

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

**MEME KANSERLİ KADINLARIN TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF
YAKLAŞIM KULLANIMLARINA GÖRE İYİLİK HALİ VE YAŞAM
KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Betül ÇAKMAK

**İç Hastalıkları Hemşireliği
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ANKARA

2018

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

**MEME KANSERLİ KADINLARIN TAMAMLAYICI VE
ALTERNATİF YAKLAŞIM KULLANIMLARINA GÖRE İYİLİK
HALİ VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Betül ÇAKMAK

**İç Hastalıkları Hemşireliği
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Leyla ÖZDEMİR**

**ANKARA
2018**

**MEME KANSERLİ KADINLARIN TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF YAKLAŞIM
KULLANIMLARINA GÖRE İYİLİK HALİ VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Öğrenci: Betül ÇAKMAK

Danışman: Doç. Dr. Leyla ÖZDEMİR

Bu tez çalışması 25.06.2018 tarihinde jürimiz tarafından "İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı" nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Doç. Dr. Sevgisun KAPUCU
(Hacettepe Üniversitesi)

(imza)

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Leyla ÖZDEMİR
(Hacettepe Üniversitesi)

(imza)

Üye: Dr.Öğr.Üyesi Ayla Demirtaş
(Sağlık Bilimleri Üniversitesi)

(imza)

Üye: Dr.Öğr.Üyesi İmatullah AKYAR
(Hacettepe Üniversitesi)

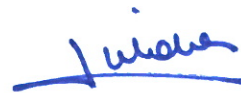
(imza)

Üye: Dr.Öğr.Üyesi Zehra GÖK METİN
(Hacettepe Üniversitesi)

(imza)

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

26 Haziran 2018



Prof. Dr. Diclehan Orhan

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

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

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

- ☐ **Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.**

(Bu seçenekle teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etmeniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir)

- ☒ **Tezimin/Raporumun 25. 06. 2020 tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını (İç kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) istemiyorum.**

(Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir)

- ☐ **Tezimin/Raporumun.....tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.**

- ☐ **Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi**

25 /06/2018

Betül Çakmak

ETİK BEYAN

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



Arş. Gör. Betül ÇAKMAK

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleşmesine katkılarından dolayı aşağıda adı geçen kişilere içtenlikle ve sevgiyle teşekkürlerimi sunarım.

Tez danışmanlığımı üstlenerek çalışmam boyunca bana yol gösteren, çalışmanın planlanması, yürütülmesi ve sonuçlanmasında katkı ve desteklerini hiç esirgemeyen, tezim dışındaki bütün konularda da bana her zaman önderlik eden saygıdeğer hocam Sayın Doç. Dr. Leyla Özdemir'e,

Tez hazırlama ve uygulama sürecim boyunca her zaman destek olan Doç. Dr. Umut Demirci, Dr. Öğr. Üyesi Zehra Gök Metin ve Arş Gör. Afra Çalık ve sağladıkları bilgiler ve kolaylıklarla desteklerini sunan Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ayaktan Kemoterapi ünitesi çalışanlarına,

Araştırmaya katılarak araştırmanın gerçekleştirilmesinde katkıları olan değerli hasta ve yakınlarına,

Çalışmam boyunca en zor anlarımda manevi desteklerini ve sevgilerini hiç esirgemeyen çok kıymetli aileme, kardeşime, arkadaşlarıma, doğduğumdan beri varlığıyla hayatıma anlam katan babaannem Dursune Güleç ve gökyüzüne her baktığımda bulutların arasından beni seyrettiğine emin olduğum dedem Turgut Güleç 'e büyük minnetlerimi sunmak isterim. Mesleki ve manevi olarak insanlığa ve bilime sunduğum bütün katkı, babaannem ve dedemi onurlandırmak içindir. İyi ki sizin torununuz olarak dünyaya gelmişim. .

Son olarak, üniversiteye başladığım andan itibaren hayatımın her anına tanıklık eden, bütün eğitim sürecime varlığıyla destek olan eşim Ömerhan Çakmak'a en içten dileklerle teşekkür ederim.

Betül ÇAKMAK

ÖZET

Çakmak, B. Meme Kanseri Kadınların Tamamlayıcı Ve Alternatif Yaklaşım Kullanımlarına Göre İyilik Hali Ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2018. Bu çalışma meme kanseri tanısı ile izlenen ve paklitaksel kemoterapi protokolü tedavisi alan kadınların tamamlayıcı yöntem kullanımının tespit edilmesi ve hastaların tamamlayıcı yöntem kullanımlarına göre semptomlarının ve yaşam kalitelerinin arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini amaçlı örnekleme yöntemi kullanılarak, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 2017 Ekim ve 2018 Şubat ayları arasında paklitaksel kemoterapi tedavisi alan 135 meme kanserli kadın hasta oluşturmuştur. Çalışmanın verilerinin toplanmasında, Tanıtıcı Bilgiler Formu, “Nightingale Symptom Değerlendirme Ölçeği” ve “Ferrans ve Powers Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşam Kalitesi Ölçeği” kullanılmıştır. Tamamlayıcı yöntem kullanan hastalara ise ilave olarak tamamlayıcı uygulamaları değerlendirilmek amacıyla “Tamamlayıcı Yöntemleri Değerlendirme Formu” kullanılmıştır. Çalışmanın sonucunda; araştırma kapsamına alınan meme kanserli kadınların %33,3’ünün (n=45) TAT’a başvurduğu belirlenmiştir. Hastaların çoğunlukla mukozit (%28,9), tat değişikliği (%24,4) ve yorgunluk (13,4) yaşadıkları saptanmıştır. Bu yan etkilere yönelik olarak kadınların %71,1’i bitkisel ürün kullanmaktadır ve en sık kullanılan ürün bal (%22,2) olduğu belirlenmiştir. Hastaların TAT kullanım durumuna göre kronik hastalık, BKİ değerleri, yaş grupları, kür sayıları ve kanser evresi ile NSDÖ skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). TAT kullanım durumuna göre NSDÖ Skorları ile hastaların eğitim grupları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). TAT kullanım durumuna göre Ferrans and Powers Yaşam Kalitesi ölçeği puanlarının incelenmesinde de memnuniyet ve önemlilik skorlarının alt boyutlarında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Çalışmamızda, TAT yöntemleri olarak sıklıkla bal (%22), limon (%20,0) karadut (%15,6) kullanıldığı, TAT kullanan hastalar için psikolojik/dinsel inanç ve aile kavramının kullanmayanlardan daha önemli olduğu bulunmuştur. Araştırma sonuçlarına göre ülkemizde TAT kullanım durumunu ortaya çıkarabilecek çalışmalar yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, meme kanseri, semptom, tamamlayıcı ve alternatif yöntem

ABSTRACT

Cakmak, B. Assessment of well-being and quality of life according to complementary and alternative approach method usage women with breast cancer. Hacettepe University Health Sciences Institute, Internal Medical Nursing Program master Thesis, Ankara, 2018. This study was conducted as a descriptive study to determine the use of complementary methods for women with breast cancer receiving paclitaxel chemotherapy protocol. The aim of this study is to determine the relationship between the symptom and quality of life of patients who use or do not use complementary methods. Sample of this study using purpose sampling method, included total 135 breast cancer patients who were receiving paclitaxel chemotherapy treatment at Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Oncology Training and Research Hospital in between september 2017 and february 2018. For data collection; Descriptive Information Form, "Nightingale Symptom Assessment Scale" and "Ferrans and Powers Quality of Life Scale" were used. For the patients using a complementary method; "Complementary Methods Evaluation Form" was used for assessing complementary methods. At the end of the study; it was found that 33.3% of the women with breast cancer who were included in the study were referred to CAM. It was found that the patients have mostly mucositis (%28.9), taste change (%24.4) and fatigue (%13.4). It was detected that 71.1% of the patients use herbal products and the most commonly used product is honey (22.2%). There was no significant relationship between chronic disease, BMI values, age groups, cure cycle, cancer stage and NSAS scores according to CAM use status of the patients ($p>0.05$). According to the use of CAM, there was a significant relationship between NSAS scores and the education groups of the patients ($p<0.05$). According to the use of CAM; a significant relation between satisfaction and significance scores was found in examining the Ferrans and Powers Quality of Life scale scores ($p<0.05$). In our study, honey, lemon and black mulberry were frequently used as CAM methods and it was found that for patients using CAM, psychological / religious beliefs and the concept of family were more important than those who did not. According to study results, it is recommended to conduct further studies that can reveal the use of CAM in Turkish population.

Key Words: breast cancer, complementary and alternative medicine, Nursing, symptom,

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Problem Tanımı	1
1.2. Çalışmanın Amacı	5
1.3. Araştırma Soruları	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Meme Kanseri	6
2.1.1. Meme Kanserinde Tedavi Yöntemleri	7
2.1.2. Kemoterapi ve Paklitaksel Protokolü	7
2.2. Paklitaksel Alan Meme Kanserli Hastalarda Görülen Semptom İlişkili İyilik Hali	8
2.3. Kanserde Tamamlayıcı ve Alternatif Yaklaşım	10
2.4. Kanserde Yaşam Kalitesi	12
3. GEREÇ VE YÖNTEM	14
3.1. Araştırma Tasarımı	14
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	14
3.2.1 Araştırmanın Yapıldığı Kurumun Özellikleri	14
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	15
3.3.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri	15
3.3.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri;	15
3.4. Verilerin Toplanması	15
3.4.1. Veri Toplama Araçları	15
3.5. Verilerin Toplanması ve Uygulanması	18
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi ve Bulguların Analizi	18
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	18

4. BULGULAR	19
4.1. Hastaların TAT Kullanma Durumlarına Göre Tanımlayıcı Özellikleri	19
4.2. Hastaların TAT Kullanım Durumlarına Göre Ferrans ve Powers Yaşam Kalitesi ve Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular	22
5. TARTIŞMA	40
5.1. Hastaların TAT Kullanım Durumlarının ve TAT Kullanan Hastaların Kullandıkları Tamamlayıcı Yöntemlerin Özelliklerinin İncelenmesi	41
5.2. NSDÖ Puanlarının İncelenmesi	43
5.3. Ferrans ve Powers Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının İncelenmesi	43
5.4. TAT Kullanan ve Kullanmayan Hastaların İyilik Hali ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	47
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	48
6.1. Sonuçlar	48
6.2. Öneriler	49
7. KAYNAKÇA	50
EKLER	
EK 1. Etik Kurul Kararı	
EK 2 Hastane İzin Yazısı (TUEK)	
EK-3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	
EK-4. Tanıtıcı Anket Formu	
EK-5. Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği (NSDÖ)	
EK-6. Ferrans ve Powers Yaşam Kalitesi Ölçeği	
EK-7. Tamamlayıcı Yöntemleri Değerlendirme Formu	
EK-8. Ölçek Kullanımı İzin Yazıları	
9. ÖZGEÇMİŞ	

SİMGELER ve KISALTMALAR

BRCA 1/2	: Breast Cancer Susceptibility (Meme Kanseri Duyarlılık Geni)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
NCCIH	: The National Center for Complementary and integrative Health
N-SDÖ	: Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği
TAT	: Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi
TNM	: T :tümör boyutu, N:lenf bezlerinin durumu, M:kanserin metastaz durumu
TUEK	: Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu



TABLOLAR

Tablo	Sayfa
4.1. TAT kullanma durumlarına göre tanımlayıcı özelliklerin dağılımı	19
4.2. Hastaların kansere ilişkin özelliklerine göre TAT kullanım durumları	20
4.3. Kullanılan TAT yaklaşımlarına ilişkin tanımlayıcı özellikler	21
4.4. Hastaların TAT kullanım durumlarına göre NSDÖ puanlarının karşılaştırılması	22
4.5. TAT kullanım durumuna göre Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeğinin (NSDÖ) eğitim grupları açısından karşılaştırılması	23
4.6. Hastaların TAT kullanım durumlarına göre Ferrans ve Powers Yaşam Kalitesi Ölçeğinin puanlarının karşılaştırılması	24
4.7. TAT kullanmayanların Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Endeksinin Yaş grupları açısından karşılaştırılması	26
4.8. TAT kullanmayanların Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Endeksinin eğitim açısından karşılaştırılması	29
4.9. TAT kullanmayan hastaların ölçek puanlarının birbiriyle olan ilişkilerinin incelenmesi	35

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı

Günümüzde insan sağlığını tehdit eden en önemli hastalıklardan birisi kanserdir (1). Her yıl dünyada yaklaşık 14 milyon kişiye kanser tanısı konulmaktadır ve dünyada her yıl kanser nedeniyle hayatını kaybedenlerin sayısı 8.2 milyondur. 2030 yılında bu rakamın iki katına çıkacağı öngörülmektedir (2, 3). Meme kanseri kadın kanserleri içinde en fazla görülen kanserdir ve ülkemizde de Türkiye Kanser İstatistiği 2017 verilerine göre, her 4 kadından biri meme kanseri tanısı almakta ve hastaların %44,5'i 50-69 yaş arasında, %40,4 ünün ise 25-49 yaş aralığında olduğu bildirilmektedir (4). Amerikan Kanser Derneğinin meme kanseri istatistiklerine göre, 2017 yılı boyunca yaklaşık 250.000 kadın meme kanseri tanısı almıştır ve 40.000'den fazla kadın hayatını kaybetmiştir (5). Kanser tedavisinde en sık kullanılan yöntem kemoterapidir. Kemoterapi, cerrahi girişim öncesinde tümörün boyutunu küçültmek üzere neoadjuvan tedavi şeklinde veya tek başına uygulanabilir (6). Kemoterapi birçok yan etkiye neden olabilmektedir. Bunlar arasında; ağrı, bulantı-kusma, iştahsızlık, tat değişikliği, yorgunluk, mukozit, konstipasyon, diyare, anemi, alopesi ve el ayak sendromu yer almaktadır (7). Kemoterapi sırasında hastaların %75-90'ının ağrı deneyimlediği ve kanser ağrısının %50'den fazlasının kontrol altına alınamadığı bilinmektedir (8). Ayrıca hastalarda %30-50 arasında uyku bozukluklarının görüldüğü ve ileri evre kanser hastalarında uyku bozuklukları ve diğer semptomların belirgin olarak artmakta olduğu belirtilmektedir (9). Ayrıca hastaların %25 ile %99'unun yorgunluk, yaklaşık %75'inin diyare, %65'inin saç kaybı ve %50'ye yakınının mukozit sorunu yaşadığı bildirilmiştir (8-10). Kemoterapi alan hastaların %38 ile %80'inde kemoterapi ilişkili bulantı ve kusma görülmektedir (11).

Kemoterapi tedavisi boyunca bireyin yaşadığı yan etkiler zamanla bütün hayatını etkilemeye başlamaktadır. Bu süreç özellikle kişinin yaşam kalitesi üzerinde büyük bir etkiye sahiptir. Yaşam kalitesi bireysel iyilik durumunun bir anlatımıdır ve yaşamın fiziksel, psikolojik, sosyal, finansal vb. çeşitli yönlerine ilişkin öznel doyum ifadelerini kapsamaktadır. Dinamik bir nitelik taşıyan yaşam kalitesi kavramı sürekli gelişim ve değişim göstermekte, kişiden kişiye değişebilmekte, sosyal, psikolojik, ekonomik ve kültürel faktörlerden etkilenmesi nedeniyle özellikle kronik hastalığı

olan bireylerde doğrudan etkilenecek, hasta ve ailesinin psikolojik, sosyal ve fiziksel yönden tanı, tedavi ve prognoza ilişkin tepkilerini değerlendirmede önemli bir kriterdir (12). Gümüş'ün, meme kanserli hastalarla yaptığı çalışmada, hastaların %63.3'ü sosyal, %53.3'ü ise aile yaşamlarını “kötü” olarak değerlendirmiştir (13). Montazeri ve arkadaşlarının meme kanseri tanısı almadan önce, tanı aldıktan 3 ay sonra ve tedavi başladıktan 1 yıl sonra hastaların yaşam kalitelerini değerlendirdikleri bir çalışmada; hastaların tanıdan hemen sonraki yaşam kalitesi puan ortalamasının, 18 ay sonrakine göre oldukça yüksek olduğu saptanmıştır (14).

Tanı, süreç, tedavide yaşanan zorluklar, yaşam kalitesinin azalması ve semptom yükü nedeniyle hastalar tamamlayıcı tedavi yöntemlerine başvurmaktadırlar. Tamamlayıcı tedavi, bilimsel tıbbi tedavilere destek amacı ile kullanılan tedavilerdir. Bu nedenle tamamlayıcı tedaviler, hastalar tarafından yaşam kalitelerini artırmak, semptomlara ve ilaçlara bağlı yan etkileri azaltmak, fiziksel ve psikolojik destek sağlamak amacıyla kullanılır. Alternatif tedavi ise, bilimsel uygulamaların yerine kullanılmaktadır. Özellikle kanser hastalarında tamamlayıcı ve alternatif tedavi (TAT) kullanımı giderek artmaktadır (15, 16). Türkiye'nin de içinde olduğu 14 Avrupa ülkesinde yürütülen bir çalışmada kanser hastalarında TAT kullanım oranlarının ortalama %36 olduğu ve %15-73 arasında bir dağılım gösterdiği tespit edilmiştir (16). 2014 yılında ülkemizde yapılan bir literatür taramasında meme kanserli hastaların TAT kullanma sıklığı %24-98 arasında bulunmuştur. Araştırmaların yapıldığı ülkelere bakıldığında TAT kullanımının en az olduğu ülke (%24) Tayvan, en çok olduğu ülkenin (%98) ise Çin olduğu görülmektedir (17-19). Ülkemizde Tıbbi Onkoloji Birimi'nde takip ve tedavi edilen 129 meme kanserli hastayla yapılan bir araştırmada ise; standart tıbbi tedavilerin yanında hastaların %48,8'inin TAT kullandığı tespit edilmiştir. Çalışmada ayrıca meme kanserli hastaların TAT yöntemleri arasında en sık olarak (%98,4) bitkisel yöntemleri tercih ettiği belirlenmiştir (20). Kanser hastaları çoğunlukla kemoterapinin yan etkilerini azaltmak, tıbbi tedaviye oranla tamamlayıcı yöntemlerin daha ucuz olması, yaşam kalitelerini artırmak, semptomları ve ilaçlara bağlı yan etkileri azaltmak, fiziksel ve psikolojik destek sağlamak amacıyla bu yöntemlere başvurmaktadır (20). Türkiye'de yapılan bir çalışmada kanser hastalarının %13,1'inin TAT yöntemlerini hastalıkla doğrudan savaş, %12,4'ünün hastalık etkilerini azaltmak, %12,4'ünün kanserle savaşta vücudun direncini artırmak,

%4,6'sının kansere karşı her şeyi yapmış olmak ve %1,3'ünün ümit ve olumlu düşünmeyi sağlamak için tercih ettikleri saptanmıştır (21). Kremser ve arkadaşlarının meme kanserli hastalarla yaptıkları çalışmada ise hastaların %87,5'inin dört veya daha fazla sayıda TAT yöntemini kullandığı saptanmıştır (22). Kanser hastalarının tedavileri süresince kullandıkları TAT girişimleri; geleneksel Çin tıbbi kökenli sistemler, müzik terapi, spiritual iyileşme, psikolojik görüşmeler, dua, bitkiler, diyet-destek ürünleri, tıbbi bitki çayları, masaj, reiki, elektromagnetik terapiler gibi popülerliği gün geçtikçe artan uygulamalardır (11). Meme kanserli hastaların kullandıkları tamamlayıcı yöntemleri inceleyen bir çok çalışma bulunmaktadır. Dujits ve ark.'ları (2011), meme kanserli hastaların katıldığı 56 çalışmadan 23'ünde davranışsal tekniklerin (davranışsal terapi, fiziksel egzersiz, eğitim, danışmanlık ve sosyal destek) kullanımının yorgunluğun yönetiminde etkili olduğunu göstermiştir (23). Pan ve ark.'ları tarafından meme kanserli hastalarda masajın etkinliğinin incelendiği bir meta-analiz çalışmasında 18 randomize kontrollü çalışmanın 5'inde (667 hasta) meme kanserli hastalarda masajın, yorgunluğu azaltmada etkili bir yaklaşım olduğu belirtilmiştir (24). Klinik ortamda oral mukozitin önlenmesine yönelik olarak; klorheksidin, benzidamin hidroklorid, sodyum bikarbonat, serum fizyolojik pilokarbin/suni tükürük, povidon iyodin, destek maddeler/hücre koruyucular, L-glutamin sitokin benzeri ajanlar ve büyüme faktörleri gibi girişimler uygulanmakla birlikte, oral mukozite tam olarak önlenememektedir (10). Klinik çalışmalarla özellikle düzenli ağız bakım protokollerinin uygulanmasının; ağızda buz tutulmasının (kriyoterapi), bal, karadut pekmezi, arı sütü, düşük doz lazer tedavisi uygulamalarının bu sorunun yönetiminde etkili yaklaşımlar olduğu bildirilmiştir (25). Mukozit yönetiminde kullanılan yaklaşımların etkinliğinin incelendiği bir metaanalizde ise, balın mukozit gelişimini önlemeden çok mukozitin şiddetini azaltmada etkili bir yaklaşım olduğu bildirilmiştir. Farklı bir metaanalizde ise, balın oral mukozitleri önleme etkinliğinin %80 olduğu gösterilmiştir (26). Farmakolojik tedaviye rağmen kemoterapi alan hastalarda sıklıkla görülüp, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bulantı ve kusmanın yönetiminde; akupunktur, akupresür, müzik terapi, hayal kurma, progresif gevşeme teknikleri ve hasta eğitiminin etkinliği bildirilmiştir. Bulantı kusmanın kontrolünde etkinliği henüz tam olarak kanıtlanmayan non-farmakolojik yaklaşımlar; egzersiz, hipnoz, masaj, aromaterapi ve zencefildir (10). Etkinliği tam

kanıtlanamasa da Panahi ve ark'nın (2012) kemoterapi alan meme kanserli hastalarda yaptıkları çalışmada, antiemetik tedavi ile eşzamanlı uygulanan zencefilin bulantının puan ve derecesinde azalma sağladığı belirlenmiştir (27). Benzer şekilde Arslan ve Özdemir'in kemoterapi alan hastalarda yaşanan bulantı-kusmaya yönelik yaptıkları bir çalışmada zencefilin kemoterapiye bağlı gelişen bulantı-kusmanın azaltılmasında etkili olduğu belirlenmiştir (11). Mundy ve ark. (2003) tarafından yapılan bir sistematik incelemede, 13 randomize kontrollü çalışmanın 12'sinde davranışsal müdahalelerin bulantı ve kusmayı azaltmada etkili yaklaşımlar olduğu saptanmıştır (28). Kanser tedavisi ile ilişkili alopesi, kısmi ya da tamamen kellik şeklinde olabilir (10). İlk kemoterapi uygulamasını takiben 2-3 hafta sonra gelişen kemoterapi ilişkili alopesinin derecesi uygulanan antineoplastik ajanın türüne ve dozuna bağlı olarak farklılık göstermektedir. Komen ve ark. (2013)'ları kemoterapi ilişkili alopesiyi önlemede soğuk uygulamanın etkinliğini incelemiş; soğuk uygulamanın etkinliği uygulanan kemoterapi protokolünün türüne, dozuna, uygulama süresine ve kullanılan soğukluk derecesine bağlı farklılık gösterdiği ifade edilmiştir (29). Birçok klasik antineoplastik ajanın, özellikle paklitaksele yönelik tedavilerin yaygın komplikasyonlarından biri olan el ayak sendromuna yönelik olarak literatürde çalışmalar bulunmaktadır (30, 31). El ayak sendromunun yönetiminde hasta ve ailesinin eğitimi, soğuk uygulama, kına uygulaması ve nemlendirici uygulaması gibi nonfarmakolojik yaklaşımların kullanılabileceği belirtilmiştir (10). Yücel ve Güzin (2008) birkaç olguyu inceledikleri çalışmalarında, el ayak sendromu tedavisinde kına uygulamasının etkili olduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışmada kına uygulamasından 48 saat sonra el ve ayaklardaki kabarıklıkların kaybolduğu, bir hafta sonra ise sendromun tamamen iyileştiği belirlenmiştir (31).

Tüm dünyada ve ülkemizde hastaların tamamlayıcı tedavi yaklaşımlarına yönelik ilgisi giderek artmasına rağmen, TAT kullanımı, yaşam kalitesi ve semptom şiddetinin ilişkisinin değerlendirildiği yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır. Meme kanserli hastaların yoğun olarak kullandıkları tamamlayıcı yöntemlerin belirlenmesi, tamamlayıcı yöntem kullanımlarına göre yaşam kalitelerinin ve semptom kontrollerinin incelenmesi ile hastaların bu yöntemlere başvuru amaçları, bilgi edinme yolları, uygulama özellikleri gibi pek çok faktör ortaya konulacaktır. Bu çalışmayla birlikte tamamlayıcı yöntemlerin kullanımının yaşam kalitesi ve semptom kontrolüne

etkisi konusundaki farkındalık artacak ve ülkemizde yapılacak diğer çalışmalar ile birlikte hemşirelerin sunduğu hemşirelik bakımının kalitesine katkı sağlayacaktır.

1.2. Çalışmanın Amacı

Bu çalışma meme kanserli ve paklitaksel kemoterapi protokolü tedavisi alan kadınların tamamlayıcı yöntem kullanımının tespit edilmesi, tamamlayıcı yöntem kullanan ve kullanmayan hastaların semptomlarının değerlendirilmesi, tamamlayıcı yöntem kullanımlarına göre yaşam kalitelerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

1.3. Araştırma Soruları

- 1) Paklitaksel kemoterapi tedavisi alan meme kanserli kadınların tamamlayıcı yöntem kullanım durumları nedir?
- 2) Tamamlayıcı yöntem kullanan ve kullanmayan hastalarda semptom şiddetinin iyilik hali (NSDÖ) üzerine etkisi nedir?
- 3) Tamamlayıcı yöntem kullananlar ve kullanmayanlarda, hastaların yaşam kaliteleri (Ferrans ve Powers yaşam kalitesi ölçeği) arasındaki ilişki nedir?
- 4) Tamamlayıcı yöntem kullananlar ve kullanmayanlarda Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği ve Ferrans ve Powers Yaşam Kalitesi Ölçeği arasındaki ilişki nedir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Meme Kanseri

Dünya’da ve ülkemizde kanser tanısı alanların sayısı her geçen gün artarak devam etmektedir. Dünya çapında kanser insidansı, prevelansı ve mortalite ölçümü yapan Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı’nın 2012 verilerine göre 14.1 milyon yeni kanser vakası (1,6 milyonu meme kanseri) bildirilmiş, bunların 8.2 milyonu (520 bini meme kanseri) ölümle sonuçlanmıştır (32, 33). Kanser tanısı alan bireylerin sayısındaki bu hızlı artışın devam etmesi durumunda 2030 yılına kadar yıllık 22 milyon yeni tanı alan hasta sayısının ortaya çıkması beklenmektedir (33). Türkiye Kanser İstatistiği 2017 verilerine göre, her 4 kadından birinin meme kanseri tanısı aldığı ve hastaların %44,5’i 50-69 yaş arasında, %40,4 ünün ise 25-49 yaş aralığında olduğu bildirilmektedir (4). Ülkemizde bütün kanser vakaları arasında ise meme kanseri (%11.9) en çok tanı alan ikinci kanser türü olarak sıralanmaktadır (32).

Meme kanseri etiyojisi tam olarak açıklanamamasına rağmen bu kanser tipine özgü risk faktörleri; demografik özellikler (cinsiyet, yaş, ırk/etnisite gibi), reproduktif öykü (menstrüasyon yaşı, doğum yapma ve sayısı, ilk tam dönem hamilelik yaşı, menapoz yaşı, oral kontraseptif kullanımı, laktasyon, hiç emzirmeme, infertilite, düşük yapma), ailesel/genetik faktörler (aile öyküsü, bilinen veya şüphelenilen BRCA1/2, P53 geni, PTEN geni veya meme kanseri riski ile ilişkili diğer gen mutasyonları), çevresel faktörler (30 yaşından önce toraks bölgesine radyoterapi, hormon replasman tedavisi, alkol kullanımı, sigara kullanımı, uzun süreli yağdan zengin beslenme, obezite ve fiziksel inaktivite, yüksek sosyoekonomik düzey, vb.) ve diğer faktörler (Kişisel meme kanseri öyküsü, meme biyopsi sayısı, atipik hiperplazi veya lobüler karsinoma in situ, dens meme yapısı, vücut kitle indeksi) olarak belirtilmektedir (34, 35).

Meme kanseri hastalarının en sık yaşadıkları ve hekime başvurdıkları belirti ve bulgu meme ve/veya koltuk altında ele gelen kitledir. Bu kitlenin sınırları tam belli değildir, hareketsiz ve ağrısızdır. Buna ek olarak hastalar ağrı, meme başından akıntı, deride ödem, eritem, ülserasyon, retraksiyon, kol ödemi, parasternal kitle yakınmaları yaşamaktadırlar. Ancak uzun yıllar hiç bir bulgu vermeden seyredip, metastazlara bağlı klinik bulgular sonucu tanı konan hastalar da mevcuttur (32, 35).

Meme kanserinin evrelendirilmesinde, Amerika Kanser Birleşik Komitesi (American Joint Committee on Cancer) tarafından geliştirilen ve tüm dünyada en yaygın olarak kullanılan TNM sınıflandırma sistemi kullanılır. Burada; T tümörün boyutunu, N lenf bezlerinin durumunu ve M ise kanserin metastaz durumunu belirtir (36). Tümörün evresi tedaviye yönelik verilen kararlarda çok önemli bir faktördür.

2.1.1. Meme Kanserinde Tedavi Yöntemleri

Meme kanserinde tedavi yöntemleri, kanserin hangi evrede olduğuna, yaygınlığına, prognozuna göre değişmektedir. Meme kanseri tedavisinde amaç kanserin çevre doku ve organlara yayılmasının önlenmesi ve tümörün kontrolünün sağlanmasıdır. Tedavide cerrahi tedavi, kemoterapi, radyoterapi, hormonoterapi ve hedefe yönelik tedaviler kullanılmaktadır (37). Çeşitli lokal veya sistemik tedavilerin seçimi bir takım prognostik ve prediktif faktörlere bağlıdır. Bunlar arasında tümör histolojisi, primer tümörün klinik ve patolojik özellikleri, aksiller nod durumu, tümörün hormon reseptörü içeriği, HER2/neu düzeyi, saptanabilir metastatik hastalık olması veya olmaması, hastanın komorbid hastalıkları, yaşı ve menopoza durumu yer alır (38). Genel olarak tedaviler lokal tedavi yöntemleri ve sistematik tedavi yöntemleri olarak ikiye ayrılmaktadır. Lokal tedavi yöntemleri arasında cerrahi tedavi ve radyoterapi yer almaktadır. Sistematik tedavi yöntemleri ise hormon tedavisi ve kemoterapi olarak belirtilmektedir (35, 37, 39, 40)

2.1.2. Kemoterapi ve Paklitaksel Protokolü

Kemoterapi, kanser hücrelerinin yok edilmesinde, doğal ve yapay maddelerden oluşan tedavi yöntemlerinin kullanılmasıdır. Böylece anormal hücrelerin büyümesinin azaltılması veya yok edilmesi ve çevre dokulara zarar vermesinin önlenmesi amaçlanmaktadır (38).

Kemoterapi kanser tedavisinde genellikle dört şekilde uygulanır (38).

1. İleri evre hastalığın tedavisinde indüksiyon ajanı olarak (indüksiyon kemoterapisi),
2. Lokal tedavi metotlarına (cerrahi, radyoterapi) yardımcı olarak (adjuvant kemoterapi),
3. Lokalize kanserin primer tedavisinde (neoadjuvant kemoterapi),

4. Kanserden etkilenen bölgeye ya da spesifik bölgelere direkt uygulama yolu ile kemoterapi tedavisi uygulanır.

Günümüzde paklitaksel ilk tanı alan hastada başlangıç tedavisi olarak kullanılmaktadır (41). Paklitaksel, 1971 yılında Ulusal Kansere Enstitüsü'nün binlerce farklı bitkinin antikanser etkisini araştırdığı bir programda, Pasifik'in kuzeybatısında, uzun yıllarda yetişen, her zaman yeşil olan *Taxus brevifolia* isimli Pasifik porsuk ağacının işlenmemiş özütü elde edilmiştir ve klinik öncesi çalışmalarda çeşitli tümörlere karşı antitümöral etkisi olduğu gösterilmiştir (41).

1979 yılında, Dr. Susan Band Horwitz yaptığı çalışmalarla Paklitakselin benzersiz etki mekanizmasını keşfetmiştir. Paklitakselin antitümör etkisini hücrede mikrotübüllerin toplanmasını artırarak ve depolimerizasyonunu önleyerek stabil mikrotübül toplulukları oluşturmak suretiyle göstermektedir ve bu durum onun klinik uygulamalar için öneminin artmasına neden olmuştur (42). Paklitaksel, hücre döngüsünü bloke ederek ve hücreyi apoptozise yönelterek etki göstermektedir (42-44)

2.2. Paklitaksel Alan Meme Kanseri Hastalarda Görülen Semptom

İlişkili İyilik Hali

Kanserde semptomlar önceden tahmin edilebildiğinden ve hastalar subjektif olarak bu belirtileri hissedebildiğinden, hastalara sunulan sağlık hizmetinde kanser çeşidine bağlı olarak ortaya çıkan semptomların belirlenmesi ve kontrol altına alınması oldukça önemlidir (45). Kemoterapi yararlı etkilerinin dışında ağrı, yorgunluk, bulantı-kusma, iştahsızlık, tat değişikliği, mukozit, konstipasyon ve diyare, anemi, nötropeni, alopesi, el ayak sendromu, tırnak değişiklikleri gibi birçok yan etkiye de neden olmaktadır (7, 46, 47). Paklitaksel kemoterapi tedavisinin kullanımında kemik iliği depresyonu, alopesi, bulantı ve kusma, el ayak sendromuna ilişkin yan etkiler, dispne, hipotansiyon, ürtiker gibi aşırı duyarlılık reaksiyonları, tırnak değişiklikleri görülmektedir (48-50). Hastaların en sık karşılaştıkları yan etkiler ise kemik iliği depresyonu (%90-%95) ve nötropenidir (50). Diğer major yan etkilerinden biri de alopesidir. Alopesinin farkedilebilir olması için saç kaybının en az %50 olması gereklidir. Paklitaksel tedavisinin uygulandığı hastaların %80'inden fazlasında kemoterapi sırasında alopesi gelişebilmektedir (48). Literatürde en çok paklitaksel ve antrasiklin bazlı tedavi alan hastaların tırnak toksisitesi yaşadığı bildirilmektedir. Bu

oranın paklitaksel tedavisi alan hastalarda %44'e kadar yükseldiği belirtilmiştir (51-53). Kemoterapiye bağlı alopesinin önlenmesinde; turnike uygulaması, medikasyon ve saçlı deriyi soğutma gibi farklı yaklaşımların etkinliği değerlendirilmiştir. Bernhardson ve ark. (2008) tarafından yapılan bir çalışmada, soğuk uygulamanın paklitaksel alan hastalarda %81 oranında etkili olduğunu bildirmiştir (54). Paklitaksel tedavisi alan hastaların yaşadıkları diğer önemli sorunlarından biri de tat değişikliğidir. Yapılan çalışmalar paklitaksel tedavisi alan hastaların %60'a yakınının tat değişikliği sorunu yaşadıklarını bildirmektedir (55). Tat değişikliği yaşayan hastalarda; tat ve koku duyusunun ortadan kalkması, olmayan tat ve kokuların duyulması, yanlış tat ve kokuların duyulması, iştah azalması, fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik olarak olumsuz etkiler olarak ortaya çıkabilir. Böylece hastalar yemek seçimlerinde, öğün sayılarında, sosyal yaşama katılmalarında değişikliğe gidebilirler ve bu durum günlük yaşamlarını oldukça etkiler (55, 56).

Kemoterapi sırasında ağrı, hastalar tarafından önemli bir sorun olarak bildirilmektedir. Hastalık süresince kanser hastalarının %75-90'ının ağrı deneyimlediği ve kanser ağrısının %50'den fazlasının kontrol altına alınamadığı bilinmektedir (8). Literatüre bakıldığında paklitaksel alan hastalarda ağrı görülme sıklığının %25 olduğu belirtilmektedir (57). Ayrıca standart kemoterapi tedavisi alan hastalarda mukozit (%50), bulantı kusma (%38-80) ve iştahsızlık (%60-65) görülmektedir (10, 11, 58, 59). Kanser hastalarında konstipasyon (%45-60) ve diyare (%75) geliştiği ifade edilmektedir (7, 60). Uzun süren diyarenin hastada sıvı elektrolit dengesizliklerine, iştahsızlığa ve malnütrisyona neden olabileceği, ayrıca, uykusuzluk, yorgunluk, seksüel aktiviteden kaçınma, sosyal izolasyon ve benlik saygısında azalmaya bağlı anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sorunlara yol açabileceği belirtilmektedir (7). Kemoterapi tedavisinin yan etkilerinin ortaya çıkmasında kanserin türü, lokalizasyonu ve yaygınlığı, uygulanan tedavinin çeşidi ve dozu, hastanın cinsiyet, yaş ve sosyokültürel özellikleri de etkilidir (40).

Hastaların kemoterapi tedavilerinin hazırlanması, uygulanması, izlenmesi ve bu sürecin kayıt altına alınmasında en önemli görevlerden birine sahip olan hemşireler, ortaya çıkabilecek semptomların kontrol altına alınmasında da büyük sorumluluğa sahiptirler (61). Kemoterapi tedavisi alan hastanın yaşadığı semptomların kontrolünün sağlanmasında hemşireler tarafından semptomlara ilişkin olarak öncelikle; hasta ve

ailesi ile güven ilişkisinin kurulması, yaşanan semptomu neden olan faktörlerin belirlenmesi, hastanın semptomun kontrolüne yönelik olarak sorumluluk almasının sağlanması, sosyal destek sistemlerinin değerlendirilmesi, semptomu yönelik olarak laboratuvar bulgularının değerlendirilmesi, doktor önerisi ile ilaç desteğinin sağlanması ve süreç boyunca fizyolojik, bilişsel ve psikolojik olarak düzenli aralıklarla gözlemlenmesi, semptomu yönelik olarak uygun hemşirelik bakımının ve eğitiminin verilmesi gerekmektedir (62). Kanser hastalarının semptom kontrolünün sağlanması için gerçekleştirilen bir çalışmada hastalara kemoterapi tedavisi öncesi ve sonrası verilen eğitimin bulantı, kusma, uyku problemleri, halsizlik, yorgunluk, endişe ve üzüntülü hissetme, karamsar ve sıkıntılı hissetme gibi semptomlar üzerinde etkili olduğu, hastalarda öfke kontrolü sağladığı ve stresle baş etme düzeylerini arttırdığı belirlenmiştir (63). Tedaviye bağlı ortaya çıkan etkilerin kontrol altına alınamaması, tedaviye uyumun sağlanamaması gibi durumlar hastanın tedaviye devam etmemesine sebep olabilir. Bu nedenle semptom kontrolünde temel amaç; tedaviyle ortaya çıkan sorunların en etkili biçimde kontrol altına alınmasıdır (64).

2.3. Kanserde Tamamlayıcı ve Alternatif Yaklaşım

Amerika Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Yaklaşımlar (The National Center for Complementary and Integrative Health, NCCIH); Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavileri (TAT) henüz konvansiyonel tıbbın bir parçası olarak kabul edilmeyen sağlık bakım sistemleri, ürünleri ve uygulamaları olarak tanımlanmaktadır. TAT yöntemlerinden alternatif tıp sistemleri; geleneksel doğu ya da yakın zamanda batı toplumlarının da benimsediği tedavi yöntemleridir. Bunlar; ayurvedik tıp, geleneksel çin tıbbı, geleneksel tibet tıbbı gibi geleneksel doğu tıp sistemleri ve homeopati, naturopatidir. Zihin-beden tıbbı; zihinsel uygulamalarla beden sağlığını etkilemeyi amaçlayan yöntemlerdir. Sanat terapisi, biyo-geridönüş, meditasyon, rahatlama, maneviyatçılık ve yoga bu yöntemlerdendir. Biyolojik bazlı terapiler; bitkiler, vitaminler, diyetler ve diğer doğal ürünler bu gruptandır. Manipülatif ve beden bazlı yöntemler; bedenin hareketine dayalı yöntemlerdir. Bunlar; karyopraktik, osteopati, cranio-sakral terapi, reiki, alexander tekniğidir. Enerji Terapileri; mıknatıslar ve değişken ya da doğrudan akım alanları ile uygulanan terapilerdir. Bunlar;

biyoelektromanyetik terapiler ve biyo-alan terapileridir (akupunktur, akupresür, biyoenerji, qi gung, refleksoloji, reiki, shiatsu, tai chi) (65, 66).

Türkiye’deki TAT yöntemlerinin kullanım durumu ve bu yöntemi kullanan ve kullanmayanlardaki sonucunu ortaya çıkarmak için Taş ve ark.’larının yaptıkları çalışmada (2005) 615 hasta çalışmaya dahil edilmiş, hastaların % 47,3’ünün en az bir veya daha fazla TAT çeşidini kullandığı, bu kullanılan yöntemlerin %95’inin bitkisel ajanlar olduğu, ve %88 ile en çok kullanılan bitkisel yöntemin ısırgan otu olduğu sonucu ortaya çıkarılmıştır. Ankete katılanların % 56’sı ise bitkisel ürünler içermeyen yöntemler kullanmaktadırlar (67). Meme kanserli hastaların TAT kullanma durumlarına bakıldığında ise ülkemizde bu konuda yapılan bir çalışmada 129 meme kanseri tanısı olan hasta araştırmaya dahil edilmiş ve standart tıbbi tedavilerin yanında hastaların 63’ünün (%48.8) TAT kullandığı tespit edilmiştir. Çalışmada meme kanserli hastaların TAT yöntemleri arasında en sık olarak (%98.4) bitkisel yöntemleri ve ısırgan otunu kullandığı, hastaların ısırgan otu dışında, bitkisel yöntemlerden çörek otu, zerdeçal, kömeç, harnup pekmezi, zencefil, papatya çayı ve diğerleri (karabaş otu, Antep fıstığı, kekik, yeşil çay, ıhlamur, elma kabuğu, andız pekmezi, böğürtlen) kullandığı, %30.1’inin hayvansal gıdalar tükettiği ve hayvansal ürün olarak en sık bal kullanıldığı, daha sonra arı sütü, bal poleni, kefir ve balık yağı kullanıldığı belirlenmiştir (20). Ülkemizde meme kanserli hastaların TAT yöntemleri kullanımına yönelik başka bir çalışmada ise TAT kullanımı %80 olarak bulunmuş ve hastaların daha çok bitkisel yöntemleri kullandıkları, sıklıkla sarımsak, ısırgan otu, vitaminler, keten tohumu, vejetaryen beslenme, akdeniz diyeti kullandığı, psikolojik/davranışsal yöntemlerden en sık hayal kurma, psikoterapi ve reiki yöntemlerinin kullanıldığı görülmüştür (68). Yapılan çalışmalar sonucunda meme kanserli hastaların çoğunun tedavi süresince en az bir TAT yöntemini kullandığı, en sık bitkisel yöntemlerin tercih edildiği ve yöntemin kısmen olumlu etkisini görüldüğü (30,7), çoğu hastanın (%56,3) kullandığı yöntemi sağlık personeli ile paylaşmadığı ve bilgiyi en çok aile üyeleri ve arkadaşlarından edindiği saptanmıştır. TAT kullanımına yönelik sorunlar ise maliyet, bilgiye ulaşamama ve temininde zorlanma olarak ifade edilmektedir (69).

2.4. Kanserde Yaşam Kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam kalitesi kavramını ‘Kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması’ şeklinde tanımlamaktadır (70). Yaşam kalitesinin mutluluk, memnuniyet, yaşam doyumu, sağlık, iyilik hali, sosyal yararlılık, duygusal durum ve ekonomik statü gibi kavramlar ile eş anlamlı olarak kullanıldığı görülmektedir (71, 72).

Kanser tanısı alan hastalar için başlayan tedavi süreci, hastaların yaşam kalitelerini olumsuz olarak etkilemektedir. Çünkü günümüzde kanserin yaşamı tehdit eden en ciddi hastalıklardan biri olması, tanı alan bireylerde yaşattığı umutsuzluk, kaygı, ölüm korkusu vb. duygular hastaların tedavi süresince yaşadıkları yan etkiler yaşam kalitelerini olumsuz olarak etkiler (73, 74). Bu duruma ek olarak; sosyodemografik özellikler, ailesi ve sosyal çevresinden aldığı destek, yaşanılan coğrafya gibi birçok etken de yaşam kalitesi üzerinde etkili olan en önemli faktörler olarak yer almaktadır (75, 76). Kemoterapinin hastaların yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi; yaşam kalitesini azaltan ve arttıran nedenlerin ortaya çıkmasını sağlamakta ve yaşam kalitesini azaltan faktörlerin etkilerinin tamamen ortadan kaldırılması için yapılacak girişimleri belirlemek önemli bir yer tutmaktadır (77).

Kanser hastalarının tanı aldıktan sonra tanıya ve tedaviye uyum sağlamaları yaşam kalitelerini önemli ölçüde etkilemektedir. Meme kanserli hastalarının tanı sonrası tepkileri değişmekle birlikte hastaların %70-80’ninin tanıya uyum sağladığı fakat uzun vadede ise yaşam kalitelerinde ciddi azalma olduğu bildirilmektedir (78). Bu konuda yapılan çalışmalara bakıldığında; Gümüş’ün (2007), meme kanserli hastaların kanser tanısına psikososyal uyumlarının belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmada, hastaların %26.3’ünün psikososyal uyumunu “iyi”, %40.7’si “orta”, %33’ü ise “kötü” düzeyde olduğu belirlenmiştir (13). Kanser tanısı aldıktan sonraki ilk yılda meme kanserli hastaların yaşam kalitesini inceleyen başka bir çalışmada ise genç meme kanseri hastalarının özellikle psikososyal kayıplar yaşadıklarını ve finansal olarak zarar gördüklerini ifade ettikleri belirtilmektedir (79). Meme kanserli hastaların TAT kullanım durumlarına göre yaşam kalitelerini değerlendiren bir çalışmada, TAT kullanan kanser hastalarının yaşam kalitelerinin kullanmayan hastalara göre oldukça yüksek olduğu bildirilmektedir (80). Bu nedenle kanser hastalarının yaşam kalitesi

düzeylerini belirlemek ve yaşam kalitelerini arttırmak amacıyla yapılacak çalışmalara katkı sağlamak, hastalara sunulan hemşirelik bakımının kalitesini ciddi oranda etkilemektedir. Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türüdür ve paklitaksel kemoterapi protokolü tedavide sıklıkla uygulanmaktadır. Bu tedavinin yaygın görülen yan etkilerine yönelik olarak hastalar TAT yöntemlerine başvurumaktadırlar. Bakım verici ve eğitici rol gibi birçok konuda önemli görevlere sahip olan hemşirelerin TAT yöntemlerine ilişkin hastaları bilgilendirmeleri ve olası yan etkileri belirlemeleri oldukça önemlidir. Bunlara ek olarak, paklitaksel tedavisinde, TAT kullanımının semptom ilişkili iyilik hali ve yaşam kalitesinde önemli olduğu düşünülmektedir.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Tasarımı

Araştırma amaçlı örnekleme yöntemi ile tanımlayıcı tipte yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ayaktan Kemoterapi Ünitesi'nde Ekim 2017- Şubat 2018 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.2.1 Araştırmanın Yapıldığı Kurumun Özellikleri

Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin ayaktan kemoterapi ünitesi, poliklinik binasının 2. katında yer almaktadır. 68 kişilik kapasiteye sahip olan ünite, 08.00-12.00 ile 13.00-16.30 arasında biri sorumlu hemşire olmak üzere 15 hemşire ve 1 medikal onkoloji uzmanı doktor bulunmaktadır. Kemoterapi eğitim hemşiresi bulunmayan ünite, her gün yaklaşık olarak 110 hastaya kemoterapi uygulaması randevu sistemi ile gerçekleştirilmektedir. Her bir hemşire günde ortalama 10 hastaya bakmaktadır. Hastaların muayenesi ile birlikte tam kan sayımı ve biyokimya gibi kan tetkikleri değerlendirilmekte, tedavi almasına engel bir durum yoksa kemoterapi tedavisi uygulanmaktadır. Robotik olarak özel alanda hazırlanan kemoterapi ilaçları hemşireler tarafından gündüz tedavi ünitesinde uygulanmaktadır. Hastaların yaşamsal bulguları tedavi öncesi takip edilmekte ve tedavi sırasında ise hasta rahatsızlık hissederse tekrar değerlendirilmektedir. Ayrıca hemşireler tedavi sırası ve sonrasında meydana gelebilecek semptomların (bulantı-kusma, ağrı, ekstremitasyon, ateş vb.) takip ve kaydını yapmakta ve bu semptomlara yönelik doktor istemine göre farmakolojik müdahalelerde bulunmaktadır. Çalışmaya dahil edilen hastalar paklitaksel kemoterapi protokolü almaktadır. Bu protokol ilacın verildiği 1. günden başlamak üzere 21 günde bir tekrarlanmaktadır. Hastalar 3 hafta boyunca haftada bir kez ayaktan kemoterapi ünitesinde tedavi olmaktadır.

3.3. Araştırmanın evreni ve örnekleme

Araştırmanın evrenini Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ayaktan Kemoterapi Ünitesi'nde Ekim 2017- Nisan 2018 tarihlerinde paklitaksel kemoterapisi tedavisi alan meme kanserli kadın hastalar oluşturmuştur. Araştırma örnekleme için tam sayım örnekleme yöntemi seçilmiştir. Kemoterapi ünitesinde tedavi gören ve çalışmaya alınma kriterlerine uyan 135 hasta çalışmaya dahil edilmiştir.

3.3.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Kadın olan
- 18-65 yaş arası olan
- Meme kanseri tanısı almış olan
- Paklitaksel kemoterapi protokolü alan
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan
- İletişime engel olacak fiziksel ve mental bir engeli bulunmayan hastalar araştırmaya dahil edilmiştir

3.3.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri;

- 65 yaş ve üzeri olmak
- Radyoterapi almak
- Paklitaksel içeren kemoterapi protokolü dışında bir kemoterapi protokolü almak
- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Çalışmanın verilerinin toplanmasında “**Tanıttıcı Anket Formu**” (69,81), “**Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği**” ve “**Ferrans ve Powers Yaşam Yaşam Kalitesi Ölçeği**” kullanılmıştır. TAT kullanan hastalara ise ilave olarak tamamlayıcı uygulamaları değerlendirmek amacıyla “**Tamamlayıcı Yöntemleri Değerlendirme Formu**” kullanılmıştır.

- **Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (EK 3)**

Araştırmacı tarafından oluşturulmuş bu formda; çalışmaya katılmak isteyen katılımcılara çalışmanın içeriğine ilişkin bilgi verilmektedir.

- **Tanıttıcı Anket Formu (EK 4)**

İlgili literatür taranarak (69, 81) araştırmacılar tarafından hazırlanan form; örneklem seçim kriterleri, tanıttıcı özellikler, hastalık sürecine ilişkin özellikler olmak üzere 3 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde örnekleme alınacak kişilerin sahip olması gereken özelliklerin belirlenmesini sağlayan sorular (18-65 yaş arası olmak, meme kanseri tanısı almış olmak, paklitaksel kemoterapi tedavisi alıyor olmak ve radyoterapi tedavisi almıyor olmak), ikinci bölümde araştırmaya alınacak kişilerin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin sorular (medeni durum, çocuk sahibi olma, gelir durumu, çalışma durumu, sigara kullanımı, kronik hastalıkları), üçüncü bölümde ise hastalık sürecine ilişkin sorular (kanserin evresi, kemoterapi kürü ve süresi) yer almaktadır.

- **Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği (N-SDÖ) (EK 5)**

2009 yılında Can ve Aydınlar tarafından kanser hastaları için geliştirilmiş bir semptom ilişkili iyilik hali ölçeğidir. Ölçeğin geçerliği-güvenirliği Can ve Aydınlar tarafından 2011 yılında gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın iç geçerliği 0.81- 0.87 arasında değişmekte olup, güvenilirliği ise 0.93 arasında olarak rapor edilmiştir. Toplam 38 maddeden oluşan ölçeğin (N-SDÖ) üç alt boyutu vardır: fiziksel iyilik hali (1-4., 6-15., 23-27. ve 37. madde), sosyal iyilik hali (5. ve 16-22. madde) ve psikolojik iyilik hali (28-36. ve 38.madde). Ölçekte yer alan maddeler kemoterapi alan kanser hastalarının hastalığa/tedaviye bağlı oluşan sorunlardan etkilenme düzeyini göstermektedir. Likert tipi olan bu ölçekte hastanın değerlendirilen maddeye verdiği cevap hayır ise “0”, çok az ise “1”, biraz ise “2”, oldukça ise “3” ve çok fazla ise “4” puan verilerek puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 iken en fazla puan 50,6 ‘dır. Puanın yüksek olması hastaların, hastalığa/tedaviye bağlı oluşan sorunlardan etkilenme düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Her alt boyutta yer alan madde puanlarının toplanması ve madde sayısına bölünmesi ile alt boyut toplam

puanı; alt boyut toplam puanlarının toplanması ve üçe bölünmesi ile de ölçeğin toplam puanı hesaplanmaktadır. Ölçekte cevaplanmamış maddeler varsa (örn; bekar ve dullarda hastalığın/tedavinin cinsel yaşama etkisinin değerlendirilememesi gibi) o maddelerin puanı alt boyutta/ölçekte cevaplanan maddelerin puanı toplanıp cevaplanan madde sayısına bölünerek elde edilir (21, 81, 82)

- **Ferrans ve Powers Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kanser Uyarlaması- III (EK 6)**

Ölçek, yaşam kalitesinin kapsamlı bir şekilde değerlendirilebilmesi amacıyla geniş bir kavramsal ve metodolojik temele dayandırılarak Ferrans ve Powers tarafından 1985 yılında geliştirilmiştir. Ülkemizde ölçeğin geçerliği- güvenirliği Can ve arkadaşları tarafından 2010 yılında gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın iç geçerliği 0.97, güvenirliği ise 0.89 arasında olarak rapor edilmiştir (83). 6'lı likert tipte düzenlenmiş olan yaşam kalitesi ölçeği, her birinde 33 madde bulunan memnuniyet ve önem sorularının yer aldığı iki bölümden oluşmaktadır. Ölçekteki iki bölümünde sağlık ve fonksiyon, sosyoekonomik, psikolojik/spiritüel, aile olmak üzere dört alt boyut bulunmaktadır. Her bir alt boyuta ait puanların kapsadığı soru sayısı farklıdır ve alt boyutların toplam ölçek puanları, alt boyutlara ait sorulara verilen cevapların soru sayısı ile çarpılarak elde edilir. Bireyin yaşam kalitesini yansıtan total yaşam kalitesi puanının hesaplanmasında tüm maddeler kullanılır. Yüksek puanlar daha iyi yaşam kalitesini göstermektedir. Hastalar, total yaşam kalitesinden memnuniyet ve önemlilik durumları ayrı ayrı olacak şekilde en düşük 33, en yüksek 198 , sağlık ve hareketlilik alt boyutundan en düşük 13, en yüksek 78 , sosyal ve ekonomik ile psikolojik/dinsel alt boyutundan en düşük 7, en yüksek 42 ve aile alt boyutundan ise en düşük 5, en yüksek 30 puan alabilmektedir.

- **Tamamlayıcı Yöntemleri Değerlendirme Formu (EK 7)**

Araştırmacılar tarafından hazırlanan formun içeriğinde hastaların kemoterapiye bağlı olarak gelişen yan etkilere yönelik kullandıkları tamamlayıcı yöntemlerin özelliklerine ilişkin sorular (kullanılan ürün/yöntem, uygulamanın etkisi, günde kaç defa ve ne kadar süre ile uygulanma durumu) yer almaktadır.

3.5. Verilerin Toplanması ve Uygulanması

Araştırma verileri için hastanenin bilgi işlem merkezinden Ekim 2017 ve Şubat 2018 arasında paklitaksel tedavisi alan meme kanserli kadınların listesi talep edilmiştir. Araştırma süremiz boyunca toplamda 173 hasta hastaneye başvurmuş olup araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 135 hasta katılmıştır. Dahil edilme kriterlerini sağlayan hastalar ile ayaktan tedavi ünitesinde yüzyüze ortalama 10-15 dakika görüşülerek veriler toplanmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi ve Bulguların Analizi

İstatistiksel analizler SPSS (IBM SPSS Statistics 20) adlı paket program kullanılarak yapılmıştır. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Ölçüm değerlerinin normal dağılıma sahip olup olmadığını test etmek için her değişkenin alt sınıflarında normallik durumları incelenmiştir. Normal dağılıma uygunluk testi için Kolmogorov Simirnov testi kullanılmıştır. Grupların karşılaştırılmasında Independent Sample-t üç veya daha fazla grubun karşılaştırılmasında ANOVA kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olan anlamlı fark tespit edilen üç veya daha fazla bağımsız grubun ikili karşılaştırmalarında varyansların homojenliğine göre “Tukey” veya “Tamhane” testleri kullanılmıştır. Parametrik yöntemler “Mean±S.D.” şeklinde gösterilmiştir. Normal dağılıma sahip olmayan anlamlı fark tespit edilen üç veya daha fazla grubun ikili karşılaştırılmasında Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır. Parametrik olmayan yöntemler “Median [Min.-Max.]” şeklinde gösterilmiştir.

Normal dağılıma sahip olan ölçüm değerlerinin ilişkisinin incelenmesinde “Pearson”, normal dağılıma sahip olmayan ölçüm değerlerinin birbiriyle ilişkisinin incelenmesinde “Spearman” korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulun gerekli izin alınmıştır (Etik no: GO17/535/41) (Ek 1). Ayrıca çalışmanın yapılabilmesi için kurum izinleri (TUEK) alınmıştır (Ek 2). Araştırmada kullanılan ölçekler için izin yazıları alınmıştır (Ek 8).

4. BULGULAR

Bu bölümde yer alan bulgular; hastaların TAT kullanma durumlarına göre tanımlayıcı özellikleri, TAT kullanan ve kullanmayan hastaların Ferrans and Powers Yaşam Kalitesi ve Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği puanlarının analizleri ile elde edilen bulgular olmak üzere iki başlık altında incelenmiştir.

4.1. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri

Tablo 4.1. TAT kullanma durumlarına göre tanımlayıcı özelliklerin dağılımı (N=135)

Değişken	TAT kullanmayan (n=90)		TAT kullanan (n=45)	
	n	%	n	%
Yaş sınıfları				
41 yaş ve altı	36	40,0	11	24,4
42-53 yaş	29	32,2	17	37,8
54-65 yaş	25	27,8	17	37,8
Çalışma durumu				
Çalışıyor	14	15,6	10	22,2
Çalışmıyor	76	84,4	35	77,8
Gelir durumu				
Gelir giderden az	41	45,6	25	55,6
Gelir gidere eşit veya çok	49	54,4	20	44,4
Medeni durum				
Evli	71	78,9	39	86,7
Bekar	19	21,1	6	13,3
Çocuk durumu				
Var	79	87,8	43	95,6
Yok	11	12,2	2	4,4
Eğitim durumu				
İlkokul ve altı	40	44,5	23	51,1
Ortaokul	13	14,4	11	24,5
Lise	24	26,7	6	13,3
Üniversite	13	14,4	5	11,1
Birlikte yaşadığı kişiler				
Tek başına	2	2,2	3	6,7
Ailesiyle	88	97,8	42	93,3
Beden kitle endeksi				
<18,5 “Zayıf”	1	1,1	-	-
18,5 – 24,9 “Normal kilolu”	33	36,7	14	31,1
25,0 – 29,9 “Fazla kilolu”	31	34,4	19	42,2
≥30,0 “Obez”	25	27,8	12	26,7
Kronik hastalık durumu				
Yok	52	57,8	25	55,6
Var	38	42,2	20	44,4
Var olan kronik hastalık*				
Hipertansiyon	22	38,6	11	42,3
Diyabetes mellitus	15	26,3	11	42,3
Guatr	11	19,3	3	11,5
Astım	8	14,0	-	-
Epilepsi	1	1,8	1	3,9

*Hastalar birden fazla kronik hastalığa sahip olduğu “n” artmış ve yüzdeler artan “n” değerine göre belirlenmiştir.

Tablo 4.1.'de hastaların TAT kullanma durumlarına göre tanımlayıcı özellikleri yer almaktadır. TAT kullanmayan hastaların %40'nın 41 yaş altı grubunda olduğu, %84,4'ünün çalışmadığı ve %54,4'ünün gelirinin giderine eşit veya çok olduğu belirlenmiştir. Hastaların %78,9'unun evli olduğu, %87,8'inin çocuğunun olduğu belirlenmiştir. Hastaların %44,5'inin ilkokul ve altı mezunu olduğu, %97,8'inin ailesiyle barındığı, %36,7'sinin normal kilolu BKİ sınıfında olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %42,2'sinin kronik hastalığı olduğu ve bu hastalarda en çok görülen kronik hastalığın %38,6 ile hipertansiyon olduğu belirlenmiştir.

TAT kullanan hastaların %37,8'inin 42-53 ve 54-65 yaş gruplarında olduğu, %77,8'inin çalışmadığı ve %55,6'sının gelirinin giderinden az olduğu belirlenmiştir. Hastaların %86,7'sinin evli olduğu, %95,6'sının çocuğunun olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılan hastaların %51,1'sinin ilkokul ve altı mezunu olduğu, %93,3'ünün ailesiyle barındığı ve %42,2'sinin fazla kilolu BKİ sınıfında olduğu belirlenmiştir. Hastaların %44,4'ünün kronik hastalığı olduğu ve bu hastaların %42,3'ünde diyabetes mellitus ve hipertansiyon olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Hastaların kansere ilişkin özelliklerine göre TAT kullanım durumları (N=135)

Değişken	TAT kullanmayan (n=90)		TAT kullanan (n=45)	
	n	%	n	%
Kanser Evresi				
1	9	10,0	4	8,8
2	31	34,4	15	33,4
3	46	51,2	24	53,4
4	4	4,4	2	4,4
Mastektomi Olma Durumu				
Hayır	25	27,8	17	37,8
Evet	65	72,2	28	62,2
Verilen kür				
2.	20	22,2	8	17,8
3.	33	36,7	19	42,2
4.	28	31,1	13	28,9
5.	9	10,0	5	11,1

Tablo 4.2.'de hastaların kansere ilişkin özelliklerine göre TAT kullanım durumlarına ilişkin veriler yer almaktadır. TAT kullanmayan hastaların %51,2'sinin

3.evre kanser tanısı olduğu, %72,2'sinin cerrahi işleme maruz kaldığı ve hastaların %36,7'sine 3 kür tedavi verildiği belirlenmiştir.

TAT kullanan hastaların %53,4'ünün 3.evre kanser tanısı olduğu, %62,2'sinin cerrahi işleme maruz kaldığı ve hastaların %42,2'sine 3 kür tedavi verildiği belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Kullanılan TAT yaklaşımlarına ilişkin tanımlayıcı özellikler (N=45)

TAT Bulgularının özellikleri	TAT kullanan	
	n	%
Kullanılan ürün		
Bitkisel ürün	32	71,1
Hayvansal ürün	13	28,9
Kullanma nedeni olan yan etki		
Oral mukozit	13	28,9
Tat değişikliği	11	24,4
Yorgunluk	6	13,4
İştahsızlık	3	6,7
Bulantı-Kusma	3	6,7
Endişe	3	6,7
Ağrı	2	4,4
Uykusuzluk	2	4,4
Saç dökülmesi	1	2,2
Kabızlık	1	2,2
Uygulamanın yararı		
Az	39	86,7
Çok	6	13,3
Uygulama yolu		
Yutma	40	88,9
Çalkalama	4	8,9
Sürme	1	2,2
Uygulama sayısı (günde)		
1	25	55,6
2	19	42,2
2'den fazla	1	2,2
Kullanılan ürün (n=45)*		
Bal	10	22,2
Limon	9	20,0
Karadut	7	15,6
Pekmez	4	8,9
Propolis	3	6,7
Isırgan otu	2	4,4
Tarçın	2	4,4
Diğer*	8	17,8

*Kullanılan ürünler; zeytin yaprağı, ıhlamur,zencefil, zerdeçal,kudret narı, sarımsak yağı, çörek otu yağı, adaçayıdır.

Tablo 4.3.'de TAT kullanan hastaların kullandıkları tamamlayıcı yöntemlerin özellikleri belirtilmektedir. Hastaların %71,1'i bitkisel ürün kullanmakta ve %86,7'si uygulamanın etkisini 'az' olarak ifade etmektedir. Hastalar en çok oral mukozit veya

tat değişikliği sebebiyle TAT yöntemi kullanılmaktadır. Kullanılan TAT yöntemlerinin uygulama yolu %88,9 ile yutma şeklinde ve sıklığı %55,6 ile günde 1 kezdir. En çok kullanılan TAT ürünlerinin ise bal (%22,2), limon (%20,0) ve karadut (15,6) olduğu belirlenmiştir.

4.2. Hastaların TAT Kullanım Durumlarına göre Ferrans ve Powers Yaşam Kalitesi ve Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.4. Hastaların TAT kullanım durumlarına göre NSDÖ puanlarının karşılaştırılması (N=135)

Değişken	TAT kullanma durumu		İstatistiksel analiz*
	Kullanmayan (n=90)	Kullanan (n=45)	
Fiziksel iyilik hali	1,33±0,53	1,47±0,58	t=-1,464 p=0,145
Sosyal iyilik hali	2,2 [0,6-4,0]	2,4 [0,8-3,8]	Z=-0,977 p=0,329
Psikolojik iyilik hali	1,64±0,74	1,79±0,76	t=-1,075 p=0,285
Toplam N-SDÖ	1,71±0,55	1,84±0,54	t=-1,333 p=0,185

*Normal dağılıma sahip olan iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Independent Sample-t” test (t-tablo değeri); normal dağılıma sahip olmayan iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

**Normal dağılım için ‘Kolmogorov-Smirnov testi kullanılmıştır (p<0,05).

Tablo 4.4.’de hastaların TAT kullanım durumlarına göre NSDÖ puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bilgiler yer almaktadır. TAT kullanma durumuna göre NSDÖ alt boyutları fiziksel, sosyal, psikolojik iyilik halleri ve toplam NSDÖ puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0,05).

Tablo 4.5. TAT kullanım durumuna göre Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeğinin (NSDÖ) eğitim grupları açısından karşılaştırılması (N=135)

TAT kullanmayan (n=90)	Eğitim sınıfları				İstatistiksel analiz* Olasılık
	İlkokul ve ↓ (n=40) ⁽¹⁾	Ortaokul (n=13) ⁽²⁾	Lise (n=24) ⁽³⁾	Üniversite (n=13) ⁽⁴⁾	
Fiziksel iyilik hali	1,27±0,43	1,41±0,47	1,36±0,58	1,35±0,78	F=0,311 p=0,817
Sosyal iyilik hali	1,99±0,70	2,80±0,58	2,15±0,77	2,11±0,87	F=4,052 p=0,010 [1-2]
Psikolojik iyilik hali	1,62±0,65	1,88±0,73	1,70±0,76	1,34±0,94	F=1,263 p=0,292
Toplam N-SDÖ	1,63±0,46	2,03±0,51	1,74±0,59	1,60±0,72	F=2,041 p=0,114
TAT kullanan (n=45)	Eğitim sınıfları				İstatistiksel analiz Olasılık
	İlkokul ve ↓ (n=23)	Ortaokul (n=11)	Lise (n=6)	Üniversite (n=5)	
Fiziksel iyilik hali	1,45±0,56	1,44±0,63	1,75±0,43	1,33±0,78	F=0,558 p=0,646
Sosyal iyilik hali	2,33±0,72	2,03±0,75	2,42±0,83	2,35±1,05	F=0,474 p=0,702
Psikolojik iyilik hali	1,77±0,74	1,90±0,84	1,95±0,78	1,40±0,70	F=0,596 p=0,621
Toplam N-SDÖ	1,85±0,55	1,79±0,52	2,04±0,50	1,69±0,65	F=0,416 p=0,742

*Normal dağılıma sahip olan üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında "ANOVA" test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

**Normal dağılım için 'Kolmogorov-Smirnov testi' ($p < 0,05$), normal olmayan dağılım durumunda 'Shapiro-Wilks' testi kullanılmıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4.5.'de TAT kullanım durumuna göre Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeğinin (NSDÖ) eğitim grupları açısından karşılaştırılmasına ilişkin veriler yer almaktadır. TAT kullanmayan hastaların eğitim sınıflarına göre Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği fiziksel iyilik hali, psikolojik iyilik hali ve toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p > 0,05$). **TAT kullanmayan** hastaların eğitim sınıflarına göre Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği sosyal iyilik hali alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Varyansların homojen olması göz önünde bulundurularak yapılan Tukey ikili karşılaştırmaları sonucunda; ilkökul ve altı eğitim düzeyinde olanlar ile ortaokul mezunu olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Ortaokul mezunu olanların sosyal iyilik hali puanı ilkökul ve altı eğitim düzeyinde olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Ortaokul mezunu olanların sosyal iyilik hallerinin, ilkökul mezunu olanlara göre daha kötü olduğu belirlenmiştir.

TAT kullanan hastaların eğitim düzeylerine göre Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği fiziksel iyilik hali, sosyal iyilik hali, psikolojik iyilik hali ve toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Tabloda belirtilmemekle birlikte hastaların TAT kullanım durumuna göre kronik hastalık, BKİ değerleri, yaş grupları, kür sayıları ve kanser evresi ile NSDÖ skorları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.6. Hastaların TAT Kullanım Durumlarına göre Ferrans ve Powers Yaşam Kalitesi Ölçeğinin puanlarının karşılaştırılması (N=135)

	Değişken (n=90)	TAT kullanma durumu		İstatistiksel analiz* Olasılık
		Kullanmayan (n=90)	Kullanan (n=45)	
Memnuniyet	Sağlık ve Hareketlilik	52,03±9,76	48,11±10,38	t=2,155 p=0,033
	Sosyal ve Ekonomik	29,89±4,79	29,13±5,85	t=0,801 p=0,425
	Psikolojik/Dinsel	32,0 [16,0-42,0]	32,0 [17,0-42,0]	Z=-0,355 p=0,722
	Aile	26,0 [12,0-30,0]	27,0 [14,0-30,0]	Z=-1,574 p=0,115
	(Bölüm 1) Toplam	139,00±19,99	134,93±19,46	t=1,124 p=0,263
Önemlilik	Sağlık ve Hareketlilik	67,5 [31,0-78,0]	68,0 [46,0-78,0]	Z=-0,388 p=0,698
	Sosyal ve Ekonomik	34,21±5,12	35,00±5,56	t=-0,820 p=0,414
	Psikolojik/Dinsel	37,0 [21,0-42,0]	40,0 [23,0-42,0]	Z=-2,306 p=0,021
	Aile	28,0 [15,0-30,0]	29,0 [22,0-30,0]	Z=-2,181 p=0,029
	(Bölüm 2) Toplam	164,24±18,01	168,36±15,78	t=-1,301 p=0,195

*Normal dağılıma sahip olan iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında "Independent Sample-t" test (t-tablo değeri); normal dağılıma sahip olmayan iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

**Normal dağılım için 'Kolmogorov-Smirnov testi kullanılmıştır ($p<0,05$).

Tablo 4.6.'da hastaların TAT kullanım durumlarına göre Ferrans ve Powers Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. TAT kullanma durumuna göre Ferrans ve Powers Yaşam Kalitesi Ölçeği **memnuniyet** durumu sağlık ve hareketlilik alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). **TAT kullanmayan** hastaların memnuniyet durumu

sağlık ve hareketlilik alt boyutu puanları, **TAT kullananlara** göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

TAT kullanma durumuna göre Ferrans ve Powers Yaşam Kalitesi Ölçeği **önemlilik**, psikolojik/dinsel alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). **TAT kullanmayan** hastaların önemlilik, psikolojik/dinsel alt boyutu puanları, **TAT kullananlara** göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür.

TAT kullanma durumuna göre Ferrans ve Powers Yaşam kalitesi endeksi önemlilik durumu aile alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). **TAT kullanmayan** hastaların önemlilik, aile alt boyutu puanları, **TAT kullananlara** göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür.

Tablo 4.7. TAT kullanmayanların Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Endeksinin yaş grupları açısından karşılaştırılması (N=90)

TAT kullanmayan	n	Ferrans ve Power QOL – Memnuniyet Düzeyi				
		Toplam	Sağlık ve Hareketlilik	Sosyal ve Ekonomik	Psikolojik ve Dinsel	Aile
Yaş grupları						
41 yaş ve ↓	36	141,25±22,16	54,03±11,32	30,25±5,11	31,50±5,94	26,5 [14,0-30,0]
42-53 yaş	29	137,93±19,09	51,83±8,65	29,28±3,84	33,00±5,92	25,0 [12,0-30,0]
54-65 yaş	25	137,00±18,09	49,40±8,12	30,08±5,40	32,28±5,51	26,0 [18,0-30,0]
İstatistiksel analiz*		F=0,389	F=1,693	F=0,354	F=0,537	$\chi^2=2,639$
Olasılık		p=0,679	p=0,190	p=0,703	p=0,586	p=0,267
TAT kullanmayan		Ferrans ve Power QOL – Önemlilik Düzeyi				
		Toplam	Sağlık ve Hareketlilik	Sosyal ve Ekonomik	Psikolojik ve Dinsel	Aile
Yaş grupları						
41 yaş ve ↓ ⁽¹⁾	36	167,5 [135,0-192,0]	68,53±6,26	35,53±4,54	37,22±4,01	28,0 [21,0-30,0]
42-53 yaş ⁽²⁾	29	163,0 [137,0-192,0]	65,86±7,08	34,14±4,72	37,76±4,27	28,0 [20,0-30,0]
54-65 yaş ⁽³⁾	25	162,0 [83,0-190,0]	62,32±11,31	32,40±5,92	33,88±5,19	28,0 [15,0-30,0]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=5,647$	F=4,233	F=2,874	F=5,967	$\chi^2=0,430$
Olasılık		p=0,059	p=0,018	p=0,062	p=0,004	p=0,807
Anlamlı farklılık		-	[1-3]	-	[1,2-3]	-

*Normal dağılıma sahip olan üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında “ANOVA” test (F-tablo değeri); normal dağılıma sahip olmayan üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

**Normal dağılım için ‘Kolmogorov-Smirnov testi (p<0,05), normal olmayan dağılım durumunda ‘Shapiro-Wilks’ testi kullanılmıştır (p>0,05).

Tablo 4.7. (devamı). TAT kullananların Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Endeksinin yaş grupları açısından karşılaştırılması (N=45)

TAT kullanan	n	Ferrans ve Power QOL – Memnuniyet Düzeyi				
		Toplam	Sağlık ve Hareketlilik	Sosyal ve Ekonomik	Psikolojik ve Dinsel	Aile
Yaş grupları						
41 yaş ve ↓	11	130,0 [105,0-159,0]	45,36±10,32	28,81±6,51	30,64±4,78	26,0 [16,0-29,0]
42-53 yaş	17	138,0 [83,0-186,0]	48,94±12,27	29,29±7,29	31,29±6,94	28,0 [18,0-30,0]
54-65 yaş	17	133,0 [120,0-155,0]	49,06±8,50	29,18±3,81	33,00±4,14	26,0 [14,0-30,0]
İstatistiksel analiz*		$\chi^2=0,840$	F=0,499	F=0,022	F=0,720	$\chi^2=3,783$
Olasılık		p=0,657	p=0,611	p=0,978	p=0,493	p=0,151
TAT kullanan		Ferrans ve Power QOL – Önemlilik Düzeyi				
		Toplam	Sağlık ve Hareketlilik	Sosyal ve Ekonomik	Psikolojik ve Dinsel	Aile
Yaş grupları						
41 yaş ve ↓ ⁽¹⁾	11	169,09±20,37	73,0 [46,0-78,0]	37,0 [28,0-42,0]	38,0 [24,0-42,0]	30,0 [26,0-30,0]
42-53 yaş ⁽²⁾	17	170,71±15,02	70,0 [53,0-78,0]	35,0 [23,0-42,0]	40,0 [31,0-42,0]	30,0 [22,0-30,0]
54-65 yaş ⁽³⁾	17	165,53±13,61	64,0 [52,0-77,0]	34,0 [24,0-42,0]	39,0 [23,0-42,0]	28,0 [26,0-30,0]
İstatistiksel analiz		F=0,462	$\chi^2=3,244$	$\chi^2=0,099$	$\chi^2=0,773$	$\chi^2=1,212$
Olasılık		p=0,633	p=0,197	p=0,952	p=0,679	p=0,546

*Normal dağılıma sahip olan üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında “ANOVA” test (F-tablo değeri); normal dağılıma sahip olmayan üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

**Normal dağılım için ‘Kolmogorov-Smirnov testi (p<0,05), normal olmayan dağılım durumunda ‘Shapiro-Wilks’ testi kullanılmıştır (p>0,05).

Tablo 4.7.'de hastaların TAT kullanım durumlarına göre Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Endeksinin yaş grupları açısından karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. **TAT kullanmayan** hastaların yaş gruplarına göre **memnuniyet düzeyi** alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

TAT kullanmayan hastaların yaş gruplarına göre Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Endeksinin **önemlilik düzeyi** sağlık ve hareketlilik alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Varyansların homojen olması göz önünde bulundurularak yapılan Tukey ikili karşılaştırmaları sonucunda; 41 yaş ve altı olanlar ile 54-65 yaş grubunda olan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 41 yaş ve altı olanların Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Endeksinin önemlilik düzeyi sağlık ve hareketlilik alt boyutu puanları, 54-65 yaş grubu olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. 41 yaş ve altı yaş grubunda olan hastalar açısından sağlık ve hareketlilik, 54-65 yaş grubu olan hastalara göre daha önemli olduğu belirlenmiştir.

TAT kullanmayan hastaların yaş gruplarına göre Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Endeksinin **önemlilik düzeyi** psikolojik/dinsel alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Varyansların homojen olması göz önünde bulundurularak yapılan Tukey ikili karşılaştırmaları sonucunda; 41 yaş ve altı, 42-53 yaş grubunda olanlar ile 54-65 yaş grubunda olan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 41 yaş ve altı, 42-53 yaş grubunda olanların Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Endeksinin önemlilik düzeyi psikolojik/dinsel alt boyutu puanları, 54-65 yaş grubu olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. 41 yaş ve altı ve 42-53 yaş grubunda olan hastalar açısından psikolojik/dinsel inanç, 54-65 yaş grubu olan hastalara göre daha önemli olduğu belirlenmiştir.

TAT kullanan hastaların yaş gruplarına göre Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Endeksinin memnuniyet ve önemlilik düzeyi alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.8. TAT kullanmayanların Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Endeksinin eğitim açısından karşılaştırılması(N=90)

TAT kullanmayan	n	Ferrans ve Power QOL – Memnuniyet Düzeyi				
		Toplam	Sağlık ve Hareketlilik	Sosyal ve Ekonomik	Psikolojik ve Dinsel	Aile
Eğitim sınıfları						
İlkokul ve ↓ ⁽¹⁾	40	134,0 [96,0-186,0]	51,15±9,08	28,0 [19,0-41,0]	31,80±6,68	26,0 [12,0-30,0]
Ortaokul ⁽²⁾	13	129,0 [101,0-164,0]	48,54±9,75	26,0 [24,0-35,0]	29,61±4,96	22,0 [14,0-30,0]
Lise ⁽³⁾	24	140,0 [116,0-166,0]	53,62±8,85	29,5 [23,0-36,0]	32,25±4,62	26,5 [17,0-30,0]
Üniversite ⁽⁴⁾	13	155,0 [99,0-182,0]	55,31±12,71	37,0 [27,0-41,0]	35,92±3,93	26,0 [18,0-30,0]
İstatistiksel analiz*		$\chi^2=10,465$	F=1,382	$\chi^2=22,451$	F=2,894	$\chi^2=1,832$
Olasılık		p=0,015	p=0,254	p=0,000	p=0,040	p=0,608
Anlamlı farklılık		[1,2-4]	-	[1,2,3-4] [2-3]	[2-4]	-
TAT kullanmayan						
Eğitim sınıfları						
İlkokul ve ↓ ⁽¹⁾	40	162,5 [115,0-190,0]	65,5 [37,0-77,0]	33,0 [22,0-42,0]	36,0 [24,0-42,0]	28,0 [15,0-30,0]
Ortaokul ⁽²⁾	13	163,0 [143,0-191,0]	66,0 [53,0-78,0]	33,0 [29,0-42,0]	39,0 [29,0-42,0]	28,0 [21,0-29,0]
Lise ⁽³⁾	24	166,5 [83,0-192,0]	69,0 [31,0-78,0]	35,0 [15,0-42,0]	37,0 [21,0-42,0]	28,0 [16,0-30,0]
Üniversite ⁽⁴⁾	13	179,0 [154,0-190,0]	72,0 [60,0-76,0]	38,0 [26,0-42,0]	40,0 [29,0-42,0]	28,0 [24,0-34,0]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=6,651$	$\chi^2=8,061$	$\chi^2=5,494$	$\chi^2=7,956$	$\chi^2=3,241$
Olasılık		p=0,084	p=0,045	p=0,139	p=0,047	p=0,356
Anlamlı farklılık		-	[1-4]	-	[1-2,4]	-

*Normal dağılıma sahip olan üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında “ANOVA” test (F-tablo değeri); normal dağılıma sahip olmayan üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

**Normal dağılım için ‘Kolmogorov-Smirnov testi ($p<0,05$), normal olmayan dağılım durumunda ‘Shapiro-Wilks’ testi kullanılmıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.8. (devamı). TAT kullananların Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Endeksinin eğitim açısından karşılaştırılması(N=45)

TAT kullanan	n	Ferrans ve Power QOL – Memnuniyet Düzeyi				
		Toplam	Sağlık ve Hareketlilik	Sosyal ve Ekonomik	Psikolojik ve Dinsel	Aile
Eğitim sınıfları						
İlkokul ve ↓ ⁽¹⁾	23	130,0 [105,0-170,0]	49,52±10,36	28,0 [20,0-35,0]	32,0 [25,0-41,0]	26,0 [14,0-30,0]
Ortaokul ⁽²⁾	11	125,0 [107,0-152,0]	43,64±8,09	28,0 [20,0-32,0]	32,0 [21,0-37,0]	26,0 [22,0-29,0]
Lise ⁽³⁾	6	139,5 [83,0-153,0]	48,50±9,99	30,5 [15,0-33,0]	31,5 [17,0-34,0]	28,0 [18,0-30,0]
Üniversite ⁽⁴⁾	5	159,0 [129,0-186,0]	51,00±15,13	40,0 [34,0-42,0]	37,0 [23,0-42,0]	29,0 [29,0-30,0]
İstatistiksel analiz*		$\chi^2=5,446$	F=0,952	$\chi^2=12,790$	$\chi^2=2,692$	$\chi^2=10,113$
Olasılık		p=0,142	p=0,424	p=0,005	p=0,442	p=0,018
Anlamlı farklılık		-	-	[1,2,3-4]	-	[1,2-4]
TAT kullanan	n	Ferrans ve Power QOL – Önemlilik Düzeyi				
		Toplam	Sağlık ve Hareketlilik	Sosyal ve Ekonomik	Psikolojik ve Dinsel	Aile
Eğitim sınıfları						
İlkokul ve ↓ ⁽¹⁾	23	165,83±17,75	65,61±8,57	34,00±5,52	41,0 [23,0-42,0]	29,0 [24,0-30,0]
Ortaokul ⁽²⁾	11	166,18±10,47	67,64±4,23	32,73±5,80	38,0 [30,0-42,0]	29,0 [26,0-30,0]
Lise ⁽³⁾	6	172,67±16,91	67,33±9,07	38,50±3,15	39,5 [34,0-42,0]	29,0 [22,0-30,0]
Üniversite ⁽⁴⁾	5	179,60±11,80	68,40±9,66	40,40±1,14	42,0 [37,0-42,0]	29,0 [26,0-30,0]
İstatistiksel analiz		F=1,287	F=0,285	F=3,853	$\chi^2=3,316$	$\chi^2=5,934$
Olasılık		p=0,292	p=0,836	p=0,016	p=0,367	p=0,115
Anlamlı farklılık		-	-	[1,2-4]	-	-

*Normal dağılıma sahip olan üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında “ANOVA” test (F-tablo değeri); normal dağılıma sahip olmayan üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

**normal olmayan dağılım durumunda ‘Shapiro-Wilks’ testi kullanılmıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.8.'de hastaların TAT kullanım durumlarına göre Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Endeksinin eğitim açısından karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. **TAT kullanmayan** hastaların eğitim gruplarına göre Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Endeksinin **memnuniyet düzeyi** toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmaları sonucunda; üniversite mezunu olanlar ile ilkokul ve altı, ortaokul mezunu olan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Üniversite mezunu olan hastaların yaşam kalitesi açısından, ilkokul ve altı, ortaokul mezunu olan hastalara göre daha memnun olduğu belirlenmiştir.

TAT kullanmayan hastaların eğitim gruplarına göre Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Endeksinin **memnuniyet düzeyi** sosyal ve ekonomik alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=22,451;0,000$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmaları sonucunda; üniversite mezunu olanlar ile ilkokul ve altı, ortaokul ve lise mezunu olan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Üniversite mezunu olanların Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Endeksinin memnuniyet düzeyi sosyal ve ekonomik alt boyut puanları, ilkokul ve altı, ortaokul ve lise mezunu olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Üniversite mezunu olan hastaların sosyal ve ekonomik durumlar açısından, ilkokul ve altı, ortaokul ve lise mezunu olan hastalara göre daha memnun olduğu belirlenmiştir. Aynı şekilde, lise mezunu olanlar ile ortaokul mezunu olan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Lise mezunu olanların Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Endeksinin memnuniyet düzeyi sosyal ve ekonomik alt boyut puanları, ortaokul mezunu olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Lise mezunu olan hastaların sosyal ve ekonomik durumlar açısından, ortaokul mezunu olan hastalara göre daha memnun olduğu belirlenmiştir.

TAT kullanmayan hastaların eğitim gruplarına göre Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Endeksinin **memnuniyet düzeyi** psikolojik/dinsel alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Varyansların homojen olması göz önünde bulundurularak yapılan Tukey ikili karşılaştırmaları sonucunda; üniversite mezunu olanlar ile ortaokul mezunu olan hastalar arasında istatistiksel

olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Üniversite mezunu olanların Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Endeksinin **memnuniyet düzeyi** psikolojik/dinsel alt boyutu puanları, ortaokul mezunu olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Üniversite mezunu olan hastaların psikolojik/dinsel inanç açısından, ortaokul mezunu olan hastalara göre daha memnun olduğu belirlenmiştir.

TAT kullanmayan hastaların eğitim gruplarına göre Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Endeksinin **memnuniyet düzeyi** sağlık hareketlilik ve aile alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

TAT kullanmayan hastaların eğitim gruplarına göre Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Endeksinin **önemlilik düzeyi** sağlık ve hareketlilik alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmaları sonucunda; üniversite mezunu olanlar ile ilkokul mezunu ve alt olan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Üniversite mezunu olanların Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Endeksinin önemlilik düzeyi sağlık ve hareketlilik alt boyut puanları, ilkokul mezunu ve altı olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Üniversite mezunu olan hastalara göre sağlık ve hareketlilik, ilkokul mezunu ve altı olan hastalara göre daha önemli olduğu belirlenmiştir.

TAT kullanmayan hastaların eğitim gruplarına göre Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Endeksinin **önemlilik düzeyi** psikolojik/dinsel alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmaları sonucunda; üniversite ve ortaokul mezunu olanlar ile ilkokul mezunu ve alt olan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Üniversite ve ortaokul mezunu olanların Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Endeksinin önemlilik düzeyi psikolojik/dinsel alt boyut puanları, ilkokul mezunu ve altı olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Üniversite ve ortaokul mezunu olan hastalara göre psikolojik/dinsel inanç, ilkokul mezunu ve altı olan hastalara göre daha önemli olduğu belirlenmiştir.

TAT kullanmayan hastaların eğitim gruplarına göre Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Endeksinin **önemlilik düzeyi** toplam puan, sosyal ve ekonomik ve aile alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

TAT kullanan hastaların eğitim gruplarına göre Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Endeksinin **memnuniyet düzeyi** sosyal ve ekonomik alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmaları sonucunda; üniversite mezunu olanlar ile ilkokul ve altı, ortaokul ve lise mezunu olan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Üniversite mezunu olanların Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Endeksinin memnuniyet düzeyi sosyal ve ekonomik alt boyut puanları, ilkokul ve altı, ortaokul ve lise mezunu olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Üniversite mezunu olan hastaların sosyal ve ekonomik durumlar açısından, ilkokul ve altı, ortaokul ve lise mezunu olan hastalara göre daha memnun olduğu belirlenmiştir.

TAT kullanan hastaların eğitim gruplarına göre Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Endeksinin **memnuniyet düzeyi** aile alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmaları sonucunda; üniversite mezunu olanlar ile ilkokul ve altı, ortaokul mezunu olan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Üniversite mezunu olanların Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Endeksinin memnuniyet düzeyi aile alt boyut puanları, ilkokul ve altı, ortaokul olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Üniversite mezunu olan hastaların aile açısından, ilkokul ve altı, ortaokul mezunu olan hastalara göre daha memnun olduğu belirlenmiştir.

TAT kullanan hastaların eğitim gruplarına göre Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Endeksinin **memnuniyet düzeyi** toplam puan, sağlık hareketlilik ve psikolojik dinsel alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

TAT kullanan hastaların eğitim gruplarına göre Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Endeksinin **önemlilik düzeyi** sosyal ve ekonomik alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($F=3,853;0,016$). Varyansların homojen olmaması göz önünde bulundurularak yapılan Tamhane ikili karşılaştırmaları

sonucunda; üniversite mezunu olanlar ile ilkokul ve altı, ortaokul mezunu olan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Üniversite mezunu olanların Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Endeksinin önemlilik düzeyi sosyal ve ekonomik alt boyutu puanları, ilkokul ve altı, ortaokul mezunu olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Üniversite mezunu olan hastalara göre sosyal ve ekonomik durumlar, ilkokul mezunu ve altı, ortaokul mezunu olan hastalara göre daha önemli olduğu belirlenmiştir.

TAT kullanan hastaların eğitim gruplarına göre Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Endeksinin **önemlilik düzeyi** toplam puan, psikolojik/dinsel, sağlık hareketlilik ve aile alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.9. TAT kullanmayan hastaların ölçek puanlarının birbiriyle olan ilişkilerinin incelenmesi

Korelasyon* (n=90)			N-SDÖ			
			F.-İ.-H.	S.-İ.-H.	P.-İ.-H.	Toplam
Ferrans ve Power QOL – Memnuniyet	Toplam	r	-0,266	-0,278	-0,485	-0,430
		p	0,011	0,008	0,000	0,000
	S.-H.	r	-0,318	-0,250	-0,431	-0,405
		p	0,002	0,023	0,000	0,000
	S.-E.	r	-0,093	-0,145	-0,298	-0,251
		p	0,382	0,174	0,004	0,029
	P.-D.	r	-0,112	-0,153	-0,377	-0,275
		p	0,293	0,151	0,000	0,009
	Aile	r	-0,259	-0,374	-0,415	-0,421
		p	0,048	0,000	0,000	0,000
Ferrans ve Power QOL – Önemlilik	Toplam	r	-0,099	-0,068	-0,185	-0,146
		p	0,354	0,524	0,082	0,171
	S.-H.	r	-0,087	-0,176	-0,181	-0,208
		p	0,416	0,098	0,088	0,049
	S.-E.	r	-0,088	-0,059	-0,207	-0,148
		p	0,412	0,584	0,051	0,165
	P.-D.	r	-0,129	0,037	-0,224	-0,144
		p	0,224	0,728	0,034	0,175
	Aile	r	-0,289	-0,321	-0,277	-0,367
		p	0,006	0,002	0,008	0,000

*Normal dağılıma sahip olan iki nicel değişkenin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesinde “Pearson”, iki nicel değişkenden en az birinin normal dağılıma sahip olmadığı durumlarda değişkenlerin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesinde “Spearman” korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Ferran ve Power QOL – S.-H.: Sağlık ve Hareketlilik – S.-E.: Sosyal ve Ekonomik – P.-D.: Psikolojik/Dinsel

N-SDÖ – F.-İ.-H.: Fiziksel İyilik Hali, S.-İ.-H.: Sosyal İyilik Hali, P.-İ.-H.: Psikolojik İyilik Hali

Tablo 4.9. (devam) TAT kullanan hastaların ölçek puanlarının birbiriyle olan ilişkilerinin incelenmesi

Korelasyon* (n=45)			N-SDÖ			
			F.-İ.-H.	S.-İ.-H.	P.-İ.-H.	Toplam
Ferrans ve Power QOL – Memnuniyet	Toplam	r	-0,227	-0,137	-0,514	-0,384
		p	0,134	0,371	0,000	0,009
	S.-H.	r	-0,278	-0,164	-0,483	-0,412
		p	0,065	0,283	0,001	0,005
	S.-E.	r	-0,100	-0,145	-0,337	-0,254
		p	0,515	0,342	0,024	0,092
	P.-D.	r	-0,193	-0,080	-0,353	-0,243
		p	0,203	0,600	0,017	0,107
	Aile	r	-0,039	0,064	-0,258	-0,115
		p	0,799	0,676	0,087	0,454
Ferrans ve Power QOL – Önemlilik	Toplam	r	-0,127	-0,252	-0,352	-0,339
		p	0,405	0,095	0,018	0,023
	S.-H.	r	-0,159	-0,224	-0,338	-0,322
		p	0,296	0,140	0,023	0,031
	S.-E.	r	0,084	-0,174	-0,168	-0,147
		p	0,584	0,254	0,271	0,334
	P.-D.	r	-0,231	-0,137	-0,236	-0,260
		p	0,126	0,368	0,119	0,084
	Aile	r	-0,005	-0,199	-0,110	-0,123
		p	0,975	0,191	0,473	0,422

*Normal dağılıma sahip olan iki nicel değişkenin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesinde “Pearson”, iki nicel değişkenden en az birinin normal dağılıma sahip olmadığı durumlarda değişkenlerin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesinde “Spearman” korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Ferran ve Power QOL – S.-H.: Sağlık ve Hareketlilik – S.-E.: Sosyal ve Ekonomik – P.-D.: Psikolojik/Dinsel

N-SDÖ – F.-İ.-H.: Fiziksel İyilik Hali, S.-İ.-H.: Sosyal İyilik Hali, P.-İ.-H.: Psikolojik İyilik Hali

TAT kullanmayan hastaların Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Endeksi **memnuniyet** toplam puan ile NSDÖ fiziksel iyilik hali, sosyal iyilik hali, psikolojik iyilik hali alt boyutu ve toplam puanı arasında negatif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). NSDÖ fiziksel iyilik hali, sosyal iyilik hali, psikolojik iyilik hali alt boyutu ve toplam puanı arttıkça, Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Endeksi memnuniyet toplam puanı azalmaktadır.

TAT kullanmayan hastaların Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Endeksi **memnuniyet** sağlık ve hareketlilik alt boyutu ile NSDÖ fiziksel iyilik hali, sosyal iyilik hali, psikolojik iyilik hali alt boyutu ve toplam puanı arasında negatif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). NSDÖ fiziksel iyilik hali, sosyal iyilik hali, psikolojik iyilik hali alt boyutu ve toplam puanı arttıkça, Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Endeksi memnuniyet sağlık ve hareketlilik azalmaktadır.

TAT kullanmayan hastaların Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Endeksi **memnuniyet** sosyal ve ekonomik alt boyutu ile NSDÖ psikolojik iyilik hali alt boyutu ve toplam puanı arasında negatif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Endeksi memnuniyet sosyal ve ekonomik alt boyutu puanı arttıkça, NSDÖ psikolojik iyilik hali alt boyutu ve toplam puanı azalmaktadır.

TAT kullanmayan hastaların Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Endeksi **memnuniyet** psikolojik/dinsel alt boyutu ile NSDÖ psikolojik iyilik hali alt boyutu ve toplam puanı arasında negatif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Endeksi memnuniyet psikolojik/dinsel alt boyutu puanı arttıkça, NSDÖ psikolojik iyilik hali alt boyutu ve toplam puanı azalmaktadır.

TAT kullanmayan hastaların Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Endeksi **memnuniyet** aile alt boyutu ile NSDÖ fiziksel iyilik hali, sosyal iyilik hali, psikolojik iyilik hali alt boyutu ve toplam puanı arasında negatif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Endeksi memnuniyet aile alt boyutu puanı arttıkça, NSDÖ fiziksel iyilik hali, sosyal iyilik hali, psikolojik iyilik hali alt boyutu ve toplam puanı azalmaktadır.

TAT kullanmayan hastaların Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Endeksi **önemlilik** sağlık ve hareketlilik alt boyutu ile NSDÖ toplam puanı arasında negatif

yönde, çok zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Endeksi önemlilik sağlık ve hareketlilik alt boyutu puanı arttıkça, NSDÖ toplam puanı azalmaktadır.

TAT kullanmayan hastaların Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Ölçeği **önemlilik** psikolojik/dinsel alt boyutu ile NSDÖ psikolojik iyilik hali alt boyutu puanı arasında negatif yönde, çok zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Ölçeği önemlilik psikolojik/dinsel alt boyutu puanı arttıkça, NSDÖ psikolojik iyilik hali puanı azalmaktadır.

TAT kullanmayan hastaların Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Ölçeği **önemlilik** aile alt boyutu ile NSDÖ fiziksel iyilik hali, sosyal iyilik hali, psikolojik iyilik hali alt boyutu ve toplam puanı arasında negatif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Ölçeği önemlilik aile alt boyutu puanı arttıkça, NSDÖ fiziksel iyilik hali, sosyal iyilik hali, psikolojik iyilik hali alt boyutu ve toplam puanı azalmaktadır.

TAT kullanan hastaların Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Ölçeği **memnuniyet** toplam puan ile N-SDÖ toplam puanı arasında negatif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). NSDÖ toplam puanı arttıkça, Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Ölçeği memnuniyet toplam puanı azalmaktadır.

TAT kullanan hastaların Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Ölçeği **memnuniyet** toplam puan ile NSDÖ psikolojik iyilik hali alt boyutu arasında negatif yönde, orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). NSDÖ psikolojik iyilik hali alt boyutu puanı arttıkça, Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Ölçeği memnuniyet toplam puanı azalmaktadır.

TAT kullanan hastaların Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Ölçeği memnuniyet sağlık ve hareketlilik alt boyutu ile NSDÖ psikolojik iyilik hali ve toplam puanı arasında negatif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Ölçeği memnuniyet sağlık ve hareketlilik alt boyutu puanı arttıkça, NSDÖ psikolojik iyilik hali ve toplam puanı artacaktır.

TAT kullanan hastaların Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Ölçeği **memnuniyet** sosyal ve ekonomik alt boyutu ile NSDÖ psikolojik iyilik hali alt boyutu

arasında negatif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). TAT kullanan hastaların Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Ölçeği memnuniyet sosyal ve ekonomik alt boyutu puanı arttıkça, NSDÖ psikolojik iyilik hali alt boyutu puanı azalmaktadır.

TAT kullanan hastaların Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Ölçeği **memnuniyet** psikolojik/dinsel alt boyutu ile NSDÖ psikolojik iyilik hali alt boyutu arasında negatif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). TAT kullanan hastaların Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Ölçeği memnuniyet psikolojik/dinsel alt boyutu puanı arttıkça, NSDÖ psikolojik iyilik hali alt boyutu puanı azalmaktadır.

TAT kullanan hastaların Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Ölçeği **önemlilik** toplam puanı ile NSDÖ psikolojik iyilik hali alt boyutu ve toplam puan arasında negatif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). TAT kullanan hastaların Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Ölçeği önemlilik toplam puanı arttıkça, NSDÖ psikolojik iyilik hali alt boyutu ve toplam puanı azalmaktadır.

TAT kullanan hastaların Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Ölçeği **önemlilik** sağlık ve hareketlilik ile NSDÖ psikolojik iyilik hali alt boyutu ve toplam puan arasında negatif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). TAT kullanan hastaların Ferrans ve Power Yaşam Kalitesi Ölçeği önemlilik sağlık ve hareketlilik alt boyutu puanı arttıkça, NSDÖ psikolojik iyilik hali alt boyutu ve toplam puanı azalmaktadır..

TAT kullanan hastaların NSDÖ fiziksel iyilik hali alt boyutu ile NSDÖ sosyal iyilik hali alt boyutu arasında pozitif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). TAT kullanan hastaların NSDÖ fiziksel iyilik hali alt boyutu puanı arttıkça, NSDÖ sosyal iyilik hali alt boyutu puanı artacaktır.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular dört başlık altında tartışılmıştır:

5.1. Hastaların TAT kullanım durumlarının ve TAT kullanan hastaların kullandıkları tamamlayıcı yöntemlerin özelliklerinin incelenmesi

5.2. NSDÖ Puanlarının İncelenmesi

5.3. Ferrans ve Powers ölçeği puanlarının incelenmesi

5.4 TAT kullanan ve kullanmayan hastaların iyilik hali ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi



5.1. Hastaların TAT Kullanım Durumlarının ve TAT Kullanan Hastaların Kullandıkları Tamamlayıcı Yöntemlerin Özelliklerinin İncelenmesi

Meme kanserinin sık görülmesi, tıbbi tedavilerin hastada meydana getirdiği bir çok yan etki ve kadınların yaşam kalitelerini iyileştirmek için yapılan girişimler, TAT kullanımına yönelik ilgiyi her geçen gün biraz daha arttırmaktadır (69). Ülkemizde Yıldız ve ark. (2013) tarafından hastaneye kayıtlı 1060 kanser hastası ile anket kullanılarak gerçekleştirilen ve TAT kullanım durumunu belirlemeyi amaçlayan bir çalışmada hastaların %57.4'ünün, Yavuz ve ark. tarafından onkoloji polikliniğe başvuran 100 hastayla yüzyüze görüşülerek yapılan çalışmada hastaların %87'sinin TAT kullandığı belirlenmiştir (68, 84). Demirsoy (2016)'un meme kanserli kadınlardaki TAT kullanımını değerlendirdiği ve kanserle ilgili bir derneğe üye olan 518 katılımcının dahil edildiği başka bir çalışmada da TAT kullanımı %48,7 olarak bulunmuştur (69). Dünyadaki TAT kullanım oranlarına bakıldığında Kanada'da %70.4, Fransa'da %49.3, Avustralya'da da %48.2, Kuzey Amerika'da hastaların yaklaşık %46'sının TAT kullandığı belirtilmektedir (20, 85, 86). Literatürde, TAT kullanımı konusunda meme kanserli kadın hastaların, diğer kanser tanısı alan hastalara göre daha yüksek oranda TAT kullandığı bildirilmektedir (87, 88). Çalışmamızda paklitaksel kemoterapi protokolü alan meme kanserli kadınların TAT kullanım oranı %33,3 bulunmuştur. Ülkemizde kanser hastaları arasındaki TAT kullanımının, dünyanın diğer ülkelerindeki kullanım oranlarına yakın olduğu düşünülebilir. Çalışmamızda TAT kullanım oranının diğer çalışmalardan daha düşük çıkması, araştırmanın yapıldığı bölgedeki hastaların eğitim durumlarının düşük olması, gelir durumunun fazla olmaması ve çalışan kadınların sayısının az olmasına bağlı olarak TAT konusundaki farkındalığın yetersizliği nedeniyle meydana geldiği düşünülmektedir. Hastaların TAT konusunda bilgilendirilmesi ve bu konuda sağlanan desteğin de hastaların TAT kullanımına etkisinin olabileceği düşünülmektedir.

Kemoterapi tedavisi boyunca yaşanan yan etkiler zamanla bireyin hayatını etkilemeye başlamaktadır. Hastalar yaşadıkları fiziksel, psikolojik, sosyal olumsuzlukları önlemek amacıyla TAT yöntemlerini tercih etmektedirler (12, 15). TAT kullanımına yönelik olarak ülkemizde, Kav ve ark. (2008) tarafından kanser hastalarının dahil edildiği bir literatür taramasında ve Kurt ve ark.'larının meme

kanserli hastalarla gerçekleştirdikleri bir çalışmada en sık kullanılan ürünün ısırgan otu, Üstündağ ve Zencirci (2015) tarafından kanser hastaları ile yaptığı çalışmasında ise %92 ile en sık uygulanan yöntemin dini ve kültürel uygulamalar olduğu, besin ürünü olarak da en çok bal kullanıldığı bildirilmektedir (16, 20, 89). Saghatchian ve ark. (2014) tarafından meme kanserli hastalar ile yapılan bir çalışmada TAT yöntemi olarak hastaların en çok bitkisel ürünler (propolis, ginseng), homeopati ve akupunktur kullandıkları belirtilmektedir (90). Suudi Arabistan'da 2018 yılında meme kanserli hastaların TAT kullanımlarını değerlendiren diğer bir çalışmada ise hastaların en çok spiritüel terapileri (%70,5), balı (%36,8), zeytin yağını (%24,2) kullandıkları belirtilmiştir. Çalışmada spiritüel terapilerin bu denli yüksek olmasına yönelik ise toplumun dini ve kültürel olarak güçlü bir inanca sahip olduğu belirtilmiştir (80). Literatürde, en sık olarak kullanılan bitkisel ürünler, ısırgan otu, çörek otu, zerdeçal, kömeç, harnup pekmezi, zencefil, papatya çayı, karadut, ıhlamur, bal, bal poleni, kefir olarak ifade edilmektedir (20, 89). Bizim çalışmamızda, hastaların %71,1'inin bitkisel ürün kullandığı ve en çok kullanılan ürünlerin bal (%22,2), limon (%20,0) ve karadut (15,6) olarak sıralandığı belirlenmiştir. Bu durumda çalışmamızda kullanıldığı belirtilen balın diğer ülkelerde de TAT yöntemi olarak kullanıldığı, karadutun ise diğer ülkelerdeki kullanımına dair literatürde herhangi bir veriye rastlanılmamıştır. Bu durumda TAT yöntemlerinin kullanımdaki farkların, ülkelerin dini, kültürel, biyolojik ve çevresel faktörlere bağlı olarak gelişebileceği düşünülmektedir.

Hastalar TAT yöntemlerini tedavi süreci, yan etkiler, yaşadıkları psikolojik sorunlar gibi bir çok etkene bağlı olarak hastalığı iyileştirmek amacıyla kullanmaktadırlar (69, 91) Bu konuda Lengacher ve ark. (2006), Kurt ve ark. (2013) ve Üstündağ ve Zencirci (2015) tarafından yapılan çalışmalarda hastaların genel olarak mukozit, bulantı-kusma, sakinleşmek ve rahatlamak, iştah ve enerjiyi arttırmak gibi nedenlerle TAT kullandığı bildirilmektedir (20, 89, 92). Bizim çalışmamızda hastaların en çok oral mukozit, tat değişikliği ve yorgunluk sebebiyle TAT yöntemi kullandıkları tespit edilmiştir. Çalışmamız ve literatüre bakıldığında; hastaların TAT yöntemlerinin, yaşadıkları yan etkilere yönelik olarak kullandıkları ve bu durumun da çalışmamızın sonucuyla benzerlik gösterdiği düşünülmektedir.

5.2. NSDÖ Puanlarının İncelenmesi

Günümüzde kanser tedavisinin niteliğinin artırılması amacıyla gerçekleştirilen sayısız farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavi yöntemlerine karşın kemoterapi tedavisi, kanser hastalarının hayatına, fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik hallerine olumsuz yönde etki etmektedir (82, 93, 94). Bu nedenle hastalar yaşadıkları olumsuz deneyimlerle başa çıkabilmek için TAT uygulamalarını tercih etmektedir (68). TAT yöntemlerinin, hastaların yaşadıkları semptomlara ilişkin etkisine yönelik olarak araştırmamızda kullanılan NSDÖ, hastaların fiziksel, sosyal ve psikolojik iyilik hallerinin, hastalığa/tedaviye bağlı oluşan sorunlardan etkilenme düzeyini göstermektedir (82). Yıldırım ve ark. (2006) ve Arslan ve Özdemir'in (2015) yapmış olduğu çalışmalarda kanser hastalarının kemoterapiye bağlı yan etkilere yönelik kullandıkları TAT yöntemlerinin etkinliği gösterilmiştir (11, 95). Çalışmamızda ise hastaların TAT kullanım durumlarına göre NSDÖ puanlarının karşılaştırılmasında bütün NSDÖ puan türleri açısından anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Bu nedenle çalışmamızda, semptomların şiddetinin azaltılmasına yönelik kullanılan TAT yöntemlerinin, hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik hallerine herhangi bir katkı sağladığı düşünülmemektedir. Bu duruma neden olarak, çalışmamızda hastaların %50'den fazlasının 3. kür ve altında kemoterapi tedavisi almış olması sebebiyle kullandıkları yöntemin etkisini tam olarak değerlendirememesinin sebep olduğu düşünülebilir.

5.3. Ferrans and Powers Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının İncelenmesi

Kanser hastaları çoğunlukla TAT yöntemlerini genel sağlık durumlarına ve iyilik hallerine katkıda bulunmak amacıyla kullanmaktadırlar (96). Literatüre bakıldığında, Lövgren ve ark. (2011) tarafından yapılan bir çalışmada TAT kullanan ve kullanmayan hastaların yaşam kaliteleri arasında fark olmadığı saptanmış olmasına rağmen, Fasching ve ark. (2007) Albabtain ve ark.(2018) ve Cramer ve ark. (2017) tarafından yapılan çalışmalarda TAT kullanan hastaların yaşam kalitelerinin kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir (80, 97-99). Çalışmamızda **TAT kullanmayan** hastaların sağlık ve hareketlilik memnuniyetleri, **TAT kullananlara** göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda çıkan sonucun literatür ile benzerlik göstermediği düşünülebilir. Bu duruma çalışmamızda TAT

kullanmayan hastaların yaşlarının, TAT kullanan hastalara göre daha genç olması ve hastaların daha azının mastektomi olmuş olmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Literatürde, Broeckel ve ark. tarafından meme kanserli hastalarla yapılan bir çalışmada yaşın, kanser hastalarının yaşam kalitelerini etkileyen önemli faktörlerden biri olduğu ve daha genç yaşta olan hastaların daha yüksek oranda depresif belirtilere sahip olduğu belirtilmektedir (100). Aslan ve ark. tarafından kanser hastalarının ile yapılan başka bir çalışmada ise kanser hastaları için umut kavramının çok önemli olduğu, hastaların eğitim düzeylerinin yükselmesinin olumlu baş etme davranışlarını geliştirdiği, hastalıkla mücadele sürecinde bireyin desteklenmesine yönelik önemli bir kavram olduğu belirtilmektedir (101). Çalışmamızda **TAT kullanmayan** 41 yaş ve altı yaş grubunda olan hastaların 54-65 yaş grubuna göre ve üniversite mezunu olan hastaların ilköğretim mezunu ve altı olan hastalara göre sağlık ve hareketliliğinin daha önemli olduğu saptanmıştır. Ortaya çıkan sonuçlar ile çalışmamız, literatür ile benzer sonuçlar göstermektedir. Bu durumda, yaşı daha genç olan kanser hastalarının kanser tanısı ile yüzleşmelerinin yarattığı psikolojik etkiler, tanı ve tedavi süreciyle yaşı daha genç olan hastaların annelik, eş, mesleki veya sosyal yaşamlarında sahip oldukları rollere ilişkin kayıplar ve tedavi süreciyle birlikte yaşadıkları fizyolojik rahatsızlıklar (yorgunluk, uykusuzluk, bulantı kusma, mukozit vb.) sebebiyle sağlıklı olma isteğinin daha önemli hale gelebileceği düşünülmektedir. Ayrıca eğitim durumunun yükselmesi, hastaların sağlığı geliştiren davranışlar konusunda daha olumlu algıya sahip olması ve iyileşmek için daha istekli olmasına katkı sağlayarak yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

Literatürde Tarakeshwar ve ark. tarafından kanser hastaları ile yapılan bir çalışmada pozitif dini tutumu olan hastaların, negatif dini tutumu olan hastalardan daha yüksek yaşam kalitesine sahip oldukları, McClain ve ark'larının çalışmasında ise dinin, yaşamı tehdit eden hastalıklar için önemli bir başa çıkma stratejisi olduğu ve meme kanserli hastaların yüksek oranda dini başa çıkma stratejilerini kullandığı bildirilmektedir (102, 103). Ülkemizde, Can ve ark.'larının kanser hastaları ile yaptığı çalışmada hastaların %68.1'nin, Üstündağ'ın araştırmasında ise hastaların %92.1'nin TAT yöntemi olarak dini uygulamalar yaptığı belirtilmektedir (89, 104). Çalışmamızda **TAT kullanmayanların** psikolojik/dinsel önemliliği, **TAT kullananlardan** daha düşüktür. Ortaya çıkan sonuçlar ile çalışmamız, literatür ile benzer sonuçlar göstermesine rağmen çalışmamızda TAT yöntemi olarak dini/spiritüel

uygulamalar yapan hasta bulunmamaktadır. TAT yöntemi olarak dini/spiritüel uygulamalar yapan hasta bulunmamasının nedeni olarak hastaların dini ve psikolojik uygulamaların tedavi sürecine etkisine yönelik yeterli bilgisinin olmamasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Winkelman ve ark (2011), Zavala ve ark (2009) ile Astrow ve ark (2007) tarafından yapılan çalışmalarda, kanser hastalarında psikolojik/dinsel inanç daha iyi hissetme ve yüksek yaşam kalitesi ile bağlantılı olduğu ve psikolojik/dinsel ihtiyaçların doğru karşılanamamasının, bireyin bakım kalitesinde düşüşe ve memnuniyetsizliğine sebep olabildiği bildirilmektedir(105-107). Literatürde, Blank ve ark.'larının yaptığı çalışmalarda, yaşı büyük olan kanser hastalarının komorbid hastalıkların olması, eş, aile üyesi veya arkadaşların kaybı gibi durumları daha sık yaşamasının kanserle, gençlere oranla daha iyi baş edebildikleri belirtilmektedir (108, 109). Grau ve ark. (2016) yaptıkları bir derlemede de meme kanseri hastalarının eğitim durumunun yüksekliğinin hastanın olumlu psikolojik işleyişine katkı sağladığı bildirilmektedir (110). Çalışmamızda psikolojik/dinsel önemlilik alt boyutu puanlarının **TAT kullanmayanlar** açısından sonuçlarına bakıldığında 53 yaşın altında olan hastalar açısından psikolojik/dinsel inancın 54-65 yaş grubu olan hastalara göre daha önemli olduğu ve üniversite mezunu olan hastaların psikolojik/dinsel inanç durumu önemliliğinin ilkökul mezunu ve altı olan hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durumda yaşlı bireylerin yaşadığı kronik hastalıkların ve olumsuz olayların, kanser tanısı alındıktan sonra girilen tedavi süreciyle baş etmede pozitif yol gösterici olduğu ve bu nedenle yaşı daha genç olan hastalar için psikolojik/dinsel inancın öneminin arttığı, eğitim düzeyinin yükselmesinin de hastaların psikolojik/dinsel inançları konusunda farkındalıklarının artmasına sebep olarak daha önemli hale geldiği düşünülmektedir.

Kanser hastalarında fonksiyonelliğin bozulması, bireylerin hayatında ciddi sorunlara yol açabilmektedir. Bu konuda aile desteği ve sosyal destek büyük önem taşımaktadır. Landmark ve ark. tarafından meme kanserli kadınlarla yapılan bir çalışmada, hastaların sosyal desteklerini, aile ve arkadaşlarından aldıkları belirtilmiştir. Aileden aldıkları emosyonel ve sosyal desteğin hastaların inanç ve benlik algısını güçlendirdiği bildirilmiştir (111). Kanser hastalarının TAT kullanımlarının ailelerine etkisi ile ilgili olarak yapılan bir çalışmada ise hastaların TAT yöntemlerini en çok aile ve arkadaşlarının tavsiyesi ile kullandığı ve hastanın kullandığı TAT

yönteminin etkisine yönelik beklentisinde, ailesinin onayının oldukça önemli olduğu, TAT kullanımında ailesinden olumlu destek alanların daha az stres yaşadıkları, kanserle daha iyi mücadele ettiklerini ifade ettiği bildirilmektedir (112). Çalışmamızda **TAT kullananlarda** aile kavramının **TAT kullanmayanlara** göre daha önemli olduğu ve **TAT kullanan** üniversite mezunu hastaların ailelerinden daha memnun oldukları saptanmıştır. Bu durumda çalışmamız literatür ile benzerdir. TAT kullanımının bireyin tedavi sürecine yönelik bir destek faktörü olduğu düşünüldüğünde, aile bağlarının kuvvetli olmasının hastanın TAT kullanımını ve kullandığı yöntemi önemli ölçüde etkileyerek aile sürecine olumlu katkı sağladığı, eğitim durumunun yüksekliğinin ise hastalarda, aile kavramının olumlu etkilerine yönelik farkındalığı arttırarak hastaların aile memnuniyetlerini etkilediği düşünülebilir.

Kim ve Park (2015) tarafından yapılan bir çalışmada bireylerin sosyal ve ekonomik durumları ve eğitim durumlarının yüksekliğinin, yaşam kalitelerinin yüksek olmasında, etkili olduğu bildirilmektedir (113). Sluijs ve ark. (2013) TAT kullanımını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada sosyoekonomik durum, eğitim seviyesi ve profesyonel statünün TAT kullanımını etkilediği, Suh (2007) tarafından meme kanserli kadınların yaşam kalitelerini etkileyen faktörlerin incelendiği bir çalışmada da eğitim ve sosyoekonomik durumun yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği bildirilmektedir (114, 115). Çalışmamızda **TAT kullanan** hastaların sosyal ve ekonomik özelliklerin önemliliğinin, üniversite mezunlarında, ortaokul mezunu ve altı olan bireylerden daha yüksek olduğu, **TAT kullanan ve TAT kullanmayan** üniversite mezunu hastaların sosyal ve ekonomik alanda memnuniyet durumlarının diğer bütün eğitim gruplarından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu yönüyle bu çalışma literatür ile paralellik göstermektedir. Hastaların sosyal ve ekonomik alanda memnuniyetlerinin yüksek olmasının ülkemiz koşullarında eğitim durumu arttıkça gelir durumunun artmasından kaynaklı olduğu ve gelir durumunun artmasıyla da TAT yöntemlerine ulaşımın kolaylaştığı düşünülebilir.

5.4. TAT kullanan ve kullanmayan hastaların iyilik hali ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi

Bu bölümde, **TAT kullanan** ve **TAT kullanmayan** hastaların ölçek puanlarının birbiriyle olan ilişkileri incelenmiştir. Çalışmamızda kullanılan NSDÖ,

kanser hastalarının kemoterapi tedavisine bağı olarak yaşadıkları yan etkilerin şiddetinin bireylerin fiziksel, sosyal ve psikolojik iyilik hali başlıkları altında değerlendirilmesini sağlamaktadır. Anket içerisinde hastalardan yaşadıkları yan etkilerin şiddetlerini değerlendirmeleri istenmektedir. Alınan puanın yüksek olması hastanın tedaviye bağı oluşan sorunlardan etkilenme düzeyinin de yüksek olduğunu göstermektedir. (82). Walsh ve Rybicki (2006), Yeşilbalkan ve ark. (2005), Lou ve ark. (2017) ve Kara (2004) tarafından yapılan çalışmalarda semptomların şiddeti ve kanserli hastaların yaşam kaliteleri arasında kuvvetli bir ilişkinin bulunduğu ve kanserin ilerlemesi ve tedavide kullanılan kemoterapötikler sebebiyle hastaların bir çok yan etkiye maruz kaldığı ve hastaların yaşadıkları semptomların şiddeti ve yaşam kalitesi arasında negatif yönde bir ilişkinin bulunduğu bildirilmektedir (116-119). Çalışmamızda **TAT kullanan ve kullanmayan** hastaların total yaşam kalitesi ve alt boyutları puanları ile NSDÖ toplam ve alt boyutları puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu da çalışmamızda, TAT kullanan ve TAT kullanmayan hastaların yaşam kalitesi puanı azaldıkça tedaviye bağı olarak yaşadığı yan etkilerin şiddetinin arttığı saptanmıştır. Hastaların yaşadıkları semptomların şiddetinin artmasıyla yaşam kalitelerinde düşüş meydana gelmektedir ve hastaların yaşam kalitelerinde meydana gelen bu düşüş beklenen bir durumdur. Bu nedenle çalışmamız literatür ile benzer sonuçlar ortaya koymaktadır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Meme kanserli ve paklitaksel kemoterapi protokolü tedavisi alan kadınların tamamlayıcı yöntem kullanımının tespit edilmesi, tamamlayıcı yöntem kullanan ve kullanmayan hastaların semptomlarının değerlendirilmesi, tamamlayıcı yöntem kullanımlarına göre yaşam kalitelerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda belirtilmiştir:

- Çalışmamızda paklitaksel kemoterapi protokolü alan meme kanserli kadınların TAT kullanım oranının %33,3 olduğu,
- Hastaların en sık (%71,1) TAT ürünü olarak bitkisel ürün kullandığı,
- Kullanılan TAT ürünlerinin en çok en çok oral mukozit, tat değişikliği ve yorgunluk sebebiyle kullanıldığı,
- En sık kullanılan TAT ürünlerinin bal, limon ve karadut olarak sıralandığı,
- TAT kullanmayan hastaların sağlık ve hareketlilik memnuniyetlerinin TAT kullananlara göre daha yüksek olduğu,
- TAT kullanmayan hastaların psikolojik/dinsel, aile boyutu önemliliğinin TAT kullananlara göre daha düşük olduğu,
- TAT kullanmayan 41 yaş ve altı hastaların 54-65 yaş grubuna göre sağlık ve hareketliliğinin daha önemli olduğu
- TAT kullanmayan 53 yaş ve altı hastaların 54-65 yaş grubu olan hastalara göre psikolojik/dinsel önemliliğin daha yüksek olduğu,
- Çalışmamızda TAT kullanmayan hastaların eğitim durumunun yükselmesiyle ilgili olarak; hem yaşamlarından duydukları memnuniyet hem de sosyal ve ekonomik açıdan duydukları memnuniyet düzeylerinin yükseldiği, bu duruma ek olarak, üniversite mezunu olan hastalara göre sağlık ve hareketlilik ve psikolojik/dinsel inanç faktörlerinin ilkökul mezunu ve altı olan hastalardan daha önemli olduğu saptanmıştır.
- Çalışmamızda TAT kullanan hastaların eğitim durumunun yükselmesiyle ilgili olarak ise; sosyal ve ekonomik açıdan memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu, ailelerinden daha memnun oldukları ve eğitim durumunun

yükselmesiyle sosyal ve ekonomik özelliklerin bireylerin hayatında daha önemli bir yer aldığı belirtilmektedir.

- TAT kullanmayan hastaların; memnuniyet toplam puanı, memnuniyet sağlık ve hareketlilik, sosyal ve ekonomik, psikolojik/dinsel, aile, alt boyutları ile NSDÖ fiziksel iyilik hali, sosyal iyilik hali, psikolojik iyilik hali alt boyutu ve toplam puanı arasında negatif yönde bir ilişkinin olduğu,
- TAT kullanmayan hastaların Ferrans ve Power önemlilik sağlık ve hareketlilik, psikolojik/dinsel, aile alt boyutlarının puanı ile NSDÖ toplam puanı arasında negatif yönde, anlamlı bir ilişkinin olduğu,
- TAT kullanan hastaların Ferrans ve Power memnuniyet toplam puan, sağlık ve hareketlilik, sosyal ve ekonomik, psikolojik/dinsel alt boyutları ile NSDÖ psikolojik iyilik hali alt boyutu arasında negatif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin bulunduğu
- TAT kullanan hastaların Ferrans ve Power önemlilik toplam puanı, sağlık ve hareketlilik alt boyutu ile NSDÖ psikolojik iyilik hali alt boyutu ve toplam puan arasında negatif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin bulunduğu,
- TAT kullanan hastaların NSDÖ fiziksel iyilik hali sosyal iyilik hali arasında pozitif ilişkinin bulunduğu belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda;

- Sağlıklı/hasta bireylerin ve ailelerinin TAT kullanımı konusunda bilgilendirilmesi,
- Klinik uygulama alanında daha güçlü kanıt oluşturabilmek için örneklem büyüklüğünün daha geniş tutulduğu benzer klinik araştırmaların yapılması,
- Tekrarlı ölçümler ya da hastaların kemoterapi kürlerine göre başka çalışmaların planlanması,
- TAT kullanım durumunun hastaların yaşam kalitesine olan etkisinin incelendiği çalışmaların sayısının artırılması, TAT'ın etkinliğinin ortaya çıkarılmasının sağlanması önerilmektedir.

7. KAYNAKÇA

1. Yavuz M, İlçe AÖ, Kaymakçı Ş, Bildik G, Dıramalı A. Meme kanserli hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullanma durumlarının incelenmesi. 2007. Report No.: 1300-0292 Contract No.: 5.
2. Kutluk T. Kanserle İlgili Bilgi Ve Davranış Araştırması. Türkiye: Türk Kanser Araştırma Ve Savaş Kurumu Derneği; 2014.
3. Who. World health statistics 2008: World Health Organization; 2008.
4. T. C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye'de Kanser İstatistikleri. 2017.
5. DeSantis CE, Ma J, Goding Sauer A, Newman LA, Jemal A. Breast cancer statistics, 2017, racial disparity in mortality by state. CA: a cancer journal for clinicians. 2017;67(6):439-48.
6. Baykara O. Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi / Balıkesir Health Sciences Journal. 2016;5(3):154-65.
7. Can G, Enç N, Akkaya S. Onkoloji hemşireliğinde kanıta dayalı semptom yönetimi. 2007.
8. Bao Y, Kong X, Yang L, Liu R, Shi Z, Li W, et al. Complementary and alternative medicine for cancer pain: an overview of systematic reviews. Evid Based Complement Alternat Med. 2014;170396.
9. Yavuzşen T, Alacacioğlu A, Çeltik A, Yılmaz U. Kanser ve uyku bozuklukları. Türk Onkoloji Dergisi. 2014;29(3):112-9.
10. Can G. Onkoloji hemşireliği. İstanbul Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul. 2014.
11. Arslan M, Özdemir L. Complementary and alternative therapy methods used in the management of chemotherapy induced nausea and vomiting. Turk Onkoloji Dergisi-Turkish Journal Of Oncology. 2015;30(2):82-9.
12. Özyılkan Ö. Kanser hastalarında yaşam kalitesinin önemi. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Ankara,(Çevrimiçi: www.bayar.edu.tr/~saykad/g_onkoloji.htm, 2006 2006). 2006.
13. Babacan Gümüş A. Meme kanserli hastalarda emosyonel destek odaklı hemşirelik girişimlerinin psikososyal uyuma etkisinin değerlendirilmesi. izmir: Ege Üniversitesi; 2007.
14. Montazeri A, Vahdaninia M, Harirchi I, Ebrahimi M, Khaleghi F, Jarvandi S. Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study. BMC cancer. 2008;8(1):330.
15. Ernst E, Cassileth BR. The prevalence of complementary/alternative medicine in cancer: a systematic review. Cancer. 1998;83(4):777-82.
16. Kav S, Hanoğlu Z, Algier L. Türkiyede Kanserli Hastalarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı: Literatür Taraması. International Journal of Hematology & Oncology/UHOD: Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi. 2008;18(1).
17. Bebiş H, Akpunar D, Coşkun S, Özdemir S. Meme Kanserli Hastaların Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanımı: Literatür Taraması.
18. Lin Y-H, Chiu J-H. Use of Chinese medicine by women with breast cancer: a nationwide cross-sectional study in Taiwan. Complementary therapies in medicine. 2011;19(3):137-43.
19. Cui Y, Shu X-O, Gao Y, Wen W, Ruan Z-X, Jin F, et al. Use of complementary and alternative medicine by Chinese women with breast cancer. Breast Cancer Research and Treatment. 2004;85(3):263-70.
20. Kurt H, Keşkek ŞÖ, Çil T, Canataroğlu A. Meme kanserli hastalarda tamamlayıcı/alternatif tedavi kullanımı. Türk Onkoloji Dergisi. 2013;28(1):10-5.

21. Düzen KÖ, Korkmaz M. Kanser Hastalarında, Semptom Kontrolü Ve Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp Kullanımı. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2015;8(2).
22. Kremser T, Evans A, Moore A, Luxford K, Begbie S, Bensoussan A, et al. Use of complementary therapies by Australian women with breast cancer. *The Breast*. 2008;17(4):387-94.
23. Duijts SF, Faber MM, Oldenburg HS, van Beurden M, Aaronson NK. Effectiveness of behavioral techniques and physical exercise on psychosocial functioning and health-related quality of life in breast cancer patients and survivors—a meta-analysis. *Psycho-Oncology*. 2011;20(2):115-26.
24. Pan YQ, Yang KH, Wang YL, Zhang LP, Liang HQ. Massage interventions and treatment-related side effects of breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Int J Clin Oncol*. 2014;19(5):829-41.
25. Çıtlak K, Kapucu S. Kemoterapi Alan Hastalarda Görülen Oral Mukozitin Önlemesi ve Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar: Kanıta Dayalı Uygulamalar. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2015;2(1).
26. Song JJ, Twumasi-Ankrah P, Salcido R. Systematic review and meta-analysis on the use of honey to protect from the effects of radiation-induced oral mucositis. *Advances in skin & wound care*. 2012;25(1):23-8.
27. Panahi Y, Saadat A, Sahebkar A, Hashemian F, Taghikhani M, Abolhasani E. Effect of ginger on acute and delayed chemotherapy-induced nausea and vomiting: a pilot, randomized, open-label clinical trial. *Integr Cancer Ther*. 2012;11(3):204-11.
28. Mundy E, DuHamel K, Montgomery G, editors. The efficacy of behavioral interventions for cancer treatment-related side effects. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*; 2003.
29. Komen MM, Smorenburg CH, van den Hurk CJ, Nortier JW. Factors influencing the effectiveness of scalp cooling in the prevention of chemotherapy-induced alopecia. *Oncologist*. 2013;18(7):885-91.
30. Wolf SL, Qin R, Menon SP, Rowland Jr KM, Thomas S, Delaune R, et al. Placebo-controlled trial to determine the effectiveness of a urea/lactic acid-based topical keratolytic agent for prevention of capecitabine-induced hand-foot syndrome: North Central Cancer Treatment Group Study N05C5. *Journal of Clinical Oncology*. 2010;28(35):5182.
31. Yucel I, Guzin G. Topical henna for capecitabine induced hand-foot syndrome. *Invest New Drugs*. 2008;26(2):189-92.
32. Bakanlığı TS. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kanser Daire Başkanlığı. Erişim adresi: [http://kanser.gov.tr/index.php/dairefaaliyetleri/kanser-kayitciligi/108-t% C3% BCrkiyede-kanser-kayitcigi.html](http://kanser.gov.tr/index.php/dairefaaliyetleri/kanser-kayitciligi/108-t%C3%BCrkiyede-kanser-kayitcigi.html) Erişim Tarihi. 2013;12.
33. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. 2013; Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. globocan.iarc.fr/Default.aspx. 2014.
34. Carlson R, Allred D, Anderson B. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Breast Cancer, version 1. 2009. 2009.
35. Evcimik T. Meme Kanserinde Prognostik Faktörlerin Sağkalıma Etkisi (tez). İstanbul: Sağlık Bakanlığı İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi. 2008.
36. Singletary SE, Allred C, Ashley P, Bassett LW, Berry D, Bland KI, et al. Revision of the American Joint Committee on Cancer staging system for breast cancer. *J Clin Oncol*. 2002;20(17):3628-36.
37. Pinder MC, Buzdar AU. Endocrine therapy for breast cancer. *Breast Cancer 2nd edition*. 2008:411-34.

38. Aydinler A, Topuz E, Aykan F. Meme Kanseri Tanı-Tedavi-Takip İstanbul Konsensusu. Nobel Tıp Kitapevleri. 2006.
39. Morrow M. Breast conservation and negative margins: how much is enough? *The Breast*. 2009;18:S84-S6.
40. Perry MC. *The chemotherapy source book*: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
41. Singla AK, Garg A, Aggarwal D. Paclitaxel and its formulations. *Int J Pharm*. 2002;235(1-2):179-92.
42. Lee W-L, Shiao J-Y, Shyur L-F. Taxol, camptothecin and beyond for cancer therapy. *Advances in Botanical Research*. 62: Elsevier; 2012. p. 133-78.
43. Horwitz SB. Taxol (paclitaxel): mechanisms of action. *Ann Oncol*. 1994;5 Suppl 6:S3-6.
44. Blagosklonny MV, Fojo T. Molecular effects of paclitaxel: myths and reality (a critical review). *Int J Cancer*. 1999;83(2):151-6.
45. Uyar M, Uslu R. *Kanser ve palyatif bakım: Meta Basım*; 2006.
46. Erkurt MA, Kuku İ, Kaya E, Aydoğdu İ. Kanser kemoterapisi ve böbrek. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*. 2009;16(1).
47. Taş F, Başbakkal Z. Kemoterapi Alan Çocukların Yaşadıkları Semptomlar ve Ebeveynlerinin Semptom Kontrolüne Yönelik Uygulamaları. *Ege Pediatri Bülteni*. 2009;16(1):33-44.
48. Hussein AM. Chemotherapy-induced alopecia: new developments. *South Med J*. 1993;86(5):489-96.
49. Panchagnula R. Pharmaceutical aspects of paclitaxel. *International Journal of Pharmaceutics*. 1998;172(1):1-15.
50. Minisini AM, Tosti A, Sobrero AF, Mansutti M, Piraccini BM, Sacco C, et al. Taxane-induced nail changes: incidence, clinical presentation and outcome. *Ann Oncol*. 2003;14(2):333-7.
51. Gilbar P, Hain A, Peereboom VM. Nail toxicity induced by cancer chemotherapy. *J Oncol Pharm Pract*. 2009;15(3):143-55.
52. Health UDo, Services H. Common terminology criteria for adverse events (CTCAE) version 4.0. National Institutes of Health, National Cancer Institute. 2009;4(03).
53. Miller KK, Gorcey L, McLellan BN. Chemotherapy-induced hand-foot syndrome and nail changes: a review of clinical presentation, etiology, pathogenesis, and management. *J Am Acad Dermatol*. 2014;71(4):787-94.
54. van den Hurk CJ, Peerbooms M, van de Poll-Franse LV, Nortier JW, Coebergh JW, Breed WP. Scalp cooling for hair preservation and associated characteristics in 1411 chemotherapy patients - results of the Dutch Scalp Cooling Registry. *Acta Oncol*. 2012;51(4):497-504.
55. Bernhardtson BM, Tishelman C, Rutqvist LE. Self-reported taste and smell changes during cancer chemotherapy. *Support Care Cancer*. 2008;16(3):275-83.
56. Hong JH, Omur-Ozbek P, Stanek BT, Dietrich AM, Duncan SE, Lee YW, et al. Taste and odor abnormalities in cancer patients. *J Support Oncol*. 2009;7(2):58-65.
57. Gatzemeier U, von Pawel J, Gottfried M, Velde Gt, Mattson K, DeMarinis F, et al. Phase III comparative study of high-dose cisplatin versus a combination of paclitaxel and cisplatin in patients with advanced non-small-cell lung cancer. *Journal of clinical oncology*. 2000;18(19):3390-9.
58. Seven M, Akyüz A, Sever N, Dinçer Ş. Kanser Tanısı Alan Hastaların Yaşadığı Fiziksel ve Psikolojik Semptomların Belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2013;12(3).
59. Can G. *Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Bakım*. İstanbul Konsensusu, Nobel Tıp Kitapevleri. 2010.
60. Onat H, Mandel NM. Kanser hastasına yaklaşım: tanı, tedavi ve takipte sorunlar: Nobel Tıp Kitabevi; 2012.

61. Kanan N. İleri Evre Kanser Hastasının Evde Palyatif Bakım Organizasyonu. Turkish Journal of Research & Development in Nursing. 2007;9(3).
62. Uğur Ö. Kanser hastasının semptom yönetimi. Turkish Journal of Oncology/Türk Onkoloji Dergisi. 2014;29(3).
63. Akgün Ş, Z. . Kemoterapi tedavisi alan hastalara verilen semptom kontrolü eğitiminin öfke ve stresle baş etme düzeylerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi [Internet]. 2012.
64. Alacacioğlu A, Yavuzşen T, Diriöz M, Yeşil L, Bayrı D, Yılmaz Y. Kemoterapi alan kanser hastalarında anksiyete düzeylerindeki değişiklikler. Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi. 2007;17:87-93.
65. Shorofi SA, Arbon P. Complementary and alternative medicine (CAM) among Australian hospital-based nurses: knowledge, attitude, personal and professional use, reasons for use, CAM referrals, and socio-demographic predictors of CAM users. Complementary Therapies in Clinical Practice. 2017;27:37-45.
66. Özçelik H, Fadiloğlu Ç. Kanser hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım nedenleri. Türk Onkoloji Dergisi. 2009;24(1):48-52.
67. Tas F, Ustuner Z, Can G, Eralp Y, Camlica H, Basaran M, et al. The prevalence and determinants of the use of complementary and alternative medicine in adult Turkish cancer patients. Acta Oncologica. 2005;44(2):161-7.
68. Yavuz M, İlçe AÖ, Kaymakçı Ş, Bildik G, Diramali A. Meme kanserli hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullanma durumlarının incelenmesi. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences. 2007;27(5):680-6.
69. Demirsoy G. Meme kanseri hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım durumları: Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2016.
70. Group W. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Social science & medicine. 1995;41(10):1403-9.
71. Erdoğan Z, Yavuz DE. Kanserli hastaların bakım vericilerinde yaşam kalitesi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2014;23(4).
72. Kızılcı S. Kemoterapi Alan Kanseli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 1997.
73. Babaoğlu E, Öz F. Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişki. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2003;2:24-33.
74. McMillan SC, Small BJ, Weitzner M, Schonwetter R, Tittle M, Moody L, et al. Impact of coping skills intervention with family caregivers of hospice patients with cancer: a randomized clinical trial. Cancer. 2006;106(1):214-22.
75. Morris J, Perez D, McNoe B. The use of quality of life data in clinical practice. Quality of Life Research. 1997;7(1):85-91.
76. Koltarla S. Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi sağlık personelinin yaşam kalitesinin araştırılması. Uzmanlık tezi, İstanbul. 2008.
77. Yılmaz T, Keşkek ŞÖ, Sakallı H, Canataroğlu A. Meme Kanseri Hastalarında Kemoterapinin Yaşam Kalitesine Etkisi. Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi. 2013;1(2):14-20.
78. Rustoen T, Begnum S. Quality of life in women with breast cancer: a review of the literature and implications for nursing practice. Cancer Nurs. 2000;23(6):416-21.
79. King MT, Kenny P, Shiell A, Hall J, Boyages J. Quality of life three months and one year after first treatment for early stage breast cancer: influence of treatment and patient characteristics. Qual Life Res. 2000;9(7):789-800.
80. Alabtain H, Alwhaibi M, Alburaikan K, Asiri Y. Quality of life and complementary and alternative medicine use among women with breast cancer. Saudi Pharmaceutical Journal. 2018;26(3):416-421.

81. Düzen KÖ. Kanser hastalarının yaşam kalitesi, Semptom kontrolü ve tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanım durumlarının incelenmesi: SDÜ Sağlık Bilimler Enstitüsü; 2012.
82. Can G, Aydinler A. Development and validation of the Nightingale Symptom Assessment Scale (N-SAS) and predictors of the quality of life of the cancer patients in Turkey. *Eur J Oncol Nurs*. 2011;15(1):3-11.
83. Can G, Durna Z, Aydinler A. The validity and reliability of the Turkish version of the Quality of Life Index [QLI] (Cancer version). *Eur J Oncol Nurs*. 2010;14(4):316-21.
84. Yıldız I, Ozguroglu M, Toptas T, Turna H, Sen F, Yildiz M. Patterns of complementary and alternative medicine use among Turkish cancer patients. *Journal of palliative medicine*. 2013;16(4):383-90.
85. Subramani R, Lakshmanaswamy R. Complementary and Alternative Medicine and Breast Cancer. *Progress in molecular biology and translational science*. 151: Elsevier; 2017. p. 231-74.
86. Horneber M, Bueschel G, Dennert G, Less D, Ritter E, Zwahlen M. How many cancer patients use complementary and alternative medicine: a systematic review and metaanalysis. *Integrative cancer therapies*. 2012;11(3):187-203.
87. Schwartz LM. Complementary and Alternative Medicine in the Older Cancer Patient. *Management of Cancer in the Older Patient*: Elsevier; 2012. p. 195-204.
88. Molassiotis A, Scott JA, Kearney N, Pud D, Magri M, Selvekeroova S, et al. Complementary and alternative medicine use in breast cancer patients in Europe. *Supportive Care in Cancer*. 2006;14(3):260-7.
89. Üstündağ S, Zencirci AD. Factors affecting the quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy: A questionnaire study. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*. 2015;2(1):17.
90. Saghatchian M, Bihan C, Chenailler C, Mazouni C, Dauchy S, Delaloge S. Exploring frontiers: use of complementary and alternative medicine among patients with early-stage breast cancer. *The Breast*. 2014;23(3):279-85.
91. Tautz E, Momm F, Hasenburg A, Guethlin C. Use of complementary and alternative medicine in breast cancer patients and their experiences: a cross-sectional study. *European Journal of Cancer*. 2012;48(17):3133-9.
92. Lengacher CA, Bennett MP, Kip KE, Gonzalez L, Jacobsen P, Cox CE. Relief of symptoms, side effects, and psychological distress through use of complementary and alternative medicine in women with breast cancer. *Nursing Faculty Publications*. 2006;6.
93. Colagiuri B, Roscoe JA, Morrow GR, Atkins JN, Giguere JK, Colman LK. How do patient expectancies, quality of life, and postchemotherapy nausea interrelate? *Cancer*. 2008;113(3):654-61.
94. Colagiuri B, Dhillon H, Butow PN, Jansen J, Cox K, Jacquet J. Does assessing patients' expectancies about chemotherapy side effects influence their occurrence? *Journal of pain and symptom management*. 2013;46(2):275-81.
95. Yıldırım YK, Fadiloğlu Ç, Uyar M. Palyatif kanser bakımında tamamlayıcı tedaviler. 2006.
96. Vapiwala N, Mick R, Hampshire MK, Metz JM, DeNittis AS. Patient initiation of complementary and alternative medical therapies (CAM) following cancer diagnosis. *Cancer J*. 2006;12(6):467-74.
97. Lövgren M, Wilde-Larsson B, Hök J, Leveälahti H, Tishelman C. Push or pull? Relationships between lung cancer patients' perceptions of quality of care and use of complementary and alternative medicine. *European Journal of Oncology Nursing*. 2011;15(4):311-7.
98. Fasching P, Thiel F, Nicolaisen-Murmann K, Rauh C, Engel J, Lux M, et al. Association of complementary methods with quality of life and life satisfaction in patients with gynecologic and breast malignancies. *Supportive Care in Cancer*. 2007;15(11):1277-84.

99. Cramer H, Lauche R, Klose P, Lange S, Langhorst J, Dobos GJ. Yoga for improving health-related quality of life, mental health and cancer-related symptoms in women diagnosed with breast cancer. The Cochrane Library. 2017.
100. Broeckel JA, Jacobsen PB, Balducci L, Horton J, Lyman GH. Quality of life after adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Breast cancer research and treatment*. 2000;62(2):141-50.
101. Aslan Ö, Sekmen K, Kömürcü Ş, Özet A. Kanserli hastalarda umut. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2007;11(2):18-24.
102. Tarakeshwar N, Vanderwerker LC, Paulk E, Pearce MJ, Kasl SV, Prigerson HG. Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer. *Journal of palliative medicine*. 2006;9(3):646-57.
103. McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *The lancet*. 2003;361(9369):1603-7.
104. Can G, Erol O, Aydinler A, Topuz E. Quality of life and complementary and alternative medicine use among cancer patients in Turkey. *European Journal of Oncology Nursing*. 2009;13(4):287-94.
105. Winkelman WD, Lauderdale K, Balboni MJ, Phelps AC, Peteet JR, Block SD, et al. The relationship of spiritual concerns to the quality of life of advanced cancer patients: preliminary findings. *Journal of Palliative Medicine*. 2011;14(9):1022-8.
106. Zavala MW, Maliski SL, Kwan L, Fink A, Litwin MS. Spirituality and quality of life in low-income men with metastatic prostate cancer. *Psycho-Oncology*. 2009;18(7):753-61.
107. Astrow AB, Wexler A, Texeira K, He MK, Sulmasy DP. Is failure to meet spiritual needs associated with cancer patients' perceptions of quality of care and their satisfaction with care? *Journal of Clinical Oncology*. 2007;25(36):5753-7.
108. Blank TO, Bellizzi KM. After prostate cancer: Predictors of well-being among long-term prostate cancer survivors. *Cancer*. 2006;106(10):2128-35.
109. Blank TO, Bellizzi KM. A gerontologic perspective on cancer and aging. *Cancer*. 2008;112(S11):2569-76.
110. Casellas-Grau A, Vives J, Font A, Ochoa C. Positive psychological functioning in breast cancer: An integrative review. *The Breast*. 2016;27:136-68.
111. Landmark BT, Strandmark M, Wahl A. Breast cancer and experiences of social support. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2002;16(3):216-23.
112. Latte-Naor S, Sidlow R, Sun L, Li QS, Mao JJ. Influence of family on expected benefits of complementary and alternative medicine (CAM) in cancer patients. *Supportive Care in Cancer*. 2018;26(6):2063-9.
113. Kim J-H, Park E-C. Impact of socioeconomic status and subjective social class on overall and health-related quality of life. *BMC public health*. 2015;15(1):783.
114. Suh YO. Predictors of quality of life in women with breast cancer. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2007;37(4):459-66.
115. Van der Sluijs C, Lombardo FL, Lesi G, Bensoussan A, Cardini F. Social and cultural factors affecting complementary and alternative medicine (CAM) use during menopause in Sydney and Bologna. *Evidence-based complementary and alternative medicine*. 2013;(2013):6.
116. Kara B, Kanserde öz-bakım FH. yaşam kalitesi. *Hematoloji-Onkoloji*. 2004;6(3):124-9.
117. Yeşilbalkan ÖU, Akyol AD, Çetinkaya Y, Altın T, Ünlü D. Kemoterapi Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye Bağlı Yaşadıkları Semptomlar Ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. *Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2005;21(1):13-31
118. Lou VW, Chen EJ, Jian H, Zhou Z, Zhu J, Li G, et al. Respiratory symptoms, sleep, and quality of life in patients with advanced lung cancer. *Journal of pain and symptom management*. 2017;53(2):250-6. e1.

119. Walsh D, Rybicki L. Symptom clustering in advanced cancer. Supportive care in cancer. 2006;14(8):831-6.



EKLER

EK 1. Etik Kurul Kararı

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

Sayı : 16969557 - 1122
Konu : ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 04 TEMMUZ 2017 SALI
Toplantı No : 2017/16
Proje No : GO 17/535 (Değerlendirme Tarihi: 13.06.2017)
Karar No : GO 17/535- 41

Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Doç. Dr. Leyla ÖZDEMİR' in sorumlu araştırmacı olduğu, Betül GÜLEÇ' in yüksek lisans tezi olan, GO 17/535 kayıt numaralı, **"Meme Kanserli Hastaların Tamamlayıcı Yöntem Kullanımlarına Göre Yaşam Kalitesi ve Semptom Kontrolünün Değerlendirilmesi"** başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

1. Prof. Dr. Nurten AKARSU (Başkan)	10 Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU (Üye)
2. Prof. Dr. Sevda F. MÜFTÜOĞLU (Üye)	11 Yrd. Doç. Dr. Özay GÖKÖZ (Üye)
3. Prof. Dr. M. Yıldırım SARI (Üye)	12. Doç. Dr. Gözde GİRGİN (Üye)
4. Prof. Dr. Necdet SAGLAM (Üye)	13. Doç. Dr. Fatma Visal OKUR (Üye)
5. Prof. Dr. Hatice Doğan BUZOĞLU (Üye)	14. Doç. Dr. Can Ebru KURT (Üye)
6. Prof. Dr. R. Köksal ÖZGÜL (Üye)	15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev TURNAGÖL (Üye)
7. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN (Üye)	16. Öğr. Gör. Dr. Müge DEMİR (Üye)
8. Prof. Dr. Elmas Ebru YALÇIN (Üye)	17. Öğr. Gör. Meltem ŞENGELN (Üye)
9. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEL (Üye)	18. Av. Meltem ONURLU (Üye)

EK 2 Hastane İzin Yazısı (TUEK)

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Sağlık
Uygulama ve Araştırma Merkezi

TIPTA UZMANLIK ve EĞİTİM KURULU TOPLANTI KARAR TUTANAĞI

Toplantı Sayısı : 18
Toplantı Tarihi : 26.09.2017
Saat : 14:00

Sayın Betül GÜLEÇ

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi yüksek lisans öğrencisi Betül GÜLEÇ' in Hastanemizde Doç. Dr. Umut DEMİRCİ ortaklığında yapmayı planladığı "Meme Kanseri Hastaların Tamamlayıcı Yöntem Kullanımlarına Göre Yaşam Kalitesi ve Semptom Kontrolünün Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasını Hastanemizde yapmasının uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Halil BAŞAR
Eğitim Koordinatörü

EK-3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Bu araştırma , Kemoterapi alan hastaların kullandıkları Tamamlayıcı yöntemlerin değerlendirilmesi amacıyla yapılacaktır. Kemoterapi sırasında hastaların çoğunda kemoterapi kaynaklı rahatsızlıklar gelişmektedir ve bu beslenme bozukluklarına, kilo kaybına, günlük aktivitelerin yerine getirilmesinde zorluklara ve psikolojik durumun olumsuz etkilenmesine sebep olabilmektedir. Bu araştırma kapsamında; Uygulama sırasında araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılara bir adet tanıtıcı anket formu, kemoterapiye bağlı yaşadıkları rahatsızları derecelendirecekleri bir ölçek ve kullandıkları tamamlayıcı yöntemleri belirtecekleri bir form sunulacaktır. Anketi doldurmanız toplamda 10-15 dakikanızı alacaktır. Bu araştırmada sizin için hiç bir risk ya da rahatsızlık söz konusu değildir. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya yada sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Araştırma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda ulaşmanız için size telefon numarası verilecektir. Bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları hemşireliği Anabilim Dalının katılımı ile gerçekleştirilecektir ve çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

☐

Kabul ediyorum.

Araştırma ekibi:

Sorumlu Araştırmacı

Doç Dr. Leyla Özdemir

0536 715 30 29

Yardımcı Araştırmacı

Betül Güleç

Telefon no: 05340829287

EK-4. Tanıtıcı Anket Formu

TANITICI ANKET FORMU

A.ÖRNEKLEME ALINMA KRİTERLERİ

18-65 yaş arası olma	evet ()	hayır ()
Meme kanseri tanısı almış olma	evet ()	hayır ()
Paklitaksel Kemoterapi protokolü alma	evet ()	hayır ()
Radyoterapi tedavisi almama	evet ()	hayır ()

B. KİŞİSEL ÖZELLİKLER

Yaş:

Çalışma Durumu: 1) Çalışıyor () 2) Çalışmıyor ()

Gelir durumu: 1) Gelir giderden az () 2) Gelir gidere eşit()
3) Gelir giderden çok ()

Medeni durumu:

1) Evli () 2) Bekar ()

Çocuk:

1) Yok () 2) Var () : Sayısı:.....

Eğitim durumu:

1) Okur-yazar değil () 3) İlkokul () 5) Lise ()
2) Okur-yazar () 4) Ortaokul () 6) Üniversite ()

Birlikte yaşadığı kişiler :

Tek başına yaşıyor () Aile ile yaşıyor ()

Beden kitle indeksi:

Kronik hastalıklar:

- -
- -

Sigara içme durumu

var () yok ()

C. HASTALIK SÜRECİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLER

Evre:

Mastektomi olma durumu

Hayır () Evet ()

Kemoterapi kür sayısı :.....



EK-5. Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği (NSDÖ)

Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği (N-SDÖ)

Aldığınız tedavi, uygulanan ilacın türüne bağlı olarak, farklı sorunlar yaşamamıza neden olabilir. Bu nedenle aşağıda yer alan ifadeleri dikkatlice okuyarak, aldığınız tedavinin sizi nasıl ve ne derecede etkilediğini düşünerek size en yakın cevabınızın altındaki ○ kalemle çarpı koyarak ⊗ veya içini doldurarak ● işaretleyiniz.

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

EK-6. Ferrans and Powers Yaşam Kalitesi Ölçeği

Ferrans ve Powers

YAŞAM KALİTESİ ENDEKSİ KANSER UYARLAMASI - III

Bölüm 1: Lütfen, aşağıdaki her bir madde için yaşamınızın o alanından ne derecede memnun olduğunuzu en iyi açıklayan cevabı seçiniz. Lütfen, cevabınızı yansıtan sayıyı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Doğru yada yanlış cevaplar yoktur.

NE DERECEDE MEMNUNSUNUZ?	Hiç memnun değilim	Orta derecede memnun değilim	Hafif derecede memnun değilim	Hafif derecede memnunum	Orta derecede memnunum	Çok memnunum
1. Sağlığınızdan?	1	2	3	4	5	6
2. Aldığınız sağlık hizmetinden?	1	2	3	4	5	6
3. Ağrınızın şiddetinden?	1	2	3	4	5	6
4. Günlük yaşam aktivitelerinizi gerçekleştirmede sahip olduğunuz enerji düzeyinden?	1	2	3	4	5	6
5. Yardım almadan kendinize bakım verme yeterliliğinizden?	1	2	3	4	5	6
6. Yaşamınız üzerinde sahip olduğunuz kontrol düzeyinden?	1	2	3	4	5	6
7. Dilediğiniz kadar uzun yaşama şansınızdan?	1	2	3	4	5	6
8. Ailenizin sağlığından?	1	2	3	4	5	6
9. Çocuklarınızdan?	1	2	3	4	5	6
10. Ailenizin mutluluğundan?	1	2	3	4	5	6
11. Cinsel yaşamınızdan?	1	2	3	4	5	6
12. Eşinizden, sevgilinizden yada partnerinizden?	1	2	3	4	5	6
13. Arkadaşlarınızdan	1	2	3	4	5	6
14. Ailenizden aldığınız emosyonel destekten?	1	2	3	4	5	6
15. Ailenizin dışındaki insanlardan aldığınız emosyonel destekten?	1	2	3	4	5	6

(Lütfen diğer sayfaya geçiniz)

© Telif hakkı 1984 & 1998 Carol Estwing Ferrans ve Marjorie J. Powers'e ait (İzin almadan kullanmayınız)

NE DERECEDE MEMNUNSUNUZ?

	Hiç memnun değilim	Orta derecede memnun değilim	Hafif derecede memnun değilim	Hafif derecede memnunum	Orta derecede memnunum	Çok memnunum
16. Ailesel sorumlulukları yerine getirme yeterliliğinizden?	1	2	3	4	5	6
17. Başkaları için ne kadar yararlı olduğunuzdan?	1	2	3	4	5	6
18. Yaşamınızdaki üzüntülerin sayısından?	1	2	3	4	5	6
19. Komşularınızdan?	1	2	3	4	5	6
20. Yaşadığınız evden, apartmandan veya yerden?	1	2	3	4	5	6
21. İşinizden (çalışıyorsa)?	1	2	3	4	5	6
22. İşsiz olmanızdan (eğer işsiz, emekli yada sakat ise)?	1	2	3	4	5	6
23. Eğitim düzeyinizden?	1	2	3	4	5	6
24. Maddi gereksinimlerinizi ne kadar iyi yönettiğinizden?	1	2	3	4	5	6
25. Eğlenmek için yaptıklarınızdan?	1	2	3	4	5	6
26. Mutlu bir gelecek sansına sahip olduğunuzdan?	1	2	3	4	5	6
27. Düşünme yeterliliğinizden?	1	2	3	4	5	6
28. Allaha olan inancınızdan?	1	2	3	4	5	6
29. Kişisel hedeflere ulaşmanızdan?	1	2	3	4	5	6
30. Genel anlamda mutluluğunuzdan?	1	2	3	4	5	6
31. Genel anlamda yaşamınızdan?	1	2	3	4	5	6
32. Kişisel görünümünüzden?	1	2	3	4	5	6
33. Genel anlamda kendinizden?	1	2	3	4	5	6

(Lütfen diğer sayfaya geçiniz)

© Telif hakkı 1984 & 1998 Carol Estwing Ferrans ve Marjorie J. Powers'e ait (İzin almadan kullanmayınız)

Bölüm 2: Lütfen aşağıdaki maddelerin her biri için yaşamınızdaki bu bölümün ne derecede önemli olduğunu en iyi açıklayan cevabı seçiniz. Lütfen, cevabınızı yansıtan sayıyı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Doğru yada yanlış cevaplar yoktur.

SİZİN İÇİN NE DERECEDE ÖNEMLİ?	Çok önemsiz	Orta derecede önemsiz	Hafif derecede önemsiz	Hafif derecede önemli	Orta derecede önemli	Çok önemli
1. Sağlığınız?	1	2	3	4	5	6
2. Sağlık bakımınız?	1	2	3	4	5	6
3. Ağrısız olmanız?	1	2	3	4	5	6
4. Günlük yaşam aktivitelerinizi gerçekleştirmek için yeterli enerjiye sahip olmanız?	1	2	3	4	5	6
5. Yardım almadan kendinize bakmanız?	1	2	3	4	5	6
6. Yaşamınız üzerinde kontrol sahibi olmanız?	1	2	3	4	5	6
7. Dilediğiniz kadar uzun yaşamanız?	1	2	3	4	5	6
8. Ailenizin sağlığı?	1	2	3	4	5	6
9. Çocuklarınız?	1	2	3	4	5	6
10. Ailenizin mutluluğu?	1	2	3	4	5	6
11. Cinsel yaşamınız?	1	2	3	4	5	6
12. Eşiniz, sevgiliniz yada partneriniz?	1	2	3	4	5	6
13. Arkadaşlarınız?	1	2	3	4	5	6
14. Ailenizden aldığınız emosyonel destek?	1	2	3	4	5	6
15. Ailenizin dışındaki insanlardan aldığınız emosyonel destek?	1	2	3	4	5	6

(Lütfen diğer sayfaya geçiniz)

© Telif hakkı 1984 &1998 Carol Estwing Ferrans ve Marjorie J. Powers'e ait (İzin almadan kullanmayınız)

SİZİN İÇİN NE DERECEDE ÖNEMLİ?

	Çok önemsiz	Orta derecede önemsiz	Hafif derecede önemsiz	Hafif derecede önemli	Orta derecede önemli	Çok önemli
16. Ailesel sorumlulukları yerine getirmeniz?	1	2	3	4	5	6
17. Başkaları için yararlı olmanız?	1	2	3	4	5	6
18. Herhangi bir üzüntünün olmaması?	1	2	3	4	5	6
19. Komşularınız?	1	2	3	4	5	6
20. Yaşadığınız ev, apartman veya yer?	1	2	3	4	5	6
21. İşiniz (çalışıyorsa)?	1	2	3	4	5	6
22. İş sahibi olmanız (eğer işsiz, emekli yada sakat ise)?	1	2	3	4	5	6
23. Eğitiminiz?	1	2	3	4	5	6
24. Maddi gereksinimleri karşılayabilmeniz?	1	2	3	4	5	6
25. Eğlenmek için bir şeyler yapmanız?	1	2	3	4	5	6
26. Mutlu bir geleceğe sahip olmanız?	1	2	3	4	5	6
27. Düşünme yeterliliğiniz?	1	2	3	4	5	6
28. Allaha inanmanız?	1	2	3	4	5	6
29. Kişisel hedeflere ulaşmanız?	1	2	3	4	5	6
30. Genel anlamda mutluluğunuz?	1	2	3	4	5	6
31. Yaşamdan hoşlanmanız?	1	2	3	4	5	6
32. Kişisel görünümünüz?	1	2	3	4	5	6
33. Kendiniz olmak?	1	2	3	4	5	6

(Lütfen diğer sayfaya geçiniz)

© Telif hakkı 1984 &1998 Carol Estwing Ferrans ve Marjorie J. Powers'e ait (İzin almadan kullanmayınız)

EK-7. Tamamlayıcı Yöntemleri Değerlendirme Formu

TAMAMLAYICI UYGULAMALAR DEĞERLENDİRME FORMU

Her bir semptomu yönelik kullanılan TAT yöntemlerine ilişkin olarak doldurulacaktır.

Ağrı:

Geleneksel Yöntem: Hayır () Evet ()

Kullanılan ürün/yöntem:

Uygulamanın etkisi: Çok () Az () Hiç ()

Uygulama yolu:

☐ Çalkalama: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

☐ Yutma:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

☐ Sürme: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

☐ Masajla uygulama: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

☐ Soluyarak: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

Yorgunluk:

Geleneksel Yöntem: Hayır () Evet ()

Kullanılan ürün/yöntem:

Uygulamanın etkisi: Çok () Az () Hiç ()

Uygulama yolu:

☐ Çalkalama: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

☐ Yutma:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

☐ Sürme: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

☐ Masajla uygulama: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

☐ Soluyarak: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

Bulantı-Kusma

Geleneksel Yöntem: Hayır () Evet ()

Kullanılan ürün/yöntem:

Uygulamanın etkisi: Çok () Az () Hiç ()

Uygulama yolu:

☐ Çalkalama: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

☐ Yutma:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

☐ Sürme: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

☐ Masajla uygulama: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

☐ Soluyarak: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

Uykusuzluk

Geleneksel Yöntem: Hayır () Evet ()

Kullanılan ürün/yöntem:

Uygulamanın etkisi: Çok () Az () Hiç ()

Uygulama yolu:

☐ Çalkalama: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

☐ Yutma:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

☐ Sürme: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

☐ Masajla uygulama: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

☐ Soluyarak: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

İştahsızlık

Geleneksel Yöntem: Hayır () Evet ()

Kullanılan ürün/yöntem:

Uygulamanın etkisi: Çok () Az () Hiç ()

Uygulama yolu:

☐ Çalkalama: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

☐ Yutma:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

☐ Sürme: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

☐ Masajla uygulama: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

☐ Soluyarak: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

Nefes darlığı:

Geleneksel Yöntem: Hayır () Evet ()

Kullanılan ürün/yöntem:

Uygulamanın etkisi: Çok () Az () Hiç ()

Uygulama yolu:

☐ Çalkalama: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

☐ Yutma:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

☐ Sürme: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

☐ Masajla uygulama: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

☐ Soluyarak: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

Endişe:

Geleneksel Yöntem: Hayır () Evet ()

Kullanılan ürün/yöntem:

Uygulamanın etkisi: Çok () Az () Hiç ()

Uygulama yolu:

☐ Çalkalama: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

☐ Yutma:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

☐ Sürme: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

☐ Masajla uygulama: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

☐ Soluyarak: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

Üzüntü:

Geleneksel Yöntem: Hayır () Evet ()

Kullanılan ürün/yöntem:

Uygulamanın etkisi: Çok () Az () Hiç ()

Uygulama yolu:

☐ Çalkalama: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

☐ Yutma:

Günde kaç defa uyguladı:

☐ Sürme: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

☐ Masajla uygulama: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

☐ Soluyarak: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

Saç Dökülmesi:

Geleneksel Yöntem: Hayır () Evet ()

Kullanılan ürün/yöntem:

Uygulamanın etkisi: Çok () Az () Hiç ()

Uygulama yolu:

☐ Çalkalama: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

☐ Yutma:

Günde kaç defa uyguladı:

☐ Sürme: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

☐ Masajla uygulama: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

☐ Soluyarak: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

Ağızda Yara (Mukozit):

Geleneksel Yöntem: Hayır () Evet ()

Kullanılan ürün/yöntem:

Uygulamanın etkisi: Çok () Az () Hiç ()

Uygulama yolu:

☐ Çalkalama: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

☐ Yutma:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

☐ Sürme: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

☐ Masajla uygulama: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

☐ Soluyarak: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

İshal (divare):

Geleneksel Yöntem: Hayır () Evet ()

Kullanılan ürün/yöntem:

Uygulamanın etkisi: Çok () Az () Hiç ()

Uygulama yolu:

☐ Çalkalama: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

☐ Yutma:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

☐ Sürme: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

☐ Masajla uygulama: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

☐ Soluyarak: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

El Ayak Sendromu (EAS):

Geleneksel Yöntem: Hayır () Evet ()

Kullanılan ürün/yöntem:

Uygulamanın etkisi: Çok () Az () Hiç ()

Uygulama yolu:

☐ Çalkalama: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

☐ Yutma:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

☐ Sürme: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

☐ Masajla uygulama: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

☐ Soluyarak: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

Diğer:

Geleneksel Yöntem: Hayır () Evet ()

Kullanılan ürün/yöntem:

Uygulamanın etkisi: Çok () Az () Hiç ()

Uygulama yolu:

☐ Çalkalama: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

☐ Yutma:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

☐ Sürme: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

☐ Masajla uygulama: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

☐ Soluyarak: Nasıl:

Günde kaç defa uyguladı:

Yöntemi ne kadar süre uyguladı:

EK-8. Ölçek Kullanımı İzin Yazıları

PROF.DR. GÜLBAYAZ CAN

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği ABD
Abide-i Hürriyet cad. Çağlayan/İstanbul

Tarih: 22.05.2017

Sayın Betül Güleç,

Ferrans ve Powers Yaşam Kalitesi Endeksi - Kanser Uyarlaması – III'ün çalışmanızda kullanma talebiniz değerlendirilmiş olup bu ve benzeri çalışmalarda ölçeği kullanmanıza bir sakınca yoktur.

Prof.Dr. Gülbeyaz Can



PROF.DR. GÜLBAYAZ CAN

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği ABD
Abide-i Hürriyet cad. Çağlayan/İstanbul

Tarih: 24.05.2017

Sayın Betül Güleç,

Yapmayı planladığınız çalışmada Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeğini (N-SAS) kullanma talebiniz değerlendirilmiş olup bu ve benzeri çalışmalarda ölçeği kullanmanızda bir sakınca yoktur.

Prof.Dr. Gülbeyaz Can



9. ÖZGEÇMİŞ

I. KİŞİSEL BİLGİLER

ADI, SOYADI:	Betül ÇAKMAK
DOĞUM TARİHİ ve YERİ:	19/08/1991- Ankara
UYRUĞU:	Türkiye
HALEN GÖREVİ: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	
TELEFON: -	
E-MAIL: bgulec@ybu.edu.tr	

II. EĞİTİM

YILI	DERECESİ	ÜNİVERSİTE	ÖĞRENİM ALANI
2015-halen	Y. Lisans	Hacettepe Üniversitesi	İç Hastalıkları Hemşireliği
2015	Lisans	Hacettepe Üniversitesi	Hemşirelik Fakültesi

III. MESLEKİ DENEYİMİ

GÖREV DÖNEMİ	ÜNVAN	ÇALIŞMA ALANI	ÇALIŞILAN KURUM
2018-halen	Araştırma Görevlisi	İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
2017-2018	Hemşire	Yoğum Bakım Hemşiresi	Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi
2015-2017	Hemşire	Servis Hemşiresi	Polatlı Devlet Hastanesi

IV. BİLİMSEL FAALİYETLER

-

