

Z.TABANLI

KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2024

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

**KEMOTERAPİ ALAN HASTALARDA GELENEKSEL,
ALTERNATİF VE TAMAMLAYICI TIP TUTUMU VE
SAĞLIK İNANISLARININ SPİRİTÜEL İYİLİK HALİ İLE
İLİŞKİSİ**

ZEYNEP TABANLI

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HAZİRAN
2024**

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

**KEMOTERAPİ ALAN HASTALARDA GELENEKSEL,
ALTERNATİF VE TAMAMLAYICI TIP TUTUMU VE
SAĞLIK İNANISLARININ SPİRİTÜEL İYİLİK HALİ İLE
İLİŞKİSİ**

ZEYNEP TABANLI

**DANIŞMAN
DOÇ. DR. YELİZ MERCAN**

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HAZİRAN
2024**

ETİK BEYAN

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi; tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu; tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi; kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Zeynep TABANLI

TEZ ONAYI

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Halk Sağlığı Programında Yüksek Lisans öğrencisi Zeynep TABANLI tarafından Doç. Dr. Yeliz MERCAN'ın danışmanlığında hazırlanan “Kemoterapi Alan Hastalarda Geleneksel, Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp Tutumu Ve Sağlık İnanışlarının Spiritüel İyilik Hali İle İlişkisi” başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 12/06/2024 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.


Jüri Başkanı

Jüri (Danışman)

Jüri

İTHAF

Bu dünyadaki en büyük mirasım kızıma ve oğluma,
Kanser hastalığından vefat eden sevdiklerime
ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam sürecinde tüm desteğiyle yardımcı olan, kimi zaman öğretmen tavrıyla zorlayıcı, kimi zaman anne şefkati gibi sarmalayıcı edasıyla hayatımda büyük yer edinen tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Yeliz MERCAN'a,

Çalışmalarım boyunca her zaman yanımda olan değerli aileme, çalışmamda kolaylıklar sağlayan kemoterapi ünitesi hekimi Doç. Dr. Ali GÖKYER'e, veri toplama süreci boyunca desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen Kırklareli EAH kemoterapi ünitesi çalışanlarına, anket çalışmama katılım gösteren kıymetli hastalarım ve tez süresince beni destekleyen ve yanımda olan değerli arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Zeynep TABANLI

İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN	ii
TEZ ONAYI	iii
İTHAF	iv
TEŞEKKÜR	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ	ix
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	xi
ÖZET	xii
ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kanserler	3
2.1.1. Kanser Epidemiyolojisi	3
2.1.2. Kanserin Teşhisi ve Tedavileri.....	4
2.1.2.1. Kemoterapi	4
2.1.2.2. Cerrahi Tedavi	5
2.1.2.3. Radyoterapi.....	5
2.1.2.4. Hormon Terapi	5
2.1.2.5. İmmünoterapi	6
2.1.3. Kanser Taramaları	6
2.2. Geleneksel, Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp	6
2.2.1. Geleneksel, Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp Epidemiyolojisi.....	8
2.2.2. Türkiye’de Geleneksel, Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp	9
2.2.3. Yönetmelikte Yer Alan Bazı GETAT Uygulamaları	11
2.2.3.1. Akupunktur.....	11
2.2.3.2. Apiterapi.....	12
2.2.3.3. Fitoterapi.....	13
2.2.3.4. Kayropratik.....	13
2.2.3.5. Mezoterapi.....	14
2.2.3.6. Osteopati.....	14

2.2.3.7. Proloterapi	15
2.2.3.8. Refleksoloji.....	15
2.2.3.9. Diğer GETAT Uygulamaları.....	16
2.3. Spiritüalite Kavramı	16
2.3.1. Spiritüalitenin Sağlık İle İlişkisi.....	18
2.4. Kansere Tedavisi Alan Hastalarda GETAT Uygulamaları ve Spiritüalite	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	20
3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı	20
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	20
3.3. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dahil Edilmeme Kriterleri.....	20
3.4. Veri Toplama Yöntemi	20
3.5. Veri Toplama Araçları	21
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu	21
3.5.2. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeği	21
3.5.3. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Sağlık İnanış Ölçeği	22
3.5.4. Spiritüel İyilik Ölçeği.....	22
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	23
3.6.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri.....	23
3.6.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri	23
3.6.2.1. Tanımlayıcı Özellikler.....	23
3.6.2.2. Genel Sağlık Durumu İle İlgili Özellikler.....	23
3.6.2.3. GETAT Uygulamalarına Yönelik Görüş ve Özellikler.....	23
3.6.2.4. GETAT Tutumu ve GETAT Sağlık İnanışı.....	24
3.7. Araştırmanın Hipotezleri.....	24
3.8. Verilerin Analizi.....	25
3.9. Araştırmanın Kısıtlılıkları	25
3.10. Araştırmanın Etik Yönü	25
3.11. Araştırma Takvimi	25
4. BULGULAR	27
5. TARTIŞMA	53
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	65
6.1. Sonuçlar.....	65
6.2. Öneriler.....	66

KAYNAKLAR	68
EKLER.....	79
ÖZGEÇMİŞ.....	90



TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	27
Tablo 4.2. Katılımcıların Genel Sağlık Durumu ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı...	29
Tablo 4.3. Katılımcıların GETAT ile İlgili Görüş ve Özelliklerinin Dağılımı	32
Tablo 4.4. Katılımcıların Ölçeklerden Aldığı Puan Ortalamalarının Dağılımı	33
Tablo 4.5. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre GETAT Tutum Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırması	34
Tablo 4.6. Katılımcıların Genel Sağlık ve GETAT ile İlgili Özelliklerine Göre GETAT Tutum Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırması	35
Tablo 4.7. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Tamamlayıcı Tıbbi Düşünsel Bakış Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırması	36
Tablo 4.8. Katılımcıların Genel Sağlık ve GETAT ile İlgili Özelliklerine Göre Tamamlayıcı Tıbbi Düşünsel Bakış Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırması	37
Tablo 4.9. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Modern Tıbbi Karşı Memnuniyetsizlik Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırması	38
Tablo 4.10. Katılımcıların Genel Sağlık ve GETAT ile İlgili Özelliklerine Göre Modern Tıbbi Karşı Memnuniyetsizlik Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırması	39
Tablo 4.11. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Sağlığa Bütüncül Bakış Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırması	40
Tablo 4.12. Katılımcıların Genel Sağlık ve GETAT ile İlgili Özelliklerine Göre Sağlığa Bütüncül Bakış Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırması	41

Tablo 4.13. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre GETAT Sağlık İnaniş Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırması	42
Tablo 4.14. Katılımcıların Genel Sağlık ve GETAT ile İlgili Özelliklerine Göre GETAT Sağlık İnaniş Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırması	44
Tablo 4.15. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Spiritüel İyilik Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırması	45
Tablo 4.16. Katılımcıların Genel Sağlık ve GETAT ile İlgili Özelliklerine Göre Spiritüel İyilik Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırması	46
Tablo 4.17. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Spiritüel İyilik Ölçeği Öz Yeterlilik Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırması	47
Tablo 4.18. Katılımcıların Genel Sağlık ve GETAT ile İlgili Özelliklerine Göre Spiritüel İyilik Ölçeği Öz Yeterlilik Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırması	48
Tablo 4.19. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Spiritüel İyilik Ölçeği Yaşam Planı Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırması	49
Tablo 4.20. Katılımcıların Genel Sağlık ve GETAT ile İlgili Özelliklerine Göre Spiritüel İyilik Ölçeği Yaşam Planı Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırması	50
Tablo 4.21. Katılımcıların GETAT Tutumu ve Sağlık İnanişlerinin Spiritüel İyilik Hali ile İlişkisi	51

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EFCAM	: Avrupa Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Federasyonu
GETAT	: Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp
HSGM	: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
NCCİH	: Ulusal Sağlık Enstitüsü Tamamlayıcı ve Bütünleyici Sağlık Merkezi
SB	: Sağlık Bakanlığı
SHGM	: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
TKE	: Türkiye Kanseri Enstitüsü

ÖZET

Kemoterapi Alan Hastalarda Geleneksel, Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp Tutumu ve Sağlık İnanışlarının Spiritüel İyilik Hali ile İlişkisi

Bu araştırmada kemoterapi alan hastaların geleneksel, alternatif ve tamamlayıcı tıp tutum ve inançlarının spiritüel iyilik hali ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu araştırma Temmuz 2023 ile Mart 2024 tarihleri arasında, Kırklareli'nde 18 yaş ve üzeri araştırmaya katılmaya gönüllü 136 kişi ile yürütülmüştür. Veriler Kişisel Bilgi Formu, Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) Tutum Ölçeği, GETAT Sağlık İnanış Ölçeği ve Spiritüel İyilik Ölçeği (SİÖ) yardımıyla yüz yüze toplanmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması $60,51 \pm 11,99$ yıl ve GETAT kullanım sıklığı %14,0'dır. GETAT Tutum ve GETAT Sağlık İnanış Ölçeği toplam puanları ile cinsiyet, çalışma durumu, hastalıklarda ilk başvuru yöntemi, GETAT bilgi düzeyi ve GETAT kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$). GETAT Tutum Ölçeği toplam puanları ile yaş arasında; GETAT Sağlık İnanış Ölçeği toplam puanları ile eğitim durumu ve algılanan gelir düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$). SİÖ toplam puanları ile eğitim durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$). SİÖ toplam, Öz Yeterlilik ve Yaşam Planı alt boyut puanları ile Sağlığa Bütüncül Bakış alt boyut puanı arasında pozitif yönlü ($p < 0,05$); Modern Tıba Karşı Memnuniyetsizlik alt boyut puanı ile arasında negatif yönlü anlamlı ilişki saptanmıştır ($p < 0,001$). SİÖ toplam puanı, Öz Yeterlilik ve Yaşam Planı alt boyut puanları ile GETAT Tutum Ölçeği toplam puanı, Tamamlayıcı Tıba Düşünsel Bakış alt boyut puanı ve GETAT Sağlık İnanış Ölçeği toplam puanı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$). Sonuç olarak, kanser hastalarının tedavi sürecinde spiritüel ihtiyaçlarının ve bütüncül yaklaşımlarının dikkate alınması büyük önem taşımaktadır. Bu farkındalık, hastaların yaşam kalitelerini artırabilir ve tedavi süreçlerini olumlu yönde etkileyebilir.

Anahtar sözcükler: Kanser, Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp, Tutum, Sağlık İnanışı, Spiritüelite.

ABSTRACT

The Relationship Between Traditional, Alternative, and Complementary Medicine Attitudes and Health Beliefs and Spiritual Well-Being of Patients Receiving Chemotherapy

The present study aimed to examine the relationship between traditional, alternative, and complementary medicine attitudes and beliefs and the spiritual well-being of patients receiving chemotherapy. The study had a descriptive and cross-sectional design and was conducted between July 2023 and March 2024 in Kırklareli with 136 people who were aged 18 and over and who volunteered to participate in the study. The data of the study were collected face to face with the help of the Personal Data Form, Traditional and Complementary Medicine Attitudes Scale (TCMAS), TCMAS Health Beliefs Scale, and Spiritual Well-Being Scale. The mean age of the participants was found to be 60.51 ± 11.99 and the frequency of using TCMAS methods was 14.0%. A statistically significant relationship was detected between TCMAS Attitudes and TCMAS Health Beliefs Scale total scores and gender, working status, using TCMAS methods, TCMAS knowledge levels ($p < 0.05$). Also, significant relationships were detected between TCMAS Attitudes Scale total scores and age, educational status, perceived income levels, and TCMAS Health Beliefs Scale total scores ($p < 0.05$). Statistically significant relationships were detected between the SWS total scores and educational status ($p < 0.05$). A positive relationship was detected between the SWS total, Self-Efficacy and Life Plan sub-dimension scores and the Holistic View of Health sub-dimension scores ($p < 0.05$) and a statistically significant and negative relationship was detected with the Dissatisfaction with Modern Medicine subscale score ($p < 0.001$). No significant relationship was detected between the SWS total score, Self-Efficacy and Life Plan sub-dimension scores and the TCMAS Attitude Scale total score, Reflective View of Complementary Medicine sub-dimension score and TCMAS Health Belief Scale total score ($p > 0.05$). As a result, it is of great importance to consider the spiritual needs and holistic approaches of cancer patients during their treatment process. This awareness can improve the quality of life of patients and affect their treatment positively.

Keywords: Cancer, Traditional and Complementary Medicine, Attitudes, Health Beliefs, Spirituality.



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser, 20. yüzyılın en korkulan hastalıklarından biri olarak kabul edilmekte ve 21. yüzyılda devam eden ve artan sıklığıyla daha da yaygınlaşmaktadır (Perera, 2019). Amerikan Kanser Derneği'nin 2024 yılı güncel kanser istatistiklerine göre, bu yıl 2 milyondan fazla kişinin kanser teşhisi alacağını öngörmektedir. Bu da günde yaklaşık 5500 kişi veya her 15 saniyede bir kişinin bu teşhisi alması anlamına gelmektedir (Dizon ve Kamal, 2024).

Günümüzde kemoterapi, radyoterapi, cerrahi tedavi, hormonal tedavi ve immünoterapi gibi yöntemler kanser tedavisinde uygulanmaktadır. Kanser hastalarının çoğu kansere bağlı çeşitli semptomlar ve konvansiyonel tedavilerin yan etkileri ile karşılaşmaktadır (Guo vd., 2020). Kemoterapi genel sağkalımı önemli ölçüde artırmış olmasına rağmen hastalar yaşam kalitelerini etkileyen çeşitli fiziksel ve psikolojik semptomlarla karşılaşmaktadır. Kemoterapi hastalarının semptomları modern tıbbi tedavilerle kontrol altına alınmasında rağmen semptomların hafifletilmesi amacıyla hastalar sıklıkla modern tedavilerle birlikte geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT) yöntemlerine başvurmaktadır (Chui, 2019).

Kanser hastaları arasında GETAT kullanımı oldukça yaygın bir uygulamadır ve son zamanlarda giderek artmaktadır. Son tahminlere göre kanser teşhisi konulduktan sonra en az bir GETAT yöntemi kullanan bireylerin oranı %87'ye kadar ulaşmaktadır (Balneaves vd., 2022). Türkiye'de kanser hastalarıyla yürütülen çalışmalarda GETAT kullanma oranları %33,7-%57,7 olarak bildirilmiştir (Güveli vd., 2021; Ulusoy ve Keskin, 2021; Toprak vd., 2019). Onkoloji hastaları arasında GETAT kullanım yöntemleri ile diğer kronik rahatsızlıklar için kullanılan ilaçların incelenmesi hem hasta sağlığı hem de akılcı ilaç uygulamaları açısından önemlidir (Karakoç, 2020).

Kanserin teşhisi ve tıbbi tedavisi genellikle büyük fiziksel ve duygusal zorluklara neden olur ve kanser hastalarının hayatlarını strese sokar. Spiritüalizm ve dini inançların özellikle ciddi hastalıklardan muzdarip ve/veya yaşamı tehdit eden sağlık sorunlarıyla karşı karşıya olan hastalar için önemli olduğu görülmüştür. Spiritüalizmin kanser hastalarının teşhis, tedavi, hayatta kalma, nüksetme ve ölüm süreçlerinde umut ve anlam bulmalarına yardımcı olan temel bir faktör olduğuna

inanılmaktadır. Ayrıca spiritüalite yaşam stresinin ve hastalığın olumsuz etkilerini hafifletmede koruyucu görev üstlenebilmektedir. Spiritüalite yaşam kalitesinin önemli bir belirleyicisidir ve kanser teşhisi konmuş hastalarda spiritüel iyilik halinin, spiritüalite ile sağlık sonuçları arasında olumlu bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir (Lee, 2019).

Kanserli hastalar kanserin seyri sırasında huzur bulma, hayatı daha dolu yaşama veya spiritüel uygulamalarını geliştirme arayışı gibi manevi kaygılarını dile getirmektedir (Peteet ve Amonoo, 2023). Son yıllarda kanser hastalarının tedavisinde bir değişim yaşanmakta, hastalar daha bütüncül bir bakış açısıyla ele alınmakta, yalnızca fiziksel semptomlar değil, aynı zamanda psikososyal ve ruhsal ihtiyaçları da göz önünde bulundurulmaktadır. Spiritüel iyilik halinin yüksek olması kanser hastalarının hastalıklarıyla mücadele etmelerine yaşam kalitelerini artırmalarına ve yaşamın son dönemlerinde umutsuzluğa karşı korunmalarına yardımcı olabilmektedir (Bauereiß vd., 2018).

Bu nedenlerle araştırmada kemoterapi tedavisi alan kanser hastalarının geleneksel, alternatif ve tamamlayıcı tıp tutumu, inançlarını, spiritüel iyilik halini etkileyen faktörleri saptamak ve kemoterapi alan hastaların geleneksel, alternatif ve tamamlayıcı tıp tutum ve inançlarının spiritüel iyilik hali ile ilişkisini belirlemek amaçlanmıştır. Bu çalışma ile sağlık çalışanları ve hasta yakınlarının kanser hastalarının GETAT tercihlerini ve sağlık inançlarını anlamalarına yardımcı olunması ve elde edilen sonuçların sağlık hizmet sunucuları ile paylaşarak sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırması beklenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanserler

Kanser sözcüğünün bazen kanserle ilişkilendirilen parmak benzeri uzantıları nedeniyle “yengeç” anlamına gelen Yunanca’dan türediği düşünülmektedir (Lefebvre, 2017). Halkın çoğu kanser teşhisini tek bir hastalıkmiş gibi tanımlasa da ortak kavramı anormal hücre büyümesi olarak tanımlanan kanser aslında farklı yaşlarda ortaya çıkan, farklı büyüme hızları, invazivlik dereceleri, metastaz yetenekleri, tedavi yanıtları ve prognozları gibi özellikleri içeren 200’den fazla hastalığı kapsayan bir terimdir (Gürçan vd., 2022; Tedder ve Eggert, 2017).

Kanserin sebebi kesin olarak bilinmemekle birlikte kanseri tetikleyen değiştirilebilir ve değiştirilemeyen iki grup risk faktörü vardır. Bireyin yaşı, cinsiyeti ve aile öyküsü değiştirilemeyen faktör iken; sigara ve alkol kullanımı, kötü beslenme, gıda katkı maddeleri, radyasyona maruz kalma, bazı kimyasallar, aşırı doz röntgen ışınına maruz kalma, uzun süre güneş ışığına maruziyet ve hava kirliliği değiştirilebilir faktörlerdir (TKE, 2024).

2.1.1. Kanser Epidemiyolojisi

Tanıyla ilişkili morbidite ve mortaliteyi azaltmaya yönelik büyük ilerlemeler kaydedilmiş olmasına rağmen kanser hala önemli bir sağlık sorunu olarak varlığını sürdürmektedir (Mahon, 2017). Dünyada her 5 kişiden 1’inin yaşamı boyunca kansere yakalandığı ve her 11 kadından 1’inin ve her 8 erkekten 1’inin kanserden hayatını kaybettiği belirtilmektedir. 2020 yılında küresel olarak yaklaşık 19 milyon yeni kanser vakası tespit edilirken 10 milyon kansere bağlı ölüm gerçekleşti bildirilmiştir (Gürçan vd., 2022). 2024 yılında yalnızca ABD’de 2.001.140 yeni kanser vakasının ve 611.720 kansere bağlı ölümün meydana gelmesi beklenmektedir (Siegel vd., 2024).

Dünya Sağlık Örgütü’ne (DSÖ) göre 2020 yılında en yaygın görülen kanser türleri arasında meme, akciğer, kolon-rektum, prostat, cilt ve mide kanserleri yer almaktadır ve kanser her altı ölümün birinden sorumlu tutulmaktadır. Yaygın metastazlar ölümlerin başlıca nedenidir (WHO, 2022). Ülkemizde en sık görülen kanser türü kadınlarda meme, erkeklerde akciğer kanseridir. Türkiye’de 2018 yılı kanser

prevalans hızı erkeklerde yüz binde 262,4 ve kadınlarda yüz binde 188,0'dır (HSGM, 2022).

2.1.2. Kanserin Teşhisi ve Tedavileri

Kanseri teşhis edebilecek tek başına bir test yoktur. Kanseri şüphesi olduğunda hastalığın varlığını veya yayılma derecesini belirlemek için ilgili testler ve çalışmaları içeren bir tanı çalışması yapılır. Sürece önce doktor tarafından detaylı hasta öyküsü ve fizik muayene yapılarak başlanır. Laboratuvar testleri, radyolojik görüntüleme yöntemleri, biyopsi ve diğer testler istenebilir (NCİ, 2023).

Laboratuvar testleri; kan kimyalarını, kan hücresi sayımlarını ve uygun olan diğer testleri içerebilir. Şüphelenilen kanser türüne bağlı hastalardan tümör belirteçleri olarak da adlandırılan biyobelirteçler veya tanı belirteç testleri de istenebilir. Tümör belirteçleri kanser hücreleri veya vücut tarafından tümöre yanıt olarak üretilen proteinler veya diğer maddeler olup; kanda, idrarda, dışkıda, tümör dokusunda veya vücuttaki diğer doku ve sıvılarda bulunabilir. Radyolojik testler; röntgen, ultrason, bilgisayarlı tomografi taramaları, manyetik rezonans görüntüleme ve nükleer taramalardan oluşmaktadır. Biyopsi örnekleri iğne ile, endoskopi ile veya cerrahi müdahale ile elde edilir (Lefebvre, 2017).

Kanserin tedavisinde en sık kullanılan yöntemler arasında kemoterapi, cerrahi tedavi, radyoterapi, hormon terapi ve immünoterapi yer almaktadır (NCİ, 2024).

2.1.2.1. Kemoterapi

Kemoterapi kanser hücrelerinin çoğalmasına ve diğer normal fonksiyonlarına müdahale eden çeşitli kimyasal maddelerin kullanılmasıyla hücre ölümüne neden olan bir yöntemdir. İlk kez 20. yüzyılın başlarında keşfedilmiştir. Kemoterapi ajanlarının sürekli geliştirilmesiyle çocukluk çağı lösemisi, lenfomalar, testis kanseri ve diğer kanserler de dahil çeşitli kanser türlerine sahip hastaların hayatta kalma oranında büyük iyileşmelere yol açmıştır (Olsen, 2017).

Ameliyat veya radyasyon terapisinden önce yapılan kemoterapi tedavisi neoadjuvan kemoterapi olarak tanımlanmaktadır ve tümörün boyutunun küçültmesi amacıyla uygulanmaktadır. Ameliyat veya radyasyon terapisinden sonra yapılan kemoterapi tedavisi adjuvan kemoterapi olarak tanımlanmaktadır ve geride kalan kanser hücrelerini öldürmek amacıyla uygulanmaktadır (Malik vd., 2020).

Kemoterapiye bağlı hastalarda sa dökölmesi, ağız yaraları, iştahsızlık, bulantı, kusma, artmış tokluk hissi, ağrı, yorgunluk, kilo kaybı veya alımı, depresif ruh hali ve anksiyete gibi çeşitli fiziksel ve psikolojik semptomlar görölabilir (Chui, 2019).

2.1.2.2. Cerrahi Tedavi

Kanser tedavisinde birçok ilerleme olmasına rağmen cerrahi tedavi kanser tedavisinin temel taşıdır. Kemoterapi veya radyoterapi gibi diğer tedavi yöntemleriyle birlikte kullanılmaktadır. Tedavi amaçlı kitlenin çıkarılması, palyatif amaçlı semptomları azaltmak için tümörün veya metastazın bir kısmının çıkarılması, tümörün boyutunu küçölterek diğer tedavilere daha uygun hale getirilmesi, kanser tanısının koyulması, kitlenin çıkarılmasından sonra işlevin yeniden sağlanması kanserin cerrahi tedavisinin genel amaçları arasında yer almaktadır (Foulkes, 2021).

2.1.2.3. Radyoterapi

Radyoterapi tüm kanser hastalarının yarısında bir tedavi yöntemi olarak, tek başına veya cerrahi tedavi ve kemoterapi ile birlikte kullanılmaktadır. Radyasyon ışınları kanser bölgesine iki şekilde iletilebilir. İlki klinikte yaygın olarak kullanılan, yüksek enerjili ışınlar kullanılarak vücut dışından verilen dış ışın radyasyonu, ikincisi jinekolojik ve prostat kanseri tedavilerinde kullanılan iç ışın radyasyonu olan brakiterapidir. Brakiterapi vücut içine veya tümöre kapalı kataterle yerleştirilmiş belirli radyoaktif kaynaklardan gelen radyasyonları kullanmaktadır (Malik vd., 2020).

2.1.2.4. Hormon Terapi

Hormona duyarlı kanserlerin tedavisinde genellikle hormon terapisinden yararlanılmaktadır. Endokrin tedavisi olarak da isimlendirilen hormon terapi, hormonlara duyarlı veya bağımlı kanserlerin büyümesini önlemek amacıyla vücuttaki hormonların etkilerini bloke ederek seviyelerini değiştirmek için kullanılmaktadır. Tümörler östrojen, progesteron veya testosteron hormonlarına bağımlıdır. En yaygın tedavi edilen kanser türleri meme, yumurtalık, endometrium ve prostat kanserleridir. Hormon tedavisi cerrahi, kemoterapi ve radyasyon gibi diğer tedavi yöntemleriyle birlikte uygulanmaktadır (Rodriguez, 2017).

2.1.2.5. İmmünoterapi

Son yıllarda geleneksel olarak diğer tedavi yöntemleri ile tedavi edilmesi zor olan kanser türlerinin tedavisinde önemli bir yöntem haline gelen immünoterapi, kanser gibi hastalıklarla savaşmak için kişinin kendi bağışıklık sistemini kullanan bir tedavi yöntemidir. Kanseri tedavi etmenin iki yolu vardır:

- Kanser hücrelerini bulmak ve onlara saldırmak için bağışıklık sisteminin doğal savunmasını uyararak,
- Kanser hücrelerini tanımlama ve yok etmede bağışıklık sisteminin işlevini yeniden oluşturmak veya geliştirmek için genetiği değiştirilmiş bağışıklık sistemi bileşenlerinin uygulanması (Kumaralingam ve Lavender, 2021).

2.1.3. Kanser Taramaları

Kanserde erken tanı oldukça önemlidir (Gürçan vd., 2022). Uzmanlar tarafından önerilen etkili kanser tarama testleri meme kanseri taraması, rahim ağzı kanseri taraması, kolorektal kanser taraması, akciğer kanseri taraması ve diğer taramalardır. Mamografinin 40-74 yaş ve özellikle 50-69 yaş arasındaki kadınlarda meme kanseri ölümlerini azalttığı gösterilmiştir. Meme kanseri taramasının orta risk altındaki kadınlar için 50 yaşında başlaması, rahim ağzı kanseri taramasının yüksek riskli değilse 21-65 yaş aralığında yapılması önerilmektedir. Kolorektal kanser taramalarının orta risk altındakiler için 45-70 yaşları arasında yapılması, akciğer kanseri taramasının sigara içen veya geçmişte ağır sigara içmiş 50-80 yaş aralığındaki kişilere yapılması önerilmektedir (NCI, 2022).

2.2. Geleneksel, Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp

Dünya Sağlık Örgütü tamamlayıcı ve alternatif tıbbı, o ülkeye özgü geleneksel yöntemlerin ve modern tıbbın parçası olmayan ve mevcut sağlık sistemiyle bütünleşik olmayan uygulamalar olarak ifade etmiştir. Geleneksel tıbbı ise köklü bir geçmişe uzanan, sağlığın korunmasında ve fiziksel ile ruhsal hastalıkların önlenmesinde, tanımlama ve tedavisinde kullanılan izah edilebilir olsun ya da olmasın çeşitli kültürlere özgü kuramlara, inançlara ve tecrübelerle dayalı bilgi, beceri ve uygulamaların bir bütünü olarak tanımlamıştır. Bazı ülkelerde geleneksel tıp ve tamamlayıcı/alternatif tıp ifadeleri birbiri yerine kullanılabilir (WHO, 2019).

Avrupa Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Federasyonu (EFCAM)’na göre tamamlayıcı ve alternatif tıp, sağlığı korumak, geliştirmek, hastalıkları önlemek ve tedavi etmek için çeşitli sağlık uygulamalarını içeren bir yaklaşımdır. Bağımsız veya modern tıp yaklaşımları ile birlikte geniş sağlık hizmeti oluşturmak amacıyla kullanılabilir. ABD Ulusal Sağlık Enstitüsü Tamamlayıcı ve Bütünleştirici Sağlık Merkezi (NCCİH) (eski adıyla Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi)’ne göre ise yaygın olarak kullanılan uygulamaların konvansiyonel tıp ile birlikte kullanılması “tamamlayıcı tıp” iken, konvansiyonel tıp uygulamaları yerine kullanılması “alternatif tıp” olarak adlandırılmıştır. Ancak NCCİH modern tıbbın ve tamamlayıcı tıbbın birlikte kullanılması anlamına gelen “integratif (bütüncül) tıp” terimini kullanmaktadır (Orhan vd., 2019).

Klasik Çin tıbbının geçmişi M.Ö. 3000'lere kadar uzanan bitkisel ilaçlarla tedaviye dair eski yazılı kaynaklardan gelmektedir. Hindistan'da bitkisel tedavi yöntemlerinin en erken örneklerini M.Ö. 2500-1500'lerde Hinduizm'in temelini oluşturan bilgi manasına gelen Vedalar'dan görebilmekteyiz (Akın, 2022). Diğer geleneksel tıp sistemleri olan Japonya'daki Kampo Tıbbı ve Kore'deki Hanja Tıbbı temel prensipler, teşhis yöntemleri ve tedavi yaklaşımları nedenleriyle geleneksel Çin Tıbbı'ndan büyük ölçüde etkilenmiştir (Balçık ve Biçer, 2019).

Geleneksel yöntemlerin varlığı insanlığın başlangıcına kadar uzanmaktadır ve kullanımı giderek artmıştır. Dünya genelinde Çin, Tibet, Kore, Japon, Hint, Unani ve Afrika Tıbbı gibi çeşitli geleneksel tedavi metotları uygulanmaktadır. Bu uygulamaların etkinliği ve güvenilirliği hakkında bilimsel delillere dayanan araştırmalar yapmak ve geleneksel tedavi yöntemlerini desteklemek amacıyla 1991 yılında Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde Ulusal Sağlık Enstitüsü çatısında sağlık merkezi kurulmuştur (Talhaoğlu, 2021).

NCCİH tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarını tıbbi girişimlerine göre dört grupta sınıflandırmıştır. Bunlar; beslenme (örn. özel diyetler, takviyeler, bitkiler ve probiyotikler gibi), psikolojik (örn. zihinsel farkındalık gibi), fiziksel (örn. masaj gibi) ve psikolojik+fiziksel (örn. yoga, akupunktur, dans gibi) ya da psikolojik+beslenme (örn. bilinçli beslenme gibi) gibi kombine yaklaşımları içermektedir (NCCİH, 2021).

2.2.1. Geleneksel, Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp Epidemiyolojisi

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) kullanımı ve uygulamaları ülkelere göre değişmektedir. DSÖ verilerine göre en az bir kez GETAT kullananların oranı ABD’de %42, Avustralya’da %48, Fransa’da %49, Belçika’da %31, Kanada’da %70, Şili’de %71, Kolombiya’da %40 ve Afrika ülkelerinde %80’dir. Çin’de tüm sağlık hizmetlerinin %40’ını GETAT yöntemleri oluşturmaktadır ve yılda yaklaşık 200 milyon hastayı tedavi etmek için kullanılmaktadır. Geleneksel tedaviler, gelişmekte olan ülkelerde ayrıcalıklı azınlık haricindeki tüm toplum için mevcut tek sağlık hizmeti kaynağıdır. Hindistan nüfusunun %65’i bu metotları tercih etmektedir. Malezya’da GETAT uygulamalarına harcanan para yıllık 500 milyon doları bulmaktadır (WHO, 2002).

DSÖ, GETAT alanındaki öncelikleri ve yönetmelikleri belirlemek için 2014-2023 Geleneksel Tıp Stratejisi raporunu yayımlamıştır. Bu rapor uzmanlar, üye devletler ve paydaşların katkılarıyla GETAT sektörüne stratejik hedefler, yönergeler ve eylemler sunmaktadır. Geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın modern sağlık sistemlerinde güvenli ve etkili kullanımını teşvik etmeyi amaçlamaktadır. GETAT kullanan kişi sayısı Avrupa’da 100 milyondan fazla, Afrika, Asya, Avustralya ve Kuzey Amerika’da ise çok daha fazla bulunmaktadır. Sağlık sisteminin iyi gelişmiş olduğu Kuzey Amerika ve birçok Avrupa ülkesi gibi gelişmiş ülkelerde GETAT yöntemleri tamamlayıcı tedavi olarak kullanılmakta iken, az gelişmiş ülkelerde geleneksel tıp sağlık hizmetinin birincil kaynağını oluşturmaktadır. Örneğin Afrika’da geleneksel şifacıların nüfusa oranı 1:500 iken, tıp doktorlarının nüfusa oranı 1:40.000’dir. Avrupa genelinde 145.000 hekim ve 160.000 hekim dışı uygulayıcı bulunmaktadır. Fransa, Almanya, Belçika, Finlandiya, İsviçre, Japonya ve Çin gibi birçok ülkede kamu/özel sigorta şirketleri tarafından GETAT uygulamalarının bir kısmı veya tamamı karşılanmaktadır. Japonya’daki hekimlerin %84’ü günlük uygulamalarında geleneksel yöntemleri kullanmaktadır. Çin’de geleneksel tıp hizmeti sunan 440.700 sağlık kurumu bulunmaktadır ve hastanelerin %90’ı bu hizmeti sağlamaktadır (WHO, 2013).

Yakın tarihte yapılan sistematik bir çalışmada Kanada, Çin, İngiltere, Avusturalya ve Güney Kore gibi 14 ülkenin GETAT kullanımına ilişkin verileri incelenmiştir. Çalışma sonucunda son bir yıla ait bildirilen GETAT kullanım oranı %24 ile %71,3

arasında olduğu saptanmıştır (Lee vd., 2022). Avrupa Birliği'nde tamamlayıcı ve alternatif tıp yaygınlığına ilişkin yapılan sistematik bir literatür taramasına göre ülkelerin bu uygulamaları kullanma oranları, İtalya %16-84, Danimarka %45-59, İsrail %5-43, Finlandiya %11-43, İsveç %5-64, Norveç %9-53, İsviçre %5-57, İspanya %15-47 ve Türkiye'de %48-86 arasındadır (Eardley vd., 2012).

Türkiye'de yürütülen yakın tarihli çalışmalarda GETAT kullanma oranları %14,8-%57,7 aralığında bildirilmiştir (Ünsat ve Albayrak, 2023; Güveli vd., 2021; Odabaş ve Ağadayı, 2021; Ulusoy ve Keskin, 2021; Toprak vd., 2019; Aslan Yüksel, 2018).

Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı 2019 yılı GETAT Küresel Raporuna göre;

- Afrika Bölgesi'nde 47 üye devletten 41 (%87)' i GETAT kullanımını resmi olarak kabul etmiştir.
- Amerika Bölgesi'nde GETAT için ulusal bir program ve ofis kuran üye devlet sayısında önemli bir artış görülmüştür. Bölgedeki üye devletten 35 ülkeden 28 (%80)'i kendi nüfusu arasında GETAT kullanıldığını kabul etmektedir.
- Doğu Akdeniz Bölgesi'nde üye devletlerin %90'ından fazlası GETAT kullanımını kabul etmiştir. Ayrıca halk arasında kullanımı oldukça yaygındır.
- Avrupa Bölgesi'ndeki üye devletler bitkisel ilaçların düzenlenmesi ve kaydedilmesi konusunda kararlı ve istikrarlı bir yaklaşım sergilemiştir. 11 üye devlet GETAT için ulusal politika geliştirmiştir.
- Güneydoğu Asya Bölgesi'ndeki 11 üye devletin 10'u GETAT için ulusal bir politika, program, ofis ve uzman komitesine sahip olduklarını bildirmiştir. Halk arasında GETAT kullanımı bölgede oldukça yaygındır.
- Batı Pasifik Bölgesi'ndeki üye devletler GETAT için ulusal politikaların geliştirilmesi ve bitkisel ilaçların düzenlenmesi konusunda kararlı bir tutum sergilemiştir. Üye devletlerin %93'ü, halkının GETAT kullandığını bildirmiştir (WHO, 2019).

2.2.2. Türkiye'de Geleneksel, Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp

Dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de 1990'lı yıllardan sonra geleneksel, alternatif ve tamamlayıcı tıp uygulamaları hızla yaygınlaşmıştır. Bu üç terim aynı

alanı gösterse de tıbbın alternatifi olamayacağı ve bilimsel olarak ispatlanmamış hiçbir uygulamanın modern tıbbın yerini alamayacağı görüşünden dolayı “geleneksel ve tamamlayıcı tıp” terimi tercih edilmektedir (Tütüncü, 2017).

Ülkemizde GETAT ile ilgili ilk yasal düzenleme 1991 yılında çıkartılan akupunktur tedavi mevzuatıdır. Yönetmelikte akupunktur ve uygulama yöntemleri tanımlanarak kimlerin hangi tedavileri yapabileceğini belirlemiş ve eğitim ile uygulamaların denetimi için üst kurul oluşturmuştur (Resmi Gazete, 1991).

2014 yılında Resmi Gazete’de “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği” yayınlanmıştır. Toplam 15 yöntemin yasallaştığı bu yönetmelikte, yöntemlerin niçin kullanıldığını, hangi hastalıklara uygulanabileceğini, eğitim gereksinimlerini ve kimlerin bu yöntemleri uygulayabileceğini net bir şekilde belirtilmektedir. Bu yöntemler arasında fitoterapi, akupunktur, larva uygulaması, mezoterapi, proloterapi, müzik terapisi, hipnoz, kupa terapisi, homeopati, ozon terapisi, sülük tedavisi, osteopati, refleksoloji, kayropratik ve apiterapi yer almaktadır. Bu yönetmelikle kamu ve özel sağlık kuruluşları için "uygulama üniteleri" ve üniversite hastaneleri ile eğitim araştırma hastaneleri için "uygulama merkezi" kavramları getirilmiştir. Bu alanda deneyimi olan ve 11 uzmanı içeren bilimsel bir komisyon oluşturulmuştur (SB, 2014).

Son olarak 09.03.2019 tarihli ve 30709 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan yönetmelikte, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarında insanlar üzerinde bilimsel araştırmaların yapılması düzenlenmiş ve Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları İyi Klinik Uygulama Kılavuzu oluşturulmuştur (SHGM, 2023).

DSÖ, 2019 yılındaki GETAT raporunda Türkiye’nin buna yönelik yaptığı uygulamalar ve ulusal politikalardan bahsetmiştir. Raporda bahsedilen konuların bazıları şunlardır: Bitkisel ilaçlarla ilgili düzenleme 2010 yılında yayımlanmıştır. Bitkisel ilaçlar iki kategoriye ayrılıp Sağlık Bakanlığı tarafından yetki verilmektedir. Geleneksel kullanım kaydı için, bir ürünün veya etken maddelerin en az 30 yıldır tıbbi amaçlarla kullanılmış olması gerekmektedir. Bu sürenin en az 15 yılı Türkiye veya Avrupa Birliği sınırları içinde olmalıdır ve ürün kendi kendine kullanım için tasarlanmış olmalıdır. Bu kriterleri karşılamayan ürünler ilaç olarak değerlendirilmektedir (WHO, 2019).

Ayrıca raporda; GETAT uygulamaları için eğitim programları, sadece Sağlık Bakanlığı'na bağlı üniversite hastaneleri ve eğitim ve araştırma hastaneleri bünyesinde ve Sağlık Bakanlığı'nın izniyle düzenlenebileceği yer almaktadır. Bu programlara doktorlar ve diş hekimleri katılabilmekte ancak uygulamalarını yalnızca kendi çalışma alanlarında gerçekleştirebilecekleri ifade edilmektedir. 2016 yılı sonunda, Sağlık Bakanlığı tarafından sertifikalandırılan 378 GETAT uygulama merkezi bulunmaktadır. Bu birimler belirli ve sınırlı endikasyonlara sahip hastalara tedavi uygulama yetkisiyle kamu ve özel hastanelerde, tıp merkezlerinde, polikliniklerde ve kliniklerde faaliyet göstermektedir (WHO, 2019).

2.2.3. Yönetmelikte Yer Alan Bazı GETAT Uygulamaları

2.2.3.1. Akupunktur

Geleneksel Çin tıbbına göre, akupunkturun etkinliği yin ve yang'ın uyumlu bir sonucu olan “Qi” nin tamamlayıcı noktalarını uygun bir şekilde hedef almasına dayanır. Bu terim, Latince "acus" (iğne) ve "punctura" (noktaya batırma) kelimelerinden oluşur ve vücuttaki enerji veya yaşam gücü olarak bilinen “Qi” nin dengelenmesini amaçlar. Bu teknik, vücuttaki belirli kanallar olarak kabul edilen 14 ana meridyen boyunca yüzlerce akupunktur noktasını hedef alır. Akupunktur uygulayıcıları bu noktalara ince iğneler sokarak enerji akışını dengeleyeceklerine inanırlar. Geleneksel Çin tıbbının önemli bir parçası olan akupunktur, vücudun stratejik noktalarına ince iğnelerin batırılması ile karakterizedir. Bu yöntem alternatif ve tamamlayıcı tıbbın en yaygın bilinenidir ve ağrıyı hafifletmek için kullanıldığı gibi giderek artan bir şekilde genel sağlık, özellikle stres yönetimi gibi çeşitli sağlık koşullarında da tercih edilmektedir (Akpolat, 2022).

Akupunktur minimal invaziv bir tedavi yöntemidir ve güvenliği uygulayıcının profesyonel bilgisine bağlıdır. Lisanslı hekimler tarafından uygulandığında akupunktur kaynaklı advers olayların insidansı %3,1'in altındadır ve çoğunlukla hafif ve geçicidir. Bunlar arasında iğne batmasından kaynaklanan lokal ağrı, morarma, hafif kanama ve dik duramama sorunlar yer alabilir. Ancak akupunktur tedavisi alan kişilerde ciddi yan etkiler bildirilmemiştir (Gao ve Zhou, 2024).

Ülkemizde akupunkturun uygulama alanlarının arasında kas-iskelet sistemi ağrıları, baş ağrıları, nöropatik ağrılar, diş ağrıları, kemoterapiye bağlı yan etkiler, gebelikle ilgili bulantılar, gastrointestinal rahatsızlıklar, alerjik reaksiyonlar, uyku

bozuklukları, obezite tedavisi, anksiyete, çocuklarda solunum sıkıntısı, göz hastalıkları, unutkanlık, dikkat eksikliği, felç gibi oldukça geniş bir yer tuttuğu görülmektedir (Taneri ve Akış, 2017).

Akupunktur kronik ağrıyı, ameliyat sonrası ağrıyı ve kemoterapiye bağlı mide bulantısı ve kusmayı hafifletebilir. Akupunkturun bel ağrısı, baş ağrısı ve diz osteoartriti üzerindeki etkinliği, akupunktur sırasında beyinde meydana gelen değişiklikler ve araştırmaların kalitesini artırmak için kullanılan yöntem ve araçlar incelenmektedir (Decker ve Lee, 2010). Akupunkturun kanser hastalarında ağrı şiddetini azaltmada ve ağrı kesici kullanımını azaltmada umut verici etkiler gösterdiği belirtilmiştir (He vd., 2024).

DSÖ'ye üye ülkelerin %80'inde akupunkturun kullanıldığı belirtilmektedir. Avusturya, Danimarka, Fransa, Almanya, İtalya, Slovakya ve İspanya gibi ülkelere veya ülkelerin bazı bölgelerinde akupunktur uygulamaları ulusal sağlık sigortaları tarafından tamamen karşılanmaktadır. Avusturya, Bulgaristan, Fransa, Almanya, Yunanistan, İtalya, Litvanya, Hollanda, Portekiz, İspanya, İsviçre ve Birleşik Krallık'da ise özel sağlık sigortaları tarafından karşılanmaktadır. Ülkemizde ise akupunktur kullanım sıklığına ilişkin herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır (Taneri ve Akış, 2017).

2.2.3.2. Apiterapi

Apiterapi bal arısı ürünlerinin tıbbi tedavilerde kullanılmasıdır ve bu ürünler arasında polen, propolis, bal, arı sütü ve özellikle arı zehri bulunur. Arı zehrinin hem faydalı terapötik etkileri hem de bazı istenmeyen yan etkileri vardır. Arı zehrine alerji nadir görülse de arıların bitki tozlaşması için yaygın olarak kullanılması, bu alerjinin yaygınlığını artırmıştır. Bal ve propolis yüzyıllardır haricen ve dahilen tedavi amaçlı kullanılmaktadır. Ancak arı zehri, anti-enflamatuar, antioksidan, antibakteriyel, antiviral ve antifungal özellikleri sayesinde öne çıkmıştır. Arı zehrinin topikal olarak uygulanması genellikle insan cildinde iyi tolere edilir ve sadece hafif cilt tahrişine neden olur. Arı zehri enjeksiyonları genel olarak güvenli kabul edilse de arı zehri akupunkturunun salin enjeksiyonlarına göre daha fazla yan etki riski taşıdığı rapor edilmiştir. Bal arısı zehri son zamanlarda romatoid artrit, sırt ağrısı ve cilt hastalıklarının tedavisinde etkili, güvenli ve maliyet açısından uygun bir yöntem olarak uygulanmaktadır (Jodidio ve Schwartz, 2024).

2.2.3.3. Fitoterapi

Fitoterapi tıbbi bitkilerin tedavi edici, hastalıkları iyileştirici ve önleyici özelliklerinden yararlanarak gerçekleştirilen bir tedavi yöntemidir. Bu tedavi yöntemi doğrudan bitki kısımlarının kullanımıyla veya bitkinin farklı kısımlarından hazırlanan ilaç veya ilaç ürünlerinin kullanımıyla gerçekleştirilir (Atabay, 2022).

Sağlık sektörünün en hızlı büyüyen alanlarından biri olan bitkisel ürün pazarı 2001 yılında dünya genelinde 43 milyar dolarlık bir değere sahipken 2007 yılında bu değer 60 milyar dolara ulaşmıştır. DSÖ'ye göre dünya genelinde 35.000 ila 70.000 bitki türü tedavi amacıyla kullanılmaktadır ve bu bitkilerin yalnızca yaklaşık 5.000'inin tıbbi analizi yapılmıştır (Ünal ve Dağdeviren, 2019).

Fitoterapi modern rahatsızlıkların tedavisinde, astım, inflamatuvar bağırsak hastalığı ve diğer karmaşık otoimmün ve inflamatuvar durumlar da dahil olmak üzere, bitkisel tedavinin alternatif bir yaklaşımını sunmaktadır. 20. yüzyılda dünya nüfusunun yaklaşık %80'i sağlık hizmetlerinin bir parçası olarak fitoterapiyi tercih etmektedir. Kimyasal maddelerin etkisizliği nedeniyle umutsuzluğa kapılan insanlar doğanın gücüne daha fazla inanarak bitkisel ürünleri tercih etmektedir (Atabay, 2022).

Acanthopanax, mailuoning, sanchi ve Ginkgo biloba gibi Çin'de yaygın olarak kullanılan bitkilerin akut iskemik inme tedavisinde etkili olduğu iddia edilmektedir. Bu bitkilerin etkinliği ve güvenilirliği Cochrane derlemeleri ile incelenmiştir. Ancak bu derlemeler mevcut çalışmaların metotları, örneklem büyüklükleri ve kalitesinin bu tedavilerin etkin ve güvenilir olarak kabul edilmesine yeterli olmadığını ortaya koymuştur (Çağlayan vd., 2018).

2.2.3.4. Kayropratik

DSÖ'nün 2005 kılavuzuna göre kayropratik sinir-kas-iskelet sistemi bozukluklarının teşhisi, tedavisi ve önlenmesiyle ilgilenen bir sağlık hizmetidir. Bu bozuklukların genel sağlık üzerindeki etkilerini ele alan kayropratik, özellikle eklem çıkıkları üzerinde durur. Patolojik eklem biyomekaniğini düzeltmek ve vücudun doğal iyileşme sürecini teşvik etmek amacıyla manuel teknikler kullanır. Bu uzmanlık, bozuklukların düzeltilmesini ve genel sağlık üzerinde olumlu etkiler yaratmayı hedefler. Kayropratik uygulaması elle tedavi yöntemlerinin en yaygın kullanılan türlerinden biridir. Avrupa Birliği ve 16 komşu ülkede kayropratik yasal

olarak düzenlenmiş bir meslektir. Ülkemizde 2008 yılında Kayropraktik Omurga Sağlığı Derneği kurulmuştur (Ünal ve Dağdeviren, 2019).

2.2.3.5. Mezoterapi

Mezoterapi ilaç bileşenlerini deri altına veya cilt altına mikroenjeksiyonlarla uygulayan popüler bir tedavi yöntemidir (Kashikar vd., 2024). İntradermal enjeksiyonlar lokalize ağrıyı hafifletmek için kullanılmıştır. Aynı zamanda kozmetik dermatolojide cildin gençleşmesini desteklemek, pigmentasyon bozukluklarını tedavi etmek ve saç büyümesini teşvik etmek için yaygın olarak kullanılmaktadır. Mezoterapinin önde gelen avantajlarından biri terapotik maddenin doğrudan cilde uygulanarak, topikal uygulamalarda karşılaşılan engellerin aşılması ve bu şekilde tedavinin hedeflenen bölgeye odaklanmasıdır. Uygulanan maddenin biyoyararlılığının hedeflenen bölgede doğrudan bulunmasının yanında enjekte edilen bölgede daha uzun süre kalmasından dolayı arttığı düşünülmektedir (Gupta vd., 2023).

Mezoterapi ilk kez 1952 yılında Dr. Michel Pistor tarafından uygulanmıştır. Mezoterapi genellikle intradermal olarak uygulansa da tedavinin hedefi her zaman deri ve deri ekleriyle sınırlı olmayabilir. Günümüzde mezoterapi, ağrılı durumlar olan osteoartrit, fibromiyalji, tendinit, bursit, bel ağrısı gibi hastalıkların yanı sıra selülit, alopesi, ksantelezm, hiperpigmentasyon, melazma gibi cilt sorunları ile bölgesel lipoliz ve cilt gençleştirme gibi estetik amaçlarla da artan bir şekilde kullanılmaktadır. Avrupa'da tıbbi çalışmaların bir parçası olarak kabul edilen mezoterapi, uzun zamandır Avrupa ülkelerinde ve Amerika'da fizik tedavi, ortopedi, romatoloji, nöroloji, spor hekimliği ve kozmetik dermatoloji gibi çeşitli alanlarda uygulanmaktadır (Tanrıverdi, 2022).

2.2.3.6. Osteopati

Osteopati kas-iskelet sistemi ve merkezi sinir sisteminde görülen sorunlara bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklarda vücudun kas dokusu ve kemiklerini elle yapılan muayene yöntemleri ile inceleyen ve değerlendiren bir tamamlayıcı tıp alanıdır. Osteopati eğitilmiş hekimler tarafından yapılan osteopatik muayene sonrası konulan tanıya dayanarak ilaç veya tıbbi müdahale olmadan uygulanan manuel manevralarla vücudun kendi kendini iyileştirmesine yardımcı olan bir tedavi yöntemidir. DSÖ tarafından bilimsel bir tedavi olarak kabul edilmiştir (Şahin ve Tunç, 2022).

Osteopati bazı ülkelerde 4-5 yıl eğitim aldıktan sonra uygulanan bir uzmanlık dalıdır ve Kanada ve İngiltere gibi bazı ülkelerde özel sağlık sigortaları osteopati uygulamalarını içine almaktadır (Taneri ve Akış, 2017).

2.2.3.7. Proloterapi

Proloterapi ağrılı kas-iskelet sistemi bozukluklarında ağrıyı hafifletmek ve işlevsel kapasiteyi artırmak amacıyla dejenere olmuş, ağrılı ve yaralanmış bağ, tendon ve yumuşak doku bağlantı noktalarına ve eklem boşluklarına solüsyonlar enjekte edilmesini kapsamaktadır. Bu yöntem bağ gevşekliği sonucu eklem instabilitesine bağlı ağrıyı azaltmayı hedefler ve tendon ile bağlarda kolajen lif çapının artışı, hücre çoğalması ve fibroblast hiperplazisi gibi histolojik yapısal değişikliklerle yara iyileşme mekanizmasını uyararak bağ ve eklem yapılarını güçlendirmeyi, eklem stabilizasyonunu sağlamayı ve fonksiyonunu iyileştirmeyi amaçlar. Proloterapinin temel amacı vücudun doğal bağışıklık ve yenilenme yeteneğini teşvik ederek yeni doku ve hücre oluşumunu sağlamak ve kas-iskelet sistemindeki problemlili bağ veya tendonlardaki patolojilerin çözümünde bağ gevşekliğini tedavi etmektir (Tanrıverdi, 2022).

2.2.3.8. Refleksoloji

Refleksoloji tamamlayıcı bir terapi olarak modern tıpta ilk kez Dr. William Fitzgerald tarafından “bölge terapisi” adı altında tanıtılmıştır. Bu terapi ağrı veya hastalıktan etkilenen çeşitli bölgelere baskı yaparak ağrıyı hafifletme ve hastalıkları tedavi etme bilimi olarak tanımlanmıştır. 1930'lu ve 1940'lı yıllarda Eunice Ingham bu yöntemi geliştirmiş ve adını refleksoloji olarak değiştirmiştir. Ingham'ın çalışmaları temel alınarak Uluslararası Refleksoloji Enstitüsü tarafından refleksoloji “Ayaklarda ve ellerde vücuttaki tüm bezler, organlar ve sistemlere karşılık gelen refleks alanlarının bulunduğu ilkesine dayanan bir bilimdir. Bu reflekslerin uygun şekilde uyarılması, birçok sağlık sorununu doğal bir yolla çözmeye yardımcı olabilir ve önleyici bakım sağlar.” şeklinde tanımlanmıştır. Refleks alanları veya refleks bölgelerinin iç organlar, bezler ve diğer vücut bölümleriyle bağlantılı olduğu öne sürülmektedir. Refleksologlar ayak, el ve kulaklardaki refleks bölgelerini incelemekte ve kullanmaktadır. Ayaklardaki refleks bölgeleri ayakların daha büyük, daha hassas ve kolay ulaşılabilir olması nedeniyle daha çok tercih edilmektedir. Sinir impulsu teorisine göre refleksoloji uygulamalarının otonom sinir sistemini

etkileyebileceği ve ilgili vücut bölgelerinin sinir bağlantılarını güçlendirebileceği öne sürülmektedir. Bu durumun stres ve gerginliği azaltabileceği, dengeyi veya homeostaziye koruyabileceği düşünülmektedir (Liang vd., 2023).

2.2.3.9. Diğer GETAT Uygulamaları

Dünya genelinde çeşitli geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin yaygın olduğu bilinmektedir. Bunlar arasında en fazla bilinen diğer yöntemler şunlardır: Aleksander tekniği, antropofizik tıp, detoks, aromaterapi, ayurveda, bio-feedback, biyoenerji, biyokimya, hidroterapi, kaplıca tedavisi, makrobiyotik, masaj, naturopati, negatif iyon terapisi, örüntü terapisi, piramit terapisi, psionik, radyestezi, radyonik, reiki, renk terapisi, rolf metodu, tai chi, ses terapisi, shiatsu, şifacılık ve yoga/meditasyon egzersizleri sayılabilir (Arpacı, 2021).

Ülkemizdeki diğer GETAT yöntemleri ise, hastalık semptomlarının baskılanması/değiştirilmesi ve yeni alışkanlıkların kazandırılması amacıyla yapılan hipnoz (Talhaoğlu, 2021), bedenin kendini iyileştirme mekanizmasını harekete geçirmek amacıyla uygulanan homeopati (Decker ve Lee, 2010), hacamat olarak da bilinen kupa terapisi (Abbasi ve Najafi, 2023), modern tıbbi ve cerrahi yöntemlerin yetersiz kaldığı durumlarda kullanılan larva uygulaması (Yılmaz ve Kızmaz, 2022), kökenleri çok eski dönemlere dayanan müzik terapisi (Ünal ve Dağdeviren, 2019), birçok hastalığın tedavisinde kullanılan ozon terapisi (Jandura vd., 2024) ve sülük tedavisi olarak da bilinen hirudoterapidir (Yılmaz, 2022).

2.3. Spiritüalizm Kavramı

Latince kökenli "spiritus" kelimesinden türeyen spiritüalizm, "nefes almak" ve "canlı olmak" anlamlarını taşımaktadır (Karasu, 2020; Victor ve Treschuk, 2020). Spiritüalizm terimi tarih boyunca din, inanç ve maneviyatla ilgili çeşitli anlamlar taşımıştır. Başlangıçta insan psikolojisinin belirli yönlerini tanımlamak amacıyla kullanılmıştır. Zamanla din adamlarının sorumluluklarını ifade etmek için de kullanımı yaygınlaşmıştır. Günümüzde ise spiritüalizm kavramı dini inançların ötesine geçerek daha geniş bir anlam yelpazesi içinde değerlendirilmektedir ve kişisel manevi deneyimleri de kapsar hale gelmiştir (Çınar ve Aslan, 2017). 1960'larda, özellikle İkinci Dünya Savaşı'nın ardından spiritüalizm kavramına olan ilgi belirgin bir şekilde artmıştır. Bu artışın nedenleri arasında maddi şeylerin beklenen mutluluğu

getirmemesi, modern bilimin acı, ölüm ve kayıp karşısında bireylerin yaşadığı anlam kaybını yeterince açıklayamaması, ağrı gibi birçok sorunun bilimsel yöntemlerle çözülememesi ve şiddet gibi kültürel ve sosyal problemlerin artması bulunmaktadır. Bu dönemde insanlar anlamlı ve huzurlu bir yaşam ve ilişkiler arayışı içinde spiritüalliteye yönelmişlerdir (Karasu, 2020).

Spiritüallite çeşitli medeniyetler, kültürler ve dini gelenekler tarafından genellikle farklı şekillerde tanımlanan bir kavramdır. Kökeni Arapça olan "mana" kelimesinden gelir. Bu kelime hayatın maddi boyutunun ötesinde bireyin hayattaki gerçek amacını ve yaşamın anlamını ifade eder (Arslan ve Avcı, 2024). Bireyler kendi benlikleriyle, aileleriyle, toplumlarıyla, doğayla ve manevi olarak değer verdikleri unsurlarla bağlantılar kurarlar. Bu bağlar insanların içsel denge ve anlam arayışlarını spiritüallite aracılığıyla tatmin etmelerine yardımcı olur (Cangöl vd., 2024).

Spiritüallite genellikle tanımlaması zor, oldukça geniş ve kişisel bir terim olarak kabul edilir. Ancak son yirmi yıl içinde, birçok sağlık ve refah bağlamında özellikle de yaşamın son dönemi sağlık hizmetlerinde Puchalski ve ekibinin ortak kabul gören tanımları arasında “bireylerin anlam ve amaç arayışlarını ifade etme şekli ve anın, kendinin, diğerlerinin, doğanın ve önemli veya kutsal olanla olan bağlantılarını deneyimleme biçimi” olarak tanımlanmıştır (Carey vd., 2024; Öz vd., 2022). Bu tanıma göre spiritüellik dinin ötesine geçen bir kavramdır ve bir kişi dini inançlara sahip olmadan da spiritüel olabilir. Bu özellik spiritüelliği daha geniş bir terim yapar (Öz vd., 2022).

Spiritüallite kişinin kendini ve evrendeki yerini keşfetme, diğer insanlarla olan ilişkilerini anlama ve yaşamın anlamını arayış sürecidir. Bu süreç bireyin hayatı boyunca edindiği bilgilerin bir yansımasıdır. Spiritüallite bireyin yaşam amacını ve ona anlam katan unsurları içermesi bakımından önemlidir. Aynı zamanda, zorluklarla başa çıkma ve dayanıklılık göstermede kritik bir rol oynar (Karasu, 2020).

Spiritüallite, din ve inanç kavramları literatürde sık sık birbirinin yerine kullanılır. Ancak bunların tanımları ve anlamları farklılık göstermektedir. Özellikle dinle derin bir bağlantısı olan spiritüallite genellikle yanlış anlaşılmaktadır (Victor ve Treschuk, 2020). Ateistler bile yaşamlarına canlandırıcı bir anlam hissi ve benzersiz bir kıvılcım katan bazı meditasyon veya ritüellerinde manevi anlam bulmuşlardır. Dolayısıyla herhangi bir dine bağlı olma zorunluluğu olmaksızın manevi deneyim,

farkındalık, tutum ve uygulamaları çalışmaya ve kavramsal analize değer kılan bir spiritüel felsefeye ihtiyaç duyulmaktadır (Salazar ve Nicholls, 2018).

Yaşamdaki krizlerle, hastalıklarla, sağlık ve refahla baş etme konusunda inanç ve spiritüalitenin etkisinin birçok kanıtı literatürde bulunmaktadır. Spiritüalite zor zamanlarda yardımcı olabilir ve insanların baş etmelerine olanak sağlar. Spiritüalite soyut ve öznel bir yapıdadır, birçok varsayıma dayanır. Kendimizin ötesindeki bir şeyle ve içimizdeki bir şeyle bağlantılıdır (Victor ve Treschuk, 2020).

Spiritüalite ve spiritüel ihtiyaçlar varoluşsal sürecin ayrılmaz bir parçasıdır. Bu sebeple bireyin spiritüel ihtiyaçlarının tatmin edilmesi, spiritüel iyilik halinin sürdürülebilmesi için son derece önemlidir. Spiritüalite bireyin en yüce olarak kabul ettiği güçle olan bağını ve değerlerini ifade eder. Her bireyin manevi algıları, tutumları, değerleri ve yönelimleri farklılık gösterir. Hatta dinlere mensup olmayan kişilerin dahi manevi ihtiyaçları olabilir (Çavuşoğlu ve Avcı, 2024).

2.3.1. Spiritüalitenin Sağlık İle İlişkisi

Spiritüalite bireylerin bütünsel iyilik halini korumada son derece önemlidir. Özellikle kronik hastalıkların getirdiği sağlık sorunları bağlamında hastalık süreci ve spiritüalite arasındaki ilişki ilgi çekmektedir. Bu nedenle spiritüalite üzerine yapılan araştırmalar ve elde edilen yeni bilgiler giderek daha fazla önem kazanmaktadır (Çavuşoğlu ve Avcı, 2024).

Spiritüalite din ile aynı anlamda olmasa da din ile bireylerin sağlığı arasında %60-80 oranında bir ilişki olduğu ve hastalıkların önlenmesi, iyileşme hızı ve hasta olan bireyler için huzur sağlama açısından faydaları olduğu ileri sürülmektedir. Yapılan bir çalışmada sürekli din kurumlarına giden bireylerde stresle baş etme, hastalıkların iyileşmesi, depresyonun giderilmesi, madde bağımlılığının önlenmesi ve bırakılması, kardiyak rahatsızlıklar, hipertansiyon, ağrı ve ölüm oranı gibi sağlıkla ilgili durumlarda %25 oranında olumlu değişiklik olduğu kanıtlanmıştır (Özer ve Pasinlioğlu, 2022).

Din veya spiritüalitenin akıl hastalıklarının tedavisinde önemli rolü olduğu vurgulanmaktadır. Bir çalışmada günlük yaşam becerileri bozulmaya başlamadan önce özel dini etkinliklere katılan yaşlı yetişkinlerin katılmayanlara kıyasla bir sağkalım avantajına sahip olduğunu ortaya koymuştur (Bhugra ve Ventriglio, 2024).

Son yıllarda yapılan bilimsel araştırmalar spiritüel iyilik hali ile iyi fiziksel ve zihinsel sağlık parametreleri arasında pozitif ve nedensel ilişkiler olduğunu göstermektedir. Spiritüel iyilik halinin temel olarak stresi azaltarak sinir sistemi işlevlerini düzenlediği belirtilmektedir. Bununla birlikte, dua, bağışlama, şükran, düşünceye dalmak, kutsal ritüeller ve kutsama gibi inançla ilgili uygulamaların biyolojik ve psikolojik değişiklikleri tetiklediği belgelenmiştir. Spiritüel terimi sağlık hizmetleri ve araştırmalarda tek bir evrensel tanım olmaksızın açık ve esnek bir kavram olarak devam etmektedir (Saad vd., 2022).

Eş kaybı, yakın arkadaşların ölümü, emeklilik ve rol değişiklikleri gibi durumlar bireylerin stres seviyelerini artırarak depresyon ve kaygı gibi ruhsal sorunlara yol açabilir. Bu tür durumlarda spiritüalite fiziksel ve zihinsel sağlık üzerinde önemli etkileri olan duygusal destek sağlamak için önemli bir araçtır. Spiritüalite özellikle fiziksel sağlık sorunları ve artan bağımlılıkla başa çıkmada, yaşlılıkta yaşanan kayıp ve değişimlerle mücadelede kullanılır. Spiritüalitenin yalnızlığı hafiflettiğine inanılır ve düşük hastalık ile ölüm oranlarıyla ilişkilendirilir (Öz vd., 2022).

Sağlık ile spiritüalite arasındaki ilişkide kişilerin hastalık ve tedavi süreçlerinde manevi değerlerini kaynak olarak kullanmaları, kendilerine yapılacak müdahalelerde manevi değerlerin belirleyici olması ve hastalık/tedavi sürecinde stresin tespit edilerek stresle baş etmeleri için yönlendirilmeleri gibi konular öne çıkmaktadır (Özer ve Pasinlioğlu, 2022).

2.4. Kanser Tedavisi Alan Hastalarda GETAT Uygulamaları ve Spiritüalite

Kanser tedavisi alan hastaların spiritüel iyilik halleri arttıkça psikolojik dayanıklılık düzeylerinin de arttığı söylenebilir (Ölmez ve Karadağ, 2022). Kanser hastalarının çoğunun GETAT yöntemi kullandığı ve bu kullanıma dair bilgiyi sağlık çalışanlarından almadığı ve bilinçsizce kullandıkları belirtilmektedir (Yücel, 2021; Karakoç, 2019). GETAT yöntemlerinden müzik terapisinin kanserli yetişkinlerde kaygı azaltıcı etkiye sahip olduğu, ağrı azaltıcı etkisinin bulunduğu, hastaların umudunu artırabildiği, yaşam kalitesi ve depresyon üzerinde etkisinin olduğu algılanan stresi yüksek olan kanser hastalarının geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına daha fazla ilgi gösterdiği çalışmalarda görülmüştür (Bradt vd., 2021; Qureshi vd., 2018).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı

Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu araştırmanın verileri Temmuz 2023 ile Mart 2024 tarihleri arasında Kırklareli’nde toplanmıştır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü’ne bağlı Kırklareli Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kemoterapi Ünitesinde kemoterapi tedavisi alan kanser hastaları oluşturmuştur. Bu sağlık kurumunda Şubat 2022-Ocak 2023 arasında tedavi gören aylık ortalama hasta sayısının 109 olduğu bilgisi edinilmiştir. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, Temmuz 2023 - Mart 2024 tarihleri arasında 18 yaş ve üzeri 145 kişiye ulaşılmıştır. Araştırmada 3 kişinin araştırmaya katılmayı kabul etmememesi, 4 kişinin psikiyatrik hastalık tanısı almış olup ilaç kullanıyor olması ve 2 kişinin iletişim sorunu olması nedeniyle araştırmaya dahil edilmemiştir. Araştırma tarihleri arasında kemoterapi ünitesinde tedaviye yeni başlayan hastalar da dikkate alınarak dahil edilme kriterlerini karşılayan araştırmaya katılmaya gönüllü 136 kemoterapi tedavisi alan kanser hastası ile çalışma yürütülmüştür.

3.3. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dahil Edilmeme Kriterleri

Kırklareli Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kemoterapi Ünitesine kayıtlı olma, 18 yaş ve üzerinde olma ve araştırmaya katılmaya gönüllü olma araştırmanın dahil edilme kriterleridir. Psikiyatrik hastalık tanısı almış olma ve/veya bu hastalıklar için ilaç kullanıyor olma ve anketi yanıtlamayacak düzeyde bilişsel ve fiziksel iletişim sorunu olma (işitme, hafıza, anlama vb.) araştırmanın dahil edilmeme kriterini oluşturmuştur.

3.4. Veri Toplama Yöntemi

Veriler araştırmacı tarafından Anket Formu yardımıyla yüz yüze toplanmıştır. Veri toplama yöntemi olarak gözlem altında yanıtlama yöntemi ve görüşmeciliği ile görüşme yöntemi kullanılmıştır. Veri toplamadan önce katılımcılar araştırmanın amacı ve kapsamı hakkında bilgilendirilmiş, sözlü onayları alındıktan sonra Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu yardımıyla yazılı olarak da olurları alınmıştır.

Veriler gündüz mesai saatleri içerisinde toplanmış, anket formunun doldurulması yaklaşık 30 dakika sürmüştür.

3.5. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak Anket Formu kullanılmıştır (Ek-6). Anket Formu, Kişisel Bilgi Formu, Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeği, Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Sağlık İnanış Ölçeği, Spiritüel İyilik Ölçeği olmak üzere toplam dört bölümden oluşmaktadır.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan bu form üç bölümden oluşmaktadır (Köse, 2016; Çak, 2021; Ablak, 2020). İlk bölümde katılımcının tanımlayıcı özellikleri, ikinci bölümde genel sağlık durumu ile ilgili özellikleri, üçüncü bölümde GETAT uygulamalarına yönelik görüşleri ve özellikleri sorgulanmıştır.

3.5.2. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeği

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) Tutum Ölçeği (*Complementary, Alternative and Conventional Medicine Attitude Scale*) Mc. Fadden vd. tarafından 2010 yılında geliştirilmiştir. Köse vd. tarafından 2018 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılan ölçek “1 kesinlikle katılmıyorum”, “7 kesinlikle katılıyorum” olmak üzere 7’li likert tipte ve 27 maddeden oluşmaktadır. Üç alt boyutu bulunan ölçeğin boyutlarını Tamamlayıcı Tıbbi Düşünsel Bakış, Modern Tıbbi Karşı Memnuniyetsizlik ve Sağlığa Bütüncül Bakış oluşturmaktadır. Toplam puanı hesaplanan ölçeğin kesme değeri yoktur. Ölçeğin toplam puanında minimum 27, maksimum 189 puan alınabilmektedir ve puan artışı geleneksel ve tamamlayıcı tıbbi karşı olumlu tutumu ifade etmektedir (Köse vd., 2018). Köse vd. (2018) çalışmasında ölçeğin toplam boyutunun Cronbach’s Alfa katsayısını 0,808 ve Tamamlayıcı Tıbbi Düşünsel Bakış, Modern Tıbbi Karşı Memnuniyetsizlik ve Sağlığa Bütüncül Bakış alt boyutlarının Cronbach’s Alfa katsayılarını sırasıyla 0,825, 0,796 ve 0,683 olarak bildirmiştir. Bu çalışmada toplam ve alt boyutların Cronbach’s Alfa katsayıları aynı sırayla 0,708, 0,800, 0,717 ve 0,664 olarak hesaplanmıştır.

3.5.3. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Sağlık İnanış Ölçeği

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) Sağlık İnanış Ölçeği (*Traditional and Complementary Medicine Health Belief Questionnaire*) Lie ve Boker tarafından 2004 yılında geliştirilmiş ölçektir. Uslu tarafından 2020 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılan ölçek “1 kesinlikle katılmıyorum”, “7 kesinlikle katılıyorum” olmak üzere 7’li likert tipte ve 10 maddeden oluşmaktadır (Uslu, 2020; Görpelioğlu vd., 2022). Ölçekte 6., 7., 10. maddeler ters puanlanmaktadır. Toplam puanı hesaplanabilen ölçeğin kesme değeri yoktur. Ölçeğin toplam puanında minimum 10, maksimum 70 puan alınabilmektedir ve puan artışı geleneksel ve tamamlayıcı tıp konusundaki tutum/inançların yüksek olduğunu ifade etmektedir (Uslu, 2020; Görpelioğlu vd., 2022). Uslu (2020) çalışmasında ölçeğin Cronbach’s Alfa katsayısını 0,833 olarak bildirmiştir. Bu araştırmada Cronbach’s Alfa katsayısı 0,820 hesaplanmıştır.

3.5.4. Spiritüel İyilik Ölçeği

Spiritüel İyilik Ölçeği (*Spirituality Index of Well-Being*) Daaleman ve Frey tarafından 2004 yılında yaşlılarda manevi iyiliği ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Serbest ve Akgün Şahin tarafından 2021 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılan ölçek “1 kesinlikle katılıyorum”, “5 kesinlikle katılmıyorum” olmak üzere 5’li likert tipte ve 12 maddeden oluşmaktadır. İki alt boyutu bulunan ölçeğin boyutlarını Öz yeterlilik ve Yaşam Planı oluşturmaktadır. Öz yeterlilik alt boyutu bireyin yaşama dair öz yeterliliğini ölçerken yaşam planı alt boyutu ise bireyin yaşamını anlamlandırmaya yönelik algısını ölçmektedir (Serbest ve Akgün Şahin, 2021). Toplam puanı hesaplanabilen ölçeğin kesme değeri yoktur ve ölçekten minimum 12 ve maksimum 60 puan alınabilmektedir. Puanın yüksekliği manevi iyilik düzeylerinin yüksek olduğunu ifade etmektedir (Serbest ve Akgün Şahin, 2021). Serbest ve Akgün Şahin (2021) çalışmasında ölçeğin toplam boyutunun Cronbach’s Alfa katsayısını 0,858 ve Öz yeterlilik ve Yaşam Planı alt boyutlarının Cronbach’s Alfa katsayılarını sırasıyla 0,781 ve 0,842 olarak bildirmiştir. Bu araştırmada toplam ve alt boyutların Cronbach’s Alfa katsayıları aynı sırayla 0,904, 0,837 ve 0,870 olarak hesaplanmıştır.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

3.6.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Araştırmada spiritüel iyilik hali bağımlı değişkeni oluşturmaktadır. Spiritüel İyilik Ölçeği alt boyutlarını oluşturan Öz yeterlilik ve Yaşam Planı puanları diğer bağımlı değişkenlerdir.

3.6.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

3.6.2.1. Tanımlayıcı Özellikler

Tanımlayıcı özelliklerden cinsiyet, yaş, yaşanılan yer, eğitim durumu, medeni durum, aile tipi, hanehalkı sayısı, meslek, çalışma durumu, algılanan gelir düzeyi, sosyal güvence varlığı, sigara içme durumu, sigara içme süresi, günlük sigara içme sayısı, alkol kullanım durumu bağımsız değişkenlerdir. Bunlardan yaş, hanehalkı sayısı, meslek, sigara içme süresi, günlük sigara içme sayısı açık uçlu sorulmuş analiz aşamasında kategorize edilmiştir. Sigara içenlerin paket/yıl hesabı “Paket/yıl= (Günlük içilen sigara sayısı/ 20) * Toplam içilen yıl” formülüne göre hesaplanmıştır.

3.6.2.2. Genel Sağlık Durumu İle İlgili Özellikler

Genel sağlığa yönelik özelliklerden ek kronik hastalık varlığı, bu hastalıkları ve bu hastalıklara yönelik sürekli ilaç kullanma durumu, ailede kanser öyküsü, algılanan sağlık düzeyi, tanı alınan kanser türü, şimdiye kadar alınan tedavi türleri, hastalık evresi, metastaz durumu, kemoterapi başlangıç zamanı, tedavi kürü sayısı, kemoterapi sıklığı, kemoterapiye bağlı yaşanan sorunlar, kemoterapi hakkında eğitim alma durumu, algılanan hastalık bağımsız değişkenlerdir. Bunlardan kronik hastalıklar, ailede kanser tanısı alanların yakınlık derecesi, kanser türü, kemoterapi başlangıç zamanı, tedavi kürü sayısı, kemoterapi sıklığı açık uçlu sorulmuş analiz aşamasında kategorize edilmiştir.

3.6.2.3. GETAT Uygulamalarına Yönelik Görüş ve Özellikler

Araştırmada GETAT uygulamalarına yönelik özelliklerden GETAT hakkında bilgisi olma durumu, GETAT hakkında bilgiye erişim, hastalıkta ilk başvurduğu yöntem, GETAT yöntemlerini kullanma durumu, GETAT kullanımını sağlık personeline danışma durumu, sağlık personelinin GETAT kullanımı ile ilgili tutumu, GETAT

kullanımından beklenti, kullanılan GETAT yöntemleri, kullanılan GETAT yöntemlerinin sayısı, ilk GETAT kullanmaya başlama zamanı, GETAT kullanımının faydalı olma durumu, GETAT kullanımında yan etki ile karşılaşma durumu, GETAT yöntemlerinin yararlarına inanma durumu, GETAT yöntemlerini başkalarına tavsiye etme isteği ve GETAT kullanmayı tercih etmeme nedenleri bağımsız değişkenlerdir.

3.6.2.4. GETAT Tutumu ve GETAT Sağlık İnanışı

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) Tutum Ölçeği toplam ve alt boyutlarını oluşturan Tamamlayıcı Tıbbi Düşünsel Bakış, Modern Tıbbi Karşı Memnuniyetsizlik ve Sağlığa Bütüncül Bakış düzeyi puanları ile Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) Sağlık İnanış Ölçeği toplam puanı bağımsız değişkenlerdir.

3.7. Araştırmanın Hipotezleri

H0A: Katılımcıların tanımlayıcı, genel sağlık durumu ve GETAT uygulamalarına yönelik görüş ve özellikleri GETAT tutumlarını etkilememektedir.

H1A: Katılımcıların tanımlayıcı, genel sağlık durumu ve GETAT uygulamalarına yönelik görüş ve özellikleri GETAT tutumlarını etkilemektedir.

H0B: Katılımcıların tanımlayıcı, genel sağlık durumu ve GETAT uygulamalarına yönelik görüş ve özellikleri GETAT sağlık inanışlarını etkilememektedir.

H1B: Katılımcıların tanımlayıcı, genel sağlık durumu ve GETAT uygulamalarına yönelik görüş ve özellikleri GETAT sağlık inanışlarını etkilemektedir.

H0C: Katılımcıların tanımlayıcı, genel sağlık durumu ve GETAT uygulamalarına yönelik görüş ve özellikleri spiritüel iyilik halini etkilememektedir.

H1C: Katılımcıların tanımlayıcı, genel sağlık durumu ve GETAT uygulamalarına yönelik görüş ve özellikleri spiritüel iyilik halini etkilemektedir.

H0D: Katılımcıların GETAT tutumları ve GETAT sağlık inanışları ile spiritüel iyilik hali arasında ilişki yoktur.

H1D: Katılımcıların GETAT tutumları ve GETAT sağlık inanışları ile spiritüel iyilik hali arasında ilişki vardır.

3.8. Verilerin Analizi

Çözümlemede tanımlayıcı testlerden sayı (n), yüzde (%), ortalama (Ort.) ve standart sapma ($\pm ss$) ve medyandan yararlanılmıştır. Verilerin güvenilirliği için Güvenirlilik Analizi yapılmış, sonuçlar Cronbach's Alpha katsayısı ile değerlendirilmiştir. Dağılımın normallliği Kolmogorov–Smirnov Testi ile sınanmıştır. Nonparametrik dağılım gösteren veriler için iki bağımsız grup ortalamasının karşılaştırmasında Mann–Whitney U Testi ve üç ve daha fazla bağımsız grup ortalamasının karşılaştırmasında Kruskal–Wallis H Testi kullanılmıştır. Üç ve daha fazla grup ortalamasının karşılaştırmasında fark anlamlı bulunduğunda post hoc testlerden Tamhane's T2 testinden yararlanılmıştır. İki sürekli değişken arasındaki ilişki nonparametrik dağılımlar için Spearman korelasyon analizi ile araştırılmıştır. Korelasyon katsayıları 0,25 ve daha düşük düzeyde ise çok zayıf, 0,26-0,49 arasında ise zayıf, 0,50-0,69 arasında ise orta düzey, 0,70-0,89 arasında ise kuvvetli, 0,90 ve daha fazla ise çok kuvvetli olarak değerlendirilmiştir (Karagöz, 2021). Veriler SPSS 26.0 istatistik paket programında analiz edilmiş, anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmada katılımcıların verdiği yanıtların beyana dayalı olması ve araştırmanın tek merkezde yürütülmüş olması araştırmanın kısıtlılığıdır.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmıştır (20/03/2023 - PR0459R0) (Ek-1). Araştırma verilerinin toplanabilmesi için Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğünden (Ek-2) ve Kırklareli Eğitim ve Araştırma Hastanesinden (Ek-3) izin alınmıştır. Ölçeklerin araştırmada kullanılabilmesi için ilgili yazarlardan izin alınmıştır (Ek-4). Katılımcılardan araştırma öncesinde yazılı olarak Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu onayı alınmıştır (Ek-5).

3.11. Araştırma Takvimi

- Literatür taranması: Ocak 2023- Mayıs 2024
- Araştırmanın planlanması: Ocak 2023- Şubat 2023

- Verilerin elde edilmesi: Temmuz 2023- Mart 2024
- Verilerin analizi: Mart 2024- Nisan 2024
- Tezin yazımı: Ocak 2023- Mayıs 2024



4. BULGULAR

Kırklareli’nde yürütülen bu araştırmada 136 kemoterapi tedavisi alan hastanın geleneksel, alternatif ve tamamlayıcı tıp tutum ve inançlarının spiritüel iyilik hali ile ilişkisi incelenmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı

<i>Değişkenler</i>	n	%
Cinsiyet		
Kadın	66	48,5
Erkek	70	51,5
Yaş (yıl) (Ort±ss:60,51±11,99, Min:27, Maks:78)		
< 55	39	28,7
55-64	35	25,7
≥ 65	62	45,6
Yaşanılan yer		
İl merkezi	72	52,9
İlçe merkezi	31	22,8
Kasaba ve köy	33	24,3
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	11	8,1
Okuryazar	2	1,5
İlkokul mezunu	71	52,2
Ortaokul mezunu	8	5,9
Lise mezunu	24	17,6
Üniversite mezunu ve üzeri	20	14,7
Medeni durum		
Evli	114	83,8
Bekar	3	2,2
Boşanmış	8	5,9
Eşi vefat etmiş	11	8,1
Aile tipi		
Çekirdek	122	89,8
Geniş	7	5,1
Parçalanmış	7	5,1
Hanehalkı sayısı (Ort±ss:1,56±1,05, Min:0, Maks:5)		
0	11	8,1
1	72	52,9
≥ 2	53	39,0
Meslek		
Memur	10	7,4
Esnaf, işçi, serbest meslek	18	13,2
Emekli	69	50,7
Ev hanımı, işsiz	39	28,7
Çalışma durumu		
Çalışıyor	20	14,7
Çalışmıyor	116	85,3
Algılanan gelir		
İyi	22	16,2
Orta	85	62,5
Kötü	29	21,3

Tablo 4.1. (Devamı). Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı

<i>Değişkenler</i>	n	%
Sosyal güvence		
Var	136	100,0
Yok	0	0,0
Sigara içme durumu		
İçiyor (Ort±ss:23,26±25,67, Min:0,50, Maks:120,00 paket/yıl)	31	22,8
İçmiyor	105	77,2
Alkol kullanma durumu		
Kullanıyor	18	13,2
Kullanmıyor	118	86,8

Tablo 4.1’de katılımcıların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Yaş ortalaması 60,51±11,99 yıl (Min:27, Maks:78) olan araştırma grubunun %51,1’inin erkektir. Grubun %52,9’u il merkezinde yaşamakta, %52,2’si ilkokul mezunu, %83,8’i evli, %89,8’si çekirdek aileye sahip ve %8,1’i yalnız yaşamaktadır. Katılımcıların %85,3’ünün çalışmadığı, %62,5’inin gelirini orta düzeyde algıladığı, tamamının (%100,0) sosyal güvencesi olduğu bulunmuştur. Araştırma grubunun %22,8’inin sigara içtiği, bunların yılda ortalama 23,26±25,67 paket (Min:0,50, Maks:120,00 paket/yıl) sigara tükettiği ve %13,2’sinin alkol kullandığı saptanmıştır.

Tablo 4.2. Katılımcıların genel sağlık durumu ile ilgili özelliklerinin dağılımı

<i>Değişkenler</i>	n	%
Ek kronik hastalık varlığı		
Evet	76	55,9
Hayır	60	44,1
Ek kronik hastalıklar* (n=76)		
Hipertansiyon	46	60,5
Diyabet	17	22,4
Kardiyovasküler hastalıklar	16	21,1
Troit	12	15,8
Hiperlipidemi	7	9,2
KOAH	3	3,9
Astım	2	2,6
Diğer (anemi, prostat, vertigo, ürtiker vb.)	11	14,5
Ek hastalıklar için ilaç kullanma durumu		
Evet	67	49,3
Hayır	69	50,7
Ailede kanser varlığı		
Evet	78	57,4
Hayır	58	42,6
Ailede kanser tanısı alan kişinin yakınlığı		
1.derece (anne, baba, çocuk, eş)	38	48,7
2.derece (kardeş, dede, nine, torun)	25	32,1
3.derece (amca, hala, dayı, teyze, yeğen, kuzen)	15	19,2
Algılanan sağlık		
İyi	98	72,1
Orta	35	25,7
Kötü	3	2,2
Tanı alınan kanser türü*		
Meme	37	27,2
Akciğer	32	23,5
Kolon	20	14,7
Mide	11	8,1
Pankreas	6	4,4
Over	5	3,7
Rektum	5	3,7
Beyin	4	2,9
Rahim	4	2,9
Prostat	3	2,2
Böbrek	3	2,2
Karaciğer	2	1,5
Diğer (melanom, larenks, maxiller sinüs, mesane vb.)	7	5,1
Şimdiye kadar alınan tedavi türleri*		
Kemoterapi	131	96,3
Cerrahi	78	57,4
Radyoterapi	30	22,1
Hastalık evresi		
Evre I	6	4,4
Evre II	26	19,1
Evre III	18	13,2
Evre IV	65	47,8
Belirlenmemiş	21	15,5
Metastaz durumu		
Var	75	55,1
Yok	45	33,1
Bilinmiyor	16	11,8

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4.2. (Devamı). Katılımcıların genel sağlık durumu ile ilgili özelliklerinin dağılımı

<i>Değişkenler</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Kemoterapi başlangıç zamanı (yıl) (Ort±ss:1,27±2,94, Min:0, Maks:23)		
< 1	97	71,3
1-2	24	17,6
≥ 3	15	11,1
Tedavi kürü sayısı (Ort±ss:13,89±27,98, Min:1, Maks:288)		
1-4	48	35,3
5-8	31	22,8
9-12	18	13,2
≥ 13	39	28,7
Kemoterapi sıklığı		
7 günde bir	22	16,2
14 günde bir	45	33,1
21 günde bir	65	47,8
30 günde bir	4	2,9
Kemoterapiye bağlı yaşanan sorunlar* (n=125)		
Yorgunluk-halsizlik	75	60,0
Saç dökülmesi	55	44,0
Bulantı-kusma	54	43,2
İştahsızlık	39	31,2
Kabızlık	37	29,6
Tat değişiklikleri	34	27,2
İshal	25	20,0
Ağrı	19	15,2
Ağızda yara	18	14,4
Cilt renginde değişiklik	16	12,8
Anemi	7	5,6
Enfeksiyon	3	2,4
Kemoterapi hakkında eğitim alma durumu		
Evet	132	97,1
Hayır	4	2,9
Algılanan hastalık		
Uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık	103	75,7
Kolay tedavi edilen bir hastalık	26	19,1
Tedavi edilemeyen bir hastalık	2	1,5
Diğer	5	3,7
Hastalıklarda ilk başvuru yöntemi		
Medikal tedavi	130	95,6
GETAT tedavi	6	4,4

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4.2’de katılımcıların genel sağlık durumu ile ilgili özelliklerinin dağılımı gösterilmiştir. Katılımcıların %55,9’unun kanser tanısı hariç ek bir kronik hastalığı vardır ve ek kronik hastalıklar için %49,3’ü ilaç kullanmaktadır. Bu hastalıklar arasında en fazla hipertansiyon (%60,5), diyabet (%22,4) ve kardiyovasküler hastalıklar (%21,1) bulunmaktadır.

Katılımcıların %57,4'ünün ailesinde kanser tanısı alan bir başka kişi mevcuttur ve bunların %48,7'sinin 1.derece yakınlarında (anne, baba, çocuk, eş) bu tanı alınmıştır. Yetişkinlerin %72,1'i sağlığını iyi düzeyde olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.2).

Araştırma grubunda tanı alınan kanser türlerinden en fazla meme kanseri (%27,2), akciğer kanseri (%23,5) ve kolon kanseri (%14,7) bulunmaktadır. Hastalar şimdiye kadar en fazla kemoterapi (%96,3) ve cerrahi (%57,4) tedavi almıştır. Katılımcıların %47,8'inin hastalığı evre IV olarak tanımlanmış ve %55,1'inde metastaz vardır (Tablo 4.2).

Grubun %71,3'ü 1 yıldan daha kısa süredir kemoterapi almaktadır. Katılımcıların %35,3'ünün 1-4 kür kemoterapi aldığı, %47,8'inin 21 günde bir bu tedaviyi tekrarladığı belirlenmiştir. Kemoterapiye bağlı yaşanan sorunlar arasında en fazla yorgunluk-halsizlik (%60,0), saç dökülmesi (%44,0) ve bulantı-kusma (%43,2) yer almaktadır. Hastaların %97,1'i kemoterapi tedavisi ve gelişebilecek yan etkiler konusunda eğitim almıştır. Katılımcıların %75,7'si hastalığını uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olarak tanımladığı ve %95,6'sının hastalıklarında ilk olarak medikal tedaviyi tercih bulunmuştur (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Katılımcıların GETAT ile ilgili görüş ve özelliklerinin dağılımı

<i>Değişkenler</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
GETAT hakkında bilgisinin olma durumu		
Evet	91	66,9
Hayır	45	33,1
GETAT hakkında bilgiye erişim* (n=91)		
Çevre (aile, arkadaş, komşu, akraba vb.)	65	71,4
Yazılı veya görsel medya	59	64,8
Sağlık çalışanı (doktor, hemşire vb.)	5	5,5
GETAT yöntemlerini kullanma durumu		
Evet	19	14,0
Hayır	117	86,0
Kullanılan GETAT yöntemleri* (n=19)		
Fitoterapi	15	78,9
Apiterapi	2	10,5
Dua etme	2	10,5
Hirudoterapi	1	5,3
Homeopati	1	5,3
Kupa uygulaması	1	5,3
Meditasyon	1	5,3
Müzik	1	5,3
Ozon terapi	1	5,3
Refleksoloji	1	5,3
GETAT kullanmaya başlama zamanı (n=19)		
Hastalıktan önce	6	31,6
Tanıyı ilk aldığı zaman	4	21,1
Tıbbi tedavi başladıktan sonra	8	42,1
Diğer	1	5,2
GETAT kullanımından beklenti (n=19)		
Hastalığına şifa sağlamak	11	57,9
Bağışıklık sistemini güçlendirmek	4	21,1
Şikayetlerini azaltmak	3	15,8
Hastalığının nüksetmesini önlemek	1	5,2
GETAT kullanımını sağlık personeline danışma durumu (n=19)		
Evet	9	47,4
Hayır	10	52,6
GETAT kullanımının faydalı olma durumu (n=19)		
Evet	8	42,1
Hayır	1	5,3
Kısmen	10	52,6
GETAT kullanımında yan etki ile karşılaşma durumu (n=19)		
Evet	1	5,3
Hayır	18	94,7
GETAT yöntemlerinin yararlarına inanma durumu (n=19)		
Evet	12	63,2
Hayır	2	10,5
Fikrim yok	5	26,3
GETAT yöntemlerini başkalarına tavsiye etme isteği (n=19)		
Evet	9	47,4
Hayır	7	36,8
Kararsız	3	15,8
GETAT kullanmayı tercih etmeme nedenleri* (n=117)		
Yararlı olduğunu düşünmemesi	52	44,4
Hekimin önermemesi	45	38,5
Kullanmaktan korkma	31	26,5
Yönteme ulaşamaması	4	3,4
Çevresinin karşı çıkması	2	1,7

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4.3’de katılımcıların GETAT ile ilgili görüş ve özelliklerinin dağılımı sunulmuştur. Araştırma grubunun %66,9’u GETAT hakkında bilgisinin olduğunu ifade etmiştir. Grubun GETAT hakkında bilgiye en fazla çevresinden (aile, arkadaş, komşu, akraba vb.) eriştiği belirlenmiştir (%71,4).

Hastaların %14,0’ının GETAT yöntemlerini kullandığı, bu yöntemler arasında en fazla fitoterapinin yer aldığı (15 kişi, %78,9) ve 2 kişinin apiterapiye (%10,5), 2 kişinin ise dua yöntemine (%10,5) başvurduğu belirlenmiştir. GETAT kullanan katılımcılardan 8 kişinin (%42,1) tıbbi tedavi başladıktan sonra, 11 kişinin (%57,9) hastalığına şifa sağlamak amacıyla bu yöntemi kullandığı saptanmıştır. GETAT kullanan katılımcılardan 9 kişinin (%47,4) GETAT kullanımını sağlık personeline danıştığı, 8 kişinin (%42,1) GETAT kullanımını faydalı bulduğu, 1 kişinin (%5,3) yan etkiyle karşılaştığı belirlenmiştir. GETAT kullanan katılımcılardan 12 kişinin (%63,2) GETAT yöntemlerinin yararlarına inandığını ve 9 kişinin (%47,4) GETAT yöntemlerini başkalarına tavsiye etmek istediği bulunmuştur. Katılımcıların %86,0’sının GETAT yöntemlerini kullanmadığı ve GETAT yöntemlerini tercih etmeme nedenleri arasında ise ilk sıralarda yararlı olduğunu düşünmemesi (%44,4) ve hekimin önermemesinin (%38,5) yer aldığı gözlenmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Katılımcıların ölçeklerden aldığı puan ortalamalarının dağılımı

	N	Madde sayısı	Ort±ss	Min.-Maks.	Ölçeklerin Min.-Maks.
GETAT Tutum Ölçeği					
Toplam	136	27	91,41±10,90	67-136	27-189
Tamamlayıcı Tıbbi Düşünsel Bakış	136	8	23,07±6,61	9-55	8-56
Modern Tıbbi Karşı Memnuniyetsizlik	136	10	20,95±5,81	10-42	10-70
Sağlığa Bütüncül Bakış	136	9	47,40±5,58	13-62	9-63
GETAT Sağlık İnanış Ölçeği					
Toplam	136	10	35,83±6,26	23-56	10-70
Spiritüel İyilik Ölçeği					
Toplam	136	12	42,98±8,62	24-60	12-60
Öz Yeterlilik	136	7	24,22±5,22	13-35	7-35
Yaşam Planı	136	5	18,76±4,06	9-25	5-25

Tablo 4.4’te katılımcıların ölçeklerden aldığı puan ortalamalarının dağılımı gösterilmiştir. GETAT Tutum Ölçeği toplam puan ortalaması 91,41±10,90 (Min: 67, Maks:136)’dır ve alt boyutlarını oluşturan Tamamlayıcı Tıbbi Düşünsel Bakış, Modern Tıbbi Karşı Memnuniyetsizlik ve Sağlığa Bütüncül Bakış puan ortalamaları sırasıyla 23,07±6,61, 20,95±5,81 ve 47,40±5,58’dir. GETAT Sağlık İnanış Ölçeği

toplam puan ortalaması $35,83 \pm 6,26$ (Min: 23, Maks: 56)'tür. Spiritüel İyilik Ölçeği toplam puan ortalaması $42,98 \pm 8,62$ (Min: 24, Maks: 60)'dir ve alt boyutlarını oluşturan Öz Yeterlilik ve Yaşam Planı puan ortalamaları sırasıyla $24,22 \pm 5,22$ ve $18,76 \pm 4,06$ 'dır (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre GETAT Tutum Ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırması

<i>Değişkenler</i>	N	Ort.	ss	Sıra ort.	Test değeri	p
Cinsiyet						
Kadın	66	93,56	11,87	76,64	-2,343 ¹	0,019*
Erkek	70	89,39	9,55	60,82		
Yaş						
< 65	74	93,34	12,18	75,04	-2,117 ¹	0,034*
≥ 65	62	89,11	8,70	60,69		
Yaşanılan yer						
Kent	72	91,25	11,78	67,17	-0,417 ¹	0,677
Kır	64	91,59	9,92	69,99		
Eğitim durumu						
İlkokul ve altı	84	89,31	9,22	60,70	9,134 ²	0,010
Ortaokul ve lise	32	94,50	11,79	78,00		
Üniversite ve üzeri	20	95,30	13,96	86,05		
Medeni durum						
Evli	114	91,48	11,42	68,86	-0,245 ¹	0,806
Evli değil	22	91,05	7,89	66,61		
Aile tipi						
Çekirdek	122	91,50	11,06	69,24	-0,645 ¹	0,519
Diğer	14	90,64	9,73	62,07		
Çalışma durumu						
Çalışıyor	20	96,70	15,56	87,30	-2,313 ¹	0,021*
Çalışmıyor	116	90,50	9,69	65,26		
Algılanan gelir						
İyi&orta	107	92,19	11,17	70,94	-1,388 ¹	0,165
Kötü	29	88,55	9,49	59,50		
Sigara içme						
İçiyor	31	91,65	13,89	63,19	-0,854 ¹	0,393
İçmiyor	105	91,34	9,93	70,07		
Alkol kullanma						
Kullanıyor	18	93,44	16,72	68,36	-0,016 ¹	0,987
Kullanmıyor	118	91,10	9,79	68,52		

¹Mann-Whitney U Testi. ²Kruskal-Wallis H Testi. *p<0,05.

Tablo 4.5'de katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre GETAT Tutum Ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırması sunulmuştur. Kadın (p=0,019), 65 yaşından küçük (p=0,034) ve çalışan (p=0,021) katılımcıların GETAT Tutum Ölçeği toplam puan ortalamaları değişkenlerin diğer kategorilerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. GETAT Tutum Ölçeği toplam puanı ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş (p=0,010); ancak post

hoc testte kategoriler arası istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir ($p>0,05$). GETAT Tutum Ölçeği toplam puanı ile yaşanan yer, medeni durum, aile tipi, algılanan gelir düzeyi, sigara içme ve alkol kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.6. Katılımcıların genel sağlık ve GETAT ile ilgili özelliklerine göre GETAT Tutum Ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırması

<i>Değişkenler</i>	<i>N</i>	<i>Ort.</i>	<i>ss</i>	<i>Sıra ort.</i>	<i>Test değeri</i>	<i>p</i>
Ek kronik hastalık varlığı						
Evet	76	91,76	10,78	69,95	-0,485 ¹	0,628
Hayır	60	90,97	11,13	66,66		
Ek hastalıklar için ilaç kullanma						
Evet	67	92,57	11,28	73,63	-1,497 ¹	0,134
Hayır	69	90,29	10,49	63,52		
Ailede kanser varlığı						
Evet	78	91,44	11,24	68,26	-0,081 ¹	0,935
Hayır	58	91,38	10,52	68,82		
Algılanan sağlık						
İyi & orta	133	91,56	10,94	69,12	-1,216 ¹	0,224
Kötü	3	85,00	7,94	41,17		
Hastalık evresi						
Evre I-II	32	92,44	13,46	70,03	1,060 ²	0,589
Evre III-IV	83	90,70	10,58	66,09		
Belirlenmemiş	21	92,67	7,54	75,69		
Metastaz durumu						
Var	75	91,15	10,89	67,87	0,140 ²	0,933
Yok	45	92,49	11,81	70,21		
Bilinmiyor	16	89,63	8,25	66,66		
Kemoterapi başlangıç zamanı						
< 1 yıl	97	92,06	11,04	70,93	-1,134 ¹	0,257
≥ 1 yıl	39	89,79	10,52	62,46		
Kemoterapi hakkında eğitim alma						
Evet	132	91,24	10,44	68,44	-0,103 ¹	0,918
Hayır	4	97,00	23,34	70,50		
Hastalıklarda ilk başvuru alan yöntem						
Medikal tedavi	130	90,86	10,68	66,51	-2,742 ¹	0,006**
GETAT tedavi	6	103,33	9,52	111,58		
GETAT hakkında bilgi						
Evet	91	93,41	10,20	76,88	-3,532 ¹	0,000***
Hayır	45	87,38	11,27	51,54		
GETAT yöntemlerini kullanma						
Evet	19	101,84	12,08	104,18	-4,260 ¹	0,000***
Hayır	117	89,72	9,74	62,71		

¹Mann-Whitney U Testi. ²Kruskal-Wallis H Testi. * $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$.

Tablo 4.6’da katılımcıların genel sağlık ve GETAT ile ilgili özelliklerine göre GETAT Tutum Ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırması verilmiştir. Hastalıklarda ilk GETAT tedavi yöntemlerine başvuran ($p=0,006$), GETAT hakkında

bilgisi olan ($p=0,000$) ve GETAT yöntemlerini kullanan ($p=0,000$) katılımcıların GETAT Tutum Ölçeği toplam puan ortalamaları değişkenlerin diğer kategorilerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. GETAT Tutum Ölçeği toplam puanı ile ek kronik hastalık varlığı, ek hastalıklar için ilaç kullanma durumu, ailede kanser varlığı, algılanan sağlık düzeyi, hastalık evresi, metastaz durumu, kemoterapi başlangıç zamanı ve kemoterapi hakkında eğitim alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre Tamamlayıcı Tıbbi Düşünsel Bakış alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırması

<i>Değişkenler</i>	<i>N</i>	<i>Ort.</i>	<i>ss</i>	<i>Sıra ort.</i>	<i>Test değeri</i>	<i>p</i>
Cinsiyet						
Kadın	66	24,36	7,51	74,83	-1,823 ¹	0,068
Erkek	70	21,84	5,40	62,54		
Yaş						
< 65	74	24,43	7,62	75,43	-2,246 ¹	0,025*
≥ 65	62	21,44	4,71	60,23		
Yaşanılan yer						
Kent	72	22,63	7,08	65,26	-1,019 ¹	0,308
Kır	64	23,56	6,06	72,14		
Eğitim durumu						
İlkokul ve altı	84	21,98	5,10	63,60	5,028 ²	0,081
Ortaokul ve lise	32	24,34	9,21	70,97		
Üniversite ve üzeri	20	25,60	6,60	85,15		
Medeni durum						
Evli	114	23,21	6,91	69,41	-0,616 ¹	0,538
Evli değil	22	22,32	4,83	63,77		
Aile tipi						
Çekirdek	122	22,92	6,65	67,46	-0,909 ¹	0,364
Diğer	14	24,36	6,34	77,54		
Çalışma durumu						
Çalışıyor	20	26,10	6,54	91,00	-2,773 ¹	0,006**
Çalışmıyor	116	22,54	6,51	64,62		
Algılanan gelir						
İyi&orta	107	23,36	6,78	69,70	-0,685 ¹	0,494
Kötü	29	22,00	5,95	64,07		
Sigara içme						
İçiyor	31	23,16	7,00	67,05	-0,234 ¹	0,815
İçmiyor	105	23,04	6,53	68,93		
Alkol kullanma						
Kullanıyor	18	23,94	8,29	72,61	-0,477 ¹	0,634
Kullanmıyor	118	22,93	6,35	67,87		

¹Mann–Whitney U Testi. ²Kruskal–Wallis H Testi. * $p<0,05$, ** $p<0,01$.

Tablo 4.7’de katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre Tamamlayıcı Tıbbi Düşünsel Bakış alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırması gösterilmiştir. 65 yaşından küçük ($p=0,025$) ve çalışan ($p=0,006$) katılımcıların Tamamlayıcı Tıbbi

Düşünsel Bakış alt boyut puan ortalamaları değişkenlerin diğer kategorilerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek belirlenmiştir. Tamamlayıcı Tıbbi Düşünsel Bakış alt boyut puanı ile cinsiyet, yaşanılan yer, eğitim durumu, medeni durum, aile tipi, algılanan gelir düzeyi, sigara içme ve alkol kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.8. Katılımcıların genel sağlık ve GETAT ile ilgili özelliklerine göre Tamamlayıcı Tıbbi Düşünsel Bakış alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırması

<i>Değişkenler</i>	N	Ort.	ss	Sıra ort.	Test değeri	p
Ek kronik hastalık varlığı						
Evet	76	23,14	6,98	68,86	-0,121 ¹	0,904
Hayır	60	22,97	6,18	68,04		
Ek hastalıklar için ilaç kullanma						
Evet	67	23,79	7,41	73,13	-1,356 ¹	0,175
Hayır	69	22,36	5,70	64,00		
Ailede kanser varlığı						
Evet	78	22,60	6,05	66,24	-0,777 ¹	0,437
Hayır	58	23,69	7,30	71,53		
Algılanan sağlık						
İyi & orta	133	23,14	6,64	68,99	-0,966 ¹	0,334
Kötü	3	19,67	4,51	46,83		
Hastalık evresi						
Evre I-II	32	23,81	8,59	68,55	1,702 ²	0,427
Evre III-IV	83	22,49	5,98	65,96		
Belirlenmemiş	21	24,19	5,51	78,48		
Metastaz durumu						
Var	75	22,85	6,06	68,30	0,998 ²	0,607
Yok	45	23,29	8,00	65,76		
Bilinmiyor	16	23,44	4,87	77,16		
Kemoterapi başlangıç zamanı						
< 1 yıl	97	23,20	7,14	69,26	-0,355 ¹	0,723
≥ 1 yıl	39	22,74	5,14	66,62		
Kemoterapi hakkında eğitim alma						
Evet	132	22,85	6,09	68,07	-0,730 ¹	0,465
Hayır	4	30,25	16,58	82,63		
Hastalıklarda ilk başvuru alan yöntem						
Medikal tedavi	130	22,65	6,33	66,45	-2,827 ¹	0,005**
GETAT tedavi	6	32,00	6,81	112,83		
GETAT hakkında bilgi						
Evet	91	23,92	6,79	73,75	-2,217 ¹	0,027*
Hayır	45	21,33	5,93	57,88		
GETAT yöntemlerini kullanma						
Evet	19	31,37	8,14	110,97	-5,081 ¹	0,000***
Hayır	117	21,72	5,24	61,60		

¹Mann-Whitney U Testi. ²Kruskal-Wallis H Testi. * $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$.

Tablo 4.8’de katılımcıların genel sağlık ve GETAT ile ilgili özelliklerine göre Tamamlayıcı Tıbbi Düşünsel Bakış alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırması

gösterilmiştir. Hastalıklarda ilk GETAT tedavi yöntemlerine başvuran ($p=0,005$), GETAT hakkında bilgisi olan ($p=0,027$) ve GETAT yöntemlerini kullanan ($p=0,000$) katılımcıların Tamamlayıcı Tıbbi Düşünsel Bakış alt boyut puan ortalamaları değişkenlerin diğer kategorilerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek belirlenmiştir. Tamamlayıcı Tıbbi Düşünsel Bakış alt boyut puanı ile ek kronik hastalık varlığı, ek hastalıklar için ilaç kullanma durumu, ailede kanser varlığı, algılanan sağlık düzeyi, hastalık evresi, metastaz durumu, kemoterapi başlangıç zamanı ve kemoterapi hakkında eğitim alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.9. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre Modern Tıbbi Karşı Memnuniyetsizlik alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırması

<i>Değişkenler</i>	N	Ort.	ss	Sıra ort.	Test değeri	p
Cinsiyet						
Kadın	66	21,08	5,05	71,42	-0,843 ¹	0,399
Erkek	70	20,83	6,48	65,74		
Yaş						
< 65	74	20,81	6,61	64,05	-1,442 ¹	0,149
≥ 65	62	21,11	4,73	73,81		
Yaşanılan yer						
Kent	72	21,21	6,27	70,64	-0,673 ¹	0,501
Kır	64	20,66	5,27	66,09		
Eğitim durumu						
İlkokul ve altı	84	21,26	5,56	71,27	1,347 ¹	0,510
Ortaokul ve lise	32	19,97	5,72	61,86		
Üniversite ve üzeri	20	21,20	7,02	67,47		
Medeni durum						
Evli	114	20,74	6,07	66,02	-1,677 ¹	0,093
Evli değil	22	22,05	4,13	81,36		
Aile tipi						
Çekirdek	122	21,03	5,99	68,93	-0,373 ¹	0,709
Diğer	14	20,21	4,00	64,79		
Çalışma durumu						
Çalışıyor	20	23,20	8,29	76,10	-0,937 ¹	0,349
Çalışmıyor	116	20,56	5,22	67,19		
Algılanan gelir						
İyi&orta	107	21,07	5,79	69,45	-0,541 ¹	0,589
Kötü	29	20,52	5,94	65,00		
Sigara içme						
İçiyor	31	22,13	8,01	71,23	-0,440 ¹	0,660
İçmiyor	105	20,60	4,97	67,70		
Alkol kullanma						
Kullanıyor	18	20,67	7,89	58,64	-1,143 ¹	0,253
Kullanmıyor	118	20,99	5,46	70,00		

¹Mann-Whitney U Testi. ²Kruskal-Wallis H Testi.

Tablo 4.9’da katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre Modern Tıbbı Karşı Memnuniyetsizlik alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırması sunulmuştur. Modern Tıbbı Karşı Memnuniyetsizlik alt boyut puanı ile katılımcıların tanımlayıcı özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.10. Katılımcıların genel sağlık ve GETAT ile ilgili özelliklerine göre Modern Tıbbı Karşı Memnuniyetsizlik alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırması

<i>Değişkenler</i>	N	Ort.	ss	Sıra ort.	Test değeri	p
Ek kronik hastalık varlığı						
Evet	76	21,03	5,16	70,63	-0,710 ¹	0,478
Hayır	60	20,85	6,58	65,81		
Ek hastalıklar için ilaç kullanma						
Evet	67	21,04	5,23	70,62	-0,620 ¹	0,535
Hayır	69	20,86	6,36	66,44		
Ailede kanser varlığı						
Evet	78	21,26	6,18	69,36	-0,296 ¹	0,767
Hayır	58	20,53	5,29	67,34		
Algılanan sağlık						
İyi & orta	133	21,06	5,81	69,35	-1,672 ¹	0,095
Kötü	3	16,00	3,46	31,00		
Hastalık evresi						
Evre I-II	32	21,00	7,49	63,09	0,801 ¹	0,670
Evre III-IV	83	21,07	5,63	70,34		
Belirlenmemiş	21	20,38	3,25	69,45		
Metastaz durumu						
Var	75	21,11	5,58	70,53	1,354 ¹	0,508
Yok	45	20,38	6,08	63,14		
Bilinmiyor	16	21,81	6,30	74,03		
Kemoterapi başlangıç zamanı						
< 1 yıl	97	21,21	6,30	68,88	-0,176 ¹	0,860
≥ 1 yıl	39	20,31	4,35	67,56		
Kemoterapi hakkında eğitim alma						
Evet	132	20,98	5,58	69,22	-1,227 ¹	0,220
Hayır	4	19,75	12,50	44,75		
Hastalıklarda ilk başvuru alan yöntem						
Medikal tedavi	130	20,85	5,80	67,63	-1,201 ¹	0,230
GETAT tedavi	6	23,17	5,91	87,33		
GETAT hakkında bilgi						
Evet	91	21,15	5,53	70,72	-0,937 ¹	0,349
Hayır	45	20,53	6,37	64,01		
GETAT yöntemlerini kullanma						
Evet	19	21,37	6,92	68,89	-0,047 ¹	0,962
Hayır	117	20,88	5,64	68,44		

¹Mann-Whitney U Testi. ²Kruskal-Wallis H Testi.

Tablo 4.10’da katılımcıların genel sağlık ve GETAT ile ilgili özelliklerine göre Modern Tıbbı Karşı Memnuniyetsizlik alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırması sunulmuştur. Modern Tıbbı Karşı Memnuniyetsizlik alt boyut puanı ile

katılımcıların genel sağlık ve GETAT ile ilgili özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.11. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre Sağlığa Bütüncül Bakış alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırması

<i>Değişkenler</i>	<i>N</i>	<i>Ort.</i>	<i>ss</i>	<i>Sıra ort.</i>	<i>Test değeri</i>	<i>p</i>
Cinsiyet						
Kadın	66	48,12	5,29	73,09	-1,322 ¹	0,186
Erkek	70	46,71	5,79	64,17		
Yaş						
< 65	74	48,09	6,67	75,33	-2,214 ¹	0,027*
≥ 65	62	46,56	3,78	60,35		
Yaşanılan yer						
Kent	72	47,42	5,31	66,16	-0,736 ¹	0,461
Kır	64	47,38	5,91	71,13		
Eğitim durumu						
İlkokul ve altı ^a	84	46,07	3,85	55,10	25,575 ²	0,000***
Ortaokul ve lise ^b	32	50,19	4,70	89,44		
Üniversite ve üzeri	20	48,50	9,89	91,30		
Medeni durum						
Evli	114	47,54	5,82	69,89	-0,942 ¹	0,346
Evli değil	22	46,68	4,11	61,27		
Aile tipi						
Çekirdek	122	47,55	5,76	70,07	-1,375 ¹	0,169
Diğer	14	46,07	3,47	54,82		
Çalışma durumu						
Çalışıyor	20	47,40	9,73	80,88	-1,524 ¹	0,127
Çalışmıyor	116	47,40	4,57	66,37		
Algılanan gelir						
İyi&orta	107	47,77	5,79	72,29	-2,157 ¹	0,031*
Kötü	29	46,03	4,52	54,53		
Sigara içme						
İçiyor	31	46,35	8,12	64,63	-0,624 ¹	0,533
İçmiyor	105	47,70	4,57	69,64		
Alkol kullanma						
Kullanıyor	18	48,83	4,44	78,33	-1,139 ¹	0,255
Kullanmıyor	118	47,18	5,71	67,00		

¹Mann-Whitney U Testi. ²Kruskal-Wallis H Testi. * $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$. Tamhane's T2: $a<b$.

Tablo 4.11'de katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre Sağlığa Bütüncül Bakış alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırması sunulmuştur. Katılımcılar arasında 65 yaşından küçük olanların ($p=0,027$) ve gelirini iyi&orta düzeyde algılayanların ($p=0,031$) Sağlığa Bütüncül Bakış alt boyut puan ortalamaları değişkenlerin diğer kategorilerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Sağlığa Bütüncül Bakış alt boyut puanı ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,000$). Post hoc testte; ilkokul ve daha düşük eğitimlilerin ortaokul ve lise düzeyi eğitimlilere göre Sağlığa Bütüncül Bakış alt boyut puan

ortalamları düşük saptanmıştır ($p=0,000$). Sağlığa Bütüncül Bakış alt boyut puanı ile cinsiyet, yaşanılan yer, medeni durum, aile tipi, çalışma durumu, sigara içme ve alkol kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.11).

Tablo 4.12. Katılımcıların genel sağlık ve GETAT ile ilgili özelliklerine göre Sağlığa Bütüncül Bakış alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırması

<i>Değişkenler</i>	<i>N</i>	<i>Ort.</i>	<i>ss</i>	<i>Sıra ort.</i>	<i>Test değeri</i>	<i>p</i>
Ek kronik hastalık varlığı						
Evet	76	47,59	4,35	68,04	-0,154 ¹	0,878
Hayır	60	47,15	6,85	69,08		
Ek hastalıklar için ilaç kullanma						
Evet	67	47,73	4,52	69,40	-0,262 ¹	0,793
Hayır	69	47,07	6,45	67,63		
Ailede kanser varlığı						
Evet	78	47,58	5,74	71,95	-1,186 ¹	0,235
Hayır	58	47,16	5,39	63,86		
Algılanan sağlık						
İyi & orta	133	47,35	5,61	68,12	-0,757 ¹	0,449
Kötü	3	49,33	4,04	85,50		
Hastalık evresi						
Evre I-II	32	47,63	7,84	74,16	1,880 ²	0,391
Evre III-IV	83	47,13	4,77	64,81		
Belirlenmemiş	21	48,10	4,50	74,48		
Metastaz durumu						
Var	75	47,19	4,88	65,61	4,289 ²	0,117
Yok	45	48,82	4,55	77,58		
Bilinmiyor	16	44,38	9,24	56,53		
Kemoterapi başlangıç zamanı						
< 1 yıl	97	47,66	5,84	70,93	-1,138 ¹	0,255
≥ 1 yıl	39	46,74	4,85	62,45		
Kemoterapi hakkında eğitim alma						
Evet	132	47,41	5,44	69,06	-0,962 ¹	0,336
Hayır	4	47,00	10,30	49,88		
Hastalıklarda ilk başvuru alan yöntem						
Medikal tedavi	130	47,36	5,69	68,19	-0,430 ¹	0,667
GETAT tedavi	6	48,17	1,94	75,25		
GETAT hakkında bilgi						
Evet	91	48,33	4,89	75,97	-3,153 ¹	0,002**
Hayır	45	45,51	6,40	53,39		
GETAT yöntemlerini kullanma						
Evet	19	49,11	5,72	79,76	-1,347 ¹	0,178
Hayır	117	47,12	5,53	66,67		

¹Mann-Whitney U Testi. ²Kruskal-Wallis H Testi. * $p<0,05$, ** $p<0,01$.

Tablo 4.12’de katılımcıların genel sağlık ve GETAT ile ilgili özelliklerine göre Sağlığa Bütüncül Bakış alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırması sunulmuştur.

GETAT hakkında bilgisi olan katılımcıların olmayanlara göre Sağlığa Bütüncül Bakış alt boyut puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,002$). Sağlığa Bütüncül Bakış alt boyut puanı ile ek kronik hastalık varlığı, ek hastalıklar için ilaç kullanma durumu, ailede kanser varlığı, algılanan sağlık düzeyi, hastalık evresi, metastaz durumu, kemoterapi başlangıç zamanı, kemoterapi hakkında eğitim alma durumu, hastalıklarda ilk başvuru yöntem ve GETAT yöntemlerini kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.12).

Tablo 4.13. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre GETAT Sağlık İnaniş Ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırması

<i>Değişkenler</i>	<i>N</i>	<i>Ort.</i>	<i>ss</i>	<i>Sıra ort.</i>	<i>Test değeri</i>	<i>p</i>
Cinsiyet						
Kadın	66	37,27	6,37	77,23	-2,516 ¹	0,012*
Erkek	70	34,47	5,88	60,26		
Yaş						
< 65	74	36,95	6,60	74,53	-1,953 ¹	0,051
≥ 65	62	34,50	5,60	61,31		
Yaşanılan yer						
Kent	72	35,82	6,69	68,42	-0,026 ¹	0,979
Kır	64	35,84	5,80	68,59		
Eğitim durumu						
İlkokul ve altı ^a	84	34,50	5,72	60,30	9,686 ²	0,008**
Ortaokul ve lise ^b	32	37,88	6,56	80,22		
Üniversite ve üzeri	20	38,15	6,71	84,20		
Medeni durum						
Evli	114	35,91	6,51	68,75	-0,172 ¹	0,864
Evli değil	22	35,41	4,85	67,18		
Aile tipi						
Çekirdek	122	35,89	6,27	69,33	-0,725 ¹	0,469
Diğer	14	35,29	6,39	61,29		
Çalışma durumu						
Çalışıyor	20	38,60	7,84	86,35	-2,198 ¹	0,028*
Çalışmıyor	116	35,35	5,86	65,42		
Algılanan gelir						
İyi&orta	107	36,36	6,38	71,97	-1,978 ¹	0,048*
Kötü	29	33,90	5,46	55,69		
Sigara içme						
İçiyor	31	35,94	7,62	64,61	-0,626 ¹	0,531
İçmiyor	105	35,80	5,84	69,65		
Alkol kullanma						
Kullanıyor	18	36,50	8,36	67,81	-0,080 ¹	0,936
Kullanmıyor	118	35,73	5,92	68,61		

¹Mann–Whitney U Testi. ²Kruskal–Wallis H Testi. * $p<0,05$, ** $p<0,01$. Tamhane's T2: $a<b$.

Tablo 4.13'de katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre GETAT Sağlık İnaniş Ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırması sunulmuştur. Kadın ($p=0,012$),

alışan ($p=0,028$), gelir düzeyini iyi&orta olarak algılayan ($p=0,048$) katılımcıların GETAT Sağlık İnanış leği toplam ortalaması değişkenlerin diğer kategorilerine göre yüksek bulunmuştur.

GETAT Sağlık İnanış leği toplam puanı ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,008$). Post hoc testte; ilkokul ve daha düşük eğitimlilerin ortaokul ve lise düzeyi eğitimlilere göre GETAT Sağlık İnanış leği toplam puan ortalamaları düşük saptanmıştır ($p=0,040$) (Tablo 4.13).

GETAT Sağlık İnanış leği toplam puanı ile yaş, yaşanılan yer, medeni durum, aile tipi, sigara içme ve alkol kullanma durumu arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.13).

Tablo 4.14. Katılımcıların genel sağlık ve GETAT ile ilgili özelliklerine göre GETAT Sağlık İnaniş Ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırması

<i>Değişkenler</i>	<i>N</i>	<i>Ort.</i>	<i>ss</i>	<i>Sıra ort.</i>	<i>Test değeri</i>	<i>p</i>
Ek kronik hastalık varlığı						
Evet	76	36,01	6,05	69,69	-0,397 ¹	0,691
Hayır	60	35,60	6,57	66,99		
Ek hastalıklar için ilaç kullanma						
Evet	67	36,37	6,22	72,51	-1,171 ¹	0,242
Hayır	69	35,30	6,30	64,61		
Ailede kanser varlığı						
Evet	78	35,87	6,45	68,41	-0,031 ¹	0,975
Hayır	58	35,78	6,06	68,62		
Algılanan sağlık						
İyi & orta	133	35,96	6,24	69,38	-1,730 ¹	0,084
Kötü	3	30,00	5,29	29,67		
Hastalık evresi						
Evre I-II	32	36,09	7,89	67,58	0,417 ²	0,812
Evre III-IV	83	35,59	6,02	67,57		
Belirlenmemiş	21	36,38	4,35	73,60		
Metastaz durumu						
Var	75	35,85	5,97	69,57	0,572 ²	0,751
Yok	45	36,33	6,84	69,19		
Bilinmiyor	16	34,31	6,02	61,53		
Kemoterapi başlangıç zamanı						
< 1 yıl	97	36,03	6,27	69,25	-0,352 ¹	0,725
≥ 1 yıl	39	35,33	6,30	66,63		
Kemoterapi hakkında eğitim alma						
Evet	132	35,77	6,05	68,42	-0,129 ¹	0,897
Hayır	4	38,00	12,54	71,00		
Hastalıklarda ilk başvuru alan yöntem						
Medikal tedavi	130	35,45	6,06	66,25	-3,112 ¹	0,002**
GETAT tedavi	6	44,00	5,10	117,33		
GETAT hakkında bilgi						
Evet	91	37,02	6,02	76,40	-3,332 ¹	0,001**
Hayır	45	33,42	6,11	52,52		
GETAT yöntemlerini kullanma						
Evet	19	41,47	7,03	101,34	-3,925 ¹	0,000***
Hayır	117	34,91	5,65	63,17		

¹Mann-Whitney U Testi. ²Kruskal-Wallis H Testi. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Tablo 4.14’de katılımcıların genel sağlık ve GETAT ile ilgili özelliklerine göre GETAT Sağlık İnaniş Ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırması verilmiştir. Hastalıklarda ilk başvurduğu yöntem GETAT tedavisi olan ($p=0,002$), GETAT hakkında bilgisi olan ($p=0,001$) ve GETAT yöntemlerini kullanan ($p=0,000$) katılımcıların GETAT Sağlık İnaniş Ölçeği toplam puan ortalamaları değişkenlerin diğer kategorilerine göre yüksek saptanmıştır. GETAT Sağlık İnaniş Ölçeği toplam puanı ile ek kronik hastalık varlığı, ek hastalıklar için ilaç kullanma durumu, ailede kanser varlığı, algılanan sağlık düzeyi, hastalık evresi, metastaz durumu, kemoterapi

başlangıç zamanı ve kemoterapi hakkında eğitim alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.15. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre Spiritüel İyilik Ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırması

<i>Değişkenler</i>	N	Ort.	ss	Sıra ort.	Test değeri	p
Cinsiyet						
Kadın	66	43,41	8,45	70,19	-0,486 ¹	0,627
Erkek	70	42,57	8,83	66,91		
Yaş						
< 65	74	43,11	9,45	70,04	-0,499 ¹	0,618
≥ 65	62	42,82	7,60	66,66		
Yaşanılan yer						
Kent	72	41,94	9,37	63,74	-1,498 ¹	0,134
Kır	64	44,14	7,60	73,86		
Eğitim durumu						
İlkokul ve altı ^a	84	40,67	7,96	57,68	16,847 ²	0,000***
Ortaokul ve lise ^b	32	46,31	9,12	83,95		
Üniversite ve üzeri ^c	20	47,35	7,31	89,23		
Medeni durum						
Evli	114	43,47	8,26	70,61	-1,421 ¹	0,155
Evli değil	22	40,41	10,13	57,59		
Aile tipi						
Çekirdek	122	43,24	8,39	69,67	-1,022 ¹	0,307
Diğer	14	40,71	10,54	58,32		
Çalışma durumu						
Çalışıyor	20	44,80	8,27	77,88	-1,154 ¹	0,248
Çalışmıyor	116	42,66	8,68	66,88		
Algılanan gelir						
İyi&orta	107	43,35	8,17	69,59	-0,623 ¹	0,533
Kötü	29	41,62	10,18	64,47		
Sigara içme						
İçiyor	31	42,23	7,65	63,56	-0,795 ¹	0,427
İçmiyor	105	43,20	8,91	69,96		
Alkol kullanma						
Kullanıyor	18	45,83	8,00	83,94	-1,788 ¹	0,074
Kullanmıyor	118	42,54	8,66	66,14		

¹Mann-Whitney U Testi. ²Kruskal-Wallis H Testi. * $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$. Tamhane's T2: $a<b$, $a<c$.

Tablo 4.15’de katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre Spiritüel İyilik Ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırması verilmiştir. Spiritüel İyilik Ölçeği toplam puanı ile eğitim durumu arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,000$). Post hoc testte; ilkokul ve daha düşük eğitimlilerin ortaokul ve lise düzeyi ($p=0,010$) ve üniversite ve üzeri ($p=0,003$) eğitimlilere göre Spiritüel İyilik Ölçeği toplam puan ortalamaları düşük saptanmıştır. Spiritüel İyilik Ölçeği toplam puanı ile cinsiyet, yaş, yaşanılan yer, medeni durum, aile tipi, çalışma durumu, algılanan gelir, sigara içme ve alkol kullanma durumu arasında bir farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.16. Katılımcıların genel sağlık ve GETAT ile ilgili özelliklerine göre Spiritüel İyilik Ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırması

<i>Değişkenler</i>	<i>N</i>	<i>Ort.</i>	<i>ss</i>	<i>Sıra ort.</i>	<i>Test değeri</i>	<i>p</i>
Ek kronik hastalık varlığı						
Evet	76	43,93	7,70	72,41	-1,304 ¹	0,192
Hayır	60	41,77	9,60	63,55		
Ek hastalıklar için ilaç kullanma						
Evet	67	43,82	8,17	71,17	-0,780 ¹	0,435
Hayır	69	42,16	9,03	65,91		
Ailede kanser varlığı						
Evet	78	42,46	8,52	66,47	-0,696 ¹	0,486
Hayır	58	43,67	8,78	71,22		
Algılanan sağlık						
İyi & orta	133	42,93	8,64	68,30	-0,393 ¹	0,694
Kötü	3	45,00	9,54	77,33		
Hastalık evresi						
Evre I-II	32	42,41	10,30	66,92	2,491 ²	0,288
Evre III-IV	83	43,93	7,44	72,01		
Belirlenmemiş	21	40,10	9,89	57,05		
Metastaz durumu						
Var	75	43,89	7,48	71,81	6,963 ²	0,031
Yok	45	43,51	8,77	71,64		
Bilinmiyor	16	37,19	11,27	44,13		
Kemoterapi başlangıç zamanı						
< 1 yıl	97	43,24	8,67	69,18	-0,316 ¹	0,752
≥ 1 yıl	39	42,33	8,59	66,82		
Kemoterapi hakkında eğitim alma						
Evet	132	42,89	8,57	68,23	-0,452 ¹	0,652
Hayır	4	45,75	11,50	77,25		
Hastalıklarda ilk başvuru yöntemi						
Medikal tedavi	130	42,86	8,65	68,11	-0,536 ¹	0,592
GETAT tedavi	6	45,50	8,24	76,92		
GETAT hakkında bilgi						
Evet	91	43,36	8,67	69,71	-0,510 ¹	0,610
Hayır	45	42,20	8,57	66,06		
GETAT yöntemlerini kullanma						
Evet	19	42,05	11,05	64,76	-0,446 ¹	0,655
Hayır	117	43,13	8,21	69,11		

¹Mann-Whitney U Testi. ²Kruskal-Wallis H Testi.

Tablo 4.16’da katılımcıların genel sağlık ve GETAT ile ilgili özelliklerine göre Spiritüel İyilik Ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırması verilmiştir. Spiritüel İyilik Ölçeği toplam puanı ile metastaz durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş ($p=0,031$); ancak post hoc testte kategoriler arası istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir ($p>0,05$). Spiritüel İyilik Ölçeği toplam puanı ile ek kronik hastalık varlığı, ek hastalıklar için ilaç kullanma durumu, ailede kanser varlığı, algılanan sağlık düzeyi, hastalık evresi, kemoterapi başlangıç zamanı, kemoterapi hakkında eğitim alma durumu, hastalıklarda ilk başvuru yöntemi, GETAT hakkında bilgi, GETAT yöntemlerini kullanma

yöntem, GETAT hakkında bilgi durumu ve GETAT yöntemlerini kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.17. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre Spiritüel İyilik Ölçeği Öz Yeterlilik alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırması

<i>Değişkenler</i>	<i>N</i>	<i>Ort.</i>	<i>ss</i>	<i>Sıra ort.</i>	<i>Test değeri</i>	<i>p</i>
Cinsiyet						
Kadın	66	24,68	5,05	71,33	-0,817 ¹	0,414
Erkek	70	23,79	5,38	65,83		
Yaş						
< 65	74	24,80	5,48	73,07	-1,482 ¹	0,138
≥ 65	62	23,53	4,85	63,05		
Yaşanılan yer						
Kent	72	23,60	5,79	63,38	-1,612 ¹	0,107
Kır	64	24,92	4,43	74,26		
Eğitim durumu						
İlkokul ve altı ^a	84	22,68	4,77	57,08	18,814 ²	0,000***
Ortaokul ve lise ^b	32	26,41	5,31	84,81		
Üniversite ve üzeri ^c	20	27,20	4,50	90,35		
Medeni durum						
Evli	114	24,40	5,15	70,22	-1,162	0,245
Evli değil	22	23,27	5,59	59,59		
Aile tipi						
Çekirdek	122	24,30	5,13	69,34	-0,733 ¹	0,464
Diğer	14	23,57	6,15	61,21		
Çalışma durumu						
Çalışıyor	20	26,20	4,46	82,80	-1,763 ¹	0,078
Çalışmıyor	116	23,88	5,29	66,03		
Algılanan gelir						
İyi&orta	107	24,36	5,00	69,45	-0,544 ¹	0,587
Kötü	29	23,69	6,03	64,98		
Sigara içme						
İçiyor	31	23,81	4,76	64,68	-0,617 ¹	0,537
İçmiyor	105	24,34	5,37	69,63		
Alkol kullanma						
Kullanıyor	18	26,50	4,44	86,86	-2,130 ¹	0,033*
Kullanmıyor	118	23,87	5,26	65,70		

¹Mann-Whitney U Testi. ²Kruskal-Wallis H Testi. * $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$. Tamhane's T2: $a<b$, $a<c$.

Tablo 4.17’de katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre Spiritüel İyilik Ölçeği Öz Yeterlilik alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırması gösterilmiştir. Alkol kullanan katılımcıların alkol kullanmayanlara göre Öz Yeterlilik alt boyut puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,033$). Öz Yeterlilik alt boyut puanı ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,000$). Post hoc testte; ilkokul ve daha düşük eğitimlilerin ortaokul ve lise düzeyi ($p=0,003$) ve üniversite ve üzeri ($p=0,001$) eğitilmiş

katılımcılara göre Öz Yeterlilik alt boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. Öz Yeterlilik alt boyut puanı ile cinsiyet, yaş, yaşanılan yer, medeni durum, aile tipi, çalışma durumu, algılanan gelir düzeyi, sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.18. Katılımcıların genel sağlık ve GETAT ile ilgili özelliklerine göre Spiritüel İyilik Ölçeği Öz Yeterlilik alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırması

<i>Değişkenler</i>	<i>N</i>	<i>Ort.</i>	<i>ss</i>	<i>Sıra ort.</i>	<i>Test değeri</i>	<i>p</i>
Ek kronik hastalık varlığı						
Evet	76	24,43	4,89	70,11	-0,539 ¹	0,590
Hayır	60	23,95	5,65	66,46		
Ek hastalıklar için ilaç kullanma						
Evet	67	24,39	5,29	68,74	-0,070 ¹	0,944
Hayır	69	24,06	5,19	68,27		
Ailede kanser varlığı						
Evet	78	23,97	5,09	66,94	-0,539 ¹	0,590
Hayır	58	24,55	5,42	70,60		
Algılanan sağlık						
İyi & orta	133	24,20	5,21	68,33	-0,327 ¹	0,744
Kötü	3	25,33	7,02	75,83		
Hastalık evresi						
Evre I-II	32	24,09	6,41	67,94	2,557 ²	0,278
Evre III-IV	83	24,65	4,47	71,77		
Belirlenmemiş	21	22,71	5,94	56,45		
Metastaz durumu						
Var	75	24,64	4,47	71,47	6,816 ²	0,033
Yok	45	24,71	5,29	72,11		
Bilinmiyor	16	20,88	7,16	44,44		
Kemoterapi başlangıç zamanı						
< 1 yıl	97	24,49	5,32	70,31	-0,847 ¹	0,397
≥ 1 yıl	39	23,54	4,96	64,00		
Kemoterapi hakkında eğitim alma						
Evet	132	24,19	5,18	68,41	-0,155 ¹	0,877
Hayır	4	25,25	7,50	71,50		
Hastalıklarda ilk başvuru yöntem						
Medikal tedavi	130	24,18	5,21	68,29	-0,287 ¹	0,774
GETAT tedavi	6	25,17	5,95	73,00		
GETAT hakkında bilgi						
Evet	91	24,52	5,23	70,01	-0,636 ¹	0,525
Hayır	45	23,62	5,21	65,46		
GETAT yöntemlerini kullanma						
Evet	19	23,79	6,26	62,82	-0,680 ¹	0,496
Hayır	117	24,29	5,06	69,42		

¹Mann-Whitney U Testi. ²Kruskal-Wallis H Testi.

Tablo 4.18’de katılımcıların genel sağlık ve GETAT ile ilgili özelliklerine göre Spiritüel İyilik Ölçeği Öz Yeterlilik alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırması

verilmiştir. Öz Yeterlilik alt boyut puanı ile metastaz durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş ($p=0,033$); ancak post hoc testte kategoriler arası bir ilişki gözlenmemiştir ($p>0,05$). Öz Yeterlilik alt boyut puanı ile ek kronik hastalık varlığı, ek hastalıklar için ilaç kullanma, ailede kanser varlığı, algılanan sağlık, hastalık evresi, kemoterapi başlangıç zamanı, kemoterapi hakkında eğitim alma, hastalıklarda ilk başvuru yöntem, GETAT hakkında bilgi durumu ve GETAT yöntemlerini kullanma durumu arasında bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.19. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre Spiritüel İyilik Ölçeği Yaşam Planı alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırması

<i>Değişkenler</i>	<i>N</i>	<i>Ort.</i>	<i>ss</i>	<i>Sıra ort.</i>	<i>Test değeri</i>	<i>p</i>
Cinsiyet						
Kadın	66	18,73	4,11	68,50	0,000 ¹	1,000
Erkek	70	18,79	4,05	68,50		
Yaş						
< 65	74	18,31	4,57	65,91	-0,855 ¹	0,393
≥ 65	62	19,29	3,32	71,60		
Yaşanılan yer						
Kent	72	18,35	4,27	65,98	-0,806 ¹	0,420
Kır	64	19,22	3,80	71,34		
Eğitim durumu						
İlkokul ve altı ^a	84	17,99	3,88	59,67	11,513 ²	0,003**
Ortaokul ve lise	32	19,91	4,57	81,69		
Üniversite ve üzeri ^b	20	20,15	3,25	84,48		
Medeni durum						
Evli	114	19,07	3,78	70,84	-1,608 ¹	0,108
Evli değil	22	17,14	5,10	56,36		
Aile tipi						
Çekirdek	122	18,94	3,95	69,82	-1,179 ¹	0,239
Diğer	14	17,14	4,80	56,96		
Çalışma durumu						
Çalışıyor	20	18,60	4,21	70,25	-0,219 ¹	0,827
Çalışmıyor	116	18,78	4,06	68,20		
Algılanan gelir						
İyi&orta	107	18,98	3,88	70,32	-1,056 ¹	0,291
Kötü	29	17,93	4,67	61,78		
Sigara içme						
İçiyor	31	18,42	3,63	62,61	-0,965 ¹	0,335
İçmiyor	105	18,86	4,19	70,24		
Alkol kullanma						
Kullanıyor	18	19,33	4,09	77,08	-1,011 ¹	0,312
Kullanmıyor	118	18,67	4,07	67,19		

¹Mann-Whitney U Testi. ²Kruskal-Wallis H Testi. * $p<0,05$, ** $p<0,01$. Tamhane's T2: $a<b$.

Tablo 4.19'da katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre Spiritüel İyilik Ölçeği Yaşam Planı alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırması sunulmuştur. Yaşam Planı alt boyut puanı ile eğitim durumu arasında anlamlı farklılık bulunmuştur

($p=0,003$). Post hoc testte; ilkokul ve daha düşük eğitimlilerin üniversite ve üzeri eğitimlilere göre Yaşam Planı alt boyut puan ortalaması düşük saptanmıştır ($p=0,044$). Yaşam Planı alt boyut puanı ile cinsiyet, yaş, yaşanılan yer, medeni durum, aile tipi, çalışma durumu, algılanan gelir düzeyi, sigara içme ve alkol kullanma durumu arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.20. Katılımcıların genel sağlık ve GETAT ile ilgili özelliklerine göre Spiritüel İyilik Ölçeği Yaşam Planı alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırması

<i>Değişkenler</i>	<i>N</i>	<i>Ort.</i>	<i>ss</i>	<i>Sıra ort.</i>	<i>Test değeri</i>	<i>p</i>
Ek kronik hastalık varlığı						
Evet	76	19,50	3,38	74,05	-1,882 ¹	0,060
Hayır	60	17,82	4,65	61,48		
Ek hastalıklar için ilaç kullanma						
Evet	67	19,43	3,47	73,99	-1,632 ¹	0,103
Hayır	69	18,10	4,50	63,17		
Ailede kanser varlığı						
Evet	78	18,49	4,14	66,07	-0,850 ¹	0,395
Hayır	58	19,12	3,97	71,77		
Algılanan sağlık						
İyi & orta	133	18,74	4,10	68,33	-0,332 ¹	0,740
Kötü	3	19,67	2,52	75,83		
Hastalık evresi						
Evre I-II	32	18,31	4,47	65,31	2,481 ²	0,289
Evre III-IV	83	19,28	3,72	72,31		
Belirlenmemiş	21	17,38	4,51	58,31		
Metastaz durumu						
Var	75	19,25	3,71	72,12	4,576 ²	0,101
Yok	45	18,80	4,00	69,26		
Bilinmiyor	16	16,31	5,11	49,41		
Kemoterapi başlangıç zamanı						
< 1 yıl	97	18,74	4,00	67,84	-0,316 ¹	0,752
≥ 1 yıl	39	18,79	4,27	70,15		
Kemoterapi hakkında eğitim alma						
Evet	132	18,70	4,07	68,18	-0,558 ¹	0,577
Hayır	4	20,50	4,12	79,13		
Hastalıklarda ilk başvuru alan yöntem						
Medikal tedavi	130	18,68	4,11	67,98	-0,724 ¹	0,469
GETAT tedavi	6	20,33	2,42	79,67		
GETAT hakkında bilgi						
Evet	91	18,85	4,17	69,49	-0,424 ¹	0,671
Hayır	45	18,58	3,87	66,50		
GETAT yöntemlerini kullanma						
Evet	19	18,26	5,26	67,55	-0,115 ¹	0,908
Hayır	117	18,84	3,86	68,65		

¹Mann-Whitney U Testi. ²Kruskal-Wallis H Testi.

Tablo 4.20’de katılımcıların genel sağlık ve GETAT ile ilgili özelliklerine göre Spiritüel İyilik Ölçeği Yaşam Planı alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırması

verilmiştir. Yaşam Planı alt boyut puanı ile genel sağlık ve GETAT ile ilgili özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.21. Katılımcıların GETAT tutumu ve sağlık inanışlarının spiritüel iyilik hali ile ilişkisi

	N	Spiritüel İyilik Ölçeği					
		Toplam		Öz Yeterlilik		Yaşam Planı	
		r	p	r	p	r	p
GETAT Tutum Ölçeği							
Toplam	136	-0,055	0,525	-0,023	0,791	-0,089	0,301
Tamamlayıcı Tıbbi	136	-0,022	0,800	-0,017	0,848	-0,036	0,680
Düşünsel Bakış							
Modern Tıbbi Karşı	136	-0,311	0,000***	-0,272	0,001**	-0,325	0,000***
Memnuniyetsizlik							
Sağlığa Bütüncül	136	0,219	0,010*	0,222	0,009**	0,204	0,017*
Bakış							
GETAT Sağlık İnanış Ölçeği							
Toplam	136	-0,005	0,954	0,017	0,845	-0,028	0,743

*Spearman Korelasyon Analizi. * $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$.*

Tablo 4.21’de katılımcıların GETAT tutumu ve sağlık inanışlarının spiritüel iyilik hali ile ilişkisi sunulmuştur. Spiritüel İyilik Ölçeği toplam puanı ile Sağlığa Bütüncül Bakış alt boyut puanı arasında çok zayıf güçte pozitif yönlü ($r:0,219$, $p=0,010$); Modern Tıbbi Karşı Memnuniyetsizlik alt boyut puanı ile arasında zayıf güçte negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($r:-0,311$, $p=0,000$).

Spiritüel İyilik Ölçeği Öz Yeterlilik alt boyut puanı ile Sağlığa Bütüncül Bakış alt boyut puanı arasında çok zayıf güçte pozitif yönlü ($r:0,222$, $p=0,009$); Modern Tıbbi Karşı Memnuniyetsizlik alt boyut puanı ile arasında zayıf güçte negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r:-0,272$, $p=0,001$) (Tablo 4.21).

Spiritüel İyilik Ölçeği Yaşam Planı alt boyut puanı ile Sağlığa Bütüncül Bakış alt boyut puanı arasında çok zayıf güçte pozitif yönlü ($r:0,204$, $p=0,017$); Modern Tıbbi Karşı Memnuniyetsizlik alt boyut puanı ile arasında zayıf güçte negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmiştir ($r:-0,325$, $p=0,000$) (Tablo 4.21).

Spiritüel İyilik Ölçeği toplam, Öz Yeterlilik ve Yaşam Planı alt boyut puanları ile GETAT Tutum Ölçeği toplam puanı, Tamamlayıcı Tıbbi Düşünsel Bakış alt boyut

puanı ve GETAT Sağlık İnanış Ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki gözlenmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.21).



5. TARTIŞMA

Bu araştırmada kemoterapi tedavisi alan kanser hastalarının GETAT yöntemlerini kullanma sıklığı %14,0 olarak saptanmıştır. Türkiye’de GETAT kullanım sıklıklarının %14,8-%57,7 arasında değiştiği gözlenmiştir. GETAT kullanma oranlarını Ünsat ve Albayrak (2023) kanser erken teşhis, tarama ve eğitim merkezine başvuranlarda %36,0, Odabaş ve Ağadayı (2021) aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalarda %14,8, Güveli vd. (2021) onkoloji hastalarında %44,1 ve Toprak vd. (2019) kemoterapi alan hastalarda %40,0 olarak belirlemiştir. Ulusoy ve Keskin (2021) katılımcıların kanser tanısı almadan önce GETAT kullanım oranını %57,7, tanıyı aldıktan sonra %33,7 olarak bildirmiştir. Mwaka vd. (2020)’nin yaptığı sistematik derlemede kanser hastalarının GETAT kullanma sıklığı %14,1-79,0 aralığında bulunmuştur. James vd. (2018)’nin 26 makalenin incelendiği sistematik derlemede GETAT kullanımı %58,2, Phutrakool ve Pongpirul (2022)’un 15 yıllık sistematik incelemesinde tıp uzmanları arasında GETAT kullanımı %45 saptamıştır. Zonguldak’ta hekimler ile yürütülen bir araştırmada hekimlerin hastalarına bir GETAT yöntemi önerme oranı %16,0, uygulama oranı %4,9 iken, hekimlerin %15,2’sinin kendisi ve %24,4’ünün ailesindeki bireyler bir GETAT yöntemi kullanmıştır (Aslan Yüksel, 2018). Männle vd. (2021)’nin yaptığı çalışmada ise katılımcıların %79,8’inin en az bir GETAT yöntemi kullandığı belirlenmiştir. Youn vd. (2022)’nin yaptığı dokuz ülkeden 1071 katılımcının %50,3’ünün daha önce bir GETAT yöntemi deneyimlediği görülmüştür. Voß vd. (2020)’nin 26.742 ABD li yetişkin ile yaptığı ulusal kesitsel çalışmada katılımcıların %32,4’ünün son bir yılda en az bir defa GETAT kullandığı belirtilmiştir. Yusefi vd. (2024)’nin kanser hastalarında yaptığı güncel sistematik bir derlemede katılımcıların %51,8’ünün, Pandey vd. (2021)’nin 2614 kanser hastası ile ilgili yaptığı çalışmada %46,2’sinin, Miller vd. (2023)’nin onkoloji hastalarının %18’inin, Bonucci vd. (2022)’nin İtalya’daki onkoloji hastalarının %72,3’ünün, Jazieh vd. (2021)’nin 2006-2018 yılları arasındaki kanser hastalarında %84,7’sinin GETAT yöntemlerini kullandığı bulunmuştur. Çalışmamızda GETAT yöntemlerini kullanım oranının diğer çalışmalara göre düşük olduğu tespit edilmiştir. Bunun nedeninin çalışma grubunun

demografik ve sosyoekonomik özelliklerindeki farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmüştür.

Bu araştırmada GETAT tutum ve GETAT sağlık inancı puanları orta düzeyin altında bulunmuştur. Genç (2023)'in yaptığı çalışmada kanser hastalarının GETAT tutum ölçeği puan ortalaması 112.20 ± 16.53 bulunmuş ve GETAT'a karşı olumlu tutumda oldukları belirlenmiştir. Çelik ve Aslan (2024)'nin yaptığı çalışmada kanser hastalarının GETAT tutumu orta düzeyde olumlu bulunmuştur. Özer vd. (2020)'nin ve Bal vd. (2022)'nin GETAT tutumuna ilişkin yaptığı çalışmalarında katılımcıların tutumlarının pozitif yönde olduğu gözlenmiştir. ASM'ye başvuran yetişkinlerde yapılan bir çalışmada katılımcılar GETAT tutum ölçeğinden 189 puan üzerinden ortalama $103,99 \pm 22,03$ puan almışlardır (Dursun vd., 2019). Romatoloji hastalarında yapılan bir çalışmada fibromiyalji grubunun GETAT tutum ölçeği puanı $117,83 \pm 22,35$ çıkmıştır (Kanadlı vd., 2022). Sağlık çalışanları ve öğrencilere yönelik yapılan literatürdeki diğer çalışmalarda GETAT sağlık inancı puanı ortalamasının orta düzeyin üzerinde olduğu görülmüştür (Hinse vd., 2024; Rotter vd., 2021, Xie vd., 2020; Mollart vd., 2019; Tomic vd., 2018; Ünlüer, 2015; Samuels vd., 2013). Kwon vd. (2019)'nin kanser hastalarının GETAT davranış ve tutumlarını inceleyen çalışmasında ise katılımcıların sadece %17,8'inin tamamlayıcı ve alternatif tıba inandığı görülmüştür. Sonucumuza göre kemoterapi alan hastaların GETAT'a karşı olumsuz tutum ve sağlık inancı içinde oldukları söylenebilir. Bulgumuz literatürde yer alan çalışmalar ile benzerlik göstermekle birlikte farklılıkların örneklemelerin farklı coğrafi özellikleri olan kültürel durumlar ile ilişkili olduğu düşünülmüştür.

Bu araştırmada kadınların erkeklere göre GETAT'a karşı olumlu tutum ve sağlık inancı gösterdiği belirlenmiştir. Ünlüer (2015)'in 311 katılımcı ile yaptığı çalışmasında cinsiyete bağlı skorlarda kadınlarla erkekler arasında anlamlı bir fark bulunduğu ve kadınların puan ortalamasının erkeklerden daha yüksek çıktığı saptanmıştır. Keene vd. (2019)'nin 2009-2018 yıllarına ait sistematik derlemesinde kanser hastalarının GETAT kullanımına ilişkin kadınların daha fazla kullandığı tespit edilmiştir. Literatürde yer alan diğer çalışanlardan Aboufaras vd. (2023)'nin, Kol ve Mete (2022)'nin, Rotter vd. (2021)'nin, Xie vd. (2020)'nin, Dubois vd. (2019)'nin çalışmalarına katılan kadın katılımcıların GETAT tutumunun erkeklere göre daha

olumlu olduğu görülmüştür. Çalışmamızın sonucunun literatürü desteklediği bulunmuştur.

Bu araştırmada 65 yaşından küçük olanların GETAT'a karşı olumlu tutum sergilediği, tamamlayıcı tıbbi düşünsel bakışının olumlu yönde olduğu ve sağlığa daha bütüncül yaklaştıkları bulunmuştur. Kol ve Mete (2022)'nin yaptığı çalışmada ele alınan tüm boyutlar için yaş açısından gözle görülür farklılıklar bulunmuş, tamamlayıcı tıbbi düşünsel bakışa, sağlığa bütüncül bakışa ve genel skora 65 yaş üstünün daha fazla önem verdiği belirlenmiştir. Porsuk ve Cerit (2021)'in sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada GETAT tutum ölçeği puan ortalamasının yaşla birlikte arttığı görülmüştür. 32 ülkeden 52.801 yetişkin katılımcının incelendiği bir çalışmada ise GETAT kullanımının orta yaş ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Peltzer ve Pengpid, 2018). Durmaz vd. (2023)'nin 562 katılımcı ile GETAT tutum ölçeği kullanarak yaptığı çalışmasında yaş ile toplam ölçek puanı arasında zayıf yönlü negatif bir korelasyon olduğu tespit edilirken, Özer vd. (2020)'nin çalışmasında yaş ile GETAT tutum ölçeği ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Sonucumuzu destekleyen çalışmalar bulunmakla birlikte, diğer çalışmalardaki farklılıkların örneklemelerin ve ölçme araçlarının farklılıklarından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Bu araştırmada katılımcıların yaşadığı yer GETAT tutumlarında ve GETAT sağlık inanışlarında belirleyici bulunmamıştır. Öztürk vd. (2022)'nin çalışmasında köyde yaşayanların GETAT tutum ölçeği toplam puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. Tekin vd. (2021)'nin yaptığı çalışmada hekimler ile sağlık çalışanı olmayanlar arasındaki GETAT tutumu incelenmiş, sağlık çalışanı olmayanlarda GETAT tutum ölçeği toplam puanının köyde yaşayanlarda anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. İl merkezinde ikamet edenlerin köy/ilçede ikamet edenlere oranla daha sık GETAT yöntemine başvurdukları Ulusoy ve Keskin (2021)'in çalışmasında görülmüştür. Bu sonucun sağlık hizmetine erişimdeki farklılıktan kaynaklanabileceği düşünülebilir. Sonucumuzu destekleyen Kocabaş vd. (2019), Henke vd., (2022), Xie vd. (2020), Peltzer ve Pengpid (2018)'in çalışmalarında da katılımcıların GETAT tutumları ile yaşadığı yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı gösterilmiştir.

Bu araştırmada orta ve yüksek eēitim düzeyli katılımcıların ilkokul ve daha düşük eēitimlilere göre saēlıēa daha bütüncül yaklaştıkları ve GETAT’a karşı saēlık inançlarının daha yüksek olduēu bulunmuştur. Durmaz vd. (2023)’nin çalışmasında katılımcıların eēitim düzeyi ile GETAT tutum leēi toplam puanı arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki bulunmuş, yüksek lisans mezunu olanların ölçekten daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir. Keene vd. (2019)’nin derleme çalışmasında GETAT kullanımı eēitimi yüksek olan hastalarda daha fazla çıkmıştır. Abdalla vd. (2020)’nin hastanede yatan kanser hastaları ile yaptığı çalışmada, GETAT kullanımının daha sık olarak niversite düzeyinde eēitim almış hastalar arasında olduēu grlmştir. GETAT tutumunun orta düzeyde eēitim almış hastalarda, yüksek eēitimli hastalara kıyasla daha düşük olduēu Dubois vd. (2019)’nin yaptığı çalışmada tespit edilmiştir. Yıē (2022)’in çalışmasında lisans ve üstü eēitime sahip olanların GETAT kullanımı anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır. Farklı olarak Porsuk ve Cerit (2021)’in ve ztrk vd. (2022)’nin çalışmalarında eēitim durumu yüksek olanların GETAT tutum puanı düşük çıkmıştır. Sonucumuzu destekleyen çalışmalarda ortaya çıkan bu durum artan eēitim seviyesinin bireylerin GETAT hakkında daha fazla bilgi sahibi olması ve farkındalıēının artması ile ilişkilendirilmiştir.

Bu araştırmada katılımcıların medeni durumu ve aile tipi GETAT tutumlarında ve GETAT saēlık inanışlarında belirleyici bulunmamıştır. Cangir (2022)’in çalışmasında kontrol grubunda modern tıbbaya karşı memnuniyetsizlik puanının, vaka grubunda ise modern tıbbaya karşı memnuniyetsizlik ve GETAT saēlık inanış puanının evlilerde daha yüksek olduēu tespit edilmiştir. Ulusoy ve Keskin (2021)’nin çalışmasında katılımcıların medeni durum ve aile tipi ile GETAT kullanımı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Katılımcılardan evli olanların, evli olmayanlara kıyasla GETAT tutum leēi puanının anlamlı derecede yüksek olduēu Porsuk ve Cerit (2021)’in çalışmasında bulunmuştur. Öztürk vd. (2022)’nin çalışmasında bekar katılımcıların GETAT puanının daha yüksek olduēu, aile tipinin ise belirleyici olmadığı tespit edilmiştir. Aycil (2022)’in kanser hastalarının GETAT yaklaşımlarını incelediēi çalışmasında evli hastaların toplam ölçek puanı bekar hastalardan istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksek saptanmıştır. Literatürdeki diēer çalışmalarda katılımcıların GETAT tutumları medeni durumla karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Durmaz vd., 2023; Samancı vd., 2023; Kanimozhi

vd., 2021; Abdalla vd., 2020; Özer vd., 2020; Kocabaş vd., 2019). Sonucumuzun literatürdeki bir çok çalışmayla uyumlu olduğu görülmüştür.

Bu araştırmada çalışanların GETAT'a karşı olumlu tutum ve inançta oldukları ve tamamlayıcı tıbbi düşünsel bakışının olumlu yönde olduğu belirlenmiştir. Ek olarak, gelirini yeterli düzeyde algılayanların sağlığa daha bütüncül yaklaştıkları ve GETAT'a karşı sağlık inançlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Porsuk ve Cerit (2021)'in çalışmasında gelir durumunun düştükçe GETAT tutumunun arttığı görülmüştür. Durmaz vd. (2023)'nin çalışmasında gelir durumunun GETAT tutum toplam puanına ve alt boyut puanlarına etkisi olmadığı, çalışanların tutum puanlarının çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Özer vd. (2020)'nin çalışmasında GETAT tutum ölçeği toplam puanı, tamamlayıcı tıbbi düşünsel bakış alt boyutu ve modern tıbbi karşı memnuniyetsizlik alt boyutunda, gelir-gider durumu eşit olan grubun puanı, geliri fazla olan gruba göre daha yüksek tespit edilmiştir. Samancı vd. (2023)'nin benzer çalışmasında katılımcıların gelir durumu ve çalışma durumu ile GETAT yöntemlerini kullanma durumlarının ilişkisi incelendiğinde bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. James vd. (2018)'nin yaptığı sistematik derlemede sosyoekonomik durumu daha düşük, işsiz ve vasıfsız bireylerde GETAT kullanımının yaygın olduğu rapor edilmiştir. Sarman ve Uzuntarla (2022)'nin sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmasında yüksek gelirli grubun GETAT'a yönelik olumsuz tutumunun düşük gelirli gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu görülmüştür. Literatüre baktığımızda katılımcıların GETAT tutumu ve kullanımı ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı Miller vd. (2023)'nin, Öztürk vd. (2022)'nin, Tekin vd. (2020)'nin, Kocabaş vd. (2019)'nin çalışmalarında gösterilmiştir. Bulgumuzu destekleyen çalışmaların dışında, elde edilen diğer literatür kaynaklarındaki farklılıkların gelir düzeyinde göreceli yaklaşım olan algılanan gelir kavramı ile ilişkili düşünülmüştür.

Bu araştırmada katılımcıların sigara içme ve alkol kullanma durumu GETAT tutumlarında ve GETAT sağlık inanışlarında belirleyici bulunmamıştır. Literatürü incelediğimizde Durmaz vd. (2023)'nin çalışmasında hiç sigara içmemiş olanların tamamlayıcı tıbbi düşünsel bakış ve modern tıbbi karşı memnuniyetsizlik alt boyut puanları sigara içen ve bırakmış olanlara göre anlamlı derecede düşük, halen sigara

içenlerin sağlığa bütüncül bakış alt boyutu puanları ve toplam ölçek puanları içmeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Genç (2023)'in çalışmasında sigara içmeyen bireylerin GETAT tutum ölçeği toplam puanı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Tokaç (2021)'in hastaneye başvuran kişilerle yaptığı çalışmada katılımcıların GETAT yöntemleri kullanım sıklığı sigarayı bırakmış olanlarda daha fazla bulunmuştur. Bulgumuzu destekleyen Yücel (2021)'in çalışmasında ise meme kanserli hastaların GETAT tutumları ile sigara içme ve alkol kullanma arasında bir fark saptanmamıştır. Diğer çalışmalarda sunulan bulguların sonucumuzdan farklı olmasının çalışma gruplarının demografik özellikleri ve yöntem farklılıkları ile ilişkili olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Bu araştırmada katılımcıların ailesinde kanser olma durumu GETAT tutumlarında ve GETAT sağlık inanışlarında belirleyici bulunmamıştır. Literatürde benzer çalışmalara baktığımızda Şen (2022)'nin, Yeter (2012)'in ve Yıldız (2006)'nin çalışmalarında kanser hastalarının GETAT yaklaşımları ve kullanımı ile ailede kanser varlığı değişkeni arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Genç (2023)'in çalışmasında ise ailede kanser öyküsü bulunan kanser hastalarının GETAT kullanımları anlamlı olarak daha yüksek çıkarken, ailede kanser öyküsü ve GETAT tutum ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bulgumuzun literatürü desteklediği belirlenmiştir.

Bu araştırmada katılımcıların algıladıkları sağlık düzeyi, ek kronik hastalığının olma ve bu hastalıklar için ilaç kullanma durumu, kanser hastalığının evresi, metastazı olup olmadığı, kemoterapi tedavisine başlangıç zamanı ve kemoterapi hakkında eğitim alma gibi genel sağlık veya hastalık özellikleri GETAT tutumlarında ve GETAT sağlık inanışlarında belirleyici bulunmamıştır. Kronik hastalığı olanların GETAT tutum toplam ölçek puanları ve sağlığa bütüncül bakış alt boyutu puanları, kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek çıktığı Durmaz vd. (2023)'nin çalışmasında saptanmıştır. Aynı çalışmada sağlık durumunu kötü olarak değerlendirenlerin GETAT tutum ölçeğinden aldıkları puanlar anlamlı düzeyde düşük belirlenmiştir. Özer vd. (2020)'nin çalışmasında sürekli ilaç kullananların sağlığa bütüncül bakış alt boyut puanı sürekli ilaç kullanmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek çıkmış, kronik hastalığı ile GETAT tutumu arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmamıştır. Samancı vd. (2023)'nin çalışmasında

kronik hastalığı olan katılımcıların GETAT kullanımı daha yüksek çıkmıştır. Kocabaş vd. (2019)'nin çalışmasında katılımcıların GETAT kullanımı ile kronik hastalığa sahip olma ve düzenli ilaç kullanma arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş, kronik hastalıkları olanların daha fazla GETAT yöntemi kullandığı görülmüştür. GETAT kullanımı ileri evre ve metastatik kanser hastalarında, erken evre olgulara göre daha sık görülmektedir (Pandey vd., 2021). Mwaka vd. (2020)'nin sistematik çalışmasında tanı anındaki kanser evresi ve eşlik eden hastalıkların varlığı, GETAT kullanımıyla tutarlı bir şekilde pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Henke vd. (2022)'nin çalışmasında evre IV kanser hastalarının GETAT kullanımı anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. Genç (2023)'in çalışmasında GETAT tutum ölçeği toplam puanı ile kronik hastalık, sürekli kullanılan ilaç, sağlık durumunu algılama ve kanserin evresi arasında bir ilişki bulunmamıştır. Keene vd. (2019)'nin GETAT kullanımı ile kanser türleri arasında ve Kanimozhi vd. (2021)'nin çalışmasında kanserin evresi ile GETAT yöntemi arasında farklılık belirlenmemiştir. Literatürde sonucumuzu destekleyen çalışmalar bulunmaktadır. Farklı bulunan çalışma sonuçlarının ise farklı çalışma gruplarının özellikleri ve kullanılan yöntemlerin çeşitliliği gibi faktörlerden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Bu araştırmada hastalıklarda ilk GETAT tedavi yöntemlerine başvuranların, GETAT hakkında bilgisi olanların ve GETAT yöntemlerini kullananların GETAT'a karşı olumlu tutum ve inançta oldukları ve tamamlayıcı tıbbi düşünsel bakışının olumlu yönde olduğu bulunmuştur. Ek olarak, GETAT hakkında bilgisi olanların sağlığa daha bütüncül yaklaştıkları belirlenmiştir. Özer vd. (2020)'nin çalışmasında GETAT hakkında bilgisi olan grubun sağlığa bütüncül bakış alt boyut puanı, GETAT bilgisi olmayanlara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuş, GETAT kullanımı ile GETAT tutum ölçeği puanları arasında bir ilişki gözlenmemiştir. Cangir (2022)'in çalışmasında GETAT sağlık inancı ve tamamlayıcı tıbbi düşünsel bakış alt boyut puanlarının GETAT kullananlarda daha yüksek tespit edilmiştir. Ek olarak, GETAT hakkında bilgi sahibi olma durumu açısından gruplar arasında anlamlı farklılık görülmüştür. Aynı çalışmada katılımcıların GETAT tutum ölçeği puanları ve GETAT sağlık inanışları puanı ile GETAT hakkında bilgi sahibi olma değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Genç (2023)'in çalışmasında GETAT kullanan kanser hastalarının GETAT tutumları kullanmayanlara göre yüksek saptanmıştır. Literatürü destekleyen bu bulgumuzda

GETAT'ı bilenlerin daha fazla olumlu tutuma sahip olması akla ilk temporal ilişkiyi getirmekte ve GETAT'ı deneyimlemiş olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Bu araştırmada spiritüel iyilik hali puanları orta düzeyin üzerinde bulunmuştur. Shirkavand vd. (2018)'nin 185 yaşlı kanser hastası ile yaptığı çalışmada katılımcıların spiritüel iyilik puanı ortalaması orta düzeyin üzerinde saptanmıştır. Salman ve Lee (2019)'nin çalışmasında katılımcıların ortalama puanı $41,49 \pm 11,26$ bulunmuştur. Ayaktan kemoterapi gören kanser hastaları ile yapılan diğer çalışmalarda katılımcıların spiritüel iyilik hali puan ortalaması orta düzeyde tespit edilmiştir (Ölmez ve Karadağ, 2022; Girgin, 2021; Martins vd., 2020). Riklikienė vd. (2020)'nin hastanede yatarak tedavi gören kanser hastaları üzerine yaptığı çalışmada katılımcıların spiritüel iyilik hali toplam puanı orta düzeyin üzerinde bulunmuştur. Muzdalifah vd. (2021)'nin meme kanserli kadınlarla yaptığı çalışmasında katılımcıların spiritüel iyilik hali puan ortalaması yüksek düzeyde saptanmıştır. Kanser hastalarına yönelik yapılan literatürdeki diğer çalışmalarda spiritüel iyilik hali toplam puanı orta düzeyin üzerinde bulunmuştur (Londoudi vd., 2024; İzgü ve Metin, 2020; Kamijo ve Miyamura, 2020; Erdoğan, 2019; Yüksel, 2019). Literatürü destekleyen bu bulgumuza göre kemoterapi alan hastaların ruh sağlığının iyi düzeyde olduğu söylenebilir.

Bu araştırmada katılımcıların cinsiyeti spiritüel iyilik halinde belirleyici bulunmamıştır. Martins vd. (2020)'nin ve Riklikienė vd. (2020)'nin çalışmasında kadınların spiritüel iyilik hali toplam puanı erkeklerden daha yüksek çıkmıştır. Bulgumuzu destekleyen literatürdeki diğer çalışmalar incelendiğinde Polattimur (2022), Girgin (2021), Kamijo ve Miyamura (2020), İzgü ve Metin (2020), Kahraman (2020), Erdoğan (2019), Yüksel (2019), Shirkavand vd. (2018)'nin çalışmalarında katılımcıların cinsiyeti ile spiritüel iyilik hali toplam puanı arasında istatistiksel anlamlı farklılık görülmemiştir.

Bu araştırmada katılımcıların yaşı spiritüel iyilik halinde belirleyici bulunmamıştır. Literatürü incelediğimizde birçok çalışmada katılımcıların yaşı ile spiritüel iyilik hali toplam puanı arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamıştır (Barata vd., 2022; Girgin, 2021; İzgü ve Metin, 2020; Kahraman, 2020; Martins vd., 2020; Erdoğan, 2019; Yüksel, 2019). Riklikienė vd. (2020)'nin çalışmasında kanser hastalarının spiritüel iyilik hali ile yaş değişkeni arasında anlamlı derecede orta veya zayıf

düzeyde ilişki bulunmuştur. Kamijo ve Miyamura (2020)'nın çalışmasında ise I.Evre kanser olan genç hastaların spiritüel iyilik hali puanları anlamlı düzeyde düşük çıkmıştır. Bu çalışmalardaki farklılıkların çalışma metotları, örneklem seçimi ve kullanılan ölçüm araçları gibi faktörlere bağlı kaynaklandığı düşünülmüştür.

Bu araştırmada katılımcıların yaşadığı yeri spiritüel iyilik halinde belirleyici bulunmamıştır. Erdoğan (2019)'nın çalışmasında köyde yaşayan katılımcıların spiritüel iyilik hali toplam ve alt boyut puanları il ve ilçede yaşayanların puanlarından yüksek çıkmıştır. Yüksel (2019)'ın çalışmasında katılımcıların yaşadığı yer ile spiritüel iyilik hali puanı arasında bir ilişki saptanmamıştır. Elde edilen bu sonuçlardaki farklılığın bölgesel, sosyal ve kültürel farklılıklar ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Bu araştırmada ilkokul ve daha düşük eğitimlilerin genel spiritüel iyilik hali, öz yeterlilik ve yaşam planındaki spiritüel iyilik hali düşük bulunmuştur. Riklikienė vd. (2020)'nin çalışmasında katılımcıların spiritüel iyilik hali ile eğitim durumu arasında anlamlı derecede orta veya zayıf düzeyde ilişki, spiritüel iyilik halinin alt boyutları ile pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Erdoğan (2019)'ın çalışmasında katılımcıların eğitim durumu ile spiritüel iyilik hali toplam ve alt boyutları arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmış, toplam ölçek puanı en fazla okuryazar olmayan grupta görülmüştür. Literatürdeki çalışmalarda katılımcıların eğitim durumu ile spiritüel iyilik hali toplam puanı arasında farklılık bulunmamıştır (Barata vd., 2022; Polattimur, 2022; Girgin, 2021; İzgü ve Metin, 2020; Kahraman, 2020; Martins vd., 2020). Bu sonuçlara göre ortaya çıkan farklılıklar çalışma gruplarının demografik farklılıkları ve çalışmalar arasındaki metod farklılıkları ile ilişkilendirilmiştir.

Bu araştırmada katılımcıların medeni durumu ve aile tipi spiritüel iyilik halinde belirleyici bulunmamıştır. Barata vd. (2022)'nin kadın kanser hastaları ile yaptığı çalışmasında evli katılımcıların, evli olmayan katılımcılara göre spiritüel iyilik hali daha yüksek bulunmuştur. Girgin (2021)'in çalışmasında evli hastaların spiritüel iyilik hali toplam puanlarının bekar hastaların puanlarından daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Riklikienė vd. (2020)'nin çalışmasında bir partnerle yaşayan kanser hastalarının, evli olmayan/boşanmış/dul ya da bekar ve hiç evlenmemiş olanlara göre spiritüel iyilik hali puan ortalaması yüksek saptanmıştır. Erdoğan (2019)'ın çalışmasında katılımcıların medeni durumu ile spiritüel iyilik hali arasında ilişki

saptanmazken, en yüksek puan çekirdek aileye sahip olanlarda tespit edilmiştir. Literatürde sonucumuzu destekleyen katılımcıların medeni durumu ile spiritüel iyilik hali toplam puanı arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık gözlenmeyen çalışmalar belirlenmiştir (İzgü ve Metin, 2020; Kamijo ve Miyamura, 2020; Martins vd. 2020; Yüksel, 2019)

Bu araştırmada katılımcıların çalışma durumu ve algıladığı gelir düzeyi spiritüel iyilik halinde belirleyici bulunmamıştır. Erdoğan (2019)'ın çalışmasında spiritüel iyilik hali ile çalışma durumu arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmış, çalışmayanların spiritüel iyilik hali toplam puanı çalışanların puanından yüksek çıkmıştır. İzgü ve Metin (2020)'in çalışmasında katılımcıların gelir durumu ile spiritüel iyilik hali toplam puanı arasında istatistiksel anlamlı farklılık görülmemiştir. Kamijo ve Miyamura (2020)'nın çalışmasında spiritüel iyilik hali ile çalışma durumu değişkeni arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Girgin (2021)'in ve Yüksel (2019)'in çalışmalarında spiritüel iyilik hali toplam puanı ile çalışma durumu ve gelir düzeyi değişkenleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark görülmemiştir. Bu çalışmalarda ortaya çıkan farklılıklar çalışma gruplarının demografik ve sosyoekonomik özelliklerindeki farklılıklar ile ilişkilendirilmiştir.

Bu araştırmada alkol kullananların öz yeterlilikteki spiritüel iyilik halinin yüksek olduğu ve sigara içmenin spiritüel iyilik hali ile ilişkili olmadığı bulunmuştur. Literatürde bu konuda yapılmış çalışmalara rastlanmadığı için tartışılmamıştır.

Bu araştırmada katılımcıların ailesinde kanser olma durumu spiritüel iyilik hali ile ilişkili bulunmamıştır. Farklı olarak Erdoğan (2019)'ın çalışmasında katılımcıların ailesinde kanser olma durumu ile spiritüel iyilik hali toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel anlamlı farklılık görülmüştür. Ailesinde kanser olmayan hastaların spiritüel iyilik hali toplam puanı ailesinde kanser olanlardan yüksek bulunmuştur. Bu durum sağlıklı ailelerin kanser hastalarına daha fazla sunduğu sosyal destek ile ilişkilendirilmiştir.

Bu araştırmada katılımcıların algıladıkları sağlık düzeyi, ek kronik hastalığı olma ve bu hastalıklar için ilaç kullanma durumu, kanser hastalığının evresi, metastazı olup olmadığı, kemoterapi tedavisine başlangıç zamanı ve kemoterapi hakkında eğitim alma gibi genel sağlık veya hastalık özellikleri spiritüel iyilik hali ile ilişkili bulunmamıştır. Ölmez ve Karadağ (2022)'in çalışmasında kanser hastalığının

4.evrede olması spiritüel iyilik halini olumsuz etkilediğini belirlenmiştir. Girgin (2021)'in çalışmasında katılımcıların kanser hastalığında Evre I olan hastaların puanlarının Evre III ve Evre IV olanların puanlarından daha yüksek olduğu, Evre II olan hastaların puanlarının Evre III ve Evre IV olanların puanlarından daha yüksek olduğu, metastaz gelişen hastaların spiritüel iyilik hali toplam ve alt boyut puanlarının daha düşük çıktığı saptanmıştır. Erdoğan (2019)'ın çalışmasında hastalığını tedavi edilemeyen bir hastalık olarak niteleyen ve şimdiki sağlık durumunu çok kötü olarak değerlendiren hastaların en düşük toplam puana sahip olduğu bulunmuştur. Kahraman (2020)'ın çalışmasında da hastalığını tedavi edilemeyen hastalık olarak değerlendiren katılımcıların puanları düşük çıkmıştır. Yavuz (2022)'un çalışmasında hastalığını kolay tedavi edilemeyen bir hastalık olarak algılayanların toplam puanının düşük olduğu ve şimdiki sağlık durumunu çok kötü olarak algılayanların toplam puanının düşük olduğu belirlenmiştir. İzgü ve Metin (2020), Kahraman (2020), Girgin (2021) ve Polattimur (2022)'un çalışmasında kronik hastalık varlığı ile, Kahraman (2020)'in çalışmasında metastaz durumu ile, İzgü ve Metin (2020), Riklikienė vd. (2020) ve Barata vd. (2022)'nin çalışmalarında kanser hastalığının evresi ile katılımcıların spiritüel iyilik hali toplam ve/veya alt boyut puanları arasında bir farklılık saptanmamıştır. Sonucumuzun bu ilişki bulunmayan çalışmalarda desteklendiği gözlenmiştir.

Bu araştırmada katılımcıların hastalıklarda ilk başvurduğu yöntem, GETAT hakkında bilgi düzeyi ve GETAT yöntemlerini kullanma durumu ile spiritüel iyilik halinin ilişkili olmadığı belirlenmiştir. Polattimur (2022)'un çalışmasında katılımcıların spiritüel iyilik hali toplam puanı ve GETAT kullanımı arasında pozitif anlamlı bir ilişki saptanmış, GETAT kullanan katılımcıların toplam puanı GETAT kullanmayan katılımcılara göre yüksek bulunmuştur. Power-James vd. (2020)'nin onkologlarla ile yaptığı çalışmada kendi spiritüel iyilik halinin yüksek olduğunu bildiren katılımcıların GETAT kullanımı ve hastalarına önerme oranı, spiritüel iyilik halini düşük olarak tanımlayan katılımcılara göre yüksek bulunmuştur. Thomson vd. (2014)'nin yaptığı 1256 katılımcı ile gerçekleşen çalışmasında spiritüel iyilik halinin GETAT kullanımını artıran bir faktör olduğu saptanmıştır. Hoppe vd. (2023)'nin yaptığı çalışmada GETAT kullanan katılımcıların, GETAT kullanmayanlara kıyasla, spiritüel iyilik halinin anlamlı düzeyde düşük olduğu tespit edilmiştir. Heller vd. (2021)'nin yaptığı çalışmada yüksek spiritüelitye sahip olan bireylerde GETAT

kullanımı daha sık görülmüştür. Ben-Arye vd. (2012)'nin yaptığı çalışmada GETAT kullanımı ve spiritüalite arasında anlamlı bir ilişki olduğu, spiritüel arayışı yüksek olan bireylerin GETAT kullanımına daha yatkın olduğu görülmüştür. Literatürden farklı olan bu sonucumuzun araştırma metotlarındaki farklılıklar ve katılımcıların demografik özelliklerindeki çeşitlilikten kaynaklandığı düşünülmüştür.

Bu çalışmada GETAT tutumlarına ilişkin sağlığa bütüncül yaklaşım arttıkça ve modern tıba karşı memnuniyetsizlik azaldıkça genel spiritüel iyilik halinin, öz yeterlilikte ve yaşam planında spiritüel iyilik halinin önemli düzeyde arttığı bulunmuştur. Ancak toplam GETAT tutum ve GETAT inanç puanları dikkate alındığında spiritüel iyilik hali ile ilişkili olmadığı belirlenmiştir. Yapılan literatür taramasında bu ilişkiyi araştıran aynı çalışmalara rastlanmamış ancak benzer çalışmalar incelendiğinde; Bradt vd. (2021)'nin 5306 katılımcı ve 81 çalışmanın dahil edildiği sistematik Cochrane incelemesinde kanser hastalarının müzik terapisi ve müzik tıbbi müdahalelerinin psikolojik ve fiziksel sonuçlar üzerindeki etkileri değerlendirilmiş, müzik terapinin spiritüel iyilik hali üzerine etkisi bulunmamıştır. Qureshi vd. (2018)'nin çalışmasında kanser hastası katılımcıların spiritüel iyilik hali ile GETAT'a olan ilgisi arasında anlamlı ilişki gözlenmemiştir. Csala vd. (2021)'nin yaptığı sistematik incelemede yoga uygulaması ile spiritüalite arasında pozitif ilişki olduğu saptanmıştır. Goldsby vd. (2022)'nin çalışmasında ses terapisi uygulanan katılımcıların terapi sonrası spiritüel iyilik hallerinde anlamlı derecede artış olduğu bulunmuştur. Ortaya çıkan bu farklılıkların araştırma tasarımları, örneklem farklılıkları gibi özelliklerden kaynaklandığı düşünülmüştür.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Kırklareli’nde 136 kanser tanısı almış ve kemoterapi tedavisi alan hasta ile yürütülen bu araştırmanın sonuçları aşağıdaki gibi özetlenmiştir.

- Kemoterapi tedavisi alan kanser hastalarının GETAT yöntemlerini kullanma sıklığı %14,0 olarak saptanmıştır.
- GETAT Tutum Ölçeği toplam puanı, Tamamlayıcı Tıbbi Düşünsel Bakış, Modern Tıbbi Karşı Memnuniyetsizlik, Sağlığa Bütüncül Bakış alt boyut puanları ve GETAT Sağlık İnaniş Ölçeği toplam puanı orta düzeyin altında bulunmuştur.
- Kadınların, çalışanların, hastalıklarda ilk GETAT tedavi yöntemlerine başvuranların, GETAT hakkında bilgisi olanların ve GETAT yöntemlerini kullananların GETAT’a karşı olumlu tutum sergilediği ve GETAT’a inanç düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ek olarak, 65 yaş ve üzerindekiilerin GETAT’a karşı tutumları; ilkokul ve daha düşük eğitimli olanların ve algıladıkları geliri kötü düzeyde olanların GETAT inanç düzeyleri daha düşük belirlenmiştir.
- 65 yaşından küçük olanların ve GETAT hakkında bilgisi olanların tamamlayıcı tıbbi düşünsel bakışının olumlu yönde olduğu ve sağlığa daha bütüncül yaklaştıkları belirlenmiştir. Ek olarak, çalışanların, hastalıklarda ilk GETAT tedavi yöntemlerine başvuranların ve GETAT yöntemlerini kullananların tamamlayıcı tıbbi düşünsel bakışının olumlu yönde olduğu bulunurken; ilkokul ve daha düşük eğitimli olanların ve algıladıkları geliri kötü düzeyde olanların sağlığa bütüncül algılayamadıkları saptanmıştır.
- GETAT tutumları ve GETAT sağlık inanışlarıyla yaşanan yer, medeni durum, aile tipi, sigara içme ve alkol kullanma, ek kronik hastalık varlığı, ek hastalıklar için ilaç kullanma, ailede kanser varlığı, algılanan sağlık, hastalık evresi, metastaz durumu, kemoterapi başlangıç zamanı, kemoterapi hakkında eğitim alma durumlarının ilişkili olmadığı belirlenmiştir.

- Spiritüel İyilik Ölçeği toplam puanı, Öz Yeterlilik ve Yaşam Planı alt boyut puanları orta düzeyin üzerinde bulunmuştur.
- İlkokul ve daha düşük eğitimlilerin genel spiritüel iyilik halinin, öz yeterlilikteki ve yaşam planındaki spiritüel iyilik halinin düşük olduğu belirlenmiş; ancak alkol kullananların öz yeterlilikteki spiritüel iyilik halinin yüksek olduğu bulunmuştur.
- Spiritüel iyilik hali ile cinsiyet, yaş, yaşanılan yer, medeni durum, aile tipi, çalışma durumu, algılanan gelir, sigara içme, ek kronik hastalık varlığı, ek hastalıklar için ilaç kullanma, ailede kanser varlığı, algılanan sağlık, hastalık evresi, metastaz durumu, kemoterapi başlangıç zamanı, kemoterapi hakkında eğitim alma, hastalıklarda ilk başvuru yöntem, GETAT hakkında bilgi ve GETAT yöntemlerini kullanmanın ilişkili olmadığı belirlenmiştir.
- Sağlığa bütüncül yaklaşım arttıkça ve modern tıba karşı memnuniyetsizlik azaldıkça genel spiritüel iyilik halinin, öz yeterlilikte ve yaşam planında spiritüel iyilik halinin önemli düzeyde arttığı bulunmuştur. GETAT tutumlarının ve GETAT inanışlarının toplam puanları ile spiritüel iyilik halinin toplam puanları ile ilişkili olmadığı belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

- Sağlık hizmet sunucularının kanser tedavisi gören hastaların GETAT kullanımıyla ilgili bilinçlendirilmesi ve uygun tıbbi tedavi seçeneklerine yönlendirilmesi için eğitim programları düzenlenmelidir.
- GETAT yöntemlerinin etkinliği ve güvenilirliği konusunda kamuoyunu bilgilendirmek amacıyla sağlık hizmetleri kuruluşları ve uzmanları tarafından bilgilendirme yapılmalıdır.
- Eğitimlerde kanser hastalarına ve yakınlarına GETAT yöntemlerinin potansiyel riskleri ve yan etkileri hakkında detaylı bilgi verilmeli ve bu yöntemlerin tıbbi tedaviyi destekleyici bir rol oynamaktan ziyade yerine geçmediği vurgulanmalıdır.
- Sağlık hizmet sunucularının kanser hastalarının GETAT kullanımının kontrol altında tutulmasında, sağlık inançlarının ve tercihlerinin anlaşılmasında daha

proaktif yaklaşımlar sergilemesi, bireysel ihtiyaçlara daha iyi yanıt verecek girişimler planlaması için gereken çaba harcanmalıdır.

- Kanser hastalarının ruhsal iyilik hallerini artırmak için kamu veya özel kuruluşların girişimi ile faaliyetler düzenlenmesi sağlanmalıdır. Düzenlenecek faaliyetler arasında meditasyon, doğa yürüyüşleri, yoga gibi ruhsal ve bedensel rahatlama teknikleri yer almalı, hastaların yaşam kalitelerinin artırılması için çaba gösterilmelidir.
- Longitudinal toplum tabanlı araştırmalar planlanarak nedenlere yönelik daha kapsamlı çalışma yapılmalıdır.



KAYNAKLAR

- Abbasi, N., & Najafi, R. (2023). Cupping Therapy as an Anti inflammation Therapy and Immunomodulator in Cancer Patients. *Journal of Gastrointestinal Cancer*, 54(1), 3–5. <https://doi.org/10.1007/s12029-021-00701-2>
- Abdalla, M. E. A. H., Ali, A. M., & Loong, L. (2020). The use of complementary and alternative medicine (CAM) among cancer patients at a tertiary hospital in Malaysia. *Complementary Therapies in Medicine*, 50, 102343.
- Ablak, Ş. (2020). *Mide kanserli hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tıp yaklaşımlarının kullanımı*. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 699655).
- Aboufaras, M., Selmaoui, K., & Ouzennou, N. (2023). Attitudes and beliefs towards the use of complementary and alternative medicine in cancer patients. *European Journal of Integrative Medicine*, 63, 102294.
- Akın, E. (2022). Antik dönem grek ve roma tıbbında bitkisel tedavi. Y. K. Haspolat ve S. Ertuğrul (Ed.), *Tamamlayıcı ve geleneksel tıp içinde* (s. 1-9). Orient Yayınları.
- Akpolat, V. (2022). Akupunkturun tıpta kullanım alanları. Y. K. Haspolat ve S. Ertuğrul (Ed.), *Tamamlayıcı ve geleneksel tıp içinde* (s. 403-422). Orient Yayınları.
- Akupunktur Tedavi Yönetmeliği. *Resmi Gazete*, Sayı No:20885 (29.05.1991). <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/20885.pdf> sayfasından erişilmiştir. Erişim tarihi:17.05.2024
- Arpacı, Ö. (2021). Sağlık bakanlığı tarafından kabul edilen geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ve bunların hukuka uygunluğunun değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 23(2), 1245-1307.
- Arslan, S., & Avcı, S. (2024). Hemşirelikte Maneviyat ve Manevi Bakım. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 182-193.
- Aslan Yüksel, N. (2018). *Hekimlerin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarına Bakış Açısı*. (Tıpta Uzmanlık Tezi). Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Zonguldak. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 530406).
- Aycil, İ. (2022). *Kanser hastalarında bütüncül tamamlayıcı ve alternatif tıp yaklaşımları ve etkileyen faktörler: hematoloji kliniği örnek bir çalışma*. (Yüksek Lisans Tezi). Biruni Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 729392).
- Bal, S., Koç, E., & Öztürk, O. (2022). Investigating the relationship between midwifery students' view on traditional/complementary medicine and health perception: a descriptive study. *Nursing and Health Sciences Journal (NHSJ)*, 2(3), 203-210. <https://doi.org/10.53713/nhs.v2i3.149>
- Balneaves, L. G., Watling, C. Z., Hayward, E. N., Ross, B., Taylor-Brown, J., Porcino, A. et al. (2022). Addressing complementary and alternative medicine use among individuals with cancer: an integrative review and clinical practice guideline. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 114(1), 25-37.

- Barata, A., Hoogland, A. I., Small, B. J., Acevedo, K. I., Antoni, M. H., Gonzalez, B. D. et al. (2022). Spiritual well-being, distress and quality of life in hispanic women diagnosed with cancer undergoing treatment with chemotherapy. *Psycho-Oncology*, 31(11), 1933-1940.
- Bauereiß, N., Obermaier, S., Özunal, S. E., & Baumeister, H. (2018). Effects of existential interventions on spiritual, psychological, and physical well-being in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psycho-oncology*, 27(11), 2531-2545.
- Ben-Arye, E., Schiff, E., Vintal, H., Agour, O., Preis, L., & Steiner, M. (2012). Integrating complementary medicine and supportive care: patients' perspectives toward complementary medicine and spirituality. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 18(9), 824-831.
- Bhugra, D., & Ventriglio, A. (2024). Self, spirituality and social psychiatry. *International Journal of Social Psychiatry*, 70(1), 3-5.
- Biçer, İ. & Balçık, P.Y. (2019). Geleneksel ve tamamlayıcı tıp: Türkiye ve seçilen ülkelerinin incelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(1), 245-257.
- Bonucci, M., Geraci, A., Pero, D., Villiva, C., Cordella, D., Condello, M. et al. (2022). Complementary and integrative approaches to cancer: a pilot survey of attitudes and habits among cancer patients in Italy. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, <https://doi.org/10.1155/2022/2923967>
- Bradt, J., Dileo, C., Myers-Coffman, K., & Biondo, J. (2021). Music interventions for improving psychological and physical outcomes in people with cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10).
- Cangir, M. (2022). *Dicle üniversitesi aile hekimliği ve getat polikliniğine başvuran hastaların getat uygulamaları ile ilgili inanış ve tutumlarının değerlendirilmesi*. (Uzmanlık Tezi). Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Diyarbakır. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 762109).
- Cangöl, E., Söğüt, S. C., & Garip, S. (2024). The Relationship Between the Sense of Professional Belonging and Perceptions of Spirituality and Spiritual Care Among Turkish Midwifery Students. *Journal of Religion and Health*, 63(3), 1818-1829.
- Carey, L. B., Koenig, H. G., Hill, T., Drummond, D., Gabbay, E., Cohen, J. et al. (2024). Spirituality, mental health, and COVID-19. *Journal of Religion and Health*, 1-5.
- Chui, P. L. (2019). Cancer-and chemotherapy-related symptoms and the use of complementary and alternative medicine. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 6(1), 4-6.
- Csala, B., Springinsfeld, C. M., & Köteles, F. (2021). The relationship between yoga and spirituality: a systematic review of empirical research. *Frontiers in Psychology*, 12, 695939.
- Çak, E. (2021). *Yetişkinlerde tamamlayıcı ve alternatif tıp inançları ölçeği' nin türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması*. (Yüksek Lisans Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 740938).
- Çavuşoğlu, E., & Avcı, A. (2024). Spirituality and Influencing Factors in Parkinson's Disease: A Scoping Review. *Journal of Religion and Health*, 63(3), 2091-2105.
- Çelik, H. & Aslan, H. (2024). The relationship between cancer patients' supportive care needs and their attitudes toward complementary and alternative medicine. *Nigerian Journal of Clinical Practice* 27(4):p 415-423. | DOI: 10.4103/njcp.njcp_377_22

- Çınar, F., & Aslan, F. E. (2017). Spiritüalizm ve hemşirelik: Yoğun bakım hastalarında spiritüel bakımın önemi. *GOP Taksim EAH JAREN*, 3(1), 37-42.
- Daaleman, T.P. & Frey, B.B. (2004). The spirituality index of well-being: a new instrument for health-related quality of life research. *Ann Fam Med.*, 2(5), 499-503.
- Decker, G. & Lee, C. O. (2010). *Cancer and complementary medicine: Your guide to smart choices in symptom management* (s. 9-32). Oncology Nursing Society. ProQuest Ebook Central.
- Dizon, D. S., & Kamal, A. H. (2024). Cancer statistics 2024: All hands on deck. *CA: a cancer journal for clinicians*, 74(1).
- Dubois, C., Eisfeld, H., Bauer, F., Schmidt, T., Kastrati, K., Hochhaus, A. et al. (2019). Not all cancer patients with an interest in CAM are the same. Differences between patients with a CAM interest prior to the cancer diagnosis and those with first-time interest since diagnosis. *Complementary Therapies in Medicine*, 45, 167-171.
- Dursun, S. İ., Vural, B., Keskin, B., Kaçar, H. K., Beyhan, A., & Kadioğlu, H. (2019). Yetişkinlerde geleneksel/tamamlayıcı tıp tutumu ile sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı arasındaki ilişki. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 1(1), 1-10.
- Eardley, S., Bishop, F. L., Prescott, P., Cardini, F., Brinkhaus, B., Santos-Rey, K. et al. (2012). A systematic literature review of complementary and alternative medicine prevalence in EU. *Forschende Komplementärmedizin/Research in Complementary Medicine*, 19 (suppl 2), 18-28. DOI: 10.1159/000342708
- Erdoğan, T. K. (2019). *Onkoloji hastalarında yalnızlık ve ölüm algısı ile spiritüel iyilik hali arasındaki ilişki*. (Yüksek Lisans Tezi). Ondokuzmayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Samsun. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 535815).
- Foulkes, M. (2021). Cancer surgery. M. Foulkes, V. Lavender, N. Kumaralingam & K. Campbell (Ed.), *fundamentals of cancer care* içinde (s. 49-51). Ebn Health.
- Gao, Y. & Zhou, T. (2024). Acupuncture: A beacon of hope for primary insomnia. *Sleep Medicine Reviews*, 74, 101911. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2024.101911>
- Genç, E. (2023). *Kanser hastalarının geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarını kullanım durumları ve etkileyen faktörler*. (Doktora Tezi). Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Elazığ. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 777913).
- Girgin, N. (2021). *Ayaktan kemoterapi alan kanserli hastaların spiritüel iyilik hali ve psikolojik dayanıklılık düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İzmir. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 791522).
- Goldsby, T. L., Goldsby, M. E., McWalters, M., & Mills, P. J. (2022). Sound healing: mood, emotional, and spiritual well-being interrelationships. *Religions*, 13(2), 123.
- Gökgöz Durmaz, F., Gökşin Cihan, F., & Kızmaz, M. (2023). Attitudes towards complementary medicine practices among patients admitted to a primary care unit during the COVID-19 pandemic in Turkey. *European Journal of Clinical and Experimental Medicine*, (1), 27-35.
- Görpelioglu, S., Uslu, F., Emiroğlu, C. & Aypak, C. (2022). Geleneksel ve tamamlayıcı tıp sağlık inancı ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Aile Hek Derg.*, 26(3), 102-107.

- Guo, J., Pei, L., Chen, L., Chen, H., Gu, D., Xin, C. et al. (2020). Research trends of acupuncture therapy on cancer over the past two decades: a bibliometric analysis. *Integrative cancer therapies*, 19, 1534735420959442.
- Gupta, A. K., Polla Ravi, S., Wang, T., Talukder, M., Starace, M., & Piraccini, B. M. (2023). Systematic review of mesotherapy: a novel avenue for the treatment of hair loss. *Journal of Dermatological Treatment*, 34(1). <https://doi.org/10.1080/09546634.2023.2245084>
- Gürçan, N. E., Uzunkaya, B. & Bayrak, Ö. F. (2022). Introduction to cancer. S. Şahin ve K. Demir (Ed.), *autoimmunity and cancer içinde* (s. 13-19). Nova Science Publishers.
- Güveli, H., Uzsoy, A., Özlü, T., Kenger, E. & Ergün, C. (2021). Onkoloji hastalarında tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanım sıklığının ve diyet yaklaşımlarının belirlenmesi. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi* (21), 307-312. <https://doi.org/10.31590/ejosat.814348>
- He, Y., Zhang, H. & Bi, M. (2024). Acupuncture for cancer pain: From clinical evidence to scientific research. *World Journal of Acupuncture - Moxibustion*, 34(1), 74-75. <https://doi.org/10.1016/j.wjam.2023.12.003>
- Heller, T., Kloos, C., Mueller, N., Roemelt, J., Keinki, C., Wolf, G. et al. (2021). Complementary and alternative medicine is positively associated with religiousness/spirituality. *Journal of Complementary and Integrative Medicine*, 18(1), 185-192.
- Henke, O., Bruchhausen, W., & Massawe, A. (2022). Use of herbal medicine is associated with late-stage presentation in Tanzanian patients with cancer: A survey to assess the utilization of and reasons for the use of herbal medicine. *JCO Global Oncology*, 8, e2200069.
- Hinse, M., Jerzynski, L., Binting, S., Kummer, S., Brinkhaus, B., & Rotter, G. (2024). German translation and validation of the complementary and alternative medicine health belief questionnaire (CHBQ). *BMC Med* 24, 99. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04985-9>
- Hoppe, C., Buntzel, J., Weikersthal, L. F. V., Junghans, C., Zomorodbakhsch, B., Stoll, C. et al. (2023). Usage of complementary and alternative methods, lifestyle, and psychological variables in cancer care. *In vivo*, 37(1), 106-114.
- İzgü, N., & Metin, Z. G. (2020). Kemoterapi ve radyoterapi alan kanserli bireylerde yorgunluk ve spiritüel iyilik hali: tanımlayıcı-korelasyonel bir çalışma. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(3), 310-317.
- James, P. B., Wardle, J., Steel, A., & Adams, J. (2018). Traditional, complementary and alternative medicine use in Sub-Saharan Africa: a systematic review. *BMJ global health*, 3(5), e000895.
- Jandura, J., Vajda, M., Cech, M. & Ryska, P. (2024). Oxygen–ozone therapy of musculoskeletal neck pain: a review. *Journal of Personalized Medicine*, 14(3):326. <https://doi.org/10.3390/jpm14030326>
- Jazieh, A. R., Abuelgasim, K. A., Ardah, H. I., Alkaiyat, M., & Da'ar, O. B. (2021). The trends of complementary alternative medicine use among cancer patients. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 21(1), 167.
- Jodidio, M. & Schwartz, R. A. (2024). Bee venom: Apitherapy and more. *Italian Journal of Dermatology and Venereology*, 159(1), 4-10. <https://doi.org/10.23736/S2784-8671.23.07683-1>
- Jokhadze, N., Das, A., & Dizon, D. S. (2024). Global cancer statistics: A healthy population relies on population health. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 74(3), 224-226.

- Kahraman, B. N. (2020). *Akciğer kanseri hastalarında spiritüel iyilik halinin hastalık algısına etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Bursa. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 623191).
- Kamijo, Y., & Miyamura, T. (2020). Spirituality and associated factors among cancer patients undergoing chemotherapy. *Japan Journal of Nursing Science*, 17(1), e12276.
- Kanadlı, K. A., Olgun, N., Sazak, Y., Pekdiker, M., & Kimyon, G. (2022). Romatoloji hastalarında geleneksel-tamamlayıcı tıp uygulamaları ile ilaç kullanımı arasındaki ilişkinin incelenmesi: kontrollü kesitsel çalışma. *Journal of Turkish Society for Rheumatology*, 14, 283–284.
- Kanimozhi, T., Hindu, K., Maheshvari, Y., Khushnidha, Y. G., Kumaravel, M., Srinivas, K. S. et al. (2021). Herbal supplement usage among cancer patients: A questionnaire-based survey. *Journal of cancer research and therapeutics*, 17(1), 136-141.
- Karagöz, Y. (2021). *SPSS AMOS META Uygulamalı Biyoistatistik*. Güncellenmiş 3. Basım, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara. Sy: 746. ISBN: 978-625-439-583-3.
- Karakoç, M. D. (2020). Onkoloji hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullanma durumları. *Pamukkale Medical Journal*, 13(1), 69-80.
- Karasu, F. (2020). Spiritualite ve palyatif bakım. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(2), 231-234.
- Kashikar, Y., Madke, B., Singh, A., Meghe, S. & Rusia, K. (2024). Mesotherapy for melasma – An updated review. *J Pharm Bioall Sci*, 16:S1055-6.
- Kocabaş, D., Eke, E., & Demir, M. (2019). Sağlık hizmeti kullanımında bireylerin geleneksel ve alternatif yöntemlere ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi. *Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 19(1), 63-80.
- Kol, S., & Mete, M. (2022). Evaluation of patients'attitudes to traditional and complementary medicine a case of a medical center in İstanbul. *Eurasian Econometrics, Statistics and Empirical Economics Journal*, 22(22), 34-52.
- Köse, E. (2016). *Geleneksel ve tamamlayıcı tıp tutum ölçeği: geçerlilik ve güvenirlik çalışması* (Uzmanlık Tezi). Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Sakarya. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 447213).
- Köse, E., Ekerbiçer, H.Ç. & Erkorkmaz, Ü. (2018). Complementary, alternative and conventional medicine attitude scale: Turkish validity reliability study. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(4), 726 – 736. <https://dx.doi.org/10.31832/smj.478148>
- Kumaralingam, N. & Lavender, V. (2021). Systemic anti-cancer therapy: immunotherapy. M. Foulkes, V. Lavender, N. Kumaralingam ve K. Campbell (Ed.), *fundamentals of cancer care* içinde (s. 79-80). Ebn Health.
- Kwon, J.H., Lee, S.C., Lee, M.A., Kim, Y.J., Kang, J.H., Kim, J.Y. et al. (2019). Behaviors and attitudes toward the use of complementary and alternative medicine among korean cancer patients. *Cancer Res Treat.*, 51(3):851-860. doi: 10.4143/crt.2019.137. PMID: 31208165; PMCID: PMC6639220.
- Lee, E. L., Richards, N., Harrison, J. & Barnes, J. (2022). Prevalence of use of traditional, complementary and alternative medicine by the general population: a systematic review of national studies published from 2010 to 2019. *Drug safety*, 45(7), 713-735.

- Lee, Y. H. (2019). Spiritual care for cancer patients. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 6(2), 101-103.
- Lefebvre, K. B. (2017). Staging and performance status. J. Eggert (Ed.), *Cancer basics* içinde (s. 23-38). Oncology Nursing Society.
- Liang, X., Wu, S., Li, K., Zhang, H., Yang, F., Wang, X. et al. (2023). The effects of reflexology on symptoms in pregnancy: A systematic review of randomized controlled trials. *Heliyon*.
- Londoudi, A., Skampardonis, K., Alikari, V., Prapa, P. M., Toska, A., Saridi, M. et al. (2024). Assessment of the relationship between fear of cancer recurrence, spiritual well-being, and mental health among cancer patients: a cross-sectional study. *Nursing Reports*, 14(1), 317-327.
- Mahon, S. M. (2017). Cancer epidemiology and prevention. J. Eggert (Ed.), *Cancer basics* içinde (s. 39-61). Oncology Nursing Society.
- Malik, D., Batra, G., Mahendiratta, S., Prakash, A. & Medhi, B. (2020). Understanding cancer: types and therapeutics. N. Charron (Ed.), *An introduction to cancer therapy* içinde (s. 11-36). Nova Medicine And Health.
- Männle, H., Momm, F., Hübner, J., & Münstedt, K. (2021). Do breast cancer patients adapt CAM methods according to the therapeutic situation?. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 43, 101305.
- Martins, H., Dias Domingues, T., & Caldeira, S. (2020). Spiritual well-being in cancer patients undergoing chemotherapy in an outpatient setting: a cross-sectional study. *Journal of Holistic Nursing*, 38(1), 68-77.
- McFadden, K.L., Hernandez, T.D. & Ito, T.A. (2010). Attitudes toward complementary and alternative medicine influence its use, *Explore*, 6(6), 380-388.
- Miller, E.A., Beaumont, S., Zhou, Z.N., Brewer, J.T., Thomas, C., Chapman-Davis, E. et al. (2023). Attitudes and beliefs regarding complementary and alternative medicine in a diverse gynecologic oncology patient population. *Gynecol Oncol Rep.*, 24;48:101232. doi: 10.1016/j.gore.2023.101232. PMID: 37415958; PMCID: PMC10320404
- Mollart, L., Stulz, V., & Foureur, M. (2019). Midwives' personal views and beliefs about complementary and alternative medicine (CAM): a national survey. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 34, 235-239.
- Muzdalifah, F., Ariyani, M., & Gazadinda, R. (2022). Spiritual well-being as a predictor of quality of life among breast cancer patients in Indonesia. In *3rd Borobudur International Symposium on Humanities and Social Science* (BIS-HSS 2021) (s. 258-268). Atlantis Press.
- Mwaka, A. D., Abbo, C., & Kinengyere, A. A. (2020). Traditional and complementary medicine use among adult cancer patients undergoing conventional treatment in Sub-Saharan Africa: a scoping review on the use, safety and risks. *Cancer management and research*, 3699-3712.
- National Cancer Institute (NCI) (2024). <https://www.cancer.gov/about-cancer> sayfasından erişilmiştir. Erişim tarihi:18.05.2024
- National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH) (2021). <https://www.nccih.nih.gov/health/complementary-alternative-or-integrative-health-whats-in-a-name> sayfasından erişilmiştir. Erişim tarihi:21.05.2024

- Odabaş, Ö. K., & Ağadayı, E. (2021). Aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları hakkında bilgi ve davranışları. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 15(1), 121-128.
- Olsen, M. (2017). Chemotherapy. J. Eggert (Ed.), *Cancer basics* içinde (s. 197-216). Oncology Nursing Society.
- Orhan, M. F., Elmas, B., Altındış, S., Karagöz, R. & Altındış, M. (2019). Aile hekimi ve pediatriistlerin geleneksel ve tamamlayıcı tıba (getat) bakışı. *J Biotechnol And Strategic Health Res.*, 3(özel sayı), 161-167.
- Ölmez, N., & Karadağ, E. (2022). Ayaktan kemoterapi alan kanserli hastaların spiritüel iyilik hali ve psikolojik dayanıklılık düzeyi arasındaki ilişki. *Sakarya Tıp Dergisi*, 12(3), 390-402.
- Öz, Y. C., Duran, S., & Doğan, K. (2022). The meaning and role of spirituality for older adults: A qualitative study. *Journal of Religion and Health*, 61(2), 1490-1504.
- Özer, D., & Pasinlioğlu, T. (2022). Hemşireliğin Kavramsal Çerçevesinde Spiritüelite. *Bildiri Kitabı*, s.118-124.
- Özer, G., Turan, G. B., & Bakır, E. (2020). Dahiliye polikliniğine başvuran hastaların geleneksel ve tamamlayıcı tıba karşı tutumları ve etkileyen faktörler. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi*, 2(3), 102-112.
- Öztürk, R., Eminov, A. & Ertem, G. (2022). Use of complementary and alternative medicine in pregnancy and labour pain: a cross-sectional study from turkey. *BMC Complement Med Ther* 22, 332. <https://doi.org/10.1186/s12906-022-03804-w>
- Pandey, L., Pasricha, R., Joseph, D., Ahuja, R., Yanthan, Y., Garg, P. K. et al. (2021). Use of complementary and alternative medicine among patients with cancer in a sub-Himalayan state in India: An exploratory study. *Journal of Ayurveda and Integrative Medicine*, 12(1), 126-130.
- Peltzer, K. & Pengpid, S. (2018). Prevalence and determinants of traditional, complementary and alternative medicine provider use among adults from 32 countries. *Chin. J. Integr. Med.*, 24, 584–590. <https://doi.org/10.1007/s11655-016-2748-y>
- Perera, P. K. (2019). Traditional medicine-based therapies for cancer management. *Systematic Reviews in Pharmacy*, 10(1), 90-92.
- Peteet, J. R., & Amonoo, H. L. (2023). Spirituality in the care of patients with cancer: What is the psychiatrist's role?. *Palliative & Supportive Care*, 21(1), 173-175.
- Phutrakool, P. & Pongpirul, K. (2022). Acceptance and use of complementary and alternative medicine among medical specialists: a 15-year systematic review and data synthesis. *Syst Rev* 11, 10. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01882-4>
- Polattimur, M. (2022). *Aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalarda spiritüelite düzeyi ve geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulaması kullanımı*. (Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Ankara. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 754224).
- Porsuk, A. Ö., & Cerit, Ç. (2021). Views of healthcare professionals to traditional and complementary medicine. *International Journal of Traditional and Complementary Medicine Research*, 2(3), 146-152.
- Powers-James, C., Alvarez, A., Milbury, K., Barbo, A., Daunov, K., Lopez, G. et al. (2020). The influence of spirituality and religiosity on US oncologists' personal use of and clinical

- practices regarding complementary and alternative medicine. *Integrative cancer therapies*, 19, 1534735420945769.
- Qureshi, M., Zelinski, E., & Carlson, L. E. (2018). Cancer and complementary therapies: current trends in survivors' interest and use. *Integrative cancer therapies*, 17(3), 844-853.
- Riklikienė, O., Kaselienė, S., Spirgienė, L., Karosas, L., & Fisher, J. W. (2020). Spiritual wellbeing of cancer patients: what health-related factors matter?. *Journal of religion and health*, 59(6), 2882-2898.
- Rodriguez, R. W. (2017). Hormone therapy. J. Eggert (Ed.), *Cancer basics* içinde (s. 259-275). Oncology Nursing Society.
- Rotter, G., Jerzynski, L., Hinse, M., Binting, S. & Brinkhaus, B. (2021). The attitude of medical students toward complementary medicine: results of a cross-sectional study. *J Altern Complement Med.*, 27(12):1124-1130. doi: 10.1089/acm.2021.0181. PMID: 34491826; PMCID: PMC8713257.
- Saad, M., Drysdale, E. & Maraldi, E. (2022) Editorial: Spirituality and mental health: exploring the meanings of the term "spiritual". *Front. Psychol.* 13:963708. doi: 10.3389/fpsyg.2022.963708
- Sağlık Bakanlığı. (2014). Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği. Resmi Gazete, 29158.
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (SHGM) (2023). Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları İyi Klinik Uygulama Kılavuzu <https://shgmgetatdb.saglik.gov.tr/TR-82167/geleneksel-ve-tamamlayici-tip-uygulamaları-iyi-klinik-uygulama-kilavuzu.html> sayfasından erişilmiştir. Erişim tarihi:22.05.2024
- Salazar, H. & Nicholls, R. (2018). Understanding spirituality. H. Salazar ve R. Nicholls (Ed.), *The philosophy of spirituality: analytic, continental and multicultural approaches to a new field of philosophy* içinde (s. 15-17). Brill.
- Salman, A., & Lee, Y. H. (2019). Spiritual practices and effects of spiritual well-being and depression on elders' self-perceived health. *Applied Nursing Research*, 48, 68-74.
- Samancı, R., Sultanoğlu, T. E., Kaya, A., & Ataoğlu, S. (2023). Fiziksel tıp ve rehabilitasyon polikliniğine başvuran hastaların geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerini kullanma durumları: kesitsel bir araştırma. *Sağlık Bilimlerinde Değer*, 13(1), 29-34.
- Samuels, N., Zisk-Rony, R. Y., Many, A., Ben-Shitrit, G., Erez, O., Mankuta, D. et al. (2013). Use of and attitudes toward complementary and alternative medicine among obstetricians in Israel. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 121(2), 132-136.
- Sarman, A., & Uzuntarla, Y. (2022). Attitudes of healthcare workers towards complementary and alternative medicine practices: A cross-sectional study in Turkey. *European Journal of Integrative Medicine*, 49, 102096.
- Serbest, E. & Şahin, A.Z. (2021). Turkish validity and reliability study of spirituality index of well-being. *TJFMPC*, 15(4): 872-878. DOI: 10.21763/tjfmpe.1002394
- Shirkavand, L., Abbaszadeh, A., Borhani, F., & Momenyan, S. (2018). Correlation between spiritual well-being with satisfaction with life and death anxiety among elderlies suffering from cancer. *Electronic Journal of General Medicine*, 15(3).
- Siegel, R. L., Giaquinto, A. N., & Jemal, A. (2024). Cancer statistics, 2024. *CA: a cancer journal for clinicians*, 74(1), 12-49.

- Şahin, T. C. & Tunç, F. (2022). Osteopati. Y. K. Haspolat ve S. Ertuğrul (Ed.), *Tamamlayıcı ve geleneksel tıp içinde* (s. 240-248). Orient Yayınları.
- Şen, Z. (2022). *Kanser hastalarında geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanımının hasta yakınmalarına etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı, Bursa. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 754714).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (HSGM) (2022). Türkiye Kanser İstatistikleri 2018, Ankara. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri.html> sayfasından erişilmiştir. Erişim tarihi:15.05.2024
- Talhaoğlu, D. (2021). Geleneksel ve tamamlayıcı tedavi uygulamaları. *Bütünleyici Ve Anadolu Tıbbi Dergisi*, 3(1), 16-29. <https://doi.org/10.53445/batd.945893>
- Taneri, P. E. & Akış, N. (2017). Geleneksel, alternatif ve tamamlayıcı tıp yöntemleri. S. Tütüncü ve N. Etiler (Ed.), *Tıbbın alternatifi olmaz! geleneksel alternatif ve tamamlayıcı tıp uygulamaları içinde* (s. 55-97). Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- Tanrıverdi, M. H. (2022). Mezoterapi. Y. K. Haspolat ve S. Ertuğrul (Ed.), *Tamamlayıcı ve geleneksel tıp içinde* (s. 234-239). Orient Yayınları.
- Tanrıverdi, M. H. (2022). Proloterapi. Y. K. Haspolat ve S. Ertuğrul (Ed.), *Tamamlayıcı ve geleneksel tıp içinde* (s. 222-227). Orient Yayınları.
- Tedder, M. & Eggert, J. (2017). Biology of cancer. J. Eggert (Ed.), *Cancer basics* içinde (s. 1-21). Oncology Nursing Society.
- Tekin, R., Görpelioglu, S., Aypak, C., Suvak, O., & Emiroğlu, C. (2021). The knowledge and attitudes of the non-health worker citizens and physicians about traditional and complementary medicine: a cross-sectional study. *Eurasian Journal of Family Medicine*, 10(3), 107-114.
- Thomson, P., Jones, J., Browne, M., & Leslie, S. J. (2014). Psychosocial factors that predict why people use complementary and alternative medicine and continue with its use: a population based study. *Complementary therapies in clinical practice*, 20(4), 302-310.
- Tokaç, E. (2021). *Kahramanmaraş'ta geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları kullanımı*. (Uzmanlık Tezi). Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Kahramanmaraş. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 665751).
- Tomić, S., Malenković, G., Lalić, I., Tomić, S., & Lalić, N. (2018). Attitudes and beliefs of nurses and technicians towards complementary- alternative medicine. *Medical review / Medicinski Pregled*, 71, 53–58. <https://doi.org/10.2298/MPNS18S1053T>
- Toprak, F. Ü., Uysal, N., Erenel, A. Ş., & Kutlutürkan, S. (2019). Onkoloji hemşireleri, kanser hastaları ve hasta yakınlarının tamamlayıcı-alternatif tedavi yöntemlerine ilişkin uygulama ve tutumlarının belirlenmesi. *Gazi Medical Journal*, 30(3).
- Türkiye Kanser Enstitüsü (TKE) (2024). <https://tke.tuseb.gov.tr/kanser-hakkinda/kanser-nedir> sayfasından erişilmiştir. Erişim tarihi:18.05.2024
- Tütüncü, S. (2017). Geleneksel, alternatif ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına genel bir bakış. S. Tütüncü ve N. Etiler (Ed.), *Tıbbın alternatifi olmaz! Geleneksel alternatif ve tamamlayıcı tıp uygulamaları içinde* (s. 11-53). Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

- Ulusoy, Z. B., & Keskin, A. (2021). Onkoloji hastalarının geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT) yöntemleri hakkındaki tutumları. *Ankara Medical Journal*, 21(3), 374-385.
- Uslu, F. (2020). *Geleneksel ve tamamlayıcı tıp (getat) sağlık inanış anketinin türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması*. (Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği, Ankara. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 644233).
- Ünal, M. & Dağdeviren, H. N. (2019). Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemleri. *Eurasian Journal of Family Medicine*, 8(1), 1-9. doi:10.33880/ejfm.2019080101
- Ünlüer, T. (2015). *Sağlık çalışanlarında tamamlayıcı ve alternatif tıp (tat) yöntemlerinin kullanım sıklığı ve bu konudaki bilgi, tutum ve davranışlarının araştırılması*. (Uzmanlık Tezi). Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Askeri Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığı, Ankara. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 452295).
- Ünsat, E., & Albayrak, S. (2023). Geleneksel ve tamamlayıcı tıba yönelik tutumlar: KETEM örneği. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing/Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 25(3).
- Victor, C. G. P., & Treschuk, J. V. (2020). Critical literature review on the definition clarity of the concept of faith, religion, and spirituality. *Journal of Holistic Nursing*, 38(1), 107-113.
- Voiß, P., Höxtermann, M. D., Dobos, G., & Cramer, H. (2020). Complementary medicine use and uptake of cancer screening among US adults: A nationally representative cross-sectional survey. *Integrative cancer therapies*, 19, 1534735420943286.
- World Health Organization (WHO) (2002). Traditional Medicine Strategy 2002-2005. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67163/WHO_EDM_TRM_2002.1_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y sayfasından erişilmiştir. Erişim tarihi:19.05.2024
- World Health Organization (WHO) (2013). Traditional Medicine Strategy: 2014-2023. https://iris.who.int/handle/10665/92455?searchresult=true&query=2014+2023+report&scope=&rpp=10&sort_by=score&order=desc sayfasından erişilmiştir. Erişim tarihi: 19.05.2024
- World Health Organization (WHO) (2019). Who global report on traditional and complementary medicine 2019. <https://www.who.int/publications/i/item/978924151536> sayfasından erişilmiştir. Erişim tarihi:18.05.2024
- World Health Organization (WHO) (2022). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer> sayfasından erişilmiştir. Erişim tarihi:18.05.2024
- Xie, H., Sang, T., Li, W., Li, L., Gao, Y., Qiu, W. et al. (2020). A survey on perceptions of complementary and alternative medicine among undergraduates in China. *Evid Based Complement Alternat Med.*, 30;2020:9091051. doi: 10.1155/2020/9091051. PMID: 32082398; PMCID: PMC7011398.
- Yavuz, D. (2022). *Geriatrik onkoloji hastalarında dini inanç ve maneviyatın hastalığa uyum üzerine etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Samsun. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 713200).
- Yeter, G. (2012). *Çocuk kanser hastalarında semptomlara yönelik tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı*. (Yüksek Lisans Tezi). Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Mersin. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 314346).

- Yığ, A. (2022). *Bireylerin geleneksel ve tamamlayıcı alternatif tıp hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi*. (Uzmanlık Tezi). İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 757208).
- Yıldız, İ. (2006). *Kanser hastalarında tamamlayıcı-alternatif tedavi kullanımı*. (Uzmanlık Tezi). İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 193069).
- Yılmaz, A. & Kızmaz, V. (2022). Maggot debridman terapisi. Y. K. Haspolat ve S. Ertuğrul (Ed.), *Tamamlayıcı ve geleneksel tıp içinde* (s. 206-209). Orient Yayınları.
- Yılmaz, A. (2022). Tıbbi sülük tedavisi (hirudoterapi). Y. K. Haspolat ve S. Ertuğrul (Ed.), *Tamamlayıcı ve geleneksel tıp içinde* (s. 214-217). Orient Yayınları.
- Youn, B. Y., Moon, S., Mok, K., Cheon, C., Ko, Y., Park, S. et al. (2022). Use of traditional, complementary and alternative medicine in nine countries: A cross-sectional multinational survey. *Complementary Therapies in Medicine*, 71, 102889.
- Yusefi, M., Reihani, H., Heydari, M., Azgomi, R. N. D., & Hashempur, M. H. (2024). Complementary and alternative medicine use among cancer patients in Iran: a systematic review. *Preventive Medicine Reports*, 102644.
- Yücel, İ. (2021). *Meme kanseri hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımı ve yaşam kalitesi üzerine etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Kırklareli. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 692702).
- Yüksel, Ş. (2019). *Onkolojik cerrahi geçiren hastaların spiritualite ve umut durumlarının belirlenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Gaziantep. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> sayfasından erişilmiştir. (Tez Numarası 579450).

EKLER**EK-1 ETİK KURUL İZNİ**

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK) kapsamında ilgili belge kaldırılmıştır.



EK-1 DEVAMI

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK) kapsamında ilgili belge kaldırılmıştır.



EK-2 KURUM İZNİ

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK) kapsamında ilgili belge kaldırılmıştır.



EK-3 KURUM İZNİ

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK) kapsamında ilgili belge kaldırılmıştır.



EK-4 ÖLÇEK İZİNLERİ

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK) kapsamında ilgili belge kaldırılmıştır.



EK-5 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Bu çalışma Zeynep TABANLI tarafından, Doç. Dr. Yeliz MERCAN danışmanlığında kemoterapi tedavisi alan kanser hastalarının geleneksel, alternatif ve tamamlayıcı tıp konusundaki tutum ve inançlarının, spiritüel iyilik hali ile ilişkisini incelemek amacıyla planlanmıştır. Bu formu doldurmanız yaklaşık 30 dakikanızı alacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ayrıca çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Araştırmaya yönelik sormak istediğiniz konu hakkında XXX XXX XXXX (Zeynep TABANLI) numaralı telefondan istediğiniz zaman ulaşabilirsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. İlgi ve yardımlarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven ve imzalı form kağıdının bir kopyası bana verildi. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Araştırmacının:

Adı-Soyadı:

Tarih:

İmza:

Katılımcının:

Adı-Soyadı:

Tarih:

İmza:

Şahit:

Adı-Soyadı:

Tarih:

İmza:

EK 5. ANKET FORMU

Tanımlayıcı Özellikler

1. Cinsiyetiniz: ☐ Kadın ☐ Erkek

2. Yaşınız:

3. Şimdi nerede yaşıyorsunuz? ☐ İl merkezi ☐ İlçe merkezi ☐ Kasaba ☐ Köy

4. Eğitim durumunuz nedir?

- ☐ Okuryazar değil ☐ Lise mezunu
☐ Okuryazar ☐ Üniversite mezunu
☐ İlkokul mezunu ☐ Yüksek lisans ve üzeri
☐ Ortaokul mezunu

5. Medeni durumunuz nedir? ☐ Evli ☐ Bekar ☐ Boşanmış ☐ Eşi vefat etmiş

6. Aile tipiniz nedir? ☐ Çekirdek ☐ Geniş ☐ Parçalanmış

7. Kendiniz dahil, evde kaç kişi yaşıyorsunuz?

8. Mesleğiniz:

9. Çalışma durumunuz nedir? ☐ Çalışıyor ☐ Çalışmıyor

10. Size göre aylık hane gelir düzeyiniz nedir? ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü

11. Sosyal güvenceniz var mı? ☐ Yok ☐ Var

12. Sigara içiyor musunuz? ☐ Hayır ☐ Bıraktım ☐ Evet

13. Yanıtınız evet ise, kaç yıldır sigara içiyorsunuz?

14. Yanıtınız evet ise, günde kaç dal sigara içiyorsunuz?

15. Alkol kullanıyor musunuz? ☐ Hayır ☐ Ara sıra ☐ Evet ☐ Bıraktım

Genel Sağlık Durumu İle İlgili Özellikler

16. Size doktor tarafından tanısı konulmuş, kanser dışında herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

- ☐ Hayır ☐ Evet, hastalıklarım

17. Kanser tedavisi dışında, sürekli olarak herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

18. Ailenizde kanser tanısı alan başka bir kişi var mı?

- ☐ Hayır ☐ Evet, yakınlık derecesi

19. Şimdiki sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz? ☐ Kötü ☐ Orta ☐ İyi

20. Hangi kanser türünde tanı aldınız?

21. Şimdiye kadar aldığınız tedaviler nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- ☐ Kemoterapi ☐ Radyoterapi ☐ Cerrahi Yöntemler ☐ Hormon Terapisi

22. Hastalığınızın evresi nedir? ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ Belirlenmemiş

23. Metastaz durumu var mı? ☐ Var ☐ Yok ☐ Bilinmiyor

24. İlk kemoterapi tedavisini ne zaman almaya başladınız?gün/ ay önce

25. Kaçınıcı kürünüz?

26. Kemoterapiyi ne sıklıkta alıyorsunuz?

27. Kemoterapiye bağlı yaşadığınız sorunlar nelerdir?

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Bulantı-kusma | ☐ Enfeksiyon | ☐ Anemi |
| ☐ İştahsızlık | ☐ İshal | ☐ Ağızda yara |
| ☐ Yorgunluk, halsizlik | ☐ Kabızlık | ☐ Saç dökülmesi |
| ☐ Ağrı | ☐ Tat değişiklikleri | ☐ Cilt renginde değişiklik |

28. Size uygulanacak tedavi ve gelişebilecek yan etkiler hakkında bilgi verildi mi?

- ☐ Hayır ☐ Evet

29. Hastalığınızı nasıl algılıyorsunuz?

- ☐ Tedavi edilemeyen bir hastalık
☐ Uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık
☐ Kolay tedavi edilen bir hastalık
☐ Diğer, belirtiniz

30. Bir sağlık problemi ile karşılaştığınızda ilk başvurduğunuz tedavi yöntemi hangisidir?

- ☐ Medikal tedavi ☐ Geleneksel, alternatif veya tamamlayıcı tedavi

GETAT Uygulamalarına Yönelik Görüş ve Özellikler

31. Geleneksel, alternatif ve tamamlayıcı tıp hakkında bilginiz var mı?

- ☐ Evet ☐ Hayır (33. soruya geçiniz.)

32. Geleneksel, alternatif ve tamamlayıcı tıp hakkında bilgiye nereden ulaştınız? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

- ☐ Çevre (aile, arkadaş, komşu, akraba vb.)
☐ Sağlık çalışanı (doktor, hemşire vb.)
☐ Yazılı veya görsel medya
☐ Diğer, belirtiniz

33. Geleneksel, alternatif ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullandığınız oldu mu?

- ☐ Evet ☐ Hayır (42. soruya geçiniz.)

34. Hangi geleneksel, alternatif ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini kullandınız? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

☐ Akupunktur	☐ Larva uygulaması
☐ Apiterapi (Arı ve arı ürünleri)	☐ Masaj
☐ Dua etme	☐ Meditasyon / Yoga
☐ Fitoterapi (Bitkisel tıbbi ürünler)	☐ Mezoterapi (Bitkisel veya medikal ilaçların özel teknikler ile bölgesel cilt içi enjeksiyonu)
☐ Hipnoz	☐ Müzik terapisi
☐ Hirudoterapi (Sülük tedavisi)	☐ Osteopati (Kas-iskelet sistemine elle uygulanan teknikler)
☐ Homeopati (Kişiye özgü seçilmiş ilaçların çok düşük dozda verilmesi)	☐ Ozon terapisi
☐ Kaplıca	☐ Proloterapi (Belirli solüsyonların eklem içine enjeksiyonu)
☐ Kayropratik (Eklemlere elle)	☐ Refleksoloji (Vücudun belli noktalarına basınç)

uygulanan teknikler)	uygulanması)
☐ Kupa uygulaması (Hacamat)	☐ Diğer (Belirtiniz)

35. Geleneksel, alternatif ve tamamlayıcı tedavi kullanmaya ilk ne zaman başladınız?

- ☐ Hastalıktan önce
☐ Tanıyı ilk aldığım zaman
☐ Tıbbi tedavi başladıktan sonra
☐ Tıbbi tedaviden yarar görmeyince
☐ Diğer, belirtiniz

36. Geleneksel, alternatif ve tamamlayıcı tedavi kullanırken beklentiniz nedir?

- ☐ Bağışıklık sistemimi güçlendirmek
☐ Doktorumun verdiği tedaviye (kemoterapi) destek ve yardımcı olmak
☐ Şikayetlerimi azaltmak
☐ Hastalığıma şifa sağlamak
☐ Hastalığının nüksetmesini önlemek
☐ Diğer, belirtiniz

37. Geleneksel, alternatif ve tamamlayıcı tedaviyi sağlık personeline danıştınız mı?

- ☐ Evet ☐ Hayır

38. Kullandığınız geleneksel, alternatif ve tamamlayıcı tıp yöntemleri şikayetlerinizi gidermede faydalı oldu mu?

- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Kısmen

39. Geleneksel, alternatif ve tamamlayıcı tıp yöntemlerini kullanırken herhangi bir yan etki ile karşılaştınız mı?

- ☐ Evet ☐ Hayır

40. Geleneksel, alternatif ve tamamlayıcı tıp yöntemlerinin yararlı olduğuna inanıyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Fikrim yok

41. Geleneksel, alternatif ve tamamlayıcı tıp yöntemlerini başkalarına kullanmayı tavsiye eder misiniz?

- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Kararsızım

42. Geleneksel, alternatif ve tamamlayıcı tıp yöntemlerini kullanmayı tercih etmeme nedeniniz hangisidir? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

- ☐ Kullanmaktan korktum ☐ Yönteme ulaşamadım
☐ Hekimim önermedi ☐ Fazla pahalı geldi
☐ Çevrem karşı çıktı ☐ Yararlı olduğunu düşünmüyorum

GELENEKSEL TAMAMLAYICI TIP TUTUM ÖLÇEĞİ

		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Kararsızım	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	En son doktora gidişimde aldığım sağlık hizmetinden çok memnun kaldım.							
2	İnsan bedeni esasen kendi kendini iyileştirebilir, sağlık hizmeti sunan kişilerin görevi de bu iyileşme sürecine yardımcı olmaktır							
3	Sağlık, ruhen, beden, zihnen bütün olarak ele							

	alınmalıdır. Sağlığımla ilgilenecek kişi de bu durumu dikkate almalıdır.								
4	En son doktora gidişimde, sağlığımla ilgili sorduğum önemli sorulara doktorumun verdiği cevapları anladım.								
5	Doktorların öneri ve uygulamalarına kıyasla tamamlayıcı tıbbı dair öneri ve uygulamaları kendime daha yakın buluyorum.								
6	Tamamlayıcı tıbbın sağlığa olumlu etkisi insanların tamamlayıcı tıbbı olan inancından(öğrenilmiş beklenti) kaynaklanmaktadır.								
7	Tamamlayıcı tıpta kullanılan iyileştirme yöntemlerinin doktorların (modern tıbbın) uyguladığı tedavilerden daha doğal olduğunu düşünüyorum.								
8	Sağlık hizmeti almak için sıklıkla başvurduğum doktora çok güvenirim.								
9	Tamamlayıcı tıbbın halkın sağlığı için bir tehdit olduğunu düşünüyorum.								
10	Beden ve ruh sağlığımız, içimizdeki bir enerji veya yaşama gücü tarafından korunup sürdürülmektedir.								
11	Doktorlara ve hastanelere güvenmiyorum, bu nedenle mümkün olduğu kadar az gitmeye çalışıyorum.								
12	Hastanın hissettiği rahatsızlıklar, vücudunun dengesinin bozulması veya bir organdaki bozukluğun tüm vücudu etkilemesi şeklinde değerlendirilebilir.								
13	Sağlık ve hastalık pozitif iyileştirici enerji ile negatif yıkıcı enerji arasındaki dengenin bir yansımasıdır.								
14	En son doktora başvurduğumda, doktor sorunun ne olduğunu anlamadı.								
15	Hastanın beklentileri, sağlık ile ilgili inançları ve manevi değerleri sağlık hizmeti ile bütünleştirilmelidir.								
16	Doktoruma son gittiğimde onunla konuşmakta zorlandım.								
17	Çoğu zaman, doktorumun uyguladığı tedavilerin olumsuz yan etkileri olacağından endişeleniyorum.								
18	Tamamlayıcı tıp uygulamalarından sonra veya tamamlayıcı tıp ürünlerini kullandıktan sonra kendimi oldukça rahatlamış hissediyorum.								
19	Tamamlayıcı tıp uygulamalarının, kendi sağlığımın kontrolünü ele almamı sağladığına inanıyorum.								
20	Sağlık problemlerimle kendi kendime başa çıkmayı tercih ederim.								
21	Tamamlayıcı tıp tedavi yöntemlerinin çoğu vücudumuzun sahip olduğu kendini iyileştirme gücünü aktif hale getirmektedir.								
22	Tamamlayıcı tıp, içerisinde doktorların da faydalanacağı fikir ve yöntemleri barındırmaktadır.								
23	Bilimsel yöntemlerle denenmemiş tedavi yöntemleri teşvik edilmemelidir.								
24	Sağlık sorunu için tamamlayıcı tıbbın, doktorların uyguladığı tedavilerden daha etkili olacağına inanıyorum.								
25	Tedavi uygulanırken, insanın bir bütün olarak ele alınması benim için önemlidir.								
26	En son doktora başvurduğumda, aldığım tedavi iyileşmemde etkili oldu.								
27	En son doktora başvurduğumda, doktor bana yeterli zaman ayırmadı.								

TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TIP SAĞLIK İNANIS ANKETİ

		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Kararsızım	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	Fiziksel ve mental sağlık altta yatan bir enerji veya yaşamsal güç tarafından sağlanır.							
2	Sağlık ve hastalık pozitif yaşamsal güçler ve negatif yıkıcı güçler arasındaki dengenin bir yansımasıdır.							
3	Vücut aslında kendi kendine iyileşebilir ve sağlık bakım sağlayıcısının görevi bu iyileşme sürecinde yardımcı olmaktır.							
4	Bir hastanın semptomları tüm vücudu etkileyen genel dengesizlik veya disfonksiyonun sonucu olarak ele alınmalıdır.							
5	Bir hastanın beklentileri, sağlık inanışları ve kültürel değerleri hasta bakım sürecine dahil edilmelidir.							
6	Tamamlayıcı tedaviler halk sağlığı için bir tehdittir.							
7	Tamamlayıcı tedavilerin etkileri genellikle plasebo etkilidir.							
8	Tamamlayıcı tedaviler klasik tıbbın faydalanabileceği düşünceler ve metodlar içerir.							
9	Çoğu tamamlayıcı tedavi vücudun doğal terapötik güçlerini harekete geçirir							
10	Bilimsel olarak kanıtlanmamış tedaviler kullanılmamalıdır.							

SPIRİTÜEL İYİLİK ÖLÇEĞİ (SIWB)

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1.Kendime yardım etmek için yapabileceğim fazla bir şey yok.					
2. Genellikle, başladığım şeyi bitirebilmemin herhangi bir yolu yok					
3. Sorunlarımı anlayamam					
4. Kişisel sıkıntılar ve sorunlar yaşadığımda bunalırım.					
5. Sorunlarımı çözmeye nasıl başlayacağımı bilmiyorum					
6. Yaşamımda bir değişiklik yapmak için elimden gelen fazla bir şey yok					
7. Yaşamımın amacını henüz bulamadım.					
8. Kim olduğumu, nereden geldiğimi ya da nereye gitmekte olduğumu bilmiyorum.					
9. Yaşama amacımda eksiklik var					
10. Bu dünyada, nereye ait olduğumu bilmiyorum					
11.Yaşamın manasını anlamaktan uzağım					
12. Şu an yaşamımda büyük bir boşluk var					

ÖZGEÇMİŞ

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK) kapsamında ilgili belge kaldırılmıştır.

