



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü



**HEMATOLOJİK KANSERLİ HASTALARA UYGULANAN
TERAPÖTİK DOKUNMANIN SEMPTOM YÖNETİMİ VE
KONFORA ETKİSİ**

Doktora Tezi

Hazel BAĞCI

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

İzmir
2023

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

**HEMATOLOJİK KANSERLİ HASTALARA UYGULANAN
TERAPÖTİK DOKUNMANIN SEMPTOM YÖNETİMİ VE
KONFORA ETKİSİ**

Hazel BAĞCI

Danışman
Prof. Dr. Şebnem ÇINAR YÜCEL

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

İzmir
2023

Tez Değerlendirme Kurulu Üyeleri

(Adı Soyadı)

(İmza)

Başkan : Prof. Dr. Şebnem ÇINAR YÜCEL

(Danışman)

Üye : Prof. Dr. Leyla KHORSHİD

Üye : Prof. Dr. Yasemin YILDIRIM

Üye : Prof. Dr. Yasemin TOKEM

Üye : Prof. Dr. Özlem UĞUR

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Eda ERGİN

Doktora Tezinin kabul edildiği tarih: 05.09.2023

Önsöz

Bu çalışma, hematolojik kanserli hastalara uygulanan Terapötik Dokunma'nın kemoterapiye bağlı meydana gelen semptomlara ve hastaların konforuna etkisini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Kanser, hastaların hayatlarını tehdit eden, fizyolojik, çevresel, psikospitüel ve sosyokültürel açılardan bireyleri oldukça fazla etkileyen hastalık türleridir. Bunların yanı sıra tedavisi için kullanılan ilaçların da hastalarda meydana getirdiği semptomları oldukça fazladır.

Hematolojik kanserli hastalar diğer birçok kanser türüne göre daha izole bir tedavi süreci yaşamaktadırlar. Terapötik Dokunma gibi hastayla temasın oldukça az olduğu uygulamalar hastalarda hem semptomların kontrolünde hem de konforun artmasında etkili olabilme ihtimali oldukça yüksektir. Bunların yanı sıra enfeksiyon açısından da hastaları tehdit etmemesi ve herhangi bir yan etkisinin bulunmaması sebebiyle bu çalışmayı hematolojik kanserli hastalarla yürütmenin onlar için faydalı olabileceği düşünülmüştür.

Hematolojik kanserli hastalara uygulanan Terapötik Dokunma'nın semptom yönetimi ve konfora etkisini değerlendirmek amacıyla yapmış olduğumuz bu araştırmanın sonuçlarının hastalar ve hemşireler için katkı sağlaması ve diğer araştırmacılar için rehber olmasını diliyoruz.

İzmir, 8.09.2023

Hazel BAĞCI

Özet

Hematolojik Kanserli Hastalara Uygulanan Terapötik Dokunmanın Semptom

Yönetimi ve Konfora Etkisi

Amaç: Araştırma, hematolojik kanserli hastalara uygulanan Terapötik Dokunmanın semptom yönetimi ve konfora etkisini incelemek amacıyla yürütülmüş randomize kontrollü deneysel bir çalışmadır. **Yöntem:** Araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi Hematoloji Servisi'nde, Ekim 2022-Haziran 2023 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini, 272 hematoloji hastası, örneklemini ise 23 hasta oluşturmuştur. Çalışmaya dahil edilen hastaların 10'u uygulama, 6'sı plasebo, 7'si kontrol grubundadır. Hastalara Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Performans Skalası uygulanmış ve test skoru 3 ve altı olan hastalar araştırmaya katılmışlardır. Verilerin toplanmasında; “Hasta Tanılama Formu”, “Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği”, “Genel Konfor Ölçeği” ve “Konfor Skalası” kullanılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formları” ile yazılı onam alınmıştır. Araştırmanın sınırlılıklarına uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar, yaş ve hastalık tanısı kontrol altına alınarak, tabakalı randomizasyon yöntemi kullanılarak uygulama, plasebo ve kontrol grubu oluşturulmuştur. Hastalar ardışık 5 gün boyunca izlenmiştir. Her gün uygulama grubundaki hastalara 15-20 dakika Terapötik Dokunma, plasebo grubuna 15-20 dakika sahte Terapötik Dokunma uygulanmıştır. Kontrol grubundaki hastalara herhangi bir girişim uygulanmamış ve diğer gruplardaki hastalara ayrılan süre kadar kontrol grubundaki hastalara da zaman ayrılmıştır. **Bulgular:** Araştırmaya katılan hastaların Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamalarının uygulama grubunda ön testte 1.04 ± 0.47 , son testte 0.73 ± 0.37 , plasebo grubunda ön testte 0.72 ± 0.55 , son testte 0.84 ± 0.47 , kontrol grubunda ise ön testte 0.60 ± 0.44 , son testte 0.82 ± 0.57 olduğu görülmektedir. Uygulama grubunda ön test ve son test arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanırken ($p=0.049$), plasebo ($p=0.563$) ve kontrol ($p=0.101$) gruplarında istatistiksel olarak bir fark saptanmamıştır. Uygulama, plasebo ve kontrol grupları arasında ön test ve son testte istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (sırasıyla $p=0.181$, $p=0.875$). Hastaların Genel Konfor Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamalarının uygulama grubunda ön testte 3.00 ± 0.32 , son testte 2.95 ± 0.21 , plasebo grubunda ön testte 2.82 ± 0.32 , son testte 2.85 ± 0.44 ,

kontrol grubunda ise ön testte 3.02 ± 0.36 , son testte 3.12 ± 0.31 olduğu görülmektedir. Uygulama, plasebo ve kontrol gruplarında istatistiksel olarak bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$). Aynı şekilde her üç grup arasında ön test ve son testte istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (sırasıyla $p = 0.499$, $p = 0.323$). Uygulama grubunda tekrarlanan ölçümler ile konfor skalasından alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunurken ($p = 0.008$), gruplar arasında herhangi bir fark bulunmamıştır ($p = 0.503$). **Sonuç:** Bir enerji terapisi yöntemi olan Terapötik Dokunma uygulamasının, hastalarda meydana gelen semptomlarda uygulama grubunda etkili olduğu görülmekle birlikte, gruplar arası fark bulunmamaktadır. Aynı şekilde hastaların konforları Konfor Skalası ile değerlendirildiğinde, uygulama grubunda günler arası pozitif yönde fark olduğu, ancak gruplar arası farkın bulunmadığı, Genel Konfor Ölçeği'ne göre grup içi ve gruplar arasında fark olmadığı görülmektedir. Çalışmanın daha fazla sayıda örnekleme yürütülmesi çalışmanın etkinliğini arttıracaktır.

Anahtar Kelimeler; Terapötik Dokunma; hematolojik kanser; semptom yönetimi; konfor; hemşirelik

Abstract

The Effect of Therapeutic Touch on Symptom Management and Comfort in Patients with Hematological Cancer

Objective: The present study is a randomized controlled experimental trial investigating the impact of Therapeutic Touch on symptom management and well-being among patients with hematological cancer. **Method:** The study was conducted at the Hematology Service of Dokuz Eylül University Research and Application Hospital between October 2022 and June 2023. The population of the study consisted of 272 hematology patients, and the sample consisted of 23 patients. Of the patients included in the study, 10 were in the intervention group, 6 in the placebo group, and 7 in the control group. Inclusion criteria for participation involved patients with an Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Performance Scale score of 3 and below. Data collection utilized the "Patient Identification Form," "Memorial Symptom Rating Scale," "General Comfort Scale," and "Comfort Scale." Patients who agreed to participate provided written informed consent through "Informed Consent Forms." The intervention, placebo, and control groups were established using a stratified randomization method, controlling for age and disease diagnosis among eligible participants. Patients were monitored over a period of 5 consecutive days. The intervention group received 15-20 minutes of Therapeutic Touch each day, while the placebo group received 15-20 minutes of sham Therapeutic Touch. Conversely, the control group did not receive any intervention, with the allocated time mirroring that of the other groups. **Findings:** In the intervention group, the mean scores of patients on the Memorial Symptom Rating Scale were 1.04 ± 0.47 in the pretest and 0.73 ± 0.37 in the posttest. The placebo group exhibited mean scores of 0.72 ± 0.55 in the pretest and 0.84 ± 0.47 in the posttest, while the control group had mean scores of 0.60 ± 0.44 in the pretest and 0.82 ± 0.57 in the posttest. Statistical analysis revealed a statistically significant difference between the pretest and posttest scores in the intervention group ($p=0.049$). However, no statistically significant differences were observed in the placebo ($p=0.563$) and control ($p=0.101$) groups. Moreover, there were no statistically significant differences between the intervention, placebo, and control groups in either the pretest or posttest ($p=0.181$, $p=0.875$, respectively). Regarding the General Comfort Scale, the mean scores of patients were 3.00 ± 0.32 in the pretest and 2.95 ± 0.21 in the posttest for the intervention group, 2.82 ± 0.32 in the pretest and 2.85 ± 0.44 in the

posttest for the placebo group, and 3.02 ± 0.36 in the pretest and 3.12 ± 0.31 in the posttest for the control group. Statistical analysis showed no significant differences between the intervention, placebo, and control groups ($p > 0.05$). Similarly, no statistically significant differences were found between the three groups in either the pretest or posttest ($p = 0.499$, $p = 0.323$, respectively). Although a statistically significant difference was observed in the intervention group's comfort scale scores with repeated measurements ($p = 0.008$), no significant difference was found between the groups ($p = 0.503$). **Conclusion:** Therapeutic Touch, an energy therapy method, seems to be effective in the symptoms occurring in the patients in the application group, but there is no difference between the groups. Likewise, when the comfort of the patients was evaluated with the Comfort Scale, it was found that there was a positive difference between the days in the intervention group, but no difference between the groups. According to the General Comfort Scale, it is seen that there is no difference between the groups and within the group. To enhance the study's efficacy, conducting further research with a larger sample size is recommended.

Keywords; Therapeutic Touch; hematologic cancer; symptom management; comfort; nursing

İçindekiler

Önsöz	II
Özet.....	III
Abstract.....	V
İçindekiler	VII
Tablolar Dizini.....	XI
Şekiller Dizini	XII
Kısaltma Listesi	XIII
Giriş.....	1
1.1. Araştırmanın Problemi.....	1
1.2. Araştırmanın Hipotezleri	3
1.3. Araştırmanın Varsayımları.....	3
1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	3
1.5. Araştırmanın Amacı	4
1.6. Araştırmanın Önemi.....	4
Genel Bilgiler	6
2.1.Hematolojik Kanserler.....	6
2.1.1.Lösemi.....	6
2.1.1.1. Akut Lösemiler.....	7
2.1.1.1.1. Akut Miyeloid Lösemi (AML)	7
2.1.1.1.2. Akut Lenfoblastik Lösemi (ALL).....	7
2.1.1.2. Kronik Lösemiler.....	8
2.1.1.2.1. Kronik Lenfositik Lösemi (KLL).....	8
2.1.1.2.2. Kronik Miyeloid Lösemi (KML).....	8
2.1.2. Lenfoma.....	9
2.1.2.1. Hodgkin Lenfoma (HL).....	9
2.1.2.2. Non-Hodgkin Lenfoma (NHL).....	9
2.1.3. Multipl Myelom (MM).....	10
2.1.4. Myelodisplastik Sendrom (MDS).....	10
2.2. Hematolojik Kanserlerde Kemoterapi Tedavisi ve Kemoterapiye Bağlı Gelişen Semptomlar.....	10
2.3. Hematolojik Kanserli Hastalarda Kemoterapiye Bağlı Gelişen Semptomların Yönetiminde Hemşirenin Rolü.....	11

2.4. Konfor.....	13
2.5. Terapötik Dokunma (TD).....	14
2.5.1. Terapötik Dokunmanın Etki Mekanizması.....	15
2.5.1.1. Merkezlenme.....	15
2.5.1.2. Muayene ve Tarama.....	15
2.5.1.3. Yeniden Dengeleme.....	15
2.5.1.4. Enerji Düzenleme.....	16
2.5.1.5. Yeniden Muayene/Tarama.....	16
2.5.1.6. Bitirme ve Değerlendirme.....	16
2.5.2. Terapötik Dokunmanın Hemşirelikteki Yeri.....	16
2.5.3. Terapötik Dokunmanın Kanserli Hastalardaki Etkisini İnceleyen Araştırma Sonuçları.....	17
Gereç ve Yöntem	18
3.1. Araştırmanın Tipi.....	18
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	18
3.3. Araştırmanın Evreni.....	18
3.4. Araştırmanın Örneklemi.....	18
3.5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler.....	19
3.5.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri.....	19
3.5.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri.....	19
3.6. Veri Toplama Araçları.....	20
3.6.1. Hasta Tanılama Formu (HTF).....	20
3.6.2. Memorial Symptom Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ).....	20
3.6.3. Genel Konfor Ölçeği (GKÖ).....	20
3.6.4. Konfor Skalası.....	21
3.6.5. ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) Performans Skalası	21
3.7. Terapötik Dokunma Uygulaması.....	22
3.8. Verilerin Toplanması ve Araştırmanın Tasarımı.....	22
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	26
3.10. Süre ve Olanaklar.....	26
3.11. Araştırmanın Etiği.....	27
Bulgular.....	28

4.1. Hastalara Ait Sosyo-Demografik Özelliklere ve Hastaların Hastalıklarına İlişkin Özelliklerin Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	29
4.1.1. Hastalara Ait Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	29
4.1.2. Hastaların Hastalıklarına İlişkin Özelliklerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	32
4.2. Hastaların MSDÖ'ye Verdikleri Cevaplar ve MSDÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlarına İlişkin Bulgular	35
4.2.1. Hastaların Ön Test MSDÖ'de Sıklık, Şiddet ve Sıkıntıya Göre Verdikleri Cevapların Dağılımı.....	35
4.2.2. Hastaların Son Test MSDÖ'de Sıklık, Şiddet ve Sıkıntıya Göre Verdikleri Cevapların Dağılımı.....	41
4.3. Hastaların GKÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlarına İlişkin Bulgular.....	49
4.4. Hastaların Konfor Skalasıdan Aldıkları Puanlarına İlişkin Bulgular.....	52
Tartışma	54
5.1. Hastalara Ait Sosyodemografik Verilerin ve Hastaların Hastalıklarına Ait Bilgilerin Tartışılması.....	54
5.2. Hastaların Kemoterapiye Bağlı Gelişen Semptomlarının Tartışılması.....	57
5.3. Hastaların Uygulama Öncesi ve Uygulama Sonrası MSDÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin Tartışılması.....	60
5.4. Hastaların Uygulama Öncesi ve Uygulama Sonrası GKÖ, Alt Boyutları ve Konfor Skalasıdan Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin Tartışılması.....	62
Sonuç ve Öneriler.....	64
Kaynaklar	66
Ekler	84
Ek I. Hasta Tanılama Formu.....	84
Ek II. Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği.....	86
Ek III. Genel Konfor Ölçeği (GKÖ).....	88
Ek IV. Konfor Skalası.....	90
Ek V. Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Performans Skalası.....	91
Ek VI. Terapötik Dokunma Uygulama Rehberi.....	92

Ek VII. Terapötik Dokunma Uygulayıcı Sertifikaları.....	93
Ek VIII. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (TD ve Sahte TD Uygulanacak Hastalar İçin).....	96
Ek IX. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Kontrol Grubundaki Hastalar İçin).....	97
Ek X. Etik Kurul Onay Belgesi.....	98
EK XI. Hastane İzin Yazısı.....	99
EK XII. Memorial Semptom Değerlendirme Skalasını Kullanım İzni.....	100
Ek XIII. Genel Konfor Ölçeğini Kullanım İzni.....	101
Teşekkür	102
Özgeçmiş	103



Tablolar Dizini

Tablo 1. Araştırmanın Uygulama Planı.....	26
Tablo 2. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması.....	29
Tablo 3. Hastaların Hastalıklarına İlişkin Özelliklerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması.....	32
Tablo 4. Hastaların Ön Test MSDÖ’de Sıklığa Verdikleri Cevaplara Göre Dağılımları.....	35
Tablo 5. Hastaların Ön Test MSDÖ’de Şiddete Verdikleri Cevaplara Göre Dağılımları.....	37
Tablo 6. Hastaların Ön Test MSDÖ’de Sıkıntıya Verdikleri Cevaplara Göre Dağılımları.....	39
Tablo 7. Hastaların Son Test MSDÖ’de Sıklığa Verdikleri Cevaplara Göre Dağılımları.....	41
Tablo 8. Hastaların Son Test MSDÖ’de Şiddete Verdikleri Cevaplara Göre Dağılımları.....	43
Tablo 9. Hastaların Son Test MSDÖ’de Sıkıntıya Verdikleri Cevaplara Göre Dağılımları.....	45
Tablo 10. Hastaların MSDÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	47
Tablo 11. Hastaların GKÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	49
Tablo 12. Hastaların Konfor Skalasından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	52

Şekiller Dizini

Şekil 1. CONSORT Akış Şeması.....	23
Şekil 2. Araştırmanın Uygulama Sürecine İlişkin Akış Şeması.....	25



Kısaltma Listesi

T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
TD	: Terapötik Dokunma
ECOG	: Eastern Cooperative Oncology Group
AML	: Akut Miyelojenöz Lösemi
ALL	: Akut Lenfositik Lösemi
KML	: Kronik Miyelojenöz Lösemi
KLL	: Kronik Lenfositik Lösemi
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
HL	: Hodgkin Lenfoma
NHL	: Non-Hodgkin Lenfoma
MM	: Multiple Myelom
MSDÖ	: Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği
GKÖ	: Genel Konfor Ölçeği
HTF	: Hasta Tanılama Formu
KT	: Kemoterapi
NCCIH	: National Center for Complementary and Integrative Health
RT	: Radyoterapi
TAT	: Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp
CONSORT	: Consolidated Standards of Reporting Trials

Giriş

1.1.Araştırmanın Problemi

Hücrelerin hızla ve kontrolsüz bir şekilde çoğalarak vücutta normal bir şekilde çalışan düzeni bozan bir hastalık olan kanser, dünyada ve ülkemizde önemli olan bir sağlık problemidir. Kişileri, ailelerini ve toplumu fizyolojik, psikospitüel, sosyokültürel ve ekonomik olarak olumsuz yönde etkilemektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020; Yıldız, Dedeli ve Pakyüz, 2016). Kanser türlerinin tedavisi için birçok olumlu gelişme yaşanmasına rağmen can kaybı oranları hala yüksektir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2018 verileri; dünyada kanserlerin her altı kişiden birinin ölümüne neden olduğunu ve kanser nedenli ölümlerin tüm ölümler arasında ikinci sırada olduğunu göstermektedir (DSÖ, 2018).

Kemik iliği gibi kanın oluşumunu sağlayan dokular veya bağışıklık sistemini oluşturan hücrelerde başlayan kanserler hematolojik kanser türleridir. Lösemi, multipl miyelom, lenfoma, ve bu hastalıkların alt türleri hematolojik kanser türlerindendir (Ulusal Kanser Enstitüsü, 2020). Ülkemizde 2018 yılında %8.2 oranı ile hematolojik kanserler, kansere bağlı ölümler arasında ikinci sırada yer almaktadır (Türkiye İstatistik Kurumu, 2018).

Kanser hastaları hastalıklarının her aşamasında çok sayıda semptom ile karşı karşıya kalmaktadır. Hastaların hastalık süreci boyunca yaşadıkları belirtiler çok çeşitlidir ve semptomlar yalnızca hastalığa bağlı olabildiği gibi, çoğu zaman tedavilere bağlı olarak da ortaya çıkabilmektedir. Hastalarda meydana gelen semptomların nedeninin anlaşılması hasta bakımında daha etkili semptom kontrolünü sağlamaktadır (Akın ve Aslan, 2007). Kanser hastaları, hastalık nedeniyle meydana gelen semptomlar kadar kemoterapi (KT) ve radyoterapinin (RT) yan etkileri sebebiyle ağrı, tat almada bozulma, kaşeksi, anoreksiya, alopesi, bulantı, kusma, dehidratasyon, ağızda yaralar, yorgunluk, nefes darlığı, kemik iliği baskılanması, anksiyete, depresyon gibi fizyolojik ve psikolojik belirtileri şiddetli bir şekilde yaşamaktadırlar. Bu durum kanser hastalarına bakım veren sağlık ekibi için de öncelik arz eden bir konuyu oluşturmaktadır ve verilen bakımın amacı semptomları azaltmak veya ortadan kaldırmaktır (Aslan, 2003).

Hemşirelikte konfor kavramı; hasta birey, aile ve toplumun rahatlık ihtiyacının

tanınması, karşılanamayan ihtiyaçlarına yönelik hemşirelik uygulamalarının planlanması, uygulanması ve uygulamalar sonrası konfor seviyesinin değerlendirilmesi süreci olarak tanımlanmaktadır (Kolcaba ve Kolcaba, 1991; Malinowski ve Stamler, 2002; Yücel, 2011). Hemşirelik uygulamalarının temelini oluşturan rahatlatma eylemi üzerine odaklanan konfor kuramı Kolcaba tarafından geliştirilmiştir (Yücel, 2011).

Hastaların konforunun arttırılmasını sağlayan birçok tamamlayıcı ve bütünleştirici uygulama mevcuttur (Çelebi ve ark., 2020; Catlin ve Taylor-Ford, 2011; Anderson ve Cutshall, 2007). Günümüzde hemşireler, insanı bütüncül bir bakış açısıyla ele alıp hemşirelik bakım uygulamalarında Terapötik Dokunma (TD) gibi terapileri de uygulamaya başlamışlardır (Schnepper, 2010). Tamamlayıcı ve bütünleştirici terapilerden biri olan TD, evrendeki enerjinin belirli bir niyet ve şefkatle kullanıldığı, bireylerin iç dengelerini bulmalarını sağlayan kanıtlanmış bir enerji terapisi yöntemidir (Bağcı ve Yücel, 2020). Terapötik Dokunma, yaşam enerjisinin tüm canlı organizmalarda bulunan temel bir güç olduğu ve bu enerjinin vücuttan dışarı aktığı düşüncesine dayanmaktadır. Terapötik Dokunma uygulayıcısı uygulamaya başlamadan önce kendini hastaya odaklar ve ellerini hastaya dokunmadan hasta üzerinde belirli kurallar çerçevesinde hareket ettirir. Uygulayıcı, hastadan gelen çeşitli enerjileri elleri ile hisseder. Uygulamanın amacı hastanın vücudundaki enerji dengesizliği olan bölgelerdeki enerjiyi dengelemektir (Doherty ve ark., 2006).

Terapötik Dokunma, 1972'den beri 80'den fazla kolejde ve yaklaşık 90 ülkede öğretilmektedir ve hastaneler, klinikler ve bakım evlerinde binlerce hemşireye ve sağlık çalışanına öğretilmiş olup, eğitimleri halen düzenlenmektedir (Therapeutic Touch International Association, 2022).

Literatür incelendiğinde TD'nin huzurevi/yaşlı bakım evleri, pediatri klinikleri, kalp damar servisleri, yanık üniteleri, psikiyatri servisleri ve onkoloji birimleri gibi birçok birimde uygulandığı görülmektedir (Yıldırım ve Yayan, 2023; Bağcı ve Yücel, 2020; Yücel, Arslan ve Bağcı, 2020; Aghabati, Mohammadi ve Esmail, 2010; Gagne ve Toy, 1994; Heidt, 1981). Terapötik Dokunma'nın ağrı, anksiyete, depresyonu ve yorgunluğu azaltma, kan basıncı ve kalp atım hızını düzenleme, yaşam kalitesini artırma, gevşemeyi ve rahatlığı sağlama gibi etkilerinin olduğu ve hemşirelik bakımını tamamladığı yapılan kanıta dayalı randomize kontrollü çalışmalarla kanıtlanmıştır

(Vural Doğru, Utli ve Senuzun Aykar, 2021; Bağcı ve Yücel, 2020; Yücel, Arslan ve Bağcı, 2020; Zolfaghari, Eybpoosh ve Hazrati, 2012; Aghabati, Mohammadi ve Esmail, 2010; Coakley ve Duffy, 2010). Terapötik Dokunma ile ilgili yapılan araştırmaların tarihi eskiye dayanmakta ve sayısı fazla olmakla birlikte (Zolfaghari, Eybpoosh ve Hazrati, 2012; Aghabati, Mohammadi ve Esmail, 2010; Coakley ve Duffy, 2010; Gagne ve Toy, 1994; Heidt, 1981), ülkemizde yapılan araştırmaların başlangıcı son 10 yıla dayanmakta ve sayısı da azdır (Yıldırım ve Yayan, 2023; Vural Doğru, Utli ve Senuzun Aykar, 2021; Çalışkan ve Cerit, 2021; Bağcı ve Yücel, 2020; Yücel, Arslan ve Bağcı, 2020; Yılmaz, Birer ve Baydur, 2016, Turan, 2015). Literatür incelendiğinde TD'nin birçok kanser türünde farklı semptomlara (Vanaki ve ark., 2016; Matourypour ve ark., 2015; Aghabati, Mohammadi ve Esmail, 2010) ve konfora (Alp ve Yucel, 2021; Yücel, Arslan ve Bağcı, 2020) etkisinin olduğu görülmektedir. Terapötik Dokunma'nın hematolojik kanserli hastalarda da tedaviye bağlı meydana gelen semptomlarda etkili olabileceği düşünülerek bu çalışmanın yürütülmesine ihtiyaç duyulmuştur.

1.2. Araştırmanın Hipotezleri

H-1. Hematolojik kanserli hastalara uygulanan TD hastaların semptomlarının yönetiminde etkilidir.

H-2. Hematolojik kanserli hastalara uygulanan TD hastaların konforunu artırır.

1.3. Araştırmanın Varsayımları

Araştırmada hematolojik kanserli hastaların ölçekleri içtenlikle cevapladıkları, hastalardan elde edilen verilerin güvenilir olduğu varsayılmıştır. Uygulanan TD'nin hastaların semptomlarının kontrolünde ve konforlarının artmasında faydalı bir uygulama olacağı öngörülmüştür.

1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma kapsamına, araştırmaya katılmayı kabul eden, yazılı ve sözlü onamları alınan ve araştırma kriterlerine uyan KT alan hematolojik kanserli hastalar dahil edilmiştir. ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) performans skalasına göre puanı 3'ün üzerinde olan hastalar, bir uzman tarafından demans veya Alzheimer tanısı almış hastalar ve entübe hastalarda iletişim ve geribildirimde güçlük olabileceği için bu hastaların çalışma dışında bırakılmaları da araştırmanın sınırlılıklarındandır.

Uygulamanın 5 gün üst üste uygulanması sebebiyle bu süreç içerisinde hastaların genel durumlarında bozulma olması ve taburcu olmalarından dolayı bazı hastalar araştırmadan çıkarılmıştır. Bu durum araştırmanın sınırlılığıdır.

1.5.Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı hematolojik kanserli hastalara uygulanan TD'nin hastaların semptom yönetimi ve konforuna etkisini değerlendirmektir.

1.6.Araştırmanın Önemi

Lösemi, lenfoma, miyelom ve miyelodisplastik sendrom gibi hematolojik kanser türlerinin dünyada görülme oranı giderek artmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde her üç dakikada bir kişi lösemi tanısı almaktadır. Birleşik Krallık'ta her yıl 100.000 kişiden 44.160 kişiye hematolojik kanser tanısı konulmaktadır (Yiğit, 2021).

Kanser tedavisi sonucunda ortaya çıkan semptomların yönetimi, üzerinde durulması gereken önemli bir konudur. Kanser hastalarında meydana gelen semptomlar; tedavinin devamlılığını, yaşam kalitesini, morbidite ve mortaliteyi etkilemesi sebebiyle semptom yönetimi önemlidir (Çelik, 2016).

Halihazırda kullanılmakta olan KT, RT gibi tedavi yöntemleri sağkalım oranlarını arttırmaktadır fakat birçok kanser hastası bu tedavilerin dışında başka tedavi yöntemlerine de yönelmektedirler. Farklı tür tedavilere yönelme nedenleri incelendiğinde; umutsuzluk, çaresizlik, farklı beklentiler, bilgisizlik ve aile üzerindeki sosyal baskılar gibi faktörlerin etkili olduğu görülmektedir (Aslan ve Olgun, 2010). Hastaların tamamlayıcı terapilere başvurularındaki temel amaçlar ise tedavilerine destek olması, kanserin tekrarlamasının önlenmesi, yaşam kalitelerinin artması, tedavi ve hastalığın yan etkileri ile baş edebilme, bağışıklık sistemlerinin güçlenmesi ve iyilik hallerinin artmasıdır (Özçelik ve Fadiloğlu, 2009).

Kanser hastalarının semptom yönetiminde sıklıkla başvurduğu yöntemler arasında birçok tamamlayıcı ve bütünleştirici terapiler bulunmaktadır (Büyükbayram, 2018; Düzen ve Korkmaz, 2015). Bu yöntemlerden biri de TD'dir. Literatürde TD'nin kanser hastalarında iyilik halini arttırdığı (Giasson ve Bouchard, 1998), ağrıyı azalttığı (Tabatabaee ve ark., 2016a; Aghabati, Mohammadi ve Esmail, 2010), KT'ye bağlı bulantı, kusma ve (Matory, Mehrzad ve Dehghan, 2013; Matourpour ve ark., 2015;

Vanaki ve ark., 2016) yorgunluğu azalttığı (Aghabati, Mohammadi ve Esmail, 2010) ile ilgili biręok ęalıřmaya rastlanmaktadır. Araştırmada hematolojik kanser hastalarında tedaviye bağlı meydana gelen tüm semptomları kontrol altına alarak konforlarının arttırılması amacıyla TD uygulanmıştır. Terapötik Dokunma'nın hasta memnuniyeti ve iyilik halini arttırması açısından hemşirelik uygulamalarına önemli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir.



Genel Bilgiler

2.1. Hematolojik Kanserler

Kemik iliğinde üretilen hücrelerde meydana gelen kontrolsüz hücre çoğalması nedeniyle meydana gelen kanser türleri, hematolojik kanserlerdir. Bu kanser türleri lenfler ya da kemik iliğindeki hücre/hücrelerin çoğalması ile oluşur. Genellikle çevresel faktörler ve kalıtımın etkisi ile tek bir hücrede meydana gelen değişiklik, hücrenin kanser hücresine dönüşümüne sebep olur ve değişen hücre hızla çoğalır (Snowden ve ark., 2017).

Hematolojik kanser türleri agresif ya da yüksek derece neoplazm ve ağır veya düşük dereceli neoplazmlar olmak üzere iki türdür. Agresif malignitelerin çoğalma hızı yüksekken, ağır maligniteler agresif malignitelere göre daha yavaş ilerlemektedir (Swerdlow ve ark., 2016).

2.1.1. Lösemiler

Lösemi, vücuttaki kan hücrelerindeki bir anomaliye bağlı olarak meydana gelen normal kan hücre üretiminin durması sonucunda lökositlerin klonal çoğalmasının gerçekleştiği bir kanser türüdür (Atalay, 2019).

Amerikan Kanser Topluluğu'nun 2022 yılı verilerine göre ABD'de lösemi türlerindeki yeni hasta sayısı 60.650 olurken ölüm sayısı 24.000 olarak kaydedilmiştir (American Cancer Society, 2022).

Yüksek doz radyasyona ve kimyasal maddelere uzun süreli maruziyet, kanserin tedavisinde kullanılan bazı kemoterapik ajanlar, bazı kromozomal bozukluklar ve bazı virüslerin lösemi gelişimine sebep olabileceği düşünülmekle birlikte, lösemnin nedeni tam olarak bilinmemektedir (Blackburn, Bender ve Brown, 2019; Kepiçoğlu, 2012).

Lösemiler, semptomlarına, ortaya çıkış ve ilerleme hızlarına, köken aldıkları hücre grubuna, bunların yanı sıra klinik seyrine göre gruplandırılırlar. Meydana geliş hızlarına göre akut ve kronik olmak üzere 2 gruba, bu iki grup da kendi içlerinde köken aldığı hücre grubuna göre iki alt sınıfa ayrılır. Lösemilerin 4 ana tipi bulunmaktadır. Bunlar; akut miyelojenöz lösemi (AML), akut lenfositik lösemi (ALL), kronik miyelojenöz lösemi (KML) ve kronik lenfositik lösemi (KLL)'dir (Dong ve ark., 2020; Yıldız, 2015).

2.1.1.1. Akut Lösemiler

2.1.1.1.1. Akut Myeloid Lösemi (AML)

Akut Myeloid Lösemi, myeloid hücrelerin kontrolsüz bir şekilde çoğalması ve kademeli olarak kemik iliğindeki normal myeloid hücrelerin yerini almasıyla oluşan hastalıktır (Sadri, 2022).

Amerikan Kanseri Topluluğu'nun 2022 yılı verilerine göre ABD'de AML'nin önemli bir bölümü yetişkin bireylerde görülmüştür ve yeni hasta sayısı yaklaşık 20.050, ölüm sayısı ise 11.540 olarak tespit edilmiştir (American Cancer Society, 2022).

Akut Myeloid Lösemi, yetişkinlerde en sık görülen lösemi tiplerinden biridir (Yiallourous, Creutzig ve Saribeyoglu, 2022; Sadri, 2022; American Cancer Society, 2022). Genel olarak oldukça nadirdir ve tüm kanserlerin yalnızca %1'ini oluşturur. Akut Myeloid Lösemi genellikle yaşlıların hastalığıdır ve 45 yaşından önce nadirdir. Ancak AML çocuklarda da ortaya çıkabilir. Erkeklerde kadınlara göre biraz daha yaygındır, ancak her iki cinsiyette de yaşam boyu ortalama AML olma riski yaklaşık %1'in 1/2'sidir (American Cancer Society, 2022).

2.1.1.1.2. Akut Lenfoblastik Lösemi (ALL)

Akut Lenfoblastik Lösemi, blast adı verilen hücrelerin kontrolsüz bir şekilde artmasına bağlı meydana gelen kanser türüdür. Blast hücrelerinin kontrolsüz çoğalmasıyla birlikte bu hücreler kemik iliğinde baskın hale gelir ve bunun sonucunda normal kan yapım süreci bozularak hastalık meydana gelir. Bu hücreler dolaşıma dahil olarak lökositler ile yer değiştirirler. Bunun sonucu olarak enfeksiyonlara karşı direnç düşer, bağışıklık sistemi zarar görür. Blast hücreleri kemik iliğini doldurur, eritrosit ve trombositlerin yeteri kadar üretilmemesi nedeniyle anemi ve pıhtılaşma bozukluğu meydana gelir (Atalay, 2019).

Amerikan Kanseri Topluluğu'nun 2022 yılı verilerine göre ABD'de ALL'nin yetişkin ve çocuklar dahil yeni vaka sayısı yaklaşık 6660 (kadın 2920, erkek 3740), ölüm sayısı ise 1560 (kadın 680, erkek 880)'tir. Akut Lenfoblastik Lösemi gelişme riski 5 yaşından daha küçük çocuklarda en yüksek seviyededir. Yirmili yaşların ortalarına kadar risk yavaş yavaş azalır ve 50 yaşından sonra tekrar yükselme eğilimi gösterir. Genel olarak, her 10 ALL hastasından yaklaşık 4'ü yetişkindir. Yaygın bir kanser türü olmamakla birlikte, ABD'deki tüm kanserlerin %1'inden daha azıdır. Bir bireyin tanı alma riski

yaklaşık 1000'de 1'dir. Risk kadınlarda erkeklere oranla ve Afrikalı Amerikalılarda beyaz ırklara göre daha düşüktür. Çoğu ALL vakası çocuklarda görülür, ancak ALL kaynaklı ölümlerin çoğu (4/5'i) yetişkinlerde meydana gelir (American Cancer Society, 2022).

2.1.1.2. Kronik Lösemiler

2.1.1.2.1. Kronik Lenfositer Lösemi (KLL)

Kronik Lenfositer Löseminin nedeni bilinmemekle birlikte, yaşlılarda daha yüksek yaygınlık göstermektedir. Yıllık oranı 100.000 kişide 5.1'dir. Hastaların %70'inden fazlası 65 yaş ve üzerindedir. Kronik Lenfositer Lösemiye erkeklerde daha fazla rastlanır ve KLL tanısı almış hastaların prognozu oldukça değişkendir. Hastaların yaklaşık %60'ı herhangi bir semptom göstermez (Braga ve ark., 2017).

Amerikan Kanser Topluluğu'nun 2022 yılı verilerine göre ABD'de KLL'nin yeni hasta sayısı yaklaşık 21.250, ölüm sayısı ise 4320'dir. KLL, yeni lösemi vakalarının yaklaşık ¼'ünü oluşturmaktadır. Bir kişinin tanı alma riski 175'te 1'dir. KLL esas olarak yaşlı yetişkinleri etkiler. Tanı alan hastaların yaş ortalaması 70 civarındadır. 40 yaşın altındaki kişilerde nadiren görülür ve çocuklarda son derece nadirdir (American Cancer Society, 2022).

2.1.1.2.2. Kronik Miyeloid Lösemi (KML)

Myelositer seri hücrelerinin normalden fazla ve kontrolsüz çoğaldığı lösemi türüdür (Yıldız, Karacan ve Ali, 2022; Tefferi ve Vardiman, 2008).

Amerikan Kanser Topluluğu'nun 2022 yılı verilerine göre ABD'de KML'nin yeni vaka sayısı yaklaşık 8860 (erkek 5120, kadın 3740), ölüm sayısı ise 1220 (erkek 670, kadın 550)'dir (American Cancer Society, 2022).

Kronik Miyeloid Lösemi tanısı alan hastaların yaklaşık %40-50'si herhangi bir semptom göstermez. Tanı genellikle kan tetkikleri ve fizik muayene sırasında lökositoz görülmesi ve dalakta büyümenin nedeni araştırılırken bulunmaktadır. Bu hastalarda lökosit sayısı kısmen daha düşük çıkmaktadır. Sol üst kadranda ağrısı veya dolgunluk, çabuk doyma, zayıflama ve halsizlik, splenomegali ve anemi gibi belirtiler meydana gelebilir (Kantarjian ve O'Brein, 2011).

2.1.2. Lenfoma

Lenfoid dokulardan meydana gelen, lenfoid dokunun bulunduğu yerlerde görülen, yapısı bozulmuş, kontrolsüz çoğalan ve kendini yok etme özellikleri yok olmuş lenfositler sebebiyle meydana gelen hastalıktır.

Lenfomalar, uygulanan tedavilere iyi oranda yanıt verirler. 1832 yılında Hodgkin tarafından tanımlanmıştır. 1982 yılında ise farklı türleri sınıflandırmak amacıyla Hodgkin (HL) ve Hodgkin dışı (non-Hodgkin) olmak üzere iki ana türe ayrılmıştır. Non-Hodgkin olan tipi daha yaygındır (Tekinsoy, Ovayolu ve Ovayolu, 2016; Karamustafaoğlu, 2014; Özkaraman, 2014).

2.1.2.1. Hodgkin Lenfoma (HL)

Hücreyel yapısı bozulmuş Reed Stenberg hücreleriyle karakterize lenf dokusunun malignitesidir (Ferhanoglu, 2012; Connors, 2011).

Amerikan Kanser Topluluğu'nun 2022 yılı verilerine göre ABD'de HL'nin yeni vaka sayısı yaklaşık 8540 (erkek 4570, kadın 3970), ölüm sayısı ise 1220 (erkek 550, kadın 370)'dir (American Cancer Society, 2022).

Hodgkin Lenfoma, en fazla 20-40 yaş arasında görülmektedir ve 55 yaş sonrası HL'nin görülme sıklığında ikinci bir artış meydana gelmektedir (American Cancer Society, 2022; Türk Hematoloji Derneği Lenfoma Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2016). Hodgkin Lenfomanın yıllık oranı 2-3/100.000 olup kadınlarda erkeklere göre daha az görülmektedir (Ar, 2013; Türk Hematoloji Derneği Lenfoma Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2016).

2.1.2.2. Non-Hodgkin Lenfoma (NHL)

Düzensiz metastaz gösteren ve farklı lenf nodlarını tutan bir hematolojik kanser türüdür. Hodgkin lenfomaya benzer şekilde Reed Sternberg hücreleri görülmez. Yayılım ve hastalığın tanılanması açısından da farklılıkları vardır. Her cinsiyet ve yaş grubunda meydana gelebilir. Beyazlarda daha fazla rastlanmaktadır. Teşhis konulduğunda genellikle metastaz mevcuttur (Tekinsoy, Ovayolu ve Ovayolu, 2016). Amerikan Kanser Topluluğu'nun 2022 yılı verilerine göre ABD'de NHL'nin yeni vaka sayısı yaklaşık 80470 (erkek 44120, kadın 36350), ölüm sayısı ise 20250 (erkek 11700, kadın 8550)'dir (American Cancer Society, 2022).

Nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte yapılan çalışmalarda enfeksiyonlar, kimyasallar ve tıbbi tedaviler etken olarak gösterilmektedir (Sevli Öz, 2006; Gördeles

Beşer, 2001). Hastalarda zayıflama, hipertermi ve gece terlemeleri az görülmektedir. Bu bulguların meydana geldiği olgular ileri evredeki hastalardır (Yamaç, 2003; Lacy, 2002). Anemi, nötropeni ve trombositopeni gibi bulgular kemik iliğinde tutulum olursa meydana gelebilir (Aydın, 2005; Seveli Öz, 2006; Gördeles Beşer, 2001).

2.1.3. Multipl Miyelom (MM)

Kemik iliğinde bulunan normal dışı plazma hücrelerinin meydana getirdiği malignitedir (Günay ve Taze, 2022).

Amerikan Kanser Topluluğu'nun 2022 yılı verilerine göre ABD'de MM'nin yeni vaka sayısı yaklaşık 34.920 (erkek 19320, kadın 15600), ölüm sayısı ise 12.410 (erkek 6840, kadın 5570)'dur. Multipl miyelom nispeten nadir görülen bir kanserdir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşam boyu MM'ye yakalanma riski 132'de 1'dir (American Cancer Society, 2022).

Multipl miyelomun sebebi kesin olarak bilinmemekle beraber; çiftçiler, ahşap, deri işçileri ve petrol gibi ürünlere maruz kalan bireylerde daha fazla meydana geldiği bulunmuştur (Munchi, Longo ve Anderson, 2015). Bunların yanı sıra; virüslerden kaynaklanan enfeksiyonlar, saç boyaları, obezite, beslenme alışkanlıkları, siyah ırk, bazı romatolojik hastalıklar, kronik antijen maruziyeti, genetik polimorfizm gibi faktörlerin de MM'ye yakalanma riskini arttırdığı ispatlanmıştır (Rajkumar, 2016).

2.1.4. Miyelodisplastik Sendromlar (MDS)

Miyelodisplastik sendromlar, sitopeni, displazi ve eritrosit üretiminde bozulma ile karakterize klonal bir kök hücre bozukluğudur (Özdemir, 2021). Bu hastalık genetik değişkenlik özelliğine sahip olup AML'ye dönüşme riski taşımaktadır (Ayhan, 2019; Demircioğlu ve ark., 2018).

Herhangi bir yaş döneminde görülebilmesine rağmen özellikle 50 yaş ve üzeri bireylerde daha siktir. Daha önceden kanser tedavisi öyküsü, yaş, çevresel zehirler ve nadiren de olsa ailevi faktörler risk faktörleri arasında bulunmaktadır (Provan ve ark., 2014).

2.2. Hematolojik Kanserlerde Kemoterapi Tedavisi ve Kemoterapiye Bağlı Gelişen Semptomlar

Kanser tedavisinde sıklıkla başvurulanan yöntemlerden KT, malign hücrelerin çoğalması ve gelişmesini önlemek amacıyla kullanılır (Sarı, 2023; Çıtlak ve Kapucu, 2015,

Kepiçoğlu, 2012). Lenfoma ve lösemi gibi kanser türlerinde KT'nin etkili bir tedavi yöntemi olduğu ispatlanmıştır (Mian ve ark., 2016).

Kemoterapi, kanser hücrelerinin çoğalması ve gelişmesini önlerken aynı zamanda normal hücrelerde de harabiyete sebep olmaktadır (Sarı, 2023; Çıtlak ve Kapucu, 2015, Kepingölu, 2012). Bu durum, KT nedeniyle birçok rahatsızlığın meydana gelmesine, hastaların bakım ve tedavi süreçlerinin negatif yönde etkilenmesine sebep olmaktadır (Karaca ve Aycil, 2023; Arslankılıç, Temiz ve Göktaş, 2020). Kemoterapi, kemik iliğinin baskılanmasına, bulantı ve kusmaya, mukozite, konstipasyon ve diyareye, dispneye, alopesiye, uykusuzluğa, ağrıya, halsizliğe, anemiye, nörolojik, üriner ve hematolojik sistemlere, cilde, göze ve cinsellikle alakalı istenmeyen birçok semptomu sebep olmaktadır (Pekmezci ve ark., 2022; Seven ve ark., 2013). Bunların yanı sıra KT tedavi sürecine bağılı olarak; depresyon, işten kovulma, eşten ayrılma ve yeni bir iş bulamama gibi bireysel ve sosyal sorunlar da ortaya çıkmaktadır (Gelin ve Ulus, 2015). Hastalarda ortaya çıkan bu semptomların şiddeti hafiften hayatı tehdit edebilecek düzeye kadar değişebilmektedir (Pekmezci ve ark., 2022).

Semptomlar genellikle akut olmakla birlikte tedavi sürecinin tamamlanması ile sona erer. Fakat tedavinin hemen sonrasında veya kronik yan etkiler de olabileceğinden dikkatli olunmalıdır (Özcan Yüce, 2013).

2.3. Hematolojik Kanserli Hastalarda Kemoterapiye Bağılı Gelişen Semptomların

Yönetiminde Hemşirenin Rolü

Hemşireler, hastaların gereksinimlerinin yakından takibini yapan, hastada meydana gelen fiziksel ve psikolojik durumlarla baş edebilmesi için hastayla ve ailesi ile iş birliği yapan, hastayı destekleyen ve aynı zamanda holistik bakım veren sağlık ekibi üyesidir (Karaca, 2018). Hemşirelik mesleğinin temel rolü bakımdır (Açıkgöz ve Baykal, 2023; Gedük, 2018). Nitelikli ve kapsamlı bakım, hemşireliğin temelidir ve tüm insanlar için ortak bir değerdir (Cerit ve Coşkun, 2018; Uğur, 2014). İyi bir hemşirelik bakımı, hastanede yatış süresine bağılı meydana gelen üretim ve işgücü kayıplarının azalmasını, sekonder hastalıkların ve hastalıklara bağılı meydana gelen komplikasyonların önlenmesini sağlar (Karadağ ve Taşçı, 2005; Needleman et al. 2002). Kanser tanısı alan bireylerin kaliteli bir hemşirelik bakımına gereksinimleri vardır (Tolasa ve Tokem, 2022; Van der Kruk, 2021).

Hastalarda meydana gelen semptomları kontrol altına alabilmek adına, hasta ve bakım veren kişiye gerekli eğitimler hemşireler tarafından verilmelidir. Hastaların belirtileri düzenli aralıklarla değerlendirmelidir. Fiziksel belirtilerin yanısıra psikolojik belirtilerin varlığı da gözlenmelidir. Hastaların ve ailelerinin karşılaştıkları semptomların onlar için önemli olduğu bilinmelidir (Uğur, 2014).

Kanser görülme oranının artmasıyla birlikte KT'nin yan etkileri nedeniyle meydana gelen semptomları hafifletmeye yönelik uygulamalar hız kazanmıştır (Sadırlı ve Ünsar, 2009). Hemşirelik girişimlerinin hayati olduğu ve KT sebebiyle meydana gelen belirtiler hafifletilmedikçe çok az hastanın tedaviyi devam ettirmekte istekli olduğu belirtilmektedir (Sadırlı ve Ünsar, 2009; Yeşilbalkan ve ark., 2005).

Hintistan ve arkadaşlarının (2012) yapmış oldukları bir araştırma sonucunda, hematolojik kanseri bulunan hastaların en sık yaşadıkları semptomlar sırası ile yorgunluk, ağızda yara/kanama, bulantı, kusma, saç dökülmesi, zayıflama, ağrı, hipertermi ve konstipasyon olarak belirlenmiştir. Hastalar bu semptomları gidermeye veya azaltmaya yönelik olarak gün içinde dinlenmeye zaman ayırma, gargara yapma, antiemetik ilaç kullanma, eşarp, bere ve şapka takma, üç ana üç ara öğün şeklinde beslenme, analjezik kullanma, ılık duş alma ve lifli gıdalarla beslenme gibi uygulamalara yöneldikleri saptanmıştır (Hintistan ve ark., 2012). Potrata ve arkadaşları (2010)'nın yaptığı bir diğer çalışmada, 15 MM hastasından 10'unun birçok bilişsel bozukluk yaşadığı bulunmuştur. Yaşanan bilişsel bozuklukların anımsamada yetersizlik, yakın bellekte bozulma ve odaklanma güçlüğü olduğu bildirilmiştir. Bazı hastalardaki bilişsel bozuklukların hastaların günlük ve meslek yaşantısı ile bağıntılı ve kalıcı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Portrata ve ark., 2010). Yapılan farklı bir çalışmada lenfoma tanılı hastaların, hastalıklarının ileri evrelerinde birçok yaşamsal gereksinimlerini karşılamakta güçlük çektikleri, bu nedenle hemşirelik bakımının temelinde bireyin yardıma ihtiyaç duyduğu gereksinimlerini karşılamak, fiziksel ve entelektüel yeterliliği artırmak, mümkün olduğunca bağımsızlığını sağlamak ve oluşabilecek komplikasyonları engellemek ifadelerine yer verilmektedir (Tüzün Özdemir ve ark., 2023). Yine MM tanılı hasta grubuyla yürütülen bir çalışmada, hemşirelerin; güncel kılavuzlar ışığında belirtileri erken saptanma, değerlendirilme, yönetme, fonksiyonel durumu iyileştirme, hastaları düzenli aralıklarla izleme ve hastaları eğitmede önemli yükümlülüklerinin bulunduğu değerlendirilmiş, hemşirelerin hastaların tedavi uyumlarını sağlaması, sık

olarak yaşadıkları semptomların yönetimini bilmesi, yan etkilere yönelik bulguları detaylı bir şekilde değerlendirmesi, laboratuvar bulgularını düzenli olarak takip etmesi, hastaların semptomlarını yönetmesi, komplikasyonları önleme veya azaltılmaya yönelik hastalara eğitimler vermesi, hastaların iyilik düzeylerini arttırması, hastaneye yatışları azaltması gibi olumlu katkılar sağlayacağı vurgulanmaktadır (Sezgin ve Bektaş, 2022).

2.4. Konfor

Latince konfor, güçlendirme manasına gelen “confortare” kelimesinden türetilmiştir (Terzi ve Kaya, 2017). Hemşirelikte konfor kavramı ise; bireyin/ailenin/toplumun konfor ihtiyaçlarının belirlenmesi, karşılanamayan ihtiyaçlara yönelik hemşirelik uygulamalarının planlanması, girişimler sonrası konfor düzeyinin değerlendirilmesi olarak tanımlanmaktadır (Kolcaba ve Kolcaba, 1991; Malinowoski ve Stamler, 2002; Yücel, 2011).

Kolcaba (1991) konforu; “kişinin ihtiyaçlarına yönelik yardımda bulunma, huzuru sağlama ve problemlerin üstesinden gelebilmeye ilişkin fiziksel, psikospiritüel, sosyal ve çevresel bütünlük içinde karmaşık bir yapıya sahip beklenen bir sonuç” olarak açıklamaktadır (Kolcaba ve Kolcaba, 1991). Kolcaba (1994) holistik yaklaşıma göre konfor kavramını ise; “ferahlama, huzura erme ve problemlerin üstesinden gelebilmek için temel insan ihtiyaçlarını karşılamamanın o andaki deneyimi” olarak açıklamıştır (Kolcaba, 1994).

Kolcaba (2003), konfor kavramını iki aşamada değerlendirmektedir.

Birinci aşama;

- **Ferahlama (Relief);** kişinin konforu sağlanmaya başlamasıyla birlikte sıkıntıdan kurtulmasıyla meydana gelen his.
- **Rahatlama (Ease);** huzur, sakinlik, hoşnutluk.
- **Üstünlük (transcendence);** kişinin problemleriyle baş edebilmesidir.

İkinci aşamada; bütüncül görüşe temellendirdiği konfor boyutlarını;

- **Fiziksel Konfor:** Hastalığa karşı tepkiler, beslenme ve hidrasyon durumu gibi bireyin fiziksel durumunu etkileyen parametreleri içerir.
- **Psikospritüel Konfor:** Bilişsel, ruhsal ve duygusal bileşenlerden meydana gelir (Kolcaba, 2003; Kolcaba ve Kolcaba, 1991).

- **Çevresel Konfor:** Dış ortam ile ilgili kavramları (ısı, ışık, gürültü, vb.) içeren konfor alt boyutudur.
- **Sosyokültürel Konfor:** Maddi desteklerden yararlanma, danışmanlık hizmeti olarak taburculuğun planlanması gibi durumları içerir. Aile öyküsü, gelenek ve görenekler, giyinme tarzı vb. özellikler de Kolcaba tarafından kültürel boyuta eklemiştir (Kolcaba, 2003).

2.5. Terapötik Dokunma (TD)

Terapötik Dokunma, herhangi bir zaman ve yerde uygulanabilen, maliyeti düşük, yan etkileri bulunmayan, kolay uygulanabilen ve noninvaziv tamamlayıcı terapi yöntemlerinden biridir (Vanaki ve ark., 2016). Krieger TD'yi, hasta bireylerin enerji alanını dengeleyerek hastalara yardımda bulunmak ve hatta hastaları iyileştirmek amacıyla bir hemşirelik müdahalesi olarak geliştirilmiştir (Krieger, 1975). Krieger, her insanın içinde TD uygulayabilme yeteneği olduğunu ve bunun uygulamalar ile geliştirilebileceğine inanmaktadır (Macrae, 2000). Terapötik Dokunma uygulayabilmek için resmi bir eğitim gerektirir. Eğitimini alan ve başkalarına yardım etme isteği olan herkes tarafından uygulanabileceği belirtilmektedir (Vanaki ve ark., 2016). Uygulamanın temel amacı, bireyin biyolojik alanındaki engelleri kaldırarak insan enerji alanının akışını uyumlu hale getirmek, yenilenmeyi ve iyileşmeyi sağlamaktır (Mueller, Palli ve Schumacher, 2019). Terapötik Dokunma uygulanırken hastayla fiziksel temasa gerek yoktur. Bunun yerine, uygulayıcı, hastaya yardım etmek için enerji ve niyetine odaklanarak ellerini kullanır. Uygulamanın temel varsayımı, insanların enerji alanlarına sahip olduğu ve bu alanın çevre ile etkileşim içinde olduğu yönündedir (Doherty ve ark., 2006). Sağlıklı bir bireyde enerji bedeninin her yerinde dengeli bir şekilde akar ve bütün bedeni besler. Birey hastalandığında ise enerji alanlarında hastalığın semptomları ile bağlantılı enerji alanı dengesizlikleri oluşur. Bu enerji alanındaki değişiklikleri algılayan TD uygulayıcıları, bireyin iyileşmesini kolaylaştırmak amacıyla ellerini kullanarak hastanın enerji alanını bilinçli olarak düzeltmeye çalışır (Yücel, Arslan ve Bağcı, 2020). Yaşam enerjisini hastaya yönlendiren TD uygulayıcıları, hastaların yaşam enerjilerinin güçlenmesini sağlarlar. Evrensel alandan yaşam enerjisini hastalara yönlendirmek TD uygulayıcılarının enerjilerini etkilememekte, dahası enerjilerinin yenilenmesini sağlamaktadır (Macrae, 2000).

2.5.1. Terapötik Dokunmanın Etki Mekanizması

2.5.1.1. Merkezlenme

Uygulayıcının kendisini bilinçli bir şekilde sakin, uyanık, şimdi ve burada ve düşüncesiz farkındalık haline getirmesidir. Uygulayıcı odaklanmış haldeyken, farkındalığı ve uygulama yaptığı kişinin enerji alanındaki “fark”ları algılama yetisi artmıştır. Eğer uygulayıcı merkezlendiğinden emin değilse merkezlenme gerçekleşmemiş demektir. Merkezlenildiğinde genellikle iç huzur, sakinlik ve zamansızlık hissi gerçekleşir. Bu basamak, enerji aktarımını sağlamak için bireyin kendisini evrensel enerji alanına açmasını da içerir.

2.5.1.2. Muayene ve Tarama

Hastanın bedeninden bilgi edinme aşamasıdır. Uygulayıcı bu basamakta kişiden aldığı ipuçlarıyla bir sonraki adımda yapacaklarına karar verir. Hastanın enerji alanı hakkında bilgi edinmek amacıyla uygulayıcı ellerini kullanarak alanda fark ettiği her şeye önem verir. Kişinin gereksinimlerine yönelik bilgi alabilmek için tüm duyularını kullanır. Enerji akışındaki değişimlerle ilgili belirtileri fark etmek için hastanın tüm bedenini tarar. Uygulayıcının amacı teşhis koymak değildir. Ön yargıları olamaz, sadece farkettiklerini kabul eder ve onlar üzerinde çalışır. Enerji akışını ve alanın boydan boya hissini algılamak için bedenin tümü değerlendirilmelidir.

2.5.1.3. Yeniden Dengeleme

Temizleme

Amaç, süpüren el hareketleriyle herhangi bir bölgeye merkezlenmeden enerjinin tüm alan boyunca simetrik ve ritmik olarak akışını rahatlatmaktır. Akan su veya ışık demetleri gibi olumlu imgelemelerden yararlanılır. Topraklama, bu aşamada da kullanılabilir.

Topraklama

Enerjiyi toprağa gönderme aşamasıdır. Uygulayıcının yaptığı şey, enerji akışını yeniden sağlamaktır. Alandaki tüm bozukluklar değerlendirilmelidir. Bu aşama dikkati aşağı ve dışarıya doğru odaklayarak enerji akışına yardımcı olur. Ayak tabanlarından enerji akışı artırılır.

2.5.1.4. Enerji Düzenleme

Bu basamak, tarama esnasında dikkat çeken bölümleri yeniden düzenlemek içindir. Bu basamakta, farklı enerji düzeylerinin eşitlenmesi için enerji düzeltilip yönlendirilir; tıkanmış olan bölümler temizlenir, enerjinin az olduğu bölümler doldurulur ve çıkıntılı noktalar d zle tirilir. Kişiye enerji vermek, kişinin iyileşme potansiyelinin artmasına ve kendilerini iyileştirme kabiliyetlerini aktive etmelerine yardım eder.

2.5.1.5. Yeniden Muayene/Tarama

Uygulama tamamlandıktan sonra, düzeltilmesi gereken başka bir bölge olup olmadığını anlamak amacıyla enerji alanı yeniden değerlendirilir. İhtiyaç olduğu durumlarda önceki basamaklara geri dönülebilir.

2.5.1.6. Bitirme ve Değerlendirme

Uygulamanın tamamlandı ının farkına varılıp kabul edilmesi aşamasıdır. Uygulayıcı işlemi ne kadar süredir yaptığı hakkında düşünmeye ba landı ında işlem bırakılmalıdır. Yine uygulayıcı durma zamanının gelip gelmediğini d   n yorsa seansa son verilmelidir. Uygulama mutlaka topraklama ile bitirilir. İdeali, seans sonrası uygulanan kişinin rahat bir şekilde en az 15 dakika dinlenmesidir. Seans 20 dakikadan fazla sürmemelidir (Krieger 1993, 1997).

2.5.2. Terapötik Dokunmanın Hem irelikteki Yeri

Flornce Nightingale döneminden beri enerji terapilerine dayalı uygulamalar hemşirelik alanında yer almaktadır. Watson ve Rogers ise enerji terapi uygulamalarının kavramsalla tırılmasına katkı sa lamı lardır (Turan, 2015).

Terapötik Dokunma, Ulusal Tamamlayıcı ve İntegratif Sağlık Merkezi (National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH)) tarafından enerji terapileri ba lı ı altında tanımlanmış bir tamamlayıcı ve alternatif tıp (TAT) yöntemidir (NCCIH, 2022). Rogers'ın enerji alanları ile ilgili ileri s rd  u teoriden etkilenen Dolores Krieger ve Dora Kunz, 1970'li yıllarda yapmış oldukları çalışmalar sonucunda TD'yi geli tirmi lerdir (Aghabati, Mohammadi ve Esmail, 2010). Uygulanan kişinin bedeninin 2-4 inch kadar üzerinde eller hareket ettirilerek uygulanan bu yöntem 1970'li yıllardan itibaren birçok hem ireye   retilmi tir. Bu eğitimin bilimsel parametrelere dayandırılabilmesi adına TD'nin içeriği geliştirilip New York  niversitesi'nde hemşirelere master düzeyinde eğitim verilmiştir (Vitale,

2006). Terapötik Dokunma hemşirelere öğretilip uygulamaya geçildiği zamandan bu yana birçok hasta popülasyonuna uygulanmıştır ve farklı alanlarda birçok bilimsel araştırma yürütülmüştür (Bağcı ve Yücel, 2020).

2.5.3. Terapötik Dokunmanın Kanserli Hastalardaki Etkisini İnceleyen Araştırma Sonuçları

Vanaki ve arkadaşları (2016) TD'nin KT uygulanan meme kanserli kadınlarda bulantıya etkisini inceledikleri randomize kontrollü araştırmalarında, TD'nin bulantının süresi ve yoğunluğunu azaltmada etkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır (Vanaki ve ark., 2016).

Matourpour ve arkadaşları (2015)'nin 18-55 yaş aralığındaki 108 kadınla yürüttükleri araştırmalarının sonucunda, uygulama grubunda KT'ye bağlı gelişen bulantının azaldığı sonucuna ulaşmışlardır (Matourpour ve ark. 2015).

Meme kanserli ve aynı KT protokolüne sahip kadınlarla yürütülen başka bir araştırmanın sonucunda da TD'nin akut bulantı yoğunluğunu azaltmada önemli ölçüde etkili olduğu görülmektedir (Matory ve ark., 2013).

Aghabati ve arkadaşları (2010) KT alan kanser hastalarında TD'nin ağrı ve yorgunluk üzerine etkisini inceledikleri araştırmalarının sonucunda, TD uygulanan hastaların ağrı ve yorgunluklarında anlamlı düzeyde azalma meydana geldiğini bulmuşlardır (Aghabati ve ark., 2010).

Giasson ve Bouchard (1998)'in TD'nin terminal dönemdeki kanser hastalarının refahı üzerine etkisini inceledikleri araştırmalarında 18-70 yaş arası 20 palyatif bakım gören terminal dönem kanser hastasını uygulama ve kontrol grubu olmak üzere iki gruba ayırmışlardır. Uygulama grubuna art arda 3 gün 15-20 dakikalık sürelerle temassız TD, kontrol grubuna da 3 gün dinlenme periyotları uygulanmıştır. Araştırmanın sonucunda TD'nin kanserli hastaların refah duygusunu arttırdığı bulunmuştur (Giasson ve Bouchard, 1998).

Gereç ve Yöntem

3. 1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma KT alan hematolojik kanserli hastalara uygulanan TD'nin hastaların semptom yönetimi ve konforuna etkisinin değerlendirmesi amacıyla yürütülmüş randomize kontrollü deneysel ve tek kör bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi Hematoloji Servisi'nde Ekim 2022- Mayıs 2023 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3. 3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini; Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi Hematoloji Servisi'nde Ekim 2022- Mayıs 2023 tarihleri arasında yatan 272 hasta oluşturmuştur.

3. 4. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemi, Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi Hematoloji Servisi'nde Ekim 2022- Mayıs 2023 tarihleri arasında yatan, araştırmanın örneklem seçim kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 23 hasta oluşturmuştur.

Örneklem seçim kriterleri;

- Hastanın tanısını biliyor olması,
- Kemoterapi tedavi sürecinde olma (Matourpour ve ark., 2015; Aghabati, Mohammadi ve Esmail, 2010),
- ECOG Performans Skalası puanının 3 ve altında olması
- 18 yaş ve üzeri olma,
- Hekim tarafından belirlenmiş nörolojik ve kognitif bozukluğu olmama,
- Türkçe konuşup anlayabilme,
- Okuma yazma bilme,
- İletişim engeli olmama,
- Çalışmaya katılmayı kabul etme olarak belirlenmiştir.

Yakın zamanda TD uygulanan, ECOG puanı 4 ve üzerinde olan, sedatize edilmiş olan veya entübe edilmiş hastalar ve doktor tarafından tanılanmış demans veya Alzheimer tanısı bulunan hastalar araştırmaya dahil edilmemiştir.

Kemoterapi uygulanmayan (n=126), tanısını bilmeyen (n=12), iletişim kuramayan (işitme ve konuşma engelli) (n=4), nörolojik ve kognitif bozukluğu olan (n=24), okuma yazma bilmeyen (n=10), entübe olan (n=23) hastalar araştırma kapsamına dahil edilememiştir. Örneklem seçim kriterlerini karşılayan (n=18) hasta araştırmaya katılmayı kabul etmemiştir.

Araştırma ana hipotezlerinde üç ve daha fazla bağımsız grubun aralarındaki farkların ve grup içi zamana göre değişimin incelenmesi planlanmıştır. Bu araştırmada “G. Power-3.1.9.2” programı kullanılarak %95 güven düzeyinde, ana hipotezler doğrultusunda en yüksek sayıyı verecek olan örneklem boyutu belirlenmiştir (Cohen, J. (1988)). Analiz sonucunda $\alpha=0,05$, standardize etki büyüklüğü daha önce zamana göre değişimin incelenmesi için yapılan çalışmadan (Bengüboz, F., B., (2020); Çizelge 4.3., 1.Kür; $0,27\pm0,83$ ve $1,19\pm0,70$) 1,1982 olarak elde edilmiş ve 0,80 teorik güç ile her bir grup için minimum örneklem hacmi 12 olarak hesaplanmıştır. Gözlem kaybının olma olasılığı dikkatte alınarak hesaplanan örneklem boyutunun %10'u ($1,2\cong 1$ gözlem) çalışmaya eklenmiştir. Her bir grup için minimum örneklem boyutu 13 olarak elde edilmiştir. Fakat örneklem seçim kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan, uygulama (n=12), plasebo (n=10) ve kontrol grubunda (n=4) yer alan hastalar uygulama aşamasında taburcu olduğu için araştırmadan çıkarılmak zorunda kalmışlardır. Uygulama grubunda (n=4) yer alan genel durumu bozulduğu ve geribildirim veremediğinden dolayı araştırmadan çıkarılmak zorunda kalmışlardır. Plasebo grubu (n=1) ve kontrol grubunda (n=1) yer alan hastalar vefat ettiğinden araştırmadan çıkarılmıştır. Uygulama grubunda 10, kontrol grubunda 7 ve plasebo grubunda 6 hasta ile veri toplama aşaması sonlandırılmıştır.

3. 5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

3.5.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Hematolojik kanserli hastalarda görülen semptomların yönetimi ve konfor düzeyi

3.5.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Terapötik Dokunma, hastanın yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, hastalık süresi, tedavileri, hastanede kalış süresi, Genel Konfor Ölçeği (GKÖ), Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği ve Konfor Skalası toplam puan ortalamaları

3.6. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Hasta Tanılama Formu (HTF), MSDÖ, GKÖ, Konfor Skalası ve ECOG Performans Skalası kullanılmıştır.

3.6.1. Hasta Tanılama Formu (HTF)

Bu form araştırmacılar tarafından ilgili literatür taranarak hazırlanmıştır. Kemoterapi alan hematoloji hastalarının sosyo-demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, meslek, çalışma durumu, gelir durumu, vb.), var olan diğer hastalık ve KT'ye ilişkin bilgileri içermektedir (EK I).

3.6.2. Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ)

Ölçek, Portenoy ve arkadaşları (1994) tarafından, kanser hastalarının son yedi gün boyunca yaşadığı semptomların sıklığının, sıkıntısının ve şiddetinin değerlendirilmesi amacıyla oluşturulmuştur. Yıldırım ve arkadaşları (2011) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapıp, Cronbach alfa katsayısı 0.84'tür ve maddeler arasındaki ilişki güçlü bulunmuştur. Skalada toplam 32 adet semptom bulunmakta ve bunlar sıklık, şiddet ve sıkıntı yönünden değerlendirilmektedir. MSDÖ'de her bir semptom varlık veya yokluk yönünden incelenmekte ve semptom varsa sıklık için çok nadiren (1), bazen (arada sırada) (2), sık sık (3), nerdeyse sürekli (4); şiddet için hafif (1), orta (2), şiddetli (3), çok şiddetli (4); sıkıntı için hiç (0), bir parça (biraz) (1), oldukça (2), biraz fazla (3), çok fazla (4) olarak puanlandırılmaktadır. Ölçekte puanlar arttıkça yaşanan semptomların sıklığı, şiddeti ve sıkıntısı da artmaktadır (Yıldırım ve ark., 2011; Portenoy ve ark., 1994) (EK II). Ölçeğin bu çalışma için cronbach's alpha değeri ön testte 0.945, son testte 0.947 olarak bulunmuştur. Alt boyutlarının cronbach's alpha değerleri ise; ön testte global distress indeksi alt boyutunda 0.941, fiziksel semptom alt boyutunda 0.916, psikolojik semptom alt boyutunda 0.924 olarak bulunmuştur. Son testte ise global distress indeksi alt boyutunda 0.943, fiziksel semptom alt boyutunda 0.922, psikolojik semptom alt boyutunda 0.881 olarak bulunmuştur.

3.6.3. Genel Konfor Ölçeği (GKÖ)

Genel Konfor Ölçeği; Kolcaba (1991) tarafından geliştirilmiştir. Türk toplumu için uygunluğu Kuşuoğlu ve Karabacak (2008) tarafından yapılmıştır. Genel Konfor Ölçeği dördü ve altı likert tipte olup 24'ü pozitif, 24'ü negatif madde içermekte ve

yanıtlar karışık halde verilmektedir. Ölçek ferahlama (16 madde), rahatlama (17 madde) ve sorunların üstünden gelme (15 madde) olmak üzere üç düzey; fiziksel (12 madde), psikospiritüel (13 madde), çevresel (13 madde) ve sosyokültürel (10 madde) olmak üzere dört boyuttan oluşmaktadır.

Ölçeğin değerlendirilmesinde, negatif puanlar ters kodlanarak pozitif maddelerle toplanır. Ölçekten alınacak en yüksek toplam puan 192, en düşük toplam puan ise 48'dir. Elde edilen toplam puan ölçek maddelerinin sayısına bölünerek ortalama değer saptanır ve sonuç 1-4 aralığında hesaplanmış olur. Böylece konfor düzeyi; düşük konfor 1, yüksek konfor 4 puan aralığında ifade edilir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik-güvenirlilik çalışması sonucunda güvenirliliğinin (Cronbach alfa= 0.85) yüksek olduğu bulunmuştur (Kuğuoğlu ve Karabacak, 2008) (EK III). Ölçeğin bu çalışma için cronbach's alpha değeri ön testte 0.813, son testte 0.824 olarak bulunmuştur. Alt boyutlarının cronbach's alpha değerleri ise; ön testte fiziksel konfor alt boyutunda 0.702, psikospiritüel konfor alt boyutunda 0.775, çevresel konfor alt boyutunda 0.275, sosyokültürel konfor alt boyutunda 0.256 olarak bulunmuştur. Son testte ise fiziksel konfor alt boyutunda 0.795, psikospiritüel konfor alt boyutunda 0.714, çevresel konfor alt boyutunda 0.616, sosyokültürel konfor alt boyutunda 0.143 olarak bulunmuştur.

3.6.4. Konfor Skalası

Konfor skalası araştırmacılar tarafından oluşturulmuş olup, 10 santimetre uzunluğunda, yatay olarak kullanılabilen "en rahatsız olma durumu" ile başlayıp "en rahat olma durumu" ile biten bir ölçüm aracıdır (Özcan, 2018) (EK IV).

3.6.5. ECOG Performans Skalası

ECOG performans skalası, hastaların iyilik hali ve bağımlılık düzeyini değerlendirmek amacıyla kullanılan bir skaladır. Hastanın bağımlılık düzeyine göre 0-5 arası puan verilmektedir. 0 puan; hastanın asemptomatik, tam aktif olduğunu ve hastalık öncesi tüm aktivitelerini kısıtlama olmaksızın yapabildiğini, 1 puan; hastanın semptomatik fakat günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilecek kadar tamamen ayakta olduğunu, 2 puan; hastanın semptomlarının bulunduğunu ve kendi bakımını yapabildiğini %50'den daha az yatakta olduğunu, 3 puan, hastanın semptomlarının bulunduğunu, kendi bakımını yapmakta güçlük çektiğini, %50'den daha fazla yatakta olduğunu, 4 puan, hastanın kendi bakımını sürdüremediğini, sandalye ya da yatağa bağımlı olduğunu, 5 puan ise ölümü ifade etmektedir (Oken ve ark., 1982) (EK V).

3.7. Terapötik Dokunma Uygulaması (EK VI)

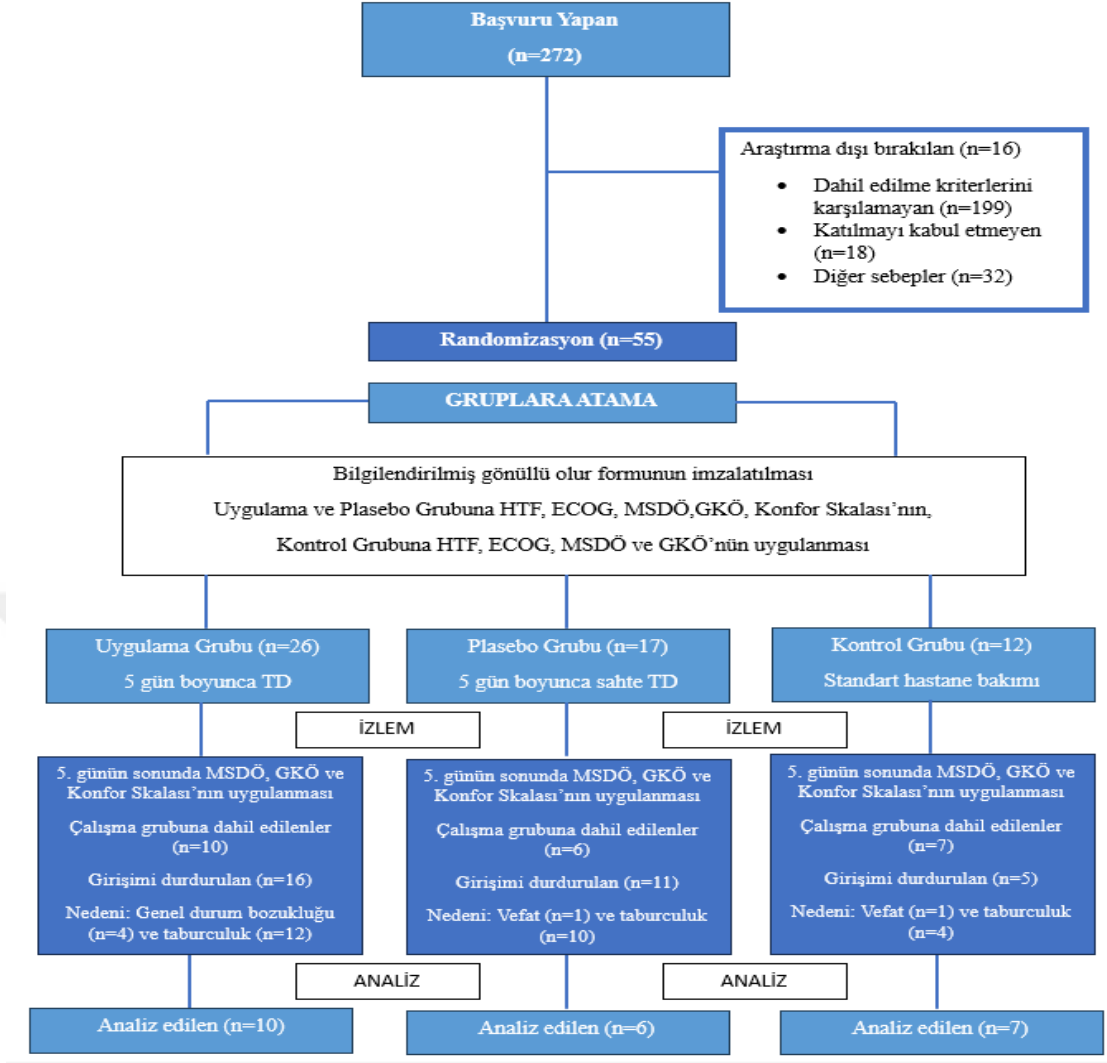
Bir enerji terapisi olan TD, Rogers'ın teorisinden etkilenen ve New York Üniversitesi'nde çalışan hemşire Dr. Dolores Krieger ve Dora Kunz tarafından 1970'lerde geliştirilmiştir. Günümüzde Uluslararası Terapötik Dokunma Birliği (Therapeutic Touch International Association) aracılığı ile Avustralya, Brezilya, Kanada, Fransa, Almanya, İngiltere, Norveç, Rusya ve Türkiye gibi birçok ülkede eğitimleri devam etmektedir. Araştırmacı, uygulamayı yapabilmek için, Uluslararası Terapötik Dokunma Birliği tarafından düzenlenen kursa katılmış ve sertifikalıdır (<http://therapeutic-touch.org>) (EK VII).

3.8. Verilerin Toplanması ve Araştırmanın Tasarımı

Araştırmaya, çalışmaya alınma kriterlerini karşılayıp, dahil olmayı kabul eden hastalardan yazılı onam alındıktan sonra başlanmıştır.

Araştırmaya dahil olmayı kabul eden hastaların seçiminde tabakalı blok randomizasyon yöntemi kullanılmıştır. Örneklem, tabakalandırma yöntemi (Özdemir, 2009) ile randomize kontrollü şekilde uygulama, plasebo ve kontrol grubu olarak üç gruba ayrılmıştır. Literatürde, gruplara dahil edilen hastaların en fazla üç-dört değişken yönüyle benzer olması yeterli sayılmaktadır. (Büyüköztürk, 2007). Bu nedenle her bir gruba alınan hastalar; yaş (45 yaş ve altı, 46 yaş ve üzeri) ve tanıya (MM, lenfoma, lösemi) göre tabakalandırıldıktan sonra eşleştirme yaparak randomize edilmiş ve uygulama, plasebo ve kontrol gruplarında yer almaları sağlanmıştır. Gruplara dahil edilecek hastaların belirlenmesi için random.org tarafından oluşturulan rastgele sayılar kullanılmıştır. Araştırma boyunca araştırmaya katılan tüm hastaların standart hemşirelik bakımı sürmüştür.

Literatürde randomize kontrollü çalışmaların açıklık, bütünlük ve şeffaflığı kolaylaştırmak için her adımının Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT)'a göre yapılması önerilmektedir (Sunay ve ark., 2013; Taşdelen ve Kanık 2009). Araştırmaya katılan ve devam eden hastalar CONSORT akış şemasında gösterilmiştir (Şekil 1).



Şekil 1. CONSORT Akış Şeması

Araştırmanın verileri Ekim 2022- Mayıs 2023 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi Hematoloji Servisi'nde yatan hastalardan yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Veri toplama süreci uygulama, plasebo ve kontrol grupları için ayrı olarak ayrıntılı bir şekilde açıklanmıştır (Şekil 2).

Veri toplamada, hastaların tetkik için klinikten ayrılmadığı, hemşirelerin tedavi saatleri ile çakışmayan ve araştırmacı için gün içinde en uygun saat olan 12:00-13:00 saatleri arası tercih edilmiştir. İzinler onaylandıktan sonra her gruba bir hasta alınarak ön uygulama yapılmış; servise sınırlı sayıda hasta yatışından dolayı ön uygulamaya alınan hastalar örnekleme dâhil edilmiştir.

Uygulama Grubu:

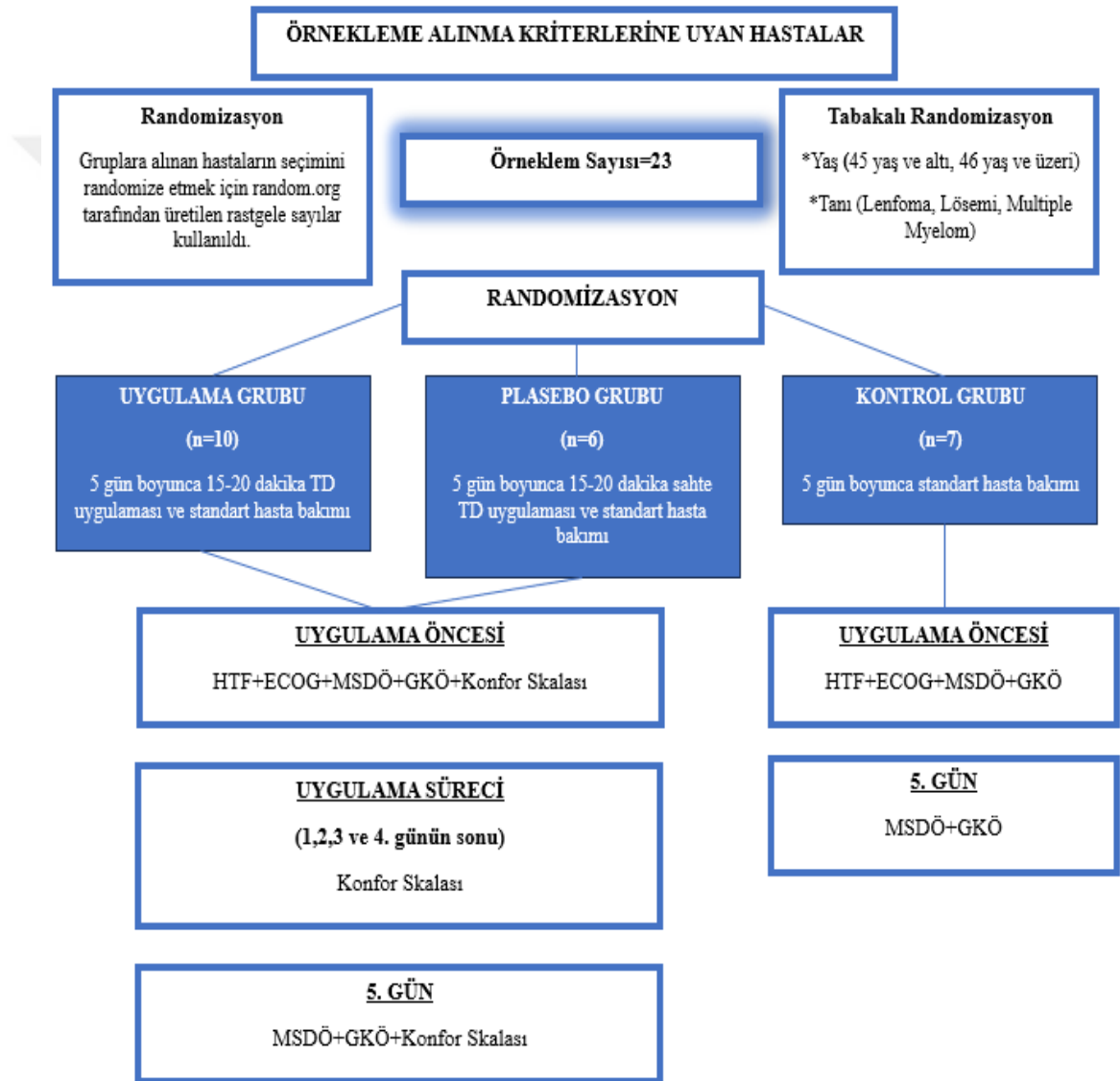
Araştırmanın amacı açıklandıktan sonra uygulama grubuna alınacak olan gönüllü hastalardan yazılı onamları alınmıştır (EK VIII). Hastalara uygulama öncesinde ilk olarak HTF, MSDÖ, GKÖ, Konfor Skalası ve ECOG Performans Skalası ön test olarak uygulanmıştır. Hastalara ardı ardına 5 gün boyunca 15-20 dakika TD uygulanmış ve her uygulamadan 15 dakika sonra Konfor Skalası ile hastaların konforu değerlendirilmiştir (Aghabati, Mohammadi ve Esmail, 2008). Hastaya konsantre olunup, semptomları azaltmaya ve konforu arttırmaya yardım etmek amacıyla niyet edilmiştir. Enerji alanını değerlendirmek için hastanın tüm bedeni uygulayıcının avuç içleriyle 2-4 inç (5-10 cm) mesafeden değerlendirilmiştir. Enerji alanındaki bozulmaları önlemek amacıyla eller nazıkçe ve ritmik bir şekilde hareket ettirilmiş, enerji alanı normale dönene kadar devam edilmiştir. Enerji alanı yeniden değerlendirildikten sonra hasta dinlendirilmiş ve uygulamaya yanıt gözlemlenmiştir (EK VI) (Zolfaghari, Eybpoosh ve Hazrati, 2012; Bağcı ve Yücel, 2020). 5 gün boyunca TD uygulanan hastalara 5. günün sonunda MSDÖ ve GKÖ uygulanmıştır.

Plasebo Grubu:

Araştırmanın amacı açıklandıktan sonra plasebo grubuna alınacak olan gönüllü hastalardan yazılı onamları alınmıştır (EK VIII). Hastalara sahte TD öncesinde ilk olarak HTF, MSDÖ, GKÖ, Konfor Skalası ve ECOG Performans Skalası ön test olarak uygulanmıştır. Hastaya TD prosedürü açıklanmış ancak hasta kendisine uygulanan işlemin sahte TD olduğu konusunda bilgilendirilmemiştir. Hastalara ardı ardına 5 gün boyunca 15-20 dakika sahte TD uygulanmış ve her uygulamadan 15 dakika sonra Konfor Skalası ile hastaların konforu değerlendirilmiştir (Aghabati, Mohammadi ve Esmail, 2008). Uygulayıcı hastaya merkezlenmeyi önlemek adına 100'den geriye doğru sayma yöntemini kullanmıştır. Hastaya yardım etme niyeti olmamıştır. Hastanın enerji alanı değerlendirilmemiş, eller hastanın vücudundan 7-8 inç (18-20 cm) uzakta hareket ettirilmiştir. Eller TD'de olduğu gibi kullanılarak taklit edilmiştir. Uygulama sonrası gerçek TD uygulanan hastalarda olduğu gibi hasta 15 dakika süresince dinlendirilmiştir (Aghabati, Mohammadi ve Esmail, 2008; Bağcı ve Yücel, 2020). 5 gün boyunca sahte TD uygulanan hastalara 5. günün sonunda MSDÖ ve GKÖ uygulanmıştır. Ayrıca son test verileri toplandıktan sonra hastaların semptomlarını gidermek amacıyla hastalara TD uygulanmıştır.

Kontrol Grubu:

Araştırmanın amacı açıklandıktan sonra kontrol grubuna alınacak olan gönüllü hastalardan yazılı onamları alınmıştır (EK IX). Hastalara HTF, MSDÖ, GKÖ ve ECOG Performans Skalası ön test olarak uygulanmıştır. Kontrol grubundaki hastalara araştırmacı tarafından herhangi bir girişim yapılmamış, hastanenin standart bakımı sürdürülmüştür. Kontrol grubundaki hastalara 5. günün sonunda MSDÖ ve GKÖ uygulanmıştır. Ayrıca son testin verileri toplandıktan sonra hastaların semptomlarını gidermek/azaltmak amacıyla isteyen hastalara TD uygulanmıştır.



Şekil 2. Araştırmanın Uygulama Sürecine İlişkin Akış Şeması

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada verilerin tanımlayıcı istatistikleri (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum) verilmiştir. Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilirlikleri değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizin ilk adımı olan normallik varsayımı Shapiro Wilk testi ile kontrol edilmiştir. Normal dağılıma sahip bağımlı iki grubun karşılaştırılması için Bağımlı Örneklem T testi; varsayımının karşılanmadığı durumlarda Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Normallik varsayımının karşılandığı bağımsız üç ve daha fazla grubun ortalamaları arasındaki farkı incelenmesi için Anova testi yapılmıştır. Normallik varsayımının karşılandığı bağımlı üç grup ortalamaları arasındaki farkın incelenmesi için Tek Yönlü Varyans Analizi testi; normallik varsayımının karşılanmadığı durumlarda ise Friedman testi kullanılmıştır. Tekrarlanan ölçümlerin analizinde ikili karşılaştırmalarda Wilcoxon Testi uygulanmıştır. Analizler IBM SPSS 25 programında gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın tamamında anlamlılık düzeyi %95 güven aralığında $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.10. Süre ve Olanaklar

Tablo 1. Araştırmanın Uygulama Planı

	Ağustos 2021- Aralık 2022	Şubat 2022- Mart 2022	Nisan 2022	Mayıs 2022- Haziran 2022	Ekim 2022- Mayıs 2023	Haziran 2023- Ağustos 2023	Eylül 2023
Tez konusu için literatür tarama ve tez önerisini hazırlama	+						
Tez öneri hazırlama		+					
Tez öneri			+				
Araştırmanın etik kurul onayı ve düzeltmeler				+			
Araştırma verilerinin toplanması					+		
Araştırma verilerinin analizi, yorumlanması ve yazımı						+	
Tez savunma sınavı							+

3.11. Araştırmanın Etiği

Araştırmanın uygulanabilmesi için İzmir Bakırçay Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmaları Etik Kurul’undan etik onay (01.06.2022 tarihli, Karar No 620) (EK X), Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi’nden yazılı izin (26.08.2022 tarihli) (EK XI) alınmıştır. Araştırmada kullanılacak MSDÖ ve GKÖ’nün kullanılabilmesi için izin alınmıştır (Ek XII, Ek XIII). Katılımcılara araştırmanın amacı açıklanarak “Özerklik” ilkesi doğrultusunda katılımın zorunlu olmadığı ve istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları ve araştırmadan elde edilen verilerin “Gizlilik” ilkesi doğrultusunda gizli tutulacağı konularında bilgi verilmiştir. Plasebo ve kontrol grubundaki hastalara da “Eşitlik” ilkesi doğrultusunda araştırma tamamlandıktan sonra TD uygulanmıştır.

Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde, KT alan hematolojik kanserli hastalarda TD'nin semptom yönetimine ve konfora etkisinin değerlendirilmesi amacıyla toplanan verilerden elde edilen bulgulara 4 başlık altında yer verilmiştir.

Bu başlıklar aşağıda listelenmiştir;

- Hastalara Ait Sosyo-Demografik Özelliklere ve Hastaların Hastalıklarına İlişkin Özelliklerin Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular
- Hastaların MSDÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlarına İlişkin Bulgular
- Hastaların GKÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlarına İlişkin Bulgular
- Hastaların Konfor Skalasından Aldıkları Puanlarına İlişkin Bulgular

4.1. Hastalara Ait Sosyo-Demografik Özelliklere ve Hastaların Hastalıklarına İlişkin Özelliklerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

4.1.1. Hastalara Ait Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 2. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması (n=23)

	Toplam		Uygulama Grubu (n=10)		Plasebo Grubu (n=6)		Kontrol Grubu (n=7)		Test İstatistik Değeri* (p)
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Yaş									
45 yaş ve altı	9	39.1	6	60	2	33.3	4	57.1	1.209 (0.667)
46 yaş ve üzeri	14	60.9	4	40	4	66.7	3	42.9	
$\bar{X} \pm Sd = 46.43 \pm 18.42$ Min.-Max.= 19-76									
Cinsiyet									
Kadın	12	52.2	3	30	3	50	3	42.9	0.839 (0.757)
Erkek	11	47.8	7	70	3	50	4	57.1	
Öğrenim düzeyi									
Okur yazar	1	4.3	0	0	0	0	1	14.3	5.831 (0.814)
İlkokul	8	34.8	3	30	2	33.3	3	42.9	
Ortaokul	2	8.7	0	0	1	16.7	1	14.3	
Lise	5	21.7	3	30	1	16.7	1	14.3	
Üniversite ve üzeri	7	30.4	4	40	2	33.3	1	14.3	
Medeni durum									
Evli	15	65.2	5	50	5	83.3	5	71.4	1.861 (0.536)
Bekar	8	34.8	5	50	1	16.7	2	28.6	
Çocuk sahibi olma durumu									
Var	16	69.6	7	70	5	83.3	4	57.1	1.075 (0.740)
Yok	7	30.4	3	30	1	16.7	3	42.9	
Çalışma durumu									
Evet	4	17.4	0	0	3	50	1	14.3	5.594 (0.021)
Hayır	19	82.6	10	100	3	50	6	85.7	
Gelir düzeyi									
Gelir giderden az	4	17.4	0	0	1	16.7	3	42.9	15.480 (<0.001)

Gelir giderine denk	15	65.2	10	100	1	16.7	4	57.1	
Gelir giderden fazla	4	17.4	0	0	4	66.7	0	0	
Birlikte yaşadığı kişi									
Yalnız	1	4.3	1	10	0	0	0	0	
Eş ve çocuk	17	73.9	7	70	5	83.3	5	71.4	1.950
Anne ve baba	5	21.7	2	20	1	16.7	2	28.6	(1.000)
Evde bakıma destek olan kişilerin var olma durumu									
Var	22	95.7	9	90	6	100	7	100	1.445
Yok	1	4.3	1	10	0	0	0	0	(1.000)
Evde bakıma ihtiyacı olan kişilerin var olma durumu									
Var	6	26.1	4	40	2	33.3	0	0	3.646
Yok	17	73.9	6	60	4	66.7	7	100	(0.158)

Hastaların sosyodemografik özelliklerinin gruplara göre karşılaştırılması Tablo 2’de incelenmiştir.

Buna göre hastaların %60.9’unun 46 yaş ve üzeri olduğu, yaş ortalamalarının 46.43 ± 18.42 yıl olduğu, %52.2’sinin kadın, %34.8’inin ilkökul mezunu ve %65.2’sinin evli olduğu saptanmıştır. Hastaların %69.6’sının çocuğu olduğu, %82.6’sının çalışmadığı, %65.2’sinin gelirlerinin giderlerine denk olduğu belirlenmiştir. Hastaların %73.9’unun eş ve çocukları ile yaşadıkları, %95.7’sinin birlikte yaşadığı kişilerden bakımına destek olan bireylerin bulunduğu ve yalnızca %26.1’inin bakıma ihtiyacı olan diğer kişilerle birlikte yaşadıkları belirlenmiştir.

Uygulama grubundaki hastaların %60’ının 45 yaş ve altı olduğu, %70’inin erkek olduğu, %40’ının en az üniversite mezunu, yarısının (%50) evli, %70’inin çocuk sahibi olduğu, tamamının (%100) çalışmadığı ve yine tamamının (%100) gelirlerinin giderlerine denk olduğu belirlenmiştir. Buna ek olarak uygulama grubundaki hastaların %70’inin eş ve çocukları ile yaşadıkları, %90’ının birlikte yaşadığı kişilerden bakımına destek olan bireylerin bulunduğu ve %60’ının bakıma ihtiyacı olan diğer kişilerle birlikte yaşamadıkları tespit edilmiştir.

Plasebo grubundaki hastaların %66.7’sinin 46 yaş ve üzeri olduğu, yarısının (%50) erkek olduğu, %33.3’ünün ilkökul ve en az üniversite mezunu, %83.3’ünün evli ve çocuk sahibi olduğu, yarısının (%50) çalıştığı ve %66.7’sinin gelirlerinin giderlerinden fazla olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte plasebo grubundaki hastaların %83.3’ünün eş ve çocukları ile yaşadıkları, tamamının (%100) birlikte yaşadığı kişilerden bakımına

destek olan bireylerin bulunduğu ve %66.7'sinin bakıma ihtiyacı olan diğerk kişilerle birlikte yaşamadıkları tespit edilmiştir.

Kontrol grubundaki hastaların %57.1'inin 45 yaş ve altı olduğu, %57.1'inin erkek olduğu, %42.9'unun ilkokul mezunu, %71.4'ünün evli, %57.1'inin çocuk sahibi olduğu, %85.7'sinin çalışmadığı ve %66.7'sinin gelirlerinin giderlerinden fazla olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte kontrol grubundaki hastaların %71.4'ünün eş ve çocukları ile yaşadıkları, tamamının (%100) birlikte yaşadığı kişilerden bakımına destek olan bireylerin bulunduğu ve yine tamamının (%100) bakıma ihtiyacı olan diğerk kişilerle birlikte yaşamadıkları tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan uygulama, plasebo ve kontrol grubundaki hastaların yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, birlikte yaşanan kişi, evde bakıma destek olan kişilerin var olma durumu ve evde bakıma ihtiyacı olan kişilerin var olma durumu arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir (tüm p değerleri >0.05). Bununla birlikte uygulama, plasebo ve kontrol grubundaki hastaların çalışma durumları (p=0.021) ve gelir düzeyleri (p<0.001) arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

4.1.2. Hastaların Hastalıklarına İlişkin Özelliklerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 3. Hastaların Hastalıklarına İlişkin Özelliklerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması (n=23)

	Toplam		Uygulama Grubu (n=10)		Plasebo Grubu (n=6)		Kontrol Grubu (n=7)		Test İstatistik Değeri * (p)
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Hastalık tanısı									
Lenfoma	9	39.1	4	40.0	2	33.3	3	42.9	1.318 (0.926)
Lösemi	9	39.1	3	30.0	3	50.0	3	42.9	
Multiple Myelom	5	21.7	3	30.0	1	16.7	1	14.3	
Hastalık süresi									
1-6 ay	15	65.2	6	60.0	5	83.3	4	57.1	1.204 (0.639)
7 ay ve üzeri	8	34.8	4	40.0	1	16.7	3	42.9	
$\bar{X} \pm Sd = 16.61 \pm 31.70$ Min.-Max.= 0-10 (yıl)									
Kanser nedeniyle hastaneye yatış sayısı									
1 kez	13	56.5	5	55.6	4	66.7	4	57.1	0.355 (1.000)
2 kez ve üzeri	9	39.1	4	44.4	2	33.3	3	42.9	
KT süresi									
1-6 ay	15	65.2	6	60.0	5	83.3	4	57.1	1.204 (0.639)
7 ay ve üzeri	8	34.8	4	40.0	1	16.7	3	42.9	
$\bar{X} \pm Sd = 11.09 \pm 20.19$ Min.-Max.= 0-6 (yıl)									
Tedavinin günü									
1-3 gün	9	39.1	5	50.0	1	16.7	3	42.9	1.763 (0.482)
4 gün ve üzeri	14	60.9	5	50.0	5	83.3	4	57.1	
$\bar{X} \pm Sd = 5.13 \pm 5.15$ Min.-Max.= 1-17									
Daha önce KT alma durumu									
Hayır	12	52.2	5	50.0	5	66.7	3	42.9	5.252 (0.262)
1 ay	6	26.1	1	10.0	1	33.3	3	42.9	
2 ay ve üzeri	5	21.7	4	40.0	4	0	1	14.2	
$\bar{X} \pm Sd = 10.50 \pm 18.45$ Min.-Max.= 0-5 (yıl)									
Daha önce RT alma durumu									
Hayır	19	82.6	8	80.0	6	100.0	5	71.4	7.505 (0.111)
8 ay	2	8.7	0	0	0	0	2	28.6	
9 ay ve üzeri	2	8.7	2	20.0	0	0	0	0	

$\bar{X} \pm Sd = 40.75 \pm 54.00$
Min.-Max.= 0-10 (yıl)

Kanser dışında kronik hastalık var olma durumu									
Var	11	47.8	3	30.0	3	50.0	1	14.3	1.209
Yok	12	52.2	7	70.0	3	50.0	6	85.7	(0.666)
İlaç kullanım durumu									
Evet	10	43.5	5	50.0	1	16.7	4	57.1	2.374
Hayır	13	56.5	5	50.0	5	83.3	3	42.9	(0.327)
Ailede kanser tanısı almış olma durumu									
Evet	7	30.4	3	30.0	3	50.0	1	14.3	1.886
Hayır	16	69.6	7	70.0	3	50.0	6	85.7	(0.372)

Hastaların hastalıklarına ilişkin özelliklerinin gruplara göre karşılaştırılması Tablo 3'te verilmiştir.

Buna göre hastaların %39.1'inin lenfoma ve lösemi tanısı aldığı, %65.2'sinin 1-6 aydır kanser hastası olduğu, %56.5'inin bir kez mevcut hastalığı nedeniyle hastaneye yattıkları belirlenmiştir. Hastaların %65.2'sinin 1-6 ay süreyle KT aldıkları, %60.9'unun tedavilerinin en az dördüncü gününde oldukları tespit edilmiştir. Hastaların %47.8'inin daha önce KT aldığı; KT alan hastaların %26.1'inin en son bir ay önce KT aldıkları, %82.6'sının ise daha önce RT almadığı belirlenmiştir. Hastaların %52.2'sinin kanser haricinde başka bir kronik hastalığa sahip olmadığı ve %56.5'inin devamlı kullandığı bir ilacın bulunmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca hastaların yaklaşık üçte birinin (%30.4) ailesinde hematolojik veya onkolojik kanser tanısı alan bireylerin bulunduğu görülmektedir.

Uygulama grubundaki hastaların %40'ının lenfoma tanısı aldığı, %60'ının 1-6 ay süreyle kanser hastası olduğu, %55.6'sının mevcut hastalığı nedeniyle hastaneye bir kez yattıkları belirlenmiştir. Hastaların %60'ının 1-6 ay süreyle KT aldıkları, yarısının (%50) tedavilerinin en az dördüncü gününde oldukları tespit edilmiştir. Hastaların yarısının (%50) daha önce KT aldığı; KT alan hastaların %40'ının iki aydan daha uzun süre önce KT aldıkları, %80'inin ise daha önce RT almadığı belirlenmiştir. Hastaların %70'nin kanser haricinde başka bir kronik hastalığa sahip olmadığı ve yarısının (%50) devamlı kullandığı ilaçlarının bulunmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca hastaların yaklaşık üçte birinin (%30) ailesinde hematolojik veya onkolojik kanser tanısı alan bireylerin bulunduğu tespit edilmiştir.

Plasebo grubundaki hastaların yarısının (%50) lösemi tanısı aldığı, %83.3'ünün 1-6 ay süreyle kanser hastası olduğu, %66.7'sinin mevcut hastalığı nedeniyle hastaneye bir

kez yattıkları belirlenmiştir. Hastaların %83.3'ünün 1-6 ay süreyle KT aldıkları ve tedavilerinin en az dördüncü gününde oldukları tespit edilmiştir. Hastaların %33.3'ünün daha önce KT aldığı ve bu hastaların tamamının en son bir ay önce KT aldığı, tamamının (%100) ise daha önce RT almadığı belirlenmiştir. Hastaların yarısının (%50) kanser haricinde başka bir kronik hastalığa sahip olduğu ve %83.3'ünün devamlı kullandığı ilaçlarının bulunmadığı görülmüştür. Ayrıca hastaların yarısının (%50) ailesinde hematolojik veya onkolojik kanser tanısı alan bireylerin bulunduğu tespit edilmiştir.

Kontrol grubundaki hastaların %42.9'unun lösemi ve lenfoma tanısı aldığı, %57.1'inin 1-6 ay süreyle kanser hastası olduğu, mevcut hastalığı nedeniyle hastaneye bir kez yattıkları, 1-6 ay süreyle KT aldıkları ve tedavilerinin en az dördüncü gününde oldukları tespit edilmiştir. Hastaların %57.1'inin daha önce KT aldığı; KT alan hastaların %42.9'unun en son bir ay önce KT aldıkları, %71.4'ünün ise daha önce RT almadığı belirlenmiştir. Hastaların %85.7'sinin kanser haricinde başka bir kronik hastalığa sahip olduğu ve %57.1'inin devamlı kullandığı ilaçlarının bulunduğu görülmüştür. Ayrıca hastaların %85.7'sinin ailesinde hematolojik veya onkolojik kanser tanısı alan bireylerin bulunmadığı tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan uygulama, plasebo ve kontrol grubundaki hastaların hastalık tanısı, hastalık süresi, kanser nedeniyle hastaneye yatış sayısı, KT süresi, tedavinin günü, daha önce KT ve RT alma durumu, kanser dışında kronik hastalık var olma durumu, ilaç kullanım durumu ve ailede kanser tanısı almış olma durumu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (tüm p değerleri >0.05).

4.2. Hastaların MSDÖ'ye Verdikleri Cevaplar ve MSDÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlarına İlişkin Bulgular

4.2.1. Hastaların Ön Test MSDÖ'de Sıklık, Şiddet ve Sıkıntıya Göre Verdikleri Cevapların Dağılımı

Tablo 4. Hastaların Ön Test MSDÖ'de Sıklığa Verdikleri Cevaplara Göre Dağılımları

		Sıklık				
		Cevap yok	Çok Nadir	Bazen	Sık Sık	Neredeyse Sürekli
Dikkati toplamada zorluk	n	13	3	6	1	0
	%	56.5	13.0	26.1	4.3	0.0
Ağrı	n	6	3	6	4	4
	%	26.1	13.0	26.1	17.4	17.4
Halsizlik ya da enerji kaybı	n	5	0	6	3	9
	%	21.7	0.0	26.1	13.0	39.1
Öksürük	n	15	2	4	1	1
	%	65.2	8.7	17.4	4.3	4.3
Kendini sınırlı hissetme	n	12	1	5	0	5
	%	52.2	4.3	21.7	0.0	21.7
Ağız kuruluğu	n	13	0	3	2	5
	%	56.5	0.0	13.0	8.7	21.7
Bulantı	n	9	3	6	0	5
	%	39.1	13.0	26.1	0.0	21.7
Kendini uyuklu ya da sersemlemiş gibi hissetme	n	7	1	6	2	7
	%	30.4	4.3	26.1	8.7	30.4
El veya ayaklarda uyuşukluk/karınçalanma	n	16	3	2	1	1
	%	69.6	13.0	8.7	4.3	4.3
Uyumada zorluk	n	10	4	2	3	4
	%	43.5	17.4	8.7	13.0	17.4
Şişkinlik hissi	n	15	2	2	1	3
	%	65.2	8.7	8.7	4.3	13.0
İdrar yapmada zorluk	n	23	0	0	0	0
	%	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Kusma	n	18	2	1	2	0
	%	78.3	8.7	4.3	8.7	0.0
Nefes darlığı	n	20	1	1	0	1
	%	87.0	4.3	4.3	0.0	4.3
İshal	n	22	1	0	0	0
	%	95.7	4.3	0.0	0.0	0.0
Kendini üzgün hissetme	n	6	4	5	2	6
	%	26.1	17.4	21.7	8.7	26.1
Terleme	n	9	3	7	2	2
	%	39.1	13.0	30.4	8.7	8.7

Endişelenme	n	11	2	2	3	5
	%	47.8	8.7	8.7	13.0	21.7
Cinsel istek veya aktivite ile ilgili sorunlar	n	22	0	0	1	0
	%	95.7	0.0	0.0	4.3	0.0
Kaşıntı	n	20	1	1	0	1
	%	87.0	4.3	4.3	0.0	4.3
İştahsızlık	n	12	2	5	0	4
	%	52.2	8.7	21.7	0.0	17.4
Baş dönmesi	n	15	2	5	1	0
	%	65.2	8.7	21.7	4.3	0.0
Yutma güçlüğü	n	20	3	0	0	0
	%	87.0	13.0	0.0	0.0	0.0
Hassas olma/ hissetme	n	10	4	3	2	4
	%	43.5	17.4	13.0	8.7	17.4

Hastaların ön test MSDÖ’de sıklığa verdikleri cevaplara göre dağılımları Tablo 4’te verilmiştir.

Buna göre ön testte en sık karşılaşılan semptomlar halsizlik ya da enerji kaybı (hastaların %78.3’ünde), ağrı ve kendini üzgün hissetme (hastaların 73.9’unda)’dir. Hiç karşılaşılmayan semptom, idrar yapmada zorluk, nadir karşılaşılan semptomlar ise ishal (%4.3) ve cinsel istek veya aktivite ile ilgili sorunlardır (%4.3).

Tablo 5. Hastaların Ön Test MSDÖ’de Şiddete Verdikleri Cevaplara Göre Dağılımları

		Şiddet				
		Cevap yok	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok Şiddetli
Dikkati toplamada zorluk	n	13	5	5	0	0
	%	56.5	21.7	21.7	0.0	0.0
Ağrı	n	6	4	2	4	7
	%	26.1	17.4	8.7	17.4	30.4
Halsizlik ya da enerji kaybı	n	5	4	6	3	5
	%	21.7	17.4	26.1	13.0	21.7
Öksürük	n	15	4	2	0	2
	%	65.2	17.4	8.7	0.0	8.7
Kendini sinirli hissetme	n	12	3	3	2	3
	%	52.2	13.0	13.0	8.7	13.0
Ağız kuruluğu	n	13	2	4	2	2
	%	56.5	8.7	17.4	8.7	8.7
Bulantı	n	9	6	1	3	4
	%	39.1	26.1	4.3	13.0	17.4
Kendini uyuklu ya da sersemlemiş gibi hissetme	n	7	3	6	4	3
	%	30.4	13.0	26.1	17.4	13.0
El veya ayaklarda uyuşukluk/karınçalanma	n	16	3	3	0	1
	%	69.6	13.0	13.0	0.0	4.3
Uyumada zorluk	n	10	4	4	1	4
	%	43.5	17.4	17.4	4.3	17.4
Şişkinlik hissi	n	15	5	0	1	2
	%	65.2	21.7	0.0	4.3	8.7
İdrar yapmada zorluk	n	23	0	0	0	0
	%	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Kusma	n	18	1	2	1	1
	%	78.3	4.3	8.7	4.3	4.3
Nefes darlığı	n	20	1	1	0	1
	%	87.0	4.3	4.3	0.0	4.3
İshal	n	22	0	0	0	1
	%	95.7	0.0	0.0	0.0	4.3
Kendini üzgün hissetme	n	6	6	3	4	4
	%	26.1	26.1	13.0	17.4	17.4
Terleme	n	9	8	2	1	3
	%	39.1	34.8	8.7	4.3	13.0
Endişelenme	n	11	4	1	3	4
	%	47.8	17.4	4.3	13.0	17.4
Cinsel istek veya aktivite ile ilgili sorunlar	n	22	0	1	0	0
	%	95.7	0.0	4.3	0.0	0.0
Kaşıntı	n	20	1	1	1	0
	%	87.0	4.3	4.3	4.3	0.0
İştahsızlık	n	12	3	4	0	4
	%	52.2	13.0	17.4	0.0	17.4
Baş dönmesi	n	15	2	4	1	1
	%	65.2	8.7	17.4	4.3	4.3

Yutma güçlüğü	n	20	2	0	1	0
	%	87.0	8.7	0.0	4.3	0.0
Hassas olma/ hissetme	n	10	4	4	2	3
	%	43.5	17.4	17.4	8.7	13.0
Ağız yaraları	n	18	2	1	0	2
	%	78.3	8.7	4.3	0.0	8.7
Yiyeceklerin tadını almada değişiklik	n	15	4	3	0	1
	%	65.2	17.4	13.0	0.0	4.3
Kilo kaybı	n	10	8	5	0	0
	%	43.5	34.8	21.7	0.0	0.0
Saç dökülmesi	n	18	2	0	0	3
	%	78.3	8.7	0.0	0.0	13.0
Kabızlık	n	13	3	1	4	2
	%	56.5	13.0	4.3	17.4	8.7
Kol ve bacaklarda şişlik	n	19	1	1	1	1
	%	82.6	4.3	4.3	4.3	4.3
Ben kendimi sevmiyorum	n	22	0	0	0	1
	%	95.7	0.0	0.0	0.0	4.3
Deride değişiklikler	n	16	4	1	2	0
	%	69.6	17.4	4.3	8.7	0.0

Hastaların ön test MSDÖ’de şiddete verdikleri cevaplara göre dağılımları Tablo 6’da verilmiştir.

Hastaların yaşadıkları semptomların şiddeti değerlendirildiğinde; çok şiddetli olarak yaşamaya göre yapılan sıralamada öne çıkan sorunların ağrı (%30.4) ve halsizlik ya da enerji kaybı (%21.7) olduğu saptanmıştır. Ağrıyı hastaların %17.4’ü hafif, %8.7’si orta, %17.4’ü şiddetli ve %30.4’ü çok şiddetli olarak yaşamaktadır. Halsizlik ya da enerji kaybını hastaların %17.4’ü hafif, %26.1’i orta, %13’ü şiddetli ve %21.7’si çok şiddetli olarak yaşamaktadır.

Tablo 6. Hastaların Ön Test MSDÖ’de Sıkıntıya Verdikleri Cevaplara Göre Dağılımları

		Sıkıntı				
		Hiç	Biraz	Oldukça	Biraz Fazla	Çok Fazla
Dikkati toplamada zorluk	n	16	5	0	1	1
	%	69.6	21.7	0.0	4.3	4.3
Ağrı	n	7	5	2	3	6
	%	30.4	21.7	8.7	13.0	26.1
Halsizlik ya da enerji kaybı	n	7	3	5	2	6
	%	30.4	13.0	21.7	8.7	26.1
Öksürük	n	18	1	1	1	2
	%	78.3	4.3	4.3	4.3	8.7
Kendini sinirli hissetme	n	16	2	1	1	3
	%	69.6	8.7	4.3	4.3	13.0
Ağız kuruluğu	n	16	4	1	0	2
	%	69.6	17.4	4.3	0.0	8.7
Bulantı	n	9	4	3	3	4
	%	39.1	17.4	13.0	13.0	17.4
Kendini uyuklu ya da sersemlemiş gibi hissetme	n	10	4	2	2	5
	%	43.5	17.4	8.7	8.7	21.7
El veya ayaklarda uyuşukluk/karınçalanma	n	19	2	0	1	1
	%	82.6	8.7	0.0	4.3	4.3
Uyumada zorluk	n	12	4	1	1	5
	%	52.2	17.4	4.3	4.3	21.7
Şişkinlik hissi	n	15	4	2	0	2
	%	65.2	17.4	8.7	0.0	8.7
İdrar yapmada zorluk	n	23	0	0	0	0
	%	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Kusma	n	18	0	2	1	2
	%	78.3	0.0	8.7	4.3	8.7
Nefes darlığı	n	20	1	1	0	1
	%	87.0	4.3	4.3	0.0	4.3
İshal	n	22	0	0	0	1
	%	95.7	0.0	0.0	0.0	4.3
Kendini üzgün hissetme	n	8	5	4	1	5
	%	34.8	21.7	17.4	4.3	21.7
Terleme	n	11	6	2	2	2
	%	47.8	26.1	8.7	8.7	8.7
Endişelenme	n	13	3	0	1	6
	%	56.5	13.0	0.0	4.3	26.1
Cinsel istek veya aktivite ile ilgili sorunlar	n	23	0	0	0	0
	%	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Kaşıntı	n	20	3	0	0	0
	%	87.0	13.0	0.0	0.0	0.0
İştahsızlık	n	16	2	1	0	4
	%	69.6	8.7	4.3	0.0	17.4
Baş dönmesi	n	17	3	2	0	1
	%	73.9	13.0	8.7	0.0	4.3

Yutma güçlüğü	n	21	1	0	1	0
	%	91.3	4.3	0.0	4.3	0.0
Hassas olma/ hissetme	n	13	4	2	1	3
	%	56.5	17.4	8.7	4.3	13.0
Ağız yaraları	n	19	1	0	2	1
	%	82.6	4.3	0.0	8.7	4.3
Yiyeceklerin tadını almada değişiklik	n	17	3	1	1	1
	%	73.9	13.0	4.3	4.3	4.3
Kilo kaybı	n	18	3	2	0	0
	%	78.3	13.0	8.7	0.0	0.0
Saç dökülmesi	n	18	2	0	1	2
	%	78.3	8.7	0.0	4.3	8.7
Kabızlık	n	14	3	2	2	2
	%	60.9	13.0	8.7	8.7	8.7
Kol ve bacaklarda şişlik	n	19	1	2	0	1
	%	82.6	4.3	8.7	0.0	4.3
Ben kendimi sevmiyorum	n	22	0	0	0	1
	%	95.7	0.0	0.0	0.0	4.3
Deride değişiklikler	n	20	1	1	1	0
	%	87.0	4.3	4.3	4.3	0.0

Hastaların ön test MSDÖ’de sıkıntıya verdikleri cevaplara göre dağılımları Tablo 8’de verilmiştir.

Hastaların yaşadıkları semptomların hastalarda yarattığı sıkıntı değerlendirildiğinde; en sıkıntı yaşatan semptomlara göre yapılan sıralamada öne çıkan sorunların ağrı (%26.1), halsizlik ya da enerji kaybı (%26.1) ve endişelenme (%26.1) olduğu saptanmıştır. Ağrı ve halsizlik ya da enerji kaybından hastaların %30.4’ü hiç sıkıntı duymazken, %69.6’sı değişen oranlarda sıkıntı duymaktadır. Endişelenmeden hastaların %56.5’i sıkıntı duymazken, %43.5’i değişen oranlarda sıkıntı duymaktadır.

4.2.2. Hastaların Son Test MSDÖ’de Sıklık, Şiddet ve Sıkıntıya Göre Verdikleri Cevapların Dağılımı

Tablo 7. Hastaların Son Test MSDÖ’de Sıklığa Verdikleri Cevaplara Göre Dağılımları

		Sıklık				
		Cevap yok	Çok Nadir	Bazen	Sık Sık	Neredeyse Sürekli
Dikkati toplamada zorluk	n	13	4	5	1	0
	%	56.6	17.4	21.7	4.3	0.0
Ağrı	n	5	1	11	3	3
	%	21.7	4.3	47.8	13.0	13.0
Halsizlik ya da enerji kaybı	n	4	2	6	7	4
	%	17.4	8.7	26.1	30.4	17.4
Öksürük	n	17	5	1	0	0
	%	73.9	21.7	4.3	0.0	0.0
Kendini sinirli hissetme	n	14	1	6	1	1
	%	60.9	4.3	26.1	4.3	4.3
Ağız kuruluğu	n	10	2	6	3	2
	%	43.5	8.7	26.1	13.0	8.7
Bulantı	n	9	4	5	3	2
	%	39.1	17.4	21.7	13.0	8.7
Kendini uyuklu ya da sersemlemiş gibi hissetme	n	4	3	7	4	5
	%	17.4	13.0	30.4	17.4	21.7
El veya ayaklarda uyuşukluk/karınalanma	n	18	3	2	0	0
	%	78.3	13.0	8.7	0.0	0.0
Uyumada zorluk	n	8	3	8	2	2
	%	34.8	13.0	34.8	8.7	8.7
Şişkinlik hissi	n	8	2	11	2	0
	%	34.8	8.7	47.8	8.7	0.0
İdrar yapmada zorluk	n	21	0	1	1	0
	%	91.3	0.0	4.3	4.3	0.0
Kusma	n	15	3	4	1	0
	%	65.2	13.0	17.4	4.3	0.0
Nefes darlığı	n	16	4	3	0	0
	%	69.6	17.4	13.0	0.0	0.0
İshal	n	21	1	1	0	0
	%	91.3	4.3	4.3	0.0	0.0
Kendini üzgün hissetme	n	7	2	7	6	1
	%	30.4	8.7	30.4	26.1	4.3
Terleme	n	15	3	2	3	0
	%	65.2	13.0	8.7	13.0	0.0
Endişelenme	n	9	0	8	3	3
	%	39.1	0.0	34.8	13.0	13.0
Cinsel istek veya aktivite ile ilgili sorunlar	n	20	2	0	1	0
	%	87.0	8.7	0.0	4.3	0.0
Kaşıntı	n	19	2	1	1	0
	%	82.6	8.7	4.3	4.3	0.0

İştahsızlık	n	7	3	7	3	3
	%	30.4	13.0	30.4	13.0	13.0
Baş dönmesi	n	15	4	2	2	0
	%	65.2	17.4	8.7	8.7	0.0
Yutma güçlüğü	n	19	4	0	0	0
	%	82.6	17.4	0.0	0.0	0.0
Hassas olma/ hissetme	n	8	3	4	6	2
	%	34.8	13.0	17.4	26.1	8.7

Hastaların son test MSDÖ’de sıklığa verdikleri cevaplara göre dağılımları Tablo 5’te verilmiştir.

Buna göre son testte en sık karşılaşılan semptomlar halsizlik ya da enerji kaybı (hastaların %82.6’sında), kendini uykulu ya da sersemlemiş gibi hissetme (hastaların %82.6’sında) ve ağrı (hastaların 78.3’ünde)’dır. Nadir karşılaşılan semptomlar ise ishal (%8.7), idrar yapmada zorluk (%8.7) ve cinsel istek veya aktivite ile ilgili sorunlardır (%13)’tür.

Tablo 8. Hastaların Son Test MSDÖ’de Şiddete Verdikleri Cevaplara Göre Dağılımları

		Şiddet				
		Cevap yok	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok Şiddetli
Dikkati toplamada zorluk	n	13	6	2	2	0
	%	56.5	26.1	8.7	8.7	0.0
Ağrı	n	5	4	8	4	2
	%	21.7	17.4	34.8	17.4	8.7
Halsizlik ya da enerji kaybı	n	4	2	8	6	3
	%	17.4	8.7	34.8	26.1	13.0
Öksürük	n	17	6	0	0	0
	%	73.9	26.1	0.0	0.0	0.0
Kendini sinirli hissetme	n	14	3	5	0	1
	%	60.9	13.0	21.7	0.0	4.3
Ağız kuruluğu	n	10	8	3	1	1
	%	43.5	34.8	13.0	4.3	4.3
Bulantı	n	9	3	4	6	1
	%	39.1	13.0	17.4	26.1	4.3
Kendini uyuklu ya da sersemlemiş gibi hissetme	n	4	3	8	3	5
	%	17.4	13.0	34.8	13.0	21.7
El veya ayaklarda uyuşukluk/karınçalanma	n	18	3	2	0	0
	%	78.3	13.0	8.7	0.0	0.0
Uyumada zorluk	n	8	4	3	3	5
	%	34.8	17.4	13.0	13.0	21.7
Şişkinlik hissi	n	8	6	7	1	1
	%	34.8	26.1	30.4	4.3	4.3
İdrar yapmada zorluk	n	21	0	1	1	0
	%	91.3	0.0	4.3	4.3	0.0
Kusma	n	15	3	2	1	2
	%	65.2	13.0	8.7	4.3	8.7
Nefes darlığı	n	16	1	2	3	1
	%	69.6	4.3	8.7	13.0	4.3
İshal	n	21	1	0	1	0
	%	91.3	4.3	0.0	4.3	0.0
Kendini üzgün hissetme	n	7	6	7	2	1
	%	30.4	26.1	30.4	8.7	4.3
Terleme	n	15	4	3	1	0
	%	65.2	17.4	13.0	4.3	0.0
Endişelenme	n	9	2	7	2	3
	%	39.1	8.7	30.4	8.7	13.0
Cinsel istek veya aktivite ile ilgili sorunlar	n	20	2	1	0	0
	%	87.0	8.7	4.3	0.0	0.0
Kaşıntı	n	19	2	1	1	0
	%	82.6	8.7	4.3	4.3	0.0
İştahsızlık	n	7	3	9	1	3
	%	30.4	13.0	39.1	4.3	13.0
Baş dönmesi	n	15	4	2	1	1
	%	65.2	17.4	8.7	4.3	4.3

Yutma güçlüğü	n	19	3	1	0	0
	%	82.6	13.0	4.3	0.0	0.0
Hassas olma/ hissetme	n	8	5	4	5	1
	%	34.8	21.7	17.4	21.7	4.3
Ağız yaraları	n	17	4	1	1	0
	%	73.9	17.4	4.3	4.3	0.0
Yiyeceklerin tadını almada değişiklik	n	17	3	1	0	2
	%	73.9	13.0	4.3	0.0	8.7
Kilo kaybı	n	22	0	1	0	0
	%	95.7	0.0	4.3	0.0	0.0
Saç dökülmesi	n	17	2	2	0	2
	%	73.9	8.7	8.7	0.0	8.7
Kabızlık	n	10	7	2	3	1
	%	43.5	30.4	8.7	13.0	4.3
Kol ve bacaklarda şişlik	n	18	2	2	1	0
	%	78.3	8.7	8.7	4.3	0.0
Ben kendimi sevmiyorum	n	23	0	0	0	0
	%	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Deride değişiklikler	n	14	6	2	1	0
	%	60.9	26.1	8.7	4.3	0.0

Hastaların son test MSDÖ’de şiddete verdikleri cevaplara göre dağılımları Tablo 7’de verilmiştir.

Hastaların yaşadıkları semptomların şiddeti değerlendirildiğinde; çok şiddetli olarak yaşamaya göre yapılan sıralamada öne çıkan sorunların kendini uykulu ya da sersemlemiş gibi hissetme (%21.7) ve uyumada zorluk (%21.7) olduğu saptanmıştır. Kendini uykulu ya da sersemlemiş gibi hissetmeyi hastaların %13’ü hafif, %34.8’i orta, %13’ü şiddetli ve %21.7’si çok şiddetli olarak yaşamaktadır. Uyumada zorluğu hastaların %17.4’ü hafif, %13’ü orta ve şiddetli ve %21.7’si çok şiddetli olarak yaşamaktadır.

Tablo 9. Hastaların Son Test MSDÖ’de Sıkıntıya Verdikleri Cevaplara Göre Dağılımları

		Sıkıntı				
		Hiç	Biraz	Oldukça	Biraz Fazla	Çok Fazla
Dikkati toplamada zorluk	n	16	6	0	0	1
	%	69.6	26.1	0.0	0.0	4.3
Ağrı	n	5	10	1	2	5
	%	21.7	43.5	4.3	8.7	21.7
Halsizlik ya da enerji kaybı	n	6	3	7	3	4
	%	26.1	13.0	30.4	13.0	17.4
Öksürük	n	19	3	1	0	0
	%	82.6	13.0	4.3	0.0	0.0
Kendini sinirli hissetme	n	17	3	2	0	1
	%	73.9	13.0	8.7	0.0	4.3
Ağız kuruluğu	n	16	5	1	1	0
	%	69.6	21.7	4.3	4.3	0.0
Bulantı	n	9	4	3	3	4
	%	39.1	17.4	13.0	13.0	17.4
Kendini uyuklu ya da sersemlemiş gibi hissetme	n	6	5	1	5	6
	%	26.1	21.7	4.3	21.7	26.1
El veya ayaklarda uyuşukluk/karınçalanma	n	21	0	1	0	1
	%	91.3	0.0	4.3	0.0	4.3
Uyumada zorluk	n	10	4	1	2	6
	%	43.5	17.4	4.3	8.7	26.1
Şişkinlik hissi	n	12	6	2	1	2
	%	52.2	26.1	8.7	4.3	8.7
İdrar yapmada zorluk	n	21	0	1	1	0
	%	91.3	0.0	4.3	4.3	0.0
Kusma	n	16	3	0	3	1
	%	69.6	13.0	0.0	13.0	4.3
Nefes darlığı	n	17	2	0	0	4
	%	73.9	8.7	0.0	0.0	17.4
İshal	n	22	0	0	1	0
	%	95.7	0.0	0.0	4.3	0.0
Kendini üzgün hissetme	n	7	8	4	2	2
	%	30.4	34.8	17.4	8.7	8.7
Terleme	n	19	3	0	0	1
	%	82.6	13.0	0.0	0.0	4.3
Endişelenme	n	9	7	2	1	4
	%	39.1	30.4	8.7	4.3	17.4
Cinsel istek veya aktivite ile ilgili sorunlar	n	22	0	0	0	1
	%	95.7	0.0	0.0	0.0	4.3
Kaşıntı	n	21	1	0	0	1
	%	91.3	4.3	0.0	0.0	4.3
İştahsızlık	n	11	2	4	3	3
	%	47.8	8.7	17.4	13.0	13.0
Baş dönmesi	n	18	2	2	0	1
	%	78.3	8.7	8.7	0.0	4.3

Yutma güçlüğü	n	20	2	0	1	0
	%	87.0	8.7	0.0	4.3	0.0
Hassas olma/ hissetme	n	11	4	4	3	1
	%	47.8	17.4	17.4	13.0	4.3
Ağız yaraları	n	18	4	1	0	0
	%	78.	17.4	4.3	0.0	0.0
Yiyeceklerin tadını almada değişiklik	n	18	3	1	0	1
	%	78.3	13.0	4.3	0.0	4.3
Kilo kaybı	n	22	1	0	0	0
	%	95.7	4.3	0.0	0.0	0.0
Saç dökülmesi	n	18	2	2	0	1
	%	78.3	8.7	8.7	0.0	4.3
Kabızlık	n	13	6	1	1	2
	%	56.5	26.1	4.3	4.3	8.7
Kol ve bacaklarda şişlik	n	18	2	3	0	0
	%	78.3	8.7	13.0	0.0	0.0
Ben kendimi sevmiyorum	n	23	0	0	0	0
	%	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Deride değişiklikler	n	17	4	2	0	0
	%	73.9	17.4	8.7	0.0	0.0

Hastaların son test MSDÖ’de sıkıntıya verdikleri cevaplara göre dağılımları Tablo 9’da verilmiştir.

Hastaların yaşadıkları semptomların hastalarda yarattığı sıkıntı değerlendirildiğinde; en sıkıntı yaşıtan semptomlara göre yapılan sıralamada öne çıkan sorunların kendini uykulu ya da sersemlemiş gibi hissetme (%26.1), uyumada zorluk (%26.1) ve ağrı (%21.7) olduğu saptanmıştır. Kendini uykulu ya da sersemlemiş gibi hissetmeden hastaların %26.1’i hiç sıkıntı duymazken, %73.9’u değişen oranlarda sıkıntı duymaktadır. Uyuma güçlüğünden hastaların %43.5’i hiç sıkıntı duymazken, %56.5’i değişen oranlarda sıkıntı duymaktadır. Ağrıdan hastaların %21.7’si hiç sıkıntı duymazken, %78.3’ü değişen oranlarda sıkıntı duymaktadır.

Tablo 10. Hastaların MSDÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (n=23)

		Uygulama Grubu (n=10)	Plasebo Grubu (n=6)	Kontrol Grubu (n=7)	Test İstatistik Değeri* (p)
		$\bar{X} \pm Sd$	$\bar{X} \pm Sd$	$\bar{X} \pm Sd$	
Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği	Ön Test	1.04±0.47	0.72±0.55	0.60±0.44	1.862 (0.181)
	Son Test	0.73±0.37	0.84±0.47	0.82±0.57	0.134 (0.875)
Test İstatistik Değeri** (p)		2.278 (0.049)	-0.619 (0.563)	-1.937 (0.101)	
Global Distres İndeksi	Ön Test	1.77±1.01	1.24±0.94	1.12±0.79	1.90 (0.325)
	Son Test	1.32±0.57	1.65±1.06	1.36±0.94	0.314 (0.734)
Test İstatistik Değeri** (p)		1.824 (0.102)	-1.326 (0.242)	-1.996 (0.093)	
Fiziksel Semptom Alt Boyutu	Ön Test	1.43±0.62	0.98±0.71	0.82±0.4	2.005 (0.161)
	Son Test	1.07±0.61	1.28±0.68	1.06±0.68	0.241 (0.788)
Test İstatistik Değeri** (p)		2.036 (0.072)	-1.148 (0.303)	-0.914 (0.396)	
Psikolojik Semptom Alt Boyutu	Ön Test	1.62±1.00	1.17±1.07	1.01±0.69	0.988 (0.390)
	Son Test	1.09±0.57	1.55±0.98	1.30±0.91	0.634 (0.540)
Test İstatistik Değeri** (p)		2.197 (0.056)	-1.600 (0.170)	-1.986 (0.094)	

* Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

** Bağımlı Örneklem T testi

Tablo 10’da araştırmaya dahil edilen hastaların MSDÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması yer almaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların MSDÖ’den aldıkları puan ortalamalarının uygulama grubunda ön testte 1.04±0.47, son testte 0.73±0.37, plasebo grubunda ön testte 0.72±0.55, son testte 0.84±0.47, kontrol grubunda ise ön testte 0.60±0.44, son testte

0.82±0.57 olduğu görülmektedir. Uygulama grubunda ön test ve son test arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanırken (p=0.049), plasebo (p=0.563) ve kontrol (p=0.101) gruplarında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Aynı şekilde uygulama, plasebo ve kontrol grupları arasında da ön test ve son testte anlamlı bir fark bulunmamıştır (sırasıyla p=0.181, p=0.875).

Araştırmaya katılan hastaların MSDÖ Global Distres İndeksi alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları uygulama grubunda ön testte 1.77±1.01, son testte 1.32±0.57; plasebo grubunda ön testte 1.24±0.94, son testte 1.65±1.06, kontrol grubunda ise ön testte 1.12±0.79, son testte 1.36±0.94 olduğu görülmektedir. Her üç grupta ön test ve son test arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (sırasıyla p=0.102, p=0.242, p=0.093). Benzer şekilde uygulama, plasebo ve kontrol grupları arasında da ön test ve son testte anlamlı fark saptanmamıştır (sırasıyla p=0.325, p=0.734).

Araştırmaya katılan hastaların MSDÖ Fiziksel Semptom alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları uygulama grubunda ön testte 1.43±0.62, son testte 1.07±0.61; plasebo grubunda ön testte 0.98±0.71, son testte 1.28±0.68, kontrol grubunda ise ön testte 0.82±0.4, son testte 1.06±0.68 olduğu görülmektedir. Her üç grupta ön test ve son test arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (sırasıyla p=0.072, p=0.303, p=0.396). Benzer şekilde uygulama, plasebo ve kontrol grupları arasında da ön test ve son testte anlamlı fark saptanmamıştır (sırasıyla p=0.161, p=0.788).

Araştırmaya katılan hastaların MSDÖ Psikolojik Semptom alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları uygulama grubunda ön testte 1.62±1.00, son testte 1.09±0.57; plasebo grubunda ön testte 1.17±1.07, son testte 1.55±0.98, kontrol grubunda ise ön testte 1.01±0.69, son testte 1.30±0.91 olduğu görülmektedir. Her üç grupta ön test ve son test arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken (sırasıyla p=0.056, p=0.170, p=0.094) benzer şekilde uygulama, plasebo ve kontrol grupları arasında ön test ve son testte anlamlı fark saptanmamıştır (sırasıyla p=0.390, p=0.540).

4.3. Hastaların GKÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 11. Hastaların GKÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (n=23)

		Uygulama Grubu (n=10)	Plasebo Grubu (n=6)	Kontrol Grubu (n=7)	Test İstatistik Değeri* (p)
		$\bar{X} \pm Sd$	$\bar{X} \pm Sd$	$\bar{X} \pm Sd$	
Genel Konfor Ölçeği	Ön Test	3.00±0.32	2.82±0.32	3.02±0.36	0.720 (0.499)
	Son Test	2.95±0.21	2.85±0.44	3.12±0.31	1.196 (0.323)
	Test İstatistik Değeri** (p)	0.584 (0.573)	-0.280 (0.791)	-1.537 (0.175)	
Fiziksel Konfor Alt Boyutu	Ön Test	2.76±0.58	3.01±0.54	3.04±0.36	0.767 (0.478)
	Son Test	2.73±0.48	2.78±0.85	2.92±0.48	0.204 (0.817)
	Test İstatistik Değeri** (p)	0.141 (0.891)	0.685 (0.524)	0.967 (0.371)	
Psikospiritüel Alt Boyutu	Ön Test	3.14±0.41	2.77±0.53	3.15±0.67	1.113 (0.348)
	Son Test	3.08±0.30	2.91±0.44	3.30±0.45	1.638 (0.219)
	Test İstatistik Değeri** (p)	0.549 (0.596)	-0.829 (0.445)	-0.760 (0.476)	
Çevresel Konfor Alt Boyutu	Ön Test	2.93±0.30	2.60±0.32	2.82±0.36	1.928 (0.171)
	Son Test	2.95±0.39	2.55±0.53	3.09±0.31	2.979 (0.074)
	Test İstatistik Değeri** (p)	-0.168 (0.870)	0.366 (0.729)	-1.447 (0.198)	
Sosyokültürel Konfor Alt Boyutu	Ön Test	3.20±0.29	2.93±0.39	3.09±0.40	2.280 (0.320)
	Son Test	3.02±0.25	3.27±0.25	3.16±0.39	0.999 (0.386)
	Test İstatistik Değeri** (p)	2.043 (0.071)	-4.152 (0.009)	-0.530 (0.596)	

* Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

** Bağımlı Örneklem T testi

Tablo 11’de araştırmaya dahil edilen hastaların GKÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması yer almaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların GKÖ’den aldıkları puan ortalamalarının uygulama grubunda ön testte 3.00 ± 0.32 , son testte 2.95 ± 0.21 , plasebo grubunda ön testte 2.82 ± 0.32 , son testte 2.85 ± 0.44 , kontrol grubunda ise ön testte 3.02 ± 0.36 , son testte 3.12 ± 0.31 olduğu görülmektedir. Uygulama, plasebo ve kontrol gruplarında istatistiksel olarak bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$). Aynı şekilde her üç grup arasında ön test ve son testte anlamlı fark bulunmamıştır (sırasıyla $p = 0.499$, $p = 0.323$).

Araştırmaya katılan hastaların GKÖ fiziksel konfor alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları uygulama grubunda ön testte 2.76 ± 0.58 , son testte 2.73 ± 0.48 ; plasebo grubunda ön testte 3.01 ± 0.54 , son testte 2.78 ± 0.85 , kontrol grubunda ise ön testte 3.04 ± 0.36 , son testte 2.92 ± 0.48 olduğu görülmektedir. Her üç grupta ön test ve son test arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken (sırasıyla $p = 0.891$, $p = 0.524$, $p = 0.371$), benzer sonuçlar uygulama, plasebo ve kontrol grupları arasındaki ön test ve son testte de görülmektedir (sırasıyla $p = 0.478$, $p = 0.817$).

Araştırmaya katılan hastaların GKÖ psikospiritüel alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları uygulama grubunda ön testte 3.14 ± 0.41 , son testte 3.08 ± 0.30 ; plasebo grubunda ön testte 2.77 ± 0.53 , son testte 2.91 ± 0.44 , kontrol grubunda ise ön testte 3.15 ± 0.67 , son testte 3.30 ± 0.45 olduğu görülmektedir. Her üç grupta ön test ve son test arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$). Uygulama, plasebo ve kontrol grupları arasında ön test ve son testte de anlamlı fark saptanmamıştır (sırasıyla $p = 0.348$, $p = 0.219$).

Araştırmaya katılan hastaların GKÖ çevresel konfor alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları uygulama grubunda ön testte 2.93 ± 0.30 , son testte 2.95 ± 0.39 ; plasebo grubunda ön testte 2.60 ± 0.32 , son testte 2.55 ± 0.53 , kontrol grubunda ise ön testte 2.82 ± 0.36 , son testte 3.09 ± 0.31 olduğu görülmektedir. Her üç grupta ön test ve son test arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (sırasıyla $p = 0.870$, $p = 0.729$, $p = 0.198$). Uygulama, plasebo ve kontrol grupları arasında ön test ve son testte de benzer şekilde anlamlı fark saptanmamıştır (sırasıyla $p = 0.171$, $p = 0.074$).

Araştırmaya katılan hastaların GKÖ sosyokültürel konfor alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları uygulama grubunda ön testte 3.20 ± 0.29 , son testte 3.02 ± 0.25 ; plasebo grubunda ön testte 2.93 ± 0.39 , son testte 3.27 ± 0.25 , kontrol grubunda ise ön testte 3.09 ± 0.40 , son testte 3.16 ± 0.39 olduğu görülmektedir. Plasebo grubunda ön test

ve son test arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanırken ($p=0.009$), uygulama ($p=0.071$) ve kontrol ($p=0.596$) gruplarında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Uygulama, plasebo ve kontrol grupları arasında ön test ve son testte istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (sırasıyla $p=0.320$, $p=0.386$).



4.4. Hastaların Konfor Skalasından Aldıkları Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 12. Hastaların Konfor Skalasından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	TD öncesi ¹		1.Gün ²		2.Gün ³		3.Gün ⁴		4.Gün ⁵		5.Gün ⁶		Test İstatistik Değeri * (p)	İkili karşılaştırma**
	$\bar{X} \pm SD$	M [IQR]	$\bar{X} \pm SD$	M [IQR]	$\bar{X} \pm SD$	M [IQR]	$\bar{X} \pm SD$	M [IQR]	$\bar{X} \pm SD$	M [IQR]	$\bar{X} \pm SD$	M [IQR]		
Uygulama grubu	5.60±1.84	5 [2.75]	6.90±1.60	7 [3.25]	7.10±1.52	7.50 [2.50]	7.70±1.64	8 [3.00]	7.60±2.01	8 [4.25]	7.50±1.78	7 [2.75]	15.702 (0.008)	1-2, 1-3, 1-4, 1-5, 1-6
Plasebo grubu	4.33±3.08	3.50 [5.75]	5.00±2.76	4.50 [4.75]	7.33±2.16	7.50 [3.75]	3.23±2.17	6 [3.75]	5.33±1.97	5 [3.50]	6.33±2.58	7 [4.00]	4.330 (0.503)	
Test İstatistik Değeri*** (p)	-1.100 (0.271)		-1.371 (0.170)		-0.330 (0.740)		-1.853 (0.064)		-1.927 (0.054)		-0.716 (0.474)			

* Friedman testi

** Wilcoxon testi

***Mann Whitney U testi

Tablo 12’de araştırmaya dahil edilen hastaların konfor skalasından aldıkları puanların karşılaştırılması yer almaktadır. Araştırmaya katılan uygulama grubundaki hastaların konfor skalasından aldıkları puanların TD öncesinde 5.60 ± 1.84 , 1. gün sonunda 6.90 ± 1.60 , 2. gün sonunda 7.10 ± 1.52 , 3. gün sonunda 7.70 ± 1.64 , 4. gün sonunda 7.60 ± 2.01 , 5. gün sonunda 7.50 ± 1.78 olduğu bulunmuştur. Plasebo grubundaki hastaların konfor skalasından aldıkları puanların sahte TD öncesinde 4.33 ± 3.08 , 1. gün sonunda 5.00 ± 2.76 , 2. gün sonunda 7.33 ± 2.16 , 3. gün sonunda 3.23 ± 2.17 , 4. gün sonunda 5.33 ± 1.97 , 5. gün sonunda 6.33 ± 2.58 olduğu bulunmuştur.

Gruplar arası karşılaştırma yapıldığında; uygulama ve plasebo grubundaki hastaların günlere göre konfor skalasından aldıkları puanlar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (tüm p değerleri > 0.005).

Gruplar kendi içinde değerlendirildiğinde; uygulama grubunda tekrarlanan ölçümler ile konfor skalası puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.008$). Bu farklılığın TD öncesi ile 1. gün sonu, TD öncesi ile 2. gün sonu, TD öncesi ile 3. gün sonu, TD öncesi ile 4. gün sonu, TD öncesi ile 5. gün sonu alınan puanlardan kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Plasebo grubunda ise tekrarlanan ölçümler ile konfor skalası puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tartışma

Terapötik Dokunma'nın kanser hastalarının semptomlarında ve konfor düzeylerini arttırmada etkili olduğu yapılan araştırmalarda ortaya konulmuştur (Vanaki ve ark., 2016; Matourpour ve ark., 2015; Matory ve ark., 2013; Aghabati ve ark., 2010; Giasson ve Bouchard, 1998). Bu çalışmalarda TD'nin KT'ye bağı gelişen semptomlara ve hastaların konforuna etkisine ilişkin kanıt seviyesi yüksek araştırmalara ihtiyaç duyulduğu ifade edilmektedir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde, TD'nin hematolojik kanserli hastalarda KT'ye bağı gelişen semptomlara ve hastaların konforuna olan etkisinin incelendiği herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu çalışmada; hematolojik kanserli hastalara KT sürecinde uygulanan TD'nin hastalarda meydana gelen semptomlara ve hastaların konforlarına etkisi incelenerek KT'ye bağı gelişen semptomlarda ve hastaların refah düzeyini arttırmada TD'nin etkisi araştırılmak istenmiştir.

5.1. Hastalara Ait Sosyodemografik Verilerin ve Hastaların Hastalıklarına Ait Bilgilerin Tartışılması

Plasebo ve kontrol gruplu olarak tasarlanan bu çalışmada, her bir grup eşleştirilerek randomize edilmiş; uygulama, plasebo ve kontrol gruplarında yer almaları; yaş (45 yaş ve altı, 46 yaş ve üzeri) ve hastalık tanısına göre tabakalandırılıp bloklanmıştır. Bu bağlamda uygulama, plasebo ve kontrol gruplarında yaş ve hastalık tanısı bağlamında gruplar homojen dağılım göstermektedir (sırasıyla $p=0.667$, $p=926$).

Bu çalışmada ele alınan hastaların yaş ortalamaları 46.43 ± 18.42 yıl olup, yaş aralığı 19 ile 76 arasında değişmektedir. Hastaların %60.9'u 46 yaş ve üzeri, neredeyse yarısı (%52.2) kadınlardan oluşmaktadır. Çalışmamızla benzer olarak Bergerot ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları araştırmaya dahil olan kadın hasta sayısı araştırmamızla benzerlik göstermektedir (Bergerot ve ark., 2015). Çalışmaya dahil olan hastaların %34.8'inin ilkokul mezunu olduğu, %65.2'sinin evli olduğu, %69.6'sının çocuk sahibi olduğu, %82.6'sının çalışmadığı, %65.2'sinin gelirinin giderine eşit olduğu görülmektedir. Araştırmamıza dahil edilen hastaların sosyodemografik özellikleri hematolojik kanser tanısı alan hastalarla yapılmış başka çalışmalarla karşılaştırıldığında benzerlik göstermektedir (Kaymakyemez, 2023; Kuzu, 2022; Ayhan ve ark., 2021; Çalışkan, Gürhan ve Tekgündüz, 2017; Hintistan ve ark., 2012). Pehlivan ve arkadaşları (2019)'nın akut lösemi hastalarında alopesinin beden imajı ve benlik saygısına etkisini inceledikleri çalışmalarında lösemili bireylerin

%64'ünün evli olduğu görülmüştür (Pehlivan ve ark., 2019). Yapılan bu çalışmayla bizim çalışmamızın bulgusu benzerlik göstermektedir. Araştırmamıza dahil olan hastaların %73.9'unun eş ve çocuğuyla birlikte yaşadığı, %95.7'sinin evde bakımına destek olan kişilerin olduğu ve %73.9'unun evde bakıma ihtiyacı olan başka bireylerin olmadığı belirtmiştir (Tablo 2). Dağcı (2020)'nin yapmış olduğu yüksek lisans tez çalışmasında, hastaların %94.3'ünün bakımına destek olan kişilerin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Dağcı, 2020). Bu sonuç araştırma sonuçlarımızla paralellik göstermektedir. Yine aynı çalışmada %21.4 oranında evde bakmakla yükümlü oldukları kişilerin olmadığı görülmektedir (Dağcı, 2020). Bu sonuç ise araştırmamızın sonuçları ile benzerlik göstermemektedir. Karaca ve Aycil (2023)'in yapmış oldukları araştırmalarının sonucunda da bizim araştırmamızla benzer şekilde hastaların çoğunluğunun (%50.8) eş ve çocuğuyla birlikte yaşadığı görülmektedir (Karaca ve Aycil, 2023). Yine Karagöz (2023)'ün KT alan hematoloji hastalarında mandala boyamanın yorgunluk ve uyku kalitesi üzerine etkisini incelediği yüksek lisans tezinde hastaların yarısının (%50) eş ve çocuklarıyla yaşadıkları görülmektedir (Karagöz, 2023).

Çalışmada hastaların %39.1'i lenfoma ve lösemi tanılıdır (Tablo 3). Akan (2020)'ın hematoloji hastalarında destekleyici bakım gereksinimlerinin yaşam kalitesi ile ilişkisini incelediği çalışmasında, çalışmaya dahil edilen hastaların %35'i lenfoma, %34'ü lösemi tanılıdır (Akan, 2020). Bu araştırmanın örneklemini ile araştırmamızın örnekleminin dağılımı benzerlik göstermektedir. Çalışkan (2018)'in yaptığı araştırmada, lösemi tanılı hastalar çoğunluğu (%58.7) oluştururken ikinci çoğunlukta lenfoma (%22) tanılı hastalar bulunmaktadır (Çalışkan, 2018). Hintistan ve arkadaşları (2012) hematolojik kanserli hastaların KT'ye bağlı yaşadıkları semptomlara yönelik uygulamaları inceledikleri çalışmalarını; 54 lenfoma ve 28 lösemi hastası ile yürütmüşlerdir (Hintistan ve ark., 2012). Hematolojik kanserli hastalarla yürütülen başka bir çalışmada katılımcıların %34.2'si lenfoma, %34.2'si multipl miyelom ve %32.5'nin lösemi olduğu görülmüştür (Hshieh ve ark., 2018). Yapılan bu çalışmaların örneklemeleri ile bizim çalışmamızın örneklem dağılımı da benzerlik göstermemektedir.

Çalışmaya dahil olan hastaların %65.2'sinin son 6 aydır kanser hastası olduğu görülmektedir (Tablo 3). Ögedey (2020) KT uygulanan hematolojik kanserli hastalarda bulantı-kusma, öğürme ve ağız sağlığını değerlendirdiği araştırmasında

örnekleme dahil olan hastaların %25.12'sinin son 6 aydır hematolojik bir kanser türlerinden birine sahip olduğu sonucuna ulaşmıştır (Ögedey, 2020). Çam (2019)'ın yapmış olduğu yüksek lisans tezinde de araştırmaya dahil olan hastaların %44.6'sının son 6 aydır hematolojik kanser türlerinden birine sahip olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar araştırmamızla paralellik göstermemektedir. Araştırmamızda hastaların yarısından biraz fazlasının (%56.5) en az bir kez mevcut hastalığı nedeniyle hastaneye yattıkları belirlenmiştir. Serindağ (2008)'ın yapmış olduğu yüksek lisans tezinin sonuçlarına göre hastaların %86.7'sinin hastalık nedeniyle daha önce hastaneye yattığı, %41.6'sının 1 ila 5 kez hastanede yattıkları bulunmuştur (Serindağ, 2008). Hastaların %65.2'sinin son 6 aydır KT aldıkları görülmüştür (Tablo 3). Hintistan ve arkadaşları (2012)'nin hematolojik kanserli hastaların anksiyete, depresyon ve distres yaşama durumlarını araştırdıkları araştırmalarında bizim araştırmamızla benzer olarak araştırmaya dahil olan hastaların %70.2'sinin son 6 aydır KT aldığı sonucuna ulaşmışlardır. Çam (2019)'ın araştırmasında hastaların %66.2'sinin son 6 aydır KT aldığı görülmektedir. Hastaların KT alma süreçleri olarak değerlendirildiğinde bu araştırmanın sonucu, çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Hastaların %47.8'inin daha önce KT aldığı; KT alan hastaların %26.1'inin en son bir ay önce KT aldıkları, %82.6'sının ise daha önce RT almadığı belirlenmiştir. Hastaların neredeyse yarısında (%52.2) kanser haricinde başka bir kronik hastalığın bulunduğu ve %43.5'inin devamlı kullandığı ilaçların olduğu tespit edilmiştir. Kuzu (2022)'nin hematolojik kanserli hastalarda uyku kalitesi, ağrı, anksiyete düzeyi ve fizyolojik parametrelere etkisini incelediği çalışmasında hastaların %36.4'ünde kronik hastalık bulunmaktadır. Sezen (2023)'in hematolojik kanserli hastalarda KT'ye bağlı gelişen oral mukozitin iştah ve beslenme durumuna etkisini incelediği yüksek lisans tezinde hastaların sadece %24'ünde kronik hastalık bulunmaktadır. Yine Karagöz (2023)'ün yapmış olduğu araştırmasında, araştırmaya dahil olan hastaların %37.5'inde kronik hastalıkların var olduğu görülmektedir. Yapılan bu araştırma sonuçları araştırmamızla benzerlik göstermemektedir. Benzer ve Ovayolu (2022)'nin yapmış olduğu araştırmada hastaların %30.9'unun kronik hastalığının bulunduğu ve hastaların %39.2'sinin sürekli ilaç kullanımının olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu araştırma ile araştırmamızdaki sürekli ilaç kullanım durumu sonuçları paralellik göstermektedir. Hastaların yaklaşık üçte birinin (%30.4) ailesinde hematolojik veya onkolojik kanser tanısı alan bireylerin bulunduğu görülmektedir. Kuzu (2022)'nin yapmış olduğu

çalışmasında da çalışmaya dahil olan hastaların %25'inin ailesinde hematolojik kanser tanısı bulunan bireyler olduğu saptanmıştır. Serindağ (2008)'in onkolojik hastalığı olan okul yaş dönemi çocukların hastalık ve hastaneye yatma durumunda endişe kaynakları ölçeğinin geliştirilmesi amacıyla yürüttüğü yüksek lisans tezinde, çocukların ailesinin yalnızca %10'unda onkolojik tanı almış birey olduğu görülmektedir. Yapılan bu çalışmanın sonucu ile çalışmamızın sonucu benzerlik göstermemektedir.

5.2. Hastaların Kemoterapiye Bağlı Gelişen Semptomlarının Tartışılması

Semptomun, tanımına bakıldığında bireylerin zihinsel, psikososyal ve duygudurumlarında değişikliğe sebep olan subjektif bir deneyim olarak tanımlanmaktadır (Bölükbaş, 2011). Hastaların deneyimledikleri semptomların subjektif olması yaşanan semptomun değerlendirilmesini güçleştirmektedir. Bu noktada semptom değerlendirme ile ilişkili olarak semptomun sıklığı, şiddeti ve sebep olduğu sıkıntı olmak üzere üç farklı parametre önerilmektedir. Semptom sıklık ve şiddeti hastaların deneyimledikleri semptomların ölçülebilen bir boyutunu tanımlamakta ve semptom şiddetinin hastaların tanımlayabildiği bir ölçüt olduğundan bahsedilmektedir (Özel ve Türeyen, 2016). Hematolojik kanseri veya solid organ tümörü olan hastalar gerek hastalıkları, gerekse de uygulanan tedaviler sebebiyle birçok semptom yaşayabilmektedir. Yaşanan semptomlar tanımlandığında semptomların kontrol altına alınması kolaylaşmaktadır (Çakır, 2020). Hastalık ve KT sebebiyle meydana gelen ve yeteri kadar kontrol altına alınamayan semptomlar, hastaların planlanan tedaviye ara vermesine ya da tedaviyi sonlandırmasına neden olmaktadır (Kurt ve Kapucu, 2018; Karabulut, 2009). Yaşanan semptomların kontrol edilmesindeki yetersizlikler yaşam kalitesinde azalma ve tedaviye uyum sorunlarına neden olmaktadır (Karaca ve Aycil, 2023; Seven ve ark., 2013).

Bu bölümde hematolojik kanserli hastaların KT nedeniyle yaşadıkları semptomların sıklığı, şiddeti ve hastada yarattığı sıkıntıya ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Bu araştırmada hematolojik kanserli hastaların ön test MSDÖ'ye göre KT'ye bağlı olarak ortaya çıkan semptomlardan en sık karşılaşılanlar; halsizlik ya da enerji kaybı (%78.3), ağrı (%73.9) ve kendini üzgün hissetme (%73.9), hastaların en şiddetli yaşadıkları semptomlar; ağrı (%30.4) ve yine halsizlik ya da enerji kaybıdır (%21.7). Hastaların en sıkıntı duydukları semptomlar ise; ağrı (%26.1), halsizlik ya da enerji kaybı (%26.1) ve endişelenme (%26.1) olarak belirlenmiştir (Tablo 4,6,8).

Son test MSDÖ'ye göre ise hastalarda KT'ye bağılı olarak ortaya çıkan semptomlardan en sık karşılaşılanlar; halsizlik ya da enerji kaybı (%82.6), kendini uyku ya da sersemlemiş gibi hissetme (%82.6) ve ağrı (%78.3), hastaların en şiddetli yaşadıkları semptomlar; yine kendini uyku ya da sersemlemiş gibi hissetme (%21.7) ve uyumada zorluk (%21.7)'tur. En sıkıntı duydukları semptomlar ise; sıklık ve şiddette olduğu gibi kendini uyku ya da sersemlemiş gibi hissetme (%26.1) ve ağrı (%21.7) olarak belirlenmiştir (Tablo 5,7,9).

Kanser hastalarının halsizlik ve yorgunluk semptomlarını oldukça fazla yaşadıkları literatürde birçok çalışmada belirtilmektedir (Karakuş ve Özer, 2022; Doğan, Tel ve Özkan, 2020; Thong ve ark., 2020; Zordan ve ark., 2014; Hintistan ve ark., 2012). Hastaların deneyimledikleri yorgunluk ve halsizlik genellikle kemoterapi ile ilişkilendirilmektedir (Doğan, Tel ve Özkan, 2020; Thong ve ark., 2020). Bu alanda yapılan çalışmalar incelendiğinde; Miladinia ve arkadaşları (2017)'nın yaptıkları çalışmada, çalışma kapsamına alınan hastaların neredeyse tamamı (%99.5) yorgunluktan yakınmaktadır (Miladinia ve ark., 2017). Literatürde kemoterapi gören hastalarda orta düzeyde yorgunluk yaşadıklarını belirten çalışmaya da rastlanmıştır (Özkan ve Akın, 2017). Bu çalışmada da halsizlik/ enerji kaybı semptomu fiziksel semptomlar arasında diğer semptomlara göre daha fazla ifade edilmiştir. Bu sonuç araştırmamızla paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda hastaların büyük çoğunluğunun halsizlik/enerji kaybının yanı sıra kendini üzgün hissettiği (%73.9), ağrısının olduğu (ön testte %73.9, son testte 78.3), bir kısmının ise kendisini uyku ya da sersemlemiş gibi hissettiği (%82.6) belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4 ve 5). Hastaların yaşamış oldukları emosyonel semptomlar gerek kanserin kendisi gerek kanser tedavisinin vermiş olduğu yük, gerekse de yaşanan semptomların sıklığı ve şiddeti ile ilişkilendirilebilmektedir. Bu açıdan bakıldığında çalışma kapsamındaki olguların halsizliğin yanı sıra yaşamış oldukları emosyonel sorunlar da literatür ile uyumludur. Hintistan ve arkadaşlarının (2012) yapmış oldukları araştırmalarında KT'ye bağılı en sık karşılaşılan semptomlar arasında ağrı yer almaktadır (Hintistan ve ark., 2012). Karataş ve Kutlutürkan (2017)'ın derlemelerinin sonuçları bize hastaların en çok yorgunluk (%40.7) ve ağrı (%35.9) deneyimlediklerini göstermektedir. Chen ve Tseng (2005) yaptıkları çalışmada, en çok deneyimlenen semptomları “yorgunluk” (%84.1), iştahsızlık” (%76,2), “ağrı” (%72,8), “uyku bozukluğu” (%72,2) şeklinde sıralanmaktadır (Chen

ve Tseng, 2005). Wang ve arkadaşları (2002)'nin 246 Lösemi ve NHL tanılı hastada yaptığı araştırma sonucunda; hastaların tedaviye bağlı en fazla “halsizlik” ve bunun yanı sıra hastaların yarısından fazlasının “ağrı”, “bulantı”, “iştahsızlık” ve “uyku bozukluğu” gibi semptomları deneyimledikleri bildirilmiştir (Wang ve ark., 2002).

Uygulanan tedavi protokolleri ve hasta gruplarına göre KT'ye bağlı gelişen semptomlar farklılık göstermesine rağmen sonuçlara bakıldığında genel olarak benzer semptomların daha sık yaşandığı görülmektedir.

Çalışmamızda hastaların ön test MSDÖ'ye göre en şiddetli yaşadıkları semptomlar; ağrı (%30.4) ve halsizlik ya da enerji kaybıdır (%21.7). Son test MSDÖ'ye göre ise hastaların en şiddetli yaşadıkları semptomlar; kendini uykulu ya da sersemlemiş gibi hissetme (%21.7) ve uyumada zorluk (%21.7)'tur (Tablo 6 ve 7).

Ölmez (2020)'in MM tanısı olan hastaların bakım gereksinimleri ve yaşam kalitesi ile ilgili yapmış olduğu yüksek lisans tezinde hastaların en şiddetli yaşadıkları semptomların ağrı ve yorgunluk olduğu görülmektedir (Ölmez, 2020).

Chen and Tseng (2005)'in çoğu hematolojik kanser olan 151 hastanın semptom şiddetini değerlendirdikleri çalışmada en şiddetli olarak yaşadıkları semptomlar, “yorgunluk”, “ağız kuruluğu”, “üzüntülü olma”, “uyku bozukluğu”, “iştahsızlık”, “ağrı” ve “uyuşukluk” şeklinde sıralanmaktadır (Chen ve Tseng, 2005).

Çakır (2020)'in yapmış olduğu yüksek lisans tezinde hastaların en şiddetli yaşadıkları semptomların “halsizlik/enerji kaybı” ve “endişelenme” olduğu bulunmuştur (Çakır, 2020). Araştırmaların sonuçları incelendiğinde, çalışmamızla benzer sonuçların elde edildiği görülmektedir.

Çalışmamızda hastaların ön test MSDÖ'ye göre en sıkıntı yaşadıkları semptomlar; ağrı (%26.1), halsizlik ya da enerji kaybı (%26.1) ve endişelenme (%26.1)'dir. Son test MSDÖ'ye göre ise hastaların en sıkıntı yaşadıkları semptomlar; kendini uykulu ya da sersemlemiş gibi hissetme (%26.1) ve ağrı (%21.7)'dir (Tablo 8 ve 9).

Yine Çakır (2020)'in yapmış olduğu yüksek lisans tezinde hastaların en sıkıntı yaşadıkları semptomların “endişelenme” ve “iştahsızlık” olduğu bulunmuştur (Çakır, 2020). Endişelenme semptomunun sıklığı çalışmamızla uyumlu bulunmuştur.

Bölükbaş (2011)'in NHL tanılı hastalarda görülen semptomlar ve semptom gruplarının belirlenmesi amacıyla yürütmüş olduğu tezinin sonuçlarına göre araştırmaya dahil olan hastalarda KT'ye bağlı meydana gelen ve hastalara en çok sıkıntı veren semptomların “yiyeceklerin tadını almada değişiklik” (%36,5), “saç dökülmesi”

(%27,1) ve “kabızlık” olduğu görülmektedir. Bu bulgular araştırmamızla paralellik göstermemektedir.

5.3. Hastaların Uygulama Öncesi ve Uygulama Sonrası MSDÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Literatürde kanser ve tedavisine bağlı meydana gelen semptomların değerlendirilmesinde, araştırmamızda kullandığımız MSDÖ de kullanılan ölçekler arasındadır (Kutlutürkan ve ark., 2019; Tranmer ve ark., 2003). Ölçeğin toplam puanının yanı sıra global distress indeksi, fiziksel semptom ve psikolojik semptom alt boyutlarının da hesaplanması gerekir (Chen ve ark., 2023; Özkul ve Günüşen, 2019). Bu araştırmada, KT alan hematolojik kanserli hastalarda TD’nin semptomlar üzerine etkisi incelenmiş ve uygulama grubunun TD sonrasında MSDÖ ortalama puanlarında anlamlı azalma olduğu belirlenmiştir (Tablo 10). Uygulama grubundaki MSDÖ ortalama puanlarındaki azalma “Hematolojik kanserli hastalara uygulanan TD hastaların semptomlarının yönetiminde etkilidir.” hipotezini desteklemektedir. Bu bulgu, TD’nin uygulama grubundaki hastaların semptomlarını yönetmede etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Terapötik Dokunmanın hemşirelik alanında kullanımı incelendiğinde yaşam bulguları, ağrı, anksiyete, bulantı kusma, yorgunluk ve uyku gibi çeşitli semptomlarda etkili olduğu yapılan araştırmalarla da desteklenmektedir (Mueller, Palli ve Schumacher, 2019; Vanaki ve ark., 2016; Busch ve ark., 2012).

Literatürde KT alan kanserli hastalarda TD’nin etkinliğini değerlendiren birçok araştırma (Matourypour ve ark., 2016; Vanaki ve ark., 2016; Tabatabaee ve ark., 2016a; Tabatabaee ve ark., 2016b; Gronowicz ve ark., 2015; Matourypour ve ark., 2015; Aghabati, Mohammadi ve Esmail, 2010; Jackson ve ark., 2008; Zambetis, 1996) bulunmasına rağmen, hematolojik kanserli hastaların semptomlarına etkisini inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmazken, farklı kanser türlerinde KT’ye bağlı gelişen bazı semptom türlerine TD’nin etkisini inceleyen araştırmalar mevcuttur. Vanaki ve arkadaşları (2016)’nın KT alan meme kanserli hastalarda TD’nin bulantıya etkisini inceledikleri araştırmalarının sonucunda, TD’nin bulantının sıklığı, süresi ve yoğunluğu üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır (Vanaki vd., 2016). Yine Matourypour ve arkadaşları (2016) KT alan meme kanserli kadınlarda TD’nin KT’ye bağlı kusma yoğunluğu üzerindeki etkisini araştırmışlardır. Katılımcılar araştırmamızla benzer şekilde uygulama, plasebo ve kontrol olmak üzere 3 gruba ayrılmıştır. Her gruba 36 hasta dahil edilmiştir. Araştırma sonuçları, TD’nin kusmanın

azalmasında etkili olduğunu göstermektedir (Matourypour vd., 2016). Kemoterapi gören kanser hastalarında TD'nin ağrı ve yorgunluk üzerine etkisinin incelendiği bir araştırmada, TD'nin anlamlı düzeyde KT gören kanser hastalarının ağrısını ve yorgunluğunu azaltmada etkili olduğu görülmüştür (Aghabati, Mohammadi ve Esmail, 2010). Yapılan çalışmalarda KT'nin sebep olduğu bazı semptomlara TD'nin etkili olduğu görülmektedir.

Bozkurt (2022) Yapılandırılmış bireysel anımsamanın palyatif bakım hastalarının semptom yönetimi, yaşam memnuniyeti ve öz aşkınlık üzerine etkisini incelediği doktora tezinin sonuçları, uygulama öncesi girişim, plasebo ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık olmadığı ($p=0,699$)'nı göstermektedir. Uygulama sonrasında ise girişim, plasebo ve kontrol gruplarının MSDÖ toplam puan ortalamaları sırasıyla $1,06\pm0,45$, $1,12\pm0,47$ ve $1,11\pm0,43$ olarak belirlenmiş olup; yapılan analiz sonucunda gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p=0,884$). Bu sonuç araştırmamızla benzerlik göstermektedir. Grup içi analizler incelendiğinde ise; girişim, plasebo ve kontrol gruplarında uygulama öncesi ve sonrası istatistiksel bir fark olmadığı belirlenmiştir. Araştırmamızda uygulama grubunda anlamlı düzeyde iyileşme görüldüğünden bu bulgu araştırmamızla paralellik göstermemektedir.

Kerimoğlu Yıldız (2018)'ın kemoterapi alan çocuklar için geliştirilen tablet oyunu ve eğitim kitapçığının semptom yönetimi ve yaşam kalitesine etkisini inceledikleri doktora tezinde, hastalar tablet grubu ve kitapçık grubu olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Araştırmada kemoterapi tedavisi gören çocuklarda semptom yönetimini sağlayabilmek için biri tablet oyunu, diğeri de eğitim kitapçığı olmak üzere iki farklı eğitim yöntemi karşılaştırılmıştır. Gruplar arasında uygulama sonrasında görülen semptom sayısı, sıklığı, şiddeti ve semptomların yarattığı rahatsızlık durumu toplam puan ortalamalarının farklı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Ancak her iki grup kendi içinde değerlendirildiğinde hem tablet oyunu ile hem de kitapçık ile eğitim verilen çocuklarda semptom sıklığı, şiddeti ve yarattığı rahatsızlık durumunun uygulama öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı bulunmuştur (Kerimoğlu Yıldız, 2018). Bu çalışma değerlendirildiğinde, gruplar arası karşılaştırma sonuçları araştırmamızla benzerlik gösterirken, grup içi karşılaştırma sonuçları paralellik göstermemektedir. Yine aynı araştırmanın MSDÖ psikolojik, fiziksel ve global distres alt boyutları incelendiğinde gruplar arasında uygulama öncesi ve sonrasında semptom sıklığı, şiddeti ve semptomların yarattığı rahatsızlık durumu puan ortalamaları

arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (Kerimoğlu Yıldız, 2018). Yine bu sonuçlar da araştırmamızla benzerlik göstermektedir.

5.4. Hastaların Uygulama Öncesi ve Uygulama Sonrası GKÖ, Alt Boyutları ve Konfor Skalasından Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Kanser ve tedavisine bağlı meydana rahatlıkta bozulmanın değerlendirilmesinde, araştırmamızda kullandığımız GKÖ de sıklıkla kullanılan ölçeklerdendir (Şimşek, 2022; Yucel ve ark., 2018). Ölçeğin toplam puanının yanı sıra fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürel konfor alt boyutlarının da hesaplanması gerekir (Şimşek, 2022; Güzel, 2021).

Kanser hastaları tanı aldıkları zamandan itibaren karmaşık bir süreç geçirmektedir. Tedavi sırasında ve sonrasında birçok sorunla karşı karşıya kalmaktadırlar. Yaşanılan semptomlar kişinin yaşam kalitesini, buna bağlı olarak da konforunu olumsuz etkilemektedir (Bilgiç ve Acaroğlu, 2017; Kim ve Kwon, 2007; Iconomou ve ark., 2004). Tanı ve tedavi sürecinde meydana gelen stres, anksiyete, gelecek kaygısı, değişen beden imajı gibi fiziksel ve psikolojik semptomlar kişinin konfor durumunun ve yaşam kalitesinin azalmasına sebep olmaktadır (Tsaras ve ark., 2018; Schreier ve Williams, 2004). Kemoterapi nedeniyle meydana gelen semptomların etkili bir şekilde yönetilmesi hastaların tedaviye uyumunu, yaşam kalitesini ve konforunu arttırmaktadır (Oh ve Cho, 2020; Kim ve Kwon, 2007). Konfor, temel bir gereksinim olup; holistik hemşirelik bakımının temel taşlarından birisidir. Kanser hastalarında hemşirelik bakımının önemli hedeflerinden biri; hastanın iyilik halini, hasta ve ailesinin konforunu sağlamak ve sürdürmek olmalıdır (Bilgiç ve Acaroğlu, 2017; Kim ve Kwon, 2007).

Araştırma kapsamına alınan hastaların uygulama öncesi ve sonrası GKÖ toplam puanları gruplar arası karşılaştırıldığında, her üç grup arasında anlamlı fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$). Grup içi karşılaştırmada, aynı şekilde her üç grupta GKÖ puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu sonuçlar araştırmanın “Hematolojik kanserli hastalara uygulanan TD hastaların konforunu artırır.” hipotezini reddetmektedir fakat konfor skalası kullanılarak yapılan ölçümlerde uygulama grubunda tekrarlanan ölçümler ile konfor skalası puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.008$). İlk gün TD öncesi ile 1., 2., 3., 4. ve 5. günün TD sonrası karşılaştırmalarında alınan puanlar sonucu TD’nin hastaların konforunda etkili olduğu göstermektedir. Bu sonuç ise H-2 hipotezini

destekler niteliktedir. Günler arasında kademeli olarak konforda artışın meydana gelmemesinin sebebi olarak, hastalara gün içerisinde invaziv işlemlerin yapılıyor olması ve çevresel faktörlerin (hastanın yakınları ile yaşadığı problemler), tetkikler için aç bekleme, hekimlerden süreci hakkında olumlu geribildirim alamama, günler geçtikçe taburculuk sürecinin uzaması vb. gibi sebeplerle hastaların konfor algılarının değiştiği düşünülmektedir.

Araştırmamızda GKÖ alt boyutlarının gruplar arası ve grup içi karşılaştırılmasında, uygulama ve kontrol grubundaki hastaların ön test ve son test fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürel alt boyutları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak plasebo grubundakilerin sosyokültürel alt boyut puanlarının, uygulama ve kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p=0.009$) sonucuna ulaşılmıştır. Sosyokültürel konforun plasebo grunda daha yüksek olmasının ailesel özelliklerden, arkadaş çevresinden, sosyal desteklerden, eğitim düzeylerinden ve bireysel farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Literatür incelendiğinde hematolojik kanserli hastalarda aküpressür ve refleksoloji gibi TAT yöntemlerinin kullanıldığı (Rambod, Pasyar ve Shamsadini, 2019; Jahani ve ark., 2019; Sharif Nia ve ark., 2017), fakat aynı grup hastada herhangi bir TAT yönteminin konfora etkisini inceleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır. Terapötik Dokunma'nın araştırmamızdan farklı bir örneklem olan yaşlıların konforuna etkisinin incelendiği iki araştırma bulunmaktadır (Alp ve Yücel, 2021; Yücel, Arslan ve Bağcı, 2020). Alp ve Yücel (2021)'in huzurevi yaşlılarında TD'nin etkisini inceledikleri araştırmalarının sonucunda, TD'nin yaşlıların konforuna etkisinin olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan huzurevi sakinleri TD ve kontrol gruplarının, GKÖ alt boyut ve düzeylerinde ölçüm günlerine göre farkı belirlemek üzere analizler yapılmış ve ilk ölçümdeki fiziksel ve psikospiritüel konfor alt boyutları hariç, diğer ölçümlerde tüm alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark belirlenmiştir. Bu sonuçlar araştırmamızla benzerlik göstermemekle birlikte bunun nedeni olarak örneklem farklılığı gösterilebilir.

Yine Yücel ve arkadaşları (2020)'nin TD'nin ve el masajının yaşlıların konforuna etkisini inceledikleri araştırmaları, TD'nin yaşlıların konforunda etkili olduğunu göstermektedir. Bu iki çalışmanın sonuçları konfor skalası ile yapmış olduğumuz ölçümlerle paralellik gösterirken, GKÖ kullanılarak yapılan ölçümlerde paralellik göstermemektedir.

Sonuç ve Öneriler

Sonuç

Kemoterapi tedavisi alan hematolojik kanserli hastalarda TD uygulamasının semptom yönetimi ve konfor üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla randomize kontrollü yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

- Terapötik dokunmanın hematolojik kanserli hastaların semptomlarına etkisinde, uygulama grubunda ön test ve son test arasında istatistiksel olarak anlamlı bir azalma saptanmıştır ($p=0.049$). Terapötik dokunma sonrası uygulama grubunda, plasebo ve kontrol gruplarına göre semptom düzeylerinde anlamlı bir değişim olmamıştır ($p>0.05$).
- MSDÖ'nün alt boyutları incelendiğinde her üç grup arasında anlamlı bir değişim görülmemiştir ($p>0.05$).
- Terapötik dokunmanın hematolojik kanserli hastaların konforuna etkisinde, GKÖ'ye göre gruplar arasında anlamlı bir değişim olmamıştır ($p>0.05$). GKÖ'nün alt boyutları incelendiğinde plasebo grubunda sosyokültürel alt boyutta ön test-son test arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde iyileşme görülmüştür ($p=0.009$).
- Terapötik dokunmanın hematolojik kanserli hastaların konforuna etkisinde, Konfor Skalasına göre uygulama grubunda ilk gün uygulama öncesi ve 1., 2., 3., 4. ve 5. günler uygulama sonrası istatistiksel olarak anlamlı düzeyde iyileşme meydana gelmiştir. Plasebo grubunda günler arası karşılaştırmalarda ilk gün sahte TD öncesi ve sonrası, sonraki günler sahte TD sonrası değerlendirmelerde anlamlı bir fark görülmemiştir.

Öneriler

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Terapötik dokunmanın kolay, ağrısız, güvenli, etkili olması, invaziv girişim gerektirmemesi, yan etkilerinin bulunmaması ve uygulama esnasında hastaya temas etmeye gerek olmamasından dolayı enfeksiyon açısından diğer birimlerden daha riskli olan hematoloji servislerinde tıbbi tedaviye ek olarak uygulanabileceği,
- Tekrarlı yapılan uygulamalar ile tek gün uygulanan TD arasında anlamlı bir fark olmadığından TD'nin yalnız bir kez uygulanmasının dahi faydalı olabileceği,

- Literatür incelendiğinde TD'nin hematolojik kanserli hastaların konforlarına yönelik hiç bir araştırmaya rastlanmadığından, konu ile ilgili daha büyük örneklem genişliğine sahip randomize plasebo kontrollü araştırmaların yapılması,
- Hemşirelik uygulamalarında tamamlayıcı ve bütünleştirici yöntemlerden biri olan TD'nin eğitimini alan tüm hemşireler tarafından hemşirelik uygulamalarına entegre edilmesi ve desteklenmesi önerilmektedir.



Kaynaklar

- Açıkgöz, G. ve Baykal, U. (2023). Yasal Düzenlemeler Çerçevesinde Hemşirelerin Mesleki Roller ve Özerklik. İstanbul Kent University Journal of Health Sciences, 2(1), 29-34.
- Aghabati, N., Mohammadi, E. ve Esmail, Z.P. (2010). The Effect of Therapeutic Touch on Pain and Fatigue of Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. ECAM, 7(3):375-378.
- Akan, Y.E. (2020). Hematoloji Hastalarında Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Akın, S. ve Aslan, E. (2007). Semptom Grubu Kavramı ve Önemi. İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi, 15(60); (200-205).
- Alp, F.Y. ve Yucel, S.C. (2021). The Effect of Therapeutic Touch on the Comfort and Anxiety of Nursing Home Residents. J Relig Health;60(3):2037-50.
- American Cancer Society. (2022). Retrieved from <https://www.cancer.org/cancer/all-cancer-types.html>
- Anderson, P.G. ve Cutshall, S.M. (2007). Massage Therapy: A Comfort Intervention For Cardiac Surgery Patients. Clinical nurse specialist, 21(3), 161-165.
- Ar, C. (2013). Lenfomalara Genel Bakış. Hematolog: Lenfoma. 3(2): 200-225.
- Arsılkılıç, Ç., Temiz, G., ve Göktaş, S. (2020). Kemoterapi İlaç Güvenliği Ve Hemşirelik; Sistematik Derleme. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 5(3), 200-218.
- Aslan, Ö. (2003). Kanserli Hastalarda Kemoterapi Semptomlarının Değerlendirilmesi ve Bu Semptomların Kontrolünde Hemşirelik Eğitiminin Rolü' GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Okulu, Ankara.
- Aslan, E.F. ve Olgun, N. (2010). Onkoloji. İçinde: Dâhili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Karadakovan. A., Aslan, E.F., Editörler. Adana: Nobel Kitabevi, p. 189-276.
- Atalay, H. (2019). Akut Lösemi Tedavisi Gören Port Kateterli Çocuklarda Bakım Verici Annelerin Deneyimleri. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Aydın, Y. (2005). Hodgkin Lenfoma, Non Hodgkin Lenfoma. In: Yazıcı H, Hamuryudan V ve Sonsuz A (Editörler). Cerrahpaşa İç Hastalıkları. 1. baskı İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık. s.207-216.

Ayhan, İ. (2019). Miyelodisplastik Sendrom Tanılı Olgularda Ortalama Trombosit Hacmi ve Eritrosit Dağılım Genişliğinin Prognoza Etkisi. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Zonguldak.

Ayhan, D., Mercan, N., Doğan, R. ve Yüksek, Ç. (2021). Hematolojik Kansere Tanısı Alan Bireylerde Distres ve Aleksitiminin İncelenmesi. Journal Of Istanbul Faculty Of Medicine, 84(2), 237-244.

Bağcı, H. ve Yücel, Ş.Ç. (2020). Effect of Therapeutic Touch on Sleep Quality in Elders Living at Nursing Homes. J Relig Health;59(3):1304-18.

Bengüboz, F.B. (2020). Kolon Kanseri Tanılı Hastalarda Kemoterapi Sürecinde Fizyoterapi Ev Programının, Kemoterapi Toksisitesi, Kas Kuvveti, Duyu, Denge Ve Endurans Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.

Benzer, H. ve Ovayolu, N. (2022). Kemoterapi Alan Hematoloji Hastalarında Oral Mukozit Riskinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri ve Klinik Araştırmaları Dergisi, 1(1).

Bergerot, C. D., Clark, K. L., Nonino, A., Waliany, S., Buso, M. M., & Loscalzo, M. (2015). Course of Distress, Anxiety, and Depression in Hematological Cancer Patients: Association Between Gender and Grade of Neoplasm. Palliative & supportive care, 13(2), 115-123.

Bilgiç, Ş. ve Acaroğlu, R. (2017). Effects of Listening to Music on The Comfort of Chemotherapy Patients. Western journal of nursing research, 39(6), 745-762.

Blackburn, L.M., Bender, S., ve Brown, S. (2019). Acute Leukemia: Diagnosis and Treatment. In Seminars in oncology nursing (Vol. 35, No. 6, p. 150950). WB Saunders.

- Bozkurt, C. (2022). Yapılandırılmış Bireysel Anımsamanın Palyatif Bakım Hastalarının Semptom Yönetimi, Yaşam Memnuniyeti ve Öz Aşkınlık Üzerine Etkisi. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği, Doktora Tezi, İzmir.
- Bölükbaş, F. (2011). Non Hodgkin Lenfomalı Hastalarda Görülen Semptomlar ve Semptom Gruplarının Belirlenmesi. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Braga, T.V., Evangelista, F.C.G., Gomes, L.C., Araújo, S.S.D.S., Carvalho, M.D.G., Sabino, A.P. (2017). Evaluation of Mir-15a and Mir-16-1 as Prognostic Biomarkers in Chronic Lymphocytic Leukemia. Biomed Pharmacother. 92: 864- 869.
- Busch, M., Visser, A., Eybrechts, M., van Komen, R., Oen, I., Olff, M., Dokter, J. ve Boxma, H. (2012). The İmplementation and Evaluation of Therapeutic Touch in Burn Patients: An İnstructive Experience of Conducting a Scientific Study Within a Non-Academic Nursing Setting. Patient Educ Couns, 89: 439–46.
- Büyükbayram, Z. (2018). Onkoloji Hastalarında Reiki ve Yönlendirilmiş İmgelem Uygulamasının Ağrı ve Yorgunluk Üzerine Etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Malatya.
- Büyüköztürk, Ş. (2007). Deneysel Desenler Öntest-Son Test Kontrol Grubu Desen ve Veri Analizi. Ankara: Pegem Yayıncılık.
- Catlin, A., ve Taylor-Ford, R.L. (2011). Investigation of Standard Care Versus Sham Reiki Placebo Versus Actual Reiki Therapy to Enhance Comfort and Well-Being in A Chemotherapy İnfusion Center. In Oncology nursing forum (Vol. 38, No. 3).
- Cerit, B., ve Çoşkun, S. (2018). Hasta ve Hemşirelerin Hemşirelik Bakım Kalitesine İlişkin Algıları. Turkish Journal of Clinics and Laboratory, 9(2), 103-109.
- Chen, M.L., Tseng, H.H. (2005). Identification and Cerication of Symptom Cluster in Patients. J Support Oncol; 3(6 Suppl 4)
- Chen, Y.Q., Hong, Y.T., Yuan, J. ve Zhang, J.E. (2023). Patient-Family Caregiver Concordance of Symptom Assessment for Esophageal Cancer Patients Undergoing Esophagectomy. Cancer Nursing, 10-1097.

- Coakley, A. ve Duffy M. (2010). The Effect of Therapeutic Touch on Postoperative Patients. *Journal of Holistic Nursing American Holistic Nurses Association* V:28 Number 3;193-20.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Connors, J.M. (2011). *Hodgkin Lenfoma*. İçinde: Ünal S, çeviri editörü. *Cecil Medicine*. 23. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; s:1420-6.
- Çakır, M. (2020). *Kronik Lenfositik Lösemili Hastalarda Semptom Şiddeti ve Semptom Yönetimi*. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ.
- Çalışkan, B.B. (2018). Hematoloji Hastalarının Depresyon, Umutsuzluk ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. *Journal of Medical Sciences*. 25-40
- Çalışkan, M. A. ve Cerit, B. (2021). Effect of Therapeutic Touch on Sleep Quality and Anxiety in Individuals With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Randomized Controlled Trial. *Complementary therapies in clinical practice*, 45, 101481.
- Çalışkan, E., Gürhan, N., & Tekgündüz, A. İ. E. (2017). Hematolojik Kanserli Hastaların Anksiyete, Depresyon ve Distres Yaşama Durumları. *Acta Oncologica Turcica*, 50(3): 207-217
- Çelebi, D., Yılmaz, E., Şahin, S. T. ve Baydur, H. (2020). The Effect of Music Therapy During Colonoscopy on Pain, Anxiety and Patient Comfort: A Randomized Controlled Trial. *Complementary therapies in clinical practice*, 38, 101084.
- Çelik, G.H.T. (2016). *Onkoloji Hemşireliğinde Semptom Yönetimi*. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(4), 93-100.
- Çıtlak, K. ve Kapucu, S. (2015). Kemoterapi Alan Hastalarda Görülen Oral Mukozitin Önlemesi ve Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar: Kanıta Dayalı Uygulamalar. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2(1), 70-77.

- Demircioğlu, S., Ekinci, Ö., Doğan, A., ve Demir, C. (2018). Yaşlı Hastada Miyelodisplastik Sendrom. Nalçacı M, editör. Hematolojide Geriatrik Yaklaşım. Ankara: Türkiye Klinikleri. p.60-4.
- Doğan, S., Tel, H., Özkan, M. (2020). Gevşeme Egzersizinin Adjuvan Kemoterapi Alan Meme ve Kolorektal Kanseri Tanılı Hastaların Yorgunluk, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Düzeyine Etkisi. *Gevher Nesibe Journal of Medical and Health Sciences*, 5(8), 133-145.
- Doherty, D., Wright, S., Aveyard, B. ve Sykes, M. (2006). Therapeutic Touch and Dementia Care: An Ongoing Journey. *Nurs Older People*; 18(11):27-30.
- Dong, Y., Shi, O., Zeng, Q., Lu, X., Wang, W., Li, Y., ve Wang, Q. (2020). Leukemia Incidence Trends at The Global, Regional, and National Level Between 1990 And 2017. *Experimental hematology & oncology*, 9, 1-11.
- DSÖ, 2018 https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1 Erişim tarihi:14.11.2020.
- Düzen, K.Ö. ve Korkmaz, M. (2015). Kanseri Hastalarında Semptom Kontrolü ve Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(2), 67-76.
- Ferhanoğlu, B. (2012). Lenfomalar. İçinde: İliçin G, Biberoğlu K, Süleymanlar G, Ünal S, çeviri editörleri. İç Hastalıkları. 3. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; S:1692- 712.
- Gagne, D. ve Toye, R.C. (1994). The Effects of Therapeutic Touch and Relaxation Therapy in Reducing Anxiety. *Archives of Psychiatric Nursing*, 8(3), 184-189.
- Gedük, E.A. (2018). Hemşirelik Mesleğinin Gelişen Roller. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(2), 253-258.
- Gelin, D., ve Ulus, B. (2015). Hastanede Kemoterapi Alan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Bunu Etkileyen Faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (1), 31-35.

- Giasson, M. ve Bouchard, L. (1998). Effect of Therapeutic Touch on The Well-Being of Persons With Terminal Cancer. *Journal of Holistic Nursing*, 16(3), 383–398.
- Gördeles Beşer, N. (2001). Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Yaşam Kalitesi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Gronowicz, G., Secor, E. R., Flynn, J. R., Jellison, E. R., & Kuhn, L. T. (2015). Therapeutic Touch Has Significant Effects on Mouse Breast Cancer Metastasis and Immune Responses But Not Primary Tumor Size. *Evidence-based complementary and alternative medicine*.
- Günay, M. ve Taze, M. (2022). Mikroskopik Görüntülerde Multipl Miyelom Plazma Hücrelerinin Tespiti. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Mühendislik Bilimleri Dergisi*, 25(2), 145-154.
- Güzel, N. (2021). Meme Kanseri Tanısı Konulmuş Kadınlara Verilen Video Destekli Eğitimin Etkinliği: Nonrandomize Kontrollü Araştırma. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Gaziantep.
- Heidt, P. (1981). Effect of Therapeutic Touch on Anxiety Level of Hospitalized Patients. *Nursing Research*, 30(1), 32-37.
- Hintistan, S., Çilingir, D., Nural, N. ve Gürsoy, A.A. (2012). Hematolojik Kanserli Hastaların Kemoterapiye Bağlı Yaşadıkları Semptomlara Yönelik Uygulamaları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), 153-164.
- Hshieh, T.T., Jung, W.F., Grande, L.J., Chen, J., Stone, R.M., Soiffer, R.J., Driver, J.A., Abel, G.A. (2018). Prevalence Cognitive Impairment Association With Survival Among Older Patients With Hematologic Cancer. *JAMA Oncology*. 4(5): 686-693.
- Iconomou, G., Mega, V., Koutras, A., Iconomou, A. V., Kalofonos, H. P. (2004). Prospective Assessment of Emotional Distress, Cognitive Function and Quality of Life in Patients with Cancer Treated with Chemotherapy. *Cancer*, 101(2), 404-411.

- Jackson, E., Kelley, M., McNeil, P., Meyer, E., Schlegel, L., & Eaton, M. (2008). Does Therapeutic Touch Help Reduce Pain and Anxiety in Patients With Cancer?. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(1).
- Jahani, S., Salari, F., Elahi, N., et al. (2019). The effect of reflexology in intensity of pain and anxiety among patients suffering from metastatic cancer in adults' hematology ward. *Asian J Pharm Clin Res.*;11:401–5
- Kantarjian, H., ve O'Brein, S. (2011). Kronik Miyeloid Lösemi in *Cecile Medicine*. Edt. Goldman L. Ausiello D. Cecil 23. Baskı. Güneş Tıp Kitabevi;1397-1402.
- Karabulut, Ö. (2009). Kemoterapi Alan Hastalarda Semptom Yönetimi ve Yaşam Kalitesinin Sürdürülmesi. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 17(3), 218-225.
- Karaca, E. (2018). Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Hemşirelik Bakımı Memnuniyetinin Hastalık Algısı ve Yaşam Kalitesine Etkisi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Karaca, A. ve Aycil, İ. (2023). Kemoterapi Tedavisi Alan Hematoloji Hastalarının Öğrenim Gereksinimleri ve Etkileyen Faktörler: Tanımlayıcı Araştırma. *EGEHFD*, 39(1), 103-113 DOI: 10.53490/egehemsire.1133842.
- Karadağ, S., & Taşçı, S. (2005). Kayseri Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Verdiği Hemşirelik Bakımı ve Bakımı Etkileyen Faktörler. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14, 13-21.
- Karagöz, F. (2023). Kemoterapi Alan Hematoloji Hastalarında Mandala Boyamanın Yorgunluk ve Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi. Bursa Uludağ Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Bursa.
- Karakuş, Z., ve Özer, Z. C. (2022). Kanserle İlişkili Yorgunluk Yönetiminde Güncel Stratejiler ve Hemşirelik Girişimleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 15(3), 376-386.
- Karamustafaoğlu, M.F. (2014). Otolog Kök Hücre Nakli Yapılmış Olan Lenfoma Hastalarında Nakil Öncesi Demir Birikiminin Yaşam Süresine Olan Etkisinin

Değerlendirilmesi. Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Kayseri.

Kaymakyemez, G. (2023). Hematolojik Onkoloji Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı ve Covid-19 Farkındalığı. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Kepiçoğlu, N. (2012). Kemoterapi Uygulanan Hematolojik Maligniteli Hastalarda Oral Mukozit Riskinin ve Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Kerimoğlu Yıldız, G. (2018). Kemoterapi Alan Çocuklar İçin Geliştirilen Tablet Oyunu ve Eğitim Kitapçığının Semptom Yönetimi ve Yaşam Kalitesine Etkisi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.

Kim, K.S. ve Kwon, S.H. (2007). Comfort and Quality of Life of Cancer Patients. Asian Nursing Research, 1(2), 125-135.

Kolcaba, K. (1991). A Taxonomic Structure for the Concept Comfort. Image: Journal of Nursing Scholarship, 23(1):237-238.

Kolcaba, K. ve Kolcaba, R. (1991). An Analysis of Comfort. Journal of Advanced Nursing, 16(11), (s.1301–1310).

Kolcaba, K. (1994). A Theory of Holistic Comfort For Nursing. Journal of Advanced Nursing; 19: 1178-1184.

Kolcaba, K. (2003). Comfort Theory and Practice: A Vision For Holistic Health Care and Research. New York: Springer Publish Company.

Krieger, D. (1975). Therapeutic Touch: The Imprimatur of Nursing. Am J Nurs, 75: 784–7.

Krieger, D. (1993). Accepting Your Power to Heal, The Personal Practice of Therapeutic Touch. Santa Fe: Bear & Co, p:46-57

Krieger, D. (1997). Therapeutic Touch Inner Workbook, Santa Fe: Bear & Co., p:38-44.

- Kuğuoğlu, S., Karabacak, Ü. (2008). Genel Konfor Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması. İstanbul Üniv. Florance Nigtingale Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi;16(61):16-23.
- Kurt, B. ve Kapucu, S. (2018). Meme Kanseri Hastalarında Progresif Gevşeme Egzersizlerinin Kemoterapi Semptomlarına Etkisi: Literatür Derlemesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 11(2), 235-249.
- Kutlutürkan, S., Öztürk, E. S., Erdoğan, S. B., İyimaya, Ö., Bay, F. ve Gül, F. (2019). Yaşlı Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesinin ve Semptomların Değerlendirilmesi. *Van Tıp Dergisi*, 26(4), 418-426.
- Kuzu, S. (2022). Kahkaha Yogasının Hematolojik Kanserli Hastalarda Uyku Kalitesi, Ağrı, Anksiyete Düzeyi Ve Fizyolojik Parametrelere Etkisi. İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Lacy, J. (2002). Lenfositlerin Bozuklukları. Çavuşoğlu H (Editör). Cecil Essentials of Medicine (Türkçe), İstanbul: 5. baskı, Nobel Tıp Kitabevleri. p.435-448.
- Macrae, J. (2000). Herkes İçin Şifacılık, İyileştirici Dokunuşlar. Mines N (Çeviren). İzmir: Dönüşüm Basım, Yayım, Tanıtım TİC. LTD. ŞTİ., 17-110.
- Malinowski, A., ve Stamler, L.L. (2002). Comfort Exploration of the Concept in Nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 39(6), (s.599-606).
- Matory, P., Mehrzad, V., ve Dehghan, M. (2013). Investigation of The Effects of Therapeutic Touch on Intensity of Anticipatory and Acute Induced-Nausea in Breast Cancer Women Undergoing Chemotherapy In Isfahan. *Complementary Medicine Journal*, 3(3), 585-594.
- Matourypour, P., Vanaki, Z., Zare, Z., Mehrzad, V., Dehghan, M., & Ranjbaran, M. (2016). Investigating the Effect of Therapeutic Touch on The Intensity of Acute Chemotherapy-Induced Vomiting in Breast Cancer Women Under Chemotherapy. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 21(3), 255.
- Matourypour, P., Zare, Z., Mehrzad, V., Musarezaie, A., Dehghan, M. ve Vanaki, Z. (2015). An Investigation of The Effects of Therapeutic Touch Plan on Acute Chemotherapy-Induced Nausea in Women With Breast Cancer in Isfahan, Iran, 2012-2013. *Journal of education and health promotion*; 4(61).

- Mian, M., Tinelli, M., March, E., Turri, G., Meneghini, V., Pescosta, N., Berno, T. ve ark. (2016). Bortezomib, Thalidomide and Lenalidomide: Have They Really Changed the Outcome of Multiple Myeloma? *Anticancer Res.* 36(3):1059-65.
- Miladinia, M., Baraz, S., Ramezani, M., Malehi, A. (2017). The Relationship Between Pain, Fatigue, Sleep Disorders and Quality of Life in Adult Patients With Acute Leukaemia: During The First Year After Diagnosis. *Eur J Cancer Care.* (27): 1-8
- Mueller, G., Palli, C., ve Schumacher, P. (2019). The Effect of Therapeutic Touch on Back Pain in Adults on A Neurological Unit: An Experimental Pilot Study. *Pain Manag Nurs*, 20: 75–81.
- Munchi, N.C., Longo, D.L. ve Anderson, K.C. (2015). Plasma Cell Disorders In: Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, et al., editors. *Harrison's Principles of Internal Medicine* 19 ed. United States of America Mc Graw Hill. p710-9.
- National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH) [Internet]. [cited 2022]. Available from: <https://nccih.nih.gov/>
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M. ve Zelevinsky, K. (2002). Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722.
- Oh, P.J. ve Cho, J.R. (2020). Changes in Fatigue, Psychological Distress, and Quality of Life After Chemotherapy in Women With Breast Cancer: A Prospective Study. *Cancer Nursing*, 43(1), E54-E60.
- Oken, M.M., Creech, R.H., Tormey, D.C. ve ark. (1982). Toxicity and Response Criteria of The Eastern Cooperative Oncology Group. *Am. J. Clin. Oncol.* 5 (6), s. 649–55.
- Ölmez, S. (2020). *Multipl Miyelom Tanısı Olan Hastaların Bakım Gereksinimleri ve Yaşam Kalitesi*. Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Antalya.
- Özcan, N. (2018). *Göğüs Tüpü Çıkarma İşlemi Öncesi Uygulanan Progresif Kas Gevşeme Egzersizi, Soğuk Uygulama ve Lokal Anestezinin Hastanın Ağrı, Konfor Düzeyi ve Yaşam Bulguları Üzerine Etkisi*. Cumhuriyet Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.

Özcan Yüce, U. (2013). Kemoterapi Uygulanan Kanser Hastalarına Oral Mukoziti Önlemeye İlişkin Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesine Etkisi. Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin.

Özçelik, H. ve Fadiloğlu, Ç. (2009). Kanser Hastalarının Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanım Nedenleri. Türk Onkoloji Dergisi; 24(1): 48-52.

Özdemir, O. (2009). Örneklem ve Randomizasyon. İKU, 32-41.

Özdemir, G. (2021). Çocuklarda Miyelodisplastik Sendrom. Sağlık Bilimlerinde İleri Araştırmalar Dergisi, 4(2), 75-80.

Özel, F. ve Türeyen, A. (2016). Rahatsız Edici Semptomlar Teorisi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi; 32 (2) :107-118.

Özkan, M. ve Akın, S. (2017). Kanserli Hastalarda Yorgunluğun Fonksiyonel Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 25(3): 177-192

Özkaraman, A. (2014). Hodgkin Dışı Lenfomalı Hastalara Uygulanan İzometri El Sıkma Egzersizinin Periferik İntravenöz Kemoterapi Uygulanması Etkisinin Değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir.

Özkul, B. ve Günüşen, N.P. (2019). Kanser Tanısıyla Hastanede Yatan Ergenlerin Semptomları ile Annelerinin Stres Düzeyinin Ergenlerin Yaşam Kalitesi Üzerine Yordayıcı Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 12(2), 134-142.

Pehlivan, S., Doğan, D., Kahraman, B.N. ve Özkalemkaş, F. (2019). Akut Lösemi Hastalarında Alopesinin Beden İmajı ve Benlik Saygısına Etkisi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 45(2): 173-178.

Pekmezci, H., Genç Köse, B., Akbal, Y., Aşık Özdemir, V. ve Kefeli Çol, B. (2022). Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Görülen Semptomlar ve Tamamlayıcı Terapi Uygulamaları Kullanımları. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 9(3), 211-219.

- Portenoy, R.K., Thaler, H.T., Kornblith, A.B., et. al. (1994). The Memorial Symptom Assessment Scale: An instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *European Journal Cancer*; 30: 1326-36.
- Potrata, B., Cavet, J., Blair, S., Howe, T., Molassiotis, A. (2010). ‘Like A Sieve’: An Exploratory Study on Cognitive Impairments in Patients with Multiple Myeloma. *Eur J Cancer Care*; 19(6): 721-8
- Provan, D., Singer, C.R.J., Baglin, T., Dokal, I. ve Kurtoğlu, E. (2014). (Eds). Oxford Klinik Hematoloji El Kitabı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- Rajkumar, S.V. (2016). Multiple Myeloma: 2016 Update on Diagnosis, Riskstratification, and Management. *Am J Hematol*, 91(7): p. 719-34.
- Rambod, M., Pasyar, N., Shamsadini, M. (2019). The effect of foot reflexology on fatigue, pain, and sleep quality in lymphoma patients: a clinical trial. *Eur J Oncol Nurs.*;43:101678.
- Sadırlı, S.K, Ünsar, S. (2009). Kanserli Hastalarda Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ): Türkçe Geçerlilik Ve Güvenirlik Çalışması. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*;4(1):79-95.
- Sadri, S. (2022). Akut Miyeloid Lösemide Gözlenen Oral Komplikasyonlar. *Aydın Dental Journal*, 8(1), 73-81.
- Sarı, E. (2023). Kemoterapi Uygulanan Kanserli Hastalarda Progresif Kas Gevşeme Egzersizinin Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma. KTO Karatay Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, Konya, Türkiye.
- Schnepper, L. (2010). Energy Therapies. *Oncology Nurse Edition*; 24: 40-3.
- Schreier, A. M., Williams, S. A. (2004). Anxiety and Quality of Life of Women Who Received Radiation or Chemotherapy For Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 31(1), 127-130.
- Serindağ, S. (2008). Onkolojik Hastalığı Olan Okul Yaş Dönemi Çocukların Hastalık ve Hastaneye Yatma Durumunda Endişe Kaynakları Ölçeğinin Geliştirilmesi.

Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı,
Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep.

Seven, M., Akyüz, A., Sever, N., ve Dinçer, Ş. (2013). Kansere Tanısı Alan Hastaların Yaşadığı Fiziksel ve Psikolojik Semptomların Belirlenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 12(3).

Sevli Öz, Z. (2006). Kemoterapi Alan Hematolojik Malignansili Hastalarda Yaşam Kalitesi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Sezgin, M.G. ve Bektaş, H. (2022). Multipl Myelom Hastalarında Güncel Tedavi Önerileri ve Semptom Yönetimi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 38(1), 49-59.

Sharif Nia, H., Pahlevan Sharif, S., Yaghoobzadeh, A., et al. (2017). Effect of acupressure on pain in Iranian leukemia patients: a randomized controlled trial study. Int J Nurs Pract.;23:e12513.

Snowden, J.A., O'Connell, S., Hawkins, J., Dalley, C., Jack, A., Mannari, D., McNamara, C., Scott, M., Shenton, G., Soilleux, E., Macbeth, F. (2017). Haematological Cancers: Improving Outcomes. A summary of Updated NICE Guidance Relation to Specialist Integrated Hematological Malignancy Diagnostic Services (SIHMDS). Journal of Clinical Pathology. 70(6): 461-468.

Sunay, D., Şengezer, T., Oral, M., ve Aktürk, Z. (2013). CONSORT 2010 Raporu: Randomize Paralel Grup Çalışmalarının Raporlanmasında Güncellenmiş Kılavuzlar. Eurasian Journal of Family Medicine. 2(1), (s.1-10).

Swerdlow, S.H., Campo, E., Pileri, S.A., Harris, N.L., Stein, H., Siebert, R., ... & Jaffe, E. S. (2016). The 2016 Revision of The World Health Organization Classification of Lymphoid Neoplasms. Blood, The Journal of the American Society of Hematology, 127(20), 2375-2390.

Şimşek, H. (2022). Meme Kanseri Kadınlarında Kemoterapi Sırasında Stres Topu Uygulamasının Stres, Anksiyete ve Konfor Üzerine Etkisi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin.

- Tabatabaee, A., Tafreshi, M.Z., Rassouli, M., Aledavood, S.A., AlaviMajd, H. ve Farahmand, S.K. (2016a). Effect of Therapeutic Touch on Pain Related Parameters in Patients with Cancer: A Randomized Clinical Trial. *Mater Sociomed*; 28:220-3.
- Tabatabaee, A., Tafreshi, M. Z., Rassouli, M., Aledavood, S. A., AlaviMajd, H. ve Farahmand, S. K. (2016b). Effect of Therapeutic Touch in Patients with Cancer: A Literature Review. *Medical Archives*, 70(2), 142.
- Taşdelen, B., ve Kanık, E.A. (2009). Sağlık Araştırmalarında Biyoistatistiksel Yöntemlerin Doğru Kullanımı ve Sunumu. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi*, 2(1).
- T.C. Sağlık Bakanlığı <https://hsqm.saglik.gov.tr/tr/kanser-nedir-belirtileri> Erişim tarihi:14.11.2020.
- Tefferi, A., ve Vardiman, J.W. (2008). Classification and Diagnosis of Myeloproliferative Neoplasms: the 2008 World Health Organization Criteria and Point-of-care Diagnostic Algorithms. *Leukemia*. 22(1): 14-22.
- Tekinsoy, K.P., Ovayolu, N. ve Ovayolu, Ö. (2016). (Eds). *Patofizyoloji Pratik Bir Yaklaşım*. Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi: p.51-67.
- Terzi, B., ve Kaya, N. (2017). Konfor Kuramı ve Analizi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(1), 67-74.
- Therapeutic Touch International Association, 2022; Retrieved from <https://therapeutictouch.org/about-us/how-did-therapeutic-touch-being/>
- Thong, M.S., van Noorden, C.J., Steindorf, K., Arndt, V. (2020). Cancer-Related Fatigue: Causes and Current Treatment Options. *Current Treatment Options in Oncology*, 21(2), 17.
- Tolasa, A.G., ve Tokem, Y. (2022). Kanser Hastalarındaki Bakım Gereksinimlerinin Karşılansında Hemşirelik Uygulamalarının Etkinliğinin İncelenmesi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(2), 215-221.
- Tranmer, J. E., Heyland, D., Dudgeon, D., Groll, D., Squires-Graham, M. ve Coulson, K. (2003). Measuring The Symptom Experience of Seriously Ill Cancer and

Noncancer Hospitalized Patients Near The End of Life with The Memorial Symptom Assessment Scale. Journal of pain and symptom management, 25(5), 420-429.

Tsaras, K., Papathanasiou, I.V., Mitsi, D., Veneti, A., Kelesi, M., Zyga, S., et al. (2018). Assessment of depression and anxiety in breast cancer patients: prevalence and associated factors. Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP, 19(6), 1661.

Turan, N. (2015). Yoğun Bakım Ünitesinde Terapötik Dokunmanın Önemi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, (3), 134-139.

Türk Hematoloji Derneği Ulusal Tanı ve Tedavi Kılavuzu. (2016). Lenfoma Tanı ve Tedavi Kılavuzu. İstanbul: Galenos Yayınevi.

Türkiye İstatistik Kurumu, 2018 <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-Nedeni-Istatistikleri-2018-30626> Erişim tarihi:14.11.2020.

Tüzün Özdemir, S., Çiftçi, D., Akyol, A. ve Oksel, E. (2023). Lenfoma (Diffüz Büyük B Hücre Tipli) Tanılı Bireyin Henderson Hemşirelik Kuramı'na Göre Değerlendirilmesi: olgu sunumu. 3. Uluslararası Bilimsel Araştırmalar ve Yenilikçi Çalışmalar Sempozyumu, 15-18 Mart 2023, Balıkesir.

Uğur, Ö. (2014). Kanser Hastasının Semptom Yönetimi. Turkish Journal of Oncology/Türk Onkoloji Dergisi, 29(3).

Ulusal Kanser Enstitüsü- National Cancer Institute Erişim: <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancerterms/def/hematologic-cancer> Erişim tarihi: 11.12.2020.

Vanaki, Z., Matourypour, P., Gholami, R., Zare, Z., Mehrzad, V. ve Dehghan, M. (2016). Therapeutic Touch for Nausea in Breast Cancer Patients Receiving Chemotherapy: Composing A Treatment. Complementary therapies in clinical practice, 22, 64-68.

Van der Kruk, S.R., Butow, P., Mesters, I., Boyle, T., Olver, I., White, K., Sabesan, S., Zielinski, R., Chan, B.A., Spronk, K., Grimison, P., Underhill, C., Kirsten, L., Gunn, K.M. (2021). Clinical Oncological Society of Australia. Psychosocial Well-Being and Supportive Care Needs of Cancer Patients and Survivors Living in Rural or Regional Areas: A Systematic Review From

- 2010 to 2021. Support Care Cancer. 14:1–44. doi: 10.1007/s00520-021-06440-1. Epub ahead of print. PMID: 34392413; PMCID: PMC8364415.
- Vitale, A. (2006). The Use of Selected Energy Touch Modalities as Supportive Nursing Interventions: Are We There Yet? *Holist Nurs Pract.*;20(4):191–6.
- Vural Dogru, B., Utli, H. ve Senuzun Aykar, F. (2021). Effect of Therapeutic Touch on Daytime Sleepiness, Stress and Fatigue Among Students of Nursing and Midwifery: A Randomized Sham-Controlled Trial. *Complement Ther Clin Pract.*; 43:101322.
- Wang, S., Grralt, S.A., Mendoza, T.R., Engstrom, M.C., Johnson, B.M. et al. (2002). Clinical Factors Associated With Cancer-Related Fatigue in Patients Being Treated for Leukemia and Non-Hodgkin’s Lymphoma. *Journal of Clinical Oncology*; 20(5):1319-1328
- Yamaç, K. (2003). Hodgkin dışı lenfoma, Hodgkin Hastalığı. İliçin G, Biberoğlu K, Süleymanlar G ve Ünal S (Editörler). *Temel İç Hastalıkları*, Ankara: Güneş Kitabevi, p.1913-1937.
- Yeşilbalkan, Ö.U., Akyol, A.D., Çetinkaya, Y., Altın T. ve Ünlü D. (2005). Kemoterapi Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye Bağlı Yaşadıkları Semptomlar ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*;21(1):13-31.
- Yıldırım, Y., Tokem, Y., Bozkurt, N., Fadiloğlu, Ç., Uyar, M., Uslu, R. (2011). Reliability and Validity of the Turkish Version of Memorial Symptom Assessment Scale in Cancer Patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*; 12: 3389- 3396.
- Yıldırım, M. ve Yayan, E.H. (2023). The Effect of Therapeutic Touch and Music Rest on Sleep Parameters in Children with Liver Transplantation. *Journal of Pediatric Nursing*, 69, e65-e72.
- Yıldız, N. (2015). Hematolojik Maligniteli Hastalarda Hastalık Algısını Etkileyen Faktörler. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

- Yıldız, E., Dedeli, Ö. ve Pakyüz, S.Ç. (2016). Kanser Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 13(3), 216-225.
- Yıldız, H., Karacan, Y. ve Ali, R. (2022). Gebelik ve Kronik Miyeloid Lösemi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 48(1), 111-115.
- Yılmaz, E., Birer, Z. ve Baydur, H. (2016). Katarakt Ameliyatı Esnasında Uygulanan Terapötik Dokunmanın Kaygı ve Hasta Memnuniyetine Etkisi. *J Clin Exp Invest* [www. jceionline. org](http://www.jceionline.org) Vol, 7(1).
- Yılmaz, S.G. ve Arslan, S. (2015). Effects of Progressive Relaxation Exercises on Anxiety and Comfort of Turkish Breast Cancer Patients Receiving Chemotherapy. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2015;16(1):217-220. doi: 10.7314/APJCP.2015.16.1.217.
- Yiallourous, M., Creutzig, U., ve Saribeyoglu, E. (2022). Akut Miyeloid Lösemi (AML)-Kısa Bilgiler.
- Yiğit, G. (2021). Hematolojik Kanserli Hastaların Cerrahi Deneyimleri, Kemoterapiye Bağlı Yaşadıkları Semptomlara Yönelik Bireysel Uygulamaları ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi. *Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*.
- Yucel, S. C., Arslan, G. G., Avdal, E. U., Kurt, C., Celebi, H., Kavli, H., ... & Aslan, Y. (2018). Life quality, comfort and anxiety levels of family members caring for the cancer patient. *Int J Health Sci Res*, 8(6), 192-202.
- Yücel, S.Ç. (2011). Kolcaba'nın Konfor Kuramı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 27(2), (s.79-88).
- Yücel, Ş.Ç., Arslan, G.G. ve Bağcı, H. (2020). Effects of Hand Massage and Therapeutic Touch on Comfort and Anxiety Living in A Nursing Home in Turkey: A Randomized Controlled Trial. *Journal of religion and health*, 59(1), 351-364.
- Zambetis, D.B. (1996). Attitudes of Women With Breast Cancer Toward Therapeutic Touch (Master's thesis) Michigan State University.

- Zolfaghari, M., Eybpoosh, S., Hazrati, M. (2012). Effects of Therapeutic Touch on Anxiety, Vital Signs, and Cardiac Dysrhythmia in a Sample of Iranian Women Undergoing Cardiac Catheterization, *Journal of Holistic Nursing*American Holistic Nurses Association 30 (4),225-234.
- Zordan, R., Manitta, V., Nandurkar, H., Cole-Sinclair, M., Philip, J. (2014). Prevalence and Predictors of Fatigue in Haemooncological Patients. *Internal Medicine Journal*;44(10):1013-1017.



Ekler

EK I. Hasta Tanılama Formu

1. Cinsiyetiniz nedir?

- 1) Kadın 2) Erkek

2. Kaç yaşındasınız?

3. Eğitim durumunuz nedir?

- 1) Okur-yazar değil 2) Okuryazar 3) İlkokul 4) Ortaokul 5) Lise
6) Üniversite ve üzeri

4. Medeni durumunuz nedir?

- 1) Evli 2) Bekar

5. Evli iseniz çocuğunuz var mı?

- 1) Evet 2) Hayır

6. Çalışıyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır

9. Aylık gelirinizi nasıl tanımlarsınız?

- 1) Gelir giderden az 2) Gelir gidere denk 3) Gelir giderden fazla

10. Kiminle yaşıyorsunuz?

- 1) Yalnız 2) Eş ve çocuk 3) Anne ve baba 4) Diğer.....

11. Evinizde sizinle yaşayan kişilerden bakımınıza destek olanlar var mı?

- 1) Evet 2) Hayır

13. Evde bakıma ihtiyaç duyan (çocuk, yaşlı vs.) var mı?

- 1) Evet 2) Hayır

HASTALIK VE TEDAVİSİLERİNE İLİŞKİN VERİLER

1. Hastalık tanınız nedir?.....

2. Ne kadar süredir kanser hastasısınız? ay yıl

3. Ne kadar süredir kemoterapi alıyorsunuz? ay yıl

4. Tedavinin kaçınıcı günü.....

5. Hastaneye mevcut olan hastalığınız nedeniyle yatış sayınız

6. Daha önce kemoterapi aldınız mı?

- 1) Evet (.....ay/gün önce) 2) Hayır

7. Daha önce Radyoterapi aldınız mı?

- 1) Evet (.....ay/gün önce) 2) Hayır

8. Devamlı kullanılan ilaçlar var mı?

1) Evet

2) Hayır

9. Ailenizde hematolojik kanser veya onkolojik tanı alan birey/bireyler var mı?

1) Evet

2) Hayır

10. Kanser haricinde başka kronik bir hastalığınız var mı?

1) Evet

2) Hayır



EK II. Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği

MEMORIAL SEMPTOM TANILAMA SKALASI														
Bölüm I														
Adı:										Tarih:				
Açıklama: Aşağıda sıralanmış 24 semptom bulunmaktadır. Her birini dikkatlice okuyun. Eğer geçen hafta boyunca semptom yaşıyorsanız, bu semptomu NE SIKLIKTA yaşadığınızı, genellikle ne kadar ŞİDDETLİ olduğunu ve bu semptomun size NE KADAR SIKINTI VERDİĞİNİ veya NE KADAR CANINIZI SIKTIĞINI uygun sayıyı yuvarlak içine alarak belirtiniz. Eğer hiç semptom yaşamadıysanız “SEMPTOM YAŞAMADIM” sütununa “X” işareti koyunuz.														
GEÇEN HAFTA BOYUNCA	Y A Ş A M A D I M	<u>EĞER EVET İSE</u>				<u>EĞER EVET İSE</u>				<u>EĞER EVET İSE</u>				
		NE SIKLIKTA yaşadınız?				Genellikle ne kadar ŞİDDETLİ idi?				Size ne kadar SIKINTI VERDİ?				
Aşağıdaki semptomlardan herhangi birini yaşadınız mı?		Çok Nadiren	Bazen (Arada sırada)	Sık sık	Neredeyse sürekli	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok Şiddetli	Hiç	Bir Parça (Biraz)	Oldukça	Biraz fazla	Çok fazla
Dikkati toplamada zorluk		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Ağrı		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Halsizlik ya da enerji kaybı		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Öksürük		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kendini sınırlı hissetme		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Ağız kuruluğu		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Bulantı		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kendini uyuklu ya da sersemlemiş gibi hissetme		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
El veya ayaklarda uyuşukluk/karıncalanma		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Uyumada zorluk		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Şişkinlik hissi		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
İdrar yapmada zorluk		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kusma		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Nefes darlığı		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
İshal		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kendini üzgün hissetme		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Terleme		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Endişelenme		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Cinsel istek veya aktivite ile ilgili sorunlar		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kaşıntı		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
İştahsızlık		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Baş dönmesi		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Yutma güçlüğü		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Hassas olma/hissetme		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4

Bölüm 2:										
Yönerge: Aşağıda sıralanmış 8 semptom bulunmaktadır. Her birini dikkatlice okuyun. Eğer geçen hafta boyunca semptom yaşıyorsanız, bu semptomu genellikle ne kadar ŞİDDETLİ olduğunu ve bu semptomun size NE KADAR SIKINTI VERDİ veya NE KADAR CANINIZI SIKTIĞINI uygun sayıyı yuvarlak içine alarak belirtiniz. Eğer hiç semptom yaşamadıysanız —SEPTOM YAŞAMADIM sütununa “X” işareti koyunuz.										
GEÇEN HAFTA BOYUNCA Aşağıdaki semptomlardan herhangi birini yaşadınız mı?	YAŞAMADIM	<u>EĞER EVET İSE</u> Genellikle ne kadar ŞİDDETLİ idi?				<u>EĞER EVET İSE</u> Size ne kadar SIKINTI VERDİ?				
		Hafif	Orta	Şiddetli	Çok Şiddetli	Hiç	Bir parça (Biraz)	Oldukça	Biraz fazla	Çok fazla
Ağız yaraları		1	2	3	4	0	1	2	3	4
Yiyeceklerin tadını almada değişiklik		1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kilo kaybı		1	2	3	4	0	1	2	3	4
Saç dökülmesi		1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kabızlık		1	2	3	4	0	1	2	3	4
Kol veya bacaklarda şişlik		1	2	3	4	0	1	2	3	4
Ben kendimi sevmiyorum		1	2	3	4	0	1	2	3	4
Deride değişiklikler		1	2	3	4	0	1	2	3	4
GEÇEN HAFTA BOYUNCA HERHANGİ BAŞKA BİR SEMPTOM YAŞADIYSA, LÜTFEN AŞAĞIYA YAZINIZ VE BU SEMPTOMUN SİZE NE KADAR SIKINTI VERDİĞİNİ İŞARETLEYİNİZ.										
Diğer:						0	1	2	3	4
Diğer:						0	1	2	3	4
Diğer:						0	1	2	3	4

EK III. Genel Konfor Ölçeği (GKÖ)

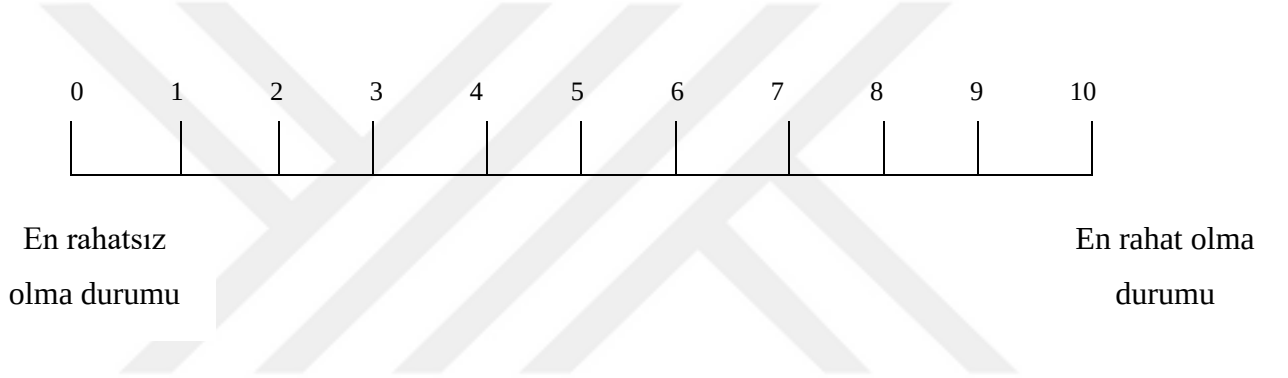
YÖNERGE: Aşağıda şu andaki rahatlık durumunuzu tanımlayan bazı ifadeler yer almaktadır. Her bir ifade için “**tamamen katılıyorum**”dan “**kesinlikle katılmıyorum**”a kadar giden dört seçenek vardır. Lütfen şu andaki rahatlık durumunuzu en iyi ifade eden numarayı daire içine alarak belirtiniz.

	Kesinlikle Katılıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum	
1.Şu anda vücudumu gevşemiş hissediyorum	4	3	2	1
2.Çok sıkı çalıştığım için kendimi yararlı hissediyorum	4	3	2	1
3. Mahremiyetimi yeterince sürdüremiyorum	4	3	2	1
4.Yardıma gereksinim duyduğum güvenilebileceğim kişiler var	4	3	2	1
5.Egzersiz yapmak istemiyorum	4	3	2	1
6.Durumum beni bunaltıyor	4	3	2	1
7.Kendimi güvende hissediyorum	4	3	2	1
8.Başkalarına bağımlı olduğumu hissediyorum	4	3	2	1
9.Şu anda hayatımın değerli olduğunu hissediyorum	4	3	2	1
10.Sevildiğimi bilmek beni mutlu ediyor	4	3	2	1
11.Bulunduğum ortamdan memnunum	4	3	2	1
12.Gürültü dinlenmemi engelliyor	4	3	2	1
13.Kimse beni anlamıyor	4	3	2	1
14.Ağrıma katlanmakta güçlük çekiyorum	4	3	2	1
15.Elimden gelenin en iyisini yapmak isterim	4	3	2	1
16.Yalnız kaldığımda mutsuz oluyorum	4	3	2	1
17.İnancım korkusuz olmama yardım ediyor	4	3	2	1
18.Burada olmaktan hoşlanmıyorum	4	3	2	1
19.Şu anda kabızım	4	3	2	1
20.Şu anda kendimi sağlıklı hissetmiyorum	4	3	2	1
21.Bu oda beni ürkütüyor	4	3	2	1
22.Bundan sonra olacıklardan korkuyorum	4	3	2	1
23.Önemli olduğumu bana hissettiren kişiler var	4	3	2	1

24.Yaşadığım değişikliklerin beni zorladığını hissediyorum	4	3	2	1
25.Açım	4	3	2	1
26.Doktorumu daha sık görmek istiyorum	4	3	2	1
27.Bu odanın ısısı iyi	4	3	2	1
28.Çok yorgunum	4	3	2	1
29.Ağrıyla başa çıkabiliyorum	4	3	2	1
30.Bulduğum ortam beni rahatlatıyor	4	3	2	1
31.Memnunum	4	3	2	1
32.Bu sandalye/yatak rahatsız	4	3	2	1
33.Bu manzara bende iyi duygular uyandırıyor	4	3	2	1
34.Özel eşyalarım burada değil	4	3	2	1
35.Kendimi buraya ait hissetmiyorum	4	3	2	1
36.Kendimi yürüyecek kadar iyi hissediyorum	4	3	2	1
37.Arkadaşlarım telefon ederek ya da elektronik posta/kart atarak beni hatırlıyor	4	3	2	1
38.İnançlarım bana huzur veriyor	4	3	2	1
39.Sağlığı hakkında daha fazla bilgilendirilmek istiyorum	4	3	2	1
40.Kendimi kontrol edemiyorum	4	3	2	1
41.Çıplak olduğum için kendimi garip hissediyorum	4	3	2	1
42.Bu oda berbat kokuyor	4	3	2	1
43.Tek başınayım ama yalnızlık hissetmiyorum	4	3	2	1
44. Kendimi huzurlu hissediyorum	4	3	2	1
45.Kederliyim	4	3	2	1
46.Hayatımın anlamlı olduğunu fark ettim	4	3	2	1
47.Burada yaşamak kolay	4	3	2	1
48.Kendimi yeniden iyi hissetmek istiyorum	4	3	2	1

EK IV. Konfor Skalası

Konfor düzeyinizi aşağıdaki ölçek üzerinde işaretleyiniz.



EK V. Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Performans Skalası

Skor	Tanım
0	Asemptomatik (Tam aktif, tüm hastalık öncesi aktivitelerini kısıtlama olmaksızın yapabilir)
1	Semptomatik fakat tamamen ayakta (Zorlu fizik aktivitede kısıtlama var, ancak ayakta ve hafif işleri yapabilir. Örneğin hafif ev ve ofis işleri)
2	Semptomatik, %50'den daha az yatakta (Ayakta ve kendi bakımını yapabilir, ancak herhangi bir işte çalışamaz ve gündüz saatlerinin %50'sinden fazlasını ayakta geçirebilir)
3	Semptomatik, %50'den daha fazla yatakta (Kendi bakımını yapmaktan zorlanıyor, gündüz saatlerinin %50'sinden fazlasında yatakta)
4	Yatalak (Kendi bakımını yapamıyor, sandalye veya yatağa bağımlı)
5	Ölüm

EK VI. Terapötik Dokunma Uygulama Rehberi

Aşamalar	İşlem Basamakları	Açıklamalar
Araç-Gereç: Saat		
İşlem Öncesi Hazırlık	Hem TD uygulayıcısı hem de uygulanan kişi üzerindeki metal eşyalar çıkarılır.	Enerji akışını önlemeyi sağlar.
	Eller yıkanır.	Enfeksiyonu önler ve düşük titreşimli enerjinin dışarıya akmasını sağlar.
	TD uygulanacak kişi sandalyeye dik oturtulur. Kollar ve bacaklar vücudun her iki yanında olacak şekilde pozisyon verilir.	Enerji akışını kolaylaştırmayı sağlar.
Merkezlenme	Terapinin uygulanacağı yer olarak sakin ve gürültüsüz bir ortam hazırlanır.	Uygulayıcının merkezlenmesini kolaylaştırmayı sağlar.
İzin Alma	TD uygulayıcısı, uygulanan kişiye “Size dokunabilir miyim?” diyerek izin alır.	Özerkliğe Saygı etik ilkesine uymayı sağlar.
Muayene ve Tarama	TD uygulayıcısı ellerini birbirlerine paralel tutarak uygulana kişinin tüm vücudunun enerji alanını dikey eksende tatar.	Enerji akışını hissetmek ve alanın boydan boya hissini algılamak için, vücudun tümünü tarayarak enerji akışının niteliğindeki değişimlerle ilgili işaretleri yakalamayı sağlar.
Enerjiyi Dengeleme ve Temizleme	TD uygulayıcısı ışık demetleri veya akan su gibi olumlu, enerjetik imgelemelerden (zihinde canlandırma) yararlanarak, uygulanan kişinin tüm vücudunu dikey ekseninde, başından ayaklarına doğru enerji alanını temizler.	Herhangi bir alana odaklanmadan süpüren el hareketleriyle enerjinin tüm alan boyunca simetrik ve ritmik bir şekilde akışını kolaylaştırmayı sağlar.
Enerjiyi Düzenleme	TD uygulayıcısı alıcı kişinin aurasındaki (vücudun etrafında var olan enerji) farklılıkları eşitlemek için enerjiyi düzelterip yönlendirilir, tıkanmış alanları temizler, eksik kısımları doldurur ve çıkıntılı noktaları düzleştirir. Çalışılan enerji, evrensel şifa alanından gelir. Bireyler kendi enerjilerini kullanmaz.	Bu işlem tarama sırasında dikkati çeken kısımları yeniden dengelemek içindir. Enerji vermek hastaların iyileşme potansiyelini güçlendirmelerine ve kendini iyileştirme yeteneklerini harekete geçirmelerine yardımcı olmayı sağlar.
Topraklama	TD uygulayıcısı topraklama ile terapiyi alan kişinin alanla ilgili enerji blokajını bireyin dizlerinden ayaklarına doğru sıvazlıyarak toprağa verir.	Enerji yukarıdan aşağıya aktığı için bu işlem dikkatimizi aşağı ve dışarı yönde odaklayarak enerji akışına yardım etmeyi sağlar.
Yeniden Muayene ve Tarama	TD uygulayıcısı işlemi sonlandırmadan önce yeniden enerji alanı taraması yapar ve dengelenmesi gereken enerji alanlarını dengeler ve topraklar.	Yeniden tarama ve dengeleme yapılması gereken başka bir şeyin kalıp kalmadığını anlamayı sağlar. (İhtiyaç varsa bir önceki aşamalara geri dönülür).
Bitirme ve Değerlendirme	TD toplam 10-15 dakika uygulanır.	Evrensel yaşam enerjisine kanal olmak, rahatlatıcı bir etki oluşturmaya sağlar.
	Hastanın seans sonrası en az 15 dakika dinlenmesi önerilir.	Vücudtaki tüm enerji zayıflıklarını, tıkanıklıklarını gidererek enerji dengesini sağlar.
	Eller yıkanır	Enfeksiyonu önlemeyi sağlar.
	İşlem kaydedilir.	İşlemin yapıldığına dair kanıt sağlar.

Certificate of Participation

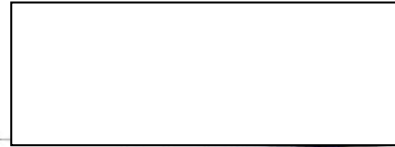


We hereby certify that

HAZEL BAĞCI

has successfully attended an
Advanced (16 hours) Level
Krieger-Kunz Therapeutic Touch (KKTT)
according to the guidelines of
TTIA - Therapeutic Touch International, USA.

Istanbul, April 26, 2016



Heike Rahn

Executive Director *Therapeutic Touch-Seminare GbR*
QTTT - Qualified Therapeutic Touch Teacher (TTIA)

CERTIFICATE



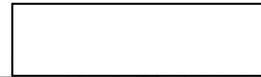
Hazel Bağcı

has successfully been trained in

Krieger-Kunz THERAPEUTIC TOUCH

The training consisted of a Basic, Intermediate and Advanced class that were taught
in accordance with the guidelines and regulations of
TTIA - Therapeutic Touch International Association (USA).

Istanbul, April 26, 2016



Heike Rahn

QTTT - Qualified Therapeutic Touch Teacher

Certificate of Participation



We hereby certify that

HAZEL BAGCI

has successfully completed the
Basic and Intermediate Level
Krieger-Kunz Therapeutic Touch (KKTT)
according to the guidelines of
TTIA - Therapeutic Touch International, USA.

Istanbul, August 20, 2015



Heike Rahn

Executive Director *Therapeutic Touch-Seminare GbR*
QTTT - Qualified Therapeutic Touch Teacher (TTIA)

EK VIII. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (TD ve Sahte TD Uygulanacak Hastalar İçin)

Bu araştırma, hematolojik kanserli hastalarda Terapötik Dokunma'nın (TD), hastalığınıza ve tedavinize bağlı gelişen yan etkilerin şiddetini ve konforunuza etkisini incelemek amacıyla yapılmaktadır. Terapötik Dokunma, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarından bir hemşirelik uygulamasıdır ve vücudunuzun belirli bölgelerine eller koyularak, vücudunuzda enerji dengesinin sağlanması şeklinde uygulanmaktadır. Terapötik Dokunma uygulanması kolay, etkili, güvenilir ve hiçbir yan etkisi olmadığından, hastalığınızın ve tedavinin yarattığı yan etkileri azaltmak ya da ortadan kaldırmak ve konforu artırmak amacıyla kullanılabilir. Terapötik Dokunma sonrası algıladığınız hastalığa ve tedaviye bağlı yan etkilerdeki değişiklikler ve konforunuz araştırmacı tarafından araştırma formları üzerinde değerlendirmeniz istenecektir. Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır.

Herhangi bir yan etkisi olmayan bu araştırmaya katılıp katılmamakta tümüyle özgürsünüz. Katılmama yönündeki kararınız burada size verilen hizmeti hiçbir şekilde olumsuz etkilemeyecektir. Katılmaya karar vermeniz durumunda bile istediğiniz anda araştırmadan çekilebilirsiniz. Bu kararınız da daha sonraki hizmette hiçbir olumsuzluğa yol açmayacaktır. Bu araştırmanın tüm aşamalarında kimliğiniz gizli tutulacak ancak sizden elde edilen bilgiler kullanılacaktır. Bu araştırma kendinize ve/veya bağlı olduğu sağlık giderlerinizi karşılamakla yükümlü olan kuruluşa herhangi bir mali yük getirmeyecektir. Bu formun bir örneği size de verilecektir.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarda söz konusu Klinik Araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Bu bilgilendirme formunun bir örneği bana verilmiştir.

Gönüllünün Adı Soyadı, İmzası, Adresi (Varsa Telefon No, Faks No) / Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı Soyadı, İmzası / **Hazel BAĞCI**

EK IX. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

(Kontrol Grubundaki Hastalar İçin)

Bu araştırma, hematolojik kanserli hastalarda Terapötik Dokunma'nın (TD), hastalığınıza ve tedavinize bağlı gelişen yan etkilerin şiddetini ve konforunuza etkisini incelemek amacıyla yapılmaktadır. Araştırma kontrol grubuna herhangi bir girişim uygulanmadan hastalığınız ve tedavinize bağlı gelişen yan etkilerin şiddeti ve konforunuzu araştırma formları üzerinde değerlendirmeniz istenecektir. Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır.

Araştırmaya katılıp katılmamakta tümüyle özgürsünüz. Katılmama yönündeki kararınız burada size verilen hizmeti hiçbir şekilde olumsuz etkilemeyecektir. Katılmaya karar vermeniz durumunda bile istediğiniz anda araştırmadan çekilebilirsiniz. Bu kararınız da daha sonraki hizmette hiçbir olumsuzluğa yol açmayacaktır. Bu araştırmanın tüm aşamalarında kimliğiniz gizli tutulacak ancak sizden elde edilen bilgiler kullanılacaktır. Bu araştırma kendinize ve/veya bağlı olduğu sağlık giderlerinizi karşılamakla yükümlü olan kuruluşa herhangi bir mali yük getirmeyecektir. Bu formun bir örneği size de verilecektir.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarda söz konusu Klinik Araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Bu bilgilendirme formunun bir örneği bana verilmiştir.

Gönüllünün Adı Soyadı, İmzası, Adresi (Varsa Telefon No, Faks No) / Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı Soyadı, İmzası / **Hazel BAĞCI**

EK X. Etik Kurul Onay Belgesi



T.C
İZMİR BAKIRÇAY ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU
KARAR

	AÇIK ADRESİ	Gazi Mustafa Kemal Mah. Kaynaklar Cad. Seyrek MENEMEN /İZMİR			
	TELEFON	0232 772 00 00 / 11120			
	FAKS	0232 844 81 22			
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Prof.Dr.Şebnem ÇINAR YÜCEL				
YARDIMCI ARAŞTIRMACILAR	Öğr. Gör. Hazel BAĞCI				
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hematoloji Kanserli Hastalara Uygunan Terapötik Dokunmanın Semptom Yönetimi ve Konfora Etkisi				
KARAR	Karar No: 620	Araştırma No: 600	Tarih: 01.06.2022		
	Sorumlu araştırmacısı Prof.Dr.Şebnem ÇINAR YÜCEL olan "Hematoloji Kanserli Hastalara Uygunan Terapötik Dokunmanın Semptom Yönetimi ve Konfora Etkisi" başlıklı araştırmanın etik açıdan UYGUN OLDUĞUNA oy birliği ile karar verildi.				
ETİK KURUL DAYANAKLARI	İyi Klinik Uygulamaları (IKU) Kılavuzu ve bununla ilgili Avrupa Birliği Direktifleri, Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi, Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi, İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun, Hasta Hakları Yönetmeliği, Türk Ceza Kanunu, Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Yükseköğretim Kanunu, Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, Türk Tabipler Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, Yükseköğretim Kurulu'nun Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi				
Etik Kurul Üyeleri Unvanı Adı Soyadı	Uzmanlık Alanı	Araştırma ile ilişki		Katılım	İmza
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK Etik Kurul Başkanı	Farmakoloji	☐ E	☒ H	☒ E ☐ H	
Doç. Dr. Nazan KILIÇ AKÇA Üye	İç Hastalıkları Hemşireliği	☐ E	☒ H	☒ E ☐ H	
Dr. Öğr. Üyesi Kadirhan ÖZDEMİR Üye	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	☐ E	☒ H	☒ E ☐ H	
Dr. Öğr. Üyesi Derya KARANFİL Üye	Endüstri ve Örgüt Psikolojisi	☐ E	☒ H	☐ E ☒ H	
Dr. Öğr. Üyesi Seda ÇETİNKAYA KARABEKİR Üye	Histoloji ve Embriyoloji	☐ E	☒ H	☒ E ☐ H	

EK XI. Hastane İzin Yazısı



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği



DOKUZ EYLÜL
ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ

Sayı : E-14585038-000-346400

26.08.2022

Konu : Genel

ÖĞRENCİ İŞLERİ DAİRE BAŞKANLIĞINA

İlgi : Rektör Yardımcılığı (Eğitim Öğretim Şube Müdürlüğü)'nün 08.07.2022 tarihli ve E-15563195-300-309215 sayılı yazısı.

Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Doktora Programı öğrencisi Hazel BAĞCI'nın "Hematolojik Kanserli Hastalara Uygulanan Terapötik Dokunmanın Semptom Yönetimi ve Konfora Etkisi" başlıklı tez çalışması kapsamında veri toplama talebi KVKK koşullarıyla Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. Semih KÜÇÜKGÜÇLÜ
Başhekim V.

Ek: 04/08/2022 tarihli E-62330977-605.01-326792 sayılı yazı.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Kodu: C9A17563-910A-4351-969F-00DF6B124A24 Doğrulama Adresi: <https://turkiye.gov.tr/dokuz-eylul-universitesi-ebys>

Telefon: 0 232 412 23 02

KEP Adresi : dokuzeyluluniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Miray ÇÖLDÜR
Veri Giriş Elemanı



EK XII. Memorial Semptom Değerlendirme Skalası Kullanım İzni

Siz

6 Nis 2022

kişisine

...

Hocam merhaba,

Ben Hazel Bağcı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı doktora öğrenciyim. Doktora tezimde kullanmak üzere eğer onayınız olursa Memorial Semptom Tanılama Skalası'nı kullanmak istiyorum.

Saygılarımla.

📁 Gelen Kutusu

Yasemin Yıldırım

13 Nis 2022

Siz kişisine

...

Sevgili Hazel,

Doktora teinde Memorial Semptom Tanılama Skalası'nı kullanabilirsin.

Başarılar dilerim..

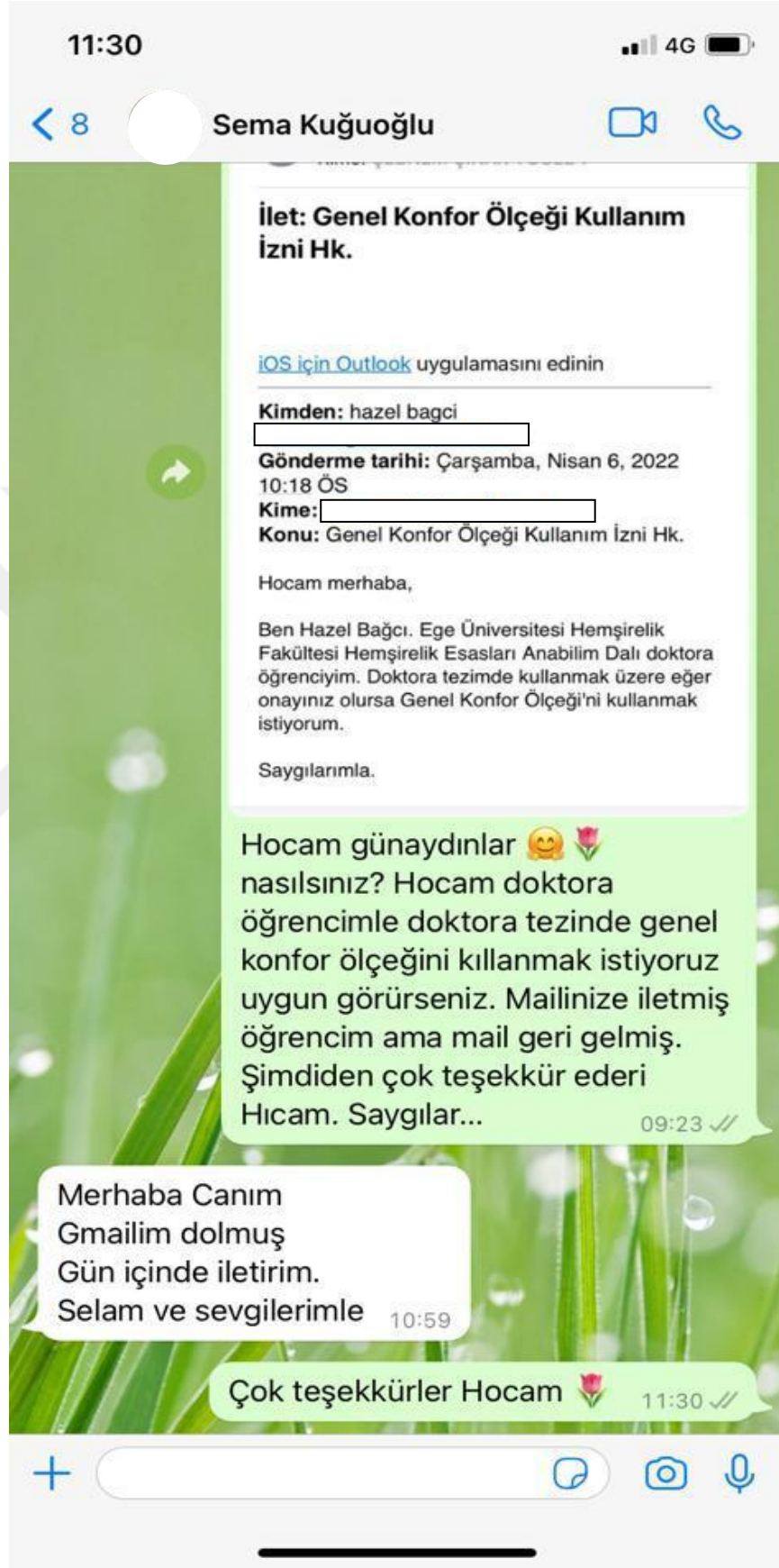
Kolay gelsin..

Prof. Dr. Yasemin YILDIRIM

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği AD.

Tel:

Ek XIII. Genel Konfor Ölçeği Kullanım İzni



Teşekkür

Lisans yıllarımdan bu yana meslek hayatım boyunca her daim yanımda olan, her daim bana destek olan ve öğrenim hayatım boyunca beni hiç yalnız bırakmayan, çok kıymetli hocam Prof. Dr. Şebnem ÇINAR YÜCEL'e,

Doktora tezimin tüm aşamalarında değerli destek ve önerileri ile tezime katkıda bulunan tez izleme komitesi üyesi hocalarıma,

Araştırmamın istatistiklerinin yapılması aşamasında danışmanlığını aldığım Sayın Ayça ÖLMEZ'e

Hayatım boyunca sonsuz desteklerini esirgemeyen, her zaman yanımda olan çok değerli aileme,

Çalışmanın verilerini toplamamda bana her daim destek olan Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Hematoloji Servisi'nin çok değerli hemşire ve sorumlu hemşirelerine,

Çalışmaya katılan tüm hematoloji servisi hastalarına,

Tez sürecim boyunca her aşamada yardımlarını esirgemeyen sevgili arkadaşlarım Ahu AKSOY CAN ve Turgay YALÇINKAYA'ya

sonsuz teşekkür ederim.

İzmir, 8.09.2023

Hazel BAĞCI

Özgeçmiş

Kişisel Bilgiler

Adı-Soyadı: Hazel BAĞCI

Eğitim Bilgileri

Derece	Bölüm	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2009-2014
Yüksek Lisans	Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı	Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2015-2017
Doktora	Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı	Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2018-2023

Projeler

Proje Adı	Destekleyen Kurum	Süre
Hemşirelik Öğrencilerinin Dijital Oyun Bağımlılığının İnternet Oyun Oynama Bozukluğu ile Yalnızlık ve Depresyon Eğilimleri Arasındaki İlişkinin Covid-19 Sürecinde Retrospektif ve Prospektif Olarak Değerlendirilmesi	Ege Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeler Koordinatörlüğü	07.07.2021-07.07.2022

Hemşirelik Öğrencilerine Periferik Ven Kateterizasyon Becerisi Kazandırmada Kızılötesi Işık ve Standart Tekniğin Psikomotor Beceri Performanslarına Etkisi	Ege Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeler Koordinatörlüğü	23.04.2020-23.04.2021

Katıldığı Seminer, Kurs, Sempozyum, Toplantı ve Kongreler

Etkin Kampüs 21. Yy Mesleği: Hemşirelik Oturumu, 16 Mayıs 2021, Online.

Öğrenci Hemşireler Derneği Mezun Oldum Ya Sonra Webinarı, 15-16 Mayıs 2021, Online

Öğrenci Hemşireler Derneği En Büyük Gücüm Mesleğim Webinarı, 11-12 Mayıs 2021, Online

Öğrenci Hemşireler Derneği Hemşirelikte Bütünleyici Tıp Webinarı, 8 Mayıs 2021, Online

Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Kariyer Gelişim ve Mezunlarla İletişim Ofisi Klinik Araştırma Hemşireliği Deneyimleri, 8 Mayıs 2021, Online

Sakarya Uygulamalı Bilimler Üniversitesi Hekim, Hemşire, Hasta Perspektifinden Onkoloji Programı, 10 Nisan 2021, Online.

Türk Hemşireler Derneği Öğrenci Komisyonu, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte İnovasyon Sempozyumu, 4 Nisan 2021, Online.

Türk Hemşireler Derneği Öğrenci Komisyonu Palyatif Bakım Hemşireliği Sempozyumu, 13 Mart 2021, Online.

S.B.Ü İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Covid-19 Pandemisinde Yoğun Bakım Hemşirelerinin Eğitim İhtiyaçları Webinarı, 10 Mart 2023, İzmir (Online)

Biruni Üniversitesi İş ve Uğraşı Terapisi Topluluğu İş ve Uğraşı Terapisi Sempozyumu, 7 Mart 2021, Online.

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Covid-19 Pandemi Sürecinde Hemşirelerde Psikolojik Dayanıklılık Webinarı, 27 Şubat 2021, Online

Türk Hemşireler Derneği Öğrenci Komisyonu Hemşireler Her Yerde Webinarı, 26 Şubat 2021, Online

Türk Hemşireler Derneği Öğrenci Komisyonu Marmara Bölgesi Onkoloji Hemşireliği Sempozyumu, 6-7 Şubat 2021, Online.

Türkiye Diyetisyenler Derneği Parenteral Nutrisyonda Güncel Yaklaşımlar Webinarı, 26 Ocak 2021, Online.

Dahiliye Hemşireliğinde Güncel Yaklaşımlar Sempozyumu, 16 Ocak 2020, İzmir.

Palyatif Bakım Değerlendirme Çalıştayı, 9 Haziran 2016, İzmir.

Advanced Level Krieger-Kunz Therapeutic Touch, 25-26 Nisan 2016, İstanbul.

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Tamamlayıcı ve Bütünleştirici Bakım Uygulamaları, 21 Ocak 2016, İzmir.

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi 4. Acil Hemşireliği Sempozyumu, 28 Kasım 2015, İzmir.

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Klasik Masaj Teknikleri Kursu, 7 Kasım 2015, İzmir.

Nevşehir Hacı Bektaş Üniversitesi 7. Hemşirelik Esasları Çalıştayı, 17-18 Eylül 2015, Nevşehir.

Atatürk Üniversitesi 15. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 10-12 Eylül 2015, Erzurum.

Basic and Intermediate Level Krieger-Kunz Therapeutic Touch, 17-20 Ağustos 2015, İstanbul.

İzmir Üniversitesi Değişimin Gücü: Etkili Bakım Etkin Maliyet İçin EFT ve Koçluk Teknikleri, 15 Mayıs 2015, İzmir.

İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1.Bozyaka Hemşirelik Günleri Kanıta Dayalı Bakım, 16 Mayıs 2014, İzmir.

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dünya Böbrek Günü, 13 Mart 2014, İzmir.

Ege Endokrinoloji Servisi- Dokuz Eylül Üniversitesi Ege Diyabet Günleri Kursu, 14-15 Kasım 2013, İzmir.

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Obezite İle Mücadelede Gençlerle El Ele, 25 Nisan 2013, İzmir.

Öğrenci Hemşireler Derneği 1.Öhder Bireysel Gelişim Günleri, 13-14 Nisan 2013, İzmir.

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Bakım Kalite ve Göstergeleri, 5-6 Nisan 2013, İzmir.

Yayımlanan Araştırma Makalesi

Bağcı, H., & Çınar Yücel, Ş. (2020). Effect of therapeutic touch on sleep quality in elders living at nursing homes. *Journal of religion and health*, 59(3), 1304-1318.

Yücel, Ş. Ç., Arslan, G. G., & **Bagci, H.** (2020). Effects of hand massage and therapeutic touch on comfort and anxiety living in a nursing home in Turkey: a randomized controlled trial. *Journal of religion and health*, 59, 351-364.

Yılmaz, H., Yücel, Ş. Ç., Ergin, E., **Bağcı, H.**, & Khorshid, L. (2022). Does the use of infrared technology (AccuVein AV-500®) for Peripheral Intravenous Cannulation (PIVC) increase the success rate in nursing students? A randomized controlled trial. *Nurse Education Today*, 108, 105179.

Bagci, H., & Cinar Yucel, S. (2020). A Systematic Review of the Studies about Therapeutic Touch after the Year of 2000. *International Journal of Caring Sciences*, 13(1).

Bağcı, H., Yücel, Ş. Ç., Özer, S., & Çetinkaya, H. (2021). Hemşirelik Fakültesi İntörn Öğrencilerinin Bireyselleştirilmiş Bakımı Değerlendirmeleri. *Turkish Journal of Science and Health*, 2(1), 1-7.

Bağcı, H., Yücel, Ş. C., & Başak, M. E. (2021). Examination of the level of knowledge nursing students regarding therapeutic touch. *Progress in Health Sciences*, 11(2), 15-23.

Yayınlanan Kitap Bölümü

Bağcı, H., & Çınar Yücel, Ş. (2022). Kanser Hastalarında Terapötik Dokunma. Sağlık Bilimleri Alanında Uluslararası Araştırmalar V., ed. Sevban Arslan (Konya: Eğitim Yayınevi, 2022), 107-117

Bilimsel Etkinliklerde Sunulmuş Bildirileri

Güngörmüş F, Göke Arslan G, **Bağcı H**, Çınar Yücel Ş. (2019), "Ege Üniversitesi Hemşirelik Öğrencilerinde Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi (TAT) Yöntemlerini Bilme ve Uygulama Durumunun İncelenmesi", 5. Ulusal ve 1. Uluslararası Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi, Antalya, Aralık 2019. Sözel Bildiri (SB-043)

Bağcı H, Gökçen M, Çınar Yücel Ş, Leblebicioğlu H, Ergin E, (2019), "The Impact Of Therapeutic Touch Application On Dyspnea, Anxiety And Comfort In Patients Under Mechanic Ventilation Support", The Fifth International Congress Ontherapeutic Touch®Evolving With Therapeutic Touch:The Future Consciousness Of Healing Worldwide, Kanada, Ekim 2019, Sözel Sunum.

Bağcı H, Çınar Yücel Ş, (2019), "Terapötik Dokunma ile İlgili Türkiye'de Yapılmış Çalışmaların Derlemesi", 2. Uluslararası 4. Ulusal Tamamlayıcı Terapiler ve Destekleyici Bakım Uygulamaları Kongresi, İzmir, Eylül 2019, poster bildiri

Bağcı H, Çınar Yücel Ş, (2019), "Hemşirelik Fakültesi Öğrencilerinin Terapötik Dokunmaya İlişkin Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi", 2. Uluslararası 4. Ulusal Tamamlayıcı Terapiler ve Destekleyici Bakım Uygulamaları Kongresi, İzmir, Eylül 2019, sözel sunum.

Bağcı H, Çınar Yücel Ş, (2018), "Bir Tamamlayıcı Tıp Yöntemi Olan Terapötik Dokunmanın Alzheimer Hastalarında Ajite Davranışlar Üzerine Etkisinin İncelenmesi.", 2. Uluslararası, 11. Ulusal İzmir İleri Yaş Sempozyumu, İzmir, Mart 2018, poster bildiri, PS-52

Bağcı H, Çınar Yücel Ş, (2018), "Geriatrik Olgularda Fiziksel Aktivitenin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi.", 2. Uluslararası, 11. Ulusal İzmir İleri Yaş Sempozyumu., İzmir, Mart 2018, poster bildiri, PS-51.

Bağcı H, Çınar Yücel Ş, (2017), "Toplumsal Gözünde Erkek Hemşireler.", 1. Uluslararası, 4. Ulusal Kültürlerarası Hemşirelik Kongresi., Şanlıurfa, Ekim 2017, poster bildiri, P-51.

Düzenleme Kurulu Üyesi

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Mesleki Güçlenmede Krizler ve Fırsatlar Paneli, 15 Mayıs 2023, İzmir.

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Ameliyathane Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı, 8 Mayıs-7 Haziran 2023, İzmir.

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Acil Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı, 2 Mayıs-13 Haziran 2023, İzmir.

Dokuz Eylül Üniversitesi Mukozit Bakımı Webinarı, 17 Aralık 2021, İzmir (Online)

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Ameliyathane Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı, 6 Aralık 2021-4 Ocak 2022, İzmir.

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Acil Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı, 29 Kasım 2021-7 Ocak 2022, İzmir.

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi INS 2021 Kılavuzu: İnfüzyon Uygulamalarında Güncel Yaklaşımlar webinarı, 27 Temmuz 2021, İzmir (Online)

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Hemşirelikte İyileşme Webinarı, 25 Mayıs 2021, İzmir (Online)