

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI

**HEMŞİRELERİN KEMOTERAPİYE BAĞLI GELİŞEN
ORAL MUKOZİTE İLİŞKİN BİLGİLERİNİN SAPTANMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GÜLBAHAR KÖROĞLU

TEZ YÖNETİCİSİ
Yrd. Doç. Dr. SEVİNÇ KUTLUTÜRKAN

ANKARA
2007

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

DOKTORA /YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI

ÖĞRENCİNİN ADI ve SOYADI : SÜLBANAZ KÖROĞLU
ANABİLİM DALI : HEMŞİRELİK
SINAV TARİHİ : 08.01.2007
TEZ KONUSU : HEMŞİRELERİN KEMOTERAPİYE SAĞLIK
OKAL NÜKLEOTE İLİSKİN BİLGİLERİNİN S

KARAR

:

Yukarıda belirtilen tarihte yapılan Tez Savunma Sınavı sonucunda yukarıda konusu belirtilen tezin

Düzeltilmesine :

Kabulüne :

X

Reddine :

OYBİRLİĞİ

~~OYÇOKLUĞU~~ ile karar verilmiştir.

GEREKÇE

:

ÜYE

Prof. Dr. Nurhan Bayraktar

ÜYE

ÜYE
JÜRİ BAŞKANI

ÜYE

Prof. Dr. Serdar K.

ÜYE

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

| | <u>Sayfa No</u> |
|--|-----------------|
| KISALTMALAR DİZİNİ | iii |
| ÇİZELGELER DİZİNİ | iv |
| TABLOLAR DİZİNİ | v |
| 1-GİRİŞ | 1 |
| 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi | 1 |
| 1.2. Araştırmanın Amacı | 4 |
| 2-GENEL BİLGİLER | 5 |
| 2.1. Oral Mukozit ile İlgili Genel Bilgiler | 5 |
| 2.1.1. Kemoterapi Alan Hastalarda Oral Mukozit için Risk Faktörleri | 5 |
| 2.1.2. Oral Mukozitin Fیزیopatolojisi | 7 |
| 2.1.3. Oral Mukozitin Belirti ve Bulguları | 10 |
| 2.1.4. Oral Mukozitin Tedavisi ve Hemşirelik Bakımı | 11 |
| 3. MATERYAL VE YÖNTEM | 21 |
| 3.1. Araştırmanın Şekli | 21 |
| 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri | 21 |
| 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi | 22 |
| 3.3.1. Araştırmanın Evreni | 22 |
| 3.3.2. Araştırmanın Örneklemi | 23 |
| 3.4. Verilerin Toplanması | 23 |
| 3.4.1. Veri Toplama Araçları | 23 |
| 3.4.2. Ön Uygulama | 23 |
| 3.4.3. Veri Toplama Aracının Uygulanması | 23 |
| 3.5. Verilerin Değerlendirilmesi | 24 |
| 3.6. Araştırmanın Etik Yönü | 24 |
| 4-BULGULAR | 25 |
| 5- TARTIŞMA | 37 |

| | |
|---|----|
| 6-SONUÇ | 46 |
| 6.1. Sonuçlar | 46 |
| 6.2. Öneriler | 48 |
| ÖZET | 49 |
| İNGİLİZCE ÖZET (ABSTRACT) | 50 |
| ÖZGEÇMİŞ | 51 |
| KAYNAKLAR | 52 |
| EKLER | 62 |
| Ek-1 Soru Formu | 62 |
| Ek-2 Cevap Anahtarı | 67 |
| Ek-3 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu | 70 |
| Ek-4 Etik Kurul Onayı | 73 |
| Ek-5 İzin Yazıları | 74 |

KISALTMALAR DİZİNİ

NCI-CTC : National Cancer Institute Common Toxicity Criteria – Ulusal Kansere Enstitüsü

Genel Toksikite Kriterleri

OAG : Oral Assessment Guide – Oral Değerlendirme Rehberi

OMAS : Oral Mucositis Assessment Scale – Oral Mukozit Değerlendirme Skalası

OMI : Oral Mucositis Index – Oral Mukozit İndeksi

SB : Sağlık Bakanlığı

WCCNR : Western Consortium for Cancer Nursing Research – Kansere Hemşireliği

Araştırmaları Batı Birliği

WHO : World Health Organization-Dünya Sağlık Örgütü

ÇİZELGELER DİZİNİ

| <u>Çizelge No</u> | <u>Sayfa No</u> |
|---|------------------------|
| Çizelge 1 Oral Mukozite Yol Açan Temel Kemoterapötik Ajanlar..... | 7 |
| Çizelge 2 WHO Mukozit Skalası..... | 13 |
| Çizelge 3 NCI-CTC Kemoterapiye Bağlı Oral/Farengeal Mukozit Değerlendirme Skalası..... | 13 |
| Çizelge 4 Oral Mukoziti Önleme ve Tedavide Kullanılan Ajanlar..... | 16 |
| Çizelge 5 Ağız İçindeki Bulgulara Uygun Hemşirelik Girişimleri..... | 18 |

TABLolar DİZİNİ

| <u>Tablo No</u> | <u>Sayfa No</u> |
|---|-----------------|
| Tablo 4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri..... | 25 |
| Tablo 4.2. Hemşirelerin Oral Mukozitle İlgili Bilgi Alma Durumu ve Bilgi Kaynakları..... | 27 |
| Tablo 4.3. Hemşirelerin Oral Mukozit Hakkında Bilgi Almayı İsteme Durumu ve Bilgi Almak İsteddiği Konular..... | 28 |
| Tablo 4.4. Hemşirelerin Hastalarına Eğitim Verme Durumu ve Eğitim Konuları..... | 29 |
| Tablo 4.5. Hemşirelerin Oral Mukozite İlişkin Bilgileri..... | 30 |
| Tablo 4.6. Hemşirelerin Kemoterapiye Bağlı Gelişen Oral Mukozite İlişkin Bilgi Puan Ortalamaları..... | 31 |
| Tablo 4.7. Hemşirelerin Yaşlarına Göre Bilgi Puan Ortalamaları..... | 31 |
| Tablo 4.8. Hemşirelerin Mezun Oldukları Okula Göre Bilgi Puan Ortalamaları..... | 32 |
| Tablo 4.9. Hemşirelerin Çalışma Sürelerine Göre Bilgi Puan Ortalamaları..... | 32 |
| Tablo 4.10. Hemşirelerin Çalıştıkları Klinik ve Klinikte Çalışma Süresine Göre Bilgi Puan Ortalamaları..... | 33 |
| Tablo 4.11. Hemşirelerin Daha Önce Tıbbi Onkoloji, Hematoloji Klinikleri ve Gündüz Tedavi Ünitesinde Çalışma Durumlarına Göre Bilgi Puan Ortalamaları..... | 34 |
| Tablo 4.12. Hemşirelerin Mesleki Yayın Takip Etme Durumlarına Göre Bilgi Puan Ortalamaları..... | 34 |
| Tablo 4.13. Hemşirelerin Oral Mukozitle İlgili Bilgi Alma Durumlarına Göre Bilgi Puan Ortalamaları..... | 35 |
| Tablo 4.14. Hemşirelerin Oral Mukozitle İlgili Bilgi Almak İsteme Durumlarına Göre Bilgi Puan Ortalamaları..... | 36 |
| Tablo 4.15. Hemşirelerin Hastalarına Eğitim Verme Durumlarına Göre Bilgi Puan Ortalamaları..... | 36 |

1-GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kanser, dünyada ve ülkemizde görülme oranı giderek artan önemli bir sağlık sorunudur. Kanserlin görülme oranındaki artışın temel nedenleri arasında; kanserojen etkenlerin artması, tanı yöntemlerinin gelişmesine bağılı olarak daha çok vaka saptanması, enfeksiyon hastalıkları başta olmak üzere pek çok hastalığın kontrol altına alınması sonucu yaşam süresinin uzaması ve toplumun hastalık hakkında bilinçlenmesi sonucu sağlık kurumlarına daha çok başvurusu yer almaktadır.^{5,10,15,31,41,80,84}

Kanser 20.yy. başlarında ölüm nedeni olarak yedinci-sekizinci sıralarda yer alırken, günümüzde dünyanın pek çok ülkesinde kalp-damar hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır. Dünyada, her yıl 11 milyondan fazla kişiye kanser tanısı konmakta ve 2020 yılına kadar bu sayıya her yıl 16 milyon yeni vaka ekleneceğı düşünölmektedir. Her yıl 7 milyon kişi kanser ve kanserlin yol açtığı sorunlardan ölmektedir.⁴¹ Kansere bağılı ölüm yüzdesi son 10 yılda %3'lük bir artış göstermiştir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın 1999 yılı verilerine göre 25.942 kişide kanser saptanmış, toplam kanser insidansı yüz binde 39.41 bulunmuştur.^{68,69} 2000 yılı verilerine göre 22.000 kişide kanser saptanmıştır. 2001 yılı verilerine göre, kanser ölüm oranının %11 olarak belirlendiğı görölmektedir.⁵²

Kanserin tedavisinde; kemoterapi, radyoterapi, cerrahi, biyoterapi ve kemik iliğı transplantasyonu yöntemleri kullanılmaktadır.^{3,10,46,50,95} Kanser tedavisinde amaç; hastanın yaşam süresini uzatmak ve yaşam kalitesini arttırmaktır.^{3,10,15}

Kanserin tedavi yöntemleri arasında yer alan kemoterapide kullanılan ilaçlar, hem normal hücreleri (bağırsak ve ağız mukoza epiteli, testisin jerminalif epitelyumu, kemik iliğinin hemotopoetik hücreleri, kıl folikülü hücreleri, embriyo ve fetüs hücreleri gibi) hem de kanserli hücrelerin gelişmesi ve çoğalmasını önlemektedir. Kemoterapide normal hücrelerin etkilenmesi sonucu yan etkiler ortaya çıkabilmektedir.^{7,82} Kemoterapi alan kanserli hastalar üzerinde yapılan araştırmalarda ortaya çıkan yan etkiler arasında oral mukozit, ağızda kuruluk ve tat değışiklikleri gibi komplikasyonların en sık görölen üç oral semptom arasında yer aldığı saptanmıştır.^{19,92} Oral mukozadaki epitel hücreleri diğeri hücrelere göre daha hızlı bölünebilme

hızına sahip olması nedeniyle kemoterapinin sitotoksik etkilerinden daha fazla etkilenmektedir.³ Oral mukozit insidansı, hastanın tanısına, yaşına, oral sağlık durumuna, aldığı kemoterapinin dozuna ve sıklığına göre değişmekle birlikte kemoterapi alan hastaların %75'inde bu sorun görülmektedir.¹⁶

Oral mukozit terimi 1980'li yıllarda kemoterapiye bağlı gelişen oral mukozanın inflamasyonunu tanımlamak için kullanılmıştır.⁵⁹ Oral mukozit, kemoterapi, baş-boyun bölgesine uygulanan radyoterapi ya da kan ve kemik iliği nakli yapılan hastalarda, oral epitelde hasara bağlı gelişen akut, ağrılı ve doz sınırlanmasına neden olan bir durumdur.^{3,24}

Oral mukozit tükürük bariyerinde bozulma, epitel hücrelerde hasar ve sık ülserasyonlarla epitel dokusunun zayıflaması ile oluşmaktadır. Oral mukozit şiddetli olduğunda, mukozada hasara yol açarak fırsatçı oral enfeksiyonlar için giriş kapısı oluşturmakta, bakteriyemi, fungemi ve sepsis⁷² gibi ölümcül komplikasyonlara neden olmaktadır. Bununla birlikte narkotik kullanımını gerektiren ağrıya, çiğneme, yutma ve konuşma güçlüğüne yol açması sonucu dehidratasyon, malnütrisyon, anoreksi, kaşeksi oluşumuna katkıda bulunmaktadır. Ayrıca oral mukozite bağlı olarak bireyde huzursuzluk, sinirlilik, iče kapanıklık görülebileceği de belirtilmektedir.^{58,87}

Oral mukozit klinik ve ekonomik olarak önemli bir sorundur. Oral mukozit total parenteral beslenme ihtiyacını gerektirmesi, febril nötropenin uzun sürmesi, enfeksiyon tedavisine ihtiyaç duyulması, opioid analjezik kullanımının artması vb. nedenlerle hastanede yatma süresinin uzamasına ve maliyetin artmasına neden olmaktadır.^{64,72,78,79,86,87} Sonis ve arkadaşlarının 2001 yılında OMAS (oral mukozit değerlendirme skalası) kullanarak yaptıkları çalışmada, oral mukozit şiddetinde bir puanlık artışın hastane masraflarında 25.000 dolarlık artışa neden olduğu, şiddetli ülseratif oral mukozitin daha az şiddetli oral mukozite göre hastane maliyetini 43.000 dolar arttırdığı saptanmıştır. Ayrıca bu çalışmada 3-4. derece mukozitin hastanede kalış süresi 3-4 gün uzattığı belirlenmiştir.^{78,79} Elting ve arkadaşları tarafından 2003 yılında baş ve boyun kanseri olan hastalarda yapılan bir başka çalışmada da kemoterapiye bağlı mukozitin, maliyeti 2.949 ile 4.037 dolar arasında arttırdığı gösterilmiştir.⁷⁸ Dodd'un belirttiği gibi Smith tarafından 2001 yılında yapılan çalışmada, hastane masraflarının

bir ya da ikinci derece mukozitte 913 dolarken, üç ya da dördüncü derece mukozitte 4.500 dolara çıktığı saptanmıştır.²⁴ Ayrıca oral mukozit bireyde mortalite artışına neden olmaktadır. Hastada mukozit yoksa ya da hafif derecede ise mortalite %1 iken, şiddetli derecede mukozitte mortalite %40'a çıkabilmektedir.^{78,86}

Oral mukozitin klinik ve ekonomik olarak pek çok soruna yol açması nedeniyle gelişiminin önlenmesi, tedavisi ve bakımında hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir.^{56,83,91} Graham ve arkadaşları tarafından 1993 yılında yapılan çalışmada, oral değerlendirme skalalarının kullanılmasının, değerlendirme bulgularına göre uygun hemşirelik girişimlerinin yapılmasının oral mukozit insidansını azalttığı saptanmıştır.¹⁷ Aslan 2003 yılında yaptığı çalışmada, kemoterapiye bağlı gelişen ağızla ilgili sorunların hemşirelik bakımı ile önlenebilen sorunlar olduğunu göstermiştir.⁶ Ayrıca kemoterapi alan hastalar üzerinde yapılan çalışmalarda kemoterapi ve yan etkileri konusunda yeterince bilgilendirilmeyen hastaların semptom kontrolünde başarısız oldukları, aldıkları tedavinin yan etkilerini daha şiddetli yaşadıkları, kontrol edilemeyen semptomlar sonucu hastanın yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği gösterilmiştir.^{6,14,28,29,47}

Sağlık ekibinin önemli bir parçası olan hemşirelerin oral mukozite ilişkin bilgilerini alanda yapılan çalışma bulgularından yararlanarak güncelleştirmeleri ve verdikleri bakımı uygulamalarına yansıtmaları gerekmektedir. Hemşireler oral mukoziti olan hastaya, istedik bir bakım verebilmek için mukozitin fizyopatolojisini, risk faktörlerini, fiziksel, psikososyal ve ekonomik etkilerini, değerlendirme sistemlerini, oral bakım uygulamalarını bilmelidirler.⁴³ Hemşirelerin oral mukozite ilişkin bilgi ve uygulamalarının yetersiz olması, bireyin kemoterapi sürecinde daha fazla sorunla karşılaşmasına neden olur. Bireyin oral mukozite bağlı sorunlar yaşamasının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyeceği düşünülmektedir.

Hemşirelerin kemoterapiye bağlı gelişen oral mukozite ilişkin bilgilerinin saptanmasının, bu konudaki bilgi gereksinimlerini ortaya çıkararak oral mukoziti olan hastada istedik bakımın gerçekleştirilmesinde yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, hemşirelerin kemoterapiye bağlı gelişen oral mukozite ilişkin bilgilerini saptamak amacıyla yapılmıştır.

2-GENEL BİLGİLER

2.1. Oral Mukozit ile İlgili Genel Bilgiler

Kemoterapi; kanserin gelişimini yavaşlatmak, yayılımını engellemek ve kanserin neden olabileceği semptomları hafifletmek amacıyla ilaçların kullanılmasıdır. Bu ilaçlar oral, intramüsküler, subkutan, intraarteriyel, intraplevral, intratümör, intrakistik, intravenöz infüzyon şeklinde uygulanabilir.³²

Kemoterapi sistemik bir tedavi olduğundan, kemoterapötik ilaçlar sadece tümör hücrelerini tahrip etmeyip, normal hücreleri de etkilemektedir. Kemik iliği, gastrointestinal sistem mukozası, saç folikül hücreleri hızla çoğalan hücreler olduğundan kemoterapiden daha fazla etkilenirler.^{3,53} Kemoterapiye bağlı yan etkiler, ilaçların özelliklerine bağlı olarak değişmekle birlikte bulantı-kusma, konstipasyon-diyare, iştahsızlık, kemik iliği baskılanması, saç dökülmesi, oral mukozit, yorgunluk, halsizlik, cilt reaksiyonları, emosyonel değişiklikler, nörolojik ve cinsel sorunlar şeklinde görülmektedir.⁸² Kemoterapi alan kanserli hastalar üzerinde yapılan çalışmalarda, oral mukozit ağızda kuruluk ve tat değişiklikleri gibi oral komplikasyonlar kanserli hastalarda en sık görülen üç semptom arasında bulunmuştur.^{19,92} Kemoterapi, oral mukoza hücrelerinin büyüme ve olgunlaşmasını baskılayarak ağız ve boğazdaki primer mukozal bariyeri bozmaktadır.^{26,87}

Oral mukozit, stomatotoksik kemoterapi, baş-boyun bölgesine radyoterapi uygulaması, kan ve kemik iliği nakli yapılan bir çok hastada, oral epitelde hasara bağlı gelişen ağrılı ve doz sınırlamaya neden olan bir durumdur.^{24,59,75}

2.1.1. Kemoterapi Alan Hastalarda Oral Mukozit için Risk Faktörleri

Oral mukozit oluşmasında majör risk faktörleri arasında yaş, ağız sağlığı, beslenme durumu, tümörün türü, sigara ve alkol kullanımı, tedavi süresince ve tedaviden önceki nötrofil sayısı ve tedaviye bağlı nedenler yer almaktadır.⁵⁹

Yaş: Genel olarak çok genç ve çok yaşlı hastalarda mukozit gelişme riski daha yüksektir. Çok genç hastalarda, epitelyal bölünme hızının yüksek olması ve daha fazla epitelyal büyüme faktörü reseptörü olması nedeniyle oral mukoza hücreleri kemoterapiden

daha fazla etkilenir. Yaşlılarda, renal fonksiyonlarda azalma mukozit gelişimine katkıda bulunur.⁴⁵ Bununla birlikte hücre yenilenmesi yavaşladığından oral mukozitin iyileşmesi geç olur.^{27,59}

Ağız Sağlığı: Oral hijyenin kötü olması, periodontal hastalığın olması enfeksiyon ve kanamaya neden olarak, oral mukozit gelişme insidansının artmasına neden olmaktadır.^{18,23,27,54,74} Dental protezlerin onarılması, periodontal hastalıkların eliminasyonu, rahatsız eden dişlerin çekilmesi, tedavi süresince etkili oral hijyenin şiddetli mukozit insidansını azalttığı saptanmıştır.⁵⁹

Beslenme: Protein ve kalori malnütrisyonu, vitamin eksikliği ve dehidratasyon hastanın mukozal rejenerasyonunu engelleyerek oral mukozit riskini artırır.^{33,59}

Tümörün Türü: Kemoterapiye bağlı mukozit, hematolojik maligniteli hastalarda, kemik iliği baskılanmasının daha şiddetli ve uzun sürmesi nedeniyle solid tümörlü hastalara göre daha yaygındır.^{24,33,59}

Sigara ve Alkol: Sigara ve alkol kullanımı oral mukozayı irrite eder, periodontal hastalık oluşmasını sağlar ve oral mukozit riskini artırır.²⁷

Nötrofil Sayısı: Nötrofil sayısının <3000-4000 hücre/mm³ olması oral mukozit riskini artırır.^{27,59,94}

Tedaviye bağlı nedenler: Kanser hastalarında antidepresan ilaçlar sıklıkla kullanılır. Bu ilaçların anti-kolinergik etkileri ağız kuruluşuna neden olarak mukozit gelişimini hızlandırır.^{27,59}

Kemoterapi sayısı ve daha önceki kemoterapide mukozit oluşması, DNA sentezini etkileyen kemoteropötik ilaç kullanımı, yüksek doz ve uzun süreli infüzyon ile kemoterapi ve radyoterapinin birlikte uygulanması, kemoterapinin dozu, şiddeti, sıklığı ve süresi oral mukozit riskini artırır.^{24,59}

Kemoteropötik ilaçlar arasında; 5-Fluorourasil, Adriamycin, Actinomycin, Bleomycin, Methotrexate ve Etoposide gibi bazı kemoteropötik ilaçlar tükürüğe salınarak direkt mukozit riskini artırır.^{37,59,72,78} Özellikle Fluorourasil ve Cisplatin tedavisi alan

hastalarda yapılan bir çalışmada %90 oranında mukozit geliştiği saptanmıştır. Oral mukozite yol açan temel kemoteropötik ilaçlar Çizelge 1’de gösterilmiştir.

Çizelge 1: Oral Mukozite Yol Açan Temel Kemoteropötik İlaçlar^{24,33,72,76,78}

| Alkali ajanlar | Antrasiklinler | Antibiyotikler | Antimetabolitler | Taxanes | Vinca Alkaloidleri |
|------------------|----------------|----------------|----------------------|------------|--------------------|
| Busulfan | Daunorubicin | Actinomycin D | Cytosine arabinoside | Docetaxel | Vinblastine |
| Carboplatin | Doxorubicin | Amsacrine | Cytarabine | Paclitaxel | Vincristine |
| Cisplatin | Epirubicin | Bleomycin | 5-Fluorourasil | | Vinorelbine |
| Cyclophosphamide | Idarubicin | Mithromycin | Hydroxyurea | | Etoposide |
| Ifosfamide | | Mitomycin | Methotrexate | | |
| Mechlorethamine | | | 6-Mercaptopurine | | |
| Procarbazine | | | 6-Thioguanine | | |
| Melphalan | | | | | |
| Thiotepa | | | | | |

Kemoterapi alan hastalarda oral mukozit riskini arttıran diğer nedenler arasında; taşipne, ağızdan solunum, oksijen tedavisi, ortodontik band ve teller yer almaktadır.^{27,54}

2.1.2. Oral Mukozitin Fizyopatolojisi

Oral mukoza, dudak ve orafarenksten mukokutanöz bir hatla ayrılan skuamöz nonkeratinize epitelden oluşur. Bakteriyel, fungal ve viral enfeksiyonlara karşı ilk savunma hattını oluştururlar.³³ Bu hücrelerin yaşam süreleri bir haftadan kısa ve proliferasyon hızları yüksek olduğundan sitotoksik kemoterapiden daha fazla etkilenirler.⁵⁸

Normal oral florada gram pozitif ve gram negatif bakteri, mantar ve virüsler bulunur.³³ Oral mukozanın epitel hücrelerinde bulunan bu endojen patojenler immün sistemi baskılanan hastalarda fırsatçı enfeksiyonlara neden olabilirler.⁵⁸

Ülseratif ve inflamatuvar değişiklikler, ağız duvarının nonkeratinize epitelle kaplı olan bilateral yanak mukozası, dudakların iç kısmı, ağız duvarı, dilin yan ve alt yüzeyi, yumuşak damak gibi alanlarda daha sık görülür.^{24,58,73,89} Diş etleri, dilin dorsal yüzeyi sert damak gibi hücrelerin daha yavaş bölünme hızına sahip oldukları alanlar kemoterapiden daha az etkilenirler.²⁴

Kemoterapiye bağlı oluşan oral mukozit kemoterapinin mukozal hücrelerin proliferasyonunu bozmasıyla direkt olarak ve kemoterapiye bağlı oluşan kemik iliği baskılanması sonucu indirekt olarak oluşur.⁵⁸ Kemoterapinin direkt etkisi sonucu oluşan oral mukozit, tedavi başlangıcından 7-10 gün sonra görülür ve tedaviden sonra 2-3 hafta devam eder. Kemik iliği baskılanmasına bağlı oluşan indirekt oral mukozit, tedaviden 10-14 gün sonra ve beyaz kan hücrelerinin azalmasıyla birlikte oluşur.⁶¹

Sonis mukozitin birbirini izleyen 4 fazda oluştuğunu ileri sürmüştür. Her faz birbiriyle ilişkilidir.⁷²

Faz I-İlk faz/vasküler faz: Kanser tedavisinden kısa bir süre sonra oluşan inflamatuvar ya da vasküler fazdır. ROS (Reactive Oxygen Species-Reaktif Oksijen Parçaları) epitel hücrelerde normal hücre metabolizmasını bozmaktadır. ROS yara meydana geldiğinde hasar riskini arttırmaktadır. Aynı zamanda TNF-a (Tümör Nekrozis Faktör-a), IL-1 (İnterlökin-1), IL-1b ve IL-6'yı içeren sitokinler salgılanmaktadır. Bununla birlikte oral mukozitin patogenezinde immün sistemin rolü açık değildir.^{24,76,77}

Bu faz süresince yanak mukozasındaki hücreler (epitelyal, endotelyal ve konnektif doku hücreleri); serbest radikaller, değiştirilmiş proteinler, IL-1b dahil proinflamatuvar sitokinler, prostaglandinler ve TNF salgılamaktadırlar. Bu inflamatuvar mediyatörler direkt ve indirekt etkiyle damar permeabilitesini ve sitotoksik ilaçların oral mukoza tarafından alınımını arttırmaktadırlar.⁵⁹

TNF, doku hasarına yol açarak mukozit oluşumunu başlatmakta ve hızlandırmaktadır. IL-1 subepitelyal vaskülariteyi artırarak inflamasyona yol açmaktadır. Kemoterapiyle birlikte radyoterapi uygulanması doku cevabını şiddetlendirerek sitokinlerin salınımını arttırmakta ve uzatmaktadır.⁷⁴

Faz II-Epityyal faz: Bu fazda kemoterapi ya da radyoterapi oral mukozadaki hücrelerin bölünme hızını ve yenilenmesini yavaşlatarak epitel hasara yol açmaktadır. Bu, kemoterapi başlangıcından 3-4 gün sonra vasküleritede artma ve epitelyal atrofi ile sonuçlanmaktadır. Bu aşamada konuşma, çiğneme ve yutkunma ile mikrotravmanın artması sonucu ülserasyon oluşmaktadır.⁵⁹

Epityyal faz ülseratif lezyon oluşmasında en önemli süreçtir. Bu fazda epitelyum seviyesinde ve tüm dokularda biyolojik sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Mukozal alanda genel değişiklikler görülmektedir.²⁴

Faz III-Ülseratif/bakteriyel faz (Psödomembranöz faz): Epityyal hasar bir hafta içinde ülseratif fazla sonuçlanmaktadır. Epitelin zarar görmesi ve şiddetli eksudasyon, psödomembran ve ülser oluşmasına neden olmaktadır. Bu fazda gram negatif organizmalar ve mantarlar gibi mikrobiyal kolonizasyonlar mukozal yüzeye hasar vermekte, nötropeni bu durumu daha da kötüleştirmektedir.^{33,58,72,74}

Ülseratif faz semptomların en yoğun olduğu biyolojik olarak kompleks bir fazdır ve hasta bu faz süresince oral mukozadaki değişiklikleri hissetmektedir. Beyaz kan hücrelerinin sayısının azalmasıyla ülserasyonun seviyesi artmaktadır. Bakteriyel kolonizasyon oluşmakta, bakteriyemi ve sepsis gibi sistemik enfeksiyon riski artmaktadır.²⁴

Faz IV-İyileşme fazı: Bu faz epitelyal proliferasyon hızına, hematopoetik iyileşmeye, lokal mikrobiyal floranın tekrar oluşmasıyla birlikte yara iyileşmesini engelleyen enfeksiyon ve mekanik travmanın yokluğuna bağlıdır. Bu faz genellikle 10-12. günleri kapsamaktadır.^{24,59}

İlk olarak hücreler çoğalarak ve farklılaşarak epitelyumu onarmaktadır. Periferik kan hücreleri normale dönmekte ve bakteriyel florayı kontrol altına almaktadır.⁷⁴ Bu faz süresince hücreler normal görülmeyle birlikte moleküler ve hücresel seviyede değişiklikler meydana gelmektedir.²⁴

2.1.3. Oral Mukozitin Belirti ve Bulguları

Mukozit ağızdan, anüse kadar uzanan kanal boyunca görülebilen toksik inflamatuvar bir reaksiyondur. Tipik olarak eritamatöz, yanık benzeri, fokal ya da diffüz ülseratif lezyonlar olarak karşımıza çıkmaktadır.^{67,88,89,95}

Oral mukozitte, oral kavitede, dudaklar, dil, diş etleri ve diğer alanlarda renk, nem, hijyen, mukozal bütünlükte değişiklikler olmaktadır.

Ağız içindeki renk değişiklikleri; eritem, beyaz alanlar, kızarıklık, renksiz lezyonlar ve ülserlerdir.

Nem değişiklikleri; tükürükteki değişiklikler, sekresyonun yoğunluğunda azalma ya da artmadır.

Hijyenik değişiklikler debris (ağız içindeki ölü doku parçaları), ağız kokusu, dişlerde renk değişikliğidir.

Mukozal bütünlükteki değişiklikler ise mukozada çatlak, ülser ve kesiklerdir.^{14,23,64,81}

Oral mukoziti olan hastanın karşılaştığı sorunlardan biri enfeksiyondur. Bakteriyel, viral ve fungal enfeksiyon belirtilerinin erken önemde tanınması uygun girişimin planlanması için önemlidir.

Bakteriyel enfeksiyonda bej renkli, kabarık, parlak, non pürülan, bulaşıcı, ağrılı, tabanı kırmızı renkte yüzeysel erozyon ve ülserasyonlar görülmektedir.

Viral enfeksiyonda krater formunda, sınırları belirli, yüksek ve beyaz kenarlı ülserler görülmektedir. Lezyonlar hassas, kırmızı renklidir. Bazıları gri, beyaz psödomembran içermektedir.

Fungal enfeksiyonlar arasında kanser hastalarında en çok görülen Candida enfeksiyonunda ağızda mukozal eritem, beyaz plaklar, ülserler görülmekte, ağızda yanma ve tat değişiklikleri olmaktadır. Enfeksiyon özefagus boyunca yayılarak disfajiye ve nötropenik hastalarda sistemik enfeksiyona neden olmaktadır.⁷³

2.1.4. Oral Mukozitin Tedavisi ve Hemşirelik Bakımı

Kemoterapi planlanan hastalara ilk olarak oral değerlendirme yapılmalıdır. Oral değerlendirme, oral lezyonları erken dönemde tespit edebilmek için tedavi süresince sürdürülmelidir. Oral değerlendirmenin aşağıda verilen basamaklar doğrultusunda yapılması önerilmektedir.³³

A. Hastanın hikayesinin alınması

1. Başlangıç semptomlarının belirlenmesi
2. Spesifik risk faktörlerinin belirlenmesi
3. Aldığı tedavilerin belirlenmesi

B. Fiziksel inceleme

1. Kemoterapiden önce başlamalı ve düzenli devam etmelidir.
2. Kemoterapiden önce oral inceleme yapılması
3. Değerlendirmenin sıklığının belirlenmesi. (Yüksek riskli hastaları günde en az bir kez değerlendirilmeli)
4. Araç ve gereçler: Işık kaynağı, abeslang, nonsteril eldiven, gazlı bez, dental ayna sağlanması
5. Sistemik olarak ışık ile renk, nem, temizlik, bütünlük ve algının değerlendirilmesi
 - a) Dudakların dıştan gözlenmesi
 - b) Alt dudağı çekip, üst dudağı kaldırıp dişlerin ve dişetlerinin gözlenmesi
 - c) Parmakla yanakların iç kısımlarının incelenmesi
 - d) Tükürüğün miktarı ve kalitesine dikkat edilmesi
 - e) Dilin alt ve üst yüzeyinin incelenmesi
 - f) Gazlı bezle tutarak dilin dışarı çıkarılması ve yan yüzeylerinin gözlenmesi
 - g) Abeslangla dili yavaşça bastırarak orofarinks ve uvulanın gözlenmesi
 - h) Tat değişikliği, yeme ve çiğneme güçlüğü, ses ve hastanın rahatlığında değişiklik olup olmadığının sorulması
 - ı) Derecelendirme ve değerlendirme araçlarının kullanılması
 - (1) Mukozitin ciddiyetinin belirlenmesi

(2) Tedavinin etkisinin değerlendirilmesi

(3) Diğer klinisyenlerle açık iletişim kurulması

C. Diagnostik testler

1. Enfeksiyonu ve organizmayı tespit etmek için oral lezyonlardan kültür alınması

2. Kan değerlerinin kontrol edilmesi

a) Şiddetli nötropeni (mutlak nötrofil sayısı < 500/mm³) enfeksiyon riskini

arttıracığından dikkat edilmesi

b) Trombosit sayısı < 50.000/mm³ olan hastalar kanama yönünden riskli olduklarından dikkat edilmesi⁵⁴

D. Yaşam kalitesine etkisi

1. Konfor düzeyi

2. Yiyecek ve sıvı alımı

3. İletişim

4. Uyku ve dinlenme alışkanlıklarının belirlenmesi

Oral mukoziti derecelendirmek için kullanılan çeşitli derecelendirme skalaları bulunmaktadır. Uygun derecelendirme oral mukoziti ve girişimlerin etkinliğini değerlendirmek için önemlidir. En çok kullanılan derecelendirme skalaları WHO (World Health Organization-Dünya Sağlık Örgütü) ve NCI-CTC (National Cancer Institute-Common Toxicity Criteria-Ulusal Kanser Enstitüsü Genel Toksikite Kriterleri)'dir.^{73,76}

WHO (World Health Organization-Dünya Sağlık Örgütü) Mukozit Skalası (WHO 1979): Bu skala sistemi klinikte mukozitin derecelendirmesinde rutin olarak kullanılmaktadır. Objektif (eritem, ülserasyon vb.), subjektif (oral ağrı vb.), fonksiyonel (hastanın yeme kabiliyeti vb.) değerlendirme kriterleri vardır.⁷³ Skala oral mukoziti 0-4 arasında derecelendirmektedir. Hastada semptom yoksa derecesi 0'dır. Ağrısız ülser, ödem ya da hafif acı varsa derecesi 1'dir. Ağrılı eritem, ödem ya da ülser varsa ama oral beslenebiliyorsa derecesi 2'dir. Ağrılı eritem, ödem ya da ülser varsa ama oral beslenemiyorsa derecesi 3'dür. Eğer bu durum parenteral ya da enteral destek gerektiriyorsa derecesi 4'dür.⁵⁹ Skala Çizelge 2'de görülmektedir.

Çizelge 2: WHO mukozit skalası (WHO 1979)^{73*}

| Derece | Klinik Özellikler |
|--------|---|
| 0 | - |
| 1 | Hassasiyet/eritem |
| 2 | Eritem, ülserler ama katı gıdalar yiyebilir |
| 3 | Ülserler ama sıvı diyet gerekir |
| 4 | Oral beslenme mümkün değildir |

* SCULLY, C., EPSTEIN, J., SONIS, S., *Oral Mucositis: A Challenging Complication of Radiotherapy, Chemotherapy and Radiochemotherapy. Part 2: Diagnosis and Management of Mucositis, Head & Neck, January, 77-84, (2004)*

NCI-CTC (National Cancer Institute-Common Toxicity Criteria-Ulusal Kanser Enstitüsü Genel Toksikite Kriterleri) Kemoterapite Bağlı Oral/Farengal Mukozit Değerlendirme Skalası: Bu skala oral mukoziti 1'den 4'e kadar derecelendirmektedir. Skala aşağıda görülmektedir (Çizelge 3).

Çizelge 3: NCI-CTC Kemoterapiye Bağlı Oral/Farengal Mukozit Değerlendirme Skalası^{73*}

| Derece | Klinik Özellikler |
|--------------------|--|
| 0 | - |
| 1 (Hafif) | Ağrısız ülserler, eritem, hafif hassasiyet |
| 2 (Orta) | Ağrılı eritem, ödem, ülserler ama yeme ve yutkunma var |
| 3 (Şiddetli) | Ağrılı eritem, ödem, ülserler, IV hidrasyon ihtiyacı |
| 4 (Hayati tehlike) | Şiddetli ülserasyon, parenteral ya da enteral beslenme desteği, profilaktik entübasyon |
| 5 (Ölüm) | Toksositeye bağlı ölüm |

* SCULLY, C., EPSTEIN, J., SONIS, S., *Oral Mucositis: A Challenging Complication of Radiotherapy, Chemotherapy and Radiochemotherapy. Part 2: Diagnosis and Management of Mucositis, Head & Neck, January, 77-84, (2004)*

Oral mukoziti değerlendirmek için daha az sıklıkla kullanılan diğer derecelendirme sistemleri aşağıda yer almaktadır:

OAG (Oral Assesment Guide-Oral Değerlendirme Rehberi): Mukoziti değerlendirmek için kullanılan bir araçtır. Kemoterapi/radyoterapiye bağlı sekonder oral mukozitin değerlendirilmesinde, farklı oral bakım protokollerinin etkilerinin karşılaştırılmasında ve oral mukozite sekonder oluşan sorunların bireysel risk faktörlerini belirlemede kullanılmaktadır. OAG, 8 bölümden oluşmakta ve her bölüm 1'den 3'e kadar derecelendirilmektedir.^{17,59,73}

OMAS (Oral Mucositis Assesment Scale-Oral Mukozit Değerlendirme Skalası): Yeni uluslararası bir derecelendirme sistemidir. Kemoterapi ya da radyoterapiye bağlı gelişen oral mukoziti değerlendirmede yaygın olarak kullanılmaktadır. OMAS 9 bölümden oluşmaktadır. Ülser ve eritemli alanları değerlendirmektedir. Ülser yoksa 0, alan 1 cm²den küçükse 1, alan 1-2 cm² arasındaysa 2, alan 3 cm²den büyükse 3 olarak derecelendirilmektedir. Aynı şekilde, eritemin şiddeti de 0-2 arasında derecelendirilmektedir. Eritem yoksa 0, şiddetli eritem yoksa 1, şiddetli eritem varsa 2 olarak derecelendirilmektedir. OMAS derecelendirme sistemindeki en kritik nokta NCI-CTC ve WHO derecelendirme sistemlerine göre daha detaylı olduğu için deneyimli kişiler tarafından kullanılması önerilmektedir.^{59,73}

OMI (Oral Mucositis Index- Oral Mukozit İndeksi): Oral mukozadaki hasarı objektif olarak değerlendirmektedir. Alt ve üst dudak mukozası, sağ ve sol yanak mukozası, dilin dorsal, ventral ve lateral yüzleri, ağız duvarı ve yumuşak damağı kapsayan 9 anatomik alanda atrofi, eritem, ödem ve ülserden oluşan 4 değişikliği değerlendirmektedir. Oral hasarın derecesini iyi bir şekilde yansıtmakla birlikte bu skalada subjektif ve fonksiyonel değerlendirmenin eksik olduğu belirtilmektedir.^{24,55}

WCCNR (Western Consortium for Cancer Nursing Research-Kanser Hemşireliği Araştırmaları Batı Birliği) Mukozit Skorlama Sistemi: Onkoloji hemşireleri tarafından mukoziti değerlendirmek için geliştirilen skorlama sistemlerinden birisi olduğu

belirtilmektedir. WCCNR mukozit skorlama sisteminde lezyon, renk ve kanama 0-4 arasında derecelendirilerek değerlendirilmektedir.⁷³

Oral mukoza değerlendirdikten sonra uygun tedavi ve bakımın planlanması gerekmektedir. Uygun tedavi ve bakım mukozite bağlı sorunları ve morbiditeyi azaltmaktadır.²⁷ Oral mukozitin tedavi ve bakımında öncelikli olarak, oral mukozayı nemlendirmek ve ağız içindeki ölü dokuları uzaklaştırmak için temel girişim gargara yapılmasıdır. Ağız gargaraları ölü dokuları temizlemekte, ağız içini nemlendirmekte, kabuk tutmasını önlemekte, yaralı damak ve dokuların ağrısını gidermektedir. Ağızın sık sık yıkanması, bakterilerin ve ölü doku parçacıklarının ağız içinde birikmelerini önlemektedir.⁸⁹

Kemoterapiye bağlı oral mukozitin önleme ve tedavisinde en sık kullanılan gargaralar aşağıda yer almaktadır:

Sodyum Klorit %0.9 (Salin): Sodyum klorit granülasyon dokusunun oluşmasına ve iyileşmenin artmasına yardımcı olmaktadır. Mukozaya en az hasar veren etkili bir solüsyondür. Bu solüsyon ekonomik ve kolay bulunabilir olması nedeniyle avantajlıdır.^{58,60,89}

Hidrojen Peroksit: Antibakteriyel etkilidir. Kabuklu lezyonların yumuşak debrütmanında kullanılmaktadır. Bakteriostatik ve hemostatik etkisi vardır. Mukoza bütünlüğü bozulmuş hastalarda kullanılmaması önerilmektedir.^{58,89} Fibroblast fonksiyonuyla ilişkili olarak yara iyileşmesini engelleme ve irritasyona neden olmaktadır. Ayrıca bu solüsyon ağrı, mide bulantısı ve ağızda kuruluğuna neden olmaktadır. Solüsyonun rutin olarak kullanımı önerilmemektedir.⁵⁴

Klorheksidin: Geniş spektrumlu topikal antibakteriyeldir.³⁰ Antibakteriyel etkisi 12 saat sürmektedir. Solüsyonun içeriğinde %9.6 oranında alkol olması nedeniyle kötü tat, yanma ve ağrıya neden olabilmektedir. Uzun süreli kullanımda dişlerde kahverengi lekeler oluşmaktadır. Klorheksidin nystatin ile birlikte kullanılacaksa, her iki solüsyon uygulaması arasında bir saat süre olması gerektiği belirtilmektedir.^{10,58,60,89}

Sodyum Bikarbonat: Ağız temizleme, ağrıyı ve kokuyu azaltma, asiti tampon etme ve mukozayı yumuşatma özelliklerine sahiptir. Bununla birlikte hastalar kötü

tadı olduğunu bildirmektedirler. Sodyum bikarbonat ağız florasını bozup alkali ortam yaratarak bakterilerin üremesine neden olmasına rağmen klinik uygulamada hala kullanılmaya devam edilmektedir.^{10,58,60,89}

Oral mukoziti önleme ve tedavide kullanılan diğer ajanlar ise Çizelge 4’de yer almaktadır:

Çizelge 4: Oral Mukoziti Önleme ve Tedavide Kullanılan Ajanlar^{9,27,34,59,72,87}

| AJANLAR | | |
|--|--|--|
| Analjezik ve Narkotikler: <ul style="list-style-type: none"> • Benzydamine • Benzococaine gel • Diphenhydramine • Doxepin Rinse • Lidocain jelly | Mukozayı kaplayan ajanlar: <ul style="list-style-type: none"> • Gelclair • Sucraphate | Hücre koruyucu ajanlar: <ul style="list-style-type: none"> • Amifostine • Leucovorin • Lysopyline • Pentoxifylline |
| Antikolinergik ajanlar: <ul style="list-style-type: none"> • Atropine • Pilocarpine | Kaplayıcı ajanlar: <ul style="list-style-type: none"> • Kaolin-Pectin • Sucraphate | Steroidler: <ul style="list-style-type: none"> • Betamethasone |
| Büyüme faktörleri: <ul style="list-style-type: none"> • G-CSF • GM-CSF • IL-11 • KGF • TGF-Beta3 | Emilmeyen antibiyotikler: <ul style="list-style-type: none"> • Tobramycin • Polymysin • Amphotericin • Clarithromycin | Antiinflatuar ajanlar: <ul style="list-style-type: none"> • İndomethacin • Polaprezin • Azelastine • Prostaglandins |
| Antioksidanlar: <ul style="list-style-type: none"> • Beta Carotene • Vitamin E • Vitamin C • Citric Acid | Antiseptikler: <ul style="list-style-type: none"> • Hydrojen Perokside • Chlorhexidine • Povidon iyot | Diğerleri: <ul style="list-style-type: none"> • Kamomil • İmmunoglobulin • Iseganan • Düşük düzey lazer terapi • Melatonin • Mesalazine • Propantheline • Tetraklorodekoksit • Traumeel S • Buz parçaları |

Hastanın oral mukozite bağı ağrısı olduğunda sistemik analjezikler ile nonsteroid ajanlar ve diğer nonopiooidler kullanılmaktadır. Hastanın ağrısı şiddetliyse morfin ve hidromorfin gibi opiooidler ile kombine edilebilmektedir. Bireyin semptomatik rahatlama için topikal olarak lidocain, dyclonine ya da diphenhydramine gibi anestetik ajanlar verilmektedir.⁷³

Oral mukozite bağı kanaması olan hastalarda, lokal olarak soğuk su ile gargara ya da soğuk su ile ıslatılmış gazlı bezle basınç yapılabilmektedir. Topikal hemostatik ajanlar (trombin vb.), topikal vazokonstriktör (epinefrin ya da buz parçaları), traneksamid asit ile gargara kullanılabilmektedir. Ciddi kanamalarda sistemik olarak trombosit transfüzyonu yapılabilmektedir.^{33,54}

Oral mukozitin yol açtığı diğer önemli bir sorun da oral enfeksiyonlardır. Özellikle Candida ve Herpes Simplex virüs enfeksiyonları kanser tedavisi sonrasında yaygın bir şekilde görülmektedir. Nötropenik hastalarda septisemi vakalarının %25-50'si oral enfeksiyonlardan kaynaklanmaktadır. Özellikle α -hemolytic streptococci, candida türleri ve gram negatif bakteriler sepsise yol açabilmektedir. Bu risklere rağmen profilaktik antibakteriyal kullanımı yaygın değildir. Miyeloablasyon riski yüksek hastalarda antifungal ve antiviral profilaksi yaygın olarak kullanılmaktadır.⁷³ Antifungal profilaksi, remisyon-indüksiyon kemoterapisi alan solid tümör, lenfoma ya da lösemili hastalara önerilmektedir. Fluconazole ve chlorhexidin ile gargara candidiasisi azaltmada etkilidir. Aciclovir ve valacyclovir HSV (Herpes Simplex Virüs) ve VZV (Varicella Zoster Virüs) enfeksiyonları için en yaygın kullanılan antiviral ajanlardır. Brivudin, famciclovir, penciclovir, bravavir, foscarnet gibi yeni ajanlar aciclovire dirençli HSV enfeksiyonlarında kullanılmaktadır.⁷³

Oral mukoziti olan hastada beslenme tedavide hastanın rahatlığı açısından önemlidir. Ağız kuruluğu, disfaji, mukozit, tat değişiklikleri gibi oral sorunlarda besinleri püre ya da sıvı hale getirmek, sos ve yemek suları eklemek, hastanın sevdiği yiyecekleri hazırlamak gerekmektedir. Sert, pürüzlü, irrite edici gıdalardan kaçınılmalı, kırmızı et yerine, balık, tavuk, yumurta ve peynir verilmelidir. Hasta;^{17,27,87,89}

- Yavaş yemek yemeli,
- Yiyecekleri küçük parçalara bölmeli ve tamamen çiğnemeli,

- Az ve sık yemek yemeli,
- Sıcak yiyecek ve içeceklerden kaçınmalı. Besinler ılık ya da oda sıcaklığında olmalı,
- Patates cipsi, fındık, kraker gibi kuru yiyeceklerden kaçınmalı,
- Genellikle yumuşak yiyecekler tercih etmelidir. Örn: Pirzola et, meyveler ve sebzeler vb.
- Sıvı gıda alırken pipet kullanmalı,
- Domates, üzüm, elma, portakal, greyfurt gibi asitli meyveler, alkol ve sigaradan kaçınmalı,
- Ağız kuruluşundan şikayet ediyorsa yemeklerden önce ve sonra ağızını su ile durulamalı, şekersiz sakız çiğnemeli,
- Baharatlı, tuzlu, acı gıdalardan kaçınmalı,
- Ağrı varsa yemeklerden önce topikal analjezik kullanmalı,
- Yemeklerden sonra gargara yapmalıdır.

Oral mukozitte planlı tedaviyle birlikte bakım önemli yer tutmaktadır.

Aşağıda Çizelge 5’de ağız içindeki bulgulara uygun hemşirelik girişimleri verilmiştir.

Çizelge 5: Ağız İçindeki Bulgulara Uygun Hemşirelik Girişimleri ^{17, 26,27,33,43,54,58,59,62,73,87,89}

| Ağız İçindeki Bulgular | Hemşirelik Girişimleri |
|---|---|
| <p>Ağız sağlıklı görünümde</p> <ul style="list-style-type: none"> -Renk normal, pembe -Lezyon, kanama yok -Mukoza nemli, ödem ve enfeksiyon yok -Yeme ya da içmede problem yok -Ağızda rahatsızlık yok | <ul style="list-style-type: none"> -Oral mukozaya günlük olarak değerlendirilir. -Ağız sağlığını olumsuz etkileyecek sorunlar tespit edilerek tedavi öncesi giderilir. -Hastanın her yemekten sonra ve yatmadan önce dişlerini yumuşak, kuru diş fırçası ve floridli diş macunu ile fırçalaması sağlanır. -Hastanın diş fırçalamadan sonra gargara yapması sağlanır. -Hastanın diş ipi kullanması sağlanır. -Hasta protez kullanıyorsa, ağız bakımından sonra protezler çıkarılıp temizlenir. Protezler gece temizleme solüsyonunda bırakılır. Bakteri üremesini engellemek için solüsyon her gün değiştirilir. -Dudaklara nemlendirici uygulanır. -Sigara ve alkol kullanılmaması ve beslenme konusunda bilgilendirilir. |

Çizelge 5'in devamı

| Ağız İçindeki Bulgular | Hemşirelik Girişimleri |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> -Mukozada kırmızı alanlar -Lezyonlar birbirinden ayrı, komşu lezyonlarla birleşme yok -Mukoza normalden kuru -Tükrük koyu ve yapışkan -Analjezik gerektiren ağrı | <ul style="list-style-type: none"> -Oral mukoza günde 2 kez değerlendirilir. -Trombositopeni, nötropeni yoksa hastanın 2-4 saatte bir dişlerini yumuşak, kuru diş fırçası ve floridli diş macunu ile fırçalaması sağlanır. -Hastanın diş fırçalamadan sonra gargara yapması sağlanır. -Ağrı ve kanama varsa diş ipi kullanılmaz. -Ağrı varsa yemeklerden önce lokal anestetikler verilebilir -Ölü doku parçaları varsa kaldırılır. -Dudaklar 2-4 saatte bir nemlendirilir. |
| <ul style="list-style-type: none"> -Oral mukozanın tamamı kırmızı -Çok sayıda birleşmiş ülserler -Ağızda kuruluk -Ağız çevresinde ödem -Ağızda beyaz, sarı yada pürülan plaklar -Yeme, içme ve yutkunmada zorlanma | <ul style="list-style-type: none"> -Oral mukoza 8 saatte bir değerlendirilir. -Ağrı ve kanama varsa dişler fırçalanmaz, 2-4 saatte bir gargara yapılır. -Diş ipi kullanılmaz. -Protezlerin çıkarılır, temizlenir. Yemek dışında takılmaz. -Enfeksiyon riski var ise oral mukozadan düzenli kültür alınır. Antiviral, antibakteriyal ya da antifungal ajanlar kullanılabilir. -Dudaklar 2-4 saatte bir nemlendirilir. -Tüple ya da parenteral beslenmeye gerek duyulabilir. |
| <ul style="list-style-type: none"> - Ülserasyon - Hemoraji - Nekroz | <ul style="list-style-type: none"> -Oral mukoza 8 saatte bir değerlendirilir. -Dişler fırçalanmaz, 1-2 saatte bir gargara yapılır. -Diş ipi kullanılmaz. -Kurumuş kanama odakları temizlenir -Nekrotik alanlar debride edilir -Enfeksiyon var ise antiviral, antibakteriyal yada antifungal ajanlar kullanılabilir. -Yeni granülasyon dokusu oluşmuşsa ya da iyileşme varsa hücrelere travmadan kaçınılmalıdır. -Dudaklar 1-2 saatte bir nemlendirilir. -Tüple ya da parenteral beslenmeye gerek duyulabilir. |

Kanserli hastalar, sağlıkları ile ilgili kararlara katılmak, hastalık ve tedaviyle ilgili semptomları kontrol altına almak ve kanser deneyimiyle baş etmek için bilgiye, eğitime gereksinim duymaktadırlar. Bireye sorun ortaya çıkmadan önce hazırlayıcı bilgi verilmesi, hastaların bakış açılarını geliştirmelerine yardım edebilmekte, korku ve anksiyetelerini azaltabilmekte ve tedavinin yan etkilerini hafifletebilmektedir. Hasta ve aileleri, potansiyel yan

etkiler konusunda eğitilmelidir. Kontrol altına alınamayan yan etkiler tedaviye uyumu güçleştirmekte ve yaşam kalitesini bozmaktadır. Kemoterapiye bağlı mukozitin üstesinden gelmek için hemşirelik bakımı ve hasta eğitimi çok önemlidir.^{4,27,45,70,87}

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma hemşirelerin kemoterapiye bağlı gelişen oral mukozite ilişkin bilgilerini saptamak amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Ankara il merkezi sınırları içinde yer alan Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Erişkin Hastanesi ve Onkoloji Hastanesi, S.B. Ankara Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, S.B. Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi, S.B. Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, S.B. Etlik Doğum Evi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, S.B. Etlik İhtisas Hastanesi Tıbbi onkoloji ve hematoloji kliniklerinde ve gündüz tedavi ünitelerinde yapılmıştır.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi Tıbbi onkoloji kliniği 35, hematoloji kliniği 41 yatak kapasitelidir. Tıbbi onkoloji kliniğinde 13, hematoloji kliniğinde 24, gündüz tedavi ünitesinde 6 hemşire çalışmaktadır.

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi onkoloji-hematoloji kliniği 27, hematoloji-gastroenteroloji kliniği 27 yatak kapasitelidir. Onkoloji-hematoloji kliniğinde 8, hematoloji-gastroenteroloji kliniğinde 9, gündüz tedavi ünitesinde 6 hemşire çalışmaktadır.

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Erişkin Hastanesi kemoterapi alan hastaların yattığı bölüm 86, 30 yatak kapasiteli olup, klinikte 17 hemşire çalışmaktadır. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Onkoloji Hastanesi bölüm 91 ve bölüm 93, 34, bölüm 94, 26 yatak kapasitelidir. Bölüm 91'de 11, bölüm 93'de 12, bölüm 94'de 10, gündüz tedavi ünitesinde 10 hemşire çalışmaktadır.

S.B. Ankara Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Tıbbi onkoloji kliniği 11 yatak kapasiteli olup, klinikte 1 hemşire çalışmaktadır. Gündüz tedavi ünitesinde 2 hemşire çalışmaktadır.

S.B. Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi Tıbbi onkoloji kliniği 50, hematoloji kliniği 50 yatak kapasitelidir. Tıbbi onkoloji kliniğinde 17, hematoloji kliniğinde 16, gündüz tedavi ünitesinde 9 hemşire çalışmaktadır.

S.B. Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi onkoloji kliniği 26 yatak kapasiteli olup, klinikte 7 hemşire çalışmaktadır. Gündüz tedavi ünitesinde ise klinikteki hemşireler sıra ile çalışmaktadır.

S.B. Etlik Doğum Evi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Tıbbi onkoloji kliniği 30 yatak kapasiteli olup, klinikte 10 hemşire çalışmaktadır. Gündüz tedavi ünitesinde ise klinikteki hemşireler sıra ile çalışmaktadır.

S.B. Etlik İhtisas Hastanesi Tıbbi onkoloji kliniği 14 yatak kapasiteli olup, klinikte 5 hemşire çalışmaktadır. Gündüz tedavi ünitesinde ise klinikteki hemşireler sıra ile çalışmaktadır.

Araştırma kapsamına alınan hastanelerin bazılarında kemoterapiye bağlı gelişen oral mukoziti değerlendirmek amacıyla çeşitli skalalar ile oral mukoziti önleme ve tedavi amacıyla çeşitli ağız bakım solüsyonları kullanılmaktadır. Bu skalalar arasında en çok WHO mukozit skalasının kullanıldığı ve ağız bakım solüsyonları arasında en çok sodyum bikarbonat ve klorheksidinin tercih edildiği görülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evreni, Ankara ili merkezindeki kamu hastanelerinin tıbbi onkoloji ve hematoloji klinikleri ile gündüz tedavi ünitelerinde çalışan 193 hemşireden oluşturmaktadır.

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi hemşirelerin iş yoğunluğunda dolayı çalışmayı kabul etmediğinden evrene dahil edilmemiştir.

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemine evrenin tamamının alınması hedeflenmiştir. Örneklemi, araştırmaya katılmayı kabul etmeyen (35 hemşire) ve izinli, raporlu olup kendilerine ulaşamayan (10 hemşire) hemşireler dışındaki 148 hemşire oluşturmaktadır.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri Soru Formu (Ek-1) kullanılarak elde edilmiştir.

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında kullanılan soru formu (Ek-1) konu ile ilgili literatür taranarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.^{17,18,23,24,26,27,33,43,54,55,59,65,67,72,73,74,75,76,77,78,79,86,87}

Soru formu üç bölümden ve toplam 29 sorudan oluşmaktadır. Birinci bölümde bireye ilişkin tanıtıcı özelliklerine ilişkin 8 soru, ikinci bölümde hemşirelerin kemoterapiye bağlı gelişen oral mukozite ilişkin eğitim alma ve hastalarına bu konuda eğitim verme durumlarına ilişkin 7 soru, üçüncü bölümde ise kemoterapiye bağlı gelişen oral mukozitin fizyopatolojisi, risk faktörleri, belirti, bulguları, tedavisi ve hemşirelik bakımına ilişkin çoktan seçmeli 14 soru yer almaktadır.

3.4.2. Ön Uygulama

Hazırlanan soru formunun işlerliği saptamak amacıyla evrene dahil edilmeyen, tıbbi onkoloji ve hematoloji kliniklerinde çalışan 10 hemşireye ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda soru formunda (Ek-1) gerekli düzenlemeler yapılarak son şekli verilmiştir.

3.4.3. Veri Toplama Aracının Uygulanması

Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan soru formu (Ek-1) 4-26 Eylül 2006 tarihlerinde Ankara il merkezindeki kamu hastanelerinin tıbbi onkoloji ve hematoloji klinikleri ve gündüz tedavi ünitelerinde çalışan, araştırmaya katılmayı kabul eden

148 hemşireye uygulanmıştır. Soru formu hemşirelere verilerek kendileri tarafından doldurulmuştur. Araştırmacı etkileşimi engellemek amacıyla soru formu doldurulurken hemşirelere eşlik etmiştir. Soru formunun doldurulması ortalama 20 dakika sürmüştür.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde, tanıtıcı özellikler ve hemşirelerin kemoterapiye bağlı gelişen oral mukozite ilişkin bilgi alma ve hastalarına bu konu ile ilgili eğitim verme durumuna ilişkin sorular bağımsız değişkenleri, kemoterapiye bağlı gelişen oral mukozite ilişkin bilgi puan ortalamaları bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır.

Bilgi sorularının her birine bir puan verilmiştir. Toplam puan 100 üzerinden değerlendirilmiştir.

SPSS 11.0 for Windows paket programı kullanılarak araştırmacı tarafından veriler bilgisayara girilmiş ve istatistiki analiz yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; bilgi puan ortalamalarının bağımsız değişkenlerle karşılaştırılmasında Student T Testi ve varyans analizi (Oneway ANOVA) kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır. Varyans analizi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanan gruplar için anlamlılığı oluşturan grubun belirlenmesinde Bonferroni düzeltmesi kullanılmıştır.²

3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Hemşirelerin gönüllü onam formunu okuması sağlanarak yazılı izinleri alınmıştır (Ek-3). Araştırma için Gazi Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığından ve araştırmanın uygulanacağı hastanelerden gerekli izin yazılı olarak alınmıştır (Ek-4,5).

4-BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ve oral mukozite ilişkin bilgi puan ortalamalarına ait bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri (n=148)

| Tanıtıcı Özellikler | Sayı | % |
|--|------|------|
| Yaş ($\bar{x}=29.22\pm 5.93$) | | |
| 25 yaş ve altı | 44 | 29.7 |
| 26-30 yaş | 58 | 39.2 |
| 31-35 yaş | 22 | 14.9 |
| 36 yaş ve üstü | 24 | 16.2 |
| Mezun Olduğu Okul | | |
| Sağlık Meslek Lisesi | 47 | 31.8 |
| Ön Lisans | 45 | 30.4 |
| Lisans ve Üstü | 56 | 37.8 |
| Çalışma Süresi | | |
| 3 yıl ve altı | 48 | 32.4 |
| 4-7 yıl | 24 | 16.2 |
| 8-11 yıl | 30 | 20.3 |
| 12 yıl ve üstü | 46 | 31.1 |
| Çalıştığı Klinik | | |
| Tıbbi Onkoloji | 95 | 64.2 |
| Hematoloji | 38 | 25.7 |
| Gündüz Tedavi Ünitesi | 15 | 10.1 |
| Klinikteki Görevi | | |
| Klinik Hemşiresi | 116 | 78.4 |
| Sorumlu Hemşire | 13 | 8.8 |
| Gündüz Tedavi Hemşiresi | 19 | 12.8 |
| Bulunduğu Klinikteki Çalışma Süresi | | |
| 3 yıl ve altı | 91 | 61.5 |
| 4-7 yıl | 29 | 19.6 |
| 8-11 yıl | 15 | 10.1 |
| 12 yıl ve üstü | 13 | 8.8 |

Tablo 4.1'in devamı

| Yayın Takip Etme Durumu | | |
|--------------------------------|-----|-------|
| Eden | 27 | 18.2 |
| Etmeyen | 121 | 81.8 |
| Toplam | 148 | 100.0 |

Tablo 4.1'de hemşirelerin tanıtıcı özellikleri görülmektedir. Tablo incelendiğinde; hemşirelerin %39.2'sinin 26-30 yaş grubunda ($\bar{x}=29.22\pm 5.93$), %37.8'inin lisans ve üstü, %30.4'ünün ön lisans, %31.8'inin sağlık meslek lisesi mezunu olduğu görülmektedir.

Hemşirelerin çalışma sürelerine bakıldığında; %32.4'ünün 3 yıl ve daha az, %31.1'inin 12 yıl ve daha çok, %20.3'ünün 8-11 yıl, %16.2'sinin 4-7 yıl çalıştığı belirlenmiştir.

Hemşirelerin çalıştığı kliniklere göre dağılımı incelendiğinde; %64.2'sinin tıbbi onkoloji kliniği, %25.7'sinin hematoloji kliniği, %10.1'inin gündüz tedavi ünitesinde çalıştığı görülmektedir. Hemşirelerin %78.4'ü klinik hemşiresi olarak, %12.8'i gündüz tedavi ünitesi hemşiresi, %8.8'i sorumlu hemşire olarak görev yapmaktadır. Klinikteki çalışma sürelerine bakıldığında; hemşirelerin %61.5'ini 3 yıl ve daha az, %8.8'ini 12 yıl ve daha uzun süre çalışan hemşireler oluşturmaktadır.

Hemşirelerin mesleki yayın takip etme durumuna göre dağılımı incelendiğinde; %18.2'sinin mesleki yayın takip ettiği görülmektedir. Tablolaştırılmamakla birlikte yayın takip edenlerin (%18,2), %88.9'unun (n=24) dergi, %7.4'ünün (n=2) internet, %3.7'sinin (n=1) kitap kullandığı saptanmıştır.

Tablolaştırılmamakla birlikte hemşirelerin daha önce tıbbi onkoloji, hematoloji klinikleri, gündüz tedavi ünitesinde çalışma durumu ve çalışma süresine göre dağılımı incelendiğinde, hemşirelerin %4.7'sinin (n=7) daha önce tıbbi onkoloji, hematoloji, gündüz tedavi ünitesinde çalıştığı; çalışma sürelerine bakıldığında ise hemşirelerin 1-7 yıl arası değişen sürelerde tıbbi onkoloji ve hematoloji kliniklerinde çalıştıkları belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Hemşirelerin Oral Mukozitle İlgili Bilgi Alma Durumu ve Bilgi Kaynakları (n=148)

| Bilgi Alma Durumu | Sayı | % |
|--------------------------------|-------------|------------|
| Alan | 74 | 50.0 |
| Almayan | 74 | 50.0 |
| Bilgi Kaynakları(n=74)* | Sayı | %** |
| Hizmet İçi Eğitim | 52 | 70.2 |
| Kurs | 13 | 17.5 |
| Kongre-Seminer-Sempozyum | 21 | 28.3 |
| Diğer*** | 7 | 9.4 |

* n'e bilgi alanlar dahil edilmiştir.

** Yüzdeler (n=74) üzerinden hesaplanmıştır

***Diğer grubundaki 7 kişiden 2'si bilgiyi klinikteki hemşire arkadaşlarından, 5'i okulda aldıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 4.2'de hemşirelerin oral mukozitle ilgili bilgi alma durumu ve bilgi aldıkları kaynaklarına göre dağılımı görülmektedir. Tablo incelendiğinde; oral mukozitle ilgili bilgi alan ve almayan hemşire sayısının eşit (%50, n=74) olduğu görülmektedir. Eğitim alan hemşirelerin %70.2'si hizmet içi eğitimde, %28.3'ü kongre-seminer-sempozyumda, %17.5'i kursta oral mukozit ile ilgili bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 4.3. Hemşirelerin Oral Mukozit Hakkında Bilgi Almayı İsteme Durumu ve Bilgi Almak İstedikleri Konular

| Bilgi Almayı İsteme (n=148) | Sayı | % |
|--|-------------|------------|
| İsteyen | 77 | 52.0 |
| İstemeyen | 71 | 48.0 |
| Bilgi Almak İstedikleri Konular (n=77)* | Sayı | %** |
| Oral Mukozitin Mekanizması | 31 | 40.2 |
| Oral Mukozitin Tedavisi | 47 | 61.0 |
| Oral Mukozitin Komplikasyonları | 16 | 20.7 |
| Oral Mukozit İle İlgili Gelişmeler | 31 | 40.2 |

* n'e bilgi almak isteyenler dahil edilmiştir.

** Yüzdeler (n=77) üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.3'de hemşirelerin oral mukozit hakkında bilgi almayı isteme durumu ve bilgi almak istediği konulara göre dağılımı görülmektedir. Tablo incelendiğinde; hemşirelerin %52.0'ı oral mukozit ile ilgili bilgi almak istediğini, %61.0'ı oral mukozitin tedavisi, %40.2'si oral mukozitin mekanizması, %40.2'si oral mukozit ile ilgili gelişmeler, %20.7'si oral mukozitin komplikasyonları hakkında bilgi almak istediklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 4.4. Hemşirelerin Hastalarına Eğitim Verme Durumu ve Eğitim Konuları

| Eğitim Verme Durumu (N=148) | Sayı | % |
|---|-------------|------------|
| Veren | 113 | 76.4 |
| Vermeyen | 35 | 23.6 |
| Eğitim Konuları (n=113)* | Sayı | %** |
| Oral Mukoziti Önleme | 25 | 22.1 |
| Oral Mukozitin Sebepleri | 25 | 22.1 |
| Oral Mukozitin Bakımı | 104 | 92.0 |
| Oral Mukozitte Beslenme | 44 | 38.9 |
| Oral Mukozite Bağlı Enfeksiyondan Korunma | 8 | 0.7 |

* n'e hastalarına eğitim verenler dahil edilmiştir.

** Yüzdeler (n=113) üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.4'de hemşirelerin hastalarına eğitim verme durumu ve eğitim konularına göre dağılımı görülmektedir. Tablo incelendiğinde; hemşirelerin %76.4'ünün hastalarına oral mukozite ilişkin eğitim verdiği belirlenmiştir. Hemşirelere eğitim verdiği konular sorulduğunda; %92.0'ı oral mukozitin bakımı, %38.9'u oral mukozitte beslenme, %22.1'i oral mukoziti önleme, %22.1'i oral mukozitin sebepleri, %0.7'si enfeksiyondan korunma konularında eğitim verdiklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 4.5. Hemşirelerin Oral Mukozite İlişkin Bilgileri

| Konular | Bilme Durumu | | | | | |
|---|--------------|------|----------|------|--------|-----|
| | Bilen | | Bilmeyen | | Toplam | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Oral Mukozitin Oluşma Mekanizması | 107 | 72.3 | 41 | 27.7 | 148 | 100 |
| Risk Faktörleri | 109 | 73.6 | 39 | 26.4 | 148 | 100 |
| Oral Mukozitin Yol Açtığı Sorunlar | 92 | 62.2 | 56 | 37.8 | 148 | 100 |
| Oral Mukozada Hasara Yol Açan Kemoteropötik İlaçlar | 114 | 77.0 | 34 | 23.0 | 148 | 100 |
| Oral Mukozitin Oluşma Süresi | 89 | 60.1 | 59 | 39.9 | 148 | 100 |
| Oral Mukozitin Görüldüğü Alanlar | 62 | 41.9 | 86 | 58.1 | 148 | 100 |
| Oral Mukoza Değerlendirmesinde Dikkat Etmesi Gereken Durumlar | 60 | 40.5 | 88 | 59.5 | 148 | 100 |
| Oral Mukozit Derecelendirmesi | 62 | 41.9 | 86 | 58.1 | 148 | 100 |
| Fungal Enfeksiyon Belirtileri | 103 | 69.6 | 45 | 30.4 | 148 | 100 |
| Fungal Enfeksiyonda Kullanılan Gargara Solüsyonu | 78 | 52.7 | 70 | 47.3 | 148 | 100 |
| Oral Mukoziti Olan Hastanın Beslenmesi | 79 | 53.4 | 69 | 46.6 | 148 | 100 |
| Ağız Bakımı | 70 | 47.3 | 78 | 52.7 | 148 | 100 |
| Oral Mukozitte Diş Fırçalama | 40 | 27.0 | 108 | 73.0 | 148 | 100 |
| Oral Mukozitte Protez Bakımı | 67 | 45.3 | 81 | 54.7 | 148 | 100 |

Tablo 4.5’de hemşirelerin oral mukozite ilişkin bilgileri görülmektedir. Hemşirelerin oral mukozite ilişkin bilgileri incelendiğinde; hemşirelerin çoğunluğunun oral mukozada hasara yol açan kemoterapötik ilaçları (%77), risk faktörlerini (%73.6), oral mukozitin oluşma mekanizmasını (%72.3), oral fungal enfeksiyon belirtilerini (%69.6), oral mukozitin yol açtığı sorunları (%62.2), oral mukozitin oluşma süresini (%60.1) bildiği, yarıya yakınının oral mukoziti olan hastanın beslenmesini (%53.4), fungal enfeksiyonda kullanılan

gargarayı (%52.7), ağız bakımını (%47.3), protez bakımını (%45.3), oral mukozitin görüldüğü alanları (%41.9), oral mukozit derecelendirmesini (%41.9), oral mukoza değerlendirmesinde dikkat edilmesi gereken durumları (%40.5) bildiği, ancak sadece %27'sinin diş fırçalama tekniğini bildiği görülmektedir.

Tablo 4.6. Hemşirelerin Kemoterapiye Bağlı Gelişen Oral Mukozite İlişkin Bilgi Puan Ortalamaları (n=148)

| Bilgi Puan Ortalamaları | Sayı | % |
|-------------------------|------|-------|
| $\bar{x} \uparrow$ | 90 | 60.8 |
| $\bar{x} \downarrow$ | 58 | 39.2 |
| TOPLAM | 148 | 100.0 |

$$\bar{x} = 54.63 \pm 22.47$$

Tablo 4.6'da hemşirelerin kemoterapiye bağlı gelişen oral mukozite ilişkin bilgi puan ortalamalarına göre dağılımı görülmektedir. Tablo incelendiğinde; hemşirelerin %60.8'inin ortalamanın ($\bar{x} = 54.63 \pm 22.47$) üstünde puan aldığı görülmektedir. Hemşirelerin bilgi puan ortalaması $\bar{x} = 54.63 \pm 22.47$ 'dir

Tablo 4.7. Hemşirelerin Yaşlarına Göre Bilgi Puan Ortalamaları (n=148)

| Yaş | Sayı | \bar{x} | S.S. | p değeri |
|----------------|------|-----------|-------|----------|
| 25 yaş ve altı | 44 | 56.00 | 22.74 | 0.929 |
| 26-30 yaş | 58 | 54.18 | 23.71 | |
| 31-35 yaş | 22 | 55.51 | 22.47 | |
| 36 yaş ve üstü | 24 | 52.38 | 19.94 | |

Varyans analizi (Oneway ANOVA) ile hesaplanmıştır.

Tablo 4.7’de hemşirelerin yaşlarına göre bilgi puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Hemşirelerin yaşlarına göre bilgi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.8. Hemşirelerin Mezun Oldukları Okula Göre Bilgi Puan Ortalamaları (n=148)

| Mezun Olduğu Okul | Sayı | \bar{x} | S.S. | p değeri |
|---------------------------------|------|-----------|-------|--------------|
| Sağlık Meslek Lisesi | 47 | 40.42 | 22.35 | 0.000 |
| Ön Lisans | 45 | 58.88 | 17.44 | |
| Hemşirelik Yüksek Okulu ve Üstü | 56 | 63.13 | 20.69 | |

Varyans analizi (Oneway ANOVA) ile hesaplanmıştır.

Tablo 4.8’de hemşirelerin mezun oldukları okula göre bilgi puan ortalamaları görülmektedir. Sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin ($\bar{x} = 40.42$) bilgi puan ortalamalarının diğer gruplara göre düşük olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin mezun oldukları okula göre bilgi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.9. Hemşirelerin Çalışma Sürelerine Göre Bilgi Puan Ortalamaları (n=148)

| Çalışma Süresi | Sayı | \bar{x} | S.S. | p değeri |
|----------------|------|-----------|-------|----------|
| 3 yıl ve altı | 48 | 59.37 | 20.10 | 0.199 |
| 4-7 yıl | 24 | 57.14 | 25.36 | |
| 8-11 yıl | 30 | 50.00 | 24.45 | |
| 12 yıl ve üstü | 46 | 51.39 | 21.48 | |

Varyans analizi (Oneway ANOVA) ile hesaplanmıştır.

Tablo 4.9’da hemşirelerin çalışma sürelerine göre bilgi puan ortalamaları görülmektedir. Tablo incelendiğinde; 7 yıl ve daha az çalışan hemşirelerin bilgi puanlarının

diğer gruplara göre yüksek olduğu görölmektedir. Ancak hemşirelerin çalışma sürelerine göre bilgi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.10. Hemşirelerin Çalıştıkları Klinik ve Klinikteki Çalışma Süresine Göre Bilgi Puan Ortalamaları (n=148)

| Çalıştığı Klinik | Sayı | \bar{x} | S.S. | p değeri |
|----------------------------------|------|-----------|-------|--------------|
| Tıbbi Onkoloji | 95 | 54.66 | 19.92 | 0.006 |
| Hematoloji | 38 | 60.71 | 25.82 | |
| Gündüz Tedavi Ünitesi | 15 | 39.04 | 22.72 | |
| Klinikteki Çalışma Süresi | | | | |
| 3 yıl ve altı | 91 | 52.35 | 23.54 | 0.023 |
| 4-7 yıl | 29 | 51.72 | 22.64 | |
| 8 yıl ve üstü | 28 | 65.05 | 15.22 | |

Varyans analizi (Oneway ANOVA) ile hesaplanmıştır.

Tablo 4.10'da hemşirelerin çalıştıkları klinik ve klinikteki çalışma süresine göre bilgi puan ortalamaları görölmektedir. Tablo incelendiğinde; gündüz tedavi ünitelerinde çalışan hemşirelerin ($\bar{x} = 39.04$) bilgi puan ortalamalarının diğer gruplara göre düşük olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin çalıştığı kliniğe göre bilgi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Hemşirelerin buldukları klinikteki çalışma sürelerine bakıldığında 8 yıl ve daha uzun süre çalışan hemşirelerin ($\bar{x} = 65.05$) bilgi puan ortalamalarının diğer gruplara göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin buldukları klinikte çalışma sürelerine göre bilgi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.11. Hemşirelerin Daha Önce Tıbbi Onkoloji, Hematoloji Klinikleri ve Gündüz Tedavi Ünitesinde Çalışma Durumlarına Göre Bilgi Puan Ortalamaları (n=148)

| Çalışma Durumu | Sayı | \bar{x} | S.S. | t değeri |
|----------------|------|-----------|-------|--------------|
| Çalışan | 7 | 69.38 | 7.94 | 0.001 |
| Çalışmayan | 141 | 53.90 | 22.72 | |

Student t testi ile hesaplanmıştır.

Tablo 4.11’de hemşirelerin daha önce tıbbi onkoloji, hematoloji klinikleri ve gündüz tedavi ünitelerinde çalışma durumlarına göre bilgi puan ortalamaları görülmektedir. Tablo incelendiğinde; daha önce tıbbi onkoloji, hematoloji klinikleri ve gündüz tedavi ünitelerinde çalışan hemşirelerin bilgi puan ortalamalarının çalışmayanlara göre yüksek olduğu görülmektedir. Hemşirelerin daha önce tıbbi onkoloji, hematoloji klinikleri ve gündüz tedavi ünitelerinde çalışma durumlarına göre bilgi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 4.12. Hemşirelerin Mesleki Yayın Takip Etme Durumlarına Göre Bilgi Puan Ortalamaları (n=148)

| Yayın Takip Etme Durumu | Sayı | \bar{x} | S.S. | t değeri |
|-------------------------|------|-----------|-------|----------|
| Eden | 27 | 60.84 | 21.18 | 0.112 |
| Etmeyen | 121 | 53.24 | 22.60 | |

Student t testi ile hesaplanmıştır.

Tablo 4.12’de hemşirelerin mesleki yayın takip etme durumlarına göre bilgi puan ortalamaları görülmektedir. Tablo incelendiğinde; mesleki yayın takip eden hemşirelerin bilgi puan ortalamalarının ($\bar{x} = 60.84$) daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak hemşirelerin

mesleki yayın takip etme durumlarına göre bilgi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.13. Hemşirelerin Oral Mukozitle İlgili Bilgi Alma Durumlarına Göre Bilgi Puan Ortalamaları (n=148)

| Bilgi Alma Durumu | Sayı | \bar{x} | S.S. | t değeri |
|-------------------|------|-----------|-------|--------------|
| Alan | 74 | 63.12 | 19.85 | 0.000 |
| Almayan | 74 | 46.13 | 21.83 | |

Student t testi ile hesaplanmıştır.

Tablo 4.13’de hemşirelerin oral mukozitle ilgili bilgi alma durumlarına göre bilgi puan ortalamaları görülmektedir. Tablo incelendiğinde; oral mukozitle ilgili bilgi alan hemşirelerin ($\bar{x} = 63.12$) bilgi puan ortalamalarının, bilgi almayanlara ($\bar{x} = 46.13$) göre yüksek olduğu görülmektedir. Hemşirelerin oral mukozitle ilgili bilgi alma durumlarına göre bilgi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablolaştırılmamakla birlikte hemşirelerin bilgi kaynaklarına göre; hizmet içi eğitim alanların ($\bar{x} = 64.28$) bilgi puan ortalamaları almayanlara ($\bar{x} = 49.40$) göre yüksektir. Bu fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Kongre-seminer-sempozyum yoluyla bilgi alanların ($\bar{x} = 64.28$) bilgi puan ortalamaları almayanlara ($\bar{x} = 53.03$) göre yüksektir. Bu fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Kurs şeklinde bilgi alanların bilgi puan ortalamaları ile almayanların bilgi puan ortalamaları arasındaki fark ise istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.14. Hemşirelerin Oral Mukozitle İlgili Bilgi Almak İsteme Durumlarına Göre Bilgi Puan Ortalamaları (n=148)

| Bilgi İsteme Durumu | Sayı | \bar{x} | S.S. | t değeri |
|---------------------|------|-----------|-------|----------|
| İsteyen | 77 | 53.06 | 22.74 | 0.377 |
| İstemeyen | 71 | 56.33 | 22.21 | |

Student t testi ile hesaplanmıştır.

Tablo 4.14’de hemşirelerin oral mukozitle ilgili bilgi almak isteme durumlarına göre bilgi puan ortalamaları görülmektedir. Tablo incelendiğinde; oral mukozitle ilgili bilgi almak isteyen hemşirelerin bilgi puan ortalamalarının istemeyenlere göre daha düşük olduğu görülmektedir. Ancak hemşirelerin oral mukozitle ilgili bilgi almak isteme durumlarına göre bilgi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.15. Hemşirelerin Hastalarına Eğitim Verme Durumlarına Göre Bilgi Puan Ortalamaları (n=148)

| Eğitim Verme Durumu | Sayı | \bar{x} | S.S. | t değeri |
|---------------------|------|-----------|-------|--------------|
| Veren | 113 | 60.55 | 19.77 | 0.000 |
| Vermeyen | 35 | 35.51 | 20.09 | |

Student t testi ile hesaplanmıştır.

Tablo 4.15’de hemşirelerin hastalarına eğitim verme durumuna göre bilgi puan ortalamaları görülmektedir. Tablo incelendiğinde; hastalarına eğitim veren hemşirelerin ($\bar{x} = 60.55$) bilgi puan ortalamalarının vermeyenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin hastalarına eğitim verme durumuna göre bilgi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

5-TARTIŞMA

Hemşirelerin kemoterapiye bağlı gelişen oral mukozite ilişkin bilgilerini saptamak amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular iki ana başlık altında ele alınmıştır:

5.1. Hemşirelerin oral mukozite ilişkin bilgileri

5.2. Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri, oral mukozitle ilgili bilgi alma durumu, mesleki yayın takip etme durumu, hastalarına eğitim verme ve oral mukozitle ilgili bilgi almak isteme durumuna göre bilgi puan ortalamaları

5.2.1. Hemşirelerin mezun oldukları okula göre bilgi puan ortalamaları

5.2.2. Hemşirelerin çalışma sürelerine göre bilgi puan ortalamaları

5.2.3. Hemşirelerin çalıştığı kliniğe göre bilgi puan ortalamaları

5.2.4. Hemşirelerin daha önce tıbbi onkoloji, hematoloji klinikleri ve gündüz tedavi ünitesinde çalışma durumlarına göre bilgi puan ortalamaları

5.2.5. Hemşirelerin mesleki yayın takip etme durumlarına göre bilgi puan ortalamaları

5.2.6. Hemşirelerin oral mukozitle ilgili bilgi alma durumuna göre bilgi puan ortalamaları

5.2.7. Hemşirelerin oral mukozitle ilgili bilgi almak isteme durumlarına göre bilgi puan ortalamaları

5.2.8. Hemşirelerin hastalarına eğitim verme durumlarına göre bilgi puan ortalamaları

5.1. Hemşirelerin Oral Mukozite İlişkin Bilgileri

Hemşirelerin, oral mukozitin oluşma sürecini ve yol açtığı sorunları bilmeleri uygun bakımın planlanması ve uygulanması açısından önemlidir.^{57,73,78} Araştırmamıza katılan hemşirelerin %72.3'ünün oral mukozitin oluşma mekanizmasını, %60.1'inin oral mukozitin oluşma süresini, %62.2'sinin oral mukozitin yol açtığı sorunları bildikleri saptanmıştır (Tablo 4.5).

Oral mukozit gelişimi kemoterapi alan hastaların tümünde aynı şiddette görülmemektedir. Oral mukozit gelişimini yaş, ağız sağlığı, beslenme durumu, sigara ve alkol kullanımı, nötrofil sayısı, kemoteropötik ilaçlar vb. faktörler etkilemektedir. Kemoterapi alan hastalarda oral mukozit gelişimini etkileyen faktörlerin tedavi öncesi dönemde tespit edilmesi ve uygun müdahalelerde bulunulması gerekmektedir. Yapılan çalışmalarda hemşirelerin tedavi öncesi yüksek riskli hastaları belirleyerek uygun yaklaşımlarda bulunmasının, oral mukozitin görülme sıklığını ve şiddetini azalttığı belirtilmektedir.^{22,27,45,59,72,74} Araştırmamıza katılan hemşirelerin de %73.6'sının oral mukozite ilişkin risk faktörlerini ve özellikle de %77.0'ının oral mukozada hasara yol açan kemoterapötik ilaçları bildikleri saptanmıştır (Tablo 4.5).

Kemoterapi planlanan hastalara oral değerlendirme yapılması gereklidir. Oral değerlendirmenin düzenli olarak yapılması, oral lezyonların erken dönemde tespit edilmesini sağlayarak uygun bakımın verilmesini ve uygulanan tedavinin etkinliğini değerlendirmeyi sağlamaktadır.^{17,33,57,58} Araştırmamıza katılan hemşirelerin %41.9'unun oral mukozitin görüldüğü alanları, %41.9'unun oral mukozit derecelendirmesini, %40.5'inin oral mukoza değerlendirmesinde dikkat etmesi gerekenleri, %69.6'sının oral fungal enfeksiyon belirtilerini bildikleri belirlenmiştir (Tablo 4.5).

Oral mukozitin bakımında; diş fırçalama, protez bakımı ile birlikte ağız bakımının yapılma tekniği ve kullanılacak solüsyonların bilinmesi önemli yer tutmaktadır. Uygun tedavi ve bakım oral mukozite bağlı sorunları, morbiditeyi azaltmakta, tedavi sonrası sosyal adaptasyonu ve yaşam kalitesini yükseltmektedir.^{27,40,57,58,59,72,73,78} Oral mukozanın nemlendirilmesi ve ağız içindeki ölü dokuların uzaklaştırılması ile oral mukozite bağlı gelişen

sorunların azalacağı/engelleneceği belirtilmektedir.⁸⁹ Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin hemen hemen yarısının oral mukozitte ağız bakımını (%47.3), protez bakımını (%45.3), oral mukozitte kullanılacak gargara solüsyonlarını (%52.7) bildikleri saptanmıştır. Bununla birlikte dişleri temizlemenin ve diş eti inflamasyonunu/enfeksiyonunu engellemenin en etkili yolu⁵⁰ olan diş fırçalama tekniğini (%27.0) daha düşük oranda bildikleri belirlenmiştir. Oral mukozitin tedavi ve bakımında önemli yeri olan diğer bir durum da bireyin beslenmesidir. Bireyin besinleri püre ya da sıvı halde tüketmesi, yemeklere sos ve yemek suları eklenmesi, sevdiği yiyeceklerin hazırlanması, sert, pürüzlü, irrite edici gıdalardan kaçınılmasının oral mukozite bağlı yaşanacak sorunların azaltılmasında etkili olacağı belirtilmektedir.^{17,27,87,89} Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin yarısının (%53.4) oral mukozitte beslenmeyi bilmelerinin tedavi ve bakımın yönlendirilmesinde önemli bir bulgu olduğu düşünülmektedir (Tablo 4.5).

Abbasoğlu¹ hemşirelerin kemik iliği baskılanan hastaların bakımına ilişkin bilgilerini değerlendirdiği araştırmasında hemşirelerin %80.2'sinin ağız bakımı verirken dikkat etmesi gerekenleri bildiklerini saptamıştır. Araştırmamızda hemşirelerin % 60.8'inin (Tablo 4.6) oral mukozite ilişkin bilgi puanlarının ortalamasının üzerinde olması olumlu bir bulgudur. Bununla birlikte hemşirelerin oral mukozitin görüldüğü alanlar, oral mukoza değerlendirmesi, oral mukozit derecelendirmesi, ağız bakımı, diş fırçalama, protez bakımı konularında bilgi düzeylerinin düşük olması bu konularda bilgi gereksinimlerinin olduğunu düşündürmektedir.

5.2. Hemşirelerin Tamtıcı Özellikleri, Oral Mukozitle İlgili Bilgi Alma Durumu, Mesleki Yayın Takip Etme Durumu, Hastalarına Eğitim Verme ve Oral Mukozitle İlgili Bilgi Almak İsteme Durumuna Göre Bilgi Puan Ortalamaları

5.2.1. Hemşirelerin Mezun Oldukları Okula Göre Bilgi Puan Ortalamaları

Günümüzde profesyonel hemşirelik eğitimi, bilgi çağının belirgin özelliği olan bilginin hızla çoğalması ve aynı hızla eskimesi de dikkate alındığında, etkin öğrenme yoluyla bireysel ve mesleki açıdan sürekli gelişimi ve yeniliklere uyum sağlayabilmeyi

kazandıracak nitelikte olmalıdır. Hemşirenin sağlık bakımında rol ve işlevlerini yerine getirebilmesi için temel eğitimle rollerine hazırlanmış olması gerekmektedir. Ülkemizde temel hemşirelik eğitimi farklı eğitsel düzeylerde verilmektedir.⁴⁹ Hemşirelerin farklı düzeylerde eğitim alması bilgi düzeylerinde fark yaratmaktadır. Baklacioğlu¹¹ “Hemşirelerin steroid alan hastanın bakımına ilişkin bilgilerinin değerlendirilmesi” konulu araştırmasında eğitim düzeyi yüksek olan hemşirelerin bilgi puan ortalamasının yüksek olduğunu bulmuştur. Araştırmamızda da eğitim düzeyi yüksek olan hemşirelerin bilgi puan ortalamalarının daha yüksek olması hemşirelerin bilgi düzeyini saptamak amacıyla yapılan araştırmalarla paralellik göstermektedir.^{11,21,25,42,44,81,94}

5.2.2. Hemşirelerin Çalışma Sürelerine Göre Bilgi Puan Ortalamaları

Bir meslekte çalışma süresinin, o meslekte kazanılan bilgi ve deneyimin artmasında etkili olacağı düşünülür. Ancak Abbasoğlu, Gökdere, Karatepe, Rızalar ve Yurtsever hemşirelerin bilgilerini saptamak amacıyla yaptıkları araştırmalarda hemşirelerin çalışma sürelerine göre bilgi puanları arasındaki farkı istatistiksel olarak önemsiz bulmuşlardır.^{1,35,48,66,94} Araştırmamızda da yapılan araştırma sonuçlarına paralel olarak hemşirelerin toplam çalışma sürelerine göre bilgi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.9).

Hemşirelerin meslekte toplam çalışma sürelerine göre bilgi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmasına rağmen buldukları klinikte çalışma sürelerine göre bilgi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Araştırmamızda 8 yıl ve daha uzun süre tıbbi onkoloji, hematoloji klinikleri ve gündüz tedavi ünitelerinde çalışanların bilgi puan ortalamaları yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.10). Tıbbi onkoloji ve hematoloji klinikleri uygulanan tedaviler ve hasta bakımı olarak özellikli ve uzmanlık gerektiren kliniklerdir. Bu kliniklerde daha uzun süre çalışanların alanda bilgi birikimi ve deneyimleri arttığından bilgilerinin daha yüksek olması beklenen bir sonuçtur.

5.2.3. Hemşirelerin Çalıştığı Kliniğe Göre Bilgi Puan Ortalamaları

Araştırmamızda hemşirelerin çalıştığı kliniğe göre bilgi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.10). Bu fark gündüz tedavi ünitelerinde çalışan hemşirelerin bilgi puan ortalamalarının tıbbi onkoloji ve hematoloji kliniklerinde çalışanlara göre düşük olmasından kaynaklanmaktadır. Gündüz tedavi üniteleri hastaların ayaktan gelerek kemoterapi aldıkları ünitelerdir. Bu ünitelerde çalışan hemşirelerin kliniklerde çalışanlar kadar oral mukozitle karşılaşmalarını nedeniyle bilgi puanlarının diğer gruplara göre daha düşük olabileceği düşünülmektedir. Kapucu⁴⁷, Kızılcı⁵⁰ ve Yılmaz⁹⁰ tarafından yapılan araştırmalarda kemoterapi uygulanması sırasında, hasta ve yakınlarına kemoterapi, yan etkileri ve yan etkiler ile baş etme konusunda yeterli bilgi verilmediği belirtilmiştir.^{1,47,50,90} Ancak gündüz tedavi ünitelerine gelen hastalar tedaviye bağlı şikayetleri evlerinde yaşadıklarından bu hastaların eğitimi de çok önemlidir.^{58,87} Bu nedenle gündüz tedavi ünitelerinde çalışan hemşirelerin, hastalarına uygun eğitim vererek evlerinde oral mukozitle baş edebilmelerini sağlayabilmek için bilgili olmaları gerekmektedir.

5.2.4. Hemşirelerin Daha Önce Tıbbi Onkoloji, Hematoloji Klinikleri ve Gündüz Tedavi Ünitesinde Çalışma Durumlarına Göre Bilgi Puan Ortalamaları

Meslekte bir alanda uzun süre çalışan hemşirelerin bilgi birikimi ve klinik deneyimleri alana özgü olarak artmaktadır. Araştırmamızda daha önce tıbbi onkoloji, hematoloji klinikleri ve gündüz tedavi ünitesinde çalışan hemşirelerin bilgi puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin daha önce bu kliniklerde çalışma durumlarına göre bilgi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.11). Daha önce tıbbi onkoloji, hematoloji veya gündüz tedavi ünitelerinde çalışan hemşirelerin alanda daha uzun süre çalışmaya bağlı olarak daha çok hasta ile karşılaşmaları ve hastaların yaşadığı sorunları daha fazla gözlemlemelerinin bilgi birikimini arttırdığı ve sonuçta bilgilerinin yüksek olmasını sağladığı düşünülmektedir.

5.2.5. Hemşirelerin Mesleki Yayın Takip Etme Durumlarına Göre Bilgi

Puan Ortalamaları

Hemşirelik tıp alanındaki gelişmelere paralel olarak sürekli gelişmekte ve ilerlemektedir. Hemşire örgün mesleki eğitimle edindiği bilgi ve davranışlar sürekli eğitimle yenilemeli ve sağlık bilimlerindeki yenilikleri izlemelidir.⁴⁹ Hemşirelikte araştırmalar yolu ile bilgi temeli sürekli gelişmektedir. Araştırmalar, hemşireliğin meslekleşmesinde önemli bir dönüm noktası olarak katkı sağlamaktadır.⁷¹ Hemşirelerin bilgi ve becerilerini geliştirmeleri için bilgilerini sürekli güncelleştirmeleri, yapılan araştırmaları takip etmeleri gerekmektedir.⁵¹

Bir hizmetin planlanmasında ve sunulmasında çağdaş yaklaşım kanıta dayalı (evidence-based) hizmet sunumudur. Kanıta dayalı tıp kavramı, bilimsel verilerin kişisel deneyimlerle birleştirilmek suretiyle hastanın en çok yararına olacak şekilde kullanılması esasına dayalı olup, klinik uygulamalar içinde ortaya çıkmıştır.¹² Hemşirelik uygulamalarının kanıta dayalı olması bakım kalitesini ve bakım sonuçlarını iyileştirmek, klinik uygulamalarda ve hasta bakım sonuçlarında fark yaratmak, bakımı standardize etmek ve hemşire memnuniyetini artırmak gibi sonuçlar açısından önemlidir. Kanıta dayalı uygulamalar hemşirelik uygulamalarının bilimselleşmesini sağlar.⁹³

Hemşirenin; mesleği ile ilgili yayın takip etmesi, bilgi birikimini arttırmasını ve araştırma sonuçlarına göre, kanıta dayalı olarak bilgisini sürekli geliştirerek hastasına doğru, kaliteli bakım verebilmesini sağlayacaktır. Bu doğrultuda; araştırmamızda hemşirelerin mesleki yayın takip etme durumlarına göre bilgi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz olmakla birlikte yayın takip edenlerin bilgi puanlarının yüksek olması olumlu bir bulgu olarak düşünülmektedir ($p>0.05$) (Tablo 4.12).

Yayın takip edenlerin bilgi puan ortalamalarının yüksek çıkmasının nedeninin %88.9'unun dergi takip etmesinden, dergilerde güncel, bilimsel makale ve araştırmalara ulaşılabilirdiğinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Buna rağmen aradaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olması araştırmaya katılan hemşirelerden yayın takip edenlerin sayısının az olması nedeniyle olabilir.

5.2.6. Hemşirelerin Oral Mukozitle İlgili Bilgi Alma Durumuna Göre

Bilgi Puan Ortalamaları

Çağımızın bilgi çağı olması ve öğrenmede kazanılması gereken bilgi, beceri, tutum ve davranışların gün geçtikçe artması, bireyin bu bilgileri edinmek için okulda alınan temel mesleki eğitime ek olarak uygun eğitim programları ile desteklenmesini zorunlu kılmaktadır.⁴⁹ Eğitim programları içinde hizmet içi eğitim, kurs, kongre, seminer, sempozyum vb. yer almaktadır. Hizmet içi eğitimin çalışan personel üzerinde pek çok yararı bulunmaktadır. Hizmet içi eğitimin önemli amaçlarından biri personelin mesleki uygulamalardaki yenilikleri takip etmesini sağlamaktır.⁸¹ Hemşirelere yönelik yapılan hizmet içi eğitimlerin, hemşirenin işle ilgili olumlu tutumlar geliştirmesinde, kendilerini daha etkin ve yeterli hissederek bu yönde harekete geçmesinde etkili olabildiği belirtilmektedir.²⁰ Aynı zamanda hizmet içi eğitimler yoluyla hemşirelerin kliniğe özel bilgi ve beceriler konusunda yeterliliklerinin artırılması sağlanmaktadır.⁵¹

Araştırmamızda hemşirelerin oral mukozite ilişkin bilgi alma durumuna göre bilgi puan ortalamalarına bakıldığında; bilgi alan hemşirelerin bilgi puan ortalamalarının yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.13). Araştırmamızda tablolatırılmamakla birlikte bilgiyi hizmet içi eğitim, kongre-seminer-sempozyum şeklinde alanların bilgi puan ortalamaları almayanlara göre yüksek bulunmuştur. Bilgiyi kurs ve diğer şekilde alanların almayanlara göre puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$). Hemşirelerin bilgilerini saptamak amacıyla yapılan araştırmalarda araştırmamıza paralel olarak hizmet içi eğitim alan hemşirelerin bilgi puanlarının almayanlara göre yüksek olduğu saptanmıştır.^{8,13,36,38,39,44,48,63,85,94} Eğitim alan hemşirelerin bilgilerinin yüksek olmasının, alınan eğitimlerin alana özel duyarlılık artışına neden olması, hemşireleri araştırma, incelemeye sevk etmesi, özellikle hizmet içi eğitimlerin klinikteki ihtiyaçlar doğrultusunda planlanmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir.

5.2.7. Hemşirelerin Oral Mukozitle İlgili Bilgi Almak İsteme

Durumlarına Göre Bilgi Puan Ortalamaları

Hemşirelerin oral mukozitle ilgili bilgi almak isteme durumlarına göre bilgi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.14). Bununla birlikte oral mukozit ile ilgili bilgi almak isteyenlerin (%52.0)) bilgi puan ortalamalarının ($\bar{x} = 53.06$) istemeyenlere göre daha düşük olması bireysel gelişimi açısından gereksinimlerinin farkında olduklarını düşündürmektedir.

5.2.8. Hemşirelerin Hastalarına Eğitim Verme Durumlarına Göre Bilgi

Puan Ortalamaları

Hemşireler eğitim ve danışmanlık rollerini gerçekleştirdiklerinde, bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal problemleri tanımları ve baş etmeleri kolaylaşmaktadır.⁶ Bireyler, sağlıkları ile ilgili kararlara katılmak, hastalık ve tedaviyle ilgili semptomları kontrol altına almak ve hastalık deneyimiyle baş etmek için eğitime gereksinim duymaktadırlar. Bireylerin bilgilendirilmesi korku ve anksiyetelerini azaltabilmekte ve tedavinin yan etkilerini hafifletebilmektedir.^{6,58} Miller'in belirttiği gibi Graham ve arkadaşlarının 1993 yılında yaptıkları bir çalışmada, hasta eğitiminin oral mukozit insidansını azalttığı saptanmıştır.⁵⁸ Aslan'ın 2003 yılında yaptığı bir diğer çalışmada, kemoterapi alan hastalarda hemşirelik bakımının hasta eğitimi ile desteklenmesinin ağız ve boğazla ilgili sorunlarda azalma sağladığı belirlenmiştir.⁶

Kemoterapiye bağlı mukozitle baş edebilmede hasta ve hastaya bakım verenlerin eğitimi önemli yer tutmaktadır.^{4,27,45,87} Oral mukozit konusunda bilgi sahibi hemşirelerin hastalarına daha fazla eğitim vererek kemoterapi sırasında ortaya çıkacak sorunları azaltabilecekleri düşünülmektedir. Araştırmamızda hemşirelerin hastalarına eğitim verme oranının yüksek (%76.4) olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4). Aynı zamanda hastalarına eğitim veren hemşirelerin bilgi puan ortalamalarının vermeyenlere göre yüksek olduğu ve bilgi

puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.15). Bu bulgular bize araştırma kapsamına alınan hemşirelerin eğitim ve danışmanlık rollerini benimsediklerini ve gerçekleştirdiklerini göstermektedir. Hasta eğitiminin, hastaya getireceği yararlar düşünüldüğünde, araştırmamızdaki hemşirelerin büyük çoğunluğunun eğitimi ve danışmanlık rollerini gerçekleştirilmesi olumlu bir bulgu olarak düşünülmektedir.

6-SONUÇ

6.1. Sonuçlar

Araştırma sonucunda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

Araştırma kapsamına alına hemşirelerin %39.2'si 26-30 yaş grubundadır. Hemşirelerin yaş ortalaması 29.22 ± 5.93 'dür. Hemşirelerin %37.8'i lisans ve üstü mezunu, %32.4'ü 3 yıl ve daha kısa süredir hemşire olarak çalışmaktadır. Hemşirelerin %64.2'si tıbbi onkoloji kliniğinde, %78.4'ü klinik hemşiresi olarak, %61.5'i bulunduğu klinikte 3 yıl ve daha kısa süredir çalışmakta ve büyük çoğunluğu (%81,8) mesleki yayın takip etmemektedir (Tablo 4.1). Hemşirelerin %4.7'si daha önce tıbbi onkoloji, hematoloji, gündüz tedavi ünitesinde çalıştıklarını ifade etmiştir. Hemşirelerin %50.0'ı oral mukozitle ilgili bilgi aldığını ve bilgi alan hemşirelerin %70.2'si hizmet içi eğitimde bilgi aldığını belirtmiştir (Tablo 4.2). Hemşirelerin %52.0'ı oral mukozit ile ilgili bilgi almak istemektedir (Tablo 4.3). Hemşirelerin %76.4'ü hastalarına oral mukozite ilişkin eğitim vermektedir (Tablo 4.4).

6.1.1. Hemşirelerin %77.0'ı oral mukozada hasara yol açan kemoterapötik ilaçları, %73.6'sı risk faktörlerini, %72.3'ü oral mukozitin oluşma mekanizmasını, %69.6'sının oral fungal enfeksiyon belirtilerini, %62.2'si oral mukozitin yol açtığı sorunları, %60.1'i oral mukozitin oluşma süresini, %53.4'ü oral mukoziti olan hastanın beslenmesini, %52.7'si fungal enfeksiyonda kullanılan gargarayayı, %47.3'ü ağız bakımını, %45.3'ü protez bakımını, %41.9'u oral mukozitin görüldüğü alanları, %41.9'u oral mukozit derecelendirmesini, %40.5'i oral mukoza değerlendirmesinde dikkat edilmesi gereken durumları, %27.0'ı diş fırçalama tekniğini bilmektedir (Tablo 4.5).

6.1.2. Araştırmaya katılan hemşirelerin %60.8'i ortalamanın üstünde puan almıştır. Hemşirelerin bilgi puan ortalaması 54.63 ± 22.47 'dir (Tablo 4.6).

6.1.3. Hemşirelerin mezun oldukları okula göre bilgi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.8). Fark sağlık meslek lisesi mezunlarından kaynaklanmaktadır.

6.1.4. Hemşirelerin çalıştıkları kliniğe göre bilgi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemlidir ($p<0.05$) (Tablo 4.10). Fark gündüz tedavi ünitelerinde çalışan hemşirelerden kaynaklanmaktadır.

6.1.5. Hemşirelerin şu anda çalıştığı klinikte çalışma süresine göre bilgi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemlidir ($p<0.05$) (Tablo 4.10). Fark 8 yıl ve daha uzun süredir çalışan hemşirelerden kaynaklanmaktadır.

6.1.6. Hemşirelerin daha önce tıbbi onkoloji, hematoloji ve gündüz tedavi ünitelerinde çalışma durumlarına göre bilgi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.11).

6.1.7. Hemşirelerin oral mukozitle ilgili bilgi alma ve bu bilgiyi hizmet içi eğitim, kongre-seminer-sempozyum şeklinde alma durumuna göre bilgi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.13). Bu bilgiyi kurs şeklinde alma durumuna göre bilgi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.13).

6.1.8. Hemşirelerin hastalarına eğitim verme durumlarına göre bilgi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.15).

6.1.9. Hemşirelerin yaşları, toplam çalışma süreleri, mesleki yayın takip etme durumları, oral mukozitle ilgili bilgi almak isteme durumlarına göre bilgi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.7, 4.10, 4.11, 4.12, 4.14)

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

6.2.1. Kemoterapi alan hastalara bakım veren hemşirelere, oral mukozitte ağız bakımı, protez bakımı, diş fırçalama konularında bilgilerini arttırmak amacı ile sürekli eğitimlerin düzenlenmesi

6.2.2. Kemoterapi alan hastalara bakım veren hemşirelerin oral mukozit ile ilgili kurs, kongre, seminer ve sempozyumlara katılımının sağlanması

6.2.3. Oral mukozite ilişkin edinilen bilginin bakıma yönelik olabildiğini sağlamak amacıyla çek-list, broşür, kitapçık vb. araçlar kullanılarak çalışmanın daha geniş popülasyonda yapılması

ÖZET**Köroğlu, G., Hemşirelerin Kemoterapiye Bağlı Gelişen Oral Mukozite İlişkin Bilgilerinin Saptanması, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2006**

Bu araştırma, hemşirelerin kemoterapiye bağlı gelişen oral mukozite ilişkin bilgilerini saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini, Ankara ili merkezindeki kamu hastanelerinin tıbbi onkoloji, hematoloji klinikleri ve gündüz tedavi ünitelerinde çalışan, araştırmayı kabul eden 148 hemşire oluşturmuştur.

Veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından hazırlanan soru formu kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Student T testi ve Varyans Analizi (Oneway ANOVA) kullanılmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre; hemşirelerin mezun oldukları okul, çalıştığı klinik ve çalışma süresi, daha önce tıbbi onkoloji, hematoloji klinikleri, gündüz tedavi ünitesinde çalışma durumu, oral mukozitle ilgili bilgi alma ve bu bilgi kaynaklarından hizmet içi eğitim ve kongre-seminer-sempozyum şeklinde bilgi alma durumu, hastalarına eğitim verme durumlarına göre bilgi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda; kemoterapi alan hastalara bakım veren hemşirelere oral mukozit hakkında sürekli eğitimlerin düzenlenmesi, oral mukozit ile ilgili kongre, seminer ve sempozyumlara katılımının sağlanması, oral mukozite ilişkin edinilen bilginin bakıma yönelik olabilmesini sağlamak amacıyla çek-list, broşür, kitapçık vb. araçlar kullanılarak çalışmanın daha geniş popülasyonda yapılması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Oral Mukozit, Kemoterapi, Hemşirelik, Kanser, Ağız Bakımı

ABSTRACT

Köroğlu, G., Determination of the Level of Knowledge of the Nurses on Chemotherapy Induced Oral Mucositis, Gazi University, Institute of Health Sciences, Nursing Program, Master Thesis, Ankara, 2006.

This study has been carried out descriptively in order to determine the level of knowledge of the nurses on chemotherapy induced oral mucositis.

Sample of the survey consisted of 148 nurses who accepted to participate in this research and who worked in medical oncology, hematology clinics and daily treatment units at state hospitals in Ankara.

For data collection; a questionnaire prepared by the researcher and for data analysis; Student T Test and Variance Analysis (Oneway ANOVA) were used.

The results of the survey have shown that the school graduated, the clinic worked, duration of the work in the same clinic, previous job experience on medical oncology and hematology clinics and daily treatment units, education on oral mucositis through in job training, congress, seminars, symposiums and training the patients are statistically significant on the score of the questionnaire.

In line with the results of the study it was proposed that nurses of the patients of the chemotherapy treatment should be permanently educated on oral mucositis and encouraged to participate in related congress, seminars, symposiums, further studies should cover a larger population through check-list, brochures and booklets in order to use the knowledge in nursing care.

Key Words: Oral Mucositis, Chemotherapy, Nursing, Cancer, Oral Care

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1979 yılında Balıkesir’de doğdu. 1997 yılında Çanakkale Sağlık Meslek Lisesinden Mezun oldu. 2001 yılında Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksekokulu’ndan mezun oldu. Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Hastanesi Hematoloji B.D.da klinik başhemşiresi olarak göreve başladı. Yüksek Lisans eğitimine Eylül 2003 tarihinde Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programında başladı.

KAYNAKLAR:

1. ABBASOĞLU, A., Hemşirelerin Kemoterapi Nedeniyle Kemik İliği Baskılanan Hastaların Bakımına İlişkin Bilgileri, Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Ankara, (1997).
2. AÇIKEL C.H., KILIÇ S., Tıbbi Araştırmalarda İstatistik Yöntem Seçimi, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 3 (7), 162-163, (2004).
3. AKDEMİR, N., BİROL, L., İç Hastahıları ve Hemşirelik Bakımı, Vehbi Koç Vakfı SANERC Yayın No:2, İstanbul, (2003).
4. AKDEMİR, N.(Ed.),İç Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, Vehbi Koç Vakfı, Birinci Baskı, İstanbul; (1998).
5. AKGÜN, S., BUDAKOĞLU, İ., BAKAR, C., Dünya’da ve Türkiye ‘de Morbidite ve Mortalite Değişimleri, Modern Hastane Yönetimi, Temmuz-Ağustos-Eylül, 22-29, (2004).
6. ASLAN, Ö., Kanserli Hastalarda Kemoterapiye Bağlı Semptomların Değerlendirilmesi ve Bu Semptomların Kontrolünde Hemşirelik Eğitiminin Rolü, Doktora Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksekokulu, Ankara, (2003).
7. ATİLLA, N., Kanser Kemoterapisi Alan Hastalarda Oral Komplikasyonların Önlenmesinde Bir Oral Bakım Protokolünün İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksekokulu, Dahili Hemşirelik Bilimleri Anabilim Dalı Başkanlığı, İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı Başkanlığı, Ankara, (1996).
8. AYDEMİR, G., Hemşirelerin Meme ve Jinekolojik Kanserlerin Tanımlanması ve Önlenmesi ile İlgili Bilgi ve Uygulamaları ve Taşıdıkları Risk Faktörleri, Türk Hemşireler Dergisi, Temmuz-Ağustos, 4-10, (1997).
9. AYGÜN, C., SEMİZEL, E., ÇETİNKAYA, S.Ç., YURDAKÖK, M., TEKİNALP, G., Yenidoğanda Psödomanas Glossitinin Tedavisinde Topikal Granülosit-Makrofaj-

- Koloni Stimulan Faktör Kullanımı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 46(4), 281-283, (2003).
10. BAIRD, S., (1991) (Ed.)A Cancer Source Book for Nurses, (Çev.Ed. N. Platin) Hemşireler için Kanser El Kitabı, A.Ç.E.M. ve 4 Akşam Sanat Okulu Matbaası, Ankara, (1996).
11. BAKLACIOĞLU, B., Hemşirelerin Steroid Alan Hastanın Bakımına İlişkin Bilgilerinin Değerlendirilmesi, Hemşirelik Programı Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, (1995).
12. BİLİR, N., ÜNER, S., Kanıta Dayalı Tıp (Evidence-Based Medicine) Koruyucu Hekimlik Alanında da Kullanılabilir , Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, 22 (1), (2001).
13. BOZ. M., Hemodiyaliz Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin AIDS ile İlgili Bilgi Puanlarının Saptanması, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, (1995).
14. CAN, G., Kemoterapi Komplikasyonlarında Hemşirelik Yaklaşımları, I: Uludağ İç Hastalıkları Hemşireliği Sempozyumu, 09-11 Nisan, Kervansaray Termal Otel, Bursa, (2003).
15. Cancer Facts and Figures, American Cancer Society, Surveillance Research, 1-8, (2003).
16. CELLA, D., PULLIAM, J., FUCHS, H., MİLLER, C., HURD, D., WİNGARD, J.R., SONIS, S.T., MARTIN, P.J., GILES, F., Evaluation of Pain Associated with Oral Mucositis During the Acute Period After Administration of High Dose Chemotherapy, Cancer, 98 (2), 406-412, July 15, (2003).
17. CHEN, C., WANG, R., CHENG, S., CHANG, Y., Assesment of Chemotherapy-Induced Oral Complication in Children with Cancer , Journal of Pediatric Oncology Nursing, 21 (1), (January-February), 33-39, (2004).

18. CHENG, K.K., CHANG, A., Palliation of Oral Mucositis Symptoms in Pediatric Patients Treated With Cancer Chemotherapy, *Cancer Nursing*, 26 (6), December, 476-484, (2003).
19. CRADDOCK, R.B., ADAMS, F.P., USUI, V.M., MITCHELL, L., An İntervention To İncrease Use and Effectiveness of Selfcare Measures for Breast Cancer Chemotherapy Patients, *Cancer Nursing*, 22 (4), 312-319, (1999).
20. ÇAM, O.,1 ENGİN, E., Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerde Farkındalık Eğitiminin Bireysel Performans Standartlarına Etkisi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7,82-91, (2006).
21. ÇAN, M., Yatağa Bağımlı Hastalarda Gelişen Komplikasyonlar Hakkında Hemşirelerin Bilgi Puanı, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon, (2005).
22. DODD, M., MIASKOWSKI, C., DIBBLE, S., PAUL, S., MCPHAIL, L., GERRENSPAN, D., SHİBA, G., Factors Influencing Oral Mucositis in Patient Receiving Chemotherapy, *Cancer Practice*, 8 (3), 291-297, November/December, (2000).
23. DODD, M.J., MIASKOWSKİ, C., GREENSPAN, D., MACPAIL, L., SHIH, A., SHIBA, G., FACIONE, N., STEVAN, M.P., Radiation-Induced Mucositis: A Randomized Clinical Trial of Micronized Sucralfate Versus Salt&Soda Mouthwashes, *Cancer Investigation*, 21 (1), 21-23, (2003).
24. DODD, M.J., The Pathogenesis and Characterization of Oral Mucositis Associated With Cancer Therapy, *Oncology Nursing Forum*, 31 (4), Supplement, 5-12, (2004).
25. DOĞAN, N., Hemşirelerin Kan Transfüzyonuna Yönelik Bilgi ve Uygulamaları, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, (1994).
26. DURNA, Z., Kanserli Hastada Ağız Bakımı, *Hemşirelik Bülteni*, 4 (8), 99-105, (1990).

27. EILERS, J., Nursing Interventions and Supportive Care for The Prevention and Treatment of Oral Mucositis Associated with Cancer Treatment, *Oncology Nursing Forum*, 31 (4), Supplement, 13-23, (2004).
28. ELLERSHAW, J. E., PEAT, S.J., BOYS, L.C., Assessing the Effectiveness of a Hospital Palliative Care Team, *Palliative Medicine*, 9 (2), 145-152, (1995).
29. ERGİN, Ü., Meme Kanserli Hastaların Kemoterapötik Ajanları Tolere Edebilmelerinde Eğitimin Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, (1995).
30. FILICKO, J., LAZARUS, H.M., FLOMENBERG, N., Mini Review: Mucosal Injury in Patient Undergoing Hematopoietic Progenitor Cell Transplantation: New Approaches to Prophylaxis and Treatment, *Bone Marrow Transplantation*, 31, 1-10, (2003).
31. FIRAT, D., HAYRAN, M., Cancer Statistics in Turkey and in the World, 1990-1992 Turkish Association for the Cancer Research and Control, Ankara, (1995).
32. GAUDIO, D.D., MENNONA-QUINN, D., Chemotherapy: Potential Occupational Hazards, *American Journal Nursing*, 98 (11), 59-65, (1999).
33. GERPEN, V.G., Stomatitis, *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 7 (4), 471-473, July/August (2003).
34. GILES, F.J., MILLER, C.B., HURD, D.D., WINGARD, J.R., FLEMING, T.R., SONIS, S.T., BRADFORD, W.Z., PULLIAM, J.G., ANAISSIE, E.J., BEVERIDGE, R.A., BRUNVAND, M.M., MARTIN, P.J., A Phase III, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Multinational Trial of Iseganan for The Prevention of Oral Mucositis in Patient Receiving Stomatotoxic Chemotherapy, *Leukemia&Lymphoma*, 44 (7), 1165-1172, (2003).
35. GÖKDERE, H., Hemşirelerin Kemoterapi Uygulamaları Sırasında Almaları Gereken Önlemler Konusunda Bilgi Puanlarının Saptanması, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon, (2003).

36. GÖRGÜLÜ, S., Hemşirelerin Antibiyotiklere İlişkin Bilgi Puanlarının Saptanması, Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, (1983).
37. GÜLLÜ, İ.H., Kemoterapi El Kitabı, Hacettepe Doktorlar Yayınevi, Ankara, Nisan (2005).
38. GÜNAY, S., Hastane İnfeksiyonlarına İlişkin Bilgi Puanlarının Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, (1995).
39. GÜNDOĞU, E., Hastanede Çalışan Hemşirelerin İnfeksiyonlara İlişkin Bilgilerinin Saptanması, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, (1989).
40. <http://www.reseng.ac.uk/dental/fds/pdf/oncoradio.doc> (07.08.2005)
41. <http://www.who.int/healthinfo/statistics/bodgbdeathdalyestimates.xsl> (20.10.2006).
42. IŞIKAY, Ç., KARAKUŞ, A., BOYRAZ, H., Hemşirelerin İntraket Bakımı Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi, Hemşirelik Forumu Dergisi, Eylül-Aralık, 34-38, (2005).
43. İNANÇ, N., Kemoterapide Semptom Kontrolü ve Hemşirenin Rolü, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksek Okulu Yayını, 9, Ankara, (1994).
44. İYİARI, G., Hemşirelerin Koroner Anjiyografi Sonrası Uyguladıkları Bakım ve Bakıma İlişkin Bilgileri, Hemşirelik Programı Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, (1996).
45. JANSMAN, F.G.A., SLEIFFER, D.T., COENEN, J.L.M.M., DE GRAAF, J.C., BROUWERS, J.R.B.J., Risk Factor Determinig Chemotherapeutic Toxicity in Patients with Advanced Colorectal Cancer, Drug Safety, 23 (4), 255-278, (2000).
46. Kanser ve Kemoterapi, Hasta Bilgilendirme Kitapçığı, Ebewe Pharmaceuticals Ltd., Avusturya, (1997).
47. KAPUCU, S., Ev Ziyaretinin Kemoterapi Alan Hastaların Yaşam Kaliteleri ve Öz Bakım Güçlerine Etkisi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, (2003).

48. KARATEPE, Ö., Hemşirelerin Mastektomi Geçiren Hastaların Öz Bakım ve Evdeki Bakımına Yönelik Bilgi Puanları, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir, (2005).
49. KAYA, H., AKÇİN, E., Öğrenme Biçimleri / Stilleri ve Hemşirelik Eğitimi, C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 6 (2), (2002)
50. KIZILCI, S., Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 3 (2), 18-26, (1999).
51. KOÇAR, İ.H., ERİKÇİ, S., BAYKAL, Y., İç Hastalıklarında Karar Verme, TOSUN, N.,Sağlık Ekibinin Karar Verme Sürecinde Hemşirenin Rolü, 117-121, GATA Basımevi, Ankara,(2002).
52. KUTLUK, T., KARS, A., Kanser Konusunda Genel Bilgiler, Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Yayınları, Ankara, (1992).
53. LUCKMAN, J., SORENSEN, K.C., Medical Surgical Nursing, W.B. Saunders Company, Philedelphia, (1993).
54. MAJORANA, A., SCHUBERT, M.M., PORTA, F., UGAZIO, A.G., SAPELLI, P.L., Oral Complications of Pediatric Hematopoietic Cell Transplantation: Diagnosis and Management, Support Care Cancer, 8, 353-365, (2000).
55. MCGUIRE, D.B., PETERSON, D.E., MULLER, S., OWEN, D.C., SLEMMONS, M.F., SCHUBERT, M.M., The 20 İtem Oral Mucositis Index: Reliability and Validity in Bone Marrow and Stem Cell Transplant Patient, Cancer Investigation, 20, 893-903, (2002).
56. MERKOURIS, A., IFANTOPOULOS, J., LANARA, V., LEMONIDOU, C., Patient Satisfaction: A Key Concept for Evaluation and Improving Nursing Services, Journal of Nursing Management, 7 (1), 19-28, (1999).
57. MIASKOWSKI, C., EILERS, J., DODD, M.J., Introduction: Shaping Oncology Nursing Care for The Future, Oncology Nursing Forum, 31 (4), Supplement, 3-4, (2004).

58. MİLLER, M., KEARNEY, N., Oral Care for Patient with Cancer: A Review of the Literature, *Cancer Nursing*, 24 (4), 241-254, (2001).
59. NAIDU, M.U.R., RAMANA, G.V., RANI, P.U., MOHAN, I.K., SUMAN, A., ROY, P., Chemotherapy-Induced and/or Radiation Therapy-Induced Oral Mucositis-Complicating the Treatment of Cancer, *Neoplasia*, 6 (5), 423-431, September/October (2004).
60. Nursing Management of Oral Hygiene, MOH Nursing Clinical Practice Guidelines 1/2004, Singapore, (2004).
61. OBLON, D.J., PAUL, S.R., OBLON, M.B., MALIK, S., Propanthelin Protects The Oral Mucosa After High Dose Ifosfamide, Carboplatin, Etoposide and Autologous Stem Cell Transplantation, *Bone Marrow Transplantation*, 20, 961-963, (1997).
62. Oral Complication of Chemotherapy and Head/Neck Radiation (PDQ) Health Professional Version,
<http://www.nci.nih.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/oralcomplications/HealthProfes.../prin> (13.10.2005).
63. ÖZTUNÇ, G., Hemşirelerin Damar İçi Sıvı Tedavisine İlişkin Temel Bilgi Düzeylerinin Saptanması, Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, (1984).
64. PAPAS, A.S., CLARK, R.E., MARTUSCELLI, G., O'LOUGHLIN, JOHANSEN, E., MILLER, K.B., Post-Transplant Complications: A Prospective, Randomized Trial for The Prevention of Mucositis in Patients Undergoing Hematopoietic Stem Cell Transplantation, *Bone Marrow Transplantation*, 31, 705-712, (2003).
65. PLEVOVA, P., Prevention and Treatment of Chemotherapy and Radiotherapy Induced Oral Mucositis, *Oral Oncology*, 35, 453-470, (1999).
66. RIZALAR, S., Hasta Bakımına Doğrudan Katılan Hastane Personelinin Hastane Enfeksiyonları İle İlgili Bilgi ve Uygulamalarının Saptanması, Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, (1996).

67. RUBENSTEIN, E.B., PETERSON, D.E., SCHUBERT, M., KEEFE, D., MCGUIRE, D., EPSTEIN, J., ELTING, L.S., FOX, P.C., COOKSLEY, C., SONIS, S.T., Clinical Practise Guidelines for the Prevention and Treatment of Cancer Therapy-Induced Oral and Gastrointestinal Mucositis, *Cancer Supplement* May 1, 100 (9), 2026-2046, (2004).
68. Sağlık Bakanlığı İstatistikleri, Kanser Vak'alarının Yaş ve Cinse Göre Dağılımı, (1999).
69. Sağlık Bakanlığı İstatistikleri, Türkiye'de Bölgelere ve Cinsiyete Göre Kanser Vakaları, (1999).
70. SCARPA, R., *Advanced Practise Nursing in Head and Neck Cancer; Implemantation of Five Roles*, *Oncology Nursing Forum*, 31(3), (2004).
71. SCHWİRİAN, P.M. *Professionalization of Nursing: Current Issues And Trends*, Lippincott- Raven Publishers, Third Edition, (1998).
72. SCULLY, C., EPSTEIN, J., SONIS, S., *Oral Mucositis: A Challenging Complication of Radiotherapy, Chemotherapy and Radiochemotherapy: Part 1, Patogenesis and Prophylaxis of Mucositis*, *Head & Neck*, December, 1057-1070, (2003).
73. SCULLY, C., EPSTEIN, J., SONIS, S., *Oral Mucositis: A Challenging Complication of Radiotherapy, Chemotherapy and Radiochemotherapy. Part 2: Diagnosis and Management of Mucositis*, *Head & Neck*, January, 77-84, (2004).
74. SHIH, A., MIASKOWSKI, C., DODD, M., STOTTS, N., MACPAIL, L., *Mechanisms for Radiation-Induced Oral Mucositis and The Consequences*, *Cancer Nursing*, 26 (3), 222-229, June (2003).
75. SONIS, S., CLARK, J., *Prevention and Management of Oral Mucositis Induced by Neoplastic Therapy*, *Oncology*, 5, 11-18, (1991).
76. SONİS, S.T. ELTING, L.S., KEEFE, D., PETERSON, D.E., SCHUBERT, M., HAUER-JENSEN, M, BEKELE, B.N., RABER-DURLACHER, J., DONNELLY, J.P., RUBENSTEIN, E.B., *Perspectives on Cancer Therapy-Induced Mucosal Injury*, *Cancer Supplement* May 1, 100 (9), 1995- 2025, (2004).

77. SONİS, S.T., Mucositis as A Biological Process: A New Hypothesis For The Development of Chemotherapy Induced Stomatotoxicity, *Oral Oncology*, 34, 39-43, (1998).
78. SONİS, S.T., Oral Mucositis in Cancer Therapy, *The Journal of Supportive Oncology*, 2 (3), 3-9, Novemver/December (2004).
79. SONİS, S.T., OSTER, G., FUCHS, H., *et. al.*, Oral Mucositis and The Clinical and Economic, Outcomes of Hematopoietic Stem-cell Transplantation, *Journal Clinical Oncology*, 19, 2201-2205, (2001).
80. T.C.S.B. Kanser Savaş Daire Başkanlığı 1998 Yılı Kanser İstatistikleri, (2002).
81. TEZEL, A., ÖZKAN, H., ÇELEBİOĞLU, A., Ebeler "Apgar Değerlendirmesi"ni Ne Kadar Biliyorlar?, *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)*, 14(3) 163-170, (2005).
82. THOMPSON, S.D., NUGGET, S.M.J., WALCZAK, R.J., When Ovarian Cancer Strikes, *Nursing*, 26 (10), 36-37, (1996).
83. TÜKEL, B., Yatan Hasta Memnuniyeti: Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi'nde Bir Uygulama (Genel Cerrahi Anabilim Dalı Örneği), Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Ankara, (2001).
84. Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu 1999 Yılı İstatistikleri, http://www.turkcancer.org/pdf/turkiye%20_istatistikleri-2.pdf, (16.04.2006).
85. VİCDAN, A., Hemşirelerin İntravenöz Sıvı Tedavisine İlişkin Bilgi Puanları ve Uygulamaları, Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon, (2004).
86. WILKES J.D., Prevention and Treatment of Oral Mucositis Following Cancer Chemotherapy, *Semin. Oncology*, 25, 538-551, (1998).
87. WOHLSCHLAEGER, A., Prevention and Treatment of Mucositis: A Guide for Nurses, *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 21 (5), 281-287, (2004).

88. YASAKO, J.M., (Çev.Ed.E.Topuz), Kemoterapiye Bağlı Belirtilerin Denetimi ve Bakımı, H.Onat Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı, İstanbul, (1994).
89. YAVAŞ, Ö., Baş Boyun Bölgesi Radyoterapi Alan Hasta Bakımı, 20-23 Nisan 2002 Pine Bay Holiday Resort Kuşadası V. Ulusal Radyasyon Onkolojisi Kongresinde panelde sunulmuştur. (2002).
90. YILDIZ, Ş.: Meme Kanserli Bireylere Kemoterapi Konusunda Evde Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği, İzmir, (1998).
91. YILMAZ, M., Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 5 (2), (1999).
92. YOUNGBLOOD, M., WILLIAMS, D.P., EYLES, H., WARING, J., RUNYON, S., A Comparison of Two Methods of Assessing Cancer Therapy-Related Symptoms, Cancer Nursing, 17 (1), 37-44, (1994).
93. YURTSEVER, S., ALTIOK, M., Kanıta Dayalı Uygulamalar ve Hemşirelik, Fırat University Journal of Health Sciences (Tıp), 20 (2), 159-166, (2006).
94. YURTSEVER, S., Hemşirelerin Koruyucu İzolasyon Yöntemine İlişkin Bilgi ve Uygulamaları, Hemşirelik Programı Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, (1994).
95. YURTSEVER, S., Stomatit ve Hemşirelik Bakımı, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3 (2), 50-54, (1996).

EKLER**EK-1 Soru Formu****BÖLÜM I: TANITICI ÖZELLİKLER**

1. Doğum tarihiniz. (Yıl olarak):

2. En son mezun olduğunuz okul.
 - a. Sağlık Meslek Lisesi
 - b. Hemşirelik Bölümü Önlisans Programı
 - c. Hemşirelik Yüksekokulu
 - d. Yüksek Lisans
 - e. Doktora

3. Ne kadar süredir hemşire olarak çalışmaktasınız?
.....yıl
4. Hangi klinikte çalışıyorsunuz?
 - a. Tıbbi Onkoloji
 - b. Hematoloji
 - c. Gündüz Tedavi Ünitesi

5. Şu anda çalıştığınız klinikte ne kadar süredir çalışmaktasınız?
.....yıl

6. Klinikte göreviniz nedir?
 - a. Klinik hemşiresi
 - b. Sorumlu hemşire (Başhemşire)
 - c. Gündüz tedavi ünitesi hemşiresi
 - d. Diğer

7. Daha önce hematoloji kliniği, tıbbi onkoloji kliniği ya da gündüz tedavi ünitelerinden herhangi birinde çalıştınız mı?
 - a. Evet
 - b. Hayır (9. soruya geçiniz)

8. 7. soruya cevabınız evet ise çalıştığınız klinikleri ve sürelerini yazar mısınız?

KlinikSüre

.....

.....

.....

.....

BÖLÜM II. AŞAĞIDAKİ SORULAR SİZİN KEMOTERAPİYE BAĞLI GELİŞEN ORAL MUKOZİTE İLİŞKİN EĞİTİM ALMA VE HASTANIZA EĞİTİM VERME DURUMUNUZA YÖNELİKTİR

9. Daha önce kemoterapiye bağlı gelişen oral mukozit ile ilgili bilgi aldınız mı?
- Evet
 - Hayır (11. soruya geçiniz.)
10. (9. soruya cevabınız evet ise) bu bilgi size nerede verildi? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)
- Hizmet İçi Eğitim olarak
 - Kurs şeklinde
 - Kongre – Seminer – Sempozyum olarak
 - Diğer...
11. Mesleğiniz ile ilgili takip ettiğiniz bilimsel yayın ve/veya yayınlar(kitap, dergi vb.) var mı?
- Evet
 - Hayır (13. soruya geçiniz)
12. Takip ettiğiniz yayınların isimlerini yazınız.
-
-
-
-
13. Hastalarınıza oral mukozit ile ilgili eğitim veriyor musunuz?
- Evet
 - Hayır (15. soruya geçiniz)
14. Verdiğiniz eğitimin içeriğinde hangi konulara yer verdiğinizi yazar mısınız?
-
-
-
-
15. Kemoterapiye bağlı gelişen oral mukozite ilişkin bilmek istediklerinizi yazınız.

BÖLÜM III. AŞAĞIDAKİ SORULAR SİZİN KEMOTERAPİYE BAĞLI GELİŞEN ORAL MUKOZİTE İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİNİZE YÖNELİKTİR

16. Aşağıdakilerden hangisi kemoterapinin oral mukozite yol açma mekanizmasıdır?
- Bazal epitel hücrelerde direkt hasar oluşturarak
 - Sitokinlerin salınımını azaltarak
 - Damar permeabilitesini azaltarak
 - İnterlökin salınımını azaltarak
 - İnflamasyonu engelleyerek
17. Aşağıdakilerden hangisi kemoterapi alan hastalarda oral mukozit oluşumunu arttıran **risk faktörlerindendir?**
- Hastanın ilk kez kemoterapi alıyor olması
 - Hastaya düşük doz kemoterapi uygulanması
 - Hastanın solid tümörden dolayı kemoterapi alıyor olması
 - Hastanın yaşının 20-65 yaş arasında olması
 - Hastanın immün fonksiyonlarında bozukluk olması
18. Aşağıdakilerden hangisi kemoterapiye bağlı oral mukozit oluşan **hastada görülen sorunlardan değildir?**
- Çiğneme güçlüğü
 - Malnütrisyon ve kilo kaybı
 - Ağız içinde kanama
 - Burun kanaması
 - Hava yolu tıkanıklığı
19. Aşağıdakilerden hangisi oral mukozada hasara yol açan **kemoteropötik ilaçlardandır?**
- Kloramfenikol
 - Amfoterisin-B
 - Methotrexate
 - Benzydamin
 - Amifostine
20. Kemoterapiye bağlı oral mukozit tedavi başlangıcından ne kadar süre sonra oluşur?
- KT'den 1-3 gün sonra
 - KT'den 3-4 gün sonra
 - KT'den 7-10 gün sonra

- d. KT'den 10-14 gün sonra
e. KT'den 15-20 gün sonra
21. Ağız içinde hangi yapı ve alanlar, kemoterapiden **daha fazla etkilenir?**
- a. Gingiva
b. Dilin dorsal yüzeyi
c. Yanak mukozası
d. Sert damak
e. Dişler
22. Hemşire ağız içi mukozasını değerlendirirken nelere dikkat etmelidir? **Doğru olan/olanları işaretleyiniz.**
- Renk değişikliği
 Nem değişikliği
 Mukoza bütünlüğündeki değişiklik
 Dil ve dudakta ödem
 Ağız hijyeni
23. Hastanın ağız muayenesinde yaygın ve ağrılı ülserler tespit ettiniz. Hastanız sadece sıvı gıdalar alabiliyor. Bu durumda mukozit derecesinin kaç olduğunu düşünürsünüz?
- a. I b. II c. III d. IV e. V
24. Hastanızın düzenli ağız muayenesi sırasında ilk kez hastanın **dil, dudak ve yanak mukozasında yumuşak görümlü beyaz yada krem rengi alanlar** tespit ettiniz. Hastanız yanma, metalik tat, çiğneme zorluğu olduğunu ifade ediyor. Bu size neyi düşündürür?
- a. Bakteriyel enfeksiyon
b. Viral enfeksiyon
c. Fungal enfeksiyon
d. Stafilokok enfeksiyonu
e. Herpes enfeksiyonu
25. 24. sorudaki bulguları olan hastanıza aşağıdaki gargaralardan hangisini kullanırsınız.
- a. Hidrojen peroksit
b. Kamomil
c. Lidocain

- d. Sodyum bikarbonat
- e. Nystatin

26. Oral mukoziti olan hastanızda beslenme ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi

doğrudur?

- a. Sıvı alırken oral mukozada tahrişe neden olacağından dolayı pipet kullanmaması
- b. Ilık ve sıcak yiyecekleri tercih etmesi
- c. Muz, şeftali, elma püresi gibi yumuşak gıdaları tercih etmesi
- d. Tükürük salgısını arttırmak için şekerli sakız çiğnemesi
- e. Portakal, greyfurt gibi C vitamininden zengin meyveler yemesi

27. Oral mukoziti olan hastanın ağız bakımı ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi

doğrudur?

- a. Oral mukozit riski olan hastalarda ağız içinin günde bir kez değerlendirilmesi
- b. Orta derecede oral mukozitte ağız içinin günde 1 kez değerlendirilmesi
- c. Orta derecede oral mukozitte 1-2 saatte bir gargara yapılması
- d. Ciddi derecede oral mukozitte 1-2 saatte bir dişlerin fırçalanması
- e. Ciddi oral mukozit varsa diş aralarını daha iyi temizlemek için diş ipi kullanılması

28. Oral mukoziti olan hastada diş fırçalama ile ilgili **yanlış olan seçeneği işaretleyiniz.**

- a. Yumuşak diş fırçası kullanılması
- b. Floridli diş macunu kullanılması
- c. Dişlerin iç, dış ve çiğneme yüzeylerinin fırçalanması
- d. Diş fırçasını diş etlerine 45 derecelik açıyla yaklaştırarak dişlerin fırçalanması
- e. Dişlerin en fazla 90 saniye fırçalanması

29. Oral mukoziti olan hastada protez bakımında dikkat edilmesi gerekenlerden **yanlış**

olanı işaretleyiniz.

- a. Protezlerin yemekten sonra fırçalanması
- b. Gece yatarken protezlerin çıkarılması
- c. Ağız içinde ülserasyon varsa protez kullanılmaması
- d. Protez temizliğinde sodyum hipokloritin kesinlikle kullanılmaması
- e. Protezin ağıza takılmadan önce su ile nemlendirilmesi

EK-2 Bilgi Soruları Cevap Anahtarı

16. Aşağıdakilerden hangisi kemoterapinin oral mukozite yol açma mekanizmasıdır?
- Bazal epitel hücrelerde direkt hasar oluşturarak**
 - Sitokinlerin salınımını azaltarak
 - Damar permeabilitesini azaltarak
 - İnterlökin salınımını azaltarak
 - İnflamasyonu engelleyerek
17. Aşağıdakilerden hangisi kemoterapi alan hastalarda oral mukozit oluşumunu arttıran **risk faktörlerindendir?**
- Hastanın ilk kez kemoterapi alıyor olması
 - Hastaya düşük doz kemoterapi uygulanması
 - Hastanın solid tümörden dolayı kemoterapi alıyor olması
 - Hastanın yaşının 20-65 yaş arasında olması
 - Hastanın immün fonksiyonlarında bozukluk olması**
18. Aşağıdakilerden hangisi kemoterapiye bağlı oral mukozit oluşan **hastada görülen sorunlardan değildir?**
- Çiğneme güçlüğü
 - Malnütrisyon ve kilo kaybı
 - Ağız içinde kanama
 - Burun kanaması**
 - Hava yolu tıkanıklığı
19. Aşağıdakilerden hangisi oral mukozada hasara yol açan **kemoteropötik ilaçlardandır?**
- Kloramfenikol
 - Amfoterisin-B
 - Methotrexate**
 - Benzydamin
 - Amifostine
20. Kemoterapiye bağlı oral mukozit tedavi başlangıcından ne kadar süre sonra oluşur?
- KT'den 1-3 gün sonra
 - KT'den 3-4 gün sonra
 - KT'den 7-10 gün sonra**
 - KT'den 10-14 gün sonra

- e. KT'den 15-20 gün sonra
21. Ağız içinde hangi yapı ve alanlar, kemoterapiden daha fazla etkilenir?
- Gingiva
 - Dilin dorsal yüzeyi
 - Yanak mukozası**
 - Sert damak
 - Dişler
22. Hemşire ağız içi mukozasını değerlendirirken nelere dikkat etmelidir? Doğru olan/olanları işaretleyiniz.
- Renk değişikliği
- Nem değişikliği
- Mukoza bütünlüğündeki değişiklik
- Dil ve dudakta ödem
- Ağız hijyeni
23. Hastanın ağız muayenesinde yaygın ve ağırlı ülserler tespit ettiniz. Hastanız sadece sıvı gıdalar alabiliyor. Bu durumda mukozit derecesinin kaç olduğunu düşünürsünüz?
- I b. II c. III d. IV e. V
24. Hastanızın düzenli ağız muayenesi sırasında ilk kez hastanın dil, dudak ve yanak mukozasında yumuşak görümlü beyaz yada krem rengi alanlar tespit ettiniz. Hastanız yanma, metalik tat, çiğneme zorluğu olduğunu ifade ediyor. Bu size neyi düşündürür?
- Bakteriyel enfeksiyon
 - Viral enfeksiyon
 - Fungal enfeksiyon**
 - Stafilokok enfeksiyonu
 - Herpes enfeksiyonu
25. 24. sorudaki bulguları olan hastanıza aşağıdaki gargaralardan hangisini kullanırsınız.
- Hidrojen peroksit
 - Kamomil
 - Lidocain
 - Sodium bikarbonat
 - Nystatin**

26. Oral mukoziti olan hastanızda beslenme ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi **doğrudur?**
- Sıvı alırken oral mukozada tahrişe neden olacağından dolayı pipet kullanmaması
 - Ilık ve sıcak yiyecekleri tercih etmesi
 - Muz, şeftali, elma püresi gibi yumuşak gıdaları tercih etmesi**
 - Tükürük salgısını arttırmak için şekerli sakız çiğnemesi
 - Portakal, greyfurt gibi C vitamininden zengin meyveler yemesi
27. Oral mukoziti olan hastanın ağız bakımı ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi **doğrudur?**
- Oral mukozit riski olan hastalarda ağız içinin günde bir kez değerlendirilmesi**
 - Orta derecede oral mukozitte ağız içinin günde 1 kez değerlendirilmesi
 - Orta derecede oral mukozitte 1-2 saatte bir gargara yapılması
 - Ciddi derecede oral mukozitte 1-2 saatte bir dişlerin fırçalanması
 - Ciddi oral mukozit varsa diş aralarını daha iyi temizlemek için diş ipi kullanılması
28. Oral mukoziti olan hastada diş fırçalama ile ilgili **yanlış olan seçeneği işaretleyiniz.**
- Yumuşak diş fırçası kullanılması
 - Floridli diş macunu kullanılması
 - Dişlerin iç, dış ve çiğneme yüzeylerinin fırçalanması
 - Diş fırçasını diş etlerine 45 derecelik açıyla yaklaştırarak dişlerin fırçalanması
 - Dişlerin en fazla 90 saniye fırçalanması**
29. Oral mukoziti olan hastada protez bakımında dikkat edilmesi gerekenlerden **yanlış olanı işaretleyiniz.**
- Protezlerin yemekten sonra fırçalanması
 - Gece yatarken protezlerin çıkarılması
 - Ağız içinde ülserasyon varsa protez kullanılmaması
 - Protez temizliğinde sodyum hipokloritin kesinlikle kullanılmaması**
 - Protezin ağıza takılmadan önce su ile nemlendirilmesi

EK-3 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu**BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

“Hemşirelerin kemoterapi alan hastalarda gelişen oral mukozite ilişkin bilgilerinin saptanması” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapıldığını, sizinle ilgili bilgilerin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neler içerdiğini, olası yararlarını ve rahatsızlıklarını bilmeniz önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırın. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

- Kemoterapi son yıllarda ölüm nedenleri arasında hızla yükselen kanserin tedavisinde en fazla kullanılan yöntemler arasında yer almaktadır. Kemoterapi komplikasyonlarının içerisinde oral mukozit mortaliteyi arttırması, hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi, tedavi sürecini uzatması ve maliyetini arttırması nedeniyle önemli bir yere sahiptir.

Hemşire, sağlık ekibinin diğer üyelerine göre hasta bireyler ve aileleri ile daha yakın bir iletişimde bulunduğu ve bu iletişim uzun süre devam ettiğinden, kanserli hastaların bakımının sürdürülmesinde çok değerli ve vazgeçilmez bir konumdadır. Bu nedenle kemoterapi alan hastada oral mukozit gelişmesini önleme ve tedavide hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Araştırmanın kemoterapi alan hastalarda oral mukozit gelişiminin önlenmesinde hemşirelerin daha bilgili ve etkin olmasını sağlayacağı düşünülmektedir. Araştırmanın amacı hemşirelerin kemoterapi alan hastalarda oluşan oral mukozite ilişkin bilgilerinin saptanmasıdır.

- Araştırma konusu ile ilgili başka çalışmaya ulaşmamıştır.
- Çalışmaya Ankara ili merkezdeki Tıbbi Onkoloji ve Hematoloji Klinikleri bulunan Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler ve üniversite hastanelerinin Tıbbi Onkoloji ve Hematoloji Kliniklerinde ve bu kliniklerin gündüz tedavi ünitelerinde çalışan hemşirelerin katılması planlanmaktadır.

Bu çalışmaya katılmamalı mıyım?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Eğer katılmaya karar verirseniz bu yazılı bilgilendirilmiş olur formu imzalanmak için size verilecektir. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz.

Bana önerilen araştırma yöntemi dışında başka alternatif yöntemler var mı?

Araştırma tanımlayıcı bir araştırma olduğundan sizden soru formunu doldurmanız istenecektir.

Bu çalışmaya katılırsam beni neler bekliyor?

- Çalışma katılımcılar tarafından soru formunun doldurulması ve sonuçların istatistik yöntemlerle değerlendirilmesi şeklinde yapılacaktır.
- Tanımlayıcı bir araştırma olduğundan dolayı deneysel uygulama yoktur.
- Plasebo grubu yoktur.
- Çalışmada randomizasyon yapılmayacak, çalışmaya katılmayı kabul eden Ankara şehir merkezindeki hastanelerin hematoloji, tıbbi onkoloji ve bu kliniklerin gündüz tedavi ünitelerinde çalışan tüm hemşireler dahil edilecektir.
- Araştırma etik kurul onayı ve izin alınmasını müteakip başlayacak ve Ağustos 2006'da bitecektir.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları nelerdir, göreceğim olası bir zarar durumunda ne yapılacak ?

Araştırma tanımlayıcı bir araştırma olup soru formu doldurulmanız isteneceği için göreceğiniz olası bir zarar yoktur.

Çalışmada yer almamın yararları nelerdir ?

Araştırmaya katılmayı kabul etmeniz hemşirelik mesleğinin bilimsel gelişimine ve hasta bakım kalitesini artmasına katkı sağlayacaktır.

Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir ?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak ?

Araştırmacı kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz çalışma boyunca araştırmacı tarafından gizli tutulacaktır. Çalışmanın sonunda, bu bilgiler hakkında bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi, yardım ve iletişim için kime başvurabilirim ?

Çalışma ile ilgili bir sorunuz olduğunda ya da çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Gülbahar KÖROĞLU

GÖREVİ : Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Öğrencisi

TELEFON : 0 533 760 32 65

(Katılımcının Beyanı)

GÜTF Tıbbi Onkoloji/Hematoloji Anabilim dalında, Gülbahar KÖROĞLU tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim).*

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Adı soyadı, unvanı: Gülbahar KÖROĞLU

Adres:Doğançay sok. 22/7 Etlik/ANKARA

Tel: 0 533 760 32 65

İmza:

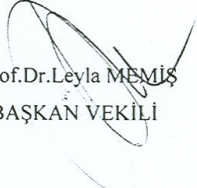
Tarih:




-73-
T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
YEREL ETİK KURULU

| Tarih | Sayı | Konu |
|------------|------|-----------------------|
| 16.06.2006 | 203 | Etik Kurul Kararı Hk. |

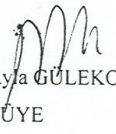
G.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr.Sevinç Kutlutürkan'ın sorumlu araştırmacısı olduğu "**Hemşirelerin kemoterapi alan hastalarda gelişen oral mukozite ilişkin bilgilerinin saptanması**" başlıklı çalışması, Etik Kurulumuzca incelenerek uygun bulunmuştur.



Prof.Dr.Leyla MEMİŞ
BAŞKAN VEKİLİ

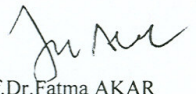

Prof.Dr.Ceyda KARADENİZ
ÜYE

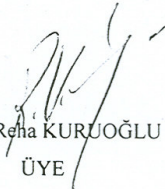
Prof.Dr.Candan TUNCER
ÜYE(Katılmadı)

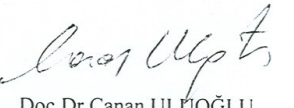

Prof.Dr.Ayşel ARICIOĞLU
ÜYE


Prof.Dr.Aya GÜLEKON
ÜYE


Prof.Dr.Esin ŞENOL
ÜYE

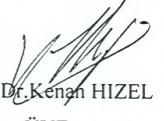

Prof.Dr.Fatma AKAR
ÜYE


Prof.Dr.Reha KURUOĞLU
ÜYE


Doç.Dr.Canan ULUOĞLU
ÜYE

Doç.Dr.Aykın ŞİMŞEK
ÜYE(Katılmadı)

Doç.Dr. Nesrin ÇOBANOĞLU
ÜYE (Katılmadı)


Doç.Dr. Kenan HİZEL
ÜYE

EK-5

-74-



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ CEBECİ
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ



Kısım : /6326

Konu :

Ankara

14 10 9 /2006

Gazi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Enstitünüz Hemşirelik Yüksek Lisans programında öğrenimine devam eden Gülbahar KÖROĞLU'nun yürütmekte olduğu "Hemşirelerin Kemoterapi Alan Hastalarda Gelişen Oral Mukozite İlişkin Bilgilerin Saptanması" konu tez çalışmasını, kendisi takip etmesi durumunda uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.

Prof. Dr. Adnan UYSALEL
Ankara Üniversitesi
Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi
Başhekimliği

Doç. Dr. H.ATİLLA/12.09.2006

Y.K./12.09.2006



**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
HASTANELERİ**

▪ Erişkin Hastanesi
▪ İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi
▪ Onkoloji Hastanesi

B.30.2.HAC.0.70.10.01/05-H 1598

13.09.2006

*Gazi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,*

İlgi: 24.05.2006 tarih ve B.30.2.GÜN.0.A1.00.01/748 sayılı yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Yüksek Lisans programında öğrenimine devam eden Gülbahar KÖROĞLU'nun yürütmekte olduğu "Hemşirelerin Kemoterapi Alan Hastalarda Gelişen Oral Mukozite İlişkin Bilgilerin Saptanması" konulu tez çalışmasını Hastanelerimizde yapma istemi uygun bulunmaktadır.

Saygılarımla,

*Prof.Dr. Uğur ERDENER
Hastaneler Genel Direktörü*

UE/me

Hacettepe Üniversitesi Merkez Kampusu Sıhhiye 06100 ANKARA
Tel: (312) 305 1101 - 1102 • Faks: (312) 311 0994

Arınacı

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

SAYI : B.30.2.GÜN.0.A1.00.01/748
KONU : Tez Çalışma İzni

24.05.2006

ANKARA ATATÜRK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE

Enstitümüz Hemşirelik Yüksek Lisans programında öğrenimine devam eden Gülbahar KÖROĞLU'nun yürütmekte olduğu "Hemşirelerin Kemoterapi Alan Hastalarda Gelişen Oral Mukozite İlişkin Bilgilerin Saptanması" konulu tez çalışması ile ilgili olarak yapacağı çalışmalar için gerekli iznin verilmesi saygı ile arz olunur.

Oktay Üner
Prof.Dr. Oktay ÜNER
ENSTİTÜ MÜDÜRÜ

EKİ:Yüksek Lisans Tez Önerisi

uygundur.
27.06.2006

| GİZLENEN EVRAK | | |
|----------------|----------|-----------|
| Tarih | Sayı | Sevk Yeri |
| 27.06.06 | 6798 | |
| Müd. | Baştabip | |



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
DR. ZEKİ TAHRİR BURAK KADIN SAĞLIĞI EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ
BAŞTABIPLIĞI



2.../10 2006

Sayı: B104ISM4060022 / 2145
Konu : Gülbahar KÖROĞLU

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

İlgi:24.05.2006 tarih ve 748 sayılı yazımız.

Üniversiteniz Yüksek Lisans Öğrencisi Gülbahar KÖROĞLU'nun "Hemşirelerin Kemoterapi Alan Hastalarda Gelişen Oral Mukozite İlişkin Bilgilerin Saptanması" konulu tez çalışmasını için Hastanemiz EPK Kurulunun almış olduğu karar yazımız ektedir. Bilgilerinize arz/rica ederim.

Op.Dr.Leyla MOELAMAHMUTOĞLU
Başhekim

Ek:1



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Dr.Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim Ve
Araştırma Hastanesi
Baştabipliği



Ulusal Kalite Hareketi

Sayı:217
Konu: Gülbahar KÖROĞLU

27.09.2006

E.P.K. KURULU KARARIDIR

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek lisans öğrencisi Gülbahar KÖROĞLU'nun yürütmekte olduğu "Hemşirelerin kemoterapi alan hastalarda gelişen oral mukozite ilişkin bilgilerin saptanması" konulu tez çalışması eğitimden sorumlu Başhemşire Muavini Songül AĞAYA ile iribat kurularak E.P.K.K' ya bizzat çalışma ile ilgili bilgi verilmesi şartıyla uygun bulunmuştur.

Doç.Dr. Havva ORAL
Klinik Şefi/EPK Üyesi

Op.Dr. Ümit BİLGE
Klinik Şefi/EPK Üyesi

Doç.Dr.Nuri DANIŞMAN
Klinik Şefi/EPK Üyesi

Op.Dr.Leyla MOLLAMAHMUTOĞLU
Başhekim/EPK Başkanı

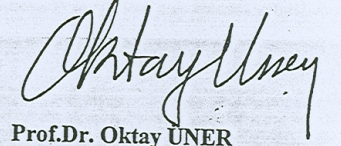
T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

SAYI : B.30.2.GÜN.0.A1.00.01/748
KONU : Tez Çalışma İzni

24.05.2006

ETLİK DOĞUMEVİ VE KADIN HASTALIKLARI EĞİTİM ARAŞTIRMA
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE

Enstitümüz Hemşirelik Yüksek Lisans programında öğrenimine devam eden Gülbahar KÖROĞLU'nun yürütmekte olduğu "Hemşirelerin Kemoterapi Alan Hastalarda Gelişen Oral Mukozite İlişkin Bilgilerin Saptanması" konulu tez çalışması ile ilgili olarak yapacağı çalışmalar için gerekli iznin verilmesi saygı ile arz olunur.



Prof.Dr. Oktay ÜNER
ENSTİTÜ MÜDÜRÜ

EKİ:Yüksek Lisans Tez Önerisi

Uygundur.

Doç. Dr. Ali HABERAL
Baştabip
Sicil No: 47600

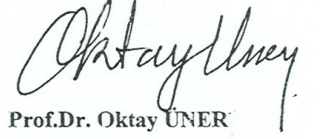
T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

SAYI : B.30.2.GÜN.0.A1.00.01/748
KONU : Tez Çalışma İzni

24.05.2006

ETLİK İHTİSAS HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE

Enstitümüz Hemşirelik Yüksek Lisans programında öğrenimine devam eden Gülbahar KÖROĞLU'nun yürütmekte olduğu "Hemşirelerin Kemoterapi Alan Hastalarda Gelişen Oral Mukozite İlişkin Bilgilerin Saptanması" konulu tez çalışması ile ilgili olarak yapacağı çalışmalar için gerekli iznin verilmesi saygı ile arz olunur.



Prof.Dr. Oktay ÜNER
ENSTİTÜ MÜDÜRÜ

EKİ:Yüksek Lisans Tez Önerisi

ASLI GIBİDİR

MENKURUZ-10-2006
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Perrou
uygun

27.6.2006

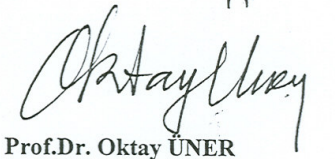
T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

SAYI : B.30.2.GÜN.0.A1.00.01/ 748
KONU : Tez Çalışma İzni

24.05.2006

ANKARA NUMUNE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE

Enstitümüz Hemşirelik Yüksek Lisans programında öğrenimine devam eden **Gülbahar KÖROĞLU**'nun yürütmekte olduğu "**Hemşirelerin Kemoterapi Alan Hastalarda Gelişen Oral Mukozite İlişkin Bilgilerin Saptanması**" konulu tez çalışması ile ilgili olarak yapacağı çalışmalar için gerekli iznin verilmesi saygı ile arz olunur.



Prof.Dr. Oktay ÜNER
ENSTİTÜ MÜDÜRÜ

EKİ:Yüksek Lisans Tez Önerisi

uygun değildir.

~~Doç. Dr. Mehmet...~~
Başhekim
11/09/2006