

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ORAL KEMOTERAPİ İLAÇ KULLANAN KANSER HASTALARINDA MOTİVASYONEL
GÖRÜŞME TEMELLİ DANIŞMANLIĞIN İLAÇ UYUMU VE ÖZ-ETKİLİLİĞE ETKİSİ**

Huri Seval ÇAKMAK

İç Hastalıkları Hemşireliği

DOKTORA TEZİ

ANKARA

2018

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ORAL KEMOTERAPİ İLAÇ KULLANAN KANSER HASTALARINDA MOTİVASYONEL
GÖRÜŞME TEMELLİ DANIŞMANLIĞIN İLAÇ UYUMU VE ÖZ-ETKİLİLİĞE ETKİSİ

Huri Seval ÇAKMAK

İç Hastalıkları Hemşireliği

DOKTORA TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Sevgisun KAPUCU

ANKARA

2018

ONAY SAYFASI

Oral Kemoterapi İlaç Kullanan Kanser Hastalarında Motivasyonel Görüşme Temeilli Danışmanlığın İlaç Uyumu ve Öz-Etkililiğe Etkisi

Öğrenci: Huri Seval ÇAKMAK

Danışman: Doç. Dr. Sevgisun KAPUCU

Bu tez çalışması 27.09.2018 tarihinde jürimiz tarafından "Doktora Programı" nda doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:

Doç. Dr. Sevinç KUTLUTÜRKAN

(Gazi Üniversitesi)



Üye: Dr. Öğr. Üyesi İmatullah AKYAR

(Hacettepe Üniversitesi)



Üye: Dr. Öğr. Üyesi Ayla DEMİRTAŞ

(Sağlık Bilimleri Üniversitesi)



Üye: Dr. Öğr. Üyesi Güler DURU AŞİRET

(Aksaray Üniversitesi)




Üye: Dr. Öğr. Üyesi Zehra GÖK METİN

(Hacettepe Üniversitesi)



Bu tez, Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

10 Ekim 2018


Prof. Dr. Diclehan ORHAN
Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

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

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

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi/ H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü/ Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü/ Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ...ay ertelenmiştir.⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

22.10.2018


Huri Seval ÇAKMAK

¹“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez **danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu** iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez **danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı** ile altı ay aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, **tezin yapıldığı kurum tarafından verilir**. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, **ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir**. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir. Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

*Tez **danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.**¹

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, Doç. Dr. Sevgisun KAPUCU danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.



Huri Seval akmak

TEŞEKKÜR

Yazar, bu çalışmanın gerçekleştirilmesine katkılarından dolayı aşağıda adı geçen kişi ve kuruluşlara içtenlikle teşekkür eder.

Sayın Doç. Dr. Sevgisun KAPUCU, tez danışmanım olarak çalışmanın planlanması ve yürütülmesini yönlendirmiş ve her aşamasında yol gösterici katkıda bulunmuştur.

Sayın Doç. Dr. Sevinç KUTLUTÜRKAN ve Sayın Dr. Öğretim Üyesi İmatullah AKYAR tez izleme komitesi üyeleri olarak çalışmanın yapılandırılması ve izlenmesinde katkıda bulunmuştur.

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Medikal Onkoloji Klinik ve Eğitim Sorumlusu Sayın Prof. Dr. Nurullah ZENGİN ve Sayın Doç. Dr. Doğan UNCU, uygulamanın başlatılması konusundaki izin sürecine ve hastaların araştırmaya dahil edilmesine önemli katkılarda bulunmuştur. Ayrıca, tüm onkoloji poliklinik çalışanları araştırmanın uygulama aşamasında desteklerini esirgememişlerdir.

Motivasyonel Görüşme Eğitici Prof. Dr. Kültegin ÖĞEL değerli katkılar vermişlerdir.

Çalışmaya katılmaya gönüllü olan kanserli bireyler, uygulamanın başarılı bir şekilde gerçekleşmesini sağlamışlardır.

Sayın Prof. Dr. Mutlu HAYRAN çalışmanın planlanması aşamasından istatistiksel değerlendirmeye kadar değerli katkılar sağlamışlardır.

Bugüne kadar daima yanımda olan ve desteklerini esirgemeyen değerli eşim ve ailem, çalışma süresince sevgi ve sabırla destek olmuştur.

ÖZET

Çakmak, HS., Oral Kemoterapi İlaç Kullanan Kanser Hastalarında Motivasyonel Görüşme Temelli Danışmanlığın İlaç Uyumu ve Öz-Etkililiğe Etkisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Ankara, 2018. Randomize kontrollü deneysel çalışma deseninde yürütülen bu çalışmanın amacı, en az bir kür oral kemoterapi ilaç kullanan kanser hastalarında motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın ilaç uyumu ve öz etkililiğe etkisini belirlemektir. Araştırma, 1 Ekim 2017- 17 Haziran 2018 tarihleri arasında, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi (ANEAH)'nin onkoloji polikliniğine başvuran kanser hastaları ile yürütülmüştür. Araştırma örneklemi, hastaların cinsiyetlerine göre tabakalı randomizasyon ile seçilmiş 40 müdahale ve 40 kontrol olmak üzere 80 hastadan oluşmuştur. Araştırmacı, müdahale grubu hastalarına ilki yüz yüze, sonraki dördü telefon ile 7. Gün, 3-6-9'uncü haftalarda olmak üzere toplamda beş kez motivasyonel görüşme temelli danışmanlık hizmeti vermiştir. Kontrol grubu hastalarına rutin bakım dışında herhangi bir girişim uygulanmamıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında, araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak hazırlanan ve hastaların tanıtıcı bilgilerini içeren "Kişisel Bilgi Formu", "İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği (MASES)" ve "Oral Kemoterapi Uyum Ölçeği (OCAS)" kullanılmıştır. Araştırma verileri, araştırmacının ilk günü ve 12. haftada toplanmıştır. Araştırma sonunda, telefonla motivasyonel temelli danışmanlık alan hastaların ilaç uyumu ve öz etkililik düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artmıştır ($p<0,001$). Ayrıca hastaların ilaç uyumu arttıkça öz etkililik düzeyleri de artmaktadır ($p<0,001$). Bu sonuçlara göre, oral kemoterapi alan kanser hastalarına telefon ile motivasyonel görüşme temelli danışmanlık verilmesi önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hasta danışmanlığı, hasta uyumu, ilaç uyumu, motivasyonel görüşme, öz etkililik

ABSTRACT

Çakmak, HS.,The Effect of Motivational Interview Based Consultancy on Self-Efficacy And Drug Adherence in Cancer Patients Using Oral Chemotherapy Treatment, Hacettepe University, Institute of Health Sciences, Internal Medical Nursing Program PhD Thesis, Ankara, 2018.The aim of this study, which was conducted in the randomized controlled experimental study, was to determine the effect of motivational interview-based counseling on drug adherence and self-efficacy in cancer patients using at least one cure oral chemotherapy drug.The study was carried out between October1st 2017 and June 17th 2018 with cancer patients who refered to Ankara Numune Training and Research Hospital (ANEAH)outpatient clinic. The research sample consisted of 80 patients, 40 for intervention group and 40 control group selected by stratified randomization according to the gender of the patients. The researcher provided a total of five motivational interview-based counseling services, to the intervention group face-to-face for the 1st meeting and four more times by phone-callsday 7, 3-6-9. The control group did not undergo any interventions other than routine patient care. "Personal Information Form", "Attachment to Drug Treatment Attachment / Self-Efficacy Scale (MASSES)" and " Oral Chemotherapy Adherence Scale (OCAS)" were used for the collection of research data. The research data were collected on the first day of the study and the 12th week. At the end of the study, the level of drug adherence and self efficacy of patients who received motivational interviewbased counseling by phone-call increased significantly ($p < 0.001$). In addition, the level of drug self-efficacy of patients increased ($p < 0.001$). According to these results, it has been proposed to provide motivational interview consultation based on telephone with cancer patients receiving oral chemotherapy.

Key Words: Drug compliance, motivational interview, patient adherence, patient counseling, self-efficacy

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|------|
| ONAY SAYFASI | iii |
| YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI | iv |
| ÖZET | vii |
| İÇİNDEKİLER | ix |
| SİMGELER VE KISALTMALAR | xiii |
| ŞEKİLLER | xiv |
| TABLolar | xv |
| 1. GİRİŞ | 16 |
| 1.1. Problem Tanımı ve Önemi | 16 |
| 1.2. Araştırmanın Amacı | 22 |
| 1.3. Araştırmanın Hipotezleri | 22 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 23 |
| 2.1. Kanser | 23 |
| 2.2. Oral Kemoterapi | 23 |
| 2.2.1. Oral Kemoterapinin Kullanımı | 26 |
| 2.2.2. Oral Kemoterapi İlaç Kullanımındaki Hatalar | 27 |
| 2.2.3. Oral Kemoterapi İlaç Yönetiminde Sağlık Ekibinin Görevleri | 28 |
| 2.2.4. Oral Kemoterapi Uygulaması | 28 |
| 2.3. Oral Kemoterapi İzleminde Hemşirenin Rolü | 29 |
| 2.3.1. Eğitici Rolü | 30 |
| 2.3.2. Rehberlik ve Danışmanlık Rolü | 30 |
| 2.4. Oral Kemoterapi Kullanan Hastalara Verilen Eğitim | 30 |
| 2.4.1. Yan Etki Yönetimi | 30 |
| 2.4.2. İlaç- İlaç ve İlaç-Besin Etkileşimleri | 31 |
| 2.4.3. Güvenlik Uygulamaları | 33 |
| 2.5. İlaç Uyumu | 37 |
| 2.6. İlaç Uyumunun Önemi Ve Maliyet | 38 |
| 2.7. İlaç Uyumunu Etkileyen Faktörler | 39 |
| 2.7.1. Hastayla İlişkili Faktörler | 40 |
| 2.7.2. Hastalık ve Tedaviye İlişkili Faktörler | 41 |

| | |
|--|----|
| 2.7.3. Sistemle İlgili Faktörler | 41 |
| 2.8. Uyumsuzluk Tipleri | 43 |
| 2.8.1. Birincil (Non-Fullfilment) Uyumsuzluk | 43 |
| 2.8.2. İkincil Uyumsuzluk (Non-Persistence) | 43 |
| 2.8.3. Kasıtlı Olarak Uyumsuzluk | 43 |
| 2.8.4. Kasıtlı Olmayan Uyumsuzluk | 43 |
| 2.9. İlaç Uyumunun Değerlendirilmesi İçin Kullanılan Yöntemler | 43 |
| 2.10. İlaç Uyumunun Artırılmasına Yönelik Kullanılan Yöntemler | 48 |
| 2.10.1. Yapılandırılmış Hasta Eğitimi | 48 |
| 2.10.2. Hatırlatıcı Araçlar | 48 |
| 2.10.3. Akıllı Telefon Uygulamaları | 48 |
| 2.10.4. Otomatik Sesli Yanıt(AVR) Ve Etkileşimli Ses Yanıt (IVR) Sistemi | 49 |
| 2.10.5. Akıllı Hap Kutuları (Parlayan Veya Elektronik Pillbox'lar) | 49 |
| 2.10.6. Çok Kompartmanlı Uygunluk Yardımcıları (MCA'lar) | 49 |
| 2.10.7. Hasta Günlükleri | 50 |
| 2.10.8. Oral Kemoterapi Takvimi | 50 |
| 2.10.9. Diğer Öneriler | 50 |
| 2.11. Öz-Etkililik/Teşvik Eden Faktörler | 51 |
| 2.12. Evde Tele-Sağlık Uygulamaları | 51 |
| 2.13. Motivasyonel Görüşme | 54 |
| 2.13.1. Ambivalansı Anlamak | 54 |
| 2.13.2. Motivasyonel Görüşmenin Dört Temel İlkesi | 55 |
| 2.13.3. Motivasyonel Görüşme ve Geleneksel Danışmanlık | 57 |
| 2.13.4. İlaç Uyumu ve Motivasyonel Görüşme | 58 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM | 60 |
| 3.1. Araştırmanın Şekli | 60 |
| 3.2. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı | 60 |
| 3.3. Araştırmanın Evreni | 60 |
| 3.4. Araştırmanın Örneklemi | 60 |
| 3.4.1. Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri | 61 |
| 3.4.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Ölçütleri | 61 |
| 3.4.3. Araştırmadan Çıkarılma Ve Sonlandırma Ölçütleri | 61 |

| | |
|--|----|
| 3.5. Veri Toplama Araçları | 62 |
| 3.5.1. Kişisel Bilgi Formu | 62 |
| 3.5.2. İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği (MASES) | 62 |
| 3.5.3. Oral Kemoterapi Uyum Ölçeği | 63 |
| 3.5.4. Motivasyonel Görüşme Formu | 64 |
| 3.5.5. Kontrol Grubu İzlem Formu | 64 |
| 3.6. Verilerin Toplanması Ve Uygulama | 64 |
| 3.6.1. Ön Uygulama | 64 |
| 3.6.2. Oral Kemoterapi Kullanım Kitapçığı İçin Uzman Görüşlerinin Alınması | 64 |
| 3.6.3. Araştırmanın Uygulanması | 67 |
| 3.7. Araştırmanın Bağımlı Ve Bağımsız Değişkenleri | 72 |
| 3.8. Verilerin Değerlendirilmesi Ve Bulguların Analizi | 72 |
| 3.9. Araştırmanın Süresi | 72 |
| 3.10. Araştırmanın Etik Yönü | 72 |
| 3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları | 72 |
| 4. BULGULAR | 73 |
| 4.1. Kontrol ve Müdahale Gruplarındaki Hastaların Tanıtıcı Özellikleri | 74 |
| 4.2. Kontrol ve Müdahale Gruplarındaki Hastaların Oral Kemoterapi Eğitimine Ve Oral Kemoterapi Kullanımına İlişkin Özellikleri | 78 |
| 4.3. Kontrol Ve Müdahale Gruplarındaki Hastaların İlaç Uyum ve Öz-Etkililik Puanlarının Karşılaştırılması | 82 |
| 4.4. İlaç Uyum ve Öz- Etkililik Ölçeği Puanı Arasındaki Korelasyonun Değerlendirilmesi | 84 |
| 4.5. Müdahale Grubunun Uygulamaya Yönelik Değerlendirmesi | 85 |
| 5. TARTIŞMA | 86 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER | 92 |
| 6.1. Sonuçlar | 92 |
| 6.2. Öneriler | 92 |
| 7. KAYNAKÇA | 93 |
| 8. EKLER | |
| EK-1: Etik Kurul İzin Belgesi | |
| EK-2: Tez Çalışması Orijinallik Raporu | |
| EK-3: Kişisel Bilgi Formu | |
| EK-4: İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği (MASES) | |

EK-5: Oral Kemoterapi Uyum Ölçeği

EK-6: Motivasyonel Görüşme Formu ve Görüşme Programı

EK-7: Kontrol Grubu Görüşme Formu

EK-8: Uzman Görüşü İçin Liste

EK-9: Oral kemoterapi ile ilgili sağlık personelinin ve hastaların yararlanabileceği kullanışlı web siteleri

EK-10: Oral Kemoterapi Kullanım Kitapçığı

EK-11: Tez Çalışması İle İlgili Hastane İzinleri

EK-12: Motivasyonel Görüşme Katılım Belgesi

9. ÖZGEÇMİŞ

SİMGELER VE KISALTMALAR

| | |
|--------------|---|
| ISPOR | Professional Society for Health Economics and Outcomes Research (Uluslararası Farmako-Ekonomi ve Sonuç Araştırması Kurumu) |
| IV | İntravenöz |
| KT | Kemoterapi |
| KML | Kronik Miyeloid Lösemi |
| MASES | Self-Efficacy Scale for Adherence/Adaptation to Medical Treatment (İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği) |
| MG | Motivasyonel Görüşme |
| NCCN | National Comprehensive Cancer Network (Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı) |
| NICE | National Institute for Health and Care Excellence (İngiltere Ulusal Enstitü) |
| OCAS | Oral Chemotherapy Adherence Scale (Oral Kemoterapi Uyum Ölçeği) |
| OK | Oral Kemoterapi |
| WHO | Dünya Sağlık Örgütü |
| 6-MP | Merkaptopürin |

ŞEKİLLER

| Şekil | | Sayfa |
|--------------|--|--------------|
| 2.1. | Oral kemoterapi gelişim tarihleri | 24 |
| 2.2. | Onkoloji sağlık bakım ekibi | 28 |
| 2.1. | Oral kemoterapi uygulama akışı | 29 |
| 2.4. | İlaç uyumunu izlem yöntemleri | 44 |
| 2.5. | Akıllı hap kutuları | 49 |
| 2.6. | Motivasyonel görüşmenin özeti | 56 |
| 2.7. | Geleneksel danışmanlık ve motivasyonel görüşme | 58 |
| 3.1. | Uygulamaya hazırlık akış şeması | 66 |
| 3.2. | Araştırma akış şeması | 71 |

TABLolar

| Tablo | | Sayfa |
|--------------|---|--------------|
| 2.1 | Oral kemoterapi ilaç sınıflaması | 25 |
| 2.2 | Oral kemoterapi ilaçlar ile tedavi edilen kanser türleri | 26 |
| 2.3 | İlaç uyumunu etkileyen faktörler | 42 |
| 2.4 | Uyum değerlendirme yöntemleri | 46 |
| 2.5 | Ağızdan alınan ilaçları almayı hatırlamaya yönelik öneriler | 50 |
| 2.6 | Evde tele-sağlık uygulamalarının avantajlar | 52 |
| 2.7 | Geleneksel danışmanlık ve motivasyon görüşme arasındaki farklar | 57 |
| 3.2 | Davies Tekniğine göre kapsam geçerliği çalışması. | 65 |
| 4.1 | Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı | 74 |
| 4.2 | Hastaların tanı, kullanılan ilaç ve tedavi özelliklerinin dağılımı | 76 |
| 4.3 | Hastaların oral kemoterapi kullanım özellikleri ve eğitim alma durumları | 78 |
| 4.4 | Hastaların oral kemoterapi ilacını evde kullanımına ilişkin özellikleri | 80 |
| 4.5 | Kontrol ve müdahale gruplarının ilaç uyum ve öz-etkililik ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması | 82 |
| 4.6 | İlaç uyumu ve öz- etkililik ölçeği puanı arasında korelasyonun karşılaştırılması | 84 |
| 4.7 | Müdahale grubunun uygulamaya yönelik değerlendirmesi | 85 |

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı ve Önemi

Kanser görülme sıklığındaki artışla beraber, kanser tedavisinde sık kullanılan yöntemlerden biri olan kemoterapi ilaçlarının, oral formlarının kullanımında artış olmuş ve kanser tedavisinin dörtte birini oluşturmuştur (1-3). İngiltere’de 2006-2007 yılları boyunca yaklaşık 24 milyon oral kemoterapi ilaç kullanılmıştır (4). Oral kemoterapi ilaç grubuna; *busulfan*, *capecitabine*, *etoposide* gibi anti-tümör ilaçlar girdiği gibi; *dasatinib*, *imatinib*, *thalidomide* gibi hedefe yönelik ilaçlar da girmektedir. Oral kemoterapi ilaçlar akciğer, meme, böbrek, lösemi gibi birçok kanser türünde kullanılmaktadır (5, 6).

Oral kemoterapi ilaç kullanımının hasta açısından pek çok avantajı olduğu söylenebilir. Bunlar arasında; hastaların tedavilerini evde almalarından dolayı evlerinde daha fazla vakit geçirmeleri, intravenöz girişimler ve özellikle hastane enfeksiyonlarına bağlı gelişebilecek komplikasyonların engellenmesi, otonomilerinin olması, daha az anksiyete yaşamaları gibi durumlar sayılabilir (7, 8). Ayrıca, kanser hastalarının tedavi süreçlerinin hastaneden eve kayması ile hastanede yatış oranları da azaltmıştır (9). Bunun yanında hastalar da kemoterapinin oral formlarını intravenöz formlarına göre, daha az toksik olarak algıladıkları için, oral kemoterapi kullanmayı tercih etmektedirler (10). Oral kemoterapi ilaç kullanmanın bir çok avantajı olmasına rağmen, ilaç kullanım uyumsuzluğuna ve bireyin öz-etkililiğine bağlı olarak, toksik etki ve yan etki yönetimindeki yetersizlik gibi dezavantajları da bulunmaktadır (11).

İlaç uyumu (drug adherence) sağlık ekibi önerisine uygun (ilacın reçetede yazıldığı şekilde eksiksiz, tam zamanında alınması ve önerilen zamandan önce bırakılmaması) ilaç kullanımı olarak tanımlanırken, *ilaç uyumsuzluğu (drug non-adherence)* sağlık ekibi önerisi ile hasta davranışının uyuşmaması olarak tanımlanmaktadır. Bu davranışlar ilaçla ilgili önerileri yerine getirmeme, verilen tedaviyi önerilen dozda veya sürede kullanamama ve tedaviyi kendi isteği ile

sonlandırma şeklinde olabilir (12). İlaç uyumsuzluğu ilacın bırakılması şeklinde olabileceği gibi ilaçtan fayda gördüğü için ilaç kullanımını artırmak (*over-adherence*) şeklinde de olabilmektedir (7). Aynı zamanda ilaç uyumsuzluğu; hastalarda reçete edilen ilacın kullanılmaması (*non-fulfillment*), ilacın kullanılmaya başlayıp bir süre sonra bırakılması (*non-persistence*), reçete edilen tedavinin tamamının alınmaması, yanlış doz ya da yanlış zamanda alınması (*non-conforming*) ya da hastanın tedavisini sadece sağlık kuruluşuna başvuracağı dönemlerde kullanması, diğer dönemlerde tedavisini aksatması (*Beyaz Keçi Uyumu*) şeklinde de çeşitlilik gösterebilmektedir (13).

İlaç uyumu, karmaşık ve çeşitli etkileyen faktörleri içeren çok yönlü bir konudur. İlaç uyumunu etkileyen faktörlerin başlıcaları; hasta, tedavi, bakım vericiler ve sağlık sistemi kaynaklı faktörler olabilmektedir. Hastaya ilişkin faktörler; fiziksel sınırlılık (yutma güçlüğü), düşük okuryazarlık seviyesi, psikolojik faktörler, kültürel inanışlar şeklinde sıralanmaktadır. Tedaviye ilişkin olarak; tedavi maliyeti, rejim programının karmaşıklığı, yan etkiler uyumu etkilemekte iken, bakım vericiler ve sağlık sistemine ilişkin; iletişim eksikliği ve parçalanmış sağlık sistemi gibi konular hasta uyumunu belirleyen önemli faktörlerdendir (14).

Yapılan çalışmalar (15-17), kronik hastalığa sahip uzun dönem tedavide ilaç uyumunun %50-70 oranında olduğunu göstermiştir. İngiltere’de 2006 yılında, toplam kanser ilaçlarının %25’i oral formda reçete edilmiş ve bunların sadece %20’sinden daha azında güvenli ilaç yönetimi ve izlemi yapıldığı raporlanmıştır (18). Weingard ve arkadaşlarının 1999-2007 yılları arasında oral kemoterapi ilaç kullanımıyla ilgili 508 vakayı incelediği çalışmada, yanlış ilaç kullanımına bağlı; hastaların %2,4’ünde ölüm, %4,1’inde hastaneye yatış ve %80,7’sininde minimal zarar görüldüğü bildirilmiştir. Aynı çalışmada, uyumsuz ilaç kullanımına bağlı hastaların %1,2’sinde allerji, %4’ünde gastro-intestinal rahatsızlık, %39,1’inde kemik iliği baskılanması olduğu belirtilmiştir (19).

Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı (NCCN)’in 2008 oral kemoterapi raporunda (20); hastaların %13,6’sının ilacı yanlış aldığı, %11’nin ilaç uygulama periyodunda hatalı olduğu ve %10’nunun dozlarını unuttuğu bildirilmiştir. Bildirilen ilaç hataları; ilacın

yazılımı, temini, ilaç eğitimi, takibi gibi değişik aşamalardan kaynaklanmaktadır. Bu hataların %12,8'i hemşirenin görevli olduğu ilaç eğitim ve takip aşamalarından kaynaklanmıştır. Ayrıca hastaların ilaç dozu, sıklığı ve kesilme tarihi gibi bilgileri tanımlamakta başarısız olduğu görülmüştür (4, 21, 22). Bunların yanında ilaç kullanımının artışı (over-adherence) vakalarda rapor edilmiştir. Randomize kontrollü bir çalışmada hastaların ara vermeleri gereken günlerde de ilaç aldıkları ve unutulmuş dozları tamamlamak için çift doz ilaç aldıkları görülmüş, bu durumu toksik etki ve yan etki gelişiminin takip ettiği belirtilmiştir (23).

Oral kemoterapi ilaçlarının terapötik indeksinin dar olması nedeniyle, evde güvenli ilaç kullanımını sağlamak için hasta izlemi çok önemlidir. Çalışmalar güvenli ilaç kullanımı için eğitimin tek başına yeterli olmadığını, evde düzenli eğitim ve takibin yapılmasının da gerekli olduğunu savunmaktadır (2, 24, 25). Ayrıca bireylerde diyet, ilaç ve bireysel izlemlerine uyumlarını artırmanın ve davranış değişikliği sağlamanın yolu; yalnızca tavsiye vermek yerine, birey odaklı programların kullanılmasıdır (26). Avrupa ve Amerika'da evde ilaç uyumunu artırmak için çeşitli yöntemler uygulanmaktadır. Bunların başında elektronik alarm ve hatırlatıcıları, akıllı telefon uygulamaları, hap sayma sistemleri, elektronik hap kutuları, kemoterapi günlükleri, mesaj sistemleri, telefon ile arama-takip ve bilgisayar destekli olarak hastaların ihtiyaç duydukları konulara istedikleri zaman yanıt aldıkları otomatik sesli yanıt sistemleri gelmektedir (27-31). Bu uygulamaların maliyet oranları değişmektedir. Örneğin Burhenn ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada otomatik titreşimli hap kutusunun maliyeti 39.95 \$, görüntülü alarmlı hatırlatıcının maliyeti 99.95 \$, otomatik ilaç dağıtıcının maliyeti 289,95 \$ olarak hesaplanmıştır (27).

İlaç uyumunu artırmak için kullanılan yöntemlerin maliyetinin yanı sıra toplumun kültürel, sosya ekonomik ve eğitim seviyesine de uygun olması gerekmektedir. Hintistan ve arkadaşlarının akciğer kanseri 60 hasta ile yaptığı çalışmada, hastalar telefon ile hemşire tarafından takip edilmiş ve hastaların semptomlarının azaldığı görülmüştür (32). Ülkemizde kanser hastalarında telefon ile yapılan danışmanlık konusunda az çalışma olmasına rağmen, diğer kronik hastalıklarda telefon ile izlem ve danışmanlık sıkça kullanılan, ucuz ve fayda sağlayan

bir yöntemdir (33, 34). Literatür incelendiğinde; kanser ve diğer pek çok kronik hastalık grubunda telefon ile yapılan danışmanlığın sıkça kullanılan yöntemler arasında olduğu görülmektedir (35-38). Spoelstra ve arkadaşlarının (2015) oral kemoterapi ilaç kullanan yaşlı hastalarla yaptıkları çalışmada; hastaların cep telefonuna mesaj atılmasının hasta davranış ve sonuçlarını geliştirdiği belirtilmiştir (39). Ayrıca telefon ve diğer mobil sağlık teknolojilerinin kullanımının, hemşire ve hastanın iletişiminden kaynaklı boşlukları doldurmada yararlı olduğu belirtilmiştir (40).

Ülkemizde erişkin toplumun kültürel yapısı, eğitim düzeyi, teknoloji kullanabilme yeteneği, hasta tercihleri düşünüldüğünde, sağlık ekibi ile direk temas halinde olarak takip edilmesinin daha kullanışlı bir yöntem olduğu yaygın kabul görmektedir. Ayrıca, motivasyonel görüşme tekniğinin, yüz yüze ya da telefon ile direk iletişim kurularak uygulanması görüşme tekniğinin doğasına uygun bir yöntemdir. Son yıllarda yapılan çalışmalar danışmanlığın yanı sıra motivasyonel görüşme tekniklerinin birlikte kullanıldığı danışmanlık sisteminin, hastada davranış değişikliği yaratma konusunda daha başarılı olduğunu göstermektedir (26, 41).

Motivasyonel görüşme tekniği ilk olarak, bağımlıların tedavisinden gelen deneyimlerle William Miller tarafından geliştirilmiştir. Miller'e göre motivasyonel görüşme; hastaların sorunlarını keşfetme ve çözmelerine yardım ederek davranış değişimi sağlamak için önerilen danışan merkezli bir görüşme biçimidir (42). Aynı zamanda motivasyonel görüşme; danışanların ambivalansını keşfedip çözümlmelerine yardımcı olarak davranış değişikliği gerektirmek için kullanılan direktif ve danışan merkezli bir yaklaşımdır (26). Sağlık davranış değişimi için motivasyonel görüşme, uzun dönem tedavide hastaların ilaç uyumunu artırmada ve sağlıkla ilgili davranışlarını değiştirmekte fayda sağlayan bir danışmanlık yöntemidir. Ek olarak motivasyonel görüşme Prochaska ve Diclemente'nin transteoretik modelinden türetilmiş olup, bireylerin hedeflenen tedavi önerilerine ulaşmasına yardım etmek için sağlık çalışanlarının kullandığı, kanıta dayalı bir danışmanlık yöntemidir (43). Bununla birlikte Özdemir ve Taşçı (2013) yazdığı derleme makalede,

hemşirelikte Motivasyonel görüşme becerilerinin kullanıldığı araştırmaların yapılması, etkinliğin kanıt düzeyini ve hemşirelik bakımının kalitesini-sürekliliğini arttıracaklarını belirtmişlerdir (44). Motivasyonel görüşme; literatürde sigara bırakma (gebelerde, öğrencilerde), akut inme sonrası rehabilitasyon, Tip 2 Diabetes Mellitusta yaşam tarzını değiştirme, astım tedavisini sürdürme, Human Immuno-deficiency virus'ü (HIV) hastaların anti-retroviral tedavilerini alması, alkol bağımlılığı tedavisi, kardiyak bakım, kronik ağrı, diyet yönetimi, madde bağımlılığı, AIDS'ten korunma, kazaları önleme, anksiyete bozukluğu, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, cinsel davranış değişikliği, tütün bağımlılığı ve kilo verme gibi konularında sık kullanılan bir yöntemdir (41, 44-46). Spoelstra ve arkadaşlarının (2015) motivasyonel görüşmenin ilaç uyumuna etkisini incelediği sistematik derlemesinde; yüz yüze ya da telefonla yapılan motivasyonel görüşmenin ilaç uyumuna olumlu etkisi olduğu rapor edilmiştir (28). Spoelstra ve arkadaşlarının (2013) ilaç uyumunu artıran yöntemleri incelediği başka bir çalışmada, motivasyonel görüşmenin oral kemoterapi ilaç kullanan hastalarda, ilaç uyumunu artırmak için kullanılabileceği önerilmiştir (47). Aynı zamanda motivasyonel görüşmenin diğer müdahale yöntemleri ile bütünleştiğinde daha etkili olduğu bildirilmektedir (47).

İlaç uyumunun yanı sıra "bireyin kendi değişme kabiliyetine olan inancı" olarak tanımlanan öz-etkililiğin, özellikle yetişkinlerde sağlıkla ilgili davranışların güçlü bir göstergesi olduğu bilinmektedir (48, 49). Öz-etkililiği birincil bir sonuç olarak kullanan randomize kontrollü bir çalışmada (2013), standart bir bakım programına ek olarak MG'nın, öz-etkililiği (davranış değişikliklerini yapma ve sürdürmede ayrılmaz olduğu düşünülen bir parametre) önemli ölçüde artırdığı görülmüştür (50).

Çalışmalar göstermektedir ki, oral kemoterapi ilaç kullanımında ortaya çıkan hatalar ve ilaç uyumsuzluğu; sağlık ekibinin yetersiz takip ve hataların izleminden kaynaklanmaktadır (32, 49). Onkoloji hemşiresi, sağlık ekibinde; hasta- onkoloji hemşiresi-hasta yakınları ile iletişim, hastanın oral kemoterapi ilaç uyumunu geliştirmek, tedavi etmek ve yönetmek için liderlik görevini üstlenmeli, eğitim ve izlemine dahil olmalıdır (50). Walker ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, oral

kemoterapi ilaç kullanan hastaların ilaç eğitimini;%54'ü hemşirelerden, %34'ü ise eczacıdan aldığını belirtmiştir (9). Gandhi ve arkadaşlarının yaptığı karşılaştırmalı çalışmada; hastaların %42,5'i yan etki yaşadıklarında ilk bilgi verdikleri sağlık ekibi üyesinin hemşire olduğunu bildirmişlerdir (51). Sağlık ekibi üyelerine "oral kemoterapi kullanan hastalar yan etki yaşadıklarında ilk olarak kime haber vermeli sorusuna %70'i "hemşire" yanıtını vermişler (52). Literatürdeki çalışmalar, hemşirelerin ilaç uyumu konusunda hastalarına destek olmalarının, uzun dönem hasta sonuçlarına olumlu katkı sağladığını göstermektedir (33, 34, 42, 49, 52, 53).

Sonuç olarak, onkoloji hemşirelerine; oral kemoterapi ilaç yönetiminde, evde izlem, danışmanlık ve eğitim konularında önemli görevler düşmektedir. Ancak literatür incelendiğinde, kanser hastalarının takibinde ilaç uyumlarını ve öz-etkililiklerini destekleyecek standart bir yaklaşımın olmadığı görülmüştür. Araştırmaların sınırlı olması ve kaynakların yetersizliği nedeniyle sağlık personeli hastaları izlemekte etkin olamamaktadır. Bu durum hastanın ilaç uyumunu olumsuz etkileyerek oral kemoterapi uygulamasında dezavantaj yaratmaktadır. Bu çalışma, alandaki hemşirelik uygulamalarına kanıt oluşturması ve ülkemizde oral kemoterapi ilaç kullanan hastaların takibinde yaşanan boşluğun doldurması açısından önem taşımaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, oral kemoterapi ilaç kullanan kanser hastalarında motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın ilaç uyumu ve öz etkililiğe etkisini belirlemektir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H_{0a}: Oral kemoterapi ilaç kullanan kanser hastalarında, motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın, ilaç uyumuna etkisi yoktur.

H_{1a}: Oral kemoterapi ilaç kullanan kanser hastalarında, motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın, ilaç uyumuna etkisi vardır.

H_{0b}: Oral kemoterapi ilaç kullanan kanser hastalarında, motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın öz etkililiğe etkisi yoktur.

H_{1b}: Oral kemoterapi ilaç kullanan kanser hastalarında, motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın öz etkililiğe etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

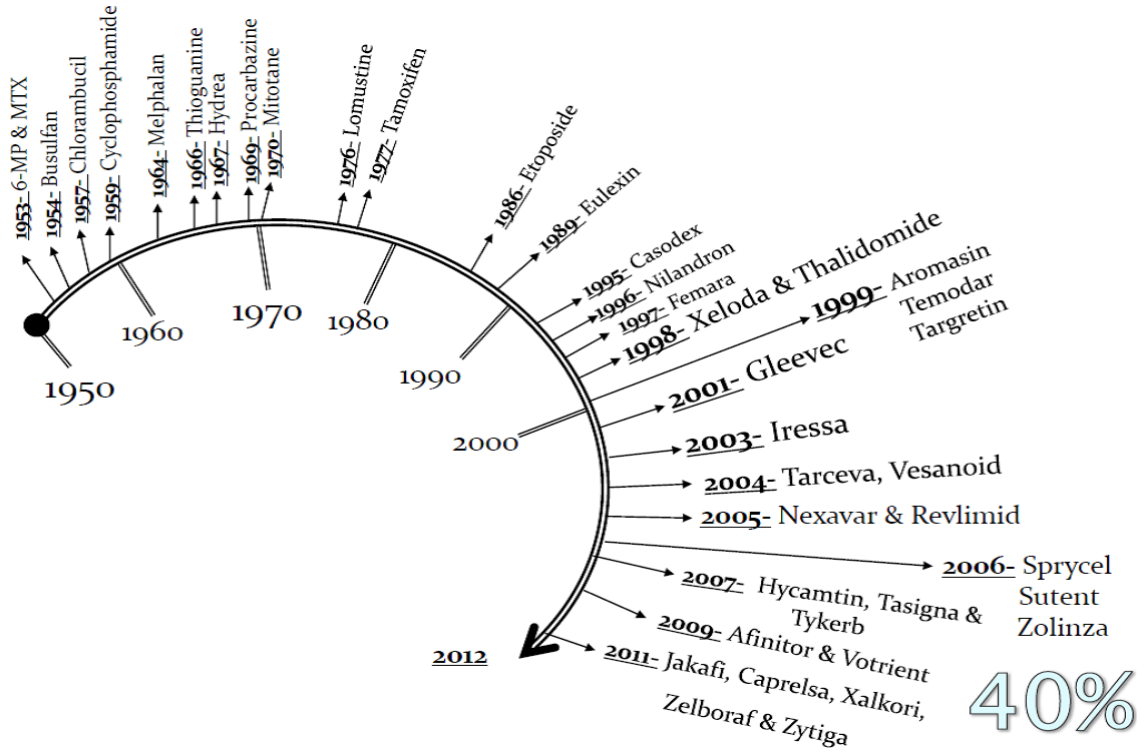
2.1. Kanser

Kanser, büyüme özellikleri bozulmuş hücrelerin klonal yayılımı olan ve somatik genetik hastalıkların en sık, en yaygın ve aynı zamanda en komplike olanıdır. Kanser multifaktöryel olup, bakterilerden virüslere, radyasyondan kalıtıma, çevresel faktörlerden beslenme alışkanlığına ve kimyasallara kadar birçok faktörden etkilenmektedir (51). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2014'te paylaştığı rapora göre, Avrupa'daki yaklaşık her 4 ölümden 1'inin, Türkiye'de ise her 5 ölümden 1'inin kanserden kaynaklandığı görülmektedir (52, 53).

Kanser tedavisinde sık kullanılan bir yöntem olan *Kemoterapi (KT)*, kanser hücrelerini kemoterapötik ajanlar kullanarak öldürmeyi amaçlayan ve sitotoksik anti-neoplastik ajanların sıklıkla kullanıldığı tedavi şeklidir ve son yıllarda oral formlarının kullanımını giderek artmaktadır (54).

2.2. Oral Kemoterapi

Kanser ve kanser dışı koşullar için sitotoksik tedavinin oral yol ile uygulanması giderek artmakta ve buna paralel olarak son 10 yılda FDA tarafından onaylanmış 40'dan fazla oral kemoterapi ilacı kullanılmaya başlanmıştır (Şekil 2. 1)(4, 55, 56).



Şekil 2. 1. Oral kemoterapi gelişim tarihleri.

Ağız yoluyla verilen ilaçlar, diğer tümör büyümelerini önlemek ve tamamen öldürülmesini sağlamak açısından, intravenöz muadillerine benzer bir etkinlik gösterir ve indüksiyondan bakım terapisine kadar hastalık spektrumu boyunca kullanılabilirler. Bunların yanında oral kemoterapi kullanımı kanser hastalıkları ile sınırlı değildir. Romatoidartrit, sedef hastalığı (Psöriazis) ve diğer otoimmün hastalıkları içeren durumlarda da, metotreksat gibi oral ilaçlar kullanılabilir (57, 58).

ABD Ulusal Kanser Enstitüsüne göre, kanser bakımının %90'ı ayakta tedavi ortamında sağlanmaktadır. Bu yaygın kullanımın yanında, oral kemoterapi uygulaması için güvenlik, yönetim ve izlemin, intravenöz uygulamalara göre daha az olduğu görülmektedir (18). Tablo 2. 1'de oral kemoterapi ilaçlarının sınıflaması görülmektedir.

Tablo 2. 1. Oral kemoterapi ilaç sınıflaması

Tablo 2. 1’de oral kemoterapi ilaç sınıflaması görülmektedir (59, 60).

| İlaç sınıfı | İlaçlar |
|---|---|
| Alkileyici Ajanlar | Busulfan, Chlorambucil, Cyclophosphamide*, Lomustine, Melphalan, Procarbazine, Temozolomide |
| Antrasiklinler | İdarubicin |
| Anti-Metabolitler | Capecitabine, Fludarabine, Hydroxyurea*, Mercaptopurine*, Methotrexate*, Thioguanine |
| Podofillotoksinler | Etoposide |
| VincaAlkaloidleri | Vinorelbine |
| Hedefe Yönelik Ajanlar | Dasatinib, Erlotinib, Everolimus, Gefitinib, İmatinib, Lenalidomide, Nilotinib, Pazopanib, Sorafenib, Sunitinib, Thalidomide |
| Hormon ve Hormon Antagonistleri | Abarelix, Aminoglutethimide, Anastrozole, Bicalutamide, Cyproterone, Diethylstilbestrol, Dutasteride, Exemestane, Estramustine, Finasteride, Goserelin, Leuprolide, Letrozole, Megestrol, Nilutamide, Tamoxifen |
| *Şu anda hem kanser hem de kanser dışı göstergeler için kullanılır | |

Tablo 2. 2’de oral kemoterapi ilaçlar ile tedavi edilen kanser türleri görülmektedir.

Tablo 2. 2. Oral kemoterapi ilaçlar ile tedavi edilen kanser türleri.

| Kanser tipleri | Oral KT ilaçları |
|--------------------------|---|
| Meme Kanseri | Capecitabine, cyclophosphamide, lapatinib, methotrexate |
| Beyin Tümörü | Lomustine, procarbazine, temozolamide |
| Lösemi | Hydroxyurea, mercaptopurine, methotrexate, thioguanine, tretionin |
| Kronik Lösemi | Chlorambucil, fluradabine, dasadinib, imatinib, nilotinib |
| Kolorektal Kanser | Capecitabine |
| Pankreas Kanseri | İmatinib, sunitinib, pazopanib |
| Böbrek Kanseri | Everolimus, pazopanib, sofarenib, sunitinib, temsirolimus, axitinib |
| Karaciğer Kanseri | Erlotinib, etoposite, crizotinib |
| Lenfomalar | Chlorambucil, Etoposite, cyclophosphamide, lenalidomide, procarbazine, vorinostat, bexarotene |
| Multiplemyelom | Lenalidomide, melphalan, thalidomide, varinostat |
| Over Kanseri | Altretamine, cyclophosphamide, melphalan, topotecan |
| Prostat Kanseri | Abiraterone, estramustine |
| Cilt Kanseri | Vismodegib, vemurafenib |
| Tiroid Kanseri | Vandetanib |

2.2.1. Oral Kemoterapinin Kullanımı

Oral kemoterapik ajanlar, kanda ilaç seviyelerini sürdürerek ve kanserli hücrelerin sürekli ilaç maruziyetini uzatarak potansiyel olarak gelişmiş bir kanser kontrolü sağlar. Bu durum oral kemoterapinin önemli yararlarından biridir. Oral kemoterapik ajanların diğer yararları; hastaların günlük hayatlarında daha az kesinti olması, çalışma hayatında minimum etkilenim, ulaşım sorunlarının ortadan kalkması,

linik veya doktor ofisine genel ziyaretlerin azaltılması ve IV erişim ihtiyacının ortadan kaldırılması olarak sıralanabilir (2, 56, 59).

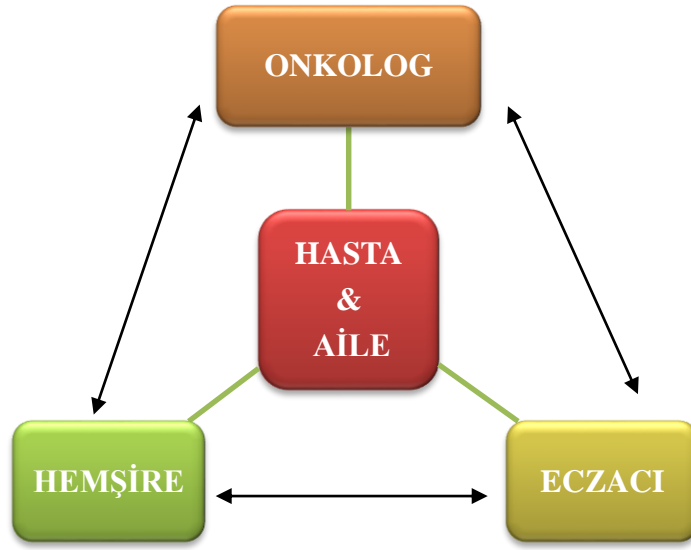
Oral kemoterapi ilaç uygulamalarının kullanım avantajları olmasının yanı sıra rejim karmaşıklığı ve ilaçların izlemi hakkında hasta/hasta yakınlarına sorumluluk düşmesine bağlı dezavantajlar yaşanmaktadır. Yaşanan en önemli dezavantaj, ilaç uyumsuzluğuna bağlı gelişen semptomlar ve yan etki yönetiminde ki yetersizliktir. Sorun genellikle uzun süreli veya ömür boyu tedavi gerektiren kanser hastaları için daha da önemli olmaktadır. İlaç kullanımındaki uyumsuzluk; hastalığın ilerlemesine, ek komplikasyonlara, hastanın işlevsel yeteneklerin azalmasına, yaşam kalitesinin düşmesine ve erken ölümlere neden olabilmektedir (2, 59).

2.2.2. Oral Kemoterapi İlaç Kullanımındaki Hatalar

Weingart ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada; oral kemoterapi kullanımında yapılan hatalar; reçete yazma hatası, yanlış hesaplamalar veya okunmayan el yazısı, yetersiz eğitim (dil engeli ve/veya eğitimin zaten gerçekleştiği varsayımı nedeniyle) ve reçeteyi eczaneye iletirken hata oluşması şeklinde sıralanmıştır. Ayrıca hasta ile ilgili: hastanın rejime doğru şekilde uymaması (örn, yanlış ilaç alması, ilacı kendinden modifiye etmesi, doz unutulması), hastanın yan etkileri yetersiz bildirmesi gibi hatalar görüldüğü belirtilmiştir (64). Yayımlanan bir olgu raporunda (2015) 49 yaşında erkek hastanın oral kemoterapi dozunu aşırı almaktan dolayı öldüğü bildirilmiştir. Tanımlanan 140 ilaç hatasının da; düşük doz ve aşırı dozlama, zamanlama hataları, yanlış ilaç uygulaması, ilaçların veya hidrasyonun ihmal edilmesi, ilaçların uygunsuz hazırlanması ve yanlış hastalara uygulanan kemoterapi gibi durumları içerdiği bildirilmiştir. Oral kemoterapi ilacı ile ilgili hatalardan dolayı yaklaşık %2 ile %5 oranlarında ilaç tedavisi kesilmiştir. Oral kemoterapi alan hastanın evde izlenmesi olmadan, bazı hata türlerinin neredeyse çözülemeyeceği bilinmektedir (60).Yapılan çalışmalar oral kemoterapi ilaç hata oranlarını %3 ile %16 arasında bildirmiştir. Pediyatrik akut lenfoblastik lösemi hastalarında yapılan bir çalışmada çoğunlukla reçete yazma ve uygulamada meydana gelen%10 oral ilaç hata oranı bulmuştur (61, 62).

2.2.3. Oral Kemoterapi İlaç Yönetiminde Sağlık Ekibinin Görevleri

Oral kemoterapi tedavisinin güvenli bir şekilde verilmesi multidisipliner bir yaklaşımı gerektirir. Hastalar, onkologlar, hemşire ve eczacılar arasında ortak bakım düzenlemeleri altında yönetilebilir (Şekil 2. 2). Fakat oral kemoterapi için infüzyon kemoterapisi gibi koruma önlemleri alınmaması, güvenli uygulamalar hakkında onkoloji uzmanları arasında görüş birliği bulunmaması ve güvenli uygulama kılavuzlarının geliştirilmemiş olması önemli bir problemdir(63, 64).



Şekil 2. 2. Onkoloji sağlık bakım ekibi.

Onkoloji sağlık ekibi, oral kemoterapi ilaçları hakkında hastaya ve ailesine net, kesin yönergeler sunan, kapsamlı, kanıta dayalı yazılı, sözlü ve resimli tavsiyeleri hastaya sağlamalıdır (65). Oral kemoterapi başlanacak hastaların tedavi öncesi ve tedavi sonrası değerlendirmeleri mutlaka yapılmalıdır.

2.2.4. Oral Kemoterapi Uygulaması

Oral kemoterapi ilaç yönetimi için, multidisipliner yaklaşımda her disiplin oral kemoterapi uygulama aşamasındaki görevlerini tam ve eksiksiz yapmalıdır. İlacın hekim tarafından doğru şekilde reçete edilmesi, eczacı tarafından uygun koşullarda

saklanması ve dağıtılması, hemşire tarafından da hasta eğitimi ve izleminin yapılması gerekmektedir (Şekil 2. 3) (12).



Şekil 2. 3. Oral kemoterapi uygulama akışı.

Onkoloji bakım ekibinin, hasta ve hasta yakınlarının eğitimi için gerekli olan temel öğeleri bilmeleri oral kemoterapi yönetimi için önemlidir. İlaç yönetiminin doğru şekilde yapılabilmesi için tüm sağlık uzmanları, hastalar ve aile üyelerinin, sitotoksik ilaç tanımlama ve saklama için asgari standartların farkında olmaları gerekmektedir (56).

Hastaların takibini kolaylaştıracak kontrol listelerinin hazırlanması, hastalara ve ailelere kısaltılmış protokol kılavuzu veya yol haritası sunulması ve izlem bakımında önemli noktalardır (55). Ayrıca ilaçlarla ilgili hasta ve aile eğitiminden sorumlu klinik personelin tanımlanması ve hemşire aracılığıyla hastalara ulaşarak evde güvenli bir şekilde yerleşimi destekleyen takip çağrılarının, otomatik hatırlatıcı sistemlerin ve önceden doldurulmuş hap kutularının kullanımının desteklenmesi yararlı olacaktır. Oral kemoterapi kullanan hastalar da, IV kemoterapi alan hastalar için verilen 24 saatlik telefon danışmanlık hizmetine erişebilmelidir. Oral kemoterapi kullanan hastaların klinik ortamda reçete edilen ilaçlarına yönelik bilgilendirilmeleri yeterli değildir. Ayrıca bu hastaların ev ortamlarında izlenmesi ve ihtiyaç halinde telefon ile bilgilendirme ya da sorularının yanıtlanması da çok önemli bir gerekliliktir (66).

2.3. Oral Kemoterapi İzleminde Hemşirenin Rolü

Onkoloji hemşireleri, oral kemoterapi alan hastaların değerlendirilmesinde, eğitilmesinde ve izlenmesinde anahtar rol oynayarak, hastanın tedaviye olan uyumunun artırılmasına ve böylece klinik sonuçların iyileştirilmesine önemli katkı sağlarlar (40).

2.3.1. Eğitici Rolü

Oral kemoterapi ile ilgili eğitim, bir defaya mahsus olmayıp tedavi boyunca devam ettirilmelidir. Böylece eğitiminin sürekliliği sonucu oral kemoterapinin güvenli bir şekilde kullanılması ve hasta için en iyi klinik sonuç elde edilmesi sağlanabilir (62). Onkoloji hemşiresi, hastanın, ailesinin, sağlık profesyonelleri ve/veya toplumun öğrenme gereksinimlerini tanımlar, eğitim aktiviteleri planlar, uygular ve değerlendirir. Hasta eğitimi, başarılı oral kemoterapi tedavisini desteklemek için çok önemlidir (67).

2.3.2. Rehberlik ve Danışmanlık Rolü

Onkoloji hemşiresi, oral kemoterapi kullanan kanserli bireylere ve ailelerine oral kemoterapi tedavi süreci ve yönetimi ile ilgili; tedavi öncesinden başlamak üzere, tedavi, bakım sürecinde ve günlük yaşantısına geri döndüğünde bakımın sürdürülmesi, hastalık süreci ile baş etme, yan etki yönetimi ve yeni yaşama uyum sağlama konusunda danışmanlık sağlar. Danışmanlık yüz yüze olabileceği gibi evde telefon ile de yapılabilmektedir (68, 69). Novello ve arkadaşları, Onkoloji Hasta Eğitimcisi (OPE) olarak adlandırılan ve hastalara güvenli bir şekilde idare etme, kendi kendini yönetme ve kendi kendine bakım konularındaki belirli hedefleri gerçekleştirmek için yeni bir hemşirelik rolü başlatmışlardır. Bu yeni rolde hemşire; ilacın güvenli kullanımı, bağımsız ev yönetimi için hasta ve ailenin bakım verici bilgilerini artırmaya odaklanıp bilgi boşluklarına doldurmayı ve yan etki yönetimini amaçlamaktadır (70).

2.4. Oral Kemoterapi Kullanan Hastalara Verilen Eğitim

2.4.1. Yan Etki Yönetimi

Oral kemoterapi ilaçlarının IV ilaçlar gibi pek çok yan etkileri vardır. Örneğin, bazı oral kemoterapi (dasatinib, lenalidomid) tedavinin ilk birkaç haftasında myelosüpresyona (kemik iliği aktivitesinin azaldığı, daha az alyuvar, beyaz kan hücresi ve trombosit ile sonuçlanan bir duruma) neden olabilir ve tedavinin ilk birkaç haftasında haftada bir kan sayımı gerekebilir. Hepatotoksisite (kimyasal kaynaklı karaciğer hasarı) birçok oral kemoterapi maddesinin potansiyel ciddi bir yan etkisidir. Hastaların karaciğer enzimlerinin, tedavinin ilk iki-üç ayı içermek en az iki haftada bir

izlenmesi gerekebilir. Hiperglisemi (yüksek kan şekeri), bazı oral kemoterapi ajanlarının da ortak bir yan etkisidir. Oral kemoterapinin diğer yaygın yan etkileri mide bulantısı ve kusma, ishal, ağız yaraları ve ciltte kızarıklığıdır; bu nedenle hastalar bu yan etkileri nasıl yönetecekleri konusunda eğitilmelidir. Yan etkilerin erkenden tanınması ve çözülmesi, hastaya daha olumlu bir deneyim sunabilir, bu da potansiyel olarak tedaviye olan uyumun artmasına yardımcı olur (71).

2.4.2. İlaç- ilaç ve ilaç-Besin Etkileşimleri

Oral kemoterapi ajanları genellikle dar bir terapötik indekse sahiptir ve oral kemoterapi alan tüm hastalar potansiyel ilaç-ilaç veya ilaç-besin etkileşimleri açısından taranmalıdır (72, 73).

Analjezik dozlardaki aspirin ve non-steroid anti-inflamatuar ilaçlar, kanser tedavisi ile birlikte kullanıldığında metotreksatın toksisitesini artırabilir. Haftalık methotreksatla düşük doz aspirin kullanılabilir. Romatoid artrit tedavisinde kullanılan düşük doz metotreksat ile ilişkili risk çok daha azdır. Ayrıca sitotoksik kemoterapi diğer ilaçların etkinliğini değiştirebilir. Örneğin, kapesitabin, antikoagülan etkisini arttırarak varfarinin metabolizmasını önemli ölçüde azaltır. Bir reçeteyi vermeden önce hastadan veya bakım verenden eksiksiz bir ilaç geçmişi alınmalı ve potansiyel etkileşimler tartışılmalıdır. Oral kemoterapik ajan madde, hastanın sitotoksik olmayan ilaçlarından ayrı paketlenmelidir (74).

Hastalar, başka bir hekim tarafından antibiyotik verildiğinde onkologlarını bilgilendirmek için eğitilmelidir. Bazı oral kemoterapi tedavisi sırasında eritromisin, siprofloksasin ve klaritromisin gibi antibiyotikler hastalara tavsiye edilmez veya yakın izlem yapılması gerekir. Bazen, antibiyotik seyrinde oral kemoterapi ajanını kesmek gereklidir. Antiasitler ve proton pompa inhibitörleri, oral kemoterapinin emilimini engelleyebilir. Kapesitabin kullanırken, kapesitabin öncesi ve sonrası iki saat boyunca antiasitlerden kaçınılmalıdır. Bazı oral kemoterapi ajanları ile proton pompa inhibitörlerinin aynı zamanda alınması sorun olabilir. Benzer şekilde, hastalar oral kemoterapi sırasında kaçınılması gereken gıdalar konusunda eğitilmelidir. Greyfurt, greyfurt suyu ve greyfurt ürünleri CYP3A inhibitörleridir ve oral kemoterapi

ajanlarının etkinliğini azaltabilir. Hastalar oral kemoterapi başlanmasından önce ve kesilmesinden sonraki birkaç hafta boyunca bu meyveleri yemeyi bırakmalıdır. Yiyecekler ayrıca kemoterapi emilim hızlarını da etkileyebilir. Örneğin, Abiraterone (Zytiga®), alımından iki saat önce ve iki saat sonra yiyeceklerden kaçınılmalıdır. Tersine, bazı oral ilaçlar düşük yağlı bir kahvaltıyla alınması gereken regorafenib (Stivarga®) gibi yiyeceklerle birlikte alınmalıdır (69). Özetlemek gerekirse, ilaç başlanacak hastaya oral kemoterapinin emilimini etkileyebilecek gıdalar ve aktiviteler ayrıntılı bir şekilde anlatılmalı ve yazılı olarak verilmelidir. Bu gıdalar, yüksek yağlı yemekler, yeterli sıvı alımının olmaması, sigara içmek, alkol, kafein, üzüm suyu, kalsiyum veya süt ürünleri, seville portakalları, tiramin açısından zengin besinler (örn. Şarap, yoğurt, muz, yaşlı peynirler) gıda ve uygulamalardan uzak durması belirtilmelidir.

Mancini ve arkadaşlarının yaptığı (2011) bir çalışmada; oral kemoterapi kullanan 700 hastanın %10, 4'ünde ilaç-ilaç etkileşimi bulunmuştur ve doz ayarlaması gerekmiştir. Bu veriler, bu sorunların ne kadar yaygın olabileceğini vurgulamaktadır. Ayrıca potansiyel yan etkiler, ilaç-ilaç ya da ilaç-gıda etkileşimleri konularını ele almak için, telefonla kapsamlı haftalık olarak değerlendirilmesinin faydalı olacağı belirtilmiştir (75).

2.4.3. Güvenlik Uygulamaları

2.4.3.1. Üreticiler ve Distribütörler İçin Güvenlik Önerileri

Dünyada kanser vakalarının ve tedavideki olanaklarının geliyiyor olması nedeniyle oral kemoterapi üretimden son kullanıcıya kadar bütün süreçlerde güvenlik önlemlerinin alınması gerekmektedir. Aşağıda üreticiler ve distribütörler için güvenlik önerileri özetlenmiştir (76).

- *Dağıtım öncesinde kirlenmeyi önlemek için etkili paketlenme ve segregasyon teknikleri kullanılmalıdır.
- *İlaçları kullanan bireylerin gerekirse ek önlemler alabilmesi için ambalajlama, ayırma tekniklerinin kullanılıp kullanılmadığını açıkça belirtmelidir.
- *Ambalaj malzemesi, taşıma sırasında herhangi bir sızıntıya karşı dayanıklı olmalıdır.
- *Ambalaj etiketi, ajanın sitotoksik olduğunu belirtmelidir.
- *Distribütörler, ambalaj üzerindeki etiketlemenin sağlam olduğundan emin olmalı ve oral sitotoksik ajanların nonsitotoksik ajanlardan ayrı olarak depolanmasını ve taşınmasını sağlamalıdır.
- *Oral kemoterapi ajanlarının, tek bir terapi döngüsü için gereken miktara göre ambalaj başına uygun sayıda tablet veya kapsül sağlamalıdır. Bu yaklaşım bir seçenek değilse, üreticiler birim paketlenmeyi (yani tabletler veya kapsüller için bireysel ambalaj) kullanmayı denemelidir.

2.4.3.2. Sağlık Ekibi İçin Güvenlik Önerileri

Oral kemoterapinin uygun kullanımı sadece hastalar için değil, sağlık çalışanları için de önemli bir sorun haline gelmiştir. Önceki IV kemoterapi bileşiklerinin oral formülasyonlara çevrilmesi, bu ajanların bakım verenlere ve sağlık uzmanlarına zarar verme potansiyelini azaltmamıştır. Bu ajanlara kazara maruz

kalma, çeşitli depolama veya atık imha aşamalarında ortaya çıkabilir. Bu risklerden dolayı güvenli kullanım yönergeleri geliştirilmiştir (76).

Depolama

*Yanlışlıkla maruz kalmayı önlemek ve bu ilaçların bütünlüğünü sağlamak için, oral kemoterapi ajanların uygun şekilde saklanması ve kullanılması sağlanmalıdır.

*Sağlık kurumlarında ve eczanelerde, sitotoksik ajanlar, üreticinin talimatlarına göre belirlenmiş bir alanda saklanmalı ve toksik olmayan ajanlardan ayrı tutulmalıdır.

*Bazı ajanlar hava, nem ve / veya ışığa duyarlıdır; bu nedenle, depolama özellikleri takip edilmelidir.

Kullanma

*Maruz kalma ve sağlık risklerini en aza indirmek için kişisel koruyucu giysi ve teçhizatın doğru kullanımı sağlanmalıdır.

*Otomatik sayma makineleri kullanılarak oral kemoterapi ajanlar dağıtılmamalıdır.

*Dağıtmak için tek kullanımlık eldivenler kullanılmalıdır.

*Eldiven uygulamasından önce ve sonra eller yıkanmalıdır.

*Bileştirme, ezme, kesme veya ayırma gibi manipülasyonlar, biyolojik güvenlik kabini içinde yapılmalı ve mümkün olduğu ölçüde kullanılacak kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.

*Sitotoksik ve non-sitotoksik ajanlar için ayrı ekipman kullanılmalıdır.

*Eczacı (ya da başka bir kalifiye profesyonel), diğer sağlık hizmetleri uzmanları tarafından tehlikeli ilaçların daha fazla ele temasını sınırlamaya çalışmalıdır. Örneğin toz formundaki oral kemoterapi ajanlar için, solüsyon formundaki ilaçların birim dozları (yani, yeniden yapılandırılmış) eczanede hazırlanmalı ve uygulama için hazır bir oral enjektöre yerleştirilmelidir.

*Oral kemoterapötik ajanları saklayan ve dağıtan sağlık uzmanları, dökülme veya kazara maruz kalma durumunda yazılı acil bir plana sahip olmalıdır.

*Yıllık sızıntı simülasyon çalışmalarının yapılması tavsiye edilmelidir.

*Tehlikeli ilaçların güncel bir listesi, oral kemoterapi ajanların kullanımında yer alan tüm sağlık personeli için kolayca erişilebilir olmalıdır.

Kirlenmiş Malzemelerin Bertarafı ve Temizlenmesi

*Oral kemoterapi ajanları kullanırken kullanılacak tüm atılabilir malzemeler, yerel atık imha yönetmeliklerine göre sitotoksik atık olarak imha edilmelidir.

*Sayma tepsileri, aletler, yüzeyler vb. dahil olmak üzere kemoterapi ajanlarına maruz kalan tüm atılmaya uygun olmayan malzemeler, kullanımdan sonra iyice yıkanmalı veya dekontamine edilmelidir.

*Kullanıldığı takdirde, ilaç kaşıkları veya önlemler sadece belirli kemoterapi ilaçlarının uygulanması amacıyla kullanılmalı, kullanımdan sonra ılık sabunlu su ile yıkanmalı ve gerektiğinde atılmalıdır.

Güvenli Kullanım İçin Eğitim ve Yetkinlikler

*Sağlık hizmetleri profesyonelleri, kendi rollerine özgü yönlendirme programlarına ve rutin eğitim kurslarına katılmalı ve bu eğitim programlarıyla ilişkili yetkinlikleri tamamlamalı ve ayrıca eğer uygunsa, lisanslama yeterliliği için bir değerlendirme yapılmalıdır.

*Bir sağlık hizmeti kurumundaki birincil eğitimcinin, bir sevk kaynağı oluşturulması ve sağlık profesyonelleri için oral kemoterapi eğitimi verilmesi, multidisipliner ekipte tutarlı eğitim, öğretim ve izleme olanağı sağlanmalıdır.

*Oral kemoterapi ajanlarının kullanımında yer alan sağlık çalışanları, kemoterapi ajanlarına kazara maruz kalan ve sitotoksik ilaçların imhasıyla ilgili kişileri tedavi etmek için eğitilmeli ve yetkin olmalıdır.

*Oral kemoterapik ajanlarla ya da bu ajanları (örn: hijyen çalışanları ve temizlik işçileri) almış hastaların atıklarıyla temas eden tüm klinik personel uygun eğitime tabi tutulmalıdır.

2.4.3.3. Hastalar ve Hasta Yakınları İçin Güvenlik Önerileri

Oral kemoterapi ilaç tedavisi çoğunlukla evde sürdürülmesi nedeniyle primer maruziyet hasta ve hasta yakınlarına olmaktadır. Oral kemoterapi reçete edilirken

hasta ve hasta yakınlarına aşağıda belirtilen konular konusunda danışmanlık verilmelidir (76).

Yapılacaklar

- *Reçete alındıktan sonra, özellikle ilaç adını ve dozajını kontrol ederek ambalaj etiketini gözden geçirilmelidir.
- *İlacı ne zaman ve nasıl kullanılacağı tamamen anladığınızdan ve herhangi bir karışıklık varsa sorularak emin olunmalıdır.
- *Mümkünse eldiven kullanılmalı ve eldiven uygulamasından önce ve sonra eller yıkanmalıdır.
- *Eldiven giyilmezse, tabletleri ve kapsülleri kabından / blister paketinden doğrudan tek kullanımlık bir ilaç kabına alınmalıdır.
- *Yan etkilerin yazılabileceği bir günlük tutulmalıdır. Sağlık uzmanına derhal danışılması gereken olumsuz etkilerin bir listesi yapılmalıdır.
- *Uyum cihazlarından destek alınmalı ve sitotoksik- toksik olmayan ajanlar için ayrı cihazlar kullanılmalıdır.
- *Herhangi bir aşırı doz alımı hemen bildirilmelidir.
- *Kazayla maruz kalınması durumunda gerekli önlemler için bilgiler hazır bulundurulmalıdır (ezme ve kazara yutma dahil).
- *Atık, hasarlı, kullanılmayan, üretilmeyen veya kullanım süresi sona eren ilaçların imhası için eczacıya veya hastaneye iade edilmelidir.
- *Değerlendirme ve konsültasyon sırasında tüm ilaçları (reçeteli ve reçetesiz ve ayrıca tamamlayıcı ve alternatif ilaçlar) ve herhangi bir özel beslenme gereksinimini sağlık hizmeti sağlayıcısı / reçete yazan kişiye bildirilmelidir. Ayrıca diğer sağlık uzmanlarına hastanın oral kemoterapi tedavisi aldığı bildirilmelidir (örneğin, cerrahlar ve diş hekimleri).
- *Sitotoksik ilaçlarla temas eden kişilerin sayısı en aza indirilmelidir.
- *Hastanın kıyafetleri ve yatak çarşafı diğer eşyalardan ayrı yıkanmalıdır. Kullanımdan sonra, oral kemoterapi kesildikten sonraki 4 ila 7 gün arasında tuvalet iki defa yıkanmalıdır.

Yapılmayacaklar

- *İlaçlar açık alanlarda, su kaynaklarının, doğrudan güneş ışığının, çocukların veya evcil hayvanların erişebileceği yerlerde bırakılmamalıdır.
- *İlaçları yiyecek veya içeceklerin depolandığı veya tüketildiği yerlerde saklanmamalıdır.
- *Tabletleri ezme, kırma veya çiğneme işlemleri yapılmamalıdır.
- *Bir sağlık hizmet uzmanı tarafından belirtilmedikçe dozlar iki katına çıkarılmamalıdır.
- *Reçeteler veya ilaçlar başka hastalarla paylaşılmamalıdır.
- *Oral kemoterapinin intravenöz kemoterapiden daha güvenli olduğu varsayılmamalıdır.
- *Doktor tarafından belirtilmedikçe dozlar atlanmamalıdır.
- *İlaçlar tuvalete veya çöp kutusuna atılmamalıdır.

2.5. İlaç Uyumu

Haynes ve meslektaşları 1979'da bağlılığı "bir hastanın davranışının - ilaç almayı, bir diyetin ardından ve / veya yaşam tarzındaki davranışsal değişikliklerin yürütülmesi ile ilgili olarak - bir uzmanın önerileri ile tutarlı " olması olarak tanımlamıştır (77) ve sonrasında bu terim "hasta uyumu" olarak adlandırılmıştır. Daha sonra iki veya daha fazla kişinin veya ortak bir amacı izleyen kurumların etkileşimini tanımlamak için "işbirlikçi davranış" terimi ortaya atılmıştır. İlaç uyumu, hastanın reçetelenmiş ilaçları almasında gönüllü işbirliğini tanımlar. Tanım, hasta tarafından doğru zamanda, doğru dozda ve doğru sindirim sıklığının seçilmesini içerir. Bu, yalnızca kabul edilen tedaviye uymakla kalmayıp, aynı zamanda hasta tarafından azaltılmaması gereken (hipo bağlılık) veya artırılmamış (hiper bağlılık) tedaviyi de tarif eder. Böylece hastanın rolü sadece bir tavsiyenin pasif alıcısı değil, aynı zamanda tedavi sürecine aktif olarak katılan biri olarak anlaşılmaktadır. Ayrıca 2009 yılında "ilaç uyumu" terimi Pub Med'in (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>) veri tabanında da yer almıştır (78).

Günümüzde ilaç uyumu teriminin pek çok tanımı yapılmıştır. **Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)**, uyumu bir kişinin davranışının bir sağlık mesleği mensubunun kabul edilmiş önerileri ile ne derece örtüştüğü konusundaki tutarlılığı olarak tanımlar (59). **İngiltere deki ulusal enstitüye göre (NICE)**, uyumu, hastanın ilaç alma pratiklerini hekimin önerileriyle eşleştiği seviye olarak tanımlamaktadır (79). **Uluslararası Farmako-ekonomi ve Sonuç Araştırması Kurumu (ISPOR)** tarafından yapılan, son zamanlarda ilaç uyumunun daha kesin bir tanımı "tedarikçinin zamanlaması açısından günlük tedaviye ilişkin önerilere doz, zaman ve sıklığa uygunluk derecesidir" olarak belirtmiş ve "ilacın başlangıcından terapinin kesilmesine kadar olan süre" olarak kalıcılık kavramını ekleyerek genişletmiştir. Yani optimum uyum, hiçbir doz atlanmadığında, yanlış zamanda ve dozda alındığında ortaya çıkar (80, 81).

Çalışmalar da kronik hastalık ta uzun süreli ilaç tedavisinde uyum oranlarının %40 ile %50 arasında olduğunu gösterilmiştir (57, 80, 82-84). Oral kemoterapi ilaç tedavisine uyumun ise %16 ile %100 arasında değiştiği gösterilmiştir (19).

2.6. İlaç Uyumunun Önemi ve Maliyet

Sağlık hizmetlerinde hızlı değişiklikler ve ayaktan kanser bakımına daha fazla odaklanılmasıyla, hastaların ve ailelerinin kanser bakımı için daha fazla sorumluluk üstlenmeleri beklenmektedir. Dolayısı ile oral kemoterapi ilaçlarının kullanımındaki artışla beraber, onkolojide ilaç uyumu konusundaki endişeler giderek daha önemli bir konu haline gelmiştir (85).

Ulusal Kanser Enstitüsü Dergisi'nde ilaç uyumunun incelendiği bir çalışmada, kanser hastalarının yüzde 80'inin reçetelerini takip etmediği ortaya konulmuştur. Birkaç yıl boyunca İmatinib alan 87 KML tanılı hasta üzerinde yapılan bir çalışma, zayıf uyum ile düşük hastalık kontrolü arasında önemli ölçüde bir korelasyon olduğu görülmüştür; bu durumun da zayıf uyumun bu hastalarda tedavi başarısızlığı için temel bir neden olabileceği belirtilmiştir (21).

Birçok kanser merkezinde hasta uyumluluğunu takip edecek bir sistem yoktur ve bu boşluk hastalar için büyük risk oluşturmaktadır. Reçete edilenden çok fazla

kemoterapi alan hastalar toksik reaksiyona veya uzun süreli hasara maruz kalırken, çok azını alanlar ilacın terapötik faydalarını kaybederler (86). Oral kemoterapi ilaç uyumunu ve etkileyen faktörlerin incelendiği bir çalışmada; hastaların %93'ünde başka bir kuruma gitme, alternatif ilaçlar alma, daha düşük dozlar alma veya ilaçları tamamen atlama gibi çeşitli nedenlerden dolayı tedaviyi geciktirdiği veya tedavide değişikliklere neden olduğu görülmüştür. Ek olarak ilaç temininde yaşanan sorunlar nedeniyle ilaç tedavisindeki değişiklikler % 6'lık bir ilaç hata oranına ve % 16'lık bir yanılma hatası oranına neden olmuştur (63, 87).

Ayrıca oral kemoterapi ilaç uyumsuzluğu daha sık doktor ziyareti, hastane yatırımlarında artma, yatış süresinde uzama dahil olmak üzere sağlık kaynakları kullanımının artmasıyla ilişkilendirilmiştir (67, 88). Bu noktada ilaca uyumsuzluğun hasta sağlığına zararının yanı sıra hem sağlık sistemine ve hem de önemli maliyeti olmaktadır.

Ayrıca tedaviye uyumun karşıtı olan uyumsuzluk durumu, sağlık hizmeti sunucuları tarafından “görünmez epidemii” şeklinde adlandırılmakta ve kronik hastalıklarda sık rastlanan en önemli halk sağlığı sorunlarından biri olarak görülmektedir. Sağlık İnovasyonunda Mükemmellik Ağı (NEHI)'na göre, Amerika Birleşik Devletleri'nde yalnızca ilaç uyumunun artırılması yıllık 750 milyar dolarlık sağlık harcamasının 290 milyar dolarının tasarruf edilmesi anlamına gelmektedir (4). Oral kemoterapi tedavinin klinik uygunluğunu anlamak, hastaların %90'ının tedaviye uymalarına yardımcı olur (57).

2.7. İlaç Uyumunu Etkileyen Faktörler

İlaç uyumu pek çok faktörden etkilenmektedir. Bunlar; ilaç almadaki dikkatsizlik, ilaç almayı unutma, bilerek doz atlama, doz almayı geciktirme, yan etkiler ile ilgili endişeler, reçeteye ilgili yazılı materyali anlamamak, doz rejiminin karmaşıklığı, unutkanlık, temin etmede sıkıntı gibi hastaya, tedaviye ve sisteme bağıli faktörler şeklinde sıralanabilir (23, 37, 89).

2.7.1. Hastayla İlişkili Faktörler

Sosya-demografik Yapı: Yaş, ırk, eğitim ve gelir düzeyi ilaç uyumunu etkilemektedir. Bazı çalışmalar yaşlıların rutinleri olduğu için daha iyi uyum sağlayacağını söylerken (90), bazıları yaşlıların yetişkinlerin komorbiditelerini etkileyen veya ilaç-ilaç etkileşimine neden olan yan etkileri olabileceği ve ilaç edinme engelleri (örneğin ulaşım, maliyet) nedeniyle uyumsuzluğa daha yatkın olabileceğini savunmaktadır (27). 60 yaş ve üstündeki hastalardaki ilaç uyumu %26- % 59 arasında görülmüştür. Görme ve bilişsel bozukluklar, hafıza eksiklikleri, fiziksel kısıtlamalar, hoş olmayan yan etkiler ve sosyal desteğin olmaması gibi yaşla ilgili sorunlar yaşlı hastalarda ilaç uyumunu etkileyen önemli etkenlerden biridir. Tüm yaş gruplarındaki hastalar oral tedavi rejimine bağlı kalma açısından risk altındadır. Çeşitli pediatrik onkoloji çalışmaları ergenlerin pediatrik hastalar arasında en az uyuma sahip olduğunu göstermiştir. Lösemi veya non-Hodgking lenfoma olan pediatrik hastalarda yapılan bir çalışmada, ergenlerin%59'u tedaviye uyumu yetersiz olduğu görülmüştür (35).

Depresyon: Genel olarak çalışmalarda, depresyon daha düşük ilaç uyumuyla ilişkilendirilmiştir (91).

Tedavi ve Sonuç Beklentisi İle İlgili İnançlar: İlaç uyumunun, hastanın tedavi edilmesi gereken hastalığın ciddiyetine olan inancıyla korele olduğuna dair bazı kanıtlar vardır (91).

Sağlık Okuryazarlığı: Sağlık okuryazarlığı, bireylerin uygun sağlık kararları almak için gerekli olan temel sağlık bilgi ve hizmetlerini elde etme, işleme ve anlama kapasitesine sahip olmasıdır. Sağlık okuryazarlığı, sağlık bilgisini okuma, anlama ve hareket etme yeteneğidir. Yetersiz beceriler, ilaç hatalarına neden olur ve tedavi önerilerini hatırlama ve bunları takip etme ve sağlayıcılarla etkin etkileşimi azaltma becerisini zayıflatır. Bununla birlikte, sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığının derecesini değerlendirerek (statik olarak) daha sonra bakımı buna göre uyarlamaktan daha fazlasıdır. Çünkü sağlık okuryazarlığı dinamiktir. Sağlık okuryazarlığı hastaların eğitim kararlarını paylaşma becerilerini arttırmak için hasta eğitimi ve rehberliği

yoluyla iyileştirilebilir. Böylece hastalar her kararla birlikte daha sağlıklı okur-yazarlığa kavuşur ve bakımlarında daha da fazla ilgisini çekerler (88).

Sosyal Destek Ortamı: Aile üyeleri, arkadaşlar ve bakım verenler sosyal çevrenin önemli bir bileşenidir ve gerektiğinde ilacı almaya veya ilaçları yönetmeye yönelik hatırlatıcılar sağlayabilirler. Sosyal desteğin güçlü olması iyi ilaç uyumu ile ilişkilendirilmiştir (83).

2.7.2. Hastalık ve Tedaviye İlişkili Faktörler

Hastalığın yan etkilerinin sıklığı, şiddeti, tipi, ilaçlar ve ek hastalık uyumu etkilemektedir. Kronik hastalık ile ilgili araştırmalarda, hastaların yaşadığı semptom ve yan etkiler gibi durumların ilaç uyumunu azalttığı görülmüştür. Doz frekansının düşürülmesinin hem semptom kontrolü hem de uyumu iyileştirdiği bilinmektedir. Oral ajanlar sıklıkla farklı doz programları ile uygulanır ve rejimin karmaşıklığı ilaç uyumunu etkilemektedir (59).

Polifarmasi ve İlaç Etkileşimleri: Oral kemoterapitik ilaçların endeksinin dar olması ve yaşa bağlı organ işlev bozukluğu için öngörülen ilave ilaçların yüksek riski nedeniyle ilaç-ilaç etkileşimleri, özellikle onkolojide olumsuz klinik sonuçlara yol açabilir (59). Bununla birlikte, bu etkileşimlerin potansiyeli hakkında artan farkındalık, sağlık uzmanlarının uygun ilaçları seçerek ve etkileşim işaretlerini izleyerek riski en aza indirmesini sağlayacaktır.

2.7.3. Sistemle İlgili Faktörler

Klinisyenler genellikle hastaların ilaç programlarını reçetede yazılan gibi kullandıklarını varsayarlar. Özel klinisyen uygulamaları, bakımın sürekliliği, hasta ile sağlık hizmeti sunucusu arasındaki ilişki uyumu etkilemektedir. Sistemle ilgili ilaç uyumunu etkileyen bir diğer faktör maliyettir. Bir kişi, reçeteli bir tedavi rejimini tam olarak uygulayabileceğine inansa bile, maliyet-fayda dengesinin uygunluğuna inanmadığı takdirde tedaviye bağlı kalmayabilir (92). Tablo 2. 3'de oral kemoterapi ilaç uyumunu etkileyen faktörlere özet şekilde görülmektedir (15, 40, 67, 78).

Tablo 2. 3. İlaç uyumunu etkileyen faktörler.

| Hastayla İlgili Faktörler | Hastalık ve Tedavi ile İlgili Faktörler | Sistemle İlgili Faktörler |
|--|---|--|
| <p>Fiziksel sınırlılık (yutma zorluğu)</p> <p>Görme ve bilişsel bozukluk</p> <p>Çoklu komorbid durumlara bağlı polifarmasi</p> <p>Sosya-demografik durum(yaş, cinsiyet...)</p> <p>Tedavinin hasta tarafından algılanan faydası, Tedavi ve sonuç beklentisi ile ilgili inançlar (hasta memnuniyeti)</p> <p>Hasta sağlık okuryazarlığı</p> <p>Tedavi planının hasta tarafından anlaşılması ve tedavi müdahalelerine ihtiyaç duyulması</p> <p>Hasta uyumsuzluk öyküsü</p> <p>Zihinsel hastalık geçmişi</p> <p>Sosyal destek ortamı</p> <p>Madde kötüye kullanımı öyküsü</p> <p>Aile / sosyal destek</p> <p>Ofis ziyaretlerinde ve evde ya da yatarak bakım sırasında bakıcı yardımı</p> <p>Hasta yardımı programlarına veya sağlık sigortasına erişim</p> | <p>Hastalık tipi</p> <p>Hastalık evresi</p> <p>Hastalık ya da tedavinin yan etkisi</p> <p>Yan etkiler frekans, şiddet, tip, yönetim</p> <p>Doz sıklığı</p> <p>Doz rejiminin karmaşıklığı</p> <p>Tedavi rejiminin karmaşıklığı</p> <p>Polifarmasi ve ilaç etkileşimleri</p> <p>Tedavi nedeniyle önemli değişiklikler (gıda ve alkol kısıtlamaları)</p> <p>Tedavinin süresi</p> | <p>Sağlık bakım vericilerinin sorumluluk ve iletişimi becerileri</p> <p>Tedavi maliyeti</p> <p>Denetim, izleme, iletişim, yönlendirme ve takip uygulamaları</p> <p>Konum, çalışma saatleri, zamanlama kolaylığı</p> <p>Tedavi merkezine uzaklık</p> <p>Bakımın sürekliliği</p> <p>Kılavuzların kullanımı</p> |

2.8. Uyumsuzluk Tipleri

2.8.1. Birincil (Non-Fullfilment) Uyumsuzluk

Yeni bir reçeteye uymama, hastanın, hekimin reçete ettiği halde ilacı almaması durumunda ortaya çıkmaktadır. Birincil uyumsuzluk olarak da ifade edilen durumda, hekim hastanın tedavisi hakkında önerilerde bulunmaktadır ancak hasta önerilen tedaviyi reddetmektedir. Ayrıca hekimin hastaya yeni tedavi önerdiği halde, hastanın eski ilacına devam etmesi de birincil uyumsuzlukta ortaya çıkmaktadır (93). Literatür, uyumsuzluk maliyetinin ana sebebi olarak,% 20 oranında birincil uyumsuzluğu göstermektedir (94, 95).

2.8.2. İkincil Uyumsuzluk (Non-Persistence)

Yeni reçeteleri uygulamaya yani hastanın ilaç alımına dirençsizlik göstermesidir. Bu uyumsuzluk tipinde, hasta önce ilacı kullanmaya başlamakta ancak bir süre sonra ilacını almayı sürdürememektedir. Bu durum genellikle hekim hasta arasındaki yanlış iletişim sonucunda istemli olarak oluşabileceği gibi, sağlık kurumuna ve ilaca erişememe gibi istemsiz nedenlerden de kaynaklanabilmektedir (13). Çalışmaların çoğu kronik hastanın ilaç alımını genellikle, hiçbir sağlık çalışanına danışmadan altı ay sonra bıraktığını gözlemlemektedir (93, 96, 97).

2.8.3. Kasıtlı Olarak Uyumsuzluk

Hastanın reçeteyle verilen bir ilacı almayacağına ilişkin bilinçli bir karar vermesi durumunda ortaya çıkar (98).

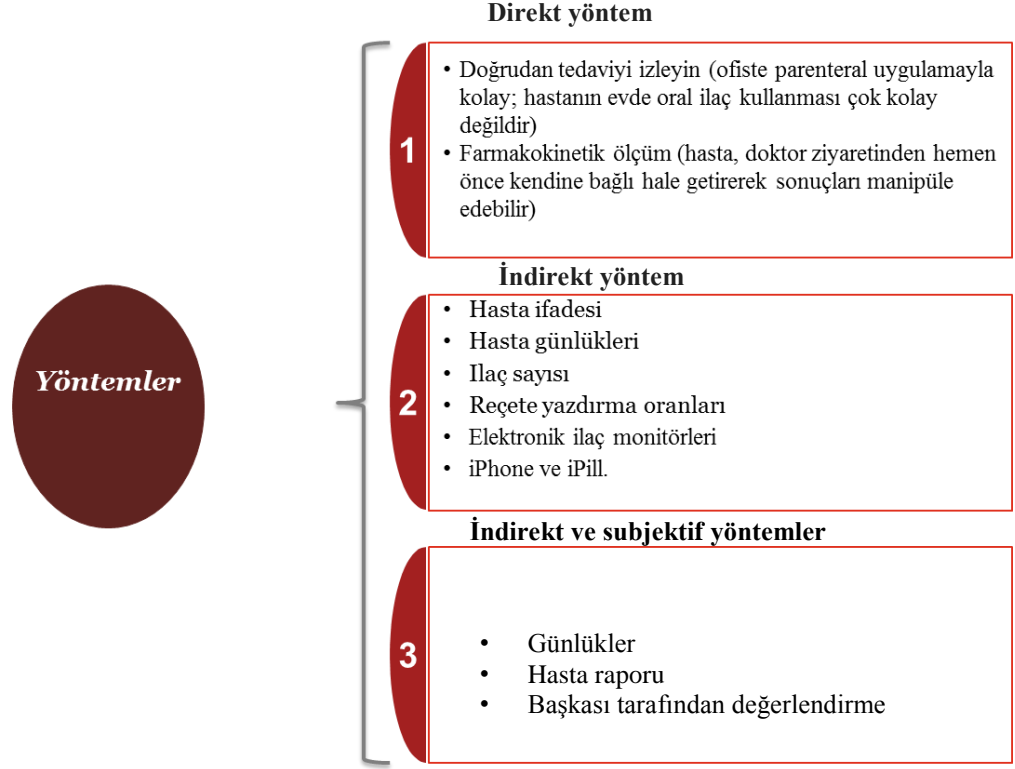
2.8.4. Kasıtlı Olmayan Uyumsuzluk

Hastanın ilaçlarını reçeteli olarak almaya iyi niyetli olduğu halde, bir nedenden ötürü alamaması durumu da ortaya çıkar (98).

2.9. İlaç Uyumunun Değerlendirilmesi İçin Kullanılan Yöntemler

İlaç uyumunun değerlendirilmesi için pek çok yöntemden bahsedilmektedir. İlaç uyumu, literatürde bir hastanın reçeteyle yazılan ilaçların kaç tanesini rutin aldığıının (ör: %80, % 90 veya% 100) yüzdesinin belirlenmesi ile oluşmakta ve reçete edilen ilacın %80'ini kullanan hastanın ilaç uyumunun olduğu kabul edilmektedir. İlaç

uyumunun değerlendirilmesi için kullanılan yöntemler şekil 2. 4'de gösterilmiştir (12, 13, 59, 99).



Şekil 2. 4. İlaç uyumunu izlem yöntemleri.

İlaç uyumunun ölçülmesinde kullanılan direkt yöntemler, ilaç uyumunu ölçmek için fizyolojik biyolojik belirteçler yani serum veya idrar metabolizması düzeyleri şeklinde daha objektif ölçümler verirler. Ancak dozların zamanlamasını tanımlamakta belirsizlik ve hastalar tarafından manipüle (testten önce ilave dozlar alma) edilebilme sıkıntısı doğar. Ayrıca, farmakokinetik değişkenlik nedeniyle ilaç emilimi, dağılımı, metabolizması ve atılımında uyum ile ilgili tutarlı aralıklar geniş olabilir ve serum veya idrar ilaç metabolitlerinin doğru ölçümü yalnızca bazı ilaçlar için mevcuttur (örn. Prednison ve 6-merkaptopurin [6MP]).

Bazı hastalıklarda örneğin, HIV'li hastalarda plazma viral yükü, anti-viral tedaviye uyum için gösterge olabilmektedir. Bununla birlikte, kanseri tedavi etmek

için kullanılan klinik ortamda kolaylıkla ölçülebilen uyumu gösteren belirteçler mevcut değildir. Bu terapötik dozajlamayı ve etkinliği sağlamak için gelecekte geliştirilebilecek bir yöntemdir (100). Oral kemoterapi değerlendirme yöntemlerinin avantaj ve dezavantajları Tablo 2. 4. 'de özetlenmiştir (31, 100, 101).

Tablo 2. 4. Uyum değerlendirme yöntemleri.

| Yöntem | Metodun Açıklaması | Avantaj ve Dezavantajı |
|-------------------------------------|--|---|
| Sağlık görüşmeleri | Doktor ve hemşire görüşme kayıtlarından oluşur. Hastalar ile yüz yüze ya da telefonla, oral kemoterapi alıp almadıkları konusundaki görüşme sonunda elde edilen verilerden oluşur. | Avantajları: Düşük maliyetli, hasta bakımına entegre; uyum konularının daha ayrıntılı anlaşılmasına olanak tanır. Dezavantajlar: Bilginin doğruluğundan emin olmak zordur. Hastalar utanabilir ve uyumsuzluklarını ifade etmek istemeyebilir. |
| Hasta günlükleri veya takvimleri | Hastalar her dozdan sonra veya başka bir sıklıkta ilaçlarını rapor etmesidir. | Avantajları: Düşük maliyetli; bilgilerin doğruluğu, hastanın raporu kimin alacağı hakkındaki anlayışına göre farklılık gösterebilir Dezavantajlar: Hastalar, bilgileri doldurmakta ve tamamlamakta zorluk, isteksizlik yaşayabilir, unutabilirler. |
| Uyum ölççekleri | Hastaların ilaç uyumunu belirlemeye çalışan anketi tamamlamaları ile elde edilen verilerden oluşur. | Avantajları: Düşük maliyetli; hastalar günlük doldurmaktan daha az yoğun çaba harcar. Dezavantajlar: Verilerin doğruluğu bir sorun olabilir (hastalar kötü uyum hakkında utanç duyuyor olabilir). Hastalar sunumdan önce anketi kaybedebilir veya tamamlamayabilir; Bir günlük veya takvimden daha yüksek derecede hasta okuryazarlığı gerektirir. |
| İlaç Etkinlik İzleme Sistemi (MEMS) | ilaç şişesini kapatan bir elektronik kapak şişenin her açıldığında devreye girer ve hastaları ilaçlarını aldığında kapağını açar ve kaydeder. | Avantajları: Kendiliğinden kayıt hastalarının yükünü hafifletir Dezavantajları: Diğer yöntemlerden daha pahalı; hastalar müdahaleci bulabilir; arıza riski taşır, şişenin açıldığı bir hap yutma olarak sayar, ilacın doğru zamanda alındığı konusunda bilgi vermez. |

| | | |
|--|---|---|
| <p>Otomatik Sesli Yanıt Sistemi</p> | <p>Hastalar tercih ettikleri zamanlarda çağrılır, telefona dokunma ile sorulara cevap verir ve otomatik telefon yanıt sistemi, her hastanın uyuma bağlılığıyla ilgili özel uyarlanmış bilgi gereksinimlerine özel bilgi sağlar.</p> | <p>Avantajlar: Uyum konusunda özel bilgi sağlar; geniş çaplı cep telefonu kullanımı sonucunda hastalara daha erişilebilir hale gelir, yüksek hasta kabulü; aşırı uyumluluk gerçek zamanlı algılama yeteneğine sahiptir.</p> <p>Dezavantajlar: Daha pahalı; her bir hastanın ihtiyaçlarına hitap edecek şekilde tasarlanamayabilir.</p> |
| <p>İlaç ve İlaç Metabolit Tahilleri</p> | <p>Hastalar ilaç seviyesi değerlendirmesi için idrar, kan veya saç numunesi incelenerek elde edilen verilerden oluşur.</p> | <p>Avantajlar: Objektif bilgi sağlar</p> <p>Dezavantajlar: Pahalı bir uygulamadır; ilaç uygulamasının zamanlaması hakkında bilgi kaçırabilir, ilaç uyumundaki küçük değişiklikleri tespit edemeyebilir, Hastalar müdahaleci veya ağrılı bulabilir (kan alma); ilaç biyo yararlanımı veya metabolizmasında hastadan farmakogenomik farklılıkları dikkate almaz; tüm oral ajanları izlemeye uygun değildir.</p> |
| <p>Reçeteleri Takip Eden Veri Tabanları</p> | <p>Doldurulmuş reçetelerin sayısına göre ilaç uyumunu incelemek için hastane bazı eczane veya diğer bu tür veri tabanları kullanılır.</p> | <p>Avantajlar: Hastanın çok az / hiç çaba göstermemesi; Hawthorne etkisini azaltabilir; Düşük maliyet olabilir (mevcut altyapıya bağlı olarak)</p> <p>Dezavantajlar: Hastalar başka yerlerde reçeteleri doldurabilir ve bu nedenle iyi ilaç uyumunun göstergesi olmayabilir; veri tabanının organizasyonuna bağlı olarak, uyum hakkında bilgi sahibi olmak ve diğer sonuçları değerlendirmek arasında büyük bir gecikme olabilir.</p> |

2.10. İlaç Uyumunun Artırılmasına Yönelik Kullanılan Yöntemler

İlaç uyumunu etkileyen faktörler karmaşık ve çeşitli olduğundan, uyumu arttırmaya yönelik müdahaleler de çok yönlü olmalıdır (102). Klinisyen-hasta ilişkilerinin iyileştirilmesi, bire bir danışmanlık gibi eğitim stratejileri, hastalara sunulan yazılı bilgiler, hasta ile tedavi hedeflerinin tartışılması, tedavinin hastanın yaşam tarzına uyarlanması, hatırlatıcıların kullanılması, aile desteğinin teşvik edilmesi, uyumun izlenmesi ve hastaya geri bildirim sağlanması ilaç uyumunu artıracak yöntemler arasındadır (103).

2.10.1. Yapılandırılmış Hasta Eğitimi

Hasta eğitimi, klinikte, onkoloji polikliniğinde, hastanın eczanesinde ve telefon üzerinden devam eden bir süreçtir. Sözlü bilgi yerine, hastanın rejimi, dozu ve ilaç yönetim tarihlerini içeren kişiselleştirilmiş oral kemoterapik ilaç hakkında yazılı talimatlar ile desteklenmelidir (104). Ayrıca, bir aile üyesinin veya bakım verenin katılımı evde eğitim bilgilerinin pekiştirilmesi ve hastaların tedaviye uymalarını motive etmek de çok yardımcı olabilir (35).

2.10.2. Hatırlatıcı Araçlar

Bilgisayar cihazlarının maliyet, taşınabilirlik, boyut, pil ömrü ve kullanımının karmaşıklığına ilişkin avantaj ve dezavantajları vardır. Birçok hatırlatıcı cihaz, unutkanlık engelleyici özellikleri ile hastalara yardımcı olur. Hastalar için uyumlu bir cihazın seçilmesi başarıya ulaşmanın anahtarı olabilir (27).

2.10.3. Akıllı Telefon Uygulamaları

İlaç hatırlatma uygulamaları 2009 yılı başında geliştirilmeye başlanmış ve 2014'ten itibaren yaklaşık 193 adet ilaç hatırlatma uygulaması geliştirilmiştir. Kansersiz hastalıklar için ilaçlara uyumu arttırılmasının bir yolu olarak metin mesajlaşması üzerine yapılan çalışmalar etkililik göstermektedir (105-107). Birçok hastane, klinik ve doktor ofislerinde, kısa mesaj, e-posta veya randevu hatırlatıcıları için telefon mesajları için yazılım bulunur. Bazılarının ilaç hatırlatması yapma seçeneği olabilir ancak kurulumları karmaşık olabilir (60).

2.10.4. Otomatik Sesli Yanıt(AVR) ve Etkileşimli Ses Yanıt (IVR) sistemi

Otomatik Sesli Yanıt Sistemleri (AVRS), sesli giriş ve / veya dokunmatik telefon tuş takımı seçimini kabul eden bir bilgisayar telefon uygulaması ve donanımdır (5). AVR çalışmalarının sonuçları, sistemin yalnızca kanser hastalarında semptomların yönetiminde değil, aynı zamanda bilişsel davranış yaklaşımlarına dayanan hemşire tarafından verilen müdahalelerden daha etkili olduğunu göstermektedir (37).

2.10.5. Akıllı Hap Kutuları (Parlayan veya Elektronik Pillbox'lar)

Akıllı hap kutuları, hastaların ilaçlarını o gün alıp almadıklarını gösteren bir hap şişesi; standart, günlük bir pillbox (her gün için bir bölme); veya kronometre gibi çalışan bir dijital kapaktan oluşabilir (Şekil 2. 5). İnternet bağlantılı şişeleri ve kapakları geliştirilmiş olup, yaşlı bir ebeveyn ilaç almayı unuttuğunda bir bakım vereni uyarmaktadır (60).



Şekil 2. 5. Akıllı hap kutuları.

2.10.6. Çok Kompartmanlı Uygunluk Yardımcıları (MCA'lar)

Hapların bölmelere yerleştirilmesine izin veren günlere ayrılmış tüp kutularıdır. Pil kutuları hasta veya bakıcı tarafından doldurulabilir ve hapları almak için bir hatırlatma görevi görebilir. Normalde, kemoterapi ilaçlarının diğer ilaçlarla karıştırılmamaları ve uygun şekilde kullanımını sağlamak için orijinal ambalajında kalmaları önerilir. Hareket veya seyahat halindeyken, birkaç doz hapı tutan anahtarlıklar ve kolyeler de mevcuttur (27).

2.10.7. Hasta Günlükleri

Günlükler hastalara ilaçları ne zaman alacağını hatırlamaya ve olumsuz etkileri kaydetmeye yardımcı olabilir. Hasta hatırlamasını iyileştirmek için, kendiliğinden uyumluluk raporlaması evde klinik kayıtlar sırasında gözden geçirilebilecek bir takvim ve hasta günlüğü gibi hastaların kayıt yöntemlerini içerebilir (35).

2.10.8. Oral Kemoterapi Takvimi

Takvimler, hastalara oral ilaç almayı hatırlatmak için yaygın olarak önerilen bir yöntemdir. Basılı herhangi bir takvim kullanılabilir; hastalardan o gün ilaç alıp almadıklarını takvimde işaretlemeleri istenebilir. Sözlü araçları içeren bazı araştırma protokolleri, herhangi bir olumsuz olay eklemek için tarih ve boşlukları listeleyen bir takvim kullanır. Uyumu ölçmek için hastanın kendi kendine raporu sınırlamaya sahiptir ve uyumu ölçmenin etkili bir yolu olabilir, ancak takvim hastalara ilacı almasını hatırlatan bir tetikleyici olarak kullanılabilir (27).

2.10.9. Diğer Öneriler

Hastalar için, sözlü olarak yüksek sesle "Şimdi ilaçlarımı alıyorum" (veya benzer bir şekilde), ilacı almanın davranışını güçlendirebilir. Hatırlatıcılara yardımcı olması için bir aile üyesi veya arkadaşı da görevlendirilebilir (100, 101, 108)

Tablo 2. 5. Ağızdan alınan ilaçları almayı hatırlamaya yönelik öneriler.

- *Takvim veya günlük ilaç kontrol listesinin oluşturulması
- *Çok kompartmanlı yardımcılarının kullanılması
- *İlaçların görünür bir yerde saklanması
- *"Ben haplarımı alıyorum" gibi bir deyişle yüksek sesle söylenmesi
- *Ailenizden ve arkadaşlarınızdan ilaç hatırlama konusunda yardım istemek
- *Elektronik hatırlatıcılar (hasta tarafından başlatılan)
- Cep telefonu alarmları**
- Çalar saatler veya zamanlayıcılar**
- Akıllı telefon uygulamaları**
- *Elektronik hatırlatıcılar (klinikyenden tarafından başlatılan)

İşitilmiş pil kutuları

Kısa mesajlara veya otomatik telefon görüşmeleri yoluyla hastalara gönderilen hatırlatıcılar

Mikroelektromekanik sistemler

*İlaç dağıtım makineleri

2.11. Öz-etkililik/Teşvik Eden Faktörler

Öz-etkililik yapısı, yüksek riskli durumlarla başa çıkabilmek için insanların sahip olduğu belirli güven durumu olarak tanımlanabilir. Bu yapı Bandura'nın öz-etkililik teorisinden uyarlanmıştır (109, 110). Öz-etkililik motivasyonel görüşmenin önemli bir bileşenidir. Miller ve Rollnick'a göre motivasyonel görüşmede dört ilke vardır. Bunlar empati ifade etmek, eşitsizliği açığa çıkarmak, dirençle başa çıkmak ve öz yeterliliğin desteklenmesidir (26, 111). İnsanların, yaşamlarını etkileyen olaylar üzerinde etkili olan performans düzeylerini belirleme yetenekleri hakkında inançları motivasyonda temel unsurdur (112). Ayrıca öz-etkililik davranış değişikliğinin kritik bir bileşenidir. Öz-etkililiğin, olumlu sağlık davranışlarının kazandırılmasında, sağlık risklerini azaltmada ve bireyin davranışları üzerinde etkili olan bilişsel algılama faktörlerinden birisi olduğu belirtilmektedir (113).

Öz-etkililiğin geliştirilmesi, umut, iyimserlik ve değişimin gerçekleşmesinin fizibilitesini ortaya çıkarmayı ve desteklemeyi gerektirir. Bu gereklilik de motivasyonel görüşme yapan bireyin, hastanın güçlü yanlarını tanımasını ve bunları mümkün olduğunca ön plana çıkarmasını gerektirir (114).

2.12. Evde Tele-Sağlık Uygulamaları

Tele-sağlık; bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanarak, iki veya daha fazla birey arasında, sağlıkla ilgili hizmetleri uzaktan sunan bakım sistemidir (61). Tele-sağlık sistemlerinin amacı; hastanın durumundaki değişiklikleri erken saptayarak, erken müdahalesinin yapılması, hastanın akut bakımdan öz bakımına geçişi sağlanarak bireylerin sağlık hizmetlerine yönelik maliyetlerinin azaltılması, semptomların ve/veya komplikasyonların yönetimi ile hastane ortamına tekrarlı

yatışların önlenmesidir. Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) tele-hemşireliği, tele-sağlığın bir alt boyutu olarak hemşirelik için belirli bir meslek pratiği şeklinde tanımlamıştır (62).

Tele-hemşirelik; tanı ve tedavi hizmetleri, eğitimsel destek sistemleri, sağlık hizmetleri organizasyonu ve yönetiminde hemşirelik bakımını sunmak ve hemşirelik uygulamasını devam ettirmek için bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanılmasıdır (85). Tele-hemşirelik hizmeti çok sayıda hastaya kendi ortamlarında uygun bakım sağlayan bir uzmanlık alanı olarak da görülmektedir. Tele-hemşirelik, özellikle evde sağlık bakımının yönetimi için sürekli gelişen önemli bir hizmet şeklidir. Tele-hemşirelik sayesinde bir hemşire izlem, eğitim, ağrı yönetimi, uzaktan müdahale, veri analizi, aile desteği, yara bakımı yönetimi ve multidisipliner bakım sağlayabilir (86). Tablo 2. 6 'da evde tele-sağlık uygulamalarının avantajları özetlenmiştir (62, 115).

Tablo 2. 6. Evde tele-sağlık uygulamalarının avantajlar.

| |
|---|
| <p>Maliyet etkinliğini sağlar,</p> <p>Hastanın hastalığı ile ilgili alevlenme belirtilerinin erken tespitini sağlar,</p> <p>Planlanmamış ev ziyaretlerini azaltır,</p> <p>Hastane yatışlarını ve acil servis girişlerini azaltır,</p> <p>Hasta ve bakım verenlerin memnuniyetini artırır,</p> <p>Bakım alanlar ile sağlık personeli arasındaki memnuniyeti artırır,</p> <p>Beklenmeyen durumları azaltır,</p> <p>Bakımda sürekliliği sağlar,</p> <p>Kalitenin yükseltilmesi, maliyetin azaltılmasını ve memnuniyetin artırılmasını sağlar,</p> <p>Ulaşılabilir ve uygulamanın kolay olması, dokümantasyon ve klinik rehber oluşturması, tekrar hastaneye/acil servise başvurunun ve yatışların azaltılması, hastanede kalış süresinin kısaltılması, hasta ve ailesine destek sağlanmasını sağlar,</p> <p>İletişimin geliştirilmesi, bekleme süresinin kısaltılması, diğer sağlık profesyonellerine ulaşımı sağlar, eğitimi kolaylaştırır,</p> <p>Sağlık bakım gereksinimlerini gidermeye yardımcı olabilecek hazır bilgi sağlanması olarak sayılabilir.</p> |
|---|

Onkoloji hastalarında yapılan bir çalışmada, tüm hastaların ilaçları üzerinde dozlama, gıda veya ilaç etkileşimleri ve potansiyel yan etkileri (önleyici tedbirler ve kendi kendine tedavi seçenekleri dahil) üzerinde telefon ile derinlemesine danışmanlık alması sağlanmıştır. Bu telefon etkileşimleri daha sonra kanser merkezindeki tüm sağlayıcılar tarafından erişilebilen elektronik tıbbi kayıtlarda belgelenip ilaç tedavisi yönetim programlarının kullanılmasının, ilaç uyumunu arttırdığı ve hasta anlayışını geliştirdiği bulunmuştur (67).

Kanser hastalarına bakım veren hemşirelerin, hastaneye yeniden yatırılma riski yüksek, durumu değişken, karmaşık olan hastaların bakımlarını değerlendirebilmeleri ve yönetebilmeleri gerekir. Hemşire telefonla danışmanlık programları ile bu hastaların tedavi ve bakım sorumluluğu alma yeteneklerini artırılabilen, kemoterapiye bağlı gelişen semptomları erken dönemde saptanıp kontrol altına alınabilmekte, bu dönemin rahat geçirilmesini sağlayabilmekte, hastalara günlük yaşamdaki rollerine uyum sağlamada yardımcı olunabilmekte ve destek gereksinimlerinde erken yönlendirilebilmektedir. Ayrıca tüm bunlara ek olarak hastaların sorunlarıyla baş etmelerine, toplum içinde daha üretken olabilmelerine ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesine de yardımcı olunabilmektedir. Planlı, iyi organize edilmiş telefon görüşmeleri ile hastaların hastalıklarının yan etkilerinin kontrolüne yönelik tedavi ve bakımda kendi sorumluluklarını alabilmeleri, tedavi ve bakım süresince verilecek kararlara katılabilmeleri ve yaşam kalitelerinin yükseltilerek hastalığa, tedavi ve bakıma uyumlarının artırılması sağlanabilmektedir (68, 116).

Özellikle psiko-onkoloji alanında telefon temelli kanser bilgi programlarının kanser hastalarına pek çok yarar sağladığı bildirilmektedir. Kanser hastalarının yaşam kalitelerinin yükseltilmesinde ve sorunlarının azaltılmasında psikososyal girişimlerin önemi vurgulanmaktadır. Telefon temelli kanser bilgi programları ile hassas bir hizmetin sürdürüldüğü ve bu hizmetlerle sağlık eğitimi, davranış değişiklikleri ve sağlık hizmetlerinin dağıtımı açısından ayrı bir alan oluşturulduğu belirtilmektedir (68).

Tele- hemşirelik uygulamaları başta kronik hastalıklar ve kanser olmak üzere pek çok hastalıkta yarar sağlamaktadır. Fakat yapılan bir çalışma hemşirelerden

telefon danışmanlığı alan hastaların, telefonu etkili ve güvenli bulmakla birlikte telefonun sağlık profesyonellerinin ev ziyaretlerini azalttığını ve yüz yüze iletişimin verdiği güveni vermediğini ve bu nedenlerle de telefon danışmanlığından daha az memnun olduklarını belirtmişlerdir. Bu noktalarda telefonla danışmanlığın dezavantajları olarak değerlendirilebilir (32).

2.13. Motivasyonel Görüşme

Motivasyonel görüşme madde kullanımı ve bağımlılık alanında özellikle son yıllarda giderek önem kazanan bir yöntem olarak öne çıkmaktadır. Bu yöntem özellikle madde kullanan kişiyi bırakmaya zorlayan yöntemlerin başarısız olmasıyla önem kazanmıştır. Motivasyonel görüşme, Carl Rogers'ın insanların özgür seçim yapma ve kendi kendini gerçekleştirme süreciyle değişme yetenekleri hakkındaki iyimser ve hümanist teorilerine dayanmaktadır. Hem Rogerian hem de motivasyonel görüşmeciler için terapötik ilişki demokratik bir ortaklıktır (117). Motivasyonel görüşmenin en etkileyici yanlarından birisi kısa süreli olması ve kişide istenmeyen davranışı bırakma yönünde kalıcı etkiler yapmasıdır. Motivasyonel görüşmenin en iyi ve güncel tanımı şudur:

“Motivasyonel görüşme, danışanların ambivalansı keşfedip çözümlmelerine yardımcı olarak davranış değişikliğini ortaya çıkarmak için kullanılan direktif ve danışan merkezli bir yaklaşımdır”(26).

Motivasyonel görüşme kişilerin sorunlarını anlamalarını ve değişim amacıyla eyleme geçmelerini sağlamak için yapılan yardımın özel bir yoludur. Bu yöntem özellikle değişim için isteksiz olan veya ambivalan olan kişilerde kullanışlı bir yöntemdir (43).

2.13.1. Ambivalansı Anlamak

Ambivalansı anlamak için empatik dinleme ve gerçek saygı ortamı yaratan koşullar gerekir. Ambivalansı anlamak için kişinin bir adım geri atması, kendisine dışardan bakabilmesi ve kendini gözleme ile kendisiyle yüzleşmenin her ikisinin de mümkün olduğu bir zihinsel duruma ulaşması sağlanmalıdır. Ambivalansı anlamaya çalışmak, sağlık çalışanlarına kendi davranışı ve belki de değişim olasılığı üzerine düşünmeye çağırarak konusunda yardımcı olur. Karmaşıklaşmış bir muğlaklıktan çıkış

yolu için bir harita görevi görür. Çözümlemeye geçmeden önce ambivalans tanımlanmalıdır. Bu amaçla “Üçüncü kulağını” kullanmak gerekir. Bunun için kişinin sarf ettiği sözler değişime yönelmiş ambivalansı duyulmasına ve tanımlanmasına yardımcı olur (43).

Ambivalansı tanımlarken aşağıdaki soruların yanıtları aranabilir.

- Kişi ne hakkında ambivalans yaşıyor?
- İkilemin adı nedir?
- İkilem ve farklı tercih ya da alternatifler nasıl formüle edilmelidir?

Ambivalansı çözmek, kişinin ikilemini “sabitlemek” değildir. Kişiyi hayatındaki çelişki ve tutarsızlıklarla yüzleştirmek de değildir. Ambivalansın çözümü, kişinin kendi ambivalansının (çelişki ve tutarsızlıklar da dahil olmak üzere) bir duruş kazanmak, karar vermek ve değişim süreçlerinde ilerlemek için farkına varmasını, anlamasını, çözümlemesini ve kontrol etmesini sağlamanı amaçlayan empatik, kişi odaklı, yönlendirici ve hedef yönelimli bir stratejidir. Kişiyi beraber farklı ve netleştirici açıları belli bir yönüyle ele almaktır (43).

Ambivalansı çözmek için kullanılacak stratejiler şunlardır:

- Tanımlama
- Ortaya çıkartma
- Pekiştirme
- Özetleme
- Sonuca varma

2.13.2. Motivasyonel Görüşmenin Dört Temel İlkesi

Motivasyonel görüşmede terapistin rolü otoriter olmamalıdır. “Ben bir uzmanım ve hayatını nasıl değiştireceğimi sana söyleyeceğim” mesajından kaçınılması gerekmektedir. Hastalar her zaman profesyonellerin öğütlerini tutmak veya tutmamakta özgürdürler. Değişip değişmemek kişinin özgür seçimidir. Amaç hastanın içsel motivasyonunu artırmaktır (43).

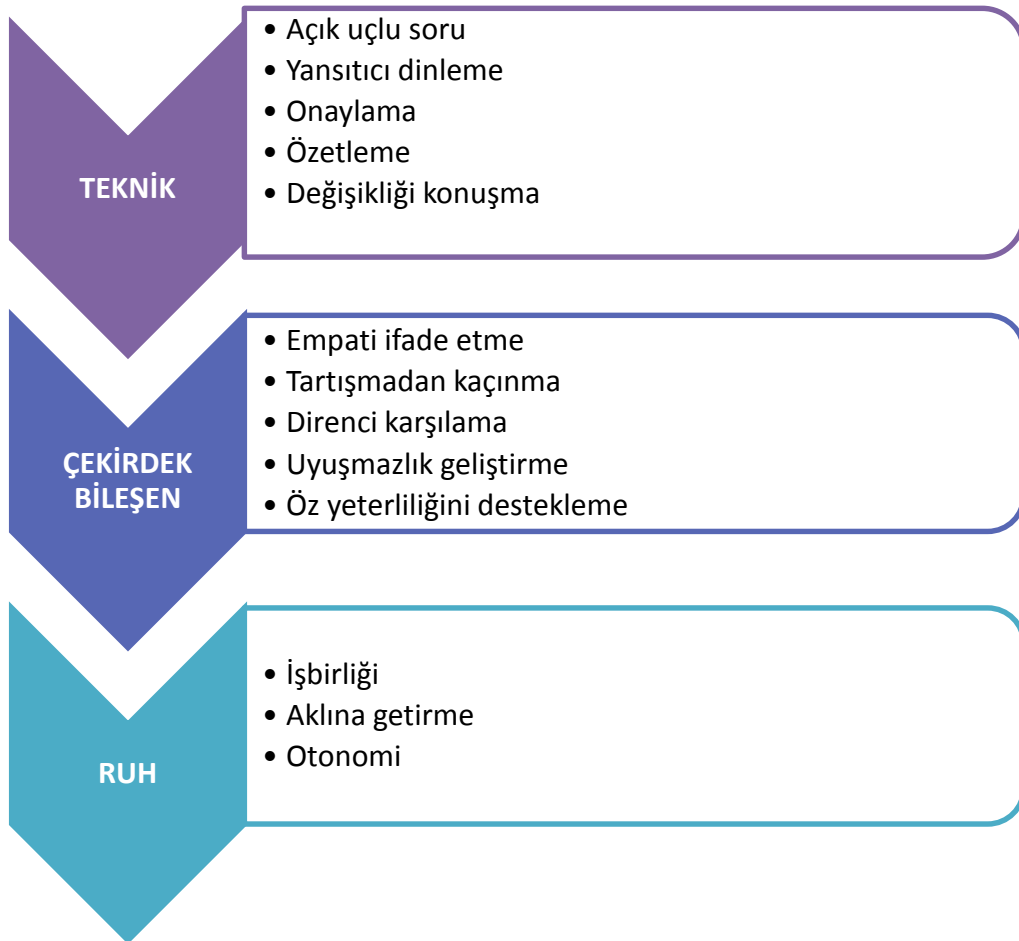
Motivasyonel görüşmenin temel ilkeleri şunlardır:

a. ***Empatinin gösterilmesi:*** Sıcak, destekleyen, saygı duyan, ilgilenen bir yaklaşım kastedilmektedir.

b. **Çelişkilerin ortaya çıkarılması:** Motivasyonel görüşmede ikinci ilke kişinin şimdiki davranışları ile hedefleri arasındaki çelişkileri hastanın zihninde ortaya çıkarmaktır. Bu süreci tanımlamanın en iyi yolu kişinin bulunduğu yer ile olmak istediği yer arasındaki çelişkiyi anlamasını sağlamaktır.

c. **Dirençle çalışma:** Terapist edilgen kalmamalı, sürece ivme kazandırmalıdır. Motivasyonel görüşme bir savaş değildir. Kazanan veya kaybeden yoktur. Terapist düşen hastaya değişim yönünde yeni bir ivme kazandırmaktır. Burada kastedilen algılamadaki değişikliklerdir. Terapist yeni hedefler veya bakışlar getirmez. Hasta yeni bilgileri kabul etmeye ve yeni bakış açılarını görmeye davet edilir.

d. **Kendine yeterliliği destekleme:** Kişinin belli bir görevi ya da işi götürebilme ve başarabilme yeteneğidir. Kendine yeterlilik değişim için anahtar bir etkidir ve bağımlılığı olan kişilerin tedaviden iyi sonuç alması için önemli bir ön belirleyicidir. Şekil 2. 6' da motivasyonel görüşmenin özeti yer almaktadır (46, 118, 119).



Şekil 2. 6. Motivasyonel görüşmenin özeti.

2.13.3. Motivasyonel Görüşme Ve Geleneksel Danışmanlık

Motivasyonel görüşme tekniği standart yaklaşımlardan önemli farklılıklar gösterir. Bu farklılıklar aşağıda Tablo 2. 7'de ve Şekil 2. 7 'de özetlenmiştir (46, 47, 108, 120).

Tablo 2. 7. Geleneksel danışmanlık ve motivasyon görüşme arasındaki farklar.

| Geleneksel Danışmanlık | Motivasyon Görüşme |
|---|--|
| Danışman sağlık uzmanıdır | Danışman hasta ile ortaklık geliştirir |
| Hastanın bilgiden yoksun olduğunu varsayar | Bilgilendirmeyi kolaylaştırmak için bilgi alışverişi vardır |
| Hastaya ne yapacağını söyler | Hastanın kendi bakımına karar verme hakkı vardır |
| Hasta talimatları takip eder | Danışman, mevcut davranış ve hedef arasında uyumsuzluk geliştirmek amacıyla hastaya bilgi sağlar |
| Danışman kesin bilgi sağlar | Danışman ve hasta davranış ve müzakere anlaşması içindedir |
| Direktiflerin pazarlık konusu olmadığı varsayılmaktadır | Hedef, motivasyona erişmek ve hastanın davranışları değiştirmeye yönelik taahhüdünü sağlar |
| Danışman sağlık davranışını belirler | Danışman, hastanın eylemini anlar ve kabul eder |
| Danışman hastayı davranışını değiştirmeye ikna eder | Danışman hastaya saygı gösterir |
| Danışman hastadan saygı bekler | |



Şekil 2. 7. Geleneksel danışmanlık ve motivasyonel görüşme.

2.13.4. İlaç Uyumu ve Motivasyonel Görüşme

Uzun süreli koşulların yönetimi, bireyin tedaviye ve tavsiyelere uyumlu kalmasına büyük ölçüde bağlıdır, ancak kronik hastalıklarda ilaç uyumunun zayıf olduğu ve hastaların ilaçlarının sadece %50'si yönetebildikleri bilinmektedir (121). Zayıf uyum mortalite- morbitide artışına ve sağlık bakımında yıllık ek 1 milyon eurodan fazla maliyete neden olmaktadır. ABD’de 69 hasta yatışının 33 ‘ünün zayıf ilaç uyumuna bağlı yatışlar olduğu görülmüştür (45). Ayrıca uyumsuzluk veya zayıf uyum varlığında, tıbbi ve psikososyal komplikasyonlar ortaya çıkabilir ve hastanın yaşam kalitesini daha da azaltabilir (108). İlaç uyumu konusunda hastalarla iletişim kurmaya odaklanan bir meta-analizin sonuçlarına göre, sağlık hizmeti sağlayıcısı tarafından yetersiz iletişim kurulan hastalarda uyumsuzluk oranında % 19'luk bir artış olduğu bulunmuştur (122). Yapılan meta- analizler motivasyonel görüşmenin kronik hastalıklarda ilaç uyumunu geliştirdiğini göstermiştir (45, 123).

Motivasyonel görüşme, “hastalara, kararsızlığı keşfetme ve çözme konusunda yardımcı olarak davranış değişikliğini sağlamak için bir yönerge, hasta odaklı danışmanlık tarzı”dır (43). Motivasyonel görüşme, hastalarla iletişim kurmak için etkili

bir yoldur. Motivasyonel görüşmeyi kullanan hemşire, ilaçla uyumsuzluk ile ilgili faktörleri keşfedebilir, hasta kararsızlığını ve / veya direncini değerlendirebilir ve ilaca bağlı davranışları teşvik etmek için bir hastayı eğitebilir (108). Ayrıca Motivasyonel görüşme ile hastanın hastalıkları ve / veya tedavileri anlamalarını, tedavi planının hastanın sağlık hedeflerine nasıl uyduğunu belirlediklerini ve hastanın uyumsuzluğunu ve / veya ilaca bağlı davranışlarda bulunma direncini nasıl ele aldıklarını öğrenebilirler (108).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma oral kemoterapi ilaç kullanan kanser hastalarında motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın ilaç uyumu ve öz etkililiğe etkisini belirlemek amacıyla, randomize kontrollü deneysel çalışma deseninde yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, ANEAH Onkoloji Polikliniği'nde yapılmıştır. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Tıbbi Onkoloji hizmetleri 1990'lı yılların ortasında iç hastalıkları Kliniği'nin bir yan dalı 5. İç Hastalıkları Kliniği olarak açılmıştır. Bu çerçevede 5. iç hastalıkları kliniği 10 yıla yaklaşan bir süre Tıbbi Onkoloji ağırlıklı hizmet vermiştir. Tıbbi Onkoloji bağımsız bir klinik olarak Mayıs-2002'de kurulmuştur. Onkoloji polikliniği hastanede C Blok -2. katta hizmet vermektedir.

Onkoloji polikliniğinde iki hemşire görev yapmaktadır. Hemşirelerden biri damar yolu açma, port kateter takılması, vital bulguların takibi gibi işlemlerden sorumlu iken, diğeri poliklinik doktorlarının yönlendirdiği hastalara genel kemoterapi eğitimi vermektedir. Ancak eğitimlerin genel semptomlara yönelik olup, bireye özgü olmadığı gözlenmiştir. Reçete edilen oral kemoterapi ilaçları ve diğer oral ilaçların kullanım bilgisi, genellikle doktor tarafından hastalara reçete yazılır iken sözel olarak açıklanmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, 1 Ekim 2017- 17 Haziran 2018 tarihleri arasında, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi (ANEAH)'nin onkoloji polikliniğine başvuran 450 kanser hastası oluşturmuştur.

3.4. Araştırmanın Örnekleme

Çalışmanın primer sonuç noktası olarak kullanılan oral kemoterapi uyum anketi toplam skoru üzerinden 5 birimlik farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde gösterilebilmesi için çalışma gruplarında ölçek skorunun standart sapmasının yaklaşık 10 birim olacağı varsayılmıştır. Dolayısı ile kontrol ve müdahale gruplarında 10'ar hastaya ulaşıldıktan sonra ara bir analiz yapılmış nihai örneklem büyüklüğü

belirlenmiştir. Analize göre kontrol ve müdahale gruplarına 40'ar hasta alınması halinde %95 güç sağlayacağı öngörülmüştür. Araştırma %0,5 tip 1 hata ile her bir çalışma grubuna 40 hasta dahil edilmiş olup, toplamda 80 hasta randomize edilmiştir. Basit rastgele randomizasyon tekniği ile randomizasyon linki (http://www.e-picos.com/randomizer_rpg.php) kullanılarak hastalar çalışma gruplarına atanmıştır. Randomizasyon araştırmacı dışında danışmanlık alınan istatistik birimi tarafından bilgisayar destekli yapılmış olup, son liste araştırmacıya verilmiştir. Ayrıca hasta dosya verileri ANEAH Gerçek Yaşam Verisi Sağlama Merkezinden alınmıştır.

3.4.1. Araştırmaya dahil edilme ölçütleri

- Okuma yazma bilen
- Kanser tanısı konulan ve tanısını bilen
- En az bir kür oral anti-kanser ilaç kullanmış olan
- Oral anti-kanser ilaçlardan herhangi birini kullanan (oral kemoterapi dışında ek olarak IV kemoterapi ve/veya radyoterapi tedavi olan hastalar da dahil edilecektir)
- Telefonla iletişim kurabilen

3.4.2. Araştırmaya dahil edilmeme ölçütleri

Araştırma sonucunu etkileyeceği düşünülerek;

- Telefonla iletişim kuramayacak olan
- Genel durumu bozuk olan
- İşitme problemi olan
- Okuryazar olmayan hastalar araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.4.3. Araştırmadan çıkarılma ve sonlandırma ölçütleri

- Hayatını kaybetme (3. hafta telefon görüşmesinden önce)
- Genel durumunda bozulma, bağımlı hale gelme

- Oral anti-kanser ilacı kullanmasını engelleyecek herhangi bir komplikasyonun gelişmesi ve ilacın kesilmesi

1 Ekim 2017- 17 Haziran 2018 tarihleri arasında 121 oral kemoterapi başlanan hasta araştırma kriterlerine uygunluk açısından değerlendirilmiştir. 17 hasta genel durum bozukluğu, 3 hasta telefonda konuşamama, okuryazar olma kriterlerini karşılamaması, 20 hasta sistemde numarasının hatalı olması ve 1 kişinin de çalışmaya katılmayı kabul etmemesi nedeniyle araştırmaya dahil edilememiştir. Sonuç olarak, çalışma 40 müdahale ve 40 kontrol olmak üzere toplam 80 hasta ile tamamlanmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında, araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak hazırlanan ve hastaların tanıtıcı bilgilerini içeren “Kişisel Bilgi Formu”(EK-3), “İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği (MASES)” (EK-4) ve “Oral Kemoterapi Uyum Ölçeği (OCAS)” (EK-5) kullanılmıştır. Ayrıca, uygulama sürecinde hastaların evdeki izlemleri “Motivasyonel Görüşme Formu” (EK-6) ve “Kontrol Grubu İzlem Formu” (EK-7) ile yapılmıştır.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Verilerin toplanmasında literatürden (3, 17, 30, 37-39, 47, 63, 87, 98, 115, 124-126) yararlanılarak hazırlanan kişisel bilgi formu; demografik özellikler, hastalığa ilişkin özellikler, yaşanan güçlüklerle yönelik açık ve kapalı uçlu soruların yer aldığı toplam 18 sorudan oluşmaktadır. Ayrıca çalışma sonunda sadece müdahale grubuna sorulan ve müdahale ile ilgili hastaların görüşlerinin öğrenildiği 4 soru yer almaktadır (EK-3).

3.5.2. İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği (MASES)

Ogedegbe ve arkadaşları tarafından 2003 yılında antihipertansif tedavisi verilen yüksek riskli hasta grubunda, öz etkililiğin ilaç tedavisine uyumu üzerindeki etkisini değerlendirmek için geliştirilmiştir(127). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Gözüm ve Hacıhasanoğlu tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasında (Gözüm ve Hacıhasanoğlu, 2009) elde edilen alfa değeri 0.92; bu çalışmada uyarlanan ölçek için cronbachalfa değeri 0.82dir (113). Tokdemir

kanser hastaları için bu ölçeği 9 uzman(Hemşirelik, Hematoloji, Onkoloji alanında 5 öğretim üyesi ile 3 uzman hemşire ve 1 klinik hemşiresi) görüşü alarak modifiye etmiş ve Kapsam Geçerlik Ölçütü 0.75, Kapsam Geçerlik İndeksi 0.76 olarak bulmuştur. Çalışmamızın örneklemini kanser hastaları oluşturacağı için Tokdemir'in modifiye ettiği MASES ölçeği kullanılmıştır (128). Ölçeği araştırmamızda kullanabilmek için yazardan izin alınmıştır (EK-4).

3.5.3. Oral Kemoterapi Uyum Ölçeği

Ölçek, kanser tedavisinde oral ajan kullanan hastaların tedaviye uyumunu değerlendirmek amacı ile, 2015 yılında Bağcıvan ve Akbayrak tarafından geliştirilmiş ve geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu ortaya konmuştur (129). Ölçek kullanımı için araştırmacılardan izin ve görüş alınmıştır. Ölçek toplam 19 maddeden oluşmaktadır. Ölçek puanlamasında 5'li likert tipi derecelendirme kullanılmaktadır. Hastalar, ölçekte yer alan ifadeler için kendilerine göre en uygun olan seçeneği 5'lilikert tipi ölçekte (Hiçbir zaman=1, Nadiren=2, Bazen=3, Sık sık=4 ve Her zaman=5) işaretlemektedir. Ölçekte 10 olumlu, 9 olumsuz tutum içeren madde bulunmaktadır. Ölçekten elde edilen puanların yorumlanmasında toplam ölçek puanları kullanılmaktadır; toplam puanın 84 ve üzerinde olması; "tedaviye uyum iyi", 83 ve altında olması, "tedaviye uyum kötü" şeklinde yorumlanmaktadır. Ölçek 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Tedavi sürecine ilişkin beklenen davranışlar" ve " ilaç kullanımında beklenen davranışlar" alt boyutundan alınan puanın yüksek olması bireyin tedavi sürecinde ve ilaç kullanımında beklenen davranışları sergilediğini göstermektedir. Puanın düşük olması bireyin tedavi sürecinde beklenen davranışları sergilemediğini göstermektedir. "Engeller" alt boyutundan alınan toplam puanın yüksek olması, tedaviye uyumu engelleyen faktörlerin bireylere engel olmadığını göstermektedir. Puanın düşük olması, bireyin tedaviye uyumunu engelleyen faktörlerin bulunduğunu göstermektedir. Geçerlilik güvenilirlik çalışmasında elde edilen Cronbach alfa değeri, 0.738'dir (EK-5).

3.5.4. Motivasyonel Görüşme Formu

Müdahale grubundaki hastaların izlem ve takibini kolaylaştırmak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Formda her görüşme için alınacak notlar, görüşme tarihleri ve hastalar için konuşulan konu başlıklarının yazılabileceği bölümler bulunmaktadır. Bu form sadece müdahale grubu için izlenen hastalara doldurulmuştur (EK-6).

3.5.5. Kontrol Grubu İzlem Formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan formda, hasta ile görüşülen tarih, bir sonraki yapılacak görüşme tarihi ve hasta telefon numaralarının olduğu başlıklar yer almaktadır. Hastaların bireysel izlemine kolaylaştırmak amacıyla oluşturulan bu form kontrol grubuna dahil edilen her hasta için doldurulmuştur (EK-7).

3.6. Verilerin Toplanması Ve Uygulama

3.6.1. Ön Uygulama

Araştırmada kullanılan kişisel veri formunun anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla gerekli izinler alındıktan sonra, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 10 hasta ile Ankara Numune Eğitim ve Araştırma hastanesi Tıbbi Onkoloji polikliniğinin'de 1 Ekim 2017- 1 Ocak 2018 tarihleri arasında ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında kişisel bilgi formunda gerekli değişiklikler yapılmıştır. Bu hastalar araştırmaya dahil edilmemiştir. Ayrıca araştırmacı, araştırma konusu ile ilgili olarak 21 Temmuz 2017 tarihinde Prof. Dr. Kültegin Ögel'den 9 saatlik "Motivasyonel Görüşme Teknikleri" kursu almıştır (EK-11).

3.6.2. Oral Kemoterapi Kullanım Kitapçığı İçin Uzman Görüşlerinin Alınması

Çalışmaya dahil edilecek müdahale ve kontrol grubuna ilk görüşmede verilmek üzere hazırlanan Oral Kemoterapi Kullanım Kitapçığı uzman görüşüne sunulmuştur. Danışılmak üzere seçilen uzmanlar; Tıbbi onkoloji kliniği onkolog, Kanser alanında uzmanlaşmış iki iç hastalıkları öğretim görevlisi, Medikal onkoloji eğitim hemşiresi, Oral kemoterapi kullanan kanser hastası olmak üzere toplam beş kişiden oluşmuştur. Seçilen uzmanların listesi EK-8'de yer almaktadır. Uzmanlara mail yolu ile kitapçık

gönderilmiş, yazılı materyalin içeriği anlaşılabilirlik ve amaca uygunluk açısından, aşağı verilen puanlama maddelerine göre değerlendirmeleri istenmiştir.

- a) Uygun değil
- b) Uygun şekilde getirilmesi gerekir
- c) Uygun, ancak ufak değişiklik gerekiyor
- d) Çok uygun

Uzman görüşlerinin toplanmasından sonra bütün maddelerin kapsam geçerlilik indeksine (KGİ) bakılmış ve $KGİ \leq 0,8$ olanlarda düzeltmeler yapılmıştır.

Kapsam geçerlilik indeksinin (KGİ) elde edilmesi

Tablo 3. 2. Davies Tekniğine göre kapsam geçerliliği çalışması.

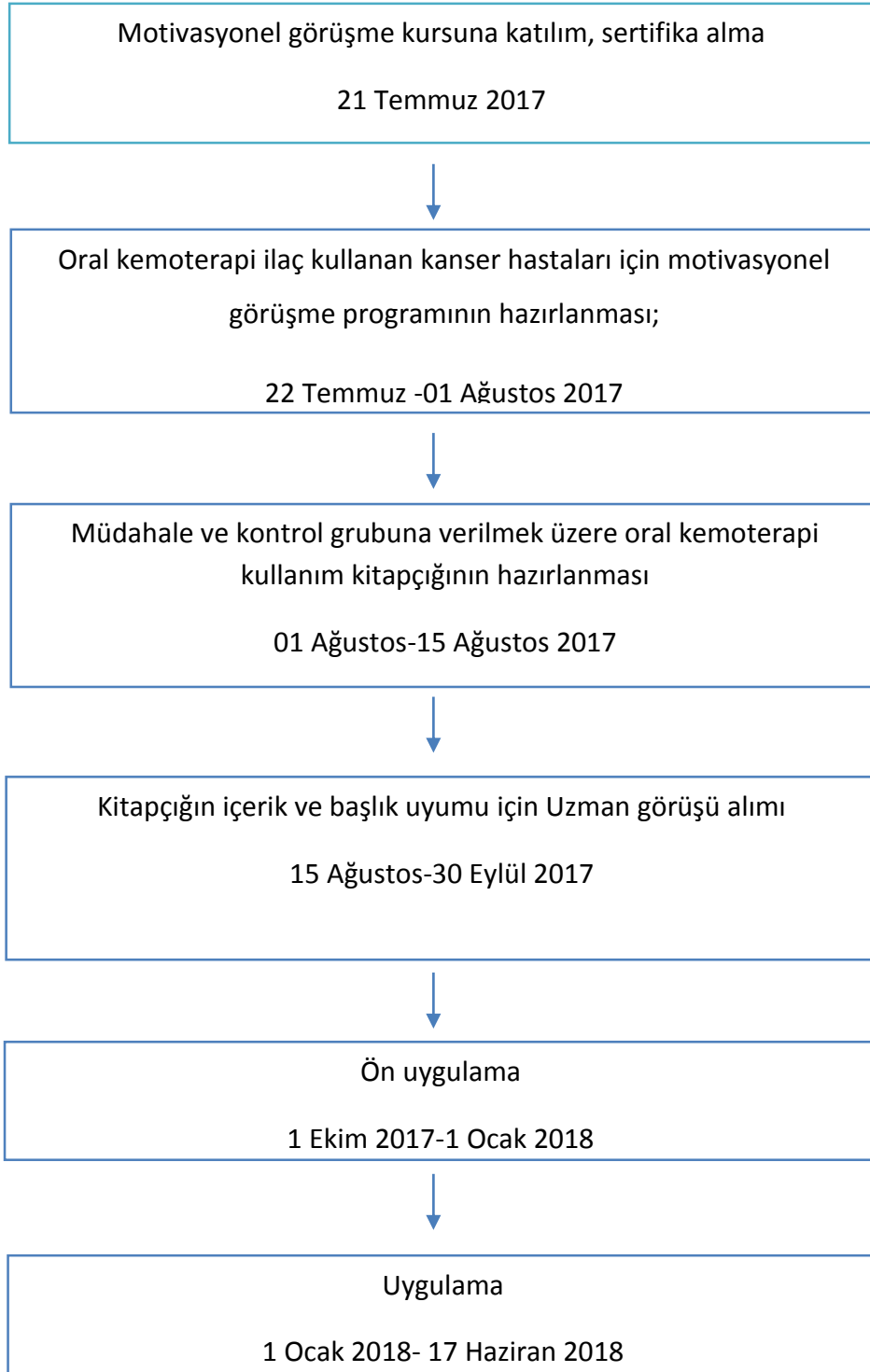
| Maddeler | A | B | KGİ |
|--|---|---|-----|
| Kitapçığındaki bilgilerin doğruluğu | 4 | 5 | 0,8 |
| Kitapçığındaki bilgilerin anlaşılabilirliği* | 3 | 5 | 0,6 |
| Kitapçığındaki bilgilerin açıklığı* | 3 | 5 | 0,6 |
| Kitapçığındaki bilgilerin amaca uygunluğu* | 3 | 5 | 0,6 |
| Kitapçığındaki sloganların uygunluğu* | 3 | 5 | 0,6 |
| Kitapçığındaki resimlerin uygunluğu* | 3 | 5 | 0,6 |

*İşaretleli maddelerde düzeltme yapılarak son şekli verilmiştir.

A: Uzmanlardan a ve b diyenlerin toplamı

B: Uzman katılımcı toplamı

Uzman görüşleri ve önerileri doğrultusunda oral kemoterapi kullanım kitapçığına son hali verilmiştir(EK-10).



Şekil 3. 1. Uygulamaya hazırlık akış şeması.

3.6.3. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmacı, çalışmada hastalara ilki yüz yüze, sonraki dördü telefon ile olmak üzere toplamda beş kez motivasyonel görüşme temelli danışmanlık hizmeti vermiştir. Örneklem grubuna ulaşmak için, poliklinik sekreterinden, onkoloji polikliniğine başvuran ve oral kemoterapi başlanmak için ilaç raporu çıkarılan hasta listesi alınmıştır. Buna göre müdahale ve kontrol grubuna atanacak hastaların randomizasyonu http://www.e-picos.com/randomizer_rpg.php linki kullanılarak istatistikçi tarafından, araştırmacıdan bağımsız yapılmıştır. Hastaların telefon numaralarına kendilerinden veya sistem girişlerinden ulaşılmıştır. Hastalar ile ilk görüşme poliklinik içerisinde, hastaların ve görüşmecinin oturabileceği sandalyelerin olduğu rahat, sessiz ve aydınlık eğitim odasında ortalama 20-30 dk sürmüştür. Hastaya araştırmanın amacı, süresi ve süreci hakkında bilgi verildikten sonra **ilk görüşmede** motivasyonel görüşme yapılmıştır. Hastaya araştırmacı tarafından oral kemoterapi ilacına başladıktan sonraki 7. gün ve 3-6-9'uncü haftalarda ve en son 12. haftada poliklinik kontrolünde yüz yüze görüşme yapılacağı konusunda bilgi verilmiştir. Burada belirlenen arama zamanları literatür taranarak oluşturulmuştur (17, 28, 36-39, 125, 130). Bireylerin telefonla günün hangi saati aranmak istedikleri ve uygun oldukları zamanlar öğrenilmiş ve gereksinim duyduklarında araştırmacıyı arayabilecekleri saat ve günler hasta ile birlikte planlanmıştır. Çalışmaya katılmak ve devam etmek isteyenlere bilgilendirilmiş onam formu okutulup imzalatılmıştır.

İlk görüşmede hastalara oral kemoterapi ilacının güvenli kullanımı hakkında bilgilendirme yapılmış ve ilgili kitapçık verilmiştir. İlk ve son görüşmede İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği (MASES) (EK-3), Oral Kemoterapi Uyum Ölçeği(OCAS) (EK-4) araştırmacı tarafından hastalarla yüz yüze doldurulmuştur.

Müdahale grubu hastalar ile yapılan motivasyonel görüşme temelli danışmanlık planı ve sorulan soru örnekleri aşağıda yer almaktadır.

İLK GÖRÜŞME(DEĞİŞİM İÇİN MOTİVASYON KURULMASI)

Açılış ve Yapılandırma

Hastaların görüşmeye hemşire tarafından eleştirilecekleri, yargılanacakları gibi çeşitli korku ve beklentilere girmelerini önlemek için önce bir yapılandırma görüşmesi yapılmıştır. Görüşme için gereken sürenin ne kadar olduğu, rolümüz ve hedeflerimizi, hastanın rolünün ne olduğu ve sorulacak sorular hakkında bilgi verilmiştir. Yapılandırma bir soruyla bitirilmiştir.

Örneğin: *“Yaklaşık 20dk zamanımız var ve ben bu süre içinde senin evde kullandığın oral kemoterapi ilacı ile ilgili evde neler yapıyorsun anlamaya çalışacağım. Ben zamanın büyük kısmını dinleyerek geçireceğim. Böylece senin olayları nasıl gördüğünü ve kaygılarını da anlamaya çalışacağım. Burada olacaklarla ve olmayacaklarla ilgili olarak senin bazı beklentilerin olabilir. Bunları da duymak isterim. Bazı özel bilgileri sorma ihtiyacı da hissedebilirim ama önce başlayalım. Aklında neler var?”*

DİĞER GÖRÜŞMELER

Gündem Oluşturma

Burada temel soru “Bugün neler konuşacağız?”dır. Bunu öncelikle danışana sormak ve onun önem verdiği durumu ortaya çıkarmak amacıyla yapılmıştır. Önce onun gündeminden başlamak, daha sonra kendi gündeminize geçmek erken odaklaşma tuzağına düşmemizi engellemiştir.

Görüşmenin başında hemşire, hasta ile tartışma için seçenekler sunarak konuşmaya nerden başlayacağı konusunda inisiyatif tanımıştır. Danışanlara ilk kontrolü vermek onları daha aktif katılımcılar haline getirmiş ve daha çok konunun keşfini sağlamıştır. İlk olarak danışanın endişeleri aydınlatılmıştır.

Örneğin; *“Bugün ne hakkında konuşmak isterdiniz? Yan etkiler, oral kemoterapi saklama koşulları vb konuşabiliriz. En çok kaygılandığınız şey nedir? Belki de başka bir şey vardır?”* diyebilir.

Açık uçlu sorular yönlendirilmiştir.

“İlaçlarla aran nasıl, biraz anlatır mısın? “

“Bana tipik bir gününüzü anlatır mısınız, başından sonuna kadar, ilaçlarınızı nasıl alırsınız, nerede saklıyorsunuz?”

“İlaç almamanın artıları / eksileri nelerdir?”

“ İşler oldukları gibi devam ederse ne olur?”

“İlaçlarını alsaydın ne olurdu?”

Özetleme yapılmıştır.

“İlacınızı düzenli almayı istemek için birkaç sebebiniz var; doktorunuzun önerisine uyacağınızı ve tedavinizin devam edeceğini söylüyorsunuz. Diğer taraftan, ilaçları almanın başa bela olduğunu, yan etkileri yaşamın sizi yıprattığını ve tatların kötü olduğunu söylüyorsunuz. Bu doğru mu?”

Değişimi konuşulmuştur.

“Değişirseniz, ne kadar yapabileceğinizi düşünüyorsunuz?”

“Durumunuz hakkında sizi endişelendiren nedir?”

“Ne olursa bunları yapmaktan vazgeçersiniz?”

Karar dengesini açığa çıkarmak

İlaçlarını almamanın iyi yönleri nelerdir?

İlacınızı almakla ilgili o kadar iyi olmayan şeyler nelerdir?

Tavsiyede bulunma

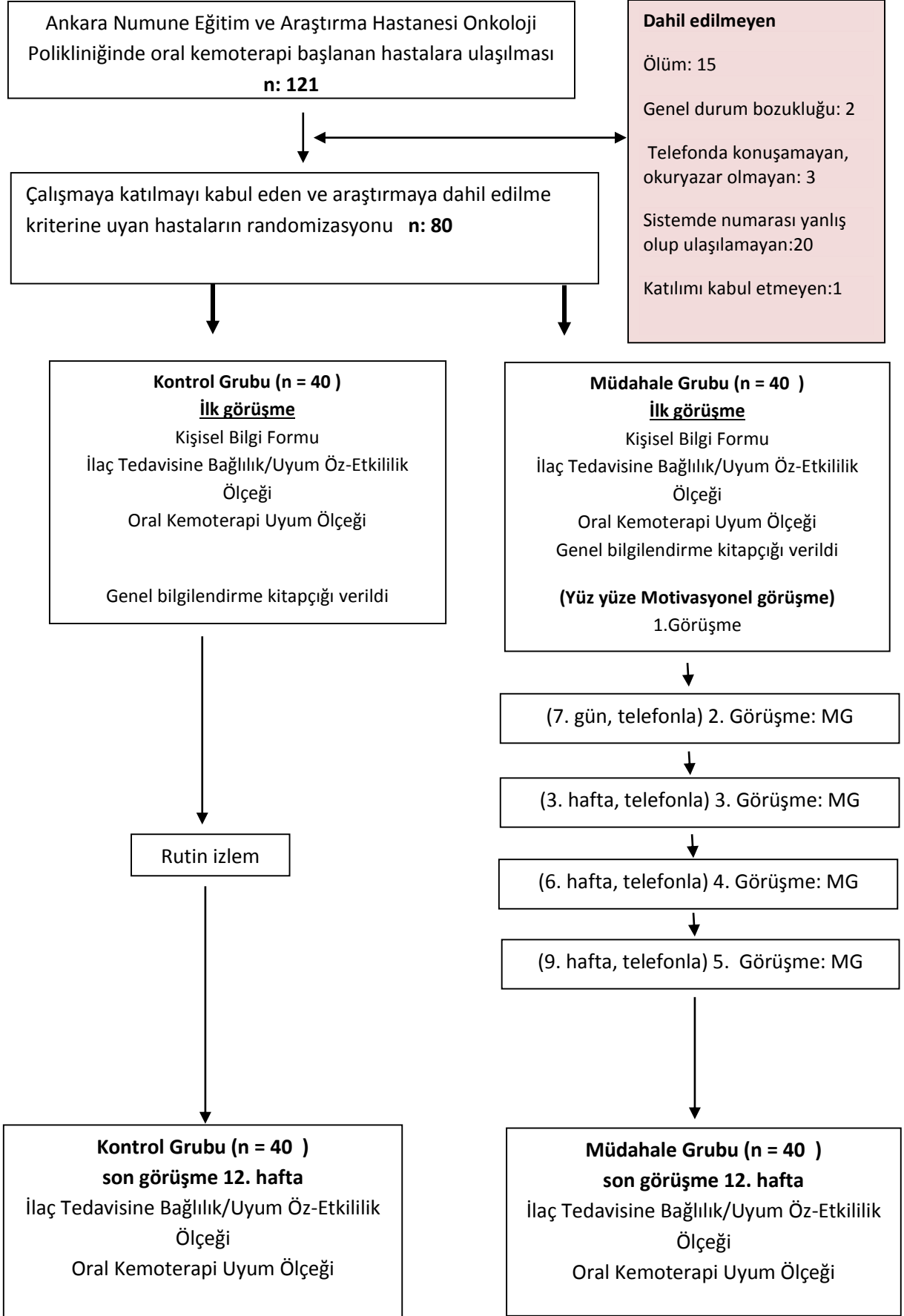
*Eğer varsa, ilacınızı düzensiz kullanmak ve sağlığınız arasında nasıl bir ilişki var?
Konuyla ilgili daha fazla bilgi öğrenmek ister misiniz?*

*İlacı programa uygun kullanmak ve sağlığınız arasında nasıl bir ilişki var öğrenmek
ister misiniz?*

*Bazı insanlar ilacını aynı saatte almak ve bunu hatırlamak konusunda zorluk
yaşamaktadır. Bu durum size uyuyor mu?*

Kontrol Grubundaki Hastalara;

Herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır. Kontrol grubunda yer alan bireyler, poliklinik verilen hizmeti almaya devam etmiştir. **İlk görüşmede** hastalara oral kemoterapi ilaç güvenli kullanımı hakkında bilgilendirme yapılmış ve kitapçık verilmiştir. İlk görüşmede hastalara Kişisel Bilgi Formu (EK-3), İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği (MASES) (EK-4), Oral Kemoterapi Uyum Ölçeği(OCAS) (EK-5), doldurulmuştur. En son 12 hafta sonra poliklinik kontrolüne geldiklerinde formlar, yüz yüze tekrar doldurulmuştur.



Şekil 3. 2. Araştırma akış şeması.

3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler; hastaların ölçeklerden aldığı puanlar bağımlı değişkenlerdir.

Bağımsız Değişkenler; yaş, cinsiyet, kullanılan oral kemoterapi çeşidi ve kanser türü bağımsız değişkenlerdir.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi ve Bulguların Analizi

Çalışmanın istatistiksel analizleri SPSS 21 (IBM inc., Armonk, NY, ABD) yazılımı ile yapıldı. İstatistiksel anlamlılık sınırı %5 olarak kabul edildi ve bu değerin altındaki sonuçlar ($p < 0,05$) istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Öz-etkililik ve ilaç uyumu ölçek puanları normal dağılım göstermediği belirlendiğinden bu parametreler Wilcoxon testi kullanılarak karşılaştırıldı. İki grup için yaş ortalamalarının karşılaştırılması için Mann-Whitney U testi kullanılarak karşılaştırıldı. İlaç uyumu ve öz- etkililik puan değişkenleri arasında ilişkiler için korelasyon katsayıları ve istatistiksel anlamlılıklar spearman testi ile hesaplanmıştır. Çalışmanın bağımsız grupları arasında kategorik veri karşılaştırmaları Ki-kare testi ile; bağımlı gruplar arası sayısal veri karşılaştırmaları Wilcoxon testi ile test edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Süresi

Araştırma kontrol ve müdahale grupları için seçilen hastaların her biri için 12 hafta sürmüştür.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Hacettepe Üniversitesi Etik Kurulu tarafından 04.07.2017 tarih ve G0 17/577-03 nolu karar ile izin alınmıştır. Ayrıca araştırma yapılan hastaneden kurum izni alınmıştır. Araştırmaya katılan bireylerden çalışma hakkında bilgilendirildikten sonra yazılı izin alınmıştır (EK-1).

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada körleme yapılmaması ve plasebo kullanılmamış olması, araştırma verilerinin değerlendirilmesinde hasta bildirimine dayanan subjektif ölçüm kriterlerine ek olarak objektif değerlendirme yöntemlerinin kullanılmamış olması araştırmanın metodolojik sınırlılıklarını oluşturmuştur.

4. BULGULAR

Oral kemoterapi ilaç kullanan kanser hastalarında motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın ilaç uyumu ve öz etkililiğe etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan deneysel çalışmanın bulguları bu bölümde yer almaktadır.

Araştırma kapsamında elde edilen bulgular aşağıda belirtilen başlıklar altında özetlenmiştir.

- 4.1. Kontrol ve müdahale gruplarındaki hastaların tanıtıcı özellikleri
- 4.2. Kontrol ve müdahale gruplarındaki hastaların oral kemoterapi eğitimine ve oral kemoterapi kullanımına ilişkin özellikleri
- 4.3. Kontrol ve müdahale gruplarındaki hastaların ilaç uyum ve öz-etkililik puanlarının karşılaştırılması
- 4.4. İlaç uyumu ve öz- etkililik arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi
- 4.5. Müdahale grubunun uygulamaya yönelik değerlendirmesi

4.1. Kontrol ve Müdahale Gruplarındaki Hastaların Tanıtıcı Özellikleri

Bu bölümde araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik, hastalık, tedaviye ilişkin özelliklerinin dağılımına yer verilmiştir.

Tablo 4. 1. Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

| Özellik | Müdahale (n:40) | | Kontrol (n:40) | | Test değeri ve önemlilik | |
|----------------------|------------------|----------|------------------|----------|--------------------------|-------------|
| | $\bar{X} \pm SS$ | | $\bar{X} \pm SS$ | | | |
| Yaş | 57,0±12,74 | | 62,0±15,52 | | p=0.115 | M.W=636,5** |
| | Sayı | % | Sayı | % | Ki-Kare | p |
| Cinsiyet | | | | | | |
| Erkek | 18 | 45,0 | 18 | 45,0 | | |
| Kadın | 22 | 55,0 | 22 | 55,0 | | |
| Medeni durum | | | | | | |
| Evli | 38 | 95,0 | 25 | 62,5 | *12,99 | 0,003 |
| Bekâr | 2 | 5,0 | 15 | 37,5 | | |
| Eğitim durumu | | | | | | |
| Okuryazar | 10 | 25,0 | 17 | 42,5 | *6,65 | 0,094 |
| İlkokul | 12 | 30,0 | 13 | 32,5 | | |
| Ortaokul | 11 | 27,5 | 4 | 10,0 | | |
| Lise | 7 | 17,5 | 4 | 10,0 | | |
| Üniversite | 0 | 0 | 2 | 5,0 | | |

*PearsonChi-Square

** Mann-Whitney U

Tablo 4. 1 'de araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Tablo 4. 1 'e göre; müdahale ve kontrol grubu hastaların medeni durumları dışındaki özellikler bakımından benzer olduğu belirlenmiştir. Tablo incelendiğinde; müdahale ve kontrol gruplarında yaş ortalamasının sırası ile

57,0±12,74 ve 62,0±15,52 yıl olduğu gör÷lmektedir. Çalışma gruplarında cinsiyet değişkenine göre dağılım yüzdeleri incelendiğinde, müdahale ve kontrol grubundaki hastaların %55'sini kadınlar oluşturmuştur. Eğitim durumu ve medeni duruma bakıldığında, müdahale grubundaki hastaların %25'sinin, kontrol grubundaki hastaların ise %42,5'inin okuryazar olduğu, her iki grupta da çoğunluğu evli bireylerin oluşturduğu (müdahale: %95, kontrol:%62,5) gör÷lmüştür. Sosyo-demografik özellikler açısından müdahale ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak farkın önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4. 2. Hastaların tanı, kullanılan ilaç ve tedavi özelliklerinin dağılımı

| Özellik | Müdahale (n:40) | | Kontrol (n:40) | | Ki-Kare | p |
|-----------------------------------|-----------------|------|----------------|------|---------|-------|
| | Sayı | % | Sayı | % | | |
| OK dışında ek tedavi | | | | | | |
| Var | 7 | 17,5 | 7 | 17,5 | | |
| Yok | 33 | 82,5 | 33 | 82,5 | | |
| Ok dışında ek tedavi (n=7) | | | | | | |
| Radyoterapi | 3 | 42,9 | 2 | 28,6 | **0,311 | 0,57 |
| İntravenöz KT | 4 | 57,1 | 5 | 71,4 | | |
| Hastalığın tanısı | | | | | | |
| Meme kanseri | 12 | 30,0 | 14 | 35,0 | | |
| Kolon kanseri | 11 | 27,5 | 11 | 27,5 | | |
| Mide kanseri | 4 | 10,0 | 4 | 10,0 | | |
| Pankreas kanseri | 1 | 2,5 | 1 | 2,5 | | |
| Hepatosellüler karsinom (HCC) | 6 | 15,0 | 3 | 7,5 | *8,48 | 0,581 |
| Renal kanser | 1 | 2,5 | 2 | 5,0 | | |
| Rektum kanseri | 0 | ,0 | 2 | 5,0 | | |
| Prostat kasneri | 1 | 2,5 | 3 | 7,5 | | |
| Multiplmiyelom | 1 | 2,5 | 0 | ,0 | | |
| Melanom | 2 | 5,0 | 0 | ,0 | | |
| Beyin kanseri | 1 | 2,5 | 0 | ,0 | | |
| Kullanılan OK ilaçlar | | | | | | |
| Capecitabin | 16 | 40,0 | 15 | 37,5 | | |
| Tamoksifen | 7 | 17,5 | 5 | 12,5 | | |
| Sunitinibe | 5 | 12,5 | 4 | 10,0 | | |
| Regorafenib | 1 | 2,5 | 5 | 12,5 | *14,6 | 0,14 |
| Letrazol | 0 | ,0 | 3 | 7,5 | | |
| Pazopanib | 1 | 2,5 | 2 | 5,0 | | |
| Enzalutamid | 1 | 2,5 | 3 | 7,5 | | |
| Temozolomid | 3 | 7,5 | 0 | ,0 | | |
| Anastrazole | 2 | 5,0 | 3 | 7,5 | | |
| İmitanib | 1 | 2,5 | 0 | ,0 | | |
| Temozolomid+ Capecitabin | 3 | 7,5 | 0 | ,0 | | |

*PearsonChi-Square

** Fisher'sExact Test

Tablo 4. 2’de araştırmaya katılan hastaların tanı, kullanılan ilaç ve tedavi özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Hastaların kanser tanılarına bakıldığında; müdahale grubundaki hastaların %30’unun, kontrol grubundaki hastaların ise %35’inin meme kanseri olduğu görülmüştür. Araştırma sürecinde alınan oral kemoterapi protokollerine bakıldığında; araştırma örnekleminin büyük çoğunluğunu (müdahale: %40, kontrol: %37,5) capecitabin OK ilacı alan hastalar oluşturmuştur. Hastaların OK dışında tedavi alma durumu değerlendirildiğinde; müdahale ve kontrol grubu hastaların %17,5 ’inin, radyoterapi veya IV kemoterapi aldığı görülmüştür. Ayrıca müdahale ve kontrol grubundaki hastaların tanı, kullanılan ilaç ve tedavi özellikleri açısından gruplar arasında farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Ayrıca çalışmaya katılan müdahale grubundaki hastaların %32,5’i, kontrol grubundaki hastaların ise %27,5’inde en az iki kronik hastalık sahibi olduğu belirlenmiştir. Müdahale grubundaki hastaların %35’i, kontrol grubundaki hastaların ise %42,5’inin oral kemoterapi ile beraber toplamda beş ve üzeri oral ilaç aldığı belirtmişlerdir.

4.2. Kontrol ve Müdahale Gruplarındaki Hastaların Oral Kemoterapi Eğitimine ve Oral Kemoterapi Kullanımına İlişkin Özellikleri

Tablo 4.3. Hastaların oral kemoterapi kullanım özellikleri ve eğitim alma durumları

| Özellik | Müdahale (n:40) | | Kontrol (n:40) | | Ki- Kare | p |
|---|-----------------|------|----------------|------|----------|-------|
| | Sayı | % | Sayı | % | | |
| OK ilacınızı kıırarak ya da ezerek yuttuğunuz oldu mu? | | | | | | |
| Evet | 2 | 5,0 | 5 | 12,5 | *1,40 | 0,235 |
| Hayır | 38 | 95,0 | 35 | 87,5 | | |
| Tedaviniz boyunca ilaç almayı unuttunuz mu? | | | | | | |
| Evet | 14 | 35,0 | 20 | 50,0 | *7,96 | 0,166 |
| Hayır | 26 | 65,0 | 20 | 50,0 | | |
| OK ile ilgili eğitim aldınız mı? | | | | | | |
| Evet | 27 | 67,5 | 29 | 72,5 | *0,38 | 0,808 |
| Hayır | 13 | 32,5 | 11 | 27,5 | | |
| OK ile ilgili eğitimi alınan kaynaklar** | | | | | | |
| Doktor | 18 | 66,7 | 25 | 86,2 | | |
| Hemşire | 15 | 55,6 | 11 | 37,9 | | |
| Eczane | 13 | 48,1 | 2 | 6,9 | | |
| Prospektüs | 2 | 7,4 | 1 | 3,4 | | |
| İnternet | 2 | 7,4 | 1 | 3,4 | | |
| Aldığınız eğitimin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz? | | | | | | |
| Kararsızım | 17 | 58,6 | 16 | 53,3 | | |
| Evet | 6 | 20,7 | 12 | 40,0 | *4,01 | 0,134 |
| Hayır | 6 | 20,7 | 2 | 6,7 | | |

*PearsonChi-Square

**Çoklu cevap verilmiştir.

Tablo 4. 3'de Hastaların OK ile ilgili kullanım özelliklerinin ve eğitim alma durumları dağılımı verilmiştir. Müdahale grubunun %5'i, kontrol grubunun ise,%12,5'i oral kemoterapi ilaçlarını kırarak ya da ezerek yuttuğu ayrıca, müdahale grubundaki hastaların %35'i, kontrol grubundaki hastaların ise %50'si tedavileri boyunca ilaç almayı unuttuklarını belirtmişlerdir. Çalışmaya katılan müdahale grubundaki hastaların %67,5'i, kontrol grubundaki hastaların ise %72,5'i OK ilaç kullanımı ile ilgili daha önce eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Eğitim alanların çoğunluğunun eğitimlerini doktordan (müdahale: %66,7, kontrol: %86,2) aldıkları görülmüştür. Müdahale grubundaki hastaların %58,6'sı, kontrol grubundaki hastaların ise %53,3'ünün aldıkları eğitimin yeterliliği konusunda kararsız olduklarını belirtmişlerdir. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların OK ile ilgili eğitim alma ve aldığı eğitimi yeterli bulma özellikleri bakımından farklılık göstermediği saptanmıştır.

Tablo 4. 4. Hastaların oral kemoterapi ilacını evde kullanımına ilişkin özellikleri

| Özellik | Müdahale (n:40) | | Kontrol (n:40) | | Ki-Kare | p |
|--|-----------------|-------|----------------|-------|---------|-------|
| | Sayı | % | Sayı | % | | |
| Evde OK tedavisi için destek alma | | | | | | |
| Evet | 19 | 47,5 | 31 | 77,5 | **7,68 | 0,01 |
| Hayır | 21 | 52,5 | 9 | 22,5 | | |
| Evde OK ilaç kullanımında destek veren kişi | | | | | | |
| Eşi | 15 | 78,9 | 7 | 22,6 | | |
| Çocuğu | 3 | 15,7 | 19 | 61,3 | *17,31 | 0,01 |
| Arkadaşı | 1 | 5,2 | 1 | 3,2 | | |
| Gelini | 0 | ,0 | 4 | 12,9 | | |
| Destek alınan konular*** | | | | | | |
| İlaç saati hatırlatma | 19 | 100,0 | 31 | 100,0 | | |
| Beslenme | 11 | 55,0 | 10 | 33,3 | | 0,154 |
| Yan etki | 4 | 20,0 | 2 | 6,7 | | |
| Diğerleri | 2 | 10,5 | 1 | 3,3 | | |
| İlaçların saklanma alanları | | | | | | |
| Herhangi özellik yok | 22 | 55,0 | 21 | 52,5 | | |
| Serin güneş görmeyen | 13 | 32,5 | 8 | 20,0 | *3,78 | 0,286 |
| Oda ısısı | 4 | 10,0 | 10 | 25,0 | | |
| Buzdolabı | 1 | 2,5 | 1 | 2,5 | | |

*PearsonChi-Square

** Fisher'sExact Test

***Çoklu cevap verilmiştir.

Tablo 4. 4'de hastaların OK ilacını evde kullanımına ilişkin özellikleri görülmektedir. Müdahale grubundaki hastaların %47,0'isi, kontrol grubundaki hastaların ise %77,5'i evde oral kemoterapi ilaç kullanımında yardım aldıkları ve müdahale grubundaki hastaların çoğunluğunun eşinden (%78,9), kontrol grubundaki hastaların ise, çoğunluğunun çocuğundan (%61,3) yardım aldığı belirlenmiştir. Müdahale ve kontrol grubu için yardım alınan konuların başında "ilaç saati hatırlatma" (%100) gelmektedir. Ayrıca müdahale grubunun %55'i, kontrol grubunun %33,3'ü beslenme konusunda yakınlarından yardım almaktadır. Hastaların yarısından fazlasının (müdahale: %55, kontrol: %52,5) ilaçlarını evde muhafaza ederken herhangi bir özelliğe dikkat etmediği görülmüştür. Müdahale ve kontrol grubu hastaların evde OK kullanımında yardım alma ve yardım eden kişi dışındaki özellikler bakımından benzer olduğu belirlenmiştir.

4.3. Kontrol ve Müdahale Gruplarındaki Hastaların İlaç Uyum Ve Öz-Etkililik Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 4. 5. Kontrol ve müdahale gruplarının ilaç uyum ve öz-etkililik ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

| | Müdahale (n:40) | | | Kontrol (n:40) | | |
|-----------------------------|------------------|---------|--------|------------------|---------|--------|
| | $\bar{X} \pm SS$ | Min-Max | Median | $\bar{X} \pm SS$ | Min-Max | Median |
| Öz-Etkililik Ölçeği* | | | | | | |
| İlk görüşme | 46,8 ± 7,69 | 26-65 | 48,0 | 46,0 ± 9,59 | 26-72 | 48,0 |
| ^a Son görüşme | 57,9 ± 9,59 | 40-72 | 55,5 | 48,0 ± 9,23 | 28-72 | 48,0 |
| İlaç Uyum Ölçeği* | | | | | | |
| İlk görüşme | 72,1 ± 8,03 | 48-86 | 74,0 | 67,0 ± 10,55 | 43-86 | 68,0 |
| ^a Son görüşme | 83,0 ± 5,03 | 70-91 | 86,0 | 68,1 ± 10,68 | 43-88 | 67,5 |

*Wilcoxon test ^a12. Hafta

Tablo 4. 5’de müdahale ve kontrol gruplarının öz-etkililik, ilaç uyum ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir. İlk görüşmede müdahale grubunun öz etkililik ortalama puanı $46,8 \pm 7,69$ iken, kontrol grubu için bu değerin $46,0 \pm 9,59$ olduğu bulunmuştur. Müdahale ve kontrol gruplarının ilk görüşme öz-etkililik puanları arasındaki istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. 12. hafta sonunda yapılan görüşmede, müdahale grubunun öz etkililik puan ortalaması $57,9 \pm 9,59$ iken, kontrol grubunun $48,0 \pm 9,23$ olduğu görülmüştür. 12. hafta sonunda yapılan görüşmede, müdahale grubunun öz etkililik puanının kontrol grubuna göre anlamlı olarak yükseldiği görülmüştür ($p < 0,001$)

İlk görüşmede müdahale grubunun ilaç uyumu ortalama puanı $72,1 \pm 8,03$ iken, kontrol grubu için bu değerin $67,0 \pm 10,55$ olduğu bulunmuştur. Müdahale ve kontrol gruplarının ilk görüşme ilaç uyumu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup müdahale grubunun birinci görüşmede ilaç uyum puanı daha yüksektir. 12. hafta sonunda yapılan görüşmede, müdahale grubunun ilaç uyumu puan ortalaması $83,0 \pm 5,03$ ’a yükselirken, kontrol grubunun $68,1 \pm 10,68$ olduğu görülmüştür. 12. hafta sonunda yapılan görüşmede, müdahale grubunun ilaç uyumu puan ortalamasının kontrol grubuna göre anlamlı olarak yükseldiği görülmüştür ($p < 0,001$).

4.4. İlaç Uyumu ve Öz- Etkililik Ölçeği Puanı Arasındaki Korelasyonun Değerlendirilmesi

Tablo 4. 6. İlaç uyumu ve öz- etkililik ölçeği puanı arasında korelasyonun karşılaştırılması

| Grup | Öz-etkililik | Uyum Puanı | |
|----------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| | | İlk görüşme | ^a Son görüşme |
| Müdahale | İlk görüşme | r | 0,628 |
| | | p | 0,000 |
| | ^a Son görüşme | r | 0,762 |
| | | p | 0,000 |
| Kontrol | İlk görüşme | r | 0,118 |
| | | p | 0,467 |
| | ^a Son görüşme | r | 0,108 |
| | | p | 0,505 |

^a 12. Hafta Spearman Korelasyon Analizi

Tablo 4. 6 'de ilaç uyumu ve öz- etkililik ölçeği puanları arasındaki korelasyonun karşılaştırılması görülmektedir. Değişkenler arasındaki ilişki için korelasyon katsayıları ve istatistiksel anlamlılıklar spearman testi ile hesaplanmıştır. İlaç uyumu ölçeği puanı ve öz-etkililik ölçeği puanı arasında pozitif ve güçlü bir korelasyon saptanmıştır($r=0,762$, $p<0,001$).

4.5. Müdahale Grubunun Uygulamaya Yönelik Değerlendirmesi

Tablo 4. 7. Müdahale grubunun uygulamaya yönelik değerlendirilmesi

| Özellik | Müdahale (n:40) | |
|------------------------------------|---------------------------------|----------|
| Memnuniyet puanı (1-5) | $\bar{X} \pm SS$ 4,4 \pm 0,50 | |
| | Sayı | % |
| Uygulamanın eksik yönleri | | |
| Yok | 35 | 87,5 |
| Var | 0 | 0 |
| Kararsızım | 5 | 12,5 |
| İstenilen danışmanlık şekli | | |
| Ev ziyareti | 5 | 12,5 |
| Telefon | 28 | 70,0 |
| On-line | 7 | 17,5 |
| Poliklinikte | 0 | 0 |

Tablo 4. 7' de müdahale grubu hastaların uygulamaya yönelik değerlendirilmesi görülmektedir. Müdahale grubundaki hastalardan son görüşmede toplanan bilgilerde hastaların uygulama için vermiş olduğu puan ortalamasının 4,4 \pm 0,50 olduğu belirlenmiştir. Hastaların %87,5'i uygulamada herhangi bir eksik olmadığını belirtmişlerdir. Ayrıca hastaların %70'i telefon ile, %17,5'i online, %12,5'i ise ev ziyaretleri ile danışmanlık almak istediklerini belirtmişlerdir.

5. TARTIŞMA

Randomize kontrollü deneysel tasarımla yürütülen bu araştırmada, oral kemoterapi ilacı kullanan kanser hastalarında motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın etkisi değerlendirilmiş ve araştırma sonuçlarının “Oral kemoterapi ilaç kullanan kanser hastalarında motivasyonel görüşme temelli danışmanlık ilaç uyumunu artırır” ve “Oral kemoterapi ilaç kullanan kanser hastalarında motivasyonel görüşme temelli danışmanlık öz etkililiği artırır” hipotezlerini desteklediği görülmüştür.

Çalışmamızda müdahale grubunun yaklaşık üçte birinin, kontrol grubunun ise dörtte birinin ve en az iki kronik hastalığa sahip olduğu, hastaların üç ve üzeri ilacı günlük olarak kullandıkları görülmektedir. Kullanılan ilaç programı yoğunluğu hastaların oral kemoterapi ilaç uyumlarını olumsuz yönde etkilemekte ve ilaç takiplerini güçleştirmektedir. Literatürde (131-133) artan hap yükünün ve kronik hastalık semptomlarının oral kemoterapinin doğru kullanımını olumsuz yönde etkileyebileceği belirtilmektedir. Given ve arkadaşlarının (2015) yaptığı bir çalışmada oral kemoterapi verilen birincil popülasyonun ileri evre yaşlı kanser erişkinler olan hastalarda komorbid durumların daha fazla olduğu saptanmıştır (126). Ayrıca Spoelstra ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada, kanser hastalarının pek çoğunda komorbidite olduğu saptanmıştır. Kronik hastalıkların tedavisinde kullanılan diğer ilaçların oral kemoterapilerle kombine edildiğinde yan etkilere ve toksisitelere yol açtığı görülmüş, bu durumda hastaların oral kemoterapi ilaç uyumlarını olumsuz etkilediği görülmüştür (125). Spoelstra bir başka çalışmasında (2015), komorbiditesi olan 30 yetişkin hastayı 6 hafta telefon ile izlemiş ve hastaların diğer tedavileri ile oral kemoterapi tedavilerini karıştırdıklarını belirlemiştir (126). Başka bir çalışmada ise, geç evre kanser tanısı konulan kadınların ortalama 2.8 komorbiditeye sahip olduğu görülmüştür (134). Aromataz inhibitörleri kullanan meme kanserli hastalarla yapılan bir çalışmada, hastaların %40,8'nin üç veya daha fazla kronik hastalıklara karşı ilaç kullandığı görülmüş ve bu oranının ilaç uyumu ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (91). Oral kemoterapi başlanan hastaların izleminde sadece oral kemoterapi ilaç kullanımı değil, mevcut kronik hastalıklar ve buna bağlı kullanılan ilaçları ile beraber program

yapılması, etkileşim olabilecek ilaçlar konusunda hastaların uyarılması, ilaç saatlerinin ayarlanması ve hatta yazılı olarak eline verilmesi ilaç uyumundaki başarıyı artıracaktır.

Çalışmamızda her iki gruptaki hastaların üçte biri ilaç yazımı sırasında herhangi bir bilgilendirme ya da eğitim almadıklarını ifade etmişlerdir. Oral kemoterapi riskleri ve kullanım özellikleri nedeniyle diğer oral ilaçlardan ayrılmaktadır. Dolayısıyla oral kemoterapi verilen her hastanın, rutin oral kemoterapi kullanım özellikleri ve güvenlik önlemleri açısından eğitime alınması ilaç uyumunun ilk basamağını oluşturmaktadır. Çalışmamızda eğitim aldığını ifade eden hastaların daha sonraki takiplere, eğitim ve bilgilendirmelere daha fazla ilgi duydukları gözlemlenmiştir. Literatür oral kemoterapi alan hastalara tek başına yapılandırılmış eğitim vermenin bile ilaç uyumu ve öz etkililik üzerinde olumlu etkisi olduğunu göstermiştir (124, 135, 136).

Çalışmamızda her iki gruptaki hastanın ilaç reçete edilirken doktor tarafından bilgilendirildiği, poliklinik eğitim hemşiresinden eğitim alma oranlarının düşük olduğu görülmektedir. Ayrıca, çalışmamızda eğitim başlıklarından her hastanın bilmesi gereken “oral kemoterapi kullanımında güvenlik önlemleri” ve “hastaneye başvurulacak acil durumlar” gibi önemli konulara daha az değinildiği belirlenmiştir. Genç yaş hematolojik maligniteli hastalar ile yapılan bir çalışmada oral kemoterapi eğitiminde “oral kemoterapinin etkilerini nasıl ortaya çıkardığı, tedavinin ne kadar sürdüğü, yan etki riski ve yönetimi, cinsel yaşamla etkileşim, uyuşukluk, diğer ilaç ve alkol ve kaçırılmış bir doz durumunda ne yapılmalı” konuların da bilgilerin eksik verildiği görülmüş ve hastalardaki tedavi kontrolünün düşük algılanması ile oral kemoterapi ilacına karşı kayıtsız tutum, bilgi eksikliğinden kaynaklandığı belirtilmiştir (93). Oral kemoterapi verilen hastalarla yapılan odak grup çalışmasında ise; hastalar ilaçlarıyla ilgili eğitimin artırılması isteğini ifade etmiştir. Çalışmaya katılan pek çok hasta, beklenecek yan etkilerin, bunların nasıl yönetileceğinin ve yan etkilerinin ne zaman sağlayıcılarına bildirileceğinin farkında olma konusunda yetersiz olduklarını düşündüklerini ifade etmişlerdir (94). Görülmektedir ki, hastalara oral kemoterapi eğitimi ister doktor tarafından ister hemşire yada eczacı tarafından verilsin, çoğunlukla ilaç yutma sayısı ve gün tanımlama şeklinde kalmaktadır. Fakat hastalar

evde ilaç kullanımı sırasında daha fazla bilgiye ihtiyaç duymakta ve soruları cevapsız kalmaktadır.

Hastanın ilaca uyumunda doğru dozu doğru zamanda alması ve atlamaması çok önemli bir durumdur. Çalışmamızda müdahale grubundaki hastaların yarıya yakını, kontrol grubunda ise yarısının ilacını unuttuğunu bildirdikleri görülmektedir. Literatürde konuyla ilgili yapılan bir çalışmada; Orta derecede ya da düşük düzeyde uyum gösteren (93 hasta,% 59.2) hastalarda, uyumsuzluk nedenleri sorulmuş ve % 67.7'si unutkanlık yaşadıklarını belirtmişlerdir (91). Irwin ve Johnson, unutkanlığın, hastalarda ilaç uyumsuzluğun en sık bildirilen sebebi olduğunu bulmuştur (95). Verbrugghe ve arkadaşları çalışmalarında unutmanın, ilaç uyumsuzluğun en yaygın nedeni olduğu görülmüştür (87). Yine bir çalışmada capesitabin kullanan hastaların %23'ünde uyumsuzluk bildirmiş ve uyumsuzluğun en sık bildirilen nedeni dozun unutulması olması olarak bulunmuştur. Bildirilen nedenler arasında sadece eczaneden ilaç almayı unutmak, ilaç sağlayıcıları tarafından sağlanan sözlü formda sağlık hizmet sağlayıcıları tarafından sağlanan eğitimi unutma ve ilaçların nasıl ve ne zaman alınacağını unutma yer almaktadır (137). Hastaların ilaç uyumunu artırmak için yapılacak müdahalelerde ilaç unutma davranışını destekleyecek planlamanın yapılması gerekliliği net bir şekilde görülmektedir. Bu planlamanın içinde, kullanabilecek hastalara uygun cihazlar önerilmesi, hasta yakını desteği gibi hastanın durumuna uygun pek çok yöntem dahil edilebilir.

Çalışmamızda, müdahale grubundaki hastaların öz etkililik ortalama puanları son görüşmede kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Buna göre telefon ile yapılan motivasyonel görüşme temelli danışmanlık öz-etkililik ortalama puanlarında anlamlı düzeyde artma sağlandığı belirlenmiştir ($p<0,001$). Ayrıca danışmanlık sonrası müdahale grubunun ilaç uyum puanlarında kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde artış belirlenmiştir ($p<0,001$). Uygulama öncesi uyum tipi iyi olan hasta sayısında, rutin bakıma bırakılan kontrol grubunda anlamlı bir değişiklik olmazken, müdahale grubunda anlamlı düzeyde artış olmuştur ($p<0,001$). Bunların yanında ilaç uyumu ile öz etkililik arasında pozitif güçlü korelasyon

görülmüştür ($r= 0,762$, $p<0,001$). Bulgular telefon ile motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın hastalarda ilaç uyum, öz etkililiği artırmak için etkili bir yöntem olduğunu desteklemektedir. Literatürde (17, 29, 83, 138-142) oral kemoterapi alan hastaların ev ortamlarında belli periyotlar da telefon ile danışmanlık verilmesinin hem maliyet açısından hem de hasta uyumunu artırma açısından etkili olduğu görülmüştür. Viau ve arkadaşlarının (2016) fenil-ketonürlü bireylerin öz-yeterliliğini arttırmak için telefon ile motivasyonel görüşme yaptığı çalışmasında, 6 aylık süre sonunda öz-etkililik ve öz-yönetim davranışlarını iyileştirdiği ve öz etkililik puanlarının önemli ölçüde arttığı belirlenmiştir (143).

Ayrıca çalışmamızda ilaç uyumunu artırdığımızda hastanın öz etkililiğini de artırabileceğimiz hipotezi desteklenmiştir. Literatürde sonuçlarımızı destekleyen çalışmalar yer almaktadır (64, 71, 139-141, 144, 145). Ream ve arkadaşlarının (2015) yaptığı randomize kontrollü çalışmada, kemoterapi alan hastalara evde telefon ile motivasyonel görüşme yapılmış ve 10 haftanın sonunda müdahale grubunda yorgunluk ve anksiyetenin azaldığı görülmüştür (146). Hemşireler tarafından meme, akciğer ve prostat kanserli hastalarla yapılan bir çalışmada, 8 aylık telefonla bireysel problem çözme danışmanlıkları verilmiş olup hastaların hastalıkları ile ilgili başa çıkma yetenekleri ve kendilerine olan güvenlerinin geliştirildiği, depresyon oranlarının azaldığı, telefonla bireysel problem çözme danışmanlığı almayan hastalarda ise optimistik ve destekleyici başa çıkma yeteneklerinin azaldığı belirtilmiştir (71). Capecitabin kullanan kanser hastaları ile yapılan bir prospektif çalışmada, hastalar telefon ve mail ile izlenmiş ve %85,7 olan uyum oranlarının %97,6'ya yükseldiği görülmüştür (145). Erkeklerin prostat kanser taramalarını yaptırmak için bilinçli karar almada telefon danışmanlığının etkisinin araştırıldığı bir başka çalışmada, telefon danışmanlığının erkeklere bilinçli karar almada yüksek oranda yardımcı olduğu saptanmıştır. Telefon danışmanlığının başlangıcında erkeklerin %36'sı Prostat Spesifik Antijen (PSA) testini yaptırmada kararlı iken telefon danışmanlığının sonunda bu oran %86'ya çıkmıştır. Ayrıca PSA testi ile ilgili karar vermede erkeklerin sayısının ve verilen karardan memnuniyetlerinin arttığı, karar vermedeki çatışmalarının azaldığı, PSA testi ile ilgili bilgilerinin arttığı bulunmuştur (147). Yine kolorektal, meme ve prostat

kanserli hastalara 12 ay boyunca telefonla egzersiz, diyet ve kilo verme danışmanlıkları yapılmış ve sonuçta bu hastaların fiziksel fonksiyonları ile ilgili yetersizliklerini daha az ifade ettikleri belirlenmiştir (148). Meme kanseri olan kadınların, telefonla meme kanseri risk danışmanlığı almaları ile kanser korkuları, risk algılamaları ve genetik testleri sürdürme istekleri azalmıştır (149). May ve arkadaşlarının yaptığı bir oral kemoterapi yönetim kliniğinin kurulması ve çalıştırılması uygulama modeli çalışmasında oral kemoterapi kullanan hastalar telefon ile izlenmiştir. Sonuç olarak da bu tür danışmanlığın ilaç uyumunu artırdığı belirtilmiştir (150). May ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada, "Oral Kemoterapi Yönetim Kliniği Modeli" kapsamında, oral kemoterapi kullanan hastalar her kür için evlerinden 2-3 kere telefon ile aranmışlar. Çalışma sonucunda ilaç uyumu, doz talimatı ve çeşitli ortak yan etkiler hakkında danışmanlık verilmesinin hastalara fayda sağladığı belirtilmiştir. Ayrıca bu çalışmada ev ortamında hastalara yan etkinin nasıl yönetileceği konusunda danışmanlık hizmeti verilmiş olup, ayrıca telefon ile acil durumlar için triaj görevi de üstlenilmiştir (150). İletişim kolaylığı ve maliyet avantajı düşünüldüğünde telefon ile yapılan danışmanlıkların geliştirilmesi, onkoloji polikliniklerinde bir sistemin oluşturulmasının yararlı olacağını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda müdahale grubunun verilen hizmetten memnuniyet durumları değerlendirildiğinde; hastaların uygulamadan memnun kaldığını ve daha sonraki süreçte %70 oranında telefon ile evde danışmanlık almak istediklerini belirttikleri görülmüştür. Benzer şekilde McGinley ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, çalışmaya katılan 30 hastadan sadece 10 hastaya memnuniyet durumu sorulabilmiş ve 9 hasta tele-hemşirelik izleminden memnun olduğunu ve bu uygulamayı tercih ettiğini ifade etmiştir (85). Sommers ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da, hastaların telefon ile izlenmesinde artan takip ile memnuniyetinin arttığını bildirmişlerdir (151). Ayrıca bir çalışmada hastaların %97,1'nin mesaj uygulamalarından memnun olduğu görülmüştür (98). Bir başka çalışmada, oral kemoterapi ilaç kullanan hastalarda telefonda derinlemesine görüşme ile semptom yönetiminin amaçlandığı çalışmada, hastaların %37'sinin semptom yönetimi

hakkında bilgileri telefonda, %27'sinin yazılı materyalden ve %23'ünde e-mail yoluyla almak istediği görülmüştür (98, 125).

Literatür artan oral kemoterapi kullanımına ayak uydurabilmek için, toplum kanseri merkezleri yeni altyapı geliştirmesini ve tele sağlık kapsamında düşük maliyetli, hasta memnuniyeti fazla, güvenli uygulamalar oluşturulmasını önermektedir (39, 99, 152, 153). Araştırmacılar, hemşireden öğretim ziyaretlerinde tartışılan bilgileri güçlendirmek için takip telefonlarının bilgi açıkları ile ilgili uyumsuzlukların en aza indirilmesinde etkili olduğunu bildirmektedirler (151). Bohnenkamp ve arkadaşları ise, ostomili olan kanser hastaları ile yaptıkları çalışmada, uzman hemşireler tarafından verilen tele-hemşirelik hizmetinin hasta bakımını bireyselleştirdiğini, maliyeti azalttığını ve hasta memnuniyetini artırdığını bulmuşlardır. Bu çalışmada evde bakım hizmeti ile tele-hemşirelik hizmetinin maliyeti üzerine etkisi karşılaştırılmış, evde bakımda bir hastanın maliyeti 63 \$ olduğu tele-hemşirelik hizmeti maliyetinin ise 18.9 \$ olduğu saptanmıştır(154). ABD' de yapılan bir pilot çalışmada 4 hastanın 60 günlük ev ziyareti ve tele-sağlık ziyareti maliyetleri karşılaştırılmıştır. Hemşire ev ziyaretinin 121 \$, tele-sağlık hizmetinin maliyetinin ise 43 \$ olduğu saptanmıştır (155).

Sonuç olarak; Oral kemoterapi ajanlarının sayısının artması ile beraber hasta bakımı ayaktan kemoterapi ünitesi ve polikliniklerden ev ortamına kaymıştır. Bu paradigma kayması ile, sağlık çalışanları, hasta ve aile üyeleri için tedavi uyumu problemi ortaya çıkmıştır. Hastaların ve ailelerin bireysel ihtiyaçlarını etkili bir şekilde ele almanın ve uygunluğun sağlanmasının en iyi yolu, iyi planlanmış hastalar ve aile eğitimidir. Oral kemoterapi tedavisi sırasında hasta ve aile eğitimi, hastaların tedavi edici rejimlerinde kalmasına, yan etkilerden ve doz değişikliklerinden kaynaklanan rahatsızlıkları en aza indirilmesine, pozitif klinik sonuçlara ulaşmalarına yardımcı olabilir. Bireyleri güçlendirmek, hastaların kendi kendine bakım davranışlarını ve yaşam kalitesini artırmanın yanı sıra kaygı ve semptom şiddetini azaltmaya yardımcı olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Oral kemoterapi ilacı kullanan kanser hastalarında motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın etkisini değerlendirdiğimiz çalışmamızda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Motivasyonel temelli danışmanlık hastaların ilaç uyumunu artırmaktadır.
- Motivasyonel temelli danışmanlık hastaların öz etkililik düzeylerini artırmaktadır.
- Hastaların ilaç uyumu artıkça öz etkililik düzeyleri de artmaktadır.
- Hastaların motivasyonel temelli danışmanlığı telefon ile almaktan memnun olduğu ve tercih ettiği belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Çalışmamızın sonuçları doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulabilir.

- Onkoloji polikliniğinde oral kemoterapi verilen hasta izlemlerinde telefon ile danışmanlık yapılması, hastaların bu konular için arayabileceği acil telefon hattının oluşturulması,
- Onkoloji hemşirelerinin motivasyonel görüşme konularında eğitim almalarının desteklenmesi,
- Her oral kemoterapi ilaç için hastaların tecrübelerini inceleyen nitel araştırmaların yapılması,
- Oral kemoterapi ilaç ambalajlarının unutmayı azaltmasına yardımcı olacak şekilde günleri takip etmeyi kolaylaştıracak dizaynda yapılması,
- Oral kemoterapi ilaçları için kan basıncı yada kan şekeri takibi gibi ilaca özel takip defterleri yada takvimlerin hazırlanması,
- İleri hemşirelik uygulaması için uyumsuzluğun potansiyel nedenleri, uyumsuzluk ile bağlantılı riskler ve görülme sıklığını azaltmaya yardımcı olacak stratejilerin geliştirilmesi için yeni çalışmaların yapılması,
- Hastaneler ve diğer sağlık kurumları, konuyu yeni personel oryantasyonuna dahil edilmesi önerilerinde bulunulmuştur.

7. KAYNAKÇA

1. O'Neill V, Twelves C. Oral cancer treatment: developments in chemotherapy and beyond. *British journal of cancer*. 2002;87(9):933-7.
2. Barefoot J, Blecher CS. Keeping pace with oral chemotherapy. *Journal of oncology practice*. 2012;8(2):71-.
3. Barillet M, Prevost V, Joly F, Clarisse B. Oral antineoplastic agents: how do we care about adherence? *British journal of clinical pharmacology*. 2015;80(6):1289-302.
4. Weingart S, Brown E, Bach P, Eng K, Johnson S, Kuzel T, et al. NCCN Task Force Report: Oral chemotherapy. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network: JNCCN*. 2008;6:S1-14.
5. Ruddy K, Mayer E, Partridge A. Patient adherence and persistence with oral anticancer treatment. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2009;59(1):56-66.
6. Walker SC. Implementation of and Satisfaction with an Outpatient Oral Anticancer Therapy Program.
7. Bourmaud A, Henin E, Tinquaut F, Regnier V, Hamant C, Colomban O, et al. Adherence to oral anticancer chemotherapy: What influences patients' over or non-adherence? Analysis of the OCTO study through quantitative–qualitative methods. *BMC research notes*. 2015;8(1):291.
8. Lombardi C. Patient adherence to oral cancer therapies: a nursing resource guide. *OncoLink org* Last modified May. 2014;23.
9. Twelves C, Gollins S, Grieve R, Samuel L. A randomised cross-over trial comparing patient preference for oral capecitabine and 5-fluorouracil/leucovorin regimens in patients with advanced colorectal cancer. *Annals of Oncology*. 2006;17(2):239-45.
10. Sharma S. Patient selection for oral chemotherapy. *Oncology (Williston Park, NY)*. 2001;15(1 Suppl 2):33-5.
11. Neuss MN, Polovich M, McNiff K, Esper P, Gilmore TR, LeFebvre KB, et al. 2013 updated American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society chemotherapy administration safety standards including standards for the safe

administration and management of oral chemotherapy. *Journal of Oncology Practice*. 2013;9(2S):5s-13s.

12. Jimmy B, Jose J. Patient medication adherence: measures in daily practice. *Oman Med J*. 2011;26(3):155-9.

13. Jin J, Sklar GE, Oh VMS, Li SC. Factors affecting therapeutic compliance: a review from the patient's perspective. *Therapeutics and clinical risk management*. 2008;4(1):269.

14. Betcher J, Dow E, Khera N. Oral Chemotherapy in Patients with Hematological Malignancies—Care Process, Pharmacoeconomic and Policy Implications. *Current hematologic malignancy reports*. 2016;11(4):288-94.

15. Hugtenburg JG, Timmers L, Elders P, Vervloet M, van Dijk L. Definitions, variants, and causes of nonadherence with medication: a challenge for tailored interventions. *Patient Prefer Adherence*. 2013;7:675-82.

16. Kavookjian J, Wittayanukorn S. Interventions for adherence with oral chemotherapy in hematological malignancies: A systematic review. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2015;11(3):303-14.

17. Molassiotis A, Brearley S, Saunders M, Craven O, Wardley A, Farrell C, et al. Effectiveness of a home care nursing program in the symptom management of patients with colorectal and breast cancer receiving oral chemotherapy: a randomized, controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*. 2009;27(36):6191-8.

18. Weingart SN, Flug J, Brouillard D, Morway L, Partridge A, Bartel S, et al. Oral chemotherapy safety practices at US cancer centres: questionnaire survey. *Bmj*. 2007;334(7590):407.

19. Partridge AH, Archer L, Kornblith AB, Gralow J, Grenier D, Perez E, et al. Adherence and persistence with oral adjuvant chemotherapy in older women with early-stage breast cancer in CALGB 49907: adherence companion study 60104. *Journal of Clinical Oncology*. 2010;28(14):2418-22.

20. Weingart SN, Brown E, Bach PB, Eng K, Johnson SA, Kuzel TM, et al. NCCN Task Force Report: oral chemotherapy. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network: JNCCN*. 2008;6:S1-14.

21. Noens L, Van Lierde M-A, De Bock R, Verhoef G, Zachée P, Berneman Z, et al. Prevalence, determinants, and outcomes of nonadherence to imatinib therapy in patients with chronic myeloid leukemia: the ADAGIO study. *Blood*. 2009;113(22):5401-11.
22. Weingart SN, Toro J, Spencer J, Duncombe D, Gross A, Bartel S, et al. Medication errors involving oral chemotherapy. *Cancer*. 2010;116(10):2455-64.
23. Mayer E, Partridge A, Harris L, Gelman R, Schumer S, Burstein H, et al. Tolerability of and adherence to combination oral therapy with gefitinib and capecitabine in metastatic breast cancer. *Breast cancer research and treatment*. 2009;117(3):615-23.
24. Spoelstra SL, Sikorskii A, Given CW, Coursaris CK, Majumder A, Schueller M, et al. Adult cancer patient recruitment and enrollment into cell phone text message trials. *Telemedicine and e-health*. 2016;22(10):836-42.
25. Spoelstra SL, Sikorskii A, Majumder A, Burhenn PS, Schueller M, Given B. Oral Anticancer Agents: An Intervention to Promote Medication Adherence and Symptom Management. *Clin J Oncol Nurs*. 2017;21(2):157-60.
26. Miller W, Rollnick S. Motivasyonel görüşme, insanları değişime hazırlama (Çev Ed. F Karadağ, K Ögel, AE Tercan). *Boylam Psikiyatri Enstitüsü*, Ankara. 2009.
27. Burhenn PS, Smudde J. Using tools and technology to promote education and adherence to oral agents for cancer. *Clinical journal of oncology nursing*. 2015;19(3).
28. Spoelstra SL, Schueller M, Hilton M, Ridenour K. Interventions combining motivational interviewing and cognitive behaviour to promote medication adherence: a literature review. *Journal of clinical nursing*. 2015;24(9-10):1163-73.
29. Schneider SM, Adams DB, Gosselin T. A tailored nurse coaching intervention for oral chemotherapy adherence. *Journal of the advanced practitioner in oncology*. 2014;5(3):163.
30. Spoelstra SL, Sansoucie H. Putting evidence into practice: evidence-based interventions for oral agents for cancer. *Clinical journal of oncology nursing*. 2015;19(3).

31. Sherner T. Oncology Nurses Can Use Evidence to Promote Oral Adherence. *ONS Connect*. 2016;31(1):20.
32. Hintistan S, Nural N, Cilingir D, Gursoy A. Therapeutic Effects of Nurse Telephone Follow-up for Lung Cancer Patients in Turkey. *Cancer Nursing*. 2017.
33. Kelleci M, Doğan S, Ata EE, Avcı A, Sabancıoğulları S, Başeğmez F, et al. Bir psikiyatri kliniğinde yatan hastaların psikotrop ilaç kullanma hakkında düşünceleri ve taburculuk sonrası telefonla izlem. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2011;2(3):128-35.
34. Sezgin H, Çınar S. Follow-up of patients with type 2 diabetes via cell phone: randomized controlled trial. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2013;3(4):173.
35. Wood L. A review on adherence management in patients on oral cancer therapies. *European Journal of Oncology Nursing*. 2012;16(4):432-8.
36. de Jongh T, Gurol-Urganci I, Vodopivec-Jamsek V, Car J, Atun R. Mobile phone messaging for facilitating self-management of long-term illnesses. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;12:Cd007459.
37. Decker V, Spoelstra S, Miezio E, Bremer R, You M, Given C, et al. A pilot study of an automated voice response system and nursing intervention to monitor adherence to oral chemotherapy agents. *Cancer Nurs*. 2009;32(6):E20-9.
38. DeKoekkoek T, Given B, Given CW, Ridenour K, Schueller M, Spoelstra SL. mHealth SMS text messaging interventions and to promote medication adherence: an integrative review. *Journal of clinical nursing*. 2015;24(19-20):2722-35.
39. Spoelstra SL, Given CW, Sikorskii A, Coursaris CK, Majumder A, DeKoekkoek T, et al. A randomized controlled trial of the feasibility and preliminary efficacy of a texting intervention on medication adherence in adults prescribed oral anti-cancer agents: study protocol. *J Adv Nurs*. 2015;71(12):2965-76.
40. Park LG, Howie-Esquivel J, Dracup K. A quantitative systematic review of the efficacy of mobile phone interventions to improve medication adherence. *Journal of advanced nursing*. 2014;70(9):1932-53.

41. Muslu L, Ardahan M. Diabetes Mellitus' ta Yaşam Tarzı Değişimi için Motivasyonel Görüşme Tekniği. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler-Current Approaches in Psychiatry*. 2018;10(3):336-47.
42. Rollnick S, Miller WR. What is motivational interviewing? *Behavioural and cognitive Psychotherapy*. 1995;23(04):325-34.
43. Ögel K. Motivasyonel görüşme tekniği. *Türkiye Klinikleri Psychiatry Special Topics*. 2009;2:41-4.
44. Özdemir H, Taşcı S. Motivasyonel Görüşme Tekniği Ve Hemşirelikte Kullanımı- The Application Of Motivational Interviewing Technique In Nursing. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2013;1(1):41-7.
45. Palacio A, Garay D, Langer B, Taylor J, Wood BA, Tamariz L. Motivational interviewing improves medication adherence: a systematic review and meta-analysis. *Journal of general internal medicine*. 2016;31(8):929-40.
46. Hall K, Gibbie T, Lubman DI. Motivational interviewing techniques: Facilitating behaviour change in the general practice setting. *Australian family physician*. 2012;41(9):660.
47. Spoelstra S. Motivational Interviewing & Cognitive Behavioral Therapy To Promote Adherence In Cancer Patients Taking Oral Agent Medications: An Integrative Review. 2013.
48. Warziski MT, Sereika SM, Styn MA, Music E, Burke LE. Changes in self-efficacy and dietary adherence: the impact on weight loss in the PREFER study. *Journal of behavioral medicine*. 2008;31(1):81-92.
49. Roach JB, Yadrick MK, Johnson JT, Boudreaux LJ, Forsythe III WA, Billon W. Using self-efficacy to predict weight loss among young adults. *Journal of the American Dietetic Association*. 2003;103(10):1357-9.
50. Walpole B, Dettmer E, Morrongiello BA, McCrindle BW, Hamilton J. Motivational interviewing to enhance self-efficacy and promote weight loss in overweight and obese adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of pediatric psychology*. 2013;38(9):944-53.

51. Futreal PA, Kasprzyk A, Birney E, Mullikin JC, Wooster R, Stratton MR. Cancer and genomics. *Nature*. 2001;409(6822):850.
52. Başkanlığı KD. Kanser İstatistikleri 2017 [
53. Gültekin M, Boztaş G. Türkiye kanser istatistikleri. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. 2014;43.
54. Başkanlığı KD. Kemoterapi(İnternet) 2017 (Erişim Tarihi: 11.01.2018), Erişim Adresi: <http://kanser.gov.tr/Dosya/tedavisi/kemoterapi.pdf2017> [
55. Weingart SN, Spencer J, Buia S, Duncombe D, Singh P, Gadkari M, et al. Medication safety of five oral chemotherapies: a proactive risk assessment. *Journal of oncology practice*. 2010;7(1):2-6.
56. Team GRPC. Clinical Guidelines for the Administration of Oral Chemotherapy Agents in the Community Setting (İnternet) 2009 (Erişim Tarihi: 10.01.2018), Erişim Adresi: <http://www.grpct.com.au/wp/wp-content/uploads/Clinical-Guidelines-for-the-Administeration-of-Oral-Chemotherapy-in-the-Community-Setting.pdf2009> [
57. Corrente J. Oral Chemotherapy, A Tough Pill To Swallow: A Systematic Review. 2016.
58. Gandhi S, Day L, Paramsothy T, Giotis A, Ford M, Boudreau A, et al. Oral Anticancer Medication Adherence, Toxicity Reporting, and Counseling: A Study Comparing Health Care Providers and Patients. *Journal of oncology practice*. 2015;11(6):498-504.
59. Given BA, Spoelstra SL, Grant M. The challenges of oral agents as antineoplastic treatments. *Seminars in oncology nursing*. 2011;27(2):93-103.
60. Spoelstra SL, Rittenberg CN. Assessment and measurement of medication adherence: oral agents for cancer. *Clinical journal of oncology nursing*. 2015;19(3).
61. Li L, Lake R, Raban MZ, Byrne M, Robinson M, Westbrook J, et al. Medication-related calls received by a national telenursing triage and advice service in Australia: a retrospective cohort study. *BMC health services research*. 2017;17(1):197.
62. Association AN. Developing telehealth protocols: a blueprint for success: *Amer Nurses Assn*; 2001.

63. Borner M, Scheithauer W, Twelves C, Maroun J, Wilke H. Answering patients' needs: oral alternatives to intravenous therapy. *The Oncologist*. 2001;6(Supplement 4):12-6.
64. Ream E, Gargaro G, Barsevick A, Richardson A. Management of cancer-related fatigue during chemotherapy through telephone motivational interviewing: modeling and randomized exploratory trial. *Patient Educ Couns*. 2015;98(2):199-206.
65. Oakley C, Lennan E, Roe H, Craven O, Harrold K, Vidall C. Safe practice and nursing care of patients receiving oral anti-cancer medicines: a position statement from UKONS. *ecancermedalscience*. 2010;4.
66. Committee CoNDaTA. Standards for the Safe Use of Anticancer Medicines(Internet) 2014 (Erişim Tarihi: 1.01.2018), Erişim Adresi: [http://www.londoncanceralliance.nhs.uk/media/42584/Standards for the Safe Use of Oral Anticancer Medicines in SELCN V2.0Final.pdf2014](http://www.londoncanceralliance.nhs.uk/media/42584/Standards%20for%20the%20Safe%20Use%20of%20Oral%20Anticancer%20Medicines%20in%20SELCN%20V2.0Final.pdf2014) [
67. Watkins JL, Landgraf A, Barnett CM, Michaud L. Evaluation of pharmacist-provided medication therapy management services in an oncology ambulatory setting. *Journal of the American Pharmacists Association*. 2012;52(2):170-4.
68. Kanan N. İleri Evre Kanser Hastasının Evde Palyatif Bakım Organizasyonu. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*. 2007;9(3).
69. Bettencourt E. Oral Chemotherapy—What Your Patients Need to Know. *Oncology Issues*. 2014;29(6):44-51.
70. 2018 Congress Podium Abstracts. *Oncol Nurs Forum*. 2018;45(2):E33.
71. Downe-Wamboldt BL, Butler LJ, Melanson PM, Coulter LA, Singleton JF, Keefe JM, et al. The effects and expense of augmenting usual cancer clinic care with telephone problem-solving counseling. *Cancer nursing*. 2007;30(6):441-53.
72. Segal EM, Flood MR, Mancini RS, Whiteman RT, Friedt GA, Kramer AR, et al. Oral chemotherapy food and drug interactions: a comprehensive review of the literature. *Journal of oncology practice*. 2014;10(4):e255-e68.
73. Barton-Burke M. 2016 Oncology Nursing Drug Handbook: Jones & Bartlett Publishers; 2015.
74. Carrington C. Safe use of oral cytotoxic medicines. *Aust Prescr*. 2013;36:9-12.

75. Mancini R. Implementation of a pharmacist-managed interdisciplinary oral chemotherapy program in a community cancer center. 2011.
76. Goodin S, Griffith N, Chen B, Chuk K, Daouphars M, Doreau C, et al. Safe handling of oral chemotherapeutic agents in clinical practice: recommendations from an international pharmacy panel. *Journal of oncology practice*. 2011;7(1):7-12.
77. Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL. *Compliance in health care*. 1979.
78. Aer E, Monica F. Adherence to Oral Anti tumour T.
79. Mitchell G, Porter S, Manias E. Adherence to oral chemotherapy: a review of the evidence. *Cancer Nursing Practice (2014+)*. 2014;13(4):25.
80. Cramer JA, Roy A, Burrell A, Fairchild CJ, Fuldeore MJ, Ollendorf DA, et al. Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value Health*. 2008;11(1):44-7.
81. Cramer JA, Roy A, Burrell A, Fairchild CJ, Fuldeore MJ, Ollendorf DA, et al. Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value in health*. 2008;11(1):44-7.
82. Patton J. Increased use of oral chemotherapy drugs spurs increased attention to patient compliance. *J Oncol Pract*. 2008;4:175-7.
83. Agboola S, Flanagan C, Searl M, Elfiky A, Kvedar J, Jethwani K. Improving outcomes in cancer patients on oral anti-cancer medications using a novel mobile phone-based intervention: study design of a randomized controlled trial. *JMIR research protocols*. 2014;3(4).
84. Biganzoli L, Lichtman S, Michel JP, Papamichael D, Quoix E, Walko C, et al. Oral single-agent chemotherapy in older patients with solid tumours: A position paper from the International Society of Geriatric Oncology (SIOG). *Eur J Cancer*. 2015;51(17):2491-500.
85. McGinley A, Lucas B. Telenursing: A pilot of telephone review after intra-articular knee injection. *Journal of Orthopaedic Nursing*. 2006;10(3):144-50.
86. Benhuri G. Teaching community telenursing with simulation. *Clinical Simulation in Nursing*. 2010;6(4):e161-e3.

87. Verbrugghe M, Verhaeghe S, Lauwaert K, Beeckman D, Van Hecke A. Determinants and associated factors influencing medication adherence and persistence to oral anticancer drugs: a systematic review. *Cancer treatment reviews*. 2013;39(6):610-21.
88. Abraham I, Canais L, Larriva M, McBride A, Diri R, MacDonald K. What does it take to provide cancer patients with comprehensive medication therapy management services for oral chemotherapy? *Expert Opin Drug Saf*. 2016;15(4):413-5.
89. Hawwa AF, Millership JS, Collier PS, McCarthy A, Dempsey S, Cairns C, et al. The development of an objective methodology to measure medication adherence to oral thiopurines in paediatric patients with acute lymphoblastic leukaemia—an exploratory study. *European journal of clinical pharmacology*. 2009;65(11):1105-12.
90. Park DC, Shaw RJ. Effect of environmental support on implicit and explicit memory in younger and older adults. *Psychology and Aging*. 1992;7(4):632.
91. Ali EE, Cheung KL, Lee CP, Leow JL, Yap KY, Chew L. Prevalence and Determinants of Adherence to Oral Adjuvant Endocrine Therapy among Breast Cancer Patients in Singapore. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2017;4(4):283-9.
92. Hirao C, Mikoshiba N, Shibuta T, Yamahana R, Kawakami A, Tateishi R, et al. Adherence to oral chemotherapy medications among gastroenterological cancer patients visiting an outpatient clinic. *Jpn J Clin Oncol*. 2017;47(9):786-94.
93. Boons C, Timmers L, van Schoor NM, Swart EL, Hendrikse NH, Janssen J, et al. Patient satisfaction with information on oral anticancer agent use. *Cancer Med*. 2018;7(1):219-28.
94. Simchowitz B, Brouillard D, Weingart SN. Perceptions and experiences of patients receiving oral chemotherapy. *Clinical journal of oncology nursing*. 2010;14(4):447.
95. Irwin M, Johnson LA. Factors influencing oral adherence: qualitative metasummary and triangulation with quantitative evidence. *Clinical journal of oncology nursing*. 2015;19(3).

96. Ramesh A, Rajanandh M, Thanmayee S, SalaghaMerin G, Suresh S, Srinivas KS. Impact of patient counseling on medication adherence, beliefs and satisfaction about oral chemotherapies in patients with metastatic cancer at a super specialty hospital. *Int J Cancer Res.* 2015;11:128-35.
97. Viswanathan M, Golin CE, Jones CD, Ashok M, Blalock SJ, Wines RC, et al. Interventions to improve adherence to self-administered medications for chronic diseases in the United States: a systematic review. *Annals of internal medicine.* 2012;157(11):785-95.
98. Spoelstra SL, Given BA, Given CW, Grant M, Sikorskii A, You M, et al. Issues related to overadherence to oral chemotherapy or targeted agents. *Clin J Oncol Nurs.* 2013;17(6):604-9.
99. Johnson TM. Long-Term Care: Safe Drug Handling of Oral Chemotherapy. *The Consultant pharmacist : the journal of the American Society of Consultant Pharmacists.* 2017;32(2):74-83.
100. Spoelstra SL, Given CW. Assessment and measurement of adherence to oral antineoplastic agents. *Seminars in oncology nursing.* 2011;27(2):116-32.
101. Schneider SM, Hess K, Gosselin T. Interventions to promote adherence with oral agents. *Seminars in oncology nursing.* 2011;27(2):133-41.
102. Komatsu H, Yagasaki K, Yoshimura K. Current nursing practice for patients on oral chemotherapy: a multicenter survey in Japan. *BMC research notes.* 2014;7(1):259.
103. Kav S, Johnson J, Rittenberg C, Fernandez-Ortega P, Suominen T, Olsen PR, et al. Role of the nurse in patient education and follow-up of people receiving oral chemotherapy treatment: an international survey. *Support Care Cancer.* 2008;16(9):1075-83.
104. Hartigan K. Patient education: the cornerstone of successful oral chemotherapy treatment. *Clin J Oncol Nurs.* 2003;7(6 Suppl):21-4.
105. Pereira-Salgado A, Westwood JA, Russell L, Ugalde A, Ortlepp B, Seymour JF, et al. Mobile Health Intervention to Increase Oral Cancer Therapy Adherence in

Patients With Chronic Myeloid Leukemia (The REMIND System): Clinical Feasibility and Acceptability Assessment. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2017;5(12):e184.

106. Lewis MA, Uhrig JD, Bann CM, Harris JL, Furberg RD, Coomes C, et al. Tailored text messaging intervention for HIV adherence: a proof-of-concept study. *Health Psychol*. 2013;32(3):248-53.

107. Mbuagbaw L, van der Kop ML, Lester RT, Thirumurthy H, Pop-Eleches C, Smieja M, et al. Mobile phone text messages for improving adherence to antiretroviral therapy (ART): a protocol for an individual patient data meta-analysis of randomised trials. *BMJ Open*. 2013;3(5).

108. Salvo MC, Cannon-Breland ML. Motivational interviewing for medication adherence. *Journal of the American Pharmacists Association*. 2015;55(4):e354-e63.

109. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*. 1977;84(2):191.

110. Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. *American psychologist*. 1982;37(2):122.

111. Miller WR, Rollnick S. Preparing people for change. *Motivational Interviewing*. 2002.

112. Bandura A. Self-efficacy: *Encyclopedia of Human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press; 1994.

113. Gozum S, Hacıhasanoğlu R. Reliability and validity of the Turkish adaptation of medication adherence self-efficacy scale in hypertensive patients. *European journal of cardiovascular nursing*. 2009;8(2):129-36.

114. Iarussi MH, Tyler JM, Littlebear S, Hinkle MS. Integrating Motivational Interviewing into a Basic Counseling Skills Course to Enhance Counseling Self-Efficacy. *Professional Counselor*. 2013;3(3):161-74.

115. Steele RG, Fitch MI, editors. Needs of family caregivers of patients receiving home hospice care for cancer. *Oncology Nursing Forum*; 1996.

116. Hintistan S, Çilingir D. Hemşirelik uygulamalarında güncel bir yaklaşım: Telefon kullanımı. *Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)*. 2012;9(1):30-5.

117. Miller WR. Enhancing motivation for change in substance abuse treatment: Diane Publishing; 1999.
118. Lester J. Safe handling and administration considerations of oral anticancer agents in the clinical and home setting. *Clin J Oncol Nurs*. 2012;16(6):E192-7.
119. Saratsiotou I, Kordoni M, Bakogiannis C, Livadarou E, Skarlos D, Kosmidis PA, et al. Treatment adherence of cancer patients to orally administered chemotherapy: insights from a Greek study using a self-reported questionnaire. *Journal of Oncology Pharmacy Practice*. 2011;17(4):304-11.
120. Spencer JC, Wheeler SB. A systematic review of Motivational Interviewing interventions in cancer patients and survivors. *Patient Educ Couns*. 2016;99(7):1099-105.
121. Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action: World Health Organization; 2003.
122. Zolnierok KBH, DiMatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Medical care*. 2009;47(8):826.
123. Zomahoun HTV, Guenette L, Gregoire JP, Lauzier S, Lawani AM, Ferdynus C, et al. Effectiveness of motivational interviewing interventions on medication adherence in adults with chronic diseases: a systematic review and meta-analysis. *International journal of epidemiology*. 2017;46(2):589-602.
124. Boucher J, Lucca J, Hooper C, Pedulla L, Berry DL, editors. A Structured Nursing Intervention to Address Oral Chemotherapy Adherence in Patients With Non-Small Cell Lung Cancer. *Oncology nursing forum*; 2015.
125. Spoelstra SL, Given BA, Given CW, Grant M, Sikorskii A, You M, et al. An intervention to improve adherence and management of symptoms for patients prescribed oral chemotherapy agents: an exploratory study. *Cancer Nurs*. 2013;36(1):18-28.
126. Spoelstra SL, Given CW, Sikorskii A, Majumder A, Schueller M, Given BA. Treatment with oral anticancer agents: symptom severity and attribution, and interference with comorbidity management. *Oncol Nurs Forum*. 2015;42(1):80-8.

127. Ogedegbe G, Mancuso CA, Allegrante JP, Charlson ME. Development and evaluation of a medication adherence self-efficacy scale in hypertensive African-American patients. *Journal of clinical epidemiology*. 2003;56(6):520-9.
128. Gamze(Yılmaz)Tokdemir. *Kanser Tedavisinde Oral Ajan Kullanan Hastalara Verilen Eğitimin İlaç ve Öz Etkililiğe Etkisi*. ankara: Başkent Üniveristesi; 2011.
129. Bağcivan G, Akbayrak N. Development and Psychometric Testing of the Turkish-Version Oral Chemotherapy Adherence Scale. *Journal of Nursing Research*. 2015;23(4):243-51.
130. Gervès-Pinquieré C, Daumas-Yatim F, Lalloué B, Girault A, Ferrua M, Fourcade A, et al. Impacts of a navigation program based on health information technology for patients receiving oral anticancer therapy: the CAPRI randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*. 2017;17(1):133.
131. Spoelstra SL. Why patients prescribed oral agents for cancer need training: a case study. *Clin J Oncol Nurs*. 2015;19(3):3-5.
132. Greer JA, Amoyal N, Nisotel L, Fishbein JN, MacDonald J, Stagl J, et al. A systematic review of adherence to oral antineoplastic therapies. *The oncologist*. 2016;21(3):354-76.
133. Given BA, Given CW, Sikorskii A, Vachon E, Banik A. Medication burden of treatment using oral cancer medications. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*. 2017;4(4):275.
134. Wong S-F, Bounthavong M, Nguyen C, Bechtoldt K, Hernandez E. Implementation and preliminary outcomes of a comprehensive oral chemotherapy management clinic. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 2014;71(11).
135. Tokdemir G, Kav S. The Effect of Structured Education to Patients Receiving Oral Agents for Cancer Treatment on Medication Adherence and Self-efficacy. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2017;4(4):290-8.
136. Spoelstra SL, Burhenn PS, DeKoekkoek T, Schueller M. A trial examining an advanced practice nurse intervention to promote medication adherence and symptom management in adult cancer patients prescribed oral anti-cancer agents: study protocol. *J Adv Nurs*. 2016;72(2):409-20.

137. Bhattacharya D, Easthall C, Willoughby KA, Small M, Watson S. Capecitabine non-adherence: exploration of magnitude, nature and contributing factors. *Journal of Oncology Pharmacy Practice*. 2012;18(3):333-42.
138. Compaci G, Ysebaert L, Oberic L, Derumeaux H, Laurent G. Effectiveness of telephone support during chemotherapy in patients with diffuse large B cell lymphoma: the Ambulatory Medical Assistance (AMA) experience. *Int J Nurs Stud*. 2011;48(8):926-32.
139. Craven O, Hughes CA, Burton A, Saunders MP, Molassiotis A. Is a nurse-led telephone intervention a viable alternative to nurse-led home care and standard care for patients receiving oral capecitabine? Results from a large prospective audit in patients with colorectal cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2013;22(3):413-9.
140. Morgan KP, Muluneh B, Deal AM, Amerine LB. Impact of an integrated oral chemotherapy program on patient adherence. *Journal of Oncology Pharmacy Practice*. 2017:1078155217703792.
141. Young S, Zigmond M, Lee S. Evaluating the Effects of a 14-Day Oral Chemotherapy Dispensing Protocol on Adherence, Toxicity, and Cost. *Journal of Hematology Oncology Pharmacy*. 2015;5(3).
142. Morris M, Marshall-Lucette S. The Experience of Myeloma Caregivers During Home-Based Oral Chemotherapy Treatment: A Qualitative Study. *Seminars in oncology nursing*. 2017;33(3):362-71.
143. Viau KS, Jones JL, Murtaugh MA, Gren LH, Stanford JB, Bilder DA. Phone-based motivational interviewing to increase self-efficacy in individuals with phenylketonuria. *Molecular genetics and metabolism reports*. 2016;6:27-33.
144. Morris M, Marshall-Lucette S, editors. *The Experience of Myeloma Caregivers During Home-Based Oral Chemotherapy Treatment: A Qualitative Study*. *Seminars in oncology nursing*; 2017: Elsevier.
145. Krolop L, Ko Y-D, Schwindt PF, Schumacher C, Fimmers R, Jaehde U. Adherence management for patients with cancer taking capecitabine: a prospective two-arm cohort study. *BMJ open*. 2013;3(7):e003139.

146. Ream E, Gargaro G, Barsevick A, Richardson A. Management of cancer-related fatigue during chemotherapy through telephone motivational interviewing: modeling and randomized exploratory trial. *Patient education and counseling*. 2015;98(2):199-206.
147. Costanza ME, Luckmann RS, Rosal M, White MJ, LaPelle N, Partin M, et al. Helping men make an informed decision about prostate cancer screening: a pilot study of telephone counseling. *Patient education and counseling*. 2011;82(2):193-200.
148. Morey MC, Snyder DC, Sloane R, Cohen HJ, Peterson B, Hartman TJ, et al. Effects of home-based diet and exercise on functional outcomes among older, overweight long-term cancer survivors: RENEW: a randomized controlled trial. *Jama*. 2009;301(18):1883-91.
149. Helmes AW, Culver JO, Bowen DJ. Results of a randomized study of telephone versus in-person breast cancer risk counseling. *Patient education and counseling*. 2006;64(1):96-103.
150. May P, LaPlant K, McGee A. Practice model: Establishing and running an oral chemotherapy management clinic. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*. 2017;4(4):299.
151. Sommers RM, Miller K, Berry DL, editors. Feasibility pilot on medication adherence and knowledge in ambulatory patients with gastrointestinal cancer. *Oncology nursing forum*; 2012.
152. Finn A, Bondarenka C, Edwards K, Hartwell R, Letton C, Perez A. Evaluation of electronic health record implementation on pharmacist interventions related to oral chemotherapy management. *Journal of Oncology Pharmacy Practice*. 2017;23(8):563-74.
153. Fennimore LA, Ginex PK. Oral Agents for Cancer Treatment: Effective Strategies to Assess and Enhance Medication Adherence. *Nurs Clin North Am*. 2017;52(1):115-31.
154. Bohnenkamp SK, McDonald P, Lopez AM, Krupinski E, Blackett A, editors. Traditional versus telenursing outpatient management of patients with cancer with

new ostomies. Oncology nursing forum; 2004: Oncology Nursing Society 125 Enterprise Dr, Pittsburgh, PA 15275 USA.

155. Walsh M, Coleman JR. Developing a pilot telehealth program: one agency's experience. Home Healthcare Now. 2005;23(3):188-91.

8. EKLER

EK-1: Etik Kurul İzin Belgesi



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969537 - 088

Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 26 TEMMUZ 2017 ÇARŞAMBA
Toplantı No : 2017/18
Proje No : GO 17/577 (Değerlendirme Tarihi: 04.07.2017)
Karar No : GO 17/577- 03

Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Doç. Dr. Sevgisun KAPUCU' nun sorumlu araştırmacı olduğu ve Huri Seval ÇAKMAK' ın doktora tezi olan, GO 17/577 kayıt numaralı, "Oral Kemoterapi İlaç Kullanan Kanser Hastalarında Motivasyonel Görüşme Temelli Danışmanlığın İlaç Uyumu ve Öz-Etkİllİğe Etkisi" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

| | |
|---|---|
| 1. Prof. Dr. Nürten AKARSU (Başkan) | 10 Prof. Dr. Oya Naran EMİROĞLU (Üye) |
| İZİNLI | |
| 2. Prof. Dr. Sevdâ F. MÜFİÜOĞLU (Üye) | 11 Yrd. Doç. Dr. Özyay GÖKÖZ (Üye) |
| İZİNLI | |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldırım SARA (Üye) | 12. Doç. Dr. Cözde GİRGIN (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Necdet SAĞLAM (Üye) | 13. Doç. Dr. Fatma Visal OKUR (Üye) |
| İZİNLI | |
| 5. Prof. Dr. Hatice Değan BUZOĞLU (Üye) | 14. Doç. Dr. Can Ebru KURT (Üye) |
| 6. Prof. Dr. R. Köksal ÖZGÜL (Üye) | 15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev TURNACIOĞLU (Üye) |
| 7. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN (Üye) | İZİNLI |
| 8. Prof. Dr. Elmas Ebru ÇALGIN (Üye) | 16. Öğr. Gör. Dr. Müge DEMİR (Üye) |
| 9. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEL (Üye) | İZİNLI |
| | 17. Öğr. Gör. Dr. Meltem ŞENGELEN (Üye) |
| | 18. Av. Meltem ONURLU (Üye) |

EK-2: Tez Çalışması Orijinallik Raporu



Digital Receipt

This receipt acknowledges that **Turnitin** received your paper. Below you will find the receipt information regarding your submission.

The first page of your submissions is displayed below.

Submission author: **Huri Seval Çakmak**
 Assignment title: **oral kemo ve motivasyonel gorusme**
 Submission title: **Oral Kemoterapi İlaç Kullanan Kans...**
 File name: **turnitin.docx**
 File size: **879.54K**
 Page count: **79**
 Word count: **15,079**
 Character count: **109,586**
 Submission date: **18-Oct-2018 09:28PM (UTC+0300)**
 Submission ID: **1022471764**



Oral Kemoterapi İlaç Kullanan Kanser Hastalarında Motivasyonel Görüşme Temelli Danışmanlığın İlaç Uyumu ve Öz-Etkililiğe Etkisi

ORIGINALITY REPORT

12%

SIMILARITY INDEX

10%

INTERNET SOURCES

6%

PUBLICATIONS

4%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1

www.journalagent.com

Internet Source

3%

2

Submitted to TechKnowledge Turkey

Student Paper

2%

3

www.ogelk.net

Internet Source

1%

4

www.researchgate.net

Internet Source

<1%

5

www.hgsyk2016.com

Internet Source

<1%

6

"Poster Özetleri / Poster Abstracts", Turkish Journal of Biochemistry, 2015

Publication

<1%

7

CANGÖL, EDA and ŞAHİN, NEVİN HOTUN. "Emzirmenin Desteklenmesinde Bir Model: Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Motivasyonel Görüşmeler", Hemşirelikte Eğitim

<1%

EK-3: Kişisel Bilgi Formu

Uygulama tarihi: Oral kemoterapi adı/ dozu(dosyadan alınacak):

Telefon No:

En az bir kür oral kemoterapi ilaç kullanan; Evet Hayır

Telefonla bağlantı kurulabilen ve konuşabilen; Evet Hayır

Okuma yazma bilen; Evet Hayır

A. Oral kemoterapi kullanan hastaların özellikler

- 1) Yaş:
- 2) Cinsiyet:
- 3) Medeni durum:
- 4) Eğitim durumunuz:

B. Hastalığa ve tedaviye ilişkin özellikler

- 5) Tanısı:
- 6) Oral kemoterapi dışında, kanser hastalığınıza yönelik alığınız damardan kemoterapi, radyoterapi gibi tedaviler var mı?
- 7) Varsa hangisi olduğunu belirtiniz?
- 8) Herhangi bir kronik rahatsızlığınız var mı?
- 9) Varsa Kronik rahatsızlığınız için kullandığınız ilaçlar nelerdir?

C. Oral kemoterapi eğitimine ilişkin özellikler

- 10) Oral kemoterapi ilaçlarınızın kullanımı ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?
Evet Hayır
- 11) Cevabınız evet ise Kimden aldığınızı belirtiniz?
Hemşire Doktor Eczane İnternet Prospektüs
- 12) Aldığınız eğitimin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?
Evet Hayır Kararsızım

D. Oral kemoterapi kullanımına ilişkin özellikler

13) İlaçlarınızı önerilen kür programa uygun kullanıyor musunuz?

- Evet Hayır

14) Kanser ilacınızı kırarak ya da ezerek yuttuğunuz oldu mu?

- Evet Hayır

15) Tedaviniz boyunca ilaç almayı unuttunuz mu?

- Evet Hayır

E. Oral kemoterapi ilacının evde kullanımına ilişkin sorular

16) Evde oral kemoterapi ilacınızı kullanmanıza yardım eden biri var mı? Varsa Kim Açıklayınız?

- Evet Hayır

17) Cevabınız Evet ise hangi konuda yardımcı oluyor?

- İlaç saati
 Beslenme
 Yan etkiler
 Diğerleri

18) İlaçlarınızı evde nerede muhafaza ediyorsunuz?

- Buzdolabında
 Oda ısında
 Serin güneş görmeyen yerde
 Herhangi bir özellik yok

Sadece Çalışmanın Sonunda Müdahale Grubuna Sorulacak

1) Yapılan telefon ile danışmanlık uygulamasından memnun kaldınız mı?
1 ile 5 arasında puan verebilir misiniz?

1(en az).....5(en çok)

2) Sizce yapılan uygulamanın eksik yönleri var mıdır?

Evet() Hayır() Kararsızım()

3) Cevabınız Evet ise açıklayınız?

4) Size evde tedaviniz boyunca nasıl danışmanlık yapılmasını istersiniz?

- Eve gelinmesi
- Telefonla
- E-mail

EK-4: İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği (MASES)

Bireyler hekimin önerdiği ilaçları almada bazı güçlükler yaşayabilirler. Bu konuda yaşanabilecek güçlüklerin listesi aşağıda verilmiştir. Biz sizin bu durumların her biri ile ilgili olarak ağızdan (oral) alacağınız kemoterapi ilaçlarınızı kullanma hakkındaki düşüncenizi bilmek isteriz. Lütfen görüşünüze en yakın cümleleri işaretleyiniz. **Doğru ve yanlış cevap yoktur.**

Aşağıda sıralanan her bir durum karşısında kemoterapi ilaçlarınızı **HER ZAMAN** alabileceğinizden ne kadar emin olduğunuzu lütfen işaretleyiniz.

| AĞIZDAN/ORAL KEMOTERAPİ İLAÇLARINIZI HER ZAMAN ALABİLECEĞİNİZDEN NE KADAR EMİN OLABİLİRSİNİZ | | | |
|---|------------------|--------------|------------|
| | Hiç Emin Değilim | Biraz Eminim | Çok Eminim |
| 1.Evde meşgul olduğunuzda | | | |
| 2.İşte olduğunuzda/günlük işlerinizle meşgul olduğunuzda | | | |
| 3.Size hatırlatacak birisi olmadığında | | | |
| 4.Bundan sonraki yaşamınızda ilaçları alma konusunda endişeye düştüğünüzde | | | |
| 5.Yan etkileri olduğunu fark ettiğinizde | | | |
| 6.Fiyatları çok yükseldiğinde (Sağlık güvenceniz yoksa/ ödediğiniz katkı payı yüksekse) | | | |
| 7. İşten eve geç geldiğinizde/günlük işleriniz geç bittiğinde | | | |
| 8. Ailenizle beraber olduğunuzda | | | |
| 9.Topluma açık yerlerde bulunduğunuzda (Alışveriş, gezme, eğlence, arkadaşlarla buluşma gibi sosyal nedenlerle ev dışında olduğunuzda) | | | |
| 10.Bağımlılık yapabileceğinden korktuğunuzda | | | |
| 11.Cinsel gücünüzü etkileyebileceğinden endişe ettiğinizde | | | |
| 12. Öğünler arasında almanız gerektiğinde | | | |
| 13. İhtiyacınız olmadığını hissettiğinizde | | | |
| 14. Seyahatlerde | | | |
| 15. Günde birden fazla almanız gerektiğinde | | | |
| 16. Sizi bazen halsiz bitkin duruma düşürdüğünde | | | |
| 17. Sizde mide bulantısı ve kusmaya sebep olduğunda | | | |
| 18. Başka ilaçlar da kullanmanız gerektiğinde | | | |
| 19. Kendinizi iyi hissettiğinizde | | | |
| 20. İlaçlarınız bitmeden önce tekrar yazdıracağınızdan/Temin edeceğinizden | | | |
| 21.Fiyatları ne kadar yüksek olursa olsun reçeteleri yazdıracağınızdan/ilaçları alacağınızdan | | | |
| 22. İlaçlarınızı almayı günlük yaşamınızın bir parçası yapacağınızdan | | | |
| 23. Kemoterapi ilaçlarınızı almayı daima hatırlayacağınızdan | | | |
| 24. Kemoterapi ilaçlarınızı belirlenen sürede alacağınızdan | | | |

EK-5: Oral Kemoterapi Uyum Ölçeği

ORAL KEMOTERAPİ UYUM ÖLÇEĞİ

Sayın katılımcı, bu ölçekte yer alan ifadeler sizin ağızdan aldığınız kanser ilacınıza uyumunuz ilgilidir.

Tedaviye uyum; hastanın hekimi tarafından kendisine önerilenleri yapması, yapmaması gerekenlerd kaçmasıdır. Başka bir deyişle, hastanın verilen ilaçları eksiksiz, zamanında ve önerilen biçimde kullanması veya iyileştini varsayarak ilaçlarını önerilen zamandan önce bırakmaması, yapması ya da yapmaması gereken davranışlara uygun davranmasıdır.

Ölçekte "doğru" yada "yanlış" cevap yoktur. Lütfen aşağıda yer alan ifadeleri "ağızdan kanser ilacı kullandığınız dönemi" düşünerek sizin için en uygun olduğunu düşündüğünüz "hiçbir zaman", "ara sır bazen", "sık sık" veya "her zaman" şıklarından birisini işaretleyerek cevaplayınız.

| | Hiçbir zaman (1) | Nadiren (2) | Bazen (3) | Sık sık (4) | Her zaman (5) |
|--|------------------|-------------|-----------|-------------|---------------|
| 1. Ağızdan aldığım kanser ilaçlarımı doktorumun/ hemşiremin belirttiği gibi düzenli kullanırım. | | | | | |
| 2. İlaç saatlerini hatırlayamadığım zaman ilaçlarımı almayı aksatırım.* | | | | | |
| 3. İlaçlar yan etki yaptığında ilacımı kendi kararımla almadığım zamanlar olur.* | | | | | |
| 4. İlaçlarım bittiği zaman yenisini almayı geciktiririm.* | | | | | |
| 5. Herhangi başka bir rahatsızlığım için sağlık kuruluşuna gittiğimde ağızdan kanser ilacı kullandığımı doktora/ hemşireye söylerim. | | | | | |
| 6. İlaçlarımı kırmadan ve çiğnmeden yutarım. | | | | | |
| 7. İlaçlara dokunduktan sonra ellerimi yıkarım. | | | | | |
| 8. İlaç dozlarımı doktorumun reçete ettiği şekilde hiç aksatmadan kullanırım. | | | | | |
| 9. Günlük koşurmalarından dolayı ilaç dozlarımı aksatırım.* | | | | | |
| 10. Günde çok fazla ilaç almam gerektiği için ilaçlarımı almayı aksatabilirim.* | | | | | |
| 11. İlaçlarımın saklama koşullarına dikkat ederim. | | | | | |
| 12. Kullandığım ilaçların neden olduğu yan etkileri doktora/ hemşireme bildiririm. | | | | | |
| 13. İlaçların yan etkilerinin olması ilaçlarımı almama engel olmaz. | | | | | |
| 14. İlaç alma zamanları karmaşık olduğu için ilaçlarımı düzenli almayı aksatırım.* | | | | | |
| 15. İlacımı zamanında almayı unutursam almadığım dozları hatırladığım anda hemen alırım.* | | | | | |
| 16. Ev dışında olduğum, seyahat, tatil gibi durumlarda ilaçlarımı almayı aksatırım.* | | | | | |
| 17. İlaçlarımı reçete ettirmek için sürekli doktora gitmek bana zor geliyor.* | | | | | |
| 18. Sürekli ilaç kullanmak zorunda olmak beni huzursuz ettiği için ilaçlarımı almayı aksatırım.* | | | | | |
| 19. İlaç alma zamanlarımı yemek saatlerine göre ayarlarım | | | | | |

* Ters kodlama yapılacak maddeler

EK-6: Motivasyonel Görüşme Formu ve Görüşme Programı

1. Açık uçlu sorular

2. Yansıtılmalı dinleme

| | |
|--|------------------------|
| | Tekrarlama |
| | Yeniden anlamlandırmak |
| | Empatik yansıtma |
| | Yeniden çerçeveleme |
| | Duygusal yansıtma |
| | Abartılmış yansıtma |
| | Çift taraflı yansıtma |

3. Özetleme

4. Kabullenme

5. Değişimi konuşmak

Görüşme**Görüşme şekli: (yüz- yüze)****Süre: 20-30 dk****Amaç: Hastanın öyküsünün anlatılmasına izin verilmesi****Oral kemoterapi ilaç kullanımı ile ilgili duygu, düşünce ve davranışlarının öğrenilmesi,**

Hastaların değişime karşı direncinin belirlenmesi,

Tedaviye ilişkin ambivalan duygularının ortaya çıkarılması

Görüşme**Görüşme şekli: (7. Gün telefon ile arama)****Süre: 15-20dk****Amaç: Yan etkilerin tanınması,**

İlaç uyumuna etkisinin azaltılması

İlacı düzenli kullanmanın olumlu yönlerinin tartışılması**Öz güvenini artırmaya yönelik kendini ifade etmesinin sağlanması****Görüşme****Görüşme şekli: (3. Hafta telefon ile arama)****Süre: 15-20dk****Amaç: Hastanın değişim için cesaretlendirilmesi****Görüşme****Görüşme şekli: (6. Hafta telefon ile arama)****Süre: 15-20dk****Amaç: Relapsın önlenmesi,**

Uyumu geliştirmenin desteklenmesi

Görüşme**Görüşme şekli: (9. Hafta telefon ile arama)****Süre: 15-20dk****Amaç: Tedavinin devamlılığı**

EK-7: Kontrol Grubu Görüşme Formu**Görüşme****Görüşme şekli: (1. Hafta yüz- yüze)****Süre: 15-20dk****Amaç: Bilgi ve ölçeklerin toplanması, hazırlanan kitapçığın verilmesi****Notlar:****Görüşme****Görüşme şekli: (12. Hafta yüz- yüze)****Süre: 15-20dk****Amaç: Bilgi ve ölçeklerin toplanması****Notlar:**

EK-8: Uzman Görüşü İçin Liste

- Tıbbi onkoloji kliniği onkolog
- Kanser alanında uzmanlaşmış iki iç hastalıkları öğretim görevlisi
- Medikal onkoloji eğitim hemşiresi
- Oral kemoterapi kullanan kanser hastası

| UZMANLIK | Davet edilen/mail gönderilen isimler |
|---|--|
| Tıbbi Onkoloji Kliniğinde Başasistan | Ankara Numune Eğitim ve Araştırma hastanesi Doç. Dr. Doğan Uncu |
| Kanser Alanında Uzmanlaşmış İç Hastalıkları Öğretim Görevlisi | Başkent Üniversitesi Prof. Dr. Sultan Kav |
| Kanser Alanında Uzmanlaşmış İç Hastalıkları Öğretim Görevlisi | Gazi Üniveristesi Yrd. Doç. Dr. Sevinç Kutlutürkan |
| Medikal Onkoloji Eğitim Hemşiresi | Ankara Numune Eğitim ve Araştırma hastanesi Hemş. Ayfer Talu |
| Oral kemoterapi kullanan kanser hastası | Prof. Dr. Gülşen Terakye |

EK-9: Oral kemoterapi ile ilgili sağlık personelinin ve hastaların yararlanabileceği kullanışlı web siteleri

Web: www.cancervic.org.au/

Web: www.cancerinstitute.org.au

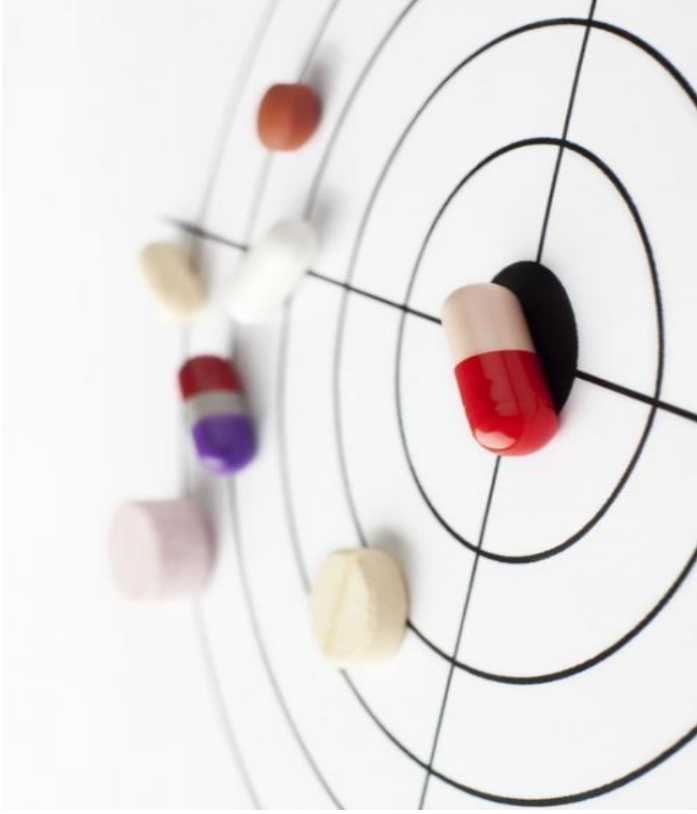
Web: www.health.vic.gov.au/cancer/

Web: www.epa.vic.gov.au/

Web: www.gha.net.au/grics/

Web: www.gics.com.au/index.php

Web: <http://www.chemocare.com/>



Aşağıdaki güvenlik ipuçları ilacın kullanımında dikkat edilecek durumlar konusunda size yardımcı olacaktır.

ORAL KEMOTERAPİ NEDİR?

Oral kemoterapi ilacı; kanser hücrelerinin üremesini engelleyen, vücuttaki gelişim ve yayılmalarını yavaşlatan, kapsül, tablet ya da sıvı şekilde ağız yoluyla alınan ilaçlardır.

ORAL KEMOTERAPİ NASIL KULLANILIR?

- Tabletini veya kapsülünü kırmadan, ezmeden ya da çiğnemenen bütün olarak yutun.
- Yutmakta güçlük çekiyorsanız doktorunuza söyleyin ve ne yapabileceğinizi öğrenin.
- İlacı doktorunuzun reçete ettiği şekilde kullanın.
- İlacınızı kür programına uygun kullanın.
- Doz miktarınız doktorunuz tarafından tıbbi durum, vücut yüzey alanı ve tedaviye cevap durumunuza göre ayarlanacaktır.
- İlacınızı aynı saate alınız. Aynı saatte ilaç kullanmak iyi bir alışkanlık olur ve ilacı unutma ihtimalinizi azaltır. Ayrıca her ilacın vücutta yatar sağlama, atıklarının atılması süreleri vardır bu yüzden aynı saatte almak ilaçtan en uygun yarar sağlamanız için de gereklidir.

ORAL KEMOTERAPİ KULLANIM KİTAPÇIĞI
Uzm. Hem. Huri Seval Çakmak
2018

UNUTMA ORAL KEMOTERAPİ ÖNEMLİ BİR İLAÇTIR!

ORAL KEMOTERAPİ İLACININ BESİN VE İLAÇ İLE ETKİLEŞİMİ VARMİ?

- Aynı anda birden fazla ilaç kullanmak, ilaçların etkisini kuvvetlendirebileceği veya zayıflatabileceği için çok önemlidir.
- Eğer aşağıdaki ilaçlardan herhangi birini kullanıyorsanız mutlaka doktor ve hemşirenizden ne yapmanız konusunda bilgi alınız;
 - Gut ilaçları (allopurinol),
 - Kan inceltici ilaçları (kumarin, varfarin),
 - Bazı anti viral ilaçları (sorivudin ve brivudin) veya inme veya titreme için ilaç (fenitoin)
 - Folik asit
- İlacınızı kullanırken dikkat edeceğimiz besin ya da diğer ilaçları mutlaka doktor ya da hemşirenize sorun.

İLAÇ ALIYORSAN BOL SU İÇ!



GÜNDE 2-3 LİTRE SU İÇİN!



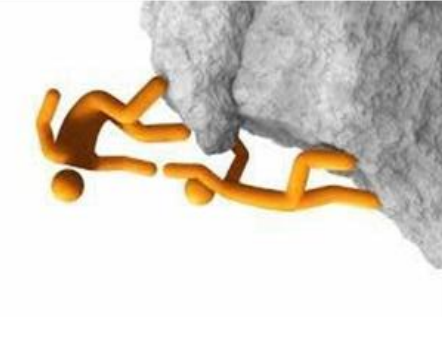
İLAÇ DOZUMU ALMAYI UNUTURSAM NE YAPMALIYIM?

- Unutulan doz almanız gereken doz saatinden 6 saat içinde hatırladıysa unuttuğunuz dozu hemen için.
- Unutulan doz almanız gereken doz saatinden 6 saat ve daha fazla saat geçmişse, dozunuzu içmeyin normal doz saatine devam edin.
- Unutulan dozları dengelemek için kesinlikle çift doz almayınız. Normal doz takviminize devam edin.
- İlaç almayı unutmamak için cep telefonunuzun saatini kurun size uyarın ya da ailede yakınlarınızdan birinin size hatırlatmasını isteyin. Sık sık hapınızı atlamışsanız bunu doktorunuza ve hemşirenize söyleyin onlar bu durumda size ne yapmanız gerektiğini söyleyeceklerdir.

İLAÇLARINIZI AYNI SAATTE VE REÇETENİZE UYGUN ALMAYA DİKKAT EDİN!



İLACINIZI KULLANMAKTA ZORLUK ÇEKİYORSANIZ YAKINLARINIZDAN DESTEK ALIN!



İLAÇ DOZUMU FAZLA ALIRSAM NE YAPMALIYIM?

➤ Kullanmanız gerekenden daha fazla ilaç kullanmışsanız diğer dozu almadan doktor ve hemşireniz ile konuşunuz.

İLAÇ DOZUMU KUSARSAM NE YAPMALIYIM?

➤ İlacınızı yuttuktan kısa bir süre sonra kusarsanız ve kusduğunuz içinde ilacınız gözükmüyorsa ilacınızı tekrar için, gözükmüyorsa ilacınızı tekrar içmeyin.



Uyarı

➤ Bu tablete yakınlarınız çıplak elle dokunmamalıdır.

➤ Göze temasından ve solunmasından kaçınılmalıdır.

➤ Bu tableti çocuklardan, evcil hayvanlarda ve hamile kadınlardan uzak tutunuz.



ORAL KEMOTERAPIN KULLANIMINDA HANGİ YAN ETKİLERİ YAŞAYABİLİRİM?

Kan değerlerinizin düşmesine bağlı;

- Enfeksiyon; bu ilacı kullandığınızda mikroplara olan direnciniz azalacaktır bu nedenle enfeksiyona yakalanma riskiniz artar.
- Kanama; bu ilacı kullanırken vurma ve çarpmalarda
- Kanamaya daha yatkın olacaksınız.
- Yorgunluk,

Bu etkilere karşı alacağınız önlemleri hemşirenizden öğreniniz!

Bulantı-Kusma,

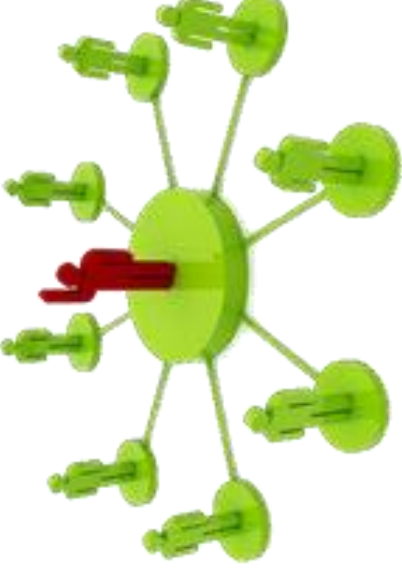
Ağız ve boğazda yaralar,

İshal, karın ağrısı

El ve ayak derisi reaksiyonları;(avuç içlerinde ve ayak tabanlarında

karıncalanma, uyuşma, ağrı, şişme, kızarma), döküntü, kuru veya kaşıntılı cilt

YÖNETMEK SİZİN ELİNİZDE



Acil durumlarda ne yapmalıyım?

DERHAL doktorunuza bildirin veya size en yakın hastanenin acil bölümüne başvurun.



ORAL KEMOTERAPİYİ EVİNİZDE NEREDE NASIL MUHAFAZA ETMELİSİNİZ?

- İlacınızı buzdolabına koymayın
- 30°C'nin altındaki oda sıcaklığında saklayınız
- Nemli yerlere örneğin banyo dolabına koymayın
- Çok sıcak yerlere(kalorifer üstü, soba yanı) koymayın
- İlacı kutusundan çıkarıp başka kutuya/ilaç kabına koymayın kendi kutusu içinde saklayın
- Oral kemoterapi ilaçlarınızı diğer ilaçlarınızın yanında saklamayın
- Yatak odanızda çocukların ulaşamayacağı bir çekmeceniz varsa oraya koyabilirsiniz.

ORAL KEMOTERAPİ İLE İLGİLİ GÜVENLİK ÖNLEMLERİ

- Dış ambalajdaki son kullanma tarihinden sonra ilacınızı kullanmayınız.
- Çevreyi korumak amacıyla kullanmadığınız ilaçlarınızı şehir suyunu veya çöpe atmayınız. İlaçlarınızı boş kutulara koyarak hastane veya eczanele veriniz.
- İdrar, kusma, kan, sperm ve diğer vücut artıklarınızın yastık, yorgan, kıyafet gibi yıkanabilir maddelere bulaşırsa çıplak elle dokunulmamalıdır, dokunmanız gerektiğinde eldiven giymeyi tercih ediniz.
- İdrar, kusma, kan, sperm ve diğer vücut artıklarınızın yere bulaşması halinde yakınlarınız, kauçuk eldiven giymeden bu atıklara dokunmamalıdır.
- Bu atıklar normal deterjan ve su ile yıkanabilir, özel bir temizleyici gerekmez.
- İlacınızı içmeden önce ve içtikten sonra herhangi bir şeye dokunmadan mutlaka ellerinizi yıkayınız.İlacınızı kullanmaya başladıktan 48 saat sonra bu güvenlik önlemlerini almalısınız.

KENDİNİZİ, YAKINLARINIZI VE ÇEVRENİZİ KORUYUN



KAYNAKÇA

1. Tools for Oral Adherence Toolkit.
<https://www.ons.org/sites/default/files/oral%20adherence%20toolkit.pdf>
2. Oral Chemotherapy: What You Need to Know.
https://acc-cancer.org/oncology_issues/articles/ND14/ND14-Oral-Chemotherapy-What-Your-Patients-Need-to-Know.pdf
3. Cancer treatment side effects A guide for Aboriginal Health Workers.
<https://www.cancerinstitute.org.au/getattachment/c361e0e4-7d87-4c37-9d0c-364ef1e57b4f/AHW-Booklet.pdf>
4. Clinical Guidelines for the Administration of Oral Chemotherapy Agents in the Community Setting.
<http://www.grpct.com.au/wp/wp-content/uploads/Clinical-Guidelines-for-the-Administration-of-Oral-Chemotherapy-in-the-Community-Setting.pdf>.
5. Kullanma Talimatı Xeloda Roche 500 Mg Film Kaplı Tablet.
<http://pdf.ilacprospektusu.com/6027-xeloda-500-mg-tablet-kt.pdf>
6. Safe Oral Chemotherapy Handling for Patients and Caregivers.
https://mnoncology.com/images/uploads/Safe_Handling_of_Oral_Chem_o.pdf

ORAL KEMOTERAPİ TAKVİMİ

2018

İLAÇ BAŞLANGIÇ GÜNÜNÜ İŞARETLE / İLAÇSIZ GÜNLERİNİ İŞARETLE

İlacın Adı:

Kür Programı (boş gün/ilâç günü):...../.....

SABAH: Saat:.....İlaç:.....mgr

AKŞAM: Saat:.....İlaç:.....mgr



| Pazartesi | Salı | Çarşamba | Perşembe | Cuma | Cumartesi | Pazar |
|-----------|------|----------|----------|------|-----------|-------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

NOTLAR :

.....


.....

.....

.....

EK-11: Tez Çalışması İle İlgili Hastane İzinleri

239



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Bölge Genel Sekreterliği
Sağlık Bilimler Üniversitesi-Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ANKARA NÜMUNE
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ - SAĞLIK
BİLİMLERİ YÖNETİCİLERİNE ANKARA NÜMUNE EĞİTİM
VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
1546217 12.16 - 20796219 - 774.99
09617582

Sayı : 20796219-774.99
Konu : Huri Seval ÇAKMAK Uygulama Hk.

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA


İlgi:13.06.2017 tarih ve 900/620 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda, Fakülteniz İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Sevgişun KAPUCU danışmanlığında doktora öğrencisi Huri Seval ÇAKMAK'ın "Oral Kemoterapi İlaç Kullanan Kanser Hastalarında Motivasyonel Görüşme Temelli Danışmanlığın İlaç Uyumu ve Öz-Etkililiğe Etkisi" başlıklı tez çalışmasının uygulamasını 15 Temmuz 2017 - 15 Temmuz 2018 tarihleri arasında hastanemizin Onkoloji Polikliniğinde yapabilmesi talebiniz ile ilgili hastanemiz Hastane Yöneticisi Prof. Dr. Nurullah ZENGİN'in yazısı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Dr. Tamer GÖKÇINAR
Hastane Yöneticisi a.
Başhekim Yardımcısı

Ek:1



Hacettepe Mahallesi Tuluapaşa Bulvarı No:44 Altındağ Ankara
Faks No:3125084910
e-Posta:ferda.staman@saglik.gov.tr İnt.Adresi: http://www.anh.gov.tr/

Bilgi İçin: Ferda ATAMAN
Uyvan: Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.
Telefon No:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 2c5c3e0e-a2d0-41d6-8924-6e1f0cc18a61 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Tıbbi Onkoloji Klinik Eğitim Ve İdari Sorumlusuna

Ekte araştırma protokolü örneği bulunan Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç Dr. Sevgisun Kapucu danışmanlığında doktora öğrencisi Huri Seval Çakmak'ın Oral Kemoterapi İlaç Kullanan Kansere Hastalarında Motivasyonel Görüşme Temelli Danışmanlığın İlaç Uyumu Ve Öz-Etkinliğe Etkisi isimli çalışmanın ilgili kısımlarının kliniğiniz bünyesinde gerçekleştirilebilmesi hususunda görüşlerinizi bildirmenizi arz ederim.

13.06.2017

Araştırmacı

Huri Seval Çakmak



UYGUNDUR

13.06.2017

İZİN ALINA KLİNİK EĞİTİM VE İDARİ SORUMLUSU

PROF. DR. Nurullah Zengin

13.06.2017

HASTANE YÖNETİCİSİ

PROF. DR. Nurullah Zengin

Ek-12: Motivasyonel Görüşme Katılım Belgesi

Motivasyonel Görüşme Tekniği Eğitimi Katılım Belgesi

21 Temmuz 2017

Sayın *Huri Seval ÇAKMAK*

21 Temmuz 2017 tarihinde İstanbul'da yapılan Motivasyonel
Görüşme Tekniği Birinci Aşama Eğitimine katılmıştır.

Saygılarımla



Prof. Dr. Kültegin ögel
Motivasyonel Görüşme Eğitici

9. ÖZGEÇMİŞ

1985 yılında Afyon'da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Eskişehir'de tamamladı. 2006 yılında Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünden mezun oldu. 2009 yılında aynı üniversitenin İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans derecesi almış olup, yine aynı Anabilim Dalı'nda doktora eğitimine devam etmektedir. 2006 yılında hemşire olarak göreve başlamıştır. 2011 Ocak ayında Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne atanmıştır. 2006- 2016 yılları arasında endokrinoloji ve onkoloji servis hemşireliği, Diyabet Eğitim Hemşireliği, Eğitim Hemşireliği gibi çeşitli görevlerde bulunmuştur. Kanıta dayalı hemşirelik çalışma grubunun kurucularından olup grubun genel sekreterliğini yürütmektedir. Kanıta dayalı hemşirelik ve Sağlık Teknolojileri Değerlendirme konularında çalışmaları sürmektedir. 2017 yılından itibaren Uzman Hemşire olarak Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Biriminde tam zamanlı olarak çalışmaktadır. Evli ve iki çocuk annesidir.