

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

**İLERİ EVRE KANSER HASTALARINA BAKIM VERENLERİN
YORGUNLUK VE UYKU KALİTESİNE HEMŞİRENİN EĞİTİM
VE DANIŞMANLIK HİZMETİNİN ETKİSİ**

Ülkü GÖRGÜLÜ

**İç Hastalıkları Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ**

**ANKARA
2010**

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

**İLERİ EVRE KANSER HASTALARINA BAKIM VERENLERİN
YORGUNLUK VE UYKU KALİTESİNE HEMŞİRENİN EĞİTİM
VE DANIŞMANLIK HİZMETİNİN ETKİSİ**

Ülkü GÖRGÜLÜ

**İç Hastalıkları Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr.Nuran AKDEMİR**

**ANKARA
2010**

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne;

Bu çalışma jürimiz tarafından İç Hastalıkları Hemşireliği Programında Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Prof. Dr. Lale Taşkın
Hacettepe Üniversitesi



Danışman: Prof. Dr. Nuran Akdemir
Hacettepe Üniversitesi



Üye: Prof. Dr. Hatice Bostanoğlu
Gazi Üniversitesi



Üye: Yrd. Doç. Dr. Sevgisun Kapucu
Hacettepe Üniversitesi



Üye: Yrd. Doç. Dr. Leyla Özdemir
Hacettepe Üniversitesi



ONAY:

Bu tez, Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Hakan S. Orer

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Araştırmacı bu çalışmanın gerçekleşmesinde katkılarından dolayı, aşağıda adı geçen kişi ve kuruluşlara içtenlikle teşekkür eder.

Tez danışmanı Prof. Dr. Sayın Nuran Akdemir başta olmak üzere, tez izleme komitesinde yer alan Prof. Dr. Sayın Hatice Bostanoğlu ve Sayın Prof. Dr. Lale Taşkın görüş ve önerileri ile bu çalışmanın yapılmasına katkı sağlamışlardır.

Çalışmanın verilerinin analizinde Prof. Dr. Sayın Osman Saraçbaşı, Yrd.Doç.Dr. Bülent Çelik istatistiksel destek ve danışmanlık sağlamıştır.

Çalışmanın yürütüldüğü Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi araştırmanın yürütülmesi için izin vermiş ve gerekli ortam ve olanakları sağlamıştır.

Çalışmanın yürütüldüğü Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi Gündüz Tedavi Ünitesinde çalışan hemşireler çalışmanın yürütülmesinde destek olmuşlardır.

Çalışmaya katılan hasta bakım verenleri çalışmaya katılmayı kabul ederek çalışmanın başarılı bir şekilde uygulanmasını sağlamışlardır.

.

ÖZET

İleri Evre Kanser Hastalarına Bakım Verenlerin Yorgunluk ve Uyku Kalitesine Hemşirenin Eğitim ve Danışmanlık Hizmetinin Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Ankara, 2010.

Araştırma, gastointestinal kanserlerden ileri evre kolorektal ve mide kanseri hastalarına bakım verenlerinin; uyku ve yorgunluk sorunlarına hemşirenin eğitim ve danışmanlık hizmetinin etkisini belirlemek amacıyla yapılan bir müdahale çalışmasıdır. Araştırmanın örneklemini Hacettepe Üniversitesi Kemoterapi Ünitesine ayaktan kemoterapi tedavisi almak amacıyla gelen ileri evre kolorektal ya da mide kanseri olan hastaların bakımından birinci derecede sorumlu olan 30 bakım veren bireyler oluşturmaktadır. Araştırmanın verilerinin toplanmasında; Bakım Veren Tanıtım Formu, Hasta Tanıtım Formu, Hasta Semptomlarını Yönetim Formu, Bakım Vereninin Eğitim ve Danışmanlık Hizmetini Değerlendirme Formu, Piper Yorgunluk Ölçeği, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, Öz Bakım Gücü Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmaya katılan bakım verenlere, hastalarının kemoterapi tedavilerinin ilk küründe kendine bakım ve hastalarının semptomlarının yönetimi konularında yüz yüze eğitim yapılmıştır. Daha sonra bakım verenlere, hastalarının 6 aylık tedavilerinin sonuna gereksinimlerine göre telefon ile semptom yönetimine ve kendi bakımlarına yönelik danışmanlık yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; Yüzdelik, Eşleştirilmiş İki Grup Arasındaki Farkların Testi, Tekrarlı Ölçümlerde ANOVA Testi ve Korelasyon Testi kullanılmıştır. Araştırmanın sonunda; bakım verenlerin uyku kalitesi, yorgunluk ve öz bakım gücü puan ortalamalarında altıncı kürde önemli bir düşme olmuştur ($p<0.05$). Çalışmamızda, ilk kürde bakım verenlerden uyku kalitesi kötü olanların, yorgunluk düzeylerinin daha fazla olduğu ve uyku kalitesi ve yorgunluk puan ortalamaları arasında anlamlı pozitif yönde bir ilişki ($p<0.05$) olduğu bulunmuştur. Ayrıca, bakım verenlerden ilk ve altıncı kürde öz bakım güçleri iyi olanların uyku kalitelerinin daha iyi olduğu ve hem ilk ve hem de altıncı kürdeki uyku kalitesi ve öz bakım gücü puan ortalamaları arasında anlamlı negatif yönde bir ilişki ($p<0.05$) olduğu bulunmuştur. Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda bakım verenlere, gereksinimlerine göre hastalarının semptomlarının yönetimine ve kendilerine bakıma yönelik düzenli olarak eğitim ve telefon ile danışmanlık yapılması önerilmiştir.

Anahtar kelimeler: Gastrointestinal kanserler, bakım veren, uyku kalitesi, yorgunluk, öz bakım.

ABSTRACT

The Effect of Education and Counseling Services Given by Nurses on Fatigue and Sleep Quality of Caregivers of Gastric and Colorectal Cancer Patients. Hacettepe University Institute of Health Sciences, Ph.D. Thesis in Medical Nursing Programme, Ankara, 2010.

Research is an interventional study to determine education and counseling service of nurses relating to sleep and fatigue problems of caregivers of patients with advanced stage colorectal and gastric cancer from gastrointestinal cancers. Sample of survey was composed of 30 people who are first-degree responsible from care of patients with advanced stage of colorectal and gastric cancer that come to receive chemotherapy treatment from the Hacettepe University Outpatient Chemotherapy Unit. Care Givers' Presentation Form, Patient Presentation Form, Form of Patient Symptoms' Management, Evaluation Form of Caregivers' Education and Counseling Service, Piper Fatigue Scale, Pittsburgh Sleep Quality Index, Self-Care Agency Scale were used to collect survey's data. Face to face training was applied to caregivers about self care and symptom management of patient's at the first chemotherapy cure of their patients. After this, counseling was made for caregivers via telephone according to their needs related to symptom management and self care till the end of six months' treatment. Percentage, Test of Differences between Paired Two Groups, ANOVA test in repeated measurements and correlation test were used in evaluation of data. A significant decline was observed of the mean scores of quality of sleep, fatigue and self-care power of caregivers' at the end of sixth cure ($p<0,05$). In our study, caregivers with poor sleep quality had significantly higher levels of fatigue and significantly a positive relationship was found between mean scores of sleep quality and fatigue of caregivers' in the first cure ($p<0,05$). Additionally, caregivers who had good self care agency were found better sleep quality in the first and sixth cure and significantly a negative relationships were found between mean scores of sleep quality and self care power of caregivers' between both the first ($p<0,05$) and sixth cure ($p<0,05$). Accordance with the results obtained from the research telephone counseling and education on a regular basis relating to symptom management of patient's and self care of caregiver's were recommended for caregivers' according to their needs.

Keywords: Gastrointestinal cancer, caregiver, sleep quality, fatigue., self care

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	Sayfa iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiii
TABLOLAR DİZİNİ	xiv

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	5

2. GENEL BİLGİLER

2.2. Kolon ve Rektum (Kolorektal) Kanseri	6
2.2. Kolorektal Kanselerde Risk Faktörleri	6
2.3. Kolorektal Kanserin Evrelendirilmesi	7
2.4. Mide Kanseri Epidemiyolojisi	8
2.5. Mide Kanserinde Risk Faktörleri	8
2.6. Mide Kanserinin Evrelendirilmesi	8
2.7. Kolorektal ve Mide Kanserlerinin Tedavisi	10
2.7.1. Kolorektal Kanserin Tedavisi	10
2.7.2. Mide Kanserinin Tedavisi	11
2.7.3. İleri Evre Kolorektal ve Mide Kanserlerinde Kemoterapi Tedavisi	11
2.7.4. Kolorektal Kanselerde Kemoterapi	11
2.7.5. Mide Kanserinde Kemoterapi	15
2.8. Yorgunluk	19
2.8.1. Yorgunluğun Tanımı	19
2.8.2. Yorgunluk Tipleri	19

2.8.3. Yorgunluk Nedenleri	22
2.9.Uyku	23
2.9.1.Uyku ve Fizyolojisi	23
2.9.2. Uyku Kalitesi ve Önemi	24
2.10. İleri Evre Kanser Hastalarında Semptom Yönetiminde Bakım Verenlerin ve Hemşirenin Rolü	26
2.11. İleri Evre Kanser Hastasına Bakım Verenlerin Sağlığı ve Destek Gereksinimleri	28
2.12. İleri Evre Kanser Hastası Bakım Verenlerinde Yorgunluk ve Uyku Sorunları	30
 3. BİREYLER VE YÖNTEM	
3.1. Araştırmanın Şekli	32
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	32
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	33
3.4. Verilerin Toplanması	34
3.4.1. Bakım Veren Tanıtım Formu	34
3.4.2. Hasta Tanıtım Formu	35
3.4.3. Hasta Semptomlarını Yönetim Formu	35
3.4.4.Bakım Veren Eğitim ve Danışmanlık Hizmetini Değerlendirme Formu	35
3.4.5. Piper Yorgunluk Ölçeği	35
3.4.6. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi	37
3.4.7. Öz Bakım Gücü Ölçeği	40
3.5. Ön Uygulama	41
3.6. Araştırmanın Uygulanması	41
3.6.1. Bakım Verenlere Uygulanan Eğitim ve Danışmanlığın İçeriği	43
3.6.2. Eğitim ve Danışmanlığın Tekniği	43
3.6.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanmasının ve Yapılan Eğitim ve Danışmanlık Hizmetinin Akış Şeması	44
3.7. Araştırmanın Uygulanması Sırasında Karşılaşılan Güçlükler	45
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	45

3.9. Araştırmanın Etik Yönü	46
4. BULGULAR	
4.1. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri	48
4.2. Bakım Verenlerin Hastalarının Tanıtıcı Özellikleri	54
4.3. Bakım Verenlerin Hastalarının Bakımı İle İlgili Güçlük Yaşadıkları Alanlar, Yönetiminde Güçlük Yaşadıkları Semptomların Aylara Göre Dağılımı, Yaşadıkları Sorunlar ve Sıklıkları	57
4.4. Bakım Verenlerin Hastalarının Kemoterapi Tedavisinin İlk ve Altıncı Küründe Uyku Kalitesi, Yorgunluk ve Öz Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Hastalarının ve Kendilerinin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	64
4.5. Bakım Verenlerin Uyku Kalitesi, Yorgunluk ve Öz Bakım Gücü Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	81
4.6. Bakım Vereninin Eğitim ve Danışmanlık Hizmetini Değerlendirme Durumu	87
5.TARTIŞMA	85
5.1. Bakım Verenlerinin Hastalarının Bakımında Güçlük Yaşadıkları Alanlar, Yaşadıkları Sorunlar ve Yönetiminde Güçlük Yaşadıkları Semptomlar	86
5.2. Bakım Verenlerin Uyku Kalitesi, Yorgunluk ve Öz Bakım Gücü Puan Ortalamaları	89
5.2.1. Bakım Verenlerin Uyku Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	89
5.2.2. Bakım Verenlerin ve Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Uyku Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	90
5.2.3. Bakım Verenlerin Yorgunluk Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	93
5.2.4. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Yorgunluk Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	95
5.2.5. Bakım Verenlerin Hastalarının Tedavilerinin İlk ve Altıncı Küründe Öz Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	97
5.2.6. Bakım Verenlerin ve Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Öz Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	98

5.3. Bakım Verenlerin Hastalarının Tedavilerinin İlk ve Altıncı Küründeki Uyku Kalitesi, Yorgunluk ve Öz Bakım Gücü Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	100
5.4. Bakım Verenlerin Araştırmacının Verdiği Eğitim ve Danışmanlık Hizmetinin Etkisini Değerlendirmeleri	102
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	104
6.1. SONUÇLAR	104
6.1.1. Bakım Verenlerin Hastalarının Bakımı ile İlgili Güçlük Yaşadıkları Alanlar ile İlgili Sonuçlar	104
6.1.2. Bakım Verenlerin Yönetiminde Güçlük Yaşadığı Semptomların Aylara Göre Dağılımı ile İlgili Sonuçlar	104
6.1.3. Bakım Verenlerin Hastasına Bakım Vermeye Başladıktan Sonra Yaşadıkları Sorunlar ve Sıklıkları ile İlgili Sonuçlar	105
6.1.4. Bakım Verenlerin Hastalarının Kemoterapi Tedavilerinin İlk ve Altıncı Küründe Uyku Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ile İlgili Sonuçlar	105
6.1.5. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine ve Hastalarının Tanı Süresine Göre Uyku Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ile İlgili Sonuçlar	105
6.1.6. Bakım Verenlerin Hastalarının Kemoterapi Tedavilerinin İlk ve Altıncı Küründe Yorgunluk Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ile İlgili Sonuçlar	106
6.1.7. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre ve Hastalarının Tanı Süresine Göre Yorgunluk Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ile İlgili Sonuçlar	106
6.1.8. Bakım Verenlerin Hastalarının Kemoterapi Tedavilerinin İlk ve Altıncı Küründe Öz Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ile İlgili Sonuçlar	107
6.1.9. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine ve Hastalarının Tanı Süresine Göre Öz Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ile İlgili Sonuçlar	107

6.1.10. Bakım Verenlerin Uyku Kalitesi, Yorgunluk ve Öz Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Değişimi Arasında İlişki ile İlgili Sonuçlar	107
6.1.11. Bakım Verenlerin Araştırmacı Tarafından Verilen Eğitim ve Danışmanlık Hizmetini Değerlendirmeleri ile İlgili Sonuçlar	108
6.2. ÖNERİLER	109
KAYNAKLAR	110
EKLER	
EK 1. Bakım Veren Tanıtım Formu	
EK 2. Hasta Tanıtım Formu	
EK 3. Hasta Semptomlarını Yönetim Formu	
EK 4. Bakım Veren Eğitim ve Danışmanlık Hizmetini Değerlendirme Formu	
EK 5. Piper Yorgunluk Ölçeği	
EK 6. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi	
EK 7. Öz Bakım Gücü Ölçeği	
EK 8.1, EK 8.2 İzin Yazıları	

SİMGELER VE KISALTMALAR

KRK: Kolon ve Rektum Kanseri

PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

ŞEKİLLER

	Sayfa
4.5.1. Birinci ve Altıncı Kürde Uyku Kalitesi ve Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	81
4.5.2. Birinci ve Altıncı Kürde Uyku Kalitesi ve Öz Bakım Gücü Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	82
4.5.3. Birinci ve Altıncı Kürde Yorgunluk ve Öz Bakım Gücü Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	83

TABLOLAR

4.1.1. Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özellikleri	48
4.1.2. Bakım Verenlerin Alışkanlıkları ile İlgili Tanıtıcı Özellikleri	50
4.1.3. Bakım Verenlerin Hastalıkları ve Hasta Bakımı ile İlgili Tanıtıcı Özellikleri	52
4.2.1. Bakım Verenlerin Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri	54
4.2.2. Hastaların Hastalıkları ile İlgili Tanıtıcı Özellikleri	56
4.3.1. Bakım Verenlerin Hastalarının Bakımı ile İlgili Güçlük Yaşadıkları Alanlar	57
4.3.2. Bakım Verenlerin Yönetiminde Güçlük Yaşadığı Semptomların Aylara Göre Dağılımı	59
4.3.3. Bakım Verenlerin Hastasına Bakım Vermeye Başladıktan Sonra Yaşadıkları Sorunlar ve Sıklıkları	63
4.4.1. Bakım Verenlerin Hastalarının Tedavisinin İlk ve Altıncı Küründe Uyku Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	64
4.4.2. Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Uyku Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	66
4.4.3. Bakım Verenlerin Hastalıkları ve Hasta Bakımı ile İlgili Tanıtıcı Özelliklerine ve Hastalarının Tanı Süresine Göre Uyku Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	68
4.4.4. Bakım Verenlerin Hastalarının Tedavisinin İlk ve Altıncı Küründe Yorgunluk Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	70
4.4.5. Bakım Verenlerin Sosyo -Demografik Özelliklerine Göre Yorgunluk Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	72
4.4.6. Bakım Verenlerin Hastalıkları ve Hasta Bakımı ile İlgili Özelliklerine Göre ve Hastalarının Tanı Süresine Göre Yorgunluk Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	74
4.4.7. Bakım Verenlerin Hastalarının Tedavisinin İlk ve Altıncı Küründe Öz Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	76
4.4.8. Bakım Verenlerin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Öz Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	77

4.4.9. Bakım Verenlerin Hastalıkları ve Hasta Bakımı ile İlgili Özelliklerine Göre ve Hastalarının Tanı Süresine Göre Öz Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	78
4.5. Bakım verenlerin Uyku Kalitesi, Yorgunluk ve Öz Bakım Gücü Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	81

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kanser, dünyada birçok ülkede mortalite ve morbidite oranının yüksek olması nedeniyle önde gelen bir sağlık sorunudur (1). Tanı olanaklarının gelişmesi ve sağlık kuruluşlarından yararlanmanın artması ile her yıl daha fazla kanser vakası saptanabilmektedir. Ülkemizde ve dünyada kanser sıklığının artması beraberinde kanser hastası ve bakım verenlerine yönelik bakım ve destek hizmetlerinin önemini getirmiştir (2).

Kanser; yüksek maliyeti, hastalık süreci ve tedavisine bağlı gelişen sorunları nedeniyle hasta ile birlikte hastaya bakım veren aile bireylerinin de fiziksel ve psikolojik sağlığını, sosyal yaşamını ve ekonomik durumunu olumsuz olarak etkileyebilmektedir (3, 4, 5, 6). Yapılan çalışmalarda; kanserli hastaya bakım verenlerin aile/evlilik yaşamının, iş yaşamının, sağlık durumunun ve sosyal yaşamının bu süreçten olumsuz etkilendiği belirlenmiştir (7, 8, 9).

Literatürde özellikle “palyatif tedavi alan ileri evre kanser hastalarına bakım verenlerin”; bakım yüklerinin ve yaşadıkları güçlüklerin, küratif tedavi alanlara göre daha fazla olduğu için fiziksel ve psikolojik sağlıklarının etkilendiği ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu belirtilmektedir (5, 10, 11).

Kurumsal sağlık bakım hizmetlerinden yardım alınsa da ileri evre kanser hastalarının bakımında öncelikle primer bakım veren aile üyelerinin sorumlu olduğu kabul edilmektedir. İleri evre kanser hastalarına primer bakım veren aile üyelerinin; hastalarının banyo, beslenme gibi günlük yaşam aktivitelerine, alışveriş, yemek pişirme, temizlik, telefon etme gibi enstrumental yaşam aktivitelerine ve ilaç tedavisi gibi evdeki tedavi prosedürlerine yardım etme gibi önemli destekleyici rolleri vardır. İleri evre kanser hastalarının primer bakım veren aile bireyleri destekleyici rollerini yerine getirirken, hastalarının evdeki bakımı ile ilgili bilgi ve beceri eksikliklerine bağlı sıklıkla stres yaşamaktadırlar. Kanser hastalarında tedaviye bağlı gelişen yan etkiler de bakım veren bireylerinde evde semptom kontrolünü sağlamada zorlanmalara ve strese neden olabilmektedir (5, 11).

Kanserli hastaya bakım verenler; hastalarının bakımı süresince sosyal yaşamlarında sınırlılık, hastalarını kaybetme korkusu, hastalığın getirdiği ve artan ekonomik giderlerin karşılanmasında güçlükler, fiziksel ve mental sağlıklarının

bozulması gibi birçok sorunla mücadele etmek zorunda kalabilirler (12, 13, 14). Yapılan çalışmalarda, bu sorunların bakım verenlerde kendilerini işe verememe, unutkanlık, anksiyete, depresyon, suçluluk, pişmanlık, ümitsizlik, korku, tükenmişlik, yorgunluk ve uyku sorunlarına neden olarak yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği saptanmıştır. Ayrıca bakım veren aile üyelerinin; hastaların sıkıntısı arttıkça ve semptomları kontrol edilemez hale geldikçe, algıladıkları yükün, depresyon ve anksiyeteye eğilimlerinin, uyku problemlerinin arttığı ve yaşam kalitelerinin düştüğü belirtilmektedir (9, 13, 14, 15).

Yapılan çalışmalarda ileri evre kanser hastalarına bakım verenlerde; hastalarının yaşı, günlük yaşam aktivitelerini yapabilme durumu, kanser evresi, ve aldığı tedavi gibi faktörlere bağlı olarak yaşam kalitesinin etkilendiği belirtilmektedir. Ayrıca bakım verenlerde; yaşadıkları anksiyete, depresyon, emosyenel stres ile ilişkili olarak uykusuzluk, yorgunluk sorunlarının görüldüğü belirtilmektedir (10, 16, 17). Bazı çalışmalarda da kanser hastasına bakım verenlerde; kanser dışında kronik hastalığı olan bireylerin bakım verenlerine göre daha fazla depresyon, uyku, yorgunluk gibi sorunların görüldüğü belirtilmektedir (18, 19). Bunun nedeni ise kanser ve tedavi sürecinin aile üyelerinin bakım verme yüklerinin artmasına, baş etme yeteneklerinin azalmasına, günlük yaşantılarının değişmesine (aile/evlilik, iş ve sosyal yaşantısı), sağlık durumlarının bozulmasına ve ekonomik kayıpları daha fazla yaşamasına bağlanmaktadır (18, 19).

Gastrointestinal kanserler bakım vereninin yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyebilen önemli kanserler arasında yer almaktadır. Gastrointestinal kanserler sıklıkla ölümcüldür, tanıları ileri evrede konur, tedavileri uzun sürelidir ve önemli yan etkileri vardır. Bu nedenle hastaların büyük çoğunluğu semptomlarının yönetimi, emosyenel ve maddi destek yönünden bakım verene bağıdırlar. Bu bağlamda; en sık görülen gastrointestinal kanserlerden kolorektal kanser (KRK) ve mide kanseri hastasına bakım verenlerinde emosyenel stres, bakım verme yükünden kaynaklanan yorgunluk ve uyku sorunlarının sıklıkla görülebileceği düşünülmektedir (7, 8, 20, 21).

Yapılan çalışmalarda; gastrointestinal kanserlerden kolorektal kanser hastalarına bakım verenlerde; emosyenel stres, aile içi rollerde değişim ve sorunlar, sosyal desteklerde yetersizlik ve evlilikten memnuniyette azalmanın görüldüğü

belirtilmektedir (7, 8). Cho ve diğ. (20)'nin çalışmasında mide kanseri hastalarının bakım verenlerinin çoğunluğunda uyku kalitesinin kötü olduğu, depresyon ve yorgunluğun görüldüğü ve yaşam kalitelerinin düşük olduğu belirtilmektedir. Literatür incelendiğinde kolorektal ve mide kanseri hastasına bakmanın bakım verenin yaşamına ve hastalığa uyumuna etkisiyle ilgili yapılan araştırmaların yetersiz olduğu görülmüştür. Bu nedenle bu çalışma kolorektal ve mide kanseri hastasına bakım verenlerine yönelik olarak yapılmıştır.

İleri evre kanser hastasının yaşam kalitesinin artırılmasında; sağlık profesyonellerinin; bakım veren aile üyeleri ile işbirliği yaparak, onların desteğinden yararlanmaları son derece önemlidir. Bakım veren aile bireylerinin hastalarının tanı, tedavi ve bakımlarına yönelik gereksinimlerinin karşılanması yanında fiziksel, psikososyal sağlıklarının da iyi olmasının sağlanması yönünde desteklenmeleri gerekmektedir (6, 22, 23, 24). Böylece bakım verenlerin yorgunluk, uyku gibi sıklıkla görülen sorunlarının azaltılması, yaşam kalitelerinin artırılması sağlanabilecektir.

Literatürde kanser hastasına bakım verenlerin hastalarının semptom kontrollerini sağlamaya, psikososyal ve ekonomik gereksinimlerini karşılamaya yönelik eğitim gibi destek uygulamalarına ihtiyaçları olduğu belirtilmektedir (6, 22, 23, 24). Literatürde bakım verenlere yönelik yapılan detekleyici uygulamalarda çok yetersizlik olduğu ve bu uygulamaların genel olarak üç kategoriye kapsadığı belirtilmektedir. Bunlar; eğitim, psikoterapi/ danışmanlık ve palyatif dönemdeki hastanın evde bakımındır (25, 26).

Mittelman (26); bakım verenlere yönelik yapılan çalışmalarda farklı eğitim uygulamaları yapıldığını ve eğitim konularının hasta bakımı, hastalık, tedavi hakkında bilgilendirme, psikososyal destek gibi konuları kapsadığını belirtmektedir. Bazı çalışmalarda; kanserli hastanın bakım verenlerine yönelik uygulamaların, uyku ve depresyon gibi sorunların azaltılmasında etkili olduğu belirtilirken, bazılarında bakım verenlere telefon ile danışmanlık, evde bakım gibi farklı destek uygulamaların yapılmasının bu sorunların azaltılmasında yararlı olacağı vurgulanmaktadır (11, 25, 26).

Cameron ve diğ. (11) çalışmalarında, ileri evre kanser hastasına bakım veren aile bireylerinin, detaylı evde hasta bakımı rehberi ve kısa problem çözme girişimi

aldıktan sonra 4 hafta telefon ile izlenmesinin emosyenel streslerinin azalmasında yararlı olduğunu saptamışlardır. Given ve diğ. (27)'nin çalışmasında da ileri evre kanser hastalarının bakım verenlerine yüz yüze ve telefon görüşmesi yapılarak ve bilişsel ve davranışsal yöntem kullanarak semptom yönetiminin öğretimi ve değerlendirmesi yapılmıştır. Bu çalışma sonucunda yapılan destekleyici uygulamaların, bakım verenlerde hasta semptom yönetimine katılımın arttığı ve emosyenel stresi azalttığı bulunmuştur (11, 27).

Cameron ve diğ. (11); kanser hastalarına bakım verenlerinin yaşam stili uygulamalarının (diet, egzersiz, evdeki sorumlukları, boş zaman etkinlikleri, dinlenme vb.) emosyenel stres düzeylerini etkilediğini ve bu nedenle olumlu yaşam stili uygulamalarını devam ettirmelerinin gerektiğini belirtmektedirler. Bu sonuçlardan yola çıkarak, bakım verenlere yapılan destek uygulamalarının, emosyenel stres düzeylerini azaltarak uyku ve yorgunluk sorunlarını azaltacağını söyleyebiliriz.

Literatür incelendiğinde tüm kanser hastalarına yönelik uyku ve yorgunlukla ilgili çok sayıda çalışmalar bulunurken; kanserli hastaların bakım verici aile bireylerinde ise yorgunluk ve uyku kalitesini değerlendirmeye yönelik yeterli sayıda çalışmaların olmadığı saptanmıştır.

Hemşirelerin, ileri dönem kanser hastasına bakım verenlerinin yorgunluk, uyku gibi sorunlarına yönelik girişimler yapması, onların yaşam kalitesini artıracak gibi hastalarının da kaliteli bakım almalarını sağlayacaktır (28, 29, 30). Ancak yapılan araştırmalarda sağlık profesyonellerinin, bakım verenlerin gereksinimlerinin karşılanmasına yeterince duyarlı olmadıkları, bakım verenlerin de kendi bakımlarından çok hasta bakımı üzerine odaklandıkları gösterilmiştir (28, 29, 30).

Bu nedenle bu araştırmada sık görülen kanserlerden mide ve kolorektal kanser hastası bakım verenlerinin hasta semptom kontrolüne katılmalarının yanında kendi bakımlarını yapmaları da desteklenmiş ve yorgunluk, uyku kalitelerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu araştırmanın ileri dönem kanser hastalarının bakım ve tedavisinden sorumlu olan sağlık profesyonellerinin konuya gereken önemi vermeleri açısından yönlendirici olacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, ileri evre kolorektal ve mide kanseri hastalarına bakım verenlerin; eğitim ve danışmanlık hizmeti ile öz bakım güçleri artırılarak yaşadıkları uyku ve yorgunluk sorunlarının azaltılması amaçlanmıştır.

1.3.Araştırmanın Hipotezleri

Hipotezler

- 1.İleri evre kolorektal ve mide kanseri hastalarına bakım verenlerin, hemşire tarafından eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmeden önceki ve verildikten sonraki toplam PUKİ puanları arasında fark vardır.
2. İleri evre kolorektal ve mide kanseri hastalarına bakım verenlerin, hemşire tarafından eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmeden önceki ve verildikten sonraki toplam yorgunluk puanları arasında fark vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kolon ve Rektum Kanseri Epidemiyolojisi

Kolorektal kanserler, Amerikan Kanser Derneği'nin [American Cancer Society (ACS)] (2005) ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (2007) verilerine göre dünyada üçüncü sırada yer almaktadır ve tüm kanser ölümlerinin % 9'unu oluşturmaktadır (31). Dünya Sağlık Örgütü çatısı altındaki Uluslararası Kanser Araştırma Ajan'sının [International Agency of Research on Cancer (IARC)] Globocan 2002 yılı çalışma sonucu verilerine göre, dünyada yaklaşık 1milyon kolon ve rektum kanseri (KRK) olan yeni vaka bulunmakta ve bu dünyadaki tüm kanserlerin %9,4'ünü oluşturmaktadır. 2002 yılı için dünyada insidansı en sık görülen kanserler arasında kolorektal kanserlerin (1.02 milyon), akciğer (1.35 milyon) ve meme kanserinden (1.15 milyon) sonra üçüncü sırada olduğu belirtilmektedir. En sık ölüme neden olan kanserler arasında ise akciğer (1.18 milyon), mide (700.000 bin) ve karaciğer kanserinden (598.000 bin) sonra kolorektal kanserlerin (529.000) dördüncü sırada olduğu belirtilmektedir. Kolon ve rektum kanserlerinin kadın ve erkekte görülme oranı (oranı:1.2/1) benzer olup erkeklerde, tüm kanser insidansının % 9,4'ünü, kadınlarda ise % 10,1'ini oluşturmaktadır (1, 31, 32, 33).

Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı 2005 yılı verilerine göre ilk on kanser türü içinde kolon kanseri; akciğer ve bronş, prostat, deri, meme, mide ve mesane kanserinden sonra yedinci sırada yer almaktadır. Cinsiyete göre kolon kanseri (7.51/100.000 insidansı) erkeklerde; akciğer ve bronş, prostat, deri, mesane, mide kanserinden sonra altıncı sırada, rektum kanseri (4.51/100.000 insidansı) ise kemik iliği, larinks ve beyin kanserinden sonra onuncu sırada yer alırken, kadınlarda ise kolon (kalın bağırsak) kanseri (6.31/100.000 insidansı); meme, deri, tiroid, akciğer ve bronş ve mide kanserinden sonra altıncı sırada yer almaktadır (34).

2.2. Kolorektal Kanselerde Risk Faktörleri

Kolon ve rektum kanserlerinin gelişimine ve coğrafi dağılım yönünden farklılıklarına, genetik faktörler ve farklı çevresel maruziyetler neden olabilir. Kolorektal kanserlerin gelişiminde en önemli çevresel faktörlerden biri diyetdir. Sebze, meyve, vitamin ve liften fakir, yağ ve kolesterolden zengin, yüksek kalorili beslenme ve yetersiz kalsiyum alımı KRK'in gelişim riskini artırmaktadır.

Epidemiyolojik çalışmalar fiziksel hareketsizlik, aşırı kilo, karında ve bel çevresinde yağ depolanmasının kolon kanserinin başlıca risk faktörleri olduğunu kanıtlamıştır. Kolon ve rektum kanserlerine neden olan diğer risk faktörleri arasında; 50 yaş ve üzerinde olma, ırk, etnik yapı, inflamatuvar barsak hastalığı, meme, over ya da uterus kanseri ve diyabet öyküsü, ailede adenom ya da KKK öyküsü, sigara, alkol kullanımı, safra tuzları birikimi, koruyucu madde içeren gıdaların tüketimi, iyonize radyasyona maruziyet yer almaktadır (1, 33, 35, 36).

2.3. Kolorektal Kanserlerin Evrelendirilmesi

Kolorektal kanserlerin evrelendirilmesinde sıklıkla kullanılan sınıflamalar; Dukes sınıflaması (1929), Astler ve Coller sınıflaması (1954) ve TNM evrelemesidir (36, 37). Araştırmanın yapıldığı kurumda kullanılan sınıflama türü, TNM evrelemesi olduğu için, bu evrelemeden söz edilecektir.

TNM Sınıflandırması

Primer Tümör (T)

Tx- Primer tümör bilinmeyen
T0- Primer tümör olmayan
(karsinoma in –situ)
T1- Tümör mukoza ve submukozadadır
T2- Tümör muskularis propriadadır
T3- Tümör tüm barsak duvarını tutmuştur
T4- Tümör serozayı aşmış çevre dokuları tutmuştur.

Uzak Metastaz (M)

Mx- Uzak metastazı bilinmeyen
M0- Uzak metastazı olmayan
M1- Uzak metastazı olan

Bölgesel Lenf Nodu (N)

Nx- Lenf nodu bilinmeyen
N0- Lenf nodu metastazı olmayan
N1- Perikolik veya perirektal 1-4 lenf nodu metastazı olan
N2-Perikolik veya perirektal 5 ve daha fazla lenf nodu metastazı olan
N3- Damar boyunca lenf nodu metastazı olan

Kolorektal Kanserlerin TNM'ye Göre Evrelemesi

Evre 0: Tis N0 M0

Evre I: T1, T2 N0 M0

Evre II: T3, T4 N0 M0

Evre III: T N1, N2, N3 M0

Evre IV: T N M1

2.4. Mide Kanseri Epidemiyolojisi

Mide kanseri ölüme en sık neden olan kanserler arasında ikinci sırada yer almaktadır (yıllık olarak 700,000 ölüm). Dünyada görülme sıklığı bakımından mide kanseri, akciğer, meme ve kolon ve rektum kanserinden sonra dördüncü sırada yer almaktadır. 2002 yılı kanser istatistikleri sonuçlarına göre dünyada 934,000 yeni mide kanseri vakası bulunmaktadır (1, 33).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı 2005 yılı verilerine göre ilk on kanser türü içinde mide kanseri; akciğer ve bronş, prostat, deri, meme kanserinden sonra beşinci sırada yer almaktadır. Mide kanseri cinsiyete göre erkeklerde (12.99/100.000); akciğer ve bronş, prostat, deri, mesane kanserinden sonra beşinci sırada, kadınlarda ise; meme, deri, tiroid, akciğer ve bronş kanserinden sonra beşinci sırada (6.80/100.000) yer almaktadır (34).

2.5. Mide Kanserinde Risk Faktörleri

Mide kanseri gelişmesine neden olan başlıca risk faktörleri; Helikobakter Piloni enfeksiyonu, et, turşu gibi tuzlu yiyeceklerin tüketimi ve tütün kullanımıdır (33).

2.6. Mide Kanserinin Evrelendirilmesi

Mide kanserinin evrelendirilmesinde; dünyada yaygın olarak kullanılan evreleme sistemleri Uluslararası Kanser Savaş Örgütü (International Union Against Cancer – UICC) tarafından oluşturulan TNM evrelemesi ve Japon Mide Kanseri Araştırma Grubu (Japanese Research Society for Gastric Cancer- JRSGC) tarafından oluşturulan Japon evreleme sistemidir. Araştırmanın yapıldığı kurumda kullanılan

sınıflama türü, TNM evrelemesi olduğu için aşağıda bu evrelemeden söz edilecektir (38, 39, 40).

TNM Sınıflaması (UICC 1997);

Primer Tümör (T)

Tx: Primer tümör bilinmeyen
 To: Primer tümör olamıyım
 (karsinoma in situ)
 T1: Tümör lamina propria ya da
 submukozadadır
 T2: Tümör muskularis propria
 ya da subserozayı tutmuştur
 T2a: Tümör muskularis propriayı tutmuştur
 T2b: Tümör subserozayı tutmuştur
 T3: Tümör tüm serozayı (visseral periton) tutmuştur
 T4: Tümör serozayı aşır çevre dokuları tutmuştur

Bölgesel Lenf Nodu Tutulumu (N)

Nx: Bölgesel lenf nodu /nodları bilinmeyen
 No: Bölgesel lenf nodu metastazı olmayan
 N1: Bölgesel 1-6 lenf nodu metastazı olan
 N2: Bölgesel 7-15 lenf nodu metastazı olan
 N3: Bölgesel 15 den fazla lenf nodu
 metastazı olan

Uzak Organ Metastazı (M)

Mx: Uzak organ metastazı bilinmeyen
 Mo: Uzak organ metastazı olmayan
 M1: Uzak organ metastazı olan

Mide Kanserinin TNM'ye Göre Evrelemesi

Evre 0	Evre IA	Evre IB	Evre II
Tis, N0, M0	T1, N0, M0	T1, N1, M0	T1, N2, M0
		T2a, N0, M0	T2a, N1, M0
		T2b, N0, M0	T2b, N1, M0
			T3, N0, M0
Evre IIIA	Evre IIIB	Evre IV	
T2a, N2, M0	T3, N2, M0	T4, N1, M0	
T2b, N2, M0		T4, N2, M0	
T3, N1, M0		T4, N3, M0	
T4, N0, M0		T1, N3, M0	
		T2, N3, M0	
		T3, N3, M0	
		Herhangi T	
		herhangi N M1	

2.7. Kolorektal ve Mide Kanserlerinin Tedavisi

2.7.1. Kolorektal Kanserlerin Tedavisi

Kolorektal kanserlerde tedavi; tümörün evresi ve yayılım derecesi başta olmak üzere hastanın yaşı, genel durumu, vücut yapısı ve farklılaşma derecesine göre değişir. Kolorektal kanserlerin tedavisi öncelikle cerrahidir. Kemoterapi ve radyoterapi diğer tedavi yöntemleridir (36, 37). Cerrahi tedavide ana amaç primer tümörün bölgesel lenf bezleriyle birlikte geniş olarak çıkarılmasıdır. Cerrahi tedavide, tümörün lokalizasyonuna göre parsiyel/ total sağ ya da sol kolektomi yapılmaktadır (36, 37, 41, 42, 43, 44).

Rektum tümörlerinde tedavi seçenekleri; 1.Low anterior rezeksiyon, 2. Abdominoperineal rezeksiyon, 3.Lokal eksizyon (Transanal eksizyon, transanal endoskopik mikrocerrahi, endokaviter radyasyon) 4.Fulgurasyon (doku yıkımı amacıyla elektrik akımından yararlanmak), 5.Laser fotokoagülasyon ve 6. Kolostomidir (36, 37, 41, 42, 43, 44).

2.7.2. Mide Kanserinin Tedavisi

Mide kanserlerinin tedavisinde başvurulanan iki önemli tedavi metodu cerrahi ve kemoterapidir. Erken evre mide kanserlerinin primer küratif tedavisi cerrahi yöntem ile mümkündür. Uygulanan yöntemler, radikal, subtotal ya da total gastrektomidir. Evre II-III mide kanserlerinde standart tedavi gastrektomi ve lenfadenektomidir (30, 45).

Genel olarak evre II ve III'deki mide kanseri hastalarında, postoperatif (cerrahi mide rezeksiyonu) kemoradyoterapi tedavisi de yapılmaktadır. Ancak evre III hastalarında rezeke edilemeyen tümörlerde neo-adjuvant ya da palyatif amaçlı kemoterapi ya/ ya da radyoterapi de uygulanabilmektedir. Evre IV hastalarında sadece palyatif tedavi ve pasaj sorunları için ve rezeke edilebilir bir tümör varsa, hastaya mutlaka radikal cerrahi tedavi uygulanmaktadır. Ancak uzak metastaz yapmamış lokal ileri evre IV tümörlerin önemli kısmına rezeksiyon yapılamamaktadır. Rezeksiyon yapılan evre IV'deki hastaların tedavisinde rezeksiyon sonrası (postoperatif) kemoradyoterapi önerilirken, rezeke edilmeyen hastalarda neoadjuvan kemoterapi ya da kemoradyoterapi önerilmektedir (39, 45).

2.7.3. İleri Evre Kolorektal ve Mide Kanserlerinde Kemoterapi Tedavisi

Araştırmaya, kemoterapi tedavisi alan kolorektal ve mide kanseri hastaları alındığı için burada kemoterapi tedavi protokolüne ilişkin bilgi verilecektir.

2.7.4. İleri Evre Kolorektal Kanselerde Kemoterapi

Kolorektal kanserlerin tedavisinde kullanılan başlıca kemoterapi tedavisi protokolleri; 1.FUFA, 2.FOLFİRİ +Altuzan/ Bevasizumab, 3.FOLFOX tedavileridir (39).

1. FUFA Tedavisi: FUFA tedavisi; FA olarak isimlendirilen Folinik asit ve Fluourasil (5 FU) kombinasyonundan oluşmaktadır. Kolorektal kanserlerde eğer hastanın performans durumu yeterli ise tedavi infüzyonel FUFA rejimleri ile oksaliptatin ya da irinotekan kombinasyonu şeklinde olmalıdır. Bu rejimlere bevasizumab (vasküler endotelial büyüme faktörüne karşı geliştirilen monoklonal antikorlar) eklenmesi, FDA (Ameikan Gıda ve İlaç Dairesi) tarafından onaylanmıştır (39).

2. FOLFİRİ +Altuzan (Bevasizumab) Tedavisi: Altuzan, İrinotekan, Folinik asit ve Fluourasil ilaçlarının kombinasyonunu içerir (39, 46, 47).

3. FOLFOX Tedavisi: FOL–Folinik asit, F-Fluourasil-5FU ve OX-Oksaliptatin kombinasyonundan oluşur (39, 48, 49).

İleri Evre Kolorektal Kanserlerin Tedavisinde Kullanılan Kemoterapi Protokollerinin İçerdiği İlaçların Yan Etkileri

Folinik Asit (Lökovorin)’in Yan Etkileri

- 1. Gastointestinal etkileri:** Flourasil ile kombinasyonunda diare, stomatitdir.
- 2. Hematolojik etkileri:** Flourasil ile kombinasyonunda kemik iliği baskılanması. Buna bağlı olarak nötropeni, trombositopenidir.
- 3. Hipersensitivite etkileri:** Deride kızarıklık, ürtiker, kaşıntı, hırıltılı solunumdur (46, 48,49).

Flourasil(5-Fluorasil,5fu)’in Yan Etkileri

- 1. Kardiyovasküler etkileri:** Asemptomatik olarak EKG değişiklikleri (%67), Myokardial iskemidir (%2-3).
- 2. Santral sinir sistemi etkileri:** Akut serebellar sendrom (<%1), fotofobi, akut ensefeloapti/öforidir (nadir).
- 3. Dermatolojik etkileri:** Saç dökülmesi, hiperpigmentasyon (çok fazla ven kullanımı),ekstremitelerde bazen gövdede kızarıklık, tırnak değişiklikleri, fotosensitivite, deri kuruluğu, plamar-plantar eritrodistezi, el ayak sendromu, radyasyon benzeri reaksiyon (nadir), eritem, nekrozdur.

- 4. Gastrointestinal etkileri:** Orta derecede bulantı, kusma, stomatit, özofajit, gastrointestinal kanama (nadir), iştahsızlık, ishaldir.
- 5. Hematolojik etkileri:** Kemik iliği baskılanması (çok nadir), kemik iliği baskılanması, hemalotik-üremik sendrom, megaloblastozisdir.
- 6. Diğer etkileri:** Anafilaksi (nadir), kimyasal flebit; aşırı göz yaşı, göz yaşı kanal fibrozisi, konjektivitistir (46, 47).

Altuzan (Bevasizumab)'ın Yan Etkileri

- 1. Kardiyovasküler etkileri:** Hipertansiyon (%34, derece %1-4), supraventriküler taşikardi (<10), ölümcül kardiyak olaylar (%2), pulmoner hipertansiyon (nadir),arterial (%4), venöz tromboembolizm (%17), konjestif kalp bozukluğudur (%4).
- 2. Nörolojik etkileri:** Baş ağrısı (%10), senkop(bayılma),uyuklama (%10), peripher al duyu nöropatisi ($\geq$ %10), serebrovasküler olay (%2), konvülsiyon, ataksi (nadir), geri dönüşümlü lökoensefalopati sendromudur (nadir).
- 3. Deri etkileri:** Palmarplantar eritrodisestezi sendromu (ağır <%10), kuruluk-renk değişikliği ($\geq$ %10), gecikmiş iyileşme/yara açılması/post opertaif kanama (%10-20) iforosensitivitedir (<%1).
- 4. Gastrointestinal etkileri:** Gastointestinal perforasyon ya da fistül (%2), gastrointes tinal obstruksiyon, ileus, abdominal ağrı, dehidratasyon (ağır <10), diare ($\geq$ %10), konstipasyon, anoreksi ($\geq$ %10), bulantı ve kusma ($\geq$ %10), stomatit, tat bozukluğudur ($\geq$ %10).
- 5. Pulmoner etkileri:** Dispne, rinit ($\geq$ %10), trakeaözefageal fistül (torasik malignen si± radyasyonilenadir), hipoksi(ağır $\leq$ %10),pnomotoraks, efüzyon (<%1), nasal septal perforasyondur (nadir).
- 6. Renal etkileri:** Proteinüri (%38, ağır %4), renal bozukluktur (<%1).
- 7. Hemotolojik etkileri:** Nötropeni (ağır%26), febril nötropeni ($\geq$ %10), enfeksiyon (<%10), anemi (ağır<%10), mikroanjiopatik hemolitik anemi (nadir), trombositopeni (ağır $\geq$ %10), artmış PT/ INR (3 & 4 evre $\geq$ %2), gastrointestinal sistem, santral sinir sistemi, pulmoner ve mukokutanözü içeren kanamadır (%40, %5'i ağır).
- 8. Metabolik etkileri:** Elektrolit eksikliği ya da fazlalığı, hiperglisemidir (3& 4 derece /grade $\geq$ %2).

9. Genel etkileri: Yorgunluk, ateş, ağrı ($\geq\%10$), eklem ağrısı /atralji, bir ya da birden çok kas grubunun ağrısı/myalji, kas zayıflığı ($\geq\%10$), disfoni/ses kısıklığı ($\geq\%10$), göz bozukluğu, göz yaşarması($\geq\%10$), anormal karaciğer fonksiyon testi (%2), infüzyon reaksiyonudur (46, 47).

İrinotekan(Camtosan)'ın Yan Etkileri

1. Kardiyovasküler etkileri: Tromboembolizm (%5), infüzyon süresince bradikardi, iskemi (nadir), hipotansiyon (%6), vazodilatasyon, kızarmadır (%11).

2. Dermatolojik etkileri: Saç dökülmesi (%61), el ayak sendromu (%2), kızarıklık (%14).

3. Gastrointestinal etkileri: Diare (erken dönemde %51, geç dönemde %88), dehidratasyon (%15), bulantı (%86), kusma (%67), abdominal ağrı (%68), dispepsi/gaz (%12), konstipasyon (%32), kolitis ve ileus (nadir), anoreksi (%55), stomatit (%30).

4. Hematolojik etkileri: Nötropeni (evre 4 %12; febrile neutropenia %2-6), trombositopeni (derece/grade 4 %2), lenfopenidir.

5. Karaciğer etkileri: Bilirubin artışı (%84, evre 3/4 %7), karaciğer enzimlerinin yükselmesidir (evre 4 %13).

6. Nörolojik etkileri: Baş dönmesi (%21); konfüzyon (%3), uyku hali (%9), insomniadır (%19).

7. Pulmoner etkileri: Dispne (%22), kuru öksürük (%20), rinit (%16), pnömoni.

8. Diğer etkileri: Yorgunluk (%69), ateş (%45), üşüme, terleme, hiperglisemi, ödem (%10), ağrı (%24), kilo kaybı (%30), hipersensitivite (nadir), renal bozukluk (nadir), tümör lizis(nadir), enfeksiyondur (%14) (46, 47).

Oksaliptatin'in Yan Etkileri

1. Gastrointestinal etkileri: Diare, yutma güçlüğü, ağızda yaradır.

2. Nörolojik etkileri: Tedaviden sonra birkaç günden birkaç haftaya kadar süren bazen birkaç ay kadar da sürebilen baş parmak ve parmaklarda uyuşma, kulaklarda çınlamadır.

3. Renal etkileri: Böbrek fonksiyonlarında bozulmadır.

4. Hematolojik etkileri: Anemiye bağlı halsizlik, yorgunluk, uyuşukluk, kemik iliğinde baskılanmaya bağlı trombosit sayısında azalmaya bağlı kollarda ve

bacaklarda morarma, burun kanaması, diş kanaması, nötrofil sayısında azalmaya bağlı enfeksiyon, ağızda yaradır.

5. Dermatolojik etkileri: Saç kaybıdır.

6. Diğer etkileri: Alerjik reaksiyon, solunum güçlüğü, üreme kaybıdır (46, 47).

2.7.5. İleri Evre Mide Kanserinde Kemoterapi

Mide kanseri hastalarında başlıca uygulanan kemoterapi tedavisi protokolleri;

Sisplatinli rejimler

ECF: Epirubisin+sisplatin+fluorourasil

FAP: Fluorourasil+doksorubisin+sisplatin

PELF: Sisplatin + Epirubisin (epidoksorubisin) + lökovorin + glutatyon + filgrastim + fluourasil

FUP: Sisplatin ve fluourasil

Fluorourasilli rejimler

FAM: Fluourasil+doksorubisin+mitomisin-C

FAMTX: Fluourasil+doksorubisin+metotreksat

ELF: Etoposid+ fluourasil+ lökovorin

Taksanlı rejimler

DCF: Dosetaksel+sisplatin+ fluourasil

TCF: Taxotere(dosetaksel) +sisplatin ve fluourasil

TEX: Taxotere(dosetaksel) +oxaliplatin (eloxatin)+capecitabine (45, 47, 48).

İleri Evre Mide Kanserinin Tedavisinde Kullanılan Kemoterapi Protokollerinin İçerdiği İlaçların Yan Etkileri

Epirubisin (Pharmorubicin/Epidoksorubin)'in Yan Etkileri

1. Kardiyovasküler etkileri: Aritmiler, EKG değişiklikleri (T dalgasının düzleşmesi), kardiyomyopati nedeniyle konjestif kalp yetmezliği, daha önce kalp hastalığı olanlarda mediastinal irritasyon, nadiren ölümdür.

2. Gastrointestinal etkileri: Bulantı, kusma, iştahsızlık (anoreksi), kilo alma ya da kaybı, ağız yarası ve ülseri (stomatit), konstipasyon, dairedir.

3. Hematolojik etkileri: Lökosit sayısının düşmesine bağlı; ateş, enfeksiyon, anemiye bağlı yorgunluk, baş dönmesi, nefes darlığı, laterji, trombositin düşmesine

bağlı; açıklanamayan kanamalar, burun, kanaması, diş fırçalamayla ilgili kanama, ısrarlı baş ağrısıdır.

4. Renal etkileri: İntra vezikal uygulama sonrası kanamalı sistitdir.

5. Dermatolojik etkileri: Kaşıntı, kızarıklık, ürtiker, alopesi, tırnak yatağında hiperpigmentasyon, dokuda nekrozdur.

6. Diğer etkileri: Pembemsi-kırmızı idrar, enjeksiyonun yapıldığı deride koyulaşma, ateş, titreme, anafilaktik reaksiyondur (46, 48, 49, 51, 52) .

Sisplatin'in Yan Etkileri

1. Gastrointestinal etkileri: İştahsızlık, kilo kaybı, diare, bulantı, kusma, tat değişikliğidir.

2. Dermatolojik etkileri: Kırılgan ve incelmış saçdır.

3. Nörolojik etkileri: El ve ayak parmaklarında uyuşmadır (46, 48, 49).

Doksorubisin (Adriamisin)'in Yan Etkileri

1. Kardiyolojik etkileri: Kardiyomyopati, supraventriküler taşikardi, konjestif kalp yetmezliğine bağlı nefes almada zorluk, göğüs ağrısıdır.

2. Gastrointestinal etkileri: Bulantı, kusma, stomatit, iştahsızlıktır.

3. Hematolojik etkileri: Kemik iliği depresyonuna bağlı aşırı yorgunluk; burun ya da diş eti kanaması, ciltte oluşturan morluklar, siyah, kanlı, katranımsı dışkı gibi kanama belirtileri; ateş, titreme gibi enfeksiyon belirtileridir.

4. Nörolojik etkileri: His kaybı, belirli bölgelerde yanma ya da vücudun bir bölgesinde hareket zoluğu ve nöbetlerdir.

5. Renal etkileri: İdrarın renginde kırmızılıktır.

6. Alerjik etkileri: Nefes darlığı; yüzde, dudaklarda, dil ya da boğazda şişlik; ürtikerdir.

7. Diğer etkileri: Karaciğerde hasara bağlı karın bölgesinde ağrı, sarılık, uygulama bölgesinin yakınındaki doku ya da damarlarda reaksiyon, ürik asit miktarının yükselmesine bağlı eklem ağrısı ya da sertliktir (46).

Mitomisin'in Yan Etkileri

- 1. Hematolojik etkileri:** Tedaviden 3-8 hafta sonra myelosüpresyon (daha sıklıkla orta derecede lökopeni ve trombositopeni), doza bağlı olarak daha geç zamanda anemi, nadiren hematolitik üremik sendromdur (renal termezlik, çok ileri trombositopeni, pulmoner ödem ve hipotansiyon).
- 2. Dermatolojik etkileri:** Stomatit, alopesi, dermatit, kaşıntı, **ekstravazasyon** sonrası selülit, ülserasyon, doku nekrozu, tırnaklarda **renkli** çizgidir.
- 3. Gastrointestinal etkileri:** Bulantı, kusma (%30-60), iştahsızlıktır.
- 4. Hepatik etkileri:** Otolog kemik iliği transplantasyonunda mitomisin alan hastalarda karaciğer yetmezliği, hematomegali ve karın ağrısı belirtileri olan veno-occlusif hastalıktır.
- 5. Nörolojik etkileri:** Parastezilerdir.
- 6. Pulmoner etkileri:** İnterstisyel pnomoni (nadir görülür, ancak şiddetlidir), akut bronkospazmdır.
- 7. Renal etkileri:** Nefrotoksisitedir (50 mg/m^2 'yi aşan dozlarda daha fazladır ve serum kreatinin ve BUN yükseldiğinde belirir).
- 8. Diğer etkileri:** Yorgunluk, enjeksiyon yerinde ağrı, flebit, ateş, laterji, güçsüzlük, bulanık görmedir (46).

Metotreksat'ın Yan Etkileri

- 1. Hematolojik etkileri:** Uygulanan doza ve süresine bağlı olarak lökopeni, trombositopeni, anemidir.
- 2. Dermatolojik etkileri:** Ciltte kızarıklık, döküntü, kaşıntı, saç dökülmesi, ışığa hassasiyet, pigmentasyonda azalma ya da artma, akne talenjeksiyonu, ciltte kuruluk ve bül oluşumu, folikülitir.
- 3. Gastrointestinal etkileri:** Orta dereceli bulantı ve kusma, stomatit, diare, iştahsızlık, hematemez, melanadır.
- 4. Genitoüriner etkileri:** Renal disfonksiyondur (daha önceden renal fonksiyon bozukluğu olanlarda, dehidratasyon gelişenlerde, nefrotoksik ilaç kullananlarda, kreatini yüksek ve hematürisi olanlarda dozla ilişkili olarak daha çok görülür).
- 5. Hepatik etkileri:** Geçici ve orta derecede AST yüksekliği, hepatik fibröz ve sirozdur.

6. Nörolojik etkileri: Ensefalopati, yorgunluk, halsizlik, konfüzyon, ataksi, tremorlar, iritabilite, felç, koma, baş dönmesi, bulanık görme, sırt ağrısı, paralizi, hemiparazi dir.

7. Alerjik etkileri: Ateş, titreme, döküntü, ürtiker, anaflaksidir.

8. Oküler etkileri: Konjektivit, aşırı göz yaşı, yüksek dozlarda merkezi körlüktür.

9. Pulmoner etkileri: Pnömonit, pulmoner fibrozis, öksürük, dispnedir.

10. Diğer etkileri: Malazi, osteoporoz, hiperürisemi, geriye dönüşümlü oligospermdir (46).

Dosetaksel (Taxotere)'in Yan Etkileri

1. Gastrointestinal etkileri: Bulantı, kusma, diare, konstipasyon, tat değişikliği, stomatit, ağız ve boğaz ağrılarıdır.

2. Hematolojik etkileri: Kemik iliği depresyonuna bağlı nadiren trombositopeniye bağlı kanama, nötropeniye bağlı, enfeksiyon, anemiye bağlı yorgunluktur.

3. Dermatolojik etkileri: Alopesi (saç kaybı), tırnak değişiklikleri, enjeksiyonun yapıldığı çevrede kızarıklık, kuruluk, şişlik, makülopapüler ve kaşıntılı döküntüdür.

4. Nörolojik etkileri: Perifereal nöropatiye bağlı parestezi, uyuşukluktur.

5. Alerjik etkileri: Hipotansiyon, dispne ve/veya bronkospazm ya da yaygın döküntü, kızarıklık ile karakterize hipersensitivite, ateş basması, göğüste daralma hissi, sırt ağrısı ile karakterize alerjik reaksiyon, yaygın kaşıntı, bulantı, nefeste daralma hissi, karında kramp tarzında ağrı, konuşma güçlüğü, anksiyete, ajitasyon, üşüme, el ve ayaklarda, göz kapaklarında, boyunda anjioödem, lokal ya da yaygın ürtiker, wheezing ya da wheezing olmaksızın solunum güçlüğü, hipotansiyon, siyanoz belirti ve bulgularını gösteren anaflaksidir.

6. Diğer etkileri: Kas, eklem ve kemik ağrısı, göz yaşında artma, özellikle ekstremitelerde sıvı tutulumu, plevral effüzyona bağlı solumda değişikliklerdir (46, 50) .

Mide kanserinin tedavisinde kullanılan kemoterapi protokolleri içerisinde glutamin ve filgrastim (neupojen) destek tedavi amacıyla eklenebilmektedir. Pek çok malign hastalıkta glutamin düzeyi azalmaktadır ve bu durum kanser tedavisinde daha fazla hücre hasarına neden olmaktadır. Glutamin kullanımı bu etkileri önleyebilir ve

radoterapi ya da kemoterapi ile hasar gören mukoza hasarından korunmaya yardımcı olabilir (53).

Glutamin kemoterapi sırasında kanser hücrelerinde gelişen ilaç direncine karşı koruyucu rol oynadığı ve antikanser ilaçların detoksifikasyonunda da etkisi olduğu belirtilmektedir (54). Filgrastim, kemoterapi tedavisine bağlı nötropeni gelişmesinde ve nötropeni süresinin azaltılmasında etkilidir (55).

2.8.Yorgunluk

2.8.1.Yorgunluğun Tanımı

Yorgunluk, yalnızca akut ya da kronik hastalıklarda değil, günlük hayatta her zaman karşılaşılabilen evrensel bir semptomdur. Yorgunluk; alışılmış ve yapılması istenen aktivitelere katılımda subjektif olarak hissedilen fiziksel ve /ya da mental enerjide azalma olarak tanımlanmaktadır (56).

Walker ve Avant (57) çalışmalarında yorgunluğun dört yönünü;

- Emosyonel, bilişsel ve fiziksel faktörlerin rol oynadığı, tüm bedeni etkileyen bir deneyim olması,
- Hoş olmayan bir algı olması,
- Kronik ve acımasız bir fenomen olması,
- Bireyin algısına bağlı subjektif bir deneyim olması şeklinde belirtmişlerdir.

Yorgunluk hem hasta bireyleri hem de sağlıklı bireyleri igilendiren önemli bir semptomdur. Yorgunluk, kontrol altına alınmadığında bireyin günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Ayrıca çalışma alanındaki verimliliği olumsuz yönde etkilemesi, emosyonel ve fiziksel hastalıklarla birlikte prevalansının artması nedeni ile sağlık ekibini ilgilendiren önemli bir sorundur (58).

2.8.2.Yorgunluk Tipleri

Yorgunluk farklı şekilde sınıflandırılabilinen, süresi ve derecesi bireysel farklılıklar gösteren subjektif bir durumdur. Temel olarak iki tip yorgunluk vardır: Lokal yorgunluk ve merkezi yorgunluk (59).

Lokal yorgunluk: Kasların çalışma kapasitelerini daha fazla sürdüremeyip, geçici olarak performansının düşmesi ve gelen uyaranlara cevap yeteneklerinin bozulması sonucu gelişir. Temel belirtileri; kaslarda hafif acı veren gerginlik, kramplar ve güç kaybıdır. Bu tip yorgunluk kaslarda laktik asit birikimi, ATP, kreatin fosfat, glikojen ve protein depolarının tükenmesi ya da elektrolitlerin azalmasına ve mikro travmalara bağlı ortaya çıkabilir (59).

Merkezi yorgunluk: Vücuttaki lokal yorgunlukların birikmesi sonucu ortaya çıkar. Vücudun kendini yenileme mekanizmasını destekleyen sinir ve hormonal sistemi etkiler. Böyle bir durumda;

- Fiziksel performans azalır, rutin çalışmalar tamamlanamaz,
- Vücut ağırlığını kontrol etmek zorlaşır, kilo alınır ya da verilir,
- Sabahları ölçülen kalp hızı normalden 5 atım daha fazla ölçülebilir,
- Fiziksel iş sonrasında nabızın eski haline dönmesi uzun sürer,
- Devamlı kas ve eklem ağrıları gelişir,
- Fiziksel işten 24 saat sonra dahi yenilenme gecikir ve yorgunluk devam eder,
- Uyuma güçlüğü gibi uyuma düzeninde bozukluklar gözlenir,
- Reaksiyon zamanı yavaşlar,
- Koordinasyon zayıflar,
- Karar verme zorlaşır,
- Alıngan, mutsuz, gergin ve sıklıkla duygusu oluşur,
- Sosyal açıdan güç iletişim kurulur,
- Unutkanlık gözlenir,
- Uyanıklık azalır ve uyuşukluk hali ortaya çıkar (59).

Bazı araştırmacılar da yorgunluğun tiplerini farklı şekilde ele almışlardır. Bazı bilim adamları normal yorgunluğu patolojik ve psikolojik yorgunluktan ayırırken, bazıları da kronik yorgunluk olarak patolojik yorgunluğu, akut yorgunluk olarak da normal yorgunluğu kabul etmektedirler (60).

Fizyolojik yorgunluk; fonksiyonel organ bozukluğu olarak tanımlanmaktadır. Bu tip yorgunluk aşırı enerji tüketimine bağlı gelişir ve fizyolojik fonksiyon için gerekli hormonlar, nörotransmitterler ve diğer önemli substratların azalması ile karakterizedir. Fizyolojik yorgunluk ateş, enfeksiyon, anemi, uyku bozukluğu ve

hamilelik gibi durumlara bağılı gelişebilmektedir. Oldukça karmaşık bir kavram olan yorgunluğun fizyolojik yönünü bazı araştırmacılar santral ve periferel yorgunluk modeli ile açıklamışlardır (60).

Santral model, hipolamus alanı gibi santral sinir sisteminin belirli alanlarında fonksiyon bozukluğunu ya da periferel ve santral sinir sistemi arasında iletişim bozukluğu gibi santral sinir sisteminin işlevlerinin bozulmasını içerir. Bu modelde, kastaki kemoreseptörlerin uyarılması ile santral sinir sistemindeki retiküler formasyona duysal impuls gönderildiği düşünölmektedir. Bunun sonucunda, beyindeki ilgili merkezden spinal motor nöronlara, motor yolların inhibisyonuna ilişkin impuls gönderilmekte ve yorgunluk ortaya çıkmaktadır. Santral yorgunluk modeline yönelik öne sürölen bir görüşe göre; santral yorgunluğa bir santral nörotransmitter olan 5-hidroksitriptamin sentezinin artmasının yol açtığı düşünölmektedir. Bir başka görüşe göre de, iskelet kasının egzersizi sırasında beyin amonyak düzeyinin arttığı ve bu artışın nörotransmitterlerin konsantrasyonunda değişikliğe neden olduğu varsayılmaktadır. Bu değişikliğin, adenozin trifosfat sentezinde azalma yaptığı ve postsinaptik inhibisyona neden olarak yorgunluğa neden olduğu düşünölmektedir (60, 61).

Periferel yorgunluk modeli ise motor sinir dallarının sonlandığı yerde nöromösköler iletimin bozulması gibi periferel sinir sisteminin fonksiyonlarının bozulmasını içerir. Bu modele göre metabolik olarak bazı metabolitlerin azalması ya da artması ile yorgunluk ortaya çıkmaktadır. Hidrojen iyonu, amonyak, amonyum, inorganik fosfat, monobazik fosfat, sodyum ve potasyum düzeyinin artması, enerji substratlarından adenozin trifosfat, fosfokreatinin, kas ve karaciğer glikojeni, serbest yağ asitleri, hücre içi potasyum ve inorganik fosfatın azalması da kas sinir iletimini etkileyerek periferel yorgunluğa neden olabilmektedir. Ayrıca, yapısal ya da mekanik hasar ve inflamasyon da periferel yorgunluğa neden olabilmektedir (60, 61).

Akut yorgunluk; sağlıklı bireylerde görölen ve harcanan enerji ile doğru orantılı olan kısa süreli bir yorgunluktur. Uykusuzluk, yetersiz beslenme, günlük yaşamda hareketin az olması, çalışma ve sosyal yaşantıdaki sorumluluğun geçici olarak artması yorgunluğa neden olabilir. Bu tür yorgunluk iyi bir uyku, stres ve aktivitenin azaltılması ile azalır ya da görölmez (62).

Kronik yorgunluk; en az 6 aydır devam eden ve yetersizliğe sebep olan yorgunluktur. Kronik Yorgunluk Sendromu (KYS) ise; en az 6 ay süren ve organik veya ciddi psikiyatrik hastalık gibi bir neden olmaksızın gelişen ve birlikte kas-iskelet ağrısı, uyku bozukluğu, konsantrasyonda bozulma ve baş ağrısının eşlik ettiği kronik ve tedavisi zor bir hastalıktır. KYS'nun en önemli belirtisi; en az 6 aydır devam eden, bir fiziksel aktivite sonucu olmayan, istirahat ile hafiflemeyen, iş, eğitim, sosyal ve özel yaşam aktivitelerinde belirgin azalmaya yol açan yorgunluğun olmasıdır (63).

2.8.3. Yorgunluk Nedenleri

Yorgunluğa neden olduğu düşünülen faktörler patofizyolojik, tedaviye ilişkin ve durumsal faktörler olarak üç grupta incelenmektedir (61);

I. Patofizyolojik Faktörler

Bu faktörler arasında;

- Akut enfeksiyonlar: İnfeksiyöz mononükleoz, hepatit
- Kronik enfeksiyonlar: Kronik hepatit, endokardit
- Oksijen taşıma sisteminde bozukluk: Konjestif kalp yetmezliği (KKY), kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), anemi, periferik vasküler hastalıklar
- Endokrin (metabolik) hastalıklar: Diabetes mellitus (DM), hipotiroidizm, pitüiter hastalıklar, Addison hastalığı, böbrek yetmezliği, siroz
- Nöromusküler hastalıklar: Parkinson hastalığı, myastenia gravis, multiple skleroz
- Kanser
- Obesite
- Elektrolit dengesizlikleri
- Beslenme bozuklukları: Demir, folat, B12 vitamin eksikliği,
- AIDS (Acquired Immun Deficiency Syndrom) yer almaktadır (61).

II. Tedaviye İlişkin Faktörler

Bu faktörler arasında;

Kemoterapi, radyoterapi, immünoterapi, uzun süreli steroid kullanımı, trankilizanlar, beta blokerler yer almaktadır (61).

III. Durumsal Faktörler:

Bu faktörler arasında;

Depresyon, aşırı stres, kriz (kişisel, gelişimsel, mesleki, ailevi, maddi), duyuşal yüklenme (ses, ışık v.b.), aşırı ısı artışı ve uzun süreli aşırı rol beklentisi yer almaktadır (61).

2.9. Uyku

2.9.1.Uyku ve Fizyolojisi

Uyku, organizmayı ruhsal ve bedensel olarak dinlendiren ve geçici olarak çevreyle iletişiminin, çeşitli uyarılarla geri döndürülebilir biçimde kesilmesidir. İnsan ömrünün üçte biri uykuda geçmektedir. Uyku; yalnızca organizmanın yavaşlaması değildir, aynı zamanda aktif ve döngüsel olan bir süreçtir. Uykuda beynin çalıştığı, öğrenilen bilgileri ayıklayıp depoladığı bilinmektedir (64).

Normal bir erişkinin uyku ihtiyacı 7.5-8.5 saat civarındadır. Bu süreyi belirleyen bazı faktörler mevcuttur. Kişinin genetik yapısı, sirkadyen ritim ile çalar saat gibi istemli kontrol bu süreyi belirlemektedir (65). Uyku iki evreden oluşmaktadır. Bu evreler REM (hızlı göz hareketi) ve Non-REM olarak adlandırılmaktadır. Bu iki durum normal uyku sırasında sürekli olarak ortaya çıkmaktadır (66).

Non REM uykusu özellikle gecenin ilk üçte birlik dilimi sırasında önemlidir; bu elektroensefalografide (EEG) içcikler, K kompleksleri ve daha sonra yavaş dalga uykusu ile karakterize olan derin uyku durumudur (67). Non-REM evresi kendi içerisinde iki ana bölüme ayrılmaktadır: a)Yüzeysel uyku (1.dönem ve kısmen 2. dönem) b) Derin uyku (3. ve 4. dönemler). REM uykusu ilk olarak 90 dakikalık NonREM uykusundan sonra ortaya çıkmaktadır. Bu uyku EEG’de daha yoğun bir aktivite ile karakterizedir; aslında rüyaların çoğu REM uykusu sonrasında ortaya çıkmaktadır. Gece ilerledikçe Non-REM uykusu süreleri kısalmakta ve REM uyku süreleri uzamaktadır (68).

Bu dönemleri içine alacak şekilde bir tanım yapılırsa uyku, uyanıklıkla beş uyku dönemi arasındaki periyodik geçişlerdir denebilir. Genellikle kısa bir uyanık dönemden sonra insanlar birinci, ikinci, üçüncü, dördüncü döneme girmektedir. Yüzeysel uyku, uyku-uyanıklık geçisi arasındaki dönemi oluşturmakta olup bu dönemde insanlar kolaylıkla uyandırılabilir. Derin uyku sırasında insanın uyandırılabilmesi için daha şiddetli uyarana ihtiyaç vardır. Bu dönemdeki

değişimlerin, bedensel dinlenmeye, yenilenmeye hizmet ettiği kabul edilmektedir (67).

Normal sağlıklı bir bireyin gecelik uykusu boyunca bu fazlar 4-6 kez ardı sıra tekrar eder. Kişi uykuya ilk daldığında non-REM uykusunun ilk dört fazı geçilerek REM uykusuna başlanır. İlk non-REM uykusu 70-100 dakika sürer ve bunun büyük bölümü evre 3-4 de geçer. Gece boyunca REM uykusunun süresi giderek azalır ve evre 3-4 kısalır. Sabaha karşı uyku ağırlıklı olarak REM ve evre 2 non-REM'den oluşur. Aynı şekilde yaş ilerledikçe üçüncü ve dördüncü evre kısalır. Genel olarak bakıldığında uyku retiküler aktive edici sistem üzerinden kortikal aktivasyonla ilişkilidir. Non-REM'de bu sistemin inhibe olmasıyla korteks suprese olur. REM fazında ise sistem yeniden aktive olur, ancak duyuşal ve motor fonksiyonlar uyanıklık haline göre göreceli olarak daha azdır. Uyku sırasında beynin dinamik değişikliklerinde nörotransmitterler; norepinefrin, seratonin, GABA ve asetilkolin rol oynamaktadır. REM uykusunda asetilkolin, Non-REM uykusunda ise seratonin ve GABA en önemli rol oynayan nörotransmitterlerdir (66, 68).

2.9.2. Uyku Kalitesi ve Önemi

Birey, uyandıktan sonra kendini zinde, formda ve yeni bir günü yaşamaya hazır hissediyorsa, kaliteli bir uyku uyumuş demektir. İyi bir uyku kalitesi, fiziksel ve psikolojik sağlığın iyi olması ile yakından ilişkilidir. Kötü uyku kalitesi ise çeşitli fiziksel ve psikolojik hastalıkların önemli bir semptomu olabilir. Kötü uyku kalitesi kalbin istirahatındaki hızının artması ile birlikte görüldüğünde miyokart enfarktüsü için önemli bir risk faktörüdür. Ayrıca iş kazalarının gelişmesinde de önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle bireylerin uyku kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi gerekir (69).

Uyku kalitesini etkileyen birçok faktör vardır. Bunlar;

Yaş: Uyku ihtiyacı bireysel farklılık gösterebilmekle birlikte gelişim evrelerine göre de farklılık gösterir. Bebeklik döneminde ortalama uyku süresi 16-18 saattir. Çocukluk ve adolesan çağında gerekli olan uyku süresi ise ortalama 7- 8 saate düşer. Genel olarak, genç yetişkin bireyler ile ileri yaştaki yetişkinlerin uyku süreleri benzerlik göstermektedir ve ortalama 6- 7 saat uyumaktadırlar. Yaşlılık döneminde

ise uyku süreleri azalmakta (6 saatten az olabilmektedir) ve gündüz uyuma eğilimi artmaktadır (70, 71).

Cinsiyet: Kadınların genel olarak erkeklere göre daha uzun süre uyudukları, uykuya dalma ve derin uyku sürelerinin daha az ve uyku etkinliklerinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Ancak kadınların erkeklerden daha fazla uykuya ilgili sorunlar yaşadığı, insomnia olarak bilinen uyku bozukluğunun daha fazla görüldüğü belirtilmektedir. Bunun nedeni olarak kadının ev, iş ve aile sorumluluklarının erkeklerden fazla olması, hamilelik, menapoz, menstrual siklusa gelişen nörohormonal değişikliklere bağlı olduğu düşünülmektedir (72, 73).

Hastalıklar: Birçok tıbbi ve psikolojik sorunlar uykunun yapısını bozarak uyku bozukluğuna neden olabilmektedir. Bu sorunlar arasında ağrı ve rahatsızlığa bağlı derin uykunun azalmasına, uyku ve uyanıklık arasında kısa episodlara neden olan artritler, gastroözefageal reflü hastalığı, premenstrual sendrom gibi durumlar yer almaktadır (74). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, astım gibi hastalıklarda gelişen solunum güçlüğü uykuya dalma güçlüğüne, uyku bütünlüğünün bölünmesine ve uykusuzluğa yol açabilir. Kalp yetmezliği, parkinson gibi nörolojik hastalıklar da uyku bozukluklarının sık görüldüğü hastalıklardandır (75). Her yaşta görülebilen stres, anksiyete, depresyon gibi psikolojik sorunlar derin uykuda azalmaya, uykuya dalmada güçlüğü ve REM uykusunda artmaya neden olurlar (74). Peptik ülser, hipertansiyon, kronik kalp hastalığı, diabetes mellitus, hipotiroidizm, hipertiroidizm, hormon düzeyi değişiklikleri gibi hastalıklar uykuya dalma ve sürdürmede güçlük, sık sık uyanma ve sabah erken uyanmaya yol açarak uyku kalitesinde bozulmaya neden olur (76).

Çevresel Faktörler: Çevre, kimi zaman uykuya yardımcı, kimi zaman uykuyu engelleyen bir etmen olabilir. Uykuyu etkileyen başlıca çevresel faktörler arasında gürültü, oda ısısı ve ışığı vb. yer almaktadır (77).

Yaşam Biçimi: Bireylerin yaşam biçimi uyku düzenini ve uyku kalitesini etkiler. Uyumadan önce alkol, sigara, kahve, çay gibi uyarıcı maddeleri içme, aşırı yemek yeme ve sıvı alma, gün boyu hareketsiz kalma, aşırı bedensel hareketler yapma ve zihinsel faaliyetlerde bulunma, yatma ve uyanma zamanının düzenli olmaması, gündüzleri fazla uyuma gibi faktörler uyku sorunlarına yol açabilmektedir. Bu nedenle uyku bozukluklarının önlenmesinde sözü edilen bu

faktörlerin yapılmaması, gün ışığına çıkma, günlük rutinlerin zamanlarında değişiklikler yapılması, gündüz uykularının planlı olarak yapılması gibi yaşam tarzı değişiklikleri yararlı olabilmektedir (78, 79).

İlaç Kullanımı: Bazı ilaçların kullanılması uykunun kalitesini bozabilmektedir. Amfetamin, trisiklik antidepresanlar, antikolinerjikler, REM uykusunu baskılayarak uyukuyu etkilerken, hipnotikler ve sedatifler de uykunun arousal (uyku sırasında daha hafif uyku evresine ya da uyanıklık durumuna ani geçişi) eşiğini artırarak uyku bozukluğuna neden olabilmektedir (80). Bunun yanında, çeşitli klinik durumlarda kullanılan ilaç tedavileri; örneğin hipertansiyon için beta blokerler; antibiyotikler, antidepresanlar, anksiyolitikler, sedatifler vb. gündüz aşırı uyku eğilimine neden olurlar ve REM uykusunu etkilerler (81).

Emosyonel Durum: Günlük yaşamdaki anksiyete, stres ve diğer emosyonel sorunlar uyku düzenini bozabilir. Korku, üzüntü, yas, kuşku ya da sevinç bireyin gevşemesini ve uyumasını engeller. Günlük hayatlarından memnun olmayan, endişeli ve mutsuz bireylerin uykularının da doyumsuz ve huzursuz olduğu görülür (82, 83)

2.10. İleri Evre Kanser Hastalarında Semptom Yönetiminde Bakım Verenlerin ve Hemşirenin Rolü

İleri evre kanser hastalarının tedavisi, sürekli ve şiddetli semptomlarla sonuçlanan agresif tedaviyi gerektirebilmektedir. Kanser ve tedavisiyle ilgili semptomların varlığı ve şiddeti hastanın ruh halini, günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir. İleri evre kanser hastaları, kanser ve tedavisi ile ilgili semptomları ve yan etkilerini yoğun yaşayabilirler. İleri evre kanser hastalarında görülen semptomlar zamanla değişebilir ve semptomlara bağlı gelişen stres de hasta ölüme yaklaşırken daha da artabilir (84).

Kanser hastaları, semptomlarının yönetimini kanser bakımının önemli bir ögesi olarak görmektedirler. Kanser hastalarında en yaygın olarak yaşanan ve palyatif bakım gerektiren semptomlar (ağrı, solunum sıkıntısı, bulantı-kusma, konstipasyon, ağız kuruluğu, iştahsızlık, uykusuzluk gibi) psikolojik, sosyal ve sprituel (ölüm, günah, başkalarına karşı sorumluluk gibi konulara yönelik inanç ve değerler vb.) sorunlara neden olabilmektedir (27, 84, 85, 86). Semptomların

kontrolünün sağlanamaması hasta ve ailesinin yaşamında güçsüzlük duygusuna, ümitsizliğe ve inançlarda kayba, hasta, yakınları ve bakım verenleri arasında iletişimde bozulmaya ve güven kaybına neden olabilmektedir (85).

Semptom yönetimi konusu kanser hastası ve ailesi için son derece önemlidir. İlerlemiş kanserde yaygın semptomların patofizyolojisini, nedenlerini, prevalansını, sonuçlarını ve kontrol yöntemlerini bilmek önemlidir. Semptomların hastalıkla ilişkisini açıklamak, korkuyu gidererek hasta ve ailesini semptom kontrolünde cesaretlendirir (86). Yaşam kalitesi azalmış olan ileri evre kanser hastalarında palyatif bakım Dünya Sağlık Örgütü tarafından kabul edilen hedef olmasına rağmen, standartların altında olan semptom yönetimi konusu önemli bir halk sağlığı problemidir (87, 88). Yapılan çalışmalarda bakım vericilerin semptom yönetimi konusunda eğitimlerinin yeterli olmadığı vurgulanmaktadır (27, 89).

Stetz ve diğ (90)'nin çalışmasında ise ileri evre kanser hastası bakım verenlerinin; hastalarının yemeğinin hazırlanmasına, içten/samimi bakımının, hareketinin ve rahatlığının sağlanmasına, tedavisinin yapılmasına ve denetimlerinin sağlanmasına yönelik yeni beceri kazanmayla ilgili yüklerinin olduğu belirlenmiştir.

Hastaların semptomlarının yönetiminde bakım verenlerin ve hemşirelerin önemli rolleri vardır. Sağlık profesyonellerinden hemşirelerin; bakım verenlere hastalarının bakımlarına yönelik bilgi ve beceriyi kazanmalarında yardım etmelerinin hasta ve aile açısından yararlı olduğu belirtilmektedir (91).

Kanser hastası bakım verenlerinin;

- hastalarının semptomlarını izleme,
- tıbbi tedavilerinin yapılmasını ve rahatlığını sağlama,
- problem çözme ve karar verme,
- emosyenel destek verme,
- bakımı koordine etme,
- hastalarının güvenliği ve fonksiyonlarının devamı için çevreyi düzenleme ve
- hasta için uygun araç-gereç donanımını sağlama gibi karmaşık görevleri bulunmaktadır (89, 91).

Sağlık profesyonelleri tarafından kanser hastası bakım verenlerine yönelik eğitim, sosyal destek, problem çözme ve karar vermeye yönelik girişimlerin bakım verenin yaşadığı stresin azalmasında, psikososyal iyilik halinin sağlanmasında ve

hastanın yaşam kalitesinin artırılmasında olumlu sonuçları olduğu belirtilmektedir (91). Yapılan bazı çalışmalarda, semptom yönetimine yönelik sağlık profesyonellerinin, kanser hastalarının gereksinimlerine yönelik girişimleri yeterli yapmadığı ve semptom yönetimi konusunda düzenli ve güvenilir bilgi vermediği belirtilmektedir. Bu nedenle bakım verenler, hastaların semptom yönetiminde güçlük yaşayabilirler (84, 88).

Son zamanlarda yapılan çalışmalarda, ileri evre kanser hastalarında semptom yönetiminin yeterli yapılamamasının nedeni sağlık hizmeti sağlayan bireylerin bilgi ve davranışlarındaki eksikler olarak belirtilmektedir (88). Bazı çalışmalarda geleneksel semptom yönetimine yönelik girişimlerin etkisiz olabildiği belirtilmektedir (84). Kanada da yapılan bir çalışmada ileri evre kanser hastalarında iyi bir semptom yönetimini engelleyen 4 öge belirlenmiştir. Bunlar; 1) Sağlık hizmeti veren bireylerin semptom yönetimi ve terminal dönemdeki hastanın bakımı konularında eğitim ve uygulama eksikliklerinin olması 2) Bakım standartlarında ve kanıt temelli uygulamalarda yetersizlik 3) Palyatif bakımın süreklilik gerektirmesine rağmen sağlık bakım hizmetlerinin bölünmesi ve sağlık hizmeti sağlayan kişilerin birlikte ortak çalışmalarının sınırlı olması 4) İleri evre kanser hastalarına sunulan kaliteli bakımın güvenilir olarak kayıt edilmesinde yetersizlikler olmasıdır. Bu nedenle hemşirelerin kanser hastasının semptomlarının yönetimine yönelik hastayı bütüncül yaklaşımla ele alan iyi ve organize olmuş bir eğitim planı hazırlamaları, uygulamaları ve sonuçlarını değerlendirmeleri gerekir. Böylece sağlık profesyonellerinden kaynaklanan bilgi ve beceri eksikliklerinin hem hasta bakımı hem de bakım verenin fiziksel, psikolojik, sosyal iyilik halini olumsuz etkilemesi önlenmiş olur (88).

2.11. İleri Evre Kanser Hastasına Bakım Verenlerin Sağlık Sorunları ve Destek Gereksinimleri

İleri evre kanser hastasının, bakım ve tedavisinin önemli ve bütüncü bir parçası primer bakım verenleridir. Bakım verenlerin; hastalarının aktivitelerinin kontrolü, hareketinin sağlanması/ taşınması ve haklarını savunma, kullandığı araçların bakımı, semptomlarını izleme ve semptom yönetimini içeren birçok rolleri bulunmaktadır (16, 17).

Kanser hastasına bakım verenler; hastasının bakımı ve tedavisi ile ilgili stres yaşabilmektedirler. Bazı araştırmacılar; hastasına bakım vermeye ilgili uyum sorununun bakım verenlerde strese neden olduğunu belirtmektedirler. Bazı araştırmalarda ise bakım veren bireylerin, hastalarının bakım yüküne bağlı olarak stres yaşayabildiği ve sağlık durumlarının etkilenebildiği gösterilmiştir. Bakım verenlerin artan bakım sorumlulukları ve mücadelesi yaşam kalitelerini ve mental sağlıklarını pozitif olarak etkilediği gibi negatif olarak da etkileyebilir (16, 17).

Toseland ve diğ.(92)'nin yaptığı çalışmada, kanser hastası bakım verenlerinde toplumda genel olarak görülenden daha fazla psikolojik stresin görüldüğü bulunmuştur. Given ve diğ. (93)'nin yaptığı çalışmada, kronik fiziksel bozukluğu, Alzheimer ve kanser hastalığı olan bireylerin bakımverenlerinde bakım vermeye bağlı olarak kendine saygılarının, aile desteğinin, ekonomik durumlarının, günlük programlarının ve sağlıklarının olumsuz etkilenmesiyle ilgili yüklerinin olduğu belirlenmiştir.

Bakım vericilik; karar vermeyi, hastalık ve tedavinin ruhsal yönüyle ilgilenmeyi, artan bakım görevlerini yapmayı ve uyumu, hastalık ve tedavi semptomlarının yönetimi gibi sorumlulukları içerdiğinden primer bakım verenin yaşamını olumsuz etkileyebilir. İleri evre kanser hastasının primer bakım verenlerinde fiziksel ve psikolojik semptomlar sıklıkla görülebilmektedir. Yapılan çalışmalarda; palyatif bakım alan kanser hastasına bakım verenlerde anksiyete, depresyon, psikosomatik semptomların, aktivite ve rollerde azalmanın ve fiziksel sağlıkta bozulmanın yüksek düzeyde görüldüğü saptanmıştır (4, 10, 16, 17). Bazı çalışmalarda ise bakım verenlerin kendine bakımda yetersizlik, yorgunluk ve uyku sorunları yaşadıkları gösterilmiştir. Bakım veren aile bireyleri ve diğer aile bireyleri ile yapılan karşılaştırmalı çalışmalarda da, bakım verenlerde egzersiz yapmak için boş zamana sahip olamama, yeterli istirahat edememe, kendisine reçete edilen ilaçlarını almayı unutmanın daha fazla görüldüğü belirtilmektedir. Bazı araştırmalarda da bakım verenlerde hipnotik, antidepresan gibi reçete edilen ilaçları kullanma, sağlık kurumuna başvurma ve sağlığı koruyucu davranışları yapmama oranının yüksek olduğu saptanmıştır (94, 95).

Sağlık profesyonellerinden hemşireler, bakım verenlerin eğitimsel ihtiyaçlarını belirleyerek, bunlara yönelik kapsamlı bir eğitim planı yapmalıdırlar ve uygun

öğretme stratejilerini kullanarak da hazırladıkları planı uygulamalıdır (96). İleri evre kanser hastalarına iyi bir bakımın sağlanması; bakım verenlerin hastalarının fiziksel, psikolojik ve sosyal bakım gereksinimleri konusunda bilgilendirilmelerini ve desteklenmelerini gerektirmektedir. Bakım verenlerin hastalarının bakımı konusunda bilgilendirilmeleri anksiyetelerini azaltacak ve yaşamlarına bakımı entegre ederek hastalarının kaliteli bir bakım almalarını sağlayacaktır. Bu nedenle bakım veren bireylerin sağlıklarının iyi olması ve korunması son derece önemlidir. Bakım veren bireylerin fiziksel ve ruhsal (emosyonel) ihtiyaçları arasında denge kurulması kendilerinin yaşadığı stresi azalttığı gibi, hastalarının yaşam kalitesinin de artmasını sağlayacaktır (16, 17).

2.12. İleri Evre Kanser Hastası Bakım Verenlerinde Yorgunluk ve Uyku Sorunları

İleri evre kanser hastası bakım verenlerinde; hastalarının kanser, bakım ve tedavisine bağlı yaşadıkları yoğun strese bağlı olarak yorgunluk ve uyku sorunları sık görülmektedir. Kanser hastası bakım verenleri onkoloji hemşireleri ile görüşmelerinde; sıklıkla yorgunluk, uyumakta zorluk, iştah kaybı ve sık sık üşüme hissi yaşadıklarını, hastalıkla ilgili üzüntü ve suçluluk hissettiklerini, önceden hoşlandıkları aktivitelere ilgilerinin azaldığını bildirmektedirler (97). Bakım veren yorgunluğunun birçok tanımı yapılmıştır. Teel ve Pres (98) bakım verenin yorgunluğunu, bakım vericinin istekleri ve kaynakları arasında dengesizlik sonucu ortaya çıkan, olumsuz sağlık sonuçlarına ve potansiyel rollerini yapamamaya neden olabilen bir durum olarak tanımlamaktadır. McCloskey ve diğ. (99) ise yorgunluğu birçok hastalığın semptomu olan ve alışılmış düzeydeki zihinsel (mental) işlerde ve fiziksel kapasitede azalma ve tükenme sonucu gelişen sürekli karşı konulmaz bir his olarak tanımlamaktadırlar.

Kanser hastalarının bakım süresi ve yaşadıkları semptomlar (ağrı, konstipasyon, bulantı, depresyon) Alzheimer gibi kronik mental bozukluğu olan hastalardan daha fazladır. Bu nedenle kanserli hastanın bakım verenlerde emosyonel cevap olarak depresyon görülebilir. Kanser hastasına bakım verenlerde depresyon semptomu olarak kararsızlık, konsantre olamama, yorgunluk, insomnia (uykuya

başlama ve sürdürmede zorkuk), aşırı uyku görülebilir. Bakım verenlerin yaşadığı bu semptomlar hastasının gereksinimlerini karşılayamamasına neden olabilir (100).

Kanser hastalarına bakım verme fiziksel, emosyonel ve mental enerjiyi gerektirir. Bu nedenle yorgunluk, uyku sorunları gibi depresif semptomlar deneyimleyen bakım verenler için bakım verme daha fazla zorluk ve yük getirebilir. Kanser hastası bakım verenlerinde depresif semptomların görülmesini etkileyen faktörler olarak yaş, cinsiyet, fiziksel, ruhsal sağlık durumu, fonksiyonel durum, bakım yükü, geçmişteki fiziksel ve emosyonel sağlık öyküsü, sosyal destek durumu, hastasının yaşadığı semptomlar ve sıklığı, uyku sorunu yaşama vb. olduğu bilinmektedir. Bu nedenle sözü edilen faktörlerin; bakım verenlerin yaşadığı depresif semptomlar olarak bilinen uyku ve yorgunluk sorunlarının da görülme sıklığını etkileyebilecek faktörler olduğunu söyleyebiliriz. Kanser hastası bakım verenlerinde depresyon ve ilişkili olan semptomları belirlemeye yönelik çalışmalarda, yüksek düzeyde depresyonu olan bakım verenlerde, yüksek düzeyde uyku bozukluğu ve yorgunluk görüldüğü saptanmıştır. Ayrıca bazı çalışmalarda da kronik uyku bozukluğuna bağlı olarak bakım verenlerde huzursuzluk, öfke, suçluluk, anksiyete ve depresif semptomların görülebileceği de belirtilmektedir (17, 18, 100). Bundan dolayı sağlık profesyonellerinden hemşirelerin, bakım verenlerin semptomlarının değerlendirilmesi ve giderilmesine yönelik girişimler yapmaları gerekir. Çünkü kanser hastalığının tıbbi yönetimi hastanın bakımından primer sorumlu olan bakım verenlerinin fiziksel ve emosyonel sağlıklarının ele alınmasını gerektirir.

3. BİREYLER VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, kemoterapi alan ileri evre kolorektal ve mide kanseri hastalarının birinci derecede bakımından sorumlu olan bakım verenlerin öz bakımlarına ve hastalarının semptomlarının yönetimine yönelik olarak hemşirenin verdiği eğitim ve danışmanlık hizmetinin, bakım verenin yorgunluk ve uyku kalitelerine etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan bir müdahale çalışmasıdır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi Gündüz Tedavi Ünitesinde yapılmıştır. Gündüz tedavi ünitesinde bir hemşire odası, hasta ve yakınlarına eğitim yapmak için kullanılan bir eğitim odası ve 17 tedavi odası bulunmaktadır. Tedavi odalarından biri kemik iliği aspirasyon odası, ikisi kemik iliği transplantasyon hastası takip odası ve 14'ü ise kemoterapi ilaç uygulama odaları olarak kullanılmaktadır.

Gündüz Tedavi Ünitesi Hemşirelik Hizmetleri, Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi Hastane Başhemşireliğine bağlı olup 8.30-17.30 saatleri arasında hizmet vermektedir. Gündüz tedavi ünitesinde kemoterapi, palyatif destek amaçlı; IV ilaç uygulaması, kan tranfüzyonu ve sıvı tedavisi gibi invaziv girişimlerin yapıldığı bu ünite günde yaklaşık 25-30 hasta hizmet almaktadır.

H.Ü. Onkoloji Hastanesinde toplam çalışan hemşire sayısı 84 olup, bunun 12'si gündüz tedavi ünitesinde çalışmaktadır. Gündüz tedavi ünitesinde çalışan altı hemşire kemoterapi ilaçlarının uygulanmasından, bir hemşire ünite çalışan hemşirelerin denetiminden, gelişiminden ve hastaların ünite odalarına dağıtımından, bir hemşire kemoterapi ilaçlarını eczaneden kontrollü bir şekilde alınıp verilmesinden, bir hemşire kemik iliği transplantasyon odasında bulunan hastaların takibi ve ilaçlarının verilmesinden, bir hemşire kemoterapi destek ilaçları ve kan tranfüzyonun yapılmasından, bir hemşire kemik iliği aspirasyon odasında hasta takibinden, bir hemşire ise kemoterapi alacak hastalara ve yakınlarına tedavi öncesinde randevu vererek, kemoterapi tedavisi yan etkileri hakkında eğitim yapmaktan sorumludur. Ünite hasta ve bakım verenlerine, kemoterapi tedavisi yan

etkileri ve kontrolüne yönelik olarak eğitim dışında telefonla danışmanlık hizmeti verilmemektedir.

Gündüz tedavi ünitesinde kemoterapi ilaçları merkezi olarak eczanede hazırlanmaktadır. Kemoterapi ilaç protokolü bu üniteye çalışan bir hemşire tarafından, hastaya uygunluğu kontrol edildikten sonra eczaneye gönderilmekte ve hazırlanıp gelen ilaçların tekrar kontrolü yapılmaktadır. Kemoterapi ilaçlarının uygulayan hemşire tarafından da tekrar ilaçların hastaya uygunluk yönünden kontrolü yapılmaktadır. Gündüz tedavi ünitesinde hastaların ortalama tedavi süreleri 3-4 saattir. Tedavi süresince hasta yakınları kemoterapi ilaç tedavisini yapıldığı odalarda hasta yanında ya da bekleme salonunda beklemektedirler.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Hacettepe Üniversitesi Kemoterapi Ünitesine ayaktan kemoterapi tedavisi almak amacıyla gelen ileri evre kolorektal ya da mide kanseri olan hastaların bakımından birinci derecede sorumlu olan bakım veren bireyler oluşturmaktadır. Araştırmanın yapıldığı kurumda Kolorektal ve mide kanserleri hastalarının kanser evrelemesinde, TNM kanser evreleme sistemi kullanılmaktadır. Bu nedenle örneklem kapsamına TNM evreleme sistemine göre Evre III ve IV hastalığın ileri evrede olduğunu gösterdiğinden, bu evrede olan hastalar alınmıştır.

Örneklem büyüklüğü tekrarlı ölçümlerde ANOVA yöntemine göre NCSS (Number Cruncher Statistical System)-Statistical and Power Analysis Software-Pass (Power Analysis and Sample Size) programı kullanılarak en az 16 bakım vericinin örnekleme alınması hesaplanmıştır (11, 23, 20, 101). (Konu ile ilgili benzer çalışmalardan yola çıkarak, örnekleme alınan grubun yorgunluk ve uyku kalitesi puan ortalamasında 1-1.5 puanlık düşme olacağı öngörülerek hesaplanmıştır) Ancak istatistiksel değerlendirme hatasını azaltmak ve kullanılacak testin gücünü artırmak için örnekleme 9 mide kanseri, 13 kolon kanseri ve 8 rektum kanseri hastasına bakım veren 30 birey alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan hastaların %56.7'si Evre IV, %43.3'ü Evre III dedir. Kolorektal ve mide kanseri hastalarının aldıkları kemoterapi tedavi protokolleri; Folfiri Altuzan, Folfiox, Folfiox xeloda, Folfiri, Xelox altuzan, TEX, ECF, Folfiox Altuzan, Xeloda, Taxotere + oxaliplatin, Flox, Erbitux + Folfiri Altuzan ve İrinotekan + FUFA 'dır

Örneklem kapsamına; Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesinde ayaktan ortalama en az 6 ay süresince kemoterapi tedavisi alması planlan, hastasıyla birlikte aynı evde yaşayan, en az bir aydır yorgunluk ve uyku sorunu yaşadığını ifade eden, hastasından başka bakımından birinci derecede sorumlu olduğu birey/bireyler olmayan, yürüyüş yapmasını engelleyebilecek fiziksel sınırlılığı, mental yetersizliği, kronik uyku bozukluğu, depresyon gibi her hangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü ve uykusunu etkileyebilecek kronik hastalığı olmayan, hastası terminal döneme girmemiş olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden bakım veren bireyler alınmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırma verilerinin toplanmasında;

- 1-Bakım Veren Tanıtım Formu, (EK 1)
- 2-Hasta Tanıtım Formu, (EK 2)
- 3-Hasta Semptomlarını Yönetim Formu, (EK 3)
- 4-Bakım Veren Eğitim ve Danışmanlık Hizmetini Değerlendirme Formu, (EK 4)
- 5-Yorgunluk durumunu belirleyen Piper Yorgunluk Ölçeği, (EK 5)
- 6-Uyku kalitesini belirleyen Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, (EK 6)
- 7-Bireyin kendi yaşamında sağlığını sürdürmek için sağlık etkinliklerini yerine getirmedeki yeteneklerinin birey tarafından algılanışını ölçen Öz Bakım Gücü Ölçeği (EK 7) kullanılmıştır.

Çalışmada kullanılan ölçeklere ilişkin bilgiler aşağıda yer almaktadır;

3.4.1. Bakım Veren Tanıtım Formu (EK 1)

Bu form bakım verenin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çocuk sahibi olma ve gelirinin giderlerini karşılama durumu gibi sosyoekonomik özelliklerini, alışkanlıklarını (beslenme, egzersiz, boş zamanlarını değerlendirmek için yapılan aktiviteler vb.), tanısı konulmuş hastalık durumunu, hastasına yakınlık derecesini, ortalama bakım verme süresini, hastasının bakımına ilişkin girişimleri bilme durumunu, hastasının bakımında son zamanlarda en sık ilgilendiği sorunları, kendisine ve hastasına yönelik profesyonel bir kişiden destek isteme durumunu,

hastasının bakımı ile ilgili güçlük yaşadığı alanları (beslenme, hijyen, hareket vb.) ve bakım vermeye başladıktan sonra yaşadığı sorunlar ve sıklıklarını değerlendirmeye yönelik 22 soruyu içermektedir.

3.4.2. Hasta Tanıtım Formu (EK 2)

Bakım verenin hastasının tanıtım formu; hastanın yaş, cinsiyet, eğitim ve çalışma durumu gibi sosyoekonomik özelliklerini içeren sorularla, kanserin evresini, kemoterapi dışında tedavi alma durumunu, tanı konulma süresini ve ameliyat olma durumunu içeren 15 sorudan oluşmaktadır.

3.4.3. Hasta Semptomlarını Yönetim Formu (EK 3)

Bakım verenlerde hasta semptomlarını yönetim formunda ileri evre kolorektal kanser ve mide kanseri hastalarında sıklıkla görülen 32 semptom yer almaktadır. Bu forma izlenen süre içerisinde bakım verenin; yönetiminde güçlük yaşadıkları hastalarının semptomları, bu semptomlara yönelik yaptıkları uygulamalar ve araştırmacı tarafından önerilen uygulamalar kaydedilmiştir.

3.4.4. Bakım Verenin Eğitim ve Danışmanlık Hizmetini Değerlendirme Formu (EK 4)

Bakım verenin eğitim ve danışmanlık hizmetini değerlendirme formu; bakım verenin kendisine ve hastasına yönelik verilen eğitim ve danışmanlık hizmetini değerlendirmeye yönelik 5 soru içermektedir.

3.4.5. Piper Yorgunluk Ölçeği (EK 5)

Bu ölçek Barbara F. Piper ve diğ. (102) tarafından, 1987 yılında yorgunluğa ilişkin çok yönlü ölçme modelini (Bütünleştirilmiş Yorgunluk Modeli (Integrated Fatigue Model) değerlendirmek amacı ile geliştirilmiştir. İlk oluşturulduğunda 42 maddeden oluşan Piper Yorgunluk Ölçeği zaman içinde yapılan revizyonlarla bugün her biri 0-10 puanlık VAS (Visual Analog Scale) üzerinde değerlendirilen toplam 22 maddeden oluşmakta ve hastanın yorgunluğa ilişkin subjektif algılaması dört alt boyut ile değerlendirmektedir. Bunlar: yorgunluğun GYA'ya etkisini ve şiddetini değerlendiren davranış/şiddet alt boyutu (6 madde;2-7); yorgunluğa atfedilen

duygusal anlamı kapsayan duygulanım alt boyutu (5 madde;8-12); yorgunluğun mental, fiziksel ve emosyonel semptomlarını yansıtan duygusal alt boyutu (5 madde; 13-17) ve yorgunluğun bilişsel fonksiyonları ve ruhsal durumu etkileme düzeyini yansıtan bilişsel /ruhsal alt boyuttur (6 madde; 18-23). Ölçekte ek olarak yorgunluk puanının hesaplanmasında kullanılmayan ancak yorgunluğa ilişkin verilerin değerlendirilmesinde önemli olan 5 madde (1 ve 24-27) daha yer almaktadır. Bunlardan madde 1 yorgunluğun devam etme süresini değerlendirirken, madde 24-27 hastaların yorgunluğa ilişkin düşüncelerini ifade etmesine yöneliktir. Alt boyut puanları o alt boyutta yer alan tüm maddelerin puanının toplanıp madde sayısına bölünmesiyle elde edilir. Her soru yorgunluğu en iyi tanımlayan 1-10 puan üzerinden yapılır. Toplam yorgunluk puanı ise maddelerin toplanıp toplam madde sayısına bölünmesiyle elde edilir. Ölçekte cevaplanmamış maddeler varsa (örn; bekar ve dullarda yorgunluğun cinsel yaşama etkisinin değerlendirilememesi gibi) o maddelerin puanı (alt boyutta yer alan maddelerin en az %75-80'ine cevap verdi ise) alt boyutta cevaplanan maddelerin puanı toplanıp cevaplanan madde sayısına bölünerek elde edilir ve daha sonra elde edilen puan cevaplanmamış madde puanının yerine konup alt boyut puanı ve toplam yorgunluk puanı hesaplanır (101, 102).

Yorunluk puanının artması, yorgunluk düzeyinin arttığını göstermektedir. Yurtdışında yorgunluğun subjektif değerlendirilmesinde oldukça yaygın kullanılan bu ölçeğin Piper ve arkadaşları tarafından 382 hasta ile yapılan güvenilirlik çalışmasında gerek alt grup içinde gerekse genel ölçek içinde tüm maddeler arasındaki ilişkinin güçlü olduğu saptanmıştır. Cronbach's alfa (α) güvenilirlik katsayısı da alt gruplar için 0.92-0.96 arasında, total ölçek için 0.97 olarak bulunmuştur (101, 102). Bu ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması meme kanserli hastalarda Can (103) tarafından 2001 yılında yapılmıştır. Ölçek kanserli hasta ve yakınlarında kullanılabilen bir ölçektir (103). Çalışmamızda ise ölçeğin Cronbach's alfa (α) güvenilirlik katsayısı alt gruplar için 0.78-0.90 arasında, total ölçek için 0.92-0.93 olarak bulunmuştur.

3.4.6. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (EK 6)

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, Buysse ve diğ. (104), tarafından 1989 yılında geliştirilmiş olup, son bir ay içerisindeki uyku kalitesi ve uyku bozukluğunun tipi ve şiddeti konusunda ayrıntılı bilgi sağlayan öz bildirim dayalı bir tarama ve değerlendirme testidir. Toplam 24 sorudan oluşan indekste 7 bileşene ilişkin skorlar elde edilmektedir. Bunlar, öznel uyku kalitesi uykuya dalma süresi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğudur. İndekste, kişinin yatak arkadaşı tarafından doldurulan beş soru da bulunmaktadır. Ancak bu son beş soru puanlamada kullanılmamaktadır. Her bir soru 0'dan 3'e kadar bir sayı ile değerlendirilmektedir. Yedi bileşene ilişkin skorların toplamı ise toplam PUKİ skorunu vermektedir. Toplam PUKİ skoru 0-21 arasında bir değer alabilir. Toplam skoru 5 ve altında olanların uyku kalitesi "iyi"; 5'in üzerinde olanların ise uyku kalitesi "kötü" olarak değerlendirilir. PUKİ skorunun 5'in üzerinde olması o kişinin uykusu ile ilgili en az iki alanda ciddi sıkıntı çektiğini ya da üç alandan daha fazla alanda hafif ya da orta şiddette sıkıntı çektiğini göstermektedir (104, 105).

Bu indeksin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ağargün ve diğ. (105) tarafından yapılmıştır. Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.80 olarak saptanmıştır. Cronbach's alfa (α) güvenilirlik katsayısının 0.60-0.80 arasında olması güvenilirlik düzeyinin oldukça iyi olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda ise, indeksin Cronbach's alfa (α) güvenilirlik katsayısı total indeks için 0.60-0.73 arasında bulunmuştur.

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksinin Puanlaması

İndeksde yer alan 19 soru puanlamaya katılarak öznel uyku kalitesi uykuya dalma süresi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğu bileşenlerinin puanları elde edilmektedir.

Bileşen 1 Puanı: Öznel uyku kalitesi soru 6'nın puanlaması ile elde edilir.

Cevap	Bileşen puanı
Çok iyi	0
Oldukça iyi	1
Oldukça kötü	2
Çok kötü	3

Bu değerlendirme sonucunda bileşen 1 puanı elde edilmektedir.

Bileşen 2 Puanı: Uyku latensi soru 2 ve soru 5a'nın puanlaması ile elde edilir.

Soru 2 için;

Cevap	Puan
< 15 dakika	0
16-30 dakika	1
31-60 dakika	2
>60 dakika	3

Buradan soru 2'nin puanı elde edilir.

Soru 5a için;

Cevap	Puan
Hiç	0
Haftada birden az	1
Haftada bir veya iki kez	2
Haftada üç veya daha fazla	3

Buradan soru 5a'nın puanı elde edilir. Daha sonra soru 2 ve soru 5a'nın puanları toplanır ve aşağıdaki gibi değerlendirme yapılır.

Soru 2 ve soru 5a'nın toplamı	Bileşen puanı
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Böylece elde edilen puan ile bileşen 2 puanı bulunmuştur.

Bileşen 3 Puanı: Uyku süresi soru 4'ün puanlaması ile elde edilir.

Cevap	Puan
> 7 saat	0
6-7 saat	1
5-6 saat	2
< 5 saat	3

Bu değerlendirme sonucunda bileşen 3 puanı elde edilmiştir.

Bileşen 4 Puanı: Alışılmış uyku etkinliği soru 1, soru 3 ve soru 4 ile hesaplanır.

Yatma saati(soru 1) ile kalkma saati(soru 3) arasındaki süre hesaplanarak yatakta

geçirilen süre bulunur. Daha sonra soru 4 ile uyuma saatlerinin süresi saptanır ve aşağıdaki gibi alıslmış uyku etkinliği hesaplanır.

$$\text{Alıslmış Uyku Etkinliği (\%)} = \frac{\text{Uyuma saatlerinin süresi} \times 100}{\text{Yatakta geçen saatlerin süresi}}$$

Yatakta geçen saatlerin süresi

Alıslmış Uyku Etkinliği	Bileşen 4 puanı
< % 85	0
% 75-84	1
% 66-75	2
% 65	3

Alıslmış uyku etkinliği yukarıdaki gibi puanlandıktan sonra bileşen 4 puanı elde edilmiştir.

Bileşen 5 Puanı: Uyku bozukluğu soru 5b-j'nin puanlaması ile elde edilir. Soru 5b,c,d,e,f,g,h,i,j soruları aşağıdaki gibi puanlanır.

Cevap	Puan
Hiç	0
Haftada birden az	1
Haftada bir veya iki kez	2
Haftada üç veya daha fazla	3

Daha sonra soru 5b-5j puanları toplanarak tekrar aşağıdaki gibi puanlanır.

Soru 5b-5j toplamı	Bileşen 5 puanı
0	0
1-9	1
10-18	2
19-21	3

Bu değerlendirme sonucunda bileşen 5 puanı elde edilir.

Bileşen 6 Puanı: Uyku ilacı kullanımı soru 7'nin puanlaması ile elde edilir.

Cevap	Bileşen 6 Puanı
Hiç	0
Haftada birden az	1
Haftada bir veya iki kez	2
Haftada üç veya daha fazla	3

Bu değerlendirme sonucunda bileşen 6 puanı elde edilir.

Bileşen 7 Puanı: Gündüz işlev bozukluğu soru 8 ve soru 9 puanlamasıyla elde edilmiştir.

Soru 8 için:

Cevap	Puan
Hiç	0
Haftada birden az	1
Haftada bir veya iki kez	2
Haftada üç veya daha fazla	3

Bu değerlendirme sonucunda soru 8 puanı elde edilmiştir.

Soru 9 için:

Cevap Puan

Hiç problem oluşturmadi	0
Yalnızca çok az problem olusturdu	1
Bir dereceye kadar problem olusturdu	2
Çok büyük problem olusturdu	3

Bu değerlendirme sonucunda soru 9 puanı elde edilmiştir.

Soru 8 ve soru 9 puanları toplandıktan sonra aşağıdaki gibi değerlendirme yapılır.

Soru 8 ve soru 9'un toplamı	Bileşen 7 puanı
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

3.4.7. Öz Bakım Gücü Ölçeği (EK 7)

Öz Bakım Gücü Ölçeği Kearney ve Fleischer (106) tarafından, 1979 yılında geliştirilen ölçek 43 maddeden oluşmaktadır. Nahcivan (107) tarafından, 1993 yılında Türk toplumuna uygulanarak 35 madde olarak düzenlenmiştir ve Ölçeğin Cronbach's alfa (α) güvenilirlik katsayısı 0.88 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda ise ölçeğin Cronbach's alfa (α) güvenilirlik katsayısı 0.87-0.92 arasında bulunmuştur.

Ölçek likert tipi 5 basamaklıdır. Bireylerin ölçekteki ifadeleri kendilerinin yanıtlaması istenmektedir. Öz bakım Gücü Ölçeği'nde her bir ifade 0'dan 4'e kadar puanlanmıştır."Beni çok iyi tanımlıyor" yanıtına "4" puan, beni biraz tanımlıyor" yanıtına "3" puan, "fikrim yok" yanıtına "2" puan, "beni pek tanımlamıyor" yanıtına "1" puan, beni hiç tanımlamıyor yanıtına "0" puan verilir. İfadelerden 8'i (3, 6, 9, 13, 19,-22, 26, 31. ifade) negatif olarak değerlendirilmekte ve puanlama tersine döndürülmektedir. Ölçekten elde edilen puan bireyin sağlığı ve iyiliğini sürdürmek konusundaki yeteneğinin düzeyini yansıtır. En yüksek puan 140'tır. Puan yükseldikçe öz bakım gücü artar. Ölçek 4 özellik üzerinde temellendirilmiştir. Bunlar durumlar karşısında aktif veya pasif yanıt, motivasyon, sağlık uygulamaları bilgisi ve bireyin kendine duyduğu değer olarak sıralanmıştır (106, 107).

3.5. Ön Uygulama

Ön uygulama, hazırlanan veri toplama **formlarının** işlerliğini belirlemek için Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi Gündüz Tedavi Ünitesine gelen, ileri evrede olan 3 mide kanseri ve 11 kolorektal kanser hastasının bakım verenlerinde yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda ilgili formlarda gerekli düzenlemeler yapılarak son şekli verilmiştir.

3.6. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın uygulaması 9 Aralık 2008- 19 Ekim 2009 tarihleri arasında yapılmıştır. Veri toplama araçlarından; kemoterapi tedavisinin ilk kürünün birinci dozunda "Bakım Veren Tanıtım Formu" bakım verenle,"Hasta Tanıtım Formu" hasta ile yüz yüze görüşerek araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

Literatürde bakım veren bireylerin, hastalarının kemoterapi tedavisinin ilk kürünün alımından itibaren semptomlarının yönetiminde güçlüklerle karşılaştıkları ve buna bağlı olarak yorgunluk ve uyku sorunları yaşadıkları belirtilmektedir (6, 27, 53). Bu nedenle bakım verenlere, kemoterapi tedavisinin birinci kürünün ikinci dozunda "Piper'in Yorgunluk Ölçeği", "Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi" ve "Öz Bakım Gücü Ölçeği" doldurtulmuştur ve kendine bakım ve hastalarının semptomlarının yönetimi konusunda hastalarını da katarak yüz yüze eğitim yapılmıştır.

Daha sonra bakım veren bireyler, hastalarının 6 aylık tedavilerinin sonuna kadar (her aylık kürün ilk ve son dozlarının alımından sonra) telefonla aranarak gereksinimlerine göre semptom yönetimine ve kendi bakımlarına yönelik danışmanlık yapılmıştır. Semptom yönetimi konusunda telefonla danışmanlık hizmeti ihtiyaç duyduğunda bakım veren hastasına da yapılmıştır.

Bakım veren bireylere; semptom yönetimi eğitimi, ileri evre kanser hastasında görülen ortak semptomlara yönelik olarak yapılmıştır. Bakım verenlere semptom yönetimine yönelik telefon ile yapılan danışmanlık ise; hastalarının kemoterapi kürlerinden sonra, yönetiminde güçlük yaşadıklarını belirttiği semptomlara yönelik yapılmıştır. Bakım veren bireylere verilen kendine bakım eğitimi ve danışmanlığı ise; sağlığı etkileyebilecek bireysel hijyen konularını, yorgunluğu azaltmaya ve uyku kalitesini artırmaya yönelik konuları (aktivite ve dinlenmenin düzenlenmesi, fiziksel ortamın düzenlenmesi, sosyal çevrenin değiştirilmesi, düzenli yürüyüş, uyku saatlerinin düzenlenmesi, dikkatin başka alana çekilmesi vb.) kapsamaktadır. Bakım verenlere, bu eğitimlere yönelik hazırlanan “İleri Evre Kanser Hastası Bakım Verenleri İçin Öz Bakım Rehberi” ve “ Mide ve Kalın Bağırsak (Kolon)-Makat (Rektum) Kanser Hastası Bakımvericileri için Semptom Yönetim Rehberi” ilk eğitim sonrası verilmiştir (Diğer Ekler).

Bakım veren bireyler ile hastalarının kemoterapi tedavisinin ilk kürünün ikinci dozunda yüzyüze ve daha sonraki tedavi dönemlerinde telefonla yapılan tüm görüşmelerde, “Semptom Yönetim Formu” kullanılmıştır. Bu formla bakım verenin yönetiminde güçlük çektiği semptomlar ve yaptığı uygulamalar değerlendirilmiştir. Formlarının doldurulması ve planlanan eğitimin uygulanması için gündüz tedavi ünitesinin eğitim odası kullanılmıştır..

Bakım verenlere, “Yorgunluk Ölçeği”, “Pittsburgh Uyku kalitesi İndeksi” ve “Öz bakım Ölçeği” kemoterapi tedavisinin sonunda (6. kürün son dozunda) tekrar uygulanmıştır. Böylece toplam iki ölçüm ile bakım veren bireylerin yorgunluk, öz bakım ve uyku kalitelerinde değişim olup olmadığı değerlendirilmiştir.

3.6.1. Bakım Verenlere Uygulanan Eğitim ve Danışmanlığın İçeriği

Bakım verene yönelik yapılan eğitim ve danışmanlığın amacı;

- Hastasının hastalık ve tedaviye bağlı gelişen semptomlarının yönetimini sağlamaya yönelik yeterli bilgiye sahip olması,
- Hastalıkla yaşamayı öğrenmesini desteklemek ve
- Öz bakımıyla ilgili bilgi kazanarak sağlığını koruması, yorgunluk düzeyinin azalması ve uyku kalitesinin artmasıdır.

Bakım verene yönelik yapılan semptom yönetim eğitimi ve danışmanlığının ile;

- Bakım veren bireylerin hastalarının semptomlarının yönetimine gerektiğinde aktif olarak katılması ve hastanın bakımına katkıda bulunması,
- Semptom yönetimine yönelik yaşadıkları güçlüklerin azaltılarak bakım verenin yorgunluk ve uyku sorunlarının azaltılması hedeflenmiştir.

Kendine bakım eğitimi ve danışmanlığı ile de;

- Bakım veren bireylerin kendine bakım yönünde desteklenerek, bakım verme yüküyle ilişkili olarak yaşadıkları yorgunluk ve uyku sorunlarının azaltılması hedeflenmiştir.

3.6.2. Eğitim ve Danışmanlığın Tekniği

Gündüz tedavi ünitesine gelen ileri evre kolorektal ve mide kanseri hastalarının kemoterapi tedavisi alma tarihi ve saati günlük olarak hasta takip/randevü listesinden kontrol edilmiştir.

Bakım veren bireylere hastalarının kemoterapi tedavisinin ilk kürünün ikinci dozunda gündüz tedavi ünitesinin eğitim odasında bir kez yüz yüze eğitim yapılmıştır. Bakım veren bireye verilen eğitim ortalama 20-30 dk. sürmüştür.

Bakım verenler, her tedavi kürünün bitimindeki ilk birinci haftanın başında ve sonunda telefonla aranarak danışmanlık yapılmıştır. Telefon görüşmelerinde bakım verenlere “Semptom Yönetim Formu”nda yer alan semptomların hepsi tek tek söylenerek güçlük yaşama durumları sorulmuştur. Bakım verenlere belirttikleri semptomlara yönelik yapabilecekleri uygulamalar ve önerilen uygulamanın sorunu çözümleme durumu değerlendirilmiştir (Tablo 4.3.2, Ek-3). Bakım veren bireyler ile yapılan telefon görüşmeleri ortalama 15-20 dk. sürmüştür.

3.6.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanmasının ve Yapılan Eğitim ve Danışmanlık Hizmetinin Akış Şeması

Mide ve kolorektal **kanser** hastalarının kemoterapi tedavisinin 1 kürü 1 ayda tamamlanmaktadır. Bir aylık tedavi (1kür) 15 günde ya da yirmi günde bir yapılmaktadır. Bu nedenle veri toplama araçlarının uygulanmasının ve yapılan eğitim ve danışmanlık hizmetinin akış şemasının oluşturulmasında bu tedavi süresi göz önünde bulundurulmuştur.

Kemoterapi tedavisinin 1.kürü (birinci dozu)

Bakım veren tanıtım formu bakım verenle ve hasta tanıtım formu ise hasta ile yüz yüze görüşme yolu ile dolduruldu

↓

Kemoterapi Tedavisi 1. kürü (ikinci dozu)

Uyku Kalitesi İndeksi, Yorgunluk ve Öz Bakım Gücü Ölçekleri bakım verenle yüz yüze görüşme yolu ile dolduruldu

Bakım verene öz bakımına yönelik bireysel eğitim ve danışmanlık yapıldı

Bakım verene ve hastasına semptom yönetimine yönelik eğitim yapıldı

Bakım verene eğitim rehberi kitapçıkları verildi

↓

Kemoterapi Tedavisi 2.kür (birinci ve ikinci dozu)

Bakım verenlerin tümüne gereksinimine göre hastasının semptomlarının yönetimine yönelik telefon ile danışmanlık yapıldı

↓

Kemoterapi Tedavisi 3. kür(birinci ve ikinci dozu)

Bakım verenlerin tümüne gereksinimine göre hastasının semptomlarının yönetimine yönelik ve bakım veren iki kişiye kendi sağlık sorunu hakkında telefon ile danışmanlık yapıldı

↓

Kemoterapi Tedavisi 4. kür (birinci ve ikinci dozu)

Bakım verenlerin tümüne gereksinimine göre hastasının semptomlarının yönetimine yönelik ve bakım veren dört kişiye kendi sağlık sorunu hakkında telefon ile danışmanlık yapıldı

↓

Kemoterapi Tedavisi 5.kür (birinci ve ikinci dozu)

Bakım verenlerin tümüne gereksinimine göre hastasının semptomlarının yönetimine yönelik telefon ile danışmanlık yapıldı

↓

Kemoterapi Tedavisi 6. kür (birinci dozu)

Bakım verenlerin tümüne gereksinimine göre hastasının semptomlarının yönetimine yönelik telefon ile danışmanlık yapıldı

↓

Kemoterapi Tedavisi 6.kür (son doz)

Bakım verenle yüz yüze görüşme yapılarak Uyku Kalitesi İndeksi, Yorgunluk ve Öz Bakım Gücü Ölçekleri dolduruldu.

3.7. Araştırmanın Uygulaması Sırasında Karşılaşılan Güçlükler

Telefon ile aranan zamanların bakım veren için uygun zamana denk gelmemesine ve her görüşmede bakım verene sorulan hasta semptom sayısının fazla olmasına bağlı görüşmelerde güçlük yaşanmıştır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Bakım verenlere uygulanan formlardan elde edilen veriler; SPSS 11.0 (Statistical Package for Social Sciences for Windows) paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde müdahale öncesinde ve sonrasında değişim olup olmadığını değerlendirmek için eşleştirilmiş iki grup arasındaki farkların testi ve tekrarlı ölçümlerde ANOVA testi kullanılmıştır.

Bakım verenlerin ve hastalarının tanıtıcı özellikleri, bakım verenlerin hastalarının bakımı ile ilgili güçlük yaşadıkları alanlar, yönetiminde güçlük yaşadıkları semptomlarının dağılımı, hastasına bakım vermeye başladıktan sonra

yaşadıkları sorunlar ve sıklıklarının gösterilmesinde sayı ve yüzde kullanılmıştır. Bakım verenlerin (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, çocuk sahibi olma ve çalışma durumu, tanısı konulmuş hastalık durumu, hastaya yakınlık derecesi, bakım nedeni ile yaşantısının etkilenme durumu, hastasına toplam bakım süresi ve günlük ortalama ilgilenme süresi) ve hastalarının bazı tanıcı özellikleri (tanı süresi) bağımsız değişken olarak, bakım verenin Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, Yorgunluk ve Öz Bakım Gücü Ölçeklerinden aldıkları puanlar bağımlı değişken olarak alınmıştır. Bakım verenlerin, ilk ve altıncı kürdeki uyku kalitesi, yorgunluk ve öz bakım gücü toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki durumunun değerlendirilmesinde Korelasyon testi kullanılmıştır.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi Başhekimliğinden (EK- 8.1) ve Hacettepe Üniversitesi Tıbbi, Cerrahi ve İlaç Uygulamaları Yerel Etik Kurulu'ndan yazılı izin alınmıştır (EK- 8.2).

Araştırmaya katılan bakım verenlerden ve hastasından aydınlatılmış onam alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, ileri evre kanser hastalarına bakımverenlerin yorgunluk ve uyku kalitesine hemşirenin eğitim ve danışmanlık hizmetinin etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular aşağıda belirtilen dört başlık altında ele alınmıştır;

4.1. Bakım verenlerin tanıtıcı özellikleri

4.2. Bakım verenlerin hastalarının tanıtıcı özellikleri

4.3. Bakım verenlerin hastalarının bakımı ile ilgili güçlük yaşadıkları alanlar, yönetiminde güçlük yaşadıkları semptomların aylara göre dağılımı, yaşadıkları sorunlar ve sıklıkları

4.4. Bakım verenlerin hastalarının kemoterapi tedavisinin ilk ve altıncı küründe uyku kalitesi, yorgunluk ve öz bakım gücü puan ortalamalarının hastalarının ve kendilerinin bazı tanıtıcı özelliklerine göre karşılaştırılması

4.5. Bakım verenlerin uyku kalitesi, yorgunluk ve öz bakım gücü puan ortalamaları arasındaki ilişki

4.1. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri

Bu bölümde; bakım verenlerin tanıtıcı özellikleri (sosyo-demografik özellikleri, alışkanlıkları, hastalıkları ve hasta bakımı ile ilgili özellikleri) yer almaktadır.

A. Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Tablo 4.1.1. Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özellikleri (n=30)

Sosyo Demografik Özellikler	Sayı	%
Yaş ($\bar{x} \pm ss = 47.73 \pm 10.73$)		
<50	15	50.0
≥ 50	15	50.0
Cinsiyet		
Erkek	15	50.0
Kadın	15	50.0
Medeni Durum		
Evli	22	73.3
Bekar	8	26.7
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Olan	27	90.0
Olmayan	3	10.0
Çocuk Sayısı (n=27)		
1-2	17	63.0
3-4	8	29.6
5+	2	7.4
Eğitim Durumu		
İlköğretim	12	40.0
Lise	8	26.7
Üniversite	10	33.3

Tablo 4.1.1. (Devamı). Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özellikleri (n=30)

Sosyo Demografik Özellikler	Sayı	%
Çalışma Durumu		
Çalışan	13	43.3
Çalışmayan	17	56.7
Çalışma Statüsü		
Emekli	10	33.4
Ev hanımı	7	23.3
Serbest meslek	5	16.7
İşçi	4	13.3
Memur	4	13.3
Çalışma Şekli (n=13)		
Tam gün	10	76.9
Yarım gün	3	23.1
Gelirinin Giderlerini Karşılama Durumu		
Geliri giderlerini karşılıyor	14	46.7
Geliri giderlerini kısmen karşılıyor	10	33.3
Geliri giderlerini karşılamıyor	6	20.0

Tablo 4.1.1’de mide kanseri ve kolorektal kanser hastalarına bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleri yer almaktadır.

Tablo 4.1.1 incelendiğinde; araştırma kapsamına alınan bakım verenlerin yaş ortalamalarının 47.73 ± 10.73 , %50’sinin kadın, %73.3’ünün evli, %90’nının çocuk sahibi ve %63’ünün 1-2 çocuğa sahip olduğu, % 40’ının ilköğretim mezunu, %33.4’ünün emekli, %43.3’nün çalıştığı ve %76.9’unun çalışma şeklinin tam gün olduğu ve %20’sinin gelirinin giderlerini karşılamadığı görülmektedir.

Tabloda yer almamakla birlikte bakım verenlerin tamamının sosyal güncesi olduğu ve bakım verenlerin %38.5’inin toplam haftalık çalışma saatinin 50 saat ve üstü olduğu belirlenmiştir.

B. Bakım Verenlerin Alışkanlıkları ile İlgili Özellikleri

Tablo 4.1.2. Bakım Verenlerin Alışkanlıkları ile İlgili Tanıtıcı Özellikleri (n=30)

Alışkanlıklar	Sayı	%
Sigara İçme Durumu		
İçen	5	16.7
İçmeyen	25	83.3
Alkol İçme Durumu		
İçen	3	10.0
İçmeyen	27	90.0
Kafeinli İçecek Tüketim Durumu		
İçen	25	83.3
İçmeyen	5	16.7
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu		
Yapan	5	16.7
Yapmayan	25	83.3
Düzenli Üç Öğün Yeme Durumu		
Yiyen	22	73.3
Yemeyen	8	26.7
Günlük İşlerini Planlama Durumu		
Planlayan	27	90.0
Planlamayan	3	10.0
Boş Zamanlarını Değerlendirmek İçin Yapılan Aktiviteler*		
Televizyon izleme	28	93.3
Müzik dinleme	24	80.0
Kitap/gazete okuma	24	80.0
Yürüyüş/futbol vb. spor yapma	5	16.7
Uğraşlar (el sanatları/bahçe işleri vb.)	2	6.7

* Birden fazla yanıt olduğu için n katlanmıştır.

Tablo 4.1.2’de mide kanseri ve kolorektal kanser hastalarına bakım verenlerin alışkanlıkları ile ilgili tanıtıcı özellikleri yer almaktadır.

Bakım verenlerin %16.7’si sigara, %10’unu alkol, %83.3’ü kafeinli içecek içtiğini, % 73.3’ü düzenli olarak üç öğün yemek yediğini belirtmişlerdir. Bakım verenlerin %83.3’ü düzenli olarak egzersiz yapmadığını, %10’u günlük işlerini öncelik sırasına göre planlamadığını, %93.3’ü boş zamanlarını değerlendirmek için televizyon izlediğini, %80’i müzik dinlediğini ve kitap/gazete vb. okuduğunu belirtmişlerdir.

C. Bakım Verenlerin Hastalıkları ve Hasta Bakımı ile İlgili Tanıtıcı Özellikleri
Tablo 4.1.3. Bakım Verenlerin Hastalıkları ve Hasta Bakımı ile İlgili Tanıtıcı Özellikleri (n=30)

Hastalık ve Hasta Bakımı ile İlgili Özellikleri	Sayı	%
Tanısı Konulmuş Hastalığı Olma Durumu		
Olan	23	76.7
Olmayan	7	23.3
Hastaya Yakınlık Derecesi		
Eşi	21	70.0
Kızı/oğlu	7	23.3
Kardeşi	2	6.7
Bakım Nedeni ile Yaşantısının Etkilenme Durumu*		
Etkilenen	24	80.0
Etkilenmeyen	6	20.0
Toplam Bakım Süresi		
1-3 ay	11	36.7
4-6 ay	19	63.3
Günlük Ortalama İlgilenme Süresi		
6-8 saat	6	20.0
9-16 saat	24	80.0
Bakımına İlişkin Girişimleri Bilme Durumu*		
Hiç bilmeyenler	1	3.3
Az düzeyde bilenler	5	16.7
Orta düzeyde bilenler	16	53.3
İyi düzeyde bilenler	8	26.7
Kendisine Yönelik Profesyonel Destek İsteme Durumu		
İsteyen	6	20.0
İstemeyen	24	80.0
Hastasına Yönelik Profesyonel Destek İsteme Durumu		
İsteyen	16	53.3
İstemeyen	14	46.7

* Bakım verenin hastasının bakım nedeni ile yaşantısının etkilenme ve bakımına ilişkin girişimleri bilme durumu kendi ifadesine göre değerlendirilmiştir.

Tablo 4.1.3’de bakım verenlerin hastalıkları ve hasta bakımı ile ilgili tanıtıcı özellikleri yer almaktadır.

Bakım verenlerin %76.7'sinin tanısı konulmuş bir hastalığı olduğu ve tabloda yer almamakla birlikte % 17.4'ünün Hipertansiyon, %13'nün Koroner Arter Hastalığı (KAH) ve Gastrit, %8.7'sinin Diyabeti olduğu belirlenmiştir.

Bakım verenlerin %70'i hastasının eşi olduğunu, %63.3'ü hastasının bakımıyla 4-6 aydan beri ilgilendiğini, %80'ı hastasıyla günlük ortalama ilgilenme süresinin 9-16 saat olduğunu belirtmişlerdir.

Bakım verenlerin %80'ı hastasının bakımına bağlı yaşantısının etkilendiğini belirtmişlerdir ve tabloda yer alamamakla birlikte hastasının bakımına bağlı %58.3'ü iş yaşamının etkilediğini (işe ara verme ya da bırakma), %75'i ev yaşantısının etkilendiğini (ev ilerini yapmada güçlük, seyahat edememe, ev dışına çıkmada ve akraba/arkadaş vb. görüşmede sınırlılık, aile içi iletişim güçlüğü vb.) belirtmişlerdir (n katlanmıştır).

Bakım verenlerin %53.3'ü hastasının bakımına yönelik girişimleri orta derecede bildiğini belirtmişlerdir. Tabloda yer almamakla birlikte bakım verenlerin tümü hastasının bakımıyla ilgili son zamanlarda en sık ilgilendiği sorunlar olarak hastalık ve tedaviye bağlı gelişen semptomlar (bulantı, kusma, konstipasyon, stomatit, port katateri yerinde ağrı, uykusuzluk, yorgunluk) olarak belirtmişlerdir.

Bakım verenlerinin %20'si kendisine yönelik, %53.3'ü hastasına yönelik profesyonel bir kişiden destek istediğini belirtmişlerdir. Tablolaştırılmamakla birlikte; bakım verenler %33 oranlarında çevresindeki arkadaş/komşu/akraba vb. insanların kanser ve tedavisi hakkında bilgilendirilmesini ve psikolojik destek almak istediklerini ifade etmişlerdir. Bakım verenlerin %87.5'u ise hastasına yönelik psikolojik destek almak istediğini belirtmişlerdir.

4.2. Bakım Verenlerin Hastalarının Tanıtıcı Özellikleri

Bu bölümde, bakım verenlerin hastalarının tanıtıcı özelliklerine (sosyo-demografik özellikleri, hastalıkları ile ilgili özellikleri) ilişkin bulgular yer almaktadır.

A. Bakım Verenlerin Hastalarının Tanıtıcı Özellikleri

Tablo 4.2.1. Bakım Verenlerin Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri (n=30)

Sosyo Demografik Özellikler	Sayı	%
Yaş ($\bar{x} \pm ss = 53.06 \pm 10.83$)		
≥50	18	60.0
<50	12	40.0
Cinsiyet		
Kadın	18	60.0
Erkek	12	40.0
Medeni Durum		
Evli	22	73.3
Bekar	8	26.7
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Olan	29	96.7
Olmayan	1	3.3
Çocuk Sayısı		
1-3	22	75.9
4 ve üstü	7	24.1
Eğitim Durumu		
Okuryazar değil	2	6.7
İlköğretim mezunu	19	63.3
Lise mezunu	3	10.0
Üniversite mezunu	6	20.0
Çalışma Durumu		
Çalışan	3	10.0
Çalışmayan	27	90.0
Çalışma Statüsü		
Ev hanımı	14	46.7
Emekli	13	43.3
Memur	2	6.7
Serbest meslek	1	3.3

Tablo 4.2.1’de bakım verenlerin, hastalarının sosyo demografik özellikleri yer almaktadır. Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamalarının 53.06 ± 10.83 , %60’ının kadın, %73.3’ünün evli, %96.7’sinin çocuk sahibi olduğu, %75.9’unun 1-3 çocuğu olduğu bulunmuştur.

Hastaların %63.3’ünün ilköğretim mezunu, %46.7’sinin ev hanımı, %43.3’ünün emekli, %93.3’ünün çalışmadığı ve %50’sinin tam ya da yarım gün çalıştığı ve tabloda yer alamamakla birlikte tamamının sosyal güvencesinin olduğu belirlenmiştir.

B. Bakım Verenlerin Hastalarının Hastalıkları ile İlgili Tanıtıcı Özellikleri

Tablo 4.2.2. Hastaların Hastalıkları ile İlgili Tanıtıcı Özellikleri (n=30)

Hastalık Özellikleri	Sayı	%
Tanı Konulma Süresi		
1-3 ay	10	33.3
4- 6 ay	20	66.7
Kemoterapi Dışında Düzenli İlaç Alma Durumu		
Alan	18	60.0
Almayan	12	40.0
Kanserle İlgili Ameliyat Olma Durumu		
Olan	26	86.7
Olmayan	4	13.3
Kanserle İlgili Olunan Ameliyatlar (n=26)		
Sub total mide rezeksiyonu	6	23.1
Kolostomi	6	23.1
Low anterior rezeksiyon	3	11.5
Kolektomi	11	42.3

Tablo 4.2.2’de bakım verenlerin hastalarının hastalıkları ile ilgili tanıtıcı özellikleri yer almaktadır.

Hastaların %66.7’sinin tanı konulma süresinin 4-6 ay olduğu, %60’ının kemoterapi dışında düzenli ilaç tedavisi aldığı belirlenmiştir.

Hastaların %86.7’sinin kanserle ilgili ameliyat olduğu ve % 42.3 ‘ünün kolektomi (% 19.2’si sağ kolektomi, %15.4’ünün genişletilmiş sağ kolektomi, %7.7’si sol kolektomi) ve %23.1 oranlarında sub total mide rezeksiyonu ve kolostomi olduğu belirlenmiştir.

4.3. Bakım Verenlerin Hastalarının Bakımı ile İlgili Güçlük Yaşadıkları Alanlar, Yönetiminde Güçlük Yaşadıkları Semptomların Aylara Göre Dağılımı, Yaşadıkları Sorunlar ve Sıklıkları ile İlgili Bulgular

Bu bölümde; hastalarının bakımı ile ilgili güçlük yaşadıkları alanlar, yönetiminde güçlük yaşadıkları semptomların aylara göre dağılımı, yaşadıkları sorunlar ve sıklıkları yer almaktadır.

Tablo 4.3.1. Bakım Verenlerin Hastalarının Bakımı ile İlgili Güçlük Yaşadıkları Alanlar (n=30)

Güçlük Yaşanılan Alanlar	Sayı	%
Beslenme	20	66.7
Yemek yemesi	13	65.0
Yemeğinin hazırlanması	7	35.0
Tedavi	15	50.0
İlacının temin edilmesi	10	66.7
İlacının verilmesi	5	33.3
Hareket	15	50.0
Ev işlerinin yapılması	12	80.0
Yürüme/gezmesinin sağlanması	2	13.3
Transferinin sağlanması	1	6.7
Ekonomi	14	46.7
Para işlerinin yürütülmesi	4	28.6
Alışverişlerinin yapılması	10	71.4
Hijyen	9	30.0
Banyo yaptırılması	4	44.5
Dişlerinin fırçalanması	1	11.1
Saçlarının taranması	1	11.1
Giyinmesi	3	33.3

Tablo 4.3.1. (Devamı). Bakım Verenlerin Hastalarının Bakımı ile İlgili Güçlük Yaşadıkları Alanlar (n=30)

Güçlük Yaşanılan Alanlar	Sayı	%
Boşaltım	5	16.7
Stoma bakımı	3	60.0
Tuvalet götürülmesi	2	40.0
Ulaşım	4	13.3
Seyahat etmesi	4	100.0
İletişim	2	6.7
Telefon kullanması	2	100.0

Tablo 4.3.1’de bakım verenlerin, hastalarının bakımı ile ilgili güçlük yaşadıkları alanlar yer almaktadır.

Tablo 4.3.1’de bakım verenlerin, hastasının bakımı ile ilgili güçlük yaşadığı alanların; beslenme, boşaltım, hijyen, tedavi, hareket, ekonomi, ulaşım ve iletişim olduğu görülmektedir.

Bu alanlarla ilgili olarak bakım verenlerin; %66.7’si hastasının beslenme, %50’si tedavi ve hareket, %46.7’si ekonomik, %30’u hijyen alanlarındaki ihtiyaçlarının karşılanmasında güçlük yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Beslenme alanı ile ilgili; bakım verenlerin %65’i hastaların yemek yemesi, tedavisi ile ilgili %66.7’si ilaçlarının temin edilmesi, hareket ile ilgili %80’i ev işlerinin yapılması, ekonomi ile ilgili %71.4’ü alışverişlerinin yapılması ve hijyen ile ilgili olarak %44.5’i banyo yaptıрма konularında güçlük yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo. 4.3.2. Bakım Verenlerin Yönetiminde Güçlük Yaşadığı Semptomların Aylara Göre Dağılımı (n=30)

Semptomlar	1.ay		2.ay		3.ay		4.ay		5.ay		6.ay	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ağrı	19	63.3	20	66.7	18	60.0	19	63.3	20	66.7	16	53.3
Yorgunluk	30	100	27	90.0	29	96.7	30	100	30	100	29	96.7
Gastrointestinal Semptomlar												
İştahsızlık	30	100	28	93.3	28	93.3	28	93.3	24	80.0	26	86.7
Kilo Kaybı	28	93.3	22	73.3	19	63.3	19	63.3	17	56.7	18	60.0
Bulantı	25	83.3	23	76.7	22	73.3	25	83.3	22	73.3	21	70.0
Kusma	14	46.7	17	56.7	15	50.0	14	46.7	14	46.7	13	43.3
Diare	17	56.7	17	56.7	18	60.0	21	70.0	16	53.3	19	63.3
Konstipasyon	12	40	11	36.7	9	30.0	8	26.7	9	30.0	8	26.7
Ağızda tat değişikliği	16	53.3	17	56.7	20	66.7	22	73.3	25	83.3	25	83.3
Gaz/Abdominal distansiyon	11	36.7	13	43.3	14	46.7	14	46.7	16	53.3	12	40.0
Ağızda kuruma	12	40.0	16	53.3	20	66.7	19	63.3	23	76.7	24	80.0
Ağızda yara	8	26.7	8	26.7	7	23.3	6	20.0	6	20.0	7	23.3
Dispepsi/ Geğirme	7	23.3	10	33.3	18	60	15	30.0	18	60.0	14	46.7
Disfaji	2	6.7	3	10.0	8	26.7	5	16.7	7	23.3	5	16.7

Tablo. 4.3.2. (Devamı). Bakım Verenlerin Yönetiminde Güçlük Yaşadığı Semptomların Aylara Göre Dağılımı (n=30)

Semptomlar	1. ay		2. ay		3. ay		4. ay		5 .ay		6. ay	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Nörolojik Semptomlar												
Parestezi	20	66.7	20	66.7	21	70.0	17	56.7	21	70.0	18	60.0
Baş dönmesi	12	40.0	16	53.3	16	53.3	18	60.0	18	60.0	17	56.7
Tremor	3	10.0	7	23.3	5	16.7	2	6.7	4	13.3	4	13.3
Hafıza problemleri	-	-	1	3.3	2	6.7	1	3.3	1	3.3	1	3.3
Bayılma	-	-	-	-	1	3.3	-	-	-	-	-	-
Solunum Semptomları												
Öksürük	4	13.3	3	10.0	4	13.3	3	10	6	20.0	6	20.0
Dispne	-	-	-	-	1	3.3	2	6.7	2	6.7	-	-
Balgam	-	-	1	3.3	1	3.3	-	-	1	3.3	1	3.3
Hıçkırık	5	16.7	3	10.0	11	36.7	11	36.7	9	30.0	12	40.0
Deri ile İlgili Semptomlar												
Deride soyulma, döküntü ve renk değişikliği	5	16.7	8	26.7	15	50.0	17	56.7	15	50.0	12	40.0
Kaşıntı	1	3.3	2	6.7	3	10.0	5	16.7	9	30.0	6	20.0
Alerjik sorunlar (yüzde kızarma hissi vb.)	2	-	2	6.7	-	-	3	10	2	6.7	5	16.7

Tablo. 4.3.2. (Devamı). Bakım Verenlerin Yönetiminde Güçlük Yaşadığı Semptomların Aylara Göre Dağılımı (n=30)

Semptomlar	1. ay		2. ay		3. ay		4. ay		5. ay		6. ay	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kemik İliği Baskılanması ile İlgili Semptomlar												
Kanama	5	36.7	12	40.0	15	50.0	9	30	15	50.0	12	40.0
Enfeksiyon	1	3.3	-		-	-	-	-	-	-		
Diğer Semptomlar												
Periferik ödem	-	-	1	3.3	-	-	1	3.3	3	10.0	4	13.3
Vajinal akıntı ve kuruluk	1	3.3	1	3.3	1	3.3	1	3.3	1	3.3	1	3.3
Ses kısıklığı	-	-	-	-	1	3.3	-	-	-	-	-	-

Tablo 4.3.2’de bakım verenlerin yönetiminde güçlük yaşadıkları hastalarının semptomlarının aylara göre dağılımı yer almaktadır.

Bakım verenlerin yönetiminde güçlük yaşadığı semptomlar olarak; ağrı, yorgunluk, gastrointestinal, nörolojik, solunum ve deri ile ilgili semptomları, kemik iliği baskılanması ve diğer semptomları (periferal ödem, vajinal akıntı ve kuruluk, ses kısıklığı) belirttikleri belirlenmiştir.

Tablo 4.3.2 incelendiğinde, bakım verenlerin ilk kür tedavilerinden (1. ay) 6. kür tedavilerinin sonuna kadar (6. ay sonu) en fazla yönetiminde güçlük yaşadığı semptomlar olarak ağrı, yorgunluk ve gastrointestinal sistem ile ilgili semptomları (bulantı, kusma, iştahsızlık, ağızda kuruluk, ağızda tat değişikliği, ishal) belirttikleri görülmektedir.

Bakım verenlerin hastalarında görülen semptomların azalmadığı ve çoğunluğunun birinci kürden altıncı kürünün sonuna kadar yönetiminde güçlük yaşadıkları semptomlar olarak aynı semptomları belirttikleri saptanmıştır.

Tablo 4.3.3. Bakım Verenlerin Hastasına Bakım Vermeye Başladıktan Sonra Yaşadıkları Sorunlar ve Sıklıkları (n=30)

Yaşanılan Sorunlar	Sorunu Yaşama Sıklığı					
	Hiç yaşamıyorum		Bazen yaşıyorum		Sıklıkla yaşıyorum	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaşam kontrolümü kaybettiğimi hissediyorum	18	60.0	10	33.3	2	6.7
Sağlık problemi yaşıyorum	18	60.0	9	30.0	3	10.0
Kızgınlık yaşıyorum	15	50.0	12	40.0	3	10.0
Arkadaş/aile vb. İlişkilerim olumsuz etkilendi	14	46.7	11	36.7	5	16.7
Bakımda yeterli olmadığımı düşünüyorum	13	43.3	16	53.3	1	3.3
Stres yaşıyorum	12	40.0	15	50.0	3	10.0
Daha iyi bir işe sahip olmam gerektiğini düşünüyorum	12	40.0	8	26.7	10	33.3
Hastamın bakım ve tedavisindeki belirsizlikler ile ilgili endişe yaşıyorum	9	30.0	13	43.3	8	26.7
Kendime zaman ayıramıyorum	7	23.3	17	56.7	6	20.0

Araştırmacı tarafından sorulan ifadelere verilen yanıtlar değerlendirilmiştir.

Tablo 4.3.3’de bakım verenlerin, hastasına bakım vermeye başladıktan sonra yaşadığı sorunlar ve sıklıklarına ilişkin veriler yer almaktadır.

Tablo 4.3.3 incelendiğinde; bakım verenlerin hastasına bakım vermeye başladıktan sonra yaşadıkları sorunlar olarak “Kendime zaman ayıramıyorum” ifadesi sorulduğunda; bakım verenlerin %56.7’sinin, “Bakımda yeterli olmadığımı düşünüyorum” ifadesine %53.3’ünün, “stres yaşıyorum” ifadesine %50’sinin bazen olarak cevap verdikleri görülmektedir.

Bakım verenlerin; “Hastamın bakım ve tedavisindeki belirsizlikler ile ilgili endişe yaşıyorum” ifadesine %43.3’ünün, “Kızgınlık yaşıyorum” ifadesine %40’ının, “Arkadaş/aile vb. İlişkilerim olumsuz etkilendi” ifadesine %36.7’sinin, “Yaşam kontrolümü kaybettiğimi hissediyorum” ifadesine %33’ünün, “Sağlık problemi yaşıyorum” ifadesine %30’unun, “Daha iyi bir işe sahip olmam gerektiğini düşünüyorum” ifadesine ise %26.7’sinin bazen olarak cevap verdikleri saptanmıştır.

4.4. Bakım Verenlerin Hastalarının Kemoterapi Tedavisinin İlk ve Altıncı Küründe Uyku Kalitesi, Yorgunluk ve Öz Bakım Gücü Ölçekleri Puan Ortalamalarının Hastalarının ve Kendilerinin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bu bölümde bakım verenlerin hastalarının kemoterapi tedavisinin ilk ve altıncı küründe uyku kalitesi indeksi, yorgunluk ve öz bakım gücü ölçekleri puan ortalamalarının ve bazı tanıtıcı (sosyo-demografik ve hastalıkları ve hasta bakımı ile ilgili, hastalarının tanı süresi) özelliklerine göre bu puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.4.1. Bakım Verenlerin Hasta Tedavisinin İlk ve Altıncı Küründe Uyku Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=30)

PUKİ Bileşenleri	PUKİ Puanları		t	p
	<u>İlk Kür</u>	<u>Altıncı Kür</u>		
	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$		
Öznel Uyku Kalitesi (Bileşen 1)	2.03 ± 0.80	1.13 ± 0.86	-4.506	0.000
Uyku Latensi (Bileşen 2)	1.96± 0.88	1.26 ±1.01	-3.427	0.002
Uyku Süresi (Bileşen 3)	0.96 ±0.964	0.73 ±0.739	-1.070	0.293
Alışılmış Uyku Etkinliği (Bileşen 4)	0.83 ±1.11	0.53±0.93	-1.159	0.256
Uyku Bozukluğu (Bileşen 5)	2.43± 0.50	2.26 ±0.58	-1.409	0.169
Gündüz İşlev Bozukluğu (Bileşen 6)	1.63 ±0.66	1.56± 0.77	-0.494	0.625
Uyku İlacı Kullanma (Bileşen 7)	0.23 ±0.72	0.20± 0.76	-0.297	0.769
Toplam Puan	10.10 ±3.16	7.70± 3.56	3.746	0.001

Tablo 4.4.1’de eğitim ve danışmalık hizmetinin bakım verenlerin uyku kalitesi toplam ve bileşen puan ortalamalarına etkisinin ilk ve altıncı kürde karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 4.4.1.’de bakım verenlerin toplam uyku kalitesi ve tüm bileşen puan ortalamalarının, hastalarının tedavilerinin altıncı kürü sonunda önemli oranda düştüğü görülmektedir. Bakım verenlerin toplam uyku kalitesi puan ortalaması, hasta tedavisinin ilk küründe 10.10 ± 3.16 iken, altıncı kürde 7.70 ± 3.56 olarak saptanmıştır. PUKİ puanının 5’den büyük olması uyku kalitesinin kötü olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda, ilk ve altıncı kürde bakım verenlerin uyku kaliteleri kötüdür ancak yapılan istatistiksel analizde ilk ve altıncı kürde toplam uyku kalitesi puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$) ve eğitim ve danışmanlık hizmetinin tamamlandığı altıncı kür sonundaki puanları, ilk küre göre düşük olduğu için uyku kaliteleri daha iyi olduğu söylenebilir.

Bakım verenlerin öznel uyku kalitesi (2.03 ± 0.80 , 1.13 ± 0.86), uyku latensi (1.96 ± 0.88 , 1.26 ± 1.01), uyku süresi (0.96 ± 0.964 , 0.73 ± 0.739), alışılmış uyku etkinliğinin(0.83 ± 1.11 , 0.53 ± 0.93), uyku bozukluğu (2.43 ± 0.50 , 2.26 ± 0.58), gündüz işlev bozukluğu (1.63 ± 0.66 , 1.56 ± 0.77), uyku ilacı kullanma (0.23 ± 0.72 , 0.20 ± 0.76) bileşen puan ortalamaları altıncı kürde düşmüştür. Yapılan istatistiksel analizde ilk ve altıncı kürdeki öznel uyku kalitesi ve uyku latensi puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu ($p < 0.05$) ve uyku kalitelerinin ilk küre göre daha iyi olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.4.2. Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Uyku Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=30)

Tanıtıcı Özellikleri	PUKİ Puanları				F	p
	n	İlk Kür	Altıncı Kür			
Yaş						
<50	15	9.33±3.39	6.00±1.88	2.210	0.148	
≥50	15	10.86±2.82	9.40±4.06			
Cinsiyet						
Erkek	15	10.93 ±2.93	8.00 ± 3.22	0.685	0.415	
Kadın	15	9.26 ±3.26	7.40±3.96			
Medeni Durum						
Evli	22	10.13 ±3.28	7.59±3.52	0.137	0.714	
Bekar	8	10.00±3.02	8.00±3.89			
Çocuk Sahibi Olma Durumu						
Olan	27	10.40± 3.12	7.88 ±3.71	0.300	0.588	
Olmayan	3	7.33± 2.30	6.00 ±0.00			
Eğitim Durumu						
İlköğretim	12	10.33± 2.67	8.16±4.66	0.097	0.908	
Lise	8	10.25± 3.80	7.37±2.97			
Üniversite	10	9.70±3.46	7.40±2.63			
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	13	10.69 ±3.66	7.15 ±2.73	2.542	0.122	
Çalışmıyor	17	9.64 ±2.76	8.11 ±4.12			

Tablo 4.4.2’de eğitim ve danışmalık hizmetinin, bakım verenlerin sosyo-demografik özelliklerine göre toplam uyku kalitesi puan ortalamalarına etkisinin ilk ve altıncı kürde karşılaştırılması yer almaktadır.

Bakım verenlerin; yaşına, cinsiyetine, medeni durumuna, çocuk sahibi olma, eğitim ve çalışma durumuna göre PUKİ puan ortalamalarında altıncı kürde düşme olduğu saptanmıştır. Bakım verenlerin sosyo-demografik özelliklere göre ilk ve altıncı kürdeki puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.4.3. Bakım Verenlerin Hastalıkları ve Hasta Bakımı ile İlgili Tanıtıcı Özelliklerine ve Hastalarının Tanı Süresine Göre Uyku Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=30)

Tanıtıcı Özellikleri	PUKİ Puanları				F	p
	n	İlk Kür	Altıncı Kür			
		$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$			
Tanısı Konulmuş Hastalık Durumu						
Olan	23	10.34 ±3.11	7.91± 3.86	0.009	0.924	
Olmayan	7	9.28±3.45	7.00 ±2.44			
Hastaya Yakınlık Derecesi						
Eşi	21	10.23 ±3.19	7.71 ±3.63	0.077	0.926	
Kızı/oğlu	7	10.42±3.15	8.14± 3.97			
Kardeşi	2	7.50 ±3.53	6.00 ±1.41			
Bakım Nedeni ile Yaşantısının Etkilenme Durumu						
Etkilenen	24	10.54± 3.00	7.83± 3.70	0.924	0.345	
Etkilenmeyen	6	8.33 ±3.44	7.16 ±3.18			
Toplam Bakım Süresi						
1-3 ay	11	9.09 ±3.50	8.09± 3.75	2.950	0.097	
4-6 ay	19	10.68 ±2.88	7.47 ±3.53			
Günlük Ortalama İlgilenme Süresi						
6-8 saat	6	8.33± 3.07	8.83 ±3.86	6.005	0.021	
9-16 saat	24	10.54± 3.09	7.41± 3.51			
Hastalarının Tanı Süresi						
1-3 ay	10	8.70 ±2.66	8.10 ±3.47	4.410	0.045	
4-6 ay	20	10.80± 3.22	7.50 ±3.67			

Tablo 4.4.3’de eğitim ve danışmalık hizmetinin, bakım verenlerin hastalıkları ve hasta bakımı ile ilgili özelliklerine ve hastalarının tanı süresine göre toplam uyku kalitesi puan ortalamalarına etkisinin ilk ve altıncı kürde karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 4.4.3’de bakım verenlerin hastalarının tanı süresi 1-3 ay olanların; ilk kürde uykun kalitesi puan ortalaması 8.70 ± 2.66 , altıncı kürde 8.10 ± 3.47 , tanı süresi 4-6 ay olanların ise ilk kürde 10.80 ± 3.22 , altıncı kürde 7.50 ± 3.67 olduğu bulunmuştur. PUKİ puan ortalamasının 5’den büyük olması uyku kalitesinin kötü olduğunu gösterdiği için, hastalarının tanı süresi 4-6 ay olanların ilk kürde uyku kalitesi, 1-3 ay olanlara göre daha kötü iken, altıncı kürde ise daha iyidir. Ayrıca bakım verenlerin her iki tanı süresine göre uyku kalitesi puan ortalamalarında düşme olup, puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.4.3’de bakım verenlerin hastalarının bakım ve tedavileriyle günlük ortalama ilgilenme süresi 6-8 saat olanların; ilk kürde 8.33 ± 3.07 , altıncı kürde 8.83 ± 3.86 , 9-16 saat olanların ise ilk kürde 10.54 ± 3.09 , altıncı kürde 7.41 ± 3.51 olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizde bakım verenlerin, hastalarının bakım ve tedavileriyle günlük ortalama ilgilenme süresine göre ilk ve altıncı kürdeki puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Bakım verenlerin; tanısı konulmuş hastalığı olma, hastasına bakma nedeni ile yaşantısının etkilendiğini ifade etme durumuna, hastaya olan yakınlık derecesine ve hastasının bakımı ile toplam ilgilenme süresine göre PUKİ puan ortalamalarında altıncı kürde düşme olduğu saptanmıştır. Bakım verenlerin bu tanıtıcı özelliklere göre ilk ve altıncı kürdeki puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Tabloda yer almamakla birlikte bakım veren erkek eşlerin, uyku kalitesi puan ortalamalarının, kadın eşlerinkinden ilk ve altıncı kürde daha yüksek olduğu ve PUKİ puanları 5’den büyük olduğu için uyku kalitelerinin kötü olduğu saptanmıştır. Ancak erkek ve kadın eşlerin uyku kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz olarak saptanmıştır ($F:0.011$, $p:0.918>0.05$). Bakım veren kız çocukları ile erkek çocuklarının ilk ve altıncı kürdeki uyku kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($F: 1.459$, $p:0.281>0.05$).

Tablo 4.4.4. Bakım Verenlerin Hasta Tedavisinin İlk ve Altıncı Küründe Yorgunluk Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=30)

Ölçek Alt Boyutları	Yorgunluk Puanları		t	p
	<u>İlk Kür</u> $\bar{x} \pm ss$	<u>Altıncı Kür</u> $\bar{x} \pm ss$		
Davranış/Şiddet Alt Boyutu	5.38 $\pm$ 2.87	4.18 $\pm$ 2.66	-2.480	0.019
Duygulanım Alt Boyutu	6.09 $\pm$ 2.76	4.51 $\pm$ 3.09	-1.254	0.220
Duyusal Alt Boyut	4.42 $\pm$ 3.34	3.50 $\pm$ 3.09	-2.401	0.023
Bilişsel/Ruhsal Alt Boyut	5.46 $\pm$ 2.26	4.11 $\pm$ 2.78	-2.589	0.015
Toplam Puan	5.33 $\pm$ 2.30	4.08 $\pm$ 2.26	2.778	0.009

Tablo 4.4.4’de eğitim ve danışmalık hizmetinin yorgunluk toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarına etkisinin ilk ve altıncı kürde karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 4.4.4’de bakım verenlerin yorgunluk toplam puan ve tüm alt boyut puan ortalamalarının, hastalarının tedavilerinin altıncı küründe düştüğü görülmektedir. Toplam yorgunluk puanı hastalarının tedavilerinin ilk küründe 5.33 ± 2.30 iken, altıncı küründe 4.08 ± 2.26 saptanmıştır. Yorgunluk puanının artması, yorgunluk düzeyinin arttığını gösterdiği için bakım verenlerin altıncı kürde, ilk küre göre yorgunluk düzeylerinin daha az olduğu belirlenmiştir ve yapılan istatistiksel analizde, ilk ve altıncı kürdeki toplam yorgunluk puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu bulunmuştur (**$p < 0.05$**).

Yapılan istatistiksel analizde bakım verenlerin hastalarının tedavisinin ilk ve altıncı küründeki davranış /şiddet alt boyutu, duyusal alt boyut ve bilişsel/ruhsal alt

boyut puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu ($p<0.05$) ve yorgunluk alt boyut puan ortalamalarında eğitim ve danışmanlık hizmetinin tamamlandığı altı aylık izlem sonunda önemli bir azalma olduğu saptanmıştır.

Tablo.4.4.5. Bakım Verenlerin Sosyo -Demografik Özelliklerine Göre Yorgunluk Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=30)

Yorgunluk Puanları					
Tanıtıcı Özellikler	n	İlk Kür	Altıncı Kür	F	p
		$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$		
Yaş					
<50	15	5.10 ± 2.58	3.04 ± 2.06	3.444	0.074
≥50	15	5.57 ± 2.04	5.12 ± 2.00		
Cinsiyet					
Erkek	15	5.58 ± 1.58	4.64 ± 2.17	0.471	0.498
Kadın	15	5.08 ± 2.88	3.52 ± 2.28		
Medeni Durum					
Evli	22	5.67 ± 2.17	4.35 ± 2.23	0.078	0.782
Bekar	8	4.39 ± 2.51	3.35 ± 2.33		
Çocuk Sahibi Olma Durumu					
Olan	27	5.38 ± 2.33	4.05 ± 2.22	0.222	0.641
Olmayan	3	4.95 ± 2.41	4.34 ± 3.10		
Eğitim Durumu					
İlköğretim	12	6.66 ± 1.96	5.18 ± 2.40	0.314	0.733
Lise	8	4.59 ± 2.14	3.03 ± 2.46		
Üniversite	10				
Çalışma Durumu		4.34 ± 2.19	3.60 ± 1.35		
Çalışıyor	13	5.69 ± 2.13	3.50 ± 1.75	3.637	0.067
Çalışmıyor	17	5.06 ± 2.45	4.53 ± 2.54		

Tablo 4.4.5’de eğitim ve danışmalık hizmetinin bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerine göre toplam yorgunluk puan ortalamalarına etkisinin ilk ve altıncı kürde karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 4.4.5 incelendiğinde bakım verenlerden, eğitim düzeyi yüksek olanların (lise, üniversite) ilk ve altıncı kürde yorgunluk puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerin; yaşına, cinsiyetine, medeni durumuna, ve çocuk sahibi olma, eğitim, çalışma durumuna göre altıncı kürde yorgunluk puan ortalamalarında azalma olduğu ancak ilk ve altıncı kürdeki puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo.4.4.6. Bakım Verenlerin Hastalıkları ve Hasta Bakımı ile İlgili Tanıtıcı Özelliklerine ve Hastalarının Tanı Süresine Göre Yorgunluk Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=30)

Tanıtıcı Özellikler	n	Yorgunluk Puanları		F	p
		$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$		
Tanısı Konulmuş Hastalık Durumu					
Olan	23	5.39 $\pm$ 2.34	4.24 $\pm$ 2.20	0.149	0.702
Olmayan	7	5.14 $\pm$ 2.31	3.57 $\pm$ 2.56		
Hastaya Yakınlık Derecesi					
Eşi	21	5.60 $\pm$ 2.09	4.15 $\pm$ 1.97	0.299	0.744
Kızı/oğlu	7	5.02 $\pm$ 2.90	4.06 $\pm$ 3.35		
Kardeşi	2	3.63 $\pm$ 2.76	3.47 $\pm$ 1.38		
Bakım Nedeni ile Yaşantısının Etkilenme Durumu					
Etkilenen	24	5.53 $\pm$ 2.00	4.42 $\pm$ 2.16	0.366	0.550
Etkilenmeyen	6	4.53 $\pm$ 3.35	2.73 $\pm$ 2.31		
Toplam Bakım Süresi					
1-3 ay	11	4.78 $\pm$ 2.59	3.30 $\pm$ 1.86	0.144	0.708
4-6 ay	19	5.66 $\pm$ 2.11	4.54 $\pm$ 2.39		
Günlük Ortalama İlgilenme Süresi					
6-8 saat	6	5.43 $\pm$ 0.875	4.27 $\pm$ 1.99	0.010	0.920
9-16 saat	24	5.31 $\pm$ 2.55	4.03 $\pm$ 2.36		
Hastalarının Tanı Süresi					
1-3 ay	10	3.99 $\pm$ 1.82	3.49 $\pm$ 1.88	1.393	0.2480
4-6 ay	20	6.00 $\pm$ 2.25	4.38 $\pm$ 2.42		

Tablo 4.4.6’da eğitim ve danışmalık hizmetinin bakım verenlerin hastalıkları ve hasta bakımı ile ilgili özelliklerine ve hastalarının tanı süresine göre toplam yorgunluk puan ortalamalarına etkisinin ilk ve altıncı kürde karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 4.4.6 incelendiğinde bakım verenlerden, hastasına bakma nedeni ile yaşantısının etkilenmediğini ifade edenlerin, hastasına bakım verme süresi daha az (1-3 ay) ve ortalama ilgilenme süresi daha uzun (9-16 saat) olanların ilk ve altıncı kürde yorgunluk puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Bakım verenlerin; tanısı konulmuş hastalığı olma, hastasına bakma nedeni ile yaşantısının etkilendiğini ifade etme durumuna, hastaya olan yakınlık derecesine, hastasının bakımı ile toplam ve günlük ortalama ilgilenme süresine ve hastasının tanı süresine göre altıncı kürde yorgunluk puan ortalamalarında azalma olduğu ancak ilk ve altıncı kürdeki puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Tabloda yer almamakla birlikte bakım veren erkek eşlerin yorgunluk puan ortalamalarının, kadın eşlerinkinden ilk ve altıncı kürde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak erkek eşler ile kadın eşlerin yorgunluk puan ortalamaları arasındaki farkın önemsiz olduğu bulunmuştur ($F:0.423$, $p:0.523>0.05$). Bakım veren kız çocuklarının yorgunluk puan ortalamaları, erkek çocuklarınkinden daha yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F:2.413$, $p:0.181>0.05$).

Tablo 4.4.7. Bakım Verenlerin Hasta Tedavisinin İlk ve Altıncı Küründe Öz Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=30)

Hasta Tedavisi Kür Dönemi	Öz Bakım Gücü Puan Ortalaması $\bar{x} \pm ss$	t	p
İlk Kür	71.10 $\pm$ 21.57	2.290	0.029
Altıncı kür	77.83 $\pm$ 20.94		

Tablo 4.4.7’de eğitim ve danışmanlık hizmetinin bakım verenlerin toplam öz bakım gücü puan ortalamalarına etkisinin ilk ve altıncı kürde karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 4.4.7’de bakım verenlerin öz bakım gücü puan ortalamalarının, eğitim ve danışmanlık hizmetinin tamamlandığı altıncı kürde arttığı görülmektedir (hastalarının tedavilerinin ilk küründe 71.10 $\pm$ 21.57, altıncı küründe 77.83 $\pm$ 20.94). Yapılan istatistiksel analizde, bakım verenlerin hastalarının tedavisinin ilk ve altıncı küründeki puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur (**p<0.05**).

Tablo.4.4.8. Bakım Verenlerin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Öz Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=30)

Öz Bakım Gücü Puan Ortalaması					
Tanıtıcı Özellikler	n	İlk Kür	Altıncı Kür	F	p
		$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$		
Yaş					
<50	15	75.86 ± 22.13	66.33 ± 20.62	0.012	0.912
≥50	15	82.93 ± 22.70	72.73 ± 18.35		
Cinsiyet					
Erkek	15	67.06 ± 23.07	75.06 ± 23.43	0.180	0.674
Kadın	15	75.13 ± 19.92	80.60 ± 18.50		
Medeni Durum					
Evli	22	70.18 ± 22.43	79.54 ± 22.45	2.299	0.141
Bekar	8	73.62 ± 20.21	73.12 ± 16.40		
Çocuk Sahibi Olma Durumu					
Olan	27	71.11 ± 22.41	77.59 ± 22.05	0.064	0.802
Olmayan	3	71.00 ± 14.73	80.00 ± 5.19		
Eğitim Durumu					
İlköğretim	12	75.83 ± 15.20	83.33 ± 20.26	0.021	0.979
Lise	8	67.12 ± 27.74	73.25 ± 26.15		
Üniversite	10	68.60 ± 23.82	74.90 ± 17.62		
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	13	67.00 ± 23.23	79.53 ± 25.01	3.208	0.084
Çalışmıyor	17	74.23 ± 20.36	76.52 ± 17.92		

Tablo 4.4.8’de eğitim ve danışmalık hizmetinin bakım verenlerin sosyo-demografik özelliklerine göre toplam öz bakım gücü puan ortalamalarına etkisinin ilk kür ve altıncı kürde karşılaştırılması yer almaktadır.

Çalışmamızda bakım verenlerin; yaşına, cinsiyetine, medeni durumuna, çocuk sahibi olma, eğitim ve çalışma durumuna göre öz bakım gücü puan ortalamalarının, altıncı kürde arttığı ancak ilk ve altıncı kürdeki puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.4.9. Bakım Verenlerin Hastalıkları ve Hasta Bakımı ile İlgili Tanıtıcı Özelliklerine Göre Öz Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=30)

Tanıtıcı Özellikler	n	Öz Bakım Gücü Puan Ortalaması		F	p
		$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$		
Tanısı Konulmuş Hastalık Durumu					
Olan	23	71.82 $\pm$ 18.94	79.43 $\pm$ 19.63	0.284	0.598
Olmayan	7	68.71 $\pm$ 30.41	72.57 $\pm$ 25.75		
Hastaya Yakınlık Derecesi					
Eşi	21	70.33 $\pm$ 21.40	77.23 $\pm$ 23.67	1.651	0.211
Kızı/oğlu	7	68.14 $\pm$ 23.35	79.57 $\pm$ 15.00		
Kardeşi	2	89.50 $\pm$ 17.67	78.00 $\pm$ 11.31		
Bakım Nedeni ile Yaşantısının Etkilenme Durumu					
Etkilenen	24	70.87 $\pm$ 21.61	75.50 $\pm$ 21.09	2.137	0.155
Etkilenmeyen	6	72.00 $\pm$ 23.41	87.16 $\pm$ 19.10		
Toplam Bakım Süresi					
1-3 ay	11	74.45 $\pm$ 19.08	77.45 $\pm$ 21.12	0.931	0.343
4-6 ay	19	69.15 $\pm$ 23.16	78.05 $\pm$ 21.40		

Tablo 4.4.9. (Devamı) Bakım Verenlerin Hastalıkları ve Hasta Bakımı ile İlgili Tanıtıcı Özelliklerine ve Hastalarının Tanı Süresine Göre Öz Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=30)

Tanıtıcı Özellikler	n	Öz Bakım Gücü Puan Ortalaması		F	p
		$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$		
Günlük Ortalama İlgilenme Süresi					
6-8 saat	6	71.50 ± 24.46	68.66 ± 23.27	2.812	0.105
9-16 saat	24	71.00 ± 21.37	80.12 ± 20.19		
Hastalarının Tanı Süresi					
1-3 ay	10	78.30 ± 18.86	77.20 ± 18.49	3.904	0.058
4-6 ay	20	67.50 ± 22.38	78.15 ± 22.51		
Hastasına Yönelik Profesyonel Destek İsteme Durumu					
İsteyen	16	62.87 ± 18.15	75.50 ± 15.57	5.263	0.029
İstemeyen	14	80.50 ± 21.90	80.50 ± 26.14		

Tablo 4.4.9’da eğitim ve danışmanlık hizmetinin bakım verenlerin hastalıkları ve hasta bakımı ile ilgili özelliklerine ve hastalarının tanı süresine göre toplam öz bakım gücü puan ortalamalarına etkisinin ilk kür ve altıncı kürde karşılaştırılması yer almaktadır.

Çalışmamızda bakım verenlerin; tanısı konulmuş hastalığı olma, hastasına bakma nedeni ile yaşantısının etkilendiğini ifade etme durumuna, hastasının bakımı ile ilgilenme süresine göre öz bakım gücü puan ortalamalarının, altıncı kürde arttığı ancak ilk ve altıncı kürdeki puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Bakım verenlerden hastasına yönelik profesyonel destek isteyenlerin, öz bakım gücü puan ortalamalarının, eğitim ve danışmanlık hizmetinin tamamlandığı

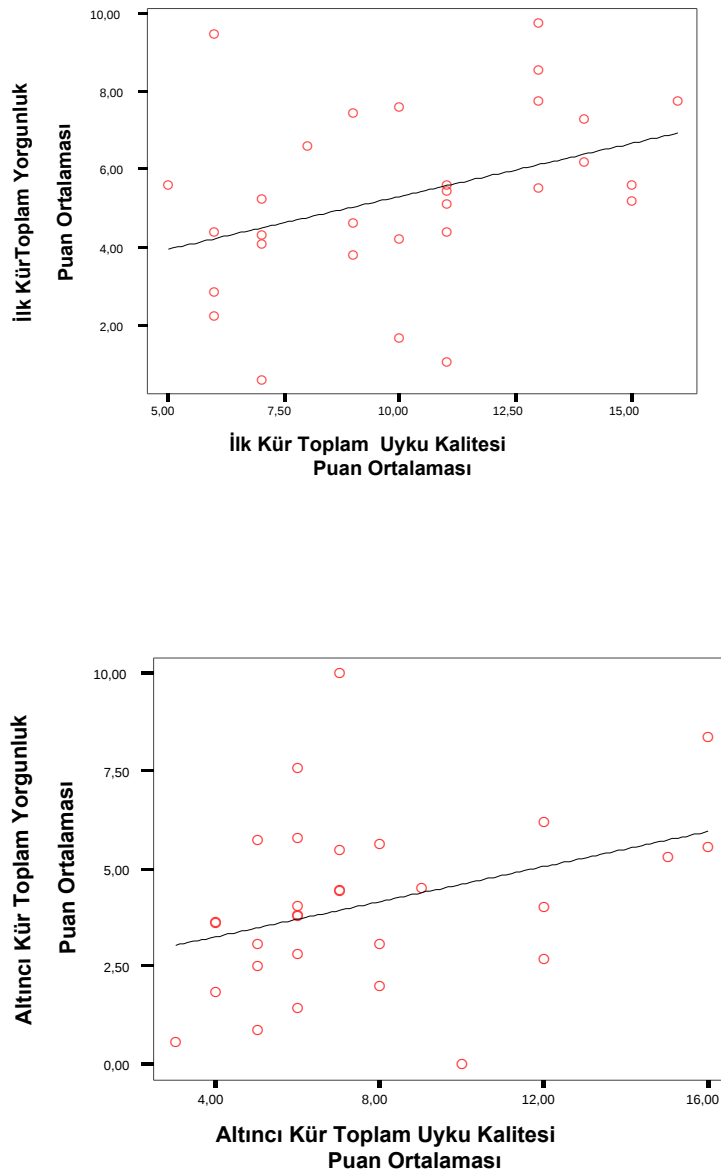
altıncı kürde yükseldiği 62.87 ± 18.15 , 75.50 ± 15.57) ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Tabloda yer almamakla birlikte bakım veren erkek eşlerin ilk ve altıncı kürdeki öz bakım gücü puan ortalamalarının, kadın eşlerinkinden daha düşük olduğu ve öz bakım güçlerinin daha kötü olduğu saptanmıştır. Ancak erkek ve kadın eşlerinin uyku kalitesi puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptanmıştır ($F: 0.756$, $p: 0.395 > 0.05$). Bakım veren kız çocuklarının ilk ve altıncı kürdeki öz bakım gücü puan ortalamalarının, erkek çocuklarinkinden daha yüksek olduğu ancak yapılan istatistiksel analizde puan ortalamaları arasındaki farkın önemsiz olduğu bulunmuştur ($F: 0.136$, $p: 0.727 > 0.05$).

4.5. Bakım Verenlerin Uyku Kalitesi, Yorgunluk ve Öz Bakım Gücü Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

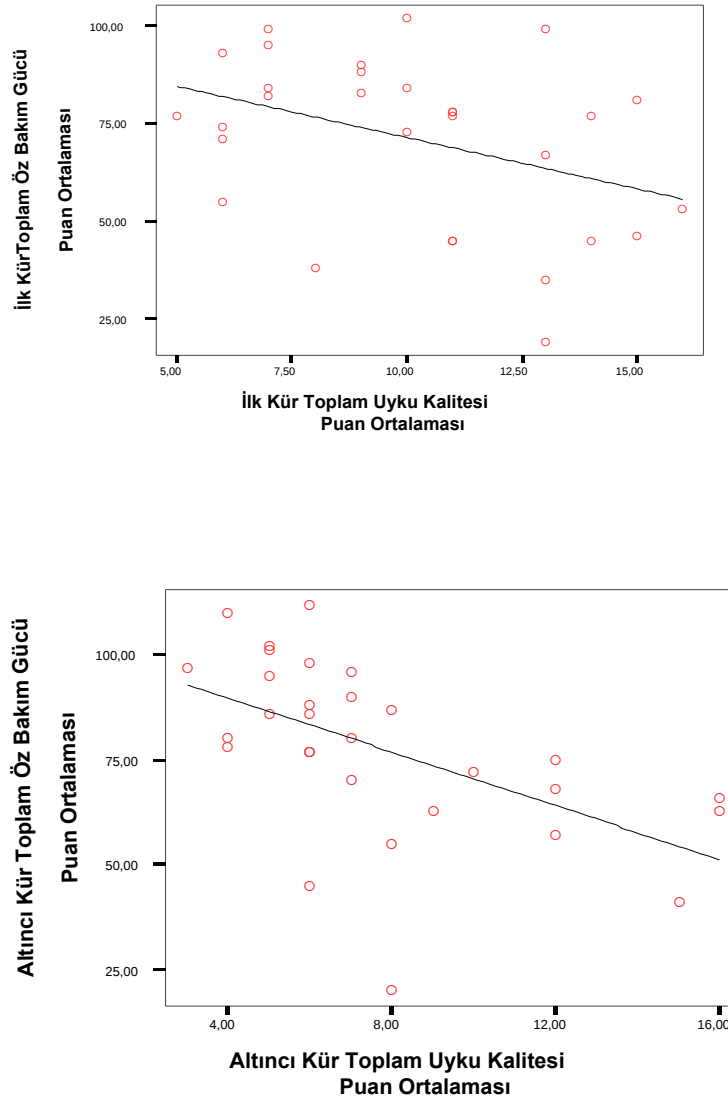
Bu bölümde bakım verenlerin hastalarının kemoterapi tedavisinin ilk ve altıncı küründeki uyku kalitesi, yorgunluk ve öz bakım ölçekleri puan ortalamaları arasındaki ilişki yer almaktadır.

Grafik 4.5.1. Birinci ve Altıncı Kürde Uyku Kalitesi ve Yorgunluk Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki



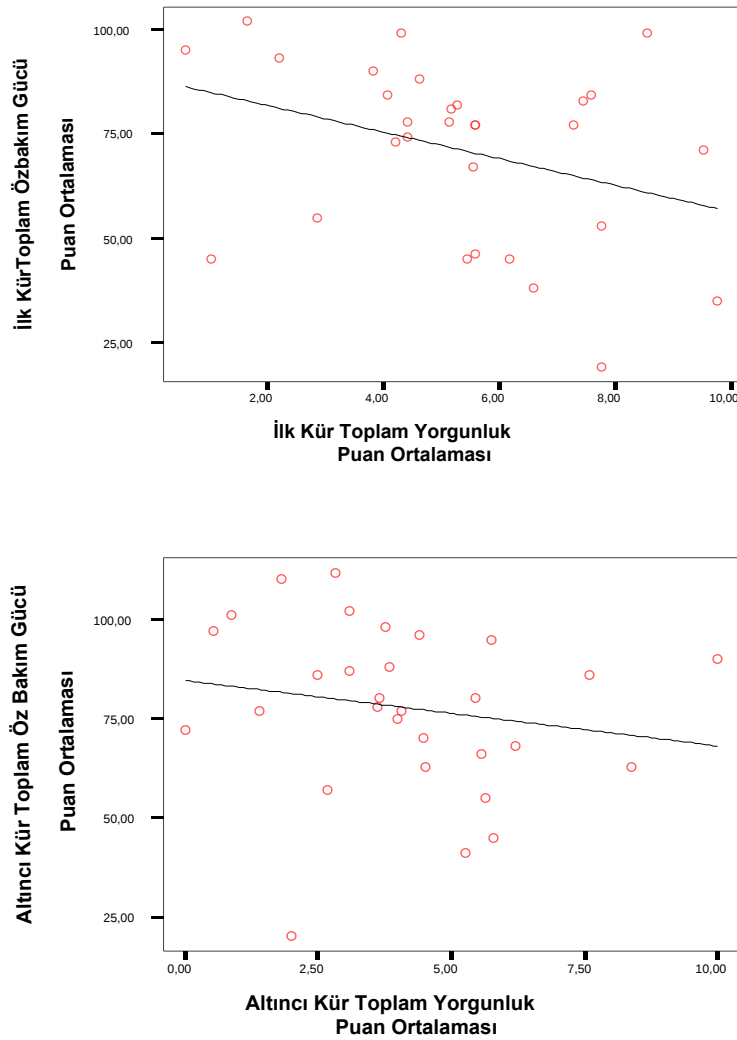
Garfik 4.5.1.'de bakım verenlerin hastalarının kemoterapi tedavisinin ilk ve altıncı küründeki uyku kalitesi ve yorgunluk puan ortalamaları arasındaki ilişki durumu gösterilmiştir. Çalışmamızda, ilk kürde bakım verenlerin uyku kalitesi ve yorgunluk puan ortalamaları arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur. **(korelasyon: 0.374, $r:0.374$, $r^2:0.140$ $p:0.042<0.05$).** Bakım verenlerin altıncı kürdeki uyku kalitesi ve yorgunluk puanları arasında bir ilişki bulunmamıştır (korelasyon: 0.353, $r:0.353$, $r^2: 0.125$, $p:0.055>0.05$).

Grafik 4.5.2. Birinci ve Altıncı Kürde Uyku Kalitesi ve Öz Bakım Gücü Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki



Grafik 4.5.2’de bakım verenlerin hastalarının kemoterapi tedavisinin ilk ve altıncı küründeki uyku kalitesi ve öz bakım gücü puan ortalamaları arasındaki ilişki durumu gösterilmiştir. Bakım verenlerin ilk kürdeki uyku kalitesi ve öz bakım gücü puan ortalamaları arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. **(korelasyon:-0.385, r:0.385, r^2 :0.148, p :0.035<0.05)**. Bakım verenlerin altıncı kürdeki uyku kalitesi ve öz bakım gücü puan ortalamaları arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. **(korelasyon:-0.547, r:0.5.47, r^2 : 0.300, p :0.002<0.05)**.

Grafik 4.5.3. Birinci ve Altıncı Kürde Yorgunluk ve Öz Bakım Gücü Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki



Grafik 4.5.3’de bakım verenlerin hastalarının kemoterapi tedavisinin birinci ve altıncı küründeki yorgunluk ve öz bakım gücü puan ortalamaları arasındaki ilişki

durumu gösterilmiştir. Bakım verenlerin ilk kürdeki yorgunluk ve öz bakım gücü puan ortalamaları arasında bir ilişki bulunmamıştır (korelasyon:-0.340, r : 0.340, r^2 :0.116 p :0.066>0.05). Bakım verenlerin altıncı kürdeki yorgunluk ve öz bakım gücü puan ortalamaları arasında bir ilişki bulunmamıştır (korelasyon:-0.179, r : 0.179, r^2 : 0.032, p :0.344>0.05).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, ileri evre kanser hastalarına bakım verenlerin yorgunluk ve uyku kalitesine hemşirenin eğitim ve danışmanlık hizmetinin etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular üç başlık altında tartışılmıştır;

5.1. Bakım verenlerinin hastalarının bakımında güçlük yaşadıkları alanlar, yaşadıkları sorunlar ve yönetiminde güçlük yaşadıkları semptomlar

5.2. Bakım verenlerin uyku Kalitesi, yorgunluk ve öz bakım gücü puan ortalamaları

5.3. Bakım verenlerin ilk ve altıncı kürdeki uyku kalitesi, yorgunluk ve öz bakım gücü puan ortalamaları arasındaki ilişki

5.4. Bakım verenlerin araştırmacının verdiği eğitim ve danışmanlık hizmetinin etkisini değerlendirmeleri

5.1. Bakım Verenlerinin Hastalarının Bakımında Güçlük Yaşadıkları Alanlar, Yaşadıkları Sorunlar ve Yönetiminde Güçlük Yaşadıkları Semptomlar

Literatürde; kanser hastası bakım verenlerinin hastalarının evde bakımında en fazla ağrı yönetimi, mobilizasyon, günlük yaşam aktivitelerine yardım etme, semptom yönetimi, evde ilaç tedavisi uygulama ve sağlık personeli ile iletişim konularında güçlük yaşadıkları rapor edilmiştir (4, 15, 16, 17). Yapılan çalışmalarda ileri evre kanser hastalarına bakım verenlerin, yönetiminde en fazla güçlük yaşadıkları hasta semptomlarının ağrı, yorgunluk ve bulantı olduğu belirtilmektedir. (108, 109, 110, 111). Stetz (80) de çalışmasında, ileri evre kanser hastalarına bakım verenlerin; özellikle hastalarının tedavileri, semptomlarının yönetimi ve fiziksel bakımlarının sağlanmasında stres yaşadıklarını belirtmektedir.

Çalışmamızda altı aylık izlem süresince bakım verenlerin; hastalarının günlük yaşam aktivitelerinden beslenme (%66.7), hareket (%50), hijyen (%30), boşaltım (%16.7) ve iletişim (%6.7) gereksinimlerinin karşılanmasında (Tablo 4.3.1) en fazla güçlük yaşadıkları saptanmıştır (Tablo.4.3.2.). Bakım verenler tarafından yönetiminde en fazla güçlük yaşanan semptomlar olarak ise ağrı yorgunluk, bulantı, kusma, iştahsızlık olarak belirtilmiştir (Tablo.4.3.2.).

Çalışmamızda bakım verenlerin; altı aylık izlem süresince sıklıkla hastalarının aynı semptomlarının yönetiminde güçlük çekmesi (Tablo 4.3.2), hastaların ileri evrede olmalarına bağlı semptomlarının sıklığının ve şiddetinin artmasına (Tablo 4.3.1) bağlanmaktadır.

İleri evre kanser hastalarında semptom kontrolünü sağlamada, semptomların bakım veren tarafından doğru değerlendirilmesi/yorumlanması son derece önemlidir. Çünkü bakım verenin hasta semptomlarını doğru tanımlayamaması; hastasının semptomlarının etkili olarak kontrol altına alınamamasına, sıkıntı çekmesine ve kendilerinin de stres yaşamalarına neden olabilmektedir. Bakım veren bireylerde hastalarının semptom değerlendirmesine yönelik çalışmalarda; hastanın ve bakım verenin belirlediği semptomlar arasında farklılıklar olduğu saptanmıştır. Özellikle hasta tarafından algılanan subjektif semptomların bakım veren tarafından doğru değerlendirilmediği gösterilmiştir (6, 22). Bu nedenle çalışmamızda bakım verenlere hastalarının semptomlarını değerlendirmeleri ve yönetimini sağlamaları için semptom yönetimine yönelik hemşire tarafından eğitim ve danışmanlık hizmeti

sağlanmıştır. Böylece bakım verenlerin yaşadıkları emosyonel stresle başedememeye bağlı gelişen uyku ve yorgunluk sorunlarının azaltılması amaçlanmıştır.

İleri evre kanser hastasına bakım verenlerin, hastalarının sıkıntısı arttıkça ve semptomları kontrol edilemez hale geldikçe algıladıkları bakım yükünün, depresyon ve anksiyeteye eğilimlerinin ve uyku problemlerinin arttığı buna paralel yaşam kalitelerinin düştüğü belirtilmektedir (10, 97, 112). Hasta yakınlarının bu güçlükleri yaşamalarının temel nedeni olarak hastalarının evde bakımı konusunda bilgi ve beceri eksiklikleri olması belirtilmektedir (4, 113, 114).

Çalışmamızda da bakım verenlerin hastalarının tedavilerinin ilk küründe uyku kalitelerinin kötü ve yorgunluk düzeylerinin yüksek olmasının nedeni olarak bakım verenlerin ilk kürde semptom yönetimine yönelik eğitim ve danışmanlık desteği almamalarına bağlı hasta semptomlarına uyum ve baş etme yeteneklerinin yetersiz olması düşünülmektedir (115, 116).

Çalışmamızda altı aylık izlem süresince, bakım verenlerin genel olarak aynı semptomların yönetiminde günlük çekmelerine rağmen, altıncı kür sonunda uyku, yorgunluk puan ortalamalarında önemli bir düşme ve öz bakım gücü puan ortalamalarında ise artma görülmüştür (Tablo 4.4.1, Tablo 4.4.4, Tablo 4.4.7). Bu durumun nedeninin; altı aylık izlem boyunca hemşire tarafından yapılan semptom yönetimi eğitimi ile bakım verenlerin hastalarının semptomlarını daha kolay değerlendirmeleri, semptomlara yönelik girişimler ilgili bilgi ve becerilerini artırmaları, hastalık ve tedavinin getirdiği sonuçlara uyum göstermeleri ve etkin baş etme yöntemlerini geliştirmeleri olduğu düşünülmektedir. Ayrıca kendine bakım eğitiminin; bakım verenlerin yaşadığı stresin, uyku ve yorgunluk sorunlarının azalmasında ve öz bakım güçlerinin artmasında etkili olduğu da söylenebilir. Ayrıca verilen eğitim ve danışmanlık hizmetinin; bakım verenlerin semptomların yönetiminde etkinliklerinin artmasında, yaşadıkları emosyonel stresin ve algıladıkları bakım yükünün azalmasında önemli bir etkisi olduğu düşünülmektedir. Yapılan çalışmalar da bu sonucu desteklemektedir (117, 118).

Robinson ve diğ. (117) çalışmalarında; kanser hastasına bakım verenlere yönelik semptom yönetimi, iletişim becerileri ve kaynakların kullanımını içeren 6 saatlik kurs programı sonucunda, bakım verenlerin bakım vermeyi daha az yük olarak algıladıkları ve semptomlar ile daha iyi baş edebildiklerini belirlemişlerdir.

Ferrell ve diğ. (118) çalışmalarında; kanser hastası bakım verenlerine üç ev ziyaretinde ağrı hakkında eğitim yapmaları sonucunda, bakım verenlerin yaşam kaliterinde artış olduğunu ve ağrı konusunda bilgi ve deneyimlerinin arttığını, bakım vermeye ilgili görevlerini daha az yük olarak algıladıklarını belirlemişlerdir.

Given ve diğ. çalışmalarında (27), kanser hastalarına bakım verenlere bilişsel davranışsal olarak semptom yönetimi öğretiminin, hastalarının semptom sıklığını ve şiddetini ve bakım verenin yaşadığı emsoyenel stresi azalttığını saptamışlardır.

Haley (119), kanser hastasına bakım verenlerin sağlık kurumuna başvurma sıklığının artmasının yaşadıkları stresi artırdığını ve bu nedenle bakım verenler için hastalarının semptomlarının yönetimine yönelik evde bakım, telefon ile izlem gibi yöntemlerin kullanılmasının yararlı olabileceğini belirtmektedir.

Tüm bu araştırma sonuçları semptom yönetimi eğitiminin bakım verenler için gerekliliğini göstermektedir. Yapılan bazı çalışma sonuçlarının da bakım verenlerin uyku ya da yorgunluk sorunlarını azaltmada semptom yönetimi eğitiminin gerekliliğini göstermesi çalışmamızın sonuçları ile paralellik göstermektedir (120, 121, 122, 123, 124).

Literatürde; kanser hastasına bakım verenlerin hastasının semptomlarının yönetimi, öz bakımlarını ve tedavilerini içeren bakım verme yüklerinin strese, yorgunluk, uyku ve depresyon sorunlarına neden olduğunu ve bu nedenle sağlık profesyonellerinin bakım verenlere semptom yönetimi, hasta ve sağlık elamanları ile iletişim, destek ve danışmanlık alabilecekleri toplumsal kaynaklar, öz bakım gibi konularında eğitim yapmaları; onların stres düzeylerini, uyku ve yorgunluk sorunlarını azaltacağını, hastalık ve tedavi yan etkileri ile daha iyi baş edebilmelerini sağlayacağını belirtmektedir (119, 120).

Tüm bu çalışma sonuçlarına dayanarak kanser hastalarına bakım verenlere hastalarının semptom yönetimine yönelik eğitim ve danışmanlığın, bakım verenlerin yaşam kalitelerini artırarak uyku ve yorgunluk sorunlarını azaltacağını söyleyebiliriz.

5.2. Bakım Verenlerin Uyku Kalitesi, Yorgunluk ve Öz Bakım Gücü Puan Ortalamaları

5.2.1. Bakım Verenlerin Uyku Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Uyku kalitesi, fiziksel ve ruhsal sağlıkla ilişkili bir kavramdır. Bu nedenle uyku sorunları fiziksel ve psikolojik stresle doğrudan ilişkilidir. Kanser hastalarına bakım verenlerde, uyku kalitesinde azalma sıklıkla görülmektedir. İleri evre kanser hastalarına bakım verenlerde; bakım verme yüküne bağlı gelişen yoğun stres, fiziksel ve psikolojik sağlığın bozulmasına ve uyku sorunlarına neden olmaktadır (125).

Çalışmamızda da bakım verenlerin hastalarının tedavilerinin ilk ve altıncı küründeki PUKİ puan ortalamaları 5'den büyük olduğu için uyku kaliteleri kötü bulunmuştur (Tablo 4.4.1). Bunun bakım verenlerin hastalarının ileri evrede olmasına, semptom yönetimi ve bakım verme güçlüklerine bağlı kendi öz bakımlarını yeterli yapmamaları düşünülmektedir. Bu sonuç literatürde yer alan çalışmaların sonuçları ile benzerlik göstermektedir (15, 20, 120, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131).

Cho ve diğ. (20), Bush ve Carter (120), Özlem ve diğ. (126), Carter (127), Fletcher ve diğ. (128), Carter (129), Walsh ve diğ. (130)'nin kanser hastalarına bakım verenlerinde uyku kalitesini değerlendirmeye yönelik çalışmalarında; bakım verenlerin çoğunluğunda uyku sorunları görüldüğü ve PUKİ toplam puan ortalamalarının 5'den büyük olduğu için uyku kalitelerinin kötü olduğu belirtilmektedir.

Carter (131), Chang ve diğ. (125) ve Carter ve Chang (15) çalışmalarında, kanser hastalarına bakım verenlerin, bakım verme güçlükleri ile ilişkili olarak fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarına bağlı (stres, anksiyete, depresyon vb.) uyku kalitelerinin ve yaşam kalitelerinin düşük olduğunu belirtmektedirler.

Çalışmamızda, bakım verenlerin öz bakımlarına yönelik eğitim ve danışmanlık hizmeti kapsamında uyku sağlığına yönelik bilişsel ve davranışsal girişimler anlatılmıştır. Altı aylık eğitim ve danışmanlık hizmetininin tamamlandığı altıncı kürde bakım verenlerin toplam uyku kalitesi puan ortalamalarında önemli bir azalma olduğu (10.10 ± 3.16 , 7.70 ± 3.56) ve ilk ve altıncı kürdeki puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo

4.4.1). Bu sonuca göre “İleri evre kolorektal ve mide kanseri hastalarına bakım verenlerin, hemşire tarafından eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmeden önceki ve verildikten sonraki toplam PUKİ puanları arasında fark vardır”hipotezi kabul edilmiştir. Çalışmamızdan elde edilen bu sonuç doğrultusunda, bakım verenlere hastalarının semptom kontrolüne ve öz bakımlarına yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetinin onların uyku kalitelerinin artmasında etkili olduğu düşünülmektedir. Yapılan çalışmalar da çalışmamızın bu sonucunu desteklemektedir (11, 92, 131, 132, 133).

Carter (131), Carter ve Clark (132) ‘ın ileri evre kanser hastalarına bakım verenlerine, McCurry (133)’in demanslı yaşlı hastaların bakım verenlerine yönelik çalışmalarında da uyku sorunlarını azaltmaya ve uyku kalitesini artırmaya yönelik bilişsel ve davranışsal girişimlerin (sağlıklı uyku alışkanlıklarının kazandırılması, uykuyu etkileyebilecek çevresel uyarıların kontrol altına alınması ve bedensel ve zihinsel rahatlığı sağlayan gevşeme egzersizlerinin yaptırılması gibi) etkili olduğu belirtilmektedir. Toseland ve diğ (92), Cameron ve diğ (11) çalışmalarında, ileri evre kanser hastasının bakım verenlerine hasta bakımı ile baş etme yöntemlerinin ve problem çözme becerilerinin kazandırılmasının ve sosyal desteğin sağlanmasının onların stres ve depresyon düzeylerini azalttığını, hasta bakımı ile baş etmelerini ve sağlık düzeylerini artırdığını saptamışlardır.

Bakım verenlere yönelik tüm bu çalışma sonuçları, uyku sorunlarını azaltmaya yönelik girişimlerin uyku kalitesini artırmada etkili olması yönü ile çalışmamız sonuçları ile paralellik göstermektedir.

5.2.2. Bakım Verenlerin ve Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Uyku Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Genel toplumda yapılan çalışmalarda, 65 yaş ve üstü yaşlı bireylerde ve kadınlarda uykuya başlama ve devam ettirme ile ilgili sorunların daha fazla görüldüğü ve uyku kalitelerinin kötü olduğu belirtilmektedir (134, 135).

Çalışmamızda da 50 yaş ve üzerindeki bakım verenlerin uyku kalitesi puan ortalaması ilk ve altıncı kürde, 50 yaş altındaki bakım verenlerden daha yüksek olup, PUKİ puan ortalamaları 5’den büyük olduğu için uyku kaliteleri kötüdür (Tablo

4.4.2). Yaşın ilerlemesiyle görülen fizyolojik değişikliklere bağlı bireyin uyku örüntüsünde gelişen değişimler bunun nedeni olarak düşünülmektedir (134, 135).

Ülkemizde Aslan ve diğ. (126)'nin çalışmasında; kanser hastalarına bakım verenlerinin yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum ve bakım verme süresi ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur.

Çalışmamızda da bakım verenlerin; yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durumlarına ve çocuk sahibi olma, çalışma, tanısı konulmuş hastalığı olma, hastasına bakma nedeni ile yaşantısının etkilendiğini ifade etme durumlarına, hastaya olan yakınlık derecesine, hastasının bakımı ile toplam ilgilenme süresine göre ilk ve altıncı kür puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p>0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.4.2, Tablo 4.4.3). Ancak bu tanıtıcı özelliklere göre PUKİ puan ortalamalarında altıncı kürde düşme saptanmıştır. Bunun nedeni olarak ise bakım verenlere uyku kalitesini artırmaya yönelik bilişsel ve davranışsal bilgileri içeren eğitimin yapılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

McCurry ve diğ. (136) çalışmalarında, 65 yaş üstü yaşlı demanslı bireylere bakım verenlerin uyku sorunlarının davranışsal olarak tedavi edilebileceğini göstermişlerdir. Araştırmacılar, bakım verenlere hastalıkları, uyku hijyeni, uyarıların kontrolü, geveşeme teknikleri ve uyku baskılama hakkında 3 aylık eğitim ve izlem yapmışlar ve bakım verenlerin uyku latensi, uyku süresi ve alışılmış uyku etkinliklerinde anlamlı olarak düzelme olduğunu saptamışlardır.

Çalışmamızda da bakım veren kız ya da erkek çocuklarının, bakım veren eşlere göre ilk ve altıncı kürde uyku kalitesi puanları daha yüksek olup, PUKİ puanları 5'den büyük olduğu için uyku kalitelerinin kötü olduğu söylenebilir

Young ve Kahana (137) çalışmalarında; bakım veren çocukların, bakım veren eşlere göre daha fazla bakım verme yüklerinin olduklarını ve stres yaşadıklarını belirttiklerini bulmuşlardır. Aynı araştırmacılar, bakım verenlerin bakım verme yükünün artmasının onların uyku sorunlarını artırdığını belirtmektedirler.

King ve diğ.(138) de çalışmasında bakım veren kız çocuklarının, bakım veren eşlere göre fiziksel ve psikolojik sağlıkların olumsuz etkilendiğini saptamışlardır. Bunun nedenini ise bakım veren kız çocuklarının; bakım verme dışında farklı rollerinin olması (eş, anne, iş vb. rolleri) ve ailesel ilişki içinde olduğu

birey sayısının daha fazla olması ile ilgili bakım verme streslerinin artması olarak açıklamışlardır.

Chen ve diğ. (139) kanserli hastalara bakım verenlerin, bakım verme süresi ve yoğunluğunun yaşam kalitelerini orta derecede etkilediğini belirtmektedir. Aynı araştırmacılar, hastasına bakım süresi 1-6 ay ve 12 aydan fazla olanların ve günlük ortalama bakım saati daha fazla olanların (ortalama 7 saat) yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunu belirlemişlerdir. Aynı araştırmacılar bakım verenlerin, 7-12 ay arasında bakım verme süresi ile yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir ilişki bulmamışlardır. Bunun nedenini ise bakım verenlerin, 7-12 ay içinde bakım verme rollerine ve hastalık durumuna uyum göstermeleri olarak açıklamışlardır.

Yaşam kalitesinin düşük olmasının uyku kalitesini de etkileyeceği düşünüldüğünden, bu çalışmanın sonuçlarının çalışmamız sonuçlarını desteklediğini söyleyebiliriz. Çalışmamızda hastasına toplam ortalama bakım süresi 1-3 ay ve 4-6 ay olan bakım verenlerin, PUKİ puan ortalamaları hem ilk kürde hem de altıncı kürde 5'den büyük olduğu için uyku kaliteleri kötü bulunmuştur (Tablo 4.4.3). Bunun; bakım verenlerin 1- 6 ayı içeren bakım verme süresi içinde, hastalarının hastalık ve tedavi sonuçlarına ve bakım verme rollerine uyum sorunları yaşamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda; bakım verenlerden hastasıyla günlük ortalama ilgilenme süresi daha fazla olanların (9-16 saat), daha az (6-8 saat) olanlara göre ilk kürde PUKİ puan ortalamaları yüksek olduğu için uyku kaliteleri daha kötü bulunmuştur. Ancak hastasıyla ortalama ilgilenme süresi 6-8 ile 9-16 saat olanların uyku kalitesi puan ortalamalarında, altıncı kürde önemli bir azalma olduğu ve yapılan istatistiksel analizde ilk ve altıncı kürdeki puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu ($p<0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.4.3). Çalışmamızda, hastasıyla günlük ortalama ilgilenme süresi 9-16 saat olanların altıncı kürdeki puan ortalamaları, 6-8 saat olanlara göre düşük olduğu için uyku kaliteleri daha iyidir. Bunun nedeni olarak yapılan eğitim ve danışmanlığın, bakım verenlerin bakım vermeyi yük olarak algılamalarını azaltması olarak düşünülmektedir. Çalışmamız sonucu ile paralel olarak Beaudreau ve diğ. (140) ve McCrae ve diğ. (141) çalışmalarında, bakım verenlerin bakım verme süresinin, stres düzeylerini etkileyebilen bakım verme rollerini ve yüklerini artırdığı için objektif uyku kalitesini etkilediğini saptamışlardır.

Kanser tanısı özellikle ileri evrede konulduğu zaman, bakım verenlerde yoğun strese ve stresle ilişkili uyku sorunlarına neden olabilmektedir (20, 21). Bu nedenle çoğunlukla ileri evrede tanısı konulan kolorektal ve mide kanseri hastalarına bakım verenlerinin uyku kalitelerinin kötü olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda hastasının tanı süresi 1-3 ay ve 4-6 ay olanların ilk ve altıncı kürdeki PUKİ puan ortalamaları 5'den büyük olduğu için uyku kaliteleri kötüdür. Ancak hastasının tanı süresi 1-3 ay ve 4-6 ay olanların uyku kalitesi puan ortalamalarında, altıncı kürde önemli bir azalma olduğu saptanmıştır. Ayrıca bakım verenlerden tanı süresi 4-6 ay olanların, 1-3 ay olanlara göre PUKİ puan ortalamaları altıncı kürde düşük olduğu için uyku kaliteleri daha iyidir. Yapılan istatistiksel analizde de tanı süresine göre ilk ve altıncı kürdeki PUKİ puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu ($p<0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.4.3). Bunun nedeni olarak hastasının tanı süresi 4-6 ay olanların, 1-3 ay olanlara göre hastasının hastalık ve tedavi sürecine ve bakım verme rollerine uyumlarının artması düşünülmektedir.

5.2.3. Bakım Verenlerin Yorgunluk Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

İleri evre kanser hastasına bakım verenlerde sık görülen sorunlardan biri de yorgunluktur. Çalışmamızda bakım verenlerin hem ilk ve hem de altıncı kürde orta düzeyde yorgunluk yaşadıkları belirlenmiştir. Literatürde, çalışmamız sonucu ile paralel olarak kanser hastalarına bakım verenlerde yaşam kalitelerini etkileyen orta derecede yorgunluk ve depresif semptomların görüldüğü bulunmuştur (5, 10, 17, 20, 142). Çalışmamız sonucuna bağlı olarak, bakım verenlerin, hastalarının bakım ve tedavi süreci ile ilişkili olarak yaşadıkları güçlüklerinin yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Aranda ve Hayman-White (143) çalışmasında, ileri evre kanser hastalarına bakım verenlerin bakım verme rollerine ve karşılaştıkları güçlüklerine bağlı fiziksel ve psikolojik sağlıklarının etkilendiğini ve yorgunluk düzeylerinin arttığını belirtmişlerdir.

Çalışmamızda bakım verenlerin, toplam yorgunluk puanının hastalarının tedavilerinin ilk küründeki yorgunluk puanlarının (5.33 ± 2.30), altıncı kürde 4.08 ± 2.26 düştüğü saptanmıştır ve ilk ve altıncı kürdeki puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.4.4). Bu sonuca göre “İleri

evre kolorektal ve mide kanseri hastalarına bakım verenlerin, hemşire tarafından eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmeden önceki ve verildikten sonraki toplam yorgunluk puanları arasında fark vardır”hipotezi kabul edilmiştir. Bunun nedeni olarak bakım verenlere yönelik yapılan hasta semptom kontrolü ve kendine bakım eğitiminin etkili olduğu düşünülmektedir.

Mota ve diğ.(144) çalışmasında kanser hastalarına bakım verenlerde, toplam yorgunluk puan ortalamasının 4.2 ± 2.0 olduğunu ve yorgunluk ölçeği alt boyutlarından duygulanım (4.2 ± 2.6) ve bilişsel/ruhsal (4.2 ± 2.2) alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir.

Benzer şekilde çalışmamızda bakım verenlerin ilk ve altıncı kürde yorgunluk ölçeği alt boyutlarından duygulanım (6.09 ± 2.76 , 4.51 ± 3.09) ve bilişsel/ruhsal alt boyut (5.46 ± 2.26 , 4.11 ± 2.78) puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde bakım verenlerin hasta tedavisinin ilk ve altıncı küründeki davranış /şiddet alt boyutu, duysal alt boyut ve bilişsel/ruhsal alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu ($p < 0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.4.4). Bu sonuç bakım verenlerin yorgunluk düzeyinin günlük yaşam aktivitelerini ve ruhsal durumlarını daha çok etkilediğini göstermektedir.

Bakım verenlerin fiziksel ve psikolojik sağlıklarının bozulması yorgunluk gibi semptomlar yaşamalarına neden olabilir. Onishi (145) çalışmasında kanser hastalarına bakım verenlerin, hastasıyla ilgili (karar verme, bakım verme, ekonomik ve sosyal gereksinimleri karşılama, uyum sağlama ve bu uyumu devam ettirme gibi) birçok sorumluluklarının olduğunu ve bunların sağlıklarını etkileyerek fiziksel ve psikolojik semptomlar yaşamalarına neden olduğunu belirtmektedir. Onishi (145) hastaların sağlık durumları kötüleştikçe yaşadıkları fiziksel ve psikolojik sağlık sorunlarının daha da arttığını açıklamıştır. Bu nedenle bakım verenlerin yaşadıkları sorunların giderilmesine yönelik girişimlerin yapılmasının gerekli olduğunu belirtmektedir.

Yapılan çalışmalarda bakım verenlerde stresi azaltmaya yönelik psikoeğitimsel yaklaşımı, geveşeme tekniklerini (egzersiz, hayal etme, yoga, masaj, derin nefes alma vb.) içeren yapılandırılmış öğretimin bakım verenlerin yorgunluk skorlarını anlamlı olarak düzelttiğini saptamışlardır (146, 147). Çalışmamız sonuçları da bu çalışmalardaki sonuçlarla paralellik göstermekte olup, yorgunluğa yönelik

girişimsel bir uygulamanın etkili olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda bakım verenlere yapılan eğitim ve danışmanlık hizmetinin, bakım verenlerin altıncı kürdeki toplam yorgunluk skorlarının azalmasında anlamlı olarak etkili olduğu bulunmuştur.

5.2.4. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Yorgunluk Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Yapılan bazı çalışmalarda; bakım verenin yaş, bakım verme yükü, çalışma durumu ve bakım verme süresi ile yorgunluk arasında ilişki olduğu belirtilmektedir (20, 148). Çalışmamızda da bakım verenlerin yaş, çalışma durumuna, toplam bakım verme süresi ve günlük ortalama ilgilenme süresine ve diğer tanıtıcı özelliklerine göre ilk ve altıncı kürdeki yorgunluk puan ortalamaları arasında önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.4.5, Tablo 4.4.6). Bu sonucun, bakım verenlerin tanıtıcı özelliklere göre tüm grupların altıncı kürdeki yorgunluk puan ortalamalarında paralel bir düşüşün olmasına ve yapılan eğitim ve danışmanlığın tüm gruplar için etkili olmasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda bakım verenlerden ≥ 50 yaş grubundakilerin ilk ve altıncı kürdeki yorgunluk puan ortalamaları < 50 yaş grubundakilerden yüksektir (Tablo 4.4.5). Bu sonuç yaştan ilerlemesi ile birlikte bireylerde fiziksel ve ruhsal sağlığının değişmesi, kronik rahatsızlıkların artmasına bağlı olduğu düşünülmektedir. Çalışanların ilk kürde, çalışmayanların ise altıncı kürde yorgunluk puan ortalamaları daha yüksektir. Çalışmamızda ilk ve altıncı kürde toplam hastasının bakımı ile ilgilenme süresi daha uzun olan bakım verenlerin (4-6 ay) yorgunluk puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4.6).

Çalışmamızda ise ilk ve altıncı kürde bakım veren erkeklerin yorgunluk puanları, kadınlardan daha yüksektir. Bu sonucun nedeni olarak bakım veren erkeklerin kadınlardan daha fazla çalışıyor olmasına ve kadının bakım verme dışındaki görevlerini erkeklerin de yapmalarına bağlı olduğu düşünülmektedir. Ancak bakım verenlerin cinsiyete göre yorgunluk puanları arasındaki fark önemli ($p>0.05$) bulunmamıştır (Tablo 4.4.5).

Gaugler ve diğ. (149)'nin çalışmasında kanserli hastalara bakım veren çalışan kadınlarda, çalışan erkeklere göre daha fazla tükenmişlik ve yorgunluk görüldüğü belirlenmiştir.

Birçok kültürlerde hastalara bakım verme sorumluluğu kadınlardan beklenmektedir. Kadının bakım verme dışındaki ev, iş, çocuk bakımı vb. sorumluluklarının erkeklere göre daha fazla olması bakım verme yüklerini daha fazla algılamalarına neden olmaktadır. Bu durum kadınlarda bakım vermeye ilgili kendine saygıda azalmaya ve stres düzeylerinde artmayla ilişkili yorgunluk ile sonuçlanmaktadır (150).

Çalışmamızda da bakım veren kız çocuklarının, erkek çocuklarının yorgunluk puan ortalamalarından daha yüksek olması literatür bigisi ile uyum göstermekle birlikte, istatistiksel olarak ilk ve altıncı kürdeki puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Öz (151)'ün çalışmasında, eş bosanma ya da ölüm nedeniyle kaybedilmişse, hasta bireyin bakımının genellikle yetiskin kızı tarafından yapıldığını belirtmektedir. Ayrıca özellikle kadın bakım verenlerde üstlenilen rollerin fazla olmasına, stres ve duygusal çatışmaya bağlı yorgunluk, bitkinlik ve tükenmişliğin daha fazla görüldüğünü belirtmektedir (151).

Carmen ve Anne (152) çalışmalarında, kanser hastasına bakım verenlerden; hasta bakımında deneyim süresi daha kısa ve eğitim düzeyi düşük olanların daha fazla fiziksel ve psikolojik stres semptomlarını yaşadıklarını saptamışlardır.

Iconomou ve diğ (153)'nin çalışmasında, kanser hastasına bakım verenlerden yüksek eğitim düzeyine sahip olanların; düşük eğitim düzeyine sahip olanlara göre anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca araştırmacılar, bakım verenlerde bakım vermeye bağlı günlük yaşam aktivitelerini ve boş zaman aktivitelerini yapmada güçlükler, ekonomik ve psikolojik sorunlar ve yorgunluk gibi fiziksel sağlık problemlerinin fazla görüldüğünü ve yaşam kalitelerinin düşük olduğunu belirlemişlerdir (153).

Çalışmamızda da bakım verenlerden; eğitim düzeyi yüksek olanların (lise, üniversite), ilk ve altıncı kürde yorgunluk puanlarının daha düşük ve iyi olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4.5).

5.2.5. Bakım Verenlerin Hastalarının Tedavilerinin İlk ve Altıncı Küründe Öz Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Yapılan araştırmalar kanser hastalarına bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüküyle ilişkili olarak öz bakım güçlerinin olumsuz olarak etkilendiğini göstermektedir (16, 154, 155). Darlene ve diğ (155) çalışmasında kemoterapi ya da radyoterapi alan hastaların eşlerinin öz bakım güçlerinin bakım verme yüküne bağlı olarak olumsuz etkilendiğini saptamışlardır.

Connell ve Janevic (156)'in çalışmasında, bakım verenlerin öz bakımlarının desteklenmesinin ve sağlıklarını korumaya ve geliştirmeye yönelik davranışlarının izlenmesinin önemli olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmacılar, bakım verenlerin, öz bakımlarına yönelik telefon izlemi ile egzersiz yapmalarının artırılmasının algıladıkları stresin azalmasında etkili olduğunu göstermişlerdir (156).

Çalışmamızda da bakım verenlerin öz bakım gücü puan ortalamalarının ilk kürde düşük olması bu araştırma bulgularını doğrulamaktadır (Tablo 4.4.7). Çalışmamızda bakım verenlerin ilk kürde altıncı küre göre öz bakım gücü puan ortalamaları daha düşük olmasının hemşire tarafından eğitim ve danışmanlık hizmeti almamalarına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Öz bakım kuramında, öz bakım davranışlarının, kişinin sahip olduğu sağlık bilgisinden etkilendiği belirtilmektedir. Öz bakımı hakkında sağlık bilgisinin olmayışı, sağlığın bozulması ve yetersizlik, kendi kendine bakma becerilerinin ve yetersiz öz bakım alışkanlıkları, kişinin hem kendisine hem de başka kişiye yardım etmesini sınırlar. Bu nedenle öz bakım konusunda bilgi edinme, bireyin öz bakım gücünü yeterli bir şekilde sürdürmesi için de gereklidir (157).

Carmack (158) da bakım verenlerin; fiziksel egzersiz, düzenli beslenme, gevşeme egzersizleri, yeterli uyku gibi kendi bakım uygulamalarını yapmada yetersiz olduklarını ve sınırlılıkları içinde mümkün olduğunca bu uygulamaları yapabilmeleri konusunda desteklenmeleri gerektiğini belirtmiştir.

Çalışmamızda da eğitim ve danışmanlık yapılarak bakım verenler kendilerine bakım konusunda desteklenmiştir. Çalışmamızda bakım verenlerin öz bakım gücü puan ortalamalarının, eğitim ve danışmanlık hizmetinin tamamlandığı altıncı kürde arttığı saptanmıştır (hastalarının tedavilerinin ilk kürü öncesi 71.10 ± 21.57 , altıncı kür sonunda 77.83 ± 20.94). Yapılan istatistiksel analizde bakım verenlerin hasta tedavisi

ilk ve altıncı küründeki öz bakım gücü puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.4.7). Altıncı kürde bakım verenlerin öz bakım güçlerinde artış olmasının nedeni olarak yapılan eğitim ve danışmanlığa bağlı olarak bakım verenlerin öz bakım uygulamalarını yeterli yaptıkları düşünülmektedir.

5.2.6. Bakım Verenlerin ve Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Öz Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Orem (159), özbakım gücünün; yaş, cinsiyet, ekonomik durum, eğitim düzeyi gibi diğer sosyo-demografik özellikler ile ilişkili olduğunu belirtmektedir. Callaghan (160) da yetişkin bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim ve medeni durumu ile öz bakım gücü arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptamıştır.

Çalışmamızda ise bakım verenlerin ilk ve altıncı kürdeki yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum gibi sosyodemografik özelliklerine göre ve hastalarının tanı süresine göre öz bakım gücü puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Bunun nedeni çalışmamızdaki örneklem sayısının yetersiz olmasından kaynaklanabileceği gibi bakım verenlerin öz bakım güçlerini etkileyebilecek fonksiyonel yetersizliklerinin olmamasına ve günlük yaşam aktivitelerini yapmada başkalarına bağımlı olmamalarına bağlanmaktadır.

Yapılan çalışmalarda bireylerin yaşla birlikte yaşamdan beklentilerinin arttığı ve kronik hastalıklarda artış olduğu öz bakım güçlerinin azaldığı belirtilmektedir (161, 162). Çalışmamızda ise bu çalışma sonuçlarından farklı olarak 50 ve üzeri yaşta olanların, hem ilk kürde hem de altıncı kürdeki öz bakım gücü puan ortalamaları, 50 yaş altındakilerinin puan ortalamasından yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4.8). Çalışmamızda görülen bu farklılığın nedeni örneklem sayısının az olmasından kaynaklanmış olabileceği gibi 50 ve üzeri yaştaki bireylerin yaşam doyumlarının fazla olmasına ve öz bakım güçlerini etkileyebilecek fiziksel ya da mental yetersizliklerinin olmamasına bağlanmaktadır.

Kişinin özbakım sorumluluğunu yerine getirmesinde eğitim durumunun ve sağlıklı olmasının etkisi önemlidir (161). Tang ve Chen (164) felçli hastalara bakım verenlerin, kendine bakımla ilgili sağlığı geliştirici davranışlarının eğitim düzeyi yüksek olanlarda, sağlık ve fonksiyonel durumu iyi olanlarda anlamlı olarak daha iyi

olduğunu saptamışlardır. Yapılan bazı çalışmalarda da eğitim düzeyi arttıkça öz bakım gücünün arttığı belirtilmektedir (157, 163).

Bizim çalışmamızda ise bakım verenlerden eğitim durumu ilköğretim olanların, lise ve üniversite olanlara, tanısı konulmuş hastalığı olanların olmayanlara göre hem ilk ve hem de altıncı kürdeki öz bakım gücü puan ortalamaları bir artış göstermiştir (Tablo 4.4.8, Tablo 4.4.9). Bunun nedeninin; ilkokul mezunlarının verilen eğitim ve danışmanlık hizmetinden daha etkin bir şekilde yararlanmış olmalarından ve tanısı konulmuş hastalığı olanların kendi öz bakımlarına daha fazla önem vermelerinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Ülkemizde aile yapısında; genelde bakım, beslenme ve hijyen gibi konularda kadınlara büyük roller düşmesi, kadınların öz bakım etkinliklerini gerçekleştirmesinde güçlü bir etken olmaktadır. Çalışmamızda da kadınların, erkeklere göre ilk ve altıncı kürdeki öz bakım gücü puan ortalamalarının daha yüksek olmasının, toplumumuzdaki kadınların geleneksel bakım vericilik rollerinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmamızda, bakım verenlerden hastasına yönelik profesyonel bir kişiden destek istemeyenlerin (ilk kür: 80.50 ± 21.90 , 80.50 ± 26.14), öz bakım gücü puan ortalaması, isteyenlere göre (62.87 ± 18.15 , 75.50 ± 15.57) ilk ve altıncı kürde yüksek olduğu saptanmıştır ve yapılan istatistiksel analizde farkın önemli olduğu ($p < 0.05$) saptanmıştır (Tablo 4.4.9). Ayrıca bakım verenlerden hastasına yönelik profesyonel bir kişiden destek isteyenlerin altıncı kürde puan ortalamalarının yükseldiği, istemeyenlerin puan ortalamalarının ise değişmediği görülmüştür (Tablo 4.4.9). Bunun nedeni olarak hastasına yönelik profesyonel bir kişiden destek isteyen bakım verenlerin; yapılan eğitim ve danışmanlık hizmetinden daha etkin bir şekilde yararlanma bilincine sahip olmalarından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Baker (165) çalışmasında, bakım verenin öz bakım gücü ile bakım yükü arasında negatif bir ilişki olduğunu ve bakım verenin emosyonel destek gereksinimi, evle ilgili görevleri, bakım yükü arasındaki ilişkinin kendine bakım aktiviteleri ile ilişkili olduğunu saptamıştır. Baker, bakım verenin kendine bakım aktivitelerini artırmaya yönelik eğitimin, bakım verenin öz bakım gücünü artırarak destek gereksinimini ve bakım yükünü azaltmada etkili olacağını belirtmiştir.

Çalışmamızdaki bakım verenlerden profesyonel bir kişiden destek istemeyenlerin, isteyenlere göre öz bakım gücü puan ortalamasının daha yüksek olması Baker'in çalışmasının sonuçları ile paralellik göstermektedir.

5.3. Bakım Verenlerin Hastalarının Tedavilerinin İlk ve Altıncı Küründeki Uyku Kalitesi, Yorgunluk ve Öz bakım Gücü Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

İleri evre kanser hastası bakım verenlerinde, hastalarının genel durumlarının kötüye gitmesi ve bakım gereksinimlerinin artması strese neden olabilmektedir. Bakım verenlerde; strese bağlı olarak uykusuzluk, öz bakımda yetersizlik ve yorgunluk sık görüldüğü belirtilmektedir (16). Çalışmamız sonuçları da bunu göstermektedir.

Liretatür incelendiğinde, kanser hastasına bakım verenlerde uyku kalitesi ve depresyon arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmaların ağırlıkta olduğu ancak uyku kalitesi, yorgunluk ve öz bakım gücü arasında ilişkiyi gösteren çalışmaların yetersiz olduğu görülmüştür (15, 20, 129).

Cho ve diğ.(20)'nin çalışmasında, mide kanserli hastalarına bakım verenlerin çoğunluğunda yorgunluk ve uyku sorunlarının görüldüğü ve bu semptomlar arasında orta derecede pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r:0.32$, $p<0.01$). Bu sonuca benzer olarak bizim çalışmamızda da ilk kürde bakım verenlerin uyku kalitesi ve yorgunluk puan ortalamaları arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur **korelasyon: 0.374, $r:0.374$, $r^2:0.140$ $p:0.042<0.05$** . Ancak bakım verenlerin, altıncı kürdeki uyku kalitesi ve yorgunluk puanları arasında bir ilişki bulunmamıştır (korelasyon: 0.353, $r:0.353$, $r^2: 0.125$, $p:0.055>0.05$). Bunun nedeni bakım verenlerin bakım verme yüklerinin zamanla artmasına bağlı kendilerine bakıma yönelik uygulamaları yeterli düzeyde yapmamalarına ve çalışmanın örneklem sayısının az olmasına bağlanmaktadır.

Çalışmamızda bakım verenlerin ilk ve altıncı kürde öz bakım gücü puan ortalamaları ile uyku kalitesi puan ortalamaları arasında negatif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır **(ilk kür, korelasyon:-0.385, $r:0.385$, $r^2:0.148$, $p:0.035<0.05$; altıncı kür, korelasyon:-0.547, $r:0.547$, $r^2: 0.300$, $p:0.002<0.05$)**. Bu sonuç, bakım verenlerin uyku kalitesi puan ortalamaları artıkça öz bakım gücü puan

ortalamalarının anlamlı olarak azaldığını göstermektedir. Bu nedenle bakım verenlerden öz bakım gücü kötü olanların, uyku kalitelerinin de kötü olduğunu düşünebiliriz. Bakım verenlerden öz bakım gücü iyi olanların, kendi bakımlarına yönelik uyku hijyeni alışkanlıklarına dikkat etmelerinin uyku kalitelerini olumlu yönde etkilediği de söylenebilir.

Literatürde de bizim çalışmamızdaki sonuca paralel olarak bakım verenlerde; bakım vermeye bağlı olarak sağlığın negatif yönde etkilendiği ve yüksek oranda depresif semptomlar, anksiyetenin yanı sıra kendine bakımda yetersizliğin ve uyku kalitesinde azalmanın görüldüğü belirtilmektedir (166). Ayrıca egzersiz ve dinlenmede yetersizlik, kilo alma ya da verme gibi kendine bakımla ilgili yetersizlikleri olan bakım verenlerde uyku sorunlarının daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (166, 167).

Çalışmamızda bakım verenlerin, ilk kürde öz bakım gücü puan ortalamalarının eğitim ve danışmanlık hizmetinin tamamlandığı altıncı küre daha düşük, yorgunluk puan ortalamalarının ise daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuç bakım verenlerin ilk kürde öz bakıma yönelik uygulamaları yeterli yapmadıklarını göstermektedir.

Connel (168) de çalışmasında bakım verenlerin yarıya yakınının, bakım vermeye bağlı gelişen yorgunluk nedeni ile sağlıklarının bozulduğunu ve öz bakımlarına yönelik (düzenli beslenme ve egzersiz, dinlenme vb.) uygulamaları yetersiz yaptıklarını belirlemiştir.

Çalışmamızda bakım verenlerin ilk ve altıncı kürdeki öz bakım gücü puan ortalamaları ile yorgunluk puan ortalamaları arasında bir ilişki saptanmamıştır (ilk kür, korelasyon:-0.340, $r:0.340$, $r^2:0.116$ $p:0.066>0.05$; altıncı kür, korelasyon:-0.179, $r: 0.179$, $r^2: 0.032$, $p:0.344>0.05$).

Bizim çalışma sonuçlarımızdan farklı olarak, Iche ve diğ. (28)'nin çalışmasında bakım verenlerden öz bakımına yönelik egzersiz yapanların ve uygun yemek yeme davranışı gösterenlerin yorgunluk puanlarının, göstermeyenlerden anlamlı olarak daha düşük olduğu ve fiziksel sorunlarının ve depresyon belirtilerinin (uyku sorunları, yeme davranışının değişmesi, yorgunluk vb.) ise daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Çalışmamız sonucunda görülen farklılığın denek sayısı ile ilgili olabileceği düşünülmektedir.

5.4. Bakım Verenlerin Araştırmacının Verdiği Eğitim ve Danışmanlık Hizmetinin Etkisini Değerlendirmeleri

Literatürde, kanserli hastaya bakım verenlerin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlarının ve hastasının bakım ve tedavisi ile ilgili gereksinimlerinin çözümüne yönelik doktor ve hemşirelerin yeterli zaman ayırmadıkları ve yeterli eğitim ve danışmanlık yapmadıkları belirtilmektedir (169, 170, 171).

Phipps ve Braitman (172) çalışmalarında, telefon görüşmeleri ileri evre kanser hastasına bakım verenlerin, sağlık profesyonellerinin kendilerine sağladığı destekten memnuniyetlerinin az olduğunu saptamışlardır. Bunun nedeni olarak ise sağlık profesyonellerinin bakım verenlere gerekli emosyonel desteği göstermemeleri ve hastalarının bakım gereksinimlerini yeterli karşılayamamaları olarak gösterilmiştir.

Çalışmamızda ise bakım verenlerin tümünün araştırmacı tarafından verilen bilgi içeriğini anlaşılır buldukları, bilgi vermek için ayrılan zamanın yeterli olduğunu ve gereksinimlerinin farkına varıldığını düşündükleri saptanmıştır. Bu durumun nedeni, bakım verenlere bireysel yüzyüze eğitimin yanı sıra hastalarının tedavileri süresince telefon ile düzenli olarak danışmanlığın yapılmasına bağlanmaktadır.

Çalışmamızda, bakım verenlerinin verilen eğitim ve danışmanlık hizmetinden memnun (%53.3) ya da çok memnun oldukları (%46.7) belirlenmiştir.

Dimmick ve diğ. (173) de çalışmalarında; kanser gibi bir kronik hastalığı olan hastalara bakım verenlerin, telefon ile yapılan danışmanlık hizmetinden genel olarak memnun olduklarını belirtmişlerdir. Aynı araştırmacılar bunun nedenini; telefon ile yapılan desteğin bakım verenlerin, hastalarının semptomlarını erken dönemde fark etmeleri ve önerileri doğru zamanda uygulamalarının sağlanması, anksiyetelerini ve hastalarının sağlık kurumuna başvurma sıklıklarını azaltması olarak açıklamışlardır.

Çalışmamızda eğitim ve danışmanlık hizmetinin, bakım verenlerin % 6.7'si kendisi için, %33.3'ü ise hastası için profesyonel bir kişiden destek isteme yönünden yönlendirici olduğunu düşündükleri belirlenmiştir. Bu sonucun, bakım verenlerin bakım yükü nedeniyle kendi gereksinimlerini görmemelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Given ve diğ. (16)'nin çalışmasında da ileri evre kanser hastasına bakım verenlerin, hastalarının tedavi ve bakımı ile ilgili bakım verme yüklerinin

artmasına bağlı kendilerine bakıma yönelik gereksinimlerine öncelik vermedikleri belirtilmekte olup çalışmamız sonucunu desteklemektedir. Bazı çalışmalarda bakım verenlerin bakım verme yüküne bağlı stres yaşadıkları ve kendi sağlık bakım gereksinimlerini karşılamak için yeterli zaman ayırmadıkları ve bu nedenle fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlıklarının bozulduğu belirtilmektedir (174, 175).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Çalışmamızın en önemli sonucu, ileri evre kolorektal ve mide kanseri hastalarına bakım verenlerine, öz bakımlarına ve hastalarının semptomlarının yönetimine yönelik hemşirenin eğitim ve danışmanlık hizmetinin, bakım verenlerin yorgunluk düzeylerini azalttığı ve uyku kalitesini artırdığıdır.

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar araştırmanın örneklemini ile sınırlıdır.

6.1.1. Bakım Verenlerin Hastalarının Bakımı ile İlgili Güçlük Yaşadıkları Alanlar ile İlgili Sonuçlar

Bakım verenlerin; %66.7'si hastasının beslenme, %50'si tedavi ve hareket, %46.7'si ekonomik, %30'u hijyen alanlarındaki ihtiyaçlarının karşılanmasında güçlük yaşadıklarını belirtmişlerdir. Beslenme alanı ile ilgili; bakım verenlerin %65'i hastaların yemek yemesi, hareket ile ilgili %80'i ev işlerinin yapılması, tedavisi ile ilgili %66.7'si ilaçlarının temin edilmesi, hijyen ile ilgili %44.5 banyo yaptırma ve ekonomi ile ilgili olarak %71.4'ü alışverişlerinin yapılması konularında güçlük yaşadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.3.1).

6.1.2. Bakım Verenlerin Yönetiminde Güçlük Yaşadığı Semptomların Aylara Göre Dağılımı ile İlgili Sonuçlar

Bakım verenlerin yönetiminde en fazla güçlük yaşadığı semptomlar olarak; ağrı, yorgunluk ve gastrointestinal sistem sorunları (bulantı, kusma, iştahsızlık, ağızda kuruluk, ağızda tat değişikliği, ishal) belirttikleri saptanmıştır (Tablo 4.3.2).

Bakım verenlerin hastalarında görülen semptomların ilk kürden altıncı kürün sonuna kadar azalmadığı belirlenmiştir. Ayrıca bakım verenlerin çoğunluğunun aynı semptomların yönetiminde güçlük yaşadıklarını belirttikleri görülmüştür (Tablo 4.3.2).

6.1.3. Bakım Verenlerin Hastasına Bakım Vermeye Başladıktan Sonra Yaşadıkları Sorunlar ve Sıklıkları ile İlgili Sonuçlar

Bakım verenlere “Kendime zaman ayıramıyorum” ifadesi sorulduğunda; bakım verenlerin %56.7’sinin, “Hastamın bakımında yeterli olmadığını düşünüyorum” ifadesine %53.3’ünün, “Hastama bakmaktan dolayı stres yaşıyorum” ifadesine %50’sinin bazen olarak cevap verdikleri saptanmıştır (Tablo 4.3.3).

6.1.4. Bakım Verenlerin Hastalarının Kemoterapi Tedavilerinin İlk ve Altıncı Küründe Uyku Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ile İlgili Sonuçlar

Bakım verenlerin ilk ve altıncı kürde toplam PUKİ puan ortalamaları 5’den büyük olduğu için uyku kaliteleri kötüdür. Ancak bakım verenlerin, PUKİ puan ortalamaları altıncı kürde (7.70 ± 3.56) önemli oranda düştüğü için uyku kaliteleri ilk küre (10.10 ± 3.16) göre daha iyidir. Yapılan istatistiksel analizde, ilk ve altıncı kürde toplam uyku kalitesi puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu ($p < 0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.4.1).

Bakım verenlerin öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği uyku bozukluğu gündüz işlev bozukluğu ve uyku ilacı kullanma bileşenleri ile ilgili puan ortalamalarının altıncı kürde düştüğü ve uyku kalitelerinin ilk küre göre daha iyi olduğu bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede öznel uyku kalitesi ve uyku latensi bileşenlerinin ilk ve altıncı kürdeki puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu ($p < 0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.4.1).

6.1.5. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine ve Hastalarının Tanı Süresine Göre Uyku Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ile İlgili Sonuçlar

Bakım verenlerin; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma, tanısı konulmuş hastalığı olma ve hastasına bakma nedeni ile yaşantısının etkilendiğini ifade etme durumlarına, hastaya olan yakınlık derecesine, hastasının bakımı ile toplam ilgilenme süresine göre PUKİ puan ortalamalarında altıncı kürde önemli bir düşme olduğu saptanmıştır. Ancak bu tanıtıcı özelliklere göre ilk ve altıncı kür puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p > 0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.4.2, Tablo 4.4.3).

Bakım verenlerin hastalarının tanı süresi 1-3 ay ve 4-6 ay olanların uyku kalitesi puan ortalamalarının altıncı kürde düştüğü ve en fazla düşüşün tanı süresi 4-6 ay olanlarda olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede bakım verenlerin hastalarının tanı süresine göre, ilk ve altıncı kürdeki puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu ($p<0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.4.3).

Bakım verenlerden hastasıyla günlük ortalama ilgilenme süresi daha fazla (9-16) saat olanların PUKİ puan ortalamalarının altıncı kürde düştüğü (ilk kür: 10.54 ± 3.09 , altıncı kür 7.41 ± 3.51) belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede bakım verenlerden hastasıyla günlük ortalama ilgilenme süresi 6-8 saat olanlar ile 9-16 saat olanların ilk kür ve altıncı kürdeki PUKİ puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu ($p<0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.4.3).

6.1.6. Bakım Verenlerin Hastalarının Kemoterapi Tedavilerinin İlk ve Altıncı Küründe Yorgunluk Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ile İlgili Sonuçlar

Bakım verenlerin yorgunluk toplam puan ve tüm alt boyut puan ortalamalarının, altıncı kürde düştüğü saptanmıştır. Toplam yorgunluk puanı hastalarının tedavilerinin ilk küründe 5.33 ± 2.30 iken, altıncı küründe 4.08 ± 2.26 saptanmış ve yapılan istatistiksel analizde ilk kür ile altıncı kürdeki toplam yorgunluk puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu ($p<0.05$) bulunmuştur. (Tablo 4.4.4).

6.1.7. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine ve Hastalarının Tanı Süresine Göre Yorgunluk Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ile İlgili Sonuçlar

Bakım verenlerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum vb. tüm tanıtıcı özelliklerine göre yorgunluk puan ortalamalarında altıncı kür tedavi sonrasında azalma olduğu bulunmuştur. Ancak yapılan istatistiksel analizde bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerine göre hasta tedavisinin ilk ve altıncı küründeki yorgunluk puan ortalamaları arasında önemli bir fark ($p>0.05$) bulunamamıştır (Tablo 4.4.5, Tablo 4.4.6).

6.1.8. Bakım Verenlerin Hastalarının Kemoterapi Tedavilerinin İlk ve Altıncı Küründe Öz Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ile İlgili Sonuçlar

Bakım verenlerin öz bakım gücü puan ortalamasının, eğitim ve danışmanlık hizmetinin tamamlandığı altıncı kürde arttığı (ilk kür: 71.10 ± 21.57 , altıncı kür: 77.83 ± 20.94) saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde bakım verenlerin hastalarının tedavisinin ilk ve altıncı küründeki öz bakım gücü puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu ($p < 0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.4.7).

6.1.9. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre ve Hastalarının Tanı Süresine Öz Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ile İlgili Sonuçlar

Bakım verenlerden hastalarına yönelik profesyonel bir kişiden destek isteyenlerin, öz bakım gücü puan ortalamalarının eğitim ve danışmanlık hizmetinin tamamlandığı altıncı kürde yükseldiği görülmüştür (62.87 ± 18.15 , 75.50 ± 15.57) Yapılan istatistiksel analizde hastalarına yönelik profesyonel bir kişiden destek isteyenler ile istemeyenlerin öz bakım gücü puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu ($p < 0.05$) saptanmıştır (Tablo 4.4.8). Ancak bakım verenlerin diğer tanıtıcı özelliklerine göre (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum vb.) ilk ve altıncı kürdeki öz bakım gücü puan ortalamaları arasında önemli bir fark olmadığı ($p > 0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.4.8, Tablo 4.4.9).

6.1.10. Bakım Verenlerin Uyku Kalitesi, Yorgunluk ve Öz Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Değişimi Arasında İlişki ile İlgili Sonuçlar

Çalışmamızda, ilk kürde bakım verenlerden uyku kalitesi kötü olanların, yorgunluk düzeylerinin daha fazla olduğu ve uyku kalitesi ve yorgunluk puan ortalamaları arasında anlamlı pozitif yönde bir ilişki ($p < 0.05$) olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5.1). Ancak bakım verenlerin altıncı kürdeki uyku kalitesi ve yorgunluk puan ortalamaları arasında bir ilişki ($p > 0.05$) bulunmamıştır (Tablo 4.5.1).

Bakım verenlerden ilk ve altıncı kürde öz bakım güçleri iyi olanların uyku kalitelerinin daha iyi olduğu ve hem ilk ve hem de altıncı kürdeki uyku kalitesi ve öz bakım gücü puan ortalamaları arasında anlamlı negatif yönde bir ilişki ($p < 0.05$) olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5.2).

Bakım verenlerin ilk ve altıncı kürdeki yorgunluk ve öz bakım gücü puan ortalamaları arasında bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.5.3).

6.1.11. Bakım Verenlerin Araştırmacı Tarafından Verilen Eğitim ve Danışmanlık Hizmetini Değerlendirmeleri ile İlgili Sonuçlar

Çalışmamızda; bakım verenlerin tümünün araştırmacı tarafından verilen bilgi içeriğini anlaşılır buldukları, bilgi vermek için ayrılan zamanın yeterli olduğunu ve gereksinimlerinin farkına varıldığını düşündükleri saptanmıştır (Bölüm 5.4).

Bakım verenlerinin %53.3'ünün verilen eğitim ve danışmanlık hizmetinden çok memnun oldukları, %46.7'sinin ise memnun oldukları belirlenmiştir (Bölüm 5.4).

Bakım verenlerin; % 6.7'si kendisi için, %33.3'ü ise hastası için yapılan eğitim ve danışmanlık hizmetinin; profesyonel bir kişiden destek istemesi yönünden yönlendirici olduğunu düşündükleri belirlenmiştir (Bölüm 5.4).

6.2. ÖNERİLER

İleri evre kolorektal ve mide kanser hastalarına bakım verenlerinin yorgunluk ve uyku kalitesine hemşirenin eğitim ve danışmanlık hizmetinin etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda geliştirilen öneriler şunlardır:

- İleri evre kanser hastalarının bakım verenlerine, hastalarının yaşadıkları semptomlarının yönetimine yönelik bireysel eğitim programlarının hazırlanması ve bu eğitimlerin hasta tedavisinin başlangıcında uygulanması (Tablo 4.3.2),
- Bakım verenlere hastalarının tedavisinin başlangıcından bitimine kadar hastalarının semptomlarının yönetimine ve kendi bakımlarına yönelik bilgi gereksinimlerini karşılamaya yönelik düzenli olarak gereksinimlerine göre telefon ile danışmanlık hizmeti verilmesi (Tablo 4.3.2, Tablo 4.4.1, Tablo 4.4.3, Tablo 4.4.5, Grafik 4.5.3, Grafik 4.5.6),
- Bakım verenlerin uyku kalitesini ve öz bakım güçlerini artırmaya ve yorgunluk düzeylerini azaltmaya yönelik kendine bakımı içeren eğitim programları hazırlanmalı ve bu programların hasta tedavisinin başlangıcında uygulanması (Tablo 4.4.1, Tablo 4.4.3, Tablo 4.4.5, Grafik 4.5.3, Grafik 4.5.6),
- Bakım verenlere verilen eğitim içerikleri broşür gibi eğitim materyalleri ile desteklenerek daha önce verilen bilgileri hatırlamalarının sağlanması önerilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Xiaomei, M. ve Herbert, Yu. (2006). Global Burden of Cancer.. *Yale Journal of Biology and Medicine*. 79(3-4), 85–94.
2. Kılıç, S., Özet, A., Açık, C.H. ve Ataergin S. (2004). Gata Tıbbi Onkoloji Bilim Dalında İzlenen Hastaların Bazı Sosyodemografik Özellikleri ve Tanıları. *Gülhane Tıp Dergisi*, 46 (2), 115-124.
3. Çetinkaya, Y. (2006). *Kanser Hastalarına Bakım Verenlerde Stres, Stres Yaratan Durumlar ve Etkilerinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
4. Given, B., Wyatt, G., Given, C., Sherwood, P., Gift, A, DeVoss, D. ve Rahbar, M. (2004). Burden and Depression Among Caregivers of Patients with Cancer at the End-of-life. *Oncology Nursing Forum*, 16, 31(6), 1105-1117.
5. Grov, E.K., Fosså, S.D, Sørebo, O ve Dahl, A.A. (2006). Primary caregivers of cancer patients in the palliative phase: A path analysis of variables influencing their burden. *Social Science & Medicine*, 63(9), 2429-2439.
6. McPherson, C.J., Wilson, K.G., Christine, J., Keith , G., Lobchuk, M.M. ve Brajtman, S. (2008). Family Caregivers' Assessment of Symptoms in Patients with Advanced Cancer: Concordance with Patients and Factors Affecting Accuracy. *Journal of Pain and Symptom Management*, 35, 1, 70-82.
7. Northouse, L.L., Mood, D., Templin, T., Mellon, S. ve George, T. (2000). Couples' patterns of adjustment to colon cancer. *Social Science and Medicine*, 50, 271–284.
8. Baider, L., Perez, T. ve De-Nour, A.K. (1989). Gender and adjustment to chronic disease. A study of couples with colon cancer. *General Hospital Psychiatry*, 11(1), 1-8.
9. Nijboer, C., Triemstra, M., Tempelaar, R., Sanderman, R. ve van den Bos, G.A.M. (1999). Determinants of caregiving experiences and mental health of partners of cancer patients. *Cancer*, 86, 577-588.

10. Weitzner, M.A., McMillan, S.C., Jacobsen, P.B. (1999). Family caregiver quality of life: differences between curative and palliative cancer treatment settings. *Journal of Pain Symptom Management*, 17, 418–428.
11. Cameron, J.I, Shin, J.L, Williams, D., Stewart, D.E. (2004). A brief problem-solving intervention for family caregivers to individuals with advanced cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(2), 137-143.
12. Edwards, B. ve Ung, L. (2002) Quality of life instruments for caregivers of patients with cancer: a review of their psychometric properties, *Cancer Nursing*, 25, 342–349.
13. Hagedoorn, M., Buunk, B.P., Kuijer, R.G., Wobbles, T. ve Sanderman, R.(2000). Couples dealing with cancer: role and gender differences regarding psychological distress and quality of life, *Psycho-oncology*, 9, 232–242.
14. Mei-Ling , C., Chu, L. ve Hsiu-Chuan, C. (2004). Impact of cancer patients' quality of life on that of spouse caregivers, *Supportive Care in Cancer*, 12, 469–475.
15. Carter, P.A. ve Chang, B.L. (2000). Sleep and depression in cancer caregivers. *Cancer Nursing*, 23(6), 410-415.
16. Given, B.A., Given, C.W. ve Kozachik, S.(2001). Family support in advanced cancer. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 51, 213-231.
17. Grov, E.K., Dahl, A.A., Moum, T. ve Fossa, S.D. (2005) Anxiety, depression, and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase. *Annals of Oncology*, 16(7), 1185-1191.
18. Sales, E.. (2003). Family burden and quality of life, *Quality of Life Research* 12, 33–41.
19. Sherif, T., Jehani, T., Saadani, M. ve Andejani, A.W. (2001). Adult oncology and chronically ill patients: comparison of depression, anxiety and caregivers' quality of life, *Eastern Mediterranean Health Journal*, 7, 502–509.
20. Cho, M.H., Dodd, M.J., Lee, K.A., Padilla, G. ve Slaughter R. (2006). Self-reported sleep quality in family caregivers of gastric cancer patients who are receiving chemotherapy in Korea. *Journal of Cancer Education*, 21(1), S37-S41.

21. Houldin, A.D. (2007). A qualitative study of caregivers' experiences with newly diagnosed advanced colorectal cancer. *Oncology Nursing Forum*, 34(2), 323-330.
22. Oi-Ling, K., Man-Wah Doris, T.S.E., Kam-Hung Daniel, N.G. (2005). Symptom distress as rated by advanced cancer patients, caregivers and physicians in the last week of life. *Palliative Medicine*, 19, 3, 228-233.
23. Lynn, B.L. (t.y.) Needs of familial caregivers of cancer patients across the advanced cancer disease trajectory. Erişim: 29 Şubat 2008, http://digital.library.unt.edu/data/etd/2004_2/open/meta-dc-4637.tkl.
24. Hudson, P.A. (2004). Critical review of supportive interventions for family caregivers of patients with palliative-stage cancer. [http://www.cancer.org.il/download/files/miri_cohen_1_5536.pdf]. *Journal of Psychosocial Oncology*, 22(4).
25. Pasacreta, J.V. ve McCorkle, R. (2000). Cancer care: impact of interventions on caregiver outcomes. *Annual Review of Nursing Research*, 18, 127-148.
26. Mittelman, M. (2005). Taking care of the caregivers. *Current Opinion in Psychiatry*, 18(6), 633-639.
27. Given, B., Given C.W., Sikorskii, A., Jeon S., Sherwood, P. ve Rahbar, M. (2006). The impact of providing symptom management assistance on caregiver reaction: results of a randomized trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 32(5), 433-443.
28. Ichie, K., Ohsawa, I. ve Satoi, Y. (2004). Cumulative fatigue symptoms among caregivers in Japan. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 9, 214-219.
29. King, A.C., Baumann K, O'Sullivan, P., Wilcox, S. ve Castro C. (2002). Effects of moderate-intensity exercise on physiological, behavioral, and emotional responses to family caregiving: a randomized controlled trial, *Journal Of Gerontology: Medical Sciences*, 57(1), M26-36.
30. Özcanlı, D. (2005) *Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Duygusal ve Sosyal Gereksinimlerinin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.

31. İbiş, M. Kolorektal Kanserlerde Risk Faktörleri ve Tanı Yöntemleri. Erişim: Erişim:02. Nisan 2009. http://www.ukdk.org/ppt/kans_haftasi_sunumlar/mehmet_ibis_.pdf.
32. Boyle, P ve Langman, J.S. (2000). ABC of colorectal cancer epidemiology. *BMJ*; 321(7264), 805-808.
33. Max, P.D, Bray, F., Ferlay, J. ve Pisani, P. (2005) Global cancer statistics, 2002. *CA: A Cancer journal for Clinicans*. 55, 74-108.
34. Kanser İstatistikleri (2003, 2004, 2005). Erişim:29 Şubat 2008, <http://www.tusp.saglik.gov.tr/BHIM/Yonlendir.aspx?>.
35. American Cancer Society (2008). Colorectal Cancer Facts & Figures 2008-2010. Erişim: 02 Nisan 2009, <http://www.cancer.org/downloads/STT/F861708finalforweb.pdf> **Colorectal Cancer Facts & Figures 2008-2010.**
36. Erdill, A. (t.y.). Kolorektal Kanserler. Erişim:02 Nisan 2009, <http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/gastro/egitim/dersler/18.ppt>.
37. Yılmaz, Z. (t.y.).Kolon ve Rektum Kanserleri.Erişim:02 Nisan 2009. http://tip.erciyes.edu.tr/Ders_Notlari/Cerrahi_Tip/Genel_Cerrahi/Zeki_Yilmaz/23201%202007/KOLOREKTAL%20KANSERLER.ppt.
38. Kocaoğlu, H ve Göçmen, E. (2000). Mide Kanserinde Evreleme ve Prognoz.. *Journal of Clinical Surgery*, 5, 181-184.
39. Aydın A.ve Topuz E. (2006). Mide Kanseri. *Onkoloji El Kitabı* (s.207-216). İstanbul: Turgut Yayıncılık.
40. Karabulut, B. ve Göker, E. Mide Kanseri. *SSK İzmir Eğitim Hastanesi Tıp Dergisi*, 10(1), 1 -8
41. Young A, ve Rea D. (2000). ABC of colorectal cancerTreatment of advanced disease. *British Medical Journal*, 321, 1278-1281.
42. Bernold, D.M. v e Sinicrope, F.A. (2006). Kolorektal Kanser Kemoterapisin de Gelişmeler. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 1 (3), 126-140.
43. Ellidokuz, E., Akpınar, H., Tankurt, E, Şimşek, İ., Füzün, M, Küpelioglu, A. ve diğ erleri.(2003). Kolorektal Malign Poliplerde Erken İnvaziv Kanser. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*, 2 (1):, 20-22.

44. Özgören, E., Kilsı, E., Aydın, M., Aslantürk, H., Güler, O., Başer, M ve Şahin, Ş. (2001). Kolorektal Kanserlerde Tedavi Yaklaşımlarımız. *Van Tıp Dergisi*, 8(4), 124-127.
45. Demire, T. (2000). Mide Kanserinin Tedavisi. *Türkiye Klinikleri Cerrahi Dergisi*, 5(4), 188-192.
46. Kav, S. ve Gündoğdu, F. (1989). Hemşireler İçin Kemoterapi ve Biyoterapi İlaç Bilgileri El Kitabı. Onkoloji Hemşireler Derneği.
47. Bevacizumab – Irinotecan – Leucovorin– Fluorouracil CIV (Bevacizumab-Folfiri) Chemotherapy (2009). Erişim:01 Haziran 2009, <http://www.cancercare.on.ca/pdfchemo/Bevacizumab-Folfiri-adv-col.pdf>.
48. FOLFOX (t.y.). Erişim: 1 Haziran 2009, <http://www.cancerhelp.org.uk/help/default.asp?page=15970#general>.
49. Definition of FOLFOX - NCI Dictionary of Cancer Terms. Erişim: 1 Haziran 2009, http://www.nci.nih.gov/Templates/db_alpha.aspx?CdrID=346521-32k.
50. Taxotere. Erişim: 1 Haziran 2009, <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/druginfo/meds/a684036.html-23k>.
51. Epirubicin. Erişim: 1 Haziran 2009, <http://www.cancernet.co.uk/epirubicin>.
52. Epirubicin, Epirubicin (Pharmorubicin). Erişim: 1 Haziran 2009. <http://www.cancerbackup.org.uk/Treatments/Chemotherapy/Individualdrugs>.
53. Topçuoğlu, P. (2007). Gastrointestinal Sistem Toksisitesi. Hematolojide Destek Tedavileri ve Enfeksiyonlar Kursu Kitabı, 35-45. Erişim:12 Nisan 2010, http://www.thd.org.tr/doc/HEM_DES_2007.pdf.
54. Aksoy,Y. (2002). Antioksidan Mekanizmada Glutasyonun Rolü. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 22, 442-448.
55. Rıdvan,A. (2007). G-Csf: Kime, Ne Zaman, Nasıl? Hematolojide Destek Tedavileri ve Enfeksiyonlar Kursu Kitabı, 82-86. Erişim:12 Nisan 2010, http://www.thd.org.tr/doc/HEM_DES_2007.pdf.
56. Gall, H. (1996). The basis of cancer fatigue: Where does it come from? *European Journal of Cancer Care*, 5(2), 31-34.
57. Walker, L. ve Avant, K. (1995). *Strategies for Theory Construction in Nursing*, (3rd ed.). Norwalk:Appleton & Lange.

58. Swain, M.G. (2000). Fatigue in chronic disease. *Clinical Science*, 99, 1-8.
59. Kuruoğlu, M. ve Albayrak, Y.(t.y).Yorgunluk - İş Performansına Etkileri ve Önlemler. Erişim: 12 Nisan 2010, <http://www.ins.itu.edu.tr/murkur/MURKUR/documan/pdf>.
60. Aaronson, L.S., Teel, C.S., Cassmeyer, V., Neuberger, G.B., Pallikkathayil, L., Pierce, J. ve diğerleri (1999). Defining and measuring fatigue. *Image Journal of Nursing Scholarship*, 31(1), 45-50.
61. Yurtsever, S. (2000). Kronik Hastalıklarda Yorgunluk ve Hemşirelik Bakımı. *Cunhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4 (1), 16-20.
62. Ream, E. ve Richardson, A. (1996). Fatigue: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 33(5), 519-529.
63. Bozdemir, N. ve Sofuoğlu, S. (2001). Kronik Yorgunluk Sendromu. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*, 2, 51-59.
64. Özol, D. ve Akgedik, R. (2008). Obstrüktif Uyku Apne Sendromu. *Yeni Tıp Dergisi*, 25, 201-204.
65. Erdem, T.(t.y). Horlama ve Uyku Apneleri. Erişim: 12 Nisan 2010, http://medicine.inonu.edu.tr/public_html/anabilimdallari/kbb/.../dersnot/22.pdf.
66. Abdülkadiroğlu,Z., Bayramoğlu, F. ve İlhan,N. (1997). Uyku ve Uyku Bozuklukları. *Genel Tıp Dergisi*, 7(3), 161-166.
67. Normal Uyku:Normal Uyku Fizyolojisi (t.y).Erişim: 12 Nisan 2010, http://www.uyku_merkezi.org/index.php?option=com_content&view=article&id=5&Itemid=5.
68. Köktürk, O.(1999). Uykunun İzlenmesi (1)Normal Uyku. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 47(3), 372-380.
69. Nasermoaddeli, A. Sekine, M., Kumari, M., Chandola, T., Marmot, M. ve Kagami mori, S.(2005). Association of sleep quality and free time leisure activities in Japanese and British servants. *Journal of Occupational Health*, 47, 384-390.
70. Sleep Syllabus(t.y). Erişim: 12 Nisan 2010, <http://www.sleephomepages.org/sleepsyllabus/fr-c.html>.

71. Sleep Patterns: How Sleep Patterns Change Over Lifetime. Erişim: 12 Nisan 2010, <http://www.sleepdex.org/patterns.htm>.
72. Gender Differences in Sleep Patterns (t.y.). Erişim: 12 Nisan 2010, http://wikigen.der.org/w/index.php/Women_and_Sleep.
73. Krishnan, V. ve Collop, N.A. (2006). Gender differences in sleep disorders. Current Opinion in Pulmonary Medicine, 12(6), 383-9.
74. External Factors that Influence Sleep (t.y.). Erişim: 12 Nisan 2010, <http://healthysleep.med.harvard.edu/healthy/science/how/external-factors>.
75. Adult Sleep Disorders (t.y.). Erişim: 12 Nisan 2010, http://www.umm.edu/sleep/adult_sleep_dis.htm.
76. .Gürses, C. (2009). Uyku Hastalıkları. Erişim: 12 Nisan 2010, <http://www.itfnoroloji.org/uyku/uyku.htm>.
77. Controlling the Four Factors of the Sleep Environment(t.y.). Erişim: 12 Nisan 2010, <http://www.bettersleep.org/Pressroom/environ.asp>.
78. Circadian Rhythm Sleep Disorders (2008). Erişim: 12 Nisan 2010, American Academy of Sleep Medicine, <http://www.aasmnet.org/resources/factsheets/crsd.pdf>.
79. Sleep Disorders: Lifestyle Management (t.y.). Erişim: 12 Nisan 2010, <http://www.nationalje.wish.org/healthinfo/conditions/sleep-disorders/blifestyle/lifestyle-management.aspx>.
80. Çiftçi, T.U. (t.y.). Erişim: 12 Nisan 2010, Uyku Evrelerinin Skorlanması. http://www.toraks.org.tr/mse-ppt-pdf/Tansu_Ciftci.pdf.
81. Ardıç, S. (2001). Uyku Hastalıkları ve Trafik-İş Kazaları. Türk Toraks Dergisi, 2(3),91-98.
82. Ateş, N., Karadağ, M.,Ursavaş, A.,Sıgırlı, D.ve Tekman, H.G.(2007). Uyku Kliniğine Başvuran Erkek Hastaların Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ve Psikolojik Yardım Almaya Yönelik Tutumları. Akciğer Arşivi, 8, 53-56.
83. Engin, E. (1999). *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Yoğun Bakım Hemşirelerinin Uyku Düzen Özellikleri ile İş Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

84. Sherwood , P., Given, B.A., Given, C.W., Champion, V.L., Doorenbos, A.Z., Azzouz, F. ve diğerleri. (2005). A Cognitive Behavioral Intervention for Symptom Management in Patients With Advanced Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 32(6), 1190–1198.
85. Apelin, G., Broback, G. ve Berterö, C. (2005). A comprehensive picture of palliative care at home from the people involved. *European Journal of Oncology Nursing*. 9, 315-324.
86. Ünsar, S., Fındık, Ü.Y., Kurt, S. ve Özcan, H. (2007). Kanserli Hastalarda Evde Bakım ve Semptom Kontrolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(5), 89-106.
87. Sayın, Y.Y.ve Nevin, K (2007). İleri Evre Kanser Hastasının Evde Palyatif Bakım Organizasyonu. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 3, 4-13.
88. Elvidge, K. (2008). Improving Pain & Symptom Management for Advanced Cancer Patients with a Clinical Decision Support System. *Studies in Health Technology and Informatics*. 136, 169-174.
89. Kristjanson, L. (1997). The family as a unit of treatment. In R. Portenoy ve E. Bruera (Ed.), *Topics in palliative care* (s. 245-261). New York: Oxford University Press.
90. Stetz, K. (1987). Caregiving demands during advanced cancer: The spouse's needs. *Cancer Nursing*, 10(5), 260–268.
91. Given, B., Sherwood, P.R. ve Given, C.W. (2008). What knowledge and skills do caregivers need? *Journal of Social Work Education*, 44 (3), 115-123.
92. Toseland, R., Blanchard, C. ve McCallion, P. (1995). A problem solving intervention for caregivers of cancer patients. *Social. Science and Medicine*, 40(4), 517–528.
93. Given, C., Given, B., Stommel, M., Collins, C., King, S., ve Franklin, S. (1992). The Caregiver Reaction Assessment (CRA) for caregivers to persons with chronic physical and mental impairments. *Research in Nursing and Health*, 15(4), 271–283.
94. Burton, L.C., Newsom, J.T., Schulz, R., Hirsch, C.H. ve German, P.S (1997). Preventive health behaviors among spousal caregivers. *Preventive Medicine*, 26, 162-169.

95. Schulz, R. ve Beach, S.R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: The Caregiver Health Effects Study. *JAMA*, 282, 2215-2219.
96. Pasacrete, J., Barg, F., Nuamah, I. ve McCorkle, R. (2000). Participant characteristics before and 4 months after attendance at a family caregiver cancer education program. *Cancer Nursing*, 23(4), 295-303.
97. Rivera, H.R. (2009). Depression Symptoms in Cancer Caregivers. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13(2), 195-202.
98. Teel, C. S., ve Press, A. N. (1999). Fatigue among elders in caregiving and noncare giving roles. *Western Journal of Nursing Research*, 2/(4), 496-520.
99. McCloskey, J. C. ve Bulechek, G. M. (2000). *Nursing interventions classification* (3rd ed.). Philadelphia: Mosby.
100. Fletcher, B.A.S., Dodd, M.J., Schumacher, K.L. ve Miaskowski, C. (2008). Symptom experience of family caregivers of patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 35 (2), E23-E44.
101. Piper, B.F., Dibble, S.L., Dodd, M.J., Weiss, M.C, Slaughter, R.E. ve Paul, S.M. (1998). The revised piper fatigue scale: Psychometric evaluation in women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 25, 677-682.
102. Clark, P.C., Ashford, S., Burt, R., Aycock, D.M. ve Kimble. L.P.(2006). Factor analysis of the Revised Piper Fatigue Scale in a caregiver sample. *Journal of Nursing Measurement*, 14(2), 71-78.
103. Can, G.(2001). *Meme Kanserli Hastalarda Yorgunluğun ve Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
104. Buysse, D.J, Reynolds, C.F, Monk, T.H., Berman, S.R.ve Kupfer, D.J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric Practice and Research. *Journal of Psychiatric Research*, 28, 193-213.
105. Ağargün, M.Y., Kara, H. ve Anlar, O. (1996). Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksinin Geçerliliği ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7, 107-115.
106. Kearney, B. ve Fleisher, B. (1979). Development of an instrument to measure exercise of self-care agency. *Research in Nursing and Health*, 2, 25-34.

107. Nahcivan, N.O. (2004). A Turkish language equivalence of the exercise of self-care agency scale. *Western Journal of Nursing Research*, 26(7), 813-824.
108. Barsevick, A. M., Whitmer, K. ve Walker, L. (2001). In their own words: Using the common sense model to analyze patient descriptions of cancer-related fatigue. *Oncology Nursing Forum*, 28(9), 1363–1369.
109. Stone, P. (2000). Richardson, A., Ream, E., Smith, A. G., Kerr, D. J. ve Kearney, N. Cancer-related fatigue: Inevitable, unimportant and untreatable? *Annals of Oncology*, 11(8), 971–975.
110. Kinghorn, S. (1997). Palliative care. Nausea and vomiting. *Nursing Times*, 93(33), 57–60.
111. Wolfe, G. (2000). Fatigue: The most important consideration for the patient with cancer. *Caring*, 19(4), 46–47.
112. Kyriaki, M., Eleni, T. Efi; P., Antonis, G. ve Lambros, V. (2007). Caregivers of advanced cancer patients: feelings of hopelessness and depression. *Cancer Nursing*, 30(5), 412-418.
113. McMillan, S., Faan, P.A. ve Small, B. (2007). Using the COPE intervention for family caregivers to improve symptoms of hospice homecare patients: A clinical trial. *Oncology Nursing Forum*, 34(2), 313-321.
114. Ferrell, B.R., Grant, M., Borneman, T., Juarez, G. ve Veer, A.T. (1999). Family caregiving in cancer pain management. *Journal of Palliative Medicine*, 2(2), 185-195.
115. Berger, A.M., Parker, K.P., Young-McCaughan, S., Mallory ,G.A., Barsevick, A.M., Beck, S.L. ve diğerleri. (2005). Sleep wake disturbances in people with cancer and their caregivers: state of science. *Oncology Nursing Forum*, 32(6), E98-126.
116. Valdimarsdottir, U., Helgason, A.R., Furst, C.J., Adolfsson, J. ve Steineck, G. (2004). Awareness of husband's impending death from cancer and long-term anxiety in widowhood: A nationwide follow-up. *Palliative Medicine*. 18, 432-443.
117. Robinson, K.D., Angeletti, K..A., Barg, F.K., Pasacreta, J.V., McCorkle, R. ve Yasko, J.M. (1998). The development of a Family Caregiver Cancer Education Program. *Journal of Cancer Education*,.13(2), 116-21.

118. Ferrell, B.R., Grant, M., Chan . J., Ahn, C. ve Ferrell, B.A.(1995). The impact of cancer pain education on family caregivers of elderly patients. *Oncology Nursing Forum*, 22(8), 1211-8.
119. Haley, W.E.(2003). Family caregivers of elderly patients with cancer: understanding and minimizing the burden of care *The Journal of Supprtive Oncology*, 1(2), 25-29.
120. Bush, A. ve Carter, P.A. (t.y.). The Effect of Cancer Patient Pain and Fatigue on Caregiver Depression Level and Sleep Quality. Erişim: 11 Mayıs 2008, University of Arizona College of Nursing Ağ Sitesi: **[http://juns.nursing.arizona . edu/ articles/ Fall% 202004 /bush.htm](http://juns.nursing.arizona.edu/articles/Fall%202004/bush.htm)**.
121. Kurtz, M.E., Kurtz, J.C., Given, C.W. ve Given, B. A. (2005). Randomized, Contro lled Trial of a Patient/Caregiver Symptom Control Intervention: Effects on Depressive Symptomatology of Caregivers of Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 30(2), 112-122.
122. McMillan, S.C., Small, B.J., Weitzner ,M., Schonwetter, R., Tittle, M., Moody, L ve Haley, W.E. (2006). Impact of coping skills intervention with family caregivers of hospice patients with cancer: a randomized clinical trial. *Cancer*, 106(1), 214-22.
123. Campbell, L.C., Keefe, F.J., McKee, D.C., Edwards, C.L., Herman, S.H., Johnson, L.E. ve diğ erleri. (2004). Prostate cancer in African Americans: Relationship of patient and partner self-efficacy to quality of life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 28, 433–44.
124. McCurry , S.M., Gibbons, L.E., Logsdon, R.G., Vitiello, M.V. ve Teri, L. (2005). Nighttime insomnia treatment and education for Alzheimer's disease: a randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(5), 793-802.
125. Chang, E.W., Tsai, Y.Y, Chang, T.W.ve Tsao, C.J. (2007). Quality of sleep and quality of life in caregivers of breast cancer patient. *Psychooncology*, 16(10), 950-955.
126. Aslan, Ö., Sanisoğ lu, Y., Akyol, M. ve Sinan Y. (2009). Quality of Sleep in Turkish Family Caregivers of Cancer Patients. *Cancer Nursing*. 32(5), 370-377.

127. Carter, P.A. (2002). Caregivers' descriptions of sleep changes and depressive symptoms. *Oncology Nursing Forum*, 29, 1277–1283.
128. Fletcher, B.S., Paul, S.M., Dodd, M.J., Schumacher, K., West, C., Cooper B. ve diğeri. (2008). Prevalence, severity, and impact of symptoms on female family caregivers of patients at the initiation of radiation therapy for prostate cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 26 (4), 599–605.
129. Carter, P.A. (2003). Family caregivers' sleep loss and depression over time. *Cancer Nursing*, 26, 253–259.
130. Walsh, S.D. ve Rybicki L. (2000). The symptoms of advanced cancer: Relationship to age, gender and performance status in 1000 patients. *Support Care Cancer*, 8, 175–179.
131. Carter, P.A. (2006). Behavioral sleep intervention for caregivers of cancer patients: review of the literature. *Cancer Nursing*, 29(2), 95-103.
132. Carter, P.A. ve Clark, A.P. (2005). Assessing and Treating Sleep Problems in Family Caregivers of Intensive Care Unit Patients. *Critical Care Nurse*, 25, 16-23.
133. McCurry, S.M., Logsdon, R.G., Vitiello, M.V. ve Teri, L. (1998). Successful behavioral treatment for reported sleep problems in elderly caregivers of dementia patients: a controlled study. *Journals of Gerontology*, 53(2), 122-129.
134. Leger, D., Guilleminault, C., Dreyfus, J.P., Delahaye, C. ve Paillard, M. (2000). Prevalence of insomnia in a survey of 12,778 adults in France. *Journal of Sleep Research*, 9, 35–42.
135. Ohayon, M. (1996). Epidemiological study on insomnia in the general population. *Sleep*, 19, 7–15
136. McCurry, S.M., Logsdon, R.G. ve Teri, L. (1996). Behavioral treatment of sleep disturbance in elderly dementia caregivers. *Clinical Gerontologist*, 17(2), 5 – 50.
137. Young, R.F. ve Kahana, E. Specifying caregiver outcomes: Gender and relationship aspects of caregiving strain. *The Gerontologist*, 29, 660-666.

138. King, A.C., Atienza, A., Castro, C. ve Collins, R. Physiological and Affective Responses to Family Caregiving in the Natural Setting in Wives Versus Daughters. *International Journal of Behavioral Medicine*, 9(3), 176–194.
139. Chen, M.L., Chu, L. ve Chen, H.C.(2004). Impact of cancer patients' quality of life on that of spouse caregivers. *Support Care Cancer*, 12, 469–475.
140. Beaudreau, S.A., Spira, A.P., Gray, H.L., Depp, C.A., Long, J., Rothkopf, M., Thompson, D.G. (2008). The relationship between objectively measured sleep disturbance and dementia family caregiver distress and burden. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 21(3), 159-65.
141. McCrae CS, Tierney CG, McNamara JPH. (2005) Behavioral intervention for insomnia: future directions for nontraditional caregivers at various stages of care. *Clinical Gerontology*, 29, 95-114.
142. Jensen, S. ve Given, B. (1993). Fatigue affecting family caregivers of cancer patients. *Support Care Cancer*. 1(6), 285-286.
143. Aranda, S.K. ve Hayman-White, K. (2001). Home caregivers of the person with advanced cancer: an Australian perspective. *Cancer Nursing*, 24(4), 300-307.
144. Mota, D.D., Pimenta, C.A., Piper, B.F. (2009). Fatigue in Brazilian cancer patients, caregivers, and nursing students: a psychometric validation study of the Piper Fatigue Scale-Revised. *Support Care Cancer*. 17(6), 645-652.
145. Onishi, H.(2009). Intervention and psychological care for the family caregivers of cancer patients. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*., 111(1), 79-84.
146. Hosaka, T. ve Sugiyama, Y. (2003). Structured intervention in family caregivers of the demented elderly and changes in their immune function *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57, 147–151.
147. Swartz, J.J. ve Keir, S.T.(2006). Program Preferences to Reduce Stress in Caregivers of Patients With Brain Tumors *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11(5), 723-727.

148. Passik, S.D. ve Kirsh, K.L. (2005). A pilot examination of the impact of cancer patients' fatigue on their spousal caregivers. *Palliative Support Care*, 3(4), 273-279.
149. Gaugler, J.E., Linder, J., Given, C.W., Kataria, R. Tucker, G. ve Regine, W.F. (2009). Family Cancer Caregiving and Negative Outcomes: The Direct and Mediational Effects of Psychosocial Resources. *Journal of Family Nursing*, 15(4), 417-444.
150. Kim, Y., Baker, F. ve Spillers, R.L. (2007). Cancer Caregivers' Quality of Life: Effects of Gender, Relationship, and Appraisal. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34(3), 294-304.
151. Öz, F. (1998). Ailede kanser olgusu.. *Hemşirelik Forumu*, 1(5), 206-210.
152. Carmen, C. ve Anne, C. (1999). Stress associated with tasks for family caregivers of patients with cancer in Hong Kong. *Cancer Nursing*, 22(4), 260-265.
153. Iconomou, G., Viha, A., Kalofonos, H.P. ve Kardamakis, D. (2001). Impact of cancer on primary caregivers of patients receiving radiation therapy. *Acta Oncologica*, 40(6), 766-771.
154. Darlene, B. S., Linda, F. ve Cherylann, G (1995). Dependent care, caregiver burden, hardiness, and self-care agency of caregivers. *Cancer Nursing*, 18(4), 299-305.
155. Gallant, M.P. ve Connell, C.M. (1997). Predictors of decreased self-care among spouse caregivers of older adults with dementing illnesses. *Journal of Aging and Health*, 9(3), 373-395.
156. Connell, C.M. ve Janevic, M.R. (2009). Effects of a Telephone-Based Exercise Intervention for Dementia Caregiving Wives. *Journal of Applied Gerontology*, 28(2), 171-194.
157. Kars, T. (2004). *Miyokard Enfarktüsü Sonrası Bireylere Verilen Planlı Eğitimin Öz Bakım Gücüne Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
158. Carmack, B.J.(1997). Balancing engagement and D detachment in caregiving. *Image Journal of Nursing Scholarship*, 29(2), 139-143.

159. Orem, D.E. (2001). Nursing: concepts of practice (s:394–433). St. Louis: Mosby.
160. Callaghan, D. (2006). The Influence of Basic Conditioning Factors on Healthy Behaviors, Self-Efficacy, and Self-Care in Adults. *Journal of Holistic Nursing*, 24(3), 178-185.
161. Pınar, R. ve Çınar, S. (2001). Huzurevi ve Huzurevi Dışında Yasayan Yaşlıların Yaşam Doyumları Farklı mı? *Türk Hemşireler Dergisi*, 51, 10-18.
162. Altay, B. ve Avcı, İ. A. (2009).Huzurevinde Yasayan Yaşlılarda Özbakım Gücü ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki. *Dicle Tıp Dergisi*, 36(4), 275-282.
163. Nahçıvan, N. (1993). *Sağlıklı Gençlerde“Öz-Bakım Gücü”ve Aile Ortamının Etkisi*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
164. Tang, Y.Y. ve Chen, S.P. (2002). Health promotion behaviors in Chinese family caregivers of patients with stroke. *Health Promotion International*, 17(4), 329-339.
165. Baker, S. (1997). The relationships of self-care agency and self-care actions to caregiver strain as perceived by female family caregivers of elderly parents. *The Journal of The New York State Nurses' Association*, 28(1), 7-11.
166. Schulz, R, O'Brien, A.T., Bookwala, J.ve Fleissner ,K.. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of Alzheimer's disease caregiving: Prevalence,correlates, and causes. *Gerontologist*, 35, 771-791.
167. Connell, C.M.ve Gallant, M.P. (2001). Caregiver Health Behavior:Review, Analysis,and Recommendations for Research. *Caregiver Health Behavior', Activities, Adaptation & Aging*, 24(2), 1 - 16.
168. Connell, C. M. (1994). Impact of spouse caregiving on health behaviors and physical and mental health status. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 9(1), 26-36.
169. Schubart, J.R., Kinzie, M.B. ve Farace E. (2008). Caring for the brain tumor patient: Family caregiver burden and unmet needs. *Neuro Oncology.*, 10(1), 61–72.

170. Yaffe, M.J. ve Jacobs, B.J. (2008). Education about family caregiving
Advocating family physician involvement. *Canadian Family Physician*, 54(10), 1359 – 1360.
171. Wen, K.Y. ve Gustafson, D.H.(2004).Needs Assessment for cancer patients
and their families. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2, 11.
172. Phipps, E.J., Braitman, L.E. (2004). Family caregiver satisfaction with care
at end of life: Report from the cultural variations study (CVAS). *American
Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 21(5), 340-342.
173. Dimmick, S.L., Mustaleski, C., Burgiss, S.G. ve Welsh, T. (2000). A case
study of benefits and potential savings in rural home telemedicine. *Home
Healthcare Nurse*, 18(2), 124-135.
174. Acton, G.J. (2002). Health-Promoting Self-Carein Family Caregivers.
Western Journal of Nursing Research, 24(1), 73-86.
175. Acton, G. J. ve Wright, K. B. (2000). Self-transcendence and family
caregivers of adults with dementia. *Journal of Holistic Nursing*, 18, 143-158.

EK-1**BAKIM VERENİN TANITIM FORMU**

Adı -Soyadı:

Adres:

Ev/İş Telefonu:

1-Yaş:

2-Cinsiyeti: ☐ Erkek ☐ Kadın3--Medeni durumu: ☐ Bekar ☐ Evli4-Çocuk sahibi olma durumu: ☐ Evet (Sayısı:) ☐ Hayır5-Eğitim durumu: ☐ Okuryazar değil ☐ Okuryazar ☐ İlkokul mezunu ☐Ortaokul mezunu ☐ Lise mezunu ☐ Üniversite mezunu (Yüksekokul/ Fakülte)6- Çalışma Statüsü: ☐ İşçi ☐ Memur ☐ Emekli ☐ Serbest Meslek ☐ Ev hanımı ☐
Öğrenci☐ Diğer(Açıklayınız.....)7-Şu an ki çalışma durumu: ☐ Çalışıyor ☐ Çalışmıyor8- Çalışma şekli : ☐ Tam gün ☐ Yarım gün ☐ Vardiyalı

9- Haftalık toplam çalışma saati.....

10- Hastasının bakım/hastalık sorunları/ tedavisiyle ilgilenmesi nedeniyle
çalışma/ev yaşantısının etkilenme durumu ?☐ Etkilendi(Açıklayınız.....) ☐

Etkilenmedi

11-Sosyal güvence durumu: ☐ Yok ☐ Emekli sandığı ☐ SSK ☐ Bağ kur ☐ Yeşil kart☐ Özel sigorta

12-Gelir durumu aşağıdakilerden hangisine uymaktadır?

☐ Geliri giderlerini karşılıyor☐ Geliri giderlerini kısmen karşılıyor☐ Geliri giderlerini karşılamıyor

13-Alişkanlıkları

Sigara kullanıyor mu ?	() Evet () Hayır
Alkol kullanıyor mu?	() Evet () Hayır
Kafeinli içecek tüketimi (kahveay/kola vb.)	() İçiyor () İmiyor
Düzenli olarak egzersiz yapma durumu	() Evet () Hayır “Evet” ise sıklığı:
Düzenli olarak 3 öğün yemek yeme durumu	() Evet () Hayır “Evet” ise sıklığı:
Düzenli yapılan boş zamanlarını değerlendirmek amacıyla yapılan iş/uğraşılar	
a)Müzik dinleme	() Evet () Hayır
b)Kitap/gazete vb. Okuma	() Evet () Hayır
c)Televizyon izleme	() Evet () Hayır
c)Diğer:	() Evet () Hayır
Günlük yapacağı işleri öncelik sırasına göre planlama	() Evet () Hayır

14-Tanısı konulmuş bir hastalık var mı: ()Evet ()Hayır

Cevap Evet ise hastalığın adı:

15-Hastaya olan yakınlık derecesi:.....

16-Hastasının bakım/ hastalık sorunları/tedavisiyle ne kadar süredir ilgileniyor/?

17-Hastasının bakım/ hastalık sorunları/ tedavisiyle ortalama günde/haftada kaç saat ilgileniyor?

Günde... saat / Haftada....saat

18-Hastasının hastalık ve tedaviye bağlı gelişen sorunlarını ve bu sorunlara yönelik yapılabilecek girişimleri bilme durumu:

() Hiç bilmiyor

- () Az düzeyde biliyor
 () Orta düzeyde biliyor
 () İyi düzeyde biliyor

19-Hastasının bakımı ile ilgili hangi alanlarda güçlük yaşıyor ?

Alanlar	Hasta Yakınının Güçlük Yaşama Durumu	
	Yaşıyor	Yaşamıyor
Beslenme		
Yemek yemesi		
Yemeğinin hazırlanması		
Hijyen		
Banyo yaptırılması		
Giyinmesi		
Dişlerinin fırçalanması		
Saçlarının taranması		
Boşaltım		
Tuvalete götürülmesi		
Stoma bakımı		
Hareket		
Transferinin sağlanması (Yatak/sandelye/arabaya vb.		
Yürüme/gezmesinin sağlanması		
Ev işlerinin yapılması		
Tedavi		
İlacının temin edilmesi		
İlacının verilmesi		
Ekonomi		
Para işlerinin yürütülmesi		
Alış verişlerinin yapılması		
Ulaşım		
Seyahat etmesi		

İletişim		
Telefon kullanması		
Diğer:		

20-Bakım verenin hastasının bakımı, hastalık sorunları ve tedavisyle ilgili olarak son zamanlarda en sık ilgilendiği sorunlar nelerdir?

21- Bakım verenin ve hastasının bir uzman/ profesyonel kişi/kişilerden destek almasını gerekli gördüğü sorun /sorunları var mı?

Bakım verenin destek almak isteği sorun olma durumu a) var (Belirtiniz.....) b) yok
Hastasının destek almak istediği sorun olma durumu a) var (Belirtiniz.....) b) yok

22-Hastasına bakım vermeye başladıktan sonra aşağıda ifade edilen sorun/ sorunlardan hangisi ya da hangilerini ne sıklıkla yaşamaktadır?

Sorunlar	Hiçbir zaman yaşamıyor	Bazen yaşıyor	Sıklıkla Yaşıyor
Yaşam kontrolümü kaybettiğimi hissediyorum			
Sağlık problemi yaşıyorum			
Kızgınlık yaşıyorum			
Arkadaş/aile vb. İlişkilerim olumsuz etkilendi			
Bakımda yeterli olmadığımı düşünüyorum			
Stres yaşıyorum			
Daha iyi bir işe sahip olmam gerektiğini düşünüyorum			

Hastamın bakım ve tedavisindeki belirsizlikler ile ilgili endişe yaşıyorum			
Kendime zaman ayıramıyorum			
Diğer (Açıklayınız.....)			

EK-2**HASTA TANITIM FORMU****Dosya/Protokol No:****Alınan Kemoterapi İlaçları:****Tanı:**

1-Adı -Soyadı:

2-Yaşı:

3-Cinsiyeti: ☐ Erkek ☐ Kadın4-Medeni durumu: ☐ Bekar ☐ Evli5-Çocuk sahibi olma durumu: ☐ Evet (Sayısı:) ☐ Hayır6-Eğitim durumu: ☐ Okuryazar değil ☐ Okuryazar ☐ İlkokul mezunu
☐ Ortaokul mezunu ☐ Lise mezunu ☐ Üniversite mezunu (Yüksekokul/Fakülte)7- Çalışma Statüsü: ☐ İşçi ☐ Memur ☐ Emekli ☐ Serbest Meslek ☐ Ev hanımı
☐ Öğrenci ☐ Diğer (Açıklayınız.....)8-Şu an ki çalışma durumu: ☐ Çalışıyor ☐ Çalışmıyor9- Çalışma şekli : ☐ Tam gün ☐ Yarım gün ☐ Vardiyalı10-Sosyal güvence durumu: ☐ Yok ☐ Emekli sandığı ☐ SSK ☐ Bağ kur
☐ Yeşil kart ☐ Özel sigorta

11-Kanser dışındaki hastalık durumu

var ☐

(varsa hastalık/hastalıkları:.....)

yok ☐

12-Kanser İleri evre düzeyi:

Evre III:

Evre IV:

13- Kemoterapi dışında düzenli alınan tedavileri/ilaçları var mı?

Evet ☐

(Belirtiniz:.....)

Hayır ☐14-Kanserle ilgili ameliyat olma durumu: Evet ☐ Hayır ☐

Yapılan Ameliyat:

15. Tanı konulma süres

EK- 3**HASTA SEMPTOMLARINI YÖNETİM FORMU****Hasta Adı –Soyadı:****Tedaviye Geline Tarih:****Alınan Kemoterapi Kürü****Alınan Kemoterapi İlaçları:**

Aşağıda ileri evre kolorektal ve mide kanseri hastalarında sıklıkla görülebilecek semptomlar yer almaktadır.

Yönetiminde Güçlük Çekilen Semptomlar	Yapılması Önerilen Uygulamalar	Sorunun Çözümleme Durumu
Ağrı	a) Doktorun önerdiği ağrı kesici ilacı önerilen zaman ve dozda alması b) Ağrı kesici ilaç ağrıyı geçirmede etkili olmuyorsa doktora danışma ve dr önerisi dışında ilaç almama c) Derin nefes alma, müzik dinleme vb. rahatlatıcı uygulamalar yapma d) Ağrı kesici ilaç alımından sonra bulantı, konstipasyon, baş dönmesi vb. şikayetler oluyorsa doktora danışma (yeniden doktor tarafından doz ayarlaması / sorunlara yönelik ilaç verilmesi vb. yapılabilir). e) Ağrı kesici ilacın böbrekler üzerindeki etkisini azaltmak için ilaçların alımında bol sıvı alması f) İlacın emilimi etkileyebilecek yiyecek ve içeceklerden kaçınma (alkol, sigara, kahve, çay, gazoz vb.)	a) Sorun devam ediyor b) Sorun kısmen çözümlendi c) Sorun çözümlenemedi

Yorgunluk/Halsizlik/ Anemi	a) Hastanın yeterli ve dengeli beslenmesi b) İyi uyumasının, dinlenmesinin sağlanması c) Bol sıvı alması d) Hava şartlarının iyi olduğu zamanlarda egzersiz olarak yürüyüş yapması e) Hastanın yorucu aktiviteleri yapması önlenmeli, gerektiğinde aktivitelerine yardım edilmelidir. f) Stresini azaltıcı uygulamalar(müzik dinleme/kitap okuma/derin nefes alma egzersizi, resim yapma, konuşma vb. yapması g) Yorgunluğa neden olan sorunları giderilmeli geçmiyorsa dr danışılmalıdır (Ör: ağrı, iştahsızlık, bulantı, uykusuzluk, nefes darlığı, göğüs ağrısı vb.) h) Yorgunluk giderek artıyor, bilinç bulanıklığı varsa doktoruna başvurunuz.	a) Sorun devam ediyor b) Sorun kısmen çözümlendi c) Sorun çözümlenemedi
Anoreksi (İştahsızlık) /Kilo Kaybı	a) Az ve sık yemesi sağlanmalı (4-6 öğün) b) Yağlı, baharatlı, ağır, şekerli yiyecekler vermeyin c) Diyet kısıtlaması önerilmediyse hastanın iştahını uyarıcı sevdiği yiyecekler yemesinin sağlanması d) Diyet kısıtlaması yoksa hastanın yiyebileceği yiyeceklerine lezzet/tat ve besin değerini artırmak amacıyla meyve,	a) Sorun devam ediyor b) Sorun kısmen çözümlendi c) Sorun çözümlenemedi

	limon, bal, peynir,süt vb. katılması e) Ağızda yara nedenli yemek yemede sorun varsa tedavisi için doktoruna danışın ve ağız bakımını yapın ve yiyebileceği yumuşak gıdalar alması ve asitli, tuzlu, karbonatlı, baharatlı, acı yemeklerden uzak durulması,ağzı içerisinde devamlı ıslak ve nemli tutulması f) Bulantı nedenli yemek yiyemiyorsa yemekten önce bulantı giderici ilacını alması ve bulantıyı artırabilecek yiyeceklerden sakınması g) Hiç ağızdan alamadığı durumunda doktora danışılması (IV/Parenteral/enteral vb. besleme yapılabilme konusunda bilgilendirme) h)Yemeklerden 1 saat önce yada 1 saat sonra su içmesi	
Ağızda Kuruma	a) Düzenli ağız bakımı yapması b) Çok şekerli yiyecek ve içeceklerin alımının önlenmesi c) Bol sıvı alması d) Buz küpü, naneli ya da hafif ekşi şekerlemeler emilebilir, şekersiz sakız çiğnemesi e) Kuru yiyecekleri sıvı içeceklere batırıp yemesi f)Yumuşak ve püre haline getirilmiş yiyecekleri yemesi g) Dudakları kuruyorsa krem kullanılması	a)Sorun devam ediyor b)Sorun kısmen çözümlendi c)Sorun çözümlenemedi

Ağızda Tat Değişikliği	a) Yemeklerden önce ağız çalkalamak ya da ağız bakımı yapmak b) Metalden ziyade plastik çatal, kaşık, tabak kullanma c) Ağızda yara yoksa portakal, limon vb. meyve almasını sağlama d) Sevdiği bireylerle beraber yemek yemesini sağlama	a)) Sorun devam ediyor b) Sorun kısmen çözümlendi c) Sorun çözümlenemedi
Dispepsi/Geğirme	a) Yemeklerden hemen sonra sırt üstü yatmama. En az iki saat geçtikten sonra uzanma b) Asitli, baharatlı, acı, karbonatlı yada kola, kahve, çay gibi kafein içeren gıdalar almama c) Az ve sık yeme d) Geçmediğinde doktora danışma (Şikayetlerini azaltıcı ilaç verilebilir)	a) Sorun devam ediyor b) Sorun kısmen çözümlendi c) Sorun çözümlenemedi
Disfaji	a) Az ve sık yemesi b) Sigara, alkol, çok sıcak, çok soğuk, baharatlı acı, kuru, donmuş sert yiyeceklerden kaçınma c) Yumuşak gıdalar (püre haline getirilmiş sıvı gıdalar)	a) Sorun devam ediyor b) Sorun kısmen çözümlendi c) Sorun çözümlenemedi
Abdominal Distansiyon (Karın Şişliği-Gaz)	a) Az ve sık iyice çiğneyerek yemesi b) Normal dışkılama alışkanlığınızın dışında oluşan 3 günden fazla süren gaz ve dışkı çıkaramama şikayet varsa acilen doktora başvurma c) Eğer karın ağrınız, gaz kramplarınız varsa lahana, karnabahar, brokoli, kuru fasulye, bezelye, mercimek, nohut, gibi gaz yapıcı yiyecekler ve karbonatlı,	a) Sorun devam ediyor b) Sorun kısmen çözümlendi c) Sorun çözümlenemedi

	asitli içeceklerden uzak durma d) Fasulye, nohut, bezelye, fındık, ceviz, çiğ sebze vb. taneli yiyecekler bağırsak tıkanıklığına neden olabileceğinden yememesi	
Bulantı/Kusma	a) Bulantıya yönelik dr tarafından önerilen ilacı aç karnına yemeklerde 30 dk-1 saat önce almasını sağlama b) Yemeklerden önce ve sonra ağzını çalkalama/gargara yapma (alkol, gliserin içermeyen gargaralar) c) Rahat giysi giymesini sağlayınız. d) Odayı havalandırınız ve derin nefes alma egzersizi yaptırın. e) Şekerli, yağlı, sıcak, baharatlı, alkolü, karbonatlı vb. bulantıyı artırabilecek gıda ve içecekler vermeme f) Az ve sık yemesi g) Ağızda yara yoksa tuzlu içecek/yiyecek, limonata, elma suyu vb. sıvılar almasını sağlama h) Bulantıya neden olabilecek kötü koku (sprey, parfüm, yemek kokusu vb.) önleme i) Yemeklerin mutlaka dik oturur pozisyonda yenmesi ve yemekten sonra en az 2 saat oturur pozisyonda veya ayakta durunuz. Kesinlikle yatılmaması j) Bulantı ve kusmanın şiddeti ve süresi hakkında her kürde doktorunuza bilgi veriniz.	a) Sorun devam ediyor b) Sorun kısmen çözümlendi c) Sorun çözümlenemedi

Diare (İshal)	a) Bol sıvı almasını sağlayınız. b) Az lifli yiyecekleri tercih edin (beyaz ekmek, beyaz pilav, makarna, muz, şeftali, kabuğu soyulmuş ve pişirilmiş veya konserve meyveler, beyaz peynir, yoğurt, yumurta, haşlanmış patates, püre haline getirilmiş sebzeler, tavuk, balık).Çok lifli yiyecekler vermeyin ör: kepek ekmeği, çiğ sebze, fasulye, fındık, patlamış mısır, taze veya kuru meyve c) Kahve, çay,tuzlu, baharatlı, alkol ve tatlıdan uzak durun, kızarmış, yağlı, baharatlı yiyecekler vermeyiniz. d) Eğer karın ağrınız, gaz kramplarınız varsa lahana, karnabahar, brokoli, kuru fasulye, bezelye, mercimek, nohut, gibi gaz yapıcı yiyecekler ve karbonatlı, asitli içeceklerden uzak durmalısınız. e)Yine fındık, mısır, incir, armut, kaysı gibi yiyecek gaz kramplarınızı ve ishalinizi arttırabilirler. Bunları hastanıza vermeyiniz. f) Ateşle yada karın ağrısı kramp şeklinde olan ishalde doktorunuza danışınız.	a)Sorun devam ediyor b)Sorun kısmen çözümlendi c)Sorun çözümlenemedi
Konstipasyon	a) Bol sıvı almasını sağlayınız. b)Yorucu olmayan egzersiz(yürüyüş vb.) yaptırınız. c) Konstipasyonu artırıcı yiyeceklerden kaçının (muz, patates, peynir vb.) d)Üç günden fazla süren kabızlıkta doktorunuza danışınız.	a)Sorun devam ediyor b)Sorun kısmen çözümlendi c)Sorun çözümlenemedi

İnkontinans	a) Perine bakımı b) Düzenli aralıklarla tuvalete gitme	a) Sorun devam ediyor b) Sorun kısmen çözümlendi c) Sorun çözümlenemedi
Kanama	a) Ağız, burun, idrar vb. gelen kanamalarda acilen doktorunuza danışınız. b) Diş etlerini tahriş etmeyecek, yumuşak diş fırçası kullanınız. c) Tırnak etrafındaki deriyi kesmeyin, koparmayın. d) Makas, iğne, bıçak kullanırken dikkatli olunması e) Cildinizde tahriş ve kesikleri önlemek için jilet yerine elektrikli tıraş makinesi kullanma f) Sivilceleri sıkmayın ve kaşımayınız.	a) Sorun devam ediyor b) Sorun kısmen çözümlendi c) Sorun çözümlenemedi
Dispne/Öksürük/Hıç kırık vb. Solunum Problemleri	a) Solunumla ilgili gelişen herhangi bir sıkıntıda doktorunuza danışınız. b) Odanın havalandırılması c) Otururken ya da yataarken başının yükseltilmesi d) Solunum sıkıntısını artırabilecek aktivitelerini yapmasını engelleme (merdiven çıkma, seyahat, alışveriş yapma, yemek yapma vb.) e) Hastanıza derin solunum, gevşeme egzersizleri yaptırma f) Doktor tarafından tedavi amaçlı önerilen oksijeni verme	a) Sorun devam ediyor b) Sorun kısmen çözümlendi c) Sorun çözümlenemedi

Uyku Problemleri	a) Hastanın gün içerisinde aşırı uyuması engellenmelidir. b) Her gün düzenli saatlerde yatıp kalkması c) Yatak odasının ısısı normal ve gürültüsüz olmalı d) Kahve, kola, çay gibi içecekler almamalı e) Gün içerisinde sevdiği aktiviteleri yapmasını sağlayarak psikolojik yönden rahatlığının sağlanması	a) Sorun devam ediyor b) Sorun kısmen çözümlendi c) Sorun çözümlenemedi
Anksiyete /Depresyon	a) Gün içerisinde sevdiği aktiviteleri yapmasını sağlayarak psikolojik yönden rahatlığının sağlanması b) Uzman/profesyonel birinden destek alması	a) Sorun devam ediyor b) Sorun kısmen çözümlendi c) Sorun çözümlenemedi
Parestezi (Uyuşma, Karıncalanma Hissi)	a) Kemoterapi ilacına bağlı 1-2 hafta kadar süreceğini söyleme b) Soğuk içecekler/yiyeceklerden ve soğuk havadan vb. koruma	a) Sorun devam ediyor b) Sorun kısmen çözümlendi c) Sorun çözümlenemedi
Baş Dönmesi	a) Hastanın yataktan yavaş hareket etmesi birden bire kalkmamasının sağlanması b) Kansızlığa bağlı gelişebileceğinden yeterli beslenmesini destekleme c) Geçmeyen baş dönmelerinde dr danışma	a) Sorun devam ediyor b) Sorun kısmen çözümlendi c) Sorun çözümlenemedi

Hafıza Problemleri(Bilinç Kaybı/Konfüzyon/ Bayılma)	a) Acilen doktorunuza başvurunuz.	a) Sorun devam ediyor b) Sorun kısmen çözümlendi c) Sorun çözümlenemedi
Kaşıntı/Ciltte ya da Tırnaklarda Kuruluk-Çatlaklık-Renk Değişikliği	a) Kemoterapi ilacına bağlı gelişebileceği ve tedavi sonlandığında geçeceğini söyleme b) Cildin güneş ışınlarından korunması(uzun kollu giysi, şapka, güneş kremi vb. kullanma) c) Cilt kuruluğu için krem sürme, kaşıntı için doktorun önerdiği losyonları kullanma d) Ilık duş alma	a) Sorun devam ediyor b) Sorun kısmen çözümlendi c) Sorun çözümlenemedi
Tremor	a) Titreme, üşüme ve beraberinde ateş olması enfeksiyon geliştiği gösterebilir. Bu nedenle acilen doktora başvurunuz.	a) Sorun devam ediyor b) Sorun kısmen çözümlendi c) Sorun çözümlenemedi

EK-4

**BAKIM VERENİN EĞTİM VE DANIŞMANLIK HİZMETİNİ
DEĞERLENDİRME FORMU**

1. Hemşirenin size hastanıza ve kendinize yönelik verdiği bilgi içeriği anlayacağınız şekilde miydi?
a) Evet b) Kısmen c) Hayır

2. Hemşirenin size hastanıza ve kendinize yönelik bilgi vermek için yeterli zaman ayrıldı mı?
a) Evet b) Kısmen c) Hayır

3. Hemşirenin gereksinimlerinizin ya da sorunlarınızın farkında olduğunu düşünüyor musunuz?
a) Evet b) Kısmen c) Hayır

4. Size ve hastanıza yönelik verilen eğitim ve danışmanlık hizmetinizden memnun kaldınız mı?
a) Memnun kaldım
b) Çok memnun kaldım
c) Kısmen memnun kaldım
d) Memnun kalmadım

5. Size ve hastanıza yapılan eğitim ve danışmanlıklar bir uzman/profesyonel kişiden destek almanız konusunda yönlendirici oldu mu?
a) Evet (kendim bir uzman/profesyonel kişiden destek aldım)
b) Hayır (kendim almadım)
c) Evet (hastam bir uzman/profesyonel kişiden destek aldı)
d) Hayır (hastam almadı)

EK-5

PİPER'İN YORGUNLUK ÖLÇEĞİ

- Ne zamandan beri kendinizi yorgun hissediyorsunuz? (sadece birini işaretleyiniz)

- 1) Dakika
- 2) Saat
- 3) Gün
- 4) Hafta
- 5) Ay
- 6) Diğer (lütfen açıklayınız)

- Şu an hissettiğiniz yorgunluk sizde ne derecede sıkıntıya sebep oluyor?

Sıkıntıya neden olmuyor Pek çok sıkıntıya neden oluyor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Şu an hissettiğiniz yorgunluk okul veya iş faaliyetlerinizi sürdürmenizi ne derecede engelliyor?

Engellemez Çok engeller

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Şu an hissettiğiniz yorgunluk arkadaşlarınızı görmeyi veya iletişim kurmanızı ne derecede engelliyor?

Engellemez Çok engeller

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Şu an hissettiğiniz yorgunluk cinsel yaşamınızı sürdürmeyi ne derecede engelliyor?

Engellemez Çok engeller

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Şu an hissettiğiniz yorgunluk yapmayı sevdiğiniz faaliyetlere katılmanızı ne derecede engelliyor?

Engellemez Çok engeller

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Şu an hissettiğiniz yorgunluğun şiddetini veya derecesini nasıl tanımlarsınız?

Hafif Şiddetli

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Şu an yaşadığınız yorgunluğun derecesini nasıl tanımlarsınız?

Hoş Hoş değil

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Kabul edilebilir Kabul edilemez

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Koruyucu Yıpratıcı

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Olumlu	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Olumsuz	10
Normal	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Anormal	10
• Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?												
Güçlü	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Zayıf	10
• Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?												
Uyanık	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Uykulu	10
• Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?												
Canlı	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Cansız	10
• Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?												
Dinlenmiş	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Yorgun	10
• Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?												
Kuvvetli	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Kuvvetsiz	10
• Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?												
Tahammül edilebilir	0	1	2	3	4	5	6	7	Tahammül edilemez	8	9	10
• Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?												
Rahat	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Gergin	10
• Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?												
Mutlu	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mutsuz	10
• Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?												
Konsantre olabiliyorum	0	1	2	3	4	5	6	7	Konsantre olamıyorum	8	9	10
• Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?												
Hatırlayabiliyorum	0	1	2	3	4	5	6	7	8	Hatırlayamıyorum	9	10
• Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?												
İyi düşünebiliyorum	0	1	2	3	4	5	6	7	8	İyi düşünemiyorum	9	10

- Yorgunluğunuza doğrudan katkıda bulunan veya sebep olduğuna inandığınız en önemli neden nedir? (nedeni tanımla)

- Yorgunluğunuzu azaltmak için bulduğunuz en iyi şey

- Yorgunluğunuzu bize daha iyi açıklayacak başka bir şey eklemek istermisiniz?

- Şu an başka herhangi bir şikayetiniz var mı?

Hayır

Evet. Lütfen açıklayınız

Peki siz yorgunluğunuzu nasıl tanımlarsınız?

.....

.....

EK-6**PİTTSBURGH UYKU KALİTESİ İNDEKSİ**

Aşağıdaki sorular yalnızca geçen ayki mutad alışkanlıklarınızla ilgilidir. Cevaplarınız geçen ay içindeki gün ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtmelidir. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

1. Geçen ay, geceleri genellikle ne zaman yattınız? Mutad Yatis Saati:
2. Geçen ay, geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika olarak) aldı ?
.....Dakika
3. Geçen ay, sabahları genellikle ne zaman kalktınız ? Mutad Kalkış Saati: _____
4. Geçen ay, geceleri kaç saat gerçekten uyudunuz? (Bu süre yatakta geçirdiğiniz sürüden farklı olabilir) Bir Gecedeki Uyku Süresi: _____ Saat

Aşağıdaki soruların her biri için en uygun cevabı seçiniz. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

5. Geçen ay, aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yasadınız?

(a) 30 dakika içinde uykuya dalamadınız

- | | | | |
|-------------|------------|---------------|-----------------|
| 1) geçen ay | 2) haftada | 3)haftada bir | 4)haftada üç |
| boyunca hiç | birden az | veya iki kez | veya daha fazla |

(b) Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız

- | | | | |
|-------------|------------|---------------|-----------------|
| 1) geçen ay | 2) haftada | 3)haftada bir | 4)haftada üç |
| boyunca hiç | birden az | veya iki kez | veya daha fazla |

(c) Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız

- | | | | |
|-------------|------------|---------------|-----------------|
| 1) geçen ay | 2) haftada | 3)haftada bir | 4)haftada üç |
| boyunca hiç | birden az | veya iki kez | veya daha fazla |

(d) Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz

- | | | | |
|-------------|------------|---------------|-----------------|
| 1) geçen ay | 2) haftada | 3)haftada bir | 4)haftada üç |
| boyunca hiç | birden az | veya iki kez | veya daha fazla |

(e) Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız

- | | | | |
|-------------|------------|---------------|-----------------|
| 1) geçen ay | 2) haftada | 3)haftada bir | 4)haftada üç |
| boyunca hiç | birden az | veya iki kez | veya daha fazla |

(g) Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz

- | | | | |
|-------------|------------|---------------|-----------------|
| 1) geçen ay | 2) haftada | 3)haftada bir | 4)haftada üç |
| boyunca hiç | birden az | veya iki kez | veya daha fazla |

(h) Kötü rüyalar gördünüz

- | | | | |
|-------------|------------|---------------|-----------------|
| 1) geçen ay | 2) haftada | 3)haftada bir | 4)haftada üç |
| boyunca hiç | birden az | veya iki kez | veya daha fazla |

(i) Ağrı duyduunuz

- | | | | |
|-------------|------------|---------------|-----------------|
| 1) geçen ay | 2) haftada | 3)haftada bir | 4)haftada üç |
| boyunca hiç | birden az | veya iki kez | veya daha fazla |

(j) Geçen ay bu neden(ler)den dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yasadınız?

- | | | | |
|-------------|------------|---------------|-----------------|
| 1) geçen ay | 2) haftada | 3)haftada bir | 4)haftada üç |
| boyunca hiç | birden az | veya iki kez | veya daha fazla |

6. Geçen ay, uyku kalitenizi bütünüyle nasıl değerlendirebilirsiniz?

- | | | |
|-------------|---------------|----------------|
| 1) Çok iyi | 2)Oldukça iyi | 3)Oldukça kötü |
| 4) Çok kötü | | |

7. Geçen ay uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?

- | | | | |
|-------------|------------|---------------|-----------------|
| 1) geçen ay | 2) haftada | 3)haftada bir | 4)haftada üç |
| boyunca hiç | birden az | veya iki kez | veya daha fazla |

8. Geçen ay, araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

- | | | | |
|-------------|------------|---------------|-----------------|
| 1) geçen ay | 2) haftada | 3)haftada bir | 4)haftada üç |
| boyunca hiç | birden az | veya iki kez | veya daha fazla |

9. Geçen ay, bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

- | | |
|---|---|
| 1) Hiç problem oluşturmadı | 2)Yalnızca çok az bir problem oluşturdu |
| 3) Bir dereceye kadar problem oluşturdu | 4) Çok büyük bir problem oluşturdu |

10. Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?

- | | |
|--|---|
| 1) Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok | 2) Diğer odada bir yatak partneri veya oda arkadaşı var |
| 3) Partner aynı odada fakat aynı yatakta değil | 4) Partner aynı yatakta |

11. Eğer bir oda arkadaşınız veya yatak partneriniz varsa ona geçen ay aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkla yaşadığınızı sorun.

(a) Gürültülü horlama

- | | | | |
|-------------|------------|---------------|-----------------|
| 1) geçen ay | 2) haftada | 3)haftada bir | 4)haftada üç |
| boyunca hiç | birden az | veya iki kez | veya daha fazla |

(b) Uykuda iken nefes alıp vermeler arasında uzun aralıklar

- | | | | |
|-------------|------------|---------------|-----------------|
| 1) geçen ay | 2) haftada | 3)haftada bir | 4)haftada üç |
| boyunca hiç | birden az | veya iki kez | veya daha fazla |

(c) Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama

- | | | | |
|-------------|------------|---------------|-----------------|
| 1) geçen ay | 2) haftada | 3)haftada bir | 4)haftada üç |
| boyunca hiç | birden az | veya iki kez | veya daha fazla |

(d) Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık

- | | | | |
|-------------|------------|---------------|-----------------|
| 1) geçen ay | 2) haftada | 3)haftada bir | 4)haftada üç |
| boyunca hiç | birden az | veya iki kez | veya daha fazla |

(e) Uyurken olan diğer huzursuzluklarınız; lütfen belirtiniz.

- | | | | |
|-------------|------------|---------------|-----------------|
| 1) geçen ay | 2) haftada | 3)haftada bir | 4)haftada üç |
| boyunca hiç | birden az | veya iki kez | veya daha fazla |

EK-7**ÖZ BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ**

Açıklama: Aşağıda insanların kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 ifade bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. Duygularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölüme (X) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

	Beni hiç tanım-lamıyor	Beni pek tanımla-mıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanım-Lıyor	Beni çok tanımlı-yor
1) Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim.	()	()	()	()	()
2)Kendimi beğeniyorum.	()	()	()	()	()
3)Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye sahip değilim.	()	()	()	()	()
4)Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman, ne yapmam gerektiğini biliyorum.	()	()	()	()	()
5)Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyuyorum.	()	()	()	()	()
6)Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.	()	()	()	()	()
7)Kendime bakamadığım zaman, yardım ararım.	()	()	()	()	()
8)Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.	()	()	()	()	()
9)Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim.	()	()	()	()	()
10)Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.	()	()	()	()	()
11)Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.	()	()	()	()	()

	Beni hiç tanım lamıyor	Beni pek tanımla mıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanım Lıyor	Beni çok tanımlı yor
12)Dengeli beslenirim.	()	()	()	()	()
13)Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınıyorum.	()	()	()	()	()
14)Sağlığıma dikkat etmek için daha iyi korunma yolları araştırırım.	()	()	()	()	()
15)Sağlığımın çok iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.	()	()	()	()	()
16)Sağlımı korumak için yapılan çabaların tümünü hak ettiğime inanıyorum.	()	()	()	()	()
17)Kararlarımı sonuna kadar uygularam	()	()	()	()	()
18)Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.	()	()	()	()	()
19)Sağlığımla ilgili kişisel kararlarımı nadiren uygularam.	()	()	()	()	()
20)Kendime dostum.	()	()	()	()	()
21)Kendime iyi bakarım.	()	()	()	()	()
22)Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.	()	()	()	()	()
23)Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım.	()	()	()	()	()
24)Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.	()	()	()	()	()
25)Yaşam bir zevktir.	()	()	()	()	()
26)Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum.					
27)Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.	()	()	()	()	()

	Beni hiç tanım lamıyor	Beni pek tanımla mıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanım Lıyor	Beni çok tanımlı yor
28)Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.	()	()	()	()	()
29)Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.	()	()	()	()	()
30)Vücudumun çalışması ile ilgili her şeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum.	()	()	()	()	()
31)Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemez ve geçmesini beklerim.	()	()	()	()	()
32)Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım.	()	()	()	()	()
33)Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.	()	()	()	()	()
34)Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.	()	()	()	()	()
35)Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.	()	()	()	()	()

EK-8 İZİN YAZILARI

Ek 8-1



Sayı :B. 30. 2. HAC.0.70.10.14/D- 879

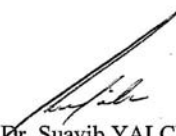
11. 07 .2008

T.C Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümüne,

İlgi : 10.07.2008 tarih ve B.30.2.HAC.0.80.0.82.00.00/523 sayılı yazınız.

Okulunuzun doktora öğrencisi Ülkü GÖRGÜLÜ “İleri Evre Kanseri Hastalarına Bakım Verenlerde Hemşirenin Eğitim Ve Danışmanlık Hizmetinin Yorgunluk Ve Uyku Kalitesine Etkisi” konulu tez çalışmasını hastanemiz Medikal Onkoloji Bölümü ve Gündüz Tedavi Ünitesinde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.


Prof. Dr. Şuayib YALÇIN
Onkoloji Hastanesi Başhekimi

EK/sç

Hacettepe Üniversitesi Merkez Kampusu Sıhhiye 06100 ANKARA
Tel: (312) 305 2931 - 2932 • Faks: (312) 309 2912

Ek 8-2



T. C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi
Tıbbi Araştırmalar Yerel Etik Kurulu

22 Ekim 2008

Sayı : B.30.2.HAC.0.01.00.05/ 2047
Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 28 AĞUSTOS 2008 PERŞEMBE günü
Toplantı No : 2008/10
Proje No : FON 08/42 (Değerlendirme Tarihi: 31.07.2008)
Karar No : FON 08/42 -35

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Prof. Dr. Nuran Akdemir'in sorumlu araştırmacısı olduğu, Arş. Gör. Ülkü Görgülü ile birlikte çalışacakları FON 08/42 kayıt numaralı ve *"İleri Evre Kansere Hastalarına Bakım Verenlerde Hemşirenin Eğitim ve Danışmanlık Hizmetinin Yorgunluk ve Uyku Kalitesine Etkisi"* başlıklı proje önerisi Kurulumuzda değerlendirilmiş olup, Tıbbi Etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | | |
|--------------------------------|----------|-----------|
| 1. Prof.Dr. E. Rüştü Onur | (Başkan) | |
| 2. Prof.Dr. Murat Yurdakök | (Üye) | |
| 3. Prof.Dr. Osman Abbasoğlu | (Üye) | |
| 4. Prof.Dr. Mithat Haliloğlu | (Üye) | |
| 5. Prof.Dr. Türkan Eldem | (Üye) | |
| 6. Prof.Dr. Pınar Fırat | (Üye) | |
| 7. Prof.Dr. Erdem Aydın | (Üye) | |
| 8. Prof.Dr. H. Asuman Özkara | (Üye) | |
| 9. Prof.Dr. Tanju Besler | (Üye) | |
| 10. Prof.Dr. Haydar A. Demirel | (Üye) | |
| 11. Prof.Dr. Bülent Sivri | (Üye) | |
| 12. Doç.Dr. Bilgehan Yalçın | (Üye) | KATILMADI |
| 13. Doç.Dr. Ümit Yaşar | (Üye) | KATILMADI |
| 14. Doç.Dr. Zafer Çehreli | (Üye) | KATILMADI |
| 15. Doç.Dr. Mutlu Hayran | (Üye) | |

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi, Cerrahi ve İlaç Araştırmaları Etik Kurulu 60100 Sıhhiye-Ankara
Telefon: (0312) 305 10 82 Faks: (0312) 310 05 80 E-posta: hums@hacettepe.edu.tr

Diğer Ekler

Mide ve Bağırsak (Kolon/Rektum) Kanseri Hastasına Bakım Verenler için
Semptom Yönetim Rehberi

İleri Evre Kanser Hastası Bakım Vericileri için Öz Bakım Rehberi

**MİDE ve BAĞIRSAK
(KOLON/REKTUM) KANSERİ
HASTASINA BAKIM VERENLER İÇİN
SEMPTOM YÖNETİM REHBERİ**



İÇİNDEKİLER

Mide ve Bağırsak Kanserlerinde Sıklıkla Görülen Sorunlar....	3
Kemoterapi İlaçları ve Yan Etkileri	4
Ağrı	5
Yorgunluk	10
Sindirim Sistemi ile İlgili Yan Etkiler	15
Ağızda Yara	15
Bulantı ve Kusma	18
İştahsızlık	20
Tat Değişikliği	22
Ağız Kuruluğu	22
Yutma Güçlüğü.....	23
Bağırsak Sorunları	25
Konstipasyon	25
İshal	26
Karın Boşluğunda Sıvı Birikmesi	27
Beslenmeyle İlgili Gelişebilecek Diğer Sorunlar	28
Uyku Sorunları	30
Kemik İliği Baskılanması ile İlgili Sorunlar	31
Anemi	31
Kanama	32
Enfeksiyon	34
Saç, Deri ve Tırnak Değişiklikleri	35
Solunum Sorunları	38
Nörolojik Sorunlar	42

Mide ve Bağırsak Kanserlerinde Sıklıkla Görülen Sorunlar

Bağırsak ve mide kanseri hastaları hastalıklarının yanı sıra almış oldukları tedavilerinin yan etkileri ile de mücadele etmek zorundadırlar. Bu hastaların tedavisinde sıklıkla kullanılan ilaçlar kemoterapi ilaçlarıdır. Bağırsak ve mide kanserlerinde kemoterapi, ameliyat sonrası tekrar tümör oluşumunu önlemek ya da sadece destek tedavi amacıyla yapılabilmektedir.

İleri evre mide ve bağırsak (kolon/rektum) kanseri hastalarında hastalığa ve tedaviye bağlı sıklıkla;

- 🌿 Ağrı,
- 🌿 Yorgunluk,
- 🌿 Bulantı ve kusma,
- 🌿 İştahsızlık,
- 🌿 Yutma güçlüğü
- 🌿 Bağırsak sorunları (konstipasyon ya da ishal),
- 🌿 Karında sıvı birikmesi
- 🌿 Uyku sorunları görülmektedir.

Mide ve bağırsak kanserleri; en sık karaciğer, akciğer ve kemiğe yayılım göstermektedir. Bu nedenle hastalarda karaciğer, akciğer ve kemik tutulumuna bağlı sorunlar da görülebilmektedir.

Kemoterapi İlaçları ve Yan Etkileri

Kemoterapi ilaçları vücutta istenmeyen hücrelerin yok edilmesi ve kontrol altına alınmasını sağlayan ilaçlardır. Günümüzde, kanser tedavisinde yaygın biçimde kullanılan kemoterapi ilaçları, tedavideki olumlu katkılarının yanı sıra hastanın genel durumu, uygulanan ilacın etkisi ve hastanın gereksinimlerinin karşılanma düzeylerine bağlı olarak bir dizi sorunu da beraberinde getirmektedir.

Bu ilaçlar sadece kanser hücrelerine etki etmekle kalmazlar, özellikle çabuk bölünen ve yenilenen hücreleri de etkileyebilir. Bu nedenle hastalarda; kan hücrelerinin sayısında azamaya bağlı halsizlik, yorgunluk, saç hücrelerinin zarar görmesine bağlı saç dökülmesi ve sindirim sistemi hücrelerinde zedelenmeye bağlı bulantı, kusma, ağızda yara vb. yan etkiler sıklıkla görülebilmektedir.

Kemoterapi ilaçları en geç bir hafta sonra vücuttan atılır. Kemoterapi tedavisinden sonra vücut kendiliğinden toparlanmaya başlar. Daha sonra saçlar çıkmaya, zedelenen hücreler onarılmaya ve kan hücreleri yeni den üretilmeye başlar. Böylece bağışıklık sistemi yeniden vücudu desteklemeye başlar. İleri evre kanser hastalarında bu toparlanma uzun sürebilir. Çünkü hastaların yaşadıkları sorunlar (beslenme sorunları, ağrı, yorgunluk gibi) daha şiddetlidir.

Ağrı

Kanser hastalarında ağrı;

- Tümörün damarlara, sinirlere ya da normal yapılara baskı yapmasına,
- Tümörün doku yıkımı ve tıkanıklığa neden olmasına ve
- Kemoterapi, radyoterapi, immünoterapi gibi kanser tedavilerinin yan etkilerine bağlı görülmektedir.

Ağrı, mide ve bağırsak kanseri hastalarında sıklıkla görülen sorunlardan biridir. Mide ve bağırsak kanseri hastalarında sıklıkla karın ağrısı ve krampları, kemiğe ya da iç organlara kanserin yayılımına bağlı sırt ve bel ağrıları görülebilmektedir.

Ağrının azaltılmasına yönelik yöntemler

Kanser hastalarında ağrının hafifletilmesine yönelik ilaç dışı yöntemler ya da ilaç kullanılmaktadır. Bunlar;

- Gevşeme egzersizlerinin kullanılması,
- Dikkatin başka yöne çekilmesi,
- Doktorun reçete ettiği ağrı kesici ilaçların kullanılması,
- Bu bahsedilen yöntemler ile geçmeyen ağrılarda ameliyat(cerrahi) ya da sinir blokları(sinir yolu ile ağrı iletiminin engellenmesi) gibi girişimler yapılabilir.

Gevşeme egzersizlerinin kullanılması

Kanser hastalarında ağrı gidermeye yönelik gevşeme egzersizleri olarak; derin nefes alma egzersizleri, düşünme (hayal etme) yaptırılabilir.

Dikkatin başka yöne çekilmesi

Kitap/gazete vb. okuma, müzik dinleme gibi dikkati başka yöne çekici uygulamalar da bireyin ağrıya dayanıklılığını artırmada, ağrıyı algılama eşiğini yükseltmede ve duyarlılığını azaltmada yararlı olabilir.

Ağrı giderici ilaçların kullanılması

Kanser hastalarında ağrı kesici olarak sıklıkla kullanılan ilaçlar;

- a) Parasetamol grubu ilaçlar (parol vb.)**
- b) Ağrı kesici olmayan ağrı gidermeye yardımcı ilaçlar (antidepresanlar, steroidler, antikonvülsifler vb.)**
- c) Narkotik (opioid) ilaçlar**

a) Parasetamol grubu ilaçlar

Yan etkileri çok nadir olarak görüldüğü için sıklıkla tercih edilen ağrı kesicilerdir.

Yan etkileri

- Alerjik reaksiyon belirtileri (deri döküntüleri, dudaklarda, yüzde ve dilde şişme ya da kabarma, nefes darlığı, hırıltılı solunum, kaşıntı vb.),
- Kan basıncında düşme, baş dönmesi ve denge kaybı,
- Sindirim sistemi ile ilgili belirtiler (bulantı,kusma, hazımsızlık, ishal,kabızlık, karın ağrısı, gaz ve şişkinlik vb.),
- Karaciğerde hasara bağlı deri ya da gözlerde sararma, şiddetli halsizlik, ağızdan, burundan ya da idrardan kan gelmesi ve ciltte görülen kanamalar ya da morarma'dır.

b) Ağrı kesici olmayan ağrıyı gidermeye yardımcı ilaçlar

Bu amaçla sıklıkla kullanılan ilaçlar; antidepresanlar, steroid ve antikonvülsan ilaçlardır.

- Kanser hastalarında, depresyon genellikle kronik ağrıya eşlik eder, depresyon tedavisi (antidepresan ilaçları) kronik ağrıda azalmaya yol açar.
- Steroid grubu ilaçlar da genellikle hastanın ağrı algılamasını azaltarak, etkisi güçlü olan (morfin gibi) ilaçlara gereksinimi azaltmak amacıyla verilebilir.
- Antikonvülsan adı verilen ilaçlar ise sinirsel nedenli ağrıların azaltılmasında yararlı olabilir.

c) Narkotik (opioid) ilaçlar

Narkotikler, orta şiddette ya da şiddetli ağrıların tedavisinde çok yararlı ilaçlardır.

Sıklıkla kullanılan narkotik ilaçlar;

- Kodein,
- Morfin,
- Fentanil,
- Tramadol /Contramal'dır.

Yan Etkileri

- Nadiren görülebilen solunum bozulması,
- Baş dönmesi,
- Uyku hali,
- Sindirim sistemi belirtileri (bulantı, kusma, kabızlık vb.)
- Kaşıntı,
- Fiziksel bağımlılık (bir opioidin kullanılma sının ani olarak bırakılması sonucunda “yoksunluk sendromu”nun ortaya çıkması ile karakterize olan bir durum) ve
- Psikolojik bağımlılık'dır (ilaç kullanımıyla kontrolün kaybı ve zarara uğramasına karşılık sürekli kullanım dürtüsünün olması).

Ağrı kesici ilaç kullanımında dikkat edilecekler

- Ağrı kesici olarak alınan ilaçlar doktorunuzun önerdiği şekilde alınmalı,
- Ağrı kesici ilaçların etki dozu hastadan hastaya farklılık gösterdiği için alınacak ilaç dozu doktorunuz tarafından ayarlanmalı,
- Ağrı kesici ilaç kullanımından sonra görülen yan etkiler konusunda doktorunuz ya da hemşireniz sizi bilgilendirmiş olmalı (hastanızın şikayetlerine bağlı olarak ilacın dozunun doktorunuz tarafından tekrar ayarlanması, ya da bulantı, kabızlık gibi yan etkileri azaltıcı ilaçların verilmesi gibi öneriler yapılabilir),
- Yiyecekler emilimi azaltacağı ve etki düzeyine ulaşımı geciktirebileceği için ağızdan alınan ağrı kesiciler öğün aralarında alınmalı,
- Alkol, sigara, kahve, çay, kola, gazoz gibi asitli içeceklerden mümkün olduğunca uzak durulmalı,
- Böbrekler üzerinde yan etkilerini önlemek için ilaçların alımında bol sıvı alınmalıdır.

Yorgunluk

Yorgunluk hastanın normalde yapabildiği ya da yapmak istediği aktiviteleri yapmak için gerekli enerji düzeyinin azalması anlamına gelmektedir.

Yorgunluk uzun sürdüğü ve her zaman yapılan aktivitelerin yapılamamasına neden olduğu zaman kronik yorgunluk olarak ifade edilir. Bu tip yorgunluk her gün yaşamda görülen yorgunluktan farklıdır. Günlük yaşamda görülen yorgunluk geçicidir ve dinlenmekle geçer.

Kanserde yorgunluk nedenleri

Kanser hastaları kendilerini fiziksel, zihinsel ve ruhsal olarak yorgun hissedebilirler. Bu tip yorgunluğa;

- Kanda kırmızı kan hücrelerinin sayısında azalma (anemi),
- Stres ve sıvı elektrolit dengesizlikleri,
- Kronik ağrı,
- Uyku sorunları,
- Vücut metabolizma hızını düzenleyen tiroid bezinin fonksiyonlarında azalma,
- Akciğer tutulumu nedenli solunum sıkıntısı,
- İştahsızlık ve aşırı zayıflığa (kaşeksi) bağlı gelişen kas zayıflığı yorgunluğa neden olabilir.

Kanser ile ilgili yorgunluğun özellikleri

Bu tip yorgunluk;

- Alışılmadık ve sürekli bir yorgunluğu ifade etmektedir.
- Daha şiddetli, stres verici ve dinlenmekle her zaman geçmez.
- Bazı insanlar için ağrı, bulantı, kusma ve depresyon dan daha rahatsız edici olabilir.
- Şiddeti, yarattığı hoşnutsuzluk ve süresi bireysel farklılık gösterebilir.
- Hastanın günlük normal aktivitelerini yapma yeteneğini azaltabilir.
- Hastanın aile, arkadaş vb. ilişkilerini olumsuz etkileyebilir.
- Hastanın kanserle ilgili tedavi programını takip etmesini güçleştirebilir.
- Güçsüzlük ya da tükenmişlik; bacak ve kollarda ağırlık hissetme, normal aktiviteleri yapmada gücün azalması, düşünme ve konsantrasyon güçlüğü gibi belirtiler verebilir.

Yorgunluğunu azaltmaya yönelik öneriler

Hastanızın;

- Aktivitelerinin önemlilik derecesine göre sıralanması,
- Yorucu aktiviteler yapmaması,
- Sık kullandığı eşyaların ulaşabileceği yerde olması,
- Yapamadığı aktivitelerde aileden, arkadaştan vb. yardımı alınması,
- Aktivitelerinin ve dinlenmelerinin dengelenmesi,
- Her gün düzenli olarak egzersiz yapması,
- Yapacağı egzersizin yaşı, yapabilme durumu, kanser tipi, evresi, kanser tedavi şekline göre doktor ve hemşireniz ile planlanması,
- Kan değerlerinde düşme (nötropeni, trombositopeni) ateş, kemik tutulumu vb. olduğunda egzersizlerinin çok dikkatli planlanması ve izlenmesi,
- Egzersizlerini yaparken kısa dinlenme aralıkları vermesi,

- Stresi azaltamaya yönelik olarak m z k dinleme, kitap okuma, derin nefes alma egzersizi, hayal kurma, resim yapma, başkaları ile konuşma gibi aktiviteler yapması,
- Çok fazla güneşte kalmasının önlenmesi ve serin yerleri tercih etmesi,
- Diyet ve su alımı konusunda başka bir öneri verilmemişse, günde en az 8-10 su bardağı su içmesi ve yumurta, et, süt, fasulye gibi proteinli gıdalar, yeşil yapraklı sebzeler ve bol meyveyi içeren yeterli ve dengeli bir diyet alması,
- Nefes darlığı ve göğüs ağırsı olursa dinlenmesinin sağlanması,
- Düzenli aralıklarla kan sayımını yaptırması,
- Yorgunluğa neden olabilen ağrı, bulantı gibi belirtileri olduğunda doktora ve hemşireye danışılması gerekir.

Hastanızın yorgunluğu hakkında doktorunuza ya da hemşirenize;

- Yorgunluğun hissedildiği zamanlar, ne kadar süredir olduğu, azalmasına ve kötüleşmesine ne/nelerin neden olduğu,
- Yorgunluğun günlük ve sosyal aktiviteleri etkileme durumu,
- Yorgunluk düzeyi (Bunun için 0-10 arası bir ölçüm yapılmalıdır. Bu ölçümde 0: hiç yorgunluk yok, 1- 3 hafif yorgunluk, 4-6 orta derecede yorgunluk, 7-9 şiddetli yorgunluk,10: en şiddetli yorgunluk olduğu anlamına gelmektedir),
- Dinlenmek ve uyumakla geçmeyen, şiddeti giderek artan, yapılan girişimlere cevap vermeyen , 24 saatten daha fazla yatakta yatmaya, baş dönmesi, sersemlik, konsantrasyon ve dikkat bozukluğuna neden olan yorgunluk durumu hakkında **bilgi verilmesi gereklidir.**

Sindirim Sistemi ile İlgili Yan Etkiler

Ağızda Yara

Kanser hastalarında;

- ✓ Ağız bakımına dikkat etmeme,
- ✓ Ağızdan soluma,
- ✓ Narkotik analjeziklere ya da yeterli sıvı almamaya bağlı gelişen ağız kuruluğu,
- ✓ Ağız içinde gelişen enfeksiyonlar,
- ✓ Kemoterapi ilaçları ağızda yara gelişimine neden olabilir.

Ağız temizliğinin sağlanması ve ağız yarasının önlenmesi için hastanızın;

- Her 4 saatte bir ve yemeklerden yarım saat sonra dikkatli bir şekilde ağız bakımı yapması,
- Yumuşak diş fırçası ile dişlerini fırçalaması,
- Fırçalamayı tolere edemiyorsa, 2 saatte bir ağzını normal tuzlu suyla çalkalaması,
- Ağzını ve diş etlerini temizlemesi için sodyum bikarbonat gibi irrite etmeyen maddeler kullanması,
- Ağız mukozasını irrite eden ve alkol, limon ve gliserin içeren içeren ağız gargaralarından kaçınması,
- Diş etlerine parmakla masaj yapması ve her gün ağzının içini gözlemesi ve değişiklikleri bildirmesi,
- Sıcak, baharatlı, asitli ve sert kabuklu yiyeceklerden kaçınması, yumuşak, protein ve vitaminden zengin beslenmesi,
- Alkol ve sigara kullanmaması,
- Ağız kuruluğunu önlemek için bol sıvı alması,
- Eğer diş protezi kullanıyorsa protezlerini her zaman yemeklerden sonra çıkarılıp fırçalaması ve gece yatarken çıkarıp temizlemesi ve tuzlu, ılık su dolu bir kaba koyması,
- Dudaklarını vazelin ya da E vitamini içeren pomatlarla nemli tutması gereklidir.

Ağız yarası gelişmişse

Hastanızın;

- Doktoruna bildirmesi,
- Ağız yarasının neden olduğu ağrı yemek yemesini engellediği durumda gerektiğinde doktor tarafından verilen ağrı kesicileri kullanması,
- Süzme peynir, patates püresi, puding, omlet ya da yağda pişmiş yumurta, makarna, yulaf ezmezi ya da diğer pişmiş tahıl yemekleri gibi yumuşak gıdalar yemesi,
- Kola, gazoz gibi içeceklerden ve portakal, greyfurt, limon gibi meyvelerden kaçınması,
- Tost, kraker, çiğ sebzeler gibi sert, kuru, donmuş ya da ağızda çiğnemesi zor yiyecekleri almaması,
- Baharatlı, tuzlu yiyecekleri yememesi,
- Blenderden geçirilerek püre haline getirilen yiyecekler yemesi gerekir.

Bulantı ve Kusma

Hastalarda bulantı ve kusmayı önlemek için;

- Kemoterapi uygulamadan 30 dakika önce bulantı giderici ilaçların (antiemetik) verilmesi,
- Bulantı giderici ilaçların etkisiz olduğu düşünülüyorsa hemşiresine ya da doktoruna bildirilmeli,
- Soğuk yiyecekler ve içecekler yasak değilse verilmeli,
- Yağlı, çok tuzlu, baharatlı, kızartılmış çok sıcak ve şekerli içecek ve yiyecekler bulantıyı artırabileceğinden alınması önlenmeli,
- Alkol almasına izin verilmemeli,
- Hastanızın ağzında yara yoksa tuzlu yiyecekler(kraker vb.) ve içecekler verilmeli,
- Ağzında yara yoksa limon suyu ve su karışımı ile ağzını çalkalaması sağlanmalı,

- Bulantıyı başlatabilecek her türlü koku, ses ve görüntülerden (kusan başka kişi, yemek yiyen kişi, pişirilen yemek vb.) kaçınılmalı,
- Kemoterapi almadan önce öğününü yemesi ve gün içinde küçük miktarlarda mideyi doldurmadan, sık sık ve yavaş beslenmesi sağlanmalı,
- Yemekten en az 1 saat önce veya sonra sıvı alması, yemekle beraber sıvı almaması, sık ama az miktarda sıvı alması söylenmeli,
- Yemek yedikten sonra başı dik pozisyonda olacak şekilde oturtulmalı ve yemekten sonra hemen yatmasına izin verilmemeli,
- Hoş müzik, sevilen televizyon programları, elektronik oyunlar ve kitap okuma gibi ilgiyi başka tarafa çekme ya da gevşeme teknikleri kullanılmalı,
- Bulantı giderici ilaçlar baş dönmesi yapabildiği için bu ilaç alındığı zamanlar düşme riski nedeni ile hastanın yanında kalınmalı,
- Tolere edebildiği oranda egzersize teşvik edilmelidir.

Anoreksi (İştahsızlık)

Kanser hastalarında kanser ve tedavisine bağılı olarak gelişebilen iştah kaybı; kilo, yağ, kas kaybı ve yorgunluk ile sonuçlanır.

Kolon ve mide kanseri olan hastalarda iştahsızlık nedenleri

- ✓ Kanser tedavisine,
- ✓ Kanser dışındaki hastalıklara,
- ✓ Yorgunluk, ağrı, depresyon, hareket kısıtlılığı/ aktivite azlığı, değişen tat duygusu, bulantı ve kusma gibi sorunlara bağılı olarak gelişebilir.

Hastalarda iştahı artırmaya yönelik öneriler;

- Diyet kısıtlaması önerilmediyse hastaların yiyeceklerine besin değerini artırıcı meyve, süt, bal, peynir, tereyağı gibi eklemeler yapılmalı,
- Diyet kısıtlaması önerilmediyse, iştahını uyarıcı sevdiği yiyecekler verilmeli,
- Midesinin boş kalmaması için düzenli saatlerde yemek yemesi sağlanmalı,
- Yağlı, ağır ve şekerli yiyecekleri alması önlenmeli,
- Almasında sakınca gerektiren bir kemoterapi ilacı almıyorsa soğuk yiyecek ve içecekler tolere edilmesi daha kolay olduğundan verilmeli,

- Daha çok sabahları yemek yeme eğiliminde oldukları için özellikle sabahları yemek yemesi sağlanmalı,
- Yapılan tüm girişimlere rağmen yemek yiyemiyorsa en azından alabildiği kadar sıvı alması desteklenmeli, tolere edilmesi kolay meyve özü içermeyen meyve suları, çay, su, komposto suyu gibi açık sıvılar ve sade çorba, bisküvi gibi hafif yiyecekler verilmeli,
-   nemli derecede kilo kaybı varsa doktoruna danışarak besin değeri ve kalorisi yüksek ürünler reçete ettirilmeli,
- Yemek yemesini güçleştireceği için aşırı yorgun olması önlenmeli,
- Hastanın beslenme durumu izlenmeli ve ağızdan hiç alınılmadı  ı durumlarda doktorunuza haber verilmelidir (Eğer hastanız ağızdan beslenemiyorsa doktorunuz tarafından burundan mideye ya da doğrudan mideye yerleştirilen bir sonda yardımıyla beslenme ya da damardan verilen sıvılarla beslenmesi gerekebilir. Genellikle ağızdan alamayan ileri evre kanser hastalarında evde sonda yardımıyla besleme yapılır.

Tat Değişikliği

Hastanızda; tat değişikliği varsa;

- Hastanızın yemekten önce ağız çalkalamak ya da ağız bakımı yapması sağlanmalı,
- Hastanızın ağzında yara yoksa fazla olmayacak miktarda portakal, limon vb. yemesini sağlamak,
- Metal yerine plastik kap, atal, kaşıık vb. tercih etmek,
- Sevdiği yiyecekleri yemesi sağlanmalı,
- Sevdiği kişilerle yemek yemesini sağlamak yararlı olacaktır.

Ağız Kuruluğu

Hastanızda ağız kuruluğu varsa;

- Her yemekten sonra ve yatmadan önce düzenli olarak ağız bakımı yaptırmak,
- Çok şekerli yiyecek ve içeceklerin alımını önlenmek,
- Bol sıvı almasını sağlamak,
- Bulantısı yoksa sakız iğnettirmek ve küçük miktarda şeker vermek,
- Sodalı gargaralar, buz parçaları, asitli ya da baharatlı gıdalardan kaçınmak,
- Oda havasını nemlendirmek yararlı olacaktır

Yutma Güçlüğü

Kemoterapi tedavisine bağlı tüm erken ve ileri evre kanserlerde yemek borusunda yara oluşumuna bağlı yutma güçlüğü gelişebilir. Ayrıca ileri evre mide kanserlerinde tümör midenin üst bölgesinde ise yutma güçlüğü gelişebilir.

Hastada yutma güçlüğü varsa ;

- Yeterli sıvı ve besin alamama,
- Sıvı elektrolit dengesizliği ve kilo kaybı,
- Yenilen gıdaların solunum yollarına kaçması,
- Akciğer enfeksiyonu ve
- Yemek borusundan solunum yoluna açılan delik vb. gelişebilir.

Yutma güçlüğüünün değerlendirilmesi

Hastanızın yiyecek ya da içecekleri yuttuktan sonra;

- Konuşurken ses tonu su sesi gibi şırıltılı ise,
- Ağız boşluğunda artık/kalıntı yiyecek ya da salya görünüyorsa yutma güçlüğü olduğunu gösterir.

Yutma güçlüğünü azaltmaya yönelik öneriler

Hastanız;

- Günde 5-10 kez dil egzersizleri yapmalı,

Dil egzersizi: Hastanın 1 sn kadar ve her biri 5 kez yapılan dilini yukarı ve arkaya, sağ ve sol yana hareket ettirmesi, dilin ucuna baskı yapan parmaklara karşı dilini ileriye doğru hareket ettirmesi şeklinde yaptırılır.

Yutma güçlüğü olan hastanın beslenmesi

- Yemek yerken ve sıvı alırken oturur pozisyonda olmalı,
- Diyet kısıtlaması yoksa sütlaç, evde yapılmış dondurma, muz, bebek mamaları, yumuşak kıvamda yumurta, yumuşak peynir, pudinger, püre, makarna, haşlanmış patates gibi yumuşak yiyecekler yemeli,
- Sıvı gıdaları yutarken zorlanıyorsa blenderden geçirilerek püre haline getirilen gıdalar, muhallebi, yoğurt gibi kıvamı daha yoğun olan gıdalar almalı,
- Yutamayacağı şeyleri yemeye çalışmamalı,
- Kuru, sert, donmuş, acılı, baharatlı yiyecekleri almamalı,
- Bir seferde yenilen yiyeceklerin küçük ve hafif yiyecekler olmasına dikkat edilmeli,
- Alması gerekli tablet veya kapsül şeklinde ilaçları (doktoru tarafından sakıncası olmadığı da belirtilmişse) kırarak ya da yiyeceklerine katarak yutmalıdır.

Bağırsak Sorunları

Kanserli hastalarda bağırsak sorunları olarak sıklıkla kabızlık ve ishal görülür. Bu sorunlar kemoterapi tedavisine bağlı yan etki olarak görülebildiği gibi;

- Tümörün bulunduğu yere,
- Ağrı kesici ve bulantı giderici ilaçlara,
- Radyoterapi tedavisine,
- İştahsızlığa,
- Hareketsizliğe ve
- Bağırsak tıkanıklığına bağlı gelişebilir.

Kabızlık (Konstipasyon)

Hastada kabızlık gelişirse;

- Doktora mutlaka bildirilmeli,
- Bol sıvı (günde 3000ml) verilmeli,
- Taze meyve ya da meyve suyu, sebze ve sıvı besinler alması sağlanmalı,
- Muz, peynir, patates gibi kabızlığı artırıcı besinler fazla verilmemeli,
- Kabızlığa yönelik olarak doktor tarafından önerilen ilaçlar verilmelidir.

İshal

Hastada ishal gelişirse;

- Sıvı kaybı olduğu için bol sıvı verilmeli (günde 3000 ml) ve eğer yeterli sıvı alamıyorsa doktora bildirilmeli,
- Çok tuzlu, baharatlı ve yağlı yiyecekler verilememeli,
- Sıvı kaybına bağlı kan elektrolitlerinden potasyum kaybı olduğu için tolere edebileceği kadar potasyumdan zengin muz, patates, pirinç, makarna gibi gıdalar verilmeli,
- Doktorunun önerdiği ishali giderici ilaçlar verilmeli,
- İshale bağlı hastanın makat (anüs) bölgesinde tahriş gelişmişse, doktorunun önerdiği tahriş ve ağrıyı azaltıcı pomatlar sürülmeli,
- Stoması olan hastalarda ishale bağlı deri bütünlüğünde bozulmayı (tahriş) önlemek için stoma çevresini koruyucu bariyerler kullanılmalı ve temizliği yapılmalıdır.

Karın Boşluğunda Sıvı Birikmesi

İleri evre sindirim sistemi kanser hastaların da karında sıvı birikmesi sık görülen sorunlardan biridir. Karnında sıvı biriken hastalara idrar söktürücü (diüretik) ilaçlar ve tekrarlayan sıvı gelişiminde ise karın boşluğundaki fazla sıvının iğneyle alınması (parasentez) ya da karın boşluğuna yerleştiren bir kateter aracılığı ile sıvının uzaklaştırılması (peritoneal venöz şant) uygulanabilir.

Karın boşluğunda sıvı birikmesi olan hastalar;

- Fazla sıvıya bağlı solunum sıkıntısı gelişmesini önlemek için yarı oturur ya da dik pozisyonda oturmalı,
- Kilo takibi yapılmalı ve önerilen miktarda sıvı almalı,
- Doktoru tarafından söylenmiş ise tuz ve sıvı kısıtlaması yapılmalıdır.

Beslenmeyle İlgili Gelişebilecek Diğer Sorunlar

- Bağırsak kanseri hastalarında beslenmeye bağlı olarak (örn: taneli yiyecekler olarak fasulye,mercimek, kuruyemiş vb. yenmesine bağlı) bağırsak tıkanıklığı gelişebilir.
- Mide kanseri hastalarının tekrar eskisi gibi beslenebilmeleri mümkün değildir.
- Hastalarda mide ameliyatından sonra mide kapasitesi küçüldüğünden yiyeceklerin hızlı bir şekilde bağırsağa geçmesine (Dumping sendromu) bağlı sorunlar (Yemeklerin alımından 5-10 dakika içinde; üst karında baskı hissi, hıçkırık, renk sararması, bulantı, kusma, yemek alımından 3-4 saat sonra ise; kan şekerinde yükselme, aşırı yorgunluk, terleme ve aşırı açlık hissi vb.) gelişebilir.

Kolon ya da rektum kanseri olan hastaların;

- Bağırsak tıkanıklığını önlemek için sebze ve meyve, tane içermeyen besinler, meyve suyu ve açık çay gibi sıvılar alması,

İnce bağırsağı dışarı doğru ağızlaştırılan hastaların;

- İshale ve bağırsak tıkanıklığına neden olabildiği için lahana, taze fasulye, portakal, marul, patlamış mısır, portakal ananas, kereviz, lahana gibi lifli gıdaları fazla almaması,
- Lifli gıdaları iyice çiğnemesi,
- İnce bağırsak yoluyla fazla tuz ve su kaybı olduğu için daha çok su ve tuz alması önerilebilir (günde en az 2 litre sıvı alınmalıdır).

Mide kanseri Hastaları;

- Gün boyunca çok sayıda küçük porsiyonlar halinde azar azar ve yavaş yemelidirler.
- Kuru,sert,donmuş irite edici gıdalar almamalıdır.
- Çok su içmelidirler. Yemekte besini sıvıyla inceltmek yerine, yemekten bir süre sonra veya daha önce sıvı almalıdırlar.
- Yemekten sonra bir süre dinlenmelidirler. Ancak gıdanın yemek borusuna tekrar geri kaçması, geğirme ve yanmayı önlemek için yemekten en az 2 saat sonra uzanmalıdırlar.

Uyku Sorunları

Hastanızın iyi bir uyku düzeni olması yaşadığı yorgunluk, ağrı gibi sorunlarının azaltılmasında yararlıdır.

Hastanızın uyku kalitesini artırmak için;

- Çok fazla uyuması önlenmeli,
- Gün içerisinde mümkün olduğunca kısa uykular (şekerleme) yapması önlenmeli,
- Her gün düzenli zamanlarda uyuyup kalkması sağlanmalı,
- Her gün düzenli olarak doktoru tarafından önerilen egzersizlerini (kısa yürüyüş gibi) yapması sağlanmalı,
- Kola, kahve, çikolata gibi kafein içeren uykuyu bozabilecek yiyecek ve içecekler alması önlenmeli,
- Aç yatması önlenmeli,
- Yatak odasında gürültü olmamasına dikkat edilmeli,
- Yatak odasının ısının normal olmasına dikkat edilmeli,
- Yatmadan önce ılık duş aldırılmalı,
- Zihinsel yönden rahatlamasını sağlayan uygulamaları (müzik dinleme, masaj, günlük tutma, mektup yazma gibi) yaklaşık 10 dakika yapması sağlanmalıdır.

Kemik İliğı Baskılanması ile İlgili Sorunlar

Anemi

Kemoterapi ilaçları vücutta oksijen taşıyan kırmızı kan hücrelerini yapan kemik iliğini baskılayabilir. Kırmızı kan hücrelerinin sayısında azalmaya bağılı olarak vücutta oksijen yeterli taşınamaz. Anemi adı verilen bu soruna bağılı hastalarda yorgunluk, halsizlik, nefes darlığı, baş ağrısı, baş dönmesi, bayılma, nabızda artış, ayağı kalkınca tansiyon düşmesi vb. gelişebilir.

Hastada anemi gelişmişse;

- Yorgunluk, baş dönmesi, baygınlık hissi, solunum sıkıntısı, çarpıntı sorunları gelişmişse hemen acil olarak hastaneye başvurulmalı,
- Anemi tedavisine yönelik olarak doktor tarafından verilen ilaçların ya da diyetin düzenli olarak alımı sağlanmalı,
- Eğer başka bir diyet önerisi yapılmamışsa; protein, karbonhidrat, taze sebze ve meyveyi içeren dengeli bir diyet alması sağlanmalı (Protein olarak: et, balık, yumurta, tavuk, fasulye vb. yiyecekler, karbonhidrat olarak:ekmek, tahıl vb. yiyecekler verilmeli),
- Bol sıvı verilmeli,
- Gece fazla uyuyup, gün içinde sık sık dinlenmesi gerektiğı söylenmeli,
- Aktivitelerini kısıtlayıp kişı için önemli ve gerekli olan aktivitelere enerjisini harcaması gerektiğı söylenmelidir.

Kanama

Bağırsak ve mide kanserlerinin tanıları genellikle ileri evrede konulmaktadır. Bu kanserlerde görülen temel belirtilerinden biri de ağızdan ya da makattan (siyah renk dışkılama) kanama görülebilmesidir. Kemoterapi tedavisi de, kemik iliğini baskılayarak kan hücrelerinden kanın pıhtılaşmasını sağlayan trombosit adı verilen hücrelerin sayısını düşürerek kanamaya neden olabilir.

Hastalarda sıklıkla ağız, burun, cilt kanamaları/morarma görülür. Bu durumda hastaların doktoruna başvurmaları gereklidir.

Hastalarda kanamayı önlemek ve izlemek için;

- Tırnak kesiminde dikkatli olunmalı,
- Kanama problemlerini şiddetlendiren aspirin gibi ilaçlar ve doktorun önermediği ilaçlar verilmemeli,
- Dişeti ve ağız kanamalarını önlemek için yumuşak diyet verilmeli,
- Erkek hastalar tıraş olurken elektrikli tıraş makinesi kullanmalı,
- Gözle görünür bir kanaması olursa 5-10 dakika basınç uygulanmalı kol ya da bacakta ise kalp düzeyinden yukarı kaldırılmalı ve doktora haber verilmeli,
- Hastayı banyo yaptırılırken ve dolaştırılırken çarpma, düşme gibi travmalardan korunmalı,
- Burun temizliğinin doku zedelenmesine neden olmamasına dikkat edilmeli,
- Diş eti, burun, idrar, dışkı kanaması ve ciltte görülen normal olmayan kanamalar yakından takip edilmelidir.

Enfeksiyon

Kemoterapi ilaçları beyaz kan hücrelerinin (akyuvarlar) sayısında düşme yapar. Akyuvarların sayısı kritik bir sınırın altına düşerse, hastanın kendi gücüyle hastalık yapabilen mikrorganizmalara karşı savunması azalır ve enfeksiyon gelişme riski artar.

Enfeksiyon gelişiminin önlenmesi için hastaların;

- Vücutlarının ve yedikleri yiyeceklerin temizliğine dikkat etmeleri,
- Tırnaklar kısa ve düz kesmeleri,
- Kendileri ve ailelerinin el yıkamaya özen göstermeleri,
- Ateş takipleri yapılmalı,
- Ateşi, boğaz ağrısı, ağız,deri gibi vücudunun herhangi bir yerinde yara ve idrar yaparken ağrı, yanma vb. olduğunda doktora başvurmaları,
- Herhangi bir enfeksiyonu olan kişilerden uzak durmaları,
- Kapalı ve kalabalık yerlerde bulunmamaları,
- Odası sık sık havalandırılmalıdır.

Saç, Deri ve Tırnak Değişiklikleri

Kemoterapi ilaçlarının hepsi saç dökülesi yapmaz. Saç dökülmesi kemoterapinin saç hücrelerini etkilemesi ve saç büyümesini durdurması sonucunda ortaya çıkan geçici bir durumdur. Saç dökülmesi belirli bir süre devam eder ve daha sonra saçlar yeniden çıkar.

Kemoterapi ilaçlarına bağlı deride; kızarıklık, kalınlaşma, döküntü, kuruma, dökülme ve soyulma, sivilce, güneş ışınlarına duyarlılık, tırnaklarda ise; çizgilenme, kırılma ya da renk değişikliği olabilmektedir. Deride görülen değişiklikler ise mantar enfeksiyonuna bağlı gelişen yaralar, basınç yaraları ve kaşıntıdır.

Kaşıntı

Kaşıntı;

- Kanser hücrelerinin kemoterapi ile yıkılmasına bağlı kanda artık ürünlerin birikmesi,
- Kemoterapi ilaçlarına bağlı gelişen deri reaksiyonuna ve
- Kanserin karaciğer ve safra yollarına yayılımına bağlı gelişen tıkanıklığa bağlı gelişebilir.

Bu sorunlar çoğunlukla hafif olmakta ve ek tedavi gerektirmemektedir.

Saç, deri ve tırnak değişikliklerine yönelik hastanız;

- Saç dökülmesi durumunda eşarp veya peruk kullanabiliriz,
- Saçlarını sık sık bebek şampuanı ile yıkanmalı,
- Perma ve saç boyama işleminden kaçınmalı,
- Saçları uzunsu harap olmaması ve karışmaması için kesilmesinin önerilmesi,
- Yumuşak kıl fırça kullanılmalı ve mümkün olduğunca az tarayıp az fırçalamalı,
- Baş güneş ışınlarından, sıcak ve soğuktan, kimyasal maddelerden, saç kurutucularından korunmalı,
- Ilık ya da serin duş almalı,
- Yüzünde sivilce oluştuğunda önerilen şekilde temizleyip kurulamalı,
- Cildi kuruduysa doktorunun önerdiği nemlendirici kremi sürmeli,

- Güneş ışığına karşı hassasiyete neden olan kemoterapi ilacı alıyorsa koruyucu giysi (şapka,güneş gözlüğü ve uzun kollu giysi vb.) giymeli ve koruyucu krem kullanmalı ve güneş ışınlarının doğrudan geldiği 10.00-16.00 saatleri arasında dışarı çıkmamalı,
- Kolonya, parfüm, traş losyonu gibi alkollü maddelerden kaçınmalı,
- Kaşıntı durumunda doktorunuzun önerdiği ilaç ya da losyonlar kullanmalı, bol ve pamuklu giyecekler giymeli,
- Derisini hasara uğratacak kaşıma girişimlerinden kaçınmalı,
- Tırnakları kısa kesilmeli ve eller temiz temiz tutulmalı,
- Deride olan yara temiz tutulmalı ve özel yara solüsyonu ve pansuman materyalleri ile temizliği ve bakımı yapılmalıdır.

Solunum Sorunları

İleri evredeki bazı kanser hastalarında;

- Solunum güçlüğü,
- Öksürük ,
- Hıçkırık, gibi problemler gelişebilir.

Solunum Sıkıntısının Nedenleri;

- Kanser,
- Akciğerlerde biriken sıvı ya da enfeksiyon,
- Astım, amfizem, karın şişliğine bağlı solunum kasına (diyafragma) olan bası,
- Radyoterapi nedenli akciğer dokusunda hasar oluşumu,
- Kalp yetmezliği olabilir.

Solunum sıkıntısının giderilmesine yönelik öneriler;

Hastanın;

- Geçmeyen ve artan solunum sıkıntısı varsa mutlaka doktora bildirilmesi,
- İnatçı geçmeyen, beslenmeyi ve sıvı almayı engelleyen, yorgunluğa neden olan hıçkırık ve öksürüğü olduğunda doktora başvurulmalı,
- Önerildiyse oksijen alması,
- Odası havalandırılmalı,
- Otururken ya da yatarken başı yükseltilmeli,
- Her zaman kullandığı eşyalar ulaşabileceği yakın bir yere konulmalı,
- Solunum sıkıntısını artıracak aktivitelerini (merdiven çıkma, alışveriş yapma, yemek yapma, bir yere uzanma vb.) yapmasına yardım edilmeli,
- Solunum egzersizleri (Rahat ve derin nefes alma ve öksürük egzersizleri) yapması

Solunum egzersizleri

Rahat nefes alma egzersizi;

- Bu egzersiz için oturulmalı,
- Omuzlar ve göğsün üst kısmı gevşek bırakılmalı,
- El karnının üst kısmına yerleştirilmeli,
- Karın bölgesinin, nefes alırken dışa nefes verirken içe hareket etmesi, en büyük solunum kası olan diyaframının kullanıldığını gösterir .

Derin solunum egzersizi;

- Bu egzersiz için, karnınızı dışa doğru ittirerek burundan derin nefes alınmalı,
- Nefes 3 saniye tutulmalı ve ağızdan üfleyerek verilmeli,
- Bir kerede 3-4 kez derin nefes alıp verdikten sonra dinlenilmeli ve 10 kez tekrarlanmalı,
- Bu egzersizi yaparken mide boş olmalı, ve bu nedenle yemek yedikten 2 saat sonra yapılmalı,
- Bu egzersiz, günde üç veya dört kez yapılmalıdır.

Öksürük egzersizi

Derin solunum egzersizi ile alınan nefesin öksürük şeklinde verilmesi şeklinde yapılır.

Gevşeme egzersizleri

Gevşeme için önce doğru nefes almayı bilmek gerekir.

Bu egzersiz için;

- Hastaya nefes alırken omuzlarını gevşek tutması söylenmeli,
- Hastanın omuzlarına nazikçe masaj yapılmalı,
- Hastanın derin ve yavaş solunum yapması sağlanmalıdır.
- Derin nefes almanın ardından hastanın kas gruplarını çalıştırması sağlanmalı,
- Bunun için hastaya ellerden başlayarak sırasıyla her bir kol, omuz, göğüs ve ayağına kadar olan kas gruplarını 10 sn gergin tutması/sıkıştırması söylenmeli,
- “Şimdi ellerinizdeki sıcaklığı fark edin,” “Şimdi gerginliğin süzülüp kaybolduğunu hissedin,” gibi yönlendirmelerle, hastanın gerginlik ve gevşeme arasındaki farkı hissetmesine yardımcı olunmalı ve
- Günde en az 3-4 kez bu egzersizi yapması sağlanmalıdır.

Nörolojik Sorunlar

Bazı kemoterapi ilaçları sinirlere etki ederek el, ayaklarında ve dudaklarda uyuşma, karıncalanma, baş dönmesi, bilinç içeriğinde bozulma, uyku hali, güçsüzlük, bulanık görme, ışığa karşı gözlerde hassasiyet, titreme vb. yan etkilere neden olabilir.

Nörolojik sorunlar yaşayan hastaların;

- Soğuk içecekler içmemesi,
- Soğuktan korunması ve soğuk cisimlere dokunmaması gerekir.

KAYNAKLAR

- 1.[http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_8_During_Treatment_Colon_and_Rectum_Cancer.asp?sitearea=The Cancer Experience: Colon and Rectum Cancer American Cancer Society, Inc.](http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_8_During_Treatment_Colon_and_Rectum_Cancer.asp?sitearea=The+Cancer+Experience+Colon+and+Rectum+Cancer+American+Cancer+Society,+Inc.) 2008, Erişim tarihi: 23.5.2008.
- 2.Common syptoms. http://www.cancervic.org.au/about-cancer/advanced-cancer/common_syptoms.html. Erişim tarihi: 23.5.2008.
- 3.Coping with the symptoms of advanced cancer.<http://www.cancerhelp.org.uk/help/default.asp?page=12094>. Erişim Tarihi: 23.5.2008.
4. Tara A. Cleary, MA Finding New Ways to Cope with Fatigue.<http://www.cancercare.org>. Erişim Tarihi:23.5.2008.
- 5.Controlling advanced cancer symptoms. <http://www.cancerbackup.org.uk>. Erişim Tarihi: 23.5.2008.
- 6.Advanced Cancer and Palliative Care. http://www.nccn.org/patients/patient_gls/_english/pd Erişim Tarihi:23.5.2008.
- 7.Nutrition in Cancer Care (PDQ).[http://www.meb.uni-bonn.de/cancer.gov.National Cancer Institute](http://www.meb.uni-bonn.de/cancer.gov.National+Cancer+Institute).Erişim Tarihi::23.5.2008.
- 8.Mide Kanseri. <http://www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/tuerkische-informationen/Magenkrebs-tuerkisch.pdf>. Erişim Tarihi::23.5.2008.
- 9.Nutrition Suggestions for Symptom Relief http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/nutrition/Patient/39.cdr#Section_39. Erişim Tarihi::23.5.2008.
10. Lichtman SM. Colorectal Cancer. http://www.CancerCare.Org/pdf/booklets/ASCO_Guide_2007/ASCO_2007_Colorectal.pdf.
- 11.Karadağ A, Mebteş B, Ayaz S, İrkörücü O, Alabaz Ö. Kolostomili ve İleostomili Hastaların Bakımına Yönelik Rehber Kitabı, 1.basım, Ankara 2003.
12. Er Ö, Çoşkın HŞ ve arkadaşları. İleri Evre Kolorektal Kanserlerin Tedavisinde Eriçyes Üniversitesi Sonuçları. Eriçyes Tıp Dergisi 2003;25 (3):144-149
- 13.Körmürcü Ş.Kanserde Destek Tedavi.Erişim Adresi:<http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/onkoloji/dersnot/anaserde%20destek%20tedavisi.ppt> . Erişim Tarihi:3.7.2008 Erişim Tarihi:3.7.2008.
- 14.Baykal Y.Mide Tümörleri. Erişim Adresi: <http://www.ata.edu.tr/dahilibilimler/ichastaliklari/files/dersler/50.pdf>.
<http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/ichastaliklari/files/dersler/50.pdf>.
15. Abraham JL. Promoting Symptom Control in Palliative Care. Seminars in Ontology Nursing, Vol 14, No 2 (May), 1998: pp 95-109.
16. Erhan E. Kanser Ağrısı ve Palyatif Bakım. Erişim Adresi:<http://www.anestezi.med.ege.edu.tr/ders/21.pdf> .
- 17.Kav Sultan, Gündoğdu F. Hemşireler için Kemoterapi ve Biyoterapi İlaç Bilgileri El Kitabı,Onkoloji Hemşireleri Derneği, 1989.
- 18.Kapucu S. Ev ziyaretlerinin kemoterapi alan hastaların yaşam kaliteleri ve öz bakım güçlerine etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç hastalıkları Programı Doktora tezi,2003.
- 19.Demiralp M. Gevşeme Eğitiminin **Adjuvan Kemoterapi Uygulanan Meme Kanserli Hastalarda, Anksiyeteve Depresyon Belirtileri, Uyku Kalitesi veYorgunluk Üzerine Etkisi.** Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği, Doktora Tezi, Ankara, 2006.



İLERİ EVRE KANSER HASTASI BAKIM VERİCİLERİ İÇİN ÖZ BAKIM REHBERİ



İÇİNDEKİLER

YORGUNLUK NEDİR?	3
YORGUNLUKLA BAŞETME YÖNTEMLERİ	4
▪ Kendine zaman ayırma	5
▪ Enerji koruma ve yenileme stratejilerini uygulama	5
▪ Vücut mekaniklerine dikkat etme	6
▪ Bol sıvı içme.....	10
▪ Yeterli ve dengeli beslenme	11
▪ Düzenli olarak egzersiz yapma	16
▪ Rahatlatıcı uygulamalar yapma	17
▪ Doğru nefes alma	20
▪ Hayatınıza ışık katma.....	21
▪ Gürültülü ortamlardan uzak durma.....	22
UYKU ve ÖNEMİ	23
UYKU SÜRESİ NE KADAR OLMALIDIR?	25
UYKU BOZUKLUKLARI	26
UYKU BOZUKLUKLARI NASIL DÜZELİR?	27
UYKU HİJYENİ İLKELERİ	28
KALİTELİ BİR UYKU İÇİN GEREKLİ UYGULAMALAR	33
▪ Gevşeme Yeteneklerinin Geliştirilmesi	33
▪ İstenmeyen Düşünceler ile Mücadele Etme	35
HİJYEN NEDİR, NE ÖNEMİ VARDIR?	36
▪ Yüz ve Cilt Bakımı.....	37
▪ Göz Bakımı.....	40
▪ Kulak Bakımı	41
▪ Saç Bakımı.....	42
▪ Ağız ve Diş Bakımı.....	44
▪ El ve Tırnak Bakımı.....	45
▪ Ayak Bakımı.....	48
▪ Tuvalet Sonrası Beden Temizliği.....	49
▪ Ortam Temizliği.....	50
▪ Yiyecek ve İçeceklerin Temizliği	51
KAYNAKLAR	55

YORGUNLUK NEDİR?

Genel olarak yorgunluğun tanımı; insanın günlük normal aktivitelerini yapmak için gerekli enerjisinin azalmasıdır. Bir başka deyişle kişinin ruhsal ve vücut fonksiyonlarının yeterliğinde azalmaya yol açan aynı zamanda koruyucu bir mekanizmadır.



***Sağlıklı ve Uzun Yaşam İçin
Kendinize Yeterli Zaman Ayırınız !!!***

YORGUNLUKLA BAŞ ETME YÖNTEMLERİ

Kendine Zaman Ayırma

- ✓ Kendinize ihtiyaçlarınızı karşılamak için zaman ayırınız.
- ✓ İştahsızlık, uyumada güçlük, sabırsızlık, dikkatte azalma, konsantrasyonda ve hatırlamada güçlük, ruhsal durumda değişiklikler, genellikle yapılan aktivitelere ilginin azalması, görev ya da sorumlulukları yapmakta güçlük yaşama gibi stres belirtileri yönünden kendinizi izleyiniz.

Enerji Koruma ve Yenileme Stratejilerini Uygulama

- ✓ Yorgunluğu azaltmak için enerji koruma ve yenileme stratejilerini uygulayınız.

Bunun için;

- Günlük olarak yapacağınız işlerinizi planlayınız.
- İşlerinizi adım adım ve önceliklerine göre yapınız.
- Ağır objeleri kaldırırken vücut pozisyonunu doğru kullanınız.
- Yorucu aktiviteleri yapmaktan mümkünse kaçınınız.
- Zor ve çok enerji gerektiren aktivitelerde yakın aile bireyleriniz ya da arkadaşlarınızdan yardım isteyiniz.
- Yeterli dinlenmek için kendinize zaman ayırınız.



Vücut Mekaniklerine Dikkat Etme

Yorgunluğu azaltmada vücut mekaniklerine dikkat etmek önemlidir.

- ✓ Tabanı kaymayan, terletmeyen, sıkmayan, yüksek topuğu olmayan, rahat ayakkabılar giyiniz.
- ✓ Sadece yuvarlayamadığınız, itemediğiniz ya da çekemediğiniz şeyleri kaldırınız.
- ✓ Ağır cisimleri çekmekten ziyade itmeyi deneyiniz ve iterken dizinizden destek alınız.
- ✓ Sadece çok gerektiğinde hafif yükleri omuz hizasına kadar kaldırabilirsiniz.
- ✓ Hastayı ya da bir cismi nasıl kaldırabileceğinizi ve taşıyabileceğinizi kaldırmadan önce planlayınız.
- ✓ Hastayı ya da herhangi bir cismi kaldıracağınız zaman yüzünüzü hastaya ya da kaldıracağınız cisme dönünüz.
- ✓ Kaldıracağınız cisme / hastaya mümkün olduğunca yakın durunuz ve zorunluluk olmadıkça kollarınızı uzatarak kaldırmaya çalışmayınız.
- ✓ Hasta ya da bir cisim çok ağır olduğunda ya da uzun mesafe taşımanız gerektiğinde mutlaka yardım alınız.
- ✓ Bir cismi ya da hastayı birlikte kaldırırken işbirliğini sağlamak için daima bir, iki, üç diye sayıp aynı anda kaldırınız.
- ✓ Bir cismi ya da hastayı kaldırırken, bacaklarınızı ve güçlü uyluk kaslarınızı kullanınız. Daha zayıf olan bel kaslarınızı kullanmayınız.

- ✓ Hastayı ya da bir cismi hareket ettirirken omurganızı değil, ayaklarınızı kullanarak tüm vücudunuzu döndürünüz.
- ✓ Kaldırma esnasında sırtınızı (omurganızı) düz tutunuz. Kalça kaslarınızı kasın ve karın kaslarınızı içe çekiniz.
- ✓ Ani hareketler kaslara aşırı yük bindireceğinden yaralanmalara neden olabilir. Bu nedenle; başınızı dik tutunuz, yumuşak ve dengeli iş yapınız.
- ✓ Ayaklarınızı omuzlarınızın genişliğinde açınız ve yere tam basınız.
- ✓ Yerden bir şey kaldırırken, daima dizlerinizi bükerek ve bacak kaslarınızı kullanarak yere çömeliniz ve asla belinizden bükülmeyiniz.
- ✓ Daha iyi dengede durmak için ayağa kalkarken bir ayağınızı hafifçe öne çıkarınız.
- ✓ Mümkün olduğunca arkaya doğru değil öne doğru yürüyünüz.
- ✓ Var olan malzemelerden yükünüzü hafifletecek şekilde sonuna kadar yararlanınız.

AĞIR CİSMİN KALDIRILMASI VE VÜCUT MEKANİKLERİ



CİSME
MÜMKÜN
OLDUĞUNCA
YAKLAŞIN

AYAKLARINIZI YERE TAM BASIN
OMUZLARINIZLA AYNI HİZADA
OLACAK ŞEKİLDE AÇIN



DİZLERİNİZİ
BÜKÜN

ÜST BACAĞINIZDAKİ EN GÜÇLÜ
KASLARI KULLARAK ÇÖMELİN

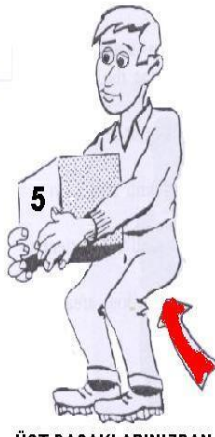


KARIN
KASLARINIZI
KASIN

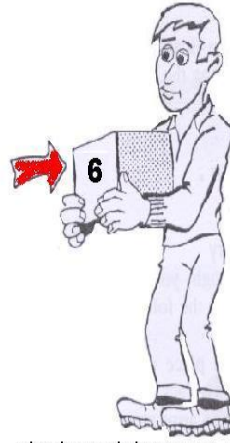
KALÇA KASLARINIZI KASIN



SIRTINIZI DÜZ TUTUN



ÜST BACAKLARINIZDAN
GÜÇ ALARAK KALKIN



CİSMİ KENDİNİZE YAKIN TUTUN

PAMELA B.deCORMO; BASIC EMT SKILLS AND EQUIPMENT, MOSBY, 1988, P:259

KALDIRMA VE TAŞIMADA YANLIŞ HAREKETLER

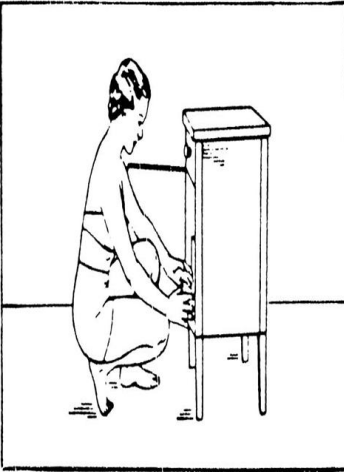


**BELDEN
EĞİLME**

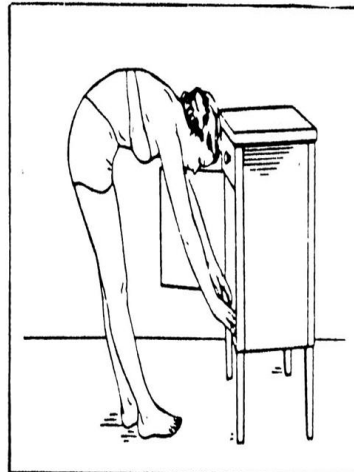
EMT:INJURY FREE, FERNO'dan alınmıştır



**OMUZDAN
DÖNÜŞ YAPMA**



Doğru Eğilme



Hatalı Eğilme

Bol sıvı içme

- ✓ Susuzluk, sıvı-elektrolit dengesini bozduğundan yorgunluğa yol açar. Susuzluk hissettiğinizde, toplam vücut sıvısının %2-3'ünü kaybedersiniz. Vücut susuz kaldığında kan hacmi azalır, beyine ve kalbe yeterince kan pompalanamaz. Bu nedenle her gün bol su ve taze sıkılmış meyve suyu içmelisiniz.
- ✓ Sıvı alımı ile yorgunluk semptomlarını şiddetlendiren tansiyon düşmesi (hipotansiyon), sıvı eksikliği (dehidretasyon) önlenmiş olunur.
- ✓ Yemek saatleri nasıl planlanıyorsa, gün içinde düzenli aralıklarla su içmek de gerekir. Sadece su içmekte zorlanıyorsanız içine limon ya da portakal suyu ekleyebilirsiniz. Kafeinsiz bitki çayları ile de sıvı desteğini sağlayabilirsiniz. Çorba, taze meyve ve sebze tüketmek sıvı kaybının önlenmesinde iyi çözümler arasındadır.



Yeterli ve Dengeli Beslenme

Sağlıklı beslenme yeterli ve dengeli beslenmedir. Vücudumuzu oluşturan hücrelerin düzenli ve dengeli çalışması için besin öğelerinden yağlar, karbonhidratlar, proteinler, vitaminler ve mineralleri yeterli miktarda almalıyız. Vücudumuzun tüm besin maddelerine ihtiyacı vardır. Tek taraflı beslenmek yani sadece protein ya da karbonhidratla beslenmek yanlıştır. Dengeli beslenerek vitaminler, mineraller ve lifler gibi önemli besin maddelerinden de almış oluruz.



Piramit en altta yer alan ve sıklıkla tüketilmesi gereken karbonhidratlarla başlar ve daha az tüketilmesi gereken gıdalara doğru gider.

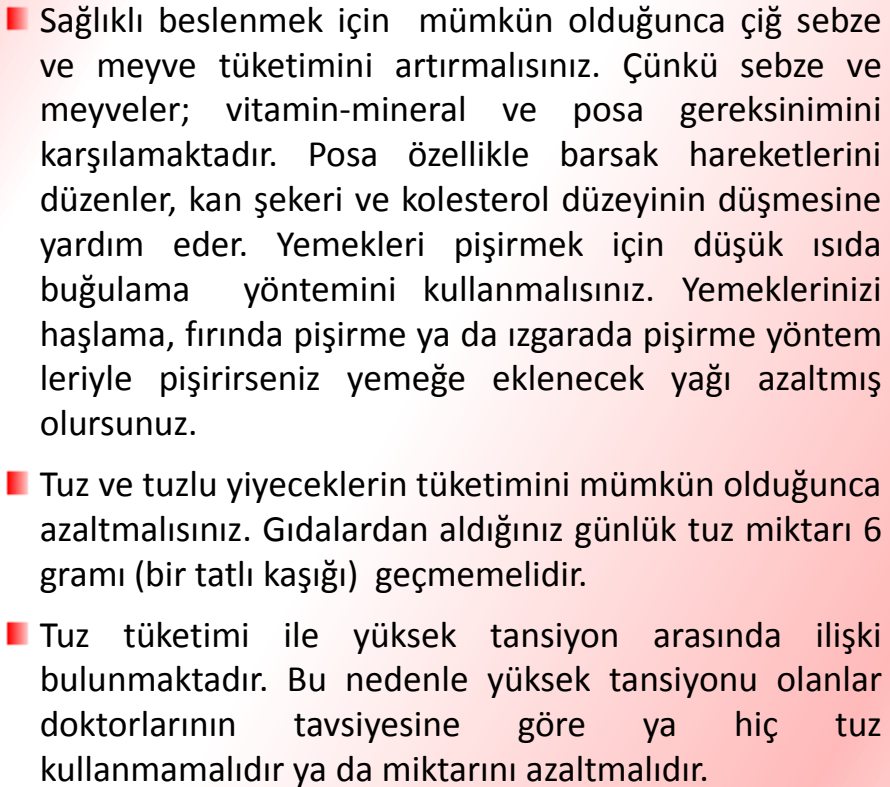
Beslenme Piramidi Besinlerin Doğru Seçimi İçin Rehberiniz Olmalıdır!!!

- Günde mümkünse yediklerinizi 3 ana ve 3 ara öğüne bölerek az ve sık ya da sabah, öğle ve akşam olarak 3 öğün besleniniz ve öğünlerinizi atlamayınız.
- Bol su içiniz.
- Yiyecekleri iyice çiğneyiniz.
- Her yemek yediğinizde midenin 1/3'ünü boş bırakınız. Tam olarak dolu mide; sağlığımızın zaman içinde bozulmasına, erken yaşlanmaya neden olur.
- Midenizi katı gıdalarla doldurmayınız. Katı gıdalarla dolu mide içeriğinin, gerekli öz suyu her tarafa dengeli ulaştırması güçleşir ve sindirim zorlaşır.
- Hazır meyve suları yerine evde taze meyvelerden sıkılmış olanları tercih ediniz. Çünkü hazır meyve suları, şeker içeriğinin yüksek olması ve içlerinde ısıya ve basınca dayanıklı mantarların yaşabilmesi nedeni ile zararlıdır.

- Rafine şeker içeren yiyecekleri (beyaz undan yapılan ekmek, makarna, bisküvi, beyaz pirinç ve bulgur gibi işlenmiş karbonhidratları) mümkün olduğunca tüketmemeye özen gösteriniz. Çünkü rafine şeker kana hızlı karışır ve pankreasın çalışmasını zorlar. Bu da Diyabet (şeker) hastalığının ortaya çıkma sını hızlandırır.
- Beyaz şeker yerine esmer şeker, beyaz ekmek yerine kepekli ekmek tercih ediniz. Çünkü kepekli ürünler, B vitamini içerirler, insanı uzun süre tok tutarlar ve lif içerdikleri için bağırsakların çalışmasını rahatlatırlar.
- Şeker ihtiyacınızı mümkün olduğunca taze meyvelerden sağlayınız.
- Şekerli yiyeceklerin (bal, reçel, pasta, baklava vb.) ve içeceklerin (şekerli çay , kahve, kola, alkol vb.) tüketimin den mümkün olduğunca kaçınınız.



- Beslenme düzeniniz içinde bakliyatlar, kümes hayvanları, balık, yumurta, demirden zengin yiyecekler, soyalı ürünler, yeşil yapraklı sebzeler ve tahıl ürünlerine de yer vererek, dengeli tüketiniz.



- Sağlıklı beslenmek için mümkün olduğunca çiğ sebze ve meyve tüketimini artırmalısınız. Çünkü sebze ve meyveler; vitamin-mineral ve posa gereksinimini karşılamaktadır. Posa özellikle barsak hareketlerini düzenler, kan şekeri ve kolesterol düzeyinin düşmesine yardım eder. Yemekleri pişirmek için düşük ısıda buğulama yöntemini kullanmalısınız. Yemeklerinizi haşlama, fırında pişirme ya da ızgarada pişirme yöntemleriyle pişirirseniz yemeğe eklenecek yağı azaltmış olursunuz.
- Tuz ve tuzlu yiyeceklerin tüketimini mümkün olduğunca azaltmalısınız. Gıdalardan aldığınız günlük tuz miktarı 6 gramı (bir tatlı kaşığı) geçmemelidir.
- Tuz tüketimi ile yüksek tansiyon arasında ilişki bulunmaktadır. Bu nedenle yüksek tansiyonu olanlar doktorlarının tavsiyesine göre ya hiç tuz kullanmamalıdır ya da miktarını azaltmalıdır.



- Kırmızı et yerine daha çok beyaz et (tavuk eti, balık eti vb.) tüketiniz.
- Az yağlı yiyecekler tüketiniz. Yağlı etler, kümes hayvanlarının yağlı derileri, tam yağlı süt ve süt ürünleri, tereyağı, hindistan cevizi, kakao yağı (çikolatalarda bulunur), kuyruk yağı ve palm yağı (bisküvilerde bulunur) tüketiminden kaçınılmalıdır. Katı yağ yerine zeytinyağı, ayçiçeği yağı, soya yağı, mısır özü yağı vb. tüketmelisiniz.
- Kilo fazlanız varsa veriniz. Vücudun fazladan taşıdığı her kilo, kalbin iş yükünü ve atım sayısını artırarak daha çabuk yorulmaya yol açar. Verdiğiniz her kilo, enerjinizi de artıracaktır.
- Abur cuburdan vazgeçip, sağlıklı beslenme ilkelerini hayata geçiriniz. Vücudunuzun verdiği açlık sinyallerine dikkat ediniz. Dört saatte bir acıyorsanız, daha az ve daha sık yiyiniz. Böylelikle, birkaç gün içinde size uygun beslenme biçimini belirleyebilirsiniz.

Düzenli Olarak Egzersiz Yapma

- Yürüme, yüzme ve bisiklete binme gibi düzenli, ritmik ve geniş kas gruplarının hareketlerini içeren egzersizleri yapmanız yorgunluğun azaltılmasında yararlıdır. Bu egzersizler en az haftada üç kez ya da günlük olarak kısa yorucu olmayan biçimde yapılmalıdır ve tükenme noktasında bırakılmalıdır.
- Yeterli ve dengeli beslenmeyle birlikte düzenli olarak yapılan fiziksel aktivite, kalp ve solunum fonksiyonlarını düzenler, kemik erimesini (osteoporozu) önler ve sağlıklı kalmanıza yardımcı olur.



Rahatlatıcı Uygulamalar Yapma

- ❖ Yaşadığınız stresi azaltmak, rahatlamak için müzik dinleyiniz.



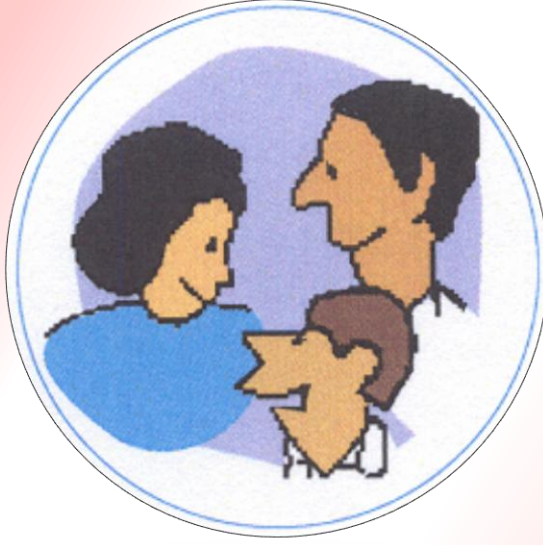
- ❖ Günlük yaptığınız aktiviteleriniz arasında her gün eğlenceli kısa rahatlama molaları veriniz.
- ❖ Hiç dinlenmeden sürekli yaptığınız aktiviteler sizi fiziksel ve psikolojik açıdan yorar. Bu nedenle, gününüzü hoşunuza giden şeylerle renklendirmeye çalışınız.
- ❖ Arada bir çalışmaya ara verip, bir dergiyi karıştırabilir, hayal kurabilir, sevdiğiniz bir müziği dinleyebilirsiniz.
- ❖ Sosyal destek gruplarına katılabilirsiniz ya da gerekirse profesyonel yardım alabilirsiniz.
- ❖ Psikososyal onkoloji biriminden kanser tanısı ve tedavisinin oluşturduğu stresle baş edebilme, ruh sağlığının ve yaşam kalitesinin artırılması ve buna yönelik yaşam tarzı değişiklikleri konusunda destek alabilirsiniz.



***Kısa Dinlenme Aralıkları, Sizi
Canlandırıp, Yaptığınız İşe
Yeniden Konsantre Olmanızı
Sağlayacaktır!!!***



- ❖ Gece uykusunu iyi alınız. Aynı saatlerde uyumaya ve aynı saatte sabah kalkmaya çalışınız.
- ❖ Yapabileceğiniz aktivitelerinizle ilgili gerçekçi düşününüz. Enerjinizi ve zamanınızı alan tüm gereksimlerinizi detaylı olarak listeleyiniz. Bu listede;
 - ❖ yapabileceğiniz aktiviteler neler?
 - ❖ destek almanız gerekli aktiviteler neler?
 - ❖ hangi aktiviteler sizin çok enerji harcamanıza neden oluyor?
 - ❖ en çok gerçekçi olarak değiştirebileceğiniz şeyler nelerdir? sorularının yanıtı yer almalıdır.
- ❖ Aktivitelerinizi yaparken listenize bakmalısınız. Böylelikle problem alanlarınızı görerek değiştirebileceklerinizi ve düzeltebileceklerinizi yapmalısınız.
- ❖ Yardım alabileceğiniz aile, arkadaş ve toplum kaynaklarınızı belirleyiniz. Diğer aile üyelerinizden ve yakın arkadaşlarınızdan ev işi, alış veriş, çocuk bakımı, yemek gibi işlerinizde yardım alınız.



- ❖ Aile üyelerinizle ya da yakın arkadaşlarınızla hissettiklerinizi paylaşınız.
- ❖ Kendinize bakmayı ihmal etmeyiniz.
- ❖ Bakımlı olmak için kendinize mutlaka zaman ayırınız.

Doğru Nefes Alma

Kandaki oksijen miktarının düşük, karbonmonoksit miktarının yüksek olması yorgunluğa neden olur. Akciğerlere yeterince oksijen gitmediğinde nabız ve tansiyon yükselir. Bu da vücudu fazladan yorar.

Bu nedenle;

- Sigara içmekten kaçınınız.
- Diyaframdan nefes almayı öğreniniz.
- Elinizi göbeğinizin üstüne koyunuz. Nefes alırken elinizin inip kalktığını hissediniz. Bu hareket, akciğerlerin alt kısmını genişleterek daha fazla oksijen almanızı sağlar.





Hayatınıza Işık Katma

- Bulunduğunuz ortamda yeterince doğal ışık olmadığında, vücut uyuma moduna geçer. Yaz ve kış mevsimlerinde farklı enerji ve ruh hallerinde olmamızın nedeni budur. Kendinizi en yorgun hissettiğiniz anda bile gün ışığına çıkmak, kafeine benzer bir canlandırıcı etki yaratır. Hava kapalı olsa dahi, dışarısı çalıştığınız ofisten, kapalı ev ortamından mutlaka daha aydınlıktır. Eğer dışarı çıkma imkanınız yoksa, gün ışığı alan bir odada birkaç dakika kalmak kendinizi iyi hissettirir.
- Geceleri oda ışıklandırmasını iyi ayarlayınız. Geceleri parlak ışık kullanmak vücudun iç saatini tekrar ayarlar ve uyku getiren melatonin üretimini azalttığı için, uyku düzensizliğine neden olur. Beynin gece-gündüz algısını bozmamak için, salonunuzda ve yatak odanızda kullandığınız ışığı yatmadan birkaç saat önce kısıp, vücudu uykuya hazırlamada yarar vardır.

Gürültülü Ortamlardan Uzak Durma

- Gürültü, üzerinde kontrol sahibi olmadığınız için başlı başına bir stres nedenidir. Strese yol açan herşey, yorgunluğu tetikleyerek, yaşam kalitesini düşürmekle kalmaz, psikolojik hasarlara da neden olur. Gürültülü bir ortamda nabız, tansiyon ve adrenalin seviyesi artar. Belli bir dereceye kadar olan gürültüleri tolere edebilirsiniz. Ancak gürültülü bir ortamda yaptığınız işe odaklanmak için harcadığınız çaba, sizi yorgun düşürür. Bu nedenle gürültülü ortamlarda mümkün olduğunca bulunmamanız gerekir.



UYKU ve ÖNEMİ

- Uyku yalnızca organizmanın dinlenmesini sağlayan bir süreç değil uzun ve sağlıklı bir yaşam için gerekli olan ve tüm vücudu yaşama yeniden hazırlayan bir yenilenme dönemidir.
- Uykuda rahatlar, gevşer ve dinleniriz.Öğrendiklerimizi çoğu uykuda hafızaya kaydedilir. Uykuda gün boyu yıpranan vücudun ve beyin fonksiyonlarının düzenlenmesi ve yeni bir güne hazırlık yapılır.
- Düzenli uyku vücudun performansını artırmaktadır. Uyku döneminde başta merkezi sinir sistemi olmak üzere, solunum, dolaşım ve kas iskelet sistemi gibi, organizmanın büyük bir bölümünün günlük yıpranması tamir edilmektedir.
- Uykuda bir bozukluk olduğunda tamir edilemeyen sistemler verimsiz çalışmaya başlar. Kronik uykusuzluk iş gücünü azaltmakta ve mental yetenekleri kısıtlamaktadır.

- Uyku periyotları ortalama her 90 dakikada bir tekrarlayan, yüzeysel uyku (evre1-2), derin uyku (evre3-4) ve rüya uykusu dediğimiz REM döne minden oluşmaktadır. Bu dönemler gece boyunca sabaha kadar bir birini takip ederken solunum, dolaşım ve hormonal sistemler bir ahenk içinde çalışmaktadır. Uykuya daldığımız an ile sabah uyandığımız an arasında geçen süre içerisinde bu uyku periodlarını 4 – 6 kez tekrar yaşayarak uyanıyoruz.
- Gecenin ilk yarısında vücudun dinlenmesini sağlayan derin uyku ağırlıktayken, sabaha doğru rüyaların görüldüğü REM uyku süreleri daha fazla ağırlıktadır. Bu nedenle kısa süre uyumaya alışmış olan kişiler 4-6 saatlik bir uykuyla yeni bir güne dinç ve dinlenmiş olarak başlayabilmektedirler.



UYKU SÜRESİ NE KADAR OLMALIDIR?

Uyku ihtiyacı kişiden kişiye değişir. 4-5 saatlik uyku ile zinde uyanan ve gün boyu dinç kalan insanlar olduğu gibi sekiz saat uykudan sonra bile uyuma ihtiyacı duyan insanlar vardır. Kişiden kişiye değişiklik göstermekle beraber yaşamın her dönemi için genel bir uyku süresi mevcuttur. Örneğin yeni doğmuş bir bebek için 18-20 saat, küçük bir çocuk için ise 14-16 saat gerekir. Okul çocukları 9-10 saat, yetişkinler 7-8 saat, yaşlılar ise 5-7 saat uyumaktadırlar.

UYKU BOZUKLUKLARI

➤Uykuya dalmada ve sürdürmede güçlük, aşırı uyuma, uykuda solunumun durması gibi uykuyla ilgili bozukluklarda, dişli çarklar arasına düşen bir taş parçası gibi bütün vücut sistemleri de birbirini etkileyerek bozulabilir.

➤Çeşitli nedenlerle meydana gelen uyku bölünmeleri; yorgunluk, aşırı sinirlilik, yüksek tansiyon, depresyon, konsantrasyon bozukluğu, kontrol edilemeyen şişmanlık, felç, kalp krizi gibi pek çok hastalığın kaynağını oluşturmaktadır.

***İyi Bir Uyku Aldığınızın Başlıca Ölçüsü Sabah Dinç
Uyanmanız ve Kendinizi Gün İçinde Zinde
Hissetmenizdir!!!***



UYKU BOZUKLUKLARI NASIL DÜZELİR?

- Fiziksel bir nedenin olmadığı geçici ve kısa süreli uyku bozulmalarında uyku sağlığını ve uyku kalitesini sağlamaya yönelik ilkelere dikkat etmekle sorun kolaylıkla çözülebilir.
- Ama uyku bozukluğu uzun süredir devam ediyor ve uyku hijyeni ilkelerine dikkat edildiği halde düzelmiyorsa mutlaka bir uzmandan yardım istenmelidir. Bu durumda tedavide genel olarak ilaç tedavisi ve psikoterapiden yararlanılmaktadır.
- Eğer ilaç kullanılırken iyi bir uyku ritmi ve kalitesi sağlanabilirse, ilaç bırakıldıktan sonra uyku kalitesi ve ritmi iyi bir biçimde devam edebilecektir. Ancak temelde yatan başka etkenler varsa yalnızca ilaç kullanılması uykunun geçici olarak düzelmesini sağlar.
- İyi bir uykuya sahip olmak için uyku sağlığı ilkelerine dikkat edilmelidir.

UYKU HİJYENİ İLKELERİ

Uyku hijyeni (sağlığı), uykuya geçişi engelleyen, yavaşlatan her türlü alışkanlığı yaşam biçiminden çıkarmaktır. Uykusuzluk başlayan kişilerde ilk önce alınacak önlem uyku sağlığını sağlamaktır. Uyku hijyeni ilkeleri uyku eksikliğinin neden olduğu yorgunluğun giderilmesinde etkilidir.

Bu ilkeler şunları içerir;

- Yatağa sadece uyuyacak derecede yorgun olduğunuzda gidiniz.
- Eğer 15-20 dakika içinde uykuya dalamadıysanız yatak odanızdan çıkınız ve başka bir odaya geçip heyecan oluşturmeyen kitap vb. okuma, ılık duş alma, hafif bir müzik dinleme, hafif birşeyler yeme, hafif egzersiz yapma gibi aktiviteler yapınız ve tekrar uykunuz geldiğine yatınız.
- Size uygun uyuma pozisyonunda yatınız. Uyuduğunuz ortamdaki ışık ve gürültüyü azaltınız.
- Uykuyu kolaylaştırmak için yatak odanızın karanlık olmasına dikkat ediniz. Sabah güneşinin odanızda hissedilmesi kolay ve dinç uyanmanızı sağlar. Geceleri uzun sürelerle çok ışıklı ortamlarda kalmayınız.
- Yatak odanızı rahatlatıcı sıcaklıkta tutunuz ve iyi havalandırılmış olmasını sağlayınız.

- Odanızın aşırı sıcak veya soğuk olmamasına dikkat ediniz.
- Yatağınıza gitmeden önce ağır, baharatlı ve şekerli yiyecekleri yemeniz uykunuzun bölünmesine ve uyanmanıza neden olabilir.
- Yatağınıza gitmeden önce aç olmaktan da kaçınınız.
- Yatmadan önce (en az 4-6 saat öncesinde) çay ve kola, kahve gibi kafein içeren içecekler, nikotin (sigara) gibi uyarıcıları almaktan kaçınınız.
- Yatmadan önce (en az 4-5 saat öncesinde) alkol gibi yatıştırıcıları almaktan kaçınınız. Bir çok insan alkolün uykuya geçişe yardım ettiğini düşünür. Ancak sanılanın aksine birkaç saat sonra alkol düzeyi kanda düşer ve uykunun bölünmesine/uyanmaya,uyku kalitesinin bozulmasına neden olur.
- Tuvalete gitme ihtiyacı uykunuzu böler bu nedenle yatmadan 1-2 saat kadar önce su ve diğer içecekleri almayınız.
- Eğer gece boyunca sık sık saate bakıyorsanız saati odanızdan kaldırınız.

- Uygun/rahat bir yatak kullanın. Uygun olmayan yataklar iyi uykuyu engelleyebilir. Yatağınızın fazla sert veya fazla yumuşak olmamasına dikkat edin. Bu nedenle uyku sorunu yaşıyorsanız yatağınızı değiştiriniz.
- Yatma zamanıdan en az 4-6 saat önce egzersiz yapınız (yürüme, gevşeme egzersizleri gibi). Özellikle yamadan önceki 3 saat içinde yapılan egzersiz uyku hijyeni açısından önerilmemektedir. Egzersizlerin ğleden sonra ya da akşama doğru yapılmasının uyku süresini arttırdığını gösteren bir çok çalışma bulunmaktadır.
- Gündüzleri gün boyunca uyumaktan kaçınınız. Birçok insan gündüz uyudukları için gece uyuyamamaktan şikayet eder. Gündüz uyuma alışkanlığınız varsa 30-45 dk'yı geçmemesine dikkat ediniz.
- Yatakta bulmaca çözmek, kitap okumak ve televizyon seyretmek gibi zihni uyarıcı aktiviteleri yapmayınız. Yatak odanıza televizyon koymayınız ve geceleri uzun süre televizyon seyretmeyiniz. Eğer yatmadan önce kitap okuma alışkanlığınız varsa hafif kitapları seçiniz.

- Uyku öncesi alışkanlıklarınızı belirleyiniz. Örneğin uyumadan önce sıcak bir banyo ya da birkaç dakika okuma yapma vücudunuzun gevşemesini sağlayarak uyumanıza yardımcı olabilir.
- Yatağa girmeden önce endişelerinizi gidermeye, stres yaratan sorunları çözmeye çalışınız. Yazmak, hatıra defteri tutmak iyi bir çözüm olabilir.
- Aşırı yüksek sesle öten alarm saatler strese yol açar, kullanmayınız. Uykunuzu düzene soktuktan sonra vücudunuzun doğal saati zaten sizi uyandıracak, saat kullanma ihtiyacı hissetme yecekseniz.
- Hafta sonlarında gereğinden fazla uyuyup, dengeyi bozmayınız. Bir aydan daha fazla süredir uyku sorunu yaşıyorsanız bir doktora başvurunuz.
- Mide asit reflüsü, artrit, mensturasyon (adet görme), baş ağrısı, horlama, kullanılan bazı ilaçlar uykusuzluğa yol açabilir. Bu durumlarda bir doktora başvurunuz.
- Çocuklarınızla ya da evcil hayvanlarınızla yatmayınız. Araştırmalar evcil hayvanlarıyla ya da çocuklarıyla yatan kişilerde, uyku bozukluklarının görüldüğünü, daha az uyuduklarını göstermektedir.

- Reçetesiz ve doktorun önermediği uyku ilaçlarını almayınız. Yanlış ilaç kullanımı bu ilaçlara karşı hızla tolerans gelişmesine ve yaşlılarda ciddi yan etkilere yol açabilir. Doktor önerisi doğrultusunda uyku ilacı alıyorsanız bu ilaçları her gün aynı saatte ve mümkünse daha kolay uykuya geçişi sağlayacağı için yatmadan 1 saat öncesinde alınız. Uyumak için doktorunuzun önerdiği ilaçların geçici olarak uyumanıza yardımcı olacağını, ilacı bıraktıktan sonra tekrar uyumada güçlük yaşayabileceğinizi unutmayınız. Bu nedenle uyku hijyenini sağlamaya yönelik diğer önerileri yapmanız önemlidir.
- Sabah uyanınca yatakta kalmayıp, çıkmalısınız. Dinlenmek amacıyla uyumaya devam etmek dinlendirici olmadığı gibi uyku ritmini de bozabilmektedir.
- Düzenli olarak doğa ve güneş ışığına çıkınız ve özellikle sabah güneşini görünüz. Güneş ışığı vücutta uykuyu uyarıcı bir madde olan melatonin hormonunun salgılanmasına neden olarak uyku-uyanıklık ritminizi düzenleyecektir. Işık, insanın kendisini zinde ve iyi hissetmesini de sağlar.

KALİTELİ BİR UYKU İÇİN YARARLI UYGULAMALAR

Düzenli egzersiz, derin solunum egzersizleri, gevşeme yeteneklerinin geliştirilmesi, istenmeyen düşünceler ile mücadele etme gibi uygulamaların birkaç hafta düzenli yapılması iyi bir uykunun oluşmasında yararlı olabilir.

➤ *Her gün tercihen sabahları düzenli egzersiz yapma dinlendirici uykuyu geliştirir. Jimnastik ve aerobik egzersizleri buna dahildir. Egzersizle kas gerginlikleri ortadan kalkar, kan dolaşımı düzenlenir ve kişi dinlendirici bir uyku uyuyabilir.*

Gevşeme Yeteneklerinin Geliştirilmesi

- Uykuya dalamama, gece sık uyanmanın nedeni sıklıkla psikolojik, zihinsel ve bedenle ilgili fizyolojik uyarılmaların olmasıdır.
- Zihninin belli bir konu üzerinde yoğunlaşması ya da bedensel olarak uyanma eşliğinin düşmesi uykuya dalmada güçlüğü ya da gece sık sık uyanmaya neden olabilir.
- Gevşeme yeteneklerinin geliştirilmesinin amacı psikolojik ve fiziksel uyarılmaları azaltmak ve hatta önüne geçmektir.
- Akşamın ikinci yarısında yavaş yavaş gevşemeye başlayınız.

- Yatağa gitme saatinden 90 dakika önce iş ve aktivitelerinizi kesiniz.
- Yatakta gevşeme rutini uygulayınız.
- Yatakta gevşeme iki şekilde yapılabilir: Birincisi kasların gevşetilmesi ikincisi ise zihnin gevşetilmesidir.
- Kasların gevşetilmesi ve zihnin rahatlatılması birlikte yapılırsa daha iyi bir sonuç elde edilir.

Kasların ve zihnin gevşetilmesi için;

- ✓ Önce yatakta uzanırken, gözleriniz kapalı olarak tüm bedeninizin rahat olduğunu düşünün,
- ✓ Sizi rahatlatacak bir yerde olduğunuzu zihninizde canlandırın,
- ✓ Başınız ve boynunuzdaki kasların giderek gevşemeye ve rahatlamaya başladığını kendinize telkin edin ve oyle olduğunu hissetmeye çalışın,
- ✓ Bu gevşeme ve rahatlamamanın giderek omuz ve kollarınıza yayıldığını, daha sonra bedeninizin gevşediğini ve rahatladığını, ardından da bacaklarınızın gevşediğini hissedin,
- ✓ Tüm bunlar olurken zihninizin de rahatladığını ve artık giderek uykuya daha rahat bir şekilde dalıp, daha derin uyuyabileceğinizi hissetmeye çalışın,
- Rutin gevşeme programınızı gün içerisindeki diğer zamanlarda da uygulayınız.

İstenmeyen Düşünceler ile Mücadele Etme

- ❖ Uykuya dalmak için fazla uğraşmayınız.
- ❖ Kendi kendinize “Uykuya hazır olduğunda gelecektir, yatakta yatarak gevşemekte uyku kadar güzel ” olduğunu düşününüz.
- ❖ Karanlık odada gözlerinizi açık tutmaya çalışın, göz kapaklarınız doğal olarak kapanmaya çalıştığında kendi kendinize “Buna sadece birkaç saniye daha dayan” deyiniz. Bu işlem uykunun kontrolünü yavaşça ele geçirmenizi sağlar. Kafanıza takılan düşünceleri dikkate almamaya çalışınız. Hoş bir manzarayı gözünüzün önüne getirin ya da birkaç saniyede bir içinizden stres yaratmayan hoşunuza giden uygun bir kelimeyi tekrarlayınız.



HİJYEN NEDİR, NE ÖNEMİ VARDIR?

Sağlığa zarar verecek ortamlardan korunmak için yapılacak uygulamalar ve alınan temizlik önlemlerinin tümü hijyen olarak tanımlanır. Başta kişinin kendi sağlığı olmak üzere, başkalarının da sağlığını korumanın en önemli aracı temizliktir. Sadece beden temizliği değil, kullanılan her şeyi ve her ortamı temiz tutmak da temiz olmanın gereğidir. Sağlığın bozulmasına bağlı olarak da uyku ve yorgunluk sorunları görülebileceğinden vücut temizliğine dikkat etmek son derece önemlidir.

*Kendinize bakım için zaman ayırınız.

*Sağlığınızı koruyucu önlemler alınız.

*Düzenli olarak sağlık kontrollerinizi yaptırınız. Bütün bunlar olası hastalıklardan korunma ve erken tanının belirlenmesinde önemlidir.

Hastanızın Yoğun Bakımı Nedeni ile Kendi Sağlığınızı İhmal Etmeyiniz!!!



***Fiziksel ve Psikolojik
Sağlık için Hijyen Çok
Önemlidir!!!***

Yüz ve Cilt Bakımı

- Uygun vücut temizliği bir çok deri sorununu ve hastalığını önleyici ve ortadan kaldıracı bir önlemdir. Kişisel temizlik alışkanlıklarının önlediği önemli bir sorun vücut kokusudur. Vücut kokusu vücut yüzeyinde bulunan mikropların (bakterilerin) teri parçalamasına bağlı olarak meydana gelmektedir.
- Koku meydana getiren vücut bölgeleri öncelikle ayaklar, kıl köklerinin yoğun olduğu kasık ve koltuk altlarıdır. Her gün banyo yapılamadığı durumlarda koltuk altı önce sabunlu bir bezle, sonra su ile iyice silinmeli ve temizlenmelidir.
- Deri üzerine daha sonra bir deodorant veya ter önleyici uygulanabilir. Deodorantlar kokuyu sadece maskelerler. Bu nedenle temizlik aracı olarak değil, geçici bir uygulama olarak değerlendirilmelidirler.



- Giysilere sinen ter kokusu, beden temizliği yapılsa bile aynı giysinin temizlenmeden tekrar kullanılması halinde kalıcı olur. Özellikle sık yıkanmayan kalın kazaklar kullanılırken bu nedenle özen gösterilmelidir.
- Vücudun terleme oranının artması kokunun da artması anlamına gelecektir. Ancak insan bir süre sonra kendi kokusuna duyarsızlaşır.
- Yoğun bedensel çalışma vücuttan çıkan ter miktarının artmasına neden olur.
- Bedensel etkinliği fazla olmadığı halde, bazı bireylerin ter bezi salgısı fazla olabilir.
- Her sabah yataktan kalkıldığında su ile yüzün yıkanması gerekmektedir.



▪Gece uykudan önce, yüzün yıkanarak temizlenmesi yüz derisi üzerindeki günün kirini arındırır. Cildin doğal kimyasal yapısına uygun sabunlar yüz temizliği için tercih edilmelidir.

▪Ciltte sivilce ve akne oluşumunu önlemek için düzenli olarak her gün cilt temizliğinin yapılması önemlidir. Sivilcelerle oynanmamalı ve geçme diklerinde tedavisi için cilt doktoruna danışılmalıdır.

▪Cildi nemli tutmak için cilde uygun olan nemlendirici kremler kullanılmalıdır ve gerekirse cilt doktoruna danışılmalıdır.

▪Makyaj amacıyla kullanılan maddelerin kaliteli olması çok önemlidir. Bu tür malzemeler yeterince kaliteli olmadığında cildin yıpranmasına, sivilce ve siyah noktaların oluşmasına hatta lekelenmelere yol açabilir. Makyaj yapılıyorsa her akşam yatmadan önce göz çevresinde ve yüzde kullanılan makyaj artıkları uygun krem, solüsyon ya da sabun kullanılarak su ile temizlenmelidir.

▪Cildin genç ve sağlıklı görünmesini sağlamak için; bol sebze ve meyve yenmeli, bol su içilmeli, düzenli ve yeterli uyumalı ve güneşin zararlı etkilerinden korunmak için koruyucu kremler sürülmelidir.

Göz Bakımı

- Çoğu zaman görme keskinliğinin kaybedildiği farkedilmeyebilir. Bu nedenle düzenli aralıklarla göz muayenesi yaptırılmalıdır.



- . Özellikle kontakt lens kullanımında temizlik çok büyük önem taşımaktadır. Bu temizliğe ilk gün nasıl uyuluyorsa kontakt lens kullanıldığı sürece de aynı titizlikle uyulması gerekmektedir.
- Gözde sık çapaklanma, kızarıklık, kaşıntı, ağrı, akıntı vb. olması gözde gelişen bir enfeksiyon gibi bir hastalığın belirtisi olabilir. Bu nedenle gözde bu gibi sorunlar geliştiğinde doktora danışılmalıdır.

Kulak Bakımı



- Kulak temizliğinde kulak arkasının temizliği unutulmamalıdır.
- Kulağın doğal salgısı olan kulak kirinin temizlenmesi için kulak içine herhangi bir cisim sokulmamalıdır. Dış kulak yolunun zedelenmesi tehlikeli iltihaplanmalara ya da kronik sorunlara neden olabilir.
- Kulağa küpe takarken bunun kulakta alerji yapabileceği bilinmelidir. Bu nedenle kullanılacak küpelerin alerji yapma özelliği çok az olan altın ya da gümüşten yapılanları tercih edilmelidir.
- Klipsi olmayan küpe kullananlar kulak memesinde delik açtırmaktadırlar. Bu deliği açarken kullanılan delici aracın ve peşi sıra takılan ip ya da halkanın mutlaka mikropsuz olması gerekir. Aksi takdirde kulak memesinde tehlikeli durumlara yol açabilecek iltihaplanmalar görülebilir.
- Kulak memesine delik açılırken tek kullanımlık aletler kullanılmadığı taktirde bugün için çok yaygın hale gelmiş kan yolu ile bulaşabilen sarılık (hepatit B), AIDS (HIV) gibi, mikropların yol açtığı hastalıklara yakalanma tehlikesi vardır. Doğal olarak bu riskler kulak gibi vücudun başka yerlerine de takılan cildi delici takıların ve işlemlerin (dövme gibi) tümü için geçerlidir.

Saç Bakımı



Saçların temizlik ve düzeni sağlık açısından yararlı olduğu gibi, insanlar arasındaki ilişkilerde ve bireyin kendini iyi hissetmesinde etkisi olan olumlu dış görünüş açısından da önemlidir.

- Sağlıklı saçlara sahip olmak için düzenli biçimde yıkanmak gerekmektedir. Normal bir saçın haftada en az bir ya da iki kez yıkanması, yağlı saçların ise daha sık yıkanması gerekmektedir.
- Saçların yıkanması için kullanılan sabunların ve şampuanların esasını kolay çözünebilir özellikteki yağ eritici bir madde oluşturur. Şampuanlara ayrıca koku, renk ve yoğunlaştırıcı maddeler eklenir. Bu ek maddeler saçlı deride tahrişe yol açabilir.
- Piyasada bulunan şampuanlarda kullanılan bazı maddeler allerjik reaksiyonlara neden olabilir. Bu nedenle şampuan seçiminde, niteliği bilinmeyen maddeler içeren şampuanlardan kaçınılmalıdır.



***Daha Güzel Görünen Sağlıklı
Saçlar İçin Yeterli ve Dengeli
Beslenmeye ve Düzenli
Uyumaya Dikkat Ediniz!!!***

- Saç diplerinde kepek varsa, sık sık çok sıcak olmayan su ve sabunla yıkamak yararlı olabilir. Saçlar bol su ile iyice durulandıktan sonra da kepeklenme önlenemiyorsa bir cilt doktoruna danışılmalıdır.
- Hekim önerisi dışında saçlar için yararlı olduğu ileri sürülen maddeler güvenli olmayabilir. Saç temizliğinde kişisel olarak kullanılan fırça ve taraklar sık aralıklarla sıcak sabunlu su ile yıkanmalı ve durulanmalıdır.
- Saçlar temiz su ile iyice durulandıktan sonra kurutulmadan önce nazik bir biçimde taranmalıdır. Saçların kurulanmasında yumuşak bir havlu kullanılmalıdır. Kurulama işlemi de yumuşak olmalıdır. Eğer sert bir havlu kullanılır ya da çok şiddetli ovulursa saçların uçları çatallanabilir.
- Saçlar elektrikli kurutucularla kurutulabilir. Ancak kurutucunun saça çok yakın tutulmaması gerekmektedir. Bu durumda saçlı deri ve saçlar fazla sıcaktan olumsuz etkilenebilir.



Ağız ve Diş Bakımı

Ağız ve diş sağlığının korunması ağız kokusu, diş çürüğü, diş kaybı, ağız mukozasında iltihaplanma, aft, yeterli beslenememe gibi sorunların önlenmesi açısından önemlidir.

- Diş hastalıkları ve diş sağlığının korunması açısından erken tanı çok önemlidir. Bu nedenle yılda en az iki kez diş hekimine muayene olunması önerilir.
- Diş çürümelerinin önlenmesinde sularda yeterli flor olması, düzenli olarak dişlerin fırçalanması, diş ipi kullanılması gerekir.
- Aşırı asitli ve şekerli yiyecekler mikroorganizmaların etkisini artırır. Bu nedenle bu yiyeceklerden olabildiğince kaçınmak ve bunlar yenildiğinde mutlaka dişlerin düzenli fırçalanmalı ve diş hekimi kontrollerine gidilmelidir.
- Dişler sert cisimlerle karıştırılmamalı, fındık, ceviz vb. kabuklu yiyecekler dişlerle kırılmamalıdır. Bunlar diş minesinin çatlamasına ve bakterilerin etkisinin artmasına neden olur.
- Diş eti hastalıklarının önlenmesinde de diş fırçalama ve düzenli diş hekimi kontrolleri önemlidir. Dişlerde gelişim bozuklukları varsa erken dönemde özel diş hekimliği dallarında uzmanlaşmış birimlere başvurularak gerekli tedavi sağlanmalıdır.

El ve Tırnak Bakımı

Günlük yaşamda en fazla kirlenen organların başında eller gelmektedir. Kirli yüzeylere sürtünen ve dokunan ellerin yıkanmadıkları sürece birer mikrop barınağı olmaya başladığı bilinmelidir. Bu nedenle;

- Ellerin düzenli olarak yıkanması gerekmektedir.
- Olanak bulunan her ortamda eller akar su altında sabunla, el sırtı, avuç içi ve parmak araları köpüklerle kaplanıp 15 saniye ovuşturularak (yavaşça 15'e kadar sayarak bu süre belirlenebilir) yıkanmalı, durulanmalı, başkası tarafından kullanılmamış havlu, kağıt havlu ya da kağıt mendille kurulanmalıdır.
- Su ve sabun bulunmayan yerlerde el temizliği hazır ıslak temizlik mendiliyle yapılabilir.
- Kurulama olanağı yoksa ellerin bir yere sürülmesi yerine havada kendiliğinden kurummasını sağlamak en doğru davranıştır.
- Tırnakların kesilmiş, varsa ojenin eskimemiş olması el temizliği için ön koşuldur. Tırnak cilaları, ojeler ve oje çıkarıcılar mümkün olduğunca az kullanılmalıdır. Çünkü bu maddeler, tırnaklarda kuruluğa ve tırnakların kat kat ayrılmasına, kırılmasına neden olur.
- Eller ve tırnaklar iyi bir el losyonu ile yağlanarak kurumayı önlenmelidir.

Eller Ne Zaman Yıkanmalıdır?

- Yemeklerden önce ve sonra
- Yemek hazırlamadan önce ve sonra
- Diş, ağız, yüz, göz temizliği yapmadan önce
- Tuvalet gereksiniminin giderilmesinden önce ve sonra
- Kirli, tozlu bir işi tamamladıktan sonra
- Kirli, tozlu bir işi tamamladıktan sonra
- Dışarıdan eve ve işe geldikten sonra
- Hasta olan bir yakınımızı ziyaretten sonra
- Yukarıdakilere uyan hiçbir iş yapılmasa dahi gün içinde çeşitli saatlerde her zaman temiz görünecek şekilde ellerin yıkanması gerekir.



Tırnağın etten ayrıldıktan sonraki bölümünün altında kir ve yağ kolayca birikir. Ayrıca burada mikroplar barınabilir, bağırsak parazitlerinin yumurtaları da bulunabilir.

Bu nedenle;

- Tırnakların düzenli kesilmesi, banyo yaparken de tırnak fırçası ile fırçalanarak temizlenmesi gerekir.



Tırnak yemek, bu nedenle de sağlığa zararlı bir alışkanlıktır.

- Tırnaklar kalınlaşmış ve sert ise kesilmeden önce ılık su içinde bekletilerek yumuşatılmalıdır ya da banyo sonrası kesilmelidir.
- Tırnaklar haftada bir kez tırnak makası ile kesilmeli ya da törpü ile boyları kısaltılmalıdır.
- El tırnakları yarım ay biçiminde, ayak tırnakları ise düz olarak kesilir. Ayak tırnaklarının yarım ay biçiminde kesilmesi tırnak batmalarına neden olabilir.
- Doku zedelenmesini önlemek için tırnaklar derin kesilmemelidir.



Ayak Bakımı



Ayaklar her gün çorap ve ayakkabı içerisinde terlediğinden düzenli olarak yıkanmalıdır. Ayaklara uygun bakım yapılmaz ise çevreyi rahatsız edecek kokular, mantar enfeksiyonu, ayak sağlığını bozabilecek nasırlar, çatlaklar, tırnak batmaları, siğiller gelişebilir. Bu sorunlar düzenli olarak ayakların bakımı ve değerlendirilmesi ile önlenabilir.

Bunun için;

- ✓ Ayaklar her gün ılık su ve sabunla düzenli olarak yıkanmalı, her yıkamadan sonra parmak araları havlu hatta saç kurutma makinesi ile iyice kurutularak mantar enfeksiyonları için ortam oluşması önlenmelidir.
- ✓ Ayak havluları ellerin kurulanmasında kullanılmama lıdır.
- ✓ Ayak sağlığı ve temizliği için kullanılan çorap ve ayakkabı da önemlidir. Özellikle çorapların pamuklu olması ve günlük olarak değiştirilmesi gerekmektedir.
- ✓ Çıplak ayakla dolaşılmamalıdır.
- ✓ Ayak nasırları kesilmemelidir.
- ✓ Ayak derisi kuru ise yağlayıcı losyonlar kullanılmalıdır.
- ✓ Eğer ayaklar çok terliyorsa gün içinde düzenli aralıklarla yıkanmalı ve çorap değiştirilmelidir.
- ✓ Küçük ve yanlış ayakkabı seçiminden dolayı ayakların bazı yerlerinde sertleşmeler(nasırlar) oluşur. Bu nedenle ayağı sıkmayan, yumuşak derili, geniş tabanlı, uygun ayakkabılar giyinilmelidir ve her banyodan sonra ayaklara krem sürülmelidir.

Tuvalet Sonrası Beden Temizliği



- Dışkılama sonrası temizlikte doğrudan eller kullanıldığında kirlilik artmaktadır ve etkili yıkama ile dahi eller tam olarak temizlenmemektedir. Bu nedenle dışkılama sonrasında ilk temizliğin, gözle görünür bir kirlilik kalmayıncaya kadar yinelenerek her seferinde kuru temiz tuvalet kağıdıyla, daha sonra yine el değdirilmeden fışkıran suyla ya da ıslatılmış kağıtla yapılması ve bölgenin tuvalet kağıdı ile kurularak temizliğin bitirilmesi en uygundur.
- Özellikle ellerde istenmeyen bir bulaşmanın olduğu durumlarda kullanılan musluk, sifon ya da kapı kolu ve benzeri bir yüzeye dokunmak gerekiyorsa, buralara doğrudan temas yerine tuvalet kağıdı kullanarak dokunmak, tuvalet kağıdının ruloda kalan bölümünü kirletmemek, hem daha sonra kendimizi hem de birlikte ortamı paylaştığımız insanları, dışkı ile bulaştırmamak açısından önemlidir.

Ortam Temizliği

Sağlığınız yaşadığınız ortamın temizliğinden de doğrudan etkilenir.

Bu nedenle;

- Ortamın temizliği olabildiğince sık yapılmalıdır. Kirli zeminleri temizlerken amaç kiri temiz alanlara yaymamak olmalıdır.
- Temizlik gereçleri temizlenen yüzeylelerden her zaman ve kesinlikle daha temiz olmalıdır.
- Önce görünen kirler temizlenir; ileri temizlik, aşamalı olarak uygun sırayla gerçekleştirilir.
- Temizlik sırasında öncelikle sıcak su kullanılır.
- Temizliği yapılan yüzeyleler sonunda kuru olarak bırakılır.
- Kullanılacak malzeme etkili, kullanım amacına ve standartlara uygun olmalıdır.





Yiyecek ve İçeceklerin Temizliği

- Yiyecek ve içecekler hastalık yapıcı mikroplarla bulaşmamış olmalıdır.
- Denetlenmiş, kapalı kaynak suları en emin temiz içme suyudur. Açık su kullanmak güvenli değildir.
- Sular, kaynama başladıktan sonra en az üç dakika daha kaynatılıp soğutulur ve temiz olarak içilebilir. Besin maddelerinde bulunan çok sayıda mikroorganizma, mutfak temizliğinin önemini artırır. Bu nedenle ayrıca özen ister.
- Yemek için gerekli malzemelerin satın alınması ile yemeklerin sunulması arasında depolama, hazırlama, pişirme, bekletmeden servis sonrası temizlik ve bakıma kadar tüm iş akışının mutfakta sağlıklı ortam oluşturmada ayrı ayrı önem taşıdığı unutulmamalıdır.

- Mutfakta iş yapanlar ellerini önceden etkili şekilde yıkamalı, ellerinde kesik ve yara bandı olanlar yiyecek hazırlamamalı, yemek hazırlama sırasında sigara içmemeli, eller saçlar ve buruna temas etmemeli, yemeklerin tadına bakılması gerektiğinde temiz bir kaşık kullanıp sonra hemen yıkamalıdır.
- Besinler alındıktan sonra bekletilmeden buzdolabı ya da dolaplara kaldırılır. Son kullanma tarihleri geçmeden kullanılır.
- Kırık, çatlak ve kirli yumurtalar alınmaz.
- Zedelenmemiş ve beresiz alınmış sebze ve meyvelerdeki toz, toprak, ilaç kalıntıları temiz bol akar suda yıkanır.
- Dondurulmuş besinler sıcak ortamda değil buzdolabında çözülür, çözüldükten sonra tekrar dondurulmaz.
- Dondurulmalarına rağmen gıdalarda çürüme bir ölçüde devam eder. Çözme işlemi sırasında bu süreç hızlanır ve oda ısısında uzun sürede çözülen gıdalar kolaylıkla bozulabilir. Özellikle et, kıyma gibi yiyecekler mikropların üremesi için ideal ortamı oluşturur.

- Bazı buzluk ve derin dondurucuların kapaklarında gıdaların en fazla ne kadar süreyle saklanabileceğine ilişkin bilgi vardır.
- Gıdaların saklanması buna dikkat edilmeli aynı türden gıdaların eski ve yeni üretilmişleri aynı ortamda saklandığında önce eskilerinin tüketilmesine özen gösterilmelidir.
- Besin hazırlama alanlarının temizliği besinler kaldırıldıktan sonra yapılır. Özellikle et suları ya da her çeşit etten yapılmış gıdalarla bulaşmış yüzey, alet ve malzemelerin temizliği çok önemlidir. Bu tür yüzey ve malzemeler iş biter bitmez, hemen soğuk suyla ve sonra da yüksek ısıda su ve deterjan kullanılarak temizlenmelidir. Yüzey temizliği için çamaşır suyu da kullanılabilir.

SAĞLIKLI KALIN



KAYNAKLAR

- 1.Caring for the Caregiver <http://www.ucsfhealth.org/adult/edu/Caregiver.html>
- 2.Kuruoğlu M, Albayrak Y. Yorgunluk-İş Performansına Etkileri ve Önlemler. <http://www.ins.itu.edu.tr>. Erişim Tarihi: 18 Mart 2008.
- 3.What is Fatigue? http://www.stoppain.org/palliative_care/content/fatigue/default.asp. Erişim Tarihi: 18 Mart 2008.
- 4.Thunemann K. Self-Care for for Caregivers—There’s a Brighter Side <http://www.alzwa.org/docs/newsletter/winter04nl.pdf>. Erişim Tarihi: 18 Mart 2008.
- 5.Françoise Mathieu Avoiding Burnout: Key Strategies for helpers and caregivers.http://home.cogeco.ca/~cmc_avoiding_burnout.pdf
- 6.Akgün B. Sağlıklı Beslenme ve Zihinsel Performans http://www.maltepe.edu.tr/destek_birimleri/sks/saglikli_beslenme.pps. Erişim Tarihi: 18 Mart 2008.
- 7.Yıldırım B. Kötü Beslenme Alışkanlıkları. http://www.kastamonu.saglik.gov.tr/anacocuk/internet/sunumlar/halk_egitim/kotu_beslenme.ppt. Erişim Tarihi:18 Mart 2008.
- 8.Aki S. Beslenme ve Egzersiz. [www.anadolusaglik.org/basin/beslenme_egzersiz2 .pdf](http://www.anadolusaglik.org/basin/beslenme_egzersiz2.pdf). Erişim Tarihi:18 Mart 2008.
- 9.Sleep Hygiene: Helpful Hints to Help You Sleep. http://www.umm.edu/sleep/sleep_hyg.htm. Erişim tarihi: 18 Mart 20008.
- 10.Sleep Hygiene. http://www.sleepoz.org.au/files/fact_sheets/AT09%20-%20Sleep%20Hygiene.pdf. Erişim tarihi: 18 Mart 20008.
- 11.Vardar S.A.Egzersiz ve Uyku İlişkisi Tam Olarak Biliniyor mu? <http://www.geneltip.com/ShowContentPdfPopUp.aspx?Lang=Tr&Id=370>. Erişim tarihi: 18 Mart 20008.
- 12.Tuğutlu Z. Vücut Mekanikleri.http://www.20.uludag.edu.tr/~ztugutlu/index_dosyalar/vucut.ppt?ref=bul-indir.info
- 13.Sağlıklı Beslenme.<http://maltepe.edu.tr/destekbirimleri/sks/saglik.Dokuman/sagliklibeslenme.pdf>.
- 14.Boyacıoğlu S. Sağlıklı Beslenme. http://www.geriatri.org/pdfler/Yasli_Beslenmesi.pdf.
- 15.Sağlıklı Yaşam Önerileri.http://www.bilkent.edu.tr/~bilheal/ureme_sagligi/saglikliyasam_onerileri.html.
- 16.Ulusoy F, Görgülü S. Bireysel Hijyen Etkileyen Faktörler Ve Hijyenin Amaçları. Hemşirelik Esasları Kitabı. Cilt:1, 3. baskı,Ankara, 1996,ss: 33-73.

