinlikle önerilmediği belirtilmektedir (Elmas ve Yetkin, 2004b).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma kemoterapi alan lösemili çocuklarda hasta ailesi ve bakım veren hemşireye yapılan eğitimin oral mukozitlerin kontrolüne etkisini saptamak amacıyla yarı deneysel ve analitik olarak planlandı.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma; Nisan 2011- Mayıs 2011 tarihleri arasında İstanbul il sınırları içerisinde yer alan İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı iki Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve iki Üniversite Hastanesinde gerçekleştirildi.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Nisan 2011- Mayıs 2011 tarihleri arasında araştırma kapsamına alınan iki Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve iki Üniversite Hastanesinin Pediatrik Hematoloji-Onkoloji servisinde yatmakta olan lösemili çocukların anneleri ve bakım veren hemşireleri oluştururken, örnekleme ise evreni oluşturan anne ve hemşirelerden araştırmaya katılmayı kabul eden ve veri toplama araçlarına eksiksiz yanıt veren ve eğitim almayı kabul eden 40 anne ve 34 hemşire oluşturdu.

Araştırmanın Bağımlı değişkenleri: Hemşire ve annelerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası ağız bakımına yönelik bilgi ve uygulama puan ortalamaları (toplam ve 3 altboyutun puanları), ve mukozit görülme durumu.

Araştırmanın Bağımsız değişkenleri: Lösemili Çocuk, Anne, Hemşire.

5.3.1. Örneklem Seçim Kriterleri

Örneklem seçiminde araştırmanın yapıldığı tarihler arasında belirlenen Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ve Üniversite Hastanelerinin Pediatrik Hematoloji-Onkoloji servisinde yatmakta olan lösemili çocuğa sahip olma ve Pediatrik Hematoloji-Onkoloji biriminde çalışmak ve araştırmaya katılmayı kabul etme kriterleri göz önüne alındı.

5.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan veri toplama formları ile toplandı. Veriler annelere buldukları hastanenin pediatrik hematoloji onkoloji kliniğinde yüzyüze görüşme yöntemi ile tek tek soruldu. Eğitim ise grup halinde ortalama 40–45 dakika süre ile yapıldı. Hemşireler veri toplama formlarını bireysel olarak yanıtladı. Eğitim klinik işleyişinin aksamayacağı zaman diliminde 30 dakika süre ile gerçekleştirildi.

5.4.1. Veri Toplama Formları

Hemşire grubu için veri toplama formu üç bölümden oluşmaktadır;

- Araştırmaya katılan hemşireler için sosyo-demografik bilgilerini içeren,
- Kemoterapi alan lösemili çocuklarda gelişen oral mukozitin bakımı ve korumaya yönelik bilgi ve uygulamalarını içeren 22 sorudan oluşan,
- Araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan 4 açık uçlu, 34 kapalı uçlu olmak üzere, toplam 38 soruluk bir formdur (Ek-4).

Hemşire eğitim formu;

- Mukozit tanımı,
- Ağız bakımı,
- Oral mukozitlerin değerlendirilmesi ve bakımı ve
- Mukozit yönetimini içeren,
- Araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan formdur (Ek-6).

Anne grubu için;

- Araştırmaya katılan annelerin sosyo-demografik bilgilerini içeren,
- Kemoterapi alan lösemili çocuklarda gelişen oral mukozitin bakımına yönelik bilgi ve uygulamaları içeren ve 21 sorudan oluşan,
- Araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan 2 açık uçlu, 36 kapalı uçlu olmak üzere, toplam 38 soruluk bir formdur (Ek-5).

Anne eğitim formu;

- Mukozit tanımı,
- Ağız bakımı,
- Oral mukozitlerin değerlendirilmesi ve bakımı ve
- Mukozit yönetimini içeren,

- Annelerin sosyo-kültürel yapıları göz önüne alınarak ve basit Türkçe kelimeler kullanılan,
- Araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan formdur (Ek-7).

5.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışma verileri bilgisayar ortamında tanımlayıcı istatistikler için sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma, hastaların ve hemşirelerin ayrı olarak eğitim öncesi ve eğitim sonrası ağız bakımına yönelik toplam ve üç altboyutun puan ortalamalarının karşılaştırılması için bağımlı gruplarda t testi, kategorik yanıtların (hemşirelerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası ağız bakımına yönelik bağımsız fonksiyonlarını kullanabilme durumu, annelerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası bol sıvı ve proteinli gıda verme durumu karşılaştırılması için McNemar testi, hemşire ve hasta yakınının ağız bakımına yönelik bilgi ve uygulama puan ortalamalarının karşılaştırılması için bağımsız gruplarda t testi kullanıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

Anne ve hemşire grubu için eğitim öncesi ve eğitim sonrası ağız bakımına yönelik verilerin değerlendirilmesinde kullanılan puanlama rehberi Ek-8'de verilmiştir.

Mu kozi t ve ağız bakım ının a yön eli k bil gi ve u ygu lam aları değ erlend irm e rehberi:

Çocuk onkoloji hastalarında oral mukozitin değerlendirilmesi ve ağız bakımına ilişkin uygulamalar üç altboyutta değerlendirilmiştir.

Altboyutun puanlarının hesaplanması:

1. Ağızın değerlendirilmesi: Hasta grubunda iki soru, hemşire grubuna üç soru (içerikleri farklı) bulunmaktadır.

Hasta grubunda iki sorunun puanı toplanarak 0-20 arasında ham puan hesaplanmakta, daha sonra elde edilen ham puan soru sayısına (ikiye) bölünerek 0-10 puan arasında hasta için ağızın değerlendirilmesi boyutunun puanı elde edilmektedir.

Hemşire grubunda ise üç sorunun puanı toplanarak 0-30 arasında ham puan hesaplanmakta, daha sonra elde edilen ham puan soru sayısına (üç) bölünerek 0-10 puan arasında hemşire grubu için ağız değerlendirilmesi boyutunun puanı elde edilmektedir.

2. Ağız bakımı uygulamaları: Hem hasta hem de hemşire grubunda 14 soru bulunmaktadır. Her iki grupta bireylerin 14 sorudan aldığı puanlar toplanarak 0-140 arasında ham puan hesaplanmakta, daha sonra ham puan soru sayısına (14'e) bölünerek 0-10 arasında ağız bakımı uygulamaları boyutunun puanları elde edilmektedir.

3. Beslenme davranışları: Hem hasta grubunda, hem de hemşire grubunda ağız bakımına ve korunmasına ilişkin ortak 5 sorudan oluşmaktadır. Her iki grupta da beş sorunun puanı toplanarak 0-50 arasında ham puan hesaplanmakta, daha sonra elde edilen ham puan soru sayısına (beşe) bölünerek beslenme davranışları boyutunun 1-10 arasında olan puanı elde edilmektedir.

Toplam puanın hesaplanması (ağız değerlendirilmesi, ağız bakımı ve ağız koruyucu beslenme davranışları): Üç altboyuttan elde edilen puanlar toplanarak 0-30 arasında ham puan hesaplanmakta, daha sonra elde edilen ham puan altboyut sayısına (üç) bölünerek 1-10 puan arasında olan mukozit ve ağız bakımına yönelik toplam puan elde edilmektedir.

Hemşirelerin Mukozit ve Ağız Bakımına Yönelik Eğitim Verme Uygulamaları Puanının Hesaplanması: bu bölümde bulunana altı sorunun puanı toplanarak 0-60 arasında ham puan elde edilmekte, ham puan soru sayısına (altıya) bölünerek 0-10 arasında bir puan elde edilmektedir.

Yorumlama kolaylığı yönünden hem üç altboyut puanı hem de toplam puan 0-10 arasında olacak şekilde değerlendirilmiştir.

Puanların artması, ağız bakımına ilişkin uygulamaların yeterliliğini göstermektedir.

5.6. Araştırmanın Etik Yönu

- Araştırmanın yapılacağı kurumdan yazılı izin alındı (Ek-1, Ek-2, Ek-3),
- Araştırmanın yapıldığı kurumun ismi belirtilmedi,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden annelerden ve hemşirelerden sözlü onamları alındı ve kimlik bilgileri istenmedi,
- Araştırmanın yapıldığı kurumların isimleri açıklanmadı.
- Araştırma sonuçlarının ve önerilerinin değerlendirilebilmesi amacıyla araştırmanın yapıldığı kurumlara geri bildirimde bulunulacaktır.

5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırma veri toplama için seçilen Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ve Üniversite Hastanelerinde pediatrik hematoloji-onkoloji kliniğinde yatmakta olan kemoterapi alan lösemili çocuğa sahip olan anneler ve pediatrik hematoloji-onkoloji kliniğinde görev yapmakta olan hemşirelerle sınırlıdır.
- Araştırmanın yapıldığı bölgelerin bazılarının sosyal statüsünden dolayı annelerin eğitim durumu çeşitlilik gösterdiğinden veri toplama formunun tüm sorularının her katılımcıya tek tek sorulması gerekli oldu.

6. BULGULAR

Bu araştırma kemoterapi alan lösemili çocuklarda hasta ailesi ve bakım veren hemşireye yapılan eğitimin oral mukozitlerin kontrolüne etkisini saptamak amacı ile 34 hemşire ve 40 anne ile yarı deneysel ve analitik olarak gerçekleştirildi.

Bu bölümde,

6.1. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

6.2. Hemşirelerin Eğitim Öncesi Ve Eğitim Sonrası Mukozit Kontrolüne Yönelik Bilgi Ve Uygulamalarının Grafik Dağılımları

6.3. Annelerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

6.4. Annelerin Eğitim Öncesi Ve Eğitim Sonrası Mukozit Kontrolüne Yönelik Bilgi Ve Uygulamalarının Grafik Dağılımları

Bu bölümde ise,

Hemşirelerin ve annelerin oral mukozit kontrolünde eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemdeki aldıkları puan ortalamaları karşılaştırmalı olarak tablolar halinde sunuldu:

6.5. Hemşirelerin Eğitim Öncesi Ve Eğitim Sonrası Ağız Bakımına Yönelik Bilgi Ve Uygulama Puanlarının Tanımlayıcı İstatistikleri

6.6. Hemşirelerin Eğitim Öncesi Ve Eğitim Sonrası Yaptıkları Uygulamaların Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

6.7. Hemşirelerin Eğitim Öncesi Ve Eğitim Sonrası Eğitici Rollerine İlişkin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

6.8. Annelerin Eğitim Öncesi Ve Eğitim Sonrası Ağız Bakımına Yönelik Bilgi Ve Uygulama Puanlarının Tanımlayıcı İstatistikleri

6.9. Annelerin Eğitim Öncesi Ve Eğitim Sonrası Yaptıkları Uygulamaların Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

6.1. HEMŞİRELERİN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNİN DAĞILIMI

Çalışmaya yaşları 23–57 arasında değişen 34 hemşire alındı. Hemşirelerin pediatrik hematoloji-onkoloji biriminde çalışma süreleri ortalama 4,53 yıl idi. Üniversite hastanesinde çalışmakta olan n=19 (% 55,9) hemşireden 2’si lisansüstü, 9’u lisans, 7’si ön lisans, 1’i lise düzeyinde eğitime sahip iken, eğitim ve araştırma hastanesinde ise 1’i lisansüstü, 7’si lisans, 2’si ön lisans, 5’inin lise düzeyinde eğitime sahip oldukları belirlendi. Hemşirelerin genel özellikleri Tablo 1’de görülmektedir.

Tablo 1. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri (n= 34)

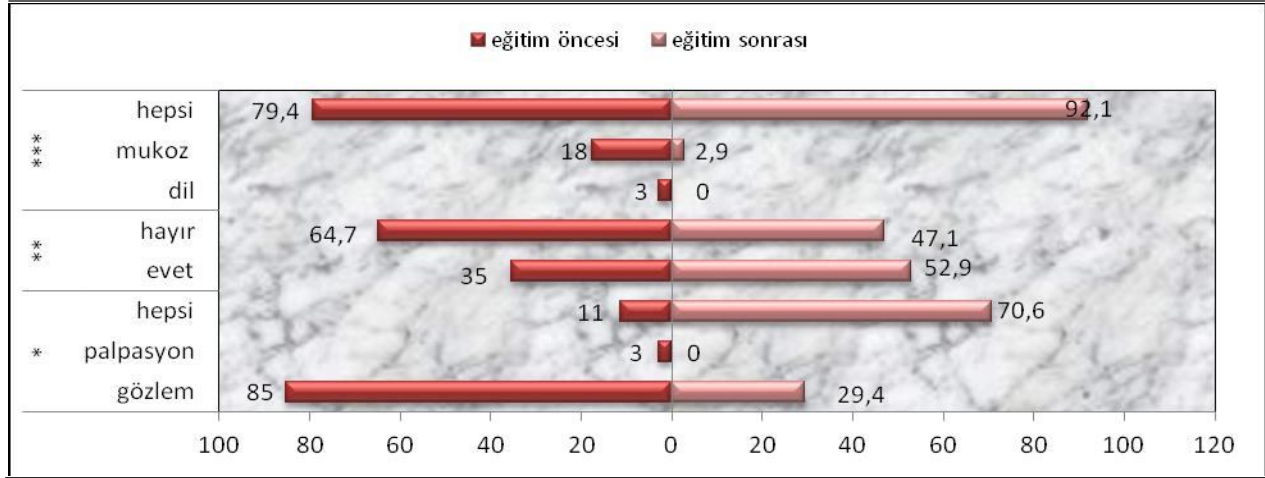
Özellikler	Sayı (n)	%
Yaş Grupları	N	%
23-35 Yaş	25	73,5
36 -57 Yaş	9	26,5
Eğitim Durumu		
Lise	6	17,6
Önlisans	9	26,5
Lisans	16	47,1
Lisansüstü	3	8,8
Çalıştığı Kurum		
Üniversite Hastanesi	19	55,9
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	15	44,1
Pediatri Onkoloji Biriminde Çalışma Süresi*		
<5 Yıl	27	79,4
≥10 Yıl	7	20,6
Birimde Ağız Bakımını Veren Kişi		
Hemşire	23	67,6
Anne	11	32,4
Toplam	34	100

*6-9 yıl arasında çalışan hemşire bulunmamaktadır.

Hemşirelerden alınan bilgiye göre; hastalardan n=11’inin (%32,4) ağız bakımı anne tarafından, n=23’ünün (% 67,6) hemşire tarafından yapılmakta idi.

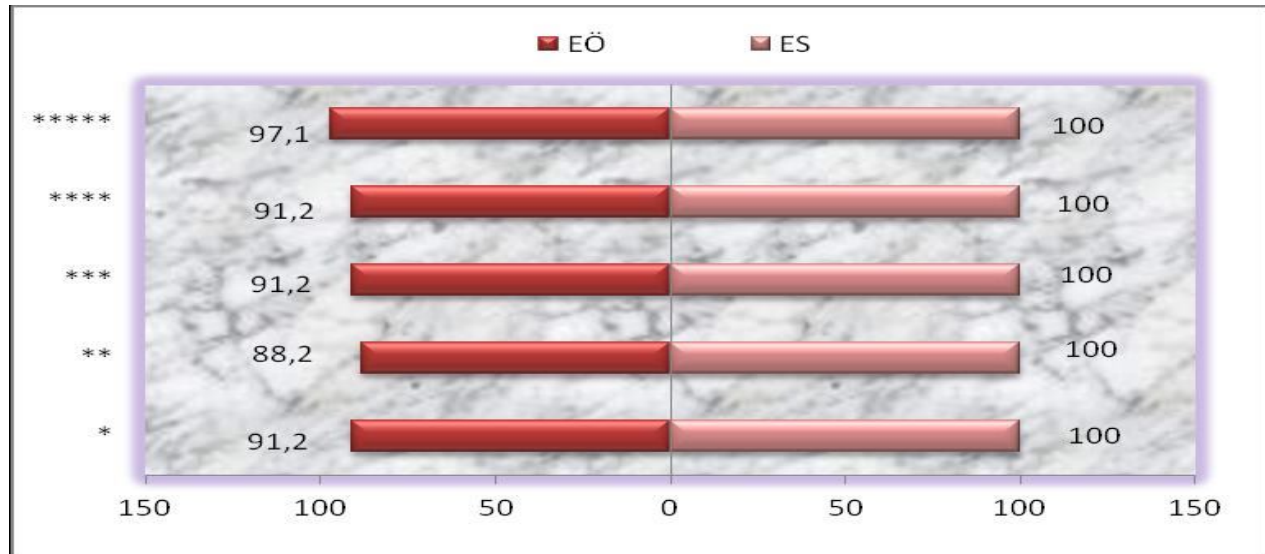
6.2. HEMŞİRELERİN EĞİTİM ÖNCESİ VE EĞİTİM SONRASI MUKOZİT KONTROLÜNE YÖNELİK BİLGİ VE UYGULAMALARININ GRAFİK DAĞILIMLARI

Grafik 1. Hemşirelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ağız Değerlendirmesine Yönelik Uygulamalarının Dağılımları (n = 34)



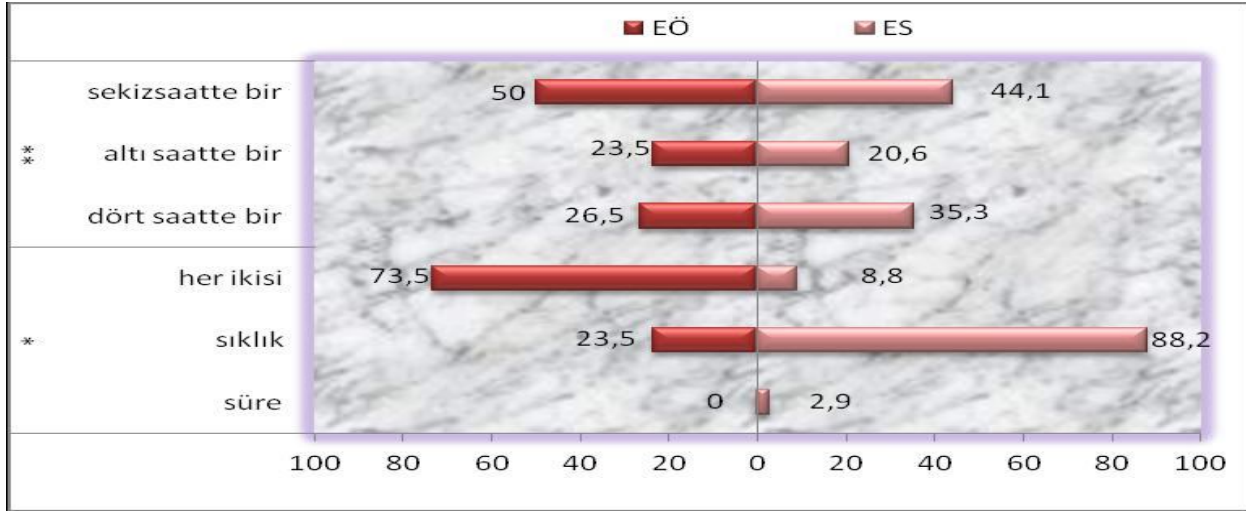
- * Oral Komplikasyonları Değerlendirme Şekli
- ** Ağız Değerlendirme Rehberi Kullanma Durumu
- *** Ağız İçinde Değerlendirilen Alan/Yer

Grafik 2. Hemşirelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ağız Bütünlüğünü Korumak İçin Beslenmeye İlişkin Uygulamalarının Dağılımları (n = 34)



- * Çocuğun Yumuşak Gıdalarla Beslenmesine Dikkat Etme
- ** Çok Sıcak ya da Çok Soğuk Gıdalarla Beslenmemesine Dikkat Etme
- *** Çocuğun Baharatlı Besinler Tüketmemesine Dikkat Etme
- **** Çocuğun Çiğ Sebze ve Meyve Tüketmemesine Dikkat Etme
- ***** Çocuğun Asitli Gıdalar Tüketmemesine Dikkat Etme

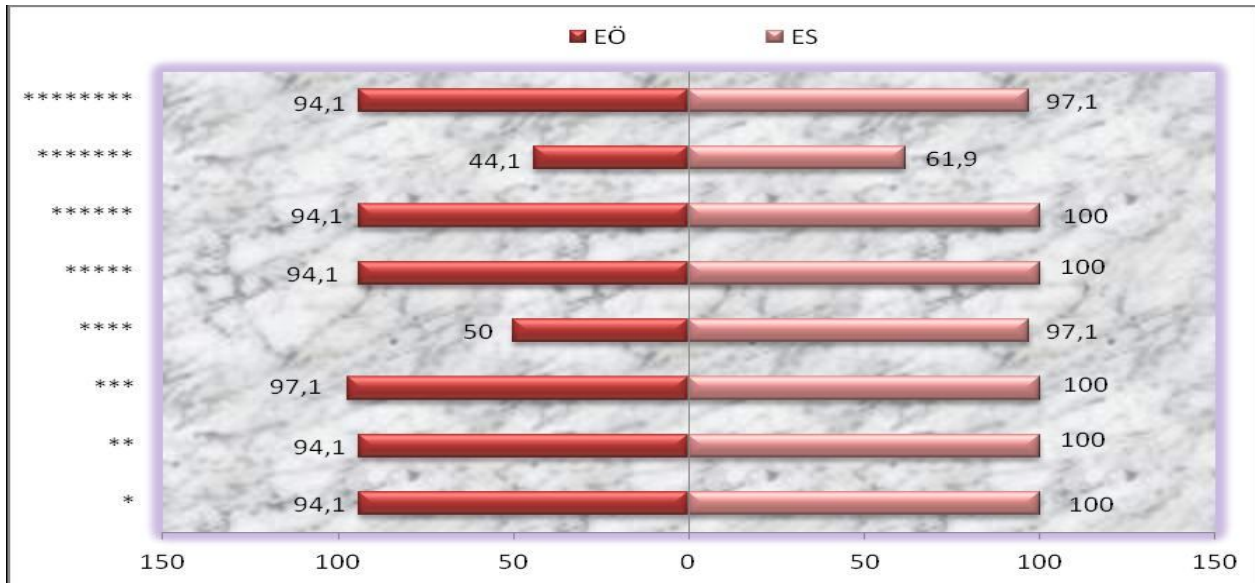
Grafik 3. Hemşirelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ağız Bakımına Yönelik Uygulamalarının Dağılımları (n = 34)



* Ağız Bakımı Yaparken Sızca Süre Mi Önemli Sıklık mı?

** Ağız Bakımını Yapma Sıklığı

Grafik 4. Hemşirelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ağız Bakımına Yönelik Uygulamalara Evet Cevabı Verenlerin Dağılımları (n = 34)



* Lökosit Sayısı < 3000 mm³ Olan Çocuklarda Diş İpi Kullanımına Dikkat Etme (Kullanılmamasına?)

** Diş ve Diş Eti Sağlığı İçin Kullandığı Diş Fırçasının Yapısına Dikkat Etme

*** Ağız Bakımı Süresine ve Sıklığına Dikkat Etme / Bakım Sıklığını Arttırma

**** Yemeklerden Önce Ağız Bakımı Verme

***** Yemeklerden Sonra Ağız Bakımı Verme

***** Sodyum Bikarbonat ile Ağız Bakımı Yapma

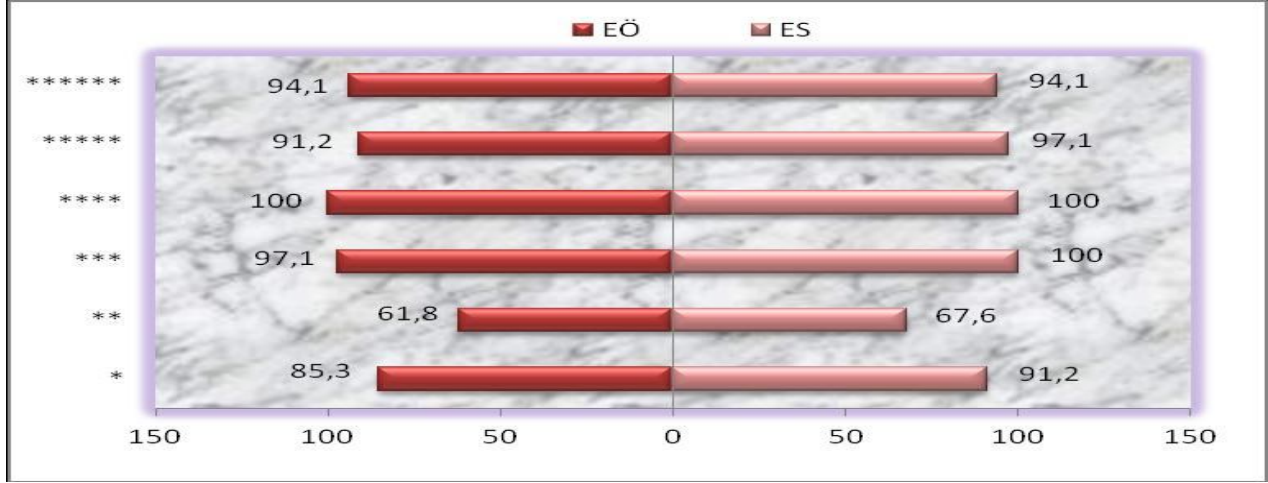
***** Serum Fizyolojik ile Ağız Bakımı Yapma

***** Çocuğun Dudaklarına Nemlendirici Uygulama

***** Oral Mukozitte Serum Fizyolojik ile Ağız Bakımı Yapma

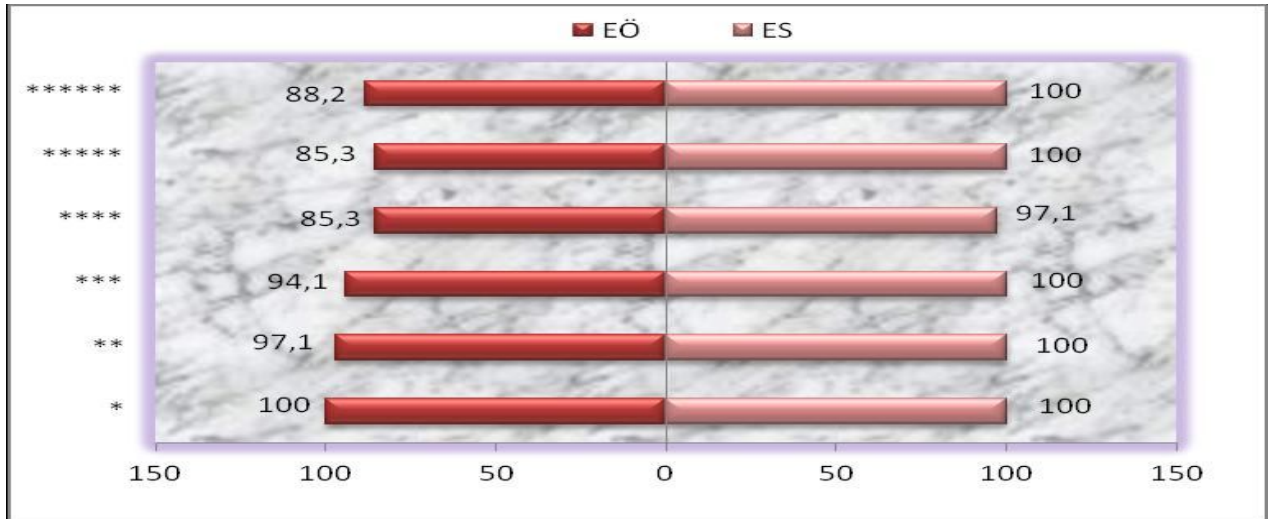
***** Kemoterapi Alan Çocuğun Dudaklarına Nemlendirici Uygulama

Grafik 5. Hemşirelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ağız Bakımına Yönelik Uygulamalara Hayır Cevabı Verenlerin Dağılımları (n = 34)



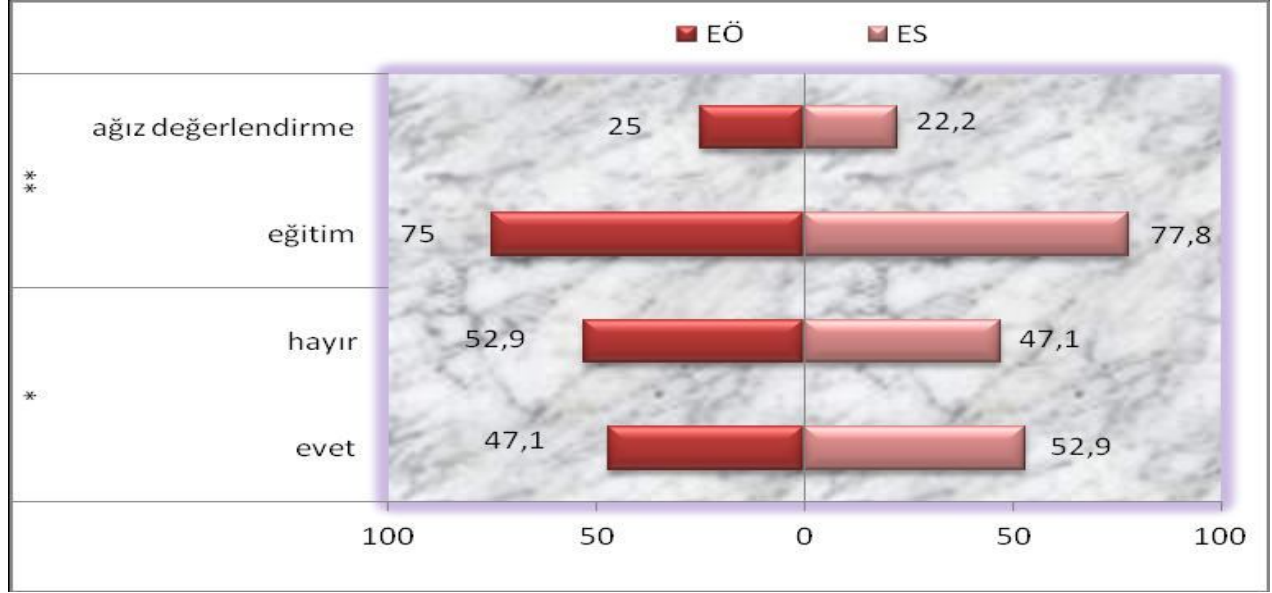
- * Soda ile Ağız Bakımı Yapma
- ** Buz Uygulaması (Kryoterapi) Yapma
- *** Papatya Uygulaması Yapma
- **** Bal Uygulaması Yapma
- ***** Tuz Uygulaması Yapma
- ***** Kullandığınız Başka Yöntemler / Sakız Çiğneme

Grafik 6. Hemşirelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ağız Bakımına Yönelik Bilgi Verme Hakkında Bilgi Veriyorum Cevabı Verenlerin Dağılımı (n = 34)



- * Ağız Bakımını Nasıl Yapacağı Konusunda Bilgi Verme
- ** Ağız Bakımında Neler Kullanabileceği Konusunda Bilgi Verme
- **** Beslenmesinin Nasıl Olması Gerekliği Hakkında Bilgi Verme
- *** Çocuğun Diş ve Diş Eti Bakımını Hangi Tür Araçlarla Nasıl Yapacağı Konusu
- ***** Ağız Mukoza Bütünlüğünü Etkileyecek Etkenlerden Nasıl Uzak Duracağı
- ***** Oral Mukozit Gelişiminin Nasıl Fark Edileceği Konusunda Bilgi Verme

Grafik7. Hemşirelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ağız Bakımında Bağımsız Rollerinin Kullanımına Yönelik Tutumlarının Dağılımı(n = 34)



* Ağız Bakımı İçin Bağımsız Rollerini Kullanma Durumu

** Oral Mukoziti Önlemek İçin Bağımsız Olarak Yapılan Uygulamalar (n= 16/18)

6.3. ANNELERİN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNİN DAĞILIMI

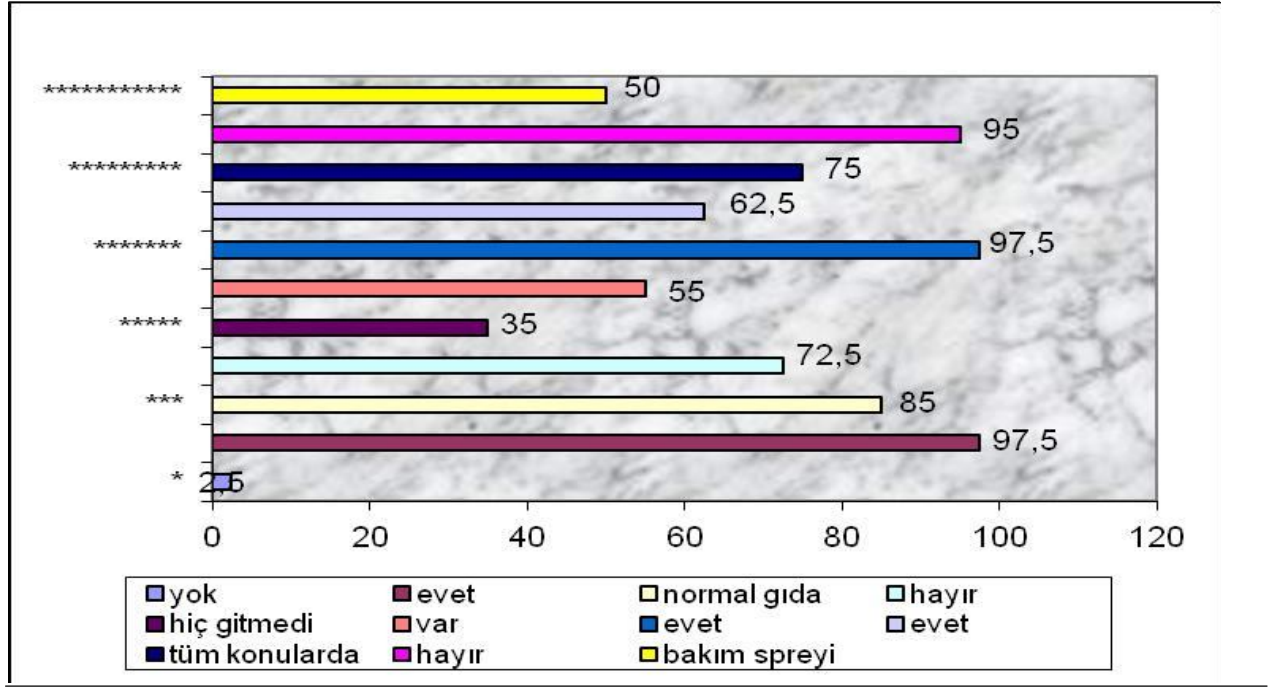
Çalışmaya yaşları 18–48 yıl arasında değişen 40 anne alındı. Annelerin tanımlayıcı özellikleri tablo 2’de görülmektedir.

Tablo 2. Annelerin Tanımlayıcı Özellikleri (n=40)

Özellikler	Sayı (n)	%
Yaş Grupları	N	
18-35 Yaş	20	50,0
36-48 Yaş	20	50,0
Medeni Durum		
Evli	39	97,5
Birlikte Yaşıyor	1	2,5
Eğitim Durumu		
Okur Yazar / Okur Yazar Değil	12	30
İlköğretim	15	37,5
Lise	12	30,0
Lisans	1	2,5
Şu Anki Çalışma Durumu		
Çalışıyor	2	5,0
Çalışmıyor	38	95,0
Eğer Çalışıyorsanız İşiniz		
Ev Hanımı	38	95,0
Memur	1	2,5
İşçi	1	2,5

Araştırmaya alınan annelerin çoğunun ilköğretim mezunu olduğu, çalışmadığı ve ev hanımı olduğu belirlendi.

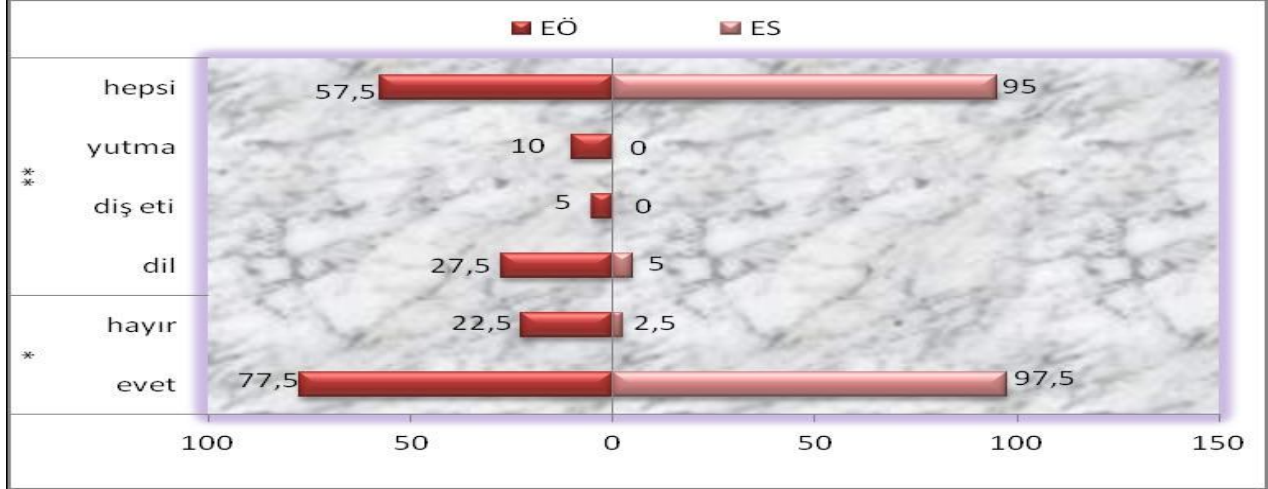
Grafik 8. Annelerin Çocuklarına Yönelik Tanımlayıcı Özellikleri (n=40)



- * Çocuğun Lösemi Dışında Kalıtsal Bir Hastalığının Olması
- ** Çocuğun Lösemi Tedavisi Süresince Sürekli Yanında Olma Durumu
- *** Çocuğun Beslenme Durumu
- **** Çocuğunu Düzenli Olarak Diş Hekimine Götürme Durumu
- ***** En Son Diş Muayenesi Olma Zamanı
- ***** Çocukta Diş Çürüğü Varlığı
- ***** Çocuğuna Ağız Bakımı Verme Durumu
- ***** Ağız İçi Yaralar İle İlgili Eğitim Alma Durumu
- ***** Ağız İçi Yaralar Hakkında Hangi Konularda Eğitim Almak İstersiniz?
- ***** Çocuğunuzun Ağız İçi Yaralarını (Oral Mukoziti) Önlemek İçin Kullandığınız Başka Yöntemler Var mı?
- ***** Var İse Neler Uyguluyorsunuz? (n: 2)

6.4. ANNELERİN EĞİTİM ÖNCESİ VE EĞİTİM SONRASI MUKOZİT KONTROLÜNE YÖNELİK BİLGİ VE UYGULAMALARININ GRAFİK DAĞILIMLARI

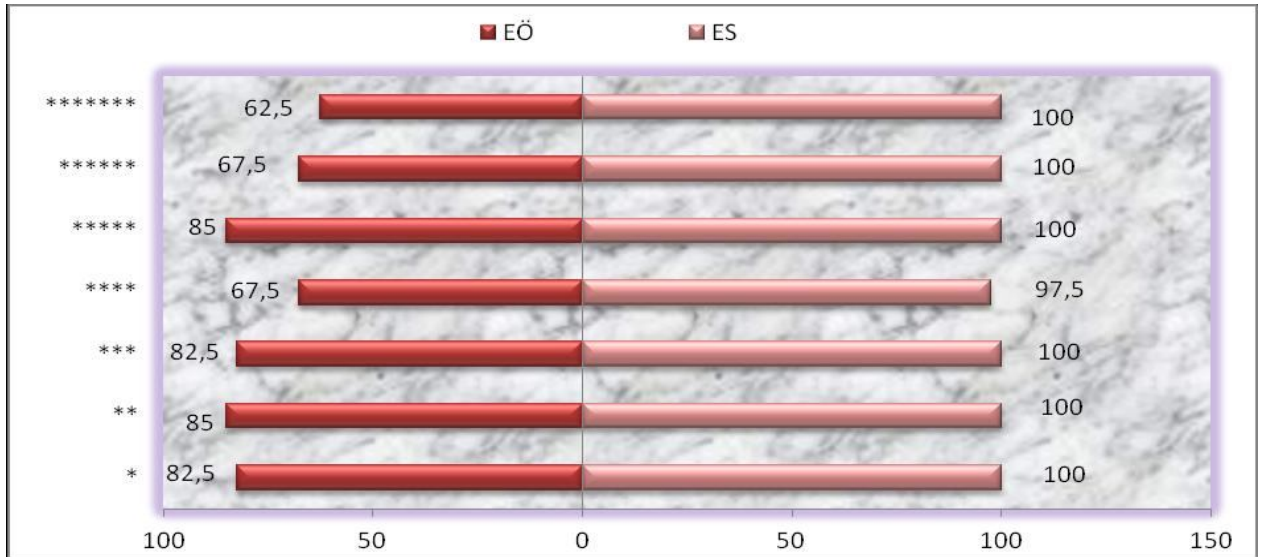
Grafik 9. Annelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ağız Değerlendirmesine Yönelik Uygulamalarının Dağılımları (n=40)



* Çocuğunun Tedavi Süresince Ağız İçindeki Değişiklikleri Değerlendirme Durumu

** Çocuğunun Ağız İçinde Neleri Değerlendirirsiniz?

Grafik 10. Annelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ağız Bütünlüğünü Korumak İçin Beslenmeye İlişkin Uygulamalarına Evet Cevabı Verenlerin Dağılımı (n=40)



* Çocuğun Yumuşak Gıdalarla Beslenmesine Dikkat Etme

** Çok Sıcak ya da Çok Soğuk Gıdalarla Beslenmemesine Dikkat Etme

*** Çocuğun Baharatlı Besinler Tüketmemesine Dikkat Etme

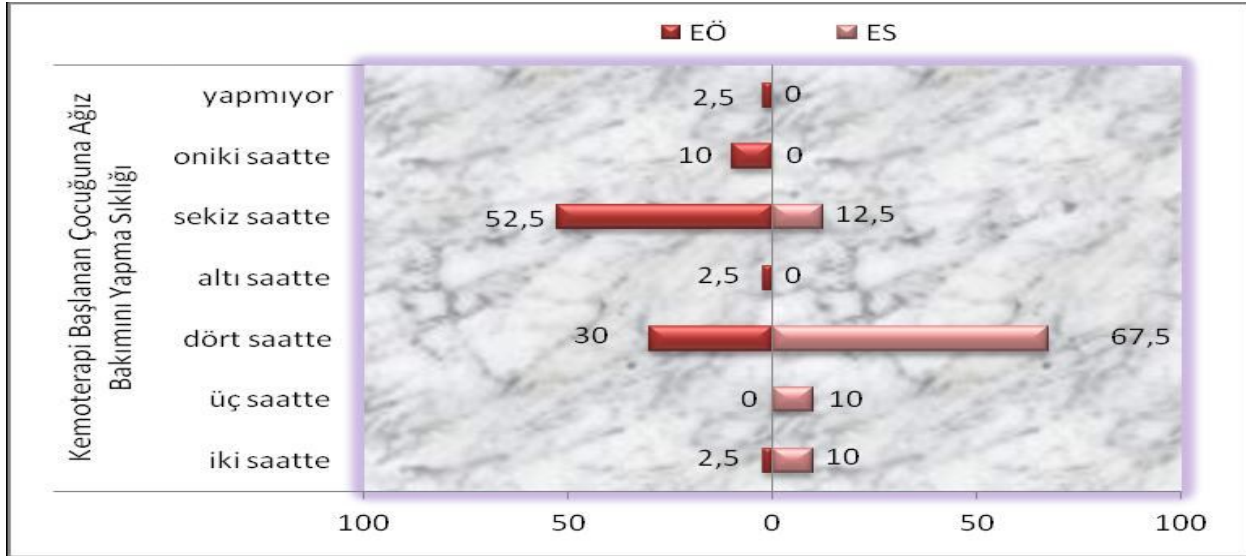
**** Çiğ Sebze ve Meyve Tüketmemesine Dikkat Etme

***** Asitli Gıdalar Tüketmemesine Dikkat Etme

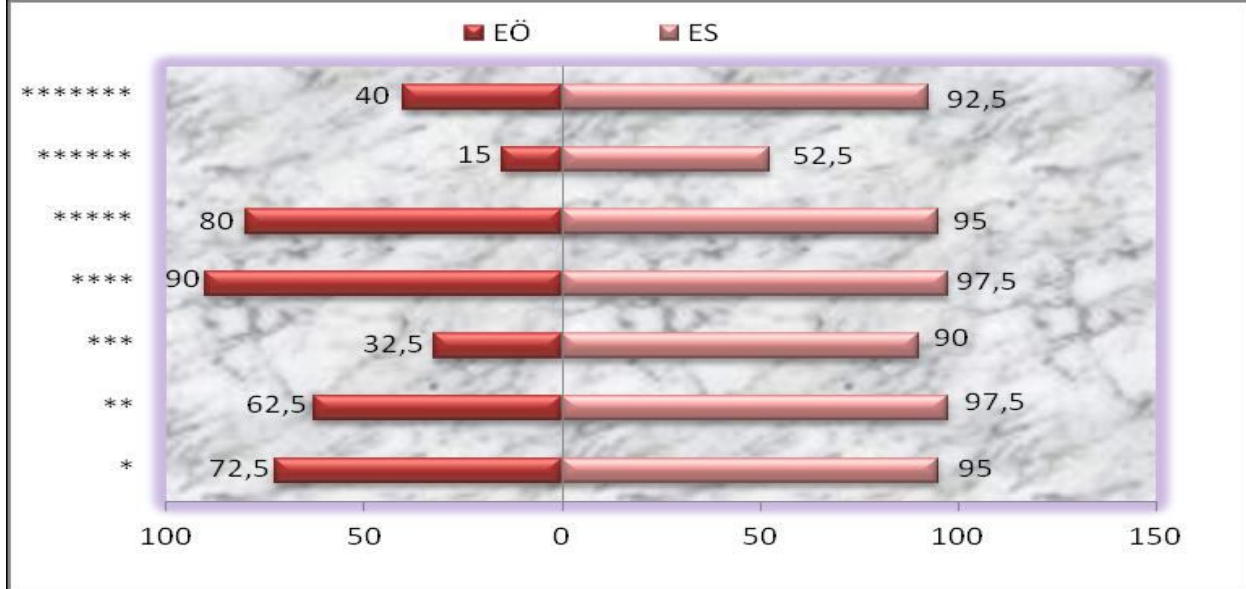
***** Bol Su İçmesine Dikkat Etme

***** Bol Proteinli Gıdalarla Beslenmesine Dikkat Etme

Grafik 11. Annelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ağız Bakımına Yönelik Uygulamalarının Dağılımları (n=40)

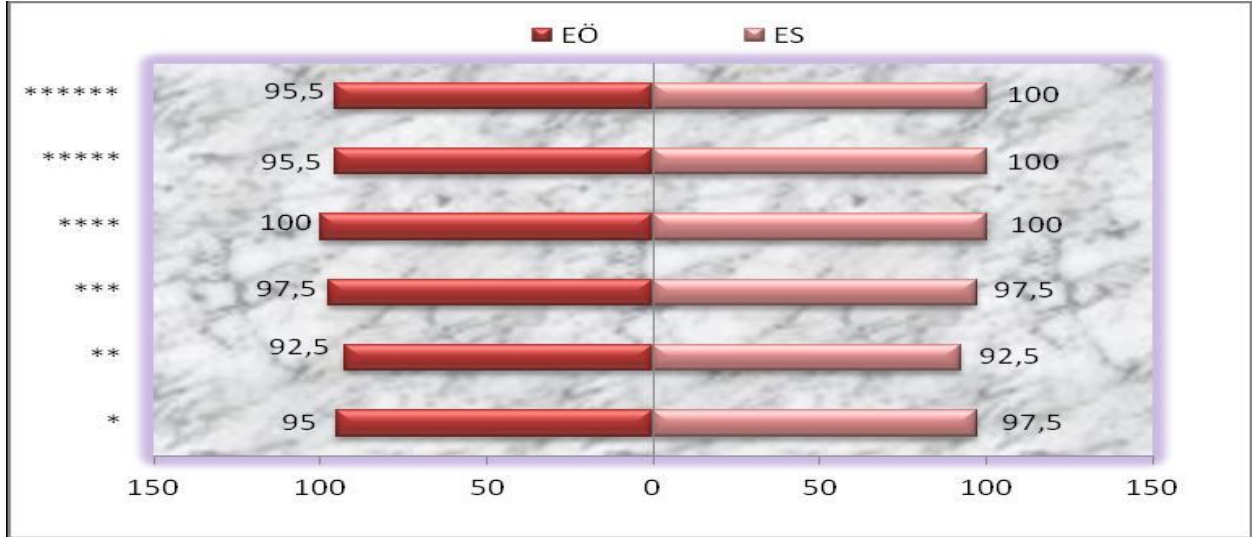


Grafik 12. Annelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ağız Bakımına Yönelik Uygulamalara Evet Cevabı Verenlerin Dağılımı (n=40)



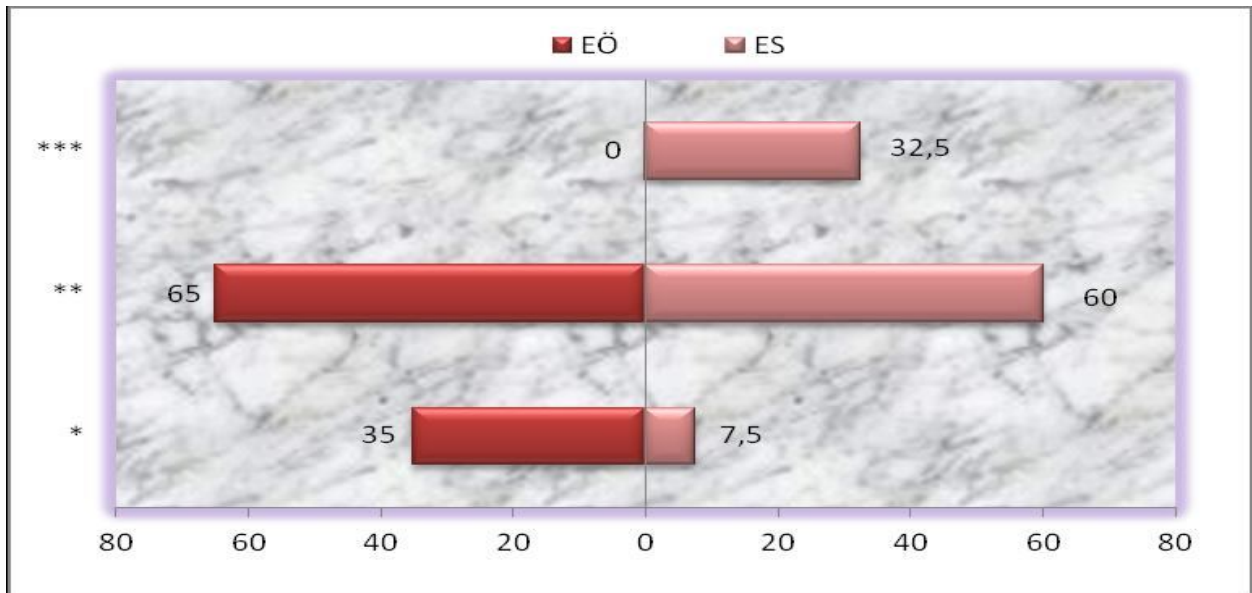
- * Diş ve Diş Eti Sağlığı İçin Kullandığı Diş Fırçasının Yapısına Dikkat Etme
- ** Ağız Bakımı Süresine ve Sıklığına Dikkat Etme / Bakım Sıklığını Arttırma
- *** Yemeklerden Önce Ağız Bakımı Verme
- **** Yemeklerden Sonra Ağız Bakımı Verme
- ***** Sodyum Bikarbonat ile Ağız Bakımı Yapma
- ***** Serum Fizyolojik ile Ağız Bakımı Yapma
- ***** Dudaklara Nemlendirici Uygulama

Grafik 13. Annelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ağız Bakımına Yönelik Uygulamalarına Hayır Cevabı Verenlerin Dağılımı (n=40)



- * Çocuğun diş ipi kullanma durumu
- ** Soda ile Ağız Bakımı Yapma
- *** Buz Uygulaması (Kryoterapi) Yapma
- **** Papatya Uygulaması Yapma
- ***** Bal Uygulaması Yapma
- ***** Tuz Uygulaması Yapma

Grafik 14. Çocukların Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Mukozit Görülme Durumuna Göre Dağılımları (n=40)



- * Mukozit Var
- ** Mukozit Yok
- *** İyileşme Var

6.5. HEMŞİRELERİN EĞİTİM ÖNCESİ VE EĞİTİM SONRASI AĞIZ BAKIMINA YÖNELİK BİLGİ VE UYGULAMA PUANLARININ TANIMLAYICI İSTATİSTİKLERİ

Tablo 3'te görüldüğü gibi; uygulamalar ve ölçüm zamanındaki puan ortalamalarında ağız değerlendirme en düşük, bunu ağız bakımı izliyor, en iyi puan beslenme davranışlarında görülmekte ve eğitim sonrası sıralama da yine yerini koruduğu saptandı.

Tablo 3. Hemşirelerin Eğitim Öncesi Ve Eğitim Sonrası Ağız Bakımına Yönelik Bilgi Ve Uygulama Puanlarının Tanımlayıcı İstatistikleri (n=34)

Uygulamalar ve Ölçüm Zamanı*	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma
Ağız Değerlendirme Uygulamaları				
Eğitim Öncesi	3,33	10,00	6,03	1,88
Eğitim Sonrası	3,33	10,00	7,89	1,98
Ağız Bakımına Yönelik Uygulamalar				
Eğitim Öncesi	6,43	9,29	8,07	,86
Eğitim Sonrası	7,14	10,00	8,98	,66
Ağız Koruyucu Beslenme Davranışları				
Eğitim Öncesi	,00	10,00	9,18	2,10
Eğitim Sonrası	10,00	10,00	10,00	,00
Toplam Puan				
Eğitim Öncesi	3,85	9,64	7,76	1,07
Eğitim Sonrası	7,54	10,00	8,96	,65

* Eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönem.

6.6. HEMŞİRELERİN EĞİTİM ÖNCESİ VE EĞİTİM SONRASI YAPTIKLARI UYGULAMALARIN PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 4’de görüldüğü gibi; **Ağzının değerlendirilmesine** yönelik uygulamalarının puan ortalamaları eğitim öncesine göre, eğitim sonrası dönemde ileri düzeyde anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<,001$).

Tablo 4. Hemşirelerin Eğitim Öncesi Ve Eğitim Sonrası Ağız Değerlendirmesine Yönelik Uygulama Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=34)

Ağzın Değerlendirilmesine Yönelik Uygulamaların Ölçüm zamanı*	$\bar{x} \pm SS$	Sd	t	p
Eğitim Öncesi	6,03 ± 1,88	33	6,667	,000
Eğitim Sonrası	7,89 ± 1,98			

* Eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönem.

Tablo 5’te görüldüğü gibi; **Ağız bakımı** uygulamalarına yönelik puan ortalamaları eğitim öncesine göre, eğitim sonrası dönemde ileri düzeyde anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<,001$)

Tablo 5. Hemşirelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ağız Bakımına Yönelik Uygulama Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=34)

Ağzın Bakımına Yönelik Uygulamaların Ölçüm zamanı*	$\bar{x} \pm SS$	Sd	t	P
Eğitim Öncesi	8,07 ± ,86	33	5,551	,000
Eğitim Sonrası	8,98 ± ,66			

* Eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönem.

Tablo 6’da görüldüğü gibi; **Ağız bütünlüğünü korumak için beslenme uygulamalarına** yönelik puan ortalamaları eğitim öncesine göre, eğitim sonrası dönemde anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<, 05).

Tablo 6. Hemşirelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ağız Bütünlüğünü Korumak için Beslenmeye İlişkin Uygulama Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=34)

Beslenmeye Yönelik Uygulamaların Ölçüm Zamanı*	$\bar{x} \pm SS$	sd	t	p
Eğitim Öncesi	9,18 ± 2,10	33	2,291	,028
Eğitim Sonrası	10,00 ± ,00			

* Eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönem.

Tablo 7’de görüldüğü gibi; **Ağız değerlendirme, ağız bakımı verme ve ağız koruyucu beslenme davranışlarına** ilişkin uygulamalardan oluşan **toplam puan** ortalamaları eğitim öncesine göre, eğitim sonrası dönemde ileri düzeyde anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<,001).

Tablo 7. Hemşirelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ağız Bakımına Yönelik Bilgi ve Uygulama Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=34)

Uygulamaların Ölçüm Zamanı*	$\bar{x} \pm SS$	Sd	t	p
Eğitim Öncesi	7,76 ± 1,07	33	6,515	,000
Eğitim Sonrası	8,96 ± ,65			

* Eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönem.

6.7. HEMŞİRELERİN EĞİTİM ÖNCESİ VE EĞİTİM SONRASI EĞİTİCİ ROLLERİNE İLİŞKİN PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 8’de görüldüğü gibi; **hemşirelerin**, ağız değerlendirme ve mukoziti tanılama, ağız bakımı verme ve ağız koruyucu beslenme davranışları konularında **bilgi vermeye yönelik (eğitim) uygulamalarının** puan ortalamaları eğitim öncesine göre, eğitim sonrası dönemde anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<,05$).

Tablo 8. Hemşirelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Eğitici Rollerine İlişkin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=34)

Ölçüm Zamanı	$\bar{x} \pm SS$	sd	t	p
Eğitim Öncesi	9,17 \pm 1,98	33	2,312	,027
Eğitim Sonrası	9,95 \pm ,29			

6.8. ANNELERİN EĞİTİM ÖNCESİ VE EĞİTİM SONRASI AĞIZ BAKIMINA YÖNELİK BİLGİ VE UYGULAMA PUANLARININ TANIMLAYICI İSTATİSTİKLERİ

Annelerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası ağız bakımına yönelik bilgi ve uygulama puanlarının tanımlayıcı istatistikleri tablo 9’da yer almaktadır.

Tablo 9. Annelerin Eğitim Öncesi Ve Eğitim Sonrası Ağız Bakımına Yönelik Bilgi Ve Uygulama Puanlarının Tanımlayıcı İstatistikleri (n=40)

Uygulamalar ve Ölçüm Zamanı*	En Düşük	En Yüksek	Ortalama	Std. Sapma
Ağız Değerlendirme Uygulamaları				
<i>Eğitim Öncesi</i>	2,50	10,00	7,81	2,61
Eğitim Öncesi	5,00	10,00	9,75	,95
Ağız Bakımına Yönelik Uygulamalar				
Eğitim Öncesi	4,29	10,00	7,17	1,23
Eğitim Öncesi	4,29	10,00	9,24	1,02
Ağız Koruyucu Beslenme Davranışları				
Eğitim Öncesi	,00	10,00	8,05	,92
Eğitim Öncesi	8,00	10,00	9,95	,32
Toplam Puan Ortalamaları				
Eğitim Öncesi	2,74	9,76	7,68	1,87
Eğitim Öncesi	7,26	10,00	9,65	,55

* Eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönem.

Annelerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası puan ortalamalarında **ağız değerlendirme en düşük**, bunu ağız bakımı izliyor, **en iyi puan beslenme davranışlarında** görülmekte ve eğitim sonrası sıralama da yine yerini koruduğu saptandı.

6.9. ANNELERİN EĞİTİM ÖNCESİ VE EĞİTİM SONRASI YAPTIKLARI UYGULAMALARIN PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 10’da görüldüğü gibi; **Ağzın değerlendirilmesine** yönelik uygulamalarının puan ortalamaları eğitim öncesine göre, eğitim sonrası dönemde ileri düzeyde anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<,001$).

Tablo 10. Annelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ağzın Değerlendirilmesine Yönelik Uygulama Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=40)

Ağzın Değerlendirilmesine Yönelik Uygulamalar	$\bar{X} \pm SS$	sd	t	p
Eğitim Öncesi	7,81 \pm 2,61	39	4,782	,000
Eğitim Sonrası	9,75 \pm ,95			

Tablo 11’de görüldüğü gibi; **Ağız bakımına** yönelik uygulamalarının puan ortalamaları eğitim öncesine göre, eğitim sonrası dönemde anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<,001$).

Tablo 11. Annelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ağız Bakımına Yönelik Uygulama Puanlarının Karşılaştırılması (n=40)

Ağzın Bakımına Yönelik Uygulamalar	$\bar{X} \pm SS$	sd	t	p
Eğitim Öncesi	7,17 \pm 1,23	39	8,762	,000
Eğitim Sonrası	9,24 \pm 1,02			

Tablo 12’de görüldüğü gibi; **Ağız bütünlüğünü korumak için beslenmeye yönelik davranışlarının** puan ortalamaları eğitim öncesine göre, eğitim sonrası dönemde ileri düzeyde anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<,001$).

Tablo 12. Annelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ağız Bütünlüğünü Korumak için Beslenmeye İlişkin Uygulama Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=40)

Beslenmeye Yönelik Uygulamalar	$\bar{X}\pm SS$	sd	t	p
Eğitim Öncesi	8,05 ± ,92	39	4,048	,000
Eğitim Sonrası	9,95 ± ,32			

Tablo 13’te görüldüğü gibi; **Ağız değerlendirme, ağız bakımı verme ve ağız koruyucu beslenme davranışlarına** ilişkin uygulamalardan oluşan **toplam puan** ortalamaları eğitim öncesine göre, eğitim sonrası dönemde ileri düzeyde anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<,001$).

Tablo 13. Annelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ağız Bakımına Yönelik Bilgi ve Uygulama Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=40)

Beslenmeye Yönelik Uygulamalar	$\bar{X}\pm SS$	Sd	t	p
Eğitim Öncesi	7,68 ± 1,87	39	6,404	,000
Eğitim Sonrası	9,65 ± ,55			

Tablo 14’te görüldüğü gibi; annelerin eğitim öncesinde ve eğitim sonrasında kemoterapi başlanan çocuğuna bol su verme ve bol proteinli beslemeye dikkat etme durumlarının dağılımları yer almaktadır.

Tablo 14. Annelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ağız Bütünlüğünü Korumak İçin Çocuğunun Bol Su İçmesine Dikkat Etme ve Bol Proteinli Besleme Durumunun Karşılaştırılması (n=40)

Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası					
		Evet		Hayır		Toplam	
		N	%	n%	n	% Evet 27	
Bol su içmesine dikkat etme		67,5		-	- 27	67,5	
	Hayır	13	32,5	-	-	13	32,5
	Toplam	40	100,0	-	-	40	100,0
<i>Mcnemar Testi* / p</i>		<i>p: ,000</i>					
Bol Proteinli Besleme	Evet	25	62,5	-	-	25	62,5
	Hayır	15	37,5	-	-	15	37,5
	Toplam	40	100,0	-	-	40	100,0
<i>Mcnemar Testi* / p</i>		<i>p: ,000</i>					

* McNemar Testi, Binomial dağılım. (Gözlere düşen beklenen sayı küçük)

- Oral mukozitlerin kontrolü konusunda yapılan eğitim öncesinde kemoterapi başlanan çocuğuna bol su vermeye dikkat ettiğini ifade eden annelerin oranı % 67,5 iken, eğitim sonrasında bu oran % 100 olarak bulunmuştur. Aradaki farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<,001$).
- Eğitim sonrasında kemoterapi başlanan çocuğunu bol proteinli beslemeye dikkat ettiğini ifade eden annelerin oranının (%100) eğitim öncesindekinden (%62,5) ileri düzeyde anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<,001$).

Not: Eğitim öncesi ve eğitim sonrası bol su verme, bol proteinli besleme ve mukozit varlığına göre analizler sayı-yüzde kullanılarak yapıldı.

Tablo 15’de görüldüğü gibi; kemoterapi alan lösemili çocuklarda eğitim öncesinde ve eğitim sonrasında mukozit görülme oranı tabloda yer almaktadır.. Eğitim öncesi ve eğitim sonrasındaki mukozit görülme oranları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p>,05$).

Tablo 15. Çocuklarda Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Mukozit Görülme Durumunun Karşılaştırılması (n=40)

Eğitim Öncesi Mukozit Varlığı	Eğitim Sonrası Mukozit Varlığı					
	Var		Yok		Toplam	
	N	%	n	%	n	%
Var	13	32,5	1	2,5	14	35,0
Yok	3	7,5	23	57,5	26	65,0
Toplam	16	40,0	24	60,0	40	100,0
<i>Mcnemar Testi* / p</i>	<i>p: ,625</i>					

* McNemar Testi, Binomial dağılım kullanıldı. (Gözlere düşen beklenen sayı küçük)

Tablo 16’da görüldüğü gibi; **anne ve hemşirelerin** eğitim öncesi ve eğitim sonrası kemoterapi alan lösemili çocuklarda **ağız bakımına** yönelik bilgi ve uygulamalarının puan ortalamaları arasındaki fark değerlendirilmiştir.

Tablo 16. Annelerin ve Hemşirelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ağız Bakımına Yönelik Bilgi ve Uygulama Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Uygulama Alanları / Ölçüm Zamanı *	Anne Grubu (n: 40) $\bar{x} \pm SS$	Hemşire Grubu (n: 34) $\bar{x} \pm SS$	t*	p
Ağzın Değerlendirilmesine Yönelik Uygulamalar				
Eğitim Öncesi	7,81 ± 2,61	6,03 ± 1,88	3,320	,001
Eğitim Sonrası	9,75 ± ,95	7,89 ± 1,98	5,004	,000
<i>t (sd: 39)</i>	4,782	6,667		
<i>P</i>	,000	,000		
Ağız Bakımına Yönelik Uygulamalar				
Eğitim Öncesi	7,17 ± 1,23	8,07 ± ,86	3,552	,001
Eğitim Sonrası	9,24 ± 1,02	8,98 ± ,66	1,276	,206
<i>t (sd: 39)</i>	8,762	5,551		
<i>P</i>	,000	,000		
Ağız Koruyucu Beslenme Davranışlarına İlişkin Uygulamalar				
Eğitim Öncesi	8,05 ± ,92	9,18 ± 2,10	1,926	,058
Eğitim Sonrası	9,95 ± ,32	10,00 ± ,00	,921	,360
<i>t (sd: 39)</i>	4,048	2,291		
<i>P</i>	,000	,028		
Toplam Puan				
Eğitim Öncesi	7,68 ± 1,87	7,76 ± 1,07	,227	,821
Eğitim Sonrası	9,65 ± ,55	8,96 ± ,65	4,859	,000
<i>t (sd: 39)</i>	6,404	6,515		
<i>P</i>	,000	,000		

sd: 72 * Eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönem.

- Hem eğitim öncesinde ($p < ,01$) hem de eğitim sonrasında yapılan ölçümlerde ($p < ,001$), anne ve hemşirelerin **ağzın değerlendirilmesine** yönelik uygulamalara ait puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak çok anlamlı fark olduğu, **annelerin** puan ortalamalarının **daha yüksek** olduğu belirlenmiştir.
- Anne ve hemşire grubunun **eğitim öncesinde ağız bakımına** yönelik uygulamalara ait puan ortalamaları arasında çok anlamlı fark olduğu ($p < ,01$), **hemşirelerin** puan ortalamalarının **daha yüksek** olduğu, ancak eğitim sonrasında gruplar arasında anlamlı fark olmadığı ($p > ,05$), *[eğitim sonrasında annelerin ağız bakımına ait puan ortalamaları hemşirelerinkinden daha yüksek, ancak aradaki fark anlamlı düzeyde değil...]*
- Hem eğitim öncesi hem de eğitim sonrasındaki anne ve hemşirelerin **ağız korumaya yönelik beslenme davranışlarına** ait puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ($p > ,05$) *[her iki ölçümde de hemşirelerin puan ortalamaları daha yüksek ancak aradaki fark anlamlı düzeyde değil...]*
- Eğitim öncesinde anne ve hemşirelerin **toplam puan** ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ($p > ,05$), eğitim sonrasında ise annelerin toplam puan ortalamalarının hemşirelerinkinden ileri düzeyde anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p < ,001$) saptanmıştır.

Özet olarak; **eğitim öncesi ve eğitim sonrası puan ortalamaları** arasındaki fark karşılaştırıldığında ise, hem anne grubu hem de hemşire grubunun **üç alt alan ve toplam puan** ortalamalarında anlamlı düzeyde fark olduğu ($p < ,05$), **eğitim sonrasında puanlarda artma olduğu görülmüştür.**

7. TARTIŞMA

Lösemideki destek tedavi ve son yıllarda yapılan kemoterapilerle kür şansı ALL' de %85, AML' lerde %60 ların üzerine çıkmıştır. Burada en önemli etken kombine kemoterapi ilaçlar ile birlikte destek tedavilerin gelişmesidir. Ancak uygulanan tedaviler başta mukozit olmak üzere pek çok yan etkilere (konstipasyon, diyare, nötropeni, trombositopeni, saç dökülmesi vs.) neden olmaktadır. Mukozit tedavisinde kullanılan ilaçların yanı sıra ağız bakımının sıklığı ve etkili yapılması önemlidir. Gerek annelerin, gerekse hemşirelerin hastalara yapacakları basit destekler sorunun çözümünü kolaylaştıracaktır (Aslan ve ark., 2006; Çavuşoğlu, 2007; Dalgıç ve ark., 1998; Köksal ve Varan, 2005b; Kurt ve Çetinkaya,2008; Sadırlı Kurt, 2008, Ünsar ve ark., 2007; Wohlschlaeger, 2004; Zülfikar, 2000)

Bu araştırma kemoterapi alan lösemili çocuklarda hasta ailesi ve bakım veren hemşireye yapılan eğitimin oral mukozitlerin kontrolüne etkisini saptamak amacı ile 34 hemşire ve 40 anne ile gerçekleştirildi.

7.1. Hemşirelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ağız Bakımına Yönelik Bilgi ve Uygulamaları

Standart bir biçimde düzenlenen ağız bakım rehberinin kullanımı hemşirelerin ağız bakım protokollerinin gelişimine katkıda bulunacağı bilinmektedir (Dalgıç ve ark., 1998). Honnor ve Law (2002) tarafından yapılan çalışmada oral problemlerin önlenmesi ve ağız bakımının kalitesini arttırmak amacı ile ağız değerlendirme ölçeği kullanma, ağız bakımı ile ilgili rehber geliştirme ve hasta/aile bilgilendirme kitapçığı hazırlama gerekliliğini vurgulamış ve bununla birlikte ağız problemlerinin daha erken tanımlandığı ve kısa sürede tedavi edildiğini saptamışlardır. Nitekim bizim çalışmamızda hemşirelerin kemoterapi başlanan çocuklarda oral komplikasyonları değerlendirmede % 35,3'ünün eğitim öncesinde ağız değerlendirme rehberi kullandıkları, % 52,9'unun eğitim sonrasında ağız değerlendirme rehberi kullandıkları saptandı (Grafik 1). Çalışmamızdaki bu sonuç, araştırma sonuçları ve literatür ile uygunluk göstermektedir.

Oral mukozitte beslenmenin yumuşak gıdalarla olması gerektiği, çok soğuk ya da çok sıcak gıdalar tüketilmemesi, baharatlı besinlerden kaçınılması, çiğ sebze ve meyve tüketilmemesi, asitli gıdalardan uzak durulması gerekliliği bilinmektedir (Aydın ve Yalçın, 2005b, Ünsar ve ark., 2007). Nitekim bizim çalışmamızda, hemşirelerin çocuklardaki ağız bakımına yönelik beslenme durumları incelendiğinde; eğitim sonrası dönemde eğitim öncesi döneme göre hemşirelerin daha çok dikkat ettikleri saptandı (Grafik 2). Çalışmamızda elde edilen bu bulgu literatür ile paralellik göstermektedir.

Ağız bakımında kullanılan diş fırçasının yapısının yumuşak olması, mukoza bütünlüğünü koruması ve ağız bakımının yapılma sıklığı önemlidir (Yılmaz, 2007, Çubukçu Elbek, 2005). Bu çalışmada hemşirelerin % 73,5'inin ağız bakımında eğitim öncesinde süre ve sıklığa önem verdiği, eğitim sonrasında ise % 88,2'sinin sadece sıklık dediği, diş fırçasının yapısına dikkat etme oranlarına bakıldığında eğitim öncesi % 94,1 iken, eğitim sonrasında bu oran %100 olarak saptandı (Grafik 3). Çalışmamızda elde edilen bu bulgular literatür ile uygunluk göstermektedir.

Mukozit kontrolünde verilecek eğitimler ile hasta/ailelerin uyumunun kolaylaşacağı, ailelerin bakımda sorumluluk almaları ve tedavi süresince verilecek kararlara katılmaları ile yaşam kalitelerinin yükselmesi sağlanacaktır (Ünsar ve ark., 2007). Köroğlu (2007) yaptığı çalışmada; kemoterapi alan hasta/ailelere hemşirelerin eğitim verme oranının yüksek olduğunu saptamıştır. Nitekim bizim çalışmamızda hemşirelerin kemoterapi alan lösemili çocuğun ailesine eğitim öncesinde ağız bakımını nasıl yapacağı, ağız bakımında neler kullanabileceği, beslenmesinin nasıl olacağı, ağız mukoza bütünlüğünü etkileyebilecek etkenlerden nasıl uzak duracağı, aileye çocuktaki oral mukozit gelişimini nasıl fark edeceği hakkında verdikleri eğitim, eğitim sonrası dönemde artmıştır (Grafik 6). Çalışmamızdaki bu bulgular Köroğlu 'nun çalışmasından elde ettiği bulgular ve literatür ile paralellik göstermektedir.

7.2. Annelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ağız Bakımına Yönelik Bilgi ve Uygulamaları

Oral mukozitte beslenmenin yumuşak gıdalarla olması gerektiği, çok soğuk ya da çok sıcak gıdalar tüketilmemesi, baharatlı besinlerden kaçınılması, çiğ sebze ve meyve tüketilmemesi, asitli gıdalardan uzak durulması gerekliliği bilinmektedir (Aydın ve Yalçın, 2005b, Ünsar ve ark., 2007). Nitekim bizim çalışmamızda, annelerin çocuklardaki ağız bakımına yönelik beslenme durumları incelendiğinde; eğitim sonrası dönemde eğitim öncesi döneme göre annelerin daha çok dikkat ettikleri saptandı (Grafik 10). Çalışmamızda elde edilen bu bulgu literatür ile paralellik göstermektedir.

7.3. Hemşirelerin ve Annelerin Eğitim Öncesi Ve Eğitim Sonrası Yaptıkları Uygulamaların Puan Ortalamaları

Hemşirelerin, eğitim öncesi ve eğitim sonrasındaki kemoterapi alan lösemili çocuklar için ağız bakımı uygulamalarına yönelik puan ortalamaları arasındaki fark, eğitim sonrasında eğitim öncesine göre ileri düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p < ,001$) (Tablo 5). Köroğlu (2007) yaptığı çalışmada hemşirelerin oral mukozit ile ilgili mukozitin görüldüğü alanlar, mukoza değerlendirmesi ve derecelendirmesi, ağız bakımı, diş fırçalama konularında bilgi düzeylerini incelemiş ve daha düşük olduğunu saptamıştır. Çalışmamızdaki bu sonuç Köroğlu' nun çalışmasından elde ettiği bulgular ile paralellik göstermektedir.

Kemoterapi alan lösemili çocuklarda mukozit varlığı ilk oral problemlere ve beslenme düzeninde değişikliklere neden olur (Aydın ve Yalçın, 2005b; Çakur ve ark., 2006; Çavuşoğlu, 2007; Dalgıç ve ark., 1998; Ertem, 2008). Erdem (2006) yaptığı çalışmada hemşirelerin annelere verdikleri eğitim ile beslenme düzeninin neden olduğu iştahsızlıkla ilgili annelerin çocuklarına sevdikleri yiyecekler vermelerini ve yemek yemesi için desteklediklerini saptamıştır. Hemşirelerin, eğitim öncesi ve eğitim sonrasındaki kemoterapi alan lösemili çocuk hastaların ağız bütünlüğünü korumak için beslenme uygulamalarına yönelik puan ortalamaları arasındaki fark eğitim öncesine göre, eğitim sonrasında anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p < ,05$) (Tablo 6). Çalışmamızdaki bu sonuç, araştırma sonuçları ve literatür ile paralellik göstermektedir.

Hemşireler mukozit önlenmesi ve tedavisini sağlayacak ağız bakım tekniklerini öğretme ve uygulamada esas rol üstlenen sağlık çalışanlarıdır (Yılmaz, 2007; Wohlschlaeger, 2004). Köroğlu (2007) yaptığı çalışmada hemşirelerin oral mukozit ile ilgili hasta/aile verdikleri eğitimin ortaya çıkacak sorunları azalttığını düşünmektedir. Hemşireler verdikleri eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin bağımsız rolleri olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin eğitim öncesi ve eğitim sonrasındaki kemoterapi alan lösemili çocukların ağız değerlendirme, ağız bakımı verme ve ağız koruyucu beslenme davranışlarına ilişkin uygulamalardan oluşan toplam puan ortalamaları arasındaki fark eğitim öncesine göre, eğitim sonrasında ileri derecede anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<,001$) (Tablo 7). Çalışmamızdaki bu sonuç, araştırma sonuçları ve literatür ile uygunluk göstermektedir.

Hemşirelerin eğitim öncesi ve eğitim sonrasındaki kemoterapi alan lösemili çocukların ailelerine (annelerine) ağız değerlendirme ve mukoziti tanılama, ağız bakımı verme ve ağız koruyucu beslenme davranışları konularında bilgi vermeye yönelik (eğitim) uygulamalarının puan ortalamaları arasındaki fark eğitim sonrasında eğitim öncesinden anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı ($p<,05$) (Tablo 8). Köroğlu (2007) yaptığı çalışmada hemşirelerin oral mukozit kontrolüne ilişkin; mukozitin sebepleri, mukoziti önleme, mukozit bakımı ve mukozitte beslenme konularında bilgi verdiğini saptamıştır. Hemşirelerin mukozit kontrolüne yönelik yaptığı eğitimlerde en fazla ağız bakımına önem verdikleri saptanmıştır. Çalışmamızdaki bu sonuç Köroğlu 'nun çalışmasından elde ettiği bulgular ile paralellik göstermektedir.

Kemoterapi alan lösemili çocukların annelerinin eğitim öncesinde ve eğitim sonrasındaki ağzın değerlendirilmesine yönelik uygulamalarının puan ortalamaları farkı, eğitim sonrası dönemde eğitim öncesine göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<,001$) (Tablo 10). Annelerin eğitim sonrası ağız değerlendirmelerini olumlu yönde etkilediği görülen bu sonuç, annelerin verilen eğitime uyum gösterdikleri ve çocuklarının komplikasyonlardan daha az etkilenmesini istedikleri ile açıklanabilir.

Kemoterapi alan lösemili çocukların annelerinin eğitim öncesinde ve eğitim sonrasındaki ağız bakımına yönelik uygulamalarının puan ortalamaları farkı, annelerin eğitim sonrası dönemde eğitim öncesi döneme göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı ($p<,001$) (Tablo 11). Aslan ve ark. (2006) yaptığı çalışmada hasta/aile bakımının eğitim ile desteklenmesinin ağız ve boğaz ile ilgili problemlerin şiddetini azalttığı bulunmuştur. Annelerin ağız bakımına aktif katılımı ve aldıkları eğitimin, yapılan bakımın etkinliğini arttırdığı söylenebilir. Çalışmamızdaki bu sonuç, Aslan ve ark.'nın (2006) çalışmasından elde ettiği sonuçlar ile paralellik göstermektedir.

Hemşireler mukozit önlenmesi ve tedavisini sağlayacak ağız bakım tekniklerini öğretme ve uygulamada esas rol üstlenen sağlık çalışanlarıdır (Yılmaz, 2007; Wohlschlaeger, 2004). Aslan ve ark.'larının (2006) yaptığı çalışmada yapılan hemşire eğitimlerinin kemoterapi semptomlarını azalttığı bulunmuştur. Nitekim bizim çalışmamızda, kemoterapi alan lösemili çocukların annelerinin eğitim öncesi ve eğitim sonrasındaki ağız değerlendirme, ağız bakımı verme ve ağız koruyucu beslenme davranışlarına ilişkin uygulamalardan oluşan toplam puan ortalamaları arasındaki fark, eğitim sonrası dönemde eğitim öncesine göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı ($p<,001$) (Tablo 13). Çalışmamızdaki bu sonuç, araştırma sonuçları ve literatür ile paralellik göstermektedir.

Kemoterapi komplikasyonlarından mukozitte, sıvı elektrolit dengesinin korunması oldukça önemlidir (Aydın ve Yalçın, 2005b, Ünsar ve ark., 2007). Erdem (2006) yaptığı çalışmada ev ziyaretlerinde verilen eğitim ve bilgiler ışığında annelerin ağız yaraları ve ağız kuruluşunda çocuklarına sulu yiyecekler ve bol sıvı verdiklerini ifade ettikleri saptamıştır. Nitekim bizim çalışmamızda annelerin %67,5'i eğitim öncesinde, %100'ü ise eğitim sonrasında kemoterapi başlanan çocuğuna bol su verdikleri saptanmıştır ($p<,001$) (Tablo 14). Çalışmamızdaki bu sonuç, araştırma sonuçları ve literatür ile paralellik göstermektedir.

Kemoterapi alan lösemili çocuğun yüksek kalorili ve proteinli besinlerle beslenmesi oldukça önemlidir (Aydın ve Yalçın, 2005b, Ünsar ve ark., 2007). Nitekim bizim çalışmamızda annelerin %62,5'i eğitim öncesinde, %100'ü ise eğitim sonrasında kemoterapi başlanan çocuğunun bol proteinli beslenmesine dikkat ettikleri saptanmıştır ($p<,001$) (Tablo 14). Çalışmamızdaki bu sonuç, literatür ile paralellik göstermektedir.

Kemoterapi alan lösemili çocuklarda eğitim öncesinde mukozit görülme oranı % 35 iken, eğitim sonrasında % 40 olduğu belirlendi ($p>,05$) (Tablo 15). Çalışmamızın bu bulgusu uzun süreli yatmakta olan kronik hastalarda nicelik yetersizliği ile ilişkili olduğu ve yapılan değerlendirmelerin hastaların farklı zamanlarda farklı oranlarda aldıkları kemoterapi kürleri ile ilişkili olduğu ile açıklanabilir.

Anne ve hemşirelerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası kemoterapi alan lösemili çocuklarda ağız bakımına yönelik bilgi ve uygulamalarının puan ortalamaları arasındaki farkın, hem eğitim öncesinde ($p<,01$) hem de eğitim sonrasında ($p<,001$) ileri derecede anlamlı olduğu, annelerin puan ortalamalarının ise daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 16). Ağız bakımına ve ağız değerlendirilmesine yönelik uygulamalarda hemşire ve annelerin pozitif gelişme göstermeleri oral mukozit kontrolüne verdikleri önem ile açıklanabilir.

Eğitim öncesi ve eğitim sonrası puan ortalamaları arasındaki fark karşılaştırıldığında ise, hem anne grubu hem de hemşire grubunun üç alt alan ve toplam puan ortalamalarında anlamlı düzeyde fark olduğu ($p<,05$), eğitim sonrasında puanlarda artma olduğu görülmüştür. Anne ve hemşirelere yapılan/yapılacak eğitimlerin, oral mukozit kontrolüne katkı sağladığı/sağlayacağı görülmüştür.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kemoterapi alan lösemili çocuklarda hasta ailesi ve bakım veren hemşireye yapılan eğitimin oral mukozitlerin kontrolüne etkisini saptamak amacıyla yaptığımız araştırmadan elde edilen sonuçlar:

- Örneklemi oluşturan hemşirelerin % 73,5'inin 23–35 yaş grubu aralığında olduğu, %47,1'inin eğitim durumunun lisans düzeyinde olduğu, % 55,9'unun üniversite hastanesinde çalıştığı, % 79,4'ünün 1–5 yıl aralığında pediatri onkoloji biriminde çalıştığı, % 67,6'sının ağız bakımını hemşirenin verdiğini ifade ettikleri görüldü (Tablo 1).
- Üniversite hastanesinde çalışmakta olan % 55,9 hemşireden 2'si lisansüstü, 9'u lisans, 7'si ön lisans, 1'i lise düzeyinde eğitime sahip iken, eğitim ve araştırma hastanesinde ise 1'i lisansüstü, 7'si lisans, 2'si ön lisans, 5'inin lise düzeyinde eğitime sahip oldukları belirlendi (Tablo 1).
- Hemşirelerin kemoterapi başlanan çocuklarda oral komplikasyonları değerlendirme şekli eğitim öncesinde % 85,3'ünün, eğitim sonrasında %29,4'ünün gözlem yaptıkları, eğitim öncesinde %11,8'inin, eğitim sonrasında %70,6'sının gözlem, palpasyon gibi uygulamaların hepsini yaptıkları saptandı (Grafik 1).
- Hemşirelerin % 64,7'sinin eğitim öncesinde, % 52,9'unun eğitim sonrasında ağız değerlendirme rehberi kullanmadıkları, % 79,4'ünün eğitim öncesinde, % 97,1'inin eğitim sonrasında ağız içinde değerlendirdikleri alanın dil, mukoz membran gibi seçeneklerden hepsini kullandıkları saptandı (Grafik 1).

- Hemşirelerin çocuklardaki ağız bakımına yönelik beslenme durumları incelendiğinde eğitim öncesi dönemde çocuğun yumuşak gıdalarla beslenmesine dikkat etme % 91,2'sinin çok sıcak ya da çok soğuk gıdalarla beslenmesine %88,2'sinin, baharatlı besinler tüketmemesine ve çiğ sebze ve meyve tüketmemesine % 91,2'sinin, asitli gıdalar tüketmemesine % 97,1'inin dikkat ederken, eğitim sonrası dönemde ise % 100'ünün dikkat ettikleri saptandı (Grafik 2).
- Hemşirelerin ağız bakımına yönelik uygulamalarında eğitim öncesinde % 73,5'inin ağız bakımında süre ve sıklığın daha önemli olduğu, eğitim sonrasında % 88,2'sinin sıklık olarak yanıtladıkları, ağız bakımı yapma sıklığında ise eğitim öncesi %26,5'inin eğitim sonrasında %35,3'ünün dört saatte bir bakım yaptığı saptandı (Grafik 3).
- Hemşirelerin ağız bakımına yönelik uygulamalarında eğitim öncesinde Lökosit Sayısı < 3000 mm³ olan çocuklarda diş ipi kullanımına (kullanmamasına) ve diş fırçasının yapısına dikkat etmede % 94,1'inin eğitim sonrası dönemde % 100'ünün dikkat ettikleri saptandı (Grafik 4).
- Hemşirelerin ağız bakımına yönelik uygulamalarında eğitim öncesinde ağız bakımı süresine ve sıklığına dikkat etme / bakım sıklığını arttırmada %97,1'inin, sodyum bikarbonat kullanan ve yemeklerden sonra ağız bakımı yapanların %94,1'inin, eğitim sonrası dönemde % 100'ünün dikkat ettikleri ve bakım yaptıkları saptandı (Grafik 4).
- Hemşirelerin ağız bakımına yönelik uygulamalarında yemeklerden önce ağız bakımı vermede eğitim öncesi % 50'sinin, eğitim sonrasında %97,1'inin serum fizyolojik ile bakım yapmada eğitim öncesi % 55,9'unun, eğitim sonrası %61,8'inin, dudaklara nemlendirici uygulamada eğitim öncesi %94,1'inin, eğitim sonrası %97,1'inin nemlendirici uyguladığı saptandı (Grafik 4).

- Hemşirelerin ağız bakımına yönelik uygulamalarında soda ile ağız bakımında eğitim öncesi % 85,3'ünün, eğitim sonrası %91,2'sinin, bakım yapmadığı, buz uygulamasında (Kryoterapi) eğitim öncesi % 61,8'inin, eğitim sonrasında % 67,6'sının, buz uygulamadığı saptandı (Grafik 5).
- Hemşirelerin ağız bakımına yönelik uygulamalarında papatya uygulamada eğitim öncesi % 94,1'inin, eğitim sonrasında %100'ünün papatya uygulamadığı, bal uygulamada eğitim öncesi ve sonrasında %100'ünün, bal uygulamadığı saptandı (Grafik 5).
- Hemşirelerin ağız bakımına yönelik uygulamalarında tuz uygulamasında eğitim öncesinde % 91,2'sinin, eğitim sonrası %97,1'inin, tuz uygulamadığı, oral mukoziti önlemek için kullandığı diğer yöntemler/sakız çiğnemede %94,1'inin eğitim öncesi ve sonrası dönemde bu uygulamayı yapmadığı saptandı (Grafik 5).
- Hemşirelerin kemoterapi alan lösemili çocuğun ailesine eğitim öncesinde %100'ünün çocuğun ağız bakımını nasıl yapacağı, %97'sinin ağız bakımında neler kullanabileceği, %94,1'inin beslenmesinin nasıl olacağı, %85,3'ünün ağız mukoza bütünlüğünü etkileyebilecek etkenlerden nasıl uzak duracağı, % 88,2'sinin aileye çocuktaki oral mukozit gelişimini nasıl fark edeceği hakkında eğitim verdikleri eğitim sonrasında %100'ünün bilgi verdiği saptandı (Grafik 6).
- Hemşirelerin kemoterapi alan lösemili çocuğun ailesine eğitim öncesinde %85,3'ünün diş ve diş eti bakımında hangi tür araçlar kullanabileceği ve nasıl yapacağı hakkında, eğitim sonrasında %97'sinin bilgi verdikleri saptandı (Grafik 6).

- Hemşirelerin ağız bakımı için bağımsız rollerini kullanma durumuna bakıldığında %47,1'inin eğitim öncesinde, % 52,9'unun eğitim sonrasında bağımsız rollerini kullandığı, bağımsız olarak yaptıkları uygulamalarda %75'inin, eğitim öncesinde, %77,8'inin eğitim sonrasında eğitim verdiği, %25'inin eğitim öncesinde, %22,2'sinin eğitim sonrası ağız değerlendirme ve derecelendirme yaptıkları saptandı (Grafik 7).
- Annelerin % 50'sinin 18–35 yaş grubunda olduğu, %97,5'inin evli olduğu, %37,5'inin ilköğretim mezunu olduğu, %95'inin çalışmadığı ve evhanımı olduğu saptandı (Tablo 2).
- Annelerin %97,5'inin çocuklarında lösemi dışında kalıtsal bir hastalığı olmadığı ve lösemi tedavisi süresince çocuğunun yanında olduğu, %85'inin çocuğunun normal gıdalarla beslendiği, %72,5'inin çocuğunu düzenli diş hekimine götürmediği, % 55'inin çocuğunda diş çürüğü olduğu saptandı (Grafik 8).
- Annelerin %97,5'inin çocuğuna ağız bakımı verdiği, %62,5'inin ağız içi yaralarla ilgili eğitim aldığı, %75'inin tüm ağız içi yaralarla ilgili eğitim almak istediği, %95'inin ağız içi yaraları önlemek için ek bir yöntem kullanmadığı, başka yöntem kullananların %50'sinin bakım spreyi kullandıkları saptandı (Grafik 8).
- Annelerin çocuğunun tedavi süresince ağız içindeki değişiklikleri % 77,5'inin eğitim öncesi, % 97,5'inin eğitim sonrası değerlendirdiği, %57,5'inin eğitim öncesi, %95'inin eğitim sonrası ağız içinde dil, diş eti, yutma gibi tüm parametreleri değerlendirdiği saptandı (Grafik 9).

- Annelerin çocuklardaki ağız bakımına yönelik beslenme durumları incelendi eğitim öncesi dönemde çocuğun yumuşak gıdalarla beslenmesine ve baharatlı besinler tüketmemesine dikkat etme % 82,5'inin, çok sıcak ya da çok soğuk gıdalarla beslenmesine ve asitli gıdalar tüketmemesine %85'inin, bol su içmesine % 67,5'inin, bol proteinli gıdalarla beslenmesinde %62,5'inin, eğitim sonrası dönemde % 100'ünün dikkat ettikleri, saptandı (Grafik 10).
- Annelerin çocuklardaki ağız bakımına yönelik beslenme durumları incelendi çiğ sebze ve meyve tüketmemesine eğitim öncesinde % 67,5'inin, eğitim sonrasında % 97,5'inin dikkat ettikleri saptandı (Grafik 10).
- Annelerin çocuklarına ağız bakımı yapma sıklığında %30'unun eğitim öncesi, % 67,5'inin eğitim sonrası dört saatte bir bakım yaptığı saptandı (Grafik 11).
- Annelerin ağız bakımına yönelik uygulamalarında % 72,5'inin eğitim öncesi çocuğunun kullandığı diş fırçasının yapısına dikkat ettiği, %80'inin eğitim öncesi çocuklarına sodyum bikarbonat ile bakım yaptığı, eğitim sonrasında ise % 95'inin dikkat ettiği ve bakım yaptığı saptandı (Grafik 12).
- Annelerin ağız bakımına yönelik uygulamalarında eğitim öncesi % 62,5'inin ağız bakımı süresine ve sıklığına dikkat ettikleri / bakım sıklığını arttırdıkları, %90'ının yemeklerden sonra ağız bakımını verdikleri, eğitim sonrasında %97,5'inin dikkat ettiği ve ağız bakımı yaptığı saptandı (Grafik 12).
- Annelerin ağız bakımına yönelik uygulamalarında eğitim öncesi % 67,5'inin, eğitim sonrasında %90'ının yemeklerden önce ağız bakımı yaptığı, eğitim öncesi % 85'inin, eğitim sonrası % 47,5'inin serum fizyolojik ile bakım yaptığı, eğitim öncesi %40'ının eğitim sonrası %92,5'inin dudaklara nemlendirici uyguladığı saptandı (Grafik 12).

- Annelerin ağız bakımına yönelik uygulamalarında % 92,5'inin eğitim öncesi ve sonrasında soda ile ağız bakımı yapmadığı, eğitim öncesi % 95'inin diş ipi kullanmadığı, %97,5'inin oral mukozitte buz uygulamadığı (Kryoterapi), eğitim sonrası %97,5'inin bu iki uygulamayı yapmadığı saptandı (Grafik 13).
- Annelerin ağız bakımına yönelik uygulamalarında % 100'ünün eğitim öncesi ve sonrası papatya uygulamadığı, % 95'inin eğitim öncesi, % 100'ünün eğitim sonrası bal ve tuz uygulamadığı saptandı (Grafik 13).
- Çocukların %65'inin eğitim öncesi oral mukozit görülmez iken, eğitim sonrası % 60'ının mukozit görülmediği, %13'ünün iyileşme olduğu saptandı (Grafik 14).
- Hemşirelerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası ağız bakımına yönelik bilgi ve uygulama puanlarının tanımlayıcı istatistiklerinde uygulamalar ve ölçüm zamanındaki puan ortalamalarında ağız değerlendirme en düşük, bunu ağız bakımı izliyor, en iyi puan beslenme davranışlarında görülmekte ve eğitim sonrası sıralama da yine yerini koruduğu saptandı.
- Hemşirelerin eğitim öncesi ve eğitim sonrasındaki kemoterapi alan lösemili çocuk hastaların ağızının değerlendirilmesine yönelik uygulamalarının puan ortalamaları farkı alınmış. Bu farkın eğitim öncesine göre artmış olduğu saptandı ($p < ,001$).
- Hemşirelerin, eğitim öncesi ve eğitim sonrasındaki kemoterapi alan lösemili çocuk hastalar için ağız bakımı uygulamalarına yönelik puan ortalamaları alınmış, bu ortalamaların eğitim öncesine göre arttığı saptandı ($p < ,001$).
- Hemşirelerin eğitim sonrasındaki ağız bütünlüğünü korumak için beslenme uygulamaları puan ortalamalarının eğitim öncesine göre arttığı saptandı ($p < ,05$).

- Hemşirelerin eğitim öncesi ve eğitim sonrasındaki kemoterapi alan lösemili çocuk hastaların ağız değerlendirme, ağız bakımı verme ve ağız koruyucu beslenme davranışlarına ilişkin uygulamalardan oluşan toplam puan ortalamaları alınmış, bu ortalamalarının eğitim öncesinden daha yüksek olduğu saptandı ($p<,001$).
- Hemşirelerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası eğitici rollerine ilişkin puanlamalarında eğitim öncesi en düşük 1, 67 ve en yüksek 10 olduğu, eğitim sonrası en düşük 8,33 ve en yüksek 10 olduğu saptandı.
- Hemşirelerin eğitim öncesi ve eğitim sonrasındaki kemoterapi alan lösemili çocuk hastaların ailelerine (annelerine) ağız değerlendirme ve mukoziti tanılama, ağız bakımı verme ve ağız koruyucu beslenme davranışları konularında bilgi vermeye yönelik (eğitim) uygulamalarının puan ortalamaları alınmış, bu ortalamaların eğitim sonrasında eğitim öncesinden daha yüksek olduğu saptandı ($p<,05$).
- Annelerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası ağız bakımına yönelik bilgi ve uygulama puanlarının tanımlayıcı istatistikleri uygulamalar ve ölçüm zamanındaki puan ortalamalarında ağız değerlendirme en düşük, bunu ağız bakımı izliyor, en iyi puan beslenme davranışlarında görülmekte ve eğitim sonrası sıralama da yine yerini koruduğu saptandı.
- Kemoterapi alan lösemili çocuk hastaların annelerinin eğitim öncesinde ve eğitim sonrasındaki ağzın değerlendirilmesine yönelik uygulamalarının puan ortalamaları farkı alındı, bu ortalamaların eğitim öncesine göre daha yüksek olduğu saptandı ($p<,001$).
- Kemoterapi alan lösemili çocuk hastaların annelerinin eğitim öncesinde ve eğitim sonrasındaki ağız bakımına yönelik uygulamalarının puan ortalamaları farkı alındı, bu ortalamalarının eğitim öncesine göre daha yüksek olduğu belirlendi ($p<,001$).

- Kemoterapi alan lösemili çocuk hastaların annelerinin eğitim öncesi ve eğitim sonrasındaki ağız bütünlüğünü korumak için beslenmeye yönelik davranışlarının puan ortalamaları arasındaki farka bakıldı, bu ortalamalarının eğitim öncesinden daha yüksek olduğu belirlendi ($p<,001$).
- Kemoterapi alan lösemili çocuk hastaların annelerinin eğitim öncesi ve eğitim sonrasındaki ağız değerlendirme, ağız bakımı verme ve ağız koruyucu beslenme davranışlarına ilişkin uygulamalardan oluşan **toplam puan** ortalamaları arasındaki fark incelendi, bu ortalamalarının eğitim öncesinden daha yüksek olduğu saptandı ($p<,001$).

Annelerin eğitim öncesinde ve eğitim sonrasında kemoterapi başlanan çocuğuna bol su verme ve bol proteinli beslemeye dikkat etme durumlarının dağılımları değerlendirildi.

- Annelerin oral mukozitlerin kontrolünde yapılan eğitim sonrasında, kemoterapi başlanan çocuğuna bol su vermeye daha çok dikkat ettikleri saptandı ($p<,001$).
- Annelerin oral mukozitlerin kontrolünde yapılan eğitim sonrasında, kemoterapi başlanan çocuğunu bol proteinli beslemeye daha çok dikkat ettikleri saptandı ($p<,001$).
- Kemoterapi alan lösemili çocuklarda eğitim öncesinde mukozit görülme oranı % 35 iken, eğitim sonrasında % 40 olduğu belirlendi. Eğitim öncesi ve eğitim sonrasındaki mukozit görülme oranları arasındaki fark incelendi. Aradaki farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p>,05$).

Anne ve hemşirelerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası kemoterapi alan lösemili çocuklarda ağız bakımına yönelik bilgi ve uygulamalarının puan ortalamaları arasındaki fark değerlendirildi.

- Hem eğitim öncesinde ($p<,01$) hem de eğitim sonrasında yapılan ölçümlerde ($p<,001$), anne ve hemşirelerin **ağız değerlendirilmesine** yönelik uygulamalara ait puan ortalamaları belirlendi. Annelerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı.
- Anne ve hemşire grubunun eğitim öncesinde **ağız bakımına** yönelik uygulamalara ait puan ortalamaları belirlendi ($p<,01$), hemşirelerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, ancak eğitim sonrasında gruplar arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>,05$).
- Hem eğitim öncesi hem de eğitim sonrasındaki anne ve hemşirelerin **ağız korumaya yönelik beslenme davranışlarına** ait puan ortalamaları belirlendi ($p>,05$).
- Eğitim öncesinde anne ve hemşirelerin **toplam puan** ortalamaları belirlendi ($p>,05$), eğitim sonrasında ise annelerin toplam puan ortalamalarının hemşirelerinkinden daha yüksek olduğu ($p<,001$) saptandı.

zet olarak; eğitim öncesi ve eğitim sonrası puan ortalamaları arasındaki farka bakıldığında, hem anne grubu hem de hemşire grubunun üç alt alan ve toplam puan ortalamalarında ($p<,05$), eğitim sonrasında puanlarda artma olduğu görülmüştür.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hemşireler, oral mukozitin önlenmesi ve yönetiminde ağız bakım tekniklerini öğretmede ve ağız bakım uygulamalarını güçlendirmede hastaların primer bakım veren kişiler olarak eğitimin merkezinde yer almaları,
- Mukozitin önlenmesi ve yönetiminde kanıta dayalı uygulamaları izlemeleri,
- Oral mukozitin tanılmasında uygun araç ve gereç kullanmaları,
- Mukozit yönetiminde geliştirilecek rehberlerin oluşturulması ve bu rehberlerin kliniklerde kullanımının sağlanması,
- Kemoterapi öncesinde hasta yakınlarına eğitim verilmesi ve broşür gibi araçlarla bu eğitimlerin kalıcılığının sağlanması,
- Hasta yakınlarına kemoterapinin yan etkileri konusunda ayrıntılı bilgilere yer vermesi, bu yan etkilerle nasıl baş edeceği konusunda eğitim/danışmanlık hizmeti vermesi,
- Annelere verilecek eğitimlerin onların eğitim düzeylerine göre planlanması,
- Annelerin eğitimlerde gösterdikleri pozitif gelişmeler göz önüne alınarak tüm bakım uygulamalarına aktif katılımlarının sağlanması,
- Ağız hijyeni ve bakımı, diş hekimi danışmanlığı, hasta eğitimi ve hemşire bakımı ile mukozit sıklığının azaltılabileceğinin unutulmaması ve diğer sağlık ekip üyeleri ile işbirliği yapmaları önerilebilir.

9. EKLER

Bu bölümde yer alan ekler:

9.1. Etik Kurul İzni

9.2. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Yazılı Araştırma İzni

9.3. İl Sağlık Müdürlüğü Yazılı Araştırma İzni

9.4. Veri Toplama Formları

Hemşire Veri Toplama Formu

Anne Veri Toplama Formu

9.5. Eğitim Formları

Hemşire Eğitim Formu

Anne Eğitim Formu

9.6. İstatistiki Analizde Kullanılan Puanlama Rehberi

9.1. Etik Kurul İzni (Ek-1)



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI



Sayı : 13106
Konu :

Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Müdürlüğüne

İstanbul / /

12 Nisan 2011

İLGİ: 14.02.2011 tarihli, 24 sayılı yazınıza:

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Serap ÖZDEMİR'in yürüttüğünde Prof.Dr.Bülent ZÜLFİKAR'ın danışmanlığında "Kemoterapi Alan Lösemili Çocuklarda Hasta Ailesine ve Bakım Veren Hemşireye Yapılan Eğitimin Oral Mukozitlerin Kontrolüne Etkisi" başlıklı Yüksek Lisans Tezi hakkında ilgi yazınız ve ekleri 05 Nisan 2011 tarihinde toplanan Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Değerlendirme Kurulunca müzakere edilmiş olup, etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi, durumun adı geçen anabilim dalı başkanlığına bildirilmesini saygılarımla rica ederim.

Eki:
1 dosya

Prof.Dr.Fatih ALTINDAŞ
Dekan Yardımcısı ve Klinik Araştırmalar
Etik Değerlendirme Kurulu Başkanı

Not: Yanıtlarda yazımın gün sayısının belirtilmesi rica olunur.Tel(0212)4143000

	Karar No: B-10	Tarih:05 Nisan 2011
KARAR BİLGİLERİ	Prof.Dr.Bülent ZÜLFİKAR'ın danışmanlığında Yüks.Lis. Öğr. Serap ÖZDEMİR'in sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

ÇALIŞMA ESASI	İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI:	Prof. Dr. Fatih ALTINDAŞ

ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki *	Katılım **	İmza
Prof. Dr. Fatih ALTINDAŞ (Başkan)	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	I.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mehmet Rıza ALTIPARMAK	İç Hastalıkları	I.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mahmut Reha BAYAR	Psikiyatri	I.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ahmet BELCE	Biyokimya	I.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Fahri ERDOĞAN	Ortopedi ve Travmatoloji	I.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	I.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mehmet Faik ÖZÇELİK	Genel Cerrahi	I.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Öner SÜZER	Tıbbi Farmakoloji	I.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Fatma Nuran ŞENEL BEŞE	Radyasyon Onkolojisi	I.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mustafa Şükrü ŞENOCAK	Bioistatistik	I.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ertan YURDAKOŞ	Fizyoloji	I.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Mustafa AKSU	Hukukçu	I.Ü. Hukuk Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hatun Hanzade DOĞAN	Deontoloji	I.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Sibel ÖZMEN ÖZYAZGAN	Eczacı	I.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Zümrüt GAMLI	Emekli Öğretmen	Sivil Üye	K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

* :Araştırma ile İlişki

** :Toplantıda Bulunma

9.2. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Yazılı Araştırma İzni (Ek-2)



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : B.30.2.İST.0.02.82.01 / Yİ.245
Konu: Anket çalışması hk.

06.04.2011*009850

Prof. Dr. Bülent ZÜLFİKAR
Haliç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Sorumlu Araştırmacı olduğum üstlendiğiniz ve Yük. Lis. Öğr. Serap ÖZDEMİR'in yürüteceği "Kemoterapi Alan Lösemili Çocuklarda Hasta Ailesine ve Bakım Veren Hemşireye Yapılan Eğitimin Oral Mukozitlerin Kontrolüne Etkisi" başlıklı çalışmanın anketleri ile ilgili, Fakültemiz Yönetim Kurulu'nun 29.03.2011 tarih ve 3 sayılı kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. İlgin ÖZDEN
Dekan Yardımcısı

EK: 1

31.03.2011 Memur : E.BÖHÜRLER
31.03.2011 Şef : M.ÇAĞLAK
01.04.2011 Fakülte Sek. V. : E.AYDIN

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, 34093 Çapa/Fatih/İSTANBUL
Tel: +90 212 440 20 00-31387 Faks: +90 212 414 21 40
e-posta: itfvazi@istanbul.edu.tr

<http://www.itf.istanbul.edu.tr>

Ayrıntılı Bilgi İçin: M. ÇAĞLAK Şef

No:3

29.03.2011 Tarihinde Toplanan Yönetim Kurulunca:

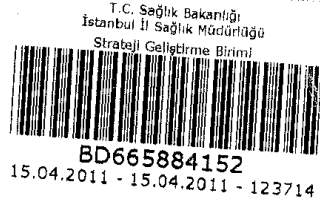
Haliç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Serap ÖZDEMİR'in, Prof. Dr. Bülent ZÜLFİKAR danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı "*Kemoterapi Alan Lösemili Çocuklarda Hasta Ailesine ve Bakım Veren Hemşireye Yapılan Eğitimin Oral Mukozitlerin Kontrolüne Etkisi*" konulu çalışmasının anketlerini Hastanemizde uygulayabilmesine oybirliği ile karar verildi.



9.3. İl Sağlık Müdürlüğü Yazılı Araştırma İzni (Ek-3)



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : B.10.4.ISM.4.34.47.63/ 605.99 / 123714 -

15.04.2011

Konu : ARAŞTIRMA İZİNİ HK.

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ
FAKÜLTESİ

Halıç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Serap ÖZDEMİR'in "Kemoterapi alan Lösemili çocuklarda hasta ailesi ve bakım veren hemşireye yapılan eğitimin oral mukozitlerin kontrolüne etkisi" konulu araştırmasını Kurumunuzda uygulayabilmesi Müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup, protokol örneği ektedir. Çalışmanın kurumunuzda uygulanması sırasında protokol dışına çıkılmaması için gerekli özenin gösterilmesi için gereğininizi ederim.

Uz.Dr. Fehin Rüştü YILDIZ
İl Sağlık Müdür Yardımcısı

Ekler :
Protokol Örneği

Dağıtım Gereğine
ŞİŞLİ ETEFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
OKMEYDANI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Dağıtım Bilgisine
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

Gelen Evrak
Tarih: 25.05.11
Sayı: 189
Ek : -

PROTOKOL

Taraflar:

Madde 1-

Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı İstanbul Sağlık Müdürlüğü ile *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi* arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar: *Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

Çalışmanın adı: " Kemoterapi Alan Lösemili Çocuklarda hasta ailesi ve bakım veren hemşireye yapılan eğitimin oral mukozitlerin kontrolüne etkisi"

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: Serap ÖZDEMİR' dir.

Konusu:

Madde 2-

a) Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

b)Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.

c)Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.

d)Veri toplama sırasında Sağlık Bakanlığı Personelinden de yararlanılacaksa ayrıca Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.

Sözleşme şartlarında aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak Sağlık Müdürlüğünün onayı olursa olacaktır. Ya da protokol iptal edilecektir.

Protokolün süresi:

a) Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda3 ay.....süre ile çalışmasını yürütecektir.

b) **Başlangıç:**/Bitiş:...../

c) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.

d)Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir.

Yürürlük:

a) Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Sağlık Müdürlüğünün ilgili şubesi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.

b) Çalışma Üniversite ya da kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde İstanbul Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şubesine teslim edilecektir.

c)Yürürlük bölümündeki a ve b maddelerinin yerine getirilmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tezvs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılamayacaktır.

d)Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kurumda görevlendirileceklerse ayrıca vilayet oluru da alınacaktır.

e) Her çalışmanın biri Sağlık Müdürlüğü personeli olmak üzere en az iki yürütücüsü olacaktır.

f)Yapılacak çalışmalarda Protokole ek olarak vilayet oluru da alınacaktır.

g)Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.

Ek Bilgi:

Taraflar:

...../2010

Adı-Soyadı

Serap ÖZDEMİR

...../2010

Uz. Dr. Fetin Rüştü YILDIZ

Sağlık Müdür Yardımcısı

OLUR

...../2010

Vali a.

Prof. Dr. Ali İhsan DOKUCU

Sağlık Müdürü

9.4. Veri Toplama Formları

9.4.1. Veri Toplama Formu (Hemşireler için) (Ek-4)



HALİÇ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ YÜKSEK LİSANS

ANKET FORMU (HEMŞİRELER İÇİN)

Sayın Katılımcı;

Bu araştırma kemoterapi alan lösemili çocuklarda hasta ailesi ve bakım veren hemşireye yapılan eğitimin oral mukozitlerin kontrolüne etkisini saptamak amacıyla planlanmıştır. Bu formda isim belirtilmeyecektir. Cevaplarınız araştırmacı tarafından gizli tutulacaktır. Lütfen boş yanıt bırakmayınız. Katılımınız için teşekkürler.

Serap Özdemir

- 1- Yaşınız:
- 2- Eğitim Durumunuz nedir:
Lise Ön Lisans Lisans Lisans üstü
- 3- Çalıştığınız Kurum
Devlet Hastanesi Üniversite Hastanesi Diğer (Yazınız) :
- 4- Ne kadar süredir Pediatri Onkoloji Biriminde Çalışıyorsunuz? :
- 5- Kemoterapi Başlanan Çocuklarda Oral Komplikasyonları Nasıl Değerlendirirsiniz?
Gözlem Palpasyon Dinleme Hepsi Diğer (Yazınız) :
- 6- Kemoterapi Başlanan Çocuklarda Ağız Değerlendirme Rehberi Kullanıyor Musunuz?
Evet Kullanıyorum Hayır Kullanmıyorum
- 7- Ağız İçinde Neler Değerlendirirsiniz?
Mukoz Membranları Dil Diş Etleri
Yutma Hepsi Diğer (Yazınız) :
- 8- Kemoterapi Başlanan Çocuklarda Ağız Bütünlüğünü Korumak İçin Çocuğun Diş Ve Diş Eti Sağlığı İçin Kullandığı Diş Fırçasının Yapısına Dikkat Eder Misiniz?
Evet Ederim Hayır Etmem
- 9- Kemoterapi Başlanan Çocuklarda Ağız Bütünlüğünü Korumak İçin Çocuğun Ağız Bakımı Süresine Ve Sıklığına Dikkat Eder Misiniz? / Bozulma Derecesine Göre Ağız Bakımı Sıklığını Arttırır Mısınız?
Evet Hayır
- 10- Kemoterapi Başlanan Çocuklarda Ağız Bütünlüğünü Korumak İçin Çocuğun Yumuşak Gıdalarla Beslenmesine Dikkat Eder misiniz?
Evet Ederim Hayır Etmem
- 11- Kemoterapi Başlanan Çocuklarda Ağız Bütünlüğünü Korumak İçin Çocuğun Çok Sıcak Ya Da Çok Soğuk Gıdalarla Beslenmemesine Dikkat Eder misiniz?
Evet Ederim Hayır Etmem
- 12- Kemoterapi Başlanan Çocuklarda Ağız Bütünlüğünü Korumak İçin Çocuğun Baharatlı Besinler Tüketmemesine

- Dikkat Eder misiniz?
Evet Ederim Hayır Etmem
- 13- Kemoterapi Başlanan Çocuklarda Ağız Bütünlüğünü Korumak İçin Çocuğun Çiğ Sebze Ve Meyve Tüketmemesine Dikkat Eder misiniz?
Evet Ederim Hayır Etmem
- 14- Kemoterapi Başlanan Çocuklarda Ağız Bütünlüğünü Korumak İçin Çocuğun Asitli Gıdalar Tüketmemesine Dikkat Eder misiniz?
Evet Ederim Hayır Etmem
- 15- Lökosit Sayısı < 3000 mm küp Olan Çocuklarda Diş İpi Kullanımına Dikkat Eder Misiniz?
Evet Ederim (Diş İpi Kullanmaması Sağlanır) Hayır Etmem (Diş İpi Kullanmasında Sakınca Yok)
- 16- Ağız Bakımı Yaparken Sizce Süre Mi Önemli Sıklık Mı ?
Süre Sıklık Her İkisi Diğer (Yazınız) :
- 17- Kemoterapi Başlanan Çocuklarda Ağız Bakımını hangi sıklıkta yaparsınız?
Sekiz Saatte Bir (3 x 1) Dört Saatte Bir (6 x 1)
İki Saatte Bir (12 x 1) Diğer (Yazınız) :
- 18- Oral Mukozit Gelişimini Önlemek İçin Yemeklerden Önce Ağız Bakımı Verir Misiniz?
Evet Hayır
- 19- Oral Mukozit Gelişimini Önlemek İçin Yemeklerden Sonra Ağız Bakımı Verir Misiniz?
Evet Hayır
- 20- Oral Mukozitte Sodyum Bikarbonat İle Ağız Bakımı Yapar mısınız?
Evet Hayır
- 21- Oral Mukozitte Serum Fizyolojik İle Ağız Bakımı Yapar mısınız?
Evet Hayır
- 22- Oral Mukozitte Soda İle Ağız Bakımı Yapar mısınız?
Evet Hayır
- 23- Oral Mukozitte Buz Uygulaması (kryoterapi) Yapar mısınız?
Evet Hayır
- 24- Oral Mukozitte Papatya Uygulaması Yapar mısınız?
Evet Hayır
- 25- Oral Mukozitte Bal Uygulaması Yapar mısınız?
Evet Hayır
- 26- Oral Mukozitte Tuz Uygulaması Yapar mısınız?
Evet Hayır
- 27- Kemoterapi Alan Çocuğun Dudaklarına Nemlendirici Uygular mısınız?
Evet Hayır
- 28- Oral mukoziti önlemek için kullandığınız başka yöntemler var mı?
Var Yok
- 29- Var ise neler uyguluyorsunuz? :
- 30- Ağız Bakımı İçin Bağımsız Rollerinizi Kullanıyor Musunuz?
Evet Hayır Diğer (Yazınız) :
- 31- Oral Mukoziti Önlemek İçin Bağımsız Olarak Yaptığınız Uygulamalar Neler? :

- 32- Birimde Ağız Bakımını Kim Veriyor?
Hemşire Anne Çocuğun kendisi Diğer (Yazınız) :
Ailelere Ağız Bakımı İle İlgili Eğitim/ Bilgi (Danışmanlık) Hizmetlerinden Hangileri Veriliyor?
- 33- Kemoterapi Alan Lösemili Çocuğun Ailesine Çocuğun Ağız Bakımını Nasıl Yapacağı Konusunda Bilgi Veriyor Musunuz?
Bilgi Veriyorum Bilgi Vermiyorum
- 34- Kemoterapi Alan Lösemili Çocuğun Ailesine Çocuğun Ağız Bakımında Neler Kullanabileceği Konusunda Bilgi Veriyor Musunuz?
Bilgi Veriyorum Bilgi Vermiyorum
- 35- Kemoterapi Alan Lösemili Çocuğun Ailesine Çocuğun Beslenmesinin Nasıl Olması Gerektiği Hakkında Bilgi Veriyor Musunuz?
Bilgi Veriyorum Bilgi Vermiyorum
- 36- Kemoterapi Alan Lösemili Çocuğun Ailesine Çocuğun Diş Ve Diş Eti Bakımını Hangi Tür Araçlarla Nasıl Yapacağı Konusunda Bilgi Veriyor Musunuz?
Bilgi Veriyorum Bilgi Vermiyorum
- 37- Kemoterapi Alan Lösemili Çocuğun Ailesine Çocuğun Ağız Mukoza Bütünlüğünü Etkileyecek Etkenlerden Nasıl Uzak Duracağı Konusunda Bilgi Veriyor Musunuz?
Bilgi Veriyorum Bilgi Vermiyorum
- 38- Kemoterapi Alan Lösemili Çocuğun Ailesine Çocuktaki Oral Mukozit Gelişiminin Nasıl Fark Edileceği Konusunda Bilgi Veriyor Musunuz?
Bilgi Veriyorum Bilgi Vermiyorum

9.4.2. Veri Toplama Formu (Anneler için) (Ek-5)



HALIÇ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ YÜKSEK LİSANS

ANKET FORMU (ANNELER İÇİN)

Sayın Katılımcı;

Bu araştırma kemoterapi alan lösemili çocuklarda hasta ailesi ve bakım veren hemşireye yapılan eğitimin oral mukozitlerin kontrolüne etkisini saptamak amacıyla planlanmıştır. Bu formda isim belirtilmeyecektir. Cevaplarınız araştırmacı tarafından gizli tutulacaktır. Lütfen boş yanıt bırakmayınız. Katılımınız için teşekkürler.

Serap Özdemir

- 1- Yaşınız:
- 2- Medeni durumunuz:
Evlü Bekar Dul Birlikte yaşıyor
- 3- Eğitim Durumunuz nedir:
Okur-yazar değil okur-yazar ilköğretim lise lisans lisans üstü
- 4- Şu anki iş durumunuz :
Çalışıyorum Çalışmıyorum
- 5- Eğer çalışıyorsanız işiniz:
Ev Hanımı Memur İşçi Serbest Meslek Diğer (Yazınız) :
- 6- Çocuğunuzun Lösemi Dışında Kalıtsal Bir Hastalığı Var Mı? (Var İse Belirtiniz)
Var Yok Var ise (Yazınız) :
- 7- Çocuğunuzun Lösemi Tedavisi Süresince Sürekli Yanında Mısınız?
Evet Hayır
- 8- Çocuğunuzun Tedavi Süresince Ağız İçindeki Değişiklikleri Değerlendiriyor Musunuz?
Evet Hayır
- 9- Çocuğunuzun Düzenli Olarak Diş Hekimine Götürür Müsünüz?
Evet Hayır
- 10- En Son Ne Zaman Diş Muayenesi Oldu?
Hastaneye Yatmadan Önce Hastaneye Yattıktan Sonra Kemoterapi Başlamadan Önce
Kemoterapi Başlandıktan Sonra Diğer (Yazınız) :
- 11- Çocuğunuzda Şu An Diş Çürüğü Var Mı?
Var Yok
- 12- Çocuğunuz Nasıl Besleniyor?
Anne sütü Karışık Normal Diğer(Yazınız):
- 13- Kemoterapi Başlanan Çocuğunuzun Ağız Bütünlüğünü Korumak İçin Diş Ve Diş Eti Sağlığına, Kullandığı Diş Firçasının Yapısına Dikkat Eder Misiniz?
Evet Ederim Hayır Etmem
- 14- Çocuğunuz Diş İpi Kullanıyor mu?
Evet Kullanıyor Hayır Kullanmıyor
- 15- Kemoterapi Başlanan Çocuğunuzun Ağız Bütünlüğünü Korumak İçin Ağız Bakımı Süresine Ve Sıklığına Dikkat Eder Misiniz?
Evet Hayır

- 16- Kemoterapi Başlanan Çocuğunuzun Ağız Bütünlüğünü Korumak İçin Beslenmesinde nelere dikkat edersiniz?
Kemoterapi Başlanan Çocuğunuzun Ağız Bütünlüğünü Korumak İçin Yumuşak Gıdalarla Beslenmesine Dikkat Eder misiniz?
Evet Ederim O Hayır Etmem O
- 17- Kemoterapi Başlanan Çocuğunuzun Ağız Bütünlüğünü Korumak İçin Çok Sıcak Ya Da Çok Soğuk Gıdalarla Beslenmemesine Dikkat Eder misiniz?
Evet Ederim O Hayır Etmem O
- 18- Kemoterapi Başlanan Çocuğunuzun Ağız Bütünlüğünü Korumak İçin Baharatlı Besinler Tüketmemesine Dikkat Eder misiniz?
Evet Ederim O Hayır Etmem O
- 19- Kemoterapi Başlanan Çocuğunuzun Ağız Bütünlüğünü Korumak İçin Çiğ Sebze Ve Meyve Tüketmemesine Dikkat Eder misiniz?
Evet Ederim O Hayır Etmem O
- 20- Kemoterapi Başlanan Çocuğunuzun Ağız Bütünlüğünü Korumak İçin Asitli Gıdalar Tüketmemesine Dikkat Eder misiniz?
Evet Ederim O Hayır Etmem O
- 21- Kemoterapi Başlanan Çocuğunuzun Bol Su İçmesine Dikkat Eder Misiniz?
Evet Ederim O Hayır Etmem O
- 22- Kemoterapi Başlanan Çocuğunuzun Bol Proteinli Gıdalarla Beslenmesine Dikkat Eder Misiniz?
Evet Ederim O Hayır Etmem O
- 23- Çocuğunuzun Ağız İçinde Neleri Değerlendirirsiniz?
Dilini O Diş Etlerini O Yutması O
- 24- Kemoterapi Başlanan Çocuğunuza Ağız Bakımını Hangi Sıklıkta Yaparsınız?
Sekiz Saatte Bir (3 x 1) O Dört Saatte Bir (6 x 1) O
İki Saatte Bir (12 x 1) O Diğer (Yazınız) :
- 25- Çocuğunuzun Ağız İçi Yaralarının (Oral Mukozit) Gelişimini Önlemek İçin Yemeklerden Önce Ağız Bakımı Verir Misiniz?
Evet O Hayır O
- 26- Çocuğunuzun Ağız İçi Yaralarının (Oral Mukozit) Gelişimini Önlemek İçin Yemeklerden Sonra Ağız Bakımı Verir Misiniz?
Evet O Hayır O
- 27- Çocuğunuzun Ağız İçi Yaraları İçin (Oral Mukozit) Sodyum Bikarbonat İle Ağız Bakımı Yapar mısınız?
Evet O Hayır O
- 28- Çocuğunuzun Ağız İçi Yaraları İçin (Oral Mukozit) Serum Fizyolojik İle Ağız Bakımı Yapar mısınız?
Evet O Hayır O
- 29- Çocuğunuzun Ağız İçi Yaraları İçin (Oral Mukozit) Soda İle Ağız Bakımı Yapar mısınız?
Evet O Hayır O
- 30- Çocuğunuzun Ağız İçi Yaraları İçin (Oral Mukozit) Buz Uygulaması (kryoterapi) Yapar mısınız?
Evet O Hayır O
- 31- Çocuğunuzun Ağız İçi Yaraları İçin (Oral Mukozit) Papatya Uygulaması Yapar mısınız?
Evet O Hayır O
- 32- Çocuğunuzun Ağız İçi Yaraları İçin (Oral Mukozit) Bal Uygulaması Yapar mısınız?
Evet O Hayır O
- 33- Çocuğunuzun Ağız İçi Yaraları İçin (Oral Mukozit) Tuz Uygulaması Yapar mısınız?
Evet O Hayır O
- 34- Kemoterapi Alan Çocuğunuzun Dudaklarına Nemlendirici Uygular mısınız?
Evet O Hayır O
- 35- Çocuğunuzun Ağız İçi Yaralarını (Oral mukoziti) Önlemek İçin Kullandığınız Başka Yöntemler Var Mı?
Var O Yok O
- 36- Var ise neler uyguluyorsunuz? :

- 37- Kemoterapi Alan Çocuklarda Ağız İçi Yaralar İle İlgili Size Eğitim Veriliyor Mu?
Evet Veriliyor Hayır Verilmiyor
- 38- Kemoterapi Alan Çocuklarda Ağız İçi Yaralar Hakkında Hangi Konularda Eğitim Almak İstersiniz?
Beslenme Ağız bakımı Diş bakımı
Hepsi Diğer (Yazınız) :

9.5. Eğitim Formları

9.5.1. Eğitim Formu (Hemşireler için) (Ek-6)

KEMOTERAPİ ALAN LÖSEMİLİ ÇOCUKLARDA TEMEL AĞIZ BAKIMI (HEMŞİRELER İÇİN)

Ağız bakımı: Ağız bakımı oral mikrobiyal floranın korunması, yumuşak dokularda enfeksiyon gelişimini önlemek ve oral ağrı ve kanama gibi tedavi ile ilişkili semptomları hafifleme yada azaltma amacını taşır.

Mukozit: Kemoterapi uygulanmaya başlanmasından sonra tüm gastrointestinal sistem, mukozalarındaki inflamasyona denir. Oral mukozalarda daha sık görülen ve stomatit olarak adlandırılan inflamasyon başta oral problemlere ve diğer sistem problemlerine neden olmaktadır.

Mukozit oral kavitede eritem, dilde ödem, ağız kuruluğu, dudakta yanma duygusu, enfeksiyon, beyaz düzensiz lekelere neden olabilen yüzeysel enflamasyonlar görülebilmektedir.

Oral Mukozitlerin Değerlendirilmesi Ve Bakımı

Oral mukozitlerin değerlendirilme kriterlerinde

- 1) Subjektif Bulgular
- 2) Objektif Bulgular ve
- 3) Risk Faktörleri yer almaktadır.

1) Subjektif Bulgular: Ağrı, yutkunmada zorlanma, ağızda kuruluk ve tat almada değişiklikler olarak sıralanabilir.

2) Objektif Bulgular: Ağız mukozasında kızarıklık, lezyonlar, dil üzerinde beyazlık, diş etlerinde kızarıklık ve şişlik, oral alımda azalma, ses tonundaki değişiklikler yer almaktadır.

3) Risk Faktörleri:

Yaş; Çocuklar ve yaşlılar

İmmun sistemde yetersizlik; Otoimmün hastalık vs.

Oral mukozanın bütünlüğü: Dental hastalığın olması, yetersiz ağız bakımı.

Beslenme alışkanlığı; Kötü beslenme, dehidratasyon, rafine edilmiş şekerler, asitli ve baharatlı yiyecekler.

Tedavi ve yaklaşım; Antineoplastik ajanların türü ve verilış şekli, eş zamanlı kemoradyoterapi uygulaması ve destek tedaviler (steroid, antikolinergikler).

Subjektif ve Objektif veriler mukozitleri toksik açıdan sınıflandırırılar.

Bu sınıflandırma Grad 0 (yok), Grad 1 (hafif), Grad 2 (orta), Grad 3 (ciddi) ve Grad 4 (yaşamı tehdit eden) olarak parametrelere ayrılır.

Grad 0: yok

Grad 1: (Hafif) Ağrılı ülser, kızarıklık, lezyon olmaksızın hafif ağrı.

Grad 2 : (Orta) Ağrı, kızarıklık, ödem ve ülser var, yiyebiliyor, yutkunabiliyor, bölgesel pseudomembran var.

Grad 3: (Ciddi) Ağrı, kızarıklık, ödem ve ülser, parenteral beslenmeye ihtiyaç var bütünleşmiş pseudomembran var.

Grad 4 : (Yaşamı Tehdit Eden) Ciddi ülser veya nekroz var, besin destediğine ihtiyaç var, profilaktik entübasyon gerektirebilir. Spontan kanama var.

Mukozit Yönetiminde

Grad 0 (Yok) Ve Grad 1 (Hafif) Yönetiminde:

- Tedaviye başlamadan tüm hastalar (özellikle baş- boyun, lösemi, yüksek doz tedavi) diş bakımı ve tedavisini yaptırmalı,
- bolüs 5- FU, edatrexate ve yüksek doz melphalanda ağza buz uygulaması yapılmalı,
- Ağız bakımında; yumuşak diş fırçası kullanılmalı,
- Günde 3 kez % 0.9'luk NaCl / NaHCO₃ ile ağız bakımı yapılmalı,
- Dudaklara nemlendirici sürülmeli,
- Günde 3 lt sıvı ve yeterli gıda alımı sağlanmalı,
- Mukozayı tahriş eden gıda ve içecekler kısıtlanmalı,
- Yüksek doz methotreksat, KİT yapılanlara gece 1 kez ağız bakımı yapılmalıdır.

Sonuçlar günlük izlem yapılarak değerlendirilmelidir.

Sorunun çözülmesi ya da stabilizasyonuna göre bakım sürdürülür.

Grad 2 (Orta) Ve Grad 3 (Ciddi) Yönetiminde:

- Ağız bakımı sıklığı arttırılmalı, (2–4 saatte bir)
- Diş fırçalama ağırlı ise bakımda yumuşak aplikatörler kullanılmalı,
- Mukozayı koruyucu ajanlar kullanılmalı,
- Ağrı kontrolünde topikal analjezikler kullanılmalı,
- İritanları kullanılması engellenmeli,
- Oral alım enteral veya parenteral beslenme ile desteklenmeli,
- Hekim istemi ile G-CSF / GM- CSF (Neupogen / Leucomax), Sukroalfalt (Antepsin), Benzidamin (Tanflex, Tantum Verde Andorex), Klorkeksidin Glukonat (Klorhex) ve Nistatin (Fungostatin, Mukostatin) başlanmalı ve lokal analjezikler uygulanmalı, şüpheli alanlardan kültür gönderilmeli ve gerekli ise uygun antibiyotik başlanmalıdır.

Sonuçlar günlük izlem yapılarak değerlendirilmelidir.

Mukozitlerin iyileşme veya kötüleşme durumları değerlendirilir.

Grad 4 (Yaşamı Tehdit Eden) Yönetiminde:

- Sık ağız bakımı yapılmalı,
- Ağrı kontrolünde lokal analjezikler kullanılmalı,
- Total enteral veya parenteral beslenmeye başlanmalı,
- Topikal ve intravenöz antibiyotik ve antifungal ajanlar uygulanmalı,
- Kanam kontrolü sağlanmalıdır.

Mukozitlerin iyileşme veya kötüleşme durumları değerlendirilir.

Kaynaklar;

Can, G.: Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Bakım 2010 İstanbul Konsensusu Nobel Tıp Kitap Evleri Ltd. Şti. İstanbul, 2010, S: 57–64.

Can, G.: Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi 2007 İstanbul Konsensusu 3P- Pharma Publication Planning, Mavi İletişim Danışmanlık Tic. A.Ş. İstanbul, 2008, s: 81-94.

Ertem, Gül. (2008). Kanser hastalarında beslenme ve hemşirelik yaklaşımı. Dirim Tıp Gazetesi, 83, 61-62.

Ünsar, S., Yıldız Fındık, Ü., Kurt, S., Özcan, H. (2007). Kanserli hastalarda evde bakım ve semptom kontrolü. Fırat sağlık hizmetleri dergisi, 2 (5), 98.

Dalgıç, G., Karadağ, A., Kuzu, N. (1998). Kemoterapiye Bağlı Gelişen Stomatitte Hemşirelik Bakımı. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2 (2), 53-55.

Çakur, B., Miloğlu, Ö., Harırlı, A. (2006). Radyoterapi Ve Kemoterapi Gören Hastalarda Oral Bakım. Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi, 16 (3), 51.

Çavuşoğlu, H. (2007). Oral Mukozit Gelişiminde Kanıta Dayalı Hemşirelik. Türkiye Klinikleri J Med Sci, 27, 398-406.

Yılmaz, M. (2007). Mukozit Yönetiminde Kanıta Dayalı Uygulamalar. Uluslar Arası Hematoloji- Onkoloji Dergisi, 17 (4), 42-245.

Not: Eğitim sonunda hastalarda mukozit gelişip gelişmediği sorgulanacaktır.

9.5.2. Eğitim Formu (Anneler için) (Ek-7)

KEMOTERAPİ ALAN LÖSEMİLİ ÇOCUKLARDA TEMEL AĞIZ BAKIMI (ANNELER İÇİN)

Ağız bakımı: Ağız bakımı ağız içerisinde yararlı floranın korunması, yumuşak dokularda enfeksiyon gelişiminin önlenmesi ve ağız içi ağrı ve kanama gibi tedavi ile ilişkili semptomların hafiflemesini yada azaltılması amacını taşır.

Mukozit: Kemoterapi uygulanmaya başlanmasından sonra tüm gastrointestinal sistem, mukozalarındaki inflamasyona denir. Oral mukozalarda daha sık görülen ve stomatit olarak adlandırılan inflamasyon başta oral problemlere ve diğer sistem problemlerine neden olmaktadır.

Mukozit oral kavitede eritem, dilde ödem, ağız kuruluğu, dudakta yanma duygusu, enfeksiyon, beyaz düzensiz lekelere neden olabilen yüzeysel enflamasyonlar görülebilmektedir.

Oral Mukozitlerin Değerlendirilmesi Ve Bakımı

Oral mukozitlerin değerlendirilme kriterlerinde

- 4) Subjektif Bulgular
- 5) Objektif Bulgular ve
- 6) Risk Faktörleri yer almaktadır.

1) Subjektif Bulgular: Ağrı, yutkunmada zorlanma, ağızda kuruluk ve tat almada değişiklikler olarak sıralanabilir.

2) Objektif Bulgular: Ağız mukozasında kızarıklık, lezyonlar, dil üzerinde beyazlık, diş etlerinde kızarıklık ve şişlik, oral alımda azalma, ses tonundaki değişiklikler yer almaktadır.

3) Risk Faktörleri:

Yaş; Çocuklar ve yaşlılar

İmmun (Bağımsızlık) sistemde yetersizlik; Otoimmün hastalık vs.

Oral (Ağız) mukozanın bütünlüğü: Dental (Diş) hastalığının olması, yetersiz ağız bakımı.

Beslenme alışkanlığı; Kötü beslenme, dehidratasyon (susuz kalma), rafine edilmiş şekerler, asitli ve baharatlı yiyecekler.

Tedavi ve yaklaşım; Antineoplastik ajanların türü ve verilış şekli, eş zamanlı kemoradyoterapi uygulaması ve destek tedaviler (steroid, antikolinergikler).

Subjektif ve Objektif veriler mukozitleri toksik açıdan sınıflandırırılar.

Bu sınıflandırma Evre 0 (yok), Evre 1 (hafif), Evre 2 (orta), Evre 3 (ciddi) ve Evre 4 (yaşamı tehdit eden) olarak sınıflara ayrılır.

Evre 0: Yok

Evre 1: (Hafif) Ağrılı ülser, kızarıklık, lezyon olmaksızın hafif ağrı.

Evre 2 : (Orta) Ağrı, kızarıklık, ödem ve ülser var, yiyebiliyor, yutkunabiliyor, bölgesel pseudomembran var.

Evre 3: (Ciddi) Ağrı, kızarıklık, ödem ve ülser, parenteral (damar yolu) beslenmeye ihtiyaç var bütünleşmiş pseudomembran var.

Evre 4 : (Yaşamı Tehdit Eden) Ciddi ülser (yara) veya nekroz (ölu doku) var, besin destediğine ihtiyaç var, profilaktik entübasyon gerektirebilir. Spontan kanama var.

Mukozit Yönetiminde

Evre 0 (Yok) Ve Evre 1 (Hafif) Yönetiminde:

- Tedaviye başlamadan tüm hastalar (özellikle baş- boyun, lösemi, yüksek doz tedavi) diş bakımı ve tedavisini yaptırmalı,
- Bolüs 5- FU, edatrexate ve yüksek doz melphalanda ağza buz uygulaması yapılmalı,
- Ağız bakımında; yumuşak diş fırçası kullanılmalı,
- Günde 3 kez % 0.9'luk NaCl / NaHCO₃ ile ağız bakımı yapılmalı,
- Dudaklara nemlendirici sürülmeli,
- Günde 3 lt sıvı ve yeterli gıda alımı sağlanmalı,
- Mukozayı tahriş eden gıda ve içecekler kısıtlanmalı,
- Yüksek doz methotreksat, KİT (kemik iliği transferi) yapılanlara gece 1 kez ağız bakımı yapılmalıdır.

Sonuçlar günlük izlem yapılarak değerlendirilmelidir.

Sorunun çözülmesi ya da düzelmesine göre bakım sürdürülür.

Evre 2 (Orta) Ve Evre 3 (Ciddi) Yönetiminde:

- Ağız bakımı sıklığı arttırılmalı, (2–4 saatte bir)
- Diş fırçalama ağırlı ise bakımda yumuşak araç-gereçler kullanılmalı,
- Mukozayı koruyucu ajanlar kullanılmalı,
- Ağrı kontrolünde topikal analjezikler kullanılmalı,
- Tahribat engellenmeli,
- Oral alım enteral (ağız yolu) veya parenteral (damar yolu) beslenme ile desteklenmeli,

Sonuçlar günlük izlem yapılarak değerlendirilmelidir.

Mukozitlerin iyileşme veya kötüleşme durumları değerlendirilir.

Evre 4 (Yaşamı Tehdit Eden) Yönetiminde:

- Sık ağız bakımı yapılmalı,
- Ağrı kontrolünde lokal analjezikler kullanılmalı,
- Total enteral (tamamen ağız yolu) veya parenteral (damar yolu) beslenmeye başlanmalı,
- Topikal ve intravenöz (damar içi) antibiyotik ve antifungal (mantara karşı) ajanlar uygulanmalı,
- Kanama kontrolü sağlanmalıdır.

Mukozitlerin iyileşme veya kötüleşme durumları değerlendirilir.

Kaynaklar;

Can, G.: Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Bakım 2010 İstanbul Konsensusu Nobel Tıp Kitap Evleri Ltd. Şti. İstanbul, 2010, s: 57–64.

Can, G.: Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi 2007 İstanbul Konsensusu 3P- Pharma Publication Planning, Mavi İletişim Danışmanlık Tic. A.Ş. İstanbul, 2008, s: 81-94.

Ertem, Gül. (2008). Kanser hastalarında beslenme ve hemşirelik yaklaşımı. Dirim Tıp Gazetesi, 83, 61-62.

Ünsar, S., Yıldız Fındık, Ü., Kurt, S., Özcan, H. (2007). Kanserli hastalarda evde bakım ve semptom kontrolü. Fırat sağlık hizmetleri dergisi, 2 (5), 98.

Dalgıç, G., Karadağ, A., Kuzu, N. (1998). Kemoterapiye Bağlı Gelişen Stomatitte Hemşirelik Bakımı. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2 (2), 53-55.

Çakur, B., Miloğlu, Ö., Harırlı, A. (2006). Radyoterapi Ve Kemoterapi Gören Hastalarda Oral Bakım. Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi, 16 (3), 51.

Çavuşoğlu, H. (2007). Oral Mukozit Gelişiminde Kanıta Dayalı Hemşirelik. Türkiye Klinikleri J Med Sci, 27, 398-406.

Yılmaz, M. (2007). Mukozit Yönetiminde Kanıta Dayalı Uygulamalar. Uluslar Arası Hematoloji- Onkoloji Dergisi, 17 (4), 42-245.

Not: Eğitim sonunda hastalarda mukozit gelişip gelişmediği sorgulanacaktır.

9.6. İstatistiki Analizde Kullanılan Puanlama Rehberi (Ek-8)

Muko ziti ve ağız bakım ının a yön eli k bil gi ve u ygu lam aları de ğer lend ir m e rehberi:

Çocuk onkoloji hastalarında oral mukozitin de ğer lend ir il m e si ve ağız bakım ına ili şkin uygulamalar üç altboyutta de ğer lend ir il mi ştir.

Altboyutun puanlarının hesaplanması:

1. Ağız de ğer lend ir il m e si: Hasta grubunda iki soru, hemşire grubuna üç soru (içerikleri farklı) bulunmaktadır.

Hasta grubunda iki sorunun puanı toplanarak 0-20 arasında ham puan hesaplanmakta, daha sonra elde edilen ham puan soru sayısına (ikiye) bölünerek 0-10 puan arasında hasta için ağız de ğer lend ir il m e si boyutunun puanı elde edilmektedir.

Hemşire grubunda ise üç sorunun puanı toplanarak 0-30 arasında ham puan hesaplanmakta, daha sonra elde edilen ham puan soru sayısına (üç) bölünerek 0-10 puan arasında hemşire grubu için ağız de ğer lend ir il m e si boyutunun puanı elde edilmektedir.

2. Ağız bakım ı uygulamaları: Hem hasta hem de hemşire grubunda 14 soru bulunmaktadır. Her iki grupta bireylerin 14 sorudan aldığı puanlar toplanarak 0-140 arasında ham puan hesaplanmakta, daha sonra ham puan soru sayısına (14'e) bölünerek 0-10 arasında ağız bakım ı uygulamaları boyutunun puanları elde edilmektedir.

3. Beslenme davranışları: Hem hasta grubunda, hem de hemşire grubunda ağız bakım ına ve korunmasına ilişkin ortak 5 sorudan oluşmaktadır. Her iki grupta da beş sorunun puanı toplanarak 0-50 arasında ham puan hesaplanmakta, daha sonra elde edilen ham puan soru sayısına (beşe) bölünerek beslenme davranışları boyutunun 1-10 arasında olan puanı elde edilmektedir.

Toplam puanın hesaplanması (ağız de ğer lend ir il m e si, ağız bakım ı ve ağız koruyucu beslenme davranışları): Üç altboyuttan elde edilen puanlar toplanarak 0-30 arasında ham puan hesaplanmakta, daha sonra elde edilen ham puan altboyut sayısına (üç) bölünerek 1-10 puan arasında olan mukozit ve ağız bakım ına yönelik toplam puan elde edilmektedir.

Hemşirelerin Mukozit ve Ağız Bakımına Yönelik Eğitim Verme Uygulamaları Puanının Hesaplanması: bu bölümde bulunana altı sorunun puanı toplanarak 0-60 arasında ham puan elde edilmekte, ham puan soru sayısına (altıya) bölünerek 0-10 arasında bir puan elde edilmektedir.

Yorumlama kolaylığı yönünden hem üç altboyut puanı hem de toplam puan 0-10 arasında olacak şekilde değerlendirilmiştir.

Tablo 1. Anne Grubunun Ağız Bakımı Uygulamalarının Puanlanması

Uygulamalar	Puanlama
I. Ağız Değerlendirilmesine Yönelik Uygulamalar	
Çocuğunun Tedavi Süresince Ağız İçindeki Değişiklikleri Değerlendirme Durumu	
Evet	10
Hayır	0
Çocuğunun Ağız İçinde Neleri Değerlendirirsiniz?	
Değerlendirme yapmıyorum.	0
Dilini/ Diş Etlerini/Yutması (Yanıtlardan birini söyler ise)	5
Hepsi	10
II. Ağız Bakımına Yönelik Uygulamalar	
Kullandığı Diş Fırçasının Yapısına Dikkat Etme	
Evet	10
Hayır	0
Çocuğunun Diş İpi Kullanma Durumu	
Evet	0
Hayır	10
Kemoterapi Başlanan Çocuğunun Ağız Bütünlüğünü Korumak İçin Ağız Bakımı Süresine ve Sıklığına Dikkat Etme	
Evet	10
Hayır	0
Kemoterapi Başlanan Çocuğuna Ağız Bakımını Yapma Sıklığı	
İki Saatte Bir / Üç Saatte Bir/ Dört Saatte Bir	10
Altı Saatte Bir	5
Sekiz Saatte Bir/ On İki Saatte Bir /Yapmıyor	0
Yemeklerden Önce Ağız Bakımı Verme	
Evet	10
Hayır	0
Yemeklerden Sonra Ağız Bakımı Verme	
Evet	10
Hayır	0
Sodyum Bikarbonat ile Ağız Bakımı Yapma	
Evet	10
Hayır	0

Çocuğunun Ağız İçi Yaraları İçin (Oral Mukozit) Serum Fizyolojik ile Ağız Bakımı Yapma	
Evet	10
Hayır	0
Çocuğunuzun Ağız İçi Yaraları İçin (Oral Mukozit) Soda İle Ağız Bakımı Yapma	
Evet	0
Hayır	10
Çocuğunuzun Ağız İçi Yaraları İçin (Oral Mukozit) Buz Uygulaması (Kryoterapi) Yapma	
Evet	0
Hayır	10
Çocuğunuzun Ağız İçi Yaraları İçin (Oral Mukozit) Papatya Uygulaması Yapma	
Evet	0
Hayır	10
Çocuğunuzun Ağız İçi Yaraları İçin (Oral Mukozit) Bal Uygulaması Yapma	
Evet	0
Hayır	10
Çocuğunuzun Ağız İçi Yaraları İçin (Oral Mukozit) Tuz Uygulaması Yapma	
Evet	0
Hayır	10
Kemoterapi Alan Çocuğunuzun Dudaklarına Nemlendirici Uygulama Yapma	
Evet	10
Hayır	0
III. Ağız Bütünlüğünü Korumak İçin Beslenmeye İlişkin Uygulamaları	
Yumuşak Gıdalarla Beslenmesine Dikkat Etme	
Evet	10
Hayır	0
Çok Sıcak ya da Çok Soğuk Gıdalarla Beslenmemesine Dikkat Etme	
Evet	10
Hayır	0
Baharatlı Besinler Tüketmemesine Dikkat Etme	
Evet	10
Hayır	0
Kemoterapi Başlanan Çocuğunun Ağız Bütünlüğünü Korumak İçin Çiğ Sebze ve Meyve Yememesine Dikkat Etme	
Evet	10
Hayır	0
Asitli Gıdalar Tüketmemesine Dikkat Etme	
Evet	10
Hayır	0

Tablo... Hemşire Grubunun Ağız Bakımı Uygulamalarının Puanlanması

Uygulamalar	Puanlama
I. Ağız Değerlendirilmesine Yönelik Uygulamalar	
Kemoterapi Başlanan Çocuklarda Oral Komplikasyonları Değerlendirme Şekli	
Gözlem/Palpasyon (Yanıtlardan birini söyler ise)	5
Hepsi	10
Kemoterapi Başlanan Çocuklarda Ağız Değerlendirme Rehberi Kullanma Durumu	
Evet	10
Hayır	0
Ağız İçinde Değerlendirilen Alan/Yer	
Dil/M. Membran (Yanıtlardan birini söyler ise)	5
Hepsi	10
II. Ağız Bakımına Yönelik Uygulamalar	
Diş ve Diş Eti Sağlığı İçin Kullandığı Diş Fırçasının Yapısına Dikkat Etme	
Evet	10
Hayır	0
Lökosit Sayısı < 3000 mm³ Olan Çocuklarda Diş İpi Kullanılmamasına Dikkat Etme	
Evet	0
Hayır	10
Kemoterapi Başlanan Çocuğunun Ağız Bütünlüğünü Korumak İçin Ağız Bakımı Süresine ve Sıklığına Dikkat Etme/Gerekirse artırma	
Evet	10
Hayır	0
Kemoterapi Başlanan Çocuğuna Ağız Bakımını Yapma Sıklığı	
Dört Saatte Bir	10
Altı Saatte Bir	5
Sekiz Saatte Bir	0
Yemeklerden Önce Ağız Bakımı Verme	
Evet	10
Hayır	0
Yemeklerden Sonra Ağız Bakımı Verme	
Evet	10
Hayır	0
Sodyum Bikarbonat ile Ağız Bakımı Yapma	
Evet	10
Hayır	0

Çocuğunun Ağız İçi Yaraları İçin (Oral Mukozit) Serum Fizyolojik ile Ağız Bakımı Yapma	
Evet	10
Hayır	0
Çocuğunuzun Ağız İçi Yaraları İçin (Oral Mukozit) Soda İle Ağız Bakımı Yapma	
Evet	0
Hayır	10
Çocuğunuzun Ağız İçi Yaraları İçin (Oral Mukozit) Buz Uygulaması (Kryoterapi) Yapma	
Evet	0
Hayır	10
Çocuğunuzun Ağız İçi Yaraları İçin (Oral Mukozit) Papatya Uygulaması Yapma	
Evet	0
Hayır	10
Çocuğunuzun Ağız İçi Yaraları İçin (Oral Mukozit) Bal Uygulaması Yapma	
Evet	0
Hayır	10
Çocuğunuzun Ağız İçi Yaraları İçin (Oral Mukozit) Tuz Uygulaması Yapma	
Evet	0
Hayır	10
Kemoterapi Alan Çocuğunuzun Dudaklarına Nemlendirici Uygulama Yapma	
Evet	10
Hayır	0
III. Ağız Bütünlüğünü Korumak İçin Beslenmeye İlişkin Uygulamaları	
Yumuşak Gıdalarla Beslenmesine Dikkat Etme	
Evet	10
Hayır	0
Çok Sıcak ya da Çok Soğuk Gıdalarla Beslenmemesine Dikkat Etme	
Evet	10
Hayır	0
Baharatlı Besinler Tüketmemesine Dikkat Etme	
Evet	10
Hayır	0
Kemoterapi Başlanan Çocuğunun Ağız Bütünlüğünü Korumak İçin Çiğ Sebze ve Meyve Yememesine Dikkat Etme	
Evet	10
Hayır	0
Asitli Gıdalar Tüketmemesine Dikkat Etme	
Evet	10
Hayır	0

Tablo 2. Hemşirelerin eğitim verme durumuna ilişkin uygulamalarına göre puanlama

Uygulamalar	puan
Kemoterapi Alan Lösemili Çocuğun Ailesine Çocuğun Ağız Bakımını Nasıl Yapacağı Konusunda Bilgi Verme	
Evet	10
Kemoterapi Alan Lösemili Çocuğun Ailesine Çocuğun Ağız Bakımında Neler Kullanabileceği Konusunda Bilgi Verme	
Evet	10
Hayır	0
Kemoterapi Alan Lösemili Çocuğun Ailesine Çocuğun Beslenmesinin Nasıl Olması Gerektiği Hakkında Bilgi Verme	
Evet 1	10
Hayır 0	0
Kemoterapi Alan Lösemili Çocuğun Ailesine Çocuğun Diş ve Diş Eti Bakımını Hangi Tür Araçlarla Nasıl Yapacağı Konusunda Bilgi Verme	
Evet 1	10
Hayır 0	0
Kemoterapi Alan Lösemili Çocuğun Ailesine Çocuğun Ağız Mukoza Bütünlüğünü Etkileyecek Etkenlerden Nasıl Uzak Duracağı Konusunda Bilgi Verme	
Evet 1	10
Hayır 0	0
Kemoterapi Alan Lösemili Çocuğun Ailesine Çocuktaki Oral Mukozit Gelişiminin Nasıl Fark Edileceği Konusunda Bilgi Verme	
Bilgi Veriyorum 1	10
Bilgi Vermiyorum 0	0

Toplam Puan: 0–10 arası

Eğitim Verme Puanının Hesaplanması: 6 sorunun puanı toplandı ve soru sayısına bölündü.

Puanların artması, ağız bakımına ilişkin uygulamaların yeterliliğini göstermektedir.

10. KAYNAKLAR

Akarsu S., Yılmaz E., Aygün A D., Gözdaşoğlu S. (2004) Akut Lenfoblastik Lösemili Çocuklarda L- Asparajinaz Tedavisi Ve Komplikasyonları. Türk Pediatri Arşivi. 39: 162-170.

Akı, H. (2009) Pediatrik Onkoloji. İçinde: Akut Lösemilerin Patolojik Özellikleri. Ed: Özkan, A. Nobel Tıp Kitap Evleri Ltd. Şti. İstanbul, s: 425-450.

Aktaş D. (2004) Hematolojik Malign Hastalıkların Moleküler Yapısı. Katkı Pediatri Dergisi. 26 (3): 350-363.

Aslan Ö., Vural H., Kömürcü Ş., Özet A. (2006) Kemoterapi Alan Kanser Hastalarına Verilen Eğitimin Kemoterapi Semptomlarına Etkisi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 10 (1): 15-28.

Atay A.A., Kürekçi A.E., Kesik V., Kılıç S., Gülgün M., Özcan O., Gökçay E. (2005) Akut Lenfoblastik Lösemili Olgularımızın Retrospektif Analizi. Gülhane Tıp Dergisi 47: 183-184.

Aydın B G., Yalçın B. (2005) Kanserli Çocuklarda Bulantı Ve Kusma. Katkı Pediatri Dergisi. 27 (1): 31-40.

Aydın B G., Yalçın B. (2005) Kanserli Çocuk Hastalarda Ağız Bakımı. Katkı Pediatri Dergisi. 27 (1): 41-52.

Ayyıldız O., Kalkanlı S., Batun S., Işıkdoğan A., Söker M., Yurt M., Müftüoğlu E. (2005) Akut Myeloid Lösemili Hastalarımızda T(8;21) Ve Inv (16)'Nın Kantitatifrt-Pcr İle Araştırılması. Türk Hematoloji-Onkoloji Dergisi 15(1): 15-17.

Barasch A., Peterson DE. (2003) Risk Factors For Ulcerative Oral Mucositis İn Cancer Patients: Unanswered Questions. Oral Oncol 39: 91-100. USA.

Bolaman Z. (2010) Febril Nötropeni 2011. Xxxvı. Ulusal Hematoloji Kongresi. s: 40-46.

Can, G. (2010) Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Bakım 2010 İstanbul Konsensusu Nobel Tıp Kitap Evleri Ltd. Şti. İstanbul, s: 57-64.

Can, G. (2008) Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi 2007 İstanbul Konsensusu 3P- Pharma Publication Planning, Mavi İletişim Danışmanlık Tic. A.Ş. İstanbul, s: 81-94.

Celkan, T. (2009) Pediatrik Onkoloji. İçinde: Akut Lenfoblastik Lösemi. Ed: Özkan, A. Nobel Tıp Kitap Evleri Ltd. Şti. İstanbul, s: 451-462.

Cheng KK. (2009) Oral Mucositis: A Phenomenological Study Of Pediatric Patients' And Their Parents' Perspectives And Experiences, Support Care Cancer, 17(7): 829-37.

Cinaz P., Okumuş N. (2006) Lösemiler. Pediatri, 3. Baskı, Nobel Tıp Kitap Evleri Ltd. Şti. İstanbul, s: 555–558.

Çakur B., Miloğlu Ö., Harorlu A. (2006) Radyoterapi Ve Kemoterapi Gören Hastalarda Oral Bakım. Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi, 16 (3): 50–55.

Çavuşoğlu H. (2007) Oral Mukozit Yönetiminde Kanıta Dayalı Hemşirelik. Türkiye Klinikleri J Med Sci 27: 398–405.

Çetingül, N. (2009) Pediatrik Onkoloji. İçinde: Akut Miyeloid Lösemi. Ed: Özkan, A. Nobel Tıp Kitap Evleri Ltd. Şti. İstanbul, s: 463–777.

Çubukçu Elbek Ç. (2005) Pediatrik Kanser Hastalarında Oral Mukozit Ve Ağız Sağlığı. Güncel Pediatri Dergisi, 3: 67–69.

Dalgıç G., Karadağ A., Kuzu N. (1998). Kemoterapiye Bağlı Gelişen Stomatitte Hemşirelik Bakımı. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2 (2): 53–57.

Dworkin P.H. (2000) Onkolojik Hastalıklar. İçinde: Lösemiler. Çeviri Eds: Arcsoy M., Mir S., Kültürsay N., Özkınay F., Akısü M., Pediatri, 3. Baskı, Nobel Tıp Kitap Evleri Ltd. Şti. İstanbul, s: 495–503.

[Eilers J.](#), [Million R.](#) (2007) Prevention And Management Of Oral Mucositis In Patients With Cancer. [Semin Oncol Nurs.](#) Aug; 23(3):201–12. USA.

Elmas Aytaç S., Yetkin S. (2004) Löseminin Tarihsel Gelişimi. *Katkı Pediatri Dergisi*. 26 (3): 337.

Elmas Aytaç S., Yetkin S. (2004) Akut Lenfoblastik Lösemi. *Katkı Pediatri Dergisi*. 26 (3): 372–385.

Erdem E. (2006) Kanserli Çocuğu Olan Ailelere Evde Verilen Hemşirelik Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Hicran Çavuşoğlu).

Eren M., Akyüz C., Yalçın B., Varan A., Kutluk T., Büyükpamukçu M. (2007) Çocukluk Çağı Kanserlerinde Kemoterapi İle İlişkili Mukozit Tedavisinde Granülosit Makrofaj Koloni Stimulan Faktörün Ağız Bakımındaki Yeri. *Uluslar Arası Hematoloji-Onkoloji Dergisi* 17(2): 70–76.

Eremiş S., Kesikçi H., Büküşoğlu N. (2004) Kanserli Çocuklara Psikososyal Yaklaşım. *Ege Pediatri Bülteni*. 11(2): 213–220.

Ertem Gül. (2008) Kanser Hastalarında Beslenme Ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Dirim Tıp Gazetesi*, 83, 61–62.

Farrington M., Cullen L., Dawson C. (2010) Assessment Of Oral Mucositis İn Adult And Pediatric Oncolgy Patients: An Evidence-Based Approach. *ORL Head Neck Nurs. Summer*; 29(3): 8–15. USA.

[Guillerman RP.](#), [Voss SD.](#), [Parker BR.](#) (2011) Leukemia and Lymphoma. [Radiol Clin North Am](#). 2011 Jul;49(4):767–797. Epub, Jun 25, USA.

Grupp, S, A. (2001) Hematolojik Hastalıklar. J.W. Graef (Ed). E. Yılgör (Çeviri Ed). Çocuk Hastalıklarında Tedavi El Kitabı. İstanbul: Nobel Tıp Kitap Evleri Ltd. Şti. s: 444–445.

Honor A., Law A. (2002) Mouth Care İn Cancer İn Nursing: Using An Audit To Change Practice, British Journal Of Nursing. 11 (16): 1087-1096.

[Hogan R.](#) (2009) Implementation Of An Oral Care Protocol And İts Effects On Oral Mucositis. [J Pediatr Oncol Nurs](#). May-Jun;26(3):125–35. Epub 2009 Apr 20. USA.

Kars Mc., Duijnste Ms., Pool A., Van Delden Jj., Gryndonck Mh. (2008) Being There: Parenting The Child With Acute Lymphoblastic Leukaemia. J Clin Nurs 17 (12): 1553–1562.

Kebudi R. (2006) Terminal Dönemde Kanserli Çocuk Ve Ailesine Yaklaşım. Türk Onkoloji Dergisi 21 (1): 37–41.

Köksal Y., Varan A. (2005) Kanserli Çocuklarda Ağrıya Yaklaşım. Katkı Pediatri Dergisi. 27 (1): 98–107.

Köksal Y., Varan A. (2005) Terminal Dönem Kanserli Çocuklarda Bakım. Katkı Pediatri Dergisi. 27 (1): 116–124.

Köroğlu G. (2007) Hemşirelerin Kemoterapiye Bağlı Gelişen Oral Mukozite İlişkin Bilgilerinin Saptanması. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Yard.Doç.Dr.Sevinç Kutlutürkan).

Kurt S.A., Çetinkaya Ş. (2008) Lösemili Çocuklarda Yaşam Kalitesi Ve Hemşirelik Bakımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3 (8): 35–53.

Kuşkonmaz B., Çetin M. (2004) Akut Myeloblastik Lösemi. Katkı Pediatri Dergisi. 26 (3): 386–403.

Mandrell BN. (2009) The Genetic Profile And Monitoring Of Acute Lymphoblastic Leukemia İn Children And Adolescents. J Pediatr Nurs, 24 (3): 173–178.

Meadow R., Newell S. (2003) Neoplastik Hastalıklar. Pediatri. Çevirenler: Akçay T., Akçay A., Keleş E.S., Kılıç H., Nobel Tıp Kitap Evleri Ltd. Şti. İstanbul, s: 208.

[Murphy BA.](#), [Beaumont JL.](#), [Isitt J.](#), [Garden AS.](#), [Gwede CK.](#), [Trotti AM.](#), [Meredith RF.](#), [Epstein JB.](#), [Le QT.](#), [Brizel DM.](#), [Bellm LA.](#), [Wells N.](#), [Cella D.](#) (2009) Mucositis-Related Morbidity And Resource Utilization İn Head And Neck Cancer Patients Receiving Radiation Therapy With Or Without Chemotherapy. [J Pain Symptom Manage](#). Oct;38(4):522–32. Epub 2009 Jul 15. USA.

Nachman J., Abelsan H. (2002) Onkoloji. Nelson Essentials Of Pediatrics (Türkçe), Çeviri: Tuzcu S., Çeviri Ed: Tuzcu M., Nobel Tıp Kitap Evleri Ltd. Şti. Yüce Reklam, Yayım, Dağıtım A.Ş. İstanbul, s: 645–658.

Nathalie CAJ Jansen., Anette Kingma., Arnout Schuitema., Anke Bouma., Anjo J.P. Veerman., Willwm A. Kamps. (2008) Neuropsychological Outcome İn Chemotherapy-Only-Treated Children With Acute Lymphoblastic Leukemia. Journal Of Clinical Oncology. 26(18): 3025–3030. Netherlands.

Otmani N., Alami R., Hessissen L., Muktari A., Soulaymani A., Khattab M. (2011) Determinants Of Severe Oral Mucositis In Paediatric Cancer Patients: A Prospective Study. *Int J Pediatr Dent.* 10–1111. Morocco.

Ponce-Torres E., Ruiz-Rodriguez Mdel S., Alejo-Gonzalez F., Hernandez-Sierra Jf., Pozos-Guillen Ade J. (2010) Oral Manifestations In Pediatric Patients Receiving Chemotherapy For Acute Lymphoblastic Leukemia. *J Clin Pediatr Dent.* Spring;34(3): 275–279. Mexico.

[Potting CM.](#), [Mank A.](#), [Blijlevens NM.](#), [Donnelly JP.](#), [van Achterberg T.](#) (2008). Providing Oral Care In Haematological Oncology Patients: Nurses' Knowledge And Skills. [Eur J Oncol Nurs.](#) Sep;12(4): 291–8. Epub 2008 May 2. Netherlands.

Sadırlı Kurt S. (2008) Kanserli Hastalarda Semptom Kontrolünün Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, (Danışman: Yard.Doç.Dr.Serap Ünsar).

Sarı N., Akyüz C. (2005) Çocukluk Çağı Kanserlerinde Hasta, Aile Ve Hekim İlişkisi Ve Rehabilitasyon Problemleri. *Katkı Pediatri Dergisi.* 27 (1): 5–17.

Sarı N., Büyükpamukçu M. (2005) Çocukluk Çağı Kanserlerinde Malnütrisyon Ve Beslenme. *Katkı Pediatri Dergisi.* 27 (1): 18–30.

Sezer U., Yağız H., Eltas A. (2006) Akut Lenfoblastik Lösemide Oral Bulgular (Olgu Sunumu). *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi Sayı Suppl,* 85–87.

[Sieracki RL.](#), [Voelz LM.](#), [Johannik TM.](#), [Kopaczewski DM.](#), [Hubert K.](#) (2009) Development And Implementation Of An Oral Care Protocol For Patients With Cancer. [Clin J Oncol Nurs.](#) Dec;13(6):718–22. USA

Stephen ST. (2009) Mucositis: The Impact, Biology And Therapeutic Opportunities Of Oral Mucositis. *Oral Oncol* 45(12): 1015–1020. USA.

Tavil B., Çetin M. (2004) Lösemide Psikososyal Yaklaşım. *Katkı Pediatri Dergisi.* 26 (3): 477–483.

[Tewogbade A.](#), [FitzGerald K.](#), [Prachyl D.](#), [Zurn D.](#), [Wilson C.](#) (2008). Attitudes And Practices Of Nurses On A Pediatric Cancer And Stem Cell Transplant Ward: Adaptation Of An Oral Care Protocol. [Spec Care Dentist.](#) Jan-Feb;28(1): 12–8. USA

Tomlinson D., Gibson F., Treister N., Baggott C., Judd P., Hendershot E., Maloney Am., Doyle J., Feldman B., Sung L. (2008). Challenges Of Mucositis Assessment In Children: Expert Opinion. *Eur J Oncol Nurs.* Dec; 12(5): 469–475. Canada.

[Tufekci O.](#), [Yilmaz S.](#), [Karapinar TH.](#), [Gozmen S.](#), [Cakmakci H.](#), [Hiz S.](#), [Irken G.](#), [Oren H.](#) (2011). A Rare Complication of Intrathecal Methotrexate in a Child with Acute Lymphoblastic Leukemia. [Pediatri Hematol Oncol.](#) 2011 Jun 24. [Epub ahead of print]. Turkey.

Uçkan D. (2004) Çocukluk Çağı Hematolojik Malignitelerinde Hematopoetik Kök Hücre Nakli Endikasyonları. *Katkı Pediatri Dergisi.* 26 (3): 424–437.

Ünal Ş., Çetin M., Tuncer AM., Gümrük F., Yetkin S. (2008) The Prognostic Impact Of Myeloid Antigen Expression İn Pediatric Acute Lymphoblastic Leukemia Patients. The Turkish Journal Of Pediatrics 50: 533–536. Turkey.

Ünal Ş., Gümrük F. (2004) Akut Lösemiye Bağlı Erken Ve Geç Komplikasyonlar. Katkı Pediatri Dergisi. 26 (3): 438–452.

Ünal Ş., Tuncer M. (2004) Lösemide Epidemiyoloji, Tanısal Yaklaşım Ve Sınıflandırma. Katkı Pediatri Dergisi. 26 (3): 338–349.

Ünsar S., Yıldız Fındık Ü., Kurt S., Özcan H. (2007) Kanserli Hastalarda Evde Bakım Ve Semptom Kontrolü. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2 (5): 89–103.

Ünüvar A. (2006) Onkolojik Hastada Kan Tablosu Bozukluğu. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Herkes İçin Çocuk Kanserlerinde Tanı. Sempozyum Dizisi No: 49, s:103–105.

Wayne AS., Baird K., Egeler RM. (2010) Hematopoietic Stem Cell Transplantation For Leukemia. Pediatr Clin North Am 57 (1):1–25.

[Wohlschlaeger A.](#) (2004). Prevention And Treatment Of Mucositis: A Guide For Nurses. [J Pediatr Oncol Nurs.](#) 2004 Sep-Oct;21(5): 281–7. USA

Yazıcı N., Kutluk T M. (2005) Kanserli Çocuklarda Nötropenik Ateş. Katkı Pediatri Dergisi. 27 (1): 65–86.

Yazıcı N., Varan A. (2005) Kanserli Çocuklarda Hematolojik Destek Tedavisi. Katkı Pediatri Dergisi. 27 (1): 86–97.

Yılmaz M. (2007) Mukozit Yönetiminde Kanıta Dayalı Uygulamalar. Uluslar Arası Hematoloji- Onkoloji Dergisi, 17 (4): 241–246.

Zülfikar B. (2000) Çocukluk Çağında Lösemiler. Ed: Topuz, E.; Aydın, A.; Karadeniz, AN. Klinik Onkoloji. İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Yayınları No:5 s:372–78. İstanbul.

11. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı: SERAP ÖZDEMİR

Doğum Yeri ve Tarihi: GAZİANTEP/OĞUZELİ/ 01.01.1986

Medeni Hali: BEKAR

Yabancı Dil: İNGİLİZCE

E-posta Adresi: serap8685@hotmail.com

Tel:

Eğitim ve Akademik Durumu

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lise:	BAYRAKTAR LİSESİ	2002
Lisans:	T.C HALIÇ ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEK OKULU	2005

İş Tecrübesi:

	Görev (HEMŞİRE)	Süre (yıl-yıl)
	TAKSİM ALMAN HASTANESİ (YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM)	2009-2010
	ŞİŞLİ EYFAL EĞİT. VE ARAŞT. HASTANESİ (YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM)	2010-HALEN

Mesleki Dernek/Kurum Üyeliği

Kazanılan Ödüller, Teşvikler ve Burslar

Haliç Üniversitesi 2007–2008 Eğitim ve Öğretim Yılı Başarı Bursu (Okul Üçüncülüğü)

Bildiriler / Yayınlar

2009 GATA 8. ULUSAL VE ULUSLAR ARASI ÖĞRENCİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ
0-12 AYLIK BEBEĞİ OLAN ANNELERİN UYGULADIKLARI GELENEKSEL BAKIM
YÖNTEMLERİ VE BU UYGULAMALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERLE
OLAN İLİŞKİSİ (POSTER SUNUM)

İstanbul-2011

