



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**KOLOREKTAL KANSERLİ HASTALARA BAKIM
VEREN AİLE ÜYELERİNE UYGULANAN EĞİTİMİN
BAKIM VERMEYE YÖNELİK TEPKİLERİ VE SAĞLIKLI
YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA ETKİSİ**

Nilay BEKTAŞ AKPINAR

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Tülin BEDÜK**

**ANKARA
2020**

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Kabul ve Onay	iii
İçindekiler	iv
Önsöz	viii
Simgeler ve Kısaltmalar	ix
Şekiller	x
Çizelgeler	xi

1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Genel Bilgiler	4
1.2.1. Kolorektal Kanserler	4
1.2.1.1. Kolorektal Kanserde Epidemiyoloji	5
1.2.1.2. Kolorektal Kanselerde Tedavi	6
1.2.1.3. Kemoterapi	7
1.2.1.4. Kemoterapinin Yan Etkileri	9
1.2.1.4.1. Bulantı ve Kusma	9
1.2.1.4.2. Diyare	12
1.2.1.4.3. Konstipasyon	13
1.2.1.4.4. Yorgunluk-Halsizlik	15
1.2.1.4.5. Nötropeni ve Enfeksiyon	16
1.2.1.4.6. Oral Mukozit-Stomatit	17
1.2.1.4.7. Trombositopeni	18
1.2.1.4.8. El Ayak Sendromu ve Tırnak Değişiklikleri	19
1.2.1.4.9. Periferik Nöropati	20
1.2.1.4.10. Ağrı	22
1.2.1.4.11. Psikososyal Değişiklikler	23
1.2.2. Kolorektal Kanserli Hastaya Bakım Veren Aile Üyelerinin Gereksinimleri	23
1.2.2.1. Hastalığa ve Tedaviye Yönelik Bilgi Gereksinimleri	24
1.2.2.2. Bakım Vermeye Yönelik Tepkiler- Yaşanılan Zorluklar	25
1.2.2.2.1. Fiziksel Sorunlar	25

1.2.2.2.2. Psikolojik Sorunlar	26
1.2.2.2.3. Sosyal Sorunlar	27
1.2.2.2.4. Ekonomik Sorunlar	28
2. GEREÇ VE YÖNTEM	29
2.1. Araştırmanın Şekli	29
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	29
2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	30
2.4. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri	33
2.5. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri	33
2.6. Veri Toplama Araçları	34
2.6.1. Sosyodemografik Özellikler Veri Toplama Formu	34
2.6.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II	34
2.6.3. Bakım Verici Tepki Değerlendirme Ölçeği (BVTDO)	36
2.7. Etik İlkeler	38
2.8. Araştırmanın Ön Uygulaması	38
2.9. Araştırmanın Uygulaması	39
2.9.1. Kemoterapi Alan Kolorektal Kanserli Hasta Yakınları İçin Eğitim Kitapçığı	39
2.10. Verilerin Değerlendirilmesi	41
3. BULGULAR	42
3.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular	42
3.1.1. Müdahale ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri	42
3.1.2. Bakım Verilen Hastaların Demografik Özellikleri	43
3.2. Bakım Vericilerin SYBDÖ II Puanlarına İlişkin Bulgular	44
3.3. Bakım Vericilerin BVTDO Puanlarına İlişkin Bulgular	47
3.4. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Ölçeklere İlişkin Puan Ortalamaları ve Ölçekler Arasındaki İlişki	50
3.4.1. Müdahale ve Kontrol Gruplarının SYBDÖ II ve BVTDO Toplam Puan Ortalamaları	50
3.4.2. Müdahale Grubunun Eğitim Sonrası Ölçek Puanları Arasındaki İlişki	52
3.4.3. Kontrol Grubunun Son Test Sonrası Ölçek Puanları Arasındaki İlişki	53

3.5. Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerini Gerçekleştirme Durumu	53
3.6. Hastalarda Kemoterapi Nedeniyle Yan Etki Görülme Sıklığı	54
4. TARTIŞMA	55
4.1. Eğitimin SYBDÖ II Puanlarına Etkisi	55
4.2. Eğitimin BVTDO Puanlarına Etkisi	60
4.3. Müdahale ve Kontrol Gruplarının SYBDÖ II ve BVTDO Puanları Arasındaki İlişki	61
5. SONUÇ ve ÖNERİLER	63
5.1. SYBDÖ II' ye İlişkin Sonuçlar	63
5.2. BVTDO'ye İlişkin Sonuçlar	64
5.3. SYBDÖ II ve BVTDO Puanları Arasındaki İlişki Sonuçları	64
5.4. Öneriler	65
ÖZET	67
SUMMARY	68
KAYNAKLAR	69
EKLER	78
EK-1: Bakım Veren Aile Üyelerine İlişkin Sosyodemografik Özellikler Veri Toplama Formu	78
EK-2: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II	81
EK-3: Bakım Verici Tepki Değerlendirme Ölçeği	83
EK-4a: Kemoterapi Alan Kolorektal Kanserli Hasta Yakınları İçin Eğitim Kitapçığı	85
EK-4b: Kemoterapi Alan Kolorektal Kanserli Hasta Yakınları İçin Günlük	109
EK-5: Ankara Üniversitesi Rektörlük Etik Kurul Onayı	110
EK-6: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Karar Formu	111
EK-7: Bilgilendirilmiş Onam Formu (Müdahale Grubu)	113
EK-8: Bilgilendirilmiş Onam Formu (Kontrol Grubu)	115
EK-9: Ankara Üniversitesi Hastaneleri İzin Yazısı	117
EK-10: Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı	118

EK-11: Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerini (GYA) Gerçekleştirme Durumu	119
EK-12: Hastalarda Kemoterapi Nedeniyle Gelişen Yan Etkiler ve Görülme Sıklığı	120
ÖZGEÇMİŞ	122



ÖNSÖZ

Ankara Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalında Doktora öğrenimim süresince engin bilgi ve tecrübelerini benden esirgemeyen kendisini örnek almaktan her zaman onur duyduğum çok değerli hocam Prof. Dr. Tülin BEDÜK'E,

Tez izleme komitesinde görüş ve önerileriyle tez çalışmamda katkıda bulunan Prof. Dr. Ayfer TEZEL ve Prof. Dr. Sevgisun KAPUCU'ya

Eğitim kitapçığının düzenlenmesinde uzman görüşleri ile bana yol gösteren Prof. Dr. Sabire Yurtsever, Prof. Dr. Sultan Taşcı, Prof. Dr. Gülbeyaz Can, Prof. Dr. Zeynep Özer ve Doç. Dr. Sevinç Kutlutürkan'a

Tez çalışmamda hasta yakınlarına ulaşmamda destek olan hemşire Meral BUYURAN, sekreter Şükriye YEŞİL KARAÇAY ve Candan KALAYCI YILMAZ'a,

Doktora eğitim sürecinde hem eğitim hem de dostluğunu her zaman hissettiğim, yardımını benden esirgemeyen arkadaşım Merve AŞKIN CERAN'a,

Hayatımın her anında yanımda olan, beni sürekli cesaretlendiren sevgili aileme, araştırmam süresince fikirleri ile sürekli olarak motivasyonumu artıran ve araştırmanın her aşamasında desteğini hep yanımda hissettiğim çok sevgili eşime, tez döneminde hayatımıza dahil olan ve renk katan canım oğlum Ali Ege'ye

Sonsuz teşekkürlerimle

SİMGELER VE KISALTMALAR

BVTDÖ	Bakım Verici Tepki Değerlendirme Ölçeği
CTEA	Common Terminology Criteria for Adverse Events (Advers Olaylar İçin Ortak Terminoloji Kriterleri)
KRK	Kolorektal Kanser
n	Örneklem Sayısı
p	Önemlilik derecesi
Ort.	Ortalama
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SS	Standart sapma
SYBDÖ II	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II
t	T testi
NCCN	National Comprehensive Cancer (Ulusal Kapsamlı Kanser Birliği)
NCI	National Cancer Institute (Ulusal Kanser Enstitüsü)
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
%	Yüzde

ŞEKİLLER

Şekil 2.1. Araştırmanın Akış Şeması

32



ÇİZELGELER

Çizelge 1.1.	Bulantı Kusmanın Sınıflandırması ve Tedavi Kriterleri	11
Çizelge 1.2.	Diyare Sınıflandırılması	13
Çizelge 1.3.	Konstipasyon Sınıflandırılması	14
Çizelge 1.4.	Yorgunluk Sınıflandırması	15
Çizelge 1.5.	Nötropeni Sınıflandırılması	16
Çizelge 1.6.	Stomatit Sınıflandırması	18
Çizelge 1.7.	Trombositopeni Sınıflandırması	18
Çizelge 1.8.	El-ayak Sendromu Sınıflandırması	19
Çizelge 1.9.	Tırnak Değişikliği Sınıflandırması	19
Çizelge 1.10.	Motor ve Periferik Nöropati Sınıflandırması	21
Çizelge 1.11.	Ağrı Sınıflandırması	22
Çizelge 2.1.	SYBDÖ II ve Alt Boyutlarının Cronbach's Alpha Değerleri	36
Çizelge 2.2.	BVTDÖ ve Alt Boyutlarının Cronbach's Alpha Değerleri	37
Çizelge 3.1.	Bakım Vericilerin Demografik Özellikleri	42
Çizelge 3.2.	Bakım Verilen Hastaların Demografik Özellikleri	44
Çizelge 3.3.	Müdahale ve Kontrol Grubunun SYBDÖ II Alt Boyut Puan Ortalamaları	47
Çizelge 3.4.	Müdahale ve Kontrol Grubu BVTDÖ Alt Boyut Puan Ortalamaları	50
Çizelge 3.5.	Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bakım Vericilerin Ön ve Son Test SYBDÖ II ve BVTDÖ Puanları	51
Çizelge 3.6.	Müdahale Grubu Eğitim Sonrası SYBDÖ II ve BVTDÖ Toplam Ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Dağılımı	52
Çizelge 3.7.	Kontrol Grubu Son Test Sonrası SYBDÖ II ve BVTDÖ Toplam Ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Dağılımı	53

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kanser, günümüzde bütün hastalık tanılarının %70'ini oluşturmakta ve son yıllarda dünya genelinde sayısı hızla artan kronik bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Ulusal Kanser Enstitüsü (National Cancer Institute-NCI) raporuna göre Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde 2016 yılında 1,685,210 kişiye yeni kanser tanısı konulduğu; 595,690 kişinin kanser nedeniyle yaşamını kaybettiğini tespit edilmiştir (National Cancer Institute, 2016). Türkiye'de ise kanser, kalp-damar hastalıklarından sonra ölümlere neden olan hastalıklar arasında ikinci sırada yer almaktadır. Kolorektal kanser ise ülkemizde en yaygın görülen üçüncü kanser türü olup, insidansı yüz binde 210'dır (Sağlık Bakanlığı, 2017a).

Son yıllarda kanser insidansındaki artışla birlikte, kanserin tanı ve tedavisinde de yeni ilerlemeler kaydedilmiştir. Kanser tedavisinde kemoterapi, cerrahi, radyoterapinin yanı sıra; kök hücre nakli, gen tedavisi, lazer tedavisi, hormonal ve biyolojik tedaviler, kanser aşıları ve kemik iliği transplantasyonu da son yıllarda kullanılmakta olan diğer yöntemlerdir (Biol ve Akdemir, 2011). Kolorektal kanserlerde primer tedavi cerrahi olsa da cerrahi tedavi ile kemoterapinin uygulanması tümörün uzak dokulardaki metastazını önlemede en etkili yoldur. Kolorektal kanserlerin tedavisinde sıklıkla 5-Fluorouracil (5-FU), Lökoviran (kalsiyum folinat), İrinotekan (Camptozar) ve Oksaliplatin (Eloxatin) tek başına ya da çoğunlukla FOLFOX (5-FU+Lökoviran- kalsiyum folinat+ Oksaliplatin), Capeox (capecitabine+Oksaliplatin) uygulanmaktadır (Akın, 2012; Çayır ve ark., 2010; Menteş ve ark.,2007 ve NNCN 2019). Kemoterapilerde sıklıkla kullanılan bu ajanların yan etkileri; bulantı, stomatit, diyare ve miyelosupresyon olup; özellikle kadınlarda ve yaşlı hastalarda 5.-7. günler arası lökosit ve trombosit sayısını düşürmeye başlar, bu durum bireylerde enfeksiyon ve kanamaya eğilimi artırır. Oksaliplatin (Eloxatin) uygulamasına bağlı gelişebilecek en önemli yan etki ise nöropatik boğaz ağrısı ve progresif periferik duyuşal nöropatidir. Hastaların el ve

ayaklarında soğuğa temas ile artan ağrı, duyarlılık, soğuk gıdalar ile artan boğaz ağrısı gibi yan etkiler görülebilir (Akın, 2012; Karimi ve ark., 2017 ve Pissarra ve ark., 2019).

Kolorektal kanserlerde bireyler, cerrahi girişim ve kemoterapiye bağlı ortaya çıkabilecek yan etkiler nedeniyle; öz bakımlarını etkileyebilecek değişiklikler yaşayabilmektedir (Bag, 2013; Havyer ve ark.2019; Ülger ve ark.,2014 ve Zhang ve ark.,2015). Bu durumda hasta birey bakım veren kişiye bağımlı hale gelebilmekte, bakım veren aile üyesi ise hastalığın ve tedavilerin yan etkilerinin yanı sıra hasta bireyin bağımlılığın ortaya çıkardığı sorunları ile de başa çıkmak durumunda kalmaktadır. Yapılan çalışmalarda aile üyelerinin hastalarına bakım verirken hastanın günlük yaşam aktivitelerini yapabilmesine yardım etme, semptom yönetimi, acil durumda yapılacaklar konusunda ciddi sıkıntılar yaşadıkları belirlenmiştir (Belgacem ve ark., 2013; Çal ve ark., 2017; Leow ve ark.,2015; Mosher ark.,2016). Aile üyelerinin baş etmede en çok zorlandıkları konu ise semptom yönetimi ve acil durumda ne yapacağını bilmemeleridir (Çivi ve ark.,2011; Göçmen ve Yılmaz 2016; Gröpper ve ark., 2016; Mellon, 2002; Uğur ve Fadiloğlu, 2012).

Kanserli bireye bakım veren aile üyelerinin sağlık personelinden en çok hastalığın prognozu, kemoterapi sonrası bireyde gelişebilecek semptomlar ve semptomlara yönelik alınması gereken tedbirler hakkında bilgi sahibi olmak istedikleri belirtilmiştir (Chi ve ark.,2015; Fadiloğlu 1995; Iconomou ve ark.,2001). Kolorektal kanserli hastaya bakım veren aile üyeleri ile yapılan çalışmalarda özellikle kemoterapiye bağlı oluşan yan etkiler ile baş etmede zorlandıkları saptanmıştır (Akdemir ve Görgülü, 2010; Çal ve ark.,2017; Molassiotis ve ark., 2009; Mosher ve ark.,2016). Kemoterapinin neden olduğu semptomların kontrolünü sağlayamayan bakım veren aile üyeleri ümitsizliğe düşebilir ve kendilerine olan güven duygusu kaybedebilir. Kanserli hastaya primer bakım vericiler ile yapılan bir çalışmada kemoterapi kür sayısının artması ile bakım verenlerin stres, endişe duyguları ve bakım yüklerinin arttığı tespit edilmiştir (Palos ve ark., 2010). Yapılan diğer çalışmalarda da kanser ve tedavisinin yan etkileri ile baş etmede zorlanan aile üyelerinin daha fazla stres yaşadıkları belirlenmiştir (Geng ve ark.,2018; Iconomou

ve ark.,2001; Molassiotis ve ark., 2009; Stenberg ve ark., 2010). Bakım süreci aile üyelerinin ruhsal ve fiziksel sağlıklarında olumsuz değişikliklere, iş hayatına ara vermelerine ve maddi sıkıntılar yaşamalarına, sosyal iyilik hallerinin bozulmasına, evlilik ve diğer kişisel ilişkilerinin kötü gitmesine neden olabilmektedir (Beesley ve ark.,2011; Burton ve ark., 2012; Chi ve ark., 2015; Graham ve ark.2017; Johansen ve ark., 2017; Mosher ve ark., 2016; Orak ve Sezgin,2015; Yun, 2005).

Yukarıda sözü edilen tüm bu çalışmalar hastalara bakım veren yakınlarının da hastalar kadar bakıma ve desteğe gereksinim duyduklarını göstermektedir. Kanserli hastaya ve ona bakım verenlere kanser tanısının konulduğu ilk andan itibaren bütüncül olarak destek sağlanması gerekmektedir. Kim ve ark. (2013), kolorektal kanserli hastaya bakım verirken desteklenen aile bireylerinin stres düzeylerinin daha az olduğunu, Grov ve Eklund (2008), ise desteklenen bakım vericilerin bakım sürecinde daha pozitif olduğunu belirlemişlerdir.

Tüm bu bilgiler değerlendirildiğinde kolorektal kanserli hastalara bakım veren aile üyelerine hastasına vereceği bakımla ilgili uygulanacak eğitimin onlara destek olacağı ve bu desteğin bakım vericilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmelerine, bakıma yönelik verdikleri tepkilerin daha olumlu olmasına katkıda bulunacağı düşünölmektedir. Aynı zamanda hasta sorunları ile baş edebilen bakım vericiler zamanlarını daha etkili kullanabilecek ve günlük yaşantıları daha az kesintiye uğrayacaktır. Böylece bakım vericiler kendilerine daha çok vakit ayırabilecek, öz bakımlarını artırıp, fiziksel, psikolojik, sosyal iyilik hallerini korumuş olacaktır. Yapılan çalışmalar da eğitim verilen hasta yakınlarının hasta semptomları daha iyi yönettiği, daha az bakım stresi yaşadığı ve yaşam kalitelerinin arttığı belirlenmiştir (Belgacem ve ark.,2013; Chi ve ark., 2015; Harding ve ark.,2004; Hudson ve ark., 2008; Hudson ve ark.,2010; Hendrix, 2016; Leow ve ark.,2015; Uğur ve Fadıloğlu, 2012; White ve ark.,2008).

Bu araştırma kolorektal kanserli hastalara bakım veren aile üyelerine uygulanan eğitimin, aile üyelerinin ‘bakım vermeye yönelik tepkileri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına’ etkisini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Çalışmanın Hipotezleri;

H0₁: Kolorektal kanserli hastalara bakım veren aile üyelerine verilen planlı eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi yoktur.

H0₂: Kolorektal kanserli hastalara bakım veren aile üyelerine verilen planlı eğitimin bakım vermeye yönelik tepkilerine etkisi yoktur.

1.2. Genel Bilgiler

1.2.1. Kolorektal Kanserler

Kanser, hücrelerin plansız ve anormal bir şekilde büyümesi, çoğalması ve vücudun diğer bölgelerine farklı şekilde yayılması ile tanımlanan hastalıklar grubunu oluşturmaktadır. Normal hücreden farklı yapıda olan bu hücreler bulundukları ya da uzak bölgedeki organlara kadar ulaşabilmekte ve bu organların fonksiyonlarını yerine getirmelerine engel olabilmektedirler (Akdemir ve Birol, 2011; Kav, 2016).

Kanser, ülkemizde ve dünyada sayısı hızla artan ciddi ve kronik bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır. Ulusal Kanser Enstitüsü (National Cancer Institute-NCI-2018) raporuna göre 2018 yılında dünya genelinde 18,1 milyon kişinin kanser olduğu saptanmış, tüm ölümler içerisinde kansere bağlı ölümlerin ise 9,6 milyon kişi olduğu belirlenmiştir. En sık görülen kanser birinci sırada her iki cinsiyet için akciğer kanseri; ikinci sırada kadınlar için meme, erkekler için prostat kanseri; üçüncü sırada ise her iki cinsiyet için kolorektal kanserlerdir (Bray ve ark.,2018).

Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı'nın son verilerine göre yılda 96,213 erkeğe ve 67.203 kadına kanser teşhisi konulduğu ifade edilmiştir. Ülkemizde kadınlarda ilk sırada görülen kanserler meme ve tiroit kanseri; erkeklerde ise akciğer ve prostat kanseri olup; her iki cinsiyet içinde en sık görülen üçüncü kanser kolorektal kanserlerdir (Sağlık Bakanlığı, 2017a).

Kolon ve rektal kanser birlikte ise kolorektal kanser (KRK) olarak adlandırılır. Genç yaştaki bireylerde tespit edilen kolon kanserlerinin yarıya yakını sağ kolonda bulunurken, ilerleyen yaşlarda tespit edilen vakaların büyük çoğunluğu sol kolonda bulunur.

1.2.1.1. Kolorektal Kanserde Epidemiyoloji

KRK'lerin görülme sıklığı dünya genelinde dördüncü sırada olup, kanser ilişkili mortalite açısından ise ikinci sırada yer almaktadır (Globan Cancer Observatory,2018). Dünya genelinde 2018 yılında 1 milyondan fazla kişiye kolorektal kanser teşhisi konulmuş, 881 000 kişi kolon kanseri nedeniyle yaşamını kaybetmiştir (Bray ve ark.,2018).

Kolon kanseri insidansı sanayileşmiş toplumlarda daha fazladır. İnsidansın en yüksek olduğu ülkeler Avrupa'nın bazı kısımları (örneğin, Macaristan, Slovenya, Slovakya, Hollanda ve Norveç), Avustralya / Yeni Zelanda, Kuzey Amerika ve Doğu Asya ülkeleridir. ABD'nde, kolorektal kanser, erkeklerde ve kadınlarda kanser nedeniyle gelişen ölümler arasında ikinci sırada bulunmaktadır. Amerikan Kanser Derneği 2019 yılında ABD'de 101 420 yeni kolon kanseri vakası, 44,180 yeni rektal kanser vakası görüleceği ve yaklaşık 51,020 kişinin ölümüne neden olabileceğini belirtmiştir (American Cancer Society,2014).

Türkiye Sağlık Bakanlığı kanser istatistiklerine göre KRK 2008 yılında kadınlarda %7,8 ile üçüncü, %7,5 ile erkeklerde dördüncü sırada; 2014 yılında ise kadınlarda %8, erkeklerde ise %9,3 oranında saptanmıştır (Sağlık bakanlığı,2017a).

Kolorektal kanser insidansındaki bu artış ülkemizde kanser tarama programlarının geç başlaması ve erken tanı olasılığının düşüklüğü ile açıklanabilir. Dünya genelinde görülen insidans artışının nedenleri arasında genlerdeki mutasyonlar, beslenme alışkanlıkları, obezite ve yaşam tarzı değişiklikleri sıralanabilir. Buna karşın gelişmiş ülkelerdeki etkili tarama programları ve ileri düzeydeki tedavi olanakları kolon kanseri mortalite oranında azalmaya neden olmuştur. ABD ve Japonya'da 1990'lı yıllarda başlatılan erken ve uzun süreli tarama programları ile mortalite oranları azalmıştır. ABD'de 2006- 2010 yılları arasında; 50 yaş ve üstü bireylerde kolorektal kanser insidansı tarama programlarının etkinliği ile yılda %3,7 oranında azalmıştır (American Cancer Society,2014).

Kolorektal kanserlerde insidans ve mortalitenin azalabilmesi için toplumdaki tüm bireylerin risk durumlarına göre erken tanı açısından belirli aralıklarla izlenmesi gerekmektedir.

1.2.1.2. Kolorektal Kanserlerde Tedavi

Erken evre kolorektal kanserlerde primer tedavi cerrahi olmakla birlikte, kemoterapi ve radyoterapi diğer seçeneklerdir. Cerrahi tedavi tümörün lokalizasyonuna göre değişmektedir. Cerrahi tedavide amaç tümörün lenf bezleri ile çıkarılmasıdır (Akın,2012; Karahasanoğlu, 2001). Bir bölgede sınırlı olan kanserlerde ise kolonoskopik yöntemle rezeksiyon tercih edilebilir. Negatif cerrahi sınır elde etmek için komşu organlara ya da karın duvarına invazyon varsa bu organların da rezeksiyonu gerekir. Segmental rezeksiyon, abdominoperineal rezeksiyon kullanılan cerrahi yöntemlerdir (Aslan ve ark., 2014; Can, 2015, s:711-716).

Segmental rezeksiyonda tümör ilgili bağırsak bölümünün kan damarları ve lenf nodları ile çıkartılır. Abdominoperineal rezeksiyonda tümörün tamamı, sigmoid kolonun bir kısmı, rektum ve anal sfinkter çıkarılır. (Aslan ve ark., 2014)

Radyoterapi lokal nüks riski fazla olan durumlarda uygulanmaktadır (can, 2015). Kolon duvarına penetrasyon ya da lenf nodlarına yayılım varsa radyoterapi ile kemoterapi ile uygulanır.

Kemoterapi tümör büyümesini yavaşlatmak, tümörü küçültmek ve metastaz olasılığını azaltmak için neoadjuvan, adjuvan ilaçlarla birlikte ya da palyatif olarak kullanılabilir (Aslan ve ark.,2014; Can, 2015, s:711-716; Kav,2016).

1.2.1.3. Kemoterapi

Kolorektal kanserlerde nüks etme olasılığı yüksek olan Evre II hastaların çoğunluğunda, Evre III hastaların ise tümünde cerrahi tedaviye ek olarak kemoterapi uygulanmaktadır. Evre II tedavisinde 5-FU ve leucovorin, oxaliplatin, ya da capecitabine uygulanmaktadır. Evre III tedavisinde ise kombine kemoterapi ajanları birlikte uygulanmakta ve sıklıkla Folfox (5-FU+Lökoviran- kalsiyum folinat+ Oksaliplatin), Capeox (capecitabine+Oksaliplatin) veya tek başına 5-FU uygulanmaktadır (Akın, 2012; Çayır ve ark., 2010; Menteş ve ark.,2007; NNCN, 2019; Wilkes ve Barton-Burke, 2018)

5-FU

Bu ilaç sentetik floropirimidin antagonisti olan sitostatik bir ajandır. Pürin ya da primidin nükleotidlerini ya da doğrudan DNA replikasyon enzimlerini inhibe eder. Buna ek olarak fluorourasil RNA sentezini inhibe eder (Kav, 2016; Wilkes ve Barton-Burke, 2018). 5-FU'nun insanlar üzerinde görülen genel yan etkileri bulantı ve kusma, anemi, kardiyotoksisite, koroner arter değişikliğidir. Ayrıca nadiren klinik olarak belirgin karaciğer hasarı görülür (Puchem, Erişim Adresi: <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov>; Erişim tarihi: 10/05/2019).

Lökoviran

Lökoviran, kalsiyum, folat antagonisti kemoterapötik ilaçların moleküler hedefi olan dihidrofolat redüktaz ile metabolizma gerektirmeyen folik asidin aktif bir metabolitidir. Lökovorinin fluorourasil ile eş zamanlı kullanımı fluorourasilin terapötik ve toksik etkilerini artırır. Genel yan etkileri alerjik cilt reaksiyonları, solunması halinde alerji veya astım semptomlarıdır (Wilkes ve Barton-Burke, 2018; Puchem, Erişim Adresi: <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov>; Erişim tarihi: 10/05/2019).

İkiyüz kırk üç kolorektal kanserli hastada yapılan çalışmada hastalara 20 mg / m²'lik lökovorin ile ayda bir kez 5 gün uygulanan 5-florourasil (425 mg /m²) dan sonra hastaların %13'inde kemoterapiye bağlı toksisite nedeniyle hastaneye yatırıldığı tespit edilmiştir. Bu hastaların %9'unda nötropenik ateş, %10'unda mukozit ve %8'inde diyare geliştiği belirlenmiştir. Kadın hastaların, erkek hastalardan daha yüksek oranda ve şiddetli toksisite (%18) yaşadığı ve toksik ölüm oranlarının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Yaşlı hastalarda ise genç hastalardan daha yüksek oranda şiddetli toksisite görüldüğü, özellikle ilk siklustan sonra çoğunda şiddetli toksisite (%56) gerçekleştiği tespit edilmiştir (Tsalic ve ark.,2003).

Oksaliplatin (Eloxatin)

Oksaliplatin, DNA replikasyon ve transkripsiyonunu inhibe ederek hücre ölümüne neden olan üçüncü kuşak platin analogudur. İlacın yüksek konsantrasyonlarında hücrel RNA ve protein sentezi de baskılanır. Oksaliplatin 5-FU'in etkisini artırarak sinerjik etkinin oluşmasını sağlar. En sık görülen yan etkiler (görülme sıklığı $\geq$ %40), periferik duyusal nöropati, nötropeni, trombositopeni, anemi, bulantı, diare, emesis, yorgunluk ve stomatitdir (Puchem, Erişim Adresi: <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov>; Erişim tarihi: 10/05/2019).

Evre III kolon kanserli hastalarda uygulanan Oxaplatin sonucunda hastalarda kas ağrısı, kaslarda zayıflık yürüme bozuklukları gözlenmiştir (Pissarra ve ark.,2019)

Capecitabine

Antineoplastik ve sistemik bir ön ilaç olan Capecitabine floropirimidin karbamattır. İlaç tümör hücreleri ve normal hücreler tarafından 5-FU'e; 5-FU, iki aktif metabolite [5-floro-2-deoksiuridin monofosfat (FdUMP) ve 5-florouridin trifosfat (FUTP)] metabolize edilir. FdUMP, normal timidin üretimini azaltarak DNA sentezini ve hücre bölünmesini inhibe ederken FUTP, RNA sarmalına dahil edilmesi için ididin trifosfat (UTP) ile rekabet ederek RNA ve protein sentezini inhibe eder (Puchem, Erişim Adresi: <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov>; Erişim tarihi: 10/05/2019).

Genel yan etkileri Palmar plantar eritrodizestezi (el-ayak sendromu), diare, bulantı, yorgunluk, nötropeni, mukozittir. Hafif serum bilirubin yükselmeleri, kapesitabin tedavisi sırasında hastaların%40'ında görülmüştür. Evre III kolon kanserlerinde adjuvan tedavi olarak kapesitabin uygulanan hastaların %5'inde konjonktivit ortaya çıkmıştır (Bethesda ve Maryland, 2008, s: 961).

1.2.1.4. Kemoterapinin Yan Etkileri

1.2.1.4.1. Bulantı ve Kusma

Kolorektal kanserde kullanılan kemoterapi ilaçları hastalarda bulantı-kusmaya neden olabilmektedir. Özellikle Oxaplatinin orta ematojenik (%30-90), Fluorouracilin ise düşük gradde (%10-30) ematojenik etkisinin olduğu belirlenmiştir (Berger ve ark., 2017). Bulantı-kusma durdurulamazsa sıvı-elektrolit dengesizliklerine, dehidratasyona, immün sistemin baskılanmasına ve uygulanan kemoterapi ilacının emiliminin azalmasına neden olabilir. Bu nedenle bulantı-kusma

yönetimin çok iyi planlanması gerekmektedir (Kav, 2016; Can, 2017, s:43-63; Can, 2015, s:385-394).

Kolon kanserli hastalarda yapılan bir çalışmada hastalarda kemoterapi nedeniyle tat ve koku almada değişiklik, iştah durumunda azalma, bulantı, kusma ve diyare görülme sıklığının arttığı fakat 3. ve 6.kürler arasında yan etki görülme sıklığı açısından herhangi bir değişiklik olmadığı belirlenmiştir (Ilgaz ve ark., 2016).

Bulantı, öğürme ve kusma birbirinden bağımsızdır, tek başına ya da birlikte gerçekleşebilir. Kusma, vücutta kemoterapötik ajanlar gibi toksik maddeler tarafından tetiklenen bir refleks olarak kabul edilebilir. Beyin kökünde bazı nöronlar kusma merkezini uyarır. Kemoterapi ajanları gastrointestinal sistem mukozasında visseral ve vagal afferentlerin uyarılmasına neden olur. Merkezi sinir sistemi tarafından emetik bir tepkiye yol açan efferent vagal etki ortaya çıkar. Kemoterapiye bağlı bulantı kusmanın beş tipi mevcuttur (Cohen ve ark., 2007).

Akut bulantı- kusma: kemoterapi uygulanmasından hemen sonra ya da ilerleyen saatler içerisinde gerçekleşip, ilk 24 saat içinde sonlanan kusmadır. En yoğun olarak ilk altı saat içerisinde gözlemlenir.

Gecikmiş bulantı-kusma: Tedavi sonrası genellikle 48-72 saatler arasında görülen bulantı kusmadır.

Beklentisel bulantı kusma: (Conditioning and Anticipatory Nausea and Vomiting): genellikle kemoterapi sonrası kontrol altına alınamayan hastalarda tedavi öncesi görülen bulantı-kusmadır. Beklentisel bulantı kusmada normal antiemetik ilaçlarla kontrol edilmesi zordur.

Ani kusma: Profilaktik antiemetik tedaviye rağmen kemoterapi tedavisini takiben 24saat içerisinde ani oluşan bulantı ve kusmadır.

Refrakter bulantı kusma: ilk sikluslarda uygulanan profilaktik ve diğer antiemetik tedaviye rağmen diğer kemoterapi sikluslarında görülmeye devam eden bulantı kusmadır. Kemoterapiye bağlı bulantı kusmanın tipini tanımlamak onkoloji hemşirelerinin hastaya etkin girişimleri planlayarak, hasta ve ailesinin yaşam kalitesini artırmasına yardımcı olmada oldukça önemlidir (BC cancer agency symptom management guidelines, 2019; Can, 2017, s:43-63; Can, 2015, s:385-394; Kav, 2016).

Bulantı kusma yönetimi bulantı-kusmanın nedeni, hastanın kusma öyküsü, hastanın bulantı-kusmadan etkilenme düzeyi değerlendirilerek planlanmalıdır. Grad 1 ve 2’de diyet değişiklikleri, non-formakolojik yaklaşımlar, eğitim ve hastayı takip önerilmekte iken, grad 3,4 ve 5’te geciktirilmeden farmakolojik tedavi önerilmektedir (Can, 2017, s:43-63; NCI, 2017).

Çizelge 1.1. Bulantı Kusmanın Sınıflandırması ve Tedavi Kriterleri (NCI Common Terminology Criteria for Adverse Events- CTCAE, 2017)

	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4	Grad 5
Kusma	24 saatte 5 dakika aralık ile 1-2 kez kusma olması	24 saatte 5 dakika ara ile 3-5 kez kusma olması	24 saatte 5 dakika aralık ile 6’dan fazla kusma olması	Kusma yaşamı tehdit etmektedir	Ölüm
Tedavi	Herhangi bir müdahaleye gerek yok	I.V Hidrasyon ile müdahale edilmeli	TPN ya da tüp ile beslenmeli, hastanede yatarak tedavi edilmeli	Acil tıbbi müdahale gerektirir.	-
Bulantı	Yok	Bulantıya bağlı iştahsızlık ve yeme alışkanlıklarında değişiklik	Bulantı nedeniyle kilo kaybı olmaksızın oral alımın azalması	Tüp ile ya da TPN ile besleme	-

Grad 1’de bulantı-kusmanın azaltılmasında öncelikle beslenme ve çevre düzenlenmesi yapılmaktadır. Hastalara azar azar yemesi gerektiği, özellikle tost, kraker gibi besinleri tercih edebilecekleri, günlük 8 ile 10 bardak arası sıvı tüketimi

ve ağız hijyeninin sağlamaları tavsiye edilerek bulantı-kusmanın azaltılabileceği anlatılmalıdır. Çevre düzenlemesi için hastalara hafif tempolu açık havada yürüyüş ya da odanın camını açma, kendisini hastanın rahatlayabilecek müzikleri dinlemesi önerilmektedir. Bu öneriler ile hasta takibinin 24 saat aralıklarla yapılması gerekmektedir (Can, 2015, s:385-394; Kav, 2016).

Kemoterapi alan kolorektal kanserli hastalarda (evre I-II ve III) bulantı-kusmayı kontrol altına almak için uygulanan beslenmeye yönelik öz bakım eğitiminin bireylerde bulantı ve kusmayı azalttığı belirlenmiştir. Özellikle bu eğitimde bireylere az ve sık aralıklarla yemek yeme, soğuk gıdalar tüketme, az yağlı besinleri tercih etme, yoğurt ve meyve ağırlıklı beslenme önerilmiştir (Karimi ve ark., 2017).

1.2.1.4.2. Diyare

Diyare, bağırsakta sıvı içeriğinin ve miktarının artması ile tanımlanmaktadır. Kemoterapinin neden olduğu diyare bağırsaktaki mukoza hücrelerinin zarar görmesi ya da yok olması nedeniyle gelişir. Zarar gören mukoza hücrelerinin absorbe etme yeteneği bozulur ve bağırsakta sıvı-elektrolit absorpsiyonu yapılamaz. Hastada meydana gelen diyarenin birçok nedeni vardır ve hasta bakımının etkin yapılabilmesi için ilişkili faktörlerin çok iyi belirlenmesi gerekir. Kolorektal kanserlerde kullanılan 5-Fu, Capecitabine, Irinotecan ve kolorektal tümörler diyare oluşumunu hızlandıran faktörlerdir (Wilkes ve Barton-Burke, 2018; <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov>; 10.05.2019; Tsalic ve ark., 2003). Ayrıca hastalarda kullanılan antibiyotik, potasyum-magnezyum ilaçları ile destekleyici tedaviler (ginseng, coenzyme Q10, aşırı miktarda c vitamini) diyareye neden olan diğer faktörlerdir (BC cancer agency symptom management guidelines, 2019; Can, 2015, s:395-407; Can, 2017, s:77-87; Shaw ve Taylor, 2012). Bütün bunların yanı sıra hastanın beslenme ve aktivite durumu da etkisi olan diğer faktörlerdir.

Diyare yönetiminde grad 1 ve 2 de hasta takibi önerilir. Hastanın 24 saat içerisindeki dışkı sayısı ile dışkının niteliği ve miktarı da takip edilmelidir. Hastalara

gün boyunca 10-12 bardak su tüketmesi, çözünmüş liften zengin gıdalar ile beslenmesi (muz, patates, beyaz pirinç vb), az ve sık aralıklarla yemek yemesi gerektiği hakkında bilgi verilmelidir. Bu önerilere rağmen 24 saat içerisinde geçmeyen diyarede I.V tedavi ile hastanın desteklenmesi önerilmektedir. Grad 3 ve 4'te ise hastaların hastaneye yatarak, sıvı-elektrolit tedavisi yapılması önerilmektedir (Can, 2010, s: 71-86; Can, 2017, s:77-87; McQuade ve ark.,2016).

Çizelge 1.2. Diyare Sınıflandırılması (NCI Common Terminology Criteria for Adverse Events -CTCAE, 2017)

	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4	Grad 5
Diyare	24 saatte dışkılama sayısının 4'ten az olması	24 saatte dışkılama sayısının 4-6 arasında olması	24 saatte dışkılama sayısının 7'den fazla olması	Diyare yaşamı tehdit etmektedir, acil tıbbi müdahale yapılmalıdır.	Ölüm

Diyare oluşmaması için hasta ve ailesinin eğitimi primer rol oynamaktadır. Hasta ve ailesine diyareye neden olan gıdalar ayrıntılı biçimde anlatılmalı, günlük dışkı sayısı ve kilo takibi, diyareye bağlı gelişebilecek komplikasyonlar, diyare oluştuğunda hekim/hemşiresi ile nasıl görüşebileceği hakkında bilgi verilmelidir (Can, 2010, s: 71-86; Can, 2017, s:77-87; Molassiotis ve ark., 2009).

1.2.1.4.3. Konstipasyon

Konstipasyon, barsak hareketlerinde azalma, karında şişkinlik ve gaz olması, feçesin sert olması şeklinde tanımlanmaktadır. Genel olarak konstipasyon fizyolojisi için iki mekanizma tanımlanmıştır. Birincisi barsak lümenindeki peristaltizm yokluğu ya da pelvik duvarda, rektumda-anüste obstrüksiyon durumu konstipasyona neden olmaktadır (Can, 2015, s:395-407; Can, 2017, s: 87-102).

Konstipasyon diğer semptomlar gibi yaşamı tehdit etmemesine rağmen, hastalarda ağrı, renal fissur, hemoroid gibi sekonder fiziksel ya da psikolojik

sorunlara yol açarak hem hastanın hem de ailesinin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Can, 2017, s: 87-102, McQuade ve ark., 2016).

Hastada konstipasyon gelişmesine neden olan birçok faktör vardır. Özellikle kolon kanserlerinde tümörün bağırsak lümenini tıkaması, kemoterapi ajanları (Oxaliptin, 5-Fu, Capecitabine, Irinotecan), opioid, antidepresan ve antiemetik (5-HT3 antagonistleri) kullanımı hastalarda konstipasyon sürecini hızlandıran faktörlerdir. Fiziksel aktivite azlığı, yetersiz sıvı alımı, ileri yaş ve kadın cinsiyet konstipasyon gelişimini etkileyen diğer faktörlerdir (McQuade ve ark., 2016). Konstipasyon yönetimi için hastanın dışkılama alışkanlığı ve konstipasyon riskini artıran tüm faktörlerin çok iyi sorgulanması gerekmektedir.

Çizelge 1.3. Konstipasyon Sınıflandırılması (NCI-Common Terminology Criteria for Adverse Events -CTCAE, 2017)

	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4	Grad 5
Konstipasyon	Semptomlar arada sırada oluşur, beslenme değişiklikleri ve laksatifler önerilir	Semptomlar kalıcıdır, düzenli olarak laksatif kullanımı vardır	Semptomlar Günlük yaşam aktivitelerini etkiler, dışkı katılaşmıştır elle müdahale gerektirir	Konstipasyon yaşamı tehdit etmektedir, acil tıbbi müdahale yapılmalıdır	Ölüm

Grad 1 ve 2’de hastaya yemeklerden 30-60 dakika sonra dışkılamayı denemesi ve dışkılama öncesi ılık su içmesi, günlük 8-12 bardak sıvı tüketmesi, kafein alımının (günlük en fazla önerilen miktar 1-2 bardak kahve ya da 4-5 bardak çay) sınırlandırılması önerilmelidir. Hasta ve ailesinin eğitimleri ile konstipasyonun büyük ölçüde azaltılabileceği vurgulanmaktadır. Yapılan çalışmalarda kanser hastalarına bire bir verilen ve kemoterapi boyunca tekrarlanan eğitimlerin hastalarda konstipasyonu azalttığı tespit edilmiştir (Ayaz ve Hisar, 2014; Mollaoğlu ve Erdoğan, 2014; Molassiotis ve ark., 2009).

Grad 3'te hastada 3 gün boyunca dışkılamamanın olmaması, karın ağrısının artması durumunda hastaya 24 saat içerisinde tıbbi müdahale yapılmalıdır. Grad 4'te ateşin 38°C ve üzerinde olması, abdominal ağrı (bulantı-kusmanın eşlik ettiği ya da etmediği), duygusal kayıplar varsa acil tıbbi müdahale gerektirir. Grad 3 ve 4'te de hastaya I.V sıvı desteğinin sağlanması, abdominal bölgenin radyolojik yöntemlerle görüntülenmesi ve laksatifler önerilmektedir (BC cancer agency symptom manegement guidelines, 2019; Can, 2015, s:395-407; McQuade ve ark., 2016).

1.2.1.4.4. Yorgunluk-Halsizlik

Kansere bağlı yorgunluk fiziksel, sosyal, duygusal, psikolojik boyutları olan ve bireylerin yaşam kalitesini etkileyen oldukça sık görülen bir semptomdur (Aapro ve ark., 2017; NCCN, 2018; Ökten ve Bedük, 2017). Kansere bağlı yorgunluğun birçok tanımı olmasına karşın; Ulusal kapsamlı kanser ağı (National comprehensive Cancer Network- NCCN) kanser nedeniyle gelişen yorgunluğu subjektif olarak yorgun hissetme, kişinin yapabildiği son aktiviteleri yapmasını engelleyen, şiddetli, rahatsız edici ve dinlenmekle geçmeyen kanser ve kanser tedavisiyle ilişkili semptom olarak tanımlamıştır (NCCN, 2018).

Çizelge 1.4. Yorgunluk Sınıflandırması (NCI-Common Terminology Criteria for Adverse Events -CTCAE,2017)

	Grad 1-3	Grad 4-6	Grad 7-10
Yorgunluk	Herhangi bir girişime gerek yoktur Yorgunluk seviyesi sürekli sorgulanmalıdır.	Kapsamlı yorgunluk değerlendirilmesi yapılmalıdır.	Semptomlar Günlük yaşam aktivitelerini etkiler, yorgunlukla ilişkili faktörler ayrıntılı değerlendirilmelidir (TSH,vitamin düzeyleri, sedatif vb)

Kansere bağlı yorgunluğun birçok nedeni vardır. En önemli faktörler anemi, ilaçların yan etkileri, kemik iliği baskılanmasıdır. Diğer faktörler ise; depresyon,

uykusuzluk, fiziksel hareketsizlik, obezite, enfeksiyon, hepatik fonksiyon bozukluklarıdır (Aapro ve ark., 2017; Bennett ve ark., 2016; Can,2015, s:335-347).

Yorgunluğu değerlendirmek için hastaya alışılmadık şekilde yorgunluğunuz var mı? Ne kadar yorgunsun? gibi sorular sorularak başlanmalıdır. Yorgun olduğunu belirten hastalarda vizüel analog skala ile sorgulanmalıdır (Aapro ve ark., 2017; NCCN, 2018).

Yorgunluğun yönetiminde farmakolojik, non-farmakolojik yöntemler ile ve psikososyal destek alınması önerilmiştir. (Aapro ve ark., 2017; Bennett ve ark.,2016; Can, 2017, s:103-124).

1.2.1.4.5. Nötropeni ve Enfeksiyon

Nötrofil sayısının 1000 mm^3 'den az ve 48 saat içerisinde bu sayının 500 mm^3 'ün altına düşebileceğinin öngörülmesi durumunda hasta nötropenik olarak kabul edilir. (NCCN 2017). Özellikle kolon kanserinde kullanılan 5-fu ve Oxaliplatin nötropeniye neden olabilmektedir (Wilkes ve Barton-Burke, 2018; Puchem, Erişim Adresi: <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov>. Erişim tarihi: 10/05/2019).

Çizelge 1.5. Nötropeni Sınıflandırılması (NCI-Common Terminology Criteria for Adverse Events -CTCAE,2017)

	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4	Grad 5
Febril nötropeni	-	--	Nötrofil sayısının $<1.0 \times 10^9$ /L, Vücut sıcaklığının 38.3°C ya da üstünde olması Vücut sıcaklığının 1 saatte sürekli 38°C ve üzerinde seyretmesi	Nötropeni yaşamı tehdit etmektedir, acil tıbbi müdahale yapılmalıdır	Ölüm

Grad 1 ve 2’de hastaya uygun el hijyenin öğretilmesi ve yaptırılması, diyetinde hijyene yönelik uygulamalar, oda ve çevre düzenlemesinin yapılması, bulaşıcı hastalığı ya da solunum yolu enfeksiyonu olan kişilerle temasın olmaması, ağız bakımının yapılması gibi önleyici yaklaşım ve öneriler mevcuttur.

Grad 3 ve 4’te ise yaşam bulgularının yakından takibi, kemoterapi ajanının azaltılması ya da sonlandırılması ve acil tıbbi tedavi gerekmektedir (Palmland ve ark., 2016; Taplitz ve ark., 2018).

1.2.1.4.6. Oral Mukozit-Stomatit

Kemoterapi ajanlarının oral mukoza hücrelerinin büyüme ve olgunlaşmasını baskılayarak mukozal bariyeri bozması ile oral mukozada meydana gelen ülserasyon veya enflamasyon ile karakterize semptomdur (Çıtlak ve Kapucu, 2015; NCI, 2017).

Grad 1’de oral mukozanın kontrolü, ağız bakımının yapılması, sıcak, baharatlı ve asidik yiyeceklerden kaçınma, sigara alkol kullanılmaması gibi diyet düzenlemesi önerilmektedir. Grad 2 ve 3’te tam kan sayımı yapılmalı, hastanın ağız bakım sıklığı artırılmalı, hastaya sistemik ya da topikal analjezikler kullanılmalı, hasta yalnızca sıvı gıda tüketiyorsa yüksek protein ve kalori içeren sıvılar tercih edilmelidir. Grad 4’te enteral ya da parenteral besleme ile hasta desteklenerek aynı zamanda kanama ve enfeksiyon takibi yapılmalıdır (Can, 2015, s: 371-384; NCI, 2017).

Çizelge 1.6. Stomatit Sınıflandırması (NCI-Common Terminology Criteria for Adverse Events -CTCAE,2017)

	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4	Grad 5
Stomatit	Hafif semptomlar mevcuttur. Mukozada eritem mevcuttur.	Ağızda ağrılı eritem, ödem, inflamasyon ya da ülserler vardır. Birey oral alımı sürdürebilir, diyet değişiklikleri gerekebilir.	Şiddetli ağrı vardır. Psödomembranlar , küçük travmayla kanama vardır.	Doku nekrozu, spontan kanama vardır. Stomatit yaşamı tehdit etmektedir, acil tıbbi müdahale yapılmalıdır	Ölüm

1.2.1.4.7. Trombositopeni

Trombosit sayısı kanda 150.000-450.000 mm³ arasında bulunur. Vücudumuzda 150.000 mm³ ve altında trombosit olması ise trombositopeni olarak adlandırılır. Trombositlerin 100.000 mm³ olması ise ciddi risktir. Trombositopeni kemoterapi, enfeksiyon, kemik iliği infiltrasyonu ya da dissemine intravasküler koagülasyon (DIC) nedeniyle gelişebilir (BC cancer agency symptom management guidelines, 2019; Can, 2015, s:355-365; Mones ve Soff, 2019).

Çizelge 1.7. Trombositopeni Sınıflandırması (NCI-Common Terminology Criteria for Adverse Events -CTCAE,2017)

	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4	Grad 5
Trombositopeni	≤75,000 mm ³	≤75.000-50.000 mm ³	≤50.000-25.000 mm ³	25.000 mm ³	Ölüm

Grad 1’de kemoterapi dozu azaltılabilir ya da kemoterapi ertelenebilir, grad 2’de trombosit sayısı daha sık aralıklarla kontrol edilmelidir; trombositopeni için koruyucu önlemler alınmalı ve bunlar hasta ve hasta yakınlarına öğretilmelidir, Grad 3 hastanın hastaneye yatırılması ve tedavisini gerektirir. Grad 4 de ise

gastrointestinal ya da serabral kanama riski açısından hastanın yakından izlenmesi gerekir (Can, 2015, s:355-365; Mones ve Soff, 2019).

1.2.1.4.8. El Ayak Sendromu ve Tırnak Değişiklikleri

Kolorektal kanserlerde kullanılan kemoterapi ajanları (Fluxuridine ve 5-Fu) epidermis, el-avuç içi ayak tabanı ve tırnak yatağı değişikliklerine neden olabilmektedir (Puchem, Erişim Adresi: <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov>; Erişim tarihi: 10/05/2019; Wilkes ve Barton-Burke, 2018). Kemoterapiye bağlı gelişen cilt ve tırnak değişiklikleri bireylerde ağrı, enfeksiyon ve günlük yaşam aktivitelerinin etkilenmesine sebep olmaktadır (NCI,2017).

Çizelge 1.8. El-ayak Sendromu Sınıflandırması (NCI-Common Terminology Criteria for Adverse Events -CTCAE,2017)

	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4	Grad 5
El-ayak sendromu sınıflandırması	Minimal cilt değişimi ya da ağrısız eritem, ödem ile eşlik eden cilt değişikliği	Ağrılı cilt değişiklikleri (deride soyulma, kabarcıklar, çatlama,ödem, hiperkeratoz)	Kişinin öz bakım düzeyini etkileyen ciddi cilt değişiklikleri	-	-

Çizelge 1.9. Tırnak Değişikliği Sınıflandırması (NCI-Common Terminology Criteria for Adverse Events -CTCAE,2017)

	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4	Grad 5
Tırnak değişikliği sınıflandırması	Tırnakta renk kaybı	Tırnak yatağının tırnak plağından asemptomatik olarak ayrılması veya tırnak kaybı	Kişinin öz bakım düzeyini etkilemesi, tırnağın tamamen kaybı ve ağrı	-	-

Grad 1’de el-ayaklarda karıncalanma, uyuşukluk ve pigmentasyonda değişiklikler olup olmadığı sorgulanmalı, hastaya bunları değerlendirmesi öğretilmelidir. Grad 1’de hastalara cildin sıcak suya maruz kalmaması, cildi sıkan giyeceklerden kaçınması, rahat ayakkabı tercih etmesi, derinin uygun nemliliğinin sağlanması, günlük sıvı alımının 8-12 bardak olmasının gerekliliği anlatılır ve yapması sağlanır (BC cancer agency symptom manegement guidelines, 2019).

Grad 2’de hasta yakından izlenmeli ve 24 saat içerisinde acil tıbbi müdahale yapılmalıdır. Kemoterapi dozu azaltılabilir ya da tedaviye ara verilebilir. Özel cilt bakımı ile ağrı tedavisi için sistemik ve topikal analjezikler uygulanmalı, hasta enfeksiyon ve kanama yönünden izlenmelidir.

Grad 3’te ise çok acil tıbbi müdahale gerekir. Hastanın hastaneye yatırılarak, kan kültürü ve kan değerleri, yaşam bulgularının sık aralıklarla takibi gerekmektedir. Herhangi bir travma olmadan kanama gelişirse trombosit transfüzyonu uygulanabilir. Hasta bakımı için Grad 1 ve 2’de uygulanan girişimler uygulanır (NCI, 2019).

1.2.1.4.9. Periferel Nöropati

Kolorektal kanserlerde kullanılan kemoterapi ajanları (özellikle Oxaliplatin) distal parestezi, kas kontraksiyonları ve yaygın duyusal değişiklikler periferel nöropatiye neden olabilmektedir. Belirtiler genellikle parmaklarda başlar, çorap ve eldiven tarzı ile ayak parmakları ile proksimale doğru yayılır (Abudayyak ve ark., 2018; NCI,2019; Saklı ve Zencirci, 2013; Wilkes ve Barton-Burke, 2018).

Çizelge 1.10. Motor ve Periferik Nöropati Sınıflandırması (NCI-Common Terminology Criteria for Adverse Events -CTCAE,2017)

	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4	Grad 5
Motor periferik nöropati	Aseptomatik; sadece klinik veya tanısal gözlem gerektirir.	Orta gradde semptomlardır. Günlük yaşam aktivitelerini yapmada sınırlılık vardır.	Günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayan şiddetli semptomlar mevcuttur.	Nöropati yaşamı tehdit etmektedir, acil tıbbi müdahale yapılmalıdır	Ölüm
Duyusal periferik nöropati	Aseptomatik	Orta gradde semptomlardır. Günlük yaşam aktivitelerini yapmada sınırlılık vardır.	Günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayan şiddetli semptomlar mevcuttur.	Nöropati yaşamı tehdit etmektedir, acil tıbbi müdahale yapılmalıdır	Ölüm

Grad 1’de hasta takibi ve değerlendirmesi yapılmalıdır. Hastanın beslenme durumu, vitamin düzeyleri, görme-duyma ve işitsel durumu değerlendirilmelidir. Hastanın el ve ayak parmaklarını çok sıcaktan ve soğuktan koruması sağlanmalıdır. Özellikle Oxaliplatin alan hastalara soğuk algınlığı ile semptomların artacağı, soğuk havalarda eldiven, şapka kullanarak soğuktan korunması, tedaviden sonraki birkaç gün soğuk içecek ve yiyeceklerden kaçınması gerektiği belirtilmelidir (BC cancer agency symptom manegement guidelines, 2019).

Grad 2 ve 3’te hasta yakından takip edilmeli ve 24 saat içerisinde acil tıbbi müdahale yapılmalıdır. Kemoterapi dozunun azaltılması, tiroit hormonları ve vitamin değerlerinin takibi ve ilaç tedavisi yapılmalıdır (NCI, 2019).

Grad 4’te ise çok acil tıbbi müdahale gerekir. Hasta ve ailesine hastada ani motor kayıpları gelişirse ve yürüyemezse, acil olarak hemşire ve hekim ile görüşmesi gerektiği belirtilmelidir (BC cancer agency symptom manegement guidelines, 2019).

1.2.1.4.10. Ağrı

Kanser ve kemoterapi ile ilişkili semptomların en sık görüleni ağrıdır (Jara ve ark.,2018; Neufeld ve ark.,2016). Ağrı gerçek ya da olası doku hasarı ile ortaya çıkan rahatsız edici sübjektif, duygusal ve emosyonel bir durumdur (Jara, 2018; Neufeld ve ark.,2016). Kanserle ilişkili tümör invazyonu; kemoterapiye bağlı eklem ağrıları, kardiyomiyopati, pankreatit, ekstremitasyon, periferik nöropati olabilmektedir (Arslan ve ark., 2013).

Çizelge 1.11. Ağrı Sınıflandırması (NCI-Common Terminology Criteria for Adverse Events -CTCAE,2017)

	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4	Grad 5
Ağrı	Hafif ağrı	Bireyin günlük yaşam aktivitelerini belirli düzeyde kısıtlayan orta graddeki ağrı	Bireyin günlük yaşam aktivitelerini önemli ölçüde etkileyen ciddi ağrı.	Ağrı, yaşamı tehdit eden düzeydedir.	

Grad 1’de ağrının ne zaman başladığı, ağrının şekli ve opioid toksisite öyküsü değerlendirilmelidir. Hastaya özgü lokal topikal naljezikler, yoga-dans-bilişsel davranış terapileri gibi non-farmakolojik yaklaşımlar önerilmektedir (Arslan ve ark., 2013; Neufeld ve ark., 2016).

Grad 2’de hasta yakından takip edilmeli ve 24 saat içerisinde acil tıbbi müdahale yapılmalıdır. Hastaya opioid analjezikler uygulanabilir, hastanın ağrısı başlamadan düzenli aralıklarla opioid uygulanabilir, bütün önlemlere rağmen ağrı 24-48 saat içerisinde azalmazsa hasta ve yakının hemşiresi/ hekimi ile iletişime geçmesi önerilir (Arslan ve ark., 2013; Neufeld ve ark., 2016).

Grad 3 de ise çok acil tıbbi müdahale gerekir. Hastanın motor güçsüzlüğü, ağrının ani ve şiddetli olup olmadığı, hastanın kemoterapi dozu yeniden gözden geçirilmelidir. (Arslan ve ark., 2013; Neufeld ve ark., 2016).

1.2.1.4.11. Psikososyal Değişiklikler

Hastalar tarafından kanser ve tedavisinin uzun, zor ve belirsiz bir süreç olarak algılanması, bireylerin yaşamını bütünüyle etkilemesi, beden bütünlüğünü bozması, günlük yaşam aktivitelerini kesintiye uğratması, ölüm korkusu, rol ve sorumluluklarını yerine getirememe durumu kişileri psikolojik ve sosyal olarak olumsuz etkilemektedir. (Bag, 2013; Gröpper ve ark., 2016; Ülger ve ark., 2014). Bu nedenle kanser hastalarının yaşadığı stresi azaltmak, tedaviye uyumunu sağlamak, duyguları ile yüzleşebilmesini ve anlatabilmesini sağlamak, hastalıkla mücadelesini kolaylaştırmak için psikososyal destek oldukça önemlidir. Psikososyal destek için hasta ve ailesinin hastalığı algılayışı, hastanın kişilik yapısı, hastanın ailesi ve çevresi ile olan ilişkisi dikkatli sorgulanmalı ve takip edilmelidir. (Bag, 2013; Bahar, 2007; Ülger ve ark., 2014; Yıldırım ve Gürkan, 2010; Weis, 2015).

Bu çok yönlü bakım gereksinimi aile üyelerinde bilinmezlik ve kaygı yaratabilir. Bu nedenle aile üyelerine ihtiyacı olan konuların belirlenip hemşirelerin destekleyici, danışmanlık, eğitim verici rollerini gerçekleştirmeleri gerekmektedir (Belgacem ve ark., 2013; Chi ve ark., 2015; Hendrix, 2016; Yıldırım ve Gürkan, 2010).

1.2.2. Kolorektal Kanserli Hastaya Bakım Veren Aile Üyelerinin Gereksinimleri

Kolorektal kanserlerde tedavi ile hayatta kalma oranı yüksek olduğu için hastalar evde uzun süreli bakıma gereksinim duyarlar. Bu nedenle kanser tanısı hasta ve ailesi için yeni, kritik zor bir durumdur (Maguire,2018). Çünkü aile üyeleri sosyal destek sağlamanın yanı sıra hastalığın ve tedavisinin ortaya çıkardığı sorunlar ile de başa çıkmak durumunda kalan primer bakım verici rolünü üstlenirler (Gröpper ve ark., 2016; Maguire, 2018; Mosher ve ark., 2016; Şentürk ve ark., 2018).

Primer bakım veren aile üyelerinin, hastanın mobilizasyon, günlük yaşam aktivitelerine yardım, semptom yönetimi, evde ilaç tedavisi uygulamaları, hekim ve

hemşire ile koordinasyon gibi gereksinimlerini sağlamaları gerekir (Kaynar ve Vural, 2018; Maguire, 2018; Mosher ve ark., 2016; Şentürk ve ark., 2018).

Araştırmalar hastalara bakım veren aile üyelerinin de hastalar kadar bakıma ve desteğe gereksinim duyduklarını göstermektedir (Hudson ve ark., 2010; Hee ve Soon, 2017; Leow ve ark., 2015; Uğur ve Fadiloğlu, 2012). Kanseri hastaya ve ona bakım verenlere kanser tanısının konulduğu ilk andan itibaren bütüncül olarak destek sağlanması gerekmektedir.

1.2.2.1. Hastalığa ve Tedaviye Yönelik Bilgi Gereksinimleri

Kolorektal kanserli hastaların evde bakımlarının istendik düzeyde sürdürülebilmesi için aileye hastanın yaşayabileceği fiziksel sorunlar, tedaviye ilişkin semptomlar, problem çözme becerisi, hastanın beslenmesi ve egzersiz gereksinimi gibi bütüncül bakım ile ilgili konularda bilgi verilmelidir (American Cancer Society, 2019; Can, 2015, s:929-942; Can,2017, s:210-217; Şentürk ve ark., 2018).

Aile üyelerinin evde bakım verirken en çok zorlandıkları konu semptom yönetimidir (Iconomou ve ark., 2001; Maguire, 2018; Stenberg ve ark., 2010). Yapılan çalışmalarda kanserli bireye bakım veren aile üyelerinin en çok hastalığın prognozu, kemoterapi sonrası bireyde gelişebilecek semptomlar ve semptomlara yönelik alınması gereken tedbirler hakkında bilgi sahibi olmak istedikleri belirlenmiştir (Iconomou ve ark.,2001; Göçmen ve Yılmaz, 2016). Kolorektal kanserli hastanın bakımından sorumlu olan aile üyeleri ile yapılan niteliksel çalışmalarda, bakım verenlerin kemoterapinin yan etkilerine yönelik ne yapacaklarını bilemediklerini, hastalarına bakmanın bebeğe bakmak gibi olduğunu çok zorlandıklarını ve bazen tükenmişlik yaşadıkları belirlenmiştir (Çal ve ark., 2017; Mosher ve ark., 2016). Yapılan bir başka çalışmada ise ileri evre kolorektal kanserli hastalara bakım verenlerin bakım ve tedavideki belirsizlikler nedeniyle endişe yaşadıkları belirlenmiştir (Akdemir ve Görgülü, 2010).

Kanser ve tedavisinin yan etkileri ile baş etmede güçlük çeken aile üyeleri bu süreçte zorlanmakta ve daha fazla stres yaşamaktadırlar (Gröpper ve ark., 2016; Iconomou ve ark., 2001; Johansen ve ark., 2017).

Bakımın bu uzun, yoğun ve stresli süreci, aile üyelerinin fiziksel, psikolojik ve mental sağlıklarında olumsuz değişimlere neden olmakta bunun sonucunda da bakım verme güçlüğü ortaya çıkmaktadır. Primer bakım veren aile üyelerinin yaşadığı bu güçlükleri fiziksel, emosyonel ve sosyal, finansal sorunlar olarak gruptandırabiliriz. (American Cancer Society, 2019; Can, 2015, s:929-942; Can,2017, s:210-217; Şentürk ve ark., 2018).

1.2.2.2. Bakım Vermeye Yönelik Tepkiler- Yaşanılan Zorluklar

1.2.2.2.1. Fiziksel Sorunlar

Aile üyeleri bakım verme sorumluluğu nedeniyle kendi bakımlarını ihmal edebilmekte ve fiziksel sorunlar yaşayabilmektedirler (Aktaş ve ark., 2012; Özdemir ve ark., 2017; Yıldız ve ark., 2016).

Yapılan çalışmalarda aile üyelerinin kanser hastasına bakım verme sorumluluğu nedeniyle yorgunluk, ağrı, düzensiz uyku, konsantrasyon bozukluğu, iştah durumunda azalma ve stres yaşadıkları, sıklıkla kişisel bakımlarını yapamadıkları belirlenmiştir (Aktaş ve ark., 2012; Gröpper ve ark., 2016; Yeh ve ark.,2009; Yıldız ve ark., 2016). Yakar ve Pınar (2013), ise yaptıkları çalışmada bakım veren aile üyelerinin %90,8'inin mental, %9,2'si fiziksel sağlıklarında bozulma olduğunu tespit etmişlerdir.

Bakım veren aile üyelerinin fiziksel sağlıklarını korumaları için verilecek öneriler şunlardır; (American Cancer Society, 2019).

- ✓ Haftalık egzersizlerin uygulanması (yürüyüş, meditasyon, dans vb).

- ✓ Meyve ve sebzeden zengin, yüksek proteinli, ara öğünlerin yer aldığı dengeli beslenme,
- ✓ Kolorektal ve diğer kanserler için tarama programlarına yönlendirme ve bu konularda eğitimlerin verilmesi
- ✓ Alkol ve sigara tüketiminden kaçınılması

1.2.2.2.2. Psikolojik Sorunlar

Kanser ve tedavisi hasta ve ailesini psikolojik yönden etkiler. Bakım vericiler kızgınlık, stres, depresyon, suçluluk, mutsuzluk gibi duygular yaşayabilirler (Çivi ve ark., 2011; Gröpper ve ark., 2016; Johansen ve ark; 2017; Palos ve ark., 2010).

Aile üyeleri bakım vermede ve baş etmede zorlandıklarında stres duygusunu daha çok yaşayabilmektedirler. Çal ve ark. (2016), bakım yükü nedeniyle aile üyelerinin umutsuzluk yaşadığını belirlemişlerdir. Yıldız ve ark. (2016), yaptıkları çalışmada bakım verme yükü ve stresi nedeniyle aile üyelerinin güçsüzlük, korku ve ümitsizlik yaşadıklarını belirlemişlerdir. Yapılan başka çalışmalarda ise bakım veren aile üyelerinin bakım verme sürecinde ciddi distres yaşadıkları belirlenmiştir (Gröpper ve ark., 2016; Johansen ve ark.,2017).

Aile üyeleri hastasına bakım verirken kendi olumsuz duygularını gizlemekte, devamlı mutlu görünmeye çalışmakta ve hastalık hakkında konuşmaktan kaçınmaktadırlar. Bu durum bakım verenlerin öfke düzeylerini artırabilmektedir (Çivi ve ark., 2011; Mosher ve ark., 2016).

Aile üyelerine psikolojik sağlıklarını korumaları için verilecek öneriler şunlardır;

- ✓ Hoşlandıkları aktivitelere katılımını sağlama,

- ✓ Duygularını günlük tutma ya da sağlık personeli ile konuşarak ifade edebilmesini sağlama,
- ✓ Başka aile üyeleri ya da arkadaşları ile zaman geçirmesi için teşvik etme,
- ✓ Baş edemediği ve yorulduğu zaman bakıma ara vermesi ve bunun için suçluluk duymaması gerektiği
- ✓ Hastasının bakımı için yapabildikleriyle gurur duymasını sağlama (American Cancer Society, 2019)

1.2.2.2.3. Sosyal Sorunlar

Kanserli hastaya bakım veren aile üyeleri aile içi ilişkilerinde ikilem, sosyal ilişkilerinde azalma, yalnızlık, eğitim hayatlarına bir süre ara verme, günlük rutinlerinin değişmesi gibi olumsuz durumlar yaşayabilmektedirler (Chi ve ark., 2015; Graham ve ark., 2017; Gröpper ve ark.,2016). Maguire ve ark. (2018), aile üyelerinin bakım verici rolleri nedeniyle günlük yaşamlarının kesintiye uğradığını ve bu konuda zorlandıklarını belirlemişlerdir. Yapılan bir başka çalışmada ise sürekli hasta ile vakit geçiren aile üyelerinin sosyal ilişkilerinin azaldığı bu nedenle sosyal izolasyon yaşadıkları belirlenmiştir (Hacıaloğlu, 2010).

Aile üyelerinin sosyal iyilik durumlarını korumaları için verilecek öneriler şunlardır; (American Cancer Society, 2019).

- ✓ Aile üyesine sosyal destek sağlayabilecek yakınlarından (eş, arkadaş vb) yardım isteyebileceğini anlatma
- ✓ Bakım veren destek gruplarına katılabileceğini belirtme
- ✓ Destek alabileceği sosyal hizmet, evde bakım gibi yerlere yönlendirme
- ✓ Eğer çalışıyorsa iş yaşamını sürdürmesi için teşvik etme.

1.2.2.2.4. Ekonomik Sorunlar

Kanser ve tedavilerinin uzun sürmesi, tedavi sonrası gelişen komplikasyonların hastaneye tekrarlı yatışlara neden olması, aile üyelerinin bakım verme sorumluluğu nedeniyle işten ayrılması aile üyelerinin ekonomik olarak olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir (Aktaş ve ark., 2012; Longo ve ark.,2006; Murat, 2011; Nayak ve ark., 2014; Yun ve ark., 2005). Jensen ve Given (1993), yaptıkları çalışmada hastalarının tedavi ve bakım masraflarını karşılamak için aile üyelerinin yatırımlarını kullandıklarını ya da ekstra borçlandıklarını belirlemişlerdir. Bir başka çalışmada ise kanserli hasta yakınlarının %20'sinin önemli derecede ekonomik kayıplar yaşadıkları belirlenmiştir (Longo ve ark., 2006). Yapılan bir başka çalışmada ise aile üyeleri kanser ve tedavisi için, aile üyelerinin %67'sinin işlerini bırakmak zorunda kaldıklarını, %55'inin önemli maddi kayıplar yaşadıklarını, %20'sinin kirası daha ucuz olan bir eve taşındıklarını belirtmişlerdir (Yun ve ark., 2005).

Aile üyelerinin yaşadığı ekonomik sıkıntılar aile üyelerinin kendi yaşamlarından ödün vermesine, psikolojik sıkıntılara, sosyal hayatlarının etkilenmesine neden olabilmektedir. Bu nedenlerle bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitelerini artırmak için aile üyelerinin maddi olarak desteklenmesi sağlanabilir.

Tüm bu bilgiler değerlendirildiğinde kolorektal kanserli hastalara bakım veren aile üyelerine hastasına vereceği bakımla ilgili olarak uygulanacak eğitimin onlara destek olacağı ve bu desteğin bakım vericilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmelerine ve verdikleri bakıma yönelik tepkilerinin daha olumlu olmasına katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Şekli

Çalışma, ön-test son-test kontrol gruplu yarı deneysel araştırma olarak yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu araştırma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina ve Cebeci Hastaneleri ile Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi onkoloji servisi ve Numune Kolej Semt Polikliniği ayaktan kemoterapi ünitelerinde Ağustos 2018-Mayıs 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Bu hastanelerin seçilme nedeni başvuran hasta sayısının fazla olması ve birbirine yakın mesafede bulunmalarıdır. İbni Sina Hastanesi ayaktan kemoterapi ünitesinde 15 koltuk bulunmakta ve günde 40 hastaya kemoterapi uygulanmakta, onkoloji servisinde ise 17 yatak bulunmaktadır. İbni Sina Hastanesi ayaktan kemoterapi ünitesinde 4 hemşire, 1 araştırma görevlisi doktor ve 1 uzman doktor, onkoloji servisinde ise 9 hemşire, 2 araştırma görevlisi ve 1 uzman doktor çalışmaktadır. Cebeci Hastanesi tıbbi onkoloji servisi ise 25 yatak olup 12 hemşire ile hizmet vermektedir. Numune Hastanesi Kolej Semt Polikliniği gündüz kemoterapi ünitesinde 45 koltuk bulunmakta olup burada 9 hemşire, 1 yan dal uzman doktoru, 1 doçent hizmet vermektedir. Poliklinikte hafta içi 08.30-16.30 saatleri arasında 40 hastaya kemoterapi uygulanmaktadır.

Numune Hastanesi ve Numune Kolej Semt Polikliniğinde ilk tedavi küründe hastalara semptom yönetimi ve kolorektal kansere ilişkin sözel olarak genel eğitim verilmekte ve hastalar kayıt altına alınmaktadır. Hasta yakınlarına yönelik rutin bir eğitim bulunmamakla birlikte talep eden hasta yakınlarına eğitim broşürü ile sözel eğitim verilmektedir.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina ve Cebeci Hastanelerinde gündüz tedavi ünitelerinde hasta ve hasta yakınlarına yönelik rutin bir eğitim programı bulunmamakla birlikte sözel bilgilendirme yapılmaktadır.

2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina ve Cebeci Hastaneleri ile Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi onkoloji servisi ve Kolej Semt Polikliniği ayaktan kemoterapi ünitelerine Ağustos 2018-Mayıs 2019 Tarihlerinde başvuran ve ilk kez kemoterapi alacak olan evre II ve III kolorektal kanserli hastaların birinci derece yakınları (n=133) oluşturmuştur.

Kolon tümörlerinin yavaş büyümesi ve semptomatik düzeye geldiklerinde fark edilmesi, aynı zamanda ülkemizde tarama programının 50- 70 yaş aralığında olması nedeniyle tanıların evre II ve III olarak yoğunlaştığı bilinmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2017a; Sağlık Bakanlığı, 2016). Evre IV de ise hastalara radyoterapi uygulanması, başka cerrahi girişimlerin yapılması, hastaların ilerleyen dönemlerinde palyatif bakıma ihtiyaç duyabilmesi gibi önemli etkenlerden dolayı çalışma açısından yanlılık oluşturmaması için bu grup çalışmaya dahil edilmemiştir.

Örneklem sayısını belirlemek amacıyla günlük KRK'li hasta sayısı (evre II ve III) dikkate alınarak G.Power -3.1.6 programı kullanılarak 0,80 test gücünde örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır. Power analizi sonucunda $\alpha=0,05$ düzeyinde, %95 güven ve %80 test gücünde müdahale ve kontrol gruplarına en az 40 bakım veren aile üyesinin alınması gerektiği belirlenmiştir.

Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji Servisi ve Kolej Semt Polikliniğindeki Ayaktan Kemoterapi Ünitesi hasta yakınlarına eğitim verebilecek uygun görüşme odasının bulunması, eğitim hemşiresinde ilk kez tedavi alacak hastaların kayıtlarının olması nedeniyle aile üyelerine erişimin kolay olacağı düşünüldükçe müdahale grubundaki hastaların çalışılacağı yer olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın kontrol grubunu ise gruplar arası etkileşimi önlemek amacıyla Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina ve Cebeci Hastanelerine ilk kez kemoterapi almaya gelen evre II ve III KRK'li hastalara sürekli bakım vermeyi taahhüt eden ve araştırmaya katılmayı kabul eden her hasta için bir kişi (bir aile üyesi) araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırmanın Örneklem grubundan (n=133), birinci derecede aile bireyi olmadığı için 4 kişi, bakım verdiği hastasında kolostomi olması nedeniyle 11 kişi, hastasının daha önce KT almış olması nedeniyle 6 kişi ve araştırmaya katılmak istemeyen 7 kişi olmak üzere toplam 28 kişi araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır. Araştırma sırasında olası kayıplar düşünülerek müdahale grubuna 53, kontrol grubuna 52 primer bakım veren aile üyesi alınmıştır. Müdahale grubunda ön testin uygulanması ve ilk eğitimin verilmesinden sonra bakım veren aile üyesinin değişmesi nedeniyle 1 kişi, eğitim programına uyumsuzluğu nedeniyle 2 aile üyesi araştırma dışı bırakılarak toplam 50 kişi ile araştırmaya devam edilmiştir. Kontrol grubunda ise son teste katılmak istemeyen 2 kişi nedeniyle toplam popülasyon 100 kişi kalmıştır. Kontrol ve müdahale gruplarında benzerliği sağlamak için hasta yakınlarının yaş ve eğitim düzeyi eşleştirilmiştir.

KRK tanısı ile Ağustos 2018-Mayıs 2019 tarihleri arasında ayaktan kemoterapi ünitelerine başvuran hastaların birinci derece yakınları (n:133)



Araştırma Dışı Bırakılan Hastalar (n=28)

- Bakım verecek birinci derece yakını olmayan hastalar (n=4)
- Kolostomisi bulunan hastalar (n= 11)
- Araştırmaya katılmak istemeyen hasta yakınları (n=7)
- Daha önce kemoterapi almış olan hastalar (n=6)



Araştırma kriterlerine uyan ve araştırmayı kabul eden hastaların birinci derece yakınları (n=105)



Müdahale grubu (n=53)

Birinci görüşme

- 1.kemoterapi kürü sırasında ön test uygulanması (Sosyo-demografik özellikler veri toplama formu (Ek-1); Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği (ek-2) Bakım vermeye yönelik tepki ölçeği Ek-3)
- Hasta yakınlarına eğitim kitapçığı ile eğitim verilmesi (Ek 4a) ve kemoterapi alan kolorektal kanserli hasta yakınları için günlük (Ek 4b) tutmasının istenmesi

Kontrol Grubu (n:52)

Birinci görüşme

- 1.kemoterapi kürü sırasında ön test uygulanması (Sosyo-demografik özellikler veri toplama formu (Ek-1); Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği (ek-2) Bakım vermeye yönelik tepki ölçeği ek-3)



Takip dışı kalanlar (n=3)

- Eğitim sürecince bakım veren aile üyesi değişen (n=1)
- Eğitim sürecini bırakanlar (n=2)

Takip dışı kalanlar (n=2)

- Takip sürecini bırakanlar (n=2)



Müdahale grubu (n=50)

İkinci görüşme 2. Kür sırasında kemoterapi alan kolorektal kanserli hasta yakınları için günlük (Ek 4b) doğrultusunda eğitim verilmesi

Kontrol Grubu (n:50)



Müdahale grubu (n=50)

Üçüncü görüşme 3. Kür sırasında kemoterapi alan kolorektal kanserli hasta yakınları için günlük (Ek 4b) doğrultusunda eğitim verilmesi

3. kür sonrası Müdahale ve Kontrol gruplarına son testin (Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (Ek-2); Bakım Vermeye Yönelik Tepki Ölçeği Ek-3) uygulanması

Analiz

Şekil 2.1. Araştırmanın Akış Şeması

2.4. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

Bakım veren primer aile üyesinin (anne, baba, eş, kardeş, çocuk) araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- Bakım vericinin hastaya bakım vermeyi taahhüt etmesi
- Araştırmaya katılmayı kabul etmesi,
- Bilişsel ve mental sağlığının araştırmada uygulanan formları yanıtlamaya uygun olması,
- Daha önceden konuya ilişkin eğitim almamış olması,
- Eğitim ve tedavi programının tamamına devam etmesi
- Hastasının daha önce kemoterapi almamış olması,
- Hastasının kolorektal kanser tanısı almış olması (evre II ve III),
- Bakım verilen hastanın kolostomisinin olmaması şeklinde belirlenmiştir.

2.5. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

Bakım veren primer aile üyelerinin çalışmadan çıkarılma nedenleri;

- Aile üyesinin çalışmadan çıkmak istemesi,
- Aile üyesinin en az bir eğitim programına katılmaması
- Aile üyesinin bakım verdiği hastasının tedaviye uymaması
- Bakım verilen hastanın radyoterapiye alınması,
- Bakım verilen hastanın cerrahi tedaviye alınması şeklinde belirlenmiştir.

2.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri kolorektal kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin sosyodemografik verileri ile bakıma ilişkin bazı değişkenleri içeren “Sosyo-Demografik Özellikler Veri Toplama Formu”, bakım verenin sağlıklı yaşam biçimini değerlendirmeye yönelik “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” ve bakım vermeye yönelik tepkilerini saptamak için “Bakım Verici Tepki Değerlendirme Ölçeği” ve kullanılarak toplanmıştır

2.6.1. Sosyodemografik Özellikler Veri Toplama Formu

Bu formda konu ile ilgili güncel literatür taraması sonucunda sosyodemografik özelliklere ilişkin (bakım veren aile üyesinin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu vb.) ve bakım verme işlevine ilişkin özelliklere ilişkin (hastaya yakınlığı, hastaya ne kadar süre bakım verdiği, hastasına ne zaman tanı konulduğu vb) sorular bulunmaktadır.

2.6.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği I 1987 yılında kırk sekiz madde ve altı faktörden oluşturulmuştur. Ölçek daha sonra tekrar düzenlenerek, 1996 yılında “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” olarak kullanılmaya başlanmıştır (Walker ve ark., 1996). Ölçeğin Cronbach Alpha değerini Walker ve ark. (1996), 0,94 olarak bulmuşlardır. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik güvenirliği ise ilk kez Akça (1998), tarafından yapılmıştır. Akça, Cronbach Alpha değerini 0,90 olarak bulmuştur. Bahar ve ark. 2008 yılında ölçeğin tekrar geçerlik güvenirlik çalışmasını yapmışlar, ölçeğin Sağlık Sorumluluğu alt boyutu 0,77, Fiziksel Aktivite alt boyutu 0,79, Beslenme alt boyutu 0,68, Manevi Gelişim alt boyutu 0,79, Kişilerarası İlişkiler alt boyutu 0,80, Stres Yönetimi alt boyutu 0,64 olarak saptanmışlardır. Ölçek Türk toplumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını

değerlendirmede geçerli ve güvenilirdir. Altı faktörlük bu ölçek 52 maddeden oluşmuştur. Ölçek '4'lu likert' şeklinde olup, hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) olarak kabul edilmektedir. Öleekten alınabilecek en düşük puan 52, en yüksek puan ise 208'dir. Öleğin alt boyutları;

1. Sağlık sorumluluğu: Bu alt boyut bireyin sağığına dikkat etmesi, sağığını koruyucu girişimlerde bulunması ve gereken durumlarda profesyonel bir yardıma başvurabilmesine yönelik 3,9,15,21,27,33,39,45,51 maddeleri içermektedir
2. Fiziksel aktivite: Bu alt boyut bireyin bisiklete binme, yürüme, dans, egzersiz vb. düzenli olarak yapılan fiziksel aktivite uygulamalarına yönelik 4,10,16,22,28,34,40,46. maddeleri içermektedir.
3. Beslenme: Bu alt boyut bireyin düzenli, dengeli ve yeterli beslenmesi, yiyecek seçimindeki değeri belirlemeye yönelik 2,8,14,20,26,32,38,44,50. maddeleri içermektedir
4. Manevi gelişim: Bu alt boyut kişilerin iç kaynakların gelişimi üzerine odaklanan 6,12,18,24,30,36,42,48,52. maddeleri içermektedir.
5. Kişilerarası ilişkiler: Bu alt boyut başkaları ile olan sözlü, sözsüz duyguların paylaşımını kapsayan 1,7,13,19,25,31,37,43,49. maddeleri içermektedir.
6. Stres yönetimi: Bu alt boyut stresin azaltılması ve kontrol edebilmesi için kişilerin kendi öz kaynaklarını kullanmasını ve bunları harekete geçirebilmesini ölçen 5,11,17,23,29,35,41,47. Maddeleri içermektedir.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Öleği II' ye (SYBDÖ) ait cronbach's alpha değerleri Çizelge 2.1 'de verilmiştir. Araştırmamızda SYBDÖ II Toplam cronbach's alpha değeri 0,95 saptanmıştır. Öleğin alt boyutlarının Cronbach Alpha değeri ise; Sağlık sorumluluğu 0,84, Fiziksel Aktivite 0,83, Beslenme 0,74, Manevi Gelişim 0,90, Kişilerarası İlişkiler 0,88 ve Stres Yönetimi 0,78 olarak saptanmıştır.

Çizelge 2.1. SYBDÖ II ve Alt Boyutlarının Cronbach's Alpha Değerleri

SYBDÖ II ve alt Bileşenleri	Min-max değerler	Tez çalışması min-max değeri	Geçerlik güvenirlik çalışmasında elde edilen değerler	Tez çalışması alfa değeri
Sağlık Sorumluluğu	9-36	18-36	0,77	0,84
Fiziksel Aktivite	8-32	10-29	0,79	0,83
Beslenme	9-36	15-29	0,68	0,74
Manevi Gelişim	9-36	20-36	0,79	0,90
Kişiler Arası İlişkiler	9-36	17-36	0,80	0,88
Stres Yönetimi	8-32	11-30	0,64	0,78
Toplam	52-208	91-186	0,92	0,95

2.6.3. Bakım Verici Tepki Değerlendirme Ölçeği (BVTDO)

Bakım Verici Tepki Değerlendirme Ölçeği (BVTDO) fiziksel ve mental rahatsızlığı olan hastaların primer bakımında bakım verici durumunda olan bireylerin kendini değerlendirmelerini sağlamak amacıyla 1992 yılında Given ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Bakım Verici Tepki Değerlendirme Ölçeğinin ülkemizde geçerlik güvenirlik çalışması Afşar tarafından 2008 yılında yapılmıştır. Afşar (2008) ölçeğin iç tutarlılığını alt boyutlar için 0,68-0,87 arasında bulunmuştur. BVTDO'deki ifadelerin madde-toplam korelasyon katsayıları günlük yaşamın kesintiye uğraması alt boyutu için 0,60-0,73; öz-değer alt boyutu için 0,14-0,68; sağlık sorunları alt boyutu için 0,16-0,67, finansal sıkıntı alt boyutu için 0,63-0,83 ve aile destek eksikliği alt boyutu için 0,20-0,66 arasında değişmiştir. BVTDO ölçeği güvenilir ve geçerli bir ölçek olduğu tespit edilmiştir (Pınar ve Afşar, 2015).

Ölçek 24 madde 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek 5'li likert tipi puanlamaya sahiptir. Ölçekteki pozitif maddeler; 7, 13, 3, 15, 19 iken negatif maddeler 1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24'tür. Pozitif maddelerin puanlaması yapılırken 1 değeri için 5', 5 değeri içinde 1'e dönüşüm gerçekleştirilerek puanlamaya katılır. Puanlamada her bir alt boyuttaki ifadeler verilen yanıtların puanı toplanır. Günlük yaşamın kesintiye uğraması, finansal sıkıntı, aile destek eksikliği ve sağlık sorunları alt boyutlarında alınan yüksek puanlar bakım

vericilerin sıkıntısının fazla olduğunu, öz-değer alt boyutundan yüksek puan almak bakım verenlerin iyi durumda olduğunu gösterir.

Ölçeğin alt boyutları;

1. ‘Öz-değer (ÖD)’ alt boyutu 8 maddeden (1, 7, 9, 12, 17, 20, 23),
2. ‘Günlük yaşamın kesintiye uğraması (GYK)’ alt boyutu 5 maddeden (4, 8, 11, 14, 18)
3. ‘Aile destek eksikliği (ADE)’ alt boyutu (2, 6, 13, 16, 22) 5 maddeden,
4. ‘Finansal sıkıntı (FS)’ alt boyutu 3 maddeden (3, 21, 24),
5. ‘Sağlık sorunları (SS)’ alt boyutu 4 maddeden (5,10, 15,19) oluşmaktadır.

Bakım Verici Tepki Değerlendirme Ölçeğine (BVTDO) ait cronbach’s alpha değerleri Çizelge 2.2’de verilmiştir. Araştırmamızda BVTDO toplam cronbach’s alpha değeri 0,75 saptanmıştır. BVTDO alt boyutlarının Cronbach Alpha değeri ise; Öz değer 0,65; Günlük Yaşamın kesintiye uğraması 0,68; Aile destek eksikliği 0,78; Finansal Sıkıntı 0,84; Sağlık Sorunları 0,75 olarak saptanmıştır.

Çizelge 2.2. BVTDO ve Alt Boyutlarının Cronbach’s Alpha Değerleri

BVTDO ve alt Bileşenleri	Min-max değerler	Tez çalışması min-max değeri	Geçerlik güvenirlik çalışmasında elde edilen değerler	Tez çalışması alfa değeri
Öz-Değer	7-35	15-35	0,68	0,65
Günlük Yaşamın Kesintiye Uğraması	5-25	8-21	0,66	0,68
Aile Destek Eksikliği	5-25	5-23	0,83	0,78
Finansal Sıkıntı	3-15	3-14	0,73	0,84
Sağlık Sorunları	4-20	4-17	0,67	0,75
Toplam	24-120	35-110	0,87	0,75

2.7. Etik İlkeler

Araştırmanın yürütülebilmesi için Ankara Üniversitesi Etik Kurul’undan 14.05.2018 tarihli 33478 nolu etik izin alınmıştır (Ek-5). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul’undan 25.06.2018 tarihli 11-470-18 nolu etik izin alınmıştır (Ek-6).

Araştırmanın yapıldığı Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina ve Cebeci Hastanesinde araştırmanın yürütülebilmesi için hastane izin alınmıştır (Ek-9). Araştırmanın Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi onkoloji servisi ve Numune Kolej Semt Polikliniği ayaktan kemoterapi ünitelerinde yürütülebilmesi için ilgili kurumundan 01.08.2018 tarihli 799 nolu etik izin alınmıştır (Ek-10).

Çalışmaya katılan, kolorektal kanser hastasına bakım veren aile üyelerine çalışma hakkında açıklama yapılmış; yazılı bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Kontrol grubundaki aile üyelerine son testten sonra, müdahale grubundaki bireylere verilen eğitim ve eğitim kitapçığı verilmiştir.

2.8. Araştırmanın Ön Uygulaması

Veri toplama formlarının işlerliğini değerlendirmek amacıyla Cebeci Hastanesi onkoloji servisine ilk kez kemoterapi almaya gelen kolorektal kanser hastasına primer bakım veren ve araştırmaya katılmayı kabul eden, çalışmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan 20 hasta yakınına 1-15 Ağustos 2018 tarihleri arasında ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrası veri toplama formunda herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Ön uygulamaya alınan bakım vericiler araştırmaya dahil edilmiştir.

2.9. Araştırmanın Uygulaması

2.9.1. Kemoterapi Alan Kolorektal Kanserli Hasta Yakınları İçin Eğitim Kitapçığı

Eğitimin verilmesi sırasında araştırmacının ilgili literatüre dayanarak (Akdemir ve Birol, 2011; American Cancer Society,2019; Aslan ve ark.,2014; Baykara, 2016; Can,2010; Can,2015; Can,2017; Kav,2016; Menteş ve ark.,2007; NCI,2017; NCCN,2019; Terakye, 2011) oluşturduğu ve onkoloji alanında uzman 5 hemşire akademisyen görüşüne sunarak tekrar düzenlediği eğitim kitapçığı kullanılmıştır. Kitapçıkta KRK, KRK'de tedavi, kemoterapiye bağlı gelişebilecek semptomlar ve kontrolüne ilişkin bilgiler, bakım veren aile üyelerinin psikososyal yönden desteklenmesini içeren konular yer almaktadır (Ek-4). Kitapçık aynı zamanda T.C Kültür Bakanlığından onaylanmıştır (ISBN 978-605-245-586-9).

Müdahale grubu

Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi onkoloji servisi ve ayaktan kemoterapi ünitelerine başvuran, ilk kez kemoterapi alacak olan kolorektal kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinden araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan bireylere araştırmanın amacı ve eğitim programı açıklanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden hasta yakınlarıyla ilk görüşme bire bir ve yüz yüze görüşme odasında yapılmıştır. Bu görüşmeler her aile üyesi için yaklaşık 45 ile 60 dakika arasında sürmüştür.

- ✓ **Birinci görüşmede** ön test uygulanmıştır (Sosyo-demografik özellikler veri toplama formu, Bakım verici tepki değerlendirme ölçeği, Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği). Ön testin uygulanmasından sonra aile üyesine kolorektal kanserlerle ilgili genel bilgi ve hastanın alacağı kemoterapinin etkilerine ilişkin ilk eğitim ve eğitim kitapçığı verilmiştir. Eğitimde araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim kitapçığı

kullanılmıştır. Eğitimden sonra bakım vericilerden evde karşılaştıkları güçlükleri içeren günlük tutmaları istenerek eve gönderilmiştir. Aile üyelerine evde baş edemediği kemoterapi semptomlarının kontrol altına alınmasında ve aile üyelerinin fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak değerlendirilmesi amacıyla süreç bitene kadar araştırmacıya telefonla ulaşabileceği bilgisi ve telefon numarası verilmiştir.

- ✓ **İkinci görüşme:** Her bakım verici ile telefonda haberleşerek hastalarını ikinci kürlerini almaya getirecekleri zamana göre planlanmıştır. Her hasta için kemoterapi kürünün uygulama aralığı değişse de ortalama olarak 14 ile 21 gün arasındadır. İkinci görüşme her bakım verici ile bire bir ve görüşme odasında yapılmıştır. Aile üyelerine evde bakım verirken en çok zorlandıkları konular sorularak ve tuttukları günlükler okunarak bireyselleştirilmiş özel eğitim verilmiştir. Eğitimin içeriği kemoterapinin yan etkileri, problem çözme, acil durumlarda yapması gerekenler ve psiko-sosyal durumlara yönelik olarak hazırlanmıştır.
- ✓ **Üçüncü görüşme** her bakım verici ile telefonda haberleşerek hastalarını üçüncü kürlerini almaya getirecekleri zamana göre planlanmıştır. Üçüncü eğitimde her bir bakım verici ile yüz yüze ve evde bakım verirken en çok zorlandıkları konular sorularak, tuttukları günlükler okunarak bireye özel olarak yapılmıştır. Üçüncü eğitimin bitiminden hemen sonra müdahale ve kontrol grubundaki bakım vericilere son test uygulanmıştır.
- ✓ Talep eden ve sorun ileten bakım vericilere görüşmeler arasında telefonla danışmanlık hizmeti verilmiştir. Bunlar acil durumlar, port kateter ile kemoterapi izlemi ve kemoterapinin yan etkilerine ilişkin durumlardır.

Kontrol grubu

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi, Cebeci Hastanesi, onkoloji servisi ve ayaktan kemoterapi ünitelerine başvuran, ilk kez kemoterapi alacak olan kolorektal kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinden araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve görüşmeyi kabul edenlere ön test uygulanmıştır (Sosyo-demografik özellikler veri toplama formu, Bakım verici tepki değerlendirme ölçeği, Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II). Her bir aile üyesi ile bir görüşme yaklaşık 20 ile 30 dakika arasında sürmüştür. Aile üyelerinin hastalarını üçüncü kürlerini almaya getirecekleri zaman hemşirelerden öğrenilerek ve izlenilerek son test uygulanmıştır. Her aile üyesine son testten sonra, eğitim ve eğitim kitapçığı verilmiştir.

2.10. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatiksel analizler SPSS versiyon 25 yazılımı kullanılarak gerçekleştirildi. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ile Shapiro Wilk analitik yöntemleri kullanılarak incelendi Normal dağılım gösteren bağımsız değişkenler için student t testi, normal dağılım göstermeyen bağımsız değişkenler için Mann-Whitney U testi bağımlı değişkenler için de Wilcoxon testi kullanıldı. Kategorik verilerin karşılaştırılması için Ki-Kare testi kullanıldı. Her iki ölçeğin alt boyutları arasındaki korelasyon analizi spearman korelasyon katsayısı kullanılarak hesaplandı. Sonuçlar %95 güven aralığında, p değerinin 0,05'in altında olduğu durumlar için istatiksel anlamlı olarak değerlendirildi.

3. BULGULAR

3.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular

3.1.1. Müdahale ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

Müdahale ve kontrol gruplarını oluşturan bakım vericilerin tanıtıcı özellikleri Çizelge 3.1’de yer almaktadır. Her iki gruba da 50 bakım verici alındı. Kontrol grubundaki bakım vericilerin ortalama yaşı $39,34 \pm 1,34$ (18-69) idi. Müdahale grubundaki bakım vericilerin ortalama yaşı ise $38,87 \pm 1,45$ (18-69) olarak bulunmuştur. Çalışmaya dahil edilen bakım vericilerden sadece eşler kontrol grubunda daha fazla olup aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p=0,046$). Diğer değişkenler açısından her iki grup arasında istatistiksel önemli bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.1. Bakım Vericilerin Demografik Özellikleri (n=100)

Demografik özellikler	Kontrol (n:50) n (%)	Müdahale (n:50) n (%)	P
Yaş 18-30 31-43 44-56 57-69	10(20) 10 (20) 20 (40) 10 (20)	10(10) 8 (16) 22(44) 10(20)	0,828*
Cinsiyet Kadın Erkek	32 (64) 18 (36)	36 (72) 14 (28)	0,394**
Eğitim Durumu İlkokul Ortaokul Lise Üniversite	13 (26) 6 (12) 10 (20) 21 (42)	14 (28) 6 (12) 11 (20) 19 (38)	0,725**
Medeni Durum Bekar Evli	9 (18) 41 (82)	15 (30) 35 (70)	0,217**

Çizelge 3.1. Devam. Bakım Vericilerin Demografik Özellikleri (n=100)

Demografik özellikler	Kontrol (n:50) n (%)	Müdahale (n:50) n (%)	P
Çocuk Sayısı			
0	11 (22)	19 (38)	0,187**
1	5 (10)	6 (12)	
2	26 (52)	16 (32)	
3	7 (14)	7 (14)	
4	1 (2)	2 (4)	
Çalışma Durumu			
Çalışıyor	22 (44)	27 (54)	0,320**
Çalışmıyor	28 (56)	23 (46)	
Yakınlık Derecesi			
Eş	24 (48)	11 (22)	0,046**
Anne	11 (22)	20 (40)	
Baba	11 (22)	15 (30)	
Kardeş	4 (8)	4 (8)	
Bakım Süresi (ay)			
0 ≥ 3	28 (56)	33 (66)	0,249**
3 > 6	22 (44)	17 (34)	
Günlük Bakım Saati			
0 ≥ 3	2 (4)	7 (14)	0,920**
3 > 6	7 (14)	1 (2)	
6 > 9	12 (24)	13 (26)	
9 > 12	29 (58)	29 (58)	

* Student t testi **Ki-kare testi

3.1.2. Bakım Verilen Hastaların Demografik Özellikleri

Müdahale ve kontrol grubu bakım vericilerin hastalarının tanıtıcı özellikleri Çizelge 3.2’de yer almaktadır. Bakım vericilerin hastalarının tanıtıcı özellikleri incelendiğinde kontrol grubundaki hastaların ortalama yaşı $61,4 \pm 1,64$ (31-80) iken müdahale grubundaki hastaların ortalama yaşı ise $62,4 \pm 1,44$ (41-81) olarak bulundu. Kontrol grubundaki hastaların 17’si (%34) evre 2, 33’ü (%66) evre 3 hastalığa sahipti. Müdahale grubundaki hastaların ise 27’si (%54) evre 2, 23’ü (%46) evre 3 hastalığa sahipti. Çalışmaya dahil edilen hastaların kontrol grubunda daha düşük eğitim düzeyine sahip olduğu ($p=0,004$) ve daha ileri evre hastalığa sahip olduğu görüldü. ($p=0,045$) Diğer değişkenler açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Çizelge 3.2. Bakım Verilen Hastaların Demografik Özellikleri (n=100)

Demografik Özellikler	Kontrol (n:50) n (%)	Müdahale (n:50) n (%)	P
Cinsiyet			0,312**
Kadın	18 (36)	23 (46)	
Erkek	32 (64)	27 (54)	
Eğitim Durumu			0,004**
İlkokul	29 (58)	19 (38)	
Ortaokul	13 (26)	5 (10)	
Lise	4 (8)	15 (30)	
Üniversite ve Üzeri	4 (8)	11 (22)	
Medeni Durum			0,231**
Bekar	6 (12)	11 (22)	
Evli	44 (88)	39 (78)	
Çalışma Durumu			0,540**
Çalışıyor	7 (14)	5 (10)	
Çalışmıyor	43 (86)	45 (90)	
Hastalığın Evresi			0,045**
Evre 2	17 (34)	27 (54)	
Evre 3	33 (66)	23 (46)	

*Student t testi **Ki kare testi

3.2. Bakım Vericilerin SYBDÖ II Puanlarına İlişkin Bulgular

Müdahale grubunun eğitim öncesi ve sonrası Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyutlara ilişkin puan ortalaması Çizelge 3.3’de verilmiştir.

Müdahale grubunda kişiler arası ilişkiler alt boyut puan ortalaması eğitim öncesinde $2,98 \pm 0,48$ iken eğitim sonrası $3,09 \pm 0,42$ ye yükselmiş ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p=0,001$).

Müdahale grubunda eğitim öncesi beslenme alt boyut puan ortalaması $2,52 \pm 0,43$ iken eğitim sonrası $2,66 \pm 0,36$ ye yükselmiş ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p < 0,001$).

Müdahale grubunun eğitim öncesi sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması eğitim öncesinde $2,79 \pm 0,61$ iken eğitim sonrası $3,01 \pm 0,47$ ye yükselmiş ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir. ($p < 0,001$)

Müdahale grubunda fiziksel aktivite alt boyut puan ortalaması eğitim öncesinde $2,03 \pm 0,60$ iken eğitim sonrası $2,05 \pm 0,61$ ya yükselmiş fakat aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p = 0,98$).

Müdahale grubunda eğitim öncesi stres yönetimi alt boyut puan ortalaması eğitim öncesinde $2,58 \pm 0,56$ iken eğitim sonrası $2,65 \pm 0,54$ 'e yükselmiş ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p = 0,035$).

Müdahale grubunda eğitim öncesi manevi gelişim alt boyut puan ortalaması eğitim öncesinde $3,07 \pm 0,49$ iken eğitim sonrası $3,13 \pm 0,46$ ya yükselmiş ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p = 0,018$).

Müdahale grubunun SYBDÖ II ölçeği kişilerarası ilişkiler, beslenme, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve manevi gelişim alt boyutlarında eğitim öncesi ve sonrasındaki puan farkı istatistiksel olarak önemli bulunurken; fiziksel aktivite alt boyutunda istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Kontrol grubunun SYBDÖ II ve alt boyutlara ilişkin ön test - son test puan ortalaması Çizelge 3.3.'de verilmiştir.

Kontrol grubunda kişiler arası ilişkiler alt boyut puan ortalaması ilk görüşmede $2,76 \pm 0,46$ iken, üçüncü görüşme sonrasında $2,78 \pm 0,47$ olup aradaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlenmiştir ($p = 0,439$).

Kontrol grubunda ilk görüşmede beslenme alt boyut puan ortalaması $2,35 \pm 0,45$ iken üçüncü görüşmede $2,32 \pm 0,43$ olup aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p = 0,074$).

Kontrol grubunda ilk görüşmede sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması $2,48 \pm 0,47$ iken üçüncü görüşmede $2,64 \pm 0,55$ olup aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p=0,695$).

Kontrol grubunun fiziksel aktivite alt boyut puan ortalaması, ilk görüşmede $1,72 \pm 0,64$ iken üçüncü görüşmede $1,83 \pm 0,38$ olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p=0,158$).

Kontrol grubunda ilk görüşmede stres yönetimi alt boyut puan ortalaması $2,31 \pm 0,52$ iken üçüncü görüşmede $2,34 \pm 0,49$ olup aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p=0,425$).

Kontrol grubunda ilk görüşmede manevi gelişim alt boyut puan ortalaması $2,73 \pm 0,58$ iken üçüncü görüşmede $2,34 \pm 0,49$ olup aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p=0,054$).

Kontrol grubunda ilk ve üçüncü görüşme sonrası kişilerarası ilişkiler, beslenme, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve manevi gelişim alt boyutlarında grupların puanları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Müdahale ve kontrol gruplarının ön test puanları arasında önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). (Çizelge 3.3).

SYBDÖ II ölçeğinin tüm alt boyutlarında eğitim verilen grubun son test puan ortalamalarının kontrol grubuna göre belirgin yüksek olduğu görülmüştür. Fiziksel aktivite alt boyutu dışında ($p=0,689$) SYBDÖ II ölçeğinin alt boyutlarında müdahale ve kontrol gruplarının son test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur.

Çizelge 3.3. Müdahale ve Kontrol Grubunun SYBDÖ II Alt Boyut Puan Ortalamaları (n=100)

Alt boyutları		Ön Test Ort ± SS	Son Test Ort ± SS	p
Kişiler Arası İlişkiler	Müdahale	2,98 ± 0,48	3,09 ± 0,42	0,001**
	Kontrol	2,76 ± 0,46	2,78 ± 0,47	0,439**
	p	0,134*	<0,001*	
Beslenme	Müdahale	2,52 ± 0,43	2,66 ± 0,36	<0,001**
	Kontrol	2,35 ± 0,45	2,32 ± 0,43	0,695**
	p	0,216*	<0,001*	
Sağlık Sorumluluğu	Müdahale	2,79 ± 0,61	3,01 ± 0,47	<0,001**
	Kontrol	2,48 ± 0,47	2,53 ± 0,45	0,074**
	p	0,074*	<0,001*	
Fiziksel Aktivite	Müdahale	2,03 ± 0,60	2,05 ± 0,61	0,098**
	Kontrol	1,72 ± 0,64	1,83 ± 0,38	0,158**
	p	0,112*	0,689*	
Stres Yönetimi	Müdahale	2,58 ± 0,56	2,65 ± 0,54	0,035**
	Kontrol	2,31 ± 0,52	2,34 ± 0,45	0,425**
	p	0,117*	0,021*	
Manevi Gelişim	Müdahale	3,07 ± 0,49	3,13 ± 0,46	0,018**
	Kontrol	2,73 ± 0,58	2,64 ± 0,55	0,054**
	p	0,055*	0,002*	

*Mann Whitney U testi **Wilcoxon testi

3.3. Bakım Vericilerin BVTDO Puanlarına İlişkin Bulgular

Müdahale grubunun eğitim öncesi ve sonrası BVTDO alt boyutlara ilişkin puan ortalaması Çizelge 3.4’de verilmiştir.

Müdahale grubunun eğitim öncesi Öz Değer alt boyut puan ortalaması $3,73 \pm 0,48$ iken eğitim sonrası $3,62 \pm 0,63$ ’e düştüğü ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır ($p=0,277$).

Müdahale grubunun eğitim öncesi Aile Destek Eksikliği alt boyut puan ortalaması $2,14 \pm 0,65$ iken eğitim sonrası $2,16 \pm 0,66$ olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır ($p=0,714$).

Müdahale grubunun eğitim öncesi Finansal Sıkıntı alt boyut puan ortalaması $2,59 \pm 0,91$ olduğu; eğitim sonrası $2,70 \pm 0,89$ olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır ($p=0,247$).

Müdahale grubunun eğitim öncesi Günlük Yaşamın Kesintiye Uğraması alt boyut puan ortalamasının $2,70 \pm 0,72$ olduğu eğitim sonrası $2,71 \pm 0,69$ olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır ($p=0,674$).

Müdahale grubunun eğitim öncesi Sağlık Sorunları alt boyut puan ortalamasının $2,31 \pm 0,67$ olduğu eğitim sonrası $2,28 \pm 0,64$ olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır ($p=0,656$).

Müdahale grubunda ölçeğin tüm alt boyutlarında eğitim öncesi ve sonrasında puanlar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark izlenmemiştir.

Kontrol grubunun birinci ve üçüncü görüşme sonrası BVTDO alt boyutlarına ilişkin puan ortalaması Çizelge 3.4'te yer almaktadır.

Kontrol grubunun birinci görüşmede öz değer alt boyut puan ortalaması $3,50 \pm 0,54$ iken üçüncü görüşme sonrası $2,63 \pm 0,24$ 'e düştüğü ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).

Kontrol grubunun birinci görüşmede Aile Destek Eksikliği alt boyut puan ortalaması $2,67 \pm 0,82$ iken üçüncü görüşme sonrası $3,72 \pm 0,41$ 'e yükseldiği ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).

Kontrol grubunun birinci görüşmede Finansal Sıkıntı alt boyut puan ortalaması $3,12 \pm 0,98$ iken üçüncü görüşme sonrası $3,87 \pm 0,59$ 'a yükseldiği ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p=0,007$).

Kontrol grubunun birinci görüşmede Günlük Yaşamın Kesintiye Uğraması alt boyut puan ortalaması $3,30 \pm 0,74$ iken üçüncü görüşme sonrası $3,75 \pm 0,40$ 'a yükseldiği ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p=0,004$).

Kontrol grubunun birinci görüşmede Sağlık Sorunları alt boyut puan ortalaması $2,87 \pm 0,84$ iken üçüncü görüşme sonrası $3,88 \pm 0,36$ 'ya yükseldiği ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p=0,001$).

Kontrol grubunun BVTDO'nun, öz değer dışındaki tüm alt boyut puanlarının üçüncü görüşme sonrası ilk görüşmeye göre arttığı ve bu artışın istatistiksel olarak da önemli olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.4).

Müdahale ve kontrol gruplarının ön test sonuçları arasında bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Çizelge 3.4). Müdahale ve kontrol grubunun BVTDO son test puanları karşılaştırıldığında BVTDO'nun tüm alt boyutlarında müdahale grubunun puan ortalamalarında belirgin bir değişiklik görülmezken, kontrol grubunun puan ortalamalarında artış olduğu ve aradaki farkın tüm alt boyutlarda da istatistiksel olarak önemli olduğu görülmüştür (Çizelge 3.4).

Çizelge 3.4. Müdahale ve Kontrol Grubu BVTDO Alt Boyut Puan Ortalamaları (n=100)

Alt boyutlar		Ön Test Ort ± SS	Son Test Ort ± SS	p
Öz Değer	Müdahale	3,73 ± 0,48	3,62 ± 0,63	0,277**
	Kontrol	3,50 ± 0,54	2,63 ± 0,24	<0,001**
	P	0,34*	<0,001*	
Aile Destek Eksikliği	Müdahale	2,14 ± 0,65	2,16 ± 0,66	0,714**
	Kontrol	2,67 ± 0,82	3,72 ± 0,41	<0,001**
	P	0,096*	<0,001*	
Finansal Sıkıntı	Müdahale	2,59 ± 0,91	2,70 ± 0,89	0,247**
	Kontrol	3,12 ± 0,98	3,87 ± 0,59	0,007**
	P	0,084*	0,007*	
Günlük Yaşamın Kesintiye Uğraması	Müdahale	2,70 ± 0,72	2,71 ± 0,69	0,674**
	Kontrol	3,30 ± 0,74	3,75 ± 0,40	0,004**
	P	0,054*	0,002*	
Sağlık Sorunları	Müdahale	2,31 ± 0,67	2,28 ± 0,64	0,656**
	Kontrol	2,87 ± 0,84	3,88 ± 0,36	0,001**
	P	0,06*	<0,001*	

*Mann Whitney U testi **Wilcoxon testi

3.4. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Ölçeklere İlişkin Puan Ortalamaları ve Ölçekler Arasındaki İlişki

3.4.1. Müdahale ve Kontrol Gruplarının SYBDÖ II ve BVTDO Toplam Puan Ortalamaları

Müdahale ve kontrol grubundaki aile üyelerinin ön test, son test SYBDÖ II ve BVTDO'den aldıkları toplam puanlar ve bu puanların minimum, maksimum değerleri Çizelge 3.5'te yer almaktadır.

Müdahale grubunun eğitim öncesi SYBDÖ II'den aldığı puan ortalaması 139,32±20,86; eğitim sonrası 148,10±18,64 olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunun ilk görüşmede SYBDÖ II'den aldığı puan ortalaması 125,16±21,73; üçüncü görüşme sonrası 101,02±12,16 olduğu saptanmıştır. Uygulanan eğitim ile müdahale grubunun SYBDÖ II puan ortalamasında artış olduğu, kontrol grubunun puan ortalamasında ise azalma olduğu saptanmıştır.

Müdahale grubunun eğitim öncesi BVTDO' den aldığı puan ortalaması ise 67,46±9,18; eğitim sonrası 66,85±8,17 olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunun ilk görüşmede BVTDO' den aldığı puan ortalaması 75,26±10,73; üçüncü görüşme sonrası 83,34±4,28 olduğu saptanmıştır. Müdahale grubuna uygulanan eğitim ile BVTDO puan ortalamasında azalma olduğu, kontrol grubunun puan ortalamasında ise artma olduğu saptanmıştır.

Çizelge 3.5. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bakım Vericilerin Ön ve Son Test SYBDÖ II ve BVTDO Puanları

Ölçüm	Grup	Ölçekler	Min	Max	Ort±SS
Ön Test	Müdahale	SYBDÖ II	95	178	139,32 ± 20,86
		BVTDO	54	102	67,46 ± 9,18
	Kontrol	SYBDÖ II	75	182	125,16 ± 21,73
		BVTDO	48	103	75,26 ± 10,73
Son Test	Müdahale	SYBDÖ II	97	182	148,10 ± 18,64
		BVTDO	54	102	66,85 ± 8,17
	Kontrol	SYBDÖ II	78	125	101,02 ± 12,16
		BVTDO	73	93	83,34 ± 4,28

3.4.2. Müdahale Grubunun Eğitim Sonrası Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

Müdahale grubu eğitim sonrası SYBDÖ II ve BVTDO toplam ölçek puan ortalamaları Çizelge 3.6’da yer almaktadır.

Her iki ölçek puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında SYBDÖ II kişiler arası ilişkiler ve beslenme alt boyutu ile BVTDO aile destek eksikliği alt boyutu arasında negatif yönde korelasyon olduğu görülmüştür ($r=-0,465$, $p=0,001$, $r=-300$ $p=0,034$).

SYBDÖ II ölçeği sağlık sorumluluğu ve manevi gelişim alt boyutu ile BVTDO ölçeği öz değer alt boyutu arasında orta düzeyde pozitif yönde ($r=0,332$ $p=0,019$, $r=0,284$ $p=0,046$), sağlık sorumluluğu ve manevi gelişim alt boyutu ile aile destek eksikliği alt boyutu arasında orta düzeyde negatif yönde korelasyon olduğu görülmüştür ($r=-0,514$ $p<0,001$, $r=-384$ $p=0,006$). Ayrıca SYBDÖ II manevi gelişim alt boyutu ile BVTDO sağlık sorunları alt boyutu arasında da benzer şekilde orta düzeyde negatif yönde bir korelasyon izlenmiştir ($r=-0,322$, $p=0,022$).

Çizelge 3.6. Müdahale Grubu Eğitim Sonrası SYBDÖ II ve BVTDO Toplam Ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Dağılımı

SYBDÖ II Alt Boyutları		BVTDO Alt Boyutları				
		Özdeğer	Aile Destek Eksikliği	Finansal Sıkıntı	Günlük Yaşamın Kesintiye Uğraması	Sağlık Sorunları
Kişiler arası İlişkiler	r	0,257	-0,465*	-0,171	-0,089	-0,193
	p	0,71	0,001	0,236	0,538	0,178
Beslenme	r	0,122	-0,300*	-0,006	0,018	-0,047
	p	0,400	0,034	0,965	,903	0,746
Sağlık Sorumluluğu	r	0,332*	-0,514*	-0,164	-0,162	-0,117
	p	0,019	<0,001	0,256	0,261	0,417
Fiziksel Aktivite	r	-0,032	-0,063	-0,202	-0,057	-0,163
	p	0,828	0,664	0,160	0,694	0,259
Stres yönetimi	r	0,117	-0,245	-0,276	-0,192	-0,106
	p	0,418	0,087	0,052	0,183	0,462
Manevi Gelişim	r	0,284*	-0,384*	-0,200	-0,216	-0,322*
	p	0,046	0,006	0,163	0,132	0,022

*r; Spearman Korelasyon Katsayısı, $p<0,05$ istatistik olarak anlamlı

3.4.3. Kontrol Grubunun Son Test Sonrası Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

Kontrol grubu eğitim sonrası SYBDÖ II ve BVTDO toplam ölçek puan ortalamaları Çizelge 3.7’de yer almaktadır.

Her iki ölçek puanları arasındaki korelasyon analizine bakıldığında SYBDÖII alt boyutları ile BVTDO alt boyutları arasında bir korelasyon izlenmemiştir.

Çizelge 3.7. Kontrol Grubu Son Test Sonrası SYBDÖ II ve BVTDO Toplam Ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Dağılımı

SYDBÖ II Alt Boyutları		BVTDO Alt Boyutları				
		Özdeğer	Aile Destek Eksikliği	Finansal Sıkıntı	Günlük Yaşamın Kesintiye Uğraması	Sağlık Sorunları
Kişiler arası İlişkiler	r	-0,027	-0,039	-0,248	-0,066	-0,194
	p	0,853	0,786	0,083	0,647	0,176
Beslenme	r	0,045	-0,139	-0,197	-0,097	-0,234
	p	0,757	0,335	0,171	0,502	0,102
Sağlık Sorumluluğu	r	0,070	-0,003	-0,013	0,167	0,096
	p	0,628	0,983	0,939	0,248	0,506
Fiziksel Aktivite	r	0,147	-0,063	-0,202	-0,078	0,074
	p	0,310	0,664	0,160	0,519	0,611
Stres yönetimi	r	-0,169	0,046	0,059	0,52	0,228
	p	0,242	0,750	0,682	0,719	0,111
Manevi Gelişim	r	0,149	-0,092	-0,079	-0,133	-0,143
	P	0,300	0,526	0,584	0,358	0,323

r; Spearman Korelasyon Katsayısı, p<0,05 istatistik olarak anlamlı

3.5. Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerini Gerçekleştirme Durumu

Müdahale ve kontrol grubundaki bakım vericilerin bakım verdiği hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme durumu Ek-11’de yer almaktadır.

3.6. Hastalarda Kemoterapi Nedeniyle Yan Etki Görölme Sıklığı

Müdahale ve kontrol grubundaki bakım vericilerin bakım verdiği hastalarda kemoterapi sonrasında gelişen yan etkiler ve sıklığı Ek-12’de yer almaktadır.



4. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmamızdan elde edilen bulgular literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmıştır. Literatürde kanser tanılı hastalara bakım veren aile üyelerine uygulanan eğitim ile ilgili çalışmalar bulunurken kolorektal kanser tanılı hastalara bakım veren aile üyelerine uygulanan eğitim ile ilgili çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bu hasta grubuna bakım veren aile üyelerine eğitim verilmesinin aile üyelerinin bakım vermeye yönelik tepkileri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin incelendiği bir çalışmaya ulaşamamıştır.

4.1. Eğitimin SYBDÖ II Puanlarına Etkisi

Araştırmada müdahale grubunun SYBDÖ II puan ortalamalarının eğitim sonrasında anlamlı olarak arttığı, fiziksel aktivite alt boyutu hariç diğer alt boyut puan ortalamalarında eğitim sonrası artış olduğu belirlenmiştir (çizelge 3.3). Bunun nedeninin bir olasılıkla müdahale grubuna uygulanan planlı eğitim ve telefonla danışmanlık ile aile üyelerinin bu süreçle daha iyi baş edebilmelerinin sağlanması, sağlığı geliştirici davranışlara yönelik farkındalık oluşturarak aile üyelerinin kendilerine vakit ayırıp olumlu sağlık davranışlarını geliştirebilmiş oldukları düşünülebilir.

Araştırmada müdahale grubuna yüz yüze ve bireysel olarak her görüşmede ortalama 45-60 dakikalık, semptomlara ve aile üyelerinin zorlandıkları konulara yönelik eğitim uygulanmıştır. Bu eğitimin bir olasılıkla bakım vericilerin bakımla ilgili becerilerini artırdığı ve olumsuz duygu durumlarını azalttığı düşünülebilir. Yapılan çalışmalar da bizim bulgumuza paralel olarak bakım vericilere uygulanan 45-90 dakikalık hasta bakımı ve semptomlara yönelik eğitimin aile üyelerinin bakımla ilgili becerilerini artırdığı ve olumsuz duygu durumlarında azalma olduğunu rapor etmektedir (Belgacem ve ark., 2013; Chi ve ark., 2015; Harding ve ark., 2004; Hudson ve ark., 2008; Hudson ve ark., 2010; Hendrix, 2016; Leow ve ark., 2015; Uğur ve Fadiloğlu, 2012; White ve ark., 2008). Hendrix ve ark. (2016), semptomlar,

bakıma hazırlık ve bakım verme tepkisinin azaltılmasına yönelik eğitim programı hazırlamışlar, bu programı uyguladıkları müdahale grubu bakım vericilerin semptomları yönetmede öz yeterliliklerinin daha fazla, kaygı ve depresif belirtilerinin ise daha düşük olduğunu saptamışlardır.

Harding ve ark. (2004), aile üyelerine 6 haftalık 90 dakika süren semptomlara yönelik eğitim, sosyal destek ve aromaterapi uygulamalarını da içeren bir modül uygulamışlar, bunun sonunda aile üyelerinin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlık düzeylerinin arttığını belirlemişlerdir.

White ve ark. (2008), bakım veren aile üyeleri için ağrı, bakım, iletişim, ilaç, beslenme, egzersiz ve semptom kontrolü olmak üzere 3 hafta boyunca 6 seanslık eğitim modülü geliştirmişlerdir. Araştırma sonucunda aile üyelerinin uygulamanın dördüncü haftasında, artan bilgi ile mevcut hizmetlere daha kolay ulaştığı ve bakımda yeterlilik duygularının arttığı saptanmıştır. Yapılan bir başka araştırmada ise beslenme desteği, hemşirelik bakımı, sosyal destek ve semptom yönetimi hakkında eğitim uygulanan bakım verici grubunun yaşam kalitesi puanlarının daha iyi olduğu, bakım yükünün azaldığı belirlenmiştir (Belgacem ve ark.,2013). Varol (2018), kanserli çocuklara bakan aile üyelerine kanser, kemoterapi semptomları, acil durumda yapılması gerekenler, psikososyal destek konularını içeren yazılı ve sözlü eğitimi 50'şer dakikalık 6 ev ziyareti süresince uygulamışlardır. Çalışma sonucunda aile üyelerinin bakım yükünün azaldığı ve yaşam kalitelerinde artış olduğunu belirlemiştir.

Hudson ve ark. (2010), yaptıkları sistematik derlemede psikososyal destek, hasta bakımı ve semptom yönetimi ile baş etmeye ilişkin eğitim toplantılarının kişilerin bakımla ilgili yetkinliklerini ve hazır oluşuklarını artırarak, yaşam kalitelerini artırdığını belirlemişlerdir. Yapılan başka bir psikoeğitim (psikolojik danışmalık ve eğitimi bir arada içeren grup çalışması) çalışmasında; eğitim verilen grubun standart bakım grubuna göre sosyal destek, hastayla ilgilenme durumu, öz bakım ve yaşam kalitesinin daha yüksek, bakıma yönelik tepkisinin ise daha düşük seviyede olduğu tespit edilmiştir (Leow ve ark.,2015). Ayrıca yüz yüze yapılan

eğitim sonrasında telefon ya da mail ile yapılan danışmanlığın bizim araştırma bulgularımıza paralel olarak eğitimin etkinliğini artırdığı saptanmıştır (Belgacem ve ark.,2013; Hudson ve ark., 2008; Uğur ve Fadiloğlu, 2012 ve White ve ark.,2008).

Birincil bakım rolünü üstlenen bakıcılar ile yapılan çalışma sonuçları bilgi eksikliğinin en önemli sorun olduğunu göstermiştir (Harding ve ark., 2004; Hendrix, 2016; Hudson ve ark., 2008; Kaçmaz ve Çürük, 2018; Uğur ve Fadiloğlu, 2012). Kaçmaz ve Çürük (2018), yaptıkları çalışmada KRK tanısı alan hasta yakınlarının %56,3'ünün hastalık hakkında bilgi sahibi olmadığını, KRK ilgili erken tanı ve tarama programlarına katılmadıklarını belirlemişlerdir. Aynı çalışmada hastalık ile ilgili bilgisi olan aile üyelerinin ise SYBDÖ II puan ortalamalarının önemli derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Uğur ve Avcı (2015), yaptıkları çalışmada kanserde erken tanıya önem veren, mamografi çektiren, kendi kendine meme muayenesi (KKMM) bilen ve uygulayan, smear testini yaptıran kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının daha iyi olduğunu belirlemişlerdir.

Araştırmada eğitim verilen grupta, sadece SYBDÖ II fiziksel aktivite alt boyutunda eğitim sonrası puan ortalamasında önemli bir değişim olmadığı belirlenmiştir (Çizelge 3.3). Bunun bir nedeni olarak bakım vericilerin hasta ile günlük 9 saatten fazla zaman geçirmeleri, hastalarını bakım için bırakabilecekleri başka biri olmaması nedeniyle fiziksel aktivite yapamadıklarını düşünebiliriz. Ayrıca Türk toplumunda genel olarak fiziksel aktivite azlığı bir diğer faktör olarak göz önünde bulundurulabilir. (Sağlık Bakanlığı, 2017b). Araştırma bulgumuza paralel olarak Çavuşoğlu (2018), kanser hastasına bakım veren aile üyelerinin SYBDÖ II 'den en az puanı fiziksel aktivite alt boyutunda aldığını saptamıştır. Ersin (2018), evde bakım hizmeti alan ebeveynlerle yaptığı çalışmada ebeveynlerin bakım sorumlulukları nedeniyle fiziksel aktivite yapamadıklarını ve en az puanı bu alt boyutta aldıklarını belirlemiştir. Tanımlayıcı olarak 236 bakım verici ile gerçekleştirilen başka bir çalışmada da SYBDÖ II beslenme puan ortalamasının en yüksek, egzersiz puan ortalamasının ise en düşük olduğu bulunmuştur (Sisk, 2000). Beesley ve ark. (2011), yaptıkları çalışmada over kanseri olan kadınlara bakım verenlerin bakım sorumlulukları nedeniyle sağlık yönergelerine uyamadığını,

%56'sının olumsuz değişim yaşıadığını, %71'nin aşırı kilolu olduğunu ve %54'nün fiziksel aktivite yapamadığını belirlemişlerdir. Yapılan başka bir çalışmada da bakım vericilerin fiziksel aktivite yapmadıkları fakat alkol, sigara gibi zararlı ürünleri tüketmeyi bıraktıkları ve diyetle uyum gösterdikleri ve kanser tarama testlerini yaptırdıkları belirlenmiştir (Rha ve ark.,2015).

Diğer taraftan yapılan başka bir çalışmada bir haftalık eğitim programından önce ve sonra bakıcıların sağlık durumundaki değişiklikler ve destek ihtiyaçları arasındaki farklılıklar incelenmiştir. Bunun sonucunda bakım vericilerin genel sağlık ve sosyal ilişkilerinin arttığı, zihinsel yorgunluk durumlarının azaldığı ancak fiziksel aktivite durumlarında bir değişme olmadığı tespit edilmiştir (Gijerset ve ark.,2019). Rha ve ark. (2015), araştırma bulgumuzdan farklı olarak bakım yükünün, bakım verenlerin fiziksel aktivitelerini olumsuz etkilemediğini belirlemişlerdir.

Araştırmada kontrol grubunun SYBDÖ II ölçeğinin tüm alt boyut puanlarında artış olmadığı ve müdahale grubu puanlarının kontrol grubuna göre daha fazla olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.3) Gruplar arasındaki bu fark literatür ile uyumlu olup, eğitim ve telefonla danışmanlığın etkisini göstermektedir. Eğitim, danışmanlık ve benzeri herhangi bir hemşirelik girişiminin yapılmadığı çalışmalar bulgumuza paralel olarak kanser teşhisi sonrası hastalık ve semptomları ile baş etmeye çalışan bakım vericilerin beslenme, kişisel-sosyal ilişkilerinde bozulma ve kendi sağlıklarını geliştirici davranışları yapamama, stres, tükenmişlik ve depresif belirtiler yaşadığını göstermektedir (Burton ve ark.,2012; Çivi ve ark.,2011; Çavuşoğlu, 2018; Chi ve ark.,2015; Graham ve ark.,2017; Johansen ve ark.,2017; Karaaslan, 2013; Mazanec ve ark.,2015; Orak ve Sezgin, 2015; Yıldız ve ark., 2016). Oysaki kanser deneyiminin ailedeki bakım vericilerin sağlık davranışlarını olumsuz anlamda ne kadar tetikleyebileceğini anlamak hem hastaların hem de aile üyelerinin sağlığı için önemli bir durumdur (Mazanec ve ark., 2015). Yapılan bir çalışmada bakım veren aile üyelerinin bakım sorumluluğu nedeniyle doktora gidemediği, ilaçlarını almayı unuttuğu, tıbbi testlerini yaptıramadığı belirlenmiştir (Burton ve ark., 2012). Graham ve ark. (2017), aile üyeleri ile hastaların yaşam memnuniyet düzeylerini karşılaştırdığı çalışmasında aile üyelerinin puan ortalamalarının daha düşük olduğu;

günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme düzeyleri ve ruhsal durumlarının hastaya göre daha fazla etkilendiğini tespit etmişlerdir.

Genel olarak araştırma bulgumuza ters olarak bazı yazarlar kanserin aile ve birey üzerine olumlu etkisi olabileceğini düşünmüştür (Bowman ve ark., 2005; Humpel ve ark.,2007). Humpel ve ark. (2007), kanserden kurtulanların, arkadaşlarının ve aile üyelerinin, teşhis sonrasında fiziksel aktivitede artış, düzenli meyve ve sebze tüketimi, alkol ve sigaradan kaçınma gibi bir dizi olumlu sağlık davranışı değişikliği yaptıklarını tespit etmişlerdir. Araştırmacılar bu bağlamda kanser tanısının kişilere sağlıklarını iyileştirebilmek için motive olabilecekleri “öğretilbilir an” sunduğunu öne sürmüşlerdir. Bowman ve ark. (2005), kanserli eş ve çocuğuna bakım veren aile üyeleri ile yaptıkları çalışmada bakıcıların egzersiz (%74), yeterli dinlenme (%84), alkol alımını sınırlama (%51), tütünden kaçınma (%57), kilolarını yönetme (%70) ve dua etmek (%59) de dahil olmak üzere sağlığı geliştirici bir dizi faaliyette bulunduklarını bildirmişlerdir.

Bulgularımız, aile bireylerindeki sıkıntıların azaltılması için problemlerin yer aldığı kemoterapi sürecinde bakım vericilerle etkileşime geçmenin önemli olduğunu göstermiştir. Onkoloji hemşireleri aile bireyleri ile ilişki kurmada kilit konumdadırlar. Hemşireler, aile üyelerinin davranışlarını değerlendirmeli ve ailelere davranış değişikliği müdahaleleri yapabilmelidir (Fadıloğlu, 1995; Maguire ve ark.,2016; Mazanec ve ark.,2015; Waldron, 2012). Amerikan Kanser Derneği, bakım veren aile üyelerinin bakımla ilgili becerilerin geliştirilmesi, sağlık ve iyilik durumlarının artırılmasını temel hedef olarak belirlemiştir (Amerikan Cancer Society,2019). Aile üyelerinin dengeli beslenme, kendi bakımlarına özen gösterme, fiziksel aktivite, düzenli uyku gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sürdürmede desteklenmesi önemlidir. (Belgacem ve ark.,2013; Fadıloğlu, 1995; Hudson ve ark.,2010; Maguire ve ark.,2016; Mazanec ve ark.,2015; Rha ve ark.,2015; Waldron, 2012).

4.2. Eğitimin BVTDO Puanlarına Etkisi

Eğitim sonrasında BVTDO'nin alt boyutlarında Müdahale ve kontrol gruplarında puan ortalamalarında artış olmadığı görülmüştür (Çizelge 3.4). Bu sonuç uygulanan eğitimin fark yaratmadığını düşündürse de ilginç olan, eğitim verilen grupta puan ortalamalarında değişiklik olmamasına rağmen kontrol grubu puan ortalamalarının belirgin olarak yükselmesidir. Bu bulgu müdahale grubunun kontrol grubuna göre daha iyi durumda olduğu göstermektedir. Başka bir ifade ile desteklenen aile üyelerinin bakım vermeye yönelik tepkilerinin daha olumsuz duruma gelmeyebileceğini göstermektedir. Uğur ve Fadiloğlu (2012), araştırma bulgumuza benzer olarak kanserli hastaya bakım veren aile üyelerine uyguladıkları tekrarlı eğitimlerin bakım vermeye yönelik olumsuz tepkileri azaltarak bakım yükünün azalmasına destek olduğunu bulmuşlardır. Frias ve ark. (2005), yaptıkları çalışmada araştırma bulgumuza paralel olarak aile desteği alanların ve sağlık sorunları daha az olanların BVTDO puanlarının daha düşük olduğunu belirlemişlerdir. Yapılan bir başka çalışmada destek alan ve bakım verdiği hastanın semptomları daha az olan aile üyelerinin bakıma yönelik tepkilerinin olumlu olduğu tespit edilmiştir (Grov ve Eklund, 2008).

Araştırmada müdahale grubun en yüksek puan ortalaması öz değer alt boyutunda idi (Çizelge 3.4) Bunun nedeni bir olasılıkla eğitimin etkisinin yanı sıra sevdiği bir aile üyesine bakım vermekten ve ona yardımcı olabilmekten dolayı bakım vericilerin mutlu hissetmiş olmalarından kaynaklanabilir. Müdahale grubunun diğer alt boyut puan ortalamaları daha düşük olmakla birlikte kontrol grubunun puan ortalamalarının belirgin şekilde yükselmesinin ise kür sayısı arttıkça destek alamayan aile üyelerinin bakıma yönelik olumsuz tepkilerinin artmasından kaynaklandığı düşünülebilir (Çizelge 3.4). Bizim müdahale grubumuzun bulgularına benzer olarak Hee ve Soon (2017), kanserli hastaya bakım veren aile üyelerinden BVTDO öz değer alt boyut puan ortalamaları yüksek ve aile destek eksikliği puan ortalamaları düşük olanların psikolojik sağlık durumunun daha iyi olduğunu belirlemiştir. Aynı çalışmada bakım vericilerin psikolojik refahı ve benlik saygısını artırmak için hemşirelik müdahalesine gereksinim duyulduğu da saptanmıştır. Yapılan bir başka

çalışmada over kanserli bireye bakım verenlerin öz-değer alt boyut puan ortalamalarının yüksek ve bakıma yönelik tepkilerinin de pozitif olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada günlük yaşamın kesintiye uğraması ve finansal sorunlar nedenleriyle bakım vericilerin tepkilerinin olumsuz etkilendiği ve bakım yükünün arttığı saptanmıştır (Hartnett ve ark.,2016). Sandstedt ve ark. (2018), amyotrofik lateral skleroz (ALS) tanısı olan hastalara bakım verenlerin günlük yaşamın kesintiye uğraması ve sağlık sorunları alt boyut puan ortalaması yüksek bulunanların bakım vermeye yönelik tepkilerinin olumsuz olduğu ve yaşam kalitelerinin azaldığını belirlemişlerdir.

Araştırma bulgumuzdan farklı olarak Grov ve ark. (2006), primer bakım vericilere uyguladıkları eğitim sonrasında sadece BVTDO aile destek eksikliği alt boyut puan ortalamasında eğitim öncesine göre anlamlı fark saptamışlardır. Aynı bakım vericilere 4 ay sonra ölçeği tekrar uygulamışlar fakat puanlarda istatistiksel olarak önemli bir değişiklik olmadığını belirlemişlerdir.

Bu sonuçlar bakım vermeye yönelik olumsuz duyguların azaltılması için hemşire liderliğindeki müdahalelerin etkisinin önemini bir kez daha vurgulamaktadır.

4.3. Müdahale ve Kontrol Gruplarının SYBDÖ II ve BVTDO Puanları Arasındaki İlişki

Araştırmada müdahale grubunun SYBDÖ II ve BVTDO puanları arasındaki korelasyon analizi sonucuna göre bakım vericilerin SYBDÖ II puanları arttıkça BVTDO puanlarının azaldığı yönünde orta derecede bir ilişki olduğu, bakım vericilerde aile destek eksikliğinin artması ile kişiler arası ilişkiler, beslenme, sağlık sorumluluğu ve manevi gelişimi olumsuz yönde etkilendiği belirlenmiştir. (Çizelge 3.6) Bunun nedeni olarak hasta bireyin bakımından tek kişinin sorumlu olması, diğer aktivitelerini yerine getirememesi, sağlıklarını koruyucu davranışları yapacak fiziksel ve psikolojik güç bulamaması ile açıklanabilir. Yapılan birçok çalışmada destek eksikliği yaşayan aile üyelerinin bakım sorumluluklarının etkilendiği, aile içi ve

sosyal ilişkilerin azaldığı, sağlık kontrollerini yaptıramadığı belirlenmiştir (Dedeli ve ark., 2016; Frias ve ark., 2005; Graham ve ark.,2017; Hee ve Soon, 2017; Johansen ve ark.,2017; Karaaslan, 2013; Yeh ve ark., 2009). Given ve ark. (1992), bizim bulgularımıza paralel olarak aile destek eksikliği yaşayanların finansal ve sağlık sorunlarının daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir. Nijboer ve ark. (1999), ise aile destek eksikliği ve kişisel başarı arasında negatif yönde orta dereceli ilişki belirlemişlerdir. Afşar (2008), bizim araştırmamıza benzer olarak aile destek eksikliği ile günlük yaşamın kesintiye uğraması alt boyutu arasında pozitif yönde orta dereceli ilişki belirlemiştir. Yeh ve ark. (2009), bakım verirken destek alan aile üyelerinin sağlık durumlarının daha iyi olduğunu belirlemiştir.

Müdahale grubunda bakım veren aile üyelerinin BVTDO öz değer alt boyut puan ortalamasının azalması ile SYBDÖ II sağlık sorumluluğu ve manevi gelişim alt boyut puan ortalamalarının azaldığı ve bakıma yönelik tepkilerinin olumsuz etkilendiği belirlenmiştir. SYBDÖ II manevi gelişim alt boyut puan ortalamasındaki düşüşün BVTDO sağlık sorunları alt boyutunu negatif yönde etkilediği saptanmıştır (Çizelge 3.6). Bu sonuçlar bize aile üyelerinin bakım sorumlulukları nedeniyle öz bakım, manevi ve kişiler arası ilişkilerinin de olumsuz etkilendiğini göstermektedir. Frias ve ark. (2005), bizim sonuçlarımıza benzer olarak fiziksel sağlık durumu daha iyi olan aile üyelerinin bakım sürecinde daha az sağlık sorunu yaşadığını ve öz değer alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Dedeli ve ark. (2016), psikolojik ve manevi sağlık durumu iyi olan ile üyelerinin bakım verme stresinin daha az olduğunu ve buna bağlı olarak da hastasına yardımcı olmaya yönelik tepkilerinin olumlu olduğunu belirlemişlerdir. Yapılan bir diğer çalışmada ise fiziksel ve psikolojik iyilik hali ile BVTDO öz değer alt boyut arasında pozitif yönde orta dereceli korelasyon olduğu saptanmıştır (Kim ve ark.,2017).

Araştırmada kontrol grubunun son test SYBDÖ II ve BVTDO puanları arasında bir korelasyon saptanmamıştır (Çizelge 3.7).

5. SONUÇ ve ÖNERİLER

Eğitimin etkisine ilişkin elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

5.1. SYBDÖ II' ye İlişkin Sonuçlar

- Müdahale grubunun puan ortalamasının eğitimden sonra arttığı ve eğitimin puanlara etkili olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.3).
- Müdahale grubuna uygulanan eğitimin kişilerarası ilişkiler, beslenme, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve manevi gelişim alt boyutlarına etkili olduğu ($p<0,05$); ancak fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamasına etkili olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.3).
- Eğitim verilmeyen kontrol grubunun üçüncü görüşme sonrası puan ortalamasında düşüş olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.3).
- Kontrol grubunun kişilerarası ilişkiler, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve stres yönetimi son test puanlarında artış, beslenme ve manevi gelişim alt boyut puan ortalamalarında ise azalma olduğu ancak grupların ilk ve son test sonrası puanları arasında bir fark olmadığı sonucuna varılmıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.3).
- Eğitimin müdahale ve kontrol grubunun; kişiler arası ilişkiler, beslenme, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve manevi gelişim alt boyut puan ortalamalarında gruplar arasında önemli bir fark oluşturduğu ($p<0,05$), ancak sadece fiziksel aktivite alt boyutunda gruplar arasında bir fark oluşturamadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.3).

5.2. BVTDO'ye İlişkin Sonuçlar

- Müdahale grubunun puan ortalamasının eğitim sonrası düştüğü görülse de aile üyelerinin bakıma yönelik tepkisini azaltmada eğitimin etkili olmadığı görülmüştür (Çizelge 3.4).
- Müdahale grubunun aile destek eksikliği, finansal sıkıntı, günlük yaşamın kesintiye uğraması ve sağlık sorunları puan ortalamalarında küçük bir artış, öz değer alt boyut puanlarında ise azalma olduğu görülmüştür ($p>0,05$). Ancak eğitimin bakım vericilerin tepkilerine etkili olmadığı sonucuna varılmıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.4).
- Eğitim verilmeyen kontrol grubunun bakım verici tepkisi puanlarının son test sonrası önemli düzeyde arttığı sonucuna varılmıştır (Çizelge 3.4).
- Üçüncü kür kemoterapiden sonra eğitim almayan kontrol grubunun aile destek eksikliği, finansal sıkıntı, günlük yaşamın kesintiye uğraması ve sağlık sorunları alt boyut puan ortalamalarında belirgin artış, öz değer alt boyut puan ortalamasında ise azalma olduğu ve ön son test puanları arasındaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Çizelge 3.4). Eğitim almayan kontrol grubunun bakım vermeye yönelik tepkilerinin müdahale grubuna göre daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır.
- Ölçeğin tüm alt boyutlarında müdahale ve kontrol gruplarının son test puanları arasında önemli fark saptanmıştır ($p<0,05$) (Çizelge 3.4).

5.3. SYBDÖ II ve BVTDO Puanları Arasındaki İlişki Sonuçları

- Müdahale grubunda SYBDÖ II beslenme, sağlık sorumluluğu ve manevi gelişim alt boyut puanları ile BVTDO aile destek eksikliği alt boyut puanları arasında negatif yönde orta derecede bir ilişki olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.6).

- Müdahale grubunda SYBDÖ II sağlık sorumluluğu ve manevi gelişim alt boyut puan ortalamaları ile BVTDÖ öz değer alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde orta derecede bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır (Çizelge 3.6).
- Müdahale grubunda SYBDÖ II manevi gelişim alt boyut puanı ile BVTDÖ sağlık sorunları alt boyut puan ortalaması arasında negatif yönde orta derecede bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır (Çizelge 3.6).
- Eğitim verilmeyen kontrol grubunun SYBDÖ II ve BVTDÖ ölçekleri arasında herhangi bir ilişki olmadığı sonucuna varılmıştır (Çizelge 3.7)

5.4. Öneriler

Kolorektal kanserli hastalara bakım veren aile üyelerine uygulanan planlı eğitimin aile üyelerinin bakım vermeye yönelik tepkileri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın sonuçları doğrultusunda;

- KKK olan hastalara bakım veren aile üyelerinin psikolojik, sosyal ve fiziksel yönlerden bütüncül olarak değerlendirilmesi,
- Bakım veren aile üyelerine hastalarının bakımı ile ilgili ihtiyaç duydukları her alanda eğitim verilmesi ve desteklenmesi,
- Bakım veren aile üyelerinin bakıma yönelik tepkilerinin aralıklarla değerlendirilmesi,
- Aile üyelerinin bakım konusunda olumsuz duygu ve stres yaşayabileceği ve bununla ilgili psikoeğitim müdahalelerinin bakımda yer alması,
- Aile üyelerine verilen eğitim kapsamında, KKK gibi genetik öykünün önemli olduğu kanserlerde farkındalığın artırılarak, birincil derece yakınların kanser tarama hizmetlerini kullanmalarının sağlanması,

- Aile üyelerine uygulanacak eğitim ve telefonla danışmanlık ile aile üyelerinin bakım konusunda desteklenmeleri, acil durumlarda ve gelişen farklı semptomlarda danışabilecekleri hemşirelik hizmetlerinin artırılması önerilebilir.



ÖZET

Kolorektal Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerine Uygulanan Eğitimin Bakım Vermeye Yönelik Tepkileri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi

Araştırma kolorektal kanserli hastalara bakım veren aile üyelerine uygulanan eğitimin bakım vermeye yönelik tepkileri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini değerlendirmek amacıyla ön test-son test kontrol gruplu yarı deneysel araştırma olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi, Cebeci Hastanesi ve Numune Hastanesi onkoloji servisi ve ayaktan kemoterapi ünitelerine ilk kez kemoterapi almaya gelen kolorektal kanserli hastalara primer bakım veren ve araştırmaya katılmayı kabul eden, çalışmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan (yaş ve eğitim düzeyi eşleştirilerek) 100 bakım verici oluşturmuştur. Araştırmanın yapılabilmesi için etik kurul, kurum izni ve aile üyelerinden yazılı onam alınmıştır. Araştırmanın verileri “Sosyo-Demografik Özellikler Veri Toplama Formu”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” ve “Bakım Verici Tepki Değerlendirme Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır. Müdahale ve kontrol grubuna ilk görüşmede ön test uygulanmıştır. Ön görüşme sonrası müdahale grubuna üç kere yüz yüze bireysel, ortalama 45-60 dakikalık eğitim ve telefonla danışmanlık uygulanmıştır. Üçüncü eğitimin bitiminden hemen sonra müdahale ve kontrol grubundaki bakım vericilere son test uygulanmıştır. Müdahale grubuna uygulanan eğitim ve telefonla danışmanlık sonrası bu grubun SYBDÖ II fiziksel alt boyut hariç diğer alt boyut puan ortalamalarının arttığı ($p<0,05$); BVTDO ve öz değer alt boyut puanının azaldığı, BVTDO ‘nin diğer alt alt boyut puan ortalamalarının minimal düzeyde arttığı fakat bu artışın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Kontrol grubu son test sonrası SYBDÖ II ve alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı ($p>0,05$); BVTDO öz değer alt boyutu hariç diğer tüm alt boyut puan ortalamalarının arttığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Araştırma sonucunda KKK hastaya bakım veren aile üyelerine uygulanan eğitimin aile üyelerinin bakım vermeye yönelik olumsuz tepkilerini azalttığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Aile Üyesi, Bakım Tepkisi, Bakım Verici, Eğitim Programı, Kolorektal Kanser.

SUMMARY

The Effect of Planned Education Applied to Family Members Who are Caring for Colorectal Cancer Patients on The Reaction to Caregiving and on Their Lifestyles

The study was conducted as a pre-test-post-test, control group and quasi-experimental intervention research design in order to evaluate the effects of education applied to family members who provide care for patients with colorectal cancer on their healthy lifestyle behaviors and reactions towards caregiving. The study population consisted of 100 caregiver who provide primary care to patients with colorectal cancer, admitted to Ankara University Faculty of Medicine İbni Sina Hospital, Cebeci Hospital and Numune Hospital oncology and outpatient chemotherapy units for chemotherapy treatment for the first time, who agreed to participate in the research and met the research inclusion criteria (matched by age and educational level). In order to carry out the research, the necessary permission, ethics permission and written consent were obtained from family caregiver. The study data were collected using the "Socio-Demographic Characteristics Data Collection Form", "Healthy Lifestyle Behaviors Scale II (HPLP-II)" and the "Caregiver Reaction Assessment (CRA)". The pre-test was applied to the intervention and control groups at the first interview. After the preliminary interview, the intervention group underwent three face-to-face individual training sessions, which lasted 45 to 60 minutes on the average, and also a counseling over telephone was provided. Immediately after completing the third training, the post-test was applied to the caregivers in the intervention and control groups. After the training and phone counseling provided to the intervention group, all HPLP-II sub-scale scores of this group, but the physical sub-scale, were found to increase ($p<0.05$), CRA total score and self-value sub-scale score was found to decrease, and other CRA sub-scale score averages were found to increase minimally, albeit not statistically significant ($p>0.05$). After the post-test applied to the control group, it was found that there was no statistically significant difference in the HPLP-II total and sub-scale score averages ($p>0.05$), all the CRA sub-scale score averages, except the self-value sub-scale, were found to increase with a statistically significant difference ($p<0.05$). As a result of the research, the training provided to the family members who provided care to the patients with colorectal cancer was found to reduce negative reactions of the family members towards the care and affected their healthy lifestyle behaviors positively.

Keywords: Caregiver, Caregiving Reaction, Colorectal Cancer, Family Member, Educational Program

KAYNAKLAR

- AAPRO M, SCOTTE F, BOUÏLLET T, CURROW D, VIGANO A (2017). A Practical approach to fatigue management in colorectal cancer. *Clin Colorectal Cancer* 16(4): 275-285
- ABUDAYYAK M, YALÇIN Ö C, KORKUT E (2018). Kemoterapi ile indüklenmiş periferik nöropatinin tedavisi ve önlenmesine yönelik farmakolojik yaklaşımlar. *FABAD J. Pharm. Sci*, 43, 2: 203-217
- AFŞAR F (2008). Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin yaşadığı sorunların çözümünde masajın etkinliği. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul
- AKDEMİR N, BİROL L (2010). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İstanbul: Vehbi Koç Yayınları.246-304.
- AKIN S (2012). Kolorektal Kanserler ve Bakım, Kronik Hastalıklar ve Bakım. Ed.: Durna Z. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul. 177-186
- AKTAŞ E, BARIŞ N, HİDİROĞLU S, SAVE D (2012) Kemoterapi alan hastaların yakınlarının deneyimleri: niteliksel bir çalışma. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 28(2):63-78
- AMERSİ F, AGUSTİN M, CLIFFORD Y (2005). Colorectal cancer: epidemiology, risk factors, and health services. *Clinics in Colon and Rectal Surgery* 18(3): 133-140
- American Cancer Society (2014). Colorectal cancer facts & figures 2014-2016. American Cancer Society, Atlanta. Erişim Adresi: [<https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/colorectal-cancer-facts-and-figures/colorectal-cancer-facts-and-figures-2014-2016.pdf>]. Erişim Tarihi: 05/06/2019.
- AMERICAN CANCER SOCIETY (2019) Caregiver resource guide, caring for a loved one with cancer,2019. Erişim Adresi: [<https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/cancer-control/en/booklets-flyers/american-cancer-society-caregiver-resource-guide.pdf>].Erişim Tarihi: 06/ 07/2019.
- AMERICAN SOCIETY OF HEALTH SYSTEM PHARMACISTS(2008). *AHFS Drug Information* Bethesda, Maryland 2008, p. 961
- ARSLAN D, TATLI MA, ÜYETÜRK Ü (2013). Kansere bağlı ağrı ve tedavisi. *Abant Medical Journal*, 2(3):256-260.
- ASLAN FE, OLGUN N, UZUN Ö, USLU Y (2014). Onkoloji. İçinde: *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım* Ed.:Karadakovan, A., Aslan, E.F. ,Nobel Kitapevi, İstanbul.183-211
- AYAZ S, HİSAR F. (2014). The efficacy of education programme for preventing constipation in women. *International Journal of Nursing Practice*, 20; 275–282

- BAG B (2013). Kanser hastalarında uzun dönemde görülen psikososyal sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*,5(1),109-126
- BAHAR A (2007). Kanser hastalarına psikososyal yaklaşım. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,10 (1):105-111
- BAHAR Z, BEŞER A, GÖRDES N, ERSİN F, KISSAL A (2008). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12 (1): 1-12.
- BAYKARA O (2016). Kanser tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*,5(3): 154-165
- BELGACEM B, AUCLAIR C, FEDOR MC, BRUGNON D, BLANQUET M, TOURNILHAC O, GERBAUD L (2013). A caregiver educational program improves quality of life and burden for cancer patients and their caregivers: a randomised clinical trial. *Eur J Oncol Nurs*, 17: 870-6.
- BENNETT S, PIGOTT A, BELLER EM, HAINES T, MEREDITH B, DELANEY C (2016). Educational interventions for the management of cancer-related fatigue in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 24;11:CD008144
- BERGER MJ, ETTINGER D S, ASTON J, BARBOUR, S, BERGSBAKEN J, BIERMAN PJ, BRANDT D, DOLAN D E, ELLIS KİM E J, KİRKEGAARD S, KLOTH D, LAGMAN R,LİM D, LOPRINZI C, CYNTHIA X, MAURE V, MICHAUD L B, NABELL L M, NOONAN K, ROELAND E, RUGO S H, LEE S, SCULLION B, TIMONEY J, TODARO B, SURBA S G, SHEAD D A, HUGHES M (2017). NCCN Guidelines Insights Antiemesis, Version 2.2017. *J Natl Compr Canc Netw*,15(7):883–893
- BEESLEY VL, PRICE MA, WEBB PM; Australian ovarian cancer study group; Australian ovarian cancer study—quality of life study investigators (2011). Loss of lifestyle: health behaviour and weight changes after becoming a caregiver of a family member diagnosed with ovarian cancer. *Support Care Cancer*. 19(12): 1949-56.
- BURTON AM, SAUTTER JM, TULSKY JA, LINDQUIST JH, HAYS JC, OLSEN MK, ZIMMERMAN SI, STEINHAEUSER KE (2012). Burden and well-being among a diverse sample of cancer, congestive heart failure, and chronic obstructive pulmonary disease caregivers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 44 (3): 410- 420.
- BRAY F, FERLAY J, SOERJOMATARAM I, SIEGEL R, TORRE L A, JEMAL A (2018). Global cancer statistics 2018: Globocan estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA CANCER J CLIN*, 68:394–424
- BOWMAN KF, ROSE JH, DEIMLING GT (2005). Families of long-term cancer survivors: health maintenance advocacy and practice. *Psycho-oncology*, 14(12):1008–1017.
- CAL A, AVCI AI, CAVUSOGLU F (2017). Experiences of caregivers with spouses receiving chemotherapy for colorectal cancer and their expectations from nursing services. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 4 (2):173-179
- CAN G (2015). Onkoloji Hemşireliği. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul

- CAN G (2017). Kanser Hastasında Kanıta Dayalı Palyatif Bakım. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul
- ÇAVUŞOĞLU E (2018). Ayaktan kemoterapi alan hastalara bakım veren aile bireylerinin sağlık anksiyeteleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin
- CHI NC, DEMİRİS G, LEWIS FM, WALKER AJ, LANGER SL (2015). Behavioral and educational interventions to support family caregivers in end-of-life care: A systematic review. *Am J Hosp Palliat Care*.33(9):894-908.
- ÇITLAK K, KAPUCU S (2017). Kemoterapi alan hastalarda görülen oral mukozitin önlenmesi ve tedavisinde güncel yaklaşımlar: kanıta dayalı uygulamalar. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*,2 (1): 70–77
- ÇİVİ S, KUTLU H, ÇELİK H (2011). Kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Gülhane Tıp Dergisi*, 53: 248-253
- COHEN L, DE MOOR CA, EISENBERG P, MING EE, HU H (2007). Chemotherapy-induced nausea and vomiting: incidence and impact on patient quality of life at community oncology settings. *Support Care Cancer*,15(5):497– 50
- FADİLOĞLU Ç (1995). Kanserli hastaya bakım verenlerin gereksinimlerinin saptanması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*,11 (2): 43-54
- FRÍAS DE CM, TUOKKO H, T ROSENBERG T (2005). Caregiver physical and mental health predicts reactions to caregiving. *Aging & Mental Health*, 9(4): 331–336.
- GENG HM, CHUANG DM, YANG F, YANG Y, LİU WM, LİU LH, TİAN HM (2018). Prevalence and determinants of depression in caregivers of cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*, 97(39):e11863.
- GJERSET GM, TENDİLLE M, SKAALI T, KİSERUD CE, DAHL AA, GUDBERGSSON SB, THORSEN L (2019). Gender differences in health status and benefits of a one-week educational programme for caregivers of cancer patients. *Eur J Cancer Care (Engl)*.28(2):e129-92.
- GİVEN C, GİVEN B, STOMMEL M, COLLİNS C, KİNG S, FRANKLİN S. (1992). The caregiver reaction assessment for caregivers to persons with chronic physical and mental in pairments. *Res Nurs Health*, 15(4):271-283.
- GLOBOCAN 2018 Globan cancer observatory-cancer today. Erişim Adresi: [http://gco.iarc.fr/today/home]. Erişim Tarihi: 04/03/2019.
- GÖÇMEN F, YILMAZ M (2016). Kanserli hasta ve bakım verenlerinin evde bakım hizmetlerinden beklentileri. *Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics*, 2(3):73-80.
- GÖRGÜLÜ Ü, AKDEMİR N (2010). İleri evre kanser hastalarına bakım verenlerin yorgunluk ve uyku kalitesinin değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*,20(4): 125-132.

- GRAHAM J, SPILIOPOULOU P, ARBUCKLE R, BRIDGE J A, AND CASSIDY J (2017). A pilot study of subjective well-being in colorectal cancer patients and their caregivers. *Patient Relat Outcome Meas*, **8**: 111–119.
- GROV EL, FOSSA SD, TØNNESSEN A, DAHL AA (2006). The caregiver reaction assessment: Psychometrics, and temporal stability in primary caregivers of norwegian cancer patients in late palliative phase. *Psycho-Oncol*, **15**(6):517-27.
- GROV KE, EKLUND ML (2008). Reactions of primary caregivers of frail older people and people with cancer in the palliative phase living at home. *J Adv Nurs*, **63**(6):576-85.
- GRÖPPER, S., MEER, E. V., LANDES, T., BUCHER, H., STICKEL, A., & GOERLING, U. (2016). Assessing cancer-related distress in cancer patients and caregivers receiving outpatient psychooncological counseling. *Supportive Care in Cancer*, **24**(5): 2351-2357.
- HACIALIOGLU N, ÖZER N, KARABULUTLU EY, ERDEM N, ERCİ B (2010). The quality of life of family caregivers of cancer patients in the East of Turkey. *European Journal of Oncology Nursing*, **14**: 211–221.
- HARDING R, HIGGINSON IJ, LEAM C, DONALDSON N, PEARCE A, GEORGE R, ROBINSON V, TAYLOR L (2004). Evaluation of a short-term group intervention for informal carers of patients attending a home palliative care service. *J Pain Symptom Manage*, **27**(5):396-408.
- HARTNETT J, THOM B, KLINE N (2016). Caregiver burden in end-stage ovarian cancer. *Clin J Oncol Nurs*. **20**(2): 169–173.
- Havyer RD, van Ryn M, Wilson PM, Bangerter LR, Griffin JM.(2019) Concordance of patient and caregiver reports on the quality of colorectal cancer care. *J Oncol Pract*, **15**(11):979-988.
- HEE KK, SOON YS (2017). The effect of caregiver reaction on psychological well-being among family caregivers of cancer patients. *Korean Journal of Adult Nursing*, **29**(6): 647-656.
- HUDSON P, QUINN K, KRISTJANSON L, THOMAS T, BRAITHWAITE M, FISHER J, COCKAYNE M (2008). Evaluation of a psycho-educational group programme for family caregivers in home-based palliative care. *Palliative Medicine*, **22**: 270–280
- HUDSON PL, REMEDIOS C, THOMAS K (2010). A systematic review of psychosocial interventions for family carers of palliative care patients. *BMC Palliat Care*, **9**:17.
- HUMPEL N, MAGEE C, JONES SC (2007). The impact of a cancer diagnosis on the health behaviors of cancer survivors and their family and friends. *Support Care Cancer*, **15**(6):621–630.
- ICONOMOU G, VAGENAKIS AG, KALOFONOS HP (2001). The informational needs, satisfaction with communication, and psychological status of primary caregivers of cancer patients receiving chemotherapy. *Support Care Cancer*, **9**:591–596.
- ILGAZ F, ARSLAN P, YALÇIN Ş (2016). Kemoterapinin kolon kanserli hastaların beslenme durumlarına etkisi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, **44**(2):121-131.

- JARA C, DEL BARCO S, GRÁVALOS C, HOYOS S, HERNÁNDEZ B, MUÑOZ M, QUÍNTANAR T, MEANA JA, RODRÍGUEZ C, DE LAS PEÑAS R (2018). SEOM clinical guideline for treatment of cancer pain (2017). *Clin Transl Oncol*,20(1): 97-107.
- JENSEN S, GİVEN B (1993). Fatigue affecting family caregivers of cancer patients. *Support Care Cancer*; 1(6):321-5.
- JOHANSEN S, CVANCAROVA M, RULAND C (2017). The effect of cancer patients' and their family caregivers' physical and emotional symptoms on caregiver burden. *Cancer Nursing*,41(2):9 1
- KAÇMAZ YH ve ÇÜRÜK GN (2018). Healthy lifestyle behaviours and attitudes of relatives of patients with colorectal cancer towards protection from colorectal cancer. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*, 9(1): 36-49.
- KARAASLAN A (2013). Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve algıladıkları sosyal destek düzeyi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara
- KARAHASANOĞLU T (2001). Kolorektal kanserler: tanı ve cerrahi tedavi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, 271-279.
- KARİMİ S, MAKHSOSİ BR, SEYEDİ-ANDİ SJ, BEHZADİ M, MOGHOFEH Y, MOHAMMADİNASRABADİ K, ABDİ A, AHMADİ P (2017). Surveying the effect of a self-care education program on severity of nausea and emesis in colorectal cancer patients under chemotherapy. *J Multidiscip Healthc*,10:301-307
- KAYNAR ÖG, VURAL F (2018). Kolorektal kanserli hastalara bakım verenlerin bakım yükünün incelenmesi. *Türk Kolon ve Rektum Hastalıkları Dergisi*, 28:164-171
- KAV S (2016). Onkoloji Hemşireliği. İçinde:İç Hastalıkları Hemşireliği Akıl Notları, Ed.: Bedük, T . Güneş Tıp Kitabevi, Ankara. 45-104
- KİM Y, SPİLLERS RL (2010). Quality of life of family caregivers at 2 years after a relative's cancer diagnosis. *Psycho-Oncology*,19: 431-440
- KİM Y, CARVER CS, ROCHA-LİMA, C, SHAFFER KM(2013). Depressive symptoms among caregivers of colorectal cancer patients during the first year since diagnosis: a longitudinal investigation. *Psychooncology*,22(2):362-367.
- LEOW M, CHAN S, CHAN MF (2015). A pilot randomized, controlled trial of the effectiveness of a psychoeducational intervention on family caregivers of patients with advanced cancer. *Oncol Nurs Forum*, 42(2): E63-E72.
- LONGO CJ, FİTCH M, DEBER RB, WILLİAMS AP (2006). Financial and family burden associated with cancer treatment in Ontario, *Canada Support CareCancer* 14: 1077-1085
- MAGUIRE R, HANLY P, HYLAND P, SHARP L (2018). Understanding burden in caregivers of colorectal cancer survivors: what role do patient and caregiver factors play. *Eur J Cancer Care (Engl)*.27(1): 1-9

- MAZANEC SR, FLOCKE SA, DALY BJ (2015). Health behaviors in family members of patients completing cancer treatment. *Oncol Nurs Forum*.42(1):54-62.
- MCQUADE RM, STOJANOVSKA V, ABALO R, BORNSTEIN JC, NURGALI K (2016). Chemotherapy-induced constipation and diarrhea: pathophysiology, current and emerging treatments. *Front Pharmacol*, 3;7:414
- MELLON S (2002). Comparisons between cancer survivors and family members on meaning of the illness and family quality of life. *Oncology Nursing Forum*,29(7):1117-25.
- MENTEŞ B B, EGE B, ÜNER A., ÜNSAL D , YÜKSEL O , BOSTANCI H , OĞUZ M (2007). kolorektal kanserlerin tedavi sonuçları: tek merkezli, 200 vakalık seri. *Gazi Tıp Dergisi*, 8(3): 97-103
- MOLLAOĞLU M, ERDOĞAN G (2014). Effect on symptom control of structured information given to patients receiving chemotherapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 18:78-84
- MOLASSIOTIS A, BREARLEY S, SAUNDERS M, CRAVEN O, WARDLEY A, FARRELL C, SWINDELL R, TODD C, LUKER K (2009). Effectiveness of a home care nursing program in the symptom management of patients with colorectal and breast cancer receiving oral chemotherapy: a randomized, controlled trial. *J Clin Oncol*, 20; (36):6191-6198.
- MONES JV, SOFF G (2019). Management of thrombocytopenia in cancer patients. *Cancer Treat Res*. 179:139-150.
- MOSHER CE, ADAMS RN, HELFT PR, O'NEIL BH, SHAHDA S, RATTRAY NA, CHAMPION VL (2016) Family caregiving challenges in advanced colorectal cancer: patient and caregiver perspectives. *Support Care Cancer*,24(5):2017-2024.
- National Cancer Institute.(NCI) (2017). Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE),2017Version. Erişim Adresi: [https://ctep.cancer.gov/protocolDevelopment/electronic_applications/docs/CTCAE_v5_Quick_Reference_8.5x11.pdf]. Erişim Tarihi: 05/ 06/2019.
- NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN) Clinical practice guidelines in oncology. myeloid growth factors. v. 1.2017. Erişim Adresi: [www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/ myeloid_growth.pdf]. Erişim Tarihi: 05/07/2019.
- NAYAK MG, GEORGE A, VIDYASAGAR MS, KAMATH A (2014). Quality of life of family caregivers of patients with advanced cancer. *Journal of Nursing and Health Science*3(2):70-75
- NCCN Guideline 2018, cancer related fatigue, National Cancer Institute, cancer statistics. Erişim Adresi: [https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/statistics]. Erişim Tarihi: 10.Aralık.2018

- NCCN Guidelines version 2.2019. Colon cancer, basic resources. Erişim Adresi: [https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.aspx]. Erişim tarihi: 10/12/2018.
- NEUFELD J N, ELNAHAL MS, ALVAREZ R H (2017). Cancer pain: a review of epidemiology, clinical quality and value impact. *Future Oncol.* 13(9):833-841.
- NİJBOER C, TRIEMSTRA M, TEMPELAAR R, SANDERMAN R, GEERTRUDİS AM, BOS V. (1999). Measuring both negative and positive reactions to giving care to cancer patients: Psychometric qualities of the Caregiver Reaction Assessment (CRA). *Soc Sci Med*, 48(9):1259-1269.
- ORAK S O, SEZGİN S (2015). Kanser hastasına bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 6(1):33-3934
- ÖKTEN Ç, BEDÜK T (2017). The problems faced by outpatients after gastrointestinal cancer chemotherapy and the methods they use to cope with these problems. *Nurs Pract Today*. 4(3):125-133
- ÖZDEMİR Ü, TAŞÇI S, KARTIN P, ÇÜRÜK N G, NEMLİ A, KARACA H. (2017). Kemoterapi alan bireylerin fonksiyonel durumu ve bakım verenlerin yükü. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1):49-61
- QUADRİLATERO J, HOFFMAN-GOETZ L. (2003). Physical activity and colon cancer: a systematic review of potential mechanisms. *J Sports Med Phys Fitness* 43: 121–138
- PALMBLAD J, NİLSSON CC, HÖGLUND P, PAPADAKİ HA (2016). How we diagnose and treat neutropenia in adults. *Expert Rev Hematol*, 9(5):479-87
- PALOS GR, MENDOZA TR, LİAO KP, ANDERSON KO, GARCİA-GONZALEZ A, HAHN K, NAZARİO A, RAMONETTA LM, VALERO V, LYNCH GR, JİBAJA-WEİSS ML, CLEELAND CS(2010). Caregiver symptom burden: the risk of caring for an under served patient with advanced cancer. *Cancer* 117(5):1070-1079
- PINAR R, AFŞAR F (2015) Back massage to decrease state anxiety, cortisol level, blood prssure, heart rate and increase sleep quality in family caregivers of patients with cancer: A Randomised Controlled Trial. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 16(18):8127-8133.
- PİSSARRA A, MALHEİRO M, MATOS LV, PLÁCİDO AN (2019). Severe rhabdomyolysis related to oxaliplatin adjuvant therapy for colorectal cancer. *BMJ Case Report*; 12(4): 1-3.
- Puchem, National Library of Medicine. Erişim Adresi: [https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov]. Erişim tarihi: 10/05/2019.
- RACHEL M. MCQUADE, VANESA STOJANOVSKA, RAQUEL ABALO, JOEL C. BORNSTEİN, AND KULMİRA NURGALİ (2016). Chemotherapy-induced constipation and diarrhea: Pathophysiology, current and emerging treatments. *Front Pharmacol*, 3;7:414.

- RHA SY, PARK Y, SONG SK, LEE CE, LEE, J. (2015). Caregiving burden and healthpromoting behaviors among the family caregivers of cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(2): 174–181.
- SAĞLIK BAKANLIĞI (2017a) Sağlık Bakanlığı, Ankara 2017. Erişim Adresi: [https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri/yillar/2014-yili-turkiye-kanser-istatistikleri.html]. Erişim tarihi: 10/04/ 2019.
- SAĞLIK BAKANLIĞI (2016). Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı, Türkiye kanser kontrol programı 2013-2018 Erişim Adresi: [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/yayinlar/raporlar/Ulusal_Kanser_KontrolPlani_2013_2018.pdf]. Erişim Tarihi: 10/03/2019.
- SAĞLIK BAKANLIĞI (2017b) Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı, 2017-2025 T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No:1056, Ankara 2017 Erişim Adresi: [https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/547]. Erişim tarihi: 10.04.2019.
- SAKLI K, ZENCİRCİ DA (2013). Taksan ve Platin alan hastalarda periferik nöropati ve nöropatik ağrıya yönelik hemşirelik girişimleri: Sistemik derleme. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1: 61-73.
- SANDSTEDT P, LİTTORİN S, CRÖDE WIDSELL G, JOHANSSON S, GOTTEBERG K, YTTERBERG C, OLSSON M, WIDÉN HOLMQVİST L, KIERKEGAARD M (2018). Caregiver experience, health-related quality of life and life satisfaction among informal caregivers to patients with amyotrophic lateral sclerosis: A cross-sectional study. *J Clin Nurs*, 27(23-24):4321-4330.
- ŞENTÜRK S, BIÇAK D, AKÇA D (2018). Kanserli hasta yakınlarının yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5(1): 35-39.
- SHAW C, TAYLOR L (2012). Treatment-related diarrhea in patients with cancer. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 6(4): p. 413.
- SİSK JR (2000). Caregiver burden and health promotion. *International Journal of Nursing Studies*, 37(1): 37-43.
- STENBERG U, RULAND M C, MİASKOWSKI C (2010) Review of the literature on the effects of caring for a patient with cancer. *PsychoOncology*, 19: 1013–1025.
- TANG TS, Lİ C-Y.(2008). The important role of sense of coherence in relation to depressive symptoms for Taiwanese family caregivers of cancer patients at the end of life. *Journal of Psychosomatic Research*, 64:195–203.
- TAPLİTZ RA, KENNEDY EB, FLOWERS CR (2018). Outpatient management of fever and neutropenia in adults treated for malignancy: American Society of Clinical Oncology and Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guideline Update Summary. *J Oncol Pract*, 14(4):250-255.
- TERAKYE G. (2011). Kanserli hasta yakınlarıyla etkileşim. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(2):78-82.

- TSALİC M, BAR-SELA G, BENY A, VİSEL B, HAİM N (2003). Severe toxicity related to the 5-fluorouracil/leucovorin combination (the Mayo Clinic regimen): a prospective study in colorectal cancer patients. *Am J Clin Oncol*.26(1):103-106.
- UĞUR GH ve AVCİ İA (2015). Kanser tarama merkezine başvuran kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının erken tanı bilgi ve uygulamalarına etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2):244-258.
- UĞUR Ö, FADİLOĞLU ZÇ (2012). Kanser hastasına bakım verenlere uygulanan planlı eğitimin bakım veren yükü üzerine etkisi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 53-58.
- ÜLGER E, ALACACIOĞLU A, GÜLSEREN AŞ, ZENCİR G, DEMİR L, TARHAN MO.(2014). Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. *Deü Tıp Fakültesi Dergisi*, 28(2):85-92.
- VAROL E (2018). Kanser hastası olan çocukların bakım vericilerine evde yapılan eğitimin bakım yükü depresyon ve yaşam doyumuna etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Erzurum.
- WEIS J (2015). Psychosocial care for cancer patients. *Breast Care*, 10:84–86.
- WILKES GM, BARTON- BURKE M (2018). *Oncology Nursing Drug Handbook*. Burlington: Jones & Bartlett Learning, Amerika.
- WHITE K, ABREW'D N, AURET K, GRAHAM N, DUGGAN G (2008). Learn now; live well: an educational programme for caregivers. *International journal of palliative nursing*, 14(10):497-501.
- YAKAR KH, PINAR R (2013). Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 15(2): 1-16.
- YEH P, WIERENGA EM, YUAN SC (2009). Influences of psychological well-being, quality of caregiver-patient relationship, and family support on the health of family caregivers for cancer patients in Taiwan. *Asian Nursing Research*, 3(4): 154-166.
- YILDIRIM S, GÜRKAN A (2010). Psikososyal açıdan kanser ve psikiyatri hemşiresinin rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 26 (1): 87-97.
- YILDIZ E, DEDELİ Ö, PAKYÜZ SÇ (2016). Kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 13 (3): 216-225.
- YUN HO Y, RHEE YS, KANG IO, LEE SJ, BANG SM, LEE SW, KİM SJ, SHİN SW, HONG SY (2005). Economic burdens and quality of life of family caregivers of cancer patients. *Oncology* 68:107–114.
- ZHANG M, PENG L, LIU W, WEN Y, WU X, ZHENG M, ZHU Y, LIU Q, CHAN S (2015).Physical and psychological predictors of quality of life in Chinese colorectal cancer patients during chemotherapy. *Cancer Nurs*,38(4):312-32.

EKLER

EK-1: Bakım Veren Aile Üyelerine İlişkin Sosyodemografik Özellikler Veri Toplama Formu

1. Yaş

a.18-30 b. 31-43 c. 44-56 d. 57-69

2.Cinsiyet

a. ☐ Kadın b.☐Erkek

3. Nerede yaşıyorsunuz?

a. Ankara

b. Ankara dışı ise belirtiniz

4. Eğitim durumunuz nedir?

a. ☐ İlkokul b.☐ Ortaokul c.☐Lise d.☐ Üniversite e.☐ Lisansüstü

5. Kiminle yaşıyorsunuz?

a. ☐Yalnız b. ☐ Eş c.☐ Çocuklar d.☐ Diğer.. (açıklayınız)

6. Medeni durumunuz nedir? (Bekar iseniz 8. Soruya geçiniz)

a. ☐ Bekar b.☐ Evli c.☐ Boşanmış /Dul

7. Kaç çocuğunuz var? (yaşları ile birlikte belirtiniz)

a. 0 b.1 c.2 d.3 e.4 f. 5 ve üzeri

8. Çalışma durumu:

a. ☐ Çalışıyor (çalışıyor iseniz 9.soruya geçiniz)

b. ☐ Çalışmıyor

9. Çalışma şekliniz?

a. ☐ Gündüz b. ☐ Vardiyalı c. ☐ Part-time

10. Bakım verdiğiniz hastaya yakınlık dereceniz nedir?

a. ☐ Eşim b. ☐ Annem c. ☐ Babam d. ☐ Çocuğum e. ☐ Kardeşim

10. Hastanıza hastalığı nedeniyle ne kadar süredir bakım veriyorsunuz?

a. 0-3 ay b. 3-6 ay d. 6-9 ay e. 9-12 ay f. 1 yıl ve üzeri

11. Hastanıza günde kaç saat bakım veriyorsunuz?

a. 0-3 saat b. 3-6 saat d. 6-9 saat e. 9-12 saat

12. Hastanızın bakım sorumluluğunu paylaştığınız kişiler var mı?

a. evetise (Açıklayınız)

b. hayır

13. Bu tanı hastanıza ne zaman konuldu?.....

14. Hastanıza uygulanan tedaviler nelerdir ? (birden fazla işaretleyebilirsiniz)

a. ☐ Kemoterapi (ilaç tedavisi)

b. ☐ cerrahi tedavi

c. ☐ Radyoterapi

d. diğer(Açıklayınız)

15. Hastanız aşağıdaki aktivitelerden hangisi/ hangilerini yaparken zorlanıyor ve sizden yardım istiyor? (birden fazla işaretleyebilirsiniz)

a. ☐ Yemek yeme b. ☐ Üstünü giyinme c. ☐ Tuvalete gitme d. ☐ banyosunu yapma

e. ☐ Alışverişe gitme f. ☐ Kitap/gazete okuma g. ☐ Yürüyüşe çıkma

16. Kemoterapi sonrası kemoterapinin yan etkilerine bağlı bazı sorunlar görülebilir. Sizin hastanızda görülen ve bakım verirken en çok sıkıntı yaşadığınız sorunları işaretleyiniz (birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- a. ☐ Bulantı b. ☐ Konstipasyon (kabızlık) c. ☐ Kusma d. ☐ Ağızda yara
e. ☐ İştahsızlık f. ☐ Saç dökülmesi g. ☐ Enfeksiyon h. ☐ Yorgunluk
ı. ☐ Diyare (ishal) i. ☐ Kaşıntı

Bakım Verilen Hastaya İlişkin Bilgiler

(Hasta dosyasından araştırmacı tarafından alınacak)

1. Yaş

2. Cinsiyet

a. ☐ Kadın b. ☐ Erkek

3. Eğitim durumu

a. ☐ İlkokul b. ☐ Ortaokul c. ☐ Lise d. ☐ Üniversite e. ☐ Lisansüstü

4. Medeni Durum

a. ☐ Bekar b. ☐ Evli c. ☐ Boşanmış /Dul

5. Çalışma Durumu

a. ☐ Evet b. ☐ hayır

6. Tanısı

7. Evresi.....

8. Aldığı Tedaviler

a. ☐ Kemoterapi (ilaç tedavisi)

d. diğer(Açıklayınız)

EK-2: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II)

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz. Hiçbir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim				
7	Önsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekerli ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlıklı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	Önsanlarla anlamlı ve doyumsuz ilişkiler sürdürürüm				
14	Hergün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissedirim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				

26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Hergün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Hergün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açıyım				

EK-3: Bakım Verici Tepki Değerlendirme Ölçeği (BVTDO)

Bakım verici olarak ne hissediyorsunuz ve ne yapıyorsunuz? Ölçek üç bölümden oluşmaktadır.

1. Bir bakım verici olarak ne yapabilirsiniz veya nasıl hissedersiniz? Hastanıza bakım veren kişi olarak ne derecede katılıp katılmadığınızı işaretleyin

Bakım Verici Tepki Değerlendirme	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
Hastama bakmanın meziyet olduğunu düşünüyorum					
Diğerleri bakıcılığın kötü bir şey olduğunu düşünüyor					
Bakım için yeterli param olduğunu düşünüyorum					
Yaşamım bakım üzerine kuruludur.					
Bakım yapmak beni yorgun Düşürür					
Bakım için çevreden destek almak çok zordur.					
Arkadaşıma yada yakınıma bakmak beni üzer					
Tam işin ortasında durmak zorunda kalırım.					

Bazı sorular öncekiler ile aynı gelebilir ama aynı değildir. Cevaplarınız deneyimlerinizi anlamamız için son derece önemlidir.

2. Hastanıza bakan biri olarak ne derece katılıp katılmadığınızı işaretleyiniz

Bakım Verici Tepki Değerlendirme	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
Hastama gerçekten bakım yapmak istiyorum.					
Hastama bakmaya başladığımdan beri sağlığım daha kötü					
Hastama bakmaya başladığımdan beri ailemi/arkadaşlarımı daha az ziyaret eder oldum.					
Hastama ne kadar bakarsam bakayım borcumu ödeyemem.					
Bakımı ailemle birlikte üstleniriz.					
Hastama baktığımdan beri planlarımı azalttım.					
Hastama bakacak yeterli fiziksel gücüm var.					
Hastama baktığımdan beri ailemden koptuğumu hissediyorum.					

Bu son bölüm bakım yaparken ne hissettiğinizi ve ne yaptığınızı sorguluyor. İlginize teşekkür ederiz.

3. Yakınınıza veya hastanıza bakan biri olarak ne derece de katılıp katılmadığınızı belirtiniz

Bakım Verici Tepki Değerlendirme	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
Hastama bakarken kendimi iyi hissediyorum					
Sürekli kesintiler rahatlamam için zaman bulmamı güçleştirir.					
Hastama bakacak kadar sağlıklıyım.					
Hastama bakmak benim için önemlidir.					
Hastamın bakımı aile bütçesine yük getiriyor.					
Ailenin diğer üyeleri bakım konusunda beni yalnız bıraktılar.					
Hastama bakmak beni mutlu eder.					
Hastamın sağlık harcamalarını yaparken zorlanıyorum.					

**EK-4a: Kemoterapi Alan Kolorektal Kanserli Hasta Yakınları İçin Eğitim
Kitapçığı**



**KEMOTERAPİ ALAN KLOREKTAL
KANSERLİ HASTA YAKINLARI İÇİN
EĞİTİM KİTAPCIĞI**

Hazırlayan: Nilay Bektaş Akpınar

Danışman: Prof. Dr. Tülin BEDÜK

Ankara 2018

ISBN: 978-605-245-586-9

Bu kitapçıkta kolorektal kanser ve ilaç tedavisi (kemoterapi) hakkında olası sorunlar ve bu sorunlarla nasıl baş edeceğinize ilişkin bilgiler yer almaktadır.

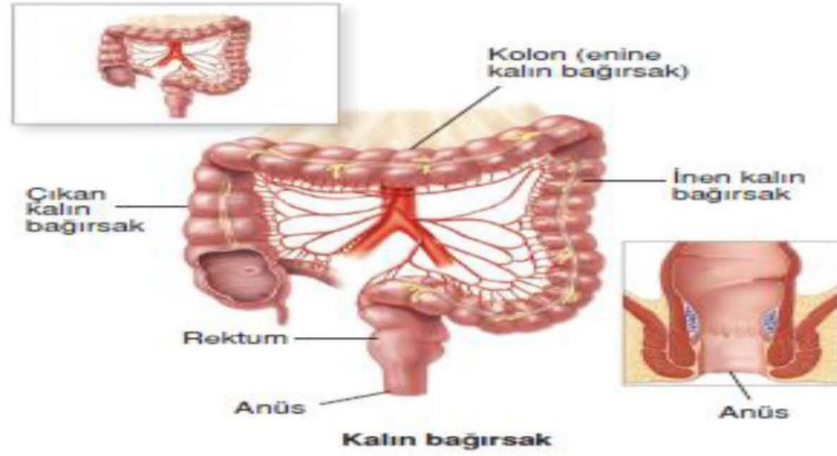
İÇİNDEKİLER	Sayfa Numarası
1.Kolorektal Yapılar (Kalın Barsak-Rektum)	3
2. Kolorektal Kanser Nedir?	4
3. Kolorektal Kanserlerde Risk Faktörleri, Belirtiler ve Tanı	5
4. Kolorektal Kanserlerde Tedavi	6
5. Kemoterapiye Bağlı Belirtilerin Tedavi ve Kontrolü	9
• Bulantı Ve Kusma	9
• İshal	10
• Kabızlık	10
• Yorgunluk- Halsizlik	11
• Enfeksiyon	11
• Saç Dökülmesi	12
• Ağızda Yara (Oral Mukozit-Stomatit)	13
• Kanama Riski (Trombositopeni)	14
• Tırnak Değişiklikleri	16
• Cilt Değişiklikleri	17
• El-Ayak Sendromu	17
• Yüksek Tansiyon (Hipertansiyon)	18
• Duyusal-Algisal Değişiklikler (Periferik Nöropati)	18
• Ağrı	19
• Cinselliğe Etki	20
• Sosyal-Psikolojik Değişiklikler	20
6. Bakım Veren Aile Üyelerinin Hakları	21
Kaynaklar	23
Ek 1: Kemoterapi Alan Kolorektal Kanserli Hasta Yakınları İçin Günlük	25

1.KOLOREKTAL YAPILAR (KALIN BARSAK VE REKTUM)

Sindirim sisteminin son bölümünü kolon (kalın bağırsak) ve rektum olarak adlandırılan iki kısım oluşturur. **Kalın barsak**, ince bağırsakta emilemeyen, hazmedilemeyen besinlerin posalarının (feçes=gaita) vücutta depolandığı yerdir.

Kalın bağırsak yaklaşık 1.5 metre uzunluğunda olup çıkan kolon, yatay kolon ve inen kolon olmak üzere üç bölümü bulunmaktadır.

- Kalın barsakların temel işlevi sıvı elektrolitlerin emilimi ve feçesin depolanmasıdır.
- Sindirim sistemi rektum ve anüs ile sonlanır.



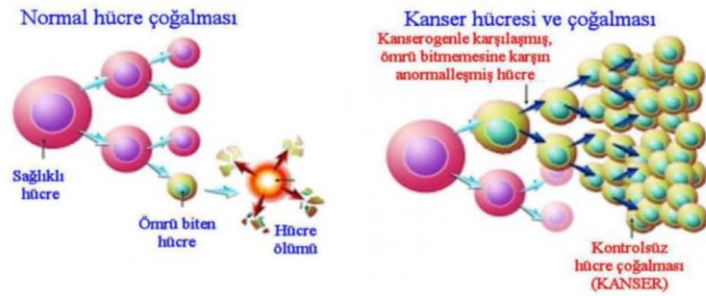
Şekil 1: Kalın Barsak ve Rektumun Yapısı

(<http://sivahlarla.blogspot.com.tr/2014/08/kalin-barsak-iltihab.html>)

Rektum'un uzunluğu yaklaşık 10-12 cm olup dışkılama gerçekleşene kadar feçesin depolandığı yerdir. Dışkılama sırasında, rektum kasılırken rektumdaki sfinkter gevşer ve dışkılama olur.

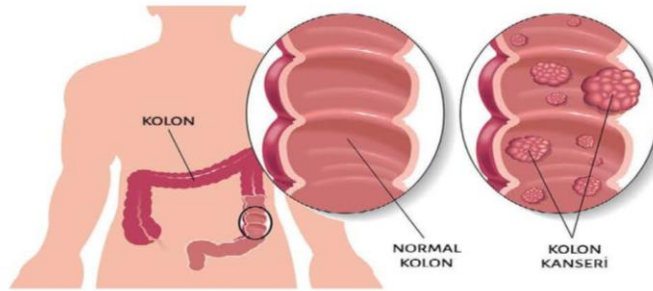
2. KOLOREKTAL KANSER NEDİR ?

Kanser, başka dokuları ve organları istila edebilen ve anormal hücrelerin kontrolsüz bölünmesinden kaynaklanan hastalıklar için kullanılan bir terimdir. Kanser hücreleri kan ve lenf sistemleri ile vücudun diğer bölümlerine yayılabilir. Kanser 100'den fazla çeşidi vardır. Birçok kanser, organ ve hücre tipine göre başladıkları yerde isimlendirilmektedir. Kolon ve rektal kanser birlikte ise kolorektal kanser (KRK) olarak adlandırılır. Kolon kanserlerinin yaklaşık yarısı sağ kolonda bulunurken, 50 yaşından sonra büyük çoğunluğu sol kolonda oluşmaktadır. Kolorektal kanserler ülkemizde kadın ve erkeklerde en sık görülen üçüncü kanser türüdür. Erkeklerde yüz binde 22,8 ve kadınlarda ise yüz binde 13,8 sıklığında görülmektedir.



Şekil 2: Normal ve Kanser Hücre Çoğalması

(<https://www.msxlab.org/forum/tip-bilimleri/8968-kanser-2.html>)



Şekil 3: Normal ve Kanserli Kolon

(<https://kolorektalkanser.org/2017/12/07/kolon-kanseri-belirtileri-nelerdir-2>)

3. KOLOREKTAL KANSERLERDE RİSK FAKTÖRLERİ, BELİRTİLER VE TANI

Kolorektal kanser risk faktörleri

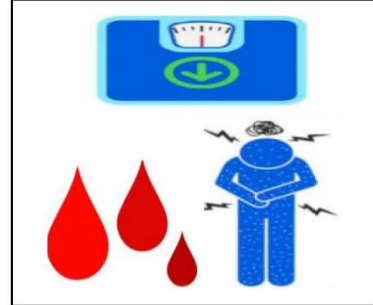
Kolorektal kanserlerin gelişiminde etkili birçok risk faktörü vardır. Bunlar;

- Kolorektal kanser görülme sıklığı 40 yaşından itibaren artar.
- Kolorektal kanser görülme sıklığı erkeklerde daha fazladır.
- Ailede birinci derece bir akrabada kolorektal kanser bulunmasıyla risk artar.
- Familial adenomatöz polipozis (FAP) ve herediter nonpolipozis (HNPCC) tanısı olanlarda kolorektal kanser riski yüksektir.
- Şişmanlık, yağdan zengin ve posalı yiyeceklerden fakir beslenme, uzun süreli sigara içimi, alkol,obesite ve radyasyona maruz kalma diğer risk faktörleridir.
- Ülseratif Kolit ya da Crohn hastalığında olduğu gibi uzun yıllar süren kolon inflamasyonu (enfeksiyonu) kolon kanseri riskini artırır.

Kolorektal kanser belirtileri

Kolorektal kanserler erken evrelerde herhangi bir belirti vermeyebilir. Taramaların önerilme nedeni de budur. Kolorektal kanseri olan bireylerde aşağıdaki belirtilerden bir veya daha fazlası bulunabilir.

- Birkaç gün süren, ishal, kabızlık ve dışkıarken zorlanma gibi bağırsak alışkanlıklarında değişiklik,
- Dışkılamadan sonra rahatlayamama hissi,
- Rektumdan parlak kırmızı kan gelmesi
- Dışkıda (gaitada) kan,
- Karın ağrısı veya kramp,
- Zayıflık ve yorgunluk
- İstenmeyen kilo kaybı.



(<https://decorumah.org/melanotic-stools>)

Kolorektal kanserde tanı

Kolorektal kanserde tanı hastanın öyküsü, fizik muayene ve belirli testler (kan, kolonoskopi, sigmoidoskopi, radyolojik incelemeler, dışkıda kan incelenmesi) ile konur.

4. KOLOREKTAL KANSERLERDE TEDAVİ

Kolorektal kanserlerde öncelikli tedavi cerrahi olsa da, cerrahi tedavi ile birlikte radyoterapi ve kemoterapinin uygulanması tümörün uzak dokulardaki yayılmasını önlemede en etkili yoldur.

Kolorektal kanserlerin kemoterapisinde sıklıkla (5-Fluorouracil (5-FU), Lökoviran (kalsiyum folinat), İrinotekan (Campozar) ve Oksaliptatin (Eloxatin) ve benzeri kemoterapik ilaçlar kullanılmaktadır.

Son yıllarda kullanılan hedefe yönelik tedaviler, kanser hücrenin büyümesine yardım eden moleküllerin etkisini durduran ilaçlardır. Bu ilaçlar arasında Bevacizumab, Cetuximax, Panitumumab, Ramucirumab, Regorafenib, Ziv-aflibercept sayılabilir. Uygulanacak tedavi yöntemi kanserin yerine ve kişinin durumuna göre hekim tarafından belirlenmektedir.

Kemoterapi nedir?

- Tümör hücresinin (kanser hücresinin) çoğalmasını ve büyümesini önleyen ilaçlardır.
- Kemoterapi ilaçları genelde tablet şeklinde ağızdan ya da serum içinde damardan uygulanmaktadır.

Kemoterapi neden uygulanır?

- Tümörü (kanseri) tamamen yok etmek ve hastayı iyileştirmek için,
- Tümörün (kanserin) yayılmasını ve tekrarlamasını engellemek için,
- Tümörün (kanser hücresinin) büyümesini durdurmak veya yavaşlatmak için,
- Tümörün sebep olduğu belirtileri yok etmek ve azaltmak için uygulanır.

Kemoterapi ne kadar sürede uygulanır?

- Kemoterapi, hastalığın türüne ve hastanın durumuna göre uygulanır.
- Kemoterapi süresi oluşan yan etkilere ve hastalığın seyrine göre doktor tarafından değiştirilebilir.
- Kemoterapi tedavisi genellikle 21 ya da 28 günde bir uygulanmaktadır.

Kemoterapi nasıl uygulanır?

Kemoterapi ilaçları genellikle damardan uygulanır. Kemoterapi uygulaması için hastaya geniş bir toplardamardan port katater takılması gerekebilir. Port kateter bir ucu ana toplardamar diğer ucu cilt altına yerleştirilen ve buradan ilaç uygulanan suni damardır. Port

kateter ile her seferinde damar yolu aranmasına gerek kalmadan kemoterapi uygulanır. PORT, ameliyathane şartlarında takılır ve kemoterapi bitinceye kadar vücut içinde, göğsün sağ üst kısmında kalır. Kemoterapi sonrasında port çıkarılır.



(http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/yneni_tasarim/files/PORT%20KATATER%20BAKIMI.pdf)

Port-kateter bakımı nasıl olmalıdır?

- Port sistemi, cildin hemen altında yer alması nedeniyle, hastanızda hareket kısıtlılığına neden olmaz. Hastanız duş ve banyo yapabilir.
- Hastanızda kateter tıkanıklığını önlemek veya katetere zarar vermemek için port kateterin takılı olduğu koldan hastanızın kan basıncı ölçümü(tansiyon) yaptırmamasını sağlayınız.
- Port takılan yerde kızarıklık, şişlik, ağrı, sızıntı ve morarma gibi belirtiler varsa hemen doktorunuza ve hemşirenize başvurunuz.

Kemoterapi sırasında başka ilaç ya da bitkisel ürünler kullanılır mı?

Bazı ilaçlar ve bitkisel ürünler kemoterapi ilaçları ile etkileşebilirler.

Bu nedenle kemoterapi alırken başka ilaçları kullanmadan önce mutlaka doktoruna ve hemşiresine danışınız.

Hastanızın kronik bir hastalığı varsa ve ilaç kullanıyorsa bu ilaçları mutlaka doktoruna ve hemşiresine bildiriniz.

Kemoterapi ilaçları ile etkileşen ilaçlar

- Bazı antibiyotikler (Penisilin, sefalekssin, tetrasiklinler) ve oral kontraseptifler kemoterapötik ilaçların etkinliğinde azalmaya neden olabilirler.
- Kortikosteroidler ve antibiyotikler (Sülfonamidler) tedavide kullanılan metotreksatın etkisini ve yan etkisini artırabilir.
- Kolorektal kanser tedavisinde kullanılan 5-5-Fluorouracil (5-FU)'ın etki mekanizmasını; Metronidazol (antibiyotik), Allopurinol (gut tedavisinde kullanılır), Simetidin (mide ülserlerinde kullanılır), Varfarin (kan pıhtılaşmasını önlemede kullanılır), Fenitoin (epilepsi yani sara tedavisinde kullanılır), fenilbutazon (ağrı kesiciler) ve sülfonamid (antibiyotik) ilaçları değiştirebilir.
- Kolorektal kanser tedavisinde kullanılan Lökoviran (kalsiyum folinat) epilepsi için kullanılan ilaçların (fenobarbital) etkisini azaltabilmektedir.
- Antikoagülan (aspirin, warfarin vb) ilaçlar kemoterapinin yan etkisini (kanama riski) artırabilir.

Kemoterapi ilaçları ile etkileşen besinler

- Ginseng, ekinezya, kedi otu, ginkgo: Kolorektal kanseri tedavisinde kullanılan ilaçlar ile etkileşir.
- Greyfurt: Kolorektal kanseri tedavisinde kullanılan ilaçlar ile etkileşir.
- Isırgan otu: Kemoterapinin yan etkileriyle (Karın ağrısı, ishal ve ateş) ısırgan otunun etkileri karışabilir.
- Sarımsak, soya, keten tohumu: Kolon Kanserinde kullanılan ilaçlarla etkileşimi konusunda bir bilgiye rastlanmamış olsa da kolon kanseri tedavisi alan hastalara önerilmemektedir.



Şekil 4: Kemoterapi ilaçları ile etkileşen besinler

<https://uzes.saglik.gov.tr/pluginfile.php/18814/course/overviewfiles>

Kemoterapi almaya gelirken hastanız aç mı tok mu olmalı?

Hastanıza kemoterapi tedavisini(kürünü) almaya gelirken doktoru tarafından önerilen özel bir öneri bulunmadığı sürece hafif, yağsız baharatsız yiyecekler yedirebilirsiniz. Hastanıza genellikle kemoterapiden 2 (iki) saat önce yemek yedirmeniz daha iyi olacaktır.

5. KEMOTERAPİYE BAĞLI BELİRTİLERİN TEDAVİ VE KONTROLÜ

Kemoterapinin yan etkileri nelerdir?

Kemoterapi ilaçları tümörlü hücrelere zarar verirken aynı zamanda vücudun **hızlı çoğalan ve büyüyen** (saç hücresi, bağırsak-mide hücresi vb) normal hücrelerini de olumsuz etkiler. Kolorektal kanserlerde en sık yan etkiler; bulantı-kusma, ishal, el ayak sendromu ve kemik iliğinin baskılanmasıdır. Bu nedenle kemoterapi ilacının türüne göre farklı yan etkiler oluşabilir.

Bulantı ve Kusma

Kemoterapiye bağlı en önemli şikâyetlerden biridir. Kemoterapi, mide ve beyindeki kusma ile ilgili merkezi etkileyerek kusmaya neden olabilir. Genellikle tedaviden sonraki ilk 6(altı) saat içinde gelişmektedir. Hastanızda bulantı-kusma şikâyetlerini azaltabilmek için;

- Hastanızın bulantı ve kusmanın her kemoterapide olabileceği ön yargısına kapılmasına izin vermeyiniz
- Hastanız yatakta kusarsa hastanızın başını yana çeviriniz.
- Hastanızı az, sık ve yavaş yemek yemesi için teşvik ediniz.
- Hastanızın yemekleri iyice çiğnemesini sağlayınız.
- Hastanızın bulantısını azaltmak için sıvı ve yumuşak yiyecekleri yemesini sağlayınız (örn; elma püresi, kızılıçık çayı vb)
- Hastanızın yağlı, şekerli ve kızartma türü yiyecekleri yemesine izin vermeyiniz.
- Yemek kokuları hastanızın bulantısını artırabileceği için hastanızın yiyecekleri soğuk yemesini sağlayınız.
- Sabah kusmaları için hastanızın ağzında yarası yoksa hastanızın yataktan kalkar kalkmaz kraker, tost ve peynir-ekmek gibi kuru gıdaları yemesine yardımcı olunuz.
- Hastanızın bulunduğu ortamda hastanızı rahatsız edebilecek kokular olmamasına dikkat ediniz.

- Hastanız yemek yedikten sonraki 2 (iki) saat sırt üstü yatmamasını sağlayınız.
- Hastanızı sıkmayan rahat edeceği kıyafetler giymesi için teşvik ediniz.
- Hastanızın dişlerini yumuşak diş fırçası ile fırçalamasını sağlayınız. Böylece temiz ağız ile bulantısı azalabilir.
- Hastanızı rahatlatmak ve dikkatini başka yöne çekecek müzik dinleme, televizyon izleme, kitap- gazete okuma ve hayal kurmasını sağlama gibi aktivitelerde bulunmasına yardım ediniz.

İshal

Kemoterapi ilaçları hastanızın dışkılama alışkanlığını değiştirebilir. Hastanızda günde 3(üç) den fazla dışkılaması olursa aşağıdaki önlemlerin alınması gerekmektedir.

- Hastanızın her gün sabah aç karna tartılmasını ve kilosunu kaydetmesini sağlayınız (Hastanızın kilo izleminde kullanabileceğiniz bir çizelge Ek-2 de yer almaktadır)
- Hastanızın günde kaç defa dışkı yaptığını takip etmesini ve not etmesini sağlayınız.
- Hastanızın sıvı alımını destekleyip artırmasına yardım ediniz.
- Hastanızın muz, haşlanmış patates, leblebi gibi ishal önleyici yiyecekleri yemesini sağlayınız.
- Hastanızın anal bölgesinin temiz ve kuru kalmasını sağlayınız.

Kabızlık

Hastanızın dışkıyı yaparken zorlanması, dışkısının sert olması, normale göre daha az dışkılaması (3-4 günde bir) hastanızda kabızlık olduğunun göstergesidir.

- Hastanızın bol miktarda ve içebiliyorsa ılık su içmesini sağlayınız.
- Hastanızın yapabildiği ölçüde yürüyüş, ya da hafif fiziksel aktivite yapmasını sağlayınız.
- Hastanızın kabızlığı önleyici (kayısı, erik, patlamış mısır vb) gıdaları yemesini sağlayınız.

Yorgunluk- Halsizlik

Kemoterapi kemik iliğinde kırmızı kan hücrelerinin yapımını bozarak vücutta oksijen taşınmasını azaltır. Bu durum hastanızda yorgunluğa ve kansızlığa neden olabilir.

- Hastanızın dinlenmesine yardımcı olunuz.
- Hastanızın düzenli uyumasını sağlayınız. Her gün aynı saatte yatmasını ve kalkmasını sağlayınız.
- Hastanızın yatmadan önce kafein, alkol, çay kullanmaması için teşvik edilecek.
- Hastanızın günlük aktivitelerine yardımcı olarak yorgunluğu ve dokularının oksijen gereksinimini azaltmasını sağlayınız.
- Hastanızın sosyal ilişkilerini sürdürmesini destekleyiniz.
- Hastanız tolere edebiliyorsa kırmızı et, siyah üzüm gibi kan yapıcı yiyecekleri yemesini sağlayınız.
- Baş dönmesi olmaması için hastanızın aşamalı olarak ayağa kalkmasını sağlayınız.

Enfeksiyon

Kemoterapi, bakteri ve virüslerle savaşan hücrelerinizi azaltacağı için mikroplar vücutta daha kolay hastalık yapabilir. Bu yüzden hastanızı normalden daha fazla korumanız gerekebilir. Bu nedenle ;

- Hastanızın ellerini sık yıkamasını sağlayınız
- Hastanızın diş etlerini tahriş etmeyecek yumuşak diş fırçası kullanmasını sağlayınız
- Hastanızın vücudunun kuru kalmamasına dikkat ediniz.
- Hastanızın yiyeceği meyve, sebzelerin çok iyi yıkanmasını sağlayınız.
- Hastanız üşüdüğünde, kendisini hasta hissettiğinde derece ile ateşini mutlaka kontrol etmesini sağlayınız.
- Hastanızın dışarıda yemek yememesini sağlayınız.
- Hastanızın toplu yerlerde (otobüs, dolmuş vb) bulunması gerekiyorsa mutlaka maske takmasını sağlayınız.

Hastanızın ateşi 38 derecenin üzerindeyse, boğaz ağrısı ve idrar yaparken yanması varsa mutlaka hemşiresi ve doktoruyla iletişime geçiniz.



Şekil 5: Enfeksiyon Belirtileri

(<https://www.medikalakademi.com.tr/bogaz-agrisina-ne-iyi-gelir-bogaz-agrisi-nedenleri-ve-tedavisi/>)
(<http://sagliklibirey.net/idrar-yaparken-yanma-olmasi.html>)

Saç Dökülmesi

Bazı kemoterapi ilaçları kıl kökü hücrelerine zarar vererek saçların ve vücudun diğer bölgelerdeki tüylerin azalmasına neden olabilir. Genellikle kemoterapi sonrası 10-21 gün arasında saç dökülmesi başlar. 1-2 ay sonra tam saç kaybı ortaya çıkabilir. Hastanıza bu durumun geçici olduğunu, kemoterapi uygulaması bittikten sonra saçlarının tekrar çıkacağını doktoru ve hemşiresi söyleyecektir. Yine de hastanız için;

- Hastanızın kemoterapi başlamadan önce saçlarını kısa kestirmesini sağlayabilirsiniz.
- Hastanıza şapka, peruk, eşarp alıp takmasını sağlayabilirsiniz.
- Hastanızın saçını besleyici şampuanlarla yıkamasını ve iyice durulamasını sağlayabilirsiniz.
- Hastanız saçını aşırı taramaktan kaçınmasını geniş dişli tarakları ve yumuşak fırçaları tercih etmesini sağlarız.
- Hastanızın saçını boyamaktan, sprey ve jöle, gibi ürünleri kullanmaktan kaçınmasını sağlarız.

Ağızda Yara (Oral Mukozit- Stomatit)

Stomatit olarak da adlandırılan oral mukozit, kanser tedavisinin sık görülen bir yan etkisidir. Mukozitler hastanızın beslenmesini ve iştah durumunu etkileyebilir. Bu nedenle

- Hastanızın ağızını, dişlerini, dudaklarını ve dilini günlük olarak kızarıklık, şişlik ve ağrı yönünden değerlendirmesini teşvik ediniz. Bu değerlendirmede ona eşlik ediniz (Bakınız şekil-6)



Şekil 6:Ağız-Dil ve Dişlerin Değerlendirilmesi

([http://Downloads/H6_Konsensus_Kitap%20\(1\)](http://Downloads/H6_Konsensus_Kitap%20(1)))

- Hastanızın aşırı sıcak-soğuk yiyecek-içecekler, asitli içecekler, acılı-ekşili-baharatlı yiyecekler, alkol ve sigaradan uzak durmasını sağlayınız.
- Hastanızın günde 2 (iki) kez dişlerin yumuşak diş fırçası ile fırçalaması ya da sodyum bikarbonatla (karbonat) ağızını çalkalanmasını sağlayınız.
- Eğer hastanızın trombosit sayısı 50.000 altında ise diş ipi kullanmamalı ve diş fırçalamamalı, bunun yerine ağız gargarası kullanmasını sağlayınız.
- **Hastanızın diş fırçasını sık değiştirilmesini (ayda bir kez) sağlayınız.**
- Eğer doktoru da uygun görüyorsa kemoterapi uygulanmadan 5 (beş) dakika önce hastanızın ağızına buz parçaları veriniz. Bu uygulama oral kavitenin soğumasına ve kan akımının azalmasına yol açarak kemoterapötik ilaçların oral mukozaya daha az ulaşmasına neden olur.
- Karadut şurubunun ağız yaralarını engellediği tespit edilmiştir.(günde 3-4 kez ve özellikle tedaviden 15-20 dakika önce 5 mililitre kadar kullanılması önerilir)



(<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fonc.2017.00089>)

Şekil 7: Oral Mukozitlerin Ağız içinde Farklı Bölgelerdeki Yerleşimi

Kanama Riski (Trombositopeni)

Trombositler kanın şekilli elemanlarından biri olup, en önemli görevleri kanamayı durdurmasıdır. Trombosit sayısının düşük olması kanama riskini artırır. Kemoterapi ilaçları kemik iliğinin bu elemanları üretmesini baskılayarak kanama riskini artırabilmektedir. Bu nedenle;

- Hastanızın herhangi bir yere vurmasını, çarpmasını ve düşmesini önleyiniz.
- Hastanızın bütün vücut derisini, ağız mukozalarını her gün kanama yönünden kontrol etmesini sağlayınız. Eğer derisinde morluk ve nokta şeklinde kanamalar varsa hemen doktoru ve hemşiresi ile iletişime geçmelisiniz.
- Hastanızın doktoruna danışmadan **ASPİRİN kullanmasına izin vermeyiniz.**
- Hastanızın tınaklarını dikkatli kesmesini sağlayınız.
- Hastanızın tükürüğünde, balgamında, burnunda, idrarında ve gaitasında kan olup olmadığını kontrol etmesini sağlayınız (Bakınız şekil-8)
- Hastanız burnunu silmek istediğinde nazikçe silmesi gerektiğini söyleyiniz.
- Hastanızın adet dönemlerinde pedindeki kan miktarını takip etmesini sağlayınız. Normalden fazla ise doktor ya da hemşireniz ile iletişime geçiniz.



Cilt altı kanaması

(<https://www.hemensaglik.com/makale/trombositopeni>)



Burun kanaması

(<https://www.sagliksitiniz.com>)



Dış eti kanaması

(<https://www.vegadent.net/sincan-dls-hekimi>)



İdrarda kan

(<http://www.mynet.com/haber/saglik/ıdrardan-kan-gelmesi>)



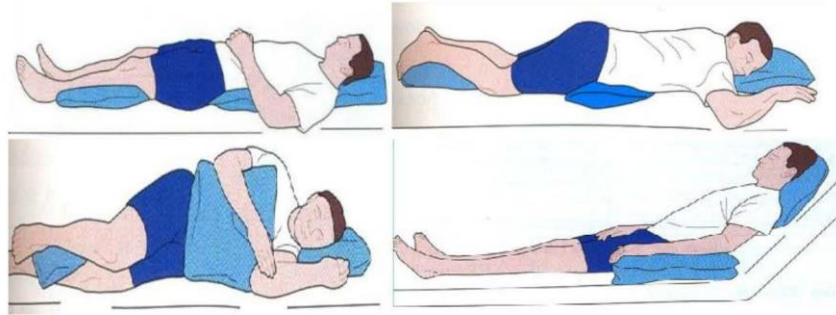
(https://tr.123rf.com/photo_15117367)

Şekil 8: Kanama (Trombositopeni) Belirtileri

Tırnak Değişiklikleri

Tırnak hücreleri sürekli bölünerek çoğalan hücrelerdir. Kemoterapi ilaçları yüksek bölünme özelliğine sahip bu hücrelere zarar verebilir. Hastanızın tırnakları kolay kırılabilir ve üzerinde çizgilenmeler oluşabilir. Hastanızda tırnak değişikliklerini önlemek için;

- Hastanızın rahat ayakkabı giymesini sağlayınız.
- Hastanızın el ve ayak tırnaklarını düz kesmesini sağlayınız.
- Hastanızın tırnaklarını korumak için deterjanlardan ve kimyasal maddelerden uzak durmasını sağlayın. Eğer bu maddeleri kullanması gerekiyorsa hastanızın eldiven kullanmasını sağlayınız.
- Hastanızın yumuşak sabun kullanması için teşvik ediniz.
- Hastanızın ellerine ve tırnaklarına yumuşatıcı kremler uygulamasını sağlayınız.
- Hastanızın el ve ayaklarını gece yatarken desteklemesini sağlayınız. (Bakınız şekil-9)



Şekil 9: Yatak içerisinde pozisyon verme

<https://kadinvehastaliklari.com/yatak-icinde-pozisyon-verme/>

- Hastanızın el ve ayaklarını güneşten koruyoruz, güneş koruyucu krem kullanmasını sağlayınız.

Cilt Değişiklikleri

Kemoterapi ilaçları hastanızın cildinde kuruluk, kaşıntı ve derisinde soyulma meydana getirebilir.

- Hastanızın kemoterapi alırken güneşlenmekten kaçınmasını sağlayınız.
- Hastanızı güneşin dik geldiği saatlerde dışarı çıkarmaktan kaçınınız.
- Hastanızın güneşe çıkarken güneş kremi kullanması, uzun kollu ve pamuklu giysiler giymesi, şapka takması için teşvik ediniz.
- Hastanızın banyo yaparken keselenmemesi konusunda uyarınız.
- Hastanızın kısa süreli ve ılık su ile duş almasını sağlayın. Hastanıza banyo sonrası nemlendirici kremler sürmesi için teşvik ediniz.

El-Ayak Sendromu

El ayak sendromu kemoterapi ilaçlarının neden olduğu el ve ayakları etkileyen bir reaksiyondur. Hastanızın el ve ayaklarında karıncalanma ve his kaybı ile başlar. Hastanızın avuç içi ve ayak tabanında kızarıklık, şişlik ve ağrıya neden olabilir. Hastanızda bu sendromun gelişmesini önlemek için hastanızın;

- Basınca duyarlı alanları günlük olarak değerlendirmesi (kasık,meme altı gibi bölgeler) sağlayınız
- Güneşe çıkmaması ya da güneşten koruyucu losyon kullanması için teşvik ediniz.
- Ilık su ile duş almasını sağlayınız
- Sıkı giysiler giymemesini sağlayınız
- Uyku sırasında sürünmeyi önlemek için bacaklarının arasına yastık koymasına yardımcı olunuz
- Zorlayıcı egzersiz yapmamasını sağlayınız,
- Temizlik ürünleri ve deterjanlara maruz kalmasını engelleyiniz.
- Sıcak maddelere dokunmadan lastik eldiven giymesini sağlayınız
- Tornavida, bıçak ve bahçe aletleri gibi ellere büyük basınç gerektiren aletleri kullanmamasını sağlayınız.
- Pamuklu ve hava alabilen çorap, giysi kullanmasını sağlayınız.
- El ve ayaklarında bül ve ülserasyon olup olmadığını kontrol ediniz.

El-ayak sendromunda hastanızın avuç ve tabanlarında bül ve ülserasyon gelişebilir.

Hastanızın el ve ayaklarında bül ve ülserasyon varsa doktoruna ve hemşiresine bilgi veriniz.



<https://docplayer.biz.tr/14866727-Meme-kanserinde-kemoterapi-hormon-tedavisi-ve-hedefe-yonelik-tedaviler>

Yüksek Tansiyon (Hipertansiyon)

Kemoterapi hastanız da tansiyon yükselmesine neden olabilir.

- Hastanızın daha önce yüksek tansiyon veya kalp ile ilgili rahatsızlığı varsa bunu doktoruna ve hemşiresine bildiriniz.
- Hastanızın daha önce yüksek tansiyon ve kalp rahatsızlığı ile ilgili kullandığı ilaçlar varsa bunu doktoruna ve hemşiresine bildiriniz. Hastanızın bu ilaçları önerilen şekilde düzenli kullanmasını sağlayınız.
- Hastanızın göğüs ağrısı, baş dönmesi olup olmadığını değerlendiriniz.
- Hastanızın tansiyonun düzenli aralıklarla ölçülmesini sağlayınız.

Duyusal-Algisal Değişiklikler (Periferik Nöropati)

Bazı kemoterapi ilaçları el ve ayaklarda his ve hareketleri koordine eden sinir hücrelerine zarar verebilir. Hastanızın el, ayaklarında uyuşukluk ve his kaybına yol açabilir. Bu durum genellikle geçicidir.



(<http://www.serkansaka.com.tr/noropati>)

- Hastanızın el ve ayaklarında uyuşma, his kaybı, güçsüzlük fark ettiğinizde bunu doktoruna ve hemşiresine bildiriniz.
- Hastanızın tedavi süresince ve sonrasında 5-7 gün boyunca soğuktan kaçınmasını sağlayınız.
- Hastanızın soğuk içecek ve yiyeceklerden uzak durmasını sağlayınız.
- Hastanızın soğuk duş almamasını sağlayınız.
- Eğer kış ise hastanızın dışarıya çıkarken kalın giyecekler giymesini, atkı ve şapka kullanmasını sağlayınız. Arabaya binmeden önce arabanın ısınmasını sağlayınız.
- Hastanız mutfakta buzdolabı/dondurucu kullanacağı zaman eldiven kullanmasını sağlayınız.



(<https://www.medscape.com/viewarticle/854398>) (<https://www.sozcu.com.tr/hayatim/guzellik/cilt-sagligi-icin-7-adim/>)

Ağrı

Hastanızda oluşan ağrının süresi, hangi durumlarda azalıp arttığı, özellikle ellerde ve ayaklarda uyuşma gibi durumların izlenmesi önemlidir.

- Ağrı hastanızda iştahsızlık, yorgunluk, huzursuzluk ve strese neden olabilir.
- Hastanızda ağrı olduğu zaman ağrısının süresini ve şiddetini öğrenmeye çalışınız.
- Hastanızın ağrısı olduğu zaman dikkatini başka yöne çekme, hayal kurma, televizyon izleme, resim yapma gibi aktiviteleri yapmasını sağlayınız.
- Hastanızın ağrısı için doktoru ile görüşüp ağrı kesiciler almasını sağlayabilirsiniz.
- Herhangi bir sakıncası yoksa hastanıza masaj yapabilirsiniz.

Cinselliğe Etki

- Bazı kemoterapi ilaçları cinsel organları ve hormonları etkileyebilmektedir. Kadınlarda adet düzensizliklerine neden olabilir.
- Tedavi alan eşiniz ise birbiriniz ile olan iletişiminizi artırın ve cinsellik üzerine açık bir şekilde konuşmaktan kaçınmayınız.
- Kemoterapi ilaçlarının bazıları kadınlarda ve erkeklerde cinsel isteksizliğe neden olabilir. Bu konuyu doktorunuzla görüşüp önerilerini alabilirsiniz.
- Kadınlarda vajinal kuruluk varsa su bazlı kaygınlaştırıcılar tercih edilebilir.
- Kadınlar kemoterapi alırken aldıkları ilaçlar anne sütüne geçtiğinden bebek emzirmeleri tavsiye edilmez. Ayrıca kemoterapi ilaçları bebeğe zarar vereceği için kemoterapi uygulanan dönemde kadınların hamile kalması önerilmez.

Kemoterapi alan hastaların cinsel ilişkiye girmesinde sakınca yoktur. Ancak özellikle kemoterapi sonrası 1. haftadan itibaren trombosit ve lökosit gibi kan değerleri düşeceğinden kanama ve enfeksiyon riski artabileceğinden dikkatli olunmalıdır.

Sosyal-Psikolojik Değişiklikler

Kanser tedavisi ruhsal, psikolojik ve sosyal sorunlara neden olabilir. Bu nedenle hastanız ölüm korkusu, size bağımlı kalma korkusu, beden şeklinin bozulması ve ekonomik sorunlarının olacağı gibi ciddi endişeler yaşayabilir.

Tedaviye uyum hastalığın gidişini etkileyen önemli bir konudur.

Tedaviye uyumu sağlayabilmek için önce hastanızın hastalığından ne anladığını, varsa hastalığı ile ilgili inançlarını, korkularını ve hastalığına nasıl bir tepki verdiğini anlamak gerekir.

- Hastanızın söylediklerinin ve sözlerinden daha fazla şey ifade eden beden dili ve yüz ifadesi gibi sözel olmayan davranışlarının farkında olmaya çalışınız.
- Hastanız ile iletişimde önyargısız, kabullenici ve güven verici olunuz. Bu tarzda bir yaklaşım hastanın duygularını ve endişelerini paylaşmasını kolaylaştırır.

- Hastanıza ümidini yok etmeden, abartılı bir güvence vermeden, her zaman bir çıkış yolu olduğunu hatırlatarak destek olunuz. Baş edemediğiniz bir durum olduğunda psikiyatriden yardım alabilirsiniz.

6. BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİ OLARAK SİZLER

Bakım veren bireyler olarak sizlerin de duygusal ve kendinizi gerçekleştirmeye yönelik gereksinimleriniz ve haklarınız vardır. Bunlar;

1. Kendinizi umursama hakkı

Bu bencillik değildir. Hastanıza daha iyi bakabilmek için öncelikle kendinize iyi davranmanız, kendi bakımınızı iyi yapabilmeniz gerekmektedir. Sizlerin dengeli ve düzenli beslenme, kendi bakımınızı ihmal etmeme, egzersiz yapma gibi sağlığını koruyucu ve geliştirici davranışları yapmaya hakkınız vardır.

2. Diğer insanlardan yardım isteme hakkı

Çünkü her insanın olduğu gibi sizin de gücünüzün bir sınırı vardır.

3. Hastanızla ilgili olan kısım dışında kendi yaşamınızın diğer bölümlerini de sürdürme hakkı

Bazı şeyleri sadece kendiniz için yapma hakkına sahipsiniz

4. Kızgın olma, depresif olma, kırgınlık, zorlanma ve duygularını açıklama hakkı

Hasta bakımı veren konumda olmak, size alıştığınızın dışında rol ve sorumluluklar yükleyebilir (hastanızı hastaneye götürme, tedavisini sürdürme, ilaçlarını alma, hastanızın ev işlerini üstlenme vb) ve bu sizde duygusal yüke neden olabilir. Bu yük ise zamanla depresyon, anksiyete, tükenmişlik, gibi duygular yaşamınıza neden olabilir; bu duyguları yaşamaya hakkınız vardır.

5. Hastanızın ya da çevrenizdekilerin size kendinizi suçlu ya da kızgın hissettirme girişimlerini reddetme hakkı

6. Hastanız için yaptıklarınızla ilgili geri bildirim isteme, affedilme, kabullenilme, sevilme, bağlanma, önemsenme hakkı

7.Yapabildiklerinizle gurur duyma hastanızı ihtiyaçlarını karşılayabildiğinizde kendinizi takdir etme ve alkışlama hakkı

Hastanızın hastalığa uyumunu yönetebiliyor, hastanızın hastalık ve yan etkileri ile baş etmesine yardımcı olabiliyorsanız kendinizle gurur duyabilir, mutlu olabilirsiniz.

8. Hastanızın tam gün yardımınıza ihtiyaç duymadığı zamanlarda sizi ayakta tutabilecek bir yaşam ve bireyselliğinizi koruma hakkı

Hastanızın size ihtiyaç duymadığı zamanlarda kendinizi iyi hissettirecek aktiviteleri (arkadaşlarınızla vakit geçirme, sinemaya gitme vb) yapmaya hakkınız vardır.

KAYNAKLAR

1. NCCN Guideline For Colorectal Cancer.
<https://www.nccn.org/patients/guidelines/colon/.../colon.pdf>
2. İlaç-Besin Etkileşim Listesi <http://www.necipfazildh.saglik.gov.tr>.
3. Karadakovan A., Yaşlılık ve bakım. İçinde: Karadakovan A, Eti Aslan F (edt), Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Nobel Kitapevi, İstanbul 2011;106.
4. Kocaman N. Genel hastane uygulamasında psikososyal bakım ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 9: 49-51.
5. Terakye G. Kanserli Hasta Yakınlarıyla Etkileşim. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2011; 4 (2):78-82
6. <http://www.cancer.gov/cancertopics/caring-for-thecaregiver>.
7. AKDEMİR, N., Birol L. (2011). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, 3.Baskı, Ankara
8. Baykara O (2016). Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*;5(3): 154-165
9. Can G (2005) Antineoplastik İlaçların Yan etkileri ve Hemşirelik Yaklaşımları. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*; 2(2):8-15
10. Can G (2007). Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi. 3P-Pharma Publication Planning
11. Can G (2010). Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Bakım, 2010 İstanbul Konsensusu, Nobel Tıp Kitabevi
12. Can G (2018) Kanser Hastasında Kanıta Dayalı Palyatif Bakım, Nobel Tıp Kitabevleri
13. Kav S (2016) Onkoloji Hemşireliği, *İç Hastalıkları Hemşireliği Akıl Notları*, Bedük T (ed). Güneş Tıp Kitabevi, Ankara. s:45-58
14. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Kanser İstatistikleri, Ankara 2016. Erişim: [http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/ANA_rapor_2013v01_2.pdf]
15. AKIN S (2012). Kolorektal Kanserler ve Bakım, *Kronik Hastalıklar ve Bakım*. Durna Z (ed). Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul. S: 177-186
16. MENTEŞ B B, EGE B, ÜNER A , ÜNSAL D , YÜKSEL O , BOSTANCI H , OĞUZ M (2007). KOLOREKTAL KANSERLERİN TEDAVİ SONUÇLARI: TEK

MERKEZLİ, 200 VAKALIK SERİ. *Gazi Tıp Dergisi / Gazi Medical Journal* **18**(3): 97-103

17. <http://sivahlarla.blogspot.com.tr/2014/08/kaln-barsak-iltihab.html>
18. <https://www.msxlab.org/forum/tip-bilimleri/8968-kanser-2.html>
19. <https://kolorektalkanser.org/2017/12/07/kolon-kanseri-belirtileri-nelerdir-2>
20. <https://uzes.saglik.gov.tr/pluginfile.php/18814/course/overviewfiles>
21. <https://www.medikalakademi.com.tr/bogaz-agrisina-ne-iyi-gelir-bogaz-agrisi-nedenleri-ve-tedavisi/>
22. <http://sagliklibirey.net/idr-ar-vaparken-vanma-olmasi.html>
23. [http://Downloads/H6_Konsensus_Kitap%20\(1\).pdf](http://Downloads/H6_Konsensus_Kitap%20(1).pdf)
24. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fonc.2017.00089>
25. <https://www.hemensaglik.com/makale/trombositopeni>
26. <https://www.sagliksiteiniz.com>
27. <https://www.vegadent.net/sincan-dis-hekimi>
28. <http://www.mynet.com/haber/saglik/idrardan-kan-gelmesi>
29. https://tr.123rf.com/photo_15117367
30. <http://www.serkansaka.com.tr/noropati>
31. http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/veni_tasarim/files/PORT%20KATATER%20BAKIMI.pdf

EK-4b: Kemoterapi Alan Kolorektal Kanserli Hasta Yakınları İçin Günlük

EK-1

Kemoterapi alan kolorektal kanserli hasta yakınları için günlük

Hastanıza bakım verirken karşılaştığınız güçlüklerin size neler hissettirdiğini yazınız.

Kemoterapi sonrası kemoterapinin yan etkilerine bağlı bazı sorunlar görülebilir. Sizin hastanızda görülen ve bakım verirken en çok sıkıntı yaşadığınız sorunları işaretleyiniz ve hastanıza bu sorunların giderilmesinde neler yaptığınızı yazınız. Tarih atınız.

- | | |
|---|---|
| ☐ Bulantı | ☐ kabızlık |
| ☐ Kusma | ☐ Ağızda yara |
| ☐ İştahsızlık | ☐ Saç dökülmesi |
| ☐ Enfeksiyon | ☐ Yorgunluk |
| ☐ Diyare (ishal) | ☐ Cilt renginde değişiklik |
| | ☐ Kaşıntı |

Tarih:

Sorun:

Uygulamanız:

Sorumlu Araştırmacı

Nilay BEKTAŞ AKPINAR (0531 992 02 60)

Nilay BEKTAŞ AKPINAR Gsm: 0531 992 02 60

EK-5: Ankara Üniversitesi Rektörlük Etik Kurul Onayı

ANKARA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ALT ETİK KURULU KARAR ÖRNEĞİ

Karar Tarihi : 14/05/2018

Toplantı Sayısı : 08

Karar Sayısı : 103

103-Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı doktora öğrencilerinden **Nilay Bektaş Akpınar**'ın "Kolonorektal Kanseri Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerine Uygulanan Eğitimin Bakım Vermeye Yönelik Tepkileri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi" başlıklı tezi ile ilgili 18/01/2018 tarihli "İnsan Üzerinde Yapılan Klinik Dışı Araştırmalar Başvuru Formu" Etik Kurulumuzca incelenmiştir.

Yapılan görüşmeler ve incelemeler sonucunda **Nilay Bektaş Akpınar**'ın "Kolonorektal Kanseri Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerine Uygulanan Eğitimin Bakım Vermeye Yönelik Tepkileri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi" başlıklı tezi ile ilgili kurum izni alınması, araştırma protokolüne uyulması ve etik onay tarihinden itibaren geçerli olması koşuluyla uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.

**ASLININ AYNIDIR
14/05/2018**


Prof. Dr. Muharrem ÖZEN
Ankara Üniversitesi
Etik Kurulu Başkanı

EK-6: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Karar Formu

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kolonorektal kanserli hastalara bakım veren aile üyelerine uygulanan eğitimin bakım vermeye yönelik tepkileri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi			
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU				
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
	DİĞER:	☐		
	KARAR	Karar No:11-740-18	Tarih:25 Haziran 2018	
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.				

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Mehmet MELLİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişki	Katılım *	İmza
Prof.Dr.Mehmet MELLİ	Farmakoloji	A.Ü.Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Irfan SOYKAN	Gastroenteroloji	A.Ü.Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Serdar ÖZTÜRK	Tıbbi Biyokimya	A.Ü.Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Levent YAZICIOĞLU	Kalp ve Damar Cerrahisi	A.Ü.Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Şule ŞENGÜL	Nefroloji	A.Ü.Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.İnci İLHAN	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	A.Ü.Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Serap SIVRI	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	H.Ü.Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Zarife ŞENOCAK	Hukuk	A.Ü.Hukuk Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Banu ÇAKIR	Halk Sağlığı	H.Ü.Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Derya GÖKMEN	Biyoistatistik	A.Ü.Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Selami Koçak TOPRAK	Hematoloji	A.Ü.Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Dr.Öğr.Üyesi Nüket KUTLAY	Tıbbi Genetik	A.Ü.Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr.Öğr.Üyesi Ali Doğan DURSUN	Fizyoloji	A.Ü.Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr.Öğr.Üyesi Önder İLGİLİ	Tıp Tarihi ve Etik	H.Ü.Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
İffet BERKTAŞ	Matematik Mühendisliği	Türkiye Kömür İşletmeleri Genel Müdürlüğü	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının

Unvanı/Adı/Soyadı:Prof.Dr.Mehmet MELLİ

İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kolorektal kanserli hastalara bakım veren aile üyelerine uygulanan eğitimin bakım vermeye yönelik tepkileri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Morfoloji Binası 06100 Sıhhiye/ANKARA
	TELEFON	0312 595 82 27
	FAKS	0312 310 63 70
	E-POSTA	etik@medicine.ankara.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ

KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Tülin BEDÜK			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü			
VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
DESTEKLEYİCİ				
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
	FAZ 2	☐		
	FAZ 3	☐		
	FAZ 4	☐		
	Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
	Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
	İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
	İlaç dışı klinik araştırma	☐		
	Diğer ise belirtiniz: Prospektif Gözlemsel Araştırma			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof.Dr.Mehmet MELLİ
İmza:

M. Melli

Funda BAYKAL KILIÇ
AÜTF Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Asli Sıbıldır

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

EK-7: Bilgilendirilmiş Onam Formu (Müdahale Grubu)

Sayın Katılımcı

Bu araştırma kolon kanserli hastalara bakım veren aile üyelerine uygulanan eğitimin, bakım vermeye yönelik tepkileri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini saptamak amacıyla yapılmaktadır. Kanserli bireylerin bakımını ülkemizde genellikle aile üyeleri yapmaktadır. Bakım veren aile üyeleri kanser tedavisinin yan etkileri ile baş etmede çeşitli zorluklar yaşayabilmektedirler. Bu araştırmaya gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden, 18 yaş ve üstü, Türkçe okuma yazma bilen, birinci dereceden hasta yakını olan, bilişsel ve psikiyatrik bozukluğu olmayan, daha önce kemoterapi ile ilgili eğitim almamış evre II ve III kolorektal kanser tanısı olan, kolostomisi olmayan hasta yakınları alınacaktır.

Bu çalışma ile hastanıza bakım verirken zorlandığınız konular belirlenecek ve bu konulara yönelik olarak size eğitim verilerek destek olunacaktır. Bakım veren aile üyeleri olarak sizle ilk görüşmede hastanızın sosyo-demografik özellikleri ile bakıma ilişkin bazı değişkenleri içeren “Sosyo-Demografik Özellikler Veri Toplama Formu”, bakım vermeye yönelik tepkilerinizi saptamak için “Bakım Verici Tepki Değerlendirme Ölçeği ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarınızı değerlendirmeye yönelik “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” uygulanacaktır. Bu ölçeklerin yanıtlanması yaklaşık 30 dakika sürecektir. Kemoterapi ünitesinde uygulanacak bu testlerden sonra size bireysel olarak, kolorektal kanserler ve kemoterapinin etkilerine ilişkin ilk eğitim verilecektir. Bu eğitim hastanenin eğitim-toplantı odasında yapılacak, eğitim kitapçığı kullanılacak ve yaklaşık 25 dakika sürecektir. Eğitimden sonra sizlerin evde karşılaşacağınız güçlükleri içeren günlük tutmanız istenecektir. Hastanız ikinci kemoterapi kürünü almaya geldiğinde ikinci eğitim verilecektir. Bu eğitim bakım vericilerin bakım verirken en çok zorlandıkları konularda ve kemoterapinin yan etkilerine ilişkin olarak yapılacaktır. Üçüncü eğitim ise hastanız 3. Kürünü almaya getirdiklerinde uygulanacak ve evde en çok zorlandığınız konular ve kemoterapinin yan etkilerine ilişkin eğitimin tekrarı şeklinde olacaktır. Üçüncü eğitimin bitiminden hemen sonra sizlere son test uygulanacaktır (Bakım Verici Tepki Değerlendirme Ölçeği; Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği)

Araştırma sürerken herhangi bir zamanda istemeniz durumunda sorumlu araştırmacıyı bilgilendirmek koşulu ile araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler araştırmacıda saklı kalacak ve toplanan veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırmaya katıldığınız için sizlerden ücret alınmayacak ya da sizlere herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Ankette bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle ankette bulunan sorulara doğru yanıt vermenizi rica eder, iş birliğiniz için teşekkür ederiz.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllülere verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum (ya da sözlü olarak dinledim). Eksik kaldığını düşündüğüm konularda sorularımı araştırmacılara sordum ve doyurucu yanıtlar aldım. Yazılı ve sözlü olarak tarafıma sunulan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladığım kanısındayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğim konusunda karar vermem için yeterince zaman tanındı. Bu koşullar altında, araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.”

Katılımcının

Adı- Soyadı:.

İmzası:

Telefon numarası:

Sorumlu Araştırmacı

Ad-Soyad: Nilay BEKTAŞ AKPINAR (gsm: 0531 992 02 60)

İmza:

EK-8: Bilgilendirilmiş Onam Formu (Kontrol Grubu)

CALIŞMANIN ADI: Kolorektal kanserli hastalara bakım veren aile üyelerine uygulanan eğitimin bakım vermeye yönelik tepkileri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi.

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını, risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz.

CALIŞMANIN KONUSU VE AMACI: Bu araştırma kolorektal kanserli hastalara bakım veren aile üyelerine uygulanan eğitimin, aile üyelerinin bakım vermeye yönelik tepkileri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini saptamak amacıyla gerçekleştirilecektir

CALIŞMA İŞLEMLERİ:

Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde sizle ilk görüşmede hastanızın sosyo-demografik özellikleri ile bakıma ilişkin bazı değişkenleri içeren “Sosyo-Demografik Özellikler Veri Toplama Formu”, bakım vermeye yönelik tepkilerinizi saptamak için “Bakım Verici Tepki Değerlendirme Ölçeği ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarınızı değerlendirmeye yönelik “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II’ uygulanacaktır. Bu ölçeklerin yanıtlanması yaklaşık 30 dakika sürecektir. Hastanızı üçüncü kez kemoterapi almaya getirdiğinizde sizlere bu son test uygulanacak ve bakım verirken zorlandığınız konularda eğitim verilecektir.

CALIŖMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Araştırmanın sonuçları kolorektal kanserli hastalara ve onların yakınlarına bakım veren, eğitim yapan hemşirelere ışık tutacaktır.

ÇALIŖMAYA KATILMAMIN OLASI RİSKLERİ NELERDİR?

Tıbbi onkoloji servisleri ve ayakta kemoterapi ünitelerinde kolorektal kanser tanısı ile tedavi alan hastaların birinci derece yakınlarına araştırma başı ve sonunda araştırma ölçekleri ile form doldurulacağından hastalar açısından herhangi bir risk bulunmamaktadır

KİŖİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

“Çalışmaya dahil olmayı kabul ettiğiniz takdirde kimlik bilgileriniz çalışmanın herhangi bir aşamasında açıkça kullanılmayacaktır. Araştırma süresince edinilen her türlü bilgi yalnızca bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Bilgileriniz hiçbir kimse ile ya da ticari bir amaç için paylaşılmayacaktır

Çalışmaya Katılma Onayı

“Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Arařtırmacı² Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2:Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

EK-9: Ankara Üniversitesi Hastaneleri İzin Yazısı



T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hastaneler Başhekimliği
Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi
Hastane Müdürlüğü, İdari ve Mali İşler Şefliği



Sayı : 15255985-622.03-E.20028

16.07.2018

Konu : NİLAY BEKTAŞ AKPINAR'IN KLİNİK
ÇALIŞMASI HK

ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi : 05.07.2018 tarihli ve 36100389-622.03[622.03]-E.34336 sayılı yazı.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı doktora öğrencisi Nilay BEKTAŞ AKPINAR'ın, "Kolorektal Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerine Uygulanan Bakım Vermeye Yönelik Tepkileri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi" isimli tez çalışmasını, öğretim üyesi Prof.Dr. Filiz ÇAY ŞENLER'in eş danışmanlığında klinik hasta yakınları üzerinde yapmasının uygun görüldüğü, Hastanemiz Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Başkanlığı'nın ilgi sayılı yazısı ile bildirilmiştir.

Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.



e-imzalıdır

Prof. Dr. Haydar GÖK
Başhekim V.

Not: 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

Tıp Fak.Cad. 06260 Dikimevi - Mamak - Ankara
Tel. No : 0312 595 63 60 Belgegeçer No : 0312 362 34 41
E-Posta : cebbsk1@medicine.ankara.edu.tr

Bilgi için:Yıldız KILINÇKAYA
Memur
Telefon No:(312) 595 63 62

EK-10 Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı



T.C.
Sağlık Bakanlığı
Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

SBU ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ - SBU ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ
01.08.2018 10:50 - 20796219 - 601.02 - E 343517
00074112106

Sayı : 20796219-601.02
Konu : Araştırma İzni

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 12.06.2018 tarihli ve 799/1525 sayılı yazınız

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi Nilay Bektaş Akpınar'ın "kolorektal kanserli hastalara bakım veren aile üyelerine uygulanan eğitimin bakım vermeye yönelik tepkileri ve sağlıklı yaşam biçimidevranışlarına etkisi"konulu tez çalışmasını hastanemizde uygulama talebiniz, Tuek Değerlendirme Komisyonu tarafından değerlendirilmiş ve bilimsel açıdan uygulanabilir olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz ederiz.

Uzm.Dr.Sema GÖKA
Hastane Yönetici a.

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Faks No:
e-Posta:emine.kadioglu2@saglik.gov.tr İnt.Adresi: emine.kadioglu2@saglik.gov.tr

Bilgi için:Emine KADIOĞLU
Unvan:FİRMA
Telefon No:0 312 508 51 58

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden f43e3dc6-2cbf-4548-abc7-1d81a883b710 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-11: Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerini (GYA) Gerçekleştirme Durumu (n=100)

GYA	Gruplar	3. Kür Sonrası		P
		Yapabilen n(%)	Yapamayan n(%)	
Yemek Yeme	Müdahale	13(26)	37 (74)	0,117*
	Kontrol	22 (44)	28 (56)	
Üstünü Giyme	Müdahale	11 (22)	39 (78)	0,084*
	Kontrol	23 (46)	27 (54)	
Tuvalete Gitme	Müdahale	31 (62)	19 (38)	0,437*
	Kontrol	33 (50)	25 (50)	
Banyosunu Yapma	Müdahale	25 (50)	25 (50)	0,696*
	Kontrol	29 (58)	21 (42)	
Aışverişe Gitme	Müdahale	10 (20)	40 (80)	0,734*
	Kontrol	16 (32)	34 (68)	
Yürüyüş Yapma	Müdahale	12 (24)	38 (76)	0,832*
	Kontrol	15 (30)	35 (70)	
Kitap/Gazete Okuma	Müdahale	5 (10)	45(90)	0,939*
	Kontrol	6 (12)	44(82)	

*Ki-kare önemlilik testi: Müdahale ve kontrol gruplarında GYA'lerini yapamayan hastalar arasında yapılmıştır

- Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların 3.kür sonrası günlük yaşam aktivitelerini yardımsız yapabilme düzeyleri benzer olup, arada fark olmadığı sonucuna varılmıştır ($p>0,05$) (Ek-11).
- Her iki grubun hastalarının 3. Kür sonrası yardımsız yemek yeme, üstünü giyme, tuvalete ve alışverişe gitme, banyosunu yapma, yürüyüş gerçekleştirme aktivitelerini yapmada zorlandıkları sonucuna varılmıştır (Ek-11).
- Bakım vericilere uygulanan eğitimin hastaların günlük yaşam aktivitelerini yardımsız yapabilmelerine etkisi olmadığı belirlenmiştir.

EK-12: Hastalarda Kemoterapi Nedeniyle Gelişen Yan Etkiler ve Görülme Sıklığı (n=100)

Yan Etki		3.Kür Sonrası		P
		Evet n(%)	Hayır n(%)	
Bulantı	Müdahale	43 (86)	7 (14)	0,819*
	Kontrol	46 (92)	4 (8)	
Kabızlık	Müdahale	13 (26)	37 (74)	0,927*
	Kontrol	15 (30)	35 (70)	
Kusma	Müdahale	19 (38)	31 (62)	0,768*
	Kontrol	22 (44)	28 (64)	
Stomatit	Müdahale	7 (14)	43 (86)	0,534*
	Kontrol	11 (22)	39 (78)	
İştahsızlık	Müdahale	34 (68)	16 (32)	0,716*
	Kontrol	30 (60)	20 (40)	
Saç Dökülmesi	Müdahale	5 (10)	45 (90)	0,967*
	Kontrol	4 (8)	46 (92)	
Enfeksiyon	Müdahale	6 (12)	44 (88)	0,897*
	Kontrol	7 (14)	43 (86)	
Yorgunluk	Müdahale	39 (78)	11 (22)	0,415*
	Kontrol	34 (68)	16 (32)	
Diyare	Müdahale	22 (44)	28 (56)	0,676*
	Kontrol	25 (50)	25 (50)	
Kaşıntı	Müdahale	4 (8)	46 (92)	0,867*
	Kontrol	6 (12)	44 (88)	
Kramp	Müdahale	21 (42)	29 (58)	0,056*
	Kontrol	12 (24)	38 (76)	
El Ayak Sendromu	Müdahale	7 (14)	43 (86)	0,879*
	Kontrol	8 (16)	42 (84)	
Cilt Tırnak değişikliği	Müdahale	3 (6)	47 (94)	0,936*
	Kontrol	4 (8)	46 (92)	
Nöropati	Müdahale	27 (54)	23 (46)	0,617*
	Kontrol	22 (44)	8 (%56)	
Ağrı	Müdahale	18 (36)	32 (%64)	0,636*
	Kontrol	23 (46)	27 (%54)	
Hipertansiyon	Müdahale	4 (8)	46 (%92)	0,536
	Kontrol	4 (8)	46 (%92)	
Duygusal Değişiklik	Müdahale	30 (60)	20 (%40)	0,218
	Kontrol	40 (80)	10 (%20)	

*Ki kare önemlilik testi: Müdahale ve kontrol gruplarında yan etki gelişmeyen hastalar arasında yapılmıştır.

- Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların 3.kür sonrası kemoterapiye bağlı yan etki görülme sıklığı benzer olup, arada fark olmadığı sonucuna varılmıştır ($p>0,05$). (Ek-12).
- Her iki grubun hastalarında 3. Kür sonrası en sık gözlenen yan etkiler bulantı, yorgunluk, iştahsızlık, diyare ve duygusal değişikliklerdir. Enfeksiyon, kaşıntı, cilt tırnak değişikliği, hipertansiyon ve saç dökülmesi ise az gözlenen yan etkilerdir (Ek-12).
- Bakım vericilere uygulanan eğitimin hastalarda kemoterapiye bağlı yan etki sıklığını azaltmada etkisi olmadığı belirlenmiştir.

ÖZGEÇMİŞ

I-Bireysel Bilgiler

Adı : Nilay
Soyadı : BEKTAŞ AKPINAR
Doğum Yeri ve Tarihi : Kayseri – 04.07.1988
Uyruğu : T.C.
Medeni Durumu : Evli
Askerlik Durumu : Muaf
İletişim Adresi : nilay-bektas@hotmail.com

II-Eğitimi

2015-2020 Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü/
Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Programı

2011-2014 Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü /Hemşirelik
Yüksek Lisans

2006-2010 Mersin Üniversitesi İçel Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik/
Lisans

III-Ünvanı

2016.....Öğretim Görevlisi

2010-2016 Hemşire

IV Mesleki Deneyim

2016-2019 Öğretim Görevlisi; KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

2015-2016 Hemşire; Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma
Hastanesi

2013-2015 Hemşire Nevşehir Kamu Hastaneleri Birliği Kozaklı Fizik Tedavi ve
Rehabilitasyon Hastanesi, Eğitim Hemşiresi

2011-2013 Hemşire Osmaniye Kamu Hastaneleri Birliği Yeni Doğan Yoğun Bakım
Ünitesi

V-Üye Olunan Bilimsel Kuruluşlar

THD (Türk Hemşireler Derneği) (2010-...)

Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derneği/Üyelik, (2011-...)

Hemşirelikte Liderlik Derneği (2016-...)

VI-Bilimsel İlgi Alanları

Akpınar BN, Yurtsever S (2018). Care Burden And Quality of Life of Family Members Caring for Cancer Outpatients. International Journal of Caring Sciences 11(3):1516- 1525

Küçükylmaz ET, Doyğacı AT, **Akpınar BN**. (2019). Sol Ventrikül Destek Cihazı ve Akut Lenfoblastik Lösemi Tanısı Olan Bir Hastada Neuman Sistemler Modeline Göre Hemşirelik Bakımı. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 2(1), 56-64.

Akpınar BN, Ceran A M. (2019).Kronik Hastalıklar ve Rehabilitasyon Hemşireliği. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 3(2):140-152

Akpınar B N, Ceran A M, Şafak Ş. Özkalp B.(2019). Hemodiyaliz hastalarının öz yeterlilik durumu, bakım gereksinimi ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilme düzeyi. Hemşirelik Bilimi Dergisi 2(1):05-10

Akpınar BN, Ceran A M, Koçak P.(2020). Evde Hemodiyaliz Uygulaması Hasta ve Hasta Yakınlarının Bakış Açısı: Nitel Çalışma Konya Örneği. KTO Karatay Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(1):24-33

Bildiriler

Bektaş N, Yurtsever S. Ayaktan Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükleri ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki. 16. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi 15-19 Ekim 2014, Antalya (Poster).

Akpınar BN, Özcan Y U, Erdoğan G. Osteoartritte Tamamlayıcı ve Alternatif Uygulamaların Kullanımı.17. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi 14-18 Ekim 2015, Antalya (Poster).

Erdoğan G, Özcan Y U, **Akpınar BN**. Kemoterapi Ve Radyoterapiye Bağlı Oral Mukozitin Önlenmesi Ve Tedavisinde Bitkisel Uygulamaların Yeri. 17. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi. 14-18 Ekim 2015, Antalya (Poster).

Özcan YU, Erdoğan G, **Akpınar BN** Kültürel Miras: Hacamat.17. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi. 14-18 Ekim 2015, Antalya (Poster).

Özcan YU, **Akpınar BN**, Erdoğan G. Kronik Hastalık Bakımının Hastalar Tarafından Değerlendirilmesi. Poster Bildiri. 17. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi.14-18 Ekim 2015, Antalya (Poster).

Küçükyılmaz TE, Doyğacı AA, **Akpınar BN**. Sol Ventrikül Destek Cihazı Olan Bir Hastada Neuman Sistemler Modeline Göre Hemşirelik Bakımı. 1.Ulusal Hemşirelikte Araştırma Kongresi, 20-22 Nisan 2017 (Poster).

Küçükyılmaz TE, **Akpınar BN**. İç Hastalıkları Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Yaşadığı Zorluklar. 1.Ulusal Hemşirelikte Araştırma Kongresi, 20-22 Nisan 2017, Ankara (Sözel).

Akpınar BN, Küçükyılmaz T E, Doyğacı A A. Sirkadiyen Ritm, Gece Nöbeti ve Kanseri. 1.Ulusal Hemşirelikte Araştırma Kongresi 20-22 Nisan 2017, Ankara (Sözel).

Akpınar BN. Kanserde Rehabilitasyon Hemşireliği. 5.Uluslararası 16.Ulusal Hemşirelik Kongresi 5-8 Kasım 2017,Ankara, (Poster).

Ceran A M, **Akpınar BN**, Şafak Ş. Hemodiyaliz hastalarının öz yeterlilik durumu ve bakım gereksinimi. 5.Uluslararası 16.Ulusal Hemşirelik Kongresi 5-8 Kasım 2017, Ankara, (Poster).

Akpınar BN. Hemşirelik ve eleştirel düşünme. 5.Uluslararası 16.Ulusal Hemşirelik Kongresi 5-8 Kasım 2017, Ankara (Poster).

Platin N, Özcan A, Dündükçü T F, **Akpınar BN**, Küçükylmaz T E. Kto Karatay Üniversitesi Hemşirelik Müfredat Programı.5.Uluslararası 16.Ulusal Hemşirelik Kongresi 5-8 Kasım 2017, Ankara,(Poster).

Akpınar BN, Ceran A M. Klasik Türk ve batı müziğinin üniversite öğrencilerinin sınav stres düzeyi, kan basıncı ve nabız değerlerine etkisi. Uluslararası Hipokrat Tıp ve Sağlık Bilimleri Kongresi,1-3 Mart 2019 Ankara, (Sözel).

Akpınar BN. Monoklonal antikorlarda sistemik yan etkiler ve yönetimi. 1.Uluslararası 2. Ulusal onkoloji hemşireliği kongresi 4-6 Aralık 2019, Ankara (Sözel).

Turan E, Güler İ, **Akpınar BN**. Tiroit Kanseri Tanı ve Tedavisinde Yeni İmmünolojik Ajan: Anti-Tg Modifikasyonu. 1.Uluslararası 2. Ulusal onkoloji hemşireliği kongresi 4-6 Aralık 2019, Ankara (Sözel).

VII- Bilimsel Etkinlikleri

Ödüller

Bektaş N, Yurtsever S. Ayaktan Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükleri ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki. Poster Bildiri. (Birincilik ödülü) 16. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi. 15-19 Ekim 2014, Antalya

2014 Yılım Hemşiresi Ödülü, Nevşehir Kamu Hastaneleri Birliği Kozaklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi

Bilimsel kongreler (katılımcı olarak)

Tamamlayıcı ve Destekleyici Bakım Uygulamaları Kongresi: 27-29 Mayıs 2015, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Kayseri (Katılım Belgesi)

1.Uluslararası 4.Ulusal Onkoloji Hemşireliği Konsensüs Toplantısı, 6-7 Şubat 2017, İstanbul (Katılım Belgesi)

VIII-Diğer Bilgiler

Onkoloji Hemşireliğinde Temel Kansere Eğitimi ve TİTAN (Trombositopeni, Nötropeni, Anemi) Kursu: 18-19 Kasım 2011, Türk Hemşireler Derneği, Mersin (Katılım belgesi)

Hemşirelikte Temel Araştırma Kursu: 10-13 Mayıs 2013, Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Mersin (Katılım belgesi)

Klinik Kodlama, İstatistik ve Analiz Sempozyumu: 29 Nisan 2015, Türkiye Kamu Hastaneler Birliği, Nevşehir (Katılım belgesi)

Diyabet Eğitici Eğitimi: 8-10 Haziran 2015, Türkiye Kamu Hastaneler Birliği, Kayseri (Katılım belgesi)

Nitel Araştırma Yöntemleri Kursu 18-19 Nisan 2017, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derneği, Ankara (Katılım belgesi)

Kanser İmmünoterapisi ve Gelişmeler Kursu, 4 Aralık 2019, 1.Uluslararası 2. Ulusal onkoloji hemşireliği kongresi 4-6 Aralık 2019, Ankara. (Katılım belgesi)