



**KANSER HASTALARININ DESTEKLEYİCİ BAKIM
GEREKİNİMLERİ İLE TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TIBBA
KARŞI TUTUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Hanife ÇELİK

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK ESASLARI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğretim Üyesi Hakime ASLAN**

Yüksek Lisans Tezi -2021

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

**KANSER HASTALARININ DESTEKLEYİCİ BAKIM GEREKSİNİMLERİ İLE
TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TIBBA KARŞI TUTUMLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Hanife ÇELİK

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Hemşirelik Esasları Yüksek Lisans Programı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğretim Üyesi Hakime ASLAN**

**MALATYA
2021**

İÇİNDEKİLER

| | |
|--|------|
| ÖZET | vii |
| ABSTRACT..... | viii |
| SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ | ix |
| TABLolar DİZİNİ | x |
| 1. GİRİŞ | 1 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 4 |
| 2.1. Kanser | 4 |
| 2.2. Etiyoloji | 4 |
| 2.3. Epidemiyoloji..... | 5 |
| 2.4. Kanserde Sınıflandırma ve Evreleme | 6 |
| 2.5. Tedavi | 8 |
| 2.5.1. Kemoterapi..... | 8 |
| 2.5.2. Radyoterapi | 9 |
| 2.5.3. Cerrahi Tedavi | 9 |
| 2.5.4. Hedefe Yönelik Tedavi..... | 9 |
| 2.5.5. İmmünoterapi..... | 10 |
| 2.5.6. Hematopoetik Kök Hücre Nakli (HKHN) | 10 |
| 2.6. Kanser Hastalarında Bakım | 10 |
| 2.7. Kanser Hastalarının Karşılanmayan Bakım İhtiyaçları | 11 |
| 2.8. Kanser Hastalarında Destekleyici Bakım | 12 |
| 2.8.1. Sağlık Hizmeti ve İletişim İhtiyacı | 13 |
| 2.8.2. Fiziksel ve Günlük Yaşam İhtiyaçları | 14 |
| 2.8.3. Psikososyal ihtiyaçlar | 14 |
| 2.8.4. Cinsellik İhtiyacı..... | 15 |
| 2.9. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp (TAT)..... | 16 |
| 2.10. Kanserli Hastalarda TAT Kullanımı | 18 |
| 2.11. Hemşirelik Bakımı..... | 19 |
| 3. MATERYAL VE METOT | 21 |
| 3.1. Araştırmanın Türü..... | 21 |
| 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman | 21 |
| 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi..... | 21 |
| 3.4. Verilerin Toplanması: | 22 |

| | |
|---|----|
| 3.5. Veri Toplama Araçları | 22 |
| 3.5.1. Kişisel Bilgi Formu..... | 22 |
| 3.5.2. Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu 29 (DBGÖ-KF29)..... | 22 |
| 3.5.3. Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği (BTATÖ) | 23 |
| 3.6. Verilerin Analizi | 23 |
| 3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri | 24 |
| 3.8. Araştırmanın sınırlılığı..... | 24 |
| 4. BULGULAR..... | 25 |
| 5. TARTIŞMA | 42 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER..... | 52 |
| KAYNAKLAR | 54 |
| EKLER..... | 70 |
| EK-1. Özgeçmiş..... | 70 |
| EK-2. Kişisel Bilgi Formu | 71 |
| EK-3. Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği (DBGÖ) | 73 |
| EK-4. Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği (BTATÖ) | 76 |
| EK-5. Gönüllü Onam Formu | 77 |
| EK-6. Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kullanım İzni | 78 |
| EK-7. Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği Kullanım İzni . | 79 |
| EK-8. Turgut Özal Tıp Merkezi Onkoloji Hastanesi Kurum İzni | 80 |
| EK-9. İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Kararı..... | 82 |

TEŞEKKÜR

Gerek tez çalışmam süresince gerekse lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca yardım ve desteğini esirgemeyen, beni sabır ve anlayışla yönlendiren, deneyimlerini içtenlikle paylaşıp yol gösteren, daima teşvik ve özveride bulunan değerli hocam ve tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Hakime ASLAN 'a,

Lisans ve Lisansüstü eğitimim sırasında hemşirelik felsefesini oturtmamı sağlayan ve ufku genişleten, ayrıca tez savunma sınavıma katılan saygıdeğer hocam Prof. Dr. Behice ERCİ'ye, Tez savunma sınavı jüresi üyesi sayın Dr. Öğr. Üyesi Hatice ÖNTÜRK AKYÜZ'e,

Çalışmamın veri toplama aşamasında ihtiyacım olan desteği veren İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Onkoloji Hastanesi Ayaktan Kemoterapi Ünitesi ve Onkoloji Kliniği hemşirelerine,

Veri toplama aşamasında araştırmaya katılmaya gönüllü olan tüm kıymetli hastalara,

Çalışmam süresince desteklerini ve anlayışlarını her zaman için gösteren çalıştığım kurum Çelikhan Devlet Hastanesi idarecilerine ve kıymetli ekip arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca yanımda olarak bu süreç boyunca maddi, manevi desteklerini esirgemeyen kıymetlilerim annem Medine ÇELİK, babam İrfan ÇELİK ve kardeşlerime,

Bilgi ve tecrübelerini her daim benimle paylaşan, destek olan, kalben her daim yanımda hissettiğim tüm kıymetli arkadaşlarıma,

En içten duygularıyla teşekkür ederim.

ÖZET

Kanser Hastalarının Destekleyici Bakım Gereksinimleri ile Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Amaç: Bu araştırma kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimleri ile tamamlayıcı ve alternatif tıbbı karşı tutumları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte olan bu araştırma, İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Onkoloji Hastanesi'nde tedavi gören kanser hastaları ile Temmuz 2020- Haziran 2021 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini ilgili hastanede bir yıl içerisinde kanser tedavisi gören 1154 hasta oluşturmuştur. Örneklemini ise güç analizi ile belirlenen 289 hasta oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında hastaların sosyo-demografik ve hastalık özellikleri ile ilgili bilgileri içeren "Kişisel Bilgi Formu", "Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu 29" ve "Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği" kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel analizi bilgisayar ortamında yapılmış, sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, t testi, ANOVA ve korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya alınan hastaların "Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği" puan ortalamasının 101.19 ± 33.97 olduğu ve %53.5'inin "oldukça veya çok fazla" bakım gereksinimi bildirdiği belirlenmiştir. Hastaların psikolojik gereksinimlerinin en yüksek olduğu, bunu sırayla sağlık hizmeti ve bilgilendirme, günlük yaşam ve cinsellik gereksinimlerinin izlediği saptanmıştır. "Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği" puan ortalamasının ise 27.16 ± 9.54 olduğu ve hastaların orta düzeyde pozitif tutuma sahip oldukları belirlenmiştir. Hastaların destekleyici bakım gereksinimleri ile tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanma tutumları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir ($r: -0.198$, $p= 0.030$).

Sonuç: Sonuç olarak kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimlerinin yüksek olduğu ve alternatif ve tamamlayıcı tıp kullanma tutumları arasında da anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Destekleyici bakım, Karşılanmayan ihtiyaçlar, Kanser, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp, Hemşirelik

ABSTRACT

Examining the Relationship Between Supportive Care Needs of Cancer Patients and their Attitudes towards Complementary and Alternative Medicine

Aim: This study has been conducted to examine the relationship between the supportive care needs of cancer patients and their attitudes towards complementary and alternative medicine.

Material and Method: This research, which is descriptive and relation-seeking type has been conducted with cancer patients treated at İnönü University Turgut Özal Medical Center Oncology Hospital between July 2020 and June 2021. The universe of the study has consisted of 1154 patients receiving cancer treatment in the relevant hospital within a year. The sample has been consisted of 289 patients determined by power analysis. In the collection of data, containing information about the socio-demographic and disease characteristics of the patients "Personal Information Form", "Short Form 29 of the Supportive Care Needs Scale" and "Attitude Scale towards Integrated Complementary and Alternative Medicine" have been used. Statistical analysis of the data has been done in computer, numerical, percentage, average, standard deviation, t test, ANOVA and correlation analysis have been used.

Results: It has been determined that the patients including in the study the average score of the "Supporting Care Needs Scale" of has been 101.19 ± 33.97 and 53.5% of them reported "quite or much" care needs. It has been determined that the psychological needs of the patients have been the highest and respectively followed by health care and information, daily life and sexuality needs. It has been stated that the average score of the "Attitude Scale towards Integrated Complementary and Alternative Medicine" has been 27.16 ± 9.54 and the patients had moderately positive attitudes. A negative and weakly significant relationship has been defined between the supportive care needs of the patients and their attitudes towards using complementary and alternative medicine. ($r: -0.198$, $p= 0.030$).

Conclusion: As a result, it has been determined that cancer patients have high supportive care needs and there has been a significant relationship between the attitudes of using alternative and complementary medicine.

Key Words: Supportive care, Unmet needs, Cancer, Complementary and Alternative Medicine, Nursing

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

| | |
|------------------|---|
| BTATÖ | : Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği |
| CANO | : Kanada Onkoloji Hemşireleri Birliği |
| DBGÖ | : Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği |
| DBGÖ-KF29 | : Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu 29 |
| DSÖ | : Dünya Sağlık Örgütü |
| HKHN | : Hematopoetik Kök Hücre Nakli |
| TAT | : Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp |

TABLULAR DİZİNİ

| Tablo No | Sayfa No |
|--|-----------------|
| Tablo 4.1. Hastaların Sosyo-demografik Bilgileri | 25 |
| Tablo 4.2. Katılımcıların hastalık özellikleri | 26 |
| Tablo 4.3. Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği (DBGÖ-KF29) ve Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği (BTATÖ) Puan Ortalamaları..... | 27 |
| Tablo 4.4. Katılımcıların Destekleyici Bakım Gereksinimleri Frekans Dağılımı | 28 |
| Tablo 4.5. Destekleyici Bakım Gereksinimleri ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Sosyodemografik Özellikler ile Karşılaştırılması | 30 |
| Tablo 4.6. Destekleyici Bakım Gereksinimleri (DBGÖ) ve Alt Boyutlarının Puanlarının Hastalık Özelliklerine Göre Karşılaştırılması..... | 34 |
| Tablo 4.7. Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri ile Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum (BTATÖ) Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 38 |
| Tablo 4.8. Katılımcıların Hastalık Özellikleri ile Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum (BTATÖ) Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 39 |
| Tablo 4.9. Çalışmaya Alınan Katılımcıların Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutumları ile Destekleyici Bakım Gereksinimleri Arasındaki İlişkinin Korelasyon Analizi | 41 |

1. GİRİŞ

Kanser, vücudun herhangi bir organ ya da dokusundaki hücrelerin kontrolden çıkarak bölünmesi, çoğalması ve yayılmasıyla karakterize, hasta ve yakınlarını biyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik olarak zorlayan bazen de ölüm ile sonuçlanabilen kronik bir hastalıktır (1-3). Günümüzde yaşam süresinin artması, nüfusun yaşlanması, erken tanı ve tedavideki gelişmeler ve ilaç teknolojisindeki ilerlemeler nedeniyle kanserde sağkalım oranları artmış ve hasta prevalansı tüm dünyada yükselmiştir (4). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 2020 yılında kanser prevalansı 19 milyonu aşmıştır. Önlem alınmazsa bu oranın 2040 yılında 40 milyona ulaşacağı öngörülmektedir (5). Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC)'nın 2018 kanser istatistiklerine göre; dünyada kadınlar arasında en sık görülen üç kanser türü; meme kanseri (%24.2), kolorektal kanser (%9.5), akciğer kanseri (%8.4); erkekler arasında en sık görülen üç kanser türü ise; akciğer kanseri (%14.5), prostat kanseri (%13.5), kolorektal kanser (%10.9)'dir (5).

Dünyada görülme sıklığı giderek artan kanserler, hasta ve ailesini fiziksel, duygusal, sosyal, psikolojik ve spiritüel olarak pek çok yönden etkilemekte, aynı zamanda yaşanan semptomlar da bireylerin yaşam kalitesini düşürmektedir (6). Kanser hastalarının ve aile üyelerinin hastalığın seyri boyunca fiziksel, duygusal, sosyal, psikolojik, ruhsal, bilgilendirici ve pratik olmak üzere pek çok alanda artan bakım ihtiyaçları olduğu belirtilmektedir (7). Prostat kanserli bireylerin ihtiyaçlarının değerlendirildiği bir sistematik incelemede; sosyal ihtiyaçlar (%11.8), spiritüel ihtiyaçlar (%23.5), pratik ihtiyaçlar (%23.5), günlük yaşam ihtiyaçları (%29.4) hasta-hekim iletişimi (%29.4), aile ile ilgili ihtiyaçlar (%41.2), fiziksel ihtiyaçlar (%47.1), psikolojik duygusal ihtiyaçlar (%52.9), kişilerarası/yakınlık ihtiyaçları (%64.7) ve sağlık sistemi/bilgi ihtiyaçları (%76.5) olarak belirlenmiştir (8). Ayrıca kanser hastaları genellikle ağrı, yorgunluk, bulantı-kusma, emosyonel distres, depresyon, anksiyete ve uyku sorunları gibi pek çok ve uzun süreli fiziksel ve psikolojik semptomlar da deneyimleyebilmektedirler (9). Hastaların ihtiyaç duyduğu gereksinimleri karşılamak ve yaşanan semptomları yönetebilmek için hastaların bütüncül olarak ele alınması ve desteklenmesi gerekir (10). Günümüzde, kanser hastalarının tedavisi için artık sadece anti-kanser tedavisinin sunulmasının yeterli olmadığı ve hastaların destekleyici bakım gereksinimlerinin karşılanması gerektiği fikri artık daha fazla vurgulanmaktadır (11).

Kanser tanısından önce, tanı süreci ve tedavi boyunca, terminal dönemde, hatta yas döneminde kanser hastasının ve ailesinin baş etmesine yardımcı olan bakım, destekleyici bakımdır (11). Destekleyici bakım, hastaların fiziksel olarak rahatlığını arttırmayı, psiko-sosyal yönden desteklemeyi, manevi destek sağlamayı ve bilgi gereksinimlerini azaltarak iyilik durumunu en iyi seviyeye çıkarmayı hedefler (12). Yapılan araştırmalar da kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimlerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Lynagh ve ark. Avustralya’da hematolojik kanser hastaları ile yürütölen bir çalışmada; hastaların %66’sının en az bir, orta ve çok yüksek oranda karşılanmayan bakım gereksinimi olduğu belirlenmiştir (13). Boyes ve ark. tarafından yapılmış olan çalışmada kanser hastalarının %51’i ‘orta ila yüksek’ düzeyde gereksinim bildirmiştir (14). Destekleyici bakım gereksinimlerini belirlemek ve gidermek hastanın yaşam kalitesini arttırmakta, distresini, bakım memnuniyetsizliğini, özörlölüğü, morbidite ve mortalite oranlarını azaltmakta ve sağlık hizmetleriyle ilişkili maliyeti düşürmektedir (12, 15, 16). Bu gereksinimlerin karşılanması amacıyla, sağlık bakım hizmetlerinin hasta ve hasta yakınlarını holistik yaklaşımla ele almayı amaçlaması ve bu gereksinimleri gidermeye yönelik hizmetler barındırması gerekmektedir (16, 17).

Modern tedavi yöntemleriyle kanserde sağ kalım oranları artış göstermesine rağmen, birçok kanser hastası hastalığı yenmek ve semptomları hafifletmek amacıyla etkili olabileceğini düşündüğu farklı tedavi yöntemlerini de deneyebilmektedir (18). Bu yöntemlerden biri Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp (TAT) teknikleridir. Tamamlayıcı ve alternatif tıp modern tıbbın yanında destek amaçlı, hastalığın semptomlarını hafifletmek, hastaların yaşam kalitesini yükseltmek, ilaçların yan etkilerini azaltmak, psikolojik ve fiziksel destek sağlamak amacıyla uygulanan tedavi yöntemlerini kapsar. Bu yöntemler modern kanser tedavisinin yanı sıra bireylerin fiziksel, ruhsal ve duygusal sağlığını da desteklemektedir (19). Tamamlayıcı ve alternatif tıbbın kanser hastalarında kullanım oranlarını araştırmak için Türkiye’nin de içinde bulunduğu 14 Avrupa ölkesinde yapılan çalışmada bu oran %36 olarak bulunmuştur (20). Kanserli hastalar arasında TAT uygulamalarının yüksek oranda tercih edilmesi hastalığın doğası ve şiddetiyle ilişkili olsa bile, kişinin inanç sistemi, kültörel veya etnik kökeni ile de yakından ilişkilidir (21).

Ayrıca, kanser hastaları sağlıkları üzerinde daha fazla kontrol sahibi olmak ve birden fazla yaşam alanında (fiziksel, duygusal, psikolojik vb.) karşılanmayan ihtiyaçları ele almak için tıbbın dışında geliştirilmiş tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarını

(örneğin doğal ürünler ve zihin ve beden uygulamaları gibi) yaygın olarak kullanılmaktadırlar (22). Paltiel ve ark. geleneksel tedavi yöntemleri ile karşılanmayan ihtiyaçların, kanser hastalarında TAT kullanımının önemli bir belirleyicisi olduğunu göstermiştir (23). Mertens ve arkadaşları, çocukluk kanserinden kurtulan erişkinlerin, önceki tanı ve tedaviyle ilgili semptomları gidermek için daha fazla TAT kullanma eğiliminde olduğunu bulmuştur (24). Ülkemizde, Özcebe ve ark.'nın çalışmasında hastaların tamamlayıcı ve alternatif tıba başvurma nedenleri arasında karşılanmayan gereksinimlerin olduğu gösterilmiştir (25). Literatürdeki bu araştırmalar, kanser hastalarının karşılanmayan ihtiyaçlarının TAT kullanım kararını etkileyen önemli bir faktör olabileceğini düşündürmektedir. Ancak ulusal ve uluslararası literatürün bu iki kavram arasındaki ilişkiyi nadiren incelediği görülmüştür. Bu araştırma ülkemizde kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimleri ve TAT kullanma tutumları arasındaki ilişkiyi değerlendiren ilk araştırma olması açısından önemlidir.

Amaç

Bu araştırma kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimleri ile tamamlayıcı ve alternatif tıba karşı tutumları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma soruları

1. Kanser hastalarının Destekleyici Bakım Gereksinimleri ne düzeydedir?
2. Kanser hastalarının Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp'a yönelik tutumları nasıl?
3. Kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimleri ile tamamlayıcı ve alternatif tıba karşı tutumları arasında bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser

Kanser, vücudun herhangi bir doku veya organında kontrolsüz hücre çoğalması ile başlayan ve hızla yayılan, daha ileri evrelerde uzak dokulara metastaz yapma özelliği olan, gelişim süreci karmaşık ve multifaktöryel olan bir hastalık grubudur (26, 27). Kanser, vücudun neredeyse her hücresinden gelişebilir ve 200'den fazla kanser türü olduğu tahmin edilmektedir (28, 29). Tüm kanserlerin temel nedeni, genellikle edinilmiş ancak bazen doğuştan gelen genetik hasardır. Genel olarak, kontrolsüz hücre proliferasyonuna yol açan genetik düzensizlik, büyümeyi teşvik eden onkogenlerin aktivasyonundan ve/veya büyümeyi inhibe eden tümör baskılayıcı genlerin silinmesinden/inaktivasyonundan kaynaklanır (30). Doğumda beklenen yaşam süresinin artması, erken tanı ve tedavideki gelişmeler, tarama programlarının yaygınlığı ile erken evre vaka sayılarındaki artış nedeniyle kanserli hasta prevalansı tüm dünyada artmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 2020 yılında kanser prevalansı 19 milyona yükselmiştir (31). Son yıllarda kanser erken tanı ve tedavisinde kaydedilen gelişmeler ile hastaların sağkalım oranları da oldukça yükselmiştir (32). Görülme sıklığının ve sağkalım oranlarının artması nedeniyle kanser tüm dünyada ve ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınmaktadır (27). Kanser bireye ve yakınlarına biyolojik, sosyal, psikolojik ve ekonomik bakımdan güçlük yaşatan ve zorlayan bir kronik hastalık kabul edilmektedir (33, 34).

2.2. Etiyoloji

Kanser etiyojisine pek çok faktör rol oynamaktadır. Virüsler, bakteriler ve parazitler, çevresel faktörler, kanserojenler, genetik faktörler, hormonlar, beslenme ve daha birçok faktörün etkili olduğu bilinmektedir (31, 32).

- **Virüsler, Bakteriler ve Parazitler;** kronik inflamasyona neden olarak ya da normal hücre bölünmesini kontrol eden sinyalleri bozarak ya da bağışıklık sistemini zayıflatarak kanserin oluşma riskini arttırmaktadırlar. Epstein-Barr Virüsü (EBV), Hepatit B ve Hepatit C virüsü, İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (HIV), Human papilloma virüsleri (HPV), insan T-hücresi lenfotropik virüs-1, Helicobacter pylori, Schistosoma hematobium

ve Opisthorchiasis viverrini gibi çeşitli enfeksiyöz ajanlar kanserde nedensel bir rol oynadığı kesin olarak belirlenmiştir (35)

- **Çevresel Faktörler;** ultraviyole ışınlar, iyonize radyasyon, tütün ürünleri, kimyasal maddeler ve endüstriyel kaynaklı atıklardan kirlenmiş olan havanın kansere sebep olduğu bilinmekte ve bu kanserojenlere maruz kalma oranının arttığı durumlarda kanser oluşma riski artmaktadır (29, 36).
- **Kimyasal Kanserojenler;** Birkaç yüz kimyasalın insanlarda kanserojen olduğu gösterilmiştir. Bu kimyasal kanserojenlerin zararları mesleki (asbest, anilin boyaları), çevresel (alkol, tütün) veya iyatrojenik (kemoterapi) maruziyetin bir sonucu olabilir. Birçok kanserojen DNA'ya doğrudan mutajenik iken, çoğu kanserojen, genetik hasardan sorumlu olan reaktif metabolitlere maruz kaldıktan sonra aktivasyona uğramaktadır (30).
- **Genetik Etkenler;** Kanser genetik bir hastalıktır, yani kanser hücrelerde büyüme ve bölünme işlevini kontrol eden genlerdeki değişiklikler nedeniyle meydana gelmektedir. Tüm kanserlerin %5-10'u genetik geçişlidir (37, 38).
- **Hormonlar;** Endojen östrojene maruziyet süresinde artış (erken menarj, geç menapoz), menopoz sonrası kullanılan östrojen-progesteron hormonlarının kombinasyonu, oral kontraseptif kullanımı ve hormon replasman tedavisinin meme kanseri gelişme riskini artırdığı bildirilmektedir (39).
- **Beslenme Alışkanlıkları;** Beslenme ile ilişkili faktörler yüksek alkol alımı, düşük meyve ve sebze tüketimi, D vitamini yetersizliği, besinlerdeki tuz ve yağ oranının fazla olması, nitrat ve nitrin içeren besinler, besinlerde bulunan doğal karsinojenler, yüksek kalorili diyet, besinlere uygulanan tütsüleme-kızartma-közleme gibi yöntemlerin etkili olduğu bilinmektedir (29, 40).

2.3. Epidemiyoloji

Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) GLOBOCAN 2020 verilerine göre küresel kanser yükünün arttığı tahmin edilmektedir. 2020'de 19.3 milyon yeni vaka ve 10 milyon ölüm bildirilmiştir; 2018 yılında 18.1 milyon vaka ve 9.6 milyon ölüm bildirilmişti (41). 2020 yılında Türkiye'de yıllık yeni kanser vaka sayısı 233.834 ve kansere bağlı ölüm sayısı ise 126.335 olarak bildirilmiştir. 2020 yılı verilerine göre

Türkiye dünya genelinde vaka sıklığı açısından, yani yıllık her 100 bin kişi başına yeni kanser sayısı bakımından 50. sırada yer almaktadır (41).

Kanser dünya genelinde kalp damar hastalıklarından sonra ölüme sebep olan ikinci hastalıktır. En çok ölüme sebebiyet veren kanser türü dünyada 1.761.007 ölüm ile akciğer kanseri olmuştur. Kanser hastalığından kaynaklanan ölümlerin neredeyse %70'i orta ve düşük gelirli ülkelerde görülmektedir. En çok ölüme sebep olan kanser türü sıralaması şu şekildedir: Akciğer kanseri (1,76 milyon), kolorektal kanserler (862.000), mide kanseri (783.000), karaciğer kanseri (782.000), meme kanseri (627.000)'dir (42, 43).

2.4. Kanserde Sınıflandırma ve Evreleme

Kanserde sınıflandırma ve evreleme; hastalığın durumu, gidişatı, boyutları, beklenen seyri hakkında bilgi verir. Bu durumda kanser tedavisinde planlama, ilerlemenin belirlenmesi, varılan sonuçların değerlendirilmesi ve de kanser ile ilgili araştırmalara katkı sunması bakımından önemlidir. Kanserde, tümörün histopatolojik yapısına göre malignite derecesi Grade I, II, III, IV'e ayrılmaktadır.

Grade I'de kanser hücreleri sağlıklı hücrelerden ayırt edilebilir durumdadır. Kanser hücreleri henüz bölgeseldir. Bu evrede tümörün cerrahi olarak alınması ile tam olarak tedavi mümkün olabilmektedir.

Grade II'de tümör büyümüş durumdadır. Kanser hücreleri kendisine yakın olan çevredeki lenf nodlarına ulaşabilir ve dokulara yayılım eğilimi vardır.

Grade III'de yayılım vardır, tümör çevredeki dokulara ilerler.

Grade IV'te kanser hücreleri bulunduğu lokasyonu aşar ve vücudun diğer bölgelerine ve uzak lenf nodlarına yayılır.

Grade I ve II'de olduğu değerlendirilen kanser hastalarının tedavide malign hücrelerden kurtulma düzeyi daha yüksektir (44).

Kanser tanısı kesinleşen bireylerde tedavi şekline karar vermek için "evresi" saptanır. Evleme ile kanserin yerleşimi, boyutları, lenf nodlarına veya uzak dokulara yayılım olup olmadığı belirlenir. Kanser evrelemek için kullanılan farklı sistem türleri vardır, ancak çoğu kanser türü için en yaygın ve kullanışlı evreleme sistemi TNM sistemidir. TNM sisteminde, tümör (T), nodül (N) ve metastaz (M) kategorilerini tanımlamak için kansere bir harf veya sayı atandıktan sonra genel evre belirlenir.

T, orijinal (birincil) tümörü tanımlar.

N, kanserin yakınındaki lenf düğümlerine yayılıp yayılma olmadığını söyler.

M ise kanserin vücudun uzak bölgelerine yayılıp yayılmadığını (metastaz yapıp yapmadığını) söyler (45).

T kategorisine bir harf veya bir sayı atanabilir:

TX, birincil tümör hakkında hiçbir bilgi olmadığı veya ölçülemediği anlamına gelir.

T0, birincil tümörün kanıtı olmadığı anlamına gelir. Bu, kanser hücrelerinin, daha derin katmanlara büyümeden, yalnızca başladıkları hücre katmanında büyüdüğü anlamına gelir. Bu aynı zamanda in situ kanser veya kanser öncesi olarak da adlandırılabilir.

T'den sonraki bir sayı (T1, T2, T3 veya T4 gibi) tümör boyutunu ve/veya yakındaki yapılara yayılma miktarını tanımlayabilir. T sayısı ne kadar büyükse, tümör o kadar büyük ve/veya yakın dokulara o kadar fazla büyümüştür.

Lenf düğümleri (N kategorisi)

Primer tümörün yakınındaki lenf düğümleri, kanserin bunlara yayılıp yayılmadığını öğrenmek için genellikle kontrol edilir. Lenf düğümleri, küçük, fasulye şeklindeki bağışıklık sisteminin önemli elemanlarıdır. Birçok kanser türü genellikle vücudun diğer bölgelerine ulaşmadan yakındaki lenf düğümlerine yayılır.

N kategorisine bir harf veya bir sayı atanabilir:

NX, yakındaki lenf düğümleri hakkında hiçbir bilgi olmadığı veya değerlendirilemeyeceği anlamına gelir.

N0, yakındaki lenf düğümlerinin kanser içermediği anlamına gelir.

N'den sonraki bir sayı (N1, N2 veya N3 gibi) kanserden etkilenen yakındaki lenf düğümlerinin boyutunu, yerini ve/veya sayısını tanımlayabilir. N sayısı ne kadar yüksek olursa, kanser yakındaki lenf düğümlerine o kadar fazla yayılım vardır.

Metastaz (M kategorisi)

Vücutun birincil tümörden uzak bölgelerine yayılan kanser, metastaz olarak bilinir.

M kategorisine bir numara atanır:

M0, uzak kanser yayılımının bulunmadığı anlamına gelir.

M1, kanserin uzak organlara veya dokulara yayıldığı tespit edildiği anlamına gelir.

Tüm kanserler TNM sistemi kullanılarak evrelendirilmez. Örneğin: TNM sistemi dışındaki evreleme sistemleri genellikle diğer bazı kanserlerin yanı sıra Hodgkin ve Hodgkin olmayan lenfomalar için de kullanılmaktadır. Beyindeki veya çevresindeki kanserlerin çoğunda resmi bir evreleme sistemi yoktur, çünkü bu kanserler tipik olarak lenf düğümlerine veya vücudun diğer bölümlerine yayılmazlar (46).

2.5. Tedavi

Kanser tedavisinde amaç malign tümörü tamamen yok etmek, kanser hücresinin büyümesini engellemek veya kontrol altına almak, sağ kalım süresini uzatmak ve kanser hastalığı ile ilgili semptomları yok etmektir. Kanserde tedavi yaklaşımları kemoterapi, radyoterapi, cerrahi tedavi, hedefe yönelik tedavi, hormonal tedavi, immünoterapi, gen tedavisi ve hematopoetik kök hücre nakli şeklindedir (42). Kanserde tedavi yaklaşımında tümörün yerleşimi ve tipi, hastalığın yayılma durumu, evresi ve hastanın genel durumuna bağlı olarak tedavi yöntemlerinden biri veya birkaçı beraber kullanılmaktadır (42, 43).

2.5.1. Kemoterapi

Kemoterapi, "ilaçla (Sitotoksik) tedavi" anlamına gelir ve vücutta hızla çoğalıp büyüyen hücreleri yok etmeyi amaçlayan agresif kemoterapötik ajanlar ile yapılan bir tedavi şeklidir. Kemoterapötik ajanlar, tümör hücresinin apoptozu veya tümör hücresi sentezinin inhibisyonu ile sonuçlanan hücre döngüsü/DNA replikasyon sürecini manipüle etmek için çeşitli şekillerde çalışır (47). Kemoterapik ajanlar kanser tedavisinde yaygın olarak kullanılır. Ancak, çoğu kemoterapötik ajan, etki mekanizmalarında seçici değildir ve sadece tümör hücrelerine değil, aynı zamanda normal, sağlıklı hücrelere de zarar vermektedirler. Kemoterapinin sağlıklı hücreler

üzerindeki etkisi, istenmeyen yan etkilerinin temel nedenidir (48). Kanser tedavi planında amaç malign hücreleri yok etmek, normal hücreleri en düşük düzeyde etkilemek, hastanın yaşam süresini olabildiğince uzatmaktır. Kemoterapide temel olarak 4 ilke vardır. Bunlar tedavi (tam cevap), semptom hafifletme, profilaksi ve kontrol yani tedavi sağlanamadığı durumda yaşam süresini uzatmaktır (49).

2.5.2. Radyoterapi

İyonizan radyasyon kullanılarak yapılan lokal tedavi yaklaşımına radyoterapi denir. Radyoterapide amaç sağlıklı dokulara en az zarar vererek, mevcut tümörün hacmini ışınlayarak yok etmek ya da lokal kontrolünü sağlamaktır. Radyasyon tedavisinde verilecek olan günlük tedavi dozu ve toplam doz hastanın patolojisi ve hastalığın evresine bağlı olarak belirlenmektedir. Radyoterapi temelde kanser tedavisinde primer tedavi olarak, profilaktik olarak, kombine tedavilerde, palyatif tedavi olarak ve acil durumlarda kullanılmaktadır (50).

2.5.3. Cerrahi Tedavi

Cerrahi tedavide amaç vücuttaki kanserleşmiş doku veya organın cerrahi yöntemlerle çıkarılmasıdır. Temel olarak kanser hastalarının %75-80'inde primer tedavi olarak kullanılmaktadır. Cerrahi tedavi bunun yanı sıra hastaya tanı konulduğunda eğer hastada mikro düzeyde metastazlar var ise, diğer tedavi yöntemleri ile birlikte de kullanılmaktadır. Cerrahi tedavi yöntemi, kanser hastalarında profilaktik, palyatif ve rekonstruktif amaçlarla kullanılır (42).

2.5.4. Hedefe Yönelik Tedavi

Son yıllarda kanser hastaları için yeni bir umut olan bu tedavi şekli ileri evre kanserlerde sağkalım oranını artırması ve yan etkilerinin az olması nedeniyle sıklıkla tercih edilmeye başlanmıştır. Genel olarak monoklonal antikolar ve tirozin kinaz inhibitörleri olarak ikiye ayrılmaktadır. Bu ilaçların tedavide kullanılabilmesi için bağlanacak bir hedeflerinin olması gerekir. Bu nedenle tüm hastalarda değil belli parametrelere sahip bireylerde kullanılabilir (51).

2.5.5. İmmünoterapi

Hastaların savunma sistemini güçlendirerek kanserli hücreleri öldürmeyi hedefleyen bir tedavi şeklidir. Monoklonal antikorlar, non-spesifik immünoterapiler ve aşılardan yaygın olarak kullanılan tedavi yaklaşımlarıdır (51).

2.5.6. Hematopoetik Kök Hücre Nakli (HKHN)

Kök hücre bölünerek, kendini devamlı olarak yenileyerek sayılarını stabil tutan ve aynı zamanda farklılaşma yeteneğine sahip primitif özellikte olan hücrelere denir. Kök hücre karmaşık, farklılaşmamış ve her türlü hücreyi üretebilme yeteneğine sahiptir. Kök hücreler kemik iliğinden, umbilikal kord kanından ve periferik kandan elde edilebilir. Periferik kök hücre nakli hastadan veya doku grubu uyumlu olan kişilerden kök hücrelerin toplanarak hazırlama işleminden geçip sonrasında hastaya nakledilmesine denir. Hematopoetik kök hücrenin kemik iliğinden elde edilmesi genel anestezi altında özel aspirasyon enjektörleri aracılığıyla posterior iliak kemikten alınan ürünlerin hastaya verilmesine denir. Hematopoietik kök hücre naklinin kullanıldığı durumlara genetik bozuklukların tedavisi, kemik iliğinin benign ve malign hastalıklarının tedavisi, immünolojik hastalıkların tedavisi ve solid tümörlerin tedavisi örnek gösterilebilir (52, 53).

2.6. Kanser Hastalarında Bakımı

Kanser tedavilerindeki gelişmelerle birlikte, kanserin hastalık gidişatı ve prognozu değişmiştir ve kanser teşhisi konan hastaların sağkalım oranları yükselmiştir (54). Bununla birlikte, uzun süreli kanser deneyimi ve antikanser tedavileri, hastaları fiziksel, psikolojik, duygusal ve pratik sorunlar gibi çok çeşitli sorunlarla karşı karşıya bırakmıştır (55). Günümüzde kanserli hastaların hemşirelik bakımı daha karmaşık hale gelmiş ve çok çeşitli becerileri kapsamak durumunda kalmıştır. Hem kanser hastalarının hem de ailelerinin sorunlarını ele almak için semptom ve yan etki yönetimi ile duygusal, psikososyal ve manevi destek dahil olmak üzere yüksek kaliteli, hasta ve aile merkezli bütüncül bakıma ihtiyaç artmıştır (56, 57). Yeni tanı konmuş, tedavi gören, hastalık nüksü olan ve hastalığın son evrelerindeki hastaların hepsinin yardıma ve desteğe ihtiyacı vardır. Bu ihtiyaçların bütüncül olarak değerlendirilmesi ve bakımın bu ihtiyaçlara göre şekillendirilmesi gerekir. (58). Kanserli bireylere sunulan bakımı iyileştirmeye yönelik çabalar, hasta ihtiyaçlarının resmi ve amaca yönelik değerlendirmelerle ilerlemiştir (59). Amaca yönelik ihtiyaç değerlendirmelerinin

uygulanması ve hasta merkezli bakım, hastalıkların tedavisinden insanların kanser deneyimleriyle başa çıkmalarını desteklemeye doğru bir geçişi temsil etmektedir (10). Bu değişim, fiziksel, psikolojik, sosyal, ruhsal ve bilgisel alanlarda bakım gereksinimlerinin daha bütünsel bir kavramsallaştırma ve hastaların ve ailelerinin önceliklerine özel bir odaklanma ile karakterize edilmektedir. İhtiyaçların bu düzeyde bir özgüllükle değerlendirilmesi, problemlerin, yaşam kalitesinin ve memnuniyetin artması açısından çok önemlidir (60).

2.7. Kanser Hastalarının Karşılanmayan Bakım İhtiyaçları

Kanser ve tedavisi, bireyler üzerinde çeşitli şekillerde hissedilen bir etki bırakmaktadır. Fiziksel değişikliklere ek olarak kanser, duygusal, sosyal, psikolojik, ekonomik ve spiritüel değişikliklere de neden olmaktadır (61). Kanser hastaları, hastalığın yönetimi, tedavinin yan etkileri, hastalığın fiziksel komplikasyonları, anksiyete, belirsizlik, umutsuzluk, depresyon, tekrarlama korkusu ve bozulmuş beden imajı gibi psikolojik sorunlar, cinsel işlev bozukluğu, sosyal ilişkileri sürdürmede zorluk, evlilik sıkıntısı ve olağan günlük işlevsellikte bozulma gibi sosyal zorluklar ile mücadele etmek zorunda kalmışlardır (62, 63). Ne yazık ki, birçok kanser hastasının bu zorluklara uyum sağlamak ve bunlarla başa çıkmak için yeterli destek veya bakım almadığı tespit edilmiştir (64). Buda karşılanmayan ihtiyaçlar kavramının ortaya çıkmasına yol açmıştır. Kanser hastalarının ve aile üyelerinin hastalığın seyri boyunca fiziksel, duygusal, sosyal, psikolojik, ruhsal, bilgilendirici ve pratik alanda pek çok alanda ihtiyaçları olduğu bildirilmiştir (7). Bu özel ihtiyaçlar, hastalık ve tedavi ilerledikçe kişiden kişiye, hatta aynı kişide zaman içinde değişebilmektedir. Ayrıca her ihtiyacın doğası ve etkinin yoğunluğu da zamanla değişebilmektedir. Örneğin, hastalığın erken evrelerinde tıbbi bilgi ihtiyacı yüksektir, duygusal ve ruhsal desteğe duyulan ihtiyaç hastalığın seyri boyunca nispeten sabit olabilir, hastalık ilerledikçe ağrı ve semptom kontrolü ihtiyaçları artabilir (65).

Kanser hastalarının ihtiyaç örnekleri;

- **Fiziksel;** “Fiziksel rahatlık ve ağrıdan kurtulma, optimum beslenme, kişinin olağan günlük işlevlerini yerine getirme becerisi ile ilgili ihtiyaçlar”
- **Duygusal;** “Stres ve üzüntü zamanlarında rahatlık, aidiyet, anlayış ve güvence ile ilgili ihtiyaçlar”

- **Sosyal;** “Aile ilişkileri, toplum tarafından kabul görme ve sosyal ilişkilere katılımla ilgili ihtiyaçlar”
- **Psikolojik;** “kişisel kontrol ihtiyacı ve olumlu benlik saygısı yaşama ihtiyacı da dâhil olmak üzere hastalık deneyimi ve sonuçlarıyla başa çıkma becerisiyle ilgili ihtiyaçlar”
- **Bilgilendirici;** “Karışıklığı, kaygıyı ve korkuyu azaltmak için bilgi gerektiren ihtiyaçlar; kişinin veya ailesinin karar verme sürecini bilgilendirmek ve beceri kazanımına yardımcı olmak”
- **Spiritüel;** “Dini inançları uygulamak için hayatın anlamı ve amacı ile ilgili ihtiyaçlar”
- **Pratik;** “Bir görevi ya da faaliyeti gerçekleştirmek için doğrudan yardım gerektiren ihtiyaçlar ve dolayısıyla kişi üzerindeki talepleri azaltan ihtiyaçlardır” (7,66).

2.8. Kanser Hastalarında Destekleyici Bakım

Yüksek kaliteli kanser bakımı için artık sadece kanser tedavisinin verilmesinin yeterli olmadığı ve giderek artan bir şekilde kanser hastalarının destekleyici bakım ihtiyaçlarının karşılanması gerektiği vurgulanmaya başlamıştır (11). Destekleyici bakım, kanserli bir kişinin ve ailesinin kanser ve tedavisiyle, ön tanıdan, tanı ve tedavi sürecine, hastalık süresince, ölüm sürecinde ve hatta yas sürecinde kanserle ve tedavisiyle başa çıkmasına yardımcı olan bakım olarak tanımlanmaktadır (67). Kanser hastalarının tüm hastalık sürecinde fiziksel, psikolojik, sosyal, bilgi ve spiritüel ihtiyaçlarını karşılayan temel hizmetlerin sunulması olarak da tanımlanmaktadır (10). Temel bir bakım hizmeti olarak kabul edilmesine rağmen, kanser hastalarının destekleyici bakım ihtiyaçlarının %1 ila 93 arasında değişen oranlarda sürekli olarak karşılanmadığı belirlenmiştir (68, 69). Yapılan araştırmalar, karşılanmayan destekleyici bakım ihtiyaçlarının etkisiz baş etmeye, duygusal sıkıntıyı kötüleştirmeye ve yaşam kalitesinin düşmesine yol açtığını göstermiştir (70,71). Destekleyici bakım ihtiyaçlarının tamamının değerlendirilmesi gerektiğine ve karşılanmayan ihtiyaçların erken belirlenmesinin hastaların karşılaştığı sorunları azaltabileceğine dair artan bir kanı vardır (72). Destekleyici bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi, hastaların yardım almak istedikleri en acil sorunları

belirleme fırsatı sağlamak ve etkili bakım planları tasarlamak için de çok önemli bir katkı sağlamaktadır (61).

Destekleyici bakım etkili ve uygun iletişim sağlamayı, hastanın bilgilendirilmesi ve eğitimini, tedavi planının uyumunu ve geliştirilmesini, ruhsal problemlerin değerlendirilmesini ve süreç boyunca karar vermede hastanın katılımını kapsamaktadır. (66, 73, 74). Destekleyici bakım sürecinde kanser hastasının eğitim durumu ve sağlık okuryazarlığı düzeyi, tedavi konusundaki tercihleri, hastanın incine bilirligi ve hassasiyeti, inanç ve kültürel değerleri konularında hassas ve dikkatli olunması gerekmektedir (75).

Destekleyici bakım müdahaleleri; bir kişinin kanser deneyiminin tüm aşamalarında kanserin ve tedavisinin olumsuz etkilerini önleyebilir veya en aza indirebilir. Müdahaleler; öz- yardım ve destek, bilgi verme, psikolojik destek, semptom kontrolü, sosyal destek, rehabilitasyon, manevi destek, palyatif bakım ve yas sürecindeki bakımı içermektedir (76).

Destekleyici bakım gereksinimleri temelde 4 ana bölümden oluşur. Bu 4 ana madde; sağlık hizmeti ve iletişim, fiziksel ve günlük yaşam, psikososyal ihtiyaçlar ve cinselliktir (77, 78).

2.8.1. Sağlık Hizmeti ve İletişim İhtiyacı

İletişim ve bilgi sağlanması, hastaların durumunun değerlendirilmesinde ve uygun müdahalelerin belirlenmesinde kilit unsurlardır. Bir hastayla iletişim, kültürel normlar ve uygulamalar, sağlık sistemi ve sağlayıcılarına yönelik tutumlar, sağlık bakımı ve kanserle ilgili geçmiş deneyimler gibi faktörlerden etkilenmektedir (67). Sağlık hizmeti sunucuları ve hastalar arasındaki iletişimin gerçekleşme şekli destekleyici ve yardımcı olarak algılanabilir veya ek bir stres kaynağı olarak görülebilir. Temel olarak kanser hastaları hastalık, tedavi seçenekleri, olası prognoz ve mevcut kaynaklar hakkında bilgi sahibi olmak isterler. Bu nedenle hastaların anlayabildikleri ve gereksinim duydukları oranda bilgilendirilmeleri gerekir (79). Bilgi, kaygının azaltılması ve bilinçli karar vermenin anahtarıdır. Hastalar ile iletişim için rahat bir ortam yaratmak, terapötik iletişim tekniklerini kullanmak ve hastalara soru sormaları için fırsatlar sağlamak, hastaların iletişim gereksinimlerini azaltmada etkili olabilir (65). Hemşirelerin kurduğu etkili iletişim, kanser tanısı almış hastalar ve aileleri için önemlidir. Hastaların ve ailelerinin zorlu tedavi sürecinde hastalık ve yan etkilerle baş

edebilmeleri için tanı konulduğu andan itibaren iletişimin başlaması, iletişime geçilmeden önce hasta ve ailelerinin bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi gereklidir (80).

2.8.2. Fiziksel ve Günlük Yaşam İhtiyaçları

Kanserli hastalar sıklıkla, bağımsızlığı tehdit edebilecek sürekli bir semptom yükü, egzersiz intoleransı ve fiziksel fonksiyon bozukluğu bildirmektedirler (81). Kanser tedavisinin fiziksel etkilerinin (yorgunluk, enfeksiyon, bulantı, kusma, diyare, stomatit, alopesi ve nöropati gibi) yaşam kalitesini olumsuz etkilediği ve bakım ihtiyaçlarını artırdığı bildirilmektedir (82). Günlük yaşam aktiviteleri (GYA), bir bireyin toplum içinde bağımsız olarak yaşamak için gerçekleştirmesi gereken temel aktiviteleri ifade eder (83). Aktiviteler, temel GYA'leri olan beslenme, tuvalet, banyo ve giyinme gibi kişisel bakım faaliyetlerini ve Enstrümantal GYA'leri olan yemek hazırlama, toplu taşıma araçlarını kullanma, ev işleri yapma ve market alışverişi yapma gibi uzun süreli işlevleri içermektedir (84,85). GYA yapmak, bağımsız yaşam, esenlik ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini sürdürmek için gereklidir. GYA'lerle ilgili özürülük (en az bir aktivitede zorluk veya yardıma ihtiyaç duyma), daha düşük yaşam kalitesi ile ilişkilendirilmiştir (86). Kanserli bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde yaşadığı yetersizlik ile ilgili yapılan bir sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında, hastaların %36,7'sinin temel GYA ve %54,6'sının enstrümantal GYA'lerle ilgili engellilik yaşadığı saptanmıştır. İncelenen aktiviteler arasında en sık etkilenen temel GYA'lerinin kişisel hijyen, yürüyüş ve transferler olduğu, enstrümantal GYA'lerin ise ev işleri, alışveriş ve ulaşım olduğu belirlenmiştir (87). Özellikle terminal dönemdeki kanserli bireylerde fonksiyonlarda önemli bir işlevsel düşüş olduğu ve bakım gereksinimlerinin arttığı saptanmıştır (88). Hastaların kanserle baş edebilmesini arttırmak, tedavilerin neden olduğu toksisite ve yan etkileri azaltmak, yeterli ve dengeli beslenmeyi sürdürmek ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmelerine yardım etmek için hemşirelerin bu doğrultuda hasta ve ailesinin eğitime ve danışmanlığına önem vermelidir.

2.8.3. Psikososyal ihtiyaçlar

Psikososyal ihtiyaçlar, bir kişinin duygusal ve psikolojik refahının altında yatan yardım veya destek arama gereksinimleri ile ilgilidir. Karşılanmayan psikososyal ihtiyaçlar çok çeşitli ve geniş kapsamlıdır, ayrıca bir kişinin yaşamının tüm alanlarını

etkileme potansiyeline sahiptir (89). Karşılanmayan psikososyal ihtiyaçların düzeyleri bireyler arasında farklılık göstermekte ve sosyo-demografik değişkenler dahil olmak üzere çeşitli faktörlerden etkilenmektedir. Daha genç, kadın, evli olmayan, daha düşük gelirli veya maddi sıkıntısı olan hastalar, kırsal kesimde yaşayanların ve daha önce psikiyatrik tanı alan hastaların bu gereksinimlerinin arttığı bulunmuştur (90, 91). Klinik olarak, daha yoğun tedaviye ihtiyaç duyanların ve daha ileri evre kanser hastalarının daha fazla ihtiyaç bildirdiği belirlenmiştir (92). Kanser hastalarında anksiyete, depresyon ve düşük yaşam kalitesinin tedaviye uyum, motivasyon, tanı ile baş etme düzeyini olumsuz etkilediği bulunmuştur (91).

Tedaviye bağlı alopesi, gastrointestinal problemler, stomatit gibi semptomlar hastaların umutsuzluk, öfke, anksiyete, depresyon gibi psikolojik sorunlar yaşamasına neden olmaktadır. Bu nedenle tedaviye uyum sağlamayan hastalarda kişilik bozuklukları oluşabilmekte ve geleceğe yönelik umutlar azalmaktadır. Bu hastaların yaşadığı ölüm korkusu, bağımsızlık eksikliği gibi duygular, fiziksel aktivitelerin azalmasına, kaygı düzeylerinin artmasına, hayata ve hastalıklarına karşı öfkeye ve dolayısıyla depresyona neden olabilir. Onkoloji hastaları tanı anında ve tedavileri sırasında kaygı, korku ve öfke gibi psikolojik süreçlerden geçmektedir (80). Kanser hastasının psikolojik sağlığının devamlılığı için sağlık ekibinde bir psikolog bulunması, hasta ile iletişim kuran tüm sağlık personelinin özellikle hemşirelerin süreçler ve baş etme yöntemleri konusunda eğitilmesi gerekir (80).

Kaliteli bir hemşirelik bakımı için kanser hastalarının psikososyal ihtiyaçlarının da eksiksiz değerlendirilmesi, empatik bir tavır ve etkili bir iletişim ile yaklaşarak yaşanan psikososyal sorunların erken tanınması, takip edilmesi ve tedavi edilmesi gerekmektedir. Böylece hastaların hastalığa ve tedaviye uyumunun artması, anksiyete ve depresyonun azalması ve yaşam kalitesinin artması sağlanacaktır (93).

2.8.4. Cinsellik İhtiyacı

Kanser ve tedavisinin fizyolojik, psikolojik ve kişilerarası faktörler üzerinde hem doğrudan hem de dolaylı etkileri vardır ve bunların tümü cinsel işlevler üzerine olumsuz etki yapabilmektedir (94). Kanser tedavisinde kullanılan kemoterapi, radyoterapi, hormonal ve cerrahi gibi yöntemler cinsel fonksiyonu önemli ölçüde etkilemektedir. Cinsel fonksiyon bozukluğu, tanı, tedavi ve sonrası dönem de dahil olmak üzere hastalığın seyri sırasında herhangi bir noktada gelişebilir (95). Bu sorun, kanserle ilişkili

anksiyete ve depresyonun bir sonucu olabileceği gibi, cerrahi operasyon nedeniyle cinsel organın fizyolojik yapısının bozulması, hormon tedavisi, mastektomi ya da ostomi nedeniyle beden imajının bozulması ve sosyo/kültürel faktörler nedeniyle de gelişebilmektedir. Bakım sırasında hastaların cinsel yaşamı ve ihtiyaçları değerlendirilmeli, etkin danışmanlık yapılmalı ve sağlıklı cinsel yaşam için önerilerde bulunulmalıdır (96). Yapılan araştırmalarda, hastaların sağlık çalışanları ile cinsel sorunları hakkında konuşmak istedikleri, ancak iş yoğunluğu, yetersiz bilgi, kaynak eksikliği ve sağlık personeli ve/veya hasta utancının konuşmaları engellediği belirlenmiştir (96-98). Hemşirelerin, yaşam kalitesini doğrudan etkileyen cinsel sorunlar ile ilgili konularda daha duyarlı olması, konuyu göz ardı etmemesi ve sorumluluklarını yerine getirmesi gerekir.

2.9. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp (TAT)

Tamamlayıcı ve alternatif tıp (TAT), genel olarak geleneksel tıbbın bir parçası olarak kabul edilmeyen çeşitli tıbbi ve sağlık bakım sistemleri, uygulamaları ve ürünleri grubu olarak tanımlanmaktadır (99). Alternatif tıp, hastalığın kendisini tedavi etmek için teşvik edilen kanıtlanmamış tedaviler olarak tanımlanabilirken, tamamlayıcı tıp standart tedavileri tamamlayan destekleyici terapiler olarak tanımlanmaktadır (100). Amerikan ulusal tamamlayıcı ve alternatif tıp merkezi (National Center for Complementary and Alternative Medicine-NCCAM) tamamlayıcı, alternatif ve bütünleştirici olmak üzere üç farklı tıbbi tedavi ve uygulama tanımı yapmıştır. **Tamamlayıcı tedavi**; bir tedavi yöntemi olmadığı halde hasta isteğiyle klasik tedavinin yanında onlara destekleyici olarak hastanın rahatlaması, bağışıklık sisteminin güçlenmesi ve psikolojik destek sağlamak amacıyla uygulanan alternatif tıp yöntemleridir. **Alternatif terapi** yerine Tamamlayıcı Alternatif Tıp (TAT) terimi kullanılmaya başlanmıştır. **Bütüncül (integratif) tedavi**; güvenliği ve etkinliği kesin olan geleneksel tedavinin ve birleştirilmiş TAT'ın bilimsel, kanıta dayalı kullanımınıdır (101). TAT'ın temel ilkesi bütünselliktir. Holizm, daha iyi bir sağlık için kişinin fiziksel, duygusal ve sosyal yönlerine odaklanan bir felsefi yaklaşımdır (102).

Literatürde yüzlerce TAT yöntemi tanımlanmıştır ve temel olarak beş grupta toplanmıştır;

- ✓ Meditasyon, dua, yoga, tai chi, biofeedback, gevşeme ve sanat, dans ve müzik terapileri gibi düşünce sistemlerini kullanan zihin-beden müdahaleleri,
- ✓ Bitkisel preparatlar, botanikler ve diyet takviyeleri gibi biyolojik temelli tedaviler,
- ✓ Kiropratik, terapötik masaj ve osteopatik manipülasyon gibi manipülatif ve beden temelli yöntemler,
- ✓ Reiki, terapötik dokunuş ve biyo elektromanyetik temelli terapiler gibi enerji terapileri,
- ✓ Geleneksel Çin tıbbı, Ayurveda, homeopati ve natüropatik tıp gibi alternatif medikal terapiler yaygın olarak kullanılan TAT yöntemleridir (103).

TAT kullanımı eski çağlardan beri hastalıkların önlenmesi ve tedavisinde önemli bir rol oynamıştır. MÖ 1600 civarında Mısır'da aromaterapi kurumlarının kurulduğuna inanılıyor. Aromaterapi, Çin ve Yunan tıbbında da kullanılmıştır. Aromaterapi, çeşitli bitkilerden elde edilen yağların kullanılması ile kullanıcının fiziksel ve duygusal durumunun iyileştirilmesi esasına dayanır (104). Aromatik masaj, “Ayurveda” veya “Tanrıların Tıbbı” olarak bilinen geleneksel Hint tıbbının temel yönlerinden biridir. Ayurveda'nın özel bir Hindu tıp sistemi olarak kökleri 6. yüzyıla kadar uzanır ve şu anda dünya çapında kullanılmaktadır. Ayurvedik tıp, özel diyetlerin kullanımı, cıva veya arsenik gibi bazı ağır metalleri içerebilen spesifik Ayurvedik ilaçlar, çeşitli bitkisel tedaviler, meditasyon, yoga veya idrar tedavisi gibi çeşitli terapötik yaklaşımları içermektedir (104). Ayurveda'nın ayrılmaz bir parçası olarak yoga, psiko-fiziksel sağlığı geliştirmek için yıllardır uygulanmaktadır, ancak son zamanlarda daha popüler hale geldiği tartışılmaz bir gerçektir (105). Çok sayıda çalışma, kanserli hastalarda yoganın faydalarına işaret ederek, bu tip TAT'ın yaşam kalitesini önemli ölçüde iyileştirdiğini vurgulamaktadır (105, 106). Geleneksel Çin Tıbbı (GÇT) içerisinde yer alan akupunktur da milyonlarca insan tarafından uygulanan önemli bir yöntemdir. Akupunktur 4700 yıldan fazla bir süredir aktif olarak kullanılmaktadır, ancak 1971'de dünya çapında bir patlama yaşamıştır. Çin geleneğine göre, akupunkturun faydalarının sabit bir enerji akışından kaynaklandığına inanılmaktadır (107). Çok sayıda çalışma ve klinik araştırma, akupunkturun kanserli hastalarda kusma ve ağrıyı kontrol etmede faydalı olduğunu ileri sürmüştür (108,109). Çin, Mısır ve Hint tıbbının takipçileri tarafından yıllardır

uygulanan refleksolojinin kanserli hastalarda ağrıyı gidermek için başarıyla kullanıldığı da gösterilmiştir (110). Yakın zamanda yayınlanan bir çalışmanın sonuçlarına göre, kanser hastaları tanıdan sonra genellikle bitkisel bazlı TAT yöntemlerini tercih ettiğini bildirmektedir (111). Bugün kullanılan bitkisel ilaçlar “geleneksel Çin bitkiciliği, Ayurveda bitkiciliği, Batı bitkiciliği ve geleneksel Arap tıbbına” dayanmaktadır. 2700'de Çin'de bitkisel tıbbın temellerini atan, 300'den fazla bitkinin tedavi edici etkilerini anlatan eski bir tıp kitabı “Shengnongbencaijing” yazılmıştır. Yunan tıbbı, seyreltilmiş afyonu anestezi/ağrı kesici olarak kullanırken, Hint tıbbı belladonna'yı ağrıyı hafifletmek için tercih edilen bir ilaç olarak görmüştür (104). Kanser hastaları, özellikle meme kanseri olan kadınlar arasında en çok kullanılan bitkisel ilaçlar ekinezya, sarımsak, Jianghuang, yeşil çay, Renshen, keten tohumu veya yağları, zencefil ve diğerleridir (112).

2.10. Kanserli Hastalarda TAT Kullanımı

Kanser tedavisine güncel tıbbi yaklaşımlarla giderilmeyen birçok semptom ve yan etki yaşanmaktadır. Günümüzde kanser hastalarında TAT kullanımını gittikçe popüler hale gelmiştir (108). Kanserli hastalarda TAT kullanımına artan ilgi; sağ kalım oranlarının artması, tam iyileşme umudu, sağlık bakım sistemlerindeki değişiklikler, hastaların daha etkili tedavi süreçlerine yönelik talepleri nedeniyle, ayrıca yan etkilerin azaltılması, bağışıklık sistemini güçlendirme, fiziksel ve psiko-sosyal iyilik halindeki iyileşmeler ve duygusal stresi hafifletme gibi bazı yararlı etkileri sebebiyle artmıştır (113,114). Literatürde kanserli hastalarda TAT kullanım sıklığı Avrupa ülkelerinde %14,8 ile %73,1 arasında (115), Türkiye'de ise %22,1 ile %84,1 arasında değiştiği bildirilmektedir (18). Kanserli hastalarda bitkisel ürünler, dua, yoga, meditasyon, gevşeme teknikleri, masaj ve diyetler en sık kullanılan TAT yöntemleridir. Türkiye'de yapılan araştırmalar, popülerlik sırasına göre, bitkisel ilaç, dua, dini uygulamalar, vitaminler ve özel diyetler en yaygın TAT yöntemleri olarak saptanmıştır (18).

TAT kullanımının kanser hastalarına farklı şekillerde yardımcı olabileceği, ancak özellikle diyet takviyeleri ve bitkisel ürünler söz konusu olduğunda belirli riskler taşıyabileceği unutulmamalıdır. Örneğin, ekinezya, soya fasulyesinin anafilaksiye neden olduğu, sarımsak, Renshen, zencefilin gastrointestinal yan etkilere neden olduğu ve Kediotunun hepatotoksisiteye neden olduğu belirlenmiştir (116). Berretta ve ark., İtalya'da TAT kullanıcılarının %86'sının TAT kullanımının olası yan etkilerinden

habersiz olduğunu bildirmiştir (117). 2012'de Amerikan Kanser Derneği'ne göre, diyet takviyelerinin 2800'den fazla olumsuz olayı rapor edilmiştir (118). Ayrıca, olası etkileşimler nedeniyle, bazı TAT'lar kemoterapi ajanlarının metabolizmasını potansiyel olarak etkilemekte ve ilaçların daha toksik veya subterapötik etkilerine neden olabilmektedir (119). Bu olumsuz olayların yaşanmasını önlemek amacıyla kanser tanısı konulan her hasta TAT kullanımını konusunda sorgulanmalıdır. Ayrıca, hastalığın türüne ve gelişim sürecine dayanarak kullanabileceği TAT yaklaşımları konusunda en doğru bilgiyi sağlık uzmanlarından alması gerektiği vurgulanmalı, TAT'ın avantaj ve dezavantajları hakkında bilgilendirilmelidir (120).

2.11. Hemşirelik Bakımı

Sağlık çalışanları bu terapileri günlük bakım uygulamalarına giderek daha fazla entegre etmektedir. Hemşirelerin TAT hakkındaki bilgi ve tutumları, hastaların TAT konusundaki sağlık inançlarını ve davranışlarını etkileyebilmektedir (121). Hemşirelerin, bu terapilerin nasıl kullanıldığı ve bu terapiler ile diğer ilaçlar arasında meydana gelebilecek olumsuz etkileşimler hakkında ayrıntılı bilgi sahibi olmaları gerekir. Hemşirelere, TAT konusunda teorik bilgi ve pratik beceri kazanımı için lisans eğitim müfredatının yeniden düzenlenmesi, hemşirelerde yetkinliğin kazanılması, yaşanabilecek olumsuzlukların azaltılması ve bakım kalitesinin artırılması açısından önemlidir (122).

Onkoloji hemşireleri, kanser hastalarının karşılanmamış ihtiyaçlarını ele almak ve TAT'ın kanser tedavisi ve bakımına güvenli bir şekilde entegre edilmesi aşamasında önemli bir konumdadırlar. Kanada Hemşireler Derneği ve Kanada Onkoloji Hemşireleri Birliği (CANO), hastaların TAT'a karar verme ve kullanımının izlenmesi, değerlendirilmesi ve kaydedilmesinde, ayrıca sürekli değerlendirme, öğretme ve koçluk, kanıta dayalı karar desteği, diğer TAT kaynakları ve/veya sağlık profesyonellerine yönlendirmede hemşirelere önemli görevler düştüğünü belirtmektedir (123). Destekleyici bakım çerçevesinde hareket eden onkoloji hemşireleri, kanser deneyimleriyle ilgili olarak hastaların fiziksel, psikolojik, duygusal, sosyal, bilgilendirici, pratik ve spiritüel ihtiyaçlarını göz önünde bulundurarak hasta ve ailelerine bütüncül bir bakış açısıyla bakım verebilirler. Ayrıca onkoloji hemşireleri, kanser deneyimi olan hastaların inançlarının, değerlerinin ve sağlık hedeflerinin

değerlendirilmesi de dahil olmak üzere, bakıma kültürel açıdan duyarlı yaklaşımlar sunma konusunda da dikkatli olmalıdırlar (124).



3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı-ilişki arayıcı tiptedir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Malatya’da bulunan İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Onkoloji Hastanesi’nde tedavi gören kanser hastalarında Temmuz 2020- Haziran 2021 tarihleri arasında yürütülmüştür. Onkoloji Hastanesi toplam 217 yataklıdır. 84 yataklı ayaktan kemoterapi ünitesi,16 adet poliklinik, 156 adet onkoloji ve hematoloji hasta odası, 40 adet kök hücre ve kemik iliği tedavi odası, 16 adet yoğun bakım odası ve 5 adet radyoaktif iyotlu tedavi odası bulunup, Türkiye’nin en büyük Onkoloji Hastanesi olduğu belirtilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Onkoloji Hastanesinde tedavi gören hastalar oluşturmaktadır. Bu hastanede bir yıl içerisinde tedavi gören hasta sayısı 1154’tür. Örneklemine ise; güç analizi ile 0.05 yanılma düzeyinde, 0.5 etki büyüklüğünde ve evreni %90 temsil gücüyle belirlenen 289 hasta oluşturmuştur. Araştırmada hastanede tedavi gören hastalar basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiştir.

Araştırmaya dâhil edilme kriterleri:

- 18 ve yaş üzeri olan
- İletişim problemi olmayan,
- En az 1 aydır kanser tedavisi gören,
- Hastanede yatarak tedavi gören hastalar araştırmaya dâhil edilmiştir.

Dışlanma kriteri:

- Yoğun bakımda yatan ve terminal dönemdeki hastalar araştırmaya dâhil edilmemiştir.

3.4. Verilerin Toplanması:

Veriler, Aralık 2020-Mart 2021 tarihleri arasında araştırmacı tarafından İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Onkoloji Hastanesine gidilerek hasta odalarında hastalardan yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Araştırmacı haftanın dört günü hastaneye giderek verileri toplamıştır. Araştırmacı tarafından veri toplama formları hastalara dağıtılmış, araştırma hakkında gerekli açıklama yapılarak ve cevapların hastalar tarafından anket formuna işaretlemeleri istenmiştir. Okuma yazma bilmeyen hastalar için sorular araştırmacı tarafından okunmuş ve verilen cevaplar yorum katılmadan anket formlarına işaretlenmiştir. Her bir anketin uygulama süresi ortalama 10-15 dk. sürmüştür.

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından oluşturulan, hastaların sosyo-demografik ve hastalık özellikleri ile ilgili bilgileri içeren “Kişisel Bilgi Formu”, hastaların destekleyici bakım gereksinimlerini değerlendiren “Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu 29” ve “Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği” kullanılmıştır.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan bu formda hastaların sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi vb.), ve tanı, tedavi, evre, tanı alma süresi ve bakımda destek alma durumu gibi hastalık değişkenlerini içeren toplam 17 soru bulunmaktadır (Ek 2).

3.5.2. Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu 29 (DBGÖ-KF29)

Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu (DBGÖ-KF 34) Boyes ve ark. tarafından geliştirilmiş ve hastaların destekleyici bakım gereksinimlerini tanımlamayı amaçlamaktadır (125). Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirliğini yapan Özbayır ve ark. ölçeğin madde sayısını 29 olarak belirlemiştir. DBGÖ-KF29; sağlık hizmeti ve bilgilendirme (14 madde), günlük yaşam (5 madde), cinsellik (3 madde) ve psikolojik gereksinimler (7 madde) dahil olmak üzere destekleyici bakım gereksinimlerinin dört farklı yönünü sorgulamaktadır. Her madde 1 ile 5 puan arasında puanlanmaktadır. Ölçek toplam puanı 29 puan ile 145 puan arasında değişmektedir.

Daha yüksek puanlar, destekleyici bakıma daha fazla ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. Alternatif olarak ölçek, algılanan karşılanmamış ihtiyaçların sayısını belirlemek için de kullanılabilir (3 veya daha fazla puan, karşılanmamış ihtiyaç olarak kabul edilmektedir). Özbayır ve ark. ölçeğin Cronbach alfa değerini .99 olarak bulmuştur (126). Bu araştırmada Cronbach Alpha .99 olarak hesaplanmıştır. (Ek 3).

3.5.3. Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği (BTATÖ)

BTATÖ, Hyland ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilmiş, Türkçe uyarlaması ve geçerlilik-güvenirlilik çalışması Erci tarafından yapılmıştır (127). 5'li likert tipte olan ölçek toplam 11 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten minimum 11, maksimum 66 puan alınabilmektedir. Alınan puanın düşük olması tamamlayıcı ve alternatif tıbbı karşı pozitif tutumun arttığını göstermektedir. Ölçeğin geçerlilik-güvenirlilik çalışmasında Cronbach Alpha değeri .72 olduğu bulunmuştur. Bu araştırmada Cronbach Alpha .91 olarak hesaplanmıştır (Ek 4).

3.6. Verilerin Analizi

Araştırmaya alınan verilerin analizleri SPSS (Statistical Program in Social Sciences) 25 programı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya alınan verilerin Normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov Testi ile kontrol edilmiştir. Karşılaştırma testleri için anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmıştır.

İkili gruplarda karşılaştırmalar; normallik varsayımı sağlanan değişkenler için iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi (two independent samples t test) ile çoklu gruplarda karşılaştırmalar ise ANOVA testi ile yapılmıştır. ANOVA testi sonucunda fark olan grupları belirlemek için varyans homojenliği sağlandığı için Duncan çoklu karşılaştırma (post-hoc) testi kullanılmıştır. Normallik test varsayımı sağlanmayan değişkenler için non-parametrik testler kullanılmıştır.

Ölçeklerin güvenilirlik analizini belirlemek için Cronbach α katsayısı kullanılmış ve bağımsız değişkenler (faktör alt boyutları) arasında ilişki olmadığından emin olmak için ise Çoklu Doğrusal Bağlantı (VIF) Analizi yapılmıştır. İki bağımsız değişken arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla korelasyon analizi yapılmıştır. Araştırmaya alınan değişkenler normal dağılım gösterdiği için pearson korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma verileri toplanmadan önce İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu Başkanlığı'ndan etik kurul izni (Ek 9) İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Başhekimliğinden (Ek 8) yazılı kurum izni alınmıştır. Araştırmada kullanılan ölçekler için geçerlik-güvenirlik analizlerini yapan yazarlardan mail yoluyla izin alınmıştır. (Ek 6, 7) Araştırmaya katılan hastalara araştırmanın amacı açıklanmış, yazılı/sözlü onamları alınmış ve bilgilendirilmif onam formları imzalatılmıştır (Ek 5).

3.8. Araştırmanın sınırlılığı

Araştırma verilerinin yalnızca bir kurumda toplanmış olması sonucun genellenebilirliği açısından bir sınırlılıktır. Ayrıca, COVID-19 pandemi süreci nedeniyle veri toplama sürecinin uzaması araştırmada karşılaşılan diğer bir sınırlılıktır.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan hastalardan elde edilen bulgular sunulmuştur. Çalışmaya alınan katılımcılara ait sosyo-demografik özellikler olan yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir, eğitim durumu, aile tipi, yaşanılan yer, meslek ve birlikte yaşanılan kişilerin dağılımları sayı ve yüzde olarak Tablo 4.1’de verilmiştir.

Tablo 4.1. Hastaların Sosyo-demografik Bilgileri

| Değişken | Grup | Sayı | Yüzde |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------|--------------|
| Yaş (56.7±12.7) | 26-40 yaş | 17 | 5.9 |
| | 41-55 yaş | 71 | 24.6 |
| | 56-70 yaş | 117 | 40.5 |
| | 71 yaş ve üzeri | 84 | 29.1 |
| Cinsiyet | Kadın | 180 | 62.3 |
| | Erkek | 109 | 37.7 |
| Medeni durum | Evli | 274 | 94.8 |
| | Bekar | 10 | 3.5 |
| | Boşanmış | 5 | 1.7 |
| Gelir | Gelir giderden az | 137 | 47.4 |
| | Gelir gidere eşit | 143 | 49.5 |
| | Gelir giderden fazla | 9 | 3.1 |
| Eğitim durumu | Okur-yazar değil | 58 | 20.1 |
| | Okur-yazar | 23 | 8.0 |
| | İlköğretim | 130 | 45.0 |
| | Lise | 50 | 17.3 |
| | Üniversite | 28 | 9.7 |
| Aile Tipi | Çekirdek | 253 | 87.5 |
| | Geniş aile | 19 | 6.6 |
| | Parçalanmış aile | 17 | 5.9 |
| Yaşadığınız yer | İl | 177 | 61.2 |
| | İlçe | 83 | 28.7 |
| | Köy | 29 | 10.0 |
| Meslek | İşçi | 18 | 6.2 |
| | Serbest meslek | 9 | 3.1 |
| | Memur | 16 | 5.5 |
| | İşsiz | 8 | 2.8 |
| | Emekli | 36 | 12.5 |
| | Ev hanımı | 163 | 56.4 |
| | Diğer | 38 | 13.4 |
| Birlikte yaşanılan kişiler | Yalnız yaşıyorum | 16 | 5.5 |
| | Anne- baba-kardeşler ile birlikte | 14 | 4.8 |
| | Eşim ve çocuklarımla birlikte | 248 | 85.8 |
| | Diğer | 11 | 3.8 |
| Toplam | | 289 | 100 |

Araştırmaya alınan hastaların yaş ortlamsının 56.7 ± 12.7 olduğu ve çoğunluğunun 56-70 yaş aralığında yer aldığı, %62.3'ünün kadın, %94.8'inin evli, %49.5'inin gelirinin gidere eşit olduğu, %45'inin eğitim düzeyinin İlköğretim olduğu, %87.5'inin çekirdek aile tipine mensup olduğu, %61.2'sinin şehirde yaşadığı, %56.4'ünün ev hanımı olduğu ve %85.8'inin eşi ve çocukları ile birlikte yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Çalışmaya alınan katılımcılara ait hastalık özellikleri Tablo 4. 2'de verilmiştir.

Tablo 4.2. Katılımcıların hastalık özellikleri

| Değişken | Grup | Sayı | Yüzde |
|---|---|------|-------|
| Tanı | Gastrointestinal sistem kanserleri | 78 | 27.0 |
| | Meme kanseri | 85 | 29.4 |
| | Akciğer ve solunum sistemi kanserleri | 42 | 14.5 |
| | Jinekolojik ve genitouriner sistem kanserleri | 46 | 15.9 |
| | Diğer (ALL, Lenfoma, Beyin tümörü vb.) | 38 | 13.1 |
| Hastalığın evresi | I | 75 | 26.0 |
| | II | 74 | 25.6 |
| | III | 74 | 25.6 |
| | IV | 66 | 22.8 |
| Tanı konulma süresi | 0-6 ay | 128 | 44.3 |
| | 6 ay-1 yıl | 71 | 24.6 |
| | 1-3 yıl | 42 | 14.5 |
| | 4 yıl ve üzeri | 48 | 16.6 |
| Tedavi yöntemi | Kemoterapi | 107 | 37.0 |
| | Kemoterapi + Radyoterapi | 26 | 9.3 |
| | Cerrahi + Kemoterapi | 103 | 35.6 |
| | Cerrahi + Radyoterapi + Kemoterapi | 52 | 18.0 |
| Alınan Kemoterapi kürü | 1- 5 kez | 139 | 48.1 |
| | 6 -10 kez | 53 | 18.3 |
| | 11-15 kez | 45 | 15.6 |
| | 16-20 kez | 22 | 7.6 |
| | 21 ve üzeri | 30 | 10.4 |
| Bakımda destek alma durumu | Evet | 227 | 78.5 |
| | Hayır | 62 | 21.5 |
| Bakımda destek alınan kişiler | Eşi | 79 | 27.3 |
| | Eşi ve çocukları | 100 | 34.6 |
| | Anne ve/veya babası | 15 | 5.2 |
| | Gelini ve/veya oğlu | 10 | 3.5 |
| | Diğer aile bireyleri | 25 | 8.7 |
| | Hiç kimse | 60 | 20.8 |
| Alternatif, tamamlayıcı tedavi kullanma durumu | Evet | 169 | 58.5 |
| | Hayır | 120 | 41.5 |
| Bitkisel/besinsel temelli yaklaşımlar | Evet | 222 | 38.4 |
| | Hayır | 256 | 61.6 |
| Ruhsal yaklaşımlar | Evet | 42 | 14.5 |
| | Hayır | 247 | 85.5 |
| Dinsel yaklaşımlar | Evet | 149 | 51.6 |
| | Hayır | 140 | 48.4 |

Hastaların %29.4'ünün meme kanseri tanısı aldığı, %26'sının hastalığın birinci evresinde olduğu, %44.3'ünün 0-6 ay içerisinde tanı aldığı, %37'sinin tedavisinde

kemoterapi kullanıldığı, %48.1'inin 1-5 kez kemoterapi kürü aldığı, %78.5'inin bakımda destek aldığı ve bu desteğin büyük çoğunlukla eşi ve ailesinden aldığı saptanmıştır. Hastaların %58.5'inin alternatif ve tamamlayıcı tıp yöntemlerinden birini kullandığı ve dinsel yaklaşımların en sık tercih edilen yöntemler olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği (DBGÖ-KF29) ve Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği (BTATÖ) Puan Ortalamaları

| Ölçek | Ort ± SS | Min | Max | Madde Ortanca | Cronbach α |
|--|--------------|-----|-----|---------------|------------|
| Sağlık Hizmeti ve Bilgilendirme | 48.98±16.47 | 14 | 70 | 3.49±1.17 | 0.993 |
| Günlük Yaşam | 17.39±6.20 | 5 | 25 | 3.47±1.24 | |
| Cinsellik | 10.21±3.69 | 3 | 15 | 3.40±1.23 | |
| Psikolojik | 24.60±8.55 | 7 | 35 | 3.51±1.22 | |
| DBGÖ-KF29 Toplam | 101.19±33.97 | 29 | 145 | 3.48±1.17 | |
| BTATÖ | 27.16±9.54 | 9 | 53 | 2.81±1.0 | 0.910 |

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, Min: alınan en düşük puan, Max: alınan en büyük puan

Hastaların Destekleyici Bakım Gereksinimleri puanların ortalamasının 101.19±33.97 olduğu ve destekleyici bakım gereksinimlerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Sağlık Hizmeti ve Bilgilendirme alt boyutundan 48.98±16.47 puan, Günlük Yaşam alt boyutundan 17.39±6.20 puan, Cinsellik alt boyutundan 10.21±3.69 puan ve Psikolojik gereksinimler alt boyutundan 24.60±8.55 puan aldıkları ve tüm alt boyutlardaki gereksinimlerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastaların psikolojik gereksinimlerinin en yüksek olduğu, bunu sırayla sağlık hizmeti ve bilgilendirme, günlük yaşam ve cinsellik gereksinimlerinin izlediği belirlenmiştir. Katılımcıların Bütüncül tamamlayıcı alternatif tıbbı karşı tutum puan ortalamasının 27.16±9.54 olduğu ve orta düzeyde olumlu tutuma sahip oldukları belirlenmiştir.

Tablo 4.4. Katılımcıların Destekleyici Bakım Gereksinimleri Frekans Dağılımı

| Gereksinimler | İhtiyacım olmadı | | | | İhtiyacım oldu | | | | | |
|---|------------------------|-----|--------------------|------|----------------------|------|------------------------|------|--------------------------|------|
| | Benim için uygun değil | | Benim için yeterli | | Biraz İhtiyacım Oldu | | Oldukça İhtiyacım Oldu | | Çok Fazla İhtiyacım Oldu | |
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % |
| 1. Ağrı | 21 | 7.3 | 67 | 23.2 | 61 | 21.1 | 61 | 21.1 | 79 | 27.3 |
| 2.Güçsüzlük/ yorgunluk | 19 | 6.6 | 69 | 23.9 | 56 | 19.4 | 68 | 23.5 | 77 | 26.6 |
| 3.Çoğu zaman iyi hissetmeme | 22 | 7.6 | 58 | 20.1 | 53 | 18.3 | 64 | 22.1 | 92 | 31.8 |
| 4. Ev işi yapma | 16 | 5.5 | 59 | 20.4 | 58 | 20.1 | 63 | 21.8 | 93 | 32.2 |
| 5.Önceden yapabildiğiniz işleri yapamama | 23 | 8.0 | 45 | 15.6 | 59 | 20.4 | 69 | 23.9 | 93 | 32.2 |
| 6. Kaygı/Endişe | 22 | 7.6 | 55 | 19.0 | 53 | 18.3 | 75 | 26.0 | 84 | 29.1 |
| 7.Morali bozuk ya da depresif hissetme | 23 | 8.0 | 60 | 20.8 | 45 | 15.6 | 73 | 25.3 | 88 | 30.4 |
| 8.Üzgün hissetme | 21 | 7.3 | 58 | 20.1 | 50 | 17.3 | 69 | 23.9 | 91 | 31.5 |
| 9.Kanserin yayılacağı korkusu | 20 | 6.9 | 54 | 18.7 | 55 | 19.0 | 72 | 24.9 | 88 | 30.4 |
| 10.Tedavi sonuçlarının kontrolünüzün dışında olacağı endişesi | 20 | 6.9 | 52 | 18.0 | 55 | 19.0 | 78 | 27.0 | 84 | 29.1 |
| 11.Gelecek hakkında belirsizlik | 18 | 6.2 | 61 | 21.1 | 49 | 17.0 | 71 | 24.6 | 90 | 31.1 |
| 12. Durumunuzu kontrol altına almayı öğrenme | 21 | 7.3 | 56 | 19.4 | 55 | 19.0 | 64 | 22.1 | 93 | 32.2 |
| 13. Ölüm ve ölüme ilişkin hisler | 19 | 6.6 | 64 | 22.1 | 47 | 16.3 | 76 | 26.3 | 83 | 28.7 |
| 14.Cinsel duygularda değişme | 22 | 7.6 | 68 | 23.5 | 57 | 19.7 | 70 | 24.2 | 72 | 24.9 |
| 15. Cinsel ilişkide değişme | 23 | 8.0 | 62 | 21.5 | 62 | 21.5 | 65 | 22.5 | 77 | 26.6 |
| 16.Sağlık personelinin hissettiğiniz duyguların normal olduğunu onaylaması | 21 | 7.3 | 52 | 18.0 | 56 | 19.4 | 75 | 26.0 | 85 | 29.4 |
| 17.Hastane çalışanlarının fiziksel ihtiyaçlarınıza hemen cevap vermesi | 19 | 6.6 | 52 | 18.0 | 59 | 20.4 | 80 | 27.7 | 79 | 27.3 |
| 18.Hastane çalışanlarının hislerinize ve duygusal ihtiyaçlarınıza duyarlılık göstermesi ve bunları kabul etmesi | 16 | 5.5 | 56 | 19.4 | 59 | 20.4 | 72 | 24.9 | 86 | 29.8 |
| 19.Bakımınızla ilgili önemli konular hakkında yazılı bilgi verilmesi | 17 | 5.9 | 56 | 19.4 | 52 | 18.0 | 77 | 26.6 | 87 | 30.1 |
| 20.Evinizde hastalığınız ve yan etkileri ile baş edebilmeniz için size bilgi verilmesi (yazılı, şema çizimler) | 17 | 5.9 | 54 | 18.7 | 60 | 20.8 | 65 | 22.5 | 93 | 32.2 |
| 21.Bilgi verilmesini | 19 | 6.6 | 62 | 21.5 | 70 | 24.2 | 82 | 28.4 | 56 | 19.4 |

| | | | | | | | | | | | |
|---|----|-----|----|------|----|------|----|------|----|------|--|
| beklediğiniz testler hakkında size açıklama yapılması | | | | | | | | | | | |
| 22.Tedavinizi seçmeden önce yararları ve yan etkileri hakkında yeterince bilgilendirilme | 16 | 5.5 | 61 | 21.1 | 69 | 23.9 | 83 | 28.7 | 60 | 20.8 | |
| 23.Test sonuçlarınız hakkında en kısa sürede bilgilendirme | 18 | 6.2 | 53 | 18.3 | 66 | 22.8 | 75 | 26.0 | 77 | 26.6 | |
| 24. Kontrol altına alınmış veya iyileşmekte olan hastalık hakkında bilgilendirilme | 18 | 6.2 | 51 | 17.6 | 58 | 20.1 | 71 | 24.6 | 91 | 31.5 | |
| 25. İyileşmek için kendi kendinize yapabileceğiniz şeyler hakkında bilgilendirilme | 20 | 6.9 | 54 | 18.7 | 60 | 20.8 | 77 | 26.6 | 78 | 27.0 | |
| 26. Siz, aileniz ve arkadaşlarınızın ihtiyaç duyduğunda profesyonel danışmanlık alabilmesi (ör. Psikolog, sosyal hizmet uzmanı danışman, uzman hemşire) | 19 | 6.6 | 56 | 19.4 | 57 | 19.7 | 78 | 27.0 | 79 | 27.3 | |
| 27. Cinsel ilişki hakkında bilgilendirilme | 19 | 6.6 | 58 | 20.1 | 61 | 21.1 | 68 | 23.5 | 83 | 28.7 | |
| 28. Mümkün olduğu kadar fiziksel açıdan güzel bir hastane veya klinikte tedavi görme | 19 | 6.6 | 60 | 20.8 | 62 | 21.5 | 60 | 20.8 | 88 | 30.4 | |
| 29. Durumunuz, tedaviniz ve takibiniz hakkındaki tüm konuları konuşabileceğiniz bir sağlık çalışanının olması | 17 | 5.9 | 54 | 18.7 | 58 | 20.1 | 75 | 26.0 | 85 | 29.4 | |

Araştırmaya katılan hastaların gereksinimlerinin dağılımı Tablo 4.4'te verilmiştir. Ortalama olarak hastaların %53.5'inin "oldukça veya çok fazla" bakım gereksinimi bildirdiği belirlenmiştir.

Tablo 4.5. Destekleyici Bakım Gereksinimleri ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Sosyodemografik Özellikler ile Karşılaştırılması

| Ölçek Boyutları | Grup | Sağlık Hizmeti ve Bilgilendirme | Günlük Yaşam | Cinsellik | Psikolojik | DBGÖ |
|----------------------------------|----------------------|---------------------------------|-------------------|------------------|-------------------|-------------------|
| | | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS | Ort±SS |
| Yaş | | r:.071 p:.226 | r:.080 p:.177 | r:.037 p:.535 | r:.078 p:.183 | r:.072 p:.224 |
| Cinsiyet | Kadın | 47.42±14.42 | 18.18±5.92 | 10.64±3.55 | 25.90±7.99 | 102.11±30.83 |
| | Erkek | 42.33±16.20 | 16.09±6.46 | 9.50±3.84 | 22.46±9.04 | 90.28±34.77 |
| <i>Test Değeri^(b)</i> | | 2.775 | 2.819 | 2.566 | 3.365 | 3.011 |
| <i>p Değeri</i> | | 0.006* | 0.005* | 0.011* | 0.001* | 0.003* |
| Medeni Durum | Evli | 45.48±15.27 | 17.39±6.16 | 10.21±3.70 | 24.66±8.52 | 97.7±32.80 |
| | Bekâr | 44.20±17.63 | 16.0±7.37 | 9.8±3.71 | 22.0±9.89 | 92.1±36.95 |
| | Boşanmış | 48.80±13.70 | 20.20±6.37 | 11.0±3.69 | 26.60±7.76 | 106.0±32.82 |
| <i>Test Değeri^(a)</i> | | 0.152 | 0.763 | 0.175 | 0.605 | 0.304 |
| <i>p Değeri</i> | | 0.859 | 0.457 | 0.840 | 0.547 | 0.738 |
| Gelir | Gelir giderden az | 49.19±14.41 | 18.8±6.15 | 10.97±3.64 | 26.43±8.09 | 105.3±31.42 |
| | Gelir gidere eşit | 42.54±15.49 | 16.33±6.0 | 9.63±3.63 | 23.26±8.66 | 91.72±32.86 |
| | Gelir giderden fazla | 36.22±11.7 | 12.88±5.01 | 7.88±2.97 | 18.0±7.0 | 75.0±25.0 |
| <i>Test Değeri^(c)</i> | | 17.225 | 18.078 | 13.337 | 15.524 | 17.084 |
| <i>p Değeri</i> | | <0.001* | <0.001* | 0.001* | <0.001* | <0.001* |
| Eğitim Durumu | Okur-yazar değil | 53.18±13.19 | 20.46±5.43 | 11.72±3.37 | 29.07±7.1 | 114.44±28.17 |
| | Okur-yazar | 46.82±14.70 | 17.73±5.99 | 10.56±3.75 | 25.3±8.38 | 100.30±32.07 |
| | İlköğretim | 45.06±14.23 | 17.39±6.03 | 10.17±3.58 | 24.56±7.88 | 97.09±30.72 |
| | Lise | 42.44±15.77 | 15.84±6.07 | 9.60±3.64 | 22.6±8.98 | 90.54±33.53 |
| | Üniversite | 36.32±17.91 | 14.0±6.32 | 8.07±3.75 | 18.54±9.17 | 77.28±36.78 |
| <i>Test Değeri^(c)</i> | | 25.117 | 26.304 | 18.389 | 29.165 | 27.677 |
| <i>p Değeri</i> | | <0.001* | <0.001* | 0.001* | <0.001* | <0.001* |
| Aile Tipi | Çekirdek | 44.95±15.29 | 17.08±6.16 | 10.11±3.67 | 24.29±8.52 | 96.38±32.77 |
| | Geniş aile | 45.05±16.3 | 17.47±6.39 | 9.89±4.02 | 23.89±9.45 | 96.36±35.01 |
| | Parçalanmış aile | 54.11±11.93 | 22.0±4.87 | 12.05±3.34 | 30.05±6.16 | 117.94±25.27 |
| <i>Test Değeri^(c)</i> | | 6.110 | 11.934 | 4.851 | 8.182 | 7.792 |
| <i>p Değeri</i> | | 0.047* | 0.003* | 0.088 | 0.017* | 0.020* |
| Yaşanılan Yer | İl | 44.36±15.14 | 17.01±5.97 | 10.01±3.73 | 24.09±8.41 | 95.44±32.33 |
| | İlçe | 45.63±15.58 | 17.53±6.56 | 10.07±3.56 | 24.66±9.05 | 97.78±34.01 |
| | Köy | 52.03±14.10 | 19.37±6.34 | 11.82±3.56 | 27.58±7.53 | 110.7±30.23 |
| <i>Test Değeri^(c)</i> | | 7.187 | 4.456 | 2.063 | 4.681 | 6.525 |
| <i>p Değeri</i> | | 0,028* | 0.108 | 0.129 | 0.096 | 0.038* |

| | | | | | | |
|-----------------------------------|------------------------|---------------|---------------|---------------|-------------------|---------------|
| | İşçi | 46.22±15.01 | 17.83±6.34 | 10.39±3.82 | 25.11±8.88 | 99.61±33.66 |
| | Serbest meslek | 44.77±15.71 | 16.33±7.07 | 10.0±3.87 | 21.89±8.84 | 93.0±34.47 |
| | Memur | 36.93±15.05 | 13.81±5.69 | 7.94±3.04 | 18.63±8.69 | 77.25±31.86 |
| Meslek | İşsiz | 55.0±15.22 | 19.5±7.21 | 12.5±3.63 | 29.13±8.03 | 116.31±31.34 |
| | Emekli | 39.08±16.22 | 15.38±5.80 | 8.89±3.88 | 21.50±8.12 | 84.75±33.03 |
| | Ev hanımı | 48.02±14.20 | 18.54±5.84 | 10.79±3.5 | 26.31±7.84 | 103.60±30.41 |
| | Diğer | 42.71±16.01 | 15.71±6.70 | 9.57±3.83 | 22.52±9.37 | 90.37±35.23 |
| Test Değeri^(c) | | <i>20.578</i> | <i>17.916</i> | <i>19.284</i> | <i>24.858</i> | <i>23.261</i> |
| p Değeri | | 0.002* | 0.006* | 0.004* | <0.001* | 0.001* |
| Birlikte Yaşanılan Kişiler | Yalnız | 53.11±14.0 | 21.58±5.65 | 11.76±3.7 | 29.35±7.30 | 115.5±29.6 |
| | Anne baba ve kardeşler | 45.15±16.83 | 17.07±7.12 | 10.23±3.6 | 23.23±9.18 | 95.53±35.14 |
| | Eşim ve çocuklarım ile | 45.03±15.16 | 17.15±6.13 | 10.13±3.68 | 24.41±8.45 | 96.68±32.57 |
| | Diğer | 44.72±17.20 | 16.72±5.93 | 9.54±4.0 | 23.27±10.45 | 94.36±36.84 |
| Test Değeri^(c) | | <i>5.343</i> | <i>10.664</i> | <i>3.964</i> | <i>7.151</i> | <i>6.741</i> |
| p Değeri | | <i>0.148</i> | 0.014* | <i>0.265</i> | <i>0.067</i> | <i>0.081</i> |

Ort; Ortalama, SS; standart sapma, a; ANOVA Testi, b; ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi (t testi), c; Kruskal Wallis Testi Chi-Square değeri, *p<0.05; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır.

Çalışmaya alınan katılımcılarda Destekleyici Bakım Gereksinimleri (DBGÖ) ölçeği ve alt boyutları olan sağlık hizmeti ve bilgilendirme, günlük yaşam, cinsellik, psikolojik puanlarına göre yaş ve medeni durum değişkenleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0.05, Tablo 4.5).

Çalışmaya alınan kadın hastaların DBGÖ ölçeği ve alt boyutları olan sağlık hizmeti ve bilgilendirme, günlük yaşam, cinsellik ve psikolojik ihtiyaçlar alt boyutları puanlarının erkek hastalardan yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0.05).

Çalışmaya alınan katılımcıların gelir durumları ile DBGÖ, sağlık hizmeti ve bilgilendirme, günlük yaşam, cinsellik ve psikolojik gereksinimler alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0.05). Hangi gruplar arasında fark olduğunu görmek için varyans homojenliği koşulu sağlandığı için Duncan Çoklu Karşılaştırma testi yapılmıştır. Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda;

- DBGÖ, sağlık hizmetleri ve bilgilendirme, günlük yaşam, cinsellik ve psikolojik gereksinimler alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlara göre geliri düşük

olanlar ile geliri orta ve yüksek düzeyde olan katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş ($p<0.05$), ancak diğer gruplar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Geliri düşük olan hastaların tüm alanlarda destekleyici bakım gereksinimlerinin arttığı belirlenmiştir.

Çalışmaya alınan katılımcıların eğitim durumları ile DBGÖ, sağlık hizmeti ve bilgilendirme, günlük yaşam, cinsellik ve psikolojik alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Hangi gruplar arasında fark olduğunu görmek için yapılan ileri analizde Duncan Çoklu Karşılaştırma testi kullanılmıştır. Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda;

- DBGÖ, sağlık hizmetleri ve bilgilendirme, günlük yaşam ve psikolojik gereksinimler alt boyutları ortalama puanlara göre okuryazar olmayanlar ile ilköğretim, lise, üniversite mezunu olanlar ve ilköğretim mezunu olanlar ile üniversite mezunu olan katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş ($p<0.05$), ancak diğer gruplar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Okur-yazar olmayan veya ilköğretim mezunu olan katılımcıların destekleyici bakım gereksinimlerinin fazla olduğu görülmüştür.
- Cinsellik alt boyutundan aldıkları ortalama puanlara göre okuryazar olmayanlar ile üniversite mezunu olan katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş ($p<0.05$), ancak diğer gruplar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Çalışmaya alınan katılımcıların aile tipi ile DBGÖ, sağlık hizmeti ve bilgilendirme, günlük yaşam ve psikolojik alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Aile tipi ile cinsellik alt boyutu puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Anlamlı farklılığı yaratan grubu belirlemek amacıyla yapılan ileri analizde;

- DBGÖ, sağlık hizmetleri ve bilgilendirme, günlük yaşam ve psikolojik gereksinimler alt boyutları puan ortalamaları çekirdek aile ile parçalanmış aile arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş ($p<0.05$), ancak diğer gruplar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır

($p>0.05$). Parçalanmış aileye mensup olan katılımcıların destekleyici bakım gereksinimlerinin yüksek olduğu görülmüştür.

Katılımcıların yaşadığı yer ile DBGÖ ve sağlık hizmetleri ve bilgilendirme alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p<0.05$), ancak günlük yaşam, cinsellik ve psikolojik gereksinimler alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Hangi gruplar arasında fark olduğunu görmek için varyans homojenliği koşulu sağlandığı için Duncan Çoklu Karşılaştırma testi yapılmıştır. Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda;

- DBGÖ, sağlık hizmetleri ve bilgilendirme alt boyutundan aldıkları ortalama puanlara il merkezi ile köyde yaşayan katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş ($p<0.05$), ancak diğer gruplar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Köyde yaşayan katılımcıların destekleyici bakım gereksinimlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışmaya alınan katılımcıların DBGÖ, sağlık hizmeti ve bilgilendirme, günlük yaşam, cinsellik ve psikolojik gereksinimler alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlara göre meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Hangi gruplar arasında fark olduğunu görmek için varyans homojenliği koşulu sağlandığı için Duncan Çoklu Karşılaştırma testi yapılmıştır. Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda;

- DBGÖ'den aldıkları ortalama puanlara ev hanımı ve memur, ev hanımı ve emekli katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş ($p<0.05$), ancak diğer gruplar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Ev hanımlarının gereksinimlerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Sağlık hizmetleri ve bilgilendirme alt boyutundan aldıkları ortalama puanlara göre emekli ve ev hanımı katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş ($p<0.05$), ancak diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).
- Günlük yaşam, cinsellik ve psikolojik alt boyutundan aldıkları ortalama puanlara göre memur ve ev hanımı katılımcılar arasında istatistiksel olarak

anlamli farklilik bulunmuş ($p<0.05$), ancak diğ er gruplar arasında istatistiksel olarak anlamli bir farklilik saptanmamıştır ($p>0.05$).

Katılımcıların DBGÖ, sağı k hizmeti ve bilgilendirme, cinsellik ve psikolojik alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlara göre birlikte yaşadıkları kişiler arasında istatistiksel olarak anlamli farklilik saptanmamıştır ($p>0.05$). Çalışmaya alınan katılımcıların günlük yaşam alt boyutundan aldıkları ortalama puanlara göre birlikte yaşadıkları kişiler arasında istatistiksel olarak anlamli farklilik bulunmuştur ($p<0.05$). Hangi gruplar arasında fark olduğunu görmek için yapılan Duncan Çoklu Karşılaştırma testine göre;

- Yalnız yaşayan ile eş ve çocukları ile yaşayan katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamli farklilik bulunmuş ($p<0.05$, Tablo 4), ancak diğ er gruplar arasında ise istatistiksel olarak anlamli farklilik saptanmamıştır ($p>0.05$). Yalnız yaşayan katılımcıların destekleyici bakım gereksinimlerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Destekleyici Bakım Gereksinimleri (DBGÖ) ve Alt Boyutlarının Puanlarının Hastalık Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

| Ölçek Boyutlar | Grup | Sağı k Hizmeti ve Bilgilendirme | Günlük Yaşam | Cinsellik | Psikolojik | DBGÖ |
|-----------------------------|---|---------------------------------|---------------|---------------|-------------|---------------|
| | | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS | Ort ± SS |
| Tanı | Gastrointestinal sistem kanserleri | 49.71±16,18 | 17.85±6.41 | 10.13±3.66 | 24.87±8.75 | 102.5±33.42 |
| | Meme kanseri | 47.29±15,55 | 17.21±6.61 | 9.91±3.54 | 25.05±10.46 | 99.45±33.14 |
| | Akciğ er ve solunum sistemi kanserleri | 45.83±15.62 | 16.31±5.64 | 9.74±3.41 | 22.98±8.07 | 94.86±31.61 |
| | Jinekolojik ve genitouriner sistem kanserleri | 48.37±18.2 | 17.2 ± 6.88 | 11.17±9.09 | 24.22±9.07 | 100.96±39.29 |
| | Diğ er | 55.79±16.42 | 19.68±6.23 | 11.76±3.62 | 27.42±8.81 | 114.66±34.74 |
| Test Değ eri ^(a) | | 2.334 | 1.585 | 1.502 | 1.226 | 1.886 |
| p Değ eri | | 0.056 | 0.178 | 0.202 | 0.300 | 0.113 |
| Hastalık Evresi | I | 41.98±17.13 | 16.17±6.6 | 9.42±4.03 | 22.88±9.53 | 90.36±36.53 |
| | II | 45.22±13.61 | 17.18±5.84 | 10.0±3.32 | 24.14±7.88 | 96.54±29.60 |
| | III | 45.93±14.80 | 17.25±6.06 | 10.41±3.66 | 24.86±8.27 | 98.47±31.72 |
| | IV | 49.31±14.76 | 19.18±6.01 | 11.12±3.69 | 26.78±8.09 | 106.27±32.82 |
| Test Değ eri ^(a) | | 2.809 | 2.889 | 2.665 | 2.591 | 2.881 |
| p Değ eri | | 0.040* | 0.036* | 0.048* | 0.053 | 0.036* |
| Tanı Konulma Süresi | 0-6 ay önce | 43.17±15.78 | 16.43±6.48 | 9.56±3.75 | 23.38±8.79 | 92.46±33.91 |
| | 6 ay-1 yıl önce | 47.58±12.95 | 18.15±5.45 | 10.89±3.29 | 25.84±7.42 | 102.52±27.92 |
| | 1-3 yıl önce | 48.61±15.49 | 18.30±6.14 | 10.90±3.56 | 25.54±9.04 | 103.35±33.40 |
| | 4 yıl ve üzeri | 45.82±16.56 | 18.04±6.40 | 10.32±4.06 | 25.17±8.91 | 99.17±35.19 |

| | | | | | | |
|--------------------------------------|----------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Test Değeri ^(a) | | 2.055 | 1.866 | 2.468 | 1.635 | 2.081 |
| p Değeri | | 0.106 | 0.136 | 0.062 | 0.181 | 0.103 |
| Tedavi Yöntemi | Kemoterapi | 42.23±15.20 | 16.1±6.12 | 9.56±3.62 | 23.13±8.75 | 90.92±32.68 |
| | Kem. + Rad. | 50.44±14.15 | 20.0±5.72 | 11.48±3.83 | 27.48±8.18 | 109.22±30.96 |
| | Cer. + Kem. | 46.54±14.84 | 17.24±6.10 | 10.27±3.59 | 24.66±8.08 | 98.81±31.66 |
| | Cer+Rad+Kem | 47.60±16.0 | 19.05±6.21 | 10.78±3.81 | 26.05±8.86 | 103.27±34.26 |
| Test Değeri ^(a) | | 3.122 | 4.540 | 2.633 | 2.614 | 3.232 |
| p Değeri | | 0.026* | 0.004* | 0.050* | 0.052 | 0.023* |
| Kem. Kür Sayısı | 1-5 kez | 47.62±16.50 | 16.80±6.41 | 9.83±3.66 | 23.96±8.72 | 98.23±34.35 |
| | 6- 10 kez | 50.43±14.98 | 17.84±5.60 | 10.67±3.50 | 25.05±7.65 | 104.01±30.75 |
| | 11-15 kez | 52.22±16.35 | 18.71±6.13 | 10.93±3.74 | 26.06±8.56 | 107.93±33.83 |
| | 16-20 kez | 53.04±16.37 | 18.40±5.93 | 11.13±3.54 | 26.18±8.77 | 108.77±33.84 |
| | 21 ve üzeri | 44.83±18.36 | 16.63±6.44 | 9.40±4.01 | 23.40±9.08 | 94.26±36.91 |
| Test Değeri ^(a) | | 1.597 | 1.153 | 1.727 | 0.896 | 1.392 |
| p Değeri | | 0.175 | 0.332 | 0.144 | 0.896 | 0.237 |
| Bakımda Destek Alma | Evet | 53.78±13.48 | 19.23±5.12 | 11.23±3.12 | 27.27±6.71 | 111.53±27.20 |
| | Hayır | 30.75±13.63 | 10.44±4.78 | 6.32±3.02 | 14.47±6.94 | 62.0±27.45 |
| Test Değeri ^(b) | | 11.818 | 12.056 | 10.978 | 13.133 | 12.600 |
| p Değeri | | <0.001* | <0.001* | <0.001* | <0.001* | <0.001* |
| Bakımda Destek Alınan Kişiler | Eşi | 52.11±13.99 | 18.58±5.19 | 11.04±3.07 | 26.21±6.73 | 108,58 ± 28,63 |
| | Eşi ve çocukları | 54.53±12.51 | 19.53±4.78 | 11.45±3.04 | 27.71±6.4 | 113,72 ± 26,34 |
| | Anne-baba | 51.53±16.44 | 18.73±6.59 | 10.60±3.54 | 26.13±8.46 | 107 ± 34,25 |
| | Gelini ve oğlu | 48.10±19.37 | 16.40±7.04 | 8.70± 3.83 | 23.9±9.64 | 103,2 ± 41,28 |
| | Diğer aile bireyleri | 58.76±12.40 | 21.20±4.71 | 12.24±3.04 | 30.44±5.47 | 125,8 ± 25,37 |
| | Hiç kimse | 31.03±13.58 | 10.53±4.77 | 6.38±3.01 | 14.6± 6.93 | 63,07 ± 27,34 |
| Test Değeri ^(a) | | 27.693 | 29.415 | 25.293 | 35.148 | 31.910 |
| p Değeri | | <0.001* | <0.001* | <0.001* | <0.001* | <0.001* |
| TAT Kullanma durum | Evet | 50.57±16.02 | 17.86±6.02 | 10.75±3.59 | 25.61±7.99 | 104.81±32.61 |
| | Hayır | 46.72±16.83 | 16.74±6.41 | 9.45±3.71 | 23.17±9.12 | 96.10±35.30 |
| Test Değeri ^(b) | | 1.970 | 1.519 | 2.971 | 2.411 | 2.161 |
| p Değeri | | 0.050 | 0.130 | 0.003* | 0.017* | 0.031* |

Ort; Ortalama, SS; standart sapma, a; ANOVA Testi F değeri, b; iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi (t testi), *p<0.05; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır.

Çalışmaya alınan katılımcıların tanı, tanı konulma süresi ve kemoterapi kür sayısı değişkenleri ile DBGÖ ve sağlık hizmeti ve bilgilendirme, günlük yaşam, cinsellik ve psikolojik gereksinimler alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0.05).

Katılımcıların hastalık evreleri ile DBGÖ, sağlık hizmeti ve bilgilendirme, günlük yaşam ve cinsellik alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0.05). Ancak hastalık evresi ile psikolojik gereksinimler alt boyutu ortalama puanları arasında istatistiksel olarak

anlamli farklilik bulunmamistir ($p>0.05$). Hangi gruplar arasinda fark oldugunu gormek amacıyla yapilan ileri analizde;

- DBGÖ, saglik hizmeti ve bilgilendirme, gunluk yasam ve cinsellik alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlara göre I evrede olan ile IV. evrede olan katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklilik bulunmuş ($p<0.05$), ancak diğ er gruplar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklilik saptanmamıştır ($p>0.05$). IV. Evre kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimlerinin daha fazla olduğu görülmüştür.

Hastaların aldıkları tedavi yöntemleri ile DBGÖ, saglik hizmeti ve bilgilendirme, gunluk yasam ve cinsellik alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklilik saptanmıştır ($p<0.05$). Ancak psikolojik gereksinimler alt boyutu ile tedavi yöntemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklilik bulunmamıştır ($p>0.05$). Hangi gruplar arasında fark oldugunu gormek için yapilan ileri analizde;

- DBGÖ, gunluk yasam, cinsellik ve psikolojik gereksinimler alt boyutları ortalama puanlarına göre sadece kemoterapi alan hastalar ile kemoterapi ve radyoterapiyi aynı anda alan hastalar, sadece kemoterapi alan hastalar ile cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi alan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklilik bulunmuş ($p<0.05$), ancak diğ er gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklilik saptanmamıştır ($p>0.05$). Tedavide sadece kemoterapi alan hastaların destekleyici bakım gereksinimlerinin daha az olduğu görülmüştür.
- Saglik hizmeti ve bilgilendirme alt boyutu puan ortalamasına göre sadece kemoterapi alan hastalar ile kemoterapi ve radyoterapiyi aynı anda alan hastalar, sadece kemoterapi alan hastalar ile cerrahi ve kemoterapi alan hastalar ve sadece kemoterapi alan hastalar ile cerrahi, kemoterapi ve radyoterapiyi aynı anda alan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklilik bulunmuştur ($p<0.05$). Sadece kemoterapi alan hastaların saglik hizmeti ve bilgilendirme ihtiyacının diğ er tedavi yöntemlerini kullanan hastalardan daha az olduğu görülmüştür.

Çalışmaya alınan katılımcıların Destekleyici Bakım Gereksinimleri (DBGÖ) ölçeğ i ve saglik hizmeti ve bilgilendirme, gunluk yasam, cinsellik ve psikolojik gereksinimler alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlara göre bakımda destek alanlar ve almayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklilik bulunmuştur ($p<0.05$).

Bakımda destek alan hastaların destekleyici bakım gereksinimlerinin daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Çalışmaya alınan katılımcıların Destekleyici Bakım Gereksinimleri (DBGÖ) ölçeği, sağlık hizmeti ve bilgilendirme, günlük yaşam, cinsellik ve psikolojik alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlara göre bakımda destek aldıkları kişiler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Anlamlı farklılığı yaratan grubu belirlemek amacıyla yapılan ileri analizde;

- Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği, sağlık hizmeti ve bilgilendirme, günlük yaşam, cinsellik ve psikolojik gereksinimler alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlara göre hiç yardım almayan katılımcılar ile eşinden, eş ve çocuklarından, anne babasından, gelini ve oğlundan, diğer aile üyelerinden destek alanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Hiç destek almayan bireylerin destekleyici bakım gereksinimlerinin daha az olduğu görülmüştür.

Çalışmaya alınan katılımcıların Destekleyici Bakım Gereksinimleri (DBGÖ) ölçeği, cinsellik ve psikolojik gereksinimler alt boyutları puan ortalamaları ile TAT kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Sağlık hizmeti ve bilgilendirme ve günlük yaşam alt boyutları puan ortalamaları ile TAT kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). TAT kullanan bireylerin destekleyici bakım gereksinimlerinin daha fazla olduğu görülmüştür (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri ile Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum (BTATÖ) Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| Ölçek Boyutları | Grup | BTATÖ Ort ± SS |
|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------|
| Yaş | | r= -.092 p= 0.289 |
| Cinsiyet | Kadın | 30.75±11.57 |
| | Erkek | 31.38±10.05 |
| Test Değeri ^(a) | | -.468 |
| p Değeri | | 0.64 |
| Medeni Durum | Evli | 30.84±10.98 |
| | Bekâr | 34.21±10.98 |
| | Boşanmış | 32.61±13.87 |
| Test Değeri ^(b) | | 0.502 |
| p Değeri | | 0.606 |
| Gelir | Gelir giderden az | 30.91±11.46 |
| | Gelir gidere eşit | 31.17±10.82 |
| | Gelir giderden fazla | 29.11±6.99 |
| Test Değeri ^(b) | | 0.180 |
| p Değeri | | 0.914 |
| Eğitim Düzeyi | Okur-yazar değil | 28.78±11.32 |
| | Okur-yazar | 29.91±10.82 |
| | İlköğretim | 31.41±11.18 |
| | Lise | 30.18±10.44 |
| | Üniversite | 35.96±9.61 |
| Test Değeri ^(b) | | 7.940 |
| p Değeri | | 0.067 |
| Aile Tipi | Çekirdek | 30.87±10.89 |
| | Geniş aile | 33.53±10.84 |
| | Parçalanmış aile | 29.88±13.04 |
| Test Değeri ^(b) | | 1.692 |
| p Değeri | | 0.429 |
| Yaşanılan Yer | İl | 30.86±10.77 |
| | İlçe | 31.25±11.23 |
| | Köy | 30.97±12.16 |
| Test Değeri ^(c) | | 0.035 |
| p Değeri | | 0.966 |
| Meslek | İşçi | 32.44±11.3 |
| | Serbest meslek | 31.11±9.92 |
| | Memur | 35.63±12.63 |
| | İşsiz | 32.55±9.92 |
| | Emekli | 31.19±10.48 |
| | Ev hanımı | 30.08±11.29 |
| | Diğer | 31.63±10.0 |
| Test Değeri ^(b) | | 5.055 |
| p Değeri | | 0.537 |
| Birlikte Yaşanılan Kişiler | Yalnız yaşıyorum | 30.58±12.80 |
| | Anne- baba-kardeşler ile birlikte | 33.30±10.34 |
| | Eşim ve çocuklarımla birlikte | 30.79±10.92 |
| | Diğer | 33.27±11.84 |
| Test Değeri ^(b) | | 1.614 |
| p Değeri | | 0.656 |

Ort; Ortalama. SS; standart sapma. a; iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi (t testi), b; Kruskal Wallis Testi Chi-Square değeri, c; ANOVA Testi F değeri *p<0.05; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır.

Çalışmaya alınan katılımcılarda Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum (BTATÖ) ölçeğinden alınan puanlara göre yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir, eğitim düzeyi, aile tipi, yaşanan yer, meslek ve birlikte yaşanan kişiler değişkenleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.8. Katılımcıların Hastalık Özellikleri ile Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum (BTATÖ) Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| Ölçek Boyutları | Grup | BTATÖ Ort ± SS |
|----------------------------|---|---------------------------|
| Tanı | Gastrointestinal sistem kanserleri | 30.58±11.07 |
| | Meme kanseri | 30.91±11.05 |
| | Akciğer ve solunum sistemi kanserleri | 32.74±11.9 |
| | Jinekolojik ve genitoüriner sistem kanserleri | 30.63±10.35 |
| | Diğer | 30.51±10.95 |
| Test Değeri ^(a) | | 0.321 |
| p Değeri | | 0.864 |
| Hastalık Evresi | I | 31.99±10.25 |
| | II | 28.77±11.4 |
| | III | 32.0±10.87 |
| | IV | 31.2±11.44 |
| Test Değeri ^(a) | | 1.429 |
| p Değeri | | 0.234 |
| Tanı Konulma Süresi | 0-6 ay önce | 30.63±9.76 |
| | 6 ay-1 yıl önce | 32.1±13.14 |
| | 1-3 yıl önce | 32.48±10.56 |
| | 4 yıl ve üzeri | 28.93±11.06 |
| Test Değeri ^(a) | | 1.086 |
| p Değeri | | 0.355 |
| Tedavi Yöntemi | Kemoterapi | 32.33±11.29 |
| | Kem. + Rad. | 32.54±12.26 |
| | Cer. + Kem. | 29.85±10.48 |
| | Cer+Rad+Kem | 29.64±10.65 |
| Test Değeri ^(a) | | 1.333 |
| p Değeri | | 0.264 |
| Kem. Kür Sayısı | 1-5 kez | 29.72±9.84 |
| | 6- 10 kez | 32.09±11.23 |
| | 11-15 kez | 33.35±12.14 |
| | 16-20 kez | 30.81±12.77 |
| | 21 ve üzeri | 31.43±12.47 |
| Test Değeri ^(a) | | 1.126 |
| p Değeri | | 0.344 |
| Bakımda Destek Alma | Evet | 30.67±10.81 |
| | Hayır | 32.16±11.66 |
| Test Değeri ^(b) | | -1.100 |
| p Değeri | | 0.272 |
| Bakımda Destek | Eşi | 29.28±9.86 |

| | | |
|-----------------------------------|----------------------|---------------|
| Alınan Kişiler | Eşi ve çocukları | 30.67±10.92 |
| | Anne-baba | 32.8±11.33 |
| | Gelini ve oğlu | 33.80±14.59 |
| | Diğer aile bireyleri | 32.48±11.66 |
| | Hiç kimse | 33.7 ± 10.03 |
| Test Değeri ^(c) | | 3.121 |
| p Değeri | | 0.538 |
| TAT Kullanma durumu | Evet | 26.16±8.08 |
| | Hayır | 37.78±11.02 |
| Test Değeri ^(b) | | -10.345 |
| p Değeri | | <0.001* |
| Bitkisel/Besinsel Yaklaşım | Evet | 24.63 ± 7.16 |
| | Hayır | 34.95 ± 11.15 |
| Test Değeri ^(b) | | -8.282 |
| p Değeri | | <0.001* |
| Biyolojik Yaklaşım | Evet | 22.46±5.81 |
| | Hayır | 31.76±11.05 |
| Test Değeri ^(b) | | -4.069 |
| p Değeri | | <0.001* |
| Dinsel Yaklaşım | Evet | 25.55±7.78 |
| | Hayır | 36.77±11.02 |
| Test Değeri ^(b) | | -10.051 |
| p Değeri | | <0.001* |
| Ruhsal Yaklaşım | Evet | 22.9±5.54 |
| | Hayır | 32.36±11.12 |
| Test Değeri ^(b) | | -5.391 |
| p Değeri | | <0.001* |

Ort; Ortalama. ss; standart sapma. a; ANOVA Testi F değeri. b; iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi (t testi), c; Kruskal Wallis Testi Chi-Square değeri *p<0.05; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır.

Çalışmaya alınan hastaların tanı, evre, tanı konulma süresi, tedavi yöntemi, alınan kemoterapi kür sayısı, bakımda destek alma durumu ve destek alınan kişiler değişkenleri ile Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0.05).

Çalışmaya alınan katılımcıların BTATÖ'den aldıkları ortalama puanlara göre alternatif tedavi yöntemi kullananlar ve kullanmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur (p<0.05). TAT yöntemini kullanan hastaların tamamlayıcı ve alternatif tıbbı karşı tutumlarının daha olumlu olduğu görülmüştür. Kullanılan tüm yöntemler; bitkisel/besinsel, biyolojik, dinsel ve ruhsal yaklaşımlar ile BTATÖ arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Herhangi bir yöntemi kullanan bireylerin tamamlayıcı ve alternatif tıbbı karşı tutumlarının daha olumlu olduğu görülmüştür (Tablo 4.8).

Tablo 4.9. Çalışmaya Alınan Katılımcıların Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutumları ile Destekleyici Bakım Gereksinimleri Arasındaki İlişkinin Korelasyon Analizi

| Ölçek | Bütüncül Tamamlayıcı Alternatif Tıbbı Karşı Tutum | |
|-----------------------------------|---|-----------|
| | r | p |
| Sağlık Hizmeti ve Bilgilendirme | r: -0.094 | p= 0.089 |
| Günlük Yaşam | r: -0.089 | p= 0.131 |
| Cinsellik | r: -0.078 | p= 0.187 |
| Psikolojik | r: -0.240 | p= 0.003* |
| Destekleyici Bakım Gereksinimleri | r: -0.198 | p= 0.030* |

r; pearson korelasyon katsayısı. p; istatistiksel anlamlılık

Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği ile Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği ve psikolojik gereksinimler alt boyutu arasında zayıf düzeyde anlamlı ilişki belirlenmişken ($p < 0.05$), sağlık hizmeti ve bilgilendirme, günlük yaşam, cinsellik gereksinimleri alt boyutlarından alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0.05$, Tablo 4.8).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimleri ile tamamlayıcı ve alternatif tıbbı karşı tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları ilgili literatür ile tartışılmıştır.

Bu araştırmaya katılan hastaların DBGÖ puan ortalamasının 101.19 ± 33.97 (madde ortancası 3.48 ± 1.17) olduğu ve katılımcıların destekleyici bakım gereksinimlerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Aksuoğlu tez çalışmasında kanser hastalarının DBGÖ'den 101.03 ± 29.19 puan aldığını ve sonucun araştırma bulgumuz ile uyumlu olduğu saptanmıştır (128). Ancak Ayvat tez çalışmasında kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimleri ortanca puanını 65 yaş üzeri için 1.92, 65 yaş altı için 2.06 olarak belirlemiştir (129). Hastaların bakım gereksinimlerinin daha düşük olduğu ve araştırma sonuçlarının birbirinden farklı olduğu görülmüştür. Bu farklılığın tanı tipleri, hastalık evreleri, demografik ve kültürel farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada hastaların %53.5'inin "oldukça veya çok fazla" bakım gereksinimi bildirdiği belirlenmiştir. Benzer olarak Boyes ve ark. tarafından yapılmış olan bir çalışmada da hematolojik kanser hastalarının %51'i 'orta ila yüksek' düzeyde gereksinim bildirmiştir (130). Au ve ark. ileri evre meme kanseri olan kadınlarda karşılanmamış bakım gereksinimleri oranının %27 ila 72 arasında değiştiğini saptamıştır (131). Li ve ark. kolorektal kanserli hastaların %78.8'inin, meme kanserli kadınların ise %89.7'sinin karşılanmayan ihtiyaçlar bildirdiğini belirlemiştir (68). Abdollahzadeh ve ark. meme kanseri kadınlar ile yaptığı çalışmada, hastaların sağlık hizmeti ve bilgilendirmede %70.7, fiziksel ve günlük yaşamda %67.8, psikolojik %62.7, hasta bakım ve desteğinde %60.5 ve cinsellikte %59.1 oranında karşılanmayan gereksinimler bildirildiğini saptamıştır (63). Avustralya'da hematolojik kanser hastaları ile yürütülen bir diğer araştırmada, hastaların %66'sının en az bir "orta ve çok yüksek" oranda karşılanmayan destekleyici bakım gereksinimi olduğunu belirtmişlerdir (13). Literatürde yer alan araştırma sonuçlarının benzer olduğu ve kanser hastalarının bakım gereksinimlerinin yüksek olduğu görülmektedir.

Bu araştırmada; Sağlık Hizmeti ve Bilgilendirme alt boyutu puan ortancası 3.49 ± 1.17 , Günlük Yaşam puan ortancası 3.47 ± 1.24 , Cinsellik puan ortancası 3.40 ± 1.23

ve Psikolojik gereksinimler alt boyutu puan ortancası 3.51 ± 1.22 olarak bulunmuştur. Psikolojik, sağlık hizmeti ve bilgilendirme ve günlük yaşam gereksinimlerinin en fazla olduğu belirlenmiştir. Literatürde gereksinim alanları ile ilgili farklı sonuçların elde edildiği görülmüştür. Yıldız Kabak ve ark. hematopoetik kök hücre nakli ile tedavi edilen bireylerde psikolojik ve fiziksel ihtiyaçların daha baskın olduğunu saptamıştır (132). Sanson-Fisher ve ark. kanser hastalarının psikolojik, sağlık sistemi ve bilgilendirme, fiziksel ve günlük yaşam alanlarında en yüksek ihtiyaçlar bildirdiğini saptamıştır (133). Sodergren ve ark. kolorektal kanserli hastalarda psikolojik ve fiziksel alanda karşılanmayan ihtiyaçların en yaygın olduğunu saptamıştır (134). Harison ve ark. yaptığı sistematik derlemede kanser hastalarının ihtiyaç prevalansının, tüm alanlarda %1 ile %93 arasında değiştiğini saptamıştır. En sık bildirilen karşılanmayan ihtiyaçların günlük yaşam aktiviteleri (%1-73), psikolojik (%12-85), bilgi (%6-93), psikososyal (%1-89) ve fiziksel (%7-89) alanların izlediği belirlenmiştir (10). Araştırma sonuçları arasındaki farklılıkların kanser türleri, tedavi şekilleri, evreler ve ülkelerin sağlık bakım sistemleri ve hasta bakımındaki farklılıkların etkili olabileceği düşünülmektedir.

Kanser hastalarının sosyo-demografik özellikleri ile DBGÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; yaş gruplarına göre destekleyici bakım gereksinimleri ve alt boyutları olan sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimleri, günlük yaşam gereksinimleri, psikolojik gereksinimler ve cinsellik gereksinimlerinde alınan puanlar arasında anlamlı farklılık bulunmamış olup destekleyici bakım gereksinimlerinin değişim göstermediği bulunmuştur. Daha düşük yaş gruplarında destekleyici bakım gereksinimleri düşük iken ileriki yaşlarda destekleyici bakım gereksinimleri artış göstermiştir, ancak bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Çalışmamızın bulgularına benzer şekilde; Liao ve arkadaşları akciğer kanseri olan hastalar ile yapmış oldukları çalışmada; yaş ilerledikçe destekleyici bakım gereksinimlerinin arttığı ancak yaş ile karşılanmamış gereksinimler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını bulmuşlardır (135). Bunun yanında Morrison ve ark. yapmış oldukları çalışmada yaş faktörünün hastaların bakım gereksinimlerini etkileyen önemli bir faktör olduğunu saptamıştır (136). Li ve ark. daha genç hastaların sağlık hizmeti ve bilgilendirme ve cinsellik ihtiyaçlarının daha yüksek olduğunu saptamıştır (68). Jorgensen ve arkadaşları, kolorektal kanserli hastalarda ameliyattan sonraki 3 ayda 65 yaş altındaki hastaların %79'unun, 65 yaş ve üzerindeki hastaların ise %65'inin karşılanmayan ihtiyaçları olduğunu rapor ettiği belirlenmiştir (137). Literatürde yaş

değişkeni ile ilgili farklı sonuçların alındığı tespit edilmiştir. İleri yaş ile fizyolojik kapasitedeki azalmanın, komorbit hastalıkların ve semptom yükündeki artışın bakım gereksinimlerini arttırmada etkili olabileceği düşünülmektedir. Bunun yanında daha genç hastaların bakım gereksinimlerini daha rahat ifade edebilmelerinin puan ortalamalarının yüksek çıkmasında etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada cinsiyet özellikleri açısından destekleyici bakım gereksinimleri ve alt boyutları olan sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimleri, günlük yaşam gereksinimleri, psikolojik gereksinimler ve cinsellik gereksinimlerinde alınan puanlar arasında anlamlı farklılık olduğu ve kadınların destekleyici bakım gereksinimlerinin erkeklerden yüksek olduğu bulunmuştur. Şipal ve ark hematolojik kanserli hastalar ile yapmış oldukları çalışmada kadın hastaların fiziksel ve psikolojik destekleyici bakım gereksinimlerinin erkeklerden daha yüksek olduğu bildirilmiştir. (138). Sarna ve ark. akciğer kanseri olan kadınların tanıdan sonra, özellikle ev işlerini yönetme ve kendilerine bakma konusunda erkeklere göre daha fazla stres ve endişe yaşadıklarını bulmuşlardır (139). Literatürde destekleyici bakım gereksinimleri ile ilgili olarak, kanser hastalarında kadın olmanın daha yüksek karşılanmamış destekleyici bakım gereksinimleri için bir yordayıcı olduğu bulunmuştur (130, 59, 133). Bu araştırmada elde edilen sonucun literatür ile uyumlu olduğu görülmüştür. Kadınların duygularını ve gereksinimlerini dile getirme konusundaki kabiliyetlerinin ve daha duygusal yapılarının ihtiyaçları algılamalarında etkili olabileceği düşünülmektedir.

Medeni durum gruplarına göre DBGÖ ve alt boyutları olan sağlık hizmeti ve bilgilendirme, günlük yaşam, cinsellik ve psikolojik gereksinimler için alınan puanlarda anlamlı farklılık bulunmamış, ancak boşanmış kişilerde destekleyici bakım ihtiyacının evli ve bekarlara göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Araştırma bulgumuzu destekler nitelikte, Sanders ve ark. da medeni durum ile destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği ve dört alt boyutundan herhangi biri ile önemli ölçüde ilişkili olmadığını saptamıştır (140). Şipal ve ark hematolojik kanserli hastalar ile yapmış oldukları çalışmada bekar/boşanmış hastaların cinsellik gereksinimi alt boyutu puan ortalamasının evli hastalara göre yüksek olduğu bulunmuştur (138). Literatürde yapılan araştırmalarda yalnız yaşama ve bekarlık durumunun karşılanmayan gereksinimleri arttırdığı belirlenmiştir (141, 142, 143). Literatürde güçlü sosyal desteğe sahip kanserli hastaların karşılanmayan ihtiyaçlarının daha az olduğu belirtilmektedir (144). Boşanma nedeniyle aileden alınan sosyal desteğin azalması ve yalnızlığın hastaların destekleyici bakım

gereksinimlerini etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. Parçalanmış aile tipine mensup hastaların destekleyici bakım gereksinimlerinin yüksek çıkması da bu önermeyi desteklemektedir.

Bu araştırmada hastaların gelir durumları ile DBGÖ ve sağlık hizmeti ve bilgilendirme, günlük yaşam, cinsellik ve psikolojik gereksinimler alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş ve gelir durumu kötü olan hastaların bakım gereksinimlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. İranlı kanser hastaları ile yapılan bir araştırmada da ekonomik durumu daha düşük olan hastaların, karşılanmayan ihtiyaçlarının ve bakım gereksinimlerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.001$) (145). Mor ve ark. düşük gelirli hastaların kişisel bakım konusunda yardıma ihtiyaç duyma olasılığını diğer hastalara göre iki kat daha fazla olduğunu saptamıştır (146). Park ve ark. ekonomik durum ile fiziksel ve günlük yaşam ihtiyaçları arasında anlamlı farklılık olduğunu belirlemiştir ($p=0.002$) ve ekonomik durumu daha düşük olan hastaların karşılanmayan ihtiyaçlarının daha yüksek olduğunu saptamıştır (147). Puts ve ark.'nın yaptığı sistematik derlemede de karşılanmayan ihtiyaçların yordayıcılarından birinin gelir olduğu belirlenmiştir (148). Ülkemizde, Aksuoğlu kanser hastaları ile yürüttüğü tez çalışmasında fiziksel günlük yaşam ve cinsellik gereksinimleri ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlemiştir. Gelir seviyesi düşük olan hastaların fiziksel günlük yaşam ihtiyaçlarının arttığını, gelir seviyesi yüksek olan hastaların ise cinsel gereksinimlerin fazla olduğunu saptamıştır (128). Gelir seviyesi düşük olan hastaların tedavi ve bakım masraflarının, geçim sıkıntılarının ve aile üyelerinin mali zorlukları ile ilgili endişelerinin bakım gereksinimlerini etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. Hastaların meslekleri ile destekleyici bakım gereksinimleri arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur. Ev hanımı kadınların gereksinimlerinin en yüksek olduğu belirlenmiştir. Boyes ve ark. da işgücü içerisinde yer almayan hastaların (emekli, ev işleri, bakıcı), hasta bakım ve destek ihtiyaçlarını bildirme olasılığını, ücretli işte çalışanlar ile karşılaştırıldığında dört kat daha fazla olduğunu saptamıştır (130). Düzenli geliri olmayan hastaların yaşayabileceği ekonomik ve ailevi problemlerin gereksinimleri etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

Hastaların eğitim düzeyi ile DBGÖ, sağlık hizmeti ve bilgilendirme, günlük yaşam, psikolojik ve cinsellik gereksinimleri arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Okur yazar olmayan hastaların ilköğretim, lise ve üniversite mezunu olanlardan daha yüksek puan alması yani daha fazla destekleyici bakım gereksinimine

sahip olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Literatürde eğitim düzeyi ile destekleyici bakım gereksinimleri arasında farklı sonuçların alındığı görülmüştür. Butow ve ark. eğitim seviyesinin hastaların bakım gereksinimlerini etkilemediğini bulmuştur (149). Wang ve ark.'nın yürüttüğü sistematik derlemede; yüksek eğitim seviyesine sahip hastaların cinsellik, fiziksel ve bilgilendirme konularında yüksek düzeyde karşılanmayan gereksinimleri olduğu belirlenmiştir (56). Ülkemizde Ayvat'ın tez çalışmasında araştırma bulgumuzu destekler nitelikte sonuçlar elde edilmiştir. İlköğretim mezunu olan hastaların destekleyici bakım gereksinimlerinin ortaöğretim ve yükseköğretim olanlardan yüksek olduğu ve günlük yaşam ihtiyaçları alt boyutunda da anlamlı farklılık yarattığı belirlenmiştir (129). Ramezanzade Tabriz ve ark. da eğitim düzeyi yükseldikçe karşılanmayan ihtiyaçların azaldığını saptamıştır (145). Eğitim düzeyi düşük olan hastaların bakım gereksinimlerinin yüksek çıkmasında sağlık okur yazarlığı düzeyinin düşük olmasının, yaşanabilecek ekonomik güçlüklerin ve sosyal ve bakım desteği yetersizliklerinin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda yaşanan yere göre DBGÖ ve sağlık hizmeti bilgilendirme gereksiniminde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Köyde yaşayanların destekleyici bakım gereksinimlerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürde coğrafi olarak sağlık hizmetlerinden uzakta yaşayan ve sosyal destekten yoksun hastaların daha yüksek düzeyde karşılanmamış gereksinime sahip olduklarını gösteren araştırmalar bulunmaktadır (150,151). Schlegel ve ark. radyasyon kliniğinden uzakta yaşayan kadınların yüksek depresif belirtiler yaşama olasılığının daha yüksek olduğunu saptamıştır. (152). Ramezanzade Tabriz ve ark. yerleşim alanı (kırsal veya kentsel) ile karşılanmayan ihtiyaçlar arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptamıştır. Kırsal kesimde yaşayanların karşılanmayan ihtiyaçlarının (2.1 ± 0.65) kent sakinlerinden (1.95 ± 0.69) daha yüksek düzeyde olduğunu belirlemiştir (145). Kırsal kesimde veya tedavi merkezlerinden uzakta yaşayan bireylerin ulaşım ve barınma sorunlarının bakım gereksinimlerini arttırmada etkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda birlikte yaşanan kişiler ile günlük yaşam alt boyutunu puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yalnız yaşayan bireylerin fiziksel ve günlük yaşam alanında destekleyici bakım gereksinimlerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Wang ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada yalnız yaşayan hastaların çok yüksek düzeyde psikolojik gereksinim bildirdiklerini saptamıştır (56). Temiz ve Durna yalnız yaşayan hastaların sağlık hizmeti ve bilgilendirme

ihtiyacının diğer gruplardan daha yüksek olduğunu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğunu saptamıştır. Ancak araştırma bulgumuzun aksine yalnız yaşayan hastaların fiziksel ve günlük yaşam gereksinimlerinin daha az olduğu belirlenmiştir (80). Aksuoğlu ise yalnız yaşayan hastaların fiziksel ve günlük yaşam alanında destekleyici bakım gereksinimlerinin daha yüksek olduğunu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğunu saptamıştır (128). Yalnız yaşayan bireylerin bakımda destek alamaması, aile üyelerine gereksinimleri, ekonomik ve sosyal destek yetersizliğinin karşılanmayan ihtiyaçların artmasında etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada destekleyici bakım gereksinimleri ile tanı, tanı konulma süresi ve kemoterapi kür sayısı değişkenleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Şipal ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada kanser hastaların tanı süresi ve aldıkları kemoterapi kür sayısı ile ölçek alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (138). Aksuoğlu'nun tez çalışmasında tanı alma süresi ile DBGÖ ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (128). Bu sonuçlar araştırma bulgumuzu desteklemektedir.

Hastalık evresi ile DBGÖ, sağlık hizmeti ve bilgilendirme, günlük yaşam ve cinsellik gereksinimi alt boyutlarından alınan puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. IV evrede olan hastaların destekleyici bakım gereksinimlerinin diğer evrelerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Akechi ve ark. tanı konulma süresi ve klinik evrenin toplam ihtiyaçlarla önemli ölçüde ilişkili faktörler olduğunu saptamıştır (153). Wang ve ark. tanıdan sonra geçen süre ve kanserin evresi ile destekleyici bakım ihtiyaçları arasında pozitif ilişki olduğunu saptamıştır. Tanı konulma süresi daha uzun olan ve ileri evre kanser hastalarının daha yüksek gereksinim bildirdikleri belirlenmiştir (154). Araştırma bulgularını destekler nitelikte Somjai ve ark. (155), Şim ve ark. (156) ve Okediji ve arkadaşları da (55) ileri evre kanserli bireylerin destekleyici bakım gereksiniminin daha fazla olduğunu saptamıştır. Tedavisi mümkün olmayan ya da zorlaşan ileri evre kanserli hastalar sıklıkla hem fiziksel hem de psikososyal sorunlar dahil olmak üzere birçok zorlukla karşı karşıya kaldıklarından gereksinimlerinin yüksek çıkması beklenen bir durumdur.

Bu çalışmada hastaların tedavi yöntemleri ile DBGÖ, sağlık hizmeti ve bilgilendirme, günlük yaşam ve cinsellik gereksinimleri alt boyutları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir. Sadece kemoterapi tedavisi alan hastaların, kemoterapi ve radyoterapi alanlardan ve cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi alan hastalardan daha az

gereksinim bildirmesi anlamlı bulunmuştur. Ayvat, 65 yaş ve üstü hastaların günlük yaşam ihtiyaçları alanında kemoterapi dışında en az bir tedavi daha alanlarda, gereksinimlerinin yüksek çıkmasını istatistiksel olarak anlamlı bulmuştur (129). Sanson-Fisher ve ark. son bir ayda alınan tedavi türü ile sağlık hizmeti ve bilgilendirme ve cinsellik gereksinimleri arasında ilişki olduğunu saptamıştır. İmmünoterapi, kemoterapi veya hormon tedavisi alan hastaların “diğer” tedavileri alanlara göre daha fazla cinsellik ihtiyacı bildirme olasılıklarının daha yüksek olduğunu ve bu sonucun bu tedavilerin fiziksel yan etkilerinden kaynaklanıyor olabileceğini bildirmiştir (133). Bu araştırma bulgusu aksine, Liao ve arkadaşlarının çalışmasında, tedavi yöntemi ile karşılanmamış destekleyici bakım gereksinimleri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (135). Kullanılan tedavi yöntemleri arttıkça her tedavinin hasta üzerinde oluşturabileceği fiziksel, duygusal, psikolojik yan etkiler ve semptomlar nedeniyle hastaların gereksinimlerinin artması beklenen bir durumdur.

Bu çalışmada DBGÖ toplam puanı, sağlık hizmeti ve bilgilendirme, günlük yaşam, cinsellik ve psikolojik gereksinimler puan ortalamaları ile bakımda destek alma arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bakımda destek alan kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimleri, bakımda destek almayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Butow ve ark. göçmen kanser hastaları ile yaptığı çalışmada bir danışmana (psikolog, psikiyatrist veya sosyal hizmet uzmanı) erişmiş olma durumu ile, cinsel alanda ve diğer alanlarda daha fazla karşılanmamış gereksinime sahip olma eğilimi anlamlı bulunmuştur (149). Bakımda destek alınan kişilerin aile üyesi ya da bir profesyonel olması sonuçları değiştirmemiştir. Bakımda destek alan hastaların, bağımsızlıklarının sınırlanmış olması nedeniyle daha fazla gereksinim bildirmeleri olası bir durumdur.

Bu çalışmada hastaların, Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği (BTATÖ) puan ortalaması 27.16 ± 9.54 bulunmuş olup, kanser hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tıbbı karşı orta düzeyde pozitif tutum sergilediği bulunmuştur. Şensoy ve ark.’nın hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada BTATÖ puan ortalaması 29.52 ± 5.70 bulunmuş olup, hastaların orta düzeyde pozitif tutum sergilediği bildirilmiştir (157). Jinekolojik kanserli hastalar ile yapılan bir diğer çalışma da BTATÖ puan ortalaması 29.61 ± 4.85 olarak bulunmuş (158), Toygar ve ark.’nın kanser hastaları ile yaptığı çalışmada BTATÖ puan ortalaması 34.3 ± 4.6 olarak bulunmuş (159) ve hastaların TAT’a yönelik tutumlarının benzer olduğu görülmüştür. Erci’nin

sağlıklı bireyler ile yaptığı araştırmada ise katılımcıların BTATÖ'den 58.1 ± 4.1 puan aldığı ve TAT'a karşı olumsuz bir tutum sergilediği belirlenmiştir (127). Kanser hastaları, kanser semptomlarını hafifletmek, bağışıklığı güçlendirmek, geleneksel tıbbın yan etkilerini azaltmak ve hatta geleneksel tıba alternatif olması gibi çeşitli nedenlerle TAT kullanmaktadır (160). Bu nedenle hastaların, sağlıklı bireylerden daha fazla olumlu tutuma sahip olmaları bu değişkenler ile açıklanabilir.

Bu araştırmada hastaların %58.5'inin herhangi bir TAT yöntemini kullandığı saptanmıştır. Horneber ve ark. beş farklı bölgede (Avustralya, Kanada, Avrupa, Yeni Zelanda, Amerika Birleşik Devletleri) yaptıkları sistematik bir incelemede kanser hastalarında TAT kullanımını %40 olarak bildirmişlerdir (161). İtalya'da çok merkezli yürütülen bir araştırmada kanser hastaları arasında TAT kullanımının oldukça yaygın olduğu ve görüşülenlerin yaklaşık yarısının (%48.9) bir TAT yöntemini kullandığı belirlenmiştir (117). Molassiotis vd, tarafından yürütülen bir araştırmada, AB'de TAT kullanımının toplam hasta popülasyonunun yaklaşık %35.9'unu oluşturduğunu göstermiştir (115). 2013 yılında Posadzki ve ark. TAT prevalansı hakkında güvenilir veri belirlemenin zorluklarını vurgulamış, ancak ortalama bir yıllık prevalansın %41.1 ve ortalama yaşam boyu prevalansın ise %58.1 olduğu sonucuna varmışlardır (162). Algier ve ark. tarafından 1998'den beri Türkiye'de onkoloji hastalarında TAT kullanımının yaygınlığı ile ilgili tüm çalışmalar gözden geçirilmiş ve genel prevalans %39.2-60.1 olarak rapor edilmiştir (163). Kanser tedavilerindeki tüm güncel gelişmelere rağmen, son yıllarda TAT yöntemlerinin kullanımı hem gelişmekte olan hem de gelişmiş ülkelerde kayda değer bir artış göstermeye devam etmektedir (161). Bu araştırmada da hastaların TAT kullanma oranlarının yüksek olduğu ve bazı araştırma sonuçları ile uyumlu olduğu görülmüştür. Ülkeler arasında TAT kullanım oranları ile ilgili farklılığın nedeni olarak TAT yaklaşımlarının tam olarak neleri kapsadığı ile ilgili bilgi karışıklığı ve özellikle sosyo-kültürel farklılıkların üzerinde durulmaktadır.

Bu araştırmada hastalar arasında en sık kullanılan yöntemlerin, dini yaklaşımlar (%51.6) ve bitkisel/besinsel temelli yaklaşımlar (%38.4) olduğu belirlenmiştir. Ülkemizde yapılan bir diğer araştırmada kanser hastaları arasında, en sık kullanılan TAT tekniklerinin dini uygulamalar (ibadet ve dua gibi), şifalı bitkiler, beslenme ve diyet rejimleri, yüksek doz vitamin ve mineral desteği olduğu belirlenmiştir (164). Ülkemizde dini uygulamaların en sık kullanılan yöntemler olması İslam inancına mensup olduğu için beklenen bir durumdur. Malezya'da kanser hastaları ile yapılan

bir araştırmada, çalışmaya katılan hastalar tarafından en sık kullanılan TAT türlerinin vitaminler (%25.6), ikinci sırada ise İslami tıp uygulamalarının (%14.2) geldiği belirlenmiştir (165). Doğanay vd'nin yaptıkları çalışmada ise katılımcıların en çok bildikleri TAT yöntemlerinin dini uygulamalar (%16.0), masaj (%11.8), kupa tedavisi (%5.0) ve hidroterapi olduğu belirlenmiştir (166). Suudi Arabistan'da yapılan bir araştırmada yaygın geleneksel TAT uygulamalarının, Kuran'ın okunması, dini dualar, bal arısı ürünleri, siyah tohumlar, hacamat ve oruç tutmayı içerdiği bildirilmiştir (167). Molassiotis vd, hematolojik kanserli hastalar ile yaptığı çalışmada bitkisel yöntemlerin en sık kullanılan TAT yöntemleri olduğu belirtilmiştir (115). Kwon vd, Koreli kanser hastalarında en çok kullanılan TAT yöntemlerinin bitki/halk ilaçları/diyet takviyeleri olduğu belirlenmiştir (160). Ülkemizde, İslam inancına sahip bireyler arasında dini yöntemlerin en sık tercih edilen TAT yöntemi olması beklenen bir durumdur. Bunun yanında, besin takviyesi ve vitamin kullanımını içeren bitkisel ilaçlar, Türkiye'de ve dünyada en popüler TAT yöntemleri arasında yer almaktadır. Bitkisel eşitlilik açısından Türkiye dünyanın en zengin ülkelerinden biridir ve bitkisel tedavi Türkiye'deki kltrel geleneğin bir parçasıdır (168). Bu araştırmada elde edilen bulgulara göre, hastaların dini ve sosyo-kltrel yapılarının TAT kullanımı ile ilişkili olduğu görülmüştür.

Bu araştırmada hastaların sosyo-demografik ve hastalık özellikleri ile BTAT arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. şensoy vd.'nin niversite hastanesine başvuran hastalar ile yaptığı araştırmada yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, yaşanılan yer, çalışma durumu, gelir ve mevcut sağlık algısı ile BTAT arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir (157). Akyüz vd, jinekolojik kanserli hastalar ile yaptığı araştırmada, kanser tipi, tedavi şekli ve tanıdan sonraki süre ile TAT kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ($p>0.05$) belirlemiştir (164). Tokem ve arkadaşlarının astımlı hastalar ile yaptığı araştırmada TAT kullanımı ile sosyodemografik ve klinik veriler arasında komorbid hastalık ve tanı yılı dışında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (169). Kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları olan bireyler ile yapılan araştırmada da TAT kullananlar ve kullanmayanlar arasında yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi, sosyoekonomik durum veya eğitim düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (168). Literatürde demografik değişkenler ve sağlık özellikleri ile TAT'a yönelik tutum arasında farklı sonuçların olduğu belirtilmektedir. Taş vd. tarafından kadın cinsiyet,

yüksek gelir, tanı anında ileri evre ve çoklu kemoterapi tedavisinin, TAT kullanımını etkileyen bağımsız faktörler olarak belirlenmiştir (108). Bu araştırmada demografik değişkenler açısından TAT kullanım oranları arasında farklılık olması, TAT'a yönelik tutumların benzer olduğunu göstermektedir.

Bu araştırmada hastaların destekleyici bakım gereksinimleri ile BTAT'a yönelik tutumları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir. Destekleyici bakım gereksinimleri yüksek olan hastaların, bütüncül, tamamlayıcı ve alternatif tıpa yönelik tutumlarının olumlu yönde arttığı saptanmıştır (BTATÖ'de alınan puan düştükçe olumlu tutum artmaktadır). Paltiel ve ark. geleneksel tedavi yöntemleri ile karşılanmayan ihtiyaçların, kanser hastalarında TAT kullanımının önemli bir belirleyicisi olduğunu göstermiştir (23). Mertens ve arkadaşları, çocukluk kanserinden kurtulan erişkinlerin, önceki tanı ve tedaviyle ilgili semptomları gidermek için daha fazla TAT kullanma eğiliminde olduğunu bulmuştur (24). Wells vd, daha fazla semptomu olan akciğer kanserli bireylerin TAT kullanma olasılıklarının daha yüksek olduğunu belirlemiştir (170). Ashikaga ve arkadaşları, meme kanserli kadınlar tarafından kullanılan TAT yöntemlerinin sayısı ile fiziksel işlevsellik arasında anlamlı bir negatif ilişki bulmuşlardır. Fiziksel işlevsellik azaldıkça, yani bakım gereksinimleri artıkça TAT kullanma oranlarının arttığı belirlenmiştir (20). Literatür araştırma bulgumuzu destekler niteliktedir. Hemşirelerin güncel, kanıta dayalı ve bütüncül bakım verebilmeleri için hastaların TAT kullanım oranları ve yaygınlığını, ayrıca bu terapiler için güvenlik, etkililik ve yan etkilere ilişkin bilgi seviyelerini yükseltmeleri gerekir. Bu, özellikle kanser gibi yüksek semptom yükü ve destekleyici bakım gereksinimleri fazla olan bir hasta popülasyonunda, bakım kalitesinin artırılması için özellikle önemlidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimleri ile tamamlayıcı ve alternatif tıbbı karşı tutumları arasındaki ilişkinin incelendiği bu çalışmada elde edilen sonuçlar:

- Hastaların DBGÖ-KF puan ortalaması 101.19 ± 33.97 puan olarak bulunmuştur. Araştırmaya dâhil edilen kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimlerinin yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Hastaların psikolojik gereksinimlerinin en yüksek olduğu, bunu sırayla sağlık hizmeti ve bilgilendirme, günlük yaşam ve cinsellik gereksinimlerinin izlediği belirlenmiştir.
- Cinsiyet, gelir, eğitim düzeyi, aile tipi ve meslek değişkenleri ile DBGÖ-KF arasındaki farkın anlamlı olduğu, kadınların, geliri giderinden az olanların, eğitim düzeyi düşük olanların, parçalanmış aile tipine mensup olanların ve ev hanımlarının destekleyici bakım gereksinimlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Hastalık evresi, tedavi yöntemi ve bakımda destek alma durumu ve destek alınan kişiler ile DBGÖ-KF arasındaki farkın anlamlı olduğu, IV evre kanser hastalarının, Kemoterapiye ek başka bir tedavi yöntemi alanların, bakımda destek alanların destekleyici bakım gereksinimlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Hastaların BTATÖ puan ortalamasının 27.16 ± 9.54 olduğu ve BTAT'a karşı orta düzeyde pozitif tutum sergilediği belirlenmiştir.
- Hastaların en sık dini yöntemler ve bitkisel/besinsel TAT yaklaşımlarını kullandığı belirlenmiştir.
- Hastaların demografik ve hastalık özellikleri ile TAT kullanma tutumları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir.
- Hastaların destekleyici bakım gereksinimleri arttıkça TAT'a yönelik olumlu tutumlarının arttığı belirlenmiştir.

Bu araştırma sonucuna göre hemşirelere kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimlerine daha fazla odaklanmaları, özellikle kadın, eğitim düzeyi düşük, ekonomik durumu yetersiz, kırsal kesimde ve yalnız yaşayan, ileri evre ve birden fazla tedavi yöntemi alan hastalara karşı daha dikkatli ve özenli olmaları, bakım gereksinimlerini bütüncül olarak değerlendirmeleri önerilir. Ayrıca kanser hastalarının TAT kullanma tutumlarının yüksek olması nedeniyle hemşirelerin de TAT yöntemleri konusunda bilgi ve deneyimlerini arttırmaları önerilir. Hemşirelere hizmet içi eğitimlerle TAT yöntemleri hakkında farkındalık kazandıracak eğitimlerin verilmesi önerilir.



KAYNAKLAR

1. Özkan M, Akın S. Kanserli hastalarda yorgunluğun fonksiyonel yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi. *Florence Nightingale J Nurs* 2017, 25(3):177-92.
2. WHO. The top 10 causes of death. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>, 2018. Son Erişim tarihi: 05.05.2021.
3. Causes of Death. Published online at Our World In Dataorg 2018. <https://ourworldindata.org/causes-of-death?utm>. Son Erişim tarihi:10.07.2021.
4. World Health Organization. Noncommunicable diseases key facts. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> Son Erişim tarihi: 05.05.2021.
5. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2018, 68(6): 394- 424.
6. Yılmaz M, Yazgı ZG. Onkoloji hastalarının yaşadığı psikososyal sorunlarla baş etmesinde hemşirenin rolü. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2013, 4(1): 60-70.
7. Fitch, M. Supportive care framework. *Can Oncol Nurs J.* 2008, 18(1): 6-14.
8. Paterson C, Robertson A, Smith A, Nabi G. Identifying the unmet supportive care needs of men living with and beyond prostate cancer: a systematic review. *Eur J Oncol Nurs* 2015, 19(4): 405-18.
9. Seiler A, Jenewein J. esilience in cancer patients. *Front Psychiatry* 2019, 10-208.
10. Harrison JD, Young JM, Price MA, Butow P, Solomon MJ. What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. *Support Care Cancer* 2009, 17(8):1117-28.
11. Gysels M, Higginson IJ, Rajasekaran M, Davies E, Harding R. Improving supportive and palliative care for adults with cancer. *Kings Coll Hosp Gaz Clin Supp* 2004,5(3):24-7.

12. Uchida M, Akechi T, Okuyama T, Sagawa R, Nakaguchi T, Endo C, Yamashita H, Toyama T, Furukawa T. Patients' supportive care needs and psychological distress in advanced breast cancer patients in Japan. *Jpn J Clin Oncol* 2011, 41(4): 530-6.
13. Lynagh MC, Williamson A, Bradstock K, Campbell S, Carey M, Paul C, Tzelepis, Fisher RS. A national study of the unmet needs of support persons of haematological cancer survivors in rural and urban areas of Australia. *Supportive Care Cancer* 2018, 26(6):967– 1977.
14. Boyes AW, Clinton-McHarg T, Waller AE, Steele A, D'Este CA, Sanson-Fisher RW. Prevalence and correlates of the unmet supportive care needs of individuals diagnosed with a haematological malignancy. *Acta Oncol* 2015, 54(4):507-14
15. Sabuncu N, Ecevit Ş, Erkal S, Bahçecik N, Batmaz M, Özdilli K, Özhan F, Dursun S. *Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar*, 3.Baskı. Ankara, Alter Yayınları, 2011
16. Yıldırım N, Kaçmaz N, Özkan M. Yetişkin kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimleri ve verilen hizmet arasındaki boşluk. *DEUHYO ED* 2013,6(4): 231-40.
17. Yıldırım NK, Kaçmaz N, Özkan M. İleri evre kanser hastalarının karşılanmamış bakım gereksinimleri. *Archives of psychiatric nursing* 2013, 4(3):153-8.
18. Kav S, Hanoglu Z, Algier L: Use of complementary and alternative medicine by cancer patients in Turkey: A literature review. *Int J Hematol Oncol*. 2008, 18: 32-8.
19. Viscuse P, Price K, Millstine D, Bhagra A, Bauer B, Ruddy K. Integrative medicine in cancer survivors. *Current Opinion in Oncology* 2017, 29(4): 235.
20. Ashikaga T, Bosompra K, Q'Brien P, Nelson L. Use of complimentary and alternative medicine by breast cancer patients: prevalence, patterns and communication with physicians. *Support Care Cancer* 2002, 10: 542-8.
21. Topuz E. *Onkoloji Tedavisindeki Güncel Durum* 1.Baskı. İstanbul, İletişim yayınları, 2005: 418-20
22. Sohl S, Borowski L, Kent E, Smith A, Oakley- Girvan I, Rothman R, Arora N. Cancer survivors' disclosure of complementary health approaches to physicians: The role of patient- centered communication. *Cancer* 2015, 121(6): 900-7.

23. Paltiel O, Avitzour M, Peretz T, Cherny N, Kaduri L, Pfeffer RM. Determinants of the use of complementary therapies by patients with cancer. *J Clin Oncol* 2001, 19(9):2439-48.
24. Mertens AC, Sencer S, Myers CD, Recklitis C, Kadan-Lottick N, Whitton J. Complementary and alternative therapy use in adult survivors of childhood cancer: a report from the childhood cancer survivor study. *Pediatr Blood Cancer* 2008, 50(1):90-7.
25. Özcebe H, Sevensan F. Çocuklarda tamamlayıcı ve alternatif tıbbi konu alan araştırmaların değerlendirilmesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2009, 52: 183-94.
26. American Cancer Society. Basic cancer facts. 2015. <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics.html> Son Erişim tarihi:05.05.2021
27. WHO. Cancer. 2018. <https://www.who.int/cancer/en/> Son Erişim tarihi: 11.03.2021
28. Corner J. What is cancer? In: Corner J, Bailey C, (eds). *Cancer Nursing Care in Context*, 2.ed. Oxford, Blackell Science, 2001: 3.
29. Birol L, Akdemir N, Bedük T. Onkoloji Hemşireliği. İçinde: Birol L, Akdemir N, Bedük T (editörler). *İç Hastalıkları Hemşireliği*, Ankara, 1993: 96-145.
30. Hill B. Etiology of cancer. In: Springer C. *Clinical Ophthalmic Oncology*, 1.ed. Cham, Springer Science, 2019: 11-7.
31. Gerpen RV. Pathophysiology. In: Langhorne ME, Fulton JS, Otto SE (eds). *Oncology Nursing*. 5.ed, St. Louis, Missouri, Mosby Elsevier, 2001: 3-14.
32. American Cancer Society. What causes cancer?, 2018. <https://www.cancer.org/cancer/cancercauses.html>. Son Erişim Tarihi:05.04.2021
33. Irmak MK, Bilgin MG, Sızlan A. Hasta gözüyle kanser. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2008, 7(2):167-72.
34. Lang-Rollin I, Berberich G. Dialogues in clinical neuroscience. *Psycho-oncology* 2018, 20(1):13-22.
35. Carbone M, Klein G, Gruber J, Wong Y. Modern criteria to establish human cancer etiology. *Cancer Care Res Online* 2004, 64(15): 5518-24.

36. WHO. Cancer prevention, 2018. <https://www.who.int/cancer/prevention/en/>. Son Erişim Tarihi: 8.05.2021.
37. Ekmekçi A, Konaç E, Önen Hİ. Gen polimorfizmi ve kansere yatkınlık. *Marmara Medical Journal* 2008, 21(3):282-95.
38. Hodgson S. Mechanisms of inherited cancer susceptibility. *J Zhejiang Univ Sci B*. 2008, 9 (1):1-4.
39. Açıkgoz A, Akal Yıldız E. Meme kanseri etiyolojisi ve risk faktörleri. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi* 2017, 5 (1) :45-56.
40. Akbulut H. Kanser ve Beslenme İlişkisi. İçinde: Demirer T, Şahin K (editörler). *TÜBA Gıda, Beslenme ve Kanserin Önlenmesi Sempozyumu Raporu*, 2015.
41. GLOBOCAN, 2020 Database. <https://gco.iarc.fr/> Son Erişim Tarihi:12.05.2021.
42. Eti Aslan F, Olgun N. Onkoloji. İçinde: Karadakovan A, Eti Aslan F (editörler). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Adana, Nobel Kitabevi, 2010:189-276.
43. Yeşilbakan Ö, Akyol A, Çetinkaya Y. Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2005, 21(1): 13-31.
44. İnceer B. *Kanserle Yaşamak*, 1.baskı. İzmir, Nobel Tıp Kitabevi, 1999 11-25.
45. American Joint Committee on Cancer. *AJCC Cancer Staging Manual*. 8th ed. New York, NY: Springer; 2017: 715-25.
46. National Cancer Institute. Cancer Staging. 2015 <https://www.cancer.gov/about-cancer/diagnosis-staging/staging> Son Erişim tarihi: 12,05,2021.
47. Levien G, Ghazi G, Singh D. Principles and complications of chemotherapy. *Clinical Ophthalmic Oncology* 2014,5:113-22.
48. Chabner B, Allegra C, Curt G, Calabresi P. Antineoplastic Agents. In: Hardman J, Limbird L, Molinoff P, (eds). *Goodman and Gilman's the Pharmacologic Basis of Therapeutics*. 9th ed. New York, McGraw-Hill, 1996: 100-2.
49. Can G. Antineoplastik ilaçların yan etkileri ve hemşirelik yaklaşımları. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2005, 2(2):8-15.
50. National Cancer Institute. Radiation Therapy for Cancer. 2014 www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Therapy/radiation Son Erişim Tarihi:19.03.2021.

51. Akdemir N, Can G. Kanser ve Hemşirelik. İçinde: Akdemir N, Birol L (editörler).*İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı* 5.Baskı Akademisyen Kitabevi,2010: 329-44.
52. Kansu E. Kök hücre biyolojisi ve plastisitesinde güncel kavramlar. *4. Ulusal Kemik İliği Transplantasyonu ve Kök Hücre Tedavileri Kongresi* 2007.
53. Kapucu S, Karaca Y. Kök hücre naklinde hasta değerlendirmesi ve bakım *C.Ü. Hemşirelik Dergisi* 2008, 12(3): 52-9.
54. Thorne S, Oliffe L, Oglov V, Gelmon K. Communication Challenges for Chronic Metastatic Cancer in an Era of Novel Therapeutics. *Qual Res Sport Exerc Health* 2013, 23(7) : 863–75.
55. Okediji T, Salako O, Fatiregun O. Pattern and predictors of unmet supportive care needs in cancer patients. *Cureus* 2017, 9(5): 12-34.
56. Wang T, Molassiotis A, Chungn M, Tan Y. Unmet care needs of advanced cancer patients and their informal caregivers: a systematic review. *BMC Palliat Care* 2018,17(1) : 1-29.
57. Gill F, Duffy A. Caring for cancer patients on non-specialist wards. *Br J Nurs* 2010, 19(12): 761–7.
58. Doyle N, Henry R. Holistic needs assessment: Rationale and practical implementation. *J Adv Pract Oncol* 2014, 13(5): 16–21.
59. McDowell ME, Occhipinti S, Ferguson M, Dunn J, Chambers S. Predictors of change in unmet supportive care needs in cancer. *J Psychosoc Oncol Res Pract* 2010, 19: 508–16.
60. Rainbird K, Perkins J, Sanson-Fisher R, Rolfe I, Anseline P. The needs of patients with advanced, incurable cancer. *Int J Cancer Res (Tortola)* 2009, 101(5): 759-64.
61. Tsatsou I, Konstantinidis T, Kalemikerakis I, Adamakidou T, Vlachou E, Govina O. Unmet supportive care needs of patients with hematological malignancies: A systematic review. *Asia Pac J Oncol Nurs* 2020, 8(1): 5–17.
62. Schmid-Büchi S, Halfens J, Müller M, Dassen T, Borne B. Factors associated with supportive care needs of patients under treatment for breast cancer. *Eur J Oncol Nurs* 2013, 17(1): 22-9.

63. Abdollahzadeh F, Moradi N, Pakpour V, Rahmani A, Zamanzadeh, V, Mohammadpoorasl A, Howard F. Un-met supportive care needs of Iranian breast cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev* 2014, 15(9): 3933-8.
64. Ganz A, Hahn E. Implementing a survivorship care plan for patients with breast cancer. *SF J Med Oncol Cancer* 2008, 26(5): 759-67.
65. Fitch MI. Supportive care for cancer patients. *Hosp Q* 2000, 3(4): 39–46.
66. Cancer Australia. Cancer supportive care principles. 2021 <http://edcan.org.au/edcan-learningresources/entry-to-specialty-program/principles-of-supportivecare>. Son Erişim Tarihi:05.06.2021
67. Fitch MI. Supportive care framework. *Can Oncol Nurs J* 2008, 18(1): 6- 24.
68. Li W, Lam W, Au H, Ye M, Law L, Poon J, Fielding R. Interpreting differences in patterns of supportive care needs between patients with breast cancer and patients with colorectal cancer. *J Psychosoc Oncol Res Pract* 2013, 22(4): 792-8.
69. Edib Z, Kumarasamy V, Binti Abdullah N, Rizal M, Al-Dubai A. Most prevalent unmet supportive care needs and quality of life of breast cancer patients in a tertiary hospital in Malaysia. *Health Qual Life Outcomes* 2016, 19(6): 14-26.
70. Hack F, Pickles T, Ruether D, Weir L, Bultz, B, Mackey J, Degner F. Predictors of distress and quality of life in patients undergoing cancer therapy: impact of treatment type and decisional role. *Psychooncology* 2010, 19(6): 606-16.
71. Fitch I, Maamoun J. Unmet supportive care needs and desire for assistance in patients receiving radiation treatment: Implications for oncology nursing. *Can Oncol Nurs J* 2016, 26(1): 53.
72. Turner J, Kelly B, Clarke D, Yates P, Aranda S, Jolley D, McFadyen L. A randomised trial of a psychosocial intervention for cancer patients integrated into routine care: the PROMPT study (promoting optimal outcomes in mood through tailored psychosocial therapies). *BMC cancer* 2011, 11(1): 1-9.
73. Fadıoğlu Ç. Palyatif Bakım. İçinde: Can G, (eds). *Onkoloji Hemşireliği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2015: 993.

74. Patlak M, Balogh E, Nass SJ. Centered Cancer Treatment Planning. In: Washington DC (ed). *Patient-Centered Cancer Treatment Planning: Improving the Quality of Oncology Care*, 2.ed. Washington, The National Academies Press, 2011: 78.
75. Richardson A, Medina J, Brown V, Sitzia J. Patients' needs assessment in cancer care: a review of assessment tools. *J Support Oncol* 2007, 15(10):1125-44.
76. Hall A, Lynagh M, Bryant J, Sanson-Fisher R. Supportive care needs of hematological cancer survivors: a critical review of the literature. *Crit Rev Oncol Hematol* 2013, 88(1): 102-16.
77. Wells- Di Gregorio S, Porensky EK, Minotti M, Brown S, Snapp J, Taylor RM. The James Supportive Care Screening: integrating science and practice to meet the NCCN guidelines for distress management at a comprehensive cancer center. *Psychooncology* 2013, 22(9):2001-8.
78. Kash KM, Mago R, Kunkel E. Psychosocial oncology: supportive care for the cancer patient. *Semin Oncol Nurs* 2005,32(2): 211-8.
79. Steele R, Fitch M, Alderson D, Barrow K, Hurst N, Doyle C. Measuring supportive care needs of women with gynecologic cancer. *Support Care Cancer* 2004, 12(6): 411.
80. Temiz G, Durna Z. Evaluation of quality of life and health care needs in cancer patients receiving chemotherapy. *J Canc Educ* 2020, 35:796–807.
81. Silver K, Baima J, Mayer S. Impairment- driven cancer rehabilitation: an essential component of quality care and survivorship. *CA Cancer J Clin* 2013, 63(5): 295-317.
82. Cowley L, Heyman B, Stanton M, Milner J. How women receiving adjuvant chemotherapy for breast cancer cope with their treatment: a risk management perspective. *J Adv Pract Oncol* 2000, 31(2): 314-21.
83. Covinsky K. Aging, arthritis, and disability. *Arthritis Care Res* 2006, 55(2): 175-6.
84. Fillenbaum G, Smyer A. The development, validity, and reliability of the OARS multidimensional functional assessment questionnaire. *J Geriatr Med Gerontol* 1981, 36(4): 428-34.

85. Lawton P, Brody M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *J Geriatr Med Gerontol* 1970 19(3): 278.
86. Manton G. A longitudinal study of functional change and mortality in the United States. *J Geriatr Med Gerontol* 1988, 43(5): 153-61.
87. Neo J, Fettes L, Gao W, Higginson J, Maddocks M. Disability in activities of daily living among adults with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Curr Treat Options Oncol* 2017, 61: 94-106.
88. Lunney JR, Lynn J, Foley DJ, Lipson S, Guralnik JM. Patterns of functional decline at the end of life. *JAMA* 2003, 289: 2387-92.
89. Carlson E, Waller A, Mitchell J. Screening for distress and unmet needs in patients with cancer: review and recommendations. *SF J Med Oncol Cancer* 2012, 30(11): 1160-77.
90. Puts E, Monette J, Girre V, Wolfson C, Monette M, Batist G, Bergman H. A pilot study on frailty, health and functioning in older newly-diagnosed cancer patients, what have we learned? *J Geriatr Oncol* 2011, 2(4): 246-52.
91. Swash B, Hulbert-Williams N, Bramwell R. Unmet psychosocial needs in haematological cancer: a systematic review. *J Support Oncol* 2014, 22: 1131-41.
92. Minstrell M, Winzenberg T, Rankin N, Hughes C, Walker, J. Supportive care of rural women with breast cancer in Tasmania, Australia: changing needs over time. *Psycho- Oncology* 2008,17(1): 58-65.
93. Daştan NB, Buzlu S. Psikososyal Distres. İçinde: Can G (editör) .*Onkoloji Hemşireliği*. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri; 2015: 551-66.
94. Sadovsky R, Basson R, Krychman M, Morales A, Schover L, Wang R, Incrocci L. Cancer and sexual problems. *Sex Med* 2010, 7(1): 349-73.
95. Flynn E, Reese B, Jeffery D, Abernethy P, Lin L, Shelby R, Weinfurt K. Patient experiences with communication about sex during and after treatment for cancer. *Psycho- Oncology* 2012, 21(6): 594-601.
96. Fobair P, Stewart L, Chang S, D'Onofrio C, Banks P, Bloom R. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology* 2006, 15(7): 579-94.

97. Hordern AJ, Street AF. Communicating about patient sexuality and intimacy after cancer: mismatched expectations and unmet needs. *Med J Aust* 2007, 186: 224–7.
98. Stead ML, Brown JM, Fallowfield L. Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. *Br J Cancer* 2003, 88: 666–71.
99. National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) What Is Complementary and Alternative Medicine? 2010 <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/> Son Erişim Tarihi:27.05.2021.
100. Risberg T, Kolstad A, Bremnes Y, Holte H, Wist E, Mella O, Cassileth R. Knowledge of and attitudes toward complementary and alternative therapies: a national multicentre study of oncology professionals in Norway. *Eur J Oncol Nurs* 2004, 40(4): 529-35.
101. Definition of Complementary and Alternative Medicine CAM according to the National Center for Complementary and Integrative Health.2020. <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health>. Son Erişim Tarihi: 25.05.2021.
102. O'Regan P, Wills T, O'Leary A. Complementary therapies: a challenge for nursing practice. *Nurs Stand Spec Suppl* 2010, 24(21): 35.
103. Moquin B, Blackman R, Mitty E, Flores S. Complementary and alternative medicine (CAM). *Geriatr Nurs* 2009, 30(3): 196-203.
104. Jurisevic, M. Complementary and alternative medicine applications in cancer medicine. *Stud Hist Med Sci* 2020, 5(1): 7-21.
105. Agarwal P, Maroko-Afek A. Yoga into cancer care: A review of the evidence-based research. *Int J Yoga* 2018, 11: 3–29.
106. Bakshi J, Goyal K. Clinical yoga trial aim to improve quality of life at advanced stages of oral cancer. *Sports Med Health Sci* 2021, 5(6): 9.
107. Johnstone PA, Polston GR, Niemtow RC, Martin PJ. Integration of acupuncture into the oncology clinic. *Palliat Med* 2002, 16: 235-9.
108. Tas D, Uncu D, Sendur M, Koca N, Zengin N. Acupuncture as a complementary treatment for cancer patients receiving chemotherapy. *Asian Pac J Cancer Prev* 2014, 15(7): 3139-44.

109. Ezzo J, Streitberger K, Schneider A. Cochrane systematic reviews examine P6 acupuncture-point stimulation for nausea and vomiting. *J Altern Complement Med* 2006, 12: 489-95.
110. Bao Y, Kong X, Yang L. Complementary and alternative medicine for cancer pain: an overview of systematic reviews. *Evid Based Complement Alternat Med* 2014, 16(5):70-396.
111. Buckner CA, Lafrenie RM, Dénoimée JA. Complementary and alternative medicine use in patients before and after a cancer diagnosis. *Curr Oncol* 2018, 25: 275–81.
112. Shareef M, Ashraf MA, Sarfraz M. Natural cures for breast cancer treatment. *Saudi Pharm J* 2016, 24: 233-40.
113. Hann DM, Baker F, Denniston MM, Winter K. Oncology professionals' views of complementary therapies: a survey of physicians, nurses, and social workers. *Cancer Prev Control* 2004, 11(6):404–10.
114. Kurt H, Keşkek Ş, Cil T, Canataroğlu A. Complementary/alternative therapies in patients with breast cancer. *Türk Onkoloji Dergisi* 2013, 28(1):10-5.
115. Molassiotis A, Fernández-Ortega P, Pud D, Ozden G, Scott A, Panteli V, Margulies A, Browall M, Magri M, Selvekerova S, Madsen E, Milovics L, Bruyns I, Gudmundsdottir G, Hummerston S, Ahmad M, Platin N, Kearney N, Patiraki E. Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey. *Ann Oncol* 2005, 16(4): 655–63.
116. De Smet PA. Health risks of herbal remedies: an update. *Clin Pharmacol Ther* 2004, 76: 1–17.
117. Berretta M, Della Pepa C, Tralongo P, Fulvi A, Martellotta F, Llesh A, Nasti G, Fisichella R, Romano C, De Divitiis C, Taibi R, Fiorica F, Di Francia R, Di Mari A, Del Pup L, Crispo A, De Paoli P, Santorelli A, Quagliariello V, Iaffaioli R. Use of Complementary and Alternative Medicine (CAM) in cancer patients: An Italian multicenter survey. *Oncotarget* 2017, 8(15): 24401–14.

118. American Cancer Society. Risks and side effects of dietary supplements. <https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/complementary-and-alternative-medicine/dietary-supplements/risks-and-side-effects.html> Son Erişim Tarihi: 26.06.2021.
119. Rockwell S, Liu Y, Higgins SA. Alteration of the effects of cancer therapy agents on breast cancer cells by the herbal medicine black cohosh. *Breast Cancer Res Treat* 2005, 90: 233–9.
120. Deng G, Frenkel M, Cohen L, Cassileth B, Abrams D, Capodice L, Sagar S. Evidence-based clinical practice guidelines for integrative oncology: complementary therapies and botanicals. *J Soc Integr Oncol* 2009,7(73) :85-120.
121. Hessig R, Arcand L, Frost, M. The effects of an educational intervention on oncology nurses' attitude, perceived knowledge, and self-reported application of complementary therapies. *Oncol Nurs Forum* 2004, 31(1): 71-8.
122. O'Regan P, Wills T, O'Leary A. Complementary therapies: a challenge for nursing practice. *Nurs Stand Spec Suppl* 2010, 24(21): 35-9.
123. Canadian Association of Nurses in Oncology (CANO). Practice Standards and Competencies for the Specialized Oncology Nurse. 2006. http://www.cano-acioca/~ASSETS/DOCUMENT/Practice/CONEP_Standards2006September28_REVISEDFor_20Website.pdf .Son Erişim Tarihi:26.06.2021.
124. Truant TL, Balneaves LG, Fitch MI. Integrating complementary and alternative medicine into cancer care: Canadian oncology nurses' perspectives. *Asia Pac J Oncol Nurs* 2015, 2(4) :205-14.
125. Boyes A, Girgis A, Lecathelinais C. Brief assessment of adult cancer patients' perceived needs: development and validation of the 34-item supportive care needs survey (SCNS-SF34). *J Eval Clin Pract* 2009, 15(4):602–6.
126. Özbayır T, Geçkil ÖS, Aslan A. An adaptation of the short-form supportive care needs survey questionnaire (SCNS-SF 34) into Turkish. *Eur J Breast Health* 2017, 13(4):183–8.
127. Erci B. Attitudes towards holistic complementary and alternative medicine: a sample of healthy people in Turkey. *J Clin Nurs*. 2007,16(4): 761-8.

128. Aksuoğlu A. Kanser Hastaları için Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği'nin Türk Toplumunda Geçerlilik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek lisans tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2015.
129. Ayvat, İ. Ayaktan Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Karşılanmamış Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Yaş Bağlamında İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2019.
130. Boyes AW, Clinton-McHarg T, Waller AE, Steele A, D'Este CA, Sanson-Fisher RW. Prevalence and correlates of the unmet supportive care needs of individuals diagnosed with a haematological malignancy. *Acta Oncol* 2015, 54(4):507-14.
131. Au A, Lam W, Tsang J, Yau K, Soong I, Yeo W, Fielding R. Supportive care needs in Hong Kong Chinese women confronting advanced breast cancer. *Psycho-Oncology* 2013, 22(5): 1144-51.
132. Yildiz V, Atasavun U, Duger T. Screening supportive care needs, compliance with exercise program, quality of life, and anxiety level during the COVID-19 pandemic in individuals treated with hematopoietic stem cell transplantation. *Support Care Cancer* 2021, 29: 4065–73.
133. Sanson- Fisher R, Girgis A, Boyes A, Bonevski B, Burton L, Cook P. Supportive Care Review Group. The unmet supportive care needs of patients with cancer. *Int J Cancer Sci Ther* 2000, 88(1): 226-37.
134. Sodergren S, Wheelwright S, Permyakova N, Patel M, Calman L, Smith P. Supportive care needs of patients following treatment for colorectal cancer: risk factors for unmet needs and the association between unmet needs and health-related quality of life results from the ColoRECTal Wellbeing (CREW) study. *J Cancer Surviv* 2019, 13(6): 899-909.
135. Liao YC, Liao WY, Shun SC. Symptoms, psychological distress, and supportive care needs in lung cancer patients. *Support Care Cancer*, 2011,19(11):1743–51.
136. Morrison V, Henderson BJ, Zinovieff F, Davies G, Cartmell R, Hall A, Gollins S. Common, important, and unmet needs of cancer outpatients. *Eur J Oncol Nurs* 2012, 16 (2):115-23.

137. Jorgensen ML, Young JM, Harrison JD, Solomon MJ. Unmet supportive care needs in colorectal cancer: differences by age. *Support Care Cancer* 2012, 20(6):1275–81.
138. Şipal G. Supportive care needs and the disease acceptance level of hematological cancer patients. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2019.
139. Sarna L, Cooley ME, Brown JK. Quality of life and health status of dyads of women with lung cancer and family members. *Oncol Nurs Forum* 2006, 33:1109–16.
140. Sanders S, Bantum O, Owen J, Thornton A, Stanton A. Supportive care needs in patients with lung cancer. *Psycho-oncology* 2010, 19(5): 480-9.
141. Williamson TJ, Jorge-Miller A, McCannel TA, Beran TM, Stanton AL. Sociodemographic, medical, and psychosocial factors associated with supportive care needs in adults diagnosed with uveal melanoma. *JAMA Ophthalmol* 2018,136(4):356-63.
142. Hunter EG, Gibson RW, Arbesman M, D'Amico M. Systematic review of occupational therapy and adult cancer rehabilitation: Part 2. impact of multidisciplinary rehabilitation and psychosocial, sexuality, and return-to work interventions. *Am J Occup Ther* 2017, 71(2): 253.
143. Parry C, Lomax JB, Morningstar EA, Fairclough DL. Identification and correlates of unmet service needs in adult leukemia and lymphoma survivors after treatment. *J Psychosoc Oncol Res Pract* 2012, 8(5):35-41.
144. Soothill K, Morris S, Harman J, Francis B, Thomas C, McIlmurray M. The significant unmet needs of cancer patients: probing psychosocial concerns. *Support Care Cancer* 2001, 9(8): 597-605.
145. Ramezanzade Tabriz E, Parsa Yekta Z, Shirdelzade S, Saadati M, Orooji A, Shahsavari H, Khorshidi M. Unmet needs in Iranian cancer patients. *Int J Epidemiol Res* 2017,5(6):31-5.
146. Mor V, Allen S, Siegel K, Houts P. Determinants of need and unmet need among cancer patients residing at home. *Health Serv Res Manag Epidemiol* 1992, 27(3): 337–60.

147. Park W, Hwang S. Unmet needs and their relationship with quality of life among women with recurrent breast cancer. *Global J Breast Cancer Res* 2012, 15(4): 454-61.
148. Puts E, Papoutsis A, Springall E, Tourangeau E. A systematic review of unmet needs of newly diagnosed older cancer patients undergoing active cancer treatment. *Supportive Care Cancer* 2012, 20(7) : 1377-94.
149. Butow PN, Bell ML, Aldridge LJ. Unmet needs in immigrant cancer survivors: a cross-sectional population-based study. *Support Care Cancer*, 2013, 21:250–2.
150. Girgis A, Boyes A, Sanson- Fisher W, Burrows S. Perceived needs of women diagnosed with breast cancer: rural versus urban location. *Aust N Z J Public Health* 2000, 24(2): 166-73.
151. Ann Bettencourt B, Schlegel R, Talley A, Molix L. The breast cancer experience of rural women: a literature review. *Psycho- Oncology* 2007, 16(10):875-87.
152. Schlegel J, Manning M, Molix A, Talley A, Bettencourt A. Predictors of depressive symptoms among breast cancer patients during the first year post diagnosis. *J Psychosoc Oncol Res Pract* 2012, 27(3): 277-93.
153. Akechi T, Okuyama T, Endo C, Sagawa R, Uchida M, Nakaguchi T, Furukawa A. Patient's perceived need and psychological distress and/or quality of life in ambulatory breast cancer patients in Japan. *Psycho- Oncology* 2011, 20(5): 497-505.
154. Wang S, Li Y, Li C, Qiao Y, He S. Distribution and Determinants of Unmet Need for Supportive Care Among Women with Breast Cancer in China. *Med Sci Monit* 2018, 24: 1680–7.
155. Somjai A, Chaipoom A. Psychosocial needs of women with cancer of the reproductive system: A comparison of buddhist and muslim patients in Thailand. *Ment Health Relig Cult* 2006, 9: 379–88.
156. Şim EJ, Mehnert bir, Koyama bir, Ço SJ, Eskimo H, Paik NS. Meme kanserinde sağlıkla ilgili yaşam kalitesi: Alman, Japon ve Güney Koreli hastalarda kültürler arası bir araştırma. *Meme Kanseri Tedavisi* 2006,5(6): 341-50.

157. Şensoy N, Özdiñç Ş, Yılmaz O, Çetin M, Tola D. Dođantekin P, Erden B. Üniversite hastanesine başvuran hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımına yönelik tutum ve davranışları. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 2020, 21(3): 258-63.
158. Öztürk R, Şatır DG, Sevil Ü. Jinekolojik kanserli hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım durumları ve tutumlarının incelenmesi. *Gaziantep Med J* 2016, 22(3): 141-7.
159. Toygar I, Yeşilbalkan Ö, Kürkütü M, Aslan A. Complementary and alternative medicines used by cancer patients to cope with chemotherapy-induced constipation. *Complement Ther Clin Pract* 2020, 39: 101-8.
160. Kwon H, Lee C, Lee A, Kim Y, Kang H, Rha Y. Behaviors and attitudes toward the use of complementary and alternative medicine among Korean cancer patients. *Cancer Res Treat* 2019, 51(3): 851.
161. Horneber M, Bueschel G, Dennert G, Less D, Ritter E, Zwahlen M. How many cancer patients use complementary and alternative medicine: a systematic review and metaanalysis. *Integr Cancer Sci Ther* 2012, 11(3): 187-203.
162. Posadzki P, Watson K, Alotaibi A, Ernst, E. Prevalence of use of complementary and alternative medicine (CAM) by patients/consumers in the UK: systematic review of surveys. *Wits J Clin Med* 2013, 13(2): 126.
163. Algier L, Hanoglu Z, Özden G, Kara F. The use of complementary and alternative (non-conventional) medicine in cancer patients in Turkey. *Eur J Oncol Nurs* 2005, 9(2): 138-46.
164. Akyuz A, Dede M, Cetinturk A, Yavan T, Yenen C, Sarici U, Dilek S. Self-Application of Complementary and Alternative Medicine by Patients with Gynecologic Cancer. *Gynecol Obstet Invest* 2007, 64(2): 75–81.
165. Abdalla M, Ali, A, Loong L. The use of complementary and alternative medicine (CAM) among cancer patients at a tertiary hospital in Malaysia. *BMC Complement Med Ther* 2020, 50: 102-343.
166. Doğanay S, Guzel D, Öztürk D, Tanyeli A. Complementary and alternative medicine: understanding, attitude and usage among Turkish health sciences and medical students. *J Contemp Med* 2018, 8(1):48-54.

167. Al-Faris E, Al-Rowais N, Ashry G, Al-Rukban M, AlKurdi A, Al-Noor M. Prevalence and pattern of alternative medicine use: The results of a household survey. *Ann Saudi Med* 2008, 28(1): 4–10.
168. Kavadar G, Demir E, Aytekin E, Akbal Y. Use of traditional and complementary medicine for musculoskeletal diseases. *J Exp Clin Med* 2019, 49(3): 809-14.
169. Tokem Y, Aytemur A, Yildirim, Y, Fadiloglu C. Investigation into the use of complementary and alternative medicine and affecting factors in Turkish asthmatic patients. *J Nurs Healthc Chronic Illn* 2012, 21(5- 6): 698-707.
170. Wells M, Sarna L, Cooley M, Brown J, Chernecky C, Williams, Danao L. Use of complementary and alternative medicine therapies to control symptoms in women living with lung cancer. *Cancer Nurs* 2007,30(1): 45-55.

EK-2. Kişisel Bilgi Formu

Kanser Hastalarının Destekleyici Bakım Gereksinimleri ile Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Değerli katılımcılar.

Bu çalışma, Kanser Hastalarının Destekleyici Bakım Gereksinimleri ile Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi amacıyla yapılmaktadır. Vereceğiniz bilgiler gizli kalacaktır ve araştırmanın amacına uygun istatistikî değerlendirme dışında hiçbir amaçla kullanılmayacaktır. Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

Hanife ÇELİK

Yüksek Lisans

Öğrencisi

İnönü Üniversitesi

1. Kaç yaşındasınız?.....

2. Cinsiyetiniz nedir?

Kadın Erkek

3. Medeni durumunuz nedir?

Evli Bekar Boşanmış

4. Yaşadığınız yer neresidir?

İl İlçe Köy

5. Eğitim düzeyiniz nedir?

Okuryazar değil Okuryazar İlkokul Lise Üniversite Yüksek lisans-Doktora

6. Mesleğiniz nedir?

İşçi Serbest meslek Memur İşsiz Emekli Ev hanımı

Öğrenci Diğer

7. Algıladığınız gelir seviyesi nedir?

Düşük Orta Yüksek

8. Aile tipiniz nedir?

Çekirdek aile Geniş aile Parçalanmış aile Diğer

9. Birlikte yaşadığınız kişiler kimlerdir?

Yalnız yaşıyorum.

Anne / baba / kardeşlerle birlikte yaşıyorum.

Eşimle / çocuklarımla birlikte yaşıyorum.

Diğer: (Açıklayınız)

10) Tanınız nedir?

11) Hastalığınız evresi nedir?

12) Tanınız ne kadar süre önce konuldu?

0 - 6 ay önce 6 ay- 1 yıl önce 1 – 3 yıl önce 4 yıl üzeri

13) Hangi tedavileri aldınız/alıyorsunuz?

Kemoterapi Radyoterapi Kemoterapi +Radyoterapi
 Cerrahi + Kemoterapi Cerrahi + Radyoterapi + Kemoterapi

14) Alınan kür sayısı

15) Bakımınızda destek alıyor musunuz?

Evet Hayır

16) Bakımda destek alınan kişiler?

Eşi Eşi ve Çocukları Anne Baba Diğer aile bireyleri

Diğer... (Bakıcı vs.)

16. Kendiniz için herhangi bir tamamlayıcı alternatif tedavi kullandınız mı/kullanıyor musunuz?

a) Evet b)Hayır

17)Alternatif Tedavi Yöntemlerinden hangisini kullanıyorsunuz?

Bitkisel/Besinsel Yaklaşımlar Yaklaşımlar (Isırgan otu. Çörekotu, Bal, Anzer balı, Karadut Pekmezi vs.)

Ruhsal Yaklaşımlar (Meditasyon .Egzersiz. Akapunktur vs.)

Dinsel Yaklaşımlar (Namaz .Dua .Muska vs.)

EK-3. Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği (DBGÖ)

Bu ölçek, hastalığınız nedeniyle ortaya çıkan ihtiyaçlarınızın karşılanıp karşılanmadığını öğrenmek için hazırlanmıştır. Böylece hastalık tanısı konmuş kişilere yönelik hizmetlerin daha iyi planlanabilmesi amaçlanmaktadır. Aşağıdaki maddelerde geçtiğimiz ay içerisinde hastalığınız nedeniyle, sorulan konuyla ilgili yardıma ihtiyaç duyup duymadığınızı belirtiniz. Geçtiğimiz ay içerisinde ne düzeyde yardıma ihtiyaç duyduğunuzu en iyi şekilde açıklayan rakamı yuvarlak içine alınız. Seçim yapmanız gereken 5 muhtemel yanıt bulunmaktadır:

| | |
|---------------------------------------|---|
| İHTİYAÇ YOK | 1 Benimle ilgili değil – Bu konuda hastalığımın kaynaklanan herhangi bir sorun yaşamadım. |
| 2 Memnun | – Bu konuda yardıma ihtiyaç duydum, fakat ihtiyacım o dönemde karşılandı. Durumdan memnun olma, sıkıntı duymama |
| 3 Düşük İhtiyaç | – Bu konu nedeniyle endişe/ rahatsızlık duydum. Ek yardıma çok az ihtiyaç duydum. |
| İHTİYAÇ 4 Orta Düzeyde İhtiyaç | – Bu konu nedeniyle endişe/ rahatsızlık duydum. VAR Ek yardıma biraz ihtiyaç duydum. |
| 5 Yüksek İhtiyaç | – Bu konu nedeniyle endişe/ rahatsızlık duydum. Ek yardıma oldukça fazla ihtiyaç duydum. |

| Geçen ay içerisinde, aşağıda yer alan seçeneklere ilişkin hangi desteğe ne düzeyde ihtiyacınız oldu? | | | | | |
|--|------------------------|--------------------|----------------------|------------------------|--------------------------|
| | Benim için uygun değil | Benim için yeterli | Biraz ihtiyacım oldu | Oldukça ihtiyacım oldu | Çok fazla ihtiyacım oldu |
| 1. Ağrı | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Güçsüzlük/ yorgunluk | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Çoğu zaman iyi hissetmeme | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Ev işi yapma | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Önceden yapabildiğiniz işleri yapamama | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Kaygı/Endişe | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Morali bozuk ya da depresif hissetme | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Üzgün hissetme | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Kanserin yayılacağı korkusu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Tedavi sonuçlarının kontrolünüzün dışında olacağı endişesi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 11. Gelecek hakkında belirsizlik | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Durumunuzu kontrol altına almayı öğrenme | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Ölüm ve ölüme ilişkin hisler | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Cinsel duygularda değişme | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Cinsel ilişkide değişme | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Sağlık personelinin hissettiğiniz duyguların normal olduğunu onaylaması | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Hastane çalışanlarının fiziksel ihtiyaçlarınıza hemen cevap vermesi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Hastane çalışanlarının hislerinize ve duygusal ihtiyaçlarınıza duyarlılık göstermesi ve bunları kabul etmesi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Bakımınızla ilgili önemli konular hakkında yazılı bilgi verilmesi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Evinizde hastalığınız ve yan etkileri ile baş edebilmeniz için size bilgi verilmesi (yazılı, şema, çizimler) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Bilgi verilmesini beklediğiniz testler hakkında size açıklama yapılması | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Tedavinizi seçmeden önce yararları ve yan etkileri hakkında yeterince bilgilendirilme | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Test sonuçlarınız hakkında en kısa sürede bilgilendirme | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Kontrol altına alınmış veya iyileşmekte olan hastalık hakkında bilgilendirilme | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. İyileşmek için kendi kendinize yapabileceğiniz şeyler hakkında bilgilendirilme | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Siz, aileniz ve arkadaşlarınızın ihtiyaç duyduğunda profesyonel danışmanlık alabilmesi (ör. psikolog, sosyal hizmet uzmanı, danışman, uzman hemşire) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Cinsel ilişki hakkında | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| bilgilendirilme | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 28. Mümkün olduğu kadar fiziksel açıdan güzel bir hastane veya klinikte tedavi görme | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Durumunuz, tedaviniz ve takibiniz hakkındaki tüm konuları konuşabileceğiniz bir sağlık çalışanın olması | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |



EK-4. Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği (BTATÖ)

Bu bölümde, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı ilişkin bazı ifadelere yer verilmiştir.

Lütfen bu bölümdeki ifadeler ne ölçüde katılıp katılmadığınızı (X) işareti ile belirtiniz.

| Ölçek soruları | Tamamen Hem Fikirim | Hem Fikirim | Biraz Hem Fikirim | Biraz Hem Fikirim | Hem Fikirim Değilim | Tamamen Hem Fikirim Değilim |
|---|---------------------|-------------|-------------------|-------------------|---------------------|-----------------------------|
| 1. Pozitif düşünmek küçük hastalıkları yenmenize yardımcı olabilir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Tamamlayıcı tıp klasik doktorlarca kabul edilmeden önce daha bilimsel testlere tabi tutulmalı. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. İnsanlar stresli olduklarında vücutları halihazırda bununla yeteri kadar uğraştığı için kendi hayat tarzları ile ilgili diğer konulara daha fazla dikkat etmeleri önemli hale gelir (yani sağlıklı beslenme) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Tamamlayıcı tıp insanların tam bir tedavi almasını önleyerek tehlikeli olabilir. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. Bir hastalığın bulguları depresyon nedeniyle daha da artabilir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Tamamlayıcı tıp yalnızca geleneksel tıp hiç bir çözüm sunmadığı zaman son çare olarak kullanılabilir. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. Eğer insanlar bir dizi stresli olay yaşarsa muhtemelen hasta olurlar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. Doktora gitmeden önce tamamlayıcı tıp denemeye değer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. Tamamlayıcı tıp yalnızca küçük rahatsızlıklarda kullanılmalı daha ciddi hastalıkların tedavisinde kullanılmamalı. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. Sağlıklı olmak için çalışma ve dinlenme arasında denge kurmak önemlidir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Tamamlayıcı tıp vücudun kendi savunmasını güçlendirerek kalıcı tedaviye yardım eder. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

EK-5. Gönüllü Onam Formu

Sizi ‘Kanser Hastalarının Destekleyici Bakım Gereksinimleri ile Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi’ başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkına sahiptir. **18 yaşının altındaki Katılımcı/Gönüllülerin. Velayet veya Vesayetindeki yasal temsilcilerine gerekli açıklamalar yapılarak bilgilendirildi.** Çalışma için gerekli İzin/Onam alındı. **Çalışmaya katılmanız, soruları yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam/onay verdiğiniz anlamına gelmektedir.** Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen **Araştırma amacı** ile kullanılacaktır. **Araştırma yayınlansa bile isminiz ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli kalacak ve 3. Bir şahısa verilmeyecektir.**

| ARAŞTIRMACI | | İMZASI/TARİH |
|------------------------------------|--------------|--------------|
| <i>ADI-SOYADI</i> <i>GÖREVİ</i> | HANİFE ÇELİK | |
| <i>ADRES</i> | | |
| <i>TELEFON</i> | | |
| <i>TARİH</i> | | |

| GÖNÜLLÜ | | İMZASI/TARİH |
|-------------------|--|--------------|
| <i>ADI-SOYADI</i> | | |
| <i>ADRES</i> | | |
| <i>TELEFON</i> | | |
| <i>TARİH</i> | | |

