

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

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

**AKCİĞER KANSERLİ BİREYLERDE
TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİ
KULLANIMI VE YAŞAM KALİTESİ**

CİHANGİR PINAR DAĞTAŞ GÜLGÜN

**DANIŞMAN
Doç.Dr.HATİCE KAYA**

**HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK ESASLARI PROGRAMI**

İSTANBUL - 2014

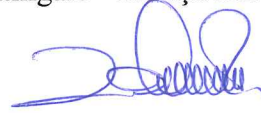
TEZ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programında Cihangir Pınar Dağtaş Gülgün tarafından hazırlanan Akciğer Kanseri Bireylerde Tamamlayıcı Alternatif Tedavi Kullanımı ve Yaşam Kalitesi başlıklı Yüksek Lisans tezi, yapılan tez sınavında Jürimiz tarafından başarılı bulunarak kabul edilmiştir.

24 / 02 / 2014

Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı) İmzası
1.Doç.Dr.Rengin Acaroğlu İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi /
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



2.Doç.Dr.Merdiye Şendir İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Hemşirelik
Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



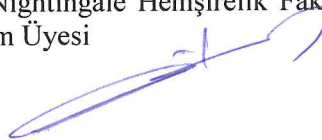
3.Doç.Dr.Gülbeyaz Can İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / İç Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



4.Doç.Dr.Hatice Kaya (Danışman) İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi /
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



5.Doç.Dr.İkbal Çavdar İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Cerrahi Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



BEYAN

Bu tez çalışmasında kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdaki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Cihangir Pınar DAĞTAŞ GÜLGÜN

(İmza)



İTHAF

Hayatım boyunca sevgi, ilgi ve desteklerini esirgemeyen ailem ve eşime ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim boyunca desteğini ve katkısını esirgemeyen danışman hocam Sayın Doç.Dr. Hatice Kaya'ya,

Çok değerli bilgi ve deneyimleri ile beni her zaman aydınlatan ve katkılarını esirgemeyen tüm Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı hocalarıma,

Araştırmada kullanılan ölçeklerin kullanım iznini veren ve önerileri ile yol gösterici olan hocam Sayın Doç.Dr. Gülbeyaz Can'a,

Lisansüstü eğitimim sürecimde desteklerini esirgemeyen canım eşim ve arkadaşlarıma,

Yaşamım boyunca sevgi ve desteğini esirgemeyen canım annem, babam ve kardeşime,

Burada adını sayamadığım katkıda bulunan herkese tüm içtenliğimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER**Sayfa No**

TEZ ONAYI.....	ii
BEYAN.....	iii
İTHAF.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	viii
SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ.....	ix
ÖZET.....	x
ABSTRACT.....	xi
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.Akciğer Kanseri.....	3
2.1.1. Tanımı ve Epidemiyolojisi.....	3
2.1.2.Uluslararası Evreleme.....	4
2.1.3.Tedavi Yöntemleri.....	5
2.1.4.Akciğer Kanseri Bireylerde Sıklıkla Gelişen Semptomlar ve Hemşirelik Bakımı.....	9
2.2.Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemleri.....	14
2.2.1. Kanseri Bireylerde Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanımı.....	16
2.2.2.Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanımında Hemşirenin Rolü.....	17
2.3.Akciğer Kanseri Bireylerde Yaşam Kalitesi.....	18
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
3.1.Araştırmanın Amacı ve Tasarım Tipi.....	21
3.2.Araştırmanın Yeri ve Örneklemi.....	21
3.3.Veriler Toplama Araçları.....	21
3.3.1.Kişisel Bilgi Formu.....	22
3.3.2.Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yaklaşımları Ölçeği.....	22
3.3.3.Nigthingale Semptom Değerlendirme Ölçeği.....	23
3.4.Verilerin Toplanması.....	23
3.5.Etik Konular.....	24
3.6.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	24
3.7.Verilerin Analizi.....	25

4.BULGULAR.....	26
4.1.Bireylerin Sosyo-demografik ve Hastalık Özellikleri ile Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanma Durumu Arasındaki Farkı Gösteren Bulgular.....	27
4.2.Bireylerin Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanma Yaklaşımları ve Kullanma Nedenlerine İlişkin Bulgular.....	29
4.3.Akciğer Kanserli Bireylerin Yaşam Kalitesi Düzeyi ve Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanımının Yaşam Kalitesi ile İlişisini Gösteren Bulgular.....	37
5.TARTIŞMA.....	39
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	51
KAYNAKLAR.....	53
FORMLAR.....	61
İZİNLER.....	67
GÖNÜLLÜ OLUR FORMU.....	69
ÖZGEÇMİŞ.....	70

TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1.1. Bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma durumu

Tablo 4.1.2. Bireylerin hastalık özellikleri ve tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma durumu

Tablo 4.2.1. TATYÖ Bilişsel-Davranışsal Terapiler ve Manipulatif Yaklaşımlar alt grubu maddelerinin dağılımı

Tablo 4.2.1.1. Bireylerin bilişsel-davranışsal-manipulatif yaklaşımları uygulama durumları

Tablo 4.2.2. TATYÖ Bitkisel Yaklaşımlar Alt Grubu Maddelerinin Dağılımı

Tablo 4.2.2.1. Bireylerin bitkisel yaklaşımları kullanma durumları

Tablo 4.2.3. TATYÖ Besinsel Yaklaşımlar Alt Grubu Maddelerinin Dağılımı

Tablo 4.2.3.1. Bireylerin besinsel yaklaşımları uygulama durumları

Tablo 4.2.4. TATYÖ Alt Gruplarının Kullanım Nedenlerine İlişkin Dağılım

Tablo 4.3.1. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanan ve Kullanmayanların Yaşam Kalitesi

SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	:Amerika Birleşik Devletleri
DNA	:Deoksiribonükleik Asit
HRQOL	:Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi
KOAH	:Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
NCCAM	:Amekan Ulusal Sağlık Merkezi
NIH	:Ulusal Sağlık Enstitüsü
NLP	:Nörolingüistik Programlama
NSDÖ	:Nigthingale Semptom Değerlendirme Ölçeği
RNA	:Ribonükleik Asit
TAT	:Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi
TATYÖ	:Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yaklaşımları Ölçeği
TNM	:Uluslararası Akciğer Kanseri Evreleme
WHO	:Dünya Sağlık Örgütü

ÖZET

Gülgün D.C.P. (2014). Akciğer Kanserli Bireylerde Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanımı ve Yaşam Kalitesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Amaç: Bu tanımlayıcı çalışmanın amacı akciğer kanserli bireylerde tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı ve yaşam kalitesini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın evrenini, Aralık 2011- Mart 2012 tarihleri arasında bir devlet hastanesinin onkoloji polikliniğine başvuran ve ayaktan kemoterapi alan hastalar, örneklemini ise araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 200 birey oluşturdu. Veriler Kişisel Bilgi Formu, Tamamlayıcı Alternatif Tedavi Yaklaşımları Ölçeği (TATYÖ) ve Nigtingale Semptom Değerlendirme Ölçeği (NSDÖ) ile toplandı. Verilerin analizinde; SPSS 21,0 paket programı kullanılarak oran, ortalama, standart sapma, frekans, bağımsız örneklem t testi, Mann-Whitney U testi, ki-kare testi kullanıldı.

Bulgular: Bireylerin yaş ortalaması $59,97 \pm 8,41$ yıl (min 28-max 84), %81'i erkekti. Hastaların %56,5'inin Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi (TAT) kullandığı belirlendi. Bilişsel-Davranışsal Terapiler ve Manipulatif Yaklaşımlardan en fazla; dua etme (%95), namaz kılma (%89), gülme (%82), komşuya gitme (%78), dans etmeyi (%54) tercih ettiği, bitkisel yaklaşımlardan; ıhlamur çayı (%81), yeşilçay (%74), kekik (%70), adaçayı (%67), üzüm çekirdeği kabuğunu (%66), besinsel yaklaşımlardan; meyve-sebze-balık-tavuk-yoğurt (%100), havuç (%97,5), sarımsak (%96,5), nar (%93), hamur ve sütü tatlı (%91), kırmızı eti (%92) kullandığı belirlendi. Kullanma nedenlerinin; psikolojik olarak rahatlamak (%81) ve tedavinin etkisini arttırdığını düşünmek (%65) olduğu görüldü. TAT kullananların NSDÖ toplam puan ortalaması ve ölçeğin alt gruplarından fiziksel, sosyal ve psikolojik iyilik hali puan ortalamasının TAT kullanmayanların puan ortalamasından istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı ($p < 0,05$).

Sonuç: Akciğer kanserli bireylerde TAT kullanım oranının yüksek olduğu ve TAT kullananların yaşam kalitesinin daha iyi olduğu görüldü. TAT kullanımının etkilerinin araştırıldığı çalışmaların arttırılması önerilebilir.

Anahtar Sözcükler: Akciğer kanseri, tamamlayıcı ve alternatif tedavi, yaşam kalitesi.

ABSTRACT

Gülgün DCP. (2014). The Use of Complementary and Alternative Medicine in Patients with Lung Cancer and their Quality of Life. Istanbul University, Health Sciences Institute. Department of Fundamentals of Nursing Master Thesis. Istanbul.

Objective: This descriptive study was conducted to identify the use of complementary and alternative treatment in individuals with lung cancer and analyze their quality of life.

Materials and Methods: The study population consisted of patients who visited the oncology outpatient clinic of a state hospital and received ambulatory chemotherapy between December 2011 and March 2012. The sample group was composed of 200 individuals who fulfilled the inclusion criteria. Data was collected using the Personal Information Form, the Complementary and Alternative Medicine Approaches Scale and the Nightingale Symptom Assessment Scale (NSAS). The data was analyzed with the SPSS 21.0 package program, Independent Sample T Test, Mann-Whitney U Test and the Chi-square Test. Additionally, rate, mean, standard deviation and frequency values were used for the analysis of the data.

Results: The mean age of the study subjects was 59.97±8.41year (min 28-max 84) and 81% of them were male. It was identified that Complementary and Alternative Medicine (CAM) was used in 56.5% of the patients. The most preferred Cognitive-Behavioural Therapy and Manipulative Approaches were praying (89%), performing salat (95%), laughing (82%), visiting a neighbour (78%), and dancing (54%), respectively. The most preferred herbal approaches were linden tea (81%), green tea (74%), thyme (70%), sage (67%), and grape seed crust (66%), respectively. The most used nutritional approaches were fruits-vegetables-fish-chicken-yogurt (100%), carrots (97.5%), garlic (96.5%), pomegranate (93%), meat (92%), and pastry and milky desserts (91%). The reasons for using complementary and alternative medicine were feeling psychologically relaxed (81%) and believing that they would increase the effect of treatment (65%). The mean NSAS total score and the mean score of the subscales (psychological well-being, social well-being, and physical well-being) were significantly lower in those using CAM compared to those who did not ($p<0.05$).

Conclusion: The usage rate of CAM in patients with lung cancer and the life quality of those using CAM were higher. It may be recommended to conduct further studies on the effects of TAT application.

Key Words: Lung cancer, complementary and alternative medicine, quality of life.

1.GİRİŞ ve AMAÇ

Akciğer kanseri solunum sistemi hastalıkları arasında en önemli hastalıklardan biridir. 20.yüzyılın başlarında nadir görülen bir hastalık iken, sigara içme alışkanlığındaki artışa paralel olarak sıklığı giderek artmış ve dünyada en sık görülen kanser türü haline gelmiştir (Gözüm ve ark 2003; Uğurluer ve ark 2007).

Akciğer kanseri, bireyin biyo-fizyolojik, psikolojik ve sosyokültürel boyutlarını ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir durumdur. Hastalık çoğunlukla ileri evrelerde teşhis edildiğinden en sık uygulanan tedavi kemoterapidir. Kemoterapi uygulanan hastaların yaşam kalitesinde bozulma görülmekte ve bu nedenle tamamlayıcı ve alternatif tedavi (TAT) kullanımı artmaktadır (Gözüm ve ark 2003; Uğurluer ve ark 2007).

Tamamlayıcı ve alternatif tedavi henüz konvansiyonel tıbbın bir parçası olarak kabul edilmeyen sağlık bakım ürünleri ve uygulamalardır. Tamamlayıcı tedavi, bilimsel tıba destek amacıyla uygulanan tedavilerdir. Sıklıkla yaşam kalitesini geliştirmek, semptomları ve ilaçların yan etkilerini azaltmak, fiziksel ve psikolojik destek sağlamak amacıyla uygulanmaktadır. Alternatif tedavi ise, bilimsel tıbbi uygulamalar yerine yapılan ve etkisi bilimsel olarak kanıtlanmamış tedavilerdir (Gözüm ve ark 2003; Uğurluer ve ark 2007).

Günümüzde TAT kullanım sıklığı hem genel popülasyonda, hem de kanser hastaları arasında gittikçe artmaktadır. Bunun nedenleri; kanser semptomlarını ve tedavi yöntemlerinin neden olduğu yan etkileri gidermesi, bağışıklık sistemini destekleyerek bireye güç vermesi ve yaşam standartını arttırmasıdır. Hastalar bu amaçla, çeşitli bitkisel karışımlar, vitaminler, antioksidanlar, yoga, meditasyon, biyoenerji, akupunktur, aromaterapi, dini uygulamalar vb. gibi yöntemleri kullanmaktadırlar (Akyürek ve ark 2005; Yıldız 2006).

TAT kullanımı ülkenin coğrafi lokalizasyonu, etnik kökeni, eğitim ve sosyoekonomik faktörler ve dini inanışlara göre farklılıklar göstermektedir. Batı ülkelerine bakıldığında en sık kullanılan TAT yöntemleri, multivitaminler, meditasyon, hipnoterapi, gevşeme egzersizleri ve aromaterapi iken, doğu ülkelerinde daha çok bitkisel karışımlar ön plandadır. Akyürek ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2005) hastaların %58.5' inde bitkisel karışımların (özellikle ısırgan otu ve tohumunu içeren karışımların) sıklıkla kullanıldığı görülmüştür. Bazı çalışmalarda hastaların kullandıkları TAT'lardan konvansiyonel tedavilerini planlayan hekimlerini ve hemşirelerini haberdar etmedikleri de belirlenmiştir(Akyürek ve ark 2005;

Yıldırım ve ark 2006). Bu nedenle hastalarda TAT kullanımının mutlaka sorgulanması gerekmektedir.

Hemşirelerin TAT kullanımına bakış açısının incelendiği kalitatif bir çalışmada; TAT kullanan kanser hastalarını bazı hemşirelerin desteklediği, bazılarının ise hastalara karşı şüpheci bir tutum sergilediği görülmüştür. Bu durumun oluşmasına katkı sağlayan faktörler arasında; TAT tanımlarının belirsizliği, hemşirelerin TAT hakkında kişisel felsefeleri, hemşirelerin TAT kullanımına ilişkin kişisel deneyimleri ve bilgileri, TAT etkililiğine dair kanıtlar, hasta deneyimleri ve TAT kullanan hasta motivasyonları yer almaktadır (Akkurt 2000; Reis 2003; Malak ve ark 2009).

Ülkemizde kanser hastalarının sıklıkla kullandığı bitkisel karışımların yan etkileri ve bunların radyoterapi, kemoterapi ve değişik ilaç etkileşimleri üzerine çalışmaların artırılması gerekmektedir. Özellikle, kanser hastalarına bakım veren hekim ve hemşireler bu yöntemler hakkında yeterli bilgiye sahip olmalıdırlar. Bu konuda bilimsel çalışmalar yapılmalı, bu yöntemlerin yararları ve olası yan etkileri araştırılmalı, hastalar ve sağlık personeli bu konuda bilgilendirilmelidir. Bu konuda araştırmalar çoğaltılır ve yaygınlaşırsa TAT'ların bilinçli kullanımı sağlanabilir (Adams and Jewel 2007; Akyürek ve ark 2005; Can ve ark 2009; Gözüm ve ark 2003; Kav ve ark, 2008; Özçelik ve Fadıloğlu 2009; Yıldız 2006).

Sağlık alanında yaşanan teknolojik gelişmelerin ve bilimsel bilginin artması ile birlikte hemşirelerin rol ve sorumluluklarında değişimler meydana gelmiştir. Bu doğrultuda hemşirelerden, tamamlayıcı terapilerin kullanımına ilişkin hemşirelik uygulamalarını geliştirmeleri, etkin stratejiler belirlemeleri ve sağlıklı/hasta bireyleri tamamlayıcı terapileri etkin ve doğru şekilde kullanmaları konusunda yönlendirilmeleri beklenmektedir.

Yapılan literatür incelemesi sonucu, ülkemizde akciğer kanserli bireylerde TAT kullanımının yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemeye yönelik yapılmış çok az araştırmaya rastlanmıştır. Bu araştırmalardan bazılarında (Erbaycu ve ark 2010) TAT ve bitkisel besin destekleri kullanan bireylerde kullanmayanlara göre iyileşme görülürken, bazı araştırmalarda (Can ve ark 2009) bu durumun tam tersi görülmüştür. Bu konuda daha fazla araştırma yapmaya gereksinim vardır(Karagöz 2006; Yıldız 2006).

Bu bağlamda, bu araştırma akciğer kanserli bireylerde tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım sıklığı, yöntemleri ve yaşam kalitesi ile ilişkisini belirlemek ve hemşirelik uygulamalarının planlanmasına yol göstermek amacıyla planlandı.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. AKCİĞER KANSERİ

2.1. 1.Tanımı ve Epidemiyolojisi

Kanser, hücrelerin kontrolsüz büyümesi ve anormal şekilde yayılımı ile karakterize bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Tek bir hücrede oluşan genetik değişikliklerin hücrenin anormal çoğalma yeteneği kazanması ve farklılaşması ile ortaya çıkar. Hızla çoğalan hücrelerin oluşturduğu tümoral yapı öncelikle yakın çevreye, daha sonra uzak organlara kan veya lenfatik yol ile yayılır. Organizmada en fazla kanlanan organlardan akciğer, beyin ve karaciğer en sık metastaz görülen organlardır (Güran 2005).

Kanser, yüzyılın başlarında ölüme neden olan hastalıklar arasında yedinci ve sekizinci sıralarda yer alırken, bugün Türkiye’de ve dünyanın birçok ülkesinde kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır. Akciğer kanseri ise solunum sistemi hastalıklarının en önemlilerinden biridir. 20. yüzyılın başlarında nadir görülen bir hastalık iken, sigara içme alışkanlığındaki artışa paralel olarak sıklığı giderek artmış ve dünyada en sık görülen kanser türü haline gelmiştir. Akciğer kanseri erkeklerde, tüm dünyada en çok ölüme neden olan kanser türüdür. Kadınlarda ise meme kanserinden sonra ikinci sırada yer almaktadır. (Uğurluer ve ark 2007, Yavuz ve ark 2007). Bu anlamda akciğer kanseri günümüzün salgın hastalığı olarak tanımlanmaktadır.

Akciğer kanserinin nedenleri arasında en önemli faktör sigaradır. Ülkemizde kadınların da sigara içme sıklığının yaygınlaşması ile akciğer kanseri ölümleri 1980’den bu yana hızla artmış ve artmaya devam etmektedir. Akciğer kanserinin oluşumunda rol oynayan diğer önemli bir faktör ise asbest ile temastır. Havayla taşınan küçük partiküllere bölünen bir mineral bileşiği olan asbest, özellikle sigara içenlerde akciğer kanseri riskini arttıran bir karsinojendir. Sigara içen bireylerde asbest ile temas kanser riskini 90 kat arttırmaktadır (Araz ve ark 2007; Erbaycu ve ark 2010).

Radyasyona maruz kalanlarda akciğer kanseri riski artmaktadır. Radon gazı akciğer kanseri etiyolojisinde rol oynayan önemli bir radyoaktif maddedir ve doğada değişik bölgelerde yüksek oranda bulunabilmektedir. Kronik obstruktif akciğer hastalığında, tekrarlayan akciğer inflamasyonu ve akciğerdeki skar dokularında (örneğin tüberküloza bağlı) kanser gelişimi artmaktadır. Ayrıca; polisiklik aromatik hidrokarbonlar, krom, nikel ve organik arsenik bileşikleri gibi diğer karsinojenlere maruz kalanlarda akciğer kanseri daha sık görülmektedir.

Akciğer kanserli bireylerin prognozu genellikle iyi değildir. Bu konuyla ilgili birçok araştırmalar yapılmaktadır ve bazı gelişmeler olmakla beraber sağ kalım süreleri hala istenen düzeylerde değildir. Hala 5 yıllık sağ kalım %5-10 arasındadır. Tümörün histopatolojik tipi (küçük hücreli veya küçük hücreli dışı olması), hastalığın evresi ve bireyin genel durumu akciğer kanseri tedavisini yönlendiren faktörlerdir. (Can ve ark 2010; Ertem ve ark 2009; Gültekin ve ark 2008; Karalar 2010; Köktürk 2003; Müsellim 2007; Özdemir ve ark 2007).

Akciğer kanserinin önlenmesi ve mortalitesinin azaltılması, sigaraya başlanmasını engelleyecek etkin halk sağlığı politikalarını, tütün ürünlerinin denetim altında tutulmasını ve diğer tütün kontrol önlemlerini gerektirir. Bu bağlamda tütün kullanımının neden olduğu sağlık sonuçları, bağımlılık yapma özelliği ve taşıdığı hayati tehlike hakkında toplumun bilgilendirilmesi gerekir. Tüm toplumu tütün dumanına maruz kalmaktan korumak için yasal önlemler alınmalıdır. Hava kirliliği de solunum yolları hastalıklarında önemli rol oynamaktadır. Trafik dumanlarına maruziyet özellikle nitrojen oksitlere yoğun olarak maruz kalmaya neden olarak akciğer kanser riskini arttırmırlar. Evlerde ısınmak ya da yemek pişirmek için kullanılan odun veya kömür sobaları veya şömineler de özellikle kadınlarda akciğer kanserine neden olur. Evleri ısıtmak için yüksek kalorili kömürler kullanılmalı, her yıl bacalar ve soba boruları temizlenmeli, doğalgaz kullanımı yaygınlaştırılarak, özendirilmeli, toplu taşıma araçları yaygınlaştırılmalı, ormanların tahribatı önlenmeli, ağaçlandırma çalışmalarına hız verilmelidir. Mesleksi maruziyette özellikle korunma yöntemlerinin doğru kullanımı önemlidir (Kot taşılama da maske kullanımı gibi). (Can ve ark 2010; Topuz ve ark 2006).

2.1. 2. Uluslararası Evreleme

Akciğer kanserinin tedavisindeki ilk aşama hastalığın evresinin tanımlanmasıdır. İlk kez 1946'da önerilen TNM sistemi 1986'dan beri 'Uluslararası Akciğer Kanseri Evreleme Sistemi' adı altında kullanılmaktadır. Burada 'T' tümörün büyüklüğünü, 'N' lenf bezlerinin tutulumunu, 'M' ise uzak metastaz varlığını göstermektedir.

Genel olarak, küçük ve metastaz yapmamış bir tümör düşük evreli, büyük ve metastazları olan bir tümör ileri evrelidir. Düşük evreli bireylerin uygun tedavi ile tam iyileşme şansı vardır. Ancak, bireylerin çok azı bu evrelerde saptanır. Evrelendirme ile ilgili kurallar özet olarak şöyledir;

T Tümör büyüklüğü (3cm'den büyük ya da küçük), tümörün bronkoskopik görünümü gibi özelliklerini tanımlar.

N Tümörün bulunduğu bölgede lenf bezlerinde veya tümörden uzakta lenf bezlerinde tümör

metastazı olup olmadığını tanımlar.

M Uzak organ metastazı varlığını tanımlar.

Akciğer kanserli bireylerin yaklaşık 1/3'ü uzak metastaza bağlı semptomlar gösterir. Beyin, karaciğer, böbreküstü bezleri, kemikler ve kemik iliği, karşı akciğer ve böbrekler en sık metastaz görülen organ ve bölgeler olmakla birlikte, vücudun her yerine metastaz olabilir.

Evre I: Metastaz yoktur. Tümör 3 cm'den küçük çapta ve tümüyle akciğer dokusu ile çevrilidir. Cerrahi tedaviden en çok yarar gören grup budur. Ancak bu gruba giren hasta sayısı çok azdır.

Evre II: Evre I niteliğinde bir tümör aynı taraf bronş çevresi ve/veya hiler (hilus; ana bronş ve damarların akciğer içine girdiği bölge) lenf düğümlerine metastaz yapmıştır. Cerrahi tedavi başarılı sonuç verebilir.

Evre III: Çevreye (göğüs duvarı, diyafragma v.b) yayılmış veya sağ ve sol ana bronşun larinkse bağlandığı bölgeye (ana karinaya) çok yakın olan tümörler bu gruptadır. Supraklaviküler veya karşı taraf hiler/mediastinal lenf düğümlerine metastaz yapanlar (evre IIIB) cerrahi tedaviye aday sayılmazlar. Hastaların çoğu bu evredeyken tanı konulur.

Evre IV: Uzak organ metastazı olan tümörlerdir. Cerrahi tedavi yararlı olamaz (Savaş ve Demirkazık 2007; Topuz ve ark 2006; Yurdakul 2010).

2.1. 3.Tedavi Yöntemleri

Oldukça ölümcül bir hastalık olmasına rağmen, erken evrelerde tanı konulduğunda akciğer kanserlerinde yaşam süreleri anlamlı olarak uzamaktadır. Tedavide; cerrahi girişim, radyasyon tedavisi, kemoterapi ve destek tedaviler tek veya kombine olarak uygulanmaktadır. Seçilecek tedavi şekli yaş, genel durum, cinsiyet, kilo kaybı gibi bireye ait faktörler yanında; kanserin histopatolojik tipi, evresi gibi değişik faktörlerden etkilenmektedir (Can ve ark 2009; Karlıkaya 2005; Özdemir 2007; Öztuna ve ark 2003)

Cerrahi Tedavi: Akciğer kanserinin başarılı rezeksiyonu, en iyi tedavi yöntemi olarak görülmektedir. Sınırlı ve erken dönemdeki tümörlerde cerrahi rezeksiyon sonucunda 5 yıllık sağ kalım %80'dir. Oysa genel olarak akciğer rezeksiyonlarından sonra 5 yıllık sağ kalım %40-50'dir.

Cerrahi tedavi primer tümör ve tüm lokal yayılımının tam olarak uzaklaştırılmasıdır. Tam rezeksiyon için tümör sınırlarının (bronş güdüğü, plevra, plevra lavaj sitolojisi, lenf nodları, kan damarları, lenf yolları ve diğer çevre dokular) tamamen belirli olması gerekir. Aynı lobdaki satellit nodüller de alınmalı ve incelenmelidir. Mediastinal lenf bezlerinin değerlendirilmesi, cerrahi öncesinde mutlaka yapılmalıdır. Özellikle bilgisayarlı tomografinin 10 mm'den daha büyük olarak belirtildiği lenf bezlerine ulaşmanın yolları aranmalıdır.

Cerrahi rezeksiyonda iki hedef vardır. Tam rezeksiyonu sağlamak ve optimal fonksiyonel kapasiteyi korumaktır. Segmentektomi ve wedge rezeksiyonlar önerilmekle beraber, lobektomi genel kuraldır. Bazı durumlarda bilobektomi ve pnömonektomiye kadar giden cerrahiler olabilir.

Erken evre akciğer kanseri cerrahi için en ideal olgulardır. Cerrahi öncesi evreleme ile cerrahi evreleme arasında %30 civarında farklılık olmaktadır. Bu, genellikle beklenmedik lenf bezi metastazları nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Lenf bezi metastazı sağ kalımı belirgin düzeyde azaltmaktadır. (Aydiner ve Can 2010; Çeteler 2004; Ertem ve ark 2009; Ünsal ve ark 2010; Savaş ve Demirkazık 2007).

Akciğer kanserinde cerrahi girişim tanılayıcı, evrelendirici, tedavi edici, palyatif ve destekleyici olmak üzere farklı amaçlarla uygulanır. Hangi amaçla uygulanırsa uygulansın, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönemde bireyin hazırlığı bakımın önemli unsurlarını içerir. Hemşirelerin olası sorunları erken dönemde belirleyebilmesi için bir hemşirelik modeline dayalı kapsamlı tanılama yapması, hemşirelik tanımlarını belirlemesi, bireyselleştirilmiş bakım uygulaması ve bakımın sonuçlarını değerlendirmesi gerekir. Bu bağlamda cerrahi tedavi öncesinde bireyin ameliyata fiziksel ve psikolojik olarak hazırlanması ve bilgilendirilmesi hemşirenin sorumluluğudur. Ameliyat sonrası dönemde temel fizyolojik işlevlerin sürdürülmesi, ağrı kontrolü, enfeksiyon gelişiminin önlenmesi, erken mobilizasyon ve aktif pasif egzersizlerin yaptırılması, derin solunum ve öksürme egzersizlerinin uygulanması, bireyin durumundaki değişikliklerin izlenmesi yorumlanması ve kaydedilmesi, taburculuk eğitimi ve bireyin radyoterapi ve kemoterapiye hazırlanması önemli hemşirelik uygulamaları arasındadır. (Savaş ve Demirkazık 2007; Reis 2003).

Radyoterapi: Küratif veya paliyatif olarak akciğer kanseri tedavisinde önemli bir yer tutmaktadır. Kanser tedavisinde kullanılan radyoterapinin ana ilkesi kanserli hücrelerin tahrip edilmesi için iyonize radyasyonun kullanılmasıdır. Son yıllarda teknik gelişmeler bu tedavinin uygulanmasının artışına yol açmıştır. Küçük hücre dışındaki akciğer kanseri tedavisinde cerrahi tedavi, temel küratif tedavi şeklidir. Ancak hastaların sadece %20-30'u cerrahiye

adaydırlar. Geriye kalan bireylerin 2/3'ü rezeksiyona uygun değildir. Bu koşullarda radyoterapi lokal kontrol sağlamada oldukça etkindir.

Genel durumu kötü olan bireylerde radyoterapi dozları düşük kullanılır. Son yıllarda daha yüksek dozlarla tedavi edilenlerde iyi sonuçlar elde edilmiştir. Ancak lokal kontrol yine de cerrahiden iyi değildir ve erken lokal nüks radyoterapiyle tedavi edilen bireylerde daha sıktır. Tümör çapı, lenf bezlerinin durumu ve total radyasyon dozuna bağlı olarak sağ kalım süreleri değişir.

Radyoterapide tümör dokusu ortadan kaldırılırken normal dokuda da istenmeyen akut ve kronik yan etkiler ortaya çıkacaktır. Tümör çapı büyüdükçe doz artımı gündeme gelecek ve bu durum da yan etki sıklığını arttıracaktır. Lokal nüks büyük tümörlerde daha fazladır.

Radyoterapi uygulanırken bireylerin bağışıklık sistemi mümkün olduğunca güçlendirilmelidir. Radyoterapi alan bireylerin anemik olmaması, hemoglobin düzeyinin 14 g/dL olması gerekir. Tüm tedavi yöntemlerinde olduğu gibi radyoterapinin de yan etkileri vardır. Radyoterapi yorgunluğa, bulantı, kusmaya ve bu nedenle iş gücünde azalmaya neden olabilmektedir. Özellikle ışın verilen bölgede kızarıklık, yaş ve kuru pul pul döküntüler görülebilir. Semptomlara bağlı etkilenme düzeyi bireyden bireye farklılık gösterebilir. Bazı bireyler günlük yaşamına etkilenmeden devam ederken, bazıları ise tedavinin neden olduğu semptomlara bağlı günlük yaşamını sürdürmede zorluk çekebilirler (Aydiner ve Can 2010; Çeteler 2004; Ertem ve ark 2009; Savaş ve Demirkazık 2007).

Radyoterapi uygulanmadan önce, bireylerin emosyonel desteğe ve bilgilendirmeye gereksinimleri vardır. Uygulanacak işlem konusunda açıklama yapılmalı, uygulama sırasında kendisine verilen pozisyonu bir süre bozmaması gerektiği ve işlemin ağrısız olduğu açıklanmalıdır.

Radyoterapinin yan etkileri, tedavi sonucunda normal dokuların zarar görmesi ile ortaya çıkar. Deri toksisitesi, yorgunluk ve bulantı-kusma tedavi bölgesine bağlı olmaksızın ortaya çıkar. Bu yan etkilere yönelik hemşirelik bakımı, yan etkilerin ortaya çıkmasını engellemek ya da en aza indirmek için yapılan uygulamaları kapsar. Radyoterapi uygulamasında bireylere genel cilt bakımı konusunda rehberlik yapılmalı ya da yazılı metaryel verilmelidir. (Ertem ve ark 2009; Reis 2003; Savaş ve Demirkazık 2007).

Kemoterapi: Kemoterapinin amacı; bireyin normal hücrelerine zarar vermeden tümör hücrelerinin büyümesini, çoğalmasını durdurmak veya yok etmektir. Akciğer kanserinde kemoterapi; erken evrede ameliyat sonrası nüks riskini azaltmak amacı ile (adjuvan), lokal ileri evre hastalıkta operasyon öncesi (neoadjuvan) veya radyoterapi ile birlikte (eşzamanlı),

ileri evre hastalıkta palyatif amaçlı uygulanabilir. Kemoterapide sıklıkla kullanılan ajanlar ve etki mekanizmaları şunlardır;

Ağır Metaller:

Cisplatin: Ağır metal alkilleyicidir. DNA, RNA ve proteinlere kovalent bağlanır. Uygulanmadan önce mutlaka renal fonksiyonların ölçülmesi ve yeterli hidrasyonun sağlanması gerekir. Hipokalemi ve hipopotasemiye yol açabilir. Şiddetli bulantı ve kusmaya yol açan kemoterapi ajanlarındandır.

Karboplatin: Ağır metal alkilleyicidir. DNA, RNA ve proteinlere kovalent bağlanır. Etki mekanizması sisplatine benzer, ancak yan etkileri farklıdır. Böbrek yetmezliği olan bireylerde sisplatin yerine seçilebilir. Toksisitesi, kemik iliği inhibisyonudur.

Antimetabolitler:

Hücre büyümesi ve replikasyonu için gerekli moleküllerin ya yapısal analoglarıdır ya da bu moleküllerin sentezi için gerekli enzimler üzerine etki gösterirler.

Gemsitabin: Pankreas, mesane ve akciğer kanseri tedavisinde kullanılır. İflurodeoksitidin yapısındadır. Yalancı metabolit olarak DNA yapısına girerek sentezi bozar, DNA tamirini de engeller. Deride döküntü ve hemolitik üremik sendroma yol açabilir.

Mitoz Üzerine Etkili Ajanlar:

Mitototik içcik üzerine etkili olan ajanlar hücre bölünmesinin M fazı üzerinde inhibitör etki gösterirler. Vinka alkaloidleri ve taksanlar bu grupta yer alır.

Paklitaksel: Bitki alkaloididir. Mikrotübüllere bağlanarak depolimerizasyonu engellerler. Aşırı duyarlılık reaksiyonuna yol açabilir, bu nedenle steroid ile premedikasyon gerekir.

Dosetaksel: Semisentetik yapıdadır. Mikrotübüllere bağlanarak depolimerizasyonu engellerler. Sıvı retansiyonuna ve sonucunda periferik ödem dışında plevra sıvısı ve asit oluşumuna yol açabilir.

Vinblastine: Lenfoma ve germ hücreli kanser tedavisinde kullanılır. Mikrotübüllere bağlanarak oluşumlarını engellerler. DNA'ya bağlı RNA polimerazı inhibe ederler. Uygulandıktan sonra çene ve boğazda şiddetli ağrıya yol açabilir.

Vinkristine: Mikrotübüllere bağlanarak oluşumlarını engellerler. DNA'ya bağlı RNA polimerazı inhibe ederler, doza bağlı periferik nöropatiye yol açabilir.

Vindesin: Mikrotübüllere bağlanarak oluşumlarını engellerler. DNA'ya bağlı RNA polimerazı inhibe ederler.

Vinorelbine: Küçük hücreli dışı akciğer kanserinde ve meme kanserinde etkilidir. Periferik nöropati yapıcı etkisi diğer vinka alkaloidlerine göre çok daha azdır.

Topoizomeraz İnhibitörleri:

Topotekan: Refrakter küçük hücreli akciğer kanseri tedavisinde kullanılır. Topoizomeraz I enzimini bloke eder.

Etoposid: Topoizomeraz II inhibitörüdür. Parenteral ve oral kullanılabilir (Akın ve ark 2010; Aslan ve ark 2006; Çeteler 2004; Demir 2007; Ertem ve ark 2009; Halilçolar ve ark 2001; Öztop ve ark 2002; Savaş ve Demirkazık 2007).

Akciğer kanseri tedavisinde kullanılan kemoterapötik maddelerin çoğu organlara toksik etkili olduğundan, uygulama öncesi bireyin laboratuvar bulguları kontrol edilmelidir. Bunlar; lökosit, hemoglobin/hematokrit sayısı, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri ve özel akciğer toksisitelerinin değerlendirilmesidir. Bu değerlerdeki sapmalar dozda değişikliği ya da tedavinin ertelenmesini gerektirebilir. Buna ek olarak, tedavinin yan etkilerini azaltmak için, antiemetik ilaçların uygulanması ya da hidrasyonun sağlanması gerekebilir. Kemoterapi hemşirelerinin, kemoterapi rehberi oluşturma, bireyi hazırlama, bilgilendirme, ilacı uygulama, bireyin ilaca verdiği yanıtı izleme gibi farklı sorumlulukları bulunmaktadır. Özellikle kemoterapinin olası yan etkileri konusunda sözlü ve yazılı bilgi verilmelidir. Toksisitelerin en aza inmesi ya da engellenmesinde bireyin uygulamayı anlaması ve işbirliği içinde olması gerekir. (Demir 2007; Ertem ve ark 2009; Reis 2003).

2.1.4. Akciğer Kanserli Bireylerde Sıklıkla Gelişen Semptomlar ve Hemşirelik Bakımı

İştahsızlık ve kaşeksi

Akciğer kanserinin lokal ve sistemik etkileri, kemoterapi ve radyoterapinin komplikasyonu, tat alma duyusunda değişiklikler, stomatit, ağız kuruluğu, bulantı ve kusma, depresyon gibi nedenlerle görülmektedir. Oral, sık aralıklarla ve az miktarda alınan öğünler aracılığıyla beslenme durumu düzeltilmeli ve gerekirse parenteral sıvılarla destek sağlanmalıdır (Aydiner ve Can 2010; Gözüm ve ark 2003).

Halsizlik ve yorgunluk

Akciğer kanserindeki halsizlik ve yorgunluğun nedenleri arasında tümörün kendisi, kemoterapi ve radyoterapinin yan etkisi, anemi, malnütrisyon, enfeksiyonlar veya metabolik anormallikler yer almaktadır. Yorgunluk çok önemli bir sorun olabilmekte, bireylerin beden imajını, günlük aktivitelerini, ilişkilerini etkileyebilmekte ve tedaviyi sürdürmelerine engel olabilmektedir. Neden olan faktörlerin düzeltilmesine yönelik girişimler en önemli adımdır (Aydiner ve Can 2010; Gözüm ve ark 2003).

Kemik iliği depresyonu

Kemik iliği erişkinlerde eritrosit, trombosit ve lökositlerin en önemli yapım yeridir. Kanserli bireylerde kemik iliği depresyonu önemli bir sorundur. Antikanser ilaçların büyük çoğunluğu kemik iliği depresyonu yaparak anemi, lökopeni ve trombositopeniye neden olur. Ayrıca akciğer kanserinin belirtisi olan hemoptizi de anemiye neden olmaktadır. Hemoglobinin alt sınırı kadınlar için 12 mg/dL, erkekler için 14 mg/dL olarak kabul edilmektedir. Bunun altındaki değerler anemi olarak tanımlanır. Anemiye bağlı olarak iştahsızlık, yorgunluk, baş dönmesi, nefes darlığı, ortostatik hipotansiyon görülebilir. Anemi kanserli bireylerde birçok nedene bağlı olarak gelişebilir. Tedavisinde en önemli adım neden olan faktörlerin belirlenmesi ve düzeltilmesine yönelik girişimlerdir. Genel olarak kemoterapi verilecek bir bireyde hemoglobin düzeyinin 10 mg/dL'nin üzerinde olması istenmektedir. Bu, kalp ve diğer organ fonksiyonları için gereken alt değer olarak kabul edilmektedir. Genç bir bireyde daha düşük değerler tolere edebilirken, yaşlı bir bireyde organ fonksiyonlarının değişimi ile gereksinim duyulan hemoglobin miktarı daha yüksek olabilmektedir. Bu amaçla tam kan veya eritrosit süspansiyonu kullanılabilir.

Trombositlerin yarı ömrü 8-10 gündür. Trombositopeniye bağlı cilt ve mukoza kanamaları, yaşamı tehdit edebilecek organ kanamaları (beyin kanaması vb.) tedavi ile önlenebilecek sorunlardır. Kanserli bireylerde trombositopeni nedenleri arasında kemik iliği infiltrasyonu, otoimmün nedenler, hipersplenizm, beslenme yetersizlikleri (B12 vitamini eksikliği, folik asiteksikliği vb.) sayılabilir. Kemoterapi verilmesi planlanan bir bireyde trombosit sayısının 100 binin üzerinde olması gerekmektedir. Bu amaçla trombosit süspansiyonları kullanılabilir. Bir ünite trombosit süspansiyonu, trombosit sayısını yaklaşık olarak 10 bin/mm³ yükseltir.

Lökositlerin yarı ömrü 6-8 saattir. Kemoterapi verilecek bir bireyde lokosit sayısının 3000/mm³, nötrofil sayısının ise 1500/mm³'ün üzerinde olması gerekmektedir. Lökopeniye bağlı gelişebilecek enfeksiyonlar tedavisi oldukça zor bir sorun olarak ortaya çıkabilir. Kanserli bireylerde gelişen nötropeninin tedavisinde granulosit koloni stimulan faktör

(filgrastim, lenograstim) veya granülosit-monosit koloni stimulan faktör kullanılabilir. (Aydiner ve Can 2010).

Stomatit

Ağız ve orafarenksteği ülseratif lezyonlar, oral inflamasyon, kemoterapi, bulantı-kusma, oral hijyen yetersizliği, nötropeni ve dehidratasyon nedeniyle gelişebilir. Amaç oral mukozada ağrının ve enfeksiyonun giderilmesidir. Bu amaçla karbonatlı gargaralar, topikal ajanlar kullanılabilir(Aydiner ve Can 2010; Ertem ve ark 2009).

Alopesi

Kemoterapötik ilaçların ve başa uygulanan radyasyon alanının genişliğine ve dozuna bağlı olarak saç, kaş, kirpik ve tüm vücut kıllarının kaybıdır. Saç folikülleri hızla büyüyen hücreler içerdiği için, kemoterapik ilaçlardan 2–4 hafta sonra alopesi başlar ve tedavi bittikten 4-6 hafta sonra kıllar tekrar çıkmaya başlar. Alopesi ciddi psikolojik sorunlara neden olabilir.

Bireye saç kaybı olacağı, ancak tedavi bitiminden sonra saçların yeniden çıkacağı, saçların çıkarken yapı ve renk yönünden farklılık olabileceği, şapka, eşarp, bone, peruk gibi değişik materyaller kullanabileceği konusunda bilgi vermek gerekir. (Aydiner ve Can 2010; Ertem ve ark 2009; Yeşilbalkan 2005).

Deri Bütünlüğünde Bozulma

Kemoterapi ve radyoterapinin etkisiyle vücudun deri tabakasında iritasyon, kızarıklık, kaşıntı ile kendini gösteren değişimdir. Sık sık el yıkamak, kimyasal iritan maddelerle travmatize olduğunda deriyi ılık su ve parfümsüz-yumuşak sabunla hafifçe yıkamak ve yumuşak bir havlu ile kurulayıp havalandırmak gerekir. Radyoterapi uygulanan derideki kesikler yavaş iyileştiğinden ve enfeksiyona eğilim olduğundan jilet yerine elektrikli veya pilli traş makinası kullanmak, yatağa bağımlı bireylerde basınç bölgelerini gözleyerek pozisyonu 2 saatte bir değiştirmek, ekstremiteleri yükselterek ödemi önlemek önemlidir (Aydiner ve Can 2010; Yeşilbalkan 2005).

Diyare

Diyarenin dehidratasyon, malnitruşyon ve elektrolit dengesizliği gibi hayatı tehdit edici komplikasyonları vardır. Amaç diyarenin önlenmesi, yeterli ve dengeli bir beslenme ile vücudun gereksinimlerinin karşılanması, sıvı elektrolit dengesinin normal seviyede olmasının ve normal kilonun sürdürülmesinin sağlanmasıdır (Aydiner ve Can 2010; Yeşilbalkan 2005).

Konstipasyon

Kemoterapinin etkisi, narkotik ajanların kullanımı, hareketsizlik, yeme alışkanlığında değişiklikler ve dehidratasyon nedenleri ile gelişebilir. Konstipasyon ciddi ağrı, bulantı kusmaya neden olabilir ve bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir. Tedavide lifli

besinleri önermek (sebze, meyve, yulaf vb.), sıvı alımını arttırmak (günde en az 2 litre), günlük aktiviteyi artırmak, düzenli defekasyon alışkanlığı kazandırmaya çalışmak ve gerektiğinde laksatif kullanmak önerilebilir (Aydiner ve Can 2010; Yeşilbalkan 2005).

Bulantı-kusma

Kanserli bireylerde bulantı ve kusmanın birçok nedeni vardır. En sık kemoterapi ve radyoterapi yan etkisi nedeniyle görülmektedir. Bulantı ve kusma sıvı ve elektrolit dengesizliğine, beslenme bozukluğuna neden olabilir. Tedavide en önemli adım kemoterapiye bağlı bulantı ve kusmanın oluşmadan önlenmesidir. Başlayan bir bulantı ve kusma ile mücadele, önlenmesinden çok daha zordur. Kombinasyon kemoterapilerinde antiemetik premedikasyon en emetojenik ajan göz önüne alınarak verilir. Ardışık günlerde verilen kemoterapilerde antiemetik premedikasyon hergün verilmelidir (Aydiner ve Can 2010; Yeşilbalkan 2005).

Öksürük

Endobronşiyal tümör, perikardiyal invazyon, vokal kord paralizi ve aspirasyon ya da radyasyon pnömonisi veya kemoterapi sonucu gelişen interstisyel hastalığa bağlı olarak ortaya çıkabilir. Öksürüğe neden olan faktörün ortadan kaldırılmasına yönelik girişimler planlanmalıdır. Dirençli durumlarda antitussif ilaçlar (kodein, butamirat sitrat vb) ve kortikosteroid kullanılabilir (Aydiner ve Can 2010; Yeşilbalkan 2005).

Hemoptizi

Pulmoner ven ve artere invazyon, kemoterapi komplikasyonu olarak gelişen trombositopeni, koagülasyon anormallikleri, enfeksiyonlar ve fungal hastalıklar hemoptiziye neden olabilir. Hemoptizi tedavisinde hava yolu açıklığı sağlanmalı, kanamanın lokalizasyonu belirlenmeli ve kanamanın olduğu taraf altta kalacak şekilde hasta yan yatırılmalıdır. Volüm kaybı belirlenmeli ve oksijen desteği verilmelidir. Öksürük kanamayı arttırdığı için antitussif tedavi uygulanmalıdır. Kanama derhal kontrol edilmeli ve asfiksi gelişirse entübasyon uygulanmalıdır (Aydiner ve Can 2010; Yeşilbalkan 2005).

Dispne

Akciğer kanserlerinde dispne nedenleri; anemi, halsizlik, ağrı, eşlik eden durumlar (KOA, kalp yetmezliği, enfeksiyon vb.) ve tümörün lokalizasyonudur. Nefes darlığı bir semptomdur ve asıl neden tedavi edilmedikçe devam edecektir. Nefes darlığına neden olan bronş obstrüksiyonu endobronşiyal yöntemlerle tedavi edilmelidir. Bronkodilatör ilaçlarla tedavi etkili olabilir (Aydiner ve Can 2010; Yeşilbalkan 2005).

Ağrı

Kanserli bireylerde en sık karşılaşılan semptom ağrıdır. Kanser ağrılarının %75 ile %90'ı invaziv olmayan yöntemlerle kontrol altına alınabilir. Kanser ağrısında hangi ilaç veya yöntem kullanılırsa kullanılsın, dikkat edilmesi gereken nokta etki süresi dikkate alınarak analjezinin sürekli ve yeterli olmasını sağlamak üzere belli aralıklarla uygulanmasıdır. DSÖ kanser ağrısında basamak tedavisini önermektedir. Bu amaçla analjezik ilaçlar adım adım tedaviye eklemektedir. Bu yöntemde, birinci basamakta hafif ağrılara yönelik non-opioidler (parasetamol, aspirin, nonsteroid antiinflatuar ilaçlar) ve gerektiğinde adjuvan analjezikler kullanılır. İkinci basamakta non-opioidlerle kontrol altına alınamayan, orta derecede ağrısı olan bireylerde birinci basamak tedaviye zayıf opioidler (kodein, tramadol) eklenir. Üçüncü basamakta zayıf opioidlerle kontrol altına alınamayan şiddetli ağrısı olan bireyler için güçlü opioidlere (morfin, fentanil) geçilir. Analjeziklerin en sık karşılaşılan yan etkisi bulantı-kusmadır. Özellikle oral alımı sorunlu bireylerde fentanil transdermal uygulanabilmektedir. 48–72 saat süre ile analjezi sağlayan transdermal patch (Durogesic 12-25-50-75-100 mg/saat) şeklinde preparatları bulunmaktadır. Morfin bugün için etkinliği ve güvenliği açısından en çok tercih edilen opioiddir. Oral morfin preparatlarının yavaş salınlımlı şekilleri de bulunur. Yavaş salınlımlı preparatlar 8-12 saatte bir uygulanır. Farklı uygulama yollarında eşdeğer dozlar dikkate alınmalıdır. Tek uygulamalarda oral yol – parenteral yol arasında doz oranı 6/1'dir. Sürekli uygulamalarda bu oran 2-3/1'e indirilebilir (Alimi ve ark 2003, Aydın ve Can 2010).

Febril nötropeni

Akciğer kanserli bireylerde enfeksiyon riski artar. Febril nötropeni, vücut ısısının tek bir ölçümde oral ≥ 38.3 veya bir saat süreyle $>38^\circ$ 'in üzerinde olması ile beraber nötrofil sayısının $\leq 500/\text{mm}^3$ veya $500-1000/\text{mm}^3$ arasında olup 24-48 saat içinde $500/\text{mm}^3$ altına düşmesi beklenen durum olarak tanımlanır. Nötropenik bireylerde, enfeksiyon nedeni olan mikroorganizmaların en önemli kaynağı bireyin florasıdır. Hastaneye yatan bireylerin önemli bir kısmı yatışı takiben ilk bir hafta içinde hastane mikroflorasındaki mikroorganizmalarla kolonize olur. Bu kolonizasyon altta yatan hastalığın ciddiyeti ile doğru orantılı olarak artar. Nötropenin şiddeti ve süresi enfeksiyon riskini belirgin olarak etkilemektedir. Öykü ve fizik muayenede lokalize ağrı, deri döküntüsü, diyare, öksürük mutlaka sorgulanmalıdır. Fizik muayenede incelenmesi gereken bölgeler farenks, oral mukoza, akciğerler, perine, anüs, deri (kateter giriş bölgesi, enjeksiyon bölgeleri, tırnak yatakları) ve göz dibidir. Tam kan sayımı, rutin biyokimya testleri, kan kültürü (varsa eş zamanlı kateter kültürü), idrar kültürü, bireyin

belirti ve bulgularına göre klinik mikrobiyolojik inceleme için kültür örnekleri (balgam, dışkı, beyin omurilik sıvısı) alınmalıdır. Antibiyotik tedavisi uygulanır (Aydiner ve Can 2010).

Anksiyete ve Depresyon

Kanser hastaları tıbbi ve fiziksel değişikliklerle baş etmek bir yana hayatlarını zorlaştıran birçok endişe, duygu ve düşünceleri yaşarlar. Kanser her hangi bir evresinde görülen anksiyete ve depresyonda etkili faktörler şunlardır; geçmiş hastalık deneyimleri ve bireyin baş etme yeteneği, gelecek planlarının tehdit edilme derecesi, hastalığa ilişkin sosyal ve kültürel tutumlar ve dini inanışlar, genel kişilik özellikleri, aile içinde üstlenilen rol modelleri, yaşam şekli, sosyoekonomik durum, sosyal destek sistemleri ve bunlara ulaşılabilirlik düzeyleri, hastalığın boyutu ve semptomların varlığı, duygu düşüncelerini açıklama yetenekleri, yaş dönemi ve gelişim düzeyidir. Birey ve ailesine yeterli psikososyal destek sağlamak kanser tedavisinin her basamağında önemlidir (Alacacıoğlu ve ark 2007; Aydiner ve Can 2010).

Kanser tedavisine bağlı olarak yan etkiler oluşabilmekte ve bu yan etkilerin bir bölümü bireyin yaşam kalitesinde, günlük fonksiyonlarında ve tedaviye uyumlarında bazı güçlükleri de beraberinde getirebilmektedir. Bazı hastalar bu güçlüklerle baş edemeyerek tedaviye ara vermekte veya tedavilerini yarım bırakmaktadırlar. Bu durumda tedavinin etkinliği azalmakta ve hastalar hastalıkları daha ilerlemiş bir evrede tekrar gelmektedirler. Tedavinin tamamlanması ile birlikte yan etkilerin birçoğu ortadan kalksa da, bir kısmı uzun süre hissedilebileceğinden hastanın sıkıntılı bir dönem yaşamasına neden olabilmektedir. Birçok hasta manevi destek sağlaması, yaşam süresini ve yaşam kalitesini artırması, semptomlar ve kanser tedavilerinin yan etkileri ile baş etmede yararlı olması düşüncesiyle tamamlayıcı ve alternatif tedavileri kullanmaktadır (Duran 2011).

2.2.TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Ülkemizde tamamlayıcı ve alternatif tedavi (TAT) kullanımı çok eski yıllara dayanmaktadır. Türk toplumunun genelinde, özellikle de köylerde, çok eski zamanlardan gelen bu yöntemler, günümüzde tekrar değer kazanmaya başlamıştır (Aslan 2006). Tamamlayıcı ve alternatif tedavinin anlamı ülkeden ülkeye, hekimden hekime hatta hastadan hastaya farklılık gösterebilmektedir. Özellikle kanser tedavisinde bu sözcüklerin açıkça tanımlanması önemlidir (Algier ve ark. 2005; Uğurluer ve ark.2007). Tamamlayıcı ve alternatif tedavi henüz konvansiyonel tıbbın bir parçası olarak kabul edilmeyen sağlık bakım sistemleri, ürünleri ve uygulamalardır. Ancak, TAT kullanım sıklığı hem genel popülasyonda

hem de kanser hastaları arasında gittikçe artmaktadır (Adams and Jewel 2007; Gözüm ve ark 2003; Özçelik ve Fadıllıoğlu 2009).

Tamamlayıcı ve alternatif tedavi, dünyanın birçok değişik kültüründen kaynaklanmakta ve çok geniş bir uygulama yelpazesine sahiptir. TAT'a halk tarafından gittikçe artan şekilde sahip çıkılması nedeniyle, Amerika'da Ulusal Sağlık Enstitüleri 1998 yılında, araştırmalar yapmak ve TAT konusunda tavsiyelerde bulunmak ve rehberlik etmek için "Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp için Amerikan Ulusal Sağlık Merkezi (NCCAM-The US National Institutes of Health Center for Complementary and Alternative Medicine) kurulmuştur. NCCAM, alternatif ve tamamlayıcı tedaviler hakkında birçok değişik alan ve uygulama türlerini anlamak için bir sınıflandırma sistemi geliştirmiştir. Bu sınıflandırmada alternatif tedavi uygulamaları 5 kategoride incelenmiştir. Bunlar;

Alternatif Tıp Sistemleri; günümüz batı tıbbından bağımsız olarak ortaya çıkmış, bağımsız bir teori ve uygulama esası olan, geleneksel doğu ve daha yakın zamanda gelişen batı tıp sistemleridir. Ayurvedik tıp, geleneksel Çin Tıbbı, geleneksel Tibet Tıbbı gibi geleneksel doğu tıp sistemlerini ve homeopati, naturopati gibi batıda gelişen sistemleri içerir.

Zihin-Beden Tıbbı; bu uygulamalar beden sağlığını zihinle uğraşarak etkilemeyi hedefler. Örneğin; müzik, resim gibi sanat terapisi, meditasyon, nöro linguistik programlama (NLP), dua etme, yoga vb.

Biyolojik temelli Tedaviler; bitkiler, diyet destek ürünleri, tıbbi bitki çayları ya da hayvan parçaları, köpek balığı kıkırdağı vb.

Manipülatif ve Beden temelli tedaviler; bedenin manipüle edilmesine veya hareket ettirilmesine dayanır. Örneğin; masaj, kiropatik manipülasyon, osteopati vb.

Enerji Tedavileri; İki tür enerji tedavisi vardır.

a) Biyo-elektromanyetik Terapiler: Mıknatıslar, değişken yada doğrudan akım alanları.

b) Biyo-alan Terapileri: Akupunktur, akupresür, biyoenerji, qi gung, refleksoloji, reiki, shiatsu, tai chi (Durmaz 2011; Kaya ve ark 2010; Özçelik ve Fadıllıoğlu 2009; Tekin ve ark 2012; Yıldız 2006; Yılmaz ve ark 2011).

Tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin birçoğunun etkinliğine dair bir takım bilimsel kanıtlar bulunsa da hala iyi düzenlenmiş bilimsel çalışmalarla yanıtlanmayan önemli sorular vardır. Bu sorular; terapinin güvenli olup olmadığı ve kullanıldıklarında sağlıklı/hasta bireyin bakım ve tedavisini olumsuz yönde etkileyip etkilemediğidir. Tamamlayıcı terapilerin doğru, güvenli, etkili ve akılcı şekilde kullanımı önemlidir (Erin 2006; Kaya ve ark 2010).

2.2.1. Kanserli Bireylerde Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanımı

Son yıllarda tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımı tüm dünya genelinde giderek artış göstermektedir. Bu yöntemlerin yaygın olarak kullanılma nedenleri; tamamlayıcı ve alternatif tedavi ürünlerine kolayca erişilmesi, toplumun inançlarının alternatif tıbbın etkili olduğu yönünde olması, karşılanamayan sağlık gereksinimleri, sosyokültürel özellikler, davranış ve tutumlardır.

Kanser hastalarında tamamlayıcı tedaviler; ağrı, anksiyete, uyku bozukluğu, yorgunluk, stres, anoreksi, bulantı, diyare, konstipasyon, lenfödem, pruritüs, nöropati, eklem ve kas disfonksiyonu, hormonal tedavilerden dolayı vazomotor semptomlar gibi yakınmalarda kullanılmaktadır. Hastalar, bu gibi tedavilerin doğal olduğu inancıyla kendi bakımlarında daha fazla sorumluluk ve kontrol etme fırsatına sahip olabilme gibi nedenlerden dolayı alternatif tedavileri kullanmaktadırlar (Duran 2011; Özlem 2006; Weiger 2002).

Bu amaçla sıklıkla çeşitli bitkisel karışımlar, vitaminler, antioksidanlar, biyoenerji, akupunktur, aromaterapi, yoga, meditasyon, dini uygulamalar vb. gibi yöntemler kullanmaktadırlar (Avcı ve ark 2011; Can ve ark 2009; Özçelik ve Fadıllıoğlu 2009). Ancak kullanılan TAT yöntemlerinden özellikle bitkisel ve farmakolojik ajan içerenleri kemoterapi, radyoterapi veya antikoagülan ilaçlarla beraber uygulandığında ciddi yan etkilere neden olabilmektedir. (Akyürek ve ark 2005). TAT yaygın olarak kullanılmaktadır, ancak tedavideki pozitif veya negatif etkisi hastalar ve sağlık çalışanları tarafından yeterince iyi anlaşılamamıştır(Topuz 2008).

Yapılan çalışmalarda yetişkinlerde tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin kullanım prevalansının %7-64 oranında değiştiği ve kullanım oranlarının yıllara göre giderek arttığı saptanmıştır. Türkiye’de toplumun tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları ile ilgili bilgi ve kullanım düzeylerine ilişkin çalışmalar, kanser hastaları dışında oldukça sınırlıdır.(Bülbül ve ark 2009; Tükenmez ve ark 2012)

Scott ve arkadaşları (2005) kemoterapi uygulanan bireyler üzerinde yaptıkları çalışmada, en çok kullanılan terapinin relaksasyon teknikleri/meditasyon olduğunu saptamışlardır. Hastalara bu konuda kimlerden bilgi edindikleri sorulduğunda %57 oranında medya, %57 oranında arkadaşlar, benzer oranda aile üyelerini belirttikleri saptanmıştır.

Uğurluer ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada (2007); TAT uygulamalarına başvuran hastaların %90,6’sı bitkisel karışımlar ve bitki çaylarını tercih etmişlerdir ve bunların %89,6’sı ısırgan otu kullanmışlardır.

Ülkemizde yapılan diğer bir çalışmada da (Algier ve ark.2005) en sık kullanılan ve uygulanan bitkisel tedavinin ısırgan otu olduğu bildirilmiştir.

Gözüm ve ark (2001) yaptığı çalışmada da; hastaların %41.1'inin TAT kullanımı olarak bitkileri tercih ettiği ve genellikle tercih edenlerin kadın ve düşük gelirli oldukları bulunmuştur.

Başka bir çalışmada (Algier ve ark. 2005) hastaların %36'sının hastalıktan korkma ve zararsız bulma nedeniyle TAT kullandığı ve bu durumdan doktorlarını haberdar etmedikleri belirtilmiştir.

2.2.2.Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanımında Hemşirenin Rolü

Toplumda tamamlayıcı terapilere yönelik ilginin artması sonucu, sağlık profesyoneli olmayan kişi ve kuruluşlar, toplumun bu gereksinimini karşılamaya çalışmışlardır. Bu durumun sonucunda, hizmet amacı birey, aile ve toplumun sağlık gereksinimlerini karşılamak olan sağlık bakım profesyonellerinin ve sağlık ekibi üyesi olarak hemşirelerin, tamamlayıcı terapilerde rol alması bir zorunluluk haline gelmiştir.

Sağlık alanında yaşanan teknolojik gelişmelerin ve bilimsel bilginin artması ile birlikte hemşirelerin rol ve sorumluluklarında değişimler meydana gelmiştir. Bu doğrultuda hemşirelerden tamamlayıcı terapilerin kullanımına ilişkin hemşirelik uygulamalarını geliştirmeleri, etkin stratejiler belirlemeleri ve sağlıklı/hasta bireyleri tamamlayıcı ve alternatif tedavileri etkin ve doğru şekilde kullanmaları konusunda yönlendirilmeleri beklenmektedir. Günümüzde sağlıklı yaşam alışkanlıkları edindirme, risk tanılama ve gereken önlemleri alma, kanserli bireye yaklaşım, hastalığı ile yaşamını sürdürme becerisi geliştirme ve yaşamın son döneminde ve terminal hasta bakımına kadar uzanan çok geniş bir yelpaze içinde ele alınmaktadır. Bu bakış açısı kanser yönetiminde, sağlık profesyonellerine çeşitli hizmet alanlarında, farklı sorumluluklar getirmektedir. Bu bağlamda hemşireler hastalığın tedavisi, rehabilitasyonu, hastalıkla birlikte yaşamın sürdürülmesi ve terminal dönem bakımı olmak üzere hastalığın tüm evrelerinde en yüksek kalitede bakım vermek ve hastaların yaşam kalitelerini yükseltmekle sorumlu sağlık profesyonelleridir (Akkurt 2000; Reis 2003).

Hayatı tehdit eden bir hastalık olan kanserde bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal pek çok sorunla karşılaşması kaçınılmazdır. Çünkü tanı konulduğundan itibaren, birey ve ailesini psikososyal yönden pek çok değişim beklerken, cevaplandırılması gereken pek çok soru ve çözüm bekleyen bir çok sorun bulunmaktadır. Malak ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada (2009) TAT'ın özellikle psikolojik olarak rahatlama amaçlı kullanıldığı saptanmıştır. Bu

nedenle, bireyin korku ve endişelerinin giderilmesi için emosyonel destek ve psikososyal adaptasyonu için psikososyal desteğe çok fazla gereksinimi vardır. Hastaların rehabilitasyon gereksinimi, multidisipliner bir yaklaşımla karşılanması gereken bir durumdur. Böyle bir ekibin içerisinde hekim, hemşire, psikolog, sosyal çalışma uzmanı, fizyoterapist, iş ve uğraş terapisti, mesleki danışman,eczacı, diyetisyen, hasta ve ailesi yer alır. Bu kapsamda; hasta ile en fazla iletişime geçen hemşireye büyük görev düşmektedir. Ancak ülkemizde bu konuda verilen hizmet ve yapılan çalışmalar yetersizdir (Akkurt 2000; Reis 2003; Malak ve ark 2009).

Tamamlayıcı terapilerin, kuramsal bilgiye ve bilimsel sorun çözme becerisine sahip, profesyonel hemşirelerin bağımsız hemşirelik rolleri (hemşirenin bakım rolü) kapsamında olduğu düşünülebilir. Öte yandan hemşirelerin kendi yaşamlarında ya da sağlıklı/hasta bireyin bakımında tamamlayıcı terapileri kullandıkları yönündeki çalışmalara az rastlanmaktadır. Çalışmalar arttırılmalı, ilk olarak hemşireler eğitilmeli sonrasında hemşireler hastaları eğitmelidirler. Tamamlayıcı terapilerle ilgili araştırma sonuçlarının değerlendirilmesi güç olmakla birlikte, geçerli ve güvenilir çalışma sonuçlarının olumlu yönde olması dikkat çekicidir (Kaya ve ark 2010; Potter and Perry 2009; Yapucu ve ark 2005).

Konvansiyonel tedavi alan kanser hastalarının TAT kullanımları artmakta ancak birçok sağlık profesyoneli TAT kullanımı hakkında yeterli bilgi sahibi değildir. Sağlık profesyonellerinin bu konularda bilgilenmeleri gerekmektedir. Sağlık profesyonellerinin hasta eğitimi, TAT için kanıta dayalı uygulamalar, güvenlik gibi konularda profesyonel uygulamalara ilişkin bilgi gereksinimleri artmaktadır . Hastaların TAT kullanımları ve nedenlerini anlayabilmeleri için sağlık profesyonelleri açık bir iletişim sağlamalıdır. Ek olarak sağlık profesyonelleri, TAT kullanımının değerlendirilmesi, kullanımı ile ilgili bilgilerin artırılması, kullanım ile ilgili kültürel ve cinsiyet farklarının anlaşılması gibi sorumluluklar taşımaktadır (Duran 2011; Weiger 2002).

2.3. AKCİĞER KANSERLİ BİREYLERDE YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi kavramı 1960'lı yıllarda, ABD'de politik tartışmalardan kaynağını alan ve 1970'li yıllardan sonra da sağlık alanında kullanımı yaygınlaşmaya başlayan bir kavramdır. Kesin bir tanımı olmamakla birlikte yaşam kalitesi, bireyin kendi yaşamına bakış açısı olarak değerlendirilmekte; yaşam doyumu, yaşam memnuniyeti, mutluluk, yaşam kalitesi ile eşanlamlı olarak anılmaktadır. Oldukça geniş kapsamlı olan bu kavram, yaşamda

nelerden zevk alındığını, ne olmak ve nasıl yaşamak istendiği görüşünü ifade eder(Kutlu ve ark 2011; Şendir 2000).

Kaliteli bir yaşam için herhangi bir kriter yoktur; bu nedenle yaşam kalitesi kavramı soyuttur, ölçülmesi zordur ve farklı tanımları yapılmıştır. Yaşama yüklenen anlam, bireylere, toplumlara ve belirli dönemlere göre farklılıklar gösterebilmektedir. Yaşam kalitesi toplumsal ve objektif durumların ötesinde, bireyin kendi yaşamına ilişkin doyumu ve mutluluk durumu ile ilişkilidir. Bir başka deyişle yaşam kalitesi, bireyin kendi yaşamına ilişkin subjektif doyumudur. Kaliteli bir yaşam için neyin gerekli olduğunu saptamaya yönelik yapılan çalışmalarda, bireyin objektif durumları uygun olmasa da yaşamlarından doyum sağladıkları saptanarak bu subjektivite görüşü desteklenmiştir. Sonuçta genel sağlık, performans, huzurlu olma, emosyonel ve sosyoekonomik durum, bireysel doyum ve benlik saygısı gibi özellikler yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen faktörlerdir (Gültekin ve ark 2008; Şendir 2000).

Hemşirelik felsefesine göre; hemşire, karşılıklı saygı ve işbirliğine dayalı bütüncül bir yaklaşım içinde hastaların yaşam kalitesini değerlendirme ve yükseltmede anahtar rol oynar. Ayrıca bu rolü, çağdaş sağlık anlayışına sahip kurum/kuruluşlar destekler. Bu nedenle hemşireler yaşam kalitesi ile ilgili kavramları ve felsefeyi sorgulamalı; hemşirelik uygulamalarının dayandığı fiziksel, sosyal ve psikolojik iyilik halini geliştirmelidir (Şendir 2000).

Akciğer kanserinin sıklığının artışı ile beraber hastalığın sadece fiziksel boyutunun olmadığı, psikososyal yönünün de olduğunun kabul edilmesi ile yaşam kalitesi ölçütleri de ele alınmaya başlanmıştır. Yaşam kalitesi kavramı insanlık tarihi kadar eskidir. İlk dönemlerde felsefe, daha sonraları ise sosyoloji bilimlerinde kullanılmıştır. Yaşam kalitesi kavramı DSÖ'nün kuruluşunun 10. Yılında (1958) sağlığın tanımını yapmasıyla ilk defa tıbbi kullanıma girmiştir. Bilindiği gibi bu tanımda "sağlık sadece hastalık halinin olmaması değil; ruhen, bedenen ve sosyal yönden kişinin tam bir iyilik hali içinde bulunmasıdır" şeklindedir. Bu tanım tıbbi kullanıma giren sağlıkla ilgili yaşam kalitesini (Health Related Quality of Life-HRQoL) tarif etmektedir. Yaşam kalitesinin diğer bir tanımı ise; bireyin kendisi için önemli olan alanlarda doyum ve mutluluğudur. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi ise, bireyin sağlığını etkileyen veya sağlığından etkilenen yaşam alanlarındaki doyum ve mutluluğudur. Akciğer kanserli bireylerde uygulanan tedavilerin değerlendirilmesinde cevap oranı veya yaşam süresi, tek başına yeterli bir kriter değildir. Tedavinin amacı, semptomların giderilmesi ile birlikte yaşam kalitesinde düzelme ve yaşam süresinin uzamasıdır. Bu durumda, yaşam kalitesinin sorgulanması, tedavinin palyatif etkisini ya da tedavi ile ilişkili sorunları değerlendirmede ve klinik gidişe karar vermede sağlık çalışanları açısından önemli bir kriter haline gelmiştir.

Kanser tanısı konan hastaların bireysel özellik ve hastalık durumuna göre tedavi çeşitlerinden (cerrahi, radyoterapi, kemoterapi) bir veya birkaçı kullanılmaktadır. Bu tedavi yöntemleri ile hastaların yaşam süresinin uzaması ve daha nitelikli yaşaması amaçlanmaktadır. Kanser tanısı ile başa çıkabilme gücü birçok değişkenle ilgilidir. Hasta ile ilgili özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim, kişilik özellikleri), hastalığa ve sağaltımlara ilişkin değişkenler (yeti yıkımı yapan belirtiler, kanser yerleşimi, prognoz, ağrı, yaşam kalitesini ne oranda düşürdüğü, yaşam amaçlarını, kariyer, evlilik, aile gibi) ve çevresel özellikler (sosyal destek ağı, duygusal alanda destekleyici olarak algılanan bir kişinin varlığı, ekonomik olarak tedavileri karşılayabilme gücü) kanser tanısı ile baş etmeyi etkiler. Sağlığını yitirdiğini düşünen kişi bu kayıp karşısında başlangıçta şaşırır, olanlara inanamaz, öfkeye kapılır, kederlenir. Karışık duyguların hakim olduğu yas dönemi bir kaç hafta sonra yerini uyum çabalarına, savaşıma isteğine ve umutlara bırakmaya başlar. Nadiren de kişi kendine özgü duyarlılıkları nedeniyle bir türlü toparlanamaz, yas dönemi uzar, sıkıntı ve endişe klinik bir tabloya depresyona dönüşür. Kullanılan yöntemle bağlı olarak tedavi ile ilgili zorluklar ve toksik etkiler de söz konusudur. Özellikle radyoterapi ve kemoterapi normal hücrelere de zarar vermektedir. Örneğin, kemik iliği baskılanması kemoterapinin en önemli yan etkilerinden biridir ve bunun yol açtığı lökopeni, trombositopeni ve anemi hasta için çok rahatsızlık verici durumlardır. Saçlarda dökülme, bulantı, kusma ve bu rahatsızlıklar sonucu gelişen duygusal problemler kemoterapinin diğer yan etkileridir. Tedavinin yan etkileri ile birlikte, kanserin de neden olduğu rahatsızlıklar sonucu hastalar; anksiyete, depresyon, ağrı, seksüel fonksiyon bozukluğu, yorgunluk, benlik kavramında değişme gibi semptomlar yaşarlar, olağan uyum mekanizmaları sarsılır, geleceğe yönelik beklenti ve planları bozulur. Bu gibi semptomlarla ilişkili rahatsızlıkların kanserli hastaların yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkilere neden olduğu ve tedavi önerilerine uyumu zorlaştırdığı bilinmektedir. Bunun sonucunda; kanser tanısının konması ve tedaviye başlanması ile beraber birey ve ailenin fiziksel, emosyonel, sosyal ve ekonomik dengelerini bozmakta, yaşamdan doyum almalarını engellemekte ve yaşam kalitesini azaltmaktadır (Akkurt, 2000; Altıparmak ve ark 2011; Göktalay 2002; Gültekin ve ark 2008; Kızılcı 1999; Kutlu ve ark 2011).

3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tasarım Tipi:

Araştırma, akciğer kanserli bireylerde tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı ve yaşam kalitesini belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak planlandı.

Araştırmada yanıt aranan başlıca sorular şunlardır;

- Akciğer kanserli bireylerin TAT kullanma yaklaşımları ve nedenleri nelerdir?
- Akciğer kanseri bireylerin yaşam kalitesini nasıl etkiler?
- TAT kullanan ve kullanmayan bireylerin yaşam kalitesi arasında fark var mıdır?

3.2. Araştırmanın Yeri ve Örneklemi:

Araştırmanın evrenini, Aralık 2011- Mart 2012 tarihleri arasında Yedikule Göğüs Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi onkoloji polikliniğine başvuran ve ayaktan kemoterapi alan bireyler oluşturdu.

Araştırmanın örneklemi, Aralık 2011- Mart 2012 tarihleri arasında Yedikule Göğüs Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi onkoloji polikliniğine başvurup, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 200 kanserli birey oluşturdu. Veri toplama süresi boyunca bireylerin aldıkları kemoterapi sayısının farklılık göstermesinden dolayı evren sayısı hesaplanamadığı için örneklem hesaplanamamıştır.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- a) Çalışmaya katılmaya gönüllü ve istekli olması,
- b) Terminal dönemde olmaması, iletişime ve işbirliğine açık olması,
- c) En az 2 ay önce kanser tanısı konmuş, kemoterapi ve/veya radyoterapi almış olması,
- d) 18 yaş ve üstünde olması.

3.3.Verİ Toplama Araçları:

Araştırmada veriler; bireylerin sosyo-demografik özelliklerini içeren Kişisel Bilgi Formu, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yaklaşımları Ölçeği ve Nightingale Symptom Değerlendirme Ölçeği ile toplandı.

3.3.1.Kişisel Bilgi Formu (EK-1):

Bireylerin sosyo-demografik özellikleri, hastalığı ve tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma durumuna ilişkin bilgileri içeren 13 sorudan oluştu.

3.3.2.Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yaklaşımları Ölçeği (TATYÖ) (EK-2):

Can ve ark. tarafından (2009) kanserli bireylerin tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma yaklaşımlarını ve kullanma nedenini belirlemek amacı ile geliştirilmiştir. Ölçek tamamlayıcı ve alternatif tedavi girişimini içeren 55 madde ve 3 alt gruptan oluşmaktadır. Alt gruplar; bilişsel, davranışsal ve manipulatif; bitkisel ve besinsel girişimleri içerir. Alt boyutlarda yer alan yaklaşımların kullanımı iki soru ile sorgulanmaktadır: (1) Rahatlamak için, aşağıda yer alan girişimleri ne sıklıkta kullanırsınız? (2) Hastalık tanısının konması ile aşağıda yer alan bitkisel/besinsel yaklaşımların kullanımına ilişkin tutumunuz ne oldu? İlk soruya hastanın verdiği cevaplar “Hiç” 0 puan, “Bazen” 1 puan, “Sıklıkla” 2 ve “Her zaman” 3 puan; ikinci soruya verdiği cevaplar ise “Kestim” 0 puan, “Başladım” 1 puan, “Öncesinde kullanıyordum” 2 puan verilerek puanlanır. Ayrıca öncesinde bitkisel/besinsel yaklaşımları kullandığını ifade eden hastaların bu yaklaşımların kullanımındaki değişim: “Azalttım” 1 puan, “Arttırdım” 2 puan ve “Aynen devam ettim” 3 puan verilerek değerlendirilmektedir. Her bir maddeye ait kullanma nedeni de açık uçlu şekilde sorulmaktadır.

Ölçek puanları hasta girişimleri kullanmıyor veya uygulamıyor ise “0” [Hiç ve kestim], kullanıyor veya uyguluyor ise “1” puan [Bazen, sıklıkla, her zaman, başladım, azalttım, arttırdım, aynen devam ettim] verilerek hesaplanmaktadır. Alt boyutta yer alan maddelerin sayısının toplanması ile alt boyut toplam puanı; alt boyut toplam puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı hesaplanmaktadır. Elde edilen puanlar arasında kıyaslama yapılabilmesi için aşağıda yer alan formül ile alt grup ve total ölçek puanı 100'lük değerlendirme sistemine dönüştürülür.

$$\text{Alt boyut puanı} = [\text{Alt boyut puanı} / \text{alt boyut madde sayısı}] \times 100$$

$$\text{Total ölçek puanı} = [\text{Total ölçek puanı} / \text{ölçek madde sayısı}] \times 100$$

Alt gruplardan bitkisel yaklaşım için Cronbach Alpha katsayısı, 0,80; besinsel yaklaşım için 0,85; bilişsel-davranışsal ve manipulatif yaklaşım için 0,49 ve ölçeğin tümü için 0,85 olarak bulunmuştur(Can ve ark. 2009).

3.3.3.Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği (NSDÖ) (EK-3):

2009 yılında Can ve Aydınlar tarafından kanser hastaları için geliştirilmiş bir yaşam kalitesi ölçeğidir. Toplam 38 maddeden oluşan ölçeğin üç alt boyutu vardır: Fiziksel İyi Hali (FizİH) (1-4., 6-15., 23-27. ve 37. madde), Sosyal İyi Hali (SoİH) (5. ve 16-22. madde) ve Psikolojik İyi Hali (PsİH) (28-36. ve 38. madde).

Ölçekte yer alan her bir madde tek başına kullanıldığında kemoterapi planlanan veya uygulanan kanser hastalarının hastalığa/tedaviye bağlı oluşan sorunlardan etkilenme düzeyinin ne olduğu yansıtılabilirken, ölçek ve ilgili alt boyut puanlarının hesaplanması ile hastaların yaşam kalitesinin nasıl etkilendiği gösterilebilmektedir. 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. 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. Elde edilen puanların yüksek olması hastaların genel yaşam kalitesinin veya ilişkili alt boyutlara ilişkin iyilik hallerinin kötü olduğunu göstermektedir.

Ayrıca zorunlu olmamakla birlikte, ileri istatistik analizlerde kullanılmak üzere hastaların yaşam kalitesi puanları: 0-0.50 arasında ise “çok iyi”, 0.51-1.50 arasında ise “iyi”, 1.51-2.50 arasında ise “orta”, 2.51-3.50 arasında ise “kötü” ve 3.51-4.00 arasında ise “çok kötü” ifadeleri kullanılarak da sınıflandırma yapılabilir.

Can (2009) tarafından yapılan bir çalışmada NSDÖ’nün geçerlik güvenirliği test edilmiş ve Cronbach Alpha katsayısı 0,81- 0,87 arasında bulunmuştur.(Can ve ark. 2009)

3.4. Verilerin Toplanması

Yedikule Göğüs Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi onkoloji polikliniğine başvuran ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan, tedavi bitiminden sonra yorgun olmayan bireylere araştırma ile ilgili bilgi verildikten sonra, dinlenme odasında yüz yüze

görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından veriler toplandı. TAT kullanmadığını belirten bireylere sadece Kişisel Bilgi Formu ve Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği, TAT kullandığını belirten bireylere ise Kişisel Bilgi Formu, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yaklaşımları Ölçeği ve Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği uygulandı. Verilerin toplanması 15-20 dk sürdü.

3.5. Etik Konular

- Araştırmaya başlamadan önce, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Hastanesi'nden ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izinler alındı. **(EK-4)**
- Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yaklaşımları Ölçeği (TATYÖ) ve Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği'nin (NSDÖ) çalışmada kullanılabilmesi için ölçekleri geliştiren Gülbeyaz Can' dan yazılı izin alındı. **(EK-5)**
- Verilerin toplanacağı bölümde yetkili hekim ve sorumlu hemşire ile görüşülerek yapılacak çalışma ile ilgili bilgi verildi.
- Araştırma örneklemini oluşturan bireylere çalışmanın amacı ve kendisinden ne beklendiği, tedavi sürecini etkilemeyeceği, isimlerinin gizli kalacağı, araştırmaya katılmak zorunda olmadıkları açıklanarak isteklilik ve gönüllülük ilkesi ışığında araştırmaya katılmaları için kendilerinden bilgilendirilmiş sözlü-yazılı izin alındı. **(EK-6)**
- Yorgun olmadığını ifade eden bireylerden veriler zarar vermeme-yarar sağlama ilkesine özen gösterilerek ve bilgilendirilerek toplandı.

3.6.Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırma örneklemini tek bir Eğitim ve Araştırma Hastanesine başvuran hastalar oluşturdu. Evren sayısı belirlenemediği için örneklem hesabı yapılamadı. Bu nedenle araştırma sonuçları genellenemez.

3.7. Verilerin analizi

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için istatistik SPSS for Windows 21.0 paket programı kullanıldı. Araştırma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (oran, ortalama, standart sapma, frekans değerleri), niceliksel verilerin analizinde bağımsız örneklem t testi ve mann-whitney u testi kullanıldı. Niteliksel verilerin analizinde ki-kare testi kullanıldı. Değişkenlerin dağılımı Kolmogorov Smirnov testi ile kontrol edildi. Anlamlılık değeri olarak $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Bu bölümde, akciğer kanserli bireylerde tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen bulgular ve istatistiki analizleri tablolar halinde sunuldu.

Araştırmanın bulguları;

- Bireylerin sosyo-demografik ve hastalık özellikleri ile TAT kullanma durumu arasındaki farkı gösteren bulgular,
- Bireylerin TAT kullanma yaklaşımlarına ve kullanma nedenlerine ilişkin bulgular,
- Akciğer kanserli bireylerin yaşam kalitesi düzeyi ve TAT kullanımı ile ilişkisini gösteren bulgular,

olarak üç başlık altında ele alındı.

4.1. BİREYLERİN SOSYO-DEMOGRAFİK VE HASTALIK ÖZELLİKLERİ İLE TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİ KULLANMA DURUMU ARASINDAKİ FARKI GÖSTEREN BULGULAR

Bu bölümde, bireylerin sosyo-demografik ve hastalık özellikleri ile TAT kullanma durumu arasındaki farkı gösteren bulgulara yer verildi.

Tablo 4.1.1. Bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma durumu (N=200)

		Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanımı						X ² / t	P
		Var (n=113)		Yok(n=87)		Toplam(N=200)			
		n	%	n	%	n	%		
Yaş	(Ort±SS)	(57,94 ± 7,76)		(62,61 ± 8,53)		(59,97 ± 8,41)		t=-4,04	0,000
	18-60	70	54,3	36	45,7	106	53,0		
	61 ve üzeri	43	45,7	51	54,3	94	47,0		
Cinsiyet	Erkek	95	58,6	67	41,4	162	81,0	x ² =1,59	0,20
	Kadın	18	47,4	20	52,6	38	19,0		
Medeni Durum	Evli	111	59,4	76	40,6	187	93,5	x ² =9,56	0,002
	Bekar	2	15,4	11	84,6	13	6,5		
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	9	39,1	14	60,9	23	11,5	x ² =5,85	0,21
	İlkokul	65	57,0	49	43,0	114	57,0		
	Ortaokul	17	73,9	6	26,1	23	11,5		
	Lise	16	53,3	14	46,7	30	15,0		
	Üniversite	6	60,0	4	40,0	10	5,0		
Mesleği	Ev Hanımı	13	43,3	17	56,7	30	15,0	x ² =9,39	0,05
	İşçi	15	88,2	2	11,8	17	8,0		
	Memur	4	50,0	4	50,0	8	4,0		
	Serbest	25	56,8	19	43,2	44	22,0		
	Emekli	53	54,1	45	45,9	98	49,0		
	Diğer	3	100	0	0,0	3	1,5		
Gelir Durumu	Gelir Gideri Karşılıyor	69	53,5	60	46,5	129	64,5	x ² =1,34	0,24
	Gelir Gideri Karşılamiyor	44	62,0	27	38,0	71	35,5		
Şu Anda Çalışma	Evet	15	93,8	1	6,2	16	8,0	x ² =9,82	0,002
	Hayır	98	53,3	86	46,7	184	92,0		
Sağlık Güvencesi	Var	111	56,6	85	43,4	196	98,0	x ² =0,07	1,00
	Yok	2	50,0	2	50,0	4	2,0		

x² Ki-kare test / ^t Bağımsız örneklem t test

Tablo 4.1.1. incelendiğinde; araştırma kapsamındaki bireylerin yaş ortalaması 59,97±8,41yıl (min 28-max 84), %81'inin (n=162) erkek, %93,5'inin (n=187) evli, %57'sinin

(n=114) ilköğretim mezunu, %49'unun(n=98) emekli, %92'sinin (n=184) şu anda çalışmadığı ve %64,5'inin (n=129) gelirinin giderlerini karşıladığı, %98'inin (n=196) sağlık güvencesinin olduğu belirlendi.

Bireylerin %56,5'inin (n=113) TAT kullandığı, TAT kullanımının 18-60 yaş grubundaki bireylerde 61 ve üzeri yaş grubuna göre ($t=-4,04$, $p<0,001$), evlilerde bekarlara göre ($X^2=9,56$, $p<0,01$) ve şu an çalışmayanlarda çalışanlara göre ($X^2=9,82$, $p<0,01$) anlamlı derecede fazla olduğu ($t=-4,04$, $p<0,05$) saptandı. Cinsiyet, eğitim, meslek, gelir durumu ve sağlık güvencesi gibi sosyodemografik özellikler ile TAT kullanımı arasında anlamlı farklılık olmadığı ($p>0,05$) görüldü (Tablo 4.1.1).

Tablo 4.1.2. Bireylerin hastalık özellikleri ile tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma durumu (N=200)

		Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanımı						X²	P
		Var(n=113)		Yok(n=87)		Toplam(N=200)			
		n	%	n	%	n	%		
Kronik Hastalık	Yok	78	57,4	58	42,6	136	68,0	0,13	0,723
	Hipertansiyon	17	58,6	12	41,4	29	14,5		
	Diyabet	13	50,0	13	50,0	26	13,0		
	Prostat hipertrofisi	1	20,0	4	80,0	5	2,5		
	Kalp Yetmezliği	4	100	0	0,0	4	2,0		
Ailde Tümör	Evet	15	34,9	28	65,1	43	21,5	10,41	0,001
	Hayır	98	62,4	59	37,6	157	78,5		
Ameliyat	Evet	18	35,3	33	64,7	51	25,5	12,53	0,000
	Hayır	95	63,8	54	36,2	149	74,5		
Radyoterapi	Evet	54	43,9	69	56,1	123	61,5	20,63	0,000
	Hayır	59	76,6	18	23,4	77	38,5		
Daha önce kemoterapi Alma	Evet	112	56,3	87	43,7	199	99,5	0,77	1,000
	Hayır	1	100	0	0,0	1	0,5		

X² Ki-kare test

Tablo 4.1.2 incelendiğinde; araştırmaya dahil edilen bireylerin %68'inin (n=136) bir kronik hastalığı olmadığı, %14,5'inde (n=29) akciğer kanserine hipertansiyonun eşlik ettiği, %78,5'inin (n=157) ailesinde tümör öyküsü bulunmadığı, %74,5'inin (n=149) ameliyat olmadığı, %61,5'inin (n=123) radyoterapi, %99,5'inin (n=199) kemoterapi aldığı belirlendi.

Ailesinde tümör öyküsü olan ($X^2=10,41$, $p<0,001$), radyoterapi tedavisi gören ($X^2=20,63$, $p<0,001$) ve ameliyat olanlarda ($X^2=10,41$, $p<0,001$) TAT kullanımı anlamlı olarak daha düşüktü (Tablo 4.1.2)

4.2. BİREYLERİN TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİ KULLANMA YAKLAŞIMLARI VE KULLANMA NEDENLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde bireylerin tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma yaklaşımlarına ve kullanma nedenlerine ilişkin bulgulara yer verildi.

Tablo 4.2.1. TATYÖ Bilişsel-Davranışsal Terapiler ve Manipulatif Yaklaşımlar alt grubu maddelerinin dağılımı (N=113)

TAT Türü	Hiç		Bazen		Sıklıkla		Herzaman	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dans ederim	52	46,0	57	50,0	4	4,0	0	0,0
Gülerim	10	9,0	79	70,0	21	19,0	3	2,0
Resim yaparım	105	93,0	5	4,0	3	3,0	0	0,0
Hipnoza giderim	113	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Yoga-plates yaparım	113	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Meditasyon yaparım	111	98,0	0	0,0	0	0,0	2	2,0
Namaz kılarım	13	12,0	39	35,0	23	20,0	38	34,0
Dua ederim	6	5,0	29	26,0	29	26,0	49	43,0
Muska taşırım	104	92,0	6	5,0	2	2,0	1	1,0
Yatır ziyaretine giderim	92	81,0	18	16,0	1	1,0	2	2,0
Hocaya giderim, kendimi okuttururum	74	65,0	37	33,0	1	1,0	1	1,0
Vücut masajı yaptırırım	60	53,0	41	36,0	12	11,0	0	0,0
Ayak masajı yaptırırım	103	91,0	5	4,5	5	4,5	0	0,0
Kolonya ile bileklerimi ovdururum	99	88,0	13	12,0	0	0,0	0	0,0
Bardak çektiririm	110	97,0	3	3,0	0	0,0	0	0,0
Çıkıkçıya giderim	113	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Kurşun döktürürüm	101	89,0	12	11,0	0	0,0	0	0,0
Akapunktur yaptırırım	111	98,0	2	2,0	0	0,0	0	0,0
Egzersiz yaparım	96	85,0	13	12,0	4	3,0	0	0,0
Kolbandı takarım	113	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Komşuya geçerim	25	22,0	38	34,0	43	38,0	7	6,0
Adak adarım	104	92,0	9	8,0	0	0,0	0	0,0
Reiki yaparım	113	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bioenerji uzmanına giderim	113	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Tablo 2.4.1.1 bireylerin **Bilişsel-Davranışsal Terapiler ve Manipulatif yaklaşımları** kullanma durumlarını göstermektedir. Bireylerin hiçbir zaman (%100) hipnoza, bioenerji uzmanına ve çıkıkçıya gitmediği, kol bandı takmadığı, yoga-plates ve reiki yapmadığı, %98'inin (n=111) hiç akupunktur yaptırmadığı, %98'inin (n=111) hiç meditasyon yapmadığı, %97'sinin (n=110) hiç bardak çektiirmediği, %93'ünün (n=105) hiç resim yapmadığı, %92'sinin (n=104) hiç adak adamadığı, %92'sinin (n=104) hiç muska taşımadığı, %91'inin (n=103) hiç ayak masajı yaptırmadığı, %89'unun (n=101) hiç kurşun döktürmediği, %88'inin (n=99) kolonya ile bileklerini hiç ovdurmadığı, %85'inin (n=96) hiç egzersiz yapmadığı, %81'inin hiç yatır ziyaretine gitmediği, %65'inin (n=74) hiç hocaya gitmediği, %53'ünün (n=60) hiç vücut masajı yaptırmadığı belirlendi (Tablo 4.2.1).

%70'inin (n=79) bazen güldüğü, %50'sinin (n=57) bazen dans ettiği, %36'sının (n=41) bazen vücut masajı yaptırdığı, %35'inin (n=39) bazen namaz kıldığı, %33'ünün (n=37) bazen hocaya gittiği, %43'ünün (n=49) her zaman dua ettiği, %38'inin (n=43) sıklıkla komşu ziyaretine gittiği görüldü (Tablo 4.2.1).

Tablo 4.2.1.1. Bireylerin bilişsel-davranışsal-manipulatif yaklaşımları uygulama durumları (N=113)

Bilişsel-Davranışsal-Manipulatif Yaklaşımlar	Evet	
	n	%
Dans ederim	61	54
Gülerim	103	82
Resim yaparım	8	7
Meditasyon	2	2
Namaz kılarım	100	89
Dua ederim	107	95
Muska taşırım	9	8
Yatır ziyareti yaparım	21	19
Hocaya giderim	39	33
Vücut masajı yaptırırım	53	36
Ayak masajı yaptırırım	10	8
Kolonya ile bileklerimi ovdururum	14	13
Bardak çektiririm	3	3
Kurşun döktürürüm	12	11
Akapunktur yaptırırım	2	2
Egzersiz yaptırırım	17	16
Komşuya geçerim	88	78
Adak adarım	9	8

Araştırma kapsamındaki bireylerin Bilişsel-Davranışsal Terapiler ve Manipulatif Yaklaşımlardan (bazen, sıklıkla ve her zaman seçenekleri birleştirildiğinde) en fazla; dua etme (%95), namaz kılma (%89), gülme (%82), komşuya gitme (%78), dans etme (%54), vücut masajı yaptırma (%36) ve hocaya gitmeyi (%33) tercih ettiği görüldü.

Tablo 4.2.2. TATYÖ Bitkisel Yaklaşımlar Alt Grubu Maddelerinin Dağılımı (N=113)

	Hiç		Kestim		Başladım		Azalttım		Arttırdım		Aynen devam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Isırgan	83	74,0	2	2,0	28	24,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Çörekotu	65	58,0	0	0,0	23	20,0	0	0,0	8	7,0	17	15,0
Karabaşotu	113	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Kırkkilit	113	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Kantaron otu	110	97,0	0	0,0	3	3,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Civan perçemi	113	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ökseotu	113	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Kekik	34	30,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,0	77	68,0
Papatya	97	86,0	0	0,0	3	3,0	0	0,0	0	0,0	13	12,0
Ardıçotu	113	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ebegümecei	113	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Zencefil	65	58,0	0	0,0	46	41,0	0	0,0	2	1,0	0	0,0
Tatlı badem	100	88,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	12,0
Zerdeçal	81	72,0	0	0,0	32	28,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Yaban mersini	82	73,0	0	0,0	31	27,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Keten tohumu	77	68,0	0	0,0	36	32,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Devedikenı sütü	113	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Soya	113	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Yeşilçay	28	26,0	0	0,0	23	20,0	0	0,0	14	12,0	48	42,0
Adaçayı	38	33,0	0	0,0	9	8,0	0	0,0	10	9,0	56	50,0
İhlamur çayı	22	19,0	0	0,0	10	9,0	0	0,0	12	11,0	69	61,0
Kuşburnu çayı	64	56,0	0	0,0	12	11,0	0	0,0	9	8,0	28	25,0
Ginseng panex	107	95,0	0	0,0	6	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Arı sütü	76	67,0	0	0,0	37	33,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Üzüm çek ve kab	38	34,0	0	0,0	75	66,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Üzüm çek. Eks	81	72,0	0	0,0	32	28,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Astragalus	113	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
İsveç şurubu	113	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Omega3	110	97,0	0	0,0	3	3,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Vitamin	66	58,0	0	0,0	47	42,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Köpekbalığı kıkır	113	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Kaplumbağakanı	113	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tavşankanı	113	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Tablo 4.2.2.1. bireylerin **bitkisel yaklaşımları** kullanma durumlarını göstermektedir. Bireylerin %68,0'ının (n=77) kekiği, %61'inin (n=69) ıhlamuru, %50'sinin (n=56) adaçayını %42'sinin (n=48) yeşilçayı, %25'inin (n=28) kuşburnu çayını aynen kullanmaya devam ettiği görüldü (Tablo 4.2.2).

%66,0'sının (n=75) üzüm çekirdeği kabuğu, %42,0'sinin (n=47) vitamin, %41'inin (n=46) zencefil, %33'ünün (n=37) arı sütü, %32'sinin (n=36) keten tohumu, %28'inin (n=32) üzüm çekirdeği ekstresi, %28'inin (n=32) zerdeçal kullanmaya başladığı saptandı (Tablo 4.2.2).

Tablo 4.2.2.1. Bireylerin bitkisel yaklaşımları kullanma durumları(N=113)

Bitkisel Yaklaşımlar	Evet	
	n	%
Isırgan	30	26
Çörekotu	48	42
Kantaron otu	3	3
Kekik	79	70
Papatya	16	15
Zencefil	48	43
Tatlı badem	13	12
Zerdeçal	32	28
Yaban mersini	31	27
Keten tohumu	36	32
Yeşilçay	85	74
Adaçayı	75	67
İhlamurçayı	91	81
Kuşburnu çayı	49	44
Ginseng panex	6	5
Arı sütü	37	33
Üzüm çek ve kab.	75	66
Üzüm çek. Eks.	32	28
Vitamin	47	42

Araştırma kapsamındaki bireylerin bitkisel yaklaşımlardan (başladım, azalttım, arttırdım, aynen devam seçenekleri birleştirildiğinde) en fazla; ıhlamur çayı (%81), yeşilçay (%74), kekik (%70), adaçayı (%67), üzüm çekirdeği kabuğu (%66), kuşburnu çayı (%44), zencefil (%43), vitamin (%42), çörekotu (%42) ve arı sütü (%33) kullandığı belirlendi.

Tablo 4.2.3. TATYÖ Besinsel Yaklaşımlar Alt Grubu Maddelerinin Dağılımı (N=113)

	Hiç		Kestim		Azalttım		Arttırdım		Aynen devam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bal	4	2,4	21	19,0	12	10,6	55	49,0	21	19,0
Anzer balı	86	76,0	8	7,0	2	2,0	5	4,0	12	11,0
Kestane balı	84	74,0	8	7,0	0	0,0	8	7,0	13	12,0
Karadut pekmezi	18	16,0	19	17,0	12	11,0	41	36,0	23	20,0
Keçiboynuzu pekmezi	58	52,0	15	13,0	5	4,0	20	18,0	15	13,0
Nar	2	2,0	5	4,0	5	4,0	41	36,0	60	53,0
Greyfurt	12	10,5	82	73,0	4	3,5	0	0,0	15	13,0
Sarımsak	0	0,0	4	3,5	3	3,0	13	11,5	93	82,0
Havuç	0	0,0	2	2,0	7	6,0	30	26,5	74	65,0
Meyveler	0	0,0	0	0,0	5	4,0	39	35,0	69	61,0
Sebzeler	0	0,0	0	0,0	5	4,0	39	35,0	69	61,0
Kırmızı et	0	0,0	9	8,0	15	13,0	7	6,0	82	73,0
Balık eti	0	0,0	0	0,0	10	9,0	25	22,0	78	69,0
Tavuk eti	0	0,0	0	0,0	10	8,8	27	24,0	76	67,2
Ekmek ve hamurışı	2	1,5	20	18,0	22	19,5	7	6,0	62	55,0
Hamur ve sütlü tatlı	11	9,0	21	19,0	18	16,0	7	6,0	56	50,0
Süt ve süt ürünleri	5	5,0	7	6,0	0	0,0	53	47,0	48	42,0
Yoğurt	0	0,0	0	0,0	2	1,8	65	58,0	46	40,2

Bireylerin **besinsel yaklaşımları** kullanma durumlarına bakıldığında; %76'sının (n=86) anzer balını, %74'ünün (n=84) kestane balını ve %52,0'sinin (n=58) keçiboynuzu pekmezini hiç kullanmadığı saptandı(Tablo 4.2.3).

%73'ünün (n=82) greyfurt, %19'unun (n=21) bal, %19'unun (n=21) hamur ve sütlü tatlılar, %19'unun (n=21) ekmek ve hamurışı tüketimini kestiği görüldü(Tablo 4.2.3).

Bireylerin %49'unun (n=55) bal, %58'inin (n=65) yoğurt %47'sinin (n=53) süt ve süt ürünleri, %36'sının (n=41) karadut pekmezi, %36'sının (n=41) nar, %35'inin (n=39) meyve ve sebze, %26,5'inin (n=30) havuç tüketimini arttırdığı belirlendi(Tablo 4.2.3).

%82'sinin sarımsak, %73'ünün (n=82) kırmızı et, %69'unun (n=78) balık, %67,2'sinin (n=76) tavuk, %65'inin (n=74) havuç, %61'inin (n=69) meyve ve sebze, %53'ünün (n=60) nar, %55'inin (n=62) ekmek ve hamur işi tüketiminin değişmediği görüldü(Tablo 4.2.3.1.).

Tablo 4.2.3.1. Bireylerin besinsel yaklaşımları kullanma durumları (N=113)

Besinsel Yaklaşımlar	Evet	
	n	%
Bal	88	78,6
Anzer balı	19	17
Kestane balı	21	19
Karadut pekmezi	76	67
Keçiboynuzu pekmezi	40	35
Nar	106	93
Greyfurt	19	16,5
Sarımsak	109	96,5
Havuç	111	97,5
Meyveler	113	100
Sebzeler	113	100
Kırmızı et	104	92
Balık	113	100
Tavuk	113	100
Ekmek ve hamur işi	91	80,5
Hamur ve sütlu tatlı	112	91
Süt ve süt ürünleri	101	89
Yoğurt	113	100

Tablo 4.2.3.1 incelendiğinde; araştırma kapsamındaki bireylerin besinsel yaklaşımlardan (azalttım, arttırdım, aynen devam seçenekleri birleştirildiğinde) en fazla; meyve (%100), sebze (%100), balık (%100), tavuk (%100) yoğurt (%100), havuç (%97,5), sarımsak (%96,5), nar (%93), hamur ve sütü tatlı (%91), kırmızı et (%92), süt ve süt ürünleri (%89), ekmek ve hamurışı (%80,5), bal (%78,6), karadut pekmezi (%67) kullandığı belirlendi.

Tablo 4.2.4. TATYÖ Alt Gruplarının Kullanım Nedenlerine İlişkin Dağılım

TATYÖ Alt Gruplar	n	%
Bilişsel-davranışsal Yaklaşımlar		
Psikolojik olarak rahatlamak	91	81,0
İbadet amaçlı	89	79,0
Denemediği yöntem bırakmamak	6	5,0
Bitkisel Yaklaşımlar		
Tedavinin etkisini arttırdığını düşünmek	74	65,0
Bağışıklık sistemini güçlendirmek	47	42,0
Kan değerini yükseltmek	69	61,0
Denemediği yöntem bırakmamak	6	5,0
Besinsel Yaklaşımlar		
Tedavinin etkisini arttırdığını düşünmek	87	77,0
Hastalığın ilerlemesini durdurduğunu düşünmek	51	45,0
İştahını arttırmak	8	7,0
Bağışıklık sistemini güçlendirmek	39	35,0

Bireylerin bilişsel-davranışsal terapiler ve manipulatif yaklaşımları kullanma nedenlerinin; psikolojik olarak rahatlamak (%81, n=91), ibadet etmek (%79, n=89) ve denemediği yöntem bırakmamak (%5, n=6) olduğu saptandı(Tablo 4.2.4).

Bitkisel yaklaşımları kullanma nedenlerinin; tedavinin etkisini arttırdığını düşünmek (%65, n=74), kan değerini yükseltmek (%61, n=69) bağışıklık sistemini güçlendirmek (%42, n=47) ve denemediği yöntem bırakmamak (%5, n=6) olduğu belirlendi (Tablo 4.2.4).

Besinsel yaklaşımları kullanma nedenlerinin; tedavinin etkisini arttırdığını düşünmek (%77, n=87), hastalığın ilerlemesini durdurduğunu düşünmek (%45, n=51), bağışıklık sistemini güçlendirmek (%35, n=39) ve istahını arttırmak (%7, n=8) olduğu görüldü(Tablo 4.2.4).

4.3. AKCİĞER KANSERLİ BİREYLERİN YAŞAM KALİTESİ DÜZEYİ VE TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİ KULLANIMININ YAŞAM KALİTESİ İLİŞKİSİNİ GÖSTEREN BULGULAR

Bu bölümde, akciğer kanserli bireylerin yaşam kalitesi düzeyi ve TAT kullanımının yaşam kalitesini nasıl etkilediğini gösteren bulgulara yer verildi.

Tablo 4.3.1. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanan ve Kullanmayanların Yaşam Kalitesi (N=200)

Nightingale Symptom Değerlendirme Ölçeği	Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanımı					Z	P
	Var (n=113)		Yok (n=87)		Toplam		
	Ort ± SS	Median	Ort ± SS	Median	Ort ± SS		
Toplam	1,91 ± 0,61	0,82	3,25 ± 0,72	0,80	2,51 ± 0,96	10,05	0,000
Fiziksel İyilik Hali	1,93 ± 0,73	0,80	3,12 ± 0,71	1,01	2,44 ± 0,93	-9,52	0,000
Sosyal İyilik Hali	1,14 ± 0,83	0,90	2,83 ± 1,14	0,99	1,82 ± 1,34	-9,49	0,000
Psikolojik İyilik Hali	2,85 ± 0,65	1,31	3,74 ± 0,58	0,66	3,24 ± 0,75	-8,56	0,000

^z Mann-whitney u test

Tablo 4.3.1. incelendiğinde; Nightingale Symptom Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalamasının tüm bireylerde 2,51 ± 0,96 (kötü), TAT kullananlarda 1,91±0,61 (orta), TAT kullanmayanlarda 3,25±0,72 (kötü), Nightingale Symptom Değerlendirme Ölçeği'nin alt gruplarından Fiziksel İyilik Hali puan ortalamasının tüm bireylerde 2,44±0,93 (orta), TAT kullananlarda 1,93±0,73 (orta), TAT kullanmayanlarda 3,12±0,71 (kötü), Sosyal İyilik Hali puan ortalamasının tüm bireylerde 1,82±1,34 (orta), TAT kullananlarda 1,14±0,83 (iyi), TAT kullanmayanlarda 2,83±1,14 (kötü), Psikolojik İyilik Hali puan ortalamasının ise tüm bireylerde 3,25±0,72 (kötü), TAT kullananlarda 2,85±0,65 (kötü), TAT kullanmayanlarda 3,74±0,58 (çok kötü) olduğu saptandı(Tablo 4.3.1).

TAT kullananların Nightingale Symptom Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalaması (Z=-10,05 p<0,001) ve ölçeğin alt gruplarından fiziksel iyilik hali (Z=-9,52 p<0,001), sosyal iyilik hali (Z=-9,49 p<0,001) ve psikolojik iyilik hali (Z=-8,56 p<0,001) puan ortalaması TAT kullanmayanların puan ortalamasından istatistiksel açıdan anlamlı

derecede daha düşüktü. Bu sonuçlar TAT kullananların yaşam kalitesinin kullanmayanlara göre daha yüksek olduğunu göstermektedir (Tablo 4.3.1).

5.TARTIŞMA

Günümüzde insan sağlığını tehdit eden en önemli hastalıklardan biri kanserdir. Akciğer kanseri erkeklerde ölüm nedeni olarak ilk sırada, kadınlarda ise meme kanserinden sonra ikinci sıradadır. Akciğer kanserli bireylerde hastalığa ve tedavi yöntemlerine bağlı olarak yaşanan semptomlar günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede sorunlar ortaya çıkarabilmektedir. Özellikle ileri evre kanser hastalarında palyatif bakımda, fiziksel ve psikolojik semptomların giderilmesi önem taşımaktadır. Bu durum TAT kullanmaya ilgiyi arttırmaktadır. Kullanılan TAT yöntemleri ise ülkeden ülkeye, kültürel ve etnik farklılıklara göre değişim gösterebilmektedir (Gültekin ve ark 2008; Uğurluer ve ark 2007; Yavuz ve ark 2007).

Akciğer kanserli bireylerde tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı ve yaşam kalitesini belirlemek amacıyla planlanan bu çalışmada, akciğer kanserli bireylerin TAT kullanma yaklaşımları ve nedenleri, TAT kullanan ve kullanmayan bireylerin yaşam kalitesi arasında farklılık olup olmadığı incelendi. Elde edilen bulgular, literatür bilgileri doğrultusunda üç başlık altında tartışıldı;

1. Bireylerin sosyo-demografik ve hastalık özellikleri ile tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma durumu arasındaki farkı gösteren bulguların tartışılması,
2. Bireylerin tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma yaklaşımları ve kullanma nedenlerine ilişkin bulguların tartışılması,
3. Akciğer kanserli bireylerin yaşam kalitesi düzeyi ve tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımının yaşam kalitesini nasıl etkilediğini gösteren bulguların tartışılması.

5.1. BİREYLERİN SOSYO-DEMOGRAFİK VE HASTALIK ÖZELLİKLERİ İLE TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİ KULLANMA DURUMU ARASINDAKİ FARKI GÖSTEREN BULGULARIN TARTIŞILMASI

5.1.1. Bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma durumunun tartışılması

Kanserde tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı giderek artmaktadır ve literatürde TAT konusunda çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalarda kullanım sıklığının %7 ile %64 arasında olduğu (ortalama %31,4) belirtilmektedir (Chen and Chang 2003). Ülkemizin de içinde olduğu 14 Avrupa ülkesinde yürütülen çalışmada kanserli hastalarda TAT kullanım oranının %36 olduğu belirlenmiştir (Molassiotis ve ark 2005). Kav ve ark (2008) 1999-2007 yılları arasında Türkiye’de yapılmış çalışmaları incelemiş ve TAT kullanım sıklığı ortalamasının %46.2 olduğunu, %22,1 ve %84,1 arasında dağılım gösterdiğini saptamışlardır. Yine ülkemizde Çetin (2007) hastaların %60’ının, Kurt (2013) %48,8’inin, Erbaycu ve ark (2010) %78,6’sının, Can ve ark (2009) %71,5’inin tanı konduktan sonra en az bir kez alternatif tedavi kullandığını belirlemişlerdir. Benzer şekilde bu çalışmada da bireylerin %56,5’inin (n=113) TAT kullandığı saptandı. Bu oranın diğer ülkeler ile karşılaştırıldığında oldukça yüksek olduğu söylenebilir.

Literatürde, akciğer kanserinin çeşitli nedenlerden dolayı yaş ilerledikçe görülme sıklığının arttığı belirtilmektedir (Akyürek ve ark 2005; Uğurluer ve ark 2007). Araştırma kapsamındaki bireylerin yaş ortalamasının 59,97±8,41yıl (min 28-max 84) olduğu, TAT kullanımının 18-60 yaş grubundaki bireylerde 61 ve üzeri yaş grubuna göre ($t=-4,04$, $p<0,001$) anlamlı derecede fazla olduğu belirlendi.

Yapılan çalışmalarda akciğer kanserinin erkeklerde kadınlara göre daha fazla görüldüğü, bu oranın artmasında sigara kullanımının, ağır işlerde çalışıyor olmanın etkili olduğu vurgulanmaktadır (Can ve ark 2009; Akın ve ark 2010; Erbaycu ve ark 2010). Bu çalışmada da bireylerin %81’i erkekti ve erkeklerde TAT kullanım oranı kadınlara göre daha fazla olmasına rağmen, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı. ($p<0,05$) Benzer şekilde Erbaycu ve ark (2010), Algier ve ark (2005), Akyürek ve ark (2005), Araz ve ark (2007) yaptıkları çalışmalarda TAT kullanımının erkek hastalarda daha fazla olduğunu belirlemişlerdir.

Çalışma kapsamındaki bireylerin %93,5'inin evli olduğu, TAT kullanımının evlilerde bekarlara göre ($X^2=9,56$, $p<0,01$)) anlamlı derecede fazla olduğu belirlendi. Bu sonuçlar Can ve ark.(2009), Işıksan ve ark (2005), Kurt ve ark (2013)' nın çalışmalarına benzerdir.

Çalışma kapsamındaki bireylerin %57'sinin ilkokul mezunu olduğu, eğitim düzeyi ile TAT kullanımı arasında anlamlı farklılık olmadığı ($p>0,05$) görüldü. Yapılan bazı çalışmalarda eğitim düzeyi düşük bireylerde TAT kullanım oranının daha yüksek olduğu (Akyürek ve ark 2005; Erbaycu ve ark 2010; Can ve ark 2009; Kurt ve ark 2013; Gözüm ve ark 2003) bazılarında ise anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (Uğurluer ve ark 2007).

Çalışmada bireylerin %49'unun emekli olduğu, %64,5'inin gelirinin giderlerini karşılayabildiği, gelir ve meslek durumu ile TAT kullanımı arasında anlamlı farklılık olmadığı ($p>0,05$) görüldü. Emekli oranının yüksek olması bireylerin çoğunun ileri yaş grubunda olmasının doğal sonucudur.

Bu çalışmada bireylerin %92'sinin şu anda çalışmadığı, TAT kullanımının şu an çalışmayanlarda çalışanlara göre ($X^2=9,82$, $p<0,01$) anlamlı derecede fazla olduğu ($t=-4,04$, $p<0,05$) saptandı. Bu sonuç, Akyürek ve ark (2004); Can ve ark (2009); Erbaycu ve ark (2010); Güngörmüş ve ark (2012); Çetin 2007 yaptıkları çalışmalarla benzer sonuçlar göstermektedir. Söz konusu gruplarda daha fazla TAT kullanımının, bu grupların çevreden daha fazla etkilenen bir grup olması ve son yıllarda görülen TAT popülaritesindeki artıştan daha fazla etkilenen grup olmalarına bağlı olabileceği düşünüldü.

Bireylerin %98'inin sağlık güvencesi olduğu ancak, sağlık güvencesi olma durumu ile TAT kullanımı arasında anlamlı farklılık olmadığı ($p>0,05$) görüldü. Buna karşılık Can ve ark (2009)'nın kanser hastalarında TAT kullanımı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada, sağlık güvencesi olanlarda TAT kullanımının daha fazla yaygın olduğu görülmüştür. Bu farklılığın örneklem grubundan kaynaklandığı düşünüldü.

5.1.2. Bireylerin hastalık özellikleri ve tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma durumunun tartışılması

Araştırmaya dahil edilen bireylerin %68'inin bir kronik hastalığı olmadığı, %14,5'inde akciğer kanserine hipertansiyonun eşlik ettiği, %78,5'inin ailesinde tümör öyküsü bulunmadığı, %74,5'inin ameliyat olmadığı görüldü. Kronik hastalık durumu ile TAT kullanımı arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlendi. ($X^2=0,13$, $p>0,05$)

Ailesinde tümör öyküsü olan ($X^2=10,41$, $p<0,001$), radyoterapi tedavisi gören ($X^2=20,63$, $p<0,001$) ve ameliyat olanlarda ($X^2=10,41$, $p<0,001$) TAT kullanımının istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptandı. Buna karşılık Can ve ark (2009) yaptığı çalışmada ameliyat olma ve radyoterapi görme durumu ile TAT kullanımı arasında bir farklılık belirlenmemiştir. Yıldız 2006; Demirci ve ark (2012)'nin yaptıkları çalışmalarda da ailesinde kanser öyküsü olan bireylerin daha fazla TAT kullandığı saptanmıştır. Kurt ve ark. (2013)'nin meme kanserli bireylerde TAT kullanım durumunu inceledikleri çalışmada ise ailesinde tümör öyküsü olma durumu ile TAT kullanımı arasında bir farklılık belirlenmemiştir. Çalışma bulguları daha önce yapılan çalışma bulguları ile benzer değildir.

5.2. BİREYLERİN TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİ KULLANMA YAKLAŞIMLARI VE KULLANMA NEDENLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

5.2.1. TATYÖ Bilişsel-Davranışsal Terapiler ve Manipulatif Yaklaşımlar Alt Grubu Maddelerine İlişkin Dağılımı Gösteren Bulguların Tartışılması

Günümüzde yaşamı tehdit eden hastalığa sahip pek çok hasta, özellikle de kanser hastaları çeşitli tamamlayıcı ve alternatif tedaviler kullanmaktadır. Hastalar standart tedavilerine destek olmak, bağışıklık sistemlerini güçlendirmek, hastalığa bağlı semptomları azaltmak, hastalık nükslerini önlemek, stres, umutsuzluk ile baş etmek ve yaşam kalitelerini yükseltmek amacı ile TAT'ı tercih etmektedirler (Akın ve ark 2010; Akyürek ve ark 2005; Can ve ark 2009; Erbaycu ve ark 2010; Gözüm ve ark 2003; Özçelik ve Fadılloğlu 2009).

DSÖ'nün TAT ile ilgili raporunda çoğu bireyin "doğal olan şeyler güvenilirdir" düşüncesiyle TAT'ı kullandığı belirtilmektedir. Bu amaçla sıklıkla çeşitli bitkisel karışımlar, vitaminler, biyo-enerji, akupunktur, aromaterapi, meditasyon gibi yöntemleri kullanılmaktadır (Karacan ve ark 2012).

Araştırma kapsamındaki bireylerin Bilişsel-Davranışsal Terapiler ve Manipulatif Yaklaşımlardan (bazen, sıklıkla ve her zaman seçenekleri birleştirildiğinde) en fazla; dua etme (%95), namaz kılma (%89), gülme (%82), komşuya gitme (%78), dans etme (%54), vücut masajı yaptıрма (%36) ve hocaya gitmeyi (%33) tercih ettiği görüldü.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda (Karacan ve ark 2012; Topuz 2008; Yıldız 2006) TAT yaklaşımı olarak dini uygulamaların ön planda olduğu vurgulanmaktadır. Literatürde kanser

hastalarının diğer kronik hastalıklara sahip hastalara oranla daha fazla dua ettiği belirtilmektedir. Özellikle dua etmenin stres ve anksiyetenin azaltılmasında, pozitif görüş açısının artırılması ve yaşam isteğinin artmasında etkili olduğu çalışmalarda belirlenmiştir (Karacan ve ark 2012; Topuz 2008). Karacan ve ark (2012)'nin çalışmasında kök hücre nakli olan bireylerin bitkisel ürünlerden sonra 2. sırada dini uygulamaları tercih ettiği (%43) görülmüştür. Ceylan ve ark. (2001)'nin yaptığı çalışmada bireylerin %11,3'ünün, Yıldız (2006)'ın çalışmasında %13,3'ünün dini uygulamaları kullandığı, Çetingöz ve ark (1999) %20'sinin dua ettiği saptanmıştır. Can ve ark.(2009)'nin çalışmasında kanserli bireylerin %67'sinin dua ettiği, %36,3'ünün namaz kıldığı ve dini uygulamaların ikinci sırada en fazla tercih edilen TAT uygulaması olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde Müslüman bir ülke olan İran'da da dini uygulamalar ilk sıradadır (Montazeri ve ark 2007). Duanın, kişinin ağrılarını azalttığı, depresyon ve anksiyete durumlarında kişiyi rahatlatığı bilinmektedir. Bireylerin ölüm korkusunun dini uygulamalara yönelmeyi arttırdığını düşündürdü. Dua uygulamasının bireye zarar verici herhangi bir yan etkisi olmadığından ve rahatlama sağladığından hastalar ve yakınları bu konuda desteklenebilir.

Gülme çok eski çağlara dayanan bir tedavidir. Hem dolaşım hem de immün sistemi güçlendirebilir. 2003 yılında *Alternative Therapy of Health Medicine*'de yayımlanan bir makalede gülmenin doğal savunma hücrelerinin aktivitesini artırdığı, *Pediatric Oncology Nursing* (2003) dergisinde yayımlanan bir makalede de özellikle kanser hastası çocukların stresinin giderilmesinde derinlemesine gülmenin destek tedavide önemli bir yerinin olduğu vurgulanmıştır (Topuz 2008). Hastaların %82'si gibi büyük bir çoğunluğunun gülme yöntemini kullanması bu açıdan sevindiricidir.

Batı ülkelerine bakıldığında en sık kullanılan TAT yöntemleri arasında meditasyon, hipnoterapi, gevşeme egzersizleri ve akupunkturun yer aldığı görülür (Scott ve ark.2005). İngiltere'de kemoterapi alan hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, en çok kullanılan terapinin relaksasyon teknikleri/meditasyon olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada ise bireylerin hiçbir zaman (%100) hipnoza, bioenerji uzmanına gitmediği, kol bandı takmadığı, yoga-plates ve reiki yapmadığı saptandı. . Bu durumu ülkemizde bu tür yaklaşımların yeni yeni gündeme gelmesi ve insanlar tarafından keşfedilerek uygulanmasının çok yeni olmasıyla bağlantılı olduğunu söyleyebiliriz. Karacan ve ark. (2012)'nin çalışmasında kök hücre nakli olan bireylerin %5.2'sinin en son olarak gevşeme egzersizlerini tercih ettiği görülmüştür. Can ve ark.(2009)'nin yaptığı çalışmada bireylerin %69,8'inin egzersiz yapmadığı görülmüştür.

Bu sonucun toplum olarak egzersiz yapma alışkanlığımızın olmadığını ve bireylerin ileri yaşta olmasından kaynaklandığını düşündürdü.

Akupunktur, farklı boylardaki çok ince iğnelerin farklı durumları tedavi etmek amacıyla deriye uygulanması tekniğidir (Topuz 2008). Akupunkturun kanser hastaları için popüler bir tamamlayıcı tedavi olduğu ve kronik ağrısı olan kanser hastaları tarafından kullanımının yararlı olabileceği belirtilmektedir (Cohen ve ark 2005, Weiger ve ark 2002). Ulusal sağlık enstitüsü (NIH) 1997’de, akupunkturun yetişkinlerde postoperatif ağrı, kemoterapiye bağlı bulantı kusmada yararlı olduğu düşüncesini desteklemiştir (Duran 2011). Alimi ve ark (2003)’nın belirttiğine göre 1997 yılından sonra akupunkturun kanser ağrısı, bulantı ve diğer problemlerde yararlı olduğuna dair birçok yayın çıkmıştır. Çalışmadaki bireylerin %98’i akapunktur kullanmadığını ifade etti. Çalışma bulgularına benzer şekilde Akyürek ve ark. (2005)’nin yaptığı çalışmada bireylerin sadece %1,5’i akapunktur kullanmış ve biyoenerji uzmanına gitmiştir. Bu sonuçlar ülkemizde bu yöntemlerin kullanımının yaygın olmadığını ve pahalı olmasından dolayı fazla tercih edilmediğini düşündürdü.

5.2.2. TATYÖ Bitkisel Yaklaşımlar Alt Grubu Maddelerine İlişkin Dağılımı Gösteren Bulguların Tartışılması

Ülkemizde yapılan çalışma sonuçlarına göre TAT uygulamalarından en fazla bitkisel yaklaşımlara başvurulduğu görülmüştür. (Kurt ve ark 2013, Kutlu ve ark 2009, Geleneksel Tıp ile ilgili WHO Raporu 2002). Can ve ark (2009)’nın çalışmasında bireylerin %37,4’ünün, Uğurluer ve ark (2007)’nin %90,6’sının, Aslan ve ark (2006)’nin %49,3’ünün, Yıldız (2006)’ın %52’sinin, Akyürek ve ark (2005)’nin %58,5’inin, Algier ve ark (2005)’nin %88,9’unun, Ceylan ve ark (2001)’nin %71,5’inin, Çetingöz ve ark (1999)’nin %66’sının bitkisel yaklaşım kullandığı belirtilmiştir. Can ve ark. (2009)’nin çalışmasında yeşilçay en çok tüketilen (%34,6) bitkisel yaklaşımdır. Bu çalışmada bireyler bitkisel yaklaşımlardan en fazla (başladım, azalttım, arttırdım, aynen devam ettim seçenekleri birleştirildiğinde) ıhlamur (%81), yeşilçay (%74), adaçayı (%67) üzüm çekirdeği kabuğu (%66) ve kuşburnu (%44) kullandığını belirtti.

İhlamur çayının sinirleri yatıştırması ve kan dolaşımını düzenleyen etkisi olduğu, yeşil çay polifenollerinin prostat, meme, özefagus, akciğer ve mesane kanseri risklerini azaltabildiği bilinmektedir. Üzüm çekirdeği, konsantre antioksidan kaynağı doğal olan bir

bitki maddesidir. Bu nedenle kanserden korunmada, periferik venöz yetmezlikte, solunum yolu hastalıklarında ve immün sistemi güçlendirmede kullanılmaktadır (Topuz 2008). Kuşburnu da doğal bir antioksidandır. Bu bitkisel ürünlerin toplumda sık kullanılmasının nedeni, medyada yaygın bir şekilde kullanımının yararlarına yönelik bilgilere yer verilmesi, kan yapıcı ve ümmün sistemi güçlendirme özelliğinin bilinmesi, kolay bulunabilmeleri ve nispeten ucuz olmaları olabilir.

Isırgan otunun içeriğinde potasyum tuzları, histamin, asetilkolin, C vitamini ve formik asit bulunmaktadır. Isırgan otunun en fazla kendisi, tohumu ve kombinasyonları yenerek ya da bitki çayları şeklinde kullanılmaktadır. Ancak bazı farmakolojik ajanlar ile yan etki, allerjik reaksiyon, aşırı doz ve zehirlenmeye neden olabilmektedir (Yavuz ve ark 2007) Daha önce yapılmış çalışmalara baktığımızda; Erbaycu ve ark (2010)'nın çalışmasına göre bireylerin %50,2'si, Can ve ark (2009)'nın %21,2'si, Uğurluer ve ark (2007)'nin %89,6, Akyürek ve ark (2005)'nin %59, Taş ve ark (2005)'nin %88'i, ısırgan otunu en az bir kez denemiş ve kullanmıştır. Bu çalışmadaki bireylerin ise %74'ünün ısırgan otunu hiç kullanmadığı görüldü. Popüler otların kullanımındaki farklılık olmasının nedenleri, hastaların yaşadıkları bölgelerde bulunan bitkisel farklılıklar ve hastaların kültürel farklılıkları ile yakından ilişkili olduğu düşünülmektedir. Son zamanlarda medyada ısırgan otunun kemoterapi sırasında alındığında zararlı etkileri olduğu ile ilgili haberler yapılmıştır. Bu tür yayınlar nedeniyle ısırganotu kullanımı azalmış olabilir. Ayrıca Karacan ve ark (2012)'nin çalışmasında olduğu gibi, hastaların bu ürünleri kullanmasına rağmen kullanmadığını ifade etmiş olabileceği de düşünüldü.

Köpek balığı kıkırdağı, spiny ve çekiç kafalı köpek balığından elde edilir. Journal of Clinical Oncology dergisinde yayımlanan bir makaleye göre (Miller et al. 1998) ilerlemiş kanserin tedavisinde köpek balığı kıkırdağının bir yararının olmadığı görülmüştür. Akyürek ve ark. (2005)'nin yaptığı çalışmada bireylerin %11'i köpekbalığı kıkırdağı, Aslan ve ark. (2006)'nin çalışmasında ise % 0,26'sı kaplumbağa kanı, % 0,52'si köpekbalığı kıkırdağı kullandığını belirtmiştir. Bu çalışmada hastaların hiçbiri köpekbalığı kıkırdağı, tavşankanı, kaplumbağa kanı kullanmadığını ifade etti. Bu sonuç Can ve ark (2009)'nın çalışma sonuçlarına benzerdir. Bu tür ürünlerin satışının ülkemizde yaygın olmaması, damak zevkine uygun bulunmaması ve hastaların yeterli bilgiye sahip olamamaları sonucu bu şekilde etkilediğini düşündürdü.

Kompleks vitamin kullanımı enerji vermesi için halk arasında yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Özellikle kemoterapi esnasında ve sonrasında hastada kronik yorgunluk

olmaktadır. Hap şeklindeki vitaminler hekimler tarafından önerilmemektedir. Vitaminler besinlerle alınmalıdır. Kemoterapi esnasında ve sonrasında bağışıklık sisteminin güçlendirilmesi için c vitamininin önemli bir yeri vardır. Vitamin C insan vücudunun daha iyi çalışması için diyetle alınması gereken, suda çözünen bir vitamindir. Birçok çalışma vitamin C içeren zengin yiyeceklerin tüketilmesinin kanser riskini düşürdüğünü göstermiştir. Ayrıca bazı araştırmacılar vitamin C'nin vücutta tümör hücrelerinin yayılmasını engellediğini, vücudun kanser cerrahisi sonrası toparlanmasına yardım ettiğini, bazı antikanser ilaçların etkisini arttırdığını ve kemoterapi sırasında kullanılan ilaçların toksik etkilerini azalttığını savunurlar (Topuz 2008). Ancak zengin vitamin C içeren yiyeceklerle beslenme ile, vitamin C destek ürünlerini kullanmanın aynı etkiyi gösterip göstermediği tartışma konusudur. (Topuz 2008) Bu çalışmada bireylerin %42'si vitamin kullanmaya başladığını ifade etti. Bu sonuç daha önceki çalışma sonuçları ile benzer olup, ülkemizde vitaminlerin çoğunlukla reçetesiz alınabiliyor olması vitamin tüketiminin artmasına neden olmuştur (Akyürek ve ark 2005; Can ve ark 2009; Özçelik ve ark 2009).

5.2.3. TATYÖ Besinsel Yaklaşımlar Alt Grubu Maddelerine ilişkin Dağılımı Gösteren Bulguların Tartışılması

Kanser hastalarında beslenme çok önemlidir. Hastalık süresince katabolizma nedeniyle kilo kaybı ve iştahsızlık ile seyreden anoreksi, çok sık görülen bir durumdur. Yeni tanı konulan hastaların yaklaşık yarısında, ileri evre kanserlerin ise %75'inden fazlasında kilo kaybı ve iştahsızlık görülür. Verilen beslenme desteğiyle malnütrisyonu önlemek ve tedavi etmek, antitümör tedaviye toleransı arttırmak, antitümör tedavinin yan etkilerini azaltmak ve yaşam kalitesini artırmak amaçlanır. (Atasoy ve ark 2012; Can ve ark 2009; Dönmez ve ark 2010; Muhsiroğlu 2007; Öztürk 2010; Yılmaz ve ark 2011).

Kanser hücreleri sağlıklı hücrelere göre 3-5 kat daha fazla şeker kullanır. Şekerin tek zararı kanser dokusunu beslemesi değildir. Bununla beraber aşırı un ve şeker tüketimi kilo alma ve insülin direncine yol açtığı gibi bazı kaynaklara göre dengesiz tüketimleri hastalıkta risk etkeni oluşturmaktadır (Dönmez ve ark 2010, Yılmaz 2011). Can ve ark (2009)'nın yaptığı çalışmada hastaların % 47,5'inin ekmek ve hamurışı, %44,1'inin bal tükettiği, Algier ve ark. (2005)'nin yaptığı çalışmada %19,1'inin bal tüketimine başladığı belirlenmiştir. Bu çalışmada bireylerin %91'inin hamur ve sütlu tatlılar, %80,5'inin ekmek ve hamurışı, %78,6'sının bal, %67'sin karadut pekmezinini tükettiği saptanmıştır. Halk arasında bal ve

pekmezin çok yararlı olduğuna inanılması, özellikle hastalık döneminde daha fazla tüketilmesine neden olmuş olabilir.

Meyve ve sebzeler içerdiği vitaminler ve besin öğeleri ile kanser riskini azaltıcı besinler olarak kabul edilmektedir (Dönmez ve ark 2010). Can ve ark (2009) yaptığı çalışmada hastaların % 62,6'sının sebze, % 29,1'inin havuç suyu, % 33'ünün nar suyu tükettiğini saptamışlardır. Bu çalışmada ise Can'ın çalışmasına göre çok daha yüksek oranla bireylerin meyve ve sebze (% 100), havuç (% 97,5), sarımsak (% 96,5) ve nar (%93) tükettiği belirlendi. Bu meyvelerin özellikle bol miktarda C vitamini içerdiği bilindiği için fazla miktarda kullanıldığı düşünüldü. Toplumumuzda günlük yaşamda sebze ve meyve tüketiminin yeterli düzeyde olmadığı düşünüldüğünde bu sonuç oldukça sevindirici bir sonuçtur.

Proteinler vücutta hücrelerin yapı taşlarıdır. Kanser, kemoterapi ve radyoterapi gibi tedavi yöntemleri nedeniyle vücutta zarar gören sağlıklı hücrelerin yeniden yapımı ve onarılması için, enfeksiyon hastalıklarında ve ameliyat sonrası bireyin protein ihtiyacı artmaktadır. Bu gibi durumlarda ihtiyaç arttığından diyetle daha fazla protein alınmalıdır. Alınan proteinin kalitesi ve pişirme şekli de çok önemlidir. (Dönmez ve ark 2010, Muhsiroğlu 2007, Öztürk, 2010, Yılmaz ve ark 2011). Can ve ark (2009)'nın yaptığı çalışmada hastaların %64,8'inin tavuk, %60,3'ünün balık, %54,7'sinin süt ve süt ürünleri tükettiği görülmüştür. Bu çalışmada bireylerin %100'ünün balık, tavuk ve yoğurt, %92'sinin kırmızı et, %89'unun süt ve süt ürünleri tükettiği saptandı. Bu kadar yüksek oranda protein tüketiminin olması sevindirici bir sonuçtur. Bu durumun, insanların hastalık halinde sağlıklı beslenmenin önemini daha iyi algılamaları, farkındalıklarının artması ve beslenmelerine özen göstermeleri ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

5.2.4.TATYÖ Bilişsel-Davranışsal Terapiler ve Manipulatif- Bitkisel-Besinsel Yaklaşımlar Alt Grubu Maddelerinin Kullanım Nedenlerine ilişkin Dağılım Bulgularının Tartışılması

TAT kullanımı hem genel popülasyonda hem de kanser hastaları arasında giderek yaygınlaşmaktadır. Kanser insidansının artışı, ortalama yaşam süresinin uzaması, hastaların sağkalım oranlarının artışına bağlı olarak; kanser hastalarının TAT kullanımı ve TAT hakkındaki bilgi arayışı devam etmektedir. (Duran 2011; Yavuz ve ark 2007). TAT

yöntemleri modern tıbbın alternatifi olarak değil, tamamlayıcı tıp olarak algılanmakta ve özellikle bitkilerin sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayamayacak olanlar için geçici bir çözüm olarak kullanılmaktadır. TAT kullanımının çok çeşitli nedenleri bulunmaktadır. Bunlar; bakım ve tedavisi güç, kronik, dejeneratif ve malign hastalıklarda artış olması, yeni teknolojilerin maliyetlerinin nisbeten yüksek olması, bu olanaklara ulaşmanın daha güç olması, güncel tedavi yöntemlerine karşı kuşku duyulması, klasik tıbbi tedavilerin olası yan etkilerinden korku duyulması, sağlık hizmetlerinin yetersiz olması, maddi sorunlar, tamamlayıcı ve alternatif tedavi ürünlerine kolayca erişilmesi, daha uzun ve sağlıklı yaşama isteği, standart tedavilerine destek olmak, immün sistemlerini güçlendirmek, hastalığa bağlı semptomları gidermek, nüksleri önlemek ve hatta kür sağlamak, ilaçların yan etkilerini azaltmak, umutsuzluk duygusundan kurtulmak, gerginlik ve kontrol kaybindan kaçınmak, dini, siyasi, sağlık vb. konulardaki değer ve inançları tamamlayıcı tedavilerin kullanılmasını etkileyen önemli faktörlerdir. Sıklıkla doğal olmaları nedeniyle güvenli tedavi yöntemleri olarak bilindikleri ve pazarlandıkları için yan etkileri, zararlı etkileri olabileceği göz ardı edilmektedir. (Yavuz ve ark 2007). (Bülbül ve ark 2009; Bozkaya ve ark 2008; Çetin, 2007; Güngörmüş 2012; Karacan ve ark 2012; Kav ve ark 2008; Kurt ve ark 2013; Mutlu ve ark 2013; Özçelik ve ark 2009).

Daha önce yapılmış çalışmalara göre kanser hastalarının TAT kullanma nedenleri incelendiğinde; Algier ve ark (2005)'nin yaptığı çalışmada; hastaların TAT'ı denemediği yöntem bırakmamak (%18,9) psikolojik olarak rahatlamak için (%13,5), Avcı ve ark (2011)'nin çalışmasında iyi geleceğini düşündüğü için (%85,2), diğer hastalara iyi geldiğini duyduğu için (%26,2), hastalığına umut olması (%23,5), medikal tedaviye destek (%7,4) amacıyla kullandığı belirlenmiştir.

Güngörmüş ve ark (2012)'nin çalışmasında bireylerin %39,6'sı tavsiye üzerine denemek, %25,1'i ilaçların yan etkisinden kurtulmak, %16,3'ü önceki denemeler iyi geldiği, %15,9'u tıbbi tedaviden yarar görmediği, %3,1'i sağlık personeli önerdiği için kullanmıştır.

Aslan ve ark (2006)'nin çalışmasında %67,1'i TAT'ı tedavi olmak, %18,5'i vücut savunmasını arttırmak, %10,4'ü kemoterapinin yan etkilerini azaltmak için kullanmıştır.

Can ve ark (2009)'nin çalışmasında bireylerin %42,5'i TAT uygulamalarının bağımsızlık sistemini güçlendirdiğini, %40,8'i kan değerlerini yükselttiğini, %34,6'sı tedavinin etkisini arttırdığını düşündüğünü bildirmiştir.

Shumay ve ark (2001)'nın 14 kanser hastası ile yaptıkları kalitatif bir çalışmada, katılımcılar konvansiyonel tedaviler yerine niçin TAT kullandıklarını açıklarken, kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi tedavi gibi konvansiyonel tedavilerin normal hücrelere zarar verdiğini, immün sistemlerini zayıflattığını, iyileşmeyi inhibe ettiğini ve kendileri için ölümcül olabileceğini düşündüklerini belirtmişlerdir.

Bu çalışmada bireylerin bilişsel-davranışsal terapiler ve manipulatif yaklaşımları; psikolojik olarak rahatlamak (%81), ibadet etmek (%79), denemediği yöntem bırakmamak (%5), bitkisel yaklaşımları; tedavinin etkisini arttırmak (%65), kan değerlerini yükseltmek (%61), bağışıklık sistemini güçlendirmek (%42) ve denemediği yöntem bırakmamak (%5), besinsel yaklaşımları; tedavinin etkisini arttırmak (%77), hastalığın ilerlemesini durdurmak (%45) ve bağışıklık sistemini güçlendirmek (%35) amacıyla kullandığını ifade etti. Bu sonuçlar daha önce yapılmış çalışma sonuçları ile benzer olup, TAT kullanma nedenlerinin çok çeşitli olabileceğini göstermektedir.

5.3. AKCİĞER KANSERLİ BİREYLERİN YAŞAM KALİTESİ DÜZEYİ VE TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİ KULLANIMINI GÖSTEREN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Hastalığın sadece fiziksel bir olay olmadığı, psikososyal faktörlerin de rolünün olduğunun anlaşılması ile birlikte hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi gündeme gelmiştir. Yaşam kalitesi aile, iş yaşamı ve sosyo-ekonomik koşulları içermekle birlikte; bireyin hedefleri, beklentileri, umutları ve düşleri ile gerçekler arasındaki farklılığı yani bireyin günlük yaşamından aldığı doyum ve iyilik algısını da içermektedir. Akciğer kanseri tanı ve tedavideki gelişmelere rağmen halen günümüzün önemli sorunlarından birisidir ve hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Tüm bu olumsuzluklara ve tedavi nedeniyle olan yan etkilere rağmen tedavi süresince ve tedavi sonrasında hastaların yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi ve devamının sağlanması önemlidir (Ertem ve ark 2009; Göktalay ve ark 2002; Kutlu ve ark 2011).

Tamamlayıcı terapilerin birçoğunun etkinliğine dair bir takım bilimsel kanıtlar bulunsa da hala iyi düzenlenmiş bilimsel çalışmalarla yanıtlanmayan önemli sorular vardır. Bu sorular; terapinin güvenli olup olmadığı ve kullanıldıklarında sağlıklı/hasta bireyin bakım ve tedavisini olumsuz yönde etkileyip etkilemediğidir (Erin 2006; Turan ve ark 2010).

Literatürde TAT kullanımı için bildirilen en yaygın neden yaşam kalitesini arttırmaktır. Bazı çalışmalar TAT kullanımı ile yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki gösterirken, bazıları ise göstermemiştir. Yapılan bir çalışmada, besinsel yaklaşım kullanan hastaların kullanmayanlara göre yaşam kalitesinin yüksek olduğu görülmüştür(Lis ve ark, 2006). Başka bir çalışmada TAT kullananların yaşam kalitesinin ve sosyal iyilik durumunun daha düşük olduğu saptanmıştır (Hlubocky ve ark, 2007). Armstong ve ark (2006) çalışmasında ise; beyin tümörü olan bireylerde yaşam kalitesinin TAT kullanan ve kullanmayanlar arasında farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Benzer şekilde, Can ve ark (2009) yaptıkları çalışmada kanserli bireylerin yaşam kalitesinin düşük olduğunu ve TAT kullananlar ile TAT kullanmayanlar arasında anlamlı bir fark olmadığını belirlemişlerdir.

Bu çalışmada Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalamasının tüm bireylerde kötü, TAT kullananlarda orta, TAT kullanmayanlarda kötü, alt gruplarından Fiziksel İyilik Hali puan ortalamasının tüm bireylerde orta, TAT kullananlarda orta, TAT kullanmayanlarda kötü, Sosyal İyilik Hali puan ortalamasının tüm bireylerde orta, TAT kullananlarda iyi, TAT kullanmayanlarda kötü, Psikolojik İyilik Hali puan ortalamasının ise tüm bireylerde kötü, TAT kullananlarda kötü, TAT kullanmayanlarda çok kötü olduğu ve TAT kullanan bireylerin yaşam kalitesi puan ortalamasının kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu görüldü. Bu sonuçlar doğrultusunda, TAT kullanan bireylerin psikolojik ve sosyal olarak kendilerini daha iyi hissettikleri bu durum fiziksel iyiliklerini de olumlu yönde etkilediği ve daha iyi beslenerek vücut dirençlerini arttırdıkları düşünüldü.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar şu şekildedir;

- Araştırma kapsamındaki bireylerin yaş ortalamasının $59,97 \pm 8,41$ (min 28-max 84), %81'inin (n=162) erkek, %93,5'inin (n=187) evli, %57'sinin (n=114) ilkokul mezunu, %49'unun (n=98) emekli, %92'sinin (n=184) şu anda çalışmadığı, %64,5'inin (n=129) gelirinin giderlerini karşıladığı ve %98'inin (n=196) sağlık güvencesinin olduğu belirlendi.
- Bireylerin %56,5'inin (n=113) TAT kullandığı, TAT kullanımının 18-60 yaş grubundaki bireylerde 61 ve üzeri yaş grubuna göre ($t=-4,04$, $p<0,001$), evlilerde bekarlara göre ($X^2=9,56$, $p<0,01$) ve şu an çalışmayanlarda çalışanlara göre ($X^2=9,82$, $p<0,01$) anlamlı derecede fazla olduğu ($t=-4,04$, $p<0,05$) saptandı. Cinsiyet, eğitim, meslek, gelir durumu ve sağlık güvencesi gibi sosyodemografik özellikler ile TAT kullanımı arasında anlamlı farklılık olmadığı ($p>0,05$) görüldü.
- Bireylerin %68'inin (n=136) bir kronik hastalığı olmadığı, %14,5'inde (n=29) akciğer kanserine hipertansiyonun eşlik ettiği, %78,5'inin (n=157) ailesinde tümör öyküsü bulunmadığı, %74,5'inin (n=149) ameliyat olmadığı, %61,5'inin (n=123) radyoterapi, %99,5'inin (n=199) kemoterapi aldığı belirlendi
- Ailesinde tümör öyküsü olan ($X^2=10,41$, $p<0,001$), radyoterapi tedavisi gören ($X^2=20,63$, $p<0,001$) ve ameliyat olanlarda ($X^2=10,41$, $p<0,001$) TAT kullanımı anlamlı olarak daha düşüktü. Bilişsel-Davranışsal Terapiler ve Manipulatif Yaklaşımlardan (bazen, sıklıkla ve her zaman seçenekleri birleştirildiğinde) en fazla; dua etme (%95), namaz kılma (%89), gülme (%82), komşuya gitme (%78), dans etme (%54), vücut masajı yaptıрма (%36) ve hocaya gitmeyi (%33) tercih ettiği görüldü.
- Bitkisel yaklaşımlardan (başladım, azalttım, arttırdım, aynen devam seçenekleri birleştirildiğinde) en fazla; ıhlamur çayı (%81), yeşilçay (%74), kekik (%70), adaçayı (%67), üzüm çekirdeği kabuğu (%66), kuşburnu çayı (%44), zencefil (%43), vitamin (%42), çörekotu (%42) ve arı sütü (%33) kullandığı belirlendi.
- Besinsel yaklaşımlardan (azalttım, arttırdım, aynen devam seçenekleri birleştirildiğinde) en fazla; meyve (%100), sebze (%100), balık (%100), tavuk (%100) yoğurt (%100), havuç (%97,5), sarımsak (%96,5), nar (%93), hamur ve sütlü tatlı

(%91), kırmızı et (%92), süt ve süt ürünleri (%89), ekmek ve hamurışı (%80,5), bal (%78,6), karadut pekmezi (%67) kullandığı belirlendi.

- Bilişsel-davranışsal terapiler ve manipulatif yaklaşımları kullanma nedenlerinin; psikolojik olarak rahatlamak (%81), ibadet etmek (%79) ve denemediği yöntem bırakmamak (%5), bitkisel yaklaşımları kullanma nedenlerinin; tedavinin etkisini arttırdığını düşünmek (%65), kan değerini yükseltmek (%61, n=69) bağışıklık sistemini güçlendirmek (%42) ve denemediği yöntem bırakmamak (%5), besinsel yaklaşımları kullanma nedenlerinin; tedavinin etkisini arttırdığını düşünmek (%77), hastalığın ilerlemesini durdurduğunu düşünmek (%45), bağışıklık sistemini güçlendirmek (%35) ve istahını arttırmak (%7) olduğu görüldü.
- TAT kullananların Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalaması ($Z=-10,05$ $p<0,001$) ve ölçeğin alt gruplarından fiziksel iyilik hali ($Z=-9,52$ $p<0,001$), sosyal iyilik hali ($Z=-9,49$ $p<0,001$) ve psikolojik iyilik hali ($Z=-8,56$ $p<0,001$) puan ortalamasının TAT kullanmayanların puan ortalamasından istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Kanser hastalarında TAT kullanımı oldukça yaygındır. Bu nedenle hemşirelerin tanılamada TAT kullanımını mutlaka sorgulaması ve gerektiğinde doğru kullanımı hakkında hasta ve yakınlarını bilgilendirmesi,
- Kanser hastalarında tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin güvenli kullanımına yönelik kanıt temelli çalışmalara gereksinim vardır. Daha büyük örneklem gruplarında benzer çalışmaların yapılması, özellikle deneysel çalışmalar ile TAT kullanımının etkilerinin değerlendirilmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

- 1- Acaroğlu R., Şendir M., Kaya H., Soysal E., (2007) Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesine etkisi, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 15(59): 61-67,
- 2- Adams, M., Jewel, A. (2007). The use of complementary and alternative medicine by cancer patients. International Seminars in Surgical Oncology. 4: 10-12.
- 3- Akın, S., Can, G., Aydın, A., Özdilli, K., Durna, Z. (2010). Quality of life, symptom experience and distress of lung cancer patients undergoing chemotherapy. European Journal of Oncology Nursing. İstanbul. 14: 400-409.
- 4- Akkurt, İ. (2000). Son dönem interstisyel akciğer hastalıklarında yaşam kalitesi. Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 48(2): 175-181.
- 5- Akyürek, S., Önal, C., Kurtman, C. (2005). Akciğer kanserli hastalarda alternatif tıp kullanımı. Türk Hematoloji-Onkoloji Dergisi. 2(15):72-77.
- 6- Alacacıoğlu, A., Yavuzşen, T., Diriöz, M., Yeşil, L., Bayrı, D., Yılmaz, U. (2007). Kemoterapi alan kanser hastalarında anksiyete düzeylerindeki değişiklikler. Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi. 2(17):87-93.
- 7- Algier, LA., Hanoğlu, Z., Özden, G., Kara, F. (2005). The use of complementary and alternative (non-conventional) medicine in cancer patients in Turkey. European Journal of Oncology Nursing. 9: 138–146.
- 8- Alimi, D., Rubino, C., Pichard, LE. (2003). Analgesic effect of auricular acupuncture for cancer pain: a randomize, blinded, controlled trial. Journal Clinical Oncology. 21:4120- 4126.
- 9- Altıparmak, S., Fadıoğlu, Ü., Gürsoy, ŞT., Altıparmak, O. (2011). Kemoterapi tedavisi alan akciğer kanserli hastalarda özbakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi. Ege Tıp Dergisi. 50(2):95-102.
- 10-Araz, A., Harlak, H., Meşe, G. (2007). Sağlık davranışları ve alternatif tedavi kullanımı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 6 (2):112-122.
- 11-Armstrong, T.,Cohen, MZ., Hess, KR., Manning, R., Lee, EL., Tamayo, G., Baumgartner, K., Min, SJ., Yung, A., Gilbert, M. (2006). Complementary and

- alternative medicine use and quality of life in patients with primary brain tumors. *Journal of Pain and Symptom Management*. 32(2): 148-154.
- 12-Aslan, Ö., Vural, H., Kömürcü, Ş., Özet, A. (2006). Kemoterapi alan kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 10(1):15-28.
- 13-Atasoy, BM., Özgen, Z., Kantaş, Y., Demirel, B., Aksu, A., Dore, F., Kuşçu, MK., Çetin, İ., İbrahimov, R., Abacıoğlu, U. (2012). Kanser hastalarında kemoradyoterapi sırasında beslenme yönetiminde disiplinlerarası işbirliğinin yeri. *Marmara Medical Journal*. 25: 32-36.
- 14-Avcı, Aİ., Koç, Z., Sağlam, Z. (2011). Use of complementary and alternative medicine by patients with cancer in northern Turkey: analysis of cost and satisfaction. *Journal of Clinical Nursing*. 21:677–688.
- 15-Ay, F. (2007). *Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*, İstanbul Medikal Yayıncılık. İstanbul. 19-29.
- 16-Aydiner, A., Can, G. (Ed.) (2010). *Akciğer Kanserinde Tedavi ve Bakım* (1. Baskı). İstanbul. 129-135.
- 17-Aydiner, A. (2003). Kemoterapi ilaçlarının yan etkileri. http://www.adnanaydiner.com/hastalar_kanserinde_tedavi_03_b.htm Erişim Tarihi :11.12.13.
- 18-Bozkaya, GÖ., Akgün, İ., Birgi, E., Çinkoğlu, A., Gög, K., Karadeniz, D. (2008). Anne babaların çocuklarında uyguladıkları alternatif tıp yöntemleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 22(3): 129-135.
- 19-Bülbül, HS., Turgut, M., Köylüoğlu, S. (2009). Çocuklarda tıp dışı alternatif uygulamalar konusunda ailelerin görüşleri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 52: 195-202.
- 20-Can, G., Erol, Ö., Aydiner, A., Topuz, E. (2009). Quality of life and complementary and alternative medicine use among cancer patients in Turkey. *European Journal of Oncology Nursing*. 13: 287–294.
- 21-Ceylan, S., Hamzaoglu, O., Kömürcü, S. (2001). Survey of the use of complementary and alternative medicine among Turkish cancer patients from a single center support care, *Cancer*. 9: 452-458.

- 22-Chen, YF., Chang, JS. (2003). Complementary and alternative medicine use among patients attending a hospital dermatology clinic in Taiwan. *Int J Der matol.* 42(8): 616-21.
- 23-Cohen, AJ., Menter, A., Hale, L. (2005). Acupuncture: Role in comprehensive cancer care-a primer for the oncologist and review of the literature. *Integr Cancer Ther* 4(2): 131-143.
- 24-Çeteler, A. (2004). Evre III Ve IV küçük hücreli dışı akciğer kanserinde cerrahi dışı tedavi modellerinin sağkalıma etkisi. Uzmanlık Tezi. Adana. 8-16.
- 25-Çetin, BO. (2007). Eskişehir’de tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımı. *Sosyo-ekonomi Dergisi.* Aralık 2: 90-107.
- 26-Çetingöz, R., Tanrıver, R., Ataman, ÖÜ., Kınay, M. (1999). Kanserli hastalarda tıp dışı tedavi yöntemlerinin araştırılması. XIII Ulusal Kanser Kongre Kitabı. Antalya. 109.
- 27-Demir, G. (2007). Akciğer kanserlerinde kemoterapi. *Türkiyede Sık Karşılaşılan Hastalıklar II.* İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. 50: 175-178.
- 28-Demirci, TG., Altanuy, İ., Küçükünal, A., Mertoğlu, E., Sarıkaya, S., Atış, G., Ateş, B. (2012). Deri hastalıklarında tamamlayıcı ve alternatif tıbbi yöntem kullanımı ve hastalar üzerindeki olumlu ve olumsuz etkileri. *Türk J Dermatol.* 6: 150-4.
- 29-Dönmez, M., Cankurtaran, M., Diken, F., Günendi, P. (2010). Gıda beslenmesi ve kanser ilişkisi. *Ulusal Meslek Yüksekokulları Öğrenci Sempozyumu* 21-22 Ekim. Düzce.
- 30-Duran, TE. (2011). Kanser tedavisinin yan etkilerine yönelik alternatif uygulamalar. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* 18(2): 72-77.
- 31-Durmaz, B. (2011). Osteoartritte tamamlayıcı tıp yaklaşımlarının yeri. *Türk Geriatri Dergisi.* Özel Sayı. 4: 83-88.
- 32-Erbaycu, AE., Gülpek, M., Tuksavul, F., Uslu, Ö., Güçlü, SZ. (2010). Akciğer kanserinde çeşitli bitkisel ve diğer karışımların kullanımına sosyo-demografik ve tümöre bağlı faktörlerin etkisi. *Türk Toraks Dergisi.* 11: 117-200.

- 33-Ertem, G., Kalkım, A., Bulut, S., Sevil, Ü. (2009). Radyoterapi alan hastaların evde bakım gereksinimleri ve yaşam kaliteleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2(2): 1-12.
- 34-Erin, N. (2006). Complementary and alternative medicine. *Holistic Nursing Practice* September/October. 242-246.
- 35-Göktalay,T., Akın, M., Aydemir, M. (2002). Akciğer kanserli hastalarda yaşam kalitesi değerlendirilmesi. *Solunum Hastalıkları*. 13: 265-270.
- 36-Gözüm,S., Tezel, A., Koç, M. (2003). Complementary alternative treatments used by patients with cancer in eastern Turkey. *Cancer Nursing*. 26(3): 230-236.
- 37-Gültekin,Z., Gül, P., Pınar, T., Kızıltan, G., Doğan, N., Algıer, L., Bulut, I., Özyıkan, Ö. (2008). Akciğer kanserli hastaların yaşam kaliteleri ve sağlık bakım hizmet beklentileri. *uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*. 2(18): 99-106.
- 38-Güngörmüş Z, Kıyak E. (2012). Ağrı yaşayan bireylerin tamamlayıcı ve alternatif tedaviye ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Ağrı* 24(3): 123-129.
- 39-Güran,Ş. (2005). Kanserden korunma. *Gülhane Tıp Dergisi*. 47: 324-326.
- 40-Halilçolar, H., Aksel, N., Ertuğrul, G., Böncü, M., Özacar, R. (2001). Metastatik küçük hücreli dışı akciğer kanserinde sisplatin-etoposid tedavisinin etkinliği. *Toraks Dergisi*. 2(2):13-17.
- 41-Hlubocy, FJ., Ratain, MJ., Wen, M., Daugherty. CK. (2007). Complementary and alternative medicine among advanced cancer patients enrolled on phase I Trials: a study of prognosis, quality of life, and preferences for decision making. *Journal of Clinical Oncology*. 25(5): 548-554.
- 42-Holland K. Jenkins J. Solomon J. Whittam S.(2008). *Roper Logan Tierney Model in Practice*. Churchill Livingstone Elseiver, London. 2-22.
- 43-Isıkhani, V., Kömürcü, S., Özet, A., Arpacı, F., Öztürk, B., Balbay, O.et al.(2005). The status of alternative treatment in cancer patients in Turkey. *Cancer Nursing*. 28(5): 355-62.
- 44-Karalar, S. (2010). Akciğer kanseri çeşitleri. www.astimalerji.org Erişim Tarihi: 25.11.11.

- 45-Karacan, Y., Akkuş, Y., Akdemir, N., Göker, H., Aksu, S., Sucak, AG., Özet, G., Tekinalp, A., Özkocaman, V., Ali, R., Özkalemkaş, F., İlhan, O. (2012). Kök hücre nakli hastalarında tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 38(1): 1-6.
- 46-Karagöz, T. (2006). İleri Evre (evre IIIb, IV) Küçük hücreli dışı akciğer kanserli olgularda prognostik faktörlerin değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. 2-17.
- 47-Karlıkaya, C. (2005). Küçük hücreli olmayan akciğer kanseri nedir?. <http://celalkarlikaya.trakya.edu.tr/nsclchalk.htm> Erişim Tarihi: 25.11.11.
- 48-Kav, S., Hanoğlu, Z., Algier, L. (2008). Türkiyede kanserli hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin kullanımı: Literatür Taraması. Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi. 1(18): 32-38.
- 49-Kaya, N. (2008). Yaşam Modeli, Babadağ K.,Aştı T.(ed.), Hemşirelik Esasları, İstanbul Medikal yayıncılık. İstanbul. 1-7.
- 50-Kaya, N., Turan, N., Öztürk, A. (2010). Hemşirelikte yeni bir sorumluluk alanı: Tamamlayıcı Terapi. Maltepe Üniversitesi Hemsirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 3(1):94-98.
- 51-Kızılcı, S. (1999). Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler. C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 3(2): 18-26.
- 52-Köktürk, N., Öztürk, C., Kırıçoğlu, CE. (2003). Sigara ve akciğer kanseri. Solunum Dergisi. 5(3): 139-145.
- 53-Kurt, H., Keşkek, ÖŞ., Çil, T., Canataroğlu, A. (2013). Meme kanserli hastalarda tamamlayıcı/alternatif tedavi kullanımı. Türk Onkoloji Dergisi. 28(1): 10-15.
- 54-Kutlu, S., Ekmekçi, TR., Köşlü, A., Purisa, S. (2009). Dermatoloji polikliniğine başvuran olgularda tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerinin kullanımı. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 29(6): 1496-502.
- 55-Lis, CG., Cambron, JA., Gruthsch, JF., Granick, J., Gupta, D. (2006). Self-reported quality of life in users and nonusers of dietary supplements in cancer. Supportive Care in Cancer. 14: 193-199.

- 56-Malak, A. (2009). *Kanser Hastalarında Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi*. 6.Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşirelik Kongre Kitabı. İzmir. 355-359.
- 57-Miller, DR., et al. (1998). Phase I/II trial of the safety and efficacy of shark cartilage in the treatment of advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 16: 3649-55.
- 58-Molassiotis, A., Fernadez-Ortega, P., Pud, D., et al. (2005). Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: A European Survey. *Ann Oncol*. 16: 655-63.
- 59-Montazeri, A., Sajadian, A., Ebrahimi, M., Haghighat, S., Harirchi, I., (2007). Factors predicting the use of complementary and alternative therapies among cancer patients in Iran. *European Journal of Cancer Care*. 16: 144–149.
- 60-Muhsiroğlu, Ö. (2007). *Beslenme ve Kanser*, Hasta Bilgilendirme Kitapçığı, GATA Basımevi. Ankara
- 61-Mutlu, H., Akça, Z., Cihan, BY., Aslan, T., Erden, A., Büyükçelik, A. (2013). alteration of complementary and alternative medicine usage in patients with cancer in Turkey. *Medicine Science*. 2(3): 757-63.
- 62-Müsellim, B. (2007). Akciğer kanserinin epidemiyolojisi ve etyolojisi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. İstanbul. 58:113-118.
- 63-Özçelik, H., Fadıloğlu, Ç. (2009). Kanser hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım nedenleri. *türk Onkoloji Dergisi*. 24(1): 48-52.
- 64-Özdemir, M., Dabak, G., Saygı, A., Sungun, F. (2007). Akciğer kanserinde tanı ve tedavi gecikmesi. *Solunum Hastalıkları Dergisi*. 18: 100-107.
- 65-Özlem, A. (2006). Use of complementary and alternative medicine by cancer patients in turkey: a survey. *The Journal Of Alternative And Complementary Medicine*. 4(12): 355–356.
- 66-Öztop, İ. (2002). İleri evre küçük hücreli dışı akciğer kanserinde sisplatin/gemcitabin kemoterapisinin etkililiği. *Toraks Dergisi*. 3(3): 273-278.
- 67-Öztuna, F., Bülbül, Y., Özsu, S. (2003). Akciğer kanserini hangi evrede yakalıyor ve nasıl tedavi ediyoruz?. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*. 51(2): 152-156.
- 68-Öztürk E. (2010). Kanser ve immünnutrisyon. *İç Hastalıkları Dergisi*. 17:239-246.

- 69-Potter, PA., Perry, AG. (2009). *Fundamentals of Nursing*. 7th ed. Canada: Mosby Company. 771-785.
- 70-Reis, N. (2003). Jinekolojik kanserlerde yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- 71-Savaş,İ., Demirkazık, A. (2007). *Küçük Hücreli Akciğer Kanseri*.Güncel Akciğer Hastalıkları Serisi:11, Bilimsel Tıp Yayınevi. Ankara. 1-16.
- 72-Scott JA, Kearney N, Hummerston S, Molassiotis A. (2005). Use of complementary and alternative medicine in patients with cancer: a UK survey. *European Journal of Eur J Oncol Nurs*. Jun; 9(2): 131-7.
- 73-Şendir, M. (2000). Total kalça protezi ameliyatı öncesi hasta eğitiminin ameliyat sonrası fiziksel uyum ve yaşam kalitesine etkisi, Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 16-23.
- 74-Shumay, DM., Maskarinec, G., Kakai, H., Gotay, CC.(2001). Cancer research center of Hawaii. Why some cancer patients choose complementary and alternative medicine instead of conventional treatment? *J Fam Pract*. 50(12):1067.
- 75-Taş, F., Üstüner, Z., Can, G. (2005). The prevalence and determinants of the use of complementary and alternative medicine in adult Turkish cancer patients. *Acta Oncologia*. 44: 161-167.
- 76-Tekin, A., Kaya, E., Yazıcı, ÖS. (2012). Kanserle ilgili alternatif tıp içerikli web sitelerinin içerik analizi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 4(6): 15-34.
- 77-Topuz, E., Aydın, A. (2006). *Akciğer Kanseri Tanı-Tedavi-Takip*. İstanbul Konsensusu. Nobel Tıp Kitapevi. ISBN: 978-975-420-567-1. 3-4.
- 78-Topuz, E. (2008). *Kanserde Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp (Bilimsel Yaklaşım)*. 7.Baskı. İletişim Yayınları. 417-430.
- 79-Tükenmez, DG., Altunay, İ., Küçükünal, A., Mertoğlu, E., Sarıkaya, S., Atış, G., Ateş, B. (2012). Deri hastalıklarında tamamlayıcı ve alternatif tıbbi yöntem kullanımı ve hastalar üzerindeki olumlu ve olumsuz etkileri. *Turk J Dermatol*. 6: 150-4.

- 80-Uğurluer, G., Karahan, A., Edirne, T., Şahin, HA. (2007). Ayaktan kemoterapi ünitesinde tedavi alan hastaların tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarına başvurma sıklığı ve nedenleri. Van Tıp Dergisi. 14(3): 68-73.
- 81-Ünsal, D., Şenler, FÇ. (2010). Küçük hücreli akciğer kanseri olan yaşlı hastalarda tedavi. Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 58(1): 108-114.
- 82-Velioğlu, P. (1999). Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Alaş ofset. İstanbul. 180-202.
- 83-Weiger, WA., Smith, M., Boon, H., Richardson, MA., Kaptchuk, TJ., Eisenberg, DM. (2002). Advising patients who seek complementary and alternative medical therapies for cancer. Ann Intern Med. 137: 889-903.
- 84-Yapucu,Ü., Khorsid, L. (2005). Tamamlayıcı tedavilerde hemşirenin rolü. Atatürk Üniviversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 8(2): 124-130.
- 85-Yavuz, M., İlçe, AÖ., Kaymakçı, S., Bildik, G., Dıramalı, A. (2007). Meme kanserli hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullanma durumlarının incelenmesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 27: 680-686.
- 86-Yeşilbalkan, Ö., Akyol, AD., Çetinkaya, Y., Altın, T., Ünlü, D. (2005). Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 21(1):13-31.
- 87-Yıldırım, KY., Fadıloğlu, Ç., Uyar, M. (2006). Palyatif kanser bakımında tamamlayıcı tedaviler. Ağrı. 18(1) :26-32.
- 88-Yıldız, İ. (2006). Kanser hastalarında tamamlayıcı-alternatif tıp kullanımı. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Uzmanlık Tezi. İstanbul
- 89-Yılmaz, B., Erdem, D., Kemal, Y. (2011). Kanser hastalarında beslenme. İç Hastalıkları Dergisi. 18: 133-143.
- 90-Yurdakul, A. (2010). Akciğer kanserinde yeni evreleme sistemi. Türk Torak Dergisi. 11: 173-80.

FORMLAR**EK-1 KİŞİSEL BİLGİ FORMU****1-Yaşı:****2-Cinsiyeti:** a)Erkek b) Kadın**3-Medeni durumu:** a)Evli b)Bekar**4-Eğitim durumu:**

a)İlkokul

b)Ortaokul

c)Lise

d)Üniversite

e)Eğitimi yok

5-Mesleği:

a)Ev hanımı

b)İşçi

c)Memur

d)Serbest

e)Emekli

f-Diğer.....

6-Gelir durumu:

a)Gelir gideri karşılıyor

b)Gelir gideri karşılamıyor

8-Şu anda çalışıyor mu?

a)Evet b)Hayır

7-Sağlık güvencesi:

a)Var b)Yok

8-Eşlik eden başka hastalıklar:.....

9-Ailede tümör öyküsü:

a)Evet b)Hayır

10-Kanser tedavisine yönelik daha önce ameliyat olma durumu:

a)Evet b)Hayır

11- Daha önce radyoterapi uygulanma durumu:

a)Evet b)Hayır

12-Daha önce kemoterapi uygulanma durumu:

a)Evet b)Hayır

13-Tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma durumu:

a)Evet b)Hayır

EK-2 TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TIP YAKLAŞIMLARI ÖLÇEĞİ

BİLİŞSEL-DAVRANIŞSAL TERAPİLER ve MANİPİLATİF YAKLAŞIMLAR Rahatlamak için aşağıda yer alan girişimleri ne sıklıkla kullanırsınız:	Hiç	Bazen	Sıklıkla	Her zaman	Kullanım nedeni
• Dans ederim(göbek atma,halay çekme vb)	☐	☐	☐	☐	
• Gülerim	☐	☐	☐	☐	
• Resim yaparım, el-ışi yaparım	☐	☐	☐	☐	
• Hipnoza giderim/yaparım	☐	☐	☐	☐	
• Yoga/Plates yaparım	☐	☐	☐	☐	
• Meditasyon yaparım	☐	☐	☐	☐	
• Namaz kılarım	☐	☐	☐	☐	
• Dua ederim	☐	☐	☐	☐	
• Muska taşıırım	☐	☐	☐	☐	
• Yatır ziyaretine giderim	☐	☐	☐	☐	
• Hocaya giderim, kendimi okuttururum	☐	☐	☐	☐	
• Vücut masajı yaptırırım	☐	☐	☐	☐	
• Ayak masajı yaptırırım	☐	☐	☐	☐	
• Kolanya ile bileklerimi ovururum	☐	☐	☐	☐	
• Bardak çektiririm	☐	☐	☐	☐	
• Çıkıkçıya giderim	☐	☐	☐	☐	
• Kurşun döktürürm	☐	☐	☐	☐	
• Akapunktur yaptırırım	☐	☐	☐	☐	
• Egzersiz yaparım	☐	☐	☐	☐	
• Kol bandı takarım	☐	☐	☐	☐	
• Komşuya geçerim	☐	☐	☐	☐	
• Adak adarım	☐	☐	☐	☐	
• Reiki yaparım	☐	☐	☐	☐	
• Bioenerji uzmanına giderim	☐	☐	☐	☐	
• Diğer:	☐	☐	☐	☐	

BİTKİSEL YAKLAŞIMLAR Hastalık tanısı konduktan sonra aşağıda yer alan bitkisel yaklaşımları ve gıda takviyelerinin tüketimi:	Kestim	Başladım	Önce sinde kullanıyordum			Kullanım nedeni
			Azalttım	Arttırdım	Aynen devam ettim	
• Isırgan	☐	☐	☐	☐	☐	
• Çörek otu	☐	☐	☐	☐	☐	
• Karabaş otu	☐	☐	☐	☐	☐	
• Kırkilit (at kuyruğu)	☐	☐	☐	☐	☐	
• Kantaron otu	☐	☐	☐	☐	☐	
• Civan perçemi	☐	☐	☐	☐	☐	
• Ökse otu	☐	☐	☐	☐	☐	
• Kekik	☐	☐	☐	☐	☐	
• Papatya	☐	☐	☐	☐	☐	
• Ardiç otu	☐	☐	☐	☐	☐	
• Ebegümeçi	☐	☐	☐	☐	☐	
• Zencefil	☐	☐	☐	☐	☐	
• Tatlı badem	☐	☐	☐	☐	☐	
• Zerdeçal	☐	☐	☐	☐	☐	
• Yaban mercini	☐	☐	☐	☐	☐	
• Keten tohumu	☐	☐	☐	☐	☐	
• Devedikenini sütü	☐	☐	☐	☐	☐	
• Soya	☐	☐	☐	☐	☐	
• Yeşil çay	☐	☐	☐	☐	☐	
• Ada çayı	☐	☐	☐	☐	☐	
• İhlamur çayı	☐	☐	☐	☐	☐	
• Kuşburnu çayı	☐	☐	☐	☐	☐	
• Ginseng panex	☐	☐	☐	☐	☐	
• Arı sütü(yoğun polen var)	☐	☐	☐	☐	☐	
• Üzün çekirdeği ve kabuğu	☐	☐	☐	☐	☐	
• Üzüm çekirdeği ekstresi	☐	☐	☐	☐	☐	
• Astragalus	☐	☐	☐	☐	☐	
• İsveç şurubu	☐	☐	☐	☐	☐	
• Omega 3	☐	☐	☐	☐	☐	
• Vitamin	☐	☐	☐	☐	☐	
• Köpek balığı kıkırdağı	☐	☐	☐	☐	☐	
• Kaplumbağa kanı	☐	☐	☐	☐	☐	
• Tavşankanı						
• Diğer:						

BESİNSEL YAKLAŞIMLAR Hastalık tanısı konduktan sonra aşağıda yer alan gıdaların tüketimi:	Kestim	Azalttım	Arttırdım	Aynı	Kullanım nedeni
• Bal	O	O	O	O	
• Anzer balı	O	O	O	O	
• Kestane balı	O	O	O	O	
• Karadut pekmezi	O	O	O	O	
• Keçiboynuzu pekmezi	O	O	O	O	
• Nar	O	O	O	O	
• Greyfurt	O	O	O	O	
• Sarımsak	O	O	O	O	
• Havuç	O	O	O	O	
• Meyveler	O	O	O	O	
• Sebzeler	O	O	O	O	
• Kırmızı et	O	O	O	O	
• Balık eti	O	O	O	O	
• Tavuk eti	O	O	O	O	
• Ekmek ve hamur işleri	O	O	O	O	
• Hamur ve süt tatlı çeşitleri	O	O	O	O	
• Süt ve süt ürünleri	O	O	O	O	
• Yoğurt	O	O	O	O	
• Diğer:	O	O	O	O	

EK-3 NIGTINGALE SEMPTOM DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

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

İZİNLER

EK-4

PROTOKOL

Taraflar:

Madde 1-

Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı İstanbul Sağlık Müdürlüğü ile İstanbul Üniversitesi yüksek lisans öğrencisi Cihangir Pınar DAĞTAŞ arasında yapılmıştır.....

Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar: Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi.....

Çalışmanın adı: "Akciğer Kanseri Bireylerde Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanımı ve Yaşam Kalitesi".....

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: Cihangir Pınar DAĞTAŞ.....

Konusu:

Madde 2-

a) Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurula bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

b)Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.

c)Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.

d)Veri toplama sırasında Sağlık Bakanlığı Personelinden de yararlanılacaksa ayrıca Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.

Sözleşme şartlarında aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak Sağlık Müdürlüğünün onayı olursa olacaktır. Ya da protokol iptal edilecektir.

Protokolün süresi:

a) Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda3 ay.....süre ile çalışmasını yürütecektir.

b) Başlangıç...../Bitiş.....

c) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.

d)Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir.

Yürürlük:

a) Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Sağlık Müdürlüğünün ilgili şubesi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.

b) Çalışma Üniversite ya da kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde İstanbul Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şubesine teslim edilecektir.

c)Yürürlük bölümündeki a ve b maddelerinin yerine getirilmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tezvs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılamayacaktır.

d)Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kurumda görevlendirileceklerse ayrıca vilayet oluru da alınacaktır.

e) Her çalışmanın biri Sağlık Müdürlüğü personeli olmak üzere en az iki yürütücüsü olacaktır.

f)Yapılacak çalışmalarda Protokole ek olarak vilayet oluru da alınacaktır.

g)Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.

h)Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların(Hastane, Sağlık Grup Başkanlığı, Sağlık Ocağı vs.) ismi zikredilmeyecektir. Aksi takdirde cezai müeyyide uygulanacaktır.

Ek Bilgi:

Taraflar:

...../2011

Adı-Soyadı

Cihangir Pınar DAĞTAŞ

...../2011

Uzm.Dr.Fetin Rüştü YILDIZ

Sağlık Müdür Yardımcısı

OLUR

...../2011

Vali a.

Prof. Dr. Ali İhsan DOKUCU

Sağlık Müdürü

EK-5

DOÇ.DR. GÜLBAYAZ CAN

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

Tarih: 27.09.2011

Sayın Cihangir Pınar DAĞTAŞ,

Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeğini ve Tamamlayıcı ve Alternatif Yaklaşımlar Ölçeğini tez çalışmanızda kullanma talebiniz değerlendirilmiş olup, bu ve benzeri çalışmalarda ölçeği kullanmanızda bir sakınca yoktur.

Doç.Dr. Gülbeyaz Can



EK 6: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın katılımcı,

Bu çalışma akciğer kanserli bireylerde tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesini amaçlamaktadır. Bu konuda vereceğiniz bilgiler, gelecekte sizin gibi akciğer kanserli bireylerin daha iyi bakım almalarını sağlamak için yol gösterici olacaktır.

Çalışmada Kişisel Bilgi Formu, Tamamlayıcı Alternatif Tedavi Yaklaşımları Ölçeği (TATYÖ) ve Nigtingale Symptom Değerlendirme Ölçeği (NSDÖ) kullanılacaktır. Formların doldurulması yaklaşık 20 dakikanızı alacaktır. Formlardaki ifadeleri değerlendirmeniz, sizi en iyi yansıtan veya size en uygun gelen seçeneği belirtmeniz beklenmektedir.

Bu araştırma kapsamında size hiçbir girişim yapılmayacaktır. Dolayısıyla herhangi bir istenmeyen etki/risk bulunmamaktadır. Bize verdiğiniz bilgiler gizli tutulacak ve doktorunuz, hastaneniz veya kliniğiniz ile paylaşılmayacaktır. Kişisel olarak verdiğiniz bilgiler yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve kullanılacaktır. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşılmayacaktır. Araştırma süresince katılmayı ret etme ve istediğiniz anda çalışmadan çekilebilme hakkına sahip olacaksınız. Araştırmayı kabul etmeniz durumunda veya herhangi bir nedenle çalışmadan çıkmanız halinde, hastalığınız ile ilgili tedavi ve bakımınızda bir aksama olmayacaktır. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir ödeme yapmak zorunda kalmayacaksınız ve şahsınıza herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

KATILIMCI BEYANI

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'ndaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Hastanın Adı-Soyadı:

Tarih (gün/ay/yıl):

İmzası:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı:

Tarih (gün/ay/yıl):

İmzası:

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Blgiler

Adı	Cihangir Pınar	Soyadı	GÜLGÜN
Doğ.Yeri	KIRKLARELİ	Doğ.Tar.	15.07.1987
Uyruğu	TC	TC Kim No	51436317156
Email	chngrpnr@hotmail.com	Tel	05555825158

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez.Yılı
Yük.Lis.	İ.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı	2010-.....
Lisans	Ege Üniversitesi Ödemiş Sağlık Yüksek Okulu	2005-2010
Lise	Hüseyin Bürge Anadolu Lisesi	2001-2005

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre
1.Hemşire	İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2011-....
2.Hemşire	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesi Klinik Hemşiresi	2010-2011

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	ÜDS Puanı
İngilizce	İyi	Orta	Orta	60,00

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin.

	Sayısal	Eşit Ağırlık
Ales Puanı	74,00	72,00

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
Microsoft Office Programları (Word, Excel, Powerpoint)	İyi

Yayınları/Tebliğleri

- Yolcu, N.,**Dağtaş C.P.**,Şırlakoğlu M. (2007). Ödemiş ilçesinde yaşayan kadınların mensturasyon dönemine ilişkin genital hijyen alışkanlıklarının değerlendirilmesi, *Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi 'Uluslararası Katılımlı' Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Poster Bildiri, GATA, Ankara.*
- Yolcu, N.,**Dağtaş C.P.** (2008). Ödemiş Halkının Organ Nakli ve Bağışına Bakışı, *Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi 'Uluslararası Katılımlı' Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Poster Bildiri, Marmara Üniversitesi, İstanbul.*

Özel ilgi alanları(Hobileri)

- Sinema
- Kitap okumak