

T.C.

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

(İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ)

**ONKOLOJİ HASTALARININ EVDE BAKIM
GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ: ÖLÇEK
GELİŞTİRME ÇALIŞMASI**

YASİN AKSOY

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman

Prof. Dr. Yasemin TOKEM

İZMİR-2020

T.C.

İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

(İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ)

**ONKOLOJİ HASTALARININ EVDE BAKIM
GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ: ÖLÇEK
GELİŞTİRME ÇALIŞMASI**

YASİN AKSOY

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman

Prof. Dr. Yasemin TOKEM

İZMİR-2020

KABUL VE ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne;

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
.....Anabilim Dalı Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan
bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : / /

Tez Danışmanı :

*(Ünvanı, Adı Soyadı) (Üniversite) (İMZA)

Üye :

*(Ünvanı, Adı Soyadı) (Üniversite) (İMZA)

Üye :

*(Ünvanı, Adı Soyadı) (Üniversite) (İMZA)

ONAY : Butezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nca belirlenen
yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

(İMZA)

.....
Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini İzmir Katip Çelebi Üniversitesi'ne verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

o Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.

(Bu seçenekte teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etseniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir.)

o Tezimin/Raporumun 30/05/2022 tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını istemiyorum (İç kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç)

(Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.)

o Tezimin/Raporumun..... tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.

o Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi

.... /.... /2020

İmza
YASİN AKSOY

ETİK BEYAN SAYFASI

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Tez Danışmanım Prof. Dr. Yasemin TOKEM danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

21/01/2020
YASİN AKSOY

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimine başladığım günden sonuna kadar her aşamasında destekleyici ve eğitici yaklaşımı ile yalnızca uzmanlık eğitim sürecinde değil hayatıma da ders niteliğinde katkısı olan, sağlık problemi yaşadığım yapamayacağımı düşündüğüm zamanlarda yanımda olmanın yanında tüm yoğunluklarına rağmen son döneme sıkışan çalışma sürecimize katkısı, süpervizörlüğü için değerli hocam **Prof. Dr. Yasemin TOKEM** hocama,

Yüksek lisans eğitim döneminde hayatıma giren sonrasında bütün bir hayatı beraber yürümeye karar veren eşim **Duygu AKSOY** a her anımda motive edici ve yolu yarıda bırakmamam gerektiği konusunda yapıcı desteği konusunda,

Veri toplama sürecinde ve ölçek maddelerinin uzmanlık görüşünde verdiği destekleri için İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Ayaktan Kemoterapi uygulama kliniğini sorumlu hemşiresi ve ekipteki tüm meslektaş hemşire arkadaşlarıma,

İlkokula adım attığım günden bugüne dek maddi manevi desteklerini esirgemeyen annem, babam, kardeşime en içten ve kalbi duygularıyla teşekkür ederim.

YASİN AKSOY

ÖZET

Giriş-amaç: Kronik hastalıklar grubunda yer alan kanser tedavisi açısından ve teşhis edilen bireyin yaşam şeklini etkilemektedir. Son dönemde gelişen tanılama yöntemleri sayesinde tanı koyulamayan birçok vakanın da tanılanmasının da etkisiyle onkoloji hastalarının sayında artış olmuştur.

Gereç-Yöntem: Araştırmanın evrenini, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji kliniğinde yatan ve polikliniğine başvuran tüm onkoloji hastaları oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini belirlenen evren içinden dahil edilme kriterlerine uygun olan rastgele örneklem seçim yöntemi ile seçilen 159 hasta oluşturmuştur. Araştırma verileri; Hastalara ilişkin Demografik Özellikler Formu (EK-1) ve araştırmanın amacına uygun olarak geliştirilen “Onkoloji Hastalarının Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirleme Ölçeği” (EK-2) kullanılarak toplanmıştır. Veri toplama formları araştırmacı tarafından yaklaşık 15-20 dk içerisinde yüz yüze doldurulmuştur.

Açıklayıcı faktör analizi uygulamasından önce, örneklem büyüklüğünün faktör analizi yapma uygun olup olmadığını test etmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi uygulanmıştır. Ancak genel olarak araştırmacılar tarafından tatminkâr olarak düşünülen minimum KMO değeri 0,7’dir. Ayrıca Bartlett küresellik testi sonuçları incelendiğinde, elde edilen ki kare değerinin kabul edilebilir olduğu görülmüştür ($\chi^2(136) = 1711,542$; $p < 0,01$). Araştırmaya katılan katılımcıların 17 maddeden oluşan anket, dört boyut altında toplanmıştır. Bu boyutlar “**Fiziksel sorunlara ilişkin gereksinimler**”, “**Psikolojik sorunlara ilişkin gereksinimler**”, “**Semptom boyutunda gereksinimler**” ve “**Tedavi boyutunda gereksinimler**” dir.

Bulgular: Ölçeklerin güvenilirliğini test etmek amacıyla “Güvenilirlik Analizi”, yapı geçerliliği test etmek için “Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA)”, ve Amos programı kullanılarak “Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)” yapılmış, verilerin normal dağılım göstermesi nedeniyle Maksimum Likelihood hesaplama yöntemi kullanılmıştır ve elde edilen sonuçlar yorumlanmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeğin içsel tutarlılığına ilişkin Cronbach's Alpha güvenirlik katsayısı hesaplanmıştır. Ölçek

genelinin Cronbach's Alpha güvenirlilik katsayısı 0,850 olarak bulunmuştur. Ölçeğin onkoloji hastalarının evde bakım gereksinimlerini tanımlama açısından yüksek güvenirlilik düzeylerine sahip olduğu söylenebilir.

Sonuç: Onkoloji hastalarının evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesi açısından yüksek geçerliliğe sahip bir lek olduğu bulunmuştur. lek onkoloji hastalarının evde bakım gereksinimlerini tanılamada kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Evde bakım, onkoloji hastalar, lek geliştirme.



ABSTRACT

Introduction-Objective: Cancer diseases in the chronic diseases group affect treatment and lifestyle of the diagnosed individual. The number of oncology patients has increased due to the diagnosis of many cases that cannot be diagnosed.

Materials and Methods: The population of the study consisted of all oncology patients admitted to the outpatient clinic of the Medical Oncology Clinic of Atatürk Training and Research Hospital, İzmir Kâtip Çelebi University. The sample of the study consisted of 159 patients who were selected by random sample selection method which was in accordance with the inclusion criteria. Data Collection tools are Demographic Characteristics Form and Home Care Needs Assessment Scale of Oncology Patients developed in accordance with the aim of the study.

Before the exploratory factor analysis, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) test was applied to test whether the sample size was suitable for factor analysis. However, the minimum KMO value which is generally considered satisfactory by the researchers is 0,7. In addition, when Bartlett sphericity test results were examined, it was found that the chi-square value obtained was acceptable ($\chi^2 (136) = 1711,542$; $p < 0,01$). The 17-item questionnaire of the participants was developed on the basis of four dimensions. In this context, exploratory factor analysis was conducted to reveal the factor pattern of the instrument. In order to reveal the factor pattern of the scale, principal components analysis was used as the factorization method and varimax was chosen as the vertical rotation method.

Results: “Reliability Analysis amacıyla was used to test the reliability of the scales,” Explanatory Factor Analysis (AFA) için and “Confirmatory Factor Analysis (DFA) kullanılarak were used using Amos program and Maximum Likelihood calculation method was used due to the normal distribution of the data. The results obtained were interpreted. Cronbach's Alpha reliability coefficient was calculated for the internal consistency of the scale used in the study. Cronbach's Alpha reliability coefficient of the overall scale was found to be 0,850. It can be said that the scale has high reliability levels in terms of health sciences. As a result, it is possible to say that

the results obtained from the data produced by high reliability scales will be consistent and stable.

Keywords: Home care, oncological diseases, scale development.



İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....	iv
ETİK BEYAN SAYFASI.....	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET.....	vii
ABSTRACT	ix
İÇİNDEKİLER	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR	xiv
ŞEKİLLER VE TABLOLAR	xv
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Amaç	3
1.3. Araştırmanın Önemi	3
1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Onkolojik Hastalıklar	5
2.1.1. Epidemiyoloji.....	5
2.1.2. Patogeneze	5
2.1.3. Etiyoloji ve Risk Faktörleri.....	6
2.1.4. Klinik Belirtiler	7
2.1.5. Tanı	8
2.1.6. Tedavi	9
2.1.6.1. Cerrahi	9
2.1.6.2. Kemoterapi	10
2.1.6.3. Radyoterapi	11
2.1.6.4. Hormonal Tedavi.....	11
2.1.6.5. Hedefe Yönelik Tedavi	11
2.1.6.6. İmmünoterapiler	12
2.1.7. Palyatif Bakım.....	12
2.1.8. Prognoz.....	12

2.1.9. Önleme	13
2.2. Evde Bakım Tanım ve Tarihçesi	18
2.2.1. Evde Bakımın Amacı	19
2.2.2. Evde Bakımın Yararları	21
2.2.3. Evde Bakım Tarihçe	22
2.2.4. Ülkemizde Evde Bakım Hizmetleri Organizasyonu	24
2.3. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetleri ile İlgili Mevzuat	24
2.3.1. Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri.....	26
2.4. Evde Bakım Hizmeti ve Kapsamı	27
2.5. Kronik Hastalarda Evde Bakım ve İzlem	30
2.5.1. Kronik Hastalık Kavramı ve Önemi.....	30
2.5.2. Kronik Hastalıklarda İzlem	31
2.5.2.1. Kanser ve İzlem.....	32
2.5.2.2. Risk Faktörleri ve Belirtiler.....	32
2.5.2.3. Tanı ve Tedavi.....	32
2.5.2.4. Onkoloji Hasta İzleminde Evde Yönetimi Etkileyen Durumlar	34
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	41
3.1. Araştırmanın Türü	41
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	41
3.3. Araştırmanın Evreni	41
3.4. Araştırmanın Örneklemi.....	41
3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	41
3.6. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri	41
3.7. Veri Toplama Araçları.....	42
3.8. Pilot Çalışma Analizleri	43
3.9. Araştırma Etiği	45
3.10. Verilerin Analizi.....	46
4. BULGULAR	47
5. TARTIŞMA	58
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	63
KAYNAKLAR	65
EKLER.....	69
EK-1 HASTALARA İLİŞKİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER FORMU	69

EK-2 ONKOLOJİ HASTALARININ EVDE BAKIM GEREKSİNİMLERİNİ BELİRLEME ÖLÇEĞİ	70
EK-3 ETİK KURUL ONAYI.....	72
EK-4 UYGULAMA İZNİ.....	73
ÖZGEÇMİŞ.....	75



SİMGELER ve KISALTMALAR

HPV: Human Papilloma Virüsü

EBV: Epstein-Barr Virüsü

TNM: Tümör Nod Metastaz

ABD: Amerika Birleşik Devleti

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GGK: Gizli Gaita Kanı

AFA: Açıklayıcı Faktör Analizi

DFA: Doğrulayıcı Faktör Analizi

KMO: Kaiser-Meyer-Olkin

Ki kare/ Degrees of Freedom (X^2/SD)

Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA): Yaklaşık hataların ortalama karekökü

Comparative Fit Index (CFI): Karşılaştırmalı Uyum İndeksi

Normed Fit Index (NFI): Normlaştırılması Uyum İndeksi

NNFI: Normlaştırılmamış Uyum İndeksi

Root Mean Square Residual (SRMR): Standardize Ortalama Hataların Karekökü

Goodness of Fit Index (GFI): Uyum İyiliği İndeksi

Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI): Ayarlanmış Uyum İyiliği İndeksi

ŞEKİLLER ve TABLOLAR

Tablo 1: Yetişkinlerde Kronik Ağrı Sebepleri

Tablo 2: Ağrı tedavisini etkileyen hastaya ait faktörler

Tablo 3: Katılımcıların tanımlayıcı istatistikleri

Tablo 4: Araştırmada test edilecek onkoloji hastalarının evde bakım gereksinimlerini belirleme ölçeğinin güvenirlik sonuçları

Tablo 5: Ölçek Puanlama ve Değerlendirme Kriterleri

Tablo 6: Katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımları

Tablo 7: Ölçek Boyutlarına Yönelik Faktör Analizi Sonuçları

Tablo 8 : Ölçeğin Genel ve Boyutlarının Güvenilirlik Katsayısı

Tablo 9: Anket Boyutlarına Yönelik Güvenilirlik Analizi Düzeltilmiş Madde Toplam Korelasyon Değerleri

Tablo 10 : Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Bulgular

Tablo 11: Ölçeğe İlişkin Yapılan Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonucu Elde Edilen Faktör Yükleri

Tablo 12: Onkoloji Hastalarının Evde Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeğine İlişkin Altboyutların ve Ölçek Genelinin Dağılımı

Şekil 1: Ölçeğin Birinci Düzey Çok Faktörlü Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Model

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kronik hastalıklar grubunda yer alan kanser hastalıkları tedavi açısından ve tanı konulan bireyin yaşam şeklini etkilemektedir. Son dönemde gelişen tanılama yöntemleri sayesinde tanı koyulamayan birçok vakanın da tanılanmasının da etkisiyle onkoloji hastalarının sayında artış olmuştur (WHO, 2010).

Bireylerin sosyoekonomik düzeyi, strese karşı cevaplama yöntemleri hastalıkların seyri ve kabullenme sürecini etkilemektedir. Bu sebeplerle kanser hastalarının duygusal, fiziksel açıdan yaşadıkları değişiklikleri yönetimi zor olmaktadır. Ailenin de içinde olduğu bütüncül bir yaklaşım gerektiren sağlık ekibinden hekim, hemşire, psikolog, sosyal çalışmacı ve diğer üyeler ile ele alınması gerekir.

Gelişen tedavi ve tanılama yöntemleri yaşam süresinin uzamasına katkı sağladığı gibi bazı sorunları da yanında getirmiştir. Bunlar kanser hastalıkları gibi hastalıkların kontrol sürecine katkı sağladığı gibi semptomların yönetimi, değişen fizyolojinin vücuda verdiği zararlarla birlikte bireyin günlük yaşam aktivitelerini yürütmekte zorlanmasına kadar götürmektedir. Bu durum bireyin taburculuk sonrası evde bakımın yürütülmesi gibi bir durumu ortaya çıkarmaktadır. Bu sürecin yanlış yönetilmesi hem bireyi hem de aileyi kötü etkilemektedir. Kronik sürece uyum sadece bireyle değil ailenin de içinde olduğu bir süreci kapsamaktadır (Durna Z. ve Oğuz G., 2018).

Kanser normal hücre oluşumunun kontrolsüz biçimde çoğalmasıyla bulunduğu bölgeye zarar vererek ortaya çıkan ilerleyen safhalarda uzak dokulara kadar yayılabilen bir fizyolojik oluşumu içermektedir (WEB_3) Bu ilerleyen ve durdurulamayan hücresel çoğalma ve doku harabiyeti ile birlikte birçok ikincil durumlara sebebiyet verebilmektedir

Dünya sağlık örgütüne göre, dünyada geçtiğimiz her dönemde 6 milyondan fazla kişi onkolojik hastalıklara yakalanmaktadır. Türkiye'de ise Sağlık Bakanlığı Kanser Daire Başkanlığı verilerine göre 1983 yılında 9868 onkolojik vakaya

rastlanırken, bu rakam 2000'li yılların başından itibaren 22000 olduğu saptanmıştır. Ancak son yıllarda yaklaşık yılda 90000-100000 dolayında yeni kanser vakasını eklendiği ön görülmektedir (WHO, 2000).

Gelişen teknoloji tedavi, tanı yöntemlerinin gelişmesi ve bireylerin kanser ile ilgili bilinçlenmesi her geçen gün yeni ilaçların tedavi sürecine girmesine sebep olmuştur. Artan vaka sayısı ve gelişen tanılama yöntemleri ile ülkemizde de bu alanda arayışları arttırmıştır. Kanser de üç şekilde tedavi sağlanmaktadır; kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi tedavidir. Bu tedavilerden en sık kullanılan ve neoplastik hastalık sürecini yavaşlatan ya da durduran kemoterapidir. Kemoterapi hastane, poliklinik ortamında başlayıp ev ortamında devam edebilmektedir. Kanserde tedavi yöntemleri her ne kadar geliştirilse de kontrolsüz çoğalan hücreleri durdurduğu gibi diğer normal oluşum sürecindeki hücreleri de etkilemektedir. Bu durum beraberinde tedavinin birçok yan etkisini de getirmektedir. Yan etkilerle birlikte hastalığın seyri, bireyin tepkisi ve ailenin bakım yükü tamamen etkilenmektedir. Bu süreçte evde semptom yönetimi ve bakım süreci devreye girmektedir. Fizyolojik olarak vücudun tepkisiyle birlikte doğal olarak bireyin de duruma psikolojik yanıtı oluşmaktadır. Bakım veren birey ya da bireylerinde zaman içerisinde süreci yönetirken zarar gördüğü, kronik bir bakım yükünün ortaya çıktığı bir tablo oluşmaktadır (Durna Z. ve Oğuz G., 2018, Akdemir N. ve ark., 2011)

İnsanın sağlığını koruması, sağlık kuruluşunda başlayan tedaviyi evde devam ettirmek önemlidir. Evde sağlık ve bakım ya da farklı bir ifadeyle bakım verenlerin ve hasta yakınlarının da katıldığı evde sağlık hizmetleri hastanın semptom yönetiminde, hasta yakınlarının ve bakımı ile görevli bireylerin yükünü azaltmak amacıyla evde sağlık ve bakım hizmet çeşitliliği konusunda çalışmalar yapılmaktadır. Evden hastaneye geçiş süreci başladığı andan itibaren evde bakım ve semptom yönetimi özellikle nörolojik, onkolojik hastalıklılarda karşılaşılmaktadır. Nörolojik hastalıklarda hastalar %50 'sinde entellektüel yetenekleri ve bireysel bakım yönetiminde kayıp yaşadığı için evde de tedavi ve bakımın yürütülmesi önemlidir (Durna Z. ve Oğuz G., 2018, Akdemir N. ve ark., 2011). Bunların dışında bakım verenine bağımlı olan hastalar vardır ve bu gruptaki yatağa bağımlı hastaların bakımı ve hastane sonrası evde bakımını yönetmek çok dikkatle yürütülmesi gerekirken

başka sorunları da beraberinde getirmektedir. Bunlar evde sağlık ve bakım devamlılığını yürütmek için ev ortamını hastaya göre planlarken başlanılan süreci yönetirken zorlanmakta ve bakım yükü diye adlandırdığımız durum ortaya çıkmaktadır. Yük, özellikle hasta yakınlarını ya da hastanın bakımı ile sorumlu kişilerin üstlendiği bakım yönetiminde ortaya çıkan sorunların genel olarak başlıklanmasıdır. Bunlar; psikolojik, fizyolojik, ekonomik, sosyal ve ekonomik sorunlar gibi aileyi ve bakımı bir girdaba girercesine kişilerin kendini çaresiz hissettikleri süreçtir. Kronik bakım gereksinimi olan hastalarda ortaya çıkan bu sorunlar ve süreç kanserli hastalarda da görülmektedir. Son zamanlarda artan kanserli hasta sayısı ile birlikte evde bakım, semptom yönetimi ve bakım veren bireylerin sorumluluklarında sosyal hayatlarında değişen durumlarla beraber zorluklar oluşmaktadır. Bu sebeple onkoloji hastalarının bakım planlamaları, ve bu bakım sürecinde yakınları ile bakımından sorumlu olan kişilerin çaresiz dönem olarak gördükleri bakım yükünde bireylerin bilgilendirilmesinde hemşirenin büyük bir sorumluluğu bulunmaktadır (Akdemir N. ve ark., 2011).

1.2. Amaç

Bu araştırmanın amacı; onkoloji hastalarının evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesine yönelik ölçek geliştirmektir.

1.3. Araştırmanın Önemi

İnsanın sağlığını koruması, sağlık kuruluşunda başlayan tedaviyi evde devam ettirmek önemlidir. Evde sağlık ve bakım ya da farklı bir ifadeyle bakım verenlerin ve hasta yakınlarının da katıldığı evde sağlık hizmetleri hastanın semptom yönetiminde, hasta yakınlarının ve bakımı ile görevli bireylerin yükünü azaltmak amacıyla evde sağlık ve bakım hizmet çeşitliliği konusunda çalışmalar yapılmaktadır.

Evden hastaneye geçiş süreci başladığı andan itibaren evde bakım ve semptom yönetimi özellikle nörolojik, onkolojik hastalıklılarda karşılaşılmaktadır. Nörolojik hastalıklılarda hastalar %50 'sinde entellektüel yetenekleri ve bireysel bakım yönetiminde kayıp yaşadığı için evde de tedavi ve

bakımın yürütülmesi önemlidir. Bakıma ihtiyaç duyma, bakım veren birey haline gelme seçilemez ve beklenemez bir durumdur. Diğer kronik hastalıklara oranla hastaneye yatışların sık olmasından kaynaklı hastaların öz bakımlarını ne kadar yerine getirebildikleri son derece önemlidir. Ayrıca yaşam kalitesini fazla oranda etkilemesinden dolayı bu hastalıklarda evde bakım gereksinimlerinin ve karşılanma düzeylerinin belirlenmesi çok önemlidir. Bu amaçla çalışmamızın, onkoloji hastalarının evde gereksinim duydukları sağlık ve bakım ihtiyaçlarının düzeyleri ve karşılanması için oluşturulabilecek sağlık bakım sisteminin düzenlenmesine yönelik çalışmaların yapılabilmesi için oldukça önemli olduğu düşünülmektedir (Durna Z. ve Oğuz G., 2018).

1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın tek merkezde yapılması ve zamanın kısıtlı olması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmuştur.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Onkolojik hastalıklar

Kanser, vücutta bulunan hücrelerin bazılarında kontrolsüz şekilde çoğalma sebebiyle ortaya çıkan hastalıkların ortak adıdır. Kökeni yengeç anlamına gelen Yunanca *karkinos*, Latince *cancer* sözcükleri olan kanser kelimesi tek bir hastalığı ifade etmez; birbirinden oldukça farklı birçok hastalığı kapsayan ortak bir başlık diyebiliriz. İnsan vücudunda yer alan birçok dokudan kanser gelişebilmektedir. Kanser türleri, köken aldıkları doku ve patolojik özelliklerine göre sınıflandırılır ve tedavi yaklaşımları belirlenir (Ferlay vd., 2012).

2.1.1. Epidemiyoloji

Kanser, dünya genelinde önemli bir sağlık sorunudur ve kardiyovasküler hastalıklar ile birlikte en önemli ölüm nedenleri arasında yer alır. 2012 yılı verilerinde dünyada yılda 14 milyon yeni karşılaşılan kanser vakası saptanmakta ve 8,8 milyon insan onkolojik hastalıklara bağlı olarak hayatını kaybetmektedir (Ferlay vd., 2012). Ülkemizde, 2014 yılı verilerine göre yılda yaklaşık 160 bin kişi kanser tanısı almış ve yaklaşık 80 bin kişi kanser nedeniyle hayatını kaybetmiştir (TÜİK, 2014). Bütün ölüm sebepleri arasında ise onkolojik hastalılar, kalp-damar hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır. Ülkemizde en sık görülen kanser türleri erkeklerde akciğer, prostat, kalın bağırsak; kadınlarda ise meme, tiroid ve kalın bağırsak kanserleridir (TÜİK, 2014; Hacıkamiloglu vd., 2017). Kanser görülme sıklığı yaşla birlikte artmakta ve kanser vakalarının yaklaşık %50'si ve kansere bağlı ölümlerin %70'i 65 yaş üstü bireylerde görülmektedir (Lichtman, 2006).

2.1.2. Patogenezi

Vücudumuz milyarlarca hücreden oluşmaktadır. Hücrelerin çekirdeğinde yer alan deoksiribonükleik asit (DNA) molekülü, birçok hücresel işlevin kontrolünde merkezi rol oynar. Hücrelerin gerektiğinde çoğalması ve gerektiğinde ise çoğalmayı durdurması vücudun sağlıklı işleyişi için çok önemlidir. Bu işleyiş DNA tarafından kontrol edilir. Örneğin cildimizde bir yara oluştuğu zaman, hücre bölünmesi uyarılarak yaranın kapanması sağlanır ve yara iyileşmesi tamamlandıktan sonra

hücrelerin bölünmesi durur. Benzer şekilde kemik iliğimizde vücudun ihtiyacını karşılayacak şekilde sürekli kan hücreleri üretilir; mide ve bağırsaklarımızı kaplayan epitel hücreleri düzenli olarak yenilenmektedir. Fakat hücre DNA'sında oluşan bozulmalar, bazı durumlarda hücrelerin bölünme kontrolünün DNA tarafından sağlanmasını engeller ve bu hücreler kontrolsüz olarak çoğalarak kansere neden olabilir. Kanser hücreleri çoğalarak köken aldıkları organın fonksiyonunu sürdürmesini engeller, ilerleyen aşamalarda kan (hematojen) veya lenf sıvısı yoluyla (lenfojen) diğer organlara yayılım (metastaz) gösterir ve diğer organların fonksiyonlarını da bozabilir (Lichtman, 2006).

2.1.3. Etiyoloji ve Risk Faktörleri

Kanser oluşumunda, maruz kalınan çevresel faktörler ve kişinin genetik yapısı rol oynamaktadır. Hücre DNA'sında bozulmaya yol açarak kanser riskini arttıran faktörlere “karsinojen” adı verilmektedir. Karsinojenler fiziksel (ultraviyole ışınlar, iyonlaştırıcı radyasyon), kimyasal (tütün dumanı, asbest, arsenik, radon gazı gibi maddeler) veya biyolojik (bazı virüsler, bakteriler ve parazitler) faktörler olabilmektedir (Lichtman, 2006).

Sigara ve diğer tütün ürünlerinin kullanımı kanser gelişimi için en önemli risk faktörüdür. Sigara içme süresi ve miktarı arttıkça kanser riski artmakta, sigara kullanımı bırakıldıktan sonra ise kanser riski azalmaktadır. Sigara dünya genelinde kansere bağlı ölümlerin üçte birinden sorumludur (Oppeltz ve Jatoi, 2011). Sigara birçok kanser türünün gelişmesinde rol oynar. Sigara ile ilişkili kanserler arasında en çok ölüme neden olan kanser türü akciğer kanserleridir ve akciğer kanserlerinin %90'ı sigara kullanımına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Sigara ile ilişkili olarak sık görülen diğer kanser türleri arasında gırtlak, ağız, yemek borusu, mide, mesane, böbrek, karaciğer, pankreas ve rahim ağzı kanserleri sayılabilir (Oppeltz ve Jatoi, 2011).

Alkol kullanımı, ağız boşluğu, yutak, gırtlak, yemek borusu ve karaciğer kanseri risklerini arttırmaktadır; sigara ile birlikte kullanıldığında kanser riski daha da artmaktadır (Stewart ve Wild, 2014). Asbest, bazı ağır metaller (arsenik, krom, nikel, kadmium gibi), kömür katranı, silika tozu, radon gazı gibi zararlı maddelere

mesleki veya çevresel olarak maruz kalınması başta akciğer kanseri olmak üzere çeşitli kanser türlerine neden olabilmektedir. Sıcak ve nemli ortamlarda uygunsuz olarak depolanan bazı gıdalarda küflenme sonucu ortaya çıkan aflatoksinler, karaciğer kanserine neden olabilmektedir. Güneş ışığında bulunan ultraviyole radyasyon özellikle açık ten rengi olan kişilerde cilt kanseri gelişimi riskini arttırmaktadır (Stewart ve Wild, 2014).

Bazı enfeksiyonlar çeşitli kanserlerin gelişimine neden olabilmektedir. Hepatit B ve C virüsleri karaciğer kanserine, insan papilloma virüsü (*human papilloma virus* - HPV) kadınlarda rahim ağzı kanserine, *Epstein-Barr* virüsü (EBV) lenf dokusu ve mide kanserlerine, *Helicobacter pylori* bakterisi mide kanserine neden olabilmektedir. Beslenme alışkanlıkları çeşitli kanserlerin riskini arttırabilmektedir. Örneğin aşırı tuzlu veya tütülenmiş gıdalar, nitrit/nitrat içeren işlenmiş et ürünleri mide kanseri riskini arttırabilmektedir. Yine kızartma, ızgara gibi yüksek sıcaklıklarda fazla pişirilmiş et tüketimi kolon kanseri gibi bazı kanserlerin riskini arttırmaktadır (Stewart ve Wild, 2014).

Yaş, genel olarak kanser gelişimi için önemli risk faktörlerinden birisidir. Meme, akciğer, kolon ve prostat kanseri gibi sık görülen birçok kanser türünün görülme sıklığı, yaş ilerledikçe artar ve yaşlılarda daha sık görülür.

Obezite birçok kanser için bir risk faktörüdür. Obez bireylerde meme, rahim, kolon, pankreas kanseri gibi çeşitli kanserler daha sık görülmektedir. Genetik faktörler, kanser gelişiminde önemli role sahiptir. Tanımlanmış bazı genetik mutasyonlar kansere yatkınlık yaratmakta ve bu mutasyonlar sonucunda aile bireylerinde nesilden nesile aktarılan “kalıtsal kanser sendromları” ortaya çıkmaktadır. Örneğin, Herediter meme over (yumurtalık) kanseri sendromu, BRCA1 ve BRCA 2 mutasyonları sonucunda ortaya çıkmakta ve kadınlarda erken yaşta meme ve over kanseri görülmesine neden olmaktadır (Stewart ve Wild, 2014).

2.1.4. Klinik belirtiler

Kanserde görülmesi beklenen klinik belirtiler, kanserin türüne göre değişiklik göstermektedir. Sık görülen kanser türlerini sıralarsak (JCOAH Home Cre services standarts 1987);

- Akciğer kanseri iyileşmeyen öksürük, kanlı balgam, nefes darlığı, göğüs/sırt ağrısı, daha ileri aşamalarda metastaza bağlı kemik ağrısı, baş ağrısı veya nöbet,
- Meme kanseri memede veya koltuk altında fark edilen şişlik, meme başında çekilme, memede kanlı akıntı, meme cildinde iyileşmeyen yara, metastaz olması durumunda kemik ağrısı, baş ağrısı veya nöbet,
- Kolon ve rektum kanseri dışkılama esnasında zorlanma, dışkılama alışkanlıklarında değişiklik, kanlı gayta, kansızlık, karın ağrısı, karaciğer metastazı gelişmesi halinde sarılık,
- Mide kanseri midede yanma, karnın üst bölgesinde ağrı, iştahsızlık, kilo kaybı, kansızlık,
- Prostat kanseri idrar yaparken zorlanma, kanama, bel-sırt ağrısı,
- Rahim ve rahim ağzı kanserleri normal dışı vajinal kanama,
- Cilt kanserlerinde mevcut benlerin boyutunun büyümesi, renginin koyulaşması, kanamaya ya da kaşınmaya başlaması, yeni ve sınırları düzensiz benlerin çıkması ya da iyileşmeyen cilt yaraları gibi belirtiler ve bulgulara neden olabilmektedir.

2.1.5. Tanı

Klinik belirtiler ile başvuran hastalarda şüphelenilen kanser türüne yönelik radyolojik testler (ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans gibi) ve kan tetkikleri yapılır. Eğer kanser tanısını destekleyen bulgular elde edilir ise tanı için o dokudan ya biyopsi ile örnek alınır ya da kanserli doku ameliyat ile çıkarılır. Elde edilen doku örneğinin patolojik incelemesi ile ancak kanserin kesin tanısı konulur. Patolojik incelemede dokudan alınan ince kesitler gerekli boyama işlemlerinden sonra mikroskop altında incelenir, gerekli hallerde ileri moleküler testler uygulanır. Böylece kanserin türü ve çeşitli özellikleri hakkında bilgi sahibi olunur (JCOAH Home Cre services standarts 1987).

Bunların dışında, tarama programları dahilinde yapılan testlerde, kişide farklı bir amaçla yapılan bir ameliyat sırasında, radyolojik tetkikte ya da kan tetkiklerinde rastlantısal olarak da kanser tanısını düşündüren bulgular saptanarakta tanı konulabilmektedir. Kanser tanısı patolojik olarak konulduktan sonra önemli bir

aşama, kanserin evresinin belirlenmesidir. Kanser evresi, genel olarak yayılım miktarını ifade eder. Evre, uygulanacak tedavi planının belirlenmesinde çok önemlidir. Farklı kanser türleri için çeşitli evreleme sistemleri bulunmaktadır. En sık kullanılan evreleme sistemi TNM sistemidir. Bu sistemde T (tümör) primer tümörün boyutunu ve çevresindeki dokuları etkileme miktarını, N (nod) tümörün komşuluğunda yer alan lenf bezlerinde yayılım durumunu, M (metastaz) ise uzak bir organda yayılım olup olmasını ifade eder. Farklılıklar bulunmakla birlikte genel olarak TNM sistemine göre kanserler dört evrede sınıflandırılır. Genellikle evre I bulunduğu organa sınırlı, evre II boyutu biraz daha büyük veya lokal lenf nodlarında az miktarda tutulum olması, evre III lokal olarak ilerlemiş ve/veya lokal lenf nodlarına fazla miktarda yayılmış, evre IV ise uzak organlara yayılım (metastaz) göstermiş kanserleri ifade eder. Evre 0 kanserler ise henüz gerçek anlamda kanserleşmemiş fakat kansere ilerleme riski bulunan **insitu** kanserleri tanımlamak için kullanılır (Young T. And Busgeeth 2010).

2.1.6. Tedavi

Kanser tedavisi multidisipliner bir ekip tarafından yapılmalıdır. Bu ekipte medikal onkoloji, cerrahi, radyasyon onkolojisi, radyoloji, patoloji, nükleer tıp, gerekli hallerde psikiyatri, diyet ve beslenme, fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümlerinden uzmanlar yer almalıdır. Kanserde uygulanacak olan tedavi kanserin türüne ve evresine göre belirlenir. Erken evredeki kanserlerde tedavi ile kanseri iyileştirmek (küratif tedavi) amaçlanırken, metastaz yapmış kanserlerde genellikle tedavi ile hastalığın semptomlarını kontrol etmek, yaşam süresini uzatmak ve yaşam kalitesini korumak (palyatif tedavi) amaçlanmaktadır. Tedavi seçenekleri cerrahi, radyoterapi, kemoterapi, hedefe yönelik tedaviler, immünoterapiler, hormon tedavileri ve radyoterapi olarak sınıflandırılabilir (Young T. And Busgeeth 2010).

2.1.6.1. Cerrahi

Cerrahi yöntem, solid organ kanserlerinin tedavisinde vazgeçilmez bir tedavi yöntemidir. Metastaz olmaması halinde, tümörün cerrahi ile tamamen çıkarılması birçok kanser türünde iyileşme sağlamaktadır. Gerekli hallerde metastazı olan hastalarda semptomların giderilmesi yani palyasyon amacıyla da cerrahi

uygulanabilmektedir. Lenfoma, lösemi gibi hematolojik kanserlerde cerrahi tedavi uygulanmamaktadır.

2.1.6.2. Kemoterapi

Kemoterapi, kanser hücrelerinin yok edilmesi amacıyla kullanılan çeşitli ilaçlara verilen isimdir. Genel olarak hücre çoğalmasını engelleyerek etki gösterirler. Kanser hücreleri normal hücrelerden daha hızlı çoğalmaları nedeniyle, kemoterapinin etkisine daha duyarlıdırlar. Damar veya ağız yoluyla uygulanabilen kemoterapi ilaçları kan yoluyla kanserli hücrelere ulaşır. Cerrahi ve radyoterapiden farklı olarak etkisi sadece bir bölgeyle sınırlı değildir, vücuda yayılmış olan kanser hücrelerine kan dolaşımı ile ulaşarak etki gösterir. Kemoterapi kanserin türü, evresi, hastanın yaşı, eşlik eden hastalıkları gibi faktörler göz önünde tutularak planlanır. Kemoterapi tek bir ilaç veya birden çok ilacın kombinasyonu şeklinde uygulanabilir. Kemoterapi seansları, genellikle bir, iki veya üç haftalık aralıklarla uygulanır. Kemoterapi, medikal onkoloji kliniklerinde planlanır ve uygulanır (Boyes A, Girgis A. Ve Lecathelanais C. 2009).

Kemoterapi, kanser tedavisinde çeşitli amaçlarla uygulanabilmektedir:

- **Adjuvan kemoterapi:** Ameliyat ile kanserli doku çıkarıldıktan sonra, kanserin nüks etmesini engellemek amacıyla uygulanır.
- **Neoadjuvan kemoterapi:** Ameliyat öncesi kanserin küçültülerek cerrahi için daha uygun hale getirilmesi amacıyla uygulanır.
- **Küratif kemoterapi:** Kanserın tamamen yok edilmesi amacıyla uygulanır. Lenfoma, akut lösemi, testis kanseri gibi bazı kanser türlerinde sadece kemoterapi uygulaması ile tamamen iyileşme sağlanabilmektedir.
- **Palyatif kemoterapi:** Uzak organ metastazı yapmış kanserlerde veya cerrahinin uygun olmadığı durumlarda, tamamen iyileşme sağlanamasa da yaşam süresini uzatmak, semptomları gidermek ve yaşam kalitesini korumak amacıyla yapılan kemoterapi uygulamasıdır.

2.1.6.3. Radyoterapi

Radyoterapi, yüksek enerjili radyasyon ışınlarının tümör hücrelerini yok etmek amacıyla kullanılması esasına dayanır. X ışınları, gamma ışınları gibi radyasyon çeşitleri kullanılarak uygulanan radyoterapi, tümör hücrelerinde DNA hasarı oluşturarak bu hücrelerin ölmesine neden olur. Tümör hücreleri, normal hücrelere göre daha hızlı çoğalmaları nedeniyle radyasyona karşı daha hassastırlar. Radyoterapi, radyasyon onkolojisi kliniklerinde planlanır ve uygulanır (Boyes A, Girgis A. Ve Lecathelanais C. 2009).

Radyoterapi kanser tedavisinde çeşitli amaçlarla kullanılabilmektedir:

- **Adjuvan radyoterapi:** Ameliyat sonrası, tümörün çıkarıldığı bölgede kalmış olabilecek tümör hücrelerinin öldürülmesi ve böylece kanserin nüks riskinin azaltılması amacıyla uygulanır.
- **Neoadjuvan radyoterapi:** Ameliyat öncesi, tümörün boyutunun küçültülerek ameliyat için daha uygun hale getirilmesi amacıyla uygulanır.
- **Küratif radyoterapi:** Ameliyatın uygun olmadığı veya ameliyatın yan etkileri nedeniyle tercih edilmediği durumlarda, kanserin tedavisi amacıyla uygulanır.
- **Palyatif radyoterapi:** Primer tümör veya metastazlara bağlı olarak görülen ağrı gibi yakınmaların giderilmesi amacıyla uygulanır.

2.1.6.4. Hormonal Tedaviler

Bazı kanser türleri çoğalmak için hormonlara ihtiyaç duyar. Örneğin prostat kanserinde testosteron, meme kanserlerinin bazı türlerinde östrojen hormonları kanser hücrelerinin çoğalmasına yardımcı olur. Bu hormonların miktarını azaltan veya etkisini bloke eden ilaçlar kanser tedavisinde etkili sonuçlar sağlamaktadır.

2.1.6.5. Hedefe Yönelik Tedaviler

Kanser biyolojisindeki gelişmeler, tümör gelişimine neden olan moleküler süreçlerin daha iyi anlaşılmasına, moleküler hedeflerin belirlenmesine ve bu hedeflere yönelik tedavilerin geliştirilmesine olanak sağlamıştır. Son yirmi yılda birçok hedefe yönelik ajan geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur. Tek başına veya

kemoterapiye eklenerek kullanılan bu ilaçlar uygun kanser türlerinde oldukça başarılı sonuçlar göstermiştir. Bazı meme kanseri türlerinde kullanılan trastuzumab, kolon kanserinde kullanılmakta olan bevasizumab ve setuksimab, bazı lösemi türlerinde kullanılan imatinib, böbrek kanserlerinde kullanılan sunitinib, pazopanib hedefe yönelik ilaçlara örnek olarak gösterilebilir.

2.1.6.6. İmmünoterapiler

Son yıllarda, bağışıklık sistemi ile tümör hücreleri arasındaki ilişkinin daha iyi anlaşılması ile bağışıklık sistemini tümör hücrelerine karşı uyaran tedaviler geliştirilmeye başlanmıştır. Halen hızlı bir gelişme sürecinde olan bu ilaçlar, kanser tedavisinde giderek artan bir rol üstleneceklerdir. İpilimumab, nivolumab, pembrolizumab yeni geliştirilen immünoterapilerden ilk kullanıma girenler olmuştur.

2.1.7. Palyatif Bakım

Palyatif bakım, kanser gibi hayati tehdit edici hastalıklarda, hastaların yaşam kalitesini iyileştirmeyi amaçlar. Gerek ileri evre kansere gerekse uygulanan tedavilere bağlı olarak kanser hastaları çeşitli semptomlarla karşılaşabilirler. Palyatif bakım ile bu semptomların kontrolü amaçlanır. Palyatif bakımın kanser tedavisinin önemli bir parçası olduğu, sadece hastalığın ileri aşamalarında değil, erken dönemlerinde de tedavi sürecine dahil edilmesi gerektiği unutulmamalıdır. Kanserde sık görülen semptomlar ağrı, halsizlik, iştahsızlık, kilo kaybı, bulantı, nefes darlığı ve uykusuzluk olarak sayılabilir.

Ağrı, özellikle ileri evre kanserlerde sıklıkla görülen ve yaşam kalitesini önemli derece bozan bir semptomdur. Günümüzde ağrı kontrolü için oldukça etkili tedavi seçenekleri mevcuttur. Ağrı kesici ilaçların düzenli kullanımı hastaların önemli bir kısmında ağrı kontrolü sağlamaktadır. Gerekli hallerde radyoterapi veya sinir blokajı gibi yöntemler de kullanılmaktadır. İhtiyaç duyulması halinde algoloji bölümlerinden destek alınabilmektedir.

2.1.8. Prognoz

Kanserde prognoz, kanserin türüne göre değişiklik göstermektedir. Bazı kanser türleri metastaz yapmış olmasına rağmen oldukça yavaş bir seyir gösterirken,

bazı kanser türleri hızlı ilerleme gösterebilmektedir. Prognozu etkileyen en önemli faktörlerden biri de kanserin evresidir. Erken tanı konulması halinde birçok kanser türünde tamamen iyileşme sağlanabilmektedir.

2.1.9. Önleme

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünyadaki kanser olgularının %30 ila %50'si önlenebilir nedenlere bağlı ortaya çıkmaktadır. Risk faktörlerinin kontrolü ve azaltılması ile kanser riskini azaltmak mümkündür. Sigara ve diğer tütün ürünlerinin kullanımının azaltılması ile her yıl milyonlarca insanın kansere yakalanması engellenebilir. Bu açıdan sigara kullanımının azaltılması kanserin engellenmesinde en önemli adımlardan biridir. Çevresel ve mesleki karsinojenlere maruziyetin önlenmesi önemlidir.

Düzenli egzersiz yapmak, sebze ve meyvelerden zengin sağlıklı bir beslenme düzeni ile obeziteden kaçınmak, alkolden uzak durmak kişisel olarak alabileceğimiz önlemlerdir. Yine güneşin şiddetli olduğu saatlerde güneş ışınlarına maruz kalınmaması, gerekli hallerde koruyucu kıyafet ve kremlerin kullanılması cilt kanserlerinden korunmak için gereklidir. Kansere neden olan enfeksiyonlara karşı bilinçli olunmalıdır. Hepatit B ve HPV virüslerine karşı uygulanan aşılardan ayrıca bu virüslerin neden olduğu kansere karşı da koruma sağlayacağı unutulmamalıdır.

Kanser tarama programları, kanserin herhangi bir semptomu olmadan erken evrelerde yakalanmasına ve tedavi edilmesine olanak tanır. Böylece kansere bağlı ölümlerin azaltılması mümkün olmaktadır. Kanser taramalarının etkin olabilmesi için kanser türünün sık görülüyor olması, erken tanı ile etkili bir şekilde tedavisinin mümkün olması ve düşük maliyetli, etkili bir tarama yönteminin bulunması gerekmektedir. Ne yazık ki her onkolojik hastalık türü için bir tarama testi bulunmamaktadır. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından önerilen kanser taramaları şunlardır:

- **Meme kanseri:** 40-69 yaş aralığında bulunan kadınlarda 2 yılda bir mamografi ile tarama önerilmektedir.
- **Kolon kanseri:** 50-70 yaş aralığındaki kadın ve erkeklerde 2 yılda bir gaytada gizli kan, 10 yılda bir kolonoskopi ile tarama önerilmektedir.

- **Serviks kanseri:** 30-65 yaş arasındaki kadınlarda 5 yılda bir HPV testi veya Pap-smear testi ile tarama önerilmektedir.

Onkolojik hastalıklar tanı aşamasından ölümcül dönem diye adlandırdığımız terminal döneme kadar, hasta yakını, tedaviyi üstelene ekip için de ciddi strese sebep olmaktadır. Bütün sosyal ve fizyolojik işleyişi zorlayan bir hastalıktır. Amerikan kanser cemiyetinin 1993 raporuna göre ABD’de yaşayan her üç kişiden birinin yaşamının herhangi bir evresinde kanser tanısı alacağı ve her beş ölümden birinin bu hastalıktan olacağı tahmin edilmektedir. (Aydın A, 2003).

Yaşlanan popülasyonlar ve buna bağlı olarak ortaya çıkan ülelerin sağlık maliyet politikasında artan maddi giderleri azaltmak için tüm dünyada da bu yönde planlama ve sağlık bakım yönetiminde evde bakımın geliştirilmesi önemli olmuştur. (Dittbrenner 1995; Ehrenfeld 1998; Lee, Hwang, Perce & Fitzpatrick 1997; Modly, Zanotti, Poletti & Fitzpatrick 1997).

Kemoterapiye Bağlı Oluşan Yan Etkilere baktığımızda kemoterapi ilaçlarının yaşamı etkileyen ciddi yan etkileri vardır. Kanser ilaçları ya da kemoterapik ajanlar olarak bilinen ilaçlar DNA sentezine etki ederek kanser hücrelerinin çoğalmasını engellemektedir (WEB_3).

Kemoterapik ajanlar genellikle oral ya da intravenöz yolla uygulanır. Genellikle hastane ortamında uygulanan bu ajanlar, gündüz tedavi ünitelerinde uygulanıp eve gitmektedirler. Bu durum ilaçların yan etkisiyle hasta yakınlarının bilgi ve becerilerini kullanarak yönetmeye çalışmaktadır. Bu durum yetersiz ya da yanlış uygulamalara sebep olmaktadır. Klinik olarak tedavi sık uygulanan kemoterapik ajanların bazı etki ve yan etkileri şekildeki gibidir (Sneeuw, 1997).

İFOSFAMİD	• Mutajen etkiye sahiptir. • Myelosupresyon görülebilir, • Böbrek fonksiyonlarında azalmaya neden olur. • Ensefalopati ve nöbetler görünebilir. • Alopesi ve nötropeniye sebep olur.
MESNA	• Kemoterapi tedavisinde bulunan ilaçların yan etkisi önlemek amaçlı kullanılır. • Hemorajik sistit gelişmesini önler.
DEXAMETAZON	• Su ve tuz retansiyonu • Kas güçsüzlüğü, osteoporoz, GİS te kanama • Elektrolitlerde değişiklik • Görme bozuklukları yapabilir.
VİNCRİSTİNE	• Mitoz bölünmeyi metafaz aşamasında engelleyerek hücre ölümüne neden olurlar. RNA sentezini de inhibe ederler. • Nörotoksik etkiler görülebilir. Ateş, bulantı, kusma, alopesi, kemik iliği baskılanması gelişebilir.
LÖKOVERİN	• Folik asit antagonistinin inhibitör etkisini artırır. • Döküntü, kaşıntı ve eritemler görünebilir.

STARABİN	• Fotosensitivite ve göz kuruluğu yaygındır, • Ateş yaygındır.
ETOPOSİD	• Ekstravazasyon riski yüksektir. • Kan-beyin bariyerini aşar. • Hipotansiyon, bronkospazm, aritmi görülebilir • Çocuklarda metabolik asidoz etkisine dikkat edilmeli.
MTX	• Muzozit oluşturma riski yüksektir. • Bulantı, kusma, deri döküntüsü, böbrek faaliyetlerinde bozulma gözlenebilir. • Fotosensitivite yaygındır.

Kemoterapik ilaçların kullanımına bağlı en sık karşılaşılan yan etki ve komplikasyonlar; oral mukozit, bulantı kusma, alopesi, nötropeni, diyare, ekstremitasyon, depresyon, deri değişiklikleridir.

Bu yan etkiler bireyin yaşamını tamamen etkilediği gibi tedavi sürecini de olumsuz yönde etkilemektedir. Bu yan etkiler ve yan etkilerin yönetimi ile ilgili yeterince bilgilendirilmeyen hasta ve hasta yakınları yan etkinin şiddetini daha fazla görerek yaşamaktadır. Kontrol edilemeyen semptomlar hastanın ve ailesinin yaşamını olumsuz etkilemektedir. En sık rastlanan ayaktan tedavi alan hastalarda kemoterapiye bağlı evde, bulantı kusma, iştahsızlık, oral mukozit, ishal, kabızlık, ateş gibi yan etkiler ile karşılaşmaktadır. Bu yan etkiler bireyin yetersiz beslenmesine, boşaltım biçiminin değişmesine, öz bakım gereksinimlerini yeterli düzeyde sağlayamaması gibi durumlara yol açmaktadır. Bu değişiklikler yalnızca bireyin etkilenmesine değil ailenin de etkilenmesine sebep olmaktadır. Aile üyelerinin bakım yükünün artmasına sebep olmaktadır (Mc Corkle R, Frankw S.M, Baird S, 1996).

Montgomery, Stull ve Borgotle (1985) ailenin bakım yükünü nesnel ve öznel olarak sınıflandırmıştır. Nesnel yük; ailenin semptomu yönetmek için maddi harcamaları, zaman kayıpları ve bunların yanı sıra aile bireylerinin aktivite kısıtlamalarını kapsamaktadır. Öznel yük ise daha çok bireylerin hissettiği yükü ifade eder. Bunlar ailenin kendini yetersiz hissetmesi, samimiyetini kayb ettikleri düşüncesi, yan etkileri yönetemediklerini düşünmeleri gibi durumları ifade eder. Yaşanan bu süreçte aile üyelerinden birinin emosyonel değişimi diğer tüm bireyleri etkileyebilmektedir. Aile bireylerinin davranışlarını, karşılaştıkları olumsuzluklarla baş etme durumlarını, herhangi bir sorunun çözümü için birlikte karar vermeleri ve hareket etmeleri olumsuz yönde etkilenmektedir (Chesler M.A, 1993).

Kanser tedavisi son dönemlerde gelişmesiyle birlikte karmaşık bir halde almaya başlamıştır. Ülkemizde henüz ev ortamın kanser tedavisi uygulaması sağlayacak bir sağlık alt yapı ve hizmeti bulunmamaktadır. Ancak gündüz tedavi merkezleri ile polikliniklerde uygulanan kemoterapi tedavileri vardır. Bu uygulama merkezde başlatılıp hasta hemen sonrasında eve gönderildiği için bazı sorunları da beraberinde getirmektedir (WEB_2).

Kemoterapik ajanların yan etkileri ile hasta ve ona bakım verenlerin deneyimle yönetimine kalmaktadır. Yanlış yönetimler hem hastalığın seyrini hemde hasta ile hasta yakınlarının yükünü olumsuz yönde etkilemektedir. Bu tedaviye bağlı değişim sürecinde sağlık bakım profesyonelleri tarafından hasta ve ailesine bu süreci yönetebilecek, oluşabilecek olası yan etkileri gözlemleyebilecek ve yönetebilecek güce ulaşmasını sağlamak için yardımcı olma sorumluluğu düşmektedir. Bu kemoterapik ajanlar vücuttaki zarar veren oluşumları etkilediği gibi normal sürecindeki fizyoloji de olumsuz etkilemektedir (WEB_2).

Bu nedenle uygulanan ajanın çeşidine bağlı olmakla beraber ağrı, bulantı kusma, oral mukozit, alopesi, iştahsızlık, diyare, tat değişiklikleri, halsizlik, yorgunluk gibi insan hayatını olumsuz etkileyebilecek semptomlara sebep olmaktadır. Ayrıca bu semptomlar yalnızca günlük yaşam aktivitelerini, bireyin genel durumunu değil hastalığın seyrine de direkt etki etmektedir (WEB_2).

Hasta da görülen semptomlar bireyin yaşam kalitesini, sosyal yaşamını doğrudan etkilemektedir. Dolayısıyla birey yaşam biçiminde değişikliklere gitmek zorunda kalmaktadır. Bu değişiklikler yalnızca bireyi değil aile içi iletişim ve yaşam biçimine etki etmektedir (Kav S, 2003).

Aile içi değişime sebep olan durumların başında bu sürecin ev ortamında devam etmesi gereken ihtiyaçları kapsamından kaynaklanmaktadır. Bu da evdesağlık yönetiminin ve evde bakımın önemini ortaya çıkarmaktadır.

2.2. Evde Bakım Tanım ve Tarihçesi

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi, kronik hastalıkların kontrol altına alınması, önlenebilir hastalıkların önlenmesi, sağlıklı bir yaşlanma süreci, yaşam kalitesinin yükseltilmesi birey, aile ve toplum sağlığı için kaçınılmazdır. Birey, aile ve toplum sağlığının korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesinin kaçınılmazlığı, değişen sağlık sorunları, sosyal ve ekonomik koşullar sağlık hizmetinin sürekliliği gerekliliğini ortaya koymuştur (Akdemir ve Birol, 2011).

Sağlık hizmetlerinin sürekliliği ve bireylerin yakın çevresi içinde bakıma destek sağlayacak destek hizmetlerinin yaygınlaştırılmasını benimseyen toplum temelli bakım hizmeti çerçevesinde evde bakım hizmetleri gündeme gelmiştir (Danış, 2006; Akdemir ve Birol, 2011).

Evde bakım, son dönemde dünyada sağlık bakım ve sosyal hizmetlerin sunumunda çok hızla büyüyen bir alan olmaya başlamıştır. Toplumların hızla büyümesi ve modernleşmesi ile birlikte yaşam süresinin uzaması, doğurganlığın azalması; yaşlı ve bakıma muhtaç bireylerin toplam nüfus içindeki ağırlığının artmasına neden olmaktadır. Yaşlı nüfusundaki artış ile birlikte kronik hastalıklar ve engellilik durumunun artması, bakım gereksinimini artıran önemli bir etkidir. Evde bakım hizmetleri, genel olarak; bireyin sağlığını korumak, yükseltmek, yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla sağlık ve sosyal hizmetlerin profesyonel düzeyde veya aile bireyleri tarafından, bireyin kendi evinde ya da yaşadığı ortamda sunulmasıdır (Akdemir ve Birol, 2011; Bilge, Elçioğlu, Ünalacak ve Ünlüoğlu, 2014).

Evde bakım; engelli, yaşlı, kronik hastalığı olan veya iyileşme dönemindeki bireyleri bulundukları ortamda destekleyerek, sosyal yaşama ayak uydurabilmelerini sağlamak, yaşamlarını mutlu ve huzurlu bir biçimde sürdürerek toplumsal entegrasyonlarını gerçekleştirmek, bakıma gereksinim duyan bireyin aile üyelerinin yükünü hafifletmek için birey ve aileye sunulan psikososyal, fizyolojik ve tıbbi destek hizmetleri ile sosyal hizmetleri içeren bir bakım modelidir (Akdemir ve Birol, 2011; Bilge, Elçioğlu, Ünalacak ve Ünlüoğlu, 2014).

Evde Bakım Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre formal ve informal bakım verenler tarafından ev ortamında bakım hizmeti sunulmasıdır. Dünya Sağlık Örgütü Evde Uzun Süreli Bakım Çalışma Grubunun raporuna göre evde uzun süreli bakım, var olan sağlık ve sosyal sistemlerin bir parçasıdır ve bakıma gereksinim duyan kişiye aile, arkadaşlar ve komşular gibi geleneksel bakıcılar, gönüllüler ve asıl mesleği evde bakım olan kişiler ile bakıma yardımcı olan kişiler tarafından sağlanan bakım etkinlikleridir (DSÖ, 2000). Başka bir tanıma göre, evde bakım hizmetleri, bireyin sağlığını korumak, yükseltmek, rehabilitasyon amacıyla sağlık ve sosyal bakım hizmetlerinin profesyonel düzeyde veya aile bireyleri tarafından kişinin kendi evinde ya da yaşadığı ortamda sunulmasıdır (Oğlak, 2008).

Resmi Gazetede yayınlanan “Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Yönetmeliği”nde evde bakım hizmeti, hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulması olarak tanımlanmaktadır (Resmi Gazete, 2015).

2.2.1. Evde Bakımın Amacı

Evde bakımın amacı; sağlığın olabildiğince tekrar kazanılması, geliştirilmesi, sürdürülmesi; olası komplikasyonların en aza indirilmesi, sonuçta her bireyin sonu olan rahat bir ölümü sağlamaktır. Dolayısıyla evde bakım bireyin fiziksel, psikososyal, fonksiyonel sağlık durumunu geliştirmekte, yaşam kalitesini sürdürülmesi ve yükseltilmesine katkı vermektedir. Geniş anlamı ile evde bakımın amacı birincil düzeyde bireyin bağımsızlık düzeyi artırılarak, sağlıklı yaşam biçimi

kazanmasını sağlama; ikincil düzeyde düzenli izlem ve kontrollerle hastalık ve yetersizliklerin tanılanmasını sağlama; üçüncül düzeyde hastalıkların komplikasyonu, tedavilerin yan etkilerini önleyerek, palyatif bakım sağlamanın yanı sıra bireyin fiziksel, psikososyal, fonksiyonel, bilişsel sorunları doğrultusunda bakım gereksinimini karşılamakta, taburculuktan sonra değerlendirme ve izlemlerle evde rehabilitasyon ya da evde hastane hizmetlerini sağlayabilmektir (Taler ve Keay, 1998; DSÖ, 2008).

Dünya Sağlık Örgütü evde bakım hizmetleri kapsamında sunulan hizmetleri aşağıda yer aldığı gibi sıralamaktadır (Işık, Kandemir, Erişen ve Fidan, 2016):

- Değerlendirme, izleme ve yeniden değerlendirme,
- Sağlığın geliştirilmesi ve korunması, ikincil hastalıkların ve özürllülüğün önlenmesi,
- Kişisel bakımın sağlanması (örneğin beslenme, banyo yapma, giyinme), karşılıklı yardımlaşma, kendini savunabilme,
- Tıbbi bakım ve hemşirelik bakımı,
- Ev işleri hizmeti (temizlik, çamaşır yıkama, alışveriş),
- Özürllü bireyin gereksinimlerini karşılamak üzere ev ortamında düzenlemeler yapılması,
- Sevk işlemi ve kamu olanaklarına ulaşma imkânının sağlanması,
- Evde rehabilitasyon hizmeti,
- Temel ve özel gereksinimlerin karşılanması, destekleyici aletler, ekipman ve ilaçların sağlanması,
- Özelleşmiş destek hizmetleri (inkontinans durumu, demans ve diğer mental sorunlar),
- Bakım gereksinimi olan kişinin dönem kurumsal bakım alması ile yakınlarının dinlendirilmesine yönelik hizmetler, bakım öncesinde, sırasında ve sonrasında bakım verenlere destek sağlanması,
- Palyatif bakım (ağrının ve diğer belirtilerinin giderilmesi gibi),
- Danışmanlık ve duygusal destek verilmesi,
- Sosyal etkileşimlerin artırılması ve informal ilişkilerin geliştirilmesi,
- Üretim ve rekreasyon çalışmaları,

- Fiziksel aktivite olanaklarının sağlanması,
- Toplumun bakım rolü üstlenme konusunda hazırlanması ve harekete geçirilmesi.

2.2.2. Evde Bakımın Yararları

Birey ve aileler hastanın gereksinimleri doğrultusunda; hemşirelik hizmetlerinden, evde doktor muayenesine, kısa ve uzun süreli, tedavi hizmetlerinden laboratuvar hizmetlerine kadar geniş bir yelpazede, ileri teknoloji desteği ve deneyimli tıbbi personel tarafından verilen evde bakımı aşağıdaki nedenlerden dolayı tercih etmektedirler (Karahan ve Güven, 2002; DSÖ, 2008; Pekcan, 2014);

- Her insan kendi evinde olmayı tercih eder.
- Aile bütünlüğünü korur.
- Evde bakım ile hasta, kendi evinin rahatlığını, özgürlüğünü ve güvenini hisseder.
- Bireyin bağımsız ve özgür olmasını sağlar.
- Direnci zayıflamış hastaları hastane enfeksiyonlarından korur.
- Tedaviyi konforlu şekle sokar.
- Hekim, hemşire, hasta ve yakınlarının işbirliği daha iyi sağlandığından tedavi başarısı artar. İyileşmeyi hızlandırır.
- Hastalarda anksiyete, depresyon ve performans azalması gibi durumlar daha az görülmektedir.
- Multidisipliner evde bakım programları, hastaneye yatışlarını azaltmaktadır.
- Aile bireylerinin eğitimini sağlar.
- Yaşam kalitesi ve memnuniyet artar.

Yine evde bakım hizmetinin kurumlara göre pek çok avantajının olması da bireylerin tercih etmesinde etkilidir. Evde bakım ile kronik hastalıklara bağlı komplikasyonların azaltıldığı, iş gücü kaybının önlendiği, hastanede yatma süresinin azaldığı, akut komplikasyonların; etkin bir eğitim ve iletişim ile evde tedavi edildiği, ev ortamında hastaların tedavi sürecinin hızlandığı, aile ve hastanın işinden ve sosyal

yaşamından kopmadığı, hastaların kendine bakım aktivitelerini üstlendiği ve hastaların kısa sürede bağımsızlık kazandığı bildirilmektedir (DSÖ, 2008; Pekcan, 2014).

2.2.3. Evde Bakım Tarihçe

Evde bakım organize bir hizmet olarak 1700'lü yılların sonunda İngiltere'de, 18. yüzyılda Amerika Birleşik Devleti'nde Lilion Wald'ın ilk ev hemşireliği organizasyonu ile başlamıştır. Evde bakım hizmetleri giderek organize bir görünüm kazanmış, 1908 yılında ilk Ev Hizmetleri Organizasyonu (*The Home Service Organization*) kurulmuş, 1909 yılında New York'ta bir sigorta şirketi poliçeli kişilerin ev sağlık bakımını ödemiştir. II. Dünya Savaşı sırasında doktorlar ev ziyaretlerini yapmaya başlamışlar ve ihtiyaçları hızlı şekilde karşılamak için ziyaretçi hemşireler yetiştirmişler. Ve bu yıllarda evde sağlık bakımının çoğunluğu, gönüllü ziyaretçi hemşire kurumları tarafından sağlanmıştır. Amerika'da 1960 yılında yaşlıların ücretsiz olarak evde bakımı başlamış, 1982 yılında Ulusal Evde Bakım Organizasyonu kurulmuştur. Dünyada şu anda 1966 yılında kurulan Medicare programı çerçevesinde hizmet verilmekte ve Medicare sistemi ile hizmet entegrasyonu artırılmaya çalışılmaktadır (Karahana ve Güven, 2002; Akdemir, 2003; Akdemir ve Özdemir, 2006; Akdemir ve Birol, 2011). 1935'te devlet desteğiyle sağlık müdürlüklerinin evde bakım hizmetleri başlamış, 1960 yılında ise yaşlılar için devlet destekli ücretsiz evde bakım hizmetlerine geçilmiştir (Akdemir, 2003).

Avrupa'da evde sağlık bakım hizmetleri yıllardır uygulanan bir toplum hizmetidir. Orta çağda 17. yüzyılda veba salgınları ile karantina ile başlayan uygulamaların evde sağlık hizmetlerinin temelini oluşturduğu düşünülmektedir. Avrupa'da Amerika'ya benzer şekilde önce gönüllü kuruluşlarla ardından 19. Yüzyılın sonlarından itibaren organize resmi girişimler ile verilmeye başlanmıştır. Florence Nightingale 1862 yılında Liverpool'da evde hasta bakımı gerçekleştiren okul açmış ve evde sağlık hizmeti verecek hemşireler yetiştirilmesini sağlamıştır. Danimarka'da 1937 yılında başlatılan ev ziyareti programının model oluşturulmasının ardından 1980'li yıllardan itibaren İngiltere, Hollanda, Belçika, İrlanda, İtalya, İspanya ve Yunanistan gibi ülkelerde evde bakım hizmetleri hızla

gelişme göstermektedir (Çoban ve Esatoğlu, 2004; Akdemir ve Özdemir, 2006; Aksoy, Kahveci, Şencan, Kasım ve Özkara, 2015).

Ülkemizde sağlık hizmetlerinde evde sağlık uygulamalarının 15 ve 16 yüzyılda asklepion adı verilen tapınaklarda hamile ve ölümcül hastaların tedavi edilmesi ve göçebe toplulukların evlerinde hizmetlerin sunulması ile başlamış olabileceği düşünülmektedir. Genel olarak evde sağlık hizmetlerinin gelişimi Umumi Hıfzıssıha Kanunu çerçevesinde yürütülme, 1980 sonrasında yürütülme ve 2005 yılından itibaren yürütülmesi şeklinde organize olmuştur. Umumi Hıfzıssıha Kanunu ve sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki kanunla birlikte 1980 yılına kadar ebe, hemşire ve pratisyen hekimle evde bakım hizmeti sunulmaya başlanmış, 1980 sonrası uzman hekim ve hemşirelerce yürütülecek şekilde düzenlenmiştir. Günümüzdeki halini 2005 yılında yayımlanmış olan “Evde bakım hizmetlerinin sunumu hakkındaki yönetmelik” belirlemektedir. 1980 ve öncesi sunulan hizmette asıl olan koruyucu sağlık hizmetleriyken 2005 sonrası tedavi edici, rehabilite edici sağlık hizmeti de bu kapsama dahil edilmiştir. 1980 öncesi devlet tarafından karşılanan hizmet 1980 sonrası kişiler ve özel kurumlarca yürütülmeye başlanmıştır (Akdemir, 2003; Karabağ, 2007; Özer, 2012; Aksoy, Kahveci, Şencan, Kasım, Özkara, 2015).

Ülkemizde yaşlı sağlığı ve evde bakım hizmetleriyle ilgili düzenlemeler aşağıda verildiği gibidir (Oğlak 2008; Özer 2012; Aksoy, Kahveci, Şencan, Kasım ve Özkara, 2015):

- İlk yasal düzenleme 1961 yılında çıkarılan “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirmesine Dair Yasa” olmuştur. Yaşlılarla ilgili hizmetleri planlama, programlama ve yürütme görevini doğrudan devletin üstlenmesi 1963 yılında Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı’na bağlı Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü’nün kurulmasıyla olmuştur.
- Sağlık Bakanlığı tarafından 2002 yılında “Ulusal Yaşlı Sağlığı Programı” ve 2005 yılında “Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik” hazırlanmıştır.
- 10.03.2005 tarih ve 25751 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Evde Bakım Hizmetleri sunumu hakkında Yönetmelik ardından 13.09.2005

sayılı Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Sağlık Bakanlığı Tebliği, 30.07.2006 tarih ve 26244 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik yayınlanmıştır.

- 06.11.2007 tarih ve 2669 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik,
- 01.02.2010 tarih ve 3895 sayılı makam onayı ile yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığınca sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge,
- 04.04.2013 tarih ve 28254 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Evde Bakım Hizmetleri Türkiye’de Yaşlı Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik hazırlanmıştır.

2.2.4. Ülkemizde Evde Bakım Hizmetleri Organizasyonu

Ülkemizde evde bakım hizmetleri uygulaması çok eski tarihlere dayanmamaktadır. Evde bakım hizmetleri ilk olarak özel kuruluşlar tarafından sunulmaya başlanmıştır. Günümüzde ise evde bakım hizmetleri yerel yönetimler, özel bakım merkezleri, kamu hastaneleri ve özel hastanelerinin evde bakım birimleri ve aile hekimleri tarafından sunulmaktadır. Bu bölümde, ülkemizde evde bakım hizmetleri ile ilgili mevzuat, evde bakım hizmetlerine başvuru, evde bakım hizmetlerinin uygulaması ve sonlandırma ele alınmıştır.

2.3. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetleri ile İlgili Mevzuat

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı bünyesinde evde bakım hizmetleri yürürlükteki yasal düzenlemelere göre sunulmaktadır. Sağlık Bakanlığı bünyesinde evde bakım hizmetleri ile ilgili mevzuat aşağıda verilmiştir.

- Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik (RG, 2005a)
- Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Tebliğ (RG, 2005b)
- Sağlık Bakanlığı Tarafından Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge (SB, 2010)

- Sağlık Bakanlığı’nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönergede Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge (SB, 2011)
- Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik (Resmi Gazete, 2015).

Evde bakım hizmetleri ile ilgili “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” 2005 yılında yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmelikte özel evde bakım kuruluşlarının uyması gereken usul ve esaslar belirlenmiştir (RG, 2005).

Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarınca evde sağlık hizmetlerinin verilmesine yönelik 2010 tarihli “Sağlık Bakanlığı’nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkındaki Yönerge”de ise “Evde Bakım Hizmeti”, “Evde Sağlık Hizmeti” olarak değiştirilmiştir. Evde sağlık hizmeti tanımı: “Çeşitli hastalıklara bağlı olarak evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetleri” şeklinde yapılmıştır. Bu yönergede Sağlık Bakanlığı’na bağlı olarak, bünyesinde evde sağlık hizmetleri birimi kurmak suretiyle bu hizmetleri vermeye yetkili kılınacak yataklı tedavi kurumlarını, toplum sağlığı merkezlerini ve buralarda çalışan personel ile aile hekimlerini, aile sağlığı merkezlerini ve aile sağlığı elemanlarını kapsamaktadır (SB, 2010).Ancak, 2011 tarihli “Sağlık Bakanlığı’nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönergede Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge” hazırlanmış yönergenin uygulama sürecinde ortaya çıkan ihtiyaçların karşılanması, sorunların giderilebilmesi ve ihtiyacı olan hastalara ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin de verilebilmesi amacıyla; ağız ve diş sağlığı merkezi ve hastaneleri de evde sağlık hizmeti kapsamına alınmıştır. 2012 yılında ise yönerge kapsamında verilecek evde sağlık hizmetlerinde hasta nakil araçları olarak kullanılan taşıtların taşınması gereken özelliklerin belirlenmesi ve evde sağlık hizmetlerinde görevli personelin hizmet sırasında tek tip kıyafet giymesi konusunda standart bir uygulama getirilmesi amacıyla “Sağlık Bakanlığı’nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönergede Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge” çıkarılmıştır (SB, 2012).

2015 yılında ise “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik” yayınlanmıştır (SB,2015).

2.3.1. Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri

Evde sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları bünyesindeki eğitim ve araştırma hastaneleri, genel hastaneler veya dal hastaneleri, ağız dış sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezleri bünyesinde kurulan birimler ve aile hekimliği birimleri vasıtası ile sunulmaktadır. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik’te evde sağlık hizmet birimleri üç tip olarak ele alınmıştır (SB,2015).

T Tipi Evde Sağlık Hizmet Birimleri: Toplum Sağlığı Merkezlerine bağlı olarak kurulan birimlerdir. Evde sağlık hizmetini öncelikli olarak sunmakla görevlidir. Evde sağlık hizmeti sunulan günlük hasta sayısı on ve üzerinde olan yerlerde en az bir T tipi birim kurulmaktadır. Ekip, evde sağlık hizmeti konusunda eğitilmiş hekim, yaşlı bakım teknikeri/evde hasta bakım teknikeri ve yardımcı sağlık personeli olmak üzere üç kişiden oluşmaktadır. Yaşlı bakım teknikeri/evde hasta bakım teknikeri olmadığı hallerde bir yardımcı sağlık personeli ekibe dâhil edilir. İhtiyaç halinde psikolog, sosyal çalışmacı ve benzeri destek elemanları da hizmetin sunumunda görev alabilmektedir. Birbirine yakın olan küçük ilçelerde aynı kriter doğrultusunda ortak hizmet birimi açılabilir (SB, 2015).

H Tipi Evde Sağlık Hizmet Birimleri: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı hastaneler bünyesinde kurulan birimlerdir. Öncelikli olarak uzman hekim konsültasyonu, fizyoterapi gibi T tipi birimler tarafından verilmesi mümkün olmayan hizmetlerin sunumundan sorumludur. Koordinasyon Merkezinin planlaması doğrultusunda T tipi birimleri destekler. Ekip, evde sağlık hizmeti konusunda eğitilmiş hekim/uzman hekim, yaşlı bakım teknikeri/evde hasta bakım teknikeri ve yardımcı sağlık personeli olmak üzere üç kişiden oluşmaktadır. Yaşlı bakım teknikeri/evde hasta bakım teknikeri olmadığı hallerde bir yardımcı sağlık personeli ekibe dahil edilir. İhtiyaç halinde psikolog, sosyal çalışmacı, fizyoterapist, diyetisyen ve benzeri destek elemanları da hizmetin sunumunda görev alır. Hastanın ihtiyacına göre ekibe uzman hekim ya da hekimler dâhil edilir. Hastane rollerinin belirlendiği

gruplamaya göre A, B ve C tipi hastanelerin bulunduğu ilçelerde en az bir H tipi birim kurulmaktadır (SB, 2015).

D Tipi Evde Sağlık Hizmet Birimleri: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı ağız diş sağlığı merkezleri bünyesinde kurulan birimlerdir. Ekipte bir diş hekimi ile birlikte bir ağız ve diş sağlığı teknikeri ya da diş protez teknikeri bulunmaktadır (SB, 2015).

2.4. Evde Bakım Hizmeti ve Kapsamı

Evde bakım hizmetinin kapsamı, bireyin gereksinimleri doğrultusunda değişiklik göstermekle birlikte, hizmetin büyük bir kısmı bireyin sağlık gereksinimlerini karşılamaya yöneliktir. Bunun yanı sıra, evde bakım hizmeti; bireysel bakım ihtiyaçları (banyo yapma, saç yıkama, giyinme-soyunma), evin idaresi (evin temizlenmesi, yemek pişirilmesi çamaşır yıkanması, ev ortamının yaşamı kolaylaştırıcı duruma getirilmesi), mali harcamaların düzenlenmesi ve sosyal aktivitelere katılımın sağlanması gibi gereksinimleri de karşılamayı kapsamaktadır (Erdil, 2009).

Singapur Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan kılavuzda, evde bakım hizmetlerinin kapsamı; evde tıbbi ve hemşirelik hizmetleri, evde sosyal bakım, evde rehabilitasyon, evde çevrenin yeniden düzenlenmesi, evde palyatif bakım, psikososyal ve demans desteği ve bakım veren desteği ve eğitimi şeklinde yer almaktadır (Guidelines For Home Care Developed By Home Care Workgroup, 2015).

- Evde bakım hizmetlerinin kapsamı değişiklik göstermekle birlikte genel olarak, üç grupta incelenmektedir (Yılmaz vd., 2010):
- Birinci grupta, evde bakım hizmeti, tıbbi hizmetlerin yanı sıra bireye verilebilecek sosyal hizmetleri de kapsamaktadır (Yılmaz vd., 2010).
- İkinci grupta, evde bakım hizmetinin süresi göz önüne alınmaktadır. Evde bakım hizmetleri bireyin gereksinimleri doğrultusunda kısa süreli veya uzun süreli olarak sunulmaktadır. Kısa süreli sunulan evde bakım hizmetleri, 30 gün ile sınırlandırılmış olup tıbbi hizmet ağırlıklıdır.

- Uzun süreli evde bakım hizmetleri ise, 6 aydan daha fazla bakım gereksiniminin duyulması durumunda hem tıbbi hem de sosyal bakım hizmetlerinin bir arada verilmesi ile yürütülmektedir (Yılmaz vd., 2010).
- Üçüncüsü ise; evde bakım hizmetini yürüten bireylerin uzmanlık alanları ile ilişkilidir.
- Evde bakım hizmetleri, resmi veya gayriresmi bakım veren kişiler tarafından verilmektedir.
- Gayriresmi bakım verenler (informal caregiver), genellikle aile üyeleri ya da ödeme yapılmayan diğer yakınlardır.
- Resmi bakım verenler (formal caregiver) ise, evde sağlık bakımı ve kişisel bakım hizmetlerini sunan meslek gruplarından oluşmaktadır (Karahan ve Güven, 2002).

Resmi bakım verenler tarafından verilen evde bakım hizmetleri genel olarak şu hizmetlerden oluşmaktadır:

Evde sağlık hizmeti sunumu: Evde sağlık hizmetleri (Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik, 2015):

- Hastaya konulmuş olan tanı ve planlanan tedavi çerçevesinde, bulunduğu ev ortamında muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesini,
- İlacın reçete edilmesindeki özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla, uzun süreli kullanımı sağlık raporu ile belgelendirilen ilaçların reçete edilmesini,
- Tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına ilişkin raporların çıkarılmasına yardımcı olunmasını,
- Hastanın ve ailesinin, evde bakım sürecinde üstlenebilecekleri görevler ile hastalık ve bakım süreçleri hakkında bilgilendirilmesini,
- Hastaya, evde kullanması gereken tıbbi cihaz ve ekipmanlar konusunda, eğitim ve danışmanlık gibi hizmetlerin verilmesini. Gerekli görülen hallerde

hastanın ilgili sağlık kuruluşuna ve/veya sağlık kuruluşundan evine naklini kapsar.

Günümüzde dünyada uluslararası düzeyde evde bakım hizmetlerinde anlaşmaya varılmış temel bir hizmet listesi bulunmadığı için her ÷lke kendi olanakları ve sosyok÷ltürel dinamiklerine uygun hizmet listesini oluşturmaktadır (Yılmaz vd., 2010). ÷lkemizde Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge (2015)'de evde sağlık hizmeti verilebilecek gruplar ve bu hizmetin kapsamı yer almaktadır. Bu yönergeye göre evde bakım hizmeti alacak gruplar arasında;

- Evde aile bireyleriyle birlikte yaşayan veya kimsesiz, özürlü, yaşlı, felçli, yatağa bağımlı, hayatını başkalarına bağımlı olarak idame ettiren bakıma muhtaç bireyler,
- KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı) gibi solunum sistemi hastaları,
- Palyatif bakım gereken, enteral-parantral gereksinimi olan terminal dönem onkoloji hastaları,
- İleri derecedeki kas hastaları,
- Fototerapi ihtiyacı olan yeni doğanlar (0-1 aylık),
- Nörolojik hastalıkları (Amyotrofik lateral skleroz, serebrovasküler hastalık, v.b) olan bireyler,
- Hastanede gördüğü tedavi veya ameliyatı sonrasında taburcu edilen ve idame tedavisinin evde sağlanması gereken hastalar, Kaza geçirmiş olup kısa süreli hemşirelik hizmetlerine gereksinimi duyan hastalar yer almaktadır. Aynı önergede evde sağlık hizmetlerinin kapsamı ise;
- Evde sağlık hizmetleri biriminin görevi hastalığın teşhisini koymak olmayıp daha önce ilgili dal uzman tabiplerince konulmuş olan tanı ve planlanan tedavi çerçevesinde ve kişinin bulunduğu ev ortamında;
- Muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesi,
- İlacın reçete edilmesindeki özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla uzun süreli kullanımı sağlık raporu ile belgelendirilen ilaçların reçete edilmesi, tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına ilişkin raporların çıkarılmasına yardımcı

olunması, hastanın ve ailesinin evde bakım sürecinde üstlenebilecekleri görevler ve hastalık ve bakım süreçleri ile ilgili bilgilendirilmesi ve hastalığı ile ilgili evde kullanımı gerektiren tıbbi cihaz ve ekipmanların doğru ve uygun koşullarda kullanılması konusunda eğitim ve danışmanlık gibi hizmetlerin verilmesini kapsar. Gerektiğinde ilgili dal uzmanlarının da görüşü alınarak gerekli konsültasyon sağlanır.

Birim sorumlusu tabibin evde sağlık hizmeti verilen kişi ile ilgili konsültasyon ve tıbbi değerlendirme talebinin sağlık kurumunda görevli ilgili uzman tabiplerce zamanında karşılanması zorunluluğu mevcuttur. Zorunlu hallerde uzman tabibin hastayı evinde konsülte etmesi sağlanır, bu konudaki uygulamalar uzman tabipler arasında dönüşümlü olarak sağlık kurumu amirinin belirleyeceği bir düzen içerisinde yürütülür, gerektiğinde, stoma ve yara bakımı, diyabet eğitimi hemşiresi gibi, konularında eğitim almış hemşirelerin hizmete katılması sağlanır.

Evde takibi zorunlu özürlü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumda olan hastalar ile evde sağlık hizmeti alması gerektiği yönergede belirtilen usul ve esaslara göre tespit edilen kişilere yönelik birinci basamak koruyucu sağlık, tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetleri verilir (Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, 2015).

2.5. Kronik Hastalarda Evde Bakım ve İzlem

Kronik hastalıkların bireysel, sosyal ve ekonomik sonuçları ülkelere önemli yük getirmektedir. Dünya Sağlık Örgütü raporuna göre dünyada önde gelen ölüm (%68'i) nedenleri kronik hastalıklardır (WHO Global Status Report On Noncommunicable Diseases, 2014).

Dünya nüfusu gibi ülkemiz nüfusu da giderek yaşlanmakta, demografik yapımız değişmektedir. Yaşlı nüfus artışı ile birlikte kronik hastalıkların görülme sıklığı artmaktadır. Yaşlıların %82'sinde en az bir kronik hastalık bulunmaktadır (İlçe ve Ayhan, 2011). Uzun dönemli bakım ve tedavi gerektiren kronik hastalıkların yaşam üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak için izlem oldukça önemlidir. Bu bölümde yaşlılarda sık görülen kronik hastalıkların izlemine yer verilecektir.

2.5.1. Kronik Hastalık Kavramı ve Önemi

Kronik hastalıklar, yavaş ilerleme gösteren, kalıcı şekilde normalden sapmalara ve fonksiyonel yetersizliklere yol açan, genellikle tam iyileşmesi mümkün olmayan, uzun süreli hastalıklardır. Kronik hastalıkların oluşumunda, genetik yatkınlık, yaşam tarzı ve çevresel etkenler rol oynamaktadır (Bilir, 2006; World Health Organization Global Action Plan for The Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, 2010).

Küresel ve ülke bazında önleyici planlama ve uygulamalar geliştirilmediği takdirde kronik hastalıkların oluşturduğu yük katlanarak artacaktır (Dünya Sağlık Örgütü. Küresel Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisi 2008-2013 Eylem Planı, 2010). Kronik hastalıklar ve beraberindeki komplikasyonlar bireyin fonksiyonel kapasitesini azaltmakta, günlük yaşam aktivitelerini, çalışma performansını düşürmektedir.

Hastalık, sadece bireyin değil, aile üyelerinin de yaşam tarzı ve ilişkilerini olumsuz etkilemektedir (Durna, 2012). Hastalık tanısı almış bireylerde mevcut hastalığın ilerlemesi, yeni kronik hastalıkların önüne geçmek ve komplikasyon gelişimini önlemek için rehabilitasyon çalışmaları ve hasta bireyin izlemi yapılmalıdır (Dünya Sağlık Örgütü. Küresel Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisi 2008-2013 Eylem Planı, 2010; Durna, 2012).

2.5.2. Kronik Hastalıklarda İzlem

Kronik hastalıkların izlemi, hastalığın ilerleyişini veya gerilemesini kontrol etmek ve komplikasyon gelişimini önlemek açısından önemlidir. Kronik hastalıklarda izlem sağlık profesyonelleri tarafından yapılabileceği gibi hasta ve yakınları tarafından da yapılabilir. İzlemde, normal dışı bulgular saptandığında tedaviye geçmeden önce hızlı ve ardışık ölçümler yapılması, daha sonra tedavi başlatılması, önce kısa aralıklı izlemler, kontrol sağlandığında ise uzun aralıklı izlemler yapılması önerilmektedir.

Süreçte hastaların kendi kendine izlemeleri desteklenmelidir. Kontrollerde nelerin, ne zaman izleneceğinin seçimi hedefe ulaşmayı sağlayan noktalardır (Glasziou, Irwig ve Mant, 2003).

Risk faktörlerinin kontrol altına alınması, tarama programları ve hastalığı olan bireyin izlemi ile hastaneye yatış, tedavi gerektiren hastalıklar, hastalıklardan kaynaklanan iş gücü kaybı ve ölümlerin azalması ekonomik yükü azaltma açısından önem taşımaktadır (Durna, 2012).

2.5.2.1. Kanser ve İzlem

Kanser vücudumuzun çeşitli bölgelerindeki hücrelerde DNA hasarı sonucu kontrolsüz çoğalması ile oluşan 100'den fazla türü olan hastalık grubudur. Ülkemizde sebebi bilinen ölümler sıralamasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra en sık görülen ikinci ölüm sebebi olması açısından önemli bir kronik hastalıktır (Türkiye Kanser İstatistikleri, 2017).

Ülkemizde sık görülen kanser türleri erkek cinsiyette sırasıyla; akciğer, prostat, kalın bağırsak, mesane ve mide iken, kadın cinsiyette; meme, tiroid, kalın bağırsak, rahim, akciğer kanseridir. Türkiye'deki ilk 5 kanser türü dünyadaki ve diğer gelişmiş ülkelerdekiler ile benzerdir (Türkiye Kanser İstatistikleri, 2017).

2.5.2.2. Risk Faktörleri ve Belirtiler

Düzensiz beslenme, sigara kullanımı, iyonize radyasyona maruz kalmak, güneş ışınlarına maruz kalmak kanserin risk faktörleri arasındadır. Kilo kaybı, ateş, ağrı, cilt altında ele gelen kitle, ciltte renk değişimi, vücutta kanama, dışkılamada değişim, idrar yapmada değişim, geçmeyen öksürük, vücutta yıllarca mevcut olan bir ben veya siğilin renk değişimi kanserin genel belirtileridir.

2.5.2.3. Tanı ve Tedavi

Öykü, laboratuvar testleri, görüntüleme yöntemleri ile tanı konulmaktadır. Kanserin tedavisinde ise cerrahi, radyoterapi, kemoterapi yer almaktadır. Düzenli

kanser taraması yaptırmak, kanser belirtilerini bilmek hastalığın erken teşhisi açısından önemlidir (Durna, 2012).

Kanserde erken teşhis ve tarama ile birlikte kanserin nedenleri, risk etmenleri ve belirtileri konularında farkındalığın artırılması ve davranış değişikliği yaratmak oldukça önemlidir (Açıkgöz, Çehreli ve Ellidokuz, 2011). Dünyada ve Türkiye’de birinci sırada yer alan akciğer kanseri, birincil korunma ile önlenabilen en önemli kanser türüdür. Tütün ile mücadelenin başarıyla yürütülmesi teşhisi genellikle geç olan akciğer kanseri oranını azaltacaktır.

Kanserden birincil korunmada risk faktörlerinin azaltılması, yaşam değişikliği yer almaktadır. Bu uygulamanın ana ilkeleri; sigara içmemek, içenlerin bırakması veya bırakmayan kişilerin dumanını başkalarına maruz bırakmaması, ideal kiloda olmak, düzenli fiziksel aktivitede bulunmak, meyve-sebze tüketimini artırıp hayvansal kaynaklı yağlar içeren gıda tüketimini azaltmak, alkol tüketimini azaltmak, aşırı güneş ışığına maruz kalmamak ve bilinen kanserojenlerden uzak durmaktır.

İkincil koruma ilkesi ise erken tanı ve tedavi için elzem olan ulusal kanser tarama programlarına katılmaktır. Meme, rahim ağzı ve kolorektal kanserlerinde olduğu gibi, uygun programlar yürütüldüğünde bu kanserleri erken teşhis ve tedavi etmek mümkündür (Ulusal Kanser Taramaları, 2016).

Ulusal Meme Kanseri Tarama Standartları

- 40-69 yaş grubu kadınlar hedef gruptur.
- Mamografi çekimi ile meme kanseri taraması yapılır.
- Taramanın aralığı 2 yıl olmalıdır.

Ulusal Rahimağzı (Serviks) Kanseri Tarama Standartları

- 30-65 yaş grubu kadınlar hedef gruptur.
- Smear ve HPV Testi ile serviks kanseri taraması yapılır.
- Smear ve HPV taramaları 5 yılda bir tekrarlanmalı, son iki testi negatif (normal) olan 65 yaş kadınlarda tarama sonlandırılır.

Ulusal Kolon Kanseri Tarama Standartları

- 50-70 yaş aralığındaki kadın ve erkekler hedef gruptur.
- “Gaitada Gizli Kan Testi” (GGK) ile kolon kanseri taraması yapılır.
- 2 yılda bir test tekrarlanmalıdır.
- 10 yıl arayla kolonoskopi tetkiki yapılmalıdır.
- Son iki testi negatif olan 70 yaşındaki kadın ve erkeklerde tarama sonlandırılır.

Ayrıca, ailesinde prostat kanseri hikayesi olan 40 yaşından büyük erkekler ve aile hikayesi olmayan 50 yaşından büyük erkeklerde erken tanı ve önleme amaçlı hastanın bilgilendirilmesi ve bir üroloji uzmanına yönlendirilmesi önerilmektedir (Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri, 2015).

Üçüncül koruma ise hastalık gelişen kişilerde tedavi, bakım ve rehabilitasyonun sağlanmasıdır. Ekip iş birliği ile hastanın tedavi, bakım ve rehabilitasyonu yürütülmelidir.

2.5.2.4. Onkoloji Hasta İzleminde Evde Yönetimi Etkileyen Durumlar

Ağrı; bireyin hafızasına, beklentilerine ve duygularına göre değişiklikler gösteren, nöropatolojik mekanizmalar sonucunda ortaya çıkan karmaşık bir fenomen olarak tanımlanabilir (American Geriatrics Society-AGS-Panel, 2009).

Ağrı yaşam kalitesini etkileyen en önemli sorunlardan bir tanesidir. Rutinde, ağrı değerlendirilmesinde veya ölçümünde kullanılabilecek biyolojik belirleyicilerin olmaması nedeni ile tanımlanan ağrının yoğunluğu veya varlığı konusunda güvenilir kanıtlar bulunmamaktadır. Ayrıca, duyuşal (örneğin görme ve/veya işitme bozuklukları) ve/veya kognitif bozuklukların bir arada bulunması, yaşlı hastada ağrının değerlendirilmesini zorlaştırabilir.

Kronik ağrı, beklenen iyileşme süresinin ötesine geçen veya en az 3 ila 6 ay boyunca devam eden ağrı olarak tanımlanır. Ağrı, homeostenozise (yaşlanmayla fizyolojik rezervin aşamalı ve kademeli olarak düşüşüne) katkıda bulunabilir ve kırılganlığı artırabilir (Shega vd., 2012).

Kronik ağrı, fiziksel fonksiyon kaybı, iştah azalması, düşme, dismobilité, uyku bozukluğu, depresyon, anksiyete, ajitasyon ve deliryum ile ilişkili olabilir; ayrıca bilişsel işlevlerde de belirgin azalmalara sebep olabilir.

Genel olarak bakıldığında ağrı; kanser hastalarında bağımsızlığı ve yaşam kalitesini etkileyen en önemli unsurlardan biridir (Weiner vd., 2006). Ayrıca sağlık kurumlarına en sık başvuru nedenidir (Tablo 1). Ağrı evde süreci yöneten hastalarda da sık gözlenen bir sorundur ve yaklaşık iki hastadan biri kronik ağrıdan yakınmaktadır (Abdullah vd., 2013).

Tablo 1: Yetişkinlerde Kronik Ağrı Sebepleri

Artritler -Osteoartrit -Romatoid artrit	Kansere bağlı ağrı -Kemoterapiyle indüklenen periferik nöropati -Radyasyona bağlı nöropati
Omurilik kanal tıkanıklığı	Periferik vasküler hastalık
Diyabetik periferik nöropati	Stroke sonrası ağrı
Trigeminal nevralji	Miyofasyal ağrı
Postherpetik nevralji (zona zoster)	Cerrahi sonrası ağrı
Fibromiyalji	

Kronik ağrı, yaşlanmanın kaçınılmaz bir sonucu olduğuna dair hekimler arasındaki inancın aksine, normal yaşlanma sürecinin bir parçası değildir (Thielke vd., 2012). Onkolojik popülasyonda ağrı çoğu zaman fiziksel veya psikolojik birçok problemin sonucunda ortaya çıkmaktadır

Erişkinlerde kronik ağrı yönetimi; farmakolojik ve non-farmakolojik tedaviler, fiziksel rehabilitasyon ve güçlü bir hasta-hekim ilişkisinin de dahil olduğu

kademeli müdahaleler üzerine kurulmuş multimodal bir yaklaşım ile gerçekleştirilir. Kronik ağrıya etkin müdahale; geriatrist ve ağrı uzmanı, ağrı psikolojisi uzmanı veya psikiyatrist, mesleki terapist ve uygun olduğunda romatolog dahil olmak üzere çok disiplinli bir ekibin katılımı ile sağlanır (Makris vd., 2014). Bu multidisipliner yaklaşım ile ağrı, ağrı ilişkili kısıtlanma ve depresyonu içeren birçok noktada iyileşme gözlenmiştir (Dobscha vd., 2009).

Tablo 2: Ağrı tedavisini etkileyen hastaya ait faktörler

Hastaya ait faktörler	Analjezik ilaç reçete ederken dikkat edilecek hususlar
Tıbbi komorbiditeler	
Kabızlık	Birçok hastaya opioidler başlandığında bir laksatif (örn., Senna) reçete edin
Alt ekstremitte ödem, hipertansiyon, konjestif kalp yetmezliği, peptik ülser, böbrek yetmezliği	NSAİİ ile daha da kötüleşebilir. Gabapentin ve pregabalin alt ekstremitte ödeme katkıda bulunabilir. Böbrek yetmezliği analjeziklerin kullanımını ve dozunu etkileyebilir.
Obezite	Bazı ilaçlar (örn., Gabapentin, pregabalin, trisiklik antidepresanlar) kilo artışına neden bulunabilir.
Uyku bozukluğu	Ağrı uykuyu bozabilir. Opioidler uyku mimarisindeki bozulmayla ilişkilidir.
Yürüme güçlüğü/düşme	Ağrı, yürüme zorluğuna ve düşmeye katkıda bulunabilir. Denge ve hareket sorunlarına (örneğin, opioidler, pregabalin, gabapentin, trisiklik antidepresan) neden olan ilaçlar reçete edildiğinde, hastalar dikkatle izlenmelidir.
Hafıza kaybı	Ağrı, nöropsikolojik performansın daha kötü olmasına neden olabilir. Etkili ağrı tedavisi hafızayı iyileştirse de, bazı ağrı kesiciler (örn., Opioidler, pregabalin, gabapentin, trisiklik antidepresanlar)

	konfüzyona yol açabilir.
Psikolojik faktörler	
Depresyon, kaygı	Depresyon ve/veya anksiyete nöropsikolojik performansı düşürebilir. Bu durum ağrı tedavisinin bir parçası olarak ele alınmalıdır.
Başa çıkma becerileri	Kronik ağrı ile iyi baş edemeyen hastalar ağrı tedavisinin bir parçası olarak bilişsel davranış terapisinden yararlanabilirler.
Hareket korkusu	Düşme öyküsü olan hastalar tekrar düşmekten korkar ve hareket etmek istemezler. Korku (ağrıyı arttırır endişesi ile hareket etme korkusu) fizik tedavi ile azaltılabilir.
Tedavi beklentisi	Tedavinin işe yarayacağına inananlar daha yüksek oranda yanıt alırlar (plasebo etkisi); Tedavinin işe yaramayacağına inanan kişiler iyileşme eğilimi göstermez (nocebo etkisi).
Sosyal faktörler	
Sosyal/bakıma muhtaç destek	Sosyal izolasyon, yaşlı yetişkinlerin ağrılarından kaçınma ve böylece ağrı deneyimini yoğunlaştırma kabiliyetine müdahale edebilir. Demanslı bireyler için sorun olabilir.
Mali durum	Önerilen tedavilere erişmek için finansal kaynaklara sahip olmayan hastalar tedavi almakta sorun yaşayabilir.

Malnütrisyon; onkolojik hasta popülasyonunda hastalığa ve tedavi yan etkilerine bağlı beslenme durumunu ilgilendiren çok sayıda fizyolojik değişiklik olmaktadır. Tedavi ile birlikte süreç içinde açlığa ve enerji ihtiyacına vücudun verdiği iştah artışı cevabı bozulabilir ve bu da yetersiz gıda alımına ve kilo kaybına katkıda bulunabilir. Yine tat ve koku duyularındaki değişiklikler iştah kaybına neden

olabilir. Gelişen mide boşalma hızının yavaşlaması, ghrelin gibi iştahla ilgili hormonların dengesindeki değişiklikler de iştah kaybına neden olabilir.

Malnütrisyon bir ya da daha fazla besin maddesinin vücut dengesini bozacak şekilde yetersiz veya fazla alınmasıdır. Ancak malnütrisyon ile genelde alım azlığı ile de ifade edilir. Metabolik ihtiyaçları karşılayacak kadar enerji ve proteinin olmaması malnütrisyonun temel özelliğidir. Malnütrisyon kötü protein ve kalori alımı, hastalık ve travmaya bağlı artmış metabolik ihtiyaç veya artmış besin maddesi kaybı nedeniyle ortaya çıkabilir.

Malnütrisyon birçok sistemi etkiler ve bu yüzden klinik belirtiler sistemlerin etkilenme derecesine bağlı olarak değişkenlik gösterebilir. Malnütrisyonu olan hastada bağışıklık sistemi etkileneceğinden kişi enfeksiyonlara açık hale gelir ve enfeksiyon bulguları gelişebilir, enfeksiyonlar daha uzun sürebilir. Ayrıca yara iyileşmesi de gecikir. B12, folat kaybı unutkanlığa ve diğer bilişsel sorunlara, vitamini ve kalsiyum kaybı osteoporoza yol açabilir. Birçok malnütrisyonlu hastada kas gücü ve kitlesi azalır; bu da çabuk yorulma, yürüme ve denge problemleri, düşme ve kırık riski, osteoartrit, kifoskolyoz (omurgaların kamburluğa yol açacak şekilde öne arkaya sağa sola bükülmesi) gibi sorunlara yol açabilir. Ayrıca hareketsizliğe bağlı bası yaraları gelişebilir. Kas kaybı solunum kaslarını etkileyerek nefes darlığına, kalp kasını etkileyerek kalp hızı yavaşlamasına ve sistolik kan basıncında (büyük tansiyon) düşmeye neden olabilir. Vitamin B6 kaybı kalp yetmezliğine neden olabilir. Ayrıca kalp yetmezliği olmadan da protein kaybına bağlı olarak ödem gelişebilir. Elektrolit bozuklukları kalp ritim bozukluklarına neden olabilir.

İyileşmeyen yaralar yine muayene sırasında göze çarpabilir. Pretibial (bacak ön yüzü) ve sakral (kuyruk sokumunun üst kısmındaki omurga kemiği) ödem protein kaybının olduğu veya kalp yetmezliğine neden olmuş malnütrisyonlu hastalarda saptanabilir. Malnütrisyonunda kas gruplarının muayenesi önem teşkil etmektedir. Temporal (şakak kası), pektoral (göğüs kası), deltoid (omuz kası), interosseal (el kemikleri arası kas), skapula (kürek kemiği kası), quadriseps (uyluk dört başlı kası), gastroknemius (baldır kası) kaslarında atrofi (normal boyutundan daha küçülmesi), güçsüzlük saptanabilir. İstemli el sıkma gücü bir el dinamometresi yardımıyla ölçülebilir ve bu kişinin kas gücünü belirlemede faydalıdır. Yaşa ve cinsiyete göre

beden kitle indeksine göre el dinamometresi kesim noktaları mevcuttur ve kullanılabilir, günlük pratik kullanımda ise erkeklerde 30 kg, kadınlarda 20 kg değerleri sınır değer olarak alınabilir (Lauretani vd., 2003). Malnütrisyonu olan hastaların doktor kontrollerinde vücut ağırlığı, beden kitle indeksi, bel çevresi ölçümleri yapılmalıdır. Ölçümler bir önceki değerlere göre yüzde olarak değişim açısından incelenmelidir.

Bası ülserleri; özellikle hareket kısıtlılığı olan, yatağa bağımlı hastalarda görülmekle beraber yüksek oranda artmış morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır. Özellikle yatan hastalarda ağrı, enfeksiyon riskinde artış ve hastanede yatış sürelerinin uzamasına neden olabilmektedir. Sağlık harcamalarında artış, artan bakıcı yükü ve hastaların konforunun azalması nedenli önem verilmelidir. Ayrıca geriatri perspektifinde değerlendirildiğinde ise; bası ülseri vakalarının %70'inin 70 yaş üzerinde olduğuda göz ardı edilmemelidir. Bası ülserleri ile mücadele, sağlık ekibi, hasta ve yakınları ile uyumlu ve organize çalışma ile yürütülmelidir. Özellikle yurtdışı sağlık uygulamalarında bası yarası oluşumu bir hata olarak nitelendirilmekte, taburcu edilen ve yatan hastalarda mükerrer görülmesi halinde ilgili kurum ödemelerinde sıkıntı çıkmaktadır.

Bası yarası varlığı, bakım kalitesinin kötü olduğunun göstergesi olarak kabul edilmekte, hastane ve kurumda bakımın başarısızlığı olarak görülmektedir. Mortalite oranları ve hastaneye yatış oranları da beraberinde artmaktadır. Ciddi dekübit ülseri hastaların ortalama hastanedeki kalış süresini sekiz ay, yüzeysel dekübit ülseri ise altı ay uzatabilir. Bası yaraları ile mücadelenin bir ekip işi olduğu da unutulmamalıdır (Akın ve Karan, 2011).

Uygunsuz ilaç kullanımını da yan etki ve evde kullanım düzeni açısından kanserli hastayı izlem ve evde yönetimi etkileyen önemli unsurlardandır. İlaç-ilaç etkileşimleri iki veya daha fazla ilacın etkili oldukları organ üzerinden veya vücuttan atılma yolları üzerinden birbirlerinin etkilerini artırmaları veya azaltmaları sonucunda istenmeyen sonuçların oluşmasıdır. İlaç-hastalık etkileşimi ise kişinin kullanmaya başladığı hastalıkların kişinin mevcut hastalığının veya semptomlarının şiddetlenmesi şeklinde meydana gelir. Tedavi duplikasyonları (Therapeutic duplication) ise ağrı, bulantı veya kusma gibi bir semptom için hangi ilacın ne zaman

kullanılacağı belirtilmeksizin aynı görevi gören iki veya daha fazla ilacın beraber kullanılmasıdır (Pitkala, Strandberg ve Tilvis, 2002).

Bazı ilaçların büyük bir kısmı genelde kanda albümin adı verilen bir proteine bağlanır. Bu bağlanma ilacın etkisini göstermesine engel olur. İlacın etkili olan kısmı kanda serbestçe dolaşan bölümdür. Albümine çok bağlanan ilaçların serbest kısmı artar ve bu da yan etkilerle sonuçlanabilir. Suda dağılan ilaçların ise vücut suyu azalmasına bağlı konsantrasyonları yükselir. Bipolar bozukluk olarak adlandırılan psikiyatrik bozuklukta kullanılan lityum isimli ilaç bu duruma örnektir. Eğer doz ayarlaması planlanmaz ise kandaki lityum miktarı artar ve yan etkiler ortaya çıkar (Sera ve McPherson, 2012).

Kişinin birden fazla sayıda kronik hastalığının olması da polifarmasi için bir risk faktörüdür. Özellikle risk faktörü oluşturan kronik hastalıklar hipertansiyon, koroner arter hastalığı, kalp yetmezliği ve kalp ritim bozukluğudur (Komiya vd., 2017).

Son yıllarda tedavilerde kanıta dayalı tıp uygulanmaktadır. Kanıta dayalı tıp kısaca bilimsel olarak güçlü çalışmalar ile yararı gösterilmiş ilaç veya diğer tedavilerin (cerrahi, fizik tedavi gibi), uygulanmasıdır. Uluslararası kuruluşlar hipertansiyon, diyabet gibi sık olan hastalıklar için kanıta dayalı tıp kullanarak tanı ve tedavi kılavuzları oluşturmuşlardır. Ancak, hastalar, çoklu kronik hastalığı olan ve kanserli hastalar çoğunlukla bu kılavuzlara kaynak olan bilimsel çalışmalardan dışlanmaktadır. Ek olarak, kanserli hastaların kronik hastalıklarını kılavuzlara göre tedavi etmek ilaç sayısının artmasına neden olabilir. Örnek olarak, diyabeti, hipertansiyonu, kolesterol yüksekliği olan bir hastanın güncel tedavi kılavuzlarına göre en az dört ilaç kullanması gerekmektedir. Bu nedenle, yaşlılarda ve kanserli hastalarda ilaç tedavilerinin kişiselleştirilmesi büyük önem taşımaktadır (Dumbreck vd., 2015).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma onkoloji hastalarını evde bakım gereksinimlerini tanılamak amacıyla geliştirilen metadolojik tipte bir ölçek çalışmasıdır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma 08.02.2019 ile 29.12.2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş olup, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Tıbbi Onkoloji kliniğinde ve polikliniğinde yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji kliniğinde yatan ve polikliniğine başvuran tüm onkoloji hastaları oluşturmuştur.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemi belirlenen evren içinden dâhil edilme kriterlerine uygun olan rastgele örneklem seçim yöntemi ile seçilen 159 hasta oluşturmuştur.

3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

-İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji kliniğinde yatışı yapılan ve polikliniğine kontrol amaçlı başvuran,

- Bilinci açık, koopere,
- Herhangi bir iletişim sorunu olmayan,
- Tanılanmış psikiyatrik bir sorunu olmayan,
- Tanı süresi 6 aydan fazla olan,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan tüm hastalar

3.6. Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri (hastalar için):

- Herhangi bir iletişim sorunu olan,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri; Hastalara ilişkin Demografik Özellikler Formu (EK-1) ve araştırmanın amacına uygun olarak geliştirilen “Onkoloji Hastalarının Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirleme Ölçeği” (EK-2) kullanılarak toplanmıştır. Veri toplama formları araştırmacı tarafından yaklaşık 15-20 dk içerisinde yüz yüze doldurulmuştur.

Hastalara İlişkin Demografik Özellikler Formu (EK 1):

Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bilgi edinebilmek amacıyla literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan form 8 sorudan oluşmaktadır.

Onkoloji Hastalarında Evde bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi Ölçeği (EK 2):

Ölçek kanser hastalarının akut ve kronik dönemde evde bakımla ilgili gereksinimlerini belirlemek amacıyla oluşturulan ölçek; 17 maddeden oluşmaktadır. Fiziksel sorunlar, psikolojik sorunlar, tedavi, semptom boyutuna ilişkin gereksinimler olmak üzere 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek önce literatür taraması planlanan 33 soruluk soru havuzu ile yola çıkmıştır. Alt boyutları başlık ve soru içeriği ile ilgili ilişkilendirilerek planlanmıştır. Her bir sorunun hasta tarafından “gereksinim var/yok” şeklinde puanlanması istenmiştir. Ölçek maddeleri oluşturulduktan sonra 10 uzman kişi tarafından (4 klinik hemşiresi, 2 klinik sorumlu hekimi ve 3 akademisyen hemşire) uzman görüşleri alınmıştır. Uzman görüşlerinden sonra araştırmacılar tarafından oluşturulan ölçek maddelerinin uygunluğu ve anlaşılabilirliği açısından 32 hasta ile pilot çalışma gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, medyan) kullanılmıştır.

3.8. Pilot Çalışma Analizleri

Tablo 3: Katılımcıların tanımlayıcı istatistikleri

		n	%
Hastalık süresi	1 yıldan az	0	0,0
	1-5 yıl	30	93,8
	5 yıldan fazla	2	6,3
Tedavi türü	Cerrahi	5	15,6
	Kemoterapi	5	15,6
	Radyoterapi	0	0,0
	Hepsi	2	6,3
	Diğer	20	62,5
Eğitim durumu	Okur yazar	4	12,5
	İlkokul	8	25,0
	Ortaöğretim/lise	11	34,4
	Üniversite	9	28,1
Medeni durum	Evli	15	46,9
	Bekar	17	53,1
Çalışma durumu	Çalışıyor	1	3,1
	Çalışmıyor	31	96,9
Gelir durumu	Gelir gidere eşit	1	3,1
	Gelir giderden az	2	6,3
	Gelir giderden fazla	29	90,6
	Toplam	32	100,0

Araştırmaya katılan katılımcıların tanımlayıcı istatistikleri tabloda verilmiştir. Buna göre katılımcıların hastalık sürelerine göre dağılımları incelendiğinde %93,8'inin (n=32) 1-5 yıl aralığında, %6,3'ünün (n=2) 5 yıldan fazla süredir hastalığa sahip olduğu görülmektedir. Katılımcıların tedavi türlerine göre dağılımları

incelendiğinde %15,6'sının (n=5) cerrahi, %15,6'sının (n=5) kemoterapi, %6,3'ünün (n=2) hepsi ve %62,5'inin (n=20) diğer tedavi türlerine sahip oldukları tespit edilmiştir. Katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde %12,5'inin (n=4) okur yazar, %25'inin (n=8) ilkokul, %34,4'ünün (n=11) ortaöğretim/lise, %28,1'inin (n=9) üniversite olduğu tespit edilmiştir. Medeni durumlarına göre dağılımları incelendiğinde %46,9'unun (n=15) evli, %53,1'inin (n=17) bekar, çalışma durumlarına göre incelendiğinde %3,1'inin (n=1) çalıştığı, %96,9'unun (n=31) ise çalışmadığı görülmektedir. Katılımcıların gelir durumuna göre dağılımları incelendiğinde %3,1'inin (n=1) gelirinin giderine eşit, %6,3'ünün (n=2) gelirinin giderinden az, %90,6'sının (n=29) ise gelirinin giderinden fazla olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4: Araştırmada test edilecek onkoloji hastalarının evde bakım gereksinimlerini belirleme ölçeğinin güvenirlik sonuçları

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted	Cronbach's Alpha
S1	25,3438	16,620	0,499	0,840	0,850
S2	25,3750	16,435	0,529	0,838	
S3	25,4688	15,676	0,689	0,829	
S4	25,6563	16,620	0,421	0,844	
S5	25,9688	17,773	0,253	0,850	
S6	25,7188	16,660	0,424	0,843	
S7	25,4688	17,031	0,328	0,848	
S8	25,4688	16,386	0,496	0,840	
S9	25,6875	16,867	0,363	0,847	
S10	25,4375	16,835	0,388	0,845	
S11	25,5938	16,959	0,332	0,848	
S12	25,5000	15,677	0,678	0,830	
S13	25,4063	15,733	0,709	0,829	
S14	25,3750	15,984	0,660	0,832	

S15	25,4063	16,120	0,598	0,835	
S16	25,3438	17,459	0,259	0,851	
S17	25,2813	17,951	0,148	0,854	

Araştırmada kullanılan ölçeğin içsel tutarlılığına ilişkin Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı hesaplanmıştır. Tablo'4 de görüldüğü üzere, ölçek genelinin Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı 0,850 olarak bulunmuştur. Ölçeğin sağlık bilimleri açısından yüksek güvenilirlik düzeylerine sahip olduğu söylenebilir. Sonuç olarak, yüksek güvenilirlik düzeyine sahip ölçeklerin ürettikleri verilerden elde edilen sonuçların tutarlı ve istikrarlı olacağını söylemek mümkündür.

Ölçek puanlama ve değerlendirme kriterleri aşağıdaki tabloda belirtildiği gibidir.

Tablo 5: Ölçek Puanlama ve Değerlendirme Kriterleri

GEREKSİNİMİN OLMAMASI	Gereksinim Olmadı (HAYIR): Hastalığım benim için sorun olmadı.
GEREKSİNİMİN OLMASI	Gereksinimim Oldu (EVET): Çok fazla ek yardıma gereksinim oldu.

Veri Toplama Süreci: Veriler; 06.12.2019-29 Aralık 2019 tarihleri arasında İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesine başvuran ve kliniklerde yatan hastalara ilgili formlar yüz yüze görüşme yoluyla doldurulmuştur.

3.9. Araştırma Etiği

Araştırmanın etik açıdan uygunluğu için İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu (26.09.2018/261) 'ndan yazılı izin alınmıştır. Etik kurul onayı sonrasında araştırmanın yürütüleceği hastaneden

kurum izni alınmıştır. Anketlere başlamadan önce hastalardan ‘Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu’ ile yazılı ve sözlü onam alınmıştır.

3.10. Verilerin Analizi

Verilerin istatistiksel analizi SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, medyan) kullanılmıştır. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.



4.BULGULAR

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, medyan) kullanılmıştır.

Toplanan verilerin uygun analiz yöntemi ile analiz edilmesi yukarıdaki ön koşulların sağlanması ile gerçekleştirilir. Ölçeklerin güvenilirliğini test etmek amacıyla “Güvenilirlik Analizi”, yapı geçerliliği test etmek için “Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA)”, ve Amos programı kullanılarak “Doğrulamalı Faktör Analizi (DFA)” yapılmış, verilerin normal dağılım göstermesi nedeniyle Maksimum Likelihood hesaplama yöntemi kullanılmıştır ve elde edilen sonuçlar yorumlanmıştır.

Tablo 6: Katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımları

			N	%
Hastalık süresi		1 yıldan az	49	31,2
		1-5 yıl	89	56,7
		5 yıldan fazla	19	12,1
Tedavi türleri	Cerrahi	Evet	99	63,1
		Hayır	58	36,9
	Kemoterapi	Evet	61	38,9
		Hayır	96	61,1
	Radyoterapi	Evet	136	86,6
		Hayır	21	13,4
	Hepsi	Evet	149	94,9
		Hayır	8	5,1
	Diğer	Evet	128	81,5
		Hayır	29	18,5
Eğitim durumu		Okur yazar	12	7,6
		İlkokul	65	41,4
		Ortaöğretim/Lise	50	31,8
		Üniversite	30	19,1
Medeni durumu		Evli	118	75,2
		Bekar	39	24,8
Çalışma durumu		Çalışıyor	29	18,5
		Çalışmıyor	128	81,5
Gelir durumu		Gelir gidere eşit	63	40,1
		Gelir giderden az	43	27,4
		Gelir giderden fazla	51	32,5
		Toplam	157	100,0

Araştırmaya katılan katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımları tabloda verilmiştir. Buna göre katılımcıların hastalık süresine göre dağılımları incelendiğinde %31,2'sinin 1 yıldan az, %56,7'sinin 1-5 yıl, %12,1'inin ise 5 yıldan fazla olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların tedavi türlerine göre dağılımları incelendiğinde %63,1'i cerrahi, %38,9'u kemoterapi, %86,6'sı radyoterapi, %94,9'u hepsi, %81,5'i ise diğer olduğu görülmektedir. Katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde %7,6'sı okur yazar, %41,4'ü ilkokul, %31,8'i ortaöğretim/lise, %19,1'i ise üniversite olduğu tespit edilmiştir. Çalışma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde %18,5'inin çalıştığı, %81,5'inin ise çalışmadığı görülmektedir. Gelir durumlarına göre dağılımları incelendiğinde %40,1'inin gelirinin giderlerine eşit, %27,4'ünün gelirinin giderinden az, %32,5'inin ise gelirinin giderinden fazla olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 7: Onkoloji Hastalarının Evde Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği Boyutlarına Yönelik Faktör Analizi Sonuçları

	Boyutlar ve Ölçek Maddeleri	Döndürülmüş Faktör Yükleri*	Açıklanan Varyans
	Fiziksel sorunlara ilişkin gereksinimler		%13,484
S1	Ağrının giderilmesinde	0,879	
S2	Halsizliğin/yorgunluğun azaltılmasında	0,845	
	Psikolojik sorunlara ilişkin gereksinimler		%16,972
S3	Kendini iyi hissetme konusunda	0,611	
S4	Ölüm ve ölme ile ilgili duygularla başa çıkabilmede	0,827	
S5	Cinsel duygulardaki değişikliklerle başa çıkabilmede	0,599	
S6	Hastalığının yayılmasıyla ilgili endişelerimin azaltılmasında	0,810	
S7	Stres ile baş edebilmem konusunda	0,746	
	Semptom boyutunda gereksinimler		%17,025
S8	Evde bağırsak boşaltımı ile ilgili değişikliklerle başa çıkabilmede(kabızlı,ishal v.b.)	0,758	
S9	(Eğer varsa) ameliyat yarasının bakımını nasıl yapacağım konusunda	0,754	
S10	Yeterli uyuyamadığımda ne yapmam konusunda	0,800	
S11	(Hareketsiz ya da yatağa bağımlılık mevcut ise) Cildimde oluşabilecek yaraların önlenmesinde	0,822	
	Tedavi boyutunda gereksinimler		%22,685
S12	Tedavi süreciniz ve yan etkiler ile evde baş etmeniz için gereken bilgilerin verilmesinde	0,627	
S13	Yapılacak testler ile ilgili bilgi istediğinizde gerekli açıklamaların yapılmasında	0,742	
S14	Tedaviyi seçmeden önce tedavi seçeneklerinin yararları ve yan etkileri açısından yeterli bilgilendirmelerin yapılmasında	0,842	
S15	Test sonuçlarınızın mümkün olan en kısa sürede bildirilmesinde	0,859	
S16	Fiziksel koşulları mümkün olduğu kadar iyi olan bir kurumda tedavi görmek konusunda	0,772	
S17	Hastalık, tedavi ve takip sürecim ile ilgili	0,821	

	tüm durumları konuşabileceğim bir tıbbi personelin bulunması konusunda		
	*Rotasyon Yöntemi: Varimax	Toplam Açıklanan Varyans: %70,167	
	KMO = 0,803; $\chi^2(136) = 1711,542$; Bartlett Küresellik Testi (p) = 0,000		

Açıklayıcı faktör analizi uygulamasından önce, örneklem büyüklüğünün faktör analizi yapmaya uygun olup olmadığını test etmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi uygulanmıştır. Analiz sonucunda KMO değerinin 0,803 olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu doğrultusunda, örneklem yeterliliğinin faktör analizi yapmak için “iyi derecede yeterli” olduğu sonucuna ulaşılmıştır. KMO değeri olarak 0,5-1,0 arası değerler kabul edilebilir olarak değerlendirilirken, 0,5’in altındaki değerler faktör analizinin söz konusu veri seti için uygun olmadığının göstergesidir. Ancak genel olarak araştırmacılar tarafından tatminkâr olarak düşünülen minimum KMO değeri 0.7’dir. Ayrıca Bartlett küresellik testi sonuçları incelendiğinde, elde edilen ki-kare değerinin kabul edilebilir olduğu görülmüştür ($\chi^2(136) = 1711,542$; $p < 0.01$).

Araştırmaya katılan katılımcıların 17 maddeden oluşan anket, dört boyut esas alınarak geliştirilmiştir. Bu boyutlar “**Fiziksel sorunlara ilişkin gereksinimler**”, “**Psikolojik sorunlara ilişkin gereksinimler**”, “**Semptom boyutunda gereksinimler**” ve “**Tedavi boyutunda gereksinimler**” dir. Bu çerçevede, aracın faktör desenini ortaya koymak amacıyla açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır.

Ölçeğin faktör desenini ortaya koymak amacıyla faktörleştirme yöntemi olarak temel bileşenler analizi, döndürme olarak da dik döndürme yöntemlerinden varimax seçilmiştir. Ölçeğin faktör desenini ortaya koymak amacıyla yapılan açıklayıcı faktör analizinde, faktör yük değerleri için kabul düzeyi 0,50 olarak belirlenmiştir. Dört faktör için yapılan analizde, maddeler, binişiklik ve faktör yük değerlerinin kabul düzeyini karşılayıp karşılamaması açısından değerlendirildiğinde maddelerin tüm değerlerinin kabul düzeyinde olduğu tespit edilmiştir. Ölçeğin faktör yüklerinin 0,599-0,879 arasında iyi olduğu görülmektedir. Varimax döndürmesi sonuçlarında maddeler toplam dört faktör altında toplanmıştır. Bu faktörler toplam varyansın %70,167’sini açıklamaktadır. Bu çerçevede, tanımlanan bir faktörün, toplam varyansa yaptığı katkının yeterli olduğu görülmektedir. Tabloda görüldüğü üzere birinci faktör olan “**Fiziksel sorunlara ilişkin gereksinimler**” toplam

varyansın %13,484'ünü, ikinci faktör **“Psikolojik sorunlara ilişkin gereksinimler”** %16,972'sini, üçüncü faktör **“Semptom boyutunda gereksinimler”** %17,025'ini ve **“Tedavi boyutunda gereksinimler”** ise %22,685'ini açıklamaktadır.

Tablo 8: Onkoloji Hastalarının Evde Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği Genel ve Boyutlarının Güvenilirlik Katsayısı

Ölçek	İfade sayısı	Cronbach's Alpha (α)
Ölçek geneli	17	0,892
Fiziksel sorunlara ilişkin gereksinimler	2	0,938
Psikolojik sorunlara ilişkin gereksinimler	5	0,829
Semptom boyutunda gereksinimler	4	0,840
Tedavi boyutunda gereksinimler	6	0,891

Araştırmada kullanılan anket dört faktörden oluşmaktadır. Buna göre, ölçeğin içsel tutarlılığına ilişkin Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı hesaplanmıştır. Anket formunda yer alan katılımcıların toplam anket ve alt boyutlarının güvenilirlik katsayıları incelendiğinde **“Fiziksel sorunlara ilişkin gereksinimler”** alt boyutunun Cronbach's Alpha değeri (0,938), **“Psikolojik sorunlara ilişkin gereksinimler”** alt boyutunun Cronbach's Alpha değeri (0,829), **“Semptom boyutunda gereksinimler”** alt boyutunun Cronbach's Alpha değeri (0,840), ve **“Tedavi boyutunda gereksinimler”** alt boyutunun Cronbach's Alpha değeri (0,891), ölçeğin genelinin Cronbach's Alpha değeri ise (0,892) olarak bulunmuş ve yüksek derecede güvenilirliğe sahip olduğu tespit edilmiştir. Anketin sosyal bilimler araştırmaları için oldukça yüksek güvenilirlik düzeylerine sahip oldukları söylenebilir. Sonuç olarak, yüksek güvenilirlik düzeyine sahip ölçeklerin ürettikleri verilerden elde edilen sonuçların tutarlı ve istikrarlı olacağını söylemek mümkündür.

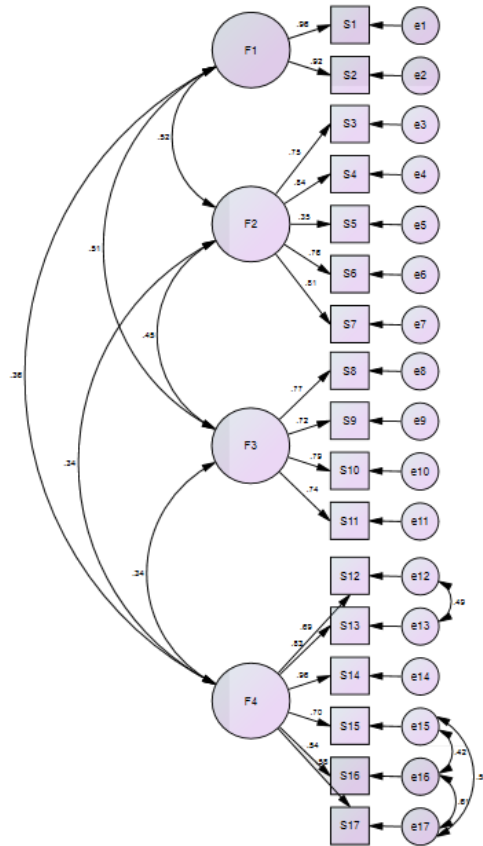
Tablo 9: Onkoloji Hastalarının Evde Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği Boyutlarına Yönelik Güvenilirlik Analizi Düzeltilmiş Madde Toplam Korelasyon Değerleri

Boyutlar ve Ölçek Maddeleri		Düzeltilmiş madde toplam korelasyonu
	Fiziksel sorunlara ilişkin gereksinimler	
S1	Ağrının giderilmesinde	0,884
S2	Halsizliğin/yorgunluğun azaltılmasında	0,884
	Psikolojik sorunlara ilişkin gereksinimler	
S3	Kendini iyi hissetme konusunda	0,635
S4	Ölüm ve ölme ile ilgili duygularla başa çıkabilmede	0,774
S5	Cinsel duygulardaki değişikliklerle başa çıkabilmede	0,330
S6	Hastalığının yayılmasıyla ilgili endişelerimin azaltılmasında	0,697
S7	Stres ile baş edebilmem konusunda	0,709
	Semptom boyutunda gereksinimler	
S8	Evde bağırsak boşaltımı ile ilgili değişikliklerle başa çıkabilmede (kabızlık,ishal v.b.)	0,678
S9	(Eğer varsa) ameliyat yarasının bakımını nasıl yapacağım konusunda	0,640
S10	Yeterli uyuyamadığımda ne yapmam konusunda	0,704
S11	(Hareketsiz ya da yatağa bağımlılık mevcut ise) Cildimde oluşabilecek yaraların önlenmesinde	0,669
	Tedavi boyutunda gereksinimler	
S12	Tedavi süreciniz ve yan etkiler ile evde baş etmeniz için gereken bilgilerin verilmesinde	0,641
S13	Yapılacak testler ile ilgili bilgi istediğinizde gerekli açıklamaların yapılmasında	0,744

S14	Tedaviyi seçmeden önce tedavi seçeneklerinin yararları ve yan etkileri açısından yeterli bilgilendirmelerin yapılmasında	0,815
S15	Test sonuçlarınızın mümkün olan en kısa sürede bildirilmesinde	0,741
S16	Fiziksel koşulları mümkün olduğu kadar iyi olan bir kurumda tedavi görmek konusunda	0,636
S17	Hastalık, tedavi ve takip sürecim ile ilgili tüm durumları konuşabileceğim bir tıbbi personelin bulunması konusunda	0,686

Araştırmada kullanılan anketin düzeltilmiş madde toplam korelasyonları tabloda verilmiştir. Buna göre maddelerin düzeltilmiş madde toplam korelasyon değerlerinin 0,330-0,884 arasında değer aldığı görülmektedir.

Doğrulayıcı Faktör Analizi



F1: Fiziksel sorunlara ilişkin gereksinimler, F2: Psikolojik sorunlara ilişkin gereksinimler, F3: Semptom boyutunda gereksinimler, F4: Tedavi boyutunda gereksinimler

Şekil 1. Onkoloji Hastalarının Evde Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeğinin Birinci Düzey Çok Faktörlü Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Model

Tablo 10 : Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Bulgular

İndeks	Mükemmel Uyum Ölçütü	İyi Uyum Ölçütü	Modifikasyon öncesi	Modifikasyon Sonrası	Sonuç
χ^2/SD	0-3	3-5	3,409	2,274	Mükemmel uyum
RMSEA	$0,00 \leq RMSEA \leq 0,05$	$0,05 \leq RMSEA \leq 0,10$	0,124	0,090	İyi uyum
CFI	$0,95 \leq CFI \leq 1,00$	$0,90 \leq CFI \leq 0,95$	0,835	0,916	Mükemmel uyum
NFI	$0,95 \leq NFI \leq 1,00$	$0,80 \leq NFI \leq 0,95$	0,784	0,861	İyi uyum
TLI	$0,95 \leq TLI \leq 1,00$	$0,90 \leq TLI \leq 0,95$	0,801	0,900	İyi uyum
IFI	$0,95 \leq IFI \leq 1,00$	$0,90 \leq IFI \leq 0,95$	,837	0,917	İyi uyum
GFI	$0,95 \leq GFI \leq 1,00$	$0,85 \leq GFI \leq 0,95$	0,777	0,856	İyi uyum
Ki kare/ Degrees of Freedom (χ^2/SD)					
Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA): Yaklaşık hataların ortalama karekökü					
Comparative Fit Index (CFI): Karşılaştırmalı Uyum İndeksi					
Normed Fit Index (NFI): Normlaştırılması Uyum İndeksi					
NNFI: Normlaştırılmamış Uyum İndeksi					
Root Mean Square Residual (SRMR): Standardize Ortalama Hataların Karekökü					
Goodness of Fit Index (GFI): Uyum İyiliği İndeksi					
Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI): Ayarlanmış Uyum İyiliği İndeksi					

Doğrulayıcı Faktör analizine göre ölçeğin yapısal denklem model sonucu (Structural Equation Modeling Results) $p=0,000$ düzeyinde anlamlı olduğu, ölçeğin 17 maddeden oluştuğu belirlenmiştir. Modelde iyileştirme yapılmaktadır (e15-e16; e15-e17; e16-e17; e12-e13). Modifikasyon öncesinde elde edilen uyum indeksi değerleri, model ile örneklemden elde edilen verinin iyi bir uyuma sahip olmadığını göstermektedir. Analiz sonuçlarına göre Ki-Kare İyilik Uyumu (χ^2 (113)) = 2,274, Karşılaştırmalı Uyum İndeksi CFI = 0,916, Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü

(RMSEA) = 0,090, Normlaştırılmış Uyum İndeksi (NFI) =0,861, Normlaştırılmamış Uyum İndeksi (NNFI(TLI)) =0,900, İyi Uyum İndeksi (GFI) = 0,856, olarak bulundu (Tablo 10). Uyum indekslerine göre modelin iyi bir uyuma sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 11: Onkoloji Hastalarının Evde Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeğine İlişkin Yapılan Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonucu Elde Edilen Faktör Yükleri

Boyutlar ve Ölçek Maddeleri		Faktör yükleri
	Fiziksel sorunlara ilişkin gereksinimler	
F1	Ağrının giderilmesinde	0,963
F2	Halsizliğin/yorgunluğun azaltılmasında	0,918
	Psikolojik sorunlara ilişkin gereksinimler	
P3	Kendini iyi hissetme konusunda	0,753
P4	Ölüm ve ölme ile ilgili duygularla başa çıkabilmede	0,838
P5	Cinsel duygulardaki değişikliklerle başa çıkabilmede	0,349
P6	Hastalığının yayılmasıyla ilgili endişelerimin azaltılmasında	0,760
P7	Stres ile baş edebilmem konusunda	0,807
	Semptom boyutunda gereksinimler	
S8	Evde bağırsak boşaltımı ile ilgili değişikliklerle başa çıkabilmede (kabızlık,ishal v.b.)	0,766
S9	(Eğer varsa) ameliyat yarasının bakımını nasıl yapacağım konusunda	0,720
S10	Yeterli uyuyamadığımda ne yapmam konusunda	0,789
S11	(Hareketsiz ya da yatağa bağımlılık mevcut ise) Cildimde oluşabilecek yaraların önlenmesinde	0,739
	Tedavi boyutunda gereksinimler	
T12	Tedavi süreciniz ve yan etkiler ile evde baş etmeniz için gereken bilgilerin verilmesinde	0,692

T13	Yapılacak testler ile ilgili bilgi istediğinizde gerekli açıklamaların yapılmasında	0,833
T14	Tedaviyi seçmeden önce tedavi seçeneklerinin yararları ve yan etkileri açısından yeterli bilgilendirmelerin yapılmasında	0,959
T15	Test sonuçlarınızın mümkün olan en kısa sürede bildirilmesinde	0,697
T16	Fiziksel koşulları mümkün olduğu kadar iyi olan bir kurumda tedavi görmek konusunda	0,544
T17	Hastalık, tedavi ve takip sürecim ile ilgili tüm durumları konuşabileceğim bir tıbbi personelin bulunması konusunda	0,580

Bununla birlikte her bir faktöre ilişkin faktör yükleri **Tablo 11**'de ve birinci düzey doğrulayıcı faktör analizine ilişkin model ise Şekil 1'de verilmektedir. Görüldüğü üzere, faktör yükleri 0,349 ile 0,963 arasında değişkenlik göstermektedir.

Tablo 12: Onkoloji Hastalarının Evde Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeğine İlişkin Altboyutların ve Ölçek Genelinin Dağılımı

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart sapma
Fiziksel sorunlara ilişkin gereksinimler	157	0,00	2,00	1,3503	0,91193
Psikolojik sorunlara ilişkin gereksinimler	157	0,00	5,00	2,5350	1,86921
Semptom boyutunda gereksinimler	157	0,00	4,00	2,2994	1,62696
Tedavi boyutunda gereksinimler	157	0,00	6,00	4,1975	2,20849
Ölçek geneli	157	0,00	17,00	10,3822	4,85631

Araştırmaya katılan katılımcıların araştırmada kullanılan ölçek ve alt boyutlarına verdikleri cevapların tanımlayıcı istatistikleri tabloda verilmiştir. Buna göre fiziksel sorunlara ilişkin gereksinimler alt boyutuna katılımcıların verdiği

cevaplar incelendiğinde minimum 0, maksimum 2, ortalama $1,35 \pm 0,91$, psikoloji sorunlara ilişkin gereksinimler alt boyutuna verdiklere cevaplar incelendiği minimum 0, maksimum 5, ortalama $2,53 \pm 1,87$, semptom boyutunda gereksinimler alt boyutuna verdikleri cevaplar incelendiğinde minimum 0, maksimum 4, ortalama $2,29 \pm 1,63$, tedavi boyutunda gereksinimler alt boyutuna verdikleri cevaplar incelendiğinde minimum 0, maksimum 6, ortalama $4,19 \pm 2,21$ ve ölçek geneline verdikleri cevaplar incelendiğinde minimum 0, maksimum 17, ortalama $10,38 \pm 4,86$ olduğu tespit edilmiştir.



5. TARTIŞMA

İnsanın sağılığını koruması, sağık kuruluşunda başlayan tedaviyi evde devam ettirmek önemlidir. Evde sağık ve bakım ya da farklı bir ifadeyle bakım verenlerin ve hasta yakınlarının da katıldığı evde sağık hizmetleri hastanın semptom yönetiminde, hasta yakınlarının ve bakımı ile görevli bireylerin yükünü azaltmak amacıyla evde sağık ve bakım hizmet çeşitliliğı konusunda çalışmalar yapılmaktadır. Evden hastaneye geçiş süreci başladığı andan itibaren evde bakım ve semptom yönetimi özellikle nörolojik, onkolojik hastalıklıklarda karşılaşılmaktadır. Nörolojik hastalıklarda hastalar %50 'sinde entelletüel yetenekleri ve bireysel bakım yönetiminde kayıp yaşadığı için evde de tedavi ve bakımın yürütülmesi önemlidir. Ayrıca yaşam kalitesini fazla oranda etkilemesinden dolayı bu hastalıklarda evde bakım gereksinimlerinin ve karşılanma düzeylerinin belirlenmesi çok önemlidir. Bu amaçla çalışmamızın, onkoloji hastalarının evde gereksinim duydukları sağık ve bakım ihtiyaçlarının karşılanması için oluşturulabilecek alt yapı için önemli olduğu düşünölmüştür.

Kanser hastalarının akut ve kronik dönemde evde bakımla ilgili gereksinimlerini belirlemek amacıyla oluşturulan ölçek; 17 maddeden oluşmaktadır. Fiziksel sorunlar, psikolojik sorunlar, tedavi, semptom boyutuna ilişkin gereksinimler olmak üzere 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Her bir sorunun hasta tarafından “gereksinim var/yok” şeklinde puanlanması istenmiştir. Ölçek maddeleri oluşturulduktan sonra 10 uzman kişi tarafından (4 klinik hemşiresi, 2 klinik sorumlu hekimi ve 3 akademisyen hemşire) uzman görüşleri alınmıştır. Uzman görüşlerinden sonra araştırmacılar tarafından oluşturulan ölçek maddelerinin uygunluğu ve anlaşılrlığı açısından 32 hasta ile pilot çalışma gerçekleştirilmiştir.

Buna göre katılımcıların hastalık sürelerine göre dağılımları incelendiğinde %93,8'inin (n=32) 1-5 yıl aralığında, %6,3'ünün (n=2) 5 yıldan fazla süredir hastalığa sahip olduğu görölmektedir. Katılımcıların tedavi türlerine göre dağılımları incelendiğinde %15,6'sının (n=5) cerrahi, %15,6'sının (n=5) kemoterapi, %6,3'ünün (n=2) hepsi ve %62,5'inin (n=20) diğeri tedavi türlerine

sahip oldukları tespit edilmiştir. Katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde %12,5'inin (n=4) okur yazar, %25'inin (n=8) ilkokul, %34,4'ünün (n=11) ortaöğretim/lise, %28,1'inin (n=9) üniversite olduğu tespit edilmiştir. Medeni durumlarına göre dağılımları incelendiğinde %46,9'unun (n=15) evli, %53,1'inin (n=17) bekar, çalışma durumlarına göre incelendiğinde %3,1'inin (n=1) çalıştığı, %96,9'unun (n=31) ise çalışmadığı görülmektedir. Katılımcıların gelir durumuna göre dağılımları incelendiğinde %3,1'inin (n=1) gelirinin giderine eşit, %6,3'ünün (n=2) gelirinin giderinden az, %90,6'sının (n=29) ise gelirinin giderinden fazla olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmada kullanılan ölçeğin içsel tutarlılığına ilişkin Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı hesaplanmıştır. Ölçek genelinin Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı 0,850 olarak bulunmuştur. Ölçeğin sağlık bilimleri açısından yüksek güvenilirlik düzeylerine sahip olduğu söylenebilir. Sonuç olarak, yüksek güvenilirlik düzeyine sahip ölçeklerin ürettikleri verilerden elde edilen sonuçların tutarlı ve istikrarlı olacağını söylemek mümkündür.

Elde edilen ölçek maddeleri ile Katip Çelebi Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi onkoloji hastalarında araştırma dahil edilme kriterlerine uygun olan hastaların 159 tanesinde uygulanmıştır. Ölçeğin güvenilirliğini test etmek amacıyla “Güvenilirlik Analizi”, yapı geçerliliği test etmek için “Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA)”, ve Amos programı kullanılarak “Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)” yapılmış, verilerin normal dağılım göstermesi nedeniyle Maksimum Likelihood hesaplama yöntemi kullanılmıştır ve elde edilen sonuçlar yorumlanmıştır.

Açıklayıcı faktör analizi uygulamasından önce, örneklem büyüklüğünün faktör analizi yapma uygun olup olmadığını test etmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi uygulanmıştır. Analiz sonucunda KMO değerinin 0,803 olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu doğrultusunda, örneklem yeterliliğinin faktör analizi yapmak için “iyi derecede yeterli” olduğu sonucuna ulaşılmıştır. KMO değeri olarak 0,5-1,0 arası değerler kabul edilebilir olarak değerlendirilirken, 0,5'in altındaki değerler faktör analizinin söz konusu veri seti için uygun olmadığının göstergesidir. Ancak genel olarak araştırmacılar tarafından tatminkâr

olarak düşünölen minumum KMO değeri 0,7’dir (Altunışık vd., 2010:266). Ayrıca Bartlett küresellik testi sonuçları incelendiğinde, elde edilen ki kare değeriinin kabul edilebilir olduğu görölmüşür ($\chi^2(136) = 1711,542$; $p < 0.01$).

Araştırmaya katılan katılımcıların 17 maddeden oluşın anket, dört boyut esas alınarak geliştirilmiştir. Bu boyutlar “**Fiziksel sorunlara ilişkin gereksinimler**”, “**Psikolojik sorunlara ilişkin gereksinimler**”, “**Semptom boyutunda gereksinimler**” ve “**Tedavi boyutunda gereksinimler**” dır. Bu çerçevede, aracın faktör desenini ortaya koymak amacıyla açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır.

Ölçeğinin faktör desenini ortaya koymak amacıyla faktörleştirme yöntemi olarak temel bileşenler analizi, döndürme olarak da dik döndürme yöntemlerinden varimax seçilmiştir. Ölçeğinin faktör desenini ortaya koymak amacıyla yapılan açıklayıcı faktör analizinde, faktör yük değeri için kabul düzeyi 0,50 olarak belirlenmiştir. Dört faktör için yapılan analizde, maddeler, binişiklik ve faktör yük değeriinin kabul düzeyini karşılayıp karşılamaması açısından değeriendirildiğinde maddelerin tüm değeriinin kabul düzeyinde olduğu tespit edilmiştir. Ölçeğın faktör yükleriinin 0,599-0,879 arasında iyi olduğu görölmektedir. Varimax döndürmesi sonuçlarında maddeler toplam dört faktör altında toplanmıştır. Bu faktörler toplam varyansın %70,167’sini açıklamaktadır. Bu çerçevede, tanımlanan bir faktörün, toplam varyansa yaptığı katkının yeterli olduğu görölmektedir. Tabloda göröldüğü üzere birinci faktör olan “**Fiziksel sorunlara ilişkin gereksinimler**” toplam varyansın %13,484’ünü, ikinci faktör “**Psikolojik sorunlara ilişkin gereksinimler**” %16,972’sini, üçüncü faktör “**Semptom boyutunda gereksinimler**” %17,025’ini ve “**Tedavi boyutunda gereksinimler**” ise %22,685’ini açıklamaktadır.

Araştırmada kullanılan anketin düzeltilmiş madde toplam korelasyonlarına göre maddelerin düzeltilmiş madde toplam korelasyon değeriinin 0,330-0,884 arasında değeri aldığı görölmektedir.

Doğrulatoryıcı Faktör analizine göre ölçeğın yapısal denklem model sonucu (Structural Equation Modeling Results) $p = 0,000$ düzeyinde anlamlı olduğu,

ölçeğin 17 maddeden oluştuğu belirlenmiştir. Modelde iyileştirme yapılmaktadır (e15-e16; e15-e17; e16-e17; e12-e13). Modifikasyon öncesinde elde edilen uyum indeksi değerleri, model ile örneklemden elde edilen verinin iyi bir uyuma sahip olmadığını göstermektedir. Analiz sonuçlarına göre Ki-Kare İyi Uyum (χ^2 (113)) = 2,274, Karşılaştırmalı Uyum İndeksi CFI = 0,916, Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA) = 0,090, Normlaştırılmış Uyum İndeksi (NFI) = 0,861, Normlaştırılmamış Uyum İndeksi (NNFI(TLI)) = 0,900, İyi Uyum İndeksi (GFI) = 0,856, olarak bulunmuştur. Faktör yükleri 0,349 ile 0,963 arasında değişkenlik göstermektedir. Uyum indekslerine göre modelin iyi bir uyuma sahip olduğu görülmektedir.

Literatür incelendiğinde evde bakım gereksinimlerinden çok destekleyici, bakım veren bireylerin yükü gibi çalışmalar tespit edilmiştir. Bu çalışmalara yönelik örneğin “An Adaptation of the Short-Form Supportive Care Needs Survey Questionnaire “Özbayır ve arkadaşlarının yaptığı destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği geçerlilik ve güvenirlik çalışmasına bakıldığında ; araştırmada yer alan hastaların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde, hastaların yaş ortalamaları $55,53 \pm 11,43$ yıldır. Hastaların %97,1’i (n=165) kadın, %88,2’si (n=150) evli, %92,4’ü (n=157) çocuk sahibi, %45,9’u (n=78) ilköğretim mezunu, %67,6’sı (n=115) çalışmamaktadır. Araştırmada yer alan hastaların klinik özellikleri incelendiğinde, %44,1’i (n=75) Evre I meme kanseridir.

Hastaların meme kanseri tanısı almasından beri geçen süre ortalaması $5,69 \pm 5,06$ yıldır. Hastaların aldıkları tedavi tipi incelendiğinde %33,5’inin (n=57) cerrahi+kemoterapi+radoterapi aldığı belirlenmiştir. Kapsam geçerliliği, DeBGÖ-KF’u görüş vermeyi kabul eden on uzmana değerlendirilmek üzere sunuldu. Görüş veren uzmanlar, hemşirelik alanında dokuz öğretim üyesi ve tıp alanında bir uzman hekimden oluşmuştur. Uzmanlar belirlendikten sonra, Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) hesaplanmıştır. DeBGÖ-KF’nun maddeleri arasındaki KGİ 0,80-1,00 arasındadır.

Ölçeğin KGİ ise 0,83 olarak bulunmuştur. Güvenirlik çalışmaları, DeBGÖ-KF’nun iç tutarlılık analizinde kullanılan yarıya bölme yönteminde ölçek maddelerini ilk yarı (17 madde) ve ikinci yarı şeklinde bölerek yapıldı. İlk yarı

için α değeri 0,87, ikinci yarı için α değeri ise 0,92'dir. Ölçeğin tamamı için Sperman-Brown katsayısı 0,74'tür. Guttman Split- Half katsayısı 0,73 olarak bulundu. Bu sonuçlar, ölçeğin iç tutarlılığa sahip, güvenilir olduğunu gösterdi. Yapılan analiz sonrası (Hotelling T2 testi=425,742, F=10,45, $p<.001$) ölçeğin homojen yapılardan oluşan güçlü ve özgün bir ölçek olduğu kabul edilebilir. İç tutarlılık kapsamında hesaplanan Cronbach α güvenilirlik katsayısı 0,93 olarak saptandı.

DeBGÖ-KF'nda madde-toplam puan korelasyonları incelendiğinde, 18.madde ve 19.maddenin korelasyon katsayıları 0,25'ten küçük olduğundan ölçekten çıkarıldı. 18.madde ve 19.madde dışındaki maddelerin korelasyon katsayıları 0,36 ile 0,81 arasında ve $\alpha=0.001$ önem düzeyi istatistiksel olarak anlamlıdır.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Literatüre bakıldığında onkoloji hastalarının evde bakım gereksinimlerini belirlemeye yönelik geliştirilmiş bir ölçeğe rastlanmamıştır. Benzer amaçlarla geliştirilen kısıtlı sayıdaki ölçekler kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimlerinin düzeyini belirlemeye yönelik olup varlığını sorgulamamaktadır. Araştırmada kullanılan anketin düzeltilmiş madde toplam korelasyonlarına göre maddelerin düzeltilmiş madde toplam korelasyon değerlerinin 0,330-0,884 arasında değer aldığı görülmektedir.

Doğrulamalı Faktör analizine göre ölçeğin yapısal denklem model sonucu (Structural Equation Modeling Results) $p=0,000$ düzeyinde anlamlı olduğu, ölçeğin 17 maddeden oluştuğu belirlenmiştir. Modifikasyon öncesinde elde edilen uyum indeksi değerleri, model ile örneklemden elde edilen verinin iyi bir uyuma sahip olmadığını göstermektedir. Analiz sonuçlarına göre Ki-Kare İyi Uyum ($\chi^2 (113) = 2,274$, Karşılaştırmalı Uyum İndeksi CFI = 0,916, Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA) = 0,090, Normlaştırılmış Uyum İndeksi (NFI) = 0,861, Normlaştırılmamış Uyum İndeksi (NNFI(TLI)) = 0,900, İyi Uyum İndeksi (GFI) = 0,856, olarak bulunmuştur. Faktör yükleri 0,349 ile 0,963 arasında değişkenlik göstermektedir. Uyum indekslerine göre modelin iyi bir uyuma sahip olduğu görülmektedir.

Gereksinimlerin varlığını saptamak amacıyla geliştirilen bu ölçeğin yapılan istatistiksel analizler sonucunda geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu saptanmıştır. Geliştirilen ölçek ile onkolojik hastalıkların evde yönetimi ve bakımı açısından özellikle sağlık profesyonellerine evde bakıma ilişkin gereksinimlerin saptanması ve buna yönelik planlamaların yapılması olanaklı kılınabilir. Bununla birlikte; veri toplama sürecindeki araştırmacı deneyimleri ve hastalarla yapılan görüşmeler sonucunda mevcut ölçeğin gereksinimlerin saptanmasında bir tanımlama aracı olarak kullanımasının daha uygun olacağı kararına varılmıştır.

Bu alışma sonucunda onkoloji hastalarına bakım veren kliniklerde evde bakıma ilişkin gereksinimlerin belirlenerek uygun taburculuk ve hasta eğitim planlamaları için bu ölçeğin klinik ortamlarda kullanılması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

1. Akdemir N, Bostanoğlu H, Yurtsever S ve ark. Yatağa bağımlı hastaların evde bakım hizmeti. Dicle Tıp Derg / Dicle Med J 2011; 38(1): 57- 65.
2. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS. Medicare and Home Health Care, Department of Health&Human Services, Publication No. CMS-10969, Baltimore, USA. 2002.
3. Fields A.I ve Bask. “Home care cost effectiveness for respiratory technologydependent children”. American Journal of Disabled Children, 1991;45(7), July.
4. Lugton J. Health Visitor Support for Patients with Breast Cancer(1997).2.
5. Schumacher, L.K, Stewart J.S., Arcbold, G. P., Dodd,J.M., Dibble, L.S . “Family Caregivers Skill: Development of the Concept Research in Nursing.2000 23;191-203.
6. Schwartz R. “Home health’s origins”, Advanced Practice Nurse, 1994;39-41.
7. Subaşı N. ve Öztekin Z. Türkiye’de Karşılanamayan Bir Gereksinim: Evde Bakım Hizmeti, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2006;5(1):19-31.
8. Thome B. Dykes AK. and Hallberg RI. “Home Care with Regard to Definition, Care Recipients Content and Outcome: Systematic Literature Review”, Journal of Clinical Nursing. 2003;12: 869.
9. WHO, Home-Based Long Term Care, WHO Technical Report Series 898, Geneva, 2000.
10. WEB _1. (2000). WHO, Long Term Care Laws in Five Developed Countries: A Review. Web site: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/ltc> (23.12.2019)
11. WEB_2. Website: ww.wehealny.org (23.12.2019)
12. WEB_3. (2002). Website: www.cancer.med.umich.edu (23.12.2019)
13. Yardım N, Bora B, Mollahaliloğlu S, Türkiye ulusal hastalık yükü ve maliyet etkililik çalışması: hastalık yükü hesaplamaları. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Hastalıklar I. Sempozyum Dizisi, 2007: 9-24.
14. Young T. and Busgeeth K. Home-based care for reducing morbidity and mortality in people infected with HIV/AIDS. Cochrane Database of Systematic Reviews, Jan 2010;20(1):CD005417.
15. Durna Z, Oğuz G. Kronik Hastalıklar ve Yönetimi. Aştı N, editör. Kronik Hastalıklarda Bakımın Yönetiminde Bütüncü Yaklaşımla Ekip Çalışması. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2018. p.1-10.
16. Akdur R, “Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Politikaları”, İçinde: (ed), Halk Sağlığı, Antıp AŞ Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar Yayın No:26, 1998,Ankara.

17. Akgün S, Bakar C, Budakoğlu İ. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlı Nüfus Eğilimi, Sorunları ve İyileştirme Önerileri. Türk Geriatri Dergisi, 2004;7(2).
18. Aksakoğlu G. “Evde Sağlık Hizmeti”. II. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı. İ.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayını, İstanbul, 1990, 22-25 Mayıs.
19. Aydın A. “Çocuğu Kanser Olan Annelerin Aile Yükünün Belirlenmesi”, Doktora Tezi, İzmir. 2003 8. Aydın D. Evde Bakım Kavram ve Kapsamı, Evde Bakım Hizmetleri. 1. Baskı. Ankara. Sağlıklı Nesiller Derneği, 2005;14-25. 9. Bilge U, Elçioğlu Ö, Ünalacak M, Ünlüoğlu İ. Türkiye’de Yaşlı Evde Bakım Hizmetleri, Uras J Fam Med 2014; 3(1):1-8 10. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS. Medicare and Home Health Care, Department of Health&Human Services, Publication No. CMS-10969, Baltimore, USA. 2002.
20. Cerebrovascular Disorders. A clinical and research classification. WHO Ofset Publ. No:43 Ceneva, 1978,1.
21. Cindoruk M, Yetkin İ, Şahin M. ve ark. “Evde Bakım Hizmetleri”, Akad Geriatri, 2010;2:121-127.
22. Como, N.D. “Nursing Roles in the Community: Home Health Care Nursing.” In: Bullough, B.V. Nursing in the Community, C.V.Mosby Company, 1990;26-33.
23. Çoban M ve Esatoğlu A. “Evde Bakım Hizmetlerine Genel Bir Bakış”, Türkiye Klinikleri Tıp Etiği Hukuku-Tarih, 2004;12:109-120.
24. Evde Bakım Hizmetleri Model Önerisi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2007, 46.
25. Fatih Sultan Mehmet’in Vasiyetnamesi, Gencdoku, 06 Mayıs 2014.
26. Geriatri ve Evde Hasta Bakımı Rehberi, Millî Eğitim Bakanlığı, Hemşirelik, Ankara, 2013.
27. Gök Uğur, H. İnmeli Hastalara Evde Verilen Bakım ile Bakım Vericilerine Yapılan Eğitimin Bakım Vericilerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesine Etkisi. 2013. Phd Thesis.
28. Haggerty, M.C, R. Stockdale-Woolley ve S. Nair “An innovative home care program for the patient with chronic obstructive pulmonary disease”, Chest, 1991;100 (3), September.
29. Hanağası H. Demans kavramı ve hastaya yaklaşım. Klinik Gelişim 2010;10(1):44- 47.
30. Hasta ve Yaşlı Hizmetleri Rehberi, Millî Eğitim Bakanlığı, Ankara, 2014.
31. Horasan G. D, Gerçeklioğlu G, Sözman K, Arık H, & Ünal B. Türkiye’de Koroner Kalp Hastalığı ve İnmeye Bağlı Ölüm Hızındaki Değişmeler. Türkiye’de Kalp Damar Hastalıkları ve Diyabet Kontrolünde Var Olan Durum ve Politika Önerileri, medCHAMP PROJESİ, İzmir, 2012.
32. JCOAH Home Care Service Standarts. Accreditation Manual for Hospital, 1987.
33. Jo Ryan, S. ve C. Wassenberg “A Hospital Based Home Care Program”, Nurs. Clin. North Am, 1990;2:323-331.

34. Karabağ, H. Evde sağlık bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğine ilişkin hekimlerin görüşleri ve kardiyoloji hastaları için hastane destekli evde bakım hizmetleri model önerisi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2000.
35. Karadağ M. Türk Silahlı Kuvvetlerinde Görevli Hekim Öğretim Üyelerinin Evde Bakım Hizmetleri Konusundaki Görüşleri, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2006;5(1):19-31.
36. Karamercan, Erdal “Evde Bakım; Sağlık Hizmetlerinde Yeni Bir Olgu”, Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı, 2001;39:935-944, Mayıs-Haziran.
37. Kee Lee AC, Tang SW, Ka Kui Yu G, Cheung RTF. Incidence and predictors of depression after stroke (DAS). Int J Psychiatry Clin Pract 2007;11(3):2006.
38. Medchamps Projesi: Türkiye’de Kalp Damar Hastalıkları ve Diyabet Kontrolünde Var Olan Durum ve Politika Önerileri Sonuç Raporu, 2012: 46-56.
39. Subaşı N. Ankara İli Çankaya İlçesinde Evde Bakım Durumu Araştırması, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2001;6.
40. Tahmiscioğlu B. “Osteoporozlu Hastalara Sunulan Evde Bakım Hizmetleri. İ.Ü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1994.
41. Tan F. U, Akbostancı M. C. Demanslarda Klinik Ayırıcı Tanı. Demans Dergisi. 2001;(1), 15-25.
42. Tanlı S, “Evde Bakım Hizmetlerinin Firmalaştırılması: “Bir İşletme Planı Önerisi”, Yüksek lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 1996.
43. Boyes A, Girgis A. ve Lecathelinais C. (2009). Brief Assessment of Adult Cancer Patients' Perceived Needs: Development and Validation of The 34-Item Supportive Care Needs Survey. Journal of Evaluation in Clinical Practice. 15(4):602-6.
44. Bredart, A., Kop, J. L., Griesser, A. C., et al. (2012). Validation of the 34-item Supportive Care Needs Survey and 8-item breast module French versions (SCNS-SF34-Fr and SCNS-BR8-Fr) in breast cancer patients. European journal of cancer care, 21(4), 450-459.
45. Lehmann C, Koch U. ve Mehnert A. (2012). Psychometric Properties of The German Version of The Short-Form Supportive Care Needs Survey Questionnaire (SCNS-SF34-G). Support Care Cancer, 20(10):2415-24.
46. Li WW, Lam WW, Shun SC ve ark. (2013). Psychometric Assessment of The Chinese Version of The Supportive Care Needs Survey Short-Form (SCNS-SF34-C) Among Hong Kong and Taiwanese Chinese Colorectal Cancer Patients. PLoS One. 8(10):1-9.
47. Okuyama T, Akechi T, Yamashita H, Toyama T, Endo C, et al. (2009). Reliability and validity of the Japanese version of the Short-Form Supportive Care Needs Survey Questionnaire (SCNS-SF34-J), Psychooncology 18: 1003–1010.

48. Schofield P, Gough K, Lotfi-Jam K, Aranda S (2012) Validation of the Supportive Care Needs Survey—short form 34 with a simplified response format in men with prostate cancer. *Psychooncology* 21, 1107–111.
49. Zeneli A, Fabbri E, Donati E, Tierney G, et al. (2016). Translation of Supportive Care Needs Survey Short Form 34 (SCNS-SF34) into Italian and Cultural Validation Study. *Support Care Cancer*. 24(2):843-8.



EK-1 HASTALARA İLİŞKİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER FORMU

Tanıtıcı Bilgi Formu

1. Yaşınız:.....

2. Hastalığınız ne kadar süredir devam ediyor?

[] 1 yıldan az [] 1-5 yıl [] 5 yıldan fazla

3. Bugüne kadar uygulanan tedavi türleri nedir/nelerdir?

[] Cerrahi [] Kemoterapi [] Radyoterapi [] Hepsi [] Diğer

4. Eğitim Durumunuz nedir?

[] Okuryazar [] İlkokul [] Ortaöğretim/Lise [] Üniversite

5. Medeni durumunuz nedir?

[] Evli [] Bekâr

6. Çalışma Durumunuz nedir?

[] Çalışıyorum [] Çalışmıyorum

7. Mesleğiniz nedir?

.....

8. Gelir gider durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

[] Gelir gidere eşit [] Gelir giderden az [] Gelir giderden fazla

**EK-2 ONKOLOJİ HASTALARININ EVDE BAKIM
GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLEME ÖLÇEĞİ**

GEREKSİNİMİN OLMAMASI	1. Gerekсинim Olmadı(HAYIR): Hastalığım benim için sorun olmadı.
GEREKSİNİMİN OLMASI	2. Gerekсинimim Oldu(EVET): Çok fazla ek yardıma gerekсинim oldu.

FİZİKSEL SORUNLARA İLİŞKİN GEREKSİNİMLER

Geçtiğimiz ay içerisinde; Gerekсинim durumunuzu belirten kutucuğu işaretleyiniz.	Gerekсинimim olmadı (HAYIR)	Gerekсинimim oldu (EVET)
1.Ağrının giderilmesinde	☐	☐
2. Halsizliğin/yorgunluğun azaltılmasında	☐	☐

PSİKOLOJİK SORUNLARA İLİŞKİN GEREKSİNİMLER

Geçtiğimiz ay içerisinde; Gerekсинim durumunuzu belirten kutucuğu işaretleyiniz.	Gerekсинimim olmadı (EVET)	Gerekсинimim oldu (HAYIR)
3.Kendini iyi hissetme konusunda	☐	☐
4. Ölüm ve ölme ile ilgili duygularla başa çıkabilmede	☐	☐
5.Cinsel duygulardaki değişikliklerle başa çıkabilmede	☐	☐
6. Hastalığının yayılmasıyla ilgili endişelerimin azaltılmasında	☐	☐
7.Stres ile baş edebilmem konusunda	☐	☐

SEMPATOM BOYUTUNDA GEREKSİNİMLER

Geçtiğimiz ay içerisinde; Gereksinim durumunuzu belirten kutucuğu işaretleyiniz.	Hiç gereksinimim olmadı (EVET)	Çok gereksinimim oldu (HAYIR)
8. Evde bağırsak boşaltımı ile ilgili değişiklerle başa çıkabilmede(kabızlı,ishal v.b.)	☐	☐
9. (Eğer varsa) ameliyat yarasının bakımını nasıl yapacağım konusunda	☐	☐
10.Yeterli uyuyamadığımda ne yapmam konusunda	☐	☐
11. (Hareketsiz ya da yatağa bağımlılık mevcut ise) Cildimde oluşabilecek yaraların önlenmesinde	☐	☐

TEDAVİ BOYUTUNDA GEREKSİNİMLER

12. Tedavi süreciniz ve yan etkiler ile evde baş etmeniz için gereken bilgilerin verilmesinde	☐	☐
13. Yapılacak testler ile ilgili bilgi istediğinizde gerekli açıklamaların yapılmasında	☐	☐
14.TedaviYİ seçmeden önce tedavi seçeneklerinin yararları ve yan etkileri açısından yeterli bilgilendirmelerin yapılmasında	☐	☐
15.Test sonuçlarınızın mümkün olan en kısa sürede bildirilmesinde	☐	☐
16. Fiziksel koşulları mümkün olduğu kadar iyi olan bir kurumda tedavi görmek konusunda	☐	☐
17. Hastalık, tedavi ve takip sürecim ile ilgili tüm durumları konuşabileceğim bir tıbbi personelin bulunması konusunda	☐	☐

EK-3 ETİK KURUL ONAYI

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

Sayın Prof. Dr. Yasemin TOKEM

Karar No: 300
Tarih : 08.08.2019

KARAR

ONKOLOJİ HASTALARININ EVDE BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ: ÖLÇEK GELİŞTİRME ÇALIŞMASI adlı araştırma başvuru dosyanız kurulumuzda gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir. İnceleme sonucunda çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oybirliği ile karar yerilmiştir.

KARŞI OY :

EK-4 UYGULAMA İZNİ



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 90953153-772.02
Konu : Araştırma İzni (Yasin AKSOY)

DAĞITIM YERLERİNE

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hastalıkları A.B.D Yülsek Lisans Öğrencisi Yasin AKSOY'un "Onkoloji Hastalarının Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi: Ölçek Geliştirme Çalışması" konulu araştırmasıyla ilgili evrakları incelenmiş olup, çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde ve araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olması koşuluyla, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülmesi Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

e-imzalıdır.
Op.Dr. Anıl ESEN
Başkan

DAĞITIM:

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

İzmir Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı-2 Sertifikasyon,Eğitim ve Proje
Koordinatörlüğü Simer Mh. 452 Sk. No:2 35260 Konak/İZMİR
Telefon: Faks No: 0232 4849087
e-Posta: filiz.gocmen@saglik.gov.tr İnternet Adresi: kbb35g.egitim@saglik.gov.tr

Bilgi için: Filiz GÖÇMEN

HEMŞİRE

Telefon No: (0 232) 444 35 01

ÖZGEÇMİŞ

Yasin AKSOY, lise eğitimimi Gazipaşa Anadolu Lisesi'nde tamamladıktan sonra, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesini kazanmıştır.

Lisans eğitimimde Dokuz Eylül Hemşirelik Fakültesi'nde tamamlamıştır.Europe National Nursing Education (ENNE) programına katılım sağlamıştır.Bu programa katılımında sonra Belçika Bruge 'de uluslararası sağlık haftasına katılmıştır.Bu progmlarda ve sonrasında katılım sağlanan eğitim ve stajlar; England Londra WEDMINISTER Tıp Fakültesi(enfeksiyon kliniği), QS WORLD Üniversitesi Tıp Fakültesi(pediyatri), Fransa Lyon Üniversitesi 'de brainwaves(beyin fırtınası) eğitimi, Belgium Brussels Hoges School Tıp Fakültesi(crossborder değişim projesi), Belgium Bruge Howest Colloge Tıp Fakültesi(crossborder değişim projesi, healtycare,medicinearchitecture uygulamaları), ChezkRepublic OLEMOUC Tıp Fakültesi (Nöroloji kliniği uygulamalı)

Endoskopik ve Laparoskopik Mikro El cerrahisi eğitimini Ege Üniversitesi bünyesinde yürütülen Prof.Dr.Fatih ŞENDAĞ'ın programını tamamlamıştır.Ege Üniversitesi Endokrinoloji Anabilim dalı tarafında yapılan TİP 1 Diyabetli çocuklarda hipoglisemi indeksi ve uygulama araştırmasına ekip sorumlu hemşiresi olarak katılmıştır.Etkili İletişim, Beden Dili ve Diksiyon eğitimi sertifika Cem ÖĞRETİR tarafından eğitim almıştır. Study Of The United States Of Institutes For Student Leaders (ulusal öğrenci birliği merkezinde) Global Dünya Ve Türkiye Sağlık Sistemi hakkında kompozisyon çalışması kabul edilerek yayınlanmıştır.Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesinde Hemşirelik Anabilimdalı İç Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisansı kazanmıştır.Hemşirelikte ve Tıpta innovasyon adlı bildiri çalışması Katip Çelebi Üniversitesi Uluslararası yayınlı dergisinde yayınlanmış ve innovasyon sempozyumunda sözel olarak sunulmuştur.İzmir'de saygın huzurevlerinde sorumlu hemşirelik ve sağlık danışmanlığı yapmıştır.(Başkanoğlu Yaşam Konutları,İdil Yaşlı Bakım ve Dinlenme Evi,Mavigöl Yaşlı Bakımevi)

Galenos Sağlık Hizmetleri Ltd. Şti. 'nin yönetim kurulu üyesi ve sorumlu hemşiresidir.