

T.C
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**KANSER HASTALARININ YAŞAM KALİTESİ,
SEMPTOM KONTROLÜ VE TAMAMLAYICI VE
ALTERNATİF TIP KULLANIM DURUMLARININ
İNCELENMESİ**

KERİME ÖĞÜT DÜZEN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Medet KORKMAZ

2012-İSPARTA

**T.C
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**

**KANSER HASTALARININ YAŞAM KALİTESİ,
SEMPTOM KONTROLÜ VE TAMAMLAYICI VE
ALTERNATİF TIP KULLANIM DURUMLARININ
İNCELENMESİ**

KERİME ÖĞÜT DÜZEN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Medet KORKMAZ**

**Bu tez Süleyman Demirel Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Yönetim
Birimi tarafından 2902-YL-11 Proje numarası ile desteklenmiştir
Tez. No: 88**

2012-İSPARTA

KABUL VE ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne;

Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 12 / 07 / 2012

İmza

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Medet KORKMAZ

.....

Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Üye : Doç. Dr. Hikmet ORHAN

.....

Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Üye : Yrd. Doç. Dr. Emel TAŞÇI DURAN

.....

Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Öğretim Üyesi

ONAY : Bu yüksek lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu' nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Mehmet Fehmi ÖZGÜNER
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Yüksek Lisans öğrenimim boyunca desteğini esirgemeyen ve tezimde büyük emeği olan danışmanım; Sayın Yrd. Doç. Dr. Medet KORKMAZ'a,

Yüksek Lisans öğrenimim boyunca desteğini esirgemeyen ve tezimde büyük emeği olan Sayın Doç. Dr. Hikmet ORHAN'a,

Tezim sırasında desteğini esirgemeyen, her zaman yanımda olan anneme, babama ve biricik kardeşime,

Tez sürecimin en yoğun günlerinde bana destek veren eşim Hacı DÜZEN'e

TEŞEKKÜRLER.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	i
İÇİNDEKİLER	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	iv
TABLolar DİZİNİ	v
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kanser Nedir?.....	3
2.2. Kanserın Epidemiyolojisi.....	3
2.3. Kanser Etyolojisi	4
2.3.1. Genetik Faktörler	4
2.3.2. Kimyasal Faktörler.....	4
2.3.3. Fiziksel Faktörler	5
2.3.4. Viral Faktörler.....	5
2.3.5. İmmunolojik Faktörler	6
2.4. Kanserın Belirti ve Bulguları	6
2.5. Kanserde Tedavi Yöntemleri	7
2.5.1. Kemoterapi.....	7
2.5.2. Radyoterapi	8
2.5.3. Cerrahi Tedavi.....	8
2.5.4. İmmünoterapi (Biyolojik tedaviler)	8
2.6. Yaşam Kalitesi	9
2.7. Kanserde Yaşam Kalitesi	9
2.8. Kanserde Semptom Kontrolü.....	10
2.9. Kanserde Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp.....	10
2.9.1. Alternatif Tıbbın Tarihsel Gelişimi.....	11
2.10. Kanser Hastasında Hemşirelik Bakımı	12
3. GEREÇ VE YÖNTEM	14
3.1. Araştırmanın Amacı	14
3.2. Araştırmanın Önemi.....	14
3.3. Araştırmanın Tipi	15

3.4. Araştırmanın Evreni	15
3.5. Araştırmanın Örneklemi.....	15
3.6. Verilerin Toplanması	15
3.7. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması	16
3.7.1. Kişisel Bilgi Formu	16
3.7.2. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yaklaşımları Ölçeği	16
3.7.3. Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği (N-SDÖ).....	16
3.7.4. EORTC QLQ-C30 (version 3.0).....	17
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	18
4. BULGULAR.....	19
4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	19
4.2. Hastaların Ölçek Skorlarına İlişkin Bulgular	23
5. TARTIŞMA	38
5.1. Tanıtıcı Özelliklerin İncelenmesi	38
5.2. Tat Ölçek Skorlarının İncelenmesi.....	41
5.3. NSDÖ Skorlarının İncelenmesi.....	41
5.4. EORTC QLQ-C30 Skorlarının İncelenmesi	42
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	46
6.1. Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Sonuçlar	46
6.2. Tat Ölçek Skorları Sonuçları.....	47
6.3. NSDÖ Skorları Sonuçları.....	48
6.4. EORTC QLQ-C30 Ölçek Skorları Sonuçları.....	50
6.5. Öneriler	54
ÖZET.....	55
ABSTRACT	56
KAYNAKLAR	57
EKLER	60
ÖZGEÇMİŞ	72

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

KİT : Kemik İliği Transplantasyonu

TAT : Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp

DNA : Deoksiribo Nükleik Asit

AT : Alternatif Tıp

N-SDÖ : Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği

EORTC QLQ-C30 (version 3.0): Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Anketi (European Organization for Research and Treatment of Cancer Core QoL Questionnaire)

WHOQOL : Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Kanser Hastalarına İlişkin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı	19
Tablo 2. Kanser Hastalarının Mevcut Kanser Tipi Dağılımları.....	19
Tablo 3. Kanser Hastalarının Kullandığı Standart Tedavi Yöntemi	20
Tablo 4. Kullanılan Diğer TAT Yöntemleri	20
Tablo 5. Kanser Hastalarının TAT Yöntemini Kullanış Nedenleri	21
Tablo 6. Hastaların, “TAT Yöntemine kimlerin tavsiyesi ile başvurduunuz?” sorusuna verdikleri yanıtlara göre dağılımları	21
Tablo 7. Hastaların TAT yöntemlerini kullanım durumlarına ilişkin bilgiler	22
Tablo 8. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yaklaşımları Ölçek Skorlarının Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı.....	23
Tablo 9. Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği Skorlarının Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı	24
Tablo 10. EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorlarının Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı	24
Tablo 11. EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorlarının Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı	25
Tablo 12. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yaklaşımları Ölçek Skorlarının Hastaların Cinsiyetine Göre Dağılımı.....	26
Tablo 13. Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği Skorlarının Hastaların Cinsiyetine Göre Dağılımı	26
Tablo 14. EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorlarının Hastaların Cinsiyetine Göre Dağılımı	27
Tablo 15. EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorlarının Hastaların Cinsiyetine Göre Dağılımı	27
Tablo 16. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yaklaşımları Ölçek Skorlarının Hastaların Medeni Durumuna Göre Dağılımı.....	28
Tablo 17. Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği Skorlarının Hastaların Medeni Durumuna Göre Dağılımı	28
Tablo 18. EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorlarının Hastaların Medeni Durumuna Göre Dağılımı	28
Tablo 19. EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorlarının Hastaların Medeni Durumuna Göre Dağılımı	29
Tablo 20. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yaklaşımları Ölçek Skorlarının Hastaların Yaşam Yerlerine Göre Dağılımı.....	29
Tablo 21. Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği Skorlarının Hastaların Yaşam Yerlerine Göre Dağılımı	30

Tablo 22. EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorlarının Hastaların Yaşam Yerlerine Göre Dağılımı	30
Tablo 23. EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorlarının Hastaların Yaşam Yerlerine Göre Dağılımı	31
Tablo 24. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yaklaşımları Ölçek Skorlarının Hastalığın Süresi ile Korelasyonu.....	32
Tablo 25. Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği Skorlarının Hastalığın Süresi ile Korelasyonu	32
Tablo 26. EORTC QLQ-C30 Fonsiyonel Alt Boyut Skorlarının Hastalığın Süresi İle Korelasyonu	32
Tablo 27. EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorlarının Hastalığın Süresi ile Korelasyonu	33
Tablo 28. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yaklaşımları Ölçek Skorlarının Hastaların Aylık Geliri ile Korelasyonu	33
Tablo 29. Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği Skorlarının Hastaların Aylık Geliri ile Korelasyonu.....	34
Tablo 30. EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorlarının Hastaların Aylık Geliri ile Korelasyonu.....	34
Tablo 31. EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorlarının Hastaların Aylık Geliri ile Korelasyonu	35
Tablo 32. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yaklaşımları Ölçek Skorlarının Hastaların Yaşı ile Korelasyonu	35
Tablo 33. Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği Skorlarının Hastaların Yaşı ile Korelasyonu.....	36
Tablo 34. EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorlarının Hastaların Yaşı ile Korelasyonu	36
Tablo 35. EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorlarının Hastaların Yaşı ile Korelasyonu	37

1. GİRİŞ

Kanser; hücrelerin anormal, kontrolsüz çoğalması ve yayılması ile karakterize bir grup hastalıktır (Yurtaslan 2005). Kanser dünyada hemen her ülkede morbidite ve mortalite oranları açısından önde gelen sağlık problemidir. 20. yüzyıl başında ölüme neden olan hastalıklar sıralamasında 7-8. sıralarda iken bugün birçok ülkede kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada gelmektedir (Karabulut ve Uslu 2006).

Günümüzde kanser tedavilerine her geçen gün yenileri eklenmektedir. Klasik tedavi yöntemleri; cerrahi tedavi, kemoterapi ve radyoterapidir. Bu tedavi yöntemlerine ek olarak alternatif tedaviler, lazer tedavisi, gen tedavisi, immünoterapi, anjiogenez inhibitörleri, KİT (kemik iliği transplantasyonu) ve kök hücre nakli ve neupojen uygulaması gibi tedavi yöntemleri bulunmaktadır (Akdemir 2011).

Birçok kanser hastası genelde fiziksel ve emosyonel iyilik halini geliştirmek ve kanser tedavisinin yan etkileri ile baş etme amacıyla TAT (Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp) kullanmaktadır. Kanser hastalarında TAT kullanım sıklığı ile ilgili yapılan çalışmalarda; 13 ülkede 26 çalışmanın incelendiği bir sistematik derlemede kanser hastaları arasında TAT kullanım sıklığının %7 ile %64 arasında (ortalama %31,4) değiştiği bulunmuştur (Özçelik ve Fadıoğlu 2009).

Kanser tedavisinde temel amaç kanser semptomlarının tümüyle yok edilmesi, tam başarılı tedavi, hastanın beklenen yaşam süresini kansere ilişkin semptomlardan kurtulmuş olarak sürdürmesi, semptomların azaltılması, yaşam süresinin bir miktar uzatılması ve daha kaliteli bir yaşam sürmesidir (Akdemir 2011).

Bu çalışmada kanser hastalarında TAT kullanım durumunun incelenmesi ile TAT kullanımı, yaşam kalitesi ve semptom kontrolü arasında etkileşim olup olmadığının belirlenmesi amaçlanmaktadır. Bu amaçla kanser hastalarında TAT

kullanımının etkinliği araştırılarak, bu yöntemin yaşam kalitesi ve semptom kontrolü
zerindeki etkisinin ortaya çıkarılması incelenecektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser Nedir?

Kanser, hücre çekirdeğinin hastalığıdır. Hücre çekirdeği Deoksiribonükleik asit (DNA) sentezi evresinde hücre dış etkenlere açıktır. Bu evrede DNA sentezinde oluşan bir değişiklikle atipik hücreler oluşur. Bu hücreler kontrolsüz bir biçimde çoğalırlar. Kromozomlar canlının bütün kalıtsal özellikleriyle bireysel özelliklerinin bir kopyasını taşırlar ve bu kromozomların üzerinde DNA molekülü ile destekleyici proteinler bulunur. Kalıtımın asıl birimleri ise kromozomların üzerindeki genlerdir ve her gen DNA molekülünün bir bölümüdür. Kanseri, DNA'daki sıralamalarda meydana gelebilecek değişiklikler sonucu çekirdekteki genetik sistemin bir bölümünün değişime uğraması ile ortaya çıkmaktadır (Aslan ve Olgun 2010).

2.2. Kanserin Epidemiyolojisi

Kanser görülme sıklığı her geçen gün artış göstermektedir. Günümüzde dünyada ölüme sebep olan hastalıklar arasında kanser; kardiyovasküler sistem hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır. Ancak Dünya Sağlık Örgütü'nün 2007 yılı istatistiklerine göre; dünyada 2030 yılında kansere bağlı ölümlerin kansere sebebiyet veren hastalıklar sıralamasında ilk sırayı alacağı tahmin edilmektedir. 2005 yılında tüm dünyada görülen ölüm sayısı 58 milyon olup, bu sayının 7.6 milyonu (%13) kansere bağlı ölümleri içermektedir (Kaptan ve Dedeli 2012).

En son uluslararası verilere göre 2008 yılı tamamında tahminen 12,4 milyon yeni kanser vakası ve kansere bağlı 7,6 milyon ölüm meydana gelmiştir. İnsidans yönünden dünyada en yaygın kanserler akciğer (1.52 milyon), meme (1.29 milyon) ve kolorektal (1.15 milyon) kanserlerdir. Kötü prognoz nedeniyle akciğer kanseri aynı zamanda en fazla ölüme (1.31 milyon) neden olan kanserken, onu mide kanseri (780.000 ölüm) ve karaciğer kanseri (699.000 ölüm) izlemiştir (www. who. int. Erişim tarihi: 5 Mayıs 2012).

Türkiye’de erkeklerde en sık görülen kanserler akciğer, prostat, mesane, kolorektal ve mide kanserleri olarak sıralanmaktadır. Kadınlarda ise ilk beş sırada meme, kolorektal, tiroid, uterus korpusu ve akciğer kanserleri yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, 2004-2006).

2.3. Kanser Etyolojisi

Kanser etyolojisiyle ilgili olarak beş faktörün varlığı kabul edilmektedir. Bunlar sırasıyla, genetik, kimyasal, fiziksel, viral ve immunolojik faktörlerdir (Dinçol 2007).

2.3.1. Genetik Faktörler

Kanser genetik bir hastalıktır. Karsinogenezisin her dönemi multiple genetik mutasyon tarafından etkilenir. Bu mutasyonların bazıları germ hücrelerinde olduğu gibi kalıtsaldır. Fakat yaklaşık %90’ı spesifik hücrelerde kazanılmış olan somatik mutasyonlardır. Hemen hemen her kanser tipinin ailesel özelliğinin olduğu gösterilmiştir (Aslan ve Olgun 2010).

Hereditör faktörlerden Down sendromunda lösemi insidansının yüksek olduğu, Klinefelter sendromunda meme kanserinin arttığı gösterilmiştir. Ailesel kolon polipozisinde kolon kanseri gelişir. Gardner sendromunda yumuşak doku ve kemik sarkomları riski artmıştır. Bazal hücreli nevüs sendromunda erken yaşta bazal hücreli kanser gelişme riski vardır. Retinoblastom da kalıtsal özelliği olan bir hastalıktır (İçli ve Akbulut 2005, Aslan ve Olgun 2010).

2.3.2. Kimyasal Faktörler

Kanser ölümlerinin en az %30’undan öldürücü kimyasal karsinojeni içinde bulunduran sigaranın tek başına sorumlu olduğu düşünülür (Aslan ve Olgun 2010). Tütün dumanı 4000’den fazla kimyasal madde içerir, bunlardan en az 50’si insanlarda veya hayvanlarda ya da her ikisinde kanserojen olduğu bilinmektedir.

Sanayileşmiş ülkelerde ise, sigara içimi en çok kanserlerden akciğer, orofarenks, gırtlak, yemek borusu kanserleri, pankreas, böbrek, mesane ve rahim ağzı kanserlerinin üçte birine neden olur (Thun 2008).

Birçok çalışma ortamında kanserojen olan, kimyasal madde bulunmaktadır. Aromatik aminler; hidrokarbonlar, anilin boyası, pestisitler ve formaldehitler, arsenik, asbest, benzen, kadmiyum, kronyum, nikel, çinko, berilyum ve polivinil klorid, rafine edilmemiş parafin yağı, mazot, krom, kobalt, hardal gazı, katran, kurum gibi kimyasal maddeler kanserojenler arasında sayılabilir. Bu maddeler boya ve plastik sanayinde, laboratuvarlarda, madenlerde, doğada ve fabrika çevresinde bulunabilecek maddelerdir. Örneğin baca temizleme işçilerinde skrotum kanseri, anilin boya naftilamin ve benzinin sanayinde çalışanlarda mesane kanseri, nikel içeren maden iş yerlerinde çalışanlarda akciğer kanseri, asbest ile çalışan işçilerde ve toprağında asbest bulunan bölgede yaşayanlarda akciğer kanseri geliştiği gösterilmiştir (Aslan ve Olgun 2010).

2.3.3. Fiziksel Faktörler

Kronik irritasyon zemininde cilt kanseri gelişmesi ve eski tüberküloz skarlarında akciğer kanseri riskinin artmış olması fiziksel etkenlere örnektir. Ayrıca radyasyonun rolü iyi bilinmektedir. Ancak hangi dozun zararsız olduğu, tartışmalıdır. Ultraviyolenin cilt kanseri etkeni olduğu ve özellikle açık tenli insanlarda riskin arttığı bilinir. Kseroderma pigmentozum gibi DNA tamir mekanizması bozukluğu olan bir herediter hastalıkta, ultraviyole ışınlarına bağlı cilt kanserleri kaçınılmazdır (İçli ve Akbulut 2005).

2.3.4. Viral Faktörler

Retrovirüslerin onkogen aktivasyonu yaparak hayvanlarda çeşitli kanserler oluşturdukları, HTLV virüsünün de insanlarda lösemi etkeni olduğu ve uzakdoğuda bazı yörelerde bu hastalığın endemik olduğu bilinmektedir. Ayrıca bazı DNA virüsleri de kanser nedenidirler. Hepatit B virüsü-hepatoselüler karsinom, Epstein

Barr virusu- Burkitt lenfoması ve nazofarenks kanseri, insan papilloma virüsü-serviks kanseri ilişkisi vardır (İçli ve Akbulut 2005). Helicobacter pylori'nin yol açtığı bakteriyel enfeksiyon gastrik kanser ve gastrik lenfoma gelişimine yatkınlaştırırken, Schistosoma japonicum enfeksiyonu mesanede skuamöz hücreli kanserlerin gelişimini kolaylaştırır (Kumar ve Clark 2010).

2.3.5. İmmunolojik Faktörler

İmmün sistemin baskılandığı durumlarda (kalıtsal ve edinsel), kanser riskinin arttığı bilinmektedir. Transplantasyon ve AIDS hastaları bu durum için sık rastlanan örneklerdir (İçli ve Akbulut 2005).

2.4. Kanser Belirti ve Bulguları

Kanser, köken aldığı organa, hastalığın vücuttaki yaygınlık derecesine ve kişinin bünyesel özelliklerine göre değişmek üzere bazı ön belirtiler verebilir. Bazı durumlarda kişinin hiçbir yakınması yoktur ve hastalık başka bir amaçla yapılan muayene veya çekilen bir röntgen film ile ortaya çıkar.

Kanserin sistemlere göre verdiği bazı belirti ve bulgular şöyledir;

Sindirim Sistemine Ait Belirtiler: Konstipasyon, diyare, bulantı-kusma, anoreksiya, intestinal obstrüksiyon, karında asit, yutma güçlüğü ve ağız kuruluğu, paslı dil, kandidiazis, ülserasyonlar, ağrı ve ağız kokusu gibi sorunlar.

Üriner Sistem Belirtileri: Hematüri, üriner inkontinas, mesanede spazm ve ağrı.

Kardiyovasküler Sistem Belirtileri: Vena kava obstrüksiyonuna ilişkin olarak üst ya da alt ekstremitelerdeki belirtileri, anemi ve pıhtılaşma bozuklukları.

Solunum Sistemi Belirtileri: Dispne, plevral effüzyon, akciğer lobunun kollapsı, solunum yolu enfeksiyonları, öksürük, hemoptizi, gürültülü solunum, hıçkırık.

Deri Belirtileri: Ülserler, kaşıntı, sarılık, terleme.

Nöro-Psikolojik Belirtiler: Disfazi, ataksi, hemiparazi, baş ağrısı, kord basısı, ağrı ve bacakta kuvvet kaybı, anksiyete, ajitasyon, depresyon, konfüzyon gibi sorunlardır (Akdemir 2004, Akdemir 2011).

2.5. Kanserde Tedavi Yöntemleri

Günümüzde kanser tedavisinde 4 temel yöntem kullanılmaktadır. Bunlar sırasıyla;

- a. Kemoterapi,
- b. Radyoterapi,
- c. Cerrahi Tedavi,
- d. İmmünoterapidir.

Bunlara ek olarak hormon tedavisi, alternatif tedavi, lazer tedavisi, gen tedavisi, kemik iliği ve kök hücre nakli uygulaması gibi tedavi yöntemleri kullanılmaktadır. Kanser tanısı konan hastanın bireysel özellikleri ve hastalığın durumuna göre tedavide bu yöntemlerin biri veya birkaçı kullanılır (Karadeniz 2008).

2.5.1. Kemoterapi

Kemoterapi, neoplastik hastalığın sürecini yavaşlatan, geriletken ya da durduran ilaçların kullanılmasıdır. Bu amaçla kullanılan ilaçlara ise antineoplastik

ilaçlar ya da sitotoksik ajanlar denilmektedir. 1945'den itibaren de kanser ilaçları olarak kullanıma girmiştir. Sitotoksik ilaçlar kendi aktivitelerinde nonselektive (seçici olmayan) özellikler taşırlar yani normal replikasyon sırasında kemik iliği, saç folikülleri, gastrointestinal ve genitouriner sistem epiteli, göz, deri ve gelişmekte olan embriyo gibi dokulara da (tümör olmayan) büyük çapta zarar verirler. Bu özellikleriyle ilaçlarla temas eden personelde zarar görebilir (Karadeniz 2008).

2.5.2. Radyoterapi

Radyasyon tedavisi, iyonize radyasyon hücresel büyümeyi durdurmak için kullanılır. Kanserli hastaların yarısından fazlası tedavi sırasında bazı noktalarda radyasyon tedavisi alır. Radyasyon kanser tedavisinde Hodgkin hastalığı, tiroid karsinomları, testis seminomlar, baş ve boyun kanserleri, rahim ağzı kanserinde kullanılabilir. Radyasyon terapisi beyin veya omurik lösemik infiltrasyonu önlemek için profilaktik olarak ya da lokal lenf nodu metastazı varsa veya bir tümör ameliyatla alınmadığında malign hastalığı kontrol etmek için kullanılabilir (Smeltzer et al. 2005).

2.5.3. Cerrahi Tedavi

Cerrahi girişimler; biyopsiyle tanı koymak, bölgesel lenf düğümlerini ve metastazları değerlendirerek kanseri evrelendirmek, cerrahide kurtarılan organ veya vücudun bir parçasını rekonstrükte etmek, kemoterapi ya da beslemek için kalıcı ya da geçici bir intravenöz hat sağlamak ve rezeksiyon veya intestinal bypass gerektiğinde kanser semptomlarında iyilik sağlamaktır. Kanser cerrahisinin amacı; tümörün ve tutulmuş olma olasılığı olan komşu dokuların tamamen çıkarılmasıdır (Çavuşoğlu 2002).

2.5.4. İmmünoterapi (Biyolojik tedaviler)

İmmünoterapi, organizmanın kendi savunma sistemlerini aktive ederek güçlendiren bir tedavi yöntemidir ve henüz çalışma aşamasındadır. İmmünolojik

yöntemlerle yapılacak tedavi, bireyin kendi savunma yolları ile gerçekleşeceğinden bu yöntemle kanser tedavisinde daha iyi sonuçlar alınacağı ümit edilmektedir (Karadeniz 2008).

2.6. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi; 'kişinin fiziksel kapasitesi içindeki arayışları sonucunda tatmin edici bir sosyal durumu elde edişi' olarak tanımlanmıştır. Bu oldukça sınırlı bir tanım olup daha kompleks tanımların yapılmasından sonra da geçerliliğini yitirmiştir. Shin ve Johnson (1978), yaşam kalitesini; 'kişisel gereksinimlerin giderilmesine yönelik kaynaklara sahip olmaya, istek ve arzulara, kişisel gelişimi sağlayan aktivitelere katılma ve kendini başkalarıyla karşılaştırma'ya dayandırmışlardır. Bu bileşenlerin hepsi daha önceki deneyimlere ve bilgilere bağlıdır. Patterson (1975) konuya başka bir açıdan yaklaşarak yaşam kalitesi değerlendirmesi için hayati gördüğü bazı karakteristik özellikleri belirlemiştir. Bunlar, genel sağlık, performans durumu, genel konfor, duygusal durum ve ekonomik durumdur. DSÖ bünyesinde Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi (WHOQOL) Grubu (1993) yaşam kalitesi için; bireylerin kendi kültürleri ve değerler sistemi içinde kendi durumlarını algılayış biçimi şeklinde bir tanım getirmiştir (Öksüz ve Malhan 2005).

Temelde yaşam kalitesi, kişinin hastalığın fiziksel, ruhsal ve sosyal etkilerine verdiği yanıtları ifade eder. Fiziksel sağlığın ötesinde bir alanı kapsayıp algılayış olarak da sağlığı işaret etmektedir (Öksüz ve Malhan 2005).

2.7. Kanserde Yaşam Kalitesi

Kanser yaşam kalitesi çıktılarının en çok geliştirdiği hastalık gruplarından. Spesifik semptomların başlıca odak noktası ağrı ve ağrının tedavisidir. Bir diğer majör ilgi odağı; depresyondur. Hastaya kanserin ölümcül olduğu bildirilip, takip altına alındığında bile hekim-hasta etkileşimi, mutsuz veya beklentisi olmayan bir hastada olumlu sonuç vermemektedir. Gerçekten de istatistikler kızgın, düşmanca

duygular içindeki kanser hastalarının daha uzun yaşadığını göstermektedir. Bunun altında yatan neden iyimserlik duygusunun da iyileşmeye veya hastalığın ilerlemesinin önüne geçmeye yardımcı olacağı şeklindedir (Öksüz ve Malhan 2005). Yaşam kalitesinin kanser konusundaki araştırmalarında kişinin duygu durumunun ötesinde öz-kavramına kadar gidilir. Bu durumda hastanın algısı ve kendisini değerlendirmesi, hastalığın veya tedavinin sonucunda oluşabilecek potansiyel fiziksel hasar riski veya radikal mastektomi gibi bir işlem sonrası cinsel ilgide azalma örneğinde olduğu gibi işlev kaybı riskinden etkilenir. Burada anahtar kelime gururdur; yaşam kısaldığında ya da çekiciliğini kaybettiğinde bir kişi kendini nasıl değerlendirecektir; elde edilen ile vazgeçilen değerler arasında kurulan dengede bazı fonksiyonlar kaybedilirken yaşamın uzaması beklenir (Öksüz ve Malhan 2005).

2.8. Kanserde Semptom Kontrolü

Belirti ve semptomlar, hastaların sağlık bakımına gereksinim duydukları en önemli nedenler arasında yer almaktadır. Semptomlar; bireyin biyopsikososyal fonksiyonları, duyuları veya kognitif değişiklikleri yansıttıkları çok boyutlu, kompleks ve subjektif fenomenlerdir. Belirtiler bir hastalık veya duruma işaret eden objektif, değerlendirilmesi kolay, sıklıkla hekimin klinik tedavisine hedeflenmiş normal dışı durumlardır. Belirtiler, sıklıkla önceden tahmin edilebilen ve subjektif olarak hissedilen semptomlara eşlik ettiği için kanserde semptom yönetimi hastanın tedavi ve bakımında çok önemli bir alanı oluşturmaktadır (Şenuzun 2006).

2.9. Kanserde Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp

Her 10 kişiden üçü yaşam süresince kansere yakalanmaktadır. Çevre şartları, beslenme özellikleri, yaşam tarzları, özellikle kalıtsal geçen kanserlerle birlikte ele alınıp düşünülürse kanserin artış hızını bize açıklar (Topuz 2005).

Bilimsel tıp, 1900'lü yıllarda ortalama 48 yaş olan insan ömrünü bu yüzyılda ikiye katlamıştır. Bilimsel tıptaki bu gelişmeler ışığında kanser türüne göre cerrahi, radyoterapi, kemoterapi ve immunoterapi ile bazı tip kanserlerde %70-%95'e kadar

çıkan tam şifa oranları elde edilmektedir. Bilimsel tıp dışında yaklaşımların popülaritesi son on yılda oldukça artmıştır. Tamamlayıcı ve alternatif terapi dediğimiz bu yaklaşımları geniş bir yelpazeye ayırmak mümkündür. Ruhsal, bedensel, beyinsel metodlar; dokunma ve manipülasyon tedavileri; bitki, vitamin, minerallerle tedavi; nütrisyon metodları; diyet, farmakolojik ve biyolojik tedavi metodları bu geniş yelpaze içinde sayılabilir. ABD, Avrupa ve gelişmiş ülkelerde bu tedavilerin her yönüyle kanserli hastalar için %50' ye varan oranlarda bir seçenek oluşturduğu görülür (Topuz 2005).

Tamamlayıcı ve alternatif tedavi sözcükleri genellikle yanlış olarak birbirlerinin yerine kullanılırlar. Tamamlayıcı tedavi geleneksel (bilimsel) tıbbı destek amaçlı yapılan tedavilerdir. Yaşam kalitesini geliştirmek, semptomları ve ilaçların yan etkilerini azaltmak, fiziksel ve psikolojik destek vermek amacıyla yapılır (Topuz 2005).

Alternatif tedavi, geleneksel tıp yerine yapılan kanıtlanmamış tedavilerdir. Alternatif tedavilerin ya bizzat kendileri zararlıdır ya da bilimsel tedavi yerine geçerek yararlı olduğu kanıtlanmış tedavilerin kullanılmasını engelledikleri için zararlıdır. Alternatif tedavilerin genelde çok taraftar bulmasının yönü şifa umudu vermesidir. Çok daha garip bir başka yaklaşım ise herhangi bir alternatif tedavinin kanserli tüm hastaları şifaya kavuşturacağı şeklindedir. Oysa her kanser türü ayrı bir tedavi gerektirir. Aynı tip kanserde bile hastalığın safhası, yaş gibi pek çok faktör tedavi yaklaşımında rol oynar. Cerrahi, radyoterapi, kemoterapi gibi bilimsel tedaviler bile tam şifayı sağlayamamaktadır. Alternatif tedaviyi destekleyen bazı gruplar bu tedavilerin kanserin gelişme riskini azaltabileceğini, ortaya çıkan bir kanserin ilerlemesini durdurabileceğini ve de kanserin nüksetmesini önleyebileceğini savunabilirler (Topuz 2005).

2.9.1. Alternatif Tıbbın Tarihsel Gelişimi

Halen 8 milyarın üzerindeki dünya nüfusunun yüzde sekseninin primer sağlıkları için çoğunlukla ilaç olarak bitkisel ürünler kullandığı tahmin edilmektedir. Bitkisel ürünlerin neredeyse her antik kültürde uzunca bir kullanım öyküsü vardır.

Halen Türk kültüründe yer alan bitkilerin bir çoğu şamanizme dayandırılabilir. Dünyadaki az gelişmiş bölgelerin büyük bölümünde bitkisel çareler bütün hastalık türlerinin tedavisinde kullanılan tek ilaç kültürüdür. Önceleri şifa için seçilen bitkiler ‘işaretler doktrini’ olarak adlandırılan yöntemle seçilmekteydi. Örneğin çiçeği kırmızı olan bitkiler kan rahatsızlıklarında, kalp biçiminde yaprağı olanlar ise kalp rahatsızlıklarında kullanılmaktaydı. Ama bugün bitkileri ilaç olarak yararlı kılan şeyin biçimleri ya da renklerinin değil, kimyasal yapıları olduğunu biliyoruz. Aslında şifalı bitkilerden alınan çok sayıda kimyasal madde modern ilaçlara dönüşmüştür. Günümüzde bir kısım kemoterapötikler bitkilerden elde edilmektedir (Topuz 2005).

2.10. Kanser Hastasında Hemşirelik Bakımı

Kanserli hastalara bakımdan önce verilmesi gereken en önemli unsur hastanın hastalığının her aşamasında bilgilendirilmesidir; bu, hastanın uyumu için önemli ölçüde belirleyicidir. Hastalar hastalıkları nedeniyle genellikle öfke içindedirler bu duygularını sağlık çalışanlarına karşı da gösterebilirler. Bu tür davranışlar karşısında ve verecekleri eğitimlerde hemşireler, anlayışlı olmalı yapmacık ve şakacı ilişkilerden kaçınmalı, hastanın gereksinimlerine cevap verecek sıcak bir ilgiyi temel alan tutum içinde olmalıdırlar. Bu tür davranışlarla ve verilecek planlı eğitimle hastaların yan etkilerin kontrolüne yönelik olarak bakımda kendi sorumluluklarını alabilmeleri tedavi süresince verilecek kararlara katılabilmeleri ve yaşam kalitelerinin yükselerek, hastalığa ve tedaviye uyumlarının artması sağlanabilir (Aslan ve ark. 2006, Şenler 2001).

Kanserli hastalar hastalık sürecinden kaynaklanan semptomlar kadar kemoterapi ve radyoterapinin yan etkileri nedeni ile ağrı, anoreksiya, kaşeksi, tat değişiklikleri, alopesi, bulantı, kusma, dehidratasyon, mukozit, yorgunluk, dispne, kemik iliği supresyonu, depresyon, anksiyete gibi fiziksel ve emosyonel semptomları yoğun bir şekilde yaşamaktadırlar. Bu gibi semptomların kanserli hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır, bu durum onkoloji alanında çalışan sağlık ekibi üyeleri içinde öncelikli bir konuyu oluşturmaktadır. Bu nedenle verilen bakımda bu semptomların azaltılması veya yok edilmesi esas alınmaktadır (Ünsar ve

ark. 2007). Kemoterapi uygulanan hastalarda ortaya çıkan toksik etkilerin değerlendirilmesi ve giderilmesinde hemşire önemli bir role sahiptir (Aslan ve Olgun 2010).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, kanser hastalarının yaşam kalitesi, semptom kontrolü ve tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanım durumlarını ve bu kavramlar arasında bir ilişki ve etkileşim olup olmadığının incelenmesidir.

3.2. Araştırmanın Önemi

Türkiye’de yapılmış çalışmalarda TAT kullanım sıklığı %22.1 ve %84.1 arasında dağılım göstermektedir (Kav ve ark.2008). Tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin tıbbi tedaviyi geciktirme, tıbbi tedaviyi bırakma ya da reddetme, gereksiz harcamalar ve başarısızlık ve suçluluk duygusu gibi dolaylı yan etkileri de vardır (Muslu ve Öztürk 2008). Kanser hastaları nadir olmakla birlikte bazen TAT'leri konvansiyonel tedaviler yerine kullanırlar. Bu hastalar genelde daha önce konvansiyonel tedavileri kullanmış ancak tedavilerin yan etkileri ile ilgili yoğun kaygı yaşamış ya da tedavilerin yan etkilerine bağlı semptomlarla baş etmede zorlanmışlardır. Bunun yanında bu hastalar tedavisinden sorumlu ekip üyeleriyle iletişim sorunları yaşamış ve kontrol kaybına uğramış olabilmektedirler (Özçelik ve Fadiloğlu 2009). Sağlık profesyonelleri tarafından önemsiz görünen TAT uygulamaları hastalar tarafından son derece önemli addedilmekte dolayısı ile aradaki bu anlaşmazlık TAT kullanımını gizli boyuta itmektedir. Çalışma sonunda diğer boyutların yanı sıra gizli TAT kullanımına ilişkin veriler de elde edilmiştir. Sağlık profesyonellerinin TAT kullanımı ve yöntemleri konusunda bilgili olması, önyargısız bir yaklaşımla hastaları değerlendirmeleri, hastalara rutin olarak TAT kullanımını sormaları, değerlendirmeleri ve uygun danışmanlığı sağlamaları çok önemlidir. Hemşirelerin TAT kullanımı ile ilgili bilimsel çalışmalarda yer almaları, bu yöntemlerin yararları ve olası yan etkileri ile ilgili çalışmaları, sağlıklı/hasta birey veya ailesini ve toplumu bu konularda bilgilendirmeleri gerekmektedir. Çalışmamız bu konuda hem başta hemşireler olmak üzere sağlık çalışanlarına hem de TAT kullanan hasta ve yakınlarına veri sağlamaktadır.

3.3. Araştırmanın Tipi

Araştırma Kanser Hastalarının Yaşam Kalitesi, Semptom Kontrolü ve Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanım Durumlarını belirlenmesinin yanı sıra bu kavramlar arasında bir ilişki ve etkileşim olup olmadığının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Onkoloji Kliniklerine ve Ayaktan Kemoterapi Ünitesine 30 Eylül 2011- 29 Şubat 2012 tarihleri arasında tedavi görmek için başvuran kanser hastaları oluşturmaktadır.

3.5. Araştırmanın Örneklemini

Araştırmanın örneklemini, Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Onkoloji Kliniklerinde ve Ayaktan Kemoterapi Ünitesinde 30 Eylül 2011- 29 Şubat 2012 tarihleri arasında tedavi gören, çalışmaya katılmayı kabul eden 153 kanser hastası oluşturmuştur.

3.6. Verilerin Toplanması

Tanımlayıcı tipte planlanan bu çalışmada veriler araştırmacı tarafından literatür ışığında oluşturulan Kişisel Bilgi Formu (Ek-1), Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yaklaşımları Ölçeği (Ek-2), Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği (Ek-3) ve EORTC QLQ-C30 (version 3.0) (Ek-4) olmak üzere dört ayrı form kullanılarak toplanmıştır. Formlar, araştırmacı tarafından hastalara araştırma hakkında bilgi verilip sözlü ve yazılı onam Bilgilendirilmiş onam formu (Ek-5) alınarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Veri toplama süresi ortalama 30 dakikadır. Anketteki sorular araştırmacı tarafından yüksek sesle, anlaşılır bir şekilde okunarak hasta tarafından verilen cevaplar yine araştırmacı tarafından formlara işaretlenmiştir.

3.7. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması

3.7.1. Kişisel Bilgi Formu

Literatür ışığında hazırlanan Kişisel bilgi formunda hastayla ilgili sosyo-demografik özellikler (yaş, cinsiyet, meslek, medeni durum, eğitim durumu vb), TAT kullanımına ilişkin özellikler (TAT kullanımını doktorunuzla paylaştınız mı?, TAT yöntemine ne sıklıkla başvurduunuz?, TAT kullanımından fayda gördünüz mü?) açıklayan toplam 29 sorudan oluşmaktadır.

3.7.2. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yaklaşımları Ölçeği

Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yaklaşımları Ölçeği, 2009 yılında Can ve arkadaşları tarafından ülkemizdeki kanser hastalarının sık kullandığı tamamlayıcı ve alternatif yaklaşımları değerlendirmek amacı ile geliştirilmiştir. Toplam 61 maddeden oluşan bu ölçeğin 5 alt grubu vardır: bitkisel yaklaşımlar (30 madde), biyolojik yaklaşımlar (3 madde), beslenme (18 madde), dini uygulamalar (5 madde) ve bilişsel davranışsal terapiler (5 madde). Ölçekte yer alan her bir maddeyi okuyarak hasta kullanmıyor veya uygulamıyor ise “0”, kullanıyor veya uyguluyor ise “1” puan verilerek puanlanmaktadır. Takiben her alt boyutta yer alan madde puanlarının toplanması ile alt boyut toplam puanı; alt boyut toplam puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı hesaplanmaktadır (Can ve ark. 2009).

3.7.3. Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği (N-SDÖ)

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

Ölçekte yer alan her bir madde tek başına kullanıldığında kemoterapi alması planlanan veya alan kanser hastalarının hastalığa/tedaviye bağlı oluşan sorunlardan etkilenme düzeyinin ne olduğu yansıtılabilirken, ölçek ve ilgili alt boyut puanlarının hesaplanması ile hastaların yaşam kalitesinin nasıl etkilendiği gösterilebilmektedir. Likert tipi olan bu ölçekte hastanın değerlendirilen maddeye verdiği cevap hayır ise “0”, çok az ise “1”, biraz ise “2”, oldukça ise “3” ve çok fazla ise “4” puan verilerek puanlanmaktadır. Puanın yüksek olması hastaların hastalığa/tedaviye bağlı oluşan sorunlardan etkilenme düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Her alt boyutta yer alan madde puanlarının toplanması ve madde sayısına bölünmesi ile alt boyut toplam puanı; alt boyut toplam puanlarının toplanması ve üçe bölünmesi ile de ölçeğin toplam puanı hesaplanmaktadır. Ölçekte cevaplanmamış maddeler varsa (örn; bekar ve dullarda hastalığın/tedavinin cinsel yaşama etkisinin değerlendirilememesi gibi) o maddelerin puanı alt boyutta/ölçekte cevaplanan maddelerin puanı toplanıp cevaplanan madde sayısına bölünerek elde edilir. Elde edilen puanların yüksek olması hastaların genel yaşam kalitesinin veya ilişkili alt boyutlara ilişkin iyilik hallerinin kötü olduğunu göstermektedir.

Not: Ayrıca zorunlu olmamakla birlikte, ileri istatistik analizlerde kullanılmak üzere hastaların yaşam kalitesi puanları: 0-0.50 arasında ise “çok iyi”, 0.51-1.50 arasında ise “iyi”, 1.51-2.50 arasında ise “orta”, 2.51-3.50 arasında ise “kötü” ve 3.51-4.00 arasında ise “çok kötü” ifadeleri kullanılarak da sınıflandırma yapılabilir (Can ve Aydiner 2011).

3.7.4. EORTC QLQ-C30 (version 3.0)

Aaronson ve arkadaşları tarafından geliştirilen Yaşam Kalitesi Ölçeği genel iyilik hali, fonksiyonel güçlükler ve semptom kontrolü olmak üzere üç alt başlık ve 30 soru içermektedir. Ölçekteki 30 maddeden ilk 28’i dördümlü likert tipi ölçektir ve maddeler Hiç: 1, Biraz: 2, Oldukça: 3, Çok: 4 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin 29. sorusunda hastadan 1’den 7’ye kadar olan ölçek ile (1: çok kötü ve 7: mükemmel) sağlığını ve 30. soruda genel yaşam kalitesini değerlendirmesi istenmektedir. 29. ve 30. sorular genel iyilik hali alanını oluşturan sorulardır. Bu

bölümden alınan yüksek puanlar yaşam kalitesinin yüksek olduğunu, düşük puanlar ise yaşam kalitesinin düştüğünü ifade etmektedir. Fonksiyonel Alan ve Semptomlar bölümlerinde ise alınan puanların düşük olması yaşam kalitesinin yüksek, puanların yüksek olması ise yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir. Ölçek, Güzelant ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanmış ve akciğer kanserli hastalarda Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliği saptanmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı ≥ 0.70 olarak belirlenmiştir. Yapılan çalışmalar sonucunda ölçeğin; geçerli ve güvenilir bir araç olduğu saptanmıştır (Altıparmak ve ark. 2011).

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Hastaların bireysel özellikleri bağımsız değişken, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yaklaşımları Ölçeği, Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği, EORTC QLQ-C30 (version 3.0) Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları bağımlı değişken olarak değerlendirilmiştir.

Toplanan verilerin analizi SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 17.0 programıyla yapılmıştır. Bağımlı değişkenler olan, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yaklaşımları Ölçeği, Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği, EORTC QLQ-C30 (version 3.0) Yaşam Kalitesi Ölçeği ile yapılan değerlendirmelerde sonuçlar normal dağılım göstermediği için istatistiksel analizlerde nonparametrik testler olan Kruskal Wallis ve Mann Whitney-U testleri yapılmıştır. Sonuçlar arasında ilişki olup olmadığının değerlendirilmesi için ayrıca Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. Ortalama, standart sapma ve yüzdelerin hesaplanması için tanımlayıcı analizler yapılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Hastaların Tanıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 1. Kanser Hastalarına İlişkin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı

		n	%
Yaş (min-mak, $\bar{x}\pm Sd$)		24-83 (55.15 \pm 12.70)	
Cinsiyet	Kadın	88	57.5
	Erkek	65	42.5
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	23	15.0
	İlkokul	95	62.1
	Ortaöğretim	24	15.7
	Üniversite	11	7.2
Medeni Durum	Bekar	18	11.8
	Evli	135	88.2
Sosyal Güvence	Var	150	98.0
	Yok	3	2.0
Meslek	Kamu Çalışanı	7	4.6
	Serbest Meslek	109	71.2
	Emekli	37	24.2
Aylık Gelir ($\bar{x}\pm Sd$)		921.41 \pm 554.42	
Aile Tipi	Geniş	5	3.3
	Çekirdek	139	90.8
	Yalnız	9	5.9

Tablo 1’de araştırma kapsamındaki hastaların bazı sosyo-demografik özellikleri görülmektedir. Hastaların yaş sınırları 24-83 olarak saptanmış olup; yaş ortalaması 55.15 \pm 12.70’dir. Hastaların %57.5’i kadın, %42.5’i ise erkektir. Hastaların eğitim durumları incelendiğinde; %15.0’inin okuryazar olmadığı, %62.1’inin ilköğretim, %15.7’sinin ortaöğretim, %7.2’sinin ise üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Hastaların çoğunluğunun % 98.0’inin sosyal güvencesinin olduğu görülmektedir. Hastaların %88.2 oranı ile çoğunluğunun evli, %71.2’sinin serbest meslek sahibi olduğu saptanmıştır. Hastaların aylık gelir ortalaması 921.41 \pm 554.42’dir. Hastaların çoğunluğunun (%62.7) aile tipinin çekirdek aile olduğu saptanmıştır.

Tablo 2. Kanser Hastalarının Mevcut Kanser Tipi Dağılımları

Kanser Tipi	n	%
Meme Kanseri	44	28.8
Kolon Kanseri	36	23.5
Akciğer Kanseri	21	13.7
Over, Endometrium, Rahim Ağzı Kanseri	10	6.5
Mide Kanseri	9	5.9
Rektum Kanseri	9	5.9
Nazofarenks, Larenks, Timüs, Nazal Adeno Kanseri	7	4.6
Yumuşak Doku, Malign Melanom, Skuamöz Hücre Kanseri	5	3.3
Prostat Kanseri	3	2.0
Mesane Kanseri	1	0.7
Diğer(böbrek, pankreas,hodgin lenfoma, safra yolu, lösemi, ince bağırsak, karaciğer kanseri)	8	5.2

Tablo 2’de Kanser Hastalarının Mevcut Kanser Tipi dağılımları görülmektedir. Hastaların %28.8’i meme kanseri ile çoğunluğu oluşturmaktadır. Hastaların %0.7’si ise mesane kanseri ile en az yüzdeye sahiptir.

Tablo 3. Kanser Hastalarının Kullandığı Standart Tedavi Yöntemi

		n	%
Kemoterapi	Evet	128	83.7
	Hayır	25	16.3
Radyoterapi	Evet	61	39.9
	Hayır	92	60.1
Cerrahi tedavi	Evet	119	77.8
	Hayır	34	22.2
İmmünoterapi	Evet	-	-
	Hayır	153	100
TAT	Evet	22	14.3
	Hayır	131	85.7
Hiçbir tedavi almamış	Evet	2	1.3
	Hayır	151	98.7

Tablo 3’de Kanser Hastalarının Kullandığı Standart Tedavi Yöntemi dağılımları görülmektedir. Tedavi kullanım oranları Kemoterapi %83.7, Radyoterapi %39.9, Cerrahi tedavi kullananlar %77.8 şeklinde olup İmmünoterapi yöntemini kullanan hiçbir hasta olmamıştır. TAT yöntemini kullananların oranı %14.3 olarak bulunmuştur. Hiçbir tedavi almayanlar ise sadece %1.3’tür.

Tablo 4. Kullanılan Diğer TAT Yöntemleri

	n	%
Zakkum Ekstresi	1	0.7
Yılan Gömleği+ Eşek Sütü	1	0.7
Propolis	1	0.7
Beres Damla	1	0.7
Reishi Mantarı	1	0.7
Üzüm Pekmezi	1	0.7

Tablo 4’de Kullanılan Diğer TAT Yöntemlerinin dağılımı görülmektedir. 153 hastadan sadece 6 tanesi bu belirtilen TAT yöntemlerini kullanmaktadır. Bu yöntemlerin her biri %0.7’lik dilimi oluşturmaktadır.

Tablo 5. Kanser Hastalarının TAT Yöntemini Kullanış Nedenleri

		n	%
Hastalıkla direkt savaş	Evet	20	13.1
	Hayır	133	86.9
Fiziksel görünümü düzeltmek	Evet	-	-
	Hayır	153	100
Ümit ve olumlu düşünme	Evet	2	1.3
	Hayır	151	98.7
Hastalık etkilerini azaltmak	Evet	19	12.4
	Hayır	134	87.6
Kanserle savaşa karşı vücudun direncini artırmak	Evet	19	12.4
	Hayır	134	87.6
Duygusal iyileşme sağlamak	Evet	-	-
	Hayır	153	100
Acı duymamak	Evet	-	-
	Hayır	153	100
Kansere karşı her şeyi yapmış olmak	Evet	7	4.6
	Hayır	146	95.4
Diğer	Evet	1	0.7
	Hayır	152	99.3

Tablo 5’de kanser hastalarının TAT yöntemini kullanış nedenleri dağılımı görülmektedir. Hastaların %13.1’inin TAT yöntemlerini hastalıkla direkt savaş, 1,3’ünün ümit ve olumlu düşünme, %12.4’ünün hastalık etkilerini azaltmak, %12.4’ünün kanserle savaşta vücudun direncini artırmak, %4.6’sının kansere karşı her şeyi yapmış olmak için tercih ettikleri saptanmıştır. TAT yöntemini, fiziksel görünümü düzeltmek, duygusal iyileşme sağlamak ya da acı duymamak için tercih eden hasta yoktur. Hastalardan sadece 1 kişi (%0,7) TAT yöntemini kansere faydası olması nedeniyle tercih ettiğini ifade etmiştir.

Tablo 6. Hastaların, “TAT Yöntemine kimlerin tavsiyesi ile başvurduunuz?” sorusuna verdikleri yanıtlara göre dağılımları

	n	%
Aile Bireyleri	4	18.2
Kendi Bilgilerim	0	0.0
Akrabalar	3	13.6
Arkadaşlar	6	27.3
Komşular	1	4.5
Gazete, dergi, internet vb. yayın organları	8	36.3
Doktor, hemşire vb. sağlık personeli	4	18.2
Toplam	26*	

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 6’da Hastaların, “TAT Yöntemine kimlerin tavsiyesi ile başvurduunuz?” sorusuna verdikleri yanıtlara göre dağılımları görülmektedir. TAT yöntemine hastaların sadece %18.2’si “Aile Bireylerinin Tavsiyesi” ile başvurmuştur. Çarpıcı bir bulgu olarak hastalardan hiç birisi TAT yöntemine kendi bilgilerine dayanarak

başvurmamıştır. Hastaların %36.3'ü TAT yöntemini gazete, dergi, internet vb yayın organlarından edindiği bilgilere dayanarak kullanırken %27.3'ü arkadaş tavsiyesi üzerine kullandığını ifade etmiştir.

Tablo 7. Hastaların TAT yöntemlerini kullanım durumlarına ilişkin bilgiler

		n	%
TAT yöntemi kullandıysanız doktorunuzla paylaştınız mı?	Evet	8	36.4
	Hayır	14	63.6
TAT yöntemi kullandıysanız hemşirenizle paylaştınız mı?	Evet	4	18.2
	Hayır	18	81.8
TAT yöntemlerine hastalığınızın hangi aşamasında başvurduunuz?	Hastalığınızın başlangıcında	2	9.1
	Tedavi süreci içinde	20	90.9
TAT yöntemine ne sıklıkla başvurduunuz?	Fırsat buldukça	2	9.1
	Haftada 1-2 kez	2	9.1
	Günde 1-2 kez	18	81.8
TAT kullanımından fayda gördünüz mü?	Evet	13	59.1
	Hayır	3	13.7
	Bilmiyorum	6	27.2
TAT kullanımından zarar gördünüz mü?	Evet	1	4.5
	Hayır	16	72.7
	Bilmiyorum	5	22.8
Beklediğiniz sonuca ulaştınız mı?	Beklediğim sonucu aldım	7	38.9
	Hiçbir yarar göremedim	3	16.7
	Daha sonucu alamadım	6	33.3
	Tedavi olamadım ama bende rahatlatma yarattı	-	-
	Diğer	2	11.1
TAT yönteminin tıbbi tedavi kadar etkili olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	6	27.2
	Hayır	8	36.4
	Bilmiyorum	7	31.9
	Diğer	1	4.5
TAT kullanımını başkalarına tavsiye eder misiniz?	Evet	9	40.9
	Hayır	11	50
	Bilmiyorum	2	9.1
TAT kullanımından olumsuz sonuç alsaydınız başkalarına tavsiye eder misiniz?	Evet bana yaramasa da belki başkalarına yarar	1	4.5
	Hayır	19	86.4
	Bilmiyorum	2	9.1
Bu kullandığınız yöntemlerin maliyeti nedir?	Tıbbi tedaviye kıyasla daha ucuz	10	45.4
	Tıbbi tedaviden daha pahalı	2	9.1
	Hiç masrafı yok	8	36.4
	Bilmiyorum	2	9.1
Sizce hastalar hekim dışı kişi ve uygulamalara başvuruyorlar mı?	Evet	8	36.4
	Hayır	2	9.1
	Bilmiyorum	12	54.5
TAT kullanımında riskler nelerdir?	Bilmiyorum	21	95.4
	Yan etkileri fazla	1	4.6
TAT'ı kötüye kullanım ve istismar eden kişilerin varlığını biliyor musunuz?	Evet	3	13.6
	Hayır	3	13.6
	Bilmiyorum	16	72.8

Tablo 7'de Kanser Hastalarının TAT yöntemi kullanım durumlarına ilişkin bilgilerin dağılımı görülmektedir. Hastaların çoğu tedavisine ek olarak bir TAT yöntemi kullandığı halde bu bilgiyi doktoru (%63,6) ve hemşiresi (%81.8) ile paylaşmamaktadır. Hastalar çoğunlukla TAT yöntemine tedavi süreci (%90.9) içinde başvurmaktadır. Hastalar TAT yöntemine ne sıklıkla başvurduunuz sorusuna diğer (%81.8) seçeneğine cevap vermişlerdir. Hastaların %59.1 TAT kullanımından fayda

gördüğünü, %72.7 hasta ise zarar görmediğini ifade etmiştir. Hastaların %38.9 beklediğim sonucu aldım, %33.3 hasta ise daha sonucu alamadım demiştir. Hastaların %36.6 TAT yönteminin tıbbi tedavi kadar etkili olduğunu düşünmemektedir. Hastaların %50'si TAT yöntemini başkasına tavsiye etmemekte, %40.9'u ise tavsiye etmektedir. Hastaların %86.4'ü TAT kullanımından olumsuz sonuç alsaydınız başkalarına tavsiye eder misiniz? sorusuna hayır cevabını vermiştir. TAT yönteminin maliyeti nedir sorusuna %45.4'ü tıbbi tedaviye kıyasla daha ucuz, %36.4'ü hiç masrafı yok demiştir. Hastaların %54.5'i sizce hastalar hekim dışı kişi ve uygulamalara başvuruyorlar mı? sorusuna bilmiyorum cevabını vermiştir. %95.4 hasta ise TAT kullanımındaki riskleri bilmediklerini ifade etmiştir. Hastaların %72.8'i TAT'ı kötüye kullanım ve istismar eden kişilerin varlığını biliyor musunuz? sorusuna bilmiyorum cevabını vermiştir.

4.2. Hastaların Ölçek Skorlarına İlişkin Bulgular

Tablo 8. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yaklaşımları Ölçek Skorlarının Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

TAT Ölçek Skorları EĞİTİM	DURUMU													
	Okuryazar değil			İlkokul			Ortaöğretim			Üniversite			X ²	p
	n	\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD		
Bitkisel Yaklaşımlar Skoru	23	0.00	0.00	95	0.21	1.06	24	0.21	0.51	11	0.00	0.00	5.317	0.150
Biyolojik Yaklaşımlar Skoru	23	0.00	0.00	95	0.00	0.00	24	0.00	0.00	11	0.00	0.00	0.000	1.000
Besinsel Yaklaşımlar Skoru	23	0.09	0.42	95	0.18	0.64	24	0.17	0.38	11	0.00	0.00	3.073	0.381
Dinsel Yaklaşımlar Skoru	23	1.39	0.78	95	1.74	0.79	24	1.13	0.85	11	1.36	0.81	12.100	0.007
Ruhsal Yaklaşımlar Skoru	23	0.00	0.00	95	0.00	0.00	24	0.00	0.00	11	0.00	0.00	0.000	1.000
TAT Ölçeği Genel Skoru	23	1.48	0.95	95	2.13	1.73	24	1.50	1.10	11	1.36	0.81	9.790	0.020

Tablo 8'de TAT ölçek skorlarının hastaların eğitim durumlarına göre dağılımı görülmektedir. TAT ölçeği skorlarının hastaların eğitim durumuna göre dağılımları arasında fark olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Kruskal Wallis Varyans analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda TAT Ölçeği 'Bitkisel', 'Biyolojik', 'Besinsel ve Ruhsal' Yaklaşımlar Skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Eğitim durumuna göre TAT Ölçeği Genel Skorları

arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,020$). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testleri sonucunda; ‘okuma yazması olmayan’ grup ile eğitim durumu ‘ilkokul’ olan grup ($U=803.500$, $p=0.028$) ve eğitim durumu ‘ilkokul’ olan grup ile ‘ortaöğretim’ olan grup ($U=843.500$, $p=0.030$) arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Eğitim durumuna göre Dinsel Yaklaşımlar Skorları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,007$). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testleri sonucunda; eğitim durumu ‘ilkokul’ olan grup ile ‘ortaöğretim’ olan grup ($U=722.000$, $p=0.001$) arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 9. Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği Skorlarının Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

NSDÖ Skorları	EĞİTİM DURUMU												X ²	p
	Okuryazar değil			İlkokul			Ortaöğretim			Üniversite				
	n	\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD		
Fiziksel İyilik Hali Skoru	23	1.33	0.81	95	1.06	0.76	24	1.01	0.81	11	0.76	0.75	4.645	0.200
Sosyal İyilik Hali Skoru	23	1.02	0.77	95	0.91	0.77	24	0.63	0.64	11	0.55	0.70	5.632	0.131
Psikolojik İyilik Hali Skoru	23	0.87	0.80	95	0.91	0.92	24	1.04	0.96	11	0.45	0.42	2.539	0.468
NSDÖ Genel Skoru	23	1.07	0.61	95	0.96	0.68	24	0.89	0.70	11	0.59	0.46	4.804	0.187

Tablo 9’da NSDÖ Skorlarının hastaların eğitim durumlarına göre dağılımı görülmektedir. Hastaların eğitim durumuna NSDÖ Skorları arasında fark olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan Kruskal Wallis Varyans analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda eğitim durumuna göre NSDÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 10. EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorlarının Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorları	EĞİTİM DURUMU												X ²	p
	Okuryazar değil			İlkokul			Ortaöğretim			Üniversite				
	n	\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD		
Global Sağlık Skoru	23	43.48	29.30	95	58.07	26.03	24	52.43	31.61	11	68.18	9.73	7.085	0.069
Fiziksel Fonksiyon Skoru	23	53.62	18.69	95	55.79	23.34	24	56.94	24.79	11	70.30	13.78	5.746	0.125
Rol Fonksiyon Skoru	23	71.74	40.65	95	85.61	29.74	24	84.72	31.05	11	98.48	5.03	5.142	0.162
Emosyonel Sağlık Skoru	23	86.67	22.83	95	85.89	22.70	24	82.50	23.25	11	96.36	8.62	4.052	0.256
Bilişsel Sağlık Skoru	23	77.54	23.89	95	81.40	27.49	24	82.64	26.23	11	98.48	5.03	6.853	0.077
Sosyal Sağlık Skoru	23	86.96	27.96	95	88.60	27.43	24	82.64	30.09	11	100	0.00	4.072	0.254

Tablo 10’da EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorlarının hastaların eğitim durumlarına göre dağılımı görülmektedir. EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorları arasında fark olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan Kruskal Wallis Varyans analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda eğitim durumuna göre EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 11. EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorlarının Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorları	EĞİTİM DURUMU												X ²	p
	Okuryazar değil			İlkokul			Ortaöğretim			Üniversite				
	n	\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD		
Yorgunluk Skoru	23	36.71	33.57	95	37.19	30.31	24	34.26	30.90	11	8.08	11.21	9.503	0.023
Bulantı Kusma Skoru	23	22.46	32.80	95	14.56	28.89	24	22.92	38.95	11	3.03	6.74	3.886	0.274
Ağrı Skoru	23	31.16	40.61	95	30.00	38.02	24	25.00	33.69	11	1.52	5.03	6.456	0.091
Dispne Skoru	23	17.39	34.63	95	14.03	29.00	24	15.28	32.57	11	0.00	0.00	3.352	0.341
Uykusuzluk Skoru	23	43.48	45.43	95	27.02	38.07	24	37.50	49.45	11	0.00	0.00	9.201	0.027
İştahsızlık Skoru	23	44.93	42.17	95	28.77	37.54	24	38.89	43.59	11	0.00	0.00	11.759	0.008
Kabızlık Skoru	23	24.64	36.54	95	17.89	32.91	24	23.61	38.67	11	3.03	10.05	3.301	0.348
İshal Skoru	23	15.94	31.58	95	9.82	24.73	24	11.11	28.94	11	3.03	10.05	1.130	0.770
Mali Etki Skoru	23	36.23	47.05	95	23.16	36.08	24	15.28	31.05	11	0.00	0.00	7.276	0.064

Tablo 11’de EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorlarının hastaların eğitim durumlarına göre dağılımı görülmektedir. EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut skorlarının hastaların eğitim durumuna göre dağılımları arasında fark olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Kruskal Wallis Varyans analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut skorları ‘Bulantı Kusma Skoru’, ‘Ağrı Skoru’, ‘Dispne Skoru’, ‘Kabızlık Skoru’, ‘İshal Skoru’ ve ‘Mali Etki Skoru’ Skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Eğitim durumuna göre Yorgunluk Skoru arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,023$). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testleri sonucunda; ‘okuma yazması olmayan’ grup ile eğitim durumu ‘üniversite’ olan grup ($U=68.000$, $p=0.025$), ‘ilkokul’ olan grup ile eğitim durumu ‘üniversite’ olan grup ($U=222.000$, $p=0.002$) ve ‘ortaöğretim’ olan grup ile eğitim durumu ‘üniversite’ olan grup ($U=66.500$, $p=0.017$) arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Eğitim durumuna göre Uykusuzluk Skoru arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0.027$). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testleri sonucunda; ‘okuma yazması olmayan’ grup ile eğitim durumu

‘üniversite’ olan grup (U=60.500, p=0.004), ‘ilkokul’ olan grup ile eğitim durumu ‘üniversite’ olan grup (U=319.000, p=0.013) ve ‘ortaöğretim’ olan grup ile eğitim durumu ‘üniversite’ olan grup (U=82.500, p=0.020) arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Eğitim durumuna göre İşstahsızlık Skoru arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p=0,008). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testleri sonucunda; ‘okuma yazması olmayan’ grup ile eğitim durumu ‘üniversite’ olan grup (U=49.500, p=0.001), ‘ilkokul’ olan grup ile eğitim durumu ‘üniversite’ olan grup (U=297.000, p=0.007) ve ‘ortaöğretim’ olan grup ile eğitim durumu ‘üniversite’ olan grup (U=66.000, p=0.005) arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

Tablo 12. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yaklaşımları Ölçek Skorlarının Hastaların Cinsiyetine Göre Dağılımı

TAT Ölçek Skorları	CİNSİYET							
	Erkek			Kadın			U	p
	n	\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD		
Bitkisel Yaklaşımlar Skoru	65	0.26	1.27	88	0.09	0.33	2735.500	0.373
Biyolojik Yaklaşımlar Skoru	65	0.00	0.00	88	0.00	0.00	2860.000	1.000
Besinsel Yaklaşımlar Skoru	65	0.11	0.36	88	0.18	0.65	2794.500	0.649
Dinsel Yaklaşımlar Skoru	65	1.46	0.90	88	1.64	0.76	2522.500	0.155
Ruhsal Yaklaşımlar Skoru	65	0.00	0.00	88	0.00	0.00	2860.000	1.000
TAT Ölçeği Genel Skoru	65	1.83	1.92	88	1.91	1.15	2550.000	0.206

Tablo 12’de TAT Ölçek Skorlarının hastaların cinsiyetine göre dağılımı görülmektedir. TAT Ölçeği Skorları ile hastaların cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 13. Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği Skorlarının Hastaların Cinsiyetine Göre Dağılımı

NSDÖ Skorları	CİNSİYET							
	Erkek			Kadın			U	p
	n	\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD		
Fiziksel İyilik Hali Skoru	65	0.93	0.75	88	1.18	0.79	2322.00	0.047
Sosyal İyilik Hali Skoru	65	0.65	0.65	88	1.01	0.79	2122.00	0.006
Psikolojik İyilik Hali Skoru	65	0.80	0.94	88	0.96	0.85	2434.00	0.113
NSDÖ Genel Skoru	65	0.79	0.64	88	1.05	0.67	2210.50	0.016

Tablo 13’de NSDÖ Skorlarının hastaların cinsiyetine göre dağılımı görülmektedir NSDÖ Skorları ile hastaların cinsiyetine göre dağılımları arasında fark

olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Mann-Whitney U analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda NSDÖ ‘Psikolojik İyilik Hali’ Skorları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). NSDÖ Fiziksel İyilik ($U=2322.000$, $p=0.047$), Sosyal İyilik Hali Skorları ($u=2122.000$, $p=0.006$), Genel Skoru ($U=2210.500$, $p=0.016$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 14. EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorlarının Hastaların Cinsiyetine Göre Dağılımı

EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorları	CİNSİYET						U	p
	Erkek			Kadın				
	n	\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD		
Global Sağlık Skoru	65	51.15	28.48	88	59.09	25.85	2444.000	0.122
Fiziksel Fonksiyon Skoru	65	57.44	23.88	88	56.14	21.63	2660.500	0.457
Rol Fonksiyon Skoru	65	83.08	33.01	88	85.23	29.95	2850.000	0.961
Emosyonel Sağlık Skoru	65	86.26	23.00	88	86.21	21.63	2767.500	0.706
Bilişsel Sağlık Skoru	65	83.33	24.30	88	81.44	27.38	2854.500	0.982
Sosyal Sağlık Skoru	65	87.95	27.72	88	88.45	26.67	2822.000	0.840

Tablo 14’de EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorlarının hastaların cinsiyetine göre dağılımı görülmektedir. EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorları ile hastaların cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 15. EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorlarının Hastaların Cinsiyetine Göre Dağılımı

EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorları	CİNSİYET						U	p
	Erkek			Kadın				
	n	\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD		
Yorgunluk Skoru	65	32.14	30.18	88	36.36	31.05	2642.500	0.415
Bulantı Kusma Skoru	65	14.36	29.30	88	17.61	31.50	2745.000	0.598
Ağrı Skoru	65	27.44	38.24	88	27.27	36.21	2809.000	0.835
Dispne Skoru	65	13.33	31.07	88	14.02	28.47	2736.500	0.526
Uykusuzluk Skoru	65	30.77	42.21	88	28.03	40.08	2743.000	0.618
İştahsızlık Skoru	65	28.72	39.91	88	32.20	38.64	2672.000	0.441
Kabızlık Skoru	65	17.95	32.32	88	19.32	34.55	2825.500	0.872
İshal Skoru	65	9.23	24.66	88	11.36	26.69	2775.000	0.631
Mali Etki Skoru	65	25.13	39.54	88	20.08	34.48	2726.500	0.545

Tablo 15’de EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorlarının hastaların cinsiyetine göre dağılımı görülmektedir. EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorları ile hastaların cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 16. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yaklaşımları Ölçek Skorlarının Hastaların Medeni Durumuna Göre Dağılımı

TAT Ölçek Skorları	MEDENİ DURUM						U	p
	Bekar			Evli				
	n	\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD		
Bitkisel Yaklaşımlar Skoru	18	0.00	0.00	135	0.19	0.92	1080.000	0.138
Biyolojik Yaklaşımlar Skoru	18	0.00	0.00	135	0.00	0.00	1215.000	1.000
Besinsel Yaklaşımlar Skoru	18	0.11	0.47	135	0.16	0.56	1153.000	0.508
Dinsel Yaklaşımlar Skoru	18	1.44	0.70	135	1.58	0.84	1097.000	0.446
Ruhsal Yaklaşımlar Skoru	18	0.00	0.00	135	0.00	0.00	1215.000	1.000
TAT Ölçeği Genel Skoru	18	1.56	0.92	135	1.92	1.58	1024.500	0.233

Tablo 16’da TAT Ölçek Skorlarının hastaların medeni durumuna göre dağılımı görülmektedir. TAT Ölçeği Skorları ile hastaların medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 17. Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği Skorlarının Hastaların Medeni Durumuna Göre Dağılımı

NSDÖ Skorları	MEDENİ DURUM						U	p
	Bekar			Evli				
	n	\bar{x}	SD	N	\bar{x}	SD		
Fiziksel İyilik Hali Skoru	18	0.94	0.89	135	1.09	0.77	1052.000	0.356
Sosyal İyilik Hali Skoru	18	0.62	0.75	135	0.89	0.75	925.500	0.099
Psikolojik İyilik Hali Skoru	18	0.74	0.82	135	0.91	0.90	1046.000	0.335
NSDÖ Genel Skoru	18	0.77	0.69	135	0.96	0.66	986.500	0.196

Tablo 17’de NSDÖ Skorlarının hastaların medeni durumuna göre dağılımı görülmektedir. NSDÖ Skorları ile hastaların medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 18. EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorlarının Hastaların Medeni Durumuna Göre Dağılımı

EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorları	MEDENİ DURUM						U	p
	Bekar			Evli				
	n	\bar{x}	SD	N	\bar{x}	SD		
Global Sağlık Skoru	18	61.57	25.75	135	54.94	27.38	1044.000	0.329
Fiziksel Fonksiyon Skoru	18	61.11	16.37	135	56.10	23.23	1154.000	0.727
Rol Fonksiyon Skoru	18	89.81	27.50	135	83.58	31.67	1109.000	0.424
Emosyonel Sağlık Skoru	18	94.82	9.85	135	85.09	23.08	949.000	0.096
Bilişsel Sağlık Skoru	18	93.52	14.16	135	80.74	26.93	910.500	0.053
Sosyal Sağlık Skoru	18	95.37	11.15	135	87.28	28.38	1145.500	0.570

Tablo 18’de EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorlarının hastaların medeni durumuna göre dağılımı görülmektedir. EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorları ile hastaların medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 19. EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorlarının Hastaların Medeni Durumuna Göre Dağılımı

EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorları	MEDENİ DURUM						U	p
	Bekar			Evli				
	n	\bar{x}	SD	N	\bar{x}	SD		
Yorgunluk Skoru	18	24.07	24.77	135	35.97	31.17	958.000	0.140
Bulantı Kusma Skoru	18	12.04	27.89	135	16.79	30.91	1114.000	0.477
Ağrı Skoru	18	14.82	27.94	135	29.01	37.71	1003.500	0.186
Dispne Skoru	18	3.70	10.78	135	15.06	30.94	1052.000	0.199
Uykusuzluk Skoru	18	18.52	38.30	135	30.62	41.14	1018.000	0.198
İştahsızlık Skoru	18	33.33	41.22	135	30.37	38.95	1147.000	0.669
Kabızlık Skoru	18	20.37	34.56	135	18.52	33.50	1157.000	0.678
İshal Skoru	18	5.56	17.15	135	11.11	26.70	1128.500	0.454
Mali Etki Skoru	18	14.82	30.73	135	23.21	37.38	1086.000	0.370

Tablo 19’da EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorlarının hastaların medeni durumuna göre dağılımı görülmektedir. EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorları ile hastaların medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 20. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yaklaşımları Ölçek Skorlarının Hastaların Yaşam Yerlerine Göre Dağılımı

TAT Ölçek Skorları	YAŞAM YERİ									X ²	p
	Köy			Kasaba- İlçe			Şehir				
	n	\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD		
Bitkisel Yaklaşımlar Skoru	50	0.58	1.46	45	0.02	0.15	58	0.09	0.28	6.949	0.031
Biyolojik Yaklaşımlar Skoru	50	0.00	0.00	45	0.00	0.00	58	0.00	0.00	0.000	1.000
Besinsel Yaklaşımlar Skoru	50	0.18	0.44	45	0.07	0.33	58	0.19	0.74	3.163	0.206
Dinsel Yaklaşımlar Skoru	50	1.64	0.88	45	1.60	0.81	58	1.47	0.80	0.688	0.709
Ruhsal Yaklaşımlar Skoru	50	0.00	0.00	45	0.00	0.00	58	0.00	0.00	0.000	1.000
TAT Ölçeği Genel Skoru	50	2.20	2.20	45	1.69	0.85	58	1.74	1.13	0.978	0.613

Tablo 20’de TAT Ölçek Skorlarının hastaların yaşam yerlerine göre dağılımı görülmektedir. TAT Ölçeği Skorları ile hastaların yaşam yerine göre dağılımları arasında fark olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Kruskal Wallis Varyans analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda TAT Ölçeği ‘Biyolojik’, ‘Besinsel’, ‘Dinsel ve Ruhsal’ Yaklaşımlar ve Genel Skorlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Yaşam yerlerine göre Bitkisel Yaklaşımlar Skoru arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,031$). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testleri sonucunda; yaşam yeri ‘köy’ olan grup ile ‘kasaba-ilçe’ olan grup ($U=946.500$, $p=0.012$) arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 21. Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği Skorlarının Hastaların Yaşam Yerlerine Göre Dağılımı

NSDÖ Skorları	YAŞAM YERİ										
	Köy			Kasaba- İlçe			Şehir			X ²	p
	n	\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD		
Fiziksel İyilik Hali Skoru	50	1.12	0.85	45	0.94	0.79	58	1.13	0.71	2.345	0.310
Sosyal İyilik Hali Skoru	50	0.84	0.78	45	0.76	0.73	58	0.95	0.75	1.785	0.410
Psikolojik İyilik Hali Skoru	50	0.84	0.88	45	0.81	0.78	58	0.99	0.97	1.119	0.572
NSDÖ Genel Skoru	50	0.93	0.70	45	0.84	0.63	58	1.03	0.65	1.961	0.375

Tablo 21’de NSDÖ Skorlarının hastaların yaşam yerlerine göre dağılımı görülmektedir. NSDÖ Skorları ile hastaların yaşam yerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 22. EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorlarının Hastaların Yaşam Yerlerine Göre Dağılımı

EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorları	YAŞAM YERİ										
	Köy			Kasaba- İlçe			Şehir			X ²	p
	n	\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD	n	\bar{x}	SD		
Global Sağlık Skoru	50	52.00	27.90	45	63.70	29.04	58	52.73	24.10	6.720	0.035
Fiziksel Fonksiyon Skoru	50	53.60	22.82	45	64.15	19.08	58	53.56	23.76	7.603	0.022
Rol Fonksiyon Skoru	50	84.00	33.33	45	88.89	23.84	58	81.03	34.26	1.494	0.474
Emosyonel Sağlık Skoru	50	85.07	24.49	45	89.63	22.04	58	84.60	20.11	4.090	0.129
Bilişsel Sağlık Skoru	50	83.33	24.05	45	85.93	25.86	58	78.45	27.75	2.213	0.331
Sosyal Sağlık Skoru	50	87.00	29.98	45	87.41	27.33	58	89.94	24.37	0.078	0.962

Tablo 22’de EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorlarının hastaların yaşam yerlerine göre dağılımı görülmektedir. EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorları ile hastaların yaşam yerlerine göre dağılımları arasında fark olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Kruskal Wallis Varyans analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorları ‘Rol Fonksiyon’, ‘Emosyonel’, ‘Bilişsel ve Sosyal’ Sağlık Skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Yaşam yerine göre Global Sağlık Skoru arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,035$). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testleri sonucunda; yaşam yeri ‘köy’ olan grup ile ‘kasaba-ilçe’ olan grup ($U=842.500$, $p=0.034$) ve yaşam yeri ‘kasaba-ilçe’ olan grup ile ‘şehir’ olan grup ($U=946.000$, $p=0.016$) arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yaşam yerine göre Fiziksel Fonksiyon Skoru arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,022$). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testleri sonucunda; yaşam

yeri ‘köy’ olan grup ile ‘kasaba-ilçe’ olan grup (U=819.000, p=0.021) ve yaşam yeri ‘kasaba-ilçe’ olan grup ile ‘şehir’ olan grup (U=929.500, p=0.012) arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.05).

Tablo 23. EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorlarının Hastaların Yaşam Yerlerine Göre Dağılımı

EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorları	YASAM YERİ										
	Köy			Kasaba- İlçe			Şehir			X ²	p
	n	\bar{X}	SD	n	\bar{X}	SD	n	\bar{X}	SD		
Yorgunluk Skoru	50	34.67	31.72	45	26.67	27.16	58	40.61	31.40	4.889	0.087
Bulantı Kusma Skoru	50	15.67	30.19	45	12.22	28.29	58	19.83	32.51	2.362	0.307
Ağrı Skoru	50	26.00	37.82	45	21.85	32.34	58	32.76	39.24	1.546	0.462
Dispne Skoru	50	16.67	34.50	45	11.11	25.62	58	13.22	27.88	0.199	0.905
Uykusuzluk Skoru	50	37.33	43.46	45	21.48	38.37	58	28.16	39.88	4.147	0.126
İştahsızlık Skoru	50	36.67	42.73	45	17.04	28.97	58	36.21	40.60	6.753	0.034
Kabızlık Skoru	50	19.33	31.65	45	14.07	30.56	58	21.84	37.23	1.202	0.548
İshal Skoru	50	8.67	19.99	45	9.63	27.18	58	12.64	29.17	0.537	0.765
Mali Etki Skoru	50	39.33	43.48	45	17.04	33.05	58	11.49	26.89	15.455	0.000

Tablo 23’de EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorlarının hastaların yaşam yerlerine göre dağılımı görülmektedir. EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorları ile hastaların yaşam yerine göre dağılımları arasında fark olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Kruskal Wallis Varyans analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorları ‘Yorgunluk’, ‘Bulantı Kusma’, ‘Ağrı’, ‘Dispne’, ‘Uykusuzluk’, ‘Kabızlık’ ve ‘İshal’ Skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05). Yaşam yerine göre İştahsızlık Skoru arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p=0,034). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testleri sonucunda; yaşam yeri ‘köy’ olan grup ile ‘kasaba-ilçe’ olan grup (U=873.500, p=0.032) ve yaşam yeri ‘kasaba-ilçe’ olan grup ile ‘şehir’ olan grup (U=973.000, p=0.014) arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.05). Yaşam yerine göre Mali Etki Skoru arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p=0,000). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testleri sonucunda; yaşam yeri ‘köy’ olan grup ile ‘kasaba-ilçe’ olan grup (U=812.000, p=0.007) ve yaşam yeri ‘köy’ olan grup ile ‘şehir’ olan grup (U=952.000, p=0.000) arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.05)

Tablo 24. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yaklaşımları Ölçek Skorlarının Hastalığın Süresi ile Korelasyonu

TAT Ölçek Skorları	HASTALIĞIN SÜRESİ	
	r	p
Bitkisel Yaklaşımlar Skoru	0.071	0.385
Biyolojik Yaklaşımlar Skoru	-	-
Besinsel Yaklaşımlar Skoru	0.073	0.373
Dinsel Yaklaşımlar Skoru	0.090	0.270
Ruhsal Yaklaşımlar Skoru	-	-
TAT Ölçeği Genel Skoru	0.115	0.157

Tablo 24’de TAT Ölçek Skorlarının hastalığın süresine ile korelasyonu görülmektedir. Yapılan Pearson korelasyon analizi sonucunda, TAT Ölçeği Skorları ile hastalığın süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 25. Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği Skorlarının Hastalığın Süresi ile Korelasyonu

NSDÖ Skorları	HASTALIĞIN SÜRESİ	
	r	p
Fiziksel İyilik Hali Skoru	0.207	0.010
Sosyal İyilik Hali Skoru	0.316	0.000
Psikolojik İyilik Hali Skoru	0.295	0.000
NSDÖ Genel Skoru	0.331	0.000

Tablo 25’de NSDÖ Skorlarının hastalığın süresi ile korelasyonu görülmektedir. NSDÖ Skorları ile hastalığın süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan Pearson Korelasyon analizi sonucunda NSDÖ ‘Fiziksel iyilik hali skoru’ ile hastalığın süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır ($r= 0,207$, $p: 0,010$). Sosyal İyilik Hali ($r= 0,316$, $p: 0,000$), Psikolojik İyilik Hali ($r= 0,295$, $p: 0,000$) ve NSDÖ Genel Skoru ($r= 0,331$, $p: 0,000$) ile hastalığın süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 26. EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorlarının Hastalığın Süresi İle Korelasyonu

EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorları	HASTALIĞIN SÜRESİ	
	r	p
Global Sağlık Skoru	-0.112	0.169
Fiziksel Fonksiyon Skoru	-0.249	0.002
Rol Fonksiyon Skoru	-0.173	0.033
Emosyonel Sağlık Skoru	-0.049	0.549
Bilişsel Sağlık Skoru	-0.160	0.048
Sosyal Sağlık Skoru	-0.026	0.753

Tablo 26’da EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorlarının hastalığın süresi ile korelasyonu görülmektedir. Analiz sonucunda EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorlarından ‘Global Sağlık’, ‘Emosyonel Sağlık’, ‘Bilişsel Sağlık’ ve ‘Sosyal Sağlık’ Skorları ile hastalığın süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorlarından Fiziksel Fonksiyon Skoru ($r= -0,249$, $p: 0,002$) ve Rol Fonksiyon Skoru ($r= -0,173$, $p: 0,033$) ile hastalığın süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 27. EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorlarının Hastalığın Süresi ile Korelasyonu

EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorları	HASTALIĞIN SÜRESİ	
	r	p
Yorgunluk Skoru	0.259	0.001
Bulantı Kusma Skoru	-0.047	0.568
Ağrı Skoru	0.313	0.000
Dispne Skoru	0.111	0.172
Uykusuzluk Skoru	0.107	0.187
İştahsızlık Skoru	0.075	0.360
Kabızlık Skoru	0.069	0.399
İshal Skoru	0.161	0.047
Mali Etki Skoru	-0.050	0.542

Tablo 27’de EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorlarının hastalığın süresi ile korelasyonu görülmektedir. Analiz sonucunda EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorlarından ‘Bulantı-Kusma’, ‘Dispne’, ‘Uykusuzluk’, ‘İştahsızlık’, ‘Kabızlık’, ‘İshal’ ve ‘Mali Etki’ Skorları ile hastalığın süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorlarından Yorgunluk Skoru ($r= -0,259$, $p: 0,001$) ve Ağrı Skoru ($r= 0,313$, $p: 0,000$) ile hastalığın süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 28. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yaklaşımları Ölçek Skorlarının Hastaların Aylık Geliri ile Korelasyonu

TAT Ölçek Skorları	AYLIK GELİR	
	r	p
Bitkisel Yaklaşımlar Skoru	-0.032	0.698
Biyolojik Yaklaşımlar Skoru	-	-
Besinsel Yaklaşımlar Skoru	-0.058	0.476
Dinsel Yaklaşımlar Skoru	-0.132	0.104
Ruhsal Yaklaşımlar Skoru	-	-
TAT Ölçeği Genel Skoru	-0.111	0.173

Tablo 28’de TAT Ölçek Skorlarının hastaların aylık geliri ile korelasyonu görülmektedir. Yapılan Pearson korelasyon analizi sonucunda, TAT Ölçeği Skorları ile hastaların aylık geliri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 29. Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği Skorlarının Hastaların Aylık Geliri ile Korelasyonu

NSDÖ Skorları	AYLIK GELİR	
	r	p
Fiziksel İyilik Hali Skoru	-0.169	0.037
Sosyal İyilik Hali Skoru	-0.100	0.221
Psikolojik İyilik Hali Skoru	-0.078	0.338
NSDÖ Genel Skoru	-0.139	0.088

Tablo 29’da NSDÖ Skorlarının hastaların aylık geliri ile korelasyonu görülmektedir. Analiz sonucunda NSDÖ ‘Sosyal İyilik Hali’, Psikolojik İyilik Hali’ ve NSDÖ Genel Skorları ile hastaların aylık geliri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). NSDÖ Fiziksel İyilik Hali Skoru ($r= -0,169$, $p: 0,037$) ile hastaların aylık geliri arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 30. EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorlarının Hastaların Aylık Geliri ile Korelasyonu

EORTC QLQ-C30 Fonsiyonel Alt Boyut Skorları	AYLIK GELİR	
	r	p
Global Sağlık Skoru	0.143	0.079
Fiziksel Fonksiyon Skoru	0.147	0.070
Rol Fonksiyon Skoru	0.098	0.228
Emosyonel Sağlık Skoru	0.070	0.387
Bilişsel Sağlık Skoru	0.100	0.218
Sosyal Sağlık Skoru	0.076	0.349

Tablo 30’da EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorlarının hastaların aylık geliri ile korelasyonu görülmektedir. EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorları ile hastaların aylık geliri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 31. EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorlarının Hastaların Aylık Geliri ile Korelasyonu

EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorları	AYLIK GELİR	
	r	p
Yorgunluk Skoru	-0.185	0.022
Bulantı Kusma Skoru	-0.097	0.234
Ağrı Skoru	-0.186	0.021
Dispne Skoru	-0.075	0.360
Uykusuzluk Skoru	-0.153	0.058
İştahsızlık Skoru	-0.096	0.238
Kabızlık Skoru	-0.102	0.209
İshal Skoru	-0.036	0.656
Mali Etki Skoru	-0.347	0.000

Tablo 31’de EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorlarının hastaların aylık geliri ile korelasyonu görülmektedir. Analiz sonucunda EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorlarından ‘Bulantı-Kusma’, ‘Dispne’, ‘Uykusuzluk’, ‘İştahsızlık’, ‘Kabızlık’ ve ‘İshal’ Skorları ile hastaların aylık geliri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorlarından Yorgunluk Skoru ($r= -0,185$, $p: 0,022$) ve Ağrı Skoru ($r= -0.186$, $p: 0,021$) ile hastaların aylık geliri arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Mali Etki Skoru ($r= -0, 347$, $p: 0,000$) ile hastaların aylık geliri arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 32. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yaklaşımları Ölçek Skorlarının Hastaların Yaşı ile Korelasyonu

TAT Ölçek Skorları	YAŞ	
	r	p
Bitkisel Yaklaşımlar Skoru	0.066	0.416
Biyolojik Yaklaşımlar Skoru	-	-
Besinsel Yaklaşımlar Skoru	-0.069	0.400
Dinsel Yaklaşımlar Skoru	0.099	0.223
Ruhsal Yaklaşımlar Skoru	-	-
TAT Ölçek Genel Skoru	0.067	0.412

Tablo 32’de TAT Ölçek Skorlarının hastaların yaşı ile korelasyonu görülmektedir. Yapılan Pearson korelasyon analizi sonucunda, TAT Ölçeği Skorları ile hastaların yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 33. Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği Skorlarının Hastaların Yaşı ile Korelasyonu

NSDÖ Skorları	<u>YAS</u>	
	r	p
Fiziksel İyilik Hali Skoru	-0.174	0.031
Sosyal İyilik Hali Skoru	-0.040	0.625
Psikolojik İyilik Hali Skoru	-0.289	0.000
NSDÖ Genel Skoru	-0.212	0.008

Tablo 33’de NSDÖ Skorlarının hastaların yaşı ile korelasyonu görülmektedir. Analiz sonucunda NSDÖ ‘Sosyal İyilik Hali’ ile hastaların yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). NSDÖ Fiziksel İyilik Hali Skoru ($r= -0,174$, $p: 0,031$) ve NSDÖ Genel Skoru ($r= -0,212$, $p: 0,008$) ile hastaların yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır. NSDÖ Psikolojik İyilik Hali Skoru ($r= -0,289$, $p: 0,00$) ile hastaların yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 34. EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorlarının Hastaların Yaşı ile Korelasyonu

EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorları	<u>YAS</u>	
	r	p
Global Sağlık Skoru	-0.048	0.557
Fiziksel Fonksiyon Skoru	-0.118	0.146
Rol Fonksiyon Skoru	-0.032	0.698
Emosyonel Sağlık Skoru	0.232	0.004
Bilişsel Sağlık Skoru	0.045	0.579
Sosyal Sağlık Skoru	0.125	0.124

Tablo 34’de EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorlarının hastaların yaşı ile korelasyonu görülmektedir. Analiz sonucunda EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorlarından ‘Global Sağlık’, ‘Fiziksel Fonksiyon’, ‘Rol Fonksiyon’, ‘Bilişsel Sağlık’ ve ‘Sosyal Sağlık’ Skorları ile hastaların yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorlarından Emosyonel Sağlık Skoru ($r= 0,232$, $p: 0,004$) ile hastaların yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 35. EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorlarının Hastaların Yaşı ile Korelasyonu

EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorları	YAŞ	
	r	p
Yorgunluk Skoru	-0.060	0.464
Bulantı Kusma Skoru	-0.173	0.033
Ağrı Skoru	-0.117	0.149
Dispne Skoru	-0.043	0.598
Uykusuzluk Skoru	-0.101	0.214
İştahsızlık Skoru	-0.045	0.580
Kabızlık Skoru	-0.071	0.383
İshal Skoru	-0.034	0.674
Mali Etki Skoru	-0.180	0.026

Tablo 35’de EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorlarının hastaların yaşı ile korelasyonu görülmektedir. Analiz sonucunda EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorlarından ‘Yorgunluk’, ‘Ağrı’, ‘Dispne’, ‘Uykusuzluk’, ‘İştahsızlık’, ‘Kabızlık’ ve ‘İshal’ Skorları ile hastaların yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorlarından Bulantı Kusama Skoru ($r= -0,173$, $p: 0,033$) ve Mali Etki Skoru ($r= -0.180$, $p: 0,026$) ile hastaların yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$).

5. TARTIŞMA

5.1. Tanıtıcı Özelliklerin İncelenmesi

Araştırma kapsamındaki hastaların min-mak. yaş sınırları 24-83 saptanmış olup; yaş ortalaması 55.15'dir. Hastaların %57.5'i kadın, %65'i ise erkektir. Hastaların %88.2 oranı ile çoğunluğunun evli olduğu saptanmıştır. Pud ve arkadaşlarının çalışmasında da min-mak. yaş sınırları 23-91 saptanmış olup; yaş ortalaması 55.50±13.01'dir. Hastaların %69 oranla çoğunun evli olduğu saptanmıştır (Pud et al. 2005). Can ve arkadaşlarının çalışmasında da min-mak. yaş sınırları 18-81 saptanmış olup; yaş ortalaması 51.44±14.03 ve %81'inin evli olduğu saptanmıştır (Can ve ark. 2009). Bulunan değerler literatürlerle paralel gitmektedir. Hastaların eğitim durumları ise; %15'i okuryazar değil, %62.1'i ilkokul, %15.7'si ortaöğretim, %7.2'si üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Hastaların çoğunluğunun sosyal güvencesinin olduğu görülmektedir. Hastaların %71.2'si çoğunluğu ile serbest meslek sahibi olduğu saptanmıştır. Hastaların aylık gelir ortalaması 921.41'dir. Hastaların %62.7'si çoğunluğu ile aile tipi olarak çekirdek aile olduğu saptanmıştır.

Hastaların hastalık özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde hastaların %28.8'i meme kanseri ile çoğunluğu oluşturmaktadır. Kav ve arkadaşlarının yaptığı 'Türkiye'de Kanserli Hastalarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı: Literatür Taraması' çalışmalarında 14 araştırma makalesi ve 7 ulusal kongre kitaplarından sunulan çalışmada da hastaların çoğunluğunu meme kanseri hastaları oluşturmaktadır (Kav ve ark., 2008). Diğer literatürler incelendiğinde de hastaların çoğunluğunu meme kanserli hastalar oluşturmaktadır. Hastaların %0.7'si ise mesane kanseri ile en az yüzdeye sahiptir. Tedavi kullanım oranları Kemoterapi %83.7, Radyoterapi %39.9, Cerrahi tedavi kullananlar %77.8 şeklinde olup İmmünoterapi yöntemini kullanan hiçbir hasta olmamıştır. TAT yöntemini kullananların oranı %14.5 olarak bulunmuştur. Diğer tedavi yöntemlerini kullananlar ise sadece %1.3'tür. Türkiye'de yapılmış araştırmalar TAT kullanım sıklığını %39.2 ile %61.1 şeklinde değişen oranlarda bulmuştur (Samur et al. 2001, Ceylan et al. 2002, Gözüm et al. 2003, Isikhan et al. 2003, Tas et al. 2003).

Hastaların %13.1'inin TAT yöntemlerini hastalıkla direkt savaş, 1,3'ünün ümit ve olumlu düşünme, %12.4'ünün hastalık etkilerini azaltmak, %12.4'ünün kanserle savaşta vücudun direncini artırmak, %4.6'sının kansere karşı her şeyi yapmış olmak için tercih ettikleri saptanmıştır. TAT yöntemini, fiziksel görünümü düzeltmek, duygusal iyileşme sağlamak ya da acı duymamak için tercih eden hasta yoktur. Hastalardan sadece 1 kişi (%0,7) TAT yöntemini kansere faydası olması nedeniyle tercih ettiğini ifade etmiştir. Akyürek ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların AT (Alternatif Tıp) kullanım nedenleri sorgulandığında en sık %28'i hasta konvansiyonel tedavilerine destek olarak yaşam kalitelerini artırmak amacı ile kullandığını belirtirken, %23 hasta hastalığa bağlı semptomları gidermek, %27 hasta ise kür sağlamak amacı ile kullandığını belirtmiştir (Akyürek ve ark. 2005). Scott ve arkadaşlarının çalışmasında ise %69'u fiziksel iyilik hali, %46'sı duygusal iyilik hali, %9 ise kanserin kötü etkilerine karşı kullandığını belirtmiştir (Scott et al. 2005).

TAT yöntemine hastaların sadece %18.2'si "Aile Bireylerinin Tavsiyesi" ile başvurmuştur. Çarpıcı bir bulgu olarak hastalardan hiç birisi TAT yöntemine kendi bilgilerine dayanarak başvurmamıştır. Hastaların %36.3'ü TAT yöntemini gazete, dergi, internet vb yayın organlarından edindiği bilgilere dayanarak kullanırken, %27.3'ü arkadaş tavsiyesi üzerine kullandığını ifade etmiştir. Yıldız (2006) tez çalışmasında TAT kullanımı hakkında bilgi edinme kaynakları sorusunda hastaların %42'si yakınlarını (akraba, yakın arkadaş), %30'u diğer kanser hastaları, %18'i medya (tv, gazete), %10'u baharatçılar, %7'si onkologlar, %6'sı herbalistler, %6'sı internet, %1 onkolog olmayan doktorlar ve %3'ü diğer faktörlerle alternatif tedavilere yöneldiklerini ifade etmişlerdir (Yıldız 2006). Shen ve arkadaşlarının çalışmasında ise TAT yöntemi dikkate alınmaksızın en yaygın iki birincil bilgi kaynakları arkadaşlar ya da aile üyeleri (%31) ve kitle iletişim araçları (%32) olduğu saptanmıştır (Shen et al. 2002).

Hastaların çoğu tedavisine ek olarak bir TAT yöntemi kullandığı halde bu bilgiyi doktoru (%63,6) ve hemşiresi (%81,8) ile paylaşmamaktadır. Malak ve arkadaşlarının çalışmasında %60 hasta (Malak ve ark. 2009), Akyürek ve arkadaşlarının çalışmasında %88 hasta (Akyürek ve ark.2005) ve Yıldırım'ın (2010) çalışmasında %60 hasta (Yıldırım 2010) TAT uygulamalarını doktoru ve hemşiresi

ile paylaşmamaktadır. Oksel ve arkadaşlarının Diabetes Mellituslu hastalarda yaptıkları çalışmada hastaların %79.4'ünün hekim ve hemşiresine kullandığı yöntemi söylemediğini saptamıştır (Oksel ve Şişman 2009). Diğer literatürlerle karşılaştırmalar yapıldığında farklı hastalık gruplarında bile bizim çalışmamızda da olduğu gibi hastalar doktor ve hemşireleriyle TAT uygulamalarını paylaşmamaktadırlar.

Hastalar çoğunlukla TAT yöntemine tedavi süreci (%90.9) içinde başvurmaktadır. Kav ve arkadaşlarının çalışmasında TAT yöntemlerini hastalar kanser tanısından sonra tıbbi tedavileri süresince kullandıklarını belirtmişlerdir (Kav ve ark. 2008). Gözüm ve arkadaşlarının çalışmasında ise hastalar TAT yöntemini kanser tanısı konmadan önce semptomların tedavisinde kullandıklarını belirtmişlerdir (Gözüm and et al. 2003). Isikhan ve arkadaşlarının çalışmasında ise hastalar ilk tanı konulmasından sonra TAT kullanmaya başladıklarını belirtmişlerdir (Isikhan and et al. 2005).

Hastaların %59.1 TAT kullanımından fayda gördüğünü, %72.7 hasta ise zarar görmediğini ifade etmiştir. Hastaların %38.9 beklediğim sonucu aldım, %33.3 hasta ise daha sonucu alamadım demiştir. Hastaların %36.6 TAT yönteminin tıbbi tedavi kadar etkili olduğunu düşünmemektedir. Hastaların %50'si TAT yöntemini başkasına tavsiye etmemekte, %40.9'u ise tavsiye etmektedir. Hastaların %86.4'ü TAT kullanımından olumsuz sonuç alsaydınız başkalarına tavsiye eder misiniz? sorusuna hayır cevabını vermiştir. Uğurluer ve arkadaşlarının çalışmasında TAT uygulamalarına başvurmuş olan 64 kişiye bu uygulamaların hastalığına nasıl etkisi olduğu sorulduğunda %50'si olumlu yönde etkisi olduğunu, %50'si ise etkisi olmadığını belirtmiştir. Hastalığına olumlu etkisi olduğunu belirtenlerin hepsi bu uygulamaları başkalarına da tavsiye edeceğini belirtmiştir. Hastalığına etkisi olmadığını belirtenlerin %25'i ise bu uygulamaları başkalarına tavsiye edeceğini belirtmiş ve neden olarak da 'kendilerine yaramasa da diğerlerine belki yarar, denesinler' diye düşündüklerini ifade etmişlerdir (Uğurluer ve ark. 2007). Yıldırım'ın (2010) çalışmasında ise %42.5 hasta TAT kullanımından yarar gördüğünü, %10'u bulantı, kusma ve alerji gibi yan etkiler yaptığını ifade etmiştir.

TAT yönteminin maliyeti nedir sorusuna %45.4'ü tıbbi tedaviye kıyasla daha ucuz, %36.4'ü hiç masrafı yok demiştir. Bilge'nin (2010) uzmanlık tezinde ise hastaların % 49.7'si TAT yöntemlerine ayda 100 TL'den daha az para harcamışken, % 38.3'ü hiç para harcamamış ve bu yöntemleri kendi imkanlarıyla elde ettiklerini ifade etmişlerdir (Bilge 2010).

5.2. Tat Ölçek Skorlarının İncelenmesi

Hastaların cinsiyeti, medeni durumu, hastalığın süresi, aylık geliri ve yaşı ile TAT Ölçek skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Eğitim durumuna göre TAT Ölçeği Genel Skorları ve Dinsel Yaklaşımlar Skorları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,020$). Can ve arkadaşlarının çalışmasında yaş, medeni durum, eğitim, meslek ve hastalığın yerleşim yeri TAT kullanımını etkileyen önemli değişkenler olarak belirlenmiştir. Belirlenen değişkenler ise erkekler diyet takviyelerini tercih ederken, kadınlar dini uygulamaları tercih etmektedirler (Can ve ark. 2009).

5.3. NSDÖ Skorlarının İncelenmesi

Hastaların eğitim durumu, medeni durumu ve yaşam yeri ile NSDÖ skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). NSDÖ Skorları ile hastaların cinsiyeti, hastalığın süresi, aylık geliri, hastaların yaşı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$).

Can ve Aydiner'in çalışmasında ise yaş arttığında NSDÖ Fiziksel, Sosyal ve Psikolojik İyilik Hali ve Genel Skorunun azaldığı saptamıştır. ECOG performans skoru ile NSDÖ Fiziksel, Sosyal ve Psikolojik İyilik Hali ve Genel Skoru arasında pozitif anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Hastalığın süresi ile NSDÖ Fiziksel, Sosyal ve Psikolojik İyilik Hali ve Genel Skoru arasında pozitif anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Tedavi döngüsü ile NSDÖ Fiziksel, Sosyal İyilik Hali ve Genel Skoru arasında pozitif anlamlı ilişki saptanmıştır (Can ve Aydiner 2011).

Can ve arkadaşlarının çalışmasında ise sosyal iyilik hali göğüs kanserli hastalarda daha düşük bulunmuştur ve kemoterapi esnasında kullanılan non-farmakolojik müdahalelerden sosyal müdahaleyi kullananlar sıklıkla üniversite mezunlarıdır. Fiziksel iyilik hali, göğüs ve kemik kanserli hastalarda kötü bulunmuştur. Genel iyilik hali, jinekolojik ve göğüs kanseri olan çalışan insanlar ve ev hanımlarında emeklilerle karşılaştırıldığında kötü bulunmuştur. Kemoterapi esnasında kullanılan non-farmakolojik müdahalelerden psikolojik müdahale kullanımı öğrenciler ile çalışan insanlar, serbest meslek sahipleri, emekliler ve ev hanımları ile karşılaştırıldığında öğrencilerde daha sık bulunmuştur (Can ve ark. 2011).

5.4. EORTC QLQ-C30 Skorlarının İncelenmesi

Eğitim durumuna göre EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (tablo 10).

Eğitim durumuna göre EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut skorları ‘Bulantı Kusma Skoru’, ‘Ağrı Skoru’, ‘Dispne Skoru’, ‘Kabızlık Skoru’, ‘İshal Skoru’ ve ‘Mali Etki Skoru’ Skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların cinsiyetine göre EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorları ve Semptom Alt Boyut Skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (tablo14-15).

Hastaların medeni durumuna göre EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorları ile Semptom Alt Boyut Skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Goker ve arkadaşlarının çalışmasında ise rol fonksiyon skoru evli kadınlarda bekarlara göre daha düşük bulunmuştur. Emosyonel ve sosyal skor bekarlarda daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Goker et al. 2011).

Yaşam yerine göre EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorları ‘Rol Fonksiyon’, ‘Emosyonel’, ‘Bilişsel ve Sosyal’ Sağlık Skorları arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Yaşam yerine göre Global Sağlık Skoru ve Fiziksel Fonksiyon Skoru arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,035$). Yaşam yerine göre EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorları ‘Yogunluk’, ‘Bulantı Kusma’, ‘Ağrı’, ‘Dispne’, ‘Uykusuzluk’, ‘Kabızlık’ ve ‘İshal’ Skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Yaşam yerine göre İştahsızlık Skoru ve Mali Etki Skoru arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,034$).

Hastalığın süresine göre EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorlarından ‘Global Sağlık’, ‘Emosyonel Sağlık’, ‘Bilişsel Sağlık’ ve ‘Sosyal Sağlık’ Skorları ile hastalığının süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorlarından Fiziksel Fonksiyon Skoru ($r= -0,249$, $p: 0,002$) ve Rol Fonksiyon Skoru ($r= -0,173$, $p: 0,033$) ile hastalığın süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

Hastalığın süresine göre EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorlarından ‘Bulantı-Kusma’, ‘Dispne’, ‘Uykusuzluk’, ‘İştahsızlık’, ‘Kabızlık’, ‘İshal’ ve ‘Mali Etki’ Skorları ile hastalığının süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorlarından Yorgunluk Skoru ($r= -0,259$, $p: 0,001$) ve Ağrı Skoru ($r= 0,313$, $p: 0,000$) ile hastalığın süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

Pınar ve arkadaşları çalışmasında hastalık süresinin yaşam kalitesi üzerinde etkili olup olmadığını incelemiş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (Pınar ve ark. 2008).

EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorları ile hastaların aylık geliri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorlarından ‘Bulantı-Kusma’, ‘Dispne’, ‘Uykusuzluk’, ‘İştahsızlık’, ‘Kabızlık’ ve ‘İshal’ Skorları ile hastaların aylık geliri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). EORTC QLQ-C30

Semptom Alt Boyut Skorlarından Yorgunluk Skoru ($r = -0,185$, $p: 0,022$) ve Ağrı Skoru ($r = -0,186$, $p: 0,021$) ile hastaların aylık geliri arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ancak çok zayıf bir ilişki saptanmıştır. Mali Etki Skoru ($r = -0,347$, $p: 0,000$) ile hastaların aylık geliri arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$).

Yaş ile EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorlarından ‘Global Sağlık’, ‘Fiziksel Fonksiyon’, ‘Rol Fonksiyon’, ‘Bilişsel Sağlık’ ve ‘Sosyal Sağlık’ Skorları ile hastaların yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$). EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorlarından Emosyonel Sağlık Skoru ($r = 0,232$, $p: 0,004$) ile hastaların yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ancak çok zayıf bir ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$). EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorlarından ‘Yorgunluk’, ‘Ağrı’, ‘Dispne’, ‘Uykusuzluk’, ‘İştahsızlık’, ‘Kabızlık’ ve ‘İshal’ Skorları ile hastaların yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$). EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorlarından Bulantı Kusama Skoru ($r = -0,173$, $p: 0,033$) ve Mali Etki Skoru ($r = -0,180$, $p: 0,026$) ile hastaların yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$) (tablo 35).

Goker ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların yaşlarına göre EORTC QLQ-C30 genel ve alt ölçek puanları incelendiğinde; global sağlık, fiziksel ve rol fonksiyon skoru 60 yaşın üzerindeki kadınlarda 60 yaş altındaki kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (Goker and et al. 2011).

Pınar ve arkadaşlarının çalışmasında yaş, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, birlikte yaşadığı kişiler, diğer sağlık sorunları ve tedaviye devam etme durumunun yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu saptanmıştır (Pınar ve ark. 2008).

Ertem ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların en fazla kognitif ($3,56 \pm 1,44$) ve sosyal ($3,55 \pm 1,59$) alanlarda yaşam kalitesinin düştüğü ve semptom alt grubunda ise en fazla halsizlik ($6,76 \pm 2,49$) ve ağrı ($3,76 \pm 1,55$) puanlarının yüksek olduğu (yaşam kalitesinin düştüğü) belirlenmiştir. Bunun yanı sıra tedaviye bağlı bulantı-

kusma (3.34 ± 1.43) ve iştah kaybı (1.97 ± 0.99) sorunlarını yoğun yaşadıkları gözlenmiştir. Ayrıca evli olanların ve eğitim durumu yüksek olanların yaşam kalitelerini daha iyi sürdürebildikleri saptanmıştır ($p<0.05$) (Ertem ve ark. 2009).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kanser hastalarında yaşam kalitesi, semptom kontrolü ve tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanım durumlarının incelenmesi amacıyla planlanan çalışmadan elde edilen sonuçlar şunlardır;

6.1. Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Sonuçlar

Hastaların yaş sınırları 24-83 olarak saptanmış olup; yaş ortalaması 55.15 ± 12.70 'dir. Örnekleme alınan bireylerin %57.5'i kadın, %65'i ise erkektir. Eğitim durumu incelendiğinde; grubun %15'inin okuryazar olmadığı, %62.1'inin ilkokul, %15.7'sinin ortaöğretim, %7.2'sinin ise üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Hastaların çoğunluğunun (% 98) sosyal güvencesinin olduğu belirlenmiştir. Hastaların %88.2 oranı ile çoğunluğunun evli, %71.2'sinin serbest meslek sahibi olduğu saptanmıştır. Aylık gelir ortalaması 921.41 ± 554.42 'dir. Hastaların çoğunluğunun (%62.7) aile tipinin çekirdek aile olduğu saptanmıştır.

Hastaların %28.8'i meme kanseri olup çoğunluğu oluşturduğu, %0.7'sinin ise mesane kanseri ile en az yüzdeye sahip olduğu bulunmuştur.

Tedavi kullanım oranları Kemoterapi %83.7, Radyoterapi %39.9, Cerrahi tedavi kullananlar %77.8 şeklinde olup İmmünoterapi yöntemini kullanan hastamız yoktur. TAT yöntemini kullananların oranı %14.3 olarak bulunmuştur. Diğer tedavi yöntemlerini kullananlar ise sadece %1.3'tür. 153 hastadan sadece 6 tanesi diğer TAT yöntemlerini kullanmaktadır. Bu yöntemlerin her biri %0.7'lik dilimi oluşturmaktadır.

Hastaların %13.1'inin TAT yöntemlerini hastalıkla direkt savaş, 1,3'ünün ümit ve olumlu düşünme, %12.4'ünün hastalık etkilerini azaltmak, %12.4'ünün kanserle savaşta vücudun direncini artırmak, %4.6'sının kansere karşı her şeyi yapmış olmak için tercih ettikleri saptanmıştır. TAT yöntemini, fiziksel görünümü düzeltmek, duygusal iyileşme sağlamak ya da acı duymamak için tercih eden hasta

yoktur. Hastalardan sadece 1 kişi (%0,7) TAT yöntemini kansere faydası olması nedeniyle tercih ettiğini ifade etmiştir.

TAT yöntemine hastaların sadece %18.2'si "Aile Bireylerinin Tavsiyesi" ile başvurmuştur. Çarpıcı bir bulgu olarak hastalardan hiç birisi TAT yöntemine kendi bilgilerine dayanarak başvurmamıştır. Hastaların %36.3'ü TAT yöntemini gazete, dergi, internet vb yayın organlarından edindiği bilgilere dayanarak kullanırken %27.3'u arkadaş tavsiyesi üzerine kullandığını ifade etmiştir.

Hastaların çoğu tedavisine ek olarak bir TAT yöntemi kullandığı halde bu bilgiyi doktoru (%63,6) ve hemşiresi (%81.8) ile paylaşmamaktadır. Hastalar çoğunlukla TAT yöntemine tedavi süreci (%90.9) içinde başlamaktadır. Hastaların %59.1'i TAT kullanımından fayda gördüğünü, %72.7 hasta ise zarar görmediğini ifade etmiştir. Hastaların %38.9'u beklediğim sonucu aldım, %33.3'ü ise daha sonucu alamadım demiştir. Hastaların %36.6'sı TAT yönteminin tıbbi tedavi kadar etkili olduğunu düşünmemekte, %50,si TAT yöntemini başkasına tavsiye etmemekte, %40.9'u ise etmektedir. Hastaların %86.4'ü TAT kullanımından olumsuz sonuç alsaydınız başkalarına tavsiye eder misiniz? sorusuna "hayır" cevabını vermiştir. TAT yönteminin maliyeti nedir sorusuna %45.4'ü tıbbi tedaviye kıyasla daha ucuz demiştir. Hastaların %54.5'i "sizce hastalar hekim dışı kişi ve uygulamalara başvuruyorlar mı? Sorusuna "bilmiyorum" cevabını vermiştir. %95.4'ü ise TAT kullanımındaki riskleri bilmediklerini ifade etmiştir. Hastaların %72.8'i TAT'ı kötüye kullanım ve istismar eden kişilerin varlığını biliyor musunuz? Sorusuna "bilmiyorum" cevabını vermiştir.

6.2. Tat Ölçek Skorları Sonuçları

TAT ölçeği skorlarının hastaların eğitim durumuna göre dağılımları arasında fark olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Kruskal Wallis Varyans analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda TAT Ölçeği 'Bitkisel', 'Biyolojik', 'Besinsel ve Ruhsal' Yaklaşımlar Skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Eğitim durumuna göre TAT Ölçeği Genel Skorları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,020$). Gruplar

arasındaki farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testleri sonucunda; 'okuma yazması olmayan' grup ile eğitim durumu 'ilkokul' olan grup (U=803.500, p=0.028) ve eğitim durumu 'ilkokul' olan grup ile 'ortaöğretim' olan grup (U=843.500, p=0.030) arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Eğitim durumuna göre Dinsel Yaklaşımlar Skorları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p=0,007). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testleri sonucunda; eğitim durumu 'ilkokul' olan grup ile 'ortaöğretim' olan grup (U=722.000, p=0.001) arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

TAT Ölçeği Skorlarının hastaların yaşam yerine göre dağılımları arasında fark olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Kruskal Wallis Varyans analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda TAT Ölçeği 'Biyolojik', 'Besinsel', 'Dinsel ve Ruhsal' Yaklaşımlar ve Genel Skorlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05). Yaşam yerlerine göre Bitkisel Yaklaşımlar Skoru arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p=0,031). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testleri sonucunda; yaşam yeri 'köy' olan grup ile 'kasaba-ilçe' olan grup (U=946.500, p=0.012) arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.05).

Yapılan Pearson korelasyon analizi sonucunda, TAT Ölçeği Skorları ile hastalığının süresi, aylık geliri ve hastaların yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

6.3. NSDÖ Skorları Sonuçları

Hastaların eğitim durumuna göre NSDÖ Skorları arasında fark olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Kruskal Wallis Varyans analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda eğitim durumuna göre NSDÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

Hastaların cinsiyetine göre NSDÖ Skorlarının dağılımları arasında fark olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan Mann-Whitney U analizi sonucunda NSDÖ ‘Psikolojik İyilik Hali’ Skorları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). NSDÖ Fiziksel İyilik ($U=2322.000$, $p=0.047$), Sosyal İyilik Hali Skorları ($u=2122.000$, $p=0.006$), Genel Skoru ($U=2210.500$, $p=0.016$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların medeni durumlarına göre NSDÖ Skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların yaşam yerlerine göre NSDÖ Skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Hastalığın süresi ile NSDÖ Skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda NSDÖ ‘Fiziksel iyilik hali skoru’ ile hastalığın süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır ($r= 0,207$, $p: 0,010$). Sosyal İyilik Hali ($r= 0,316$, $p: 0,000$), Psikolojik İyilik Hali ($r= 0,295$, $p: 0,000$) ve NSDÖ Genel Skoru ($r= 0,331$, $p: 0,000$) ile hastalığın süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

NSDÖ Skorları ile hastaların aylık geliri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda NSDÖ ‘Sosyal İyilik Hali’, Psikolojik İyilik Hali’ ve NSDÖ Genel Skorları ile hastaların aylık geliri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). NSDÖ Fiziksel İyilik Hali Skoru ($r= -0,169$, $p: 0,037$) ile hastaların aylık geliri arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$).

NSDÖ Skorları ile hastaların yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda NSDÖ ‘Sosyal İyilik Hali’ ile hastaların yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). NSDÖ Fiziksel İyilik Hali

Skoru ($r = -0,174$, $p = 0,031$) ve NSDÖ Genel Skoru ($r = -0,212$, $p = 0,008$) ile hastaların yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır. NSDÖ Psikolojik İyilik Hali Skoru ($r = -0,289$, $p = 0,00$) ile hastaların yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$).

6.4. EORTC QLQ-C30 Ölçek Skorları Sonuçları

EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorları arasında fark olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Kruskal Wallis Varyans analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda eğitim durumuna göre EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut skorlarının hastaların eğitim durumuna göre dağılımları arasında fark olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Kruskal Wallis Varyans analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut skorları ‘Bulantı Kusma Skoru’, ‘Ağrı Skoru’, ‘Dispne Skoru’, ‘Kabızlık Skoru’, ‘İshal Skoru’ ve ‘Mali Etki Skoru’ Skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). Eğitim durumuna göre Yorgunluk Skorları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p = 0,023$). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testleri sonucunda; ‘okuma yazması olmayan’ grup ile eğitim durumu ‘üniversite’ olan grup ($U = 68.000$, $p = 0,025$), ‘ilkokul’ olan grup ile eğitim durumu ‘üniversite’ olan grup ($U = 222.000$, $p = 0,002$) ve ‘ortaöğretim’ olan grup ile eğitim durumu ‘üniversite’ olan grup ($U = 66.500$, $p = 0,017$) arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

Eğitim durumuna göre Uykusuzluk Skorları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p = 0,027$). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testleri sonucunda; ‘okuma yazması olmayan’ grup ile eğitim durumu ‘üniversite’ olan grup ($U = 60.500$, $p = 0,004$), ‘ilkokul’ olan grup ile eğitim durumu ‘üniversite’ olan grup ($U = 319.000$, $p = 0,013$) ve ‘ortaöğretim’ olan grup ile eğitim durumu ‘üniversite’ olan grup ($U = 82.500$, $p = 0,020$) arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

Eğitim durumuna göre İştahsızlık Skorları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,008$). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testleri sonucunda; ‘okuma yazması olmayan’ grup ile eğitim durumu ‘niversite’ olan grup ($U=49.500$, $p=0.001$), ‘ilkokul’ olan grup ile eğitim durumu ‘niversite’ olan grup ($U=297.000$, $p=0.007$) ve ‘ortađđretim’ olan grup ile eğitim durumu ‘niversite’ olan grup ($U=66.000$, $p=0.005$) arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorlarının hastaların yaşam yerlerine göre dağılımları arasında fark olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Kruskal Wallis Varyans analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorları ‘Rol Fonksiyon’, ‘Emosyonel’, ‘Bilişsel ve Sosyal’ Sağlık Skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Yaşam yerine göre Global Sağlık Skorları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,035$). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testleri sonucunda; yaşam yeri ‘köy’ olan grup ile ‘kasaba-ilçe’ olan grup ($U=842.500$, $p=0.034$) ve yaşam yeri ‘kasaba-ilçe’ olan grup ile ‘şehir’ olan grup ($U=946.000$, $p=0.016$) arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yaşam yerine göre Fiziksel Fonksiyon Skoru arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,022$). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testleri sonucunda; yaşam yeri ‘köy’ olan grup ile ‘kasaba-ilçe’ olan grup ($U=819.000$, $p=0.021$) ve yaşam yeri ‘kasaba-ilçe’ olan grup ile ‘şehir’ olan grup ($U=929.500$, $p=0.012$) arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (tablo 22).

EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorlarının hastaların yaşam yerine göre dağılımları arasında fark olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Kruskal Wallis Varyans analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorları ‘Yogunluk’, ‘Bulantı Kusma’, ‘Ağrı’, ‘Dispne’, ‘Uykusuzluk’, ‘Kabızlık’ ve ‘İşhal’ Skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Yaşam yerine göre İştahsızlık Skoru arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,034$). Gruplar arasındaki farkın

kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testleri sonucunda; yaşam yeri 'köy' olan grup ile 'kasaba-ilçe' olan grup ($U=873.500$, $p=0.032$) ve yaşam yeri 'kasaba-ilçe' olan grup ile 'şehir' olan grup ($U=973.000$, $p=0.014$) arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yaşam yerine göre Mali Etki Skorları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,000$). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testleri sonucunda; yaşam yeri 'köy' olan grup ile 'kasaba-ilçe' olan grup ($U=812.000$, $p=0.007$) ve yaşam yeri 'köy' olan grup ile 'şehir' olan grup ($U=952.000$, $p=0.000$) arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorları ile hastalığın süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorlarından 'Global Sağlık', 'Emosyonel Sağlık', 'Bilişsel Sağlık' ve 'Sosyal Sağlık' Skorları ile hastalığın süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorlarından Fiziksel Fonksiyon Skoru ($r=-0,249$, $p: 0,002$) ve Rol Fonksiyon Skoru ($r= -0,173$, $p: 0,033$) ile hastalığın süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$).

EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorları ile hastalığın süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorlarından 'Bulantı-Kusma', 'Dispne', 'Uykusuzluk', 'İştahsızlık', 'Kabızlık', 'İshal' ve 'Mali Etki' Skorları ile hastalığın süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorlarından Yorgunluk Skoru ($r= -0,259$, $p: 0,001$) ve Ağrı Skoru ($r= 0,313$, $p: 0,000$) ile hastalığın süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$).

EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorları ile hastaların aylık geliri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (tablo 30).

EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorları ile hastaların aylık geliri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorlarından ‘Bulantı-Kusma’, ‘Dispne’, ‘Uykusuzluk’, ‘İştahsızlık’, ‘Kabızlık’ ve ‘İshal’ Skorları ile hastaların aylık geliri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorlarından Yorgunluk Skoru ($r= -0,185$, $p: 0,022$) ve Ağrı Skoru ($r= -0,186$, $p: 0,021$) ile hastaların aylık geliri arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Mali Etki Skoru ($r= -0,347$, $p: 0,000$) ile hastalığın süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$) (tablo 31).

EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorları ile hastaların yaşı arasında Fonksiyonel Alt Boyut Skorlarından ‘Global Sağlık’, ‘Fiziksel Fonksiyon’, ‘Rol Fonksiyon’, ‘Bilişsel Sağlık’ ve ‘Sosyal Sağlık’ Skorları ile hastaların yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel Alt Boyut Skorlarından Emosyonel Sağlık Skoru ($r= 0,232$, $p: 0,004$) ile hastaların yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorları ile hastaların yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan Pearson Korelasyon analizi sonucunda EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorlarından ‘Yorgunluk’, ‘Ağrı’, ‘Dispne’, ‘Uykusuzluk’, ‘İştahsızlık’, ‘Kabızlık’ ve ‘İshal’ Skorları ile hastaların yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorlarından Bulantı Kusama Skoru ($r= -0,173$, $p: 0,033$) ve Mali Etki Skoru ($r= -0,180$, $p: 0,026$) ile hastaların yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

6.5. Öneriler

Kanser hastalarında yaşam kalitesi, semptom kontrolü ve tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanım durumunun incelendiği çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Kanser hastasının ailesi ve çevresindekilerle etkileşime geçilerek hastaya destek olmaları sağlanmalı,
- TAT kullanan hastalar tedavilerini planlayan doktorlarını ve sağlık personelinin haberdar etmelidirler ve hastalarına bakım veren doktor ve sağlık personeli bu yöntemler hakkında yeterli bilgiye sahip olmalıdır,
- Kullanılan TAT yöntemlerinin yan etkileri ve bunların radyoterapi, kemoterapi ve değişik ilaç etkileşimleri üzerindeki çalışmaların planlanması önerilmeli ve hastalar ve sağlık personeli bu konuda bilgilendirilmelidir.
- Sağlık profesyonelleri TAT kullanımı ve yöntemleri konusunda bilgili olmalı, önyargısız bir yaklaşımla hastaları değerlendirmeli, hastalara rutin olarak TAT kullanımını sormalı, değerlendirmeli ve uygun danışmanlığı sağlamalıdır.
- Hemşireler, tamamlayıcı terapiler konusunda bilimsel çalışmalar yapmalı, bu yöntemlerin yararları ve olası yan etkilerini araştırmalı, sağlıklı/hasta birey veya ailesini ve toplumu bu konularda bilgilendirmelidir.

ÖZET

KANSER HASTALARININ YAŞAM KALİTESİ, SEMPTOM KONTROLÜ VE TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TIP KULLANIM DURUMLARININ İNCELENMESİ

Bu çalışma, kanser hastalarının yaşam kalitesi, semptom kontrolü ve tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanım durumlarını incelemek amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Onkoloji Kliniklerinde ve Ayaktan Kemoterapi Ünitesinde 30 Eylül 2011- 29 Şubat 2012 tarihleri arasında tedavi gören 153 kanser hastası oluşturmuştur. Araştırmada veri toplama araçları olarak; Kişisel Bilgi Formu, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yaklaşımları Ölçeği, Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği ve EORTC QLQ-C30 (version 3.0) Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Hastaların yaş sınırları 24-83 olarak saptanmış olup; yaş ortalaması 55.15 ± 12.70 'dir. Hastaların %57.5'i kadın, %65'i ise erkektir. TAT yöntemini kullanan hastaların oranı %14.3'dür. Hastaların cinsiyetlerine göre TAT Ölçeği Skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). Hastaların cinsiyetleri, hastalığın süresi, aylık geliri ve hastaların yaşına göre NSDÖ Skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$). Hastaların medeni durumuna göre EORTC QLQ-C30 Semptom Alt Boyut Skorları ve Fonksiyonel Alt Boyut Skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). Sonuç: Örnekleminizdeki hastalar içinde TAT yöntemine başvuran hasta sayısı literatüre göre daha azdır. TAT yöntemine başvuranların ise kullandıkları yöntemi doktor ve hemşireleriyle paylaşmadıkları saptanmıştır. TAT kullanımını çoğunlukla gizli bir şekilde yapılmaktadır. TAT kullanım durumunu ortaya çıkarabilecek daha ayrıntılı çalışmalara gereksinim vardır.

Anahtar kelimeler: Kanser, yaşam kalitesi, semptom kontrolü, tamamlayıcı ve alternatif tıp.

ABSTRACT

LIFE QUALITY OF CANCER PATIENTS, SYMPTOM CONTROL AND INVESTIGATION OF OCCASIONS OF USE OF COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE

This study was carried out in descriptive type in order to examine the situations of the life quality of cancer patients, symptom control and investigation of occasions of use of complementary and alternative medicine . The sample were consist of 153 cancer patients who both accepted to attend the study and were treated at Suleyman Demirel University Research and Education Hospital, Oncology Research and the Ambulatory Chemotherapy Unit between the dates September 30, 2011 and February 29, 2012. As the data collection tools, personal information form, Complementary and Alternative Medicine Approaches Scale, Nightingale Symptom Assessment Scale and the EORTC QLQ-C30 (version 3.0) Quality of Life Scale were used in the research. The age limits of patients were determined as 24-83 and the age average is 55.15 ± 12.70 . %57.5 of patients were female, while %65 of them were male. The rate of patients for whom CAM method was used was 14.3%. A significant difference among the CAM Scale Scores was not determined statistically according to genders of the patients ($p>0.05$). A significant relation among NSAS Scores was determined according to gender of patients, duration of disease, monthly income and the age of patients ($p<0.05$). A significant difference among EORTC QLQ-C30 Symptom Subscale Scores and Functional Subscale Scores according to marital status of patients and was not determined statistically ($p> 0.05$). Conclusion: number of patients who use of CAM methods in our sample is less than literature. The ones who apply to the method do not tell their doctors and nurses the method they use. Detailed scientific studies on CAM usage status should be required.

Key words: cancer, quality of life, symptom control, complementary and alternative medicine.

KAYNAKLAR

- Akdemir N. Kanser ve Hemşirelik Bakımı. İçinde: *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. Akdemir N, Birol L, Editörler. Geliştirilmiş 2. Baskı, Ankara: 2004: p. 246-304.
- Akdemir N. Kanser ve Hemşirelik Bakımı. İçinde: *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. Akdemir N, Birol L, Editörler. Geliştirilmiş 3. Baskı, Ankara: 2011: p. 246-304.
- Akyürek S, Önal C, Kurtman C. Akciğer Kanseri Hastalarında Alternatif Tedavi Kullanımı. *Türk Hematoloji-Onkoloji Dergisi* 2005; 15: 73-77.
- Algier L, Hanoğlu Z, Özden G, Kara F. The Use of Complementary and Alternative (non-conventional) Medicine in Cancer Patients in Turkey. *European Journal of Oncology Nursing* 2005; 9: 138-146.
- Altıparmak S, Fadiloğlu Ç, Gürsoy ŞT, Altıparmak O. Kemoterapi tedavisi alan akciğer kanserli hastalarda öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi. *Ege Tıp Dergisi* 2011; 50(2): 95-102.
- Aslan EF, Olgun N. Onkoloji. İçinde: *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Karadakovan A, Aslan EF, Editörler. Adana: Nobel Kitabevi, 2010: p. 189-276.
- Aslan Ö, Vural H, Kömürcü Ş, Özet A. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarına Verilen Eğitimin Kemoterapi Semptomlarına Etkisi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 10(1): 16-27.
- Bilge Z. Kanserli hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullanımı. Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıpta Uzmanlık Tezi, Diyarbakır, (Prof. Dr. Abdurrahman Işıkoğan), 2010.
- Can G, Aydiner A. Development and validation of the Nightingale Symptom Assessment Scale (N-SAS) and predictors of the quality of life of the cancer patients in Turkey. *European Journal of Oncology Nursing* 2011; 15: 3-11.
- Can G, Erol O, Aydiner A, Topuz E. Non-pharmacological interventions used by cancer patients during chemotherapy in Turkey. *European Journal of Oncology Nursing* 2011; 15: 178-184.
- Can G, Erol O, Topuz E, Aydiner A. Quality of life and complementary and alternative medicine use among cancer patients in Turkey. *European Journal of Oncology Nursing* 2009; 13(4): 287-294.
- Ceylan S, Hamzaoğlu O, Kömürcü S, Beyan C, Yalçın A. Survey of the use of complementary and alternative medicine among Turkish cancer patients. *Complementary Therapies in Medicine* 2002; 10(2): 94-99.
- Çavuşoğlu H. *Cecil Essentials of Medicine*. 5.Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2002.
- Dinçol K. Onkoloji. İçinde: *İç Hastalıkları*. Büyüköztürk K, Editör. İstanbul: Nobel Kitabevi, 2007: p: 197-203.

- Ertem G, Kalkım A, Bulut S, Sevil Ü. Radyoterapi Alan Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri ve Yaşam Kaliteleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009; 2(2): 3-12.
- Goker A, Guvenal T, Yanikkerem E, Turhan A, Koyuncu FM. Quality of Life in Women with Gynecologic Cancer in Turkey. *Asian Pasific J Cancer Prev* 2011; 12: 3121-3128.
- Gözüm S, Tezel A, Koç M. Complementary Alternative Treatments Used by Patients With Cancer in Eastren Turkey. *Cancer Nursing* 2003; (26-3): 231-236.
- Isikhan V, Borazan E, Kömürcü S, Özer A, Arpacı F, Öztürk B, et al. Alternative therapies used by cancer patients. XV. *National Cancer Conference Abstract Book*. Antalya: 2003.
- Isikhan V, Komurcu S, Ozet A, Arpacı F, Ozturk B, et al. The Status of Alternative Treatment in Cancer Patients in Turkey. *Cancer Nursing* 2005; 28-5: 355-362.
- İçli F, Akbulut H. Onkolojiye Giriş. İçinde: *İç Hastalıkları*. İliçin G, Biberoglu K, Süleymanlar G, Ünal S, Editörler. 2 Baskı, Ankara: Öncü Basımevi, 2005: p. 2007-2008.
- Kaptan G, Dedeli Ö. *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği*. 1.Baskı, İstanbul: Oray Basım, 2012.
- Karabulut B, Uslu R. Kanser Epidemiyolojisi. İçinde: *Kanser ve Palyatif Bakım*. Uyar M, Uslu R, Yıldırım KY, Editörler. İzmir: Meta Basım, 2006: p. 3-8.
- Karadeniz G. İç Hastalıkları Hemşireliğinde Teoriden Uygulamaya Temel Yaklaşımlar. Ankara: Baran Ofset, 2008.
- Kav S, Hanoğlu Z, Algier L. Türkiye’de Kanserli Hastalarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı: Literatür Taraması. *Uluslararası Hemotoloji-Onkoloji Dergisi* 2008; 18(1): 32-38.
- Kumar P, Clark M. *Clinical Medicine*. 1. Baskı, İstanbul: Ekspress Matbaası, 2010.
- Malak T.A, Karayurt Ö, Demir E, Yümer A.S. Complementary and Medicine in Cancer Patients-Analysis of Influencing Factors in Turkey. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2009; 10: 1083-1088.
- Muslu GK, Öztürk C. Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler ve çocuklarda kullanımı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2008; 51: 62-67.
- Oksel E, Şişman N. Diabetes Mellitus’lu Hastaların Kullandıkları Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2009; 25(3): 27-36.
- Öksüz E, Malhan S. Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi Kalitemetri. Ankara: 2005.
- Özçelik H, Fadiloğlu Ç. Kanser Hastalarının Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanım Nedenleri. *Türk Onkoloji Dergisi* 2009; 24(1): 48-52.
- Pınar G, Algier L, Çolak M, Ayhan A. Jinekolojik Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi. *Uluslararası Hemotoloji-Onkoloji Dergisi* 2008; 18(3): 141-149.

- Pud D, Kaner E, Morag A, Ben-Ami S, Yaffe A. Use of Complementary and Alternative Medicine Among Cancer Patients in Israel. *European Journal of Oncology Nursing* 2005; 9: 124-130.
- Samur M, Bozcuk HS, Kara A, Savas B. Factors associated with utilization of nonproven cancer therapies in Turkey. *Supportive Care in Cancer* 2002; 5(6): 452-458.
- Scott J.A, Kearney N, Hummerston S, Molassiotis A. Use of complementary and alternative medicine in patients with cancer: A UK survey. *European Journal of Oncology Nursing* 2005; 9: 131-137.
- Shen J, Andersen R, Albert P, Wenger N, Glaspy J, Cole M, et al. Use of complementary/alternative therapies by women with advanced-stage breast cancer. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2002; 2(8).
- Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*. 2005: p. 315-368.
- Şenler ÇF. Akciğer Kanserinde Psikososyal Sorunlar ve Tedavisi. *Solunum Dergisi* 2001; 3(2): 223-225.
- Şenuzun F. Semptom Yönetimi. İçinde: *Kanser ve Palyatif Bakım*. Uyar M, Uslu R, Yıldırım KY, Editörler. İzmir: Meta Basım, 2006: p. 133-160.
- T. C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı 2004-2006 Yılları Türkiye Kanser İnsidansı, www. saglik. gov. tr. (Erişim Tarihi: 5 Mayıs 2012).
- Tas F, Karagöl H, Üstüner Z, Yazar A, Can G, et al. Prevalence and indicators of complementary and alternative therapies used by cancer patients in Turkey. *XV. National Cancer Congress Abstract Book*. Antalya: 2003.
- Thun M. Epidemiology of Cancer. İçinde: *Cecil Medicine*. Goldman L, Ausiello D, Eds. 23rd Ed, USA: 2008: p. 1335-1340.
- Topuz E. Kanserde Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp (Bilimsel Yaklaşım). İstanbul: İletişim Yayınları, 2005.
- Uğurluer G, Karahan A, Şahin H.A. Ayaktan Kemoterapi Ünitesinde Tedavi Alan Hastaların Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamalarına Başvurma Sıklığı ve Nedenleri. *Van Tıp Dergisi* 2007; 14(3): 68-73.
- Ünsar S, Fındık YÜ, Kurt S, Özcan H. Kanserli Hastalarda Evde Bakım ve Semptom Kontrolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2007; 2(5): 89-106.
- www. who. int. (Erişim tarihi: 5 Mayıs 2012).
- Yıldırım Y. Patterns of the Use of Complementary and Alternative Medicine in Women With Metastatic Cancer. *Cancer Nursing* 2010; 33(3): 195-200.
- Yıldız İ. Kanser Hastalarında Tamamlayıcı-Alternatif Tedavi Kullanımı. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Doç.Dr. Mustafa Özgüroğlu), 2006.
- Yurtaslan A. Onkolojik Hastalıklar ve Hemşirelik El Kitabı. Ankara: 2005.

EKLER

Ek-1 Kişisel Bilgi Formu

1. Yaş:
2. Cinsiyet: Erkek () Kadın ()
3. Medeni Durum: Bekâr () Evli () Boşanmış () Dul (eşi ölmüş) ()
4. Mesleğiniz (yaptığınız iş)
5. Eğitim durumunuz:
Okuryazar değil () İlkokul-Okuryazar () Ortaokul ()
Lise () Üniversite () Yüksek Lisans/Doktora ()
6. Sosyal güvence: Var () Yok ()
7. Hanenizin aylık geliri:
8. En uzun süre yaşadığınız yer:
Köy () Kasaba-İlçe () Şehir () Diğer
9. Aile tipiniz: Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?
Geniş () Çekirdek () Diğer.....
10. Hastalık tipi (mevcut kanser türünü yazınız):.....
11. Kaç yıldır kanser hastasıınız?.....
12. Sağlık personeli açıklama yaptı mı?
Yapılmadı () Yapıldı ve Anladım () Yapıldı Ama Anlayamadım ()
13. Aldığınız standart tedavi yöntemi nedir?
Kemoterapi () Radyoterapi () Cerrahi tedavi ()
İmmünoterapi () TAT () Hiçbir tedavi almamış ()
14. Eğer TAT yöntemini kullandıysanız doktorunuzla paylaştınız mı?
Evet () Hayır ()
15. Eğer TAT yöntemini kullandıysanız hemşirenizle paylaştınız mı?
Evet () Hayır ()
16. Bu TAT yöntemlere hastalığınızın hangi aşamasında başvurduunuz?
Hastalığınızın başlangıcında () Tedavi süreci içinde ()
Tedavi bittiğinde sonuç alamayacağımı anladığım zaman ()
Diğer
17. Bu yöntemlere ne sıklıkla başvurduunuz?
Fırsat buldukça () Haftada 1-2 kez () Ayda 1-2 kez () Yılda 1-2 kez ()
Yalnız 1 kez denedim () Günde 1-2 kez()

18. Bu yöntemleri kullanım nedenleriniz nelerdir? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.
Hastalıkla direkt savaş () Kansere savaşta karşı vücudun direncini artırmak ()
Fiziksel görünümünü düzeltmek () Duygusal iyileşme sağlamak ()
Ümit ve olumlu düşünme () Acı duymamak ()
Hastalık etkilerini azaltmak () Kansere karşı her şeyi yapmış olmak ()
Diğer
19. TAT kullanımından fayda gördünüz mü? Evet () Hayır () Diğer
20. TAT kullanımından zarar gördünüz mü? Evet () Hayır () Diğer
21. Beklediğiniz sonuca ulaştınız mı?
Beklediğim sonucu aldım () Hiçbir yarar göremedim ()
Daha sonucu alamadım () Tedavi olmadım ama bende rahatlama yarattı ()
Diğer
22. TAT yönteminin tıbbi tedavi kadar etkili olduğunu düşünüyor musunuz?
Evet () Hayır () Bilmiyorum () Diğer.....
TAT kullanımını başkalarına tavsiye eder misiniz? Evet () Hayır ()
Diğer
23. TAT kullanımından olumsuz sonuç aldıysanız başkalarına tavsiye eder misiniz?
Evet bana yaramasa da belki başkalarına yarar () Hayır () Bilmiyorum ()
24. Bu kullandığınız yöntemlerin maliyeti nedir?
Tıbbi tedaviye kıyasla daha ucuz () Tıbbi tedaviden daha pahalı ()
Hemen hemen aynı masrafı var () Hiç masrafı yok () Bilmiyorum ()
25. Bu yöntemlere kimlerin tavsiyesi ile başvurduunuz?
Aile bireyleri () Kendi bilgilerim () Akrabalar () Arkadaşlar ()
Komşular () Gazete, dergi, internet vb. yayın organları ()
Doktor, hemşire vb. sağlık personeli () TAT satıcıları ()
Diğer
26. Sizce hastalar hekim dışı kişi ve uygulamalara başvuruyorlar mı?
Evet () Hayır () Bilmiyorum () Diğer
27. TAT kullanımında riskler nelerdir?
.....
28. TAT'ı kötüye kullanım ve istismar eden kişilerin varlığını biliyor musunuz?
Evet () Hayır () Diğer

Ek-2 Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yaklaşımları Ölçeği

Aşağıda yer alan yaklaşımları dikkatlice okuyunuz ve bu yaklaşımları tedaviniz sırasında kullanıp kullanmadığınızı belirtiniz. Kullanıyor iseniz "Evet" seçeneğinin, kullanmıyor iseniz "Hayır" seçeneğinin altındaki işaretine kalemle çarpı koyarak veya içini doldurarak işaretleyiniz.

BİTKİSEL YAKLAŞIMLAR	Kullanıyorum	
	Evet	Hayır
* Isırgan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Çörek otu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Karabağ otu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Kırkkilit (at kuyruğu)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Kantaron otu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Civan perçemi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Ökse otu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Kekik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Papatya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Ardiç otu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Ebegümecil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Zencefil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Tatlı badem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Zerdecil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Yaban mersin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Keten tohumu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Devedikenli sütü	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Soya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Yeşil Çay	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Ada Çayı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* İhlamur Çayı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Kuşburnu Çayı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Ginseng panax	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* An sütü (yoğun polen var)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Özüm çekirdeği ve kabuğu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Özüm çekirdeği ekstresi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Astragalus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* İsviç şurubu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Omega 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Vitamin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diğer:		

BİYOLOJİK YAKLAŞIMLAR	Kullanıyorum	
	Evet	Hayır
* Köpekbalığı kıkırdağı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Kaplumbağa kani	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Tavşankanı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diğer:		

BESİNSEL YAKLAŞIMLAR	Kullanıyorum	
	Evet	Hayır
* Bal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Anzer balı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Kesane balı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Karadut pekmezi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Keçiboynuzu pekmezi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Nar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Greyfurt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Sarımsak (yoğun tüketim)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Havuç	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Diğer meyveler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Sebzeleler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Kırmızı et	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Balık eti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Tavuk eti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Ekmek ve hamur işleri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Tatlı çeşitleri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Süt ve süt ürünleri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Yoğurt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diğer:		

DİNSEL YAKLAŞIMLAR	Kullanıyorum	
	Evet	Hayır
* Namaz kıma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Dua etme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Muska taşıma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Yatır ziyaret	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Hocaya dua ettirme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diğer:		

RUHSAL YAKLAŞIMLAR	Kullanıyorum	
	Evet	Hayır
* Meditasyon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Egzersiz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Reiki	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Akupunktur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Bulantı için kol bandı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diğer:		

Ek-3 Nightingale Semptom Değerlendirme Ölçeği (N-SDÖ)

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

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

Ek-4 EORTC-QLQ-C30 (versiyon 3.0)

Siz ve sağlığınız hakkında bazı eylemlerle ilgileniyoruz. Lutfen soruların tamamını size uygun gelen numarayı daire içine alarak cevaplayınız. Soruların "doğru" veya "yanlış" cevapları yoktur. Verebileceğiniz cevaplar kesinlikle gizli kalacaktır.

Lutfen adınızın ve soyadınızın baş harflerini yazınız:

Doğum gúnünüz (Gún, Ay, Yıl):

Bugúnkü tarih (Gún, Ay, Yıl):

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
Ağır bir alışveriş torbası veya valiz taşımak gibi güç hareketlerde bulunurken zorluk çekiyor musunuz ?	1	2	3	4
Uzun bir yürüyüş yaparken herhangi bir zorluk çekiyor musunuz?	1	2	3	4
Evin dışında kısa bir yürüyüş yaparken zorlanır mısınız ?	1	2	3	4
Gúnün büyük bir kısmını oturarak veya yatarak geçirmeye ihtiyacınız var mı?	1	2	3	4
Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tuvaleti kullanırken yardıma ihtiyacınız olur mu?	1	2	3	4

GEÇEN HAFTA BOYUNCA

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
İşinizi ya da günlük faaliyetlerinizi yaparken sizi alıkoyan herhangi bir engel var mıydı?	1	2	3	4
Boş zaman faaliyetlerinize veya hobilerinize devam etmekten sizi alıkoyan bir engel var mıydı?	1	2	3	4
Nefes darlığı çektiniz mi?	1	2	3	4
Ağrınız oldu mu?	1	2	3	4
Dinlenmeye ihtiyacınız oldu mu?	1	2	3	4
Uyumakta zorluk çektiniz mi?				
Kendinizi güçsüz hissettiniz mi?	1	2	3	4
İştahınız azaldı mı?	1	2	3	4
Bulantınız oldu mu?	1	2	3	4
Kustunuz mu?	1	2	3	4
Kabız oldunuz mu?	1	2	3	4
İshal oldunuz mu?	1	2	3	4
Yorulduunuz mu?	1	2	3	4
Ağrılarınız günlük faaliyetlerinizi etkiledi mi?	1	2	3	4
T.V. seyretmek veya gazete okumak gibi eylemleri yaparken dikkatinizi toplamada zorluk çekiyor musunuz?				
Gerginlik hissediyor musunuz?	1	2	3	4
Endişelendiniz mi?	1	2	3	4
Kendinizi kızgın hissettiniz mi?	1	2	3	4
Bunalıma girdiniz mi?	1	2	3	4
Bazı eylemleri hatırlamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz aile hayatınıza engel oldu mu?	1	2	3	4
Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz sosyal hayatınıza engel oldu mu?	1	2	3	4
Fiziksel durumunuz veya tedaviniz maddi zorluklara neden oldu mu?	1	2	3	4

Aşağıdaki sorular içerisinde 1 ile 7 arasındaki size en uygun numarayı daire içine alın.

Geçen haftaki genel sağlığınıza nasıl değerlendiriyorsunuz?

Çok kötü 1 2 3 4 5 6 7 Mükemmel

Geçen haftaki hayat kalitenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

Çok kötü 1 2 3 4 5 6 7 Mükemmel

® Copyright 1995 EORTC Study Group on Quality of Life. Bütün hakları saklıdır. Version 3.0.

Ek-5 Bilgilendirilmiş Onam Formu

Çalışmanın Başlığı: ‘Kanser Hastalarının Yaşam Kalitesi, Semptom Kontrolü ve Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanım Durumlarının İncelenmesi’

Sorumlu Araştırmacı: Araş. Gör. Kerime ÖĞÜT DÜZEN

Araştırmacı Süleyman Demirel Üniversitesi Onkoloji Üniteleri ve Ayaktan Kemoterapi Ünitesinde tedavi gören hastalarla ilgili bir çalışma planlamıştır. Bu çalışmada, kanser hastalarının yaşam kalitesi, semptom kontrolü ve tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanım durumlarının incelenmesi amaçlanmaktadır. Çalışma için, hastalara Onkoloji Ünitelerinde ve Ayaktan Kemoterapi Ünitesinde tedavi gördükleri sırada anket formu uygulanacaktır. Çalışmaya katılım tamamen gönüllülüğe bağlı olup, katılımcı araştırmaya katılmayı kabul etmiş olsa bile herhangi bir anda vazgeçebilir. Katılmaması ya da vazgeçmesi durumunda, tedavi ve bakımında hiçbir farklılık olmayacak ve bundan dolayı hiçbir zarar görmeyecektir. Araştırmaya katıldığınız takdirde size herhangi bir ücret ödenmeyecek ve sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Bu çalışma ile ilgili olarak aklınıza takılan her türlü soruyu sorabilirsiniz. Size gerekli açıklamalar yapılacaktır. Çalışma kapsamında alınan bilgiler kesinlikle gizli tutulacak ve isim kullanılmaksızın sadece bilimsel çalışma amacıyla kullanılacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendim okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu çalışmaya katıldığım için bana hiçbir ücret ödenmeyeceğini ve benden bir ücret talep edilmeyeceğini öğrendim. Gerek araştırma yürütülürken, gerekse yayımlandığında kimliğimin gizli tutulacağını öğrendim. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Tarih :/...../.....

Araştırmacının Adı Soyadı ve İmzası: Arş. Gör. Kerime ÖĞÜT DÜZEN

Katılımcının Adı Soyadı ve İmzası :

Ek-6 Etik Kurul İzni



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Genel Sekreterlik

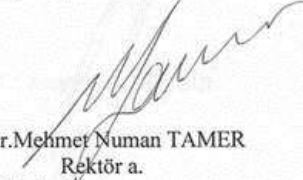
Sayı : B.30.2.SDÜ.0.05.05.00-604.01.02/10/16552
Konu : Etik Kurul Kararı.

21-09-2011

Sayın, Kerime Öğüt DÜZEN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
İç Hastalıkları Hemşireliği
Yüksek Lisans Öğrencisi

Yürütücüsü olduğunuz “Kanser Hastalarının Yaşam Kalitesi Semptom Kontrolü ve Tamamlayıcı Alternatif Tıp Kullanım Durumlarının İncelenmesi” konulu araştırmanız Üniversitemiz Etik Kurulu’nun 16.09.2011 tarih ve 24/3 sayılı kararı ile uygun bulunmuştur.

Kararın bir sureti yazımız ekinde gönderilmiş olup, ilgi başvurunuza cevaben bilgilerinizi rica ederim.


Prof.Dr.Mehmet Numan TAMER
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

EKLER:

1- Kurul Kararı (1 sayfa)

Batı Yerleşkesi Rektörlük Binası 32260 ISPARTA
Telefon: (246) 211 10 67 Faks: (246) 237 04 31
e-posta: zuhalbardak@sdu.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Z.BARDAK

Elektronik Ağ:

T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Etik Kurul Kararları

TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
16.09.2011	24	3

3- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Kerime ÖĞÜT DÜZEN'in "Kanser Hastalarının Yaşam Kalitesi Semptom Kontrolü ve Tamamlayıcı Alternatif Tıp Kullanım Durumlarının İncelenmesi" konulu araştırması hk.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Kerime ÖĞÜT DÜZEN'in "Kanser Hastalarının Yaşam Kalitesi Semptom Kontrolü ve Tamamlayıcı Alternatif Tıp Kullanım Durumlarının İncelenmesi" konulu araştırmasının kapsam ve uygulama açısından etik ilkelere ve insan haklarına uygun olduğuna,

Mevcutun oybirliği ile karar verildi.

Prof.Dr.M.Numan TAMER
Başkan

Prof.Dr.Faruk TURHAN
Başkan Yrd.

Prof.Dr.Songül SALMAN GÜL
Üye

(GÖREVLİ)
Prof.Dr.İdris OĞURLU
Üye

Prof.Dr.Lütfullah GÜNDÜZ
Üye

Prof.Dr.Nilgün GÖKTÜRK BAYDAR
Üye

Prof.Dr.Serpil PEHLİVAN
Üye

(GÖREVLİ)
Prof.Dr. Zuhâl KIRZIOĞLU
Üye

(GÖREVLİ)
Prof.Dr.Ziya GENÇEL
Üye

Prof.Dr.Murtaza ÖZMEZ
Üye

Prof.Dr.İsmail Hakkı GÖKSOY
Üye

Prof.Dr.Abdullah DOĞAN
Üye

Prof.Dr.M.Fehmi ÖZGÜNER
Üye

Doç.Dr.Yüksel METİN
Üye

16.09.2011
Zuhâl BARDAK
Raportör

Ek-7 Nightingale Semptom Değerlendirme leği ve Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yaklaşım lar leği İ zni

DOÇ.DR. GLBELAZ CAN

Istanbul Universitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
İç Hastalıkları Hemşireliği ABD
Abide-i Hürriyet cad. ağlayan/Istanbul

Tarih: 05.05.2011

Sayın Kerime ğt,

Nightingale Semptom Değerlendirme leğini ve Tamamlayıcı ve Alternatif Yaklaşım lar ölçeğini tez çalışmanızda kullanma talebiniz değerlendirilmiş olup bu ve benzeri çalışmalarda leği kullanmanıza bir sakınca yoktur.

Doç.Dr. Gülbeyaz Can



Ek-8 EORTC QLQ-C30 (version 3.0) Ölçek İzni

EORTC QLQ-C30 SCALE



Gelen Kutusu



☆ kerime oğüt Kime: rossella.guzzo [ayrıntılar](#) 27 Haz

Hello

I am master student of internal disease nursing. I am working on a thesis titled as the life quality of patients with cancer in Isparta - Turkey. I want to use EORTC QLQ-C30 (version 3.0) scale which you have improved. I would appreciate if you could help me about it.

Research Assistant Kerime ÖĞÜT
Mehmet Akif Ersoy University Health Faculty/BURDUR

[Yanıtla](#) [Yönlendir](#)

☆ kerime oğüt Hello I am master student of internal disease nursing. I am working on a thes... 27 Haz

☆ Rossella Guzzo Kime: bana [ayrıntılar](#) 28 Haz [Yanıtla](#)

Dear Kerime Oğüt,

Thank you for your request and your interest in our measures.

To obtain a copy of the QLQ-C30 and other validated modules, which are copyrighted instruments, please visit our website, http://groups.eortc.be/gol/questionnaires_downloads.htm where you will be able to fill in a download request.

Once on the web, click the link of the questionnaire you require. A new screen opens where you should fill in your details (You must fill in each area, if you do not have a fax number, please put your tel. number into that area), once you have completed them at the bottom of this page click on SUBMIT. On the next page select the documents you require (questionnaires, languages, full reference values manual, or parts of the manual). At the bottom of the page you need to tick the box that you agree to the terms of the User's agreement. If you have done that, click on SUBMIT and then your request will be sent through. You will automatically receive an email with the download details of the documents you requested. Therefore it is essential that you have filled in your proper email address. So please check it carefully to avoid any inconvenience.

Please feel free to contact me again if you should need anything further.

Kind regards,

Rossella Guzzo,
Quality of Life Department Assistant
EORTC
European Organisation for Research and Treatment of Cancer
AISBL-IVZW
Avenue E. Mounierlaan, 83/11
Bruxelles 1200 Brussel
Belgique - België
Tel: +32 (0)2 774 16 78
Fax: +32 (0)2 779 45 68
E-mail: rossella.guzzo@eortc.be
Website: <http://www.eortc.be/probe>



qlqc30@eortc.be Kime: bana [ayrıntılar](#) 16:14 (9 dakika önce) [Yanıtla](#)

Dear Sir/Madam,

Please find below the links where you can download the documents you requested.

Best regards,

Your data:

Title: Ms.
Firstname: Kerime
Lastname: ÖĞUT DÜZEN
Hospital/Institution: Health College of Mehmet Akif Ersoy University
Address: Department of Nursing, Health College of Mehmet Akif Ersoy University
County/State: Burdur
Postal Code: 15000
Country: Turkey
Phone: [+905063255944](tel:+905063255944)
Fax: [+902462371610](tel:+902462371610)
Email: kerimecout@gmail.com
Protocol: QLQ-C30 Core questionnaire

Documents requested:

QLQ-C30 Core Questionnaire in Turkish
QLQ-C30 Scoring Manual
Addendum scoring instructions validated modules
Latest issue of the EORTC Quality of Life Group Newsletter

URLs:

<http://www.eortc.be/home/col/files/C30/QLQ-C30%20Turkish.pdf>
<http://www.eortc.be/home/col/files/SCIManualQLQ-C30.pdf>
http://www.eortc.be/home/col/files/Addendum_scoring_instructions.pdf
http://www.eortc.be/home/col/files/QOL_newsletter.pdf

qlqc30

qlqc30@eortc.be

[Ayrıntıları göster](#)

Reklamlar

[Distance Education Course](#)

Health Sciences Master's or
PhD. 100% Online, 100% Supported!
waldenu.edu/Health-Sciences

[Denizli en güvenli apart](#)

Bizi Görmeden karar vermeyin
Denizlinin en sekin apartı pakanel
www.pakanel.com

[Düzce Üni. Kaynaşlı M.Y.O](#)

Düzce Kaynaşlı Meslek Yüksek Okulu
Öğrenci Paylaşım ve Sosyalleşme Ağı
www.kaynaslimyo.net

[China Surgical Staplers](#)

CE0434 Approval,PPH,ethicon endo
surgical suture,circular stapler
www.halersmedical.com

Daha fazla bilgi...

[Survey Questionnaire »](#)[Health Survey »](#)[16 Questionnaire »](#)[ADL Scoring »](#)[University »](#)[Sports Science »](#)[Avusturya Tıp Fakültesi »](#)[Bachelor Health Science »](#)

ÖZGEÇMİŞ

Kerime ÖĞÜT DÜZEN 10.02.1985 yılında Isparta ili Gelendost ilçesinde doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Burdur, Isparta ve Antalya’da tamamladı. Süleyman Demirel Üniversitesi’nden 2003-2007 yılları arasında eğitim görerek mezun oldu. Mezuniyetten hemen sonra Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi’nde Araştırma Görevlisi olarak çalışmaya başlamıştır ve halen aynı görevine devam etmektedir. 2010 yılında Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans eğitimine başlamıştır.