TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KEMOTRAPİ ALAN KANSER HASTALARININ SEMPTOM YÖNETİMİNDE KULLANDIKLARI TAMAMLAYICI TEDAVİ YAKLAŞIMLARININ YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Sema ÜSTÜNDAĞ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Ayten DEMİR ZENCİRCİ

2013- ANKARA

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KEMOTERAPİ ALAN KANSER HASTALARININ SEMPTOM YÖNETİMİNDE KULLANDIKLARI TAMAMLAYICI TEDAVİ YAKLAŞIMLARININ YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Sema ÜSTÜNDAĞ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Ayten DEMİR ZENCİRCİ

2013- ANKARA

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı
Çerçevesinde Yürütülmüş Olan Bu Çalışma Aşağıdaki Jüri Tarafından
Yüksek Lisans Tezi Olarak Kabul Edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 26 Ağustos 2013

Prof. Dr. Tülin BEDÜK
Ankara Üniversitesi
Jüri Başkanı

Doç. Dr. Ayten DEMİR ZENCİRCİ
Ankara Üniversitesi
(Danışman)

Doç. Dr. Hayriye ÜNLÜ
Başkent Üniversitesi

Yrd. Doç. Dr. Figen Işık ESENAY
Ankara Üniversitesi

Yrd. Doç. Dr. Nurcan ÇALIŞKAN
Gazi Üniversitesi

İÇİNDEKİLER

Kabul ve onay		ii
İçindekiler		iii
Önsöz		vi
Kısaltmalar		vii
Çizelgeler		viii
1.1. GİRİŞ		1
1.1.	Problemin tanımı ve önemi	4
1.2.	Araştırmanın amacı	4
1.3.	Genel bilgiler	4
1.3.1.	Kanserin tanımı ve tarihçesi	4
1.3.2.	Kanserin epidemiyolojisi	6
1.3.3.	Kanserin etiyolojisi	7
1.3.4	Kanserin evrelendirilmesi	10
1.3.5.	Kanserin tedavisi	11
1.3.5.1.	Kemoterapi	12
1.3.5.1.1.	Kemoterapinin yan etkileri	13
1.3.5.1.2.	Kemoterapinin fiziksel yan etkileri	13
1.3.5.1.3.	Kemoterapinin sosyal yan etkileri	17
1.3.5.1.4.	Kemoterapinin psikolojik yan etkileri	19
1.3.6.	Semptom yönetiminde kullanılan tamamlayıcı tedaviler	21
1.3.6.1.	Dini ve kültürel uygulamalar	21
1.3.6.2.	Bitki ve besin ürünleri kullanımı	23
1.3.7.	Tamamlayıcı tedavilerde hemşirenin rolü	24
1.3.8.	Yaşam kalitesi	26
2. GEREÇ VE YÖNTEM		**29**
2.1.	Araştırmanın tipi	29
2.2.	Araştırmanın yapıldığı yer ve özellikleri	29

2.3.	Araştırmanın Evreni	29
2.4.	Araştırma soruları	30
2.5.	Bağımlı ve bağımsız değişkenler	30
2.6.	Verilerin toplanması	31
2.7.	Veri toplama aracı	31
2.7.1.	Hasta tanıtım formu	32
2.7.2.	Tamamlayıcı tedavi kullanım formu	32
2.7.3.	Nightingale semptom değerlendirme ölçeği (N-SDÖ)	33
2.8.	Ön uygulama	34
2.9.	Uygulama	34
2.10.	Verilerin analizi	35
2.11.	Etik ilkeler	35
2.12.	Araştırmanın sınırlılıkları	35

3. BULGULAR 37

4. TARTIŞMA 61

4.1.	Hastaların sosyodemografik ve tıbbi özelliklerinin değerlendirilmesi	61
4.2.	Hastaların tamamlayıcı tedavi kullanımlarının değerlendirilmesi	62
4.3	Hastaların kemoterapinin yan etkilerini yaşama durumlarının ve N-SDÖ puanlarının değerlendirilmesi	69

5. SONUÇ VE ÖNERİLER 78

5.1.	Hastaların sosyodemografik ve tıbbi özelliklerine ilişkin sonuçları	78
5.2.	Hastaların tamamlayıcı tedavi kullanımına ilişkin sonuçlar	78
5.3.	Hastaların kemoterapinin yan etkilerini yaşama durumları ve N-SDÖ puanlarına ilişkin sonuçlar	80
5.4.	Hastaların tamamlayıcı tedavi kullanma durumları ve NSDÖ puanlarına ilişkin sonuçlar	81
5.5.	Öneriler	81

ÖZET **83**

SUMMARY 84

KAYNAKLAR 85

EKLER

EK-1 Onam formu 101

EK-2 Kemoterapi alan hastaların semptom yönetiminde kullandıkları tamamalayıcı tedavi yaklaşımlarının yaşam kalitesine etkisi 102

EK-2A Nightingale semptom değerlendirme ölçeği (N-SDÖ) 105

EK-2B Nightingale semptom değerlendirme ölçeği (N-SDÖ) izin belgesi 107

EK-3 Kullanılan tamamalayıcı tedavi yöntemleri ve özellikleri 108

EK-4 Etik kurul izni 114

EK-5 Kurum izni 115

Ek-6 Enstitü izin karar örneği 116

Ek-7 Hastaların aldığı kemoterapi protokolleri 117

ÖZGEÇMİŞ 119

ÖNSÖZ

Bu çalışma kemoterapi alan kanser hastalarının semptom yönetiminde kullandıkları tamamlayıcı tedavi yaklaşımlarının yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kolej Semt Polikliniği Gündüz Kemoterapi Ünitesinde yürütülmüştür. Yazar bu çalışmaya katkılarından dolayı aşağıda adı geçen kişilere içtenlikle teşekkür eder.

Sayın Doç. Dr. Ayten DEMİR ZENCİRCİ tez çalışmasının yöntem ve içerik planlanmasını, yürütülmesini, istatistiksel analizini yönlendirmiştir.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekim ve Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü araştırmanın kurumlarında yapılabilmesi için gerekli izni vermişlerdir. T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kolej Semt Polikliniği Gündüz Kemoterapi Ünitesinde tedavi gören ve çalışmama zaman ayırarak sabırla yanıt veren değerli kişilere minnetlerimi sunarım.

Sayın jüri üyeleri tezime önerileriyle yol göstermişlerdir. Prof.Dr. Tülin BEDÜK, Doç. Dr. Hayriye ÜNLÜ, Yrd. Doç. Dr. Figen Işık ESENAY, Yrd. Doç. Dr. Nurcan ÇALIŞKAN.

KISALTMALAR

ACS	American Cancer Society (Amerikan Kanser Derneği)
CAM	Complementary and Alternative Medicine (Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp)
DNA	Deoksiribo Nükleik Asit
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FizİH	Fiziksel İyilik Hali
IARC	The International Agency for Research on Cancer (Uluslararası Kanser Araştırma Kurumu)
KPS	Karnofsky performans skalası
NCCAM	National Center For Complemantary And Alternative Medicine (Amerika Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi)
NCC	National Comprehensive Cancer Network (Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı)
N-SDÖ	Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği
PsİH	Psikolojik İyilik Hali
SoİH	Sosyal İyilik Hali
TAT	Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi
TUİK	Türkiye İstatistik Yıllığı

ÇİZELGELER

Çizelge 3.1.1.	Hastaların sosyodemografik özellikleri	37
Çizelge 3.1.2.	Hastaların tıbbi özellikleri	39
Çizelge 3.2.1.	Hastaların tıbbı uygulamalar dışında şifa aramak için yaptığı dini ve kültürel uygulamalar	40
Çizelge 3.2.2.	Hastaların dini ve kültürel uygulamalar dışında tamamlayıcı tedavi ürün kullanımı	41
Çizelge 3.2.3.	Hastaların tamamlayıcı tedavi kullanma ile ilgili uygulamaları	43
Çizelge 3.2.4.	Hastaların tamamlayıcı tedavi ile ilgili düşünceleri	45
Çizelge 3.2.5.	Hastaların sosyodemografik özelliklerinin tamamlayıcı tedavi kullanımı ile ilişkisi	46
Çizelge 3.2.6.	Hastaların tıbbi özelliklerinin tamamlayıcı tedavi kullanımı ile ilişkisi	47
Çizelge 3.3.1a.	Hastaların kemoterapinin yan etkilerini yaşama durumları	49
Çizelge 3.3.1b.	Hastaların N-SDÖ puanları	50
Çizelge 3.3.2.	Hastaların sosyodemografik özellikleri ile N-SDÖ puanlarının karşılaştırılması	52
Çizelge 3.3.3.	Hastaların tıbbı özellikleri ile N-SDÖ puanlarının karşılaştırılması	55
Çizelge 3.3.4.	Tıbbi uygulamalar dışında şifa aramak için yapılan dini ve kültürel uygulamalar ile NSD-Ö puanlarının karşılaştırılması	57
Çizelge 3.3.5.	Hastaların tamamlayıcı tedavi ile ilgili düşünceleri ve N-SDÖ puanlarının karşılaştırılması	59
Çizelge 3.3.6.	Tamamlayıcı tedavi ürünü kullanan ve kullanmayan hastaların N-SDÖ puanlarının karşılaştırılması	60

1. GİRİŞ

1.1. Problemin tanımı ve önemi

Kanser günümüzde sağ kalımı düşük, tedavi edilebilirliği güç olan ve toplumlarda görülme sıklığı giderek artan bir hastalıktır. Uluslar Arası Kanser Araştırma Kurumu (The International Agency for Research on Cancer-IARC) 2008 yılında 12,4 milyon yeni kanser vakası, 9,6 milyon kanser nedenli ölüm ve 28 milyon ilk tanıdan bu yana 5 yıl ya da daha az süre geçmiş kanserli hasta olduğunu ayrıca, 2030 yılında kanser insidansında %1'lik artışla kanserden ölümlerin 17 milyona çıkacağını öngörmektedir (Dünya Sağlık Örgütü-DSÖ, 2008). T.C Sağlık Bakanlığının 2006 verilerine göre ülkemizde bu oran yüzbinde 229'dur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2009).

Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler (TAT), geleneksel tıbbın bir parçası olarak kabul edilmeyen ve genellikle hastalıkları önlemek, sağlığı yükseltmek, hastalıkların tekrarını önlemek, kanser ve kronik hastalıkların semptomlarıyla başa çıkmak için kullanılan sağlık bakım yöntemleri, ürünleri ve uygulamalarıdır (Fouladbakhsh and Stommel, 2010). Tamamlayıcı tedavi ve alternatif tıp terimleri genellikle beraber kullanılmasına karşın, iki kavram birbirinden farklıdır. Tamamlayıcı tedaviler modern tedaviye destek ve paralel olarak kullanılmasına karşın, alternatif tedaviler modern tıbbın yerine hastalığı tedavi etmede tek başlarına kullanılmaktadır (Ernst and Cassileth, 1998; Zollman and Vikers, 1999; Cassileth, 1999; Cassileth and Deng, 2004).

Tamamlayıcı tedavinin kronik ve dejeneratif hastalıklarda kullanılmasının yanında kanser hastaları arasında da kullanımı gittikçe artmaktadır. Sınırlı sayıda kanser tedavi yönteminin olması, bilinen geleneksel tedavi süreçlerinde birçok zararlı toksik madde kullanılması, olguların yaşamı tehdit eden bir hastalıkla yüz yüze kalması gibi nedenler kanser hastaları arasında tamamlayıcı tedavi kullanımını artırmaktadır (Committee on the use of CAM by American Public, 2005). Kanser hastaları arasında tamamlayıcı tedavi kullanım oranı 2008'de Amerika'da %38,3 (Barnes et al., 2008), 2007'de Avrupa'da %35,9'dur (Molassiotis et al., 2005). Türkiye'de yapılan çalışmalarda ise bu oran %22-84 arasında değişmektedir (Kav ve ark., 2008).

Kanser hastaları kanserle savaşmak, immün sistemi güçlendirmek, fiziksel ve ruhsal iyiliği arttırmak, kanserin tekrarlamasını önlemek, kansere karşı kontrol sahibi olabilmek amacıyla tamamlayıcı tedavi kullanmaktadırlar (Molassiotis et al., 2005; Akyüz et al., 2007; Uçan et al., 2008; Nazik et al., 2012). Tedavinin ve kanserin yan etkileri arttıkça tamamlayıcı tedavi kullanım oranı da artmaktadır (Wells et al., 2007). Kanser hastalarının tamamlayıcı tedavi kullanımları cinsiyet, yaş, kanserin türü, evresi, kanserli hastanın gelir düzeyi, dini değerleri, sağlık inançları, etnik kökeni ve kültürel olgulardan etkilenmektedir (Werhoef et al., 2005; Özçelik ve Fadıloğlu, 2009). Kadınların, yüksek eğitimli ve orta yaş grubunda olan hastaların tamamlayıcı tedavi kullanma sıklığının daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Tamamlayıcı tedavi ile ilgili bilgi kaynakları arkadaş, aile ve diğer hastalar olabilmektedir. Tamamlayıcı tedaviler genellikle hekime ve hemşireye danışılmadan kullanılmaktadır (Molassiotis et al., 2005; Uçan et al., 2008; Özçelik ve Fadıloğlu, 2009). Bu durum hastaların kendilerine zarar verebilme ihtimalini de beraberinde getirmektedir.

Kanser hastalarının tamamlayıcı tedavi olarak kullandıkları binlerce yöntem vardır. Amerika Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (National Center for Complemantary and Alternative Medicine-NCCAM) beş sınıfta topladığı 200'den fazla tamamlayıcı tedavi tanımlamaktadır. Bunlar: Alternatif ve medikal yöntem (akupuntur ve geleneksel çin tıbbı, homeopati, aurveda), beden-zihin tedavisi (biyofeedback, hipnoz, gevşeme/meditasyon, müzik, hayal kurma, dua/spiritualite), biyolojik temelli tedaviler (bitkisel tedavi, yüksek doz vitaminler, özel diyetler) enerji tedavileri (iyileştirici dokunma, reiki), manipülatif ve beden temelli tedavilerdir (masaj, egzersiz, hidroterapi, refleksoloji, akupressur).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda en çok kullanılan tamamlayıcı tedavi yönteminin bitkisel terapi olduğu özellikle ısırgan otunun kullanımının yaygın olduğu, diğer bir yöntemin ise dini yaklaşımlar olduğu belirtilmiştir (Uçan et al., 2008; Özçelik ve Fadıloğlu, 2009; Nazik et al., 2012). Avrupa da ve Amerika da ise bitkisel yöntemler, homeopati, vitamin/mineraller, dini terapiler ve rahatlama teknikleri daha yaygın kullanılmaktadır (Molassiotis et al., 2005; Richard et al., 2009).

Birçok kanser hastası tamamlayıcı tedavi kullanımının zararsız ve yan etkisi olmadığını, doğal olduğunu düşünerek kullanmaktadır. Oysa tamamlayıcı tedavide kullanılan bitkisel tedavilerin toksik, alerjik, kanserojenik olabileceği modern tedaviyle farmokolojik etkileşimde bulunabileceği yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (Ernst, 1998; Nortier et al., 2000; Izzol and Ernst, 2001; Niggemann and Grüber, 2003; Bielorya and Heimall, 2003; Mansky and Wallerstedt , 2006; Bent, 2008).

Bunun yanında Kanser tedavisinde sık görülen semptomlar için kullanılan tamamlayıcı tedaviler ise oldukça fazladır. Klinik çalışmalarla etkinliği desteklenen uygulamalar; ağrı ve bulantı-kusma için akupuntur ve beden zihin tedavileri, anksiyete için beden zihin ve masaj tedavileri, uyku bozukluğu için beden zihin tedavileri ve lenf ödem için masajdır. Klinik çalışmalarda potansiyel faydalı bulunan uygulamalar ise ağrı, bulantı ve kusma için masaj, yorgunluk ve vazomotor semptomlar için akupunkturdur (Ernst, 2003; Deng et al., 2004; Mansky and Wallerstedt, 2006; Yıldırım et al., 2006).

Kanser hastalarının yaşam kalitesini yükseltmek tıbbi tedavi ve bakımın en önemli amacıdır. Kanser tedavisi yan etkileri nedeniyle hastaların yaşam kalitelerini düşürmektedir. Bazı hastalar kemoterapinin yan etkileriyle baş edemeyip tedaviye ara vermekte ya da tedavilerini yarım bırakmaktadır. Bu durumda hastalık ilerlemiş olarak, tekrar tedaviye dönmektedirler. Literatürde tamamlayıcı tedavi kullanımı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki ile ilgili çalışmalara az rastlanmaktadır. Tamamlayıcı tedavi kullanan ve kullanmayan hastaların yaşam kalitelerinin karşılaştırıldığı çalışmalarda tamamlayıcı tedavi kullanan hastaların yaşam kaliteleri daha düşük bulunmuştur (Hlubocky et al., 2007; Saini et al., 2011). Başka bir çalışmada besin takviyeleri kullanan hastaların yaşam kaliteleri daha yüksek bulunmuştur (Lis et al., 2006). Diğer bir çalışmada ise kemoterapi alan hastalardan bir grup sadece geleneksel tedavi almış (kontrol grubu) diğer gruba ise geleneksel tedavinin yanında akupunktur uygulanmıştır. Kemoterapi süresince akupunktur alan hastaların yaşam kaliteleri daha yüksek bulunmuştur (Sawada et al., 2010). Ülkemizde kanserli hastaların yaşam kalitesi ile ilgili 179 kanser hastasıyla yapılmış bir çalışmada; kadın, tek başına yaşayan, metastazı olan, yaşam kaliteleri düşük olan hastaların tamamlayıcı tedavi kullanımının yüksek olduğu ve tamamlayıcı tedavi kullanan ve kullanmayan hastaların yaşam kaliteleri karşılaştırıldığında, yaşam kalitelerinde

değişim olmadığı saptanmıştır (Can et al., 2009). Kore'de meme kanserli hastalarla yapılan bir çalışma da bu sonucu destekler niteliktedir (Kang et al., 2012).

Kanser hastalarının tamamlayıcı tedavi kullanımına ilgilerinin fazla olması sonucunda sağlık profesyoneli olmayan kişi ve kuruluşlar, hastaların bu gereksinimlerini karşılamaya çalışmışlardır (Khorsid ve Yapucu, 2005). Bu durum kanser hastalarının suistimalini de mümkün kılmaktadır. Bu bağlamda Hemşireler hastalarını en iyi tanıma olanağına sahip sağlık profesyonelleri olarak; hastaların mevcut alışkanlıklarını, eğilimlerini, kemoterapiden nasıl etkilendiklerini, kanser semptomlarıyla nasıl başa çıktıklarını, kullandıkları tamamlayıcı tedavi yöntemlerini bilme, terapileri etkin ve doğru bir şekilde kullanmaları konusunda danışmalık yapma, gerekli durumlarda müdahale ederek hastanın kendisine ve çevresine zarar verme potansiyelini ortadan kaldırma sorumluluğu olan meslek grubudur. Semptom yönetiminde kullanılan tamamlayıcı tedavi uygulamalarını, ürünlerini, tamamlayıcı tedavi uygulamalarının olası zarar ve yarar durumlarını daha iyi anlamak hemşirelik bakımının kalitesini arttıracak, bu konuda ülkemizde yapılacak çalışmalar kanserli hastaların hemşirelik bakımına katkı sağlayacaktır.

1.2 Araştırmanın amacı

Bu çalışma kemoterapi alan kanser hastalarının semptom yönetiminde kullandıkları tamamlayıcı tedavi yaklaşımları ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Genel bilgiler

1.3.1. Kanserin tanımı ve tarihçesi

Kanser, hücrelerin Deoksiribo nükleik asit (DNA) hasarına bağlı olarak anormal veya kontrolsüz bir şekilde çoğalması olarak tanımlanmaktadır (National Cancer Institüte, 2013). Kanser ve tümör kelimeleri eş anlamlı olarak kullanılmasına karşın,

eş anlamlı kelimeler değildir. Tümör iyi huylu veya kötü huylu olabilir, fakat kanser terimi kötü huylu tümörler için kullanılır (Alfano et al.,1991).

Kanser tarihine bakıldığında insanlık tarihi kadar eski olduğu görülmektedir. Tümörlerle ilgili tanımlara ilk olarak mısır papirüsleri, Babil çivi yazısı ve tabletleri ve eski hint yazmalarında rastlanmaktadır. Edwin Smith papirüsünde sekiz vakada meme kanseri ile ilgili bilgiler tanımlanmış (M.Ö.3000), Ebers papirüsünde (M.Ö.1500) ilk kez yumuşak doku tümörlerinden ve deri, uterus, mide ve rektumda kanser oluşabileceğinden bahsedilmiş ve tümör tedavisinin öldürücü olabileceği belirtilmiştir. Babil tabletlerinde ise tümörler ve bunların çıkarılması tanımlanmıştır (Papac, 2001; Hadju, 2011a).

Antik yunan dönemine bakıldığında Hipokrat (M.Ö.460-375) kanser terimini ilk defa organizmanın şifa bulmayan yeni yapılanmaları için kullanmıştır. Vücut yüzeyinde büyüyen ve genellikle ülser olan, kırmızı sıcak ve diğerlerinden farklı karakterde olup daha yavaş büyüyen şişliklere "karkinoma" demiştir. Karkinoma Latincede yengeç anlamındadır. Yengece benzetmesinin nedeni kanser ağrısının yengeç ısırmasına benzemesi ve kanserin çevresinde dolgunlaşan damarları yengece benzettiği için bu ismi verdiği belirtilmektedir (Hadju, 2011a). Hipokrat vücutta bulunan dört sıvı tanımlamış ve bunların müküs, kan, kara safra ve sarı safra olduğunu belirtmiştir. Eğer bu sıvılar arasında dengesizlik oluşursa hastalık ortaya çıkacağını belirtmiş, kanseri ise vücutta kara safra birikmesi olarak tanımlamıştır. Tedavisinde ise; kan alma, hamam ve lavman önermiştir (Papac, 2001; American Cancer Society. 2009; Hadju, 2011b).

Eski Romada Galen (M.S.200) tümörleri sınıflamıştır ve malign tümörleri ayırt etmiş ve kanser oluşumunu Hipokratla benzer şekilde açıklamış kara safrayı sorumlu tutmuştur. Galen'in görüşleri 1300 yıl geçerliliğini sürdürmüş ve bu dönem boyunca kanser için diyet tedavisi uygulanmıştır (Hadju, 2011c). Aydınlanma döneminde Willim Harvey (1578-1657) kan dolaşımını hemen hemen bugünküne yakın olarak tanımlamış ve Galen'in açıklamasını çürütmüştür. Ambroise Pare (1510-1590) memedeki malign tümörlerin yayılımını açıklamıştır. Morgagni (1682-1771) 700 hastanın otopsisini yaparak vakaların 17'sinin kansere bağlı olduğunu açıklamış ve günümüzde bilinen birçok kanser türünü tanımlamış, primer tümörü sekonder

tümörden ayırmıştır. Anton van Leeuwenhoek 1700'lü yıllarda mikroskopu bulmuş ancak 19. Yüzyılın başlarında tıp alanında kullanımı yaygınlaşmıştır (Hadju, 2012a).

On dokuzuncu yüzyılın başlamasıyla kanser araştırmaları oldukça yaygınlaşmış, tanı, tedavi ve önleme çalışmalarında önemli adımlar atılmıştır. Tıptaki gelişmelere paralel olarak kanserle ilgili araştırmalar da artmış, özellikle immünoterapi ve gen terapilerinde önemli gelişmeler olmuştur (Papac, 2001, Atıcı, 2007; Hadju, 2012b).

1.3.2. Kanserin epidemiyolojisi

Kanser vakaları tüm dünyada ve ülkemizde gidererek artmaktadır. Dünyada ölüm nedenlerine bakıldığında %13'ü kanser nedenlidir. Dünya nüfusu 2008'de tahmini 6,7 milyar olup, bunun 2030'da 8,3 milyara yükselmesi beklenmektedir. Yaş ilerledikçe kanser oluşma riski artmaktadır. Tüm dünyada beklenen yaşam umudunun her geçen gün artıyor olması kanserin de, gelişmekte olan ülkelerde daha belirgin olmakla beraber, görülme oranını arttırmaktadır (DSÖ, 2008).

Amerika Birleşik Devletleri'nde Amerikan Kanser Derneği (American Cancer Society-ACS, 2012) verilerine göre 1.638.910 yeni kanser vakası ve kanserden ölümlerin toplamda 577.190 kişi olduğu belirtilmiştir. Kanser nedenli ölümler kalp hastalıklarından sonra ölüm nedenlerinde ikinci sırada yer almaktadır. Amerika'da Son 50 yılda ölüm nedenleri incelendiğinde kalp hastalıklarından ölümlerin %64, inmelerden ölümlerin %74, enfeksiyonlardan ölümlerin %58 azalırken, kanser nedeniyle ölümlerin sadece %5 azaldığı görülmektedir. Ulusal Kanser Enstitüsü (National Center for Health, 2011) verilerine göre kalp hastalıklarından ölen kişi sayısı 597,689 iken, kanser nedeniyle ölen kişi sayısının 574,743 olması kanserin gelecekte birinci sıraya oturacağının habercisidir.

Amerika da kanser kaynaklı ölümler 1990'ların başından bu yana erkeklerde %18,4, kadınlarda ise %10,5 azalmıştır. Bunun nedeni olarak sıkı sağlık politikaları ve tütünle mücadele eğitimleri gösterilmektedir (DSÖ, 2008). Bu duruma rağmen Amerika'daki ölümlerin dörtte birinin kanser nedeniyle olduğu belirtilmektedir. En sık görülen kanser türleri erkeklerde prostat, akciğer, kolorektal kanserler; kadınlarda

meme, akciğer, kolorektal kanser şeklinde sıralanmaktadır. Kanser nedenli ölümlerde ise akciğer kanseri ilk sırada yer almaktadır (Jemal et al., 2009). Avrupa'da 2006 yılında 3.191.600 kanser vakası, 1.703.000 kanser nedenli ölüm görülmüştür. En sık görülen kanser türleri meme, kolorektal ve akciğer kanseridir. Kanser nedenli ölümlerde akciğer kanseri ilk sırada yer almakta, bunu kolorektal, meme ve mide kanserleri izlemektedir (Ferlay et al., 2007).

Ülkemizde kanser görülme sıklığı 2000 yılında yüz binde 64.43 iken, 2002'de yüz binde 133.78, 2005'de yüz binde 173.85 olmuştur. Erkeklerde kanser görülme sıklığı 2002 ve 2005 yılları arasında %9,7, kadınlarda ise %8,6'dır. Türkiye'de erkeklerde en sık görülen kanserler sırasıyla akciğer, prostat ve cilt, kan ve mide kanserleriyken, kadınlarda en sık görülen kanserler meme, cilt, troid, akciğer ve mide kanserleridir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2009).

IARC'ın kurulduğu 1965'te veriler yetersiz olmasına rağmen; kanser genellikle gelişmiş, yüksek gelir seviyesindeki ülkelerde görülen bir hastalık olarak düşünülmekteydi. Bu durumun artık büyük ölçüde değiştiği belirtilmekte ve küresel kanser yükünün en az yarısının düşük ve orta düzeyde kaynakları olan ülkelerde bulunduğu belirtilmektedir. IARC ayrıca yeni vakaların yarısından fazlasının ve kanser nedenli ölümlerin üçte ikisinin düşük ve orta gelir grubundaki ülkelerde olduğunu tahmin etmektedir (DSÖ, 2008).

1.3.3. Kanser etiyolojisi

Kanser etyolojisinde rol oynayan majör faktörlerler aşağıda verilmektedir.

Diyet, Fiziksel Aktivite ve Obezite: Yiyecekler pişirme teknikleri, saklama koşulları ve katkı maddeleri nedeniyle kanserojen etki gösterebilmektedirler. Kanserin önlenmesinde yeterli ve dengeli beslenmenin önemli etkisi olduğu bilinmektedir.

Vücut gereksiniminden fazla beslenme ve fiziksel aktivite yetersizliğine bağlı olarak ortaya çıkan obezite Dünya'da kadınlar arasında üçte bir erkekler arasında beşte bir oranında karşılaşılan bir sorundur. Obezite neden olduğu çeşitli biyokimyasal değişimler nedeniyle çok sayıda sağlık sorununu da beraberinde

getirmektedir. Obezite beraberinde inaktif yağ deposunda artışla beraber, adipokin denen biyolojik aktif polipeptidleri ve regülatör proteinleri arttırır. Bu artış karsinojenik mekanizmayla, anjiojenez sonucu hücre proliferasyonunu arttırarak, metastaza neden olur. Bununla beraber, cinsiyet steroit hormonların sentezini ve metabolizmasını değiştirip, karsinojenik mekanizmaların ortaya çıkmasına neden olur (Croghani and Omoto, 1996, Aksoy, 2009).

Obezite ile ilişkili olan kanser türleri kadınlarda; özefagus, pankreas, endometrium, böbrek, safra kesesi, post menapozal dönemde ise meme kanseridir. Erkeklerde, özefagus, tiroid, kolon, rektum, böbrek, prostat kanserinin yaygın olduğu görülmektedir. Obezite ile ilişkili olan kanser türlerinden kadın ve erkekte sıklıkla görülenler lösemi, kolorektal kanserler, multiple myolama, nonhodking lenfomadır (Aksoy, 2009).

Alkol: Kansere bağlı ölüm nedenlerinin %5'inin alkol kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Aşırı alkol kullanımının ağız, farenks, larenks ve özefagus kanserleriyle doğrudan karaciğer kanseriyle dolaylı olarak ilişkisi olduğu düşünülmektedir. Alkolün içindeki direkt kanserojen etkili maddeler bilinemese de alkol kullanımının kanserle ilişkili olduğu bilinmektedir (Croghan and Omoto,1996).

Genetik: Kişinin genetik yapısı gerek çevresel faktörlere verdiği yanıt, gerekse kanser gelişmesine yatkın olmasını sağlaması nedeniyle kanser oluşumunu etkileyen faktörlerden biridir. Kanser riskinde artış meydana getiren, kansere duyarlılık genlerinin (onkogenler, tümör baskılayıcı genler, risk modifiye edici genler) diziliminde meydana gelen değişikliklerin kalıtımsal olarak aktarılmasıdır. Meme ve kolon kanserlerinin duyarlılık genlerinin dizilim değişikliğine bağlı oluşabilecek kanser türlerinden olduğu bilinmektedir (Yakıcıer ve Akarsu, 2007).

Enfeksiyon: Kanserlerin %15-20'si enfeksiyon kaynaklı ajanlarla ilişkili bulunmuştur. Bu oran düşük sosyo ekonomik düzeyde artmaktadır. Günümüzde sık karşılaşılan serviks kanserleri "human papilloma virüsünün" bazı türleriyle ilişkili bulunmuştur. Bu nedenle kötü hijyen koşulları ve çok sayıda cinsel partnerin olması virüsün bulaşması nedeniyle serviks kanseri riskini arttırmaktadır (Boyle and Levin, 2008; Fidaner, 2009). Bunun yanısıra yapılan araştırmalar; bakteri enfeksiyonlarından helicobakter pylorinin mide kanserine, parazitlerden

schistosomiasis'in mesane kanserine, Hepatit B virüsünün ise karaciğer kanserine yatkınlığı arttırdığını göstermektedir (Yardım ve ark., 2009).

Sigara: Sigara kullanımının, başta akciğer kanseri olmak üzere, yutak, gırtlak, yemek borusu, mesane, karaciğer, miyeloid lösemi, böbrek, mesane, mide, pankreas, ağız boşluğu gibi birçok kanserin oluşmasını tetikleyen bir faktör olduğu bilinmektedir (Boyle and Levin, 2008). Sigara dumanında bulunan 60 kadar madde karsinojenik özelliğe sahiptir. Bu kanserojenlerin bazıları (radon, bizmut, kurşun ve polonyum gibi) radyoaktif özelliktedir. Karsinojenik özellikteki bu maddeler DNA'ya ulaşması ve DNA'da mutasyon ve hatalı kodlama oluşmasına neden olmaktadır. Sigaraya başlama yaşı, günlük içilen sigara miktarı, sigara içme süresi gibi etkenler kanser gelişimini doğrudan etkilemektedir (Köktürk ve ark., 2003).

Sigara önlenebilir hastalıklar ve ölüm nedenleri arasında sıralamanın ilk kısımlarında yer almaktadır. Dünya genelinde, 2000 yılında meydana gelen kansere bağlı ölümlerin %21'inden sigaranın sorumlu olduğu tahmin edilmektedir. Kanser nedeniyle ortaya çıkan erişkin ölümlerinin erkeklerde %32, kadınlarda %8'i sigarayla ilişkilidir. Dünya genelinde 1,3 milyar insanın sigara içtiği tahmin edilmekte bu sayının yarıdan fazlasını erkekler oluşturmaktadır (Boyle and Levin, 2008).

Radyasyon: Kansere neden olan radyasyon türünün daha çok iyonize radyasyon olduğu bilinmektedir. İyonize radyasyon bölgesel olarak, biyolojik önem taşıyan kimyasal bağları parçalayacak şiddette enerji açığa çıkarır. Radyasyon maruziyetine bağlı kanser gelişmesi, maruz kalınan radyasyon dozu ve radyasyona maruz kalınan yaş ile ilgilidir. Radyasyonun ortaya çıkardığı karsinojenik etkiler; gen amplifikasyonları, kromozom translokasyonları ve nokta mutasyonları sonucu gelişen onkogen aktivasyonu, kromozom delesyonları, tümör baskılayıcı gen kayıpları ile serbest radikal oluşumu mekanizmalarıyla gelişir (Akbulut ve Akbulut, 2005).

İyonize radyasyon, daha çok tıbbi, endüstriyel diğer iyonize radyasyon kaynaklarına maruz kalma sonucunda kanser riskini arttırmaktadır. İyonize radyasyona maruz kalma sonucunda meme kanseri, lösemi, troid kanseri gibi çok sayıda neoplazmların oluşma riskini arttırmaktadır. İyonize radyasyonun yanısıra mobil telefon kullanımına bağlı ortaya çıkan elektromanyetik radyasyona bağlı

olarak kanser gelişmesi riski konusunda da birçok çalışma yapılmıştır. Yapılan çalışmalarda uzun süre ve yoğun mobil telefon kullanımı gliyoma, akustik nöroma, parotid bezi tümörlerinin oluşumu ile ilişkili olduğunu düşündürmüşse de bu sonuçlar henüz netlik kazanmamıştır (Boyle and Levin, 2008).

Hormonlar: Tedavi amaçlı veya doğum kontrolü amaçlı olarak uzun süreli hormon kullanmak sık karşılaşılan bir durumdur. Ancak uzun süreli kullanılan hormonlar karsinojenik özellikte olabilmektedir. Özellikle menapoz sonrası dönemde yaygın olarak östrojen kullanımının endometrial kanserlerle ilişkili olduğu bilinmektedir (Croghan and Omoto, 1996).

1.3.4. Kanserin evrelendirilmesi

Kanserde evreleme kanserin yerleştiği yer, yayıldığı yer, kanserli hücrenin diğer organları etkileyip etkilemediğini tanımlar. Kanserin evresinin bilinmesi doğru tedavi yönteminin belirlenmesi için önemli bir yol göstericidir. Kanserin türüne göre farklı evrelendirmeler olsa da günümüzde en yaygın kullanılanı Amerikan Kanser Komitesi tarafından hazırlanan TNM evrelendirme sistemi klinik bir evreleme sistemidir.T: tümörün yerini, N: Lenf nodu tutulumunu, M: metastazı olup olmadığını temsil eder. Lokal olan tümörün yaygınlığını "T" ifade eder, T_1,T_2,T_3,T_4 Tümör yaygınlığındaki artmayı gösterir. N_0 lenf nodu tutulumunun olmadığını N_1, N_2, N_3lenf nodu tutulumunun arttığını göstermektedir. M_0 metastaz olmadığını ifade ederken M_1 uzak metastaz olduğunu ifade etmektedir (McArdle and O'Manhany, 2008).

TNM sınıflamasında kanser türlerine göre T1a, T1b, N2a, N2b gibi alt gruplara da ayrılmaktadır. Bu alt gruplar Evre 1, Evre 2, Evre 3 ve Evre 4 olarak sınıflanmaktadır. Her kanser türüne özgü evrelendirmeye alınan kriterler farklılaşmaktadır (İnternational aganist cancer (UICC); 2009) Örneğin meme kanserinde evrelendirme şu şekildedir:

EVRE 0 $T_{is,}$ N0, M0

EVRE I T1, N0, M0

T0, N1, M0

EVRE IIA	T1, N1, M0
	T2, N0, M0
	T2, N1, M0
EVRE IIB	
	T3, No, M0
	T0, N2, M0
	T1, N2, M0
	T2, N2, M0
EVRE IIIA	
	T3, N1, M0
	T3, N2, M0
	T4, herhangi bir N, M0
EVRE IIIB	
	Herhangi bir T, N3, M0
EVRE IV	Herhangi bir T, herhangi bir N, M1

1.3.5. Kanser tedavisi

Kanser tedavisi tümörün histolojik yapısına, metastaz varlığı olup olmamasına ve hastalığın aşamasına göre belirlenir. Kanser tedavisi hastaları tedavi etme, hastalığı kontrol altında tutma ya da palyatif olarak hastanın yaşam süresini uzatmak ve yaşam kalitesini arttırmak amacıyla yapılmaktadır. Sıklıkla uygulanan kanser tedavileri cerrahi, radyoterapi ve kemoterapidir. Ayrıca immünoterapi ve kemik iliği transplantasyonu gibi tedavi yöntemleri de kullanılmaktadır (Perry, 2008).

1.3.5.1. Kemoterapi

Kemoterapinin bulunuşu 1940'lı yıllarda ilk sitotoksik ilaç olan Nitrogen Mustardın bulunmasına dayanır. II. Dünya Savaşı sırasında 100 ton Mustard gazı taşıyan geminin batması sonucu Dr. Alexander tarafından (1943) yapılan araştırmalarda bu gaza maruz kalan askerlerde lökopeni saptanmış ve bundan esinlenerek üretilen

nitrogen mustard ile lenfomalı hastalarda ilk başarılı sonuçlar alınmıştır (İçli, 1997; Atıcı, 2007).

Lösemi ve lenfoma gibi sık görülen bazı tümörler cerrahi ve radyoterapi ile tedavi edilemez. Bazı kanser türleri teşhis konulmadan metastaz yaparlar ve hastalar tümörün ameliyatla çıkarılmasına ya da radyoterapi tedavisi almasına olanak kalmadan yaygın metastazlarla başvururlar. Ayrıca çoğu solid tümörde tanı anında mikrometastazların varlığı daha yaygın bir durumdur. Bu tip yüksek riskli hastaların etkin profilaktik ve sistemik tedaviden yarar görebilecekleri ve bu nedenle kemoterapinin kanserli hastaların çoğunda gerekli olabileceği belirtilmektedir (İçli, 1997).

Kanser kemoterapisinin esası; hastanın normal hücrelerine zarar vermeden tümör hücresinin büyümesini ve çoğalmasını durdurmak ve onları yok etmektir. Kemoterapi ilaçları üretilirken temel düşünce antibakteriyal ilaçların bakterileri öldürdüğü gibi kanser hücrelerini öldürmek ve tedavi sağlamaktır (İçli, 1997). Ancak antineoplastik ilaçların kanser hücresine olan seçicilikleri, antibiyotiklerin bakterilere karşı olan seçiciliklerinden daha azdır. Çünkü malign hücre ile normal hücre arasında nitelik yönünden değil, daha çok nicelik yönünden fark vardır. Kemoterapi ilaçları hızla bölünen tümör hücrelerinin büyümesini ve çoğalmasını durdururken ve onları yok ederken, vücutta hızla çoğalan kemik iliği hücreleri, bağırsak ve ağız mukozası hücreleri, saç folikülleri, testis epitelyumu, fetüs ve embiriyo hücreleri gibi normal hücrelerinde gelişip çoğalmasını önlemektedir. Kemoterapi yararlı etkilerinin yanında yorgunluk, ağrı, saç dökülmesi, bulantı-kusma gibi birçok yan etkiye de neden olmaktadır (Erkurt ve ark., 2009).

Kemoterapinin genel amaçları ise kanseri tedavi etmek, tedavi sağlanamadığında yaşam süresini uzatmak, tedavi ya da kontrol sağlanamadığında rahatlığı sağlamak ve tümöre bağlı semptomları hafifleterek tümörün etkisini azaltmak, sinirler ve organlara basıyı azaltmak, etkilenen bölgede kan akımını arttırmak, organ tıkanıklığını önlemek ve yaşam kalitesini arttırmaktır (Freter and Perry, 2008).

Kemoterapi profilaktik olarak da iki şekilde uygulanır;

1) Adjuvan kemoterapi, tümörün tamamının cerrahi yöntemle çıkarılmasından sonra (postoperatif dönemde) verilen ek tedavidir. Bu tedavide amaç uzak metastazların kontrolüdür.
2) Neoadjuvan kemoterapi, preoperatif dönemde kanser hücrelerinin yayılmasını ve çoğalmasını önlemek amacıyla uygulanan kemoterapidir (Dougherty and Baily, 2001; Freter and Perry, 2008).

1.3.5.1.1. Kemoterapinin yan etkileri

Kemoterapi alan kanser hastalarının tedavinin yan etkileriyle karşılaşmalarında, kanserin türü, lokalizasyonu ve yaygınlığı, uygulanan tedavinin çeşidi ve dozu, hastanın cinsiyet, yaş, sosyokültürel özellikleri etki etmektedir (Perry, 2008).

1.3.5.1.2. Kemoterapinin fiziksel yan etkileri

Ağrı

Ağrı, vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan, organik bir nedene bağlı olan veya olmayan, organizmanın zedelenmeye karşı gösterdiği savunma mekanizması olarak ortaya çıkan, kişinin geçmişteki deneyimleri ile ilgili hoş olmayan bir duygu olarak tanımlanmaktadır (American Pain Society, 2009).

Kanserin kendisine, tanı işlemlerine ve tedavisine bağlı olarak gelişen ağrı kanser ağrısı olarak tanımlanır. Kanser ağrısının periferal ve merkezi nöropatiye neden olduğu için ağrı yapabileceği literatürde belirtilmektedir (Saklı ve Demir-Zencirci, 2013). Kanser ağrısı; hastanın günlük aktivitesine, duygusal yaşamına, motivasyonuna, aile ve yakınları ile etkileşimine ve genel yaşam kalitesi üzerine oldukça fazla olumsuz etki yarattığı için en önemli problemlerden olup, kanser hastalarında %80-%90 oranında görülen bir semptomdur (Krishnasamy, 2001).

Bulantı kusma

Bulantı, medullada kusma merkezinin bir kısmının veya çok yakın ilişkisi olan bir bölgenin bilinçaltı uyarılmasının bilinçli olarak tanınmasıdır. Kusma ise gastrointestinal kanalın üst bölümünde her hangi bir alanın aşırı irrite edilmesi,

gerilmesi veya aşırı uyarılabilir hale geldiği durumlarda üst gastrointestinal kanalın içeriğinden kurtulma yöntemidir (Genç, 2006).

Tedavi sonrası bulantı ve kusmanın antiemetik ilaçların varlığına rağmen halen %50 oranında hastalarda görüldüğü literatürde belirtilmektedir (Tipton et al., 2006) Genç yaş, kadın olma, alkol kullanım öyküsü, şiddetli ağrı gibi bireysel faktörlerin bulantı kusma riskini arttırdığı belirtilmektedir (Durna ve ark., 2010). Bulantı akut olarak, kemoterapi almaya başladıktan birkaç dakika veya saat içinde gelişirken, gecikmiş bulantı tedavi sonrası 24-72 saat içinde gelişmektedir (Can ve ark., 2008).

Kemoterapiye bağlı olarak ortaya çıkan bulantının oluş mekanizmaları kesin olarak açıklanamamıştır. Değişik ilaçların merkezi sinir sistemi üzerinde etkili olduğu ancak bazılarının periferik yoldan da etki gösterip bulantı ve kusmaya yol açtığı bilinmektedir (Perry, 2008). Bu iki yan etkinin kontrol altına alınamaması hastada aneroksi, dehidratasyon, sıvı elektrolit dengesizliğine neden olarak tedaviye ara verilmesine neden olabilmektedir. Yüksek düzeyde bulantı yapan kemoterpötik ilaçlar ise sisplatin, siklosfomid, dakarbazin, karmustin, streptozotosindir (Krishnasamy, 2001).

İştahsızlık

Kemoterapi, hastalığın kendisi ya da korku, kaygı gibi bir takım duygular iştah kaybına neden olabilmektedir. Tedavinin neden olduğu bulantı, kusma ya da tat ve koku almada bozulmanın yemek yeme isteğini azaltabileceği belirtilmektedir. İştah kaybının kemoterapi alan hastalarda %60-%65 oranında görüldüğü literatürde belirtilmektedir. Hastalarda iştah kaybının yetersiz beslenmeye böylece malnitrüsyona, sıvı elektrolit dengesi bozukluklarına ve halsizliğe yol açtığı belirtilmektedir (Durna ve ark., 2010).

Tat değişikliği

Tat değişikliği, alınan tedavinin dil üzerindeki tat almayı sağlayan hücrelere zarar vermesiyle ortaya çıkan durumdur. Besin tüketimini engelleyen bu durum hastaların çoğunda özellikle et ya da yüksek protein içeren besinlerin ağızda metalik tat bırakması şeklindedir. Yapılan bir çalışmada genç yaşta ve kadın olan hastaların daha çok tat değşikliği yaşadığı belirtilmektedir. Tat değişikliğine en çok yol açan kemoterapi ilaçları ise, cisplatin, carboplatin, cyclophosphamide, doxorubicin, 5-Fluorouracil'dir (Durna ve ark., 2010).

Yorgunluk

Kansere bağlı gelişen yorgunluk günlük aktivitelerin gerçekleşmesini engelleyen kanser veya kanser tedavisine bağlı gelişen inatçı, subjektif bir halsizlik hissi olarak tanımlanmıştır (Can ve ark., 2008). Yorgunluk kanserli hastalarda en sık görülen semptomlardan birisidir. Literatürde bu oranın %25 ile %99 arasında değiştiği belirtilmektedir (Pinto and Azambuja, 2011). Kemoterapi alan hastaların %45'inde bir hafta hafif, %33'ünde ise iki hafta sonrasına dek yorgunluk sürmektedir. Hatta tedavi tamamlandıktan aylar, yıllar sonra bile hastaların yorgunluk yaşayabileceği belirtilmektedir Kemoterapinin yorgunluk yapıcı etkisi başlıca anemiye ve hücre yıkım ürünlerine bağlıdır. Yorgunluğa neden olabilecek faktörler ise kemoterapi ve diğer kanser tedavilerinin toksik etkileri, anksiyete ve depresyon varlığı, rol ve ilişkilerde bozulma, ağrı, bulantı kusma, yeterli beslenememeye bağlı enerji kaybı gibi faktörlerdir (Krishnasamy, 2001)

Mukozit

Mukozit, kemoterapik ajanların hızlı bölünen mukoza hücrelerini zarara uğratması sonucu meydana gelir. Stomatit ise oral mukozada ülserin ve inflamasyonun varlığı demektir. Stomatit tedaviye bağlı olarak görülme sıklığı %5 ile %15 arasında olduğu, ancak 5-Fluorouracil alan hastalarda %40 oranında görüldüğü litertürde belirtilmektedir (Çavuşoğlu, 2007). Stomatit, kullanılan kemoterapi ilaçlarının cinsine, dozuna ve uygulama sıklığına göre değişir. Bu durum genellikle tedaviden iki-on gün sonra ortaya çıkar Stomatitin sık görüldüğü ilaçlar akridinilanisidid, daktinomisin, daunorubisin, doksurubisin, siklosfomid, busulfan, methotreksat, bleomisin, mitramisin, mitomisin (Demir ve Onat., 2012).

Konstipasyon

Kabızlık, dışkının kalın bağırsakta yavaş ilerlemesi demektir. Sıvı emilimi için bol zaman olduğundan kabızlıkta dışkı çoğu zaman bol miktarda ve serttir. Barsak içeriğinin ilerlemesine engel olan tümör, bağırsağı sıkıştıran yapışıklıklar, ülser gibi herhangi bağırsak patalojisi kabızlığa neden olabilir. Kanser hastalarında kabızlık görülme oranı %45-%60 arasında değişmektedir (Demir ve Onat, 2012). Kanser hastalarında kabızlık sebepleri; hareketsizlik, beslenme bozukluğu, sıvı alım azlığı, depresyon gibi genel nedenler, Vinka alkaloidleri, vinorelbin, oxaliplatin gibi ilaçlar, hiperkalsemi, dehidratasyon, üremi gibi metabolik nedenler, beyin tümörü,

kolorektal sorunlar, tıkanma, pelvikte kitle gibi nörolojik sorunlardır (Woolery et al., 2007).

Diyare

Diyare özellikle fluorouracil ve irinotekan bazlı tedavilerde ortaya çıkan bir yan etkidir (Muehlbauer et al., 2009). Kemoterapiye bağlı gelişen diyarenin nedeni bağırsakta aktif olarak çoğalan yüzeysel tabakanın hasarlanması sonucu emilimi sağlayan yüzeyin yok olmasıdır. Diyare durumunda bağırsak hareketleri günde 2-3 kez den fazla ve gaita günde 200 gramın üzerindedir. Uzun süren diyarenin hastada sıvı elektrolit dengesizliklerine, iştahsızlığa ve malnütrisyona neden olabileceği, ayrıca, uykusuzluk, yorgunluk, seksüel aktiviteden kaçınma, sosyal izolasyon ve benlik saygısında azalmaya bağlı anksiye ve depresyon gibi psikolojik sorunlara da yol açabileceği literatürde belirtilmektedir (Can ve ark., 2008).

Anemi

Anemi kemoterapi alan kanser hastalarında %30 ile %90 arasında görülen önemli bir hematolojik sorundur Kemoterapiye bağlı anemide temel neden, kemik iliği depresyonudur. Kemoterapi alan hastalarda nötropeni ve trombositopeninin tedaviden itibaren 7-14 gün içinde düzeldiği halde aneminin kronik seyir izleyebileceği belirtilmektedir (Rodgers et al., 2012). Groopman ve Itri (1999) kemoterapi çeşidine göre anemi görülme oranını inceledikleri çalışmada paklitaksel ve carboplatin alanlarda %2 ile %34, topetecan alanlarda %4 ile %40, paklitaksel ve cisplatin alanlarda %5 ile %23, etoposit ve sisplatin alanlarda %16 ile %55,vincristin alanlarda %17 ile %79 arasında saptadığını bildirmiştir.

Nötropeni

Kemoterapik ajanlar malign hücreleri öldürürken, hızlı bölünme özelliği olan kemik iliği ve müköz membranlardaki normal hücreleri de ortadan kaldırarak kemik iliğinin baskılanmasına ve fizyolojik bariyerlerin bozulmasına yol açmaktadır, bu da kandaki nötrofil sayısını düşürmektedir (Nirenberg et al., 2007). Nötropeni genel olarak periferik kanda mutlak nötrofil sayısının azalması olarak tanımlanmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Kanser Enstitüsü tarafından mutlak nötrofil sayısının (MNS) $2000/mm^3(2x10^9/L)$'ün altında olması olarak tanımlanmıştır. Nötropeni hastanın yaşam kalitesini düşüren, enfeksiyona olan yatkınlığını, mortalite ve morbitite oranlarını arttıran önemli bir komplikasyondur (Can ve ark., 2008).

1.3.5.1.3. Kemoterapinin sosyal yan etkileri

Sosyal izolasyon

Sosyal izolasyon bireyin kendi dünyasında yer alan, giderek çözümlenmesi güçleşen iç ve dış kaynaklı olabilen, çevreden uzaklaşma problemidir. Hastalarda beden imajında değişim, benlik saygısında değişim, yorgunluk, enfeksiyona yatkınlık, hastalığını toplumdan gizlemek isteme gibi nedenlerle sosyal izolasyon meydana gelmektedir. Ayrıca genç yaş, düşük sosyo ekonomik düzey, alkol veya madde bağımlılığı gibi faktörlerin sosyal izolasyonu arttırdığı belirtilmektedir. Sosyal izolasyonun artması ise anksiyete ve depresyon varlığı ile yakından ilişkilidir (Krishnasamy, 2001)

Saç dökülmesi

Aleopesi saçın tamamının ya da bir kısmının dökülmesi olarak tanımlanır. Saç, dökülmesi cinselliğin, güzelliğin, çekiciliğin ve bireyselliğin kaybı olarak algılanan, cinsiyetler arası ilişkilerde önemli bir yer tutan sosyal ve travmatik bir yan etkidir (Batchelor, 2001; Dougherty and Baily, 2001; Rosman, 2004).

Kemoterapi alan hastalarda %65 oranında saç kaybı yaşandığı belirtilmektedir. Saç kaybının, paclitaxel alan hastalarda %80'nin üzerinde, siklosfomid alan hastalarda %60'ın üzerinde, doxorubicin alan hastalarda %60 ile %100 arasında fluorouracil ve levacorin alan hastalarda ise %10 ile %50 arasında görüldüğü bildirilmektedir (Wang et al., 2006). Saç kaybını etkileyen diğer faktörlerin ise tedavi dozu, saç tipi, beslenme durumu, hipotroidi varlığı ve yaşlılık gibi faktörler olduğu belirtilmektedir. Yüksek dozda kemoterapi uygulandığı durumlarda saç hücrelerinden daha yavaş bölünen kaş ve kirpiklerde, pubis bölgesinde ve koltuk altında da tüylerin döküldüğü belirtilmektedir (Trueb, 2010).

Saç dökülmesi tedaviye ara verilmesini ya da tedavinin sonlandırılmasını gerektiren bir yan etki değildir. Tedavi sonrasında saçlar bir veya iki ay sonrasında tekrar uzamaya başlar, tedavi öncesi görünümüne dönebilmesi ise üç ya da beş ay sonrasında gerçekleşir (Can ve ark., 2008).

Unutkanlık

Unutkanlığın kan beyin bariyerini geçen antineoplastik ilaçların bilişsel fonksiyonları etkilemesi nedeniyle meydana geldiği belirtilmiştir. Literatürde kemoterapinin bilişsel fonksiyonlarına etkisi ile ilgili araştırmalar büyük çoğunlukta meme kanseri olan hastalarda yapılmıştır (Schogen et al., 2002).

Meme kanserli hastalarda kemoterapiye bağlı bilişsel fonksiyonlarda bozukluğun %16 ile %60 arasında değiştiği bildirilmiştir (Tannock et al., 2004). Literatürde unutkanlığın siklosfomid, methotreksat, fluorouracil ve kombinasyonunu alan hastalarda antirsiklin bazlı tedavi alan hastalardan daha çok görüldüğü, taxan bazlı tedavi alan hastalarda görülmediği ifade edilmektedir (Tannock et al., 2004). Ayrıca primer ya da metastatik lezyonların sinire bası yapması, sıvı elektrolit dengesizlikleri, nörolojik bozukluklar da unutkanlığa neden olan diğer faktörlerdir (Can ve ark., 2008)

El ve ayaklarda kızarıklık

Kemoterapinin el ve ayaklarda kızarıklık ve şişlikle birlikte görülen el ayak sendromu olarak nitelendirilen yan etkisidir. Bu yan etkide ellerde ve ayaklarda akut gelişen ve ağrılı seyreden eritemlerin var olduğu bildirilmektedir (Janusch et al., 2006). Kemoterapi aldıktan iki on gün sonra el ve ayaklarda karıncalanma ile başlayıp üç dört gün sonra avuç içlerinde eriteme dönüşen yapıların görüldüğü literatürde belirtilmektedir (Can ve ark., 2008).

Fizyopatolojisi tam olarak tanımlanamamıştır. Kan damarlarında genişleme ve kan ve lenf dokularına infiltre olan toksik keratin reaksiyonuyla meydana gelebileceğini bildiren çalışma vardır. Fluorouracil tedavisinde bu yan etkinin %13-%34 arasında görüldüğü literatürde belirtilmektedir. El ayak sendromuna sıklıkla neden olan diğer ilaçlar ise capecitabin dosetaxel, cytarabine, doxorubicindir (Janusch et al., 2006).

Tırnak görününümü ve yapısında değişiklik

Kemoterapi yüksek proliferasyon özelliğine sahip tırnak matrix hücrelerinde hasar meydana getirmektedir. Bu da tırnak görünümünde ve yapısında değişiklik olmasına neden olmaktadır. Literatürde en çok taxan ve antrasiklin bazlı tedavi alan hastaların tırnak toksitisesi yaşadığı bildirilmektedir (Gilbar et al., 2009). Bu oranın taxan bazlı tedavi alan hastalarda %0-%44 olduğu belirtilmiştir (Minisini et al., 2003). Ayrıca

bleomisin, cisplatin ve dacarbazinin tırnakta renk değişikliğine neden olduğu bildirilmiştir (Gilbar et al., 2009).

1.3.5.1.4. Kemoterapinin psikolojik yan etkileri

Coates ve arkadaşlarının çalışmasında (1983) en şiddetli psikolojik yan etkiler tedavinin belirsizliği, tıbbı tedavi korkusu, tedaviye harcanacak zaman olarak çıkmıştır. Carelle ve arkadaşları (2002), psikolojik yan etkilerin fizyolojik yan etkilerden daha şiddetli olduğunu kanserin hastanın ailesini olumsuz etkilediği, saç kaybı ve yorgunluk gibi semptomların şiddetli olduğunu belirtmektedir. Sun ve arkadaşları (2005) de over kanserli hastalarla yaptıkları bir çalışmada ilk kez kemoterapi alan hastaların 2. ve 3. kez alan hastalardan daha az semptom sıkıntısı, seksüel disfonksiyon, yorgunluk ve hafıza kaybı yaşadığını belirtmiştir.

Depresyon

Depresyon, yas ve üzüntü halidir. Literatürde kanser hastalarının %1-%50 arasında depresyon yaşadığı belirtilmektedir (Massie, 2004) Chochinow ve arkadaşları (2000) terminal dönemde olduğunu bilen hastaların, terminal dönemde olduğunu bilmeyen hastalardan üç katı kadar daha fazla depresyon yaşadığını saptamıştır. Depresyona neden olabilecek faktörler; ilerlemiş kanser öyküsü, yetersiz sosyal destek, duygusal stres, benlik saygısının düşüklüğü, kansere eşlik eden fiziksel hastalıklardır. Ayrıca kadınlarda, 20 ile 50 yaş arasında, bekâr ya da boşanmış olma durumunda, düşük sosyo ekonomik düzeye sahip kişilerde daha fazla depresyon görüldüğü belirtilmektedir (Savrun, 1999). Depresyona neden olan kemoterapi ilaçları ise prednizon, deksametazon, prokarbazin, vinkristin, vinblastin, lasparaginaz, tamoksifen ve interferondur. Ayrıca pankreas kanseri olmanın da depresyona neden olduğu belirtilmektedir (Arıkan, 2004).

Anksiyete

Anksiyete nedeni bilinmeyen, içten gelen belirsizlik korku ve kaygı gibi duyguların yaşandığı bir durumdur (Sheldon et al., 2006). Literatürde yeni kanser tanısı alan hastalarda %50'nin üzerinde, uzun süredir kanser hastası olanlarda %30 oranında anksiyete yaşandığı belirtilmektedir (Mars, 2006). Bir çalışmada kanser

tanısı ileri evrede olan hastaların, erken evredeki hastalardan daha çok anksiyete yaşadığı bildirilmiştir (Matsushita et al., 2005).

Kanser hastalarının anksiyete yaşamalarına neden olabilecek birçok faktör vardır. Ölüm korkusu, stres, benlik algısında bozulma, tedavi sürecinin belirsizliği gibi duygusal faktörler, kortikostreoid, nöroepileptik ve bronkodilatatör gibi tedavi ajanlarının da anksiyeteye neden olabileceği belirtilmektedir (Sheldon et al., 2006).

Cinsel yaşamda değişim

Kemoterapi overlerin yetersizliğine sebep olmaktadır (Monga, 2002). Kemoterapötik ajanlar overlere toksik etki yaparak foliküllerin gelişmesini engellemekte (Whilkes, 2001), ya da yıkımına neden olmaktadır (Monga, 2002). Foliküllerin yıkımının derecesi kadının yaşına, ilacın dozuna ve tedavinin süresine bağlıdır (Meirow and Nugent, 2001). Kemoterapötik ajan endometrium duvarında atrofiye, tedavi sonrası mentruasyon düzensizlikleri ve amenoreye sebep olmaktadır. Azalmış östrojen, vajinanın çekilmesine, incelmesine ve elastikiyetini kaybetmesinin yanında vajinal kuruluğa, sıcak basmalarına, üriner enfeksiyonlara, duygusal değişimlere ve yorgunluğa yol açmaktadır (Whilkes, 2001). Ayrıca kemoterapötik ajanlar kadında bulantı, kusma, diyare, mukozit, alopesi, yorgunluk ve depresyona yol açmaktadır. Yaşanan bu fiziksel ve psikolojik değişimler kadının yaşam kalitesini, beden imajını ve dolayısıyle seksüel yaşamını da olumsuz etkilemektedir (Susan et al., 2000; Butler et al., 2004).

Erkekte de kemoterapinin olası yan etkileri cinsel fonksiyonları bozmaktadır. Kemoterapotik ajanlar direk ya da dolaylı olarak germinal epitelyuma zarar vererek, spermlerde anormal olgunlaşmaya sebep olur. Bu durum testisleri etkileyerek erkekte cinsel disfonksiyona yol açabilmektedir (Boris, 2011). Böylece erkekte de cinsel istekte azalma, erektil disfonksiyon ve orgazma ulaşmada güçlük yaşanabilmektedir (Redd et al., 1991).

1.3.6. Semptom yönetiminde kullanılan tamamlayıcı tedaviler

1.3.6.1. Dini ve kültürel uygulamalar

Dünyada ve Türk toplumunda dini ve kültürel uygulamları kanserli hastaların oldukça yaygın kullandığı söylenebilir. Amerikada bir çalışmada dini uygulama yapma oranının %61,4 (Gansler et. al., 2008), İstanbulda yapılan bir çalışmada ise %71 olduğu belirtilmektedir (Can et al., 2009). Literatürde dinin kanser hastalarında, öz farkındalık, güven ve inanç duygusu, stresle başa çıkma, umutlu ve anlamlı yaşamı olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir (Lin et al., 2003). Bu uygulamaların bazıları tedavi etmek, şifa sağlamak amacıyla yapılmaktadır (Arslan, 2003).

Türkiyede yapılan kültürel uygulamalara baktığımızda; Çorumda sağlıklı popülasyonda yapılan bir araştırmada deneklerin %83,7'sinin nazarın varlığına %74'ünün kutsal kişilerin yardımına, %83'ünün türbede dua edilirse dileklerinin gerçekleşeceğine, %45,8'i kuran okutulmuş kutsal suların şifa vereceğine, %42,1'i kurşun döktürmenin nazarı geçireceğine inandığı belirtilmektedir (Arslan, 2003). Sağlıklı popülasyonda kültürel inanç ve uygulamaların yaygın oluşu, kanser gibi güç bir hastalıkta bu uygulamaların daha yaygın olabileceğini düşündürmektedir.

Dua etme

Dua etme şekli, mekanı, edilen yaratıcı güç dinlere göre değişiklik gösterse de çoğu toplumda iyileştirici bir uygulama olarak kabul edilmektedir. Yapılan araştırmalarda dua etmenin depresyon sıklığını azalttığı, bağışıklık sistemini güçlendirdiği, anksiyete durumlarında kişiyi rahatlattığı ve ağrıları azalttığı belirtilmektedir (Perez et al., 2011).

Kutsal yer ziyareti

Türk toplumunda kutsal yer olarak bilinen yatır, türbe, kümbet, tekke, dede mezarı gibi adlarla anılan kimselerin yattıkları yerlerin şifa aramak gibi çeşitli istek ve dilekler nedeniyle ziyaret edilmesidir. Türk toplumlarında böyle yerlere olağan üstü güçler atfedilmiştir. Buna ziyaret dindarlığı da denilmektedir (Güray, 2003).

Kutsal sulardan içmek

Suyun birçok kültürde kutsal olduğu belirtilmektedir. Su birçok toplumda arınmak, yeniden doğmak manasına gelmektedir. Örneğin Budistlerde, göller ve

sular kutsaldır. Çinlilerde ise su kuzey bölgesini ve arınmayı temsil eder. Hıristiyanlarda vaftiz tazelenme, kutsanma ve arınmayı ifade eder. Mısırda suyun sembolü yeniden doğumdur. İslamiyetin kutsal suyu zemzemdir. Suyun hayat bahşedici yararcı bir güç olarak algılanmasından dolayı ve şifa sağlamak amacıyla Müslümanlarda zemzem içiminin yaygın olduğu literatürde belirtilmektedir (Akman, 2002).

Adak/kurban adama

Asırlardır adak ve kurban uygulamalarının var olduğu bilinmektedir. Adak, insanoğlunun kendisine saldırı olarak algıladığı ya da çaresiz kaldığı durumlarda kendisinden üstün olduğuna inandığı güçlerden yardım almak için gerçekleştirdiği eylemlerdir. Adak adamak kudretine inanılan tanrıya lütfettiği iyilik karşısında bedel ödemek olarak nitelendirilmektedir. Adak, tabiat üstü varlıklara mevcut olumsuz durumu olumlu hale getirebilmek için sunulan unsurların genel adı olarak tanımlanmaktadır. Hastalar şifa aramak için adak ve kurban adayabilmektedirler (Düzgün, 2009).

Muska kullanma

Latince amulet kelimesinden köken almaktadır. Amuletler insanları ve varlıkları zararlı dış etkilerden korumak, iyilik gelmesini sağlamak ve tedavi etmek için yapılmakta ve kullanılmaktadır. Genellikle hastalıktan korunmak amacıyla yazılan ve taşınan nesnelere verilen addır (Sipahi, 2006).

Nazarlık kullanma

Nazar, bakmak veya bakış anlamındadır. Kişide hastalık kaza, hatta ölüm gibi olumsuzluklara yol açtığına inanılmaktadır. Kem gözle yapılan kötülüklere nazar denmektedir. Bu durumdan korunmak ve kurtulmak için nazarlık kullanıldığı literatürde belirtilmektedir (Çıblak, 2004; Sipahi, 2006).

Büyü yaptırma

Tedavisi mümkün olmayan hastalıklarda, tedavi etmek amacıyla, dinle ilgilenen kişiler tarafından büyü yapıldığı literatürde belirtilmektedir. Bu büyü çeşiti ak büyü olarak bilinir ve dua okunarak yapıldığı belirtilmektedir (Sipahi, 2006).

Ocağa/ Din görevlisine gitme

Ocak mistik güçleri olan ve kutsal bir soydan geldiğine inanılan kişilerin evi olarak tanımlanmaktadır. Bu kişilere ocaklı denmektedir. Ocaklı kavramı, ocak ve ateşin

kutsal olduğu inancından doğmaktadır. Hastaların şifa aramak için bu kimselerin evine gittikleri literatürde belirtilmektedir. Bu ocaklara sağaltma ocakları da denmekte, ocaklıların sihirli ve kendine ait yöntemlerle şifa sağladığına inanılmaktadır (Öğer, 2010).

1.3.6.2. Bitki ve besin ürünleri kullanımı

Tamamlayıcı tedavi kullanımının araştırıldığı birçok çalışmada kanser hastalarında bitkisel ve besin ürününün kullanımının yaygın ve çok çeşitli olduğu görülmektedir. En çok kullanılan bitkinin ise ısırgan otu olduğu literatürde belirtilmektedir (Taş et al., 2005; Uçan et al., 2008; Mayadağlı et al., 2011; Nazik et al., 2012;). Kullanılan bu bitkilerin kansere ya da kemoterapiye olan etki ya da zararı literatürde tam olarak belirtilmemiştir. Kemoterapi alan hastaların kullandıkları bitkilere bakıldığında; ısırgan otunun bening prostamamlayıcı tedavi hipertrofisi ve prostamamlayıcı tedavi kanserinde, kanser oluşumunu engelleyebileceği (Güler, 2013), ayrıca antioksidan özelliği olduğu belirtilmektedir (Tello ve ark., 2008). Literatürde ısırgan otunun kanser tedavisinde yeri olmadığı belirtilmektedir.

Çörek otunun anti-diyabetik, anti-oksidan, antihistaminik, anti enflamatuar, anti mikrobial, anti tümör etkilerinin olduğu belirtilmektedir (Yanaroğlu, 2007). Çörek otu tohumunun, insanlarda hücresel bağışıklık sisteminin T lenfosit grupları ve toplam lökosit sayısı üzerinde anlamlı bir artış olduğu saptanmıştır(Kaya ve ark., 2003). Kemoteropatik ilaçlarla etkişimi literatürde tam açıklanamamıştır.

Sarı kantoron bitkisinin hafif ve orta şiddetteki depresyon rahatsızlıklarına karşı etkili olduğu ayrıca yara iyileştirici etkisinin olduğu belirtilmektedir. İmmünosüpresif ajanlarla (Siklosparin) birlikte, digoxin, koumadin gibi antikoagulanlarla birleşerek bu ilaçların plazma düzeyini düşürdüğü ve kemoterapiyle beraber kullanılmaması gerektiği belirtilmektedir (Bent, 2008; Ersöz, 2012).

Gingo biloba bitkisinin ACE inhibitörleri, kalsiyum kanal blokörleri, ve antikoagulanlarla etkileşime geçtiği belirtilmektedir (Bent, 2008; Ersöz, 2012).

Kore Ginsengi bitkisinin (panax giseng) çin tıbbında enerji sağlayıcı olarak kullanıldığı ancak mide bulantısı, diyare, sinirlilik, uykusuzluk, kadınlarda vajinal kanama gibi yan etkileri olduğu, ginsengin etkisinin streoid hormonlarına benzediği belirtilmektedir. Ayrıca sinameke bitkisinin bazı ülkelerde laksatif olarak kullanıldığı belirtilmektedir (Bent, 2008; Ersöz, 2012).

Sarımsağın kan basıncını azaltmak, serum lipit kolesterol düzeyini düşürmek, trombüs oluşumunu azaltmak gibi etkilerinin olduğu, kedi otunun uykusuzluğa karşı kullanılan bir ot olduğu ve yan etki olarak anestezik ilaçlarla etkileşime geçebileceği belirtilmektedir (Bent, 2008).

Aleovera'nın yara iyileşmesi, antienflamtuar, anti kanser, anti bakteriyel ve lipit düşürücü etkileri olduğu öne sürüldüğü, fakat bilimsel olarak kanıtlanmadığı belirtilmektedir. Laksatif etkisiyle sıvı elektrolit dengesizliğine yol açabileceği ayrıca prostoglandin sentezi ve trombosit agregasyonuna yol açabileceği belirtilmektedir. Ayrıca literatürde metotreksat alan hastalarda ekinezya, salisilat, kırmızı lahana ve böğürtlenin karaciğer toksititesini arttırdığı, selenyumun cisplatinin toksititesini arttırdığı, sarı kantoronun etopositin etkisini arttırdığı, glukosaminnin ise etopositin etkisini azalttığı belirtilmektedir. Papatya, zencefil, yabani havuç, ayçiçeği tohumu, gingko, soğan, ve E vitaminin antikoagulan ilaçların etkisini arttırdığı, brokoli, yeşil çay ve zerdaçalın ise antikoagulan etkinliği azalttığı belirtilmektedir (Akyüz et al., 2007; Bent, 2008; Zeller et al., 2013).

1.3.7. Tamamlayıcı tedavilerde hemşirenin rolü

Kanser hastalarının tamamlayıcı tedavilere yönelimlerinin artması sonucu sağlık bakım üyesi olmayan bazı kişi ve kuruluşlar bu isteği karşılamaya çalışmaktadır. Bu durumun sonucunda hizmet amacı bireyin ve toplumun sağlık gereksinimlerini karşılamak olan sağlık bakım profesyoneli olan hemşirelerin tamamlayıcı tedavilerde terapilerin etkin ve doğru kullanılması için danışmanlık yapma, hastaları terapilerin olası zararlı etkilerinden korumaları ve hemşirelik bakımı içinde yer alan tamamlayıcı tedavilere ilişkin hemşirelik uygulamalarını geliştirmeleri gerekmektedir (Khorshid ve Yapucu., 2005).

Tamamlayıcı tedaviler ve hemşirelik bakımı bireyi destekleyici olması ve bir bütün olarak ele alması yönünden birbirine benzerdir. Hemşirelik uygulamaları genellikle tamamlayıcı tedavilerin içinde yer almakta ve hemşireler bunları kullanmaktadır. Yapılan bir çalışmada tamamlayıcı tedavi kullanan hemşirelerin %68'inin masaj, %59'unun aromaterapi, %18'inin refloksoloji ve %13'ünün teröpatik dokunma yöntemini kullandıkları belirtilmektedir (Cole and Shanly, 1998). Literatürde hemşirelik uygulaması içinde yer alan tamamlayıcı tedavilerden bazıları aşağıda tanımlanmaktadır

Masaj; ağrı ve kas iskelet problemlerini gidermek, rahatlatmak amacıyla vücudun yumuşak dokularının elle ya da mekanik olarak uyarılmasıdır. Masajın etkisi ile kan ve lenf dolaşımı hızlanır kaslarda gevşeme ve arteriollerde dilatasyon meydana gelir. Kanser hastalarında masajın lenf ödemi, kas gerginliğini, uykusuzluğu gidermede yardımcı olduğu belirtilmektedir (Turan ve ark., 2009).
Aromaterapi; esansiyel yağların masaj veya inhalasyon yoluyla kullanılmasıdır. Aromaterapinin stresi azaltmada, soğuk algınlığında ve ağrıyı azaltmada yardımcı olabildiği literatürde belirtilmektedir (Khorshid ve Yapucu., 2005). Terapötik dokunma, 1970' lerde hemşirelik uygulaması olarak Dora Kunz ve Delores Kriger tarafından geliştirilmiştir. Kanser ağrısını gidermede etkili olabileceği belirtilmektedir (Monroe, 2009). Onbir rondomize kontrollü çalışmanın yer aldığı bir çalışmada, tedavi edici dokunmanın ağrıyı gidermede ve anksiyeteyi azaltmada etkili olabileceği belirtilmektedir (Spence ve Olson, 1997). Beslenme terapileri, hastalıkları önlemek ve tedavi etmek ve sağlığı sürdürmek amacıyla diyet ve destek besinlerinin kullanılmasıdır. Reiki; 20. Yüzyılın başında Japonya'da ortaya çıkan ve enerji aktarımı ile şifa vermeye dayalı olduğuna inanılan bir tekniktir. Rondomize kontrollü bir çalışmada opioid analjezik kullanan 24 hasta ile yapılmış bir grup sadece opioid analjezik kullanmış diğer grup opioid analjezik ve reiki almıştır bu iki grup karşılaştırılmış reiki alan hastaların opioid dozlarında etkisi olmamış fakat yaşam kalitelerinin arttığı sonucu bulunmuştur (Olson et al., 2003). Reikinin de modern hemşirelik uygulamaları içinde yer aldığı literatürde belirtilmektedir (Erdoğan ve Çınar, 2011).

Literatürde tamamlayıcı tedavilerden hemşirelik uygulaması olarak yer alan diğer uygulamalar ise ağrıyı gidermek için kullanılan egzersiz, pozisyon verme,

soğuk- sıcak uygulamalar, gevşeme ve dikkati başka yöne çekme teknikleri, müzik terapi gibi yöntemlerdir (Kılıç ve Öztunç, 2012).

Hemşireler; kanserli hasta ve ailesiyle uzun sure birlikte olan ve uzun soluklu iletişim kuran, onların sosyal, psikolojik ve fizyolojik gereksinimlerini optimum düzeyde belirleyebilme ve karşılama potansiyeline sahiptir. Bu nedenle hastalara ait tamamlayıcı tedavi kullanımı ile ilgili en doğru verilere hızla ulaşma potansiyelleri mevcuttur. Bu nedenle hemşirelerin konuyla ilgili sürekli eğitimlerinin sağlanması elzemdir. Hemşireler tamamlayıcı tedaviler konusunda bilimsel çalışmalar yapmalı, bu yöntemlerin yararları ve olası yan etkilerini araştırılmalı ve kanser hastaları bu konuda bilgilendirilmelidir. Bu çalışmalar hemşirelerin bağımsız rollerini destekleyecek ve kanser hastalarının bakım kalitelerini arttıracaktır.

1.3.8. Yaşam kalitesi

Yaşam kalitesi bireylerin yaşadıkları kültür ve değer sistemlerinin bütünü içinde, bireyin amaçları, beklentileri, ilgileri ve düşünceleri ile ilişkili olarak yaşam içindeki durumlarını algılamalarıdır (Webster et al;1998).

Yaşam kalitesi kavramı 1980'lerden sonra hemşirelik alanına girmiştir ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi; yaşamın biyolojik, psikososyal ve kültürel yönünü iyileştirmeyi ve bireye bütüncül bakış açısıyla bakım sağlama amacına dayanmaktadır. Kanser hastalığının tedavi edilebilirliğinin artması ve yaşam süresinin uzamasıyla yaşamın kaliteli olmasının önemi artmıştır. Bireye kanser tanısının konması ve tedaviye başlanması birey ve ailenin fiziksel, emosyonel, sosyal ve ekonomik dengelerini bozmakta ve yaşam kalitesini azaltmaktadır (Kurt ve Çetinkaya, 2008).

Yaşam kalitesi, bireyin kendisi için önemli olan alanlarda doyum ve mutluluğudur. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi ise bireyin sağlığını etkileyen alanlardan aldığı doyum ve mutluluktur. Yaşam kalitesi çok boyutlu ve subjektif bir kavramdır, yaşam kalitesi değerlendirilirken ele alınması gereken alt boyutlar ise şunlardır; Fiziksel fonksiyon: Hastanın kendine bakım aktiviteleri performansını, fonksiyonel durumunu, hareket, fiziksel aktiviteler ve iş ya da aile sorumluluklarını yerine getirip

getirmediğini değerlendirir. Psikolojik fonksiyon: Yaşamdan doyum bulma, yararlılık, beden imajı, anksiyete, dinlenme ve meşguliyet ile ilgili durumlar, bir işi tamamlama, yaşamın anlamı ve mutluluk gibi duygulardır. Sosyal fonksiyon; bireysel fonksiyonlar, sosyal aktiviteler, başkalarından destek alma, rol işlevi gibi sosyal durumları içerir. Hastalık ve tedavi ile ilgili semptomlar: ağrı ya da solunum güçlüğü gibi hastalık semptomları, bulantı, alopesi, impotans, gibi tedavi yan etkilerinin olup olmadığını içerir (Kurt ve Çetinkaya, 2008).

Yaşam kailtesini olumlu ya da olumsuz yönde etkileyen birçok faktör vardır. Hastalığa bağlı oluşan yorgunluk, anksiyete, geleceğe yönelik kaygı duyma, bireyin ailesi ile ilgili kaygıları, kronik hastalık varlığı, temel ihtiyaçlarını karşılamada güçlükler, beden imgesinde değişim, cinsel fonksiyonlarda bozulma gibi faktörler kanser hastalarının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Sosyal destek, ekomik güvence, yaşanılan çevrenin konforu, sağlık personeline olan güven, iyileşmeye olan inanç gibi faktörler ise yaşam kalitesini olumlu etkilemektedir (Yüce, 2012) .

Tıptaki gelişmeler sayesinde kanserin tedavi edilebilirliğinin artması, yeni tedavi yöntemlerinin bulunması, kanserle yaşam süresinin artması, kanser tedavilerinin şiddetli yan etkilerinin olması, kanserle yaşayan hastaların yaşam kalitelerinin yüksek tutulmasının gerekliliğini arttırmaktadır. Şöyle ki yaşam kalitesinin yüksek olması hastanın tedaviye uyumunu ve tedaviye devam etmede istekliliğini arttırmaktadır. Yaşam kalitelerinin yüksek tutulması ise kanser hastalarının tedaviyi en az zarar görerek tamamlamasını, yaşadıkları semptomların kontrol altına alınmasını ve bu semptomlarla başa çıkılmasını kolaylaştırır (Lindley et al., 1998).

Yaşam kalitesini ölçmede sık kullanılan bazı ölçekler ise şunlardır; Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Anketi (European Organisation for the research and treatment of cancer QLQ-30), Kısa form-36 (Short From 36 (SF-36)) (Güzelant et al; 2004). Kanser Tedavisinin İşlevsel Değerlendirilmesi-Genel Ölçeği (Functional Assestment of cancer therapy (FACT-G)). Bu çalışmada Nighthingale semptom değerlendirme ölçeği (N-SDÖ) ölçeği kullanılmıştır. NSD-Ö hem yaşam kalitesini hem de kemoterapi boyunca yaşanan yan etkileri saptamak için araştırmaya uygun bulunmuş ve kullanılmıştır.

Kemoterapinin ve kanserin yan etkileri hastaların yaşam kalitelerini bozmakta ve bu durum tamamlayıcı tedavi kullanımını arttırmaktadır (Paltiel et al., 2001). Ancak kullanılan tamamlayıcı tedavilerin yaşam kalitesine olan etkisi tam olarak belirlenememiştir. Bu nedenle bu konudaki çalışmaların sürekliliği elzemdir.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın tipi

Kemoterapi alan kanser hastalarının semptom yönetiminde kullandıkları tamamlayıcı tedavi yaklaşımları ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel niteliktedir.

2.2. Araştırmanın yapıldığı yer ve özellikleri

Araştırma T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Nunume Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kolej Semt Polikliniği Gündüz Kemoterapi Ünitesinde yapıldı. Tıbbı Onkoloji Kliniğine bağlı olarak hizmet veren Kolej Semt Polikliniğinde Gündüz Kemoterapi Ünitesinde, kemoterapi alan hastaların tedavileri ve izlemleri yapılmaktadır. Ünitede hastaların kemoterapi ve yan etkileri konusunda bilgilendirilmesi rutin hemşirelik işlevleri arasında yer almaktadır. Günde ortalama 40 hastanın kabul edildiği ünitede 45 koltuk ve özel durumlar için hazırlanan iki özel oda bulunmaktadır. Hastalar kemoterapi alırken bu koltuklarda oturmakta ünitenin içine hasta yakını alınmamaktadır. Ünitede sekiz hemşire, iki doktor, iki psikolog ve bir sosyal hizmet uzmanı çalışmaktadır. Çalışma saatleri hafta içi hergün 08^{00}-17^{00} saatleri arasındadır.

2.3. Araştırmanın evreni

Araştırmanın evrenini T.C. Ankara Nunume Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Kolej Semt Polikliniği Gündüz Kemoterapi Ünitesine 25/01/2013-30/06/2013 tarihleri arasında kemoterapi alan hastalar oluşturdu. Örneklem seçim yöntemine gidilmedi, evren üzerinde çalışıldı. Elli sekiz hasta çalışmaya katılmayı red ettiği, 62 hasta çalışmayı yarım bıraktığı, 9 hastanın KPS puanı 50'den az olduğu için toplam 397 hastaya ulaşıldı.

Araştırma kapsamına alınan hastaların seçim kriterleri:

- Kanser tanısı almış ve kemoterapi görüyor olan,
- Karnofsky Performans Skalası puanı > 50 olan,
- Gönüllü olarak araştırmayı kabul eden ve bilgilendirilmiş onam formunu imzalayan hastalar olarak belirlendi.

2.4. Araştırma soruları

- Kemoterapi alan kanser hastalarının sosyodemografik özellikleri ile tamamlayıcı tedavi kullanımı arasında ilişki var mıdır?
- Kemoterapi alan kanser hastalarının tıbbı özellikleri ile tamamlayıcı tedavi kullanımı arasında ilişki var mıdır?
- Kemoterapi alan kanser hastalarının sosyodemografik özellikleri ile N-SDÖ puanı arasında ilişki var mıdır?
- Kemoterapi alan kanser hastalarının tıbbı özellikleri ile N-SDÖ puanı arasında ilişki var mıdır?
- Tamamlayıcı tedavi kullanan ve kullanmayan hastaların N-SDÖ puanı arasında ilişki var mıdır ?

2.5. Bağımlı ve bağımsız değişkenler

Bağımsız değişkenler; kemoterapi alan hastanın yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, medeni durum, doğulan coğrafi bölge, haneye giren ortalama gelir, ailedeki kişi sayısı, sosyal güvence, ev sahibi olma durumu, primer tanı, hastalık evresi, soy geçmişte kanser öyküsü, tedavi öyküsü, tıbbı tedaviye güvenme durumu, tamamlayıcı tedavinin yararına inanma durumu, tamamlayıcı tedaviyi ilerde kullanmayı düşünme durumu gibi hastalara ait değişkenler. Ayrıca tamamlayıcı tedavi ürünü kullanan hastanın; tamamlayıcı tedaviye başlama zamanı, tamamlayıcı tedaviye başlama nedeni, hekim /hemşireye danışma durumu, tamamlayıcı tedavi kullanım nedeni, tamamlayıcı tedavi ürününün; adı,

günlük doz, alınış yolu, kullanım amacı, kullanım süresi, bilgi kaynağı, kullanım şekli, etki ve zararı, maliyetine ait değişkenler.

Bağımlı değişkenler; tamamlayıcı tedavi kullanma durumu ve N-SDÖ puanı.

2.6. Verilerin toplanması

Araştırma verileri, 25/01/2013-30/06/2013 tarihleri arasında, T.C. Ankara Nunume Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Kolej Semt Polikliniği Gündüz Kemoterapi Ünitesine haftada üç gün gidilerek araştırmacı tarafından toplandı. Araştırmaya katılacak hastalardan yazılı bilgilendirilmiş onam (Bkz. Ek-1) alındıktan sonra anket formu (Bkz. Ek-2) araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle dolduruldu. Anket doldurma işlemi yaklaşık 20 dakika sürdü. Hastanın demografik verileri, tıbbi öyküsü ve tamamlayıcı tedavi kullanımı ile ilgili sorular hastanın kendisine soruldu. Hastalık tanısı, hastalığın evresi ve alınan kemoterapi ile ilgili bilgiler hastanın patoloji raporundan ve dosyasından alındı. Hastalarla görüşme yapılırken hastanın hastalığını bilmeme durumu göz önüne alınarak kanser kelimesi kullanılmadı. Kanser kelimesi yerine "bu hastalık" denildi. Hastaların yaşam kalitesini ölçmede kullanılan N-SDÖ'yü okuma yazması olan hastalar kendileri doldurdu. N-SDÖ Okuma yazması olmayan hastalara araştırmacı tarafından okunarak alınan yanıtlar kaydedildi.

2.7. Veri toplama aracı

Veri toplama aracı üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde hastanın demografik verilerine ilişkin hasta tanıtım formu, ikinci bölümde tamamlayıcı tedavi kullanımı ve düşüncelerine ilişkin veri toplama formu, üçüncü bölümde Nightingale Semptom değerlendirme Ölçeği (N-SDÖ) kullanıldı (Bkz Ek-2A). Hastalarla yüz yüze görüşme yapılmadan önce Karnofsky Performans Skalası (KPS) değerlendirilerek

hastanın çalışmaya alınıp alınamayacağı belirlendi. Karnofsky Performans Skalası aşağıda verilmektedir (Schag et al., 1984).

Karnofsky performans skalası

100	Normal, hastalık yakınması ve kanıtı yok.
90	Normal aktivitesini yapabiliyor, hastalığın önemsiz belirti ve bulguları var.
80	Ancak normal eforla normal aktivite sürdürüyor. Belirti ve bulgular daha belirgin
70	Kendi kendine bakabiliyor buna karşın normal aktivitelerini yürütemiyor.
60	Kendi kendine bakabiliyor ancak ara sıra yardıma ihtiyacı olabiliyor.
50	Hatırı sayılır derecede yardıma ve sık sık tıbbi bakıma ihtiyacı var. Bazı hallerde kendi kendine bakabiliyor.
40	Güçsüz ve özel bakıma ihtiyacı var.
30	Ciddi derecede güçsüz hospitalizasyona ihtiyacı var. Hastalık nedeni ile acil ölüm tehlikesi yok.
20	Çok hasta, destek tedavisine ve hastanede bakıma ihtiyacı var.
10	Ölüme yakın
0	Ölüm

2.7.1. Hasta tanıtım formu

Birinci bölümde hasta tanıtım formu yer almaktadır (Bkz.Ek-2). Literatürden yararlanarak (Fouladbakhsh and Stommel, 2010; Molassiotis et al., 2005; Akyüz et al., 2007; Uçan et al., 2008; Nazik et al., 2012) hazırlanan bu formda hastaya ait yaş, cinsiyet, hastalık bilgileri, eğitim durumu, meslek, medeni durum, doğulan coğrafi bölge, sürekli yaşanan yer, sosyal güvence, ev sahibi olup olmama durumuna ilişkin veriler yer aldı. Ayrıca devamında haneye giren ortalama gelir, ailede yaşanan kişi sayısı ailede daha önce bu hastalıktan tanı alan kişilerin olup olmadığı, varsa tanısı, yakınlık derecesi ve şu anki durumu, şu ana kadar alınan tedavinin niteliği hakkında açık uçlu sorular yer aldı. Açık uçlu sorular cevaplar değerlendirilirken gruplandı.

2.7.2. Tamamlayıcı tedavi kullanım formu

Bu formda litertürden yararlanarak hazırlanan (Molassiotis et al., 2005; Mansky and Wallerstedt, 2006; Yıldız, 2006; Akyüz et al., 2007; Karalı, 2008; Uçan et al., 2008; Kav ve ark., 2008; Can et al., 2009; Özçelik ve Fadıloğlu, 2009; Fouladbakhsh and

Stommel, 2010; Williams et al., 2010; Can et al., 2009; Nazik et al., 2012) tamamlayıcı tedavi kullanımı ile ilgili sorular yer aldı. Bu sorular; alınan tıbbı tedaviye güven duyma, tıbbı uygulamalar dışında şifa aramak için başvurulan uygulamalar, tamamlayıcı tedavi kullanma durumu sorgulandı. Tamamlayıcı tedavi kullananlara ise başlama zamanı ve nedeni, yararı gibi soruların yanı sıra ürün ismi, günlük doz ve alınış yolu, kullanım amacı ve süresi, bilgi kaynağı, kullanma şekli, etkisinin niteliği ve ödenen maddi değer sorgulandı. Tüm hastalara tamamlayıcı tedavinin yararına ilişkin düşünceleri ve tamamlayıcı tedavi kullanmayan hastalara ilerde tamamlayıcı tedavi kullanımıyla ilgili sorular soruldu.

2.7.3. Nightingale semptom değerlendirme ölçeği (N-SDÖ)

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

Ölçekte yer alan her bir madde tek başına kullanıldığında kemoterapi alması planlanan veya alan 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; bekâr 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.

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" 3,51-4,00 arasında ise "çok kötü" ifadeleri kullanılarak da sınıflandırma yapılabilir. Bu ölçeğin cronbach alfa değerleri sırası ile FizİH α= 0,81, SoİH α= 0,87, PsİH α= 0,93 tür (Can et al., 2009).

Bu çalışmada N-SDÖ ölçeğinin alt skalaları için cronbach alfa değeri FizİH için α=0,822, SoİH için α=0,697, PsİH için α=0,862 bulundu. N-SDÖ bir bütün olarak değerlendirilmesi sonucunda elde edilen genel iyilik hali için α=0,888 olarak bulundu. NSD-Ö'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan yazarlardan bu çalışmada kullanılabilmesi için yazılı izin alındı (Bkz. Ek-2B).

2.8. Ön uygulama

Çalışmanın planlanması tamamlandıktan ve gerekli izinler alındıktan sonra anket formunun anlaşılırlığını belirlemek amacıyla 25/01/2013-15/02/2013 tarihleri arasında T.C. Ankara Nunume Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Kolej Semt Polikliniği Gündüz Kemoterapi Ünitesine başvuran 30 hasta birey üzerinde ön uygulama yapıldı. Ön uygulamaya alınan bireylerden, araştırma konusunda bilgilendirildikten sonra yazılı bilgilendirilmiş onam alındı. Ön uygulamaya alınan bireyler çalışmaya dahil edilmedi. Ön uygulamadan elde edilen veriler doğrultusunda anket formunda (Bkz. Ek-2) gerekli düzenlemeler yapılarak uygulamaya başlandı.

2.9. Uygulama

Ekte verilmiş olan veri toplama formu ile 25/01/2013-30/06/2013 tarihleri arasında TC. Ankara Nunume Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kolej Semt Polikliniği Gündüz Kemoterapi Ünitesine gelen 526 hasta üzerinde gerçekleştirildi. Bu çalışmada; 58 hasta çalışmaya katılmayı red ettiği, 62 hasta çalışmayı yarım bıraktığı (görüşme

sırasında; halsizlik, bulantı kusma, ağrı vs sorunlar nedeniyle), 9 hastanın KPS puanı 50'den az olduğu için toplam 397 hastaya ulaşıldı. Sonuç olarak bu çalışmanın yanıt oranı %75,4 olarak belirlendi.

2.10. Verilerin analizi

Kemoterapi alan kanser hastalarından toplanan veriler kodlanarak SPSS (Statistical package for social sciences for windows 16.0) paket program ile değerlendirildi. Verilerin niteliğine göre istatistiksel değerlendirmede; iki grubu karşılaştırmak için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ve verilerin homojen olmadığı durumlarda Mann Whithney U testi; çoklu grupları karşılaştırmak için Tek Yönlü Varyans Analizi ve gruplar arasındaki farkı belirlemek amacıyla Tukey HSD testi, veriler homojen olmadığında ise Kruskall Wallis Varyans Analizi; sınıflandırılmış verilerin analizinde ise Ki-kare testi uygulandı (Akgül, 2005).

2.11. Etik ilkeler

Çalışmanın yürütülebilmesi için Ankara Üniversitesi Etik Kurul'undan 589 sayılı ve 27/9/2012 tarihli kurul kararı ile izin (Bkz Ek-4) alındı. T.C.Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu 1.Bölge Genel Sekreterliği aracılığıyla T.C. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma hastanesinden araştırmanın yapılabilmesi için gereken izin 85346189/1426 sayılı 09.01.2013 tarihli kararı ile alındı (Bkz Ek-5). Çalışmaya katılan hastalara çalışma hakkında açıklama yapıldıktan sonra yazılı bilgilendirilmiş onamları alındı.

2.12.Araştırmanın sınırlılıkları

Bu araştırmanın sınırlılığı kesitsel olması ve tek merkezde yapılmış olmasıdır. Araştırma sonuçları sadece T.C. Ankara Nunume Eğitim ve Araştırma Hastanesinin

Kolej Semt Polikliniği Gündüz Kemoterapi Ünitesine kemoterapi almak için gelen hastalara genellenilir.

3. BULGULAR

Bu bölümde; araştırmanın evrenini oluşturan 397 kişiden, veri toplama formu ve Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği kullanılarak elde edilen bulgular üç başlık altında sunulmuştur.

3.1. Hastaların tanımlayıcı özellikleri

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalamasının 53,74±12,76 (n=397, Min: 20, Max: 92) yıl, ailede yaşayan kişi sayısının 3,94±2,28 (Min:1, Max:30), hane gelirinin 1390,85±1028,14 (Min:0, Max: 10.000) TL olduğu belirlendi.

Kemoterapi alan hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı **Çizelge 3.1.1'**de görülmektedir. Buna göre çalışmaya katılan hastaların (n=397) %52,6'sı kadın, %85,1'i evli, %10,6'sının okuma yazması yok, %59,2'si ilkokul mezunu ve %8,8'i de yüksek okul mezunudur. Hastaların %41,1'i ev hanımı, %18,1'i emekli, %9,8'i işçi ve %8,8'i memurdu. Doğdukları coğrafi bölge olarak % 69,8'inin İç Anadolu Bölgesinden ve %13,9'unun Karadeniz Bölgesinden olduğu belirlendi. Hastaların %59,4'ünün Sosyal Sigortalar Kurumuna, %21,7'sinin Emekli Sandığına bağlı olduğu saptandı. Hastaların %27,7'sinin soy geçmiş öyküsünde kanser olduğu belirlendi.

Çizelge 3.1.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri (n=397)

Tanıtıcı Özellikler		**Sayı**	**%**
Cinsiyet			
	Kadın	209	52,6
	Erkek	188	47,4
Medeni Durum			
	Evli	338	85,1
	Bekar	59	14,9
Eğitim Durumu			
	Okuryazar değil	42	10,6
	İlkokul	235	59,2
	Ortaokul	34	8,6
	Lise	51	12,8
	Yüksek okul	35	8,8

Çizelge 3.1.1. Devam Hastaların sosyodemografik özellikleri (n=397)

Tanıtıcı Özellikler	**Sayı**	**%**
Meslek		
Ev hanımı	163	41,1
Emekli	72	18,1
Serbest meslek	65	16,4
İşçi	39	9,8
Memur	35	8,8
Çiftçi	15	3,8
Öğrenci*	8	2,0
Doğduğu Bölge		
İç Anadolu Bölgesi	277	69,8
Karadeniz	55	13,9
Doğu Anadolu Bölgesi	35	8,8
Güneydoğu Anadolu Bölgesi	16	4,0
Marmara Bölgesi	7	1,8
Ege bölgesi	5	1,2
Akdeniz bölgesi	2	0,5
Soysal Güvence		
SSK	236	59,4
Emekli sandığı	86	21,7
Bağ kur	39	9,8
Yeşil Kart	31	7,8
Özel sağlık sigortası	5	1,3
Ev Sahibi		
Evet	371	93,5
Hayır	26	6,5
Soy geçmişte kanser		
Evet**	110	27,7
Hayır	287	72,3

*Bir işsiz öğrenci grubuna dâhil edildi.
**85 kişi birinci dereceden akraba (anne/baba/kardeş), 25 kişi ikinci dereceden akrabadır (amca/dayı/babaanne/baba, kuzen). 110 kişiden 75'i vefat etmiştir.

Kemoterapi alan hastaların tıbbi özellikleri **Çizelge 3.1.2'**de yer almaktadır. Buna göre hastaların %22,6'sı gastrointestinal sistem kanserleri, %22,1'i meme kanseri, %19,8'i kolorektal kanserler, %7,5'i akciğer kanseri ve %7,5'i üriner sistem kanseri idi. Hastaların %39,8'i sadece kemoterapi alan, %33,2'si ameliyat olan ve kemoterapi alan, %27'si de ameliyat olduktan sonra radyoterapi ve kemoterapi alan hastalardı. Hastaların %27,5'i ikinci, %27,7'si üçüncü, %5,3'ü yedinci ve üzeri kemoterapi kürünü almaktaydı. Hastaların %24'ü metastatik hastalığa sahipken, %76'sı birincil hastalığa sahipti. Hastaların %47,1'i Fluorouracil bazlı %15,9'u ise platin bazlı tedavi almaktaydı.

Çizelge 3.1.2. Hastaların tıbbi özellikleri (n=397)

Tıbbi Özellikler	**Sayı**	**%**
Hastaların Tıbbi Tanıları		
Gastrointestinal kanserler	90	22,6
Meme kanseri	88	22,1
Kolorektal kanserler	79	19,9
Akciğer kanseri	30	7,6
Üriner sistem kanserleri	30	7,6
Hemotolojik maligniteler	22	5,5
Lenfoma	18	4,5
Sarkoma	14	3,6
Baş boyun kanserleri	11	2,8
Jinekolojik kanserler	5	1,3
Multiple myelom	10	2,5
Tedavi Öyküsü		
Sadece kemoterapi	158	39,8
Ameliyat ve Kemoterapi	132	33,2
Ameliyat, Radyoterapi ve Kemoterapi	107	27,0
Alınan Kemoterapi Kür Sayısı		
1. kür	43	10,8
2. kür	109	27,5
3. kür	110	27,7
4. kür	47	11,8
5. kür	28	7,1
6. kür	39	9,8
7. kür ve üzeri	21	5,3
Hücre evrelendirme		
Evre 1	9	2,3
Evre 2*	131	33,0
Evre 3	141	35,5
Evre 4	95	23,9
Diğer**	21	5,3
Hastalığın yeri		
Metastaz	95	24,0
Primer tümör	302	76,0
Kemoterapi Türü		
Fluorouracil bazlı tedavi	187	47,1
Platin bazlı tedavi	63	15,9
Taxane bazlı tedavi	63	15,9
Doxorubicine bazlı tedavi	47	11,8
Hedefe yönelik tedavi	37	9,3

*Bir kişinin hücre evrelendirmesi 2B idi ve evre 2 ye katıldı.
**Evrelendirmesi genel evrelendirmeye uymayan hematolojik maligniteler bu grupta toplandı.

3.2. Hastaların tamamlayıcı tedavi kullanımı ile ilgili bulgular

Çizelge 3.2.1.'de görüldüğü gibi hastaların %92,2'si şifa aramak için dini ve kültürel uygulamalara başvurduğunu belirtti. Hastaların %90,2'si dua edip namaz kıldığını, %21,7'si adak ve kurban adadığını, %14,1'i aktara gittiğini, %3,5'i kurşun döktürdüğünü, %1,8'i hocaya gittiğini, %6,3'ü türbe ziyareti yaptığını, %1,3'ü ocağa gittiğini, %1,5'i muska kullandığını, %12,3'ü kutsal sulardan (zem zem) içtiğini ve %2,3'ü nazarlık kullandığını bildirdi.

Çizelge 3.2.1 Hastaların tıbbı uygulamalar dışında şifa aramak için yaptığı dini ve kültürel uygulamalar (n=397)

Dini ve Kültürel Uygulamalar	**Sayı**	**%**
Dua /Namaz		
Evet	358	90,2
Hayır	39	9,8
Adak/kurban adama		
Evet	86	21,7
Hayır	311	78,3
Aktara danışma		
Evet	56	14,1
Hayır	341	85,9
Kurşun döktürme		
Evet	14	3,5
Hayır	383	96,5
Din görevlisine/hocaya gitme		
Evet	7	1,8
Hayır	390	98,2
Türbe ziyareti		
Evet	25	6,3
Hayır	372	93,7
Ocağa gitme[*]		
Evet	5	1,3
Hayır	392	98,7
Muska yaptırma		
Evet	6	1,5
Hayır	391	98,5
Kutsal sulardan içme (zem zem)		
Evet	49	12,3
Hayır	348	87,7
Nazarlık kullanma		
Evet	9	2,3
Hayır	388	97,7

Kemoterapi alan hastaların dini ve kültürel uygulamalar dışında tamamlayıcı tedavi olarak kullandıkları ürünler **Çizelge 3.2.2.**'de yer almaktadır. Buna göre hastaların %33,8'i tamamlayıcı tedavi olarak besin ve bitkisel ürün kullandığını belirtti. Tamamlayıcı tedavi kullanan hastalar besin takviyesi olarak %32'si bal, %14,1'i üzüm çekirdeği ve pekmezi, %12,6'sı arı sütü ve arı poleni kullandığını bildirdi. Ayrıca dört hasta karadut, dört hasta pekmez, üç hasta zeytinyağı, üç hasta karbonat, iki hasta kefir, iki hasta eşek sütü, iki hasta köpekbalığı karaciğer yağı, iki hasta nar çekirdeği kullandığını bildirdi. Bir hasta yeşil soğan, bir hasta hurma, bir hasta ceviz, bir hasta sarımsak, bir hasta kaya tuzu, bir hasta limon sirke karışımı, bir hasta balık yağı, bir hasta kayısı hoşafı ve bir hasta da brokoli kullandığını belirtti.

Bu çalışmada hastaların %33,8'i bitkisel ürün kullandığını bildirirken, %66,2'si kullanmadığını bildirdi. Tamamlayıcı tedavi kullanan hastaların bitkisel ürün kullanımına bakıldığında (Çizelge 3.2.2.), hastaların %22,3'ü ısırgan otu, %20,1'i çörek otu, %9,7'si aktarların hazırladığı bitkisel hap, macun ve şurup, %8,2'si karışık bitki çayı kullandığını belirtti. Ayrıca yedi hasta zerdeçal, altı hasta zencefil, altı hasta yeşil çay, altı hasta tarçın, beş hasta ıhlamur, beş hasta adaçayı, dört hasta ebe gömeci, üç hasta keçiboynuzu, iki hasta aleovera, iki hasta yemlik otu, iki hasta ayva yaprağı kullandığını belirtti. Ayrıca birer hasta da papatya, tere, roka, maydanoz, keten tohumu, biberiye ve hindiba otu kullandığını belirtti.

Çizelge 3.2.2. Hastaların dini ve kültürel uygulamalar dışında tamamlayıcı tedavi ürün kullanımı (n=134)

Besin Ürünleri				
Türkçe İsmi	***Latince ismi***	***İngilizce ismi***	**Sayı***	**%**
Bal (Anzer, çiçek, kestane, organik)	*Mellis spp.*	Honey	43	32,0
Üzüm çekirdeği/pekmezi	*Vitis venifera*	Grape seed extract	19	14,1
Arı sütü /Arı poleni		Royal Jelly /Bee pollen	17	12,6
Kara dut	*Morus Nigra*	Black mulberry	4	2,9
Pekmez	Dips		4	2,9
Zeytin yağı	*Olea europaea*	Olei olivae	3	2,2
Karbonat	Carbonate	Carbonate	3	2,2
Kefir			2	1,4
Eşek sütü	Donkey milk	Donkey milk	2	1,4
Köpek balığı karaciğer yağı		Shark liver oil	2	1,4
Nar çekirdeği	*Malogranatum spp.*	Pomegranate	2	1,4
Yeşil Soğan	*Viride cepa*	Green onions	1	0,7

*Bazı hastalar birden fazla tamamlayıcı tedavi ürünü kullanmaktadır.

Çizelge 3.2.2. Devam Hastaların dini ve kültürel uygulamalar dışında tamamlayıcı tedavi ürün kullanımı (n=134)

Besin Ürünleri				
Türkçe İsmi	***Latince ismi***	***İngilizce ismi***	**Sayı***	**%**
Hurma	*Phoenix dactylifera*	Date	1	0,7
Ceviz	*Nucis spp*	Walnut	1	0,7
Bıldırcın yumurtası			1	0,7
Sarımsak	*Allium sativum*	Garlic	1	0,7
Kaya tuzu	*petra salis*	petra salis	1	0,7
Limon+sirke	*citrus+lemon*	citrus+lemon	1	0,7
Balık yağı	*Piscis oleum*	Fish oil	1	0,7
Kayısı hoşafı	Compost	Apricot composte	1	0,7
Bitki Ürünleri				
Isırgan otu	*Urtika diocia*	Stinging nettle	30	22,3
Çörek otu	*Nigella sativa*	Nigella sativa	27	20,1
Karışık Bitki çayı	*Plant tea*	Herbal tea	11	8,2
Bitkisel hap/ macun /şurup			13	7,4
Zerdeçal	*Curcuma longa*	Turmeric	7	5,2
Zencefil	*Rhizome zingiberis*	Ginger	6	4,4
Yeşil çay	*Camellia sinensis*	Green tea	6	4,4
Tarçın	*Cinnamomum verum*	Cinnamon	6	4,4
Ihlamur	*Tilia cordata*	Linden tea	5	3,7
Adaçayı /adaçayı yağı	*Salvia officinalis*	Sage tea	5	3,7
Ebe gömeci	*Malva sylvestris*	Common mallow	4	2,9
Keçiboynuzu	*Ceratonia siliqua*	Locust	3	2,2
Aleovera	*Aleovera*	Aleovera	2	1,4
Yemlik otu	*Tragopogon porrifolius*	Scorzenera	2	1,4
Ayva yaprağı	*Folium Cydoniac*	Quince leaf	2	1,4
Papatya	*Anthemis nobilis*	Camomile	1	0,7
Tere	*Lepidum Sativum*	Watercress	1	0,7
Roka	*Eruca sativa*	Rocket	1	0,7
Maydanoz	*Petroselinum sativum*	Curled parsley	1	0,7
Keten tohumu	*Linum usitamatatisimum*	Linseed	1	0,7
Biberiye	*Rosmarinus officinalis*	Rosemary	1	0,7
Yaban mersini	*Vaccinum myrtillus*	blueberry	1	0,7
Civan perçemi	*Achillea millefolium*	Yarrow	1	0,7
Yılan otu	*Gentiana lutea*	Gentian	1	0,7
Kebere çiçeği	*Capparis spp.*	Capper berry	1	0,7
Çam özü	*Pinus terebenthinae*	*Pine turpentine*	1	0,7
Sarı kantaron	*Hypericum perforatum*	St.john's Wort	1	0,7
Alıç yaprağı	*Pseudoheterophylla pojart*	Hawtehorn	1	0,7
Dereotu	*Anethum draveolens*	Garden diil	1	0,7
Arpa otu	*Hordeum distichon*	Barley	1	0,7
Kınakına otu	*Folium lawsoniae*	Bark	1	0,7
Hindiba otu	*Cichorium endiva*	*Cichorium endiva*	1	0,7

Çizelge 3.2.3.'te hastaların tamamlayıcı tedavi kullanımına ilişkin bilgilerin dağılımı yer almaktadır. Buna göre tamamlayıcı tedavi kullanan hastaların %26,2'si

tanıyı ilk aldıklarında, %73,8'i tıbbı tedaviye başladıktan sonra tamamlayıcı tedavi kullanmaya başladığını bildirdi. Hastaların %85'i yakın çevresindeki insanlar şiddetle önerdiği, %7,5'i ise kullanıp iyileşen hastalar gördüğü için tamamlayıcı tedavi kullanmaya başladığını bildirdi. Çalışmaya katılan hastaların %72,4'ü belki yararı olur zararı olmaz düşüncesiyle, %50,7'si hastalıkla savaşmak /tümörü küçültmek, %45,5'i tümörün ve tıbbı tedavinin yan etkileriyle baş etmek ve %42,5'i vücudunun hastalığa karşı direnci arttırmak için tamamlayıcı tedavi kullandığını bildirdi. Tamamlayıcı tedavi kullanan hastaların %50,7'si hastalıkla savaşarak tümörü küçültmek, %14,1'i halsizliği önlemek,%8,2'si bağışıklığı güçlendirmek, %7,4'ü kan değerlerini yükseltmek, dokuz hasta kendini iyi hissetmek, yedi hasta kabızlığı gidermek, dört hasta ağız yaralarını iyileştirmek amacıyla kullandığını bildirdi. Hastaların %62,6'sı tamamlayıcı tedavi hakkında yakınlarından, %15,6'sı diğer hasta ve hasta yakınlarından bilgi edindiklerini, sadece %11,9'u tamamlayıcı tedavi kullanırken hekim ya da hemşireye danıştığını bildirdi. Tamamlayıcı tedavi kullanan hastaların %47'si kullandıkları tamamlayıcı tedaviden yarar görürken, %5,2'si ise zarar gördüğünü ifade etti.

Çizelge 3.2.3. Hastaların tamamlayıcı tedavi kullanma ile ilgili uygulamaları (n=134)

Uygulamalar	**Sayı**	**%**
Tamamlayıcı tedavi kullanma zamanı		
Tanıyı ilk aldığımda	35	26,1
Tıbbı tedaviye başladıktan sonra	99	73,9
Tamamlayıcı tedaviye başlama nedenleri		
Yakın çevremdekiler şiddetle önerdiği için	114	85,0
Tedavime yardımcı olacağını düşündüğüm için	10	7,5
Çevremde kullanıp iyileşen hastalar olduğu için	10	7,5
Tamamlayıcı tedavi kullanma nedenleri *		
Belki yararı olur, zararı olmaz,	97	72,4
Hastalıkla savaşmak/tümörü küçültmek için	68	50,7
Tümörün ve tıbbi tedavinin yan etkileri ile daha iyi baş edebilmek için	61	45,5
Vücudumun hastalığa karşı direncini arttırmak için	57	42,5
Kendimi daha iyi hissetmek ve umudumun artmasını sağlamak için	46	34,3
Hastalığa karşı her şeyi yapmayı istediğim için	16	11,9
Kaybedecek bir şeyim yok	7	5,2
Hekimin önerisi	3	2,2

* Bazı hastalar birden fazla yanıt vermiştir. Yüzdeler n=134 üzerinden alınmıştır.

Çizelge 3.2.3.Devam Hastaların tamamlayıcı tedavi kullanma ile ilgili uygulamaları (n=134)

Uygulamalar	**Sayı**	**%**
Tamamlayıcı tedavi kullanım amaçları		
Hastalıkla savaşmak/ tümörü küçültmek	68	50,7
Enerji kazanmak /halsizliği gidermek	19	14,1
Bağışıklığı güçlendirmek /direnç kazanmak	11	8,2
Kan değerlerini yükseltmek	10	7,4
İyi hissetme umudu yükseltme/ ferahlama/rahatlamak	9	6,7
Kabızlığı gidermek	7	5,2
Ağız yaralarını iyileştirmek	4	2,9
Nefes açmak/ boğazı yumuşatmak	4	2,9
Tamamlayıcı tedavi hakkında bilgi kaynakları		
Yakınlarım	84	62,6
Diğer hasta ve hasta yakınları	21	15,6
Hayır	16	11,9
Medya	15	11,1
Lokman hekim	11	8,2
Kendim araştırdım	2	1.4
Tamamlayıcı tedavi kullanırken Hekime/Hemşireye danışma		
Evet	118	88,1
Hayır	16	11,9
Tamamlayıcı tedavi yönteminin etkisini görme		
Evet	63	47,0
Hayır	71	53,0
Tamamlayıcı tedavi yönteminin zararını görme		
Evet	7	5,2
Hayır	127	94,8

Kemoterapi alan hastaların tamamlayıcı tedavi ile ilgili düşüncelerinin dağılımı **Çizelge 3.2.4.**'de görülmektedir. Buna göre hastaların %94,7'si aldıkları tıbbı tedaviye güvendiğini, %1,5'i tıbbı tedaviye güvenmediğini %3,8'i ise tıbbı tedaviye güvenip güvenmediği konusunda fikri olmadığını belirtti. Hastaların %30,2'si tamamlayıcı tedavinin yararlı olduğuna inanırken %38,3'ü tamamlayıcı tedavinin yararlı olmadığına inandığını, %31,5'i ise bu konuda bir fikri olmadığını belirtti.

Hastaların tamamlayıcı tedavinin yararlılığına inanma nedenleri; %85,1'i etkisini gördüğü, %7,4'ü umut verici bulduğu, %5,3'ü doğal olduğu için yararlı olabileceğine inandığını belirtti. Tamamlayıcı tedavinin yararlı olmadığına inanma nedeni olarak hastaların %46,6'sı bilimsel etkinliği saptanmamış olduğu için, %16,6'sı doktor kullanmayı önermediği için, %16,6'sı da kullandığını ancak etkisini görmediği için inanmadığını belirti.

Tamamlayıcı tedavi kullanmayan hastaların %22,7'si ilerde tamamlayıcı tedavi kullanmayı düşündüğünü, ilerde tamamlayıcı tedavi kullanmayı düşünmeyen hastaların %11,7'si iyileşememe durumunda, %6,9'u doktor önerdiği takdirde, %2,6'sı hastalığı metastaz yaparsa tamamlayıcı tedavi kullanmayı düşünebileceğini belirtti.

Çizelge 3.2.4. Kemoterapi alan hastaların tamamlayıcı tedavi ile ilgili düşünceleri (n=397)

Düşünceler	**Sayı**	**%**
Tıbbı tedaviye güven duyma (n=397)		
Güveniyorum	376	94,7
Güvenmiyorum	6	1,5
Fikrim yok	15	3,8
Tamamlayıcı tedavinin yararına (n=397)		
İnanıyorum	120	30,2
İnanmıyorum	152	38,3
Fikrim yok	125	31,5
Tamamlayıcı tedavinin yararlı olduğuna inanma nedeni (n=94)		
Etkisini gördüm bana iyi geldi (enerji verdi/ bağışıklığımı arttırdı/semptomlarıma iyi geldi),	63	85,1
Umut verici	7	7,4
Doğal olduğu için	22	5,3
Tamamlayıcı tedavinin yararlı olmadığına inanma nedeni (n=60)		
Bilimsel etkinliği saptanmamış	28	46,6
Yan etkileri olabilir ve tedavime zarar verebilir	12	20,0
Doktor kullanmamı önermedi	10	16,6
Etkisini görmediğim için inanmıyorum	10	16,6
İlerde tamamlayıcı tedavi kullanmayı düşünüyor musunuz? (n=243)		
Evet	55	22,7
Hayır	188	77,3
İlerde tamamlayıcı tedavi kullanmayı hangi durumlarda düşünebilirsiniz? (n=40)		
İyileşemezsem düşünürüm	22	11,7
Doktorum önerirse düşünürüm	13	6,9
Metastaz yaparsa düşünürüm	5	2,6

Kemoterapi alan hastaların sosyodemografik özelliklerinin tamamlayıcı tedavi kullanımı ile ilişkisi **Çizelge 3.2.5.'**de yer almaktadır. Buna göre tamamlayıcı tedavi kullanan hastaların, %52,6'sının kadın %47,4'ünün erkek olduğu saptandı. Bu çalışmada cinsiyetin tamamlayıcı tedavi kullanımında etkili olduğu (X^2=7,011, p=0,008), kadınların erkeklerden daha çok tamamlayıcı tedavi kullanmayı tercih ettiği belirlendi.

Tamamlayıcı tedavi kullanan hastaların %85,8'i evli, %14,2'si bekardı. Bu çalışmada medeni durumun tamamlayıcı tedavi kullanımında etkili olmadığı saptandı (X^2=0,074, P =0,786). Tamamlayıcı tedavi kullanan hastaların eğitim durumuna bakıldığında %61,2'si ilkokul, %15,1'i lise, %10,4'ü yüksek okul mezunuydu. Eğitim durumunun tamamlayıcı tedavi kullanımında etkili olmadığı saptandı (X^2=6,873, p=0,143).Mesleki duruma göre tamamlayıcı tedavi kullanımına bakıldığında; tamamlayıcı tedavi kullanan hastaların %51,5'i ev hanımı ,%17,2'si emekliydi. Mesleğin tamamlayıcı tedavi kullanımında etkili olduğu saptandı (X^2=12,508, p=0,028). Farkın ev hanımlarının diğer gruplara oranla daha fazla tamamalayıcı tedavi kullanmasından kaynaklandığı belirlendi. Tamamlayıcı tedavi kullanan hastaların, %37,7'sinin soy geçmişinde kanser öyküsü vardı. Soy geçmişin tamamlayıcı tedavi kullanımında etkili olduğu saptandı (X^2=9,317, p=0,002). Bu etkinin soy geçmişinde kanser olan 110 hastadan 50'sinin tamamlayıcı tedaviye başvurmasından kaynaklandığı belirlendi.

Çizelge 3.2.5. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin tamamlayıcı tedavi kullanımı ile ilişkisi (n=397)

Sosyodemografik Özellikler	**Tamamlayıcı tedavi kullanımı**				
	Evet		**Hayır**		**Değerlendirme**
	Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet					
Kadın	83	52,6	126	47,9	X^2=7,011*
Erkek	51	47,4	137	52,1	P=0,008
Medeni Durum					
Evli	115	85,8	223	84,8	X^2=0,074*
Bekâr	19	14,2	40	15,2	P=0,786
Eğitim Durumu					
Okuryazar değil	8	6,0	34	12,9	X^2=6,873*
İlkokul	82	61,2	153	58,2	P=0,143
Ortaokul	9	6,7	25	9,5	
Lise	21	15,1	30	11,4	
Yüksek okul	14	10,4	21	8,0	
Meslek					
Ev hanımı	69	51,5	102	38,8	X^2=12,508*
Emekli	23	17,2	49	18,6	P=0,028
İşçi	16	11,9	23	8,7	
Serbest meslek	12	9,0	53	20,2	
Memur	11	8,2	24	9,1	
Çiftçi	3	2,2	12	4,6	
Soy geçmişte kanser öyküsü					
Evet	50	37,7	60	22,8	X^2=9,317*
Hayır	84	62,3	203	77,2	P=0,002

*Ki-kare testi uygulandı.

Hastaların tıbbı özelliklerinin tamamlayıcı tedavi kullanımıyla ilişkisi **Çizelge 3.2.6.**'da yer almaktadır. Hastaların; %32,1'inin meme kanseri, %32,1'inin gastrointestinal sistem kanseri, %20,1'inin kolorektal kanser olduğu saptandı. Hastaların tıbbı tanı ile tamamlayıcı tedavi kullanımı arasındaki ilişkiye bakıldığında, tıbbi tanının etkili olduğu görüldü (X^2=17,131, p=0,047). Bu etkinin meme kanseri olan hastaların daha fazla tamamlayıcı tedaviye başvurmalarından kaynaklandığı belirlendi. Tamamlayıcı tedavi kullanan hastaların %33,6'sı ikinci kür, %26,3'ü üçüncü kür kemoterapi alan hastalardı. Alınan kemoterapi kür sayısı ile tamamlayıcı tedavi kullanımı arasındaki ilişkiye bakıldığında, alınan kemoterapi kürünün etklili olduğu saptandı. Bu etkinin ikinci kürünü alan hastalardan kaynaklandığı belirlendi (X^2=9,3114, p=0,049).

Hastaların %35,1'i ameliyat olduktan sonra, radyoterapi alan ve kemoterapi alan hastalardı. Hastaların tamamlayıcı tedavi kullanımları ile tedavi öyküleri arasındaki ilişkiye bakıldığında tedavi öyküsünün etkili olduğu belirlendi (X^2=9,325, p=0,009). Bu etkinin nedeninin ameliyat olduktan sonra, radyoterapi ve kemoterapi alan hastalardan kaynaklandığı saptandı. Tamamlayıcı tedavi kullanan hastaların %32,8'inin evre 2, % 32,1'inin evre 3, %31,3'ünün evre 4'te olduğu belirlendi. Hastalık evresinin, tamamlayıcı tedavi kullanımına etkisi olmadığı saptandı (X^2=9,411, p=0,052).

Çizelge 3.2.6. Hastaların tıbbı özelliklerinin tamamlayıcı tedavikullanımı ile ilişkisi (n=397)

Tıbbi özellikler	**Tamamlayıcı tedavi kullanımı**				
	Evet		**Hayır**		**Değerlendirme**
	n	%	n	%	
Hastaların Tıbbi Tanıları					
Meme kanseri*	43	32,1	50	19,0	X^2=17,131**
Kolorektal kanserler	27	20,1	52	19,8	P=0,047
Gastrointestinal kanserler	27	20,1	63	24,0	
Akciğer kanseri	9	6,7	21	8,0	
Sarkoma	8	6,0	6	2,3	
Üriner sistem kanserleri	7	5,2	23	8,7	
Hemotolojik maligniteler	4	3,0	18	6,8	
Lenfoma	3	2,2	15	5,7	
Baş boyun kanserleri	3	2,2	8	3,0	
Multiple myelom	3	2,2	7	2,7	

*Beş Jinekolojik kanser hastası analiz yapılırken meme kanserli hasta grubuna dahil edildi.
**Ki-Kare testi uygulandı.

Çizelge 3.2.6.Devam Hastaların tıbbı özelliklerinin tamamlayıcı tedavi kullanımı ile ilişkisi (n=397)

Tıbbi özellikler	**Tamamlayıcı tedavi kullanımı**				
	Evet		**Hayır**		**Değerlendirme**
	Sayı	%	Sayı	%	
Alınan kemoterapi kür sayısı					
1.kür	5	3,7	38	14,4	X^2=9,3114**
2.kür	45	33,6	64	24,3	P=0,049
3.kür	36	26,9	74	28,1	
4.kür	16	11,9	31	11,8	
5.kür	10	7,5	18	6,8	
6.kür	15	11,2	24	9,1	
7.kür ve üzeri	7	5,2	14	5,3	
Tedavi öyküsü					
Sadece kemoterapi	41	30,6	117	44,5	X^2=9,325**
Ameliyat ve Kemoterapi	46	34,3	86	32,7	P=0,009
Ameliyat, Radyoterapi ve Kemoterapi	47	35,1	60	22,8	
Hastalık evresi					
Evre 1	2	1,5	7	2,7	X^2=9,411**
Evre 2	44	32,8	87	33,1	P=0,052
Evre 3	43	32,1	98	37,3	
Evre 4	42	31,3	53	20,2	
Diğer	3	2,2	18	6,8	

**Ki-kare testi uygulandı.

3.3. Hastaların Kemoterapinin Yan Etkilerini Yaşama Durumları Ve Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği (N-SDÖ) Puanları

Hastaların kemoterapi nedeniyle yaşadıkları yan etkilerin düzeyi **Çizelge 3.3.1a.**'da görülmektedir. Hastaların fiziksel yan etki olarak %95,4'ü yorgunluk, %78,1'i bulantı, %68,4'ü dışarıya çıkmak istememe, %67,3'ü iştahsızlık, %63,6'sı tat değişikliği, %62,7'si eklem/kaslarında ağrı, %58,8'i el ve ayaklarda uyuşma/ karıncalanma, %57,3'ü kabızlık, %57,3'ü ağız ve diş etlerinde hassasiyet, %56,5'i uyku düzeninde bozulma, %54,8'i grip benzeri şikâyetler, %53,4'ü kusma, %49,7'si mukozit, %44,8'i dikkati yoğunlaştırmakta zorlanma, %44,8'i boğazda ağrı, % 42'si lokmaları yutmakta zorlanma, % 34,6'sı titreme, %33,2'si ishal, %32,3'ü ateşin 38 ^{0}C üstüne çıkma, %16,7'si hıçkırık yaşadığını belirtti.

Hastaların kemoterapi alırken yaşadığı sosyal sorunlar sıklık sırası ile %63,3'ü saç dökülmesi, %53,9'u kaş ve kirpik dökülmesi, %44,6'sı unutkanlıkta artma, %34,6'sı ciltte kuruluk ve pul pul döküntü, %22,4'ü avuç ve ayak tabanlarında

kızarıklık, %19,3'ü cilt renginde koyulaşma, %18,4'ü kaşıntı, %18,1'i tırnak görünümünde ve yapısında değişiklik olduğu saptandı.

Hastaların kemoterapi alırken yaşadığı psikolojik sorunlar sıklık sırası ile %92,6'sının cinselliğe olan ilgisinde azalma, %73,8'inin daha duyarlı/hassas olma, %71,8'inin sosyal yaşantıdan uzaklaşma, %67,3'ünün kendini içine kapanmış hissetme, %66,1'inin geleceğe yönelik endişeleri olma, %66,1'inin daha çabuk sinirlenme, %65,9'unun aile/arkadaş ilişkilerinde bozulma, %61,6'sının dışarıda yürüyüş yapmakta zorlanma, %54,2'sinin günlük işlerini sürdürmede zorlanma, %52,2'sinin günlük ihtiyaçlarını karşılamada zorlanma yaşağıdı belirlendi.

Çizelge 3.3.1a. Hastaların kemoterapinin yan etkilerini yaşama durumları (n=352)

Hastaların Semptom Yaşama Durumları	**Evet**		**Hayır**	
	Sayı	**%**	**Sayı**	**%**
Fiziksel Semptomlar				
Kendimi yorgun hissettim	336	95,4	16	4,6
Bulantım oldu	275	78,1	77	21,9
Dışarıya çıkmak istemedim	241	68,4	111	31,6
İştahım azaldı	237	67,3	115	22,7
Yediklerimin tadını farklı algıladım	224	63,6	128	26,4
Eklem/kaslarımda ağrım oldu	221	62,7	131	37,3
El ve ayaklarımda uyuşma/ karıncalanma oldu	207	58,8	145	41,2
Kabız oldum	202	57,3	150	42,7
Ağzımda / diş etlerimde hassasiyet oldu	202	57,3	150	42,7
Uyku düzenim bozuldu	199	56,5	153	43,5
Grip benzeri şikâyetlerim oldu	193	54,8	159	45,2
Kusmam oldu	188	53,4	164	46,6
Ağzımda yara oldu	175	49,7	177	50,3
Dikkatimi yoğunlaştırmakta zorlandım	158	44,8	194	55,2
Boğazımda ağrı oldu	158	44,8	194	55,2
Lokmalarımı yutmakta zorlandım	148	42,0	204	58,0
Titrememem oldu	122	34,6	230	65,4
İshal oldum	117	33,2	235	66,8
Ateşim 38 ^{0}C üstüne çıktı	114	32,3	238	63,7
Hıçkırığım oldu	59	16,7	293	83,3
Sosyal Semptomlar				
Saçlarım döküldü	223	63,3	129	36,7
Kirpiklerim ve kaşlarım döküldü	190	53,9	162	46,1
Unutkanlığım arttı	157	44,6	195	55,4
Cildimde kuruluk arttı pul pul döküntüler oldu	122	34,6	230	65,4
Avuçlarımda ve ayak tabanlarımda kızarıklık oldu	79	22,4	273	77,6
Cilt rengim koyulaştı	67	19,3	285	80,7
Kaşıntım oldu	65	18,4	287	81,6
Tırnaklarımın görünümü/ yapısı değişti	64	18,1	288	81,9

Çizelge 3.3.1a Devam Hastaların kemoterapinin yan etkilerini yaşama durumları (n=352)

Hastaların Semptom Yaşama Durumları	Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
Psikolojik Semptomlar				
Cinselliğe ilgim azaldı	326	92,6	26	7,4
Daha duyarlı/ hassas oldum	260	73,8	92	26,1
Sosyal yaşantımdan uzaklaştım	253	71,8	99	27,2
Kendimi içime kapanmış hissettim	237	67,3	115	32,3
Geleceğe yönelik endişelerim oldu	233	66,1	119	43,9
Daha çabuk sinirlenir oldum	233	66,1	119	43,9
Aile/arkadaş ilişkilerim bozuldu	232	65,9	120	34,1
Dışarıda yürüyüş yapmakta zorlandım	217	61,6	135	28,4
Günlük işlerimi sürdürmede zorlandım	191	54,2	161	45,8
Günlük ihtiyaçlarımı karşılamada zorlandım	184	52,2	168	47,8

Hastaların yaşadıkları semptomları hangi şiddet düzeyinde yaşadığı **Çizelge 3.3.1b.**'de görülmektedir.

Çizelge 3.3.1b. Kemoterapi alan hastaların N-SDÖ puanları

No	*Maddeler*	*Hayır*		*Çok az*		*Biraz*		*Oldukça*		*Çok fazla*	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1	Kendimi yorgun hissettim	16	4,5	27	7,7	76	21,6	166	47,2	67	19,0
2	Dışarıya çıkmak istemedim	111	31,5	48	13,6	63	17,9	102	29,0	28	8,0
3	Uyku düzenim bozuldu	153	43,5	63	17,9	77	21,9	43	12,2	16	4,5
4	Dikkatimi yoğunlaştırmakta zorlandım	194	55,1	73	20,7	59	16,8	19	5,4	7	2,0
5	Unutkanlığım arttı	195	55,4	58	16,5	65	18,5	30	8,5	4	1,1
6	Ağzımda / diş etlerimde hassasiyet oldu	150	42,6	67	19,0	91	25,9	32	9,1	12	3,4
7	Ağzımda yara oldu	177	50,3	61	17,3	73	20,7	28	8,0	13	3,7
8	Boğazımda ağrı oldu	194	55,1	49	13,9	73	20,7	22	6,2	14	4,0
9	Lokmalarımı yutmakta zorlandım	204	58,0	52	14,8	61	17,33	23	6,5	12	3,4
10	Yediklerimin tadını farklı algıladım	128	36,4	54	15,3	95	27,0	57	16,2	18	5,1
11	İştahım azaldı	115	32,7	42	11,9	97	27,6	75	21,3	23	6,5
12	Bulantım oldu	77	21,9	34	9,7	106	30,1	105	29,8	30	8,5
13	Kusmam oldu	164	46,6	63	17,9	54	15,3	49	139	22	6,2
14	Kabız oldum	150	42,6	27	7,7	61	17,3	87	24,7	27	7,7
15	İshal oldum	235	66,8	26	7,4	27	7,7	46	3,1	18	5,1
16	Saçlarım döküldü	129	36,6	40	11,4	45	12,8	70	19,9	68	19,3
17	Kirpiklerim ve kaşlarım döküldü	162	46,0	37	10,5	48	13,6	57	16,2	48	13,6
18	Cildimde kuruluk arttı pul pul döküntüler oldu	230	65,3	44	12,5	31	8,8	32	9,1	15	4,3
19	Avuçlarımda ve ayak tabanlarımda kızarıklık oldu	273	68,8	37	9,3	19	4,8	15	3,8	8	2,0
20	Tırnaklarımın görünümü/ yapısı değişti	288	81,8	28	8,0	16	4,5	13	3,7	7	2,0
21	Cilt rengim koyulaştı	285	81,0	23	6,5	20	5,7	17	4,8	7	20
22	Kaşıntım oldu	287	81,5	20	5,7	18	5,1	21	6,0	6	1,7
23	Ateşim 38 ^{0}C üstüne çıktı	238	67,6	36	10,2	43	12,2	19	5,4	16	4,5
24	Titrememem oldu	230	65,3	45	12,8	42	11,9	23	6,5	12	3,4

Çizelge 3.3.1b. Devam Kemoterapi alan hastaların N-SDÖ puanları

		Hayır		*Çok az*		*Biraz*		*Oldukça*		*Çok fazla*	
No	***Maddeler***	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**
25	Hıçkırığım oldu	293	83,2	27	7,7	20	5,7	9	2,6	3	0,9
26	El ve ayaklarımda uyuşma/ karıncalanma oldu	145	41,2	40	11,4	75	21,3	69	19,6	23	6,5
27	Eklem/kaslarımda ağrım oldu	131	37,2	33	9,4	93	26,4	74	21,0	21	6,0
28	Günlük ihtiyaçlarımı karşılamada zorlandım	168	47,7	61	17,3	59	16,8	58	16,5	6	1,7
29	Günlük işlerimi sürdürmede zorlandım	161	45,7	63	17,9	64	18,2	57	16,2	7	2,0
30	Aile/arkadaş ilişkilerim bozuldu	120	34,1	51	14,5	84	23,9	83	23,6	14	4,0
31	Sosyal yaşantımdan uzaklaştım	99	28,1	61	17,3	87	24,7	89	25,3	16	4,5
32	Daha çabuk sinirlenir oldum	119	33,8	53	15,1	74	21,0	86	24,4	20	5,7
33	Daha duyarlı/hassas oldum	92	26,1	50	14,2	96	27,3	96	27,3	18	5,1
34	Kendimi içime kapanmış hissettim	115	32,7	53	15,1	86	24,4	84	23,9	14	1,0
35	Geleceğe yönelik endişelerim oldu	119	33,8	70	19,9	83	23,6	65	18,5	15	4,3
36	Dışarıda yürüyüş yapmakta zorlandım	135	38,4	75	21,3	58	16,5	66	18,8	18	5,1
37	Grip benzeri şikâyetlerim oldu	159	45,2	139	39,5	32	9,1	13	3,7	9	2,6
38	Cinselliğe ilgim azaldı	26	7,4	20	5,7	43	12,1	65	18,5	198	56,3

Kemoterapi alan hastaların sosyodemografik özellikleri ile N-SDÖ puanlarının karşılaştırması **Çizelge 3.3.2.**'de verilmektedir. Buna göre kadınların fiziksel iyilik hali puanı (FizİH) ($\overline{x}$=0,070±0,03) ve sosyal iyilik hali (SoİH) puanının ($\overline{x}$ =0,021±0,01), erkeklerin fiziksel iyilik hali puanı ($\overline{x}$=0,059±0,02) ve sosyal iyilik hali puanından ($\overline{x}$=0,013±0,01) yüksek bulundu. Cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulundu (t=3,285, p=0,001)**.** Kadın hastaların fiziksel ve sosyal iyilik hali olarak, erkek hastalardan daha kötü durumda olduğu saptandı. Psikololojik iyilik hali (PsİH) ve Genel iyilik halinin ise cinsiyetten etkilenmediği belirlendi (p>0,05).

Medeni durum ile N-SDÖ puan ilişkisine bakıldığında bekar olan hastaların PsİH ve genel iyilik hali puanları ($\overline{x}$=0,465±0,50, $\overline{x}$=0,543±0.50), evli olan hastaların PsİH ve genel iyilik hali puanından ($\overline{x}$=0.046±0.02, $\overline{x}$=0.130±0.05) yüksek olduğu saptandı. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (t=14,294, p=0,0001; t=13,783, p=0,0001). FizİH ve SoİH puanlarının ise medeni durumdan etkilenmediği saptandı (p>0,05).

Hastaların eğitim durumuna göre N-SDÖ puanlarını karşılaştırıldığında, okuma yazması olmayan hastaların en yüksek FizİH ve SoİH puanlarını aldıkları ($\overline{x}$ =0.075±0.03, $\overline{x}$= 0.024±0.012), yüksek okul mezunu olan hastaların ise en yüksek PsİH ve genel iyilik hali puanını ($\overline{x}$=0.190±0.36, $\overline{x}$=0.270±0.37) aldıkları

saptandı. Fakat eğitim durumu ile N-SDÖ puanı arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlendi (p>0,05).

Çalışmada mesleği ev hanımı olan hastaların FizİH puanı ve SoİH puanı ($\overline{x}$ =0,073±0.03, $\overline{x}$=0,022±0.01), diğer meslek gruplarından yüksek bulundu (F=4,281 p=0,001, F=5,301 p=0,0001). Farkı yaratan grubun bulunması amacıyla yapılan Tukey testi sonucuna göre; ev hanımlarının FizİH puanının memur ve işçi grubunda olan hastalardan daha yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,004, p=0,036). Benzer şekilde ev hanımlarının SoİH puanının memur ve işçi grubunda olan hastalardan daha yüksek olması istatistiksel olarak önemli bulundu (p=0,001, p=0,016).

Mesleği memur olan hastaların ise PsİH ve genel iyilik hali puanlarının ($\overline{x}$ =0,160±0.32, $\overline{x}$=0,240±0,32) diğer meslek gruplarından yüksek olduğu saptandı (X^2=15,747 p=0,003, X^2=21,254 p=0,0001).

Çizelge 3.3.2. Hastaların sosyodemografik özellikleri ile N-SDÖ puanlarının karşılaştırılması (n=352)

Tanıtıcı Özellikler		**N-SDÖ Puanları**			
		FizİH	**SoİH**	**PsİH**	**Genel İyilik Hali**
	n	**$\overline{x}$±SD**	**$\overline{x}$±SD**	**$\overline{x}$±SD**	**$\overline{x}$ ±SD**
Cinsiyet					
Kadın	193	0,070±0,03	0,021±0,01	0,128±0,27	0,220±0,27
Erkek	159	0,059±0,02	0,013±0,01	0,098±0,23	0,172±0,23
Değerlendirme		*t*=3,285* p=0,001	Z=4,529** p=0,0001	*t*=1,093* p=0,275	*t*=1,759* p=0,079
Medeni Durum					
Evli	294	0,065±0,03	0,018±0,01	0,046±0,02	0,130±0,05
Bekar	58	0,063±0,03	0,014±0,01	0,465±0,50	0,543±0,50
Değerlendirme		*t*=0,497* p=0,619	*t*=1,862* p=0,063	*t*=14,294* p=0,0001	*t*=13,783* p=0,0001
Eğitim Durumu					
Okuma Yazması yok	41	0,075±0,03	0,024±0,012	0,119±0,25	0,216±0,25
İlkokul	201	0,065±0,03	0,018±0,01	0,096±0,21	0,179±0,22
Ortaokul	33	0,058±0,03	0,014±0,01	0,094±0,23	0,167±0,24
Lise	46	0,060±0,03	0,019±0,01	0,159±0,33	0,239±0,31
Yüksekokul	31	0,064±0,03	0,015±0,01	0,190±0,36	0,270±0,37
Değerlendirme		F=1,690*** p=0,152	F=1,228*** p=0,299	F=1,354*** p=0,250	F=1,324*** p=0,261

*Student *t* testi uygulandı.
**Dağılım homojen olmadığı için Mann Whitney U testi uygulandı.
***Tek yönlü varyans analizi uygulandı.

Çizelge 3.3.2. Devam. Hastaların sosyodemografik özellikleri ile N-SDÖ puanlarının karşılaştırılması (n=352)

Tanıtıcı Özellikler		N-SDÖ Puanları			
		FizİH	**SoİH**	**PsİH**	**Genel İyilik Hali**
	n	$\overline{x}$**±SD**	$\overline{x}$**±SD**	$\overline{x}$**±SD**	$\overline{x}$ **±SD**
Meslek					
Çiftçi	12	0,053±0,03	0,012±0,06	0,033±0,02	0,098±0,04
Ev hanımı*****	157	0,073±0,03	0,022±0,01	0,120±0,25	0,215±0,25
Emekli	59	0,062±0,03	0,016±0,01	0,051±0,12	0,130±0,13
Serbest Meslek	57	0,055±0,03	0,013±0,01	0,137±0,29	0,206±0,29
Memur	32	0,065±0,03	0,014±0,01	0,160±0,32	0,240±0,32
İşçi	35	0,056±0,02	0,013±0,01	0,149±0,31	0,219±0,31
Değerlendirme		F=4,281*** p=0,001******	F=5,301*** p=0,0001******	X^2=15,747**** p =0,003	X^2=21,254**** p=0,0001

***Tek yönlü varyans analizi uygulandı.
****Dağılım homojen olmadığı için Kruskal Wallis varyans analizi uygulandı
*****Analiz yapılırken öğrenci grubu (n=8) ev hanımı grubuna dahil edildi.
****** Tukey testi uygulandı.

Hastaların tıbbi özellikleri ile N-SDÖ'den aldıkları puanlar **Çizelge 3.3.3.'de** görülmektedir. Buna göre ameliyat, radyoterapi ve kemoterapi alan hastaların SoİH puanı ($\overline{x}$=0,021±0,01) sadece kemoterapi, ameliyat ve kemoterapi alan hastaların SoİH puanından yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı (F=4,820, p=0,009). Yapılan Tukey testi sonucunda ameliyat+radyoterapi+kemoterapi tedavilerinin sırasıyla hepsini alan grubun puanı diğer iki gruptan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,013, p=0,024). FizİH, PsİH ve Genel iyilik hali puanlarının ise tedavi öyküsünden etkilenmediği belirlendi (p>0,05).

Hastaların aldıkları kemoterapi altıncı, dördüncü ve yedinci kür olanların FizİH puanları ($\overline{x}$=0,076±0,03, $\overline{x}$=0,076±0,03, $\overline{x}$=0,069±0,02), ikinci, üçüncü ve beşinci kür kemoterapi alan hastalardan ($\overline{x}$=0,059±0,03, $\overline{x}$=0,063±0,03, $\overline{x}$ =0,061±0,03) yüksek bulundu. Alınan kemoterapi kür sayısı ile FizİH puanları karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulundu (F=3,129, p=0,009). Farkı yaratan grubun bulunması amacıyla yapılan Tukey testi sonucuna göre; farkın ikinci kürü alan hastaların puanı ile dördüncü ve altıncı kürü alan hastaların puanından düşük olmasından kaynaklandığı belirlendi (p=0,026, p=0,042).

Hastaların aldıkları kemoterapi dördüncü, altıncı ve yedinci kür olanların SoİH puanları ($\overline{x}$=0,024±0,01, $\overline{x}$=0,021±0,01, $\overline{x}$=0,021±0,01), ikinci, üçüncü ve beşinci kür kemoterapi alan hastalardan yüksek bulundu. Kemoterapi kür sayısı ile SoİH puan ilişkisine bakıldığında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi (F=4,749, p=0,0001). Farkı yaratan grubun bulunması amacıyla yapılan Tukey testi sonucuna göre; farkın ikinci kürü alan hastaların puanının, dördüncü ve altıncı kürü alan hastaların puanından düşük olmasından kaynaklandığı belirlendi (p=0,0001 p=0,035). Alınan kemoterapi kür sayısı ise PsİH ve genel iyilik hali puanlarını etkilemediği saptandı (p>0,05).

Hastaların tıbbi tanılarıyla, N-SDÖ puanı ilişkisine bakıldığında SoİH puanının gruplar arasında değişim gösterdiği ve bu değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü (X^2=37,860, p=0,0001). Hastaların SoİH puanlarının, meme kanseri ($\overline{x}$=0,026±0,01), sarkoma ($\overline{x}$=0,022±0,01), baş boyun kanseri ($\overline{x}$=0,025±0,01) olanlarda, diğer kanser tanısı alanlara oranla yüksek bulundu. Bu çalışmada hastaların FizİH, PsİH ve genel iyilik hali puanlarının hastalık tanısından etkilenmediği belirlendi (p>0,05).

Kanser evresine göre N-SDÖ puanına bakıldığında genel iyilik hali puanının diğer grubunda (evrelendirilemeyen hematolojik maligniteler) olan hastalarda ($\overline{x}$ =0,393±0,42) daha yüksek olduğu belirlendi (X^2=9,836, p=0,043). Hastaların hastalık evresi ile FizİH, SoİH ve PsİH puanları arasında anlamlı ilişkiolmadığı saptandı.

Bu çalışmada taxane bazlı tedavi alan hastaların SoİH puanı diğer gruplardan yüksek ($\overline{x}$=0,025±0,01) ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu (X^2=29,134 p=0,0001).

Çizelge 3.3.3. Hastaların tıbbı özellikleri ile N-SDÖ puanlarının karşılaştırılması (n=352)

Tıbbi Özellikler		N-SDÖ Puanları			
		FizİH	SoİH	PsİH	Genel İyilik Hali
	n	$\bar{x}$±SD	$\bar{x}$±SD	$\bar{x}$±SD	$\bar{x}$±SD
Tedavi Öyküsü					
Sadece kemoterapi	128	0,063±0,03	0,016±0,01	0,129±0,28	0,209±0,28
Ameliyat ve kemoterapi	125	0,063±0,02	0,016±0,01	0,113±0,24	0,193±0,25
Ameliyat +radyoterapi+ kemoterapi	99	0,070±0,03	0,021±0,01	0,098±0,23	0,191±0,23
Değerlendirme		F=1,616* p=0,200	F=4,820* p =0,009	F=0,401* p =0,670	F=0,181* p =0,834
Alınan kemoterapi kürü					
2. kür	109	0,059±0,03	0,013±0,01	0,119±0,26	0,191±0,26
3. kür	110	0,063±0,03	0,018±0,01	0,122±0,26	0,203±0,26
4. kür	46	0,076±0,03	0,024±0,01	0,085±0,19	0,185±0,20
5. kür	28	0,061±0,03	0,019±0,01	0,175±0,34	0,255±0,33
6. kür	38	0,076±0,03	0,021±0,01	0,043±0,03	0,141±0,06
7. kür ve üzeri	21	0,069±0,02	0,021±0,01	0,172±0,34	0,263±0,35
Değerlendirme		F=3,129* p =0,009**	F=4,749* p =0,0001**	X^2=1,092*** p=0,955	X^2=6,873*** p=0,230
Hastalık tanısı					
Akciğer kanseri	24	0,061±0,03	0,013±0,01	0,163±0,32	0,238±0,32
Kolorektal kanserler	71	0,060±0,03	0,012±0,009	0,132±0,29	0,205±0,28
Lenfoma	17	0,056±0,02	0,017±0,01	0,098±0,23	0,172±0,25
Meme kanseri	80	0,072±0,03	0,026±0,01	0,069±0,15	0,167±0,16
Jinekolojik kanserler	5	0,076±0,01	0,021±0,006	0,058±0,01	0,156±0,01
Sarkoma	12	0,069±0,03	0,022±0,01	0,024±0,02	0,115±0,05
Gastrointestinal kanserler	79	0,062±0,03	0,015±0,01	0,102±0,23	0,181±0,24
Baş boyun kanserleri	8	0,070±0,03	0,025±0,01	0,159±0,34	0,255±0,34
Üriner sistem kanserleri	27	0,058±0,02	0,016±0,01	0,151±0,30	0,226±0,29
Multiple myelom	9	0,067±0,03	0,013±0,007	0,030±0,02	0,111±0,04
Hematolojik maligniteler	20	0,079±0,03	0,019±0,01	0,282±0,42	0,381±0,41
Değerlendirme		F=1,429* p =0,166	X^2=37,860*** p =0,001	X^2=13,886*** p =0,178	X^2=14,779*** p =0,140
Hastalık evresi					
Evre 1	7	0,047±0,02	0,007±0,008	0,035±0,01	0,090±0,03
Evre 2	120	0,065±0,02	0,016±0,01	0,115±0,25	0,197±0,25
Evre 3	119	0,062±0,03	0,018±0,01	0,128±0,28	0,209±0,28
Evre 4	87	0,068±0,03	0,020±0,01	0,064±0,14	0,152±0,15
Diğer ****	19	0,079±0,03	0,018±0,01	0,295±0,43	0,393±0,42
Değerlendirme		F=1,983* p=0,097	F=1,500* p=0,202	X^2=4,443*** p=0,349	X^2=9,836*** p=0,043

*Tek yönlü varyans analizi uygulandı. **Tukey testi yapıldı.
***Dağılım homojen olmadığı için Kruskal Wallis varyans analizi uygulandı.
****Evrelendirmesi genel evrelendirmeye uymayan hematolojik maligniteler bu grupta toplandı.

Çizelge 3.3.3.Devam Hastaların tıbbı özellikleri ile N-SDÖ puanlarının karşılaştırılması (n=352)

Tıbbi Özellikler		N-SDÖ Puanları			
		FizİH	SoİH	PsİH	Genel İyilik Hali
	n	$\bar{x}$±SD	$\bar{x}$±SD	$\bar{x}$±SD	$\bar{x}$±SD
Alınan kemoterapi türleri					
Platin bazlı tedavi	51	0,064±0,02	0,017±0,01	0,102±0,22	0,184±0,23
Fluorouracil bazlı tedavi	166	0,063±0,03	0,013±0,01	0,137±0,29	0,214±0,29
Taxane bazlı tedavi	59	0,071±0,02	0,025±0,01	0,109±0,24	0,207±0,24
Doxorubicine bazlı tedavi	40	0,062±0,03	0,020±0,01	0,037±0,02	0,120±0,06
Hedefe yönelik tedavi	36	0,067±0,03	0,021±0,01	0,126±0,26	0,215±0,26
Değerlendirme		F=0,775* p=0,542	X^2=29,134*** p=0,0001	X^2=5,812*** p=0,214	X^2=7,754*** p=0,101

* Tek yönlü varyans analizi uygulandı.
*** Dağılım homojen olmadığı için Kruskal Wallis varyans analizi uygulandı.

Kemoterapi alan hastaların şifa aramak için yaptığı dini ve kültürel uygulamalar ile N-SDÖ'den aldıkları puanlar **Çizelge 3.3.4.'**te görülmektedir. Dua edip namaz kılan hastaların genel iyilik hali ($\bar{x}$=0,200±0,26) puanı dua edip namaz kılmayan hastalardan ($\bar{x}$=0,175±0,24) yüksek bulundu. Ancak hastaların N-SDÖ puanlarının dua ve namaz uygulamalarından etkilenmediği belirlendi (p>0,05). Adak ve kurban adayan hastaların genel iyilik hali puanı ($\bar{x}$=0,220±0,29) adak veya kurban adamayan hastalardan ($\bar{x}$=0,192±0,24) yüksek bulundu. Ancak hastaların N-SDÖ puanlarının adak ve kurban adama uygulamalarından etkilenmediği belirlendi (p>0,05).

Aktara giden hastaların genel iyilik hali puanı ($\bar{x}$=0,246±0,32) aktara gitmeyen hastaların genel iyilik hali puanından ($\bar{x}$=0,189±0,24) yüksek bulundu. Fakat hastaların N-SDÖ puanlarının aktara gitme durumlarından etkilenmediği belirlendi (p>0,05). Kurşun döktüren hastaların FizİH ($\bar{x}$=0,088±0,02) ve SoİH ($\bar{x}$=0,029±0,01) puanlarının kurşun döktürmeyen hastalardan yüksek olduğu, ve bu yüksekliğin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (*t*=2,735 p=0,007, *t*=2,964 p=0,003). PsİH ve genel iyilik hali puanlarının ise kurşun döktürme uygulamasından etkilenmediği belirlendi (p>0,05).

Din görevlisine giden hastaların genel iyilik hali puanı ($\bar{x}$=0,129±0,06), gitmeyen hastalardan ($\bar{x}$=0,200±0,26) düşük bulundu. Fakat hastaların N-SDÖ

puanlarının din görevlisine gitme durumundan etkilenmediği belirlendi (p≥0,05). Ocağa giden hastaların hastaların genel iyilik hali puanı ($\overline{x}$=0,139±0,04) gitmeyen hastalardan ($\overline{x}$=0,199±0,26) düşük bulundu. Fakat hastaların N-SDÖ puanlarının ocağa gitme durumundan etkilenmediği belirlendi (p>0,05). Türbe ziyareti yapan hastaların SoİH puanı ($\overline{x}$=0,025±0,01) türbe ziyareti yapmayan hastaların SoİH ($\overline{x}$ =0,017±0,01) puanından yüksek olduğu ve bu yüksekliğin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (*t*=2,363 p=0,019). FizİH, PsİH, genel iyilik hali puanlarının türbe ziyareti yapma durumundan etkilenmediği belirlendi (p>0,05).

Muska kullanan hastaların genel iyilik hali puanı ($\overline{x}$=0,283±0,38) muska kullanmayan hastalardan ($\overline{x}$=0,197±0,25) daha yüksek bulundu. Fakat hastaların N-SDÖ puanlarının muska kullanma durumundan etkilenmediği belirlendi (p≥0,05). Kutsal sulardan içen hastaların genel iyilik hali puanı ($\overline{x}$=0,148±0,14), içmeyen hastaların genel iyilik hali puanından ($\overline{x}$=0,206±0,27) düşük bulundu. Fakat hastaların N-SDÖ puanlarının kutsal sulardan içme durumundan etkilenmediği belirlendi(p>0,05). Nazarlık kullanan hastaların SoİH puanı ($\overline{x}$=0,035±0,01), kullanmayan hastaların SoİH puanından ($\overline{x}$=0,017±0,01) yüksek bulundu (*t*=3,582 p=0,0001). FizİH, PsİH ve genel iyilik hali paunlarının nazarlık kullanımından etkilenmediği belirlendi (p>0,05).

Çizelge 3.3.4. Tıbbı uygulamalar dışında şifa aramak için yapılan dini ve kültürel uygulamalar ile N-SDÖ puanlarının karşılaştırılması (n=352)

Dini ve Kültürel Uygulamalar		**N-SDÖ Puanları**			
		FizİH	**SoİH**	**PsİH**	**Genel İyilik Hali**
	n	**$\overline{x}$±SD**	**$\overline{x}$±SD**	**$\overline{x}$±SD**	**$\overline{x}$±SD**
Dua /Namaz					
Evet	321	0,066±0,03	0,018±0,01	0,116±0,25	0,200±0,26
Hayır	31	0,059±0,03	0,013±0,01	0,102±0,24	0,175±0,24
Değerlendirme		*t*=1,124*	*t*=1,688*	*t*=0,300*	*t*=0,531*
		p=0,262	p=0,092	p=0,765	p=0,595
Adak /Kurban					
Evet	80	0,063±0,03	0,021±0,01	0,135±0,29	0,220±0,29
Hayır	272	0,066±0,03	0,017±0,01	0,109±0,24	0,192±0,24
Değerlendirme		*t*=0,692* p=0,490	*t*=2,370* p=0,018	*t*=0,796* p=0,427	*t*=0,841* p=0,401

**Student *t* testi uygulandı.

Çizelge 3.3.4. Devam. Tıbbı uygulamalar dışında şifa aramak için yapılan dini ve kültürel uygulamalar ile N-SDÖ puanlarının karşılaştırılması (n=352)

Dini ve Kültürel Uygulamalar		**N-SDÖ Puanları**			
		FizİH	**SoİH**	**PsİH**	**Genel İyilik Hali**
	n	$\bar{x}$±**SD**	$\bar{x}$±**SD**	$\bar{x}$±**SD**	$\bar{x}$±**SD**
Aktara gitme					
Evet	56	0,066±0,03	0,021±0,01	0,159±0,32	0,246±0,32
Hayır	296	0,065±0,03	0,017±0,01	0,106±0,24	0,189±0,24
Değerlendirme		*t*=0,218* p=0,828	*t*=1,677* p=0,094	Z=0,125** p=0,900	Z=1,059** p=0,290
Kurşun döktürme					
Evet	13	0,088±0,02	0,029±0,01	0,116±0,26	0,235±0,24
Hayır	339	0,064±0,03	0,017±0,01	0,115±0,25	0,197±0,25
Değerlendirme		*t*=2,735 p=0,007,	*t*=2,964 p=0,003	Z=0,125** p=0,900	Z=1,059** p=0,290
Din görevlisine /Hocaya gitme					
Evet	7	0,069±0,04	0,025±0,01	0,034±0,02	0,129±0,06
Hayır	345	0,065±0,03	0,017±0,01	0,116±0,25	0,200±0,26
Değerlendirme		*t*=0,299* p=0,765	*t*=1,355 p=0,176	*t*=0,836 p=0,404	*t*=0,715 p=0,475
Ocağa gitme					
Evet	5	0,091±0,03	0,019±0,004	0,028±0,03	0,139±0,04
Hayır	347	0,065±0,03	0,018±0,01	0,116±0,25	0,199±0,26
Değerlendirme		*t*=1,865* p=0,063	*t*=0,201* p=0,841	*t*=0,758* p=0,449	*t*=0,514* p=0,608
Türbe ziyareti yapma					
Evet	23	0,072±0,03	0,025±0,01	0,043±0,02	0,141±0,51
Hayır	329	0,025±0,01	0,017±0,01	0,120±0,26	0,202±0,26
Değerlendirme		*t*=1,050* p=0,295	*t*=2,363* p=0,019	Z=0,316** p=0,752	Z=0,617** p=0,537
Muska yaptırma					
Evet	6	0,075±0,04	0,019±0,01	0,188±0,39	0,283±0,38
Hayır	346	0,065±0,03	0,018±0,01	0,113±0,25	0,197±0,25
Değerlendirme		*t*=0,769* p=0,442	*t*=0,236* p=0,814	*t*=0,704* p=0,482	*t*=0,806* p=0,421
Kutsal sulardan (zem zem) içme					
Evet	48	0,069±0,03	0,020±0,01	0,059±0,14	0,148±0,14
Hayır	304	0,064±0,03	0,017±0,01	0,124±0,26	0,206±0,27
Değerlendirme		*t*=0,881* p=0,379	*t*=1,184* p=0,237	Z=1,453** p =0,146	Z=0,632** p=0,527
Nazarlık kullanma					
Evet	9	0,084±0,02	0,035±0,01	0,128±0,32	0,248±0,31
Hayır	343	0,065±0,03	0,017±0,01	0,114±0,25	0,197±0,25
Değerlendirme		*t*=1,881* p=0,061	*t*=3,582* p=0,0001	*t*=0,158* p=0,875	*t*=0,589* p=0,556

**Student *t* testi uygulandı.
**Dağılım homojen olmadığı için Mann Whitney U testi uygulandı.

Çizelge 3.3.5.'de kemoterapi alan hastaların tamamlayıcı tedavi ile ilgili düşünceleri ve NSDÖ'den aldığı puanlar yer almaktadır. Buna göre tıbbı tedaviye güvenip güvenmeme konusunda fikri olmayan hastaların FizİH ($\overline{x}$=0,072±0,04), SoİH ($\overline{x}$=0,024±0,01), PsİH ($\overline{x}$=0,245±0,41) ve genel iyilik hali ($\overline{x}$=0,341±0,40) puanları tıbbı tedaviye güvenen ve güvenmeyen hastalardan yüksek bulundu. Fakat bu durumun istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlendi (p>0,05).

Tamamlayıcı tedavinin yararlı olduğuna inanan hastaların (n=116), FizİH ($\overline{x}$=0,067±0,03), SoİH ($\overline{x}$=0,019±0,01), PsİH ($\overline{x}$=0,132±0,28) ve genel iyilik hali ($\overline{x}$=0,219±0,28) puanı tamamlayıcı tedavinin yararına inanmayan ve bu konuda fikri olmayan hastalardan yüksek bulundu. Ancak hastaların N-SDÖ puanlarının tamamlayıcı tedaviye inanma durumlarından etkilenmediği belirlendi (p>0,05).

Çizelge 3.3.5. Hastaların tamamlayıcı tedavi ile ilgili düşünceleri ve N-SDÖ puanlarının karşılaştırılması (n=352)

Düşünceler	**N-SDÖ Puanları**				
		FizİH	**SoİH**	**PsİH**	**Genel iyilik Hali**
	n	**$\overline{x}$±SD**	**$\overline{x}$±SD**	**$\overline{x}$±SD**	**$\overline{x}$±SD**
Tıbbı tedaviye güven					
Güveniyorum	332	0,065±0,03	0,017±0,01	0,110±0,24	0,193±0,25
Güvenmiyorum	6	0,071±0,01	0,015±0,009	0,053±0,02	0,140±0,04
Fikrim yok	14	0,072±0,04	0,024±0,01	0,245±0,41	0,341±0,40
Değerlendirme		F=0,438* p=0,646	F=1,327* p=0,267	X^2=0,684** p=0,408	X^2=0,231** p=0,631
Tamamlayıcı tedavinin yararlı olduğuna inanma					
İnanıyorum	116	0,067±0,03	0,019±0,01	0,132±0,28	0,219±0,28
İnanmıyorum	129	0,066±0,03	0,017±0,01	0,124±0,26	0,208±0,26
Fikrim yok	107	0,061±0,02	0,016±0,01	0,085±0,20	0,163±0,21
Değerlendirme		F=0,985* p=0,375	F=1,309* p=0,271	X^2=0,684** p=0,408	F=1,458* p=0,234

* Tek yönlü varyans analizi uygulandı.
**Dağılım homojen olmadığı için Kruskal Wallis varyans analizi uygulandı.

Çizelge 3.3.6.'da hastaların dini ve kültürel uygulamalarının NSDÖ puanlarını etkilemediği saptandı (p>0,05). Tamamlayıcı tedavi ürünü kullanan hastaların, FizİH ($\overline{x}$=0,068±0,03), SoİH ($\overline{x}$=0,019±0,01), PsİH ($\overline{x}$=0,118±0,25) ve genel iyilik hali ($\overline{x}$=0,206±0,26) puanı tamamlayıcı tedavi kullanmayan hastalardan yüksek bulundu. Ancak bu durumun istatistiksel olarak önemli olmadığı saptantı (p>0,05).

Çizelge3.3.6. Tamamlayıcı tedavi ürünü kullanan ve kullanmayan hastaların NSDÖ puanlarının karşılaştırılması (n=352)

Tamamlayıcı tedavi kullanma durumu	**N-SDÖ Puanları**				
		FizİH	**SoİH**	**PsİH**	**Genel iyilik Hali**
	n	**$\overline{X}$±SD**	**$\overline{X}$±SD**	**$\overline{X}$±SD**	**$\overline{X}$±SD**
Dini ve kültürel uygulama yapma durumu					
Evet	328	0,065±0,03	0,018±0,01	0,117±0,26	0,201±0,26
Hayır	24	0,060±0,03	0,013±0,01	0,081±0,19	0,155±0,20
Değerlendirme		*t*=0,781* p=0,435	*t*=1,644* p=0,101	*t*=0,663* p=0,507	*t*=0,848* p=0,357
Tamamlayıcı tedavi ürünü kullanma durumu					
Evet	128	0,068±0,03	0,019±0,01	0,118±0,25	0,206±0,26
Hayır	224	0,063±0,03	0,017±0,01	0,113±0,25	0,194±0,25
Değerlendirme		*t*=1,526* p=0,128	*t*=1,575* p=0,116	Z=0,735** p=0,462	Z=1,439** p=0,150

*Student *t* testi uygulandı.
**Dağılım homojen olmadığı için Mann Whitney U testi uygulandı.

4. TARTIŞMA

Bu bölümde kemoterapi alan kanser hastalarının semptom yönetiminde kullandıkları tamamlayıcı tedavi yaklaşımları ve yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulguların tartışması yer almaktadır. Araştırma bulguları literatür eşliğinde üç başlık altında tartışılmıştır.

4.1. Hastaların sosyodemografik ve tıbbı özelliklerinin değerlendirilmesi

Bu çalışmada çalışmaya katılan kanser hastalarının yaş ortalamasının 53.74±12.76 (n=397, Min: 20, Max: 92) yıl olduğu belirlendi. İleri yaşla birlikte kanserin görülme sıklığının arttığı bilinmektedir (DSÖ, 2008). Yaklaşık tüm kanser türlerinde tanı konan hastaların %78,5'i 55 yaş üzerindedir (ACS, 2012). Bu çalışmada kanserli hastaların yaş ortalaması literatür ile benzerlik göstermiştir.

Çalışmaya katılan hastaların (n=397) %52,6'sı kadın, %85,1'i evlidir (Çizelge 3.1.1). Türkiye İstatistik Yıllığı (2012) verilerine göre Türkiye'de erkeklerde kanser oranı yüz binde 280,5 iken, kadınlarda yüzbinde 172'dir. Ülkemizde erkeklerde kanser görülme oranı kadınlarınkinden yüksektir. Bu araştırmada ise çalışmaya katılan kadınların oranının erkeklerden fazla olması tesadüfî olabilir.

Çalışmaya katılan hastaların (n=397) %10,6'sının okuma yazması yok, %59,2'si ilkokul mezunu %8,6'sı ortaokul mezunu, %12,8'i lise mezunu ve %8,8'i de yüksek okul mezunudur (Çizelge 3.1.1). Türkiye İstatistik Yıllığı (TUİK) (2012) verilerine göre ülkemizde eğitim durumuna bakıldığında en yüksek payı ilkokul mezunlarının oluşturduğu, sonrasını ortaokul mezunları, lise mezunları, hiç eğitim almamış olanlar ve en az da yüksek okul ve üzeri eğitim almış insanların oluşturduğu görülmektedir. Bu çalışmayı oluşturan hasta evreninin eğitim durumu Türkiye'nin eğitim durumu ile benzerdir.

Bu çalışmada hastaların %41,1'i ev hanımı, %18,1'i emekli, %16,4'ü serbest meslek sahibi, %9,8'i işçi ve %8,8'i memurdur (Çizelge 3.1.1 Devam). Ev hanımı olanların oranının yüksek olması ülkemizde kadınların çalışma oranının düşük olmasına bağlı olabilir. TÜİK 2012 verilerine göre iş gücüne katılım oranı kadınlarda

%29,5 iken, erkeklerde %71'dir. Emekli olan grubun yüksek olması kanserin ileri yaş grubunda daha fazla görünmesine bağlı olabilir.

Çalışmaya katılan hastaların kanser türüne baktığımızda sıra ile %22,6'sı gastrointestinal sistem kanserleri, %22,1'i meme kanseri, %19,8'i kolorektal kanserler, %7,5'i akciğer kanseri ve %7,5'inin üriner sistem kanseri olduğu belirlendi (Çizelge 3.1.2). Ülkemizde erkeklerde en sık görülen kanserler sırasıyla akciğer, prostat, mesane, kolorektal ve mide kanserleriyken, kadınlarda en sık görülen kanserler meme, kolorektal, troid, uterus ve akciğer kanserleridir (TC. Sağlık Bakanlığı, 2009). Bu bağlamda bakıldığında çalışmaya katılan hastaların tanıları literatür ile benzerdir.

4.2. Hastaların tamamlayıcı tedavi kullanımlarının değerlendirilmesi

Bu çalışmada hastaların (n=397) %92,2'sinin dini ve kültürel uygulamalara başvurduğu (Çizelge 3.2.1) %33,8'inin besin ve bitkisel ürün kullandığı belirlendi. Kanser hastaları arasında tamamlayıcı tedavi kullanım oranı Amerikan Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi 2008 raporuna göre; Amerika'da yetişkinlerde %38,3, çocuklarda %12,2'dir (Barnes et al., 2008). Amerikan Kanser Birliği'nin 4136 hasta ile yaptığı çalışmada; kanser hastalarının %61,4'ünün dini uygulamalar yaptığı, %44,3'ünün rahatlama tekniği kullandığı, %40,1'inin besin desteği aldığı, %15'inin meditasyon yaptığı ve %6,5'inin bitkisel tedavi kullandığı belirtilmiştir (Gansler et al., 2008).

Avrupa'da içerisinde Türkiye'nin de bulunduğu 14 Avrupa ülkesinde yürütülen bir çalışmada tamamlayıcı tedavi kullanım oranının %14,8 ile %73,1 arasında değiştiği, ortalamanın ise %35,9 olduğu belirtilmiştir (Molassiotis et al., 2005). İngiltere'de Damery ve arkadaşlarının (2011) 1498 kanserli hastada, bitkisel tamamlayıcı tedavi kullanımı araştırdıkları çalışmada bu oran %19,7'dir.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda tamamlayıcı tedavi kullanım oranlar, Uçan ve arkadaşlarının (2008) 560 kanser hastasıyla yaptığı çalışmada %55,4, Mayadağlı ve arkadaşlarının (2011) 195 kanser hastasıyla yaptığı çalışmada %51,3 olarak saptanmıştır. Nazik ve arkadaşlarının (2012) 67 jinekolojik onkoloji hastasıyla

yaptığı çalışmada ise %62,1olduğu belirtilmektedir. Literatürde bazı çalışmalarda tamamlayıcı tedavi kullanım oranı %32 ile %61 arasında değişmektedir (Ceylan et al., 2002; Işıkhan et al., 2005; Algıer ve ark., 2005; Yıldız, 2006; İnanç et al., 2006; Uğurluer ve ark., 2007). Kav ve arkadaşlarının yaptığı (2008) literatür çalışmasında ise Türkiye'de tamamlayıcı tedavi kullanım oranının %22 ile %84 arasında değiştiği belirlenmiştir. Bu çalışmada tamamlayıcı tedavi kullanım oranı literatür ile benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada hastaların %92,2'sinin dini ve kültürel uygulamalara başvurduğu belirlendi. Hastaların %90,2'sinin dua edip namaz kıldığı, %21,7'sinin adak ve kurban adadığı, %14,1'inin aktara gittiği, %3,5'inin kurşun döktürdüğü, %1,8'inin hocaya gittiği, %6,3'ünün türbe ziyareti yaptığı, %1,3'ünün ocağa gittiği %1,5'inin muska kullandığı, %12,3'ünün kutsal sulardan (zem zem) içtiği ve %2,3'ünün nazarlık kullandığı (Çizelge 3.2.1) belirlendi. Hastaların besin ürünü olarak %32'sinin bal ve %14,1'inin üzüm çekirdeği (Çizelge 3.3.2), bitkisel ürün olarak ise %22,3'ünün ısırgan otu, %20,1'inin çörek otu kullandığı saptandı (Çizelge 3.3.2. Devam).

Can ve arkadaşlarının (2009) (n=179) yaptığı çalışmada; hastaların %88,3'ünün tamamlayıcı tedavi olarak besin takviyeleri kullandığı, %68,1'inin dini uygulamalar yaptığı ve bitkisel ürün kullanım oranının ise %37,4 olduğu belirtilmektedir. Can ve arkadaşlarının çalışması kullanılan tamamlayıcı tedavi yöntemi olarak bu çalışmaya benzerdir.

Mayadağlı ve arkadaşlarının çalışmasında (2011) en çok kullanılan tamamlayıcı tedavi ürünlerinin ısırgan otu ve bitki çayları olduğu, Uçan ve arkadaşları (2008) ise en çok kullanılan tamamlayıcı tedavi yönteminin bitkisel ürün, özellikle ısırgan otu olduğu, diğer yöntemlerin hocaya gitme, vitamin kullanma ve meditasyon olduğu belirtilmektedir. Nazik ve arkadaşları (2012) da benzer olarak ısırgan otu kullanımının ve dini uygulamaların, Taş ve arkadaşları da (2005) ısırgan otu kullanımının daha fazla tercih edildiğini belirtmiştir.

Bu çalışmada hastaların şifa aramak için dini ve kültürel uygulamalara %92,2 oranında başvurdukları görülmektedir (Çizelge 3.2.1). Bunun nedeni Müslüman toplumlarda her şeyin Allahtan geldiğine inanılıyor olması, hastalığın bir sınav, sabredilmesi gereken bir durum ve kader/yazgılarının böyle olduğuna inanmaları

olabilir. Zaheya ve Alkhasawneh (2012) 123 Müslüman kanserli hastada yaptığı çalışmada en çok kullanılan tamamlayıcı tedavi ürünlerinin bal ve zeytinyağı, tamamlayıcı tedavi yöntemi olarak da kuran okumak ve ibadet etmek olduğu saptanmıştır. Zaheya ve Alkhasawneh (2012)'in çalışması bizim çalışmamızla benzer niteliktedir. Çeşitli dinlere sahip hastalar da şifa aramak için dini uygulamalara başvurmaktadır. İsrail'de yapılan bir çalışmaya göre (Arye et al., 2012) Yahudilerin %88'i, Müslümanların %5'i, Hıristiyanların %3'ü ve Dürzilerin %3'ü tamamlayıcı tedavi yöntemi olarak dini uygulamalara başvurmaktadır. Ayrıca dini uygulamaların depresyon ve anksiyete durumlarında kişiyi rahatlattığı ve ağrıları azalttığı literatürde belirtilmektedir (Perez et al., 2011).

İnanç ve arkadaşlarının (2006) kanser hastalarında bitkisel ve vitamin /mineral kullanımını araştıkları çalışmada; tamamlayıcı tedavi kullanan hastaların %75,4'ünün ısırgan otu, %15,4'nün çörek otu, %13,8'inin ise kuşburnu kullandığı belirtilmektedir. Bu çalışma, kullanılan bitkisel ürünler yönünden bizim çalışmamıza benzerdir. Bitkisel ürün kullanımının araştırıldığı benzer bir çalışmada hastaların %19,4'ünün (n=1134) tamamlayıcı tedavi kullandığı; %21,5'inin eşek otu, %21,5'inin ekinezya, %19,1'inin sarımsak kullandığı saptanmıştır (Damery et al, 2011). Engdal ve arkadaşları ise (2008) bitkisel tedavi kullanan hastaların %36 oranında yeşil çay, %46 oranında sarımsak kullandığını belirtmiştir. Bu çalışmalarda kullanılan bitkisel ürünlerin farklı oluşunun kültürel farklılıklardan kaynaklandığı düşünülebilir.

Kang ve arkadaşlarının (2012) meme kanserli hastalarda yaptığı çalışmada, hastaların %43,2'sinin egzersiz yaptığı, %41,1'inin vitamin mineral kullandığı belirtilmektedir. Pedersen ve arkadaşlarının (2009) 3343 meme kanserli hasta ile yaptıkları çalışmada ise %27,5'inin diyet ve vitamin, %9,6'sının bitkisel tedavi, %9,6'sının beslenme desteği alıp egzersiz yaptığı belirtilmektedir. Can ve arkadaşlarının (2012) meme kanserli hastalarda yaptığı çalışmada hastaların %71,1'inin ibadet ettiği, %47,6'sının bitkisel yöntem kullandığı saptanmıştır.

Mollassiotis ve arkadaşları (2005) yedi Avrupa ülkesinde kolorektal kanserli hastalar ile gerçekleştirdikleri çalışmada, tamamlayıcı tedavi kullanan hastaların %48'inin bitkisel ürün, %20'sinin homeopati, %17,9'unun vitamin mineral kullandığını bildirmiştir. Bu farklılığın kanser türüne göre tamamlayıcı tedavi

kullanımının farklılaşmasından ve coğrafi/kültürel farklılıktan kaynaklandığı söylenebilir.

Bu çalışmada hastaların %26,2'si tanıyı ilk aldığında, %73,8'i tıbbi tedaviye başladıktan sonra tamamlayıcı tedavi kullandığını belirtti (Çizelge 3.2.3). Taş ve arkadaşları (2005) tamamlayıcı tedavi kullanan hastaların %70,3'ünün hastalık tanısını aldıktan sonra üç ay içinde, %29,7'sinin daha ileriki zamanda tamamlayıcı tedavi kullanmaya başladıklarını belirtilmiştir. Bilge (2010) ise tanı konulalı bir yıldan daha az süreye sahip olan hastaların, bir yıldan daha fazla süre olanlara göre daha az oranda tamamlayıcı tedavi kullandıklarını bildirmiştir. Algıer ve arkadaşları (2005) tamamlayıcı tedavi kullanan hastaların %25'inin tanı almadan önce, %75'inin ise tanıdan sonra tamamlayıcı tedavi kullanmaya başladığını bildirmiştir. Can ve arkadaşları (2009) tamamlayıcı tedavi kullanan hastaların %29,7'sinin hastalanmadan önce, %41,8'inin tanıyı aldıktan ve tedaviye başladıktan sonra tamamlayıcı tedavi kullandığını belirtmiştir. Kang ve arkadaşları (2012) ise hastaların %18,7'sinin tanıdan önce, %76'sının ameliyattan sonra, %4,9'unun tanı alma ve ameliyat olma arasında tamamlayıcı tedavi kullandıklarını belirtmiştir. Literatüre benzer şekilde bizim çalışmamızda da hastaların çoğunluğunun, tıbbı tedaviye başladıktan sonra tamamlayıcı tedavi kullanma eğiliminin arttığı söylenebilir.

*Bu çalışmada tamamlayıcı tedavi kullanan hastaların tamamlayıcı tedaviye yakınlarının önersi ile başlaması dikkat çekicidir (%85,0). Hastaların tamamlayıcı tedavi kullanma nedeni olarak; %72,4'ünün "yararı olur zararı olmaz" düşüncesi, %50,7'sinin hastalıkla savaşmak, %45,5'inin tümörün ve tıbbı tedavinin yan etkileriyle baş etmek ve %42,5'inin hastalığa karşı direnç kazanmak olduğu belirlendi (Çizelge 3.2.3).*Yıldız (2006) yaptığı çalışmada; hastaların %24,4'ünün bağışıklık sistemini güçlendirmek ve tıbbı tedaviye yardımcı olmak, %27'sinin hastalığı tedavi etmek amacıyla tamamlayıcı tedavi kullandığı belirtilmektedir. Uğurluer ve arkadaşlarının çalışmasında (2007), hastaların %56'sının hastalığı yenme, %26,6'sının fiziksel olarak daha iyi hissetme ve "zararı olmaz/ belki faydası olur" düşüncesiyle tamamlayıcı tedavi kullandıkları belirtilmektedir. Yıldırım ve arkadaşları (2006); hastaların %40'ının immün sistemi güçlendirmek, %25'inin

doğrudan kanserle savaşmak, %18'inin hastalığın ilerlemesini önlemek amacıyla tamamlayıcı tedavi kullandığını saptamıştır.

Werhoef ve arkadaşları (2005) yaptıkları literatür çalışmasında; kanser hastalarının tamamlayıcı tedavi kullanım nedenini, tamamlayıcı tedavinin yararlı etkileri (%38), hastalığı kontrol altına almak istemeleri (%17,3) ve tamamlayıcı tedavinin yararlı olduğuna inanmaları (%17,3) olarak saptamıştır. Algıer ve arkadaşları (2005) ise, hastaların %18,9'unun tamamlayıcı tedaviyi zararsız olduğu düşüncesiyle kullandığını bildirmiştir. Bu çalışmada hastaların tamamlayıcı tedavi kullanma nedenleri literatür ile benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada hastaların %62,6'sı tamamlayıcı tedavi hakkında yakınlarından, %15,6'sı diğer hasta ve hasta yakınlarından bilgi edindiklerini belirtti (Çizelge 3.2.3. Devam). Yıldız (2006) tamamlayıcı tedavi kullanan hastaların %41,4'ünün aile ve arkadaşlarından, %29,5'inin hasta ve hasta yakınlarından bilgi edindiklerini belirtmiştir. Taş ve arkadaşları (2005) tamamlayıcı tedavi kullanan hastaların %47,4 oranında aile ve arkadaşlardan, %14,8 oranında diğer hasta ve hasta yakınlarından bilgi edindiklerini belirtmiştir. Bu çalışma tamamlayıcı tedavi kullanan hastaların bilgi kaynakları bakımından literatür ile benzerdir. Tamamlayıcı tedavi kullanımı konusunda hasta yakınlarının birbirlerine sosyal destek sağladıkları görülmektedir. Ancak bu durumun tehlikeli olduğu düşünülmektedir. Hastaların uzman olmayan kişilerden bu bilgileri alarak tamamlayıcı tedavi kullanmaları, kemoterapi nedeniyle aldıkları ilaçlarla olumsuz etkileşimlere yol açabilir. Hastada mevcut kemoterapinin etkinliğini azaltabilir ya da komplikasyon görülme şiddetini ve oranını arttırabilir (Nortier et al., 2000; Niggemann and Grüber, 2003; Bielorya and Heimall, 2003; Özkan, 2007, Mansky and Wallerstedt, 2006; Bent,2008; Zeller et al., 2013)

Bu çalışmada hastaların %11,9'u tamamlayıcı tedaviyi kullanırken hekim ya da hemşirelere danışırken %88,1'inin danışmadığı belirlendi (Çizelge 3.2.3. Devam). Benzer şekilde kanser hastalarının; Uçan ve arkadaşlarının çalışmasında (2008) %87,3, Can ve arkadaşlarının çalışmasında (2009) %51 oranında tamamlayıcı tedavi kullanırken hekime ya da hemşireye danışmadığı belirtilmektedir. Bu durum kemoterapi sırasında, tamamlayıcı tedavinin olası zararlı etkileri, kemoterapötik ilaçlarla etkileşim göstermesi ve kemoterapinin etkinliğinin azaltılması açısından oldukça riskli olduğunu düşündürmektedir. Bu riskler literatürde vurgulanmaktadır

(Nortier et al., 2000; Niggemann and Grüber, 2003; Bielorya and Heimall, 2003; Özkan, 2007; Mansky and Wallerstedt, 2006; Bent, 2008; Qi et al., 2010; Zeller et al., 2013). Kemoterapi alan hastalarda tamamlayıcı tedavi kullanımı sorgulanmalı ve oluşabilecek yan etkiler hastalara açıklanmalıdır.

Bu çalışmada tamamlayıcı tedavi kullanan hastaların %47'si kullandıkları tamamlayıcı tedaviden yarar görürken, %5,2'si zarar gördüğünü ifade etmiştir (Çizelge 3.2.3. Devam) Bu zararlar 3 hastada çarpıntı, 3 hastada mide ağrısı ve 1 hastada şişkinlik hissi yarattığı şeklindedir (Bkz Ek-3). Bilge (2010), hastaların %37,9'unun kullandığı bitkisel tedaviden yarar gördüğünü, %42,8'inin fayda görmediğini, %19,3''ünün yarar görüp görmediğini bilmediğini belirtmiştir. Algıer ve arkadaşları (2005) tamamlayıcı tedavi kullanan hastaların %82,9'unun kullandıkları tamamlayıcı tedavi yönteminden memnun kaldıklarını saptamıştır. Samur ve arkadaşları (2001) tamamlayıcı tedavi kullanan hastaların %47'sinin kullandığı ürünü etkili bulduğunu, %34'ünün ise etkili bulmadığını belirtmiştir. Molassiotis ve arkadaşları (2005), tamamlayıcı tedavi kullanan hastaların %4,4'ünün tamamlayıcı tedavi kullanımından zarar gördüğünü belirtmiştir. Kang ve arkadaşları (2012) tamamlayıcı tedavi kullanan hastaların %34,7'sinin tamamlayıcı tedavi kullanımından memnun, %68,8'inin orta derecede memnun olduğunu, %2,5'inin memnun olmadığını %6,5'inin ise zarar gördüğünü saptamıştır.

*Bu çalışmada hastaların %94,7'sinin tıbbı tedaviye güvendiği, %1,5'inin tıbbi tedaviye güvenmediği, %3,8'inin ise tıbbi tedaviye güvenip güvenmeme konusunda fikri olmadığını ifade etmiştir (Çizelge 3.2.4).*Aldığı tıbbı tedaviye güvenmeyen hastaların olması, kanser tedavisinin etkinliğini görmemiş ve hastalığı nüks etmiş olan hastaların tıbbi tedaviye olan güveninin sarsıldığını düşündürebilir.

Bu çalışmada hastaların (n=397) %30,2'sinin tamamlayıcı tedavinin yararına inandığı, %38,3'ünün inanmadığı, %31,5'inin bu konuda fikri olmadığı belirlendi (Çizelge 3.2.4). Literatürde hastaların tamamlayıcı tedavinin yararına inanma oranı %33,7 ile %90 arasında değişmektedir (Ceylan et al., 2002; Taş et al., 2005; Yıldız, 2006; Uçan et al., 2008; Pedersen et al., 2009; Mayadağlı et al., 2011).

Bu çalışmada tamamlayıcı tedavi kullanımı kadınlarda (%52,6) ve ev hanımı olan hastalarda (%51,5) daha fazla olduğu saptandı (Çizelge 3.2.5). Literatürde sosyodemografik özelliklere göre tamamlayıcı tedavi kullanımında farklılıklar

olduğu görülmektedir. Amerikalılarda tamamlayıcı tedavi kullanımının kadınlarda, eğitim ve gelir düzeyi yüksek olanlarda daha fazla olduğu belirtilmiştir (Barnes et al., 2008; Gansler et al., 2008). Avrupa da ise tamamlayıcı tedavi yöntemlerini, yüksek eğitimli ve genç yaş grubunda olan kadınların daha çok kullandığı saptanmıştır (Molassiotis et al., 2005). Pedersen ve arkadaşları (2009) 3343 meme kanserli hasta ile yaptıkları çalışmada, genç, sosyal statüsü yüksek, yüksek eğitimli, şehirde yaşayan kadınların daha yüksek oranda tamamlayıcı tedavi kullandıklarını belirtmiştir. Kadınların tamamlayıcı tedavi kullanmayı erkeklerden fazla tercih etmelerinin nedeni, geleneksel sağıltıcı rollerine bağlı olabilir.

Algıer ve arkadaşları (2005), bu çalışmayı destekler nitelikte, kadınların daha fazla oranda tamamlayıcı tedavi kullandıklarını belirtmektedir. Fakat bu çalışmayı desteklemeyen bulgularda vardır. Uçan ve arkadaşları (2008), Ceylan ve arkadaşları (2002) İnanç ve arkadaşları (2006) tamamlayıcı tedavi kullanımında cinsiyetin önemli olmadığını bildirirken, Yıldız (2006) ise çalışmasında erkek hastaların daha çok tamamlayıcı tedavi kullanmayı tercih ettiklerini saptanmıştır.

Bu çalışmada tamamlayıcı tedavi kullanımı ile medeni durum (X^2=0,074, p=0,786) ve eğitim durumu (X^2=6,873, p=0,143) arasında ilişki olmadığı belirlendi (Çizelge 3.2.5). Literatürde bizim çalışmamıza benzer olarak eğitim seviyesi ile tamamlayıcı tedavi kullanımı arasında ilişki olmadığını belirten çalışmalar vardır. (Lis et al., 2006). Ancak, eğitim seviyesi yüksek olan hastaların daha çok tamamlayıcı tedavi kullanma eğilimde olduğunu saptayan çalışmalar da mevcuttur (Yıldız, 2006; Wyatt et al., 2010; Tautz et al., 2012). Kang ve arkadaşları ise (2012) evli olan hastaların daha çok tamamlayıcı tedavi kullandığını saptamıştır.

Bu çalışmada Soy geçmişinde kanser öyküsü olan hastaların (Çizelge 3.2.5) soy geçmişinde kanser öyküsü olmayan hastalara oranla daha çok tamamlayıcı tedavi kullandıkları belirlendi (X^2=9,317, p=0,002). Bu durumda hastaların yakınlarından öğrendikleri, yakınlarına iyi geldiğini deneyimledikleri ya da kanser karşısındaki çaresizlikleri nedeniyle her şeyi yapmak istemeleri, tamamlayıcı tedavi kullanmaya daha yatkın olduklarını düşündürebilir. Bilge (2010) ile Uçan ve arkadaşlarının çalışmasında (2008) ise bu çalışma bulgusunun aksine hastaların soy geçmişinde kanser olmasının, tamamlayıcı tedavi kullanma durumuna etki etmediği saptanmıştır.

Bu çalışmada meme kanseri tanısı olan (X^2=17,131 p=0,047), ameliyat olduktan sonra, radyoterapi ve kemoterapi tedavi öyküsüne sahip (X^2=9,325 p=0,009), ikinci kür kemoterapisini alan hastalarda (X^2=9,3114 p=0,049) tamamlayıcı tedavi kullanımının daha fazla olduğu belirlendi (Çizelge 3.2.6). Morris ve arkadaşlarının (2000) 288 meme kanserli hasta ile 389 diğer kanser türlerine sahip hastanın tamamlayıcı tedavi kullanımını karşılaştırdıkları çalışmada, meme kanseri hastalarının daha çok tamamlayıcı tedavi kullandığı saptanmıştır. Johannessen ve arkadaşları (2008) 132 kanser hastasıyla yaptığı çalışmada meme kanseri olan hastaların daha çok tamamlayıcı tedavi kullandığını belirtmiştir. Uğurluer ve arkadaşları (2007), hastalık tanısı ve tamamlayıcı tedavi kullanımı arasında anlamlı ilişki bulmuş, genitoüriner sistem kanseri hastalarının daha az tamamlayıcı tedavi yöntemine başvurduğunu saptamıştır. Hamilton ve arkadaşlarının (2013), 319 lenfomalı hastayla yaptığı çalışmada ameliyat olan hastaların daha fazla tamamlayıcı tedavi kullandıkları belirtilmektedir. Bizim çalışmamız bu bakımdan literatür ile benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada hastalık evresinin tamamlayıcı tedavi kullanımıyla ilişkili olmadığı saptandı (X^2=9,411 p=0,052)(Çizelge3.2.6. Devam). Benzer şekilde Paltiel ve arkadaşları (2001), Yıldız (2006), Armstrong ve arkadaşları (2006) da, hastalık evresinin tamamlayıcı tedavi kullanımıyla ilişkili olmadığını bildirmektedir. Westerlund ve arkadaşları (2011) da prostat kanserli hastalarla yaptığı çalışmada hastalık evresiyle tamamlayıcı tedavi kullanımının ilişkili olmadığını saptamıştır. Ancak literatürde kanser evresi arttıkça, tamamlayıcı tedavi kullanımının da arttığını belirten çalışmalarda mevcuttur (Cui et al., 2004; Taş et al., 2005; Arslan ve Bölükbaş, 2003; Bilge, 2010; Klafke et al., 2012; Kang et al., 2012).

4.3. Hastaların kemoterapinin yan etkilerini yaşama durumlarının ve NSDÖ puanlarının değerlendirmesi

Çizelge 3.3.1a'da kemoterapi alan hastaların yaşadıkları semptomlar ve Çizelge 3.3.1b'de bu semptomların şiddet düzeyi görülmektedir. Buna göre, semptomlar yaşanma durumlarına göre değerlendirildiğinde "yorgunluk" en çok yaşanan fiziksel

semptom olup % 95,4 oranındadır. Daha sonra sırasıyla %78,1 oranında "bulantı", %68,4 oranında "dışarıya çıkmak istememe", %67,3 oranında "iştahta azalma", %63,6 oranında "yediklerinin tadını farklı algılama" iken, en az yaşanan fiziksel semptomun %16,7 oranında "hıçkırık" olduğu saptanmıştır En şiddetli yaşanan fiziksel semptomların ise "yorgunluk", "dışarıya çıkmak istememe" ve "bulantı" olduğu saptanmıştır.

Şıra'nın (2007) çalışmasında kemoterapi alan hastalarda en sık görülen üç semptomun, %78,9 oranında halsizlik, %70,4 oranında yorgunluk, %65,5 oranında tedavi sonrası bulantı olduğu belirtilmektedir. Aslan'ın (2003) kemoterapi alan hastalarla yaptığı çalışmada ise en sık yaşanan yan etkilerin halsizlik, yorgunluk, enfeksiyon olduğu saptanmıştır. Kemoterapi alan hastaların %82,5'inin halsizlik, %85,7'sinin tat değişikliği, %73'ünün bulantı yaşadığı belirtilmektedir (Williams et al., 2010). Literatürdeki bu bulgular bizim çalışmamız ile benzerdir. Bizim çalışmamızdan farklı olarak Piamjariyakul ve arkadaşlarının çalışmasında (2010) kemoterapi alan hastaların %39 oranında yorgunluk, %60 oranında bulantı %67 oranında tat değişikliği ve %73 oranında iştahta azalma yaşadığı saptanmıştır.

Araştırmamızda (Çizelge 3.3.1a, Çizelge 3.3.1b) en çok yaşanan sosyal semptomların; "saç dökülmesi" (%63,3) "kirpik ve kaş dökülmesi" (%53,9) "unutkanlıkta artma" (%44,6), "ciltte döküntü" (%34,6) olduğu, en düşük düzeyde (%18,1) yaşanan sosyal semptomun "tırnak görünümü ve yapısında değişiklik" olduğu saptandı. En şiddetli yaşanan sosyal semptomların ise "saç dökülmesi", "kirpik ve kaş dökülmesi" "ciltte kuruluk ve döküntü" olduğu saptandı. Şıranın çalışmasında (2007) hastaların %64,6'sının saç dökülmesi yaşadığı, %13,9'unun cilt ve tırnak problemleri yaşadığı belirtilmiştir. Arslan ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında ise en sık yaşanan semptomlardan birinin saç dökülmesi olduğu saptanmıştır. Piamjariyakul ve arkadaşları (2010) hastaların %65,5'inin saç dökülmesi, %37'sinin cilt değişikliği yaşadığını belirtmiştir. Diğer bir çalışma da ise hastaların %76,2 oranında saç dökülmesi, %52,4 oranında cilt değişikliği yaşadığı saptanmıştır (Coolbrandt et al., 2011). Bizim çalışmamız kemoterapi alan hastaların yaşadıkları sosyal semptomlar yönünden literatür ile benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada en çok yaşanan psikolojik semptomların; "cinselliğe olan ilginin azalması" (%92,6) "daha duyarlı/hassas olma" (%73,8) "sosyal yaşantıdan

uzaklaşma" (%71,8), "kendini içine kapanmış hissetme" (%67,3), "geleceğe yönelik endişe duyma" (%66,1), "daha çabuk sinirlenme" (%66,1) olduğu belirlendi. En düşük sıklıkta yaşanan psikolojik semptomun %52,2 oranında "günlük ihtiyaçlarını karşılamada zorlanma" olduğu, en şiddetli yaşanan psikolojik semptomların ise "cinselliğe olan ilgide azalma", "daha çabuk sinirlenme" ve "daha duyarlı hassas olma" olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.3.1a, Çizelge 3.3.1b). Şıranın (2007) çalışmasında bizim çalışmamıza benzer olarak, hastaların endişeli ve sıkıntılı hissetme oranının %39,9, karamsar ve üzüntülü hissetme oranının %21,5 olduğu belirtilmektedir. Literatürde bizim çalışmamızdan farklı olarak cinsel hayatta değişim sıklığının %2,2 ve %65,9 arasında olduğunu belirten çalışmalar vardır (Şıra, 2007; Piamjariyakul et al., 2010; Williams et al., 2010). Yapılan bir çalışmada (Arslan ve ark., 2008) ise hastaların tedavi süresince gerginlik (%34,0) ve anksiyete (%35,0) semptomlarını biraz yaşadıklarını, kızgınlık (%35,0), endişeli olma (%37,9) ve sinirlilik (%39,8) gibi psikolojik semptomları çok fazla yaşadıkları belirtilmiştir. Ayrıca kemoterapi alan hastaların depresyon yaşayabileceği literatürde belirtilmektedir (Can et al., 2009). Bu çalışmada hastaların yaşadıkları psikolojik semptomlar genel olarak literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmada hastaların semptom yönetiminde kullandıkları tamamlayıcı tedavi ürünleri, kullanım amaçları, kullanım yöntemi, etki ve yan etkileri ek-3'te sunulmuştur. Buna göre hastaların semptom yönetiminde en sık kullandıkları tamamlayıcı tedavi yöntemleri kullanım amaçlarına göre aşağıda sıralanmaktadır:

Çalışmamızda hastaların mukozit için; hurma ve ada çayı yağı, karadut kullanıldığı tespit edilmiştir (Ek-3). Bu çalışmaya benzer olarak Yeter (2012) çocuk kanser hastalarıyla yaptığı çalışmada, çocuklarda mukozit için papatya çayı kullanıldığını ve bizim çalışmamıza benzer olarak ada çayı kullanıldığını saptamıştır. Ada çayının antibakteriyel ve antiseptik etki gösterdiği literatürde belirtilmesine karşın (Köstler et al., 2001) kemoterapi ilaçlarıyla etkileşim gösterme riski açısından hemşireye ya da doktora danışmadan kullanmamaları önerilmelidir.

Sakinleşmek ve rahatlamak için hastaların; bitki çayı, yeşil çay, ıhlamur, sarı kantoron kullandıkları saptanmıştır (EK-3). Yeter (2012) kaygı için çocuk hastaların, melisa çayı, papatya çayı ve yeşil çay kullandıklarını belirtmiştir. Literatürde yeşil çayın kanser tedavisinde yeri olmadığı, insomnia, diyare, konfüzyon yapabileceği,

sarı kantoronun tüm kemoterapötik ilaçlarla etkileşime girebileceği ve tedavi sırasında kullanılmaması gerektiği bildirilmektedir (Özkan, 2007; Zeller et al., 2013).

Hastaların hastalığı iyileştirmek için; ısırgan otu, çörek otu ve sarımsak kullandığı belirlenmiştir (Ek-3). Yeter'de (2012) benzer şekilde hastalığı iyileştirmek için ısırgan otu kullanıldığını saptamıştır. Literatürde Isırgan otunun etkinliği bilinmemekte, karın ağrısı ve diyare gibi yan etkiler yapabileceği belirtilmektedir. Sarımsağın ise yüksek miktarda alınmasının kanamaya yol açabileceği belirtilmektedir (Mansky and Wallerstedt, 2006; Bent, 2008).

Çalışmamızda hastaların İştahı ve enerjiyi arttırmak, halsizliği gidermek için, bal, üzüm çekirdeği, pekmez, arı poleni ve arı sütü, zencefil, zerdeçal, tarçın ve ceviz kullandığı saptanmıştır (Ek-3). Yeter'de (2012) benzer şekilde iştahsızlık için hastaların bal, ceviz kullandığını, bu çalışmadan farklı olarak ise hindistan cevizi ve keten tohumunun da kullanıldığını saptamıştır. Bu ürünlerin semptomları gidermedeki yeri tam olarak bilinmemektedir. Literatürde üzüm çekirdeğinin kemoterapi ajanları ile etkileşime girdiği için kullanılmaması önerilmektedir. Bu ürünlerin etkinliği litaratürde tam olarak belirtilmemiştir (Nortier et al., 2000; Bielorya and Heimall, 2003).

Hastaların sindirimi kolaylaştırmak amacıyla, sinameki çayı, zeytinyağı ve kayısı/hoşafı kullandığı belirlenmiştir. Yeter'de (2012) bizim çalışmamıza benzer olarak, hastaların kabızlık için kayısı suyu, zeytinyağı ve bal kullandığını saptamıştır. Literatürde bu ürünlerin sindirimi kolaylaştırdığına dair veriye rastlanmamıştır.

Çizelge 3.3.2'de görüldüğü gibi bu çalışmada kadınların fiziksel ve sosyal iyilik halinin, erkeklerin fiziksel ve sosyal iyilik halinden daha kötü olduğu saptanmıştır (t=3,285, p=0,001; Z=4,529, p=0,0001). Psikololojik iyilik halinin ve yaşam kalitesinin ise cinsiyetten etkilenmediği belirlenmiştir (p>0,05). Bu çalışmaya benzer olarak Can ve arkadaşları da (2009) kadınların fiziksel ve sosyal iyilik hallerinin erkeklerden daha kötü, bu çalışmadan farklı olarak psikolojik iyilik halinin de daha kötü olduğunu saptamıştır. Lis ve arkadaşları (2006), Armstrong ve arkadaşları (2006), Yıldız (2006) cinsiyet ile yaşam kalitesi arasında ilişki olmadığını saptamıştır. Bu araştırma bulguları bizim çalışmamızla benzerdir. Arslan ve Bölükbaş (2003) erkeklerin yaşam kalitesinin daha yüksek olduğunu belirtirken, Güner ve arkadaşları (2006) ise erkeklerin yaşam kalitesininin daha düşük olduğunu

belirtmiştir. Kadınların fiziksel ve sosyal iyilik halinin erkeklerden düşük olmasının nedeni, fiziksel olarak daha güçsüz ve daha hassas olmalarından kaynaklandığı düşünülebilir.

Bu çalışmada bekar olan hastaların psikololojik iyilik halinin ve yaşam kalitesinin, evli olan hastalarınkinden daha kötü olduğu saptanmıştır (t=14,294, p=0,0001; t=13,783, p=0,0001). Fiziksel ve sosyal iyilik halinin ise medeni durumdan etkilenmediği belirlenmiştir (Çizelge 3.3.2. ve Çizelge 3.3.2. Devam). Arslan ve Bölükbaş (2003) da, evli olan hastaların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Armstrong ve arkadaşları (2006), Lis ve arkadaşları (2006) ise medeni durumun yaşam kalitesini etkilemediğini belirtmiştir. Eom ve arkadaşları (2013) sosyal desteğin yaşam kalitesine etkisini inceledikleri çalışmada, sosyal desteğin yaşam kalitesini arttırdığını belirmiştir. Evli olan hastaların genel iyilik halinin, bekar olanlardan iyi olmasının nedenini daha fazla sosyal destek almalarına bağlı olabilir.

Bu çalışmada hastaların yaşam kalitesinin eğitim durumundan etkilenmediği belirlendi (Çizelge 3.3.2. Devam). Bu çalışmaya benzer olarak Lis ve arkadaşları (2006) ile Yıldız (2006)'da yaşam kalitesinin eğitim durumundan etkilenmediğini belirtmiştir. Bizim çalışmamızdan farklı olarak Can ve arkadaşları (2009), Gürel (2007) ve Kızılcı (1999) üniversite mezunu hastaların yaşam kalitesini diğer hastalardan daha yüksek olduğunu belirtmektedir. Güner ve arkadaşları (2006) eğitim seviyesi düştükçe, yaşam kalitesinin de düştüğünü saptamıştır.

Bu çalışmada ev hanımlarının fiziksel ve sosyal iyilik hali puanının, işçi ve memur olanlardan daha düşük olduğu saptandı (Çizelge 3.3.2. Devam). Can ve arkadaşları da (2012) ev hanımı olan hastaların psikolojik, fiziksel ve sosyal iyilik halinin diğer meslek gruplarına göre daha kötü olduğunu saptamıştır. Timperi ve arkadaşları (2013), 2013 meme kanserli hastada, çalışma hayatının yaşam kalitesine etkisini incelemişler, hastalık tedavisi süresince çalışan kadınların fiziksel, sosyal ve psikolojik iyilik halinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Bu araştırmalar bizim bulgumuza benzerdir. Ev hanımlarının yaşam kalitesinin düşük olması diğer meslek gruplarına göre sosyal hayattan daha uzak olmaları nedeni ile daha az sosyal destek almalarından kaynaklanıyor olabilir.

Bu araştırmada memur olan hastaların psikolojik ve genel iyilik hallerinin, diğer meslek gruplarından daha kötü olduğu saptandı (Çizelge 3.3.2. Devam). Memur olan hastaların yaşam kalitelerinin düşük olması hayatı algılayış ve yaşayışlarında farklılıklar olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda tedavi öyküsünde ameliyat, radyoterapi ve kemoterapi alan hastaların sosyal iyilik hali, sadece kemoterapi, ameliyat+kemoterapi alan hastalarınkinden daha kötü olduğu saptandı (F=4,820, p=0,009) (Çizelge 3.3.3). Fiziksel, psikolojik ve genel iyilik hali puanının tedavi öyküsünden etkilenmediği belirlendi. Bizim çalışmamıza benzer olarak Işıkhan ve arkadaşları (2001) 508 hasta ile yaptıkları çalışmada hastalık süresi ile yaşam kalitesi arasında ilişki olmadığını belirtmiştir. Bizim çalışmamızdan farklı olarak Arslan ve Bölükbaş (2003) ameliyat olan hastaların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğunu belirtmektedir. Can ve arkadaşları (2012) ise tanı alma süresi uzadıkça yaşam kalitesinin azaldığını belirtmiştir. Kwan ve arkadaşlarının (2012) 126 hasta ile yaptığı çalışmada; süre arttıkça hastaların yaşam kalitelerininin azaldığı, fiziksel rol ve sosyal fonksiyonlarında kötüleşme olduğu belirtilmektedir. Tıbbı tedavi sürecinin uzun sürmesi hastaların sosyal yaşantısını engelleyebileceği, tedavi çeşidinin artmasıyla istenmeyen semptomlarda artmaya, enerji ve istek kaybına ve sonuçta sosyal iyilik halinde azalmaya yol açabileceği düşünülebilir.

Bu çalışmada hastaların tıbbi tanılarıyla, sosyal iyilik halleri arasında ilişki saptandı (X^2=37,860, p =0,0001). *Meme kanseri olan hastaların en kötü sosyal iyilik haline sahip olduğu belirlendi. Sosyal iyilik hali en kötü diğer üç kanser türünün, baş boyun kanseri, sarkoma, jinekolojik kanserler olduğu saptandı. Kolorektal kanserin ise en iyi sosyal iyilik haline sahip kanser türü olduğu belirlendi. Bu çalışmada hastaların fiziksel, psikolojik ve genel iyilik halinin hastalık tanısından etkilenmediği saptandı (p>0,05) (Çizelge 3.3.3).* Bu çalışmaya benzer olarak Can ve arkadaşları da (2009) meme, jinekolojik ve yumuşak doku kanseri olan hastaların sosyal iyilik halinin daha kötü olduğunu belirtmiştir. Lis ve arkadaşları (2006) en iyi yaşam kalitesine sahip kanser türünün kolorektal kanserler, en kötü yaşam kalitesine sahip kanser türünün ise akciğer kanseri olduğunu belirtmiştir. Fisher ve arkadaşları (2010) da kanser türlerinin yaşam kalitesine etkisini inceledikleri çalışmada meme kanserinin en kötü, kolorektal kanserlerin ise en iyi yaşam kalitesine sahip hastalık

türü olduklarını belirtmiştir. Meme, baş boyun ve sarkoma tanısı olan hastaların sosyal iyilik halinin kötü olma nedeni olarak, hastalığın dışardan göründüğü ve beden imajını etkilediği, jinekolojik kanserin ise kadın rolünü olumsuz etkilediği düşünülebilir. Bizim çalışmamız literatür ile benzer özelliktedir.

Bu çalışmada hastaların hastalık evreleri fiziksel, sosyal ve psikolojik iyilik hallerini etkilemezken yaşam kalitelerini etkilediği saptandı (X^2=9,836, p=0,043) *(Çizelge 3.3.3)*. Can ve arkadaşları (2009) metastaz varlığı olan hastaların yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu belirtmiştir. Bizim bulgularımızın aksine Kang ve arkadaşları (2012) hastalık evresinin yaşam kalitesini etkilemediğini belirtmiştir.

Bu çalışmada taxane bazlı tedavi alan hastaların sosyal iyilik halinin platin, doxorubicin ve fluorouracil bazlı tedavi alan hastalardan daha kötü ve istatistiksel olarak anlamlı (X^2=29,134 p=0,0001) (Çizelge 3.3.3. Devam) olduğu saptandı. Can ve arkadaşları (2009) da Taxane bazlı tedavi alan hastaların sosyal iyilik halinin platin, doxorubicin ve fluorouracil bazlı tedavi alan hastalardan daha kötü olduğunu saptamıştır.

Çizelge 3.3.4.'te ve 3.3.4. Devam'da görüldüğü gibi dua/namaz, adak ve kurban adama, aktara, din görevlisine ve ocağa gitme, muska kullanma ve kutsal sulardan içme uygulamalarının hastaların yaşam kalitesini etkilemediği belirlendi (p>0,05).

Kurşun döktüren hastaların fiziksel ve sosyal iyilik hali, kurşun döktürmeyen hastalardan daha kötü ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu (t=2,735, p=0,007; t=2,964, p=0,003). Psikolojik iyilik hali ve yaşam kalitesinin kurşun döktürme uygulamasından etkilenmediği belirlendi (p>0,05). Türbe ziyareti yapan hastaların sosyal iyilik hali, türbe ziyareti yapmayan hastalardan daha kötü ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. (t=2,363, p=0,019) (Çizelge 3.3.4. Devam). Fiziksel, psikolojik iyilik halinin ve yaşam kalitesinin, türbe ziyareti yapma durumundan etkilenmediği belirlendi (p>0,05). Nazarlık kullanan hastaların sosyal iyilik hali, kullanmayan hastalardan daha kötü bulundu (t=3,582, p=0,0001) (Çizelge 3.3.4. Devam). Fiziksel iyilik hali, psikolojik iyilik hali ve yaşam kalitesinin nazarlık kullanımından etkilenmediği belirlendi (p>0,05).

Can ve arkadaşları (2009) dini uygulama yapan hastaların daha çok psikolojik, sosyal ve fiziksel problemleri olduğunu ve daha düşük yaşam kalitesine sahip

olduklarını belirtmiştir. Hamilton ve arkadaşları (2013) 319 lenfomalı hasta ile yaptıkları çalışmada, dini uygulamalar yapan hastaların hastalıkla ilgili algılanan kontrol düzeylerinin daha yüksek olduğunu saptamıştır.

Tarakeshwar ve arkadaşları (2006) 170 kanser hastasıyla yaptıkları çalışmada pozitif dini tutumu olan hastaların, negatif dini tutumu olan hastalardan daha yüksek yaşam kalitesine sahip olduklarını bildirmiştir. Bu çalışmada da yapılan dini ve kültürel uygulamarın çeşitlerine göre yaşam kalitesini farklı yönlerden etkilediği belirlenmiştir. Bu bilgiler literatür ile benzerdir.

Bu çalışmada tıbbı ve tamamlayıcı tedaviye güvenip güvenmeme durumunun yaşam kalitesini etkilemediği belirlendi (p>0,05) (Çizelge 3.3.5). Çizelge 3.3.6.'da görüldüğü gibi, tamamlayıcı tedavi kullanımının yaşam kalitesini etkilemediği saptanmıştır (p>0,05). Can ve arkadaşları (2009) da bizim çalışmamıza benzer olarak tamamlayıcı tedavi kullanımının yaşam kalitesine etkisi olmadığını saptamıştır.

Lis ve arkadaşları (2006) ise 225 kanser hastasında besin takviyesi kullanan hastaların yaşam kalitesini araştırdıkları çalışmada, besin takviyesinin, akciğer kanseri olan hastaların yaşam kalitesine etkisi olmadığını, kolorektal kanserli hastaların yaşam kalitesinin kullanmayan hastalara göre yüksek olduğunu, besin takviyesi kullanan meme kanserli hastaların fiziksel ve psikolojik durumlarının kullanmayan hastalara göre daha iyi olduğunu saptamıştır. Ayrıca bu çalışmada besin takviyesi kullanan hastalarda yorgunluk, bulantı, iştahsızlık, kabızlık gibi yan etkilerin daha az yaşandığını belirtilmiştir.

Armstrong ve arkadaşları (2006) 101 beyin tümörlü hasta ile yaptıkları çalışmada tamamlayıcı tedavi kullanımının yaşam kalitesini etkilemediğini, tamamlayıcı tedavi kullanan hastaların fiziksel iyilik halinin daha iyi olduğunu saptamıştır. Wyatt ve arkaşları (2010) ise 222 erken evre meme kanseri ile yaptıkları çalışmada yaşam kalitesi düşük olan hastaların daha çok tamamlayıcı tedavi kullandığını belirtmiştir.

Hamilton ve arkadaşları (2013) tamamlayıcı tedavi kullanan hastaların yaşam kalitesi ölçümlerinden daha yüksek puanlar aldıklarını, fakat bunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığını saptamıştır. Hlubocky ve arkadaşları (2007) ise 212 kanser hastasıyla yaptıkları çalışmada, tamamlayıcı tedavi kullanan hastaların tüm yaşam

kalitesi paremetrelerinden (sosyal, fiziksel, duygusal, genel) daha düşük puan aldıklarını, belirtmiştir.

Lövgren ve arkadaşları (2010), tamamlayıcı tedavi kullanan ve kullanmayan hastaların yaşam kalitesinde fark olmadığını saptamıştır ve sağlığı yükseltmek amacıyla tamamlayıcı tedavi kullanan hastaların, yaşam kalitelerinin tamamlayıcı tedaviyi bu amaçla kullanmayan hastalardan daha düşük olduğunu belirtmiştir. Paltiel ve arkadaşları (2001) 1027 onkolji hastasıyla yaptıkları çalışmada umutsuzluk düzeyi yüksek olan hastaların, daha çok tamamlayıcı tedavi kullanma eğiliminde olduklarını ve tamamlayıcı tedavi kullanmayan hastaların fiziksel, emosyonel ve sosyal olarak, tamamlayıcı tedavi kullanan hastalardan daha yüksek yaşam kalitesine sahip olduğunu, daha az yorgunluk ve dispne yaşadıklarını belirtmiştir. Tamamlayıcı tedavi kullanan hastaların genel olarak semptomları daha fazla yaşayan grup olduklarını belirtmiştir.

Tahran ve arkadaşları (2011) 220 kanser hastası ile yaptıkları çalışmada, depresyon, anksiyete ve umutsuzluk düzeyleri ve yaşam kaliteleri arasında tamamlayıcı tedavi kullanan ve kullanmayan hastalarda fark olmadığını belirtmiştir. Yıldız (2006) iştah kaybının tamamlayıcı tedavi kullanan hastalarda daha yüksek olduğunu, diğer yaşam kalitesi paremetreleri ile tamamlayıcı tedavi kullanımı arasında ilişki olmadığını saptamıştır. Sawada ve arkadaşları (2010), kemoterapi alan hastalarda akupunkturun yaşam kalitesine etkisini, bir gruba sadece geleneksel tedavi uygulayıp, diğer gruba akupunktur ve kemoterapi uygulayarak, inceledikleri çalışmada, kemoterapi boyunca akupunktur alan hastaların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğunu saptamıştır. Literatürde tamamlayıcı tedavi kullanımının yaşam kalitesine olan etkisi tam olarak açıklanamadığı ve tamamlayıcı tedavi uygulamasının türüne göre farklı sonuçlar saptandığı görülmektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kemoterapi alan kanser hastalarının semptom yönetiminde kullandıkları tamamlayıcı tedavi yaklaşımlarının yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Nunume Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kolej Semt Polikliniği Gündüz Kemoterapi Ünitesine tedavi almak için gelen 397 kanser hastasından elde edilen veriler doğrultusunda aşağıdaki sonuçlara ulaşıldı.

5.1. Hastaların sosyodemografik ve tıbbi özelliklerine ilişkin sonuçlar

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalamasının 53,74±12,76 olduğu belirlendi. Hastaların %52,6'sının kadın, %85,1'inin evli, %59,2'sinin ilkokul mezunu, %41,1'inin ev hanımı ve %18,1'inin emekli olduğu saptandı. Çalışmaya katılan hastaların %69,8'i İç Anadolu bölgesindendi. Bu çalışmada sosyal güvencesi olmayan hasta bulunmazken, ev sahibi olanların oranı ise %93,5'ti. Hastaların %27,7'sinin soy geçmişinde kanser öyküsü vardı (Çizelge 3.1.1).

Çalışmaya katılan hastaların %22,6'sı gastrointestinal sistem kanseri, %22,1'i meme kanserine sahipti. Hastaların %39,8'inin tedavi öyküsünde sadece kemoterapi aldığı ve %27,7'sinin kemoterapinin 3.küründe olduğu saptandı. Hastaların %33'ü 2. evrede ve %47,1'inin fluorouracil bazlı tedavi aldığı saptandı (Çizelge 3.1.2).

5.2. Hastaların tamamlayıcı tedavi kullanımına ilişkin sonuçlar

Araştırmaya katılan hastaların %92,2'sinin (n=361) şifa aramak için dini ve kültürel uygulamalara başvurduğu saptandı. Hastaların %90,2'sinin dua edip namaz kıldığı, %21,7'sinin adak ve kurban adadığı, %14,1'inin aktara gittiği, %12,3'ünün kutsal sulardan (zem zem) içtiği belirlendi (Çizelge 3.2.1).

Hastaların dini ve kültürel uygulamalar dışında %33,8'inin besin ve bitkisel tamamlayıcı tedavi yöntemlerine başvurduğu saptandı. En çok kullanılan besin takviyelerinin %32 oranında bal, %14,1 oranında üzüm çekirdeği ve pekmezi olduğu

belirlenirken, en çok kullanılan bitkisel ürünlerin %22,3 oranında ısırgan otu, %20,1 oranında çörek otu olduğu belirlendi (Çizelge 3.2.2).

Hastaların %73,8'i tıbbı tedaviye başladıktan sonra, %85'i yakın çevresinin önerisiyle, %72,4'ü ise "belki yararı olur zararı olmaz" düşüncesiyle tamamlayıcı tedavi kullandığı belirlendi (Çizelge 3.2.3). Hastaların başlıca tamamlayıcı tedavi kullanım amaçlarının ise hastalıkla savaşmak/tümörü küçültmek (%50,7) ve enerji kazanıp halsizliği gidermek (%14,1) olduğu saptandı. Tamamlayıcı tedavi kullanan hastaların büyük çoğunluğu (n=84) tamamlayıcı tedavi hakkında yakınlarından, 21 hasta ise diğer hasta ve hasta yakınlarından bilgi edindiğini belirtti. Hastaların %88,1'i tamamlayıcı tedavi kullanırken hekime ya da hemşireye danışmadığını, %47,'si kullandığı tamamlayıcı tedavi yönteminden fayda gördüğünü, %5,2'si ise zarar gördüğünü ifade etti (Çizelge 3.2.3).

Çalışmaya katılan hastaların %94,7'si aldığı tıbbi tedaviye güvendiğini, %30,2'si tamamlayıcı tedavinin yararına inandığını bildirdi. Hastaların %85.1'i olumlu etkisini gördüğü için tamamlayıcı tedaviyi faydalı bulduğunu, %46.6'sı ise bilimsel etkinliği saptanmadığı için faydasına inanmadığını belirtti. Gelecekte 55 hasta tamamlayıcı tedavi kullanmayı düşündüğünü bildirirken, gelecekte tamamlayıcı tedavi kullanmayı düşünmeyen hastaların %11,7'si iyileşememe durumunda tamamlayıcı tedavi kullanmayı düşünebileceğini belirtti (Çizelge 3.2.4).

Tamamlayıcı tedavi kullanan hastaların %52,6'sı kadın, %47,4'ü erkekti. Hastaların %85,8'inin evli %61,2'sinin ilkokul mezunu olduğu, %51,5'inin ev hanımı, %17,2'sinin emekli olduğu belirlendi. Tamamlayıcı tedavi kullanan hastaların %37,7'sinde soy geçmişinde kanser öyküsü olduğu saptandı (Çizelge 3.2.5).

Tamamlayıcı tedavi kullanan hastaların %32,1'inin meme, %20,1'inin kolorektal, %20,1'inin gastrointestinal sistem kanseri olduğu saptandı. Bu hastaların %33,6'sı 2.kürü, %26,9'u 3.kür kemoterapisini almaktaydı. Tamamlayıcı tedavi kullanan hastaların %35.1'inin ameliyat olduktan sonra radyoterapi ve kemoterapi alan hastalar olduğu belirlendi (Çizelge 3.2.6).

Tamamlayıcı tedavi kullanan hastaların çoğunluğunun; kadın (%52,6), ev hanımı (%51,5), soy geçmişte kanser öyküsüne sahip (%37,7) (Çizelge 3.2.5), meme kanseri (%32,1) ve ameliyattan sonra radyoterapi ve kemoterapi alan (%35,1)

hastalar olduğu belirlendi (p<0,05) (Çizelge 3.2.6). Tamamlayıcı tedavi kullanımıyla ilişkisi olmadığı belirlenen faktörlerin ise; medeni durum, hastalık evresi, olduğu saptandı (p>0,05).

5.3. Hastaların kemoterapinin yan etkilerini yaşama durumları ve N-SDÖ puanlarına ilişkin sonuçlar

Kemoterapi alan hastaların en çok yaşadığı fiziksel yan etkiler (Çizelge 3.3.1a); "yorgunluk" (% 95,4), "bulantı" (%78,1), "dışarıya çıkmak istememe" (%63,6) iken, en az yaşanan fiziksel semptomun "hıçkırık" (%16,7) olduğu saptandı. Hastaların en çok yaşadığı psikolojik semptomlar; "cinselliğe olan ilginin azalması" (%92,6), "daha duyarlı/hassas olma" (%73,8), "sosyal yaşantıdan uzaklaşma" (%71,8) iken en düşük sıklıkta yaşanan psikolojik semptomun %52,2 oranında "günlük ihtiyaçlarını karşılamada zorlanma" olduğu belirlendi. En çok yaşanan sosyal semptomlara bakıldığında "saç dökülmesi" (%63,3) "kirpik ve kaş dökülmesi" (%53,9) "unutkanlıkta artma" (%44,6) olduğu, en düşük düzeyde yaşanan sosyal semptomun ise "tırnak görünümü ve yapısında değişiklik" (%18,1) olduğu belirlendi.

Bu çalışmada kadınların fiziksel ve sosyal iyilik halinin, erkeklerin fiziksel ve sosyal iyilik halinden daha kötü olduğu saptandı (t=3,285, p=0,001; Z=4,529, p=0,0001). Psikololojik iyilik halinin ve yaşam kalitesinin ise cinsiyetten etkilenmediği belirlendi (Çizelge 3.3.2). Bekar olan hastaların psikololojik iyilik halinin ve yaşam kalitesinin, evli olan hastalarınkinden daha kötü olduğu saptandı (t=14,294, p=0,0001; t=13,783, p=0,0001). Fiziksel ve sosyal iyilik halinin ise medeni durumdan etkilenmediği belirlendi (Çizelge 3.3.2).

Bu çalışmada ev hanımlarının fiziksel ve sosyal iyilik halinin, işçi ve memur olanlardan daha kötü olduğu saptandı (p=0,004, p=0,036; p=0,001, p=0,016). Mesleği memur olan hastaların ise psikolojik iyilik halinin ve yaşam kalitesinin diğer meslek gruplarından daha kötü olduğu saptandı (X^2=15,747 p=0,003; X^2=21,254, p=0,0001) (Çizelge 3.3.2). Eğitim durumunun ise yaşam kalitesini etkilemediği belirlendi (p>0,05).

Ameliyat olduktan sonra radyoterapi ve kemoterapi alan hastaların sosyal iyilik halinin radyoterapi ve kemoterapi alan hastalardan daha kötü olduğu saptandı (p=0,013, p=0,024). Fiziksel iyilik hali, psikolojik iyilik hali ve yaşam kalitesinin tedavi öyküsünden etkilenmediği belirlendi (p>0,05) (Çizelge 3.3.3).

Kemoterapinin 2.küründe olan hastaların 4. ve 6. küründe olan hastalardan sosyal ve fiziksel iyilik hali olarak daha iyi durumda olduğu saptandı (p=0,026, p=0,042; p=0,0001, p=0,035). Psikolojik iyilik hali ve yaşam kalitesinin kür sayısından etkilenmediği belirlendi (p>0,05).

Meme kanserinin sosyal iyilik hali en kötü kanser türü olduğu saptandı (X^2=37,860, p=0,0001). Fiziksel iyilik ve psikolojik iyilik halinin ve yaşam kalitesinin ise hastalık türünden etkilenmediği belirlendi (p>0,05) (Çizelge 3.3.3). Hastaların hastalık evresi ile fiziksel, sosyal, ve psikolojik iyilik hali puanları arasında anlamlı ilişki bulunamazken, hastalık evresinin yaşam kalitesini etkilediği saptandı (X^2=9,836, p=0,043) (Çizelge 3.3.3).

Bu çalışmada taxane bazlı tedavi alan hastaların sosyal iyilik halinin, diğer tedavi türlerini alan hastalardan daha kötü olduğu saptandı (X^2=29,134, p=0,0001) (Çizelge 3.3.3). Fiziksel iyilik, psikolojik iyilik halinin ve yaşam kalitesinin ise tedavi türünden etkilenmediği belirlendi (p>0,05).

5.4. Hastaların tamamlayıcı tedavi kullanma durumları ve NSDÖ puanlarına ilişkin sonuçlar

Dini ve kültürel uygulamalarından, türbe ziyareti yapan ve nazarlık kullanan hastaların sosyal iyilik halinin daha kötü olduğu (p<0,05) saptandı. Kurşun döktürme uygulamasının ise sosyal ve fiziksel iyilik haline olumlu etki yaptığı belirlendi (t=2,735, p=0,007; t=2,964, p=0,003) (Çizelge 3.3.4.).

Dua /namaz, adak/kurban, aktara gitme, din görevlisine/ocağa gitme, muska kullanma, kutsal sulardan içme uygulamalarının (Çizelge 3.3.4), hastaların tıbbı/tamamlayıcı tedaviye güven durumlarının (Çizelge 3.3.6) ve tamamlayıcı tedavi ürün kullanımının yaşam kalitesine etkisi olmadığı belirlendi (p>0,05) (Çizelge 3.3.6).

5.5. Öneriler

Kemoterapi alan kanser hastalarının semptom yönetiminde kullandıkları tamamlayıcı tedavi yaklaşımlarının yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın sonuçları doğrultusunda;

- Tamamlayıcı tedavi kullanan hastaların büyük çoğunluğunun hekim ya da hemşireye danışmadan tamamlayıcı tedavi kullanması nedeniyle, kemoterapi alan hastaların kullandıkları tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin sorgulanması, tamamlayıcı tedavinin kemoterapiyle beraber kullanıldığında, olası yarar ve zararı konusunda hastaların bilgilendirilmesi,
- Sağlık personelinin tamamlayıcı tedavi yöntemleri konusunda bilgi gereksinimlerinin ölçülmesi ve saptanması,
- Hastaların kemoterapi tedavileri boyunca yaşadıkları semptomların sıklığı nedeniyle, semptom açısından takip edilmesi, yaşanan semptomların kayıt altında tutulması, değerlendirilmesi, bakım ve izlemlerinin yapılması,
- Kanser hastasına bakım veren hemşirelerin, hastaların yaşam kalitelerini etkileyen faktörlerin farklı olması nedeniyle, bakım verirken hastaların bireysel farklılıklarını göz önünde bulundurması,
- Tamamlayıcı tedavi yaklaşımlarının yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi için daha geniş kitle ve merkezlerde çalışmaların yapılması önerilmektedir.

ÖZET

Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Semptom Yönetiminde Kullandıkları Tamamlayıcı tedavi Yaklaşımlarının Yaşam Kalitesine Etkisi

Kesitsel ve tanımlayıcı nitelikte yapılan bu çalışma kemoterapi alan hastaların semptom yönetiminde kullandıkları tamamlayıcı tedavi yaklaşımlarının yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Araştırma Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kolej Semt Polikliniği Gündüz Kemoterapi Ünitesinde 25/01/2013-30/06/2013 tarihleri arasında yürütüldü. Araştırmada örneklem seçim yöntemine gidilmedi, evren üzerinde çalışıldı. Araştırmanın evrenini belirtilen tarihler arasında polikliniğe kemoterapi almaya gelen, Karnofsky performans skalası puanı >50 olan ve araştırmaya katılmak için yazılı onam imzalamayı kabul eden 397 kanser hastası oluşturdu. Araştırma için Ankara Üniversitesi Etik Kurulundan onay ve ilgili kurumdan yazılı izin alındı.

Çalışmanın verileri araştırmacı tarafından hasta için hazırlanan yapılandırılmış bir anket formu (Bkz Ek-1) ve Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği kullanılarak (Bkz Ek-2A) toplandı. İstatistik analizlerde; iki grubu karşılaştırmak için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ve verilerin homojen olmadığı durumlarda Mann Whithney U testi; çoklu grupları karşılaştırmak için Tek Yönlü Varyans Analizi ve gruplar arasındaki farkı belirlemek amacıyla Tukey HSD testi, veriler homojen olmadığında ise Kruskall Wallis Varyans Analizi; sınıflandırılmış verilerin analizinde ise Ki-kare testi uygulandı.

Çalışmaya katılan hastaların (n=397) %52,6'sı kadın, %85,1'i evli, %10,6'sının okuma yazması yok, %41,1'i ev hanımı, %18,1'i emekli, ve %8,8'i memurdu. Doğdukları coğrafi bölge olarak % 69,8'inin İç Anadolu Bölgesinden ve %13,9'unun Karadeniz Bölgesinden olduğu belirlendi. Hastaların %27,7'sinin soy geçmiş öyküsünde kanser olduğu belirlendi. Hastaların %22.6'sı gastrointestinal sistem kanserleri, %22.1'i meme kanseri ve %19.8'i kolorektal kansere sahipti.

Hastaların %39.8'inin sadece kemoterapi aldığı, %27.5'inin ikinci kür, %27.7'sinin ise üçüncü kür kemoterapisini aldığı belirlendi. Hastaların %35,5'inin evre 3 kansere ve %24'ünün uzak organ metastazına sahip olduğu belirlendi. Hastaların %47,1'i Fluorouracil bazlı tedavi almaktaydı.

Araştırmada hastaların %92,2'sinin dini ve kültürel uygulamalara başvurduğu; %33,8'inin besin ve bitkisel ürün kullandığı saptandı. Hastaların %22,3'ü ısırgan otu, %20,1'i çörek otu, %9,7'si medyadaki aktarların hazırladığı bitkisel hap gibi ürünleri kullandığını belirtti. Tamamlayıcı tedavi kullanan hastaların çoğunluğunun; kadın (%52,6), ev hanımı (%51,5) ve soy geçmişinde kanser (%37,7) olduğu saptandı (p>0,05).

Kemoterapi alan hastaların (n=397) en sık yaşadığı yan etkiler yorgunluk (%95,4), cinselliğe olan ilginin azalması (%92,6) ve bulantı (%78,8) olduğu saptandı. İkinci kürünü alan hastaların (%33.6) daha fazla tamamlayici tedavi kullandığı belirlendi (X^2=9,3114, p=0,049). Ameliyat olan ve sonrasında hem radyoterapi hem de kemoterapi alan hastaların daha fazla tamamlayici tedavi kullandığı saptandı (X^2=9,325, p=0,009).

Bu çalışmada kadınların fiziksel iyilik hali puanı ve sosyal iyilik hali puanı, erkeklerin fiziksel iyilik hali puanı ve sosyal iyilik hali puanından yüksek bulundu (t=3,285, p=0,001**).** Ayrıca, bekar hastaların psikololojik ve genel iyilik hali puanları, evli olan hastaların psikololojik ve genel iyilik hali puanından yüksek olduğu saptandı (t=14,294, p=0,0001; t=13,783, p=0,0001). Fiziksel ve sosyal iyilik hali puanlarının ise medeni durumdan etkilenmediği saptandı (p>0,05). İlaveten, mesleki durumun yaşam kalitesi ve tüm alt ölçeklerinde etkili olduğu, tedavi öyküsünün, hastalık tanısının ve tedavi çeşidinin ise

sosyal iyilik hali üzerinde etkili olduğu belirlendi ($p<0,05$). Sonuç olarak; kanser hastalarında ya hastalığın tedavisi ya da kemoterapinin yan etkileri ile baş edebilmek için, dini ve kültürel uygulamalar yanında bitkisel ve beslenme ürünü kullanımı oldukça yaygındır. Dini ve kültürel uygulamalarından, türbe ziyareti yapmanın ve nazarlık kullanmanın sosyal iyilik haline olumlu etki ettiği, kurşun döktürmenin ise sosyal ve fiziksel iyilik haline olumlu etki ettiği saptandı ($p<0,05$). Dua/namaz, adak/kurban, aktara gitme, din görevlisine/ocağa gitme, muska kullanma, kutsal sulardan içme uygulamalarının ve bitkisel ve beslenme ürünü kullanımının yaşam kalitesine etkisi olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Anahtar kelimeler: Kemoterapi, kanser, semptom yönetimi, tamamlayıcı ve alternatif tedavi, yaşam kalitesi.

SUMMARY

The effect of Complementary Therapy for Symptoms Management on Life Quality of Chemothrapy taking Cancer Patients

This cross sectional and descriptive study carried out to evaluate the effect of complementary therapies for symptom management on life of quality of cancer patients taking chemotherapy treatment.

Study was in Ankara Numune Research Hospital Kolej Policlinics Daily Chemotherapy Unit during 25/01 to 30/06/2013. No sampling was made instead whole universe was studied. The number of patients in study group was 397, who took chemotherapy in daily chemotherapy unit and had a Karnofsky perform scale score above 50 points. A consent form was signed for the study. An ethic comittee permission from Ankara University Ethic Committee and a permission from Numune Resarch Hospital were taken.

Data were collected by the researcher with both a questionnaire specifally prepared for patients (App.1) and Nightingale Symptom Assessment Scale (App. 2). Two sample groups were tested by "Independent samples t test", non-homogen data by Man Whitney U test, multiple sample groups were tested by one way variant analysis (One Way Anova), variation between sample groups were tested by Tukey HSD, Kruskall Wallis Variant Analysis for nonhomogen date was performed and classified datas were tested by chi square.

Out of 397 patients, 52.6% were women, 85.1% married, 10.6% illiterate, 41.1% housewife, 18.1% retired and 8,8% clerks. Geographically 69.8% patients lived in Central Anatolia and 13.9% in Blacksea region. 27.7% had a cancer story in the familiy. 22.6% experienced had a gastrointestinal cancer, 22.1 % a breast cancer, and 19.8% had a colorectal cancer.

Out of 39.8% of patients was under chemotherapy treatment only, 27.5 % in second therapy, 27.7 % in third therapy. While 35.5% was in third stage of the diseases and 24% a far organ metastasis, 47.1% under 5- Fluorouracil treatment.

Out of 92.2% of patients utilized religious and cultural methods, 33.8% nutritional and herbal additions, 22.3% stinging nettle, 20.1% black seed and 9.7% herbal supplements and pills of media herbalists in media. The majority of Complementary and Alternative Medicine (CAM) using group was woman (52.6%), housewife (51.5%) and patients with cancer history (37.7%), ($p>0.05$).

The most common side effects for patients in chemotherapy were tiredness (95.4%), lack of interest for sex (92.6%), and nausea (78.8%). Second therapy patients (%33.6) practiced more CAM (X^2=9.3114, p=0.049). Patients, operated and treated with chemotherapy and radiotherapy after operation used more CAM (X^2=9.325, p=0.009).

Physical and social wellness score of woman in the study was higher than man (t=3.285, p=0.001**).** Psychological and general wellness score of unmarried patients was higher than married patients (t=14.294, p=0.0001; t=13.783, p=0.0001). No differences existed for physical and social wellness score between married and unmarried patients ($p>0.05$). In addition, profession affected life quality and sub-scales; treatment history, diseases diagnosis, and treatmant type influenced the social welness ($p<0.05$). In conclusion, religious and cultural rituels and using herbal or nutritional supplies practiced frequently by cancer patients against the side effects of cancer treatment or chemotherapy Tomb visits and eye charms using affected social wellness positively, and also lead rituals social and physical wellness positively ($p<0.05$). Praying, sacrifying, counceling herbalist and prayer, using amulet, drinking holly water and using herbal or nutritional applies did not affect the quality of life ($p>0.05$).

Key words:, Cancer, chemotherapy, complementary and alternative medicine, symptom management, quality of life

KAYNAKLAR

AKBULUT, H., AKBULUT, K.G. (2005). Tıbbi Onkoloji Kitabı. Ed.:İçli F, Ankara: Antıp Yayınları.

AKGÜL, A.(2005). Tıbbı araştırmalarda istatistiksel analiz teknikleri "spss uygulamaları" , Ankara :Emek Ofset

AKMAN, E. (2002). Türk ve dünya kültüründeki su kültürü üzerine düşünceler. *Kastamonu Eğitim Dergisi,* **10:**1-10.

AKSOY, M. (2009). Beslenmemizde yeri olan çeşitli yiyecek ve besinlerin kanser hastalıklarında etkileşimleri.in:*Türkiye'de Kanser Kontrolü 2009*. Ed.:A.M. Tuncel, N. Özgül, E. Olcayto, M. Gültekin, Ankara: TC Sağlık Bakanlığı

AKYÜZ, A., DEDE, M., ÇETİNTÜRK, A., YAVAN, T., YENEN, M.C., SARICI, S.U., DİLEK, S. (2007). Self application of complementary and alternative medicine by patients with gynecologic cancer. *Gynecol obstet invest.,* **64:** 75–81

ALFANO, R. R., DAS, B.B., CLAEARY, J., PRUDENT, R., EDVARD, J., CELMER, M.D. (1991). Light sheds on light on cancer-distinguish malignant tumor from bening. Tissue and Tumor. *Bull N Y Acad Med.*,**67:**143-50

ALGIER, L.A., HANOĞLU, Z., ÖZDEN, G., KARA, F. (2005). The use of complementary and alternative (non-conventional) medicine in cancer patients in Turkey. *Europan Journal of Oncology Nursing*, **9:**138-146

AMERICAN CANCER SOCIETY. (2009).History of cancer, Update: 6.08.2012 Erişim: http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002048-pdf.pdf Erişim tarihi: 15.07.2013

AMERICAN CANCER SOCIETY.(2012).Cancer Facks&Figures 2012. Atlanta: American Cancer Society, Erişim:http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveilance/documents/document/acspc-031941.pdf, Erişim Tarihi: 30.07.2013

AMERICAN PAIN SOCIETY. (2009).Guidline for the evalation management of low back pain evidence revive. American Pain Society,Glenviev, Erişim:http://www.americanpainsociety.org/uploads/pdfs/LBPEvidRev.pdf

ARIKAN, K. (2004). Kanser hastalarında psikolojik destek. *Klinik gelişim*,**17:**77-86

ARMSTRONG, T., COHEN, M.Z., HESS, K.R., MANNING, R., LEE, E.L.T., MIN, J., TAMAYO, G., BAUMGARTNER, K., 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:**148-154

ARSLAN, M. (2003). Türk toplumunda geleneksel dinî yaşam ve halk inançları taşrada yaşayan insanlar arasında uygulamalı bir çalışma. *Değerler Eğitimi Dergisi*, **1:**23-46.

ARSLAN, Ö.(2003). Kanserli hastalarda kemoterapiye bağlı semtomların değerlendirilmesi ve bu semptomların kontrolüne yönelik hemşirelik bakımı, Doktora Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

ARSLAN, S., AKIN, B., KOÇOĞLU, U. (2008). Kemoterapi alan hastalarda hastalıkve tedaviye bağlı yaşanan semptomların sosyodemografik özellikler ve algılanan sosyal destek ile ilişkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 1:47-55*

ARSLAN, S., BÖLÜKBAŞI, N. (2003). Kanserli hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, ,**6:**38-47

ARYE E.B.,STHAYEH M.S.A.,NEJMİ M.,SCHİFF E.,MUTAFOĞLU K., AFİFİ F.,JAMOUS R.M.,LEV E.,SİLBERMMAN M. (2012).Integrative oncology research in the middle east:weaving traditional and complementary medicine in supportive care. *Support Care Cancer*, **20:**557-564

ATICI, E. (2007). Tıp tarihinde kanser ve lösemi. *Türk onkoloji dergisi,***22:**197-204

BARNES, P.M., BLOOM, B., NAHIN, R.L. (2008). Complementary and alternative medicine use among adults and children: United States, 2007. *National Health Statistics Report,* **12:**1–23

BATCHELOR, D. (2001) Hair and cancer chemotherapy: consequences and nursing care a literature study. *European Journal of Cancer Care*, **10:**147–163

BENT, S. (2008). Herbal medicine in the United States: review of efficacy, safety and regulation. *Journal of General Internal Medicine.,* **3:**854–859

BIELORYA, L., HEIMALL, J. (2003). Review of complementary and alternative medicine in treatment of ocular allergies. *Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology,* **3:**395–399

BİLGE, Z. (2010). Kanserli hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı. Uzmanlık Tezi, Diyarbakır Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı.

BORIS, R.M., (2011). Cancer management in man: Chemotherapy, biological therapy, hypertermia and supporting measures in: *Effects of cancer chemotherapy on gonadal function*. Ed.: Angela R. Brudbury, Richard L. Schilsky, Stringer, London ISBN: 978-90-481-9704-0

BOYLE, P.,LEVİN, B.(2008). World Cancer Report, IARC. Erişim: 13.08.2013

BUTLER, L., BACON, M., CAREY, M., ZEE, B., TU, D., BEZJAK, A. (2004). Determining the relationship between toxicity and quality of life in an ovarian cancer chemotherapy clinical trial. *J Clin Oncol.,* **22:**2461-2468

CAN, G., DEMİR, M., AYDINER, A. (2012). Complemantary therapies used by Turkish breast cancer patients undergoing chemoterapy. *Breast Care, ,* **7:**471-47

CAN, G., ENÇ, A., AKKAYA, S.(2008). Onkoloji hemşireliğinde kanıta dayalı semptom yönetimi konsensus'07, İstanbul: 3P-Paharma Publication Planing

CAN, G., EROL, O., AYDINER, A., TOPUZ, E. (2009). Quality of life and complementary and alternative medicine use among cancer patients in Turkey. *Europan Journal of Oncology Nursing,* **13:**287-294

CARELLE, N., POITTO, E., BELLANGER, A., GERMANOUD, J., THUILLER, A., KHOYAT, D. (2002). Changing patient perceptions on he side effects of cancer chemotherapy *The Oncologist,* **9:**80-89

CASSILETH, B, DENG, G. (2004). Complementary and alternative therapies for cancer. *The Oncologist,* **9:**80-89

CASSILETH, B. (1999). Complementary and alternative medicine. *J. Clin Anal*., **17:**44–52

CEYLAN, S., HAMZAOĞLU, O., KÖMÜRCÜ, Ş., BEYAN, C., YALÇIN, A. (2002). Survey of the use of complementary and alternative medicine among Turkish cancer patients. *Complimentary Therapies In Medicine*, **10:**94-99

CHOCHINOW, H.M.,TATARYN, D.J.,WILSON, K.G.,ENNS, M.,LANDER, S. (2000). Prognostic awerness and terminally ill. *Phychosomatics*, **41:**500-504

COATES, A., GEBSKİ,V., STAT, M., BİSHOP,J.F., JEAL, P.N., M.B.B.S., WOODS, R.L., SNYDER, R., TATERSALL, M.H., BYRNE, M., HARVEY, V., GİLL, G., SİMPSON, J., DRUMMOND, R., BROWNE, J., COOTEN,R., FORBES J.F. (1983). Improving the quality of life during chemotherapy for advanced breast cancer**.** *N Engl J Med.,* **317:**1490-149

COLE, A., SHANLEY, E. (1998). Complementary therapies as a means of developing the scope of professional nursing practice. *Journal of Advanced Nursing, **27:***1171-1176

COMİTTE ON THE USE OF CAM BY AMERİCAN PUBLİC THE NATİONAL AKADEMİES. (2005).Complementary and alternative medicine in the United States. Washington, DC: p: 1-12

COOLBRANDT A. HEEDE, K., VANHOVE E. BOM A.E. MILISEN K.,WILDIERS H. (2011). Immediate versus delayed self-reporting of symptoms and side effects during chemotherapy, *European Journal of Oncology Nursing*, **15:**130-136

CROGHANİ,T., OMOTO, M.K. (1996). Kanserlerin önlenmesi ve kanser riskinin azaltılması. in: *Amerikan Kanser Birliği Hemşireler için Kanser El kitabı*, .Çev.:S. Abaan, Ankara: Akşam Sanat Okulu Matbaası.

CUI, Y., SHU, X., GAO, Y., WEN, W., RUAN, Z., JIN F., ZHENG, W. (2004). Use of complementary and alternative medicine by Chinese women with breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, **85:**263-370

ÇAVUŞOĞLU, H. (2007). Oral mukozit yönetiminde kanıta dayalı hemşirelik. *Türkiye Klinikleri, ,***27**:398-406

ÇIBLAK, N. (2004). "Halk kültüründe nazar, nazarlık inancı ve bunlara bağlı uygulamalar", *Türklük Bilimi Araştırmaları,* **15:**103-125.

DAMERY, S., GRATUS, C., GRIEVE, R., WARMINGTON, S., JANES, J., ROUTLEDGE, P., GREENFIELD, S., DOWSWELL, G., SHERRIF, J., WILSON, S. (2011). The use of herbal medicines by people with cancer: a cross-sectional survey. *British Journal of Cancer*, **104:**928-933

DEMİR, F.,ONAT, H. (2012). Kanserli hastalarda gastrointestinal sorunlar. içinde*: Kanser hastasına yaklaşım tanı, tedavi ve takipte sorunlar*.2.baskı. Ed.:N.M. Mandel,H.Onat, İstanbul : Nobel tıp kitabevleri

DENG, G., CASSILETH, B.R., YEUNG, S. (2004). Complemantary therapies for cancer-related symptoms: systematic review. *J. suppord oncol.,* **2:**419-426

DOUGHERTY, L., BAILY, C. (2001). Chemoteraphy. In:*Cancer Nursing Care and Contex*, Ed.:J. Corner, C. Bailey, London:Bleckwell science ltd. p.: 179-222

DURNA, Z., AKIN,S., BULUŞ, M. (2010).Bulantı kusma. İn: *Onkoloji hemşireliğinde kanıta dayalı bakım,* Ed.:G. CAN, İstanbul:Nobel Tıp Kitapevi

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ. (2008). Dünya Sağlık Örgütü Uluslar Arası Kanser Araştırmaları Kurumu Dünya Kanser Raporu 2008. Ed.: Boyle P, Levin B, Fransa: Naturoprint, p.:27 Erişim adresi:http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/97892832004237-tur-p1-104.pdf, Erişim Tarihi:30.07.2013

DÜZGÜN, Ü. (2009). Giresun adak yerlerinde tespit edilen çeşitli uygulama inanış ve efsaneler. *Uluslararası Araştırmalar Dergisi,* **2:**7

ENGDAL, S., STEINSBECK, A., KLEPP, O., NILSEN, O.G. (2008). Herbal use among cancer patients during palliative or curative chemotherapy treatment in Norway. *Support Care Cancer*, **16:**763-769

EOM, C.S., SHIN, D.W., KIM, S.Y., YANG, H.K., KWEON, K., KİM, J.H., CHO, P. (2013). Impact of perceived social support on the mental health and health related guaality of life in cancer patient: result from a nationwide multicenter survey in South Korea. *Psychoncology,* **22:**1283-90

ERDOĞAN, Z., ÇINAR, S. (2011). Reiki: eski bir iyileştirme sanatı- modern hemşirelik uygulaması. *Kafkas j. Med. Sc:* **1**:86-91

ERKURT, M., KUKU, İ., KAYA, E., AYDOĞDU, İ. (2009) Kanser kemoterapisi ve böbrek. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,* **16:**63-68

ERNST, E. (1998). Harmless herbs? A review of the recent literature. *The American Journal of Medicine,* **104:**170–178

ERNST, E. (2003). Evidence-based complementary medicine for palliative cancer care: does it make sense?. *Palliative Medicine,***17:** 704–707

ERNST, E., CASSILET, B.R. (1998). The prevelance of complementary and alternative medicine in cancer, a systematical rewiev. *Cancer,* **83:**772–782

ERSÖZ, T. (2012). Bitkisel ilaçlar ve gıda takviyesi ile ilgili genel yaklaşım sorunları. *Türk Eczacılar Birliği Yayını,* Mayıs:27-28

FERLAY, P., AUTIER, M., BONIOL, M., HEANUE, M., COLOMBET, P.B. (2007). Estimates of cancer incidance and mortality in euope in 2006. *Annals of Oncology,* **18:**581-592

FISHER, D.C., VILINES. D., KIM, Y.O., EPSTEIN, J.B., WILKIE, D.J. (2010).anxiety, depression, and pain: differences by primary cancer. *Support Cancer Care,* **18:**801-810

FİDANER, C.(2009) Kanserde erken yakalama. İn: *Türkiye'de Kanser Kontrolü 2009*. Ed.: A.M. Tuncel, N. Özgül, E. Olcayto, M. Gültekin, Ankara: TC Sağlık Bakanlığı

FOULADBAKHSH, J.M., STOMMEL, M. (2010). Gender, symptom experience and use of complementary and alternative medicine practices among cancer survivors in the U.S. cancer population. *Oncol Nurs Forum,* **37:**7–15

FRETER, C.E.,PERRY, M.C. (2008). Princibles of chemotherapy. In: *The Chemotherapy Source Book*. 4nded. Ed.:M.C. Perry, philedelpia; lipincot Wiliams& Wilkings p.:30-37

G., STEIN, R.S., VLAHOVIC, G., WIER, A.B. (2012). Cancer-chemotherapy induced anemia. *J. Natl Compr Canc Netw*., **10:**628-653

GANSLER, T., KAW, C., CRAMMER, C., SMITH, T. (2008). A population-based study of prevalence of complementary methods use by cancer survivors. *Cancer*, **113:**1048-1057

GENÇ, O. (2006) Tıbbı fizyoloji. Ed.:GUYTON, C.A., HALL, J.E. çev Ed.: Çavuşoğu.H.,Yeğen Ç.B., İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, Bölüm 65

GILBAR, P., HAIN, A., PEEREBOOM, M.V. (2009). Nail toxicity induced by cancer chemotherapy. *Journal of Oncology Pharmacy Practice,* **15:**143-155

GROOPMAN, J.E., ITRI, L.M. (1999).Chemotheraphy-induced anemia in adults: incidance and treatment. *J Natl Cancer Inst.,* **91:**1616-1634

GUZELANT, A., GOKSEL, T., OZKOK, S., TASBAKAN, S., AYSAN, T., BOTTOMLE, A.(2004).The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: an examination

into the cultural validity and reliability of the Turkish version of the EORTC QLQ-C30. Europan Journal Of Cancer Care, **13:**135-144

GÜLER, E.R. (2013). İnvestigation of chemopreventif properties of urtica doica L., in MCF-7 and MDA. 231 breast cancer cell lines. *New Journal Medicine,* **30:**50-53

GÜNER, P.,IŞIKHAN, V.KÖMÜRCÜ,S.,SUNAY,II., ÖZTÜRK, P.,ARPACI, F.,ÖZET, A.(2006). Quality of life and sociademographic characteristics of patients with cancer in Turkey. *Oncology Nursing Forum*, 33:1171-1176

GÜRAY, Ü. (2003). Türk halk dindarlığının önemli çekim merkezi olarak dini ziyaret yerleri. *Sosyal Bilimler Dergisi*,**2:**5-36

GÜREL, D.K. (2007) Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Devlet Hastanesi Erişkin Onkoloji Hematoloji Kliniklerinde kemoterapi uygulanan hastaların yaşam kalitesi ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

HADJU, L.S. (2011a). A note from history: landmark in history of cancer, Part 1. *Cancer,***117:**1097-1102

HADJU, L.S. (2011b). A note from history: landmark in history of cancer, Part 2. *Cancer,* **117:** 2811-20

HADJU, L.S. (2011c). A note from history: landmark in history of cancer, Part 3. *Cancer,* **117:**1155-68

HADJU, L.S. (2012). A note from history: landmark in history of cancer, Part 5. *Cancer,* **000:**000-000

HADJU, L.S. (2012a). A note from history: landmark in history of cancer, Part 4. *Cancer,* **118:**4914-28

HAMILTON, A.S, MILLER, M.F., ARORA, N., BELLIZZI, K.M., ROWLAND, J.H. (2013). Predictors of use of complementary and alternative medicine by non-hodgkin lymphoma survivors and relationship to quality of life. *Integrative Cancer,* **12:**225-235

HLUBOCKY, F.J., RATAIN, M.J., WEN, M., DAUGHERTY, C.K. (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:**548-554

INTERNATIONAL UNION AGANIST CANCER.(2009).TNM classifaciation of malignant tumors. Ed:,LH Sobin, M Gosodarowic, C Wittekinal. Germany: A John Wiley Sons, Ltd. Publcation.

IŞIKHAN, V., GÜNER, P., KÖMÜRCÜ, Ş., ÖZAT, A., ARPACI, F., ÖZTÜRK, B. (2001). The relationship between disease in patients with cancer. *Cancer Nursing*, **24:**490-495

IŞIKHAN, V., KÖMÜRCÜ, Ş., ÖZAT, A., ARPACI, F., BALBAY, Ö., GÜNER, P. (2005). The status of alternative treatment in cancer patients in Turkey. *Cancer nursing,* **28:**355-361

IZZOL, A., ERNST, E. (2001). Interactions between herbal medicines and prescribed drug a systematic review. *Drugs,* **61:**2163-2175

İÇLİ F.(1997).Tıbbı onkoloji. Ankara: Anıtıp A. Ş.Tıp kitapları

İNANÇ, N., ŞAHİN, H., ÇİÇEK, B., TAŞÇI S. (2006). Use of herbs or vitamin/mineral supplements by patients with cancer in Kayseri, Turkey. *Cancer nursing,* **29:**17-19

JANUSCH, M., FISCHER, M., MARSH, H.J., HOLZHAUSEN, H.J., KEGEL ,T., HELMBOL, D. (2006). The hand food syndrome-afrequent secondary manifestation in antineoplastic chemothrapy. *Europhian Journal of Dermatology*, **6:**494-9

JEMAL, A., SLEGEL, R., WARD, E., HAOY, X.U.J., THUN, M. Cancer Statistic , 2009. CA. *Cancer J. Clin.,* **59:**225-1249

JOHANNESSEN, H., HJELMBORG, B., PASAQUARELLI, E., FIORENTINI, G., COSTANZO F.J., MICCINESI, G. (2008). Prevalence in the use of complementary medicine among cancer patients in Tuscany, Italy. *Tumori*, **94:**406-410

KANG, E., YANG, E.J., KIM, S.M., CHUNG, Y., HAN, S.A., KU, D.H., NOM, A.J., YANG, J.H., KIM, S.W. (2012). Complementary and alternative medicine use and assessment of quality of life in korean breast cancer patients: a descriptive study. *Support care cancer*, **20:**461-473

KAV, S., HANOĞLU, Z., ALGIER, L. (2008). Türkiyede kanserli hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin kullanımı: Literatür taraması. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, **24:**048-052

KAYA, M.S., KARA, M., ÖZBEK, H. (2003). Cörekotu tohumlarının insan hücresel bağışıklık sisteminin CD3+CD4+CD8+ hücreleri ve lökosit sayısı üzerine etkileri. *Genel Tıp Dergisi,* **13:**109-112

KHORSID, L., YAPUCU, Ü. (2005). Tamamlayıcı tedavilerde hemşirenin rolü. *Atatürk Üniversitesi. H.Y.O*. D*ergisi,* **8:**124–130

KILIÇ, M., ÖZTUNÇ, G.(2012).Ağrı kontrolünde kullanılan yöntemler ve hemşirenin rolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. **7**:36-51

KIZILCI, S. (1999). Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, **3:**18-26

KLAFKE, N., ELIOTT, J.A., WITTERT, G.A., OLVER, I.N. (2012). Prevalence and predictors of complementary and alternative medicine (CAM) use by men in Australian. *Annal Onkology*, **23:**1575-1578

KÖKTÜRK, N., ÖZTÜRK, C., KIRIŞOĞLU, C. E. (2003). Sigara ve akciğer kanseri. *Solunum,* **5:**139-145

KRISHNASAMY, M.(2001). Pain. In*:Cancer Nursing Care and Contex*, Ed.:J. Corner, C. Bailey, London:Bleckwell science ltd. p.:339-350

KURT, A.S., ÇETİNKAYA, S. (2008). Lösemili çocuklarda yaşam kalitesi ve hemşirelik bakımı. Fırat sağlık hizmetleri dergisi, 3:36-55

KWAN, I.G., RYU, E., NOH, G.O., SUNG, Y.H. (2012). Health-related quality of life in cancer patients between baseline and a three-year follow up. *European Journal of Oncology Nursing,***16:**131-136

LINDLEY, C., VASA, S., SAWYER, W.T., WINER, E.P. (1998). Quality of life and preferences for treatment following sysyemic adjuvan therapy for early stage breas cancer .*J Clin Oncol.,* **16:**1380-7.

LIS, C.G., CAMBRON, J.A., GRUTSCH, J.F., GRANICK, J., GRUPDA, D. (2006). Self reported quality of life in users and nonusers of dietary supplements in cancer. *Supportive Care in Cancer,* **14:**193-199

LİN, H.R., SUSAN, M., WU, B. (2003). Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. *Journal of Advanced Nursing,* **44:**69–80

LOVGREN, M., LARSSON, B., LEVEALAHTI, H., TISEHELMAN, C. (2010). Push or pull? relationships betven lung and cancer patients perceptions of quality of care and use of complamentary therapies. *Europian Journal of Oncology*, **15:**311-317

MANSKY, P.J., WALLERSTEDT, D.B. (2006). Complementary medicine in palliative care and cancer symptom management. *Cancer J.,* **12:**425-431

MARCHI, E., ZAIN, J., OCONNOR, O.A. (2009). Evaluation and Treatment of Lymphoma in Cancer Rehabilitation Principles and Practice. Ed.: Stubblefield. M. D., O'Dell M. W., New York: Demos Medical Publishing.

MARS, J.A. (2006).Stress fears and fhobias: the impact of anxiety. *Clinical Journal of Oncology Nursing,* **10:**319-322

MASSIE, M. (2004). Prevalance of depression in patients with cancer. *Journal of The National Cancer Institute Monographs*, **32:**57-71

MATSUSHITA, T., MATSUSHIMA, E., MARUYAMA, M. (2005). Anxiety and depression of patients with digestive cancer. *Psychiatry And Clinical Neurosciences*, **59:**576–583

MAYADAĞLI, A., AKSU, A., GÖKSEL, F., GÖKÇEN, E., KARACİHANOĞLU, E., GÜMÜŞ, M., PAK, Y. (2011). Determination of parameters affecting the use of complementary and alternative medicine in cancer patients and detection of prevalence of use. *Afr J Tradit Complement Altern Med*., **8:**477–482

MCARDLE, O., O'MAHONY, D. (2008). Oncology: an İllustrated Colour Text. China :Elsevier

MEIROW, D., NUGENT, D. (2001). The effects of radiotherapy and chemotherapy on female reproduction. *Hum Reprod Update*, **7:**535-43

MINISINI, A.M., TOSHI, A., SOBRERO, A.F., MANSUTTI, M., PIROCCINI, B.M., SOCCO,C., PUGLISI, F. (2003). Taxane induced nail changes incidance, clinical presentation and outcome. *Annal Sot Oncology*,**14:**333-337

MOLASSİOTIS, A.,ORTEGA, P.,PUT, D., HUMMERSTON, S.,SCOTT, J.A.,PANTELL, V.,GUDMUNDSDATTİR ,G.,SELWEKEROWA, S.,PATİRAKİ,E.,KEARNEY,N. (2005). Use of CAM cancer patients; Europan survey. *Ann oncol*., **16:**655–63

MONGA, U. (2002). Sexual functioning in cancer patients. *Sexualityan disability*, **20:**277-295

MONROE, C.M. (2009). The effects of therapeutic touch on pain. J. *Holist. Nurs*. 27:85-92

MORRIS, K.T., JOHNSON, N., HAMER, L., WALTS, D. (2000). A comparison of complementary therapy use between breast cancer patients and patients with other tumour sites. *The American Journal of Surgery*,**179:**411-417

MUEHLBAUER, P.M., THORPED, D.A,. DRABOT, R., RAWLINGS, B.L., KIKER, E. (2009). Evidence-based intervention to prevent, manage and treat chemotherapy and radiotherapy-induced diarrhea. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, **3:**336-341

NATIONAL CANCER INSTITUTE, What is cancer ? UPDATE:02.08.2013 Erişim:http://www.cancer.gov/cancertopics/cancerlibrary/what-is-cancer Erişim tarihi:12.07.2013

NATIONAL CENTER FOR COMPLEMANTARY AND ALTERNATİVE MEDICINE. What is complementary and Alternative medicine? UPDATE:May 2013 Erişim:http://nccam.nih.gov/health/whatiscam Erişim tarihi:30.10.2012

NATIONAL CENTER FOR HEALT STATISTIC. (2011). Healt, United States, 2011, with special feature on socioeconomic status and health,Washington: National Center for Healt Erişim:http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus11.pdf , Erişim Tarihi: 30.06.2013

NAZİK, E., NAZİK, H., APİ, E. (2012). Complementary and alternative medicine use by gynecologic oncology patients in Turkey. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, **13:**21–25

NIGGEMANN, B., GRUBER, C. (2003). Side-effects of complementary and alternative medicine. *Allergy*, **58:**707-716

NIRENBERG, A., BUSH, A.P., DAVIS, A., FRIESE, C.R., GILLESPIE. (2007). Neutropenia: state of knowledge part 1. *Onkology nursing forum*, **33:**1193-1201

NORTIER, J.L., MARTINEZ, M.C., SCHMEISER, H.H. (2000). Urothelial carcinoma associated with the use of a Chinese herb (Aristolochiafa ngchi). *New England Journal of Medicine*, **342:**1686–1692.

OLSON, K., HANSON, J. MICHAEL, M. (2003).A pahase II trial of reiki fort he management of pain in advenced cancer patients. J. *Pain Symptom Manage* **26**: 990-7

ÖĞER, A. (2010). Tarsus çevresinde sağaltma ocakları ve buna bağlı uygulamalar. *Literature and History of Turkish or Turkic,* **5:**1231-1246

ÖZÇELİK, H., FADILOĞLU, Ç. (2009). Kanser hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım nedenleri. *Türk Onkoloji Dergisi*, **24:**48–52

ÖZKAN, A. (2007). Çocukluk çağı kanserlerinde alternatif tıp. *Klinik Gelişim*, **20**:178-180

PALTIEL, O., AVITZOUR, M.,. PERETZ, T., CHERNY, N., KADURI, L., PFEFFER, R.M., WAGNER, N., SOSKOLNE, V. (2001). Determinants of the use of complementary therapies by patient with cancer. J*ournal of Clinical Oncology*, **19:**2439-24

PAPAC, J.R. (2001). Origins of cancer therapy. *Yale Journal of Biology and Medicine,* **74:**391-398

PEDERSEN, C.G., CHRISTENSEN, S., JANSEN, A.B., ZACHARIOE, R. (2009). Prevalence, socio-demographic and clinical predictors of post-diagnostic utilisation of different types of complementary and alternative medicine (CAM) in a nation wide cohort of Danish women treated for primary breast cancer. *European Journal of Cancer,* **45:**3171-3181

PEREZ, E.J., SMITH, A.R., NORRIS, R., CANENGUEZ, N.R., ELIZABETH, F., SUSAN, B. (2011). Types of prayer and depressive symptoms among cancer patients: the mediating role of rumination and social support. *Journal of Behavioral Medicine*, **34:**519-530

PERRY, M.C. (2008). Siciencefic basis of cancer chemotherapy. In: *The Chemotherapy Source Book*. 4nded. Ed.:M.C. Perry, philedelpia; lipincot Wiliams& Wilkings, p: 1-7

PIAMJARIYAKUL, U., WILLIAMS, P.D., PROPAKORN, S., KIM, M., PARK, L., ROJJANASRIAT, W., WILLIAMS, A.R. (2010). Cancer therapy-related symptoms and self-care in Thailand. *European Journal of Oncology Nursıng*, **14:**387-394

PINTO, A.C., AZAMBUJ, A,E. (2011). İmproving quality of life after breast cancer; dealing with symptoms. *Clinical Journal of Oncology Nursing,* **13: 70:**343-348

QI, F., LI, A., INAGAKI, Y., GAO, J., LI, J., KOKUDO, N., LI, X., TONG, W. (2010). Chinese herbal medicines as adjuvant treatment chemoradio-therapy for cancer. *Bioscience Trends*, **4:**297-307

REDD, W.H., SILBERFARB, P.M., ANDERSEN, B.L., ANDRYKOWSKI, M.A., BOVBJERG, DH, BURISH, T.G., JOHN, S. (1991). Physicologic and psychobehavioral research in oncology. *Cancer*, **67:**813-822

RICHARD, L.N., PATRICIA, M.B., BARBARA, J.S., BARBARA, B. (2009). Costs of complemantary and alternative medicine (CAM) and freguency of visits to CAM practitioners: United States 2007. *National Health Statistics Reports,* **18**:1-16

RODGERS, G.M., BECKER, P.S., BLINDER, M., CELLA, D., KHAN, A.C., CLEELEND, C., COCCIA, P.F., DJULBEGOVIC, B., GILREATH, J.A., KRAUT, E.H., MATULANIS, U.A., MILENSON, M.M., REINKE, D., ROSENTHAL, J., SCHWERTZ, R.N., SAFF,

ROSMAN, S. (2004). Cancer and stigma: experience of patients with chemotherapy-induced alopecia. *Patient Education and Counseling*, **52:**333-339

SAINI, A., BERRUTI, A., CAPOGNA, S., NEGRO, M., .SGUAZZOTTI, E., PICCI, R.L., CAMPAGNA, S., DONGIOVANNI, V., DOGLIOTTI, L., FURLAN, P.M., OSTACOLI, L. (2011). Prevalance of complementary and alternative medicines (CAMs) in a cancer population in northern Italy receiving antineoplastic treatments and relationship with quality of life and psychometric features. *Qual Life Res*., **20:**683–690

SAKLI, K., ZENCİRCİ, A.D. (2013).Taksan ve platin alan hastalarda periferal nöropati ve nöropatik ağrıya yönelik hemşirelik girişimleri: sistematik derleme. *HEMARG-E.,* **15:**61-73

SAMUR, M., BOZCUK, H.S., KARA, A., SAVAŞ, B. (2001). Factors associated with utilization of nonproven cancer therapies in Turkey: a study of 135 patients from a single center. *Support Care Cancer*, **9:**452-458

SAVRUN, M. (1999) Depresyonun tanımı ve epidemiyolojisi. *Depresyon Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu,* 11-17

SAWADA, N.O., ZAGO, M.M., GALVA, G.M., CARDOZO, F.M., ZANDONAI, A.P., OKINO, L., NICOLUSSI, A.C. (2010). The outcomes of visualization and acupuncture on the quality of life of adult cancer patients receiving chemotherapy. *Cancer Nursing,* **33:**21-26

SCHAG, C.C.,HEİNRİCH, R.L.,GANZ, P.A. (1987) karnofsky performence status revised:reliability,validity and guidlines*. J. Clin. Oncol*. 2:187-93

SCHOGEN. S.B., MULLER, M.J., BOOGERD W., ROSENBRAND , R.M., RHIJIN, D., RODEN, H.S. (2002). Late effect of adjuvan chemotherapy on cognative function a follow up study in breast cancer patient. *Annoxd of Oncology,* **13:**1378-1387

SHELDON, L.K., SWANSON, S., DOLCE, A., MARSH, K., SUMMERS, J. (2006). Putting evidence into practice: evidence-based intervensions for anxiety. *Oncology Nursing Forum,* **12:** 798-792

SİPAHİ, A.(2006). Türk halk inanışlarında büyü ve büyü ile ilgili uygulamalar. Yüksek Lisans Tezi, TC Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

SPENCE, J.E., OLSON, M.A.(1997). Quantitative research on therapeutic touch. An integrative rewiev of the literatüre 1985-1995. *Scand J Caring Sci*. 11: 183-90

SUN, C.C.,BADURKA, D.C.,WEAWE, C.B.,ROSY, .WOLF, J, BEVERS, M SIMIH, J.(2005). Rankings and symptom assestments of side effects from chemoterapy insights from experienced patients with overian cancer. *Support Cancer Car*e, **13:**219-227

SUSAN, K., LUTGENDORF, S.K., ANDERSON, B., ROTHROCK, N., BULLER, R.E., SOOD, A.K., SOROSKY, J.I. (2000). Quality of life and mood in women receiving extensive chemotherapy for gynecologic cancer. *Cancer*, **89:**1402–11.

ŞIRA, F.S. (2007). Kemoterapi alan onkoloji hastalarında semptomların değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI. (2009). Morbidite. in:*T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2009*. Ed.: S. Mollahaliloğlu, B.BAŞARAN, Z. ERYILMAZ, Ankara: TC Sağlık Bakanlığı

TAHRAN, O., ALACAOĞLU, A., SOMALİ, I., SİPAHİ, H., ZENCİR, M., ERTEN Ç., RİRİÖZ, M., OZTOP, I., NİFLİOĞLU, M.O., YILMAZ, U. (2011). The assocation of complementary alternative medicine use with anxiety depression and quality of life in Turkish cancer patient. *Wspolczesna oncol*., **15:**274-278

TANNOCK, I.F., AHLES T.A.,GANZ, P.A.,DAM F.S. (2004). Cognitive impairment associated with chemotherapy for cancer. Report of a workshop. *Clin Oncol.,* **22:**2233-2239.

TARAKESHWAR, N., VANDERWERKER, L.C., PAULK, E., PEARCE, M.J., KASL, S., PRIGERSON, H.G. **(**2006). Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer. *Journal of Palliative Medicine*, **9:**646-657

TAŞ, F., ÜSTÜNER, Z., CAN, G., ERALP, Y., ÇAMLICA, H., BAŞARAN, M., KARAGÖL, H., SAKAR, B., DİŞÇİ, R., TOPUZ, E. (2005). The prevalence and determinants of the use of complementary and alternative medicine in adult Turkish cancer patients. *Acta oncologica*, **44:**161-167

TAUTZ, E., MOMM, F., HASANBURG, A., GUETLIN, C. (2012). Use of complementary and alternative medicine in breast cancer patients and their experiences: a cross-sectional study. *European Journal of Cancer*, **48:**3133-3139

TELLO, S., HANİFEOĞLU, İ., BOZKURT, M., BULMUŞ, Ö. (2008). Meme kanseri oluşmuş hastalarda ısırgan otunun total antioksidan durumu üzerine etkisi. *F. Ü. Saimleri Dergisi*., **22:**179-183

TIMPERI, A.V., ERGAS, I.J., DAVID, H., JANISE, R., KWAN, M., KUSH, L.H. (2013). Employment status and quality of life in recently diagnosed breast cancer survivors.*Psycho-Oncology*, **22:**1411–1420

TINDLE, H.A., DAVIS, ,R.B., PHILIPS, R.S., EISENBERG, D.M. (2005). Trends in use of complementary and alternative medicine by U.S adults : 1997-2002. *Alternative Therapies in healt and Medicine*, **11:**42-49

TIPTON, J.M., MCDANIEL, R.D., BARBOUR, L., JOHNSTON, M.P, KAYNE, M., LEROY, P. (2006). Evidence-based interventions to prevent, manage and treat chemotherapy-induced nousea and vomiting. *Clinical Journal of Oncology Nursing,* **11:**69-78

TRUEB, R.M. (2010). Chemotherapy induced hair loss. *Skin Therapy Late.,***15:**5-7

TURAN, N., ÖZTÜRK, A., KAYA, N. (2009). Hemşirelikte yeni bir sorumluluk alanı tamamlayıcı terapi. Sivas 12.Ulusal Hemşirelik Kongresi.

TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU. (2012). Türkiye istatistik yıllığı 2012. Ankara: Türkiye istatistik kurumu matbaası

UÇAN, Ö., PEHLİVAN, S., OVAYOLU, N. (2008). The use of complementary and alternative therapies in cancer patients. *American journal of clinical oncology*, **31:**589–594

UĞURLUER, G., KARAHAN, A., EDİRNE, T., ŞAHİN, H.A. (2007). Ayaktan kemoterapi ünitesinde tedavi almak için gelen hastaların tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarının sıklığı ve nedenleri. *Van Tıp Dergisi,* **14:**68-73

ULUSLARARASI KANSERLE SAVAŞ BİRLİĞİ. (1990). Klinik Onkoloji, Sağlık Bakanlığı Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu ortak yayını. Ed.: C.D. Sherman, K.C. Calman, S. Eckhardt, I. Elsebai, B. Salvadori D. Fırat, D.K. Hossfeld, J.P. Paunier, Verlag: Springer

WANG, J., LU, Z., AU, J. (2006). Protection against chemotherapy-induced alopecia. *Pharmaceutial Research,* **23**:2503-2514

WEBSTER K, CELLA D. (1998).Quality of life in patients withlow-grade non-Hodgkin's lymphoma. *Oncology.***12**:697-714

WELLS, M.V., SARNA, L., COOLEY, E.M., BROWN, J.K., CHERNECKY, C., WILLIAMS, R.D., PADILLA, G., DANAO, L.L. (2007). Use of complementary and alternative medicine therapies to control symptoms in women living with lung cancer. *Cancer Nursing,* **30:**45-55

WERHOEF, M.J., BLNEOVES, L.G., BONN, H.S. (2005). A reason for and characteristic associated with CAM among adult cancer patients a systematic review. *Cancer ther.,***4:**272–286

WESTERLUND, A., STEINECK, G., BALTER, K., STATTIN, P., GRONBERG, H., HEDELIN, M. (2011). Dietary supplement use patterns in men with prostate cancer: the cancer prostate Sweden study. *Annals of Oncology*, **22:**967-972

WHILKES, G.M. (2001). Potential toxicities and nursing management. İn: cancer chemotherapy: A nursing process-approach. Ed.: B. Burker, G.M. Wilkes, K. İngwerson. 3nd Ed. Canada: Jone and Barlett

WILLIAMS, P., LOPEZ, V., YING, C., PIAMJARAYUL, U., WENRU, W., HUNG, G., KIM, M., PARK, L., SHEN, P., WILLIAMS, A. (2010). Symptom monitoring and self care practices among oncology patients. *Cancer Nursing,* **33:**184-189

WOOLERY, M., BISANZ, A., LYONS, H F., LINDSAY, G., YENULEVICH, M., FULTON, S., MCMILLAN, S.C. (2007). Evidence based interventions for the prevention and management of constipation in patients. *Clinical Journal of Oncology Nursing,* **12:**317-337

WYATT, G., SIKORSKII, A., WIILLS, E.C., HONG, S.A. (2010). Complementary and alternative medicine use, spending and quality of life in early stage breast cancer. *Nursing research*, **59:**58-66

YAKICIER, C., AKARSU, N.A. (2007). Kanser epidemiyolojisinde ailesel kanserlerin rolü. İn: *Türkiye'de Kanser Kontrolü*, Ed.: A. M. Tuncel, Ankara: TC Sağlık Bakanlığı

YANAROĞLU, S. (2007). Çörekotunun (Nigello Sativa) biyolojik etkileri üzerine bir araştırma.*Yüksek Lisans Tezi,Yakındoğu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstütüsü.*

YARDIM, N., MOLLAHALİLOĞLU, S., BAŞARA, B.B. (2009). Türkiye'de kanser durumu ve uluslararası göstergeler ile uyumun değerlendirilmesi. içinde: *Türkiye'de Kanser Kontrolü 2009*. Ed.: A.M. Tuncel, N. Özgül, E. Olcayto, M. Gültekin, Ankara: TC Sağlık Bakanlığı

YETER, G. (2012). Çocuk kanser hastsalarında semptomlara yönelik tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı.

YILDIRIM Y, TİNAR S, YORGUN S.(2006).The use of complementary and alternative medicine (CAM) therapies by Turkish women with gynecological cancer. *Eur J Gynaecol Oncol* **27**:81-5, 2006.

YILDIZ, İ. (2006). Kanser hastalarında tamamlayıcı-alternatif tıp kullanımı. Uzmanlık Tezi, T.C. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç hastalıkları Anabilim Dalı.

YÜCE, D. (2012). Kanser hastalarında yaşam kalitesi belirleyicileri.hacattepe Üniv. Sağlık bilimleri Enstitüsü. Yüksek lisans tezi.

ZAHEYA, A.L., ALKHASAWNEH, E.M. (2012). Complementary alternative medicine use among a sample of Muslim Jordanian oncology patients. *Complementary Therapies in Clinical Practice,* **18:**121

ZELLER, T., MUENSTADT, K., STOLL, C., SCHWEDER, J., HEUBNER, J., SENF, B., RUCHABERLE, E., BECKER, S., SERVE, H. (2013). Potential interactions of complementary and alternative medicine with cancer therapy in outpatients with gynecological cancer in a comprehensive cancer center. *Cancer Res Clin Oncol.,* **139:**357-365

ZOLLMAN, C.,VIKERS, A. (1999). ABC of complementary medicine, what is complementary medicine. *BJM.,* **319:**693-996

EKLER

EK-1

ONAM FORMU

Çalışmanın başlığı:

Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Semptom Yönetiminde Kullandıkları Tamamlayıcı tedavi Yaklaşımlarının Yaşam Kalitesine Etkisi

Araştırmacılar: Sema ÜSTÜNDAĞ

Yukarıdaki araştırmacılar tarafından Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hasta nesi Kolej Sempt Polikliniği Gündüz Kemoterapi Ünitesine başvuran hastalar üzerinde ***Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Semptom Yönetiminde Kullandıkları Tamamlayıcı tedavi Yaklaşımlarının Yaşam Kalitesine Etkisi*** konulu bir çalışma planlanmıştır. Bu çalışmada hastaların kemoterapinin oluşturduğu yan etkilerle başa çıkmak için kullandıkları tamamlayıcı tedavi durumlarını belirlemek ve bu kullanımlarının yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Bu çalışma hastalar üzerinde her hangi bir ruhsal ya da fiziksel rahatsızlık yaratmayacaktır. Hastalar sadece araştırmacı tarafından sorulan sorulara yanıt verecek ve Nightingale semptom değerlendirme ölçeğini dolduracaktır. Araştırmacıların dolduracağı form üç bölümden oluşmaktadır. Hastanın tıbbi ve sosyodemografik durumuna ilişkin bilgiler, tamamlayıcı tedavi kullanım durumlarına ait bilgiler ve Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği yer almaktadır.

Bu çalışma konusunda sorularım yanıtlandı ve yukarıda yer aldığı gibi yeterince aydınlatıldım. Bu çalışmaya katılmayı kabulettiğim takdirde istediğim zaman araştırmadan ayrılacağımı biliyorum. Gerek araştırma yürütülürken gerekse yayımlandığında kimliğimin gizli tutulacağı konusunda güvence aldım.

Bu çalışmaya hiçbir baskı altında kalmadan kendi bireysel onayım ile katılıyorum.

Tarih **:**

KatılımcınınAdı-Soyadı ve İmzası **:**

TanığınAdı-Soyadı ve İmzası **:**

AraştırmacınınAdı-Soyadı ve İmzası **:**

ÇalıştığıKurum **:**T C. Ankara Numune Eğitim ve Araştirma Hastanesi

Ek-2

Kemoterapi Alan Hastalarının Semptom Yönetiminde Kullandıkları Tamamlayıcı tedavi Yaklaşımlarının Yaşam Kalitesine Etkisi

(Sayın Araştırmacı, formu doldurmaya başlamadan önce araştırmanın kapsam ve amacını anlatarak, çalışmaya katılım konusunda bireyin yazılı bilgilendirilmiş onamını alınız.)

Karnofsky performans puanı:

BÖLÜM 1. HASTA TANITIM FORMU

Adı soyadı:_____ Protokol no:_____ Anket no:_____

Yaş: _____

Cinsiyet: Kadın (___) Erkek (____)

Primer tanı:_____(Dosyadan yazılacak) Tarih:_____

Hastalığın evresi: _____(Dosyadan yazılacak -Patoloji raporundan)

Eğitim durumu: _____

Meslek:_____

Medeni durum: a) Evli b)Bekâr

Doğduğunuz coğrafi bölge:

Haneye giren aylık ortalama gelir:_____

Ailedeki kişi sayısı:_____

Sürekli yaşanan yer:_____

Sosyal güvence:_____

Kendi eviniz mi:_____?

Ailenizde bu hastalıktan tanı alan biri var mı? **E/H**

Tanı	Yakınlık derecesi	Şu anki durumu

Şu ana kadar bu hastalık için aldığınız tedaviyi anlatır mısınız?_____

_____

_____

Şu an hangi tedaviyi alıyorsunuz?_____

Tıbbı tedaviye güveniyor musunuz? **E/H**

Daha önce şifa aramak için dini ya da kültürel bir uygulamaya başvurdunuz mu? **E/H**

Tıbbi uygulamalar dışında şifa aramak için aşağıdaki uygulamalardan hangilerine başvurdunuz?

- ☐ Dua/Namaz
- ☐ Kurşun döktürme
- ☐ Türbe ziyareti
- ☐ Tedavi büyüsü yaptırma
- ☐ Adak/kurban adama
- ☐ Hocaya gitme
- ☐ Muska yaptırma
- ☐ Nazarlık kullanma
- ☐ Aktara gitme
- ☐ Ocağa gitme
- ☐ Kutsal sular içme
- ☐ Diğer

BÖLÜM 2. TAMAMLAYICI TEDAVİ KULLANIM FORMU

Daha önce tamamlayıcı tedavi (şifa aramak için yapılan uygulamalar, kullanılan ürünler) kullandığınız oldu mu?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

(Evet, ise) **Tamamlayıcı tedavi kullanmaya ne zaman başladınız?**

- ☐ Hastalıktan önce
- ☐ Tanıyı ilk aldığım zaman
- ☐ Tıbbı tedavi başladıktan sonra
- ☐ Tıbbı tedaviden yarar görmeyince
- ☐ Diğer…

Tamamlayıcı tedaviye başlama nedeninizi açıklar mısınız?

- ☐ Başka seçeneğim kalmadığı için
- ☐ Hekimim yeterince ilgilenmediği için
- ☐ Kimse destek ve bilgi vermediği için
- ☐ Çevremde kullanıp iyileşen hastalar olduğu için
- ☐ Sosyal güvencem olmadığından sağlık giderlerimi karşılayamadığım için
- ☐ Yakın çevremdekiler şiddetle önerdiği için

Diğer:_____

Tamamlayıcı tedaviyi kullanım nedeniniz aşağıdakilerden hangileridir?

- ☐ Hastalıkla savaşmak/tümörü küçültmek için
- ☐ Vücudumun hastalığa karşı drencini arttırmak için
- ☐ Kendimi daha iyi hissetmek ve umudumun artmasını sağlamak için
- ☐ Tümörün ve tıbbi tedavinin yan etkileri ile daha iyi baş edebilmek için
- ☐ Belki yararı olur, zararı olmaz.
- ☐ Hastalığa karşı her şeyi yapmayı istediğim için
- ☐ Hekimin önerisi
- ☐ Kaybedecek bir şeyim yok

Diğer:_____

Tamamlayıcı tedavi kullanırken hekiminiz ya da hemşirenize danıştınız mı? E/H

Tamamlayıcı tedavinin yararlı olduğuna inanıyor musunuz?

☐ Evet, (lütfen açıklayın) _____

☐ Hayır, (lütfen açıklayın) _____

☐ Fikrim yok

Tamamlayıcı tedavi kullanmayı düşünüyor musunuz? E/H

Aşağıdaki durumlardan hangisinde ileride tamamlayıcı tedavi kullanmayı düşünebilirsiniz?

- ☐ İyileşmeme
- ☐ Tekrarlanma olması (Metastaz)
- ☐ Doktorun umut göstermemesi
- ☐ Tedavi yan etkisi
- ☐ Diğer_____

KULLANDIĞINIZ TAMAMLAYICI TEDAVİ YÖNTEMLERİNİ AÇIKLAR MISINIZ?

Ürün ismi	*Günlük doz ve alınış yolu*	*Kullanım amacı*	*Kullanım süresi*	*Kim önerdi*	*Nasıl kullanıyor*	*Etkisini gördünüz mü?*	*Zararını gördünüz mü?*	*Ne kadar ödediniz?*

EK-2A

Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği (N-SDÖ)

	Hayır	Çok az	Biraz	Oldukça	Çok fazla
1. Kendimi yorgun hissettim	○	○	○	○	○
2. Dışarıya çıkmak istemedim	○	○	○	○	○
3. Uyku düzenim bozuldu	○	○	○	○	○
4. Dikkatimi yoğunlaştırmada zorlandım	○	○	○	○	○
5. Unutkanlığım arttı	○	○	○	○	○
6. Ağzımda/dişetlerimde hassasiyet oldu	○	○	○	○	○
7. Ağzımda yara oldu	○	○	○	○	○
8. Boğazımda ağrı oldu	○	○	○	○	○
9. Lokmaları yutmada zorlandım	○	○	○	○	○
10. Yediklerimin tadını farklı algıladım	○	○	○	○	○
11. İştahım azaldı	○	○	○	○	○
12. Bulantım oldu	○	○	○	○	○
13. Kusmam oldu	○	○	○	○	○
14. Kabız oldum	○	○	○	○	○
15. İshal oldum	○	○	○	○	○
16. Saçlarım döküldü	○	○	○	○	○
17. Kirpiklerim ve kaşlarım döküldü	○	○	○	○	○
18. Cildimde kuruluk ve pul pul döküntüler oldu	○	○	○	○	○
19. Avuçlarımda ve ayak tabanlarımda kızarıklık oldu	○	○	○	○	○
20. Tırnaklarımın görünümü/yapısı değişti	○	○	○	○	○
21. Cilt rengim koyulaştı	○	○	○	○	○
22. Kaşıntım oldu	○	○	○	○	○
23. Ateşim 38^{o}C üstüne çıktı	○	○	○	○	○
24. Titrememe oldu	○	○	○	○	○

	Hayır	Çok az	Biraz	Oldukça	Çok fazla
25. Hıçkırığım oldu	○	○	○	○	○
26. El ve ayaklarda uyuşma / karıncalanma oldu	○	○	○	○	○
27. Eklem / kaslarımda ağrı oldu	○	○	○	○	○
28. Günlük ihtiyaçlarımı karşılamada zorlandım	○	○	○	○	○
29. Günlük işlerimi sürdürmede zorlandım	○	○	○	○	○
30. Aile / arkadaş ilişkilerim bozuldu	○	○	○	○	○
31. Sosyal yaşamdan uzaklaştım	○	○	○	○	○
32. Daha çabuk sinirlenir oldum	○	○	○	○	○
33. Daha duyarlı/hassas oldum	○	○	○	○	○
34. Kendimi içime kapanmış hissettim	○	○	○	○	○
35. Geleceğe yönelik endişelerim oldu	○	○	○	○	○
36. Dışarıda yürüyüş yapmada zorlandım	○	○	○	○	○
37. Grip benzeri şikâyetlerim oldu	○	○	○	○	○
38. Cinselliğe ilgim azaldı	○	○	○	○	○

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

EK-2B

ölçek izni

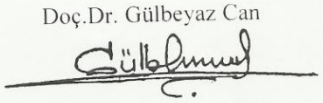
DOÇ.DR. GÜLBEYAZ CAN
İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
İç Hastalıkları Hemşireliği ABD
Abide-i Hürriyet cad. Çağlayan/İstanbul

Tarih: 15.08.2012

Sayın Sema Üstündağ,

Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeğinin tez çalışmanızda kullanma talebiniz değerlendirilmiş olup, ölçeğin bu ve benzeri çalışmalarda ölçeği kullanmanızda bir sakınca yoktur.

Doç.Dr. Gülbeyaz Can



Ek-3 Kullanılan Tamamlayıcı tedavi Yöntemleri ve Özellikleri

Ürün ismi	*Günlük doz ve alınış yolu*	*Kullanım amacı*	*Kullanım süresi*	*Öneren kişi*	*Kullanım şekli*	*Etkisi*	*Maliyeti*
Yeşil soğan (Allium capa) (n=1)	Günde bir tane, oral yoldan	Hastalığa iyi gelmesi	Altı ay	Yakınlar	Yeniliyor	Etkisiz	2,00 TL
Hurma (Phoenix daetylifera) (n=1)	Sabah ve akşam olmak üzere günde iki kez, ağız yaralarına sürülüyor	Ağız yaralarını iyileştirmek	On beş gün	Yakınlar	Ağız yaralarına sürülerek	Evet, ağız yaralarımda iyileşme oldu	-
Yemlik otu (Trapagon porrifolius) (n=2)	Günde bir tutam, oral yoldan	Hafiflemek, ruh halini iyileştirmek, Hastalığa iyi gelmesi	Altı ay	Yakınlar	Salatanın içine katılıyor, sade halde tüketiliyor	Hafifleme hissi geldi (n=1) Etkisiz (n=1)	-
Isırgan Otu ve ısırgan tohumu (Urtika) (n=30)	Günde ortalama iki bardak, aç karnına oral yoldan alınıyor (n=22) . Günde ortalama iki kez aç karnına bir kaşık oral alınıyor (n=6). Haftada bir kez oral alınıyor (n=2) .	Hastalığa iyi gelmesi, Bağışıklığı güçlendirmesi, Sindirimi Kolaylaştırması, Enerji vermesi, Kendini İyi hissetmek	İki ay	Yakınlar, Diğer hastalar, Lokman hekim	Su ile karıştırılıp kaynatılıyor çay gibi demlenip içiliyor. Bal, çörek otu, keten tohumu ile karıştırılıyor. Isırgan tohumunu Üzüm çekirdeği, çörek otu, arı poleni, zencefil, tarçınla karıştırılıyor . Çorbası yapılıyor.	Etkisiz (n=19) Mideme iyi geldi (n=1). Hastalanmadım, kendimi dinç hissettim (n=4). Çarpıntı yaptı (n=3). Midemi ağrıttı (n=3).	50,00 TL
Zencefil ve Zencefil macunu (Zingiber officinale) (n=6)	Her sabah aç karnına dört -beş kaşık, oral yoldan.	İştah açıcı, Hastalığa iyi gelmesi, Balgam söktürücü.	Altı ay	Lokman hekim, diğer hastalar, yakınlar.	Bal, pekmez ve ısırgan otuyla karıştırılıyor. Lokman hekim tarafından Zencefil macun haline getiriliyor macun olarak yeniyor. Zerdeçal, arı sütü arı poleni ve balla karıştırılıyor Taze olarak yeniyor, yemeklere katılıyor .	Evet (n=5) Kemoterapi de aldığımdan hangisi etkili bilemem (n=1)	50,00 TL

Ek-3 Devam. Kullanılan Tamamlayıcı tedavi Yöntemleri ve Özellikleri

Ürün ismi	***Günlük doz ve alınış yolu***	***Kullanım amacı***	***Kullanım süresi***	***Öneren kişi***	***Kullanım şekli***	***Etkisi***	***Maliyeti***
Karışık Bitki çayı (n=11)	Günde bir iki bardak, oral yoldan.	Rahatlamak için, Boğaz ağrısını geçiriyor.	İki ay	Medyadan, Yakınlar	Çay olarak demlenip içiliyor	Kendimi iyi hissediyorum (n=9). Boğazım yumuşuyor (n=2)	5,00 TL
Sinameke Çayı (n=1) (Cassia Angustifolia)	Günde bir bardak, oral yoldan	Sindirimi kolaylaştırması ve ferahlık vermesi.	Bir ay	Yakınlar	Çay olarak demlenip içiliyor	Kabızlığımı geçirdi.	5,00 TL
Tarçın (n:6) (Cinnamomum verum)	Günde bir iki bardak, oral yoldan.	Hastalığa iyi gelmesi, Enerji verici, Dinçlik sağlamak.	İki ay	Yakınlar Lokman hekim	Bitki çayı ile karıştırılıyor, Yemeklere katılıyor, Bal, pekmez ve ısırgan otu, zerdeçal, arı sütü, arı poleni ve balla karıştırılıyor.	Ferahlık hissi veriyor (n=2), Enerji veriyor (n=1), Etkisiz(n=3).	-
Çörek Otu (Nigella sativa) (n=27)	Günde iki kez (n=25) Günde bir kez (n=2) oral yoldan.	Tümörü küçültmek, Enerji sağlamak, Hastalığı iyileştirmek, Sindirimi kolaylaştırmak.	İki ay	Diğer hasta ve yakınlar, Medya	Bal, pekmez ve yoğurtla karıştırılarak yeniyor, Çörek otu yağı olarak kullanılıyor.	Kendini iyi hissettiriyor (n=9), Enerji veriyor (n=5), Etkisiz (n=13)	3,00 TL
Üzüm çekirdeği (Vitis) (n=19)	Günde ortalama iki kez oral, oral yoldan.	Kan değerlerini yükseltmek, antioksidan özelliği ile hücreleri yenilemek, Halsizliği gidermek, enerji sağlamak	Bir ay	Medya, Diğer Hastalardan	Çekirdeği ezilmiş olarak yeniyor, Çekirdeğin tablet halindeki formu ile tüketiliyor	Kendini iyi hissettiriyor (n=12), Kan değerlerim Yükseldi (n=3), Etkisiz (n=4).	50 TL
Bitkisel hap ve bitkisel macun (n=10)	Günde iki-üç kez oral olarak alınıyor (n=10),	Hastalığı iyileştirmek, Enerji sağlamak , El ve ayaklardaki yara ve uyuşukluğu gidermek , Bağışıklığı güçlendirmek	Üç ay	Medya, Yakınlar, Lokman hekim.	Medyadaki Herbalistlerden sipariş ediliyor (önce tetkik ve kan sonuçları bu kişilere gönderiliyor) hazır tablet formunda geliyor ve içiliyor .	Kendimi iyi hissettiriyor (n=2), Enerji veriyor (n=3), Hastalıkla savaşma hissi veriyor (n=5).	300,00 TL

Ek-3 Devam. Kullanılan Tamamlayıcı tedavi Yöntemleri ve Özellikleri

Ürün ismi	***Günlük doz ve alınış yolu***	***Kullanım amacı***	***Kullanım süresi***	***Öneren kişi***	***Kullanım şekli***	***Etkisi***	***Maliyeti***
Yeşil çay (Camellia sinensis) (n=6)	Günde bir bardak, oral yoldan	Vücuttaki ödemi atması, Rahatlama, Boğazda yumuşama sağlama , Antioksidan .	Bir yıl	Medya, Yakınlar	Sallama çay şeklinde içine tarçın atılarak içiliyor	Kilo aldım (n=1), Rahatlık verdi (n=5)	5,00 TL
Ihlamur (Tilia) (n=5)	Her gün günde iki bardak, oral yoldan	Boğazda yumuşama sağlama, Rahatlama.	Bir yıl	Medya, Yakınlar.	Su ile kaynatılıp çay gibi demlenip içiliyor	Etkili (n=5).	20,00 TL
Ada çayı ve yağı (Salvia) (n=5)	Günde iki kez gargara yapılıyor, Demlenip içiliyor.	Ağız yaralarını iyileştirmek, Rahatlamak .	Üç hafta	Medya, Yakınlar.	Su ile karıştırıp ağzında gargara yapılıyor /Çay olarak içiliyor	Etkisiz (n=1), Etkili (n=4)	10,00 TL 5,00 TL
Zerdeçal (Curcuma longa) (n=7)	Günde bir bardak içiliyor, Her gün sabahları aç karnına dört kaşık yeniliyor.	Hastalıkla baş etmek, Tümörü küçültmek, Kabızlığı gidermek, Rahatlamak, Boğaz ağrısını gidermek, Enerji sağlamak .	İki ay	Yakınlar, Lokman hekim, Medyadan.	Diğer, bitkilerle karıştırılıyor (zencefil, ıhlamur, tarçın), Çay gibi demlenip içiliyor, Saf ve organik zeytinyağı ile karıştırılıp bir sure bekletildikten sonra yeniliyor, Diğer bitkilerle (ısırgan, yeşil çay, ayva yaprağı) karıştırılıp çay olarak tüketiliyor, Keçiboynuzu ve bal ile karışım olaraktüketiliyor.	Etkisiz (n=3), Etkili (n=4).	40 TL
Kopek balığının karaciğer yağı (n=2)	Her gün bir tablet, oral yoldan.	Hastalıkla savaşmak, Hücreleri yenilemek.	İki ay	Yakınları	Tablet içiliyor	Etkisiz (n=3)	Yurt dışından yakınları getirtmiş
Bitkisel şurup (n=3)	Günde iki ölçek, oral yoldan.	Hastalıkla savaşmak, Enerji sağlamak.	Üç ay	-	Medyadaki Herbalistlerin hazırladığı bir şurup olup (içeriği zeytin yaprağı ve incir meyvesi sıvı ekstranı) içiliyor	Etkisiz (n=3)	300,00 TL

Ek-3 Devam. Kullanılan Tamamlayıcı tedavi Yöntemleri ve Özellikleri

Ürün ismi	*Günlük doz ve alınış yolu*	*Kullanım amacı*	*Kullanım süresi*	*Öneren kişi*	*Kullanım şekli*	*Etkisi*	*Maliyeti*
Ceviz (Mllis) (n=1)	Her gün yarım kilo, oral yoldan.	Hastalıkla savaşmak	Altı ay	Yakınlar	Yeniyor	Etkisiz	-
Karbonat (n=3)	Her gün bir bardak, oral yoldan.	Akciğerleri temizliyor, Tümörü küçültüyor.	İki hafta	Yakınlar	Bir bardak suya bir çay kaşığı karbonatı atıp soğuk olarak içiliyor.	Etkili (n=3)	3,00 TL
Bal, Anzer Balı, Çam Balı, Köy Balı, Kestane balı, Kars Balı, Organik bal (Mellis) (n=43).	Günde ortalama üç kez aç karnına oral yoldan.	Hastalıkla savaşmak, İştah açıcı, Enerji verici, Halsizlik giderici, Bağışıklığı güçlendirmek, Kemikleri güçlendirici.	İki- üç ay	Medya (n=10), Diğer hastalar (n=30), Lokman hekim (n=3)	Sadece bal olarak tüketiliyor, Bal çörek otu/ısırgan karışımı olarak, Bal arı sütü, arı poleni Keçiboynuzu karışımları olarak tüketiliyor.	İştahım açıldı, Kendimi iyi hissettiriyor, Daha dinç oluyorum.	80,00 TL
Kefir +süt karışımı (n=2)	Sabah bir bardak, oral yoldan.	Hastalıkla savaşmak için, Mideyi rahatlatmak için	İki ay	Yakınlar Medya	Kefir sütle karıştırılıp güneş görmemesi gereken bir yerde saklanıyor daha sonra içiliyor, Kefiri sade içiyor.	Etkisiz (n=1) Etkili (n=1).	15,00 TL
Tere (Lepidium Sativum) (n=1)	Her sabah aç karnına bir tutam	Kendini iyi hissetme Nefes açma	Üç ay	Yakınlar	Otun kendisi taze olarak tüketiliyor	Etkili oldu	-
Roka (n=1) (Eruca sativa)	Her sabah aç karnına bir tutam	Kendini iyi hissetme	Üç ay	Yakınlar	Otun kendisi taze olarak tüketiliyor	Etkili oldu	-
Maydonoz (n=2)	Her sabah aç karnına bir tutam, oral yoldan.	Kendini iyi hissetme	Üç ay	Yakınlar	Otun kendisi taze olarak tüketiliyor	Etkili	-
Bıldırcın yumurtası (n=1)	Her sabah aç karnına.	Hastalıkla savaşmak	Üç ay	Yakınlar	Köy balı ve bıldırcın yumurtasını sütle karıştırıp içiliyor	Etkisiz	-

Ek-3 Devam. Kullanılan Tamamlayıcı tedavi Yöntemleri ve Özellikleri

Ürün ismi	***Günlük doz ve alınış yolu***	***Kullanım amacı***	***Kullanım süresi***	***Öneren kişi***	***Kullanım şekli***	***Etkisi***	***Maliyeti***
Arı Sütü, (Royal Jelly) Arı Poleni (Bee pollen) (n=17)	Günde iki kez, oral yoldan	Hastalıkla savaşmak, Kuvvet ve Dinçlik kazanmak.	Yirmi bir gün kullanıp on gün ara verilerek bu periyotta dört ay (n=1) Ortalama İki ay (n=16)	Lokman hekim Diğer Hastalar	Bal +arı sütü + arı poleni karışımı tüketiliyor , Arı sütü ve arı poleni karışımı tüketiliyor.	Kuvvet ve Dinçlik veriyor (n=10), Etkisiz (n=7)	50,00 TL
Balık yağı (piccis oleum) (n=1)	Günde iki kez, oral yoldan.	Tümör küçültmek	Üç ay	Lokman hekim	Balık yağı tablet formunda tüketiliyor	Etkisiz	50,00 TL
Keten tohumu (Linum usitatsimu) (n=1)	Günde bir kaşık, oral yoldan	Hastalıkla savaşmak için	İki ay	Yakınlar	Bal ile karıştırılarak tüketiliyor	Etkisiz	5,00 TL
Aleo vera otu (aleovera) (n=2)	Haftada bir kez, Günde 3 kez, oral yoldan.	Hastalığa iyi geliyor, Kan değerlerine iyi geliyor.	Dört ay	Yakınlar, Lokman hekim.	Çay gibi demlenerek tüketiliyor, Tablet olarak tüketiliyor	Etkisiz (n=1) Ağrımı kesti, idrar çıkarmama yardımcı oldu (n=1).	40,00 TL
Ebegömeci otu (Malva sylvestris) (n=4)	Haftada bir kez	Hastalığa iyi geliyor	Ortalama dört ay	Yakın önerisi	Salataya katılıyor, Otun kendisi taze olarak yeniyor, Kaynatıp içiliyor.	Etkisiz	-
Biberiye (Rosmarinus officinalis) (n=1)	Haftada bir kez	Hastalığı iyeleştirmek	Ortalama dört ay	Yakın önerisi	Salataya katılıyor, otun kendisi taze olarak yeniyor	Etkisiz	-
Yaban mersini (Vaccinum myrtillus) (n=1)	Haftada bir kez	Ferahlık hissi	Ortalama dört ay	Yakın önerisi	Salataya katılıyor, otun kendisi taze olarak yeniyor	Etkisiz	-
Eşek sütü (n=2)	Günde bir bardak	Hastalığı iyileştirmek	Üç ay	Medya/yakın	Sütün kendisi içiliyor	Etkisiz	150,00 TL
Çam tozu (Pinus terebenthina) (Çam özü) (n=1)	Günde iki kaşık oral yoldan	Hastalığı iyileştirmek	Bir ay	Yakınlar	Çam ağaçlarından toplanıyor ve tüketiliyor	Etkisiz	-
Kaya tuzu (n=1)	Günde iki bardak, oral yoldan	Hastalığı iyeleştirmek	Bir ay	Yakınlar	Beş lt suyun içine beş bardak katılıp tüketiliyor	Etkisiz	-
Sarımsak (Allium sativum) (n=1)	Her gece yatmadan önce sarımsak, oral yoldan.	Bağışıklığı güçlendirmek için	İki ay	Yakınlar	Yutularak	Etkili, soğuk algınlığım olmuyor dinç oluyorum.	3,00TL

Ek-3 Devam. Kullanılan Tamamlayıcı tedavi Yöntemleri ve Özellikleri

Ürün ismi	*Günlük doz ve alınış yolu*	*Kullanım amacı*	*Kullanım süresi*	*Öneren kişi*	*Kullanım şekli*	*Etkisi*	*Maliyeti*
Sarıkantoron (Hypericum perforatum) (n=1)	Her akşam iki üç bardak, oral yoldan.	Sakinlemek ve hafiflemek için.	Üç ay	Diğer Hastalardan	Çay olarak içiliyor içerek ve yemeklere katılarak türketiliyor.	Etkili	5,00 TL
Alıç yaprağı (Pseudoheterophylla Pojart) (n=1)	Ara sıra, oral yoldan	Hafiflemek	Altı ay	Kendim biliyordum	Salatalara katarak tüketiliyor	Ferahlık hissi veriyor	-
Dere otu (Anethum graveolens) (n=1)	Günde bir, oral yoldan	Balgam söktürücü	Altı ay	Medya	Sabahları taze olarak otun kendisi tüketiliyor	Etkili	2,00 TL
Limon +sirke (citrus+lemon) (n=1)	Günde bir bardak, oral yoldan	Tümörü temizlemek	Bir ay	Yakınlar	Limon, sirke ve sarımsak ile karıştırılıyor buzdolabında yirmi gün bekletiliyor ve içiliyor	Etkisiz	5,00 TL
Brokoli (n=1) (Brassica oleracea italica)	Haftada üç kez, oral yoldan.	Hastalığı iyeleştirmek	İki ay	Medya	Brokoli suyla haşlanıp tüketiliyor	Etkisiz	5,00 TL
Arpa (Hordeum Distichon)	Haftada bir-iki kez, oral yoldan	Hastalığı iyeleştirmek	Üç ay	Medya, Lokman hekim	Tüketiliyor	Etkisiz	3,00 TL
Kına kına otu (cortax chinae) (n=1)	Haftada bir-iki kez, oral yoldan	Hastalığı iyeleştirmek	Üç ay	Medya, Lokman hekim	Tüketiliyor	Etkisiz	3,00 TL
Hindiba otu (Cichorium endiva) (n=1)	Haftada bir-iki kez, oral yoldan	Hastalığı iyeleştirmek	Üç ay	Medya /lokman hekim	Tüketiliyor	Etkisiz	3,00 TL
Kayısı hoşafı (Composte) (n=1)	Haftada bir-iki kez, oral yoldan	Kabızlığı gidermek	Üç ay	Yakınlar	Hoşaf olarak tüketiliyor	Etkili	-

Ek-4

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURULU
KARAR ÖRNEĞİ

Karar Tarihi : 27/09/2012

Toplantı Sayısı : 134

Karar Sayısı : 589

589-Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi **Sema Üstündağ**'ın, "Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Semptom Yönetiminde Kullandıkları Tamamlayıcı Tedavi Yaklaşımlarının Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu tezine ilişkin 13/08/2012 tarihli "İnsan Üzerinde Yapılan Klinik Dışı Araştırmalar Başvuru Formu" Etik Kurulumuzca incelenmiştir.

Yapılan görüşmeler ve incelemeler sonucunda, **Sema Üstündağ**'ın "Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Semptom Yönetiminde Kullandıkları Tamamlayıcı Tedavi Yaklaşımlarının Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu tezinde araştırma protokolüne uyulmak koşuluyla uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.

ASLININ AYNIDIR
27/09/2012

Genel Sekreterlik
Şube Müdürü

Ek-5

Ek-5

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 85346189/ 1426 — 11 Aralık 2012
Konu : Sema ÜSTÜNDAĞ
(Yüksek Lisans Tez Çalışması)

ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANE YÖNETİCİLİĞİNE

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Entitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı tezli yüksek lisans öğrencisi Sema ÜSTÜNDAĞ'ın, "Kemoterapi Kanser Hastalarının Semptom Yönetiminde Kullandıkları Tamamlayıcı Tedavi Yaklaşımlarının Yaşam Kalitesine Etkisi" adlı tez çalışmasını birliğimize bağlı hastaneniz Kolej Semt polikliniği Gündüz Kemoterapi Ünitesinde yapabilmesi için gerekli iznin tarafımızdan değerlendirilmesi hususunda;

İlgili şahsın etik kurul kararı, yazı ekinde gönderilmiş olup, gereğini rica ederim.

Uzm.Dr. Doğan AKDOĞAN
Genel Sekreter

EK:
1-Yazı ve eki (1 Adet dosya)

- Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu
- Tıbbi Onkoloji Kliniği Eğitim Yıldızı Sorumlusu

13.12.2012

09.01.2013

ANKARA NUMUNE EGT. VE ARŞT. HAST.
Evrak Kayıt Şubesi
13 Aralık 2012 / 17307
Gelen Evrak

DışkapıYıldırım Beyazıt E.A.Hastanesi Etlik Semt Polikliniği
KHB 1. Bölge Genel Sekreterliği Keçiören/ANKARA
Telefon: 0 312 3260024 Fax: 0 312 3230632e-posta:ankarags01@gmail.com
Ayrıntılı bilgi için irtibat: Ankara
Cevabi yazılarınızda yazımızın tarih ve sayısını belirtiniz.

Ek-6

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÖNETİM KURULU KARARI

Toplantı Sayısı : 03	Karar Sayısı: 59	Toplantı Tarihi: 22.01.2013

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 06.11.2012 tarih ve 308 sayılı yazısı görüşüldü.

Hemşirelik Anabilim Dalı tezli yüksek lisans programı öğrencisi Sema ÜSTÜNDAĞ'ın, tez projesinin "*Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Semptom Yönetiminde Kullandıkları Tamamlayıcı Tedavi Yaklaşımlarının Yaşam Kalitesine Etkisi*" olarak kabulüne oybirliği ile karar verildi.

T.C. ANKARA ÜNİVERSİTESİ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

ASLI GİBİDİR
Erdoğan AİBAŞTEK
Enstitü Sekreteri

Enstitü Müdür Vekili
Prof. Dr. M. Kemal KÜÇÜKERSAN
İmza

Üye
Prof. Dr. Aydın KARAARSLAN
İmza

Üye
Prof. Dr. Serpil ALTUNDOĞAN
İmza

Üye
Prof. Dr. Ayhan BAŞTAN
İmza

Ek-7. Hastaların Aldığı Kemoterapi Protokolleri

Sınıflandırma adı	**Alınan İlaçlar**
Fluorouracil bazlı tedavi	
	Gemcitabine+Cisplatin
	Folinik asit+5-Fluorouracil +Oxaliplatin
	Fluorouracil
	5-Fluorouracil+Cisplatin
	Gerialan
	Methotraksat
	Gemcitabine
	5-Fluorouracil+Irinotecan+Altuzan
	5-Fluorouracil+Siklosfomid+Adrimicin
	Methotraksat+ 5-Fluorouracil
	Cytarabin+Hydrea
	5-Fluorouracil+Carboplastin+Taxotere
	Vincristin+Cisplatin
	5-Fluorouracil+Folinik asit+Oxaliplatin
	Cisplatin+5-Fluorouracil+Folinik asit
	Adriamicin+Cisplatin
	Mitoxantrane
Platin bazlı tedavi	
	Oxaliplatin
	Cisplatin+Taxolan
	Carboplatin+Taxolan
	Cisplatin+Xeloda
	Cisplatin
	Rituximab+Siklosfomid+Dokorubicin+Vinkristin+Prednizon
	Carboplatin
	Oxaliplatin+Xeloda
	Cisplatin+Bleocin+Etoposid
	Cisplatin+Adriamicin
	Sisplatin+5-Fluorouracil+Dosetaxel
Taxan bazlı tedavi	
	Taxolan+Herceptin
	Cisplatin+Etoposid
	Adriamicin+Paclitaxel
	Paclitaxel
	Taxol+Zameta
	Paclitaxel+Herceptin
	Paclitaxel+Carboplatin
	Vincristine+Adriamicin+Dexametazone
	Taxotere
	Bevacizumab+Irinotecan
	Campto+Altuzan
	Retuximab+Vincristine+Siklosfomid
	Adriamicin+Vincristin+Etoposid
	Etoposid
	Adriamicin+Bleomicin+Vinblastin+Dacarbazin
	Cetuximab+Dacarbazine
	Vincristine+Cytrabin

Ek-7. Devam Alınan Kemoterapi Tedavilerinin Sınıflandırması

Sınıflandırma adı	**Sınıflandırılan tedavi türü**
Doxorubicin bazlı tedavi	Siklosfomid+Adriamicin
	Adriamicin
	Adriamicin+Bleocin
	Adriamicin+Cisplatin+Siklosfomid
	Siklosfomid
	Endoksan+Dacarbazine
	Adriamicin+Endoksan
Hedefe yönelik tedavi	
	Herceptin
	Topoketan
	Cetuximab
	Velcade
	Dacogen

Özgeçmiş

I. Bireysel bilgiler

Adı: Sema

Soyadı: ÜSTÜNDAĞ

Doğum yeri ve tarihi: BERGAMA, 24/04/1986

Uyruğu: T.C:

Medeni durumu: Bekâr

İletişim adresi ve telefonu**:** sema0686@gmail.com, semaustundag@hotmail.com 05058797965

II. Eğitimi

Yabancı Dili: İngilizce

2005-2009 Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

2000-2004 Bergama Akif Ersezgin Anadolu Lisesi

1992-2000 Bergama Osman Nuri Ersezgin İlköğretim Okulu

III. Ünvanı

Hemşire

IV. Mesleki deneyimi

12/01/2010-… T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım

V. Üye olduğu bilimsel Kuruluşlar

Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derneği, 2012- Devam

VI. Bilimsel İlgi Alanları

-

VII. Bilimsel etkinlikleri

-

VIII. Diğer Bilgiler

“18th International Intensive Care Symposium, 2011 İstanbul”

“Araştırma Kursu” Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derneği, 2012, Ankara