



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

**KOLOREKTAL KANSERLİ HASTALARA
UYGULANAN HEMŞİRE NAVİGASYON
PROGRAMININ SEMPTOM YÖNETİMİ
VE PSİKOSOSYAL UYUM ÜZERİNE
ETKİSİ**

ZEYNEP DÜLGER

**TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞR. ÜYESİ ELİF DÖNMEZ**

**HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
ONKOLOJİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
ARALIK/2022**

İTHAF

“Her zaman yanımda olan aileme ithaf ediyorum”

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimini daima benimle paylaşan, desteği ile beni güçlendiren ve yol gösteren Tez Danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Elif DÖNMEZ'e,

Kendimi geliştirmem adına bana yönderlik yapan ve her zaman destek olan Onkoloji Hemşireliği Ana Bilim Dalı Dr. Öğr. Üyesi Gamze TEMİZ'e,

Çalışma hayatım boyunca desteklerini benden esirgemeyen ve bu yolda benimle birlikte yürüyen çalışma arkadaşlarım Arş. Gör. Merve SARITAŐ, Arş. Gör. Esra EKMEKÇİ ve Arş. Gör. Asiye Sena AYKOL'a,

Verdikleri destekten ötürü tezimin yürütüldüğü kurumdaki tıbbi onkoloji ayaktan kemoterapi ünitesi çalışanlarına,

Tezimi yapabilmem adına çalışmaya dahil olmayı kabul eden tüm bireylere,

Varlığı ile bana değer katan aileme ve manevi destekleri ile beni güçlendiren dostlarıma teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

İTHAF.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
ÖZET	xiii
ABSTRACT.....	xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. KOLOREKTAL KANSER, ETİYOLOJİSİ VE EPİDEMİYOLOJİSİ İKİNCİ DERECE BAŞLIK	4
2.2. KOLOREKTAL KANSER RİSK FAKTÖRLERİ.....	4
2.2.1. Değiştirilebilir Risk Faktörleri.....	5
2.2.1.1. Obezite ve fiziksel hareketsizlik	5
2.2.1.2. Diyet.....	5
2.2.1.3. Tütün kullanımı.....	5
2.2.1.4. Alkol kullanımı	5
2.2.2. Değiştirilemez Risk Faktörleri.....	6
2.2.2.1. Cinsiyet	6
2.2.2.2. Yaş	6
2.2.2.3. Kalıtım	6
2.2.2.4. Bireysel adenomatöz polip veya kolorektal kanser öyküsü.....	6
2.2.2.5. Ailede kolorektal kanser veya adenomatöz polip öyküsü	7
2.2.2.6. İnflamatuvar bağırsak hastalığı öyküsü	7
2.2.2.7. Tip 2 diabetes mellitus öyküsü	7
2.3. KOLOREKTAL KANSERDE UYGULANAN TEDAVİ YÖNTEMLERİ.....	7
2.3.1. Cerrahi	8
2.3.2. Kemoterapi.....	8
2.3.3. Radyoterapi	9
2.3.4. Hedefe Yönelik Tedavi	10
2.3.4.1. Vasküler endotelial büyüme faktörü inhibitörü	10
2.3.4.2. Epidermal büyüme faktörü reseptörü inhibitörü.....	10
2.3.4.3. BRAF inhibitörleri.....	10

2.3.5. İmmünoterapi.....	10
2.4. KOLOREKTAL KANSERLİ HASTALARDA SIK GÖRÜLEN SEMPTOMLAR	11
2.4.1. Kanser Ağrısı	11
2.4.2. Kansere Bağlı Yorgunluk	12
2.4.3. Konstipasyon ve Diyare.....	13
2.4.3.1. Konstipasyon	13
2.4.3.2. Diyare.....	14
2.4.4. Bulantı ve Kusma.....	14
2.4.5. Ruhsal Semptomlar	15
2.5. KOLOREKTAL KANSERLİ HASTALARDA PSİKOSOSYAL UYUM VE PSİKO-ONKOLOJİ.....	15
2.6. HEMŞİRE NAVİGASYON PROGRAMI	16
2.6.1. Navigasyon Programlarının Tarihçesi	16
2.6.2. Navigasyon Programlarının Amacı, Hedefleri ve Navigatör Hemşire'nin Rollerini	17
2.6.3. Kolorektal Kanserlerde Hemşire Navigasyonunun Kullanımı	18
2.7. TELESAGLIK	18
2.7.1. Telesağlık Tarihçesi	19
2.7.2. Telesağlığın Onkoloji Alanında Kullanımı.....	19
2.7.2.1. Telesağlık hemşireliği.....	20
2.7.2.2. Telenavigasyon hemşireliği	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TASARIM TİPİ.....	21
3.2. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ VE HİPOTEZLERİ	21
3.2.1. Araştırmanın Değişkenleri	21
3.2.1.1. Bağımsız değişken	21
3.2.1.2. Bağımlı değişkenler	21
3.2.2. Araştırmanın Hipotezleri	21
3.2.2.1. Hipotez 1	21
3.2.2.2. Hipotez 2.....	21
3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI	22
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	22
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	23
3.5.1. Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu	23
3.5.1.1. Sosyo-demografik özellikler.....	23
3.5.1.2. Kolorektal kanser tanısına ilişkin özellikler	24
3.5.1.3. Fonksiyonel yeterlilik düzeyi.....	24

3.5.2. Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği.....	25
3.5.3. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği	25
3.6. HEMŞİRE NAVİGASYON PROGRAMI	26
3.6.1. Bireyselleştirilmiş Kolorektal Kanser Eğitimi.....	28
3.6.2. Psiko-Onkolojik Danışmanlık.....	28
3.6.3. Hemşire Yönetimli Telefon Destek Danışma Hattı Hizmeti	28
3.7. VERİLERİN TOPLANMASI VE İŞLEM YOLU	29
3.8. ETİK KONULAR.....	31
3.9. VERİ ANALİZİ VE DEĞERLENDİRME.....	31
4. BULGULAR.....	32
4.1. ÖRNEKLEMİ TANITICI ÖZELLİKLER	32
4.1.1. Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri.....	32
4.1.2. Bireylerin Kolorektal Kansere Tanısına İlişkin Özellikleri.....	34
4.1.3. Bireylerin Fonksiyonel Yeterlilik Düzeylerine İlişkin Özellikleri	35
4.2. HEMŞİRE NAVİGASYON PROGRAMININ SEMPTOM YÖNETİMİ ÜZERİNE ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULAR	36
4.2.1. Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği Fiziksel İyilik Hali Alt Boyutu Değerlendirmeleri	36
4.2.2. Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği Sosyal İyilik Hali Alt Boyutu Değerlendirmeleri	36
4.2.3. Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği Psikolojik İyilik Hali Alt Boyutu Değerlendirmeleri	36
4.2.4. Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanlarının Gruplara Göre Farklılaşma Durumu	37
4.3. HEMŞİRE NAVİGASYON PROGRAMININ PSİKOSOSYAL UYUM ÜZERİNE ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULAR	40
4.3.1. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği Sağlık Bakımına Uyum Alt Boyutu Değerlendirmeleri	40
4.3.2. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği Mesleki Çevre Alt Boyutu Değerlendirmeleri	40
4.3.3. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği Ev Çevresi Alt Boyutu Değerlendirmeleri	41
4.3.4. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği Seksüel İlişkiler Alt Boyutu Değerlendirmeleri	41
4.3.5. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği Geniş Aile İlişkileri Alt Boyutu Değerlendirmeleri	41
4.3.6. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği Sosyal Çevre Alt Boyutu Değerlendirmeleri	42
4.3.7. H Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği Psikososyal Baskı Alt Boyutu Değerlendirmeleri	42

4.3.8. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği Toplam Puanlarının Gruplara Göre Farklılaşma Durumu	42
5. TARTIŞMA	47
5.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Katılımcıların Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği ile İlgili Bulgularının Tartışılması.....	47
5.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Katılımcıların Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği Değerleri ile İlgili Bulgularının Tartışılması	50
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	53
KAYNAKLAR	54
EKLER.....	59



TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1: Deney ve kontrol gruplarının sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması	33
Tablo 4.2: Deney ve kontrol gruplarının kolorektal kanser tanısına ilişkin özelliklerinin karşılaştırılması	34
Tablo 4.3: Deney ve kontrol gruplarının fonksiyonel yeterlilik düzeylerine ilişkin özelliklerinin karşılaştırılması.....	35
Tablo 4.4: Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının deney ve kontrol grubu karşılaştırılması.....	38
Tablo 4.5: Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının deney ve kontrol grubu karşılaştırılması.....	43

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 3.1: Hemşire navigasyon programı	27
Şekil 3.2: Araştırma tasarımı.....	30



SİMGELER VE KISALTMALAR

5-FU	: 5-Florourasil
ACS	: Amerikan Kanser Derneği
AONN	: Onkoloji Hemşireleri ve Hasta Navigatörleri Akademisi
AOSW	: Onkoloji Sosyal Hizmet Derneği
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EGFR	: Epidermal Büyüme Faktörü Reseptörü
FAP	: Ailesel Adenomatöz Polipozis
HNP	: Hemşire Navigasyon Programı
IARC	: Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı
IPOS	: Uluslararası Psiko-Onkoloji Birliği
İBH	: İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı
KRK	: Kolorektal Kanser
KT	: Kemoterapi
NASW	: ABD Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği
NCCN	: Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı
N-SDÖ	: Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği
ONS	: Onkoloji Hemşireliği Derneği
PAIS-SR	: Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği
VEGF	: Vasküler Endotelyal Büyüme Faktörü

KOLOREKTAL KANSERLİ HASTALARA UYGULANAN HEMŞİRE NAVİGASYON PROGRAMININ SEMPTOM YÖNETİMİ VE PSİKOSOSYAL UYUM ÜZERİNE ETKİSİ

ÖZET

Amaç: Bu araştırmanın amacı, kolorektal kanserli hastalara uygulanan hemşire navigasyon programının semptom yönetimi ve psikososyal uyum üzerine etkisini incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Ön test-son test kontrol gruplu randomize kontrollü deneysel çalışmanın örneklemini 60 kolorektal kanser hastası oluşturdu. Hemşire navigasyon programı dahilinde deney grubuna bireyselleştirilmiş kolorektal kanser eğitimi, psiko-onkolojik danışmanlık, hemşire yönetimli telefon destek danışma hattı hizmeti gibi çoklu girişimleri kapsayan bir program uygulandı. Veriler; uygulama öncesinde (bir kez), sırasında (iki kez) ve sonrasında (bir kez) “Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu, Nigtingale Semptom Değerlendirme Ölçeği ve Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği” kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri ve parametrik test yöntemleri kullanıldı.

Bulgular: Deney grubunun psikososyal uyumlarında kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak iyileşme sağlandı ($p<0,05$), semptom yönetimi puanlarında ise anlamlı fark olmadı ($p>0,05$).

Sonuç: Kolorektal kanserli hastalara uygulanan hemşire navigasyon programının hastaların psikososyal uyumlarını iyileştirmede etkili olduğu, semptom yönetimlerini iyileştirmede ise yetersiz kaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda hemşire navigasyon programının standart bakıma dahil edilmesi, uygulama içeriğinin genişletilmesi ve bu alanda daha fazla araştırma yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşire Navigasyon Programı, Kolorektal Kanser, Psikososyal Uyum, Semptom Yönetimi

THE EFFECTS OF NURSE NAVIGATION PROGRAM ON SYMPTOM MANAGEMENT AND PSYCHOSOCIAL ADJUSTMENT APPLIED TO PATIENTS WITH COLORECTAL CANCER

ABSTRACT

Aim: This study aimed to examine the effect of nurse navigation program applied to colorectal cancer patients on symptom management and psychosocial adjustment.

Materials and Methods: The sample of the randomized controlled experimental study with pretest-posttest control group consisted of 60 colorectal cancer patients. Within the nurse navigation program, a program covering multiple interventions such as individualized colorectal cancer education, psycho-oncological counseling, and nurse-directed telephone support hotline service was applied to the experimental group. Data were collected before (once), during (twice) and after (once) administration using “the Descriptive Characteristics Information Form, The Nightingale Symptom Assessment Scale and the Psychosocial Adjustment to Illness Scale”. Descriptive statistical methods and parametric test methods were used in the evaluation of the data.

Results: There was a significant improvement in the psychosocial adjustment of the experimental group compared to the control group ($p < 0.05$), but no significant difference was found in symptom management scores ($p > 0.05$).

Conclusion: It has been concluded that the nurse navigation program applied to patients with colorectal cancer was effective in improving the psychosocial adjustment of the patients, while it is insufficient in improving symptom management. In line with these results, it is recommended to include the nurse navigation program in standard care, to expand the application content and to conduct more research in this area.

Key Words: Colorectal Cancer, Nurse Navigation Program, Psychosocial Adjustment, Symptom Management

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser, dünyada ve ülkemizde sık görülmesi ve mortalite hızının yüksek olması nedeni ile önemli bir halk sağlığı sorunudur (1). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2020 yılı verilerine göre yeni kanser vakalarının sayısı 19.292.789, kanser kaynaklı ölümlerin sayısı ise 9.958.133'tür (2). Bunlar içerisinde kolorektal kanser (KRK) dünyada en sık görülen üçüncü (%10), en sık ölüme neden olan ikinci (%9,4) kanser türüdür. İlgili veriler Türkiye için incelendiğinde ise KRK, cinsiyet ayrımı yapılmaksızın en sık görülen üçüncü (%9,1), en sık ölüme neden olan ikinci (%8,5) kanser türüdür (2).

Kanserin kendisi ve/veya tedavisi hastalarda birçok semptomu sebep olan, ağır bir süreci içermektedir. Bu süreçte hastalar fizyolojik semptomların yanı sıra ruhsal semptomları da deneyimlemekte ve bunun sonucunda hastalığın seyri ve tedaviye yanıt olumsuz etkilenmektedir (3). Semptomların görülme sıklığı ve şiddeti hastaların yaşına, cinsiyetine, kanser dışı hastalığa sahip olma durumuna, kanserin evresine, türüne ve tedavi şekline göre değişkenlik gösterir (4,5). Kanserde sık görülen fizyolojik semptomlar KRK'ye özgü olarak incelendiğinde; KRK hastalarının birçoğunda ağrı, halsizlik/yorgunluk, bulantı, kusma, konstipasyon, diyare semptomlarının görüldüğü buna ek olarak özellikle ileri evre KRK hastalarında kilo kaybı, rektal kanama, anoreksiya ve deliryum gibi diğer semptomların geliştiği belirtilmektedir (6,7). KRK hastalarında sık görülen ruhsal semptomlar ise sıklıkla uyum bozukluklarını, depresyonu, anksiyeteyi, azalan yaşam kalitesini ve özgüven kaybını içerir (3,8).

Psikososyal uyum, hastanın hastalığı kaynaklı gelişen değişikliklere uyum sağlama kapasitesini ifade eder (9). Kanser hastaları cerrahi, kemoterapi, radyoterapi gibi tedavinin fiziksel sonuçlarına ek olarak kişilerarası ilişkilerinde, mesleki rollerinde ve psikolojik durumlarında da çeşitli değişiklikler yaşamaktadır. Kanser hastaları için psikososyal uyum, kanser deneyiminden kaynaklanan bu rol ve psikolojik durum değişikliklerine uyumu içerir (10). Uyum sağlanamaması durumunda kaygı, depresyon ve davranış sorunları meydana gelir (11).

Semptom yönetimini sağlamak ve psikososyal uyumu arttırmak amacıyla yapılan çalışmalar incelendiğinde; tele-sağlık aracılığıyla uzaktan ve sağlık

merkezlerinde yüz yüze görüşmeler yapıldığı ve bu görüşmelerde bilgilendirme eğitimlerinin, hasta takip sistemlerinin, semptom yönetimine ilişkin uygulamaların, psikoeğitim müdahalelerinin, terapi yaklaşımlarının ve navigasyon programlarının kullanıldığı görülmektedir (12-14). Bu uygulamalar içinde navigasyon programları, günümüzde giderek artan ve etkili olduğu düşünülen uygulamalardan biridir.

Navigasyon programları, bu alanda eğitim almış profesyoneller tarafından (navigatör) bireylere; sağlık bakım sisteminde karşılaştıkları sorunlara yönelik eğitim ve destek vermek, kanser taramalarına katılımlarını teşvik etmek, tanı ve tedaviye zamanında erişimlerini sağlamak, hastalık ve sonrası süreçte yol göstermek üzere sunulan hizmetleri kapsamaktadır (15). Navigasyon programlarında temel amaç bireylerin karmaşık sağlık hizmeti içinde karar verebilmelerine ve öz yönetimlerini sağlamalarına rehber olmaktır. Navigasyon programlarında hedef; koruyucu sağlık davranışından rehabilitasyon sürecine uzanan sağlık bakım sisteminin her aşamasında, bireylere karşılaştıkları engellerde kültürel özelliklerine duyarlı olarak eğitim ve danışmanlık vermek ve bireylerin sağlık bakım sistemlerine zamanında ulaşmalarını sağlamaktır (15). Günümüzde navigasyon programlarının yürütülmesinde tele sağlık uygulamalarına sıklıkla başvurulmaktadır (16).

Tele sağlık; sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak, artırmak, hizmet sonuçlarını iyileştirmek ve tüm bunların yanında maliyet ile ilgili sorunları kontrol altına almak amacıyla sağlık hizmetlerinin sunumu, yönetimi ve koordinasyonu sürecinde elektronik bilgi ve telekomünikasyon teknolojilerinin kullanımı olarak tanımlanmaktadır (17). Telesaylığın onkoloji alanında kullanım örnekleri ve faydaları incelendiğinde; malignitelerin tanı ve tedavisinin zamanında yapılmasında, bakıma erişimin artırılmasında, hastane kullanımına bağlı maliyetlerin azaltılmasında ve hasta konforunun sağlanmasında etkileri olduğu görülmektedir (18,19). Telesaylık uygulamaları ile onkoloji hemşire navigatörleri hasta navigasyonunu uzak mesafelerden de sürdürebilmekte ve böylece hastaların sağlık bakım hizmetlerine ulaşım düzeyinin, memnuniyetinin ve hastalara verilen bakım kalitesinin artmasına katkı sağlamaktadır (20,16). Bu alanda yapılan çalışmalarda telesaylık aracılığıyla uygulanan navigasyon programlarının hastalarda semptomların görülme oranını ve şiddetini azalttığı, hastaların psikososyal uyumunu yükselttiği, psikolojik sıkıntı düzeylerini düşürdüğü, kaygı, depresyon ve yaşam kalitesi bulgularını iyileştirdiği ve

bakım ile ilişkili memnuniyetlerini artırdığı sonuçlarına ulaşılmıştır. İlgili çalışmaların her birinde bu alanda sınırlı sayıda araştırma olduğu ve daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğu belirtilmektedir (14,21-25). Bu bağlamda bu çalışmanın amacı KRK'li hastalara uygulanan hemşire navigasyon programının (HNP) semptom yönetimi ve psikososyal uyum üzerine etkisini incelemektir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. KOLOREKTAL KANSER, ETİYOLOJİSİ VE EPİDEMİYOLOJİSİ

Kolorektal kanser, kolon veya rektumdaki hücrelerin kontrolsüz çoğalması veya büyümesi sonucu gelişen malign bir hastalıktır. KRK'lerin büyük çoğunluğuna kolon veya rektumun iç astarında büyüme ile kendini gösteren ve polip diye adlandırılan oluşumlar sebep olur. Kolon poliplerinin farklı türleri bulunmakla birlikte bunlar başlıca neoplastik ve non- neoplastik olarak iki gruba ayrılır. Neoplastik poliplerin büyük çoğunluğu adenokarsinomlardan, non-neoplastik poliplerin büyük çoğunluğu hiperplastik poliplerden oluşur (26-29). Poliplerin kanser hücresine dönüşümü türüne, büyüklüğüne ve sayısına göre değişmekle birlikte tüm polipler kansere dönüşmez (26,30). Poliplerin kansere dönüşme süreci genellikle uzun yıllar almasına karşın sıklıkla kansere dönüştükten sonra tespit edilir. Günümüzde dünyada en sık görülen kanserler arasında yer alan KRK, mortalite ve morbidite oranlarının yüksek olması sebebiyle bir halk sağlığı sorunu olarak önemini korumaktadır (1).

Kolorektal kansere ilişkin epidemiyolojik veriler cinsiyet ayrımı yapılmaksızın incelendiğinde KRK, dünyada en sık görülen üçüncü (%10), en sık ölüme neden olan ikinci (%9,4); cinsiyet bazında incelendiğinde ise kadınlarda en sık görülen ikinci (%9,4), erkeklerde üçüncü (%10,6) kanser türüdür. İlgili veriler Türkiye için incelendiğinde ise KRK, cinsiyet ayrımı yapılmaksızın en sık görülen üçüncü (%9,1), en sık ölüme neden olan ikinci (%8,5); cinsiyet bazında incelendiğinde ise kadınlarda ve erkeklerde en sık görülen üçüncü kanser türüdür (%9,1'e karşı %9) (2). T. C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan "Türkiye Kanser İstatistikleri 2017" raporunda KRK, hem kadın (%8,1) hem de erkeklerde (%9,8) en sık görülen kanserler arasında üçüncü sırada yer almaktadır (29).

2.2. KOLOREKTAL KANSER RİSK FAKTÖRLERİ

Kolorektal kanser oluşumunda etkisi olduğu düşünülen birçok risk faktörü bulunmaktadır. Bunlar başlıca değiştirilebilir ve değiştirilemez risk faktörleri olarak sınıflandırılır (31). KRK vakalarının büyük çoğunluğu değiştirilebilir risk faktörleri ile

ilişkili sporadik (rastlantısal) (yaklaşık %60-65), daha küçük bir bölümü ise ailevi (yaklaşık %25) ve kalıtsal (yaklaşık %5) vakalar olarak ortaya çıkmaktadır (32-34).

2.2.1. Değiştirilebilir Risk Faktörleri

2.2.1.1. Obezite ve fiziksel hareketsizlik: KRK ile ilişkili değiştirilebilir risk faktörlerindedir. Sıklıkla fiziksel hareketsizlik nedeniyle gelişen obezite, bağırsak mikroflorasında değişikliklere ve kalın bağırsak epitelinde tahrişe sebep olarak KRK gelişimini tetikler (35). İlgili literatürde fiziksel aktivitenin özellikle beden kitle indeksi yüksek olan kişilerde KRK riskini azalttığı belirtilmekle birlikte buna ek olarak kanserden korunma yöntemi olarak fiziksel aktivitenin artırılması ve yüksek riskli popülasyonlarda tarama programları dahilinde teşvik edilmesi önerilmektedir (36).

2.2.1.2. Diyet: Diyetin KRK gelişiminde hem risk hem de önleyici faktör olarak etkileri bulunmaktadır (35). Diyet bir risk faktörü olarak incelendiğinde; yüksek miktarda kırmızı et ve/veya işlenmiş et tüketiminin, etleri çok yüksek sıcaklıklarda pişirmenin (kızartma, kavurma veya ızgara) KRK riskini artırdığı belirtilmektedir (31,37). Diyet bir önleyici faktör olarak incelendiğinde ise; meyve, sebze ve kepekli tahıllardan zengin beslenmenin, kırmızı ve/veya işlenmiş etlerden, şekerli içeceklerden sakınmanın veya bunları kısıtlamanın KRK riskini azalttığı belirtilmektedir (31).

2.2.1.3. Tütün kullanımı: Uzun süre tütün kullanan kişilerde, tütün kullanmayan kişilere göre KRK görülme ve KRK nedeniyle ölme riski daha yüksektir (31). Tütün kullanımının KRK gelişiminde etkili olduğu bu alanda yapılan birçok çalışma ile desteklenmekle birlikte ayrıca Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC) tarafından da onaylanmıştır (35,38).

2.2.1.4. Alkol kullanımı: KRK ile ilişkili önemli risk faktörlerinden biri de alkol kullanımındır (39). Alkol kullanan kişilerde kullanmayan kişilere oranla KRK daha yüksek oranlarda görülmekte ve alkol tüketim düzeyi arttıkça KRK görülme riski de artmaktadır (40).

2.2.2. Değiştirilemez Risk Faktörleri

2.2.2.1. Cinsiyet: DSÖ'nün 2020 yılı kanser verilerine göre KRK, kadınlara kıyasla erkeklerde daha fazla oranda görülmektedir (2). Bu riski artırmada erkeklerin kadınlara kıyasla değiştirilebilir risk faktörlerine daha fazla oranda maruz kalmasının etkili olduğu öne sürülmektedir (32,40). Buna karşın KRK tanısı alan yetmiş yaş ve üzeri kişilerde beş yıllık sağkalım oranları kadınlara kıyasla erkeklerde daha yüksektir (41).

2.2.2.2. Yaş: KRK de dahil olmak üzere tüm kanserlerin gelişiminde etkili risk faktörlerinden biridir (42). KRK hakkındaki veriler küresel çapta incelendiğinde, özellikle elli yaş ve üzeri kişilerde vaka oranlarında hızlı bir artış olduğu görülmektedir (31,32,35). İlgili veriler Türkiye çapında incelendiğinde ise elli yaştan itibaren KRK görölme sıklığının hızla arttığı ve hastalığın genç yaşlardan itibaren görölmeye başladığı belirtilmektedir (29).

2.2.2.3. Kalıtım: KRK'lerin yaklaşık %5'i kalıtsal gen değişiklikleri (mutasyonlar) nedeniyle gelişmektedir (31). KRK ile ilişkili en yaygın kalıtsal sendrom Lynch (HNPCC) sendromudur (tüm vakaların yaklaşık %2-4'ünü oluşturur). Bununla birlikte daha nadir görülen ailesel adenomatöz polipozis (FAP), bilinen yaygın ancak düşük penetrasyonlu genetik varyasyonlar ve henüz keşfedilmemiş diğer kalıtsal sendromlar da KRK riskini artırabilir (31,35,43,44).

2.2.2.4. Bireysel adenomatöz polip veya kolorektal kanser öyküsü: Adenomatöz polipler, KRK'ye sebep olduğu bilinen öncül oluşumlardır. Başlangıçta bening yapıda olan polipler histolojik görünümüne, boyutuna ve sayısına bağlı olarak malign bir lezyona dönüşebilir. Tedavi edilmeyen polip vakalarının yaklaşık %24'ünde kanser gelişir (45). KRK öyküsü bulunan kişilerde tümörün tamamı alınmış olsa dahi hayatı boyunca KRK'ye yakalanma riski KRK öyküsü bulunmayan diğer kişilere göre daha yüksektir (31).

2.2.2.5. Ailede kolorektal kanser veya adenomatöz polip öyküsü: KRK vakalarının yaklaşık %60-65'i sporadik (ailede KRK öyküsü olmayan veya KRK riskini artıran kalıtsal mutasyonlar bulunmayan bireylerde) olarak ortaya çıkar. Buna karşın KRK vakalarının yaklaşık %25'inde herhangi bir kalıtsal kanser sendromu olmaksızın ailede KRK öyküsü bulunmaktadır (32,33). KRK tanısı alan kişinin birinci derece akraba olması (ebeveyn, kardeş veya çocuk), elli yaşından önce KRK tanısı alması, ailede adenomatöz polip öyküsü varlığı ve birden fazla birinci derece akrabada KRK öyküsü bulunması durumunda KRK'ye yakalanma riski artar (31).

2.2.2.6. İnflamatuvar bağırsak hastalığı öyküsü: İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı (İBH), kolonun uzun süreli inflamasyonu ile karakterize bir durumdur. İBH türleri arasında en sık görülenler ülseratif kolit ve Crohn hastalığıdır (31). Kolondaki uzun süreli inflamasyon büyüme sitokinlerinin anormal salınımına, aşırı kan akışına, metabolik serbest radikallere ve karsinojeneze yatkınlık oluşturan diğer faktörlere neden olarak KRK gelişme riskini artırır (35,46).

2.2.2.7. Tip 2 diabetes mellitus öyküsü: Diabetes Mellitus, birçok kanser türünün gelişiminde risk faktörü olarak tanımlanmaktadır. Bunun nedeni ise Tip 2 diyabete neden olan obezite, sedanter yaşam tarzı gibi faktörlerin diğer kanser türlerinin gelişiminde de risk faktörü olarak kabul edilmesidir. Bununla birlikte KRK ile ilişkili ortak risk faktörü bulunmasa bile tip 2 diyabetli bireylerde KRK gelişme riski sağlıklı bireylere göre daha yüksektir. Ayrıca KRK tanısı alan tip 2 diyabetli bireylerde hastalığın prognozu sağlıklı bireylere göre daha ağır seyretmektedir (31,35).

2.3. KOLOREKTAL KANSERDE UYGULANAN TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Kanser tedavisinde kullanılan yöntemler çok çeşitlidir. Bunlar başlıca cerrahi, kemoterapi, radyoterapi gibi geleneksel tedavi yöntemlerini ve hedefe yönelik tedavi, immünoterapi gibi güncel tedavi yöntemlerini içerir. Tedavide kullanılacak yönteme karar verilirken tümörün boyutu, evresi, yeri ve ayrıca hastanın mevcut sağlık durumu gibi birçok faktör değerlendirilmektedir. Hastaların durumuna göre tek başına veya kombine tedavi uygulanabilir (47).

2.3.1. Cerrahi

Erken evre kolon kanserlerinin küratif tedavisinde primer tedavi yöntemi genellikle cerrahidir. Kullanılan ameliyat türü tümörün evresine, kolonda bulunduğu yere ve boyutuna göre değişkenlik gösterir. Kolon kanserlerinin erken evredeki bazı türleri (evre 0 ve bazı erken evre I tümörler) ve çoğu polip kolonoskopi sırasında çıkarılabilir. Kolonoskopi sırasında poliplerin alınması işlemi polipektomi, kolonun i duvarındaki minimal tümörlerin çıkarılması işlemi ise lokal ekzisyon olarak adlandırılır (48).

Kolektomi, tümörün daha büyük boyutta olması durumunda kolonun bir kısmının ya da tamamının çıkarılması amacıyla uygulanan cerrahi prosedürdür (48). Kolon kanserinin cerrahi yaklaşımında temel prensip, primer tümör ve bölgesel lenfatiklerin net cerrahi sınırlarla çıkarıldığı radikal rezeksiyon işlemidir (47). Bazı durumlarda total kolektomi adı verilen kolonun tamamının çıkarılması işlemi uygulanabilir ancak bu yöntem sıklıkla tercih edilmez. İnflamatuvar bağırsak hastalığı gibi kanser haricinde başka durumlarında varlığında total kolektomi uygulanabilir (48).

İleri evre kanserlerde (bazı evre III ve evre IV tümörler) tümör kaynaklı semptomları ve olası komplikasyonları gidermek amacıyla palyatif cerrahi uygulanabilir (47).

2.3.2. Kemoterapi

Kemoterapi (KT), intravenöz veya oral yoldan antineoplastik ajanların uygulanması işlemidir (49). KRK'nin küratif tedavisinde cerrahi birincil yöntem olmasına karşın hastaların yaklaşık %50'sinde kemoterapi tek başına kullanılmakta veya kombine olarak tedaviye eşlik etmektedir (50). Kemoterapi adjuvan (nüks riskini azaltmak amacıyla cerrahi sonrası), neoadjuvan (tümörü küçültmek veya çıkarılmasını kolaylaştırmak amacıyla cerrahi öncesi) ya da küratif tedavi sağlanamayan metastatik hastalarda palyatif amaçla uygulanabilir (49). Sıklıkla sistemik etki oluşturmak amacıyla intravenöz veya oral yoldan uygulanan kemoterapi, bazı durumlarda bölgesel etki oluşturmak amacıyla tümörün bulunduğu bölgeye ulaşan artere doğrudan uygulanabilir (intraarteryel kemoterapi). Böylece sistemik etkiden farklı olarak vücudun geri kalanına ulaşan ilaç miktarı sınırlandırılarak yan etkiler azaltılır. Karaciğer metastazlı KRK vakalarında uygulanan hepatik arter infüzyonu intraarteryel kemoterapinin bir örneğidir (49,51).

KRK tedavisinde yaygın olarak kullanılan antineoplastik ajanlar şunlardır:

- 5-Florourasil (5-FU)
- Kapesitabin (tümöre ulaştığında 5-FU'ya dönüşür),
- İrinotekan,
- Oksaliptatin,
- Lökovorin.

5-FU, 1957 yılında geliştirilen ve KRK'nin kemoterapi ile tedavisinde evrim niteliğinde kabul edilen antineoplastik bir ajandır (52). Teknolojinin ve modern tıbbın gelişmesiyle birlikte 2000'li yıllara gelindiğinde 5FU'ya ek olarak folfiri (irinotekan+5FU+lökovorin), folfox (oksaliptatin+5FU+lökovorin), kapesitabin (sıklıkla metastatik vakalarda kullanılan ve tümöre ulaştığında 5-FU'ya dönüşen antineoplastik bir ajan) gibi diğer kemoterapi rejimleri geliştirilmiş ve KRK tedavisinde kullanılmaya başlanmıştır (53).

2.3.3. Radyoterapi

Radyoterapi (radyasyon tedavisi olarakta adlandırılır), kanser hücrelerini yok etmek veya büyümelerini önlemek amacıyla yüksek enerjili x-ışınlarını veya diğer radyasyon türlerini kullanan bir tedavi yaklaşımıdır. Radyoterapinin harici (kanserin bulunduğu bölgeye dışarıdan bir makine aracılığıyla radyasyon gönderilmesi) ve dahili (doğrudan kanserli dokunun içine veya yakınına yerleştirilen araçlar ile radyasyon gönderilmesi) olmak üzere iki çeşidi bulunur. Radyoterapinin uygulanma şekli, tedavi edilen kanserin türüne ve evresine göre değişkenlik gösterir (50).

Metastatik olmayan KRK vakalarında tümörün tamamının çıkarılması hedeflenirken tümörün tamamının çıkarılamayacağı durumlarda (tümörün boyutu ve sınırları nedeniyle) neoadjuvan radyoterapi aracılığıyla tümörün küçültülmesi ve/veya net sınırlara ulaşılması hedeflenir. Kolon kanserinde tümörün tamamı çıkarıldığı taktirde adjuvan radyoterapiye ihtiyaç duyulmazken tamamı çıkarılmadığı taktirde nüks riskini indirmek amacıyla adjuvan radyoterapi uygulanması önerilir. Rektum kanserinde ise tümörün tamamı çıkarılsa dahi nüks riskinin yüksek olması nedeniyle sıklıkla adjuvan radyoterapi uygulanmaktadır (47).

2.3.4. Hedefe Yönelik Tedavi

Hedefe yönelik tedavi, belirli bir moleküler hedefe (genellikle tümör büyümesinde veya ilerlemesinde kritik bir rolü olan bir proteine) bağlanarak etki gösteren güncel tedavi yaklaşımlarından biridir (47,54). Kemoterapiden farklı olarak hedefe yönelik tedavi, kanserli hücrelerin yok edilmesini sağlarken sağlıklı hücrelere zarar vermez. Bu ilaçlar, çalışma şekillerine ve hedefledikleri hücre bölümüne göre sınıflandırılır (5).

2.3.4.1. Vasküler endotelyal büyüme faktörü inhibitörü: Kanser hücreleri, vasküler endotelyal büyüme faktörü (VEGF) adı verilen ve anjiyogenez aracılığıyla (tümör hücrelerinin beslenme amacıyla yeni kan damarları oluşturması) büyümelerine yardımcı olan bir madde üretir. VEGF inhibitörleri, VEGF'yi bloke ederek anjiyogenez engeller ve bunun sonucunda kanser hücrelerinin ölümünü sağlar. Bevacizumab ve Ramucirumab VEGF inhibitörlerine örnek ajanlardır (50).

2.3.4.2. Epidermal büyüme faktörü reseptörü inhibitörü: Epidermal büyüme faktörü reseptörleri (EGFR), kanser hücreleri de dahil olmak üzere belirli hücrelerin yüzeyinde bulunan proteinlerdir. Epidermal büyüme faktörü, hücre yüzeyindeki EGFR'ye yapışarak hücrelerin büyümesine ve bölünmesine neden olur. EGFR inhibitörleri, EGFR'yi bloke ederek epidermal büyüme faktörünün hücreye bağlanmasını engeller. Böylece kanser hücrelerinin büyümesi ve bölünmesi durdurulur. Cetuximab ve Panitumumab EGFR inhibitörlerine örnek ajanlardır (50).

2.3.4.3. BRAF inhibitörleri: Kanserli hücrelerin bölünmesine yardımcı olan proteinlerin (anormal BRAF geni tarafından salgılanır) aktivitesini bloke ederek etki gösteren ajanlardır. Encorafenib, BRAF inhibitörlerine örnek olarak verilebilir. Encorafenib'in, metastatik KKK vakalarında Cetuximab ile birlikte kombine olarak verildiğinde kanserli hücrelerin büyümesini yavaşlattığı ve kişilerin yaşam süresinin uzamasına yardımcı olduğu belirtilmektedir (50,55).

2.3.5. İmmünoterapi

İmmünoterapi, hasta bireyin kendi bağışıklık sistemini kullanan ve özellikle malign hücreler üzerindeki antijenleri hedefleyerek etki gösteren güncel tedavi yaklaşımlardan biridir (50). İmmünoterapi aracılığıyla bireyin bağışıklık sistemi yabancı

maddelerin varlığına karşı uyarılır ve sistemin savunma tepkisi güçlendirilerek kanserli hücrelerin yok edilmesi sağlanır. Böylece tıpkı hedefe yönelik tedavilerde olduğu gibi kanserli hücreler yok edilirken sağlıklı hücreler zarar görmez (56).

Monoklonal antikorlar, adoptif immünoterapiler, aşılar, sitokinler ve immün sistemi destekleyici ajanlar immünoterapiye örnek verilebilir (57,58).

2.4. KOLOREKTAL KANSERLİ HASTALARDA SIK GÖRÜLEN SEMPTOMLAR

Kanserin kendisi ve/veya tedavisi hastalarda birçok semptomu sebep olan, ağır bir süreci içermektedir. Bu süreçte hastalar fizyolojik semptomların yanı sıra ruhsal semptomları da deneyimlemekte ve bunun sonucunda hastalığın seyri ve tedaviye yanıt olumsuz etkilenmektedir (3). Semptomların görülme sıklığı ve şiddeti hastaların yaşına, cinsiyetine, kanser dışı hastalığa sahip olma durumuna, kanserin evresine, türüne ve tedavi şekline göre değişkenlik gösterir (4,5). Kanserde sık görülen fizyolojik semptomlar KRK'ye özgü olarak incelendiğinde; KRK hastalarının birçoğunda ağrı, halsizlik/yorgunluk, bulantı, kusma, konstipasyon, diyare semptomlarının görüldüğü buna ek olarak özellikle ileri evre KRK hastalarında kilo kaybı, rektal kanama, anoreksiya ve deliryum gibi diğer semptomların geliştiği belirtilmektedir (6,7). KRK hastalarında sık görülen ruhsal semptomlar ise sıklıkla uyum bozukluklarını, depresyonu, anksiyeteyi, azalan yaşam kalitesini ve özgüven kaybını içerir (3,8).

2.4.1. Kanser Ağrısı

Kanser ağrısı; primer tümörün kendisi, metastazı veya tedavisi nedeniyle gelişen kronik ağrı olarak tanımlanır (59). Kanser ağrısı yönetiminde amaç, ağrıyı gidererek hastaya kabul edilebilir bir yaşam kalitesi sağlamaktır.

Dünya Sağlık Örgütü, kanser ağrısının giderilmesi için üç aşamalı "analjezi merdiveni" kullanımını tavsiye etmektedir. Buna göre ağrı gelişmesi durumunda oral yoldan sırasıyla: ağrının başlangıcında nonopioidler (aspirin ve parasetamol); ağrı devam ederse veya artarsa hafif opioidler (kodein); hafif opioidlerinde yeterli olmadığı durumlarda hastanın ağrısı geçinceye kadar morfin gibi güçlü opioidler önerilmektedir. Doğru ilacın, doğru zamanda ve doğru dozda uygulanması ağrıya yönelik uygulanan tedaviyi %80-90 oranında etkili kıldığından analjeziklerin hastanın talebi üzerine değil, order edilen belirli saatlerde uygulanması önemlidir (60,61). Ancak bütün bu

uygulamalara rağmen kanser ağrısının ve ağrının neden olduğu endişe, korku vb. psikolojik semptomların giderilmesinde integratif (bütünleştirici) onkoloji yaklaşımlarına ihtiyaç duyulmaktadır.

İntegratif onkoloji, hastaların karşılanmayan gereksinimlerini gidermede geleneksel kanser tedavilerinin yanı sıra farklı gelenekler tarafından geliştirilen zihin ve vücut uygulamalarını, doğal ürünleri ve/veya yaşam tarzı değişikliklerini kullanan; hasta merkezli, kanıta dayalı bir kanser bakımı alanıdır (62). Ağrı semptomunun yönetiminde kullanılan integratif onkoloji yaklaşımına akupunktur, refleksoloji, müzik terapi, hipnoz örnek verilebilir (63,64).

2.4.2. Kansere Bağlı Yorgunluk

Kansere bağlı yorgunluk; Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı (NCCN) tarafından kanser kendisi veya tedavisiyle ilgili, sübjektif veriler ile elde edilen, kişinin son zamanlardaki aktivitesiyle orantılı olmayan ve günlük yaşamını etkileyen, rahatsız edici, kalıcı, fiziksel, duygusal ve/veya bilişsel yorgunluk veya bitkinlik duygusu olarak tanımlanmaktadır (65). Yorgunluk, hastaların günlük aktivite düzeylerini sınırlamakta, günlük rollerini ve rutinlerini yerine getirmelerini engellemekte ve bunun sonucunda yaşam kalitelerini düşürmektedir (66).

Kansere bağlı yorgunluğun yönetiminde birincil adım yorgunluğun değerlendirilmesidir. Değerlendirme sırasında yorgunluğu hızlandıran, artıran veya hafifleten faktörlerin yanı sıra yorgunluğa sebep olan birincil faktörün belirlenmesi gerekir. Orta ya da şiddetli düzeyde tanımlanan veya sebebi tanımlanamayan yorgunluk daha kapsamlı düzeyde değerlendirilmelidir. Yorgunluğun kapsamlı değerlendirilmesinde yorgunluğa katkıda bulunabilecek ilaç ve etkileşimler gözden geçirilmeli ve tüm vücut sistemleri ayrıntılı incelenmelidir. Yorgunluğa katkıda bulunan etkileşimli ilaçlar sıklıkla; narkotikler, hipnotikler, antihistaminikler, antiemetikler ve antihipertansiflerdir (66).

Yorgunluğun önlenmesinde ve tedavisinde eğitim ve danışmanlık birincil müdahalelerdir. Böylece hastalar yorgunluk gelişmeden gerekli önlemleri alabilecek, gelişmesi durumunda yorgunluğa hazır olduğundan daha az düzeyde stres duyacak ve yorgunlukla daha iyi başa çıkabileceklerdir. Bunun dışında yorgunluğa sebep olan birincil faktör tanımlı ise (anemi veya uykusuzluk gibi) tedavi edilmeli ve tedavi sonrası hastanın

yanıtı değerlendirilmelidir. Yorgunluk tedavi ile özölmez veya yorgunluğun belirli bir nedeni belirlenemezse; öncelikle farmakolojik olmayan davranışsal müdahaleler uygulanmalı, başarılı olunmadığı takdirde terapötik rejime farmakolojik tedaviler eklenmelidir. Yapılan girişimler sonrası yorgunluk düzeyinin azalması veya enerji düzeyinin artması başarılı semptom yönetimi sağlandığını gösterirken yorgunluğun azalmaması veya aynı düzeyde olması bakım planında revizyona ihtiyaç olduğunu gösterir (65,66).

2.4.3. Konstipasyon ve Diyare

Konstipasyon ve diyare; kanserin tedavi sürecinde dozun azaltılmasına, geciktirilmesine ve tedavinin kesilmesine neden olabilen ve bu yönüyle etkin yönetim gerektiren semptomlardır (67). Sağlıklı kişilerde normal bağırsak alışkanlığı günde üç ila haftada üç dışkılama olarak tanımlanır (68). Haftada üç kez veya daha az sayıda, sert ve kuru kıvamdaki dışkılama konstipasyon; günde üç kez veya daha fazla sayıda, cıvık kıvamdaki dışkılama diyare olarak adlandırılır (67,69).

2.4.3.1. Konstipasyon: KRK hastalarında sık görülen konstipasyon, başka semptomların oluşmasına zemin hazırlayan (mide bulantısı, şişkinlik, ağrı gibi) ve tedavi edilmediğinde fekal impaksiyona (tıkanmaya) neden olan bir semptomdur. Fekal impaksiyon sonucu bağırsak içindeki basınç artarak iskemik nekroza, ağrıya, kanamaya ve perforasyona yol açabilir. Bu nedenle KRK hastalarının yaşam kalitesini artırmak adına konstipasyonun etkin yönetimi önemlidir. (67,70). Konstipasyonun yönetiminde amaç; konstipasyonun kendisini ve sebep olduğu semptomları gidermek, bağırsak motilitesinin normal sınırlarda kalmasını sağlamak ve konforu artırmak olmalıdır (69). Konstipasyonun yönetiminde farmakolojik ve non-farmakolojik müdahale yöntemleri kullanılmakta ve uygulanacak müdahale türüne hastanın prognozuna ve rahatsızlık durumuna göre karar verilmektedir. Non-farmakolojik müdahaleler; fiziksel egzersizin, sıvı alımının ve lif tüketiminin artırılmasını ve konstipasyona neden olabilecek faktörlerin (opioid türevi ilaç kullanımı vb.) ortadan kaldırılmasını içerir (67). Farmakolojik müdahaleler; oral veya rektal yoldan uygulanan, bağırsak hareketlerini uyaran ve artıran laksatif türü ilaçların uygulanmasını içerir (71).

2.4.3.2. Diyare: Konstipasyon ile benzer olarak diyare, KRK hastalarında sık görülen ve ek semptomlara neden olarak hastaların yaşam kalitelerini düşüren bir semptomdur. KRK hastalarının kemoterapi ile tedavisinde sıklıkla 5-FU ve irinotekan içeren rejimler kullanılmakla birlikte bu rejimlerin diyarenin görülme sıklığını artırdığı ve şiddetli diyareye sebep olduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte uygulanan rejimin dozu da diyare görülme sıklığı ve şiddeti üzerinde etkilidir. Başka semptomların eşlik etmediği hafif düzeydeki diyare; diyetin değiştirilmesi, loperamid ve oktreatid gibi standart antidiyareik ilaçların uygulanmasıyla yönetilebilir. Ancak başka semptomların eşlik ettiği şiddetli düzeydeki diyarede, uygulanan antidiyareik ilaç dozunun artırılması ve hastaneye yatış gereklidir (72).

2.4.4. Bulantı ve Kusma

Bulantı; mide veya özofagusta gelişen, dalgalar halinde gelen, hoş olmayan bir his olarak tanımlanır. Kusma ise mide içeriğinin ağız yoluyla dışarı atılmasıdır (73). Mide bulantısı ve kusma, kanser hastalarında hastalıklarının seyri boyunca görülen yaygın semptomlardandır. Bu semptomların gelişmesinde kanserin kendisi ve/veya tedavisi etkili olmakla birlikte primer sebep sıklıkla kemoterapidir (74). NCCN tarafından bulantı ve kusmanın yönetimine ilişkin yayınlanan yönergede antineoplastik ajanların bulantı ve kusmaya sebep olma durumu risk düzeylerine göre sınıflandırılmıştır. Buna göre KRK tedavisinde kullanılan antineoplastik ajanlardan 5-FU ve kapesitabin düşük, irinotekan ve oksaliptatin orta riskli olarak kabul edilmektedir (75).

Günümüzde bulantı ve kusma semptomlarını gidermeye yönelik birçok tedavi yöntemi geliştirilmesine karşın halen bu semptomlar görülme sıklığının yüksek olması, başka semptomların gelişmesine sebebiyet vermesi ve yaşam kalitesini düşürmesi nedeniyle önemini korumaktadır (73). Bulantı ve kusmanın yönetiminde non-farmakolojik tedaviler olarak; diyet değişiklikleri, akupunktur, akupresür, hipnoz gibi rahatlama yöntemleri kullanılabilirken farmakolojik tedaviler olarak; serotonin (5-HT₃) antagonistleri, NK-1 reseptör antagonistleri, steroid türevi ilaçlar, dopamin antagonistleri, benzodiazepinler, kannabinoidler, olanzapin ve bu ilaçların kombinasyonları kullanılabilir (76).

2.4.5. Ruhsal Semptomlar

Kanser hastalarının birçoğunda kanser sürecinde ve sonrasında ruhsal semptomlar görülmektedir. İlgili literatür incelendiğinde kanser hastalarında en sık rastlanılan ruhsal semptomlar; uyum bozuklukları, depresyon, uyku bozuklukları, anksiyete, korku, üzüntü, azalan yaşam kalitesi ve özgüven kaybıdır (3,77-79). Kanser tedavisi süreci ağır ve uzun bir dönem içerdiğinden hastaların psikososyal destek almaları ruh sağlıklarının korunmasında ve hastalıkla baş edebilme becerilerinin geliştirilmesinde önemlidir (3). Psiko-onkoloji, kanser hastalarına spesifik olarak psikososyal gereksinimlerin ve destek ihtiyacının karşılanmasında kullanılan terapi yöntemidir (80).

2.5. KOLOREKTAL KANSERLİ HASTALARDA PSİKOSOSYAL UYUM VE PSİKO-ONKOLOJİ

Psikososyal uyum, hastanın hastalığı kaynaklı gelişen değişikliklere uyum sağlama kapasitesini ifade eder (9). Kanser hastaları cerrahi, kemoterapi, radyoterapi gibi tedavinin fiziksel sonuçlarına ek olarak kişilerarası ilişkilerinde, mesleki rollerinde ve psikolojik durumlarında da çeşitli değişiklikler yaşamaktadır. Kanser hastaları için psikososyal uyum, kanser deneyiminden kaynaklanan bu rol ve psikolojik durum değişikliklerine uyumu içerir (10). Uyum sağlanamaması durumunda kaygı, depresyon ve davranış sorunları meydana gelir (11).

Psiko-onkoloji, kanser hastalarına sıklıkla eşlik eden duygusal, sosyal ve ruhsal sıkıntıları tedavi eden kanser terapisine geniş bir yaklaşımdır (80). Hastalığın deneyimlenmesi, bu süreçte geliştirilen başa çıkma stratejileri, hastalık süreci ve hastalık sürecine hastanın verdiği yanıt arasındaki ilişki bu alandaki bilimsel araştırmaların konusunu oluşturur. Psiko-onkolojik eğitim ile hastalık ve terapinin hasta tarafından daha iyi anlaşılmasının sağlanması hedeflenmektedir. Onkoloji servisinde çalışan sağlık personelinin terapötik görüşme teknikleriyle ilgili hizmet içi eğitimler alması bu alanda gelişebilecek olası problemlerin önceden tanınmasında, belirlenmesinde ve böylece psiko-onkolojik gereksinimlerin giderilmesinde önemli bir unsurdur (81).

Kolorektal kanser hastalarının psikososyal uyumuna ilişkin çalışmalar incelendiğinde; tıbbi personel tarafından sağlanan sosyal destek uygulamalarının hastaların psikososyal uyumunu artırdığı, hastalara uygulanan psiko-onkoloji eğitimin hastaların psikolojik sıkıntı düzeylerini düşürdüğü, iyi tasarlanmış psikososyal müdahale

programlarının hastaların kaygı, depresyon ve yaşam kalitesi bulgularını iyileştirdiği görülmektedir. İlgili çalışmaların her birinde bu alanda sınırlı sayıda araştırma olduğu ve daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğu belirtilmektedir (14,23-25).

2.6. HEMŞİRE NAVİGASYON PROGRAMI

Navigasyon programları, bu alanda eğitim almış profesyoneller tarafından (navigatör) bireylere; sağlık bakım sisteminde karşılaştıkları sorunlara yönelik eğitim ve destek vermek, kanser taramalarına katılımlarını teşvik etmek, tanı ve tedaviye zamanında erişimlerini sağlamak, hastalık ve sonrası süreçte yol göstermek üzere sunulan hizmetleri kapsamaktadır (15). Bu bölümde navigasyon programlarının tarihçesi, amaç, hedef ve ilkeleri ve KRK'de kullanıldığı alanlar incelenecektir.

2.6.1. Navigasyon Programlarının Tarihçesi

Navigasyon programları, kanser ve diğer kronik hastalıkların zamanında teşhis ve tedavisini engelleyen sorunları ortadan kaldırmayı ve böylece hastalığın sonuçlarını iyileştirmeyi hedefleyen bir strateji olarak geliştirilmiştir (82). Navigasyon programlarının gelişimindeki tarihsel süreç şu şekildedir:

- 1989 yılında; Amerikan Kanser Derneği (ACS), düşük gelirli kanser hastalarıyla yapılan bir dizi görüşmeden sonra kanser sağkalım oranları arasındaki eşitsizliğe vurguda bulunan ve bu kesimdeki kişilerin yaşadığı ek birçok zorluğu belirten “Yoksullarda Kanser Konusunda Ulusa Rapor” isimli raporu yayınlamıştır (82-84).
- 1990 yılında; Yoksullarda Kanser Konusunda Ulusa Rapor sonrası hasta navigasyonu kavramı gündeme gelmeye başlamış ve bunun sonucunda Amerikan Kanser Derneği'nin desteği ile Dr. Harold P. Freeman tarafından ilk hasta navigasyon programı New York Harlem'deki bir devlet hastanesinde başlatılmıştır (82-85).
- 2005 yılında; Amerikan Kanser Derneği tarafından kanser hastalarını ve ailelerini teşhis ve tedavi sürecinde desteklemek üzere ilk hasta navigasyon programı başlatılmıştır (83).
- 2009 yılında; hasta navigatörlerinin rollerini özetleyen ve iyileştiren en büyük ulusal organizasyonu oluşturmak üzere onkoloji hekim ve hemşireleri bir

araya gelmiş ve bu doğrultuda “Onkoloji Hemşireleri ve Hasta Navigatörleri Akademisi (AONN)” kurulmuştur (83).

- 2010 yılında; Onkoloji Hemşireliği Derneği (ONS), Onkoloji Sosyal Hizmet Derneği (AOSW) ve ABD Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği (NASW) tarafından kanser bakımında hizmetler arası iş birliğine dayalı, hasta navigasyonunda onkoloji hemşirelerinin ve sosyal hizmetlerin rolüne ilişkin ortak bir bildiri yayınlanmıştır (83).
- 2013 yılında; onkoloji hemşirelerinin aynı zamanda navigatör olarak da görev yaptığını gözlemleyen ONS, onkoloji hemşirelerinin rollerini ve becerilerini daha iyi tanımlamak üzere Onkoloji Hemşire Navigatörü Temel Yetkinlikleri’ni yayınlamıştır (83).
- 2016 yılında; AONN, onkoloji hemşireleri ve navigatörleri için uygulama ve bakımda standardizasyonu sağlamak üzere onkoloji hemşire navigatörü ve onkoloji hasta navigatörü sertifikasyon programlarını başlatmıştır (83).
- 2017 yılında; ONS, onkoloji hemşire navigatörlerinin mevcut sorumluluklarını belirlemek ve tecrübeli ile tecrübesiz hemşirelerin uygulamalarını ayırt etmek üzere Onkoloji Hemşire Navigatörü Temel Yetkinlikleri’ni güncellemiştir (86).
- Günümüzde; bu alanda gelişmeler devam etmekte, navigasyon uygulamaları birçok klinik alana entegre edilmekte, araştırmalar ile literatür desteklenmekte ve tüm dünyada navigasyon sistemlerinin kullanımı yaygınlaştırılmaktadır (85).

2.6.2. Navigasyon Programlarının Amacı, Hedefleri ve Navigatör Hemşire’nin Rollerini

Navigasyon programlarında temel amaç bireylerin karmaşık sağlık hizmeti içinde karar verebilmelerine ve öz yönetimlerini sağlamalarına rehber olmaktır (15). Navigasyon programlarında hedef; koruyucu sağlık davranışından rehabilitasyon sürecine uzanan sağlık bakım sisteminin her aşamasında, bireylere karşılaştıkları engellerde kültürel özelliklerine duyarlı olarak eğitim ve danışmanlık vermek ve bireylerin sağlık bakım sistemlerine zamanında ulaşmalarını sağlamaktır.

Navigasyon programları bünyesinde navigatör adı verilen profesyoneller yer alır (15). Hasta navigatörünün bakım verici, eğitimci, bakım koordinatörü ve hasta savunucu rolleri vardır. Hastaların tanı, tedavi ve bakımları ile ilgili kendilerine sunulan seçenekleri anlamaları ve karar almaları çoğu zaman zordur. Böyle zamanlarda navigatörler özellikle kanser hastaları ve hasta yakınları için bakım ve tedavide koordinasyonu ve sürekliliği sağlayan, hasta ve ailenin gücünü artıran birincil kaynaklardır. Ayrıca hasta navigatörü, hasta ile sağlık ekibi arasında birleştirici bir köprü görevi üstlenerek holistik bakım verilmesine katkı sağlar (85).

2.6.3. Kolorektal Kanserlerde Hemşire Navigasyonunun Kullanımı

Onkoloji alanında navigasyon sistemlerinin çeşitli kullanım alanları bulunmaktadır. Bunlar:

- Sosyal navigasyon: Sağlıklı yaşam biçimi oluşturma, hastalıkları önleme gibi birincil korunma stratejilerini içerir.
- Tanı navigasyonu: Tarama engellerini gidermeye ve bireyleri taramaya teşvik etmeye yönelik tarama ve erken tanı stratejilerini içerir.
- Tedavi navigasyonu: Antineoplastik tedavi sürecindeki eğitim, multidisipliner bakım ve planlamaları içerir.
- Yaşam navigasyonu: Destekleyici bakım kapsamındaki uzun vadeli bakım planlarını ve sosyal destek programlarını içerir (15,87).

Navigasyon programları kanser sürecinin birçok aşamasında kullanılmasına karşın KRK'ye yönelik en sık kullanılan navigasyon, tanı navigasyonudur. İlgili literatür incelendiğinde; HNP'nin bireylerin KRK tarama programlarına katılımını artırdığı, tarama programlarına ilişkin engel algılarını azaltırken yarar algılarını yükselttiği, kanser hakkında bilgi düzeylerini artırırken aynı zamanda bilginin sürekliliğini sağladığı ve erken teşhis inanışlarını geliştirdiği tespit edilmiştir (88-90).

2.7. TELESAGLIK

Telesağlık; sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak, artırmak, hizmet sonuçlarını iyileştirmek ve tüm bunların yanında maliyet ile ilgili sorunları kontrol altına almak amacıyla sağlık hizmetlerinin sunumu, yönetimi ve koordinasyonu sürecinde elektronik bilgi ve telekomünikasyon teknolojilerinin kullanımı olarak tanımlanmaktadır.

Telesağlık; teletıp, sanal sağlık, dijital sağlık, mobil sağlık, e-sağlık ve telenavigasyon gibi çeşitli uygulamaları kapsayan genel bir terimdir. Bu uygulamalar, bir bireye veya gruba yönelik dzenlenebilir, bir veya birçok sağlık profesyoneli tarafından uygulanabilir ve verilecek hizmet tırüne gşe kombine olarak kullanılabilir (17,18).

2.7.1. Telesağlık Tarihçesi

Telefonun icat edildiği 1876 yılından bu yana sağlık hizmetlerinin sunumunda ve takibinde teknoloji araçları kullanılmaktadır (91). Bilgi iletişim teknolojilerinin gelişimi ile birlikte 1950’li yıllarda bilgisayar, 1980’li yıllarda internet ve e-posta gibi buluşlar gerçekteşmiş ve bu doğrultuda hastane bilgi sistemleri de gelişerek telesağlık uygulamalarının temelleri atılmıştır (92,93). Başlangıçta telesağlık uygulamaları kırsalda yaşayan kişilerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak üzere kullanılmış, kullanılabilirliği kanıtlandıkça telesağlıkta yapılan yatırımlar artırılmış ve kullanım alanı genişletilmiştir (91,94). Telesağlığın ilk kullanım örneklerinden biri 1970’lerde güney Arizona’da yaşayan Papago halkı için geliştirilen “Kırsal Papago İleri Sağlık Hizmetlerine Uygulanan Uzay Teknolojisi (STARPAHC)” adlı projedir (91,94). STARPAHC ile kırsalda yaşayan nüfusa sağlık hizmeti sağlamada telesağlığın kullanılabilirliği kanıtlanmasına karşın telesağlık uygulamalarının etkinliğinin değerlendirilmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır (95). Akıllı telefonların buluşu ile birlikte 1990’lı yıllarda telesağlık alanında büyük gelişmeler yaşanmış, özellikle halk sağlığı alanında uygulamalar ve araştırmalar çeşitlendirilmiştir. Günümüzde; mevcut sağlık durumu hakkında bilgi veren, egzersiz ve beslenme önerilerinde bulunan, sağlık geçmişini kaydeden ve aktarımını sağlayan, ilaç alımı vb. hatırlatmalar yapan binlerce uygulama bulunmaktadır. Tüm bu sağlık uygulamaları, hizmeti alan kişiler haricinde hizmeti veren uzmanlara da kolaylık sağlamakta, bilginin hizmetler arası aktarımını hızlandırmakta ve sürekliliğini sağlamaktadır. Telesağlıktan yararlanan yaygın uzmanlık alanları arasında radyoloji, kardiyoloji, nöroloji, anesteziyoloji, psikiyatri, pediatri ve dermatoloji yer almaktadır. Bilgi iletişim teknolojileri geliştikçe telesağlık alanında da gelişmeler devam etmekte ve her geçen gün uygulama kalitesi artırılmaktadır (18,93).

2.7.2. Telesağlığın Onkoloji Alanında Kullanımı

Telesağlığın onkoloji alanında kullanım örnekleri ve faydaları incelendiğinde; malignitelerin tanı ve tedavisinin zamanında yapılmasında, bakıma erişimin

artırılmasında, hastane kullanımına bağlı maliyetlerin azaltılmasında ve hasta konforunun sağlanmasında etkileri olduğu görülmektedir. Telesağlığın hasta deneyimini olumlu yönde etkilediği birçok çalışmada gösterilmesine karşın henüz gelişmekte olan bir alan olduğundan literatürde birçok eksik bulunmakta ve bu sebeple daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır (18,19).

2.7.2.1. Telesağlık hemşireliği: Telesağlık teknolojilerini kullanarak bireylere, ailelere, gruplara, topluluklara ve popülasyonlara hizmet eden, bağımsız ve işbirlikçi uygulamaları içeren, karmaşık ve çok yönlü bir uzmanlık alanıdır. Telesağlık hemşireliğinin amaçları, diğer hemşirelik türleri ile uyumlu olarak; sağlığı korumak ve geliştirmek, ağrıyı en aza indirmek, sağlık okuryazarlığını ve eğitimini en üst düzeye çıkarmak, hastalık veya yaralanmayı önlemek ve bakım koordinasyonunu sağlamak olarak sıralanabilir (18).

Onkoloji hemşireliği alanında telesağlık uygulamaları; hastaların tanı ve takibinde, konsültasyonların planlanmasında, eğitim ve danışmanlık verilmesinde, hastalık ve tedaviye bağlı gelişebilecek semptomların yönetilmesinde, psikososyal destek sağlamada, yaşam sonu bakım uygulamalarında ve buna ek daha birçok hemşirelik uygulamasında kullanılmaktadır (16). Onkoloji hemşireleri, telesağlığın entegre olduğu yeni sağlık sistemi içerisinde çalışmak üzere eğitilmeli ve telesağlık hemşireliğine ilişkin uygulamalarda yer almalıdır (17,19)

2.7.2.2. Telenavigasyon hemşireliği: Telesağlık, birçok uygulamayı kapsayan semsiye bir terimdir. Bunlar içerisinde telenavigasyon; onkoloji hemşire navigatörlerinin bakım koordinasyonunu geliştirmesi, terapötik iletişim yeteneklerini artırması, hastaların finansal zorluklarını ele alması, hasta ve aileye eğitim vermesi, yaşam sonu bakımı sağlaması ve sağlık hizmetine erişimi sınırlı olan hastaların karşılaştığı diğer engelleri azaltması için ortaya çıkan ve bu hizmetlerin sağlanmasında telekomünikasyon teknolojilerini kullanan nispeten yeni bir terimdir. Telenavigasyon aracılığıyla onkoloji hemşire navigatörleri hasta navigasyonunu uzak mesafelerden de sürdürebilmekte ve böylece hastaların sağlık bakım hizmetlerine ulaşım düzeyinin, memnuniyetinin ve hastalara verilen bakım kalitesinin artmasına katkı sağlamaktadır (16,20).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TASARIM TİPİ

Bu araştırma KRK'li hastalara uygulanan HNP'nin, hastalarda gelişen semptomların yönetiminde ve hastalığa psikososyal uyum üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapıldı. Tasarım tipi ön test-son test kontrol gruplu, tekrarlayan ölçümlü randomize kontrollü deneysel çalışma olarak belirlendi. Bu amaçla her iki grup, ayaktan kemoterapi ünitesine kemoterapi dozlarını almak için başvurdukları tarihten itibaren kemoterapi sonrası birinci (KT1 1. hafta izlemi) ve ikinci haftalık süreçte (KT1 2. hafta izlemi) birer kez; bir sonraki kemoterapi dozlarını almak için başvurdukları tarihten itibaren kemoterapi sonrası birinci (KT2 1. hafta izlemi) ve ikinci haftalık süreçte (KT2 2. hafta izlemi) birer kez olmak üzere toplam 4 aşamada sonuç değişkenleri yönünden değerlendirildi.

3.2. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ VE HİPOTEZLERİ

3.2.1. Araştırmanın Değişkenleri

3.2.1.1. Bağımsız değişken: Hemşire navigasyon programı.

3.2.1.2. Bağımlı değişkenler: Semptom yönetimi, psikososyal uyum.

3.2.2. Araştırmanın Hipotezleri

3.2.2.1. Hipotez 1: HNP uygulanan grupta Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği puan ortalamaları HNP uygulanmayan gruba göre anlamlı olarak daha düşük olacaktır.

3.2.2.2. Hipotez 2: HNP uygulanan grupta Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği puan ortalamaları HNP uygulanmayan gruba göre anlamlı olarak daha düşük olacaktır.

3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma Temmuz 2021- Şubat 2022 tarihleri arasında İstanbul ilinde yer alan bir şehir hastanesinin tıbbi onkoloji kliniğinde yürütülmüştür. İlgili hastanenin tıbbi onkoloji kliniği; 19 yataklı servis, ayaklı kemoterapi ünitesi ve poliklinikler olmak üzere toplam 3 bölümden oluşmaktadır. Ayaktan kemoterapi ünitesi bünyesinde 4 tam otomatik robotik kemoterapi hazırlama ünitesi, 85 kemoterapi koltuğu ve ayrıca hasta eğitim ünitesi bulunmaktadır. Kemoterapi ünitesinde günlük 170-200 hasta tedavi görmektedir.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini İstanbul ilinde yer alan bir şehir hastanesinin tıbbi onkoloji kliniğine başvuran yıllık ortalama 608 ayaktan KRK hastası oluşturmaktadır. Çalışmanın yürütüldüğü tarihlerde ayaktan kemoterapi ünitesine 118 hasta başvurdu. Çalışmanın yürütüldüğü süreçte dahil edilme kriterlerine uymayan 34 birey çalışma dışı bırakıldı. Araştırmanın dahil edilme kriterlerini karşılayan bireyler araştırma hakkında bilgilendirildi. Bilgilendirme sonrası katılmaya gönüllü bireyler çalışmaya dahil edildi. İletişim kurulan 84 kişiden, çalışmaya dahil olmak istemeyen 22 hasta araştırma dışı bırakıldı. Çalışmada basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak (96) bir randomizasyon sitesi üzerinden (97) deney ve kontrol grupları oluşturuldu. Hastanede eğitim hemşiresine tedavisi ile ilgili başvuran hastalar başvurma sırasına göre deney ve kontrol grubu olmak üzere randomizasyon yöntemindeki gruplara atandı.

Araştırmanın dahil edilme kriterleri;

- 18 yaş ve üzeri,
- Kolorektal kanser hastaları,
- Kendisi veya yakını aracılığıyla WhatsApp kullanabilen,
- Bilişsel durumu yeterli,
- Kemoterapi tedavisi için ayaktan kemoterapi ünitesine başvuran,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü bireyler.

Araştırmaya alınacak kişi sayısını belirlemek üzere güç (power) analizi yapıldı. Testin gücü, G*Power 3.1 programı ile hesaplandı. Yapılan kaynak incelemeleri ve ilgili literatür doğrultusunda %80 güç değeri, %5 hata payı ve 0,767 etki büyüklüğünde deney

ve kontrol olmak üzere her bir grupta 28, toplamda 56 kişiye ulaşılması gerektiği belirlendi ($df=54$; $t=2,004$) (24). Çalışmada kayıp veri oranı %10 olarak kabul edilerek toplamda 62 kişiye ulaşılması uygun bulundu [$56 + 6(56*10/100)=62$]. Çalışma sürecinde deney ve kontrol grubundan birer kişi olmak üzere toplamda iki kişi yapılan aramalara yanıt vermemesi nedeniyle çalışma dışı bırakıldı. Araştırma 30 deney grubunda, 30 kontrol grubunda olmak üzere toplam 60 birey ile tamamlandı.

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veriler, “Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu”, “Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği (N-SDÖ)”, “Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR)” olmak üzere üç farklı veri toplama aracı ile toplandı.

3.5.1. Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu

Tanıtıcı özellikler bilgi formu üç bölüm halinde yapılandırıldı. Bu form “sosyodemografik özellikleri, KRK tanısına ilişkin özellikleri, fonksiyonel yeterlilik düzeylerini” tanımlamaya yönelik sorulardan oluşturuldu (24) (EK-1).

3.5.1.1. Sosyo-demografik özellikler: Bireylerin sosyo-demografik özellikleri cinsiyet, boy, kilo, yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, çalışma durumu ve sağlık algısı değerlendirildi.

- **Cinsiyet:** Bireylerin cinsiyeti kadın ve erkek olmak üzere iki grup üzerinden sorgulandı.
- **Boy:** Bireylere boyu açık uçlu soru şeklinde soruldu.
- **Kilo:** Bireylere kilosu açık uçlu soru şeklinde soruldu.
- **Yaş:** Bireylere yaşı açık uçlu soru şeklinde soruldu.
- **Medeni durum:** Bireylerin medeni durumu evli ve bekar olmak üzere iki grup üzerinden sorgulandı.
- **Eğitim durumu:** Bireylerin eğitim durumu “ilköğretim mezunu veya eğitimi yok” ve “lise mezunu veya daha üst düzey” olmak üzere iki grup üzerinden sorgulandı.

- **Gelir durumu:** Bireylerin gelir durumu 2’li likert tipte (kötü veya daha alt düzey, orta veya daha üst düzey) soru ile değerlendirildi.
- **Çalışma durumu:** Bireylerin çalışma durumu “çalışıyorum” ve “çalışmıyorum” olmak üzere iki grup üzerinden sorgulandı.
- **Son bir yıl içindeki sağlık algılaması:** İlgili parametre 1 (çok kötü) ile 10 (çok iyi) arası puanlama üzerinden değerlendirildi.
- **Son bir ay içindeki sağlık algılaması:** İlgili parametre 1 (çok kötü) ile 10 (çok iyi) arası puanlama üzerinden değerlendirildi.

3.5.1.2. Kolorektal kanser tanısına ilişkin özellikler: Bireylerin KRK tanısına ilişkin özellikleri tıbbi tanı, hastalık nedeniyle ameliyat olma durumu, hastalık nedeniyle radyoterapi alma durumu, kemoterapinin uygulanma aralığı ve toplam kür kemoterapi sayısı sorgulanarak değerlendirildi.

- **Tıbbi tanı:** Bireylerin tıbbi tanısı iki grup (metastik kolorektal CA, metastatik olmayan kolorektal CA) üzerinden sorgulandı.
- **Kolorektal kanser nedeniyle ameliyat olma durumu:** İlgili parametre evet ve hayır olmak üzere iki grup üzerinden değerlendirildi.
- **Kolorektal kanser nedeniyle radyoterapi alma durumu:** İlgili parametre evet ve hayır olmak üzere iki grup üzerinden değerlendirildi.
- **Kemoterapinin uygulanma aralığı:** Bireylere açık uçlu soru şeklinde kemoterapi tedavisinin kaç gün aralıklarla uygulandığı soruldu.
- **Toplam kür kemoterapi sayısı:** Toplamda aldıkları kemoterapi kür sayısı bireylere üç grup üzerinden (bir, iki, üç ve üzeri) sorgulandı.

3.5.1.3. Fonksiyonel yeterlilik düzeyi: Bireylerin fonksiyonel yeterlilik düzeyi değerlendirilirken mevcut ifadelerden “(1)Tüm hastalık öncesi aktivitelerimi kısıtlama olmadan yapabiliyorum, (2) Zorlu fizik aktivitede zorlanıyorum, ancak ayakta ve hafif işleri yapabiliyorum (örn, hafif ev işi), (3) Kendi bakımımı belirli düzeyde yapabiliyorum, ancak herhangi bir işte çalışamıyorum ve gündüz saatlerinin yarısından fazlasını ayakta veya oturarak geçiriyorum” kendilerine en uygun olanı seçmeleri istendi ve bu doğrultuda 3’lü likert tipte kodlama yapılarak değerlendirme sağlandı.

3.5.2. Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği

Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği 2009 yılında Gülbeyaz Can ve Adnan Aydın tarafından Türk dilinde geliştirilen, kanser ve tedavisine bağlı hastalarda gelişen semptomların şiddetini değerlendiren bir yaşam kalitesi ölçeğidir. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmaları 2011 yılında Can ve Aydın tarafından yapılmış olup, ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,93; alt boyutların Cronbach Alfa katsayısı 0,81 ila 0,87 arasında saptanmıştır. Ölçek toplamda 38 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin fiziksel iyilik hali (1-4., 6-15., 23-27. ve 37. madde), sosyal iyilik hali (5. ve 16-22. madde) ve psikolojik iyilik hali (28-36. ve 38. madde) olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır. Ölçek 5'li likert tipte olup, değerlendirilen maddeye ilişkin yanıt hayır ise "0", çok az ise "1", biraz ise "2", oldukça ise "3" ve çok fazla ise "4" olarak puanlanmaktadır. Puanın düşük olması hastaların hastalığa/tedaviye bağlı oluşan sorunlardan etkilenme düzeyinin düşük, genel yaşam kalitelerinin ve alt boyutlara ilişkin iyilik hallerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Alt boyut toplam puanı her alt boyutta yer alan madde puanlarının toplanması ve madde sayısına bölünmesi ile; ölçek toplam puanı ise alt boyut toplam puanlarının toplanması ve üçe bölünmesi ile hesaplanmaktadır. Ölçekte cevaplanmamış maddeler varsa (örn; cinsel yaşamı olmayan bireylerde hastalığın/tedavinin cinsel yaşama etkisinin değerlendirilememesi gibi) o maddelerin puanı alt boyutta/ölçekte cevaplanan maddelerin puanı toplanıp cevaplanan madde sayısına bölünerek elde edilmektedir (98). Bu çalışmada Nightingale Semptom Değerlendirme ölçeğinin güvenirliği Cronbach Alpha katsayısı 0,834 olarak bulundu (EK-2).

3.5.3. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği

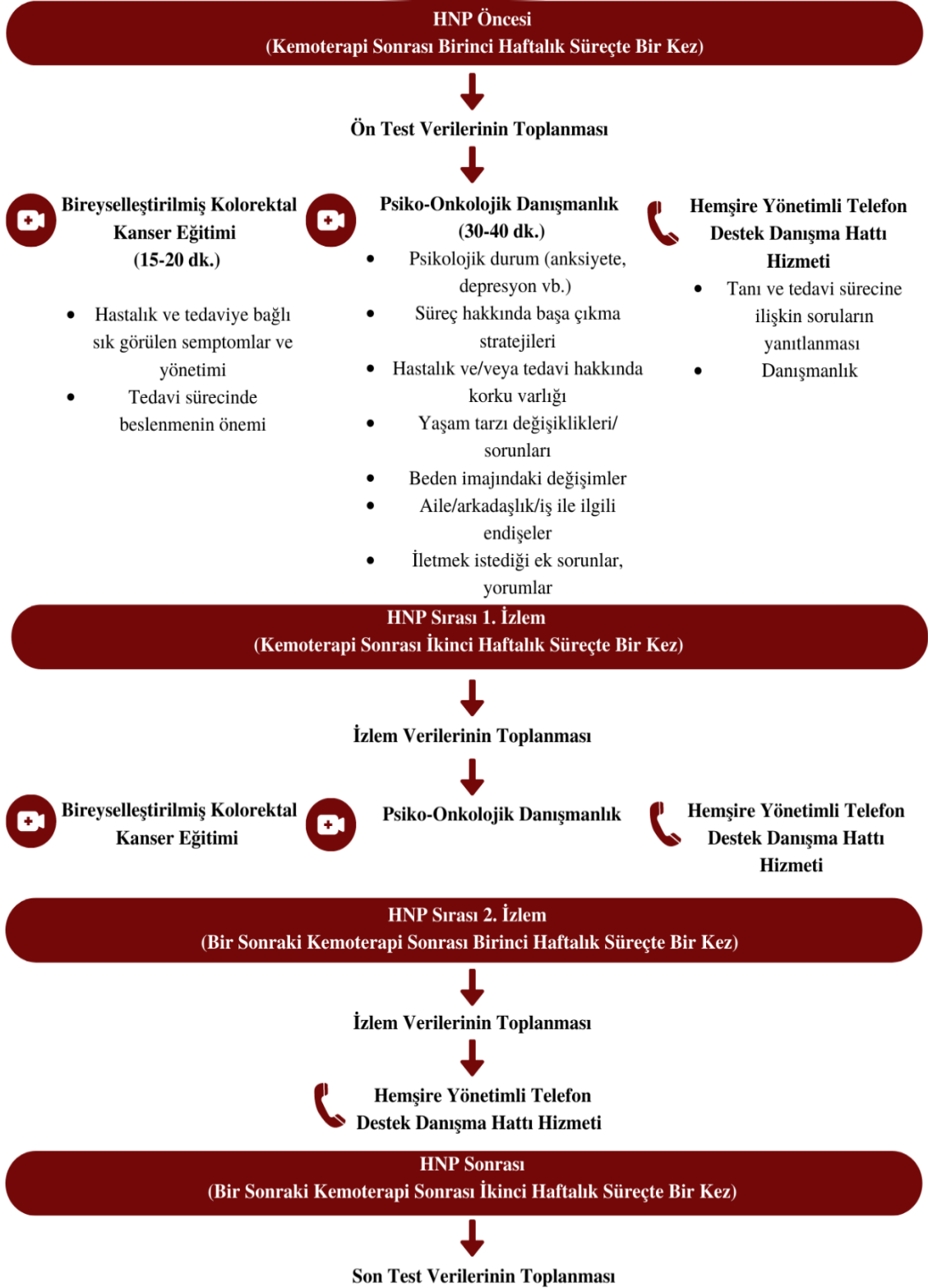
Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği, Derogatis tarafından 1986 yılında İngilizce dilinde geliştirilen, fiziksel hastalığa psikososyal uyumu değerlendirmeyi amaçlayan bir ölçektir (99). Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği'nin ülkemiz için geçerlik ve güvenirlik çalışması Adaylar (1995) tarafından yapılmıştır (100). Ölçekte 46 madde bulunmakta; sağlık bakımına uyum, mesleki çevre, ev çevresi, seksüel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre, psikososyal baskı olmak üzere yedi alt boyut yer almaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 138'dir. Ölçekte 35'in altındaki puanlar "iyi psikososyal uyumu", 35-51 arası puanlar "orta derecede psikososyal uyumu", 51'in üstündeki puanlar "kötü psikososyal uyumu" göstermektedir. Adaylar tarafından yapılan çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa

katsayısı 0,94; alt boyutların Cronbach Alfa katsayısı 0,80 ila 0,95 arasında saptanmıştır (100). Bu araştırmada ise Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim ölçeğinin güvenilirliği Cronbach Alpha katsayısı 0,881 olarak bulundu (EK-3).

3.6. HEMŞİRE NAVİGASYON PROGRAMI

Hemşire navigasyon programı hemşire yönetimi ve rehberliğinde uygulanan; bireyselleştirilmiş KRK eğitimi, psiko-onkolojik danışmanlık, hemşire yönetimli telefon destek danışma hattı hizmeti gibi çoklu girişimleri kapsayan bir programdır. HNP kapsamında bireyselleştirilmiş KRK eğitimi ve psiko-onkolojik danışmanlık WhatsApp uygulaması üzerinden görüntülü, hemşire yönetimli telefon destek danışma hattı hizmeti ise telefon üzerinden sesli konuşma aracılığıyla geręekleřtirildi. HNP öncesinde (kemoterapi sonrası birinci haftalık süreçte bir kez); ön test verilerinin toplanmasının ardından bireylere bireyselleştirilmiş KRK eğitimi ve psiko-onkolojik danışmanlık verildi. Görüşme sonunda hemşire yönetimli telefon destek danışma hattı hizmeti kapsamında bireylere tanı ve tedavi sürecine ilişkin sormak istedikleri konularda araőtırmacıya danıőabilecekleri bilgisi verildi. HNP sırası 1. izlemde (kemoterapi sonrası ikinci haftalık süreçte bir kez); izlem verilerinin toplanmasının ardından bireylere bireyselleştirilmiş KRK eğitimi ve psiko-onkolojik danışmanlık verildi. Bu aşamada ilgili girişimler sonlandırılırken hemşire yönetimli telefon destek danışma hattı hizmetine devam edildi. HNP sırası 2. izlemde (bir sonraki kemoterapi sonrası birinci haftalık süreçte bir kez); izlem verileri toplandı ve hemşire yönetimli telefon destek danışma hattı hizmetine devam edildi. HNP sonrasında (bir sonraki kemoterapi sonrası ikinci haftalık süreçte bir kez); son test verileri toplandı ve çalışma sonlandırıldı. HNP kapsamında uygulanan girişimler Şekil 3.1’de gösterildi.

HEMŞİRE NAVİGASYON PROGRAMI (HNP)



Şekil 3.1: Hemşire navigasyon programı

3.6.1. Bireyselleştirilmiş Kolorektal Kanser Eğitimi

Deney grubundaki bireylere bireyselleştirilmiş KRK eğitimi kapsamında eğitim verilen konular:

- Hastalık ve tedaviye bağlı sık görülen semptomlar ve yönetimi,
- Tedavi sürecinde beslenmenin önemi.

3.6.2. Psiko-Onkolojik Danışmanlık

Psiko-Onkoloji Derneği, Uluslararası Psiko-Onkoloji Birliği (IPOS) ve İstanbul Aydın Üniversitesi Rektörlüğü onaylı “Psikoonkoloji Eğitimi ve Süpervizyon Uygulaması” eğitim sertifikası alan araştırmacı tarafından (EK-4) psiko-onkolojik danışmanlık kapsamında görüşülen konular:

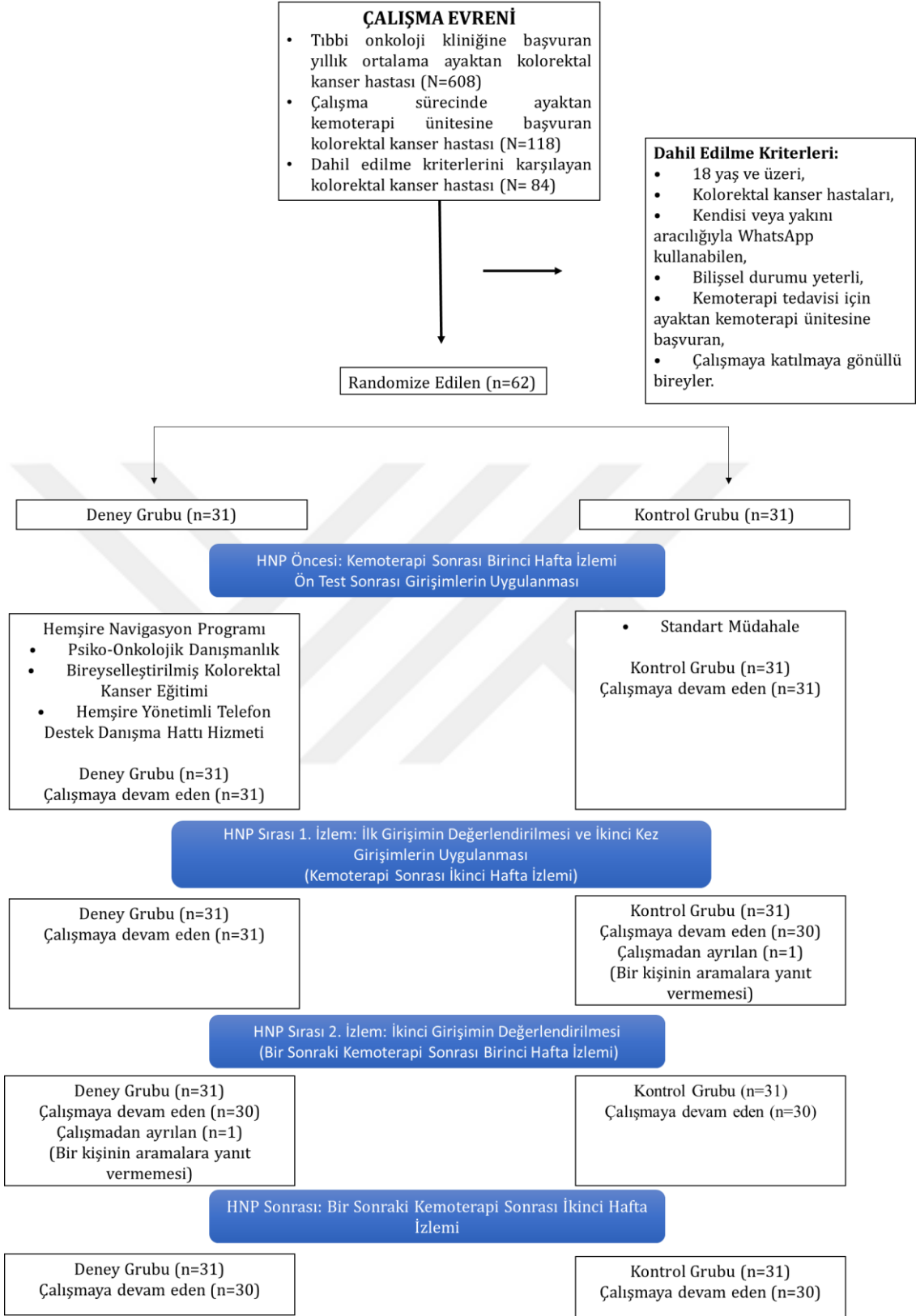
- Psikolojik durum (anksiyete, depresyon vb.),
- Süreç hakkında başa çıkma stratejileri,
- Hastalık ve/veya tedavi hakkında korku varlığı,
- Yaşam tarzı değişiklikleri/ sorunları,
- Beden imajındaki değişimler,
- Aile/arkadaşlık/iş ile ilgili endişeler,
- İletmek istediği ek sorunlar, yorumlar

3.6.3. Hemşire Yönetimli Telefon Destek Danışma Hattı Hizmeti

Hemşire yönetimli telefon destek danışma hattı hizmeti kapsamında deney grubundaki bireylerin tanı ve tedavi sürecine ilişkin soruları cevaplandı ve ihtiyaçları olan konulara yönelik danışmanlık verildi. Danışmanlık hizmeti telefon üzerinden sesli konuşma aracılığıyla gerçekleştirildi.

3.7. VERİLERİN TOPLANMASI VE İŞLEM YOLU

Veriler, etik izin ve kurum izni alındıktan sonra Temmuz 2021-Şubat 2022 tarihleri arasında toplandı. Çalışmaya dahil edilen bireyler ilk kez kemoterapi alacak olan veya daha önce kemoterapi alan ve kemoterapi tedavisi devam eden bireylerdi. Veriler, bireylerin ayaktan kemoterapi ünitesine kemoterapi dozlarını almak için başvurduğu tarihten itibaren kemoterapi sonrası birinci (KT1 1. hafta izlemi) ve ikinci haftalık süreçte (KT1 2. hafta izlemi) birer kez; bir sonraki kemoterapi dozlarını almak için başvurdukları tarihten itibaren kemoterapi sonrası birinci (KT2 1. hafta izlemi) ve ikinci haftalık süreçte (KT2 2. hafta izlemi) birer kez olmak üzere toplam 4 aşamada toplandı. Çalışma toplamda 33 haftalık bir süreci kapsadı. Araştırma sürecinde 2 hastanın kan değerlerinin düşük çıkması, 1 hastanın kemoterapi alacağı tarihin manyetik rezonans görüntüleme randevusu ile çakışması, 1 hastanın hekiminin izinde olması sebebiyle bir sonraki kemoterapi tarihleri ertelendi. Bu bireyler ile kemoterapi aldıkları tarihleri takiben görüşmeler gerçekleştirildi ve veriler tamamlandı. Araştırmaya ilişkin form ve ölçekler COVID-19 pandemisi nedeniyle ortak temas noktalarını azaltmak ve riski önlemek adına Google Forms uygulaması üzerinden uygulandı. WhatsApp uygulaması üzerinden görüntülü olarak gerçekleştirilen girişimlerin süresi bireyler arasında 45-60 dakika arasında değişkenlik gösterdi. Verilerin toplanmasına ve işlenmesine ilişkin araştırma tasarımı Şekil 3.2'de gösterildi.



- Dahil Edilme Kriterleri:**
- 18 yaş ve üzeri,
 - Kolorektal kanser hastaları,
 - Kendisi veya yakını aracılığıyla WhatsApp kullanabilen,
 - Bilişsel durumu yeterli,
 - Kemoterapi tedavisi için ayaktan kemoterapi ünitesine başvuran,
 - Çalışmaya katılmaya gönüllü bireyler.

Şekil 3.2: Araştırma tasarımı

3.8. ETİK KONULAR

Araştırma verileri toplanmadan önce T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan etik kurul izni (Evrak Tarih ve Sayısı: 04.05.2021-32378) (EK-5); araştırmanın yürütüldüğü hastaneden kurum izni alındı (EK-6). Çalışmanın yapıldığı hastanedeki sorumlu hekime ve ayaktan kemoterapi ünitesinde çalışan hemşirelere araştırmanın amacı, yöntemi ve süresi hakkında bilgi verildi. Araştırmaya dahil edilen bireylere çalışmanın amacı, işleyiş biçimi, çalışmaya katılmanın gönüllük esasına dayandığı, dilediklerinde çalışmadan ayrılacakları ve çalışma kapsamındaki tüm verilerin gizliliğinin korunacağı bilgileri verildi.

Araştırmada kullanılan Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği'nin ve Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması için yazar izinleri alındı (EK-7,8).

3.9. VERİ ANALİZİ VE DEĞERLENDİRME

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanıldı. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelendi. İlgili literatürde, değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin sonuçların +2.0 ile -2.0 arasında olması normal dağılım olarak kabul edildiğinden (101), bu araştırmaya ilişkin değişkenlerin normal dağılım gösterdiği saptandı ve bu doğrultuda verilerin analizinde parametrik test yöntemleri kullanıldı. Bağımsız gruplarda tanımlayıcı özelliklerin oranları arasındaki farklar ki-kare ve fisher exact testleri ile analiz edildi. İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında bağımsız gruplar t-testi, grup içerisindeki tekrarlı ölçümlere ilişkin değişimlerde tekrarlı ölçüm anova testi ve bu değişimler arasındaki farkların belirlenmesinde Bonferroni testi kullanıldı.

4. BULGULAR

Bu bölümde KRK'li hastalara uygulanan HNP'nin semptom yönetimi ve psikososyal uyum üzerine etkisini incelemek amacıyla gerçekleştirilen araştırmanın bulguları aşağıda belirtilen 3 başlık üzerinden sunuldu. Bunlar:

1. Örneklemi tanıtıcı özellikler,
2. HNP'nin semptom yönetimi üzerine etkisine ilişkin bulgular,
3. HNP'nin psikososyal uyum üzerine etkisine ilişkin bulgular.

4.1. ÖRNEKLEMİ TANITICI ÖZELLİKLER

Bu bölümde çalışma kapsamına alınan bireylerin sosyo-demografik özelliklerini, KRK tanısına ilişkin özelliklerini, fonksiyonel yeterlilik düzeylerini değerlendiren bulgulara yer verildi.

4.1.1. Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Çalışma kapsamına alınan bireylerde (n=60) deney grubunun yaş ortalaması $62,27 \pm 9,08$ 'iken, kontrol grubunun yaş ortalaması $58 \pm 10,56$ 'idi. Katılımcıların çoğu erkek (%78,33), beden kitle indeksi (BKİ) fazla kilolu veya obez düzeyde (%51,7), evli (%86,7), ilköğretim mezunu veya eğitimi olmayan (%73,3), gelir durumu orta veya daha üst düzeyde (%68,3), gelir getiren bir işte çalışmayan (%90) bireylerdi. Bireylerin sağlık durum algıları incelediğinde; son bir ay (10 üzerinden deney grubu 6,23'iken kontrol grubu 6,47) ve son bir yıl (10 üzerinden deney grubu 6'iken kontrol grubu 5,73) içindeki sağlık durum algısı her iki grupta da orta düzeydeydi.

Deney ve kontrol gruplarının sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; gruplar arasında "cinsiyet, BKİ, yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, çalışma durumu, son bir ay ve son bir yıl içindeki sağlık durum algısı" yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p > 0,05$) (Tablo 4.1).

Tablo 4.1: Deney ve kontrol gruplarının sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması

	Değişkenler	Deney		Kontrol		Toplam		Test İstatistiği
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	7	%23,3	6	%20	13	%21,7	$X^2=0,098$ $p=0,754$
	Erkek	23	%76,7	24	%80	47	%78,3	
BKİ	Normal Kilolu	11	%36,7	18	%60	29	%48,3	$X^2=3,270$ $p=0,071$
	Fazla Kilolu veya Obez	19	%63,3	12	%40	31	%51,7	
Yaş	30-59	11	%36,7	14	%46,7	25	%41,7	$X^2=0,617$ $p=0,300$
	60-80	19	%63,3	16	%53,3	35	%58,3	
Medeni Durum	Evli	26	%86,7	26	%86,7	52	%86,7	$X^2=0,000$ $p=0,647$
	Bekar	4	%13,3	4	%13,3	8	%13,3	
Eğitim Durumu	İlköğretim Mezunu veya Eğitimi Yok	23	%76,7	21	%70	44	%73,3	$X^2=0,341$ $p=0,559$
	Lise Mezunu veya Daha Üst Düzey	7	%23,3	9	%30	16	%26,7	
Gelir Durumu	Kötü veya Daha Alt Düzey	9	%30	10	%33,3	19	%31,7	$X^2=0,077$ $p=0,781$
	Orta veya Daha Üst Düzey	21	%70	20	%66,7	41	%68,3	
Çalışma Durumu	Çalışıyorum	2	%6,7	4	%13,3	6	%10	$X^2=0,741$ $p=0,389$
	Çalışmıyorum	28	%93,3	26	%86,7	54	%90	
		Ort	Ss	Ort	Ss	t	sd	p
BKİ		26,789	4,187	25,642	7,106	0,762	58	0,449
Yaş		62,270	9,089	58,000	10,563	1,677	58	0,099
Son Bir Ay İçindeki Sağlık Algısı		6,230	1,612	6,470	1,634	-0,557	58	0,580
Son Bir Yıl İçindeki Sağlık Algısı		6,000	1,554	5,730	1,701	0,634	58	0,529

4.1.2. Bireylerin Kolorektal Kanser Tanısına İlişkin Özellikleri

Bireylerin KRK tanısına ilişkin özellikleri incelediğinde en sık rastlanılan tıbbi tanı metastatik olmayan kolorektal kanserdi (%58,3). Bireylerin çoğunluğu KRK sebebiyle ameliyat olmasına karşın (%73,3) radyoterapi almamıştı (%81,7). Çalışmaya dahil edilen katılımcıların çoğu ilk kez kemoterapi alan (%46,7) ve 21 günde bir tedavi gören bireylerdi (%60).

Bireylerin KRK tanısına ilişkin özelliklerinde gruplar arası anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.2).

Tablo 4.2: Deney ve kontrol gruplarının kolorektal kanser tanısına ilişkin özelliklerinin karşılaştırılması

Değişkenler	Deney		Kontrol		Toplam		Test İstatistiği	
	n	%	n	%	n	%		
Tıbbi Tanı	Metastatik Kolorektal CA	15	%50	10	%33,3	25	%41,7	$X^2=1,714$ $p=0,190$
	Metastatik Olmayan Kolorektal CA	15	%50	20	%66,7	35	%58,3	
Kolorektal Kanser Sebebiyle Ameliyat Olma	Evet	21	%70	23	%76,7	44	%73,3	$X^2=0,341$ $p=0,386$
	Hayır	9	%30	7	%23,3	16	%26,7	
Kolorektal Kanser Sebebiyle Radyoterapi Alma	Evet	6	%20	5	%16,7	11	%18,3	$X^2=0,111$ $p=0,500$
	Hayır	24	%80	25	%83,3	49	%81,7	
Kemoterapi Tedavi Periyodu	14 Günde 1	14	%46,7	10	%33,3	24	%40	$X^2=1,111$ $p=0,215$
	21 Günde 1	16	%53,3	20	%66,7	36	%60	
Kür Kemoterapi Sayısı	Bir	14	%46,7	14	%46,7	28	%46,7	$X^2=2,133$ $p=0,344$
	İki	8	%26,7	12	%40	20	%33,3	
	Üç ve Üzeri	8	%26,7	4	%13,3	12	%20	

4.1.3. Bireylerin Fonksiyonel Yeterlilik Düzeylerine İlişkin Özellikleri

Bireylerin fonksiyonel yeterlilik düzeyi değerlendirildiğinde çoğu tüm hastalık öncesi aktivitelerini kısıtlama olmadan yapabildiğini ifade etti (%41,7).

Bireylerin fonksiyonel yeterlilik düzeylerine ilişkin gruplar arasında anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.3).

Tablo 4.3: Deney ve kontrol gruplarının fonksiyonel yeterlilik düzeylerine ilişkin özelliklerinin karşılaştırılması

	Değişkenler			Deney		Kontrol		Toplam		Test İstatistiği
				n	%	n	%	n	%	
Fonksiyonel Yeterlilik Düzeyi	Tüm Hastalık Öncesi Aktivitelerimi Kısıtlama Olmadan Yapabiliyorum	11	%36,7	14	%46,7	25	%41,7			
	Zorlu Fizik Aktivitede Zorlanıyorum, Ancak Hafif İşleri Yapabiliyorum. (Örn. Hafif Ev İşleri)	9	%30	10	%33,3	19	%31,7	$X^2=1,413$	$p=0,493$	
	Kendi Bakımımı Yapabiliyorum, Ancak Herhangi Bir İşte Çalışmıyorum ve Gündüz Saatlerinin Yarısından Fazlasını Ayakta	10	%33,3	6	%20	16	%26,7			

4.2. HEMŞİRE NAVİGASYON PROGRAMININ SEMPTOM YÖNETİMİ ÜZERİNE ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde bireylerin KT1 1. hafta, KT1 2. hafta, KT2 1. hafta ve KT2 2. hafta izlem ölçümlerine ilişkin deney ve kontrol gruplarında N-SDÖ alt boyut (fiziksel alt boyut, sosyal alt boyut ve psikolojik alt boyut) ve toplam puanlarını değerlendirmeye yönelik bulgulara yer verilmiştir.

4.2.1. Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği Fiziksel İyilik Hali Alt Boyutu Değerlendirmeleri

Bireylerin fiziksel iyilik halleri KT1 1. hafta, KT1 2. hafta, KT2 1. hafta ve KT2 2. hafta izlem ölçümlerine göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$).

Her iki grup içinde KT1 1. hafta ve KT2 1. hafta izlem ölçümlerine göre KT1 2. hafta ve KT2 2. hafta izlem ölçümlerindeki düşüş istatistiksel açıdan anlamlıydı ($p<0,05$) (Tablo 4.4).

4.2.2. Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği Sosyal İyilik Hali Alt Boyutu Değerlendirmeleri

Bireylerin sosyal iyilik halleri KT1 1. hafta, KT1 2. hafta, KT2 1. hafta ve KT2 2. hafta izlem ölçümlerine göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$).

Deney grubunda KT1 2. hafta izlem ölçümüne göre KT2 1. hafta izlem ölçümündeki artış anlamlıyken ($p<0,05$), kontrol grubunda ölçümler arasındaki değişimler anlamlı değildi ($p>0,05$) (Tablo 4.4).

4.2.3. Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği Psikolojik İyilik Hali Alt Boyutu Değerlendirmeleri

Bireylerin psikolojik iyilik halleri KT1 1. hafta, KT1 2. hafta, KT2 1. hafta ve KT2 2. hafta izlem ölçümlerine göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$).

Deney grubunda; KT1 1. hafta izlem ölçümüne göre KT1 2. hafta ve KT2 2. hafta izlem ölçümlerindeki düşüş anlamlıydı ($p<0,05$) (Tablo 4.4).

Kontrol grubunda; KT1 1. hafta izlem ölçümüne göre KT1 2. hafta izlem ölçümündeki düşüş, KT2 1. hafta izlem ölçümüne göre KT1 2. hafta ve KT2 2. hafta izlem ölçümlerindeki fark anlamlıydı ($p<0,05$) (Tablo 4.4).

4.2.4. Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanlarının Gruplara Göre Farklılaşma Durumu

Bireylerin ölçek toplam puan ortalamaları KT1 1. hafta, KT1 2. hafta, KT2 1. hafta ve KT2 2. hafta izlem ölçümlerine göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$).

Deney grubunda; KT1 1. hafta ve KT2 1. hafta izlem ölçümlerine göre KT1 2. hafta ve KT2 2. hafta izlem ölçümleri arasındaki fark anlamlıydı ($p<0,05$) (Tablo 4.4).

Kontrol grubunda; KT1 1. hafta izlem ölçümüne göre KT1 2. hafta, KT2 1. hafta izlem ölçümüne göre KT1 2. hafta ve KT2 2. hafta izlem ölçümleri arasındaki fark anlamlıydı ($p<0,05$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.4: Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının deney ve kontrol grubu karşılaştırılması

Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği Fiziksel İyilik Hali Alt Boyutu Değerlendirmeleri							
Gruplar	Deney (n=30)		Kontrol (n=30)		t	sd	p ^a
	Ort	Ss	Ort	Ss			
KT1 1. Hafta İzlemi	0,767	0,368	0,713	0,431	0,516	58	0,608
KT1 2. Hafta İzlemi	0,227	0,237	0,203	0,198	0,413	58	0,681
KT2 1. Hafta İzlemi	0,732	0,346	0,763	0,359	-0,348	58	0,729
KT2 2. Hafta İzlemi	0,275	0,243	0,300	0,323	-0,339	58	0,736
F	83,685		37,803				
p ^b	0,000		0,000				
Bonferroni	1,3>2,4		1,3>2,4				
Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği Sosyal İyilik Hali Alt Boyutu Değerlendirmeleri							
Gruplar	Deney (n=30)		Kontrol (n=30)		t	sd	p ^a
	Ort	Ss	Ort	Ss			
KT1 1. Hafta İzlemi	0,158	0,188	0,129	0,184	0,606	58	0,547
KT1 2. Hafta İzlemi	0,121	0,159	0,113	0,195	0,181	58	0,857
KT2 1. Hafta İzlemi	0,213	0,239	0,221	0,287	-0,122	58	0,903
KT2 2. Hafta İzlemi	0,167	0,206	0,179	0,291	-0,192	58	0,848
F	3,893		2,539				
p ^b	0,032		0,110				
Bonferroni	3>2		-				

Tablo 4.4 (devam)

Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği Psikolojik İyilik Hali Alt Boyutu Değerlendirmeleri							
Gruplar	Deney (n=30)		Kontrol (n=30)		t	sd	p ^a
	Ort	Ss	Ort	Ss			
KT1 1. Hafta İzlemi	0,936	0,585	0,713	0,675	1,366	58	0,177
KT1 2. Hafta İzlemi	0,583	0,458	0,440	0,451	1,222	58	0,227
KT2 1. Hafta İzlemi	0,947	0,589	0,790	0,640	0,986	58	0,328
KT2 2. Hafta İzlemi	0,573	0,446	0,533	0,505	0,325	58	0,746
F	21,713		11,227				
p ^b	0,000		0,000				
Bonferroni	1>2,4		1>2; 3>2,4				
Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanlarının Gruplara Göre Farklılaşma Durumu							
Gruplar	Deney (n=30)		Kontrol (n=30)		t	sd	p ^a
	Ort	Ss	Ort	Ss			
KT1 1. Hafta İzlemi	0,620	0,329	0,519	0,357	1,147	58	0,256
KT1 2. Hafta İzlemi	0,310	0,251	0,252	0,212	0,971	58	0,335
KT2 1. Hafta İzlemi	0,630	0,332	0,591	0,331	0,455	58	0,651
KT2 2. Hafta İzlemi	0,338	0,255	0,338	0,290	0,012	58	0,991
F	54,637		23,111				
p ^b	0,000		0,000				
Bonferroni	1,3>2,4		1>2; 3>2,4				

HNP: Hemşire Navigasyon Programı, a: Bağımsız Gruplar T-Testi, b: Tekrarlı Ölçümler Anova Testi,
1: KT1 1. Hafta İzlemi, 2: KT1 2. Hafta İzlemi, 3: KT2 1. Hafta İzlemi, 4: KT2 2. Hafta İzlemi.

4.3. HEMŞİRE NAVİGASYON PROGRAMININ PSİKOSOSYAL UYUM ÜZERİNE ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde bireylerin KT1 1. hafta, KT1 2. hafta, KT2 1. hafta ve KT2 2. hafta izlem ölçümlerine ilişkin deney ve kontrol gruplarında PAIS-SR alt boyut (sağlık bakımına uyum, mesleki çevre, ev çevresi, seksüel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre) ve toplam puanlarını değerlendirmeye yönelik bulgulara yer verilmiştir.

4.3.1. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği Sağlık Bakımına Uyum Alt Boyutu Değerlendirmeleri

Bireylerin sağlık bakımına uyumları KT2 1. hafta izlem ölçümlerinde deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ($t=-2,752$; $p=0,008<0,05$). Sağlık bakımına uyuma ilişkin KT2 1. hafta izlem puan ortalamaları kontrol grubunda ($\bar{x}=4,100$), deney grubuna ($\bar{x}=2,133$) kıyasla daha yüksekti (Tablo 4.5).

Bireylerin sağlık bakımına uyumları KT2 2. hafta izlem ölçümlerinde deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ($t=-2,876$; $p=0,006<0,05$). Sağlık bakımına uyuma ilişkin KT2 2. hafta izlem puan ortalamaları kontrol grubunda ($\bar{x}=4,133$), deney grubuna ($\bar{x}=2,067$) kıyasla daha yüksekti (Tablo 4.5).

Bireylerin sağlık bakımına uyumları KT1 1. hafta ve KT1 2. hafta izlem ölçümlerinde deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı değildi ($p>0,05$) (Tablo 4.5).

Deney grubunda KT1 1. hafta izlem ölçümüne göre KT1 2. hafta, KT2 1. hafta ve KT2 2. hafta izlem ölçümlerindeki düşüş anlamlıyken ($p<0,05$), kontrol grubunda ölçümler arasındaki değişimler anlamlı değildi ($p>0,05$) (Tablo 4.5).

4.3.2. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği Mesleki Çevre Alt Boyutu Değerlendirmeleri

Bireylerin mesleki çevreye ilişkin değerlendirmeleri KT1 1. hafta, KT1 2. hafta, KT2 1. hafta ve KT2 2. hafta izlem ölçümlerine göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$).

Deney grubunda KT1 1. hafta izlem ölçümüne göre KT2 1. hafta izlem ölçümündeki düşüş istatistiksel açıdan anlamlıyken ($p<0,05$), kontrol grubunda ölçümler arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildi ($p>0,05$) (Tablo 4.5).

4.3.3. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği Ev Çevresi Alt Boyutu Değerlendirmeleri

Bireylerin ev çevresine ilişkin değerlendirmeleri KT1 1. hafta, KT1 2. hafta, KT2 1. hafta ve KT2 2. hafta izlem ölçümlerine göre gruplar arası ve grup içi istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$) (Tablo 4.5).

4.3.4. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği Seksüel İlişkiler Alt Boyutu Değerlendirmeleri

Bireylerin seksüel ilişkilere ilişkin değerlendirmeleri KT1 2. hafta izlem ölçümünde deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ($t=2,097$; $p=0,041<0,05$). Seksüel ilişkilere ilişkin KT1 2. hafta izlem puan ortalamaları deney grubunda ($\bar{x}=5,733$), kontrol grubuna ($\bar{x}=3,133$) kıyasla daha yüksekti.

Bireylerin seksüel ilişkilere ilişkin değerlendirmeleri KT1 1. hafta, KT2 1. hafta ve KT2 2. hafta izlem ölçümlerine göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$) (Tablo 4.5).

Bireylerin seksüel ilişkilere ilişkin değerlendirmeleri KT1 1. hafta, KT1 2. hafta, KT2 1. hafta ve KT2 2. hafta izlem ölçümlerine göre deney ve kontrol gruplarında grup içi istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$) (Tablo 4.5).

4.3.5 Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği Geniş Aile İlişkileri Alt Boyutu Değerlendirmeleri

Bireylerin geniş aile ilişkilerine ilişkin değerlendirmeleri KT2 2. hafta izlem ölçümüne göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ($t=-2,559$; $p=0,014<0,05$). Geniş aile ilişkilerine ilişkin KT2 2. Hafta izlem puan ortalamaları kontrol grubunda ($\bar{x}=1,067$), deney grubuna kıyasla ($\bar{x}=0,400$) daha yüksekti.

Bireylerin geniş aile ilişkilerine ilişkin değerlendirmeleri KT1 1. hafta, KT1 2. hafta, KT2 1. hafta izlem ölçümlerine göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$) (Tablo 4.5).

Bireylerin geniş aile ilişkilerine ilişkin değerlendirmeleri KT1 1. hafta, KT1 2. hafta, KT2 1. hafta ve KT2 2. hafta izlem ölçümlerine göre deney ve kontrol gruplarında grup içi istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$) (Tablo 4.5).

4.3.6. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği Sosyal Çevre Alt Boyutu Değerlendirmeleri

Bireylerin sosyal çevreye ilişkin değerlendirmeleri KT1 1. hafta, KT1 2. hafta, KT2 1. hafta ve KT2 2. hafta izlem ölçümlerine göre gruplar arası ve grup içi istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$) (Tablo 4.5).

4.3.7. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği Psikososyal Baskı Alt Boyutu Değerlendirmeleri

Bireylerin psikososyal baskıya ilişkin değerlendirmeleri KT1 1. hafta, KT1 2. hafta, KT2 1. hafta ve KT2 2. hafta izlem ölçümlerine göre gruplar arası ve grup içi istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$) (Tablo 4.5).

4.3.8. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği Toplam Puanlarının Gruplara Göre Farklılaşma Durumu

Bireylerin ölçek toplam puan ortalamaları KT1 1. hafta, KT1 2. hafta, KT2 1. hafta ve KT2 2. hafta izlem ölçümlerine göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$).

Deney grubunda KT1 1. hafta izlem ölçümüne göre KT1 2. hafta, KT2 1. hafta ve KT2 2. hafta izlem ölçümlerindeki düşüş istatistiksel açıdan anlamlıyken ($p<0,05$), kontrol grubunda ölçümler arasındaki fark anlamlı değildi ($p>0,05$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.5: Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının deney ve kontrol grubu karşılaştırılması

Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği Sağlık Bakımına Uyum Alt Boyutu Değerlendirmeleri							
Gruplar	Deney (n=30)		Kontrol (n=30)		t	sd	p ^a
	Ort	Ss	Ort	Ss			
KT1 1. Hafta İzlemi	3,200	2,905	3,967	3,557	-0,914	58	0,364
KT1 2. Hafta İzlemi	2,467	2,649	3,900	3,566	-1,767	58	0,082
KT2 1. Hafta İzlemi	2,133	2,113	4,100	3,294	-2,752	58	0,008
KT2 2. Hafta İzlemi	2,067	2,149	4,133	3,298	-2,876	58	0,006
F	12,515		0,693				
p ^b	0,000		0,444				
Bonferroni	1>2,3,4		-				
Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği Mesleki Çevre Alt Boyutu Değerlendirmeleri							
Gruplar	Deney (n=30)		Kontrol (n=30)		t	sd	p ^a
	Ort	Ss	Ort	Ss			
KT1 1. Hafta İzlemi	6,200	3,326	6,267	2,828	-0,084	58	0,934
KT1 2. Hafta İzlemi	5,933	3,473	6,367	2,810	-0,531	58	0,597
KT2 1. Hafta İzlemi	5,633	3,327	6,667	2,644	-1,332	58	0,188
KT2 2. Hafta İzlemi	5,633	3,316	6,633	2,593	-1,301	58	0,198
F	5,924		1,327				
p ^b	0,007		0,264				
Bonferroni	1>3		-				

Tablo 4.5 (devam)

Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği Ev Çevresi Alt Boyutu Değerlendirmeleri							
Gruplar	Deney (n=30)		Kontrol (n=30)		t	sd	p ^a
	Ort	Ss	Ort	Ss			
KT1 1. Hafta İzlemi	2,033	2,173	2,067	1,982	-0,062	58	0,951
KT1 2. Hafta İzlemi	2,000	2,150	2,067	1,982	-0,125	58	0,901
KT2 1. Hafta İzlemi	1,867	1,995	2,200	1,864	-0,669	58	0,506
KT2 2. Hafta İzlemi	1,867	1,995	2,200	1,864	-0,669	58	0,506
F	1,663		1,000				
p ^b	0,208		0,326				
Bonferroni	-		-				
Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği Seksüel İlişkiler Alt Boyutu Değerlendirmeleri							
Gruplar	Deney (n=30)		Kontrol (n=30)		t	sd	p ^a
	Ort	Ss	Ort	Ss			
KT1 1. Hafta İzlemi	5,767	5,184	3,367	4,560	1,904	58	0,062
KT1 2. Hafta İzlemi	5,733	5,219	3,133	4,345	2,097	58	0,041
KT2 1. Hafta İzlemi	5,833	5,484	3,533	4,439	1,785	58	0,080
KT2 2. Hafta İzlemi	5,567	5,563	3,300	4,427	1,746	58	0,086
F	0,132		0,591				
p ^b	0,791		0,563				
Bonferroni	-		-				

Tablo 4.5 (devam)

Gruplar	Deney (n=30)		Kontrol (n=30)		t	sd	p ^a
	Ort	Ss	Ort	Ss			
KT1 1. Hafta İzlemi	0,667	0,922	0,900	1,296	-0,804	58	0,425
KT1 2. Hafta İzlemi	0,433	0,728	0,867	1,279	-1,612	58	0,114
KT2 1. Hafta İzlemi	0,467	0,730	0,967	1,245	-1,897	58	0,063
KT2 2. Hafta İzlemi	0,400	0,621	1,067	1,285	-2,559	58	0,014
F	3,418		2,071				
p ^b	0,058		0,147				
Bonferroni	-		-				
Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği Sosyal Çevre Alt Boyutu Değerlendirmeleri							
Gruplar	Deney (n=30)		Kontrol (n=30)		t	sd	p ^a
	Ort	Ss	Ort	Ss			
KT1 1. Hafta İzlemi	4,833	3,668	4,267	4,177	0,558	58	0,579
KT1 2. Hafta İzlemi	4,600	3,276	4,167	3,975	0,461	58	0,647
KT2 1. Hafta İzlemi	4,667	3,122	4,700	4,061	-0,036	58	0,972
KT2 2. Hafta İzlemi	4,633	3,000	4,800	4,106	-0,180	58	0,858
F	0,415		1,868				
p ^b	0,665		0,182				
Bonferroni	-		-				

Tablo 4.5 (devam)

Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği Psikososyal Baskı Alt Boyutu Değerlendirmeleri							
Gruplar	Deney (n=30)		Kontrol (n=30)		t	sd	p ^a
	Ort	Ss	Ort	Ss			
KT1 1. Hafta İzlemi	2,633	2,312	2,067	2,420	0,927	58	0,358
KT1 2. Hafta İzlemi	2,100	2,234	1,933	2,545	0,270	58	0,788
KT2 1. Hafta İzlemi	2,467	2,270	2,533	2,649	-0,105	58	0,917
KT2 2. Hafta İzlemi	2,133	2,097	2,300	2,521	-0,278	58	0,782
F	3,670		2,853				
p ^b	0,065		0,070				
Bonferroni	-		-				
Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği Toplam Puanlarının Gruplara Göre Farklılaşma Durumu							
Gruplar	Deney (n=30)		Kontrol (n=30)		t	sd	p ^a
	Ort	Ss	Ort	Ss			
KT1 1. Hafta İzlemi	25,333	12,680	22,900	14,399	0,695	58	0,490
KT1 2. Hafta İzlemi	23,267	12,709	22,433	14,268	0,239	58	0,812
KT2 1. Hafta İzlemi	23,067	12,140	24,700	14,303	-0,477	58	0,635
KT2 2. Hafta İzlemi	22,300	12,524	24,433	14,080	-0,620	58	0,538
F	5,277		2,259				
p ^b	0,014		0,139				
Bonferroni	1>2,3,4		-				

HNP: Hemşire Navigasyon Programı, a: Bağımsız Gruplar T-Testi, b: Tekrarlı Ölçümler Anova Testi,
1: KT1 1. Hafta İzlemi, 2: KT1 2. Hafta İzlemi, 3: KT2 1. Hafta İzlemi, 4: KT2 2. Hafta İzlemi.

5. TARTIŞMA

Kolorektal kanserli hastalara uygulanan HNP'nin semptom yönetimi ve psikososyal uyum üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada; HNP uygulanan deney grubunda HNP uygulanmayan kontrol grubuna göre PAIS-SR sağlık bakımına uyum ve geniş aile ilişkileri alt boyut puanlarında anlamlı olarak düşüş sağlanmış ($p<0,05$), N-SDÖ puanlarında ise anlamlı farklılık saptanmamış ($p>0,05$), bu doğrultuda HNP'nin hastaların psikososyal uyumlarını iyileştirmede etkili olduğu, semptom yönetimlerini iyileştirmede ise yetersiz kaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu doğrultuda çalışmaya ilişkin tartışılan bulgular şunlardır:

- Deney ve kontrol grubundaki katılımcıların Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği ile ilgili bulgularının tartışılması,
- Deney ve kontrol grubundaki katılımcıların Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği değerleri ile ilgili bulgularının tartışılması.

5.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Katılımcıların Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği ile İlgili Bulgularının Tartışılması

Her geçen gün görülme sıklığı artan KRK; bireylerde fiziksel, ruhsal ve sosyal birçok semptomu neden olmaktadır. Bu semptomların görülme sıklığı ve şiddeti kanserin evresi, tedavi şekli vb. birçok faktöre göre değişmekle birlikte hastaların birçoğunda birbirlerine eşlik etmektedir (3). Günümüzde, KRK hastaları da dahil olmak üzere kanser hastalarında semptom yönetimi sağlamak adına tele sağlık uygulamaları sıklıkla kullanılmakta ve bu uygulamaların onkoloji alanında kullanımları yaygınlaştırılmaktadır. Semptom yönetimine ilişkin hemşirelerin tele sağlık kullanımları incelendiğinde; hastaların semptom şiddetlerinin değerlendirilmesinde, semptomların yönetimine ilişkin hastaların yönlendirilmesinde, etkin tedavi sağlamak adına hastalara hatırlatıcı uyarılar yapılmasında, semptom şiddeti yüksek olan ve yapılan uygulamalar ile semptomları giderilemeyen hastaların triyajında tele sağlık uygulamalarına başvurulduğu görülmektedir (12).

Bu çalışmada N-SDÖ aracılığıyla deney ve kontrol gruplarının KT1 1. hafta, KT1 2. hafta, KT2 1. hafta ve KT2 2. hafta izlemlerinde fiziksel, sosyal ve psikolojik iyilik hali alt boyutları ve toplam ölçek puanı üzerinden semptom düzeyleri incelenmiştir. Buna

göre, hem deney hemde kontrol grubunda N-SDÖ fiziksel ve psikolojik iyilik hali alt boyutları ile toplam ölçek puanlarının KT1 1. hafta izlem ölçümüne göre KT1 2. hafta ve KT2 2. hafta izlem ölçümlerinde anlamlı olarak azaldığı ($p<0,05$), KT2 1. hafta izlem ölçümlerinde ise anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$); sosyal iyilik hali puanlarının ise kontrol grubunda ölçümler arası anlamlı fark göstermezken ($p>0,05$) deney grubunda KT1 2. hafta izlem ölçümüne göre KT2 1. hafta izlem ölçümlerinin anlamlı olarak arttığı görülmektedir ($p<0,05$). KT2 1. hafta izlem ölçümleri kemoterapi sonrası ilk haftalara ilişkin semptom değerlendirmelerini içerdiğinden semptom yükünün ağır olduğu bu süreçte N-SDÖ puanlarının arttığı, KT1 2. hafta izlem ve KT2 2. hafta izlem ölçümleri kemoterapi sonrası ikinci haftalara ilişkin semptom değerlendirmelerini içerdiğinden ilk haftalara oranla semptom yüklerinin azaldığı bu süreçte N-SDÖ puanlarının azaldığı düşünülmektedir (N-SDÖ puanının yüksek olması, sorunlardan etkilenme düzeyinin yüksek olduğunu gösterir). Bununla birlikte HNP uygulanan deney grubu ile HNP uygulanmayan kontrol grubu karşılaştırmalarında N-SDÖ alt boyutları ve ölçek toplam puanları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Semptom yönetimini arttırmaya yönelik yapılan çalışmalar incelendiğinde çalışma bulgularımızı destekleyen çalışmalar olmakla birlikte, çalışma bulgularımızdan farklı sonuçları olan araştırmalar da mevcuttur. Mooney ve ark. (102) tarafından yapılan bir çalışmada, hastalardan kemoterapi tedavisi sırasında gelişen semptomların varlığını ve şiddetini bilgisayar tabanlı telefon takip sistemi üzerinden onkoloji hekim ve hemşirelerine bildirmeleri istenmiştir (semptomların şiddeti 1-10 puan üzerinden değerlendirilmiştir). Orta ve şiddetli eşik üzerinde semptom gelişmesi durumunda (semptom yok:0, hafif: 1-3, orta: 4-7, şiddetli: 8-10) sistem tarafından hem hastanın onkoloğuna hem de onkoloji hemşiresine e-postayla uyarılar gönderilmiş ve bu kişilerin semptomları giderme durumu araştırılmıştır. Çalışma sonucunda izlenen on semptom (ağrı, yorgunluk, bulantı/kusma, ateş, uyku sorunları, anksiyete, depresif ruh hali, ağız içi yaralar, diyare ve konstipasyon) kırk beş günü içeren çalışma sürecinde hasta başına ortalama olarak orta ila şiddetli düzeyde uyarıyla sonuçlanmış, kontrol ve deney grubu arasında semptom şiddeti değişikliğinde anlamlı sonuç bulunmamıştır (ortalama fark=0,06, $p=0,58$) (102). Traeger ve ark. (103) tarafından yapılan bir başka çalışmada, kemoterapiye başlayan metastatik dışı kanserli hastalarda (metastatik olmayan meme, kolorektal veya akciğer kanseri) hemşire tarafından uygulanan semptom yönetimi müdahalesinin sonuçları değerlendirilmiştir. Müdahale kapsamında kontrol grubu

standart onkoloji bakımı alırken, deney grubu ilk iki kemoterapi tedavisini takip eden haftalarda hemşire ile telefon görüşmeleri yapmış, bir diğer kemoterapi tedavilerinde ise ölçümler tekrarlanmıştır. Semptomların ölçümünde Memorial Symptom Değerlendirme Ölçeği Kısa Formu (Memorial Symptom Assessment Scale Short Form) ve Hasta Sağlığı Anketi-4 (Patient Health Questionnaire-4) kullanılmıştır. Çalışma sonucunda semptomların hiçbirinde gruplar arasında anlamlı farklılık elde edilmemiştir ($p>0,05$) (103). Yount ve ark. (104) tarafından gerçekleştirilen bir başka çalışmada, ileri evre akciğer kanserli hastalarda semptom yükünü azaltmada teknoloji tabanlı semptom izleme ve raporlama sisteminin etkinliği değerlendirilmiştir. Bu kapsamda on iki haftalık çalışma sürecinde hastalar tarafından interaktif sesli yanıt yoluyla Semptom Distres Ölçeği (Symptom Distress Scale) yanıtlanmış, semptom düzeyine göre sistem tarafından onkoloji hemşiresine bir e-posta uyarısı iletilmiş ve hemşirenin semptom yönetimini sağlaması hedeflenmiştir. Randomize kontrollü bu çalışma sonucunda standart izleme kıyasla semptom izleme ve raporlama sisteminin semptom yükünü azaltmada etkisi kanıtlanamamıştır ($p>0,05$) (104).

Çalışma sonuçları ile farklı olarak ilgili literatür incelendiğinde; Mooney ve ark. (105) kemoterapi sırasında gelişen semptomların izlemi ve yönetimine ilişkin hastaların öz bildirimine dayalı tele raporlama sistemi geliştirmiş ve hastalardan semptomlarını günlük olarak bildirmesini istemiştir. Bildirilen semptomlar önceden belirlenmiş semptom eşiklerini aştığı takdirde hemşire yönetimli destek hattı ile bireylere müdahale edilmiştir. Bu çalışma ile on bir semptom varlığı ve şiddeti (yorgunluk, uyku sorunları, mide bulantısı/kusma, ağrı, uyuşma/karıncaşma, depresif ruh hali, endişe, beden imajında değişim korkusu, diyare, ağız içi yaralar, düşünme veya konsantrasyon güçlüğü) bireylerin çalışmaya dahil edildiği tarihten kemoterapi tedavileri bitene kadar veya altı ay süresince incelenmiş ve müdahale sonrası deney grubunda kontrol grubuna göre diyare hariç diğer on semptom varlığı ve şiddetinde anlamlı olarak azalma bildirilmiştir ($p<0,05$) (105). Hintistan ve ark. (106) tarafından yapılan bir başka çalışmada, akciğer kanserli hastalarda hemşire yönetimli telefon takip sisteminin tedaviye etkileri araştırılmış, bu kapsamda deney grubu hastalar ile kemoterapi seanslarından sonraki ilk hafta içinde takip görüşmeleri yapılmış, toplamda yaklaşık dört ayı bulan altı telefon görüşmesi gerçekleştirilmiştir. Semptomların ölçümünde Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (Edmonton Symptom Assessment System) kullanılan çalışmanın sonucunda ölçeğin alt boyut puan ortalamalarında müdahale ve kontrol grupları arasında (ağrı, yorgunluk,

bulantı, üzüntü, endişe, uykusuzluk, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, nefes darlığı, cilt ve tırnak değişiklikleri, ağızda yara çıkması, ellerde uyuşma) istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bildirilmiştir ($p<0,05$) (106). Lai ve ark. (22) tarafından yapılan bir başka çalışmada, kemoterapi tedavisi gören meme kanserli hastalara hemşire liderliğinde bakım programı uygulanmış, hemşire liderliğindeki bakımın semptom yönetimine etkileri hem nicel hem de nitel yöntemler kullanılarak değerlendirilmiştir. Veriler randomizasyondan önce, kemoterapi tedavisinin orta döngüsünden önce ve kemoterapi tedavisinin tamamlanmasından bir ay sonra toplanmıştır. Kemoterapi Semptom Değerlendirme Ölçeği (Chemotherapy Symptom Assessment Scale) aracılığıyla semptomları değerlendirilen hastaların ağızda yara, yorgunluk, periferik nöropati ve sıkıntılı hissetme semptomlarında anlamlı olarak azalma bildirilmiştir (22).

Bu sonuçlar doğrultusunda; semptom yönetimine ilişkin sonuçların iyileştirilmesi için HNP'nin daha uzun süre uygulanması, HNP dahilinde verilen girişimlerin artırılması, semptom yönetimine ilişkin navigasyon programlarına onkologların da dahil edilmesi, aplikasyon vb. uygulamalar ile navigasyon programlarının sürekliliğinin sağlanması, metastatik ve metastik olmayan tüm KKK hastalarının dahil edildiği bu çalışma sonrası gelecek çalışmalarda HNP'nin semptom yönetimine ilişkin etkilerinin metastatik ve metastatik olmayan KKK'li bireylerde ayrı olarak değerlendirilmesi önerilmektedir.

5.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Katılımcıların Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği Değerleri ile İlgili Bulgularının Tartışılması

Kanser gerek tanı ve tedavi sürecinde gerekse hastalık sonrasında; bireylerin benlik saygısında, bedeniyle ilgili algısında, yaşam kalitesinde, hayat işleyişinde, seksüel durumunda, kişisel ve sosyal rollerinde, aile ve çevresiyle olan ilişkilerinde değişiklik yaratmakta, sosyal desteğe duyulan ihtiyacı artırmaktadır (3). Hastaların psikososyal gereksinimlerinin ve destek ihtiyacının karşılanmasında psiko-onkolojik danışmanlık, terapi vb. birçok yöntem kullanılmakla birlikte bu yöntemler telesağlık uygulamaları aracılığıyla daha geniş kitlelere uygulanabilmektedir. Telesağlık uygulamaları ile onkoloji hemşire navigatörleri; hasta ve ailesine eğitim verir, terapötik iletişimi sürdürür, hastaların karşılaştıkları diğer sorunları azaltır ve böylece hastaların psikososyal gereksinimlerinin giderilmesini sağlar (16,20).

Bu çalışmada PAIS-SR aracılığıyla deney ve kontrol gruplarının KT1 1. hafta, KT1 2. hafta, KT2 1. hafta ve KT2 2. hafta izlemlerinde sağlık bakımına uyum, mesleki

çevre, ev çevresi, seksüel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre, psikososyal baskı alt boyutları ve toplam ölçek puanı üzerinden psikososyal uyum düzeyleri incelenmiştir. KT1 1. hafta izlem ölçümlerinde deney ve kontrol grubu arasında herhangi anlamlı bir fark bulunmazken KT2 1. hafta izlem ölçümlerinde sağlık bakımına uyumuna ilişkin puan ortalamalarının ($\bar{x}=2,133$; $\bar{x}=4,100$); KT2 2. hafta izlem ölçümlerinde sağlık bakımına uyum ($\bar{x}=2,067$; $\bar{x}=4,133$) ve geniş aile ilişkilerine ($\bar{x}=0,400$; $\bar{x}=1,067$) ilişkin puan ortalamalarının deney grubunda kontrol grubuna kıyasla daha düşük olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmektedir ($p<0,05$). PAIS-SR puanlarının düşük olması iyi, yüksek olması kötü psikososyal uyumu gösterdiğinden HNP'nin sağlık bakımına uyumu ve geniş aile ilişkilerini iyileştirmede etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bireylerin seksüel ilişkilere ilişkin bulguları karşılaştırıldığında ise KT1 1. hafta izlem ölçümlerinde deney ve kontrol grupları arasında anlamlı fark bulunmazken KT1 2. hafta izlem puan ortalamaları kontrol grubunda ($\bar{x}=3,133$) deney grubuna ($\bar{x}=5,733$) kıyasla daha düşük ve istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bulunmuştur. KT1 2. hafta izlem ölçümleri kemoterapi sonrası ikinci hafta değerlendirmelerini içerdiğinden semptom yükünün azaldığı bu süreçte seksüel ilişkilere ilişkin puan ortalamalarının düşük olması beklenen bir sonuçtur. Bununla birlikte HNP programı kapsamında seksüel ilişkilerin yönetimine ilişkin özel bir eğitim verilmediğinden deney grubunun KT1 1. hafta izlemlerine göre KT1 2. hafta izlem puan ortalamalarındaki minimal düşüşün anlamlı olmadığı düşünülmektedir. Mesleki çevre, ev çevresi, sosyal çevre, psikososyal baskı alt boyutlarında ve ölçek toplam puanlarında deney ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Bununla birlikte ölçek toplam puanlarına ilişkin deney ve kontrol gruplarının kendi içindeki karşılaştırmalarında kontrol grubunda ölçümler arası anlamlı fark bulunmadığı, deney grubunda ise KT1 1. hafta izlem ölçümlerine göre KT1 2. hafta, KT2 1. hafta ve KT2 2. hafta izlem ölçümlerinde anlamlı olarak düşüş sağlandığı görülmektedir ($p<0,05$).

Loiselle ve ark. (107) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, sekiz hafta boyunca uygulanan bilgisayar temelli multimedya bilgilendirme müdahalesinin yeni teşhis alan meme veya prostat kanseri bireylerde psikososyal uyum üzerine etkisi incelenmiş ve kontrol grubuna kıyasla müdahale grubunda kanser bilgi düzeylerinin yükseldiği, fonksiyonel yaşam kalitesinde bozulmanın önlendiği ve destekleyici bakıma ilişkin memnuniyetlerin iyileştiği sonucuna ulaşılmıştır ($p<0,05$). Bununla birlikte müdahalenin hastaların benlik saygısına, öz yönetimlerine ve iyimser düşünce tarzlarına

etkisi kanıtlanamamıştır ($p>0,05$) (107). Young ve ark. (24) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, telefonla verilen destekleyici bakımın KRK'li hastalarda destekleyici bakım gereksinimleri, psikolojik sıkıntı ve yaşam kalitesi üzerine etkisi incelenmiş ve bu kapsamda altı aylık çalışma sürecinde hastalar ile beş görüşme yapılmıştır. Çalışma sonunda müdahale grubunda kontrol grubuna kıyasla destekleyici bakım gereksinimlerinin (seksüel ihtiyaçlar hariç) ve psikolojik sıkıntı seviyelerinin azaldığı ($p<0,05$), yaşam kalitesinin ise gruplar arası anlamlı fark olmadığı halde müdahale grubunda kontrol grubuna kıyasla daha yüksek oranda arttığı (20,4'e karşı 11,7 değerinde artış) sonucuna ulaşılmıştır (24). Lichiello ve ark. (108) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, psikososyal telesağlık müdahalesinin kanserden kurtulan genç yetişkinlere etkileri incelenmiş ve çalışmaya dahil edilen bireylere sağlık profesyonelleri tarafından altmış dakikalık psikoeğitim müdahalesi sekiz hafta süresince uygulanmıştır. Bu çalışmada girişim sonrası bireylerin hastalığı daha yüksek oranda kabullendiği, psikolojik olarak rahatladığı, kaygı düzeylerinin ve çaresizlik/umutsuzluk hislerinin azaldığı sonuçlarına ulaşılmıştır ($p<0,05$) (108). Yetişkin kanser hastalarında telefon müdahalelerinin semptom yönetimi üzerine etkisini araştıran bir sistematik derlemede, telefonla yapılan müdahalelerin hastalarda depresyon semptomlarını, kaygı düzeylerini, duygusal sıkıntıları azalttığı sonucuna ulaşılmıştır (13). Telesağlık müdahalesinin meme kanseri hastalarının yaşam kalitesi ve psikolojik sonuçları üzerine etkisini inceleyen bir meta-analiz çalışmasında standart bakımla karşılaştırıldığında telesağlık müdahalesi uygulanan gruplarda yaşam kalitesinin ve öz yeterlilik düzeyinin daha yüksek olduğu, depresyon ve algılanan stres düzeyinin daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p<0,05$) (109). Bununla birlikte bu çalışmada anksiyete düzeylerinde gruplar arası anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$) (109).

Bu sonuçlar doğrultusunda; HNP'nin standart hasta bakımına dahil edilmesi, maliyet-etkinliği açısından kullanılabilirliğinin değerlendirilmesi, ilk kez kemoterapi alacak olan veya daha önce kemoterapi alan ve kemoterapi tedavisi devam eden KRK hastalarının dahil edildiği bu çalışma sonrası gelecek çalışmalarda HNP'nin psikososyal uyum düzeyine ilişkin etkilerinin ilk kez kemoterapi alacak olan veya daha önce kemoterapi alan ve kemoterapi tedavisi devam eden KRK'li bireylerde ayrı olarak değerlendirilmesi ve HNP'nin etkinliğinin kanıtlanması için bu alanda daha fazla araştırma yapılması önerilmektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Kolorektal kanserli hastalara uygulanan HNP'nin semptom yönetimi ve psikososyal uyum üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada; KRK'li hastalara uygulanan HNP'nin hastaların psikososyal uyumlarını iyileştirmede etkili olduğu, semptom yönetimlerini iyileştirmede ise yetersiz kaldığı sonucuna ulaşılmıştır.

Bu bağlamda öneriler şunlardır;

- Hemşire navigasyon programının, farklı kanser ve kanserin tedavi türlerinde, hastalığın ve tedavinin farklı evrelerinde, farklı sosyo-demografik özellikleri olan gruplarda uygulanarak etkinliği değerlendirilmedi.
- Kemoterapinin neden olduğu semptomlar kompleks ve şiddetli olduğundan, semptom yönetimine ve psikososyal uyuma ilişkin sonuçların iyileştirilmesi için HNP içeriği genişletilmeli, programa onkologlar ve psikologlar da dahil edilmeli, program ekip üyeleri tarafından iş birliği içerisinde yürütülmelidir.
- Hemşire navigasyon programı görüntülü ve sesli görüşmelere ek olarak aplikasyon vb. uygulamalar ile desteklenmeli, ulaşılabilirliği artırılmalıdır.
- Ayaktan kemoterapi ünitesinde çalışan onkoloji hemşireleri HNP programı kapsamındaki girişimleri uygulamalarında kullanmalı, HNP standart hasta bakımına dahil edilmelidir.
- Hemşire navigasyon programının maliyet-etkinliği açısından kullanılabilirliği değerlendirilmelidir.
- Kanser hastalarının tedavi sürecinde HNP'nin kullanımına ilişkin çalışmalar sınırlı olduğundan, HNP'nin etkinliğinin kanıtlanması için bu alanda daha fazla araştırma yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Dülger, Z., Dönmez, E. (2021). COVID-19 ve kanser bakımı. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 8(3), 227-232.
2. WHO. *GLOBOCAN 2020*. World Health Organization (İnternette) 2020. Erişim 16.12.2021, <https://gco.iarc.fr/>
3. Ülger, E., Alacacioğlu, A., Gülseren, A. Ş., Zencir, G., Demir, L., Tarhan, M. O. (2014). Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 28(2), 85-92.
4. Uğur, Ö. (2014). Kanser hastasının semptom yönetimi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 29(3), 125-135.
5. Suryadev, Y. Y., Kumar, V. A., Kumar, Y. R., Vimal, Y., Piyush, Y., Anuj, M. (2017). Targeted cancer therapy. *Researcher's Reflection*, 1(1), 11-17.
6. Kocakuşak, A., Yaşar, M. A., Güler, N., Görmüş, C., Aydın, S., Özer, E., Benek, S., Pamak, S. (2011). Kolorektal kanserli 45 ve 45 yaş altı hastaların retrospektif değerlendirilmesi. *Haseki Tıp Bülteni*, 49(3), 110-113.
7. El-Shami, K., Oeffinger, K.C., Erb, N.L., Willis, A., Bretsch, J. K., Pratt-Chapman, M.L. (2015). American Cancer Society colorectal cancer survivorship care guidelines. *CA: A Cancer Journal For Clinicians*, 65(6), 427-455.
8. Röhrl, K., Guren, M. G., Småstuen, M. C., Rustøen, T. (2019). Symptoms during chemotherapy in colorectal cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 27(8), 3007-3017.
9. Alvarado-Aguilar, S., Guerra-Cruz, H. G., Cupil-Rodríguez, A. L., Calderillo-Ruiz, G., Oñate-Ocaña, L. F. (2011). Psychosocial adjustment in colorectal cancer patients undergoing chemotherapy or chemoradiotherapy. *Cirugia y Cirujanos*, 79(5), 439-446.
10. Nishigaki, M., Oya, M., Ueno, M., Arai, M., Yamaguchi, T., Muto, T., Kazuma, K. (2007). The influence of life stage on psychosocial adjustment in colorectal cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 25(4), 71-87.
11. Taghadosi, M., Tajamoli, Z., Aghajani, M. (2017). Psychosocial adjustment to cancer and its associated factors in patients undergoing chemotherapy: A cross-sectional study. *Biomedical Research and Therapy*, 4(12), 1853-1866.
12. Kwok, C., Degen, C., Moradi, N., Stacey, D. (2022). Nurse-led telehealth interventions for symptom management in patients with cancer receiving systemic or radiation therapy: a systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer*, 30(9), 7119-7132.
13. Ream, E., Hughes, A. E., Cox, A., Skarparis, K., Richardson, A., Pedersen, V. H., Wiseman, T., Forbes, A., Bryant, A. (2020). Telephone interventions for symptom management in adults with cancer. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(6), CD007568.
14. Shum, N. F., Lui, Y. L., Law, W. L., Fong, Y. T. D. (2014). A nurse-led psycho-education programme for Chinese carers of patients with colorectal cancer. *Cancer Nursing Practice*, 13(5), 31-39.
15. Dönmez, E. (2019). Navigasyon Sistemlerinin Kullanımı. İçinde G. Can (Ed.), *Onkoloji Hemşireliği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 1295-1301.
16. Rowett, K. E., Deborah Christensen, M. S. N. (2020). Oncology nurse navigation. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 24(3), 24-31.
17. Steingass, S. K., Maloney-Newton, S. (2020). Telehealth triage and oncology nursing practice. *Seminars in Oncology Nursing*, 36(3), 151019.
18. Rising, K. L., Ward, M. M., Goldwater, J. C., Bhagianadh, D., Hollander, J. E. (2018). Framework to advance oncology-related telehealth. *JCO Clinical Cancer Informatics*, 2, 1-11.
19. Zon, R. T., Kennedy, E. B., Adelson, K., Blau, S., Dickson, N., Gill, D., Laferriere, N., Lopez, A. M., Mulvey, T. M., Patt, D., Pickard, T. A., Purdom, T., Royce, T. J., Sumrall, A. L., Page, R. D. (2021). Telehealth in oncology: ASCO standards and practice recommendations. *JCO Oncology Practice*, 17(9), 546-564.
20. Baileys, K., McMullen, L., Lubejko, B., Christensen, D., Haylock, P.J., Rose, T., Sellers, J., Srdanovic, D. (2018). Nurse navigator core competencies: An update to reflect the evolution of the role. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 22(3), 272-281.
21. Mooney, K. H., Beck, S. L., Wong, B., Dunson, W., Wujcik, D., Whisenant, M., Donaldson, G. (2017). Automated home monitoring and management of patient-reported symptoms during chemotherapy: results of the symptom care at home RCT. *Cancer Medicine*, 6(3), 537-546.

22. Lai, X. B., Ching, S., Wong, F., Leung, C., Lee, L. H., Wong, J., Lo, Y. F. (2019). A nurse-led care program for breast cancer patients in a chemotherapy day center: a randomized controlled trial. *Cancer Nursing*, 42(1), 20–34.
23. Nam, K. H., Kim, H. Y., Kim, J. H., Kang, K. N., Na, S. Y., Han, B. H. (2019). Effects of social support and self-efficacy on the psychosocial adjustment of Korean ostomy patients. *International Wound Journal*, 16, 13-20.
24. Young, J., Harrison, J., Solomon, M., Butow, P., Dennis, R., Robson, D., Auld, S. (2010). Development and feasibility assessment of telephone-delivered supportive care to improve outcomes for patients with colorectal cancer: pilot study of the CONNECT intervention. *Supportive Care in Cancer*, 18(4), 461-470.
25. Hoon, L. S., Sally, C. W. C., Hong-Gu, H. (2013). Effect of psychosocial interventions on outcomes of patients with colorectal cancer: a review of the literature. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(6), 883-891.
26. ACS. *What Is Colorectal Cancer*. American Cancer Society (İnternette) 2020, Haziran. Erişim 16.12.2021, <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/about/what-is-colorectal-cancer.html>
27. Göral, V. (2003). Kolorektal polipler ve polipozis sendromları. *Güncel Gastroenteroloji*, 7(1), 32-40.
28. Şahintürk, Y., Çekin, A. H. (2018). Kolon polipleri: lokalizasyon, histoloji, boyut-5 yıllık kolonoskopik değerlendirme. *Endoskopi Gastrointestinal*, 26(2), 57-60.
29. T.C. Sağlık Bakanlığı. *Türkiye Kanser İstatistikleri 2017*. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (İnternette) 2021. Erişim 18.12.2021, https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2017.pdf
30. CDC. *What Is Colorectal Cancer*. Centers for Disease Control and Prevention (İnternette) 2021. Erişim 18.12.2021, https://www.cdc.gov/cancer/colorectal/basic_info/what-is-colorectal-cancer.htm
31. ACS. *Colorectal Cancer Risk Factors*. American Cancer Society (İnternette) 2020, Haziran. Erişim 26.01.2022, <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html>
32. Keum, N., Giovannucci, E. (2019). Global burden of colorectal cancer: emerging trends, risk factors and prevention strategies. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, 16(12), 713-732.
33. Jasperson, K. W., Tuohy, T. M., Neklason, D. W., Burt, R. W. (2010). Hereditary and familial colon cancer. *Gastroenterology*, 138(6), 2044–2058.
34. Graff, R. E., Möller, S., Passarelli, M. N., Witte, J. S., Skytthe, A., Christensen, K., Tan, Q., Adami H. O., Czene, K., Harris, J. R., Pukkala, E., Kaprio, J., Giovannucci, E. L., Mucci, L. A., Hjelmborg, J. B. (2017). Familial risk and heritability of colorectal cancer in the nordic twin study of cancer. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 15(8), 1256-1264.
35. Rawla, P., Sunkara, T., & Barsouk, A. (2019). Epidemiology of colorectal cancer: incidence, mortality, survival, and risk factors. *Przeglad Gastroenterologiczny*, 14(2), 89-103.
36. Shaw, E., Farris, M. S., Stone, C. R., Derksen, J. W., Johnson, R., Hilsden, R. J., Friedenreich, C. M., Brenner, D. R. (2018). Effects of physical activity on colorectal cancer risk among family history and body mass index subgroups: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer*, 18(1), 1-15.
37. Aykan, N. F. (2015). Red meat and colorectal cancer. *Oncology Reviews*, 9(1), 288.
38. Botteri, E., Iodice, S., Bagnardi, V., Raimondi, S., Lowenfels, A. B., Maisonneuve, P. (2008). Smoking and colorectal cancer: a meta-analysis. *JAMA*, 300(23), 2765–2778.
39. ACS. *Alcohol Use and Cancer*. American Cancer Society (İnternette) 2020, Haziran. Erişim 30.01.2022, <https://www.cancer.org/healthy/cancer-causes/diet-physical-activity/alcohol-use-and-cancer.html#:~:text=Alcohol%20use%20is%20one%20of,deaths%20in%20the%20United%20States>
40. Fedirko, V., Tramacere, I., Bagnardi, V., Rota, M., Scotti, L., Islami, F., Negri, E., Straif, K., Romieu, I., Vecchia C. L., Boffetta, P., Jenab, M. (2011). Alcohol drinking and colorectal cancer risk: an overall and dose–response meta-analysis of published studies. *Annals of Oncology*, 22(9), 1958-1972.
41. Park, H. C., Shin, A., Kim, B. W., Jung, K. W., Won, Y. J., Oh, J. H., Jeong, S. Y., Yu, C. S., Lee, B. H. (2013). Data on the characteristics and the survival of Korean patients with colorectal cancer from the Korea central cancer registry. *Annals of Coloproctology*, 29(4), 144-149.
42. NCI. *Age and Cancer Risk*. National Cancer Institute (İnternette) 2021, Mart. Erişim 30.01.2022, <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/age>
43. Bonadona, V., Bonaïti, B., Olschwang, S., Grandjouan, S., Huiart, L., Longy, M., Guimbaud, R., Buecher, B., Bignon, Y. J., Caron, O., Colas, C., Noguès, C., Lejeune-Dumoulin, S. Olivier-Faivre, L., Polycarpe-Osaer, F., Nguyen, T. D., Desseigne, F., Saurin, J. C., Berthet, P., Leroux, D., Duffour, J., Manouvrier, S., Frébourg, T., Sobol, H., Lasset, C., Bonaïti-Pellié, C. (2011). Cancer risks associated with germline mutations in MLH1, MSH2, and MSH6 genes in Lynch syndrome. *JAMA*, 305(22), 2304-2310.
44. Ricciardiello, L., Ahnen, D. J., Lynch, P. M. (2016). Chemoprevention of hereditary colon cancers: time for new strategies. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, 13(6), 352-361.

45. Granados-Romero, J. J., Valderrama-Treviño, A. I., Contreras-Flores, E. H., Barrera-Mera, B., Herrera Enríquez, M., Uriarte-Ruíz, K., Ceballos-Villalva, J. C., Estrada-Mata, A. G., Rodríguez, C. A., Arauz-Peña, G. (2017). Colorectal cancer: a review. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 5(11), 4667-4676.
46. Lutgens, M. W., van Oijen, M. G., van der Heijden, G. J., Vleggaar, F. P., Siersema, P. D., Oldenburg, B. (2013). Declining risk of colorectal cancer in inflammatory bowel disease: an updated meta-analysis of population-based cohort studies. *Inflammatory Bowel Diseases*, 19(4), 789-799.
47. Topçul, M., Çetin, İ. (2015). Treatment of Colon Cancer. İçinde R. Schneider (Ed.), *Clinical Diagnosis and Therapy of Colorectal Cancer*. Foster City: OMICS Group eBooks; 1-12. Erişim 01.02.2022, https://www.researchgate.net/publication/275270493_Treatment_Of_Colon_Cancer
48. ACS. *Surgery for Colon Cancer*. American Cancer Society (İnternette) 2020, Haziran. Erişim 12.02.2022, <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/treating/colon-surgery.html>
49. ACS. *Chemotherapy for Colorectal Cancer*. American Cancer Society (İnternette) 2020, Haziran. Erişim 14.02.2022, <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/treating/chemotherapy.html>
50. NCI. *Colon Cancer Treatment-Health Professional Version*. National Cancer Institute (İnternette) 2022, Ocak. Erişim 15.02.2022, https://www.cancer.gov/types/colorectal/hp/colon-treatment-pdq#_69_toc
51. Arslan, M., Değirmencioğlu, S., Tekinhatun, M., Demiray, A. G. (2018). Kolorektal kanserli hastaların karaciğer metastazlarına uygulanan transarteriyel kemoembolizasyon tedavisinin erken dönem sonuçları ve komplikasyonları. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 15(3), 255-258.
52. Heidelberger, C., Chaudhuri, N. K., Danneberg, P., Mooren, D., Griesbach, L., Duschinsky, R., Schnitzer, R. J., Plevin, E., Scheiner, J. (1957). Fluorinated pyrimidines, a new class of tumour-inhibitory compounds. *Nature*, 179(4561), 663-666.
53. Gustavsson, B., Carlsson, G., Machover, D., Petrelli, N., Roth, A., Schmoll, H. J., Tveit, K. M., Gibson, F. (2015). A review of the evolution of systemic chemotherapy in the management of colorectal cancer. *Clinical Colorectal Cancer*, 14(1), 1-10.
54. Topçul, M. R., Çetin, İ. (2013). Nanotechnology in the field of clinical oncology. *Marmara Medical Journal*, 26(1), 1-4.
55. ACS. *Targeted Therapy for Colorectal Cancer*. American Cancer Society (İnternette) 2020, Haziran. Erişim 20.02.2022, <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/treating/targeted-therapy.html>
56. Johdi, N. A., Sukor, N. F. (2020). Colorectal cancer immunotherapy: options and strategies. *Frontiers in Immunology*, 11, 1624.
57. Barbaros, M. B., Dikmen, M. (2015). Kanser immünoterapisi. *Erciyes Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Fen Bilimleri Dergisi*, 31(4), 177-182.
58. Ganesh, K., Stadler, Z. K., Cercek, A., Mendelsohn, R. B., Shia, J., Segal, N. H., Diaz, L. A. (2019). Immunotherapy in colorectal cancer: rationale, challenges and potential. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, 16(6), 361-375.
59. Bennett, M. I., Kaasa, S., Barke, A., Korwisi, B., Rief, W., Treede, R. D., IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain (2019). The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic cancer-related pain. *Pain*, 160(1), 38-44.
60. WHO. *Cancer Pain Relief*. World Health Organization (İnternette) 1986. Erişim 22.02.2022, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43944/9241561009_eng.pdf
61. WHO. *Cancer Pain Relief (Second Edition)*. World Health Organization (İnternette) 1996. Erişim 22.02.2022, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37896/9241544821.pdf?sequence=1>
62. Witt, C. M., Balneaves, L. G., Cardoso, M. J., Cohen, L., Greenlee, H., Johnstone, P., Küçük, Ö., Mailman, J., Mao, J. J. (2017). A comprehensive definition for integrative oncology. *JNCI Monographs*, 2017(52), lgx012.
63. Bahar, A., Ovayolu, Ö., Ovayolu, N. (2019). Onkoloji hastalarında sık karşılaşılan semptomlar ve hemşirelik yönetimi. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(1), 42-58.
64. Tarakçioğlu Çelik, G. H. (2016). Onkoloji hemşireliğinde semptom yönetimi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4), 93-100.
65. NCCN. *Cancer-Related Fatigue*. National Comprehensive Cancer Network (İnternette) 2022, Şubat. Erişim 22.02.2022, https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/fatigue.pdf
66. Mock, V. (2001). Fatigue management: evidence and guidelines for practice. *Cancer*, 92(6), 1699-1707.
67. McQuade, R. M., Stojanovska, V., Abalo, R., Bornstein, J. C., Nurgali, K. (2016). Chemotherapy-induced constipation and diarrhea: pathophysiology, current and emerging treatments. *Frontiers in Pharmacology*, 7, 414.

68. Candy, B., Jones, L., Larkin, P. J., Vickerstaff, V., Tookman, A., Stone, P. (2015). Laxatives for the management of constipation in people receiving palliative care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, 1-34.
69. Wickham, R. J. (2017). Managing constipation in adults with cancer. *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology*, 8(2), 149-161.
70. Hussain, Z. H., Whitehead, D. A., Lacy, B. E. (2014). Fecal impaction. *Current Gastroenterology Reports*, 16(9), 1-7.
71. Connolly, M., Larkin, P. (2012). Managing constipation: a focus on care and treatment in the palliative setting. *British Journal of Community Nursing*, 17(2), 60-67.
72. McQuade, R., Bornstein, J. C., Nurgali, K. (2014). Anti-colorectal cancer chemotherapy-induced diarrhoea: current treatments and side-effects. *International Journal of Clinical Medicine*, 5(7), 393-406.
73. NCI. *Nausea and Vomiting Related to Cancer Treatment*. National Cancer Institute (İnternette) 2020, Mart. Erişim 08.10.2022, <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/nausea/nausea-pdq#:~:text=Nausea%20and%20vomiting%20are%20side,come%20and%20go%20in%20waves>.
74. Warr, D. G. (2008). Chemotherapy-and cancer-related nausea and vomiting. *Current Oncology*, 15(1), 4-9.
75. NCCN. *Antiemesis*. National Comprehensive Cancer Network (İnternette) 2022, Mart. Erişim 08.10.2022, https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/antiemesis.pdf
76. ACS. *Medicines Used to Treat Nausea and Vomiting*. American Cancer Society (İnternette) 2021, Mart. Erişim 08.10.2022, <https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/physical-side-effects/eating-problems/nausea-and-vomiting/medicines.html>
77. Akechi, T., Nakano, T., Okamura, H., Ueda, S., Akizuki, N., Nakanishi, T., Yoshikawa, E., Matsuki, H., Hirabayashi, E., Uchitomi, Y. (2001). Psychiatric disorders in cancer patients: descriptive analysis of 1721 psychiatric referrals at two Japanese cancer center hospitals. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 31(5), 188-194.
78. Ateşçi, F. Ç., Oğuzhanoğlu, N. K., Baltalarlı, B., Karadağ, F., Özdel, O., Karagöz, N. (2003). Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14, 145-152.
79. Seven, M., Akyüz, A., Sever, N., Dinçer, Ş. (2013). Kanser tanısı alan hastaların yaşadığı fiziksel ve psikolojik semptomların belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(3), 219-224.
80. Gregurek, R., Braš, M., Đorđević, V., Ratković, A. S., Brajković, L. (2010). Psychological problems of patients with cancer. *Psychiatria Danubina*, 22(2), 227-230.
81. Bag, B. (2012). Psiko-onkoloji, psikososyal sorunlar ve ölçüm yöntemleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(4), 449-464.
82. Freeman, H. P. (2012). The origin, evolution, and principles of patient navigation. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 21(10), 1614-1617.
83. NNRT. *History of Patient Navigation*. The National Navigation Roundtable (İnternette). Erişim 10.10.2022, <https://navigationroundtable.org/history-of-patient-navigation/>
84. Freeman, H. P., Rodriguez, R. L. (2011). History and principles of patient navigation. *Cancer*, 117(15), 3537-3540.
85. Coşkun, H., Şentüre, Ç., Kavaklı, Ö. (2016). Sağlık Hizmetlerinde Navigasyon Uygulaması. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 12(4), 157-162.
86. ONS. *2017 Oncology Nurse Navigator Core Competencies*. Oncology Nursing Society (İnternette) 2017. Erişim 12.10.2022, https://www.ons.org/sites/default/files/2017-05/2017_Oncology_Nurse_Navigator_Competencies.pdf
87. Hopkins, J., Mumber, M. P. (2009). Patient navigation through the cancer care continuum: an overview. *Journal of Oncology Practice*, 5(4), 150-152.
88. Ritvo, P. G., Myers, R. E., Paszat, L. F., Tinmouth, J. M., McColeman, J., Mitchell, B., Serenity, M., Rabeneck, L. (2015). Personal navigation increases colorectal cancer screening uptake. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 24(3), 506-511.
89. Temucin, E., Nahcivan, N. O. (2020). The Effects of the nurse navigation program in promoting colorectal cancer screening behaviors: a randomized controlled trial. *Journal of Cancer Education*, 35(1), 112-124.
90. Sussman, J., Bainbridge, D., Whelan, T. J., Brazil, K., Parpia, S., Wiernikowski, J., Schiff, S., Rodin, G., Sergeant, M., Howell, D. (2018). Evaluation of a specialized oncology nursing supportive care intervention in newly diagnosed breast and colorectal cancer patients following surgery: a cluster randomized trial. *Supportive Care in Cancer*, 26(5), 1533-1541.
91. Zundel, K. M. (1996). Telemedicine: history, applications, and impact on librarianship. *Bulletin of the Medical Library Association*, 84(1), 71-79.

92. Nestor, M. L. (2001). Telemedicine and the internet: A collaboration and history of communication technologies. *Dermatologic Clinics*, 19(2), 379-385.
93. Baumann, P. K., Scales, T. (2016). History of information communication technology and telehealth. *Academy of Business Research Journal*, 3, 48-52.
94. Breen, G. M., Matusitz, J. (2010). An evolutionary examination of telemedicine: a health and computer-mediated communication perspective. *Social Work in Public Health*, 25(1), 59-71.
95. Freiburger, G., Holcomb, M., Piper, D. (2007). The STARPAHC collection: part of an archive of the history of telemedicine. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 13(5), 221-223.
96. Çaparlar, C. Ö., Dönmez, A. (2016). Bilimsel araştırma nedir, nasıl yapılır. *Turkish Journal of Anaesthesiology & Reanimation*, 44(4), 212-218.
97. Research Randomizer, <https://www.randomizer.org/#randomize>
98. Can, G., Aydinler, A. (2011). Development and validation of the Nightingale Symptom Assessment Scale (N-SAS) and predictors of the quality of life of the cancer patients in Turkey. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(1), 3-11.
99. Derogatis, L. R. (1986). The psychosocial adjustment to illness scale (PAIS). *Journal of Psychosomatic Research*, 30(1), 77-91.
100. Adaylar, A. M. (1995). *Kronik hastalığı olan bireylerin hastalığındaki tutum, adaptasyon, algı ve öz-bakım yönelimleri* (Doktora tezi). Yükseköğretim Kurulu Tez Merkezi (YÖKTEZ) veri tabanından erişildi (Tez No. 44690).
101. Gürbüz, S., Şahin, F. (2014). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
102. Mooney, K. H., Beck, S. L., Friedman, R. H., Farzanfar, R., Wong, B. (2014). Automated monitoring of symptoms during ambulatory chemotherapy and oncology providers' use of the information: a randomized controlled clinical trial. *Supportive Care in Cancer*, 22(9), 2343-2350.
103. Traeger, L., McDonnell, T. M., McCarty, C. E., Greer, J. A., El-Jawahri, A., Temel, J. S. (2015). Nursing intervention to enhance outpatient chemotherapy symptom management: Patient-reported outcomes of a randomized controlled trial. *Cancer*, 121(21), 3905-3913.
104. Yount, S. E., Rothrock, N., Bass, M., Beaumont, J. L., Pach, D., Lad, T., Patel, J., Corona, M., Weiland, R., Del Ciello, K., Cella, D. (2014). A randomized trial of weekly symptom telemonitoring in advanced lung cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47(6), 973-989.
105. Mooney, K. H., Beck, S. L., Wong, B., Dunson, W., Wujcik, D., Whisenant, M., Donaldson, G. (2017). Automated home monitoring and management of patient-reported symptoms during chemotherapy: results of the symptom care at home RCT. *Cancer Medicine*, 6(3), 537-546.
106. Hintistan, S., Nural, N., Cilingir, D., Gursoy, A. (2017). Therapeutic effects of nurse telephone follow-up for lung cancer patients in Turkey. *Cancer Nursing*, 40(6), 508-516.
107. Loiselle, C. G., Edgar, L., Batist, G., Lu, J., Lauzier, S. (2010). The impact of a multimedia informational intervention on psychosocial adjustment among individuals with newly diagnosed breast or prostate cancer: a feasibility study. *Patient Education and Counseling*, 80(1), 48-55.
108. Lichiello, S., Rainwater, L., Russell, G. B., Pulgar, C., Clark, J., Daniel, S., McCall, M. H., Bentley, P. Duckworth, K. E. (2022). Cancer during a pandemic: A psychosocial telehealth intervention for young adults. *Current Problems in Cancer*, 46(4), 100865.
109. Chen, Y. Y., Guan, B. S., Li, Z. K., Li, X. Y. (2018). Effect of telehealth intervention on breast cancer patients' quality of life and psychological outcomes: A meta-analysis. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 24(3), 157-167.

EKLER

EK-1.Tanıtcı Özellikler Bilgi Formu

Kolorektal Kanserli Hastalara Uygulanan Hemşire Navigasyon Programının Semptom Yönetimi ve Psikososyal Uyum Üzerine Etkisi isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmenizin nedeni sizde kolorektal kanser hastalığının görülmüş olmasıdır. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır.

Araştırmaya katılan gönüllü kişilerden araştırma kapsamında doldurulması istenen soruları samimi ve doğru bir şekilde ifade etmesi beklenmektedir.

Çalışmamıza olan katılımınız ve katkılarınız için teşekkür ederiz.

ZEYNEP DÜLGER

Adınız-Soyadınız:

Telefon Numaranız:

Görüşme Tarihi:

1. Cinsiyetiniz
a. Kadın
b. Erkek

2. Boyunuz
.....

3. Kilonuz
.....

4. Yaşınız
.....

5. Medeni durumunuz
a. Evli
b. Bekar

6. Eğitim durumunuz
a. İlköğretim mezunu veya eğitimi yok, İlkokulu bitirmemiş
b. Lise mezunu veya daha üst düzey

7. Gelir durumunuz
a. Kötü veya Daha Alt Düzey
b. Orta veya Daha Üst Düzey

8. Çalışma durumunuz
a. Çalışıyorum
b. Çalışmıyorum

9. Son bir yıl içinde sağlığınızı nasıl tanımlarsınız?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
.....
Çok Kötü Çok İyi

10. Son bir ay içinde sağlığınızı nasıl tanımlarsınız?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
.....
Çok Kötü Çok İyi

-
11. Tıbbi tanınız nedir?
- Metastatik Kolorektal CA
 - Metastatik Olmayan Kolorektal CA
-
12. Kolorektal kanser sebebiyle ameliyat oldunuz mu?
- Evet
 - Hayır
-
13. Kolorektal kanser sebebiyle radyoterapi (ışın) aldınız mı?
- Evet
 - Hayır
-
14. Kemoterapi tedaviniz kaç gün aralıklarla uygulanacak? (..... günde bir şekilde ifade ediniz. Örn. 14 günde bir)
-
-
15. Toplamda kaç kür kemoterapi aldınız?
- Bir
 - İki
 - Üç ve üzeri
-
16. Fonksiyonel yeterliliklerinizi hangi düzeyde değerlendirirsiniz?
- Tüm hastalık öncesi aktivitelerimi kısıtlama olmadan yapabiliyorum.
 - Zorlu fizik aktivitede zorlanıyorum, ancak ayakta ve hafif işleri yapabiliyorum (örn, hafif ev işi).
 - Kendi bakımımı belirli düzeyde yapabiliyorum, ancak herhangi bir işte çalışamıyorum ve gündüz saatlerinin yarısından fazlasını ayakta veya oturarak geçiriyorum.
-



EK-2.Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği

Aldığınız tedavi, uygulanan ilacın türüne bağlı olarak, farklı sorunlar yaşamamıza neden olabilir. Bu nedenle aşağıda yer alan ifadeleri dikkatlice okuyarak, aldığınız tedavinin sizi nasıl ve ne derecede etkilediğini düşünerek size en yakın cevabı işaretleyiniz.

	Hayır	Çok az	Biraz	Oldukça	Çok fazla
1. Kendimi yorgun hissettim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Dışarıya çıkmak istemedim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Uyku düzenim bozuldu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Dikkatimi yoğunlaştırmada zorlandım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Unutkanlığım arttı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Ağızımda/dişetlerimde hassasiyet oldu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ağızımda yara oldu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Boğazımda ağrı oldu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Lokmaları yutmada zorlandım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Yediklerimin tadını farklı algıladım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. İştahım azaldı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Bulantım oldu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Kusmam oldu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Kabız oldum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. İshal oldum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Saçlarım döküldü	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Kirpiklerim ve kaşlarım döküldü	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Cildimde kuruluk ve pul pul döküntüler oldu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Avuçlarımda ve ayak tabanlarımda kızarıklık oldu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Tırnaklarımın görünümü/yapısı değişti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Cilt rengim koyulaştı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Kaşıntım oldu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Ateşim 38°C üstüne çıktı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Titremem oldu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Hıçkırığım oldu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. El ve ayaklarda uyuşma / karıncalanma oldu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Eklem / kaslarımda ağrı oldu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Günlük ihtiyaçlarımı karşılamada zorlandım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Günlük işlerimi sürdürmede zorlandım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Aile / arkadaş ilişkilerim bozuldu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Sosyal yaşamdan uzaklaştım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Daha çabuk sinirlenir oldum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Daha duyarlı/hassas oldum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Kendimi içime kapanmış hissettim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Geleceğe yönelik endişelerim oldu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Dışarıda yürüyüş yapmada zorlandım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Grip benzeri şikâyetlerim oldu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Cinselliğe ilgim azaldı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EK-3.Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği

Bu formda yer alan her bir soruya yanıt verirken, hastalığa ait deneyimlerinizi- durumunuzu en iyi yansıtan yanıt şıklarını işaretleyiniz. Lütfen tüm soruları yanıtlamaya çalışın ve herhangi bir soruyu atlayıp yanıtı bırakmayınız. Eğer belli bir soruya ait yanıt şıklarından hiçbiri sizin durumunuzu yansıtmıyorsa, durumunuza en uygun ve en yakın yanıt şikkını işaretleyiniz.

Bölüm-I : Sağlık Bakımına Uyum

1. Aşağıdakilerden hangisi sağlığınıza dikkat etmek konusundaki genel tutumunuzu en iyi tanımlar?

- Sağlığımla çok ilgiliyim ve kendi sağlığıma çok dikkat ederim
- Sağlığımla korumam için gerekenlere çoğu zaman dikkat ederim.
- Genellikle sağlığımla ilgili konulara dikkat etmeye çalışırım, fakat bazen ilgilenmeye fırsatım olmuyor.
- Sağlığıma dikkat etmek pek fazla üstünde durduğum bir konu değildir.

2. Şu anda hastalığınız muhtemelen kendinize özel bir bakım ve dikkat etmenizi gerektiriyor olabilir. Bu konudaki tutumunuzu en iyi belirten seçeneği işaretleyiniz.

- Hastalığımla ilgili özel olarak yaptığım bir şey yok veya kaygı duymuyorum.
- Kendimi korumak için doğru olduğuna inandığım her şeyi yapmaya çalışırım, fakat çoğu zaman ya unutuyorum ya da yorgun veya meşgul oluyorum.
- Hastalığımla ilgili bakım ve koruması için yaptığım çok şey var.
- Hastalığımla ilgili gereken her şeye büyük özen gösteriyorum ve kendimi koruyabilmem için gereken her şeyi yapıyorum.

3. Genel olarak doktorların vermiş olduğu tıbbi bakımın kalitesi hakkında neler düşünüyorsunuz?

- Tıbbi bakım hiç bu kadar iyi olmamıştı ve görevli doktorlar işlerini mükemmel yapıyorlar.
- Şu andaki tıbbi bakımın kalitesi çok iyi, fakat gelişmesi gereken bazı alanlar var.
- Doktorlar ve tıbbi bakım kesinlikle daha öncekileriyle aynı kalitede değil.
- Bugünkü doktor ve tıbbi bakıma fazla bir güvenim yok.

4. Şu andaki hastalığınız esnasında hem doktorlar hem de diğer tıbbi personel tarafından size yönelik bir tedavi uygulanmaktadır. Doktorlar ve diğer personel hakkındaki görüşleriniz nedir, size uyguladıkları tedaviyi nasıl buluyorsunuz?

- Tedaviden hiç memnun değilim, personelin benim için yapılması gereken her şeyi yaptıklarını düşünmüyorum.
- Uygulanan tedavi bende belirli bir izlenim bırakmadı, ama sanırım onlar yapabileceklerinin en iyisini yapıyorlar.
- Bazı problemler olmasına rağmen uygulanan tedavi oldukça iyi.
- Uygulanan tedavi ve tıbbi personel mükemmel.

5. Hastalık durumunda her insan hastalığı ile ilgili olarak farklı şeyler bekler ve farklı tutum ve davranışlar gösterir. Sizin hissettiklerinize en uygun olan seçeneği işaretleyin.

- a) Bu hastalığın üstesinden gelebileceğimden eminim ve yarattığı tüm sorunları en kısa zamanda halledip tekrar eskisi gibi olacağım.
- b) Hastalığım bende bazı sorunlara yol açtı, ancak bunları çok kısa sürede halledeceğim ve tekrar eski haline döneceğimi düşünüyorum.
- c) Hastalığım hem ruhsal hem de fiziksel olarak beni altüst etti, fakat bunun üstesinden gelmek için çok çaba harcıyorum, bir gün eski günlerdeki halime kavuşacağıma eminim.
- d) Hastalığım yüzünden çok yıprandım ve güçsüz kaldım, gerçekten bu işin üstesinden gelip gelemeyeceğimi bilmiyorum.

6. Hastalanmak insanı karmakarışık bir duruma sokan bir deneyimdir. Bazı hastalar, hastalıkları hakkında doktor ve diğer tıbbi personelden yeterli bilgi almadıklarını düşünürler. Bu konuda sizin hissettiklerinizi en iyi açıklayan seçeneği işaretleyin.

- a) Onlara defalarca sormama rağmen doktorum ve diğer tıbbi personel hastalığım hakkında bana çok az şey açıkladılar.
- b) Hastalığım hakkında bazı şeyler biliyorum, ama sanırım daha fazlasını bilmem gerekiyor.
- c) Hastalığım hakkında genel bir kanıya sahibim ve daha fazlasını bilmek istersem her zaman bilgi alabileceğimi biliyorum.
- d) Hastalığımın genel tablosu doğru bir şekilde anlatıldı, doktorum ve diğer tıbbi personel bilmeyi istediğim her şeyi tüm detayları ile açıkladılar.

7. Sizin yaşadığınız gibi bir hastalıkta insanların kendilerine uygulanan tedavi ve bu tedaviden beklentileri hakkında farklı düşünceleri olabilir. Size uygulanan tedaviden bekledikleriniz hakkında aşağıdaki seçeneklerden size en uygun olanını seçiniz.

- a) Doktorum ve tıbbi personelden tedavimi yürütme konusunda çok başarılı olduklarına inanıyorum ve bu tedavi şimdiye kadar bana uygulanan tedavilerin en iyisi.
- b) Uyguladıkları tedavi yöntemi açısından doktorlarıma güvenmekle birlikte bazen bu konuda şüphelerim olabiliyor.
- c) Tedavim çok tatsız, bazı bölümlerinden memnun değilim, fakat doktorlarım bir süre daha bu şekilde devam etmemiz gerektiğini söylüyorlar.
- d) Pek çok kez tedavimin hastalıktan daha beter olduğunu düşünüyorum, bu şekilde devam etmeye degeceğine emin değilim.

8. Sizininki gibi hastalıklarda hastalara tedavileri konusunda farklı miktarlarda bilgi verilmektedir. Aşağıdaki seçenekler içinden tedaviniz hakkında size verilen açıklama ve bilgilerin derecesini en iyi ifade edeni seçiniz.

- a) Tedavim hakkında neredeyse hiçbir açıklama yapılmadı, açıkça neler olduğunu bilmiyorum.
- b) Tedavim hakkında biraz bilgim var, ama bu bilmeyi istediğim kadar değil.
- c) Tedavim hakkında bildiklerim oldukça yeterli, fakat hala bilmek istediğim bir iki şey var.
- d) Tedavimle ilgili her şeyi bildiğimi hissediyorum ve bilgilerim her gün tazeleniyor.

Bölüm II : Mesleki Çevre

1. Hastalığınız mesleğinizi/okulunuzu/ev işlerinizi vb. yapmanızı engelledi mi?

- a) Mesleğimi vb. uygulamamla ilgili bir sorun yok.
- b) Bazı sorunlar var ama bunlar ufak şeyler
- c) Bazı ciddi sorunlar var.
- d) Hastalığım mesleğimi vb. uygulamamı tamamen engelliyor.

2. Şu an mesleğiniz/çalışmalarınız/ev işlerinizi yapabilmek açısından fiziksel performansınız ne kadar iyi?

- a) Kötü durumda
- b) Pek iyi değil
- c) Yeterli
- d) Çok iyi

3. Son 30 gün içerisinde hastalığınıza bağlı olarak hiç iş günü kaybınız oldu mu?

- a) 3 gün ve daha az
- b) Bir hafta
- c) İki hafta
- d) İki haftadan daha çok

4. Şu an işiniz/okulunuz/çalışmalarınız vb. hastalanmadan öncekine göre sizin için daha mı önemli?

- a) Şu an hiç önemli değil
- b) Oldukça az bir öneme sahip
- c) Eskiye göre biraz önemini yitirdi
- d) Bir değişiklik olmadı hatta daha önemli hale geldi

5. Yaşadığınız hastalığın bir sonucu olarak mesleğiniz/işleriniz vb. ile ilgili amaçlarınızda bir değişiklik oldu mu?

- a) Amaçlarım değişmez
- b) Amaçlarımda çok az bir değişme oldu
- c) Amaçlarım önemli ölçüde değişti
- d) Amaçlarımı tamamen değiştirdim

6. Hastalanmanızdan bu yana arkadaşlarınız, komşularınızla olan sorunlarda bir artış gözlediniz mi?

- a) Sorunlarda büyük artış var
- b) Sorunlarda orta derecede bir artış var
- c) Sorunlarda az ölçüde bir artış var
- d) Herhangi bir sorun yok veya mevcut sorunlarda artış yok.

Bölüm III : Ev Çevresi

1. Hastalanmanızdan bu yana eşinizle (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişiyle) olan ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız?

- a) İyi
- b) Fena değil
- c) Kötü
- d) Çok kötü

2. Yaşamınızdaki, çevrenizdeki diğer insanlarla olan ilişkilerinizi genel olarak nasıl tanımlarsınız?

- a) Çok kötü
- b) Kötü
- c) Fena değil
- d) İyi

3. Hastalığınız evle ilgili iş ve sorumluluklarınızı ne ölçüde engelledi?

- a) Bir engelleme olmadı
- b) Bazı problemler var ama üstesinden gelinebilir
- c) Orta derecede bazı problemler var, bazıları üstesinden gelinebilecek gibi değil
- d) Evle ilgili sorumluluklarımda son derece ciddi problemler var.

4. Hastalığınız nedeniyle ev işleri ve diğer sorumluluklarınızda yaşadığınız sorunlarda aileniz size nasıl yardımcı oldu?

- a) Ailem, bu sorunların halledilmesi konusunda başarılı olmadı
- b) Ailem, bu sorunların halledilmesi için çaba gösterdi, ama bazı konuları halledemediler
- c) Ailem genelde yardımcı oldu, yapamadıkları bir iki ufak şey kaldı
- d) Bu konuda bir sorun yok

5. Hastalığınız aile üyeleri ve sizin aranızdaki iletişimde bir azalmaya sebep oldu mu?

- a) İletişimde bir azalma yok
- b) Çok az ölçüde bir azalma oldu
- c) İletişimde bir azalma, onlardan biraz uzaklaştığımı düşünüyorum
- d) İletişimimiz önemli ölçüde azaldı. Kendimi çok yalnız hissediyorum.

6. Sizin gibi hasta olan bir insan günlük sorunların çözülmesi konusunda çevresindeki insanlardan (arkadaşlar, komşular, aile vb.) bazı yardımlar beklerler. Böyle bir yardıma ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz, böyle bir yardım desteği sağlayan birileri var mı?

- a) Yardıma gerçekten ihtiyacım var, ama etrafımda yardım edecek insanı nadiren bulabiliyorum.
- b) Biraz yardımcı oluyorlar ama her zaman güvenilecek ölçüde değil
- c) Her zaman olmamakla birlikte çoğunlukla gereken yardımı görüyorum
- d) Yardıma ihtiyacım olduğunu sanmıyorum, olsa da yardımcı olacak ailem ve dostlarım var

7. Hastalığınız sizde fiziksel bir yetersizliğe yol açtı mı?

- a) Herhangi bir fiziksel yetersizlik yok
- b) Az ölçüde bir fiziksel yetersizlik var
- c) Orta ölçüde bir fiziksel yetersizlik var
- d) Önemli ölçüde bir fiziksel yetersizlik var

8. Sizininki gibi bir hastalık aile bütçesinde bazı sarsıntılara yol açabilir. Hastalığınız için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk çekiyor musunuz?

- a) Önemli ölçüde maddi sıkıntıları var
- b) Orta derecede maddi problemlerim var
- c) Çok az maddi problemim var
- d) Para ile ilgili bir problemim yok

Bölüm IV: Seksüel İlişkiler

1. Bir hastalığa yakalanmak kimi zaman yaşanan bir ilişkiyi zedeleyebilir. Hastalığımız eşinizle olan ilişkilerinizde (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişi ile olan ilişkinizde) herhangi bir probleme yol açtı mı?

- a) İlişkimizde herhangi bir değişiklik olmadı
- b) Hastalanmadan bu yana birbirimize olan yakınlığımız biraz azaldı
- c) Hastalanmadan bu yana yakınlığımız kesinlikle daha azaldı.
- d) Hastalanmamdan bu yana ilişkimizde ciddi problemler hatta kesintiler oldu.

2. Hastalığa yakalanan insanlar cinsel aktivitelere olan ilgilerinde bir azalma olduğunu belirtirler. Hastalığımız süresince cinsel ilgi ve isteğinizde bir azalma oldu mu?

- a) Hastalandığımdan bu yana kesinlikle hiçbir cinsel istek duymuyorum.
- b) Cinsel istekte belirgin bir azalma var
- c) Cinsel istekte hafif bir azalma var
- d) Cinsel istekte hiçbir azalma yok.

3. Hastalıklar bazen cinsel aktivitelere bir azalmaya yol açar. Bu konuda bir azalma gördünüz mü?

- a) Cinsel aktivitede bir azalma yok
- b) Cinsel aktivitelere çok az ölçüde bir azalma var
- c) Cinsel aktivitelere önemli ölçüde bir azalma var
- d) Cinsel aktiviteler tamamen durdu

4. Cinsellikten normal olarak duyduğunuz tatmin ya da zevk açısından herhangi bir değişiklik var mı?

- a) Cinsel zevk ve tatmin tamamen durdu
- b) Cinsel zevk ve tatminde önemli ölçüde bir kayıp var
- c) Cinsel zevk ve tatminde çok az ölçüde bir kayıp var
- d) Cinsel tatminde bir değişiklik yok

5. Bazen hastalıklar sebebiyle her ne kadar cinsel istek duymada bir değişiklik olmasa da kimi aksama ve düzensizlikler oluşabilir. Sizin başınıza böyle bir durum geldi mi, geldiyse hangi ölçüde?

- a) Cinsel potansiyelimde bir değişiklik yok
- b) Cinsel performansıyla ilgili ufak problemler var
- c) Önemli cinsel problemlerim var
- d) Cinsellikten tamamen koptum.

6. Hastalıklar eşler arasındaki cinsel ilişkileri engelleyebilmektedir, ya da bu konuda bazı fikir ve duygu ayrılıkları yaratabilmektedir. Bu konuda eşinizle aranızda farklı görüş ve duygular var mı ne derecede?

- a) Sabit ve sürekli farklı görüş ve duygular var
- b) Bu konuda yoğun farklılıklar var
- c) Bazı farklılıklar var
- d) Bu konuda hiçbir görüş ve farklılık yok

Bölüm V: Geniş Aile İlişkileri

1. Hastalığınız süresince hane dışında yaşayan aile üyeleri ve yakın akrabalarınızla kişisel olarak ya da telefon ile temas kurup görüştünüz mü?

- a) Görüşmeler aynı biçimde ya da biraz daha yoğun oldu
- b) Görüşmeler biraz azaldı
- c) Görüşmeler belirgin olarak azaldı
- d) Hastalık süresince hiç görüşmedik

2. Hastalığınız süresince aile üyeleri ve yakın akrabalarınızla yakınlaşma isteğiniz onlara olan ilginiz ne ölçüde ne düzeyde?

- a) Onlarla bir araya gelme konusunda bir isteğim olmadı, ya da çok az bir istek oldu
- b) Öncekine oranla onlara olan ilgi ve isteğim çok azaldı
- c) İlgim bir parça azaldı
- d) İlgi ve isteğim aynı ya da hastalığım süresince daha arttı

3. İnsanlar hastalandığında aile üyeleri ve akrabalarının desteğine sığınma ihtiyacı hissederler. Siz onların fiziki yardıma ihtiyaç duyduğunuzda onlarda destek görebiliyor musunuz, onlar bu desteği size gösterebiliyorlar mı?

- a) Yardıma ihtiyacım yok, istediğim yardımı zaten veriyorlar
- b) Yeterince yardım oluyorlar
- c) Yardım ediyorlar ama yeterince değil
- d) Çok ihtiyacım olmasına rağmen çok az yardımcı oluyorlar, ya da hiç yardım etmiyorlar.

4. Bazı insanlar hane dışında yaşayan aile üyeleri ve yakın akrabalarına çok bağıdırlar. Sizin bağılılığınız ne ölçüdedir, hastalığınız bağılılığınızda bir azalmaya yol açtı mı?

- a) Bağılılığım önemli ölçüde yok oldu
- b) Bağılılığım önemli ölçüde azaldı
- c) Bağılılığım biraz azaldı
- d) Bağılılığım yoktu veya çok azdı, bu bağılılık hastalıktan hiç etkilenmedi

5. Genel olarak şu anda bu insanlarla aranız nasıl?

- a) İyi
- b) Fena değil
- c) Kötü
- d) Çok kötü

Bölüm VI : Sosyal Çevre

1. Hastalığınızın öncesine göre boş zaman uğraşlarınız ve hobilerinizle eskisi gibi ilgilenebiliyor musunuz?

- a) İlgim tıpkı eskisi gibi
- b) Eskisine göre biraz daha az
- c) Eskisine göre önemli ölçüde az
- d) Hemen hiç ilgim kalmadı

2. Bu tür etkinliklere katılımınız nasıl? Hala eskisi gibi uğraşlarınıza devam edebiliyor musunuz?

- a) Katılımım çok az, ya da hiç yok
- b) Katılımım önemli ölçüde azaldı
- c) Katılımım az ölçüde bir azalma gösterdi
- d) Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı.

3. Hastalığınızdan öncekine göre ailenizle birlikte boş zaman etkinliklerine (iskambil oyunları, küçük seyahatler, piknikler vb.) ilgi duyuyor musunuz?

- a) İlgim tıpkı eskisi gibi
- b) Eskisine göre biraz daha az
- c) Eskisine göre önemli ölçüde düşük
- d) İlgim çok az, ya da bir ilgim kalmadı

4. Bu etkinliklere eskiden olduğu gibi aynı ölçüde katılabiliyor musunuz?

- a) Katılımım çok az, ya da şu anda hiçbir katılımım yok
- b) Katılımım önemli ölçüde azaldı
- c) Katılımım biraz azaldı
- d) Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı

5. Hastalığınız süresince sosyal faaliyetlere olan ilginizi devam ettirebildiniz mi? (sosyal kulüpler, dini faaliyetler, sinema)

- a) İlgim tıpkı eskisi gibi
- b) Eskisine göre biraz daha az
- c) Eskisine göre önemli ölçüde az
- d) İlgim çok az, ya da bir ilgim kalmadı

6. Bu faaliyetlere olan katılımınız nasıl, arkadaşlarınızla birlikte hala dışarı çıkabiliyor ve bu etkinlikleri yapabiliyor musunuz?

- a) Katılımım çok az, ya da yok
- b) Katılımım önemli, ölçüde azaldı
- c) Katılımım biraz azaldı
- d) Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı.

Bölüm VII : Psikososyal Baskı

1. Son zamanlarda korku, gerginlik, sinirlilik ya da heyecanlılık hissettiğiniz oldu mu?

- a) Olmadı
- b) Çok az
- c) Oldukça fazla
- d) Aşırı derecede

2. Son zamanlarda kendinizi üzgün, sıkıntılı, ilgisiz ve umutsuz hissettiğiniz oldu mu?

- a) Aşırı derecede
- b) Oldukça fazla
- c) Çok az
- d) Olmadı

3. Son zamanlarda öfkeli, sinirli olma, heyecanınızı kontrol etmede güçlük çekme gibi şeyler hissettiğiniz oldu mu?

- a) Olmadı
- b) Çok az oldu
- c) Oldukça fazla
- d) Aşırı derecede

4. Son zamanlarda kendinizi çok fazla suçladığınız, suçlu hissettiğiniz, ya da insanları aşağılama hissi yaşadığınız oldu mu?

- a) Aşırı derecede
- b) Oldukça fazla
- c) Çok az
- d) Olmadı

5. Son zamanlarda hastalığınız ile ilgili olarak ya da buna benzer başka sorunlar hakkında daha çok endişelendiğiniz oldu mu?

- a) Olmadı
- b) Çok az
- c) Oldukça fazla
- d) Aşırı derecede

6. Son zamanlarda kendinizi aşağıladığınız ya da daha az değerli bulduğunuz oldu mu?

- a) Aşırı derecede
- b) Oldukça fazla
- c) Çok az
- d) Olmadı

7. Son zamanlarda hastalığınızın sizi çirkinleştirdiğini, çok daha az çekici hale getirdiğini hissettiğiniz oldu mu?

- a) Olmadı
- b) Çok az
- c) Oldukça fazla
- d) Aşırı derecede

EK-4.Psikoonkoloji Eğitimi ve Süpervizyon Uygulaması Eğitim Sertifikası

Eğitim Sertifikası Certificate of Education Eğitim Sertifikası Certificate of Education

Sertifika No:
TC:

Eğitim Sertifikası
Certificate of Education

ZEYNEP DÜLGER

09-24 Ocak 2021 tarihleri arasında ...36... saatlik
Psikoonkoloji Eğitimi ve Süpervizyon Uygulaması
eğitim programını başarıyla tamamlayarak
sertifikayı almaya hak kazanmıştır.

has been awarded this certificate for successfully
completing ...36... hours Psychooncology Education and Supervision
course between 09-24 January 2021

Ayhan ÖZ
Sürekli Eğitim Merkez Müdürü

Muzaffer UYAR
Kurucu Başkan

Prof. Dr. Yedigâr İZMİRLİ
Istanbul Aydın Üniversitesi
Rektörü

Eğitim Sertifikası Certificate of Education Eğitim Sertifikası Certificate of Education

EK-5.Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 04.05.2021-32378

BEKV3P64T



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Tarihi : 04.04.2021
Toplantı Sayısı : 5
Karar Sayısı : 10

Konu : Araştırma Projesi Değerlendirme Raporu (21/52)

Sayın Dr. Öğr. Üyesi **Elif DÖNMEZ**

Kurulumuza değerlendirilmek üzere sunduğumuz 21-52 kayıt numaralı “Kolonorektal Kanseri Hastalara Uygulanan Hemşire Navigasyon Programının Semptom Yönetimi ve Psikososyal Uyum Üzerine Etkisi” başlıklı proje önerisi kurulumuzun 04.04.2021 tarihli toplantısında görüşülmüş olup, karar örneği ekte sunulmuştur.

Prof. Dr. Mustafa ÖZTÜRK Başkan

Ek: Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu (21-52)

Aslı Gibidir

e-imzalıdır.

Prof.Dr.Mustafa ÖZTÜRK
Başkan

Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kolorektal Kanserli Hastalara Uygulanan Hemşire Navigasyon Programının Semptom Yönetimi ve Psikososyal Uyum Üzerine Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	21-52

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	SBU Hamidiye Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	SBU Hamidiye Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	-
	FAKS	-
	E-POSTA	-

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Sayın Dr. Öğr. Üyesi Elif DÖNMEZ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı Hemşireliği, Onkoloji Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Hemşirelik Fakültesi			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TUBITAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
İn vitro tıbbi tam cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input checked="" type="checkbox"/>			
Diğer ise belirtiniz					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

SBU Hamidiye KAİK Başkanı
Prof. Dr. Mustafa ÖZTÜRK
İmza:

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

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kolorektal Kanserli Hastalara Uygulanan Hemşire Navigasyon Programının Semptom Yönetimi ve Psikososyal Uyum Üzerine Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	21-52

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>					
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>					
	ILAN	<input type="checkbox"/>					
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>					
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>					
Diğer:	<input type="checkbox"/>						
KARAR BİLGİLERİ	Tarih: 04.04.2021	Karar No:2021.04.04- 25					
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıyla katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.						

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

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Mustafa ÖZTÜRK	Halk Sağlığı	SBÜ Hamidiye Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ayşe BATIREL	Enfeksiyon Hastalıkları	SBÜ Kartal SÜAM	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mahmut GÜMÜŞ	Tıbbi Onkolog	Medeniyet Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. E. Turgut İŞİTMANGİL	Göğüs Cerrahisi	SBÜ Abdülhamid Han SUAM	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Serhat KÖSEOĞLU	Periodontoloji	SBÜ Hamidiye Diş Hekimliği Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Nursel ARICI	Ortodonti	OMÜ Diş Hekimliği Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

SBU Hamidiye KAEK Başkanı
Prof. Dr. Mustafa ÖZTÜRK
İmza:

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

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Kolonrektal Kanserli Hastalara Uygulanan Hemşire Navigasyon Programının Semptom Yönetimi ve Psikososyal Uyum Üzerine Etkisi							
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		21-52							
Doç. Dr.Alev KURAL	Biyokimya	SBÜ Bakırköy Sadi Konuk SÜAM	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Hilal ÖZKAYA	Aile Hekimliği	SBÜ Haydarpaşa Numune EAH	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Evren OKUR	Farmakoloji	SBÜ Hamidiye Eczacılık Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Süleyman ERSOY	Aile Hekimliği	SBÜ Ümraniye SÜAM	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Mehmet SARI	Sivil Üye/ Hukuk	Özel Sektör	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr.Ayşin ERSOY	Anestezi ve Reanimasyon	SBÜ Abdülhamid Han SUAM	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Av. Hilal U. ÖZBEK BALCI	Hukuk	SBÜ Rektörlük Hukuk Müşavirliği	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Berna LAÇIN	Fizyoloji	SBÜ Hamidiye Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Merve KABASAKAL	Farmakoloji	SBÜ Hamidiye Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

SBU Hamidiye KAЕК Başkanı
Prof. Dr. Mustafa ÖZTÜRK
İmza:

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

EK-6.Kurum Onayı



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-15916306-604.01.01
Konu : Araştırma İzin Talebi Hk. (Zeynep
DÜLGER)

KARTAL DR. LÜTFİ KIRDAR ŞEHİR HASTANESİNE

İlgi : a) 07/06/2021 tarihli ve 71211201-31159460-100.03.01-E.38780 sayılı yazı.
b) 01/07/2021 tarihli ve 89513307-604.01.01-01-9385 sayılı yazı.

İlgi (a) sayılı yazı ile Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Onkoloji Hemşireliği yüksek lisans öğrencisi Zeynep DÜLGER'in, danışmanlığını Dr. Öğr. Üyesi Elif DÖNMEZ'in yürüttüğü ve Hemşire Bircan USLU NAS'ın yardımcı araştırmacı olduğu "Kolorektal Kanserli Hastalara Uygulanan Hemşire Navigasyon Programının Semptom Yönetimi ve Psikososyal Uyum Üzerine Etkisi" konulu yüksek lisans tez çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı bir kurumda yapma talebi Birimimize iletilmiştir. Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu'nun 18.06.2021 tarih ve 2021/27 sayılı kararında ilgili sağlık tesisi tarafından değerlendirilmesi kararlaştırılmıştır.

İlgi (b) sayılı yazımız ile bahse konu çalışmanın hastaneniz tarafından değerlendirilmiş olup uygun görüşünüze istinaden Müdürlüğümüzce onaylanmıştır.

Bu kapsamda, çalışmanın kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde (Başvuru dosyasında belirtilen zaman gözetilerek) sürecin koordinasyonunun tarafınızca sağlanması ve araştırmanın bitiminde bir nüshasının elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin başvuru sahibine tebliği hususunda,

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uz. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Başkan

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır

EK-7.Nightingale Semptom Değerlendirme leği'nin Kullanım İzni

PROF.DR. GLBAYAZ CAN

Tarih: 1.04.2021

Sayın Zeynep Dülger,

Yapmayı planladığımız çalışmada Nightingale Semptom Değerlendirme leğini (N-SAS) kullanma talebiniz değerlendirilmiş olup bu ve benzeri çalışmalarda leği kullanmanızda bir sakınca yoktur.

Yazarlar adına
Prof.Dr. Gülbeyaz Can

EK-8.Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği'nin Kullanım İzni

14.02.2021

Re: Ölçek Kullanım İzni Hakkında

Mahmure AYGÜN

14.02.2021 Paz 16:04

Kime: Zeynep DULGER

1 ek (2 MB)

PAIS (1).pdf;

Sayın Zeynep Dulger,

1995 yılında doktora tezimde incelediğim ve geçerlik-güvenirliliği çalışmamla kanıtlanmış olan 'Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim' ölçeği ni araştırmanızda kullanabilme konusundaki onay talebinizi aldım. Ekte ölçekle ilgili bilgileri içeren dosyayı gönderiyorum. Konuya yönelik diğer ayrıntılar ve atıf için "Aygün M. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim (PAIS-SR) Ölçeği Türkçe Geçerlik-Güvenilirlik Analizi. 4th International Hippocrates Congress on Medical and Health Sciences, 2020; 482-493" yayınını inceleyebilirsiniz. Çalışmanızda ilgili ölçeği kullanmanız konusunu onaylıyor ve başarılar diliyorum.

Dr. Öğr. Üyesi Mahmure Aygün

Zeynep DULGER

12 Şub 2021 Cum, 13:32 tarihinde şunu yazdı:

Sayın Hocam, Merhaba.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Onkoloji Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisiyim.

"Kolonrektal Kanseri Hastalara Uygulanan Hemşire Navigasyon Programının Semptom Yönetimi ve Psikososyal Uyum Üzerine Etkisi" konulu bir tez çalışması planlamaktayım. Geçerlilik- Güvenilirlik çalışmaları tarafınızca yapılan Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği'ni çalışmamda kullanmak üzere onayınıza ihtiyaç duymaktayım.

Şimdiden teşekkür eder, iyi çalışmalar dilerim.

Saygılarımla,

Zeynep DÜLGER

