



T.C.  
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
DOKTORA TEZİ

WATSON İNSAN BAKIM MODELİNE TEMELLENİRİLMİŞ  
REFLEKSOLOJİ UYGULAMASININ JİNEKOLOJİK KANSER  
HASTALARINDA ANKSİYETE, DEPRESYON VE YAŞAM  
KALİTESİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Sinem GÖRAL TÜRKCÜ

Temmuz 2019  
DENİZLİ

T.C.  
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

WATSON İNSAN BAKIM MODELİNE TEMELLENDİRİLMİŞ  
REFLEKSOLOJİ UYGULAMASININ JİNEKOLOJİK KANSER  
HASTALARINDA ANKSİYETE, DEPRESYON VE YAŞAM  
KALİTESİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
DOKTORA TEZİ

Sinem GÖRAL TÜRKÇÜ

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Sevgi ÖZKAN

Denizli, 2019

Pamukkale Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği Uygulama Esasları Yönergesi Madde 24-(2) “Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora öğrencileri için: Doktora tez savunma sınavından önce, doktora bilim alanında kendisinin yazar olduğu uluslararası atıf indeksleri kapsamında yer alan bir dergide basılmış ya da basılmak üzere kesin kabulü yapılmış en az bir makalesi olan öğrenciler tez savunma sınavına alınır. Yüksek lisans tezinin yayın haline getirilmiş olması bu kapsamda değerlendirilmez. Bu ek koşulu yerine getirmeyen öğrenciler, tez savunma sınavına alınmazlar” gereğince yapılan yayın/yayınların listesi aşağıdadır (Tam metin/metinleri ekte sunulmuştur):

Ek-1. Özkan S, **Göral Türkcü S**, Kayhan Ö, Serçekuş Ak P, Sevil Ü. Functional status of women and their partners after childbirth. *Int J Asst Tools in Educ* 2018; 5(3): 510-523.

Ek-2. Serçekuş Ak P, Parlak Günüşen N, **Göral Türkcü S**, Özkan S. Sexuality in Muslim women with gynecological cancer. *Cancer Nurs* 2018; Nov 13. [Publish ahead of print]. doi: 10.1097/NCC.0000000000000667.

## DOKTORA TEZİ ONAY FORMU

Sinem GÖRAL TÜRKCÜ tarafından Prof. Dr. Sevgi ÖZKAN yönetiminde hazırlanan “**Watson İnsan Bakım Modeline Temellendirilmiş Refleksoloji Uygulamasının Jinekolojik Kanser Hastalarında Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi**” başlıklı tez tarafımızdan okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Prof. Dr. Kamile KABUKCUOĞLU  
Akdeniz Üniversitesi



Danışman: Prof. Dr. Sevgi ÖZKAN  
Pamukkale Üniversitesi



Üye: Prof. Dr. Süleyman Erkan ALATAŞ  
Pamukkale Üniversitesi



Üye: Doç. Dr. Pınar SERÇEKUŞ AK  
Pamukkale Üniversitesi



Üye: Dr. Öğretim Üyesi Sibel ŞEKER  
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi



Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun  
19.07.2019 tarih ve 22/12 sayılı kararıyla onaylanmıştır.

  
Prof. Dr. Hakan AKÇA  
Müdür

Bu tezin tasarımı, hazırlanması, yürütülmesi, araştırılmalarının yapılması ve bulgularının analizlerinde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini; bu çalışmanın doğrudan birincil ürünü olmayan bulguların, verilerin ve materyallerin bilimsel etiğe uygun olarak kaynak gösterildiğini ve alıntı yapılan çalışmalara atfedildiğini beyan ederim.

Öğrenci Adı Soyadı : Sinem GÖRAL TÜRKÇÜ

İmza :



## ÖZET

### **WATSON İNSAN BAKIM MODELİNE TEMELLENDİRİLMİŞ REFLEKSOLOJİ UYGULAMASININ JİNEKOLOJİK KANSER HASTALARINDA ANKSİYETE, DEPRESYON VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

Sinem GÖRAL TÜRKÇÜ  
Doktora Tezi, Hemşirelik AD  
Tez Yöneticisi: Prof. Dr. Sevgi ÖZKAN

Temmuz 2019, 88 Sayfa

Bu araştırmanın amacı Watson İnsan Bakım Modeli' ne temellendirilmiş refleksoloji uygulamasının jinekolojik kanser hastalarında anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesine etkisini incelemektir. Araştıma, deneysel araştırma tasarımlarından olan ön test-son test kontrol gruplu tasarıma sahip, prospektif, tek körlü, randomize kontrollü olarak tasarlanmıştır. Araştırma, Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Fahri Gökşin Onkoloji Merkezi' nde Ekim 2016-Haziran 2018 tarihleri arasında yürütülmüştür. Bu araştırmada, randomizasyon yöntemlerinden basit randomizasyon yöntemi kullanılmıştır. Araştırma 31 girişim ve 31 kontrol grubu olmak üzere 62 kadınla tamamlanmıştır. Araştırmanın verileri; kişisel bilgi formu, Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Avrupa Kanseri Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0) kullanılarak toplanmıştır. Girişim ve kontrol grupları arasında, girişim öncesi sosyo-demografik ve tedaviye yönelik özellikler, BAÖ, BDÖ ve EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0 alt boyutları toplam ölçek puan ortalamalarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Girişim grubundaki kadınların anksiyete ve depresyon düzeylerinin kontrol grubundaki kadınlardan daha düşük olduğu saptanmıştır. Girişim grubundaki kadınların genel yaşam kalitesi düzeyinin ise kontrol grubundaki kadınlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Refleksolojinin, kemoterapi nedeniyle oluşan yorgunluk, ağrı, uykusuzluk ve iştahsızlık semptomlarının azaltılmasında etkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca girişim grubundaki kadınlarda refleksolojinin uygulama bitiminden hemen sonra bulantı-kusma, diyare ve konstipasyon semptomlarının azalmasında etkisinin bulunmasına rağmen, iki hafta sonra yapılan ölçümlerde semptomlarda artışlar olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda, Watson İnsan Bakım Modeline dayalı refleksoloji uygulaması, kemoterapi sürecindeki jinekolojik kanser hastalarında anksiyete, depresyonu azaltmada ve yaşam kalitesini arttırmada etkilidir. Kemoterapi tedavisi sırasında refleksoloji uygulamasının belirli periyotlarla tekrar edilmesinin, uygulamanın etki süresini arttıracığı düşünülebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Anksiyete, Depresyon, Kanseri, Refleksoloji, Yaşam Kalitesi

## ABSTRACT

### EXAMINATION OF THE EFFECTS OF REFLEXOLOGY BASED ON WATSON'S THEORY OF HUMAN CARING ON ANXIETY, DEPRESSION AND QUALITY OF LIFE IN GYNECOLOGICAL CANCER PATIENTS

GÖRAL TÜRKCÜ, Sinem  
PhD Thesis in Nursing  
Supervisor: Prof. Dr. Sevgi ÖZKAN (RN, PhD)

July 2019, 88 Pages

The aim of this study was to examine the effects of reflexology based on Watson's Theory of Human Caring on anxiety, depression and quality of life in gynecological cancer patients. The study was designed as a prospective, single-blind and randomized controlled trial with pretest-posttest control groups. The clinical trial was conducted at the Fahri Gökşin Oncology Center of the Pamukkale University Hospital between October 2016 - June 2018. The simple randomization method was used in this study. The study was completed with a total 62 women, 31 in the intervention group and 31 in the control group. Data were collected by using the Personal Information Form, Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Depression Inventory (BDI) and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30-version 3.0 (EORTC QLQ-C30-version 3.0). There was no significant difference between the intervention and control groups for pre-intervention sociodemographic and treatment-oriented features, BAI, BDI and for the sub-dimensions of the EORTC QLQ-C30-version 3.0 for the total scale score averages ( $p>0.05$ ). It was determined that the anxiety and depression levels in the intervention group was lower than in the control group. Whereas, the general quality of life levels in the intervention group was higher than in the control group. Reflexology was effective in reducing symptoms due to chemotherapy, such as fatigue, pain, insomnia and loss of appetite. Although there was a decrease in symptoms, such as nausea-vomiting, diarrhea and constipation immediately after reflexology, an increase in symptoms was observed after two weeks only in the intervention group. These results showed that reflexology based on Watson's Theory of Human Caring is effective in reducing anxiety, depression and improving quality of life in gynecologic cancer patients during chemotherapy. It is thought that repetition of reflexology at certain periods during chemotherapy will increase the duration of its effect.

**Keywords:** Anxiety, Cancer, Depression, Quality of Life, Reflexology

## TEŞEKKÜR

Doktoraya başladığım ilk günden bu yana desteğini her zaman yanımda hissettiğim, eğitimim ve tez çalışmam sürecinde emeğini, mesleki deneyimlerini, ilgisini ve yardımını esirgemeyen çok değerli hocam ve danışmanım Prof. Dr. Sayın Sevgi ÖZKAN' a,

Tezimin başlangıç aşamasından beri değerli katkı ve görüşleriyle bu süreci etkin bir şekilde tamamlamamı sağlayan Tez İzleme Komitesi' nin değerli üyeleri Prof. Dr. Sayın Süleyman Erkan ALATAŞ' a, Doç. Dr. Sayın Pınar SERÇEKUŞ AK' a ve Dr. Öğretim Üyesi Sayın Gülay YİĞİTOĞLU' na,

Yüksek lisans eğitimimde ise emeğini benden hiçbir zaman esirgemeyen, çok değerli hocam Prof. Dr. Sayın Kamile KABUKCUOĞLU' na,

Tez savunma sınavı jürimde bulunan değerli hocam Dr. Öğretim Üyesi Sayın Sibel ŞEKER' e,

Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden tüm kadınlara, Pamukkale Üniversitesi Fahri Gökşin Onkoloji Merkezi hemşireleri ve çalışanlarına,

Tezimin istatistiksel analizlerinde yardım ve emeğini esirgemeyen Öğr. Gör. Dr. Sayın Hande ŞENOL' a,

Araştırmada desteğini esirgemeyen refleksoloji sertifikalı hekim Dr. Ahmet SAROHAN' a,

Tez çalışmam süresince desteklerini içtenlikle hissettiğim değerli arkadaşlarıma,

Aldığım kararlarda her zaman arkamda olan, lisansüstü eğitimim süresince sevgi ve yardımlarını yüreğimde hissettiğim eşime ve aramıza yeni katılan motivasyon kaynağım biricik oğluma çok teşekkür ederim.



## İÇİNDEKİLER

	Sayfa
<b>ÖZET</b> .....	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>vi</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>vii</b>
<b>İÇİNDEKİLER DİZİNİ</b> .....	<b>viii</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	<b>x</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>xi</b>
<b>SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>xii</b>
<b>1. Giriş</b> .....	<b>1</b>
1.1. Amaç .....	3
<b>2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI</b> .....	<b>4</b>
2.1.Jinekolojik Kanserler .....	4
2.1.1.Serviks kanseri .....	4
2.1.2.Over kanseri .....	5
2.1.3.Uterus korpusu (endometriyum) kanseri .....	6
2.1.4.Vajina kanseri .....	6
2.1.5.Vulva kanseri .....	6
2.2.Jinekolojik Kanserin ve Kemoterapinin Kadınlardaki Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesine Etkisi.....	7
2.3.Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımları Kapsamında Refleksoloji .....	9
2.3.1.Refleksolojinin tarihçesi .....	14
2.3.2.Refleksolojinin genel kullanım alanları .....	14
2.3.3.Refleksolojinin kontrendike olduğu durumlar .....	15
2.3.4.Refleksolojinin kemoterapi alan hastalarda kullanımı .....	15
2.3.5.Refleksolojinin jinekolojik kanserde kullanıldığı araştırmalar .....	17
2.4.Watson İnsan Bakım Modeli .....	17
2.4.1.İnsan bakım modelinin yapısını oluşturan kavramlar .....	18
2.4.2.İnsan bakım modelinin araştırma ve uygulamaya yansımaları .....	20
2.4.3.İnsan bakım Modeline göre hemşirelik bakım sürecinin yapılanması .....	21
2.5.Araştırmanın Hipotezleri .....	22
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEMLER</b> .....	<b>23</b>
3.1.Araştırmanın Tipi .....	23
3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	23
3.3.Araştırmanın Değişkenleri.....	23
3.4.Araştırmanın Örnekleme ve Örneklem Özellikleri.....	23
3.4.1.Örneklem büyüklüğünün hesaplanması .....	24
3.4.2.Örneklem alınma ve alınmama kriterleri.....	25
3.5.Randomizasyon ve Körlük .....	26
3.6.Araştırmanın CONSORT Şeması .....	27
3.7.Araştırma Sırasında Yaşanan Deneyimler .....	28
3.8.Araştırma Kapsamında Yapılan Uygulamalar .....	29
3.9.Araştırmanın Zaman Çizelgesi.....	32
3.10.Araştırmacının Hazırlığı .....	32
3.11.Veri Toplama Araçları .....	33
3.11.1.Kişisel bilgi formu .....	33
3.11.2.Beck anksiyete ölçeği (BAÖ).....	33

3.11.3.Beck depresyon ölçeği (BDÖ).....	34
3.11.4.Avrupa kanser araştırma ve tedavi organizasyonu yaşam kalitesi ölçeği (EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0) .....	34
3.12.Araştırmanın Sınırlılıkları .....	35
3.13.Araştırmanın Etik Yönü ve Etik Kurul Onayı .....	35
3.14.İstatistiksel Analiz .....	36
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>37</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>57</b>
5.1. Watson İnsan Bakım Modeline Temellendirilmiş Refleksoloji Uygulamasının Kadınların Anksiyete Düzeylerine Etkisi.....	57
5.2. Watson İnsan Bakım Modeline Temellendirilmiş Refleksoloji Uygulamasının Kadınların Depresyon Düzeylerine Etkisi .....	58
5.3. Watson İnsan Bakım Modeline Temellendirilmiş Refleksoloji Uygulamasının Kadınların Yaşam Kalitesi Düzeylerine Etkisi.....	59
<b>6. SONUÇLAR.....</b>	<b>69</b>
<b>7. ÖNERİLER.....</b>	<b>72</b>
<b>8. KAYNAKLAR.....</b>	<b>73</b>
<b>9. ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>88</b>
<b>10. EKLER</b>	

- Ek-1. Özkan S, **Göral Türkcü S**, Kayhan Ö, Serçekuş Ak P, Sevil Ü. Functional status of women and their partners after childbirth. *Int J Asst Tools in Educ* 2018; 5 (3): 510-523.
- Ek-2. Serçekuş Ak P, Partlak Günüşen N, **Göral Türkcü S**, Özkan S. Sexuality in Muslim women with gynecological cancer. *Cancer Nurs* 2018; Nov 13. [Publish ahead of print]. doi: 10.1097/NCC.0000000000000667.
- Ek-3. Gönüllü Olur Formu (Girişim ve kontrol grubu için)
- Ek-4. Kişisel Bilgi Formu
- Ek-5. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)
- Ek-6. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)
- Ek-7. Avrupa Kanseri Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0)
- Ek-8. Etik Kurul İzni
- Ek-9. Kurum İzni
- Ek-10. Refleksoloji Sertifikası
- Ek-11. Refleksoloji Uygulama Ortamı Örnek Resimleri

## ŞEKİLLER DİZİNİ

	<b>Sayfa</b>
<b>Şekil 2.3.1</b> Bölge terapisi teorisine göre vücut bölgeleri.....	11
<b>Şekil 2.3.2</b> Doktor Fitzgerald'ın dikey bölge dilimlerine ek olarak yatay dilimler....	11
<b>Şekil 2.3.3</b> Vücut bölümlerinin ayak tabanında karşılık geldiği refleks noktaları...	13
<b>Şekil 3.6.1</b> Araştırmanın CONSORT şeması.....	27
<b>Şekil 3.8.1</b> Araştırmanın aşamaları .....	31
<b>Şekil 3.9.1</b> Araştırmanın başlama ve bitirme sürecinin zamana göre dağılımı.....	32



## TABLOLAR DİZİNİ

	Sayfa
<b>Tablo 3.4.1.1</b> BAÖ, BDÖ ve EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0 post test puan ortalamaları ile power analizi ve etki büyüklüğü sonuçları.....	25
<b>Tablo 3.14.1</b> Girişim ve kontrol grubunun tanımlayıcı özellikleri, hipotezler ve diğer alanlarda kullanılan istatistiksel analizler ve programlar.....	36
<b>Tablo 4.1.1</b> Girişim ve kontrol grubundaki kadınların sosyo-demografik özellikleri....	38
<b>Tablo 4.1.2</b> Girişim ve kontrol grubundaki kadınların tedaviye yönelik özellikleri.....	39
<b>Tablo 4.2.1</b> Her iki gruptaki kadınların girişim öncesi BAÖ, BDÖ ve EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0 alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	40
<b>Tablo 4.2.2</b> Her iki gruptaki kadınların girişim öncesi EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0 fonksiyonel işlevler alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	41
<b>Tablo 4.2.3</b> Her iki gruptaki kadınların girişim öncesi EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0 semptom skalası alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	42
<b>Tablo 4.2.4</b> Her iki gruptaki kadınların girişim sonrası 4. hafta BAÖ, BDÖ ve EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0 alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	43
<b>Tablo 4.2.5</b> Her iki gruptaki kadınların girişim sonrası 4. hafta EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0 fonksiyonel işlevler alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	44
<b>Tablo 4.2.6</b> Her iki gruptaki kadınların girişim sonrası 4. hafta EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0 semptom skalası alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	45
<b>Tablo 4.3.1</b> Girişim grubundaki kadınların girişim öncesi, girişim sonrası 2. ve 4. haftalarda BAÖ, BDÖ ve EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0 alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	47
<b>Tablo 4.3.2</b> Girişim grubundaki kadınların BAÖ, BDÖ ve EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0 alt boyutları için Post Hoc Test: Tukey HSD.....	48
<b>Tablo 4.3.3</b> Girişim grubundaki kadınların girişim öncesi, girişim sonrası 2. ve 4. haftalarda EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0 fonksiyonel işlevler alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	50
<b>Tablo 4.3.4</b> Girişim grubundaki kadınların EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0 fonksiyonel işlevler alt boyutları için Post Hoc Test: Tukey HSD.....	51
<b>Tablo 4.3.5</b> Girişim grubundaki kadınların girişim öncesi, girişim sonrası 2. ve 4. haftalarda BAÖ, BDÖ ve EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0 semptom skalası alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	53
<b>Tablo 4.3.6</b> Girişim grubundaki kadınların EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0 semptom skalası alt boyutları için Post Hoc Test: Tukey HSD.....	54

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACS.....	Amerikan kanser derneği
ASHA.....	Amerikan cinsel sağlık derneği
BAÖ.....	Beck anksiyete ölçeği
BDÖ.....	Beck depresyon ölçeği
DES.....	Diethylstilbestrol
EORTC QLQ-C30-ver 3.0...	Yaşam kalitesi ölçeği
HIV.....	Human immunodeficiency virus
HPV.....	Human papilloma virüsü
NCCIH.....	National center for complementary and integrative health
PLD.....	Pegylated liposomal doxorubicin
TAT.....	Tamamlayıcı ve alternatif tıp
TSY.....	Tamamlayıcı ve integratif/bütünleştirici sağlık yaklaşımları
ÖYP.....	Öğretim üyesi yetiştirme programı
WHO.....	Dünya sağlık örgütü

## 1. GİRİŞ

Dünyada yaygınlığı gün geçtikçe artmakta olan kanser, insan sağlığını birçok yönden olumsuz etkilemektedir. Kadın sağlığını tehdit eden jinekolojik kanserler, meme kanserinden sonra oldukça yaygın görülmektedir (Bray vd 2018, WHO 2018). Amerikan Cinsel Sağlık Derneği (ASHA), 2019 yılında 98.000 kadının jinekolojik kanser tanısı alacağını ve 30.000 kadının bu nedenle öleceğini tahmin etmektedir (ASHA 2019).

Bireyler kanser tanısı aldıktan sonra tedaviler başlamadan önce, tedavi sırasında ve sonrasında anksiyete ve depresyon gibi ruhsal bozukluklar yaşamakta ve yaşam kaliteleri de olumsuz etkilenmektedir. Yeterli klinik destek sağlanan hastalarda ise yaşam kalitesinin arttığı ve tedaviye bağlı yaşadıkları semptomların da iyileşebildiği yapılan araştırmalarda gösterilmiştir (Holzner vd 2003, Liavaag vd 2007, Vistad vd 2007, Saevarsdottir vd 2010, Mamguem Kamga vd 2018). Teknolojinin günümüz koşullarında geldiği nokta ve yeni tedavi seçeneklerinin artması, kadınların jinekolojik kanserle yaşam süresinin uzamasını sağlamıştır. Kanser tedavisinde kullanılan yöntemlerin (cerrahi, kemoterapi, radyoterapi) yol açtığı önemli fiziksel ve psikolojik semptomların iyi bir şekilde yönetiliyor olması ve kadınların bu hastalıkla yaşadıkları süre boyunca hemşirelerin kanıta dayalı uygulamalar ışığında, bütüncül bir yaklaşımla onları desteklemeleri büyük önem arz etmektedir (Kocaman vd 2007, Kvale ve Bondevik 2008, Schmid-Büchi vd 2008, Reis vd 2010, Akkuzu vd 2013). Kadınların jinekolojik kanser tanısı aldıktan sonra başlayan hayatta kalma mücadelesi, maruz kaldığı tedaviler ve bu tedavilerin sonucunda gelişen önemli psikolojik, fiziksel ve cinsel yan etkiler günlük yaşamlarını olumsuz etkilemektedir (Watts 2015, Huffman vd 2016, Izycki vd 2016, Domenici vd 2016, Uçar vd 2018).

Jinekolojik kanser tedavisinin getirdiği yan etkiler, kadınların fiziksel ve psikososyal açıdan iyi olma hallerini sürdürmemelerine, hastalığa uyum mekanizmalarının etkilenmesine ve geleceğe yönelik beklentilerinin sarsılmasına neden olmaktadır (Crothers vd 2005, Özdemir 2006). Jinekolojik kanser tanısı almış kadınlarla yapılan bazı araştırmalarda, kadınların kanser teşhisini takip eden ilk yıl içinde depresyon ve anksiyete riskine sahip olduğu gösterilmiştir (Naughton ve Weaver 2014, Heo vd 2018, Heo vd 2019). Tedavi yöntemlerindeki ve destek bakım

uygulamalarındaki gelişmelere rağmen bireyler bu süreçte kontrol edilmesi oldukça zor olan semptomları iç içe geçmiş bir şekilde yaşamaktadırlar. Kadınların tedaviler nedeniyle yaşadığı yan etkiler arasında; ağrı, konstipasyon, alopesi, yorgunluk, diyare, organlarda fonksiyon kaybı ya da bozukluğu, bulantı-kusma, fertilité sorunları, dermatolojik ve kas iskelet sistemi sorunları karşımıza çıkmaktadır. Bütün bu fiziksel yan etkiler ve kanser tanısı almanın getirdiği psikolojik etkilenme sonucunda, kadınlar sıklıkla anksiyete ve depresyon yaşamakta ve yaşam kaliteleri de olumsuz etkilenmektedir (Wyatt 2012, Saklı ve Demir Zencirci 2013, Watts 2015, Mielcarek 2016,Uçar vd 2018, Kurt ve Can 2018).

Günlük yaşamları olumsuz etkilenen bireyler bütün bu yan etkilerle baş edebilmek, fiziksel ve psikolojik olarak daha sağlıklı hissedebilmek ya da tedaviye destek sağlamak için Tamamlayıcı ve İntegratif/Bütünleştirici Sağlık Yaklaşımları (TSY) olarak adlandırılan yöntemlere sıklıkla başvurmaktadır (Kurt ve Unsar 2011, Dong vd 2014, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2017, Kurt ve Can 2018, WHO 2018). Bu yöntemlere duyulan ihtiyaç ve talebin artması, hemşirelerin bakımlarına TSY yöntemlerini dahil etmesini kaçınılmaz hale getirmiştir. Hemşirelerin hastalarına bütüncül bakım verebilmek amacıyla kendilerini bu alanda geliştirmeleri ve hemşirelik uygulamalarında kullanabilecekleri kanıta dayalı rehberler oluşturabilmeleri için TSY yöntemleri konusunda güçlü araştırmalar yapmaları önemlidir (Çevik vd 2016, Kurt 2018).

Jean Watson, 'İnsan Bakım Modeli' nde hemşireliği görev odaklı yaklaşımdan uzaklaştırarak, bağımsız hemşirelik rollerinin önemli olduğunu vurgulamaktadır. Modelinde bireye zihin, beden ve ruh olarak bütüncül yaklaşmanın, yalnızca bilimsel değil yaratıcı ve estetik bilgilerle bakım vermenin önemini belirtmektedir. Watson bireylerin iyileştirilme sürecinde kullanabilecekleri bazı bakım-iyileştirme yöntemleri önermektedir. Refleksoloji de bu bakım-iyileştirme yollarından biridir (Fawcett 2005, Watson 2008). Kanser hastalarının kemoterapi tedavisi sonucunda yaşadığı yan etkilerin azaltılmasına yönelik literatür incelendiğinde, refleksolojinin deneysel araştırmalarda yaygın olarak kullanıldığı, yan etkilerin azaltılmasında etkili olduğu ve daha fazla araştırmanın yapılması gerektiği belirtilmektedir (Kohara vd 2004, Stephenson vd 2007, Robertshawe 2008, Sharp vd 2010, Kurt ve Unsar, 2011, Lee vd 2011, Korkan ve Uyar 2014, Song 2015). Ülkemizde refleksolojinin jinekolojik kanseri olan kadınlarda kullanıldığı araştırmalar yok denecek kadar azdır (Alan 2015, Kurt 2018).

Kanser sözcüğü bireyler tarafından ölüm, ağrı, çaresizlik, belirsizlik, kaygı ve korku gibi birçok olumsuz ifadeden oluşan bir hastalık olarak algılanmaktadır. Daha hastalığın en başında bu olumsuz duygularla iyileşme için çare arayan bireylerin

bakımını üstlenen sağlık personelinin, daha çok fiziksel tedavilere yoğunlaşması, onların psikososyal, kültürel ve ekonomik durumlarının geri planda kalmasına neden olabilmektedir. Jinekolojik kanseri olan hastaların tedavi sürecinde yaşadığı fiziksel ve psikolojik sorunların giderilmesinde bütüncül bir bakım verebilmek için Jean Watson'ın İnsan Bakım Modeline dayalı bir hemşirelik bakımının planlanmasında refleksolojinin kullanılmasının uygun olacağı düşünülmüştür.

### **1.1. Amaç**

Bu araştırmanın amacı, Watson İnsan Bakım Modeli' ne temellendirilmiş refleksoloji uygulamasının jinekolojik kanser hastalarında anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisini incelemektir.



## 2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI

### 2.1. Jinekolojik Kanserler

Jinekolojik kanserler kadın üreme sistemi organlarında oluşan malign yapıdaki tümörlerdir. Kadın üreme sisteminde oluşan jinekolojik kanserler; serviks, uterus korpusu (endometriyum), over, vajina ve vulva kanseri olarak karşımıza çıkmaktadır. Jinekolojik kanserlerin her biri için farklı risk faktörleri bulunmakla birlikte genetik faktörler de etkili olmaktadır. Kanser riski olmayan birçok kadın yüksek risk grubunda kabul edilmektedir. Bu nedenle, kadınların jinekolojik kanser türlerinin, semptomlarının, potansiyel uyarı işaretlerinin, tarama ve önleme stratejilerinin farkında olmaları önemlidir (ASHA 2019).

Dünyada en sık görülen jinekolojik kanserlerin oranları incelendiğinde, kadınlarda tüm kanser tipleri arasında ikinci sırada serviks kanseri, altıncı sırada uterus korpusu ve yedinci sırada ise over kanseri yer almaktadır (Bray vd 2018, WHO 2018). Türkiye' de ise tüm kadın kanserleri arasında dördüncü sırada uterus korpusu, yedinci sırada over ve dokuzuncu sırada ise serviks kanseri görülmektedir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2017).

#### 2.1.1. Serviks kanseri

Serviks kanseri nedeniyle her yıl dünyada yaklaşık 530.000' den fazla yeni tanı alan kadın ve 275.000' den fazla da ölümün olduğu tahmin edilmektedir (Jemal vd 2011, Siegel vd 2012, Sharma vd 2013). Human papilloma virüsü (HPV), erken cinsel ilişki, çoklu cinsel partner, multiparite ve sigara kullanımı gibi birçok onkojenik faktörün serviks kanseri ile sonuçlandığı bildirilmektedir (Lorin vd 2015, Jiamset ve Hanprasertpong 2016). Belirtilen bu risk faktörlerinden HPV' nin serviks kanserinin en yaygın nedeni olduğu görülmektedir (Lorin vd 2015). Serviks kanserinin tedavi seçenekleri temel olarak cerrahi, kemoterapi, radyoterapi, eş zamanlı radyoterapi-kemoterapi ve hedefe yönelik tedaviyi içerir (Kang vd 2015, Gupta vd 2018). Ne yazık ki, bu tedaviler sonucunda kadınların fiziksel, psikolojik ve sosyal fonksiyonları olumsuz

etkilenmektedir. Aynı zamanda birçok kadın menopoz semptomları, düşük cinsel yaşam kalitesi, hematüri ve ağrı gibi semptomlar yaşamaktadır (Serkies ve Jassem 2004). Bütün bu semptomlar ise serviks kanserinin prognozunu ve tedavisini etkileyen psikolojik sonuçlar doğurmaktadır (Le Borgne vd 2013). Serviks kanserli hastalarda yüksek kalitede bir hemşirelik bakımını içeren az sayıda araştırma bulunmaktadır (Fu ve Wang 2018).

### 2.1.2. Over kanseri

Over kanseri, dünyada ölüm oranı oldukça yüksek olan bir jinekolojik kanser türüdür. Over kanseri özellikle ileri yaşta görülmekte ve spesifik olmayan semptomlar nedeniyle erken evrede (evre I ve II) tanı konulamamakta, tanı konulduğunda ise kanser ileri evrede ( evre III ve IV) olmaktadır (Rossing vd 2010, Chene vd 2013, Liu vd 2017, Lutgendorf vd 2017). İleri evre over kanseri tanısı alan kadınların sağkalım oranları oldukça düşük olmasına rağmen, bir kısmı tanıdan yıllar sonra yaşayabilmektedir. Evre III' te kadınların 5 ve 10 yıllık sağkalım oranları sırasıyla %36 ve %23, evre IV için sırasıyla %17 ve % 8' dir (Baldwin vd 2012).

Over kanserinin tedavisinde cerrahi işlemin ardından kemoterapi gelmektedir (Rai vd 2014). Tedaviler sonucunda kadınlarda cinsel işlev bozuklukları, beden imajında bozulma, yaşam kalitesinde azalma, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik yan etkiler sıklıkla görülmektedir (Watts 2015, Mielcarek vd 2016, Izycki vd 2016, Liu vd 2017, Lutgendorf vd 2017). Kadınlar over kanseri tanısı aldıktan sonra primer cerrahi sonrası kemoterapiye uzun süre ve tekrarlayan şekilde maruz kalmaktadır. Bu kadınlarda hem zihinsel hem de fiziksel olarak başa çıkma kabiliyetlerini azaltabilecek yüksek derecede psikososyal stres düzeyleri saptanmaktadır (Eschiti 2008). Over kanseri olan 151 kadınla yapılan prospektif bir araştırmada kadınların %78' inde depresyon, anksiyete ve duygusal değişkenlik gibi orta yüksek derecede psikolojik stres bulunmuştur (Kornblith 1995). Yapılan araştırmalarda, anksiyete ve depresyonu olan over kanserli kadınların, anksiyete ve depresyonu olmayan kadınlara göre tedavi uyumları ve tedavi sonuçları daha kötü olmakla birlikte yaşam kaliteleri de daha düşük tespit edilmiştir. Ayrıca bu kadınların hastanede kalma süreleri artmakla birlikte 5 yıllık sağkalım oranları ise daha düşük olarak saptanmıştır. Over kanseri olan kadınları daha ayrıntılı değerlendirebilmek için hem nitel hem de nicel araştırmalara ihtiyaç vardır (McDaniel vd 1995, Watson vd 1999, DiMatteo vd 2000, Watts 2015, Liu vd 2017).

### 2.1.3. Uterus korpusu (endometriyum) kanseri

Endometriyum kanseri, dünya genelinde kadınlar arasında en yaygın kanser türlerinden birisi olmakla birlikte altıncı sırada yer almaktadır (Bray vd 2018, WHO 2018). Günümüzde yaşam süresinin uzaması, yeni doğum metodlarının gelişmesi, hormon replasman kullanımı ve fiziksel aktivitenin azalması gibi faktörler endometriyum kanseri insidansı artmasına neden olmaktadır (Beavis vd 2016, Michels vd 2018).

Endometriyum kanseri tanısı aldıktan sonra yaygın olarak kullanılan invaziv cerrahi girişimlerinden radikal histerektomi kadınlarda psikolojik sıkıntılara yol açabilmektedir (Stabile vd 2015). Ameliyat sonrası adjuvan radyoterapi ve/veya kemoterapi uygulanabilmektedir (Kim vd 2019). Histerektomi ve sonrasındaki tedaviler kadınlarda duygusal strese neden olabilmekte ve hastalığın prognozunu etkileyebilmektedir (Heo vd 2019). Hastalığın prognozu; yaşam kalitesi, beslenme, egzersiz ve tütün kullanımı gibi yaşam tarzı faktörlerinden etkilenmektedir. Hemşireler, yüksek risk grubundaki bireyleri etkileyebilecek yaşam tarzı seçimleri hakkında bilgilendirmeli, anksiyete ve depresyonun önlenmesi için girişimler planlamalıdır (Passarello vd 2019, Heo vd 2019).

### 2.1.4. Vajina kanseri

Vajina kanseri çok nadir görülmekle birlikte her 1.100 kadından sadece 1' inde yaşamı boyunca vajina kanseri görülmektedir. Amerikan Kanser Derneği 2019 yılında Amerika' da yaklaşık 5.350 yeni vaka olmasını ve 1.430 kadının da öleceğini tahmin etmektedir (ACS 2019).

İleri yaşta olma, gebelikte Diethylstilbestrol (DES) kullanımı, HPV, servikal kanser öyküsü, sigara ve alkol kullanımı, HIV ile enfekte olma ve vajinal irritasyon vajina kanserinde risk faktörleri arasında yer almaktadır. Vajinal kanseri tedavi etmek ve normal dokudaki hasarı sınırlamak için tedavide en doğru seçeneği bulmak için çalışmalar yapılmaktadır. Günümüzde tedavi yöntemlerinden cerrahi, radyoterapi, brakiterapi ve kemoterapi kullanılmaktadır (ACS 2019).

### 2.1.5. Vulva kanseri

Vulva kanseri, kadın üreme organlarının kanserlerinin yaklaşık %6' sını ve kadınlarda tüm kanserlerin %0.7' sini oluşturmaktadır. Amerikan Kanser Derneği 2019 yılında Amerika' da yaklaşık 6.070 yeni vaka olmasını ve 1.280 kadının da öleceğini tahmin etmektedir. İleri yaşta olma, HPV, sigara, HIV ile enfekte olma, Liken sklerozus

tanısı almış olma ve jinekolojik kanser öyküsünün olması faktörleri arasında yer almaktadır. Günümüzde tedavi yöntemlerinden cerrahi, radyoterapi, brakiterapi ve kemoterapi kullanılmaktadır (ACS 2019).

## **2.2. Jinekolojik Kanserin ve Kemoterapinin Kadınlardaki Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesine Etkisi**

Kemoterapi, hızla çoğalan ve büyüyen hücrelere karşı seçici ve öldürücü etkiye sahip, biyolojik, hormonal, doğal veya sentetik kimyasal ajanlar kullanılarak yapılan ilaçlarla kanser tedavisi olarak tanımlanmaktadır. Kemoterapi uygulamaları özel bir bilgi ve beceri gerektirmektedir (Schorge vd 2010, Küçüköztaş ve Alatundağ 2013). Günümüzde jinekolojik kanserlerde kemoterapinin kullanımı oldukça yaygın olmakla birlikte bu tedavi şekli sayesinde bireylerin sağkalım oranları da artmıştır. Kanser hastalarında kullanılacak olan kemoterapik ajanların seçiminde hastanın yaşı, performans durumu, sistemik hastalıkları, tümörün tipi gibi faktörler göz önünde bulundurulmakta ve tedavinin yararları ve olası yan etkileri konusunda hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi önemli olmaktadır (Harma ve Zengin 2019).

Kemoterapötik ajanların genel yan etkilerinin; halsizlik, yorgunluk, nötropeni, trombositopeni, anemi, diyare, konstipasyon, ekstremitasyon, hipersesivite, hemorajik sistit, alopesi, cilt komplikasyonları, bulantı, kusma, mukozit, dipne, nöropati ve infertilite olduğu görülmektedir (Can 2005, Lee vd 2005, Schorge vd 2010, Sabuncuoğlu ve Özgüneş 2011, Harma ve Zengin 2019). Hemşireler, hastaların kemoterapi protokollerinde yer alan ilaçların yan etkileri ve semptomların kontrolü konusunda hasta ve ailesini bilgilendirmeli ve etkili hemşirelik girişimleri planlamalıdır (Can 2005).

Kanser tanısı alma bireylerde korku, çaresizlik gibi yaşamlarını olumsuz etkileyen emosyonel tepkilere neden olmaktadır. Kadının jinekolojik kansere gösterdiği tepki, kadının yaşına ve kanserin evresine göre değişebilmektedir. Sonrasında genellikle organ kaybıyla sonuçlanan cerrahi tedavi nedeniyle kadın kimliği, beden imajı, fiziksel ve sosyal fonksiyon kayıpları, kadının yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır. Türkiye gibi geleneksel ve kültürel değerlere önem veren, bu değerlere bağlı toplumların kadınları için 'uterus' doğurganlığın, anneliğin, cinsellik ve dişiliğin sembolü olarak düşünülmektedir (Crothers vd 2005, Özdemir 2006, Reis 2006b). Kadınlar, uterusu yükledikleri bu anlam nedeniyle histerektomi sonrası yoğun hüznü yaşayabilmektedir. Kemoterapi uygulamaları sırasında yaygın görülen yan etkiler ve tedavinin çoğunlukla infertilite ile sonuçlanacak olması, fertil çağıdaki

kadınları psikosoyal açıdan etkilemektedir. Son yıllarda jinekolojik kanserin tanılama aşamasında ve tedavideki gelişmeler sayesinde, yaşam süresi uzamış ve kaliteli yaşam beklentisi de artmıştır (Reis vd 2006b).

Anksiyete ve depresyon, kadınların başta yaşam kalitesi olmak üzere psikolojik ve fiziksel sağlıklarını etkilemesi nedeniyle tedavi sürecinde önemle ele alınması gerekmektedir. Anksiyete, birçok hastalık durumunda tedavi ve bakım alan bireylerde karımıza çıkan en yaygın mental hastalıklardan biridir (Wittchen vd 2002). Kanser hastalarında yaşam kalitesini olumsuz etkileyen anksiyeteye sıklıkla depresyon ve ağrı da eşlik etmektedir (Stephenson vd 2007, Yamagishi vd 2009). Anksiyete tedavi sürecindeki kanser hastalarının bir kısmında daha sonra kronik hale gelebilmektedir (Teunissen vd 2007). Anksiyete kanser tanısı alma ve sonrasında tedavi sürecinin getirdiği yan etkiler nedeniyle oluşmaktadır. Ayrıca, belirtiler değişken olmakla birlikte hem fiziksel hem de psikolojik belirtiler birlikte seyrebilmektedir. Anksiyetenin genel fiziksel ve psikolojik belirtileri; huzursuzluk, terleme, dispne, taşikardi, takipne ve baş ağrısı, sürekli ve tekrarlı bir şekilde hastalığı tedaviye düşünme, sürekli tetikte olma, ölüm korkusu, gelecek kaygısı, sosyal sorumluluklar yönelik endişeler ve konsantrasyonda güçlük yaşama şeklindedir (Can 2005, Sheldon 2008).

Kanser hastalarının yaşam kalitesini olumsuz etkileyen depresyon; yorgunluk, aşırı uyku hali gibi sorunlarla birlikte seyreden önemli bir mental hastalıktır. Kanser hastalarında kronik depresif belirtiler genel nüfusa oranla daha fazla görülmektedir (DiMatteo vd 2000, Nordin vd 2001, Delgado-Guay 2009). Yapılan araştırmalarda kanser hastalarında %10.8-%49 oranında depresyona rastlanmaktadır (Lovejoy vd 2000, Tokgöz vd 2008, Teunissen vd 2007, Ng vd 2010). Jinekolojik kanseri olan kadınlarla yapılan bir araştırmada depresyon görülme oranı %33 (Ell vd 2005), başka bir araştırmada ise %65 olarak saptanmıştır (Steele ve Fitch 2008). Aynı zamanda jinekolojik kanser nedeniyle cerrahi operasyonla ooferektomi yapılan kadınlarda östrojenin eksikliği nedeniyle depresyona zemin hazırlamaktadır. Postmenopozal dönemde ve ooferektomi sonrası total triptofan miktarı değişmezken serbest triptofan düzeyi ise azalmaktadır. Triptofan, serotonin metabolizmasında rol oynamaktadır. Triptofan düzeyinin azalması serotonin de azalmasına neden olmakta ve bu durum depresyona yol açmaktadır (Öztürk ve Uluşahin 2008, Alan 2015). Depresyon, tedavi sürecindeki belirsizlik nedeniyle ölüm korkusu yaşama, kadınlık kimliğine ve cinselliğe yönelik değişim olması, beden imajı algısının etkilenmesi, fiziksel aktivitelerdeki zorlanma ve duygusal olarak yeterli desteğin olmaması gibi nedenlerle de oluşmaktadır. Depresyonun fiziksel ve psikolojik belirtileri arasında; uyku örüntüsünde bozulma, iştahsızlık nedeniyle aşırı kilo kaybı, yorgunluk ve konsantrasyon güçlüğü, duygu durum bozuklukları, hayattan zevk alamama, kendini suçlu ve değersiz

hissetme, kendini öldürme düşünceleri gibi ciddi sorunlar görülmektedir (Musselman vd 2001, Schroevers vd 2003, Ebrahimi vd 2004, Alan 2015).

Tedavi yöntemlerindeki ve destek bakım uygulamalarındaki gelişmelere rağmen bireyler bu süreçte kontrol edilmesi oldukça zor olan semptomları iç içe geçmiş bir şekilde yaşamaktadırlar. Kadınların tedaviler nedeniyle yaşadığı fiziksel semptomlar; ağrı, bulantı-kusma, konstipasyon, alopesi, yorgunluk, diyare, organlarda fonksiyon kaybı ya da bozukluğu, fertilité sorunları, dermatolojik ve kas iskelet sistemi sorunlarıdır. Bütün bu fiziksel yan etkiler ve kanser tanısı almanın getirdiği psikolojik etkilenme sonucunda, kadınlar sıklıkla anksiyete ve depresyon yaşamakta ve yaşam kaliteleri de olumsuz etkilenmektedir (Wyatt 2012, Saklı ve Demir Zencirci 2013, Sekse vd 2015, Watts 2015, Mielcarek 2016, Uçar vd 2018, Kurt ve Can 2018).

### **2.3. Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımları Kapsamında Refleksoloji**

Alternatif tıp, uygulama ve ürünlerin modern tıp tedavilerinin yerine kullanılması, tamamlayıcı tıp ise hastalıkların ve tedavilerin sonucunda oluşan semptomları kontrol etmek için, uygulama ve ürünlerin modern tıp tedavileri ile birlikte kullanılması şeklinde tanımlanmaktadır (NCCIH 2016). Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp (TAT) yaklaşımları, günümüzde Tamamlayıcı ve İntegratif / Bütünleştirici Sağlık Yaklaşımları olarak ifade edilmektedir. Tamamlayıcı sağlık yaklaşımları (TSY) arasında pek çok terapi ve uygulamalar yer almaktadır (İlgaz ve Gözüm 2016, NCCIH 2016). Refleksoloji, manipülatif ve beden temelli uygulamalar grubundadır (Smith vd 2006, Hall 2012, NCCIH 2016). 2014 yılında "Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği" ile ülkemizde bu yöntemlerin sağlık kuruluşlarında kimler tarafından uygulanacağı, uygulayıcıların eğitimi, nasıl yetkilendirilecekleri, yöntemlerin ne şekilde uygulanacağı belirlenmiştir. Sağlık personelinin uygulamalara nasıl katılacağı "Tabip ve dış tabibi olmayan uygulama alanında temel eğitimi bulunan sağlık meslek mensupları sertifikalı tabip ve dış tabiplerinin gözetimi ve denetimi altında uygulamalara katılırlar" şeklinde belirtilmiştir (Resmi Gazete Sayı: 29187, Kanun No: 6569).

Modern hemşireliğin kurucusu Nighintingale ve postmodern hemşireliği ele alan hemşire modelist Watson'a göre; zihin, beden ve ruh ayrılmaz bir bütündür. Watson, hemşirenin bireye bakım verirken onun ruhuna bakmayı, bireyin ne yaşadığını anlamayı, aynı zamanda da bakımda iyileştirme süreçleri ve yöntemlerini kullanmanın bütüncül bakım verebilmek açısından önemini vurgulamaktadır. Hemşire invaziv girişimleri uygularken bakımını iyileştirme süreçlerine göre şekillendirmelidir. Watson modelinde dokunma yöntemlerinin bilinçli kullanımı alanında beden terapileri,

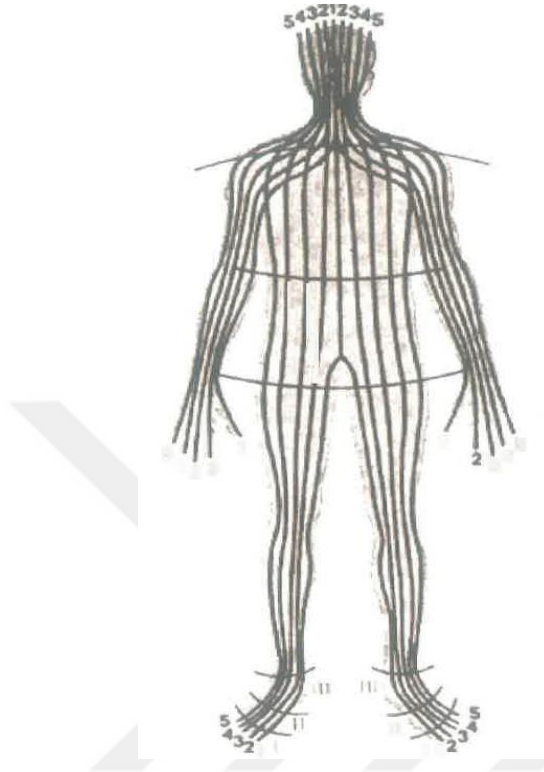
dokunma, refleksoloji ve terapötik masaj gibi uygulamaların kullanılmasını önermektedir. Bu nedenle tamamlayıcı sağlık yaklaşımları, hastalara bütüncül bakım verebilmenin sağlanması için önemli ve aslında hemşireliğin özünü de oluşturmaktadır (Watson 2009, Taşcı 2015).

Refleksoloji, tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının bir kolu olan, bireye bütüncül olarak yaklaşan bir sanat ve refleks terapi yöntemidir. Bireyin beden, ruh ve zihin olarak ele alınması gerektiğini savunmaktadır. Refleksoloji, vücut bölümlerine ve organlara karşılık gelen kulak, el ve ayaklardaki refleks noktalarının elle uyarılmasıyla hastalıkların tedavisini, holistik ve dengeleyici şekilde desteklemektir (Valiani vd 2010, Wyatt vd 2012, McCullough vd 2014). Uluslararası Refleksoloji Enstitüsü refleksolojiyi “vücut bölümlerine, salgı bezlerine ve organlara karşılık gelen ellerde ve ayaklardaki refleks noktalarının el ile uyarılması ilkesini temel alan bir bilim” olarak tanımlanmıştır. Bu refleks noktalarını doğru uyarmak koşulu ile, doğal bir yolla bazı sağlık sorunları önlenebilmektedir. Refleksoloji insan sağlığı için ciddi bir ilerleme olmakla birlikte masaj ile karıştırılmamalıdır (International Institute of Reflexology 2016). Ayaklarda uyarı noktalarının cilt yüzeyine yakın ve çalışma alanının daha geniş olması nedeniyle ayak refleksolojisi daha çok tercih edilmektedir (Gözüyeşil 2015, Pekmezci Purut 2018). Refleksoloji; toksinlerin vücuttan uzaklaştırılmasını, homeostasisi ve bedenin kendi kendisini iyileştirme gücünün harekete geçirilmesini ve rahatlamayı sağlamaktadır (Nakamarua 2008, Wyatt vd 2012, McCullough vd 2014).

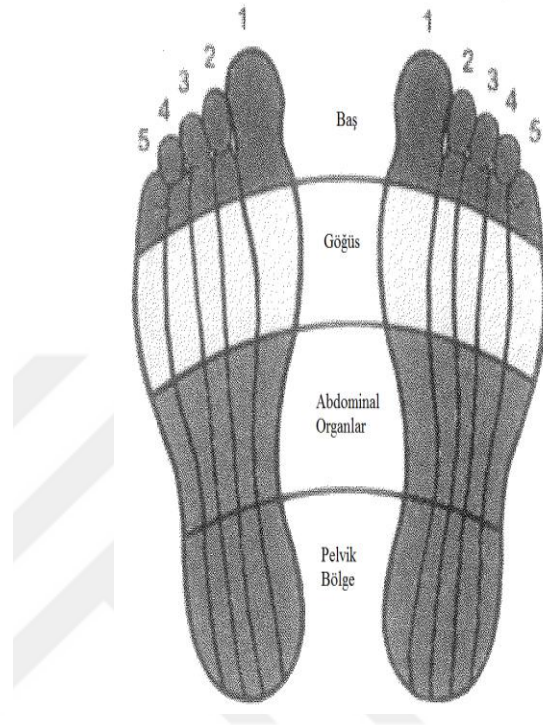
Dr. William Fitzgerald vücudu; baş bölgesinden ayaklara, ayakların altından vücudun arkasına ve başa tekrar dönen on eşit dikey bölgeye ayırmıştır (Şekil 2.3.1). Bölge terapisine göre aynı dikey hat üzerinde bulunan vücut bölümleri birbirleriyle etkileşim halindedir (Tabur ve Başaran 2009, Todd 2009, Tabur Wilhelm 2009). Sonraki yıllarda Dr. William Fitzgerald’ın kurduğu bölge terapisinin geliştirerek çalışmalarına devam eden Dr. Joseph Riley dikey dilimlere yatay dilimler eklemiştir. Ayrıca ayağa yansıyan bazı organların, ayak tabanında karşılık gelen yerlerini de belirtmiştir (Şekil 2.3.2). Daha sonra Eunice Ingham (1879-1974), ayaktaki noktalarla vücut organları arasındaki ilişkisinin haritasını çıkararak modern refleksolojiyi kuran kişi olmuştur (Todd 2009, Kurt ve Can 2013, Gözüyeşil 2015, International Institute of Reflexology 2016) (Şekil 2.3.3).

Refleksolojinin nasıl etki sağladığı tam olarak açık olmamakla bu konuda farklı teoriler ortaya atılmıştır. Bunlar; enerji teorisi, kapı kontrol teorisi, laktik asit teorisi, endorfin teorisi, sinir reseptörlerini algılama teorisi, sinir uyarı veya otonomik-somatik birleşme teorisi ve sempatik-parasempatik teoridir. Teorilerin büyük kısmı refleksolojinin temel aldığı Dr. William Fitzgerald’ın bölge terapisine yoğunlaşır. Vücut

enerjisinin dengeli bir biçimde organlara yayılması ve tüm vücudu denge durumuna getirmesi bu farklı teorilerin ortak noktasıdır (McCullough vd 2014, Gözüyeşil 2015).



**Şekil 2.3.1** Bölge terapisi teorisine göre vücut bölgeleri (Alan 2015)



**Şekil 2.3.2** Doktor Fitzgerald'ın dikey bölge dilimlerine ek olarak yatay dilimler (Alan 2015)

**Enerji teorisi:** Temeli elektromanyetik sirkülasyon ve ki (chi)'nin doğu teorisidir. "Ki" vücuttaki yaşam enerjisidir. Bu teoriye göre vücutta uzunlamasına on adet enerji bölgesi bulunmaktadır. Bu enerjiyi hastalıklar ve travmalar kesintiye uğratabilir. Bir bölgede oluşan tıkanık aynı bölgede bulunan vücut bölümlerini olumsuz etkileyebilir. Sağlıklı bir işleyişin sağlanması için tıkanıklıkların giderilmesi gerekmektedir. Refleksoloji ile eller ve ayaklardaki refleks noktalarına uygulanan basınç sayesinde, enerjinin kesintisiz olarak vücutta rahatça akışı sağlanabilmektedir (Stephenson vd 2000, Cade 2002, Bishop vd 2003, Quinn vd 2008, Wilkinson vd 2008, Tabur ve Başaran 2009, Wilhelm 2009, Gözüyeşil 2015).

**Kapı kontrol teorisi (KKT):** Sinir sistemindeki kapı mekanizmaları ağrı geçişini kontrol ederler. Yani kapı açık ise ağrı ile sonuçlanan uyarılar bilinç düzeyine ulaşmıştır. Ancak kapı kapalı ise ağrı duyusu hissedilmez. KKT vücutta bulunan küçük ve büyük çaplı liflerin birbiriyle ilişkisinden bahseder. Bu teoriye göre ağrıyı küçük çaplı



lifler taşır. Küçük çaplı liflerin taşıdığı uyarılara, büyük çaplı lifler kapıyı kapatır. Refleksoloji ile deri yüzeyinde çok miktarda bulunan büyük çaplı liflere dokunma uyarısı verilerek ağrının giderilmesi sağlanır (Gözüyeşil 2015).

Laktik Asit Teorisi: Ayaklarda kalsiyum, ürik asit ve laktat kristalleri depolanmaktadır. Refleksoloji, birikmiş olan bu kristalleri eriterek dolaşıma yeniden katmakta ve enerjinin serbest akımına izin vererek vücudu canlandırmaktadır. Bu uygulama toksinlerden kurtulmak (toksinlerin sistemden uzaklaşması) olarak da ifade edilir. Toksinlerin bulunduğu bölgelere bağlı olarak belirli semptomlar ortaya çıkar. Refleksoloji uygulaması sonrasında, sık tuvalete çıkma ve bağırsak hareketlerinin artması görülebilir (Cade 2002, Stephenson 2007, Tabur ve Başaran 2009, Wilhelm 2009, Polat 2013, Gözüyeşil 2015).

Endorfin Teorisi: Refleksoloji ile vücutta doğal bir şekilde ağrı kesici özellik gösteren endorfinler üretilir. Endorfinler vücutta bulunan ve opioidlere benzeyen maddelerdir. Endorfinler ağrının bilinç düzeyine ulaşmasını engellemek için beyin ve spinal kord uçlarındaki reseptörlere tutunurlar (Gözüyeşil 2015).

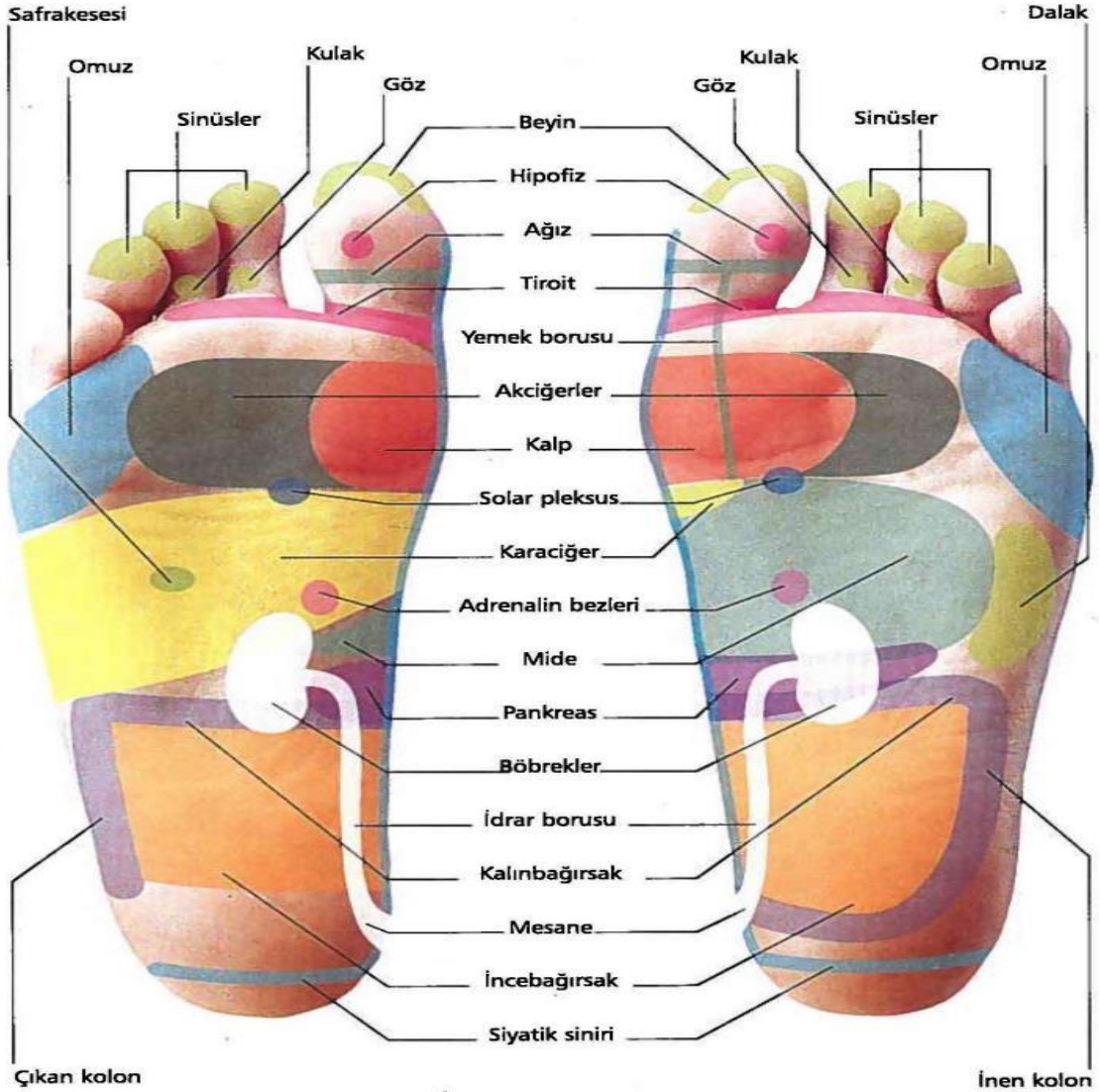
Sinir Reseptörlerini Algılama Teorisi: Ayaklarda bulunan 7000' in üzerindeki sinir ucu bulunur. Refleksoloji ile sinir noktalarının özel bir teknikle uyarılmasıyla elektrokimyasal mesajlar oluşturulur. Bu mesajlar ise nöronlar yardımıyla ilgili organlara iletilerek uyarılır. Hastanın yaşadığı fiziksel problemlerle ilgili stres ve gerginlik refleksoloji ile azaltılmaktadır. Bu değişiklik önce otonom yanıtı etkileyerek daha sonra ise endokrin, immün ve nöropeptit sistemi etkiler (Poole vd 2007, Quinn vd 2008, Hughes vd 2009, Gözüyeşil 2015).

Sinir Uyarı veya Otonomik-Somatik Birleşme Teorisi: Deride değişik anatomik ve fizyolojik özekte birçok duyuşal sinir reseptörü bulunur. Refleksoloji ile reseptörlere uygulanan basınç sonucunda mesajlar spinal kord ve/ veya beyne ulaşır. Daha sonra spinal korddaki nöronlar aracılığıyla kaslara motor emirler gitmesiyle, ayak ve ellerden gelen duyu mesajının birleşmesiyle de kaslarda direkt etkiye sahip olabileceği savunulur (Tabur ve Başaran 2009, Gözüyeşil 2015).

Sempatik-Parasempatik Teori: Refleksolojinin etkisini açıklayan en güncel kuramdır. Parasempatik sinir sistemini uyarmak için sol ayak/el, sempatik sinir sistemini uyarmak için ise sağ ayak/eldeki refleks noktaları üzerinde çalışılmaktadır. Sol taraf gevşetici ve sakinleştirici etki, sağ taraf ise vücudu canlandırıcı ve hızlandırıcı etki sağlamak için uyarılmaktadır (Tabur ve Başaran 2009).

TSY son yıllarda modern tıbbın önemli bir parçası haline gelmiştir (Başgöl ve Aslan 2014). Sağlık bakım sisteminin sadece hastalık ve tedaviye odaklanmayıp, aynı zamanda bireyin sağlığının korunması, geliştirilmesi, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan da desteklenmesi önemlidir (Taşcı 2015). Refleksoloji, hemşirelik bakımının temel

öğeleri olan iletişim, etkileşim ve sempati gibi hasta-hemşire ilişkilerine katkıda bulunmaktadır. Aynı zamanda hastalıkların yol açtığı semptomların azaltılmasını sağlayan etkili bir yöntemdir (Öztürk 2015).



**Şekil 2.3.3** Vücut bölümlerinin ayak tabanında karşılık geldiği refleks noktaları (Pekmezci Purut 2018)

Refleksoloji ayak masajından farklıdır. Çünkü parmaklar tarafından ayağın belirli noktalarına daha fazla yüzey teması ve daha derin baskı uygulanmasını içermektedir. El ve ayak tabanları üzerinde organlara karşılık gelen belirli noktalar bulunmaktadır. Refleksoloji, kendi kendine tedavi mekanizmalarını devreye sokarak ve fizyolojik tepkiler yaratmaktadır (Gholamzadeh 2019). Refleksoloji, nöral stimülasyon ve kan

akışını arttırarak fizyolojik değişiklikler yaratmakta ve bu bunun sonucunda da kişide gevşemeyi sağlamaktadır (Gozuyesil ve Baser 2016, Unal ve Balci Akpınar 2016). Parmaklarla ayak tabanındaki refleks bölgelerine yapılan bası, yüzlerce sinir ucunun uyarılmasına ve endorfin salınmasına yol açmaktadır. Bu hormonlar ağrı iletimini engelleyerek, rahatlama ve uyuşukluk sağlamakta, stresi azaltarak ve huzuru arttırmaktadır (Pedram vd 2013). Hemşireler semptomları kontrol altına almak ve hastalara yardım etmek için TSY yöntemleri gibi farmakolojik olmayan yöntemleri uygulama ve yürütmeye önemli bir rol oynamaktadır. Bu nedenle TSY yöntemlerinin etkinliğini bilmek bu yöntemlerin uygulanabilmesi için oldukça önem arz etmektedir (Suzuki vd 2018).

### **2.3.1. Refleksolojinin tarihçesi**

Refleksoloji geçmişten günümüze uzun yıllardır kullanılmaktadır. Yaklaşık 5000 yıl önce Çin ve Hindistan' da yaygın olarak tercih edilen bir tedavi şekli olduğu tahmin edilmektedir. Mısır' da M.Ö. 2330 yıllarında refleksolojinin resmedildiği bazı belgelere rastlanmıştır. Ayrıca 19. yüzyılda bölge terapisinin (Zona Therapy) kurucusu Dr. William Fitzgerald refleksolojinin ilk adımlarını atmıştır. Parmaklardaki belli noktalara basınç uygulanması sonucunda el, kol, omuz, çene, burun ve kulaklardaki ağrının azaldığını keşfetmiştir. Daha sonra Amerikalı fizyoterapist Eunice Ingham (1879-1974), ayaktaki noktalarla vücut organları arasındaki ilişkisinin haritasını çıkararak modern refleksolojiyi kuran kişi olmuştur (Kurt ve Can 2013, Gözüyeşil 2015, International Institute of Reflexology 2016).

### **2.3.2. Refleksolojinin genel kullanım alanları**

Refleksoloji, uykusuzluk, anksiyete, stres, yorgunluk, depresyon, eklem ağrıları, romatizma, kas ağrıları ve spazmı, eklem iltihaplanmaları, egzema, bazı dermatolojik sorunlar, kabızlık, hazımsızlık, menopoz, dismenore, premensrual sendrom, doğum (ağrıyı azaltmak veya arttırmak, servikal dilatasyonu arttırmak), gebelikteki fizyolojik problemler (bulantı ve kusma, konstipasyon, ödem), yorgunluk ve baş ağrısını azaltmak için kullanılmaktadır. Refleksoloji ayrıca, kanser ve tedavilerinin yan etkilerini azaltmak, yaşam kalitesini arttırmak, bulantı-kusmayı önlemek, bağışıklığı güçlendirmek, enfeksiyon süresini kısaltmak, migren, baş ağrısı ve sırt ağrısında da kullanılmaktadır (Grealish vd 2000, Wang vd 2008, Dolation vd 2011, Gözüyeşil 2015, Song 2015, Esmel-Esmel vd 2016, Gözüyeşil ve Baser 2016, Ünal ve Akpınar 2016, Rahmani vd 2016).

### 2.3.3. Refleksolojinin kontrendike olduğu durumlar

Refleksolojinin yararları konusunda olumlu görüşler olmasının yanı sıra, kullanım alanları açısından kontrendike olduğu durumlar bulunmaktadır. Yakın zamanda ameliyat öyküsü varsa dikkatli yapılmalıdır. Ancak ameliyat sonrası olumlu etkileri nedeniyle doktor gözetiminde yapılması tavsiye edilmektedir. Refleksoloji kalp krizinden en az üç ay sonra yapılmalıdır. Derin ven trombozu, bacakta varis varlığında pıhtının vücutta ilerleyerek hayati organlara gitmesine yol açabilir. Diyabette refleksoloji pankreası uyardığı için insülin salınımında dengesizliklere neden olmaktadır. Akut enfeksiyonlar, grip, ateşli durumlarda kötü etkilere neden olabileceğinden dolayı kullanılmaması önerilmektedir. Örneğin, enfeksiyon olan bölgeye yapıldığında kan dolaşımını hızlandırarak enfeksiyonun yayılmasına neden olabilmektedir. Yaşlılarda ve küçük çocuklarda hafif bası uygulayarak ve süreyi kısaltarak yapılabilir. Ayakta ülser, açık yaralar varsa yapılmamalıdır. Gebeliğin ilk trimesterinde yapılmamalı ve son trimesterinde dikkatli uygulanmalıdır (Lakasing ve Lawrence 2010, Gözüyeşil 2015).

### 2.3.4. Refleksolojinin kemoterapi alan hastalarda kullanımı

Kronik hastalığa sahip olan hastalar sadece hastalıktan değil aynı zamanda tedavi yöntemlerinin yan etkilerinden olumsuz etkilenmektedir (Elshamy ve Eman 2011). Kanser tanısı alan bireylerin günümüz tedavi koşullarında sağkalım oranları artmıştır. Bu nedenle, tedavi yöntemlerinin yan etkilerine ve bu yöntemlerin hastaların yaşam kalitesi üzerindeki etkileri göz ardı edilemeyecek kadar önem arz etmektedir (Brewer vd 2016). Bir kanser tedavisi tekniği olarak kemoterapi, kanser hastalarının sağkalımını sağlasa da sıklıkla yan etkilere neden olabilmektedir (Park R ve Park C 2015). Yorgunluk, bulantı, kusma, yorgunluk, ishal, ağrı, uykusuzluk, cilt değişiklikleri, periferik nöropati, anksiyete ve depresyon hastaların yaşam kalitesin olumsuz etkileyen bu yan etkiler arasında yer almaktadır (Yang 2005, Friedman vd 2010, Zhang vd 2010, Kabat vd 2010, Sharp vd 2010, Ernst vd 2011, Lee vd 2011, Kurt ve Can 2018).

Hastalar kanser tansı aldıktan sonra bu durumla başa çıkmada problem yaşamakta, ciddi düzeyde fiziksel ve psikolojik sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Kanser hastaları ve aileleri tedavinin en etkili yolunu bulmaya çalışmaktadır. Çoğu durumda, hastalar kanser tedavilerinin yol açtığı yan etkileri hafifletmek için TSY yöntemlerine yönelmektedir (Lettner vd 2017). TSY yöntemlerinin kullanılması hastalar için hayati bir öneme sahiptir. Avrupa'da, tüm kanser hastalarının yaklaşık %40' ı

onkoloji tedavisi sırasında TSY kullanılmaktadır. Hemşirelerin son yıllarda TSY yöntemlerinden biri olan refleksolojiyi bakımlarına dahil etmeleri ile kaliteli hasta bakımı ortaya çıkmaktadır (Kahangi vd 2012, Fremd vd 2017). Hemşireler TSY yöntemlerini, hastanın mevcut tedavilerinin yanında genel durumunu iyileştirmek için yardımcı olarak görmektedir (Park R ve Park C 2015).

Literatürde kanser hastalarının kemoterapi tedavi sürecinde refleksoloji kullanımına yönelik araştırmalar yer almaktadır (Stephenson vd 2003, Stephenson vd 2007, Sharp vd 2010, Wyatt vd 2012, Özdelikara 2013, Özdelikara ve Tan 2017a, Özdelikara ve Tan 2017b). Metastatik akanseri olan 36 hastayla yapılan randomize kontrollü bir araştırmada, uygulanan ayak refleksolojisinin ağrıyı azaltmada etkili olduğu bulunmuştur. Aynı araştırmada yer alan hastalar refleksolojinin bakımlarına dahil edilmesini yüksek oranda olumlu karşılamışlardır (Stephenson vd 2003). Stephenson ve arkadaşlarının (2007) 86 metastatik kanseri olan bireyle yaptıkları başka bir araştırmada, refleksoloji uygulaması sonrası anksiyete ve ağrı şiddetinde önemli azalmalar saptanmıştır. Erken evre meme kanseri olan 183 kadınla yapılan randomize kontrollü bir araştırmada da, refleksolojinin psikolojik açıdan iyilik haline etkisi incelenmiştir. Sonuçta refleksolojinin kadınların yaşam kaliteleri üzerinde önemli derecede olumlu etkileri olduğu ve bu alanda kanıta dayalı bir uygulama olarak kullanılabileceği belirtilmiştir (Sharp vd 2010). Wyatt ve arkadaşlarının (2012) kemoterapi ve radyoterapi alan ileri evre meme kanseri olan 286 kadınla yaptıkları randomize kontrollü araştırmada, dört haftalık bir süreçte ayak manüplasyonu ve refleksoloji uygulanmıştır. Bu hastalarda yaşam kalitesi, depresif semptomlar, anksiyete, ağrı ve bulantı şikayetlerinde gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmazken, fiziksel fonksiyonlar ve dispne şikayetlerinde refleksoloji uygulanan hastalarda olumlu yönde değişimler olmuştur. Özdelikara' nın (2013) meme kanserli kadınlarla yaptığı araştırmada, refleksolojinin kemoterapiye bağlı bulantı, kusma ve yorgunluğu azalttığını saptamışlardır.

Uysal ve arkadaşlarının (2016) kolorektal kanserli hastalarla yaptıkları araştırmada ayak refleksolojisinin ağrı ve yorgunluğu hafiflettiği, yaşam kalitesini arttırdığı, abdominal distansiyon ve idrar yapma sıklığını azalttığı bulunmuştur. Ayrıca hemşirelerin, semptomları kontrol altında tutmak ve yaşam kalitesini iyileştirmek için düzenli bakımın yanı sıra hastalarına refleksoloji kullanabileceği belirtilmiştir. Wyatt ve arkadaşlarının (2017) kemoterapi alan meme kanserli hastalarla yaptıkları araştırmada refleksoloji uygulanan hastaların kontrol grubuna göre semptom şiddetinde azalma, sosyal destek, fonksiyon alanı, yaşam doyumu, iletişim kalitesi ve günlük aktivite etkileşiminde artma tespit edilmiştir. Refleksolojinin yaşam kalitesine etkisinin incelendiği meme kanserli hastalarla yapılan araştırmalarda kemoterapiye bağlı

komplasyonların ve semptomların azaldığı, yaşam kalitesinin de arttığı saptanmıştır (Pedram vd 2013, Özdelikara ve Tan 2017a, Özdelikara ve Tan 2017b).

Genel olarak refleksolojinin kanser hastalarında ağrıyı azaltabildiği, fiziksel işlev, denge ve yaşam kalitesini arttırabildiği yapılan araştırmalarda gösterilmiştir (Pedram vd 2013, Uysal vd 2016, Özdelikara ve Tan 2017a, Wyatt vd 2017, Gholamzadeh vd 2019). Bunun yanında refleksolojinin, kemoterapinin yan etkilerini azaltmaya yönelik kullanımını ve faydalarını desteklemek için daha fazla kanıta dayalı araştırmalara ihtiyaç bulunmaktadır. Ayrıca yapılan araştırmalarda refleksolojinin yan etkilerinin gösterilmediği ve bu yan etkiler dikkate alınarak yeni araştırmalar yapılması önerilmektedir (Gholamzadeh vd 2019).

### **2.3.5. Refleksolojinin jinekolojik kanserde kullanıldığı araştırmalar**

Yapılan literatür tarama sonucunda Türkiye’ de, jinekolojik kanser nedeniyle kemoterapi tedavisi sürecindeki kadınlara progresif kas gevşeme egzersizi ve refleksoloji uygulamasının anksiyete, ağrı, depresyon, yaşam kalitesi ve yorgunluğa etkisinin değerlendirildiği bir adet doktora tezi bulunmaktadır (Alan 2015). Alan’ ın (2015) yaptığı randomize kontrollü araştırmada, refleksolojinin kemoterapi alan kadınlarda ağrı ve yorgunluğu azalttığı, ağrı ve yorgunluk semptomlarının günlük yaşama etkisini azalttığı, anksiyete ve depresyon seviyelerini düşürdüğü, yaşam kalitesini ise arttırdığı saptanmıştır.

Literatürde jinekolojik kanseri olan ve kemoterapi alan kadınlarda refleksolojinin uygulandığı araştırmaların yok denecek kadar az olduğu görülmektedir (Alan 2015, Kurt 2018, Dikmen ve Terzioğlu 2019).

## **2.4. Watson İnsan Bakım Modeli**

Watson, bakım sürecini hemşirenin eşsiz bir birey olarak diğerine yanıt vermeye başladığı, diğerlerinin duygularını algıladığı ve bireyi sıradan olandan ayırdığı bir süreç olarak tanımlamaktadır. Watson, bakım davranışlarının ancak hastalar tarafından algılanmasıyla etkili olabileceğini belirtmektedir. Bakım davranışları ise duygusal anlamda ulaşılır olma, zihinsel ve fiziksel olarak hazır bulunma, sorumluluk sahibi olma, dürüst, duyarlı, saygılı, güven verici, iyi bir dinleyici olma, göz teması kurabilme, dokunma, hastaya adı ile seslenme, bilgi verici ve kültürel farklılıkları dikkate alarak yaklaşma şeklinde belirlenmiştir (Watson 2008).

İnsan Bakım Modeli, “insanların bir nesne olarak tedavi edilemeyeceğini, kendi benliklerinden, diğer insanlardan, doğadan ve evrenden ayrılamayacağı” esasına dayandırılmaktadır. Watson, hemşireliğin bakım-iyileşme-sağlık disiplini olduğunu belirtmektedir (Watson 2008).

*İnsan Bakım Modelinin genel özellikleri:* İnsan akıl-beden-ruh olarak bir bütün halinde ele alınmalı ve bu yönde bütüncül bir bakım verilmelidir. Hem bakım veren hemşire hem de birey için yaşanan deneyimler önemlidir. Hemşire ve birey kişilerarası bir ilişki içerisinde olmakla birlikte birbirlerinden öğrenmektedir. Hemşirelik teknoloji temelli sağlık bakım sistemlerinin ötesindedir. Bağımsız hemşirelik rolleri çok önemli ve değerlidir. Model her gelişim dönemdeki hem hasta hem sağlıklı bireylere, hemşireliğin bütün uzmanlık alanlarında ve hemşireliğin tüm rollerine uygundur. Ayrıca kurumların işleyişine de uyarlanabilmektedir (Watson 2008).

#### **2.4.1. İnsan bakım modelinin yapısını oluşturan kavramlar**

Model dört temel kavramdan oluşmaktadır.

- Kişilerarası bakım ilişkisi
- Bakım durumu ve bakım anı
- Bakım iyileştirme bilinci
- İyileştirme süreçleri

Modelde bu kavramların yanında bir de iyileştirici çevre ve otantik ilişki kavramları açıklanmıştır (Fawcett 2005).

##### *Kişilerarası Bakım İlişkisi*

Ahlaki ve etik sorumluluklar çerçevesinde, güvenilir, içten, doğru, samimi, saygılı, duyarlı, uyumlu ve empati kurabilme kavramlarını içermektedir (Watson 2008).

##### *Bakım Durumu ve Bakım Anı*

Bakım durumu, bireyin iyileşmesine destek olan hemşirenin hem kendi hem de bireyin yaşam deneyimleri ve varoluşsal alanlarının bütünleşmesi ile oluşmaktadır. Bakım anı, hemşirenin bireye bakım vermek için fırsat oluşturulan yer ve zamanı tanımlamaktadır. Hemşire bu doğal bakım anının ve kendi hislerinin farkında olabilmelidir. Hem hemşire hem de bireyin iletişim biçimlerinin nasıl olacağına yönelik fırsat sunmaktadır. Bakım anı ise içsel ve derin yönüyle hemşirenin ve bireyin memnun olmalarını sağlamaktadır (Watson 1999, Watson 2007).

### Bakım-İyileştirme Bilinci

Bakım-iyileştirme-sevgi kavramlarından oluşmaktadır. Bakım-iyileştirme bilinci, bakım alan birey ile bakım veren hemşire arasında sevginin oldukça kıymetli bir yeri olduğu vurgulanmaktadır (Fawcett 2005, Watson 2008).

### İyileştirme Süreçleri

İnsan bakım modeli postmodern hemşireliği çağrıştıran "iyileştirme" kavramına oturtulmuştur. 1979' da Watson tarafından ilk kez "iyileştirici faktörler" kavramı ortaya çıkmıştır. 1985-1988 yıllarında bu kavram tekrar gözden geçirilmiştir "iyileştirilme süreçleri" olarak değişmiştir (Cara 2003, Watson 2007). İyileştirme süreçleri hemşireliğin özünü oluşturmaktadır (Fawcett 2005, Watson 2008). Hemşire bakım verirken sevgi, takdir ve değer kavramlarından oluşan iyileştirme süreçlerini içselleştirmiş olarak bireylere yaklaşmalıdır (Fawcett 2005). İyileştirme süreçleri, hemşirenin bakım verici ve iyileştirici tarafının ortaya çıkmasını sağlamaktadır. İyileştirme süreçleri Watson tarafından yaratıcı problem çözme süreci olarak tanımlanmıştır (Watson 1999, Watson 2007).

Doğrusal bir yol izlemeyen iyileştirme süreçlerinin her aşaması birbiriyle etkileşimdedir. Önemli olan hemşirenin iyileştirme süreçlerinden hangisinin bakım anına yol gösterdiğini bilmesidir. Bakım verirken estetik, etik ve bilimsel bilgiler kullanılmalıdır. Böyle bir bakım için de hemşire bireyin bütün duygularını kabul etmeli ve anlayabilmelidir. Çünkü ancak bu sayede aralarında özel bir bağ oluşacaktır (Watson 2007, Watson 2008, Lukose 2011, Watson 2012). İyileştirme süreçlerinin doğru bir şekilde uygulanmasının sonucunda hemşire iyileştirici hemşire olmakta ve bireyi zihin, beden ve ruh olarak bütüncül bir şekilde iyileştirebilmektedir. Hemşire, bakım verirken sevgi dolu ve samimi duygularla bakım vermelidir (Watson 2009, Arslan-Özkan 2012). İyileştirme 10 süreçten oluşmaktadır. Bunlar:

- (1) Hümanistik-adanmışlık değerler sistemi
- (2) İnanç ve umudu aşılama
- (3) Kendine ve bireylere duyarlı olmak
- (4) Yardım edici-güven verici bakım ilişkisi geliştirmek
- (5) Duygu ve hislerin ifadesi/kabul ve desteklenmesi
- (6) Yaratıcı, bilimsel problem çözme yöntemlerini kullanmak
- (7) Öğretme-öğrenme
- (8) İyileştirme çevresi oluşturmak
- (9) Temel fiziksel, duygusal ve ruhsal gereksinimlere yardım
- (10) Gizemleri ortaya çıkarmak ve mucizelerin olmasına izin vermek"



Bu süreçler birbirleriyle sıkı ilişki içinde olup sınırlayıcı ya da kuralcı değildir. Süreçler bir bütün halinde uygulanacağı gibi ayrı ayrı da ele alınabilmektedir. Bununla birlikte hemşirenin herhangi bir süreç ele alarak yaptığı uygulama diğer süreç veya süreçlerin de kullanılmasını sağlayabilmektedir (Watson 1999). Watson'ın iyileştirme süreçleri kullanılarak verilen bütüncül bakım, hemşireliğin özünü görünür kılmakta ve hem birey hem de hemşirenin memnuniyeti arttırmaktadır. İyileştirme süreçleri sayesinde hemşire, sezgiler de dahil olmak üzere, sahip olduğu bütün bilme yollarını kullanarak bireye en iyi bakımı verebilmektedir (Watson 2008).

Watson modelde bakımın sadece invaziv girişimlerden oluşmadığını bu nedenle de geleneksel yaklaşımlardan farklı olarak ileri bakım iyileşme yollarının kullanılmasını önermektedir. Kişilerarası bakım-iyileştirme yöntemleri aşağıdaki gibidir (Fawcett 2005):

- İlahi şarkılar, müzik, doğada bulunan sesler gibi yöntemler; *işitme yöntemlerinin bilinçli kullanımı*
- Renkler, biçimler, sanatsal çalışmalar, ışığın kullanıldığı yöntemler; *görsel yöntemlerin bilinçli kullanımı*
- Temiz hava, doğru nefes alıp verme, aromaterapi gibi yöntemler; *solunum yöntemlerinin bilinçli kullanımı*
- Refleksoloji, akupresür, beden terapileri, terapötik masaj gibi yöntemler; *dokunma yöntemlerinin bilinçli kullanımı*
- Doğal yoldan yeterli miktarda alınamayan besinlerin diyet değişiklikleriyle alınmasının ağılanması; *tat alma yöntemlerinin bilinçli kullanımı*
- Hayal etme ve aklın önemine odaklanmanın sağlanması; *ruhsal-bilişsel yöntemlerin bilinçli kullanımı*
- Hareket ve dans etme, yoga, masaj gibi yöntemler; *kinestetik yöntemlerin bilinçli kullanımı*
- Terapötik, psikolojik ve fiziksel bakıma odaklanma; *bakım bilincinin kullanımı*

#### **2.4.2. İnsan bakım modelinin araştırma ve uygulamaya yansımaları**

Literatürde Watson'ın İnsan Bakım Modeline temellendirilmiş araştırmalar incelenmiş ve ülkemizde bu konuda yapılan 3 araştırmaya ulaşılmıştır.

Erci ve arkadaşları (2003), hipertansif hastalarda, Watson'ın İnsan Bakım Modelini kullanarak gerçekleştirilen hemşirelik bakımının, kan basıncı ve yaşam kalitesine etkilerini incelemiştir. Araştırmacılar tarafından hipertansif hastalara bakım

veren hemşirelere, modele ve terapotik iyileştirme süreçlerine ilişkin eğitim verilerek hazırlık yapılmıştır. Araştırma sonucunda bakım modelinin bireylerin kan basıncını düşürmekte ve bununla birlikte yaşam kalitelerini ise yükseltmede etkili olduğu ortaya konmuştur. Araştırmacılar Watson'ın Bakım Modelini hipertansif hastalarla çalışan hemşireler için rehber olarak önermişlerdir.

Arslan-Özkan (2012) yaptığı araştırmada, İnsan Bakım Modeline temellendirilmiş bir hemşirelik bakımının infertil kadınların özyeterlilik algısı, infertiliteden etkilenme düzeyleri ve infertilite uyumlarına etkisini incelemiştir. Araştırmanın sonucunda, kadınların infertilite etkilenmelerinin azaldığı, infertilite uyumlarının ve özyeterlilik algılarının arttığı bulunmuştur. Başka bir araştırmada ise, Durgun-Ozan (2013) İnsan Bakım Modeline temellendirilmiş hemşirelik bakımının kadınların anksiyete, infertiliteden etkilenme ve baş etme durumları üzerine etkisini incelemiştir. Araştırmanın sonucunda, İnsan Bakım Modeline temelli hemşirelik bakımının infertilite tedavi sürecindeki kadınlarda uygulanabilir ve kolaylaştırıcı olduğu saptanmıştır. İnfertilite tedavisi gören kadınların anksiyete düzeyinde azalma, infertiliteden etkilenme düzeyinde azalma, etkisiz baş etme yöntemleri olan çaresiz ve boyun eğici yaklaşımda azalma olduğu saptanmıştır.

Watson'ın İnsan Bakım Modeline dayalı yapılan araştırmalarda modelin, hemşirelerin etkili ve bilinçli bakım sağlamasında yararlı olacağı aynı zamanda da bireylerin bakımı algılamaları konusunda artışlar olduğu belirtilmiştir (Carson 2004, Childs 2006, Clark 2003, Drenkard 2008). Literatürde ağrı, anksiyete, depresyon gibi semptomlarda, manevi iyilik düzeylerini arttırmada, yaşam kalitesini arttırmada, palyatif bakımda, öz-bakım gereksinimlerini karşılamada ve hemşirelerde rol model davranışların belirlenmesinde kullanıldığı ve etkili olduğu bulunmuştur (Nyman ve Lutzen 1999, Mullaney 2000, Lukas 2004, Hernandez 2009, Pipe vd 2010, Mahler 2010). Son yıllarda Watson'ın İnsan Bakım Modeli, Amerika'da ve dünyanın pek çok yerindeki hemşirelik programlarında ve hastanelerde, oldukça özel yollarla hemşirelik uygulamalarını değiştirmek için bir rehber olarak kullanılmaya başlanmıştır (Arslan-Özkan 2012).

#### **2.4.3. İnsan bakım modeline göre hemşirelik bakım sürecinin yapılması**

İnsan Bakım Modelinin incelenmesi, içselleştirilmesi ve anlamlandırılması, modelin bu araştırmaya uyarlanması sürecinin ilk adımını oluşturmaktadır. Model, iyileştirme süreçlerinin kullanılması yoluyla uygulamaya dönüşmektedir. Bu araştırmada, Watson'ın İnsan Bakım Modelinde yer alan *iyileştirme süreçlerinden 6. iyileştirme süreci* yani, "Yaratıcı, bilimsel problem çözme yöntemlerinin kullanılması"

temel alınmıştır (Watson 2008, Fawcett 2005). Bu iyileştirme sürecini temel alarak *modelde önerilen kişilerarası bakım-iyileştirme yöntemlerinden* “dokunma yöntemlerinin bilinçli kullanımı” alanında yer alan refleksolojinin kullanılması karar verilmiştir.

## 2.5. Araştırmanın Hipotezleri

Kısa, orta ve uzun vadeli amaçlar doğrultusunda hipotezler aşağıda verilmiştir.

1. H<sub>1</sub>: Refleksoloji uygulanan girişim grubundaki kadınların, kontrol grubuna göre *anksiyete* puan ortalamaları daha düşüktür.
2. H<sub>1</sub>: Refleksoloji uygulanan girişim grubundaki kadınların, kontrol grubuna göre *depresyon* puan ortalamaları daha düşüktür.
3. H<sub>1</sub>: Refleksoloji uygulanan girişim grubundaki kadınların, kontrol grubuna göre *genel yaşam kalitesi alt boyutu* toplam puan ortalamaları daha yüksektir.
4. H<sub>1</sub>: Refleksoloji uygulanan girişim grubundaki kadınların, kontrol grubuna göre *fonksiyonel işlevler alt boyutu* toplam puan ortalamaları daha yüksektir.
5. H<sub>1</sub>: Refleksoloji uygulanan girişim grubundaki kadınların, kontrol grubuna göre *semptom skalası alt boyutu* toplam puan ortalamaları daha düşüktür.
6. H<sub>1</sub>: Refleksoloji uygulanan girişim grubundaki kadınların girişim öncesi *anksiyete puan ortalamaları*, girişim sonrası 2. ve 4. haftalara göre daha yüksektir.
7. H<sub>1</sub>: Refleksoloji uygulanan girişim grubundaki kadınların girişim öncesi *depresyon* puan ortalamaları, girişim sonrası 2. ve 4. haftalara göre daha yüksektir.
8. H<sub>1</sub>: Refleksoloji uygulanan girişim grubundaki kadınların girişim öncesi *genel yaşam kalitesi alt boyutu* toplam puan ortalamaları, girişim sonrası 2. ve 4. haftalara göre daha düşüktür.
9. H<sub>1</sub>: Refleksoloji uygulanan girişim grubundaki kadınların girişim öncesi *fonksiyonel işlevler alt boyutu* toplam puan ortalamaları, girişim sonrası 2. ve 4. haftalara göre daha düşüktür.
10. H<sub>1</sub>: Refleksoloji uygulanan girişim grubundaki kadınların girişim öncesi *semptom skalası alt boyutu* toplam puan ortalamaları, girişim sonrası 2. ve 4. haftalara göre daha yüksektir.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma deneysel araştırma tasarımlarından olan ön test-son test kontrol gruplu tasarıma sahip, prospektif, tek körlü, randomize kontrollü bir araştırmadır.

#### 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Fahri Gökşin Onkoloji Merkezi'nde yürütülmüştür. Araştırmanın verileri Ekim 2016-Haziran 2018 tarihleri arasında toplanmıştır.

#### 3.3. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenler: Watson'ın bakım Modeline Temellendirilmiş Refleksoloji Uygulaması

Bağımlı değişkenler: Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi

#### 3.4. Araştırmanın Örneklemi ve Örneklem Özellikleri

Araştırmanın evrenini, Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Fahri Gökşin Onkoloji Merkezi'nde son bir yıl içinde tedavi alan ve jinekolojik kanser türlerinden over, uterus ve serviks kanseri olan hastalar oluşturmuştur. Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Fahri Gökşin Onkoloji Merkezi'nde son bir yılda (2016 yılı) jinekolojik kanseri olan ayaktan kemorapi alan hasta sayısı 262' dir.

### 3.4.1. Örneklem büyüklüğünün hesaplanması

Araştırmanın örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında; tip 1 hata, araştırmanın gücü ve etki büyüklüğü parametreleri araştırma başlamadan önce belirlenmiştir.

Araştırmanın gücü: İki uygulama arasında fark varlığında, araştırma sonunda bu farkı ortaya koyabilme olasılığı araştırmanın gücüdür. Genel olarak kayda değer bir çıkarım yapabilmek için araştırmanın en az %80 güce sahip olması gerekmektedir (Chander 2017). Bu çalışmada da güç, %80 kabul edilmiştir.

Tip 1 hata: İki uygulama arasında fark olmadığı halde, araştırma sonunda fark bulunması olarak tanımlanmaktadır. Tip 1 hata olasılığı "p" değeri ile belirtilmektedir. Tip 1 hata oranı 0.05 ya da 0.01 olarak ayarlanmaktadır. p değeri genel olarak %5' in altında ( $p < 0.05$ ) istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmektedir (Chander 2017). Bu çalışmada da, %5 tip 1 hata oranı olarak belirlenmiştir.

Örneklem büyüklüğünün hesaplanması, güç ve etki büyüklüğü: G Power 3.1.9.2. programı kullanılmıştır. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında önceki araştırmalardan elde edilen standart sapmalar ya da değişkenlerin oranları kullanılabilir. Bu araştırmanın hipotezlerine uygun olarak, jinekolojik kanseri olan kadınların kemoterapi sürecinde anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi düzeylerine refleksolojinin etkisinin değerlendirildiği deneysel araştırmalar incelenmiştir. Sonuçta anksiyete düzeyi için standart hata ve puanlar arasındaki farka ulaşılmıştır (Quattrin vd 2006). Referans araştırmadan elde edilen anksiyete düzeyleri arasından elde edilen farklılığın etki büyüklüğünün kuvvetli ( $d=0.79$ ) olduğu görülmüştür. Bu değerden yola çıkılarak ve daha düşük düzeyde bir etki büyüklüğü de elde edilebileceği düşünülerek yapılan güç analizi sonucunda ( $d=0.70$  için) çalışmaya her grup için en az 26 kadın (toplam en az 52 kadın) alındığında %95 güven düzeyinde %80 güce ulaşılabileceği hesaplanmıştır. Kadınların araştırmaya devam edememe ya da bırakma olasılıkları göz önünde bulundurularak hedeflenen örneklem sayısından fazla kadın araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden, örneklem özelliklerine sahip 34 girişim grubu ve 34 kontrol grubu olacak şekilde 68 kadın araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Her grup için 31 kadın olmak üzere (toplam 62) kadınla araştırma tamamlanmıştır. Araştırmada kullanılan üç ölçeğin post test puan ortalamaları ve standart sapmaları temel alınarak G Power 3.1.9.2. programı ile bağımsız gruplarda t testi yapılmıştır. Her ölçeğin power analizi (güç analizi) yapılmıştır. Araştırmanın örnekleminde elde edilen sonuçların etki büyüklükleri ve bu etki büyüklüklerine ait güç düzeyleri Tablo 3.4.1.1' de gösterilmiştir.

**Tablo 3.4.1.1** BAÖ, BDÖ ve EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0 post test puan ortalamaları ile power analizi ve etki büyüklüğü sonuçları

Ölçekler	Girişim Grubu (n:31)	Kontrol Grubu (n:31)	Power Analizi Sonucu	Etki Büyüklüğü
	X ± SD	X ± SD		
BAÖ	32.94 ± 8.42	45.29 ± 5.32	0.99	1.75
BDÖ	29.65 ± 8.51	40.52 ± 4.62	0.99	1.59
<b>EORTC QLQ-C30- versiyon 3.0 alt boyutları</b>			-	-
Genel yaşam kalitesi	60.22 ± 17.17	40.59 ± 9.06	0.99	1.43
Fonksiyonel işlevler	39.53 ± 9.24	17.56 ± 6.99	1.00	2.68
Semptom skalası	60.49 ± 7.01	72.66 ± 10.36	0.99	1.37

### 3.4.2. Örneklemeye alınma ve alınmama kriterleri

Araştırmanın örnekleme, Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Fahri Gökşin Onkoloji Merkezi'nde ayaktan kemoterapi gören jinekolojik kanser hastaları oluşturmaktadır.

#### Örneklemeye Alınma Kriterleri

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan
- 18 yaşın üzerinde olan
- Türkçe konuşup anlayabilen
- Serviks, endometriyum ve over kanseri tanısı alan
- En az bir kez kemoterapi alan ve
- Jinekolojik kanser evresi II-III olan kadınlardır.

#### Örneklemeye Alınmama Kriterleri

- Ayakta ülser ve açık yarası olan,
- Derin ven trombozu, bacakta varis varlığı,
- Diyabeti ve hemorajisi olan,
- Akut enfeksiyonlar, grip, ateşli durumu olan,
- Mental retardasyonu olan,
- Böbrek yetmezliği tanısı alan,
- Kalp pili olan kadınlardır.

### 3.5. Randomizasyon ve K rleme

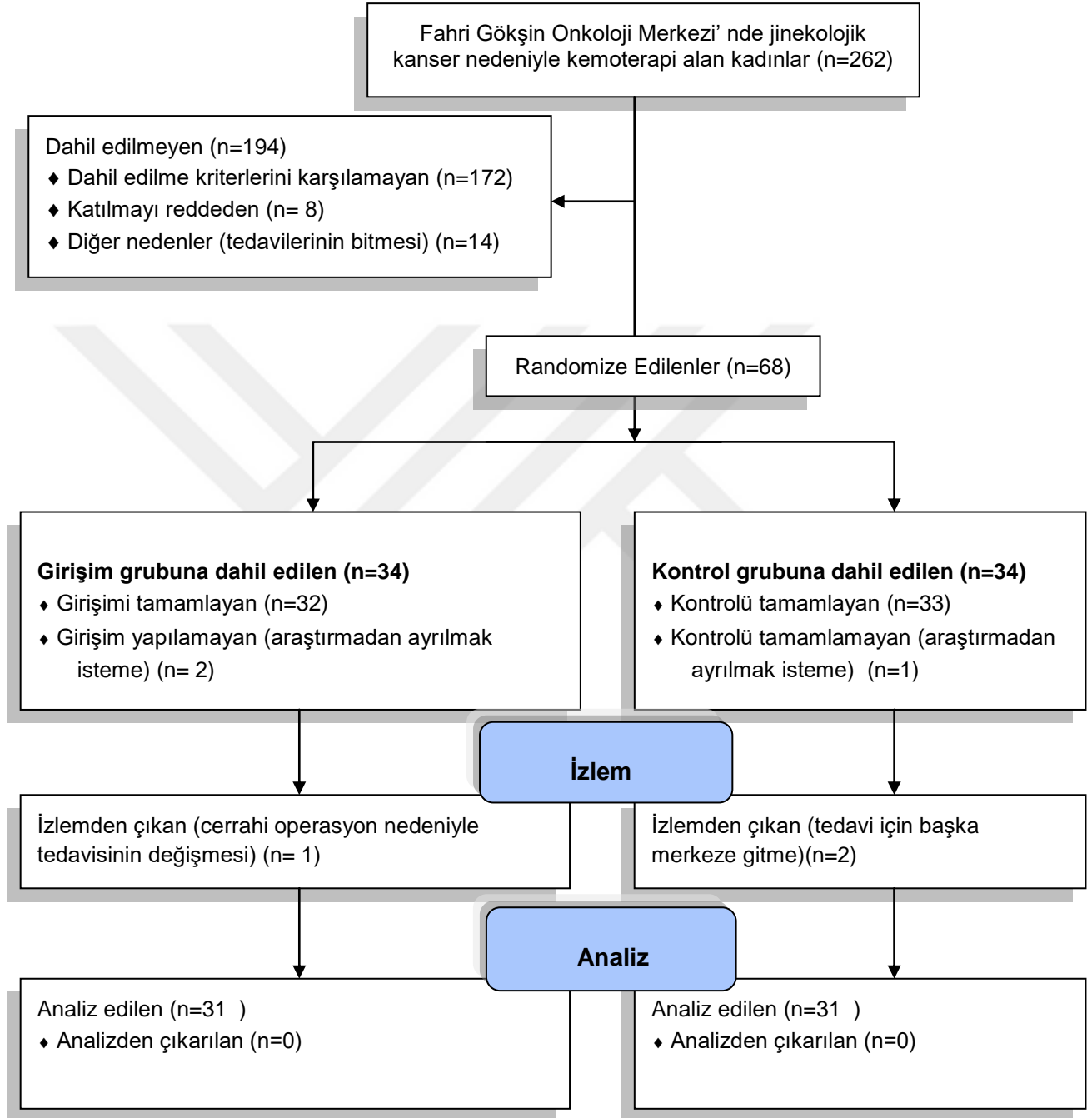
Randomizasyonun etkili olabilmesi için iki önemli adım gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Birincisi rastgele atama (random allocation) ve ikincisi de bu atama sürecinin araştirmayı yürüten araştırmacılardan gizlenmesidir (allocation concealment). Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan katılımcıların onamları da alındıktan sonra, randomizasyon yöntemlerinden (basit randomizasyon, blok randomizasyon vb.) en uygun olanın seçilmesi önerilmektedir. Bu sürecin de tamamen araştırma dışından kişiler tarafından yürütülmesinin önemi büyüktür (Akın ve Koçoğlu 2017).

Bu araştırmada, randomizasyon yöntemlerinden “basit randomizasyon yöntemi” kullanılmıştır. Bunun için jinekolojik kanserli hastalar, Statistical Package for Social Science (SPSS) 24.0 kullanılarak randomize kontrollü olarak eşit sayılarda girişim ve kontrol gruplarına dağıtılmıştır. Randomizasyon sonrası grupların homojenitesini doğrulamak için girişim ve kontrol grupları yaş, menarş yaşı, menopoza girme yaşı, ilk doğum yapma yaşı,  ocuk sayısı, medeni durum, eğitim durumu, tanı, hastalığın evresi, tedavi türü gibi bağımsız değişkenler ki-kare ve Mann-Whitney U testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. İstatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı gösterilmiştir (Tablo 4.1.1 ve Tablo 4.1.2).

Örneklemi oluşturan girişim ve kontrol gruplarının randomizasyonu SPSS 24.0 kullanılarak sağlanmıştır. Programda kadınlar, girişim grubu “1”, kontrol grubu “2” numarası olacak şekilde kodlanarak 68’ e kadar randomize edilmiştir. Araştırmacılar dışında bir kişi tarafından ise, 68 kadının randomizasyon sonucu numaralandırma yapılarak çıktısının alınması gerçekleştirilmiştir. Aynı zamanda araştırmacı tarafından da 1’ den 68’ e kadar opak zarfların numaralandırılması yapılmıştır. Yine araştırmacı olmayan kişi, 1. kadının zarfına randomizasyon sonucunda gelen 1. kadının numarasının gelmesini sağlayarak yerleştirmiş ve sırasıyla bütün numaralar zarflanmıştır. Son olarak zarflar araştırmacı tarafından kapatılmıştır.

Araştırmacıların ve her iki gruptaki kadınların araştırma başlangıcına kadar girişim ve kontrol grubunda kimlerin bulunduğunu bilmemesi gerekmektedir (Akın ve Koçoğlu 2017). Bu araştırmada girişim ve kontrol grubuna kimlerin dahil olduğu, kadınların araştırmaya kayıt edildikten sonra araştırmacı tarafından zarfların açılması sonunda belli olmuştur. Araştırmacının hem uygulayıcı hem de verilerin değerlendirilmesi kısmında bulunması nedeniyle, yalnızca araştırmada yer alan kadınların hangi gruba dahil olduklarından haberdar olmamaları sağlanabilmiştir. Bu nedenle, bu araştırmada tek yönlü k rleme yapılmıştır.

### 3.6. Araştırmanın CONSORT Şeması



Şekil 3.6.1 Araştırmanın CONSORT şeması



### 3.7. Araştırma Sırasında Yaşanan Deneyimler

Girişim ve kontrol grubunda bulunan kemoterapi alan jinekolojik kanser hastalarının hepsi tedavinin neden olduğu en az bir semptomdan Őikayet etmiştir. En fazla yaşadıkları Őikayetler; ellerde ve ayaklarda ağrı, karıncalanma ve uyuşma, uykusuzluk, g¼cs¼zl¼k, yorgunluk, konstipasyon, bulantı, iştahsızlık ve psikolojik sorunlar olmuştur. Refleksoloji uygulanan girişim grubundaki jinekolojik kanser hastalarından olumlu tepkiler alınmıştır. Bu gruptaki kadınların birçoğu bir sonraki seansın hemen gelmesini istediklerini, uykusuzluk, özellikle ayaklardaki ağrı ve karıncalanma Őikayetlerinin ise azaldığını ifade etmiştir. Kadınlar seanstan hemen sonra özellikle ayaklarda hemen rahatlama yaşadıklarını iletmiştir. Refleksoloji uygulaması yapılan gruptaki kadınların birçoğu ilk seanstan itibaren uygulama sırasında uyudukları gözlemlenmiştir. Manevi sıkıntı yaşadığını iletten hastalar ise seanslar ilerledikçe kendilerini daha iyi ve daha enerjik hissettiklerini bildirmiştir. Kadınlar hastalıklarını kabullenme s¼recinde bu araştırmanın onlara destek olduğunu ifade etmiştir. İkinci hafta sonunda uygulamaları biten bazı kadınlar ise seansların devam etmesini talep etmiştir. Refleksoloji uygulamasına bağlı gelişen hiçbir yan etki gözlenmemiştir.

Kadınlar kemoterapi aldıktan sonraki 2. g¼nden itibaren refleksoloji uygulaması için hastaneye davet edilmiştir. Hastanede uygun bir oda refleksoloji uygulaması için kullanılmıştır. Odada uygulama sırasında sadece araştırmacı ve hasta bulunmuştur (Ek-11). Hastaneye gelmek istemeyen ve yan etkilerden dolayı evden çıkmak istemeyen hastalar için seanslar daha çok ev ziyaretleriyle s¼rd¼r¼lm¼řt¼r. Ev ziyaretleri yapılamadan önce hastalardan randevu alınmıştır. Ancak bazı hastalar randevuları unutmuştur. Bazılarının ev adreslerinde de yanlışlıklar olmuştur. Bu durumlar araştırmanın uygulamasında zorluklara ve zaman kaybına neden olmuştur. Araştırmanın veri toplama s¼recinin bir kısmında araştırmacının gebe olması s¼recin toplamda planlanan zamandan üç ay daha fazla s¼rmesine neden olmuştur.

Bu araştırma profesyonel bir hemşire ve hasta ilişkisinin kurulması için fırsat sağlamıştır. Verilen hemşirelik bakımının kalitesiyle doğru orantılı olarak, kısa ve uzun vadede hem hemşire hem de hasta memnuniyeti artmıştır. Kurulan güven çerçevesinde hastalar kendilerini daha iyi ifade etmiş ve birçok konuda da danışmanlık talep etmiştir. Araştırma s¼reci tamamladıktan sonra da hemşire hasta ilişkisi devam etmiş ve bazı hastalar araştırmacıya tedavi s¼reçleri hakkında paylaşmak istediği gelişmeleri iletmeye devam etmiştir.

### 3.8. Araştırma Kapsamında Yapılan Uygulamalar

İlk görüşmede girişim ve kontrol grubundaki hastalara kişisel bilgi formu ve ön testler uygulanmıştır. Daha sonra girişim grubundaki hastalara kemoterapi aldıktan sonra 2. günlerinden itibaren refleksoloji uygulanmaya başlanmıştır. Girişim grubundaki her hastaya 6 seans refleksoloji uygulaması yapılmıştır. Her seans 30-45 dakika sürmüştür. Uygulamalar bir hasta için birer gün arayla haftada 3 kez yapılmıştır. Girişim grubundaki kadınlara ölçüm araçları (ölçekler); uygulama öncesi ilk görüşmede, uygulamanın etkinliğinin hemen değerlendirilmesi açısından 2. hafta (6 seans refleksoloji uygulaması sonunda) ve 4. haftada (6 seans refleksoloji uygulaması tamamlandıktan iki hafta sonra) uygulanmıştır. Kontrol grubundaki hastalar standart bakım almaya devam etmiştir. Kontrol grubundaki kadınlara ölçüm araçları ilk görüşme ve 4 hafta sonra tekrar uygulanmıştır (Şekil 3.8.1). Kadınların kemoterapi sonrası yan etkileri en fazla yaşadıkları dönemin her tedavi sonrası 2.-7. günlerde olduğu görülmüştür. Girişim ve kontrol grubundaki kadınların kontrol izlemlerinde uygulanan ölçme araçları uygulama sonuçlarını etkilememesi adına kemoterapi sonrası 2.-7. günlerde doldurulmuştur.

#### Girişim odasının özellikleri

Girişim için uygun ortam sağlamak amacıyla odanın aydınlatılmasının yeterli olmasına ve sıcaklığın da ılık olmasına dikkat edilmiştir. Girişim sırasında odada sadece araştırmacı ve hasta bulunmuştur. Mahremiyete özen gösterilerek kadının rahat hissetmesi sağlanmıştır. Odada refleksoloji uygulaması sırasında araştırmacının kullanabileceği uygun oturma alanı ve hastanın uzanabileceği uygun yatak bulunmuştur.

#### Girişim grubunun özellikleri

Kadınlara, ayakların girişim öncesinde yıkanması ve hiçbir kimyasal/bitkisel ürün kullanılmaması konusunda bilgilendirme yapılmıştır. Bacakların rahat olmasını sağlamak için ince bir yastık ya da rulo yapılarak hazırlanmış bir havlu diz arkalarına konularak desteklenmiştir. Kadınların girişim öncesi en az 1 saat öncesine kadar yemek yemediğinden emin olunmuştur.

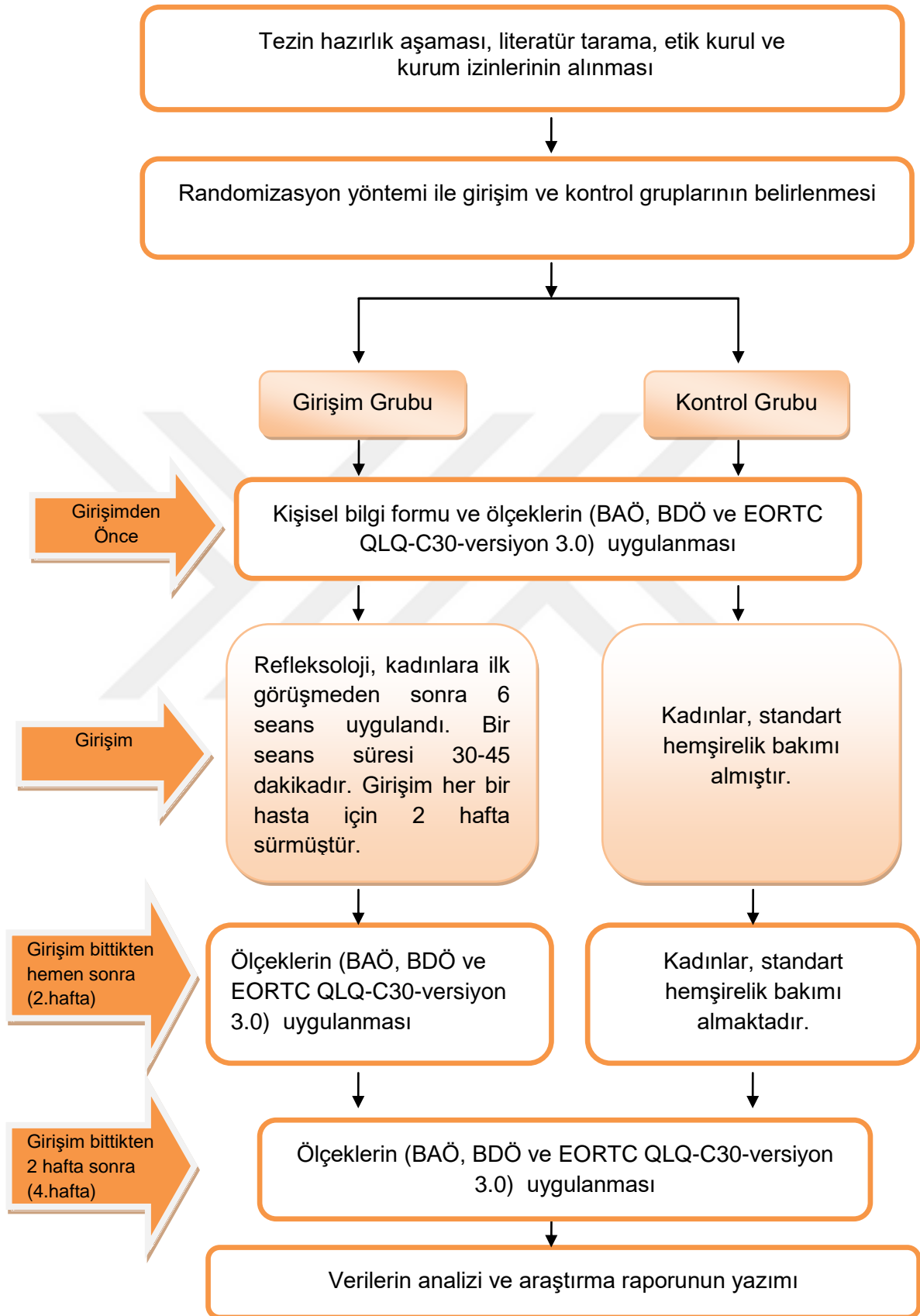
### Refleksoloji uygulaması

Kadınlara girişim öncesi analjezik ve antiemetik ilaç alıp almadığı sorgulanmıştır. Eğer aldıysa girişim en az birkaç saat ertelenmiştir. Ev ziyaretleri öncesinde telefonda kadına girişim için uygun olup olmadığına yönelik sorular sorulmuş ve belirlenen zamanlarda ziyaret planlanmıştır.

Seanslar sırasında uygulayıcının oturma pozisyonu, kadınların ayaklarının uygulayıcının göğüs hizasında olacak şekilde ayarlanmıştır. Beş dakika boyunca uygulanan bazı ısıtma teknikleriyle ayaklar refleksoloji için hazır hale getirilmiştir. Isı kaybını önlemek için ayaklar ve bacakların üzeri örtülmüştür. Refleksoloji uygulaması sırasında gerekmedikçe hastalarla konuşulmamıştır.

Isıtma işleminin sonunda solar plexus noktasına bir dakika basınç uygulanmış ve öncelikle sağ ayaktan başlanarak vücut bölgelerine karşılık gelen noktalar ise sırayla çalışılmıştır. Daha sonra sol ayağa geçilmiştir. Sağ ve sol ayakta sırasıyla beyin (frontal lob), hipotalamus ve hipofiz bezi, dalak, tiroid, alt ve üst lenfler, diyafram, akciğer, böbrek ve böbrek üstü bezi, üreterler ve mesane, karaciğer, mide ve bağırsaklar, omurilik, siyatik sinir ve son olarak solar plexus bölgesi ikişer dakika olacak şekilde çalışılmıştır (Şekil 2.3.3). Refleksoloji seansı sonrasında vücutta biriken toksinlerin atılmasına yardımcı olmak için o gün boyunca hastalara bol su içmesi önerilmiştir.

### Araştırmanın Aşamaları



Şekil 3.8.1 Araştırmanın aşamaları

### 3.9. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Araştırma Sürecinde Yapılan Çalışmalar	Haziran-Eylül 2016	Eylül 2016	Ekim 2016	Ekim-Aralık 2016	Ocak 2017- Şubat 2018	Eylül-Kasım 2018	Aralık 2018-Mayıs 2019	Temmuz 2019
Literatür Tarama ve Konu Seçimi	*							
Tez Önerisi		*						
Etik Kurul ve Kurum İzni			*					
Randomizasyon				*				
Veri Toplama					*			
Verilerin Analizi						*		
Tez Yazımı							*	
Tez Savunması								*

**Şekil 3.9.1** Araştırmanın başlama ve bitirme sürecinin zamana göre dağılımı

### 3.10. Araştırmacının Hazırlığı

Araştırmacı, doktora ders dönemindeyken tamamlayıcı ve destekleyici sağlık yaklaşımlarına artan ilgisi üzerene, 27-29 Mayıs 2015' te Kayseri' deki Tamamlayıcı ve Destekleyici Bakım Uygulamaları Kongresi (Kanıttan Uygulamaya)' ne katılmıştır. Araştırmanın şekillenmesi açısından bu kongre önemli bir basamak olmuştur. Daha sonra doktora dersleri kapsamında "Watson İnsan Bakım Modeli' nin Hemşirelik Bakımında Kullanımı" ve "Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği' nde Refleksoloji

Uygulamaları” başlıklı seminer çalışmaları yapmıştır. Araştırmada kullanılan refleksoloji teknikleri için ise 2016 yılında Sağlık ve Doğal Terapiler Derneği’nden refleksoloji sertifikası almıştır (Ek-10).

### **3.11. Veri Toplama Araçları**

#### **3.11.1. Kişisel bilgi formu (Ek-4).**

Araştırma kapsamına alınan kadınların sosyodemografik özellikleri ve jinekolojik kansere ilişkin verilerini elde etmek amacıyla konuyla ilgili literatürden yararlanılarak araştırmacı tarafından geliştirilen 25 sorudan oluşan bir formdur. Kişisel bilgi formu; kadınların hangi jinekolojik kanser türüne sahip olduğu, kanser evresi, yaş, doğdukları coğrafi bölge, eğitim düzeyi, çalışma durumu, sosyal güvence, meslek, medeni durum, gelir gider durumu, menopoz ve menarş yaşı, aile tipi, tanı konulma süresi, aldığı tedavi türü, kronik hastalık öyküsü, hormon replasman tedavisi alıp almadığı, aile öyküsü, hastalık ve tedavi sürecindeki bilgi kaynakları, kemoterapinin yan etkileri ve yaşam bulgularını içermektedir.

#### **3.11.2. Beck anksiyete ölçeği (BAÖ) (Ek-5)**

Bireylerin yaşadıkları anksiyete düzeyleri ve sıklığının belirlenmesi amacıyla 1988’de Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. BAÖ, 21 maddeden oluşmakta ve 0-3 arası puanlanan likert tipli bir ölçektir. Ölçeğin toplam puanı ise 0 ile 63 arasında değişmektedir. Her bir madde 0 (hiç) ile 3 (ciddi derecede) arasında değişmektedir. Toplam puanın yükseldikçe bireyin yaşadığı anksiyete şiddeti artmaktadır. Ölçeğin Cronbach alpha değeri Beck ve arkadaşları tarafından 0.92 olarak saptanmıştır (Beck vd 1988).

BAÖ’ nin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır ve Cronbach alpha değeri 0.93 olarak tespit edilmiştir (Ulusoy vd 1998). Bu çalışmada ise BAÖ’ nin Cronbach alpha değeri girişim grubunda 0.90 ve kontrol grubunda 0.76’ dir. Toplam Cronbach alpha değeri ise 0.86’ dir.

### 3.11.3. Beck depresyon ölçeği (BDÖ) (Ek-6).

BDÖ, Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilmiştir. Depresyon tanısı koymak depresyon belirtilerinin derecesini kapsamlı bir biçimde değerlendirmek amacıyla sağlıklı ve psikiyatrik hasta gruplarında kullanılabilir. BDÖ, likert tipli 21 maddeden oluşan ve 0-3 arası puanlanan bir ölçektir. Ölçeğin toplam puanı 0 ile 63 arasında değişmekle birlikte ölçekten alınan puanların yükselmesi depresyon düzeyinin de arttığını göstermektedir (Beck vd 1961).

Hisli ve arkadaşları (1989), BDÖ' nin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış ve ölçeğin Cronbach alpha katsayısını 0.74 olarak belirlemiştir (Hisli 1989). Bu çalışmada ise BDÖ' nin Cronbach alpha değeri girişim grubunda 0.92 ve kontrol grubunda 0.89 olarak saptanmıştır. Toplam Cronbach alpha değeri ise 0.90' dır.

### 3.11.4. Avrupa kanser araştırma ve tedavi organizasyonu yaşam kalitesi ölçeği (EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0) (Ek-7).

EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0 Aaronson ve arkadaşları (1993) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek genel yaşam kalitesi, fonksiyonel işlevler ve semptom skalası olmak üzere 3 ana alt boyuttan ve 30 maddeden oluşmaktadır. Fonksiyonel işlevler alt boyutunun da fiziksel fonksiyon, rol fonksiyonu, bilişsel fonksiyon, duygusal fonksiyon ve sosyal fonksiyon olmak üzere beş alt boyutu bulunmaktadır. Semptom skalası boyutu ise yorgunluk, ağrı, bulantı-kusma, dispne, uykusuzluk, iştahsızlık, konstipasyon, diyare ve maddi zorluk olmak üzere dokuz alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte toplam 15 alt boyut bulunmaktadır ve ilk 28 sorusu dördü, 29. ve 30. sorular ise yedili likert tiplidir. Ölçek her bir alt boyut 0-100 arasında değişen puanlar alınmaktadır (Aaronson vd 1993). Fonksiyonel işlevler alanını; fiziksel fonksiyonları 1., 2., 3., 4., ve 5. maddeler; rol fonksiyonları 6. ve 7. maddeler; duygusal fonksiyonları 21., 22., 23. ve 24. maddeler; bilişsel fonksiyonları 20. ve 25. maddeler; sosyal fonksiyonları 26. ve 27. maddeler oluşturmaktadır. Semptom skalası alanını; yorgunluk 10., 12. ve 18. maddeler; bulantı/kusma 14. ve 15. maddeler; ağrı 9. ve 19. maddeler; dispne 8. madde; uykusuzluk 11. madde; iştahsızlık 13. madde; konstipasyon 16. madde; diyare 17. madde; maddi zorluk 28. madde oluşturmaktadır. Genel yaşam kalitesi alanını ise ölçeğin 29. ve 30. maddeleri oluşturmaktadır. Genel yaşam kalitesi alanından alınan puanlar arttıkça yaşam kalitesinin yükselmektedir (Aaronson vd 1993).

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini Cankurtaran ve arkadaşları (2007) yapmıştır. Ölçeğin alt ölçeklerinin Cronbach alpha değerleri 0.56 ile 0.85 arasında

değişmektedir. Cronbach alpha değerleri genel yaşam kalitesi alt boyutunda 0.81 olarak hesaplanmıştır. Diğer alt boyutların Cronbach alpha değerleri; Fiziksel fonksiyonda 0.81, rol fonksiyonunda 0.83, duygusal fonksiyonda 0.85, sosyal fonksiyonda 0.74 ve bilişsel fonksiyonda 0.56 olarak belirtilmiştir. Ölçeğin semptom skalası alt boyutlarının Cronbach alpha değerleri  $>0.70$  olarak bulunmuştur (Cankurtaran vd 2007). Bu araştırmada ise EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0 Cronbach alpha değeri, girişim grubunda 0.85 ve kontrol grubunda 0.83' tür. Ölçeğin toplam Cronbach alpha değeri ise 0.83' tür. Ölçeğin alt ölçeklerinin Cronbach alpha katsayıları incelendiğinde; genel yaşam kalitesi 0.82, fiziksel fonksiyon 0.69, rol fonksiyonu 0.79, duygusal fonksiyon 0.72, sosyal fonksiyon 0.68 ve bilişsel fonksiyon 0.34 olarak hesaplanmıştır. Bulantı, kusma gibi diğer semptomların Cronbach alpha  $>0.70$  olduğu saptanmıştır.

### **3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmanın örneklemini, Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Fahri Gökşin Onkoloji Merkezi'nde jinekolojik kanser nedeniyle ayaktan kemoterapi tedavisi almakta olan kadınlar oluşturmaktadır. Bu nedenle araştırma sonuçları jinekolojik kanser dışındaki diğer kanser hastalarına genellenemez. Bu araştırmada refleksoloji uygulamasını yapan ve verileri toplayan aynı kişidir. Girişim 2 hafta (6 seans) sürmüştür ve kemoterapi tamamlanana kadar devam edilmemiştir. Uygulama sonuçları sadece bu uygulayıcının yaptığı refleksoloji uygulamasını kapsar ve bireysel etkileşimlerden etkilenmiş olabilir.

### **3.13. Araştırmanın Etik Yönü ve Etik Kurul Onayı**

Araştırmaya başlamadan önce Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (Etik kurul tarih/sayı: 16.08.2016/16 ve protokol no: 60116787-020/50912) (Ek-8). Araştırmanın etik kurul izni alındıktan sonra uygulanabilmesi için kurum izinleri alınmıştır (Ek-9). Araştırmanın amacı, uygulanması, araştırmaya katılmanın gönüllülüğü ve istediği zaman ayrılabilceği hakkında her katılımcıya bilgi verildikten sonra, katılmak isteyenlere gönüllü olur formu verilerek sözlü ve yazılı onamları alınmıştır (Ek-10).



### 3.14. İstatistiksel Analiz

Araştırmanın verileri SPSS 24.0 programı analiz edilmiştir. Araştırmada istatistiksel olarak anlamlılık düzeyi alpha 0.05 olarak kabul edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu değerlendirilerek istatistiksel yöntemlere karar verilmiştir. Kullanılan istatistiksel yöntemler Tablo 3.14.1’ de özetlenmiştir.

**Tablo 3.14.1** Girişim ve kontrol grubunun tanımlayıcı özellikleri, hipotezler ve diğer alanlarda kullanılan istatistiksel analizler ve programlar

İstatistik analiz kullanılan alanlar	İstatistiksel analizler ve programlar
Girişim ve kontrol grubunun demografik özellikleri ile randomizasyon sonrası grupların homojenitesinin değerlendirilmesi	Sürekli değişkenler için ortalama $\pm$ standart sapma ve kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, ki kare, normal dağılıma uyanlarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (Bağımsız gruplarda t testi) ve normal dağılıma uymayanlarda Mann-Whitney U
1.H <sub>1</sub> ve 2.H <sub>1</sub> hipotezlerinin test edilmesi	Parametrik test varsayımları sağlandığı için bağımsız grup farklılıklarının karşılaştırılmasında, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi
3.H <sub>1</sub> , 4.H <sub>1</sub> ve 5.H <sub>1</sub> hipotezlerinin test edilmesi	Parametrik test varsayımları sağlanmadığı için bağımsız grup farklılıklarının karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi
6.H <sub>1</sub> , 7.H <sub>1</sub> , 8.H <sub>1</sub> , 9.H <sub>1</sub> ve 10.H <sub>1</sub> hipotezlerinin test edilmesi	Tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi (Repeated Measures ANOVA) ve Friedman testi (Friedman's Two-way Analysis of Variance by Rank) kullanılmıştır. Anlamlı çıktığı durumlarda farkı yaratan grubun tespit edilmesinde Bonferroni yöntemi ya da Bonferroni düzeltmeli Wilcoxon eşleştirilmiş iki örnek testi kullanılmıştır.
Araştırmanın örneklem büyüklüğü, güç analizi ve etki büyüklüğü	G Power 3.1.9.2. programı
Randomizasyon	SPSS 24.0
Ölçeklerin güvenilirliği	Cronbach alpha

#### 4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular üç bölümde sunulmuştur.

- 4.1. Her iki gruptaki kadınların sosyo-demografik özellikleri ve tedaviye yönelik bulguları
- 4.2. Her iki gruptaki kadınların girişim öncesi ve sonrası anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi düzeylerinin karşılaştırılması
- 4.3. Girişim grubundaki kadınların refleksoloji uygulaması öncesi, refleksoloji uygulaması bitiminde (2. haftada) ve refleksoloji uygulaması bitiminden iki hafta sonra (4. haftada) yapılan izlemlerdeki anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi düzeylerinin karşılaştırılması

#### 4.1. Her iki gruptaki kadınların sosyo-demografik özellikleri ve tedaviye yönelik bulguları

**Tablo 4.1.1** Girişim ve kontrol grubundaki kadınların sosyo-demografik özellikleri (n:62)

Değişken	Girişim Grubu (n:31)	Kontrol Grubu (n:31)	İstatistiksel Değer	p
<b>Yaş*</b>	57.29 ± 8.32	56.71 ± 8.38	t:0.274	0.78
<b>Menopoza Girme Yaşı*</b>	46.68 ± 2.82	45.71 ± 2.93	t:1.324	0.19
<b>İlk Doğum Yapma Yaşı*</b>	19.06 ± 3.00	20.26 ± 4.10	Z:-0.69	0.49
<b>Çocuk Sayısı*</b>	2.71 ± 1.10	2.45 ± 0.96	Z:-0.94	0.34
<b>Eğitim Durumu**</b>				
Okur-yazar	4 (12.9)	4 (12.9)	$\chi^2$ : 0.22	0.89
İlköğretim	24 (77.4)	25 (80.6)		
Lise	3 (9.7)	2 (6.5)		
<b>Medeni Durum**</b>				
Evli	27 (87.1)	29 (93.5)	$\chi^2$ :0.73	0.67
Bekar	4 (12.9)	2 (6.5)		
<b>Çalışma Durumu**</b>				
Çalışan	5 (16.1)	5 (16.1)	$\chi^2$ :0.00	1.00
Çalışmayan	26 (83.9)	26 (83.9)		
<b>Meslek**</b>				
Ev hanımı	22 (71.0)	22 (71.0)	$\chi^2$ :2.91	0.37
Özel sektör	4 (12.9)	1 (3.2)		
Devlet memuru	1 (3.2)	3 (9.7)		
Emekli	4 (12.9)	5 (16.1)		
<b>Sosyal güvence**</b>				
Var	31 (100)	31 (100)	-	-
Yok	-	-		
<b>Gelir durumu**</b>				
Gelir giderden düşük	4 (12.9)	0 (0)	$\chi^2$ :6.66	0.33
Gelir gidere eşit	26 (83.9)	28 (90.3)		
Gelir giderden yüksek	1 (3.2)	3 (9.7)		
<b>Aile tipi**</b>				
Çekirdek aile	31 (100)	31 (100)	-	-

\* Ortalamalar ± standart sapmalar verilmiştir.

\*\* Frekanslar verilmiştir. Parantez içindeki değerler yüzdelerdir.

Tablo 4.1.1' de araştırmaya katılan girişim ve kontrol gruplarındaki kadınların sosyo-demografik özellikleri verilmiştir. Yaş ortalamaları girişim grubunda 57.29 ± 8.32 ve kontrol grubunda 56.71 ± 8.38' dir. Menopoza girme yaşları 46.68 ± 2.82 ve 45.71 ± 2.93, ilk doğum yapma yaşları 19.06 ± 3 ve 20.26 ± 4.1, çocuk sayıları 2.71 ± 1.1 ve 2.45 ± 0.96' dır. Girişim grubunda kadınların %77.4' ü, kontrol grubunda %80.6' sı ilkokul mezunudur. Girişim grubunda kadınların %87.1' i, kontrol grubunda %93.5' i evlidir. Araştırmaya katılan her iki gruptaki kadınlardan %71' i ev hanımı olup, %83.9' u

herhangi bir işte çalışmamaktadır. Kadınların tamamı çekirdek ailede yaşamakta ve sosyal güvenceleri bulunmaktadır. Girişim grubunda kadınların %83.9' u, kontrol grubunda %90.3'ü gelir durumlarının gider durumlarına eşit olduğunu ifade etmiştir.

Kadınların tüm sosyo-demografik özellikleri ile her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Kadınların girişim ve kontrol grubuna homojen olarak dağıldığı saptanmıştır.

**Tablo 4.1.2** Girişim ve kontrol grubundaki kadınların tedaviye yönelik özellikleri (n:62)

Değişken	Girişim Grubu (n:31)	Kontrol Grubu (n:31)	İstatistiksel Değer	p
<b>Tanı**</b>				
Over kanseri	17 (54.8)	18 (58.1)	$\chi^2:0.11$	0.94
Endometrium kanseri	8 (25.8)	8 (25.8)		
Serviks kanseri	6 (19.4)	5 (16.1)		
<b>Evre**</b>				
II. Evre	13 (41.9)	14 (45.2)	$\chi^2:0.06$	0.79
III. Evre	18 (58.1)	17 (54.8)		
<b>Tanı süresi*</b>	1.26 ± 0.44	1.23 ± 0.43	Z:-0.29	0.76
<b>Kronik hastalık**</b>				
Yok	31 (100)	31 (100)	-	-
<b>Hormon tedavisi**</b>				
Almayan	31 (100)	31 (100)	-	-
<b>Bakıma yardımcı kişiler**</b>				
Eş	8 (25.8)	13 (41.9)	$\chi^2:2.44$	0.47
Çocuk	5 (16.1)	4 (13.0)		
Eş ve çocuk	15 (48.4)	13 (41.9)		
Kardeşler, Anne, Baba	3 (9.7)	1 (3.2)		
<b>Hastalık bilgisini kimden aldığı**</b>				
Hemşire	11 (35.5)	11 (35.5)	$\chi^2: 1.41$	0.49
Hekim	19 (61.3)	20 (64.5)		
İnternet, kitap, dergi	1 (3.2)	0 (0)		
<b>Tedavi bilgisini kimden aldığı**</b>				
Hemşire	8 (25.8)	14 (45.2)	$\chi^2: 4.85$	0.08
Hekim	21 (67.7)	17 (54.8)		
İnternet, kitap, dergi	2 (6.5)	0 (0)		

\* Ortalamalar ± standart sapmalar verilmiştir.

\*\* Frekanslar verilmiştir. Parantez içindeki değerler yüzdelerdir.

Tablo 4.1.2' de araştırmaya katılan girişim ve kontrol gruplarındaki kadınların tedaviye yönelik özellikleri verilmiştir. Girişim grubundaki kadınların %54.8' i, kontrol grubundaki kadınların %58.1' i over kanseri tanısı almıştır. Girişim grubundaki kadınların %58.1' inin, kontrol grubunda ise kadınların %54.8' inin III. evre jinekolojik

kanseri bulunmaktadır. Kadınların tanı alma süreleri 1 ile 2 yıl arasında değişmektedir. Kadınların tamamının kronik hastalık ve hormon tedavisi alma öyküleri ise bulunmamaktadır. Girişim grubundaki kadınların %48.4' ünün, kontrol grubundaki kadınların %41.9' unun bakımlarını eşleri ve çocukları üstlenmektedir. Girişim ve kontrol grubundaki kadınların çoğunluğu hastalıkları ile ilgili bilgileri (sırasıyla %61.3 ve %64.5) ve tedaviye ilişkin bilgileri hekimden aldığını (sırasıyla %67.7 ve %54.8) ifade etmiştir.

Kadınların tedaviye yönelik özellikleri ile her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Kadınların girişim ve kontrol grubuna homojen olarak dağıldığı saptanmıştır.

#### 4.2. Her iki gruptaki kadınların girişim öncesi ve sonrası anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi düzeylerinin karşılaştırılması

**Tablo 4.2.1** Her iki gruptaki kadınların girişim öncesi BAÖ, BDÖ ve EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0 alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması (n:62)

Ölçekler	Girişim Grubu	Kontrol Grubu	İstatistiksel Değer	p
	(n:31)	(n:31)		
	X ± SD	X ± SD		
BAÖ <sup>a</sup>	42.45 ± 9.49	43.77 ± 5.59	Z:-0.36	0.71
BDÖ <sup>b</sup>	36.26 ± 9.41	35.81 ± 7.70	t:0.23	0.83
<b>EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0 alt boyutları</b>				
Genel yaşam kalitesi <sup>a</sup>	46.77 ± 12.67	42.47 ± 11.05	Z:-1.64	0.09
Fonksiyonel işlevler <sup>b</sup>	28.29 ± 12.68	23.10 ± 10.87	t:1.72	0.08
Semptom skalası <sup>b</sup>	71.02 ± 11.87	68.00 ± 12.21	t:0.98	0.32

\* $p<0.05$ , \*\* $p<0.01$ , \*\*\* $p<0.001$ , <sup>a</sup>: Mann-Whithney U, <sup>b</sup>: Independent Samples T-Test

Tablo 4.2.1' de araştırmaya katılan jinekolojik kanserli kadınların girişim öncesi BAÖ, BDÖ ve EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0' ın 3 ana alt boyutu olan genel yaşam kalitesi, fonksiyonel işlevler ve semptom skalası alt boyutlarının toplam ölçek puanı ortalamaları verilmiştir.

Her iki grup arasında girişim öncesi BAÖ, BDÖ ve EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0 alt boyutları puan ortalamalarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Kadınların girişim ve kontrol grubuna homojen olarak dağıldığı saptanmıştır.

**Tablo 4.2.2** Her iki gruptaki kadınların girişim öncesi EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0 fonksiyonel işlevler alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması (n:62)

EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0 Fonksiyonel işlevler alt boyutları	Girişim Grubu (n:31)	Kontrol Grubu (n:31)	İstatistiksel Değer <sup>a</sup>	
	X ± SD	X ± SD	Z	p
<b>Fiziksel fonksiyon</b>	25.59 ± 12.66	15.27 ± 14.42	-3.42	0.00**
<b>Rol fonksiyonu</b>	26.34 ± 18.65	22.04 ± 16.32	-0.96	0.33
<b>Duygusal fonksiyon</b>	25.00 ± 16.67	23.39 ± 15.87	-0.52	0.59
<b>Bilişsel fonksiyon</b>	37.63 ± 21.07	26.34 ± 18.65	-2.47	0.01*
<b>Sosyal fonksiyon</b>	26.88 ± 20.04	28.49 ± 17.32	-0.44	0.65

\*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001, <sup>a</sup>: Mann-Whithney U

Tablo 4.2.2' de araştırmaya katılan jinekolojik kanserli kadınların girişim öncesi EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0 fonksiyonel işlevler alt boyutları puan ortalamaları verilmiştir.

Her iki grup arasında, girişim öncesi EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0' ın fonksiyonel işlevler alt boyutunun alt boyutları olan rol fonksiyonu, duygusal fonksiyon ve sosyal fonksiyon puan ortalamalarında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05). Kadınların bu alt boyutlarda girişim ve kontrol grubuna homojen olarak dağıldığı saptanmıştır.

Her iki grup arasında girişim öncesi EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0' ın fonksiyonel işlevler alt boyutunun alt boyutları olan fiziksel fonksiyon (Z:-3.42; p:0.00) ve bilişsel fonksiyon (Z:-2.47; p:0.01) alt boyutları puan ortalamalarında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Girişim grubunun fiziksel ve bilişsel fonksiyon alt boyutları puan ortalamalarının kontrol grubundan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Fiziksel ve bilişsel fonksiyon alt boyutları puan ortalamaları arasında fark olması, girişim öncesinde önceden öngörülemeyen ve kontrol altına alınamayan değişkenlerdir. Bu nedenle girişim ve kontrol grubunda bu alt boyutlarda homojenlik sağlanamamıştır. Bununla birlikte girişim grubunun tekrarlı ölçümlerinde (girişim öncesi ve 2. hafta) fiziksel ve bilişsel fonksiyon alt boyutları puan ortalamalarındaki artışın anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0.05) (Tablo 4.3.3 ve Tablo 4.3.4). Girişim yapılmayan kontrol grubunda ise (girişim öncesi ve 4. hafta) fiziksel alt boyut puan ortalamalarında anlamlı bir azalma tespit edilmiştir (p:0.02). Bilişsel fonksiyon alt boyutu puanında ise belli bir azalma olmasına rağmen anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir (p>0.05). Bu sonuçlar,

girişim öncesinde her iki grup arasındaki fiziksel ve bilişsel fonksiyonlara ilişkin heterojenitenin, refleksoloji uygulamasının etkinliğinin değerlendirilmesine yönelik ölçümlere negatif olarak yansımadağı belirlenmiştir.

**Tablo 4.2.3** Her iki gruptaki kadınların girişim öncesi EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0 semptom skalası alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması (n:62)

EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0 Semptom skalası alt boyutları	Girişim Grubu (n:31)	Kontrol Grubu (n:31)	İstatistiksel Değer <sup>a</sup>	
	X ± SD	X ± SD	Z	p
Yorgunluk	76.34 ± 15.11	75.99 ± 11.15	-0.22	0.82
Bulantı-kusma	79.03 ± 18.24	72.04 ± 19.90	-1.86	0.06
Ağrı	79.57 ± 13.41	75.80 ± 16.57	-0.88	0.37
Dispne	53.76 ± 26.77	74.19 ± 22.29	-3.00	0.00**
Uykusuzluk	75.27 ± 22.72	76.34 ± 15.38	-0.04	0.96
İştahsızlık	78.49 ± 22.02	68.82 ± 22.67	-1.99	0.04*
Konstipasyon	82.80 ± 16.93	67.74 ± 26.50	-2.36	0.01*
Diyare	43.01 ± 27.48	23.66 ± 30.05	-2.86	0.00**
Maddi zorluk	70.97 ± 20.62	77.42 ± 24.93	-1.28	0.20

\*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001, <sup>a</sup>: Mann-Whithney U

Tablo 4.2.3' te araştırmaya katılan jinekolojik kanserli kadınların girişim öncesi EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0' in semptom skalasının alt boyutlarının puan ortalamaları verilmiştir.

Her iki grup arasında girişim öncesi EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0' in semptom skalası alt boyutunun alt boyutları olan yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı, uykusuzluk ve maddi zorluk puan ortalamalarında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05). Kadınların bu alt boyutlarda girişim ve kontrol grubuna homojen olarak dağıldığı saptanmıştır.

Her iki grup arasında girişim öncesi EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0' in semptom skalası alt boyutunun alt boyutları olan dispne (Z:-3.00; p: 0.00), iştahsızlık (Z:-1.99; p:0.04), konstipasyon (Z: -2.36; p:0.01) ve diyare (Z:-2.86; p:0.00) alt boyutları puan ortalamalarında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Girişim grubunun iştahsızlık, konstipasyon ve diyare alt boyutları puan ortalamalarının kontrol grubundan daha yüksek, dispne alt boyutu puan ortalamasının ise daha düşük olduğu saptanmıştır.

Girişim ve kontrol grubunda EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0' in semptom skalası alt boyutlarından olan dispne, iştahsızlık, konstipasyon ve diyare alt boyutu puan ortalamaları arasında fark olması, girişim öncesinde önceden öngörülemeyen ve kontrol altına alınamayan değişkenlerdir. Bu nedenle girişim ve kontrol grubunda bu alt

boyutlarda homojenlik sağlanamamıştır. Girişim ve kontrol gruplarındaki bu heterojenitenin araştırma sonuçlarına etkisi olup olmadığını anlamak için grup içi tekrar istatistiki değerlendirme yapılmıştır. Girişim grubunun tekrarlı ölçümlerinde (girişim öncesi ve 2. hafta) refleksoloji uygulamasının etkinliği iştahsızlık, konstipasyon ve diyare semptomlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmasına rağmen ( $p < 0.05$ ), dispne alt boyutu puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ) (Tablo 4.3.5 ve Tablo 4.3.6). Girişim yapılmayan kontrol grubunda ise (girişim öncesi ve 4. hafta) konstipasyon ( $p:0.00$ ) ve dispne ( $p:0.02$ ) alt boyutlarında anlamlı bir artış tespit edilmiştir ( $p < 0.05$ ). İştahsızlık alt boyutu puanında artma ve diyare alt boyutu puanında ise belli bir azalma olmasına rağmen anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ( $p > 0.05$ ). Bu durum, girişim öncesinde her iki grup arasında heterojenite olmasına rağmen girişimin sonuçları üzerine etkisinin olmadığı yönünde yorumlanmıştır.

**Tablo 4.2.4** Her iki gruptaki kadınların girişim sonrası 4. hafta BAÖ, BDÖ ve EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0 alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması (n:62)

Ölçekler	Girişim Grubu	Kontrol Grubu	İstatistiksel Değer	p
	(n:31)	(n:31)		
	X ± SD	X ± SD		
BAÖ <sup>a</sup>	32.94 ± 8.42	45.29 ± 5.32	t:-6.90	0.00***
BDÖ <sup>a</sup>	29.65 ± 8.51	40.52 ± 4.62	t:-6.24	0.00***
<b>EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0 alt boyutları</b>				
Genel yaşam kalitesi <sup>b</sup>	60.22 ± 17.17	40.59 ± 9.06	Z:-4.55	0.00***
Fonksiyonel işlevler <sup>b</sup>	39.53 ± 9.24	17.56 ± 6.99	Z:10.55	0.00***
Semptom skalası <sup>p</sup>	60.49 ± 7.01	72.66 ± 10.36	Z:-5.41	0.00***

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$ , <sup>a</sup>: Independent Samples T-Test, <sup>b</sup>: Mann-Whitney U

Tablo 4.2.4' te her iki gruptaki kadınların girişim sonrası 4. hafta BAÖ, BDÖ ve EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0' in 3 ana alt boyutu olan genel yaşam kalitesi, fonksiyonel işlevler ve semptom skalası alt boyutları toplam ölçek puan ortalamaları verilmiştir. Girişim ve kontrol grubundaki kadınların BAÖ, BDÖ ve EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0 alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p < 0.001$ ).

Girişim grubundaki kadınların BAÖ puan ortalamalarının ( $32.94 \pm 8.42$ ) kontrol grubundaki kadınların puan ortalamalarından ( $45.29 \pm 5.32$ ) daha düşük olduğu belirlenmiştir (t:-6.90,  $p:0.00$ ) (Tablo 4.2.4).



Girişim grubundaki kadınların BDÖ puan ortalamalarının ( $29.65 \pm 8.51$ ) kontrol grubundaki kadınların puan ortalamalarından ( $40.52 \pm 4.62$ ) daha düşük olduğu saptanmıştır ( $t:-6.24, p:0.00$ ) (Tablo 4.2.4).

Girişim grubundaki kadınların EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0 genel yaşam kalitesi alt boyutu puan ortalamalarının ( $60.22 \pm 17.17$ ) kontrol grubundaki kadınların puan ortalamalarından ( $40.59 \pm 9.06$ ) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $Z:-4.55, p:0.00$ ) (Tablo 4.2.4).

Girişim grubundaki kadınların EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0 fonksiyonel işlevler alt boyutu toplam puan ortalamalarının ( $39.53 \pm 9.24$ ) kontrol grubundaki kadınların puan ortalamalarından ( $17.56 \pm 6.99$ ) daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $Z:10.55, p:0.00$ ) (Tablo 4.2.4).

Girişim grubundaki kadınların EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0 semptom skalası alt boyutu toplam puan ortalamalarının ( $60.49 \pm 7.01$ ) kontrol grubundaki kadınların puan ortalamalarından ( $72.66 \pm 10.36$ ) daha düşük olduğu saptanmıştır ( $Z:-5.41, p:0.00$ ) (Tablo 4.2.4).

**Tablo 4.2.5** Her iki gruptaki kadınların girişim sonrası 4. hafta EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0 fonksiyonel işlevler alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması (n:62)

EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0 Fonksiyonel işlevler alt boyutları	Girişim Grubu (n:31)	Kontrol Grubu (n:31)	İstatistiksel Değer <sup>a</sup>	
	X ± SD	X ± SD	Z	p
Fiziksel fonksiyon	37.20 ± 9.70	10.97 ± 8.53	-6.43	0.00***
Rol fonksiyonu	36.02 ± 16.16	12.37 ± 14.89	-4.80	0.00***
Duygusal fonksiyon	40.59 ± 14.55	19.35 ± 13.33	-4.88	0.00***
Bilişsel fonksiyon	44.62 ± 15.15	23.12 ± 18.60	-4.58	0.00***
Sosyal fonksiyon	39.25 ± 19.03	22.04 ± 12.46	-3.65	0.00***

\* $p<0.05$ , \*\* $p<0.01$ , \*\*\* $p<0.001$ , <sup>a</sup>: Mann-Whithney U

Tablo 4.2.5' te her iki gruptaki kadınların girişim sonrası 4. hafta EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0' in fonksiyonel işlevler alt boyutlarının puan ortalamaları verilmiştir. Fonksiyonel işlevler alt boyutu; fiziksel fonksiyon, rol fonksiyonu, duygusal fonksiyon, bilişsel fonksiyon ve sosyal fonksiyon olmak üzere 5 ayrı alt boyuttan oluşmaktadır. Girişim ve kontrol grubundaki kadınların EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0' in fonksiyonel işlevler alt boyutlarının puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ( $p<0.001$ ).

Girişim grubundaki kadınların fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalamalarının ( $37.20 \pm 9.70$ ), kontrol grubundaki kadınların puan ortalamalarından ( $10.97 \pm 8.53$ ) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Z:-6.43, p:0.00) (Tablo 4.2.5).

Girişim grubundaki kadınların rol fonksiyonu alt boyutu puan ortalamalarının ( $36.02 \pm 16.16$ ), kontrol grubundaki kadınların puan ortalamalarından ( $12.37 \pm 14.89$ ) daha yüksek olduğu saptanmıştır (Z:-4.80, p:0.00) (Tablo 4.2.5).

Girişim grubundaki kadınların duygusal fonksiyon alt boyutu puan ortalamalarının ( $40.59 \pm 14.55$ ), kontrol grubundaki kadınların puan ortalamalarından ( $19.35 \pm 13.33$ ) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Z:-4.88, p:0.00) (Tablo 4.2.5).

Girişim grubundaki kadınların bilişsel fonksiyon alt boyutu puan ortalamalarının ( $44.62 \pm 15.15$ ), kontrol grubundaki kadınların puan ortalamalarından ( $23.12 \pm 18.6$ ) daha yüksek olduğu saptanmıştır (Z:-4.58, p:0.00) (Tablo 4.2.5).

Girişim grubundaki kadınların sosyal fonksiyon alt boyutu puan ortalamalarının ( $39.25 \pm 19.03$ ), kontrol grubundaki kadınların puan ortalamalarından ( $22.04 \pm 12.46$ ) daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Z:-3.65, p:0.00) (Tablo 4.2.5).

**Tablo 4.2.6** Her iki gruptaki kadınların girişim sonrası 4. hafta EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0 semptom skalası alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması (n:62)

EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0 Semptom skalası alt boyutları	Girişim grubu (n:31)	Kontrol grubu (n:31)	İstatistiksel Değer <sup>a</sup>	
	X ± SD	X ± SD	Z	p
Yorgunluk	63.80 ± 12.16	81.36 ± 10.88	-4.89	0.00***
Bulantı-kusma	70.43 ± 15.93	77.42 ± 18.03	-1.86	0.06
Ağrı	60.75 ± 11.82	82.26 ± 15.48	-4.89	0.00***
Dispne	58.06 ± 19.18	81.72 ± 20.80	-4.06	0.00***
Uykusuzluk	58.06 ± 24.29	80.65 ± 16.72	-3.69	0.00***
İştahsızlık	65.59 ± 18.22	75.27 ± 19.18	-1.99	0.04*
Konstipasyon	75.27 ± 14.83	76.34 ± 27.48	-0.95	0.33
Diyare	30.11 ± 21.70	20.43 ± 30.64	-2.10	0.03*
Maddi zorluk	79.58 ± 20.63	76.66 ± 24.42	-0.21	0.83

\*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001, <sup>a</sup>: Mann-Whithney U

Tablo 4.2.6' da her iki gruptaki kadınların girişim sonrası 4. hafta EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0' in semptom skalası alt boyutlarının puan ortalamaları verilmiştir. Semptom skalası alt boyutu; yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı, dispne, uykusuzluk, iştahsızlık, konstipasyon, diyare, maddi zorluk olmak üzere 9 alt boyuttan oluşmaktadır.

Girişim ve kontrol grubundaki kadınların yorgunluk, ağrı, dispne, uykusuzluk, iştahsızlık ve diyare alt boyutları puan ortalamalarında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ).

Girişim grubundaki kadınların yorgunluk alt boyutu puan ortalamalarının ( $63.80 \pm 12.16$ ), kontrol grubundaki kadınların puan ortalamalarından ( $81.36 \pm 10.88$ ) daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $Z: -4.89$ ,  $p: 0.00$ ) (Tablo 4.2.6).

Girişim grubundaki kadınların ağrı alt boyutu puan ortalamalarının ( $60.75 \pm 11.82$ ), kontrol grubundaki kadınların puan ortalamalarından ( $82.26 \pm 15.48$ ) daha düşük olduğu saptanmıştır ( $Z: -4.89$ ,  $p: 0.00$ ) (Tablo 4.2.6).

Girişim grubundaki kadınların dispne alt boyutu puan ortalamalarının ( $58.06 \pm 19.18$ ), kontrol grubundaki kadınların puan ortalamalarından ( $81.72 \pm 20.80$ ) daha düşük olduğu tespit edilmiştir ( $Z: -4.06$ ,  $p: 0.00$ ) (Tablo 4.2.6).

Girişim grubundaki kadınların uykusuzluk alt boyutu puan ortalamalarının ( $58.06 \pm 24.29$ ), kontrol grubundaki kadınların puan ortalamalarından ( $80.65 \pm 16.72$ ) daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $Z: -3.69$ ,  $p: 0.00$ ) (Tablo 4.2.6).

Girişim grubundaki kadınların iştahsızlık alt boyutu puan ortalamalarının ( $65.59 \pm 18.22$ ), kontrol grubundaki kadınların puan ortalamalarından ( $75.27 \pm 19.18$ ) daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $Z: -1.99$ ,  $p: 0.04$ ) (Tablo 4.2.6).

Girişim grubundaki kadınların diyare alt boyutu puan ortalamalarının ( $30.11 \pm 21.70$ ), kontrol grubundaki kadınların puan ortalamalarından ( $20.43 \pm 30.64$ ) daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $Z: -2.10$ ,  $p: 0.03$ ) (Tablo 4.2.6).

Her iki grup arasında girişim sonrası bulantı-kusma, konstipasyon ve maddi zorluk alt boyutları puan ortalamalarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ) (Tablo 4.2.6).

**4.3.1 Girişim grubundaki kadınların refleksoloji uygulaması öncesi, refleksoloji uygulaması bitiminde (2. haftada) ve refleksoloji uygulaması bitiminden iki hafta sonra (4. haftada) yapılan izlemlerdeki anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi düzeylerinin karşılaştırılması**

**Tablo 4.3.1** Girişim grubundaki kadınların girişim öncesi, girişim sonrası 2. ve 4. haftalarda BAÖ, BDÖ ve EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0 alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması (n:31)

Ölçekler	Girişim Öncesi (n:31)	2. Hafta (n:31)	4. Hafta (n:31)	İstatistiksel Değer	p
	X ± SD	X ± SD	X ± SD		
BAÖ <sup>a</sup>	42.45 ± 9.49	30.71 ± 6.63	32.94 ± 8.42	F:84.61	0.00***
BDÖ <sup>b</sup>	36.26 ± 9.41	26.74 ± 8.43	29.65 ± 8.51	$\chi^2$ :51.40	0.00***
<b>EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0 alt boyutları</b>					
Genel yaşam kalitesi <sup>b</sup>	46.77 ± 12.67	69.30 ± 16.30	60.22 ± 17.17	$\chi^2$ :47.07	0.00***
Fonksiyonel işlevler <sup>b</sup>	28.29 ± 12.68	43.60 ± 11.09	39.53 ± 9.24	$\chi^2$ :51.66	0.00***
Semptom skalası <sup>b</sup>	71.02 ± 11.87	52.52 ± 9.04	60.49 ± 7.01	$\chi^2$ :52.31	0.00***

\*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001, <sup>a</sup>: Tekrarlı Ölçümlerde Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), <sup>b</sup>: Friedman's Two-way Analysis of Variance by Rank

Girişim grubunda refleksoloji uygulaması yapılan kadınların izlem zamanlarına göre BAÖ, BDÖ, EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0' ın üç ana alt boyutu toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.3.1' de verilmiştir. Kadınların izlem zamanları ile BAÖ (F:84.61; p:0.00), BDÖ ( $\chi^2$ :51.40; p:0.00), genel yaşam kalitesi ( $\chi^2$ :47.07; p:0.00), fonksiyonel işlevler ( $\chi^2$ :51.66; p:0.00) ve semptom skalası ( $\chi^2$ :52.31; p:0.00) alt boyutları toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3.1). Bu farkın hangi izlem dönemlerinden kaynaklandığını görebilmek için post hoc analiz yapılmıştır (Tablo 4.3.2).

**Tablo 4.3.2** Girişim grubundaki kadınların BAÖ, BDÖ ve EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0 alt boyutları için Post Hoc Test: Tukey HSD

(I) İzlem zamanları	(J) İzlem zamanları	Ortalama Fark (I-J)	p değeri
<b>BAÖ</b>			
Girişim öncesi	2. Hafta	11.74	***0.00
	4. Hafta	9.51	***0.00
2. Hafta	Girişim öncesi	-11.74	***0.00
	4. Hafta	-2.22	0.10
4. Hafta	Girişim öncesi	-9.51	***0.00
	2. Hafta	2.22	0.10
<b>BDÖ</b>			
Girişim öncesi	2. Hafta	9.51	***0.00
	4. Hafta	6.61	***0.00
2. Hafta	Girişim öncesi	-9.51	***0.00
	4. Hafta	-2.90	***0.00
4. Hafta	Girişim öncesi	-6.61	***0.00
	2. Hafta	2.90	***0.00
<b>EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0 Genel yaşam kalitesi alt boyutu</b>			
Girişim öncesi	2. Hafta	-22.58	***0.00
	4. Hafta	-13.44	**0.00
2. Hafta	Girişim öncesi	22.58	***0.00
	4. Hafta	9.14	**0.00
4. Hafta	Girişim öncesi	13.44	**0.00
	2. Hafta	-9.14	**0.00
<b>EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0 Funksiyonel işlevler alt boyutu</b>			
Girişim öncesi	2. Hafta	-15.31	***0.00
	4. Hafta	-11.24	***0.00
2. Hafta	Girişim öncesi	15.31	***0.00
	4. Hafta	4.06	*0.03
4. Hafta	Girişim öncesi	11.24	***0.00
	2. Hafta	-4.06	*0.03
<b>EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0 Semptom skalası alt boyutu</b>			
Girişim öncesi	2. Hafta	18.49	***0.00
	4. Hafta	10.53	**0.00
2. Hafta	Girişim öncesi	-18.49	***0.00
	4. Hafta	-7.96	**0.00
4. Hafta	Girişim öncesi	-10.53	**0.00
	2. Hafta	7.96	**0.00

\*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001

Tablo 4.3.2' de post hoc analiz sonuçları verilmiştir.

Girişim grubundaki kadınların izlem zamanlarına göre BAÖ puan ortalamaları incelendiğinde; girişim öncesi BAÖ puan ortalamalarına ( $42.45 \pm 9.49$ ) göre, 2. hafta ( $30.71 \pm 6.63$ ) ve 4. hafta puan ortalamalarındaki ( $32.94 \pm 8.42$ ) azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p:0.00, p:0.00). Kadınların 2. haftaya göre 4. haftadaki BAÖ puan ortalamaları arasındaki azalmanın ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (p:0.10) (Tablo 4.3.2).

Girişim grubundaki kadınların izlem zamanlarına göre BDÖ puan ortalamaları incelendiğinde; girişim öncesi BDÖ puan ortalamalarına ( $36.26 \pm 9.41$ ) göre, 2. hafta ( $26.74 \pm 8.43$ ) ve 4. hafta puan ortalamalarındaki ( $29.65 \pm 8.51$ ) azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p:0.00, p:0.00). Kadınların 2. haftaya göre 4. haftadaki BDÖ puan ortalamalarındaki artışın ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p:0.00) (Tablo 4.3.2).

Girişim grubundaki kadınların izlem zamanlarına göre EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0' ın genel yaşam kalitesi alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde, girişim öncesi genel yaşam kalitesi alt boyutu puan ortalamalarına ( $46.77 \pm 12.67$ ) göre, 2. hafta ( $69.30 \pm 16.30$ ) ve 4. hafta puan ortalamalarındaki ( $60.22 \pm 17.17$ ) artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p:0.00, p:0.00). Kadınların 2. haftaya göre 4. haftadaki genel yaşam kalitesi alt boyutu puan ortalamalarındaki azalmanın ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p:0.00) (Tablo 4.3.2).

Girişim grubundaki kadınların EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0' ın fonksiyonel işlevler alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; girişim öncesi fonksiyonel işlevler alt boyutu puan ortalamalarına ( $28.29 \pm 12.68$ ) göre, 2. hafta ( $43.60 \pm 11.09$ ) ve 4. hafta puan ortalamalarındaki ( $39.53 \pm 9.24$ ) artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p:0.00, p:0.00). Kadınların 2. haftaya göre 4. haftadaki fonksiyonel işlevler alt boyutu puan ortalamaları arasındaki azalmanın ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p:0.03) (Tablo 4.3.2).

Girişim grubundaki kadınların EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0' ın semptom skalası alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; girişim öncesi semptom skalası alt boyutu puan ortalamalarına ( $71.02 \pm 11.87$ ) göre, 2. hafta ( $52.52 \pm 9.04$ ) ve 4. hafta puan ortalamalarındaki ( $60.49 \pm 7.01$ ) azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p:0.00, p:0.00). Kadınların 2. haftaya göre 4. haftadaki semptom skalası alt boyutu puan ortalamalarında artışın ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (p:0.00) (Tablo 4.3.2).

**Tablo 4.3.3** Girişim grubundaki kadınların girişim öncesi, girişim sonrası 2. ve 4. haftalarda EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0 fonksiyonel işlevler alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması (n:31)

EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0 Fonksiyonel işlevler alt boyutları	Girişim Öncesi (n:31)	2. Hafta (n:31)	4. Hafta (n:31)	İstatistiksel Değer <sup>a</sup>	
	X ± SD	X ± SD	X ± SD	$\chi^2$	p
<b>Fiziksel fonksiyon</b>	25.59 ± 12.66	40.86 ± 11.89	37.20 ± 9.70	35.18	0.00***
<b>Rol fonksiyonu</b>	26.34 ± 18.65	39.78 ± 17.04	36.02 ± 16.16	24.38	0.00***
<b>Duygusal fonksiyon</b>	25.00 ± 16.67	49.73 ± 16.03	40.59 ± 14.55	48.13	0.00***
<b>Bilişsel fonksiyon</b>	37.63 ± 21.07	49.46 ± 17.47	44.62 ± 15.15	16.93	0.00***
<b>Sosyal fonksiyon</b>	26.88 ± 20.04	38.17 ± 19.81	39.25 ± 19.03	26.24	0.00***

\*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001, <sup>a</sup>: Friedman's Two-way Analysis of Variance by Rank

Girişim grubunda refleksoloji uygulaması yapılan kadınların izlem zamanlarına göre EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0 fonksiyonel işlevler alt boyutunun alt boyutları olan fiziksel fonksiyon, rol fonksiyonu, duygusal fonksiyon, bilişsel fonksiyon ve sosyal fonksiyon alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.3.3' te verilmiştir.

Kadınların izlem zamanları ile fiziksel fonksiyon alt boyutu ( $\chi^2$ :35.18; p:0.00), rol fonksiyonu alt boyutu ( $\chi^2$ :24.387; p:0.00), duygusal fonksiyon alt boyutu ( $\chi^2$ :48.13; p:0.00), bilişsel fonksiyon alt boyutu ( $\chi^2$ :16.93; p:0.00) ve sosyal fonksiyon alt boyutu ( $\chi^2$ :26.24; p:0.00) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3.3). Bu farkın hangi izlem dönemlerinden kaynaklandığını görebilmek için post hoc analiz yapılmıştır (Tablo 4.3.4).

**Tablo 4.3.4** Girişim grubundaki kadınların EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0 fonksiyonel işlevler alt boyutları için Post Hoc Test: Tukey HSD

(I) İzlem zamanları	(J) İzlem zamanları	Ortalama Fark (I-J)	p değeri
<b>Fonksiyonel işlevler alt boyutları</b>			
<b>Fiziksel fonksiyon</b>			
Girişim öncesi	2. Hafta	-15.26	***0.00
	4. Hafta	-11.61	**0.00
2. Hafta	Girişim öncesi	15.26	***0.00
	4. Hafta	3.65	0.14
4. Hafta	Girişim öncesi	11.61	**0.00
	2. Hafta	-3.65	0.14
<b>Rol fonksiyonu</b>			
Girişim öncesi	2. Hafta	-13.44	**0.00
	4. Hafta	-9.67	0.06
2. Hafta	Girişim öncesi	13.44	**0.00
	4. Hafta	3.76	0.75
4. Hafta	Girişim öncesi	9.67	0.06
	2. Hafta	-3.76	0.75
<b>Duygusal fonksiyon</b>			
Girişim öncesi	2. Hafta	-24.73	***0.00
	4. Hafta	-15.59	**0.00
2. Hafta	Girişim öncesi	24.73	***0.00
	4. Hafta	9.14	*0.02
4. Hafta	Girişim öncesi	15.59	**0.00
	2. Hafta	-9.14	*0.02
<b>Bilişsel fonksiyon</b>			
Girişim öncesi	2. Hafta	-11.82	**0.00
	4. Hafta	-6.98	0.43
2. Hafta	Girişim öncesi	11.82	**0.00
	4. Hafta	4.83	0.29
4. Hafta	Girişim öncesi	6.98	0.43
	2. Hafta	-4.83	0.29
<b>Sosyal fonksiyon</b>			
Girişim öncesi	2. Hafta	-11.29	*0.03
	4. Hafta	-12.36	**0.00
2. Hafta	Girişim öncesi	11.29	*0.03
	4. Hafta	-1.07	1.00
4. Hafta	Girişim öncesi	12.36	**0.00
	2. Hafta	1.07	1.00

\*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001



Tablo 4.3.4' te post hoc analiz sonuçları verilmiştir.

Girişim grubundaki kadınların izlem zamanlarına göre EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0' in fonksiyonel işlevler alt boyutu olan fiziksel fonksiyon puan ortalamaları incelendiğinde; girişim öncesi fiziksel fonksiyon puan ortalamalarına ( $25.59 \pm 12.66$ ) göre, 2. hafta ( $40.86 \pm 11.89$ ) ve 4. hafta puan ortalamalarındaki ( $37.20 \pm 9.70$ ) artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p:0.00$ ,  $p:0.00$ ). Kadınların 2. haftaya göre 4. haftadaki fiziksel fonksiyon alt boyutu puan ortalamalarındaki azalmanın ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p:0.14$ ) (Tablo 4.3.4).

Girişim grubundaki kadınların izlem zamanlarına göre EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0' in fonksiyonel işlevler alt boyutu rol fonksiyonu puan ortalamaları incelendiğinde; girişim öncesi rol fonksiyonu puan ortalamalarına ( $26.34 \pm 18.65$ ) göre 2. hafta puan ortalamalarındaki ( $39.78 \pm 17.04$ ) artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p:0.00$ ). Kadınların girişim öncesine göre 4. haftaki rol fonksiyonu puan ortalamalarındaki ( $36.02 \pm 16.16$ ) artışın ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p:0.06$ ). Kadınların 2. haftaya göre 4. haftanın sonundaki rol fonksiyonu puan ortalamaları arasındaki azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $p:0.75$ ) (Tablo 4.3.4).

Girişim grubundaki kadınların izlem zamanlarına göre EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0' in fonksiyonel işlevler alt boyutu olan duygusal fonksiyon puan ortalamaları incelendiğinde; girişim öncesi duygusal fonksiyon puan ortalamalarına ( $25.00 \pm 16.67$ ) göre, 2. hafta ( $49.73 \pm 16.03$ ) ve 4. hafta puan ortalamalarındaki ( $40.59 \pm 14.55$ ) artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p:0.00$ ,  $p:0.00$ ). Kadınların 2. haftaya göre 4. haftadaki duygusal fonksiyon alt boyutu puan ortalamalarındaki azalmanın ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p:0.02$ ) (Tablo 4.3.4).

Girişim grubundaki kadınların izlem zamanlarına göre EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0' in fonksiyonel işlevler alt boyutu olan bilişsel fonksiyon puan ortalamaları incelendiğinde; girişim öncesi bilişsel fonksiyon puan ortalamalarına ( $37.63 \pm 21.07$ ) göre 2. hafta puan ortalamalarındaki ( $49.46 \pm 17.47$ ) artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p:0.00$ ). Kadınların girişim öncesine göre 4. hafta bilişsel fonksiyon puan ortalamalarındaki ( $44.62 \pm 15.15$ ) artışın ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p:0.43$ ). Kadınların 2. haftaya göre 4. haftanın sonundaki bilişsel fonksiyon puan ortalamalarındaki azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $p:0.29$ ) (Tablo 4.3.4).

Girişim grubundaki kadınların izlem zamanlarına göre EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0' in fonksiyonel işlevler alt boyutu olan sosyal fonksiyon puan ortalamaları incelendiğinde; girişim öncesi sosyal fonksiyon puan ortalamalarına ( $26.88 \pm 20.04$ )

göre, 2. hafta ( $38.17 \pm 19.81$ ) ve 4. hafta puan ortalamalarındaki ( $39.25 \pm 19.03$ ) artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p:0.03$ ,  $p:0.00$ ). Kadınların 2. haftaya göre 4. haftanın sonundaki sosyal fonksiyon alt boyutu puan ortalamalarındaki azalmanın ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $p:1.00$ ) (Tablo 4.3.4).

**Tablo 4.3.5** Girişim grubundaki kadınların girişim öncesi, girişim sonrası 2. ve 4. haftalarda BAÖ, BDÖ ve EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0 semptom skalası alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması (n:31)

EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0 Semptom skalası alt boyutları	Girişim Öncesi (n:31)	2. Hafta (n:31)	4. Hafta (n:31)	İstatistiksel Değer <sup>a</sup>	
	X ± SD	X ± SD	X ± SD	$\chi^2$	p
Yorgunluk	76.34 ± 15.11	52.33 ± 14.68	63.80 ± 12.16	42.60	0.00***
Bulantı-kusma	79.03 ± 18.24	66.67 ± 18.26	70.43 ± 15.93	22.42	0.00***
Ağrı	79.57 ± 13.41	44.09 ± 11.82	60.75 ± 11.82	53.62	0.00***
Dispne	53.76 ± 26.77	50.54 ± 24.15	58.06 ± 19.18	6.00	0.05
Uykusuzluk	75.27 ± 22.72	49.46 ± 24.15	58.06 ± 24.29	26.24	0.00***
İştahsızlık	78.49 ± 22.02	58.06 ± 21.03	65.59 ± 18.22	22.36	0.00***
Konstipasyon	82.80 ± 16.93	70.97 ± 20.62	75.27 ± 14.83	13.35	0.00**
Diyare	43.01 ± 27.48	19.35 ± 20.68	30.11 ± 21.70	23.11	0.00***
Maddi zorluk	70.97 ± 20.62	80.64 ± 20.15	79.58 ± 20.63	15.44	0.08

\* $p<0.05$ , \*\* $p<0.01$ , \*\*\* $p<0.001$ , <sup>a</sup>: Friedman's Two-way Analysis of Variance by Rank

Girişim grubunda refleksoloji uygulaması yapılan kadınların izlem zamanlarına göre EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0 semptom skalası alt boyutunun alt boyutları olan yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı, dispne, uykusuzluk, iştahsızlık, konstipasyon, diyare ve maddi zorluk alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.3.5' te verilmiştir.

Kadınların izlem zamanları ile yorgunluk ( $\chi^2$ : 42.60;  $p:0.00$ ), bulantı-kusma ( $\chi^2$ : 22.42;  $p:0.00$ ), ağrı ( $\chi^2$ : 53.62;  $p:0.00$ ), uykusuzluk ( $\chi^2$ : 26.24;  $p:0.00$ ), iştahsızlık ( $\chi^2$ : 22.36;  $p:0.00$ ) konstipasyon ( $\chi^2$ : 13.35;  $p:0.00$ ) ve diyare ( $\chi^2$ : 23.11;  $p:0.00$ ) alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 4.3.5). Bu farkın hangi izlem dönemlerinden kaynaklandığını görebilmek için post hoc analiz yapılmıştır (Tablo 4.3.6).

Kadınların izlem zamanları ile dispne ( $\chi^2$ : 6.00;  $p:0.05$ ) ve maddi zorluk ( $\chi^2$ :15.44;  $p:0.08$ ) alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.3.5).

**Tablo 4.3.6** Girişim grubundaki kadınların EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0 semptom skalası alt boyutları için Post Hoc Test: Tukey HSD

(I) İzlem zamanları	(J) İzlem zamanları	Ortalama Fark (I-J)	p değeri
<b>Semptom skalası alt boyutları</b>			
<b>Yorgunluk</b>			
Girişim öncesi	2. Hafta	24.01	***0.000
	4. Hafta	12.54	*0.019
2. Hafta	Girişim öncesi	-24.01	***0.000
	4. Hafta	-11.47	*0.010
4. Hafta	Girişim öncesi	-12.54	*0.019
	2. Hafta	11.47	*0.010
<b>Bulantı-kusma</b>			
Girişim öncesi	2. Hafta	12.36	**0.00
	4. Hafta	8.60	0.22
2. Hafta	Girişim öncesi	-12.36	**0.00
	4. Hafta	-3.76	0.48
4. Hafta	Girişim öncesi	-8.60	0.22
	2. Hafta	3.76	0.48
<b>Ağrı</b>			
Girişim öncesi	2. Hafta	35.48	***0.00
	4. Hafta	18.81	**0.00
2. Hafta	Girişim öncesi	-35.48	***0.00
	4. Hafta	-16.66	**0.00
4. Hafta	Girişim öncesi	-18.81	**0.00
	2. Hafta	16.66	**0.00
<b>Uykusuzluk</b>			
Girişim öncesi	2. Hafta	25.80	**0.00
	4. Hafta	17.20	0.14
2. Hafta	Girişim öncesi	-25.80	**0.00
	4. Hafta	-8.60	0.48
4. Hafta	Girişim öncesi	-17.20	0.14
	2. Hafta	8.60	0.48
<b>İştahsızlık</b>			
Girişim öncesi	2. Hafta	20.43	**0.00
	4. Hafta	12.90	0.22
2. Hafta	Girişim öncesi	-20.43	**0.00
	4. Hafta	-7.52	0.68
4. Hafta	Girişim öncesi	-12.90	0.22
	2. Hafta	7.52	0.68
<b>Konstipasyon</b>			
Girişim öncesi	2. Hafta	11.82	*0.04
	4. Hafta	7.52	0.20
2. Hafta	Girişim öncesi	-11.82	*0.04
	4. Hafta	-4.30	0.48
4. Hafta	Girişim öncesi	-7.52	0.20
	2. Hafta	4.30	0.48
<b>Diyare</b>			
Girişim öncesi	2. Hafta	23.65	**0.00
	4. Hafta	12.90	0.43
2. Hafta	Girişim öncesi	-23.65	**0.00
	4. Hafta	-10.75	0.29
4. Hafta	Girişim öncesi	-12.90	0.43
	2. Hafta	10.75	0.29

\*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001

Tablo 4.3.6' da post hoc analiz sonuçları verilmiştir.

Girişim grubundaki kadınların izlem zamanlarına göre EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0' in semptom skalası alt boyutu olan yorgunluk alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; girişim öncesi puan ortalamalarına ( $76.34 \pm 15.11$ ) göre, 2. hafta ( $52.33 \pm 14.68$ ) ve 4. hafta puan ortalamalarındaki ( $63.80 \pm 12.16$ ) azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p:0.00, p:0.01). Kadınların 2. haftaya göre 4. haftadaki yorgunluk alt boyutu puan ortalamalarındaki artışın ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p:0.01) (Tablo 4.3.6).

Girişim grubundaki kadınların izlem zamanlarına göre EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0' in semptom skalası alt boyutu olan bulantı-kusma alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; girişim öncesi puan ortalamalarına ( $79.03 \pm 18.24$ ) göre 2. hafta puan ortalamalarındaki ( $66.67 \pm 18.26$ ) azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p:0.00). Kadınların girişim öncesine göre 4. hafta bulantı-kusma alt boyutu puan ortalamaları ( $70.43 \pm 15.93$ ) arasındaki azalmanın ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (p:0.22). Kadınların 2. haftaya göre 4. haftanın sonundaki bulantı-kusma alt boyutu puan ortalamalarındaki artışın da istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (p:0.48) (Tablo 4.3.6).

Girişim grubundaki kadınların izlem zamanlarına göre EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0' in semptom skalası alt boyutu olan ağrı alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; girişim öncesi puan ortalamalarına ( $79.57 \pm 13.41$ ) göre, 2. hafta ( $44.09 \pm 11.82$ ) ve 4. hafta puan ortalamalarındaki ( $60.75 \pm 11.82$ ) azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p:0.00, p:0.00). Kadınların 2. haftaya göre 4. haftadaki ağrı alt boyutu puan ortalamalarındaki artışın ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p:0.00) (Tablo 4.3.6).

Girişim grubundaki kadınların izlem zamanlarına göre EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0' in semptom skalası alt boyutu olan uykusuzluk alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; girişim öncesi puan ortalamalarına ( $75.27 \pm 22.72$ ) göre 2. hafta puan ortalamalarındaki ( $49.46 \pm 24.15$ ) azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p:0.00). Kadınların girişim öncesine göre 4. hafta uykusuzluk alt boyutu puan ortalamalarındaki ( $58.06 \pm 24.29$ ) azalmanın ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p:0.14). Kadınların 2. haftaya göre ile 4. haftanın sonundaki uykusuzluk alt boyutu puan ortalamalarındaki artışın da istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (p:0.48) (Tablo 4.3.6).

Girişim grubundaki kadınların izlem zamanlarına göre EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0' in semptom skalası alt boyutu olan iştahsızlık alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; girişim öncesi puan ortalamalarına ( $78.49 \pm 22.02$ ) göre 2. hafta puan ortalamalarındaki ( $58.06 \pm 21.03$ ) azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu

bulunmuştur (p:0.00). Kadınların girişim öncesine göre 4. hafta iştahsızlık alt boyutu puan ortalamalarındaki ( $65.59 \pm 18.22$ ) azalmanın ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (p:0.22). Kadınların 2. haftaya göre 4. haftanın sonundaki iştahsızlık alt boyutu puan ortalamalarındaki artışın da istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (p:0.68) (Tablo 4.3.6).

Girişim grubundaki kadınların izlem zamanlarına göre EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0' in semptom skalası alt boyutu olan konstipasyon alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; girişim öncesi puan ortalamalarına ( $82.80 \pm 16.93$ ) göre 2. hafta puan ortalamalarındaki ( $70.97 \pm 20.62$ ) azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p:0.04). Kadınların girişim öncesine göre 4. hafta konstipasyon alt boyutu puan ortalamalarındaki ( $75.27 \pm 14.83$ ) azalmanın ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (p:0.20). Kadınların 2. haftaya göre 4. haftanın sonundaki konstipasyon alt boyutu puan ortalamalarındaki artışın da istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (p:0.48) (Tablo 4.3.6).

Girişim grubundaki kadınların izlem zamanlarına göre EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0' in semptom skalası alt boyutu olan diyare alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; girişim öncesi puan ortalamalarına ( $43.01 \pm 27.48$ ) göre 2. hafta puan ortalamalarındaki ( $19.35 \pm 20.68$ ) azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p:0.00). Kadınların girişim öncesine göre 4. hafta ( $30.11 \pm 21.70$ ) diyare alt boyutu puan ortalamalarındaki azalmanın ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (p:0.43). Kadınların 2. haftaya göre 4. haftanın sonundaki diyare alt boyutu puan ortalamalarındaki artışın da istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (p:0.29) (Tablo 4.3.6).

## 5. TARTIŞMA

Bu araştırma, Watson İnsan Bakım Modeline temellendirilmiş refleksoloji uygulamasının, bağımsız hemşirelik girişimlerini destekleyerek bütüncül ve kaliteli bakıma ulaşmada etkili bir yöntem olabileceği düşünülerek planlanmıştır. Aynı zamanda bu araştırmayla, jinekolojik kanseri olan hastaların kemoterapi sürecinde yaşadığı fiziksel ve psikolojik sorunların giderilmesinde refleksolojinin etkisini ortaya koyabilmek ve literatüre kanıta dayalı uygulamalar anlamında katkıda bulunabilmek amaçlanmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgular kadınların anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi düzeyleri olarak üç başlık altında tartışılmıştır.

### 5.1. Watson İnsan Bakım Modeline Temellendirilmiş Refleksoloji Uygulamasının Kadınların Anksiyete Düzeylerine Etkisi

Bu çalışmada, refleksoloji uygulaması yapılan girişim grubundaki kadınların anksiyete düzeylerinin kontrol grubundaki kadınlardan anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.6). Bu bulgu “1.H<sub>1</sub>: Refleksoloji uygulanan girişim grubundaki kadınların, kontrol grubuna göre anksiyete puan ortalamaları daha düşüktür” hipotezimizi desteklemektedir. Girişim grubundaki kadınların refleksoloji uygulaması öncesi anksiyete düzeylerine göre, refleksoloji uygulaması bitimi (2.haftada) ve uygulamadan 2 hafta sonraki (4.hafta) anksiyete düzeyleri anlamlı bir şekilde azalmıştır (Tablo 4.3.2). Bu sonuçlar, “6.H<sub>1</sub>: Refleksoloji uygulanan girişim grubundaki kadınların girişim öncesi anksiyete puan ortalamaları, girişim sonrası 2. ve 4. haftalara göre daha yüksektir” hipotezi kabul edilmiştir. Ayrıca girişim grubunun, 2. haftadaki anksiyete düzeyleri ile 4. haftadaki anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı, yani anksiyete değişkeni üzerinde girişimin etkisinin devam ettiği belirlenmiştir (Tablo 4.3.2). Alan’ ın (2015) yaptığı çalışmada, BAÖ’ ne göre ilk görüşmede hastaların %90’ ında anksiyete tespit edilmiştir. Refleksoloji ve progresif kas gevşeme egzersizleri uygulanan hasta grupları arasında müdahalelerin tamamlandığı 8. haftada en düşük anksiyete puanının refleksoloji uygulanan hasta

grubunda ( $9.75 \pm 1.41$ ) olduğu bildirilmiştir. Jinekolojik kanseri olan hastalarla yapılan araştırmalar sınırlı olduğu için diğer kanser türlerinde refleksolojinin anksiyete üzerine etkileri incelenmiştir. Stephenson ve arkadaşlarının (2007) 86 metastatik kanseri olan bireyle yaptıkları bir araştırmada, refleksoloji uygulaması sonrası anksiyete ve ağrı şiddetinde önemli azalmalar saptanmıştır. Literatürde benzer şekilde kanser hastalarında anksiyete ile baş etmede refleksolojinin etkili olduğunu gösteren araştırmalar yer almaktadır (Stephenson vd 2000, Lacey 2002, Quattrin vd 2006, Stephenson vd 2007, Robertshawe 2008, Sharp vd 2010, Alan 2015, Dikmen ve Terzioğlu 2019). Bu araştırma sonuçları, araştırmamızı destekler niteliktedir.

Bu sonuçlara göre kemoterapi sürecindeki jinekolojik kanser hastalarına yapılan refleksoloji uygulamasının anksiyete düzeyinin azaltılmasında etkili olduğunu söylemek mümkündür. Literatürde refleksolojinin nöral stimölasyon ve kan akışını artırarak gevşemeyi sağladığı belirtilmektedir (Gozyuesil ve Baser 2016, Unal ve Balci Akpınar 2016). Ayrıca immün sistemin, endokrin sistemin ve nöropeptitlerin uyarılması ile dopamin ve endorfin hormonlarının salınmasını arttırmaktadır (Cade 2002, Stephenson vd 2007, Hughes vd 2009). Bu hormonlar ağrı iletimini engelleyerek, rahatlama ve uyuşukluk sağlamakta, stresi azaltarak ve huzuru arttırmaktadır (Pedram vd 2013). Refleksoloji uygulaması ile oluşan bütün bu elektrokimyasal olaylar sonucunda hastaların anksiyete düzeylerinin düştüğü düşünölmektedir.

## **5.2. Watson İnsan Bakım Modeline Temellendirilmiş Refleksoloji Uygulamasının Kadınların Depresyon Düzeylerine Etkisi**

Bu araştırmada refleksoloji uygulaması yapılan girişim grubundaki kadınların depresyon düzeylerinin kontrol grubundaki kadınlardan anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.4). Bu bulgu “2.H<sub>1</sub>: Refleksoloji uygulanan girişim grubundaki kadınların, kontrol grubuna göre depresyon puan ortalamaları daha düşüktür” hipotezimizi desteklemektedir. Girişim grubundaki kadınların refleksoloji uygulaması öncesi depresyon düzeylerine göre, refleksoloji uygulaması bitimi (2.haftada) ve uygulamadan 2 hafta sonraki (4.hafta) depresyon düzeyleri anlamlı bir şekilde azalmıştır (Tablo 4.3.2). Bu bulgular doğrultusunda “7.H<sub>1</sub>: Refleksoloji uygulanan girişim grubundaki kadınların girişim öncesi depresyon puan ortalamaları, girişim sonrası 2. ve 4. haftalara göre daha yüksektir” hipotezi kabul edilmiştir. Ayrıca girişim grubunun 2. haftadaki depresyon düzeylerine göre 4. haftadaki depresyon düzeylerindeki artışın anlamlı olduğu, yani depresyon değişkeni üzerinde girişimin etkisinin azaldığı belirlenmiştir (Tablo 4.3.2). Literatürde benzer şekilde kanser

hastalarında depresyon ile baş etmede refleksolojinin etkisini inceleyen sınırlı sayıda araştırmaya rastlanmıştır (Alan 2015, Dikmen ve Terzioğlu 2019). Alan (2015) yaptığı araştırmada, BDÖ' ne göre jinekolojik kanser hastalarında ilk görüşmede %40' ında depresyon tespit edilmiş ve refleksoloji müdahalelerinin depresyon ile baş etmede etkili olduğu saptanmıştır. Refleksoloji uygulamalarında dopamin ve serotonin düzeyleri artmakta, norepinefrin ve kortizol düzeyleri azalmaktadır (Sharpe vd 2007, Sliz 2009). Bu sonuçlar doğrultusunda jinekolojik kanser hastalarında refleksolojinin depresyon ile baş etmede etkili olduğu söylenebilir.

### 5.3. Watson İnsan Bakım Modeline Temellendirilmiş Refleksoloji Uygulamasının Kadınların Yaşam Kalitesi Düzeylerine Etkisi

Jinekolojik kanser tanısı alma ve kemoterapi tedavisi sonucunda kadınların yaşadığı yan etkiler yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir (Engquist vd 2001, Reis vd 2006a, Cigna 2007, Wenzel vd 2007, Saevarsdottir vd 2010, Mamguem Kamga vd 2018). Bu bölümde, yaşam kalitesini etkileyen faktörler (yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları; genel yaşam kalitesi, fonksiyonel işlevler ve semptom skalası alt boyutları) bir bütün olarak tartışılmıştır.

Kemoterapi tedavisi gören farklı kanser türlerine sahip hastalarla (jinekolojik kansere sahip kadınlar: %8) yapılan bir araştırmada hastaların kemoterapi tedavisi ilerledikçe yaşam kalitesinin azaldığı saptanmıştır (Saevarsdottir vd 2010). Over kanseri olan kadınlarda yapılan başka bir araştırmada tedavi sürecinde olup özellikle de ileri evrelerdeki kadınların fiziksel ve fonksiyonel iyilik hallerinin tedavi almayan kadınlara göre daha kötü olduğu tespit edilmiştir (Engquist vd 2001). Kemoterapi alan over kanseri olan kadınlarla yapılan bir araştırmada ise hastaların genel yaşam kaliteleri düşük bulunmuştur (Wenzel vd 2007).

Bu araştırmada, refleksoloji uygulaması yapılan girişim grubundaki kadınların genel yaşam kalitesi düzeylerinin kontrol grubundaki kadınlardan anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.2.4). Bu bulgu "3.H<sub>1</sub>: Refleksoloji uygulanan girişim grubundaki kadınların, kontrol grubuna göre genel yaşam kalitesi puan ortalamaları daha yüksektir" hipotezimizi desteklemektedir. Girişim grubundaki kadınların refleksoloji uygulaması öncesi genel yaşam kalitesi düzeylerine göre, refleksoloji uygulaması bitimi (2.haftada) ve uygulamadan 2 hafta sonraki (4.hafta) genel yaşam kalitesi düzeyleri anlamlı bir şekilde yükselmiştir (Tablo 4.3.2). Bu bulgular doğrultusunda "8.H<sub>1</sub>: Refleksoloji uygulanan girişim grubundaki kadınların girişim öncesi genel yaşam kalitesi alt boyutu toplam puan ortalamaları, girişim sonrası 2. ve



4. haftalara göre daha düşüktür” hipotezi kabul edilmiştir. Ayrıca girişim grubunun 2. haftadaki genel yaşam kalitesi düzeylerine göre 4. haftadaki genel yaşam kalitesi düzeylerindeki azalmanın anlamlı olduğu, yani genel yaşam kalitesi değişkeni üzerinde girişimin etkisinin azaldığı belirlenmiştir (Tablo 4.3.2). Alan (2015), jinekolojik kanser hastalarına uygulanan refleksolojinin kadınların yaşam kalitelerinde anlamlı düzeyde yükselme sağladığını saptamıştır. Özdelikara ve Tan’ ın (2017a) meme kanserli hastalarda yaptıkları araştırmada, girişim grubunun grup içi karşılaştırmalarında refleksoloji uygulanan hastalarda genel yaşam kalitesinin arttığı saptanmıştır. Aynı araştırmada girişim grubunun genel yaşam kalitesinin kontrol grubundaki hastalardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Özdelikara ve Tan 2017a). Farklı türlerdeki kanser hastalarında refleksolojinin etkisine yönelik araştırmalarda; hastalarının psikolojik, fiziksel ve sosyal iyilik durumlarının anlamlı bir şekilde arttırdığı saptanmıştır (Hodgson 2000, Wright vd 2002, Sharp vd 2010, Wyatt vd 2012). Bu araştırmanın sonuçları ve literatür ışığında refleksoloji uygulaması yapılan jinekolojik kanser hastalarında yaşam kalitesinin olumlu yönde etkilendiğini söylemek mümkündür. Bu sonucun, refleksoloji uygulanan jinekolojik kanser hastalarında anksiyete, depresyon ve diğer fiziksel semptomların azalması sayesinde olduğu düşünülmektedir.

Fonksiyonel işlevler bireylerin fiziksel, bilişsel, sosyal ve genel sağlık durumunun bir göstergesidir (Bektaş ve Akdemir 2009, Sharp 2010). Bu araştırmada girişim grubundaki kadınların fonksiyonel işlevler alt boyutu toplam puan ortalamalarının kontrol grubundaki kadınlardan yüksek olduğu, refleksolojinin fonksiyonel işlevleri arttırmada etkili olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.2.4). “4. H<sub>1</sub>: Refleksoloji uygulanan girişim grubundaki kadınların, kontrol grubuna göre fonksiyonel işlevler alt boyutu toplam puan ortalamaları daha yüksektir” hipotezi kabul edilmiştir. Girişim grubundaki kadınların refleksoloji uygulaması öncesi fonksiyonel işlevler alt boyutu toplam puan ortalamalarına göre, refleksoloji uygulaması bitimi (2.hafta) ve uygulamadan 2 hafta sonraki (4.hafta) fonksiyonel işlevler alt boyutu toplam puan ortalamaları anlamlı bir şekilde yükselmiştir. Bu bulgular doğrultusunda “9. H<sub>1</sub>: Refleksoloji uygulanan girişim grubundaki kadınların girişim öncesi fonksiyonel işlevler alt boyutu toplam puan ortalamaları, girişim sonrası 2. ve 4. haftalara göre daha düşüktür” hipotezi kabul edilmiştir (Tablo 4.3.4). Literatürde, jinekolojik kanser hastalarında refleksolojinin fonksiyonel işlevler üzerine etkisinin değerlendirildiği araştırmalara rastlanmamıştır. Ancak meme kanserli hastalarda yapılan bazı araştırmaların sonuçları bizim araştırma sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir. Özdelikara ve Tan’ ın (2017a) meme kanserli hastalarda yaptıkları araştırmada, girişim grubunun grup içi karşılaştırmalarında refleksoloji uygulanan hastalarda fonksiyonel işlevlerin arttığı saptanmıştır. Aynı araştırmada girişim grubunun fonksiyonel işlevleri

kontrol grubundaki hastalardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Özdelikara ve Tan 2017a). Wyatt ve arkadaşlarının (2012) kemoterapi ve radyoterapi alan ileri evre meme kanseri olan 286 kadınla yaptıkları randomize kontrollü araştırmada, dört haftalık bir süreçte ayak manüplasyonu ve refleksoloji uygulanmıştır. Bu hastalarda fiziksel fonksiyonlar refleksoloji uygulanan hastalarda artmıştır.

Literatürde, jinekolojik kanser tedavisi alan kadınlarla yapılan araştırmalarda yorgunluk semptomunun ilk sıralarda yer aldığı ve yorgunluğun karşılanmayan destek ihtiyacı olduğu bildirilmiştir (Ferrell vd 2003, Liavaag vd 2007, Vistad vd 2007, Steele ve Fitch 2008, Beesley vd 2008, Arriba vd 2010, Harrington vd 2010). Ayrıca Harrington ve arkadaşları (2010), kanser hastalarıyla yaptığı araştırmada (jinekolojik kanserler, meme, prostat ve kolorektal kanserler) primer tedaviyi takiben en fazla bildirilen semptom yükünün yorgunluk olduğu ve jinekolojik kanser tanısı aldıktan 3-8 yıl sonrasında kadınlarda yorgunluğun % 17-33 arasında görüldüğü saptanmıştır. Kanser hastaları günlük yaşam aktivitelerini ve daha önce sahip oldukları rolleri yerine getirmek için fazla yorgun olabilmekte ve bu da yaşam kalitelerini oldukça etkilemektedir. Jinekolojik kanser hastalarında yapılan araştırmalarda, yorgunluğun yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkileri olduğu ve aynı zamanda yaşam kaliteleri düşük olan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirgin şekilde yüksek olduğu görülmüştür (Holzner vd 2003, Liavaag vd 2007, Vistad vd 2007). Jinekolojik kanser hastalarıyla yapılan araştırmalarla yorgunluk semptomunun, anksiyete ve depresyon düzeylerini etkilediği bulunmuştur (Brown ve Kroenke 2009, Oh ve Seo 2011, Sekse vd 2015).

Bu araştırmada refleksoloji uygulaması yapılan girişim grubundaki kadınların yorgunluk düzeylerinin kontrol grubundaki kadınlardan anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.6). Bu bulgu “5.H<sub>1</sub>: Refleksoloji uygulanan girişim grubundaki kadınların, kontrol grubuna göre semptom skalası alt boyutu toplam puan ortalamaları daha düşüktür” hipotezimizi desteklemektedir. Bu nedenle refleksolojinin yorgunluk semptomunun giderilmesinde etkili olduğu söylenebilir. Girişim grubundaki kadınların refleksoloji uygulaması öncesi yorgunluk düzeylerine göre, refleksoloji uygulaması bitimi (2.haftada) ve uygulamadan 2 hafta sonraki (4.hafta) yorgunluk düzeyleri anlamlı bir şekilde azalmıştır (Tablo 4.3.6). Bu bulgular doğrultusunda “10. H<sub>1</sub>: Refleksoloji uygulanan girişim grubundaki kadınların girişim öncesi semptom skalası alt boyutu toplam puan ortalamaları, girişim sonrası 2. ve 4. haftalara göre daha yüksektir” .hipotezi kabul edilmiştir. Ayrıca girişim grubunun 2. haftadaki yorgunluk düzeylerine göre 4. haftadaki yorgunluk düzeylerindeki artışın anlamlı olduğu, yani yorgunluk değişkeni üzerinde girişimin etkisinin azaldığı belirlenmiştir (Tablo 4.3.6). Alan (2015) yaptığı araştırmada, jinekolojik kanser nedeniyle kemoterapi alan kadınlara

refleksoloji ve progresif kas gevşeme egzersizleri uygulamaları yapılmıştır. Refleksoloji ve progresif kas gevşeme egzersizlerinin birlikte uygulandığı kadınlarda, yorgunluk şiddetinin tek tek progresif kas gevşeme egzersizleri ve refleksoloji uygulanan kadınlara göre daha düşük skora sahip olmasından dolayı, bu iki müdahalenin birlikte kullanılması önerilmektedir (Alan 2015). Özdelikara ve Tan' ın (2017a) meme kanserli hastalarda yaptıkları araştırmada, refleksoloji uygulanan girişim grubundaki hastalarda kontrol grubuna göre yorgunluğun anlamlı şekilde azaldığı saptanmıştır (Özdelikara ve Tan 2017a). Literatürde yorgunluk semptomu üzerinde refleksolojinin etkisine yönelik sınırlı sayıda çalışma yer almaktadır. Farklı kanser türleri ile yapılan araştırmalarda refleksolojinin yorgunluğu azaltmada etkili olduğu tespit edilmiştir (Kohara vd 2004, Yang 2005, Lee vd 2011, Kim ve Oh 2011, Özdelikara 2013, Uysal vd 2017). Bu sonuçlar bizim araştırma sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir. Bu sonuçlar ışığında refleksoloji uygulamalarının yorgunluğu azalttığı düşünülmektedir.

Literatürde kanser hastalarının yorgunluktan sonra en fazla yaşadıkları semptomun ağrı olduğu bildirilmektedir (Teunissen vd 2007, Yamagishi vd 2009). Ağrı hastalar tarafında ölümle bağdaştırılan korkutucu ve büyük oranda da yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir durum olarak algılanmaktadır (van den Beuken-van Everdingen vd 2007, Yamagishi vd 2009). Ağrı hastaların yaşadığı diğer semptomlarla iç içe geçmiş durumdadır. Ağrı ile etkili baş edilemediğinde yorgunluk, anksiyete ve depresyon sıklıkla görülmektedir (Verma ve Gallagher 2000, Yıldırım vd 2005, Tavoli vd 2008, Tütüncü ve Günay 2011). Yapılan araştırmalarda kanser hastalarının %40-80' nin ağrı yaşadığı bildirilmektedir (Pujol ve Monti 2007, Teunissen vd 2007, Haugen vd 2010, Siegel vd 2012). Kanser hastalarında TSY yöntemlerinin kullanımının ağrı semptomunda etkili olduğu ve böylelikle de hastaların yaşam kalitesinin artacağı yönündeki öneriler artmaktadır (Pujol ve Monti 2007).

Bu araştırmada refleksoloji uygulaması yapılan girişim grubundaki kadınların ağrı düzeylerinin kontrol grubundaki kadınlardan anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.6). Bu bulgu "5.H<sub>1</sub>: Refleksoloji uygulanan girişim grubundaki kadınların, kontrol grubuna göre semptom skalası alt boyutu toplam puan ortalamaları daha düşüktür" hipotezimizi desteklemektedir. Bu nedenle refleksolojinin ağrı semptomunun giderilmesinde etkili olduğu söylenebilir. Girişim grubundaki kadınların refleksoloji uygulaması öncesi ağrı düzeylerine göre, refleksoloji uygulaması bitimi (2.haftada) ve uygulamadan 2 hafta sonraki (4.hafta) ağrı düzeyleri anlamlı bir şekilde azalmıştır (Tablo 4.3.6). Bu bulgular doğrultusunda "10. H<sub>1</sub>: Refleksoloji uygulanan girişim grubundaki kadınların girişim öncesi semptom skalası alt boyutu toplam puan ortalamaları, girişim sonrası 2. ve 4. haftalara göre daha yüksektir" hipotezi kabul edilmiştir. Ayrıca girişim grubunun 2. haftadaki ağrı düzeylerine göre 4. haftadaki ağrı

düzeylerindeki artışın anlamlı olduğu, yani ağrı değişkeni üzerinde girişimin etkisinin azaldığı belirlenmiştir (Tablo 4.3.6). Alan (2015) yaptığı araştırmada, refleksoloji uygulamaları yapılan jinekolojik kanseri olan kadınlarda, 8. haftanın sonunda ağrı skorunun azaldığı belirlenmiştir. Aynı araştırmada tek başına refleksoloji ve tek başına gevşemenin uygulandığı gruplarda, girişimlerin bitmesinden bir ay sonrasında ağrı düzeylerinde az miktarda yükselmeler belirlenmiştir. Refleksoloji ve gevşeme egzersizlerinin birlikte uygulandığı hastalarda ise ağrının daha düşük düzeyde sürdüğü saptanmıştır. Sadece refleksolojinin uygulandığı gruplarda ağrının daha düşük düzeyde seyretmesi, refleksolojinin progresif kas gevşeme yöntemine göre ağrı üzerinde daha fazla etkili olduğunu göstermektedir (Alan 2015, Dikmen ve Terzioğlu 2019). Özdelikara ve Tan'ın (2017a) meme kanserli hastalarda yaptıkları araştırmada, refleksoloji uygulanan girişim grubundaki hastalarda kontrol grubuna göre ağrı düzeylerinde anlamlı şekilde azalma saptanmıştır (Özdelikara ve Tan 2017a). Literatürde refleksolojinin kanser hastalarının yaşadığı ağrı semptomunun yönetiminde kullanıldığı araştırmalar incelendiğinde, sonuçların bizim araştırmamızın bulgularını destekler nitelikte olduğu görülmüştür (Stephenson vd 2000, Tsay vd 2008, Wright vd 2002, Park vd 2006, Todd 2009, Stephenson vd 2003, Cassileth ve Vickers 2004, Stephenson vd 2007, Myers vd 2008, Kim ve Oh 2011, Wyatt vd 2012, Hodgson ve Lafferty 2012, Uysal vd 2017).

Kemoterapi alan kanser hastalarında sıklıkla görülen bulantı-kusma, farmakolojik tedaviler ile tamamen ortadan kaldırılamadığından hastalar TSY yöntemlerine başvurmaktadır (Harris vd 2012, Arslan ve Özdemir 2015). Refleksoloji yeni tanı almış kanser hastaları tarafından bulantı kusmanın azaltılması ve fonksiyonel işlevlerin artmasında en sık kullanılan yöntemler arasında yer almıştır (Wilkinson vd 2008, Ernst vd 2011).

Bu araştırmada refleksoloji uygulaması sonrasında her iki gruptaki kadınların bulantı-kusma düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.2.6). Bu bulgu doğrultusunda "5.H<sub>1</sub>: Refleksoloji uygulanan girişim grubundaki kadınların, kontrol grubuna göre semptom skalası alt boyutu toplam puan ortalamaları daha düşüktür" hipotezi reddedilmiştir. Ancak girişim grubundaki kadınların refleksoloji uygulaması öncesi bulantı-kusma düzeylerine göre, refleksoloji uygulaması bitimi (2.haftada) bulantı-kusma düzeylerinin anlamlı bir şekilde düştüğü, uygulamadan 2 hafta sonraki (4.hafta) bulantı-kusma düzeylerindeki azalmanın ise anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Bu bulgu sonucunda "10. H<sub>1</sub>: Refleksoloji uygulanan girişim grubundaki kadınların girişim öncesi semptom skalası alt boyutu toplam puan ortalamaları, girişim sonrası 2. ve 4. haftalara göre daha yüksektir" hipotezi reddedilmiştir. Bu nedenle girişim grubundaki kadınlarda refleksolojinin bulantı-kusma değişkeni üzerinde seanslar

tamamlandıktan hemen sonrasında etkili olduğu, zamanla girişimin etkisinin azaldığı söylenebilir (Tablo 4.3.6). Özdelikara ve Tan' ın (2017a) meme kanserli hastalarda yaptıkları araştırmada, refleksoloji uygulanan girişim grubundaki hastalarda kontrol grubuna göre bulantı-kusma düzeylerinde anlamlı şekilde azalma saptanmıştır (Özdelikara ve Tan 2017a). Literatürde refleksolojinin kanser hastalarının kemoterapi sürecinde hemşirelik uygulamalarına dahil edilmesinin bulantı-kusma semptomu ile baş etmede etkili olduğu gösterilmiştir (Yang 2005, Özdelikara ve Tan 2017a, Özdelikara ve Tan 2017b, Pekmezci Purut 2018). Bazı araştırmalarda refleksolojinin kemoterapi tedavisi gören kanser hastalarında anksiyete, depresyon, yorgunluk ve ağrı gibi semptomları azaltması sonucunda dolaylı olarak bulantı-kusmada etkili olduğu belirtilmiştir (Yang 2005, Sharp vd 2010, Miandoab vd 2011, Min-Young ve Pok-Ja 2011, Alan 2015, Özdelikara ve Tan 2017b, Dikmen ve Terzioğlu 2019). Refleksolojinin, ayak tabanından sindirim sistemine karşılık gelen refleks noktalarının uyarılmasıyla, sindirim kanalından yiyeceklerin itilmesini sağlayan kasılmalara yardımcı olarak, stresi azaltarak, ileri derecede relaksasyon sağlayarak ve homeostazis mekanizmasını devreye sokarak bulantı-kusmayı azalttığı düşünülmektedir (Soutar 2010, Gözüyeşil 2015, Alan 2015).

Uyku kalitesi bozulmuş bireylerde yorgunluk, fiziksel, bilişsel ve duyuşsal çökkünlük, iştahsızlık, yorgunluk, sinirlilik ve ağrıya karşı artan duyarlılık gibi durumlar görülmektedir. Kemoterapi alan hastalarda uyku kalitesi olumsuz etkilenmekte ve yaşam kaliteleri azalmaktadır. Kemoterapi semptomlarından başta ağrı olmak üzere bulantı-kusma, yorgunluk, anksiyete ve depresyon gibi durumlar uyku kalitesini etkilemektedir. (Palesh vd 2012, Algin vd 2016). Yapılan araştırmalarda kronik hastalığı olan bireylerde refleksoloji uygulamalarının uyku memnuniyetini arttırdığı ve kaliteli uykuyu teşvik ettiği, kemoterapi yan etkileri olan yorgunluk ve ağrı gibi semptomlarını hafiflettiği bildirilmektedir (Lee vd 2011, Gözüyeşil 2015, Aslan vd 2016, Pekmezci Purut 2018).

Bu araştırmada refleksoloji uygulaması yapılan girişim grubundaki kadınların uykusuzluk düzeylerinin kontrol grubundaki kadınlardan anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu bulgu "5.H<sub>1</sub>: Refleksoloji uygulanan girişim grubundaki kadınların, kontrol grubuna göre semptom skalası alt boyutu toplam puan ortalamaları daha düşüktür" hipotezimizi desteklemektedir. Refleksolojinin uykusuzluk semptomunun azaltılmasında etkili olduğu söylenebilir (Tablo 4.2.6). Girişim grubundaki kadınların refleksoloji uygulaması öncesi uykusuzluk düzeylerine göre, refleksoloji uygulaması bitimi (2.haftada) uykusuzluk düzeylerinin anlamlı bir şekilde düştüğü, uygulamadan 2 hafta sonraki (4.hafta) uykusuzluk düzeylerindeki azalmanın ise anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Bu bulgular doğrultusunda "10. H<sub>1</sub>: Refleksoloji

uygulanan girişim grubundaki kadınların girişim öncesi semptom skalası alt boyutu toplam puan ortalamaları, girişim sonrası 2. ve 4. haftalara göre daha yüksektir” hipotezi reddedilmiştir. Bu nedenle girişim grubundaki kadınlarda refleksolojinin uykusuzluk değişkeni üzerinde seanslar tamamlandıktan hemen sonrasında etkili olduğu, zamanla girişimin etkisinin azaldığı söylenebilir (Tablo 4.3.6). Literatürde refleksoloji uygulamasının jinekolojik kanser hastalarında uykusuzluk semptomuna etkisini gösteren araştırmalara rastlanamamıştır. Özdelikara ve Tan’ ın (2017a) meme kanserli hastalarda yaptıkları araştırmada, refleksoloji uygulanan girişim grubundaki hastalarda kontrol grubuna göre uykusuzluk düzeylerinde anlamlı şekilde azalma saptanmıştır (Özdelikara ve Tan 2017a). Literatürde farklı kanser türüne sahip hastalarla yapılan araştırmalarda refleksoloji uygulanan hastalarda uykusuzluk semptomunda azalmalar olduğu belirtilmektedir (Park vd 2006, Duran vd 2011, Akyuz vd 2013, Özdelikara ve Tan 2017b, Pekmezci Purut 2018). (Park vd 2006, Pekmezci Purut 2018). Bu bulgular ışığında bizim araştırmamızın sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir. Refleksolojinin derin bir relaksasyonun yanı sıra yoğun gevşeme ile birlikte stresi ve anksiyeteyi azalttığı, vücut boyunca uzanan tıkanmış enerji kanallarını açarak enerjinin tekrar dolaşmasını sağladığı ve vücuttaki toksinleri atarak yorgunluğu azalttığı ve uyku kalitesini artırdığı düşünülmektedir (Wang vd 2008, Sharp vd 2010).

Dispne hem fizyolojik hem de bilişsel ve emosyonel faktörler ile ilgili bir semptom olduğundan, dispneyi iyileştirmek amacıyla bilişsel ve emosyonel faktörleri düzenlemek gerekmektedir (Buckholz ve von Gunten 2009). Dispne nedeniyle ortaya çıkan psikolojik ve davranışsal sorunların azaltılması, bireylerin aktivite düzeyi ve yaşam kalitesini arttırmayı sağlamaktadır (Janssens vd 2000, Gosselink 2003). Bu araştırmada refleksoloji uygulaması sonrasında girişim grubundaki kadınların *dispne* alt boyutu puan ortalamalarının, kontrol grubundaki kadınların puan ortalamalarından daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Ancak, girişim öncesi girişim grubunun dispne puanlarının kontrol grubundan anlamlı şekilde düşük olmasının böyle bir sonuca neden olmuş olabileceği düşünülmektedir. Bu bulgu sonucunda “5.H<sub>1</sub>: Refleksoloji uygulanan girişim grubundaki kadınların, kontrol grubuna göre semptom skalası alt boyutu toplam puan ortalamaları daha düşüktür” hipotezi reddedilmiştir. Araştırma başında randomizasyon yapılmasına rağmen, bu sonuç kontrol edilemeyen bir durum olarak belirlenmiştir (Tablo 4.2.6). Sadece girişim grubundaki kadınların farklı izlem zamanlarında yapılan değerlendirmede ise dispne alt boyutu puan ortalamaları ile izlem zamanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.3.5). Bu bulgular doğrultusunda “10. H<sub>1</sub>: Refleksoloji uygulanan girişim grubundaki kadınların girişim öncesi semptom skalası alt boyutu toplam puan ortalamaları, girişim sonrası 2. ve 4. haftalara göre daha yüksektir” hipotezi reddedilmiştir. Refleksolojinin dispne semptomu

üzerinde etkili olmadığı belirlenmiştir. Literatürde jinekolojik kanser hastalarında dispne semptomuna yönelik refleksoloji uygulaması yapılan araştırmalara rastlanmamıştır. Bizim araştırma sonuçlarımıza benzer şekilde Özdelikara ve Tan' ın (2017a) meme kanserli hastalarda yaptıkları araştırmada, refleksoloji uygulanan girişim grubundaki hastalarda kontrol grubuna göre dispne düzeylerinde anlamlı bir fark saptanmamıştır (Özdelikara ve Tan 2017a). Ancak refleksolojinin etki mekanizması incelendiğinde bu semptomun azaltılmasında etkili olabileceği görülmüştür. Solar pleksus noktasına uygulanan bası rahatlatma ve gevşemenin yanı sıra alerji ve astım gibi sorunların giderilmesine de yardımcı olmaktadır. Gevşemenin dispneyi azaltma açısından yararlı olabileceği düşünülmektedir (Polat 2013).

Literatürde jinekolojik kanser hastalarında iştahsızlık, diyare ve konstipasyon semptomlarına yönelik refleksoloji uygulaması yapılan araştırmalara rastlanmamıştır. Hodson (2000) yaptığı araştırmada refleksoloji uygulamasının kanser hastalarında iştahsızlık, diyare ve konstipasyon semptomlarında etkili olmadığını bildirmiştir. Ancak Özdelikara ve Tan' ın (2017a) meme kanserli hastalarda yaptıkları araştırmada, refleksoloji uygulanan girişim grubundaki hastalarda kontrol grubuna göre iştahsızlık, diyare ve konstipasyon semptomlarında anlamlı şekilde azalmalar saptanmıştır (Özdelikara ve Tan 2017a).

Bu araştırmada ise refleksoloji uygulaması yapılan girişim grubundaki kadınların iştahsızlık düzeylerinin kontrol grubundaki kadınlardan anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.6). Refleksolojinin iştahsızlık semptomunun azaltılmasında etkili olduğu söylenebilir. Bu bulgu sonucunda "5.H<sub>1</sub>: Refleksoloji uygulanan girişim grubundaki kadınların, kontrol grubuna göre semptom skalası alt boyutu toplam puan ortalamaları daha düşüktür" hipotezimizi desteklemektedir. Girişim grubundaki kadınların refleksoloji uygulaması öncesi iştahsızlık düzeylerine göre, refleksoloji uygulaması bitimi (2.haftada) iştahsızlık düzeylerinin anlamlı bir şekilde düştüğü, uygulamadan 2 hafta sonraki (4.hafta) uykusuzluk düzeylerindeki azalmanın ise anlamlı olmadığı belirlenmiştir. (Tablo 4.3.6). Bu bulgular doğrultusunda "10. H<sub>1</sub>: Refleksoloji uygulanan girişim grubundaki kadınların girişim öncesi semptom skalası alt boyutu toplam puan ortalamaları, girişim sonrası 2. ve 4. haftalara göre daha yüksektir" hipotezi reddedilmiştir. Bu nedenle girişim grubundaki kadınlarda refleksolojinin iştahsızlık değişkeni üzerinde seanslar tamamlandıktan hemen sonrasında etkili olduğu, zamanla girişimin etkisinin azaldığı söylenebilir.

Bu araştırmada refleksoloji uygulaması sonrası girişim grubundaki kadınların diyare düzeylerinin kontrol grubundaki kadınlardan anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.6). Bu bulgu sonucunda "5.H<sub>1</sub>: Refleksoloji uygulanan girişim grubundaki kadınların, kontrol grubuna göre semptom skalası alt boyutu toplam

puan ortalamaları daha düşüktür” hipotezi reddedilmiştir. Girişim öncesinde girişim grubunun diyare puanlarının, kontrol grubundan anlamlı şekilde yüksek olması böyle bir sonuca neden olmuş olabileceği düşünülmektedir. Ancak girişim grubundaki kadınların refleksoloji uygulaması öncesi diyare düzeylerine göre, refleksoloji uygulaması bitimi (2.haftada) diyare düzeylerinin anlamlı bir şekilde düştüğü, uygulamadan 2 hafta sonraki (4.hafta) diyare düzeylerindeki azalmanın ise anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.3.6). Bu bulgular doğrultusunda “10. H<sub>1</sub>: Refleksoloji uygulanan girişim grubundaki kadınların girişim öncesi semptom skalası alt boyutu toplam puan ortalamaları, girişim sonrası 2. ve 4. haftalara göre daha yüksektir” hipotezi reddedilmiştir. Bu nedenle girişim grubundaki kadınlarda refleksolojinin diyare değişkeni üzerinde seanslar tamamlandıktan hemen sonrasında etkili olduğu, zamanla girişimin etkisinin azaldığı söylenebilir (Tablo 4.3.6).

Bu araştırmada refleksoloji uygulaması yapılan girişim grubundaki kadınların konstipasyon düzeyleri ile kontrol grubundaki kadınların konstipasyon düzeyleri arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.2.6). Bu bulgu sonucunda “5.H<sub>1</sub>: Refleksoloji uygulanan girişim grubundaki kadınların, kontrol grubuna göre semptom skalası alt boyutu toplam puan ortalamaları daha düşüktür” hipotezi reddedilmiştir. Bu nedenle refleksolojinin konstipasyon semptomunun giderilmesinde etkili olduğu söylenemez. Ancak girişim grubundaki kadınların refleksoloji uygulaması öncesi konstipasyon düzeylerine göre, refleksoloji uygulaması bitimi (2.haftada) konstipasyon düzeylerinin anlamlı bir şekilde düştüğü, uygulamadan 2 hafta sonraki (4.hafta) konstipasyon düzeylerindeki azalmanın ise anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.3.6). Bu bulgular doğrultusunda “10. H<sub>1</sub>: Refleksoloji uygulanan girişim grubundaki kadınların girişim öncesi semptom skalası alt boyutu toplam puan ortalamaları, girişim sonrası 2. ve 4. haftalara göre daha yüksektir” hipotezi reddedilmiştir. Bu nedenle girişim grubundaki kadınlarda refleksolojinin konstipasyon değişkeni üzerinde seanslar tamamlandıktan hemen sonrasında etkili olduğu, zamanla girişimin etkisinin azaldığı söylenebilir.

Bu araştırmada hem girişim ve kontrol grubu arasında, hem de farklı izlem zamanlarına göre sadece girişim grubunda maddi zorluk alt boyutu puan ortalamalarında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.2.6 ve Tablo 4.3.5). Bu bulgular doğrultusunda “5.H<sub>1</sub>: Refleksoloji uygulanan girişim grubundaki kadınların, kontrol grubuna göre semptom skalası alt boyutu toplam puan ortalamaları daha düşüktür” hipotezi ve “10. H<sub>1</sub>: Refleksoloji uygulanan girişim grubundaki kadınların girişim öncesi semptom skalası alt boyutu toplam puan ortalamaları, girişim sonrası 2. ve 4. haftalara göre daha yüksektir” hipotezi reddedilmiştir. Girişim ve kontrol grubundaki kadınların maddi zorluk alt boyutu her iki grubun kontrolü dışında ve



değiştiremeyecekleri bir değişkendir. Bu nedenle her iki grupta da anlamlı bir fark çıkmamasının olağan olduğu düşünülmektedir.

Literatürde, kemoterapi tedavisi sürecinde hemşireler tarafından kullanılan etkili ve ekonomik bir TSY yöntemi olan refleksolojinin; semptom yönetiminde, yaşam kalitesini arttırmada, anksiyete ve depresyonu azaltmada etkili olduğu belirtilmektedir (Kim 2011, Min-Young ve Pok-Ja 2011, Lee vd 2011, Özdelikara ve Tan 2017a, Özdelikara ve Tan 2017b, Kurt 2018, Dikmen ve Terzioğlu 2019). Bu araştırma da, Watson İnsan Bakım Modeli'nin iyileştirme süreçlerinden 6. iyileştirme süreci (Yaratıcı, bilimsel problem çözme yöntemlerinin kullanması) temel alınarak, kişilerarası bakım-iyileştirme yöntemlerinden "dokunma yöntemlerinin bilinçli kullanımı" alanında bulunan refleksolojinin jinekolojik kanser hastalarında kullanılmasının; anksiyete ve depresyon düzeyini azaltılabileceği, yaşam kalitelerini de artırılabilceği belirlenmiştir. Bununla birlikte, refleksolojinin kadınlar üzerindeki etkisinin uygulama süresince ve devamında daha yüksek, uygulama bitiminden itibaren ise etkisinin sürmesine rağmen bir miktar düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada girişim grubuna iki hafta boyunca 6 seans refleksoloji uygulaması yapılmıştır. Seans sayısını belirlemek çok kolay olmamakla birlikte, literatürde 4-8 seansta hastada blokajların çözülmeye başladığı ve hastanın kendini iyi hissetmeye başladıktan sonra 1-2 seans daha uygulamanın devam etmesi önerilmektedir (Yang 2005, Gözüyeşil 2015, Alan 2015, Gozuyesi ve Baser 2016, Dikmen ve Terzioğlu 2019). Bu nedenle, kemoterapi tedavisi tamamlana kadar refleksoloji uygulamasının belirli periyotlarla tekrar edilmesi sayesinde uygulamanın etki süresinin artacağı düşünülmektedir.

## 6. SONUÇLAR

Watson İnsan Bakım Modeline temellendirilmiş refleksoloji uygulamasının jinekolojik kanser hastalarında anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesine etkisinin incelendiği randomize kontrollü bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Girişim grubundaki kadınların anksiyete düzeylerinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğu, bu durumda refleksolojinin anksiyeteyi azaltmada etkili olduğu belirlenmiştir. “1. H<sub>1</sub>: Refleksoloji uygulanan girişim grubundaki kadınların, kontrol grubuna göre depresyon puan ortalamaları daha düşüktür” hipotezi kabul edilmiştir.
- Girişim grubundaki kadınların depresyon düzeylerinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğu, bu durumda refleksolojinin depresyonu azaltmada etkili olduğu saptanmıştır “2. H<sub>1</sub>: Refleksoloji uygulanan girişim grubundaki kadınların, kontrol grubuna göre depresyon puan ortalamaları daha düşüktür” hipotezi kabul edilmiştir.
- Girişim grubundaki kadınların genel yaşam kalitesi düzeylerinin kontrol grubundaki kadınlardan yüksek olduğu, bu durumda refleksolojinin genel yaşam kalitesini arttırmada etkili olduğu tespit edilmiştir. “3. H<sub>1</sub>: Refleksoloji uygulanan girişim grubundaki kadınların, kontrol grubuna göre genel yaşam kalitesi alt boyutu toplam puan ortalamaları daha yüksektir” hipotezi kabul edilmiştir.
- Girişim grubundaki kadınların fonksiyonel işlevler alt boyutu toplam puan ortalamaları kontrol grubundaki kadınlardan yüksek olduğu, bu durumda refleksolojinin fonksiyonel işlevleri arttırmada etkili olduğu tespit edilmiştir. “4. H<sub>1</sub>: Refleksoloji uygulanan girişim grubundaki kadınların, kontrol grubuna göre fonksiyonel işlevler alt boyutu toplam puan ortalamaları daha yüksektir” hipotezi kabul edilmiştir.
- Girişim grubundaki kadınların semptom skalası alt boyutu toplam puan ortalamaları kontrol grubundaki kadınlardan düşük olduğu, bu durumda semptomları azaltmada etkili olduğu saptanmıştır. “5. H<sub>1</sub>: Refleksoloji uygulanan girişim grubundaki kadınların, kontrol grubuna göre semptom skalası alt boyutu toplam puan ortalamaları daha düşüktür ” hipotezi kabul edilmiştir.

- Girişim grubundaki kadınların refleksoloji uygulaması öncesi anksiyete düzeylerine göre, refleksoloji uygulaması bitimi (2.hafta) ve uygulamadan 2 hafta sonraki (4.hafta) anksiyete düzeyleri anlamlı bir şekilde azalmıştır. Bu sonuçlar, “6. H<sub>1</sub>: Refleksoloji uygulanan girişim grubundaki kadınların girişim öncesi anksiyete puan ortalamaları, girişim sonrası 2. ve 4. haftalara göre daha yüksektir” hipotezi kabul edilmiştir.
- Girişim grubundaki kadınların refleksoloji uygulaması öncesi depresyon düzeylerine göre, refleksoloji uygulaması bitimi (2.hafta) ve uygulamadan 2 hafta sonraki (4.hafta) depresyon düzeyleri anlamlı bir şekilde azalmıştır. Bu bulgular doğrultusunda “7. H<sub>1</sub>: Refleksoloji uygulanan girişim grubundaki kadınların girişim öncesi depresyon puan ortalamaları, girişim sonrası 2. ve 4. haftalara göre daha yüksektir” hipotezi kabul edilmiştir.
- Girişim grubundaki kadınların refleksoloji uygulaması öncesi genel yaşam kalitesi düzeylerine göre, refleksoloji uygulaması bitimi (2.hafta) ve uygulamadan 2 hafta sonraki (4.hafta) genel yaşam kalitesi düzeyleri anlamlı bir şekilde yükselmiştir. Bu bulgular doğrultusunda “8. H<sub>1</sub>: Refleksoloji uygulanan girişim grubundaki kadınların girişim öncesi genel yaşam kalitesi alt boyutu toplam puan ortalamaları, girişim sonrası 2. ve 4. haftalara göre daha düşüktür” hipotezi kabul edilmiştir.
- Girişim grubundaki kadınların refleksoloji uygulaması öncesi fonksiyonel işlevler alt boyutu toplam puan ortalamalarına göre, refleksoloji uygulaması bitimi (2.hafta) ve uygulamadan 2 hafta sonraki (4.hafta) fonksiyonel işlevler alt boyutu toplam puan ortalamaları anlamlı bir şekilde yükselmiştir. Bu bulgular doğrultusunda “9. H<sub>1</sub>: Refleksoloji uygulanan girişim grubundaki kadınların girişim öncesi fonksiyonel işlevler alt boyutu toplam puan ortalamaları, girişim sonrası 2. ve 4. haftalara göre daha düşüktür” hipotezi kabul edilmiştir.
- Girişim grubundaki kadınların refleksoloji uygulaması öncesi semptom skalası alt boyutu toplam puan ortalamalarına göre, refleksoloji uygulaması bitimi (2.hafta) ve uygulamadan 2 hafta sonraki (4.hafta) semptom skalası alt boyutu toplam puan ortalamaları anlamlı bir şekilde düşmüştür. Bu bulgular doğrultusunda “10. H<sub>1</sub>: Refleksoloji uygulanan girişim grubundaki kadınların girişim öncesi semptom skalası alt boyutu toplam puan ortalamaları, girişim sonrası 2. ve 4. haftalara göre daha yüksektir” hipotezi kabul edilmiştir.

Bu araştırmada özet olarak, Watson İnsan Bakım Modeline temellendirilmiş refleksoloji uygulamasının kemoterapi sürecinde jinekolojik kanser hastalarında anksiyete ve depresyonu azalttığı, hastaların genel yaşam kalitesini, fiziksel, sosyal, bilişsel, duygusal ve rol fonksiyonlarını arttırdığı saptanmıştır. Girişim grubundaki

kadınlarda refleksolojinin uygulama bitiminden hemen sonra bulantı-kusma, diyare ve konstipasyon semptomlarının azalmasında etkisinin bulunmasına rağmen, iki hafta sonra yapılan ölçümlerde semptomlarda artışlar olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca refleksolojinin, kemoterapi nedeniyle oluşan yorgunluk, ağrı, iştahsızlık ve uykusuzluk semptomlarının azaltılmasında etkili olduğu belirlenmiştir.



## 7. ÖNERİLER

Bu araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda aşağıda yer alan öneriler verilmiştir.

- Jinekolojik kanser hastalarının kemoterapi tedavi sürecinde yaşadıkları semptomların giderilmesi için hemşirelerin refleksoloji uygulamalarını bakımlarına dahil etmesi ve kemoterapi tedavisi sırasında refleksoloji uygulamasının belirli periyotlarla tekrar edilmesi,
- Refleksoloji uygulamaları konusunda hemşirelerin eğitilmesi ve uygulayıcı sertifikalarının alınmasının sağlanması,
- Watson İnsan Bakım Modeline dayalı bir hemşirelik bakımının, hemşirelerin bağımsız rollerini desteklemesi nedeniyle hemşirelerin bu modeli bakım süreçlerinde kullanması,
- Jinekolojik kanser hastalarının kemoterapi tedavi sürecindeki yaşadıkları semptomlar üzerinde refleksolojinin etkilerini göstermeye yönelik daha fazla randomize kontrollü araştırmaların planlanması,
- Refleksoloji uygulaması ile ilgili yapılacak araştırmalarda, özgün etkiyi tespit edebilmek için örneklem grubunun tek bir jinekolojik kanser türünden seçilmesi,
- Refleksolojinin bireyler üzerindeki olası yan etkilerinin dikkate alınarak yeni araştırmaların yapılması önerilmektedir.

## 8. KAYNAKLAR

Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, Filiberti A, Flechtner H, Fleishman SB, de Haes JC, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer EORTC C30: a quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst* 1993; 85 (5): 365-376.

Akın B, Koçoğlu D. Randomized Controlled Trials. *Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing* 2017; 4 (1): 73-92.

Akkuzu G, Ayhan A. Sexual functions of Turkish women with gynecologic cancer during the chemotherapy process. *Asian Pacific J Cancer Prev* 2013; 14 (6): 3561-3564.

Akyuz RG, Ugur O, Elcigil A. Sleep quality in lung cancer patients. *Asian Pacific J Cancer Prev* 2013; 14 (5): 2909-2913.

Alan H. Jinekolojik kanser hastalarında kemoterapi tedavisi sürecinde uygulanan progresif kas gevşeme egzersizleri ve refleksolojinin ağrı, yorgunluk, anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi üzerine etkisi; randomize kontrol çalışması. Doktora Tezi, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Ankara, 2015.

Algın Dİ, Akdağ G, Erdinç OO. Kaliteli uyku ve uyku bozuklukları. *Osmangazi Tıp Dergisi* 2016; 38 (Özel Sayı 1): 29-34.

American Cancer Society (ACS). <https://www.cancer.org/cancer/vaginal-cancer/detection-diagnosis-staging/signs-symptoms.html>, (son güncelleme tarihi: 27.03.2019, alındığı tarih: 27.03.2019).

American Sexual Health Association (ASHA). <http://www.nccc-online.org/hpvcervical-cancer/gynecological-cancers/>, (son güncelleme tarihi: 04.02.2019, alındığı tarih: 04.02.2019).

Arriba LN, Fader AN, Frasure HE, von Gruenigen VE. A review of issues surrounding quality of life among women with ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 2010; 119 (2): 390-396. doi: 10.1016/j.ygyno.2010.05.014.

Arslan M, Özdemir L. Kemoterapiye bağlı gelişen bulantı-kusmanın yönetiminde kullanılan tamamlayıcı tedavi yöntemleri. *Türk Onkoloji Dergisi* 2015; 30 (2):82-89.

Arslan-Özkan İ. Watson'ın insan bakım kuramına temellendirilmiş hemşirelik girişimlerinin infertile kadınların, infertileden etkilenme durumlarına, öz-yeterlilik ve uyum düzeylerine etkisinin incelenmesi. Doktora Tezi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İzmir, 2012.

Baldwin LA, Huang B, Miller RW. Ten year relative survival for epithelial ovarian cancer. **Obstet Gynecol** 2012; 120, 612-618.

Başgöl Ş, Aslan E. Jinekolojik kanserlerin tedavisinde tamamlayıcı ve alternatif tedavi: kanıta dayalı yaklaşım. **Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi** 2014; 2(3): 51-62.

Beavis AL, Smith AJ, Fader AN. Lifestyle changes and the risk of developing endometrial and ovarian cancers: opportunities for prevention and management. **Int J Womens Health** 2016; 8: 151-67.

Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. **J Consult Clin Psychol** 1988;56:893-897.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. **Arch Gen Psychiatry** 1961; 4: 561-571.

Beesley V, Eakin E, Steginga S, Aitken J, Dunn J, Battistutta D. Unmet needs of gynaecological cancer survivors: implications for developing community support services. **Psychooncology** 2008; 17: 392-400.

Bektaş HA, Akdemir N. The importance of functional status in individuals with cancer. **Anatol J Nurs Health Sci** 2009; 12 (3): 54e60.

Bishop E, McKinnon E, Weir E, Brown DW. Reflexology in the management of encopresis and chronic constipation. **Paediatr Nurs** 2003; 15: 20-21.

Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **Ca Cancer J Clin** 2018; 68: 394-424.

Brewer JR, Morrison G, Dolan ME, Fleming GF. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy: current status and progress. **Gynecol Oncol** 2016; 140 (1): 176-183.

Brown LF, Kroenke K. Cancerrelated fatigue and its associations with depression and anxiety: a systematic review. **Psychosomatics** 2009; 50: 440-447.

Buckholz GT, von Gunten CF. Nonpharmacological management of dyspnea. **Curr Opin in Support Palliat Care** 2009; 3: 98-102.

Cade, M. Reflexology. **The Kansas Nurse** 2002; 77 (5): 5-6.

Can G. Antineoplastik ilaçların yan etkileri ve hemşirelik yaklaşımları. **HEAD** 2005; 2 (2): 8-15.

Cankurtaran ES, Özalp E, Özer S, Akbıyık DI, Bottomley A. Understanding the reliability and validity of the EORTC QLQ-C30 in Turkish cancer patients. **Eur J Cancer Care** 2007; 17 (1): 98-104.

Cara C. A pragmatic view of Jean Watson's Caring Theory. **IAHC** 2003; 7 (3): 51-61.

Carson EM. Do performance appraisals of registered nurses reflect a relationship between hospital size and caring? **Nurs Forum** 2004; 39 (1): 5-13.

Cassileth BR, Vickers AJ. Massage therapy for symptom control: outcome study at a major cancer center. *J Pain Symptom Manage* 2004; 28 (3): 244-249.

Chander NG. Sample size estimation. *J Indian Prosthodont Soc* 2017; 17 (3): 217-218.

Chene G, Penault-Llorca F, Robin N, Cayre A, Provencher DM, Dauplat J. Early detection of ovarian cancer: tomorrow? A review. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2013; 42: 5-11.

Childs A. The complex gastrointestinal patient and Jean Watson's Theory of Caring in nutrition support. *Gastroenterol Nurs* 2006; 29 (4): 283-288.

Cigna JA. Home care physical therapy for the cancer patient. *Home Healthc Nurse* 2007; 25 (3): 158-161.

Clark CS. The transpersonal caring moment: Evolution of high ordered beings. *IJHC* 2003; 7 (3): 30-39.

Crothers PK, Tomter HD, Garske JP. The relationships between satisfaction with social support, affect balance, and hope in cancer patients. *J Psychosoc Oncol* 2005; 23: 103-118.

Çevik K, Bolsoy N, Beler M. Hemşirelerin tamamlayıcı ve alternatif tedaviye ilişkin bilgi ve görüşleri. *UHD* 2016; 6: 1-15.

Delgado-Guay M, Parsons HA, Li Z, Palmer JL, Bruera E. Symptom distress in advanced cancer patients with anxiety and depression in the palliative care setting. *Support Care Cancer* 2009; 17: 573-579.

DiMatteo RM, Lepper HS, Crogham TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med* 2000; 160 (14): 2101-2107.

Dikmen HA, Terzioglu F. Effects of reflexology and progressive muscle relaxation on pain, fatigue, and quality of life during chemotherapy in gynecologic cancer patients. *Pain Manag Nurs* 2019; 20 (1): 47-53.

Dolation M, Hasanpour A, Montazeri S, Heshmat R, Alavimajd H. The effect of reflexology on pain intensity and duration of labor on primiparas. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2011; 13 (7): 475-479.

Domenici L, Palaia I, Giorgini M, Piscitelli VP, Tomao F, Marchetti C, Di Donato V, Perniola G, Musella A, Monti M, Muzii L, Benedetti Panici P. Sexual health and quality of life assessment among ovarian cancer patients during chemotherapy. *Oncology* 2016; 91: 205-210.

Dong ST, Butow PN, Costa DS, Lovell MR, Agar M. Symptom clusters in patients with advanced cancer: A systematic review of observational studies. *J Pain Symptom Manage* 2014; 48 (3): 411-450.

Drenkard KN. Integrating human caring science into a professional nursing practice model. *Crit Care Nurs Clin N Am* 2008; 20: 403-414.



Duran ET. Kanser tedavisinin yan etkilerine yönelik alternatif uygulamalar. **Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi** 2011; 18 (2): 72-77.

Durgun-Ozan. Watson'ın insan bakım kuramına temellendirilmiş hemşirelik bakımının infertilite tedavisi gören kadınların, anksiyete, baş etme ve infertilite etkilenme durumlarına etkisi. Doktora Tezi, **Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İzmir, 2013.

Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu (WHO), Dünya Kanser Raporu 2018, <http://www.who.int/cancer/en>, (son güncelleme tarihi: 25.12.2018, alındığı tarih: 27.01.2019).

Ebrahimi B, Tucker SL, Li D, Abbruzzese JL, Kurzrock R. Cytokines in pancreatic carcinoma. **Cancer** 2004; 101 (12): 2727-2736.

Ell K, Sanchez K, Vourlekis B, Lee PJ, Johnson MD, Lagomasino I, Muderspach L, Russell C. Depression, correlates of depression, and receipt of depression care among low-income women with breast or gynecologic cancer. **J Clin Oncol** 2005; 23 (13): 3052-3059.

Elshamy K, Eman Elsafety M. Effect of nursing interventions using foot reflexology on blood pressure and quality of life of hypertensive patients at Mansoura University Hospitals: preliminary results. **Med J Cairo Univ** 2011;79 (2): 193-202.

Engquist BK, Bevers DB, Fitzgerald MA, Webster K, Cella D, Hu S, Gershenson DM. Reliability and validity of the functional assessment of cancer therapy-ovarian. **J Clin Oncol** 2001; 19 (6): 1809-1817.

Erci B, Sayan A, Tortumluoğlu G, Kiliç D, Sahin O, Güngörmüş Z. The effectiveness of Watson's Caring Model on the quality of life and blood pressure of patients with hypertension. **J Adv Nurs** 2003; 41 (2): 130-139.

Ernst E, Posadzki P, Lee MS. Reflexology: An update of systematic review of randomised clinical trials. **Maturitas** 2011; 68 (2): 116-120.

Eschiti VS. A model of CAM use by women with female-specific cancers. **J Psychosoc Nurs Ment Health Serv** 2008; 46 (12): 50-57.

Esmel-Esmel N, Tomas-Esmel E, Rollan YA, Caceres IP, Montes-Munoz MJ, Jimenez-Herrera M. Exploring the body through reflexology: Physical behaviors observed during application. **Complement Ther Clin Pract** 2016; 25: 52-58.

Fawcett J. "Watson's Theory of Human Care", Contemporary Nursing Knowledge and Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories, Eds. Fawcett J, **Davis Company**, Philadelphia, 2005, s.51-59, s.553-599.

Ferrell B, Smith S, Cullinane C, Melancon C. Symptom concerns of women with ovarian cancer. **J Pain Symptom Manage** 2003; 25: 528-538.

Fremd C, Hack CC, Schneeweiss A, Rauch G, Wallwiener D, Brucker SY, Taran FA, Hartkopf A, Overkamp F, Tesch H, Fehm T, Hadji P, Janni W, Lüftner D, Lux MP, Müller V, Ettl J, Belleville E, Sohn C, Schuetz F, Beckmann MM, Fasching PA, Wallwiener M. Use of complementary and integrative medicine among german breast cancer patients: predictors and implications for patient care within the PRAEGNANT study network. **Arch Gynecol Obstet** 2017; 295 (5): 1239-1245.

Friedman LC, Barber CR, Chang J, Tham YL, Kalidas M, Rimawi, MF, Dulay MF, Elledge R. Self-blame, self-forgiveness and spirituality in breast cancer survivors in a public sector setting. **J Cancer Educ** 2010; 25 (3): 343-348

Fu Y, Wang Z. A retrospective pilot study of high-quality nursing care for cervical cancer. **Medicine** 2018; 97: 43(e12992).

Gholamzadeh H, Ilkhani M, Ameri A, Shakeri N. Effect of reflexology on the side effects of chemotherapy in cancer patients: An integrative review. **Evidence Based Care Journal** 2019; 8 (4): 7-13.

Gosselink R. Controlled breathing and dyspnea in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). **JRRD** 2003; 40: 25-34.

Gozuyesil E, Baser M. The effect of foot reflexology applied to women aged between 40 and 60 on vasomotor complaints and quality of life. **Complement Ther Clin Pract** 2016; 24: 78-85.

Gözüyeşil E. "Refleksoloji", Kanıta Dayalı Rehberleriyle Tamamlayıcı ve Destekleyici Uygulamalar, Eds. Başer M, Taşcı S, **Akademisyen Tıp Kitabevi**, Ankara, 2015, ss.101-110.

Grealish L, Lomasney A, Whiteman B. Foot Massage: A nursing intervention to modify the distressing symptoms of pain and nausea in patients hospitalized with cancer. **Cancer Nurs** 2000; 23 (3): 237-243.

Gupta S, Maheshwari A, Parab P, Mahantshetty U, Hawaldar R, Sastri Chopra S, Kerkar R, Engineer R, Tongaonkar H, Ghosh J, Gulia S, Kumar N, Shylasree TS, Gawade R, Kembhavi Y, Gaikar M, Menon S, Thakur M, Shrivastava S, Badwe R. Neoadjuvant chemotherapy followed by radical surgery versus concomitant chemotherapy and radiotherapy in patients with stage IB2, IIA, or IIB squamous cervical cancer: a randomized controlled trial. **J Clin Oncol** 2018; 36: 1548-1555.

Hall HG, Mckenna LG, Griffiths DL. Midwives' support for complementary and alternative medicine: a literature review. **Women Birth** 2012; 25 (1): 4-12.

Harma Mİ, Zengin T. "Jinekolojik Kanserlerde Kemoterapi", Jinekolojik Kanserlerde Evrelere Göre Tedavi: Cerrahi, Kemoterapi, Radyoterapi ve diğer Güncel Yöntemler 1. Baskı, Eds. Harma M, **Türkiye Klinikleri**, Ankara, 2019, p.121-128.

Harris PE, Cooper KL, Relton C, Thomas KJ. Prevalence of complementary and alternative medicine (CAM) use by the general population: a systematic review and update. **Int J Clin Pract** 2012; 66 (10): 924-39.

Haugen DF, Hjerstad MJ, Hagen N, Caraceni A, Kaasa S, European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC). Assessment and classification of cancer breakthrough pain: A systematic literature review. **Pain** 2010; 149 (3): 476-482.

Heo J, Chun M, Oh YT, Noh OK, Kim L. Psychiatric comorbidities among ovarian cancer survivors in South Korea: a nationwide population-based, longitudinal study. **Psychooncology** 2018; 27: 1021-1026.

Heo J, Chun M, Oh YT, Noh OK. Psychiatric comorbidities among endometrial cancer survivors in South Korea: a nationwide population-based, longitudinal study. **J Gynecol Oncol** 2019; 30 (2): e15. doi: 10.3802/jgo.2019.30.e15.

Hernandez G. The Heart of self-Caring: A journey to becoming an optimal healing presence to ourselves and our patients. **Creat Nurs** 2009; 15 (3): 129-133.

Hisli N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. **Türk Psikoloji Dergisi** 1989; 7: 13.

Hodgson H. Does reflexology impact on cancer patients' quality of life? **Nurs Stand** 2000; 14 (31): 33-38.

Hodgson NA, Lafferty D. Reflexology versus Swedish massage to reduce physiologic stress and pain and improve mood in nursing home residents with cancer: a pilot trial. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine** 2012; 2012: 1-5.

Holzner B, Kemmler G, Meraner V, Maislinger A, Kopp M, Bodner T, Nguyen-Van-Tam D, Zeimet AG, Fleischhacker WW, Sperner-Unterweger B. Fatigue in ovarian carcinoma patients. **Cancer** 2003; 97: 1564-1572.

Huffman LB, Hartenbach EM, Carter J, Rash JK, Kushner DM. Maintaining sexual health throughout gynecologic cancer survivorship: a comprehensive review and clinical guide. **Gynecol Oncol** 2016; 140: 359-68.

Hughes CM, McCullough CA, Bradbury I, Boyde C, Hume D, Yuan J, Quinn F, McDonough SM. Acupuncture and reflexology for insomnia: a feasibility study. **Acupunct Med** 2009; 27: 163-168.

Ilgaz A, Gözüm S. Tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının güvenilir kullanımı için sağlık okuryazarlığının önemi. **DEÜ Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi** 2016; 9 (2): 67-77.

International Institute of Reflexology. <http://www.reflexologyusa.net/facts.htm>, (alındığı tarih: 30.12.2016)

Izycki D, Wozniak K, Izycka N. Consequences of gynecological cancer in patients and their partners from the sexual and psychological perspective. **Prz Menopauzalny** 2016; 15: 112-116.

Janssens JP, de Muralt B, Titelion V. Management of dyspnea in severe chronic obstructive pulmonary disease. **J Pain Symptom Manage** 2000; 19: 378-392.

Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. **CA Cancer J Clin** 2011; 61: 69-90.

Jiamset I, Hanprasertpong J. Risk factors for parametrial involvement in early-stage cervical cancer and identification of patients suitable for less radical surgery. **Oncol Res Treat** 2016; 39: 432-8.

Kabat GC, Jones JG, Olson N, Negassa A, Duggan C, Ginsberg M, Kandel RA, Glass AG, Rohan TE. Risk factors for breast cancer in women biopsied for benign breast disease: A nested case-control study. **Cancer Epidemiol** 2010; 34 (1): 34-39.

Kahangi L, Moeini M, Babashahi M. The effects of reflexology on anxiety levels before coronary artery bypass graft surgery. *J Res Behav Sci* 2012; 9: 163-169.

Kang YJ, O'Connell DL, Lotocki R, Kliewer EV, Goldsbury DE, Demers AA, Canfell K. Effect of changes in treatment practice on survival for cervical cancer: results from a population-based study in Manitoba. *BMC Cancer* 2015; 15: 642.

Kim M, Kwon BS, Chang HK, Lee S, Chang SJ, Choi JY, Park SY, Lee M, Ryu HS, Kim YB. Survival outcomes of adjuvant radiotherapy and chemotherapy in women with stage I serous papillary and clear cell carcinoma of the endometrium: a Korean multicenter study. *J Gynecol Oncol* 2019; 30 (3): e44.

Kim MY, Oh PJ. Meta-analysis of the effectiveness on foot reflexo-massage for cancer patients. *J Korean Oncol Nurs* 2011; 11 (2): 127-135.

Kocaman N, Kutlu Y, Özkan, M, Özkan S. Predictors of psychosocial adjustment people with physical disease. *J Clin Nurs* 2007; 16 (3A): 6-16.

Kohara H, Miyauchi T, Suehiro Y, Ueoka H, Takeyama H, Morita T. Combined modality treatment of aromatherapy, footsoak, and reflexology relieves fatigue in patients with cancer. *J Palliat Med* 2004; 7 (6): 791-796.

Korkan EA, Uyar M. Ağrı kontrolünde kanıt temelli yaklaşım: Refleksoloji. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014; 5(1): 9-14.

Kornblith AB, Thaler HT, Wong G, Vlamis V, Lepore JM, Loseth DB, Hakes T, Hoskins WJ, Portenoy RK. Quality of Life of women with ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 1995; 59: 231-242.

Kurt S, Can G. Reflexology in the management of chemotherapy induced peripheral neuropathy: A pilot randomized controlled trial. *Eur J Oncol Nurs* 2018; 32: 12-19.

Kurt S, Unsar S. Assessment of symptom control patients with cancer in northwestern Turkey. *Eur J Oncol Nurs* 2011; 15: 137-144.

Kurt S. The use of reflexology in symptom management of oncology patients. *SAUHSD* 2018; 1 (1): 28-38.

Kurt S, Can G. Refleksoloji ve kullanım alanları. *Sağlıkla Hemşirelik Dergisi* 2013; 3: 54-55.

Küçüköztaş N, Altundağ Ö. "Kemoterapi Uygulamalarının Temel Prensipleri", Jinekolojik Onkoloji, Eds. Ayhan A, *Güneş Tıp Kitabevi*, Ankara, 2013, s.135-138.

Kvale K, Bondevik M. What is important for patient centred care? A qualitative study about the perceptions of patients with cancer. *Scand J Caring Sci* 2008; 22 (4): 582-589.

Lacey MD. The effects of foot massage and reflexology on decreasing anxiety, pain, and nausea in patients with cancer. *CJON* 2002; 6 (3): 183-184.

Lakasing E, Lawrence D. When to use reflexology primary. *Health Care* 2010; 20 (1): 16-19.

Le Borgne G, Mercier M, Woronoff AS, Guizard AV, Abeilard E, Caravati-Jouvencaux A, Klein D, Velten M, Joly F. Quality of life in longterm cervical cancer survivors: a population-based study. **Gynecol Oncol** 2013; 129: 222-228.

Lee J, Dibble SL, Pickett M, Luce J. Chemotherapy induced nausea/vomiting and functional status in women treated for breast cancer. **Cancer Nurs** 2005; 1 (28): 249-255.

Lee J, Han M, Chung Y, Kim J, Choi J. Effects of foot reflexology on fatigue, sleep and pain: a systematic review and meta-analysis. **J Korean Acad Nurs** 2011; 41 (6): 821-833.

Lettner S, Kessel KA, Combs SE. Complementary and alternative medicine in radiation oncology: survey of patients' attitudes. **Strahlenther Onkol** 2017; 193 (5): 419-425.

Liavaag A, Dørum A, Fossa S, Trope C, Dahl A. Morbidity associated with "self-rated health" in epithelial ovarian cancer survivors. **BMC Cancer** 2009; 9: 1-11.

Liu CL, Liu L, Zhang Y, Dai XZ, Wu H. Prevalence and its associated psychological variables of symptoms of depression and anxiety among ovarian cancer patients in China: a cross-sectional study. **Health Qual Life Outcomes** 2017; 15 (1): 161. doi: 10.1186/s12955-017-0738-1.

Lorin L, Bertaut A, Hudry D, Beltjens F, Roinot P, Bone-Lepinoy MC, Douvier S, Arveux P. About invasive cervical cancer: a French population based study between 1998 and 2010. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol** 2015; 191:1-6.

Lovejoy NC, Tabor D, Matters M, Lillis P. Cancer related depression: part-i-neurologic alterations and cognitive behavioral therapy. **Oncol Nurs Forum** 2000; 1 (27): 677-678.

Lukas LK. Orthopedic outpatients' perception of perioperative music listening as therapy. **Journal of Theory Construction & Testing** 2004; 8(1): 7-12.

Lukose A. Developing a practice model for Watson's Theory of Caring. **Nurs Sci Q** 2011; 24 (1): 27-30.

Lutgendorf SK, Shinn E, Carter J, Leighton S, Baggerly K, Guindani M, Fellman B, Matzo M, Slavich GM, Goodman MT, Tew W, Lester J, Moore KM, Karlan BY, Levine DA, Sood AK. Quality of life among long-term survivors of advanced stage ovarian cancer: A cross-sectional approach. **Gynecol Oncol** 2017; 146 (1): 101-108.

Mahler A. The clinical nurse specialist role in developing a geropalliative model of care. **Clin Nurse Spec** 2010; 24 (1): 18-23.

Mamguem Kamga A, Dumas A, Joly F, Billa O, Simon J, Poillot ML, Darut-Jouve A, Coutant C, Fumoleau P, Arveux P, Dabakuyo-Yonli TS. Long term gynecological cancer survivors in Côte d'Or: Health related quality of life and living conditions. **Oncologist** 2018; 2018-0347. doi: 10.1634/theoncologist.2018-0347. [Epub ahead of print].

Mccullough JEM, Liddle SD, Sinclair M, Close C, Hughes CM. The physiological and biochemical outcomes associated with a reflexology treatment: A systematic review. **Evid Based Complement Alternat Med** 2014; 2014: 1-16.

- McDaniel JS, Mussleman DL, Porter MR, Reed DA, Nemeroff CB. Depression in patients with cancer. Diagnosis, biology and treatment. **Arch Gen Psychiatry** 1995; 52: 88-99.
- Miandoab YN, Zh E, Arbabi F, Manoochehri H, Zayeri F. The effect of reflex therapy on chemotherapy-induced vomiting of patients. **Faculty of Nursing of Midwifery Quarterly** 2011; 76 (22): 60-68.
- Michels KA, Pfeiffer RM, Brinton LA, Trabert B. Modification of the associations between duration of oral contraceptive use and ovarian, endometrial, breast, and colorectal cancers. **JAMA Oncol** 2018; 4: 516-521.
- Mielcarek P, Nowicka-Sauer K, Kozaka J. Anxiety and depression in patients with advanced ovarian cancer: a prospective study. **J Psychosom Obstet Gynaecol** 2016; 37(2): 57-67. doi: 10.3109/0167482X.2016.1141891.
- Min-Young K, Pok-Ja O. Meta-analysis of the effectiveness on foot reflexo-massage for cancer patients. **J Korean Oncol- Nurs** 2011; 11: 127-135.
- Mullaney JAB. The lived experience of using Watson's actual caring occasion to treat depressed women. **J Holist Nurs** 2000; 18 (2): 129-142.
- Musselman DL, Lawson DH, Gumnick JF, Manatunga AK, Penna S, Goodkin RS. Paroxetine for the prevention of depression induced by highdose interferon alfa. **N Engl J Med** 2001; 344: 961-966.
- Myers CD, Walton T, Bratsman L, Wilson J, Small B. Massage modalities and symptoms reported by cancer patients: narrative review. **J Soc Integr Oncol** 2008; 6 (1): 19-28.
- Nakamarua T, Miurab N, Fukushima A, Kawashimab R. Somatotopical relationships between cortical activity and reflex areas in reflexology: A functional magnetic resonance imaging study. **Neurosci Lett** 2008; 448: 6–9.
- Naughton MJ, Weaver KE. Physical and mental health among cancer survivors: considerations for long-term care and quality of life. **NC Med J** 2014; 75: 283-286.
- NCCIH (National Center for Complementary and Integrative Health) <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health>, (alındığı tarih: 20.02.2017).
- Ng CG, Boks MPM, Zainal NZ, de Wit NJ. The prevalence and pharmacotherapy of depression in cancer patients. **J Affect Disord** 2010; 131 (2011): 1-7.
- Nordin K, Berglund G, Glimelius B, Sjöden PO. Predicting anxiety and depression among cancer patients: a clinical model. **Eur J Cancer** 2001; 37 (3): 376-384.
- Nyman CS, Lutzen K. Caring needs of patients with rheumatoid arthritis. **Nur Sci Q** 1999; 12 (2): 164-169.
- Oh HS, Seo WS. Systematic review and meta-analysis of the correlates of cancer-related fatigue. **Worldviews Evid Based Nurs** 2011; 8: 191–201.
- Özdelikara A, Tan M. The effect of reflexology on the quality of life with breast cancer patients. **Complement Ther Clin Pract** 2017a; 29: 122-129.

Özdelikara A, Tan M. The effect of reflexology on chemotherapy-induced nausea, vomiting, and fatigue in breast cancer patients. *Asia Pac J Oncol Nurs* 2017b; 4 (3): 241-249.

Özdelikara A. Meme kanserli hastalarda refleksolojinin kemoterapiye bağlı bulantı, kusma ve yorgunluk üzerine etkisi. Doktora Tezi, **Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Erzurum, 2013.

Özdemir S. Kanser hastalarının yaşadığı semptomlar ile tedavi kararını değerlendirme ve yaşam tutum profili arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, **Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Erzurum, 2006.

Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı Bozuklukları. **Tuna Matbaacılık**, Ankara, 2008, p.37-9, 269,853.

Öztürk R. Abdominal histerektomi sonrası refleksolojinin iyilik haline etkisi. Doktora Tezi, **Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İzmir, 2015.

Palesh OG, Mustian KM, Peppone LJ, Janelins M, Sprod LK, Kesler S, Innominato PF, Roth T, Manber R, Heckler C, Fiscella K, Morrow GR. Impact of paroxetine on sleep problems in 426 cancer patients receiving chemotherapy: a trial from the University of Rochester Cancer Center Community Clinical Oncology Program. **Sleep Med** 2012; 13 (9): 1184-1190.

Park JW, Yoo HR, Lee HS. Effects of foot reflex zone massage on patients pain and sleep satisfaction following mastectomy. **J Korean Acad Soc Home Care Nurs** 2006; 13: 54-60.

Park R, Park C. Comparison of foot bathing and foot massage in chemotherapy-induced peripheral neuropathy. **Cancer Nurs** 2015; 38 (3): 239-247.

Passarello K, Kurian S, Villanueva V. Endometrial cancer: An overview of pathophysiology, management, and care. **Semin Oncol Nurs** 2019; pii: S0749-2081(19)30013-0. doi: 10.1016/j.soncn.2019.02.002. [Epub ahead of print].

Pedram RS, Haghghat S, Jebran M, Parsa Yekta Z, Agha Hoseyni F. The effect of reflexology on quality of life of breast cancer patients during chemotherapy. **Iran Quart J Breast Dis** 2013; 6 (1): 23-34.

Pekmezci Purut H. Kemoterapi alan akciğer kanseri hastalarında ayak refleksolojisi uygulamasının bulantı kusma ve uyku kalitesine etkisi. Doktora Tezi, **Türkiye Cumhuriyeti Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Trabzon, 2018.

Pipe TB, Mishark K, Hansen RP, Hentz JG, Hartsell Z. Rediscovering the art of healing connection by creating the Tree of Life poster. **J Gerontol Nurs** 2010; 36 (6): 47-55.

Polat H. Kronik obstrüktif akciğer hastalarına uygulanan refleksolojinin dispne ve yorgunluğa etkisi. Doktora Tezi, **T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Erzurum, 2013.

Poole H, Glenn S, Murphy P. A randomised controlled study of reflexology for the management of chronic low back pain. **Eur J Pain** 2007; 11: 878-887.

Pujol LAM, Monti DA. Managing cancer pain with nonpharmacologic and complementary therapies. **J Am Osteopat Assoc** 2007; 107 (12): 15-21.

Quattrin R, Zanini A, Buchini S, Turello D, Annunziata MA, Vidotti C, Colombatti A, Brusaferrero S. Use of reflexology foot massage to reduce anxiety in hospitalized cancer patients in chemotherapy treatment: Methodology and outcomes. **J Nurs Manag** 2006; 14: 96-105.

Quinn F, Hughes CM, Baxter GD. Reflexology in the management of low back pain: A pilot randomised controlled trial. **Complement Ther Med** 2008; 16: 3-8.

Rahmani A, Naseri M, Salaree MM, Nehrir B. Comparing the effect of foot reflexology massage, foot bath and their combination on quality of sleep in patients with acute coronary syndrome. **J Caring Sci** 2016; 5 (4): 299-306

Rai B, Bansal A, Patel FD, Sharma SC. Radiotherapy for ovarian cancers-redefining the role. **Asian Pac J Cancer Prev** 2014; 15: 4759-4763.

Reis N, Beji NK, Coskun A. Quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients: results from quantitative and qualitative data. **Eur J Oncol Nurs** 2010; 14 (2): 137-146.

Reis N, Coşkun A, Beji NK. Jinekolojik Kanserlerde yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. **Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi** 2006a; 9 (2): 25-35.

Reis N. Jinekolojik kanserli hastaların bakım ve rehabilitasyonunda hemşirenin rolü. **Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi** 2006b; 9 (3): 88-97.

Robertshawe P. Effects of partner-delivered reflexology on cancer pain and anxiety. **J Aust Tradit-Med So** 2008; 14 (2): 97.

Rossing MA, Wicklund KG, Cushing-Haugen KL, Weiss NS. Predictive value of symptoms for early detection of ovarian cancer. **Natl Cancer Inst** 2010; 102: 222-229. doi:10.1093/jnci/djp500.

Sabuncuoğlu S, Özgüneş H. Kemoterapi, serbest radikaller ve oksidatif stres. **Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi** 2011; 31 (2): 137-150.

Saevarsdottir T, Fridriksdottir N, Gunnarsdottir S. Quality of life of symptoms of anxiety and depression of patients receiving cancer chemotherapy: longitudinal study. **Cancer Nurs** 2010; 33 (1): 1-10.

Saklı K, Demir Zencirci A. Taksan ve platin alan hastalarda periferik nöropati ve nöropatik ağrıya yönelik hemşirelik girişimleri: Sistemik derleme. **HEMAR-G** 2013; 1: 61-73.

Schmid-Büchi S, Halfens RJ, Dassen T, van den Borne B. A review of psychosocial needs of breast-cancer patients and their relatives. **J Clin Nurs** 2008; 17 (21): 2895-2909.

Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM, Hoffman BL, Bradshaw KD, Cunningham FG. Williams Jinekoloji, Çev., Ceylan Y, Gökhan Y, Halil A, Ahmet G, Gedikbaşı A, **Nobel Tıp Kitabevi**, İstanbul, 2010.



Schroevers MJ, Ranchor AV, Sanderman R. The role of social support and self-esteem in the presence and course of depressive symptoms: a comparison of cancer patients and individuals from the general population. **Soc Sci Med** 2003; 57 (2): 375-385.

Sekse RJ, Hufthammer KO, Vika ME. Fatigue and quality of life in women treated for various types of gynaecological cancers: a cross-sectional study. **J Clin Nurs** 2015; 24 (3-4): 546-555. doi: 10.1111/jocn.12647.

Serkies K, Jassem J. Concurrent weekly cisplatin and radiotherapy in routine management of cervical cancer: A report on patient compliance and acute toxicity. **Int J Radiat Oncol Biol Phys** 2004; 60: 814–821.

Sharma M, Bruni L, Diaz M, Castellsagué X, de Sanjosé S, Bosch FX, Kim JJ. Using HPV prevalence to predict cervical cancer incidence. **Int J Cancer** 2013; 132: 1895–1900.

Sharp DM, Walker MB, Chaturvedi A, Upadhyay S, Hamid A, Walker AA, Bateman JS, Braid F, Ellwood K, Hebblewhite C, Hope T, Lines M, Walker LG. A randomised controlled trial of the psychological effects of reflexology in early breast cancer. **Eur J Cancer** 2010; 46: 312-322.

Sharpe PA, Williams HG, Granner ML, Hussey JR. A randomized study of the effects of massage therapy compared to guided relaxation on wellbeing and stress perception among older adults. **Complement Ther Med** 2007; 15: 157-163.

Sheldon LK, Swanson S, Dolce A, Marsh K, Summers J. Putting evidence into practice: evidence-based interventions for anxiety. **Clin J Oncol Nurs** 2008; 12 (5): 789-797.

Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics, 2012. **CA: Cancer J Clin** 2012; 62: 10-29.

Sliz D. A survey of the brain regions affected by acute massage therapy: a functional magnetic resonance imaging (fMRI) pilot study. Yüksek Lisans Tezi, **Carleton University**, Ontario, 2009.

Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. **Cochrane Database of Syst Rev** 2006; 4: 1-28.

Song HJ, Sonb H, Seoc HJ, Lee H, Choi SM, Lee S. Effect of self-administered foot reflexology for symptom management in healthy persons: A systematic review and meta-analysis. **Complement Ther Med** 2015; 23: 78-79.

Soutar G. Eller ve Ayaklar İçin Refleksoloji. Çev., Evyapan T, **Arkadaş Yayınları**, Ankara, 2010, s.3-30.

Stabile C, Gunn A, Sonoda Y, Carter J. Emotional and sexual concerns in women undergoing pelvic surgery and associated treatment for gynecologic cancer. **Transl Androl Urol** 2015; 4: 169-185.

Steele R, Fitch MI. Supportive care needs of women with gynecologic cancer. **Cancer Nurs** 2008; 31 (4): 284-291.

Stephenson NLN, Weinrich SP, Tavakoli A. The effects of foot reflexology on anxiety and pain in patients with breast and lung cancer. **Oncol Nurs Forum** 2000; 27 (1): 1-13.

Stephenson NL, Swanson M, Dalton J, Keefe FJ, Engelke M. Partner-delivered reflexology: Effects on cancer pain and anxiety. **Oncol Nurs Forum** 2007; 34 (1): 127-132.

Stephenson N, Dalton JA, Carlson J. The effect of foot reflexology on pain in patients with metastatic cancer. **Appl Nurs Res** 2003; 16 (4): 284-286

Suzuki R, Eusebius S, Makled M. Is complementary and alternative medicine use associated with cancer screening rates for women with functional disabilities? **Complement Ther Med** 2016; 24: 73-79.

T.C.Sağlık Bakanlığı Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141027-3.htm>, (alındığı tarih: 20.02.2017)

Tabur H, Başaran E. Refleksolojiye Giriş. **Kitapdostu Yayınları**, İstanbul, 2009.

Taşcı S. Hemşirelik eğitiminde integratif anlayış geliştirme. **İntegratif Tıp Dergisi** 2015; 3 (2): 50-54.

Tavoli A, Montazeri A, Roshan R, Tavoli Z, Melyani M. Depression and quality of life in cancer patients with and without pain: The role of pain beliefs. **BMC Cancer** 2008; 8 (177): 1-6.

Teunissen S, Wesker W, Kruitwagen C, Haes H, Voest EE, Graeff A. Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. **J Pain Symptom Manage** 2007; 34: 94-103.

Todd K. The effect of therapeutic reflexology on cervical cancer patients receiving radiation oncology. Yüksek Lisans Tezi, University of Johannesburg, Güney Afrika, 2009.

Tokgöz G, Yaluğ İ, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun K, Aker T. Kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. **Anadolu Psikiyatri Dergisi** 2008; 9: 59-66.

Tsay SL, Chen HL, Chen SC, Lin HR, Lin KC. Effects of reflexotherapy on acute postoperative pain and anxiety among patients with digestive cancer. **Cancer Nur** 2008; 31 (2): 109-115.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kanser İstatistikleri Ankara, 2017. [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/2014-RAPOR.\\_uzuuun.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/2014-RAPOR._uzuuun.pdf), (son güncelleme tarihi: 25.12.2018, alındığı tarih: 27.01.2019).

Tütüncü R, Günay H. Kronik ağrı, psikolojik etmenler ve depresyon. **Dicle Tıp Dergisi** 2011; 38 (2): 257-262.

Uçar T, Güney E, Bal Z. Psychosocial aspects of gynecologic cancer. **Sakarya Med J** 2018; 8 (4): 678-685.

Ulusoy M, Şahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. **Journal of Cognitive Psychotherapy** 1998; 12 (2): 163-172.

Unal KS, Balci Akpınar R. The effect of foot reflexology and back massage on hemodialysis patients' fatigue and sleep quality. **Complement Ther Clin Pract** 2016; 24: 139-144.

Uysal N, Kutluturkan S, Ugur I. Effects of foot massage applied in two different methods on symptom control in colorectal cancer patients: Randomised control trial. **Int J Nurs Pract** 2017; 23 (3): 12532.

Valiani M, Shiran E, Kianpour M, Hasanpour M. Reviewing the effect of reflexology on the pain and certain features and outcomes of the labor on the primiparous women. **Iran J Nurs Midwifery Res** 2010; 15 (1): 302-310

van den Beuken-van Everdingen MH, de Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, van Kleef M, Patijn J. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. **Ann Oncol** 2007; 18 (9): 1437-1449.

Verma S, Gallagher RM. Evaluating and treating co-morbid pain and depression. **International Review of Psychiatry** 2000; 12: 103-114.

Vistad I, Fossa SD, Kristensen GB, Dahl AA. Chronic fatigue and its correlates in long-term survivors of cervical cancer treated with radiotherapy. **BJOG** 2007; 114: 1150-1158.

Wang MY, Tsai PS, Lee PH, Chang WY, Yang CM. The efficacy of reflexology: Systematic review. **J Adv Nurs** 2008; 62 (5): 512-520

Watson J. Caring science and human caring theory: Transforming personal and professional practices of nursing and health care. **J Health Hum Serv Adm** 2009; 31 (4): 466-482.

Watson J. Human caring science: A theory of nursing. Second edition. Sudbury, MA: **Jones & Bartlett Learning** 2012.

Watson J. Nursing: Human science and human care. 1 Revised edition. New York: **Jones & Bartlett Learning**, 2008.

Watson J. Postmodern nursing and beyond. Philadelphia: **Churchill Livingstone** 1999.

Watson J. Theoretical questions and concerns: Response from a caring science framework. **Nurs Sci Q** 2007; 20 (1): 13-15.

Watson M, Haviland JS, Greer S, et al. Influence of psychological response on survival in breast cancer: A population-based cohort study. **Lancet** 1999; 354: 1331-1336.

Watts S, Prescott P, Mason J, McLeod N, Lewith G. Depression and anxiety in ovarian cancer: A systematic review and meta-analysis of prevalence rates. **BMJ Open** 2015; 5: e007618. doi:10.1136/bmjopen-2015-007618.

Wenzel LB, Huang HQ, Armstrong DK, Walker JL, Cella D. Health-related quality of life during and after intraperitoneal versus intravenous chemotherapy for optimally debulked ovarian cancer: a Gynecologic Oncology Group Study. **J Clin Oncol** 2007; 25 (4): 437-443.

Wilhelm ZA. Adım Adım Sağlık: Refleksoloji. **Dharma Yayınları**, İstanbul, 2009.

Wilkinson S, Lockhart K, Gambles M, Storey L. Reflexology for symptom relief in patients with cancer. **Cancer Nurs** 2008; 31 (5): 354-360.

Wittchen HU, Kessler RC, Beesdo K, Krause P, Höfler M, Hoyer J. Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition and management. **J Clin Psychiatry** 2002; 63: 24-34.

Wright S, Courtney U, Donnely C, Kenny T, Lavin C. Clients' perceptions of the benefits of reflexology on their quality of life. **Complement Ther Nurs Midwifery** 2002; 1 (8): 69-76.

Wyatt G, Sikorskii A, Rahbar MH, Victorson D, You M. Health related quality of life outcomes: a reflexology trial with patients with advanced stage breast cancer. **Oncol Nurs Forum** 2012; 39 (6): 568-577.

Wyatt G, Sikorskii A, Tesnjak I, Frambes D, Holmstrom A, Luo Z, Victorson D, Tamkus D. A randomized clinical trial of caregiver-delivered reflexology for symptom management during breast cancer treatment. **J Pain Symptom Manage** 2017; 54 (5): 670-679.

Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, Kimura F. Symptom prevalence and longitudinal follow-up in cancer outpatients receiving chemotherapy. **J Pain Symptom Manage** 2009; 37 (5): 823-830.

Yang JH. The effects of foot reflexology on nausea, vomiting and fatigue of breast cancer patients undergoing chemotherapy. **Taehan Kanho Hakhoe Chi** 2005; 35 (1): 177-185.

Yıldırım YK, Uyar M, Fadıllıoğlu Ç. Kanser ağrısı ve yaşam kalitesi. **Ağrı** 2005; 17 (4): 17-22.

Zhang J, Qiu LX, Wang ZH, Wu XH, Liu XJ, Wang BY, Hu XC. MTHFR C677T polymorphism associated with breast cancer susceptibility: A meta-analysis involving 15,260 cases and 20,411 controls. **Breast Cancer Res Treat** 2010; 123 (2): 549-555.

## 9. ÖZGEÇMİŞ

Sinem GÖRAL TÜRKÜ, 1989 yılında Antalya' nın Manavgat ilçesinde doğdu. İlk ve orta öğrenimini Manavgat' ta tamamladı. 2007 yılında Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü' nü kazandı, 2011 yılında mezun oldu. 2011 yılında Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı' nı kazandı ve bu programdan 2014 yılında mezun oldu. 2011 yılında Akdeniz Üniversitesi Dahiliye Servisi, 2012 yılında Akdeniz Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi ve 2013 yılında Özel Side Anadolu Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum servisinde hemşire olarak çalıştı. 2014 yılında Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı' nda ilk doktora öğrencisi olarak eğitime başladı. 12.02.2014 yılından itibaren ÖYP kapsamında Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı' nda Araştırma Görevlisi olarak çalışmaya başladı ve halen görevini sürdürmektedir.

## 10. EKLER



**Ek-1. Özkan S, Göral Türkcü S, Kayhan Ö, Serçekuş Ak P, Sevil Ü.** Functional status of women and their partners after childbirth. *Int J Asst Tools in Educ* 2018; 5 (3): 510-523.



International Journal of Assessment Tools in Education

2018, Vol. 5, No. 3, 510-523

DOI: 10.21449/ijate.443222

Published at <http://www.ijate.net>

<http://dergipark.gov.tr/ijate>

Research Article

## Functional Status of Women and Their Partners after Childbirth

Sevgi Özkan <sup>1</sup>, Sinem Göral Türkcü <sup>1</sup>, Özlem Kayhan <sup>1</sup>,  
Pınar Serçekuş Ak <sup>1</sup>, Ümran Sevil <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Pamukkale University, Faculty of Health Sciences, Department of Obstetrics and Gynecology Nursing, Denizli, Turkey

<sup>2</sup> Ege University, Nursing Faculty, Department of Obstetrics and Gynecology Nursing, İzmir, Turkey

**Abstract:** The aim of this study is to define the changes within the social dimension of the functional status of women and their partners in the months following the birth of their child. A total of 90 participants were included in the study (45 women and 45 partners). Data were collected in two steps via face-to-face interviews. The first step involved administration of a personal information form and the functional status inventories to the women and their partners between the postpartum sixth and eighth weeks. The second step involved re-administration of the same functional status inventories to the women and their partners in the postpartum sixth month. Results from the examination of the functional status of the women and their partners in the postpartum second and sixth months showed that there was a significant increase in the areas of household activities ( $p=0,000$ ), social and community activities ( $p=0,000$ ) and self-care activities ( $p=0,000$ ) for the women in the sixth month; similarly, for the fathers, household activities ( $p=0,008$ ), social and community activities ( $p=0,003$ ) and child care activities ( $p=0,007$ ) rose in the sixth month. Furthermore, the study found that certain sociodemographic variables had an effect on functional status ( $p=0,000$ ). It is important that nurses and/or midwives support parents during the pregnancy process, particularly during the transition into their new roles as women and their partners, and help prepare them for the changes to occur as they enter into this new period of life.

### ARTICLE HISTORY

Received: 27 April 2018

Revised: 19 June 2018

Accepted: 12 July 2018

### KEYWORDS

Functional Status,  
Transition to Motherhood,  
Transition to Fatherhood

## 1. INTRODUCTION

In the postpartum period, much of the focus in the studies conducted has tended to center on recovery of the reproductive organs. On the other hand, some topics such as the process of transition to parenthood, increased responsibilities, tiredness, changes in the relationship with the spouses, pre-pregnancy social and professional activities are not considered enough (Fichardt, Van Wyk & Weich, 1994; Gjerdingen & Chaloner, 1994; Herbert, 1998; Hodnett, 1996). The functional status of women are required to "take on the responsibility of infant care,

CONTACT: Sevgi Özkan ✉ [sozkan@pau.edu.tr](mailto:sozkan@pau.edu.tr) Pamukkale University, Faculty of Health Sciences, Campus Kınıklı, 20070, Denizli/ Turkey.

ISSN-e: 2148-7456 / © IJATE 2018



self-care, household activities, and social, community, and occupational activities” (Fawcett, Tulman & Myers, 1988). The functional status of fathers, on the other hand, either stays the same or expands to involve more responsibilities, including those related to social, community, occupational, and educational activities, and child and personal care. Furthermore, partners take on the responsibility of taking care of other children within the family during pregnancy and after the childbirth (McVeigh, 2001; Tulman, Fawcett & Weiss, 1993).

In some studies, parents have described the postpartum period as a process that generates major problems for both themselves and their family life. Moreover, research has shown that it requires women a longer amount of time to return to their antenatal functional status than to recover physiologically (Fawcett et al., 1988; Fichardt et al., 1994). Identifying precisely how the functional status of women changes in the postpartum period, as well as the factors that are brought to bear on these changes, is therefore key. During the postpartum period in particular, which is marked by an increasing number of difficulties, it is necessary to focus on solutions, not only to the physical problems women experience, but also to their social and psychological conditions, as these tend to take a longer time to overcome (Apay, Ejder & Pasinlioğlu, 2009; Beji, Coşkun & Yıldırım, 2003; Özkan & Sevil, 2007).

The men’s transition to fatherhood is as complicated as the woman’s transition to motherhood. The role of fatherhood has been shown to start at the diagnosis of pregnancy, continuing up to the birth of the baby and evolving during the months following the birth (Barclay & Lupon, 1999; Başbakkal, 1999; Sevil & Özkan, 2010). This period requires that the father takes on more responsibility, remains committed, and allocates sufficient time for the infant. In this period of transition, men experience a number of changes in their lifestyle, including having to face the facts about pregnancy and child birth, making efforts to accept fatherhood, and adapting to a new role (Anderson, 1996). “Expectant” fathers may experience anxiety, conflicting emotions, weakness and happiness, all of which enable them to develop a new set of skills necessary for the roles related to fatherhood (Barclay, Donovan, & Genovese, 1996; Henderson & Brouse, 1991). The functional status of fathers is a multidimensional process, and the transition to motherhood and fatherhood can be a complicated period for both women and their partners. In this process, men are expected to not only fulfil their previous duties but also to get accustomed to their new and challenging role of being father (Fawcett et al., 1988; McVeigh, 2000a; McVeigh, 2000b; Sevil & Özkan, 2010; Tulman et al., 1993).

Most studies have largely concentrated on the women’s functional status before and after the birth. There is not enough information about the functional status of both women and their partners in the postpartum period (Apay et al., 2009; Beji et al., 2003; Fichardt et al., 1994; McVeigh & Chaboyer, 2002; Özkan & Sevil, 2007; Posmontier, 2008; Şanlı & Öncel, 2014; Tulman, Fawcett, Groblewski & Silverman, 1990). For this reason, this study has aimed to determine the changes that occur within the social sphere, in terms of the postpartum functional status and recoveries of women and their partners, in the months following the birth, and also to determine the correlation between socio-demographic factors and postpartum functional status.

## 2. MATERIALS AND METHODS

### 2.1. Data and test subject selection

This descriptive study was conducted in order to identify the postpartum functional status of women and their partners. This study was conducted in three Family Health Centers which were low, moderate, and high socio-economic standings. The Family Health Centers were selected from 51 Family Health Centers located in the city center of Denizli, Turkey. The study involved women and their partners in the postpartum sixth to eighth weeks. Using a sampling size calculation formula, applicable for when the test subject is known, the number of



participants was calculated to be 41, at a confidence interval of 95% and a sampling error of 5%; however, to preempt possible loss of participants, the study started out with 58 women and their partners. The study ended up being completed with 45 women and 45 partners (in total 90 participants).

## 2.2. Inclusion criteria

To participate in the study, the women had to have had a full-term vaginal delivery or caesarean section and be in the postpartum sixth to eighth weeks, while both mother and father had to have no mental retardation, chronic illness or disability, be able to speak and understand Turkish, and agree to participate in the study. All the infants in the study were full term without any health problems.

## 2.3. Data collection tool

The tools used in the study included a personal information form, which was developed based on corresponding literature, to determine the socio-demographic characteristics of the test subject; the Inventory of Functional Status After Childbirth (IFSAC), to evaluate the postpartum functional status of women; and the Inventory of Functional Status-Fathers (IFS-F), to evaluate the functional status of fathers. Data collection involved a two-step process, which was conducted through face-to-face interviews. The first step included administration of the personal information form and the functional status inventories (IFSAC, IFS-F) to the women and their partners in the postpartum sixth to eighth weeks. The second step included re-administration of the same functional status inventories to the women and their partners in the postpartum sixth month.

### 2.3.1. Personal information form

Prepared on the basis of the corresponding literature, the questionnaire that ten questions included features questions about the socio-demographic characteristics and income status of participants, as well as the number of pregnancies and number of living children, delivery method, method of feeding their children, occupation, and the state of the support they give in infant care and household activities (Beji et al., 2003; Fawcett et al., 1988; McVeigh, 2000a; McVeigh, 2000b; Özkan & Sevil, 2007).

### 2.3.2. IFSAC: Inventory of functional status after childbirth

The Inventory of Functional Status After Childbirth (IFSAC), which is based on the role function model of the Roy Adaptation Model, is used to measure functional status (Fawcett et al., 1988; Fawcett & Tulman, 1990). The IFSAC questionnaire allows for the assessment of primary, secondary and tertiary roles in the postpartum period. There are five dimensional subscales of the inventory: infant care, self-care, household activities, social, community activities, and occupational activities. The validity and reliability were conducted by Özkan and Sevil (2007) in Turkey. The questionnaire consists of 36 items. Higher mean scores indicate greater functional status.

### 2.3.3. IFS-F: The Inventory of functional status-fathers

Developed to evaluate the functional status of fathers during the last trimester of pregnancy and the postpartum period (Tulman et al., 1993), this inventory was created on the basis of the role function model of the Roy Adaptation Model and features seven subscales: occupational activities, household activities, personal care activities, social and community activities, child care responsibilities, educational activities and baby care activities. The validity and reliability were conducted by Sevil and Özkan (2010) in Turkey. The questionnaire consists of 51 items. Higher scores indicate a high functional status (McVeigh, 2001; Sevil & Özkan, 2010; Tulman et al., 1993).

#### 2.4. Ethical aspect of the study

In order to conduct the study, permission was obtained from Denizli Provincial Directorate of Health and Non-Invasive Researches Ethics Committee of Pamukkale University. Also permission was obtained from the institution where the research was conducted. The women and their partners to be included in the study were informed about the purpose of the study and verbal and written consents were received from those who agreed to participate in the study.

#### 2.5. Data Analysis

The data were analyzed using number values, percentage, mean, paired t-test, Mann-Whitney U Test, Wilcoxon Signed Ranks Test, and Kruskal Wallis analyses. Statistical significance was defined as  $p < 0.05$ .

### 3. FINDINGS

Table 1 shows the socio-demographic data of the women and their partners who participated in the study. In terms of the functional status of the women, a significant increase was found in the mean scores of household activities ( $p=0.000$ ), social and community activities ( $p=0.000$ ) and self-care activities ( $p=0.000$ ) in the postpartum sixth month. No significant difference, however, was determined between the months studied in terms of the mean scores obtained in the areas of infant care activities and occupational activities ( $p > 0.05$ ) (Table 2).

Table 1. Socio-demographic characteristics of women and their partners

Socio-Demographic Characteristics	Mother	Father
	n(%)	n(%)
<b>Residential area</b>		
Low	15(33.3)	15(33.3)
Moderate	15(33.3)	15(33.3)
High	15(33.3)	15(33.3)
<b>Age</b>		
18-23 years	4(8.9)	0(0)
24-29 years	17(37.8)	9(20.0)
30-35 years	16(35.6)	21(46.7)
35 years and above	8(17.7)	15(33.3)
<b>Educational Background</b>		
Illiterate	1(2.2)	0(0)
Primary school graduate	12(26.7)	14(31.1)
Secondary school graduate	4(8.9)	5(11.1)
High school graduate	10(22.2)	9(20.0)
Associate degree/Bachelor's degree	18(40.0)	17(37.8)
<b>Occupation</b>		
Unemployed	24(53.3)	1(2.2)
Civil servant	6(13.3)	4(8.9)
Worker	5(11.1)	17(37.8)
Self-employed	4(8.9)	15(33.3)
Other	6(13.4)	8(17.8)
<b>Economic condition</b>		
Income higher than expense	11(24.4)	10(22.2)
Income equal to expense	26(57.8)	22(48.9)
Income lower than expense	8(17.8)	13(28.9)

Social security		
Yes	43(95.6)	42(93.3)
No	2(4.4)	3(6.7)
State of intending pregnancy		
Intended and planned	36(80.0)	36(80.0)
Intended but unplanned	9(20.0)	9(20.0)
Common characteristics of Mother-Father		
$n(\%)$		
Method of feeding the infant		
Breast milk	35(77.8)	
Formula	1(2.2)	
Breast milk and formula	9(20.0)	
Contribution to infant care from the outside		
Yes	25(55.6)	
No	20(44.4)	
Contribution to infant care ( $n=25$ )		
Maternal/Grandmother-Paternal Grandmother	16(35.6)	
Father	6(13.3)	
Nanny	3(6.7)	
Contribution to household chores from the outside		
Yes	24(53.3)	
No	21(46.7)	
Contribution to household chores ( $n=24$ )		
Maternal Grandmother/Paternal Grandmother	12(26.7)	
Father	9(20.0)	
Nanny	3(6.7)	
Duration of marriage		
1-3 years	17(37.7)	
4-6 years	11(24.4)	
7-10 years	10(22.2)	
10 years and more	7(15.7)	
Delivery method		
Normal birth	11(24.4)	
Caesarean section	34(75.6)	
Number of pregnancies		
1	16(35.6)	
2 and more	29(64.4)	
Live birth		
1	17(37.8)	
2 and more	28(62.2)	

Table 2. Functional status mean scores of women according to months

Subscales	2nd month ( $n = 45$ )	6th month ( $n = 45$ )	<i>P</i>
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD	
Household activities	2.59 $\pm$ 0.49	3.02 $\pm$ 0.44	.000 <sup>+</sup>
Social and community activities	1.81 $\pm$ 0.39	2.13 $\pm$ 0.51	.000 <sup>+</sup>
Infant care activities	3.75 $\pm$ 0.26	3.83 $\pm$ 0.24	.113 <sup>*</sup>
Self-care activities	2.70 $\pm$ 0.43	3.08 $\pm$ 0.28	.000 <sup>+</sup>
Occupational activities ( $n = 2$ )	2.40 $\pm$ 0.00	2.86 $\pm$ 0.43	.180 <sup>**</sup>

\*Paired t Test

\*\* Wilcoxon Signed Ranks Test

The examination of the fathers' functional status in the postpartum second and sixth months showed there to be a significant increase in the mean scores of household activities ( $p=0.008$ ), social and community activities ( $p=0.003$ ) and child care activities ( $p=0.007$ ) in the sixth month, while no significant difference was found in terms of the months studied in the mean scores of infant care, self-care, and occupational and educational activities ( $p>0.05$ ) (Table 3).

The effect of socio-demographic variables on the functional status of fathers was studied and analyzed as well. Fathers with a higher educational level had statistically significant mean scores in the area of infant care responsibilities in the postpartum eighth week ( $p=0.024$ ), and in the area of child care activities in the postpartum eighth week and the postpartum sixth month ( $p=0.023$ ;  $p=0.030$ ). No significant difference was detected between the other subscales and educational background ( $p>0.05$ ). Likewise, no significant difference was found between age, economic condition, number of children and the functional status in the postpartum second and sixth months ( $p>0.05$ ) (Table 4).

In examining the effect of socio-demographic variables on the functional status of women, it was discovered that women with a higher educational level had higher mean scores in the area of household activities in the postpartum sixth month ( $p=0.043$ ). Furthermore, women who had a caesarean section were found to have stable mean scores in the area of household activities in the postpartum eighth week and higher mean scores in the postpartum sixth month, as compared to women's who gave normal birth (0.042). The other socio-demographic variables showed no significant influence on the women' functional status ( $p<0.05$ ) (Table 5a, 5b).

Table 3. Functional status mean scores of partners according to months

Subscales	2nd month (n = 45)	6th month (n = 45)	p
	Mean±SD	Mean±SD	
Household activities	2.34±0.94	2.75±0.74	.008*
Social and community activities	2.08±0.66	2.47±0.61	.003*
Infant care activities	2.24±0.96	2.51±0.73	.055*
Child care activities (n = 29)	2.51±0.84	2.80±0.72	.007**
Self-care activities	2.73±0.53	2.60±0.38	.200*
Occupational activities	3.00±0.40	3.03±0.20	.697*
Educational activities (n = 4)	2.31±0.81	3.00±0.00	.180**

\*Paired t Test

\*\* Wilcoxon Signed Ranks Test



Table 4. The effect of some socio-demographic variables on the functional status of fathers

Variables	Household responsibilities		Social and community activities		Infant care responsibilities		Personal care activities		Occupational activities		Child care activities		Educational activities
	2nd month	6th month	2nd month	6th month	2nd month	6th month	2nd month	6th month	2nd month	6th month	2nd month	6th month	2nd month
<b>Age *</b>													
29 year and younger (n:9)	2.26±0.78	2.86±0.75	1.95±0.68	2.31±0.74	2.37±1.08	2.44±0.73	2.74±0.67	2.61±0.47	3.00±0.50	3.00±0.10	1.95±0.06	2.40±1.09	
30 year and over (n:36)	2.36±0.98	2.72±0.74	2.12±0.66	2.51±0.58	2.21±0.94	2.53±0.74	2.72±0.50	2.60±0.37	3.00±0.38	3.03±0.22	2.55±0.86	2.83±0.71	
<b>p value</b>	0.875	0.809	0.305	0.359	0.694	0.875	0.919	0.919	0.546	0.755	0.227	0.630	
<b>Education*</b>													
Secondary school and below (n:19)	2.20±0.92	2.59±0.76	1.96±0.53	2.32±0.64	1.87±0.97	2.34±0.77	2.78±0.45	2.51±0.43	3.03±0.34	2.97±0.14	2.19±0.86	2.50±0.76	2.32±0.93
High school and above (n:26)	2.44±0.95	2.87±0.72	2.17±0.74	2.57±0.59	2.51±0.87	2.64±0.69	2.69±0.59	2.67±0.34	2.98±0.45	3.06±0.23	2.85±0.71	3.12±0.54	2.30±0.77
<b>p value</b>	0.474	0.294	0.309	0.116	0.024	0.084	0.769	0.264	0.666	0.130	0.023	0.030	0.607
<b>Economic condition**</b>													
Income higher than expense (n:11)	2.68±1.18	2.81±0.76	1.98±0.64	2.28±0.65	2.53±0.72	2.76±0.52	2.60±0.63	2.54±0.47	2.82±0.43	2.96±0.15	2.68±0.82	3.00±0.71	2.20±0.91
Income equal to expense (n:26)	2.12±0.76	2.81±0.79	2.15±0.64	2.60±0.57	2.22±0.90	2.53±0.79	2.77±0.47	2.64±0.33	3.01±0.44	3.08±0.22	2.21±0.69	2.59±0.67	2.33±0.83
Income lower than expense (n:8)	2.44±0.98	2.60±0.67	2.06±0.74	2.40±0.65	2.06±1.21	2.29±0.75	2.75±0.58	2.58±0.42	3.12±0.27	3.00±0.20	2.74±0.98	2.91±0.79	2.40±1.03
<b>p value</b>	0.447	0.737	0.876	0.334	0.508	0.275	0.929	0.794	0.199	0.437	0.249	0.385	0.853
<b>Number of children*</b>													
1 (n:17)	2.44±0.96	2.90±0.85	2.14±0.70	2.50±0.65	2.55±0.83	2.56±0.75	2.75±0.54	2.72±0.36	2.89±0.49	3.07±0.23			
2 and more (n:28)	2.28±0.93	2.66±0.67	2.05±0.64	2.45±0.60	2.05±1.00	2.48±0.73	2.71±0.54	2.53±0.38	3.07±0.33	3.00±0.19			
<b>p value</b>	0.548	0.459	0.933	0.733	0.090	0.546	0.783	0.213	0.113	0.449			

Note: 9 of the fathers who participated in the study started education and 4 continued. As no father continued education in the 2nd and 6th months, the section of educational activities was not analyzed.

\*Mann Whitney U Test \*\*Kruskal Wallis Test

Table 5a. The effect of some socio-demographic variables on the functional status of mothers

Variables:	Household responsibilities		Social and community activities		Infant care responsibilities		Personal care activities		Occupational activities
	2nd month	6th month	2nd month	6th month	2nd month	6th month	2nd month	6th month	6th month
<b>Age *</b>									
29 year and younger (n:9)	2.55±0.57	3.00±0.35	1.86±0.44	2.06±0.47	3.74±0.28	3.87±0.18	2.71±0.34	3.11±0.32	2.80±0.60
30 year and over (n:36)	2.62±0.42	3.03±0.52	1.76±0.35	2.19±0.54	3.76±0.25	3.80±0.28	2.69±0.50	3.06±0.25	2.88±0.39
<b>p value</b>	0.882	0.954	0.514	0.674	0.916	0.642	0.991	0.720	0.833
<b>Education*</b>									
Secondary school and below (n:17)	2.70±0.54	2.84±0.44	1.77±0.33	2.00±0.32	3.71±0.26	3.81±0.28	2.71±0.42	3.11±0.29	-
High school and above (n:28)	2.52±0.46	3.12±0.42	1.83±0.43	2.21±0.59	3.77±0.26	3.85±0.22	2.70±0.44	3.06±0.78	2.86±0.45
<b>p value</b>	0.385	0.043	0.728	0.166	0.339	0.737	0.787	0.739	0.859
<b>Economic condition**</b>									
Income higher than expense (n:11)	2.57±0.44	3.14±0.47	1.89±0.51	2.14±0.59	3.66±0.35	3.77±0.27	2.71±0.44	3.07±0.30	2.84±0.45
Income equal to expense (n:26)	2.54±0.45	3.07±0.40	1.81±0.37	2.14±0.55	3.78±0.24	3.85±0.19	2.75±0.39	3.08±0.30	2.88±0.46
Income lower than expense (n:3)	2.49±0.68	2.66±0.39	1.70±0.28	2.07±0.18	3.79±0.14	3.85±0.35	2.53±0.54	3.10±0.21	-
<b>p value</b>	0.615	0.051	0.685	0.919	0.626	0.408	0.542	0.988	0.915
<b>Number of children*</b>									
1 (n:17)	2.50±0.47	3.11±0.36	1.78±0.46	2.10±0.45	3.71±0.28	3.87±0.18	2.61±0.42	3.03±0.29	2.85±0.64
2 and more (n:28)	2.65±0.50	2.96±0.48	1.82±0.35	2.15±0.55	3.77±0.25	3.81±0.27	2.76±0.43	3.11±0.28	2.86±0.30
<b>p value</b>	0.425	0.230	0.517	0.980	0.303	0.796	0.188	0.418	0.913

\*Mann Whitney U Test \*\*Kruskal Wallis Test

Note: As no woman started working in the 2nd month, the section of occupational activities was not analyzed.

Table 5b. The effect of some socio-demographic variables on the functional status of mothers

Variables	Household responsibilities:		Social and community activities		Infant care responsibilities:		Personal care activities:		Occupational activities:
	2. month	6. month	2. month	6. month	2. month	6. month	2. month	6. month	6. month
<b>Delivery method</b>									
Normal birth (n:11)	2.75±0.37	2.79±0.27	1.89±0.36	1.96±0.41	3.72±0.29	3.80±0.24	2.81±0.33	3.05±0.23	-
Caesarean -section (n:34)	2.54±0.46	3.09±0.47	1.78±0.41	2.18±0.53	3.76±0.25	3.84±0.24	2.66±0.46	3.09±0.30	2.86±0.43
p value	0.153	0.042	0.372	0.350	0.712	0.569	0.307	0.629	-
<b>State of intending pregnancy</b>									
Intended and planned (n:36)	2.63±0.47	3.03±0.43	1.83±0.39	2.16±0.55	3.75±0.27	3.82±0.22	2.72±0.41	3.09±0.31	2.86±0.45
Intended but unplanned (n:9)	2.41±0.58	2.98±0.51	1.71±0.40	2.02±0.30	0.75±0.22	3.87±0.33	2.61±0.52	3.04±0.13	2.80±0.40
p value	0.159	0.932	0.416	0.559	0.837	0.193	0.679	0.471	0.859
<b>Contribution to infant care from the outside</b>									
Yes (n:25)	2.50±0.47	3.08±0.47	1.79±0.42	2.24±0.60	3.76±0.26	3.84±0.24	2.69±0.35	3.10±0.31	2.87±0.36
No (n:20)	2.71±0.50	2.94±0.40	1.84±0.37	2.00±0.34	3.75±0.27	3.83±0.25	2.72±0.52	3.06±0.26	2.80±0.84
p value	0.192	0.301	0.543	0.247	0.962	0.890	0.705	0.676	0.894
<b>Contribution to household chores from the outside</b>									
Yes (n:24)	2.48±0.53	3.05±0.45	1.87±0.40	2.12±0.52	3.74±0.27	3.77±0.29	2.62±0.36	3.10±0.27	2.96±0.36
No (n:21)	2.71±0.42	2.98±0.44	1.74±0.39	2.14±0.51	3.76±0.25	3.91±0.13	2.79±0.49	3.05±0.30	2.70±0.52
p value	0.218	0.522	0.333	0.885	0.698	0.105	0.160	0.398	0.383

Mann Whitney U Test \*\*Kruskal Wallis Test

Note: As no woman started working in the 2nd month, the section of occupational activities was not analyzed.

#### 4. DISCUSSION, CONCLUSION AND SUGGESTIONS

Preparing both women and their partners for the challenges of parenthood before, during and after the birth is very important in terms of maternal, child, and family health. The preparation of fathers to fatherhood, as well as mothers for motherhood, positively affects family health (Apay Ejder & Pasinlioğlu, 2009; Beji et al., 2003; Özkan & Sevil, 2007; Sevil & Özkan, 2010).

According to the results of this study, positive changes developed in the functional status of women and their partners within the months marking the postpartum period. Women were found to have higher mean scores in the areas of household activities, social and community activities and self-care activities in the postpartum sixth month, compared to those of the postpartum eighth week. However, there was no significant difference between the postpartum second and sixth months in terms of infant care activities and occupational activities. According to some studies in the academic literature, the postpartum functional status of women shows significant development in the months following the birth (McVeigh, 1997; McVeigh & Chaboyer, 2002; Özkan & Sevil, 2007; Şanlı & Öncel, 2014; Tulman et al., 1990). While postpartum physical recovery generally takes six weeks to complete, adapting to the increasing responsibilities related to the postpartum period, like parenthood and infant care, tends to require a longer time (Beji et al., 2003). Apay and Pasinlioğlu (2009) reported in their study that after childbirth, the scores obtained on the subscale of social and community activities increased. In the study conducted by Şanlı and Öncel (2014) they found that women become capable of fulfilling their responsibilities, primarily those related to infant care, followed by housework, within the first six months following childbirth.

In this study, a significant increase was observed in the household activities, social and community activities and child care activities of fathers in the postpartum sixth month, as compared to the postpartum eighth week. On the other hand, no significant difference was discovered between the months in terms of the mean scores obtained in the areas of infant care activities, self-care activities, occupational activities, and educational activities. In one study on the functional status of fathers, it was noted that following childbirth, for the most part, a majority of fathers maintained their regular participation level in household and intrafamilial activities, while for some, there was a very slight increase in their responsibility (McVeigh, 2001). Other studies have reported that husband's whose wives supported their involvement in infant care had more infant care responsibilities. An examination of the related expectations of couples within the first three weeks after the birth revealed that fathers felt unsupported in infant care when it came to actions (St John, Cameron, & McVeigh, 2005; Sevil & Özkan, 2010). There are only a very limited number of studies in Turkey regarding the functional status of fathers. In one of them, Sevil and Özkan (2010) found there to be no difference in the functional status of fathers at the time their wives were pregnant and during the postpartum period. In Turkey, men are not expected to participate in trainings with their wives before and after the birth, and there are only limited opportunities available for men to prepare them for the role of fatherhood. These drawbacks are believed to be related to the assumption that there is no difference between the functional status of "expectant" fathers and new fathers.

The present study found that age had no impact on the functional status of women and their partners. In contrast, Apay and Pasinlioğlu (2009) in their study, determined that with the increase of age, functional status scores decreased, as individuals avoided doing certain activities or did a lower rate of activities, possibly as a result of age-related physical inability and/or health disorders. In the study by Sevil and Özkan (2010), it was reported that compared to younger age groups, elderly fathers were better at occupational activities. The same study also found there to be a negative correlation between the age of fathers and social-community and self-care activities, and a positive relation between the age of fathers and household



activities. Şanlı and Öncel (2014) discovered in their study that as women aged their functional status increased, helping them to feel more responsible and experienced regarding infant care and household activities, particularly in cases where the women had a higher number of children. This last finding, as it relates to its positive effect on functional status, can be attributed to the fact that the women's exposure to postpartum functions helped them to be better prepared to handle the process. The women and their partners who participated in the present study were in the fertile age group, which could serve to explain the insignificant impact of age on functional status.

The results from this study found that educational level had a positive effect on functional status. As the educational level increased, the mean scores obtained by the women in the area of household activities were higher in the postpartum sixth month. Fathers with a higher educational level were determined to have higher mean scores in the area of infant care activities in the postpartum eighth week, and in the area of child care activities in both the postpartum second and the postpartum sixth month. Contrary to the results of the present study, Tulman et al., (1990) reported that women with a higher educational level had lower functional status than that of women with a lower educational level. Posmontier (2008) stated in his study that as the educational level increased, the self-care of women increased. Furthermore, in a study by Şanlı and Öncel (2014), primary school graduate women were observed to have a higher functional status in the area of infant care responsibilities in the postpartum sixth week, while university and higher education graduate women had a higher functional status in the area of self-care activities in the postpartum third and the postpartum sixth months when compared to other groups. In examining the studies on the functional status of fathers, McVeigh (2001) found that there was an increase in the functional status of fathers who had a higher educational level. Similarly, Sevil and Özkan (2010) also determined that the functional status of fathers was positively affected by a higher educational level. Although other studies have shown different results, the present study observed that women who had a caesarean section had stable mean scores in the area of household activities in the postpartum eighth week but higher mean scores in the same area in the postpartum sixth month, compared to those who gave normal birth. However, it was observed that the delivery method had no effect on the other activities.

Tulman and Fawcet (1988), in their study, determined that functions were regained after the postpartum sixth week, and that in general, women who gave vaginal birth were able to recover faster than those who had a caesarean section. In a related study, Beji et al., (2003) found that women who gave vaginal birth took on the infant responsibility earlier. Lastly, Şanlı and Öncel (2014) determined that women who gave vaginal birth regained their functional status of infant care faster than those who had a caesarean section. In the present study, the higher scores obtained by women in the area of household activities were associated with the higher level of support received regarding housework in the postpartum period.

The present study, found that the number of children, planned or unplanned status of pregnancy, and the provision of outside support for household activities and infant care did not affect the functional status. Tulman et al., (1990) in their study, observed that the increased number of pregnancies and births resulted in increased social-community activities and self-care activities. The study by Şanlı and Öncel (2014) determined that the number of children affected the postpartum functional status of women in the postpartum sixth week and the postpartum third month. Moreover, the same study found that with the increased number of children, household activities, infant care and total functional status increased, while the functional status regarding self-care decreased, with the difference being maintained in the postpartum sixth month. To continue, in the studies by Apay and Pasinlioğlu (2009) and Özkan and Sevil (2007), the women who had planned pregnancies were shown to have higher

postpartum functional status. On the other hand, Şanlı and Öncel (2014) found that the women who had unplanned pregnancies had higher mean scores in the area of infant care in the postpartum sixth week, in the area of household activities in the postpartum third month, and in the area of self-care activities in the postpartum third and sixth months. In the present study, the variable of planned/not planned pregnancy was shown to not affect the functional status of women in the postpartum second and sixth month, a finding associated with the fact that all the women who participated in the study had planned pregnancies.

Women who received support in their household activities have been shown to have less domestic activities, lower total postpartum functional status and less infant care responsibilities (Apay et al., 2009; Özkan et al., 2007). In the study conducted by Mc Veigh (2000b), it was determined that women who received social support in their postpartum sixth week, third month, and sixth month had significantly higher household, social-community and self-care activities. Özkan and Sevil (2007), in their study, found that women who received support in infant care had higher functional status regarding infant care. In the study conducted by Apay and Pasinlioğlu (2009), it was observed that women who received support in infant care had lower functional status regarding household activities and infant care. Further, Şanlı and Öncel (2014), determined that women who received no support in infant care and household activities returned to their functional status earlier. In the same study, it was reported that the lower functional status of women who received support in infant care and household activities was associated with the fact that routine work that had at once been done by them was now undertaken by supporters. In contrast to the studies cited above, the present study found there to be no difference in the women's functional status in terms of having/not having support in household activities and infant care. Considering the results of this study and the other studies mentioned above, it was concluded that having/not having outside help in household activities and infant care produces different effects on the women's functional status.

Nurses and midwives have important functions in the transition process of parents to their changing roles and in the development of healthy children. In Turkey, by identifying the functional status of women and their partners after the birth and by determining the factors affecting the functional status, women and their partners will have the opportunity to be given full support and thereby be better adapted to the postpartum period. With that said, it is important that nurses and midwives support parents throughout the pregnancy process, including up to the completion of the transition to their new roles of mother and father, and help them to make the changes necessary to prepare them for this new period of their life.

#### ORCID

Sevgi Özkan  <https://orcid.org/0000-0001-8385-210X>

Sinem Göral Türkcü  <https://orcid.org/0000-0003-1574-0186>

Pınar Serçekuş Ak  <https://orcid.org/0000-00029326-3453>

#### 5. REFERENCES

- Anderson, A.M. (1996). The father- infant relationship; becoming connected. *Journal of the Society of Pediatric Nurses*,1(2), 83-92.
- Apay Ejder, S., & Pasinlioğlu, T. A. (2009). Sectional study: the investigation of functional situations of the women after the labor. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1(1), 20-29.
- Barclay, L., Donovan, J., & Genovese, A. (1996). Men's experiences during their partner's first pregnancy: a grounded theory analysis. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 13(3),12-24.



- Barclay, L., & Lupton, D. (1999). The experiences of new fatherhood: a socio-cultural analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 29(4), 1013-1020.
- Başbakkal, Z. (1999). *Babaların bebek bakımındaki rolü* (Doktora Tezi). [Role of parents in baby care] (Doctoral Thesis). Ege Üniversitesi, Institute of Health Sciences, Izmir.
- Beji, N.K., Coşkun, A., & Yıldırım, G. (2003). Effects of childbirth on the functional ability of women. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1, 22-29.
- Fawcett, J., & Tulman, L. (1990). Building a programme of research from the roy adaptation model of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 15(6), 720-725.
- Fawcett, J., Tulman, L., & Myers, S. (1988). Development of the inventory of functional status after childbirth. *Journal of Nurse-Midwifery*, 33(6), 252-260.
- Fichardt, A.E., Van Wyk, N.C., & Weich, M. (1994). The needs of postpartum women. *Curationis*, 17(1), 15-21.
- Gjerdingen, D.K., & Chaloner, K. (1994). Mothers' experience with household roles and social support during the first postpartum years. *Women Health*, 21(4), 54-74.
- Henderson, A.D., & Brouse, A.J. (1991). The experiences of new fathers during the first 3 weeks of life. *Journal of Advanced Nursing*, 16(3), 293-298.
- Herbert, P. (1994). Support of first-time mothers in three months after birth. *Nursing Times*, 90(24), 36-37.
- Hodnett, E.D. (1996). Nursing support of the laboring woman. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 25(3), 257-264.
- McVeigh, C.A. (1997). Functional status after childbirth: a comparison of Australian women from english and non-english speaking backgrounds. *Australian College of Midwives Incorporated Journal*, 10(2), 15-21.
- McVeigh, C. A. (2000a). Anxiety and functional status after childbirth. *Australian College of Midwives Journal*, 13(1), 14-18.
- McVeigh, C.A. (2000b). Satisfaction with social support and functional status after childbirth. *Maternal Child Nursing Journal*, 25(1), 25-30.
- McVeigh, C.A. (2001). Functional status after fatherhood, an Australian study. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 31, 32-38.
- McVeigh, C.A., Chaboyer, W. (2002). Reability and validity of inventory of functional status after childbirth when used in Australian population. *Nursing & Health Sciences*, 4(3), 107-112.
- Özkan, S., & Sevil, Ü. (2007). The study of validity and reliability of inventory of functional status after childbirth. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6, 199-208.
- Posmontier, B. (2008). Functional status outcomes in mothers with and without postpartum Depression. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 53(4), 310-318.
- Sevil, Ü., & Özkan, S. (2010). Psychometric properties of a Turkish version of the inventory of functional status-fathers (IFS-F). *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Science*, 2, 16-23.
- St John, W., Cameron, C., & McVeigh, C. (2005). Meeting the challenge of new fatherhood during the early weeks. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 34(2), 180-189.
- Şanlı, Y., & Öncel, S. (2014). Kadınların doğum sonrası fonksiyonel durumları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi [Evaluation of the functional status of woman after childbirth and effective factors]. *Journal of Turkish Obstetric and Gynecology Society*, 2, 105-114.
- Tulman, L., & Fawcett, J. (1988). Return of functional ability after childbirth. *Nursing Research*, 37, 70-75.

- Tulman, L., Fawcett, J., Groblewski, L., & Silverman, L. (1990). Changes in functional status after childbirth. *Nursing Research*, 39(2), 70-75.
- Tulman, L.J., Fawcett, J., & Weiss, M. (1993). The inventory of functional status-fathers: development and psychometric testing. *Journal of Nurse-Midwifery*, 38, 276-282.

**Ek-2.** Serçekuş Ak P, Parlak Günüşen N, **Göral Türkcü S**, Özkan S. Sexuality in Muslim women with gynecological cancer. *Cancer Nurs* 2018; Nov 13. [Publish ahead of print]. doi: 10.1097/NCC.0000000000000667.

Copyright © 2018 Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved.



Pinar Serçekuş Ak, PhD, RN  
Neslihan Parlak Günüşen, PhD, RN  
Sinem Göral Türkcü, MSc, RN  
Sevgi Özkan, PhD, RN

## Sexuality in Muslim Women With Gynecological Cancer

### KEY WORDS

Cancer  
Chemotherapy  
Nursing  
Sexuality

**Background:** Sexuality is a multidimensional subject that can be negatively affected after a diagnosis of gynecological cancer. **Objective:** The aim of this study was to reveal what sexuality difficulties Muslim women with gynecological cancers experience and how they overcome them. **Interventions/Methods:** A qualitative approach was used. Data were gathered through semistructured interviews and analyzed by using a content analysis method. Eighteen Muslim women with gynecological cancers participated in the study. **Results:** The study findings were grouped into 3 major categories: situations that make sexual life difficult, impact of cancer on sexual life, and coping. **Conclusions:** Women with gynecological cancers experience sexual reluctance, orgasmic incapacity, lack of enjoyment of sexual intercourse, and decreased frequency of sexual intercourse. In individuals with cancer, social support is important to facilitate coping; however, some women do not receive sufficient support. Women who consider sexuality to be a taboo topic and feel shame about asking sexuality-related questions are not likely to seek or receive relevant information from health professionals. **Implications for Practice:** Health professionals should provide information to women diagnosed with gynecological cancers about changes that they are likely to experience in their bodies and possible difficulties in sexuality. These women should be encouraged to talk about their sexual problems, and religious and cultural differences should be reflected in their cancer care.

Cancer of the cervix uteri is the fourth most lethal gynecological cancer, cancer of the corpus uteri is the sixth, and ovarian cancer is the seventh most lethal. As such, gynecological cancers are important threats to women's

health.<sup>1</sup> Having the diagnosis of gynecological cancers can produce a negative effect on the multidimensional concept of sexuality.<sup>2</sup> Physical changes due to surgical treatments such as a hysterectomy or oophorectomy after the diagnosis can negatively

Author Affiliations: Department of Obstetrics and Gynecology Nursing, Pamukkale University Faculty of Health Sciences, Denizli (Drs Serçekuş Ak and Özkan and Ms Türkcü); and Department of Psychiatric Nursing, Dokuz Eylül University Faculty of Nursing, İzmir (Dr Parlak Günüşen), Turkey. The authors have no funding or conflicts of interest to disclose.

Correspondence: Pinar Serçekuş Ak, PhD, RN, Department of Obstetrics and Gynecology Nursing, Pamukkale University Faculty of Health Sciences, Campus Kınıklı 20070, Denizli, Turkey (pinarserckus@gmail.com).

Accepted for publication September 10, 2018.

DOI: 10.1097/NCC.0000000000000667



influence women's sexuality.<sup>3</sup> Problematic physical changes include dyspareunia,<sup>4,5</sup> scar formation in the vagina, shortened vagina,<sup>4</sup> vaginal atrophy<sup>5</sup> and vaginal dryness.<sup>4,6-8</sup> These changes can lead to sexual dysfunction and sexual inactivity.<sup>6,7,9,10</sup> Causes of sexual inactivity can also include anxiety about a decrease in sexual drive secondary to treatment, fear of cancer recurrence, decreased sexual interest,<sup>6</sup> and fear of harm such as infection.<sup>7</sup>

Treatment for gynecological cancers has physiological, psychological, and social effects. In a qualitative study by McCallum et al,<sup>4</sup> physical, psychosocial, and interpersonal experiences of the women with gynecological cancers were reported to interact with each other, and as a result, their sexual lives were affected. The most frequently experienced difficulties are anxiety (about being rejected or left by their partners), altered sexual self (womanhood and ability to reproduce), and changes in interpersonal relationships.<sup>4</sup> Selse et al<sup>11</sup> reported that women with gynecological cancers were forced to adapt to changes in their bodies and felt incompetent, which had a negative impact on their sexual lives and relationships. Penar-Zadarko et al<sup>12</sup> found that women with ovarian cancer thought they lost their womanhood and sexual desires.

Women with a gynecological cancer need support from health professionals, but studies to date indicate these women perceive being given insufficient information and not being supported.<sup>13-15</sup> Southard and Keller<sup>14</sup> reported that very few patient sexual problems are dealt with by nurses, but that patients want to speak of these problems. One important reason why women with gynecological cancers are not offered sufficient information about sexuality is that the issue is not discussed comfortably in the society.<sup>3,4,7,9</sup> Studies involving Muslim women with gynecological cancers particularly note that sexuality is still considered as a taboo in this group of women and cannot be dealt with easily.<sup>7,9</sup> Culture and society in which individuals grow up, traditions, religious beliefs, and moral values are determinants of sexual attitudes and behavior.<sup>16</sup> Therefore, it is important to be aware of perceived sexuality in patients with different religions and culture and views of the society about sexuality when nursing care involves a patient with sexual problems. Although there have been studies reporting diverse perspectives, few studies have reported the perceived sexuality, difficulties, and coping strategies in Muslim women with gynecological cancers. The results of the present study can provide guidance for nurses about how they can detect sexual problems and support Muslim women with gynecological cancers. The purpose of this study was to reveal difficulties with sexuality that Muslim women with gynecological cancers experience and how they overcome them.

## ■ Methods

### Design

A descriptive qualitative phenomenological approach was adopted based on the work of Edmund Husserl.<sup>17</sup> For Husserl, all knowledge of experience presents in the human consciousness. He argued that an experience can be consciously expressed and understood by people who live it.<sup>17</sup> Phenomenological research

aims to explore an experience as it is lived by the study participants and thus to discover the meaning of a complex experience as it is lived by a person, such as the lived experience of chronic illness.<sup>18</sup> The rationale for using Husserlian phenomenology was to better understand each Muslim woman's experience in her particular situation, in terms of the meaning of experience and the essence of the experience.<sup>19</sup> This approach was adopted because it allows studying and understanding the meanings of perceptions and experiences of individuals about an event or a concept.<sup>20,21</sup> Central to the phenomenological approach is the ability to enter into the investigation of the study with an a priori knowledge of the phenomenon.<sup>19</sup> Phenomenological research is frequently used in the field of health. Appropriate areas for this type of research include topics that are important to life experience such as fear and anxiety or the experience of having an acute illness or chronic pain.<sup>22</sup>

### Settings and Participants

The study was carried out in an oncology center of a university hospital in the Western part of Turkey from June to November 2016. Purposive sampling was utilized to select women for the study. In purposive sampling, qualitative researchers select cases that can teach them a great deal about the purpose of the study.<sup>18</sup> The sample included 18 Muslim women older than 18 years, diagnosed with gynecological cancers, who volunteered to participate in the study and who had no barriers to verbal communication. Before the interviews, the women were asked whether they had experienced sexual problems. The women who stated they had experienced sexual problems and agreed to participate in the study constituted the study sample. Five women did not agree to participate in the study. The first researcher, a female, interviewed the women about their sexuality experiences. The researcher had education in qualitative research, previously conducted qualitative research on cancer patients, and is a faculty member in obstetrics and gynecology nursing, although not a member of the hospital staff. We used a sampling approach that requires researchers to continue collecting data until reaching a saturation point, that is, the point at which no new information is obtained. When the same concepts repeatedly appear, a sufficient amount of data has been obtained.<sup>20,21</sup> The study was completed with 18 women as no new information was obtained from the last 2 interviews.<sup>23</sup>

### Data Collection

Data were collected through semistructured interviews.<sup>22</sup> Two forms created by the researchers in light of relevant literature were used for data collection. One is a participant information form composed of questions about sociodemographic characteristics such as age, income, and work experience. The other is a semistructured interview form including the questions, "How was your sexual life affected after being diagnosed as with cancer?" and "What were you doing to cope with it?" The researcher also asked additional clarifying open-ended questions based on the participants' responses when necessary. Turkish language was used for the interviews; interviews were subsequently translated into English by a linguist, and the translation

text was checked by study team members. The interviews were conducted in a private room in the oncology center. Each woman was interviewed individually, and each interview took 26 to 42 minutes and was recorded with a voice recorder.

## Data Analysis

Content analysis was used for data analysis as described by Graneheim and Lundman.<sup>24</sup> First, 2 researchers read the transcribed interviews several times individually to understand them in general. Next, they separated the text into condensed meaningful units. (A meaning unit was words, sentences, or paragraphs containing aspects related to each other through their content and context.) Then, they abstracted, and every meaning unit received a code of meaning. After that, they compared the codes in terms of their similarities and differences and arranged them into categories to represent the content. The initial categories were discussed by 2 researchers and revised as needed. The researchers differed in their judgment about what comprised familiar and unfamiliar sensations and actions. The researchers were careful not to allow their own professional experience and assumptions about Muslim women with gynecological cancers. They reflected on, discussed, and reached an agreement about how to sort the codes. Finally, they formulated the underlying meaning, that is, the latent content, of the categories, into a theme.<sup>24</sup> An example of this analytic process was given in the Table.

## Ethical Considerations

Written approval was obtained from the administration and ethical committee of the hospital where the study was performed. The women included in the study were informed about the study flow and their rights as research participants. All of this information was also available in the written informed consent form, and participants gave both oral and written informed consent.

## Results

### Participants' Demographic and Medical Characteristics

In this study, women ranged in age from 21 to 71 years (mean age, 52.17 years). Of 18 women, 15 were primary school graduates, 2 were high school graduates, and 1 woman was illiterate. According

to their own perception, 10 women had a moderate income, and 8 had a low income. Seventeen women were unemployed, and 12 of them were housewives. Sixteen women were married, and 2 were single. Nine women had ovarian cancer, 5 had endometrial cancer, 3 had cervical cancer, and 1 woman had vulvar cancer. Nine women had stage II cancer, 4 had stage III cancer, 4 had stage IV cancer, and 1 woman had stage I cancer. Thirteen women were receiving chemotherapy only, 4 had combined therapy, and 1 woman had surgical intervention only.

As a result of data analysis, 3 major themes emerged regarding situations that made sexual life difficult, the impact of cancer on sexual life, and coping.

### Situations That Made Sexual Life Difficult

Situations that make sexual life difficult were grouped into 2 categories: physical symptoms and fear of sexual intercourse and of illness.

#### PHYSICAL SYMPTOMS

Most of the women reported experiencing pain after sexual intercourse and decreased vaginal lubrication, which had a negative impact on their sexuality. These women added that their priorities changed after chemotherapy because of their tiredness, lack of appetite, and weakness and that sexuality became less important. Some women noted that they experienced menopausal symptoms after surgery such as hot flashes and weight gain, which affected them negatively and reduced their sexual desire. One woman said she had a colostomy bag and did not want to have sexual intercourse.

You can't have sexual intercourse for 5 to 6 months due to pain... You feel such severe pain as if your vagina was cut with a knife. (55 years old, endometrial cancer)

I want to avoid sexual intercourse for a while since I have pain. I won't have it for at least 1 year since there are sutures inside my womb. I have had a very important operation. (47 years old, ovarian cancer)

I don't want to have sexual intercourse. My womb is like this (pointing to her colostomy bag); I can't have it when I have this bag. How can I get into sexual contact if the waste material is flowing into the bag? My sutures can be separated. They have already been separated in the same place 7 times, and then they have been closed. Therefore, we haven't had sexual intercourse for 3 years. (64 years old, endometrial cancer)

#### FEAR OF SEXUAL INTERCOURSE AND OF ILLNESS

The participants expressed their fear of sexual intercourse and said they avoided having sexual intercourse because of this fear. The women feared that the disease could get worse, recur, and spread and that they could be hurt, could catch infections, and could transmit the disease to their spouses because of sexual intercourse.

There are sutures in the vagina. I do not want to harm my vagina. (64 years old, ovarian cancer)

I can't have sexual intercourse. I fear that I will have infection. (33 years old, ovarian cancer)

Table \* Examples of Codes, Categories, and a Theme From Content Analysis

Theme	Situations That Make Sexual Life Difficult	
Category	Physical symptoms	Fear of sexual intercourse and of illness
Codes	Decreased vaginal lubrication	Fear of infection
	Dyspareunia	Fear of harm
	Lack of appetite	Fear of metastasis
	Tiredness	Fear of sexual intercourse



I don't want to have sexual intercourse. I'm scared. The disease spread to my liver after 3 years. I fear that the disease can spread to other parts of my body. (56 years old, vulvar cancer)

### The Impact of Cancer on Sexual Life

Sexuality was affected by having the diagnosis of cancer and receiving treatment for it in almost all the women. The women stated that they had experienced orgasmic incapacity, sexual reluctance, lack of enjoyment of sexual intercourse, and decreased frequency of sexual intercourse. Some women did not want to have sexual intercourse; however, they had sexual intercourse only to make their spouses happy or not to make them sad. Some women said that having sexual intercourse was their duty from a religious point of view and that avoidance of intercourse was a sin. These women continued to have sexual intercourse because they considered making their spouses happy as a religious duty, although they did not want to have it.

I can't have pleasure. I can say I'm experiencing unwillingness. I'm having sexual intercourse just to make my husband happy without being willing to do it. (33 years old, ovarian cancer)

I don't want to have sexual intercourse, actually. I have difficulty in it. I tell myself I should satisfy his wish. It is also a sin not to fulfill it. (71 years old, ovarian cancer)

### Coping

The theme coping was categorized into facilitators of coping and barriers to coping.

#### FACILITATORS OF COPING

Most of the women commented that social support from their spouses, families, and friends plays a very important role in their coping. They added that they got sufficient support from their spouses.

Naturally, my sexual desire decreased after my womb was taken out. However, when you love somebody, you endure everything. My husband is very considerate. When we didn't have sexual intercourse, he did not consider it as a problem. (55 years old, endometrial cancer)

I have a couple of friends with whom I share these troubles. I feel comfortable talking to them. (21 years old, ovarian cancer)

The women reported that religious rituals such as praying made them relaxed, and they believed that God would give a remedy. They also expected to get rid of their sexual problems when they overcome cancer. Some women thought that their fate decided the difficulties they experienced and that they had a test given by God.

I prayed to God a lot. (50 years old, endometrial cancer)

So, God considers I deserve it. I have to experience it... This disease is a test I have to take. (21 years old, ovarian cancer)

Some women commented that their belief in their recovery, positive thinking, and noticing positive sides of their status made them relaxed.

I thought I was lucky because I experienced the disease when I was single. If I was married, the disease could cause difficulties in sexuality. I've always had to see its positive aspects. This is very important. (21 years old, ovarian cancer)

Some middle-aged and older women did not consider lack of sexual intercourse as a problem because of their ages, and some said that their sexual life ended before they were diagnosed as having cancer.

My husband and I don't have any problems with sexuality. We are old. (59 years old, endometrial cancer)

The women used medications/cream to cope with physical symptoms affecting their sexual life such as vaginal dryness.

I felt I had dryness. I had never experienced it. I told about it to my doctor. The doctor prescribed medications. After I got them, I felt comfortable. (64 years old, ovarian cancer)

#### BARRIERS TO COPING

Some women did not receive adequate support from their spouses, families, and friends. Insufficient social support causes difficulty in coping in women with gynecological cancer.

I don't have any friends. We have moved here recently. I can't talk to anyone. My husband is already very inconsiderate. He says to me, "you cannot overcome this disease. You cannot get well." I say I will not die (crying). I need psychological support. (47 years old, ovarian cancer)

Most of the women commented that they were not given information about effects of cancer on sexuality and whether they could have sexual intercourse. They added that they expected to be given information about them by health professionals. Some said they could not ask about the issues above because they felt ashamed of it. One woman said she felt embarrassed because her doctor was male.

I am having sexual reluctance. I do not know if this is normal because I do not get any information from the health staff. (21 years old, ovarian cancer)

I'm not having sexual intercourse. I don't know if I can have it. Nobody told me anything about it. I didn't ask anyone about it. I felt embarrassed because the doctor was male. They could have thought I wanted to have sexual intercourse, although I was receiving radiotherapy. (64 years old, ovarian cancer)

I wish the doctor, or the nurse had informed me. The questions in my mind could have disappeared. I couldn't ask any questions so that they shouldn't think I was planning to have sexual intercourse. (50 years old, cervical cancer)

A single woman commented that she could not talk to health professionals about sexuality because she was not married.

Since I was not married, I couldn't talk to my doctor about sexuality. The other health staff didn't give any information to me... No one in the society is talking about sexuality. (21 years old, ovarian cancer)

---

## Discussion

The aim of the present study was to elucidate the difficulties Muslim women with gynecological cancers experience and how they cope with them.

### Situations That Make Sexual Life Difficult

Physical symptoms such as decreased vaginal lubrication and pain in sexual intercourse, menopausal symptoms, and fear of



sexual intercourse were found to have a negative impact on sexual activities of these women. The reasons why the women experienced fear of sexual intercourse were that they thought their disease would get worse, recur, or spread to other parts of the body and could be transmitted to their spouses and that they could be hurt. Previously, reports about women with gynecological cancers include their experiences with vaginal dryness<sup>4,6-8,25</sup> and dyspareunia<sup>4,5,26</sup> and that their sexuality is affected. Howell et al,<sup>27</sup> in their qualitative study on women with ovarian cancer, reported that physical changes caused by cancer treatment were found to have a negative influence on sexual activities of the women. Reis et al<sup>9</sup> stated that women with gynecological cancers had a fear of sexual intercourse and avoided it because they believed it could cause damage and transmission of the disease to their spouses. These results suggest that insufficient information about cancer leads to fear about sexuality. If health professionals provide patients and their partners with information, they can prevent misunderstandings related to insufficient information and contribute to reduction of worries about sexuality. Timely offered appropriate information can contribute to sexual health and increase patient satisfaction.<sup>2</sup>

## The Impact of Cancer on Sexual Life

In the current study, cancer diagnosis and treatment were found to create orgasmic incapacity, sexual reluctance, and lack of enjoyment of sexual intercourse, which resulted in a decreased frequency of sexual intercourse. Prior studies showed that diagnosis and treatments of gynecological cancers caused sexual dysfunction and sexual inactivity.<sup>6,7</sup> Reis et al<sup>9</sup> noted that cancer and its treatments led to loss of sexual desire and problems with orgasm. Studies by Sekse et al<sup>11</sup> and Cleary et al<sup>26</sup> revealed that diagnosis and treatments of cancer caused loss of sexual desire. In the present study, some Muslim women had sexual intercourse, even though they were not willing, because they thought satisfying their spouses' sexual needs was their duty from the Islamic point of view, and failure to satisfy these needs was a sin. In another qualitative study on the meaning of sexuality in Muslim women by Merghati Khoei et al,<sup>28</sup> the women were also reported to consider satisfaction of their spouses' sexual needs as their duty. They were also shown to think that sexual obedience is indicative of their higher religious commitment. These findings indicate that Muslim principles affect sexual behavior of Muslim women. Awareness of health professionals about effects of religions on sexuality can provide guidance in creation of interventions directed to improve sexual health.

## Coping

Social support has also been shown to be an important factor in coping with cancer.<sup>29-32</sup> Carpenter et al<sup>32</sup> in their study on patients with gynecological cancers found that social support played an important role in reduction of depression symptoms, loneliness, social isolation, and feeling worthless. Yılmaz et al<sup>31</sup> showed that social support especially from family members played an important role in coping strategies

of women with gynecological cancers. Sources of social support for patients with gynecological cancers other than family members are doctors, nurses, relatives, and other patients.<sup>33</sup> In the present study, some women were found to receive sufficient support from their families, friends, and health professionals, whereas others were found not to receive adequate support. However, health professionals should have important roles in not only evaluating and strengthening social support networks of cancer patients but also providing support for the patients.

In the current study, most of the women expected health professionals to offer them information about effects of cancer on sexuality, but they were not given this information. Some women said they did not ask health professionals about the impact of cancer on sexual life because they were ashamed of it. Consistent with this finding, Southard and Keller<sup>14</sup> noted that nurses dealt with sexual problems of few patients and that patients wanted health professionals to ask them questions about sexuality. One of the reasons why patients are not given sufficient information about sexuality is that people consider sexuality-related subjects as a taboo and do not talk about them comfortably in the society.<sup>3,4,7,9</sup> Reis et al<sup>9</sup> pointed out that sexuality is considered a taboo in Muslim societies and that sexuality in cancer patients cannot be dealt with easily. Akkuzu and Ayhan<sup>7</sup> determined that Muslim women with gynecological cancers did not ask health professionals for help to solve their sexual problems and that health professionals did not talk to the patients about sexual issues. In the present study, 1 woman avoided asking questions because the doctor was male, and another woman did not ask questions about sexual life because she was single. In Muslim societies, sexual relationships before marriage are not acceptable, and virginity is of importance. Muslim males tend to consider these religious principles as true for women only.<sup>34</sup> Therefore, the male gender of the doctor and being single might have prevented the women from asking questions about sexuality. Women need information about changes likely to appear in their bodies and about the difficulties that may be experienced in their sexuality. They need to have more frequent one-to-one communication with health professionals.<sup>4,11</sup> Being aware of these needs, nurses should adopt the holistic approach while offering care to patients with gynecological cancers. Providing patients with information is an important part of healthcare. It is crucial that health professionals should inform women with gynecological cancers about their disease and its treatment by taking account of effects of the disease on their sexual life. These women should be encouraged to talk about their sexual problems. Using written material to inform them could be helpful for patients not wanting to talk about sexuality.

The factors facilitating coping were found to be cream/medications to reduce physical symptoms such as vaginal dryness, beliefs that they would get better, positive thinking, recognition of positive sides of situations, and religious practices such as praying. In addition, some women thought that their disease and accompanying problems were their fate and that what they experienced was a test given by God. In other studies on patients with cancer in Muslim societies, the patients were found to think that their disease was a test given by God.<sup>27,33</sup> In studies performed in cultures other than Turkish culture, using religious/spiritual

resources was found to be important for coping.<sup>35–37</sup> Positive thinking was also shown to have a favorable effect on coping.<sup>38,39</sup> It is essential that health professionals should be aware of coping strategies of patients and should support positive coping strategies.

In the present study, some middle-aged/old patients did not consider not having sexual activity as a problem because of their disease, and others reported that their sexual activity ended because of their age before their disease appeared. There is a widespread belief that older people do not have sexual life. In Turkey, because female sexuality refers to reproduction and having a family, it is believed to end after menopause.<sup>40</sup> This view point can cause difficulty in seeking help for sexual problems in menopausal women and older women.

## ■ Limitations

Sexuality is a multidimensional phenomenon that comprised biological, socioeconomic, psychological, and spiritual components.<sup>2</sup> Despite this, this research focused predominantly on aspects of sexual functioning and dysfunction. The reason is that sexuality is perceived as sexual intercourse in society. When asked about sexuality problems, participants tended to perceive this as a sexual function/dysfunction, and their answers were also in this direction.

Although data obtained provided a large perspective about what women with gynecological cancers experienced, they might not have expressed their thoughts completely at a single interview because sexuality is still a taboo topic in the society in which they lived. This was demonstrated by the women's sharing information about sexuality after the recordings finished.

## ■ Implication for Practice

Health professionals should embrace the holistic approach and provide patients with information about possible changes in their bodies and difficulties in sexuality. It is important to create an appropriate environment for offering information orally, to encourage patients to talk about their sexual problems, and take account of religious and cultural differences. This study found that being single and health staff being male combined prevent women from asking questions about sexuality. This finding implies that discussing sexuality between persons of different genders is a challenge for both male and female patients. Therefore, it may be useful to consult female nurse consultants about conversations to have with female patients about their sexuality problems. At the same time, nurses should initiate discussions on this topic by creating a suitable environment, rather than waiting for the patient to ask women's questions. In many societies, sexuality is considered taboo, although it is more in Muslim societies. Use of written material to offer information could be helpful to access patients unable to ask questions because of feeling of being ashamed.

Nurses should have sufficient knowledge about the effects of gynecologic cancer on sexuality to help patients. It is important

for nurses to educate gynecologic cancer patients about the problems they may experience with sexuality and how to deal with them. In addition, nurses should develop skill in discussing sexuality with patients. Several communication models exist (such as PLISSIT and BETTER) to assist nurses to broach the topic of sexuality with patients.

## ■ Conclusions

Physical problems such as dyspareunia and fear of sexual intercourse due to gynecological cancers and their treatment have a negative impact on sexual life of women. These cancers and their treatments can lead to orgasmic incapacity, sexual reluctance, lack of enjoyment of sexual intercourse, and decreased frequency of sexual intercourse. Some women can continue to have sexual intercourse because they think satisfaction of sexual needs of spouses is required by religious rules. While social support is important in terms of coping, some women may not get enough support from health professionals and other people around them. They are not offered sufficient information about the effects of cancer on sexuality, and they have knowledge needs. Sexuality seems to be a taboo, and women may avoid asking questions of health professionals about it, which can constitute important barriers to receiving information. While inability to get adequate information and social support about the issue from health professionals has negative effect on coping, religious practices, fatalism, and positive thinking can have a positive influence on it.

## References

1. Globocan. 2012: Estimated Cancer Incidence Mortality and Prevalence Worldwide. 2012. [http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_population.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx). Accessed January 31, 2018.
2. Cleary V, Hegarty J. Understanding sexuality in women with gynaecological cancer. *Eur J Oncol Nurs*. 2011;15(1):38–45.
3. Stead ML, Fallowfield L, Selby P, Brown JM. Psychosexual function and impact of gynaecological cancer. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2007; 21(2):309–320.
4. McCallum M, Lefebvre M, Jolicœur L, Maheu C, Lebel S. Sexual health and gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2012; 33(3):135–142.
5. Amstendam A, Krychman ML. Sexual dysfunction in patients with gynecologic neoplasms: a retrospective pilot study. *J Sex Med*. 2006;3(4): 646–649.
6. Zeng YC, Li Q, Li X, Loke AY. Chinese women's sexuality concerns after gynecologic cancer. *Cancer Nurs*. 2012;35(4):257–264.
7. Aldkuzi G, Ayhan A. Sexual functions of Turkish women with gynecologic cancer during the chemotherapy process. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2013; 14(6):3561–3564.
8. Lee JT, Lin HH, Tsai JL, Chen CP, Huang KG, Lien AS. Transformation of sexual expression in Taiwanese women after treatment for gynecological cancer. *Cancer Nurs*. 2015;38(6):475–483.
9. Reis N, Beji NK, Coskun A. Quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients: results from quantitative and qualitative data. *Eur J Oncol Nurs*. 2010;14(2):137–146.
10. Jeppesen MM, Mogensen O, Dehn P, Jensen PT. Needs and priorities of women with endometrial and cervical cancer. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2015;36(3):122–132.
11. Selkse RJ, Gjengedal E, Raheim M. Living in a changed female body after gynecological cancer. *Health Care Women Int*. 2013;34(1):14–33.



12. Penar-Zadarko B, Binkowska-Bury M, Wolan M, Gawello J, Urbanski K. Longitudinal assessment of quality of life in ovarian cancer patients. *Eur J Oncol Nurs*. 2013;17(3):381–385.
13. Abbott-Anderson K, Kwelkeboom KL. A systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors. *Gynecol Oncol*. 2012;124(3):477–489.
14. Southard NZ, Keller J. The importance of assessing sexuality: a patient perspective. *Clin J Oncol Nurs*. 2009;13(2):213–217.
15. Akkuzu G, Talas MS, Ortac F. Functional status in Turkish women with gynecological cancer. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15(5):2045–2049.
16. Bondemir N, Özcan S. Cinsellik ve cinsel sağlığa genel bakış (An overview of sexuality and sexual health). *Türk J Fam Med Prim Care*. 2011;5(4):37–46.
17. Husserl E. *Phenomenology and the Crisis of Philosophy: Philosophy as Rigorous Science and Philosophy and the Crisis of European Man (Q. Lauer, trans.)*. New York, NY: Harper & Row Publisher; 1965.
18. Grove SK, Burns N, Gray JR. *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*. 7th ed. China: Elsevier Inc.; 2013.
19. Lopez KA, Willis DG. Descriptive versus interpretive phenomenology: their contributions to nursing knowledge. *Qual Health Res*. 2004;14(5):726–735.
20. Houser J. *Nursing Research: Reading, Using and Creating Evidence*. 3rd ed. Jones Bartlett Learning; Burlington; 2014.
21. Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative Research in Nursing*. 5th ed. China: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
22. Holloway I, Wheeler S. *Qualitative Research in Nursing and Healthcare*. 3rd ed. Malaysia: Blackwell Publishing; 2010.
23. Yıldırım A, Şimşek H. *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri (Qualitative Research Methods in the Social Sciences)*. 9th ed. Seçkin Yayıncılık; Ankara, Turkey; 2013.
24. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24(2):105–112.
25. Demirtas B, Pinar G. Determination of sexual problems of Turkish patients receiving gynecologic cancer treatment: a cross-sectional study. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15(16):6657–6663.
26. Cleary V, Hegarty J, McCarthy G. How a diagnosis of gynaecological cancer affects women's sexuality. *Cancer Nurs Pract*. 2013;12(1):32–37.
27. Howell D, Fitch MI, Deane KA. Impact of ovarian cancer perceived by women. *Cancer Nurs*. 2003;26(1):1–9.
28. Merghati Khoi E, Whelan A, Cohen J. Sharing beliefs: what sexuality means to Muslim Iranian women living in Australia. *Cult Health Sex*. 2008;10(3):237–248.
29. Güntgen NP, Inan FŞ, Üstün B. Experiences of Turkish women with breast cancer during the treatment process and facilitating coping factors. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2013;14(5):3143–3149.
30. Serçekuş P, Başkale H. Living and coping with cancer: experiences of cancer blog users in Turkey. *Holist Nurs Pract*. 2015;29(3):144–150.
31. Yılmaz SD, Bal MD, Beji NK, Arvas M. Ways of coping with stress and perceived social support in gynecologic cancer patients. *Cancer Nurs*. 2015;38(2):e57–e62.
32. Carpenter KM, Fowler JM, Maxwell GL, Andersen BL. Direct and buffering effects of social support among gynecologic cancer survivors. *Ann Behav Med*. 2010;39(1):79–90.
33. Liu JE, Mok E, Wong T. Perceptions of supportive communication in Chinese patients with cancer: experiences and expectations. *J Adv Nurs*. 2005;52(3):262–270.
34. Smereciuk C, Schaalma H, Gerjo K, Meijer S, Poelman J. An exploratory study of Muslim adolescents' views on sexuality: implications for sex education and prevention. *BMC Public Health*. 2010;10:533.
35. Nasrabadi AN, Bahabadi AH, Hashemi F, Valiee S, Seif H. Views of Iranian patients on life with cancer: a phenomenological study. *Nurs Health Sci*. 2011;13(2):216–220.
36. Thune-Boyle IC, Syggall J, Keshrgar MR, Davidson TI, Newman SP. Religious/spiritual coping resources and their relationship with adjustment in patients newly diagnosed with breast cancer in the UK. *Psychooncology*. 2013;22(3):646–658.
37. Holt CL, Caplan L, Schulz E, et al. Role of religion in cancer coping among African Americans: a qualitative examination. *J Psychosoc Oncol*. 2009;27(2):248–273.
38. O'Baugh J, Wilkes LM, Luke S, George A. 'Being positive': perceptions of patients with cancer and their nurses. *J Adv Nurs*. 2003;44(3):262–270.
39. Taleghani F, Yekta ZP, Nasrabadi AN. Coping with breast cancer in newly diagnosed Iranian women. *J Adv Nurs*. 2006;54(3):265–272.
40. Ören M, Kızıltepe R, Çengelci Özkes B. Sexuality in elderly. *Ege J Med*. 2016;55:38–44.

### Ek-3. Gönüllü Olur Formu (Girişim ve kontrol grubu için)

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU  
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR BELGESİ  
(Kontrol grubu için)

‘Watson İnsan Bakım Modeline Temellendirilmiş Refleksoloji Uygulamasının Jinekolojik Kansere Hastalarında Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi’ isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini ve nasıl yapıldığını, sizinle ilgili bilgilerin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neler içerdiğini bilmeniz önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun ve sorularınıza açık yanıtlar isteyin. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

- Çalışmanın amaçları ve dayanağı nelerdir, benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

Bu çalışmada, Watson İnsan Bakım Modelinin kullanılmasıyla, jinekolojik kanseri olan hastalara kanıta dayalı bir hemşirelik bakımının verilmesi amaçlanmaktadır. “anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi” üzerine uygulanan hemşirelik bakımın, hastalardaki etkilerinin bilinmesiyle, araştırma sonuçlarının bu alanda çalışan hemşirelere ve diğer sağlık personeline rehber olacağı düşünülmektedir. Yapılan literatür taraması sonucunda ülkemizde jinekolojik kanseri olan hastalara yönelik bu alanda ilgili çalışmalar yok denecek kadar azdır. Çalışmanın bu açıdan hastalara ve bakım vericilere olumlu yönde katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu çalışmaya 52 hasta katılması beklenmektedir.

- Bu çalışmaya katılmamalı mıyım?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Eğer katılmaya karar verirseniz bu yazılı bilgilendirilmiş olur formu imzalamanız için size verilecektir. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemezseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

- Bu çalışmaya katılırsam beni neler bekliyor?

Bu çalışmada sadece size verilen anketleri doldurmanız beklenmektedir. Bunun dışında herhangi bir işlem yapılmayacaktır.

- Çalışmada yer almamanın yararları nelerdir?

Araştırmadan tıbbi olarak bir yarar sağlamanız söz konusu değildir. Ancak bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar başka insanların yararına kullanılabilir. Çalışma yalnızca araştırma amaçlıdır.

- Bu çalışmaya katılmamanın maliyeti nedir?

Çalışmaya katılmakla herhangi bir parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

- Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?

Araştırmacılar kişisel bilgilerinizi; araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ve kimlik bilgileriniz çalışma boyunca araştırmacı tarafından gizli tutulacaktır. Çalışmanın sonunda, araştırma sonucu ile ilgili olarak bilgi istemeye hakkınız vardır. Yazılı izniniz olmadan, sizinle ilgili bilgiler başka kimse tarafından görülemez ve açıklanamaz. Çalışma sonuçları çalışma tamamlandığında bilimsel yayınlarda kullanılabilir, ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

- Daha fazla bilgi, yardım ve iletişim için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili bir sorunuz ya da çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI :

GÖREVİ :

TELEFON :

*(Gönüllünün/Hastanın Beyanı)*

Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında, Araştırma Görevlisi Sinem GÖRAL TÜRKÇÜ tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

- Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi. Bu durumun tıbbi bakıma ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.
- Sorumlu araştırmacı/hekime haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmeyeceğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim).*
- Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı/hekim, çalışma programının gereklerini yerine getirme konusundaki ihmali nedeniyle tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.
- Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.
- Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili olarak herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.
- Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

**Bilgilendiren Araştırmacı**

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU  
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR BELGESİ  
(Girişim grubu için)

‘Watson İnsan Bakım Modeline Temellendirilmiş Refleksoloji Uygulamasının Jinekolojik Kansere Hastalarında Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi’ isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini ve nasıl yapıldığını, sizinle ilgili bilgilerin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neler içerdiğini bilmeniz önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun ve sorularınıza açık yanıtlar isteyin. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

- Çalışmanın amaçları ve dayanağı nelerdir, benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

Bu çalışmada, Watson İnsan Bakım Modelinin kullanılmasıyla, jinekolojik kanseri olan hastalara kanıta dayalı bir hemşirelik bakımının verilmesi amaçlanmaktadır. “anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi” üzerine uygulanan hemşirelik bakımın, hastalardaki etkilerinin bilinmesiyle, araştırma sonuçlarının bu alanda çalışan hemşirelere ve diğer sağlık personeline rehber olacağı düşünülmektedir. Yapılan literatür taraması sonucunda ülkemizde jinekolojik kanseri olan hastalara yönelik bu alanda ilgili çalışmalar yok denecek kadar azdır. Çalışmanın bu açıdan hastalara ve bakım vericilere olumlu yönde katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu çalışmaya 52 hasta katılması beklenmektedir.

- Bu çalışmaya katılmamalı mıyım?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Eğer katılmaya karar verirseniz bu yazılı bilgilendirilmiş olur formu imzalamanız için size verilecektir. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemezseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

- Bu çalışmaya katılırsam beni neler bekliyor?

Bu çalışmada sadece size verilen anketleri doldurmanız ve sadece yapılacak refleksoloji girişimlerine uymanız beklenmektedir. Kemoterapi aldıktan sonra 2. günlerinden itibaren refleksoloji uygulanmaya başlayacaktır. Her seans 30-45 dakika sürmektedir. Uygulamalar birer gün arayla haftada 3 kez yapılacaktır. Ölçüm araçları uygulamanın etkinliğinin değerlendirilmesi açısından 2. hafta, 3. ve 4. hafta tekrarlanacaktır. Bunun dışında herhangi bir işlem yapılmayacaktır.

- Çalışmada yer almamın yararları nelerdir?

Araştırmadan tıbbi olarak bir yarar sağlamanız söz konusu değildir. Ancak bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar başka insanların yararına kullanılabilir. Çalışma yalnızca araştırma amaçlıdır.

- Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir?

Çalışmaya katılmakla herhangi bir parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

- Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?

Araştırmacı kişisel bilgilerinizi; araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ve kimlik bilgileriniz çalışma boyunca araştırmacı tarafından gizli tutulacaktır. Çalışmanın sonunda, araştırma sonucu ile ilgili olarak bilgi istemeye hakkınız vardır. Yazılı izniniz olmadan, sizinle ilgili bilgiler başka kimse tarafından görülemez ve açıklanamaz. Çalışma sonuçları çalışma tamamlandığında bilimsel yayınlarda kullanılabilir, ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

- Daha fazla bilgi, yardım ve iletişim için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili bir sorunuz ya da çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI :

GÖREVİ :

TELEFON :

*(Gönüllünün/Hastanın Beyanı)*

Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında, Araştırma Görevlisi Sinem GÖRAL TÜRKÇÜ tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

- g. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi. Bu durumun tıbbi bakıma ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.
- h. Sorumlu araştırmacı/hekime haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmeyeceğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim).*
- i. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı/hekim, çalışma programının gereklerini yerine getirme konusundaki ihmali nedeniyle tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.
- j. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.
- k. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili olarak herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.
- l. Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

**Bilgilendiren Araştırmacı**

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

#### Ek-4. Kişisel Bilgi Formu

Primer tanı: \_\_\_\_\_ (Dosyadan yazılacak) Tarih: \_\_\_\_\_  
Hastalığın evresi: \_\_\_\_\_ (Dosyadan - Patoloji raporundan yazılacak)

**1. Yaşınız**.....

**2. Doğduğunuz coğrafi bölge**

- a. İç Anadolu
- b. Marmara
- c. Doğu Anadolu
- d. Ege
- e. Güneydoğu Anadolu
- f. Akdeniz
- g. Karadeniz

**3. Eğitim Durumunuz**

- a. Okur Yazar Değil
- b. Okur Yazar
- c. İlköğretim
- d. Lise
- e. Yüksekokul

**4. Çalışma Durumunuz**

- a. Çalışan
- b. Çalışmayan

**5. Mesleğiniz**.....

**6. Sosyal Güvenceniz**

- a. Var (Açıklayınız).....
- b. Yok

**7. Gelir Durumunuz (Kendi Algıladığı)**

- a. Giderlerime Göre Düşük
- b. Giderlerimi Karşılatabilecek Kadar
- c. Giderlerime Göre yüksek
- d. Oldukça Kötü

**8. Medeni Durumunuz**

- a. Evli
- b. Bekar
- c. Ayrılmış /Dul

**9. İlk adetinizi kaç yaşında gördünüz**.....

**10. Menopoza kaç yaşında girdiniz**.....

**11. Çocuğunuz var mı? Belirtiniz.**

- a. Evet ( kaç tane .....)
- b. Hayır

**12. İlk Doğumunuzu kaç yaşında yaptınız?**.....

**13. Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?**.....

- a) çekirdek aile(eş ve çocuklar)
- b) geleneksel aile( eş ve çocuklarla birlikte bir yakın)

**14. Tanı Konulma Süreniz**.....

**15. Aldığınız Tedavi Türü**

- a. Kemoterapi, Uygulanan Kemoterapi İlaçları ve Dozu.....
- b. Radyoterapi
- c. Cerrahi
- d. Hormon tedavisi
- e. Kombine tedavi

**16. Başka Bir Kronik Hastalığınız Var mı?**

- a. Evet (Açıklayınız).....
- b. Hayır



**17.Hormon replasman tedavisi aldınız mı?**

- a.Evet  
b.Hayır

**18.Ailenizde kanser tanısı alan biri var mı?**

- a.Evet(Ne kanseri.....)  
b.Hayır

**19. Bakımınıza Kim(ler) Yardımcı Oluyor?.....**

**20. Hastalığınızla ilgili bilgileri kimden aldınız?**

- a. Hemşire  
b. Doktor  
c. İnternet, kitap, dergi, broşür vb.  
d. Herhangi bir bilgi almadım.

**21.Tedavi sürecinizle ilgili bilgi aldınız mı?**

- a. Evet ( yanıtınız evet ise kimden aldınız.....)  
b. Hayır

**22. Tedavi süresince hangi konularda bilgi ve bakım almak istersiniz?.....**

**23. Aldığınız kemoterapi ilaçları sizde herhangi bir yan etki yapıyor mu?**

- a.Evet  
b. Hayır

**24- Cevabınız EVET ise; bu yan etkilerden hangisi sizi en çok etkiliyor?**

- a. Yorgunluk  
b. İstahsızlık  
c. Bulantı-kusma  
d. İshal  
e. Kabızlık  
f. Saç dökülmesi  
g. Ağız yaraları  
h. Kaşıntı  
i. Diğer:.....

**25- Yaşam Bulguları**

	<u>İşlem Öncesi</u>	<u>İşlem Sonrası</u>
Kan Basıncı	.....	.....
Nabız	.....	.....
Solunum	.....	.....
Isı	.....	.....

## EK-5. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin bugün dahil son bir (1) haftadır sizi ne kadar rahatsız ettiğini uygun seçeneğe işareti koyarak belirleyiniz.

Beck Anksiyete Ölçeği		Hiç	Hafif düzeyde	Orta düzeyde	Ciddi düzeyde
1	Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2	Sıcak / ateş basmaları				
3	Bacaklarda halsizlik, titreme				
4	Gevşeyememe				
5	Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6	Baş dönmesi veya sersemlik				
7	Kalp çarpıntısı				
8	Dengeyi kaybetme duygusu				
9	Dehşete kapılma				
10	Sinirlilik				
11	Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12	Ellerde titreme				
13	Titreklilik				
14	Kontrolü kaybetme korkusu				
15	Nefes almada güçlük				
16	Ölüm korkusu				
17	Korkuya kapılma				
18	Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19	Baygınlık				
20	Yüzün kızarması				
21	Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

## EK- 6. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o durumun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Son bir hafta " içindeki (şu an dâhil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

1. (a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.  
(b) Kendimi üzgün hissediyorum.  
(c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan katlanamıyorum.  
(d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. (a) Gelecekte umutsuz değilim.  
(b) Gelecek konusunda umutsuzum.  
(c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.  
(d) Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek.
3. (a) Kendimi başarısız görmüyorum.  
(b) Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.  
(c) Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum.  
(d) Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum.
4. (a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.  
(b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.  
(c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.  
(d) Beni doyuran hiçbir şey yok. Herşey çok can sıkıcı.
5. (a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.  
(b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.  
(c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.  
(d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6. (a) Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim.  
(b) Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilirmişim gibi duygular içindeyim.  
(c) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.  
(d) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.
7. (a) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım.  
(b) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım.  
(c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.  
(d) Kendimden nefret ediyorum.
8. (a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum.  
(b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.  
(c) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum.  
(d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9. (a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok,  
(b) Bazen, kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapamam.  
(c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim.  
(d) Eğer fırsatını bulursam kendimi öldürürüm.
10. (a) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum.  
(b) Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum.  
(c) Şimdilerde her an ağlıyorum.  
(d) Eskiden ağlayabilirdim, şimdilerde istesem de ağlayamıyorum.

11. (a) Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam. .  
(b) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim.  
(c) Çoğu zaman sinirli ve tedirginim.  
(d) Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim.
12. (a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.  
(b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.  
(c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.  
(d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13. (a) Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum.  
(b) Eskisine kıyasla, şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum.  
(c) Eskisine göre, karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.  
(d) Artık hiç karar veremiyorum.
14. (a) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum.  
(b) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzüleniyorum.  
(c) Dış görünüşümdede artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum.  
(d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15. (a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.  
(b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum.  
(c) Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.  
(d) Hiç çalışmıyorum.
16. (a) Eskisi kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum.  
(b) Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum.  
(c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.  
(d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17. (a) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.  
(b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.  
(c) Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.  
(d) Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum.
18. (a) İştahım eskisinden pek farklı değil.  
(b) İştahım eskisi kadar iyi değil.  
(c) Şimdilerde iştahım epey kötü.  
(d) Artık hiç iştahım yok.
19. (a) Son zamanlarda pek kilo kaybettiğimi sanmıyorum.  
(b) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim.  
(c) Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim.  
(d) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim.
20. (a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.  
(b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var.  
(c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.  
(d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka şeyleri düşünemiyorum.
21. (a) Son zamanlarda cinsel yaşamımda dikkatimi çeken bir şey yok.  
(b) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum.  
(c) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.  
(d) Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

## EK-7. Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QLQ-C30-versiyon 3.0)

Hastalar bazen aşağıdaki semptomların ya da problemlerin olduğunu bildirirler. Lütfen geçtiğimiz hafta zarfında bu semptom ya da problemleri ne ölçüde yaşadığınızı belirtin. Size uyan en doğru cevabı işaretleyiniz.

No	Yaşam Kalitesi Ölçeği	Hiç	Biraz	Çok	Oldukça Çok
1	Ağır bir alışveriş torbası veya valiz taşımak gibi zorlu hareketler yaparken güçlük çeker misiniz?				
2	Uzun bir yürüyüş yaparken herhangi bir zorluk çeker misiniz?				
3	Evin dışında kısa bir yürüyüş yaparken zorlanır mısınız?				
4	Günün büyük bir kısmını oturarak veya yatarak geçirmeye ihtiyacınız oluyor mu?				
5	Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tualeti kullanırken yardıma ihtiyacınız oluyor mu?				
<b>Geçtiğimiz hafta zarfında:</b>					
6	İşiniz veya günlük aktivitelerinizi yapmaktan sizi alıkoyan herhangi bir engel var mı?				
7	Boş zaman aktivitelerinizi sürdürmekten veya hobilerinizle uğraşmaktan sizi alıkoyan bir engel var mı?				
8	Nefes darlığı çektiniz mi?				
9	Ağrınız oldu mu?				
10	Dinlenmeye ihtiyacınız oldu mu?				
11	Uyumakta zorluk çektiniz mi?				
12	Kendinizi güçsüz hissettiniz mi?				
13	İştahınız azaldı mı?				
14	Bulantınız oldu mu?				
15	Kustunuz mu?				
16	Kabız oldunuz mu?				
17	İshal oldunuz mu?				
18	Yorulduunuz mu?				
19	Ağrıların günlük aktivitelerinizi etkiledi mi?				
20	Televizyon seyretmek veya gazete okumak gibi aktiviteleri yaparken dikkatinizi toplamakta zorluk çektiniz mi?				
21	Gerginlik hissettiniz mi?				
22	Endişelendiniz mi?				
23	Kendinizi kızgın hissettiniz mi?				
24	Bunalıma girdiniz mi?				
25	Bazı şeyleri hatırlamakta zorluk çektiniz mi?				
26	Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz aile yaşantınıza engel oluşturdu mu?				
27	Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz sosyal aktivitelerinize engel oluşturdu mu?				
28	Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz maddi zorluğa düşmenize yol açtı mı?				
29	Geçen haftaki sağlığını genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz? 1 2 3 4 5 6 7 Çok Kötü Çok iyi				
30	Geçen haftaki hayat kalitenizi nasıl değerlendiriyorsunuz? 1 2 3 4 5 6 7 Çok Kötü Çok iyi				

## Ek-8. Etik Kurul İzni



T.C.  
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik  
Kurulu



Sayı :60116787-020/50912  
Konu :Başvurunuz hk.

19/08/2016

Sayın Doç. Dr. Sevgi ÖZKAN

İlgi :11.08.2016 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğunuz "Watson İnsan Bakım Modeline Temellendirilmiş Refleksoloji Uygulamasının Jinekolojik Kanser Hastalarında Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi" konulu çalışmanız 16.08.2016 tarih ve 16 sayılı kurul toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra, söz konusu çalışmanın yapılmasında **ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIĞINA**, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Tahir TURAN  
Başkan

## Ek-9. Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 23/08/2016-E.51589



T.C.  
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü



Sayı :65124556-605.01/  
Konu :Araştırma ve Planlama İşleri(Genel)

### SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜNE

İlgi :18/08/2016 tarihli, 50637 sayılı yazı

İlgide kayıtlı yazı ile bildirilen Doç.Dr. Sevgi ÖZKAN'ın danışmanlığını yaptığı Doktora tez öğrencisi Sinem GÖRAL TÜRKÇÜ'nün "Watson İnsan Bakım Modeline Temellendirilmiş Refleksoloji Uygulamasının Jinokolojik Kanser Hastalarında Anksiyete; Depresyon ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi " konulu araştırmasını Ekim 2016-Haziran 2018 tarihlerinde yapma talebi Merkez Müdürlüğümüzce uygun bulunmuştur. Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

Yrd. Doç. Dr. Erhan UĞURLU  
Merkez Müdürü V.

Pamukkale Üniversitesi Hastaneleri  
20070 Km.İ, DENİZLİ  
Tel: 0 (258) 296 60 00  
E-Posta: infohastane@pau.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Aylin AKÇADAĞ

Faks: 0 (258) 296 60 01  
Elektronik A&:http://pau.edu.tr/hastane

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



## Ek-10. Refleksoloji Sertifikası



ACADEMICANA



Sağlık ve Doğal Terapiler Derneği  
Health & Natural Therapies Association

# CERTIFICATION

This is to certify that

*Sinem Görül Türkün*

has successfully completed the requirements of  
“ **REFLEXOLOGY** ”  
(Basic Level)  
training, thereby awarded this certificate on the  
24<sup>th</sup> of June 2016  
“ **REFLEKSOLOJİ** ”  
(Temel Seviye)  
*eğitiminin başarı koşullarını yerine getirerek  
bu belgeyi almaya hak kazanmıştır.*  
**24 Haziran 2016**  
*Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği ile Sağlık ve Doğal Terapiler Derneği  
tarafından düzenlenmiştir*



Sevgi ÖZKAN, Ph.D.  
Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği ABD Başkanı  
Pamukkale University Faculty of Health Sciences,  
Head of Obstetric-Gynecologic Nursing Department



INTERNATIONAL CERTIFICATION  
★ ★ ★  
\* Accredited - Approved \*  
24062016-28111989



Nihat AYÇEMAN, M.Sc.  
Başkan / Eğitmen  
President / Instructor



ACADEMICANA



ITEC



CTbA  
TARIMCI HEMŞİRELERİ



E-WI  
EĞİTİM VE İNCELEME MERKEZİ



ITM  
SIN & TİM

Bu belgeyi resmi olarak kullanılmak üzere edinmek kaydı ile verilmiş ve onaylanmıştır. Aksi takdirde, sertifikamın geçerliliği ve iptali hakkındaki sorulara sorulduğundan belinmektedir.



**Ek-11. Refleksoloji Uygulama Ortamı Örnek Resimleri**

