

T.C
YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI

**ONKOLOJİ HASTALARININ BAKIMINDA VAKA
YÖNETİM MODELİNİN HEMŞİRELİK BAKIM
MEMNUNİYETİ, ÖZ BAKIM YÖNETİMİ VE
KAYGI DÜZEYİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

CANAN AYYILDIZ MERT

İSTANBUL,2022

T.C
YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ONKOLOJİ HASTALARININ BAKIMINDA VAKA
YÖNETİM MODELİNİN HEMŞİRELİK BAKIM
MEMNUNİYETİ, ÖZ BAKIM YÖNETİMİ VE
KAYGI DÜZEYİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

CANAN AYYILDIZ MERT

TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞR. ÜYESİ SEVİM ŞEN

İSTANBUL, 2022

TEZ ONAY SAYFASI

TEZ ONAYI FORMU

Kurum : Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Program : Hemşirelik

Tez Başlığı : Onkoloji Hastalarının Bakımında Vaka Yönetim Modelinin Hemşirelik Bakım Memnuniyeti, Öz Bakım Yönetimi Ve Kaygı Düzeyine Etkisi

Tez Sahibi : Canan Ayyıldız Mert

Sınav Tarihi : 22.06.2022

Bu çalışma jürimiz tarafından kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı, Adı-Soyadı (Kurumu)
Jüri Başkanı:	Doç. Dr. Esra Uğur (Acıbadem Üniversitesi)
Tez danışmanı:	Dr. Öğr. Üyesi Sevim Şen (Yeditepe Üniversitesi)
Üye:	Dr. Öğr. Üyesi Aylin Akça Sümengen (Yeditepe Üniversitesi)

ONAY

Bu tez Yeditepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Bayram YILMAZ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

30.06.2022

Canan AYYILDIZ MERT

İTHAF

*Bu tez çalışmamı benden hiçbir zaman desteğini esirgemeyen, bana inanan, her zaman yanımda olan, hayatıma değer katan **sevgili eşime, çok kıymetli anne ve babama, canım kardeşime** ithaf ediyorum.*



TEŞEKKÜR METNİ

Tez çalışmam boyunca bilgi, rehberlik ve desteğini benden esirgemeyen değerli hocam ***Dr. Öğr. Üyesi Sevim Şen'e,***

Veri toplama sürecimi beraber yürüttüğüm kurumların çok değerli hemşireleri; ***Esra Kara, Besire Virdil ve Kübra Şahin'e,***

Hem veri toplama süreci hem de hayatımın geri kalanında benden desteğini esirgemeyen çok kıymetli arkadaşlarım; ***Başak Arı, Özlem Özcan, Hülya Sancak, Büşra Yürükçü ve Sebile Kutsal Öztürk'e,***

Bilgi ve deneyimlerini benden esirgemeyen canım kız kardeşlerim; ***Ceylan Ayyıldız ve Azize Işık'a;***

Tüm kalbimle sonsuz teşekkür ederim...

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI	ii
İTHAF	iv
TEŞEKKÜR METNİ	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLO LİSTESİ	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
SEMBOL VE KISALTMA LİSTESİ	xii
ABSTRACT	xiii
ÖZET	xv
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1 Giriş	1
1.2 Araştırmanın Amacı	2
1.3 Araştırmanın Hipotezleri	3
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1 Kanser	4
2.2 Kanserin Epidemiyolojisi	4
2.3 Kanserin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri	5
2.3.1 Genetik ve Ailesel Faktörler	5
2.3.2 Hormonlar ve Cinsel Yaşam	6
2.3.4 Beslenme	6
2.3.5 Çevresel Faktörler	6
2.4 Kanserin Fizyopatolojisi	8
2.4.1 Bening ve Malign Tümörler	8
2.5 Kanserde Tanı Yöntemleri	11
2.5.1 Anamnez ve Fiziksel Muayene	11
2.5.2 Laboratuvar İncelemeleri	11
2.5.3 Tümör Marker Çalışmaları	12
2.5.4 Histolojik ve Sitolojik İncelemeler	12
	vi

2.5.5 Endoskopik İncelemeler	13
2.5.6 Radyolojik Görüntüleme Çalışmaları	13
2.6 Kanserde Tedavi Yöntemleri	13
2.6.1 Cerrahi Tedavi	14
2.6.2 Radyoterapi	16
2.6.3 Kemoterapi	17
2.6.4 Hedefe Yönelik Tedaviler	19
2.6.5 İmmunoterapi	20
2.6.6 Hormonoterapi	20
2.6.7 Hematopoetik Kök Hücre Nakli	20
2.7 Kanserde Semptom Yönetimi	21
2.7.1 Kanserde Kaygı Yönetimi	21
2.7.2 Kanserde Öz bakım Yönetimi	22
2.8 Kanser Sürecinde Hasta Bakımı Planlama	22
2.8.1Kanser Hastalarının Bakımında Kullanılan Bakım Modelleri	22
2.9 Kanser Hastalarında Vaka Yönetim Modeli	24
2.9.1 Vaka Yönetiminde Süreç Basamakları	26
2.9.2 Vaka Yönetim Bileşenleri	28
2.9.3 Vaka Yönetiminde Kullanılan Araçlar	28
2.9.4 Bakım Protokolü	29
2.9.5 Bakım Protokolü Geliştirme ve Değerlendirme	31
2.10 İlgili Çalışmalar	32
3.GEREÇ VE YÖNTEM	34
3.1 Araştırmanın Tipi ve Amacı	34
3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı	34
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	35
3.4 Araştırmaya Dâhil Edilme ve Edilmeme Kriterleri	35

3.4.1 Araştırmaya dâhil edilme kriterleri;	35
3.4.2 Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri;	35
3.5 Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	36
3.5.1 Bağımsız Değişkenler	36
3.5.2 Bağımlı Değişkenler	36
3.6 Veri Toplama Araçları	36
3.6.1 Sosyo-Demografik Bilgi Formu (EK-8)	36
3.6.2 Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (EK-9)	36
3.6.3 Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği (SCMP-G) (EK-10)	37
3.6.4 Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği (Newcastle Satisfaction with Nursing Scales) (NSNS) (EK-11)	37
3.7 Verilerin Değerlendirilmesi	38
3.7.1 Araştırmada Kullanılacak İstatistiksel Analizler	38
3.7.2 Araştırmanın Uygulama Aşaması	40
3.8 Araştırmanın Sınırlılıkları	44
3.9 Araştırmanın Etik Boyutu	44
4.BULGULAR	45
4.1 Hastaların Sosyodemografik Özellikleri	45
4.2 Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların Hemşirelik Bakım Memnuniyet Düzeyi, Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeyi ve Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Düzeyinin Karşılaştırılması	53
5.TARTIŞMA	58
5.1 Hastaların Sosyodemografik Özellikleri İle İlgili Bulguların Tartışılması	58
5.2 Hastaların Hemşirelik Bakım Memnuniyeti, Öz Bakım Yönetimi Ve Kaygı Düzeyi İle İlgili Bulguların Tartışılması	61
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	64
6.1 Sonuçlar	64
6.2 Öneriler	70
7.KAYNAKÇA	71

8.EKLER	87
8.1 Ek 1: Yeditepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı	87
8.2 EK 2: Anadolu Sağlık Merkezi Etik Kurul Kararı	89
8.3 EK 3: Yeditepe Üniversitesi Koşuyolu Hastanesi Kurum İzni	90
8.4 EK 4: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	91
8.5 Ek 5: Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyeti Anket İzin Yazısı	92
8.6 EK 6: Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Kullanım İzni	93
8.7 EK 7:Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçek Kullanım İzni	94
8.8 EK 8: Sosyo-Demografik Bilgi Formu	95
8.9 EK 9. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği	98
8.10 EK 10: Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyeti Ölçeği	101
8.11 EK 11: Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği	102
8.12 EK 12: Vaka Yönetim Prosedürü	105
8.13 EK 13: Hasta Tanılama Formu	110
8.14 EK 14: Kemoterapi Hastası Eğitim Formu	112
8.15 EK 15: Hasta Takip Formu	114
8.16 EK 16: Özgeçmiş	117

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1: Bening ve Malign Tümörlerin Özellikleri	9
Tablo 2.2: Bazı Malignitelerin Tanısında Kullanılan Tümör Belirteçler	12
Tablo 2.3: Biyopsi Türleri	14
Tablo 2.4: Radyoterapinin Amacı	16
Tablo 2.5: Kemoterapi Tedavi Türleri	18
Tablo 2.6: Kanser Hastasının Bakımında Kullanılan Bakım Modelleri	23
Tablo 4.1.1: Deney ve Kontrol Gruplarındaki Hastalara İlişkin Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması (N=61)	45
Tablo 4.1.2: Deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların alışkanlıklarının dağılımı (N=61)	49
Tablo 4.1.3: Deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların tanı ve hastalığa İlişkin Durumlarının Karşılaştırılması (N=61)	51
Tablo 4.2.1: Hastaların Deney ve Kontrol Gruplarına Göre NewCastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği, Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği ve Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeğinin Karşılaştırılması	54
Tablo 4.2.2: Hastaların Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği, Durumluk Ve Sürekli Kaygı Ölçeği Ve Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeğinin Grup İçi Ön Test-Son Test Karşılaştırılması (Deney Grubu) (N=31)	56
Tablo 4.2.3: Hastaların Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği, Durumluk Ve Sürekli Kaygı Ölçeği Ve Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeğinin Grup İçi Ön Test-Son-Test Karşılaştırılması (Kontrol Grubu) (N=30)	57

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1: Karsinogenez Evreleri	11
Şekil 2.2: Vaka Yönetim Süreci ve Uygulama Şeması	27
Şekil 2.3: Vaka Yönetim Bileşenleri	28
Şekil 3.1: Araştırmanın Tasarım Şeması	39
Şekil 3.2: Araştırmanın Deney Grubuna Uygulanma Aşaması	42
Şekil 3.3: Araştırmanın Kontrol Grubuna Uygulanma Aşaması	43



SEMBOL VE KISALTMA LİSTESİ

TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	World Health Organization
SCMP-G	Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği
NSNS	Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği (Newcastle Satisfaction with Nursing Scales)
JCI	Joint Commission International
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu

ABSTRACT

Ayyıldız Mert C. (2022). The Effect of Case Management Model on Nursing Care Satisfaction, Self-Care Management and Anxiety Level in the Care of Oncology Patients. Yeditepe University Institute of Health Sciences, Department of Nursing, Master's Thesis. Istanbul.

A case management model is recommended to provide effective control in chronic diseases. This study was carried out in a quasi-experimental type with pretest-posttest control group in order to examine the effect of case management model on nursing care satisfaction, self-care management and anxiety level in the care of oncology patients. The sample of the study consisted of 61 volunteer cancer patients who received treatment with the diagnosis of cancer in the oncology department of two foundation hospitals and met the inclusion criteria. Case management procedure was applied to the experimental group in line with the case management model, and routine clinical care was applied to the control group. Data were collected with Information Form, Self-Care Management Scale in Chronic Diseases, State Trait Anxiety Inventory, and Newcastle Nursing Care Satisfaction Scale. The analysis of the data is detailed in the content of the thesis. Descriptive statistics, Mann-Whitney U, Wilcoxon and chi-square tests were used. Significance was evaluated at $p < .05$ levels. The mean age of the patients participating in the study was 49.38 ± 15.75 years, 52.5% male, 72.1% married, 83.6% SGK insurance, 73.8% non-smoker, 85% It was determined that ,17% of them had lung cancer. The post-test mean scores of the patients in the experimental group were respectively Newcastle Nursing care satisfaction 76.03 ± 12.04 , self-care management in chronic diseases 120.9 ± 9.74 , state anxiety 43.81 ± 4.87 , trait anxiety 47, It was 84 ± 4.57 . Post-test total score average of the patients in the control group was 70.04 ± 12.22 , respectively, nursing care satisfaction, self-care management in chronic diseases 121.17 ± 10.02 , state anxiety 42.6 ± 3.55 trait anxiety is 46.9 ± 3.92 . No statistically significant difference was found between the nursing care satisfaction of the patients in the experimental and control groups, self-care management and anxiety levels in chronic diseases. Results; showed that the participants' nursing care satisfaction and self-care management level in chronic diseases were high, their anxiety level was moderate, and there was no difference between the groups. It is recommended to make plans to improve anxiety levels while creating an individualized care plan during the chemotherapy treatment process of oncology patients.

Keywords: Case management, oncology, cancer patient, care satisfaction, self-care, anxiety.



ÖZET

Ayyıldız Mert C. (2022). Onkoloji Hastalarının Bakımında Vaka Yönetim Modelinin Hemşirelik Bakım Memnuniyeti, Öz Bakım Yönetimi Ve Kaygı Düzeyine Etkisi. Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Kronik hastalıklarda etkin kontrol sağlayabilmek için vaka yönetim modeli önerilmektedir. Bu çalışma, onkoloji hastalarının bakımında vaka yönetim modelinin hemşirelik bakım memnuniyeti, öz bakım yönetimi ve kaygı düzeyine etkisini incelemek amacıyla ön test -son test kontrol gruplu yarı deneysel tipte gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini iki vakıf hastanesinin onkoloji bölümünde kanser tanısı ile tedavi alan ve dâhil edilme kriterlerine uyan gönüllü 61 kanser hastası oluşturmuştur. Deney grubuna vaka yönetim modeli doğrultusunda vaka yönetim prosedürü, kontrol grubuna rutin klinik bakım uygulanmıştır. Veriler Bilgi Formu, Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği, Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği, Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği ile toplanmıştır. Tanımlayıcı istatistikler, Mann- Whitney U, Wilcoxon ve ki-kare testi kullanılmıştır. Anlamlılık $p<.05$ düzeylerinde değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması $49,38\pm15,75$, %52,5'i erkek,%72,1'i evli, %83,6'sının SGK güvencesi olduğu, %73,8'inin sigara kullanmadığı ve %17'sinin akciğer kanseri olduğu tespit edilmiştir. Deney grubunda yer alan hastaların son test toplam puan ortalamaları sırasıyla Newcastle Hemşirelik bakım memnuniyeti $76,03\pm12,04$, kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi $120,9\pm9,74$, durumluk kaygı $43,81\pm4,87$, süreklilik kaygı $47,84\pm4,57$ 'dir. Kontrol grubundaki hastaların son test toplam puan ortalaması sırasıyla hemşirelik bakım memnuniyeti $70,04\pm12,22$, kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi $121,17\pm10,02$, durumluk kaygı $42,6\pm3,55$ süreklilik kaygı $46,9\pm3,92$ 'dir. Deney ve kontrol grubundaki hastaların hemşirelik bakım memnuniyeti kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi ve kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Sonuçlar; katılımcıların hemşirelik bakım memnuniyeti ve kronik hastalıklarda öz bakım yönetim düzeyinin yüksek olduğunu, kaygı düzeyinin orta düzeyde olduğunu ve gruplar arası farkın olmadığını göstermiştir. Onkoloji hastalarının kemoterapi tedavisi sürecinde bireyselleştirilmiş bakım planı oluşturulurken kaygı düzeylerini iyileştirmeye yönelik planlamaların yapılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Vaka yönetimi, onkoloji, kanser hastası, bakım memnuniyeti, öz-bakım, kaygı.



1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1 Giriş

Kanser, dünyada ve ülkemizde temel sağlık sorunlarından biridir.¹ Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'na göre kanser genetik değişimler sonucu olarak ortaya çıkan, kontrolsüz hücre çoğalması olarak tanımlanmaktadır.² Dünyada ve ülkemizde yaşam ömrünün uzaması, yeni tanı testlerinin geliştirilmesi buna bağlı olarak hastalıkların erken dönemde tespit edilmesi, kanser tarama programları ve tedavideki güncel gelişmeler kanser prevalansını arttırmaktadır. WHO'na göre 2018 yılında kanserin görülme sıklığı 4 milyon daha artarak 18 milyona yükselmiştir.³ Türkiye'de ise her yıl yaklaşık 148 bin yeni kanser vakası saptanmaktadır.⁴ Bu veriler dikkate alındığında önümüzdeki 10 yılın sonunda dünyada 27 milyon kanser vakası olacaktır. Bununla birlikte önlem alınmadığı sürece daha sonraki on yıllık süreçte bu vakaların 40 milyona ulaşacağı düşünülmektedir.^{3,5} Dünyada ve ülkemizde kanser tüm ölüm oranları arasında ikinci sırada yer almaktadır ve 2030 yılına kadar hızla artarak birinci sıraya yerleşeceği öngörülmektedir.^{6,7} Kanser, insidansı ve mortalite oranları yüksek seyreden ve yaşam kalitesini düşüren bir hastalıktır. Bu nedenle kanserde süreç uzun ve zordur. Tedavisinde amaç, bireyin yaşam süresinin uzatılması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesidir.⁸ Kanser tedavisinde cerrahi girişim, kemoterapi, radyoterapi, immunoterapi, biyoterapi, kök hücre nakli gibi maliyeti yüksek yöntemler kullanılmaktadır.^{3,8} Kanser tedavi süreci ve bu süreçteki finansal zorlukların yanı sıra bireylerde psikiyatrik bozukluklara da sebep olabilmektedir.³ İlgili çalışmalarda, kanser tanısı almış bireylerde tedavi süreci boyunca kaygı düzeyinin yüksek olduğu, öz bakım gereksinimlerini karşılamada güçlük yaşadıkları belirtilmiştir.^{9,10}

Kanser gibi kronik hastalıklar dünya çapında giderek yaygınlaşmaktadır. Bu süreçte kronik hastalıkların etkin kontrolü ve bireyleri de içine alan hastalık yönetimi önemli bir hal almıştır.¹¹ Kanser gibi kronik hastalık tanısını yeni almış ya da tedavisi devam etmekte olan bireylerin fonksiyonel durumlarının ve yaşam kalitesinin artırılmasının multidisipliner ekip yaklaşımı ile sağlanabileceği bildirilmektedir.¹² Bireyler ve aileleri için ortaya konan bakımın organizasyonunda; mevcut kaynakların etkin bir şekilde kullanılmasını sağlayan ve holistik bakış açısı sunan vaka yönetimi önerilmektedir.¹³ Vaka yönetimi; kaynakları etkin bir şekilde kullanarak, hasta bakım uygulamalarını iyileştirmek, sağlanan bakımın kalitesini arttırmak, sürekli ve etkin maliyet ile sağlık hizmeti sunmak için geliştirilmiş bir sağlık sistemidir.¹⁴ Vaka

yönetiminde temel amaç; hastanın sağlık düzeyinin en üst düzeye ulaştırılması, uygun bakım kaynaklarına ulaşması ve bu kaynakları kullanmasının sağlanması, içinde bulunduğu süreçte bireyin karar hakkının korunmasıdır. Vaka yönetiminde hastaların bakımının izlenmesinde ortak bakım planı olarak geliştirilen klinik yol ya da bakım haritaları gibi araçlar kullanılmaktadır. Vaka yönetimi süreç basamakları, tanılama, planlama, uygulama, koordinasyon ve değerlendirme olmak üzere beş aşamadan oluşmaktadır. İlk aşaması, hasta ve ailesi ile ilgili tıbbi kayıtlar, tedavi ve ekibin görüşleri, hasta ve aile görüşmeleri gibi çeşitli kaynaklar kullanılarak veri toplanması süreci olan tanılama bölümüdür. Planlama aşamasında, bakım hedeflerinin belirlenmesi, bu hedeflere ulaşmak amacıyla yapılacak girişimler ve kullanılacak kaynakların seçimini içeren kapsamlı bir bakım planı geliştirilmektedir. Uygulama aşamasında, tanılama ve planlama bölümünde belirlenen sağlık bakım gereksinimlerine yönelik girişimler yapılmaktadır. Vaka yönetiminin temelini oluşturan koordinasyon aşamasında, sağlık bakım hizmeti sunanlar ile iletişimin yapılandırılması ve sağlık bakım hizmeti sunumunun iş birliği içerisinde verilmesi sağlanmaktadır. Değerlendirme aşamasında ise vaka yönetim sürecinin incelenmesi yapılmaktadır.^{14,15,17}

Yeni kanser tanısı almış 600 hasta ile vaka yönetimi etkinliğini inceleyen bir araştırmada, tedaviye devam eden hasta oranları, tedaviye uyumsuzluk, uzun süreli yatışlar, tekrarlayan plansız yatışlar ve aktif tedavi için planlı yatışlar incelenmiş, vaka yönetimi ile sağlık hizmeti sunulan hastaların tedaviye uyum sağlamada daha iyi kontrol sağladığı ve plansız yatışlarının azaldığı gösterilmiştir¹⁶ Moore ve ark.(2002) tarafından akciğer kanseri tanılı hastalarda vaka yönetiminin hasta sonuçlarına etkisinin incelendiği bir çalışmada, vaka yönetimi ile bakım verilen hastaların dispne düzeyinin azaldığı, emosyonel fonksiyonlarının arttığı ve bakım memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu görülmüştür.¹⁷ Kanser hastalığında vaka yönetimi ile sunulan sağlık hizmeti çıktılarını gösteren sınırlı sayıda araştırma olduğu görülmüştür.

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada; onkoloji hastalarının bakımında vaka yönetim modelinin hemşirelik bakım memnuniyeti, öz bakım yönetimi ve kaygı düzeyine etkisini incelemek amaçlanmıştır. Araştırma sonuçlarının, vaka yönetim modelinin hasta çıktılarına olan etkisi ortaya konularak kullanımının artacağı, mezuniyet öncesi ve sonrası hemşirelik eğitimine katkı sağlayacağı ve bu konuda yapılacak araştırmalara yol göstereceği düşünülmektedir.

1.3 Araştırmanın Hipotezleri

Bu araştırmanın hipotezleri aşağıdaki gibi oluşturulmuştur. Araştırmada, hipotezlerde belirtilen değişkenler arası ilişkilerin bulunma durumu incelenecektir.

H1: Vaka yönetimi uygulanan onkoloji hastalarının uygulanmayan hastalara göre hemşirelik bakım memnuniyet düzeyi daha yüksektir.

H2: Vaka yönetimi uygulanan onkoloji hastalarının uygulanmayan hastalara göre öz bakım yönetim düzeyi daha yüksektir.

H3: Vaka yönetimi uygulanan onkoloji hastalarının uygulanmayan hastalara göre süreklilik ve durumluk kaygı düzeyi daha yüksektir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1 Kanser

Kanser anormal hücre büyümesi ve çoğalması ile karakterize, geniş bir hastalık grubu için kullanılan terimdir.¹⁸ Aynı zamanda malign tümörler ve neoplazma terimleri kullanılır.¹⁹ Neoplazma terimi “neo” yeni ve “plazma” oluşum anlamına gelen iki yunanca kelimenin birleşmesinden oluşmuştur.²⁰

Kanserin tanımlayıcı özelliklerinden biri, "normal sınırlarının ötesinde büyüyen" ve "daha sonra vücudun bitişik kısımlarını istila eden" ve "diğer organlara yayılan" normal olmayan hücrelerin çok hızlı bir şekilde meydana gelmesidir. İkincil durum ise metastazdır. Metastaz kanser kaynaklı ölüm nedenlerinden biridir.

Kanser dünya genelinde artış gösteren bir sağlık problemi haline gelmiştir. Dünyada ve ülkemizde ölüm nedenleri arasında ikinci sıraya yerleşmektedir. Yeryüzündeki nüfusun hızla artışı, yaşlı birey sayısının fazlalığı ve etiyolojik faktörlere daha çok maruz kalınması sebebiyle kanser insidansının artması ve buna bağlı olarak da kanser yükünde ciddi oranda artışlar beklenmektedir.^{18,21}

2.2 Kanserinin Epidemiyolojisi

Epidemiyoloji, hastalıkların sıklık ve dağılımına ait bilgileri kullanarak nedenini arama bilimi olarak tanımlanır.²² Kanser epidemiyolojisi ise, kanserin toplumdaki sıklığını inceleyen, kanserin ortaya çıkış nedenini bulmaya çalışan ve halk sağlığı disiplini içinde yer alan bir araştırma ve uygulama alanıdır.²³ Kanser; dünyada ve ülkemizde hastalık ve ölüm oranları sebebiyle başlıca sağlık problemlerindendir. 2019 TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) ölüm nedenlerine bakıldığında %19,3 lük kısmını benign ve malign tümörlerin oluşturduğu görülür. İyi ve kötü huylu tümörlerden kaynaklı ölümlerin alt başlıkları incelendiğinde; Türkiye çapında kanser sebebiyle gerçekleşen ölümlerin %30,2'sini gırtlak ve soluk borusu/bronş/akciğer kanseri,%7,9'unu lenfoid ve hematopoetik kanser ve %8,1'ini ise mide kanserinin oluşturduğu görülmüştür.²⁴

2020 yılında 10 milyon ölümün gerçekleştiği dünya çapında önde gelen bir ölüm nedeni kanserdir. 2020 WHO (World Health Organization) verilerinde ise kanser kaynaklı ölümlerin alt başlıkları incelendiğinde 1,80 milyon ölüm ile akciğer

kanseri,935 bin ölüm ile kolon ve rektum kanseri, 830 bin ölüm karaciğer kanseri,769 bin ölüm mide kanseri ve 685 bin ölüm meme kanseri sebebiyle gerçekleşmiştir. ²⁵

2.3 Kanserin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Kanseri meydana getiren maddeler karsinojenlerdir. Temelinde genetik hasar vardır, ama yine de günümüzde kanserin altta yatan multifaktöriyel nedenleri incelenmelidir.

2.3.1 Genetik ve Ailesel Faktörler

Kanserin oluşumu için genetik ve ailesel faktörler tek başına yeterli bir faktör olmasa da yapılan araştırmalar kanserlerin %5-10'unun genetik mutasyonlar sonucu ortaya çıktığını savunurken benzer şekilde çocuk ve gençlik kanserlerinin de yaklaşık %5-10'u genetik yatkınlık gösterir. ²⁶

Pankreas kanseri temelde hem kalıtsal hem de kazanılmış genetik mutasyonların neden olduğu genetik bir hastalıktır. Aile öyküsü, pankreas kanseri için önemli ve belirleyici bir risk faktörüdür. Aile temelli kalıtım analizi yapıldığında, pankreas kanserinin %36'sının genetik kaynaklı olduğu bildirilmektedir. ^{27,28}

Akciğer kanseri etiyolojisi ile ilgili yapılan araştırmalarda genetik ve ailesel faktörler çevresel karsinojenlere olan hassasiyeti arttırdığı için akciğer kanseri gelişimine zemin hazırladığı bildirilmiştir²⁹ Meme kanseri tanısı alan hastaların yaklaşık onda birinde, otozomal geçişli kalıtsal bir neden gözlenmektedir. Birinci derece akrabalarından birinde ise meme kanseri olan bireylerde kanser gelişme riski daha yüksektir. Bu riskin birden fazla akrabasında meme kanseri olan kadınlarda daha da yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak birçok kadında aile öyküsünde hiç meme kanseri öyküsünün olmaması risk olmadığını göstermemektedir. Aile öyküsünde over kanseri olan bireyler de meme kanseri açısından risk altındadır. Yapılan bu çalışmalar bize genetik ve ailesel faktörlerin kanser üzerindeki etkisini göstermektedir. ³⁰

Aynı zamanda ailede bir kanser öyküsünün olması, farkındalığı arttırarak erken teşhisin önemini ortaya koymaktadır. Ailesinde meme kanseri olan bireylerle yapılan çalışmada; bireyler memedeki kitleyi kendi kendine düzenli meme muayenesi yaparak ya da düzenli hekim muayenesi ile keşfetmişlerdir. ³¹

2.3.2 Hormonlar ve Cinsel Yaşam

2004-2010 yılları arasında Seattle-Puget Sound bölgesinde ikamet eden 20-44 yaş arasındaki meme kanseri tanısı almış kadınlar ile bir vaka kontrol çalışması yürütülmüş ve elde edilen sonuçlarda 5 yıldan uzun süreli oral kontraseptif kullanımı (OKS) olan kadınların meme kanserine yakalanma riskinin yüksek olduğu görülmüştür.³² OKS kullanımının meme kanseri riskini arttırdığını destekleyen bir başka çalışmada; 15-49 yaş aralığındaki OKS kullanan kadınların OKS kullanmayan kadınlara göre meme kanseri olasılığın daha fazla olduğu belirtilmiştir.³³

2.3.4 Beslenme

Kanserin gelişiminde ve oluşmasının engellenmesinde beslenme önemli bir yere sahiptir. Yağdan zengin ve posadan fakir yiyeceklerle beslenmek kolon kanseri riskini arttırmaktadır. Meyve ve sebzelerin kolon kanserinin önlenmesinde rol oynadığı savunulsa da hangi faktörlerin koruyucu olduğu tam olarak bilinmemekle birlikte bu faktörlerden birinin, meyve ve sebzelerde bulunan lif olduğu ifade edilmektedir. Posa karsinojenlerle kolonun temasını önleyerek etkisini azaltır.³⁴

Aynı zamanda yağlı besinlerle beslenmek kadınlarda meme, erkeklerde prostat kanserinin gelişme riskini arttırdığı düşünülmektedir.³⁵ Vitaminden yoksun diyetle beslenmek akciğer, özofagus, ağız, larenks, serviks ve meme kanserinin ortaya çıkışında rol oynadığı düşünülmektedir.³⁶

2.3.5 Çevresel Faktörler

▪ Ultraviyole Radyasyon ve İyonize Işın

Tümör hücrelerinin oluşumunda en sık bahsedilen etmenlerden biri tümörü indükleyebilen iyonize ışınlardır. İyonize radyasyonun zararlılığına ilişkin ilk raporlar, Hiroşima ve Nagazaki'deki nükleer patlamada hayata kalan çocukların gözlemlenmelerini takiben yirminci yüzyılın ortalarında ortaya çıkmıştır. Bu raporlarda lösemi ve tiroit kanseri riskinde artış olduğu tespit edildi. Literatür X ışınlarına maruz kalan çocuklarda en sık karaciğer kanseri, osteosarkom ve lösemi geliştiğini bildirmektedir.^{37,38}

Cilt kanserinin risk faktörlerini incelediğimizde; değiştirilemeyen risk faktörleri (örneğin genetik faktörler) ve değiştirilebilir risk faktörleri (örneğin çevresel faktörler) karşımıza çıkmaktadır. Cilt kanserinin önlenmesinde ultraviyole ışınlar (UV) olan maruziyetin azalması değiştirilebilir risk faktörlerinin en önemli örneğidir.³⁹ Örneğin

ekvatora yakın veya daha yüksek rakımda bulunan bireylerin cilt kanseri için risk altında oldukları kabul edilmektedir.

Dünya çapında enlem ve rakımı hastalıkla ilişkilendiren erken çalışmalar nedeniyle, ekvatora yakın veya daha yüksek rakımlarda yaşayan bireylerin melanom için büyük risk altında olduğu kabul edilmiştir.⁴⁰ Aynı zamanda kozmetik amaçla uygulanan solaryum da kişiyi yoğun UV ışınlarına maruz bıraktığı için melanom riskini artırır. Minnesota'da yapılan bir araştırmada 30 yaşından küçük cilt kanseri teşhisi konan kadınlarda, %97 sinin solaryuma girdiği gözlenmiş ve bu oran ile riskin 6 kat arttığı ortaya konmuştur.^{41,44,45}

▪ Sigara Tüketimi

2019 yılı sigara kullanım verileri incelendiğinde Türkiye'de yaşayan insanların %28'i sigara kullandığı görülmektedir. TÜİK verilerine göre, kadınlarda 35-44 yaş aralığı ilk sırada ve %24,1 oranında kullanım gözlenmiş iken erkeklerde yine aynı yaş grubunda %52,9'unun sigara kullanımı kaydedilmiştir.⁴⁴ Dünya genelinde risk faktörlerine göre hayatını kaybeden bireylerin sayısı 2017 yılında yüksek tansiyon sebebiyle 10 milyon kişidir. İkinci sırada sigara kullanımı sebebiyle 7,1 milyon kişi hayatını kaybetmiştir.⁴⁵ DSÖ'nün verileri de sigara kullanımına bağlı ölüm oranlarının fazla olduğunu desteklemektedir. Doğrudan tütün kullanımı sebebiyle her yıl 7 milyondan fazla insan hayatını kaybetmekte ve bu sayının 1,2 milyonu ise pasif içicilik sebebiyle olmaktadır.⁴⁶

2018 yılında yayınlanmış bir sistematik derleme ve meta analiz çalışmasında pasif sigara içicilik ve serviks kanseri ilişkisi ele alınmış ve bu tarihe kadar yapılmış araştırmalar derlenmiştir. 384.995 katılımcıyı içeren 14 çalışma analize dahil edilmiş ve çıkan sonuçlar sigara dumanına maruz kalan bireylerde serviks kanseri riskinin arttığına dair kanıt oluşturmıştır.⁴⁷

Epidemiyolojik çalışmalar alkol tüketimi ile artan kanser riski arasında nedensel bir bağlantı olduğunu göstermektedir.^{48,51,52} WHO verilerine göre Türkiye'de alkol tüketimi %3 ün altındadır.⁵¹ Türkiye'de de düzenli olarak alkol ve alkol tüketim verilerini takip eden bir kurum veya kuruluş olmaması sebebiyle bu konuda net bir veriye rastlanmamıştır.

▪ Kimyasal Maddeler

Kimyasal karsinojenlerle oluşan tümör tipleri, karsinojenin verildiği yola bağlıdır. Örneğin; kimyasal bir karsinojen deriye uygulandığında yassı epitel tümörleri oluştururken, derin dokulara verilirse sarkom oluşur. Bazı karsinojenlere ise kimyasallar hangi yolla verilirse verilsin, sadece uzun süre maruz kalmak da kansere sebep olabilir. Meslek hastalıkları bunun en temel örneğidir. Bu alanda yapılan çalışmaların en önemli güçlüklerinden biri tümörün etkisini yıllar sonra göstermesi ve takibinin oldukça zor olmasıdır. Bu nedenle var olan istatistiklerin doğruluğu tartışılmaktadır.²⁶

Son yıllarda çocuklarda kanser görülme sıklığı artmıştır. Pestisitler, duman, tütsü, saç boyasının kanser riskini arttırdığı düşünülmektedir. Aynı zamanda hoş kokulu benzen türevleri, klor-organik maddeler, fenoksiasetik asit türevleri ve miyelosupresif antibiyotiklerin kanserojen etkide oldukları düşünülmektedir.³⁸

2.4 Kanserın Fizyopatolojisi

Kanser anormal hücre büyümesi ve çoğalması ile tanımlanan multifaktöriyel bir hastalık olup temel nedeni Deoksiribonükleik asit (DNA)'ın doğru şekilde eşleşmesini önleyen genetik kararsızlıktır.²⁰ Hücre çekirdeğinin DNA sentezinde hücre dışarıdan gelen uyarılara açıktır. Bu evrede DNA sentezindeki değişiklik ile atipik hücreler meydana gelir ve atipik hücreler kontrolsüz bir şekilde çoğalır. Canlının tüm gen özellikleri kromozomlar üzerinde DNA aracılığıyla taşınır ve bu kromozomların üzerinde proteinler vardır. Kalıtımın esas üyeleri kromozomlardaki genlerdir ve tüm genler DNA molekülünün bir parçasıdır. Kanser DNA üzerindeki kodlamalarda ortaya çıkabilecek değişiklikler ve çekirdekdeki genetik sisteminin bir bölümünün değişikliğe uğraması sonucu ortaya çıkar.

Kanser tek bir nedenle ortaya çıkan kronik bir hastalık değildir. Farklı nedenleri, tedavileri ve prognozu vardır. Kanser hücresi hızla büyümesi ve artması ile karakterizedir Bu artış sırasıyla şu basamakları izler: Hiperplazi, anaplazi, displazi, neoplazi, karsinoma in situ, invaziv karsinoma basamaklarını içermektedir.^{26,35}

2.4.1 Bening ve Malign Tümörler

Bening ve malign tümörlerin özellikleri aşağıdaki tablo 2.1. de açıklandığı gibidir.³⁵

Tablo 2.1: Bening ve Malign Tümörlerin Özellikleri³⁵

ÖZELLİKLER	BENİNG TÜMÖRLER	MALİGN TÜMÖRLER
Hücre Özellikleri	Temel özellikleri kaybolmaz.	Hücre zarında özellikli antijen ve az miktarda da fibronektin bulunur.
Büyüme Şekli	Kapsüllüdür, dokuların çevresine infiltre olmadan ekspansiv büyür.	Kontrolsüz büyüme gösterir. Çevre dokulara infiltre olarak zarar verir.
Büyüme Hızı	Yavaştır.	Hızlıdır.
Metastaz	Metastaz yapmaz.	Kan ve lenf yoluyla vücudun diğer bölgelerine yayılır.
Genel etkiler	Lokalizedir. Yaşamsal fonksiyonları etkileyen bir lokalizasyon yoksa genel etkilere sebep olmaz.	Genellikle kansızlık (anemi), halsizlik, kilo kaybı gibi bağışıklığı olumsuz etkileyen etkenlere sebep olur.
Doku Yıkımı	Kan akımı engellenmedikçe genellikle doku yıkımına sebep olmaz.	Kanser hücresinin büyümesinde kan akışını durdurur ve doku hasarına sebep olarak bu hasara neden olan öğeleri üretir.
Ölüme neden olma	Yaşamsal fonksiyonları etkileyen bir etken yoksa genellikle ölüme sebep olmaz.	Tümörün büyümesi ve kontrolsüz çoğalması önlenemezse nekroz(doku ölümü), ülserasyon(doku tahribi), perforasyon(dokunun yırtılması) ve doku yıkımı ile yaşamın son bulmasına sebep olur.

Karsinogenez; normal hücreyi kanser hücresine çeviren gelişmeyi anlatmak için kullanılan bir terimdir. Şekil 2.1’de de gösterildiği gibi karsinogenezde kronolojik olaylar üç ana evreye ayrılabilir. Bunlar başlangıç (initiation) , gelişme(promotion) (sessiz,latent fazda oluşur) ve ilerlemedir (progresyon).²⁶

Başlangıç (initiation); kanserojen etkiye sahip farklı kimyasal ajanlar (sigara, asbest, arsenik, benzen, aflatoksin, nitratlar, allkelleyici ajanlar, östrojen replasman

tedavisi vb.) fiziksel ajanlar (iyonize radyasyon, ultraviyole ışınlar vb.) veya biyolojik ajanlar (Epstein-Bar virüsü, HIV virüsü, HPV virüsü, Hepatit B virüsü vb.) DNA sarmalında kırılmaya sebep olur. Bu aşama başlamadan önce DNA kendini onarma sürecine girer. DNA geçici bir süre değişim gösterir ama sürekli bir maruziyet yoksa kanser oluşmayabilir. DNA değişime uğrar ve eğer başlatıcı (initiation) tam bir karsinojen hem başlatıcı hem de ilerletici olarak etki ederse kanser hücre dizini üretir. Bununla birlikte hücrede tetikleyici faktörlerin (ileri yaş, hormonlar, stres, beslenme bozuklukları, sigara, alkol) etkisi ile farklılaşan hücrede ikincil değişiklikler meydana gelir ve hücre gelişmeye başlar.

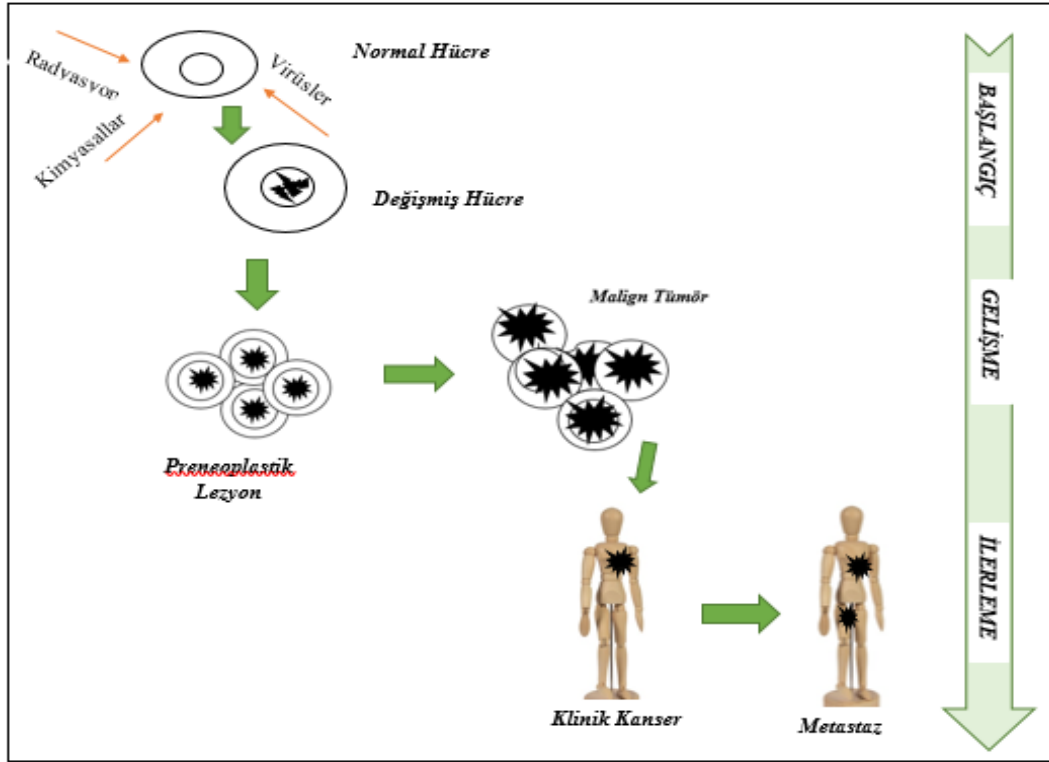
Gelişme (Promotion); karsinojenlere sürekli maruz kalma ile devam eden süreçtir. Kanser hücresinin oluşumu bu evrede başlar. Bu aşamada hücre bölünür ve her bir bölünmeden sonra hücre farklılaşır ve kendi büyüme faktörlerini geliştirir. Artık daha saldırgan hale gelmiştir. Kanser hücresi kendini geliştirir ve etrafa yayılır. Hasta bu noktada gelişen semptomları ile hastaneye başvurarak tanı alır.

İlerleme (Progresyon) ; Genellikle bir ya da birkaç yıl içerisinde görülür, geriye dönüşsüz bir süreçtir ve genetik olarak değişmiş olan hücrelerin maligniteye doğru ilerlemesiyle karakterizedir.

Metastaz: Kötü huylu hücreler (malign) kanser hücresinin çevre dokularına ve vücudun diğer dokularına doğru ilerler. Bu durum üç farklı yolla olabilir.

- Vasküler Sistem (Damar sistemi): Malign hücreler kendi damar sistemlerini oluşturarak (anjinogenez), kan dolaşımında organ ve dokuların kapiller boşluklarına tutunurlar .
- Lenfatik Sistem: Lenfatik sistem tüm vücudun intrasellüler sıvı boşluklarını drene eder. İlk tümör kitlesinden kopan kanser hücreleri genellikle lenf nodları tarafından tutulur.
- İmplantasyon: Serozal yolla ya da cerrahi müdahale sırasında ortaya çıkar.³⁵

Metastaz, tedavinin başarısızlığı ve kanserden ölümlerin başlıca nedenidir. Tümörlerin çoğunda ilk tanı konduğunda metastaz başlamış olabilir. Metastazın anlaşılması hedefe yönelik tedavilerin bulunmasını sağlamaktadır. ^{19,26,52,53,54}



Şekil 2.1: Karsinogenez Evreleri²⁶

2.5 Kanserde Tanı Yöntemleri

Kanserin tanısı fizyolojik ve fonksiyonel değişikliklerin belirlenmesi ve test sonuçlarının değerlendirilmesi üzerinde temellenir. Kanserde tanıyı belirlemede amaç; tümörün kaynaklandığı dokuyu bulmak, primer olan bölgeyi saptamak, malignitenin özelliklerini ortaya koyarak tümörün evre ve derecesinin belirlenmesidir.^{19,20}

2.5.1 Anamnez ve Fiziksel Muayene

Anamnez alırken hastanın yaşı, cinsiyeti, mesleği, medeni hali, çocuk sayısı, seksüel eş sayısı, nereli olduğu, nerede yaşadığı, eşlik eden hastalığının olup olmadığı, mevcut şikâyetlerince konulmuş kanser tanısı, alışkanlıkları, kullandığı ilaçlar gibi ayrıntılı bilgi alınmalıdır. Bundan sonraki aşamada ise fizik muayene başlar. Aslında fizik muayene hasta kapıdan girerken başlamıştır. Hastanın hastaneye geliş şekli, görünümü, göz ve dudak rengi, kilosu hastaya dokunmadan gözlemlenebilir faktörlerdir.^{20,55}

2.5.2 Laboratuvar İncelemeleri

Tanı testleri kanserin primer odağına ve metastaz durumuna göre değişiklik gösterebilir. Rutin kan incelemelerinde tam kan sayımı ve biyokimya sonuçları incelenir. Biyokimyasal değerlerde olan bazı değişiklikler kanserin varlığını ve yayılımını gösterebilir. Aynı zamanda unutulmamalıdır ki; anormal laboratuvar

sonuçları kesin kanser belirtisi göstermez, kesin kanser teşhisi konulabilmesi için ileri tetkik gerekir.^{19,35,55}

2.5.3 Tümör Marker Çalışmaları

Serumda, vücut sıvılarında ve/veya dokuda var olabilen tümör hücresinin davranışı ve varlığı ile ilgili bizi aydınlatan, kalıtsal kaynaklı moleküllere tümör belirteç (marker) veya tümör biyobelirteçleri denilmektedir.¹⁹ Tümör belirteç sonuçlarının bazıları tümörün kitlesi ile doğru orantıda ilerlerken, bazıları doğrudan tümör dokusunun aktivitesi ile doğru orantılıdır. Klinik olarak bazı kanser türlerinin tanınmasında, tanısında, sınıflandırılmasında, seyrinin belirlenmesinde, tedavi cevabının takibinde kullanılabilirler fakat unutulmamalıdır ki; günümüzde halen birçok biyobelirteçleri bir malignitenin tanısında veya taramasında kullanılabilecek yeterli duyarlılık ve kesin “ideal tümör belirteci” şeklinde ifade edilememektedir, tanıya yardımcı olarak kullanılmaktadır.^{19,35,56} Bazı Malignitelerin tanısında kullanılan tümör belirteçleri Tablo 2.2.’ de gösterilmiştir.

Tablo 2.2: Bazı Malignitelerin Tanısında Kullanılan Tümör Belirteçler^{19,35,56}

Kanser Tipi	Tanıda Kullanılan Belirteçler
Akciğer Kanseri	Dokuda TTF-1 ¹
Melanom	Dokuda S100,Melan-A,HMB 45, MITF
Meme Kanseri	CA-15-3, CA27-2
Germ Hücreli Tümörler	Kan ve dokuda AFP, β -HCG,serumda LDH
Over Kanseri	Dokuda WT1, CA-125 ²
Prostat Kanseri	PSA,fPSA
Mesane Kanseri	BTA,NMP22,NMP52,BLCA-4,BLCA-1,survivin, hyaluranidase,CK8,18,19 ³
Kolorektal Kanser	Dokuda CDX2
Pankreas Kanseri	Ca19-9 ⁴
Hepatosellüler Karsinom	AFP

2.5.4 Histolojik ve Sitolojik İncelemeler

Histolojik ve sitolojik incelemeler bireyde kanser varlığı düşünüldüğünde, kanser varlığını netleştirmek için yapılmaktadır ve kanserin histolojik ve sitolojik tanısı

¹ TTF-1 tiroid kanserinde de pozitifdir, ancak tiroid ca.da tiroglobulin pozitifliği de vardır.

² Sadece postmenopozal kadınlarda.

³ Sadece yüksek riskli kişiler için

⁴ Sadece BT ve USG altında muayene ile⁴ anlamlı sonuç alınır.

konmadan hiçbir hastanın tedavisine başlanmamalıdır. Sitolojik çalışmalar için; pratikte genellikle pap smear uygulaması ile karşımıza çıkar. Pap smear serviksin prekanseröz lezyonlarının tanısında tarama testi olarak kullanılır.^{19,57} Histopatolojik tanısında doku kütlesinden alınmış ve özel işlemlerden geçirilmiş çok ince kesitler (meme kanserinde alınan insizyonel ve eksizyonel biyopsi ya da santinel lenf nodu biyopsisi) mikroskopik olarak incelenmektedir. Her iki yöntem de tanı koymak için önemlidir fakat nicel açıdan bakıldığında sitoloji histolojiye göre daha duyarlı olabilmektedir. Çünkü alınan doku kanserli dokuyu içeren bölgeden alınmadıysa negatif çıkan sonuç yanıltıcı olabilir. Bu sebeple tanıyı kesinleştirmenin yanı sıra, histopatolojik çalışmaların parçası olan biyopsi hastalığın yaygınlığını belirlemek için değerlendirilebilir.^{19,35}

Histolojik ve sitolojik incelemeler histolojik tanı konmasında etkilidir. Radyolojik tanı yöntemleri ile tanı konulamaz. Radyolojik tanı yöntemleri lezyonların varlığı, konumu, yayılımı, zamanla değişimi ve karakter tanımlamasında rol oynar.¹⁹

2.5.5 Endoskopik İncelemeler

Vücudun boşluklu organları ya da organlar arası boşlukların arasına girerek herhangi bir operasyona gerek kalmadan veya küçük kesiler yardımı ile ucunda kamera sisteminin takılı olduğu bir boru ile organların görüntülenmesi yöntemidir. Laringoskopi, bronkoskopi, özofagografi, gastroduodenoskopi, sigmoidoskopi, rektoskopi gibi farklı bölgelerin incelenmesinde kullanılan bu görüntülemeler ile aynı zamanda girilen bölgelerden (şüphe edilen durumlarda) biyopsi alınması ile histopatolojik tanı konmasında destek sağlanır. Bronşial ve gastrointestinal sistem kanserlerinin tanısında önemli bir yaklaşımdır.^{19,26,35}

2.5.6 Radyolojik Görüntüleme Çalışmaları

Radyolojik görüntüleme çalışmaları kapsamında yer alan direkt akciğer/batın grafisi, ultrasonografi (USG),mamografi, bilgisayarlı tomografi (BT), MRI, PET, kemik sintigrafisi gibi görüntüleme yöntemleri kanserin tanısının konmasında, kanserin yayılımının belirlenmesinde ve uygulanan tedaviye cevabın değerlendirilmesinde kullanılır. Kullanım alanları; değerlendirme yapılan tümörün tipine, yerleşimine, istenilen sonucun amacına göre farklılık gösterir.^{19,26,35}

2.6 Kanserde Tedavi Yöntemleri

Kanser tedavisi multidisipliner bir ekip ile belirlenir. Kanser tedavisinin amacı;

- Hastanın iyileşmesini sağlamak

- Fonksiyonel ve yapısal yetersizlikleri azaltmak veya ekarte etmek
- Kanser bölgesinden uzak metastazları önlemek
- Hastanın yaşam süresini uzatmak
- Hastalıkla ilgili belirti ve bulguların kontrolünü sağlamak
- Hastanın yaşam kalitesini arttırmaktır. ^{19,26}

Tedavi seçiminde; tümörün yapısı, büyüklüğü ve yeri, hastalığın süresi, hastanın fiziksel /psikolojik durumu ve hastanın tercihi önemlidir. ²⁶

2.6.1 Cerrahi Tedavi

Kanser hastaları için tanı, evreleme, iyileştirmeye yönelik uygulanan cerrahi işlemler tedavi ve palyasyon amacıyla yapılabilir. Günümüzde de en sık kullanılan tanı, evreleme ve tedavi yöntemlerinden biridir. ^{19,58} Kemoterapi, radyoterapi, immunoterapi, hedefe yönelik tedaviler gibi multidisipliner tedavi yaklaşımları ile birlikte kullanılması hastalığın tedavisinde son derece önemlidir. ⁵⁹

Tanı Cerrahisi: Malign tümörler farklı özellikler gösterirler. Bu sebeple tedaviye verdikleri yanıtlar da değişiklik gösterir. Bu sebeple tedavinin planlanmasında histolojik tanı son derece önemli olup, tümör hücresinin özelliğini belirlemek için doku örneği alınmalıdır. Doku örneği biyopsi ile alınabilmektedir. ^{26,58}

Biyopsi türleri aşağıdaki tabloda özetlenmiştir:

Tablo 2.3: Biyopsi Türleri ²⁶

Biyopsi Türü	Özellikleri
Eksizyonel Biyopsi Sterotaktik eksizyonel biyopsi Sentinel lenf nodu biyopsisi	Bu biyopsi türünde; birçok hastada bu işlem gerçekleştirilirken tümör ve etrafındaki sağlam doku da çıkarılır. Bu sebeple bu bölgedeki mikroskopik kanser hücrelerinin dokuda kalması önlenmiş olur.
İnsizyonel Biyopsi	Çıkarılamayacak kadar büyük tümörlerde uygulanır. Patolojik inceleme için tümörden doku örneği alınmalıdır. Amaç doğru tanı koyabilmek için dokudan parça almaktır. Fakat alınan parçada etkilenen doku ve hücre içermiyorsa yanlış sonuç gelebilir. Bu durum kanser varlığını ekarte etmez. Genellikle endoskopi ile yapılır.

İğne Biyopsisi	Diğer yöntemlere göre kolay, ucuz ve sadece sınırlı uyuşturma içerdiği için daha konforludur.
İğne aspirasyon biyopsisi	Ayrıca doku hasarının az olmasıyla birlikte çevre dokulara yayılma olasılığı da bu yöntemde daha düşüktür.
İğne core Biyopsi	
Tru-cut core biyopsi	

Evrelendirme Cerrahisi: Evrelendirme cerrahisi tümörün yayılıp yayılmadığını, yayılmış ise vücudun hangi bölgesine metastaz yaptığını görmek için önemli bir uygulamadır. Burada yapılan cerrahi girişim, hastalığın boyutunu belirleme ve hastalığın bulunduğu evreye yönelik olarak yapılacak cerrahi girişime, ek tedavilere karar vermede cerraha yol gösterir. Kanserın evrelendirilmesinde sıklıkla laparoskopik ve endoskopik teknikler kullanılmaktadır.²⁶

Primer Tedavi Olarak Cerrahi: Amaç; tümör ile birlikte etrafındaki sağlam dokuları ve lenf nodlarını çıkarmak, tümörün sağlam dokularla kaynaşma ihtimalini düşürmektir.²⁶

Tümör Yükünü Azaltıcı Cerrahi: Tümör, bir organa ya da çevresine yayılabilecek konumda ve biçimdeyse cerrahi yöntemle küçültülür. Bu yöntem diğer tedavi yöntemlerinin (kemoterapi, radyoterapi, biyoterapi gibi) kullanılabilmesi için uygulanır.²⁶

Profilaktik Cerrahi: Tümöre dönüşebilecek ve canlılığını yitirmiş doku/organların çıkarılması anlamına gelir. Burada aile öyküsü ve genetik yatkınlık önem taşımaktadır. Hasta profilaktik cerrahi olma olasılığı taşıyorsa; semptom varlığı ve yokluğu, bu tedavi yönteminin riskleri ve yararları, kanserin erken evresinde belirlenmiş olup olmama durumu, hastanın yaşına bağlı olan riskler ve postoperatif dönemde ortaya çıkacak sonuçları hastanın kabul etmesi gibi faktörler göz önünde bulundurulmalıdır.^{19,26,35,58}

Palyatif Cerrahi: Kansere bağlı olan komplikasyonları azaltmak ve kalan yaşam süresinin kalitesini arttırmak amacıyla uygulanır. Tam iyileşme halinin olmadığı durumlarda karşımıza çıkar. Palyatif cerrahiye karar verilmesi tümörün büyüklüğüne, tedaviden beklenen sonuca ve hastaya sağladığı yarara bağlıdır. Bu tedavi yönteminde hasta ve yakınlarının hayal kırıklığı ve ümitsizlik duygularından korumak için cerrahinin uygulanma amacı net bir şekilde aktarılmalıdır.^{35,60}

Rekonstrüktif Cerrahi: Önceden yapılmış olan cerrahi tedaviden kalan bozuklukları ve oluşmuş olan bir fonksiyon kaybını düzeltmek için yapılan girişimdir.^{26,35}

2.6.2 Radyoterapi

Radyoterapi; vücuttaki sağlıklı hücrelere en az hasarı vererek tümör hücrelerinin yok edilmesidir. Radyoterapi farklı amaçlarla uygulanabilmektedir. Bu amaçları aşağıdaki gibi tablo 2.4. 'de özetlemek mümkün olabilir.²⁶

Tablo 2.4: Radyoterapinin Amacı²⁶

Primer Tedavi	Erken dönemde tanı almış ve cerrahi tedaviyi reddeden hastalarda uygulanan temel tedavidir.
Kombine(Kombinasyon) Yöntemlerle Tedavi	Kemoterapi, cerrahi tedavi gibi diğer tedavi yöntemleriyle kullanılmaktadır. Bazı kanser türlerinde radyoterapi ve kemoterapi birlikte uygulanarak tedavi etkinliğinin artırılması amaçlanır fakat bununla birlikte hastanın yaşam standartlarını önemli ölçüde düşüren yan etkiler gözlemlenebilir. ⁶¹
Profilaktik Radyasyon Tedavisi	Kanser hücresinin büyümesi ya da ortaya çıkmasının engellenmesi hedeflenir.
Palyatif Radyasyon Tedavisi	Tümör hücresinin başta beyin, kemik ve yumuşak dokuya sıçradığı durumlarda, diğer dokulara sıçramanın (metastazın) sebep olduğu belirtileri azaltmak ya da ekarte etmek amacıyla kullanılır. ⁶²

Radyasyon fetüs için sakıncalıdır. Bu sebeple hamilelik sürecinde ve hamilelik şüphesinin olduğu durumlarda radyasyona maruziyet önlenmelidir.⁶³

Radyoterapinin Sistemik Yan Etkileri

Radyoterapinin yan etkileri incelendiğinde, ışın uygulanan bölgeye bağlı olarak farklılıklar karşımıza çıkar. Uygulanan dokunun özellikleri, ışınlanan normal doku hacmi, radyoterapi sırasında kullanılan toplam tedavi dozu, tedavi süresi ve uygulamalar arasında geçen süre bu farklılıkların temel nedenleridir.

Vücudumuzdaki hücrelerin radyoterapiye duyarlılıkları birbirinden farklıdır. Yavaş bölünen ve farklılaşma oranı yüksek olan hücreler, hızlı bölünen ve az miktarda

değişim gösteren hücelere göre radyoterapiden daha az etkilenmektedir. Sağlam dokularda radyoterapi sonucu ortaya çıkan yan etkiler üç başlıkta incelenmektedir.

Akut Yan Etkiler: Radyoterapinin başlaması ile erken dönemde (en erken iki hafta) deri, mukoza ve hematopoetik hüceler gibi hızla yenilenen dokularda gözlemlenir. Ciddi sorunlar ortaya çıkmadığı sürece tedavi aksamaz. Destek tedavi ile kontrol altına alınırlar. Akut yan etkiler aşağıdaki gibi olabilir.

Serebral ödem, alopesi (saç dökülmesi) , yorgunluk, stomatit(ağız ve dudakların inflamasyonu), kserotomi (ağız kuruluğu), ösofajit, tat değişimi, lenf ödem, brakiyal pleksopati, nefes darlığı, balgamlı öksürük, bulantı, kusma, iştahsızlık, diyare (ishal), sistit, cinsel işlev bozukluğu, tüm vücutta kızarıklık

Subakut Yan Etkiler: Radyoterapiyi takiben üç ile altı ay arasında ortaya çıkan ve erken dönemde oluşan yan etkilerdir. Genellikle kendiliğinde düzelirler fakat nadiren de olsa ciddi durumlar ile karşılaşılır. Bunlar şu şekilde sıralanabilir:

Serebral atrofi, kranyal nöropati, osteonekroz, çene kilitlenmesi, fibroz, pulmoner fibroz, fibroz, nekroz, ülserasyon, obstüsiyon, yapışıklık, darlık, nefrotoksitite, çocuklarda büyümenin durması, kemik kısalması, tüm vücut renginde koyulaşma ve atrofi gibi yan etkiler görülebilir.

Geç yan etkiler: Radyoterapiyi takiben altıncı aydan sonra karşımıza çıkar. Radyoterapi süresince en korkulan ve radyoterapi dozunu kısıtlayan yan etkilerdir. Çoğalma yeteneği çok az olan veya hemen hemen hiç olmayan santral sinir sistemi gibi dokularda ortaya çıkarlar.^{35,61}

2.6.3 Kemoterapi

Kanser hücresinin ekarte edilmesi için kullanılan ilaçlara “kemoterapötik ajanlar” adı verilir. Bu ajanlar DNA’daki kromozom sentezini ya da Ribo nükleik asit (RNA) sentezini engelleyici özellikleri ile tümöre etki ederler.²⁶ Antineoplastik ilaçların kanser hücrelerine karşı seçiciliği antibiyotiklerin bakterilere olan seçiciliğinden farklıdır. Antineoplastik ilaçlar kanser hücrelerinde karşı daz az seçicidir. Çünkü malign hüceler ve kanser hücresi arasında niteleyici açıdan fazla fark olmamakla birlikte, niceleyici açıdan fark belirgindir.⁶⁴

Cerrahi girişimler ve radyoterapi, hastalığın lokalize olduğu durumlarda uygulanırken kemoterapi metastaz durumunda ve hastalığın yaygın olduğu durumlarda da uygulanarak tedavi yöntemleri arasında avantaj sağlamaktadır.⁶⁴

Geniş kapsamlı incelediğimizde kemoterapinin genel amaçları şu şekilde sıralanabilir:

- Kanseri tedavi etmek
- Tedavinin mümkün olmadığı durumlarda yaşam kalitesini ve süresini arttırmak
- Tümöre bağlı semptomları hafifleterek tümörün hasta üzerinde oluşturduğu yan etkileri en aza indirmek
- Sinirlere ve organlara olan baskının azaltılması
- Tümörün etki ettiği bölgedeki kan akımını arttırmaktır.^{65,66}

Aynı zamanda kemoterapinin kanserde kullanım amacı tümörün yerleşimi ve yayılımına bağlı olarak da farklılık göstermektedir.

Tablo 2.5: Kemoterapi Tedavi Türleri⁶⁶

Adjuvan tedavi	Rezidüel hastalık bulgusu olmayan ancak cerrahi operasyon sonrası hastalığın tekrarlama olasılığının olduğu olgularda uygulanır. ³⁵
Neoadjuvan tedavi	Cerrahi operasyon öncesi, tümörün evresini küçültmek amacıyla uygulanmaktadır. ³⁵
Palyatif Tedavi	Metastatik hastalıkta hastalığa bağlı belirtileri azaltmak ya da kontrol altına almak amacıyla uygulanmaktadır. ³⁵
Yüksek doz tedavi	Bu tedavi şekli lenfomalı hastalarda sıklıkla uygulanır. Kemik iliği transplantasyonu ile birlikte hastaya yüksek doz kemoterapi büyüme faktörü birlikte yüksek doz tedavi verilir. ³⁵

Kemoterapinin Yan Etkileri

Kemoterapi ilaçları tümöre etki etmekle birlikte çevre dokulara da etki ederek yan etki gözlenmesine sebep olmaktadır.³⁵ İlaçların uygulanması sırasında ve süresince oluşan yan etkilere akut yan etkiler, kemoterapi tamamlandıktan sonra geniş bir zaman aralığından sonra gelişen kalıcı yan etkilere kronik yan etkiler denir.²⁶

Kemoterapinin yan etkileri ; “anemi, trombositopeni, nötropeni, lökopeni” hematolojik yan etkiler, “bulantı-kusma, konstipasyon, anoreksiya, stomatit, ösofajit, tat değişiklikleri, diyare, kilo kaybı, farenjit” gastrointestinal yan etkiler, “nefrotoksitite, idrar renk değişikliği, hemorajik sistitis, hiperüremik nefropati” genito-üriner yan etkiler,” pnomoni, pulmoner fibrozis” pulmoner yan etkiler, “dermatit, alopesi, perianal ve vulva ülserleri, hiperpigmentasyon, tırnak değişiklikleri” dermatit yan etkiler, “konjestif kalp yetmezliği, aritmi, taşikardi, kardiyomyopati, kronik kalp hastalığı” kardiyak yan etkiler , “amonore, düzensiz menstural döngü, sterlite, libido kaybı, azospermi, oligospermi, menopozal belirtiler” üreme sistemine ilişkin yan etkiler, “hepatoksitite, siroz, hepatik fibrozis, portal hipertansiyon” hapatik sistem yan etkileri, “periferel nöropati, serebral toksitite, otonomik nöropati” ototoksitite yan etkileri şeklinde sıralanabilir. ^{65,67,68}

2.6.4 Hedefe Yönelik Tedaviler

Tümörün büyümesinde ve ilerlemesinde efektif olduğu düşünülen malign dokuları hedef alan ilaçlar, hedefe yönelik tedavinin temelini oluşturmaktadır. ⁶⁹ Hedefe yönelik tedaviler; hücre yüzeyinde veya hücre içinde yer alan reseptörlerin belli bir noktasına bağlanıp, hücre değişimine neden olan sinyali baskılayıp etkisini ortaya koymaktadırlar. Uygulanmış olan bu baskı çoğalmayı sağlayacak olan sinyali ortadan kaldırarak hücrenin farklılaşmasını ve tümörün gelişmesini engellemektedir. ⁷⁰

Kanserde hedefe yönelik tedaviler iki ana başlıkta incelenmektedir. Bunlar;

Monoklonal Antikorlar; immun sistemdeki antikorların sentetik türevleri olarak bilinirler. Ülkemizde sıklıkla kullanılan monoklonal antikorlar; transtuzumab (Herceptin) , bevasizumab (Altuzan), setuximab (Ertibux) ve panitumumab (Vectibic), rituksimab (mabthera) , alemtuzumab (campath, lemtrada) ‘tır. ^{19,69}

Küçük molekül inhibitörleri; kanser hücrelerinin büyümesinden sorumlu protein ve enzimleri baskılayarak işlev görür. Ülkemizde kullanılan küçük molekül inhibitörleri; imatinib (Gleevec), gefitinib (iressa), afatinib (gilotrif),erlotinib (tarceva), alectinib (alecensa), crizotinib (xalkori),sorafenib (nexever), regorafenib (stivarga), sunitinab (sutent), dabrafenib (taflınar) ve trametinib (mekinist)’tir. ¹⁹

Hedefe yönelik tedaviler kanser hücrelerini direkt hedef alarak etki gösterirken yan etkileri de beraberinde getirir. Yan etkiler başta gastrointestinal, deri, hematolojik, kardiyopulmoner olmak üzere organ ve sistemler üzerinde gözlenir. ^{19,71}

Kanser tedavisinde hedefe yönelik tedaviler maliyeti yüksek tedaviler olmakla birlikte mutlak iyileşme her zaman olmaz. Hastalıkta kısmi gerileme gözlenebilirken, stabilizasyon ve progresyon da gözlenebilir. Tedavi yanıtları ilaç tipine ve hastanın tanısına göre değişiklik göstermektedir.¹⁹

2.6.5 İmmunoterapi

İmmunoterapi özellikli bir tedavidir. Sözlük anlamı olarak; "bireyin immun sisteminin belirli kısımlarını kullanarak, kanser gibi çeşitli hastalıklarla mücadeleyi sağlar." şeklindedir. "Biyolojik terapi" ve "biyoterapi" gibi farklı adlandırılabilir. Kanser tedavisinde kemoterapi, radyoterapi, cerrahi tedavi ve hedefe yönelik tedaviler gibi tedavilerden biridir. Bu dört tedaviden farklı olarak immunterapi doğrudan kanser hücrelerini hedef almaz. Bunun yerine vücudun immun sistemini hedef alarak tümörün büyümesini engeller ya da doğrudan tümör antijenlerini hedef alması için immun sistemi güçlendirir. Sürekli olarak hücreleri veya antijenleri kontrol eden immun sistem yabancı olarak belirlediği kanser hücrelerini ekarte ederek vücuttan uzaklaştırır.⁷²

İmmunoterapi kanser tedavisinde yeni bir dönem başlatmıştır. Örneğin; küçük hücreli akciğer kanserinde en sık görülen ve özellikle nedeniyle immun kontrol noktası inhibitörleri tedavisinden ideal olarak yararlanılabilecek akciğer kanseri türüdür.⁷³ İmmun kontrol noktası inhibitörleri ile yapılmakta olan bu çalışma ve bunun gibi pek çok çalışma ve sonuçları; ilerleyen yıllarda günlük pratiğimizde bu ilaçların önemli yer sahibi olacağını işaret etmektedir.

2.6.6 Hormonoterapi

Hormonoterapinin amacı; farklı ilaçlar kullanarak meme, endometriyum ve prostat gibi kanser türlerinin hormona duyarlılığını ortadan kaldırarak tedavisini sağlamaktır. Tedavi esnasında gözlenen yan etkiler sınırlıdır. Bunlar; sıcak basması, üşüme titreme hafif eklem ağrıları şeklindedir.³⁵

2.6.7 Hematopoetik Kök Hücre Nakli

Başta hematolojik kanserler, kök hücre yetmezlikleri, immun yetmezlikler, doğumsal metabolik hastalıklar, otoimmun hastalıklar ve bazı solid tümörler olmak üzere erişkin ve çocuk yaş grubunda çok sayıda hastalığın tedavisinde etkili olduğu kanıtlanmış, çoğu hastada küratif özelliği olan hematopoetik kök hücre nakli standart bir tedavi yaklaşımıdır. Aslında hematopoetik kök hücre nakli sırasında hastadan

nakledilen hücrelerin tümü kök hücre özelliği taşımaz. Doğru ifade; hematopoetik öncü (progenitör) hücre veya sadece hematopoetik hücre naklidir.⁷⁴

2.7 Kanserde Semptom Yönetimi

Kanser tanı ve tedavisi ile birlikte, hastanın mevcut durumu ve yaşadığı/yaşayabileceği problemlere yönelik bakım desteği son derece önemlidir. Onkoloji hemşireliğinde amaç; kanser gelişimini önleme, bireylere sağlıklı bir yaşam şekli kazandırma, birey ve ailesinin işlevlerini en üst düzeyde tutma, yaşam kalitesini arttırmaktır. Kanser hastasının bakımı; multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Bu noktada onkoloji hemşiresi bilgi ve becerisi ile ekibin ayrılmaz bir parçasıdır.^{68,75}

Kanser tanısı almış bireylerde tedavi sürecinde hastalar zaman zaman fonksiyon kaybı yaşarlar ve bağımlılıkları artar. Bireylerin fonksiyonel bağımlılıklarının azalması ve yaşam kalitesinin artırılması için yaşadıkları semptomların belirlenmesi ve yönetilmesi gerekir. Hastalarda sıklıkla; yorgunluk, bulantı-kusma, oral mukozit, ağrı gözlemlenebilir. Bu yan etkiler sonucunda da birey stres yaşayıp, kaygı hissedebilir.^{68,75-78}

2.7.1 Kanserde Kaygı Yönetimi

Tehdit altında hissedilen korku ve gerginlik kaygı olarak tanımlanır. Gelecekle ilgili insanı huzursuz eden ve üzen bir bekleyiş, güvensizlik duygusu içinde hissedilen heyecanlı olma halidir. İlgili literatür çeşitli analizlerle ortaya konmuş iki tür kaygı tanımlamaktadır. Bunlar; durumluk kaygı ve süreklilik kaygıdır. Durumluk kaygı; öznel gerilim ve korku duygularıyla karakterize olan geçici duygusal durumdur. Sürekli kaygı ise göreceli olarak bireyde var olan kaygı eğilimini göstermekte olup, durumluk kaygının yoğunlaşması ve süreklilik kazanması halidir.^{79,80}

Kanser tanısı, aile ve bireyler üzerinde ciddi bir gerilim ve kaygıya neden olur. Hasta yakınları, sevdikleri bireyin geçirdiği ruhsal ve bedensel değişikliklerin birinci şahitleridir. Hasta bireyin rol değişiklikleri, hasta yakınının bu rolü üstlenme çabası, çalışamayan aile bireyinin eksikliği ve tedavi masrafları ile gelen maddi zorluklar bireyleri yorar ve umutsuzluğa sürükleyebilir. En dikkat çeken olgulardan bir tanesi ise her dönemde görülen kaygı ve zaman zaman artan somatizasyondur.⁸¹

Yapılan araştırmalar kanser faktörü ile ortaya çıkan yorgunluğun, kaygı ve depresyon gibi bulguların kanser tanısı almış bireylerde bilişsel işlevleri önemli ölçüde etkilediği ve yaşam kalitesini düşürdüğü gözlemlenmiştir.⁷⁸

2.7.2 Kanserde Öz bakım Yönetimi

Öz bakım bireylerin günlük hayatında rastladıkları durumlara yönelik yapmak zorunda oldukları fiziksel, bilişsel, duygusal kişilerarası ve sosyal gelişmeleri ve fonksiyonları kapsar.⁸² Kısaca öz bakım bireyin kendi sağlığı için devamlı olarak katılımıdır. Bireyin kendi sağlığına hangi ölçüde katıldığıнын değerlendirilmesi ancak öz bakım yöntemlerinin değerlendirilmesi ile olur. Kanseri gibi kronik hastalık tanısı almış bireylerin problemlerine ve daha sonra ortaya çıkabilecek problemlerinin giderilmesinde var olan hastalığa ve değişen yaşam tarzına gösterdikleri uyum büyük bir öneme sahiptir. Ülkemizde öz bakım yönetiminin geliştirilmesi ile ilgili ölçekler mevcuttur.⁸³

Kanser gibi kronik hastalıklarla baş etme sürecinde tedavi ve bakım kadar öz bakım yönetiminin sağlanması ve hastalığa uyum sürecinin tamamlanması da gerekmektedir.⁸⁴ Kanser gibi kronik hastalıkların yönetiminde; bakım koordinasyonu ve bakımın sürekliliği için profesyonel bir ekiple iş birliği içinde çalışmak, hasta çıktılarını iyileştirmede ve bakımın finansal yükünü azaltmada etkilidir. Bu noktada hemşire multidisipliner ekibin bir parçasıdır. Hastanın tanımlanmış sorunlarına yönelik danışmanlık yapıp, spesifik eğitimler düzenleyerek kronik hastalık yönetimine destek vermiş olur.^{85,86}

2.8 Kanseri Sürecinde Hasta Bakımı Planlama

Hemşirelik profesyonel bir disiplin olup, bilgi ve becerinin harmanlanarak kullanıldığı uygulamalı bir bilimdir. Hemşirelik alanında gerçekleştirilen uygulamalar bilimsel bir temele dayanmaktadır. Bunlar; tıp ve sağlık bilimi, hemşirelik kuramları ve hemşirelik sürecidir.⁸⁷

Kanser sürecinde verilen sağlık bakım hizmetlerinin amacı, sağlık bakımına ihtiyacı olanlara sağlanan bakımın kalitesini geliştirmektir. Bakım hizmetinde etkin çıktıların görülebilmesi, uygulamada tek biçim bir prosedür oluşturulması, verilerin toplanması ve hayata geçirilmesinde sistematik bir yol izlenmesi, bakım ve uygulamanın net sınırlarını belirlemek amacıyla bazı teoriler ve modeller geliştirilmiştir.^{88,89}

2.8.1 Kanseri Hastalarının Bakımında Kullanılan Bakım Modelleri

Kanser hastasının bakım uygulamalarında, her geçen gün yeni gelişmeler ortaya çıkmaktadır ve bu gelişmeler hastanın yaşam süresine olumlu yönde etki ederken;

hastalık sürecinde uygulanan tedavi, yaşanan semptomlar ve bireyin özelliklerine bağlı olarak zaman zaman fonksiyonel yetersizlik ya da kayıp, zaman zaman da psikolojik sorunlar ile hastanın yaşam kalitesine olumsuz etki gösterdiği gözlenmiştir. Bu nedenler, kanser hastasının özel bakım gereksinimlerinin karşılanması için farklı bakım modelleri geliştirilmiştir.^{90,91}

Modeller; beklenen hasta sonuçlarına ulaşmak için hemşirelerin düşünme biçimine yön veren haritalardır. Bakım sürecinin yönetilmesinde kullanılan bu modeller, hemşirenin hasta bakımını planlamasında rehber görevi görür. Modeller; hasta bireyler ve sağlık uzmanları arasındaki işbirliğini güçlendirir, bütüncül bakımın sürekliliğini ve birey ve ailesinin bakım rolünde etkin rol almasını sağlamış olur. Böylece bakım kalitesi artmış, maliyet etkin kullanılmış olur.^{90,91} Kanser hastasının bakımında kullanılan bakım modelleri tablo 2.6'da gösterilmiştir.

Tablo 2.6: Kanser Hastasının Bakımında Kullanılan Bakım Modelleri^{90,91}

KANSER HASTASININ BAKIMINDA KULLANILAN BAKIM MODELLERİ		
Halk Sağlığı Modeli		
Hasta Gereksinimleri Modeli		Konfor Teorisi
Hasta Merkezli Bakım Modeli		Yaşam Kalitesi Modeli
Semptom Kontrolü Modeli		Güçlendirme Modeli
İnsan Bakım Teorisi		Uyum Modeli
Vaka Yönetim Modeli		Biyopsikososyal Spiritüel
Kronik Bakım Modeli		Bakım Modeli
Kanser Bakım Modeli		
Navigatör Hemşire Modeli		
Tele-Kanser Hemşireliği Modeli		
Kanser Yörünge Modeli		
Papyon Modeli (Bow-Tie Model)		

2.9 Kanser Hastalarında Vaka Yönetim Modeli

Vaka yönetimi; bireylerin sağlık bakım gereksinimlerinin tespit edildiği, gereken girişimlerin organize edildiği, hayata geçirildiği ve takip edildiği multidisipliner sistemdir. Buradaki kilit nokta bakım ve hizmetlerinin koordine edilmesidir. En düşük maliyet ile eldeki kaynakların etkin bir şekilde kullanılması hedeflenir.^{13,92}

Vaka yönetimi, toplum desteği ve gelir düzeyi düşük popülasyonun bakımıyla ilgilenen sosyal hizmet uzmanları ve hemşireler tarafından 19. yüzyılın sonunda ve 20. yüzyılın başında ortaya çıkmıştır. 1980’de vaka yönetimi, hemşire yönetiminde varlığını sürdürmüş ve sağlık kuruluşlarında hemşire bakımına dahil olmaya başlamıştır. 1990’a kadar, vaka yönetimi birçok mesleki programda yaygınlaşmıştır. 1990’da finansal kontrollü hasta bakımı işlevini yerine getirmeye başlamıştır.⁹³ Günümüze kadar farklı kurumlarda özellikle kalp, diyabet ve psikiyatri alanında geliştirilmiştir. Vaka yönetim modelinin yapılandırılmasında; sağlık kuruluşunun tipi, gereksinimleri, özümlediği felsefesi, kurumun amacı, çalışan profesyonellerin bilgi donanımı ve hasta popülasyonu etkili olan faktörlerdir. İleri evre kanser hastaları hastalık süreci boyunca ciddi belirtiler, deneyimler ve psikososyal, spiritüel, fiziksel gereksinimleri yüksek düzeydedir. Vaka yönetim modeli, var olan kaynakların etkin kullanımı ve yaşam kalitesinin artırılması yönünde önem taşımaktadır.^{92,94,95}

Case Management Society of America (CMSA- Amerika Vaka Yönetimi Derneği) vaka yönetimini; hasta güvenliği, bakım kalitesi, maliyetin etkin kullanılması amacıyla ulaşılabilir kaynaklar doğrultusunda, iletişimin ön planda olduğu, hastanın sağlık ihtiyaçlarının giderildiği ve bu ihtiyaçlara yönelik seçenekler için değerlendirmelerin, planlamanın yapıldığı işbirlikçi bir süreç olarak tanımlamıştır.^{12,13,96,97}

ANA (American Nurses Association) vaka yönetimini, hasta bakımında sistematik bir yaklaşım felsefesi olarak tanımlamaktadır. ANA’ya göre; sürekli ve kaliteli bakım, bakımda standardizasyon, hastanın yaşam kalitesinin artırılması ve bakım maliyetinin azaltılması vaka yönetiminin temel hedefleridir.^{98,99}

Vaka yönetiminin gelişmesinde ve şekillenmesinde; hastaya kaliteli bir bakım sağlanması, yatış süresinin mümkün olan en kısa sürede tamamlanması, kaynak ve maliyetlerin etkin kullanılması, multidisipliner bir yaklaşımla yürütülmesi, devamlı

olması ve hastanın, ailenin, personelin memnuniyetinin artırılması belirleyici hedefler arasındadır.^{99,100}

Hastane ortamında uygulanan vaka yönetimi sürecinin yüksek maliyetli, uzun süre hastanede kalışlara sebep olan ve titiz bir bakım-tedavi ihtiyacıyla hastaneye yatan yüksek risk grubundaki hastalara uygulanması önerilmektedir. Literatürde genellikle; miyokard infarktüsü, diyabetes mellitus, koroner bypass cerrahisinde, kanserde, inmede hastane vaka yönetimi kullanıldığı saptanmıştır.^{86,93,99-103}

Vaka yönetimi sürecinin yürütülmesinde hasta bakımını ve hasta bakımının takibi esastır. Vaka yöneticileri bakım gereksinimleri doğrultusunda farklı gruplardan (tıp, psikososyal vb.) seçilebilir. Vaka yönetimi sürecinde sıklıkla karşılaştığımız hemşirelik disiplindir ancak sosyal çalışmacılar tarafından da yürütülen vakalar bulunmaktadır. Örneğin kanser tanısı almış bir bireyin yönetim sürecinden vaka yönetici hemşire sorumlu kabul edilirken, bir çocuğun ya da ailenin yönetim sürecinde sorumluluk sosyal hizmet uzmanlarına verilebilir.^{86,102,104}

Vaka yönetim sürecinde olan bir hemşirenin en az lisans eğitimini tamamlamış olması, en az üç yıllık deneyiminin olması gerekmektedir. Bazı vaka yönetim servisleri, hemşirelerin yüksek lisans eğitimini tamamlamış olmasını talep eder. Ülkemizde çalışacağı alana özgü Sağlık Bakanlığı onaylı eğitim sertifikasına sahip olması ve yabancı dil bilmesi gerekmektedir. Aynı zamanda vaka yönetici hemşirenin iletişim becerilerinin yüksek, kurumu ve mesleğini temsil yeteneği yüksek olmalıdır.^{35,92,99, 105}

Vaka yönetici hemşirenin rolleri; araştırmacı, eğitici, bakım koordinatörü, problem çözücü, kaynak yöneticisi, hasta ve ailenin savunucusu, risk planlayıcısı ve yöneticisi, kalite geliştirme koordinatörü şeklinde sıralanabilir.⁹⁹

Vaka yönetici hemşirenin görev ve sorumlulukları şu şekilde sıralanabilir:⁹⁹

- Sağlık ekibi ile iletişim.
- Hasta ile iletişim.
- Bakım planı geliştirmede iş birliği.
- Bakım planındaki aksaklıkları tanımlama.
- Hasta tanılamasını uygun şekilde yapma.
- Sağlık hizmet maliyeti koordinatörleri ile iletişim.
- Maliyet yönetim stratejilerini uygulama.

Onkoloji vaka yönetici hemşirenin sorumlulukları^{19,106} ise;

- Hastaların tedavi ve bakım güvenliğini sağlamak, tedavi ve bakıma katılmak.
- Hasta ve hasta yakınının aynı zamanda çalışan güvenliğini sağlamak.
- Uygulamaları takip etmek.
- Kaliteli ve güvenli tedavi, bakım hizmetlerinin sürekliliğini ve uygunluğunu sağlamak.
- Onkoloji bölümlerinde kullanılan tüm malzeme ve ilaçların tedarik edilmesini sağlamak ve stok durumunu sabitleştirerek kontrol altında tutmak.
- Bireyin ve kurumun finans kaynaklarını, kurum ve toplumdaki bakım kaynaklarını belirlemek.
- Onkoloji bölümlerinde gelişim ve projelendirilmesine destek vermek, bütçe raporları hazırlamak, koordinasyonu sağlamak.
- Hasta takibinin etkili olabilmesi için ev ziyaretleri ve danışmanlık yapmak.
- Palyatif bakıma destek sağlamak, terminal dönem ve yas sürecinde bakıma katılmak.
- Taburculuk planını yapmak.

2.9.1 Vaka Yönetiminde Süreç Basamakları

Vaka yönetim süreci bakım verenler, hasta/aile ve ödeyiciler arasında dönen bir süreçtir. (Şekil 2.2.)

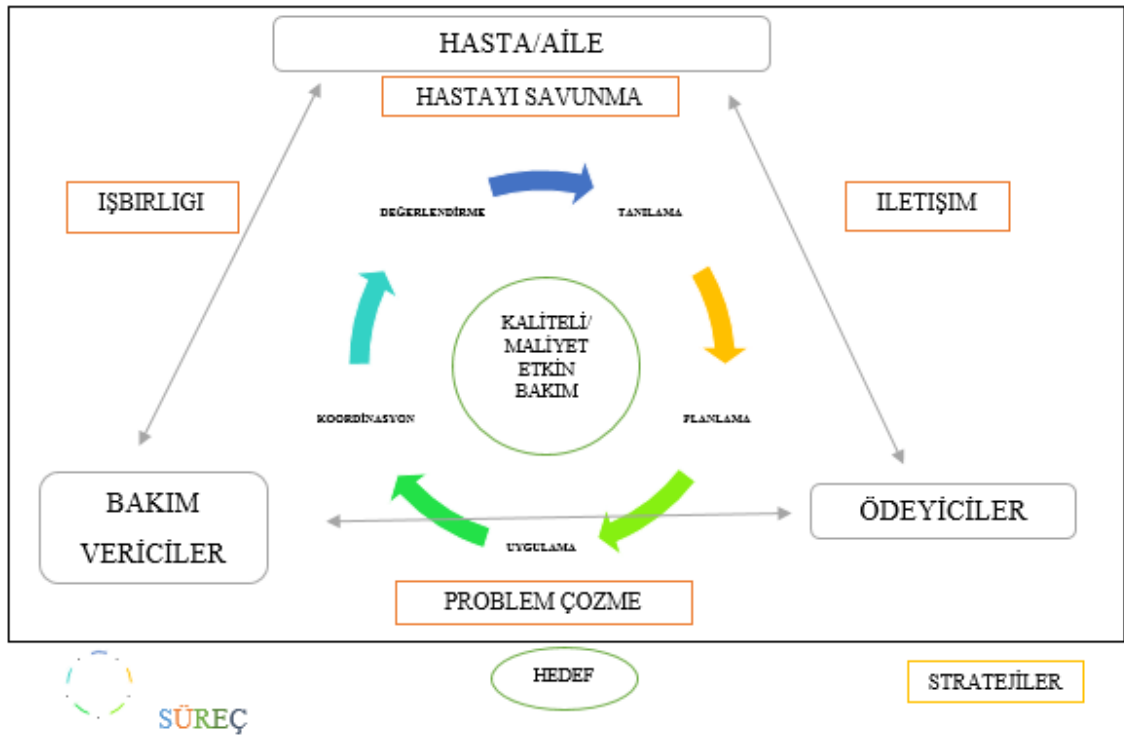
Vaka yönetimi basamakları, hemşirelik süreci ile benzerlik göstermektedir. Bu sebeple vaka yönetim sürecinin yürütülmesi kolaylaşmıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nde "National Task Force On Case Management" tarafından vaka yönetim modeli basamakları beş kısımdan oluşmaktadır. Bunlar; tanılama, planlama, uygulama, koordinasyon ve değerlendirmedir.^{92,107}

Tanılama: Vaka yönetiminin ilk basamağı olan bu aşama veri toplama sürecini içerir. Birey ve ailesi ile ilgili tıbbi kayıtlar, tedavi ekibi görüşleri, hasta ve ile görüşmeleri gibi çeşitli kaynaklar kullanılır. Veri toplama objektif olmalı ve sağlık bilgisini net olarak yansıtmalıdır. Bu veriler, bireyin sağlık öyküsü, geçmişte kullandığı ve kullanmaya devam ettiği ilaçlar, fiziksel ve mental sağlık durumu, beslenme durumu, sosyoekonomik durum, bireyin içinde yaşadığı ortamın özellikleri, iş öyküsü, aile yapısı, sağlık inançları ve tutumları, birey ve ailesinin yaşam kalitesi, bireyin kendini algılama düzeyi gibi detaylı bir öykü alınmalıdır.

Planlama: Vaka yönetiminin ikinci basamağını oluşturan planlama aşamasında, bakım hedefleri belirlenerek, bu hedeflere ulaşmak için uygulanacak olan girişimler ve kullanılacak kaynaklar belirlenir. Bu planlama birey, ailesi ve sağlık ekibi ile birlikte yapılmalıdır. Tanılama aşamasında elde edilen veriler analiz edilerek multidisipliner bakım planı oluşturulur.

Uygulama: Vaka yönetiminin üçüncü basamağı olan uygulama aşamasında planlanan sağlık bakım gereksinimlerine yönelik girişimler uygulanır. Bireyin gereksinimi için belirlenen kaynaklar kullanılır.

Koordinasyon: Vaka yönetiminin temelini oluşturan koordinasyon aşaması, sürecin dördüncü basamağıdır. Belirlenen aktivitelerin; hazırlanan girişimler doğrultusunda, işbirliği ve kaliteli iletişim yoluyla sağlık profesyonelleri ile hasta ve ailesinin arasındaki bağlantının sağlanmasıdır.



Kaynak: Tokem YB. Romatoid Artritli Bireylerin Bakımında Vaka Yönetimi Modelinin Etkinliğinin İncelenmesi. Published online 2005.)

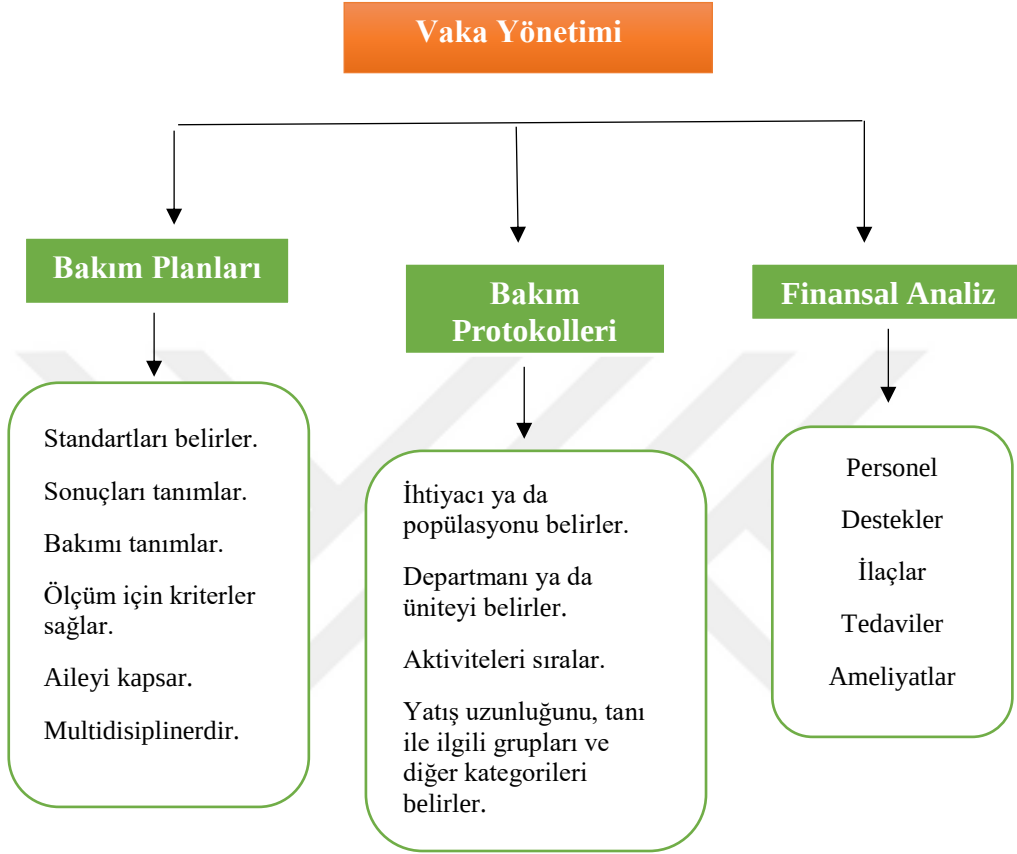
Şekil 2.2: Vaka Yönetim Süreci ve Uygulama Şeması

Değerlendirme: Vaka yönetiminin son basamağıdır. Bireyin durumuna göre şekillenir. Bu aşamada belirlenen hedefler, beklenen sonuçlar kontrol edilir. Gerçekleşen ya da gerçekleştirilmeyen hedeflere yönelik gözlem yapılır, yapılan planlar revize edilebilir.

Değerlendirme aşaması, kalite güvenliği ve planlanan sonuçlara ulaşma yönüyle sürecin temelindedir.^{97,99 106,107}

2.9.2 Vaka Yönetim Bileşenleri

Vaka yönetim bileşenleri şekil 2.3.'de gösterilmiştir.



(Kaynak: Daş Z. Vaka Yönetimi ve Bakım Protokolü. C Ü Hemşirelik Yüksekokulu Derg. 1999;3(2):11-17.)

Şekil 2.3: Vaka yönetiminin bileşenleri

2.9.3 Vaka Yönetiminde Kullanılan Araçlar

Vaka yönetiminde belirtilen özellikli ve sürekliliği olan bir bakım için multidisipliner ekip üyeleri; klinik rehberler, klinik pathway'ler (yollar) ve bakım protokolleri gibi araçlar geliştirmişlerdir.¹⁹

Klinik rehberler, bir tanı ya da klinik durumu yönetmek için geliştirilen kanıta dayalı etkili bir algoritmalarıdır. Klinik rehberler, mevcut kanıta dayalı klinik uygulamalarda fiziksel, psikolojik ve davranışsal sağlığın düzenlenmesi amacıyla tasarlanmıştır. Klinik rehberler, bilimsel bilgi analizinden ve uzman görüşlerinden

oluşmaktadır. Kesin talimatlar içermez ya da bir konu üzerine bilgi veren kitaplar değildir. Öneri niteliğindedir. Bu rehberler kalite odaklı, kanıta dayalı, yöntem arayışı şeffaf, faaliyete hazır ve multidisipliner olmalıdır.^{108,109}

Klinik pathway'ler (klinik yol), uygulama varyanslarının düşürülmesi ile yüksek kaliteli bakım, kaynakların etkin kullanılmasını sağlamak için girişimlerin zamanlama ve bir düzen içinde gösterilmesinden oluşmaktadır. Klinik pathwayler alanında uzmanların oluşturduğu multidisipliner bir ekip tarafından geliştirilir. Girişimlerin zamanı bellidir. Klinik pathwayler genelde hastane ortamında eşit dağılımlı hasta popülasyonları için kullanılır.⁹⁹

Bakım protokolü vaka yönetiminin önemli bileşenlerinden biridir. Bakım protokolü önceden belirlenmiş hasta bakım çıktılarına ulaşmak için hasta bakımında görev alan tüm profesyonellerin yapmakla yükümlü olduğu aksiyonları zaman çizelgesi üzerinde gösterilen, multidisipliner yönetim aracıdır.¹³

2.9.4 Bakım Protokolü

Literatürde bakım ya da uygulama protokolü gibi farklı tanımlamalar ile karşımıza çıkmaktadır. Bunlar; clinical pathway (klinik yol), critical pathway /paths (kritik yol), care path (bakım yolu), care maps (bakım haritaları) ve beklenen iyileşme haritaları (anticipated recovery maps) şeklinde ifade edilir. Bakım protokolü vaka yönetiminin önemli bir bileşenidir. Vaka yönetiminin etkinliğinin bakım protokolleri ile yükseltileceğini öne süren araştırmacılar da vardır.^{93,99,110}

Bakım protokolü multidisipliner bir araçtır ve alanında uzman, deneyimli kişiler tarafından geliştirilir. Bakım protokolleri hasta bakımından sorumlu tüm sağlık profesyonellerinin katılımı ile multidisipliner, ekip işbirliği ile geliştirilebilecek araçlardır.

Bakım protokolünün genel özellikleri;

Uygulama rehberleri sağlık ekibinin bir üyesine yönelik (doktor, hemşire gibi) hazırlanmaktadır. Bakım protokolü; **multidisipliner** bir yaklaşımla, hastadan sorumlu tüm personelin katılımıyla ve işbirliği içerisinde geliştirilir.

Bakım protokolünde ilgili tüm sağlık profesyonellerinin aldıkları aksiyonlar belli bir çizelge üzerinde gösterilmelidir. Bu çizelgede önemli olan hangi aksiyonun ne zaman yapıldığıdır.

Hastanın bakım süresince hastada gözlenmesi beklenen çıktılar bakım protokolü üzerinde gösterilir. Bu çıktılar, günlük analiz edilebileceği gibi, taburculukta da tümünden analiz edilebilir.

Bakım protokolünün temel taşı olan bakımın temel faktörleri kurumlara ve tıbbi tanıya göre değişmektedir. Ancak bir bakım protokolü formatında genellikle sekiz bakım unsuru yer almaktadır. Bunlar;

- Değerlendirme ve konsültasyonlar,
- Testler,
- Bakım uygulamaları,
- İlaç tedavisi,
- Diyet,
- Aktivite- çevre güvenliği,
- Hasta/aile eğitimi,
- Taburculuk planı şeklindedir.^{13,93,99}

Bakım protokolünün hasta, sağlık personeli ve sağlık kurumuna çeşitli yararları bulunmaktadır.

Hasta açısından yararları

- Hastaların anlayabileceği bir bakım protokolü geliştirilip hasta ve ailesi ile paylaşılabilir. Böylece hasta ve yakını uygulanacak bakım sürecinden haberdar olmuş olur.
- Hastanın iyileşme süreci takip edilir.
- Hasta, aile ve sağlık personelinin hedefi aynıdır.
- Sağlık profesyonelleri ve hasta arasındaki iletişim güçlenir. Hasta memnuniyeti artmış olur.

Sağlık Personeli açısından yararları

- Sağlık bakım ekibi hastanın bakım sürecine ve planlamalarına hakim olur. Böylece ekibin iletişimi kuvvetlenir, işbirliği sağlanmış olur.
- Bakım süresince oluşabilecek gecikmeler ve eksikliklerin önüne geçilmiş olur.

- Bakım sürecini kayıt altına almak için harcanan zaman azalır, personel memnuniyeti artar.

Sağlık Kurumu açısından yararları

- Bakım protokolleri bakımın değerlendirilmesinde hazır veri sağladığı için bakım süreci boyunca gerekli düzeltmeler kolaylıkla yapılır.
- Sağlık kuruluşunun bakım kalitesi ve memnuniyet düzeyi artar.
- Hastaların hastanede yatış süresi azalır, kurumun kaynak kullanımı standardize edilir ve böylece bakım maliyeti düşer.
- Sigorta şirketleri; yaptıkları ödemenin sonucunda hastanın bakımının hangi düzeyde olduğunu raporlamış olur.^{13,93,99,111}

2.9.5 Bakım Protokolü Geliştirme ve Değerlendirme

Bakım protokolü geliştirirken hasta bakımına katılan tüm ekip üyelerinin katılımı önemlidir ve işbirliği içerisinde çalışılmalıdır. Kendi alanında uzman sağlık personelleri ile multidisipliner ekipler tarafından geliştirilir.

Bakım protokolü değerlendirilirken şu noktalara dikkat edilir: Protokol planlanan akışta devam edip etmediği, bakım protokolünün dışına çıkılıp çıkmadığı ve hastada gözlenmesi beklenen klinik sonuçlardır. Değerlendirme zamanı günlük olarak ve taburculuk döneminde yapılır. Değerlendirme sonuçları ekip üyeleri ile paylaşılır ve değerlendirilir.

Bakım protokolünde girişimlerden veya hasta çıktılarından olası bir sapma olmasına varyans denir. Varyanslar negatif ve pozitif varyans olmak üzere ikiye ayrılır.

Pozitif varyans; bakım protokolüne göre hastanın durumunda beklenenden daha hızlı olumlu sonuç ve hastanın beklenen süreden daha kısa sürede taburcu olmasıdır.

Negatif varyans; eğer bakım protokolünde hastanın sağlık durumunun beklenenden kötüye gitmesi ve beklenen sonuçlara ulaşmaya engel teşkil eden bir durumun varlığıdır.

Bakım protokolünde meydana gelebilecek olan varyanslar 4 alt başlıkta incelenebilir:

Hasta ya da ailesi ile ilgili faktörler: Hastanın tedaviyi reddetmesi ile ortaya çıkan sorunlardır.

Sağlık çalışanı ile ilgili faktörler: Bireyin bakımından sorumlu kişilerden kaynaklanan sorunlardır. Örneğin; hastanın yara bakımının yapılması gereken bir zamanda uygun ürünler olmasına rağmen bakımının yapılmamasıdır.

Sağlık kurumu ya da sistemle ilgili faktörler: Sağlık kuruluşundaki işleyiş hatalarından kaynaklanır. Örneğin; hastanın yara bakımının yapılması gereken bir zamanda uygun ürünler olmaması sebebiyle yapılamıyor olmasıdır

Toplumla ilgili faktörler: Hastaların sağlık kuruluşuna ulaşım olanaklarının yetersiz olması ve evde bakım gibi olanakların yokluğu örnek olarak gösterilebilir.

Önerilen bakım protokolünden olan sapmalar kayıt altına alınır. Varyansların takibi önemlidir. Eğer Varyanslar takip edilmezse oluşturulan protokolün kontrol çizelgesinden bir farkı yoktur. Elde edilen sonuçlar ekip üyeleri ile incelenip beklenmeyen sonuçlara yönelik bir plan geliştirilir ve uygulanır.^{13,99}

2.10 İlgili Çalışmalar

2013 yılında yeni kanser tanısı almış 600 hasta ile vaka yönetimi etkinliğini inceleyen bir araştırmada, tedaviye devam eden hasta oranları, tedaviye uyumsuzluk, uzun süreli yatışlar, tekrarlayan plansız yatışlar ve aktif tedavi için planlı yatışlar incelenmiş, vaka yönetimi ile sağlık hizmeti sunulan hastaların tedaviye uyum sağlamada daha iyi kontrol sağladığı ve plansız yatışlarının azaldığı gösterilmiştir.¹¹²

Moore ve ark.(2002) tarafından akciğer kanseri tanılı hastalarda vaka yönetiminin hasta sonuçlarına etkisinin incelendiği bir çalışmada, vaka yönetimi ile bakım verilen hastaların dispne düzeyinin azaldığı, emosyonel fonksiyonlarının arttığı ve bakım memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu görülmüştür.¹⁷

Meier ve arkadaşları (2008)'nın ileri düzey, yaşamı tehdit eden hastalığa sahip birey ve aileler ile yaptıkları çalışmada; sunulan bakım hizmeti kalitesinin yetersiz olmasından şikâyet etmekte, kontrol edilemeyen ağrı ve diğer belirtilere sahip olduklarını, bakım sürecinde beklenmeyen bireysel ihtiyaçların ortaya çıktığını, bakım veren bireyin büyük oranda sıkıntı yaşadığını ve sunulan hizmetten düşük düzeyde memnun olduklarını bildirilmiştir.¹¹³

2011 yılında N. Güngör Tavşanlı tarafından yapılan bir doktora tezinde; Ege Üniversite'sinde diyabetli hastaların glisemik kontrolünde hemşirelik vaka yönetimi videofone teknolojisi kullanımının etkinliğinin, bireylerin yaşam kalitesi, tedavi memnuniyeti ve hasta memnuniyetinin ölçülerek saptanması hedeflenerek progresif, tanımlayıcı ve randomize kontrol çalışması yapılmıştır. Çalışmaya 24 vaka, 24 kontrol grubu üyesi alınarak 48 birey ile örneklem oluşturulmuştur. Kontrol grubunda bulunan hastalara poliklinikteki rutin hasta takibi; vaka grubundaki hastalara videofone teknolojisiyle hemşirelik vaka yönetimi modeli uygulanmıştır. Videofone teknolojisiyle hemşirelik vaka yönetimi uygulanan diyabetli bireylerin altı aylık sürede yaşam kalitelerinde, tedavi memnuniyetlerinde ve hasta memnuniyetlerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde gelişmeler olduğu; HbA1c ve kan şekeri değerlerinde anlamlı düzeyde azalma olduğu görülmüştür. Bu sonuç doğrultusunda; diyabetli hastaların glisemik kontrolünde videofone teknolojisiyle sunulan hemşirelik vaka yönetimi modelinin etkili olduğu saptanmıştır.⁹³

Bir başka tez çalışmasında; H. Özçelik tarafından yürütülen Kanser hastalarının palyatif bakımında vaka yönetim modelinin semptom düzeyi, yaşam kalitesi, hasta ve aile memnuniyeti ve direkt maliyet sonuçlarına etkisi hedeflenerek deneysel bir çalışma yapılmıştır. Deney ve kontrol gruplarına 22'ser hasta alınıp 44 birey ile örneklem oluşturulmuştur. Deney grubuna vaka yönetim modeli ile takip edilirken, kontrol grubuna rutin bakım uygulanmıştır. Sonuç olarak; kanser hastasının palyatif bakımında vaka yönetiminin uygulanması ile hastaların semptom kontrolünün sağlanmış olduğu ve yaşam kalitelerinin geliştirildiği ve ailelerin memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu gözlenmiştir.⁹⁹

İlgili çalışmalar kronik hastalıklarda vaka yönetiminin öz bakım ve hasta bakım memnuniyet oranları üzerinde olumlu hasta çıktıları olduğunu belirtmiş ancak kanser hastalığında vaka yönetimi ile sunulan sağlık hizmeti çıktılarını gösteren sınırlı sayıda araştırma olduğu görülmüştür.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi ve Amacı

Bu araştırma; onkoloji hastalarının bakımında vaka yönetim modelinin hemşirelik bakım memnuniyeti, öz bakım yönetimi ve kaygı düzeyine etkisini incelemek amacıyla ön test-son test kontrol gruplu yarı deneysel olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma İstanbul ilinde iki özel vakıf hastanesinin onkoloji bölümünde Ağustos 2021- Nisan 2022 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Girişim uygulanan sağlık kurumu; 201 yatak kapasiteli, insan odaklı bakım memnuniyeti ile hasta memnuniyetine odaklanan bir sağlık kurumudur.¹¹⁴ Hasta hakları, tıbbi ikinci görüş gibi standartlarla öne çıkmaktadır. Kurum 17 Şubat 2007 tarihinden itibaren Joint Commission International (JCI) akreditasyonunu almış ve bu akreditasyonla, JCI tarafından belirlenen standartlar çerçevesinde; hasta bakım kalitesinin geliştirilmesi, hastalar ve çalışanlar için güvenli bir ortam sağlanarak risklerin azaltılması ve sürekli iyileşmenin sağlanması için tüm gerekliliklerin yerine getirildiğini göstermektedir. Kuruma Avrupa Medikal Onkoloji Derneği tarafından verilen European Society for Medical Oncology (ESMO), onkoloji hastalarının bakım kalitesini değerlendirerek, bu hastaların tüm ihtiyaçlarının değerlendirilip uygulamaların yapıldığını gösterir. 2007 yılında bu belge hastaneye verilmiş ve 2010 yılında yeniden belgelendirme yapılmıştır. Aynı zamanda Türkiye Kalite Derneği'ne (KalDer) (Avrupa Kalite Yönetim Vakfı üyesi) 14 Mart 2008 tarihinde üye olmuştur.¹¹⁵ Aynı zamanda kurum İnsan Odaklı Bakım çalışmaları ile öne çıkmaktadır. Uluslararası sertifikasyon kuruluşu Planetree International tarafından altın sertifika ile ödüllendirilmiştir. Bu sertifika, 2019 yılı itibariyle tüm dünyada insan odaklı bakımda mükemmellik altın sertifikasına sahip 85. kuruluş olmalarını sağlamıştır.¹¹⁶

Rutin bakım uygulanan sağlık kurumu; yaklaşık 35.000 m² kapalı alanda, 6'sı yoğun bakım olmak üzere 180 yatak kapasitesi, dokuz ameliyathanesi, 100'e yakın uzman ve akademisyen hekim kadrosuyla hizmet vermektedir. Kurum ve bağlı kurumları, sağlık standartları konusunda dünyanın en önemli belirleyicisi olan JCI tarafından ilk denetimde tüm sistemiyle, tüm standartlarda akredite edilmiştir. Kalitesini

ve başarısı ile uluslararası düzeyde bunu belgeleyen ilk Türk Üniversite Hastaneleri Grubu olmuştur.¹¹⁷ 1 Temmuz 2016 tarihinde kendi Hastane İşletim Sistemi yazılımını üreten bir sağlık kurumu olarak TS ISO / IEC 27001 Bilgi Güvenliği Yönetim Sistemi kalite belgesini almıştır. Aynı zamanda 7 Ağustos 2019 tarihinde Türk Standartları Enstitüsü tarafından Organizasyonel Olgunluk Belgesi almıştır.^{118,119} Kurum Laboratuvarları TS EN ISO/IEC 15189 standardının şartlarına uygun olarak hazırlanmıştır. Bu standartlara uygun hazırlanan bu laboratuvar hastanenin kalite göstergesidir.¹²⁰

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini iki özel vakıf hastanesinde Ağustos 2021 Nisan 2022 tarihlerinde onkoloji bölümünde ayaktan tedavi alan 280 kanser hastası oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini, kanser tanısı alan, dâhil edilme kriterlerine uyan ve gönüllü 30 kontrol grubu ve 31 deney grubu olmak üzere toplam 61 hasta oluşturmuştur. Çalışmanın randomizasyonu, dâhil edilme ve edilmeme kriterlerine uygun olan hastaların tanı ve hastalık evresine bakılmaksızın rasgele örneklem yöntemiyle deney ve kontrol gruplarına planlanması sağlanmıştır.

Örneklem büyüklüğü hesaplanmasında yüzde ölçüm değerleri baz alınarak 0,80 (cohen) etki büyüklüğü, %85 güç ve 0,05 hata payı ile G-Power programı kullanılarak bulunan toplam örneklem büyüklüğü $n=60$ 'tır.¹²¹

3.4 Araştırmaya Dâhil Edilme ve Edilmeme Kriterleri

3.4.1 Araştırmaya dâhil edilme kriterleri;

- 18 yaşından büyük olmak,
- Bilinç açık, oryante, koopere ve oryante olmak,
- Görme ve işitme probleminin olmaması,
- Sözel iletişim kurabilmesi
- En az 2 kür kemoterapi tedavisi alacak olmaları ve
- Araştırmaya gönüllü olarak katılmış olmalarıdır.

3.4.2 Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri;

- Araştırma veri formlarının eksik olması

- Gönüllünün araştırmaya dâhil olmaktan vazgeçmesidir.

3.5 Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3.5.1 Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini hastaların sosyodemografik özellikleri oluşturur. Hastanın tanıtıcı özellikleri; yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, medeni durumu, mesleği, sosyal güvencesi, sosyoekonomik durumudur.

3.5.2 Bağımlı Değişkenler

Araştırmada bireyin kaygı düzeyi, öz-bakım yönetimi ve hemşirelik bakım memnuniyet düzeyi çalışmanın bağımlı değişkenlerini oluşturur.

3.6 Veri Toplama Araçları

3.6.1 Sosyo-Demografik Bilgi Formu (EK-8)

Bu veri toplama aracı kanser hastasının demografik özelliklerden ve hastalığa ilişkin bilgilerin olduğu 36 sorudan oluşan bir formdur. Hastaların sosyo-demografik özelliklerini içeren 13 soru, hastalığına ilişkin 12 soru, fiziksel emosyonel durumuna yönelik 4 soru ve beslenme boşaltım durumuna yönelik 6 sorudan oluşan bir formdur. (EK-8) Bu form oluşturulurken hastanelerin hasta tanıtım formları incelenmiştir ve literatür taraması yapılmıştır.¹²²⁻¹²⁴

3.6.2 Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (EK-9)

Kaygı düzeyini belirlemede kullanılan ölçek, Spielberger ve arkadaşları tarafından 1964 yılında durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması Öner ve Le Compte (1983) tarafından yapılmıştır.⁸⁰

Ölçek kısa ifadelerden, iki kısımdan ve her kısımdaki 20 soru ile toplam 40 sorudan oluşmaktadır. Cevaplar dört seçenektir. Bunlar; 1) Hiç, (2) Biraz, (3) Çok ve (4) Tamamıyla şeklindedir. Ölçekte iki türlü ifade vardır. Doğrudan (1) (direct) ve ters puanlanmış(2) (reverse) şeklindedir. Ölçekte olumsuz duyguları düz ifadeler, olumlu duyguları tersine dönmüş ifadeler belirtir. İfadeler puanlanırken 4 ağırlık değerinde olan puanlar 1'e, 1 ağırlık değerinde olan puanlar 4'e dönüşür. Ters puanlanmış ifadelerde 4 değerindeki cevaplar düşük kaygıyı 1 değerindeki cevaplar ile düz ifadelerdeki 4 değerindeki cevaplar yüksek kaygıyı ifade eder. Kullanılan bu ölçekte; on tane tersine dönmüş ifade vardır.(1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddelerdir.). Sürekli kaygı

ölçeğinde ise ters puanlanmış ifadelerin sayısı yedidir. (21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddeleridir.)¹²⁵

Puanların Yorumlanması: Durumluk ve süreklilik kaygı ölçeğinin her birinden alınabilecek minimum puan 20, maximum puan 80'dir. Ölçekten alınan en yüksek puan yüksek kaygı seviyesi, düşük puan düşük kaygı seviyesidir. Puanların yüzdelik sıralaması yorumlanırken de aynı durum söz konusudur. Uygulamalarda belirlenen ortalama puan 36 ile 41 arasında değişmektedir.¹²⁵ Ölçeğin cronbach alpha güvenilirliğinin 0.83 ile 0.87 madde (Item Remainder) güvenilirliğinin 0.34 ile 0.72 ve test-tekrar test güvenilirliğinin 0.71 ile 0.86 arasında değiştiği bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda durumluk ve süreklilik kaygı ölçeğinin; durumluk Cronbach alfa değeri 0,75, süreklilik kaygı ölçeğinin Cronbach alfa değeri 0,86 bulunmuştur.

3.6.3 Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği (SCMP-G) (EK-10)

Kronik hastalığı olan bireylerin öz-bakım yönetimini ortaya koymak için hazırlanmış ve geçerlilik güvenilirliği 2014 yılında Sadık Hançerlioğlu tarafından çalışılmış ve geçerlilik güvenilirliği alınmıştır.⁸³

Öz Bakım Yönetimi-Koruma (SCGP-G) 35 sorudan oluşur. Öz koruma ve sosyal koruma olarak iki alt boyuttan oluşmaktadır. Öz koruma alt boyutunu maddeleri; 2, 6, 8, 11, 15, 18, 19, 20, 22, 23 ve 25-34, sosyal koruma alt boyutunun maddeleri 1, 3-5, 7, 9, 10, 12-14, 16, 17, 21, 24 ve 35 'dir. Ölçeğin değerlendirmesi 5 (Kesinlikle Katılıyorum) ve 1 (Hiç Katılmıyorum) şeklinde 5'li likert formdan geliştirilmiştir. SCMP-G ölçeğindeki 3, 15, 19 ve 28. sorular olumsuz soru formunda olup değerlendirmede dönüştürme yapılması gerekmektedir. SCMP-G ölçeğinde puan arttıkça öz bakım yönetimi artmaktadır. Ölçeğin genel Cronbach alfa değerleri 0,75, öz koruma alt boyut değeri 0,78, sosyal koruma alt boyut değeri 0,78'dir.⁸³ Bizim çalışmamızda ise cronbach alfa değeri ortalama 0,58 bulunmuştur.

3.6.4 Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği (Newcastle Satisfaction with Nursing Scales) (NSNS) (EK-11)

Bu ölçek hastaların hemşirelik bakımından memnuniyetini ölçen ölçek Semiha Akın ve Semra Erdoğan tarafından Türkçe 'ye uyarlanmış, geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır.¹²⁶

Bu ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Sorulara verilen puanlar toplanır (hiç memnun değilim=1 puan, biraz memnunum=2 puan, oldukça memnunum=3 puan, çok

memnunun= 4 puan, fazlasıyla memnunun= 5 puan). Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 95, en düşük puan ise 19'dur. Ölçekten elde edilen toplam puan 100'e dönüştürülerek değerlendirme yapılır. Ölçekten alınan toplam puanın yüksek olması hastaların hemşirelik bakımından memnun olduklarının göstergesidir.¹²⁷ Ölçeğin genel Cronbach alfa değerleri 0.96'dır. Tekil maddeler ile toplam arasındaki korelasyonlar 0,53 ile 0,82 arasında değişmektedir.¹²⁸ Bizim çalışmamızda ise Cronbach alfa değeri 0,98 olarak tespit edilmiştir.

Araştırmanın Tasarım Şeması

Şekil 3.1'de araştırmanın tasarım şeması yer almaktadır.

3.7 Verilerin Değerlendirilmesi

3.7.1 Araştırmada Kullanılacak İstatistiksel Analizler

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum) kullanılmıştır. Bu değerlendirme sonucunda çalışma verilerinin normal dağılıma uymadığı belirlenmiştir. Bu nedenle nonparametrik testlerden olan Man Whitney U ve Wilcoxon testleri kullanılmıştır. Nitel veriler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla ki-kare analizi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.01$ ve $p < 0.05$ düzeylerinde değerlendirildi.

Araştırmanın Evreni: (Ağustos 2021-Nisan 2022 tarihleri arasında iki özel vakıf hastanesinde yeni kanser tanısı alan **280 hasta**)

Girişim Uygulanan Sağlık Kurumu
n=185

Rutin Bakım Uygulanan Sağlık Kurumu
n=95

46 hasta daha önce kemoterapi tedavisi aldığı için örnekleme alınmadı.
(n=139)

16 hasta daha önce kemoterapi tedavisi aldığı için örnekleme alınmadı.
(n=79)

DÂHİL EDİLME KRİTERLERİ

- ✓ 18 yaşından büyük olmak
- ✓ Bilinç açık, oryante, koopere olmak
- ✓ Görme ve işitme probleminin olmaması,
- ✓ Sözel iletişim kurabilmesi
- ✓ En az 2 kür kemoterapi tedavisi alacak olmak
- ✓ Araştırmaya katılmak için gönüllü olmak

Ağustos 2021- Nisan 2022 tarihleri arasında yeni kanser tanısı almış araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan **77 hasta**

DENEY GRUBU
(n:42)

KONTROL GRUBU
(n:35)

Başta Örnekleme dahil edilen **11 hasta**, araştırmadan çekilmek istediğini belirttiği için **örneklemden çıkarıldı.**

Başta Örnekleme dahil edilen **5 hasta**, araştırmadan çekilmek istediğini belirttiği için **örneklemden çıkarıldı.**

31 Hasta

30 Hasta

Araştırmanın Örneklemi: (dahil edilme kriterlerini karşılayarak, araştırmaya gönüllü olan 31'i deney grubu,30'u kontrol grubu olmak üzere toplam **61 hasta**)

Şekil 3.1: Araştırmanın Tasarım Şeması

3.7.2 Araştırmanın Uygulama Aşaması

Araştırmada iki özel vakıf hastanelerinin onkoloji bölümünde kanser tanısı ile tedavi alan, belirlenen kıstaslara uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastaların kontrol ve deney grubu olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Kontrol grubuna alınan hastalara rutin klinik bakım, deney grubuna alınan hastalara vaka yönetimi uygulanmıştır. Deney ve kontrol grubuna iki kür kemoterapi tedavisi uygulanan hastalar alınmıştır. Kemoterapi belirli aralıklarla kürler halinde gerçekleştirilir. Bunlar haftada bir kür ya da 2 ve 3 haftada bir kür gibi gerçekleştirilir. Uygulamaya kabul edilen hastaların bir kür süresi 1 gün ile 7 gün arasında değişiklik göstermektedir.

Girişimin Deney Grubuna Uygulanma Aşaması

Vaka yönetim prosedüründe hemşire multidisipliner ekip ile birlikte çalışmaktadır. Vaka yönetim prosedüründe tedavi ve bakım süreçleri multidisipliner olarak planlanmıştır (EK 12). Bu süreçte hastanın takibi; tanılama formu (EK 13), kemoterapi hastası eğitim formu (EK 14) ve hasta takip formu (EK 15) ile yapılmaktadır. Hastanın kemoterapi tedavisi ve izlemi vaka yönetici hemşiresi tarafından yapılmaktadır.

Hastalara kemoterapi tedavisinin ilk günü, bakım protokolünün bir parçası olan kemoterapi eğitimi verilmeden önce, araştırmanın amacı açıklanmış ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu ile onamları alınmıştır. Ardından “Sosyodemografik Bilgi Formu, Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği, Durumluk ve Süreklilik Kaygı Ölçeği ve Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyeti” ölçeği yüz yüze araştırmacı tarafından doldurtulmuştur. Tedavisi devam eden hastalara en az iki kür kemoterapi uygulandıktan sonra yüz yüze yüz yüze araştırmacı tarafından “Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği, Durumluk ve Süreklilik Kaygı Ölçeği, Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği” doldurtulmuştur. Araştırmanın deney grubuna uygulanma şeması şekil 3.2’de gösterilmiştir.

Kontrol Grubuna Uygulanma Aşaması

Girişim uygulanmayan sağlık kurumunda hasta kanser tanısı aldıktan sonra kemoterapi tedavisi için tedavi günü planlaması yapılır. Hasta kemoterapi ünitesine gelmeden önce ve geldikten sonra tedavi bakımından sorumlu hekim ve hemşiresi tarafından hastalığı ile ilgili bilgi durumu sorgulanır. Hasta tanısını biliyor ise, hastalığı ilişkin bilgiler hastaya, eğer tanısını bilmiyor ise hastalığa ve tedaviye ilişkin bilgiler hasta yakınına verilir. Hastanın anamnezi alındıktan sonra, tedavi ünitesi tanıtılır. Hastanın hastalığına ilişkin broşürler ile kemoterapi eğitimi verilir. Kemoterapi eğitimine ek olarak gelen her hastaya düşme eğitimi ve hijyen eğitimi verilir. Hastanın eğitim aldığını gösteren forma imzası alınır. Eğitim sonrası kemoterapi tedavisi ve izlemi primer hemşiresi tarafından yapılır. Hasta taburcu olduktan sonra gelişebilecek komplikasyon ve acil durumlar için hekimi ile iletişime geçer.

Hastalara kemoterapi tedavisinin ilk günü, araştırmanın amacı açıklanmış ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu ile onamları alınmıştır. Ardından “Sosyodemografik Bilgi Formu, Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi, Durumluk ve Süreklilik Kaygı Ölçeği” yüz yüze araştırmacı tarafından doldurtulmuştur. Bu hasta grubuna rutin klinik bakım uygulanmıştır. İki kür kemoterapi uygulandıktan sonra “Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği, Durumluk ve Süreklilik Kaygı Ölçeği, Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği” yüz yüze araştırmacı tarafından doldurtulmuştur. Araştırmanın kontrol grubuna uygulanma şeması şekil 3.3'de gösterilmiştir.



Şekil 3.2: Araştırmanın Deney Grubuna Uygulanma Aşaması



Şekil 3.3: Araştırmanın Kontrol Grubuna Uygulanma Aşaması

3.8 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma iki özel vakıf hastanesinde yürütülmüştür. Çalışmaya dâhil edilen örneklem grubunun sosyokültürel seviyelerinin yüksek olması nedeniyle deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların bakım memnuniyet düzeylerinin çok yüksek olmasına ve gruplar arası farkın çıkmamasına neden olmuştur. Ayrıca örneklem grubunun çoğunluğu lisans ve üzeri eğitime sahip olması, hastaların yaşamı tehdit eden bir hastalığın tanısı hastaların yaşamı tehdit eden bir hastalığın tanısını yeni öğrenmiş olmalarına bağlı olarak anket formlarını doldurmaya istekli olmamaları, araştırmanın örnekleminin iki hastanenin bireyleri ile kısıtlı olması ve araştırmanın veri toplama aşamasının Covid-19 pandemi sürecinde denk gelmiş olmasıdır ve kronik hastalıklarda öz-bakım yönetimi ölçeğinin çalışmamızda cronbach alfa değerinin 0,70'in altında olması sınırlılıkları oluşturmaktadır. Vaka yönetim prosedürü uygulanan sağlık kurumunda tedavi alan hastaların deney grubuna alınmış olması, rutin klinik bakım prosedürü uygulanan sağlık kurumunda tedavi alan hastaların kontrol grubuna alınmış olması araştırmanın sınırlılıkları arasında yer almaktadır.

3.9 Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın etik uygunluğu için aşağıdaki adımlar izlenmiştir:

- Araştırmanın planlanması ve uygulanmasında bilimsel etik ilkelerle birlikte evrensel etik ilkeler dikkate alınarak araştırma için Yeditepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (EK 1) (03.07.2021, Karar No:2).
- Araştırmanın yapılacağı kurumlardan kurum izni alınmıştır (EK2 -3).
- Araştırmaya katılan bireylerin gönüllü katılımları esas kabul edilmiş ve gönüllü olur formu açıklanarak yazılı izinleri alınmıştır. Bireylere istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri açıklanmıştır.(EK-4)
- Araştırmada kullanılan anket formları için gerekli kurum ve kişilerden izin alınmıştır. (EK 5,EK-6,EK-7)

4. BULGULAR

Bu bölümde onkoloji hastalarının bakımında vaka yönetim modelinin hemşirelik bakım memnuniyeti, öz bakım yönetimi ve kaygı düzeyine etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular;

- 4.1. Çalışmaya katılan hastaların sosyo-demografik özellikleri ile ilgili bulgular,
- 4.2. Çalışmaya katılan hastaların hemşirelik bakım memnuniyeti, öz bakım yönetimi ve kaygı düzeyi ile ilişkili bulgular olmak üzere toplam iki bölüm halinde sunulmuştur.

4.1 Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya katılan hastaların sosyo-demografik özellikleri ile ilgili bulguları tablo 4.1.1’de yer almaktadır.

Tablo 4.1.1. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Hastalara İlişkin Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması (N=61)

	Deney Grubu n=31		Kontrol Grubu n=30		Toplam		Test değeri	p***
	n	%	n	%	n	%		
Yaş Ortalaması	$\bar{x}$:52,94±13,03		$\bar{x}$: 45,7±17,61		$\bar{x}$: 49,38±15,75		343,00*	,078
Cinsiyet							0,817**	,366
Kadın	17	54,8	12	40,0	29	47,5		
Erkek	14	45,2	18	60,0	32	52,5		
Medeni Hal							4,322**	,038
Evli	26	83,9	18	60,0	44	72,1		
Bekar	5	16,1	12	40,0	17	27,9		

Eğitim Durumu							
İlkokul	7	22,6	0	0,0	7	11,5	
Ortaokul	3	9,7	3	10,0	6	9,8	10,063**
Lise	6	19,4	3	10,0	9	14,8	
Lisans	15	48,4	24	80,0	39	63,9	
Sosyal Güvence Durumu							
SGK	21	67,7	30	100,0	51	83,6	
Özel Sigorta	6	19,4	0	0,0	6	9,8	
Tamamlayıcı Sağlık Sigortası	1	3,2	0	0,0	1	1,6	11,575**
Ücretli	3	9,7	0	0,0	3	4,9	
Gelir Durumu							
Gelir giderden az	10	32,2	14	46,7	24	39,3	8,963**
Gelir gidere eşit	13	41,9	16	53,3	29	47,5	
Gelir giderden fazla	8	25,9	0	0,0	8	13,1	
Yaşadığı Yer							
İl	10	32,3	23	76,7	33	54,1	12,108**
İlçe	21	67,7	7	23,3	28	45,9	
Çalışma Durumu							
Evet	13	41,9	15	50,0	28	45,9	
Hayır	18	58,1	15	50,0	33	54,1	0,141**
Meslek Grupları							
Öğretmen	6	19,4	5	16,7	11	18,0	
Serbest Meslek	6	19,4	6	20,0	12	19,7	
Ev hanımı	6	19,4	3	20,0	9	14,8	
Emekli	3	9,7	4	13,3	7	11,5	10,706**
Mühendis	1	3,2	9	30,0	10	16,4	
Mali Müşavir	5	16,1	2	6,7	7	11,5	
Diğer	4	12,9	1	3,3	5	8,2	

Toplam	31	100	30	100	61	100		
--------	----	-----	----	-----	----	-----	--	--

**Mann Whitney U Testi*

***Ki-Kare Testi*

****p<,05*

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması deney grubunda $52,94 \pm 13,03$, kontrol grubunda $45,7 \pm 17,61$ bulundu. Deney ve kontrol grubunun yaş ortalamaları karşılaştırıldığında, her iki grubun yaşlarının benzer olduğu belirlendi ($p=0,078$, $U:343,00$) (Tablo 4.1.1).

Hastaların demografik özellikleri tablo 4.1.1. de gösterilmiştir. Deney grubundaki katılımcıların, %54,8'i (n=17) kadın iken, %45,2'si (n=14) ise erkektir. Kontrol grubundaki katılımcıların, %40'ı (n=12) kadın iken, %60'ı (n=18) ise erkektir. Gruplar ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$, $\chi^2 :0,817$) (Tablo 4.1.1).

Deney grubundaki katılımcıların, %83,9'u (n=26) evli iken, %16,1'i (n=5) ise bekârdır. Kontrol grubundaki katılımcıların, %60'ı (n=18) evli iken, %40'ı (n=12) ise bekârdır. Gruplar ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur ($p=0,038$; $p<0,05$). Deney grubunda evli olan hasta oranının kontrol grubuna göre daha yüksek olarak belirlenmiştir. ($p=0,001$; $p<0,01$). Bekâr olan grupta; deney grubunun kontrol grubuna göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$; $\chi^2:4,322$) (Tablo 4.1.1).

Deney grubundaki katılımcıların, %22,6'sı (n=7) ilkokul, %9,7'si (n=3) ortaokul, %19,4'ü (n=6) lise ve %48,4'ü (n=15) lisans mezunudur. Kontrol grubundaki katılımcıların, %10'u (n=3) ortaokul, %10'u (n=3) lise ve %80'i (n=24) lisans mezunudur. Gruplar ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı oranda birbirinden farklıdır. ($p=0,018$; $p<0,05$). İlkokul mezunu olan grupta; deney grubunun kontrol grubuna göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Lisans mezunu olan grupta; deney grubunun kontrol grubuna göre düşük olması istatistiksel olarak farklılık olarak belirlenmiştir ($p=0,001$; $p<0,01$; $\chi^2 :10,063$) (Tablo 4.1.1).

Deney grubundaki katılımcıların, %67,7'si (n=21) SGK, %19,4'ü (n=6) özel sigorta, %3,2'si (n=1) tamamlayıcı sağlık sigortası ve %9,7'si (n=3) ücretli sağlık hizmeti almaktadır. Kontrol grubundaki katılımcıların %100'ü (n=30) SGK tarafından sağlık hizmeti almaktadır. Grupların sosyal güvenceleri istatistiksel olarak birbirinden

farklı bulunmuştur ($p=0,009$; $p<0,01$). SGK güvencesi olan grupta; deney grubunun kontrol grubuna göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Özel sigorta güvencesi olan grupta; deney grubunun kontrol grubuna göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$) ($\chi^2 :11,575$) (Tablo 4.1.1).

Deney grubundaki katılımcıların, %32,2'si ($n=10$) gelir giderden az, %41,9'u ($n=13$) gelir gidere eşit ve %25,9'u ($n=8$) gelir giderden fazladır. Kontrol grubundaki katılımcıların, %46,7'si ($n=14$) gelir giderden az, %53,3'ü ($n=16$) gelir gidere eşittir. Gruplar ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmuştur ($p=0,011$; $p<0,05$). Geliri giderden fazla olan grupta; deney grubunun kontrol grubuna göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$) ($\chi^2 :8,963$) (Tablo 4.1.1).

Deney grubundaki katılımcıların, %32,3'ü ($n=10$) ilde yaşıyor iken, %67,7'si ($n=21$) ise ilçede yaşıyordu. Kontrol grubundaki katılımcıların, %76,7'si ($n=23$) ilde yaşıyor iken, %23,3'ü ($n=7$) ise ilçede yaşıyordu. Gruplar ile yaşadığı yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). İlde yaşayan grupta; deney grubunun kontrol grubuna göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). İlçede yaşayan grupta; deney grubunun kontrol grubuna göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$) ($\chi^2 :12,108$) (Tablo 4.1.1).

Deney grubundaki katılımcıların, %19,4'ü ($n=6$) öğretmen, %19,4'ü ($n=6$) serbest meslek, %19,4'ü ($n=6$) ev hanımı, %9,7'si ($n=3$) emekli, %3,2'si ($n=1$) mühendis, %16,1'i ($n=5$) mali müşavir ve %12,9'u ($n=4$) diğer meslek grubunda çalışmaktadır. Kontrol grubundaki katılımcıların, %16,7'si ($n=5$) öğretmen, %20'ı ($n=6$) serbest meslek, %20'ı ($n=3$) ev hanımı, %13,3'ü ($n=4$) emekli, %30'ı ($n=9$) mühendis, %6,7'si ($n=2$) mali müşavir ve %3,3'ü ($n=1$) diğer meslek grubunda çalışmaktadır. Gruplar ile tanı grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) ($\chi^2 :10,706$) (Tablo 4.1.1).

Tablo 4.1.2'de hastaların bazı özellikleri ve alışkanlıkları karşılaştırıldığında, deney grubundaki katılımcıların, %16,1'si ($n=5$) sigara kullanıyor iken, %83,9'u ($n=26$) ise kullanmamaktadır. Kontrol grubundaki katılımcıların, %36,7'si ($n=11$) sigara

kullanıyor iken, %63,3'ü (n=19) ise kullanmamaktadır. Gruplar ile sigara kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (χ^2 :3,232) (Tablo 4.1.2).

Tablo 4.1.2. Deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların yaşam gereksinimlerinin dağılımı (N=61)

	Deney Grubu n=31		Kontrol Grubu n=30		Toplam		Test değeri *	p**
	n	%	n	%	n	%		
Sigara Kullanımı								
Evet	5	16,1	11	36,7	16	26,2	3,232	,068
Hayır	26	83,9	19	63,3	45	73,8		
Alkol Kullanımı								
Evet							1,493	,222
Hayır	6	19,4	11	36,7	17	27,9		
	25	80,6	19	63,3	44	72,1		
Bulantı Kusma Durumu								
Evet	6	19,4	3	10,0	9	14,8	3,061	,253
Hayır	25	80,6	27	90,0	52	85,2		
İstemsiz Gıda Almada Azalma Durumu								
Evet							4,942	,026
Hayır	13	41,9	21	70,0	34	55,7		
	18	58,1	9	30,0	27	44,3		
İstemsiz Kilo Kaybı Olması								
Evet	20	64,5	19	63,3	39	63,9	0,009	,923
Hayır	11	35,5	11	36,7	22	36,1		
Defekasyon Sıklığı								

2 Günde 1 Kez	5	17,2	8	26,7	13	22,0	2,127	,345
Günde 2 Kez	8	27,6	4	13,3	12	20,3		
Her Gün	16	55,2	18	60,0	34	57,7		
Defekasyon Problemi								
Problem yok	29	93,5	25	83,3	54	88,5		
Kabızlık	2	6,5	2	6,7	4	6,6	3,281	,350
Dışkılama Sonrasında Ağrı	0	0,0	2	6,7	2	3,3		
Kaçırma	0	0,0	1	3,3	1	1,6		
Toplam	31	100	30	100	61	100		

* *Ki-kare testi* ** $p<,05$

Deney grubundaki katılımcıların, %19,4'ü (n=6) alkol kullanıyor iken, %80,6'sı (n=25) ise kullanmamaktadır. Kontrol grubundaki katılımcıların, %36,7'si (n=11) alkol kullanıyor iken, %63,3'ü (n=19) ise kullanmamaktadır. Gruplar ile alkol kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) ($X^2:1,493$)(Tablo 4.1.2)

Deney grubundaki katılımcıların, %19,4'ü (n=6) bulantı kusma var iken, %8'si (n=52) ise yoktur. Kontrol grubundaki katılımcıların, %10'u (n=3) bulantı kusma var iken, %90'ı (n=27) ise yoktur. Gruplar ile bulantı kusma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$)($X^2:3,061$) (Tablo 4.1.2).

Deney grubundaki katılımcıların, %41,9'u (n=13) istemsiz gıda alımında azalma var iken, %58,1'i (n=18) ise yoktur. Kontrol grubundaki katılımcıların, %70'i (n=21) istemsiz gıda alımında azalma var iken, %30'u (n=9) ise yoktur. Gruplar ile istemsiz gıda almada azalma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,026$; $p<0,05$). İstemsiz gıda almada azalma durumu olanlarda; deney grubunun kontrol grubuna göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$)($X^2:4,942$) (Tablo 4.1.2)

Deney grubundaki katılımcıların, %64,5'i (n=20) istemsiz kilo kaybı var iken, %35,5'i (n=11) ise yoktur. Kontrol grubundaki katılımcıların, %63,3'ü (n=19) istemsiz kilo kaybı var iken, %36,7'si (n=11) ise yoktur. Gruplar ile istemsiz kilo kaybı olması

durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) ($X^2:0,009$) (Tablo 4.1.2).

Deney grubundaki katılımcıların, %17,2'si ($n=5$) 2 günde 1 kez, %27,6'sı ($n=8$) günde 2 kez ve %55,2'si ($n=16$) her gün defekasyon görülmüştür. Kontrol grubundaki katılımcıların, %26,7'si ($n=8$) 2 günde 1 kez, %13,3'ü ($n=4$) günde 2 kez ve %60'ı ($n=18$) her gün defekasyon görülmüştür. Deney grubundaki katılımcıların, %93,5'i ($n=29$) problem yok ve %6,5'i ($n=2$) kabızlık problemi görülmüştür. Kontrol grubundaki katılımcıların, %83,3'ü ($n=25$) problem yok, %6,7'si ($n=2$) kabızlık, %6,7'si ($n=2$) dışkılama sonrasında ağrı ve %3,3'ü ($n=1$) kaçırma problemi görülmüştür. Gruplar ile defekasyon sıklığı ve defekasyon problemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) ($x^2:3,281$) (Tablo 4.1.2).

Tablo 4.1.3. Deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların tanı ve hastalığa ilişkin durumlarının karşılaştırılması (N=61)

	Deney Grubu n=31		Kontrol Grubu n=30		Toplam		Test Değeri**	p*
	n	%	n	%	n	%		
Tanı Grupları								
Meme Ca	3	10,3	7	23,3	10	16,9	10,121	,391
Over Ca	5	17,2	3	10,0	8	13,6		
Pankreas Ca	3	10,3	3	10,0	6	10,2		
Akciğer Ca	6	20,6	4	13,3	10	17,0		
Kolon Ca	3	10,3	2	6,7	5	8,5		
Malign Melanom	1	3,4	3	10,0	4	6,8		
Prostat Ca	0	0,0	3	10,0	3	5,1		
Diğer	8	27,6	5	16,7	13	22,0		
Hastalık Evresi								
1. Evre	3	14,3	0	0,0	3	9,1	4,872	,181
2. Evre	9	42,9	7	58,3	16	48,5		
3. Evre	3	14,3	4	33,3	7	21,2		
4. evre	6	28,6	1	8,3	7	21,2		

Hastanın Hastalığı Hakkında Bilgi Alma Durumu							
Evet	31	100,0	29	96,7	60	98,4	1,437
Hayır	0	0,0	1	3,3	1	1,6	,492
Tedavi Durumu							
Ayaktan	28	90,3	28	93,3	56	91,8	0,185
Yatarak	3	9,7	2	6,7	5	8,2	,516
Ek Hastalıklar							
Kalp Yetmezliği	1	10,0	0	0	1	6,7	
Diyabet	4	40,0	2	40,0	6	40,0	
Hipertansiyon	5	50,0	3	60,0	8	53,3	
Metastaz Durumu							
Evet	14	45,2	12	40,0	26	42,6	
Hayır	17	54,8	18	60,0	35	57,4	,441
Karamsar ve Üzüntülü Olma Durumu							
Evet	14	45,2	14	46,7	28	45,9	0,014
Hayır	17	54,8	16	53,3	33	54,1	,906
Toplam	31	100	30	100	61	100	

* p>,05 ** Ki-kare testi

Deney grubundaki katılımcıların, %10,3'ü (n=3) meme kanseri, %17,2'si (n=5) over kanseri, %10,3'ü (n=3) pankreas kanseri, %20,6'sı (n=6) akciğer kanseri, %10,3'ü (n=3) kolon kanseri, %3,4'ü (n=1) malign melanom ve %27,6'sı (n=8) diğer kanser türleri tanısı konmuştur. Kontrol grubundaki katılımcıların, %23,3'ü (n=7) meme kanseri, %10'u (n=3) over kanseri, %10'u (n=3) pankreas kanseri, %13,3'ü (n=4) akciğer kanseri, %6,7'si (n=2) kolon kanseri, %10'u (n=3) malign melanom, %10'u (n=3) prostat kanseri ve %16,7'si (n=5) diğer kanser türleri tanısı konmuştur. Gruplar ile tanı grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (χ^2 :10,121) (Tablo 4.1.3).

Deney grubundaki katılımcıların, %14,3'ü (n=3) 1.evre, %42,9'u (n=9) 2.evre, %14,3'ü (n=3) 3.evre ve %28,6'sı (n=6) 4.evre olduğu görülmüştür. Kontrol grubundaki katılımcıların, %58,3'ü (n=7) 2.evre, %33,3'ü (n=4) 3.evre ve %8,3'ü (n=1) 4.evre olduğu görülmüştür. Deney grubundaki katılımcıların, %100'ü (n=31) hasta hastalığı ile ilgili bilgi almıştır. Kontrol grubundaki katılımcıların, %96,7'si (n=29) hasta hastalığı ile ilgili bilgi almış iken, %3,3'ü (n=1) ise almamıştır. Gruplar ile hastalık evresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (χ^2 : 4,872) (Tablo 4.1.3)

Deney grubundaki katılımcıların, %90,3'ü (n=28) ayaktan tedavi görmüş iken, %9,7'si (n=3) ise yatarak tedavi görmüştür. Kontrol grubundaki katılımcıların, %93,3'ü (n=28) ayaktan tedavi görmüş iken, %6,7'si (n=2) ise yatarak tedavi görmüştür. Gruplar ile tedavi durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (χ^2 : 0,185) (Tablo 4.1.3).

Deney grubundaki katılımcıların, %kaygı10'u (n=1) kalp yetmezliği, %40'ı (n=4) diyabet ve %50'si (n=5) hipertansiyon olduğu görülmüştür. Kontrol grubundaki katılımcıların, %40'ı (n=2) diyabet ve %60'si (n=3) hipertansiyon olduğu görülmüştür. (Tablo 4.1.3)

Deney grubundaki katılımcıların, %45,2'si (n=14) metastaz oluşmuş iken, %54,8'i (n=17) ise oluşmamıştır. Kontrol grubundaki katılımcıların, %40'ı (n=12) metastaz oluşmuş iken, %60'ı (n=18) ise oluşmamıştır. Gruplar ile metastaz durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). (Tablo 4.1.3)

Deney grubundaki katılımcıların, %45,2'si (n=14) karamsar ve üzüntülü hissediyor iken, %54,8'i (n=17) ise hissetmemektedir. Kontrol grubundaki katılımcıların, %46,7'si (n=14) karamsar ve üzüntülü hissediyor iken, %53,3'ü (n=16) ise hissetmemektedir. Gruplar ile karamsar ve üzüntülü durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (χ^2 : 0,014) (Tablo 4.1.3).

4.2 Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların Hemşirelik Bakım

Memnuniyet Düzeyi, Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeyi ve Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Düzeyinin Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan hastaların hemşirelik bakım memnuniyet düzeyi, durumluk ve sürekli kaygı düzeyi ve öz bakım yönetim düzeyi ile ilgili bulguları tablo 4.2.1'de yer almaktadır.

Tablo 4.2.1. Hastaların Deney ve Kontrol Gruplarına Göre Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği, Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği ve Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeğinin Karşılaştırılması

Ölçekler	Veri Toplama Zamanı	Deney Grubu	Kontrol Grubu	Test değeri*	p**
Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyeti Ölçeği	Ön test	70,04±12,22	70,04±12,22	358,00	,112
	Son test	87,15±7,87	87,15±7,87	362,50	,136
Durumluk Kaygı	Ön test	43,81±4,87	42,6±3,55	412,50	,445
	Son test	43,5±5,78	42,48±3,55	463,50	,994
Süreklilik Kaygı	Ön test	47,84±4,57	46,9±3,92	420,50	,514
	Son test	46,88±4,55	47±3,95	429,00	,609
Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği	Ön test	120,9±9,74	121,17±10,02	377,00	,862
	Son test	119,13±9,37	121,34±10,15	456,40	,343
Sosyal Koruma	Ön test	43,55±5,03	45,2±8,02	395,50	,309
	Son test	43,09±5,55	45,38±8,1	363,50	,144
Öz Koruma	Ön test	77,35±6,89	75,97±4,53	453,00	,200
	Son test	76,03±7,66	75,97±4,61	398,50	,913

*Mann Whitney U Testi **p>,05

Hastalara uygulanan ölçek sonuçları tablo 4.2.1’de gösterilmiştir. Deney grubunun ön test memnuniyet puanı değeri 60 ile 100 arasında değişmekte olup ortalama 76,03±12,04 bulunmuştur. Son test memnuniyet puanı değeri 60 ile 100 arasında değişmekte olup ortalama 89,77±9,93 bulunmuştur. Kontrol grubunda ise; ön test memnuniyet puanı değeri 43,16 ile 87,37 arasında değişmekte olup ortalama 70,04±12,22 bulunmuştur. Son test memnuniyet puanı değeri 78,95 ile 100 arasında değişmekte olup ortalama 87,15±7,87 bulunmuştur. Gruplara göre memnuniyet değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Deney grubu ön test durumluk puanı değeri 38 ile 54 arasında değişmekte olup ortalama 43,81±4,87 bulunmuştur. Son test durumluk puanı değeri 36 ile 60 arasında

değişmekte olup ortalama $43,5 \pm 5,78$ bulunmuştur. Kontrol grubunun; Son test memnuniyet puanı değeri 78,95 ile 100 arasında değişmekte olup ortalama $87,15 \pm 7,87$, Son test durumluk puanı değeri 37 ile 47 arasında değişmekte olup ortalama $42,48 \pm 3,55$ bulunmuştur. Gruplara göre durumluk değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$) Deney grubu ön test sürekli puanı değeri 42 ile 58 arasında değişmekte olup ortalama $47,84 \pm 4,57$ bulunmuştur. Son test sürekli puanı değeri 41 ile 60 arasında değişmekte olup ortalama $46,88 \pm 4,55$ bulunmuştur. Kontrol grubu ön test sürekli puanı değeri 42 ile 54 arasında değişmekte olup ortalama $46,9 \pm 3,92$, son test sürekli puanı değeri 42 ile 54 arasında değişmekte olup ortalama $47 \pm 3,95$ bulunmuştur. Gruplara göre süreklilik değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$) (Tablo 4.2.1).

Deney grubu ön test sosyal koruma puanı değeri 34 ile 54 arasında değişmekte olup ortalama $43,55 \pm 5,03$ bulunmuştur. Son test sosyal koruma puanı değeri 34 ile 54 arasında değişmekte olup ortalama $43,09 \pm 5,55$ bulunmuştur. Kontrol grubu, ön test sosyal koruma puanı değeri 30 ile 57 arasında değişmekte olup ortalama $45,2 \pm 8,02$ bulunmuştur. Son test sosyal koruma puanı değeri 30 ile 57 arasında değişmekte olup ortalama $45,38 \pm 8,1$ bulunmuştur. Gruplara göre sosyal koruma değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$). Deney grubu ön test öz koruma puanı değeri 63 ile 90 arasında değişmekte olup ortalama $77,35 \pm 6,89$ bulunmuştur. Son test öz koruma puanı değeri 60 ile 90 arasında değişmekte olup ortalama $76,03 \pm 7,66$ bulunmuştur. Kontrol grubu, Ön test öz koruma puanı değeri 67 ile 87 arasında değişmekte olup ortalama $75,97 \pm 4,53$ bulunmuştur. Son test öz koruma puanı değeri 67 ile 87 arasında değişmekte olup ortalama $75,97 \pm 4,61$ bulunmuştur. Gruplara göre öz koruma değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$) (Tablo 4.2.1).

Deney grubunun ön test öz bakım puanı değeri 104 ile 139 arasında değişmekte olup ortalama $120,9 \pm 9,74$ bulunmuştur. Son test öz bakım puanı değeri 105 ile 134 arasında değişmekte olup ortalama $119,13 \pm 9,37$ bulunmuştur. Kontrol grubu ön test öz bakım puanı değeri 101 ile 139 arasında değişmekte olup ortalama $121,17 \pm 10,02$ bulunmuştur. Son test öz bakım puanı değeri 101 ile 139 arasında değişmekte olup ortalama $121,34 \pm 10,15$ bulunmuştur. Gruplara göre öz bakım değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$) (Tablo 4.2.1).

Son test memnuniyet puanının ön test memnuniyet puanına göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Dönemlere göre durumluk puanı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Dönemlere göre süreklilik puanı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Dönemlere göre sosyal koruma puanı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Dönemlere göre öz koruma puanı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Dönemlere göre öz bakım puanı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 4.2.2).

Tablo 4.2.2. Hastaların Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği, Durumluk Ve Sürekli Kaygı Ölçeği Ve Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeğinin Grup İçi Ön Test-Son Test Karşılaştırılması (Deney Grubu) (N=31)

Deney Grubu		Ön Test	Son Test	Test değeri*	p**
NewCastle Hemşirelik Bakım Memnuniyeti	Ort±Ss	76,03±12,04	89,77±9,93	-3,587	,001
	Min-Max (Median)	60-100 (80)	60-100 (94,21)		
Durumluk Kaygı	Ort±Ss	43,81±4,87	43,5±5,78	-0,783	,784
	Min-Max (Median)	38-54 (45)	36-60 (42)		
Süreklilik Kaygı	Ort±Ss	47,84±4,57	46,88±4,55	-0,573	,958
	Min-Max (Median)	42-58 (46)	41-60 (45)		
Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği	Ort±Ss	120,9±9,74	119,13±9,37	-0,706	,936
	Min-Max (Median)	104-139 (123)	105-134 (121)		
Sosyal Koruma	Ort±Ss	43,55±5,03	43,09±5,55	-0,354	,879
	Min-Max (Median)	34-54 (46)	34-54 (43)		
Öz Koruma	Ort±Ss	77,35±6,89	76,03±7,66	-1,004	,763
	Min-Max (Median)	63-90 (77)	60-90 (76,5)		

*Wilcoxon Testi (Z)** **** $p<0,01$**

Son test memnuniyet puanının ön test memnuniyet puanına göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Dönemlere göre durumluk puanı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Dönemlere göre süreklilik puanı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Dönemlere göre sosyal koruma puanı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Dönemlere göre öz koruma puanı istatistiksel olarak

anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Dönemlere göre öz bakım puanı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). (Tablo 4.2.3)

Tablo 4.2.3. Hastaların Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği, Durumluk Ve Sürekli Kaygı Ölçeği Ve Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeğinin Grup İçi Ön Test-Son-Test Karşılaştırılması (Kontrol Grubu) (N=30)

Kontrol Grubu		Ön Test	Son Test	Test değeri*	p**
Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyeti	Ort±Ss Min-Max (Median)	70,04±12,22 43,16-87,37 (70,53)	87,15±7,87 78,95-100 (86,32)	-4,362	,001**
Durumluk Kaygı	Ort±Ss Min-Max (Median)	42,6±3,55 37-47 (43)	42,48±3,55 37-47 (43)	-0,275	,784
Süreklilik Kaygı	Ort±Ss Min-Max (Median)	46,9±3,92 42-54 (45)	47±3,95 42-54 (45)	-0,052	,958
Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi	Ort±Ss Min-Max (Median)	121,17±10,02 101-139 (123)	121,34±10,15 101-139 (123)	-0,081	,936
Sosyal Koruma	Ort±Ss Min-Max (Median)	45,2±8,02 30-57 (46)	45,38±8,1 30-57 (46)	-0,153	,879
Öz Koruma	Ort±Ss Min-Max (Median)	75,97±4,53 67-87 (76)	75,97±4,61 67-87 (76)	-0,302	,763

*Wilcoxon Testi (Z)** **** $p<0,01$**

5. TARTIŞMA

Onkoloji hastalarının bakımında vaka yönetim modelinin hemşirelik bakım memnuniyeti, öz bakım yönetimi ve kaygı düzeyine etkisini incelemek amacıyla gerçekleştirilen araştırma kapsamında 31 'i deney, 30'u kontrol olmak üzere 61 hasta ile çalışılmıştır. Bu çalışmadan elde edilen bulgular iki başlık altında tartışılacaktır.

5.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri ile ilgili bulguların tartışılması

5.2. Hastaların hemşirelik bakım memnuniyeti, öz bakım yönetimi ve kaygı düzeyi ile ilgili bulguların tartışılması

5.1 Hastaların Sosyodemografik Özellikleri İle İlgili Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada, deney ve kontrol grubunun bazı sosyodemografik özellikleri karşılaştırılmış, yaş, cinsiyet, hastalığa ilişkin tanı ve hastalığın evrelendirilmesi yönünden iki grubun benzer olduğu, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.1.1).

Llamas-Ramos ve arkadaşlarının 2022 yılında gerçekleştirdiği bir çalışmada örneklemin yaş ortalaması deney grubunda 59.98, kontrol grubunda ise 50.47 olarak bulunmuştur.¹²⁹ Demir Doğan ve arkadaşlarının 2021 yılında Türk onkoloji hastaları ile gerçekleştirilmiş tamamlayıcı ve bütünleştirici tıbbın semptom yönetimi ve yaşam kalitesinin incelendiği bir çalışmada örneklemin genel yaş ortalaması 53.73 ± 13.05 olarak bulunmuştur.¹³⁰ Özçelik'in palyatif bakım hastaları ile gerçekleştirdiği bir çalışmada deney grubu yaş ortalaması $52,59 \pm 13,31$, kontrol grubu yaş ortalaması $53,63 \pm 12,31$ 'dir.⁹⁹ Çalışmamızda hastalarımızın deney grubu yaş ortalaması $52,94 \pm 13,03$, kontrol grubunda ise $45,7 \pm 17,61$ olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1.1). Çalışmamızın yaş ortalaması bulguları literatür ile benzerlik göstermektedir.^{131,132}

TUİK (2017) raporuna göre Türkiye'de kanser hızı erkeklerde yüz binde 259,2 kadınlarda yüz binde 187,0 ve her yıl yaklaşık 97 bin erkek, 62 bin kadın olmak üzere toplam 159 bin kişinin kansere yakalandığı bildirilmektedir.^{132,133} Silva ve arkadaşlarının (2022) onkoloji hastalarının palyatif bakımına yönelik gerçekleştirilen bir çalışmada örneklem grubunun %58'ini kadın hastalar oluşturmaktadır.¹³⁴ Dumanis ve Raymond'un (2021) yayınlanan onkoloji hastalarında hastalık yükünün hasta üzerine etkilerinin incelendiği çalışmada araştırmaya katılan hastaların %57'sini kadın hastalar

oluşturmaktadır.¹³⁵ Loughan ve arkadaşları (2022) beyin tümörü hastaları ile çalışmış olup, araştırma örnekleminin %53'ünü kadın hastalar oluşturur.¹³⁶ Faris ve arkadaşlarının (2022) covid-19 pandemisi sebebiyle onkoloji hastalarının tedavi zamanlarının aksamasının hasta üzerine etkilerinin incelendiği çalışmada örneklemin %66'sını erkek hastalar oluşturmaktadır.¹³⁷ Covid-19 pandemisi sürecinde Tamalanus ve arkadaşlarının çalışmasında örneklemin %69,5'ini erkek hastalar oluşturmuştur.¹³⁸ Çalışmamızda erkek ve kadın hasta yüzdeleri birbirine yakın olmakla birlikte hastaların %52,5'ini erkek hastalar oluşturmaktadır. Çalışma literatür ile hem benzerlik hem de farklılık göstermektedir. İncelenen araştırmalarda hastalık tanısının cinsiyet faktörü üzerinde etkisi olduğu saptanmıştır.

Chen ve ark. (2013) kanser hastalarının tedavisinde rutin klinik bakım ve hemşire vaka yönetiminin karşılaştırılması amacıyla oluşturulan örneklem grubunda hastaların %93,9'unun evli olduğu görülmüştür.¹¹² Özçelik'in (2011), palyatif bakımda vaka yönetim modelinin semptom düzeyi, yaşam kalitesi, hasta ve aile memnuniyeti ve direkt maliyet sonuçlarına etkisini incelediği çalışmada bireylerin %72,7'sinin evli olduğu görülmüştür.⁹⁹ Diğer araştırmalar da bizim çalışmamız ile benzerlik göstermektedir.^{113,139,140,141} Literatürdeki çalışmaların ve çalışmamızdaki ileri yaş ortalaması dikkate alındığında evli popülasyonun çoğunlukta olması beklenen bir durumdur.

Vaka yönetimi çalışmaları incelendiğinde örneklem grubunun lisans düzeyinin çoğunlukta olduğu çalışmalara rastlanmamıştır. Kronik hastalıklar üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada örneklem grubunun eğitim durumu %39,8' ile lisans derecesindedir.¹⁴² Vaka yönetim modelinin etkinliğinin incelendiği çalışmalarda örneklem eğitim durumunu ilköğretim, ortaokul ve lise düzeyi oluşturmaktadır.^{98,112,128,143,138} Çalışmamızda hastaların çoğunluğu lisans derecesine sahip bireylerden oluşmaktadır (Tablo 4.1.1). Çalışmada deney ve kontrol grubundaki hastaların eğitim durumunun literatürden farklı olduğu görülmektedir. Bu durum deney ve kontrol grubundaki hastaların algılama ve yordama düzeylerinin yüksek olması ile hemşire-hasta iletişim becerisinin ve hemşirelik bakım memnuniyet düzeyinin etkilenebileceği düşünülebilir.

Alacalıoğlu'nun (2007) kanser hastaları ve yakınları ile gerçekleştirdiği bir çalışmada örneklem grubunun sosyal güvence durumunun %67'sinin emekli sandığı ve

%15,5'inin SGK olduğu gözlenmiştir.⁸¹ Çalışkan ve arkadaşlarının (2015) kanser hastalarının yaşam kalitesi üzerine gerçekleştirdikleri çalışmada örneklem grubunun %96,1'inin sosyal güvencesinin olduğu bildirilmiştir.¹⁴⁰ Çalışmamızda da hastaların büyük bir çoğunluğunu sosyal güvenceye sahip SGK hastaları olduğu görülmektedir. Çalışmanın iki özel vakıf hastanesinde gerçekleştirilmiş olması sebebiyle özel sigorta, tamamlayıcı sağlık sigortası ve ücretli hastalar da bulunmaktadır. Çalışmamız literatür ile benzerlik göstermektedir.

Özkan ve Akın'ın (2017) kanser hastaları ile gerçekleştirdiği çalışmada örneklemin büyük bir kısmının %75 ile gelir durumunun gidere eşit olduğu saptanmıştır.¹⁴⁴ Özçelik'in (2011) doktora tez çalışmasında örneklem grubunun %86,4'ünü gelir durumunun ihtiyaçlarını karşıladığı saptanmıştır.⁹⁹ Çalışmamızda örneklem grubumuzun çoğunluğunun gelir durumunun gider durumuna eşit olduğu saptanmıştır. Sonuçlar literatür ile benzerlik göstermektedir.

Arslan ve arkadaşlarının (2008) kemoterapi alan kanser hastaları ile gerçekleştirdikleri çalışmada örneklem grubunun %57'sinin il dışında yaşadığı¹⁴⁵, Tan ve Akgün Şahin'in (2010) çalışmasında ise örneklem grubunun 43,6'sının ilde yaşadığı saptanmıştır.¹⁴⁶ Çalışmamızın deney grubu hastalarının çoğunluğunu il dışında yaşayan hastalar oluştururken genel ortalamaya bakıldığında ise %54,1'inin ilde yaşadığı görülmüştür. Çalışmamızın özel hastanelerde gerçekleştirilmiş olması sebebiyle literatürle hem benzerlik hem de farklılık göstermektedir.

Kanser başlı başına kendisi, tedavi süreci ve yan etkileri ile kanser hastasının işlevsellik derecesini, günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilemektedir.¹⁴⁷ Özgün ve ark. (2020) kanser hastaları ile gerçekleştirdiği çalışmasında örneklem grubunun %35,3'ü ev hanımıdır.¹⁴⁸ Koroki ve ark. (2021) jinekoloji hastaları ile bir çalışma gerçekleştirmiş ve örneklem grubunun %47'sinin çalıştığı, %34'ünün emekli olduğu, %11,4'ünün işsiz ve %7,2'sinin ev hanımı olduğu ortaya konmuştur.¹⁴⁹ Düzen ve Korkmaz'ın (2012) kanser hastalarında, semptom kontrolü ve tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımı üzerine yaptıkları çalışmada örneklem grubunun %71,1'inin serbest meslek sahibi olduğu ve %24,2'sinin de emekli olduğu görülmüştür.¹⁵⁰ Çalışmamızda meslek grupları ve çalışma durumu ele alındığında çoğunluğun çalışmadığı bulunmuşken, çalışan grubun çoğunluğunun öğretmen, serbest meslek sahibi ve

mühendis olduğu gözlenmiştir. (Tablo 4.1.1). Çalışma literatür ile benzerlik göstermektedir.^{81,141,151}

Özgün ve ark. (2020) onkoloji hastalarının kanser türlerine göre yaşam kalitesi, kaygı ve antropometrik ölçümlerinin incelendiği bir çalışmada; hastaların %15,9'unun akciğer kanseri, %30,3'ünün meme kanseri, %11,9'unun prostat kanseri, %14,4'ünün gastrointestinal sistem kanseri oldukları saptanmıştır. Hastaların %25,4'ünde metastaz bulunurken, %74,6'sında metastaz olmadığı, hastaların %15,9'unun 1. evre, %31,8'inin 2. evre, %34,8'inin 3. evre ve %17,5'inin hastalığının 4. evresinde olduğu saptanmıştır.¹⁴⁸ Benzer bir çalışmada; hastaların metastaz durumu incelenmiş çalışmaya katılan hastaların %69'unun metastazının olmadığı belirlenmiştir.¹³⁹ Çalışmamızdaki hastaların hastalık özelliklerine göre dağılımları literatürle benzerlik göstermektedir.^{132,152} Ülkemizde kanser verileri incelendiğinde erkek popülasyonda akciğer kanserinin birinci sırada olduğu saptanmıştır. Bu verilerden yola çıkarak çalışmamızdaki erkek hastaların çoğunluğunun akciğer kanseri olması beklenen bir durumdur. İkinci sırada 16,9 ile meme kanseri gelirken ülkemizde de kadın hastaların büyük bir çoğunluğunun meme kanseri olduğu saptanmıştır.¹⁵³

Yalım ve Uysal'ın (2021) onkoloji kliniğine başvuran kanser hastalar ile gerçekleştirdikleri çalışmada örneklem grubunun %59,6'sının sigara içmediği¹⁵⁴, Öztürk ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında da örneklem grubun %48,3'ünün hiç sigara kullanmadığı saptanmıştır.¹⁵⁵ Çalışmamızdaki örnek grubunun büyük bir kısmı sigara kullanmadığını belirtmiştir. Çalışma sonuçları literatür ile uyumluluk göstermektedir.

5.2 Hastaların Hemşirelik Bakım Memnuniyeti, Öz Bakım Yönetimi Ve Kaygı Düzeyi İle İlgili Bulguların Tartışılması

Deney ve kontrol grubundaki hastaların hemşirelik bakım memnuniyet puan ortalamalarının dağılımı tablo 4.2.1'de gösterilmiştir.

Deney grubundaki hastaların vaka yönetimi ile sağlanan hemşirelik bakım memnuniyet puan ortalamaları $76,03 \pm 12,04$ olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların vaka yönetimi ile sağlanan hemşirelik bakım memnuniyet puan ortalamaları $87,15 \pm 7,87$ olarak saptanmıştır.

Çalışmamızda deney ve kontrol grupları arasındaki memnuniyet puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p < 0,05$)

(Tablo4.2.1). Çalışma hipotezlerimizden biri olan vaka yönetimi uygulanan grup ile vaka yönetimi uygulanmayan grup arasında fark olmadığı tespit edilmiştir.

Kanser ve solunum sistemi hastalıklarına sahip bireyleri kapsayan bir çalışmada; kanser tanılı hastaların memnuniyet puanı (2.67 ± 0.63) diğer gruplara göre kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği puanı daha yüksek bulunmuştur. Genel memnuniyet puan ortalaması da 2.54 ± 0.5 'dir.¹⁵⁶ Kronik hastalıkları kapsayan bir başka çalışmada kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği toplam puan ortalaması 2.81 olarak saptanmıştır.¹⁵⁷ Bizim çalışmamızdaki hemşirelik bakımı memnuniyet puan ortalamaları literatür bilgilerini destekler niteliktedir.^{144,158}

Yapılan bir uzmanlık çalışmasında kanser hastasının palyatif bakımında vaka yönetim modelinin palyatif bakım hastalarının ve ailelerinin memnuniyet düzeyini arttırdığı görülmüştür.⁹⁹ Benzer şekilde kanser ve kronik hastalıklarda vaka yönetim modelinin hasta memnuniyet sonuçlarına olumlu etkisi gözlenmiştir.^{17,93,112,113,139} Araştırmamızın sonuçları literatürden farklı olarak saptanmıştır. Deney ve kontrol grubundaki hastaların hemşirelik bakım memnuniyetleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Araştırma iki vakıf hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Her iki hastanede çalışan hemşirelerin tümünün lisans eğitimine sahip olması ve bir çocuğunun lisansüstü eğitimine devam ediyor olması, hastane kapsamında verilen eğitimlerini tamamlamış olmaları, deneyimli olmaları ve literatürü yakından takip ederek bilgilerinin güncel olması sebebiyle hastaların soruları eksiksiz yanıtlanmaktadır. Bu sebeple iki grup arasında ön test ve son test hemşire bakım memnuniyeti yönünden istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmuş olsa da vaka yönetimi uygulanan kanser hastası ile vaka yönetimi uygulanmayan kanser hastasının hemşirelik bakım memnuniyeti yönünden farklılık olmadığı düşünülmüştür.

Deney ve kontrol grubundaki hastaların ön test ve son test sosyal koruma, öz koruma ve öz bakım puan ortalamalarının dağılımı tablo 4.2.1'de gösterilmiştir. Gruplara göre ön test ve son test sosyal koruma, öz koruma ve öz bakım puan değerleri incelendiğinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$)(Tablo 4.2.1).

Aytap ve Özer'in (2021) kronik hastalığı olan bireylerle gerçekleştirdikleri bir çalışmada depresyon riski ile hastalık öz yönetimi arasındaki ilişki incelenmiştir ve depresyon düzeyleri artan bireylerde öz bakım yönetiminin azaldığı saptanmıştır.¹⁵⁹

Özdelikara ve arkadaşlarının (2020) gerçekleştirdiği bir çalışmada kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi ve uyum değerlendirilmiştir. Bu araştırmanın sonucu da hastaların öz bakım yönetimlerinin iyi düzeyde olduğu saptanmıştır.¹⁶⁰ Çalışmamızda hastalarımızın öz bakım yönetiminin iyi düzeyde olması literatür ile benzerlik göstermektedir fakat vaka yönetimi uygulanan kanser hastası ile vaka yönetimi uygulanmayan kanser hastası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Hastaların yeni tanı almış olmaları, çalışılan grupta hastalık evresinin %48,5 ile 2. evre olması, hastaların eğitim durumunun %63,9 ile lisans düzeyinde olması, hastalık düzeyini olumsuz etkileyeceği düşünülen sigara (%26,2) ve alkol (%27,9) kullanan hastaların azınlıkta olması; bu grupta öz bakım yönetiminin sağlandığını göstermektedir (Tablo4.2.1).

Deney ve kontrol grubundaki hastaların ön test ve son test durumluk ve süreklilik puan ortalamalarının dağılımı tablo 4.2.1'de gösterilmiştir. Gruplara göre durumluk ve süreklilik puan değerleri incelendiğinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.2.1).

Literatür incelendiğinde; bireylerin kanser tanısı aldıktan sonra 2 hafta içinde yoğun kaygı hissettikleri ve sonraki dönemde kaygı düzeylerinin azaldığı saptanmıştır.^{161,162} Eğitim düzeyi yükseldikçe kaygı düzeyinin azalıp umut düzeyinin yükseldiğini gösteren çalışmalar mevcuttur. Bunlardan bir tanesi Aslan ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği "Kanser Hastalarında Umut" çalışmasında da benzer durum gözlenmiştir.¹⁶³ Bizim çalışmamızın sonuçları literatürden farklılık göstermektedir. Hastalarımız eğitim düzeyi yüksek ve genç erişkin gruptan oluşmaktadır. Ön test ve son test sonuçlarına göre hastaların durumluk ve süreklilik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.2.1). Kaygı durumlarını arttıracak her durumda destek alacak, internet vb. kaynaklardan bilgi eksikliklerini karşılayacak donanıma sahip oldukları tespit edilmiş olsa bile durumluk ve süreklilik kaygı düzeyinin ön-test ve son-test bulguları arasında fark olmaması hastanın psikolojik destek alması gerektiğinin de göstergesi olabilmektedir.

Veri toplama sürecinde kaygı düzeyi yüksek olan hastaların çalışmaya katılmaya gönüllü olmaması, katılan hastaların da araştırmadan çekilmiş olmalarıdır. Araştırmadan çekilen hastalarımız 2018 yılından itibaren tüm dünyayı ve 11 Mart 2019 tarihinden itibaren de ülkemizi etkisi altına alan Covid-19 pandemisi sebebiyle, hem

fiziksel hem de psikolojik olarak bu süreçten etkilenmiştir. Aynı zamanda hasta ve yakınları anket formlarının uygulanmasını kabul etmiş olmalarına rağmen anket formlarını eksiksiz tamamlamamışlardır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

- Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması deney grubunda $52,94 \pm 13,03$, kontrol grubunda $45,7 \pm 17,61$ bulundu. Deney ve kontrol grubunun yaş ortalamaları karşılaştırıldığında, her iki grubun yaşlarının benzer olduğu belirlendi ($p=0,078$) (Tablo 4.1.1).
- Hastaların demografik özellikleri tablo 4.1.1. de gösterilmiştir. Deney grubundaki katılımcıların, %54,8'i ($n=17$) kadın iken, %45,2'si ($n=14$) ise erkektir. Kontrol grubundaki katılımcıların, %40'ı ($n=12$) kadın iken, %60'ı ($n=18$) ise erkektir. Gruplar ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.1.1).
- Deney grubundaki katılımcıların, %83,9'u ($n=26$) evli iken, %16,1'i ($n=5$) ise bekârdır. Kontrol grubundaki katılımcıların, %60'ı ($n=18$) evli iken, %40'ı ($n=12$) ise bekârdır. Gruplar ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,038$; $p<0,05$). Evli olan grupta; deney grubunun kontrol grubuna göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Bekâr olan grupta; deney grubunun kontrol grubuna göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$) (Tablo 4.1.1).
- Deney grubundaki katılımcıların, %22,6'sı ($n=7$) ilkokul, %9,7'si ($n=3$) ortaokul, %19,4'ü ($n=6$) lise ve %48,4'ü ($n=15$) lisans mezunudur. Kontrol grubundaki katılımcıların, %10'u ($n=3$) ortaokul, %10'u ($n=3$) lise ve %80'i ($n=24$) lisans mezunudur. Gruplar ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,018$; $p<0,05$). İlkokul mezunu olan grupta; deney grubunun kontrol grubuna göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Lisans mezunu olan grupta; deney grubunun kontrol grubuna göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$) (Tablo 4.1.1).

- Deney grubundaki katılımcıların, %67,7'si (n=21) SGK, %19,4'ü (n=6) özel sigorta, %3,2'si (n=1) tamamlayıcı sağlık sigortası ve %9,7'si (n=3) ücretli sağlık hizmeti almaktadır. Kontrol grubundaki katılımcıların %100'ü (n=30) SGK tarafından sağlık hizmeti almaktadır. Gruplar ile sosyal güvence durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,009$; $p<0,01$). SGK güvencesi olan grupta; deney grubunun kontrol grubuna göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Özel sigorta güvencesi olan grupta; deney grubunun kontrol grubuna göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$) (Tablo 4.1.1).
- Deney grubundaki katılımcıların, %32,2'si (n=10) gelir giderden az, %41,9'u (n=13) gelir gidere eşit ve %25,9'u (n=8) gelir giderden fazladır. Kontrol grubundaki katılımcıların, %46,7'si (n=14) gelir giderden az, %53,3'ü (n=16) gelir gidere eşittir. Gruplar ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,011$; $p<0,05$). Geliri giderden fazla olan grupta; deney grubunun kontrol grubuna göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$) (Tablo 4.1.1).
- Deney grubundaki katılımcıların, %32,3'ü (n=10) ilde yaşıyor iken, %67,7'si (n=21) ise ilçede yaşıyordur. Kontrol grubundaki katılımcıların, %76,7'si (n=23) ilde yaşıyor iken, %23,3'ü (n=7) ise ilçede yaşıyordur. Gruplar ile yaşadığı yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). İlde yaşayan grupta; deney grubunun kontrol grubuna göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). İlçede yaşayan grupta; deney grubunun kontrol grubuna göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$) (Tablo 4.1.1).
- Deney grubundaki katılımcıların, %19,4'ü (n=6) öğretmen, %19,4'ü (n=6) serbest meslek, %19,4'ü (n=6) ev hanımı, %9,7'si (n=3) emekli, %3,2'si (n=1) mühendis, %16,1'i (n=5) mali müşavir ve %12,9'u (n=4) diğer meslek grubunda çalışmaktadır. Kontrol grubundaki katılımcıların, %16,7'si (n=5) öğretmen, %20'ı (n=6) serbest meslek, %20'ı (n=3) ev hanımı, %13,3'ü (n=4) emekli, %30'ı (n=9) mühendis, %6,7'si (n=2) mali müşavir ve %3,3'ü (n=1) diğer meslek grubunda çalışmaktadır. Gruplar ile tanı grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.1.1).

- Tablo 4.2’de hastaların bazı özellikleri ve alışkanlıkları karşılaştırıldığında, deney grubundaki katılımcıların, %16,1’si (n=5) sigara kullanıyor iken, %83,9’u (n=26) ise kullanmamaktadır. Kontrol grubundaki katılımcıların, %36,7’si (n=11) sigara kullanıyor iken, %63,3’ü (n=19) ise kullanmamaktadır. Gruplar ile sigara kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.1.2).
- Deney grubundaki katılımcıların, %19,4’ü (n=6) alkol kullanıyor iken, %80,6’sı (n=25) ise kullanmamaktadır. Kontrol grubundaki katılımcıların, %36,7’si (n=11) alkol kullanıyor iken, %63,3’ü (n=19) ise kullanmamaktadır. Gruplar ile alkol kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.1.2).
- Deney grubundaki katılımcıların, %19,4’ü (n=6) bulantı kusma var iken, %8’si (n=52) ise yoktur. Kontrol grubundaki katılımcıların, %10’u (n=3) bulantı kusma var iken, %90’ı (n=27) ise yoktur. Gruplar ile bulantı kusma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.1.2).
- Deney grubundaki katılımcıların, %41,9’u (n=13) istemsiz gıda alımında azalma var iken, %58,1’i (n=18) ise yoktur. Kontrol grubundaki katılımcıların, %70’i (n=21) istemsiz gıda alımında azalma var iken, %30’u (n=9) ise yoktur. Gruplar ile istemsiz gıda almada azalma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,026$; $p<0,05$). İstemsiz gıda almada azalma durumu olanlarda; deney grubunun kontrol grubuna göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$) (Tablo 4.1.2).
- Deney grubundaki katılımcıların, %64,5’i (n=20) istemsiz kilo kaybı var iken, %35,5’i (n=11) ise yoktur. Kontrol grubundaki katılımcıların, %63,3’ü (n=19) istemsiz kilo kaybı var iken, %36,7’si (n=11) ise yoktur. Gruplar ile istemsiz kilo kaybı olması durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.1.2).
- Deney grubundaki katılımcıların, %17,2’si (n=5) 2 günde 1 kez, %27,6’sı (n=8) günde 2 kez ve %55,2’si (n=16) her gün defekasyon görülmüştür. Kontrol grubundaki katılımcıların, %26,7’si (n=8) 2 günde 1 kez, %13,3’ü (n=4) günde 2 kez ve %60’ı (n=18) her gün defekasyon görülmüştür. Deney grubundaki katılımcıların, %93,5’i (n=29) problem yok ve %6,5’i (n=2) kabızlık problemi görülmüştür. Kontrol grubundaki katılımcıların, %83,3’ü (n=25) problem yok, %6,7’si (n=2) kabızlık, %6,7’si (n=2) dışkılama sonrasında ağrı ve %3,3’ü (n=1) kaçırmama problemi

görülmüştür. Gruplar ile defekasyon sıklığı ve defekasyon problemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.1.2).

- Deney grubundaki katılımcıların, %10,3'ü ($n=3$) meme kanseri, %17,2'si ($n=5$) over kanseri, %10,3'ü ($n=3$) pankreas kanseri, %20,6'sı ($n=6$) akciğer kanseri, %10,3'ü ($n=3$) kolon kanseri, %3,4'ü ($n=1$) malign melanom ve %27,6'sı ($n=8$) diğer kanser türleri tanısı konmuştur. Kontrol grubundaki katılımcıların, %23,3'ü ($n=7$) meme kanseri, %10'u ($n=3$) over kanseri, %10'u ($n=3$) pankreas kanseri, %13,3'ü ($n=4$) akciğer kanseri, %6,7'si ($n=2$) kolon kanseri, %10'u ($n=3$) malign melanom, %10'u ($n=3$) prostat kanseri ve %16,7'si ($n=5$) diğer kanser türleri tanısı konmuştur. Gruplar ile tanı grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.1.3).
- Deney grubundaki katılımcıların, %14,3'ü ($n=3$) 1.evre, %42,9'u ($n=9$) 2.evre, %14,3'ü ($n=3$) 3.evre ve %28,6'sı ($n=6$) 4.evre olduğu görülmüştür. Kontrol grubundaki katılımcıların, %58,3'ü ($n=7$) 2.evre, %33,3'ü ($n=4$) 3.evre ve %8,3'ü ($n=1$) 4.evre olduğu görülmüştür. Deney grubundaki katılımcıların, %100'ü ($n=31$) hasta hastalığı ile ilgili bilgi almıştır. Kontrol grubundaki katılımcıların, %96,7'si ($n=29$) hasta hastalığı ile ilgili bilgi almış iken, %3,3'ü ($n=1$) ise almamıştır. Gruplar ile hastalık evresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.1.3).
- Deney grubundaki katılımcıların, %90,3'ü ($n=28$) ayaktan tedavi görmüş iken, %9,7'si ($n=3$) ise yatarak tedavi görmüştür. Kontrol grubundaki katılımcıların, %93,3'ü ($n=28$) ayaktan tedavi görmüş iken, %6,7'si ($n=2$) ise yatarak tedavi görmüştür. Gruplar ile tedavi durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.1.3).
- Deney grubundaki katılımcıların, %10'u ($n=1$) kalp yetmezliği, %40'ı ($n=4$) diyabet ve %50'si ($n=5$) hipertansiyon olduğu görülmüştür. Kontrol grubundaki katılımcıların, %40'ı ($n=2$) diyabet ve %60'si ($n=3$) hipertansiyon olduğu görülmüştür. (Tablo 4.1.3)
- Deney grubundaki katılımcıların, %45,2'si ($n=14$) metastaz oluşmuş iken, %54,8'i ($n=17$) ise oluşmamıştır. Kontrol grubundaki katılımcıların, %40'ı ($n=12$) metastaz oluşmuş iken, %60'ı ($n=18$) ise oluşmamıştır. Gruplar ile metastaz durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.1.3).

- Deney grubundaki katılımcıların, %45,2'si (n=14) karamsar ve üzüntülü hissediyor iken, %54,8'i (n=17) ise hissetmemektedir. Kontrol grubundaki katılımcıların, %46,7'si (n=14) karamsar ve üzüntülü hissediyor iken, %53,3'ü (n=16) ise hissetmemektedir. Gruplar ile karamsar ve üzüntülü durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.1.3).
- Deney grubunun ön test memnuniyet puanı değeri 60 ile 100 arasında değişmekte olup ortalama $76,03 \pm 12,04$ bulunmuştur. Son test memnuniyet puanı değeri 60 ile 100 arasında değişmekte olup ortalama $89,77 \pm 9,93$ bulunmuştur. Kontrol grubunda ise; ön test memnuniyet puanı değeri 43,16 ile 87,37 arasında değişmekte olup ortalama $70,04 \pm 12,22$ bulunmuştur. Son test memnuniyet puanı değeri 78,95 ile 100 arasında değişmekte olup ortalama $87,15 \pm 7,87$ bulunmuştur. Gruplara göre memnuniyet değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 4.2.1).
- Deney grubu ön test durumluk puanı değeri 38 ile 54 arasında değişmekte olup ortalama $43,81 \pm 4,87$ bulunmuştur. Son test durumluk puanı değeri 36 ile 60 arasında değişmekte olup ortalama $43,5 \pm 5,78$ bulunmuştur. Kontrol grubunun; Son test memnuniyet puanı değeri 78,95 ile 100 arasında değişmekte olup ortalama $87,15 \pm 7,87$, Son test durumluk puanı değeri 37 ile 47 arasında değişmekte olup ortalama $42,48 \pm 3,55$ bulunmuştur. Gruplara göre durumluk değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Deney grubu ön test sürekli puanı değeri 42 ile 58 arasında değişmekte olup ortalama $47,84 \pm 4,57$ bulunmuştur. Son test sürekli puanı değeri 41 ile 60 arasında değişmekte olup ortalama $46,88 \pm 4,55$ bulunmuştur. Kontrol grubu ön test sürekli puanı değeri 42 ile 54 arasında değişmekte olup ortalama $46,9 \pm 3,92$, son test sürekli puanı değeri 42 ile 54 arasında değişmekte olup ortalama $47 \pm 3,95$ bulunmuştur. Gruplara göre süreklilik değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 4.2.1).
- Deney grubu ön test sosyal koruma puanı değeri 34 ile 54 arasında değişmekte olup ortalama $43,55 \pm 5,03$ bulunmuştur. Son test sosyal koruma puanı değeri 34 ile 54 arasında değişmekte olup ortalama $43,09 \pm 5,55$ bulunmuştur. Kontrol grubu, ön test sosyal koruma puanı değeri 30 ile 57 arasında değişmekte olup ortalama $45,2 \pm 8,02$ bulunmuştur. Son test sosyal koruma puanı değeri 30 ile 57 arasında değişmekte olup ortalama $45,38 \pm 8,1$ bulunmuştur. Gruplara göre sosyal koruma değeri istatistiksel

olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Deney grubu ön test öz koruma puanı değeri 63 ile 90 arasında değişmekte olup ortalama $77,35\pm6,89$ bulunmuştur. Son test öz koruma puanı değeri 60 ile 90 arasında değişmekte olup ortalama $76,03\pm7,66$ bulunmuştur. Kontrol grubu, Ön test öz koruma puanı değeri 67 ile 87 arasında değişmekte olup ortalama $75,97\pm4,53$ bulunmuştur. Son test öz koruma puanı değeri 67 ile 87 arasında değişmekte olup ortalama $75,97\pm4,61$ bulunmuştur. Gruplara göre öz koruma değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 4.2.1).

- Deney grubunun ön test öz bakım puanı değeri 104 ile 139 arasında değişmekte olup ortalama $120,9\pm9,74$ bulunmuştur. Son test öz bakım puanı değeri 105 ile 134 arasında değişmekte olup ortalama $119,13\pm9,37$ bulunmuştur. Kontrol grubu ön test öz bakım puanı değeri 101 ile 139 arasında değişmekte olup ortalama $121,17\pm10,02$ bulunmuştur. Son test öz bakım puanı değeri 101 ile 139 arasında değişmekte olup ortalama $121,34\pm10,15$ bulunmuştur. Gruplara göre öz bakım değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 4.2.1).
- Son test memnuniyet puanının ön test memnuniyet puanına göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Dönemlere göre durumluk puanı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Dönemlere göre süreklilik puanı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Dönemlere göre sosyal koruma puanı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Dönemlere göre öz koruma puanı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Dönemlere göre öz bakım puanı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 4.2.2).
- Son test memnuniyet puanının ön test memnuniyet puanına göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Dönemlere göre durumluk puanı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Dönemlere göre süreklilik puanı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Dönemlere göre sosyal koruma puanı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Dönemlere göre öz koruma puanı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Dönemlere göre öz

bakım puanı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 4.2.2).

- Deney ve kontrol grubundaki hastaların hemşirelik bakım memnuniyeti kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi ve kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Sonuçlar; katılımcıların hemşirelik bakım memnuniyeti ve kronik hastalıklarda öz bakım yönetim düzeyinin yüksek olduğunu, kaygı düzeyinin orta düzeyde olduğunu ve gruplar arası farkın olmadığını göstermiştir.

6.2 Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Yeni tanı alan kanser hastalarının hastaneye yatışta, taburculukta ve taburculuk sonrası dönemde hastaların kaygı düzeyi, öz bakım yönetimi ve hemşirelik bakım memnuniyeti düzeylerinin geniş örneklem kapsamında değerlendirilmesi ve elde edilen sonuçların gelecekte planlanacak girişimler için veri tabanı oluşturması,
- Bireyselleştirilmiş multidisipliner bakım planının oluşturulması,
- Kronik hastalıklarda öz-bakım yönetiminin ölçümüne yönelik Türk kültürüne uygun ölçek geliştirme çalışmalarının yapılması,
- Yapılacak yeni çalışmalarda kanser hastasına uygulanan vaka yönetim modelinin maliyet etkinliği üzerine çalışmaların yapılması,
- Onkoloji hastalarının tedavi ve bakım sürecinde psikolojik iyi oluşlarını desteklemek üzere Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği biriminin oluşturulması ve geliştirilmesi,
- Olağan dışı durumların (Covid-19 pandemisi gibi) meydana gelebileceği öngörülerek veri toplama ve değerlendirme çalışmaları için farklı planlamalar yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKÇA

1. T.C Halk Sağlığı Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanseri Dairesi Başkanlığı. Kanseri Nedenleri ve Sık Görülen Kanseri. T.C Halk Sağlığı Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Published 2017. Accessed November 25, 2020. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-nedir-belirtileri/kanser-nedir-belirtileri1/kanseri-nedenleri-ve-sik-gorulen-kanseri.html>
2. Altınova HH, Duyan V. Onkolojik Sosyal Hizmet. *Turkish J Fam Med Prim Care*. 2013;7(3):40-43.
3. Bahar A. Kanseri Hastalarına Psikososyal Yaklaşım. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim Derg*. 2007;10(1):105-111.
4. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(6):394-424. doi:10.3322/caac.21492
5. Can G. Kanseri. In: Aslan FE, Olgun N, eds. *Fizyopatoloji*. Akademisyen Yayın Evi; 2017:33-51.
6. Ülger E, Alacacıoğlu A, Gülseren AŞ, Zencir G, Demir L, Tarhan MO. Kanserde Psikososyal Sorunlar Ve Psikososyal Onkolojinin Önemi,. *Dokuz Eylül*

7. Stewart, B., Kleihues, P., LARCPress & L. International agency for research on cancer. *World Cancer Report*. Published online 2003. doi:10.1093/toxsci/43.2.79
8. Tatar M. Türkiye’de Sağlık ve Kansere Harcamaları. *Türkiye’de Kansere Kontrolü*. Published online 2009:65.
9. Üstündağ H, Zengin N. Baş Boyun Kanseri Nedeni ile Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg.* 2008;11(1):63-68.
10. Hallac S, Oz F. Existential Anxiety in Diagnostic Process of Genital Cancer. *Psikiyatr Guncel Yaklasimlar - Curr Approaches Psychiatry*. 2011;3(4):595. doi:10.5455/cap.20110326
11. İncirkuş K, Nahcivan NÖ. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği- Hasta Formunun Türkçe Versiyonunun Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Derg.* 2011;4(1):102-109.
12. Türkmen E. Hemşirelikte Vaka Yönetimi ve Hasta Bakımı Üzerine Etkileri. Published online 1997.
13. Özçelik H, Fadiloğlu Ç, Karabulut B, et al. Kansere hastasının palyatif bakımında vaka yönetimine dayalı multidisipliner bakım protokolü. *Agri*. 2014;26(2):47-56. doi:10.5505/agri.2014.93585
14. Fawcett, J., Schutt, R., Gall, G., Cruz, E., & Woodford M. The work of nurse case managers in a cancer and cardiovascular disease risk screening program. *Prof Case Manag*. 2007;12(2):93-105.
15. Engelhardt, J., Clive-Reed, K., Toseland, R., Smith, T., Larson, D., & Tobin D. Effects of a program for coordinated care of advanced illness on patients, surrogates, and healthcare costs: a randomized trial. *Am J Manag Care*. 2006;12(2):93-100.
16. Chen YC, Chang YJ, Tsou YC, Chen MC, Pai YC. Effectiveness of nurse case management compared with usual care in cancer patients at a single medical center in Taiwan: A quasi-experimental study. *BMC Health Serv Res*. 2013;13(1):1. doi:10.1186/1472-6963-13-202

17. Moore S, Corner J, Haviland J, et al. Nurse led follow up and conventional medical follow up in management of patients with lung cancer: Randomised trial. *Br Med J*. 2002;325(7373):1145-1147. doi:10.1136/bmj.325.7373.1145
18. Cancer. Accessed January 22, 2021. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
19. Can G. *Onkoloji Hemşireliği*. No-bel Mat. Nobel Tıp Kitapevi; 2019.
20. Can G. Onkolojik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı. In: Nuray Enç, ed. *İç Hastalıkları Hemşireliği*. No-bel Mat. ; 2017.
21. Globocan. The Global Cancer Observatory - All cancers. *Int Agent Res Cancer*. 2020;419:199-200. <https://gco.iarc.fr/today/home>
22. Haydaroğlu A, Bölükbaşı Y, Özşaran Z. Ege Üniversitesi'nde kanser kayıt analizleri: 34134 Olgunun değerlendirilmesi Analysis of cancer registration data in Ege University: evaluation of 34134 cases. *Türk Onkol Derg*. 2007;22(1):22-28.
23. Erzurum Alim N. Türkiye'de ve Dünya'da Kanser Epidemiyolojisi. Published online 2010:12.
24. Kurumu Tİ. Ölüm Nedeni İstatistikleri. Türkiye İstatistik Kurumu. Published 2016. Accessed January 3, 2022. <https://www.tuik.gov.tr/>
25. World Health Organization (WHO). Cancer. World Health Organization. Published 2022. Accessed January 3, 2022. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
26. Fatma Eti Aslan AK. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. In: Fatma Eti Aslan AK, ed. *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Özyurt Mat. Fatma Eti Aslan, Nermin Olgun, Özge Uzun; 2020:183-211.
27. Chen F, Roberts NJ KA. Inherited Pancreatic Cancer. *Physiol Behav*. 2017;176(3):139-148. doi:10.21037/cco.2017.12.04.Inherited
28. Lichtenstein P, Holm NV, Verkasalo PK et al. Analyses of Cohorts of Twins from Sweden , Denmark , and Finland. *Engl J Med*. 2000;343(2):78-85.
29. Ergün D, Savaş I, Ergün R, Kaya A, Gülhan M. Ailesel Kanser Hikayesi ve Akciğer Kanseri. *Tuberk ve Toraks Derg*. 2004;52(2):130-136.

30. Karayurt Ö. Meme Kanseri. In: Can G, ed. *Onkoloji Hemşireliği*. Nobel Tıp Kitapevleri; 2019:787-825.
31. Eroğlu N, Özkan İ. Meme Kanseri Hastalarının Ailesel Öykü Varlığı ile Kanseri Tanısı Alma Evresi Arasındaki İlişki. *Sürekli Tıp Eğitimi Derg.* 2021;30(3):1-8. doi:10.17942/sted.720584
32. Pahor M, Manini Cesari M. Oral contraceptives and breast cancer risk overall and by molecular subtype among young women. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 20014;23(1):1-7. doi:10.1158/1055-9965.EPI-13-0944.Oral
33. Morch LS, Skovlund CW, Hannaford PC, Iversen L, Fielding S, Lidegaard Ø. Contemporary Hormonal Contraception and the Risk of Breast Cancer. *N Engl J Med.* 2017;377(23):2228-2239. doi:10.1056/nejmoa1700732
34. Soytürk M. Kolorektal kanser epidemiyoloji ve risk faktörleri. *Tüberküloz ve Toraks Derg.* 2019;52(2):130-136.
35. Can G, N. Enç. Onkolojik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı. In: Nuray Enç, ed. *İç Hastalıkları Hemşireliği*. Nobel Tıp. Nobel Tıp Kitapevi; 2017:367-400.
36. Yapucu Güneş Ü, Zaybak A, Eşer İ, Khorshid L. Sağlıklı bireylerde kanser risk faktörleri/Cancer risk factors in healthy individuals. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg.* 2007;23(2):13-22.
37. Kumar R, Jesus O De. *Radiation Effects On The Fetus*. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021.
38. Lewandowska AM, Rudzki M, Rudzki S, Lewandowski T, Laskowska B. Environmental risk factors for cancer-review paper. *Ann Agric Environ Med.* 2019;26(1):1-7. doi:10.26444/aaem/94299
39. Watson M, Holman DM, Maguire-Eisen M. Ultraviolet Radiation Exposure and Its Impact on Skin Cancer Risk. *Semin Oncol Nurs.* 2016;32(3):241-254. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5036351/pdf/nihms814430.pdf>
40. Caitlin Kennedy, MSPHa, Yang Liu, Ph.D.b, Xia Meng, Ph.Dc, Heather

- Strosnider, Ph.Da, Lance A. Waller, Ph.Dd, Ying Zhou S. Developing indices to identify hotspots of skin cancer vulnerability among the Non-Hispanic White population in the United States. *Ann Epidemiol.* 2021;59:64-71. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8222157/pdf/nihms-1705172.pdf>
41. De Ann L, Vogel RI, Weinstock MA, Nelson HH, Ahmed RL, Berwick M. Association between indoor tanning and melanoma in younger men and women. *JAMA Dermatology.* 2016;152(3):268-275. doi:10.1001/jamadermatol.2015.2938
 42. Colantonio S, Bracken MB, Beecker J. The association of indoor tanning and melanoma in adults: Systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol.* 2014;70(5):847-857. doi:10.1016/j.jaad.2013.11.050
 43. Guy GP, Berkowitz Z, Watson MM, Holman DC, Richardson L. Indoor Tanning Among Young Non-Hispanic White Females. *Physiol Behav.* 2013;176(3):139-148. doi:10.1001/jamainternmed.2013.10013.Indoor
 44. TÜİK. Türkiye’de Sigara Ve Tütün Mamülleri Kullanımı. Published 2021. Accessed April 3, 2022. <https://www.verikaynagi.com/genel/turkiyede-sigara-ve-tutun-mamulleri-kullanimi/>
 45. Ritchie H, Roser M. Causes of Death. Published 2019. Accessed March 4, 2022. <https://ourworldindata.org/causes-of-death>
 46. World Health Organization. Tobacco. Published 2021. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
 47. Su B, Qin W, Xue F, et al. The relation of passive smoking with cervical cancer A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore).* 2018;97(46). doi:10.1097/MD.00000000000013061
 48. Matejcic M, Gunter MJ, Ferrari P. Alcohol metabolism and oesophageal cancer: a systematic review of the evidence. *Carcinogenesis.* 2017;38(9):859-872. doi:10.1093/carcin/bgx067
 49. Ko H, Chang Y, Kim H-N, et al. Low-level alcohol consumption and cancer mortality. *Sci Rep.* 123AD;11:4585. doi:10.1038/s41598-021-84181-1
 50. Menezes RF, Bergmann A, Thuler LCS. Alcohol consumption and risk of cancer:

- A systematic literature review. *Asian Pacific J Cancer Prev.* 2013;14(9):4965-4972. doi:10.7314/APJCP.2013.14.9.4965
51. European Alcohol Policy Alliance. European Report on Alcohol Policy A Review. 2016;32(0). www.eurocare.org
 52. Kav S. Onkoloji Hemşireliği. In: Bedük T, ed. *İç Hastalıkları Hemşireliği Akıl Notları*. Güneş Tıp. Murat Yılmaz; 2019:45-58.
 53. Can G. Onkolojik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı. In: Nuray Enç, ed. *İç Hastalıkları Hemşireliği*. No-bel Mat. Nobel Tıp Kitapevleri; 2017:367-400.
 54. What Is Cancer? National Cancer Institute. Published 2021. <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer>
 55. How Cancer Is Diagnosed. National Cancer Institute. Published 2019. Accessed February 19, 2022. <https://www.cancer.gov/about-cancer/diagnosis-staging/diagnosis>
 56. Kılıç L, Aykan F. Onkoloji ve Tümör Belirteçleri. *Klin Gelişim Derg.* 2011;24(3):1-4.
 57. Cudjoe J, Nkimbeng M, Turkson-Ocran R-A, Commodore-Mensah Y, Han H-R. Understanding the Pap Testing Behaviors of African Immigrant Women in Developed Countries: A Systematic Review. *J Immigr Minor Heal.* 2020;23:840-856. doi:10.1007/s10903-020-01119-x
 58. Understanding Surgery. *Jascap Fight Cancer-Living With it.* 2019;1(9):1-30.
 59. Akyolcu N, Özbaş A. Üreme sisteminin cerrahi hastalıkları ve bakımı. In: *Cerrahi Hemşireliği II*. Nobel Tıp Kitapevleri; 2018:327-332.
 60. Goretzki PE, Mogl MT, Akca A, Pratschke J. Curative and palliative surgery in patients with neuroendocrine tumors of the gastro-entero-pancreatic (GEP) tract. *Rev Endocr Metab Disord.* 2018;19:169-178. doi:10.1007/s11154-018-9469-9
 61. Etkiler Y. Radyoterapi Sonucu Gelişen Yan Etkiler Ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg.* 2014;3(3):933-947.
 62. Yürüt-Çaloğlu V, Çaloğlu M, Tokatlı F, et al. Bir olgu nedeniyle malign melanomlarda palyatif radyoterapi. *Türk Onkol Derg.* 2006;21(3):151-155.

63. Bıçakçı BC. Radyasyonun fetus üzerine etkileri. *Derleme / Rev Türk Onkol Derg.* 2009;24(4):185-190.
64. Üstündağ S. Kemotrapi alan kanser hastalarının semptom yönetiminde kullandıkları tamamlayıcı tedavi yaklaşımlarının yaşam kalitesine etkisi. Published online 2013.
65. Karabulutlu Ö. Kemoterapi Alan Hastalarda Semptom Yönetimi ve Yaşam Kalitesinin Sürdürülmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Derg.* 2009;17(3):218-225. doi:10.17672/fnhd.39558
66. Yazıcı Z. Kanser Kemoterapisi. In: Katzung BG, Masters SB TA, ed. *Temel ve Klinik Farmakoloji*. 12th ed. Nobel Tıp Kitapevleri; 2014:949-975.
67. Akçay D, Gözüm S. Kemoterapi Alan Meme Kanserli Hastalarda, Kemoterapinin Yan Etkilerine İlişkin Verilen Eğitim ve Evde İzlemin Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi. *J Breast Heal.* 2012;8(4):191-200.
68. Makalesi D, Article O. Onkoloki Hemşireliğinde Semptom Yönetimi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg.* 2016;5(4):93-100.
69. Irmak Yazıcıoğlu MB, Ceylaner B, Turna S, Kaşıkçı H. Kanserde Hedefe Yönelik Monoklonal Antikor Tedavisi. *Haliç Üniversitesi Fen Bilim Derg.* 2018;1:131-142.
70. Çömlekçi N, Çevik AB. Hedefe Yönelik Tedavilerde Semptom Yönetimi. *1 Uluslararası 2 Ulus Onkol Hemşireliği Kongresi , 4-6 Aralık 2019*. Published online 2019:4-6.
71. Kara O. Hedefe yönelik tedavilerde en sık görülen yan etkiler: nasıl yönetilmeli? *Üroonkoloji Bülteni.* 2013;12(3).
72. Polite BN, Adams-Campbell LL, Brawley OW, Bickell N. Charting the Future of Cancer Health Disparities Research: A Position Statement from the American Association for Cancer Research, the American Cancer Society, the American Society of Clinical Oncology, and the National Cancer Institute. *Cancer Res.* 2017;77(17).
73. Karadurmuş N, Kaya A, Göksel T, Yılmaz Ü, Tülek N. Akciğer kanserinde immünoterapi ve tedavide multidisipliner yaklaşım. *Tuberk Toraks.*

2020;68(1):66-75.

74. Koçubaba Ş, Tekgündüz E. Hematopetik Kök Hücre Nakli. In: Can G, ed. *Onkoloji Hemşireliği*. 2. Baskı. Nobel Tıp Kitapevleri; 2019:223-230.
75. Uğur Ö. Kanser hastasının semptom yönetimi. *Türk Onkol Derg*. 2014;29(3):125-135. doi:10.5505/tjoncol.2014.1077
76. Rosielle DA, Weissman DE, Rilling WS. Palliative care and symptom management. *Interv Oncol Princ Pract*. 2008;32(1):563-588. doi:10.1017/CBO9780511722226.046
77. Kutlutürkan S, Sözeri Öztürk E, Böke Erdoğan S, İyimaya Ö, Bay F, Gül F. Yaşlı kanser hastalarında yaşam kalitesinin ve semptomların değerlendirilmesi. *Van Med J*. 2019;26(4):418-426. doi:10.5505/vtd.2019.38258
78. Özdağ S, İnkaya B. Kanser Hastalarının Ağrı ve Kaygı Yönetiminde Sanal Gerçeklik Teknolojisi Kullanımı. *Türk Sağlık Bilim ve Araştırmaları Derg*. 2021;4(2):44-51.
79. Öner N, Le C. *Durumluk-Sürekli Envanteri El Kitabı*. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları; 1983.
80. Yıldız E, Neşe Yeniçeri E, Öngel K, Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı S, Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği İ. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeğinin (STAI-TX) Rastgele Seçilmiş Bireylerde Uygulanması ve Sonuçları. *Smyrna Tıp Derg*. 2019;168:19-24.
81. Alacacioğlu A. Kanser Hastaları Ve Hasta Yakınların Depresyon,Umutsuzluk ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Published online 2007.
82. Yavaş Çelik M. Orem ' in Öz Bakım Eksikliği Kuramı ve Bu Kurama Göre Sağ Ayak Bileği ve Pelvis Kırığı Olan Hastanın Hemşirelik Bakımı. *Sağlık ve Toplum*. 2019;29(3):99-104.
83. Hançerlîoğlu S, Genuzun Aykar F. Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlik ve Güvenirliği. *Gümüşhane*

84. World Health Organization (WHO). Noncommunicable Diseases Country Profiles, Turkey. Published 2018. Accessed March 13, 2022. https://www.who.int/nmh/countries/2018/tur_en.pdf?ua=1
85. Zuhur Ş, Özpancar N. Türkiye’de Kronik Hastalık Yönetiminde Hemşirelik Modellerinin Kullanımı: Sistematik Derleme. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derg*. 2017;19(2):57-74. <http://www.hemarge.org.tr/>
86. Ya-Hui Hsu, Hsiu-Ying Chai, Yu-Fen Lin, Chao-Hui Wang, Shu-Ching Chen. Health-related quality of life and satisfaction with case management in cancer survivors. *Journak Clin Nurs*. 2017;26(23-2):4597-4604.
87. Birol L. *Hemşirelik Süreci*. Etki Matbaacılık Yayıncılık; 2004.
88. Arıcı E, Güvenç G, İyigün E. Care of Peritoneal Carcinomatosis Patient According to Neuman System Model: Case Report. *J Educ Res Nurs*. 2020;17(1):83-90. doi:10.5222/head.2020.083
89. Eskiuyurt R, Özkan B. Hemşirelik Öğrencilerinin Kanser Hastalarına Yönelik Problem Çözme Eğitimi Sonrası Yaptıkları Psikososyal Müdahalelerin İncelenmesi. *J International Lingual, Social Educ Sci*. 2017;3(2):31-322.
90. Kaya N, Turan N. Concept Analysis in Nursing Science: Review. *Türkiye Klin J Nurs*. 2017;9(2):153-163. doi:10.5336/nurses.2016-51198
91. İnan FŞ, Üstün B, Bademli K. Türkiye’de Kuram/Modele Dayalı Hemşirelik Araştırmalarının İncelemesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim Derg*. 2013;16(2):132-139.
92. Daş Z. Vaka Yönetimi ve Bakım Protokolü. *C Ü Hemşirelik Yüksekokulu Derg*. 1999;3(2):11-17.
93. Tavşanlı NG. Diyabetli Hastaların Glisemik Kontrolünde Hemşirelik Vaka Yönetimi Modelinde Videofone Teknolojisinin Kullanımı. *YÖK-TEZ*. Published online 2011.
94. Çam MO, Küliğ D, Kaçmaz ED. Psikiyatride Vaka Yönetimi. *Psikiyatr Guncel Yaklasimlar - Curr Approaches Psychiatry*. 2019;11(2):214-222.

doi:10.18863/pgy.414600

95. Kocaman N. Konsültasyon ve Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği ve Rolü Nedir? *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg.* 2005;8(3):109-116.
96. CMSA. Management, Definition of Case. Published 2021. Accessed April 14, 2022. <https://cmsa.org/who-we-are/what-is-a-case-manager/>
97. Tokem YB. Romatoid Artritli Bireylerin Bakımında Vaka Yönetimi Modelinin Etkinliğinin İncelenmesi. Published online 2005.
98. Mateo MA, Matzke K, Newton C. Designing measurements to assess case management outcomes. *Lippincotts Case Manag.* 2002;7(6):261-266. doi:10.1097/00129234-200211000-00009
99. Özçelik H. Kanser Hastasının Palyatif Bakımında Vaka Yönetimi Modelinin Hasta Sonuçlarına Etkisinin İncelenmesi. Published online 2011. doi:10.16194/j.cnki.31-1059/g4.2011.07.016
100. Arnold S. Case management: An overview for nurses. *Nursing (Lond).* 2019;49(9):43-45. doi:10.1097/01.NURSE.0000577708.49429.83
101. Yi Lin Wu, Sriyana Padmalatha KM, Tsung Yu, et al. Is nurse-led case management effective in improving treatment outcomes for cancer patients? A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs.* 2021;77(10):3953-3963.
102. Jee Young Joo, Megan F. Liu. Effectiveness of Nurse-Led Case Management in Cancer Care: Systematic Review. *SAGE Journals.* 2018;28(8).
103. Chen YC, Chang YJ, Tsou YC, Chen MC, Pai YC. Effectiveness of nurse case management compared with usual care in cancer patients at a single medical center in Taiwan: A quasi-experimental study. *BMC Health Serv Res.* 2013;13(1). doi:10.1186/1472-6963-13-202
104. ALTINDAĞ Ö. Vaka Yönetimi Ve Sosyal Hizmette Kullanımı. *Toplum ve Sos Hizmet.* 2020;31(2):618-646. doi:10.33417/tsh.695083
105. Olgun N. Diyabet (Tip 2) ve Bakımı. In: Zehra Durna, ed. *Kronik Hastalıklar ve Bakımı*. 1. Baskı. Nobel Tıp Kitapevi; 2012:291-295.
106. Tori Brunetti. Spotlight On: Cancer Case Managers. Knowledge Conquers

- Cancer. Published 2018. Accessed April 15, 2022. <https://www.cancer.net/blog/2018-08/spotlight-cancer-case-managers>
107. Whitaker CE. Standards of Practice for Case Management. *Case Manager*. 2001;12(2):5.
 108. Kurtcu A, Kızılkaya Beji N. Klinik Uygulama Rehberleri. *Florence Nightingale Hemşirelik Derg*. 2015;23(1):76. doi:10.17672/fnhd.22723
 109. Steven D Hollon, Patricia A Aren , Michelle G Craske , Kermit A Crawford , Daniel R Kivlahan , Jeffrey J Magnavita , Thomas H Ollendick , Thomas L Sexton , Bonnie Bahar , Lynn F Bufka'nın fotoğrafı . Daniel ben Galper HK. Development of Clinical Practice Guidelines. *Annu Rev Clin Psychol*. 2014;10:213-221.
 110. Ashleigh Butler, Helen Hall BC. A Guide to Writing a Qualitative Systematic Review Protocol to Enhance Evidence-Based Practice in Nursing and Health Care. *Worldviews Evidence-Based Nurs*. 2016;13(3):241-249.
 111. Kayış A. Onkoloji Hemşireliğinde Vaka Yönetimi. In: Can G, ed. *Onkoloji Hemşireliği*. 2. Baskı. Nobel Tıp Kitapevleri; 2019:1309-1315.
 112. Chen YC, Chang YJ, Tsou YC, Chen MC, Pai YC. Effectiveness of nurse case management compared with usual care in cancer patients at a single medical center in Taiwan: A quasi-experimental study. *BMC Health Serv Res*. 2013;13(202). doi:10.1186/1472-6963-13-202
 113. Meier DE. Palliative care in U.S. Hospitals: implications for access to quality healthcare, testimony prepared for the United States Senate Special Committee on Aging. *ResearchGate*. Published online 2008:1-23. <https://www.researchgate.net/publication/237481752%0APalliative>
 114. Anadolu Sağlık Merkezi. Hasta Odalarımız. Anadolu Sağlık Merkezi. Accessed May 3, 2022. <https://www.anadolusaglik.org/hastane-olanaklari/hasta-odolari>
 115. Anadolu Sağlık Merkezi. Hizmet ve Kalite Belgelerimiz. Anadolu Sağlık Merkezi. Accessed May 3, 2022. <https://www.anadolusaglik.org/anadolu-saglik-merkezi-hizmet-kalite-belgeleri>
 116. Anadolu Sağlık Merkezi. İnsan Odaklı Bakım. Anadolu Sağlık Merkezi.

Accessed May 3, 2022. <https://www.anadolusaglik.org/hastane-olanaklari/insan-odakli-bakim-anlayisi>

117. Yeditepe Üniversitesi Hastaneleri. Yeditepe Üniversitesi Hastanesi'ne JCI Kalite Belgesi. Yeditepe Üniversitesi Hastaneleri. Published 2022. Accessed May 3, 2022. <http://www.yeditepehastanesi.com.tr/yeditepe-universitesi-hastanesine-jci-kalite-belgesi>
118. Türk Standartları Enstitüsü. TS ISO / IEC 15504 SPICE. Yeditepe Üniversitesi Hastaneleri. Published 2019. Accessed May 3, 2022. <http://www.yeditepehastanesi.com.tr/ts-iso-iec-15504-spice>
119. Kiwa Belgelendirme Hizmetleri. TS ISO / IEC 27001 Bilgi Güvenliği Yönetim Sistemi. Yeditepe Üniversitesi Hastaneleri. Published 2019. Accessed May 3, 2022. <http://www.yeditepehastanesi.com.tr/ts-iso-iec-27001-bilgi-guvenligi-yonetim-sistemi>
120. Keleştimur F. ISO 15189 Tıbbi Laboratuvarlar Akreditasyonu. Yeditepe Üniversitesi Hastaneleri. Published 2020. Accessed May 3, 2022. <http://www.yeditepehastanesi.com.tr/iso-15189-tibbi-laboratuvarlar-akreditasyonu>
121. Cohen J. The analysis of variance. In Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (second ed.). *Lawrence Erlbaum Assoc.* 1988;274(87).
122. Hırsar F, Üniversitesi E, Fakültesi H, Bölümü H. Metastatik Meme Kanseri Olan Hastanın Gordon ' un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ' ne Göre Hemşirelik Bakımı : Olgu Sunumu Nursing Care According to Gordon ' s Functional Health Patterns Model of The Patient With Metastatic Breast Cancer : Case Repo. 2020;1:59-69.
123. Sabancıoğulları S, Ata E, Kelleci M, Doğan S. Bir Psikiyatri Kliniğinde Hemşireler Tarafından Yapılan Hasta Bakım Planlarının Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ve NANDA Tanılarına Göre Değerlendirilmesi. *Psikiyatr Hemşireliği Derg - J Psychiatr Nurs.* 2011;2(3):117-122.
124. Yel F, Uysal H. Nursing Care According to Functional Health Patterns in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Case Report. *J Educ Res Nurs.* 2019;16(4):361-367. doi:10.5222/kuhead.2019.361

125. Öner N. *Durumluk Ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlanması*. Boğaziçi Ü. Boğaziçi Üniversitesi Eğitim Fakültesi; 1998.
126. Akin S, Erdoğan S. The Turkish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale used on medical and surgical patients. *J Clin*. 2005;16:646-653. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01583.x
127. Akın S, Erdoğan S. Newcastle Hemşirilik Bakım Memnuniyeti Ölçeği. *J Clin Nurs*. 2007;16(4):646-653. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01583.x>
128. Akin S. The Turkish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale used on medical and surgical patients. Published online 2007. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01583.x
129. Llamas-Ramos I, Llamas-Ramos R, Carrillo-González GM, Sepúlveda-Ramírez J, Vargas-Rosero E. Symptom Prevalence in Spanish and Colombian Oncology Patients Measured with the MSAS. *Cancers (Basel)*. 2022;14(7):1-14. doi:10.3390/cancers14071624
130. Doğan MD, Savuci Y, Sayılan AA. The effect of complementary and integrative medicine on symptom management and quality of life in Turkish oncology patients: a cross-sectional study. *Adv Integr Med*. 2021;8(2):101-106. <https://doi.org/10.1016/j.aimed.2020.05.004>
131. Kutlu R, Demirbaş N, Börüban MC, Güler T. Sigara içmeye atfedilebilen kanser türleri ve sosyodemografik özellikleri. *Turk Onkol Derg*. 2014;29(3):81-88. doi:10.5505/tjoncol.2014.993
132. Yaş T, Ve Ü, Dağilimi A. Bir Üniversites Hastanesinde 2013 yundaki Kanser Tanılarının 65 Yaş Üstü ve Altı Dağılımı. *Düzce Tıp Fakültesi Derg*. 2015;17(3):105-110.
133. Zengin O, Öztuna B. Kanser Hastalarına Yönelik Sosyal Hizmetler ve Sosyal Güvenlik. *Ufku Ötesi Bilim Derg*. 2018;18(1):1-14.
134. Silva HLM, Valério PHM, Barreira CRA, Peria FM. Personal positioning of oncology patients in palliative care: a mixed-methods study. *BMC Palliat Care*. 2022;21(1):1-14. doi:10.1186/s12904-022-00916-5
135. Dumanis K, Raymond S. Considering Patient Burden in Oncology. *Appl Clin*

Trials. 2021;30(12):32-35.

136. Loughan AR, Reid M, Willis KD, et al. The burden of a brain tumor: guiding patient centric care in neuro-oncology. *J Neurooncol*. 2022;157(3):487-498. doi:10.1007/s11060-022-03993-x
137. Faris A, Herrel L, Montie JE, Chisolm S, Duby A, Wittmann D. Urologic oncology patient perspectives during COVID-19 treatment delays. *Support Care Cancer*. 2022;(0123456789). doi:10.1007/s00520-022-07028-z
138. Tamalunas A, Schott M, Ivanova T, et al. Strategies to successfully prevent COVID-19 outbreak in vulnerable uro-oncology patient population. *Infection*. Published online 2022. doi:10.1007/s15010-022-01775-1
139. Dalcı BK, Durgun H, Can Ş. Onkoloji Biriminde Tedavi Alan Hastaların Manevi İyi Oluşları ve Yaşam Kaliteleri. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Mesl Yüksek Okulu Derg*. 2021;9(2):536-553. doi:10.33715/inonusaglik.812182
140. Çalışkan T, Duran S, Karadaş A, Ergün S, Tekir Ö. Kanser Hastalarının Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *KÜ Tıp Fakültesi Derg*. 2015;17(1):27-36.
141. Gündüz F, Çevik Akyıl DDR. Kanserli hasta ve bakım verenlerinin algıladıkları sosyal destek ile umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Published online 2019.
142. Çulcu HA. Kronik Hastalıkların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerine Olan Etkisinin Değerlendirmesi. Published online 2021.
143. İnkaya B. Vaka Yönetiminin Hemodiyaliz Hastalarındaki Riskleri Azaltmadaki Etkisi. Published online 2014.
144. Özkan M, Akın S. Evaluation of the Effect of Fatigue on Functional Quality of Life in Cancer Patients. *Florence Nightingale Hemşirelik Derg*. 2017;25(3):177-192. doi:10.17672/fnijn.343256
145. Arslan SY, Akın B, Koçoğlu D. Kemoterapi Alan Hastalarda Hastalık ve Tedaviye Bağlı Yaşanan Semptomların Sosyo-Demografik Özellikler ve Algılanan Sosyal Destek ile İlişkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derg*. 2008;10(1):47-56.

146. Tan M, Akgün Şahin Z. Kemoterapi Alan Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnun Olma Durumlarının İncelenmesi. *Atatürk Üniv Hemşirelik Yüksekokulu Derg.* 2009;12(3):38-45.
147. Cancer Facts & Figures 2016. American Cancer Society. Published 2016. Accessed April 20, 2022. <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2016.html>
148. Özgün G, Türker PF, Kaya B. Onkoloji Hastalarının Kanser Türlerine Göre Yaşam Kalitesi , Kaygı ve Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi. *HÜ Sağlık Bilim Fakültesi Derg.* 2020;7(3):345-368. doi:10.21020/husbfd.663720
149. Kuroki LM, Morris DH, Greenwade M, et al. Impact of employment and insurance status on distress in gynecologic oncology patients. *Gynecol Oncol.* 2021;161(2):477-482. doi:10.1016/j.ygyno.2021.01.038
150. Düzen KÖ, Korkmaz M. Kanser Hastalarında, Semptom Kontrolü Ve Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp Kullanımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Derg.* 2015;8(2):67-76.
151. Atta N, Kilickap S, Yüce D, Hayran M. Reproductive cancer risk factors among relatives of cancer patients in a tertiary oncology center. *BMC Cancer.* 2019;19(1).
<http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L627187140%0Ahttp://dx.doi.org/10.1186/s12885-019-5350-9>
152. Çayır K, Bilici M, Tekin SB, Emre H, Bilen Y. Evre II-III kolon kanserli hastalarda adjuvan tedavinin yan etki profilinin değerlendirilmesi Evaluation of the adverse effect profile of the adjuvant treatment in patients with. 2010;37(2):145-150.
153. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. *Türkiye Kanser İstatistikleri 2017.; 2021.* https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2017.pdf
154. Alan Yalim S, Uysal M. Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Kliniğine Başvuran Kanser Hastalarının Değerlendirilmesi retrospektif olarak incelenmesi. *Kocatepe tıp Derg.* 2021;22:132-137.

155. Andaç Öztürk S, Özerson Koç Z, Öner Özkara İ. Kanser hastalarında tanı öncesi ve sonrası beslenme alışkanlıkları, besin tüketim sıklıkları, besin takviyesi kullanımı ve kullanımı etkileyen faktörlerin karşılaştırılması. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Derg.* 2019;12(38):182-194. doi:10.26559/mersinsbd.452608
156. Karabulutlu EY, Atman R, Yağcı S. Kronik Hastalığı Olan Bireylere Verilen Bakımın Değerlendirilmesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi.* 2015;3(1):16-30.
157. Üstünova E, Nahcivan N. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Kronik Hastalık Yönetimine İlişkin Değerlendirmeleri ve İlişkili Faktörler. *Florence Nightingale Hemşirelik Derg.* 2015;23(1):11-22.
158. Kaya Ç, Akturan S, Şimşek M, Uğuz K, İçen F, Akman M. Kronik Hastalık Bakımının Hasta Perspektifinden Değerlendirilmesi. *Turkish Fam Physician.* 2013;4(3):1-9. www.turkishfamilyphysician.com
159. Aytap F, Özer Z. Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Depresyon Riski ile Hastalık Öz Yönetimi Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler. *Turkish J Fam Med Prim Care.* 2021;15(2):212-222.
160. Özdelikara A, Gürkan AT, Atasayar BŞ. Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi ve Uyumun Değerlendirilmesi. *Samsun Sağlık Bilim Derg.* 2020;5(1):42-49.
161. Matsushita T, Matsushima E, Maruyama M. Anxiety and depression of patients with digestive cancer. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2005;59(5):576-583.
162. Alacacioğlu A, Yavuzşen T, Diriöz M, Yeşil L. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Anksiyete Düzeylerindeki Değişiklikler. *Int J Hematol Oncol.* 2007;17(2):87-93.
163. Aslan Ö, Sekmen K, Kömürcü Ş, Özet A. Kanserli Hastalarda Umut. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Derg.* 2007;11(2):18-24.

8. EKLER

8.1 Ek 1: Yeditepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı



T.C. YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU

Versiyon No
1.0
Sayfa 1 / 2

KARAR FORMU

3.07.2021

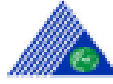
ETİK KURUL BİLGİLERİ	Etik Kurulun Adı	Yeditepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	Açık Adres	
	İnternet Sayfası	
	Telefon	
	E-posta	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	İslak imzalı başvuru dosyası, CD'si ve elektronik başvuru	☒
	Araştırma başlığı ve araştırmacıların isimleri	☒
	Başvuru dilekçesi	☒
	Araştırmanın;	☒
	• Niteliği	☒
	• Önemi ve özgün değeri	☒
	• Amaç ve hedefleri	☒
	• Yöntemi	☒
	• Yönetimi	☒
	• Yaygın etkisi	☒
	• Araştırma bütçesi (Mevcutsa)	☒
	• Süresi ve uygunluğu (Zaman cetveli)	☒
	• Kaynakları	☒
	Araştırma izin belgesi / belgeleri	☒
	Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (yapılan araştırmaya özel olarak hazırlanmış)	☒
	Taahhütname-1	☒
	Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesinin son versiyonunun ve Sağlık Bakanlığı'nın ilgili tüm kılavuzlarının okunmasına dair taahhüt	☒
	Taahhütname-2	☒
	Daha önce yapılmış etik kurul başvuruları mevcut olup olmadığına dair taahhüt	☒
	Taahhütname-3	☒
Araştırma sırasında araştırma bütçesinde yer almayan ve gönüllünün kendisine veya Sosyal Güvenlik Kurumuna ek yük getirecek hiçbir işlem uygulanmayacağına dair taahhüt	☒	
Taahhütname-4	☒	
COVID-19 hastalarında tedavi yaklaşımları ve bilimsel araştırmalar genelgesi okunmasına dair taahhüt	☒	
Araştırmacıların her birisine ait özgeçmiş formu	☒	
Ek belgeler (Varsa kullanılan ölçek izinleri vb.)	☒	

KARAR BİLGİLERİ	Başvuru Numarası	202104002
	Toplantı Tarihi	21.06.2021
	Toplantı Yeri	Çevirim içi (Google Meet)
	Karar No	2

Araştırmanın Başlığı **Onkoloji hastalarının bakımında vaka yönetim modelinin hemşirelik bakım memnuniyeti, öz bakım yönetimi ve kaygı düzeyine etkisi**

Araştırmacılar **Dr. Öğr. Üyesi Sevim Şen, Hem. Canan Ayyıldız**



BAŞVURU NUMARASI: 202104002

KARAR

3.07.2021

☒ KABUL	☐ RET ☐ KAPSAM DIŞI (GİRİŞİMSSEL) ☐ BİLİMSSEL VE/VEYA ETİK KURALLARA AYKIRI ☐ BİR SORUMLU ARAŞTIRMACININ (TEZ İSE TEZ DANIŞMANI), BİR TOPLANTIYA İKİ (2) ADETTEN FAZLA ÇALIŞMA BAŞVURUSUNDA BULUNMASI ☐ KURUM İÇİ BAŞVURULARINDA YEDİTEPE UZANTILI E-POSTA HESABI İLE GİRİŞ YAPILMAMIŞ OLMASI ☐ ŞARTLI KABULDE BELİRTİLEN REVİZYONLARIN ZAMANINDA VE/VEYA İSTENİLDİĞİ ŞEKİLDE KAPILMAMIŞ OLMASI
--	---

Prof. Dr. Didem ÖZDEMİR ÖZENEN Başkan <table><tr><td> Katılım ☐ Var ☐ Yok </td><td> İlişki ☐ Var ☐ Yok </td></tr></table>	Katılım ☐ Var ☐ Yok	İlişki ☐ Var ☐ Yok	Doç. Dr. Gökhan ERTAŞ Başkan Yardımcısı <table><tr><td> Katılım ☐ Var ☐ Yok </td><td> İlişki ☐ Var ☐ Yok </td></tr></table>	Katılım ☐ Var ☐ Yok	İlişki ☐ Var ☐ Yok	Doç. Dr. Elif SUNGURTEKİN EKÇİ Raportör <table><tr><td> Katılım ☐ Var ☐ Yok </td><td> İlişki ☐ Var ☐ Yok </td></tr></table>	Katılım ☐ Var ☐ Yok	İlişki ☐ Var ☐ Yok
Katılım ☐ Var ☐ Yok	İlişki ☐ Var ☐ Yok							
Katılım ☐ Var ☐ Yok	İlişki ☐ Var ☐ Yok							
Katılım ☐ Var ☐ Yok	İlişki ☐ Var ☐ Yok							
Prof. Dr. Feriye SUBAŞI Üye <table><tr><td> Katılım ☐ Var ☐ Yok </td><td> İlişki ☐ Var ☐ Yok </td></tr></table>	Katılım ☐ Var ☐ Yok	İlişki ☐ Var ☐ Yok	Prof. Dr. Şenay UZUN Üye <table><tr><td> Katılım ☐ Var ☐ Yok </td><td> İlişki ☐ Var ☐ Yok </td></tr></table>	Katılım ☐ Var ☐ Yok	İlişki ☐ Var ☐ Yok	Doç. Dr. Mehmet Engin CELEP Üye <table><tr><td> Katılım ☐ Var ☐ Yok </td><td> İlişki ☐ Var ☐ Yok </td></tr></table>	Katılım ☐ Var ☐ Yok	İlişki ☐ Var ☐ Yok
Katılım ☐ Var ☐ Yok	İlişki ☐ Var ☐ Yok							
Katılım ☐ Var ☐ Yok	İlişki ☐ Var ☐ Yok							
Katılım ☐ Var ☐ Yok	İlişki ☐ Var ☐ Yok							
Dr. Öğr. Üyesi E. Çiğdem ALTUNOK Üye <table><tr><td> Katılım ☐ Var ☐ Yok </td><td> İlişki ☐ Var ☐ Yok </td></tr></table>	Katılım ☐ Var ☐ Yok	İlişki ☐ Var ☐ Yok	Dr. Öğr. Üyesi Binnur OKAN BAKIR Üye <table><tr><td> Katılım ☐ Var ☐ Yok </td><td> İlişki ☐ Var ☐ Yok </td></tr></table>	Katılım ☐ Var ☐ Yok	İlişki ☐ Var ☐ Yok	Dr. Öğr. Üyesi E. Nur ÖZDAMAR Üye <table><tr><td> Katılım ☐ Var ☐ Yok </td><td> İlişki ☐ Var ☐ Yok </td></tr></table>	Katılım ☐ Var ☐ Yok	İlişki ☐ Var ☐ Yok
Katılım ☐ Var ☐ Yok	İlişki ☐ Var ☐ Yok							
Katılım ☐ Var ☐ Yok	İlişki ☐ Var ☐ Yok							
Katılım ☐ Var ☐ Yok	İlişki ☐ Var ☐ Yok							

Araştırmanın Başlığı

Onkoloji hastalarının bakımında vaka yönetim modelinin hemşirelik bakım memnuniyeti, öz bakım yönetimi ve kaygı düzeyine etkisi

Araştırmacılar

Dr. Öğr. Üyesi Sevim Şen, Hem. Canan Ayyıldız

8.2 EK 2: Anadolu Sağlık Merkezi Etik Kurul Kararı

T.C.
ÖZEL ANADOLU SAĞLIK MERKEZİ
ETİK KURULU

Sayı : ASM-EK-21 / 139
Konu : Çalışma İzni Hk.

01.02.2021

İLGİLİ MAKAMA,

Yürütücülüğünü Hemşire Canan Ayyıldız Mert'in yaptığı "Onkoloji hastalarının bakımında vaka yönetim modelinin hemşirelik bakım memnuniyeti, öz bakım yönetimi ve kaygı düzeyine etkisi" konulu çalışma Etik Kurulumuz tarafından değerlendirilmiştir.

Çalışmanın Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesinde yürütülmesinde bir sakınca görülmemiştir.

Bilgilerinize arz ederiz.

ASM Hastane Etik Kurulu

Üyeler

Prof Dr Aysen Yücel

Prof Dr Hüseyin Baloğlu

Uzm Dr Resmiye Besikci

Prof Dr Camil Uygur

Doç. Dr. Fnes Murat Atasoyu

8.3 EK 3: Yeditepe Üniversitesi Koşuyolu Hastanesi Kurum İzni



Sayı : 11156775-806.01.03-E 919
Konu : Hemşirelik Bölümü - Canan
Ayyıldız Mert Tezi Çalışması
06.01.2021

YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Dr. Öğr. Üyesi Sevim ŞEN danışmanlığında, Yüksek Lisans öğrencisi Canan Ayyıldız MERT ile yürütülecek olan "Onkoloji hastalarının bakımında vaka yönetim modelinin hemşirelik bakım memnuniyeti, öz bakım yönetimi ve kaygı düzeyine etkisi" konulu çalışmanın kurumunuzda uygulamaları uygun görülmüştür. Gereğini arz ederiz.

Saygılarımızla,

Dr. Özgür İNAL
Başatüdür

Prof. Dr. Faruk YENCİLEK
Başhekim

Prof. Dr. Ali Ümit KESKİN
İdari Koordinatör

Ekte: Canan Ayyıldız Mert ile yürütülecek tez çalışması 5.1.2021.pdf

SÖZ - RIZA ÇEVRE ASLİ ELEKTRONİK İMZALIDIR



8.4 EK 4: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı;

Araştırma;onkoloji hastalarının bakımında vaka yönetim modelinin hemşire bakım memnuniyeti,öz bakım yönetimi ve kaygı düzeyine etkisini ortaya koymak için yapılan bir çalışmadır.Sizlerin bu araştırmaya ikinci kür kemoterapinizin tamamlandığı güne kadar devam etmeniz beklenmektedir. Bu çalışmada toplam 68 gönüllü bireye ulaşılabilmektedir. Tedavinizin ilk günü ve ikinci kür kemoterapinizin bitiminde size;" Hasta Tanıtım Formu,Kronik Hastalıklara Yönelik ÖZ-Bakım Gücünü Değerlendirme Formu,Durumluluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği ve NewCastle Hemşirelik Bakım Memnuniyeti" ölçekleri uygulanacaktır.Araştırmada yer alacak kontrol ve deney grubu üyeleri rasgele örnekleme yöntemiyle seçilecek ve deney grubundaki hastalara "Vaka Yönetim Prosedürü" uygulanacaktır.Çalışma kapsamında sağlığını tehlikeye atabilecek herhangi bir girişimde bulunulmayacak ve herhangi bir değişiklik yapılmayacaktır.Çalışma kapsamındaki sonuçlar veriler toplandıktan sonra sizinle paylaşılabilecektir.Çalışmaya katılmanız kapsamında size herhangi bir ödeme yapılamayacaktır.Anket soruları doğru yanıtlamak dışında hiçbir sorumluluğunuz bulunmamaktadır.Çalışmadan istediğiniz zaman,herhangi bir yaptırıma ve cezaya maruz kalmadan ayrılabilirsiniz. Vereceğiniz yanıtların tümü bilimsel amaçlı kullanılacak,kimlik bilgileriniz gizli kalacak ve etik kurul üyeleri,araştırmacılar hariç sizin izniniz olmadan kimseyle paylaşılmayacaktır.Araştırmanın konusuyla ilgili sizin araştırmaya katılmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde zamanında bilgilendirme yapılacaktır.Size araştırma ile ilgili günün 24 saatinde erişebileceğiniz kişilerin telefon numaraları verilecektir.

Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki açıklamaları okudum.Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı.Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı,istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.Söz konusu araştırmaya,hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.Aynı zamanda bu çalışma sonuçlarının kullanılmasını kısıtlamamayı,yayın,rapor ve benzeri bilimsel dokümanlarda kullanılmasını kabul ediyorum.

İster doğrudan,ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde,her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi.

Gönüllünün;

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Adres:

Telefon Numarası:

Tanık Olan Kişinin;

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Adres:

Telefon Numarası:

Araştırmacının;

Sevim Şen, Canan Ayyıldız Mert

Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri

Enstitüsü, Hemşirelik Bölümü

8.5 Ek 5: Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyeti Anket İzin Yazısı



Gmail

canan ayyıldız

Ölçek İzni: NSNS

semiha akin

26 Şubat 2021 07:45

Alıcı:

Sayın Ayyıldız,

Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz.
Ölçeği çalışmanızda kullanmanızdan mutluluk duyarız.
Size ölçeği ve ilave bazı kaynaklar gönderiyorum.

Prof. Dr. Semiha AKIN
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Hamidiye Hemşirelik Fakültesi

4 eklenti — [Tüm ekleri indir](#)



NSNS_Olcegi-1.pdf

352K [HTML olarak görüntüle](#) [İndir](#)



NSNS_kullan_m_k_lavuzu.pdf

247K [HTML olarak görüntüle](#) [İndir](#)



instructions.pdf

165K [HTML olarak görüntüle](#) [İndir](#)



Akin_et_al-2007-Journal_of_Clinical_Nursing.pdf

537K [HTML olarak görüntüle](#) [İndir](#)

8.6 EK 6: Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Kullanım İzni

19.04.2021

İlgili Kuruma,

Prof Dr. Necla Öner, "Süreksiz Durumluk / Sürekli Kaygı Envanteri" ile ilgili tüm haklarını YÖRET Vakfına devretmiştir. Ölçek kullanımı için izin yazıları Prof. Dr. Necla Öner adına YÖRET Vakfı Başkanı Sibel Erenel imzası ile vakıf tarafından göndermektedir.

Yeditepe Üniversitesi'nde tez çalışması yapan Canan AYYILDIZ MERT'in Onkoloji hastalarının bakımında vaka yönetim modelinin; hemşirelik bakım memnuniyeti, öz bakım yönetimi ve kaygı düzeyine etkisi konulu yüksek lisans tezinde "Süreksiz Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri"ni kullanmasına izin veriyorum.

Prof. Dr. Necla Öner

8.7 EK 7:Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçek Kullanım İzni

4/20/2021

Gmail - "Öz Bakım Yönetimi Ölçeği" İzin İsteği



canan ayyıldız

"Öz Bakım Yönetimi Ölçeği" İzin İsteği

6 ileti

canan ayyıldız

25 Şubat 2021 23:19

Alıcı:

Sadık Bey Merhaba;

Ben Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Anabilim Dalı öğrencisi; Canan Ayyıldız Mert.

Yeditepe Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Dr. Öğr. Üyesi Sevim Şen danışmanlığında yürüttüğüm Yüksek Lisans tezim için "Öz Bakım Yönetimi" isimli ölçeğinizi ; Onkoloji hastalarının bakımında vaka yönetim modelinin; hemşirelik bakım memnuniyeti, öz bakım yönetimi ve kaygı düzeyine etkisi adlı çalışmamda kullanmak için izninizi rica ediyorum.

Anketiniz; Anadolu Sağlık Merkezi ve Yeditepe Üniversitesi Hastanesi'ndeki onkoloji hastalarına uygulanacaktır.

Teşekkür ederim ,iyi çalışmalar dilerim.

Canan AYYILDIZ MERT

Sadık Hançerlioğlu

26 Şubat 2021 08:51

Alıcı: canan ayyıldız

merhabalar,
ölçeği kullanabilirsiniz
çalışmanızda başarılar dilerim

Kimden: "canan ayyıldız"

Kime: "sadik hancerlioglu"

Gönderilenler: 26 Şubat Cuma 2021 0:19:31

Konu: "Öz Bakım Yönetimi Ölçeği" İzin İsteği

DİKKAT: Bu e-posta kurum dışından gönderilmiştir. Zararlı dosya veya bağlantılar (link) içeriyor olabilir. Kaynağından emin olmadığınız dosyaları açmayınız, bağlantılara (link) tıklamayınız. Şüpheli durumlarda lütfen Bilgi İşlem Daire Başkanlığı adresine bilgi veriniz.

[Alınılan metin gizlendi]

EGE ÜNİVERSİTESİ

Bu elektronik posta ve onunla iletilen bütün dosyalar sadece göndericisi tarafından alması amaçlanan yetkili gerçek ya da tüzel kişinin kullanımı içindir. Eğer söz konusu yetkili alıcı değilseniz bu elektronik postanın içeriğini açıklamaz, kopyalamaz, yönlendirmez ve kullanmanız kesinlikle yasaktır ve bu elektronik postayı derhal silmeniz gerekmektedir.

EGE ÜNİVERSİTESİ bu mesajın içerdiği bilgilerin doğruluğu veya eksiksiz olduğu konusunda herhangi bir garanti vermemektedir. Bu nedenle bu bilgilerin ne şekilde olursa olsun içeriğinden, iletilmesinden, alınmasından ve saklanmasından sorumlu değildir.

Bu mesajdaki görüşler yalnızca gönderen kişiye aittir ve EGE ÜNİVERSİTESİ'nin görüşlerini yansıtmayabilir.

This e-mail and any attachments may contain confidential and privileged information. If you are not the intended recipient, please notify the sender immediately by return e-mail, delete this e-mail and destroy any copies. Any dissemination or use of this information by a person other than the intended recipient is unauthorized and may be illegal.

<https://mail.google.com/mail/u/0?ik=f36b49431&view=pt&search=all&permthid=thread-a%3Ar-6579734874816242860&simpl=msg-a%3Ar87394...> 1/2

8.8 EK 8: Sosyo-Demografik Bilgi Formu

Sosyo Demografik, Hasta Bilgi Formu

1. Adı-Soyadı:	
2. Cinsiyet:	☐ Kadın ☐ Erkek
3. Yaş	
4. Medeni Hali	☐ Evli ☐ Bekar
5. Eğitim Durumu	☐ Okuryazar ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Lisans ☐ Lisansüstü
6. Sosyal Güvence	☐ SGK ☐ Özel Sigorta ☐ Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ☐ Ücretli ☐ Diğer
7. Gelir Düzeyi	☐ Gelir giderden az ☐ Gelir gidere eşit ☐ Gelir giderden fazla
8. Yaşadığınız Yer	☐ İl ☐ İlçe ☐ Köy
9. Mesleğiniz	
10. Şu anda çalışıyor musunuz?	☐ Evet ☐ Hayır
11. Cevabınız evet ise; çalışma şekliniz;	☐ Yarım Gün ☐ Tam zamanlı ☐ Diğer

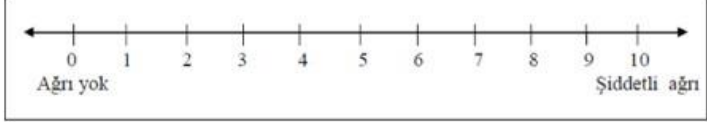
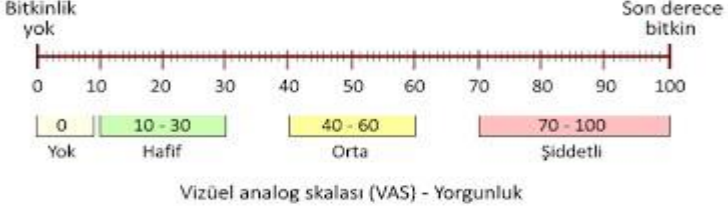
12. Birlikte Yaşadığınız Kişiler:	☐ Yalnız ☐ Eş ile ☐ Çocuklar ile ☐ Diğer
13. Sigara Kullanımı:	☐ Evet ☐ Hayır
14. Alkol Kullanımı:	☐ Evet ☐ Hayır

Hastalığa İlişkin:

15. Tanısı:	
16. Tanı Alınan Tarih:	
17. Hastalığın evresi:	
18. Hastalık Tedavisi:	
19. Hastalığa İlişkin size bilgi verildi mi?	☐ Evet ☐ Hayır
20. Uygulanacak tedaviye ilişkin bir açıklama yapıldı mı?	☐ Evet, yapıldı. ☐ Hayır, bir açıklama yapılmadı.
21. Uygulanacak tedavinin yan etkileri hakkında bilgi verildi mi?	☐ Evet. ☐ Hayır.
22. Tedavi Durumu:	☐ Ayaktan ☐ Yatarak
23. Yandaş Hastalıklarınız:	
24. Metastaz Durumu	☐ Evet ☐ Hayır
25. Tedavi Başlangıç Tarihi:	
26. Tedavi Bitiş Tarihi:	

Fiziksel ve Emosyonel Durum

27. Karamsar ve üzüntülü olma durumunuz:	☐ Kendimi karamsar ve üzüntülü hissediyorum. ☐ Karamsar ve üzüntülü değilim.
--	---

28. Ağrı Durumu: (NRS)	
29. Bulantı-Kusma:	☐ Var. ☐ Yok.
30. Yorgunluk Durumu:	 Vizüel analog skalası (VAS) - Yorgunluk

Beslenme-Boşaltım Durumu:

31. Son 3 ay içerisinde istemsiz gıda alımında azalma var mı?	☐ Evet. ☐ Hayır.
32. Son 3 ay içerisinde kilo kaybı var mı?	☐ Evet. ☐ Hayır.
33. Boşaltım şekli:	☐ Normal. ☐ Ostomi ile.
34. Defekasyon sıklığı:	
35. Son Defekasyon Tarihi:	
36. Defekasyon Problemleri:	☐ Problem yok. ☐ Kabızlık. ☐ İshal. ☐ Kanlı İshal. ☐ Dışkılama sırasında ağrı. ☐ Kaçırma.

8.9 EK 9. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği

DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

İsim:.....

Cinsiyet:.....

Yaş:.....

Meslek:.....

Tarih:...../...../.....

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

		HIÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMİYLE
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)

10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

		HIÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMİYLE
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş				

	hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35	Genellikle kendimi hüznülü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

8.10 EK 10: Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyeti Ölçeği

NEWCASTLE HEMŞİRELİK BAKIM MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ

Bu araştırma, sizin hastanede kaldığınız sürede aldığınız hemşirelik bakımına ait düşüncelerinizi belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen her bir soru için, düşüncenizi en iyi ifade eden sayıyı yuvarlak içine alınız. **Verdiğiniz cevaplar gizli tutulacaktır. Formlar üzerinize isminizi veya herhangi bir kimlik bilgisi belirtmeyiniz.** Gösterdiğiniz ilgi için teşekkür ederiz.

		<i>Hiç Memnun Değilim</i>	<i>Biraz Memnunum</i>	<i>Orduka Memnunum</i>	<i>Çok Memnunum</i>	<i>Fazlasıyla Memnunum</i>
1.	Hemşirelerin size ayırdığı süreden	1	2	3	4	5
2.	Hemşirelerin işlerinde gösterdikleri yeterlilikten	1	2	3	4	5
3.	Birine ihtiyaç duyduğunuz zaman etrafınızda daima bir hemşirenin bulunmasından	1	2	3	4	5
4.	Hemşirelerin bakımınız konusundaki bilgi düzeylerinden	1	2	3	4	5
5.	Hemşireleri çağırdığınız zaman yanınıza olabildiğince çabuk gelmelerinden	1	2	3	4	5
6.	Hemşirelerin sizi evinizdeymiş gibi rahat ettirmelerinden	1	2	3	4	5
7.	Hemşirelerin durumunuz ve tedaviniz hakkında sizi bilgilendirmelerinden	1	2	3	4	5
8.	Hemşirelerin iyi olup olmadığınızı kontrol etme sıklığından	1	2	3	4	5
9.	Hemşirelerin yardımseverliğinden	1	2	3	4	5
10.	Hemşirelerin size açıklama yapma biçiminden	1	2	3	4	5
11.	Hemşirelerin yakınlarınızın ve arkadaşlarınızın sizinle ilgili endişelerini gidermesinden	1	2	3	4	5
12.	Hemşirelerin işlerini yaparken gösterdikleri tavırdan	1	2	3	4	5
13.	Durumunuz ve tedaviniz hakkında size verdikleri bilginin içeriğinden	1	2	3	4	5
14.	Hemşirelerin size karşı bir birey olarak davranış tarzlarından	1	2	3	4	5
15.	Hemşirelerin sizin üzüntülerinizi ve endişelerinizi dinlemesinden	1	2	3	4	5
16.	Serviste size sağlanan özgürlükten	1	2	3	4	5
17.	Hemşirelerin isteklerinizi karşılamada istekli olmalarından	1	2	3	4	5
18.	Hemşirelerin mahremiyetinize (bireysel ve bedensel sınırlarınıza) saygı göstermesinden	1	2	3	4	5
19.	Hemşirelerin ihtiyaçlarınızın farkında olmasından	1	2	3	4	5

8.11 EK 11: Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği

		Hiç katılmıyorum			Kesinlikle katılıyorum	
1	Hastalığım nedeniyle çevremdeki kişilere rahatsızlık vermekten endişeleniyorum	1	2	3	4	5
2	Hastalığımı kontrol edebilirim	1	2	3	4	5
3	Hastalığım ailem ve arkadaşlarımı etkilemiyor	1	2	3	4	5
4	Başkalarını memnun etmek sağlığımdan daha önemlidir	1	2	3	4	5
5	Başka kişilere yük olduğumu düşünüyorum	1	2	3	4	5
6	Hastalığımı kontrol etmek için elimden geleni yapmalıyım	1	2	3	4	5
7	Hastalığımdan dolayı çevremdeki kişilerin endişelenmemesinden ben sorumluyum	1	2	3	4	5
8	Yaşam tarzım konusunda dikkatli olmak zorundayım	1	2	3	4	5
9	Hastalığım arkadaşlarımla ilişkilerimi etkiledi	1	2	3	4	5
10	Bazı şeyleri yapmıyorum, çünkü çevremdeki kişiler sağlığım konusunda endişeleniyor	1	2	3	4	5
11	Tedavi planına uymazsam hastalığımın kötüleşeceğinden endişeleniyorum	1	2	3	4	5
12	Çevremdeki kişilerin hastalığım yüzünden bana farklı davranmalarından rahatsız oluyorum	1	2	3	4	5
13	Hastalığımı çok fazla düşünsem de, bu konuda konuşmamaya çalışıyorum	1	2	3	4	5
14	Çevremdeki kişilerin benim yaşadığım sağlık problemlerini yaşamamaları için	1	2	3	4	5

	yaşam tarzlarını değiştirmeleri konusunda onları ikna etmeye çalışırım					
15	Aktivitelerimi planlamakta zorlanıyorum çünkü hastalığımın buna engel olup olmayacağını hiç bilemiyorum	1	2	3	4	5
16	Başkalarının iyiliği için hastalığım hakkında olumlu bir tutum sergilemeliyim	1	2	3	4	5
17	Hastalığım diğer kişileri rahatsız ediyor	1	2	3	4	5
18	Sadece problem yaşadığımda hastalığım aklıma geliyor	1	2	3	4	5
19	Günlük aktivitelerimi yaparken hastalığımı düşünmüyorum	1	2	3	4	5
20	Sağlığımın düzelmesi için yaşam tarzımda değişiklikler yaptım	1	2	3	4	5
21	Çevremdeki kişilere hastalığımı anlatıyorum ki keyifsiz olduğumda hiç kimse bunu üzerine alınmasın	1	2	3	4	5
22	Tedavi planımı takip edersem hastalığımı kontrol edebilirim	1	2	3	4	5
23	Kendime bakarsam, hastalığımla ilgili daha fazla sorun çıkmasını önleyebilirim	1	2	3	4	5
24	Çevremdeki kişilere hastalığımın ne kadarını anlatacağıma dikkat ediyorum, çünkü insanları üzmem istemiyorum	1	2	3	4	5
25	Hastalığımdaki değişimleri gösteren belirtileri tespit etmek için kendimi kontrol ederim	1	2	3	4	5
26	Günlük planlarımı yaparken, hastalığımı düşünüyorum	1	2	3	4	5
27	Hastalığımın kötüleştiğini gösteren işaretleri takip ederim	1	2	3	4	5
28	Hastalığımı kontrol edebilmek için yapabileceğim çok az şey var	1	2	3	4	5
29	Sağlığım hakkında çok fazla düşünüyorum	1	2	3	4	5
30	Normal bir yaşam sürebilmem için bir rutini takip etmek çok önemlidir	1	2	3	4	5
31	Hastalığım hakkında her şeyi öğrenerek hastalığımı kontrol altında tutuyorum	1	2	3	4	5

32	Hastalığımı kontrol altında tutabilmek için yaşam tarzımı değiştirdim	1	2	3	4	5
33	Yaşamım tedavi planım etrafında şekilleniyor	1	2	3	4	5
34	Sağlığıma dikkat etmek zorundayım yoksa durumum kötüleşir	1	2	3	4	5
35	Çevremdeki kişileri hastalığım konusunda rahatsız etmemek için düzenimi değiştiriyorum	1	2	3	4	5



Vaka Yönetim Prosedürü

GORDON'UN FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ	Kemoterapi Öncesi/1 GÜN Tarih : .../.../202.	3-5. GÜN Tarih : .../.../202.	HASTA İLE YAPILAN TELEFON GÖRÜŞMELERİ
1. SAĞLIĞIN ALGILANMASI VE SAĞLIĞIN YÖNETİMİ	☐ Hastanın alınan tanılaması incelenir. ☐ Mevcut sorunlar tanımlanır. ☐ Hastaya ağrı eğitimi verilir, ağrı varlığı sorgulanır. ☐ Ağrının yeri : ☐ NRS 4 ve üzeri ağrı varlığı: ☐ Hekim ile iletişime geçildi, hastanın tedavisi düzenlenir. ☐ Hasta ilaç almıyor, medikal tedavi uygulanmadı. ☐ Hastanın sigara-alkol kullanımı sorgulandı. ☐ Sigara /alkol kullanıyor. ☒ Sigara /alkol kullanmıyor. ☐ Sigara /alkol kullanmıyor. ☐ Hastanın bulantı kusması değerlendirilir. ☐ Bulantı ve kusma yönetimi hakkında bilgilendirme yapılır. ☐ Hastanın yorgunluk ile baş etme stratejileri hakkında bilgilendirmesi yapılır. ☐ Kemoterapi nedir, amacı, etki mekanizması, tedavide kullanılan tüm ilaçlar hakkında bilgilendirme yapılır. ☐ Hastaya bakım verecek ekip, tedavi sonrası telefonla hasta takibi, iletişim adresleri hakkında bilgilendirme yapılır. ☐ Hastanın tedavi protokolü, uygulanma yolu ve tedavi öncesi yapılacak testler hakkında bilgilendirme yapılır. ☐ Kemoterapi sırasında görülen akut sorunlar (amfiyaksi, ekstrapirasyon) hakkında bilgilendirme yapılır.	☐ Mevcut sorunlar sorgulanır. ☐ Ağrı varlığı sorgulanır. ☐ Ağrının yeri : ☐ Elözüm bali ilaçlar kullanılmış. ☐ Elözüm bali ilaçlar kullanılmamış. ☐ Hastanın medikal tedavisi aynı şekilde devam edecek. ☐ Hastanın medikal tedavisi değiştirilecek. ☐ Bulantı-kusma varlığı sorgulandı. ☐ Bulantı var. ☐ Bulantı yok. ☐ Elözüm bali ilaçlar kullanılmış. ☐ Elözüm bali ilaçlar kullanılmamış. ☐ Hastanın medikal tedavisi aynı şekilde devam edecek. ☐ Hastanın medikal tedavisi değiştirilecek.	

2. BESLENME VE METABOLİK DURUM	☐ Hastanın boy-kilosu ölçüldü ve BKİ si hesaplandı. Boy:..... Kilo:..... BKİ:..... ☐ Hastanın kilo alımı-kayıtı sorgulandı. ☐ İşah durumunda artış veya azalış durumu sorgulandı. ☐ Diyetisyen Konsültasyonu istendi. ☐ Diyetisyen Konsültasyonu istenmedi. (Gerekli ise diyetisyen konsültasyonu istenir.) ☐ Hastanın diyeti sorgulandı. Diyet: ☐ Ağız-Bağız Değerlendirilmesi Puan:..... ☐ Hastanın ağız mukozasını koruma ve iyileştirilmesi hakkında bilgilendirilmesi yapıldı. ☐ Hastanın alacağı KT tedavisi ilaçları ile besin etkileşimi anlatıldı.	☐ Hastanın beslenmesi sağlandı. (Hastada beslenme bozukluğu gözleniyse; primer bekinin ile iletişime geçilir.) ☐ Hastanın eğitimi tekrarlandı. ☐ Hastı diyetisyene yönlendirildi. ☐ Hastaya ek ilaçlar başlandı. ☐ Hastaya yatış önerildi. ☐ Hastanın günlük sıvı alımı sorgulandı. ☐ Hastanın eğitimi tekrarlandı. ☐ Sıvı alınmadığı için bekinin ile iletişime geçildi ☐ Hastaya yatış önerildi. ☐ Hastanın ağız mukozası değerlendirilir. Mevcut sorunlara yönelik önerilerde bulunulur. Ağız-bakım solisyonları önerilir. ☐ Karbonatlı gargara ☐ Mikostatin ☐ Antepain ☐ Diğer:..... ☐ Hastanın mide barsak problemleri sorgulandı, kaydedilir. ☐ Yücutta gözle görülen mevcut sorunlar sorgulanır. (Ödem, bula yarasa, kızamık, döküntü ...)	
3. ROSALITIM BİÇİMİ (ELİMİNASYON)	☐ Hastanın barsak alışkanlığı sorgulandı. ☐ Son defekasyon tarihi:..... ☐ Defekasyon sıklığı/haftada ☐ Kemoterapi ile birlikte gelişebilecek konstipasyon ve diyareni yönetimi hakkında hasta bilgilendirildi. ☐ Hastanın kemoterapi ilaçlarını botrek fonksiyonlarına etkisi ve vücut sıvıları ile alımı hakkında bilgilendirmesi yapıldı.	☐ Hastanın son defekasyon tarihi: ☐ Hastanın defekasyon özelliği ve sıklığı sorgulanır.(Meklen, diyare, konstipasyon varlığında bekinin ile iletişime geçilir. ☐ Hastanın tedavisi düzenlenir. ☐ Hastaya yatış önerildi. ☐ Hastanın idararını yaparken sorun gözlemlemp gözlemlediği sorgulanır(İdrar çıkma sıklığı, idarın rengi, yaklaşıp miktarı, ağrı varlığı, renk değişimi...)	

4. AKTİVİTE VE EGZERSİZ BİÇİMİ	☐ Hastanın fonksiyonel değerlendirilmesi/Kaiz Günlük Yaşam Aktiviteleri Puanı değerlendirilir.	☐ Hastanın fonksiyonel değerlendirilmesi/Kaiz Günlük Yaşam Aktiviteleri Puanı sözel olarak değerlendirilir.	
5. UYKU VE DİNLENME BİÇİMİ	☐ Hastanın uyku örüntüsü sorgulanır. ☐ Uyku düzenini bozan nedenler sorgulanır. ☐ Hastanın bağ etme yöntemleri sorgulanır.	☐ Alınan tedavinin uyku örüntüsü üzerine etkisi sorgulanır. (Hastanın uyku örüntüsü bozuldu ise; hekimi ile görüşülür, uygun tedavi için hasta bilgilendirilir.)	
6. BİLİŞSEL ALGILAMA BİÇİMİ	☐ Hastanın mental durumu değerlendirilir. ☐ Bilisel-algsal problemi var. (Çöreme, işleme, konuşma...) ☐ Hastanın bilisel-algsal problemi yok.	☐ Hastanın mental durumu değerlendirilir. ☐ Bilisel-algsal problemi var. (Çöreme, işleme, konuşma...) ☐ Hastanın bilisel-algsal problemi yok.	

7. KENDİNİ ALGILAMA	☐ Hastanın genel görünümü; ☐ Sakin ☐ Fazla hareketli ☐ Sessiz ☐ İyi beslenmiş ☐ Hastanın kendini nasıl hissediyor. ☐ Mideki ☐ Mide ☐ Ümitsiz ☐ Hastanın mevcut durum ile baş etme girişimleri soruldu; ☐ Hastanın beden imajını etkileyecek faktörler soruldu.	☐ Hastanın kendini nasıl hissediyor. ☐ Mideki ☐ Mide ☐ Ümitsiz ☐ Hastanın mevcut durum ile baş etme girişimleri soruldu; ☐ Hastanın beden imajını etkileyecek faktörler soruldu.	
8. ROL VE İLİŞKİ BİÇİMİ	☐ Hastanın sosyal rol ve ilişkilerinde değişiklik görüldü. ☐ Hastanın sosyal rol ve ilişkilerinde değişiklik gözlenmedi	☐ Hastanın sosyal rol ve ilişkilerinde değişiklik görüldü. ☐ Hastanın sosyal rol ve ilişkilerinde değişiklik gözlenmedi.	
9. CİNSELİLİK VE ÜREME BİÇİMİ	☐ Kemoterapinin cinsellik ve üreme sağlığı üzerine etkileri ile ilgili bilgilendirme yapıldı.	☐ Cinsellik ve üreme sağlığı değişiklikleri görüldü.	

10. BAŞ ETME VE STRES TOLERANSI	☐ Hastanın yakın geçmişinde yaşadığı stres, kayıp/değişim varlığı sorgulandı. ☐ Var ☐ Yok 	☐ Hastanın yakın geçmişinde yaşadığı stres, kayıp/değişim varlığı sorgulandı. ☐ Var ☐ Yok 	
11. İNANÇ VE DEĞERLER BİÇİMİ	☐ Hastanın inanç, değer tercihleri sorgulandı.		

8.13 EK 13: Hasta Tanılama Formu

KEMOTERAPİ TANILAMA VE UYGULAMA FORMU		Hasta Adı Soyadı:		
		Protokol No:		
		Cinsiyeti:	☐ E ☐ K	
		Doğum Tarihi:		
		Form Tarihi:		
GENEL BİLGİLER	Tıbbi Teşhis	Doktoru		
	Tedavi			
	Önceki Tedavileri			
	Allerjileri	☐ Yok ☐ Var (Tanımla) _____		
	Sosyal Güvenesi	☐ Mesleği _____	☐ Çalışıyor ☐ Çalışmıyor	
	Eğitim Durumu			
	Aile durumunda arananak kişi ve telefonu	_____		
	Psikolojik Durumu	☐ Sakin ve rahat ☐ Kaygılı ☐ Üzgün ☐ Agresif		
	Ağrı Durumu	☐ Şu anda ağrısı yok ☐ Şu anda ağrısı var	Ortalama günlük ağrı puanı _____	
	Hasta Tanısını Biliyor Mu?	☐ Evet ☐ Hayır		
GENEL BİLGİLER	Hastalığı Hakkındaki Bilgi Düzeyi	☐ Kötü ☐ Orta ☐ İyi		
	Hastalığını Kabullenme Düzeyi	☐ ☐ ☐		
	Tedavisi Hakkındaki Bilgi Düzeyi	☐ ☐ ☐		
	Performans Durumu	☐ 0 Hiçbir şikayeti yok ve günlük işlerini kolayca kendisi yapıyor ☐ 1 Şikayetleri var ancak günlük işlerini yardım almadan yapıyor ☐ 2 Günlük işlerini yapabilmek için yardım alıyor ve günün yarısından azını yataкта geçiriyor ☐ 3 Günün yarısından fazla zamanını yataкта geçiriyor ☐ 4 Sürekli yataкта yatıyor		
	Evde Kullanılan İlaçlar	1. _____ 5. _____		
		2. _____ 6. _____		
		3. _____ 7. _____		
		4. _____ 8. _____		
	İntravenöz Yol	☐ IV port ☐ Hickman kateter ☐ Santral kateter ☐ Periferik kateter		
	IV kateter bölgesinde ödem, akıntı, kızamıklık;	☐ Yok ☐ Var		
KORUNMA BÜŞSEL-ALGİSAL	IV kateter / port lümeni tıkanış tarihi	_____		
	Bilinmesi gereken diğer bilgiler	_____		
	Kullandığı Dil	☐ Türkçe ☐ Diğer _____		
	Mental Durum	☐ Oryante ve koopere ☐ Disoryante ☐ Algılamada güçlüğü var		
	Görme	☐ Normal ☐ Değişiklik var _____		
	İşitme	☐ Normal ☐ Değişiklik var _____		
	Ağız Mukozası	☐ Ağız sağlığı görünümünde ☐ Eritem ☐ Kuruluk ☐ Ülserasyon ☐ Hemoraj ☐ Diğer		
	Mutlak Nötrofil Sayısı	_____		
	Trombosit Sayısı	_____		
	BESLENME	Bulantı	☐ Yok ☐ Yeme-içmeyi engellemiyor	
☐ Yeme-içmede azalma var ☐ Yeme-içme yok				
Kusma		☐ Yok ☐ 24 saatte; ☐ 1 kez ☐ 2-5 kez		
☐ 6-10 kez ☐ 10 dan fazla				
Beslenme		☐ Ağızdan beslenebiliyor ☐ Tüp ile besleniyor _____		
☐ Parenteral besleniyor ☐ Günlük sıvı alım miktarı _____				
Varsa özel diyet _____				
☐ Günlük yediği yemek miktar normal alışkanlıkları ile aynı				
☐ Günlük yediği yemek miktar normal alışkanlığının yarısından az				
DERİ-DUYU		Beslenme Puanlaması		
	Diyare	3	Oral alım yok (2 günden uzun, TPN hariç)	7
	Karaciğer hastalıkları	4	Oral alım yarıdan az	5
	İndirim sistemi hastalıkları	4	Enteral beslenme	5
	Böbrek hastalıkları	4	Parenteral beslenme	5
	Diabet	5	Distansiyon	2
	Kanser	5	Bulantı-kusma	3
	Enfeksiyon	4	Kontstipasyon	2
	Travma	4	Gebe	3
	KOAH	4	Laktasyon	2
Gut	4	65 yaş üstü	3	
Toplam Puan				
☐ Toplam puan 7 veya 7'den büyük ise hekime haber verilir.				
☐ Toplam puan 7'den küçük ise 5 günde bir yeniden değerlendirilir.				
Deri	☐ Deri normal görünümde ☐ Kuruluk ☐ Döküntü ☐ Kaşıntı			
☐ Eritem ☐ Ülserler ☐ Ödem				
Alopesi	☐ Yok ☐ Hafta saç kaybı var	☐ Tınaklarda kırılma / renk değişikliği		
Duyu	☐ Normal ☐ Hafta değişiklik	☐ Fazla saç kaybı var		
		☐ Belirgin düzeyde değişiklik		

HEM-F-211

8.14 EK 14: Kemoterapi Hastası Eğitim Formu

KEMOTERAPİ HASTASI STANDART EĞİTİM PLANI

Hasta Adı-Soyadı:
Protokol Numarası:
Cinsiyeti:
Doğum Tarihi:
Form Tarihi:

EĞİTİM ÖNCESİ TANILAMA	
Hasta	Hasta yakını (Eğitim hasta yakınına yapılınca değerlendirilmelidir.)
1.Hasta bilgi almaya istekli mi?	Adı Soyadı : ☐ Hayır ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Evet
2.Öğrenmeye engel olacak bir durum var mı?	☐ Okuma-yazma yok ☐ Göme problemi var ☐ Duyusal engeller var ☐ İletişim / algılama problemi var ☐ Di sorunu var ☐ İşitme problemi var ☐ Konuşma problemi var ☐ Diğer..... ☐ Hiçbir engel yok / kısırlılık / engelleri azdır / kültürel inançları var mı?
3. Eğitim engelleyecek dizi / kültürel inançları var mı?	☐ Hayır ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Evet

Eğitimi Alan Kişi: ☐ Hasta ☐ Hasta Yakını

Eğitimin Hedefi	Eğitimin İçeriği	EĞİTİM 1				EĞİTİM 2			
		Eğitim Metodu	Eğitimin Adı Soyadı	Tarih	Değerlendirme	Eğitim Metodu	Eğitimin Adı Soyadı	Tarih	Değerlendirme
1. Hasta ve ailesinin kemoterapi, amaç ve nasıl uygulanacağı hakkında bilgilendirme.	☐ Kemoterapi nedir, amaç, eksi mekanizması, tedavide kullanılan ilaçlar (GT, antiemetik) hakkında bilgilendirme. ☐ Hastaya bakım vermek için, tedavi sonrası telefonla hasta takibi, ilaçların alınması hakkında bilgilendirme. ☐ Kemoterapi ünitesinin tanıtımı, uygulama da alınan güvenlik önlemleri, hakkında bilgilendirme.	☐ D ☐ I ☐ B ☐ G ☐ U ☐ V			☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6	☐ D ☐ I ☐ B ☐ G ☐ U ☐ V			☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
2. Hasta ve ailesinin kemoterapi ile ilgili yan etkileri, belirtileri ve ilacın kullanılması hakkında bilgilendirme.	☐ Kemoterapi tedavinin bütüncül yaklaşımı ve vücut sıvıları ile ilgili yan etkileri hakkında bilgilendirme. ☐ Kemoterapi sırasında görülen akut belirtiler (neutropeni, trombositopeni) hakkında bilgilendirme.	☐ D ☐ I ☐ B ☐ G ☐ U ☐ V			☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6	☐ D ☐ I ☐ B ☐ G ☐ U ☐ V			☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
3. Hasta ve ailesinin kemoterapi sırasında görülen akut belirtiler (neutropeni, trombositopeni) hakkında bilgilendirme.	☐ Kemoterapi tedavinin bütüncül yaklaşımı ve vücut sıvıları ile ilgili yan etkileri hakkında bilgilendirme. ☐ Kemoterapi sırasında görülen akut belirtiler (neutropeni, trombositopeni) hakkında bilgilendirme.	☐ D ☐ I ☐ B ☐ G ☐ U ☐ V			☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6	☐ D ☐ I ☐ B ☐ G ☐ U ☐ V			☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

EĞİTİM METODU: D: Düz anlatım B: Broşür, yazılı materyal U: Uygulama E: İletişim yok G: Grup eğitimi V: Video gösterimi

Değerlendirme: 1: Anlaşım azdır olarak ifade ediyor 2: Kendisi Uyguluyor 3: Tekrar edilmeli 4: Başarısız 5: Aldırıcı bilgi 6: Diğer

Eğitimin Hedefi		Eğitimin İçeriği	Eğilim 1				Eğilim 2			
			Eğitim Metodu	Eğitiminin Adı Soyadı	Tarih	Değerlendirme	Eğitim Metodu	Eğitiminin Adı Soyadı	Tarih	Değerlendirme
3- Mizaç ve davranış özelliklerinin değerlendirilmesi (özellikle sosyal davranışlar ve duygusal durumlar)	1- Bulunur ve bulunmazın yönetimi hakkında değerlendirme	☐ D ☐ I ☐ B			☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ D ☐ I ☐ B			☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
	2- Psikolojik durum hakkında değerlendirme	☐ G ☐ U ☐ V			☐ 4 ☐ 5 ☐ 6	☐ G ☐ U ☐ V			☐ 4 ☐ 5 ☐ 6	
	3- Psikolojik durum hakkında değerlendirme	☐ G ☐ U ☐ V			☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ G ☐ U ☐ V			☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
	4- Akıl yönetimi hakkında değerlendirme	☐ D ☐ I ☐ B			☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ D ☐ I ☐ B			☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
	5- Akıl yönetimi kurumu ve yönetimi hakkında değerlendirme	☐ G ☐ U ☐ V			☐ 4 ☐ 5 ☐ 6	☐ G ☐ U ☐ V			☐ 4 ☐ 5 ☐ 6	
	6- Etkileşimlerin kurumu ve yönetimi hakkında değerlendirme	☐ D ☐ I ☐ B			☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ D ☐ I ☐ B			☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
	7- Yorumları ve yorumları hakkında değerlendirme	☐ G ☐ U ☐ V			☐ 4 ☐ 5 ☐ 6	☐ G ☐ U ☐ V			☐ 4 ☐ 5 ☐ 6	
	8- Çatışma ve çatışma çözümü hakkında değerlendirme (özellikle sosyal davranışlar ve duygusal durumlar)	☐ D ☐ I ☐ B			☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ D ☐ I ☐ B			☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
	9- Kurumların ve diğerlerinin yönetimi hakkında değerlendirme	☐ G ☐ U ☐ V			☐ 4 ☐ 5 ☐ 6	☐ G ☐ U ☐ V			☐ 4 ☐ 5 ☐ 6	
	4- Eğitimin Verilen Başarıları	1- Başarıları hakkında değerlendirme	☐ D ☐ I ☐ B			☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ D ☐ I ☐ B			☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
2- Başarıları hakkında değerlendirme		☐ G ☐ U ☐ V			☐ 4 ☐ 5 ☐ 6	☐ G ☐ U ☐ V			☐ 4 ☐ 5 ☐ 6	
3- Başarıları hakkında değerlendirme		☐ D ☐ I ☐ B			☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ D ☐ I ☐ B			☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
4- Başarıları hakkında değerlendirme		☐ G ☐ U ☐ V			☐ 4 ☐ 5 ☐ 6	☐ G ☐ U ☐ V			☐ 4 ☐ 5 ☐ 6	
5- Başarıları hakkında değerlendirme		☐ D ☐ I ☐ B			☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ D ☐ I ☐ B			☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
6- Başarıları hakkında değerlendirme		☐ G ☐ U ☐ V			☐ 4 ☐ 5 ☐ 6	☐ G ☐ U ☐ V			☐ 4 ☐ 5 ☐ 6	
7- Başarıları hakkında değerlendirme		☐ D ☐ I ☐ B			☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ D ☐ I ☐ B			☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
8- Başarıları hakkında değerlendirme		☐ G ☐ U ☐ V			☐ 4 ☐ 5 ☐ 6	☐ G ☐ U ☐ V			☐ 4 ☐ 5 ☐ 6	
9- Başarıları hakkında değerlendirme		☐ D ☐ I ☐ B			☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ D ☐ I ☐ B			☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
10- Başarıları hakkında değerlendirme		☐ G ☐ U ☐ V			☐ 4 ☐ 5 ☐ 6	☐ G ☐ U ☐ V			☐ 4 ☐ 5 ☐ 6	

Öğretmen Adı Soyadı: _____

İmza: _____

Öğrenci İsmi Soyadı: _____

İmza: _____

Eğitim alanı: _____

Tarih: ____/____/____

İmza: _____

KEMOTERAPİ HASTASI EVDE TAKİP FORMU

Hasta Adı Soyadı :		Protokol Numarası :		Doğum Tarihi:	
Dr. Adı Soyadı :		Hemşire Adı Soyadı :		Telefon Numarası:	
1. Görüşme (Kemoterapinin 1. günü)		Tarih / Saat :			
Geceri nasıl geçirdiniz?	İyi	Orta	Kötü		
Bulanlarınız oluyor mu?	Yok	Hafif	Orta	Şiddetli	(Bulanı şiddetliyse) Önerileri tekrarla
Bulanlı için ilacınız var mı?	Yok	Var	(İlaç varsa) İlaç adı		
Bulanlı için ilacı varsa) Bu ilaçtan aldınız mı?	Hayır	Evet			
Kusmanız oluyor mu?	Hayır	Günde	1-2 kez	3-5 kez	(5den fazla) Doktora bildir
İllemek istediğiniz şikayetiniz var mı? Varsa neler?	_____ _____ _____				
Ağrınız oluyor mu?	Hayır	Evet (VAS _____)	VAS 5 üzeriyse Doktora bildir		
Ağrı için ilaç kullanıyor musunuz?	Hayır	Evet			
	İlaçlarınızın isimleri ve dozları _____				
(Ağrı için ilaç kullanıyorsa) Ağrınız için bu ilaçtan aldınız mı?	Hayır	Evet	Alınmadı ise ilacın atmasını öner		
İlaç ağrınıza etki etti mi?	Hayır	Evet	Etkisiz ise Doktora bildir		
Yan etki yaptı mı?	Hayır	Evet			
	Yan etkiler _____				

Değerlendirme

Problem saptanmadı

Eğitim tekrarı yapıldı

Dr. bilgilendirildi

☐ Hastaneye yönlendirildi

KEMOTERAPİ HASTASI EVDE TAKİP FORMU

Hasta Adı Soyadı :	Protokol Numarası :	Doğum Tarihi:
Dr. Adı Soyadı :	Hemşire Adı Soyadı :	Telefon Numarası:
Tarih / Saat :		
2. Gölgeleme (Kemoterapi'nin 4-5. günü)		
Aleğiniz var mı?	Yok Var°C	38°C ve üzerindeyse Doktora bildir
Bulantınız oluyor mu?	Yok Hafif Şiddetli	(Bulantı şiddetliyse) Önerileri tekararla
Bulantı için ilaç aldınız mı?	Hayır Evet	(İlaç almıyorsa) ilaç adı
Kusmanız oluyor mu?	Hayır Günde 1-2 kez 3-5 kez 5den fazla	(5den fazlaysa) Doktora bildir
Son 24 saatte büyük tuvaletiniz kaç kez yaptınız?	 kez	Önerileri tekararla
Normal büyük tuvalet alışkanlığınız nasıl? günde kez	Deteksasyonunu normal alışkanlığın 2 günden az aşan sürede yapıyorlarsa	Doktora bildir
	Normal alışkanlığı 2 günden fazla aşan sürede yapıyorlarsa	Önerileri tekararla
	Günde 4-6 kereyi aşmayan ve 2 günden az süren ishal varsa	Doktora bildir
	Günde 4-6 kereyi aşmayan ve 2 günden fazla süren ishal varsa	Doktora bildir
Büyük tuvaletinizin özelliği nasıl?	Normal Yumuşak Su gibi Karılı	(Karılıysa) Doktora bildir
Ağız bakımınızı yapıyor musunuz?	Evet Hayır	(Hayırsa) Ağız bakım önerilerini tekararla
Ağız içinde yara, ağrı var mı?	Yok Var	(Karı ve sıvı gıda almıyorsa) Ağız bakım önerilerini tekararla
Beselenmeniz nasıl?	Hiç Orta Kötü (hemem hemem hiç yemek yemiyor)	(Sadece sıvı gıda almıyorsa) Doktora bildir
Günlük sıvı almanız nasıl?	1.5 il. Civanında Hiç sıvı almıyor 1.5 liden az	(Hiç sıvı almıyor) Doktora bildir
Yorgunluğunuz var mı?	Yok Var	(Varsa) Önerileri tekararla
Ağrınız duyuyor mu?	Hayır Evet (VAS.....)	VAS 5 üzeriyse Doktora bildir
Ağrı için ilaç kullanıyor musunuz?	Hayır Evet	
(Ağrı için ilaç kullanıyorsanız) Ağrınız için bu ilaçları aldınız mı?	Hayır Evet	Almadıysa ilacın adını öner
İlaç ağrınıza etki etti mi?	Hayır Evet	Etkisiz ise Doktora bildir
Yan etki yapt mı?	Yan etkiler	Yan etkileri Doktora bildir

Değerlendirme

Problem seğılmadı

Eğşim tekararları

Dr. bilgilendirildi

☐ Hastaneye yönlendirildi

KEMOTERAPİ HASTASI EVDE TAKİP FORMU

Hasta Adı Soyadı :		Protokol Numarası :		Doğum Tarihi:	
Dr. Adı Soyadı :		Hemşire Adı Soyadı :		Tarih / Saat :	
3. Gözleme (Kemoterapinin 12-14. günü)				Telefon Numarası:	
Aleğiniz var mı?	Yok	Var°C		38°C ve üzeriyse Doktora bildir	
Bulantınız oluyor mu?	Yok	Hafif	Şiddetli	(Bulantı şiddetiyse) Önerileri tekrarla	
Bulantı için ilaç aldınız mı?	Hayır	Evet		(İlaç almışsa) İlaç adı	
Kusmanız oluyor mu?	Hayır	Günde	1-2 kez	3-5 kez	(5den fazlaysa) Doktora bildir
Son 24 saatte büyük tuvaletinizi kaç kez yaptınız?	 kez				
Normal büyük tuvalet alışkanlığınız nasıl? günde kez	Defekasyonunu normal alışkanlığı 2 günden az aşan süredir yapıyororsa			Önerileri tekrarla	
	Normal alışkanlığı 2 günden fazla aşan süredir yapıyor ise			Doktora bildir	
	Günde 4-6 kereyi aşmayan ve 2 günden az süren ishal varsa			Önerileri tekrarla	
	Günde 4-6 kereyi aşmayan ve 2 günden fazla süren ishal varsa			Doktora bildir	
Büyük tuvaletinizin özelliği nasıl?	Normal	Yumuşak	Su gibi	Katı	(Karıyorsa) Doktora bildir
Ağız bakımınızı yapıyor musunuz?	Evet	Hayır			(Hayırsa) Ağız bakım önerilerini tekrarla
Ağız içinde yara, ağrı var mı?	Yok	Var		Katı ve sıvı gıda alabiliyor	(Katı ve sıvı gıda alımı) Ağız bakım önerilerini tekrarla
Beslenmeniz nasıl?	İyi	Orta		Sadece sıvı gıda alabiliyor	(Sadece sıvı gıda alımı) Doktora bildir
Günlük sıvı almanız nasıl?	Kötü (hemmen hemmen hiç yemek yemiyor)	1.5 il. Civarında	1.5 il. den az		(Kötü) Doktora bildir
Yorgunluğunuz var mı?	Yok	Var			(Yarsa) Önerileri tekrarla
Ağrınız oluyor mu?	Hayır	Evet (VAS.....)			VAS 5 üzeriyse Doktora bildir
Ağrı için ilaç kullanıyor musunuz?	Hayır	Evet			
(Ağrı için ilaç kullanıyorsa) Ağrınız için bu ilaçtan aldınız mı?	Hayır	Evet			Almadıysa ilacını almamasını öner
	Hayır	Evet			Etkisiz ise Doktora bildir
İlaç ağrınıza etki etti mi?	Hayır	Evet			
Yan etki yapıyor mu?	Yan etkiler				Yan etkileri Doktora bildir

Değerlendirme

Problem saptanmadı

Eğitim tekrarlandı

Dr. bilgilendirildi

☐ Hastaneye yönlendirildi

8.16 EK 16: Özgeçmiş

Adı	CANAN	Soyadı	AYYILDIZ MERT
-----	-------	--------	---------------

Öğrenim Durumu

Derece	Alan	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Hemşirelik	İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi	2017
Lise	Alanı yok	Şehit İlhan Kartal Anadolu Lisesi	2013

Bildiği Yabancı Dilleri	Seviye
İngilizce	Orta
Fransızca	A1.2 seviye

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Hemşire	Anadolu Sağlık Merkezi	2017-2021

Görev Alınan Klinik Araştırma Bilgileri

Klinik Araştırma	Tarih Aralığı	Görevi
Psikiyatri Kliniğinde Çalışan X ve Y Kuşağındaki Hemşirelerin Alkol-Madde Bağımlılığı ve Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Tutumları	2016-2017	Araştırmacı