

**TC
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİMDALI**

**KANSER HASTASININ PALYATİF BAKIMINDA VAKA
YÖNETİMİ MODELİNİN HASTA SONUÇLARINA ETKİSİNİN
İNCELENMESİ**

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DOKTORA PROGRAMI

DOKTORA TEZİ

ARŞ. GÖR. HANİFE ÖZÇELİK

**DANIŞMAN
PROF.DR. ÇİÇEK FADİLOĞLU**

**2011
İZMİR**

**TC
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİMDALI**

**KANSER HASTASININ PALYATİF BAKIMINDA VAKA
YÖNETİMİ MODELİNİN HASTA SONUÇLARINA ETKİSİNİN
İNCELENMESİ**

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DOKTORA PROGRAMI

DOKTORA TEZİ

ARŞ. GÖR. HANİFE ÖZÇELİK

**DANIŞMAN
PROF.DR. ÇİÇEK FADİLOĞLU**

**2011
İZMİR**

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

Başkan : Prof.Dr. Çiçek FADİLOĞLU

(Danışman)

Üye : Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN

Üye : Prof.Dr. Meltem UYAR

Üye : Prof. Dr. Özgür ÖZYILKAN

Üye : Doç Dr. Bülent KARABULUT

Doktora Tezinin kabul edildiği tarih: ..05..03..2011

ÖNSÖZ

Mesleki eğitim sürecimde her anlamda katkısını, desteğini ve ilgisini gördüğüm danışmanım ve İç Hastalıkları Hemşireliği AD öğretim üyesi Sayın Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU'na;

Önerileriyle çalışmama ışık tutan tez jüri üyesi ve İç Hastalıkları Hemşireliği AD öğretim üyesi Sayın Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN'na;

Önerileriyle çalışmalarına ışık tutan, çalışmamın yürütülmesinde değerli katkıları olan ve tez jüri üyesi Sayın Prof. Dr. Meltem UYAR'a;

Araştırmamın şekillenmesi ve yürütülmesinde her zaman desteğini ile yanımda olan ve tez jüri üyesi Sayın Doç. Dr. Bülent KARABULUT'a;

Araştırmanın uygulanması ve bakım protokolü geliştirilmesine destek veren Sayın Prof. Dr. Hayriye ELBİ'ye, Doç. Dr. Sibel EYİĞÖR'e, Doç. Dr. Özen ÖNEN SERTÖZ'e, Uzm. Dr. Can EYİĞÖR'e, Diyetisyen Derya TOPHANCI'ya, Sosyal Hizmet Uzmanı Zehra ÇALIŞKAN'a, Danışman KLP Hemşiresi Gül ÖZAYDEMİR'e, Hemşire Yasemin GÜZEL'e, Uzm. Dr. Umut VAROL'a;

Araştırmamın uygulanmasına olanak ve katkı sağlayan Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Onkoloji Bilim Dalı öğretim üyelerinden başta Sayın Prof. Dr. Erdem GÖKER olmak üzere tüm öğretim üye ve elemanlarına; araştırmaya aktif katılımlarından dolayı Medikal Onkoloji Kliniği'nde görevli tüm hemşire meslektaşlarıma ve asistan hekimlere,

Kanser hastalığı ile mücadele eden tüm hastalarıma ve yakınlarına;

Eğitimimde emeği geçen İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyelerine ve desteklerini esirgemeyen tüm öğretim elemanlarına;

Her zaman bilimsel yardımları ve manevi destekleriyle yanımda olduğunu hissettiğim dostum sayın Yar. Doç. Dr. Yasemin TOKEM'e,

Her zaman desteği ile yanımda olan arkadaşlarıma Sezer ER GÜNERİ'ye, Selma ŞEN'e, Rengin ÖZTÜRK'e ve Sevgin SAMANCIOĞLU'na

Bana olan desteğini kelimelerle ifade edemeyeceğim ANNEM'e, BABAM'a, erkek kardeşim KENAN ÖZÇELİK'e ve kız kardeşim AYŞEGÜL ÖZÇELİK'e

TEŞEKKÜR EDERİM...

İzmir / 2011

Arş. Gör. Hanife ÖZÇELİK

İÇİNDEKİLER

	<u>SAYFA</u>
ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER	iii
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
GRAFİKLER DİZİNİ	xvi
Bölüm 1	
1.Giriş	
1.1.Araştırmanın Konusu.....	1
1.2.Araştırmanın Amacı	7
1.3.Hipotezler	7
1.4.Araştırmanın Önemi	9
1.5.Sınırlılıklar	11
1.6.Tanımlar	11
1.7.Genel Bilgiler.....	12
1.7.1.Palyatif Bakım	12
1.7.1.1.Tanım	12
1.7.1.2.Tarihçe	14
1.7.1.3.Palyatif Bakım Ekibi	18
1.7.1.4.Palyatif Bakım Seviyeleri ve Ekipler.....	23
1.7.1.5.Dünya Genelinde Palyatif Bakım Servislerinin Durumu ...	26
1.7.1.6.Türkiye Palyatif Bakım Hizmetlerinin Durumu	27
1.7.1.7.Türkiye Onkoloji Alanında Palyatif Bakım Aktiviteleri.....	33
1.7.1.8.Palyatif Bakım Bileşenleri	38
1.7.1.8.1.Semptom Yönetimi	38
1.7.1.8.2.Aile Bakımı	63
1.7.1.8.3.Son Dönem Bakımı/Ölüm Bakımı	67

1.7.1.9.Yaşam Kalitesi	71
1.7.1.10.Kanser Ve Maliyet	78
1.7.2.Vaka Yönetimi	81
1.7.2.1.Vaka Yönetiminin Tarihsel Gelişimi.....	82
1.7.2.2.Vaka Yönetiminin Fonksiyonları.....	83
1.7.2.3.Vaka Yönetimi Modelleri	84
1.7.2.4.Vaka Yöneticinin Sorumlulukları.....	84
1.7.2.5.Vaka Yönetimi Uygulanabilecek Populasyonun Seçimi.....	86
1.7.2.6.Vaka Yönetiminin Süreç Basamakları	86
1.7.2.7.Vaka Yönetimi Bileşenleri.....	89
1.7.2.8.Vaka Yönetiminde Kullanılan Araçlar	90
1.7.2.8.1.Bakım Protokolü	91
1.7.2.8.2.Bakım Protokolü Geliştirme.....	93
1.7.2.8.3.Bakım Protokolünün Değerlendirilmesi	94
1.7.2.8.4.Bakım Protokolünden Sapmalar /Varyanslar.....	95

BÖLÜM 2

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1.Araştırmanın Tipi	96
2.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı	96
2.3. Araştırma Evreni.....	96
2.4.Araştırma Örnekleme.....	96
2.5.Veriler Toplama Araçları	97
2.6.Araştırmada Kullanılan Yöntemler	100
2.6.1.Vaka Yönetimi Uygulanmayan Grup	100
2.6.2.Vaka Yönetimi Uygulanan Grup	101
2.6.2.1.Palyatif Kanser Hastasına Yönelik Bakım Protokolü.....	101
2.6.2.2.Palyatif Bakım Protokolü Geliştirme	101
2.6.2.3.Palyatif Bakım Protokolü Uygulaması.....	105
2.7.Araştırmanın Uygulama Aşamaları	108
2.8.Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	109

2.9.Araştırma Verilerin Analizi ve Değerlendirmesi.....	109
2.10.Süre ve Olanaklar ...	110
2.11.Araştırmada Etik ve İzinler....	110

BÖLÜM 3

BULGULAR

3.1.Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımları	113
3.2.Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımları	117
3.3.Hastaların Semptom Düzeylerine Göre Dağılımları	124
3.3.1.Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Semptom Düzeylerinin Dağılımları.....	124
3.4.Hastaların Semptom Düzeyleri ile Bağımsız Değişkenlerin Karşılaştırılması.....	133
3.5.Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçümlerine İlişkin Bulgular	155
3.6.Yaşam Kalitesi Ölçümlerine İlişkin Bulgular ile Bağımsız Değişkenlerin Karşılaştırılması	165
3.7.Hasta Ve Aile Memnuniyeti Ölçümlerine İlişkin Bulgular	210
3.8.Maliyet Ölçümlerine İlişkin Bulgular	212

BÖLÜM 4

TARTIŞMA

4.1.Hastaların Bazı Sosyo-Demografik Ve Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi	214
4.2.Hastaların Hastalık Özelliklerinin İncelenmesi	215
4.2.1.Hastaların Tanılarına ve Tanı Ay Ortalamalarına Göre Dağılımların İncelenmesi.....	215

4.2.2.Hastaların Hastalık Evre ve Metastaz Durumlarına Göre Dağılımların İncelenmesi.....	214
4.2.3.Hastaların Performans Durumlarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi	216
4.2.4.Hastaların Kullandıkları İlaçlara Göre Dağılımlarının İncelenmesi	217
4.2.5.Hastaların Aldıkları Sağlık Hizmetine Göre Dağılımlarının İncelenmesi	220
4.3.Hastaların Semptom Düzeylerine Göre Dağılımları	222
4.3.1.Hastaların Yatış Semptom Düzeylerinin İncelenmesi.....	222
4.3.2.Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Semptom Düzeylerinin Dağılımı	224
4.3.2.1.Hastaların Yatış ve Taburculuk Sonrası Semptom Puan Ortalamaları Farkları Dağılımı.....	224
4.3.3.Hastaların Semptom Düzeyleri İle Bağımsız Değişkenlerin Karşılaştırılması.....	228
4.3.3.1.Hastaların Yatış ve Taburculuk Sonrası Semptom Düzeyleri Farkları ile Bağımsız Değişkenlerin Karşılaştırılması.....	228
4.3.4.Hastaların Semptom Düzeyleri İle Yaş Ve Hastalık Tanı Süresi Değişkenleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	234
4.3.4.1.Hastaların Yatış ve Taburculuk Sonrası Semptom Düzeyleri Farkları ile Yaş ve Tanı ay Ortalaması Değişkenler Arasındaki ilişki.	234
4.5.Yaşam Kalitesi Ölçümlerine İlişkin Bulgular	

4.5.1.Hastaların Yatış Yaşam Kalitesi Fonksiyonel Alt Boyut Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	236
4.5.2.Hastaların Yatış Yaşam Kalitesi Semptom Alt Boyut Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	236
4.5.3.Hastaların Yatış ve Taburculuk Sonrası Yaşam Kalitesi Fonksiyonel Alt Boyut Puan Ortalaması Farklarının İncelenmesi.....	237
4.5.4.Hastaların Yatış ve Taburculuk Sonrası Yaşam Kalitesi Semptom Alt Boyut Puan Ortalaması Farklarının İncelenmesi	239
4.6.Yaşam Kalitesi Ölçümlerine İlişkin Bulgular İle Bağımsız Değişkenlerin Karşılaştırılması	241
4.6.1.Hastaların Yatış ve Taburculuk Sonrası Yaşam Kalitesi Fonksiyonel Alt Boyut Puan Farklarının Ortalamaları ile Bağımsız Değişkenlerin Karşılaştırılması	241
4.6.2. Hastaların Yatış ve Taburculuk Sonrası Yaşam Kalitesi Semptom Alt Boyut Puan Farklarının Ortalamaları ile Bağımsız Değişkenlerin Karşılaştırılması.....	242
4.7.Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçümlerine İlişkin Bulgular İle Yaş Ve Hastalık Tanı Süresi Değişkenleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	252
4.8.Hasta Ve Aile Memnuniyeti Ölçümlerine İlişkin Bulgular.....	255
4.8.1.Hastaların Sunulan Sağlık Hizmetinden Memnuniyet Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	255
4.8.2. Hastaların Ailelerinin Sunulan Sağlık Hizmetinden Memnuniyet Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	256

4.9. Maliyet Ölçümlerine İlişkin Bulgular.....	258
BÖLÜM 5	
SONUÇ VE ÖNERİLER	
5.1.Sonuçlar	261
5.2.Öneriler	287
BÖLÜM 6	
6.1.Özet	289
6.2.Summary	292
BÖLÜM 7	
7.1.Yararlanılan Kaynaklar.....	295
EKLER	
EK-I.Palyatif Dönem Kanser Hastasına Özgü Veri Toplama Formu	317
EK-II. Edmonton Semptom Tanılama Sistemi	319
EK-III.Karnofski Performans Skalası.....	322
EK IV. EORTC QLQ-CA 30 Yaşam Kalitesi Ölçeği	323
EK V. Hasta Memnuniyet Formu.....	326
EK VI. Aile Memnuniyet Formu.....	327
EK VII. Palyatif Bakım Varyans Kayıt Formu	328
EK VIII. Hasta Maliyet Formu.....	329
EK IX. Palyatif Bakım Protokolü	330
EK X. Hasta Onam Formu.....	334

EK XI. Tez Kabul Enstitü Yazısı.....	337
EK XII. Hastane İzin Yazısı.....	338
EK XIII. Tıp Fakültesi Etik Kurul Onam Yazısı.....	339
EK XIV. Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurul Yazısı.....	342
EK XV. “Kanser Hastaları ve Aileleri için Palyatif Bakım” Hasta ve Aile Eğitim Kitabı.....	343
ÖZGEÇMİŞ	344

ŞEKİLLER DİZİNİ

	SAYFA
Şekil 1: Palyatif Bakım ile Küratif Tedavinin Entegrasyonu.....	13
Şekil 2: Palyatif Bakım Ekibi.....	19
Şekil 3: Dünya Sağlık Örgütü Analzejik Piramidi	46
Şekil 4: Vaka Yönetimi Süreci ve Uygulaması	87
Şekil 5: Vaka Yönetimi Bileşenleri	90

TABLolar DİZİNİ

	SAYFA
Tablo 1:İleri Evre Kanser Hastalarının Semptom Sıklığı.....	40
Tablo 2:Kanser Hastasında Tümöre Bağlı Görülen Kronik Ağrı Sendromları	42
Tablo 3:Tümörün Tedavisine Bağlı Görülen Kronik Ağrı Sendromları.	43
Tablo 4:Ağrı Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler Etkileri.....	44
Tablo 5:Hasta ve Aile Gereksinimleri Tanılama Araçları	66
Tablo 6:Ölmekte Olan Hastalar İçin Bakım Hedefleri.	68
Tablo 7:Araştırma Planı.....	111
Tablo 8:Araştırmanın Uygulama Takvimi	112
Tablo 9:Deney ve Kontrol Grubundaki Hastalara İlişkin Sosyo- Demografik Özelliklerin Dağılımları.....	113
Tablo10:Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımları	117
Tablo 11:Hastaların Karnofsky Performans Puanlarına Göre Dağılımları.....	118
Tablo 12:Hastaların Kullandığı İlaçların Dağılımları	119
Tablo 13:Hastalara Sunulan Sağlık Bakım Hizmetlerinin Dağılımları.	121
Tablo 14:Hastaların Yatış Edmonton Semptom Skalası Toplam Puan Ortalamaları Karşılaştırılması	124
Tablo 15:Hastaların Yatış ve Taburculuk Edmonton Semptom Skalası Toplam Puan Ortalamaları Grup içi Karşılaştırılması	125
Tablo 16:Hastaların Edmonton Semptom Skalası Toplam Puan Ortalamalarının Yatış ve Taburculuk Sonrası Farklarının Gruplar	

arası Karşılaştırılması	127
Tablo 17:Hastaların Yatış Edmonton Semptom Skalası Alt Boyut Puan Ortalamalarının Gruplar arası Dağılımları	129
Tablo 18:Hastaların Yatış ve Taburculuk Edmonton Semptom Skalası Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	130
Tablo 19:Hastaların Yatış ve Taburculuk Sonrası Edmonton Semptom Skalası Toplam Puan Ortalamaları Farklarının Gruplar arası Karşılaştırılması.....	132
Tablo 20:Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Semptom Puan Ortalamalarının Dağılımları ile Cinsiyet Değişkeninin Karşılaştırılması	133
Tablo 21:Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Semptom Puan Ortalamalarının Dağılımları ile Eğitim Değişkeninin Karşılaştırılması	136
Tablo 22:Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Semptom Puan Ortalamaları Dağılımları ile Medeni Durum Değişkeninin Karşılaştırılması	139
Tablo 23:Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Semptom Puan Ortalamaları Dağılımları ile Ekonomik Durumun Karşılaştırılması.....	142
Tablo 24:Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Semptom Puan Ortalamaları Dağılımları ile Karnosky Performans Düzeyi Değişkeninin Karşılaştırılması.....	146
Tablo 25:Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Edmonton Semptom Puan Ortalamaları ile Yaş Ortalaması arasındaki ilişki.....	150
Tablo 26:Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Edmonton Semptom Puan Ortalamaları ile Hastalık Tanı Süresi Ortalaması arasındaki	152

İlişki

Tablo 27:Hastaların Yatış EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel Alt Boyut Puan Ortalamalarının Gruplar arası Dağılımları.....	155
Tablo 28:Hastaların Yatış EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Alt Boyut Puan Ortalamalarının Gruplar arası Dağılımları.....	156
Tablo 29:Hastaların Yatış ve Taburculuk Sonrası EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması.....	158
Tablo 30:Hastaların Yatış ve Taburculuk Sonrası EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Alt Boyut Puan Ortalamalarının Gruplar İçi Karşılaştırılması.....	160
Tablo 31:Hastaların Yatış ve Taburculuk Sonrası EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel Alt Boyut Puan Ortalamaları Farklarının Gruplar arası Karşılaştırılması	162
Tablo 32:Hastaların Yatış ve Taburculuk Sonrası EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Alt Boyut Puan Ortalamaları Farklarının Gruplar arası Karşılaştırılması	163
Tablo 33:Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Yaşam Kalitesi Fonksiyonel Alt Boyut Ortalamalarının Dağılımları İle Cinsiyet Değişkeninin Karşılaştırılması.....	165
Tablo 34:Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Yaşam Kalitesi Fonksiyonel Alt Boyut Ortalamalarının Dağılımları İle Eğitim Durumu	

Değişkeninin Karşılaştırılması.....	169
Tablo 35:Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Yaşam Kalitesi Fonksiyonel Alt Boyut Ortalamalarının Dağılımları İle Medeni Durum Değişkeninin Karşılaştırılması.....	173
Tablo 36:Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Yaşam Kalitesi Fonksiyonel Alt Boyut Ortalamalarının Dağılımları ile Ekonomik Durum Değişkeninin Karşılaştırılması	176
Tablo 37:Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Yaşam Kalitesi Fonksiyonel Alt Boyut Ortalamalarının Dağılımları İle Karnofsky Değişkeninin Karşılaştırılması	179
Tablo 38:Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Yaşam Kalitesi Semptom Alt Boyut Ortalamalarının Dağılımları İle Cinsiyet Değişkeninin Karşılaştırılması	183
Tablo 39:Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Yaşam Kalitesi Semptom Alt Boyut Ortalamalarının Dağılımları İle Eğitim Durumu Değişkeninin Karşılaştırılması.....	187
Tablo 40:Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Yaşam Kalitesi Semptom Alt Boyut Ortalamalarının Dağılımları İle Medeni Durum Değişkeninin Karşılaştırılması	191
Tablo 41:Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Yaşam Kalitesi Semptom Alt Boyut Ortalamalarının Dağılımları İle Ekonomik Durum Değişkeninin Karşılaştırılması	194
Tablo 42:Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Yaşam Kalitesi Semptom Alt Boyut Ortalamalarının Dağılımları İle Karnofsky	

Performans Düzeyi Değişkeninin Karşılaştırılması	197
Tablo 43:Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları ile Yaş Ortalaması arasındaki İlişki.....	201
Tablo 44:Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları ile Hastalık Tanı Süresi Ortalaması arasındaki İlişki.....	206
Tablo 45:Hasta Ailelerinin Sunulan Sağlık Hizmetinden Memnuniyet Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	210
Tablo 46:Hastaların Sunulan Sağlık Hizmetinden Memnuniyet Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	211
Tablo 47:Hastaların Sağlık Hizmeti Toplam Maliyet Ortalamalarının Gruplar arası Karşılaştırılması.....	212
Tablo 48:Hastaların Hastane Yatış Süreleri Ortalamalarının Gruplar arası Karşılaştırılması.....	213

GRAFİKLER DİZİNİ

SAYF

A

Grafik 1:Hastaların Yatış ve Taburculuk Sonrası Edmonton Semptom Skalası Toplam Puan Ortalamaları Grup içi Karşılaştırılması.....	126
.	
Grafik 2:Hastaların Edmonton Semptom Skalası Toplam Puan Ortalamaları Yatış ve Taburculuk Sonrası Farklarının Gruplar arası Karşılaştırılması.....	128

BÖLÜM 1

1.GİRİŞ

1.1.ARAŞTIRMANIN KONUSU

Kanser, tüm dünyada morbidite ve mortalite oranları açısından önde gelen sağlık problemidir. Yüzyılın başlarında ölüme neden olan hastalıklar arasında yedinci ve sekizinci sıralarda yer alırken, bugün dünyanın birçok ülkesinde kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır (**87,92**). Amerikan Kanser Birliği 2010 yılı verilerine göre, 2010 yılı içerisinde 1,529,560 birey yeni kanser tanısı almıştır. Amerika’da kanser, kalp hastalıklarından sonra 2. ölüm nedeni olup, 2010 yılı itibari ile yaklaşık 569,490 bireyin kanser nedeni ile hayatını kaybettiği bildirilmiştir (**9**). İngiltere’de 2008 yılında 300,000 yeni kanser olgusu bildirilmiş ve 2008 yılı sonunda 2 milyon bireyin kanser ile savaşıacağı öngörülmüştür. Bildirilen bu olgulardan 150,000’i kanser nedeni ile ölmüş ve ölümlerin %10’nu 65 yaş üstü bireyler oluşturmuştur (**100**). Dünya Sağlık Örgütü 2007 yılı verilerine göre dünya genelinde 7,9 milyon birey kanser nedeni ile ölmüştür, projeksiyonlar bu oranın 2030 yılında 12 milyona çıkacağını öngörmektedir (**22**).

Türkiye’de kanser insidansı 2000 yılında, yüz binde 49,29, 2001 yılında 60,49 iken, 2002 yılında bu oran 70,24 yükselmiştir. Aynı yıl içinde en sık görülen beş kanser türüne bakıldığında, yüz binde 11.26 insidans hızı ile en sık akciğer kanseri görülmektedir. İkinci sırada meme (%7.79), üçüncü sırada mide (% 4.92), dördüncü sırada deri (% 4.55) ve beşinci sırada mesane (%3.66) kanserleri gelmektedir. Türkiye’de 2000 yılında toplam 430.459 ölüm gerçekleşmiştir. Bu ölümlerin 205.457’si kardiyovasküler hastalıklar, 56.250’si ise kanser nedeni ile

meydana gelmiştir. Ulusal düzeyde ölüm nedenlerinin temel hastalık gruplarına göre dağılımında, kanserler %13.07 ile 2. sıradadır **(164,195)**.

Son yıllarda kanser tedavi stratejilerindeki büyük gelişmeler, kanserli bireylerin yaşam süresinin uzamasını sağlamıştır. Bu gelişmelerle günümüzde ileri evre, prognozu belirli olmayan ve ağrı başta olmak üzere birçok semptomu yoğun bir şekilde deneyimleyen bir kanser hasta popülasyonu oluşmuştur. Yaşam şansı uzamış olmasına rağmen, hastalık sürecinde fonksiyonel yeterlilikleri ve yaşam kaliteleri azalan bu hasta grubu için özel bir bakım gereksinimi ortaya çıkmıştır **(61, 93)**.

1990 yılların başından itibaren ileri düzey, yaşamı tehdit eden hastalığa sahip bireyler için, fiziksel, psikososyal ve spiritüel gereksinimlerin karşılanması ile acı çekmelerinin önlenmesi veya hafifletilmesine yönelik uygulamaların öncelikli olduğu ve hastaların yaşam kalitelerinin geliştirilmesinin amaçlandığı bu özel bakım hizmeti günümüzde dünyanın birçok yerinde sunulmaktadır. Spesifik uzmanlık gerektiren, insan onuruna saygı felsefesi taşıyan ve bireylerin yaşam kalitelerinin artırılmasını amaçlayan bu bakım türüne palyatif bakım denmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü 2007 yılı palyatif bakım modülünde, dünya genelinde milyonlarca kanser hastasının palyatif bakıma ihtiyaç duyduğunu belirtilmektedir. Ancak Türkiye'nin de içinde olduğu bazı ülkelerde, palyatif bakıma özgü sağlık hizmet yapılanmasının olmaması veya palyatif bakıma özgü eğitimli sağlık personelinin olmayışı, ülke ekonomik kaynaklarının yetersiz olması ve hasta ve ailelerin bilgi eksikliği gibi birçok engel nedeni ile bu hizmet planlı ve etkin bir şekilde sunulmamaktadır **(190)**.

Palyatif dönem kanser hastaları ağrı başta olmak üzere daha birçok farklı semptomu yoğun bir şekilde deneyimleyen, psikososyal, spiritüel ve fiziksel gereksinimleri üst düzeyde olan bir hasta grubudur. Ayrıca bu dönemde aile ve

üyelerinin yaşadığı sıkıntı düzeyi daha da artmakta ve bu durum aile düzenini yoğun bir şekilde etkilemektedir. Bu dönemde aile üyelerinin kanser hastasının bakım rolünü üstlenmesi aile ve üyelerine ek sorumlulukları da beraberinde getirmektedir (98).

Meier ve arkadaşları ileri düzey, yaşamı tehdit eden hastalığa sahip birey ve aileler ile yaptıkları çalışmada; İleri düzey, yaşamı tehdit eden hastalığa sahip birey ve aileler kendilerine sunulan bakım hizmetinin kalitesinin yetersiz olmasından şikayet etmekte, kontrol edilemeyen ağrı ve diğer semptomlara sahip olduklarını, bakım sürecinde beklenmeyen bireysel ihtiyaçların ortaya çıktığını, bakım veren bireyin büyük oranda sıkıntı yaşadığını ve sunulan hizmeten düşük olarak memnun olduklarını belirlemişlerdir (104,106). Ayrıca ileri evre, yaşamı tehdit eden hasta popülasyonu için ABD’de 2007 yılında Medicare 432 milyar dolar sağlık harcaması yapmış ve bu oranın % 30’u (186 \$ milyar) hastanelerde akut bakım hizmeti için harcamış ve bu hizmeti tüm hasta popülasyonu içerisinde yer alan küçük bir grup için (sadece % 5) yapmıştır. Bu oran total program harcamalarının % 44’ü oluşturmaktadır. Benzer şekilde 2004 yılında Medicaid 272 milyar dolar sağlık harcaması yapmış, bu oranın % 76’u hastanelerde akut bakım hizmeti için harcamış ve benzer şekilde bu hizmeti tüm hasta popülasyonu içerisinde yer alan küçük bir grup için (sadece % 4) yapmıştır. Medicaid programı total harcamalarının % 48’i bu hastalar için kullanılmıştır (104). Yapılan bu harcamalar ve hasta ve aile sonuçları dikkate alındığında, ileri evre, kompleks sorunları olan hasta ve ailelerinin fonksiyonel durumlarının ve yaşam kalitelerinin artırılması ancak multidisipliner ekip yaklaşımıyla sunulan sağlık hizmeti ile mümkün olabileceği önerilmektedir. Hastalar ve aileleri için sunulan bakımın koordinasyonu, mevcut kaynakların etkin bir şekilde kullanılması, hasta ve ailesinin sunulan hizmetten memnuniyetinin

artırılması için multidisipliner ekibin iş birliği içerisinde çalışmasını gerekmektedir. Bu şekilde amacı holistik bir yaklaşımla, bakım koordinasyonu ve multidisipliner çalışma olan yaklaşımlardan biri vaka yönetimidir.

Vaka yönetimi, kaynakları etkin bir şekilde kullanarak hasta bakımı hizmetlerini iyileştirmek ve bakım kalitesini yükseltmek amacıyla geliştirilmiştir. Vaka yönetimi sürekli ve maliyet etkili bir bakım sunmak için geliştirilmiş bir sağlık sistemidir (24, 95, 103, 174, 203).

Vaka yönetim modelleri farklı olabilir. Ancak yaygın olarak kullanılan modeller arasında, bireyin sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanmasına odaklı olan, kaynak ve sağlık bütçesinin kontrolünü merkez alan ve interdisipliner bir ekip içerisinde vaka yöneticisi ile yürütülen modeller yer almaktadır. Vaka yönetim modellerinin uygulandığı sağlık bakım ortamları arasında, hastane temelli, toplumsal ya da hastane- toplum koordinasyonlu merkezler bulunmaktadır. Son yıllarda vaka yönetimi modelinin kanser hastalarının bakımında kullanılması şeklinde bir yönelim bulunmaktadır (73,101, 172, 193).

Goodwin ve arkadaşları tarafından meme kanseri tanımlı yaşlı bireylerin bakımında hemşirelik vaka yönetimin etkisi konulu randomize kontrollü çalışmada, vaka yönetimi uygulanan grubun meme cerrahisi ve adjuvan radyoterapi alma oranı, vaka yönetimi uygulanmayan gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Vaka yönetimi uygulanan grubun meme rekonstruktif cerrahisi tedavisi olma kararı alma oranı daha yüksek tespit edilmiştir. Vaka yönetimi uygulanan grubun meme cerrahisinden 2 ay sonra kol fonksiyonunun normale dönme oranı (93% vs 84%; P=0.037) daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca sosyal destek ağı yetersiz olan kadın bireylerin hemşirelik vaka yönetiminden daha fazla yarar sağladığı tespit edilmiştir.

Çalışma sonucunda vaka yönetim modelinin meme kanseri tanılı hastalarının bakımında uygun olacağı belirlenmiştir (63).

Moore ve arkadaşları tarafından akciğer kanseri tanılı hastalarda hemşire vaka yönetiminin hasta sonuçlarına etkisinin incelendiği randomize kontrollü çalışmada, 3 aylık vaka yönetimi takibinde, vaka yönetimi uygulanan gruptaki hastaların dispne düzeyi azalmış ve emosyonel fonksiyonlarda artış görülmüştür. Vaka yönetimi uygulanan hasta popülasyon memnuniyet düzeyi yüksek bulunmuştur. Vaka yönetimi uygulanan grup, hastane ya da hospis yerine evde ölümü tercih etmişlerdir. İki grup arasında kaynakların etkin kullanımı açısından bir fark bulunamamıştır (113).

Zimmermann uzmanlık düzeyinde sunulan palyatif bakım hizmeti ile ileri evre kanser hastalarının semptom kontrolünün sağlanabileceği, yaşam kalitesinin geliştirilebileceğini ve hasta memnuniyetin artırılabilceğini tespit etmiştir (204).

Diğer bir çalışmada farklı kanser türleri tanılı hastaların yanında KOAH ve kalp yetmezliği tanılı ileri dönem hastaların bakımında, koordinasyonun hasta sonuçlarına etkisinin incelendiği, aynı zamanda bir hemşirenin eğitimci olduğu ve bir ekip tarafından bakım sağlandığı randomize kontrollü bir çalışmada, izlem grubundaki hastaların bakım ve iletişim ile ilgili memnuniyet düzeyi artmış ve vaka yönetim uygulanan grup ileri direktif kararlarını çoğunlukla alabilmiştir (69.4% vs 48.4%; $P = .006$), 6 aylık takip sonucunda vaka yönetimi uygulanan grupla ile kontrol grubu arasında kaynakların kullanım maliyeti açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (42).

Rosenfeld K ve Rasmussen J tarafından akciğer kanseri, kalp yetmezliği ve kronik akciğer hastalığı tanılı ileri evre hasta popülasyonunda, prognozu kötü olan hastaların erken tanınması, interdisipliner palyatif tanılama, hemşire bakım

koordinasyonu ile hasta ve ailesinin desteklenmesi, bakım ortamlarında koordinasyonla bakımın devamını sağlama ve semptom yönetimin sağlanması gibi palyatif bakım yönetimi için geliştirilen programda, 3 yıllık vaka temelli tanımlayıcı progresif izlemde, çalışma grubundaki hastaların terminal dönemde yoğun bakıma ve hastaneye kabulünde düşüş sağlanmıştır (144).

Meier ve arkadaşları tarafından yapılan kanser ve diğer kronik hastalıkların ileri evrelerinde olan hasta poplasyonu için yapılan deney kontrolü çalışmada, ileri evre hastaların bakımında vaka yönetimi ile palyatif bakım entegresyonunun geliştirilmesi gereğinin önemine vurgu yapmışlardır (105).

Vaka yönetimi modelinde temel olarak sağlık bakım kaynaklarının etkin yönetimi ile hastanın sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanması amaçlanmaktadır. İleri evre, prognozu belli olmayan palyatif dönem kanser hastasının semptom kontrolünün sağlanması, hasta ve ailesinin psiskosoyal ve spiritül gereksinimlerinin karşılanması ve yaşam kalitelerinin artırılması hemşirenin önemli sorumlulukları arasındadır.

1.2.ARAŞTIRMANIN AMACI:

Palyatif kanser hastası yaşamı tehdit eden, prognozu belli olmayan, ileri düzey ve ağrı başta olmak üzere daha birçok semptomu yoğun bir şekilde deneyimleyen, psiskososyal, fiziksel, spiritüel alanlarda gereksinimi olan bir hasta popülasyonudur. Bireylerin yaşadığı bu problemler ve karşılanmayan gereksinimler, palyatif dönem kanser hastasının fonksiyonel durumu ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bu hastaların bakımında multidisipliner bir ekip yaklaşımıyla, iş birliğine dayalı ve mevcut kaynakların etkin kullanımını sağlayarak hasta ve aileye ilişkin olumlu sonuçlar elde edilebilir.

Araştırma, kanser hastasının palyatif bakımında vaka yönetimi modelinin semptom düzeyi, yaşam kalitesi, hasta ve aile memnuniyeti ve direkt maliyet sonuçlarına etkisinin incelenmesi amacıyla deneysel olarak planlanmıştır.

1.3.HİPOTEZLER

H1: Vaka yönetimi uygulanan palyatif dönem kanser hastasının semptom düzeyi ile vaka yönetimi uygulanmayan palyatif dönem kanser hastasının semptom düzeyi arasında fark vardır.

H2: Vaka yönetimi uygulanan palyatif dönem kanser hastasının yaşam kalitesi ile vaka yönetimi uygulanmayan palyatif dönem kanser hastasının yaşam kalitesi arasında fark vardır.

H3: Vaka yönetimi uygulanan palyatif dönem kanser hastasının memnuniyeti ile vaka yönetimi uygulanmayan palyatif dönem kanser hastasının memnuniyeti arasında fark vardır

H4: Vaka yönetimi uygulanan palyatif dönem kanser hastasının direkt sağlık hizmet maliyet düzeyi ile vaka yönetimi uygulanmayan palyatif dönem kanser hastasının direkt sağlık maliyet düzeyi arasında fark vardır.

H5: Vaka yönetimi uygulanan palyatif dönem kanser hastasının ailesinin memnuniyeti ile vaka yönetimi uygulanmayan palyatif dönem kanser hastasının aile memnuniyeti arasında fark vardır.

1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Son yıllarda dünya nüfusunun yaşlanması, teknolojik gelişmelerin hızlanması, yaşamı tehdit eden hastalıkların tedavisindeki gelişmeler ile beklenen yaşam süresinin uzaması sağlık sistemleri üzerinde farklı değişikliklerin yaşanmasına neden olmuştur. Bu değişimler sonucunda sağlık hizmetleri için yapılan harcamalar artmış olup, bu harcamalar özellikle kronik, ileri evre ve yaşamı tehdit eden hastalıklara yoğunlaşmıştır (**101, 172, 174**).

Sağlık bütçeleri içerisinde kanser ile ilgili yapılan harcamalar büyük orandadır. National Institutes of Health 2002 yılı kayıtlarına göre, ABD kanser hastaları için toplam yapılan sağlık harcaması tutarı 171,6 milyar dolar olup, bu oranın 60,9 milyar doları direkt sağlık harcamaları, 15,5 milyar doları indirekt morbitide sağlık harcamaları ve 95,2 milyar doları ise indirekt mortalite harcamalarını oluşturmaktadır. 2002 yılında kanser için yapılan bu harcamalar geçen her yıl içerisinde artmıştır(**9**).

National Cancer Institute 2007 raporuna göre, sadece kanser tedavisi için 2004 yılında 72,1 milyar dolar harcanmıştır. 1995 ile 2004 yılları arasında kanser tedavisi toplam sağlık harcamalarındaki ayrılan pay oranı % 75 artmış olup, 2004 yılında total sağlık harcamaları içerisinde ayrılan pay oranı kanser tedavisi yanında taramalarında eklenmesi ile %10 olmuştur. Direkt medikal harcamaların yanında kanser ile ilgili iş gücü ve ekonomik üretim kaybı gibi indirekt maliyetler total ekonomik kayıp arasında önemli bir yer tutmaktadır. 2004 yılı indirekt kanser maliyeti yaklaşık 190 milyar dolardır (**116**).

Kanser dönemlerine özgü maliyet harcamaları ile ilgili yapılan çalışmalarda, harcamaların kanser tanısı alındıktan sonraki ilk 6 ay ile, prognozu belli olmayan,

ileri evre ve ölüm öncesi son 6 içerisinde arttığı ve diğer aradaki dönemlere göre yüksek miktarlarda olduğunu ortaya koymaktadır(186).

Amerikan Kanseri Birliği 2010 raporuna göre, 2010 yılı sonu itibari ile ABD’de kanser hastaları için toplam yapılan sağlık harcaması tutarı 263,8 milyar dolar olup, bu oranın 102,8 milyar doları direkt sağlık harcamaları, 20,9 milyar doları indirekt morbitide sağlık harcamaları, 140,1 milyar doları ise indirekt mortalite harcamalarını oluşturmaktadır (9).

İleri evre, prognozu belli olmayan kanser hastalarının ve ailelerinin sağlık bakım ihtiyaçlarının karşılanması çok yönlü bir yaklaşım gerektirmektedir. Hastaların ağrı ve diğer semptomlarının kontrol altına alınması, psikososyal ve spiritüel gereksinimlerinin karşılanması ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi hedeflenmektedir. Bunun yanında hastanın bakımında sorunlulukları olan bakım verici aile üyelerinin fiziksel, psikososyal ve spiritüel gereksinimlerinin karşılanması oldukça önemlidir. Bu anlamda multidisipliner çalışmayı sağlayan, bakımın koordinasyonu ve sağlık hizmeti kaynaklarının etkin kullanımı için vaka yönetimi yaklaşımı bu popülasyon için kullanımı uygun olabilecek bir model olduğunu düşünmekteyiz.

Palyatif dönem kanser hastasının bakımının vaka yönetimi ile sağlanarak, hastanın semptom kontrolünün, yaşam kalitesinin, hasta ve aile memnuniyetinin artırılması ve hastanede kalış süresi, yeniden hastaneye kabul sayısı ve yoğun bakımda kalış süresi gibi direkt sağlık harcamalarının azaltılması düşünülmektedir.

1.5. SINIRLILIKLAR

Araştırmanın sınırlılıkları,

- Araştırma kapsamına alınan hastaların ileri evre, progresif ve yaşamı tehdit eden bir hastalığa sahip olması ve palyatif amaçlı tedavi alması
- Araştırmada indirekt maliyetlerin ölçülememesi

1.6.TANIMLAR

VAKA YÖNETİMİ; Bireyin sağlık gereksinimlerinin karşılanmasında, planlama, uygulama, koordinasyon, kolaylaştırma, savunuculuk, izlem ve bu gereksinimleri karşılamak için sunulan tedaviler ve hizmetin değerlendirilmesinin yanında hasta sonuçlarının da değerlendirildiği işbirliğine dayalı bir süreç olarak tanımlanmaktadır.

YAŞAM KALİTESİ; Yaşam koşulları içinde elde edilebilecek doyum düzeyini etkileyen hastalıklara ve günlük yaşamın fiziksel, psikolojik ve toplumsal etkilerine karşı verilen bireysel reaksiyonları gösteren bir kavramdır.

HASTA MEMNUNİYETİ; Hastaların ideal bakımdan beklentileri ile aldıkları bakımı algılamaları arasındaki etkileşim sonucu, bilişsel ve emosyonel reaksiyonların değerlendirilmesidir.

1.7.GENEL BİLGİLER

1.7.1 PALYATİF BAKIM

1.7.1.1. Tanım

Palyatif deyimini Latince’de maske veya pelerin anlamına gelen “pallium” kelimesinden köken almaktadır. Bu etimoloji palyatif bakımın gerçekten ne olduğuna işaret etmektedir. “Küratif tedaviden yararlanamayacak durumda olan hastalığın belirtilerini maskelemek veya bu belirtileri yaşayan hastalara pelerin olmak gibi...” (44, 88, 139)

Dünya Sağlık Örgütü palyatif bakımı, yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan problemlerle karşılaşan hasta ve ailede; ağrının ve diğer problemlerin, erken tanılama ve kusursuz bir değerlendirme ile fiziksel, psikososyal ve spiritüel gereksinimlerin karşılanması yoluyla acı çekmenin önlenmesi ve hafifletilmesine yönelik uygulamaların yer aldığı ve yaşam kalitesini geliştirmenin amaçlandığı bir yaklaşım olarak tanımlamaktadır (66, 190, 191).

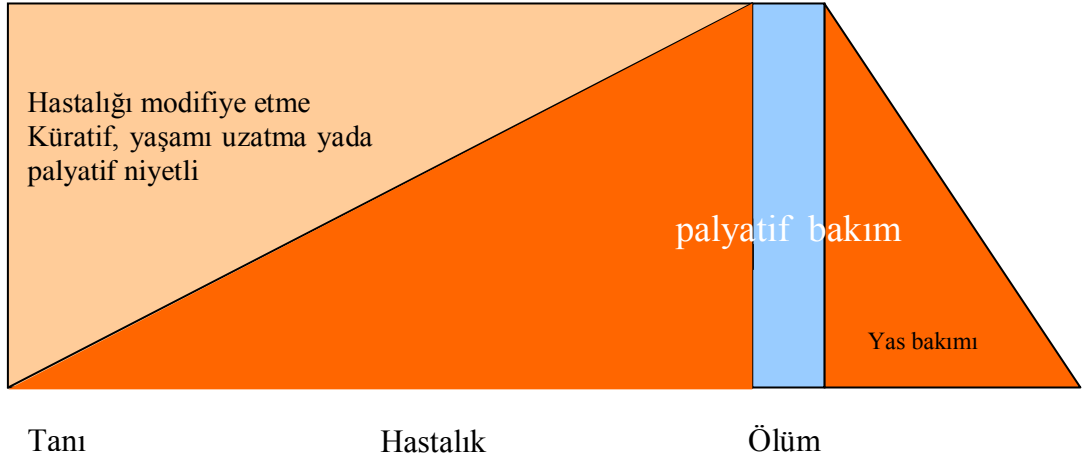
Palyatif bakımın amacı, bireyin içinde bulunduğu kültürel ve yerel değer, inanç ve uygulamalarına duyarlı davranılarak sahip olunan fonksiyonel kapasitenin restore edilmesi ve semptomların kontrol edilerek, acının hafifletilmesi ve bireyin yaşam kalitesinin artırılmasıdır (27, 130, 191). Palyatif bakım bilinci; psikolojik, sosyal ve spiritüel destek sunan, ağrı ve diğer semptomların kontrolünü amaçlayan; ileri progresif hastalığa sahip bireylerin aktif ve total bakımınıdır (50, 66, 190).

Palyatif bakımın hedefleri, (190)

- 1 Ağrı ve stres verici diğer semptomların giderilmesi
- 2 Normal bir süreç olarak yaşama ve ölüme saygı duymayı içerir
- 3 Ölümlü ne çabuklaştırmayı ne de ertelemeyi amaçlamaz
- 4 Hasta bakımının psikososyal ve spiritüel yönünü bütünleştirir

- 5 Ölüme kadar mümkün olduğunca hastanın aktif bir şekilde yaşamasına yardım eder ve destek sistemi oluşturur
- 6 Hasta hastalığı boyunca cesaretlendirilir ve hastanın ailesinin baş etmesine yardım etmek için destek sistemi oluşturur
- 7 Hasta ve ailesinin ihtiyaçlarını karşılamak için ekip yaklaşımı kurar ve gerekirse matem danışmanlığı yapılır
- 8 Hastalık sürecini pozitif etkilemek ve yaşam kalitesinin artırılması
- 9 Radyoterapi yada kemoterapi gibi yaşam süresini uzatma niyetinde olan yaklaşımları diğer tedavilerle kombine ederek, hastalığın erken aşamasında uygulanması
- 10 Stres verici klinik komplikasyonları yönetmek ve daha iyi anlama ihtiyacı için araştırmalar yapma

Şekil 1. Palyatif Bakım ile Küratif Tedavinin Entegrasyonu



Kaynak: World Health Organization (2007). Cancer Control Knowledge into Action; WHO Guide for Effective programmes, Palliative Care, module 5, Geneva, World Health Organization,

Terminal kanser, hastanın durumunun ilerleyici olduğu ve hastalığın tedavisinin mümkün olmadığı, küratif tedavinin yararlı olmadığı ileri bir düzeyi ifade eder. Palyatif bakım ve küratif tedavi entegrasyonu şekil 1’de gösterilmiştir. Bu değişen modelde, tedavi hastalığın ilerlemesini azaltmak için modifiye etme amacıyla olup, terminal döneme yaklaşan hasta için palyatif bakım ihtiyacı artmaktadır. Hastanın ölümden sonra aile üyeleri ve yakınlarının yas sürecinde desteklenmesi de önemlidir. Bu modelde palyatif bakım hizmeti; yaşamı tehdit eden bir hastalığın tanısı konulması itibari ile başlamakta ve terminal dönemi de içine alan hastalık süreci boyunca kanser hastasının ve ailesinin artan ihtiyaçlarına göre şekillenerek sunulmaktadır (190,191).

1.7.1. 2. Palyatif Bakımın Tarihi

Palyatif bakımın gelişmesi orta çağ dönemine kadar uzanmaktadır. Ortaçağ zamanında “son dönem bakım” (hospis) terimi yolcular ya da seyahat eden kişiler için korunulacak yada sığınılacak bir yeri tarif etmek amacıyla kullanılıyordu. Modern son dönem bakım ve palyatif bakımın evrimi Dame Cicely Saunders’in vizyon, cesaret ve sorumluluğu sayesinde gelişmiştir (44, 93, 133, 139).

Dame Cicely Saunders 1967’de Londra’da St. Christopher Son Dönem Bakım Evini açmıştır. Bu modern eğitim ve araştırmanın yapıldığı ilk son dönem bakım birimidir. Dame Cicely profesyonel ve kişisel hayatını ileri düzey hastalığa sahip hastaların bakımı ve çalışması için adanmıştır. Ölmekte olan hastanın ve ailelerinin ihtiyaçlarının nasıl karşılanacağı konusundaki eksikliği saptamış ve yanıt vermiştir. Her hastanın ve ailesinin bireysel ihtiyaçları üzerine sürekli yoğunlaşmıştır. St. Christopher Son Dönem Bakım için, holistik hasta bakım anlayışına dayalı palyatif bakımın prensiplerinin gelişmesini sağlamıştır (44, 111, 133, 139).

Günümüz palyatif bakım anlayışı 1900'lerin son yarısı boyunca daha iyi anlaşılır hale gelmiş ve uygulanmıştır. Bugün dünyanın bir çok ülkesinde ileri düzey, kür şansı olmayan hastalar için geliştirilmiş palyatif bakım programları mevcuttur (133).

Dünya Sağlık Örgütü palyatif bakımın esaslarını ve içeriğini tanımlamıştır. The National Consensus Project (104), palyatif bakım temel bileşenleri;

■ **Hasta popülasyonu:** Palyatif bakım kronik hastalık ya da travma nedeniyle yaşam kalitesi olumsuz etkilenen ve bakıma muhtaç tüm yaş gruplarında yer alan hastalara hizmet verir.

■ **Hasta ve aile merkezli bakım:** Her hasta ve ailesine özgü bakım verilmeli ve bakıma hasta ve ailesinin katılımı sağlanmalıdır. Hasta karar verme kapasitesi yeterli olmadığı durumlarda hasta ile ilgili kararların alınmasında aile ile işbirliği oldukça önemlidir. Bakım planı hasta ve aile tercihleri ve hedefleri dikkate alınarak uygulanmalı ve sağlık bakım ekibinden karar verme ile ilgili destek alınmalıdır.

■ **Palyatif bakımın sürekliliği:** Palyatif bakım ideal olarak yaşamı tehdit eden bir hastalık tanısı almakla başlar ve tedavi süreci boyunca, ölüme kadar ve ailenin yas periyodunda içine alacak şekilde devam eder.

■ **Kapsamlı bakım:** Palyatif bakım bireyin ve ailesinin sosyal, spiritüel, psikolojik ve fiziksel problemlerini ortadan kaldırılması ve önlenmesi ile acı çekmenin azaltılması için çok boyutlu tanılama yapılmasını gerektirmektedir. Bakım vericiler tedavinin hedefleri ve bakımın devamı için değişen uygulamalar ve durumlarla ilgili hasta ve ailenin ihtiyacını karşılamalıdır. Palyatif bakım hastaya uygun tanılama, planlama, girişimler, izlem ve takip gibi klinik ve düzenli süreç gerektirir.

■ **İnterdisipliner Ekip:** Palyatif bakım belirlenen vakalarda tedavi ve değerlendirme için interdisipliner ekip yaklaşımı gerektirir. Palyatif bakım ekibi belirlenen

populasyona hizmet vermek için gerekli becerilere sahip olmak zorundadır. Palyatif bakım ekibi ihtiyaç duyulan hizmetlere bağlı olarak geniş bir üye katılımına sahip olmalıdır. Palyatif bakım ekip üyeleri tıp, hemşirelik ve sosyal çalışma profesyonelleri temel olmak üzere, psikologlar, farmakologlar, din görevlisi, yas danışmanları, diyetisyenler, fizik/mesleki/sanat/oyun ve müzik terapistleri, vaka yöneticileri, eğitimli gönüllüler, hemşire ve evde bakım yardımcıları, gönüllü kuruluşlar gibi geniş katılımlı olabilir.

■ **Acı çekme ve ıstırabı hafifletmek:** Palyatif bakım temel amacı, ağrı ve diğer semptomların yanında hastalık ve tedavisinin neden olduğu birçok sıkıntının önlenmesi ve ortadan kaldırılmasıdır.

■ **İletişim Yetenekleri:** Palyatif bakım etkili iletişim yetenekleri gerektirmektedir. Bu yetenekler hasta ve ailesinin bakımında bütün bireylerle etkili iletişim sağlama ve tıbbi karar almaya yardım etme, hedef ve tercihlerin belirlenmesi, aktif dinleme ve bilgi paylaşımının etkili ve uygun olması için oldukça önemlidir.

■ **Yas ve ölüm süreci ile ilgili bakım becerisi:** Palyatif bakım ekibi normal ve normal olmayan yas ve kayıp sürecinde, yaşa özgü fiziksel ve psikososyal sendromların yer aldığı, ölüm öncesi, süresi ve sonrasında hasta ve ailesinin bakım ve destek gereksinimlerini belirleme, ölümün erken işaretleri ve semptomları, ölüm prognozu hakkında bilgili olmak zorundadır.

■ **Kurumlar arasında bakımın sürekliliğini sağlama:** Palyatif bakım bütün sağlık hizmet sunum sistemleri (hastane, acil servis, hospisler, evde bakım, toplum ve okul gibi geleneksel olmayan kurumlar) ile entegre olmalıdır. Palyatif bakım ekibi kurum ve evde bakım ortamları ile palyatif bakımın sürekliliği, koordinasyon ve iletişim sağlamak için bu sağlık bakım ortamlarındaki profesyonel ve informal bakım

vericilerle iş birliği yapmalıdırlar. Krizlerin önlenmesi ve gereksiz transferler palyatif bakımın önemli sonuçlarıdır.

■ **Kabul edilmede adalet/eşitlik:** Palyatif bakım ekibi ırk, etnik köken, cinsiyet, ücret ödeyebilme, kırsal toplum içindeki bütün sağlık bakım ortamlarında, bütün tanı kategorilerinde, bütün yaş popülasyonuna uygun ilkeler doğrultusunda herkesin ulaşabileceği bir hizmet sunmalıdırlar.

■ **Kalite geliştirme:** Palyatif bakım hizmetleri yüksek kalite ve üstün bir hizmet anlayışı ile sunulmalıdır. Kalite gereksinimlerini düzenli bir şekilde tanımlama ve bakım sürecini geçerli araçlar kullanarak sonuçların sistematik olarak değerlendirmesi gerekmektedir.

Palyatif bakım özete;

- Sürekli- doğru zamanda doğru hastaya ulaşarak
- Hasta merkezli- hasta ve ailenin hedef ve tercihlerine dayalı
- Yararlı ve etkili- istenilen sonuçların bakım süreci ve önemli hasta sonuçları ile birleştirerek kanıtlandırabilme
- Ulaşılabilir ve uygun- ihtiyacı olan ve yarar elde edebilecek bütün bireyler için mevcut olma
- Bilgi ve kanıta dayalı
- Kaynakların etkin kullanılması ve hastanın gerçek ihtiyacını karşılayabilecek şekilde dizayn edilmeli ve yeterli olmalı

Palyatif bakım hizmet planlamasında, hasta ve ailesi için etkili bir hizmet sunmak için sağlık bakım politikalarını oluşturan kurumlar ve sağlık bakım hizmeti sunan organizasyonlar arasında iyi bir koordinasyon olmalıdır. Ayrıca palyatif bakım hizmeti için multidisipliner bir ekip yaklaşımı geliştirerek, ileri evre kanser hastaları

ve ailelerinin sağlık bakım gereksinimleri için bir sağlık sistemi oluşturulmalıdır (57, 66, 93, 190)

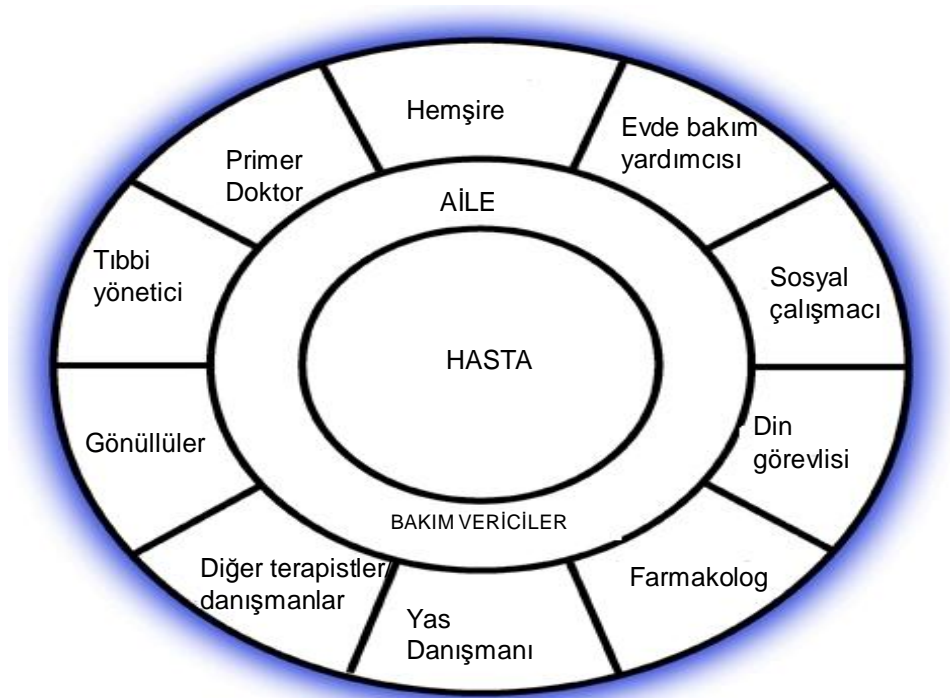
1.7.1.3. Palyatif Bakım Ekibi

Palyatif bakım ekibi içinde farklı disiplinlerden ekip üyeleri yer almaktadır. Bu konuda eğitimli profesyoneller dışında palyatif bakım ekibi içerisinde, farklı bakım seviyelerinde fonksiyonları ve spesifik rolleri olan bakım verici aile üyeleri, gönüllü toplum liderleri ve sağlık bakıcıları yer almaktadır. Palyatif bakım uzmanlık gerektiren bir hizmet olup, bununla birlikte birçok yerde çeşitli düzeylerde bakım sunan ekipler yer almaktadır. Şekil 2’de palyatif bakım ekipleri ayrıntılı bir şekilde verilmiştir (27, 66, 118, 130, 190) Genelde palyatif bakım ekip üyeleri arasında;

- Doktorlar (palyatif bakım uzmanları, medikal onkologlar, algologlar)
- Hemşireler (palyatif bakım uzman hemşireler, klinik hemşireler)
- Sosyal Çalışmacı
- Psikiyatristler ve psikologlar
- Farmakologlar
- Spiritüel Danışmanlar (papaz, dini liderler)

Bunun yanında hastanın gereksinimlerine göre rehabilitasyon ekibi (meslek terapisti, fizik tedavi uzmanı), anestezi uzmanları, cerrahlar ekibe destek olabilirler. Şekil 2’de palyatif bakım ekip üyeleri verilmiştir.

Şekil 2 Palyatif Bakım Ekibi



Kaynak; Palliative Care Council of South Australia, “Multicultural Palliative Care Guidelines” www.pallcare.asn.au/mc/images/circle.gif

Doktorlar

Doktorlar interdisipliner palyatif bakımda önemli bir rol oynarlar. Doktorlar genel olarak tıp uzmanlığının getirdiği yetenekler dışında, palyatif bakımının temel becerileri arasında yer alan ağrı ve diğer semptomların kontrolü, ileri tedavileri planlama ve hastalığı yönetebilecek temel becerilere sahip olmak durumundadırlar. Palyatif bakım hizmet sunumunda çalışan doktorlar, birçok zor karmaşık tedavilerin uygulaması, denetlenmesi ve değerlendirilmesinden sorumludur. Doktorlar aynı zamanda interdisipliner ekibin liderliğinden de sorumlu olabilirler. Doktorların tıbbi uygulama kararlarının tartışılmasını sağlama, araştırmaları inceleme ve araştırma sonuçlarını dikkatle uygulama gibi eğitimsel rolü olduğu da göstermektedir. Ayrıca

doktorların palyatif bakım felsefesi ve yaklaşımını benimsemeleri oldukça önemlidir **(190,191)**

2002 dünya Sağlık Örgütü Palyatif Bakım Modülüne göre, ekonomik kaynakların ve palyatif bakım ekiplerinin yeterli olmadığı bazı ülkelerde 50,000 kanser hastasına bir doktor düşmekte olduğu bildirilmektedir **(190)**.

Hemşireler

Hemşireler, genel olarak hasta ile büyük oranda iletişimde olan palyatif bakım ekip üyesidir. Bu uzun iletişim hemşireye, hastalığının ileri etkileri ile baş etmede hastaya yardımcı olmak ve hasta için neyin önemli olduğu ve ne yapılarak ona ulaşılabileceği gibi hasta ve ailesi ile ilgili benzersiz bir bilgi elde etmeyi sağlar. Hemşirenin uzmanlığı palyatif bakımda, hastanın fiziksel ve emosyonel bakımını sağlamada, semptom yönetimi, hasta ve aile eğitimi ve hastanın içinde bulunduğu ortamın kontrol kaybını azaltmak için organize etmede çok kritiktir. Hemşireler hasta ve ailesini sağlık bakım servisleri ve diğer disiplinlere yönlendirebilmek için yakın çalışabilmelidirler. Doktor sayısının az olduğu bazı sağlık bakım ortamlarında, hemşireler multidisipliner ekibin lideri ve palyatif bakımın bütün yönlerinin gerektirdiği hizmetlerden sorumlu olabilirler. Bazı sağlık ortamlarında, hemşireler ekonomik ve kültürel şartlara uygun uzmanlık eğitime ihtiyaç duyabilirler. Ayrıca hemşireler bir çok ortamda, palyatif bakım hakkında toplum ve gönüllü eğitimini sağlamada önemli bir rol oynarlar. Özetle palyatif bakım ekibi içerisinde hemşireler direkt bakım verici, bakımı koordine edici, eğitici ve danışman rolleri yanı sıra, palyatif bakım ile ilgili araştırmaları yürütücü rollerini yerine getirmektedirler **(4, 44, 49, 66, 111, 130,171, 190)**.

Sosyal Çalışmacı

Sosyal çalışmacı, kanser hastası ve ailesinin sosyal gereksinimlerinin tanılanması ve giderilmesinden sorumludurlar. Sosyal çalışmacı, hasta ve aile üyelerinin rollerini yerine getirmesinde yetersizlikler var ise yada ailenin bakım verici yükünün getirdiği sorunların çözümünde destek sağlamalıdır. Aile yaşadığı finansal zorluklar ve sıkıntılara sebep olabilecek durumları önceden belirlemek ve çözüm sağlamaktadırlar. Sosyal çalışmacılar palyatif bakım ekibi içerisinde destekleyici roledirler. Ayrıca sosyal çalışmacılar emosyonel destek ve halk sağlığı hizmetlerine ihtiyaç duyulduğunda hastaları gerekli kurumlara yönlendirmeleri sağlamaktadırlar (130,190).

Psikologlar

Psikologların rolü hasta yaşamın sonunda ise yas süreci boyunca hasta ve aileye destek sağlama, hastalığın ilerleme sürecinde ise destek sağlama yanında yetersizlik ve hastalıkla ilgili sosyal ve bireysel problemlerle baş etmede hasta ve ailesine destek sağlamaktır. Hastanın psikolojik olarak değerlendirilmesi ve psikiyatrik problemlerin önceden belirlenmesi önemlidir. Bu disiplinde palyatif bakım ekibi içerisinde destekleyici roledir. Psikologlar yas danışmanlığı, emosyonel destek ve ihtiyaç duyulduğunda yönlendirir (130,190).

Spiritüel Danışmanlar yada (Din Görevlisi)

Spiritüel danışmanlar yaşamın anlamı ile ilgili soruları ele alabilecek yetenekte, ön yargısız bir dinleyici ve tecrübeli olmalıdır. İleri evre kanser hastası ve ailesi bu dönemin getirdiği sıkıntılar ile ilgili bazı sorulara sahip olabilmektedirler. Spiritüel danışmanın rolü ilk olarak dinlemek, geçmişteki anıları hatırlamaya yardımcı olmak ve ileride olacaklar için hasta ve aileyi hazır olmasını sağlamaktır. Spiritüel danışman, hastanın yaşamının anlamını, geçmişte yaşananların

hatırlanmasını ve yaşamın bir bütün olarak değerlendirilmesini ve insan olmanın anlamını bulmasına yardımcı olmaktadır. Spiritüel danışmanlar yaşam sonu bakım ile ilgili eğitilmiş olmalıdırlar. Hasta ve ailesinin kültürel değerleri, inançları ve sahip olduğu ritüeller göz önüne alınarak yapılan spiritüel danışmalık hasta ve ailesinin bu sürecinde yaşadığı sıkıntılara çözüm oluşturabilir (130,190)

Farmakologlar

Palyatif bakımda semptom yönetiminin önemli bir bileşeni olan ilaç tedavisinde farmakologlar önemli bir rol oynamaktadır. Farmakologlar palyatif bakım için gerekli temel ilaçlara hasta ve ailelerinin ulaşmasına destek olurlar. Farmakologların uzmanlığı aynı zamanda, ilaç uygulama yolları, uygun formülasyonlar, ilaç reaksiyonları, ilaç dozları ile ilgili bilgi sağlayarak sağlık bakım ekibine destek olmak için gereklidir. Morfin ve diğer uygun ilaçlar palyatif bakım için gereklidir. Düşük ve orta düzeyde gelire sahip ülkelerde, ilaçların hazırlanması için farmakologların genelde azlığının yanında, aynı zamanda birçok kanser hastasının rahatlıkla ödeyemeyeceği kadar pahalı ilaçların olması ile yakından ilgili olarak ilaçlara ulaşım sınırlıdır. Bu sebeplerle farmakologların temel yeteneklere sahip olması ve yeterli düzeyde eğitilmiş olması palyatif bakım hizmet sunumunda önemlidir. Farmakologlar (morfin gibi güçlü) analjezik ilaçlara kanser hastalarının daha kolay ulaşması ve kullanmaya başlaması için konsensus oluşturmalıdırlar (190).

Gönüllüler

Palyatif bakım ekibi içerisinde gönüllülerin rolü sağlık bakım ortamına göre değişiklik gösterir. Düşük ve orta düzeyde sağlık bakım kaynağına sahip ortamlar da, gönüllüler hastalar için bakım sağlayabilirler. Gönüllüler hasta ve ailesinin yaşam kalitesini optimal düzeye getirmek için çalışan sağlık birim profesyonellerine yardım etmek amacıyla palyatif bakım ekibinde ve hospislerde yer alabilirler. Gönüllüler

toplumun tüm kesiminden gelebilirler ve sıklıkla hasta ve sağlık bakım endüstrileri arasında bir iletişim sağlarlar. Bir palyatif bakım ekibinde gönüllüler toplumun uzmanlığı/deneyimini ve toplum desteğinin bir boyutunu getirebilirler. Uygun eğitim ve destek ile gönüllüler, danışmanlar olarak çalışarak yada uygulama sorumluluklarına yardımcı olarak direkt hasta ve ailesine hizmet sağlayabilirler. Gönüllüler aynı zamanda bazı tıbbi bakım tiplerinin ulaştırılmasında, yada rehabilitasyona yardımcı olma, genel destek fonları, sağlık eğitimi sağlama, bilinçliliği artırma gibi diğer rollerde de görevlendirilebilirler (130,190).

1.7.1. 4. Palyatif Bakım Seviyeleri ve Ekipler

Palyatif bakım hizmeti çeşitli şekillerde sunulabilir. Genelde palyatif bakım hizmet sunumu seçeneklerini ülkenin sahip olduğu kaynaklar, palyatif bakıma özgü eğitilmiş ekiplerin varlığı ve ileri düzey kanser hastası prevalansı ile belirlenmektedir (44, 66, 88, 118, 133, 190, 205).

Primer düzeyde sunulan palyatif bakım hizmeti

Primer düzeyde sunulacak palyatif bakım hizmeti için, ekip üyesi tüm hemşireler hastasının ağrı ve diğer semptomlarını yönetme ve psikososyal destek sağlamada temel eğitilmiş ve kanser hastası ile ilgilenebilecek düzeydedir. Primer seviyede palyatif bakım hizmet sunmada kompleks vakalar, uzman bir ekibin bulunduğu sekonder yada tersiyer düzeyde palyatif bakım hizmeti sunan merkezlere yönlendirir. Primer seviyede ekipler içerisinde yer alan uzman hemşireler aile üyeleri, toplum liderleri ve gönüllüleri palyatif bakım hizmet ile ilgili eğitirler.

Sekonder düzeyde sunulan palyatif bakım hizmeti

Sekonder düzeyde sunulacak palyatif bakım hizmeti için, ekip üyeleri içerisindeki tüm doktorlar ve hemşireler hastasının ağrı ve diğer semptomlarını yönetme ve psikososyal destek sağlamada temel eğitilmiş ve kanser hastası ile

ilgilenebilecek düzeydedir. Sekonder seviyede hizmet sunumunda kompleks vakalar, palyatif bakım uzmanı olan bir doktor veya palyatif bakım uzmanı bir hemşirenin, part time çalışan bir sosyal hizmet uzmanı ve farmakologun yer aldığı uzmanlık düzeyinde palyatif bakım sunan merkeze yönlendirilir. Bu ekip aynı zamanda yerel bir kaynak ve eğitim grubu şeklinde çalışır.

Tersiyer düzeyde sunulan palyatif bakım hizmeti

Tersiyer düzeyde sunulacak palyatif bakım hizmeti için, ekip üyeleri içerisindeki tüm doktorlar ve hemşireler hastasının ağrı ve diğer semptomlarını yönetme ve psikososyal destek sağlamada temel eğitilmiş ve kanser hastası ile ilgilenebilecek düzeydedir. Kompleks vakalar palyatif bakım uzmanı olan bir doktor, bir hemşire, bir part time sosyal çalışmacı ve psikiyatrist ve farmakologun yer aldığı palyatif bakımda uzman bir ekip tarafından hizmet sunulan merkeze yönlendirilir. Bu ekip aynı zamanda ulusal bir kaynak ve eğitim grubu şeklinde çalışır.

Palyatif bakım hizmetleri hastane ortamında, topluma dayalı, ev ortamında ve hospilerde verilmektedir.

1. Hastane Temelli Palyatif Bakım

Hastane temelli bir palyatif bakım ekibinde palyatif tıpta eğitilmiş bir doktorun, en az bir tane klinik hemşire ve part time çalışan bir sosyal çalışmacı ve bütün bu ekip için yeterli idari personel olmalıdır. Bu şekilde oluşturulmuş palyatif bakım ekibi direkt hasta bakımı sağlamayabilir ancak palyatif bakım her yönü ile ilgili konsültasyonlar yapabilir. Bu yaklaşımla bir hastane yada evde bakım gibi diğer sağlık bakım ortamlarındaki hastalarla birlikte geniş bir hasta popülasyonu için palyatif bakım konsültasyon hizmeti sağlayabilir(44, 88, 106, 190).

Hastane temelli palyatif bakım programları son yıllarda hızla artmıştır. Bu programlar özellikle ağrı ve diğer semptomlardan yakınan ve acı çeken, temel

gereksinimlerinin karşılanmasında yetersiz olunan yüksek riskli kompleks hastaların bakım kalitesinin artmasını ve bakım maliyetinin azalmasını sağlamıştır (104, 106, 147). Amerikan Hastaneler Birliği 2006 yılı raporuna göre, 50 yataktan fazla palyatif bakım hizmeti için ayrılmış hastane oranını % 53 olarak bulmuştur. Bu oran hastane temelli palyatif bakım hizmetlerinin ne kadar arttığına bir göstergesidir (104).

Hastane temelli palyatif bakım hizmetinin sonuçları (40, 57, 104, 106, 147).

- Ağrı ve semptom kontrolü uzmanlığı ile hasta sonuçlarını geliştirme
- Hasta ve ailesi, sağlık bakım ekiplerinin karar alma ve iletişiminin artırma
- Sağlık bakım ekipleri arasında koordinasyonun artması
- Sağlık bakım ortamları arasında hasta transferinin kolaylaşması
- Kuruma bağlılık ve hasta /aile memnuniyetini artırma
- Personel memnuniyetini ve kurumda kalmayı geliştirmek için kompleks ve yoğun vakalara ayrılan zaman kaybını düşürmek
- Hasta giderlerine daha sistematik bir yaklaşım getirme
- Yatak kapasitesini geliştirmek, hastane kaynaklarını daha uygun kullanılmasını sağlama, bakım yararını geliştirme

2. Toplum Temelli Palyatif Bakım

Palyatif bakım hizmeti bazı gelişmiş ülkelerde, günlük bakım ünitesi veya ayaktan tedavi edilebilecek hastalar için oluşturulmuş kliniklerle daha düşük maliyetli bakım sunumunda kullanılmaktadır. Primer bakıma dayalı bu sağlık hizmeti kanser hastalarının yapması gerekli periyodik prosedürler için bir fırsat oluşturmaktadır. Ayrıca bu kurumlarda hasta ailesine bakımın nasıl sağlayacağı konusunda eğitim verilmektedir.

Sıklıkla, günlük bakım servisleri hastalar için gerekli ilaçlar ve yiyeceklerin getirilmesi yanında hastanın fiziksel, psikososyal ve spiritüel ihtiyaçların karşılanmasında önemli bir rol oynamaktadır (44, 88, 190)

3. Eve Dayalı Palyatif Bakım

Palyatif bakım hizmet sunumunda yüksek ekonomik kaynaklara sahip ülkelerde evde bakım hizmetlerine dayalı bir şekilde sunulmaktadır. Evde bakım hizmeti ile sunulan palyatif bakım servisleri sıklıkla bir uzman palyatif bakım ünitesi yada bir hospis bünyesinde oluşturulan ekiplerle sağlanmaktadır. Düşük ve orta düzeyde ekonomik gelire sahip ülkelerde evde ölümün tercih edildiği yerlerde evde bakım hizmeti hospis bakımına göre daha uygun ve ulaşılabilir. Dünyanın bir çok yerinde eve dayalı bu şekilde palyatif bakım hizmeti sunulmaktadır. İdeal olarak palyatif bakım için oluşturulmuş evde bakım modellerinde kanser hastalarının temel ihtiyacı olan semptom kontrolü ve terminal bakım için hastane temelli palyatif bakım üniteleri ile koordinasyonlu çalışılmasıdır (44,190).

1.7.1.5. Dünya Geneline Palyatif Bakım Servislerinin Durumu

Palyatif bakım hizmetlerinin gelişimi ülkeden ülkeye farklılık göstermekle birlikte, gelişmekte olan ülkelere gelişmiş ülkelere göre daha çok yapılanma aşamasındadır.

Wright M. ve arkadaşlarının 2006 yılında yaptıkları çalışmada; Dünya genelinde birleşmiş milletlere bağlı 234 ülkede palyatif bakım hizmetlerinin gelişim düzeyleri belirlenmiştir. Bu çalışma sonucunda 234 ülke palyatif bakım hizmetlerinin gelişimi açısından 4 kategoriye ayrılmıştır. Bu sınıflama hospis/palyatif bakım aktiviteleri bulunmayan ülkeler, aralarında Türkiye'nin de bulunduğu hospis/palyatif bakım aktiviteleri yapılanmamış ve henüz yeterli olmayan ülkeler, hospis/palyatif bakım aktiviteleri yerel/lokalize hizmetlerle sağlanan ülkeler ve hospis/palyatif

bakım aktiviteleri sağlık sistemi içerisine yaygın olarak entegre olmuş ülkeler şeklindedir.

Bu alışmada; Dünya lkelerinin yarısında palyatif bakım servisleri bulunmaktadır. Ancak bu serviler global nüfusun %88'ine karşılık gelmektedir. 234 ülkenin %33'nde (78 ülkede) palyatif bakım aktiviteleri bulunmakta, %18'inde (41 ülke) palyatif bakım hizmetleri yapılanma kapasitesinde, % 34'nde (80 ülke) palyatif bakım yerel servislerle sağlanmakta ve %15'inde (35 ülke) palyatif bakım hizmetleri sağlık hizmetlerine entegre bir şekilde sunulmaktadır. Bu alışma sonuçlarının da gösterdiği üzere, dünyanın birçok ülkesinde efektif palyatif bakım hizmetlerine gereksinim mevcuttur (192).

1.7.1.6.Türkiye Palyatif Bakım Hizmetlerinin Durumu

şuan Türkiye de sağlık sistemi içerinde entegre çalışan, bu alana özgü eğitim almış uzman ekipler tarafından sunulan bir palyatif bakım hizmeti verilmemektedir. 2006 yılında Wright M. ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, dünya genelinde hospis-palyatif bakımın gelişim haritası üzerinde Türkiye'nin konumu hospis/palyatif bakım aktiviteleri yapılanmamış ve henüz yeterli olmayan ülkeler grubunda yer almaktadır (192).

Bingley A ve Clark D, tarafından 2008 yılında Türkiye'nin de 2004 yılında yesi olduğu Orta Doğu Kanser Konsersiyumu yesi olan (İsrail, Türkiye, Filistin, Kıbrıs, Mısır ve Ürdün) 6 ülkede palyatif bakım hizmetinin gelişiminin karşılaştırılmalı yapıldığı bir çalışmada; 2005- 2006 yılları arasında toplam 69 palyatif bakım servisi tanımlanmış olup, ye ülkelerin toplam nüfusu (162,9 milyon) ile kıyaslandığında her bir milyon bireye 2,34 palyatif bakım servisi düşmektedir. Bu oran orta doğu kanser konsersiyumu yesi ülkelerde büyük oranda palyatif bakım hizmetine gereksinimi ortaya koymaktadır (14,15).

Şuan için Türkiye’de uzmanlık düzeyinde palyatif bakım hizmeti verilmemektedir. Ülkemizde palyatif bakım hizmetlerinin gelişimini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu hizmetin uzmanlık düzeyinde sunumunun önündeki bariyerler arasında yasal, sosyal, kültürel, ekonomik ve etik değerler yer almaktadır.

European Association for Palliative Care (EAPC); raporuna göre Türkiye de uzmanlık düzeyinde palyatif bakım hizmetinin verilememesinin nedenleri; (46).

- Palyatif bakımla ilgili sağlık bakım personelinin olmayışı
- Kanser tedavisinde odaklanma
- Ülke ekonomik kaynakların yetersizliği
- Sosyal güvenlik sisteminin evde palyatif bakım hizmetini karşılamaması
- Güçlü opioidlerin sayısının azalığı, sadece morfin ve fentanly kullanıma hazır olması
- Güçlü opioidlere psikolojik ve fiziksel bağımlılık gelişimi korkusu
- Güçlü opioidlerin reçetelenmesi ile ilgili sorunlar (isteksizlik, korku, yasal prosedürler gibi).

Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerinin organizasyonu ve sunumu ile ilgili yasal düzenlemeler bulunmamaktadır. Bunun en temel nedeni, ulusal düzeyde oluşturulmuş bir sağlık politikasının olmaması ve toplumda ve sağlık profesyonelleri arasında palyatif bakım bilincinin yeterince oluşmaması olabilir. Kamu ve özel sağlık kuruluşlarının uzmanlık düzeyinde palyatif bakım hizmetinin sunması için, palyatif bakım hizmetinin organizasyon yapısı, uzman ekiplerin görev tanımları, hizmetin geri ödemesi ve palyatif bakıma kabul kriterleri gibi bu hizmetin sunumu ile ilgili yasal düzenlemelerin ivedi bir şekilde oluşturulması gerekmektedir. Örneğin; ülkemizde 2005 yılında kamu ve özel sağlık kuruluşlarının evde bakım hizmetinin sunumu için sağlık bakanlığı, evde bakım hizmetinin yapısı, ekiplerin görevleri ve

evde bakıma kabul ve taburculuk şartları gibi kapsamlı bir yönetmelik yayınlamıştır. Benzer şekilde palyatif bakım hizmeti için de yasal düzenlemelerin olması gerekmektedir. Ayrıca palyatif bakımla ilgili politik bilinci artırmak için sağlık bakım ekip üyeleri (doktor, hemşire, psikolog, sosyolog, fizik tedavi uzmanı ve diğer ekip üyeleri) ve sivil toplum örgütleri işbirliği içinde çalışmalı ve palyatif bakımla ilgili hükümetle çalışabilecek ulusal grupların oluşturulması gerekmektedir (146).

Palyatif bakım hizmetlerinin uzmanlık düzeyinde sunulmamasının bir diğer bariyeri ise, palyatif bakım ile ilgili etik sorunlardır. Kanser tanısı alan ve tedavi süreci boyunca birçok farklı semptomu deneyimleyen hastalarla sağlık bakım ekibinin üyeleri yakından ilgilenmektedir. Ancak bazen hastalara tanının söylenmesi ile ilgili farklı uygulamalar yaşanmaktadır. Medikal onkologlar ve diğer ekip üyeleri etik olarak kanser tanısı alan her bireye uygun şartlarda tanının söylenmesi gerektiğini belirtmektedirler. Ancak ülkemiz kültürel yapısı gereği aile bağlarının güçlü olması, hasta yakınlarının hastaların kendi kararlarını almalarına müdahil olmasına neden olmaktadır. Hasta yakınları medikal onkologlar başta olmak üzere sağlık ekibinin diğer üyelerinden hastalarına kanser tanısının söylenmemesini talep etmektedirler (7, 15, 120).

Aksoy ve arkadaşları tarafından 2002 yılında yapılan çalışmada, halktan bireylerin %61 ve sağlık profesyonellerinin %89 “kendilerinin kanser gibi ölümcül bir hastalık tanısı alma ve terminal evre olmaları halinde” bu durumu bilmek istemekteydiler. Ancak aynı katılımcılar “yakınlarından birinin kanser gibi ölümcül bir hastalık tanısı alma ve terminal evre olmaları halinde” halktan bireylerin % 58 ve sağlık profesyonellerinin %71 bu durumu yakınların saklamayı tercih ettiklerini ifade etmişlerdir. Aksoy ve arkadaşları bireylerin kendi tanıları bilmek istemelerini ancak yakınlarının tanılarını onlardan saklanması durumunu çifte standart olarak

görmektedirler. Bu durumu dürüst davranmamak gibi görünse de aslında gerçeğin arkasında masumca, korumacı bir yaklaşım olduğu ile açıklamaktadırlar. Genel olarak aileler yakınlarının bu durumu öğrenip üzülmelerini istememekte ve onları korumak için bu kötü haberi onlardan saklamak istemektedirler. Bu tipik bir Türk insanı özelliği olup, yakınlarını koruma niyeti taşımakta ancak farkında olunmadan sevilen bireylerin kendileri ile ilgili karar almalarını engellenmiş olmaktadır. Bu paternalist tutum toplumun kültürel ve yerel bir karakteristiğidir. Bu nedenle kanser tanısı alan bireylere tanının bildirilmesi gereği ile ilgili yaşanan sorunlar birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de etik açıdan hala tartışma konusudur (7).

Sağlık profesyonelleri küratif tedavinin mümkün olmadığı bir evrede hasta ve ailesi ile ölüm ve ölüm süreci ile ilgili konuşmakta sıkıntılar yaşamaktadırlar. Palyatif bakım bilincinin toplumda ve sağlık ekip üyeleri arasında yeterince yerleşmediğinin bir sonucu olarak, bu durum ölüm ve ölüm sürecini yaşam döngüsünde olağan bir durum olarak kabul edilmemesine neden olmaktadır. Oğuz bu durum ilgili olarak Ayrıca ülkemizde ölmekte olan hastaların tedavi kararlarına katılımı ile ilgili etik sorunlarda yaşanmaktadır. Ölmekte olan hastaların ileri direktif alma hakkı yasalarla belirlenmiş durumda değildir. Do-Not-Resuscitate (DNR) kararı alma ülkemizde yasal değildir. Aksoy ve arkadaşlarının çalışmasında da belirttiği gibi, DNR kararı almanın ülkemizde yasal olmaması bu uygulamanın yapılmadığı anlamı taşımadığı, birçok doktor ve hemşirenin anestezi ve reanimasyon bölümlerinde ve yoğun bakım kliniklerinde istemli yada istemsiz DNR kararı alındığını rapor ettiklerinden anlayabilmekteyiz. Bu yüzden Oğuz önerdiği şekilde, DNR kararı ile ilgili üzerinde uzlaşmış bir protokol olmasının gereği bir gerçektir. Bunun yanında DNR uygulaması yapılması tercihleri olmasına rağmen, yasal alt yapının oluşturulmaması oldukça önemli bir biyoetik sorundur. Bu yüzden ölmekte

olan hastaların tedavi kararlarına katılımı ile ilgili ileri direktif alma kararının hukuksal alt yapısı oluşturulmalıdır (120).

Ülkemizde 2004 T.C kanuna göre aktif, pasif ötenazi yada yardımcı intihar bir kişiyi öldürme/cinayete eş değer değerlendirilmektedir. Ancak terminal evredeki hastalar ve aileleri çok nadir olmakla birlikte sağlık profesyonellerinden ötenazi talebinde bulunabilmektedir. Ötenazi kavramı ülkemizde son yıllarda bilimsel platformlarda tartışılmaya başlanmıştır. Bu konu ile ilgili sağlık profesyonellerinin ve hasta yakınlarının tutumları ile ilgili ulusal ve uluslar arası birçok çalışma yapılmıştır (125, 178).

Ülkemizde hospis bakım hizmeti bulunmamaktadır. Toplumumuzun sahip olduğu aile yapısı, dini ve kültürel değerler ölmekte olan hasta bakımı ile ilgili kararları yakında ilgilendirmektedir. Ölmekte olan hastalar genelde son zamanlarını evlerinde geçirmek istemektedirler. Ancak evde bakım hizmetlerinin yeterli olmaması ve geri ödemelerin yapılamaması bu evredeki hasta ve ailelerin birçok sorunla karşı karşıya kalmalarına neden olmaktadır. Sağlık profesyonelleri, hasta ailesi ve gönüllüler terminal evredeki hastaların semptomlarının giderilmesi için büyük bir özveri ile çalışmaktadırlar. Ancak profesyonel bir terminal evre bakımı için hospis hizmetinin sağlanması gerekmektedir. Türkiye'deki birçok sivil toplum kuruluşu ve sağlık profesyonelleri hopsislerin oluşturulmasını desteklemektedirler. Ancak bu bireysel çabaların ve iyi niyetli düşüncelerin ötesinde hopsislerin oluşturulması için ulusal sağlık politikalarına ve yasal düzenlemelere ihtiyaç olduğu da bir gerçektir (7,120).

Ülkemizde palyatif bakım hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulmasının bir diğer engeli ise, ağrı yönetimin olmazsa olmaz olan ilaçları arasında yer alan opioidlere ulaşımdaki sınırlılıklardır. Opioidlerin kullanımı konusunda hastaların

yetersiz bilgilendirme ve dayanaksız korkulardan kaynaklanan bir direnç “opiofobia” bulunmaktadır. Bağımlılık, tolerans gelişimi ve solunum depresyonu ile ilgili endişeler bu ilaçların tıbbi uygulamada kullanımını sınırlandırmaktadır. Bu ilaçlarla ilgili korkular hastalarda olduğu kadar sağlık bakım ekibi üyeleri arasında da yaygındır. Opidlerin kullanımı ile ilgili bu yanlış tutumların oluşumunda, opioidlerin kullanımı ile ilgili yapılan yasal düzenlemeler bu ilaçların tedavi edici rolü ile kötüye kullanımı arasındaki sınırı yeterince iyi belirlenmemiş durumdadır. Opidlerin reçete edilmesi, depolanması ve kullanılması ile ilgili yaygın bir bürokrasi vardır. Hastalara bu ilaçlar kırmızı reçetelerle order edilmektedir (134).

Türkiye’de bulunan analjezikler arasında, parasetamol, non steroid antiinflatuar ilaçlar, adjuvan analjezikler, kodein, tramadol, morfin, ve fentanly yer almaktadır. 2007 yılı itibari ile Türkiye dünyada morfinden zengin en çok hammadde stoku (134 ton) bulunan ülkeler arasında ilk sırada yer almasına karşın, tıbbi kullanım için kısa ve hızlı etkili morfin preparatlarının ülkemizde bulunmaması oldukça düşündürücüdür. İlaç firmaları yasal zorluklar nedeniyle opioid analjeziklerin tıbbi kullanımı için üretimine ve teminine ilgi göstermemektedirler (76).

Güçlü opioidlerde morfin Avrupa bölgesi tüketimi 12,37558 mg/capita ve global tüketim mikatı ise 5,9823 mg/capitadır. Türkiye Avrupa Bölgesindeki 51 ülke arasında 0,1763 mg/capita ile 44. sırada yer almaktadır. Avrupa bölgesi fentanly tüketim miktarı 06,247 mg/capita, global fentanly tüketimi ise 0,2574 mg/capitadır. Türkiye’de ise fentanly tüketimi 0,0872mg/capita ile 50 ülke arasında 33. sırada yer almaktadır (129).

1.7.1.7.Türkiye Onkoloji Alanında Palyatif Bakım Aktiviteleri

Ülkemizde palyatif bakım alanı 1990'lı yıllarda ilgi görmeye başlamış olup, özellikle son yıllarda gerek medikal onkoloji ve algoloji hekimleri, gerekse akademik ve klinik hemşireler palyatif bakım alanında eğitim alarak, bu alanda çalışmak istemektedirler. Bu amaçla ülke genelinde palyatif bakım kongre, kurs ve seminer programları düzenlenmektedir (124).

Palyatif bakım ulusal organizasyonlar;Türk Onkoloji Grubu (TOG), 1989 yılında kurulmuştur. Şuan aralarında “Destek Tedaviler” alt çalışma grubunda bulunan toplam 14 adet çalışma grubu vardır. TOG'un amacı kanser savaşına katkıda bulunmak ve kanserle savaşta çağdaş düzeye ulaşmak ve bu alanda araştırma, tanı, iyileştirme ve eğitim hizmetlerini yürütmektir. TOG destek tedaviler alt çalışma grubunun farklı disiplinlerde 18 farklı merkezden 45 ve üzeri üyesi bulunmaktadır (176, 179).

Onkoloji Hemşireliği Derneği 13 Ekim 1989 tarihinde “Onkoloji Hemşireliği anlayışını ve bilgisini geliştirmek, bu bilgi ve anlayışı yaymak” amacı ile kurulmuştur. Derneğin Avrupa Onkoloji Hemşireliği Derneği (EONS) ve Uluslararası Kanser Bakım Hemşireliği Birliği (ISNCC) üyeliği bulunmaktadır. Diğer amaçları arasında, hemşirelere onkoloji konusunda eğitim vermek ve erken tanı konusunda bilinçlendirmek, toplumu kanser konusunda bilinçlendirmek, kongre, konferans, seminer ve kurs düzenlemek, onkoloji hemşireliğinde araştırmalar yapmak ve yapılan araştırmaları desteklemek, onkoloji ile ilgilenen ulusal ve uluslararası kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmak, onkoloji hemşireliğindeki yeni gelişmeleri üyelerle paylaşmak, yurt içi ve yurt dışı toplantılarda derneği temsil etmek, onkoloji hemşireliği konusunda yayın yapmaktır (89,121).

Ulusal organizasyonların yanında, MECC gibi birçok uluslararası organizasyonda ülkemizde işbirliği halinde çalışmaktadır. Türkiye 2004 yılında Orta Doğu Kanser Konsersiyumuna katılmış olup, Orta Doğu Kanser Konsersiyumu amacı kanser insidansı, mortalite ve epidemiyolojisi izleme, kanser kayıtlarında koruyucu sağlık politikaları ve eğitimin geliştirilmesi, kanser araştırmaları ve eğitimi desteklemektedir (14, 15, 43). MECC dışında Türkiye aralarında Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC), European Society for Medical Oncology (ESMO) ve Oncology Nursing Society (ONS) gibi uluslararası organizasyonlarla iş birliği halinde çalışmakta ve bilimsel platformlarda bilgi, deneyim ve uygulamaların paylaşılması sağlanmaktadır. Uluslar arası bu organizasyonlar Türkiye'deki palyatif bakım bilincinin gelişmesine önemli katkılar sağlamaktadır (110).

17- 18 aralık 2006 yılında ESMO onkoloji de palliative bakım kursu Ankara'da düzenlenmiştir (176). Ege üniversitesi Kanser Savaş Uygulama ve Araştırma Merkezi ve Hemşirelik Yüksekokulu İç hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı ortaklığında 7-8 Nisan 2006 tarihinde İzmir'de “Kanserde Palyatif Yaklaşım Sempozyumu” yapılmıştır (49). Palyatif Bakım Derneği 2006 yılından kanser hastalarına terminal dönemde multidisipliner bakım sağlamak amacı ile kurulmuştur. Dernek 21-22 Mart 2008 tarihinde Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi İzmir'de Palyatif Bakımda Temel Prensipler Hemşire Eğitim Kursu düzenlemiştir (132). XVIII. Ulusal Kanser Kongresi kapsamında “DESTEK TEDAVİLER” kursu 21- 26 Nisan 2009 tarihinde Antalya'da yapılmıştır. Ayrıca bu konu ile ilgili bir çok Türkçe yazılı materyaller mevcuttur. Bunlar arasında Palyatif Bakım Organizasyonu ile ilgili Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesinin Tavsiye Raporunun çevirisi ve Kanser ve Palyatif Bakım kitabı yer almaktadır (133).

Şuan Türkiye’de sağlık sistemi içinde entegre bir şekilde uzman ekipler tarafından sunulan bir palyatif bakım hizmeti verilmemektedir. Ancak palyatif dönem kanser hastaları ile hastane temelli onkoloji klinikleri yanında, araştırma uygulama hastanelerinin ve üniversite hastanelerinin iç hastalıkları üniteleri ve algoloji klinikleri ilgilenmektedir (14,15). Şuan hastane temelli onkoloji kliniklerinde ya da iç hastalıkları ünitelerinde palyatif bakım hizmeti sunan ekipler, palyatif bakım uzmanlığı düzeyinde bir eğitim ve öğretim programı alan profesyonellerden oluşmamaktadır. Şuan tıp fakülteleri bünyesinde mezuniyet sonrası palyatif bakım yan dal uzmanlığı ve hemşirelik yüksekokullarında palyatif bakım hemşireliği yüksek lisans eğitim programları bulunmamaktadır. Bu yüzden ülkemizde uzmanlık düzeyinde palyatif bakım ekipleri bulunmamaktadır. Ancak ülkemizde palyatif bakım yapılanma kapasitesinde olup, sağlık profesyonelleri (medikal onkologlar, hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri) palyatif bakım ile ilgili mezuniyet sonrası eğitim programlarına katılmak istemektedirler. Çoğunlukla bu eğitim çabaları bireysel gönüllük esasına dayanmaktadır (124).

Türkiye’de palyatif bakım hizmeti sunulması için şu aşamada, palyatif bakım hizmetinin sağlık sistemi içinde entegre olabilmesi için öncelikle yasal düzenlemelerin olması şarttır. Palyatif bakım hizmet sunumu için yeterli kaynağın ayrılması, hizmet sunacak uzman ekiplerin oluşturulması ve hizmet geri ödemeleri için sosyal güvenlik sistemlerinin yapılandırılması sağlanmalıdır. Palyatif bakım hizmeti sunacak ekiplerin oluşturulması için mezuniyet sonrası eğitimlerin sağlanması ve tıp ve hemşirelik eğitim programlarında palyatif bakım uzmanlık alanlarının yapılandırılması ile gerçekleşecektir. Palyatif bakım alanı ile ilgili akademik derneklerin, dergi ve yazılı materyallerin oluşturulması yanında, bu alanda

araştırmaların yapılması palyatif bakım hizmetinin sağlık bakım sistemleri içinde entegrasyonu ve gelişimi için oldukça önemlidir (124).

Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesinin ye ülkelere Palyatif Bakım Organizasyonu ile ilgili Tavsiye Raporunda bu durum açıkça belirtilmektedir. Rapora göre; (133)

1. Palyatif bakım, sağlık hizmetlerinin hayati bir parçasıdır. Gelişmesi ve fonksiyonel entegrasyonu ile ilgili konular ulusal sağlık stratejilerine katılmalıdır.
2. Palyatif bakım ihtiyacı olan herhangi bir kimse ihtiyaçları ve tercihleri ile uyumlu, en iyi düzenleme ile gecikme olmaksızın bu bakımı alabilmelidir.
3. Palyatif bakımın hedefinde, hastalar için mümkün olan en iyi yaşam kalitesinin sağlanması ve devam ettirilmesi vardır.
4. Palyatif bakım, ilerlemiş hastalıkla ilişkili fiziksel, psikolojik ve ruhsal konuları araştırır, bu nedenle oldukça yetkin ve yeterli donanımlı interdisipliner ve multiprofesyonel bir ekipten destek alır.
5. Akut problemler eğer hasta dilerse tedavi edilmelidir. Eğer hasta tercih ederse tedavi yapılmadan en iyi palyatif bakım sunulmaya devam edilir.
6. Palyatif bakıma erişim ihtiyaca bağlı olmalıdır ve hastalık tipi, coğrafik yerleşim, sosyoekonomik statü veya diğer benzer faktörler bu erişimi etkilememelidir.
7. Palyatif bakım eğitim programları, tüm ilgili sağlık bakım personelinin eğitiminde yer almalıdır.
8. Bakım kalitesini artırmak için araştırmalar yapılmalıdır. Tüm palyatif bakım girişimleri, ilgili araştırma verileriyle desteklenmelidir.
9. Palyatif bakım yeterli ve adil destek almalıdır.

10. Tıbbi bakımın her safhasında olduğu gibi, palyatif bakımda da hastaların tüm haklarına saygılı olunmalı, mesleki kurallar ve standartlara uyulmalıdır.

Sonuç olarak ülkemizde palyatif bakım gereksinimi olan geniş bir populasyon olmasına rağmen, mevcut palyatif bakım hizmetleri yetersiz kalmaktadır. Bu hasta populasyonun palyatif bakım gereksinimlerinin karşılanması için ulusal düzeyde strateji belirlenmelidir. Bu amaçla ülke olarak yapacaklarımız arasında öncelikle palyatif bakım hizmet yapılandırılması ile ilgili bir ulusal planların oluşturulması gerekmektedir.

2009 yılında kanser hastalarının ve yakınlarının sadece terminal dönemde değil tedavinin devam ettiği süre boyunca da yaşam kalitelerini arttırmak amacıyla ülkemiz Sağlık Bakanlığı öncülüğünde Ulusal Palyatif Bakım Programı oluşturulmuştur. Bu kapsamda kurulan palyatif bakım alt kurulu çalışmalarını devam ettirmektedir. Ulusal Kanser Kontrol programı çerçevesinde palyatif bakım yapılanması başlatılmıştır. Ancak daha hızlı bir yapılanmaya ihtiyacın olduğu bir gerçektir (177).

1.7.1.8. PALYATİF BAKIM BİLEŞENLERİ

1. Ağrı ve diğer semptomları yönetme
2. Hasta ve ailesinin psikososyal gereksinimlerinin karşılanması
3. Hasta ve ailesine spiritüel gereksinimlerini karşılama
4. Son dönem bakım

1.7.1.8.1.SEMPTOM YÖNETİMİ

Palyatif dönem kanser hastasının sağlık bakımına gereksinim duymasına sebep olan nedenlerin en başında hastada var olan semptomlar gelmektedir. Semptomlar, bireyin biyolojik, psikososyal ve kognitif fonksiyonlarında değişikliklere neden olabilen çok boyutlu, kompleks ve subjektif deneyimlerdir. Bu yüzden palyatif bakımın temeli hastaların deneyimledikleri bu semptomlarını kontrol altına alınmasını ve etkili bir şekilde bu semptomların yönetimini içerir (**3, 66, 111, 163**).

İleri düzey, kür şansı olmayan kanser hastaları bir ve birden fazla acı veren semptom deneyimlemektedirler. Bu semptomlar hastaların birçok problem yaşamasına ve yaşam kalitelerinin azalmasına neden olmaktadır. Deneyimlenen semptomları çeşitli faktörler etkilemektedir (**38, 71, 157**). Bunlar arasında;

- Multipl kayıplar
- Sosyal rollerin değişmesi
- Aile içinde rol kaybı
- Ölme ve ölüm düşüncesi ile karşı karşıya kalma

Semptom deneyimini etkileyen tüm bu durumlar hastaların yaşadıkları semptom sıklığını artırmakta ve semptom kontrolünün zorlaşmasına neden olmaktadır. Ayrıca hasta bakım ekibinden kaynaklanan nedenlerde hastaların semptom deneyimlerini etkilemektedir. Bu faktörler arasında (**38,157, 163**).

- Semptom tanılamasının yetersiz yapılması,
- Hasta ile kurulan iletişimin yetersiz olması
- Bilgilendirmenin etkisiz sağlanmasıdır.

Tüm bu nedenlerle palyatif dönem kanser hastalarının deneyimledikleri bu yoğun semptomlar, bireylerin fonksiyonel durumlarını ve yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir. Bu yüzden palyatif dönemde semptom yönetimi bakımın temeli oluşturmaktadır. Kanser hastalarında semptomların daha iyi kontrol altına alınması için geliştirilmiş modeller bulunmaktadır. California San Francisco üniversitesi hemşire araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olan semptom yönetim modeli birçok klinisyen tarafından kullanılan bir modeldir (163).

Palyatif kanser dönem kanser hastalarının deneyimledikleri semptomların sıklığı ile ilgili literatürde çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Teunissen ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılan toplam 26,223 kanser hastasının semptom sıklığının incelendiği 46 farklı çalışmanın yer aldığı bir sistematik derlemede, yaşam süresinin son bir yada iki haftasında olan hastalar 2. grup ve diğer hastalar ise 1. grupta yer alacak şekilde dizayn edilmiştir. Çalışmada tüm hasta popülasyonunda 37 farklı semptom belirlenmiş olup, tüm hastaların % 10'unda bu semptomların hepsi deneyimlenmiştir. 1. gruptaki hastaların % 50'sinden fazlasında ağrı, yorgunluk, enerji azalığı, zayıflık ve iştah kaybı semptomları deneyimlenmiştir. Kilo kaybı 1. gruptaki hastalara oranla 2. gruptaki hastalarda daha fazla görülmüştür (170).

Yalçın ve arkadaşları tarafından 2005 yılında 236 ileri dönem kanser hastası ile yapılan çalışmada, hastalardaki semptom sıklıkları; yorgunluk (%75), irritasyon (%50,4), ağrı (%45,1), anoreksia (%45,1), bulantı (%45,1), sıkıntı (%41,5), kilo kaybı (%39,4), öksürük (%37,7) konstipasyon (%36) ve uykusuzluk (%30) şeklinde

bulunmuştur (194). Tablo 1’de İleri Evre Kanser Hastalarının Görülen Semptom Sıklığı verilmiştir (37,185).

Tablo 1: İleri evre kanser hastalarının semptom sıklığı

Semptom Sıklığı	%
Ağrı	82
Yorgunluk	67
Anoreksi	64
Güçsüzlük	64
Kilo kaybı	60
Enerji azlığı	59
Ağızda kuruma	55
Dispne	51
Konstipasyon	51
Çabuk doyma hissi	50
Uyku problemleri	47
Depresyon	40
Öksürük	37
Bulantı	36
Ödem	28
Ses kısıklığı	24
Anksiyete	23
Kusma	23
Konfüzyon	20
Disfaji	18

Ağrı

Ağrı palyatif bakımda en yaygın olarak görülen ve hastayı en çok etkileyen semptomlardan biridir. İleri düzey kanser hastalarının % 50’sinden fazlası ve terminal dönem hastaların % 90 tarafından ağrı semptomu deneyimlenmektedir (199).

Ađrı, kanser hastasında yařam kalitesini olumsuz etkileyen semptomların bařında gelmekte ve hastada sekonder fiziksel, psikolojik ve sosyolojik problemler yaratarak total ađrıya neden olmaktadır. Kanser hastasının ađrı dűzeyini etkileyen faktűrler arasında tűműr tipi ve lokalizasyonu, hastalıđın evresi metastaz derecesi ve hastasının içinde bulunduđu ruhsal durumda ađrıyı etkileyen faktűrlerdendir. Bu bađlamda hastalıđın erken dűneminde ađrı olasılıđı %37 iken, ileri evrede bu oran %60-90 varmaktadır (10,20).

Kanser ile iliřkili ađrının kontrol edilmesi űnemli bir sađlık sorunudur. Gűnűműzde ađrı kontrolű için yeterli olanaklar olduđu halde kanser hastalarının %25 kadarının ađrılarının yeterince kontrol altına alınmadan kaybedildiđinin bilinmesi űzűcűdűr. Amerikan Kanser Birliđi Ađrı alıřma grubuna gűre, kanser ađrısının kontrolűndeki bariyerleri hastadan, sađlık bakım ekibinden ve sistem kaynaklanan bariyerler olarak belirlemiřtir (44, 47).

Orta Dođu Kanser Konsersiyumu űye űlkelerde Palyatif Bakım Geliřinin Karřılařtırmalı bir çalıřmasında; Tűrkiye'nin de içinde bulunduđu űye űlkelerde kanser ađrısı ve semptom kontrolűnde kullanılan opioidlerin reetelenmesinin de yasal dűzenlemelerin yetersiz olduđu belirtilmiřtir. Bu yűzden űye űlke űyeleri arasında opioidlerin kullanılması dűřűktűr (14).

Kanser Ağrısının Sınıflandırılması

Kanser ađrı sendromları, ađrının fizyopatolojik kűkenine (nosiseptif ađrı sendromları/ nűropatik ađrı sendromları), tűműr ile olan ilgisine ve zamansal űzelliđine bađlı (akut - kronik) gűre sınıflandırılabilir. Bu sınıflamanın yanında psikojenik ađrı diye nitelendirilen, psikolojik sorunların temel oluřturduđu nűrofizyolojik duyarlılıđın artmasına bađlı oluřabilen psikosomatik ađrı da kanser

hastalarında görülebilmektedir (10, 54). Tablo 2’de kanser hastasında tümöre bağlı görülen kronik ağrı sendromları ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo 2. Kanser Hastasında Tümöre Bağlı Görülen Kronik Ağrı Sendromları
Nosiseptif Ağrı Sendromları
Kemik-eklem-yumuşak doku ağrı sendromları
Fokal metastaz veya kemik iliği ekspansiyonu
Kafa tabanı metastazları
Vertebra sendromları
Pelvis-kala kemik yapı tümörleri
Eklem ve/veya yumuşak doku tümör invazyonu
Tümöre bağlı jinekomasti
Visseral Ağrı sendromları
Hepatik distasyon sendromu
Retroperitoneal sendrom
Peritoneal karsinomatozia
Kronik intestinal obstrüksiyon
Pelvik-perineal ağrı
Kronik üreteral obstrüksiyon
Nöropatik Ağrı Sendromları
Periferik mononöropati-polinöropati
Pleksopati, servikal, brakial, lumbosakral, sakral
Radikülopati
Epidural spinal kord baskısı

Kanser hastasında akut ağrı tanısall ve terapötik girişimler sırasında yaşanırken, kronik ağrı genellikle doğrudan tümörle ilgili olabilmektedir (10, 54). Tablo 3’de tümörün tedavisine bağlı kronik ağrı sendromları verilmiştir.

Tablo 3. Tümörün Tedavisine Bağlı Görülen Kronik Ağrı Sendromları

Nosiseptif Ağrı Sendromları	Ağrı	Nöropatik Ağrı Sendromları	Radyoterapi	Kemoterapi
-Ağrılı osteonekrozis (Radyasyon veya steroid tedavi)		-Postmastektomi sendromu -Posttorakotomi sendromu -Postnefrektomi sendromu	-Servikal, brakial, lumbosakral	Polinöropati
-Ağrılı lenfödem		-Postradikal boyun diseksiyonu sendromu	pleksusda fibroziz	
-Ağrılı jinekomasti		-Postamputasyon ağrı sendromu (Güçük-fantom ağrısı)	-Miyelopati	-Polinöropati
-Kronik abdominal ağrı (İntraperitooneal kemoterapi, radyoterapi)				
-Kronik pelvik ağrı (radyoterapi)				

Kanser Ağrısının Değerlendirilmesi

İleri düzey kanser hastalarının sıkça deneyimledikleri ağrı, hem tıbbi hemde psikososyal değişkenlerden etkilenen kompleks bir kavram olduğu için, ağrı değerlendirilmesi kanser palyatif bakımının önemli bir parçasıdır. Ağrının tanılmasındaki amaç, ağrının şiddetinin ve etiyolojisinin belirlenerek hastanın tıbbi ve psikososyal durumuna göre tedavisini etkin bir şekilde planlanmaktır (10, 45, 66, 200).

Ağrı semptomunun subjektif bir deneyim olması, hastayı tüm yönleri ile ele almayı ve doğru öykü almayı, sürekli gözlem yapmayı ve ağrı değerlendirilmesinde uygun yöntemleri kullanmayı gerektirmektedir. Değerlendirmeye onkolojik ve ağrı anamnezi alınıp başlanmalıdır. Fizik muayene, laboratuvar-radyolojik tetkikler anamnezi tamamlayıcı unsurlardır (47, 66, 200).

Ağrı değerlendirilmesi yapılırken ağrının şiddeti, tipi, özelliği, lokalizasyonu, zamanla ilişkisi, ağrıyı azaltan ve artıran faktörler göz önüne alınmalıdır. Bu amaçla ağrı değerlendirilmesinde ölçek kullanımı, hastaların sayılar yada kelimelerle bildirdiği ağrı şiddeti ve niteliği olabildiğince objektif hale dönüştürmeye, hasta ve bakımı üstlenen hemşire ve hekimler arasındaki farklı yorumları ortadan kaldırmaya olanak sağlanmış olmaktadır. Günümüzde ağrı ölçümünde birçok tek ve çok boyutlu ölçek kullanılmaktadır (45). Tablo 4’de ağrı değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler verilmiştir.

Tablo 4. Ağrı Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler

Tek Boyulu Ölçekler	Çok Boyutlu Ölçekler
Sözel Kategori Ölçeği	Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu
Sayısal Ölçekler	Dartmount Ağrı Soru Formu
Görsel Kıyaslama Ölçeği(GKÖ)	West Haven-Yale çok Boyutlu Ağrı Çizelgesi
Burford Ağrı Termometresi(BAT)	Anımsatıcı Ağrı Değerlendirme Kartı
	Wisconsin Kısa Ağrı Çizelgesi
	Ağrı Algılama Profili
	Davranış Modelleri

Eti-Aslan F, Ağrı Değerlendirme Yöntemleri, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu

Dergisi, 2002, 6(1)

Kanser Ağrısının Tedavisi

Günümüz anlayışına göre kanser ağrısının tedavisi etik zorunluluk olup, hasta ve ailesinin öncelikle yer aldığı iyi bir ekip iş birliği gerektirmektedir. Kanser ağrısının tedavisinde ana hedefler (47, 182).

- Optimal ağrı kontrolü
- Minimal yan etki ve maliyet
- Fizyolojik ve psikolojik iyilik
- Yaşam kalitesinin yükseltilmesi

Kanser ağrısında birçok farklı tedavi yöntemi tanımlanmıştır. Hastasının mevcut durumu dikkate alınarak yapılan tedaviler ile hastaların ağrılarının kontrolünün sağlanabilir. Kanser ağrısında kullanılan tedavi yöntemler (20, 47, 182)

1. Anti-tümör tedavisi
2. Farmakolojik yöntemler
3. Psikolojik ve psikososyal yöntemler
4. İnvaziv yöntemler
5. Nonfarmakolojik yöntemler

1. Anti-tümör tedavisi

Kanserli hastalarda ağrıya yol açan nedenler saptanabilir ve primer tedavi (ağrı etiolojisinin tedavisi) ile ağrı kontrolü sağlanabilir.

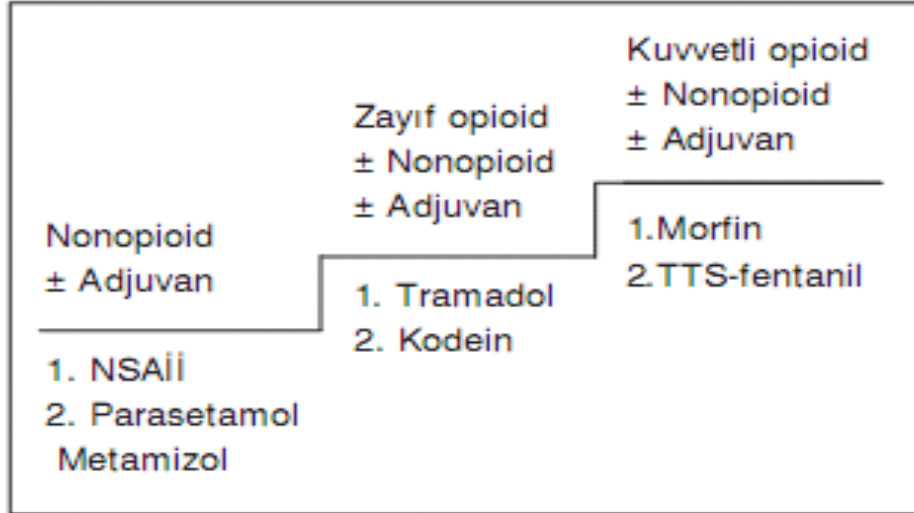
Radyoterapi, kemoterapi, cerrahi ve antibiyotik tedavisi ağrı palyasyonu amacı ile uygulanacak yöntemlerle birlikte hastaların konforunu, işlevini, fonksiyonlarını ve sağ kalma sürelerini arttırabilir. Radyoterapinin analjezik etkinliği, özellikle ağrılı kemik metastazları ve serebral metastaza bağlı baş ağrıları olan hastalarda gösterilmiştir. Kemoterapi, semptomların kontrolünü sağlar ve yaşam

kalitesinin yükseltir. Kemoterapinin analjezik etkinliğinin tümörün küçülmesine bağlı ortaya çıktığı klinik olarak gözlenmektedir (47).

2.Farmakolojik yöntemler

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) üç basamaklı analjezik merdiven sistemi esaslarına uyulduğunda, kanser hastasının %90'ında ve son dönem kanser hastalarının %75'inde yeterli ağrı tedavisi sağlanabilmektedir (10, 20, 54, 66). DSÖ analjezik merdiveni şekil 3'de verilmiştir.

Şekil 3 : Dünya Sağlık Örgütü Analjezik Piramidi



Kanser Ağrısı Tedavisinde Kullanılan İlaçlar

- A. Non-steroid antiinflamatuvar ilaçlar(NSAİ) ve asetaminofen
- B. Opioid analjezikler
- C. Adjuvan analjezikler

A. Non-steroid Antiinflamatuvar İlaçlar (NSAİ)

Hafif ya da orta şiddetli kanser ağrısının başlangıç tedavisinde, ağrı şiddetinin arttığı hastalarda opioid ve/veya adjuvan ilaçlar ile birlikte analjezik merdivenin her üç basamağında da kullanılırlar.

NSAİ ilaçlar siklooksijenaz (COX) enzim inhibisyonu ile prostaglandin ve lökotrienlerin sentezini engellerler ve analjezik ve antiinflamatuvar etki oluştururlar. Opioid analjeziklerden farklı olarak hastalarda tolerans ya da fiziksel bağımlılık oluşturmazlar. Bunun yanında tavan tedavileri vardır, belirli bir dozun üzerine çıktığında analjezik etkileri artmaz ancak toksik yan etkileri oluşabilir (10, 47, 182).

NSAİ İlaçların Yan Etkileri

- Peptik Ülser ve Kanama
- Renal Hasar
- Hepatik Disfonksiyon
- Hemostaz ve Koagülasyon Bozuklukları
- Elektrolit Denge Bozuklukları
- Karbonhidrat Metabolizma Bozuklukları
- Hipersensitivite

B. Opioid Analjezikler

Opioid kanser ağrısının tedavisinde en önemli ilaç grubudur. Ağrı mekanizmasından bağımsız olarak orta düzeyde ya da daha şiddetli ağrısı olan tüm hastalarda sistemik opioid tedavisi başlanmalıdır. Analjezik etkileri beyin, spinal kord ve periferik sinir sistemindeki spesifik opioid reseptörlerine bağlanıp oluşur. Orta şiddette kanser ağrılarında zayıf opioidler (2. basamak), daha şiddetli ağrılarda ise kuvvetli opioidler (3. basamak) kullanılır (10, 47, 54, 182).

DSÖ basamak sistemine göre orta şiddette ağrısı olan hastalarda kodein, hidrokodon, oksikodon, tramadol, şiddetli ağrısı olan hastalarda morfin, hidromorfon, levorfanol, fentanil ve metadon kullanılmalıdır.

Morfin

Kısa yarı-ömürlü olması ve kolay titre edilebilmesi nedeni ile genel olarak ilk tercih edilen opioiddir. Uygulama yoluna göre, etkisinin balama ve analjezi süresi değişir. Morfin; oral, rektal, subkutan (SC), intramuskuler (İM), intravenöz (İV), intraspinal, inhalasyon gibi birçok yoldan uygulanabilir (10, 47, 54).

Morfinin oral uygulaması ucuz, non-invaziv, kolay uygulanabilir olması ve sağlık personeline bağımlılığı azaltılması nedeni ile en çok tercih edilen yoldur. Morfinin tavan etkisi yoktur ve yüksek dozları oral olarak uygulanabilmektedir. Hastaların %60'ı terminal döneme kadar alternatif yollara gereksinim duymazlar. Kontrollü salınan formu 12 saat ara ile verilmesi kullanım kolaylığı sağlamaktadır. Rektal yol, oral yol uygulanması kadar etkin bir yol olup, oral ilaç alınımında güçlük olan hastalarda uygun bir yöntemdir. SC olarak, intermitant 4 saatte bir ya da infüzyon şeklinde uygulanabilir. Hafif, kolay taşınabilen, pille çalışan özel pompa sistemi ile morfinin devamlı SC uygulaması yapılabilir. Devamlı uygulama, kandaki morfin düzeyini sabit tutmakta ve 4 saatte bir uygulamaya göre morfin gereksinimini azalmaktadır. İM yol, ani ortaya çıkan ağrıların giderilmesinde etkili ve hızlı bir yoldur. İV yol, oral yol ile uygulamanın olanaksız olduğu hastalarda tercih edilebilir. Özellikle 'Hasta Kontrollü Analjezi' yöntemi için dizayn edilmiş doz, zaman programı yapılabilen, kolay taşınabilir özel pompa sistemleri mevcuttur. Uygulanacak doz 0.5-1 mg/saat infüzyon hızı ile başlanılır (47,54).

Transdermal fentanil geliştirilmesi oral uygulamaya alternatif bir yol sağlamıştır. Transdermal bantlar 25-50-75-100 µg/saat tatbik etmeye uygundur. Genellikle 72 saatlik uygulamaya aralıkları hastalar için uygun olsa da, çok terleyen hastalarda olduğu gibi 48 saatlik değiştirmeler de gerekebilir.

Tramadol (Contramal)

Orta şiddetteki ağrıların tedavi edildiği ikinci basamak ağrı tedavisinde zayıf opioid ilaçtır. Kapsül, tablet, ampul ve damla formları bulunmaktadır. Kapsüller 50 mg, tabletler 100 mg, 2 ml'lik ampuller 100 mg, damla formu ise 20 damla=50 mg olarak hazırlanmıştır. Erişkin hastalara 50-100 mg ile ağrı tedavisine başlanılır ve 200-400 mg/gün olarak devam edilir. İM ve İV uygulama olanağı vardır. Yan etkileri tipik opioid agonistlere oranla daha azdır. En sık gözlenen yan etkileri; baş dönmesi, bulantı, kusma, sedasyon, non-spesifik santral sinir sistemi irritasyonu ve koordinasyon bozukluğudur (47, 182).

Kodein

Hafiften, orta şiddetli ağrılara kadar etkili bir opioiddir. Kodein, etkin aneljezi sağlaması yanında, önemli bir tolerans ve fiziksel bağımlılığa neden olmamaktadır. Oral yoldan kullanılmaktadır. Nadir olarak bazı hastalarda bulantı, sedasyon, alerjik reaksiyon ve baş dönmesi yapabilir.

Meperidin

Kanser hastalarının ağrı tedavisinde, klinik kullanımına hızla tolerans gelişmesi ve metaboliti olan normeperidinin yan etkileri nedeni ile kullanılamaz.

Opioid Yan Etkileri

- Konstipasyon
- İdrar retansiyonu
- Kaşıntı
- Santral sinir sistemi yan etkileri (Öfori, Disfori, Sedasyon, Konfüzyon ve Kooperasyon Bozukluğu)
- Bulantı ve Kusma
- Solunum Depresyonu

- Tolerans Gelişimi (Devamlı olarak kullanıldığında bir opioidin potansiyelindeki devamlı düme ve aynı analjezi düzeyini sağlamak için daha yüksek dozlara gereksinim duyulması hali),
- Fiziksel Bağımlılık (bir opioidin kullanılmasının ani olarak bırakılması sonucunda “Yoksunluk sendromu” nun ortaya çıkması ile karakterize durum),
- Psikolojik bağımlılık (saplantı haline gelmiş olan ilaç zaman davranışı ile karakterize psikolojik ve davranışsal bir sendrom. İlaç kullanımı ile kontrolün kaybı ve zarara uğramasına karşılık sürekli kullanım dürtüsü vardır)

C. Adjuvan Analjezikler

Ağrı tedavisinin tüm basamaklarında yardımcı, destekleyici ve gerekli analjezik dozun azaltılması amacı ile kullanılabilen ilaçlara adjuvan analjezikler denir. Bunlar arasında bulunan, trisiklik antidepresantlar, hem opioid analjeziklerin etkilerini arttırarak hem de kendileri serotonin geri alınımını engelleyip özellikle nöropatik ağrının tedavisinde yaygın olarak kullanılırlar. Antikonvülsanlar, genellikle nöropatik ağrı tedavisinde kullanılmaktadır. Steroidler analjezik etkiyi arttırma, duygu-durumu düzeltme, anti-enflammatuar ve antiemetik etki gibi birçok yararlı etkilere sahiptir.

Kemik metastazlarına bağlı ağrıları olan hastalarda kalsitonin ve bifosfanatlar hiperkalseminin düzeltilmesi ve ağrının palyasyonunda kullanılmaktadır.

3.Psikolojik ve Psikososyal Yöntemler

Multidispliner yaklaşımda, psikiyatristler tarafından üstlenilen aktif psikolojik ve psikososyal yardımları kapsarlar. Psikofizyolojik teknikler(gevşeme çalışmaları, biofeedback, hipnoz), kognitif davranışçı teknikler ve psikoterapi mevcut yöntemlerdir (47).

İnvaziv Analjezik Teknikler

A) Rejyonel Analjezik Teknikler

- İntraspinal(Epidural ve intratekal) opioidler
- İntraventriküler opioidler
- İntraplevral lokal anestezipler

B) Visseral ve Sempatik Kökenli ağrıda İnvaziv Teknikler

- Çölyak Pleksus Bloğu
- Splanknik sinir Bloğu
- Süperior Hipogastrik Sinir Bloğu
- İmpar (Walther Ganglionu) Ganglion Bloğu
- Somatik Yapıların Sempatik Blokajı

C) Somatik ve Nöropatik Ağrıda Nöroablatif Teknikler (Somatik Nörolizis ya

da Pathway Ablasyonu):

- Kimyasal veya Cerrahi Rizotomi
- Trigeminal Nörolizis
- Transsakral S4 Nörolizis
- Kordotomi

D) Diğer

- Singulotomi
- Hipofiz Ablasyonu (47, 182)

4. Ağrı Kontrolünde Nonfarmakolojik Yöntemler (182, 197)

Sıcak	Gülme
Soğuk	Eğlenme/eğlence terapisi
Masaj	Dikkati başka yöne çekme
Akupressure bandı	Pozisyon değiştirme

Akupunktur (TENS)	Transkütanöz elektriksel sinir stimülasyonu
Egzersizler	Bilişsel / davranışsal terapi
Biofeedback	Hayal kurma
Hipnoz	Meditasyon
Dua etme	Müzik dinleme

Yorgunluk

Yorgunluk palyatif dönem kanser hastalarının sıkça deneyimlediği semptomlardan biridir. Yorgunluğun ileri evre kanser hastalarının % 36- 96 arasında görüldüğü bilinmektedir. Kanser hastaları yorgunluğu performans gücünde azalma, enerji eksikliği, uyku hali, depresyon, konsantre olmada güçlük, motivasyon eksikliği ve uykusuzluk şeklinde tanımlamaktadırlar **(3, 163)**

National Comprehensive Cancer Network yorgunluk rehberi, kanser bağlı yorgunluğu “ günlük yapılan işlerin yapılmasını engelleyen kanser veya kanser tedavisi ile ilgili yaygın, sürekli ve subjektif bir his” olarak tanımlamıştır. Kansere bağlı yaşanan yorgunluk günlük dinleme ve uyku ile geçen yorgunluktan farklı olup, bireylerde daha şiddetli, rahatsızlık veren ve dinlenmekle geçmemektedir **(117, 197)**.

Yorgunluk kompleks ve çok yönlü ve subjektif bir semptomdur. Kanserli bireylerde yaygındır ancak yorgunluğu her hasta farklı şekillerde deneyimlemektedir. NCCN göre yorgunluk etiolojisinde yer alan faktörler arasında;

- ağrı
- psikolojik sorunlar (anksiyete, depresyon)
- uyku bozuklukları

- anemi
- beslenme
- aktivite düzeyi
- diğer eşlik eden hastalıklar

Ayrıca terminal dönemde oral tüketimin azalması ve progresif hastalığın metabolik nedeni ile yaygın olarak görülebilir.

Yorgunluğun değerlendirilmesinde yorgunluk paternini belirlemek ve yorgunluğun gelişine katkıda bulunan faktörleri belirlemek için öncelikle iyi bir öykü alınır. Bu değerlendirmede, yorgunluk paterninin başlangıcı, süresi ve yoğunluğu tanılanmalıdır. Yorgunluğu azaltan ve artıran faktörler göz önüne alınmalıdır. Hasta öyküsü için, sağlık sorunları, kullanılan ilaçlar, uyku ve dinleme paternleri, yorgunluğun günlük yaşama etkileri, beslenme durumu, iştah ve kilo durumundaki değişiklikler ve psikolojik faktörler belirlenir (138, 197).

Yorgunluğun farmakolojik tedavisi için, eğer hastada anemi söz konusu ise eritropoetin, depresyon nedeni ile yorgunluk yaşıyorsa antidepresanlar ve hastaların kendilerini daha enerjik ve daha az yorgun hissetmeleri için psikostimulan ilaçlardan yararlanılmaktadır.

Yorgunluk düzeyini azaltmakta öncelikle kullanılan non farmakolojik yaklaşımlar;

- Hasta ve ailesi için eğitim ve danışmanlık
 - Aktive günlüğü tutulması
 - Enerji koruma ve aktivite yönetim stratejileri
- Aktiviteyi artırma/egzersiz
- Psikolojik eğitim yaklaşımları
- Uyku desteği
- Beslenme tedavisi ve konsültasyonu

Bulantı /Kusma

Bulantı ve kusma bir çok faktöre bağılı olarak gelişen kompleks bir problemdir. Palyatif kanser hastası tarafından yaygın olarak deneyimlenen bir semptomdur. Kontrol altına alınamayan bulantı ve kusma sıvı elektrolit dengesizliğine, dehidratasyona, anoreksi ve kilo kaybı gibi fizyolojik problemlere neden olmanın yanında günlük aktiviteleri ve psikolojik durumu olumsuz etkileyerek bireylerin yaşam kalitelerinin azalmasına neden olmaktadır (3, 21, 89).

Bulantı kusmaya neden olan birçok faktör vardır. Bunlar arasında (3, 89).

- Opioid başlanması veya dozun artırılması
- Santral sinir sistemi yada iç kulak hastalıkları
- Ağız için enfeksiyonlar
- Karaciğer veya böbrek yetmezliği
- Metabolik anormallikler (hiperkalsemi, hiponatremi, hipoglisemi yada hiperglisemi)
- Konstipasyon, gastrit, gastrointestinal sistemin fonksiyonel yada mekanik obstrüksiyonu)

Bulantı ve kusmanın tanınması, verilen tedavinin etkinliğinin belirlenmesi ve semptom kontrolü açısından önemlidir. Bulantı, kusma ve öğürme semptomları birlikte görülebilir. Bu semptomların birbirinden ayrı değerlendirilmesi gerekmektedir. Tanılamada bulantı ve kusmanın sıklığı yanında, yoğunluğu, şiddeti, süresi ve algılanan semptom sıkıntısı da değerlendirilmelidir. Bu amaçla geliştirilmiş tanılama ölçeklerinden yararlanılabilir (21, 89).

Bulantı ve kusmanın önlenmesinde kullanılan yöntemler;

1. Yaygın Kullanılan Antiemetik İlaçlar

Tedavi etiyolojik faktör göz önüne alınarak düzenlenir.

- NK-1 antagonisti
- Benzodiyazepinler
- 5- HT3 reseptör antagonistleri
- Kortikosteroidler

2. Nonfarmakolojik yöntemler

- Akupunktur
- Akupressure
- Hayal/düş kurma
- Müzik terapi
- Progresif gevşeme
- Psiko-eğitimsel destek ve bilgi

İştahsızlık/Anoreksi ve Kaşeksi

İştahsızlık aç olmamak, temel kalori ihtiyaçlarında azalma, yeme isteğinin olmaması şeklinde tanımlanmaktadır. Palyatif dönem kanser hastalarında sık rastlanan bir semptomdur. Bu semptomun oluşmasında birçok faktör etkili olmaktadır. Genel olarak, bulantı, kusma, ağrı, yorgunluk, uykusuzluk, alınan diğer ilaçlar, yutma güçlüğü, konstipasyon, ishal, depresyon ve anksiyete bu faktörler arasındadır. İştahsızlık probleminin giderilmesi hastanın fonksiyonel durumuna ve yaşam kalitesini olumlu etkilemektedir(91).

İleri evre kanser hastalarının %51'inde ve terminal dönem hastaların %80'inde anoreksi ve kaşeksi görülmektedir. Bazı hastalarda ağrı ve dipsne gibi semptomlardan daha sık rastlanmaktadır (3, 91). Bu semptomlar hastalar için stres kaynağı oluşmanın yanında bakım vericilerin önemli endişe kaynağıdır. Bakım

vericiler genelde hastaların yemek tüketimindeki azlık ve kilo kaybı konusunda kaygılıdır.

İştahsızlık(anoreksi) ve ileri derecede zayıflama (kaşeksi), tümöre ve metabolik değişikliklerden kaynaklanan karmaşık ve kompleks bir problemdir. Bu yüzden bu problemlerin yönetimin de ekip yaklaşımı oldukça önemlidir. Anoreksi ve kaşeksi yönetiminde;

- Önleyici izlem ve kapsamlı tanılama
- Beslenme durumunu olumsuz etkileyebilecek semptomların yönetimi
- Beslenme desteği (farmakolojik ve diğer seçenekler)
- Hasta ve ailesine beslenmenin önemi ile ilgili eğitim yapılması

Beslenme desteği için farmakolojik yaklaşımlar

Ortak hedef iştahın artırılmasıdır. Bu amaçla; Megestrol oral yada likit formu, metaclopramide oral ve likit formu, dronabinol oral kapsül ve steroidler kullanılmaktadır.

Nonfarmakolojik yaklaşımlar

İleri evre hastalarda ve terminal dönem hastalarında beslenme desteğinin önemi olumlu sonuçları vardır. Bu amaçla öncelikle hastasının enteral beslenme desteği seçeneği düşünülmelidir. Hem fizyolojik hem de ekonomik olması açısından iyi bir tercihtir. Hastalar nazogastrik ya da PEG aracılığıyla beslenebilir. Bu seçeneklerden yarar görmeyecek kadar kompleks metabolik sorunları olan hastalar için total parenteral beslenme seçeneği değerlendirilmelidir. Total parenteral beslenme tercih edilirse hastanın metabolik parametreleri ve enfeksiyon açısından iyi bir takibi yapılmalıdır. Ayrıca bu hastaların ve ailesinin beslenme önemi ile ilgili eğitilmesi ve psikolojik destek almaları sağlanmalıdır (3, 66, 90).

Terminal dönemin son birkaç haftasında enteral beslenmenin bazı riskleri olabilir aspirasyon gibi. Bu riskler hasta ailesi ile görüşülebilir ve sonrasında enteral beslenme kararı durdurulabilir.

Konstipasyon

Konstipasyon feçesin kuru ve sert olması, boşaltımın güç ve seyrek olmasıdır. Bunun yanında dışkılama sıklığının haftada 3'den az olması, sert gaita ya da zorlu dışkılama öyküsün olması şeklinde de tanımlanmaktadır (163, 202). İleri evre kanser hastalarında konstipasyon yaygındır. Palyatif bakım ünitelerinde % 40 oranında olup, opioid kullanan hastalarda bu oran % 90'lara çıkmaktadır (163).

Konstipasyona neden olan durumlar;

- İlaçlar (özellikle opioidler ..)
- Tümör basıları (barsak ve spinal kord)
- İmmobilite, hiperkalsemi, hipokalemi, dehidrasyon, yetersiz sıvı ve lif alımı,
- Konfüzyon, diğer hastalıklar (hipotroid, divertikül hastalıkları ve kolit gibi)

Konstipasyonlu bir hastanın değerlendirilmesinde, defekasyon sıklığı, içeriği, miktarı, defekasyon işlemi sırasında ağrı ve zorluk hissi, fekal inkontinans olup olmadığı ve laksatif kullanma durumu ile ilgili sorgula yapılmalıdır. Ayrıca hastaların normal dışkılama alışkanlıklarının da bilinmesi gerekmektedir (3, 202)

1. Farmakolojik yöntemler

İleri evre kanser hastalarında konstipasyonun genellikle nedeni olabilen opioid kullanan hastalarda öncelikle gaita şekillendiricilerle başlanması ve sıvı tüketiminin mümkün olduğunca artırılması önemlidir. Konstipasyonun sürmesi durumunda ikinci bir laksatif olarak docusate sodyum (sena) kullanıma eklenebilir. Genel olarak gaita yumuşatıcılarla stimulan kombinasyonları etkili

olmaktadır. Özellikle terminal dönemde oral ilaçlardan çok rektal yolla uygulamalar yapılmalıdır (66, 202).

2. Nonfarmakolojik yaklaşımlar

İleri evre hastalardaki konstipasyon için yeterli diyet ve hidrasyon, dışkılamanın düzenli yapılması önerilmektedir (3, 66).

Dispne

Dispne solunumun rahat olmaması anlamına gelmektedir. Nefes almada zorlanmanın ve hastalığın buna reaksiyonu subjektiftir. Dispne ileri evre hastalarda görülmekte birlikte, terminal dönem de % 50- 70 oranında olan bir semptomdur (3, 66, 163). Dispneye neden olan durumlar arasında;

- Anksiyete
- Tümör infiltrasyonu
- Kardiyak ve pulmoner sorunlar
- Anemi
- Plevral ve perikardiyal efüzyon

Özellikle perikardiyal efüzyon ve tamponad kanser hastalarında dispnenin yaygın nedenidir. Hospis populasyonun da taşipne olamadan gerçekleşen dispne semptomu yaygındır (% 77 dispnesi olan hastanın yalnız % 39 taşipne vardır) (3).

Terminal dönem hastalarda nefes almada zorluk yaşanması panik olmaya neden olabilir. Bu hastalar oral opioidler, klorpromazine ve midazolam kullanılabilir. Anksiyetesi daha az olan hastalarda anksiyolitikler ve opioidler önerilebilir. Dispnesi devam eden hastalar için güçlü opioid (morfin) kullanımı tercih edilebilir (3, 66).

Öksürük

Öksürük solunum yollarını temizlemek için koruyucu bir mekanizma olarak işlev gören akciğerlerden gelen havanın patlayıcı bir şekilde ortaya çıkmasıdır. Öksürük ileri evre hastaların yaklaşık % 40 görülmektedir (3). Öksürüğe sebep olan durumlar arasında, infeksiyon, kalp yetmezliği, astım, KOAH, özefagial reflü, ACE inhibitörü kullanma, hava tıkanıklığı ve yutma zorluğu yer almaktadır.

Terminal dönem hastaları oral opioidlere ve metadon şuruplara yanıt verirler. Ancak bazı hastalarda ısrarlı bir şekilde öksürüğün devam etmesi durumunda, yüksek doz oral yada nebulizatör ile opioid, bunun birlikte dexamethasone verilebilir. Tedaviye lidokain eklenebilir (3, 163).

Psikolojik Problemler

İleri evre kanser hastalarında pek çok stres veren neden ile karşılaşılmaktadır. Anksiyete, depresyon ve deliryum sıklığı bu hastalarda yüksektir. Kanser de depresyon sıklığı % 25 olmakla birlikte bu oran ileri evre hastalarda % 77'e çıkmaktadır. Palyatif bakım ünitelerinde en sık karşılaşılan psikiyatrik hastalık % 28 ile deliryumdur (108, 183).

Anksiyete

İleri evre kanser hastalarında anksiyete sık görülen bir durumdur ve hastalığın prognozu ile ilgili kaygıları içerir. Ölüm korkusu, yetersizlik, ağrı ve geçmiş hakkında duyulan kaygılar nedeni ile olabilir. Hospitalizasyon izolasyon duygusunu getirebilir, yalnızlık, işe yaramama duygusu ve neler olduğu ile ilgili bilgisinin olmama gibi durumlar katkı sağlamaktadır. Anksiyete sebep olan diğer durumlar ise, ilaçlar (kortikosteroidler, metoklopramid, opioid nörotoksitesi, benzodiazepinler), kontrol edilemeyen ağrı, hipoksi, dispne, metabolik anormallikler (sepsis, hipoglisemi), uykusuzluk ve önceden var olan psikiyatrik hastalıklardır (3, 108).

Anksiyetli hastalar kontrol edilemeyen üzüntü, kötü haber alma olasılığı, kas gerginliği, rahatsızlık, hiperaktivite bulantı/kusma, diyare ağızda hassasiyet, konsantrasyon ve rahatlama güçlüğü, uykusuzluk ve gerginlik gibi belirtileri yaşayabilmektedirler. Hastalar çaresiz ve kontrolsüz olduklarını hissedeler. Hastalar da görülen bu belirtilere halisünasyonlar ve ciddi psikomotor ajitasyon eklenirse yada disoryantasyon ve paronoid durum oluşursa deliryum akla gelmelidir (3,16).

Anksiyete yaşayan hasta için psikolojik danışmanlığın yanında, sosyal ve spiritüel problemlere yönelik yardımda sağlanmalıdır. Farmakolojik tedavide ise, lorazepam tercih edilebilir.

Depresyon

Depresyon ileri evre kanser hastaları etkileyen önemli bir durumdur. Depresyona neden olan durumlar arasında, kontrol edilemeyen ağrı, ilaçlar (kortikosteroidler, opioidler), santral sinir sistemi tümörleri, metabolik anormallikler (hiperkalsemi ve hiponatremi), vitamin eksiklikleri ve anemi yer almaktadır. Ayrıca daha önce depresyon öyküsü olanlar da görülmektedir (3).

Depresyonun bir çok somatik belirtisi (anoreksi, uyku bozuklukları, yorgunluk ve kilo kaybı) bu hasta poplasyonun da zaten olduğu için depresyon tanısına spesifik olmadığını bilmek önemlidir. Depresyona tanısına spesifik belirti ve semptomlardan olan kendini kötü hissetmek, ağlamak, haz almamak, umutsuzluk, çaresizlik ve suçluluk duysu dikkatle değerlendirilmelidir. Bu bilgileri elde edebileceğimiz soruları hastalara yöneltmemiz gerekmektedir.

Depresyon tedavisinin yanında ağrı kontrolü bu hastalar için oldukça önemlidir, çünkü depresyon kontrol edilemeyen ağrısı olan bireylerde daha sık görülmektedir. Ayrıca kontrol edilmeyen ağrı bu hasta poplasyonu için suisid girişimi için önemli bir risk faktörüdür. Hastalara verilen emosyonel destekle,

hastanın yaşamından anlam bulması ve kısıtlı zamanını sevdikleri kişilerle geçirmesi sağlanabilir. Farmakolojik tedavi için antidepresanlar kullanılmaktadır. İleri düzey kanser hastalarında depresyon tedavisi için psikiyatrik konsültasyon oldukça önemlidir (108).

Deliryum

Deliryum ilerlemiş kanser hastasında sık görülen bir semptomdur. Terminal dönem hastaların % 80'inde deliryum görülmektedir. Etiyolojisinde ilaçlar (özellikle opioidler, NSAİ ve yüksek doz kortikosteroid), metabolik anormallikler (hiperkalsemi, hiperglisemi, üremi), konstipasyon, dehidratasyon, hipoksi, ateş, infeksiyon, kontrol edilemeyen ağrı, karaciğer yetmezliği, beyin tümörleri ve metastazları yer almaktadır (3).

Deliryum semptomu görülen bir hastada ajitasyon yada hipoaktivite görülebilir. Diğer belirtiler arasında uykusuzluk yada gün içerisinde uyuklama, gece kabusları, yerinde duramama yada ajitasyon, ışığa ve sese hassasiyet, dikkatini toplayamama, irritabilite, anksiyete, konsantasyon güçlüğü yada düşüncülerini arka arakaya söyleme, kısa süreli görüntüler ve halisünasyonlar, duygusal yetersizlik ve hafıza bozuklukları yer almaktadır (3, 108).

Deliryum açısından ileri evre kanser hastaları doktorlar ve hemşireler tarafından takip edilmeli ve tanılanmalıdır. Deliryum multifaktöriyel bir etiyojiiye sahip olduğu için vakaların %50'inde etiyojii tam olarak saptanamamaktadır. Bu yüzden tanı alınır alınmaz hem tedaviye başlanmalıdır. Hastanın aile üyeleri yakın arkadaşları ve bakım vericileri hastanın durumu ile ilgili bilgilendirilmelidir. Olanzapin, haloperidol başlangıç tedavisinde kullanılmaktadır. Deliryum önemli bir psikiyatrik rahatsızlık olup, psikiyatri ekibi ile çalışmayı gerektirmektedir.

Hastada Mevcut Sosyal Kaynaklı Problemler

İleri evre kanser hastalarının yaşadığı sosyal problemler arasında öncelikle ekonomik sorunlar ve hastanın değişen rolleri ile ilgili sorunlar yer almaktadır. Hastalığın prognozunun ilerlemesi ile hastanın toplumsal, iş yerinde ve aile içerisindeki rollerinde değişiklikler olmaktadır. Hasta aile üyeleri ve çocuklarının geleceği için büyük bir kaygı yaşamaktadır. Hastanın ihtiyaç duyduğu sosyal desteğin sağlanması palyatif bakımın temel amaçlarından biridir. Bu noktada ekip üyelerine önemli sorumluluklar düşmekle birlikte, sosyal çalışmacılar hastanın yaşadığı bu sorunlara uygun çözümler getirmede önemlidirler. Ayrıca aile ve üyelerinin de sosyal gereksinimleri karşılanmalıdır (3).

Spiritüel Sorunlar /Sıkıntılar

İleri evre kanser hastaları sıklıkla ölümle ilgili düşüncüler yüzünden kontrol edilmeyen kaygılar yaşamaktadırlar. Hastanın daha önce ölüm ile ilgili deneyimlenmiş korkuları ve ölüm sonrası aile üyelerinin bu duruma nasıl tepki verecekleri ayrı bir kaygı oluşturur. Spiritual distress bu korkunun anlamını bulmaya çabalarının önemini ortaya çıkarmaktadır (3).

Spiritualite güven, insan olmanın anlamı ve varlığımızla ilgili anlam bulmaya istek duyma gibi durumları tariflemektedir. Spiritüelitenin amacı bireysel kimliğin arkasındaki gerçek ile iletişim/ilişki kurmaktır. Spiritual distress kaçınılmaz olan ölüm ve acı çekme ile ilgili anlam bulma çabası sonucu ortaya çıkar (69).

1.7.1.8.2. AİLE BAKIMI

İleri evre, prognozu belirsiz olan bir hastalığa sahip olmak hastayı etkilediği kadar, aile ve üyelerini de etkilemektedir. Literatürde kanserin dolaylı ve dolaysız neden olduğu sıkıntıları yaşayan birçok ailenin olduğunu ortaya koyan çalışmalar mevcuttur (41, 62, 79). İleri evre kanser hastalarının bakım sorumluluğu genelde aileler tarafından üstlenilmektedir. Hastasının bakım sorumluluğunu üstlenme aile üyelerinin günlük yaşam düzenlerinin bozulmasına neden olmaktadır. Aile üyeleri bu süreçte günlük rutinlerini bırakmakta ve 24 saatini hastaya göre yeniden planlayarak yaşamaktadırlar. Bu nedenle aile üyelerinde rol değişikliği ya da rol kaybı olmakta, sonuçta aile içi ilişkiler ve aile yapısı bozulmaktadır (11, 79).

Hastanın gereksinimi olan fiziksel bakımının aile üyeleri tarafından karşılanması aile üyelerinin farklı sorunlar yaşamasına sebep olmaktadır. Bu süreçte, aile üyelerinin hastalardan daha fazla anksiyete, depresyon, yorgunluk, rol çatışması, sosyal izolasyon ve sıkıntı yaşadığını ve sonuçta aile üyelerinin immün sistemlerinin bozulması ile birlikte fiziksel hastalık risklerinin arttığını ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır. Bu fiziksel semptomlar arasında yorgunluk, baş ağrısı, çarpıntı, sırt ağrısı, uyku bozuklukları ve iştahsızlık ilk sırada yer almaktadır (79, 127)

Aile üyelerinin fiziksel sıkıntıları yanı sıra, bakımın gerektirdiği fiziksel yeteneklerin yeterli olmayışı, uygun araç- gereç ve bu materyalleri kullanım eksikliği, ağrı gibi hastanın yaşadığı ve önemli düzeyde rahatsızlık veren semptomların varlığı, sevilen bir aile üyesinin kaybını düşünme, aile üyeleri arasında iletişim problemlerin olması ve sahip olunan ekonomik kaynakların azlığı gibi durumlar aile üyelerinde çaresizlik, kaygı, korku, anksiyete, tükenme ve depresyon gibi psikolojik sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (98, 112).

Palyatif dönemde kanser hastasının bakımında, hasta ailesi sadece psikososyal ve fiziksel sorunlar yaşamamaktadır. Bunun yanında aile üyeleri aynı zamanda ekonomik olarak da büyük sıkıntılar yaşamaktadır. Bazı hasta yakınları sahip oldukları bütün ekonomik kaynakları, bazıları ise bakımın gerektirdiği ekonomik kaynaklar için çeşitli şekillerde borçlanarak büyük bir ekonomik sıkıntının içerisine girmektedir. Maalesef gelişmekte olan ülkelerde sağlık sistemindeki eksikler kanser hastasının bakımını sağlayan aile üyelerinin yaşadığı tüm bu ekonomik sıkıntılarla tek başına baş etmesine gerektirmektedir. Mevcut sıkıntılarla baş etmede hasta ve ailesinin yaşadığı zorluklar, aile üyelerinde çaresizlik, umutsuzluk ve tükenme gibi psikolojik sorunların ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Diğer taraftan yaşanan sosyoekonomik sorunlar, ailenin deneyimlediği psikolojik ve fizyolojik semptomların etkilerinin daha yoğun şekilde hissedilmesine yol açmaktadır (**11, 41, 127, 183**).

Kanser hastasının bakımını üstelenen aile üyeleri günlük yaşantılarını hastalara göre düzenlemekte olup, bazı aile üyeleri işlerini bırakmakta, günlük sosyal arkadaşları ile görüşmemekte, kendilerine bir zaman ayırmamaktadır. Bu durum aile üyelerinde yalnızlaşmayı ve sosyal izolasyonu beraberinde getirmektedir. Bu yüzden hasta bakım rolünü yerine getiren aile üyelerinin sahip oldukları sosyal destek ağı ve elemanları oldukça önemlidir. Yapılan çalışmalarda desteklenen aile üyelerinin daha iyi baş etme mekanizmaları geliştirdikleri ortaya konmuştur(**11, 48,183**).

Palyatif kanser hastasının bakımı üstlenen aile üyeleri özellikle, hastalarının son dönemlerinin rahat, ağrısız ve huzur içerisinde geçmesini istemektedirler. Bu dönemde özellikle spiritüel gereksinimler ön plana çıkmaktadır. Aile üyeleri sevdikleri birinin ölümünün yaklaşması düşüncesi ile kaygı ve sıkıntı yaşayabilirler. Bu nedenle hasta yakınlarını ölüme ve ölüm sonrası döneme hazırlamakta oldukça

önemlidir. Hasta yakınları sahip oldukları inançlar gereği hastanın ölecek olmasını; huzura erme, çekilen acılardan kurtulma, tanrıya kavuşma ve hafifleme gibi farklı şekillerde yorumlayabilirler. Bu sürece hazırlık içerisinde, hasta yakınlarının inançları gereği hastaya veda etmesi, hastanın rahat ve huzur içerisinde acı çekmeden yaşamının sona ermesi aile üyeleri tarafından istenilen gereksinimlerdir (77, 79, 111, 187).

Dünya Sağlık Örgütü palyatif bakımı, yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan problemlerle karşılaşan hasta ve ailede; ağrının ve diğer problemlerin, erken tanılama ve kusursuz bir değerlendirme ile fiziksel, psikososyal ve spiritüel gereksinimlerin karşılanması yoluyla acı çekmenin önlenmesi ve hafifletilmesine yönelik uygulamaların yer aldığı ve yaşam kalitesini geliştirmenin amaçlandığı bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır. Dolayısıyla palyatif kanser hastasının bakımı sağlayan aile üyeleri fiziksel, psikolojik, sosyolojik, spiritüel ve ekonomik sıkıntılar yaşamakta olup, bu sıkıntıların belirlenerek aile üyelerinin gereksinimlerinin karşılanarak yaşam kalitelerinin yükseltilmesi palyatif bakımın temel amaçlarındandır (55, 190).

Palyatif bakım hizmeti multidisipliner ekip tarafından karşılanmaktadır. Palyatif bakım ekibi içerisinde yer alan sosyal çalışmacılar ve hemşireler aile üyelerinin gereksinimlerinin belirlenmesi ve ailelerin ihtiyaçlarına göre bakımın planlaması, uygulaması ve değerlendirmesinde sorumlulukları bulunmaktadır (111, 123). Tablo 5’de aile üyelerinin gereksinimlerinin tanılanması için kullanılacak araçlar verilmiştir.

Tablo 5: Hasta ve Aile Gereksinimleri Tanılama Araçları

Ölçekler
CPNS -Cancer Patient Need Survey
CPNQ - Cancer Patient Need Questionnaire
SCNS- Supportive Care Needs Survey
NEQ – Needs Evaluation Questionnaire
PNAT – Patient Needs Assessment Tool
PINQ -Patient Information Need Questionnaire
NEST - Needs at the End-of-Life Screening Tool
PNPC – Problems and Needs in Palliative Care Instrument
FIN- Family inventory of needs
NSS - Need Satisfaction Scale
PNPC-c Problems and Needs in Palliative Care Questionnaire –caregiver form

Aile üyelerinin gereksinimlerine uygun bilgilendirme, eğitim, danışmanlık ve destek sağlamalıdır (123).

Palyatif bakım hastasının bakım vericilerinin gereksinim alanları

- | | |
|--|---------------------------------------|
| * Hasta bakımını sağlama | * Bakım verici fiziksel semptomları |
| *Hasta ile ilişkiler | *Otonomi |
| *Sosyal destek | *Psikolojik konular |
| *Spiritüel konular | *Finansal konular |
| *Yönetimsel konular | * Günlük yaşam aktiviteleri |
| *Konsültasyonlar ile ilgili problemler | *Bakım kalitesi ile ilgili problemler |

1.7.1.8.3. SON DÖNEM BAKIMI/ ÖLÜM BAKIMI

Ölüm, bireyin psikolojik ve fiziksel anlamdaki son evresidir. Korkutucu fakat kaçınılmaz bir olaydır. Dolaşım ve solunum işlevlerinin veya beynin tüm işlevlerinin irreversible durmasıdır. Ölüme karşı verilen tepkileri toplumda yaşama ve ölüme yüklenen anlamlar, kültür, İnanç sistemi, yaş ve gelişimsel seviye ve bireysel değerler etkilemektedir. Ancak bütün toplumlarda iyi bir ölüm gerçekten önemlidir. İyi bir ölüm aynı zamanda temel insan hakkıdır. Bu nedenle terminal dönem hastaları için en temel ihtiyaç rahat, huzurlu ve ağrısız bir şekilde yaşamlarının sona ermesidir (66, 111).

Son dönem bakım, palyatif bakım verilen hastada ölümün yakın olduğunda zaman diliminde verilen bakımdır. Terminal evre kanser hastaları için geliştirilmiş ve öncülüğünü Dame Cicely Saunders'in yaptığı son dönem bakım evleri olan hospisler dünyanın bir yerinde bu amaçla yaygın olarak kullanılmaktadır. Bunun dışında palyatif bakım servisleri, hastanelerin acil servisleri, yoğun bakım üniteleri ve klinikler ve ev olmak üzere kullanılan ölüm yeri tercihleridir. Her neresi tercih edilirse edilsin terminal dönem hastası ve yakınları açısından bu süreç oldukça kaygı ve üzüntü verici olarak tanımlanmaktadır. Bu yüzden terminal dönem bakım gerek aile gerekse sağlık bakım ekip üyeleri açısından sıkıntılı bir süreç olabilmektedir. Terminal dönem bakım uzmanlık gerektiren bir bakım olması nedeni ile palyatif bakım ekip tarafından verilmelidir. Tablo 6'da ölmekte olan hastalar için bakım hedefleri verilmiştir.

Tablo 6 . Ölmekte Olan Hastalar İçin Bakım Hedefleri

<p>Konfor</p> <p>Hedef 1- Genel olarak kullanılan ilaçlara devam et ve gereksiz olanları verme</p> <p>Hedef 2- Gerekli ilaçları protokole göre yazılmalı (ağrı, ajitasyon, solunum sistemi sekresyonları, bulantı ve kusma)</p> <p>Hedef 3- uygun olmayan girişimleri devam etme (kan testleri, antibiyotikler, IV sıvılar, vital bulgular)</p>
<p>Psikolojik ve Algı Durumları</p> <p>Hedef 4- İletişim yeteneğini değerlendirme</p> <p>Hedef 5- Durum algısını değerlendirme</p>
<p>Spiritüel destek</p> <p>Hedef 6- hasta ve ailesinin kültürel, inanç ve manevi ihtiyaçlarının değerlendirilmesi</p>
<p>Aile ve üyeleri ile iletişim</p> <p>Hedef 7- Ölmesi beklenen hastada ölümün nasıl tanımlanacağına aile veya diğer bireylere öğretilmesi</p> <p>Hedef 8- Aile veya diğer bireylere ulaşabilecekleri hastane ile ilgili (ölüm evde ise, yardım ve öneri için kimin aranacağı gibi detaylarla ilgili) bilgisi verilmesi</p>
<p>Halk sağlığı bakım ekibi ile iletişim</p> <p>Hedef 9- Genel pratisyenin hastanın durumunun farkında olması</p>
<p>Özet</p> <p>Hedef 10-Bakım planı hasta ve ailesi ile tartışılmalı ve açıklanmalı</p> <p>Hedef 11- Aile veya diğer bireylerin bakım planını anlamış olduğunu belirtmeli</p>

Mirando S, Palliative Care, Nursing Patients With Cancer Principles and Practice, Eds;

Kearney N, Richardson A, Elsevier Churchill Livingstone, USA, 2006, pp:821-845

Ölümün Yakınlaşması

Günler yada saatler içerisinde ölümü gerçekleştirecek bireylerde hasta bakım ekibinin sorumlulukları, ailenin ölümün erken işaretlerini/ semptomlarını tanımlama, bakım vericilerin ihtiyaçlarını belirleme, ölüm sonrası hazırlıklar konusunda aileye yardımcı olmaktır. Son 48 saatin genel tahmin edilebilen semptomlarını ailenin tanıması ve yönetebilmeye hazır olmalıdır (3, 66, 111, 126). Bu semptomlar arasında;

- Huzursuzluk, konfüzyon ve bilinç seviyesindeki azalma
- Ağızdan çok az yada hiç sıvı tüketiminin olması
- Zorlayıcı, düzensiz nefes alma-verme, apne periyotları ve dispne
- Boğaz ve göğüste fokurdama sesleri
- Alt ekstremitelerde progresif siyanotik benekli lekelenmeler
- Oligüri ve inkontinans

Son Hazırlıklar

Ölüm yönetiminde tahmin edilen semptomlarla baş etmede kullanılan ilaçlar ve gerekli ekipmanlar, bakım verici iletişim yeteneği, ölümü nasıl yöneteceği ve beklenenlerin ne olduğu ile ilgili bakım vericileri bilgilendirmeyi içerir (111).

Ölüm ve Ölüm Sonrası

Ölümün hemen arkasından kimin aranacağı ile ilgili bir liste hazırlanması aile için yardımcı olur. Sağlık bakım ekibi aileyi ölümün getirdiği yasal sorumluluklar ilgili hazırlar. Bu yasal sorumluluklar arasında polisi bilgilendirme ve tıbbi inceleme için uygun personelin aranmasını içerir. Bu durumun ailede travma oluşmasını azaltmak için bu kurumlarla planlama yapılır. Ailenin yaşamın sonunda sosyal, dini beklentileri ve yasal sorumluluklarını yerine getirmesi yanında için güvenilir / uygun bir cenaze törenini tercih etmesi gerekir (66, 126).

Hospislerde sağlanan terminal dönem bakımında, ölüm anına yaklaşma sürecinde aile üyeleri hastanın yanında yer alırlar ve ölüm anında hasta ile aile üyelerinin bir arada olması sağlanır. Bu ilişkide

- Ölen kişinin sevdiği şeylerle etrafında huzur verici bir çevre oluşturulması için destekleme
- Sevilen kişi ile ilgili anların ifade edilmesinin cesaretlendirme
- Bitirilmemiş işleri olması yaşamdan ayrılmasına izin verilmiş bir bireye engel olmamalıdır. İnsanlar ölümlerinin arkasından çözülmemiş sorunlar yada ilişkiler bırakabilmektedirler.
- Ölen birey ve aile inançlarına göre bakım sağlanması

1.7.1.9. YAŞAM KALİTESİ

İlk kez 1948 yılında dünya sağlık örgütü sağlığın sadece fiziksel iyilik olmadığını, aynı zamanda mental ve sosyal açıdan da tam bir iyilik haline sağlık denilebileceğini ifade etmiştir. Dünya Sağlık Örgütünün kişinin iyilik halini, öznel yaşam kalitesini tanımlama ve ölçebilme çabaları 1980 yılı ortalarında başlamıştır. Ancak dinamik bir nitelik taşıyan yaşam kalitesi kavramının; sürekli gelişim ve değişim göstermesi, kişiden kişiye değişebilen, yaşamda nelerden zevk alındığını, ne olmak ve nasıl yaşamak istediğini ifade etmesi, sosyal, psikolojik, ekonomik ve kültürel faktörlerden etkilenmesi nedeniyle tanımlanması oldukça zordur (6, 8).

Öznel yapısı gereği yaşam kalitesi kavramının birçok tanımı yapılmıştır. Yaşam kalitesi kavramı için ortak bir fikir bulunmamakla birlikte; “kişinin yaşamının tümüyle iyi gittiğine ilişkin hissettiği öznel duygu” olarak tanımlanmaktadır (168).

DSÖ yaşam kalitesini bireyin “içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından bireylerin yaşamdaki pozisyonlarını algılaması” olarak tanımlamaktadır (5, 99, 162,181).

Araştırmacıların bir kısmı yaşam kalitesini “bireylerin yaşam doyumu ile onların sosyal ilişkilerinin kesişimi” olarak tanımlarken, çoğunluğu “mutluluk, doyum ve uyum” olarak tanımlamışlar ve yaşam kalitesi kavramı; yaşam doyumu, yaşam memnuniyeti ve mutluluk ile eş anlamlı kullanılmıştır (8, 92).

Literatürde yaşam kalitesi kavramının çok boyutlu yapısına özellikle dikkat çekilmektedir. Ferrans’ (1990) yaşam kalitesini kavramsal olarak beş geniş kategoride tanımlamıştır. Bu kategoriler hastanın normal bir yaşam sürme yeteneği, mutluluk ve memnuniyet, bireysel amaçlara ulaşma, sosyal bir yaşama sahip olma ve fiziksel ve mental kapasiteden oluşmaktadır (53). Grant yaşam kalitesini fiziksel

iyilik, psikososyal iyilik, sosyal ve spiritüel iyilik alanlarından oluşan bir kavram olarak tanımlamıştır (65).

Ganz'ın çalışmasında belirttiği gibi; son yıllarda iki araştırma grubu tarafından, genel olarak kabul gören iki yaşam kalitesi tanımı benimsenmiştir. Bu tanımların birincisi; yaşam kalitesi, bir bütün olarak yaşamın subjektif değerlendirilmesidir. Bu tanım ölçümün öznelliğini ve bir global değerlendirmenin önemini vurgular. İkincisi ise; yaşam kalitesi, hastanın şimdiki fonksiyon düzeyine karşın ne algıladığının değerlendirmesi olup doyumunu içermektedir. Bu tanım ise, yaşam kalitesi değerlendirilmesinin öznelliğine ve bireyin şu andaki sağlık durumuna verdiği öncelik ya da değere dikkati çeker (58, 59, 148).

Bu alanda birçok uzman; yaşam kalitesini, birkaç anahtar boyutu kapsayan çok boyutlu bir yapı olarak algılamışlardır. Bunlar;

1.Fiziksel fonksiyon: Hastanın öz bakım aktiviteleri performansını, fonksiyonel durumunu, hareket, fiziksel aktiviteler ve iş ya da aile sorumluluklarını yerine getirip getirmediğini değerlendirir.

2.Hastalık ve tedavi ile ilgili semptomlar: Ağrı yada solunum güçlüğü gibi hastalık semptomları, bulantı, saç dökülmesi vb. tedavi yan etkilerinin olup olmadığını içerir.

3.Psikolojik fonksiyon: Hastalık ve tedavisine bağlı olarak gelişen anksiyete ve depresyon durumunu kapsar.

4.Sosyal fonksiyon: Normal sosyal aktivitelerde aksama olup olmadığını araştırır

Yaşam kalitesini tanımlama konusunda fikir birliği olmasa da, araştırmacıların çoğu sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin çok boyutlu, öznel ve dinamik bir kavram olduğu konusunda hemfikirdirler (181).

Çok boyutluluk: Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi fiziksel, psikolojik ve sosyal üç temel boyutu kapsamaktadır. Fiziksel boyut, kişinin enerji harcayarak günlük işleri ne

kadar yapabildiğini algılaması ile ilgilidir. Psikolojik boyut, korku, kızgınlık, mutluluk, depresyon gibi ruhsal durumları kapsamaktadır. Sosyal boyutta ise kişinin çevresinde yer alan insanlarla ne derece ilişki kurabildiği ve onlarla olan paylaşımlarını algılaması konuları yer almaktadır.

Öznellik: Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi bireyin düşünceleri, duyguları, beklentileri ve algılamalarına bağlıdır. Bu nedenle kişinin kendi sağlığı hakkındaki değerlendirmesi ve öznel esenliği yaşam kalitesi çalışmalarında ön plandadır. Öznel esenlik kişilerin kendi yaşamlarını nasıl değerlendirdiğini açıklamak için kullanılan bir terimdir. Öznel esenlik kavramının üç temel ögesi, tatmin, olumlu affekt ve olumsuz affektir. Tatmin; evlilik, boş zamanları değerlendirme, arkadaşlık gibi alt gruplara ayrılabilir. Gurur duyma, neşe, duygulanım olumlu affektin, üzüntü, suçluluk, utanma ise olumsuz affektin alt gruplarıdır.

Dinamiklik: Zaman içerisinde devamlı değişime uğrayan karmaşık yapıların en önemlisi insanoğludur. Kişinin kendisinde yada çevresinde olan değişimler onun yaşam kalitesini ifade etmesini de değiştirmektedir. Herhangi bir tedaviden önce ve sonra periyodik aralıklarla yapılacak yaşam kalitesi ölçümleri ile kişinin genel yaşam kalitesi düzeyinde değişim olduğu izlenebilir (148).

Yaşam Kalitesi Ölçümlerinin Kullanım Alanları

Yaşam kalitesi ölçümlerinin gün geçtikçe artmakta olan kullanım alanları şöyle sıralanabilir; (128)

- Bireysel hasta bakımında oluşabilecek psikososyal problemlerin izlenmesi ve taranmasında,
- Bilinen sağlık problemlerine yönelik yürütülen toplum tabanlı çalışmalarda,
- Tıbbi değerlendirmelerde,
- Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesine yönelik araştırmalarda,

- Özellikle kronik hastalıklarda hastalığın prognozunun izlenmesi ve tedavi yönteminin belirlenmesinde,
- Klinik araştırmalarda,
- Maliyet kullanım analizlerinde

Yaşam kalitesi değerlendirmeleri, ihtiyaçların, uygulanan girişim stratejilerinin, hem sistem hem de bireysel hasta düzeyinde girişimlerin sonuçlarının değerlendirilmesinde faydalıdır. Bu ölçümler sunulan hizmetin yeterliliği ve hizmetin geliştirilmesinin etkileri ile ilgili geri bildirim alınmasını sağlar.

Yaşam kalitesinin ölçümüyle ilgili 1980 yılından itibaren çeşitli araçlar geliştirilmiştir. Yanıt tutarlılığı nedeniyle basit araçlara ilgi gösterilmektedir. Ölçümün anlamı, psikometrik özelliği ve skor süreci dikkatle incelendiğinde, bu araçlarla yaşam kalitesinin yeterli değerlendirilmediği gözlenmiştir. Bu nedenle bazı araştırmacılar, yaşam kalitesini değerlendirmek için birkaç boyutu ölçen araçların kullanılması gerektiğini savunmaktadır (92).

Yaşam Kalitesi Ölçekleri

Günümüzde yaşam kalitesini ölçmek için geçerlilik ve güvenirlilikleri kanıtlanmış, amaçlarına göre; hastalığa özel, özel bir konuya yönelik, genel kapsamlı olarak sınıflandırılabilir birçok ölçek kullanılmaktadır (128, 148).

1) Genel kapsamlı ölçekler: Bu ölçekler fiziksel, mental ve sosyal alanları kapsayan ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi hakkında özlü bilgi veren ölçeklerdir.

2) Hastalığa özel ölçekler: Belirli bir hastalık yada sağlık sorunu hakkında hastanın algılamalarını belirleyen ölçeklerdir.

3) Özel bir konuya yönelik ölçekler: Psikolojik esenlik gibi sağlıkla ilgili özel bir alanda ölçüm yapmak için kullanılırlar.

Yaşam kalitesi kanser gibi kronik yaşamı tehdit eden bir hastalığın bireyler üzerinde farklı etkilerini belirlemek açısından sıklıkla tanımlanan bir faktördür. Ancak yaşam kalitesinin subjektif olması nedeniyle sağlık profesyonelleri, hasta ve ailelerinin yaşam kalitesi algıları farklı olabilir. Bu yüzden yaşam kalitesi ölçümlerinde geçerli ve güvenilir araçlara ihtiyaç vardır. Bununla birlikte onkoloji sağlık bakım ortamlarında hastaların durumlarına spesifik kognitif yetersizlikler, iletişim sınırlılıkları ve semptomlara bağlı ciddi düzeyde stres ve sıkıntı yaşanmaktadır. Bu nedenle yaşam kalitesi ölçüm araçları hasta ve ailesinin anlayabileceği şekilde olmalı ve yaşam kalitesi ölçüm araçları profesyoneller tarafından uygulanmalıdır (35, 36, 135).

Kanser ve Yaşam Kalitesi

Kronik hastalığa sahip bir bireyin yaşamını bu hastalıkla geçirmesi, bireyi fiziksel, psikolojik ve sosyo-ekonomik yönden olumsuz etkileyebilmektedir. Kanser yarattığı fiziksel, psikolojik ve sosyo-ekonomik sorunlar nedeni ile bireyin yaşam süresinin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (13).

Kanserli bireylerde hastalığa ve tedavi yöntemlerine bağlı olarak ağrı, halsizlik, yorgunluk, dispne, öksürük, uykusuzluk, iştahsızlık, bulantı, kusma, diyare, konstipasyon, kilo kaybı, idrar yapma alışkanlığında değişiklik ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlük gibi sorunlar sıklıkla yaşanmaktadır. Ayrıca hastalar anksiyete, korku, depresyon, beden imajında değişiklik gibi psikolojik semptomları ve aileve sosyal ilişkilerde bozulma gibi sorunları sosyal sorunları çoğunlukta deneyimlemektedirler. Tüm bu semptomlar bireylerin fonksiyonel durumunu bozarak yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır (13, 84).

Geçtiğimiz on yıl boyunca onkoloji alanında yaşam kalitesi oldukça önem kazanmıştır. Yaşam süresinin uzamasının yanında yaşamın kalitesi de onkoloji

hastaları için önemli bir sonuç olduğunu günümüz bilim ve sağlık çevrelerinde sıklıkla kabul görmektedir. Yaşam kalitesi çok boyutlu bir kavramdır. Bireyin yaşamının fiziksel, emosyonel, sosyal spiritüel ve bilinçsel boyutlarından oluşmaktadır (26, 58, 154).

Yaşam kalitesi ileri evre kanser hastalarında bakımda hasta odaklı önemli bir sonuçtur. Antikanser tedavilerinin yaşam süresini uzatması son yıllarda onkoloji alanında yeterli bir sonuç olarak algılanmamaktadır. Bu yüzden kanser hastalarının yaşam kalitelerinin artırılmasına yönelik yaklaşımlar oldukça artmış durumdadır. Yaşamı tehdit altında olan hasta grubunun yaşam kalitesinin artırılmasını hedefleyen palyatif bakım girişimlerinin etkileri ile yaklaşımlar bu nedenle ön plandadır. Palyatif bakım girişimlerinin hasta ve ailelerinin fiziksel, emosyonel, sosyal ve spiritüel iyilik hallerine etkilerinin subjektif sonuçlarını görmek için yaşam kalitesinin ölçümü oldukça önemlidir. Ancak yaşam kalitesi yaş, cinsiyet, medeni durum ve kanser tipi gibi birçok faktör tarafından etkilenmektedir. Bu yüzden yaşam kalitesi ölçümü için yaşanan toplumun kültürel ve değerler sistemine özgü ölçüm araçlarının kullanılması gerekmektedir. Tablo sık kullanılan yaşam kalitesi ölçeklerinin listesi yer almaktadır (82, 85, 99).

Kanser Hastasının Yaşam Kalitesini Ölçmek için Kullanılan Araçlar

Fonksiyonel Durum

- Karnofsky Performans Sklası
- Palliative Performance Scale
- SF-36 -Item Short-Form Health Survey

Quality of life

- European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 (EORTC QLQ-C30 version 3)

- European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire for Palliative Care (EORTC QLQ-PAL-C15)
- Functional Assessment of Cancer Therapy–General (FACT-G version 4)
- Functional Assessment of Cancer Therapy–Bone Marrow Transplant (FACT-BMT version 3)
- Functional Assessment of Cancer Therapy–Fatigue (FACT-F version 3)
- Functional Assessment of Cancer Therapy–Anemia (FACT-An)
- Cancer Rehabilitation Evaluation System–Short Form (CARES-SF)

1.7.1.10. KANSER VE MALİYET

Tüm dünyada kanser insidansının ve buna paralel morbidite ve özellikle mortalitenin hızla arttığı düşünülürse kanser maliyetini hesaplamada güçlükler yaşandığı bilinmektedir. Fakat göz önünde tutulması gereken en önemli gerçek veri kanserin tüm dünyada ciddi yaşam kaybına yol açtığıdır (201). Kanserden kaynaklanan hastalık yükü oldukça fazladır ve bu yük sadece bireyleri değil bu bireylerin akrabalarını ve arkadaşlarını da yakından etkilemektedir. Toplum düzeyinde ise kanser hem yoksul hem de zengin ülkelerin sağlık hizmetlerinde benzer sorunlara yol açmaktadır (9).

Kanserin topluma maliyeti dediğimizde birincil, ikincil korunma ve tedavi maliyetlerini kapsayan doğrudan maliyet ve hastalığa bağlı yaşam standartlarında bozulma, iş gücü kaybı, aileye etkiler gibi dolaylı maliyet hesapları kullanılmaktadır.

Her ne kadar direkt maliyetler daha fazla gibi düşünülse de ülkeler için yapılan maliyet analizlerinde aslında indirekt maliyetin kansere bağlı maliyetin %70-80'ini oluşturduğunu belirlenmiş ve direkt maliyete göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Amerikan Kanser Birliği 2010 raporuna göre, 2010 yılı sonu itibari ile ABD'de kanser hastaları için toplam yapılan sağlık harcama tutarı 263,8 milyar dolar olup, bu oranın 102,8 milyar doları direkt sağlık harcamaları, 20,9 milyar doları indirekt morbitide sağlık harcamaları, 140,1 milyar doları ise indirekt mortalite harcamalarını oluşturmaktadır (9). İngiltere Ulusal İstatistik Ofisi verilerine 2008 yılında kanser harcamaları 18,33 milyar euro iken, bu oranın 2020 yılında 24,72 milyar euro olacağı belirtilmektedir (52).

2010 yılında Amerika'da kanser maliyeti, hastalığın ilk tanı aşamasında \$40,464 iken, hastalığın devamında bu oran \$46,643 ve son evresinde ise \$37,459

şeklinde olmuştur. 2020 projeksiyonlarında ise, önceki maliyet 19.4% artarak \$48,317, hastalığın devamında 31.6% artıp \$61,373, ve hastalığın son evresinde 28.3% artıp \$48,077 olacağı belirtilmektedir (116).

Kanser hastalığının önemli bir tedavi maliyeti gerektirmesi, sağlık sisteminin finansman yapısını ve sunum kalitesini orta ve uzun dönemde olumsuz yönde etkileyecek önemli bir risk unsuru olmaktadır. Tüm dünyada kanser insidansında ve mortalite hızlarındaki artış, kansere ayrılan kaynaklarda da artışları beraberinde getirmiştir. Nitekim Türkiye'nin toplam harcama düzeyi açısından AB ülkeleri ile karşılaştırıldığında, doğrudan kanser tedavisine yönelik en fazla harcama yapan ilk altı ülke içinde yer aldığı görülmektedir (201).

Ülkeler kanser reform stratejileri raporlarına göre, kanser harcamalarının sağlık bütçesi içindeki oranının ülkelere göre dağılımları arasında İngiltere % 5,6, Fransa % 7,7, Amerika % 9,2 ve Almanya % 9,6 oranındadır(52).

Kanserli hastaların doğrudan maliyetlerinin dağılımına bakıldığında, hastalık maliyetlerinin çoğunun tanı, izlem, tedavi, rehabilitasyon ve terminal dönem masraflardan oluştuğu görülmektedir.

AB ülkelerinde kanser tedavisinde kullanılan ilaç harcamaları kişi batına düşen sağlık harcamalarının %13'unu oluşturmakta ve bu yaklaşık 7,3 milyar Euro karşılık gelmektedir.(aynı yıl verileri ABD'de 11 milyar Euro). Kemoteröpatik ilaçlar referans alındığında ise kanser tedavisinde kullanılan ilaçlar tüm ilaç maliyetlerinin %4,2'sini oluşturmaktadır (%2-7,5). Kanser tedavilerinin doğrudan maliyeti göz önünde bulundurulduğunda ise ilaç maliyeti toplam maliyetin %12'sidir (201) . İngiltere'de 2002- 2003 yılları arasında direkt kanser tedavi maliyeti 3,28 milyar euro, 2008- 2009 yıllarında bu oran 5,13 milyar euroya ulaşmıştır (52).

Ülke ekonomilerine önemli bir yük getiren kanserin direkt maliyetleri toplam maliyete eklendiğinde kansere bağlı maliyetler oldukça artmaktadır. Özellikle nitelikli yetişmiş işgücü kaybı sonucu ortaya çıkan emek ve verimlilik kaybının ekonomiye maliyeti doğrudan tedavi maliyetini de atmaktadır. Ancak ülkemizde kanserin indirekt maliyetleri ölçmede yaşadığımız sıkıntılarla ilgili elimizde net bir veri bulunmamaktadır.

Son yıllarda sağlık bakım harcamalarındaki genel artış maliyet etkili kaliteli bakım sunma arayışlarını da beraberinde getirmiştir. Vaka yönetimi maliyet etkili amaç için kullanılan bir modeldir. Vaka yönetiminin önemli bir sonucu maliyet yönetimidir. Kaynakların etkin kullanımı ve bakım koordinasyonu bu hedefe ulaşmada oldukça önemlidir. Koordine edilmemiş bakım verme sürecinde duplikasyonlara karşılaşıma sıklıkla yaşanmaktadır. Vaka yönetimi modeli ile hizmet sunulacak hasta popülasyonuna özgü geliştirilen hedeflerin belirlenmesi, ekip iş birliği ve sonuçların değerlendirilmesi bakımdan ortaya çıkan bu olumsuz sonuçların azaltılmasında oldukça etkilidir (103).

1.7.2. VAKA YÖNETİMİ

Vaka yönetimi, kaynakları etkin bir şekilde kullanarak hasta bakımı hizmetlerini iyileştirmek ve bakım kalitesini yükseltmek amacıyla geliştirilen bir sistemdir Vaka yönetimi sürekli ve maliyet etkili bir bakım sunmak için geliştirilmiş sağlık sistemidir (24, 95, 103, 174, 203).

Case Management Society of America (CMSA) vaka yönetiminin; bakımın, sonuçların ve klinik kaynakların yönetildiği bir sistemi refere ettiğini vurgulamıştır. CMSA vaka yönetimini bireyin sağlık gereksinimlerinin karşılanmasında, planlama, uygulama, koordinasyon, kolaylaştırma, savunuculuk, izlem ve bu gereksinimleri karşılamak için sunulan tedaviler ve hizmetin değerlendirilmesinin yanında hasta sonuçlarının da değerlendirildiği işbirliğine dayalı bir süreç olarak tanımlamıştır (24, 51, 103, 174, 175, 180).

Genel bir tanım olarak vaka yönetimi; bireylerin sağlık bakım gereksinimlerinin tanılandığı, gereken aktivitelerin planlandığı, uygulandığı ve izlendiği multidisipliner bir sistemdir (32, 175). Vaka yönetimi kavramının anahtar noktası bakım ve hizmetlerin koordinasyonudur. Burada temel amaç yüksek kaliteli ve maliyet etkili sonuçların elde edilmesi için eldeki kaynakların etkin kullanılmasıdır.

ANA'ya (American Nurses Society) göre, vaka yönetimi hasta bakımında sistematik bir yaklaşım felsefesidir. ANA'ya göre vaka yönetiminin hedefleri;

- Sürekli ve kaliteli bakım
- Bakım uygulama farklarının azaltılması
- Hastanın yaşam kalitesinin artırılması
- Bakım maliyetinin azaltılması

Benzer bir çalışmada vaka yönetiminin odak noktasının yüksek riskli, kompleks hastalarının bakımının yönetilmesinde, (72, 102)

- Hastaneye yeniden kabul oranlarının azaltılması
- Hastanede kalış süresini kısaltma
- Teropatik rejimi aynen uygulamak ve sonuçları önceden belirleme
- Hastalığa uygun, hasta ve ailesinin yönetimi ile kaynakların etkin kullanımının sağlanması

1.7.2.1. Vaka Yönetiminin Tarihsel Gelişimi

Vaka yönetimi, halk sağlığı hemşireleri ve sosyal çalışmacılar tarafından 1800'lerin sonunda ve 1900'lerin başlarında toplum sağlığı hizmetlerinin yürütülmesinde kullanılmıştır. Vaka yönetimini ilk kullanan disiplinler hemşireler, sosyal çalışmacılar ve psikiyatri alanıdır. Vaka yönetimi, sosyal hizmetlerde, sağlık bakımı organizasyonları, uzun dönem bakım ve psikiyatri alanlarında 1970'lerde gelişmiştir. Aynı yıllarda sigorta şirketleri tarafından kullanılmaya başlanmıştır. 1980'de vaka yönetimi, hemşirelik vaka yönetimi olarak kullanılmış ve hastanede akut hemşirelik bakımı içinde yayılmıştır. 1980'li yıllarda ABD sağlık sistemi geri ödeme kurumları Medicaid ve Medicare vaka yöneticileri olarak hemşireleri kullanarak resmi olarak hemşirelerin vaka yönetiminde çalışmalarını başlatmıştır (103). Vaka yönetimi ilk kez 1985 yılında ABD'de Massachusetts –Boston'da New England Tıp merkezi tarafından geliştirilmiş ve koruyucu sağlık hizmetlerinde ve yataklı tedavi kurumlarında uygulanmıştır (180). 1990 yılına kadar, vaka yönetimi birçok sağlık bakım, sigorta ve sosyal hizmetler gurupları içinde yaygınlaşmıştır. Sigorta endüstrisi vaka yönetimi kurallarının geliştirilmesi, düzenlenmesi ve uygulanmasında majör bir kontrol edici olmuştur. Günümüzde vaka yönetimi ABD sigorta şirketlerinin de öngördüğü, akut bakım kurumlarında en çok kullanılan sağlık

bakım hizmeti sunma modelidir. Bunun yanında vaka yönetiminin kullanımı sağlık bakım sisteminde gittikçe artmaktadır (174, 175, 203).

1.7.2.2.Vaka Yönetiminin Fonksiyonları

Vaka yönetimi sisteminin geliştirilmesinde ve şekillendirilmesinde, vaka yönetiminin hedeflerinin tanımlanması önemlidir. Vaka yönetiminin major fonksiyonları da kapsayan hedefleri aşağıda sıralanmıştır (46, 175).

- **Kaliteli Bakım;** Vaka yönetimi kaliteli sağlık bakım hizmetine odaklıdır. Vaka yönetiminde hizmetler yararlı ve terapotik olmalıdır. Kaliteli çıktılar/hedefler belirlenmeli ve bunu karşılamak üzere girişimler planlanmalıdır.
- **Yatış süresi;** Hastaların belirlenen zamanda taburcu edilmesi veya uygun yatış sürelerini sağlamak vaka yönetiminin hedeflerinden birisidir.
- **Kaynak Kullanımı ve Maliyet Kontrolü;** Kaynak kullanımını azaltmak veya uygun kaynak kullanımını sağlamak, sağlık bakım harcamalarını azaltmak vaka yönetiminde önemlidir.
- **İşbirliği;** Sağlık ekibinin işbirliğini artırarak sürekli ve koordineli bakım sağlamak vaka yönetiminde önemli bir unsurdur. Hasta için en iyisini yapmak üzere tüm sağlık çalışanları bir araya gelmelidir. Tüm ekip üyeleri eşit derecede önemlidir.
- **Süreklilik;** Vaka yönetimi bakımın her aşamasında sürekliliği sağlar. Bakımın sürekliliği hastanın katılımını artırır. Ayrıca, sürekli ve kapsamlı bakım sağlama amacı, vaka yönetimini multidisipliner hale getirmiştir.
- **Hasta/Aile ve Personel Memnuniyeti;** Hasta ve personel memnuniyetini artırmak da vaka yönetiminin hedefidir.

1.7.2.3. Vaka Yönetimi Modelleri

Sağlık bakım hizmetlerinde kullanılan birçok vaka yönetim modeli bulunmaktadır. Bu modellerin her biri vaka yönetimini daha iyi anlamamıza katkı sağlamıştır. Bedell, Cohen, and Sullivan (2000) üç temel vaka yönetim modelini tanımlamıştır (73, 166). Bunlar arasında;

- **Tam hizmet modeli;** Bu model hastanın ihtiyaç duyduğu klinik ve destek hizmetlerinin tümünün karşılanmasına dayanmaktadır.
- **Komisyoncu (broker) modeli;** Bu modelde az miktarda direkt hizmet sunumu varken, genelde hasta ve sağlık bakım hizmeti sağlayan sistemler arasında iletişim sağlanmaya dayanmaktadır.
- **Karma(Hybrid) model;** Bu modelde broker modeli ile tam hizmet modeli ile bir kombinasyon vardır. Bu model genelde tarafından sıklıkla kullanılmaktadır.

1.7.2.4. Vaka Yöneticinin Sorumlulukları

Vaka yöneticileri, hasta bakımını sağlamak ve izlemekten sorumlu sağlık profesyonelleridir. Vaka yöneticiliği görevi sıklıkla hemşireler tarafından yürütülmektedir, ancak sosyal çalışmacılar tarafından yürütülen vakalarda bulunmaktadır.

ANA(Amerikan Hemşireler Birliği), vaka yöneticisi görevini üstlenecek hemşirelerin en az lisans eğitimi seviyesinde ve alanında en üç yıllık deneyimine sahip olması gerektiğini öngörmektedir. Bazı vaka yönetim servisleri, hemşirelerin master eğitimi almış olmaları tercih edilmektedir (32).

Vaka yöneticisi, hasta bakım sonuçlarını hedef alarak, hasta merkezli çalışır. Vaka yöneticisi; bakımın maliyetinin kontrol altına alınmasında, sağlık ekibi üyelerinin iş birliğinin sağlanmasında, sigorta şirketlerinin ihtiyacının

karşılanmasında, klinik ve finansal çıkarları birleştirmede, organizasyonun stratejilerinin pazarlanmasında rol oynar (101,174,175).

Hemşire vaka yöneticisi hemşirenin rolleri arasında,

- klinik araştırma uzmanı ve danışmanı,
- eğitici,
- bakım koordinatörü,
- problem çözücü,
- kaynakların yöneticisi,
- görüşmeci ve servis görevlisi,
- hasta ve ailesinin savunucusu,
- risk yöneticisi
- kalite geliştirme koordinatörü yer almaktadır.

Hemşire vaka yöneticileri, disiplinler arası sağlık bakım ekibinin bir parçasıdır. Ekip üyelerince sağlanan bakımı yönetmeleri, kolaylaştırmaları ve koordine etmedeki sorumlulukları nedeni ile sağlık ekibinin merkezindedirler. Bu nedenle, dikkatli bir analiz ve çözüm gerektiren birçok stresli ve zorlu durumla günlük olarak karşılaşma riskleri vardır. Bu tür durumlar, yüksek oranda işi destekleyen bir çevre, yardımcılardan oluşmuş bir destek grubu ve yöneticileri gerektirir. Vaka yönetim programı yöneticilerinin, programlarındaki hemşire vaka yöneticilerinin rollerini gerçekleştirmede gereken desteği, alıp almadıklarını gözlemlene gibi önemli sorumlulukları vardır (165, 169, 180).

Tahan ve Huber tarafından 2006 yılında 585 vaka yöneticisi hemşire ile yapılan çalışmada vaka yöneticisi hemşirelerinin sorumlulukları arasında (51, 73).

- Sağlık bakım ekibi ile iletişim (89.6%),
- Hasta ile iletişim (88%),

- Bakım planı geliştirmede iş birliği (81.5%),
- Bakım planındaki aksaklıkları tanımlama (81.5%),
- Hasta tanılması (78.5%),
- Sağlık hizmet maliyeti ödeyicileri ile iletişim (77.4%),
- Maliyet yönetim stratejilerini uygulama (67.1%).

1.7.2.5.Vaka Yönetimi Uygulanabilecek Populasyonun Seçimi

Vaka yönetimi profesyonel bir sağlık bakımı verme modelidir. Ancak her hastanın vaka yönetimi ile izlenmeye gereksinimi olmadığı, özellikle toplumda sık görülen, kronik olarak tekrarlı yatışlar gerektiren ve bakım maliyeti yüksek olan hastalığa sahip bireylerin öncelikli olarak ele alınması gerektiği belirtilmektedir (174, 175, 203).

Vaka yönetimi grubuna alınan hastalar genellikle;

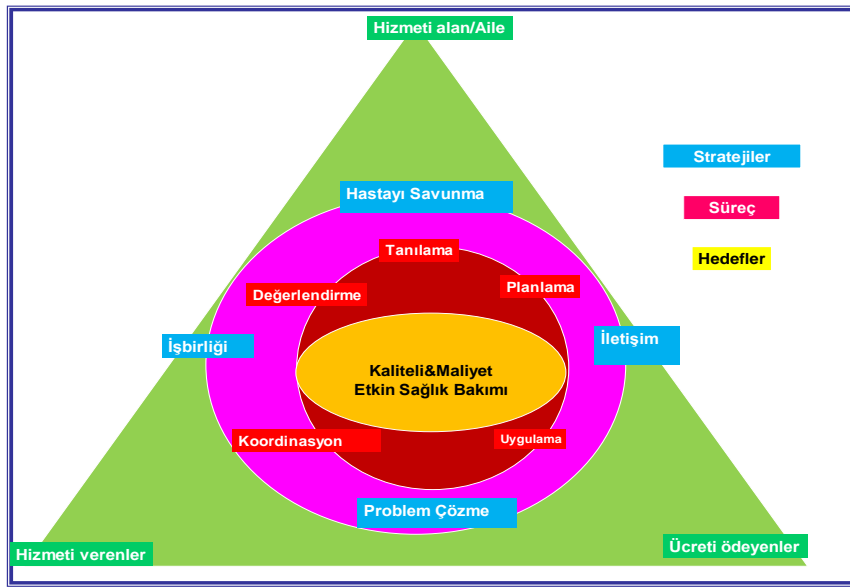
- Kronik olarak tekrarlı yatışları olanlar
- Sosyo - ekonomik açıdan riskli olanlar
- Bakım maliyeti yüksek olanlar
- Komplike tıbbi ve hemşirelik bakımına gereksinimi olanlar
- Multidisipliner yaklaşım gerektirenler

1.7.2.6.Vaka Yönetimi Süreç Basamakları

Vaka yönetimi süreç basamakları genelde beş aşamadan oluşmaktadır, ancak bazı kaynaklarda izleme basamağının da dahil edildiği görülmüştür. Vaka yönetimi süreç basamakları; (24, 32, 95, 103, 165, 174, 175, 180). Vaka yönetim modeli uygulanma süreci ve stratejileri Şekil 4'de verilmiştir.

1. Tanılama
2. Planlama
3. Uygulama
4. Koordinasyon
5. Değerlendirme

Şekil 4. Vaka Yönetimi Süreci ve Uygulaması



Tokem

Y, Romatoid Artritli Bireylerin Bakımında Vaka Yönetimi Modelinin Etkililiğinin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Doktora Tezi, 2005, İzmir

Tanımlama

Vaka yönetiminin ilk basamağını oluşturan tanımlama aşamasında, hasta ve ailesi ile ilgili tıbbi kayıtlar, tedavi ekibi görüşleri, hasta ve aile görüşmeleri gibi çeşitli kaynaklar kullanılarak veri toplanması sürecidir. Bu veri toplama bilgileri

arasında, hastanın kapsamlı sağlık durumu değerlendirmesini yansıtan bilgiler yer almaktadır. Bu veriler, hastanın sağlık öyküsü, kullandığı ilaçlar, fiziksel sağlık durumu, fonksiyonel kapasitesi, psikolojik durumu, beslenme durumu, bireysel ve toplumsal sosyal destek sistemleri, sosyoekonomik durum ve sahip olunan kaynaklar, bireyin içinde yaşadığı ortamın özellikleri, imkanları ve yeterliliği, iş öyküsü, ailenin yapısı, sağlık inançları ve tutumları, hasta ve ailesinin yaşam kalitesi gibi kapsamlı bir tanılama sağlık bakım ekibi tarafından elde edilmektedir. Elde edilen bu veriler bir sonraki basamak olan planlama aşamasında etkin olarak kullanılacaktır (32, 51, 174, 175).

Planlama

Vaka yönetiminin ikinci basamağını oluşturan planlama aşamasında, bakım hedeflerinin belirlenmesi, bu hedeflere ulaşmak yapılacak girişimler ve kullanılacak kaynakların seçimini içeren kapsamlı bir plan geliştirilmektedir. Geliştirilen plan vaka yöneticisi hasta, ailesi ve sağlık bakım ekip üyeleri arasında iş birliği sağlanarak yapılmaktadır. Tanılama aşamasında elde edilen veriler analiz edilerek multidisipliner bir bakım planı oluşturulur. Bu planın içeriğinde, hastanın problemleri, yapılması gereken multidisipliner girişimler, beklenen sonuçlar, komplikasyonları önlemeye yönelik yaklaşımlar, hasta ve ailesinin eğitimsel gereksinimleri ve taburculuk planlama sonuçları yer almaktadır. Geliştirilen bu plan hastasının durumdaki gelişmelere yönelik sürekli modifiye edilir(51, 174, 175, 180, 203).

Uygulama

Vaka yönetiminde uygulama aşamasında, tanılama ve planlama aşamasında belirlenen sağlık bakım gereksinimlerine yönelik girişimler yapılmaktadır. Bu girişimler arasında hastanın gerekli sağlık bakım ihtiyaçlarını karşılamak için sahip

olunan kaynaklar kullanılarak, hasta için günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesine destek olma, kompleks tıbbi durumların yönetimi, bakımın devamının sağlanması, eğitim alma imkanı, destek olma imkanı, iş birliği ile problemlerin çözümü, davranış değişikliği yaratma ve hizmetler arasında bir köprü oluşturma yer almaktadır(32, 51, 174, 175).

Koordinasyon

Vaka yönetiminin temelini oluşturan koordinasyon, sağlık bakım hizmeti sunanlar ile iletişimin yapılandırılması ve sağlık bakım hizmeti sunumunun iş birliği içerisinde sağlanmasını içermektedir.

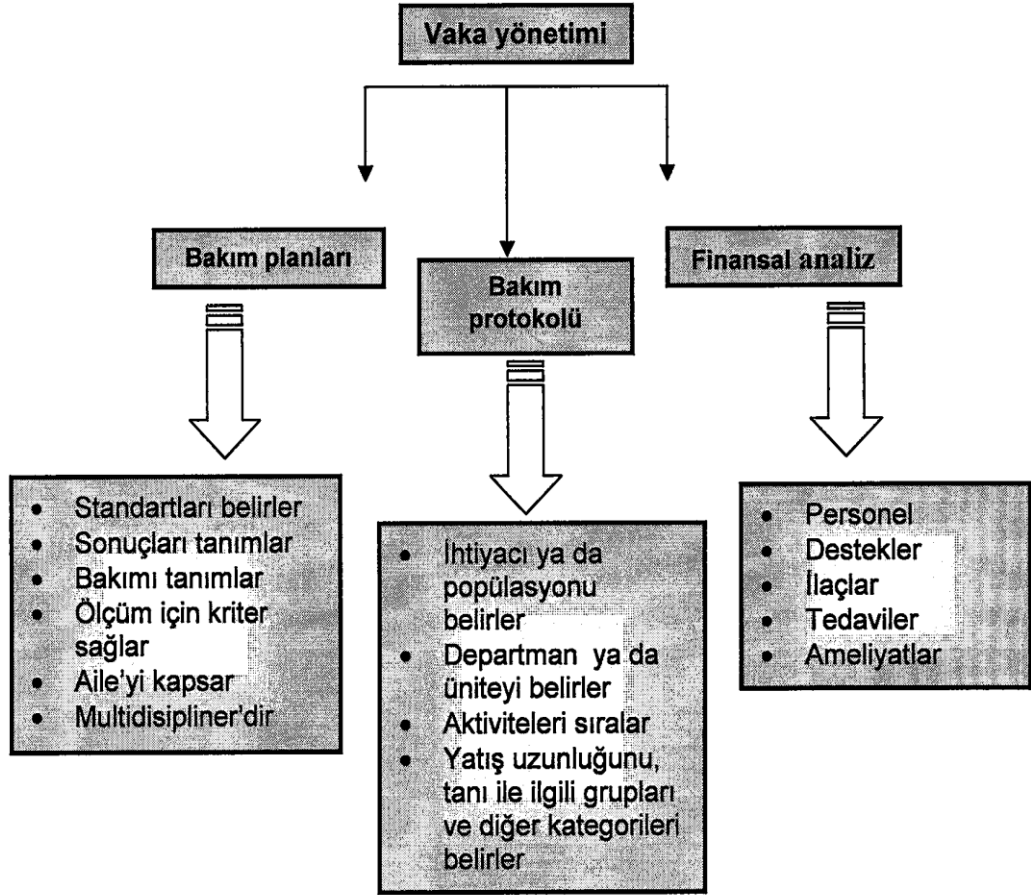
Değerlendirme

Vaka yönetiminin son aşaması olup, bu evrede vaka yönetim sürecinin incelenmesi yapılır. Değerlendirme aşaması hastasının durumuna göre değiştiği için dinamiktir. Belirlenen hedeflerin ve beklenen sonuçların başarı ile gerçekleşip gerçekleşmediği değerlendirilir. Burada hasta sonuçları oldukça önemlidir. Bunun yanında sunulan hizmet ile ilgili hasta ve ailesinin görüşleri ve sağlık bakım ekip üye görüşleri elde edilir. Değerlendirme süreci bakım kalitesinin bir göstergesi olup, planlanan ve beklenen sonuçlara ulaşma düzeyinin belirlenmesinde çok önemlidir. Bu değerlendirme sonucunda istenilen hasta sonuçlarına ulaşılması halinde taburculuk planlamasının yapılabilmektedir. Eğer istenilen hasta sonuçlarına ulaşmada yetersiz ise vaka yönetim aşamaları yeniden şekillenir ve düzenlenir. Bu yüzden değerlendirme aşaması aktif bir süreçtir (51, 72, 174, 175, 180)

1.7.2.7.Vaka Yönetimi Bileşenleri

Vaka yönetiminin ana amacı, düşük maliyetle kaliteli bir sağlık bakım hizmeti sunmaktır. Bu nedenle, yöntemin hem bireylerin hem de kurumun ihtiyaçlarında odaklanan bazı bileşenleri kapsamı gerekmektedir. Bunlar; bakım

planları, kaliteyi değerlendirme ve iyileştirme, mali analiz, araştırma ve bakım protokolüdür (32). Vaka yönetimin bileşenleri şekil 5’de verilmiştir.



Şekil 5: Vaka Yönetiminin Bileşenleri

(Kaynak: Daş,Z.; (1999)“Vaka Yönetimi Ve Bakım Protokolü”; Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1999:3 (2); 11-17)

1.7.2.8.Vaka Yönetiminde Kullanılan Araçlar

Vaka yönetiminde sağlık bakım üyeleri ve vaka yönetici tarafından kullanılan araçlar arasında, (72, 172)

- klinik rehberler,
- klinik pathwayler
- protokoller

Klinik rehberler bir semptom, bir tanı yada klinik durumu yönetmek için geliştirilen kanıta dayalı etkili bir algoritmilerdir. Rehberler genelde alanında uzman, birçok klinisyenlerden oluşan multidisipliner bir ekip tarafından geliştirilir. Klinik Rehberler kısıtlı bir zaman diliminde yapılacak girişimleri içermez.

Klinik pathwayler (klinik yol), uygulama varyanslarının düşürülmesi ile yüksek kaliteli bakım, kaynakların etkin kullanılmasını sağlamak için girişimlerin zamanlama ve bir düzen içinde gösterilmesinden oluşmaktadır. Klinik pathwayler alanında uzmanların oluşturduğu multidisipliner bir ekip tarafından geliştirilir. Girişimler bir zamanlama ile gösterilir. Klinik pathwayler genelde hastane ortamında homojen hasta popülasyonları için kullanılır.

Protokoller medikal kayıtlarda yazılı bir istem gerektiren tanı yada prosedür gibi spesifik aktiviteleri göstermek için oluşturulan orderlardır. Protokoller bir sonuç tanılama yada bir zamanlama özeti içermezler.

1.7.2.8.1.Bakım Protokolü

Literatürde bakım ya da uygulama protokolü ile aynı anlamı ifade eden farklı terimler bulunmaktadır. Benzer anlamda olan klinik yol (clinical pathway), kritik yol (critical pathway /paths), bakım yolu (care path), bakım haritaları (care maps) ve beklenen iyileşme haritaları (anticipated recovery maps) terimler kullanılmaktadır. Bakım protokolü vaka yönetiminin önemli bir bileşeni olarak nitelendirilmektedir. Bazı araştırmacılar vaka yönetiminin etkinliğinin bakım protokolü kullanılarak yükseltilebileceğini de öne sürmektedirler (32, 180).

Bakım protokolü önceden belirlenen hasta bakım sonuçlarına ulaşmak için ilgili disiplinler tarafından yapılması gereken aktiviteleri belli bir zaman çizelgesi üzerinde gösteren yapılmış, multidisipliner bir klinik yönetim aracıdır.

Bakım protokolünün genel özellikleri;

1. Bakım protokolü multidisipliner bir araçtır; Bakım protokolü, alanında bilgili ve deneyimli sağlık profesyonellerinden oluşan bir ekip tarafından oluşturulur. Bakım protokolleri, ilgili tüm sağlık profesyonellerinin katılımını gerektiren multidisipliner bir yaklaşımdır ve bu nedenle ekip işbirliğini geliştirir (32).

2. Zaman çizelgesi; Bakım protokolünde ilgili tüm personelin aktiviteleri belli bir zaman çizelgesi üzerinde gösterilir. Kullanılan zaman dilimi bakım protokolünün kullanılacağı hasta popülasyonu ya da kuruma göre değişebilir (32, 174).

3. Hastada beklenen sonuçlar; Bakım süreci boyunca hastada beklenen klinik sonuçlar bakım protokolü üzerinde gösterilir. Bu sonuçlar, ara sonuç ya da alt amaç olarak günlük olarak gösterilebildiği gibi, taburculuk sonuçları olarak toplu olarak da gösterilebilir.

4. Bakımın ana unsurları; Bakım protokolünde yer olan bakımın ana unsurları kurumlara ve tıbbi tanıya göre değişmektedir. Ancak bir bakım protokolü formatında genellikle sekiz bakım unsuru yer almaktadır. Bunlar;

- değerlendirme ve konsültasyonlar,
- testler,
- bakım uygulamaları,
- ilaç tedavisi,
- diyet,
- aktivite- çevre güvenliği,
- Hasta/aile eğitimi
- taburculuk planı

Bakım protokolü kullanılmasının hasta, sağlık personeli, sağlık kurumu ve sağlık sigorta şirketleri için birçok yararı vardır (32, 174, 175, 180).

Hasta açısından yararları

Hastalara bakım protokolünün onlar tarafından anlaşılabilecek bir formunu verilebilir. Boyece hasta, sağlık bakım ekibi ile birlikte bakım surecinden haberdar olur ve bu formu iyileşme seyrini izlemek amacıyla kullanabilir. Ayrıca hasta, aile ve sağlık personeli arasında amaç birliği oluşur, iletişim güçlenir ve hasta memnuniyeti artar.

Sağlık personeli açısından yararları

Bakım protokolü sağlık bakım ekibinin tüm üyelerini hastanın bakım surecinin bütününden haberdar olmasını sağlar. Boyece disiplinler arası iletişim ve işbirliği artar. Bakım surecindeki gecikmeleri ve eksiklikleri önler. Personelin bakım surecini kaydetmek için harcadığı zamanı azaltır. Sonuçta sağlık personelinin iş doyumunu artar.

Sağlık kurumu açısından yararları

Bakım protokolleri hasta bakımının değerlendirilmesi ile ilgili hazır veri sağlar. Bu veri temel alınarak bakım surecindeki gerekli düzenlemeler yapılabilir. Boyece kurumun hasta bakım kalitesi yükselir. Bakım protokolü hastaların hastanede yatış süresini kısalttığı ve kaynak kullanımını standardize ettiği için kurumun bakım maliyeti de düşer. Sağlık sigorta şirketleri açısından yararları ise, yapılan ödeme karşılığında nasıl bir bakım elde edildiğinin tespit edilmesi olarak özetlenebilir.

1.7.2.8.2. Bakım Protokolü Geliştirme

Bakım protokolü geliştirirken hasta bakımına katılan tüm ekip üyelerinin iş birliği içerisinde çalışması önemlidir. Bakım protokolleri her biri alanında uzman klinisyenlerden oluşan bir multidisipliner ekipler tarafından geliştirilir.

1.7.2.8.3. Bakım Protokolünün Değerlendirilmesi

Bakım protokolünün değerlendirilmesinde, protokolün planlandığı gibi gidip gitmediği, bakım protokolünden sapmalar, hastadan beklenen klinik sonuçlar değerlendirilir. Hasta sonuçları günlük veya taburculuk esnasında değerlendirilir. Değerlendirilme yapıldıktan sonra sağlık bakım ekip üyeleri ile sonuçlar tartışılır.

Bakım protokolü girişimlerinden veya beklenen sonuçlardan olası bir sapmayı varyans olarak tanımlanmaktadır. Varyanslar negatif yada pozitif olabilir. Bakım protokolünde hasta durumu ile ilgili beklenenden daha hızlı bir olumlu sonuç elde edilmesi ve beklenenden erken bir sürede taburcu olması pozitif varyanstır. Eğer bakım protokolünden hastanın sağlık durumunun beklenenden daha kötü bir duruma gelmesi ve beklenen sonuçlara ulaşmaya engel teşkil eden durumlar ise negatif varyans olarak belirtilmektedir.

Önerilen bakım protokolünden olan sapmalar varyans kayıtlarına kaydedilir. Varyanslar takip edilmezse bakım protokolleri basit bir kontrol listesi şeklinde kalır. Hasta bakımından elde edilen sonuçlar ekip üyeleri tarafından incelenir. Beklenmeyen hasta sonuçlarının varyansları tartışılır ve bir hareket planı geliştirilir ve uygulanır.

1.7.2.8.4. Bakım Protokolünden Sapmalar /Varyanslar

Bakım protokolünde belirtilen hasta sonuçlarından herhangi bir sapma “varyans (değişiklik)” olarak ifade edilir. Başka bir deyişle varyans; beklenen ile ulaşılan ya da yapılması planlanan ile yapılan arasındaki farktır. Bakım protokolünde meydana gelen varyansa dört temel faktör neden olmaktadır (32, 103, 174, 175, 180).

1. Hasta ya da ailesi ile ilgili faktörler
2. Sağlık personeli ile ilgili faktörler
3. Sağlık kurumu ya da sistemle ilgili faktörler

4. Toplumla ilgili faktörler

Hasta yada ailesi ile ilgili faktörler ;

Hasta istemediği için herhangi bir işlemin zamanında yapılamaması hastadan kaynaklanan varyansa bir örnektir.

Sağlık personeli ile ilgili faktörler

Sağlık personeli ile ilgili faktörler hasta bakımında görev alan kişilere ilişkin sorunlarla bağlantılıdır. Örneğin malzeme olmasına karşın hastanın pansumanının yapılmaması personelden kaynaklanan bir varyans nedenidir.

Sağlık kurumu ya da sistemle ilgili faktörler

Sağlık kurumu ya da sistemle ilgili faktörler ise çoğunlukla hastanenin işleyişindeki eksikliklerden kaynaklanır. Bunların çözümlenmesi için yönetsel kararlar gerekir. Örneğin hastanın alması gereken ilacın hastanenin eczanesinde olmadığı için verilememesi sistemle ilgili bir varyans nedenidir.

Toplumla ilgili faktörler

Toplumla ilgili faktörler arasında, ulaşım imkanlarının yetersizliği ve ev bakımı gibi alternatif bakım yöntemlerinin olmaması sayılabilir.

Bakım protokolünde meydana gelen varyanslar ve nedenleri belirlendikten sonra, bunları ortadan kaldırmaya yönelik eylemler planlanmalı ve uygulanmalıdır. Bu sürece varyans analizi de denmektedir. Varyans analizinin sonuçlarına göre hizmet sunumunda ya da bakım protokolünde gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Bu özelliği ile bakım protokolleri sürekli kalite iyileştirme aracı olarak da kullanılabilir (32, 180).

BÖLÜM 2

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma, kanser hastasının palyatif bakımında vaka yönetimi modelinin semptom düzeyi, yaşam kalitesi, hasta ve aile memnuniyeti ve direkt maliyet sonuçlarına etkisinin incelenmesi amacıyla deneysel olarak planlanmıştır.

2.2.ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma Ege Üniversitesi Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi Medikal Onkoloji Kliniğinde Eylül 2009- Eylül 2011 tarihleri arasında yürütülmüştür.

2.3.ARAŞTIRMA EVRENİ

Araştırma evrenini Ege Üniversitesi Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi Medikal Onkoloji Kliniğinde palyatif amaçlı tedavi alan kanser hastaları oluşturmuştur.

2.4.ARAŞTIRMA ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örneklemini, palyatif amaçlı tedavi alan, belirlenen kriterlere uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 22 kontrol grubu ve 22 deney grubu olmak üzere toplam 44 hasta oluşturmaktadır. Hastaların araştırmaya kabul edilme kriterleri;

1. 18 yaşından büyük olmak
2. Bilinci açık, koopere ve oryante olması
3. Görme ve işitme probleminin olmaması, sözel iletişim kurabilmesi
4. Beklenen tahmini yaşam süresinin 6 ay ile 12 ay arasında değişen kanser hastası olması
5. Karnofsky performans skalası ile ölçülen performans düzeyinin 50 ve altı olması
6. Kontrol edilemeyen bir ya da birden fazla semptoma sahip kanser hastası

7. Palyatif amaçlı tedavi alan kanser hastası

2.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada kullanılması planlanan veri toplama araçları;

1. Palyatif Dönem Kanser Hastasına Özgü Veri Toplama Formu (EK I)

Bu veri toplama aracı palyatif dönem kanser hastasının demografik özelliklerden ve hastalığa ilişkin özelliklerden oluşmaktadır.

2. Edmonton Semptom Tanılama Sistemi (Edmonton Symptom Assessment System ESAS) EK II;

Palyatif kanser hastasında var olan semptomları tanılamak amacıyla geliştirilmiştir. ESAS hastalarının ağrı, aktivite, bulantı, depresyon, anksiyete, sersemlik, iştahsızlık, iyilik hali, nefes darlığı gibi 9 semptomdan oluşmakta olup, skalada “diğer semptom” olarak seçebileceğiniz bir alternatifi bulunmaktadır. Skalada bulunan semptomlar 0 ile 10 arasında işaretleyebileceği vizüel analog yada nümerik tarzda hazırlanan bir dizayndır. 0 semptomun olmadığını, 10 semptomun oldukça şiddetli olduğunu tanımlar.

Edmonton Semptom Tanılama Sistemi hesaplanması; Skalanın toplamı 0- 90 puan arasında değişmektedir. Ancak diğer bir semptom seçilirse toplam puan eklenmesi gerekmektedir. Skaladan alınan yüksek puanlar yüksek semptom düzeyini göstermektedir.

Edmonton Semptom Tanılama Sistemi; Bruera E, Kuehn N, Miller M, ve arkadaşları (1991) tarafından geliştirilen ESAS’ın Türk toplumu için geçerliliği ve güvenilirliği Usta Yeşilbalkan ve arkadaşları 2008 tarafından yapılmış olup, ölçeğin Cronbach α düzeyi >0.70 üzerinde bulunmuştur (17, 196).

Araştırmada Edmonton semptom skalasına diğer semptom olarak palyatif bakım ortamlarında sık olarak deneyimlenen “konstipasyon” semptomu seçilmiştir.

Edmonton Sempom skalası toplam 10 semptomdan oluşmuş ve toplam puan 0- 100 arasında hesaplanmıştır.

3. Karnofsky Peformans Skalası EK III;

Bu skala ile hastaların genel ve fonksiyonel durumu değerlendirilebilir. Skala 0- 100 puan arasında değişmektedir. 100 en iyi fonksiyonel yeterlilik durumunu gösterirken, 0 puan fonksiyonel yeterliliğin olmadığı ölümlü göstermektedir (149). Araştırmada Karnofsky Peformans Skalası 50 ve altı puanlar (50, 40, 30) araştırmaya dahil edilme kriteri olarak kullanılmıştır.

4. EORTQLQ CA-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK-IV);

Kanser tanısı almış bireylerin yaşam kalitesini tanılamak için EORTQLQ-C30 global yaşam kalitesi ölçeği Aaronson ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek, Güzelant ve arkadaşları (2004) tarafından Türkçe'ye uyarlanmış ve akciğer kanserli hastalarda Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirliği saptanmıştır (67). Ölçeğin cronbach alfa katsayısı ≥ 0.70 olarak belirlenmiştir. Yapılan çalışmalar sonucunda ölçeğin; geçerli ve güvenilir bir araç olduğu saptanmıştır (2). EORTQLQ-C30 30 maddeden ve fonksiyonel ve semptom ölçeği olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır.

Fonksiyonel alt boyutu; fiziksel (1-5. sorular), rol (6. ve 7. soru), bilişsel (20. ve 25. soru), emosyonel (21-24. sorular), sosyal (26. ve 27. soru), global yaşam kalitesi (29. ve 30. soru) olmak üzere altı alt boyuttan oluşmaktadır.

Semptom alt boyut ölçeği; yorgunluk (10, 12. ve 18. sorular), bulantı ve kusma (14 ve 15. soru), ağrı (9. ve 19. soru), dispne (8. soru), uyku bozukluğu (11. soru), iştahsızlık (13. soru), konstipasyon (16. soru), diyare (17. soru), ve mali etki (28. soru) semptomlarını içermektedir (67).

EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının geliştirilmesinin değerlendirilmesinde; ortalama değişim skoru 5-10 arasında ise hastaların subjektif yaşam kalitelerinde küçük bir miktar değişimin olduğunu ifade ederken, 10-20 arasındaki puan değişimi ise orta düzeyde bir değişimin olduğunu göstermektedir. 20 ve üstü puanlar büyük bir değişimin olduğunu ifade etmektedir. Bu nedenle 10 ve üzerindeki farklar klinik yararlılık ile ilgili olabileceğini ifade etmektedir (122).

5. Hasta Memnuniyet Formu EK V;

Hasta memnuniyet formu literatür eşliğinde araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Form için özellikle palyatif bakım sağlık ortamlarında sıklıkla kullanılan FEMCARE-Patient hasta memnuniyet ölçeği temel alınmıştır (96, 97).

Literatürden adapte edilen bu form aile memnuniyet düzeyini belirlemek için (1) Hiç Memnunum değilim, (2) Memnunum Değilim, (3) Kararsızım, (4) Memnunum (5) Çok memnunum gibi 1 ile 5 arasında araştırmacı tarafından puanlanmıştır. Formdan alınan yüksek puanlar yüksek aile memnuniyet düzeyini göstermektedir.

6. Aile Bakım Memnuniyet Formu VI;

Aile memnuniyet formu literatür eşliğinde araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Form için özellikle Kristjanson tarafından (1993) palyatif bakım sağlık ortamlarında sıklıkla kullanılan FEMCARE aile memnuniyet ölçeği temel alınmıştır (94, 142). Yeni oluşturulan bu form aile memnuniyet düzeyini belirlemek için (1) Hiç Memnunum değilim, (2) Memnunum Değilim, (3) Kararsızım, (4) Memnunum (5) Çok memnunum gibi 1 ile 5 arasında puanlanmıştır. Formdan alınan yüksek puanlar yüksek aile memnuniyet düzeyini göstermektedir.

7. Hasta Maliyet Kayıt Formu EK VII;

Maliyet formu hastanede kalış masraflarını içeren direkt sağlık harcamalarını listelenerek oluşturulmuştur. Direkt maliyetler arasında hastanın hastaneye yatışından itibaren kullanılan ilaçlar, tıbbi malzemeler, laboratuvar ve tanı testleri, konsültasyonlar, profesyonel bakım ve hastanede yatış masrafı (refakat ücreti dahil) gibi maliyet kalemleri yer almaktadır. Hasta taburcu olduğunda toplam hastane maliyeti masraf listesi klinik sekreterinden alınarak hasta maliyet formuna kaydedilmiştir. Toplam maliyet Türkiye Cumhuriyeti Türk Lirası üzerinden her hasta için masraf listelerinden alınarak hesaplanmıştır. Araştırmada sadece direkt toplam hastane maliyeti kullanılmıştır. İndirekt maliyetler kapsam dışında tutulmuştur.

8. Palyatif Bakım Varyans Kayıt Formu EK VIII;

Vaka yönetimi varyans nedenlerine göre literatüre göre araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Hasta, kurum ve sağlık personeli kaynaklı varyansların kayıt edildiği bir formdur.

2.6.ARAŞTIRMADA KULLANILAN YÖNTEMLER

Araştırmada Ege Üniversitesi Tülay Aktaş Onkoloji Kliniğinde ileri düzey, palyatif amaçlı tedavi alan, belirlenen kriterlere uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu randomize edilerek kontrol ve deney grubu olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Kontrol grubuna alınan hastalara rutin klinik bakım, deney grubuna alınan hastalara vaka yönetimi uygulanmıştır.

2.6.1. Kontrol Grubu (vaka yönetimi uygulanmayan grup)

Kontrol grubuna alınan hastalara klinik rutin aynen uygulanmıştır. Hastanın yatışının ilk günü Palyatif Dönem Kansere Hastasına Özgü Veri Toplama Formu (EK I), Edmonton Semptom Tanılama Sistemi EK II, Karnofski Performans Skalası EK III, EORTQLQ CA-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği EK IV formları uygulanmıştır.

Hasta taburcu olduğunda hasta memnuniyet formu EK V, aile memnuniyet formu EK VI ve hastaya ikinci kez EK IV Yaşam kalitesi formu doldurulmuştur. Hasta hastaneden taburcu olduğunda direkt sağlık harcamaları maliyeti hasta dosyasından alınarak hasta maliyet formuna kaydedilmiştir. Bununla birlikte hastanın hastanede kalış süresi de dosyaya işlenmiştir.

2.6.2. Vaka Yönetimi Uygulanan Grup

Deney grubuna alınan hastalara vaka yönetim süreci uygulanmıştır. Vaka yönetimi uygulama süreci;

2.6.2.1. Palyatif Kansere Hastasına Yönelik Bakım Protokolü (EK IX)

Araştırmada vaka yönetimi modeli uygulamalarında sıkça kullanılan ve bakım ekibinin sorumluluklarını ayrıntılı bir şekilde gösteren bakım protokolü (bakım pathway) kullanılmıştır. Bu amaçla palyatif dönem kanser hastasına yönelik geliştirmiş **EK IX** yer alan klinik protokol, Ege Üniversitesi Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi Palyatif Bakım Ekibi (medikal onkolog, hemşire, algolog, psikiyatr, fizik tedavi uzmanı, sosyal hizmet uzmanı, konsültasyon liyezon psikiyatri yüksek lisans mezunu uzman danışman hemşire) üyelerinin uzmanlık alanlarına ait ortak çalışmaları sonunda geliştirilmiştir (**131**).

2.6.2.2. Palyatif Bakım Protokolü Geliştirme

Bakım protokolü geliştirme süreci hasta bakımını sağlayan multidisipliner ekip üyelerinin ortak çalışması gerçekleşmektedir. Bakım protokolü geliştirme ekibi bakım hizmeti sunulacak hasta popülasyonuna özgü uzmanlık alanlarından oluşmalıdır. Ayrıca ekip üyeleri hedef hasta grubuna özgü geliştirilecek bakım protokolü için yeterli literatür bilgisi ve klinik beceriye sahip olmalıdır.

Vaka yönetimi kapsamında geliştirilecek palyatif bakım protokolü için

hedeflenen kanser hasta popülasyonun özellikleri;

- İleri evre kanser hastası olmak (kanser alanı sınırlamaksızın Evre IV, metastazı olan, akut durumları sıklıkla yaşayan hastalar)
- Ağrı başta olmak üzere ve fiziksel ve psikolojik diğer semptomları sıklıkla deneyimleyen hasta olmak
- Fonksiyonel kapasitesi azalmış hasta olmak (Karnofsky Performans Puanı 50 ve altı olan hastalar)
- Yaşam kalitesi azalmış olan hastalar (Fiziksel, Sosyal, Kognitif, Rol, Emosyonel iyilik durumlarının azalması)

İleri evre kanser hastasının palyatif bakımına özgü geliştirilecek bakım protokolü için oluşturulan **ekip üyeleri arasında;**

- Medikal onkolog
- Akademisyen hemşire ve Uzman Klinik Hemşire
- Algolog
- Psikiyatr
- Fizik tedavi uzmanı
- Sosyal Hizmet uzmanı
- Konsültasyon Liyezon Psikiyatri hemşiresi

Vaka yönetimi kapsamında geliştirilen **Palyatif bakım protokolünün bileşenleri;**

- Hasta ve ailesi için ulaşılabilecek hedefler

- Hasta ve ailesi için tanı, tedavi ve bakım uygulamaları
- Vaka yönetim ekip üyelerinin rol ve sorumlulukları
- Bakım protokolünde sapmaların varyans kodları

Palyatif bakım protokolü tanı, tedavi ve bakım uygulamaları arasında;

- Tanı, tedavi, girişimler
- Testler /prosedürler
- Konsültasyonlar
- Ağrı Yönetimi
- Hasta bakımı
- Hasta ve aile eğitimi
- Beslenme/hidrasyon
- Aktivite/egzersiz
- Psikolojik gereksinimler
- Sosyal gereksinimler
- Aileye Psikolojik destek

Palyatif bakım protokolü kapsamında araştırmacı vaka yöneticisi ve diğer öğretim üyelerinin editörlüğünde hazırlanan “kanser hastaları ve aileleri için palyatif bakım” kitabı (**EK XV**) kullanılarak yapılan **hasta ve aile eğitim konuları;**

- Hasta ve ailesinin ağrı kontrolü ile ilgili eğitimi

- Hasta ve ailesinin diğer semptomların kontrolü ile ilgili eğitimin sağlanması
- Hasta ailesinin terminal hasta bakımı eğitimi
- İleri evre kanser hastasının aile bakımı

Palyatif Bakım Protokolü varyans kodları;(EK VIII)

- A (hasta kaynaklı kodlar; ağrı, diğer semptomlar, vs,..)
- B (bakım ekibi kaynaklı kodlar; personelin zamanının olmaması vs,..)
- C (kurum kaynaklı kodlar; tanı ve tetkik için eksik yada çalışmayan malzeme vs.)

Palyatif bakım protokolü varyanslarının kaydı oldukça önemlidir. Protokol uygulanmasında oluşan varyansların düzeltilmesi ve sürecin aktif olması gerekmektedir.

Palyatif bakım protokolü zaman çizelgesine dayalı oluşturulmuştur. Zaman çizelgesinde ileri evre kanser hastasının semptom kontrolünün sağlandığı ortalama süre ve hastaların hastanede kaldıkları ortalama süreler dikkate alınmıştır. Ancak ileri evre kanser hastasının akut durumlarına göre zaman hastaya özgü değişmeye açıktır.

Vaka yönetimi kapsamında geliştirilen ***palyatif bakım protokolü için özellikle temel alınan rehber, protokol ve diğer kaynaklar;***

- *National Comprehensive Cancer Network NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, Palliative Care, 2009 www.nccn.org Erişim Tarihi 02. 02. 2009*

- *Palliative Care for Advanced Disease (PCAD) pathway* www.stoppain.org.
Erişim tarihi 10. 01. 2009
- *World Health Organization (2007). Cancer Control Knowledge into Action; WHO Guide for Effective programmes, Palliative Care, module 5, Geneva, World Health Organization,*
- *National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. New York, 2004.*
www.nationalconsensusproject.org Erişim tarihi 03. 02. 2009
- *Cancer Care Alliance Palliative Care Guidelines, Network Supportive and Palliative Care Guidelines, Approaching the Management of Pain, 2009,*
www.yorkshire-cancer-net.org.uk/ Erişim Tarihi; 10. 01. 2009
- *Cancer Care Alliance Palliative Care Guidelines, Network Supportive and Palliative Care Guidelines, Management of Nausea and Vomiting, 2009,*
www.yorkshire-cancer-net.org.uk/ Erişim Tarihi; 10. 01. 2009

2.6.2.3. Palyatif Bakım Protokolü Uygulanması

Palyatif bakım protokolü geliştirme süreci tamamlandıktan sonra tüm klinik hemşireler, medikal onkoloji yan dal asistanları ve iç hastalıkları uzmanlığı asistanları ile protokolün uygulanması ile ilgili eğitim yapılmıştır. Protokol içerisindeki rol ve sorumluluklar eğitimin temelini oluşturmuştur. Protokolün klinikte uygulanması için ön pilot uygulama yapılmış ve protokolün son hali yeniden revize edilmiştir (**EK IX**).

Aynı zamanda araştırmacı olan vaka yönetici hemşire bakım protokolünün uygulanmasından primer sorumlu olmuştur. Vaka yönetici hemşire protokol kapsamında hastanın yatışından taburculuğuna kadar klinik sorumlu hemşire ile

birlikte hasta ve ailesinin takibini yapmıştır. Klinik hasta bakımına katılmış ve protokol çerçevesinde hasta ve ailenin eğitimini sağlamıştır. Palyatif bakım protokolü kapsamında ekip üyeleri ile iş birliği ve bakım koordinasyonunu yürütmüştür. Vaka yönetici hemşire palyatif bakım protokolü değerlendirilmesi için hastanın semptom düzeyi, performans durumu, yaşam kalitesi düzeyi, hasta ve aile memnuniyet ölçümü, taburculukta maliyet düzeyinin kaydı ve bakım protokolü varyanslarının kaydını sağlamıştır.

Bakım Protokolünün Uygulanması

Hastaneye Yatış: 0. Gün

- Hastayı karşılama ve tanışma
- Hasta ve ailesine palyatif bakım programı ile ilgili bilgilendirme ve palyatif bakıma kabul edilmesi

Yatışın 1.Günü:

- Hastanın palyatif bakım ekibi (medikal onkolog, hemşire, diyetisyen ve algolog) tarafından ilk değerlendirmesinin yapılması
- Hastaya anketlerin uygulanması
- Palyatif bakım protokolünün uygulamaya konması
- Protokol kapsamında hastanın ağrı ve diğer semptomlarının giderilmesine yönelik order (istem) oluşturulması
- Hastanın rahatı ve konforu için bireysel hemşirelik bakımı sağlanması
- Beslenme desteği planlaması ve başlanması

Yatışın 2. Günü:

- Hastanın semptom kontrolüne devam edilmesi
- Planlanan beslenme desteğinin sağlanması
- Hastanın tedavisi ve fiziksel bakımının sağlanması
- Bakım protokolü çerçevesinde psikiyatri tarafından hastanın psikolojik değerlendirilmesinin yapılması
- Hastanın psikiyatri değerlendirilmesi sonrası tedavisine başlaması
- Hastanın fizik tedavi ekibi tarafından değerlendirilmesi ve bireysel programın oluşturulması
- Hastaya planlanan egzersiz programına başlanması

Yatışın 3. Günü:

- Hastanın fiziksel ve psikolojik semptomlarının kontrolüne devam edilmesi
- Beslenme desteğine devam edilmesi
- Hastanın fizik tedavi ekibi tarafından değerlendirilmesi ve bireysel programın oluşturulması
- Hastaya planlanan egzersiz programına başlanması
- Hastanın sosyal hizmet uzmanı tarafından değerlendirilmesi ve sosyal destek planlaması

Yatışın 4. Günü:

- Hastanın semptom sıklığını ve şiddetini değerlendirme ve ihtiyaca göre yeniden tedavi planı oluşturulması

- Bireysel egzersiz programının vaka yönetici gözetiminde uygulanması
- Diyetisyen tarafından hastanın beslenme durumunun yeniden değerlendirilmesi
- Hasta ve ailesinin bakım protokolü çerçevesinde vaka yöneticisi tarafından eğitimine başlanması (eğitim materyalleri ile)

Yatışın 5. Günü:

- Ailenin psikolojik desteğe ihtiyacının belirlenmesi ve aile görüşmesi danışman hemşire tarafından yapılması

Yatışın 6. Günü:

- Hasta ve ailesinin bakım protokolü çerçevesinde vaka yöneticisi tarafından eğitimine başlanması (eğitim materyalleri ile)

Yatışın 7-14.Günlerinde:

- Hastanın planlanan bakım protokolü kapsamındaki hedefler açısından değerlendirilmesi ve ihtiyaca göre yeniden bireysel plan oluşturulması
- Ailenin hastanın fiziksel bakımı ile ilgili uygulamalı vaka yöneticisi tarafından eğitimin sağlanması

*Ekip Toplantıları (periyodik aralarla)

*Taburculuk (Soru Formlarının Uygulanması)

Araştırmanın Uygulama Aşamaları

Araştırmaya başlamadan önce vaka yönetimi modelinin etkin uygulanması için Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi Medikal Onkoloji ekip üyeleri ile bilgilendirme ve ortak çalışma planlaması yapılmıştır.

Araştırma **ilk olarak** vaka yönetimi uygulanacak palyatif kanser hastasının belirlenmesi ile başlamıştır. Hasta seçimi sonrası hasta ile ekip üyelerinin tanışması ve hastanın araştırmaya katılımı için sözel ve yazılı onam alınması sağlanmıştır.

Vaka yönetimine alınan hasta grubu hastaneye kabulün ilk gününden taburcu olana kadar izlenmiştir. Vaka yönetimi kapsamında geliştirilen palyatif bakım protokolünde yer alan hasta bakımına ait ekip üyelerinin sorumluluklarına göre bakım yönetilmiştir.

Hasta kabulünün ilk günü Palyatif Dönem Kanser Hastasına Özgü Veri Toplama Formu (EK I), Edmonton Semptom Tanılama Sistemi EK II, Karnofski Performans Skalası EK III, , EORTQLQ CA-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği EK IV formları uygulanmıştır. Hastanın ilk gün semptom tanılması, fonksiyonel durumu belirlenmiştir. Hasta taburcu olana kadar palyatif bakım protokolünde yer alan (Palyatif Kanser Hastasına Yönelik Bakım Protokolü (**EK IX**)) hasta bakım ekip üyelerinin sorumluluklarına göre bakım yönetilmeye devam edilmiştir. Hasta taburcu olduğunda hasta memnuniyet formu EK V, aile memnuniyet formu EK VI ve hastaya ikinci kez EK IV EORTQLQ CA-30 Yaşam kalitesi formu doldurulmuştur.

Vaka yönetiminin değerlendirilmesinde hastaneden taburcu olduğunda direkt sağlık harcamaları maliyeti klinik sekreterinden alınarak hasta dosyasında bulunan maliyet formuna (EK VII) kaydedilmiştir. Bununla birlikte hastanın hastanede kalış süresi de dosyaya işlenmiştir.

Vaka yönetimin etkisinin izlemi için oluşturulmuş hasta, kurum ve sağlık personeli kaynaklı varyanslar vaka takibi boyunca Palyatif Bakım Varyans Kayıt Formu EK VIII kayıt edilmiştir.

2.7. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; bireyin semptom sıklığı, yaşam kalitesi, hasta ve aile memnuniyet düzeyi ve direkt maliyettir.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri, hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, medeni durumu, mesleği, sosyal güvencesi, sosyoekonomik durumu, hastalık tanı süresi, fonksiyonel düzeydir.

2.8. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN ANALİZİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmadan elde edilen veriler özel bir bilgisayarda Statistical Package for Social Science 15,0 (SPSS) paket programında analiz edilmiştir.

Hastalara ilişkin demografik ve tanıtıcı bilgiler sayı ve yüzde olarak belirtilmiştir. Deney ve kontrol grubundaki hastaların demografik özellikleri açısından benzer bir dağılım gösterip göstermediklerini belirlemek amacı ile Shapiro-Wilk testi yapılmıştır.

Deney ve kontrol grubunda normal dağılım gösteren değişkenlerde iki grup karşılaştırılması için t-testi ve normal dağılım göstermeyen özellikteki iki grup karşılaştırılması için Mann-Whitney U testi kullanılarak analiz edilmiştir.

Yatış ve taburculuk sonrası normal dağılım gösteren değişkenlerde iki grup karşılaştırılması için Wilcoxon Signed Ranks Testi kullanılmıştır.

Verilerin analizi Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim anabilim dalından Araş. Görev. Dr. Hatice Uluer tarafından yapılmıştır.

2.9.SÜRE VE OLANAKLAR

Araştırmanın yürütülmesi ile ilgili zaman takvimi Tablo 8’de sunulmuştur.

2.10.ARAŞTIRMADA ETİK VE İZİNLER

Araştırmanın yürütülmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu etik kurulundan (**EK XIV**) ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Etik (**EK XIII**) kurulundan izin alınmıştır. Ayrıca etik komite izinlerinden sonra araştırmaya başlamadan önce Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesi Tülay Aktaş Onkoloji Kliniğinden (**EK XII**) izin alınmıştır. Araştırmaya katılmaya karar vermiş hastalara onam formu (**EK X**) ile araştırmanın amacı, uygulama yöntemi ve elde edilen sonuçlar hakkında bilgilendirilmiştir.

Tablo 7: Araştırma Planı

DENEY GRUBU (n:22)	KONTROL GRUBU (n:22)
<p>Hastaneye Yatış: 0. Gün Hastayı karşılama ve tanışma</p> <p>Hasta ve ailesine palyatif bakım programı ile ilgili bilgilendirme ve palyatif bakıma kabul</p> <p><u>Yatışın 1.Günü:</u></p> <p>Hastanın palyatif bakım ekibi tarafından ilk değerlendirmesinin yapılması</p> <p>Hastaya anketlerin uygulanması</p> <p>Palyatif bakım protokolünün uygulamaya konması</p> <p><u>Yatışın 2. Günü:</u></p> <p>Hastanın sempom kontrolü, beslenme desteği, tedavisi ve fiziksel bakımının sağlanması ve psikiyatri tarafından hastanın değerlendirilmesi</p> <p><u>Yatışın 3. Günü:</u></p> <p>Hastanın sosyal hizmet uzmanı tarafından değerlendirilmesi ve sosyal destek planlama</p> <p><u>Yatışın 4. Günü:</u></p> <p>Hasta ve ailesinin bakım protokolü çerçevesinde vaka yönetici tarafından eğitimine başlama (eğitim materyalleri ile)</p> <p><u>Yatışın 5. Günü:</u></p> <p>Ailenin psikolojik desteğe ihtiyacının belirlenmesi ve aile görüşmesi danışman hemşire tarafından yapılması</p> <p><u>Yatışın 6-14.Günlerinde:</u></p> <p>Hastanın planlanan bakım protokolü kapsamındaki hedefler açısından değerlendirilmesi ve ihtiyaca göre yeniden bireysel plan oluşturma</p> <p>Ailenin hastanın fiziksel bakımı ile ilgili uygulamalı vaka yöneticisi tarafından eğitimin sağlanması</p> <p>*Ekip Toplantısı *Taburculuk (Soru Formlarının Uygulanması)</p>	<p>Hastaneye Yatış: 0. Gün</p> <p><u>Yatışın 1.Günü: TANIŞMA</u></p> <p>*Çalışma için onam alma</p> <p>*Anketlerin Uygulanması</p> <p>RUTİN KLİNİK UYGULAMA VE BAKIMIN SAĞLANMASI</p> <p>Taburculuk (Soru Formlarının Uygulanması)</p>

Tablo 8: Araştırma Uygulama Takvimi

SÜRE	Mart 2009	Nisan 2009	Mayıs 2009	Haziran 2009	Temmuz	Ağustos	Eylül 2009	Ekim 2009	Kasım 2009	Aralık 2009	Ocak 2010	Şubat 2010	Mart 2010	Nisan 2010	Mayıs 2010	Haziran 2010	Temmuz	Ağustos 2010	Eylül 2010	Ekim 2010	Kasım 2010	Aralık 2010	Ocak 2011	Şubat 2011	Mart 2011	Nisan 2011	Mayıs 2011	Haziran 2011	
Öneri Sınavı	x																												
Araştırmanın Uygulanması İçin Hazırlık Aşaması		x	x	x	x	x	x	x	x	x																			
Araştırma Verilerinin Toplanması										x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x									
Araştırma Verilerinin Analizi/Yorumlanması																					x	x	x						
Araştırmanın Yazımı																								x	x	x	x		
Araştırmanın Basımı																												x	

BÖLÜM 3

3.1.HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE GÖRE DAĞILIMLARI

Tablo 9: Deney ve Kontrol Grubundaki Hastalara İlişkin Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımları

	Deney Grubu		Kontrol Grubu		TOPLAM		
	n	%	n	%	n	%	
<u>Yaş Ortalaması</u>							t:-0,270
<i>Levene Test</i>	$\bar{X}:52,59 \pm 13,31$		$\bar{X}:53,63 \pm 12,31$		$\bar{X}:53,11 \pm 12,81$		p:0,788
<u>Cinsiyet</u>							
Kadın	18	81,8	15	68,2	33	75,0	X²:0,488
Erkek	4	18,2	7	31,8	11	25,0	
<u>Eğitim Durumu</u>							
Okuryazar/ İlköğretim	10	45,4	13	59,1	22	50,0	X²:0,340
Lise/üniversite	12	54,5	9	40,9	22	50,0	
<u>Medeni Durum</u>							
Evli	15	68,2	17	77,3	32	72,7	X²:0,752
Bekar/Dul	7	31,8	5	22,7	12	27,3	
<u>İş Durumu</u>							
İşçi	4	18,2	4	18,2	8	18,2	X²:0,271
Memur	5	22,7	2	9,1	7	15,9	
Serbest meslek	1	4,5	1	4,5	2	4,5	
Emekli	4	18,2	6	27,3	10	22,7	
Ev hanımı	8	36,4	5	22,7	13	29,5	
Diğer	0	0,0	4	18,2	4	9,1	
TOPLAM	22	100,0	22	100,0	44	100,0	

Tablo 9'un devamı

	Deney Grubu		Kontrol Grubu		TOPLAM		P
	n	%	n	%	n	%	
<u>Sosyal Güvence</u>							
SSK	12	54,5	10	45,5	22	50,0	X²:0,662
Emekli Sandığı	6	27,3	7	31,8	13	29,5	
Bağ-Kur	4	18,2	3	13,6	7	15,9	
Ücretli	0	0,0	1	4,5	1	2,3	
Yeşil kart	0	0,0	1	4,5	1	2,3	
<u>Gelir Durumu</u>							
Karşılıyor	19	86,4	20	91,0	39	86,4	X²:0,490
Karşılmıyor	3	13,6	2	9,0	5	13,6	
<u>Birlikte yaşadığı bireyler</u>							
Yalnız	4	18,2	3	13,6	7	15,9	X²:0,372
Eş ile	11	50,0	13	59,1	24	54,5	
Çocuklarla	7	31,8	4	18,2	2	4,5	
Diğer	0	0,0	2	9,1	2	4,5	
TOPLAM	22	100,0	22	100,0	44	100,0	

Tablo 9’da araştırma kapsamındaki hastaların bazı sosyo-demografik özellikleri gösterilmektedir. Deney grubunda yer alan hastaların yaş ortalamalarının $52,59 \pm 13,31$ olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların ise; yaş ortalaması $53,63 \pm 12,31$ ’dir. Levene testi sonucunda deney ve kontrol grubundaki hastaların yaş grupları bakımından homojen bir dağılım gösterdiği saptanmıştır ($t:0,270$; $p>0,05$).

Deney grubundaki hastaların %81,8’u kadın, %18,2’i erkek; kontrol grubundaki hastaların %68,2’i kadın, %31,8’i erkektir. Deney ve kontrol gruplarının cinsiyet bakımından homojen bir dağılım gösterdiği saptanmıştır.

Deney grubunda okuryazar/ ilköğretim düzeyinde eğitime sahip olanların oranı %45,4, lise/üniversite düzeyinde eğitime sahip olanların oranı %54,5; kontrol grubunda düzeyinde eğitime sahip olanların oranı %59,1, lise/üniversite düzeyinde eğitime sahip olanların oranı %40,9 olarak saptanmıştır. Deney ve kontrol gruplarının eğitim durumları bakımından homojen bir dağılım gösterdiği saptanmıştır.

Hastaların medeni durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; deney grubundaki hastaların % 68,2’sinin evli ve %31,8’sinin bekar/dul yaşadığını; kontrol grubundaki hastaların %77,3’ünün evli, %22,7’inin bekar/ dul ayrı yaşadığı saptanmıştır.

Deney grubundaki hastaların %27,3’ünün Emekli Sandığına, % 18,2’sinin Bağ-Kur’a, %54,5’inin SSK’ya bağlı olduğu; kontrol grubundaki hastaların %31,8’inin Emekli Sandığına, % 13,6’sının Bağ-Kur’a %45,5’inin SSK’ya bağlı olduğu, % 4,5 ’inin ücretli, % 4,5 ’inin yeşil kartının olduğu saptanmıştır.

Hastalar çalışma durumlarına göre incelendiğinde, deney grubundaki hastaların % 36,4’ünün ev hanımı % 22,7’sinin memur, % 18,2’sinin emekli, % 18,2’sinin işçi, , % 4,5’inin serbest meslek olduğu; kontrol grubundaki hastaların %

27,3'ünün emekli, % 22,7'sinin ev hanımı, % 18,2'sinin işçi, % 9,1'inin memur, % 4,5'inin serbest meslek, % 18,2'sinin diğer olduğu saptanmıştır.

Deney grubundaki hastaların %86,4'ünün gelir düzeyi karşılıyor şekildeyken, %13,6'sının karşılamıyor şeklinde olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların ise; %91,0'inin gelir düzeyi karşılıyor şekildeyken, %9,0'unun karşılamıyor şeklinde olduğu belirlenmiştir.

Deney grubundaki hastaların birlikte yaşadıkları kişiler ile dağılımları; %18,2'sinin yalnız, %50'sinin eşi ile birlikte, %31,8'inin çocukları ile birlikte yaşadığı; kontrol grubundaki hastaların ise, %13,6'sının yalnız, %59,1'inin eşi ile birlikte, %18,2'sinin çocukları ile birlikte yaşadığı, %9,1'inin diğer kişilerle birlikte yaşadığı saptanmıştır.

3.2. HASTALARIN HASTALIK ÖZELLİKLERİNE GÖRE DAĞILIMLARI

Tablo 10:Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımları

	Deney Grubu		Kontrol Grubu		P
	n	%	n	%	
<u>Primer Tanı</u>					
Gastrointestinal Ca	9	40,9	5	22,7	X²:0,149
Genitoüriner Ca	3	13,6	9	40,9	
Meme Ca	4	18,2	1	4,5	
Kemik Doku Ca	2	9,1	3	13,6	
Akciğer Ca	1	4,5	3	13,6	
Diğer (primeri belli olmayan, maling melanom)	3	13,6	1	4,5	
<u>Tanı ay ortalaması</u>	\bar{x} :35,72±30,28		\bar{x} :31,45±27,37		
<u>Evre</u>					
Evre IV	22	50,0	22	50,0	*
<u>Metastaz varlığı</u>					
Evet	22	50,0	22	50,0	*
<u>Tedavi Şekli</u>					
Palyatif / KT uygulanmıyor	22	50,0	22	50,0	*
TOPLAM	22	100,0	22	100,0	

**Evre IV, Metastaz olması ve palyatif amaçlı tedavi alması araştırmaya alınma ölçütleri olarak kullanılmıştır.*

Tablo 10' da hastaların hasta özelliklerine dağılımlarında gösterildiği gibi, deney grubundaki hastaların %40,9'unun Gastrointestinal Ca, %13,6'sının Genitoüriner Ca, %18,2'sinin Meme Ca, %9,1'inin Kemik Doku Ca, %4,5'inin Akciğer Ca, %13,6'sının Diğer (primeri belli olmayan, maling melanom) tanısını

aldığı görülmektedir. Kontrol grubundaki hastaların ise, % 22,7'sinin Gastrointestinal Ca, %40,9'unun Genitoüriner Ca, %14,5'inin Meme Ca, %13,6'sının Kemik Doku Ca, %13,6'sının Akciğer Ca, %4,5'inin Diğer (primeri belli olmayan, maling melanom) tanısı aldığı görülmektedir.

Hastaların hastalık özelliklerine göre dağılımlarına bakıldığında; deney grubundaki hastaların tanı ay ortalaması \bar{x} :35,72±30,28 ay ve kontrol grubundaki hastaların tanı ay ortalaması \bar{x} :31,45±27,37 ay şeklindedir.

Deney ve kontrol grubundaki hastaların tamamı (% 100,0) evre IV kanser hastası olup, tümünde metastaz varlığı mevcut ve palyatif amaçlı tedavi almaktadırlar. Bu hastalık özellikleri çalışmaya alınma ölçütleri için kullanılmıştır. Araştırma deney ve kontrol hastaları palyatif bakıma daha fazla ihtiyaç duyan bir popülasyondur.

Tablo 11: Hastaların Karnofsky Performans Puanlarına Göre Dağılımları

Karnofsky Performans Düzeyi	Deney Grubu		Kontrol Grubu		P
	n	%	n	%	
30	9	40,9	11	50,0	X² :0,748
40	11	50,0	10	45,5	
50	2	9,1	1	4,5	
TOPLAM	22	100,0	22	100,0	

Hastaların Karnofsky Performanslarına Göre Dağılımlarına bakıldığında; deney grubundaki hastaların %40,9'u 30, %50,0'si 40 ve %9,1'i 50 karnofsky performansına sahiptir. Bu oranların kontrol grubundaki dağılımı %50,0'si 30, %45,5'i 40 ve % 4,5'i 50 karnofsky performansı şeklindedir. Deney ve kontrol grubu hastalarının karnofsky performans puanları homejen dağılım göstermektedir.

Tablo 12: Hastaların Kullandığı İlaçların Dağılımları

	Deney Grubu		Kontrol Grubu		P
	n	%	n	%	
<u>Analjezik</u>					
Nonsteroid/ parasetemol					
Evet	21	95,5	14	63,6	X²: 0,021
Hayır	1	4,5	8	36,4	
Tramadol					
Evet	16	72,7	9	40,9	X ² : 0,067
Hayır	6	27,3	13	59,1	
Fentanil					
Evet	12	54,5	9	40,9	X ² : 0,547
Hayır	10	45,5	13	59,1	
Morfin					
Evet	11	50,0	5	22,7	X ² : 0,116
Hayır	11	50,0	17	77,3	
Adjuvan					
Evet	5	22,7	2	9,1	X ² : 0,412
Hayır	17	77,3	20	90,9	
İnvaziv girişim					
Evet	1	4,5	0	0,0	X ² : 1,000
Hayır	21	95,5	22	100,0	
<u>Antiemetik</u>					
Evet	19	86,4	18	81,8	X ² : 1,000
Hayır	3	13,6	4	18,2	
<u>Laksatif</u>					
Evet	19	86,4	10	45,5	X²: 0,010
Hayır	3	13,6	12	54,5	
<u>Hipnotik</u>					
Evet	4	18,2	3	13,6	X ² : 1,000
Hayır	18	81,8	19	86,4	
<u>Antipsikotik</u>					
Evet	9	40,9	4	18,2	X ² : 0,185
Hayır	13	59,1	18	81,8	
<u>Anksiyolitik</u>					
Evet	3	13,6	3	13,6	X ² : 1,000
Hayır	19	86,4	19	86,4	
<u>Antidepresan</u>					
Evet	9	40,9	4	18,2	X²: 0,031
Hayır	13	59,1	18	81,8	
TOPLAM	22	100,0	22	100,0	

Deney ve kontrol grubundaki hastaların kullandıkları ilaç dağılımları Tablo 12'de gösterilmiştir. Vaka yönetimi kapsamında deney grubundaki hastaların ilaç istemleri medikal onkolog, algolog, psikiyatr tarafından düzenlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların ilaç istemleri hastane bakımı kapsamında medikal onkolog tarafından düzenlenmiştir.

Deney grubundaki hastaların analjezik kullanım dağılımı; %95,5'inin nonsteroid/parasetamol, %72,7'sinin Tramadol, %54,5'inin Fentanil, %50'sinin Morfin, %22,7'sinin Adjuvan analjezik ve %4,5'inin invaziv girişim şeklinde olduğu görülmektedir.

Kontrol grubundaki hastaların analjezik ilaç kullanım dağılımı; %63,6'sının nonsteroid/parasetamol, %40,9'unun Tramadol, %40,9'unun Fentanil, %22,7'sinin Morfin, %9,1'inin Adjuvan analjezik şeklinde olduğu görülmektedir.

Deney grubundaki hastaların antiemetik ilaç kullanım dağılımı; %86,4, laksatif kullanım dağılımı; % 86,4 iken, kontrol grubu hastalarının antiemetik kullanım dağılımı; %81,8 ve laksatif kullanım dağılımı; % 45,5 dir.

Deney grubundaki hastaların hipnotik kullanım dağılımı; %18,2, antipsikotik kullanım dağılımı; %40,9, anksiyolitik kullanım dağılımı; %13,6, antidepresan kullanım dağılımı; %40,9 olduğu görülmektedir.

Kontrol grubundaki hastaların hipnotik kullanım dağılımı; %13,6, antipsikotik kullanım dağılımı; %18,2, anksiyolitik kullanım dağılımı; %13,6, antidepresan kullanım dağılımı; %18,2 olduğu görülmektedir.

Tablo 13: Hastalara Sunulan Sağlık Bakım Hizmetlerinin Dağılımları

	Deney Grubu		Kontrol Grubu	
	n	%	n	%
<u>Beslenme Desteği</u>				
Ağızdan beslenme desteği				
Evet	12	54,5	5	22,7
Hayır	10	45,5	17	77,3
IV beslenme desteği				
Evet	17	77,3	11	50,0
Hayır	5	22,7	11	50,0
<u>Fizik Tedavi</u>				
Eklem Açıklığı egzersizi				
Evet	21	95,5	0	0,0
Hayır	1	4,5	22	100,0
Solunum egzersizi				
Evet	22	100,0	0	0,0
Hayır	0	0,0	22	100,0
Mobilizasyon				
Evet	9	40,9	0	0,0
Hayır	13	59,1	22	100,0
Güçlendirme egzersizi				
Evet	7	31,8	0	0,0
Hayır	15	68,2	22	100,0
Yardımcı araç kullanma				
Evet	5	22,7	0	0,0
Hayır	17	77,3	22	100,0
<u>Aile Danışmanlığı</u>				
Evet	22	100,0	0	0,0
Hayır	0	0,0	22	100,0
<u>Bakım Desteği</u>				
Fiziksel bakım				
Evet	22	100,0	22	100,0
Hayır	0	0,0	0	0,0
Aile eğitimi				
Evet	22	100,0	0	0,0
Hayır	0	0,0	22	100,0
Vaka Yönetimi				
Evet	22	100,0	0	0,0
Hayır	0	0,0	22	100,0
Bakım Koordinasyonu				
Evet	22	100,0	0	0,0
Hayır	0	0,0	22	100,0
TOPLAM	22	100,0	22	100,0

Deney ve kontrol grubundaki hastaların aldıkları sağlık bakım hizmetlerinin dağılımları Tablo 13'de gösterilmiştir. Vaka yönetimi kapsamında deney grubundaki hastalara klinik hemşireleri tarafından sağlanan bakımın yanında vaka yönetici hemşire tarafından bakım koordinasyonu, hasta ve aile eğitimi, fizik tedavi uzmanı tarafından eklem açıklığı hareketleri, solunum, güçlendirme ve mobilizasyon egzersizleri ve KLP hemşiresi tarafından hastaların aileleri ile “aile görüşmesi” yapılmış ve diyetisyen tarafından beslenme desteği programı verilmiştir.

Kontrol grubundaki hastalara rutin klinik bakım kapsamında diyetisyen tarafından beslenme desteği, klinik hemşireleri tarafından fiziksel bakım hizmeti verilmiştir. Kontrol grubu hastalarına vaka yönetimi kapsamında deney grubuna uygulanan bakım koordinasyonu, hasta ve aile eğitimi, fizik tedavi egzersiz programı ve KLP hemşiresi tarafından yapılan aile görüşmesi sağlık bakım hizmetleri uygulanmamıştır.

Deney grubundaki hastaların %45,5'i ağızdan beslenme desteği ve % 77,3'ü ağızdan beslenme desteği yanında parenteral beslenme desteği almıştır. Hastaların %95,5'i eklem açıklığı egzersizi, %40,9'u mobilizasyon, %100 solunum egzersizi, %31,8'i güçlendirme egzersizi, %22,7'si yardımcı araç kullanma egzersizi almıştır. Hastaların tamamının (%100,0) aileleri ile KLP hemşiresi tarafından aile görüşmesi ve danışmanlık yapılmıştır. Hastaların ve ailelerin tamamına (%100,0) vaka yönetici hemşire tarafından hasta ve aile eğitimi yapılmıştır. Hastalara klinik hemşireleri ile birlikte fiziksel bakım verilmiş ve vaka yönetici tarafından vaka yönetimi kapsamında bakım koordinasyonu yapılmıştır.

Kontrol grubundaki hastaların %22,7'i ağızdan beslenme desteği alırken ve % 50,0'si ağızdan beslenme desteği yanında parenteral beslenme desteği almıştır. Hastaların tamamı rutin hastane hizmeti kapsamında bir sağlık hizmeti almış olup

fizik tedavi uzmanı tarafından hastalar görülmemiştir. Hastaların tamamının (%100,0) aileleri ile KLP hemşiresi tarafından aile görüşmesi ve danışmanlık yapılmamıştır. Hastaların ve ailelerin tamamına (%100,0) vaka yönetici hemşire tarafından hasta ve aile eğitimi yapılmamıştır. Hastaların tamamına klinik hemşireleri tarafından fiziksel bakım hizmeti verilmiştir.

3.3. HASTALARIN SEMPTOM DÜZEYLERİNE GÖRE DAĞILIMLARI

3.3.1. Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Semptom Düzeylerinin Dağılımı

Tablo 14: Hastaların Yatış Edmonton Semptom Skalası Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

EDS PUAN	Deney Grubu			Kontrol Grubu			p
	n	\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD	
Yatış	22	66,77	9,31	22	62,50	6,91	0,095*

EDS ; *Edmonton Distres Skor* * $p>0,05$

Edmonton Semptom Skalasından alınan **yüksek puanlar olumsuz, düşük puanlar ise olumludur**. “*Yüksek puanlar yüksek semptomatolojiyi*” göstermektedir.

Deney ve kontrol grubundaki hastaların yatış edmonton semptom skalası toplam puan ortalamalarının gruplar arası dağılımları Tablo 15’de gösterilmiştir.

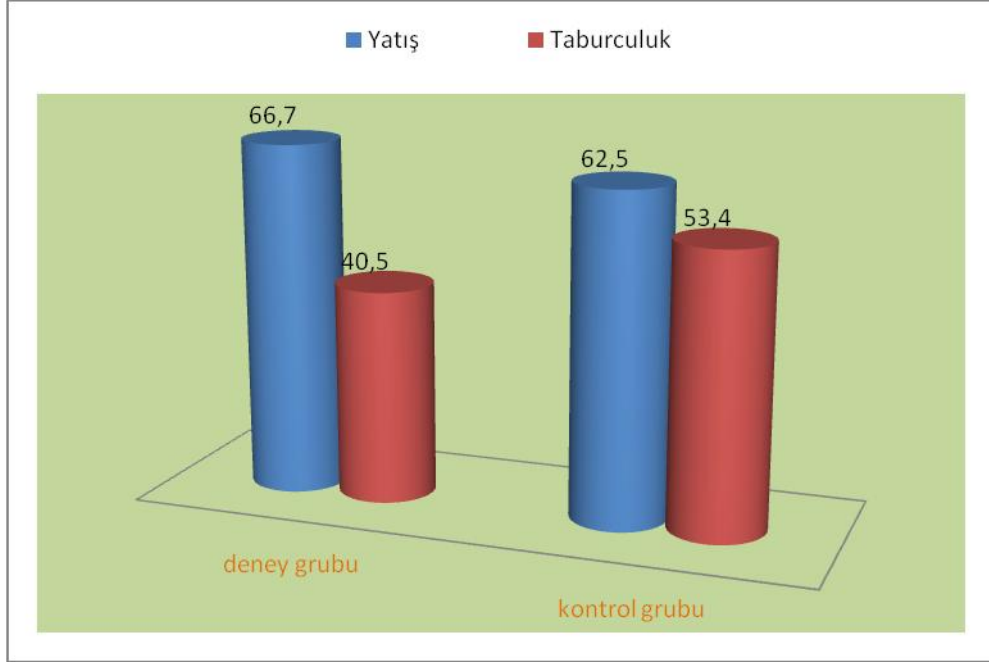
Hastaların yatış EDS toplam puan ortalaması deney grubunda $66,77\pm 9,31$ iken, bu oran kontrol grubunda $62,50\pm 6,91$ dir. Yatış EDS toplam puan ortalamaları açısından deney ve kontrol grubunda istatistiksel açıdan fark bulunmamaktadır ($p>0,05$)

Tablo 15: Hastaların Yatış ve Taburculuk Edmonton Semptom Skalası Toplam Puan Ortalamaları Grup İçi Karşılaştırılması

EDS puan	Yatış			Taburculuk			Z	p
	n	\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD		
Deney Grubu	22	66,77	9,31	22	40,54	8,34	-4,109	0,000*
Kontrol Grubu	22	62,50	6,91	22	53,45	9,28	-4,115	0,000*

EDS ; Edmonton Distres Skor *p<0,05

Deney ve kontrol gruplarındaki hastaların yatış ve taburculuk sonrası Edmonton semptom skalası toplam puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılması Tablo 16’da verilmiştir. Deney ve kontrol grubunda EDS toplam puan ortalamaları açısından anlamlı azalma saptanmıştır. ($p<0,05$). Ancak deney grubundaki hastaların yatış semptom skoru azalması kontrol grubuna göre daha fazla olup, deney grubu hastalarında daha iyi bir semptom kontrolü sağlanmıştır. (**Grafik 1**).



**Grafik 1. Hastaların Yatış ve Taburculuk Edmonton Semptom Skalası
Toplam Puan Ortalamaları Grup İçi Karşılaştırılması**

Tablo 16: Hastaların Edmonton Semptom Skalası Toplam Puan Ortalamalarının Yatış ve Taburculuk Sonrası Farklarının Gruplar arası Karşılaştırılması

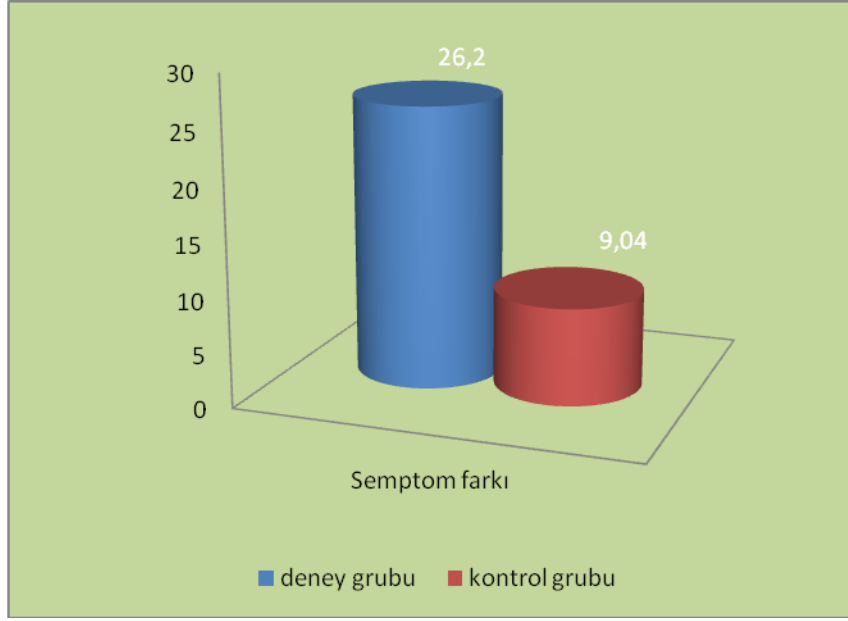
EDS PUAN	Deney Grubu			Kontrol Grubu			u	p
	n	\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD		
Fark EDS Puan	22	-26,22	7,75	22	-9,04	5,78	15,500	0,000*

EDS ; Edmonton Distres Skor *p<0,05

Deney ve kontrol gruplarındaki hastaların yatış ve taburculuk sonrası EDS toplam puan farklarının karşılaştırılması Tablo 16’da verilmiştir.

Deney grubu hastalarının EDS toplam puan azalması \bar{x} : -26,22±7,75 iken, kontrol grubu hastalarında ise EDS toplam puan azalması \bar{x} : 9,04±5,78 dir.

Deney grubu EDS toplam puan farkı kontrol grubuna göre daha yüksek olup, deney grubunda daha iyi bir semptom kontrolü sağlanmıştır (p<0,000).(Grafik 2).



Grafik 2. Hastaların Edmonton Semptom Skalası Toplam Puan Ortalamaları Yatış ve Taburculuk sonrası Farklarının Gruplar arası Karşılaştırılması

Tablo 17: Hastaların Yatış Edmonton Semptom Skalası Alt Boyut Puan Ortalamalarının Gruplar arası Dağılımları

EDS PUAN	Deney Grubu			Kontrol Grubu			p
	n	\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD	
Ağrı	22	7,8	1,6	22	7,4	1,4	0,318
Yorgunluk	22	9,1	0,5	22	8,8	0,4	0,037*
Bulantı	22	5,6	1,5	22	5,9	1,1	0,448
Depresyon	22	6,6	1,4	22	6,0	1,0	0,146
Anksiyete	22	6,7	1,4	22	6,0	1,2	0,098
İştahsızlık	22	6,5	1,2	22	6,4	1,0	0,981
Uyuşukluk	22	7,9	1,1	22	6,8	1,2	0,005*
Esenlik	22	7,4	1,0	22	6,3	1,2	0,005*
Dispne	22	2,9	2,3	22	1,8	1,0	0,245
Kabızlık	22	5,7	2,0	22	6,6	1,7	0,093

***P<0,05**

Deney ve kontrol grubundaki hastaların yatış EDS alt boyut puan ortalamaları Tablo 17’de gösterilmiştir.

Deney grubu hastalarının yorgunluk düzeyi ortalamaları $9,1\pm 0,5$ iken, kontrol grubunda bu oran $8,8\pm 0,4$ şeklindedir. Deney grubu hastalarının uyuşukluk düzeyleri $7,9\pm 1,1$ olup, kontrol grubunda bu oran $6,8\pm 1,2$ düzeyindedir. Deney grubundaki hastaların esenlik düzeyi $7,4 \pm 1,0$ iken, kontrol grubundaki hastaların esenlik düzeyi $6,3\pm 1,2$ şeklindedir. Hastaların yatış yorgunluk düzeyi, uyuşukluk ve esenlik puan ortalamaları iki grupta farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$.) Deney grubundaki

hastalar kontrol grubuna göre daha yorgun,uyuşuk ve esenlik düzeyi daha kötü durumdadır. Bu durum kontrol grubu lehinedir.

Tablo 18: Hastaların Yatış ve Taburculuk Edmonton Semptom Skalası Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması

EDS PUAN	Yatış		Taburculuk		Z	P
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
<i>Deney Grubu</i>						
Ağrı	7,8	1,6	3,6	1,2	-4,134	0,000
Yorgunluk	9,1	0,5	6,3	1,0	-4,128	0,000
Bulantı	5,6	1,5	2,4	1,1	-4,134	0,000
Depresyon	6,6	1,4	4,9	0,7	-3,760	0,000
Anksiyete	6,7	1,4	4,8	0,8	-3,858	0,000
iştahsızlık	6,5	1,2	4,9	0,9	-4,144	0,000
Uyuşukluk	7,9	1,1	4,1	1,3	-4,147	0,000
Esenlik	7,4	1,0	4,7	1,1	-4,148	0,000
Dispne	2,9	2,3	1,4	1,2	-3,482	0,000
Kabızlık	5,7	2,0	3,0	1,7	-4,070	0,000
<i>Kontrol Grubu</i>						
Ağrı	7,4	1,4	5,6	0,7	-3,867	0,000
Yorgunluk	8,8	0,4	7,9	1,4	-3,307	0,001
Bulantı	5,9	1,1	4,5	1,5	-3,828	0,000
Depresyon	6,0	1,0	5,3	1,5	-3,066	0,002
Anksiyete	6,0	1,2	5,5	1,3	-2,972	0,003
iştahsızlık	6,4	1,0	5,9	1,4	-2,226	0,026
Uyuşukluk	6,8	1,2	5,5	1,0	-3,189	0,001
Esenlik	6,3	1,2	6,0	1,3	-1,290	0,197
Dispne	1,8	1,0	1,5	0,8	-1,459	0,145
Kabızlık	6,6	1,7	5,2	1,5	-3,346	0,001

*P<0,05

Deney ve kontrol grubundaki hastaların yatış ve taburculuk Edmonton Semptom Skalası alt boyut puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılması Tablo 18’de gösterilmiştir. Deney grubu hastalarının ağrı, yorgunluk, bulantı, anksiyete, iştahsızlık, uyuşukluk, esenlik, dispne, kabızlık semptom düzeyleri anlamlı oranda azalmıştır ($p<0,05$).

Kontrol grubundaki hastaların ağrı, yorgunluk, bulantı, depresyon, anksiyete, iştahsızlık, uyuşukluk, kabızlık semptom düzeylerinde anlamlı oranda azalmıştır ($p<0,05$). Esenlik ve dispne semptom düzeyleri azalma oranında anlamlılık bulunmamıştır ($p>0,05$)

Her grupta da semptom şiddeti azaltılmış ancak deney grubunda kontrol grubuna göre daha iyi semptom kontrolü sağlanmıştır.

Tablo 19: Hastaların Yatış ve Taburculuk Sonrası Edmonton Semptom Skalası

Toplam Puan Ortalamaları Farklarının Gruplar arası Karşılaştırılması

PUAN	Deney Grubu		Kontrol Grubu		U	P
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
Ağrı	- 4,2	1,3	-1,7	1,1	36,500	0,000*
Yorgunluk	-2,8	1,3	-0,9	1,3	61,000	0,000*
Bulantı	-3,2	1,3	-1,3	1,0	66,000	0,000*
Depresyon	-1,7	1,2	- 0,7	0,9	125,00	0,004*
Anksiyete	-1,9	1,3	- 0,5	0,6	94,000	0,000*
iştahsızlık	-2,4	1,0	-0,8	0,9	75,000	0,000*
Uyuşukluk	-3,0	1,0	-0,8	1,8	58,500	0,000*
Esenlik	-2,6	1,1	-0,3	1,0	32,500	0,000*
Dispne	-1,5	1,5	-0,2	0,8	34,500	0,007*
Kabızlık	- 2,7	1,1	-1,3	1,3	104,00	0,001*

***P< 0,05**

Deney ve kontrol grubundaki hastaların yatış ve taburculuk Edmonton Semptom Skalası alt boyut puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması Tablo 19'da gösterilmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında semptom şiddetinde azalma farkları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Deney grubundaki hastaların ağrı, yorgunluk, bulantı, depresyon, anksiyete, iştahsızlık, uyuşukluk, esenlik, dispne, kabızlık semptom düzeylerinde azalma farkı oldukça anlamlıdır. Deney grubunda daha iyi bir semptom kontrolü sağlanmıştır.

3.4. HASTALARIN SEMPTOM DÜZEYLERİ İLE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 20: Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Semptom Puan Ortalamalarının Dağılımları ile Cinsiyet Değişkeninin Karşılaştırılması

CİNSİYET	ÖLÇÜM ZAMANI								YATIŞ TABURCULUK FARKI															
	YATIŞ				TABURCULUK																			
	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Deney Grubu		Kontrol Grubu													
Kadın \bar{X}	Erkek \bar{X}	Kadın \bar{X}	Erkek \bar{X}	Kadın \bar{X}	Erkek \bar{X}	Kadın \bar{X}	Erkek \bar{X}	Kadın \bar{X}	Erkek \bar{X}	Kadın \bar{X}	Erkek \bar{X}													
SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD													
EDMONTON SEMPTOM SKALASI																								
EDS	68,8	8,2	57,5	8,8	64,4	6,7	58,4	5,8	42,3	7,6	32,5	7,3	56,9	5,8	46,0	11,2	26,5	7,1	25,0	11,2	7,4	3,0	12,4	8,7
	U:12,5		p:0,045		U:25,0;		p:0,052		U:11,0;		p:0,033		U:20,5;		p:0,024		U:29,5;		p:0,579		U: 29,5;		p:0,102	
Ağrı	8,2	1,5	6,2	1,2	7,8	1,3	6,5	1,2	3,8	1,1	2,5	1,0	5,8	0,7	5,4	0,7	4,3	1,2	3,7	1,7	2,0	1,0	1,1	0,8
	U:11,0		p:0,028		U:22,5;		p:0,030		U:12,0;		p:0,034		U:39,5;		p:0,300		U:27,0;		p:0,430		U:28,0;		p:0,074	
Yorgunluk	9,2	0,4	8,7	0,5	9,0	0,2	8,4	0,5	6,4	1,0	6,0	1,1	8,4	0,8	6,8	1,8	2,8	1,3	2,7	1,5	0,6	0,7	1,5	2,0
	U:19,5		p:0,071		U:21,0;		p:0,002		U:28,0;		p:0,479		U:21,0;		p:0,018		U:35,0;		p:0,931		U:39,0;		p:0,305	
Bulantı	5,8	1,6	4,7	1,2	6,2	1,2	5,2	0,9	2,6	1,0	1,2	1,2	5,2	0,9	3,1	1,5	3,2	1,5	3,5	0,5	1,0	0,6	2,1	1,4
	U:23,0		p:0,235		U:29,0;		p:0,082		U:13,5;		p:0,047		U:12,5;		p:0,004		U:28,0;		p:0,484		U:28,5;		p:0,069	

Depresyon	6,7 1,3 U:28,5 p:0,510	6,2 2,0 U:44,0; p:0,527	6,2 1,0 U:14,0; p:0,046	5,8 0,8 U:26,5; p:0,053	5,1 0,7 U:31,0; p:0,662	4,2 0,5 U:27,0; p:0,048	5,8 1,2 U:31,0; p:0,662	4,4 1,8 U:27,0; p:0,048	1,6 1,1 U:27,0; p:0,048	2,0 1,6 U:27,0; p:0,048	0,4 0,5 U:27,0; p:0,048	1,4 1,3 U:27,0; p:0,048
Anksiyete	6,8 1,3 U:27,5 p:0,458	6,2 2,0 U:49,5; p:0,825	6,1 1,3 U:12,5; p:0,033	6,0 1,1 U:40,5; p:0,372	5,0 0,7 U:29,0; p:0,540	4,0 0,8 U:37,5; p:0,234	5,7 1,4 U:40,5; p:0,372	5,1 1,0 U:40,5; p:0,372	1,8 1,3 U:29,0; p:0,540	2,2 1,2 U:29,0; p:0,540	0,4 0,5 U:37,5; p:0,234	0,8 0,8 U:37,5; p:0,234
İştahsızlık	6,6 1,3 U:25,0; p:0,333	6,0 0,8 U:41,0; p:0,393	6,5 1,0 U:23,5; p:0,272	6,2 0,9 U:24,5; p:0,036	4,2 1,3 U:36,0; p:1,000	3,5 1,2 U:27,0; p:0,048	5,9 0,8 U:24,5; p:0,036	4,8 1,0 U:24,5; p:0,036	2,3 0,9 U:36,0; p:1,000	2,5 1,7 U:36,0; p:1,000	0,6 0,9 U:27,0; p:0,048	1,4 0,5 U:27,0; p:0,048
Uyuşukluk	8,3 0,8 U:3,0; p:0,003	6,2 0,9 U:26,0; p:0,052	6,4 1,1 U:12,0; p:0,031	7,5 1,1 U:48,0; p:0,744	5,1 0,8 U:19,0; p:0,131	4,0 0,8 U:29,0; p:0,070	6,2 1,1 U:48,0; p:0,744	5,4 2,0 U:48,0; p:0,744	3,1 0,9 U:19,0; p:0,131	2,2 0,9 U:19,0; p:0,131	0,2 0,7 U:29,0; p:0,070	2,1 2,8 U:29,0; p:0,070
Esenlik	7,6 0,9 U:18,0; p:0,104	6,5 1,2 U:17,0; p:0,010	6,8 0,9 U:19,5; p:0,142	5,2 1,2 U:27,0; p:0,061	4,9 1,1 U:29,5; p:0,563	4,0 0,8 U:38,0; p:0,281	6,4 0,9 U:27,0; p:0,061	5,1 1,8 U:27,0; p:0,061	2,6 1,0 U:29,5; p:0,563	2,5 1,7 U:29,5; p:0,563	0,4 0,9 U:38,0; p:0,281	0,1 1,4 U:38,0; p:0,281
Dispne	3,1 2,3 U:24,5; p:0,300	2,0 2,0 U:42,0; p:0,424	1,9 0,9 U:23,5; p:0,216	1,7 1,2 U:49,5; p:0,810	1,5 1,2 U:29,5; p:0,562	0,7 0,5 U:48,0; p:0,724	1,6 0,9 U:49,5; p:0,810	1,4 0,5 U:49,5; p:0,810	1,5 1,5 U:29,5; p:0,562	1,2 1,8 U:29,5; p:0,562	0,2 0,7 U:48,0; p:0,724	0,2 0,9 U:48,0; p:0,724
Kabızlık	6,0 1,6 U:26,0; p:0,385	4,5 3,3 U:24,5; p:0,041	7,2 1,0 U:23,5; p:0,278	5,4 2,2 U:22,0; p:0,028	3,2 1,6 U:24,5; p:0,302	2,2 2,0 U:47,0; p:0,677	5,8 1,1 U:22,0; p:0,028	4,1 1,6 U:22,0; p:0,028	2,8 0,9 U:24,5; p:0,302	2,2 2,0 U:24,5; p:0,302	1,4 0,9 U:47,0; p:0,677	1,2 2,1 U:47,0; p:0,677

Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Semptom Puan Ortalamalarının Dağılımları ile Cinsiyet Değişkeninin Karşılaştırılması Tablo 20’de verilmiştir.

Deney grubu hastalarının **yatış** toplam semptom skoru, ağrı ve uyuşukluk semptom puan ortalaması ile cinsiyet arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Deney grubu hastalarının **taburculuk** toplam semptom skoru, ağrı, bulantı, depresyon anksiyete ve uyuşukluk semptom puan ortalaması ile cinsiyet arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Deney grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** toplam semptom skoru ve ağrı, yorgunluk, bulantı, depresyon, anksiyete, esenlik, dispne, uyuşukluk ve konstipasyon semptom puan ortalaması **farkları** ile cinsiyet arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Deney grubunda erkek hastaların depresyon ve iştahsızlık semptomu puan farkları daha yüksek olmasına rağmen iki cinsiyet arasında semptom kontrolü açısından bir fark bulunmamaktadır.

Kontrol grubu hastalarının **yatış** ağrı, kabızlık,yorgunluk ve esenlik semptom puan ortalaması ile cinsiyet arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Kontrol grubu hastalarının **taburculuk** toplam semptom skoru, yorgunluk, bulantı, iştahsızlık ve kabızlık semptom puan ortalaması ile cinsiyet arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Kontrol grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** depresyon ve iştahsızlık semptomu puan ortalaması **farkları** ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Kontrol grubu erkek hastalarının depresyon ve iştahsızlık semptomu kadın hastalara göre daha iyi kontrol edilmiştir.

Tablo 21: Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Semptom Puan Ortalamalarının Dağılımları ile Eğitim Değişkeninin Karşılaştırılması

EĞİTİM DURUMU	ÖLÇÜM ZAMANI								YATIŞ TABURCULUK FARKI															
	YATIŞ				TABURCULUK																			
EDMONTON SEMPTOM SKLASI	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Deney Grubu		Kontrol Grubu													
	Okuryzr/ İlköğtm.	Lise/ Yüksekokul	Okuryzr/ İlköğtm.	Lise/ Yüksekokul	Okuryzr/ İlköğtm.	Lise/ Yüksekokul	Okuryzr/ İlköğtm.	Lise/ Yüksekokul	Okuryzr/ İlköğtm.	Lise/ Yüksekokul	Okuryzr/ İlköğtm.	Lise/ Yüksekokul												
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD												
EDS	68,1	8,2	65,6	10,0	62,6	8,0	62,3	5,3	42,8	6,8	38,6	9,2	53,0	11,2	54,0	6,1	25,3	8,4	27,0	7,4	9,5	6,9	8,3	3,8
	U:52,0; p:0,597		U:52,5; p:0,688		U:42,0; p:0,235		U:55,0; p:0,815		U:45,5 ; p:0,338		U: 57,0; p:0,920													
Ağrı	8,0	1,6	7,7	1,7	7,3	1,6	7,6	1,0	3,7	0,8	3,5	1,5	5,5	0,9	5,8	0,3	4,3	1,4	4,1	1,1	1,7	1,2	1,7	0,9
	U:54,5; p:0,709		U:54,5; p:0,784		U:54,0; p:0,681		U:45,0; p:0,308		U:57,0; p:0,839		U:57,0; p:0,917													
Yorgunluk	9,1	0,3	9,2	0,6	8,9	0,4	8,7	0,4	6,7	0,9	6,0	1,1	7,9	1,8	7,8	0,6	2,4	1,1	3,1	1,4	1,0	1,6	0,8	0,6
	U:50,5; p:0,421		U:51,0; p:0,493		U:42,0; p:0,217		U:44,5; p:0,320		U:40,0; p:0,177		U:48,0; p:0,450													
Bulantı	5,6	1,3	5,7	1,8	5,9	1,3	5,8	0,9	2,5	0,7	2,3	1,4	4,6	1,8	4,4	1,0	3,1	1,1	3,4	1,5	1,3	1,1	1,4	1,0
	U:56,0; p:0,777		U:55,5; p:0,833		U:53,0; p:0,632		U:44,5; p:0,334		U:53,0; p:0,635		U:52,5; p:0,667													
Depresyon	6,2	1,0	7,0	1,6	6,2	1,1	5,8	0,7	4,8	0,7	5,0	0,7	5,3	1,7	5,4	1,1	1,4	1,1	2,0	1,2	0,9	1,1	0,4	0,5
	U:37,0; p:0,117		U:51,0; p:0,597		U:48,0; p:0,399		U:57,5; p:0,944		U:42,0; p:0,223		U:47,0; p:0,399													

Anksiyete	6,5 1,3 7,0 1,5 U:45,5; p:0,327	6,3 1,2 5,6 1,2 U:38,5; p:0,163	4,8 0,7 4,9 0,9 U:53,0; p:0,622	5,6 1,4 5,3 1,1 U:52,0; p:0,647	1,7 1,4 2,0 1,1 U:48,5; p:0,436	0,6 0,7 0,3 0,5 U:43,5; p:0,260
İştahsızlık	7,1 1,3 6,0 1,0 U:35,5; p:0,095	6,4 0,9 6,4 1,1 U:55,5; p:0,833	4,6 0,8 3,7 1,5 U:40,0; p:0,174	5,7 1,2 5,3 0,7 U:43,0; p:0,271	2,5 1,0 2,3 1,1 U:54,0; p:0,681	0,6 0,9 1,1 0,9 U:42,5; p:0,239
Uyuşukluk	8,0 0,8 7,9 1,4 U:58,0; p:0,891	7,1 1,2 6,3 1,1 U:37,0; p:0,135	4,9 0,5 5,0 1,2 U:57,0; p:0,835	5,8 1,8 6,1 0,7 U:57,0; p:0,918	3,1 1,1 2,9 0,9 U:56,0; p:0,783	1,3 2,2 0,2 0,9 U:43,0; p:0,257
Esenlik	7,7 0,8 7,1 1,1 U:43,5; p:0,249	6,3 1,3 6,3 1,1 U:54,5; p:0,783	5,1 1,1 4,5 1,1 U:42,0; p:0,214	5,8 1,5 6,2 1,2 U:56,0; p:0,862	2,6 1,1 2,6 1,2 U:57,5; p:0,863	0,4 1,0 0,1 1,1 U:50,0; p:0,549
Dispne	3,3 2,9 2,5 1,7 U:56,5; p:0,807	1,6 0,9 2,1 1,1 U:47,0; p:0,407	1,9 1,4 1,0 0,8 U:38,5; p:0,099	1,3 0,6 2,0 1,0 U:32,5; p:0,048	1,4 1,8 1,5 1,3 U:48,0; p:0,407	0,3 0,5 0,1 1,1 U:50,0; p:0,527
Kabızlık	6,6 1,0 5,0 2,4 U:36,0; p:0,106	6,2 2,0 7,2 0,8 U:41,0; p:0,227	3,8 1,4 2,4 1,6 U:32,0; p:0,060	5,2 1,7 5,3 1,2 U:57,5; p:0,946	2,8 0,6 2,6 1,4 U:53,5; p:0,651	1,0 1,2 1,8 1,4 U:32,0; p:0,058

Ölçüm zamanlarına göre hastaların semptom puan ortalamalarının dağılımları ile eğitim durumu değişkeninin karşılaştırılması Tablo 21’de gösterilmiştir.

Deney ve kontrol grubu hastalarının **yatış** toplam semptom skoru ve ağrı, yorgunluk, bulantı, anksiyete, depresyon, iştahsızlık, esenlik, dispne, uyuşukluk ve konstipasyon puan ortalamaları ile eğitim düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Deney grubu hastalarının **taburculuk** toplam semptom skoru ve ağrı, yorgunluk, bulantı, anksiyete, depresyon, iştahsızlık, esenlik, dispne, uyuşukluk ve konstipasyon puan ortalamaları ile eğitim düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Kontrol grubu hastalarının **taburculuk** toplam semptom skoru ve ağrı, yorgunluk, bulantı, anksiyete, depresyon, iştahsızlık, esenlik, uyuşukluk ve konstipasyon puan ortalamaları ile eğitim düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Hastaların dispne semptomu puan ortalamaları ile eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Lise ve üstü eğitim düzeyine sahip hastalar dispne semptomu daha çok yaşarken, ilköğretim düzeyi hastalar dispne semptomu daha az deneyimlemektedirler.

Deney ve kontrol grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** toplam semptom skoru ve ağrı, yorgunluk, bulantı, anksiyete, depresyon, iştahsızlık, esenlik, dispne, uyuşukluk ve konstipasyon puan ortalamaları **farkları** ile eğitim düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 22: Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Semptom Puan Ortalamaları Dağılımları ile Medeni Durum Değişkeninin Karşılaştırılması

EDMONTON SEMPTOM SKLASI	ÖLÇÜM ZAMANI								YATIŞ TABURCULUK FARKI															
	YATIŞ				TABURCULUK																			
MEDENİ DURUMU	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Deney Grubu		Kontrol Grubu													
	Evli SD	Bekar \bar{x} SD	Evli SD	Bekar \bar{x} SD	Evli SD	Bekar \bar{x} SD	Evli SD	Bekar \bar{x} SD	Evli SD	Bekar \bar{x} SD	Evli SD	Bekar \bar{x} SD												
EDS	64,3	8,6	72,0	9,1	63,1	7,1	60,4	6,4	39,2	9,1	43,4	5,8	53,2	9,9	54,2	7,3	25,1	7,4	28,5	8,5	9,8	6,1	6,2	3,7
	U:31,0; p:0,129		U:34,5; p:0,529		U:36,0; p:0,244		U:42,0; p:0,969		U:39,0 ; p:0,368		U: 25,5; p:0,179													
Ağrı	7,6	1,8	8,4	1,1	7,5	1,4	7,2	1,3	3,4	1,3	4,1	0,6	5,6	0,8	5,8	0,4	4,2	1,4	4,2	1,1	1,8	1,1	1,4	1,1
	U:39,0; p:0,327		U:34,0; p:0,494		U:27,5; p:0,067		U:39,0; p:0,157		U:49,0 ; p:0,837		U:32,0; p:0,395													
Yorgunluk	9,1	0,5	9,2	0,4	8,8	0,4	8,8	0,4	6,4	1,1	6,2	1,1	7,8	1,5	8,0	0,7	2,7	1,2	3,0	1,5	1,0	1,4	0,8	0,3
	U:45,5; p:0,526		U:39,5; p:0,748		U:48,0; p:0,742		U:39,0; p:0,771		U:47,5; p:0,731		U:42,0; p:0,966													
Bulantı	5,3	1,2	6,4	1,9	6,0	1,2	5,6	0,8	2,0	1,2	3,1	0,6	4,5	1,6	4,4	0,5	3,2	1,0	3,2	1,9	1,4	1,1	1,2	1,0
	U:40,0; p:0,344		U:35,0; p:0,537		U:21,5; p:0,023		U:33,0; p:0,442		U:48,5; p:0,783		U:37,5; p:0,674													
Depresyon	6,5	1,5	7,0	1,1	6,2	1,0	5,6	0,8	4,8	0,8	5,1	0,6	5,4	1,6	5,2	1,0	1,6	1,4	1,8	0,6	0,8	1,0	0,4	0,5
	U:40,5; p:0,383		U:27,0; p:0,200		U:42,0; p:0,430		U:35,5; p:0,563		U:45,5; p:0,612		U:34,0; p:0,464													

Anksiyete	6,4 1,5 7,4 1,2 U:32,0; p:0,139	6,1 1,2 5,8 1,3 U:32,5; p:0,414	4,7 0,8 5,1 0,6 U:38,5; p:0,292	5,6 1,4 5,2 1,0 U:35,0; p:0,535	1,7 1,3 2,2 1,1 U:39,0; p:0,328	0,5 0,7 0,6 0,5 U:37,5; p:0,660
İştahsızlık	6,3 1,4 7,0 0,8 U:33,0; p:0,155	6,5 0,9 6,2 1,3 U:40,0; p:0,837	3,8 1,4 4,7 0,7 U:35,5; p:0,216	5,5 1,0 5,8 1,5 U:41,5; p:0,934	2,4 1,1 2,2 0,9 U:48,5; p:0,769	1,0 0,7 0,4 1,3 U:32,0; p:0,365
Uyuşukluk	7,7 1,2 8,4 0,9 U:37,0; p:0,256	6,9 1,1 6,4 1,5 U:32,5; p:0,435	4,9 1,0 5,0 0,8 U:50,0; p:0,853	5,8 1,5 6,2 1,3 U:41,0; p:0,904	2,8 0,9 3,4 1,1 U:35,5; p:0,211	1,0 2,0 0,2 1,0 U:31,0; p:0,324
Esenlik	7,2 1,0 7,8 0,8 U:34,5; p:0,178	6,2 1,3 6,4 0,8 U:41,0; p:0,903	4,7 1,2 4,8 0,8 U:47,0; p:0,685	5,9 1,4 6,2 1,3 U:41,5; p:0,935	2,4 1,1 3,0 1,2 U:37,5; p:0,269	0,3 1,1 0,2 0,8 U:40,0; p:0,836
Dispne	2,4 2,1 3,8 2,4 U:35,5; p:0,205	1,8 0,9 1,8 1,3 U:38,5; p:0,735	1,2 1,2 1,8 1,2 U:33,0; p:0,110	1,5 0,8 1,6 0,8 U:42,0; p:0,964	1,2 1,4 2,0 1,7 U:40,5; p:0,375	0,2 0,8 0,2 0,8 U:40,0; p:0,827
Kabızlık	5,5 2,3 6,2 1,1 U:46,5; p:0,666	6,6 1,9 6,6 0,8 U:34,5; p:0,517	3,0 1,8 3,1 1,3 U:48,5; p:0,774	5,1 1,5 5,8 1,3 U:32,0; p:0,400	2,5 1,1 3,1 1,0 U:38,0; p:0,281	1,5 1,3 0,8 1,4 U:27,5; p:0,207

Ölçüm zamanlarına göre hastaların semptom puan ortalamalarının dağılımları ile medeni durum değişkeninin karşılaştırılması Tablo 22’de gösterilmiştir.

Deney ve kontrol grubu hastalarının **yatış** toplam semptom skoru ve ağrı, yorgunluk, bulantı, anksiyete, depresyon, iştahsızlık, esenlik, dispne, uyuşukluk ve konstipasyon puan ortalamaları ile medeni durum arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Deney grubu hastalarının **taburculuk** toplam semptom skoru ve ağrı, yorgunluk, anksiyete, depresyon, iştahsızlık, esenlik, dispne, uyuşukluk ve konstipasyon puan ortalamaları ile medeni durum arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Hastaların bulantı semptomu puan ortalaması ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Kontrol grubu hastalarının **taburculuk** toplam semptom skoru ve ağrı, yorgunluk, bulantı, anksiyete, depresyon, iştahsızlık, esenlik, dispne, uyuşukluk ve konstipasyon puan ortalamaları ile medeni durum arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Deney ve kontrol grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** toplam semptom skoru ve ağrı, yorgunluk, bulantı, anksiyete, depresyon, iştahsızlık, esenlik, dispne, uyuşukluk ve konstipasyon puan ortalamaları **farkları** ile medeni durum arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 23: Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Semptom Puan Ortalamaları Dağılımları ile Ekonomik Durumun Karşılaştırılması

EDMONTON SEMPTOM SKLASI	ÖLÇÜM ZAMANI								YATIŞ TABURCULUK FARKI															
	YATIŞ				TABURCULUK																			
EKONOMİK DURUMU	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Deney Grubu		Kontrol Grubu													
	Karşılıyor	Karşılmıyor	Karşılıyor	Karşılmıyor	Karşılıyor	Karşılmıyor	Karşılıyor	Karşılmıyor	Karşılıyor	Karşılmıyor	Karşılıyor	Karşılmıyor												
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD												
EDS	65,7	9,5	73,0	4,3	63,2	6,9	57,6	4,7	40,8	8,1	38,6	11,5	53,3	9,9	54,0	4,5	24,9	6,7	34,3	10,2	9,8	5,7	3,6	2,3
	U:11,5; p:0,103		U:13,0; p:0,137		U:25,0; p:0,737		U:25,5; p:0,774		U:10,5 ; p:0,084		U: 5,5; p:0,026													
Ağrı	7,6	1,7	9,0	0,0	7,6	1,3	6,3	1,5	3,6	1,2	3,6	1,1	5,6	0,7	5,6	1,1	4,0	1,2	5,3	1,1	1,9	1,0	0,6	0,5
	U:16,5; p:0,237		U:13,5; p:0,140		U:28,0; p:0,960		U:25,5; p:0,746		U:12,0; p:0,104		U:9,0; p:0,054													
Yorgunluk	9,1	0,4	9,6	0,5	8,8	0,5	9,0	0,0	6,4	1,1	6,0	1,0	7,8	1,5	8,3	0,5	2,6	1,2	3,6	1,5	1,0	1,4	0,6	0,5
	U:13,5; p:0,065		U:24,0; p:0,556		U:21,5; p:0,486		U:23,5; p:0,611		U:17,0; p:0,308		U:39,0; p:0,0305													
Bulantı	5,6	1,6	6,0	1,0	6,0	1,2	5,3	0,5	2,4	1,2	2,3	0,5	4,4	1,6	5,0	0,0	3,2	1,3	3,6	1,5	1,5	1,0	0,3	0,5
	U:21,0; p:0,441		U:19,5; p:0,366		U:26,5; p:0,842		U:22,5; p:0,553		U:22,5; p:0,555		U:27,0; p:0,877													
Depresyon	6,7	1,5	6,3	0,5	6,2	1,0	5,3	0,5	5,0	0,7	4,3	0,5	5,3	1,6	5,3	0,5	1,6	1,2	2,0	1,0	0,8	1,0	0,0	0,0
	U:25,5; p:0,767		U:14,0; p:0,143		U:14,0; p:0,139		U:28,0; p:0,960		U:23,5; p:0,623		U:12,0; p:0,083													

Anksiyete	6,7 1,5 7,0 1,0 U:24,5; p:0,695	6,2 1,3 5,3 0,5 U:16,5; p:0,231	4,9 0,8 4,3 0,5 U:15,5; p:0,184	5,5 1,4 5,3 0,5 U:28,0; p:0,960	1,7 1,2 2,6 1,5 U:18,0; p:0,302	0,6 0,6 0,0 0,0 U:13,5; p:0,107
İştahsızlık	6,3 1,2 7,6 1,5 U:14,0; p:0,152	6,5 1,0 6,0 1,0 U:19,5; p:0,365	4,2 1,3 3,6 1,5 U:22,0; p:0,521	5,5 1,1 5,6 0,5 U:26,5; p:0,839	2,1 0,9 4,0 0,0 U:3,0; p:0,011	0,9 0,9 0,3 1,1 U:19,0; p:0,317
Uyuşukluk	7,8 1,2 8,6 0,5 U:16,0; p:0,214	7,0 1,1 5,3 0,5 U:6,5; p:0,029	5,0 0,9 4,3 0,5 U:15,0; p:0,174	6,0 1,5 5,3 0,5 U:15,0; p:0,164	2,7 0,9 4,3 0,5 U:5,0; p:0,019	1,0 2,0 0,0 0,0 U:19,5; p:0,346
Esenlik	7,2 0,9 8,3 1,1 U:13,5; p:0,128	6,3 1,3 6,3 0,5 U:27,5; p:0,921	4,7 1,0 4,6 2,0 U:24,0; p:0,653	6,0 1,4 6,0 1,0 U:27,0; p:0,881	2,4 1,0 3,6 1,5 U:14,5; p:0,162	0,3 1,1 0,3 0,5 U:28,0; p:0,960
Dispne	2,7 2,4 4,0 1,7 U:15,0; p:0,172	1,8 1,0 1,6 1,1 U:24,0; p:0,680	1,3 1,1 2,0 1,7 U:21,0; p:0,404	1,6 0,8 1,3 0,5 U:24,5; p:0,664	1,4 1,5 2,0 1,7 U:20,0; p:0,394	0,2 0,8 0,3 0,5 U:28,0; p:0,958
Kabızlık	5,6 2,1 6,3 1,5 U:25,5; p:0,770	6,5 1,8 7,0 1,0 U:26,5; p:0,843	3,0 1,6 3,3 2,3 U:28,5; p:1,000	5,1 1,5 6,0 1,0 U:20,0; p:0,406	2,6 1,2 3,0 1,0 U:23,5; p:0,614	1,4 1,5 1,0 0,0 U:21,0; p:0,441

Ölçüm zamanlarına göre hastaların semptom puan ortalamalarının dağılımları ile ekonomik durum değişkeninin karşılaştırılması Tablo 23’de gösterilmiştir.

Deney grubu hastalarının **yatış** toplam semptom skoru ve ağrı, yorgunluk, bulantı, anksiyete, depresyon, iştahsızlık, esenlik, dispne, uyuşukluk ve konstipasyon puan ortalamaları ile ekonomik durum arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Kontrol grubu hastalarının **yatış** toplam semptom skoru ve ağrı, yorgunluk, bulantı, anksiyete, depresyon, iştahsızlık, esenlik, dispne ve konstipasyon puan ortalamaları ile ekonomik durum arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Hastaların uyuşukluk semptom puanı ortalaması ile ekonomik durum arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Deney ve kontrol grubu hastalarının **taburculuk** toplam semptom skoru ve ağrı, yorgunluk, bulantı, anksiyete, depresyon, iştahsızlık, esenlik, dispne, uyuşukluk ve konstipasyon puan ortalamaları ile ekonomik durum arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Deney grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** toplam semptom skoru ve ağrı, yorgunluk, bulantı, anksiyete, depresyon, esenlik, dispne ve konstipasyon puan ortalamaları **farkları** ile ekonomik durum arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Hastaların uyuşukluk ve iştahsızlık semptomu puan ortalaması farkları ile ekonomik durum arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Kontrol grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** ağrı, yorgunluk, anksiyete, depresyon, iştahsızlık, esenlik, dispne, bulantı, uyuşukluk ve konstipasyon puan ortalamaları **farkları** ile ekonomik durum arasında yapılan

analizde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Hastaların toplam semptom skoru puan ortalaması farkları ile ekonomik durum arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 24: Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Semptom Puan Ortalamaları Dağılımları ile Karnosky Performans Düzeyi Değişkeninin Karşılaştırılması

EDMONTON SEMPTOM SKLASI	ÖLÇÜM ZAMANI								YATIŞ TABURCULUK FARKI															
	YATIŞ				TABURCULUK																			
KARNOSKY PERFORMANS DÜZEYİ	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Deney Grubu		Kontrol Grubu													
	KPS 30 \bar{x}	KPS 40 SD	KPS 30 \bar{x}	KPS 40 SD	KPS 30 \bar{x}	KPS 40 SD	KPS 30 \bar{x}	KPS 40 SD	KPS 30 \bar{x}	KPS 40 SD	KPS 30 \bar{x}	KPS 40 SD												
EDS	72,4	9,8	62,8	7,1	62,8	7,9	62,4	6,3	46,5	7,1	37,5	6,3	56,3	9,7	52,5	5,3	25,8	8,9	25,2	6,9	6,4	4,1	9,9	2,3
	U:22,5; p:0,040		U:52,5; p:0,860		U:16,5; p:0,012		U:32,5; p:0,112		U:46,0 ; p:0,790		U: 21,0; p:0,016													
Ağrı	8,3	1,5	7,6	1,5	7,2	1,6	7,7	1,2	4,3	1,3	3,2	0,9	5,8	0,8	5,6	0,6	4,0	1,2	4,3	1,3	1,4	1,2	2,1	0,8
	U:36,0; p:0,291		U:48,0; p:0,612		U:27,0; p:0,074		U:46,5; p:0,491		U:43,5; p:0,639		U:36,0; p:0,167													
Yorgunluk	9,2	0,4	9,0	0,5	8,8	0,6	8,9	0,3	6,7	1,0	6,2	0,9	8,3	1,0	7,9	0,7	2,4	1,5	2,8	1,0	0,4	0,6	1,0	0,6
	U:44,0; p:0,580		U:41,5; p:0,636		U:33,5; p:0,203		U:36,5; p:0,162		U:35,0; p:0,931		U:31,0; p:0,065													
Bulantı	6,2	2,0	5,2	1,1	6,0	1,1	5,8	1,3	2,8	1,1	2,1	1,1	4,7	1,4	4,7	1,1	3,3	1,5	3,0	1,3	1,3	1,0	1,1	0,8
	U:34,5; p:0,222		U:41,5; p:0,321		U:34,5; p:0,234		U:47,5; p:0,584		U:36,5; p:0,310		U:47,0; p:0,540													
Depresyon	6,7	1,4	6,3	1,4	6,2	1,0	5,8	1,0	5,2	0,8	4,7	0,6	5,5	1,9	5,2	1,0	1,5	1,1	1,6	1,3	0,7	1,2	0,6	0,5
	U:44,0; p:0,664		U:38,5; p:0,216		U:32,0; p:0,154		U:41,0; p:0,302		U:48,5; p:0,937		U:48,0; p:0,582													

Anksiyete	7,1 1,6 6,3 1,4 U:38,0; p:0,368	6,3 1,4 5,7 1,0 U:36,0; p:0,160	5,2 0,8 4,6 0,8 U:31,0; p:0,134	5,7 1,6 5,3 0,9 U:50,0; p:0,708	1,8 1,4 1,7 1,2 U:46,5; p:0,814	0,6 0,8 0,4 0,5 U:48,0; p:0,576
İştahsızlık	7,2 1,0 6,1 1,3 U:27,0; p:0,077	6,7 0,9 6,3 1,0 U:42,0; p:0,331	4,6 0,8 4,0 1,3 U:36,5; p:0,305	6,1 0,8 5,2 0,6 U:21,0; p:0,010	2,5 1,0 2,0 1,1 U:36,0; p:0,283	0,5 0,8 1,1 0,9 U:34,5; p:0,108
Uyuşukluk	8,4 1,0 7,4 1,2 U:26,5; p:0,071	6,7 1,3 6,8 1,2 U:53,0; p:0,884	5,2 0,6 4,8 1,1 U:36,5; p:0,300	6,0 1,6 6,2 1,0 U:55,0; p:1,000	3,2 1,0 2,6 0,9 U:35,0; p:0,250	0,7 2,2 0,6 0,8 U:44,0; p:0,389
Esenlik	8,1 0,9 7,0 0,8 U:21,0; p:0,022	6,3 1,4 6,4 1,0 U:51,0; p:0,770	5,6 1,0 4,2 0,7 U:14,0; p:0,005	6,6 1,2 5,7 0,6 U:25,5; p:0,029	2,4 1,2 2,7 1,1 U:39,0; p:0,405	-0,2 0,9 0,7 0,6 U:23,0; p:0,016
Dispne	3,8 2,7 2,3 1,9 U:30,0; p:0,117	1,8 0,8 2,0 1,2 U:53,0; p:0,880	2,1 1,4 1,0 0,7 U:26,0; p:0,036	1,5 0,6 1,7 1,0 U:54,5; p:0,968	1,7 1,7 1,3 1,6 U:40,0; p:0,451	0,2 0,6 0,3 1,0 U:52,0; p:0,816
Kabızlık	7,1 1,0 5,0 1,9 U:13,5; p:0,005	6,3 2,1 7,0 1,2 U:50,0; p:0,880	4,4 1,3 2,2 1,1 U:11,0; p:0,003	5,8 1,5 5,0 1,0 U:33,0; p:0,112	2,6 0,5 2,8 1,4 U:48,0; p:0,903	0,5 1,0 2,0 1,1 U:18,0; p:0,005

Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Semptom Puan Ortalamaları Dağılımları ile Karnofsky Performans Düzeyi Değişkeninin Karşılaştırılması Tablo 24'de verilmiştir.

Deney grubu hastalarının **yatış** toplam semptom skoru, esenlik ve kabızlık semptom puan ortalaması ile Karnofsky Performans düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Karnofsky performansı daha düşük olan hastaların toplam semptom skoru ve kabızlık semptomu puanı daha yüksek olup, esenlik düzeyi daha düşüktür.

Kontrol grubu hastalarının **yatış** toplam semptom skoru, ağrı, yorgunluk, bulantı, depresyon, anksiyete, iştahsızlık, uyuşukluk, esenlik, dispne ve kabızlık semptom puan ortalaması ile Karnofsky Performans düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Deney grubu hastalarının **taburculuk** toplam semptom skoru, esenlik, dispne ve kabızlık semptom puan ortalaması ile Karnofsky Performans düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Karnofsky performansı daha düşük olan hastaların toplam semptom skoru, kabızlık ve dispne semptom puanı daha yüksek olup, esenlik düzeyi daha düşüktür.

Kontrol grubu hastalarının **taburculuk** iştahsızlık ve esenlik semptom puan ortalaması ile Karnofsky Performans düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p>0,05$). Karnofsky performansı daha düşük olan hastaların kabızlık semptom puanı daha yüksek olup, esenlik düzeyi daha düşüktür.

Deney grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** toplam semptom skoru, ağrı, yorgunluk, bulantı, anksiyete, depresyon, iştahsızlık, dispne,

uyuşukluk ve kabızlık semptom puan ortalaması **farkları** ile Karnofsky Performans düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Kontrol grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası**, ağrı, yorgunluk, bulantı, anksiyete, depresyon, iştahsızlık, dispne, uyuşukluk ve semptom puan ortalaması **farkları** ile Karnofsky Performans düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Hastaların Karnofsky Performans düzeyleri ile toplam semptom skor, kabızlık ve esenlik semptom puan ortalamaları farkları arasında anlamlılık bulunmuştur ($p<0,05$). Daha iyi performansa sahip hastaların daha kötü performansa sahip hastalara göre toplam semptom puanı ve kabızlık semptomu daha iyi kontrol edilmiş olup esenlik düzeyi artırılmıştır.

Tablo 25. Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Edmonton Semptom Puan Ortalamaları ile Yaş Ortalaması arasındaki İlişki

YAŞ ORTALAMASI EDMONTON SEMPTOM SKLASI	ÖLÇÜM ZAMANI								YATIŞ/TABURCULUK FARKI			
	YATIŞ				TABURCULUK				Deney Grubu		Kontrol Grubu	
	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Deney Grubu		Kontrol Grubu	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
EDS TOPLAM SKOR	-0,122	0,589	-0,112	0,820	0,088	0,696	-0,052	0,819	-0,304	0,169	-0,044	0,846
Ağrı	-0,151	0,502	0,125	0,580	0,098	0,883	0,107	0,838	-0,243	0,277	-0,013	0,953
Yorgunluk	-0,289	0,192	-0,095	0,878	0,105	0,841	0,096	0,872	-0,224	0,317	-0,010	0,965
Bulantı	-0,123	0,585	-0,319	0,147	0,283	0,202	-0,119	0,598	-0,343	0,118	-0,299	0,177
Depresyon	-0,336	0,128	-0,148	0,510	-0,353	0,107	0,037	0,870	-0,206	0,358	-0,155	0,492
Anksiyete	-0,239	0,284	-0,108	0,831	-0,331	0,132	-0,095	0,675	-0,069	0,761	-0,176	0,434
İştahsızlık	0,164	0,484	0,059	0,795	0,348	0,114	-0,220	0,324	-0,271	0,222	0,383	0,079
Uyuşukluk	-0,115	0,811	-0,392	0,071	-0,240	0,282	-0,423	0,050*	-0,009	0,970	0,005	0,981
Esenlik	0,005	0,984	0,043	0,850	0,108	0,638	-0,116	0,608	-0,132	0,559	-0,266	0,232
Dispne	-0,194	0,386	-0,011	0,981	0,085	0,775	0,244	0,275	-0,302	0,172	-0,202	0,368
Kabızlık	0,012	0,957	0,217	0,333	0,182	0,417	0,212	0,343	-0,232	0,299	0,010	0,985

*P<0,05

Deney ve kontrol grubu hastalarının tanı ay ortalaması ve yaş değişkenleri ile Edmonton semptom skoru ve diğer alt semptomları arasındaki ilişkiye spearman's rho nonparametric korelasyon testi ile bakılmıştır.

Deney ve kontrol grubu hastalarının yatış ve taburculuk sonrası Edmonton semptom skoru ve diğer alt semptom puanları **farkları** ile **yaş değişkeni** arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kontrol grubu hastalarının taburculuk yaş ortalaması ile uyuşukluk semptomu arasında zayıf negatif nitelikte bir ilişki mevcut olup, yaş ortalaması artıkça uyuşukluk semptomu azalmıştır. ($p<0,05$).

Tablo 26. Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Edmonton Semptom Puan Ortalamaları ile Hastalık Tanı Süresi Ortalaması arasındaki İlişki

HASTALIK TANI ORTALAMASI EDMONTON SEMPTOM SKLASI	ÖLÇÜM ZAMANI								YATIŞ/TABURCULUK FARKI			
	YATIŞ				TABURCULUK							
	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Deney Grubu		Kontrol Grubu	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
EDS TOPLAM SKOR	0,067	0,768	-0,224	0,315	0,437	0,042*	-0,175	0,437	-0,211	0,345	0,120	0,594
Ağrı	0,114	0,614	-0,315	0,153	0,507	0,016*	-0,401	0,084	-0,313	0,156	-0,138	0,540
Yorgunluk	-0,073	0,748	-0,147	0,513	0,296	0,181	-0,129	0,568	-0,261	0,240	0,062	0,785
Bulantı	0,218	0,329	-0,157	0,487	0,367	0,093	-0,127	0,574	-0,041	0,857	0,156	0,489
Depresyon	0,141	0,532	-0,058	0,797	0,528	0,012*	-0,278	0,210	-0,131	0,561	0,368	0,092
Anksiyete	0,125	0,580	-0,011	0,961	0,543	0,009*	-0,375	0,085	-0,154	0,493	0,481	0,023*
İştahsızlık	0,184	0,412	-0,101	0,654	0,440	0,041*	0,017	0,941	-0,333	0,130	-0,258	0,247
Uyuşukluk	0,076	0,738	0,379	0,082	0,323	0,143	0,261	0,241	-0,208	0,353	0,062	0,783
Esenlik	0,146	0,518	-0,296	0,182	0,208	0,352	0,055	0,808	-0,001	0,995	0,565	0,006*
Dispne	0,005	0,984	-0,133	0,556	0,050	0,825	-0,388	0,075	0,006	0,979	0,129	0,586
Kabızlık	0,193	0,389	-0,054	0,810	0,333	0,130	-0,118	0,600	0,011	0,962	-0,054	0,811

Deney grubu hastalarının **yatış** tanı ay ortalaması değişkeni ile Edmonton semptom skoru ve diğer alt semptom puanları arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Deney grubu hastalarının **taburculuk** tanı ay ortalaması değişkeni ile yorgunluk, bulantı, uyuşukluk, esenlik, dispne ve kabızlık semptom puanları arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların EDS toplam skoru, ağrı, depresyon, anksiyete ve iştahsızlık semptomu arasında pozitif nitelikte anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Hastaların tanı ay ortalaması ile toplam semptom skoru ile zayıf düzeyde pozitif, ağrı ile orta düzeyde pozitif, depresyon ile orta düzeyde pozitif, anksiyete ile orta düzeyde pozitif ve iştahsızlık ile zayıf düzeyde pozitif nitelikte bir ilişki bulunmuştur. Hastaların tanı süresi arttıkça toplam semptom skoru, ağrı, depresyon, anksiyete ve iştahsızlık düzeyi artmıştır.

Deney grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** tanı ay ortalaması değişkeni ile Edmonton semptom skoru ve diğer alt semptom **farkları** arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kontrol grubu hastalarının **yatış, taburculuk** tanı ay ortalaması değişkeni ile Edmonton semptom skoru ve diğer alt semptom puanları arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kontrol grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** tanı ay ortalaması değişkeni ile Edmonton semptom skoru ve diğer alt semptom puan **farkları** arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Hastaların tanı ay ortalaması ile anksiyete arasında zayıf düzeyde pozitif nitelikte bir ilişki olup, tanı ay ortalaması arttıkça anksiyete semptomu artmıştır. Tanı ay ortalaması ile esenlik puanı arasında pozitif orta nitelikte bir ilişki olup, tanı süresi arttıkça hastaların

esenlik puanı düzeyi azalmıştır. (ölçek esenlik puanı atıkça esenlik düzeyi kötüleşmekte)

3.5. EORTC QLQ C-30 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇÜMLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 27. Hastaların Yatış EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel Alt Boyut Puan Ortalamalarının Gruplar arası Dağılımları

Fonksiyonel Alt Boyut	Deney Grubu		Kontrol Grubu		p
	\bar{X}	<u>SD</u>	\bar{X}	<u>SD</u>	
<u>Fiziksel fonksiyon</u>	17,57	13,88	15,15	11,30	0,652
<u>Rol fonksiyonu</u>	15,90	16,64	18,93	16,50	0,555
<u>Emosyonel fonksiyon</u>	30,90	18,34	38,48	15,38	0,189
<u>Kognitif fonksiyon</u>	43,18	26,05	55,30	20,17	0,108
<u>Sosyal fonksiyon</u>	14,39	16,50	16,66	19,24	0,773
<u>Global yaşam Kalitesi</u>	25,00	19,75	33,33	9,27	0,070

Deney ve kontrol grubundaki hastaların yatış **EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel Alt Boyut Puan Ortalamalarının Gruplar arası Dağılımları** tablo 27’de gösterilmiştir. EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi ölçeğinin fonksiyonel alt boyutlarının yüksek skorları yüksek iyilik durumunu göstermektedir. “**Yüksek Fonksiyonel Skorlar, yüksek fonksiyonel iyilik**” anlamına gelmektedir.

Deney ve kontrol grubundaki hastaların yatış **EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği** fonksiyonel alt boyutları fiziksel fonksiyon, rol fonksiyon,

emosyonel fonksiyon, kognitif fonksiyon, sosyal fonksiyon ve global yaşam kalitesi puan ortalamalarının gruplar arası dağılımları açısından bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 28. Hastaların Yatış EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Alt Boyut Puan Ortalamalarının Gruplar arası Dağılımları

Semptom Alt Boyut	Deney Grubu		Kontrol Grubu		p
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
<u>Yorgunluk</u>	85,86	9,18	91,41	6,79	0,037*
<u>Bulantı ve kusma</u>	46,21	29,51	45,45	23,67	0,763
<u>Ağrı</u>	78,78	25,81	69,69	17,54	0,384
<u>Dispne</u>	39,39	33,54	36,36	22,79	0,918
<u>Uyku bozukluğu</u>	48,48	16,99	54,54	21,93	0,395
<u>İştahsızlık</u>	60,60	19,61	71,21	15,58	0,054
<u>Kabızlık</u>	69,69	28,93	80,30	35,12	0,082
<u>Diyare</u>	7,57	25,05	4,54	15,58	0,944
<u>Mali etki</u>	84,84	19,85	84,84	22,36	0,870

* $p<0,05$

Deney ve kontrol grubundaki hastaların yatış **EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Alt Boyut Puan Ortalamalarının Gruplar arası Dağılımları** tablo 22’de gösterilmiştir. EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi ölçeğinin semptom alt boyutlarının “**yüksek skorları yüksek semptomatolojiyi**” göstermektedir. “**Yüksek Fonksiyonel Skorlar, yüksek ve olumsuz semptom düzeyi**” anlamına gelmektedir.

Deney ve kontrol grubundaki hastaların yatış **EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği** semptom alt boyutu bulantı, ağrı, dispne, uyku, iştahsızlık, kabızlık, diyare, mali etki alt boyut puan ortalamalarının gruplar arası dağılımları açısından bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). **Yatış** yaşam kalitesi yorgunluk semptom alt boyut puanı deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak fark bulunmaktadır. ($p<0,05$). Kontrol grubu hastalarının yorgunluk yaşam kalitesi puan ortalaması $91,41\pm 6,79$ iken, deney grubu hastaların $85,86\pm 9,18$ şeklindedir. Kontrol grubu hastalarının yorgunluk düzeyi deney grubuna göre daha yüksektir.

Tablo 29: Hastaların Yatış ve Taburculuk EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması

Fonksiyonel Alt Boyut	Yatış		Taburculuk		z	p
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
<u>Deney Grubu</u>						
Fiziksel fonksiyon	17,57	13,88	23,63	20,44	-1,856	0,063
Rol fonksiyonu	15,90	16,64	34,84	21,15	-3,114	0,002*
Emosyonel fonksiyon	30,90	18,34	64,54	12,74	-3,943	0,000*
Kognitif fonksiyon	43,18	26,05	70,45	14,48	-3,192	0,001*
Sosyal fonksiyon	14,39	16,50	37,87	21,93	-3,104	0,002*
Global yaşam Kalitesi	25,00	19,75	55,30	10,77	-3,991	0,000*
<u>Kontrol Grubu</u>						
Fiziksel fonksiyon	15,15	11,30	16,96	22,22	-0,399	0,690
Rol fonksiyonu	18,93	16,50	21,96	23,22	-0,850	0,395
Emosyonel fonksiyon	38,48	15,38	50,60	14,64	-2,673	0,008*
Kognitif fonksiyon	55,30	20,17	68,94	10,65	-2,561	0,010*
Sosyal fonksiyon	16,66	19,24	17,42	22,10	-0,535	0,593
Global yaşam Kalitesi	33,33	9,27	42,42	14,29	-2,751	0,006*

*p<0,05

Deney ve kontrol grubundaki hastaların yatış, taburculuk **EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel Alt Boyut Puan Ortalamalarının Gruplar İçi Karşılaştırılması** tablo 28'de gösterilmiştir.

Deney grubundaki hastaların yatış, taburculuk **EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği** fonksiyonel alt boyutları rol fonksiyon, emosyonel fonksiyon, kognitif fonksiyon, sosyal fonksiyon ve global yaşam kalitesi puan ortalamalarının açısından bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Yaşam kalitesi fizik fonksiyon alt boyunda anlamlılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kontrol grubu hastaların yatış, taburculuk **EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği** fonksiyonel alt boyutları emosyonel fonksiyon, kognitif fonksiyon ve global yaşam kalitesi puan ortalamalarının açısından bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Yaşam kalitesi fizik fonksiyon, rol ve sosyal alt boyutlarında anlamlılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 30: Hastaların Yatış ve Taburculuk EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Alt Boyut Puan Ortalamalarının Gruplar İçi Karşılaştırılması

Semptom Alt Boyut	Yatış		Taburculuk		z	p
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
<u>Deney Grubu</u>						
Yorgunluk	85,86	9,18	49,49	14,44	-4,128	0,000*
Bulantı/kusma	46,21	29,51	12,87	14,48	-3,936	0,000*
Ağrı	78,78	25,81	37,87	11,70	-4,159	0,000*
Dispne	39,39	33,54	16,66	22,41	-3,207	0,001*
Uyku bozukluğu	48,48	16,99	13,63	16,77	-3,888	0,000*
İştahsızlık	60,60	19,61	28,78	18,67	-3,831	0,000*
Kabızlık	69,69	28,93	27,27	19,61	-3,968	0,000*
İshal	7,57	25,05	1,51	7,10	-1,414	0,157
Mali Etki	84,84	19,85	65,15	21,76	-3,022	0,003*
<u>Kontrol Grubu</u>						
Yorgunluk	91,41	6,79	74,74	17,87	-3,314	0,001*
Bulantı/kusma	45,45	23,67	26,51	18,29	-2,440	0,015*
Ağrı	69,69	17,54	46,21	19,19	-3,656	0,000*
Dispne	36,36	22,79	21,21	19,36	-2,489	0,013*
Uyku bozukluğu	54,54	21,93	36,36	25,00	-2,173	0,030*
İştahsızlık	71,21	15,58	59,09	22,84	-2,081	0,037*
Kabızlık	80,30	35,12	60,60	24,42	-2,200	0,028*
İshal	4,54	15,58	,00	,00	-1,342	0,180
Mali Etki	84,84	22,36	87,87	19,36	-0,680	0,496

*p<0,05

Deney ve kontrol grubundaki hastaların **yatış ve taburculuk EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Alt Boyut Puan Ortalamalarının Gruplar İçi Karşılaştırılması** tablo 30'da gösterilmiştir.

Deney grubundaki hastaların **yatış, taburculuk EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği** semptom alt boyutları yorgunluk, bulantı, ağrı, dispne, uyku, iştahsızlık, kabızlık, mali etki alt boyut puan ortalamalarının gruplar arası dağılımları açısından bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Diyare alt boyut puan ortalamalarının gruplar içi dağılımları açısından bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Kontrol grubu hastaların **yatış, taburculuk EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği** semptom alt boyutları yorgunluk, bulantı, ağrı, dispne, uyku, iştahsızlık, kabızlık alt boyut puan ortalamalarının gruplar arası dağılımları açısından bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Diyare ve mali etki alt boyut puan ortalamalarının gruplar içi dağılımları açısından bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 31: Hastaların Yatış ve Taburculuk Sonrası EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel Alt Boyut Puan Ortalamaları Farklarının Gruplar arası Karşılaştırılması

Fonksiyonel Alt Boyut	Deney Grubu		Kontrol Grubu		p
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
<u>Fiziksel fonksiyon</u>	-6,05	11,43	-1,81	19,42	0,083
<u>Rol fonksiyonu</u>	-18,94	19,44	-3,03	15,96	0,005*
<u>Emosyonel fonksiyon</u>	-33,63	22,86	-12,12	19,26	0,001*
<u>Kognitif fonksiyon</u>	-27,27	27,95	-13,63	26,04	0,078
<u>Sosyal fonksiyon</u>	-23,48	25,01	-0,75	10,88	0,001*
<u>Global yaşam Kalitesi</u>	-30,30	18,28	-9,09	-15,41	0,000*

*p<0,05

Deney ve kontrol grubundaki hastaların **yatış ve taburculuk sonrası** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel Alt Boyut Puan Ortalamaları **Farklarının Gruplar arası Karşılaştırılması** tablo 31’de gösterilmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki hastaların **yatış ve taburculuk sonrası** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Farklarının Gruplar arası fonksiyonel alt boyutları rol fonksiyon, emosyonel fonksiyon, sosyal fonksiyon ve global yaşam kalitesi puan ortalamalarında anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0,05). Yaşam kalitesi fizik fonksiyon ve kognitif fonksiyon alt boyunda fark istatistik açıdan anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).

Deney grubundaki hastaların **yatış ve taburculuk sonrası** yaşam kalitesi fonksiyonel alt boyutları rol fonksiyon, emosyonel fonksiyon, sosyal fonksiyon ve global yaşam kalitesi puan ortalamalarının artış farkı oldukça anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 32: Hastaların Yatış ve Taburculuk Sonrası EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Alt Boyut Puan Ortalamaları Farklarının Gruplar arası Karşılaştırılması

Semptom Alt Boyut	Deney Grubu		Kontrol Grubu		p
	\bar{X}	<u>SD</u>	\bar{X}	<u>SD</u>	
<u>Yorgunluk</u>	36,36	13,36	16,66	16,71	0,000*
<u>Bulantı ve kusma</u>	33,33	25,19	18,93	34,23	0,098
<u>Ağrı</u>	40,91	23,97	23,48	17,56	0,004*
<u>Dispne</u>	22,72	23,87	15,15	24,61	0,193
<u>Uyku bozukluğu</u>	34,84	19,18	18,18	30,39	0,170
<u>İştahsızlık</u>	31,82	19,18	12,12	21,93	0,004*
<u>Kabızlık</u>	42,42	23,41	19,69	40,70	0,006*
<u>Diyare</u>	6,06	19,61	4,54	15,58	0,962
<u>Mali etki</u>	19,69	22,20	-3,03	20,33	0,000*

Deney ve kontrol grubundaki hastaların **yatış ve taburculuk sonrası** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Alt Boyut Puan Ortalamaları **Farklarının Gruplar arası Karşılaştırılması** tablo 32’de gösterilmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki hastaların **yatış ve taburculuk sonrası** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Farklarının Gruplar arası semptom alt boyutları yorgunluk, ağrı, iştahsızlık, kabızlık, mali etki puan ortalamalarında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Deney ve kontrol grubu hastalarının yaşam kalitesi bulantı, dispne, uyku bozukluğu ve diyare semptom alt boyunda fark istatistik açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Deney grubundaki

hastaların yatış ve taburculuk sonrası semptom alt boyutları yorgunluk, ağrı, iştahsızlık, kabızlık, mali etki puan ortalamalarında farkı oldukça anlamlıdır ($p<0,05$).

3.6. EORTC QLQ C-30 ÖLÇÜMLERİNE İLİŞKİN BULGULAR İLE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 33: : Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Yaşam Kalitesi Fonksiyonel Alt Boyut Ortalamalarının Dağılımları İle Cinsiyet Değişkeninin Karşılaştırılması

YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ Fonksiyonel Alt Boyut	ÖLÇÜM ZAMANI								YATIŞ /TABURCULUK FARKI			
	YATIŞ				TABURCULUK				Deney Grubu		Kontrol Grubu	
CİNSİYET	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Deney Grubu		Kontrol Grubu	
	Kadın X̄ SD	Erkek X̄ SD	Kadın X̄ SD	Erkek X̄ SD	Kadın X̄ SD	Erkek X̄ SD	Kadın X̄ SD	Erkek X̄ SD	Kadın X̄ SD	Erkek X̄ SD	Kadın X̄ SD	Erkek X̄ SD
Fiziksel Fonksiyon	14,0 12,7	33,3 5,8	13,3 11,5	19,0 10,4	19,2 19,3	43,3 12,5	11,1 15,4	29,5 30,0	-5,1 11,5	-10,0 11,5	2,2 14,1	-10,4 26,9
	U:11,0; p:0,019		U:28,5; p:0,063		U:12,0; p:0,038		U:30,0; p:0,086		U:26,0 ; p:0,387		U: 36,0; p:0,223	
Rol fonksiyonu	12,0 15,9	33,3 0,0	14,4 15,2	28,5 15,8	33,3 22,1	41,6 16,6	15,5 16,0	35,7 31,0	-21,2 19,6	-8,3 16,6	-1,1 13,3	-7,1 21,2
	U:12,0; p:0,021		U:28,0; p:0,065		U:27,5; p:0,426		U:30,5; p:0,094		U:26,0; p:0,365		U:47,5; p:0,653	
Emosyonel fonksiyon	31,1 19,2	30,0 15,8	43,1 10,0	28,5 2 0,6	63,3 13,5	70,0 6,6	47,5 12,0	57,1 18,4	-32,2 23,3	-40,0 22,4	-4,4 10,5	-28,5 23,9
	U:34,5; p:0,895		U:22,0; p:0,021		U:29,5; p:0,543		U:36,0; p:0,189		U:25,5; p:0,362		U:15,0; p:0,003	

Kognitif fonksiyon	43,5 25,6 41,6 31,9 U:35,5; p:0,964	62,2 9,8 40,4 28,6 U:27,0; p:0,043	71,2 15,9 66,6 0,0 U:32,0; p:0,692	66,6 0,0 73,8 18,8 U:45,0; p:0,375	-27,7 28,0 -25,0 31,9 U:34,0; p:0,860	-4,4 9,8 -33,3 38,4 U:26,5; p:0,039
Sosyal fonksiyon	12,9 16,7 20,8 15,9 U:26,5; p:0,357	9,9 15,1 30,9 20,2 U:22,5; p:0,020	34,2 20,1 54,1 25,0 U:20,5; p:0,137	9,9 15,1 33,3 27,2 U:26,0; p:0,037	-21,2 21,2 -33,3 40,8 U:29,5; p:0,557	0,0 0,0 -2,3 20,2 U:45,0; p:0,376
Global yaşam Kalitesi	23,1 19,9 33,3 19,2 U:25,0; p:0,334	36,6 6,9 26,1 10,1 U:24,0; p:0,010	51,8 7,8 70,8 8,3 U:4,5; p:0,002	42,2 12,3 42,8 18,8 U:47,0; p:0,680	-28,7 16,9 -37,5 24,9 U:30,0; p:0,595	-5,5 10,2 -16,6 22,0 U:34,0; p:0,170

Deney grubu hastalarının **yatış** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu emosyonel, sosyal, kognitif fonksiyon ve global yaşam kalitesi puan ortalaması farkları ile cinsiyet arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların fizik ve rol fonksiyon yaşam kalitesi puan ortalamaları ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmuştur($p<0,05$).

Kontrol grubu hastalarının **yatış** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu fizik fonksiyon ve rol fonksiyon yaşam kalitesi puan ortalaması farkları ile cinsiyet arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların emosyonel, kognitif, sosyal ve global yaşam kalitesi puan ortalamaları ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Deney grubu hastalarının **taburculuk** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu rol, emosyonel, sosyal ve kognitif fonksiyon yaşam kalitesi puan ortalaması farkları ile cinsiyet arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların fizik ve global yaşam kalitesi puan ortalamaları ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmuştur($p<0,05$).

Kontrol grubu hastalarının **taburculuk** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu fizik, rol, emosyonel, sosyal, kognitif ve global yaşam kalitesi puan ortalaması farkları ile cinsiyet arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların sosyal yaşam kalitesi puan ortalamaları ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Deney grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu fizik, rol, emosyonel, sosyal, kognitif fonksiyon ve global yaşam kalitesi puan ortalaması **farkları** ile cinsiyet arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kontrol grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu fizik fonksiyon, rol fonksiyon, sosyal fonksiyon ve global yaşam kalitesi puan ortalaması **farkları** ile cinsiyet arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların yaşam kalitesi emosyonel ve kognitif fonksiyon alt boyutu ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Erkek hastaların emosyonel ve kognitif fonksiyon yaşam kalitesi puan ortalamaları kadın hastalara göre daha iyi düzeyde olduğu bulunmuştur.

Tablo 34: Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Yaşam Kalitesi Fonksiyonel Alt Boyut Ortalamalarının Dağılımları İle Eğitim Durumu Değişkeninin Karşılaştırılması

YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ Fonksiyonel Alt Boyut	ÖLÇÜM ZAMANI								YATIŞ/ TABURCULUK FARKI																	
	YATIŞ				TABURCULUK																					
EĞİTİM DURUMU	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Deney Grubu		Kontrol Grubu															
	Okuryzr/ İlköğtm.	Lise/ Yüksekokul	Okuryzr/ İlköğtm.	Lise/ Yüksekokul	Okuryzr/ İlköğtm.	Lise/ Yüksekokul	Okuryzr/ İlköğtm.	Lise/ Yüksekokul	Okuryzr/ İlköğtm.	Lise/ Yüksekokul	Okuryzr/ İlköğtm.	Lise/ Yüksekokul														
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD														
Fiziksel Fonksiyon	13,3	12,5	21,1	14,4	15,8	11,7	14,0	11,2	13,9	17,6	31,6	19,7	17,4	25,4	16,2	17,9	-0,6	7,9	-10,5	12,2	-1,5	23,2	-2,2	13,3		
	U:42,5; p:0,205		U:55,5; p:0,825		U:29,5; p:0,041		U:52,5; p:0,665		U:29,0 ; p:0,038		U: 52,5; p:0,675															
Rol fonksiyonu	11,6	15,8	19,4	17,1	20,5	16,8	16,6	16,6	21,6	15,8	45,8	18,9	24,3	27,7	18,5	15,4	-9,9	16,0	-26,3	19,4	-3,8	18,1	-1,8	13,0		
	U:45,5; p:0,280		U:51,5; p:0,618		U:24,5; p:0,010		U:54,5; p:0,773		U:27,0; p:0,020		U:51,5; p:0,551															
Emosyonel fonksiyon	33,9	12,3	28,3	22,4	41,5	18,2	34,0	9,0	58,6	12,8	69,4	10,8	55,8	15,7	42,9	8,8	-24,6	19,6	-41,1	23,4	-14,3	22,9	-8,8	12,9		
	U:53,0; p:0,634		U:38,5; p:0,152		U:26,0; p:0,014		U:29,0; p:0,026		U:41,5; p:0,214		U:56,5; p:0,881															
Kognitif fonksiyon	48,3	25,3	38,8	26,9	53,8	20,5	57,4	20,6	63,3	7,0	76,3	16,6	70,5	13,8	66,6	0,0	-15,0	19,9	-37,5	30,2	-16,6	29,6	-9,2	20,6		
	U:46,5; p:0,345		U:52,0; p:0,625		U:33,0; p:0,038		U:54,0; p:0,614		U:32,0; p:0,055		U:51,0; p:0,573															

Sosyal fonksiyon	19,9 17,2 9,7 15,0 U:41,0; p:0,154	19,2 21,3 12,9 16,1 U:50,0; p:0,533	29,9 24,5 44,4 17,8 U:40,0; p:0,137	21,7 24,8 11,1 16,6 U:45,0; p:0,315	-10,0 16,1 -34,7 26,0 U:32,0; p:0,050	-2,5 9,2 1,8 13,0 U:54,0; p:0,615
Global yaşam Kalitesi	30,0 24,5 20,8 14,4 U:46,5; p:0,359	32,6 11,0 34,2 6,5 U:57,5; p:0,932	55,0 8,0 55,5 12,9 U:60,0; p:1,000	38,4 12,5 48,1 15,4 U:34,0; p:0,081	-25,0 21,1 -34,7 15,0 U:43,0; p:0,243	-5,7 17,1 -13,8 11,7 U:37,5; p:0,140

Deney ve kontrol grubu hastalarının **yatış** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu fizik, rol, emosyonel, sosyal, kognitif ve global yaşam kalitesi puan ortalaması ile eğitim düzeyi arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Deney grubu hastalarının **taburculuk** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu fizik, rol, emosyonel ve kognitif yaşam kalitesi puan ortalaması ile eğitim düzeyi arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Hastaların sosyal ve global yaşam kalitesi puan ortalamaları ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kontrol grubu hastalarının **taburculuk** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu fizik, rol, sosyal, kognitif ve global yaşam kalitesi puan ortalaması ile eğitim düzeyi arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p<0,05$). Hastaların emosyonel yaşam kalitesi puan ortalamaları ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p>0,05$).

Deney grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu, emosyonel fonksiyon, kognitif fonksiyon ve global yaşam kalitesi puan ortalaması **farkları** ile eğitim düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların yaşam kalitesi fizik, rol ve sosyal fonksiyon alt boyut ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Eğitim düzeyi daha iyi olan hastaların fizik fonksiyonları daha iyi düzeyde iken, eğitim düzeyi daha düşük hastaların fizik fonksiyonları daha kötü bulunmuştur. Eğitim düzeyi daha düşük olan hastaların yaşam kalitesi rol fonksiyonu daha kötü düzeyde bulunurken, eğitim düzeyi yüksek olan hastaların rol fonksiyonu yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu fizik, rol, sosyal, kognitif fonksiyon ve global yaşam kalitesi puan ortalaması **farkları** ile eğitim düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların emosyonel yaşam kalitesi puan ortalamaları farkları ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 35: Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Yaşam Kalitesi Fonksiyonel Alt Boyut Ortalamalarının Dağılımları İle Medeni Durum Değişkeninin Karşılaştırılması

YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ Fonksiyonel Alt Boyut	ÖLÇÜM ZAMANI								YATIŞ/TABURCULUK FARKI															
	YATIŞ				TABURCULUK																			
MEDENİ DURUMU	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Deney Grubu		Kontrol Grubu													
	Evli	Bekar	Evli	Bekar	Evli	Bekar	Evli	Bekar	Evli	Bekar	Evli	Bekar												
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD												
Fiziksel Fonksiyon	20,0	15,1	12,3	9,7	14,1	10,7	18,6	13,6	28,8	21,7	12,3	11,8	19,9	23,4	6,6	14,9	-8,8	11,9	0,0	7,6	-5,8	19,4	12,0	12,8
	U:42,5; p:0,439		U:33,0; p:0,413		U:30,5; p:0,115		U:26,5; p:0,175		U:31,0 ; p:0,124		U: 16,5; p:0,033													
Rol fonksiyonu	14,4	16,5	19,0	17,8	18,6	16,5	19,9	18,2	34,4	23,9	35,7	14,9	25,4	24,3	10,0	14,9	-20,0	21,0	-16,6	16,6	-6,8	14,5	9,9	14,9
	U:45,0; p:0,550		U:40,0; p:0,835		U:51,0; p:0,907		U:25,0; p:0,139		U:48,0; p:0,735		U:19,5; p:0,022													
Emosyonel fonksiyon	31,1	16,2	30,4	23,6	38,0	14,6	40,0	19,4	62,6	14,8	68,5	5,0	51,7	15,5	46,6	11,5	-31,5	24,2	-38,0	20,6	-13,7	21,0	-6,6	11,5
	U:47,0; p:0,689		U:38,5; p:0,737		U:49,0; p:0,786		U:38,0; p:0,690		U:39,0; p:0,332		U:37,5; p:0,660													
Kognitif fonksiyon	45,5	24,7	38,0	29,9	56,8	20,4	50,0	20,4	73,3	15,1	64,2	11,5	69,6	12,1	66,6	0,0	-27,7	29,9	-26,1	25,1	-12,7	27,9	-16,6	20,4
	U:45,5; p:0,601		U:31,0; p:0,311		U:36,5; p:0,189		U:40,0; p:0,743		U:51,0; p:0,912		U:31,5; p:0,333													

Sosyal fonksiyon	12,2 16,0 19,0 17,8 U:41,5; p:0,377	15,6 19,9 19,9 18,2 U:35,5; p:0,547	39,9 26,5 33,3 0,0 U:42,0; p:0,404	18,6 23,4 13,3 18,2 U:38,5; p:0,727	-27,7 27,2 -14,2 17,8 U:34,5; p:0,178	-2,9 8,8 6,6 14,9 U:30,0; p:0,101
Global yaşam Kalitesi	30,0 19,1 14,2 17,8 U:29,0; p:0,088	33,8 10,4 31,6 3,7 U:34,0; p:0,395	58,8 10,6 47,6 6,3 U:24,0; p:0,018	45,0 14,1 33,3 11,7 U:23,0; p:0,104	-28,8 19,3 -33,3 16,6 U:47,0; p:0,686	-11,2 16,3 -1,6 9,1 U:26,0; p:0,174

Deney ve kontrol grubu hastalarının **yatış** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu fizik, rol, emosyonel, sosyal, kognitif ve global yaşam kalitesi puan ortalaması ile medeni durum arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Deney grubu hastalarının **taburculuk** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu fizik, rol, sosyal, emosyonel ve kognitif yaşam kalitesi puan ortalaması ile medeni durum arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p<0,05$). Hastaların global yaşam kalitesi puan ortalamaları ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p>0,05$).

Kontrol grubu hastalarının **taburculuk** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu fizik, rol, emosyonel, sosyal, kognitif ve global yaşam kalitesi puan ortalaması ile medeni durum arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Deney grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu fizik, rol, emosyonel, sosyal, kognitif ve global yaşam kalitesi puan ortalaması **farkları** ile medeni durum arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kontrol grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu emosyonel, sosyal, kognitif fonksiyon ve global yaşam kalitesi puan ortalaması **farkları** ile medeni durum arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların fizik ve rol fonksiyon yaşam kalitesi puan ortalamaları farkları ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 36: Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Yaşam Kalitesi Fonksiyonel Alt Boyut Ortalamalarının Dağılımları ile Ekonomik Durum Değişkeninin Karşılaştırılması

YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ Fonksiyonel Alt Boyut	ÖLÇÜM ZAMANI								YATIŞ/ TABURCULUK FARKI															
	YATIŞ				TABURCULUK																			
EKONOMİK DURUMU	Deney Grubu		Karşılamiyor		Kontrol Grubu		Karşılamiyor		Deney Grubu		Karşılamiyor		Kontrol Grubu		Karşılamiyor									
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD								
Fiziksel Fonksiyon	17,5	13,5	17,7	19,2	15,0	11,0	15,5	15,3	23,8	20,0	22,2	27,7	19,6	22,8	0,0	0,0	-6,3	11,8	-4,4	10,1	-4,5	18,8	15,5	15,3
	U:28,0; p:0,958				U:27,0; p:0,874				U:26,5; p:0,846				U:12,0; p:0,068				U:26,0 ; p:0,808				U: 9,0; p:0,051			
Rol fonksiyonu	14,9	16,5	22,2	19,2	18,4	16,5	22,2	19,2	33,3	21,5	44,4	19,2	23,6	23,7	11,1	19,2	-18,4	19,9	-22,2	19,2	-5,2	14,7	11,1	19,2
	U:22,0; p:0,482				U:24,5; p:0,683				U:20,0; p:0,370				U:19,5; p:0,352				U:23,5; p:0,610				U:16,0; p:0,127			
Emosyonel fonksiyon	29,4	19,0	39,9	11,5	36,8	15,1	48,8	15,3	65,2	12,2	60,0	17,6	50,8	14,9	48,8	15,3	-35,7	23,5	-20,0	13,3	-14,0	20,1	0,0	0,0
	U:24,0; p:0,657				U:16,0; p:0,200				U:25,0; p:0,713				U:26,0; p:0,787				U:17,5; p:0,283				U:15,0; p:0,147			
Kognitif fonksiyon	44,7	27,2	33,3	16,6	53,5	21,2	66,6	0,0	70,1	13,1	72,2	25,4	69,3	11,4	66,6	0,0	-25,4	29,5	-38,8	9,6	-15,7	27,4	0,0	0,0
	U:18,5; p:0,310				U:18,0; p:0,258				U:27,5; p:0,911				U:27,0; p:0,810				U:20,0; p:0,398				U:18,0; p:0,259			

Sosyal fonksiyon	13,1 16,2 22,2 19,2 U:20,5; p:0,383	17,5 19,6 11,1 19,2 U:23,5; p:0,599	36,8 22,6 44,4 19,2 U:23,5; p:0,590	18,4 22,2 11,1 19,2 U:24,0; p:0,632	-23,6 26,2 -22,2 19,2 U:26,5; p:0,839	-0,8 11,7 0,0 0,0 U:27,0; p:0,810
Global yaşam Kalitesi	26,3 20,2 16,6 16,6 U:21,0; p:0,459	33,3 10,0 33,3 0,0 U:28,5; p:1,000	55,2 11,1 55,5 9,6 U:27,5; p:0,910	43,8 14,9 33,3 0,0 U:15,0; p:0,169	-28,9 19,1 -38,8 9,6 U:15,5; p:0,195	-10,5 16,1 0,0 0,0 U:16,5; p:0,265

Deney ve kontrol grubu hastalarının **yatış ve taburculuk** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu fizik, rol, emosyonel, sosyal, kognitif ve global yaşam kalitesi puan ortalaması ile ekonomik durum arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Deney ve kontrol grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu fizik, rol, emosyonel, sosyal, kognitif ve global yaşam kalitesi puan ortalaması **farkları** ile ekonomik durum arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 37: Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Yaşam Kalitesi Fonksiyonel Alt Boyut Ortalamalarının Dağılımları İle Karnosky Değişkeninin Karşılaştırılması

YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ Fonksiyonel Alt Boyut	ÖLÇÜM ZAMANI								YATIŞ/TABURCULUK FARKI															
	YATIŞ				TABURCULUK																			
KARNOSKY PERFORMANS DÜZEYİ	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Deney Grubu		Kontrol Grubu													
	KPS 30	KPS 40	KPS 30	KPS 40	KPS 30	KPS 40	KPS 30	KPS 40	KPS 30	KPS 40	KPS 30	KPS 40												
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD												
Fiziksel Fonksiyon	9,6	8,8	20,6	14,1	12,7	10,5	17,3	12,6	13,3	13,3	26,6	21,2	13,3	16,3	14,0	17,0	-3,7	11,1	-6,0	12,0	-0,6	13,4	3,3	13,4
	U:24,0; p:0,028				U:45,5; p:0,454				U:31,5; p:0,163				U:53,0; p:0,877				U: 43,0;p:0,615				U: 54,5;p:0,970			
Rol fonksiyonu	9,2	14,6	18,1	17,4	15,1	15,7	19,9	15,3	22,2	14,4	39,3	20,1	19,6	16,3	16,6	15,7	-12,9	16,1	-6,0	12,0	-4,5	13,1	3,3	10,5
	U:36,0; p:0,243				U:45,5; p:0,471				U:25,5; p:0,039				U:49,0; p:0,644				U: 37,0;p:0,303				U: 40,5;p:0,172			
Emosyonel fonksiyon	34,0	18,6	28,4	17,4	36,9	15,8	42,6	13,4	56,2	16,0	69,6	5,4	52,7	16,9	48,0	12,8	-22,2	20,8	-41,2	21,0	-15,7	23,1	-5,3	10,7
	U:43,0; p:0,606				U:52,0; p:0,819				U:26,0; p:0,042				U:45,0; p:0,416				U: 24,0;p:0,047				U: 43,0;p:0,333			
Kognitif fonksiyon	50,0	26,3	36,6	27,7	51,5	24,1	61,6	13,7	64,8	10,0	69,6	12,5	72,7	13,4	66,6	0,0	-14,8	19,4	-33,3	32,4	-21,2	33,4	-5,0	13,7
	U:35,5; p:0,250				U:44,5; p:0,396				U:40,5; p:0,398				U:45,0; p:0,167				U: 32,0;p:0,162				U: 42,5;p:0,313			

Sosyal fonksiyon	11,1 16,6 19,6 16,3 U:36,0; p:0,247	13,6 16,3 14,9 16,5 U:52,5; p:0,844	25,9 22,2 45,4 18,3 U:26,5; p:0,048	13,6 22,1 16,6 17,5 U:47,5; p:0,549	-14,8 17,5 -25,7 28,0 U: 38,0;p:0,346	-0,0 14,9 -1,6 5,2 U: 50,5;p:0,603
Global yaşam Kalitesi	25,9 25,1 24,2 17,2 U:49,5; p:1,000	32,5 7,8 36,6 7,0 U:41,0; p:0,186	51,8 10,0 57,5 11,4 U:38,0; p:0,300	39,3 15,4 44,9 13,7 U:45,0; p:0,453	-25,9 20,6 -33,3 18,2 U: 42,5;p:0,577	-6,8 14,3 -8,3 14,1 U: 51,0;p:0,765

Deney grubu hastalarının **yatış** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu rol, sosyal, emosyonel, kognitif fonksiyon ve global yaşam kalitesi puan ortalaması ile Karnofsky Performans düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların fizik fonksiyon yaşam kalitesi puan ortalaması ile Karnofsky Performans düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Kontrol grubu hastalarının **yatış** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu fizik, rol, emosyonel, sosyal, kognitif fonksiyon ve global yaşam kalitesi puan ortalaması ile Karnofsky Performans düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Deney grubu hastalarının **taburculuk** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu fizik, kognitif fonksiyon ve global yaşam kalitesi puan ortalaması ile Karnofsky Performans düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların rol, emosyonel ve sosyal fonksiyon yaşam kalitesi puan ortalaması ile Karnofsky Performans düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Kontrol grubu hastalarının **taburculuk** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu fizik, rol, emosyonel, sosyal, kognitif fonksiyon ve global yaşam kalitesi puan ortalaması ile Karnofsky Performans düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Deney grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu fizik, rol, sosyal, kognitif fonksiyon ve global yaşam kalitesi puan ortalaması **farkları** ile Karnofsky Performans düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların yaşam kalitesi emosyonel alt boyut ile Karnofsky Performans

düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Daha kötü performansa sahip olan hastaların emosyonel yaşam kalitesi daha kötü iken, daha iyi performansa sahip hastaların emosyonel yaşam kaliteleri daha iyi bulunmuştur.

Kontrol grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu fizik, rol, emosyonel, sosyal, kognitif fonksiyon ve global yaşam kalitesi puan ortalaması **farkları** ile Karnofsky Performans düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 38: Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Yaşam Kalitesi Semptom Alt Boyut Ortalamalarının Dağılımları İle Cinsiyet Değişkeninin Karşılaştırılması

YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ Semptom Alt Boyut	ÖLÇÜM ZAMANI								YATIŞ /TABURCULUK FARKI															
	YATIŞ				TABURCULUK																			
CİNSİYET	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Deney Grubu		Kontrol Grubu													
	Kadın \bar{X}	Erkek \bar{X}	SD	SD	Kadın \bar{X}	Erkek \bar{X}	SD	SD	Kadın \bar{X}	Erkek \bar{X}	SD	SD												
Yorgunluk	86,4	9,7	83,3	6,4	91,8	6,5	90,4	7,6	50,6	14,8	44,4	12,8	77,0	16,5	69,8	20,9	35,8	14,5	38,8	6,4	14,8	11,6	20,6	25,1
	U:27,0; p:0,399				U:47,5; p:0,686				U:26,0; p:0,378				U:46,0; p:0,637				U: 29,0; p:0,542				U: 42,0; p:0,446			
Bulantı ve kusma	46,2	29,4	45,8	34,3	43,3	13,8	50,0	38,4	13,8	15,3	8,3	9,6	27,7	14,9	23,8	25,1	32,4	23,8	37,5	34,3	15,5	16,0	26,1	58,4
	U:34,0; p:0,861				U:51,5; p:0,940				U:30,0; p:0,581				U:41,5; p:0,417				U: 32,5; p:0,763				U: 45,0; p:0,584			
Ağrı	81,4	27,3	66,6	13,6	71,1	13,3	66,6	25,4	39,8	11,6	29,1	8,3	47,7	16,5	42,8	25,1	41,6	25,0	37,5	34,3	23,3	15,1	23,8	23,2
	U:24,0; p:0,279				U:42,5; p:0,454				U:19,5; p:0,073				U:36,0; p:0,190				U: 34,0; p:0,857				U: 52,0; p:0,971			
Dispne	42,5	33,9	25,0	31,9	35,5	8,6	38,0	40,5	20,3	23,2	0,0	0,0	22,2	20,5	19,0	17,8	22,2	22,8	25,0	31,0	13,3	16,9	19,0	37,7
	U:25,5; p:0,347				U:51,0; p:0,898				U:18,0; p:0,079				U:49,0; p:0,779				U: 34,5; p:0,893				U: 46,5; p:0,640			
Uyku bozukluğu	50,0	17,1	41,6	16,6	51,1	17,2	61,9	29,9	16,6	17,1	0,0	0,0	31,1	19,7	47,6	32,5	33,3	19,8	41,6	16,6	20,0	16,9	14,2	13,0
	U:27,0; p:0,375				U:42,5; p:0,434				U:18,0; p:0,072				U:36,5; p:0,203				U: 34,5; p:0,893				U: 52,5; p:1,000			

İştahsızlık	62,9 19,4 50,0 17,1 U:24,0; p:0,230	73,3 13,7 66,6 19,2 U:43,5; p:0,385	33,3 16,1 8,3 16,6 U:12,0; p:0,013	62,2 21,3 52,3 26,2 U:44,5; p:0,510	29,6 19,4 41,6 16,6 U: 34,0; p:0,855	11,1 16,2 14,2 32,5 U: 51,5; p:0,936
Kabızlık	70,3 30,0 66,6 27,2 U:32,0; p:0,716	93,3 13,7 52,3 50,3 U:28,5; p:0,040	29,6 19,4 16,6 19,2 U:24,0; p:0,230	64,4 19,7 52,3 32,5 U:41,0; p:0,359	40,7 21,5 50,0 33,3 U: 32,0; p:0,723	28,8 17,2 0,0 66,6 U: 44,0; p:0,521
Diyare	3,7 15,7 25,0 50,0 U:28,5; p:0,201	0,0 0,0 14,2 26,2 U:37,5; p:0,034	0,0 0,0 8,3 16,6 U:27,0; p:0,034	0,0 0,0 0,0 0,0 U:52,5; p:1,000	3,7 15,7 16,6 33,3 U: 29,0; p: 0,232	0,0 0,0 14,2 26,2 U: 37,5; p: 0,034
Mali etki	87,3 20,2 75,0 16,6 U:22,5; p:0,184	93,3 13,7 66,6 27,2 U:22,5; p:0,013	68,5 21,3 50,0 19,2 U:20,0; p:0,122	93,3 13,7 76,1 25,1 U:31,5; p:0,069	18,5 20,5 25,0 31,9 U: 29,0; p: 0,516	0,0 0,0 -9,5 37,0 U: 30,0;p: 0,031

Deney grubu hastalarının **yatış** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, bulantı, ağrı, dispne, uyku, iştahsızlık, kabızlık, diyare, mali etki puan ortalaması ile cinsiyet arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kontrol grubu hastalarının **yatış** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, bulantı, ağrı, dispne, uyku, iştahsızlık puan ortalaması ile cinsiyet arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların yaşam kalitesi kabızlık, diyare ve mali etki alt boyutu ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Deney grubu hastalarının **taburculuk** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, bulantı, ağrı, dispne, uyku, kabızlık, diyare ve mali etki puan ortalaması ile cinsiyet arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların yaşam kalitesi diyare ve iştahsızlık alt boyutu puan ortalamaları ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Kontrol grubu hastalarının **taburculuk** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, bulantı, ağrı, dispne, uyku, iştahsızlık, kabızlık, diyare ve mali etki puan ortalamaları ile cinsiyet arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Deney grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, bulantı, ağrı, dispne, uyku, iştahsızlık, kabızlık, diyare, mali etki puan ortalaması **farkları** ile cinsiyet arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kontrol grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, bulantı, ağrı, dispne,

uyku, iştahsızlık, kabızlık puan ortalaması **farkları** ile cinsiyet arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların yaşam kalitesi diyare ve mali etki alt boyutu ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Kadın hastaların mali etki yaşam kalitesi puan ortalamaları erkek hastalara göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 39: Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Yaşam Kalitesi Semptom Alt Boyut Ortalamalarının Dağılımları İle Eğitim Durumu Değişkeninin Karşılaştırılması

YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ Semptom Alt Boyut	ÖLÇÜM ZAMANI								YATIŞ /TABURCULUK FARKI			
	YATIŞ				TABURCULUK							
EĞİTİM DURUMU	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Deney Grubu		Kontrol Grubu	
	Okuryzr/ İlköğtm. \bar{X}	Lise/ Yüksekokul \bar{X}	Okuryzr/ İlköğtm. \bar{X}	Lise/ Yüksekokul \bar{X}	Okuryzr/ İlköğtm. \bar{X}	Lise/ Yüksekokul \bar{X}	Okuryzr/ İlköğtm. \bar{X}	Lise/ Yüksekokul \bar{X}	Okuryzr/ İlköğtm. \bar{X}	Lise/ Yüksekokul \bar{X}	Okuryzr/ İlköğtm. \bar{X}	Lise/ Yüksekokul \bar{X}
Yorgunluk	86,6 8,7 U:53,0; p:0,611	85,1 9,8	94,0 5,7 U:31,0; p:0,035	87,6 6,6	54,4 16,1 U:34,0; p:0,076	45,3 12,0	76,9 20,5 U:47,0; p:0,429	71,6 13,7	32,2 12,2 U: 38,5; p:0,147	39,8 13,7	17,0 17,3 U: 51,5; p:0,630	16,0 16,7
Bulantı ve kusma	38,3 24,9 U:46,0; p:0,344	52,7 32,4	47,4 23,4 U:44,0; p:0,298	42,5 25,1	10,0 11,6 U:50,5; p:0,499	15,2 16,6	28,2 21,9 U:52,5; p:0,675	24,0 12,1	28,3 28,3 U: 36,0; p:0,109	37,5 22,6	19,2 37,7 U: 50,5; p:0,580	18,5 30,5
Ağrı	70,0 18,9 U:38,0; p:0,124	86,1 29,1	62,8 16,8 U:28,5; p:0,033	79,6 13,8	38,3 11,2 U:58,5; p:0,899	37,4 12,5	47,4 17,8 U:50,0; p:0,522	44,4 22,0	31,6 12,2 U: 33,5; p:0,064	48,6 28,8	15,3 12,6 U: 23,0; p:0,015	35,1 17,5
Dispne	53,3 35,8 U:36,0; p:0,096	27,7 27,8	38,4 18,4 U:47,0; p:0,351	33,3 28,8	20,0 28,1 U:56,0; p:0,763	13,8 17,1	23,0 21,0 U:52,5; p:0,648	18,5 17,5	33,3 15,7 U: 38,5; p:0,135	13,8 26,4	15,3 22,0 U: 57,0; p:0,912	14,8 29,3
Uyku bozukluğu	50,0 17,5 U:55,0; p:0,703	47,2 17,1	43,5 16,0 U:20,5; p:0,005	70,3 20,0	16,6 17,5 U:50,0; p:0,439	11,1 16,4	38,4 26,6 U:54,0; p:0,734	33,3 23,5	33,3 0,0 U: 57,5; p:0,862	36,1 26,4	5,1 29,9 U: 22,0; p: 0,012	37,0 20,0

İştahsızlık	66,6 15,7 55,5 21,7 U:42,0; p:0,163	74,3 14,6 66,6 16,6 U:46,5; p:0,273	39,9 14,0 19,4 17,1 U:28,0; p:0,010	61,5 26,6 55,5 16,6 U:48,0; p:0,412	26,6 21,0 36,1 17,1 U: 57,5; p:0,859	12,8 21,6 11,1 23,5 U: 56,5; p:0,880
Kabızlık	73,3 30,6 66,6 28,4 U:52,0; p:0,574	82,0 29,2 77,7 44,0 U:53,0; p:0,655	33,3 22,2 22,2 16,4 U:44,0; p:0,215	56,4 28,4 66,6 16,6 U:46,0; p:0,345	40,0 21,0 44,4 25,9 U: 45,0; p:0,303	25,6 27,7 11,1 55,2 U: 51,0; p:0,591
Diyare	6,6 21,0 8,3 28,8 U:3,0; p:0,003	0,0 0,0 11,1 23,5 U:45,5; p:0,082	0,0 0,0 2,7 9,6 U:55,0; p:0,361	0,0 0,0 0,0 0,0 U:58,5; p:1,000	6,6 21,0 5,5 19,2 U: 59,0; p: 0,895	0,0 0,0 11,1 23,5 U: 45,5; p: 0,082
Mali etki	83,3 17,5 86,1 22,2 U:59,5; p:0,947	87,1 21,6 81,4 24,2 U:50,5; p:0,601	70,0 24,5 61,1 19,2 U:47,5; p:0,350	87,1 21,6 88,8 16,6 U:58,5; p:1,000	13,3 23,3 24,9 20,7 U: 43,0; p: 0,222	0,0 23,5 -7,4 14,6 U: 51,0; p: 0,495

Deney grubu hastalarının **yatış** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, ağrı, bulantı, uykusuzluk, dispne, kabızlık, iştahsızlık, mali etki puan ortalaması ile eğitim düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların diyare semptomu puan ortalamaları ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Kontrol grubu hastalarının **yatış** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut bulantı, dispne, iştahsızlık, kabızlık, diyare, mali etki puan ortalaması ile eğitim düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların yorgunluk, ağrı ve uykusuzluk semptomu puan ortalamaları ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Deney grubu hastalarının **taburculuk** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, ağrı, bulantı, uykusuzluk, dispne, kabızlık, diyare, mali etki puan ortalaması ile eğitim düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların iştahsızlık semptomu puan ortalamaları ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Kontrol grubu hastalarının **taburculuk** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, ağrı, bulantı, uykusuzluk, iştahsızlık, dispne, kabızlık, diyare, mali etki puan ortalaması ile eğitim düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Deney grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, ağrı, bulantı, uykusuzluk, iştahsızlık, dispne, kabızlık, diyare, mali etki puan ortalaması **farkları** ile eğitim düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kontrol grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, bulantı, dispne, iştahsızlık, kabızlık, diyare, mali etki puan ortalaması **farkları** ile eğitim düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların ağrı ve uykusuzluk semptomu puan ortalamaları ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Eğitim düzeyi düşük olan hastalar daha çok uykusuzluk semptomu yaşamıştır. Eğitim düzeyi yüksek olan hastaların ağrı düzeyi eğitim düzeyi düşük olan hastalara göre daha az düzeydedir.

Tablo 40: Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Yaşam Kalitesi Semptom Alt Boyut Ortalamalarının Dağılımları İle Medeni Durum Değişkeninin Karşılaştırılması

YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ Semptom Alt Boyut	ÖLÇÜM ZAMANI								YATIŞ/TABURCULUK FARKI																	
	YATIŞ				TABURCULUK																					
MEDENİ DURUMU	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Deney Grubu		Kontrol Grubu															
	Evli \bar{X}	Bekar SD	Evli \bar{X}	Bekar SD	Evli \bar{X}	Bekar SD	Evli \bar{X}	Bekar SD	Evli \bar{X}	Bekar SD	Evli \bar{X}	Bekar SD														
Yorgunluk	85,9	7,8	85,7	12,3	91,5	6,2	91,1	9,2	49,6	15,6	49,2	12,6	71,8	17,1	84,4	18,5	36,2	12,9	36,5	15,3	19,6	14,9	6,6	20,1		
	U:52,5; p:1,000		U:42,5; p:1,000		U:49,5; p:0,827		U:26,0; p:0,183		U:50,0 ; p:0,857		U: 26,0; p:0,183															
Bulantı ve kusma	42,2	26,6	54,7	35,6	46,0	26,6	43,3	9,1	10,0	10,5	19,0	20,2	25,4	19,6	30,0	13,9	32,2	23,1	35,7	31,0	20,5	37,5	13,3	21,7		
	U:42,0; p:0,448		U:40,0; p:0,833		U:40,0; p:0,341		U:34,5; p:0,512		U:49,5; p:0,830		U:36,0; p:0,598															
Ağrı	77,7	29,9	80,9	14,9	66,6	17,6	80,0	13,9	37,7	13,3	38,0	8,1	42,1	14,5	60,0	27,8	40,0	28,7	42,8	8,9	24,5	18,7	20,0	13,9		
	U:39,5; p:0,332		U:24,5; p:0,134		U:47,5; p:0,653		U:26,0; p:0,145		U:29,5; p:0,086		U:35,0; p:0, 547															
Dispne	31,1	29,4	57,1	37,0	37,2	23,2	33,3	23,5	11,1	20,5	28,5	23,0	19,6	16,9	26,6	27,8	19,9	24,5	28,5	23,0	17,6	23,9	6,6	27,8		
	U:30,5; p:0,103		U:40,0; p:0,812		U:29,5; p:0,063		U:37,0; p:0,624		U:37,5; p:0,264		U:34,0; p:0,462															
Uyku bozukluğu	46,6	16,9	52,3	17,8	52,9	20,6	60,0	27,8	13,3	16,9	14,2	17,8	35,2	27,5	39,9	14,9	33,3	17,8	38,0	23,0	17,6	33,5	20,0	18,2		
	U:43,5; p:0,462		U:36,5; p:0,602		U:51,0; p:0,901		U:36,5; p:0,595		U:43,0; p:0,481		U:42,5; p:1,000															

İştahsızlık	55,5 20,5 71,4 12,5 U:30,5; p:0,068	72,5 13,0 66,6 23,5 U:36,5; p:0,520	26,6 22,5 33,3 0,0 U:42,0; p:0,367	56,8 22,8 66,6 23,5 U:34,0; p:0,436	8,8 21,3 38,1 12,5 U:28,0; p:0,063	15,6 20,8 0,0 23,5 U:29,0; p:0,232
Kabızlık	66,6 30,8 76,1 25,1 U:44,0; p:0,523	80,3 33,4 80,0 44,7 U:38,0; p:0,668	24,4 19,7 33,3 19,2 U:40,5; p:0,320	58,8 27,7 66,6 23,5 U:35,0; p:0,506	42,2 26,6 42,8 16,2 U:51,5; p:0,941	21,5 40,7 13,3 44,7 U:35,0; p:0,529
Diyare	11,1 29,9 0,0 0,0 U:45,5; p:0,323	1,9 8,0 13,3 29,8 U:36,0; p:0,307	2,2 8,6 0,0 0,0 U:49,0; p:0,495	0,0 0,0 0,0 0,0 U:42,5; p:1,000	8,8 23,4 0,0 0,0 U:45,5; p:0,630	1,9 8,0 13,3 29,8 U:36,0; p:0,307
Mali etki	86,6 16,9 80,9 26,2 U:48,0; p:0,714	84,3 23,9 86,6 18,2 U:42,5; p:1,000	68,8 23,4 57,1 16,2 U:38,0; p:0,246	86,2 20,6 93,3 14,9 U:35,5; p:0,501	17,7 21,3 23,8 25,1 U:48,5; p:0,759	-1,9 21,9 -6,6 14,9 U:40,5; p:0,831

Deney ve kontrol grubu hastalarının **yatış, taburculuk** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, ağrı, bulantı, uyku, dispne, iştahsızlık, kabızlık, diyare, mali etki puan ortalaması ile meden durum arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Deney ve kontrol grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, ağrı, bulantı, uyku, dispne, iştahsızlık, kabızlık, diyare, mali etki puan ortalaması **farkları** ile meden durum arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 41: Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Yaşam Kalitesi Semptom Alt Boyut Ortalamalarının Dağılımları İle Ekonomik Durum Değişkeninin Karşılaştırılması

YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ Semptom Alt Boyut	ÖLÇÜM ZAMANI								YATIŞ/TABURCULUK FARKI															
	YATIŞ				TABURCULUK																			
EKONOMİK DURUMU	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Deney Grubu		Kontrol Grubu													
	Karşılıyor \bar{X}	Karşılamıyor SD	Karşılıyor \bar{X}	Karşılamıyor SD	Karşılıyor \bar{X}	Karşılamıyor SD	Karşılıyor \bar{X}	Karşılamıyor SD	Karşılıyor \bar{X}	Karşılamıyor SD	Karşılıyor \bar{X}	Karşılamıyor SD												
Yorgunluk	85,9	9,6	85,1	6,4	90,6	6,6	96,2	6,4	49,1	14,4	51,8	16,9	72,5	17,1	88,8	19,2	36,8	13,8	33,3	11,1	18,1	17,0	7,4	12,8
	U:26,0; p:0,792		U:16,0; p:0,171		U:25,0; p:0,729		U:15,0; p:0,184		U:24,5 ; p:0,696		U: 16,0; p:0,218													
Bulantı ve kusma	47,3	31,0	38,8	19,2	45,6	25,3	44,4	9,6	12,2	14,5	16,6	16,6	26,3	19,4	27,7	9,6	35,0	26,5	22,2	9,6	19,2	36,5	16,6	16,6
	U:26,0; p:0,806		U:28,5; p:1,000		U:23,0; p:0,570		U:25,0; p:0,726		U:24,0; p:0,662		U:27,5; p:0,921													
Ağrı	78,9	27,1	77,7	19,2	70,1	18,9	66,6	0,0	36,8	10,5	44,4	19,2	45,6	19,9	50,0	16,6	42,1	25,6	33,3	0,0	24,5	17,8	16,6	16,6
	U:27,0; p:0,879		U:22,5; p:0,542		U:22,5; p:0,464		U:21,5; p:0,450		U:19,5; p:0,362		U:23,5; p:0,624													
Dispne	36,8	31,2	55,5	50,9	36,8	24,5	33,3	0,0	15,7	23,2	22,2	19,2	19,2	20,2	33,3	0,0	21,0	22,7	33,3	33,3	17,5	25,7	0,0	0,0
	U:21,0; p:0,451		U:27,0; p:0,862		U:22,0; p:0,476		U:16,5; p:0,191		U:17,5; p:0,267		U:16,5; p:0,204													
Uyku bozukluğu	47,3	16,9	55,5	19,2	56,1	22,3	44,4	19,2	10,5	15,9	33,3	0,0	36,8	26,9	33,3	0,0	36,8	18,9	22,2	19,2	19,2	32,0	11,1	19,2
	U:21,5; p:0,438		U:20,5; p:0,396		U:9,0; p:0,029		U:27,0; p:0,871		U:27,0; p:0,880		U:23,0; p:0,585													

İştahsızlık	61,4 20,0 55,5 19,2 U:24,5; p:0,653	70,1 15,2 77,7 19,2 U:22,5; p:0,432	28,0 20,0 33,3 0,0 U:24,0; p:0,599	57,8 24,4 66,6 0,0 U:22,5; p:0,502	33,3 19,2 22,2 19,2 U:24,5; p:0,680	12,2 22,8 11,1 19,2 U:25,5; p:0,746
Kabızlık	73,6 28,4 44,4 19,2 U:11,0; p:0,074	77,1 36,9 100,0 0,0 U:18,0; p:0,222	29,8 18,9 11,1 19,2 U:14,5; p:0,115	57,8 24,4 77,7 19,2 U:16,0; p:0,176	43,8 24,9 33,3 0,0 U:15,5; p:0,195	19,2 43,4 22,2 19,2 U:23,0; p:0,573
Diyare	8,7 26,8 0,0 0,0 U:25,5; p:0,565	5,2 16,7 0,0 0,0 U:25,5; p:0,565	1,7 7,6 0,0 0,0 U:27,0; p:0,691	0,0 0,0 0,0 0,0 U:28,5; p:1,000	7,0 21,0 0,0 0,0 U:25,5; p:0,565	5,2 16,7 0,0 0,0 U:25,5; p:0,565
Mali etki	84,2 20,3 88,8 19,2 U:25,5; p:0,740	82,4 23,2 100,0 0,0 U:16,5; p:0,177	63,1 21,9 77,7 19,2 U:18,5; p:0,278	85,9 20,2 100,0 0,0 U:18,0; p:0,218	21,0 22,8 11,1 19,2 U:21,0; p:0,435	-3,5 21,9 0,0 0,0 U:24,0; p:0,557

Deney ve kontrol grubu hastalarının **yatış , taburculuk** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, ağrı, bulantı, uyku, dispne, iştahsızlık, kabızlık, diyare, mali etki puan ortalaması ile ekonomik durum arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Deney grubu hastalarının **taburculuk** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, ağrı, bulantı, uyku, dispne, iştahsızlık, kabızlık, diyare, mali etki puan ortalaması ile ekonomik durum arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların uykusuzluk semptomu puan ortalaması ile ekonomik durum arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Kontrol grubu hastalarının **taburculuk** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, ağrı, bulantı, uyku, dispne, iştahsızlık, kabızlık, diyare, mali etki puan ortalaması ile ekonomik durum arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Deney ve kontrol grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, ağrı, bulantı, uyku, dispne, iştahsızlık, kabızlık, diyare, mali etki puan ortalaması **farkları** ile ekonomik durum arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 42: Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Yaşam Kalitesi Semptom Alt Boyut Ortalamalarının Dağılımları İle Karnofsky Performans Düzeyi Değişkeninin Karşılaştırılması

YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ Semptom Alt Boyut	ÖLÇÜM ZAMANI								YATIŞ/TABURCULUK FARKI															
	YATIŞ				TABURCULUK																			
KARNOSKY PERFORMANS DÜZEYİ	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Deney Grubu		Kontrol Grubu													
	KPS 30	KPS 40	KPS 30	KPS 40	KPS 30	KPS 40	KPS 30	KPS 40	KPS 30	KPS 40	KPS 30	KPS 40												
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD												
Yorgunluk	90,1	6,6	82,8	10,3	90,9	8,3	92,2	5,3	56,7	11,7	43,4	15,2	78,7	16,0	74,4	15,7	33,3	12,4	39,3	15,2	12,1	16,8	17,7	11,9
	U:29,5; p:0,094		U:51,5; p:0,780		U:24,0; p:0,045		U:47,0; p:0,560		U: 34,5; p:0,243		U: 42,0; p: 0,343													
Bulantı ve kusma	48,1	33,7	45,4	29,8	37,8	19,8	48,3	21,4	14,8	17,5	12,1	13,1	27,2	21,4	28,3	13,7	33,3	30,0	33,3	24,7	10,6	32,7	19,9	26,9
	U:47,5; p:0,876		U:44,0; p:0,400		U:47,0; p:0,838		U:51,0; p:0,767		U: 48,0; p:0,998		U: 53,5; p:0,912													
Ağrı	75,9	23,7	83,3	29,8	69,6	17,9	71,6	17,6	44,4	14,4	33,3	7,4	53,0	23,3	39,9	11,6	31,4	13,0	50,0	29,8	16,6	14,9	31,6	18,3
	U:44,0; p:0,662		U:51,0; p:0,763		U:28,5; p:0,049		U:37,5; p:0,170		U: 21,0; p:0,024		U: 30,0; p:0,770													
Dispne	59,2	32,3	30,3	27,7	30,3	17,9	39,9	26,2	29,6	26,0	9,0	15,5	15,1	17,4	26,6	21,0	29,6	20,0	21,2	26,9	15,1	27,3	13,3	23,3
	U:26,5; p:0,064		U:45,5; p:0,400		U:27,0; p:0,055		U:39,0; p:0,202		U: 44,5; p:0,687		U: 54,0; p:0,781													

Uyku bozukluğu	51,8 17,5 48,4 17,4 U:44,5; p:0,661	51,5 22,9 60,0 21,0 U:42,5; p:0,329	22,2 16,6 6,0 13,4 U:25,5; p:0,032	39,3 25,0 26,6 14,0 U:38,0; p:0,167	29,6 11,1 42,4 21,5 U: 43,5; p:0,621	12,1 22,4 33,3 22,2 U: 23,5; p: 0,021
İştahsızlık	70,3 11,1 57,5 21,5 U:32,5; p:0,109	72,7 20,1 70,0 10,5 U:50,0; p:0,636	40,7 14,7 21,2 16,8 U:24,5; p:0,018	63,6 23,3 60,0 14,0 U:51,0; p:0,735	29,6 20,0 36,3 17,9 U:49,0; p:0,967	9,0 21,5 10,0 16,1 U: 54,5; p:0,968
Kabızlık	74,0 27,7 72,7 25,0 U:47,5; p:0,870	75,7 39,6 83,3 32,3 U:50,5; p:0,704	29,6 20,0 27,2 20,1 U:46,5; p:0,787	57,5 30,1 63,3 18,9 U:49,5; p:0,665	44,4 16,6 45,4 26,9 U: 46,5; p:0,812	18,1 40,4 19,9 44,9 U: 52,5; p:0,852
Diyare	0,0 0,0 15,1 34,5 U:40,5; p:0,189	6,0 20,1 3,3 10,5 U:55,0; p:1,000	0,0 0,0 3,0 10,0 U:45,0; p:0,366	0,0 0,0 0,0 0,0 U:55,0; p:1,000	0,0 0,0 12,1 26,9 U: 40,5; p: 0,189	6,06 20,1 3,3 10,5 U: 55,0; p: 1,000
Mali etki	92,5 14,6 75,7 21,5 U:28,0; p:0,063	84,8 22,9 83,3 23,5 U:53,0; p:0,870	74,0 22,2 54,5 16,8 U:26,5; p:0,046	93,9 13,4 86,6 17,2 U:43,0; p:0,281	18,5 24,2 21,2 22,4 U: 42,5; p: 0,564	-9,09 15,5 -3,3 10,5 U: 46,5; p: 0,382

Deney ve kontrol grubu hastalarının **yatış** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, ağrı, bulantı, uyku, dispne, iştahsızlık, kabızlık, diyare, mali etki puan ortalaması ile Karnofsky Performans düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Deney grubu hastalarının **taburculuk** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut bulantı, dispne, kabızlık, diyare puan ortalaması ile Karnofsky Performans düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların ağrı, yorgunluk, uykusuzluk, iştahsızlık ve mali etki yaşam kalitesi puan ortalaması ile karnofsky performansı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Kontrol grubu hastalarının **taburculuk** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, ağrı, bulantı, uyku, dispne, iştahsızlık, kabızlık, diyare, mali etki puan ortalaması farkları ile Karnofsky Performans düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Deney grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, bulantı, uyku, dispne, iştahsızlık, kabızlık, diyare, mali etki puan ortalaması **farkları** ile Karnofsky Performans düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların ağrı semptomu yaşam kalitesi puan ortalaması ile Karnofsky performansı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. ($p<0,05$) Daha kötü performansa sahip hastaların ağrı düzeyleri daha yüksektir.

Kontrol grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, bulantı, ağrı, dispne, iştahsızlık, kabızlık, diyare, mali etki puan ortalaması **farkları** ile Karnofsky Performans düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır

($p>0,05$). Hastaların uykusuzluk semptomu yaşam kalitesi puan ortalaması ile Karnofsky performansı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. ($p<0,05$) Daha kötü performansa sahip hastaların uykusuzluk bozuklukları daha yüksektir.

Tablo 43. Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları ile Yaş Ortalaması arasındaki İlişki

YAŞ ORTALAMASI	ÖLÇÜM ZAMANI								YATIŞ/TABURCULUK FARKI			
	YATIŞ				TABURCULUK							
Yaşam Kalitesi Ölçeği	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Deney Grubu		Kontrol Grubu	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Fiziksel fonksiyon	0,071	0,752	-0,197	0,380	-0,225	0,314	-0,410	0,058	0,379	0,082	0,424	0,049*
Rol fonksiyonu	0,120	0,594	-0,094	0,678	-0,085	0,705	-0,346	0,115	0,386	0,076	0,241	0,279
Emosyonel fonksiyon	0,069	0,761	0,084	0,710	-0,448	0,036*	-0,414	0,056	0,133	0,554	0,428	0,047*
Kognitif fonksiyon	0,032	0,886	0,186	0,407	-0,477	0,025*	-0,157	0,486	0,250	0,263	0,216	0,334
Sosyal fonksiyon	0,686	0,000**	-0,347	0,114	-0,105	0,642	-0,329	0,135	0,458	0,032*	0,113	0,616
Global yaşam Kalitesi	0,041	0,856	-0,222	0,320	-0,037	0,870	-0,166	0,462	0,161	0,474	0,024	0,916
Yorgunluk	-0,281	0,205	-0,091	0,687	0,080	0,724	-0,111	0,622	-0,264	0,235	0,072	0,749
Bulantı ve kusma	-0,460	0,031*	0,243	0,275	0,054	0,811	0,007	0,977	-0,593	0,004*	0,192	0,391
Ağrı	-0,123	0,586	-0,094	0,677	0,087	0,700	0,194	0,387	-0,163	0,469	0,036	0,872

Dispne	0,035	0,879	0,162	0,471	0,135	0,549	0,447	0,037*	0,051	0,823	-0,271	0,223
Uyku bozukluğu	0,029	0,899	-0,008	0,973	0,044	0,846	-0,022	0,924	0,024	0,914	0,087	0,700
İştahsızlık	-0,092	0,684	-0,218	0,329	0,069	0,760	-0,191	0,393	-0,126	0,576	0,050	0,825
Kabızlık	-0,151	0,502	0,160	0,476	0,290	0,190	0,111	0,624	-0,452	0,035*	0,012	0,958
Diyare	0,011	0,982	-0,221	0,323	0,017	0,939	-	-	0,013	0,956	-0,221	0,323
Mali Etki	-0,589	0,004*	0,594	0,004*	0,186	0,408	0,459	0,032*	-0,315	0,154	0,214	0,338

****P<0,001, *P<0,05**

Deney grubu hastalarının **yatış** yaş ortalaması ile EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut (sosyal fonksiyon hariç) puan ortalamaları arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Yaşam kalitesi sosyal fonksiyon alt boyutu ile yaş ortalaması arasında pozitif nitelikte orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Yaş ortalaması artıkça sosyal fonksiyon yaşam kalitesi artmaktadır.

Deney grubu hastalarının **taburculuk** yaş ortalaması ile EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut (emosyonel ve kognitif fonksiyon hariç) puan ortalamaları arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Yaşam kalitesi emosyonel ve kognitif fonksiyon alt boyutu ile yaş ortalaması arasında negatif nitelikte zayıf bir ilişki bulunmuştur. Yaş ortalaması artıkça emosyonel ve kognitif fonksiyon yaşam kalitesi azalmaktadır.

Kontrol grubu hastalarının **yatış , taburculuk** yaş ortalaması ile EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Deney grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** yaş ortalaması ile EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut (sosyal fonksiyon hariç) puan ortalamaları **farkları** arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Yaşam kalitesi sosyal fonksiyon alt boyutu ile yaş ortalaması arasında pozitif nitelikte zayıf düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Yaş ortalaması artıkça sosyal fonksiyon yaşam kalitesi artmaktadır.

Kontrol grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** yaş ortalaması ile EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut (emosyonel ve fizik fonksiyon hariç) puan ortalamaları **farkları** arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Yaşam kalitesi emosyonel ve fizik fonksiyon alt boyutu ile

yaş ortalaması arasında pozitif nitelikte zayıf düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Yaş ortalaması artıkça emosyonel ve fizik fonksiyon yaşam kalitesi artmaktadır.

Deney grubu hastalarının **yatış** yaş ortalaması ile EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut puan ortalaması farkları ile yaş ortalaması arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastalarının yaşam kalitesi bulantı, kusma (zayıf düzeyde) ve mali etki (orta düzeyde) alt boyut puanları ile yaş ortalaması arasında negatif nitelikte anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Hastaların yaş ortalaması azaldıkça daha çok bulantı ve mali etkilenmesi deneyimlemişlerdir.

Kontrol grubu hastalarının **yatış** yaş ortalaması ile EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom Alt Boyut (mali etki hariç) Puan Ortalamaları arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastalarının yaşam kalitesi mali etki alt boyut puanları ile yaş ortalaması arasında pozitif nitelikte orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Hastalar yaş artıkça azaldıkça daha çok mali etkilenmesi deneyimlemişlerdir.

Deney grubu hastalarının **taburculuk** yaş ortalaması ile EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut puan ortalaması ile yaş ortalaması arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kontrol grubu hastalarının **taburculuk** yaş ortalaması ile EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut (dispne ve mali etki hariç) puan ortalaması ile yaş ortalaması arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastalarının yaşam kalitesi mali etki ve dispne semptom alt boyut puanları ile yaş ortalaması arasında pozitif nitelikte zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Hastalar yaş ortalaması artıkça daha çok mali etkilenmesi ve dispne semptomu deneyimlemişlerdir.

Deney grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** yaş ortalaması ile EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut (bulantı ve kabızlık) puan ortalaması **farkları** ile yaş ortalaması arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastalarının yaşam kalitesi bulantı zayıf düzeyde ve kabızlık orta düzeyde alt boyut puanları ile yaş ortalaması arasında negatif nitelikte zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Hastalar yaş ortalaması azaldıkça daha çok bulantı ve kabızlık deneyimlemişlerdir.

Kontrol grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** yaş ortalaması ile EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom Alt Boyut Puan Ortalamaları **Farkları** arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 44. Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları ile Hastalık Tanı Süresi Ortalaması arasındaki İlişki

HASTALIK TANI ORTALAMASI	ÖLÇÜM ZAMANI								YATIŞ/TABURCULUK FARKI			
	YATIŞ				TABURCULUK							
Yaşam Kalitesi Ölçeği	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Deney Grubu		Kontrol Grubu	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Fiziksel fonksiyon	-0,418	0,053	-0,477	0,025*	-0,297	0,179	0,222	0,322	0,028	0,902	-0,077	0,735
Rol fonksiyonu	-0,184	0,413	0,262	0,239	0,018	0,937	0,223	0,318	-0,146	0,518	0,103	0,649
Emosyonel fonksiyon	-0,038	0,868	-0,106	0,640	-0,029	0,898	0,555	0,007	-0,050	0,824	-0,405	0,061
Kognitif fonksiyon	0,224	0,316	-0,370	0,090	-0,110	0,626	0,381	0,080	0,233	0,298	-0,411	0,058
Sosyal fonksiyon	-0,092	0,685	0,294	0,184	-0,264	0,235	0,304	0,169	0,251	0,261	-0,148	0,511
Global yaşam Kalitesi	0,111	0,622	-0,230	0,303	-0,144	0,521	0,198	0,377	0,295	0,182	0,103	0,650
Yorgunluk	0,373	0,087	0,322	0,144	0,136	0,546	0,057	0,802	-0,035	0,876	-0,017	0,940
Bulantı ve kusma	0,052	0,819	-0,153	0,497	-0,068	0,764	0,349	0,111	-0,037	0,870	-0,313	0,156
Ağrı	-0,362	0,097	-0,143	0,526	0,259	0,244	-0,070	0,756	0,302	0,172	-0,222	0,321

Dispne	-0,039	0,864	-0,029	0,900	0,129	0,569	-0,233	0,296	-0,219	0,327	0,196	0,381
Uyku bozukluğu	0,080	0,723	-0,929	0,897	-0,185	0,411	0,215	0,337	0,161	0,474	-0,248	0,265
İştahsızlık	0,426	0,048*	0,176	0,434	0,074	0,745	0,178	0,429	0,371	0,089	-0,055	0,808
Kabızlık	0,394	0,069	-0,330	0,134	0,286	0,198	-0,150	0,505	0,394	0,070	-0,122	0,588
Diyare	-0,374	0,086	0,268	0,228	-0,192	0,393	-	-	-0,379	0,082	0,268	0,228
Mali Etki	-0,000	1,000	0,375	0,085	-0,155	0,491	0,168	0,456	0,002	0,995	-0,339	0,122

***P<0,05**

Deney ve kontrol grubu hastalarının tanı ay ortalaması ile EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel Alt Boyut Puan Ortalamaları Farkları arasındaki ilişkiye spearman's rho nonparametric korelasyon testi ile bakılmıştır.

Deney grubu hastalarının **yatış, taburculuk** tanı ay ortalaması ile EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel Alt Boyut Puan Ortalamaları arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kontrol grubu hastalarının **yatış** tanı ay ortalaması ile EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel Alt Boyut (**Fizik Fonksiyon hariç**) Puan Ortalama puanları arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların tanı ay ortalaması ile fizik fonksiyon yaşam kalitesi arasında negatif nitelikte zayıf düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Hastaların tanı ay ortalaması artıkça fizik fonksiyon yaşam kalitesi azalmaktadır.

Kontrol grubu hastalarının **taburculuk** tanı ay ortalaması ile EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel Alt Boyut Puan Ortalama puanları arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Deney ve kontrol grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** tanı ay ortalaması ile EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel Alt Boyut Puan Ortalamaları **farkları** arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Deney grubu hastalarının **yatış** tanı ay ortalaması ile EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Alt Boyut (**iştahsızlık semptomu hariç**) Puan Ortalamaları arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların tanı ay ortalaması ile iştahsızlık arasında pozitif nitelikte zayıf bir ilişki bulunmuştur. Hastaların tanı ay ortalaması artıkça iştahsızlığı artmaktadır.

Kontrol grubu hastalarının **yatış** tanı ay ortalaması ile EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Alt Boyut Puan Ortalamaları arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Deney ve kontrol grubu hastalarının **taburculuk** tanı ay ortalaması ile EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Alt Boyut Puan Ortalamaları arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Deney ve kontrol grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** tanı ay ortalaması ile EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Alt Boyut Puan Ortalamaları **farkları** arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

3.7. HASTA VE AİLE MEMNUNİYETİ ÖLÇÜMLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 45: Hasta Ailelerinin Sunulan Sağlık Hizmetinden Memnuniyet

Puan Ortalamalarının Dağılımları

PUAN	Deney Grubu			Kontrol Grubu			t	p
	n	\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD		
Aile Memnuniyet	22	4,0657	0,49945	22	3,0707	0,48164	6,726	0,000*

*P<0,05

Deney ve kontrol grubundaki hasta ailelerinin sunulan sağlık hizmetinden memnuniyet puan ortalamalarının dağılımları tablo 45’de gösterilmiştir.

Deney grubundaki hasta ailelerinin palyatif bakım vaka yönetimi ile sağlanan sağlık hizmetinden duydukları memnuniyet puan ortalamaları $4,06\pm 0,49$ olarak saptanmıştır.

Kontrol grubundaki hasta ailelerinin rutin hastane sağlık hizmetinden duydukları memnuniyet puan ortalaması $3,07\pm 0,48$ olarak saptanmıştır.

Deney ve kontrol grupları aileleri arasındaki memnuniyet puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0,05$). Deney grubu hasta ailelerinin sunulan sağlık hizmetten daha memnun olduğu belirlenmiştir.

Tablo 46: Hastaların Sunulan Sağlık Hizmetinden Memnuniyet

Puan Ortalamalarının Dağılımları

PUAN	Deney Grubu			Kontrol Grubu			t	p
	n	\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD		
Hasta Memnuniyet	22	4,1540	0,44706	22	3,2727	0,45970	6,447	0,000*

*P<0,05

Deney ve kontrol grubundaki hastaların sunulan sağlık hizmetinden memnuniyet puan ortalamalarının dağılımları tablo 46'da gösterilmiştir.

Deney grubundaki hastaların palyatif bakım vaka yönetimi ile sağlanan sağlık hizmetinden duydukları memnuniyet puan ortalamaları 4,15±0,44 olarak saptanmıştır.

Kontrol grubundaki hastaların rutin hastane sağlık hizmetinden duydukları memnuniyet puan ortalaması 3,27±0,45 olarak saptanmıştır.

Deney ve kontrol grupları hastaları memnuniyet puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(p<0,05). Deney grubu hastalarının sunulan sağlık hizmetten daha memnun olduğu belirlenmiştir.

3.8. MALİYET ÖLÇÜMLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 47: Hastaların Sağlık Hizmeti Toplam Maliyet Ortalamalarının

Gruplar arası Karşılaştırılması

PUAN	Deney Grubu		Kontrol Grubu		U	p
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
<i>Toplam</i>						
<i>Maliyet Türk Lirası</i>	3901,9764	2749,17115	4593,5964	4118,99000	229,000	0,760*

*P>0,05

Deney ve kontrol grubu hastalarının toplam hastane sağlık bakım maliyetleri ortalamalarının dağılımları Türk Lirası üzerinden Tablo 47’de gösterilmiştir.

Toplam hastane sağlık bakım maliyeti; deney grubunda \bar{x} :3901,9764 \pm 2749,17115 TL, kontrol grubunda \bar{x} :4593,5964 \pm 4118,99000 TL olduğu saptanmıştır.

Deney ve kontrol grubunun hastane maliyetleri açısından aralarında fark olup olmadığı Mann Whitney U testi ile incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (U:229,000; p>0,05).

Tablo 48: Hastaların Hastane Yatış Süreleri Ortalamalarının Gruplar arası Karşılaştırılması

Yatış Süresi	Deney Grubu			Kontrol Grubu			U	P
	n	\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD		
	22	9,4091	6,27663	22	13,9091	10,80083	165,000	0,070*

*P>0,05

Deney ve kontrol grubundaki hastaların yatış süreleri ortalamaları dağılımları Tablo 48'de gösterilmiştir.

Deney grubundaki hastaların hastanede yatış süreleri ortalaması $9,4091 \pm 6,27663$ gün olarak tespit edilmiş, kontrol grubundaki hastaların yatış süreleri ortalaması ise $13,9091 \pm 10,80083$ gün olarak bulunmuştur.

Deney ve kontrol grubu hastalarının hastanede yatış süreleri ortalamaları yapılan Mann Whitney U testi sonucu, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (U:165,000; p>0,05)

BÖLÜM 4

TARTIŞMA

4.1.HASTALARIN BAZI SOSYO-DEMOGRAFİK VE TANITICI ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Araştırma kapsamında toplam 44 hasta bulunmakta olup, bu sayının % 50'si (22) deney ve %50'sini (22) kontrol grubu hastalar oluşturmaktadır.

Deney grubunda yer alan hastaların yaş ortalaması $52,59 \pm 13,31$ iken, kontrol grubu hastaların yaş ortalaması $53,63 \pm 12,31$ olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların %81,8'u kadın, %18,2'i erkek; kontrol grubundaki hastaların %68,2'i kadın, %31,8'i erkektir (**Tablo 9**).

Deney grubunda okuryazar/ ilköğretim düzeyinde eğitime sahip olanların oranı %45,4, lise/üniversite düzeyinde eğitime sahip olanların oranı %54,5; kontrol grubunda düzeyinde eğitime sahip olanların oranı %59,1, lise/üniversite düzeyinde eğitime sahip olanların oranı %40,9 olarak saptanmıştır. Deney ve kontrol gruplarının eğitim durumları bakımından homojen bir dağılım gösterdiği saptanmıştır (**Tablo 9**).

Hastaların medeni durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; deney grubundaki hastaların % 68,2'sinin evli ve %31,8'sinin bekar/dul yaşadığını; kontrol grubundaki hastaların %77,3'ünün evli, %22,7'inin bekar/ dul ayrı yaşadığı saptanmıştır (**Tablo 9**).

4.2.HASTALARIN HASTALIK ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

4.2.1 Hastaların Tanılarına ve Tanı Ay Ortalamalarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi

Deney grubundaki hastaların %40,9'unun Gastrointestinal Ca, %13,6'sının Genitoüriner Ca, %18,2'sinin Meme Ca, %9,1'inin Kemik Doku Ca, %4,5'inin Akciğer Ca, %13,6'sının Diğer (primeri belli olmayan, maling melanom) tanısına sahip olduğu görülmektedir.

Kontrol grubundaki hastaların ise, %22,7'sinin Gastrointestinal Ca, %40,9'unun Genitoüriner Ca, %4,5'inin Meme Ca, %13,6'sının Kemik Doku Ca, %13,6'sının Akciğer Ca, %4,5'sinin Diğer (primeri belli olmayan, maling melanom) tanısı aldığı görülmektedir (**Tablo 10**).

Deney grubundaki hastaların tanı ay ortalaması \bar{x} :35,72±30,28 ay ve kontrol grubundaki hastaların tanı ay ortalaması \bar{x} :31,45±27,37 ay şeklindedir (**Tablo 10**).

4.2.2 Hastaların Hastalık Evre ve Metastaz Durumlarına Göre Dağılımların İncelenmesi

Deney ve kontrol grubundaki hastaların tamamı (%100,0) evre IV kanser hastası olup, tümünde metastaz varlığı mevcut ve palyatif amaçlı tedavi almaktadırlar. Bu hastalık özellikleri çalışma sınırlılıkları için kullanılmıştır. Araştırma deney ve kontrol hastaları palyatif bakıma daha fazla ihtiyaç duyan bir popülasyondur.

Palyatif bakım kanser hastalığının ilk tanı aşamasından başlayarak, hastalık ve tedavi sürecinin farklı evrelerinde olan hastalara sunulabilecek bir sağlık bakım hizmetidir. Ancak kanser hastalığının progresyon gösterdiği evrede ve metastaz

varlığında hastaların palyatif bakıma ihtiyaçları oldukça artmaktadır. Araştırma kapsamındaki hastalarımızın tamamı evre IV ve bir yada birden fazla organ metastazı olan ve dolayısıyla palyatif bakıma ihtiyacı oldukça fazla olan bir hasta popülasyonudur (204, 205).

4.2.3. Hastaların Performans Durumlarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi

Hastaların Karnofsky Performanslarına Göre Dağılımlarına bakıldığında; deney grubundaki hastaların %40,9'u 30, %50,0'si 40 ve %9,1'i 50 karnofsky performansına sahiptir. Kontrol grubu hastalarının performans dağılımları ise; %50,0'si 30, %45,5'i 40 ve % 4,5'i 50 karnofsky performansı şeklindedir.

Karnofsky performans düzeyi 50 ve daha altındaki performans durumları beklenen yaşam süresi açısından son bir yıl içinde olabilecek hastaları belirlemek için onkoloji alanında sıklıkla kullanılan bir göstergedir. Palyatif bakıma ihtiyacın yoğun olabileceği hasta performansı olarak bir çok rehber ve klinik algoritim de tanılama amacıyla karnofsky performans değeri 50 ve altı puanlar kullanılmaktadır. Çalışma deney ve kontrol grubu hastalarımızın 50 ve altı karnofsky performans düzeyine sahip olan palyatif bakıma ihtiyacı yoğun olabilecek hasta popülasyonundan oluşmaktadır (64, 117).

4.2.4. Hastaların Kullandıkları İlaçlara Göre Dağılımlarının İncelenmesi

Deney ve kontrol grubundaki hastaların kullandıkları ilaç dağılımları Tablo 12'de gösterilmiştir.

Vaka yönetimine dayalı palyatif bakım hizmeti kapsamında deney grubu hastalarının semptom düzeyine göre medikal onkolog, algolog ve psikiyatr konsültasyonlarına göre primer palyatif bakım vaka yönetim ekibi tarafından tedavi planlaması yapılmıştır. Kontrol grubu hastalarının semptomlarının kontrolü için klinik rutin tedavi ve bakım hizmeti kapsamında primer olarak medikal onkolog tarafından ilaç istemleri oluşturulmuştur.

Deney grubundaki hastaların analjezik kullanım dağılımı; %95,5'inin nonsteroid/parasetamol, %72,7'sinin Tramadol, %54,5'inin Fentanil, %50'sinin Morfin, %22,7'sinin Adjuvan analjezik ve %4,5'inin invaziv girişim şeklinde olduğu görülmektedir.

Kontrol grubundaki hastaların analjezik ilaç kullanım dağılımı; %63,6'sının nonsteroid/parasetamol, %40,9'unun Tramadol, %40,9'unun Fentanil, %22,7'sinin Morfin, %9,1'inin Adjuvan analjezik şeklinde olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda deney grubu hastalarında, Tramadol, Fentanil, Morfin, Adjuvan analjezik kullanımı kontrol grubuna göre yüksek sıklıkta olmasına rağmen, her iki grupta istatistik açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Ancak deney ve kontrol grubu hastalarında analjezik piramidinin ilk basamağını oluşturan nonsteroid, parasetamol analjeziklerin kullanım sıklığı bakımından istatistik olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Deney grubu hastalarında nonsteroid, parasetamol analjezikler kontrol grubuna göre daha fazla oranda kullanılmıştır.

Kanser hastalarında palyatif bakım amaçlı kullanılan ilaçlarla ilgili yapılan çalışmalarda; Almanya’da yapılan bir çalışmada 1,300 kanser hastasının palyatif bakımında % 68 opioid analjezikler, % 32 i kortikosteroid ve % 31 laksatif ilaçlar kullanılmıştır (119). Diğer bir çalışmada palyatif bakım kapsamında kanser hastaların da yaygın olarak kullanılan ilaçlar arasında analjezik ve antidispeptik ilaçların yer aldığı belirlenmiştir (107).

Evde bakım kapsamında kanser hastaları için palyatif bakım amaçlı order edilen ilaçların retrospektif araştırıldığı bir çalışmada, kullanım sıklığı açısından analjezik, laksatif ve antiemetik ilaçlar şeklinde bir kullanım sıralaması tespit edilmiştir (140).

Palyatif bakım ünitesinde kanser hastaları için order edilen ilaçların sıklığının belirlendiği diğer bir retrospektif çalışmada, palyatif bakım ekibi tarafından order edilen ilaçlar arasında % 67 ile opioid analjezikler ilk sırada yer almakta, bunu %54 ile laksatifler ve %41 ile kortikosteroidler ve acetaminofen ilaçları izlemektedir (78, 140).

Deney grubundaki hastaların antiemetik ilaç kullanım dağılımı; %86,4, laksatif ilaç kullanım dağılımı; % 86,4 iken, kontrol grubu hastalarının antiemetik ilaç kullanım dağılımı; %81,8 ve laksatif ilaç kullanım dağılımı; % 45,5 dir.

Deney ve kontrol grubu hastalarının palyatif bakım kapsamında antiemetik ilaç kullanımını açısından iki grup arasında istatistik olarak bir fark bulunmamaktadır. Ancak laksatif kullanımını açısından deney ve kontrol grubu hastaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Vaka yönetimi kapsamındaki deney grubu hastaları kontrol grubu hastalarına göre daha fazla laksatif kullanmıştır.

Deney grubundaki hastaların hipnotik ilaç kullanım dağılımı; %18,2, antipsikotik ilaç kullanım dağılımı; %40,9, anksiyolitik ilaç kullanım dağılımı; %13,6, antidepresan ilaç kullanım dağılımı; %40,9 olduğu görülmektedir.

Kontrol grubundaki hastaların hipnotik ilaç kullanım dağılımı; %13,6, antipsikotik ilaç kullanım dağılımı; %18,2, anksiyolitik ilaç kullanım dağılımı; %13,6, antidepresan ilaç kullanım dağılımı; %22,7 olduğu görülmektedir.

Deney ve kontrol grubu hastalarının hipnotik, antipsikotik ve anksiyolitik ilaç kullanım sıklığı açısından iki grupta anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($P>0,05$). Palyatif bakım kapsamında kanser hastalarında depresif semptomlar için kullanılan antidepresanların kullanım sıklığı açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Vaka yönetimi kapsamında palyatif bakım alan deney grubu hastaları kontrol grubuna göre daha fazla antidepresan kullanmaktadır. Bu durum, deney grubu hastalarının vaka yönetimi kapsamında palyatif bakım ekip üyesi olan psikiyatrist tarafından depresif semptomlarının değerlendirilmesi ve yönetiminin etkili olması ile açıklanabilmektedir.

Palyatif bakım ünitesinde kanser hastaları için order edilen ilaçların sıklığının belirlendiği diğer bir retrospektif çalışmada, hastaların % 57'sinde ilk palyatif bakım konsültasyonunda depresif semptomlar tespit edilmiş ve hastaların sadece % 15'inin antidepresan aldığı bulunmuştur. Araştırmada bu bulgu kanser hastalarında depresif semptomların değerlendirilmesinin ihmal edilmiş olabileceğine bağlanmıştır (140).

Kanser hastalarının palyatif bakım kapsamında tedavi planlaması yapılırken hastanın subjektif semptom düzeyinin belirlenmesi ve bu uygulama için palyatif bakım ortamlarında sıklıkla kullanılan Edmonton Semptom Tanımlama Sistemi gibi araçların kullanılması önerilmektedir. Ayrıca hastanın semptom algılamasının belirlenmesinin yanında palyatif bakım tedavi ve bakım planları oluştururken kanıta dayalı rehber önerilerinin kullanılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

4.2.5. Hastaların Aldıkları Sağlık Hizmetine Göre Dağılımlarının İncelenmesi

Deney ve kontrol grubundaki hastaların aldıkları sağlık bakım hizmetlerinin dağılımları Tablo 13'de gösterilmiştir.

Deney grubundaki hastaların %54,5'i ağızdan beslenme desteği ve % 77,3'ü ağızdan beslenme desteği yanında parenteral beslenme desteği almıştır. Hastaların %95,5'i eklem açıklığı egzersizi, %40,9'u mobilizasyon, %100 solunum egzersizi, %31,8'i güçlendirme egzersizi, %22,7'si yardımcı araç kullanma egzersizi almıştır. Hastaların tamamının (%100,0) aileleri ile KLP hemşiresi tarafından aile görüşmesi ve danışmanlık yapılmıştır. Hastaların ve ailelerin tamamına (%100,0) vaka yönetici hemşire tarafından hasta ve aile eğitimi yapılmıştır. Hastalara klinik hemşireleri ile birlikte fiziksel bakım verilmiş ve vaka yönetici tarafından vaka yönetimi kapsamında bakım koordinasyonu yapılmıştır.

Kontrol grubundaki hastaların %22,7'i ağızdan beslenme desteği alırken ve % 50,0'si ağızdan beslenme desteği yanında parenteral beslenme desteği almıştır. Hastaların tamamı rutin hastane hizmeti kapsamında bir sağlık hizmeti almış olup fizik tedavi uzmanı tarafından hastalar görülmemiştir. Hastaların tamamının (%100,0) aileleri ile KLP hemşiresi tarafından aile görüşmesi ve danışmanlık yapılmamıştır. Hastaların ve ailelerin tamamına (%100,0) vaka yönetici hemşire tarafından hasta ve aile eğitimi yapılmamıştır. Hastaların tamamına klinik hemşireler tarafından fiziksel bakım verilmiştir.

Vaka yönetimi kapsamında deney grubundaki hastalara klinik hemşireleri tarafından sağlanan bakımın yanında vaka yönetici hemşire tarafından bakım koordinasyonu, hasta ve aile eğitimi verilmiş, fizik tedavi uzmanı tarafından eklem açıklığı hareketleri, solunum, güçlendirme ve mobilizasyon egzersizleri verilmiş ve KLP

hemşiresi tarafından hastaların aileleri ile “aile görüşmesi” yapılmış ve diyetisyen tarafından beslenme desteği programı verilmiştir.

Kontrol grubundaki hastalara rutin klinik bakım kapsamında diyetisyen tarafından beslenme desteği, klinik hemşireleri tarafından bakım hizmeti verilmiştir. Kontrol grubu hastalarına vaka yönetimi kapsamında deney grubuna uygulanan bakım koordinasyonu, hasta ve aile eğitimi, fizik tedavi egzersiz programı ve KLP hemşiresi tarafından yapılan aile görüşmesi sağlık bakım hizmetleri uygulanmamıştır.

4.3. HASTALARIN SEMPTOM DÜZEYLERİNE GÖRE DAĞILIMLARI

4.3.1. Hastaların Yatış Semptom Düzeylerinin İncelenmesi

Hastaların semptom düzeylerini belirlemek için kullandığımız Edmonton Semptom Skalası (EDS; ESAS Distres Skor) alınan yüksek puanlar olumsuz, düşük puanlar ise olumludur. *“Yüksek puanlar yüksek semptom düzeyini”* göstermektedir.

Hastaların yatış EDS toplam semptom puan ortalaması deney grubunda $66,77 \pm 9,31$ iken, kontrol grubunda $62,50 \pm 6,91$ dir. Yatış EDS toplam puan ortalamaları açısından deney ve kontrol grubunda istatistiksel açıdan fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$)

Hastaların yatış EDS toplam semptom puanları bakımından deney ve kontrol grubu hastaları arasında anlamlı bir fark bulunmazken, hastaların toplam semptom puanları palyatif bakım ortamlarında sıklıkla karşılaştığımız gibi oldukça yüksek düzeydedir. Araştırma kontrol ve deney grubu hastaları palyatif bakıma önemli derecede ihtiyaç duyan ileri evre kanser hasta popülasyonundan oluşmaktadır (29).

Yatış EDS alt boyut puan ortalamaları;

Deney grubu hastalarının yorgunluk düzeyi ortalamaları $9,1 \pm 0,5$ iken, kontrol grubunda $8,8 \pm 0,4$ şeklindedir. Deney grubu hastalarının uyuşukluk düzeyleri $7,9 \pm 1,1$ olup, kontrol grubunda bu oran $6,8 \pm 1,2$ düzeyindedir. Deney grubundaki hastaların esenlik düzeyi $7,4 \pm 1,0$ iken, kontrol grubundaki hastaların esenlik düzeyi $6,3 \pm 1,2$ şeklindedir. Hastaların yatış yorgunluk düzeyi, uyuşukluk ve esenlik puan ortalamaları iki grupta farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p < 0,05$.) Deney grubundaki hastalar kontrol grubuna göre daha yorgun, uyuşuk ve esenlik düzeyi daha kötü durumdadır. Bu durumun kontrol grubu lehine olduğu düşünülmektedir.

İleri evre kanser hastaları ciddi düzeyde fiziksel ve psikolojik semptomlar yaşamaktadırlar. Hastalar tarafından sıklıkla deneyimlenen bu semptomlar arasında, ağrı, yorgunluk, bulantı ve kusma, depresyon, anksiyete, iştahsızlık, konstipasyon yer almaktadır (**157, 188**).

Multidisipliner palyatif bakım ekibi tarafından sunulan palyatif bakım hizmetin etkinliğinin araştırdığı bir çalışmada, kanser hastalarının palyatif bakım kliniğine kabul edilmeden önce yüksek semptom düzeylerine sahip olmaları palyatif bakıma ihtiyaç duyan populasyon özellikleri bakımından, çalışma hastalarımızın yatışta sahip oldukları yüksek semptom düzeyi benzerlik göstermektedir (**155**).

İleri evre kanser hastasının palyatif bakımında semptom kontrolü en önemli hedeflerden biridir. Vaka yönetimi modeline göre sunulan palyatif bakım çalışmamızın ilk hipotezlerinden biri semptom kontrolüdür.

4.3.2. Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Semptom Düzeylerinin Dağılımı

4.3.2.1. Hastaların Yatış ve Taburculuk Sonrası Semptom Puan Ortalamaları

Farkları Dağılımı

Hastaların yatış ve taburculuk sonrası EDS toplam puan **farklarının** karşılaştırılması Tablo 16'da verilmiştir. Deney grubu hastalarının EDS toplam puan azalması \bar{x} : $-26,22 \pm 7,75$ iken, kontrol grubu hastalarında ise EDS toplam puan azalması \bar{x} :- $9,04 \pm 5,78$ dir.

Deney grubu hastalarının EDS toplam puan azalma farkı kontrol grubuna göre daha yüksek olup, deney grubunda daha iyi bir semptom kontrolü sağlanmıştır ($p < 0,000$).

Vaka yönetimi modeline göre sunulan palyatif bakımın ilk hedeflerinden biri olan semptom kontrolü çalışmamızda deney grubu hastalarında anlamlı düzeyde kontrol edilmiştir. Hastaların yaşadıkları semptom şiddetinin anlamlı düzeyde azaltılması palyatif bakım girişimlerinin etkinliğini ortaya koymaktadır.

Multidisipliner palyatif bakım ekibi tarafından sunulan palyatif bakım hizmetin etkinliğinin araştırdığı bir çalışmada, palyatif bakım kapsamında takip edilen kanser hastalarının toplam semptom skoru ortalama puanı 50 puandan 36 puana düşürülmüş olup, iyi bir semptom kontrolü sağlanmıştır (**155**).

İleri evre kanser hastalarına verilen palyatif bakımının etkinliğinin araştırıldığı benzer bir çalışmada, hastaların EDS toplam semptom skoru anlamlı derecede azaltılmış ve palyatif bakım ile etkili bir semptom kontrolü sağlanmıştır (**204**).

Kanser hastalarına yönelik vaka yönetim modeline dayalı palyatif bakım hizmeti sunumu ile ilgili yapılan bir çalışmada daha bir iyi semptom kontrolünün sağlandığı bulunmuştur (**150**).

Diğer bir çalışmada multidisipliner bir ekip tarafından kanser hastalarına sunulan palyatif bakım hizmeti ile, hastaların semptom kontrolü % 42'den %75'e çıkartılmış olup, palyatif bakımın etkinliği belirlenmiştir (19).

Deney ve kontrol grubundaki hastaların yatış ve taburculuk sonrası Edmonton Semptom Skalası alt boyut puan ortalamaları farkları gruplar arası karşılaştırılması Tablo 19'da gösterilmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında semptom şiddetinde azalma farkları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Deney grubundaki hastaların ağrı, yorgunluk, bulantı, depresyon, anksiyete, iştahsızlık, uyuşukluk, esenlik, dispne, kabızlık semptom düzeylerinde azalma farkı oldukça anlamlıdır. Deney grubunda daha iyi bir semptom kontrolü sağlanmıştır.

Vaka yönetim modeline dayalı sunulan palyatif bakım hizmeti ileri evre kanser hastalarının ağrı, yorgunluk, bulantı, depresyon, anksiyete, iştahsızlık, uyuşukluk, esenlik, dispne, kabızlık semptomları anlamlı düzeyde kontrol edilmiştir.

Multidisipliner palyatif bakım ekibi tarafından sunulan palyatif bakım hizmetin etkinliğinin araştırdığı bir çalışmada, palyatif bakım kapsamında takip edilen kanser hastalarının ağrı, bulantı, depresyon, anksiyete, uyuşukluk, dispne semptomları ve esenlik düzeyi geliştirilmiş olup, iyi bir semptom kontrolü sağlanmıştır (155).

Danimarka'da uzman palyatif bakım ekibi tarafından ileri evre kanser hastaları için sunulan palyatif bakım hizmeti ile ağrı, iştahsızlık, bulantı ve kusma, uykusuzluk, kontipasyon ve genel semptom şiddeti anlamlı düzeyde azaltılmıştır (160).

Diğer bir çalışmada uzmanlık düzeyinde sunulan palyatif bakım hizmetinin rutin sağlık bakım hizmetinden daha efektif olduğu belirlenmişlerdir. Çalışmada uzman ekiplerle sunulan palyatif bakım ile hastaların ağrı ve diğer semptomlarının daha iyi kontrol edilebileceğini tespit edilmiştir (60).

Uzman palyatif bakım ekibi tarafından takip edilen ileri evre kanser hastalarında rahatsızlık ve stres oluşturan semptomların önceliği araştırıldığı bir çalışmada, hastaların palyatif bakım programı öncesi en önemli öncelikli beş semptom arasında ağrı ilk beş semptom arasında ve tek başına en sıkıntı yaratan semptomdur. Yorgunluk, düşük fizik fonksiyon, azalmış iştah, bulantı, kusma ve ağrı ile birlikte ilk beş semptom arasındadır. Ancak bu dört semptom hastalar açısından ağrı gibi tek başına öncelikli bulunmamıştır (161). Kanser hastalarında sıklıkla sıkıntı oluşturan semptomları arasında, yorgunluk, ağrı, depresyon ve ankisiyete yer almaktadır (23, 34, 80).

Ağrı semptomu ileri evre kanser hastaları tarafından sıklıkla deneyimlenen bir semptomdur. Palyatif bakımının temel prensiplerinden biri hastaların yaşadıkları ağrıya sıfır tolerans bakış açısıdır (29). Çalışmamızda deney ve kontrol gurubu hastalarımız ciddi düzeyde ağrı yaşamaktadırlar. Ağrı semptomu tek başına kanser hastaları için önemli bir acı çekme ve korku kaynağı olabilir. Ayrıca ağrı hastaların yaşadığı emosyonel sorunlardan depresyon ve anksiyete düzeyini oldukça artırabilmektedir (30,189). Bu yüzden ağrı semptomunun tanılanması ve etkili ağrı kontrolünün sağlanması oldukça önemlidir. Vaka yönetimine dayalı palyatif bakım programlarında ağrı semptomunun kontrolünde etkinliği literatürde ortaya konmuştur. ileri evre kanser hastalarına sunulan palyatif bakım ile ağrı semptom düzeyi önemli ölçüde azaltılmıştır (155, 159). Palyatif bakımda uzman ekiplerle sunulan palyatif bakım ile hastaların ağrı ve diğer semptomlarının daha iyi kontrol edileceğini tespit etmişlerdir (60).

Yorgunluk semptomu ileri evre kanser hastalarında bazen ağrı semptomundan daha sık olarak deneyimlenmektedir (23, 81). Semptom sınıflama çalışmalarında yorgunluk, uyuşukluk, bulantı, iştah azlığı ve dispne semptomlarının birbirinin etkisini artırabileceği düşünülmüştür (29). Palyatif bakım girişimleri ile ileri evre kanser

hastalarının yorgunluğu geliştirilebilmektedir. Uzman ekipler tarafından sunulan palyatif bakım ile ileri evre kanser hastalarının yorgunluk semptomunun geliştirilebildiğini ortaya koyan çalışmalar literatürde bulunmaktadır (204).

Emosyonel stres kanser tanısı alan ve tedavinin farklı süreçlerinde olan hastaların büyük çoğunluğunda sıklıkla deneyimlenen bir durumdur (23, 33). Emosyonel stres semptomları arasında anksiyete ve depresyon yer almaktadır (117).

Yeterince kontrol edilmeyen emosyonel stres yaşayan kanser hastalarının ağrı ve yorgunluk düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (23, 143). Ancak rutin klinik bakımla hastaların emosyonel streslerinin efektif kontrol edilmediğini, dolayısıyla kanser hastalarının psikososyal bakıma ulaşma ve kullanma ile ilgili engellerinin olduğunu ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır (23).

Strasser F, 2004 multidisipliner palyatif bakım ekibi tarafından sunulan palyatif bakım hizmetin etkililiğinin araştırdıkları çalışmada, palyatif bakım kapsamında takip edilen kanser hastalarının depresyon ve anksiyete semptomu geliştirilmiş olup, iyi bir semptom kontrolü sağlanmıştır(155).

Uzman ekipler tarafından sunulan palyatif bakım ile ileri evre kanser hastalarının emosyonel strese neden olan anksiyete ve depresyon semptomunun kontrol edilebildiğini ortaya koyan çalışmalar literatürde bulunmaktadır (204).

Anksiyete ve depresyon semptomunun hasta karakteristikleri ve hastalık özelliklerinden etkilendiğini ortaya koyan farklı çalışmalar bulunmaktadır (143, 156).

4.3.3. HASTALARIN SEMPTOM DÜZEYLERİ İLE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Kanser hastalarında sıklıkla deneyimlenen semptomlar farklı sosyodemografik ve hastalık özellikleri gibi faktörlerden etkilenebilmektedir. Bu faktörler arasında cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum, ekonomik durum, tümör alanı, hastalık evresi ve metaztas varlığı ve tanı ay ortalaması gibi değişkenler yer almaktadır.

4.3.3.1. Hastaların Yatış ve Taburculuk Sonrası Semptom Düzeyleri Farkları ile Bağımsız Değişkenlerin Karşılaştırılması

Deney grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** toplam semptom skoru ve ağrı, yorgunluk, bulantı, depresyon, anksiyete, esenlik, dispne, uyuşukluk ve konstipasyon semptom puan ortalaması **farkları** ile **cinsiyet** arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Kontrol grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** depresyon ve iştahsızlık semptomu puan ortalaması **farkları** ile **cinsiyet** arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Kontrol grubu erkek hastalarının depresyon ve iştahsızlık semptomu kadın hastalara göre daha iyi kontrol edilmiştir.

Sağlık ve hastalık olgularıyla ilgili bazı değerlendirmeler yapılırken cinsiyetten kaynaklanan farklılıkların göz önünde bulundurulması oldukça önemlidir

Kadın kanser hastalarında anksiyete ve depresyon semptomunun erkek hastalara göre daha fazla deneyimlediğini bildirmiş (**29, 109, 156, 206**). Ancak yine literatürde depresyon ve anksiyete semptomunun kadın ve erkek cinsiyeti arasında farklı düzeylerde olmadığını benzer sıklıkta deneyimlenen semptomlar olduklarını ortaya koyan çalışmalar da bulunmaktadır (**29,140**).

Benzer şekilde bulantı semptomunun kadın hastalarda erkeklere göre daha yüksek sıklıkta olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır (83, 185). Ancak kadın ve erkek hastaların semptom deneyimlerinin farklı olmadığını ortaya koyan çalışmalarda bulunmaktadır (28).

Kadın hastalarda erkeklere göre ağrı, bulantı, anksiyete ve depresyon semptomunun sık düzeyde olmasının farklı nedenleri olabilir.

Kadınlar ve erkekler arasında doğuştan beklenen yaşam süresi, hastalık örüntüleri, ölüm oranları ve ölüm nedenleri yönünden gözlenen farklılıklar toplumdan topluma değişmektedir. Bu farklılıklar kadın ve erkeğin biyolojik özelliklerinin yanı sıra önemli oranda toplumsal cinsiyet kavramıyla ifade edilen ve içinde bulunduğu toplum tarafından kadın ve erkeğe biçilmiş bir takım roller, beklentiler, statü ve sorumluluklardan kaynaklanabilir. Sağlık ve hastalık algıları, sağlıklı yaşam alışkanlıkları, hastalığa gösterilen tepkiler, sağlık hizmetlerini kullanma gibi sağlık ve hastalığa ilişkin tutum ve davranışlar önemli oranda toplumsal cinsiyet rolleri uygun olarak şekillenir (167).

Kadın ve erkeklerin hastalık ve sağlık algılarını etkileyen birçok faktör çeşitli araştırmalarda tartışılmıştır. Kadınların erkeklere göre daha sık semptom yaşamalarının semptom algısı teorisi ile açıklanmıştır. Kadınlar üretkenlik özelliği (mesnürasyon, gebelik, laktasyon ve menapoz) taşıdığı için bedensel değişimleri izleme ve vücutları ile ilgili somatik bilgiyi bildirme konusunda erkeklere göre daha fazla duyarlıdırlar. Erkekler vücutlarından gelen somatik sinyalleri kadınlara göre pek fark etmez yada önemsemezler. Kadın ve erkeklerin somatik bilinçlilik düzeylerinin biyolojik özellikleri nedeniyle farklı olduğu belirlenmiştir. Bu somatik

bilinçlilik farkı kadın kanser hastalarının erkeklere göre daha fazla semptom yaşamalarının bir nedeni olabilir (184).

Kadınlar erkeklere göre daha sosyal olup, kendi duygu ve düşüncelerini kolaylıkla ifade edebilmektedir. Kadın sosyalizasyon süreci boyunca çevreden sağlık, hastalık ve çocuk bakımı gibi konularda farklı bilgiler elde etmektedirler. Bu durum kadın semptom algısı bilincini artırmaktadır. Biyolojik duyarlılıktan gelen ve sosyal bilinçle artan somatizasyon kadında erkeğe göre daha fazladır (115).

Bir diğer faktör ise, kadınların sosyal rollerin etkisi üzerine yoğunlaşmaktadır. Kadınlar toplumsal cinsiyet rolleri gereği geleneksel olarak ev içi rollerini ve çocukların bakımı sağlamaktadır. Bir iş yada kariyer sahibi olmayan kadınların daha fazla semptom bildirdikleri tespit edilmiştir. Sosyal ve ekonomik güç dengesinin erkek lehine olan toplumlarda kadın daha fazla stres, sıkıntı ve benlik kaybı yaşamaktadırlar (167). Kadınların sahip oldukları sosyal ve toplumsal statü semptom deneyimini etkilemekte olabilir (12).

Bir diğer faktör ise kadın ve erkeklerin semptom bildirim farklarıdır. Kadın hastalar erkek hastalara göre daha rahat ve kolay semptom bildiriminde bulunabilmektedirler. Genel olarak kadınlar erkeklere göre daha çok doktora gitme eğilimde ve kendilerini daha iyi ifade edebilmektedirler. Tıbbi kayıtlar ve raporlar kadın hastaların semptom bildirimlerinin daha iyi olduklarını göstermektedir. Erkeklerin semptomları konusunda daha az bildirimde bulunması yada kadınların daha fazla duygu ve hislerini ifade edebilmesinin nedenlerinin arkasındaki kültürel yapı oldukça önemlidir (184). Hastalık durumunda erkekler kendilerinden beklenildiği gibi davranarak daha az şikayet etmekte, daha az duygusal tepki vermekte ve fiziksel acılara daha fazla katlanabilmektedirler. Dolayısıyla bu sosyal

beklenti, erkeğin hasta olduğunda kendisini güçsüz hissedip yardım aramasını güçleştirebilmektedir (167). Bu yüzden erkek kanser hastaları kadınlara göre daha az semptom bildirimde bulunmuş olabilirler.

Semptom deneyimi diğer etkili olabilecek bir faktördür. Bazı araştırmalarda kadın ve erkeklerin semptom deneyimlerinin farklı olduğunu ortaya koymaktadır. Bir çalışmada erkek hastalara o anki semptom sıklığı sorgulaması yapılmış ve erkek hastaların o an ne yaşıyorlarsa o semptomun yoğununa odaklandığı bulunmuştur. Kadınlarda yapılan o anki semptom sorgulamasında ise, kadınların o anki semptomu yoğunlaşmaktan çok, daha önce yaşadığı ve kötü deneyimlediği semptomu yoğunlaştığı tespit edilmiştir. Yani erkekler geçmişte bedenlerinde yaşadıkları semptomları ve işaretleri kaydetmemekte ve hatırlamamaktadır. Ama kadınlar ise geçmişte yaşadıkları semptomları kaydetmekte ve daha sık hatırlamaktadırlar. Bu durumun kadın hastaların daha fazla semptom bildirimlerini etkilediği düşünülmektedir (12).

Deney ve kontrol grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** toplam semptom skoru ve ağrı, yorgunluk, bulantı, anksiyete, depresyon, iştahsızlık, esenlik, dispne, uyuşukluk ve konstipasyon puan ortalamaları **farkları** ile **eğitim düzeyleri** arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Çalışmamızda deney ve kontrol grubu hastalarının semptom puan ortalamalarının yatış, taburculuk sonrası (kontrol grubu dispne semptomu hariç) oluşan farklılara eğitimin etkisinin olmadığı bulunmuştur.

Deney ve kontrol grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** toplam semptom skoru ve ağrı, yorgunluk, bulantı, anksiyete, depresyon, iştahsızlık, esenlik,

dispne, uyuşukluk ve konstipasyon puan ortalamaları **farkları** ile **medeni durum** arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Deney grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** toplam semptom skoru ve ağrı, yorgunluk, bulantı, anksiyete, depresyon, esenlik, dispne ve konstipasyon puan ortalamaları **farkları** ile **ekonomik durum** arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Hastaların uyuşukluk ve iştahsızlık semptomu puan ortalaması farkları ile ekonomik durum arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Kontrol grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** ağrı, yorgunluk, anksiyete, depresyon, iştahsızlık, esenlik, dispne, bulantı, uyuşukluk ve konstipasyon puan ortalamaları **farkları** ile **ekonomik durum** arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Hastaların toplam semptom skoru puan ortalaması farkları ile ekonomik durum arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Çalışmamızda deney ve kontrol grubu hastalarımızın sahip oldukları gelir ve gider dengesi ile ekonomik durum sorgulaması yapılmıştır.

Düzenli bir gelire sahip olmak insanların yaşamak için gerekli temel ihtiyaçlarının karşılanması açısından oldukça önemlidir. İleri evre kanser hastasının yaşı, cinsiyeti, mesleği, eğitimi, medeni durumu, aile içi konumu gibi özellikleri elde edilen geliri yakından etkilemektedir. İleri evre kanser hastasının fonksiyonel performansının düşük olması nedeniyle, genelde hastalar bu süreçte raporlu olarak hastanede kalmaktadırlar. İleri evre kanser hastası olmak birlikte hospitalizasyon süreci her bireyin toplumsal statüsü ve bireysel özelliklerine göre gelir elde etmeye devam etmesi yada etmemesi durumunu ortaya çıkartabilir. Burada önemli olan hastaların temel yaşam

gereksinimlerinin ve en çok ihtiyaç duyduğu bu dönemde sağlık harcamalarının karşılanmasıdır. Bunun dışında hastaların daha önce sahip oldukları ekonomik gelir ile göreceli olarak şuan sahip olunan ekonomik gelirdeki yetersizlik sosyal katılım ve yaşam döngüsü üzerine kontrol sağlama etkisini farklı düzeylerde olumsuz etkileyebilir.

Çalışmamızda ileri evre kanser hastalarının sahip oldukları ekonomik durumun onların semptom yaşama sıklığı etkileyebileceğini düşünülebilir. Ancak çalışmamızda deney ve kontrol grubu hastalarının semptom puan ortalamalarının taburculuk sonrası oluşan farklara (deney grubu iştahsızlık, uyuşukluk, kontrol grubu toplam semptom skoru hariç) ekonomik durumun etkisinin olmadığı bulunmuştur.

Hastalarımızın tamamının sosyal güvencelerinin olması sağlık harcamalarının oldukça fazla olduğu bu evrede çok önemli bir destek olduğu düşünülmektedir. Ancak kanser hastaları gibi iş göremezlik ile sonuçlanabilen birçok kronik hastalığa sahip bireylerin sosyal ve ekonomik problemleri ile ilgilenebilecek ve çözüm sağlayabilecek sosyal hizmet ağının olmasının gerekliliği çalışmamızın farklı süreçlerinde sosyal hizmet uzmanı ve diğer ekip üyelerinin sıklıkla tespit ettiği bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır.

Deney ve kontrol grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** toplam semptom skoru, ağrı, yorgunluk, bulantı, anksiyete, depresyon, iştahsızlık, dispne, uyuşukluk ve kabızlık semptom puan ortalaması **farkları** ile **Karnofsky Performans düzeyleri** arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

4.3.4. HASTALARIN SEMPTOM DÜZEYLERİ İLE YAŞ VE HASTALIK TANI SÜRESİ DEĞİŞKENLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

4.3.4.1. Hastaların Yatış ve Taburculuk Sonrası Semptom Düzeyleri Farkları ile Yaş ve Tanı ay Ortalaması Değişkenler Arasındaki ilişki

Deney ve kontrol grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** Edmonton semptom skoru ve diğer alt semptom puanları **farkları** ile yaş değişkeni arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Kontrol grubu hastalarının taburculuk yaş ortalaması ile uyuşukluk semptomu arasında zayıf negatif nitelikte bir ilişki mevcut olup, yaş ortalaması artıkça uyuşukluk semptomu azalmıştır.

İleri evre kanser hastalarının semptom yoğunluğu ile yaş değişkeni arasındaki ilişki literatürde tartışılmıştır. Yapılan bir çalışmada, yaşlı kanser hastalarında daha iyi emosyonel fonksiyon, daha az ağrı ve uyku bozukluğu tespit edilmiştir (**83**). Diğer bir çalışmada, 60 yaş altı ileri evre kanser hastalarının 60 yaş üstü ileri evre kanser hastalarına göre daha yüksek düzeyde ağrı ve anksiyete semptomlarının bildirildiği bulunmuştur. Aynı çalışmada yaşlı bireylerde daha kötü iştah düzeyi belirlenmiştir (**28**). Çalışmamızda deney ve kontrol grubu hastalarının yatış ve taburculuk sonrası semptom puan ortalamaları (uyuşukluk hariç) ile yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak kontrol grubu hastalarının yaş ortalaması artıkça uyuşukluk semptomu azalmıştır.

Kontrol grubu yaşlı bireylerin uyuşukluk semptomunu daha az yaşamış olmaları literatürden farklı bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaş ortalaması daha düşük olan hastaların uyuşukluk semptomunu daha sık yaşamalarının nedenleri ileri düzeyde nitel olarak araştırılması düşünülmektedir.

Deney grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** tanı ay ortalaması değişkeni ile Edmonton semptom skoru ve diğer alt semptom **farkları** arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kontrol grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** tanı ay ortalaması değişkeni ile depresyon ve esenlik semptom alt puan **farkları** arasındaki pozitif nitelikte anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Hastaların tanı ay ortalaması arttıkça anksiyete semptomu artmıştır. Tanı ay ortalaması arttıkça hastaların esenlik düzeyi azalmıştır. (ölçek esenlik puanı arttıkça esenlik düzeyi kötüleşmekte)

Çalışmamızda deney grubu hastalarının semptom ortalaması farkları ile hastalık tanı süresi değişkeni arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Kontrol grubu hastalarında ise anksiyete ve esenlik semptom puan ortalaması farkları ile hastalık tanı süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hastaların tanı süresi arttıkça daha fazla anksiyete yaşadıkları ve esenlik düzeylerinin azaldığı bulunmuştur.

İleri evre kanser hastalarında hastalık tanı süresi arttıkça yaşanan semptom yoğunluğunun artması beklenmektedir. Ancak hastalık tanı süresi yanında tümör alanı, evresi ,metastaz varlığı, tahmini beklenen sağ kalım süresi ve performans düzeyi semptom yoğunluğu üzerine etkisinin olabileceği bilinmektedir. Çalışmamızda deney ve kontrol grubunda tümör evresi, metastaz varlığı ve tahmini beklenen sağ kalım süresi ve performans düzeyi randomizasyon kriteri olarak kullanılmıştır. Tümör alanı değişkeni randomize edilmemiş olup, hasta deney ve kontrol grubunda farklı kanser tanısına sahip ve hasta sayısının az olması nedeniyle bağımsız değişken olarak etkisi belirlenememiştir

4.5. EORTC QLQ C-30 ÖLÇÜMLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

4.5.1. Hastaların Yatış Yaşam Kalitesi Fonksiyonel Alt Boyut Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Deney ve kontrol grubundaki hastaların **yatış EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği** fonksiyonel alt boyutları fiziksel fonksiyon, rol fonksiyon, emosyonel fonksiyon, kognitif fonksiyon, sosyal fonksiyon ve global yaşam kalitesi puan ortalamalarının gruplar arası dağılımları açısından bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$)

Palyatif bakım alan ileri evre kanser hastalarının yaşam kalitelerinin araştırıldığı bir çalışmada, hastaların % 97'sinde yaşam kalitesi fonksiyonel alt boyutlarından fizik fonksiyon ve rol fonksiyon yetersizliklerinin olduğu belirlenmiştir (**68, 80**). Çalışmamızda deney ve kontrol grubu hastalarımızın fonksiyonel yaşam kalitesi alt boyutlarından fizik, sosyal, rol, emosyonel, kognitif ve global yaşam kalitesi puan ortalamaları oldukça düşük düzeydedir. Dolayısı ile deney ve kontrol grubu hastalarımızın yaşam kaliteleri oldukça kötü durumdadır.

4.5.2. Hastaların Yatış Yaşam Kalitesi Semptom Alt Boyut Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Deney ve kontrol grubundaki hastaların **yatış EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği** semptom alt boyutu bulantı, ağrı, dispne, uyku, iştahsızlık, kabızlık, diyare, mali etki alt boyut puan ortalamalarının gruplar arası dağılımları açısından bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Deney ve kontrol grupları arasında **yatış** yaşam kalitesi yorgunluk semptom alt boyut puan ortalaması istatistiksel olarak fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Kontrol grubu

hastalarının yorgunluk puan ortalamalarında $91,41 \pm 6,79$ iken, deney grubu hastaların $85,86 \pm 9,18$ şeklindedir. Kontrol grubu hastalarının yorgunluk düzeyi deney grubuna göre daha yüksektir.

Palyatif bakım alan ileri evre kanser hastalarının yaşam kalitelerinin araştırıldığı bir çalışmada, hastaların yaşam kalitesi semptom alt boyut puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir (**68, 80**). Çalışmamızda deney ve kontrol grubu hastalarımızı yaşam kalitesi semptom alt boyutlarından ağrı, yorgunluk, bulantı, dispne, uykusuzluk, iştahsızlık, kabızlık, diyare ve mali etki puan ortalamaları oldukça yüksek düzeydedir. Hastalarımızın semptom düzeyi oldukça kötü durumdadır.

4.5.3. Hastaların Yatış ve Taburculuk Sonrası Yaşam Kalitesi Fonksiyonel Alt Boyut Puan Ortalaması Farklarının İncelenmesi

EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının geliştirilmesinin değerlendirilmesinde; ortalama değişim skoru 5-10 arasında ise hastaların subjektif yaşam kalitelerinde küçük bir miktar değişimin olduğunu ifade ederken, 10-20 arasındaki puan değişimi ise orta düzeyde bir değişimin olduğunu göstermektedir. 20 ve üstü puanlar büyük bir değişimin olduğunu ifade etmektedir. Bu nedenle 10 ve üzerindeki farklar klinik yararlılık ile ilgili olabileceğini ifade edilmektedir (**122**).

Deney ve kontrol grubundaki hastaların yatış ve taburculuk sonrası **EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Farklarının Gruplar arası** fonksiyonel alt boyutları rol fonksiyon, emosyonel fonksiyon, sosyal fonksiyon ve global yaşam kalitesi puan ortalamaları farklarında istatistik açıdan anlamlılık saptanmıştır ($p < 0,05$). Yaşam kalitesi fizik fonksiyon ve kognitif fonksiyon alt boyut puan ortalaması farklarında istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Deney ve kontrol grubundaki hastaların yatış ve taburculuk sonrası yaşam kalitesi fonksiyonel alt boyutları puan ortalamaları farklarındaki artış istatistiksel açıdan anlamlıdır. Ancak yaşam kalitesinin geliştirilmesinin klinik açıdan yararlılık düzeyinden bahsedecek olursak, deney grubu hastalarının yaşam kaliteleri kontrol grubu hastalarına göre daha etkili geliştirilmiştir. Deney ve kontrol grubu hastalarının fonksiyonel alt boyut puan geliştirilme oranları; rol fonksiyon (18/3), emosyonel fonksiyon (33/12), sosyal fonksiyon (23/0,7) ve global yaşam kalitesi (30/9) şeklindedir. Deney grubu hastalarının emosyonel, rol, sosyal ve global yaşam kalitesi puanları kontrol grubuna göre daha iyi geliştirilmiştir. Emosyonel fonksiyon değişimi her iki grupta klinik olarak anlamlı (10 ve üstü) olarak öne çıkmaktadır. Ancak deney grubu hastalarının yaşam kalitesi fonksiyonel alt boyut puan farkları değişimi klinik düzeyde kontrol grubuna göre daha üstündür.

Palyatif bakım ünitesinde takip edilen ileri evre kanser hastaları ile rutin hastane bakımında takip edilen kanser hastalarının yaşam kalitelerinin değerlendirildiği çalışmada, iki gruptaki hastaların yaşam kalitesi fonksiyonel alt boyut fizik ve rol fonksiyonları çok ciddi düzeyde etkilendiği bulunmuştur. Girişim grubunda global yaşam kalitesinin 1 ve 3 haftalarda gelişim gösterdiği bulunmuştur (82). Ancak her iki grupta yaşam kalitesi fonksiyonel alt boyut puan ortalaması gelişim farklarının klinik olarak anlamlı düzeyde olmadığı bulunmuştur (82).

Deney ve kontrol grubunda yaşam kalitesi fizik fonksiyon ve kognitif fonksiyon puan ortalamaları geliştirilmesi istatistiksel olarak anlamlı değildir. Hastaların yaşam kalitesi fizik fonksiyonları ve kognitif fonksiyonları geliştirilmesi her iki grupta anlamlı

bulunmamıştır. İleri evre kanser hastalarında fizik ve kognitif fonksiyonlarının kötü düzeyde olması beklediğimiz bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır.

Çalışmamızda deney ve kontrol grubu hastalarının fizik ve kognitif fonksiyon yaşam kalitesi farklarındaki gelişim klinik düzeyde anlamsızdır. Fizik ve kognitif fonksiyonlardaki yaşam kalitesi geliştirilmesi akut palyatif bakım hizmeti sunulan hastane temelli kliniklerde bazen mümkün olmayabilir. Fizik ve kognitif fonksiyon yaşam kalitesi geliştirilmesi ileri evre kanser hastasında progresyon sürecinde beklenen bir sonuç değildir bu açıdan bu bulgu literatürle benzer şekilde bulunmuştur.

4.5.4. Hastaların Yatış ve Taburculuk Sonrası Yaşam Kalitesi Semptom Alt Boyut Puan Ortalaması Farklarının İncelenmesi

Deney ve kontrol grubundaki hastaların yatış ve taburculuk sonrası **EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Farklarının Gruplar arası** semptom alt boyutları yorgunluk, ağrı, iştahsızlık, kabızlık, mali etki puan ortalamalarında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Deney grubundaki hastaların yatış ve taburculuk sonrası edilen semptom alt boyutları yorgunluk, ağrı, iştahsızlık, kabızlık, mali etki puan ortalamalarında fark oldukça anlamlıdır.

Deney ve kontrol grubu hastalarının yatış ve taburculuk sonrası **Global Yaşam Kalitesi Ölçeği** semptom alt boyutları yorgunluk, ağrı, iştahsızlık, kabızlık ve mali etki puan ortalaması farkları istatistik olarak anlamlı bulunmuştur. Deney ve kontrol grubu hastalarının yorgunluk, ağrı, iştahsızlık ve kabızlık septomu ve mali etki puan ortalamaları değişimi klinik düzeyde anlamlı bir gelişim (10 ve üstü değişim) göstermiştir. Mali etki puan ortalaması ise deney grubunda iyi düzeyde değişim gösterirken kontrol grubu hastalarında daha kötü düzeyde değişim göstermiştir.

Çalışmamızda deney grubu hastalarının yaşam kalitesi semptom alt boyut puan ortalamaları daha iyi geliştirilmiştir. Deney grubu hastalarının yaşam kalitesi semptom alt boyut puan farkları değişimi klinik düzeyde (10 ve üstü değişim) kontrol grubuna göre daha üstündür.

Palyatif bakım ünitesinde takip edilen ileri evre kanser hastaları ile rutin hastane bakımında takip edilen kanser hastalarının yaşam kalitelerinin değerlendirildiği çalışmada, girişim grubundaki hastaların yaşam kalitesi semptom alt boyutlarından ağrı ve iştahsızlık ilk, 2. ve 3. haftada önemli düzeyde azaltılma şeklinde değişim göstermiştir. Aynı çalışmada girişim grubunda kabızlık semptomu 2. ve 3. hafta da azalma şeklinde değişim gösterirken, mali etki puan ortalaması 1. haftada değişim göstermiştir (82).

Çalışma sonuçlarımız literatürle benzer sonuçlar göstermekte olup, deney grubu hastalarının yaşam kalitesi semptom alt boyut puan farkları değişimi klinik düzeyde kontrol grubuna göre daha üstündür.

4.6. EORTC QLQ C-30 ÖLÇÜMLERİNE İLİŞKİN BULGULAR İLE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

4.6.1. Hastaların Yatış ve Taburculuk Sonrası Yaşam Kalitesi Fonksiyonel Alt Boyut Puan Farklarının Ortalamaları ile Bağımsız Değişkenlerin Karşılaştırılması

Deney grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu fizik, rol, emosyonel, sosyal, kognitif fonksiyon ve global yaşam kalitesi puan ortalaması **farkları** ile **cinsiyet** arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Deney grubu hastalarının yaşam kalitesi değişimleri istatistiksel olarak anlamlı değildir. Yani kadın ve erkek hastaların yaşam kalitesi gelişimi farklı bulunmamıştır.

Kontrol grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu fizik fonksiyon, rol fonksiyon, sosyal fonksiyon ve global yaşam kalitesi puan ortalaması **farkları** ile **cinsiyet** arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların yaşam kalitesi emosyonel ve kognitif fonksiyon alt boyutu ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Erkek hastaların emosyonel ve kognitif fonksiyon yaşam kalitesi puan ortalamaları farkları değişimi kadın hastalara göre daha yüksek düzeydedir. Yani erkek hastaların emosyonel ve kognitif yaşam kalitesi kadın hastalara göre daha iyi geliştirilmiştir.

4.6.2. Hastaların Yatış ve Taburculuk Sonrası Yaşam Kalitesi Semptom Alt Boyut Puan Farklarının Ortalamaları ile Bağımsız Değişkenlerin Karşılaştırılması

Deney grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, bulantı, ağrı, dispne, uyku, iştahsızlık, kabızlık, diyare, mali etki puan ortalaması **farkları** ile **cinsiyet** arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kontrol grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, bulantı, ağrı, dispne, uyku, iştahsızlık, kabızlık puan ortalaması **farkları** ile **cinsiyet** arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların yaşam kalitesi mali etki ve diyare alt boyutu ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Erkek hastaların mali etki yaşam kalitesi puan ortalamaları kadın hastalara göre daha iyi geliştirilmiştir.

Çalışmamızda deney grubu hastalarının yaşam kalitesi fonksiyonel ve semptom alt boyut puan ortalaması değişimleri istatistiksel olarak anlamlı değildir. Yani kadın ve erkek hastaların yaşam kalitesi gelişimi farklı bulunmamıştır. Kontrol grubu erkek hastaların emosyonel ve kognitif fonksiyon yaşam kalitesi puan ortalamaları farkları değişimi kadın hastalara göre daha yüksek düzeydedir. Yani erkek hastaların yaşam kalitesi emosyonel ve kognitif fonksiyon ve mali etki puan ortalaması kadın hastalara göre daha iyi geliştirilmiştir.

Jordhoy MS, 2001 kanser hastalarının yaşam kalitelerini etkileyen faktörleri belirlediği çalışmada, erkek kanser hastalarının semptom skorlarının düşük olduğu ve daha iyi fonksiyonel düzeye sahip olduğu bulunmuştur. Kadın ve erkek kanser hastalarının

fiziksel fonksiyon, yorgunluk ve bulantı kusma semptomlarında minimal bir fark bulunmuştur (83).

Palyatif bakım alan ileri evre kanser hastalarının yaşam kalitelerinin araştırıldığı bir çalışmada, kadın kanser hastalarının semptom skorlarının yüksek olduğu, bulantı ve kusma ve diyare semptomunun kadınlar tarafından daha yoğun bildirildiğini tespit etmiştir (68).

Buna karşın kadın kanser hastalarının yaşam kalitelerinin erkek hastalara göre daha kötü düzeyde olduğunu ortaya koyan bazı çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalarda erkek kanser hastalarının emosyonel fonksiyonun kadınlara göre daha iyi olduğu tespit edilmiştir. Kadın kanser hastalarının depresyon, anksiyete, yorgunluk ve bulantı semptomlarını daha yoğun yaşadıkları belirlenmiştir (23, 156, 207).

Palyatif bakım alan kanser hastalarında yaşam kalitesinin araştırıldığı çalışmada, kadın kanser hastalarının erkeklere göre fiziksel ve emosyonel iyilik düzeyleri kötü olmasına rağmen, cinsiyetin yaşam kalitesine olan etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (204).

Deney grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu, emosyonel,kognitif fonksiyon ve global yaşam kalitesi puan ortalaması **farkları** ile **eğitim düzeyleri** arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların yaşam kalitesi fizik, rol ve sosyal fonksiyon alt boyut ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Eğitim düzeyi daha iyi olan hastaların fizik fonksiyonları daha iyi düzeyde iken, eğitim düzeyi daha düşük hastaların fizik fonksiyonları daha kötü bulunmuştur. Eğitim düzeyi daha düşük olan hastaların yaşam kalitesi rol ve sosyal fonksiyonu daha

kötü düzeyde bulunurken, eğitim düzeyi yüksek olan hastaların rol ve sosyal fonksiyonu daha yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyi düşük olan hastalarla eğitim düzeyi yüksek olan hastaların yaşam kalitesi fizik, rol ve sosyal fonksiyon puan ortalaması değişimi farklıdır. Eğitim düzeyi yüksek olan hastaların fizik, rol ve sosyal yaşam kalitesi puanları daha iyi geliştirilmiştir.

Kontrol grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu fizik, rol, sosyal, kognitif fonksiyon ve global yaşam kalitesi puan ortalaması **farkları** ile **eğitim düzeyleri** arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların emosyonel yaşam kalitesi puan ortalamaları farkları ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Eğitim düzeyi düşük olan hastaların yaşam kalitesi emosyonel alt boyut puan ortalaması değişimi eğitim düzeyi yüksek olan hastalara göre daha iyi geliştirilmiştir.

Deney grubu hastalarının yatış ve taburculuk sonrası EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, ağrı, bulantı, uykusuzluk, iştahsızlık, dispne, kabızlık, diyare, mali etki puan ortalaması **farkları** ile **eğitim düzeyleri** arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kontrol grubu hastalarının yatış ve taburculuk sonrası EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, bulantı, dispne, iştahsızlık, kabızlık, diyare, mali etki puan ortalaması **farkları ile eğitim düzeyleri** arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların ağrı ve uykusuzluk semptomu puan ortalamaları ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Eğitim düzeyi düşük olan hastalar daha çok uykusuzluk

septomu yaşamıştır. Eğitim düzeyi yüksek olan hastaların ağrı düzeyi eğitim düzeyi düşük olan hastalara göre daha az düzeydedir.

Jordhoy MS, 2001 kanser hastalarının yaşam kalitelerini etkileyen faktörleri belirlediği çalışmada, eğitim düzeyi düşük olan kanser hastalarının yüksek eğitim düzeyine sahip olanlara göre daha az ağrı bildirmişlerdir. Aynı çalışmada orta düzeyde eğitime sahip kanser hastaları daha yüksek düzeyde eğitime sahip olan bireylere göre daha kötü genel iyilik hali yaşadıklarını belirtmişlerdir (83).

Eğitim ve sağlık arasında yakın bir ilişki söz konusudur. Eğitim düzeyi yükseldikçe iyi bir mesleğe ve gelire sahip olma olasılığı artar ve bu insanlardan daha sağlıklı bir yaşam sürmeleri beklenir. Ayrıca eğitim düzeyi yüksek olanların sağlık hizmetlerini gerektiği şekilde kullandıkları, tedaviye daha kolay uyum sağladıkları, sağlık mesajlarını daha çabuk anlayıp uygulayabildikleri belirtilmektedir (167).

Eğitim süreci kişinin analiz ve iletişim yeteneklerini geliştirerek kişisel kontrol duygusunu artırmakta ve kontrol duygusu da sağlıklı davranışları artırarak ve bazı alışkanlıkları kontrol ederek sağlıklı olmayı sağlamaktadır. Ayrıca kontrol duygusu bir hastalıkla ya da stressörle karşılaşıldığında bu durumla başa çıkma kapasitesini artırarak sağlıklı olma yönünde etkide bulunabilir.

Çalışmamızda deney grubu hastalarımızdan eğitim düzeyi yüksek olanların fizik, rol ve sosyal fonksiyonlarının daha iyi düzeyde olması bu nedenlerle açıklanabilir. Ancak kontrol grubu hastalarından eğitim düzeyi düşük olanların emosyonel fonksiyonlarında iyilik önemsedığımız bir bulgudur. Eğitim düzeyi düşük olan bireylerin muhtemel sosyal ve rol fonksiyonları ile elde ettikleri ile beklentileri arasındaki dengenin ortaya çıkarabileceği bir sonuç olabileceği düşünülmektedir.

Fakat eğitim düzeyinin yaşam kalitesine olan etkisinin daha nitelikli araştırılmaya ihtiyaç olduğu bir gerçektir.

Deney grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu fizik, rol, emosyonel, sosyal, kognitif ve global yaşam kalitesi puan ortalaması **farkları** ile **medeni durum** arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Deney grubu hastalarının yaşam kalitesi fonksiyonel alt boyut puan ortalaması değişimleri evli ve bekar olan hastalarda farklı değildir. Yaşam kalitesi gelişim düzeyleri evli ve bekarlarda benzerdir.

Kontrol grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu emosyonel, sosyal, kognitif fonksiyon ve global yaşam kalitesi puan ortalaması **farkları** ile **medeni durum** arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların fizik ve rol fonksiyon yaşam kalitesi puan ortalamaları farkları ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Kontrol grubu hastalarının yaşam kalitesi fonksiyonel alt boyutlarından fizik ve rol fonksiyon puan ortalaması değişimleri evli ve bekar olan hastalarda farklılık göstermiştir. Evli hastalarda bekar olanlara göre daha iyi fizik ve rol fonksiyon gelişimi gösterilmiştir.

Deney ve kontrol grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, ağrı, bulantı, uyku, dispne, iştahsızlık, kabızlık, diyare, mali etki puan ortalaması **farkları ile medeni** arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Jordhoy MS, 2001 kanser hastalarının yaşam kalitelerini etkileyen faktörleri belirlediği çalışmada, evli olan kanser hastalarının bekar olanlara göre daha düşük sosyal

fonksiyona sahip oldukları belirlenmiştir. Ancak evli ve bekar olan hastalar arasında yaşam kalitesinin istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (83).

Palyatif bakım alan ileri evre kanser hastalarının yaşam kalitelerinin araştırıldığı bir çalışmada, evli kanser hastalarının emosyonel ve kognitif fonksiyon yetersizliği bekar olanlara göre daha çok yaşadıkları bulunmuştur. Hastanede kalan evli kanser hastaların evde kalan kanser hastalarına göre daha düşük sosyal fonksiyon yaşadıkları tespit edilmiştir (68). Aynı çalışmada evli olan kanser hastalarının bekar olanlara göre daha çok yorgunluk ve konstipasyon yaşadıkları belirlenmiştir.

Medeni durumun kanser hastalarının yaşam kalitesine etkisinin araştırıldığı çalışmalarda, evli kanser hastalarındaki sosyal fonksiyon yetersizlikleri, hastaların sahip oldukları sosyal ve rol fonksiyonlarının ileri evre kanser sürecinde yeterince yerine getirilememesine bağlanmıştır. Evli kanser hastalarının sosyal fonksiyonları bekar hastalara göre ileri evre kanser döneminde daha olumsuz etkilenmektedir (68,83).

Çalışmamızda deney grubunda yaşam kalitesi geliştirilmesi üzerine medeni durumun etksi bakımından, evli ve bekar hastalarda bir fark bulunmamıştır. Kontrol grubu hastalarında evli hastalarda daha iyi fizik ve rol fonksiyonu geliştirilmesi sağlanmıştır. Bu bulgu farklı şekillerde açıklanabilir. Evli olanların olmayanlara göre yaşam başarısı, psikolojik iyilik hali, fiziksel sağlık, yaşam beklentisi ve mutluluğu kapsayan çeşitli boyutlarda sağlık avantajlarına sahip olduğu gösterilmektedir. Evli kadınlar ve erkeklerin kendi sağlıklarını daha iyi değerlendirme eğiliminde oldukları, sağlık hizmetlerini daha az kullandıkları, uzun dönemli hastalık oranlarının düşük olduğu ve daha uzun yaşadıkları bildirilmektedir. Sağlık üzerinde evliliğin sağladığı yararlar, büyük oranda evli olanlara sosyal destek ve ekonomik kaynak sağlamasından

kaynaklanmaktadır. Evlilik, stresli yaşam olayları ve sağlıkla ilgili durumlarda eşlerin başa çıkma yeteneklerini artırmakta, aynı zamanda eşlerde daha sağlıklı davranışlar görülmektedir.

Ancak olumsuz aile yaşantısı yarar getirmesinden öte sağlık için olumsuzlukları da beraberinde getirebilir. Evlilik ilişkilerinin bozuk olması ve karşılıklı doyum sağlanmaması durumunda evlilik devam etse de sağlığı olumlu yönde etkileyici fonksiyonlarını kaybetmekte, hatta bu durum pek çok hastalığa zemin hazırlayabilmektedir.

Bu bulgu evli bireylerin kanser hastalığı boyunca birbirlerine sağladıkları sosyal destek düzeyinin etkisi ile açıklanabilir.

Deney ve kontrol grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu fizik, rol, emosyonel, sosyal, kognitif ve global yaşam kalitesi puan **ortalaması farkları** ile **ekonomik durum** arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Deney ve kontrol grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, ağrı, bulantı, uyku, dispne, iştahsızlık, kabızlık, diyare, mali etki puan ortalaması **farkları ile ekonomik durum** arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Deney grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu fizik, rol, sosyal, kognitif fonksiyon ve global yaşam kalitesi puan ortalaması **farkları ile Karnofsky Performans düzeyleri** arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır

($p>0,05$). Hastaların yaşam kalitesi emosyonel alt boyut ile Karnofsky Performans düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Daha kötü performansa sahip olan hastaların emosyonel yaşam kalitesi daha kötü iken, daha iyi performansa sahip hastaların emosyonel yaşam kaliteleri daha iyi bulunmuştur.

Kontrol grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu fizik, rol, emosyonel, sosyal, kognitif fonksiyon ve global yaşam kalitesi puan ortalaması **farkları** ile **Karnofsky Performans düzeyleri** arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Deney grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, bulantı, uyku, dispne, iştahsızlık, kabızlık, diyare, mali etki puan ortalaması **farkları** ile **Karnofsky Performans düzeyleri** arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların ağrı semptomu yaşam kalitesi puan ortalaması ile karnofsky performansı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. ($p<0,05$) Daha kötü performansa sahip hastaların ağrı düzeyleri daha yüksektir.

Kontrol grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, bulantı, ağrı, dispne, iştahsızlık, kabızlık, diyare, mali etki puan ortalaması **farkları** ile **Karnofsky Performans düzeyleri** arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların uykusuzluk semptomu yaşam kalitesi puan ortalaması ile karnofsky performansı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. ($p<0,05$) Daha kötü performansa sahip hastalarda uykusuzluk bozuklukları daha yüksektir.

Kanser hastalarında performans düzeyinin yaşam kalitesine olan etkisinin bilinmesi oldukça önemlidir. Çünkü kanser hastasının sahip olduğu performans düzeyi prognozu gösteren bir değer olmanın ötesinde tahmini beklenen yaşam süresini de belirleyebilen bir göstergedir. Sahip olunan performans düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalar literatürde bulunmaktadır (**83, 153, 207**).

İleri evre kanser hastalarının yaşam kalitelerini belirledikleri çalışmada, iyi performans düzeyi ile yaşam kalitesi arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur (**207**). Çalışmada iyi performans düzeyine sahip kanser hastalarının daha iyi bir yaşam kalitesine sahip oldukları belirlenmiştir.

Diğer bir çalışmada kanser hastalarının sahip oldukları farklı performans düzeyleri ile emosyonel fonksiyon, yorgunluk, ağrı, iştah kaybı ve konstipsiyon arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Aynı çalışmada sahip olunan performans durumu iyi düzeyde ise yaşam kalitesi skorları iyi, performans kötü düzeyde ise azalmış yaşam kalitesi tespit edilmiştir. Karnofsky performans düzeyi 40 altındaki hastalarda fizik, rol, sosyal fonksiyon ve genel iyilik çok düşük düzeyde bulunmuştur. Hastaların performans düzeyi ile diyare, uykusuzluk ve dispne semptomu arasında minimal değişim tespit edilirken, performans düzeyi 70 ve altı hastalarda bulantı ve kusma semptomunda düzenli bir azalmanın görüldüğü bulunmuştur (**83**).

Çalışmamızda deney ve kontrol grubu hastalarımızın araştırmaya katılım kriteri olarak karnofsky performans düzeyi 50 ve altı hastalar seçilmiştir. Her iki grupta yer alan hastalarımızın performans düzeyleri oldukça düşük olup, semptom yoğunlukları fazla ve yaşam kaliteleri düşük durumdadır. Hastalarımız kötü performansa sahip olan gruplardan seçildiği için yaşam kalitelerine performans düzeyinin etkisi sınırlıdır.

Deney grubu hastalarında kötü performansa sahip olan hastalarımızın emosyonel düzeyleri daha kötü durumdadır. Benzer şekilde kötü performansa sahip olan hastalar daha çok ağrı semptomu bildirmişlerdir. Kontrol grubu hastalarında ise kötü performans düzeyine sahip olan hastalar daha çok uyku bozukluğu yaşamışlardır.

4.7. HASTALARIN EORTC QLQ C-30 ÖLÇÜMLERİNE İLİŞKİN BULGULAR İLE YAŞ VE HASTALIK TANI SÜRESİ DEĞİŞKENLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Deney grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** yaş ortalaması ile EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut (sosyal fonksiyon hariç) puan ortalamaları **farkları** arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Yaşam kalitesi sosyal fonksiyon alt boyutu ile yaş ortalaması arasında pozitif nitelikte zayıf düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Yaş ortalaması artıkça sosyal fonksiyon yaşam kalitesi artmaktadır.

Kontrol grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** yaş ortalaması ile EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut (emosyonel ve fizik fonksiyon hariç) puan ortalamaları **farkları** arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Yaşam kalitesi emosyonel ve fizik fonksiyon alt boyutu ile yaş ortalaması arasında pozitif nitelikte zayıf düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Yaş ortalaması artıkça emosyonel ve fizik fonksiyon yaşam kalitesi artmaktadır.

Deney grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** yaş ortalaması ile EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut (bulantı ve kabızlık) puan ortalaması **farkları** ile yaş ortalaması arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastalarının yaşam kalitesi bulantı ve kabızlık alt boyut puanları ile yaş ortalaması arasında negatif nitelikte anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Hastalar yaş ortalaması azaldıkça daha çok bulantı, kusma ve kabızlık deneyimlemişlerdir.

Kontrol grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** yaş ortalaması ile EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom Alt Boyut Puan Ortalamaları **Farkları** arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Yaşam kalitesi subjektif bir kavram olması nedeniyle, kişilik özelliklerinden etkilenmektedir. Yaşam kalitesi ile yaş arasındaki etkileşim literatürde tartışılmıştır.

Çalışmamızda deney grubu yaşlı bireylerin sosyal fonksiyonları genç bireylere göre daha iyi düzeydedir. Genç bireyler yaşlı bireylere göre daha çok bulantı,kusma ve kabızlık semptomu yaşamışlardır. Kontrol grubu hastalarında ise yaşlı bireylerin emosyonel ve fizik fonksiyonları genç bireylere göre daha iyi durumdadır.

Palyatif bakım alan ileri evre kanser hastalarının yaşam kalitelerinin araştırıldığı bir çalışmada, yaşlı bireylerin genç bireylere göre daha iyi sosyal ve rol fonksiyonuna ve daha az finansal etkiye maruz kaldıklarını ve global yaşam kalitelerinin daha iyi olduğunu ortaya koymuşlardır. Genç bireylerin yaşlı bireylere göre daha çok ağrı bildirdiklerini ve emosyonel fonksiyonlarının daha kötü düzeyde oldukları aynı çalışmada tespit edilmiştir (**68**).

Kanser hastalarının yaşam kalitelerini etkileyen faktörlerin belirlendiği bir çalışmada, yaşlı kanser hastalarının daha iyi emosyonel ve sosyal fonksiyona sahip olduğu, daha az finansal etkiye ve uykusuzluk düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir. Yaşlı kanser hastalarının daha çok iştah kaybı yaşadığı, genç kanser hastalarının ise daha çok ağrı bildirdikleri bulunmuştur (**83**).Buna karşın genel popülasyonda yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin daha kötü olduğunu ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır (**56**). Genel yaşlı popülasyonu ile ileri evre yaşlı kanser hastaları arasındaki yaşın yaşam

kalitesi üzerine etkisini ileri evre kanser hastalığının ortaya çıkardığı komorbid durumların etkisiyle açıklanmıştır (56).

Bazı çalışmalarda genç kanser hastalarının yaşlı hastalara göre daha kötü emosyonel, rol ve sosyal fonksiyon yetersizliğine sahip olması tartışılmıştır. Bu araştırmada genç hastalarda ileri evre kanser tanısının daha travmatize edici olduğu ortaya konmuştur (207).

Genç kanser hastalarının yaşam döngüsü kapsamında devam eden aile ve meslek rollerinin bu travmatize edici durumdan etkilendiği bir gerçektir. Bu yüzden genç kanser hastaları yaşlı bireylere göre daha çok rol, sosyal ve emosyonel fonksiyon kaybı yaşamakta ve bununla birlikte finansal etkilenme daha yoğun bir şekilde olmaktadır (207).

Deney ve kontrol grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** tanı ay ortalaması ile EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Alt Boyut Puan Ortalamaları **farkları** arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Deney ve kontrol grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** tanı ay ortalaması ile EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel Alt Boyut Puan Ortalamaları **farkları** arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmamızda deney ve kontrol grubu hastalarının yaşam kalitesi fonksiyonel ve semptom alt boyutlarına hastalık tanı süresi ortalamasının etkilemediği bulunmuştur.

4.8. HASTA VE AİLE MEMNUNİYETİ ÖLÇÜMLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

4.8.1. Hastaların Sunulan Sağlık Hizmetinden Memnuniyet Puan Ortalamalarının Dağılımları

Deney ve kontrol grubundaki hastaların sunulan sağlık hizmetinden memnuniyet puan ortalamalarının dağılımları tablo 46'da gösterilmiştir.

Deney grubundaki hastaların palyatif bakım vaka yönetimi ile sağlanan sağlık hizmetinden duydukları memnuniyet puan ortalamaları $4,15 \pm 0,44$ olarak saptanmıştır.

Kontrol grubundaki hastaların rutin hastane sağlık hizmetinden duydukları memnuniyet puan ortalaması $3,27 \pm 0,45$ olarak saptanmıştır.

Çalışmamızda deney ve kontrol grupları arasındaki memnuniyet puan ortalamaları aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Deney grubu hastalarının vaka yönetim modeli dayalı palyatif bakım hizmetten daha memnun olduğu belirlenmiştir. Çalışma hipotezlerimizden biri olan hasta memnuniyetinin vaka yönetimi modeline göre sağlanan palyatif bakım hizmeti ile artırılabilirdiği tespit edilmiştir.

Onkoloji sağlık bakım ortamlarında genellikle hastalıktan hayata kalım gibi biyomedikal sonuçlar ölçülmektedir. Ancak hasta ve aile memnuniyeti, bilgilenmenin ve kooperasyonun artırılması sağlanması nedeniyle onkoloji sağlık bakım ortamlarında oldukça önemlidir. Subjektif bir sonuç olan memnuniyet özellikle palyatif bakım ortamlarında hasta ve ailesinin yaşam kalitesinin bir göstergesidir (96, 97).

Hasta ve aile memnuniyeti bakım kalitesinin önemli bir göstergesidir. Palyatif bakımda memnuniyet yaşam kalitesi, ölüm kalitesi, ulaşılabilirlik, koordinasyon ve

bireyselleştirilmiş bakım, semptom yönetimi, iletişim ve eğitim, emosyonel destek ve karar almaya yardım ile ilişkilidir (39, 96). Palyatif bakım temel amaçlarından biri hasta memnuniyetidir.

Yapılan bir çalışmada uzmanlık düzeyinde sunulan palyatif bakımla ileri evre kanser hastalarının bakım memnuniyet düzeylerini artırdıkları belirlenmiştir (204). Benzer şekilde kanser hastalarında vaka yönetim modeline dayalı palyatif bakım girişimleri ile hasta memnuniyeti artırıldığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (70, 113). Bunun dışında kanser hastalarının yanında diğer kronik hastalarından oluşan karma hasta grubunda da vaka yönetim modeline dayalı palyatif bakım girişimleri ile hasta memnuniyeti artırılmıştır (18, 42, 74, 137).

4.8.2. Hastaların Ailelerinin Sunulan Sağlık Hizmetinden Memnuniyet Puan Ortalamalarının Dağılımları

Deney ve kontrol grubundaki hastaların ailelerinin sunulan sağlık hizmetinden memnuniyet puan ortalamalarının dağılımları tablo 45’de gösterilmiştir.

Deney grubundaki hastaların ailelerinin palyatif bakım vaka yönetimi ile sağlanan sağlık hizmetinden duydukları memnuniyet puan ortalamaları $4,06 \pm 0,49945$ olarak saptanmıştır.

Kontrol grubundaki hastaların ailelerinin rutin hastane sağlık hizmetinden duydukları memnuniyet puan ortalaması $3,07 \pm 0,48$ olarak saptanmıştır.

Deney ve kontrol grupları aileleri arasındaki memnuniyet puan ortalamaları aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p < 0,05$). Deney gurubu hastaların ailelerinin vaka yönetim modeli dayalı palyatif bakım hizmetten daha

memnunun olduğu belirlenmiştir. Çalışma hipotezlerimizden biri olan aile memnuniyetinin vaka yönetimi modeline göre sağlanan palyatif bakım hizmeti ile artırılabilirdiği tespit edilmiştir.

Aile memnuniyeti bakım kalitesinin önemli bir göstergesidir. İleri evre kanser hastasının ailesi hastalığın progresyonuna göre birçok sıkıntı ve zorluk deneyimlemektedirler (75). Ailenin bu süreçte beklenmeyen gereksinimleri de dahil olmak üzere tüm gereksinimlerinin karşılanması oldukça önemlidir. Ailenin gereksinimlerinin karşılanarak yaşam kalitesinin artırılması palyatif bakımın hedeflerindedir. Aile memnuniyeti palyatif bakım hizmetinin kalitesini gösteren bir ölçümdür. Aile memnuniyetini hastanın tedavi ve prognozu ile ilgili bilgilendirme, iletişim ve eğitim, bakım desteği, sürekliliği ve dikkati etkilemektedir (141).

Vaka yönetimine dayalı palyatif bakım ile ileri evre kanser hastalarının ailelerinin memnuniyeti artırılmıştır (70, 82). Benzer şekilde vaka yönetimine dayalı palyatif bakım hizmeti ile yaşamı tehdit eden bir hastalığa sahip hastaların ailelerinin memnuniyeti geliştirilmektedir. (1, 74, 145).

4.9. MALİYET ÖLÇÜMLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Deney ve kontrol grubu hastalarının toplam hastane sağlık bakım maliyetleri ortalamalarının dağılımları Türk Lirası üzerinden Tablo 47’de gösterilmiştir.

Toplam hastane sağlık bakım maliyeti; deney grubunda \bar{x} :3901,9764 \pm 2749,17115 TL, kontrol grubunda \bar{x} :4593,5964 \pm 4118,99000 TL olduğu saptanmıştır.

Deney ve kontrol grubunun hastane maliyetleri açısından aralarında fark olup olmadığı Mann Whitney U testi ile incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (U:229,000; p>0,05).

Vaka yönetimin temel amaçlarından biri koordinasyon ve bakım kalitesinin artırılarak maliyet etkili hizmet sağlamaktır. Çalışma hipotezlerimiz arasında yer alan mali etkililik direkt ve indirekt sağlık harcamalarını kapsamaktadır. Ancak indirekt maliyeti hesaplamak oldukça zor bir durum olduğu için, genelde direkt sağlık harcamaları üzerinden maliyet hesapları tartışılmaktadır. Çalışmamızda vaka yönetimi uygulaması ile sunulan sağlık hizmeti maliyeti ile rutin hastane hizmeti ile sunulan sağlık hizmeti maliyeti ortalaması arasında bir fark bulunmamaktadır.

Vaka yönetim modeline dayalı palyatif bakım alan akciğer kanserli hastalarının oluşturduğu bir çalışmada, sağlık bakım maliyeti ile standart rutin sağlık bakımı alan kanser hasta grubu sağlık bakım maliyeti arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır **(113)**.

Randomize kontrollü bir çalışmada kanser hastalarının da yer aldığı kronik yaşamı tehdit eden bir hastalığa sahip bireylere eve dayalı palyatif bakım alan hastaların sağlık hizmeti maliyeti ile eve dayalı rutin bakım alan hasta grubu sağlık hizmeti

maliyeti arasında istatistiksel olarak fark bulunmuş olup, evde palyatif bakım alan hastaların sağlık maliyetinden günlük 95 \$– 212 \$ azaltılmıştır (18). Diğer benzer bir çalışmada rutin sağlık hizmeti maliyeti girişim grubu hasta maliyetine göre %12 daha fazla bulunmuştur (74).

Benzer şekilde kanser hastalarının da dahil olduğu kronik hastalığa sahip bir hasta popülasyonu için vaka yönetimine dayalı bakım hizmetinin maliyeti rutin sağlık bakım hizmeti maliyetine göre daha düşük düzeyde olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (42).

Kanser hastalarına yönelik multidisipliner palyatif bakım ekibi tarafından sunulan sağlık hizmeti maliyeti ile rutin evde bakım programı maliyeti arasındaki farkın incelendiği çalışmada, vaka yönetimine dayalı palyatif bakım grubu hastalarının evde ölümü tercih etmeleri diğer gruba göre daha yüksek bulunmuştur (82). Benzer bir randomize kontrollü çalışmada palyatif bakım ekibi tarafından sunulan sağlık hizmeti alan hastalar, telefonla danışmalık yapılan diğer gruba göre hastaların hastanede yatış süresi daha kısa olup, yeniden hastaneye kabul sayısı da diğer gruba göre daha az bulunmuştur (70).

Palyatif bakım ünitesinde takip edilen hastalarla diğer rutin hastane ortamında izlenen hasta maliyetleri arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur. Palyatif bakım ünitesinde takip edilen hastaların sağlık bakım maliyetleri diğer gruba göre direkt maliyet % 56 azaltılırken, total sağlık maliyeti % 57 oranında azaltılmıştır (151).

Palyatif bakım ünitesinde takip edilen hastaların sağlık bakım maliyetinin azaltıldığı (% 40 maliyet tasarrufu) onkoloji palyatif bakım ünitesinde günlük birikim 1,985 dolar, diğer palyatif bakım ünitesinde 1,191 dolar şeklindedir (25, 152). Diğer bir

çalışmada bir üniversite hastanesinin palyatif bakım programı ile sağlık harcamalarının % 60 azaltıldığı belirlenmiştir (**25**). Amerika’da hastane odaklı sekiz palyatif bakım ünitesinde rutin bakıma kıyasla her hastaneye kabul başına 1,696 dolar tasarruf edilmiştir (**104, 114**). Randomize kontrollü bir çalışmada interdisipliner palyatif bakım programında izlenen hastaların sağlık maliyet 14,486 ile 21,252 dolar arasında düşürüldüğü bulunmuştur (**57**).

Uzmanlık düzeyinde sunulan palyatif bakım etkinliğinin araştırıldığı sistematik review çalışmasında, palyatif bakım hizmeti ile sağlık bakım maliyet etkililik sağlanabildiğini göstermiştir (**205**). 2008 yılında Amerika’daki hastane temelli palyatif bakım programları ile rutin hastane bakım arasındaki sağlık maliyetinin karşılaştırıldığı çalışmada, palyatif bakım konsültasyon programı ile hasta bakım maliyeti hastaneye kabulde direkt maliyette 1696 dolar tasarruf ve günlük maliyetten ise 279 dolar tasarruf edildiği belirlenmiştir (**114**). Pendrod et al tarafından yapılan hastane temelli palyatif bakım konsültasyonunun maliyete etkileri çalışmasında, palyatif bakım ile takip edilen hastaların rutin bakımla takip edilen hasta grubuna göre % 43,7 oranında daha az yoğun bakım ünitesine kabul edildiklerini tespit etmişlerdir. Bunun yanında palyatif bakım hizmeti alan hastalardan günlük ortalama 464 \$ maliyet tasarruf sağlanmıştır (**136**).

Çalışmamızda rutin hastane bakım maliyeti ile vaka yönetim modeli dayalı palyatif bakım programı maliyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak çalışma örneklem grubunun az olması, akut hastane bakımına odaklı olması, indirekt maliyetlerinin ölçülememesi ve maliyetle ilgili analizlerinin tutulduğu alt yapı sistemlerinin etkisizliği gibi faktörler nedeniyle sağlık maliyet sonuçlarının ayrıntılı araştırılmasına ihtiyacın olduğu düşünülmektedir.

BÖLÜM 5

SONUÇ ve ÖNERİLER

5.1. SONUÇLAR

- ❖ Deney grubunda yer alan hastaların yaş ortalamalarının $52,59 \pm 13,31$ olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların ise; yaş ortalaması $53,63 \pm 12,31$ 'dir. Levene testi sonucunda deney ve kontrol grubundaki hastaların yaş grupları bakımından homojen bir dağılım gösterdiği saptanmıştır ($t:0,270$; $p>0,05$) .

Tablo 9.

- ❖ Deney grubundaki hastaların %81,8'u kadın, %18,2'i erkek; kontrol grubundaki hastaların %68,2'i kadın, %31,8'i erkektir. Deney ve kontrol gruplarının cinsiyet bakımından homojen bir dağılım gösterdiği saptanmıştır. **Tablo 9.**
- ❖ Deney grubunda okuryazar/ ilköğretim düzeyinde eğitime sahip olanların oranı %45,4, lise/üniversite düzeyinde eğitime sahip olanların oranı %54,5; kontrol grubunda düzeyinde eğitime sahip olanların oranı %59,1, lise/üniversite düzeyinde eğitime sahip olanların oranı %40,9 olarak saptanmıştır. Deney ve kontrol gruplarının eğitim durumları bakımından homojen bir dağılım gösterdiği saptanmıştır. **Tablo 9.**
- ❖ Hastaların medeni durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; deney grubundaki hastaların % 68,2'sinin evli ve %31,8'sinin bekar/dul yaşadığını; kontrol grubundaki hastaların %77,3'ünün evli, %22,7'inin bekar/ dul ayrı yaşadığı saptanmıştır. **Tablo 9.**

- ❖ Deney grubundaki hastaların %27,3'ünün Emekli Sandığına, % 18,2'sinin Bağ-Kur'a, %54,5'inin SSK'ya bağlı olduğu; kontrol grubundaki hastaların %31,8'inin Emekli Sandığına, % 13,6'sının Bağ-Kur'a %45,5'inin SSK'ya bağlı olduğu, % 4,5'inin ücretli, % 4,5'inin yeşil kartının olduğu saptanmıştır. **Tablo 9.**
- ❖ Deney grubundaki hastaların % 36,4'ünün ev hanımı % 22,7'sinin memur, % 18,2'sinin emekli, % 18,2'sinin işçi, % 4,5'inin serbest meslek olduğu; kontrol grubundaki hastaların, % 27,3'ünün emekli, % 22,7'sinin ev hanımı, % 18,2'sinin işçi, % 9,1'inin memur, % 4,5'inin serbest meslek, % 18,2'sinin diğer olduğu saptanmıştır. **Tablo 9.**
- ❖ Deney grubundaki hastaların %86,4'ünün gelir düzeyi karşılıyor şeklindeyken, %13,6'sının karşılamıyor şeklinde olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların ise; %91,0'inin gelir düzeyi karşılıyor şeklideyken, %9,0'unun karşılamıyor şeklinde olduğu belirlenmiştir. **Tablo 9.**
- ❖ Deney grubundaki hastaların birlikte yaşadıkları kişiler ile dağılımları; %18,2'sinin yalnız, %50'sinin eşi ile birlikte, %31,8'inin çocukları ile birlikte yaşadığı; kontrol grubundaki hastaların ise, %13,6'sının yalnız, %59,1'inin eşi ile birlikte, %18,2'sinin çocukları ile birlikte yaşadığı, %9,1'inin diğer kişilerle birlikte yaşadığı saptanmıştır. **Tablo 9.**
- ❖ Deney grubundaki hastaların %40,9'unun Gastrointestinal Ca, %13,6'sının Genitoüriner Ca, %18,2'sinin Meme Ca, %9,1'inin Kemik Doku Ca, %4,5'inin Akciğer Ca, %13,6'sının Diğer (primeri belli olmayan, malign melanom) tanısına sahip olduğu görülmektedir. Kontrol grubundaki hastaların ise, % 22,7'sinin Gastrointestinal Ca, %40,9'unun Genitoüriner Ca, %4,5'inin Meme Ca, %13,6'sının

Kemik Doku Ca, %13,6'sının Akciğer Ca, %4,5'sinin Diğer (primeri belli olmayan, malign melanom) tanısı aldığı görülmektedir. **Tablo 10**

❖ Deney grubundaki hastaların tanı ay ortalaması \bar{x} :35,72±30,28 ve kontrol grubundaki hastaların tanı ay ortalaması \bar{x} :31,45±27,37 ay şeklindedir. **Tablo 10**

❖ Deney ve kontrol grubundaki hastaların tamamı (% 100,0) evre IV kanser hastası olup, tümünde metastaz varlığı mevcut ve palyatif amaçlı tedavi almaktadırlar.

Tablo 10

❖ Deney grubundaki hastaların %40,9'u 30, %50,0'si 40 ve %9,1'i 50 karnofsky performansına sahiptir. Bu oranların kontrol grubundaki dağılımı %50,0'si 30, %45,5'i 40 ve % 4,5'i 50 karnofsky performansı şeklindedir. Deney ve kontrol grubu hastalarının karnofsky performans puanları homejen dağılım göstermektedir.

Tablo 11

❖ Deney grubundaki hastaların analjezik kullanım dağılımı; %95,5'inin nonsteroid/parasetamol, %72,7'sinin Tramadol, %54,5'inin Fentanil, %50'sinin Morfin, %22,7'sinin Adjuvan analjezik ve %4,5'inin invaziv girişim şeklinde olduğu görülmektedir. Kontrol grubundaki hastaların analjezik ilaç kullanım dağılımı; %63,6'sının nonsteroid/parasetamol, %40,9'unun Tramadol, %40,9'unun Fentanil, %22,7'sinin Morfin, %9,1'inin Adjuvan analjezik şeklinde olduğu görülmektedir.

Tablo 12

❖ Deney grubundaki hastaların antiemetik ilaç kullanım dağılımı; %86,4, laksatif kullanım dağılımı; % 86,4 iken, kontrol grubu hastalarının antiemetik kullanım dağılımı; %81,8 ve laksatif kullanım dağılımı; % 45,5 dir. **Tablo 12**

❖ Deney grubundaki hastaların hipnotik kullanım dağılımı; %18,2, antipsikotik kullanım dağılımı; %40,9, anksiyolitik kullanım dağılımı; %13,6, antidepresan

kullanım dağılımı; %40,9 olduğu görülmektedir. Kontrol grubundaki hastaların hipnotik kullanım dağılımı; %13,6, antipsikotik kullanım dağılımı; %18,2, anksiyolitik kullanım dağılımı; %13,6, antidepresan kullanım dağılımı; %18,2 olduğu görülmektedir. **Tablo 12**

❖ Deney grubundaki hastaların %54,5'i ağızdan beslenme desteği ve % 77,3'ü ağızdan beslenme desteği yanında parenteral beslenme desteği almıştır. Hastaların %95,5'i eklem açıklığı egzersizi, %40,9'u mobilizasyon, %100 solunum egzersizi, %31,8'i güçlendirme egzersizi, %22,7'si yardımcı araç kullanma egzersizi almıştır. Hastaların tamamının (%100,0) aileleri ile KLP hemşiresi tarafından aile görüşmesi ve danışmanlık yapılmıştır. Hastaların ve ailelerin tamamına (%100,0) vaka yönetici hemşire tarafından hasta ve aile eğitimi yapılmıştır. **Tablo 13**

❖ Kontrol grubundaki hastaların %22,7'i ağızdan beslenme desteği alırken ve % 50,0'si ağızdan beslenme desteği yanında parenteral beslenme desteği almıştır. Hastaların tamamı rutin hastane hizmeti kapsamında bir sağlık hizmeti almış olup fizik tedavi uzmanı tarafından hastalar görülmemiştir. Hastaların tamamının (%100,0) aileleri ile KLP hemşiresi tarafından aile görüşmesi ve danışmanlık yapılmamıştır. Hastaların ve ailelerin tamamına (%100,0) vaka yönetici hemşire tarafından hasta ve aile eğitimi yapılmamıştır. **Tablo 13**

❖ Hastaların yatış EDS toplam puan ortalaması deney grubunda $66,77 \pm 9,31$ iken, bu oran kontrol grubunda $62,50 \pm 6,91$ dir. Yatış EDS toplam puan ortalamaları açısından deney ve kontrol grubunda istatistiksel açıdan fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$) **Tablo 14**

❖ Deney ve kontrol grubunda EDS toplam puan ortalamaları açısından anlamlı düşüş görülmüştür ($p < 0,05$). **Tablo 15**

- ❖ Deney grubu hastalarının EDS toplam puan azalması \bar{x} : $-26,22 \pm 7,75$ iken, kontrol grubu hastalarında ise EDS toplam puan azalması \bar{x} : $9,04 \pm 5,78$ dir. Deney grubu EDS toplam puan farkı daha yüksek olup, deney grubunda daha iyi bir semptom kontrolü sağlanmıştır ($p < 0,000$). **Tablo 16**
- ❖ Deney grubu hastalarının yorgunluk düzeyi ortalamaları $9,1 \pm 0,5$ iken, kontrol grubunda bu oran $8,8 \pm 0,4$ şeklindedir. Deney grubu hastalarının uyuşukluk düzeyleri $7,9 \pm 1,1$ olup, kontrol grubunda bu oran $6,8 \pm 1,2$ düzeyindedir. Deney grubundaki hastaların esenlik düzeyi $7,4 \pm 1,0$ iken, kontrol grubundaki hastaların esenlik düzeyi $6,3 \pm 1,2$ şeklindedir. Hastaların yatış yorgunluk düzeyi, uyuşukluk ve esenlik puan ortalamaları iki grupta farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p < 0,05$).) **Tablo 17**
- ❖ Deney grubu hastalarının yatış ve taburculuk sonrası ağrı, yorgunluk, bulantı, anksiyete, iştahsızlık, uyuşukluk, esenlik, dispne, kabızlık semptom düzeyleri anlamlı oranda azalmıştır ($p < 0,05$). Kontrol grubundaki hastaların ağrı, yorgunluk, bulantı, anksiyete, iştahsızlık, uyuşukluk, kabızlık semptom düzeylerinde anlamlı oranda azalmıştır ($p < 0,05$). Esenlik ve dispne semptom düzeyleri azalma oranında anlamlılık bulunmamıştır ($p > 0,05$) **Tablo 18**
- ❖ Deney ve kontrol grubu hastalarının yatış ve taburculuk sonrası Edmonton Semptom Skalası toplam puan ortalaması farklarındaki azalama istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$) . **Tablo 19**
- ❖ Deney grubu hastalarının yatış toplam semptom skoru, ağrı ve uyuşukluk semptom puan ortalaması ile cinsiyet arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). **Tablo 20**

- ❖ Deney grubu hastalarının taburculuk toplam semptom skoru, ağrı, bulantı, depresyon anksiyete ve uyusukluk semptom puan ortalaması ile cinsiyet arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). **Tablo 20**
- ❖ Deney grubu hastalarının yatış ve taburculuk sonrası toplam semptom skoru ve ağrı, yorgunluk, bulantı, depresyon, anksiyete, esenlik, dispne, uyusukluk ve konstipasyon semptom puan ortalaması farkları ile cinsiyet arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). **Tablo 20**
- ❖ Kontrol grubu hastalarının yatış ağrı, kabızlık,yorgunluk ve esenlik semptom puan ortalaması ile cinsiyet arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). **Tablo 20**
- ❖ Kontrol grubu hastalarının taburculuk toplam semptom skoru, yorgunluk, bulantı, iştahsızlık ve kabızlık semptom puan ortalaması ile cinsiyet arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). **Tablo 20**
- ❖ Kontrol grubu hastalarının yatış ve taburculuk sonrası depresyon ve iştahsızlık semptomu puan ortalaması farkları ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). **Tablo 20**
- ❖ Deney ve kontrol grubu hastalarının yatış toplam semptom skoru ve ağrı, yorgunluk, bulantı, anksiyete, depresyon, iştahsızlık, esenlik, dispne, uyusukluk ve konstipasyon puan ortalamaları ile eğitim düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). **Tablo 21**
- ❖ Deney grubu hastalarının taburculuk toplam semptom skoru ve ağrı, yorgunluk, bulantı, anksiyete, depresyon, iştahsızlık, esenlik, dispne, uyusukluk ve konstipasyon puan ortalamaları ile eğitim düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). **Tablo 21**

- ❖ Kontrol grubu hastalarının taburculuk toplam semptom skoru ve ağrı, yorgunluk, bulantı, anksiyete, depresyon, iştahsızlık, esenlik, uyuşukluk ve konstipasyon puan ortalamaları ile eğitim düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Hastaların dispne semptomu puan ortalamaları ile eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). **Tablo 21**
- ❖ Deney ve kontrol grubu hastalarının yatış ve taburculuk sonrası toplam semptom skoru ve ağrı, yorgunluk, bulantı, anksiyete, depresyon, iştahsızlık, esenlik, dispne, uyuşukluk ve konstipasyon puan ortalamaları farkları ile eğitim düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). **Tablo 21**
- ❖ Deney ve kontrol grubu hastalarının yatış toplam semptom skoru ve ağrı, yorgunluk, bulantı, anksiyete, depresyon, iştahsızlık, esenlik, dispne, uyuşukluk ve konstipasyon puan ortalamaları ile medeni durum arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). **Tablo 22**
- ❖ Deney grubu hastalarının taburculuk toplam semptom skoru ve ağrı, yorgunluk, anksiyete, depresyon, iştahsızlık, esenlik, dispne, uyuşukluk ve konstipasyon puan ortalamaları ile medeni durum arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Hastaların bulantı semptomu puan ortalaması ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). **Tablo 22**
- ❖ Kontrol grubu hastalarının taburculuk toplam semptom skoru ve ağrı, yorgunluk, bulantı, anksiyete, depresyon, iştahsızlık, esenlik, dispne, uyuşukluk ve konstipasyon puan ortalamaları ile medeni durum arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). **Tablo 22**

- ❖ Deney ve kontrol grubu hastalarının yatış ve taburculuk sonrası toplam semptom skoru ve ağrı, yorgunluk, bulantı, anksiyete, depresyon, iştahsızlık, esenlik, dispne, uyuşukluk ve konstipasyon puan ortalamaları farkları ile medeni durum arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). **Tablo 22**
- ❖ Deney grubu hastalarının yatış toplam semptom skoru ve ağrı, yorgunluk, bulantı, anksiyete, depresyon, iştahsızlık, esenlik, dispne, uyuşukluk ve konstipasyon puan ortalamaları ile ekonomik durum arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). **Tablo 23**
- ❖ Kontrol grubu hastalarının yatış toplam semptom skoru ve ağrı, yorgunluk, bulantı, anksiyete, depresyon, iştahsızlık, esenlik, dispne ve konstipasyon puan ortalamaları ile ekonomik durum arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Hastaların uyuşukluk semptom puanı ortalaması ile ekonomik durum arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). **Tablo 23**
- ❖ Deney ve kontrol grubu hastalarının taburculuk toplam semptom skoru ve ağrı, yorgunluk, bulantı, anksiyete, depresyon, iştahsızlık, esenlik, dispne, uyuşukluk ve konstipasyon puan ortalamaları ile ekonomik durum arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). **Tablo 23**
- ❖ Deney grubu hastalarının yatış ve taburculuk sonrası toplam semptom skoru ve ağrı, yorgunluk, bulantı, anksiyete, depresyon, esenlik, dispne ve konstipasyon puan ortalamaları farkları ile ekonomik durum arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Hastaların uyuşukluk ve iştahsızlık semptomu puan ortalaması farkları ile ekonomik durum arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). **Tablo 23**

- ❖ Kontrol grubu hastalarının yatış ve taburculuk sonrası ağrı, yorgunluk, anksiyete, depresyon, iştahsızlık, esenlik, dispne, bulantı, uyuşukluk ve konstipasyon puan ortalamaları farkları ile ekonomik durum arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Hastaların toplam semptom skoru puan ortalaması farkları ile ekonomik durum arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). **Tablo 23**
- ❖ Deney grubu hastalarının yatış toplam semptom skoru, esenlik ve kabızlık semptom puan ortalaması ile Karnofsky Performans düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). **Tablo 24**
- ❖ Kontrol grubu hastalarının yatış toplam semptom skoru, ağrı, yorgunluk, bulantı, depresyon, anksiyete, iştahsızlık, uyuşukluk, esenlik, dispne ve kabızlık semptom puan ortalaması ile Karnofsky Performans düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). **Tablo 24**
- ❖ Deney grubu hastalarının taburculuk toplam semptom skoru, esenlik, dispne ve kabızlık semptom puan ortalaması ile Karnofsky Performans düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). **Tablo 24**
- ❖ Kontrol grubu hastalarının taburculuk iştahsızlık ve esenlik semptom puan ortalaması ile Karnofsky Performans düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p>0,05$). **Tablo 24**
- ❖ Deney grubu hastalarının yatış ve taburculuk sonrası toplam semptom skoru, ağrı, yorgunluk, bulantı, anksiyete, depresyon, iştahsızlık, dispne, uyuşukluk ve kabızlık semptom puan ortalaması farkları ile Karnofsky Performans düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). **Tablo 24**

- ❖ Kontrol grubu hastalarının yatış ve taburculuk sonrası, ağrı, yorgunluk, bulantı, anksiyete, depresyon, iştahsızlık, dispne, uyuşukluk ve semptom puan ortalaması farkları ile Karnofsky Performans düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Hastaların Karnofsky Performans düzeyleri ile toplam semptom skor, kabızlık ve esenlik semptom puan ortalamaları farkları arasında anlamlılık bulunmuştur ($p<0,05$). **Tablo 24**
- ❖ Deney ve kontrol grubu hastalarının yatış, taburculuk (kontrol grubu uyuşukluk semptomu hariç) ve taburculuk sonrası Edmonton semptom skoru ve diğer alt semptom puanları farkları ile yaş değişkeni arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). **Tablo 25**
- ❖ Deney grubu hastalarının yatış tanı ay ortalaması değişkeni ile Edmonton semptom skoru ve diğer alt semptom puanları arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). **Tablo 26**
- ❖ Deney grubu hastalarının taburculuk tanı ay ortalaması değişkeni ile yorgunluk, bulantı, uyuşukluk, esenlik, dispne ve kabızlık semptom puanları arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların EDS toplam skoru, ağrı, depresyon, anksiyete ve iştahsızlık semptomu arasında pozitif nitelikte anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). **Tablo 26**
- ❖ Deney grubu hastalarının yatış ve taburculuk sonrası tanı ay ortalaması değişkeni ile Edmonton semptom skoru ve diğer alt semptom farkları arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). **Tablo 26**
- ❖ Kontrol grubu hastalarının yatış ve taburculuk tanı ay ortalaması değişkeni ile Edmonton semptom skoru ve diğer alt semptom puanları arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). **Tablo 26**

- ❖ Kontrol grubu hastalarının yatış ve taburculuk sonrası tanı ay ortalaması değişkeni ile anksiyete ve esenlik semptom puan farkları arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). **Tablo 26**
- ❖ Deney ve kontrol grubundaki hastaların yatış **EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği** fonksiyonel alt boyutları fiziksel fonksiyon, rol fonksiyon, emosyonel fonksiyon, kognitif fonksiyon, sosyal fonksiyon ve global yaşam kalitesi puan ortalamalarının gruplar arası dağılımları açısından bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). **Tablo 27**
- ❖ Deney ve kontrol grubundaki hastaların yatış **EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği** semptom alt boyutu bulantı, ağrı, dispne, uyku, iştahsızlık, kabızlık, diyare, mali etki alt boyut puan ortalamalarının gruplar arası dağılımları açısından bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). **Tablo 28**
- ❖ Yaşam kalitesi yorgunluk semptom alt boyut puanı deney ve kontrol grupları arasında yatışta istatistiksel olarak fark bulunmaktadır. Kontrol grubu hastalarının yorgunluk yaşam kalitesi puan ortalaması $91,41\pm 6,79$ iken, deney grubu hastaların $85,86\pm 9,18$ şeklindedir. **Tablo 28**
- ❖ Deney grubundaki hastaların yatış ve taburculuk **EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği** fonksiyonel alt boyutları rol fonksiyon, emosyonel fonksiyon, kognitif fonksiyon, sosyal fonksiyon ve global yaşam kalitesi puan ortalamalarının açısından bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Yaşam kalitesi fizik fonksiyon alt boyunda anlamlılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Kontrol grubu hastaların yatış ve taburculuk **EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği** fonksiyonel alt boyutları emosyonel fonksiyon, kognitif fonksiyon ve global yaşam kalitesi puan ortalamalarının açısından bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Yaşam

kalitesi fizik fonksiyon, rol ve sosyal alt boyutlarında anlamlılık bulunmamıştır ($p>0,05$). **Tablo 29**

- ❖ Deney grubundaki hastaların yatış ve taburculuk **EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği** semptom alt boyutları yorgunluk, bulantı, ağrı, dispne, uyku, iştahsızlık, kabızlık, mali etki alt boyut puan ortalamalarının gruplar arası dağılımları açısından bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Diyare alt boyut puan ortalamalarının gruplar arası dağılımları açısından bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Kontrol grubu hastaların yatış ve taburculuk **EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği** semptom alt boyutları yorgunluk, bulantı, ağrı, dispne, uyku, iştahsızlık, kabızlık alt boyut puan ortalamalarının gruplar arası dağılımları açısından bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Diyare ve mali etki alt boyut puan ortalamalarının gruplar arası dağılımları açısından bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). **Tablo 30**

- ❖ Deney ve kontrol grubundaki hastaların yatış ve taburculuk sonrası **EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Farklarının Gruplar arası** fonksiyonel alt boyutları rol fonksiyon, emosyonel fonksiyon, sosyal fonksiyon ve global yaşam kalitesi puan ortalamalarında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Yaşam kalitesi fizik fonksiyon ve kognitif fonksiyon alt boyunda fark istatistik açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). **Tablo 31**

- ❖ Deney ve kontrol grubundaki hastaların yatış ve taburculuk sonrası **EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Farklarının Gruplar arası** semptom alt boyutları yorgunluk, ağrı, iştahsızlık, kabızlık, mali etki puan ortalamalarında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Yaşam kalitesi bulantı, dispne, uyku bozukluğu ve diyare semptom alt boyunda fark istatistik açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). **Tablo 32**

❖ Deney grubu hastalarının yatış EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu emosyonel, sosyal, kognitif fonksiyon ve global yaşam kalitesi puan ortalaması farkları ile cinsiyet arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların fizik ve rol fonksiyon yaşam kalitesi puan ortalamaları ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Kontrol grubu hastalarının yatış EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu fizik fonksiyon ve rol fonksiyon yaşam kalitesi puan ortalaması farkları ile cinsiyet arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların emosyonel, kognitif, sosyal ve global yaşam kalitesi puan ortalamaları ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). **Tablo 33**

❖ Deney grubu hastalarının taburculuk EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu rol, emosyonel, sosyal ve kognitif fonksiyon yaşam kalitesi puan ortalaması farkları ile cinsiyet arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların fizik ve global yaşam kalitesi puan ortalamaları ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Kontrol grubu hastalarının taburculuk EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu fizik, rol, emosyonel, sosyal, kognitif ve global yaşam kalitesi puan ortalaması farkları ile cinsiyet arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların sosyal yaşam kalitesi puan ortalamaları ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). **Tablo 33**

❖ Deney grubu hastalarının yatış ve taburculuk sonrası EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu fizik, rol, emosyonel, sosyal, kognitif fonksiyon ve global yaşam kalitesi puan ortalaması farkları ile cinsiyet arasında

yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Kontrol grubu hastalarının yatış ve taburculuk sonrası EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu fizik fonksiyon, rol fonksiyon, sosyal fonksiyon ve global yaşam kalitesi puan ortalaması farkları ile cinsiyet arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların yaşam kalitesi emosyonel ve kognitif fonksiyon alt boyutu ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). **Tablo 33**

- ❖ Deney ve kontrol grubu hastalarının **yatış** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu fizik, rol, emosyonel, sosyal, kognitif ve global yaşam kalitesi puan ortalaması ile eğitim düzeyi arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). **Tablo 34**
- ❖ Deney grubu hastalarının **taburculuk** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu fizik, rol, emosyonel ve kognitif yaşam kalitesi puan ortalaması ile eğitim düzeyi arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Hastaların sosyal ve global yaşam kalitesi puan ortalamaları ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). **Tablo 34**
- ❖ Kontrol grubu hastalarının **taburculuk** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu fizik, rol, sosyal, kognitif ve global yaşam kalitesi puan ortalaması ile eğitim düzeyi arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p<0,05$). Hastaların emosyonel yaşam kalitesi puan ortalamaları ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p>0,05$). **Tablo 34**
- ❖ Deney grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu,emosyonel, kognitif fonksiyon ve global yaşam kalitesi puan ortalaması farkları ile eğitim düzeyleri arasında yapılan

analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların yaşam kalitesi fizik, rol ve sosyal fonksiyon alt boyut ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).. **Tablo 34**

❖ Kontrol grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu fizik, rol, sosyal, kognitif fonksiyon ve global yaşam kalitesi puan ortalaması farkları ile eğitim düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların emosyonel yaşam kalitesi puan ortalamaları farkları ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). **Tablo 34**

❖ Deney ve kontrol grubu hastalarının **yatış** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu fizik, rol, emosyonel, sosyal, kognitif ve global yaşam kalitesi puan ortalaması ile medeni durum arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). **Tablo 35**

❖ Deney grubu hastalarının **taburculuk** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu fizik, rol, sosyal, emosyonel ve kognitif yaşam kalitesi puan ortalaması ile medeni durum arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p<0,05$). Hastaların global yaşam kalitesi puan ortalamaları ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p>0,05$). **Tablo 35**

❖ Kontrol grubu hastalarının **taburculuk** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu fizik, rol, emosyonel, sosyal, kognitif ve global yaşam kalitesi puan ortalaması ile medeni durum arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). **Tablo 35**

❖ Deney grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu fizik, rol, emosyonel, sosyal,

kognitif ve global yaşam kalitesi puan ortalaması farkları ile medeni durum arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). **Tablo 35**

❖ Kontrol grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu emosyonel, sosyal, kognitif fonksiyon ve global yaşam kalitesi puan ortalaması farkları ile medeni durum arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların fizik ve rol fonksiyon yaşam kalitesi puan ortalamaları farkları ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). **Tablo 35**

❖ Deney ve kontrol grubu hastalarının **yatış, taburculuk** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu fizik, rol, emosyonel, sosyal, kognitif ve global yaşam kalitesi puan ortalaması ile ekonomik durum arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). **Tablo 36**

❖ Deney ve kontrol grubu hastalarının **yatış ve taburculuk sonrası** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu fizik, rol, emosyonel, sosyal, kognitif ve global yaşam kalitesi puan ortalaması farkları ile ekonomik durum arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). **Tablo 36**

❖ Deney grubu hastalarının **yatış** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu rol, sosyal, emosyonel, kognitif fonksiyon ve global yaşam kalitesi puan ortalaması ile Karnofsky Performans düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların fizik fonksiyon yaşam kalitesi puan ortalaması ile Karnofsky Performans düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). **Tablo 37**

❖ Kontrol grubu hastalarının **yatış** EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu fizik, rol, emosyonel, sosyal, kognitif fonksiyon ve global

yaşam kalitesi puan ortalaması ile Karnofsky Performans düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). **Tablo 37**

- ❖ Deney grubu hastalarının taburculuk EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu fizik, kognitif fonksiyon ve global yaşam kalitesi puan ortalaması ile Karnofsky Performans düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların rol, emosyonel ve sosyal fonksiyon yaşam kalitesi puan ortalaması ile Karnofsky Performans düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). **Tablo 37**
- ❖ Kontrol grubu hastalarının taburculuk EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu fizik, rol, emosyonel, sosyal, kognitif fonksiyon ve global yaşam kalitesi puan ortalaması ile Karnofsky Performans düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). **Tablo 37**
- ❖ Deney grubu hastalarının yatış ve taburculuk sonrası EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu fizik, rol, sosyal, kognitif fonksiyon ve global yaşam kalitesi puan ortalaması farkları ile Karnofsky Performans düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların yaşam kalitesi emosyonel alt boyut ile Karnofsky Performans düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). **Tablo 37**
- ❖ Kontrol grubu hastalarının yatış ve taburculuk sonrası EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel alt boyutu fizik, rol, emosyonel, sosyal, kognitif fonksiyon ve global yaşam kalitesi puan ortalaması farkları ile Karnofsky Performans düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). **Tablo 37**

- ❖ Deney grubu hastalarının yatış EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, bulantı, ağrı, dispne, uyku, iştahsızlık, kabızlık, diyare, mali etki puan ortalaması ile cinsiyet arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). **Tablo 38**
- ❖ Kontrol grubu hastalarının yatış EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, bulantı, ağrı, dispne, uyku, iştahsızlık puan ortalaması ile cinsiyet arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların yaşam kalitesi kabızlık, diyare ve mali etki alt boyutu ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). **Tablo 38**
- ❖ Deney grubu hastalarının taburculuk EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, bulantı, ağrı, dispne, uyku, kabızlık, diyare ve mali etki puan ortalaması ile cinsiyet arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların yaşam kalitesi diyare ve iştahsızlık alt boyutu puan ortalamaları ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). **Tablo 38**
- ❖ Kontrol grubu hastalarının taburculuk EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, bulantı, ağrı, dispne, uyku, iştahsızlık, kabızlık, diyare ve mali etki puan ortalamaları ile cinsiyet arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). **Tablo 38**
- ❖ Deney grubu hastalarının yatış ve taburculuk sonrası EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, bulantı, ağrı, dispne, uyku, iştahsızlık, kabızlık, diyare, mali etki puan ortalaması farkları ile cinsiyet arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). **Tablo 38**

- ❖ Kontrol grubu hastalarının yatış ve taburculuk sonrası EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, bulantı, ağrı, dispne, uyku, iştahsızlık, kabızlık, puan ortalaması farkları ile cinsiyet arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların yaşam kalitesi diyare ve mali etki alt boyutu ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). **Tablo 38**
- ❖ Deneysel grubu hastalarının yatış EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, ağrı, bulantı, uykusuzluk, dispne, kabızlık, iştahsızlık, mali etki puan ortalaması ile eğitim düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların diyare semptomu puan ortalamaları ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). **Tablo 39**
- ❖ Kontrol grubu hastalarının yatış EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut bulantı, dispne, iştahsızlık, kabızlık, diyare, mali etki puan ortalaması ile eğitim düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların yorgunluk, ağrı ve uykusuzluk semptomu puan ortalamaları ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). **Tablo 39**
- ❖ Deneysel grubu hastalarının taburculuk EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, ağrı, bulantı, uykusuzluk, dispne, kabızlık, diyare, mali etki puan ortalaması ile eğitim düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların iştahsızlık semptomu puan ortalamaları ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). **Tablo 39**
- ❖ Kontrol grubu hastalarının taburculuk EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, ağrı, bulantı, uykusuzluk, iştahsızlık, dispne,

kabızlık, diyare, mali etki puan ortalaması ile eğitim düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). **Tablo 39**

- ❖ Deney grubu hastalarının yatış ve taburculuk sonrası EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, ağrı, bulantı, uykusuzluk, iştahsızlık, dispne, kabızlık, diyare, mali etki puan ortalaması farkları ile eğitim düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). **Tablo 39**
- ❖ Kontrol grubu hastalarının yatış ve taburculuk sonrası EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, bulantı, dispne, iştahsızlık, kabızlık, diyare, mali etki puan ortalaması farkları ile eğitim düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların ağrı ve uykusuzluk semptomu puan ortalamaları ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). **Tablo 39**
- ❖ Deney ve kontrol grubu hastalarının yatış, taburculuk EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, ağrı, bulantı, uyku, dispne, iştahsızlık, kabızlık, diyare, mali etki puan ortalaması ile meden durum arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). **Tablo 40**
- ❖ Deney ve kontrol grubu hastalarının yatış ve taburculuk sonrası EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, ağrı, bulantı, uyku, dispne, iştahsızlık, kabızlık, diyare, mali etki puan ortalaması farkları ile meden durum arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). **Tablo 40**
- ❖ Deney ve kontrol grubu hastalarının yatış EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, ağrı, bulantı, uyku, dispne, iştahsızlık,

kabızlık, diyare, mali etki puan ortalaması ile ekonomik durum arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). **Tablo 41**

❖ Deney grubu hastalarının taburculuk EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, ağrı, bulantı, uyku, dispne, iştahsızlık, kabızlık, diyare, mali etki puan ortalaması ile ekonomik durum arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların uykusuzluk semptomu puan ortalaması ile ekonomik durum arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). **Tablo 41**

❖ Kontrol grubu hastalarının taburculuk EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, ağrı, bulantı, uyku, dispne, iştahsızlık, kabızlık, diyare, mali etki puan ortalaması ile ekonomik durum arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). **Tablo 41**

❖ Deney ve kontrol grubu hastalarının yatış ve taburculuk sonrası EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, ağrı, bulantı, uyku, dispne, iştahsızlık, kabızlık, diyare, mali etki puan ortalaması farkları ile ekonomik durum arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). **Tablo 41**

❖ Deney ve kontrol grubu hastalarının yatış EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, ağrı, bulantı, uyku, dispne, iştahsızlık, kabızlık, diyare, mali etki puan ortalaması ile Karnofsky Performans düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). **Tablo 42**

❖ Deney grubu hastalarının taburculuk EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut bulantı, dispne, kabızlık, diyare puan ortalaması ile Karnofsky Performans düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların ağrı, yorgunluk, uykusuzluk, iştahsızlık ve mali

etki yaşam kalitesi puan ortalaması ile karnofsky performansı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). **Tablo 42**

- ❖ Kontrol grubu hastalarının taburculuk EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, ağrı, bulantı, uyku, dispne, iştahsızlık, kabızlık, diyare, mali etki puan ortalaması farkları ile Karnofsky Performans düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). **Tablo 42**
- ❖ Deney grubu hastalarının yatış EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, bulantı, uyku, dispne, iştahsızlık, kabızlık, diyare, mali etki puan ortalaması farkları ile Karnofsky Performans düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların ağrı semptomu yaşam kalitesi puan ortalaması ile Karnofsky performansı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. ($p<0,05$). **Tablo 42**
- ❖ Kontrol grubu hastalarının yatış EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut yorgunluk, bulantı, ağrı, dispne, iştahsızlık, kabızlık, diyare, mali etki puan ortalaması farkları ile Karnofsky Performans düzeyleri arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastaların uykusuzluk semptomu yaşam kalitesi puan ortalaması ile Karnofsky performansı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. ($p<0,05$) **Tablo 42**
- ❖ Deney grubu hastalarının yatış yaş ortalaması ile EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut (sosyal fonksiyon hariç) puan ortalamaları arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Yaşam kalitesi sosyal fonksiyon alt boyutu ile yaş ortalaması arasında pozitif nitelikte orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Yaş ortalaması artıkça sosyal fonksiyon yaşam kalitesi artmaktadır. **Tablo 43**

- ❖ Deney grubu hastalarının taburculuk yaş ortalaması ile EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut (emosyonel ve kognitif fonksiyon hariç) puan ortalamaları arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). **Tablo 43**
- ❖ Kontrol grubu hastalarının yatış, taburculuk yaş ortalaması ile EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). **Tablo 43**
- ❖ Deney grubu hastalarının yatış ve taburculuk sonrası yaş ortalaması ile EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut (sosyal fonksiyon hariç) puan ortalamaları farkları arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). **Tablo 43**
- ❖ Kontrol grubu hastalarının yatış ve taburculuk sonrası yaş ortalaması ile EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut (emosyonel ve fizik fonksiyon hariç) puan ortalamaları farkları arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). **Tablo 43**
- ❖ Deney grubu hastalarının yatış yaş ortalaması ile EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut puan ortalaması farkları ile yaş ortalaması arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastalarının yaşam kalitesi bulantı, kusma ve mali etki alt boyut puanları ile yaş ortalaması arasında negatif nitelikte anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). **Tablo 43**
- ❖ Kontrol grubu hastalarının yatış yaş ortalaması ile EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom Alt Boyut (mali etki hariç) Puan Ortalamaları arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastalarının yaşam kalitesi mali etki alt boyut puanları ile yaş ortalaması arasında pozitif nitelikte anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). **Tablo 43**

- ❖ Deney grubu hastalarının taburculuk yaş ortalaması ile EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut puan ortalaması ile yaş ortalaması arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). **Tablo 43**
- ❖ Kontrol grubu hastalarının taburculuk yaş ortalaması ile EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut (dispne ve mali etki hariç) puan ortalaması ile yaş ortalaması arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastalarının yaşam kalitesi mali etki ve dispne semptom alt boyut puanları ile yaş ortalaması arasında pozitif nitelikte zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). **Tablo 43**
- ❖ Deney grubu hastalarının yatış ve taburculuk sonrası yaş ortalaması ile EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom alt boyut (bulantı ve kabızlık) puan ortalaması farkları ile yaş ortalaması arasında yapılan analizde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastalarının yaşam kalitesi bulantı ve kabızlık alt boyut puanları ile yaş ortalaması arasında negatif nitelikte anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). **Tablo 43**
- ❖ Kontrol grubu hastalarının yatış ve taburculuk sonrası yaş ortalaması ile EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği semptom Alt Boyut Puan Ortalamaları Farkları arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). **Tablo 43**
- ❖ Deney grubu hastalarının yatış, taburculuk tanı ay ortalaması ile EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel Alt Boyut Puan Ortalamaları arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). **Tablo 44**
- ❖ Kontrol grubu hastalarının yatış tanı ay ortalaması ile EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel Alt Boyut (Fizik Fonksiyon hariç) Puan Ortalama puanları arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). **Tablo 44**

- ❖ Kontrol grubu hastalarının taburculuk tanı ay ortalaması ile EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel Alt Boyut Puan Ortalama puanları arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). **Tablo 44**
- ❖ Deney ve kontrol grubu hastalarının yatış ve taburculuk sonrası tanı ay ortalaması ile EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel Alt Boyut Puan Ortalamaları farkları arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). **Tablo 44**
- ❖ Deney grubu hastalarının yatış tanı ay ortalaması ile EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Alt Boyut (iştahsızlık semptomu hariç) Puan Ortalamaları arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). **Tablo 44**
- ❖ Kontrol grubu hastalarının yatış tanı ay ortalaması ile EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Alt Boyut Puan Ortalamaları arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). **Tablo 44**
- ❖ Deney ve kontrol grubu hastalarının taburculuk tanı ay ortalaması ile EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Alt Boyut Puan Ortalamaları arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). **Tablo 44**
- ❖ Deney ve kontrol grubu hastalarının yatış ve taburculuk sonrası tanı ay ortalaması ile EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Alt Boyut Puan Ortalamaları farkları arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). **Tablo 44**
- ❖ Deney ve kontrol grupları hasta ailelerinin memnuniyet puan ortalamaları aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). **Tablo 45**
- ❖ Deney ve kontrol grubu hastaları arasındaki memnuniyet puan ortalamaları aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). **Tablo 46**

- ❖ Deney ve kontrol grubunun hastane maliyetleri açısından aralarında fark olup olmadığı Mann Whitney U testi ile incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (U:229,000; $p>0,05$). **Tablo 47**
- ❖ Deney ve kontrol grubu hastalarının hastanede yatış süreleri ortalamaları yapılan Mann Whitney U testi sonucu, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (U:165,000; $p>0,05$) **Tablo 48**

5.2. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

1. Çalışmamızda kanser hastasının palyatif bakımında vaka yönetim modelinin etkiliği ortaya konmuştur. Kanser hastasının palyatif bakımı için vaka yönetim modeline dayalı sağlık hizmeti sunumu için uzman multidisipliner ekip üyeleri oluşturulabilir ve eğitimleri sağlanabilir.
2. Kanser hastasının palyatif bakımında vaka yönetimine dayalı bakım protokollerinin güncel ve kanıta dayalı uygulamalara dayanarak multidisipliner ekip işbirliği ile geliştirilmesi, uygulanması ve sonuçlarının etkin bir şekilde değerlendirilmesi sağlanabilir.
3. İleri evre kanser hastalarına yönelik palyatif bakım hizmeti sunulabilmesi için vaka yönetimi modeline dayalı multidisipliner palyatif bakım programları oluşturulabilir.
4. Palyatif bakım hizmeti için hedef hasta popülasyonunun seçilmesi ve vaka yönetimi modeline dayalı palyatif bakım protokolü ile hastanın yatışından taburculuğunu da içine alacak şekilde koordinasyonlu, kaliteli ve sürekli bir bakım hizmetinin sunulması sağlanabilir.
5. İleri evre kanser hastalarının semptom kontrolü ve yaşam kalitelerinin artırılması için hastalarının bireysel bakımlarının planması, uygulanması, izlemi ve bakım sonuçlarının değerlendirilmesi sağlanabilir.

6. İleri evre kanser hastasının ve ailesinin memnuniyet düzeylerinin artırılması için hasta ve ailesinin her ihtiyacında palyatif bakım ekibine ve vaka yönetici hemşireye ulaşılabilmesi ve bakımın sürekliliğinin sağlanması önerilir.
7. İleri evre kanser hastalarının palyatif bakım vaka yönetim modeline dayalı sunulan kaliteli, koordinasyon ve sürekli bakıma odaklı sağlık hizmeti ile maliyet ilişkisinin ileri düzeyde incelenmesi önerilir.

BÖLÜM 6

6.1. ÖZET

KANSER HASTASININ PALYATİF BAKIMINDA VAKA YÖNETİMİ MODELİNİN HASTA SONUÇLARINA ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Araştırma, kanser hastasının palyatif bakımında vaka yönetimi modelinin semptom düzeyi, yaşam kalitesi, hasta ve aile memnuniyeti ve direkt maliyet sonuçlarına etkisinin incelenmesi amacıyla deneysel olarak planlanmıştır.

Araştırma Ege Üniversitesi Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi Medikal Onkoloji Kliniğinde Eylül 2009- Eylül 2011 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini, palyatif amaçlı tedavi alan, belirlenen kriterlere uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 22 kontrol grubu ve 22 deney grubu olmak üzere toplam 44 hasta oluşturmuştur. Araştırmada Palyatif Dönem Kanser Hastasına Özgü Veri Toplama Formu, Edmonton Semptom Tanılama Sistemi, Karnofsky Performans Skalası, EORTQLQ CA-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Hasta Memnuniyet Formu, Aile Bakım Memnuniyet Formu, Hasta Maliyet Kayıt Formu, Palyatif Bakım Varyans Kayıt Formu ve Palyatif Kanser Hastasına Yönelik Bakım Protokolü veri toplama araçları kullanılmıştır. Deney grubu hasta ve aile eğitimi için eğitim kitabı kullanılmıştır. Araştırmanın uygulanması için etik kurul onayı ve hastane izini ve araştırmaya katılan hastalardan bilgilendirilmiş onam ile sözel ve yazılı izin alınmıştır.

Deney ve kontrol grubu hastalarının yatış ve taburculuk sonrası toplam semptom puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Vaka yönetimi yapılan deney grubu hastalarının semptom şiddetinde azalma düzeyi kontrol grubuna göre daha fazla olup, deney grubunda daha iyi bir semptom kontrolü sağlanmıştır ($p < 0,000$). Deney grubundaki hastaların vaka yönetimi sonrası ağrı, yorgunluk, bulantı, depresyon, anksiyete, iştahsızlık, uyuşukluk, esenlik, dispne, kabızlık semptom alt boyut puan ortalamalarındaki azalma farkı kontrol grubundaki azalmaya göre daha anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Deney grubundaki hastaların yatış ve taburculuk sonrası yaşam kalitesi fonksiyonel alt boyutları rol fonksiyon, emosyonel fonksiyon, sosyal fonksiyon ve global yaşam kalitesi puan ortalamalarının artış farkı kontrol grubuna göre anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Ancak yaşam kalitesi fizik fonksiyon ve kognitif fonksiyon alt boyut puan farkları istatistik açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Deney ve kontrol grubundaki hastaların yatış ve taburculuk sonrası Global Yaşam Kalitesi semptom alt boyut yorgunluk, ağrı, iştahsızlık, kabızlık, mali etki puan ortalaması farklarının anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Yaşam kalitesi bulantı, dispne, uyku bozukluğu ve diyare semptom alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Deney ve kontrol grubu hasta ve aile memnuniyet puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Deney gurubu hasta ve ailelerinin sunulan sağlık hizmetten daha memnun olduğu belirlenmiştir.

Deney ve kontrol grubunun toplam sağlık maliyetleri ve hastanede yatış süreleri açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Sonuç olarak; Kanser hastasının palyatif bakımında vaka yönetimi modeli uygulaması ile hastaların daha iyi semptom kontrolü sağlanmış ve yaşam kaliteleri (fizik ve kognitif fonksiyonlar hariç) geliştirilmiştir. Vaka yönetimi ile takip edilen hasta ve ailelerin memnuniyet düzeyleri daha yüksek düzeydedir. Bu sonuçlar doğrultusunda kanser hastalarının palyatif bakımda vaka yönetim modelinin hasta sonuçları üzerine etkili olduğu belirlenmiştir.

6.2. SUMMARY

EXAMINING THE EFFECT OF CASE MANAGEMENT MODEL ON PATIENT RESULTS IN PALLIATIVE CARE OF CANCER PATIENTS

The research was planned as experimental with the aim of examining the effect of case management model on symptom level, quality of life, patient and family satisfaction, and direct cost results in palliative care of cancer patients.

The research was implemented at Ege University Tülay Aktaş Oncology Hospital Medical Oncology Clinic between September 2009 and September 2011. The sampling of research was constituted by totally 44 patients, who were receiving palliative treatment, met the pre-determined selection criteria, and accepted to participate in the research whereas 22 of them were within the control group and 22 of them in experiment group. Data collection tools of Data Collection Form Specific to Palliative Period Cancer Patient, Edmonton Symptom Diagnosis System, Karnofsky Performance Scale, EORTQLQ CA-30 Quality of Life Scale, Patient Satisfaction Form, Family Caring Satisfaction Form, Patient Cost Record Form, Palliative Care Variance Registration Form, and Care Protocol for Palliative Cancer Patient were used during the research. A training book was used for the training of patients and families within the experiment group. To implement the research, verbal and written consents from the ethical

committee and the hospital as well as informed consent from patients participating in the research were taken.

Difference of total symptom mean scores post-hospitalization and post-discharge of control and experiment group patients were found statistically significant ($p < 0.05$). Whereas the decrease level in symptom severity of experiment group patients, who received case management, was more than that of the control group, a better symptom control was assured in the experiment group ($p < 0.000$). Difference of the decrease in sub-dimension symptom mean scores of pain, fatigue, nausea, depression, anxiety, lack of appetite, lethargy, well-being, dyspnea, and constipation following case management was found more significant in experiment group patients than the decrease difference in control group patients ($p < 0.05$).

The difference in the increase in mean scores of functional sub-dimensions of quality of life, which are role function, emotional function, social function, and global quality of life, in experiment group patients post-hospitalization and post-discharge was detected significant when compared to the control group ($p < 0.05$). However, mean score differences of life quality sub dimensions, which are physical function and cognitive function, were not statistically significant ($p > 0.05$).

It was detected that the difference in mean scores of Global Quality of Life symptoms, whose sub-dimensions are fatigue, pain, lack of appetite, constipation, and financial effect, post-hospitalization post-discharge was significant in experiment and control group patients ($p < 0.05$). Difference in the quality of life sub-dimension symptom

mean scores including nausea, dyspnea, sleeping disorder, and diarrhea was not found statistically significant ($p>0.05$).

Patient and family satisfaction mean scores in both control and experiment groups were found statistically significant ($p<0.05$). It was also determined that patients and families in experiment group were more satisfied from the health services provided to them. No statistical difference was detected between experiment group and control group regarding total health costs and duration of hospitalization ($p>0.05$).

As a conclusion, a better symptom control was provided and their life quality was improved (excluding physical and cognitive functions) through the use of Case Management Model in palliative care of cancer patients. Satisfaction level of patients and families monitored by Case Management is higher. In the light of these results it was determined that case management model in palliative care of cancer patients are effective on patient results.

BÖLÜM 7

YARARLANILAN KAYNAKLAR

1. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). The SUPPORT Principal Investigators. JAMA 1995; 274(20):1591-1598.
2. Aaronson N.K., Ahmedzai S., Bergman B., Bullinger M., Cull A., Duez N.J. et al. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. J Natl Cancer Inst: 85(5);365-376.
3. Abrahm J.L.; (2005). Specialized Care of the terminally III, Cancer, Principles and Practice of Oncology, Seventh edition, Lippincott Williams and Wilkins Company, USA, 2702-2717
4. Advanced Practice Nurses Role In Palliative Care; A Position Statement From American Nursing Leaders, Promoting Excellence In End-Of-Life Care A National Program Office of The Robert Wood Johnson Foundation, 2002,
5. Ahmedzai S.H., Costa A., Blengini C., Bosch A., Sanz-Ortiz J., Ventafridda V & Verhagen S.C., (2004). A new international framework for palliative care. European Journal of Cancer: 40, 2192–2200.
6. Akdemir L., Birol L. (2003). İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı, SANERC Yayın; Vehbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul, s: 18-21.

7. Aksoy S (2003). Ethical considerations on end of life issues in Turkey.In: Song KY, Koo YM, Macer DRJ, editors. Bioethics in Asia inthe 21st century. Bangkok: Eubios Ethics Institute;
8. Akyol, A.; (1993). Yaşam kalitesi ve yaklaşımları; Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 9:75-80.
9. American Cancer Society (2010). *Cancer facts and figures 2010*. Atlanta, American Cancer Society, 2010
<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-026238.pdf>
10. Aydınlı, I. (2004). Kanser Ağrısı. Klinik Gelişim. 17:3-15
11. Babaoğlu, E., Öz, F.; (2003). Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Duygusal ve Sosyal Sorunları Arasındaki İlişki; Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi; 2:25- 33.
12. Barsky A.J., Peekna H.M., Borus J.F. (2001). Somatic symptom reporting in women and men. J Gen Intern Med: 16(4):266-275
13. Bektaş, H.A., Akdemir, N.; (2006). Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durumlarının Değerlendirilmesi; Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi; 6(5): 488-499.
14. Bingley A., Clark D. (2008). A Comparative Review of Palliative Care Development in Six Countries Represented by the Middle East Cancer Consortium (MECC), Journal of Pain and Symptom Management;1- 9.
15. Bingley A., Clark D.(2008). Palliative care developments in the region represented by the Middle East Cancer Consortium (MECC): a review and comparative analysis. Bethesda (MD): National Cancer Institute; (National Institutes of Health [NIH] publication no. 07-6230).
16. Bostancı, N.; (2007). Anksiyete, Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi, Editor; Can G, Pharma Pulication Planning, İstanbul, s: 229-242
17. Bruera E., Kuehn N., Miller M.J., Selmsler P., Macmillan K. (1991). The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. J Palliat Care; 7: 6–9.

18. Brumley R. Enguidanos S. Jamison P. Seitz R. Morgenstern N. Saito S. et al. (2007). Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care. *J Am Geriatr Soc*; 55(7):993-1000.
19. Bryson J., Coe G., Swami N., Kane M.P., Seccareccia D., Le W.L., Rodib G., Zimmerman C. (2010). Administrative Outcomes Five Years after opening an Acute Palliative Care Unit at a Comprehensive Cancer Center. *Journal of palliative medicine*:13(5):559-565.
20. Cancer Care Alliance Palliative Care Guidelines. Network Supportive and Palliative Care Guidelines, Management of Nausea and Vomiting 2009. www.yorkshire-cancer-net.org.uk/ (Er.Tar:10.01.2009)
21. Cancer Care Alliance Palliative Care Guidelines. Network Supportive and Palliative Care Guidelines, Approaching the Management of Pain 2009. www.yorkshire-cancer-net.org.uk/ (Er.Tar:10.01.2009)
22. Cancer Key Facts. WHO Fight against cancer: strategies that prevent, cure and care [pdf 2.69Mb] www.int/entity/cancer/publicat/WHOCancerBrochure2007
23. Carlson L.E. Angen M. Cullum J. Goodey E. Koopmans J. Lamont L. et al. (2004). High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *Br J Cancer*; 90(12):2297-2304.
24. Case Management Society of America. www.cmsa.org/aboutus. (Erişim Tarihi 10. 01.2009)
25. Cassel B. (2007). Financial Challenges; for hospital-based palliative care programs, *Oncology Issues*:30-32
26. Cella D., Hahn E.A., Dineen K. (2002). Meaningful change in cancer-specific quality of life scores: differences between improvement and worsening. *Qual Life Res*: 11(3):207-221.
27. Center to Advance Palliative Care. (2007). What should you know about palliative care?, www.getpalliativecare.org (Erişim tarihi:10. 01.2009)
28. Cheung W.Y., Le L.W., Gagliese L., Zimmermann C. (2010). Age and gender differences in symptom intensity and symptom clusters among patients with metastatic cancer, *Supportive Care Cancer*. March:1-7.

29. Cheung W.Y., Le L.W., Zimmermann C. (2009). Symptom clusters in patients with advanced cancer, *Supportive Care Cancer*: 17:1223-1230.
30. Ciaramella A., Poli P. (2001). Assessment of depression among cancer patients: the role of pain, cancer type and treatment. *Psychooncology*: 10(2):156-165.
31. Council of the European Union. Recommendation report of the Council of the European Union's committee on palliative care, (2003). Komurcu S, Erkisi M, Bavbek S, et al., translators and editors. Istanbul: Turgut Prining; 2004.
32. Daş, Z.; (1999) Vaka Yönetimi ve Bakım Protokolü; Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi;3(2):11-17
33. De Faye B.J., Wilson K., Chater S., Viola R.A., Hall P. (2006). Stress and Coping With Advanced Cancer. *Palliative and Supportive Care*: 4;239–249.
34. Dhillon N., Kopetz S., Pei B.L., Fabbro E.D., Zhang T., Bruera E. (2008). Clinical Findings of a Palliative Care Consultation Team at a Comprehensive Cancer Center. *Journal Of Palliative Medicine*:11(2);191-197
35. Donnelly S & Walsh D (1996). Quality of life assessment in advanced cancer. *Palliative Medicine*: 10, 275–283
36. Donnelly S., Rybicki L & Walsh D. (2001). Quality of life measurement in the palliative management of advanced cancer. *Support Care Cancer*: 9, 361–365.
37. Donnelly S., Walsh D. (1995).The symptoms of advanced cancer. *Semin Oncol*:22 (Suppl 3); 67-72.
38. Dumitrescu L., Heuvel-Olaroiu M, Heuvel J.A. (2007). Changes in Symptoms and Pain Intensity of Cancer Patients After Enrollment in Palliative Care at Home. *Journal of Pain and Symptom Management*:34(5);488-496
39. Dy S.M., Shugarman L.R., Lorenz K.A., Mularski R.A., Lynn J. (2008). A systematic review of satisfaction with care at the end of life. *J Am Geriatr Soc*: 56(1);124-129.
40. Elsayem A. Swint K. Fisch MJ. Palmer L. Reddy S. Walker P. et al. (2004). Palliative care inpatient service in a comprehensive cancer center: clinical and financial outcomes. *J Clin Oncol*; 22: 2008–2014.

41. Emanuel E.J., Emanuel L.L. (2000). "Understanding Economic And Other Burdens Of Terminal İllness: The Experience of Patients And Their Caregivers" Ann. Intern Med.: 132;451-459.
42. Engelhardt J.B., Clive-Reed K.P., Toseland R.W., Smith T.L., Larson D.G., Tobin D.R. (2006). Effects of a program for coordinated care of advanced illness on patients, surrogates, and healthcare costs: a randomized trial. Am J Manag Care:12;93-100.
43. Eser Y S.(2008) Middle East Cancer Consortium (MECC). In: Tuncer M, editor. Cancer control in Turkey. Republic of Turkey Ministry of Health Department of Cancer Control Pres: Ankara;429- 436.
44. Esper P, (2005). Principles and Issues in Palliative Care, Cancer Nursing Principles and Practice Sixth Edition, Eds; Yarbro C H, Frogge M H, Goodman M, Jones and Bartlett Publishers, USA, 1729-1743.
45. Eti-Aslan, F. (2002). Ağrı Değerlendirme Yöntemleri; C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 6(1).
46. European Association for Palliative Care (EAPC). Report of the EAPC Task Force on the Development of Palliative Care in Europe: Turkey. Milan: EAPC; 2006 Aug 7. http://www.eolc-observatory.net/global_analysis/turkey.htm Erişim tarihi 10. 01. 2009
47. Eyigör C, Pirim A,Uyar M, (2006) Kanser Ağrısının Farmakolojik Tedavisi ve Kanser ağrısında Girişimsel Yöntemler, Kanser ve Palyatif Bakım, Editör Uyar M, Uslu R, Yıldırım Y. Meta Basım, İzmir, , 71-96
48. Fadiloğlu Ç, (2006) Kanser Bakımında Aile, Kanserde Evde Bakım. Editör; Fadiloğlu Ç,Şenuzun F, Ege Üniversitesi Kanserle Savaş Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayını, 6, Kongre Basım Evi İzmir, 90-103
49. Fadiloğlu Ç, (2006). Palyatif Bakımda Hemşirenin Rolü, Kanserde Evde Bakım. Editör; Fadiloğlu Ç,Şenuzun F, Ege Üniversitesi Kanserle Savaş Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayını, 6, Kongre Basım Evi İzmir, 5-16
50. Fadiloğlu Ç, (2007). Akciğer Hastalıklarında Palyatif Bakım, Türk Toraks Derneği Okulu Merkezi Kursları; Göğüs Hastalıkları Hemşireliği Kursu Kitabı, 28-30, Mayıs

51. Fawcett J., Schutt K.R., Cruz R.E., Woodford L.M. (2007). The Work of Nurse Case Managers in a Cancer and Cardiovascular Disease Risk Screening Program, *Professional Case Management*;12(2): 93–105
52. Featherstone H, Whitham L, Policy Exchange: The cost of cancer, *Research Note*, 2010;1-10
53. Ferrans C E (1990). Development of a quality of life index for patients with cancer. *Oncology in Nursing Forum* 17, 15–9; discussion 20-1.
54. Ferrell B., Levy M.H., Paice J. (2008). Managing Pain From Advanced Cancer in the Palliative Care Setting. *Clinical Journal of Oncology Nursing*:12(4); 575-581.
55. Fitzsimons D. Mullan D. Wilson J.S. Conway B. Corcoran B. et al. (2007). The Challenge of Patients Unmet Palliative Care Needs In The Final Stages Of Chronic Illness. *Palliative Medicine*; 21: 313- 322
56. Fossa S.D., Hess S.L., Dahl A.A., Hjermstad M.J., Veenstra M. (2007). Stability of health-related quality of life in the Norwegian general population and impact of chronic morbidity in individuals with and without a cancer diagnosis. *Acta Oncol*: 46;452–461
57. Gade G., Venohr I., Conner D., McGrady K., Beane J., Richardson H.R., Williams P. M., Liberson M., Blum M., Penna D.R. (2008). Impact of an Inpatient Palliative Care Team: A Randomized Control Trial. *Journal of palliative medicine*:11(2);180-190.
58. Ganz P.A. (1994). Long-range effect of clinical trial interventions on quality of life. *Cancer Supplement*:74;2620-2623.
59. Ganz P.A. (1994). Quality of life and the patient with cancer. *Cancer Supplement*: 74;1445- 1451.
60. Garcia-Perez L., Linertova R., Martin-Olivera R., Serrano-Aguilar P., Benitez-Rosario M.A. (2009). A systematic review of specialised palliative care for terminal patients: which model is better? *Palliat Med*: 23(1);17-22
61. Glare P. (2005). Clinical Predictors of Survival in Advanced Cancer, *The Journal of Supportive Oncology*:3(5); 331-339

62. Goldstein N.E, Concato J., Fried T.R., Kasl S.V. (2004). Factors Associated With Caregivers Burden Among Caregivers of Terminally Ill Patients With Cancer, *Journal Of Palliative Care*:20(1); 38-42
63. Goodwin J.S., Satish S., Anderson E.T., Nattinger A.B., Freeman J.L. (2003). Effect of nurse case management on the treatment of older women with breast cancer. *J Am Geriatr Soc*:51;1252-9.
64. Granda-Cameron C., Viyola S.R., Linch M.P., Polomano R. (2007). Measuring patient oriented outcomes in palliative care: Functionality and Quality of life, *Clinical Journal Of Oncology Nursing*:12;1-12.
65. Grant M., Padilla G.V., Ferrell BR & Rhiner M. (1990). Assessment of quality of life with a single instrument. *Seminars in Oncology Nursing*: 6, 260–270.
66. Guthrie A.E, Green C.J., Matzoo M.L, (2007). Palliative and end-of- Life Care, *Medical- Surgical Nursing Health and Illness Perspectives*, Eds; Monohan F D, Sands J K, Neighbors M, Marek J F, Gren C F, Chapter 8; Eighth edition, Mosby Elsevier, Canada, 156-176
67. Guzelant A., Goksel T., Ozkok S., Tasbakan S., Aysan T., Bottomley A. (2004) The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: an examination into the cultural validity and reliability of the Turkish version of the EORTC QLQ-C30. *Eur J Cancer Care (Engl)*: 3(2);135-44.
68. Hagelin C.L., Seiger A., Fürst C.J. (2006). Quality of life in terminal care-with special reference to age, gender and marital status, *Support Care Cancer*:14;320-328.
69. Hampton D.M., Hoyd D.A., Mc Millan S.C. (2007). “Spiritual Needs of Persons With Advanced Cancer”. *American Journal Of Hospice & Palliative Medicine*:24(1); 42-48.
70. Hanks G.W. Robbins M. Sharp D. Forbes K. Done K. Peters T.J. et al. (2002). The impact study: a randomised controlled trial to evaluate a hospital palliative care team. *Br J Cancer*: 87(7);733-739.
71. Hoekstra J., de Vos R., van Duijn N.P., Schade E., Bindels P.J. (2006). Using the symptom monitor in a randomized controlled trial: the effect on symptom prevalence and severity. *J Pain Symptom Manage*:31;22-30.

72. Huber D.L., Hall J.A., Vaughn T. (2001). The Dose of case management interventions. *Lippincotts Case Manag*:6;119-26.
73. Huber DL. (2002). The diversity of case management models. *Lippincotts Case Manag*:7;212-20.
74. Hughes S.L. Weaver F.M. Giobbie-Hurder A. Manheim L. Henderson W. Kubal J.D. et al. (2000). Effectiveness of team-managed home-based primary care: a randomized multicenter trial. *JAMA*: 284(22);2877-2885
75. Hwang S.S. Chang V.T. Alejandro Y. Osenenko P. Davis C. Cogswell J. et al. (2003). Caregiver unmet needs, burden, and satisfaction in symptomatic advanced cancer patients at a Veterans Affairs (VA) medical center. *Palliat Support Care*: 1(4);319-329.
76. International Narcotics Control Board (INCB). *Narcotic drugs:estimated world requirements for 2008, supply of opiate raw materials and demand for opiates for medical and scientific purposes*. Vienna: INC; 2007.
77. Jasnma F.F.I., Schure L.M., Jong B.M. (2005). Support requirements for caregivers of patients with palliative cancer, *Patient Education and Counselling*:58;182-186
78. Jenkins C.A. Schulz M. Hason J. et al. (2000). Demographic, symptom, and medication profiles of cancer patients seen by a in a palliative care consult team tertiary referral hospital. *J Pain Symptom Manage*: 19;174-184
79. Johansson M.C., Danielson A.B. (2007). Caregivers Perceptions About Terminally ill Family Members Quality Of Life. *European Journal of Cancer Care*:16;338-345.
80. Johnsen A.T., Petersen M.A., Pedersen L. (2009). Symptoms and problems in a natioanally representative sample of advanced cancer patients, *Palliative Medicine*:00;1-11.
81. Jones M., Cohen S.R., Zimmermann C., Rodin G. (2010). Quality of life and symptom burden in cancer patients admitted to an acute palliative care unit cancer. *Journal of Palliative Care*: 26(2);94-102

- 82.** Jordhoy M.S., Fayers P., Loge J.H., Ahlner-Elmqvist M., Kaasa S. (2001). Quality of life in palliative cancer care: results from a cluster randomized trial. *J Clin Oncol*: 19(18);3884-3894.
- 83.** Jordhoy M.S., Fayers P., Loge J.H., Saltnes T., Ahlner-Elmqvist M., Kaasa S. (2001). Quality of life in advanced cancer patients: the impact of sociodemographic and medical characteristics. *Br J Cancer*: 85(10);1478-1485.
- 84.** Jordhoy M.S., Inger R.G., Helbostad J.L., Oldervoll L., Loge J.H., Kaasa S. (2007). Assessing physical functioning: a systematic review of quality of life measures developed for use in palliative care. *Palliat Med*: 21(8);673-682.
- 85.** Kaasa S., Loge J.H. (2003). Quality of life in palliative care: principles and practice. *Palliat Med*: 17(1);11-20.
- 86.** Kalnins I. (2006). "Caring for the terminally ill: experiences of Latvian family caregivers" *International Nursing Review*: 53;129-135.
- 87.** Karabulut B. Uslu R. (2006) *Kanser Epidemiyolojisi. Kanser ve Palyatif Bakım*, Editör Uyar M, Uslu R, Yıldırım Y. Meta Basım, İzmir, 3-8
- 88.** Karaca B, Uslu R, (2006). *Kanser Hastalığında Palyatif Bakım Hizmetlerinin Organizasyonu Kanser ve Palyatif Bakım*, Editör Uyar M, Uslu R, Yıldırım Y. Meta Basım, İzmir, 405-414
- 89.** Kav S, (2007). *Bulantı ve Kusma, Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi*, Editor; Can G, Pharma Pulication Planning, İstanbul, 43-64
- 90.** Kav S. (2008) *Nursing of cancer patients: oncology nursing*. In: Tuncer M, editor . *Cancer control in Turkey*. Republic of Turkey Ministry of Health Department of Cancer Control Pres: Ankara;. 399- 408
- 91.** Kayış A, (2007) *İşhatsızlık ve Anoreksi, Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi*, Editor; Can G, Pharma Pulication Planning, İstanbul, 69-80
- 92.** Kızılcı S, (1999) . *Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler*. C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3 (2); 18-26.
- 93.** Kömürcü Şeref, *Kanserde Destek Tedavisi*, www.gata.edu.tr/dahilibilimler/onkoloji/dersnot/ Erişim Tarihi; 16. 02. 2009

94. L.J., Kristjanson. (1993). Validity and reliability testing of the FAMCARE Scale: measuring family satisfaction with advanced cancer care. *Soc Sci Med. Mar*; 36(5):693-701
95. Lee D.T., Mackenzie A.E., Dudley-Brown S., Chin T.M. (1998). Case management: a review of the definitions and practices. *J Adv Nurs*:27;933-9.
96. Lo C., Burman D., Hales S., Swami N., Rodin G., Zimmermann C. (2009). FAMCARE-patient scale: Measuring satisfaction with care of outpatients with advanced cancer. *European Journal of Cancer*: 45;3182-3188.
97. Lo C., Burman D., Rodin G., Zimmermann C. (2009). Measuring patient satisfaction in oncology palliative care: psychometric properties of the FAMCARE-patient scale. *Qual Life Res*: 18;747-752.
98. Loke Y.A., Liv F.C.F., Szeto Y. (2003). The Difficulties Faced By Informal Caregivers of Patients With Terminal Cancer In Hong Kong And The Available Social Support. *Cancer Nursing*: 26(4);276-283.
99. Lundh H.C., Seiger A., Furst C..J. (2006). Quality of life in terminal care-with special reference to age, gender and marital status. *Support Care Cancer*: 14(4);320-328
100. Maddams J., Holler H. (2008). Cancer prevalence in the UK 2008, National Cancer Intelligence Network www.ncin.org.uk Erişim Tarihi; 25. 01. 2009
101. Mark D.D., Colonel L. (2000). Health Policy and Case Management, *Care Management Journals*:2(3);160-168
102. Mateo M.A., Matzke K., Newton C. (2002). Designing Measurements to Assess Case Management Outcomes, *Lippincott's Case Management*:7(6);261–266
103. McCollom P L, Huber D, (2002). Case Management, Rehabilitation Nursing, Process, Application& Outcomes, Ed; Hoeman S P, Mosby A Harcourt Health Sciences Company, 3rd Edition, USA: 135-143
104. Meier D.E, (2008). Palliative Care in U.S. Hospitals: Implications for Access to Quality Healthcare, Testimony Prepared for the United States Senate Special Committee on Aging, 1-23.

- 105.** Meier D.E. Thar W. Jordan A. et al. (2004). Integrating Case Management and Palliative Care. *Journal of Palliative Medicine*;7(1):119-134
- 106.** Meier DE, Sieger C E, The Case for Hospital-Based Palliative Care, Center to Advance Palliative Care www.capc.org Erişim tarihi; 05.02. 2009
- 107.** Mercandate S., Fulfaro F., Casuccio A. (2001). Pattern of durg use by advanced cancer patients followed at home. *J Palliat Care*: 17;37-40
- 108.** Mete H.E, (2006). Palyatif Bakımda Psikososyal Sorunlar, *Kanser ve Palyatif Bakım*, Editör Uyar M, Uslu R, Yıldırım Y. Meta Basım, İzmir, 163-174
- 109.** Miaskowski C. (2004). Gender differences in pain, fatigue, and depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr*:(32);139-143
- 110.** Middle East Cancer Consortium. <http://mecc.cancer.gov> (Erişim tarihi 02. 02. 2009)
- 111.** Mirando S, (2006). Palliative Care, Nursing Patients With Cancer *Principles and Practice*, Eds; Kearney N, Richardson A, Elsevier Churchill Livingstone, USA, pp:821-845
- 112.** Mok E., Chan F., Chan U., Yeung E. (2003). “Family Experience Caring For Terminally III Patients With Cancer In Hong Kong”. *Cancer Nursing*:26(4); 267-275
- 113.** Moore S. Corner J. Haviland J. Wells M. Salmon E. Normand C. et al. (2002). Nurse led follow up and conventional medical follow up in management of patients with lung cancer: randomised trial. *BMJ*;325:1145.
- 114.** Morrison R.S., Penrod J.D., Cassel J.B., Caust-Ellenbogen M., Litke A., Spragens L., Meier D.E. (2008). Palliative Care Leadership Centers’ Outcomes Group: Cost savings associated with US hospital palliative care consultation programs. *Arch Intern Med*:168;1783–1790.
- 115.** Nakao M. (2001). Effects of gender and marital status on somatic symptoms of patients attending a mind/body medicine clinic, *Behavioral medicine*. Winter:26(4);159-168
- 116.** National Cancer Institue, Cancer Trends Progress Report- 2009 Update, Cancer Prevalence Costs of Care Projections, <http://costprojections.cancer.gov/graph.php>

- 117.** National Comprehensive Cancer Network NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, Palliative Care, 2009 www.nccn.org (Erişim Tarihi 02. 02. 2009)
- 118.** National Consensus Project for Quality Palliative Care. *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care*. New York, 2004. www.nationalconsensusproject.org (Erişim tarihi 03. 02. 2009)
- 119.** Nauck F, Ostgathe C, Klaschik E. et al. (2004). Drugs in palliative care: results from a representative survey in Germany. *Palliat Med*; 18:100-107
- 120.** Oğuz N.Y., Miles S.H., Buken N., Civaner M. (2003). End of life care in Turkey. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*:12; 279-284
- 121.** Onkoloji Hemşireliği Derneği <http://www.onkohem.org.tr/tarihce.php>
- 122.** Osoba D., Rodrigues G., Myles J., Zee B., Pater J. (1998). Interpreting the significance of changes in health-related quality-of-life scores. *J Clin Oncol*: 16(1);139-144.
- 123.** Osse B.H., Vernooij-Dassen M.J., Schade E., Grol R.P. (2004). "Towards a new clinical tool for needs assessment in the palliative care of cancer patients: The PNPC Instrument", *Journal of Pain and Symptom Management*:28(4);329-341.
- 124.** Ozcelik H., Fadıloğlu C., Karabulut B., Uyar M. (2010). Palliative Care Activity in the Field of Oncology in Turkey, *Journal Of Palliative Care*: 26(4);305-310.
- 125.** Ozkara E. Civaner M. Oğlak S. et al. (2004). Euthanasia education for health professionals in Turkey: students change their opinions. *Nurs Ethics*;11(3): 290-297.
- 126.** Özyaydemir G.Ş, (2006). Evde Ölüm, Kanserde Evde Bakım. Editör; Fadıloğlu Ç,Şenuzun F, Ege Üniversitesi Kanserle Savaş Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayını, 6, Kongre Basım Evi İzmir, 104-106
- 127.** Özcanlı D, (2005), Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Duygusal Ve Sosyal Gereksinimlerinin Belirlenmesi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi,

- 128.** Özyılkan Ö. Kanser hastalarında yaşam kalitesinin önemi, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Ankara, (Çevrimiçi: www.bayar.edu.tr/~saykad/g_onkoloji.html , 20.06.2006).
- 129.** Pain and Policy Studies Group, University of Wisconsin, World Health Organization Collaborating Center for Policy and Communications in Cancer Care. United Nations population data. Vienna: International Narcotics Control Board; 2010.
- 130.** Palliative Care Council of South Australia, “Multicultural Palliative Care Guidelines” www.pallcare.asn.au/mc/images/circle.gif
- 131.** Palliative Care for Advanced Disease (PCAD) pathway www.stoppain.org. Erişim tarihi 10. 01. 2009
- 132.** Palyatif Bakım Derneği, <http://www.palyatifbakim.org>
- 133.** Palyatif Bakım Organizasyonu ile ilgili Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesinin Tavsiye Raporu Rec (2003), Çeviri Editörleri; Kömürcü Ş, Erkişi. M, Bavbek S, Beyzadeoğlu M, Özyılkan Ö, Turgut Yayıncılık A.Ş., İstanbul,
- 134.** Peker L. Celebi N. Canbay O. et al. (2008). Doctors’ opinions, knowledge and attitudes towards cancer pain management in a university hospital. *Agri*; 20(2): 20-30.
- 135.** Pellegrino E.D. (2000). Decisions to withdraw life-sustaining treatment: a moral algorithm. *The Journal of the American Medical Association*: 283, 1065–1067.
- 136.** Penrod J.D. Deb P. Dellenbaugh C. Burgess J.F. Zhu C.W. et al. (2010). Hospital-based palliative care consultation: Effects on Hospital Cost. *J Palliat Med*;13(8):973–979.
- 137.** Rabow M.W., Dibble S.L., Pantilat S.Z., McPhee S.J. (2004). The comprehensive care team. *Arch Intern Med*:164(1);83-91.
- 138.** Radbruch L. Strasser F. Elsner F. et al. (2008). Fatigue in palliative care patients – an EAPC approach. *Palliative Medicine*; 22:13–22.
- 139.** Rice R, *The Hospice and Palliative Care Patient*, (2006): Home Care Nursing Practice Concepts Application, Ed; Rice R, Fourth Edition, Mosby Elsevier, USA, 456

- 140.** Riechelmann R.P., Krzyzanowska M.K., O'carroll A., Zimmermann C. (2007). Symptom and medication profiles among cancer patients attending a palliative care clinic. *Support Care Cancer*: 15(12);1407-1412
- 141.** Ringdal G.I., Jordhoy M.S., Kaasa S. (2002). Family satisfaction with end-of life care for cancer patients in a cluster randomized trial. *Journal of Pain and Symptom Management*: 24(1);53-63
- 142.** Ringdal G.I., Jordhoy M.S., Kaasa S. (2003). Measuring quality of palliative care: psychometric properties of the FAMCARE Scale. *Qual Life Res*: 12(2);167-176.
- 143.** Rodin G. Walsh A. Zimmermann C. Gagliese L. Jones J. Shepherd F.A. Rydall A. Moore M. et al. (2007). The contribution of attachment security and social support to depressive symptoms in patients with metastatic cancer. *Psycho-oncology*; 16:1080-1091
- 144.** Rosenfeld K., Rasmussen J. (2003). Palliative Care Management: A Veterans Administration Demonstration Project. *Journal of Palliative Medicine*: 6(5);831-839
- 145.** Rummans T.A. Clark M.M. Sloan J.A. Frost M.H. Bostwick J.M. Atherton P.J. et al. (2006). Impacting quality of life for patients with advanced cancer with a structured multidisciplinary intervention: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol*; 24(4):35-642
- 146.** Sağlık Bakanlığı Evde Bakım Hizmetleri ile ilgili Düzenlemeler. Resmi Gazete 25751. Ankara: Sağlık Bakanlığı, 2005 Mart 3. <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/23113.html>
- 147.** Santa-Emma P., Roach R., Gill M., Spayde P., Taylor R. (2002). Development and implementation of an inpatient acute palliative care service. *J PalliatMed*: 5; 93–100.
- 148.** Savcı A B, (2006). Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesini Ve Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum
- 149.** Schag C.C., Heinrich R.L., Ganz P.A. (1984). Karnofsky performance status revisited: Reliability, validity, and guidelines. *J Clin Oncology*: 2;187-193

- 150.** Seow H., Piet L., Kenworthy M.C., Jones S., Fagan J.P., By M.S. (2008). Evaluating a Palliative Care Case Management Program for Cancer Patients: The Omega Life Program. *Journal of palliative medicine*:11(10);1314-1318.
- 151.** Smith T. J., Coyne P., Cassel B., Penberthy L., Hopson A., Hager M.A. (2003). A high-volume specialist palliative care unit and team may reduce in-hospital end-of-life care costs. *J Palliat Med*:6;699–705.
- 152.** Smith T.J., J B.C. (2009). Cost and non clinical out comes of palliative care. *J Pain Symptom Manage*:38(1);32–44.
- 153.** Snyder C.F. Garret-Mayer E. Brahmer J.R. Carducci M.A. Pili R. Stearns V. Wolff A.C. et al. (2008). Symptoms, supportive care needs, and function in cancer patients: how are they related? *Qual. Life Res*;17:655-677
- 154.** Soni M.K., Cella D. (2002). Quality of life and Symptom Measures in Oncology: An Overview. *The American Journal Of Managed Care*: 8(18);561-573
- 155.** Strasser F., Sweeney C., Willey J., Benisch-Tolley S., Palmer J.L., Bruera E. (2004). Impact of a half-day multidisciplinary symptom control and palliative care outpatient clinic in a comprehensive cancer center on recommendations, symptom intensity and patient satisfaction: a retrospective descriptive study. *J Pain Symptom Manage*: 27(6);481-491.
- 156.** Strong V. Waters R. Hibberd C. Rush R. Cargill A. Storey D. et al. (2007). Emotional distress in cancer patients: the Edinburgh Cancer Centre symptom study. *Br J Cancer*; 96(6):868-874.
- 157.** Strömngren A.S, Groenvold M., Pedersen L., Olsen A.K., Sjogren P., (2002). Symptomatology of cancer patients in palliative care: contentvalidation of self-assessment questionnaires against medical records, *European Journal of Cancer*: 38;788–794
- 158.** Strömngren A.S. Goldschmidt D. Groenvold M. Petersen M.A. Jensen P.T. Pedersen L. et al. (2002). Self-assessment in cancer patients referred to palliative care: a study of feasibility and symptom epidemiology. *Cancer*; 94(2):512-520.
- 159.** Strömngren A.S. Groenvold M. Petersen M.A. Goldschmidt D. Pedersen L. Spile M. et al. (2004). Pain characteristics and treatment outcome for advanced

cancer patients during the first week of specialized palliative care. *J Pain Symptom Manage*; 27(2):104-113.

- 160.** Strömghren A.S. Sjogren P. Goldschmidt D. Petersen M.A. Pedersen L. Hoermann L. et al. (2005). A longitudinal study of palliative care: patient-evaluated outcome and impact of attrition. *Cancer*; 103(8):1747-1755.
- 161.** Strömghren S.A., Sjogren P., Goldschmidt D., Petersen M.A., Pedersen L., Groenvold M. (2006). Symptom Priority and Course of Symptomatology in Specialized Palliative Care. *J Pain Symptom Manage*: 31(3);199-206.
- 162.** Şahin H. (1997), Eski bir kavram, yeni bir ölçüt:yaşam kalitesi. *Toplum ve Hekim*:12:40-46
- 163.** Şenuzun F, (2006). Semptom Yönetimi. *Kanser ve Palyatif Bakım*, Editör Uyar M, Uslu R, Yıldırım Y. Meta Basım, İzmir, 133-160
- 164.** T.C.Sağlık Bakanlığı, RSHMB, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması, 2004, Hastalık Yüğü Final Raporu, Ankara
- 165.** Taştan S, (2005).Meme Cerrahisi Geçiren Hastaların Vaka Yönetimi Modeli ile İzlenmesi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara,
- 166.** Taylor P. (1999). Comprehensive nursing case management. An advanced practice model. *Nurs Case Manag*:4;2-10.
- 167.** Tekin A, (2007).Sağlık-Hastalık Olgusu ve Toplumsal Kökenleri (Burdur Örneği), Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Isparta,
- 168.** Telatar, T. Özcebe, H.; (2004). Yaşlı nüfus ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*;7: 162-165.
- 169.** Terra M.S. (2008). What Can Claims Data Tell the Case Manager? *Professional Case Management*:13(4);195–208
- 170.** Teunissen S.C.C.M. Wesker W. Kruitwagen C. et al. (2007). Symptom Prevalence in Patients with Incurable Cancer: A Systematic Review, *Journal of Pain and Symptom Management*;34 (1): 94-104.

- 171.** The Canadian Hospice Palliative Care Nursing Standards Committee, Hospice Palliative Care Nursing Standards Of Practice, 2002, 1- 30,
- 172.** Thomas L.P. (2008). Case Manager Role Definitions Do They Make an Organizational Impact? Professional Case Management:13(2);61–71
- 173.** Thomas L.P. (2009). Case Management Delivery Models The Impact of Indirect Care Givers on Organizational Outcomes. JONA:39(1);30-37
- 174.** Tokem Y, (2005). Romatoid Artritli Bireylerin Bakımında Vaka Yönetimi Modelinin Etkililiğinin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir
- 175.** Tosun N, (2002). Akut Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastaların Bakımında Vaka Yönetimi Modelinin Uygulanması, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara,
- 176.** Tuncer M. (2008). Cancer related foundations and associations in Turkey. In: Tuncer M, editor . Cancer control in Turkey. Republic of Turkey Ministry of Health Department of Cancer Control Pres: Ankara. 447- 450.
- 177.** Tuncer M. (ed). (2009). National Cancer Program 2009-2015. Ankara: Turkey Ministry of Health/Department of Cancer Control;. Ministry pub. No. 760. 1-111
- 178.** Türk Ceza Kanunu (2004), madde 5237. [Turkish]
- 179.** Türk Onkoloji Grup http://www.togd.net/index.php?category_id=9&m=menu2
- 180.** Türkmen E. (1997) Hemşirelikte Vaka Yönetimi Yöntemi ve Hasta Bakımı Üzerine Etkileri. Yayınlanmış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- 181.** Tüzün E. Eker L. (2003) Sağlık değerlendirme ölçütleri ve yaşam kalitesi. Sağlık ve Toplum: 2: 3-8.
- 182.** Uyar M, (2006): Kanser Ağrısının Farmakolojik Tedavisi ve Kanser Ağrısında Gelişimsel Yöntemler Kanserde Evde Bakım. Editör; Fadiloğlu Ç, Şenuzun F, Ege Üniversitesi Kanserele Savaş Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayını, 6, Kongre Basım Evi İzmir, 38-45
- 183.** Vachon M.L.S. (1998). “Psychosocial Needs Of Patients and Families”. Journal of Palliative Care:14(3);49-56.

- 184.** Van Wijk C.M., Kolk A.M. (1997). Sex differences in physical symptoms: the contribution of symptom perception theory. *Soc Sci Med*: 45(2);231-246.
- 185.** Walsh D., Donnelly S., Rybicki L. (2000). The symptoms of advanced cancer: relationship to age, gender, and performance status in 1,000 patients. *Support Care Cancer*:8;175-179.
- 186.** Walsh D., The Harry R. (2001). Horvitz Center for Palliative Medicine (1987–1999): development of a novel comprehensive integrated program. *Am J Hosp Palliat Care*:18;239–250.
- 187.** Wen K., Gustafson D.H. (2004). Needs Assessment for cancer patients and their families. *Health and Quality of life Outcomes*:2;1-12.
- 188.** Wilson K.G. Chochinov H.M. McPherson C.J. LeMay K. Allard P. Chary S. et al. (2007). Suffering with advanced cancer. *J Clin Oncol*: 25(13);1691-1697
- 189.** Wilson K.G. Chochinov H.M. Skirko M.G. Allard P. Chary S. et al. (2007). Depression and Anxiety Disorders in Palliative Cancer Care. *J Pain Symptom Manage*: 33(2);118-129.
- 190.** World Health Organization (2007). *Cancer Control Knowledge into Action; WHO Guide for Effective programmes, Palliative Care, module 5*, Geneva, World Health Organization,
- 191.** World Health Organization. WHO definition of palliative care <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>. Erişim Tarihi; 10. 01. 2009
- 192.** Wright M., Wood J., Lynch T., Clark D. (2006). *Mapping levels of palliative care development: A global view*. London: International Observatory on End of life Care.
- 193.** Wulff C.N., Thygesen M., Sondergaard J., Vedsted P. (2008). Case management used to optimize cancer care pathways; A systematic review, *BMC Health Services Research*: 8;1-7.
- 194.** Yalçın B., Büyükçelik A., Şenler F.Ç., ve ark. (2005). Frequency of symptoms in patients with advanced cancer. *Turkish Journal of Cancer*: 35(4);177-180
- 195.** Yardım N, Mollahaliloğlu S, Türkiye’de Kanser Durumu ve Uluslararası Göstergeler İle Uyumunun Değerlendirmesi, 113- 130 www.ukdk.org/pdf/kitap/8.pdf Erişim Tarihi; 16. 02. 2009

- 196.** Yeşilbalkan Ö., Özkütük N., Karadakovan A., Turgut T., Kazgan B. (2008). Validity And Reliability Of The Edmonton Symptom Assessment Scale In Turkish Cancer Patients, *Turkish Journal of Cancer*: 38;262- 67.
- 197.** Yeşilbalkan U Ö, (2007). Anemi ve Yorgunluk, *Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi*, Editor; Can G, Pharma Pulication Planning, İstanbul, 13-24.
- 198.** Yıldırım Y, (2006). Kanser Ağrısının Değerlendirmesi ve Nonfarmakolojik Girişimler, *Kanserde Evde Bakım*. Editör; Fadiloğlu Ç,Şenuzun F, Ege Üniversitesi Kanserle Savaş Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayını, 6,Kongre Basım Evi İzmir, 46-52
- 199.** Yıldırım Y, Uyar M. (2006). Kanser Ağrısı Olan Hastaya Genel Yaklaşım. *Kanser ve Palyatif Bakım*, Editör Uyar M, Uslu R, Yıldırım Y. Meta Basım, İzmir, 29-43
- 200.** Yıldırım Y, Uyar M. (2006). Kanser Ağrısını Değerlendirmede Kullanılan Araçlar, *Kanser ve Palyatif Bakım*, Editör Uyar M, Uslu R, Yıldırım Y. Meta Basım, İzmir, 45-62
- 201.** Yılmaz H.H, Yazıhan N, Tunca D, Güven S, Pamuk H, Arslanhan S, Tuncer A. (2009). Türkiye'de Kanser Harcamaları ve Maliyet Etkinlik Çalışmaları, Eds (Tuncer A. M,) *Türkiye'de Kanser Kontrolü Kitabı*, Bakanlık Yayın Numarası: 777, Koza Matbaacılık, Ankara, 71-95,
- 202.** Yurtsever S, (2007). Konstipasyon, *Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi*, Editor; Can G, Pharma Pulication Planning, İstanbul, 111-118
- 203.** Zander K. (2002). Nursing case management in the 21st century: intervening where margin meets mission. *Nurs Adm Q*: 26(5);58-67.
- 204.** Zimmermann C, (2010) Effectiveness of Specialized Palliative Care For Patients With Advanced Cancer, Doctor of Philosophy Thesis, Institute of Medical Science University of Toronto,
- 205.** Zimmermann C, Riechelmann R, Krzyzanowska M. et al. (2008). Effectiveness of Specialized Palliative Care; A Systematic Review, *JAMA*: 299(14);1698-170.

- 206.** Zimmermann C., Burman D., Follwell M., Wakimoto K., Seccareccia D., Bryson J., Le L., Rodin G. (2010). Predictors of symptom severity and response inpatients with metastatic cancer. *Am J Hosp Palliat Med*: Oct 16
- 207.** Zimmermann C., Burman D., Swami N., Krzyzanowska M.K., Leighl N., Moore M., Rodin G., Tannock I. (2010). Determinants of quality of life in patients with advanced cancer, *Support Care Cancer*:1-9.

PALYATİF BAKIM PROTOKOLÜ GELİŞTİRME EKİP ÜYELERİ

1. Uzman hemşireler;

Tez danışmanı Prof. Dr. Çiçek Fadiloğlu, RN. PhD.,

Doktora Tez öğrencisi Araş. Gör. Hanife Özçelik RN. Msc,

Yard. Doç. Yasemin Yıldırım ,

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği ABD,

Uzman klinik hemşire Yasemin Güzel RN.,

Ege Üniversitesi Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi Medikal Onkoloji Kliniği

2. Medikal onkolog (Doç. Dr. Bülent Karabulut M.D.,) ***Ege Üniversitesi Tülay***

Aktaş Onkoloji Hastanesi Medikal Onkoloji Kliniği

3. Algolog (Prof Dr. Meltem Uyar M.D., Uzman Dr. Can Eyigör M.D., ***Ege***

Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon ABD Algoloji

Bilim Dalı

4. Psikiyatr (Prof Dr. Hayriye Elbi M.D., Uzman Dr. Özen Önen M.D.,) ***Ege***

Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri ABD

5. Fizik tedavi uzmanı (Doç. Dr. Sibel Eyigör M.D.,) ***Ege Üniversitesi Tıp***

Fakültesi Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ABD

6. Diyetisyen Derya Tophancı

Ege Üniversitesi Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi Medikal Onkoloji Kliniği

7. Sosyal Hizmet uzmanı (Sosyal Hizmet Uzmanı Zehra Çalışkan) ***Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri ABD***
8. Konsültasyon Liyezon Psikiyatri hemşiresi (Gül Özyaydemir, RN, Msc.) ***Ege Üniversitesi Kanserle Savaş Araştırma ve Uygulama Merkezi***

Ayrıca palyatif bakım protokolü geliştirme sürecinde Ege Üniversitesi Tülay Aktaş Onkoloji Bilim Dalı başkanı Prof. Dr. Erdem Göker ve diğer öğretim üyelerinin, Klinik Başhemşiresi Fatma Aksoy ve diğer klinik hemşirelerinin ve Hemşirelik Yüksekokulundan Yard. Doç Yasemin Tokem'in görüş ve önerileri alınmıştır.

EKLER

EK I PALYATİF BAKIM HASTA TANITIM FORMU

Vaka No:

Tarih: / /2009.

A- Sosyo-demografik Özellikler

1. Cinsiyetiniz?

1- Kadın

2- Erkek

1. Kaç yaşındasınız? (.....)

2. Medeni durumunuz?

1- Evli

3- Ayrı yaşıyor

2- Bekar

4- Dul

3. Eğitim durumunuz?

1- Okur-yazar

4- Lise mezunu

2- İlkokul mezunu

5- Fakülte/Yüksekokul mezunu

3- Ortaokul mezunu

4. Sosyal güvenceniz?

1- S.S.K.

3- Bağ-Kur

2- Emekli Sandığı

4- Özel (Sigorta)

5.

Diğer.....

5. İş- mesleki durumunuz nedir?

1- İşçi

4- Emekli

2- Memur

5- Ev hanımı

3- Serbest

6. Diğer.....

4-

6. Şu anda çalışıyor musunuz?

1- Hayır

2- Yarım gün yada belirli saatlerde çalışma

3- Tam gün

çalışma

7. Evde kiminle yaşıyorsunuz? (.....)

1- Yalnız

2- Eşimle

3- Çocuklarla

4- Diğer (.....)

B- Hastalığa İlişkin Değişkenler

11. Hastalık tanısı nedir? **Belirtiniz**.....

12. Hastalığınızın süresi nedir? **Belirtiniz**.....

13. Hastalığın evresi

1- Grade I

2- Grade II

3- Grade III

4- Grade 4

14. Hastalık tedavisi

1- Uygulanmıyor

2- Cerrahi

3- Kemoterapi

4- Radyoterapi

5- Hormon tedavisi

6- Diğer veya bilinmiyor

15. Metastaz var mı?

1- Evet

2- Hayır

EK II. Edmonton Semptom Değerlendirme Sistemi (ESAS)

Edmonton Semptom Değerlendirme Sistemi (ESAS)

Lütfen aşağıdakileri en iyi açıklayan sayıyı daire içine alın:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ağrı yok Olası en kötü ağrı

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Yorgun değil Olası en kötü yorgunluk

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Bulantı yok Olası en kötü bulantı

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Depresyonlu değil Olası en kötü depresyon

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Anksiyöz değil Olası en kötü anksiyete

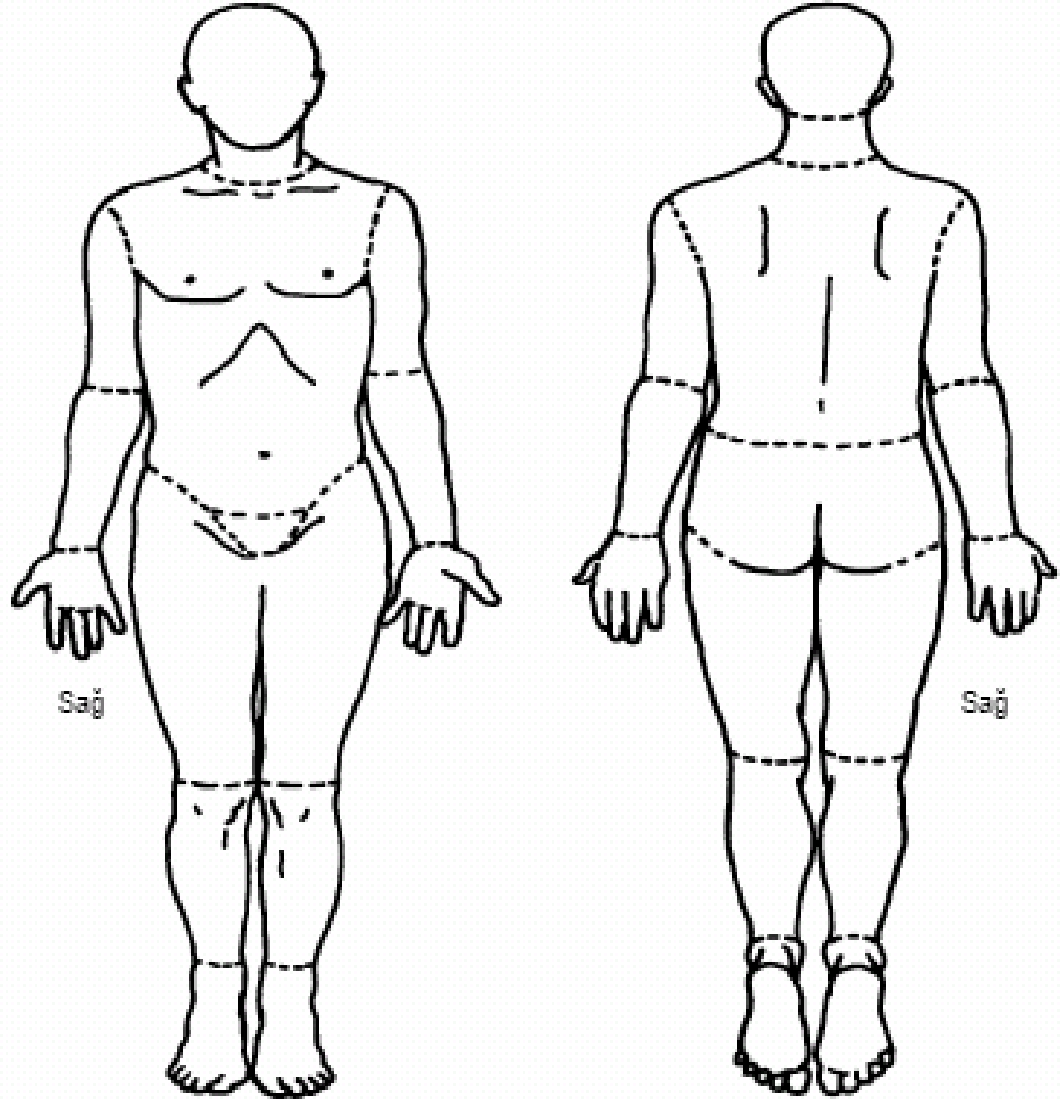
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Uyuşuk değil Olası en kötü uyuşukluk

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
En iyi iştah Olası en kötü iştah

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
En iyi esenlik duygusu Olası en kötü esenlik duygusu

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nefes darlığı yok Olası en kötü nefes darlığı

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Diğer sorun



Açıklamalar:

Depresyon – üzgün ya da hüzünlü

Anksiyete – sinirlilik ya da tedirginlik

Yorgunluk – azalmış enerji seviyesi (uykulu olmak şart değil)

Uyuşukluk - uykululuk

Esenlik – hem fiziksel hem de diğer yönlerden genel rahatlık; "Nasılsınız?" sorusuna doğru olarak yanıt verin

Edmonton Semptom Değerlendirme Skalası (ESDS) Kullanma İzni

Konu:	Re: merhaba
Gönderen:	o.u.yesilbalkan@ege.edu.tr
Tarih:	Çar, Mart 4, 2009 16:06
Alıcı:	hanife.ozcelik@ege.edu.tr
Öncelik:	Normal
Postacı:	SquirrelMail/1.4.8
Alındı bilgisini oku:	gönderildi

Sevgili Hanife;

Öncelikle "**Edmonton Semptom Değerlendirme Skalası (ESDS)**" nı çalışmada kullanmak istediğin için benim çalışma arkadaşlarımla memnuniyet duyduğumuzu belirtmek isterim.

ESDS 'nın Türk toplumundaki kanser hastalarıyla yapmış olduğumuz geçerlik ve güvenilirlik çalışma sonuçları Turkish Journal of Cancer " (volume 38, number 2, April-June 2008) dergisinde yayınlanmıştır.

Ölçeğin değerlendirmesine ve Türk toplumunda yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışma sonuçlarına " derginin yukarıda belirttiğim sayısından ulaşabilirsin.

Ayrıca Tezin bittikten sonra özet şeklinde sonuçlarını bizimle paylaşırsan benim ve çalışma arkadaşlarımla memnuniyet duyacağını belirtmek isterim.

Tez çalışmada başarılar dilerim.

Sevgilerimle

Dr. Öznur USTA YEŞİLBALKAN
Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu
İç Hastalıkları Hemşireliği AD

EK III. KARNOFSKY PERFORMANS SKALASI

SKOR	HASTANIN PERFORMANSI
100	Normal; Yakınması yok, hastalığa ait belirti yok
90	Normal aktivitesini sürdürebilir;minör belirtiler var
80	Gayret ile normal aktivitesini sürdürebilir, bir miktar hastalık belirtisi var
70	Kendine bakabilir, normal aktivitesini sürdüremez
60	Bazen yardım gerektirir, birçok ihtiyacını karşılayabilir
50	Önemli ölçüde yardım ve sık bakım gerektirir
40	Debilite; özel bakım ve yardım gerektirir.
30	Ciddi debilite; hastanededir, yakın zamanda ölüm beklenmez
20	Çok hasta; aktif destekleyici tedaviye ihtiyaç duyar
10	Fatal süreçler hızla gelişmektedir.
0	Ölüm

EK IV EORTC QLO C-30 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
1. Ağır bir alışveriş torbası veya valiz taşımak gibi güç hareketlerde bulunurken zorluk çekiyor musunuz ?	1	2	3	4
2. Uzun bir yürüyüş yaparken herhangi bir zorluk çekiyor musunuz?	1	2	3	4
3. Evin dışında kısa bir yürüyüş yaparken zorlanır mısınız ?	1	2	3	4
4. Günün büyük bir kısmını oturarak veya yatarak geçirmeye ihtiyacınız var mı?	1	2	3	4
5. Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tuvaleti kullanırken yardıma ihtiyacınız olur mu?	1	2	3	4

GEÇEN HAFTA BOYUNCA

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
6. İşinizi ya da günlük faaliyetlerinizi yaparken sizi alıkoyan herhangi bir engel var mıydı?	1	2	3	4
7. Boş zaman faaliyetlerinize veya hobilerinize devam etmekten sizi alıkoyan bir engel var mıydı?	1	2	3	4
8. Nefes darlığı çektiniz mi?	1	2	3	4
9. Ağrınız oldu mu?	1	2	3	4
10. Dinlenmeye ihtiyacınız oldu mu?	1	2	3	4
11. Uyumakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
12. Kendinizi güçsüz hissettiniz mi?	1	2	3	4
13. İştahınız azaldı mı?	1	2	3	4
14. Bulantınız oldu mu?	1	2	3	4
15. Kustunuz mu?	1	2	3	4
16. Kabız oldunuz mu?	1	2	3	4
17. İshal oldunuz mu?	1	2	3	4
18. Yoruldunuz mu?	1	2	3	4
19. Ağrılarınız günlük faaliyetlerinizi etkiledi mi?	1	2	3	4
20. T.V. seyretmek veya gazete okumak gibi	1	2	3	4

eylemleri yaparken dikkatinizi toplamada zorluk
çekiyor musunuz?

21. Gerginlik hissediyor musunuz?	1	2	3	4
22. Endişelendiniz mi?	1	2	3	4
23. Kendinizi kızgın hissettiniz mi?	1	2	3	4
24. Bunalıma girdiniz mi?	1	2	3	4
25. Bazı eylemleri hatırlamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
26. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>aile</u> hayatınıza engel oldu mu?	1	2	3	4
27. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>sosyal</u> hayatınıza engel oldu mu?	1	2	3	4
28. Fiziksel durumunuz veya tedaviniz maddi zorluklara neden oldu mu?	1	2	3	4

Aşağıdaki sorular içerisinde 1 ile 7 arasındaki size en uygun numarayı daire içine alın.

29. Geçen haftaki genel sağlığınıza nasıl değerlendiriyorsunuz?

Çok kötü 1 2 3 4 5 6 7 **Mükemmel**

30. Geçen haftaki yaşam kalitenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

Çok kötü 1 2 3 4 5 6 7 **Mükemmel**

EORTC QLO C-30 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİN YAZISI

Konu:	QLQ-C30 download request from hanife özçelik
Gönderen:	qlqc30@eortc.be
Tarih:	Sal, Mart 3, 2009 16:28
Alıcı:	hanife.ozcelik@ege.edu.tr
Öncelik:	Normal
Postacı:	Microsoft CDO for Windows 2000

Dear Sir/Madam,

Please find below the links where you can download the documents you requested.

Best regards,

Your data:

Title: MsC
Firstname: hanife
Lastname: özçelik
Hospital/Institution: Ege University School of Nursing
Internal disease deparment
Address: Ege University School of Nursing Internal disease
deparment
Bornova/İZMİR
County/State: Izmir
Postal Code: 35100
Country: Turkey
Phone: 02323881103
Fax: 02323886374
Email: hanife.ozcelik@ege.edu.tr
Protocol: "Doctoral thesis for use "

Documents requested:

QLQ-C30 Core Questionnaire in Turkish
QLQ-C30 Scoring Manual

URLs:

<http://www.eortc.be/home/qol/downloads/f/C30/QLQ-C30%20Turkish.pdf>
<http://www.eortc.be/home/qol/downloads/f/SCManualQLQ-C30.pdf>

EK V. HASTA MEMNUNİYET FORMU

Ne kadar memnunsunuz.....	Çok Memnuniyetsizim	Memnuniyetsizim	Kararsızım	Memnunum	Çok memnunum
1. Ağrınızın hafifletilmesinden					
2. Hastalık durumu ve olası gidişat konusunda bakım ekibi tarafından sağlanan bilgiden					
3. Tedavinin yan etkileri konusunda bakım ekibi tarafından verilen bilgiden					
4. Hastalık durumunu tartışmak için yapılan görüşmelerinden					
5. Semptomlarınızdan hangilerinin tedavi edildiğinin tartışılmasından					
6. Bakım ekibinin semptomlarınızı değerlendirmeye dikkat etmesinden					
7. Palyatif bakım ekibinin size uygunluğundan					
8. Bakım ekibi tarafından sağlanan emosyonel destekten					
9. Spritüel konuları tartışma fırsatından					
10. Bakım ekibinin ihtiyaç duyduğunuzda size bakım sağlama yeteneğinden					
11. Tedavi ve bakım kararlarını dahil edilme davranış tarzından					
12. Doktorunuzun semptom tanılamalarına dikkat etmesinden					
13. Durumunuz ve olası gidişat ile ilgili bakım ekibi tarafından size açıklama şeklinden					
14. Semptomlarınızın bakım ekibi tarafından nasıl izlendiği					
15. Konfor için ihtiyaç duyduğunuz fiziksel gereksinimlerinin karşılanma şeklinden					
16. Bakım ekibinin bakım gereksinimlerinizdeki değişikliklere yanıt verme yeteneğinden					
17. Bakım ekibi tarafından sağlanan pratik yardımlardan (örneğin; banyo, solunum)					
18. Genelde palyatif bakım servisi tarafından sağlanan bakımdan ne kadar memnunsunuz ?					
19.Eğer herhangi bir soruya “memnuniyetsizim” yada “çok memnuniyetsizim” şeklinde yanıt verdiyseniz, lütfen nedeni açıklayın.					

EK VI. AİLE BAKIM MEMNUNİYET FORMU

Ne kadar memnunsunuz.....		Çok	Memnuniyetsizim	Kararsızım	Memnunum	Çok memnunum
1.	Hastanızın ağrısının hafifletilmesinden					
2.	Hastanızın durumu ve olası gidişat konusunda bakım ekibi tarafından sağlanan bilgiden					
3.	Hastanızın Tedavi yan etkileri konusunda bakım ekibi tarafından verilen bilgiden					
4.	Hastanızın durumunu tartışmak için yapılan aile görüşmelerinden					
5.	Semptomların hangilerinin tedavi edildiğinin tartışılmasından					
6.	Bakım ekibinin hastanızın semptomlarını tanılamalarına dikkat etmesinden					
7.	Palyatif bakım ekibinin aileye uygunluğundan					
8.	Bakım ekibi tarafından sağlanan emosyonel destekten					
9.	Spritüel/manevi konuları tartışma fırsatından					
10.	Bakım ekibinin gerekli olduğunda bakım sağlama yeteneğinden					
11.	Hastanızın tedavi ve bakım kararlarını sizin katılımınızı içeren davranış tarzından					
12.	Doktorun hastanızın semptom tanılamalarına dikkat etmesinden					
13.	Hastanızın durumu ve olası gidişatının bakım ekibi tarafından size açıklanma şeklinden					
14.	Hastanızın semptomlarının bakım ekibi tarafından nasıl izlendiği					
15.	Konfor için hastanızın fiziksel gereksinimlerinin karşılanma şeklinden					

16.	Bakım ekibinin hastanızın bakım gereksinimlerindeki değişikliklere yanıt verme yeteneğinden					
17.	Bakım ekibi tarafından sağlanan pratik yardımlardan (örneğin; banyo, solunum)					
18.	Genelde palyatif bakım servisi tarafından sağlanan bakımdan ne kadar memnunsunuz ?					
19. Eğer herhangi bir soruya “memnuniyetsizim” yada “çok memnuniyetsizim” şeklinde yanıt verdiyseniz, lütfen nedeni açıklayın.						

EK VII PALYATİF BAKIM VARYANS FORMU

HASTA KAYNAKLI VARYANSLAR	SAĞLIK PERSONELİ KAYNAKLI VARYANSALAR	KURUMSAL VARYANSLAR

--	--	--

EK VIII. Hasta Maliyet Kayıt Formu

1. Hastanın Adı Soyadı;
2. Sosyal Güvencesi;
3. Tanı
;.....
4. Diğer hastalıkları
.....
5. Karnosfki Puanı;.....

İlaçlar	Kullanım Sıklığı	Maliyet	
Hastanede yatış tarihi	Taburculuk Tarihi	Kaldığı gün sayısı	Toplam kalış maliyeti
Araç- Gereç	Kullanım sıklığı	Maliyet	
Bakım	Bakım sıklığı	Maliyeti	
Laboratuvar /Testler	Sıklık	Maliyeti	

Konsültasyonlar	Sıklık	Maliyeti	
Diğer Maliyetler			

TANI:		EGE ÜNİVERSİTESİ TÜLAY AKTAŞ ONKOLOJİ HASTANESİ						HASTA ADI:
PRİMER.....		PALYATİF BAKIM PROTOKOLÜ						YAŞ:
SEKONDER.....								YATIŞ TARİHİ:
HASTA BAKIM PLANI		BAŞLAMA TARİHİ	DEVAM EDEN GÜNLER					
	HAFTALIK HEDEF	1.GÜN	2.GÜN	3.GÜN	4.GÜN	5.GÜN	6.GÜN	7.GÜN
TANI/ TEDAVİLER/ GİRİŞİMLER/ TESTLER/ PROSEDÜRLER KONSÜLTASYO NLAR	Hastanın ağrı ve diğer semptomları için medikal orderin düzenlenmesi ile semptomların kontrol altına alınması Hastada olabilecek komplikasyonların önlenmesi	<input type="checkbox"/> Hasta ve ailesi ile palyatif bakımın amaçlarını konuşma <input type="checkbox"/> Hasta ve ailesinin karar almada rollerinin ve tercihlerin belirlenmesi <input type="checkbox"/> Hasta öyküsü ve fizik muayenenin yapılması <input type="checkbox"/> Hasta için gerekli test ve prosedürlerin istenmesi <input type="checkbox"/> Hastanın semptomların yönelik medikal orderin düzenlenmesi ve başlanması <input type="checkbox"/> Hastanın konforunu ve yaşam kalitesini artırmak amacıyla uzman görüşü isteme	<input type="checkbox"/> Elde edilen testler sonucunda gerekli sıvı, elektrolit, transfüzyon ve beslenme solüsyonlarına başlama <input type="checkbox"/> Hastanın kan değerlerine ve komplikasyonlara yönelik olarak antikanser tedavi seçeneğinin değerlendirilmesi	*	*	*	<input type="checkbox"/> Konsültasyonlara yönelik medikal orderin yeniden düzenlenmesi <input type="checkbox"/> Verilen tedaviye yanıt ve yan etkilerinin takibi ve yönetimi <input type="checkbox"/> Hasta prognozuna yönelik hedeflerin belirlenmesi	<input type="checkbox"/> Hastaya verilen semptomatik tedavinin etkinliğinin belirlenmesi ve yeniden düzenlenmesi <input type="checkbox"/> Hastanın prognozunun değerlendirilmesi <input type="checkbox"/> Hasta ve ailenin prognoz ile ilgili bilgilendirilmesi
AĞRI YÖNETİMİ	Hastanın ağrı düzeyinin belirlenmesi ve uygun medikal tedavinin başlatılarak ağrısının kontrol altına alınması	<input type="checkbox"/> Hasta ağrı düzeyini tanılama <input type="checkbox"/> Ağrı gereksinimlerine uygun medikal tedavinin belirlenmesi	*	*				<input type="checkbox"/> Hasta ağrı düzeyini yeniden tanılama <input type="checkbox"/> Medikal tedavinin ağrıyı kontrol etmede etkinliğinin belirlenmesi
HİDRASYON/ BESLENME	Hastanın beslenme düzeyinin belirlenmesi ve uygun bir beslenme programının başlanması	<input type="checkbox"/> Sınırlı olmayan seçici bir diyet - Beslenme hastanın sevdiği yiyecekler ve uygun miktarda, uygun zaman ve yer tercihi ile hastaya ait bir beslenme programı - Aile beslenmeye destek olması için eğitilmeli <input type="checkbox"/> IV uygulamalar ve sıvılar sadece semptom yönetimi için tercih edilmeli	*	*	*	*	*	<input type="checkbox"/> Hastanın beslenme düzeyini yeniden belirlenmesi ve beslenme programının etkinliğinin değerlendirilmesi
AKTİVİTE	Hastanın günlük yaşam aktivitelerine katılım düzeyi belirlenmeli ve gereksinimlere yönelik destek sağlanmalı		<input type="checkbox"/> Hastanın günlük yaşam aktivitelerine katılım düzeyi belirlenmeli <input type="checkbox"/> Hastanın yeteneği ve tercihleri dikkate alınarak bir aktivite planlaması	*	*	*	*	*

	HAFTALIK HEDEF	1.GÜN	2.GÜN	3.GÜN	4.GÜN	5.GÜN	6.GÜN	7.GÜN
PSİKOLOJİK GEREKSİNİMLER	<input type="checkbox"/> Hastanın psikiyatrik hastalıklarının belirlenmesi ve tedavisinin başlanması <input type="checkbox"/> Hasta ve ailesi için psikososyal destek programının başlanması		<input type="checkbox"/> Hastanın psikolojik durumunun belirlenmesi <input type="checkbox"/> Psikiyatrik hastalıklarına yönelik medikal tedavi belirlenmesi ve başlatılması <input type="checkbox"/> Hasta ve ailenin psikososyal desteğe olan ihtiyacın belirlenmesi		*		*	*
SOSYAL GEREKSİNİMLER	<input type="checkbox"/> Hasta ve ailesi için sosyal destek programının başlanması			<input type="checkbox"/> Hasta ve ailenin sosyal desteğe olan ihtiyacın belirlenmesi <input type="checkbox"/> Hasta ve ailesinin sosyal sıkıntılarının çözümü için bir sosyal destek programının oluşturulması				
PSİKOLOJİK DESTEK	<input type="checkbox"/> Hasta ve ailesi için psikolojik destek programının başlanması	*	*	*	*	<input type="checkbox"/> Hasta ve ailenin psikolojik desteğe olan ihtiyacın belirlenmesi <input type="checkbox"/> Hasta ve ailesi için bir psikolojik destek programının oluşturulması	*	*
HASTA BAKIMI HASTA/ AİLE EĞİTİMİ	Hasta ve ailesinin gereksinimlerine uygun bakımın sağlanması Hastanın semptomlarının kontrolü için hemşirelik girişimlerin yapılması Hasta ve ailesinin semptom kontrolü ile ilgili eğitimin sağlanması	<input type="checkbox"/> Hastanın objektif ve subjektif verilerinin toplanması <input type="checkbox"/> Hastanın semptomlarına yönelik order edilen tedavinin yapılması <input type="checkbox"/> Hastanın bakım gereksinimlerinin belirlenmesi <input type="checkbox"/> Hasta bakımının sağlanması	*	*	Hasta ve ailesinin ağrı kontrolü ile ilgili eğitimin yapılması		Hasta ve ailesinin diğer semptomların kontrolü ile ilgili eğitimin sağlanması	<input type="checkbox"/> Hastanın ağrı ve diğer semptomlarının kontrolüne yönelik girişimlerin değerlendirilmesi <input type="checkbox"/> Hasta bakım gereksinimlerinin karşılanıp karşılanmadığının değerlendirilmesi <input type="checkbox"/> Hasta ve ailesinin ağrı ve diğer semptomlarla yönetme ile ilgili verilen eğitimin değerlendirilmesi

	HAFTALIK HEDEFLER	8. GÜN	9. GÜN	10. GÜN	11. GÜN	12. GÜN	13. GÜN	14-15 GÜN
TANI/ TEDAVİLE R/ GİRİŞİMLE R/ TESTLER/ PROSEDÜR LER KONSÜLTA SYONLAR	Hastanın ağrı ve diğer semptomları için medikal order ile semptomların kontrol altına alınması ve oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi ile yaşam kalitesinin artırılması		*	*	*		*	<input type="checkbox"/> Hastaya verilen semptomatik tedavinin etkinliğinin belirlenmesi ve yeniden düzenlenmesi <input type="checkbox"/> Hastanın prognozunun değerlendirilmesi <input type="checkbox"/> Hasta ve ailenin prognoz ile ilgili bilgilendirilmesi
AĞRI YÖNETİMİ	Hastanın ağrısının olmaması ve yaşam kalitesinin artırılması	*	*	*	*	*	*	<input type="checkbox"/> Hasta ağrı düzeyini yeniden tanılama <input type="checkbox"/> Medikal tedavinin ağrıyı kontrol etmede etkinliğinin belirlenmesi
HİDRASYO N/ BESLENME	Hastanın olabildiğince yeterli ve dengeli beslenmesini sağlayarak yaşam kalitesinin artırılması	*	*	*	*	*	*	<input type="checkbox"/> Hastanın beslenme düzeyini yeniden belirlenmesi <input type="checkbox"/> Beslenme programının etkinliğinin değerlendirilmesi <input type="checkbox"/> Gerekli olursa yeniden bir beslenme programı oluşturulması
AKTİVİTE	Hastanın durumuna uygun aktivite planlaması ve öz bakımına destek sağlanarak yaşam kalitesinin artırılması	*	*	*	*	*	*	<input type="checkbox"/> Hastaya uygun düzenlenen aktivite planlanmasının değerlendirilmesi ve gerekirse yeniden düzenlenmesi

	HAFTALIK HEDEFLER	8. GÜN	9. GÜN	10. GÜN	11. GÜN	12. GÜN	13. GÜN	14.-15 GÜN
PSİKOLOJİK GEREKSİNİMLER	Hastanın ve ailesinin psikososyal gereksinimlerinin karşılanarak yaşam kalitelerinin artırılması	<input type="checkbox"/> Hastanın medikal tedavisinin etkinliğinin belirlenmesi ve gerekli ise yeniden düzenlenmesi <input type="checkbox"/> Psikososyal destek programının etkinliğinin belirlenmesi	*	*	*	*	*	<input type="checkbox"/> Hastanın medikal tedavisinin etkinliğinin belirlenmesi ve gerekli ise yeniden düzenlenmesi <input type="checkbox"/> Psikososyal destek programının etkinliğinin belirlenmesi
SOSYAL GEREKSİNİMLER	Hastanın ve ailesinin sosyal gereksinimlerinin karşılanarak yaşam kalitelerinin artırılması	*	<input type="checkbox"/> Sosyal destek programının etkinliğinin belirlenmesi	*	*	*	*	<input type="checkbox"/> Sosyal destek programının etkinliğinin belirlenmesi
PSİKOLOJİK DESTEK	Hasta ve ailesine psikolojik destek sağlanarak yaşam kalitelerinin artırılması	*	*	Psikolojik destek programının etkinliğinin belirlenmesi	*	*	*	Psikolojik destek programının etkinliğinin belirlenmesi
HASTA BAKIMI HASTA/ AİLE EĞİTİMİ	Hastanın ağrı ve diğer semptomlarının kontrolünün sağlanması ve bakım gereksinimlerinin karşılanması ile yaşam kalitesinin artırılması	Hastanın ailesine fiziksel bakım ile ilgili eğitimin verilmesi	*	*	*	Hasta ailesinin isteği doğrultusunda terminal hasta bakımı eğitimi	*	<input type="checkbox"/> Hastanın ağrı ve diğer semptomlarının kontrolüne yönelik girişimlerin değerlendirilmesi <input type="checkbox"/> Hasta bakım gereksinimlerinin karşılanıp karşılanmadığının değerlendirilmesi <input type="checkbox"/> Hasta ailesine hastanın fiziksel bakım ile ilgili verilen eğitimin değerlendirilmesi

EK 10. Hasta Onam Belgesi

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

1. Araştırmanın Adı : **Kanser Hastasının Palyatif Bakımında Vaka Yönetimi Modelinin Hasta Sonuçlarına Etkisinin İncelenmesi**

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Bu çalışma Kanser Hastasının Palyatif (geçici/rahatlatıcı) Bakımında Vaka Yönetimi (bireysel hasta takibi) Modelinin Hasta Sonuçlarına Etkisinin olup olmadığının araştırılmasıdır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için 18 yaş ve üzeri, en az okur-yazar düzeyde olmanız, palyatif (geçici/rahatlatıcı) amaçlı kanser tedavisi alıyor olmanız, bilincinizin açık, zaman ve gün algınızın olması, görme ve işitme probleminizin olmaması, sözel iletişim kurabilmeniz, günlük yaşam aktivitelerine (yemek yeme, boşaltım, giyinme, hareket etme vs..) katılımınızın ve bakım performansınızın düşük olması ve kontrol edilemeyen bir ya da birden fazla şikayete/sıkıntıya sahip olmanız gerekir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Bu çalışmada ileri düzey, palyatif (geçici/rahatlatıcı) amaçlı tedavi alan, belirlenen kriterlere uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastaların kontrol ve uygulama grubu olmak üzere iki gruba ayrılması planlanmaktadır. Kontrol grubuna alınan hastalara rutin klinik bakım (klinikte uygulanan hasta bakımı), deney grubuna alınan hastalara ise vaka yönetimi (hasta izlemi) uygulanacaktır.

Vaka Yönetimi (hasta izlemi) Uygulanmayan Kontrol Grubu: Kontrol grubuna alınan hastalara klinik rutin aynen uygulanacaktır. Hastanın yatışının ilk günü ileri düzey Kanser Hastasına Özgü Veri Toplama Formu (EK I), Edmonton Semptom Tanılama Sistemi EK II, Karnofski Performans Skalası EK III, EORTQLQ CA-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği EK IV formları uygulanacaktır.

Hasta taburcu olduğu esnasında hastaya hasta memnuniyet formu ve hastaya ikinci kez EORTQLQ CA-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği EK IV doldurulacaktır. Hasta hastaneden taburcu olma esnasında direkt sağlık harcamaları maliyeti hasta dosyasından alınarak hasta maliyet formuna kaydedilecektir. Bunun ile birlikte hastanın hastanede kalış süresi belirlenecektir.

Vaka Yönetimi (Hasta İzlemi) Uygulanan deney grubu ;Vaka yönetimine (hasta izlemi) alınan hasta grubu hastaneye kabulün ilk gününden taburcu olana kadar izlenecektir. Vaka yönetimi bakım protokolünde yer alan hasta bakım ekip üyelerinin sorumluluklarına göre bakım yönetilecektir.

Hasta kabulünün ilk günü ileri düzey Kanser Hastasına Özgü Veri Toplama Formu (EK I), Edmonton Semptom Tanılama Sistemi EK II, Karnofski Performans Skalası EK III, EORTQLQ CA-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği EK IV formları uygulanacaktır. Hastanın ilk gün semptom/şikayet tanılması, fonksiyonel durumu belirlenecektir. Hasta taburcu olana kadar EK VIII 'da yer alan günlük hasta bakım akış formu ile takip edilecektir. Hasta kabulünün ilk günü tanılamalar sonrası primer hekim tarafından EK IX 'de yer alan şekilde hastaya özgü tedavi programı hazırlanacaktır. Vaka yönetim bakım protokolünde yer alan (Palyatif Kanser Hastasına Yönelik Bakım Protokolü (EK VII)) hasta bakım ekip üyelerinin sorumluluklarına

göre bakım yönetilmeye devam edilecektir. Hasta taburcu olmadan önce EK IV yer alan EORTQLQ CA-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği ikinci kez uygulanacaktır.

Vaka yönetiminin değerlendirilmesinde hasta hastaneden taburcu olmadan önce, hasta memnuniyet formları doldurulacaktır. Ayrıca hastaneden taburcu olma esnasında direkt sağlık harcamaları maliyeti hasta dosyasından alınarak hasta maliyet formuna kaydedilecektir. Bunun ile birlikte hastanın hastanede kalış süresi belirlenecektir.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak sizin için hazırlanmış vaka yönetim modeli bakım protokolündeki uygulamaları katılmanız ve sonuçların değerlendirilmesinde yardımcı olmanız sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı kontrol ve deney grupları toplam 44 kişidir.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu araştırmada yer almanız için ön görülen tahmini süre 30 gün dür. Ama hastaneden taburcu olacağınız güne göre değişmektedir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmada sizin için beklenen yararlar, deneyimlediğiniz ağrı başta olmak üzere bir çok farklı semptomun erken tanınması, etkili tedavisinin yapılması ve izlemi, vaka yönetimi ile ekip işbirliği yapılarak bakımınız ile ilgili memnuniyet düzeyinin artırılması ve bakımınıza katılan veya destek veren aile üyelerinin gereksinimlerinin karşılanması ve memnuniyetinin artırılması sağlanarak iyi bir yaşam kalitesinin elde edilmesidir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Size bu araştırmada vaka yönetim modelinin hasta sonuçlarına etkisinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Çalışmaya katılım ile riskler sınırlı olup, hastanın ekstra zamanını almanın dışında pek risk bulunmamaktadır.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca, zorunlu olarak araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığınızda Sorumlu Araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 02323881103/ 171 numaralı telefonda (**Araş. Gör. Hanife ÖZÇELİK**) başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmacı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren dört (3) sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

AÇIKLAMALARI YAPAN ARAŞTIRICININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

EK 11.



06.1043

**T.C
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü**

SAYI:B.30.EGE.0.42.05.00/ 930
KONU : Hanife ÖZÇELİK

..23/ .03../2009

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA**

Anabilim dalınız doktora öğrencisi Hanife ÖZÇELİK'in tez konusunun "Kanser Hastasının Palyatif Bakımında Vaka Yönetimi Modelinin Hasta Sonuçlarına Etkisinin İncelenmesi" olarak belirlenmesi olarak belirlenmesi yönetim kurulumuzun 19.03.2009 tarih ve 10/20 sayılı kararı ile uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Şükran DARCAN
Müdür a.
Müdür Yardımcısı

2003/2009 S.Bil.Enst.Memur :H.E.GÖKTEPE (HG)
20/03/2009 S.Bil.Enst.Sek.V. :B.ÜNALIR (...)

Ege Üniversitesi Kampüsü 35100 Bornova /İZMİR
Tel: 342 17 45 İç Hat:2517 Fax: 342 17 45
E-mail: sagbilens@mail.ege.edu.tr

EK 12

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi

SAYI: B.30.2EGE. 0.AJ.73.01/H- 1222 - 7652
KONU:

22.06.2009

EGE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

İLGİ: 1542 sayılı ve 10.06.2009 tarihli yazınız.

Enstitünüz İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı doktora öğrencilerinden Hanife ÖZÇELİK'in "Kanser Hastasının Palyatif Bakımında Vaka Yönetimi Modelinin Hasta Sonuçlarına Etkisinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını 01 Temmuz 2009-01 Aralık 2010 tarihleri arasında İç Hastalıkları Anabilim Dalına bağlı Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi Erişkin Onkoloji Anabilim Dalında yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür. Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

Doç.Dr.Mehmet ÖZKAHYA
Başhekim Vekili

İZMİR 1 NO'LU ETİK KURULU
Bornova, İZMİR-TÜRKİYE

Sayı : B.30.2.EGE.0.20.05.00/OM/1011-877
Karar No:09-6/7

15.06.2009

Sayın
Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU
Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Kurulumuza başvurusunu yaptığınız "**Kanser Hastasının Palyatif Bakımında Vaka Yönetimi Modelinin Hasta Sonuçlarına Etkisinin İncelenmesi**" konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmaktadır.

İlgili yönetmelik gereği araştırmaya başlama bildirimiminin, bir yıllık süreyi aşması durumunda Yıllık Bildirimlerin, 7 gün içinde Ciddi Advers Olay Bildirimlerinin, bitirme tarihinin ve Sonuç Raporunun Kurulumuza sunulması ve her türlü yazışmanın araştırma tam adı/kodu, karar tarih ve sayısı bildirilerek (Etik Kurul Bilgilendirme Formu ekinde) yapılması gerekmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.



Prof. Dr. Kaan KAVAKLI
Başkan

Eki: İlgili Yerel Etik Kurul Kararı

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat, Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova/İZMİR-TÜRKİYE
Telefon : 0 232 3737881, 0 232 4441343 / 2132 – 4219, Faks : 0 232 3902134, e-mail: aetik@mail.ege.edu.tr www.aek.med.ege.edu.tr

1/1

İZMİR 1 NO'LU ETİK KURULU
ARAŞTIRMA BAŞVURUSU
ONAY BELGESİ

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat, Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova/İZMİR
Tel:0 232 390 4219 - 373 78 81 Fax: 0232 390 21 34
e-mail: aetik@mail.ege.edu.tr www.aek.ege.edu.tr


BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU					
	PROTOKOL ADI		Kanser Hastasının Palyatif Bakımında Vaka Yönetimi Modelinin Hasta Sonuçlarına Etkisinin İncelenmesi.			
	SORUMLU ARAŞTIRICI UNVANI/ ADI		Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU			
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		EÜ.Hemşirelik Yüksek Okulu, İç Hastalıkları Hemşireliği AD			
	DESTEKLEYİCİ FIRMA		-			
FAZİ		-				
DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı		Tarihi / Değişiklik No. su		Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ		11.05.2009		Türkçe	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLURU		11.05.2009		Türkçe	
	OLGU RAPOR FORMU				Türkçe	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No : 09-6/7		Tarih : 11.06.2009			
	Fakültemizde yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak Kurulumuzca incelenmiş, araştırma giderlerinin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda adı geçen araştırmaya başlanmasında etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	İYİ KLİNİK UYGULAMALAR KILAVUZU					
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeligi	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Kaan KAVAKLI Başkan	Çocuk Sağlığı Hst. ve Çocuk Kan Hst.	E.Ü.Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hst.AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Aytül ÖNAL Başkan Yardımcısı	Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Farmakoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Özdemir YARARBAŞ Üye	Genel Cerrahi	Kent Hastanesi Cerrahi Departmanı Çiğli İzmir	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Sabire KARAÇALI Üye	Genetik	E.U. Fen Fakültesi Moleküler Biyoloji Bölümü	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Suna TOKSAVUL Üye	Protetik Diş Tedavisi	E.U. Diş Hek. Fakültesi Protetik Diş Tedavisi AD	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Ulus Salih AKARCA Üye	İç Hastalıkları ve Gastroenteroloji	E.U. Tıp Fakültesi İç Hast. AD	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Canan ÇOKER Üye	Biyokimya	D.E.U. Tıp Fakültesi Biyokimya AD	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Elif ONUR Üye	Psikiyatri	D.E.U. Tıp Fakültesi Psikiyatri AD	K	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Mehmet ENGİN Üye	Elektronik Mühendisi	E.U. Mühendislik Fakültesi Elektrik-Elektronik Bölümü	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Engin ÖNEN Üye	Sosyoloji	E.U. Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	TOPLANTIYA KATILMADI
Yrd. Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN Üye	Tıp Tarihi ve Deontoloji	E.U. Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Deontoloji AD	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Dr. Hayal BOYACIOĞLU Üye	İstatistik	E.U. Fen Fakültesi İstatistik Bölümü	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Dr. Serkan ÇINARLI Üye	İdari Hukuk	E.U. Ege Meslek Yüksek Okulu	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	

Araştırma Başvurusu Onay Belgesi
29 Mayıs 2009, Versiyon No:2, İzmir 1 Nolu Etik Kurulu

ASLI GİZLİDİR
E.U.T.F. Araştırma Etik Kurulu
Başkanı

İZMİR 1 NO'LU ETİK KURULU
ARAŞTIRMA BAŞVURUSU
ONAY BELGESİ

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat, Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova/İZMİR
Tel:0 232 390 4219 - 373 78 81 Fax: 0232 390 21 34
e-mail: aetikk@mail.ege.edu.tr www.aek.ege.edu.tr

Uzm. Ecz. Ebru BEDİR Raportör	Eczacı	E.U. Tıp Fakültesi Farmakoloji AD	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Fatma BÜYÜKAKKUŞ Üye	Ziraat Mühendisi	Emekli	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	TOPLANTIYA KATILMADI

* :Araştırma ile İlişki
** :Toplantıda Bulunma

ASLI GİBİDİR
E.Ü.T.F. Araştırma Etik Kurul
Başkanı

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
(BİLİMSEL ETİK KURULU)

SAYI :2009-65
KONU :Etik Kurul Başvuru Onayı hk.

Bornova /İZMİR
28.05.2009

HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Yüksekokulumuz İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında Araş.Gör.Hanife ÖZÇELİK'in sorumluluğunda Eylül 2009 – Eylül 2010 tarihleri arasında yapılması planlanan "**Kanser Hastasının Palyatif Bakımında Vaka Yönetimi Modelinin Hasta Sonuçlarına Etkisinin İncelenmesi**" konulu araştırma 22.05.2009 tarihinde **Bilimsel Etik Kurulu** tarafından incelenmiş ve "**Araştırmanın Yürütülmesi Uygun**" bulunmuştur.

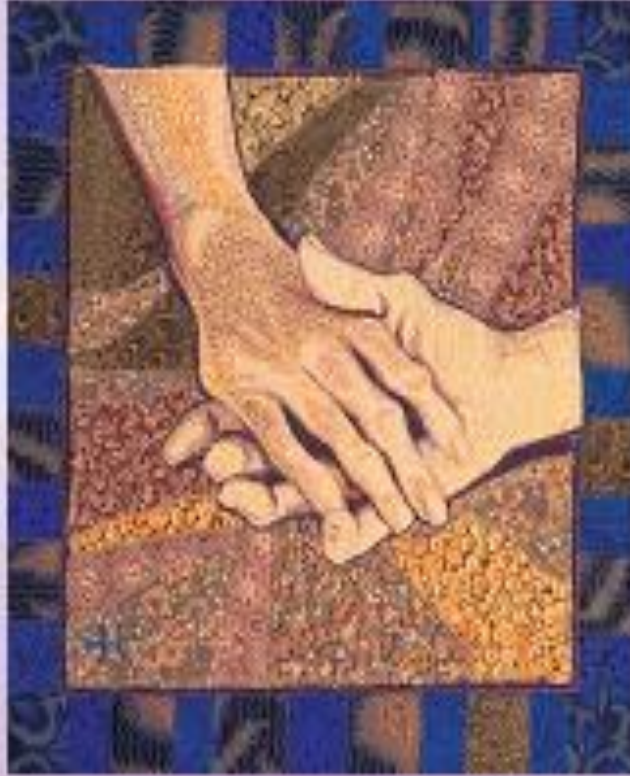
Gereğinin yapılmasını arz ederim.



Prof.Dr.Leyla KHORSHID
Bilimsel Etik Kurulu Başkanı



KANSER HASTALARI ve AİLELERİ İÇİN PALYATİF BAKIM



Araş. Gör. Hanife ÖZÇELİK
Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU
Prof. Dr. Meltem UYAR
Doç. Dr. Bülent KARABULUT



ÖZ GEÇMİŞ

1980 yılında Uşak 'ta doğdu.

İlk , orta öğrenimini ve lise öğrenimini Uşak'ta tamamladı. 1998 yılında Niğde Üniversitesi Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokul' unda lisans öğrenimine başladı. 2002 yılında Niğde Üniversitesi Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu'ndan mezun oldu. Eylül 2002 yılında Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama Hastanesinde İç Hastalıkları Kliniğinde hemşire olarak çalışmaya başladı ve aynı tarihte Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği'nde yüksek lisans programına yürütmeye başladı. Ocak 2003 yılında Niğde Üniversitesi Zübeyde Hanım Sağlık Yüksek Okulunda Araştırma Görevlisi olarak atandı. Yüksek Lisans tezini Haziran 2004 yılında başarı ile vererek "Bilim Uzmanı" ünvanını aldı. Eylül 2006 yılında Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü' nün açmış olduğu İç Hastalıkları Hemşireliğinde Doktora programına başladı ve aynı yıl Ege Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Enstitüsü kadrosunda olmak üzere E.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu'na Araştırma Görevlisi olarak atandı. 18 Eylül 2008 'de Doktora Yeterlilik, 18 Mart 2008'de Doktora Tez Önerisi sınavına girdi. Halen E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü kadrosunda Araştırma Görevlisi olarak çalışmaktadır.