

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM-KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

MEME KANSERİ HASTALARININ
TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİ
KULLANIM DURUMLARI

GÖZDE DEMİRSOY
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Hilmiye AKSU
Doç. Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA

AYDIN-2016

KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı programı çerçevesinde ‘Gözde Demirsoy’ tarafından hazırlanan ‘Meme Kanseri Hastalarının Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanım Durumları’ başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 12.01.16

İmza

Üye (Tez Danışmanı): Doç. Dr. Hilmiye AKSU

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

Üye (Tez Danışmanı): Doç. Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ

Üye : Doç. Dr. Sevgi ÖZSOY

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

Üye : Doç. Dr. Emre YANIKKEREM

CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ

Üye : Yrd. Doç. Dr. Emine ŞEN

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

ONAY:

Bu tez Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsününtarih vesayılı oturumunda alınannolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

İMZA

Enstitü Müdürü

Prof. Dr. Ahmet CEYLAN

TEŞEKKÜR

Bu araştırmaya karar verme, planlama ve yürütme süresince her türlü yardım ve fedakârlığı sağlayan, bilgi, tecrübe ve güler yüzü ile çalışmama ışık tutan, ayrıca bu periyotta kendimi geliştirmeye yönelik ve bir kaç adım ileride olmamı sağlayan, çalışmamın yöneticisi Sayın hocalarım Doç. Dr. Hilmiye AKSU ve Doç. Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA'ya, teşekkürlerimi sunarım.

Ek olarak tezimin hazırlanması sırasında beni cesaretlendiren ve manevi destek sağlayan değerli arkadaşlarıma teşekkürü bir borç bilirim. Bu çalışmayı, yetiştirmemde emeği geçen ve benden maddi, manevi hiçbir desteği esirgemeyen, sürekli yanımda olduklarını bildiğim aileme ithaf ederim.

Çalışma verilerimin bilime katkı sağlamasını ve başka araştırmaların önünü açmasını umut ediyorum.

Gözde DEMİRSOY

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR	v
TABLolar DİZİNİ	vi
EKLER DİZİNİ	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler	6
2.1.1. Alternatif Tıp Sistemleri.....	7
2.1.2. Zihin Beden Tıbbı.....	10
2.1.3. Biyolojik Temele Dayalı Terapiler.....	12
2.1.4. Manipülatif ve Vücut Temelli Yöntemler	16
2.1.5. Enerji Terapileri.....	17
2.2. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavilerle İlgili Yasal Durum	19
2.3. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavilerin Kullanım Sıklığı.....	20
2.4. Meme Kanseri	22
2.5. Meme Kanserinde Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanımı	22
2.6. Hemşirelik ve Tamamlayıcı Alternatif Tedaviler.....	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1. Araştırmanın Tipi	25
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	25
3.3. Araştırmanın Zamanı	25
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	26
3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	26
3.6. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	27
3.7. Veri Toplama Aracı	27
3.8. Ön Uygulama.....	27
3.9. Verilerin Toplanması.....	28

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi.....	28
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	28
3.12. Araştırmanın Etiği	28
4. BULGULAR	29
4.1. Meme Kanseri Olan Kadınların Tanıtıcı Özellikleri	29
4.2.Meme Kanseri Kadınların Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanım Durumları ve Kullanımlarına İlişkin Bilgi ve Düşünceleri.....	31
4.3. Meme Kanseri Olan Kadınların TAT Kullanımını Etkileyen Faktörler.....	39
5. TARTIŞMA.....	45
5.1. Meme Kanseri Olan Kadınların Tanıtıcı Özellikleri	45
5.2. Meme Kanseri Olan Kadınların Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanım Durumları ile Kullanımlarına İlişkin Bilgi ve Düşünceleri.....	46
5.3. Meme Kanseri Olan Kadınların TAT Kullanımını Etkileyen Faktörler.....	52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	54
6.1. Sonuçlar	54
6.2. Öneriler.....	55
KAYNAKLAR.....	57
EKLER	67
ÖZ GEÇMİŞ.....	84

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ADMT, UK: Association for Dance Movement Psychotherapy, United Kingdom

BKİ: Beden Kitle İndeksi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

KGO: Kapsam Geçerlilik Oranı

M.Ö: Milattan Önce

M.S: Milattan Sonra

NCCAM: National Center for Complementary and Alternative Medicine

SB: Sağlık Bakanlığı

SPSS: Statistical Paskage for the The Social Sciences Version

TAT: Tamamlayıcı Alternatif Tedaviler

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

WHO: World Health Organization

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1:	Meme Kanseri Olan Kadınların Tanıtıcı Bilgileri	32
Tablo 2:	Meme Kanseri Olan Kadınların Hastalığın Seyri ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı	33
Tablo 3:	Meme Kanseri Olan Kadınların TAT Uzmanına Gitme Durumlarına Göre Dağılımları	34
Tablo 4:	Meme Kanseri Olan Kadınların TAT Yöntemi Kullanma Durumlarına Göre Dağılımları.....	36-37
Tablo 5:	Meme Kanseri Olan Kadınların TAT Kullanım Nedenleri, TAT Kullanım Sonuçları ve Yaşadıkları Sorunlara Göre Dağılımları	38
Tablo 6:	Meme Kanseri Olan Kadınların TAT Yöntemlerine İlişkin Bilgi Kaynakları ve Temin Edilen Yerlerinin Dağılımı	39
Tablo 7:	Meme Kanseri Olan Kadınların TAT Kullanım Bilgilerini Sağlık Personeli ile Paylaşma Durumlarına Göre Dağılımları	40
Tablo 8:	Meme Kanseri Olan Kadınların TAT'a Yönelik Danışmanlık İstek ve Gereksinimlerinin Dağılımı	41
Tablo 9:	Meme Kanseri Olan Kadınların Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin TAT Kullanımına Göre Dağılımı	42
Tablo 10:	Meme Kanseri Olan Kadınların Hastalığın Seyri ile İlgili Özelliklerinin TAT Kullanımına Göre Dağılımı	43
Tablo 11:	Meme Kanseri Olan Kadınların Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin TAT Uzmanına Gitme Durumuna Göre Dağılımı	44
Tablo 12:	Meme Kanseri Olan Kadınların Hastalığın Seyri ile İlgili Özelliklerinin TAT Uzmanına Gitme Durumuna Göre Dağılımı	45
Tablo 13:	Meme Kanseri Olan Kadınların Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Şu anda TAT Kullanımına Göre Dağılımı	46
Tablo 14:	Meme Kanseri Olan Kadınların Hastalığın Seyri ile İlgili Özelliklerinin Şu anda TAT Kullanımına Göre Dağılımı	47

EKLER DİZİNİ

Ek 1. Soru formu	67
Ek 2. Kanserve Dans Derneği Yönetim Kurulu İzin Yazısı.....	78
Ek 3. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı Ön Onayı	79
Ek 4. Bilgilendirilmiş Olur Metni	81
Ek 5. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı Son Onayı	83

ÖZET

MEME KANSERİ HASTALARININ TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİ KULLANIM DURUMLARI

Demirsoy G. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum- Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2015.

Meme kanserinin sık görülmesi, düşük sağ kalım oranı, tıbbi tedavilerin getirdiği pek çok yan etki ve kadınların sağlık arama davranışlarının fazla olması, tamamlayıcı ve alternatif tedavilere (TAT) yönelik ilgiyi artırmıştır. Ülkemizde meme kanseri hastalarının TAT yöntemlerine sıklıkla başvurdukları, ancak kullanma sıklıkları ve yaşadıkları sorunlar ile gereksinimlerine yönelik sınırlı çalışmaların bulunduğu dikkati çekmektedir. Bu araştırma, meme kanseri hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma durumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Tanımlayıcı tipte yapılan bu araştırmanın evrenini kanserle ilgili bir derneğe üye olan meme kanseri teşhisi almış 518 dernek üyesi oluşturmuştur. Soru formunu doldurmayı kabul eden 437 üye araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Veriler araştırmacı tarafından geliştirilen 28 adet sorudan oluşan soru formu aracılığı ile internet üzerinden toplanmıştır. Veriler, tanımlayıcı istatistikler ve Ki-Kare analizi ile değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların çoğunun 40-49 yaş grubunda, üniversite mezunu, evli, gelir-giderlerinin denk ve meme kanserinin ikinci evresinde oldukları saptanmıştır. Araştırmaya katılan kadınların %48,7'sinin TAT yöntemleri kullandığı saptanmıştır. Evli, 40-49 yaş grubunda, gelir - gider durumları denk, hastalığının ikinci evresinde ve eğitimi durumu yüksek olan kadınların geçmişte ve şu andaki TAT kullanma oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Meme kanseri teşhisi sonrası en çok bitkisel yöntemlerin (%34,8) kullanıldığı ve TAT kullanıcılarının hepsinin bir bitkisel yöntem kullandıkları görülmüştür. Kadınlar TAT yöntemlerini en çok semptomları önlemek amacıyla kullandıkları ve %69,9 oranında iyileşme sağladığı saptanmıştır. Katılımcılar TAT yöntemlerine ilişkin bilgi ve tavsiyeleri en çok aile bireyleri (%29,6) ve kendi bilgilerinden (%29,6) edinmişlerdir. Kadınlar TAT kullanırken en çok maliyet konusunda, tedaviyle ilgili tereddütler yaşama ve TAT yöntemleri ile ilgili yeterli bilgiye ulaşamama gibi sorunlar yaşadıklarını bildirmişlerdir.

Hastaların %56,3'ü kullandığı TAT yöntemini sağlık personeli ile paylaşmamıştır, ancak, tedavi sürecinde TAT'a yönelik danışmanlık almak istedikleri saptanmıştır.

Sonuç olarak hastaların büyük bir çoğunluğunun pek çok TAT yöntemi kullandığı, yaş, eğitim, gelir ve hastalığın evresi arttıkça TAT kullanımının arttığı ve yaklaşık olarak yarısının kullandığı TAT yöntemini sağlık personeli ile paylaşmadığı saptanmıştır. Sağlık personelinin meme kanseri olan kadınların TAT kullanım durumlarını sorgulamaları, paylaşımlarını artıracak uygun ortam ve fırsat yaratmaları ve yeterli düzeyde danışmanlık vermeleri, ayrıca hastaları yönlendirebilmek için yeterli bilgiye sahip olmaları gerekmektedir.

Anahtar sözcükler; Meme Kanseri, Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi, Destekleyici Terapiler, Alternatif Tıp, Hemşirelik

ABSTRACT

USAGE OF COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE THERAPIES IN BREAST CANCER PATIENTS

**Demirsoy G. Adnan Menderes University Institute of Health Sciences Obstetrics and
Gynecology Nursing Master's Thesis, Aydın, 2015.**

Frequent occurrence of breast cancer, low survival rate, many side effects of treatments and women's health-seeking behavior have caused to increase the usage of complementary and alternative therapies (CAM). In Turkey, breast cancer patients often resorted to CAM methods, but they are tested by limited studies and gain results which do not answer well how frequently they were used and problems were experienced. In this study, we aimed to determine the usage of complementary and alternative treatments in breast cancer patients.

This descriptive study that took the data from total 518 members who got breast cancer diagnosis of an association with cancer. We did not do sampling, but we only reached 437 members who agreed to fill out the questionnaire. Datas were taken by the questionnaire consisting of 28 questions were developed by the researchers and collected via the Internet. Data were analyzed with descriptive statistics and chi-square analysis.

It was determined that the majority of women who participating was in the 40-49 age group, married, graduated from university, income and expenses were equivalent and in stage 2. Mostly biological approaches after diagnostic were preferred. 48.7% of women were reported that they used CAM. In the 40-49 age group, married, equivalent income and expenses and patients with second phase in breast cancer use CAM in the past and now higher than the other groups. The most used CAM method was herbal products for treatment. All the CAM users have used at least one herbal method. Women who were in the survey mostly used CAM because of preventing from symptoms. 70% of women also expressed that it partially allowed their recovery. Women got advices and recommandations about CAM methods from their family members (29.6%) and their knowledge (29.6%).The women participating in this study had problems with its costs, conflicting with the treatment and problems such as difficulty to reach more information about methods and lack of access the

methods. 56.3% of CAM users did not share their situation about CAM with health professionals during their treatments, but they also expressed that they would like to receive counseling about CAM methods during treatment.

As a result, the majority of breast cancer patients used many CAM methods. If the factors which are age, education, stage and income increase, using CAM also increases and approximately half of the patients did not share using CAM with their medical staff. Medical staff who take care of breast cancer patients need to question the status of CAM use, find out a way them to share their status, give adequate consulting and also must have sufficient information to guide patients.

Key words: Breast Cancer, Complementary Alternative Medicine, Complementary Therapies, Alternative Medicine, Nursing

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Son yıllarda kadınlarda meme kanseri insidansı %20 oranında artmıştır. Dünyada kanser olan her dört kadından biri meme kanseridir. İnsidans, gelişmiş bölgelerde yüz binde 40'a ve Avrupa ülkelerinde 89,7'ye yükselmiştir (GLOBOCAN, 2008). Bununla birlikte Güney Amerika'da 2008'de yüz binde 80'lerde olan oran 2012'de yüz binde 92'ye çıkmıştır (Coleman ve ark, 2008; WCRF, 2012), İsveç ve Japonya'da %60 ve gelir düzeyi az olan ülkelerde de %40, Afrika ülkelerinde yüz bin kadında 19,3 civarındadır (Coleman ve ark, 2008; GLOBOCAN, 2008). Meme kanserinden ölümlerin ise %14 oranında arttığı, dünyada 2011 yılında 508000 kadının meme kanseri nedeniyle öldüğü belirtilmektedir (WHO, 2013). Türkiye'de ise kadınlarda meme kanseri en sık görülen ilk 10 kanser arasında %40,6 ile birinci sırada olup yer almakta ve %53,6 oranında sağ kalım oranı bulunmaktadır (T.C. Halk Sağlığı Kurumu, 2014).

Meme kanserinin sık görülmesi, sağ kalım oranının düşük olması, tıbbi tedavilerin getirdiği pek çok yan etki ve kadınların sağlık arama davranışlarının fazla olması, tamamlayıcı ve alternatif tedavilere (TAT) yönelik ilgiyi artırmıştır (DiGianni, 2002; Liao ve ark, 2013). Tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım oranları ülkeden ülkeye değişiklik göstermekle birlikte, genel olarak meme kanseri tanısından sonra arttığı ve yüzlerce yıldır kullanıldığı bildirilmektedir (DiGianni, 2002; Molassiotis, 2005, Liao ve ark, 2013). Avrupa'da TAT en çok İtalya (%73,3), Çek Cumhuriyeti (%58,6), Türkiye (%58,3), İsviçre (%52,6) ve Belçika'da (%45,8) TAT yöntemleri kullanılmaktadır (Molassiotis, 2005). Bununla birlikte TAT Çin'de %70, Kanada'da %70,4, Şili'de %71, Malezya'da %88,9 (Siti ve ark, 2009), Afrika'da %80 ve Amerika'da %41,2 oranında kullanılmaktadır (Bodeker, 2002). Kanser sonrasında TAT kullanma oranının %36 (%15-73 arasında değişen aralıkta) olduğu belirtilmektedir, bununla birlikte (Boon, 2000; Richardson, 2000; Molastosis ve ark, 2005) meme kanserinden sonra ise Çin'de %98 (Yong, 2004)'e varan oranlarda kullanımı dikkati çekmektedir. Kanserli hastaların %98'e varan oranlarda TAT uygulamalarından en az bir tanesini kullandığı (Boon, 2000; Richardson, 2000; Yong, 2004) ve %72'sinin teşhisten 2-4 ay sonra, özellikle de ilerlemiş evrede en az bir kez TAT kullandıkları belirtilmektedir (Liao, 2013).

Meme kanseri hastaları TAT'ları; semptomları önlemek (%4,7), metastazı önlemek (%7,9), immun sistemi güçlendirmek (%12-63), kanseri tedavi etmek (%81,5-62,6) için kullanmakla beraber (Boon, 2000; Cui ve ark, 2004),%53'ü yaşam kalitesini yükseltmek, %42,5'i tekrar etmesini önlemek, %37,9'u yaşamını kontrol altında tutabilme duygusunu yaşamak, %37,9'u medikal tedaviyi verimli hale getirmek, %42,2'si duygusal iyilik halini sağlamak (Molassiotis ve ark, 2006), %21'i tedavinin yan etkilerinden korunmak, %17,4'ü şundaki durumunu stabilize etmek ve %5'i medikal tedavinin başarısız olması durumunda kompanze etmek için (Boon, 2000; Cui ve ark, 2004) kullanılmaktadırlar. Tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin yoğun olarak kullanıldığı Çin'de en yaygın kullanım sebebi, kanseri tedavi etmek olarak bildirilmektedir (Yong, 2004). Türkiye'de ise tedavinin yan etkilerinden korunmak, tıbbi tedaviden önce semptomları iyileştirmek, bağışıklık sistemini güçlendirmek, kan değerlerini yüksek tutmak, tedavinin etkisini güçlendirmek, tedavinin yan etkilerini azaltmak, kendisini iyi hissetmek, hastalığının ilerlemesini önlemek, psikolojik olarak rahat hissetmek ve çaresizlik için kullanıldığı bildirilmektedir (Çetingöz, 1998; Akbulut, 2009; Can, 2009).

Dünya Sağlık Örgütü, dünya nüfusunun %70-80'inin temel sağlık hizmetleri uygulamalarında bitkisel ürünlerden yararlandıklarını bildirmektedir (Chan, 2003). Afrika ülkelerinin de bu gibi ürünlerin kullanımını %80'lere ulaştırmaktadır (WHO, 2002). Malezya'da 6947 erişkin birey arasında yapılan bir çalışmada, katılımcıların %29,6'sının bitkisel ürün kullandığı saptanmıştır (Siti ve ark, 2009).

Meme kanseri hastalarının TAT yöntemi seçiminde pek çok farklılık bulunmaktadır. Afrika-Amerikalı kadınlar spiritual teknikleri (%36), Amerikalılar diyet değişikliklerini (%38,8) (Krosch, 2010), Latinler diyet değişiklikleri (%30) ve spiritual teknikleri (%26) (Lee, 2000), Çinliler, Çin tıbbını (%86,7), bitkisel tedavi (%22) ve fiziksel egzersiz olarak yavaş hareketlere sahip Tai Chi, Qi gong gibi egzersizleri (Yong, 2004), ülkemizdeki kadınlar ise bitkisel içerikli tedavileri tercih etmektedirler (%62) (Yavuz, 2007; Kurt, 2013).

Avrupa'da meme kanseri teşhisinden önce 31 farklı TAT yöntemi kullanılırken, meme kanseri teşhisinden sonra 29 farklı TAT yöntemi kullanıldığı belirtilmiştir. Tedavi süresince 25 farklı TAT yönteminin kullanımına devam edildiği eklenmiştir. Bitki kullanımını teşhisten sonra %180, vitamin ve takviye kullanımı %300 artış göstermiş, manipülatif tedaviler ise keskin bir düşüş göstermiştir (Molassiotis, 2005). Meme kanserinde en çok kullanılan bitkiler arasında ekinezya (%49,3), bitkisel çaylar (%35,5) ve ginseng (%22,1, %62,9) yer almaktadır (Yong, 2004; Huiyan Ma, 2011). Meme kanserinde kullanılan diğer bitkisel takviyeler

arasında Danggui (Angelice Sinensis) ve Ren Shen (Ginseng), zerdeçal, ısırgan, üzüm çekirdeği, çörek otu ve sarımsak yer almaktadır (Can, 2009; Liao, 2013).

Meme kanseri teşhisi sonrasında hastalar hayatlarında bazı değişikliklere gitmektedirler. Bunlar haftada bir gün fiziksel aktivite, diyet değişiklikleri, sakin ve stressiz bir yaşam tarzı ve kendine daha çok vakit ayırmadır (Templeton ve ark, 2013). Hastalar bu yaşam tarzına uyum sağlamak için birçok destek terapileri kullanmaktadırlar. Yapılan diyet değişiklikleri arasında sebze/meyve ağırlıklı beslenme (%80), dengeli beslenme (%61), yağdan fakir diyet (%60) ve organik beslenme (%49) gibi uygulamalar bulunmaktadır (Templeton ve ark, 2013).

Bunların yanı sıra hastalar fiziksel tedavi yöntemlerini de tercih etmektedirler. Yapılan bir çalışmada meditasyon, medikal Qi gong kullanımının, ayrıca homeopatinin bir sene boyunca kullanılmasının genel sağlık durumunda ve kalitesinde anlamlı bir fark yarattığı saptanmıştır (Shneerso, 2013). Aynı zamanda yaşam kalitesini artırmak ve konforu en çok bozan ağrıyı azaltmak için yapılan masajların fiziksel ve duygusal açıdan yararlı olduğu bulunmuştur. Ayrıca, destek gruplarında kendini ve korkularını ifade eden metastazlı hastaların kontrol grubuna göre 18 ay daha fazla yaşadığı saptanmıştır (Molassiotis, 2005). Bir çalışmada TAT'ların yaşam süresine etkisinin olmadığı daha çok psikolojik açıdan yarar sağladığı belirtilmektedir (Molassiotis, 2005).

Meme kanseri hastaları TAT'lar konusunda bilgiye ihtiyaç duymaktadırlar. Bir çalışmada meme kanseri teşhisi öncesinde %44 olan bilgi alma isteğinin teşhis sonrası %53'e yükseldiği bildirilmektedir (Templeton, 2013). Meme kanseri hastalarının TAT'lar konusunda bilgi ve danışmanlık gereksinimlerinin olduğu, ancak bu konuda sağlık personelinin danışmanlık almadıkları belirtilmektedir. Bu nedenle kadınların TAT yöntemlerini genellikle arkadaş ya da aile bireylerinden öğrendikleri vurgulanmaktadır (Boon, 2000; Yavuz, 2007; Bilge, 2010). Ayrıca, hastaların hekimiyle kullandığı TAT'ları paylaşma durumu %33-46,4 oranında değişmektedir (Boon, 2000; Yıldız, 2006; Vidal ve ark, 2013). Bunların yanında hemşire ve hekimler de TAT'ların önemli riskleri olduğunu düşünmektedir. Hemşireler TAT yöntemlerinin en fazla organ yetmezlikleri/ilaç etkileşimleri/toksisite (%28,2), modern tedaviden uzaklaşma/modern tedavi için geç kalma/zaman kaybı (%24,2) ve hastalık seyrinin ağırlaşması (%20,2) gibi riskleri olduğunu bildirirken, hekimler organ yetmezlikleri/ilaç etkileşimleri/toksisite (%38,6), modern tedaviden uzaklaşma/modern tedavi için geç kalma/zaman kaybı (%25) ve maddi sömürü (%14,6) gibi riskleri olduğunu düşünmektedirler (Bal, 2009). Hemşirelerin TAT konusundaki bilgileri sorgulandığında ise sorulan sorulara

ancak %51'inin doğru yanıt verdiği (Mahana, 2011) ve bilgilerinin düşük/orta olduğu bildirilmektedir (Dekeyser, 2001).

Hastaların TAT konusunda uygun danışmanlık hizmeti almamaları, tedaviler sırasında kullandıkları TAT yöntemlerini sağlık personeliyle paylaşmamaları ve sağlık personelinin de bilgisinin yetersiz olması nedeniyle hastalarda karaciğerde taksisine, KPD (Kan Pıhtılaşma Düzeyi) artışı veya azalması, hipoglisemi, ilaç etkileşimleri, alınan tedavi ile etkileşimleri ve kanama gibi çeşitli problemler ortaya çıkmakta ve yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmektedir (Sarışken, 2005; Can, 2009).

Hemşirelik, sağlıklı/hasta bireyi tüm boyutları ile bir bütün olarak ele alan bir sağlık disiplini. Bu durumun yanı sıra hemşireler, insanın, fertilizasyondan ölümüne değin tüm yaşam evrelerinde esenlik/sağlık-rahatsızlık-hastalık ve ölüm dizgesinin herhangi bir noktasında rol ve sorumluluklar üstlenmektedir. Hemşireler, bu rol ve sorumluluklarını yerine getirirken birey aile ve toplumun; esenliğini sağlamayı, sağlığını korumayı, hastalığı önlemeyi, rahatsızlık/hastalık durumunda iyileştirmeyi, başa çıkma yollarını öğretmeyi/kolaylaştırmayı hedeflemektedir (Kaya, 2002). Bu doğrultuda TAT kullanımı ile ilgili olarak hemşirelerin önemli sorumlulukları üstlenmeleri beklenmekte, hastaların TAT'ları güvenli biçimde uygulamalarını ve TAT'ın olası sonuçlarıyla baş edebilmelerini sağlamak en temel sorumluluklardır (Khorsid, 2005). Bunun için hemşirelerin TAT'lar konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaları son derece önemlidir. Bununla birlikte, hemşirelerin hastalar tarafından kullanılan popüler TAT yöntemlerini saptamaları, TAT kullanımıyla ilgili olarak uygun danışmanlığı yapabilmesi gereklidir. Hemşirelerin, tamamlayıcı terapilerin kullanım yaygınlığına ilişkin farkındalıklarının artması ve yapılan bu uygulamalar konusunda birey ve ailesi ile sağlık çalışanları arasında iletişimi sağlamaları gerekir (Turan,2009).

Meme kanserinin yedi kadından birinde görülmesi (Parkin, 2008), ülkemizde meme kanseri olan kadınların TAT'lara ilişkin uygulamaları konusunda yeterli çalışma bulunmamaktadır. Giderek önem kazanan TAT'lara ilişkin uygulamaların özellikle kanser hastalarında cazibe haline gelmektedir. Bu konuda hastaların TAT'lara ilişkin uygulamaları ile sorunlarının saptanması, gereksinimlerinin karşılanmasına olanak sağlayacaktır. Bu çalışmada meme kanseri hastalarının TAT'ları kullanma durumları ile ilgili bilgi toplanması ve bu konudaki gereksinimlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Bu çalışma, bilimsel bilgi birikimine katkıda bulunmasının yanında hastaların gereksinimlerinin belirlenmesine, böylece yaşayacakları sorunların azaltılması için planlamalar yapılmasına olanak sağlayacaktır. Bununla birlikte, meme kanseri tedavisinde

kullanılan konvansiyonel tedavi sürecini olumlu ve olumsuz etkileyecek uygulamaların saptanmasına da yardımcı olacaktır.

Meme kanseri teşhisi sonrasında birçok fiziksel ve ruhsal sağlık sorunu yaşanmaktadır. Bu sağlık sorunları meme kanseri olan kadın ve ailesinin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilir ve alternatif yollar bulmaya yönlendirebilir. Farklı sorunlar için kullanılan bu yöntemlerin tespiti ve tedavi sırasında yaratacağı riskleri saptamak ve gerekli danışmanlığı yapmak konusunda sağlık personelinin önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Hastaların kullandığı TAT yöntemlerin saptanması konusunda yeterli araştırma bulunmaması nedeniyle bu araştırma meme kanseri olan kadınların kullandığı tamamlayıcı ve alternatif yöntemleri kullanım durumlarını saptamak amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler

Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler (TAT), dünya genelinde yaygın olarak ülkeden ülkeye ve hastadan hastaya değişiklik göstermekle birlikte, çeşitli hastalıkları tedavi etmek veya önlemek amacıyla yüzlerce yıldır kullanılmaktadır (Magee, 2005). Tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımının yaygınlığı nedeniyle bu tedaviler çeşitli kurumlar tarafından tanınmış ve sınıflandırılmıştır. Amerika Ulusal Sağlık Enstitüsü'nün 1998'de kurulan Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (NCCAM) TAT'ı şöyle tanımlamaktadır (NCCAM); **şu an için konvansiyonel tıbbın bir parçası sayılmayan, ancak tıbbın çeşitli alanlarında ve sağlık bakım sisteminde yer alan uygulama ve ürünler'dir.** Alternatif tedaviler, bu uygulama ve ürünlerin konvansiyonel tedaviler yerine tek başına kullanılmasıdır. Tamamlayıcı tedaviler ise bu uygulama ve ürünlerin, konvansiyonel tedaviler ile birlikte hastalığa ve tedavilere bağlı rahatsız edici semptomları kontrol etmek amacıyla kullanılmasıdır (NCCAM, 2011).

Dünya Sağlık Örgütü (2000) ise geleneksel tıp ve TAT tanımlarını ayrı ayrı yapmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre geleneksel tıp; **'Farklı kültürlerde sağlık durumunu sürdürmek, korumak, teşhis koymak, geliştirmek veya fiziksel ve mental hastalıkları iyileştirmek için bir bilgiye, pratiğe ve beceriye dayalı teori, inanç ve deneyimlerdir'.** Dünya Sağlık Örgütü bu yöntemleri geleneksel tedavi adı altında; Çin tıbbı, akupunktur, bitkisel ilaçlar, vitaminler, homeopatiler, müzik terapisi, psikolojik destek tedavileri, fiziksel ve spirüel destekler şeklinde sınıflandırmıştır (Liao ve ark, 2013; WHO, 2000).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre TAT ise; **Ülkeden ülkeye değişiklik gösteren geleneksel tedavilerdir, bunlar ülkelerin standart sağlık sistemi içerisinde yer almaz** şeklinde tanımlanmaktadır. Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler oldukça değişiklik göstermektedir. Bu nedenle NCCAM'ın (2011) TAT için geliştirdiği sınıflandırma şu şekildedir;

- Alternatif tıp sistemleri
- Zihin beden tıbbı
- Biyolojik temele dayalı terapiler

- Manuplatif vücut temelli metodlar
- Enerji terapileri

2.1.1. Alternatif Tıp Sistemleri

Alternatif tıp sistemleri geleneksel doğu ya da yakın zamanda batı toplumlarının da benimsediği tedavi yöntemleri olup tıbbi tedaviden bağımsız olarak gelişmiştir. Ayurvedik tıp, geleneksel Çin tıbbı, geleneksel Tibet tıbbı gibi geleneksel doğu tıp sistemlerini ve Homeopati, Naturopati gibi batıda gelişen sistemleri kapsamaktadır. Her yöntemin tarihçesi çok uzun zamanlara dayanmakta ve her bir yöntem farklı kültürlerce benimsenmiştir (NCCAM, 1998). Çin Tıbbı, akupunktur, homeopati ve ayırveda gibi uygulamalar bu kategori içerisinde belirtilmekle beraber, farklı başlıklar altında incelenmesi konusunda tartışmalar mevcuttur.

Akupunktur; Çin tıbbının temel uygulamalarından biri olup, Latince ‘acus (iğne)’ ve ‘punctura (delmek)’ kelimelerinden türetilmiştir. Vücuttaki belirli noktaların iğne, elle veya elektrik stimülasyonu ile uyarılmasıyla tedavi sağlayan Çin tıbbında yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir (<https://nccih.nih.gov>, Erişim tarihi: 08.10.2015).

Akupunkturun; bel ağrıları, boyun ağrıları, diz ve eklem ağrıları, baş ağrısı, alerjiler, infertilite, doğum ve kanser tedavilerinde yan etkilerin azaltılması gibi pek çok kullanım alanı bulunmaktadır (<https://nccih.nih.gov/health>, Erişim tarihi: 22.10.2015). Kullanılan iğnelerin uzunluğu 13-130 mm arasında değişmektedir (Aung ve Chen, 2007).

Çin tarihinde çok eski dönemlere dayandığı öne sürülmektedir. İlk önce iğneler yerine sivri taşların kullanıldığı yazılı kaynaklarda belirtilmektedir. Kullanılan iğneler kemik ve bambudan elde edilmiştir. Bronz döküm tekniğinin 11. Yüzyılda gelişmesiyle bronz iğneler kullanılmıştır. Akupunkturun uygulandığı hakkındaki en geniş ilk bilgi Çin'de Savaşan Eyaletler Döneminde (M.Ö. 475-221) yazılan Huangdi Nei Jing adlı tıbbi risalede verilmektedir. Eserde hem dönemde uygulanan teknikler hem de kadim dönemden aktarılan bilgiler yer almaktadır (White ve Ernst, 2004; Pioreschi, 2004).

Doğu ve Batı Tsin Hanedanlıkları döneminden (M.S.265-420), Güney ve Kuzey Hanedanlıkları (M.S.420-589) dönemine değin, akupunktur uygulamasını yaygınlaştırarak gelişmiş ve bu dönemde kaleme alınan Zhen Jiu Jia Yi Jing adlı kitapta akupunkturda kullanılan vücuttaki meridyen noktalarının tam yeri ve isimleri belirlenmiştir. Kitapta ayrıca

her bir noktanın özellikleri ve diğer noktalarla ilişkisi ile manipülasyon metotları da anlatılmıştır (Ramey ve Buell, 2004).

Sung, Kin ve Yuan hanedanlıkları (960-1368) döneminde akupunktur alanına en önemli katkı Wang Wei-yi tarafından yazılan Tong Jen Shu Xue Zhen Jiu Tu Jing adlı kitaptır. Bu kitapta akupunktura dair pek çok detaya yer verilmiş ve 657 akupunktur noktası ayrıntılı biçimde açıklanmıştır. Tang Hanedanlığı döneminde akupunktur öğrencilere öğretilmeye başlanmıştır. Ayrıca eğitim amacıyla kullanılmak üzere farklı ebatlarda pek çok bronz heykel yapılarak noktaların üzerinde gösterilmesini sağlamıştır. Akupunktur ilk olarak Dabry (1853) ve Morant (1927) tarafından Batı'ya tanıtılmıştır (Barrett, 2007).

Doğu bilimleri, batıda olduğu gibi bilimi analitik neden sonuç ilişkisi içinde ele almamaktadır. Doğu bilimlerinde her şey enerji ile açıklanmakta ve bağdaştırılmaktadır. Bu enerjiler yin ve yang ilkeleriyle açıklanmaktadır. İnsan doğanın bir parçası olan iklim değişiklikleri ve sıcaklık gibi pek çok faktörden enerji ile etkilenmektedir. Bu dışarıdan maruz kalınan enerji ile bedenimiz bir denge içerisinde olduğu kabul edilmektedir. Bedenin her enerjiye yakaladığı uyum farklıdır. Doğu bilimleri, enerjileri yin ve yang ilkeleriyle olduğu kadar beş dönüşüm (simgesel adları: ateş, toprak, metal, su ve odun) kuramıyla da açıklar. Akupunkturda da yin ve yang ilkeleri, beş dönüşüm kuramının yanı sıra, enerji boylamları ile dolu ve boş organlar kuramları, tedavi için kullanılmaktadır. Doğu bilimlerinin parça ve bütünün birbirinden bağımsız açıklanamayacağı yaklaşımı doğrultusunda doğu tıbbı, psikolojiyi ve bedeni ayrı ayrı incelemeyi. Herhangi bir organsal rahatsızlık, belirli bir psikolojik rahatsızlığı tetikleyeceği gibi; herhangi bir psikolojik rahatsızlık ta organsal bir rahatsızlığın göstergesi olmaktadır. Rahatsızlık ise organsal iç enerjiyle (Çi/chi), dış enerjilerin uyumunun bozulması durumudur. Bu durum, enerji boylamlarında akan Çi'nin direnç noktalarında tıkanmasına yol açmaktadır. Noktalardaki tıkanıklıkların yine doğuya özgü iğneli uyarım gibi değişik yöntemler kullanılarak açılmasıyla problemler giderilmektedir (Collinge ve William, 1996).

Geleneksel Çin tıbbında iç enerjinin meridyenler aracılığıyla vücutta dolaştığı düşünülmektedir. Yin ve yanga felsefi anlamlar da yüklenmiş ve karakterleri şu şekilde tanımlanmıştır; yin; ay, kadın, iç kısım, soğuk, alt bölümler ve nemli hava; yang ise; güneş, erkek, dışarı kısım, sıcak, yukarı bölümler ve kuru hava şeklindedir (Ergil ve Kevin, 2009).

Homeopati; Yunanca 'homeo (benzer)' ve 'pathos (acı çekme veya hastalık)' terimlerinden meydana gelmektedir (Vickers ve Zollman 1999). Rahatsızlıkların benzer maddelerle giderilmesi anlamına gelmektedir. Yaklaşık 200 yıl önce Almanya'da kullanılmaya başlayan homeopati günümüzde yaygın olarak pek çok ülkede kullanılmaktadır.

FDA (U.S. Food and Drug Administration) tarafından güvenle kullanılması için düzenlemesi yapılmıştır (<https://nccih.nih.gov>, Erişim tarihi: 08.10.2015). Günümüzde Avrupa, Kuzey ve Güney Amerika, Asya ve Afrika'da oldukça yaygın şekilde uygulanan Homeopati, Dünya Sağlık Örgütü tarafından da tanınmaktadır. Birçok ülkede özel sağlık sigortaları homeopatik tedaviyi kapsamaları içine almıştır. Dünyada hekimlerin yanı sıra, gerekli tıbbi bilgilerle donatılmış doğal tedavi uzmanları da homeopat olabilmektedir. Homeopatik ilaçlar, hayvan dokuları, bitki özleri, mineraller, metaller gibi tamamen doğada bulunan maddelerden belirli oranlarda seyreltilerek elde edilmektedir (<http://homeopatidernegi.org/>, Erişim Tarihi: 22.10.2015).

Ayurveda; "Ayur" hayat veya hayat ilkesi anlamına gelen "ayus" kökenlidir, "veda" ise "bilgi" anlamına gelir. Kökenini Hindistan'dan alan, Amerika'da değişim göstererek yayılan, geçmişi binlerce yıla dayanan özel diyetler, masajlar ve bitki tedavilerini içeren bir yöntemdir (<https://nccih.nih.gov/health/ayurveda>, Erişim tarihi: 08.10.2015)

Ayurveda'nın kökenlerine ilişkin tam bir zamanlama yapılamamaktadır. Ayurvedavata'ya göre Ayurveda'nın kökeni Hint Tanrısı Brahma'nın vahyidir. Vedik felsefeye dayalı bu bilgi doğrudan Brahma'dan Daksha Prajapati'ye ve ondan da tanrılar zinciriyle Dharma'nın korucuyusu Tanrı İndra'ya aktarılmıştır. Aynı anlatıma göre Ayurveda'nın ulaştığı ilk insan, onu İndra'dan doğrudan öğrenen Bharadvaja'dır. Bharadvaja Ayurveda'yı bir grup bilgeye öğretmiş, onlar da öğrencilerine öğreterek Ayurveda'nın yayılmasını sağlamıştır. Geleneğe göre Ayurveda ilkin Agnivesh Tantra'da geçmektedir. Kitap daha sonra Charaka tarafından yeniden düzenlenmiş ve "Charaka Samhita" adını almıştır. Bir diğer önemli Ayurveda metni Ayurvedik Cerrahi uygulamasının babası olarak bilinen Dhanvantri Sushrut tarafından M.Ö. yaklaşık 1000'de derlenen Sushruta Samhita'dır (Jan, 1999).

Ayurveda'nın bazı formlarını içeren Atharvaveda en az Vedalar kadar eski metinlerdir. Ayurvedik uygulamalar zaman içinde gelişmiştir. (Smith ve Wujastyk, 2008).

Hint tıp tarihi M.Ö. 3000'lere kadar geri giden Hint Vadisi Medeniyetine kadar geri götürülebilmektedir. Harappa ve Mohenjodaro'daki kentlerde, gelişmiş bir hijyen ve sağlık sisteminin olduğu tespit edilmiştir. M.Ö.1200-700 arasında derlendiği düşünülen dört Veda kitabında ve özellikle de Rig Veda'da rahatsızlıklar, bitkiler ve bitkisel kürlere atıf yapılmıştır (Jan, 1999).

Atharva Veda'da bitkileri öven ilahiler, ulûhiyetin tezahürü olarak tapınılan çeşitli otlar, çeşitli rahatsızlıklara karşı da kullanılabilen mantralar, Bhaishajyams denilen

rahatsızlıkları tedavi edici, "Ayushyams" denilen uzun ömür ve refah getirici ilahiler bulunur. Bu ilahilerin daha sonraki tıp uygulamalarının temelini oluşturduğu düşünülmektedir (Mishra, 2003). Yılda 200.000'den fazla yetişkinin Amerika'da ayurvedayı kullandığı belirtilmiştir (<https://nccih.nih.gov>, Erişim tarihi: 23.10.2015).

Naturopati; Bu yöntem 19. yüzyılda Avrupa'da gelişen özel diyetler, yaşam tarzı değişiklikleri, egzersiz programı, psikoterapi, bitki ve gıda takviyelerini içeren bir yöntemdir. İnsanın psiko-fizik dengesini kurmaya yardımcı olacak doğal tekniklerin bir bileşimidir. Bunlar, psikolojik ve fiziksel yorgunluk sonucunda kaybolan vücut direncinin yeniden oluşturulması için kullanılacak tekniklerdir. Naturopatinin temelinde, doğanın sunduğu araçlarla insan organizmasının psiko-fizik dengesinin kurulup, korunması vardır. Buna göre, "denge" vücut ve zihinde zaten varolan bir olgudur, ancak yaşadığımız ortam, olayları ele alış biçimimiz, hayatın genel akışı içinde varolan stress bu dengenin bozulmasına neden olabilir (<https://nccih.nih.gov/health/naturopathy>, Erişim tarihi: 08.10.2015).

Naturopati uzmanlarının 2011'de yayınladığı tanımlara göre naturopatide; doğanın gücünü kullanma, tanımlama ve sebepleri tedavi etme, zarar vermeme, hastalarını kendi sağlıklarını sürdürebilecek şekilde eğitime, bütünsel yaklaşımla tedavi uygulama ve koruma ilkelerinin esas alındığı belirtilmiştir (<http://www.naturopathic.org>, Erişim tarihi: 23.10.2015).

Naturopati uzmanları, Amerika'da dört yıl boyunca alınan bir üniversite eğitimi sonucunda ancak hizmet verebilmektedir. Bu eğitim içerisinde holistik bakım, toksik olmayan yaklaşımlar, terapiler, beslenme, optimum sağlık düzeyini koruma, homeopati, bitkisel ilaçlar, fizyoloji ve danışmanlık konuları bulunmaktadır (<http://www.naturopathic.org>, Erişim tarihi: 05.11.2015).

2.1.2. Zihin Beden Tıbbı

Zihinsel uygulamalarla beden sağlığını etkilemeyi amaçlayan yöntemlerdir. Sanat terapisi, dans terapisi, meditasyon, müzik terapisi, rahatlama, maneviyatçılık ve yoga bu yöntemlerdendir (<https://nccih.nih.gov/health/mindbody>, Erişim tarihi 22.10.2015).

Sanat terapisi; görsel imgelemenin bütünleştirici ve iyileştirici potansiyele sahip olduğu inancı üzerine kurulmuş olup genellikle psikolojik içgörü ve duygusal olgunlaşmanın bir aracı olarak kullanılmaktadır. Birçok sanat terapisti yaratıcı sürecin kendisinin iyileştirici gücü olduğu görüşünde uzlaşmaktadır (Spaniol, 2001). Sanat terapisinin kullanım alanları; duygusal kriz olarak bedensel hastalık tanısı alma, savunma mekanizması, ruhsal çatışmalar ve geçiş alanı, cesaret ve yaratma olarak kullanılmaktadır. Özellikle kanser hastalarında kendi sınırlarını belirlemek açısından yararlı bulunmuştur (Aydın, 2012).

Dans terapisi; Birleşik Krallık Dans ve Hareket Psikoterapisi Kurumu'nun (ADMT, UK; The Association for Dance Movement Therapy UK) tanımına göre Dans Terapisi; hareketlerin ve dansın psikoterapötik uygulaması ile bireyin kişisel, duygusal, fiziksel, sosyal gelişimini ve farkındalığını yaratıcı bir süreç çerçevesinde sanatla deneyimlemesidir. Dans terapisinin temeli, kişinin hareketlerinin, düşünce sistemini ve hislerini yansıttığı prensibine dayanır. Kişinin hareketlerinin algılanması, fark edilmesi ve hareket repertuarının genişletilmesi sonucu, bu sürece tanıklık eden dans terapisti kişinin farkındalığını arttırmaya, yeni hareket alguları oluşturmaya ve böylece duygularında ve sözel iletişimde yeni iletişim mekanizmaları geliştirebilmesine yardımcı olur. Kişisel gelişim ve sosyal iletişimi destekleyen dans terapisi bire-bir seans ya da grup terapisi olarak sağlık, eğitim ve sosyal hizmet alanlarında, bu eğitimi almış lisanslı terapistler tarafından uygulanabilir (ADMT, UK, 2011).

Dans ve Hareket Terapisinin Yararları:

- Kişisel farkındalık, özgüven, bağımsız olabilme yetisi ve sağlıklı bireyleşme,
- Düşünce, duygu ve hareket arasında bağlar kurabilme,
- Değişkenlerle başa çıkabilme ve adaptasyon mekanizmalarının gelişimi,
- Çok yoğun, baskın düşünce ve hislerin ifade edilebilmesi ve bu hislerle başa çıkabilme,
- Sözel ve hareketli iletişim yöntemlerini geliştirme,
- Yaratıcı yöntemler, dans, müzik ve oyun aracılığıyla güvenli bir ortamda içsel kaynaklara ulaşım,
- Kişiye kendi ve başkaları üzerindeki etkisini yargılanmadan yaratıcı ve destekleyici bir ortamda deneyimleme olanağı sunmasıdır.

(<http://www.admt.org.uk>; <http://www.sanatpsikoterapileriderneği.org>, Erişim tarihi: 05.11.2015)

Yoga; Sanskrit dilinde *yoga* kelimesi pek çok anlama sahiptir; "kontrol etmek", "boyunduruk altına almak" veya "birleştirmek" anlamına gelen Sanskrit "yuj" kelimesinden türemiştir. "Kavuşma", "bir araya gelme", "birlik", "karşılaşma" ve "yöntem" olarak çevrilebilir. Yoga uygulayan veya yoga felsefesini takip eden kişiye yogi ya da yogini adı verilir. Yogini ifadesi "yogi" isminin dişil kullanımudur (Sarbacker, 2005).

Hinduizm, Budizm ve Jainizm'de çeşitli meditatif uygulamalara da *yoga* adı verilmektedir. Hinduizm'de, altı geleneksel felsefe okulundan (āstika) biri olarak kabul edilir. Yazıtlar aştanga yoga (Sekiz Basamaklı yoga) olarak bahsedilen sistemin temelini

oluşturmuştur. Bu sekiz basamak kavramı günümüzde uygulanan Raja yoga çeşidinin karakteristik temellerini oluşturur (Sarbacker, 2005).

Sekiz basamak:

1. Yama (Beş "geri çekilme"): Zarar vermeme, doğruluk, çalmama, tensel zevkleri kontrol etme, istifçilik yapmama
2. Niyama (Beş "gözlem"): Arı olma, halinden memnun olma, ateşli istek, okuma, hatırlama
3. Asana: kelime anlamı "oturma yeri", Patanjali'nin Yoga Sutra'larında meditasyonda kullanılan oturma duruşunu ifade etmektedir.
4. Pranayama ("Nefesi askıya alma"): *Prāna*, nefes, "āyāma", durdurmak demektir. Ayrıca, yaşam gücünün kontrolü olarak da yorumlanabilir.
5. Pratyahara ("Tecrit"): Dış nesnelere duyu organlarını geri çekmedir.
6. Dharana ("Konsantrasyon"): Dikkati tek bir nesne üzerine odaklamadır.
7. Dhyana ("Meditasyon"): Meditasyon nesnesinin doğası üzerine yoğun tefekkürdür.
8. Samādhi ("Özgürleşme"): Meditasyon nesnesi ile şuurun birleşmesidir.

(Sarbacker, 2005).

2.1.3. Biyolojik Temele Dayalı Terapiler

Bitkiler, vitaminler, diyetler, yağ asitleri, aminoasitler, prebiyotikler, probiyotikler (Prebiyotik; sindirilmeyen, ancak barsakta fermente olan ve kolondaki bakterilerin çoğalmasını ve etkinliğini olumlu yönde etkileyerek konağın sağlığını iyileştiren besin öğeleridir. Probiyotik ise sindirim sisteminde belirli sayıda bulunan ve tüketildiğinde bireyin bağırsaklarındaki bakterilerin sayıca dengesini sağlayarak sindirim sistemi ve bağırsak sağlığını koruyan canlı mikroorganizmalar ve/veya bileşenleri tanımlamaktadır) ve diğer doğal ürünler bu gruptandır (<https://nccih.nih.gov> Erişim tarihi: 22.10.2015).

Kadınlar arasında meme kanserinin yaygın olmasında birçok risk faktörü rol oynamaktadır. Bunlardan biri de beslenmedir. Premenopozal dönemdeki obezite (>35 BKİ) 0,7 ve postmenopozal obezite (>35 BKİ) iki kat artırırken, aşırı alkol alımı meme kanseri riskini 1,3 kat artırmaktadır (McPherson ve ark, 2000). Meme kanserinde farklı pek çok özel diyet kullanılmaktadır. Gıda takviyeleri ve beslenmenin kanser ile ilişkisi konusunda pek çok görüş bulunmaktadır. Vitamin D alımının kanser riski üzerine etkisi olduğu düşünülmektedir. Güneş ışığına maruziyetin az olduğu bölgelerdeki kadınlarda meme kanseri riskinde herhangi

bir düşme yaşanmamıştır. Küçük bir çalışma grubuyla yapılan araştırmada D vitamini alımının meme kanserinde koruyucu olduğu bulunmuştur (Esther ve ark, 1992). Doymuş yağ oranı yüksek diyetlerin meme kanseri riskini arttırdığı düşünülmektedir. Yapılan araştırmalarda diyetdeki lif oranının artırılması, meme kanseri riskini azalttığı saptanmıştır (American Institute for Cancer Research, 1997). Hindistan'da yapılan bir vaka-kontrol çalışmasında vejeteryan ve diğer diyet tarzlarının etkileri araştırıldığında vejeteryan diyetinin meme kanseri riskini azalttığı raporlanmıştır (Rao, 2003).

Bitkisel tedaviler; Bitkisel ürünlerin kullanım geçmişi binlerce yıla dayanmaktadır. Bu ürünlerin kullanımı İ.Ö. 3000'lerden beri kayıtlarda bulunmakta olup, Paleolitik çağlardan beri (60.000 yıldır) kullanıldıkları bilinmektedir (Wilt ve ark, 1988). Dünya Sağlık Örgütü, dünya nüfusunun %70-80'inin temel sağlık hizmetleri uygulamalarında bitkisel ürünlerden yararlandıklarını bildirmektedir (Chan, 2003). Afrika toplumlarında bu gibi ürünlerin kullanımı %80'lere ulaşmaktadır. Meme kanserinde en çok kullanılan bitkiler arasında ekinezya (%58,5), bitkisel çaylar (%35,5) ve ginseng (%22,1) yer almaktadır (WHO, 2002).

Çin Tıbbi; Çin'de tıbbi tedaviyle beraber yaygın şekilde kullanılan Çin tıbbında kullanılan pek çok farklı bitki takviyesi ve reçete bulunmaktadır. Meme kanseri hastalarında Danggui (Angelica Sinensis/ Çin Melek Otu) ve Ren Shen (Ginseng)'in beraber kullanımının sinerjik bir etki yaratarak kemoterapinin yan etkisi olan toksisite, stres ve yorgunluğu azalttığı bildirilmiştir (Liao, 2013).

Ekinezya; Mor koni çiçeği olarak da bilinen ekinezyanın bir çalışmada non-spesifik bir immün stimulan olduğu ve doğal öldürücü hücre aktivitesi dahil tüm lenfositik seriyi uyardığı bulunmuştur. Kanser oluşumunu önlediğine dair kanıt bulunmadığını belirtmektedir (<https://nccih.nih.gov>, Erişim tarihi: 08.10.2015). Muhtemel perioperatif komplikasyonları; uzamış kanama (tromboksan sentetaz inhibisyonu nedeniyle), hiperglisemi ve coumadinle beraber alındığında uzamış protrombin zamanıdır. Uzun dönem kullanımı (8 hafta) bağışıklık sisteminin baskılanmasına yol açabilir. Sitokrom P450 3A4 inhibitörü olduğu için barbitüratların toksisitesini, steroidlerin, amiodaron, metotreksat, ketokonazol ve halotanin hepatotoksik etkilerini artırabilir. Ameliyattan iki hafta önce kesilmesi önerilir (Şencan ve ark, 2010).

Ginseng; Çin ilaçlarında en çok kullanılan bitkilerden birisi olup dünyada en çok satan dördüncü bitkidir. Son yıllarda ginseng Almanya, Avusturya, İngiltere'de ve Amerika'da farmakolojide yaygın kullanılmaktadır (<https://www.nlm.nih.gov>, Erişim tarihi: 05.11.2015). Ginseng doğal enerjiyi sürdürmede, fiziksel ve psikomotor performansı

arttırmada, genel sağlığı ilerletmede kullanılmaktadır. Yapılan in vitro ve in vivo çalışmalarda ginsengin bioaktivite bileşenlerinin imminodilator, antistres, anti-yorgunluk ve anti-kanserojen etkisi olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (Liao, 2013).

Meme kanseri hastalarında yaklaşık beş yıl süren takip sonucunda elde edilen verilere göre ginsengin meme kanseri hastalarında yaşam kalitesi açısından bir etkisi görülmemiştir (Cui, 2006). Ginsengin yaşam kaliteleri üzerine bir etkisi görülmemiş, ancak mental durumlarında istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar bulunmuştur (Ganz ve ark, 2001). Sekiz hafta boyunca günlük 1000-2000 mg alınan ginsengin kansere bağlı yorgunlukta etkili olduğu saptanmıştır (Barton ve ark, 2009). Taiwan'da meme kanseri hastalarında reçete edilen bitkisel ilaçlarda ginsengin longan, panax ginsengin radix ile kombinasyonları kullanılmaktadır (Lai, 2012). Diyabet hastalarının ginseng alırken hipoglisemiye neden olabileceği nedeniyle dikkatli olması gerekir (Demirezer, 2010). Bildirilen yan etkilerinin arasında uykusuzluk, hipoglisemi (zellikle ameliyat öncesi a kalındığında, hasta diyabetik olmasa bile), taşikardi, burun kanaması, serebral arterit, baş ağrısı, hipertansiyon ve kusma vardır. Coumadinin terapötik etkisini azaltabilir, ancak kanama bildirilmemiştir. Hayvan modellerinde, tavşanlardaki yarılanma ömrü 0,8 ve 7,4 saat arasında değişmektedir. Bu nedenle ameliyattan en geç 24 saat önce kesilmesi önerilir (şencan ve ark, 2010).

Curcumin (zerdeçal); Curcumin'in kemoterapiye direnci arttırdığı ve spesifik olarak kanser hücrelerine ulaşmaya yardımcı olduğu rapor edilmektedir. Yapılan bir klinik çalışmada, doz-limitli toksisiteyi belirgin ölçüde düşürerek etkilediği bulunmuştur (Liao, 2013). Zerdealın meme kanseri hücrelerinde apoptozisi (programlanmış hücre ölümü) indüklediği sonucuna bazı araştırmalarca varılmıştır (Choudhuri, 2002). Curcuminin kemoterapinin etkisini azaltması nedeniyle kemoterapi alan hastaların zerdeçal tabletleri almaması hatta oral alımlarının kısıtlanması önerilmektedir (Sivagurunathan ve ark, 2002). Zerdealı, lkemizde kadınların %15'inin yemeklerde baharat olarak kullanıldığını saptanmıştır (Demircioğlu 2007). Fareler üzerinde yapılan bir deney modelinde curcumin enzimlerinin meme kanseri için potansiyel koruyucu ve tedavi edici olduğu bulunmuştur (Kürkçü, 2008).

Yeşilçay; iki vaka-kontrol çalışmasında yeşil çay ve meme kanseri riskinin azaltılmasıyla ilgili bir ilişki olduğu saptanmıştır. Amerika'da yapılan Çinli, Japon ve Filipinli kadınları içeren bir araştırmada yeşil çayın meme kanseri riskini azalttığı bulunmuştur (Wu, 2003) ve diğer bir vaka-kontrol çalışma da aynı pozitif sonucu bulmuştur (Zhang, 2007). Aynı kıtada olan Çin ve Japonya gibi iki ülkede bile yeşil çay iiminde kültürler arası farklılıklar bulunmaktadır (Nemecz, 2000). İçerisinde %7 kafein olan yeşil çay özünün deri yoluyla

uygun olarak 6 ay boyunca kullanımı güvenli bulunmuştur. Buna rağmen ağız yoluyla ve yüksek dozlarda alınması güvensiz bulunmuştur (Pisters, 2001; Ahn, 2003; Katiyar, 2000).

Yeşil çay türleri arasında Japonya’da yapılan bir araştırmada, toplandığı zamana göre isim alan yeşil çay türleri (Sencha, Bancha, Houjicha, Genmaicha) ve meme kanseri arasında bir ilişki bulunmamıştır, bununla birlikte verilen farklı dozlardaki yeşil çayda da farklı bir sonuç saptanmamıştır (Iwasaki ve ark, 2014). Günde üç fincandan fazla yeşil çay alanlar ile içmeyenler arasında meme kanserinin tekrarı arasındaki ilişkiye bakıldığında %27’inde anlamlı sonuçlar bulunmuştur, %19’unda da meme kanseri riskini önlemede ise etkili olduğu saptanmıştır (Adeyemi, 2009). Günde 250-300 mg’dan fazla alınan dozların çarpıntı ve uyku düzensizliğiyle ilişkili olduğu saptanmıştır (IOM, 2001). Ağız yoluyla alınan yeşil çay bulantı, kusma, karında şişlik, karın ağrısı, diare, hazımsızlık ve gaz problemlerine neden olabilir. Ayrıca santral sinir sistemini de etkileyerek baş dönmesi uykusuzluk, yorgunluk, ellerde titreme, dalgınlık, dinlenememe gibi problemlere de neden olabilir. Bu etkiler günde 5- 6 litre civarında alınan yüksek doz alımlarda gözlenmektedir (Jatoi, 2003;Pisters, 2001).

Isırgan; Ülkemizdeki meme kanseri hastalarında en çok tüketilen bitkidir. Kurt (2013)’un bildirdiğine göre ısırganın kullanılma yaygınlığı %83 oranındadır. Isırganın fazla miktarlarda tüketilmesi, özellikle kemoterapi ile birlikte bulantı kusmada artışa ve hatta karaciğer toksisitesine neden olmakta, trombositopeni de nadir olarak görülebilmektedir. Özellikle kemoterapi sırasında ısırgan otu alınmamalıdır (Can, 2009). Isırganın aşırı doz kullanımı diyabet ilaçları ile etkileşime girmesine neden olmaktadır (Demirezer, 2010). Diüretik etkiye sahiptir, diüretik veya antihipertansif alan hastalarda dikkatli kullanılmalıdır (Chrubasik ve ark, 2007).

Zencefil; Zingiber officinale olarak bilinen özellikle Asya ülkelerinde yaygın olarak kullanılan bir bitkidir. Zencefil mide rahatsızlıklarında yaygın olarak kullanılmaktadır (<https://nccih.nih.gov/health/ginger>, Erişim Tarihi: 11.11.2015). Muhtemel perioperatif komplikasyonları uzamış kanama (tromboksan sentetaz inhibisyonu nedeniyle), hiperglisemi ve coumadinle beraber alındığında uzamış protrombin zamanıdır. Ameliyattan bir hafta önce kesilmesi önerilir (Şencan ve ark, 2010). Kemoterapinin neden olduğu bulantı için günlük kullanımı 1,5 gramdır (Konuklugil ve Özçelikay, 2004). Zencefilin farmakolojik özelliğini tanımak için yapılan in-vitro deneylerde potansiyel anti-kanser, anti-tümoral ve kemopreventif olduğu saptanmıştır (Hikino, 1993).

Ezyak; Kanadalı bir hemşireye hastası tarafından verilen tarifin, eski tıp kayıtlarında olduğu iddia edilmektedir. Kanseri iyileştirildiğine inanılan bu tarif, hemşire tarafından

pazarlanmıştır. Kanseri iyileştirdiğine inanılan ezyağın tüketimi oldukça fazladır. Dört farklı bitkinin karışımından oluşan ezyağın meme kanseri hastaları tarafından kullanma nedenleri; depresyon, anksiyete ve yorgunluk, meme kanseri ve tedavinin komplikasyonlarından korunmak ve standart tedavinin yan etkilerinden korunmak şeklindedir (Stephen, 2011).

Ezyak kullananların %73'ü immun sistemi güçlendirmek, %73'ü sağkalımını arttırmak, %63'ü kanserin tekrarının önlemek amacıyla kullanmıştır ve %93'ü günde bir veya iki kez almaktadır. Ortalama kullanma süresi 11 aydır. Meme kanseri hastalarının çok küçük bir oranında yan etki olarak bulantı ve ağızda hoş olmayan tat bıraktığı belirtilmiştir. Yaşam kalitesi dikkate alındığında ezyak kullananların, kullanmayanlara göre fiziksel iyiliği daha düşük bulunmuştur (Zick, 2006). Amerikan Kanser Derneği'nin 2011'de ezyakla ilgili yayınladığı raporda içerisindeki bitkilerin kanseri önleyici etkilerinin bulunmasına rağmen, yeterli bilimsel kanıt olmaması nedeniyle kullanımının desteklenmemesi gerektiği bildirilmiştir.

2.1.4. Manipülatif ve Vücut Temelli Yöntemler

Bedenin hareketine dayalı yöntemler olup, akupresür, refleksoloji ve masaj bu tür yöntemler arasındadır (<https://nccih.nih.gov>, Erişim tarihi: 22.10.2015).

Akupressur; ilk defa Çinliler tarafından uygulanmaya başlanan, akupunktura benzeyen bir yöntemdir. Akupressurun tarihi akupunkturdan daha eskilere dayanmaktadır. Çinliler bir süre sonra akupunkturu geliştirmişler ve akupresürün yerine onu kullanmaya başlamışlardır. Akupressur tedavisinde de akupunkturdaki gibi vücudu meridyenler ve belli noktalara ayırıp iyileştirmek esastır. Tespit edilen bölgelere basınç uygulayıp o bölgedeki ağrılar azaltılabilir. Bu işlem, vücudun geri kalan kısmını da pozitif olarak etkileyebilir. Akupressurun akupunkturdan farkı, iğne yerine el ya da ayaklarla basınç uygulanıyor olmasıdır. Akupressur hastanın iyileştirmeye gerek duyulan bölgelerine el ve ayak basıncı uygulanarak o bölgedeki kaslar gevşetilip, kan dolaşımını hızlandırıp vücudu güçlendirmektedir. Akupressur asıl olarak ağrıların giderilmesinde kullanılmaktadır. Ağrıların giderilmesi kişiyi hem bedensel hem de zihinsel olarak rahatlatmaktadır (Simkin ve O'hara, 2002; Tuna, 2004; Tugay, 2007).

Refleksoloji; Yaklaşık on iki bin yıllık bir geçmişi olan refleksolojinin ilk uygulama yeri geleneksel tıbbın doğuş ve uygulama yeri olan eski Çin ve Mısır'dır. Refleksoloji sinir noktalarını belirli tekniklerle uyarmanın ortaya elektrokimyasal mesajları çıkardığını bununda nöronların yardımı ile ilgili organı uyardığını savunur. Ayak ve el refleksolojisi belli noktaların manuel uyarılarak vücuttaki sinirlerin ve kan dolaşımının uyarılmasıdır. En yaygın

uygulanamı ise ayak refleksolojisidir (<http://www.aor.org.uk/>, <http://www.refleksoloji.org/>, Erişim tarihi: 05.11.2015).

2.1.5. Enerji Terapileri

İki çeşit enerji terapisi vardır. Birincisi; mıknatıslar ve değişken ya da doğrudan akım alanları ile uygulanan terapilerdir. Bunlara biyo-elektromanyetik terapiler denir. İkinci enerji terapisi çeşidi ise biyo-alan terapileridir. Bu gurupta akupunktur, reiki, terapötik dokunma, qi gong, tai chi gibi terapiler vardır (<https://nccih.nih.gov>, Erişim tarihi: 22.10.2015).

Reiki; Japonya'da 20.yüzyılın başında ortaya çıkan, enerji aktarımı ile ruhsal şifa vermeye dayalı olduğuna inanılan bir tekniktir. **Rei** "her yerde varolan", **ki** "ruhsal yaşam enerjisi" anlamına gelmektedir. Batıya "Evrensel Yaşam Enerjisi" olarak tercüme edilmiştir. Ancak ezoterik olarak "yüce kaynağın bilincini taşıyan, ruhsal amaçla çalışan yaşam gücü enerjisi" açıklaması daha kapsamlı bir tarifdir. Reiki bir frekans ve "Ruhsal Şifa Tekniği"dir (Lee ve ark, 2008).

Reikinın herhangi bir din ya da inanç şekline bağlı olmayan, kolaylıkla uygulanabilen, zararsız bir yöntem olduğu ifade edilmektedir, ancak reikinın çift kör çalışmalarda herhangi bir hastalığın tedavisinde etkili olduğu kanıtlanabilen bir yöntem olmadığı, hasta üzerindeki etkisinin de sadece plasebo etkisi olduğu değişik bilim merkezlerince kabul edilmektedir (Lee ve ark, 2008).

Qi gong; Belirli fiziksel duruşlar ve beden hareketleri ve/veya hayalle birleştirilen nefes tekniklerini kullanarak bedenin enerji dengesini düzenleyen Çin tıbbının ve savaş sanatlarının bir parçası olan Çin kaynaklı biyoenerjetik/enerjetik egzersizlerin genel başlığıdır. Qi gong bedendeki çeşitli sistemleri optimum fonksiyon halinde tutarak vücudun doğal sağlık durumunu yeniden oluşturmasıyla alternatif tıp uygulamalarının arasında yer almaktadır. Yaşam enerjisi anlamına gelen Qi ile çalışma ve inceleme anlamına gelen etkinlik yani gong (ya da Kung/Kung Fu/ kelimesindeki kung ile aynı) kelimesinin bir araya gelmesinden türetilmiştir. Çoğunlukla sağlığın korunması için öğretilmesine karşın bazıları onu terapötik müdahale ve tedavide de kullanmaktadır. Bu amaçla yapılan Qi gong çalışmalarında yaşam enerjisini yani Qi'yi arttırmak ve vücutta serbestçe dolaşımını sağlayarak bazı sağlık sorunlarının üstesinden gelmek amacıyla temel gevşeme, dikkat toplama ve solunum teknikleri, belli duruş ve devinimleri, kendi kendine masaj uygulamaları ve dengeli yeme alışkanlıkları kullanılır (Lee ve ark, 2008).

Qi gong çalışmalarında birtakım aygıtlar ve büyük alanlara hatta güçlü kas ve eklemler, elastik bir vücuda veya kondüsyona ihtiyaç duyulmamakta, ancak bu çalışmalarda vücut sağlığına kavuşmakta veya mevcut sağlıklı olma durumu geliştirilmekte ve korunmaktadır. Savaş sanatları için çalışılan sert formları dışındaki Qi gong çalışmaları her yaş ve sağlık durumundaki insan tarafından yapılabilmektedir. Qi gong'da bedensel hareket ve kas gücü veya elastikliği değil aksine gevşemiş bir fizik ve dengeli, aşırıya kaçmayan bir zihinsel durum ve özellikle çalışmalar esnasında aşırılıktan uzak bir duygusal yapı içinde bulunmak önemlidir.

Qi gong uygulamalarında üç ana esas bulunmaktadır. Bunlar; zihin, nefes ve enerjidir. Bu çalışmalarla qi ya da yaşam enerjisi yoğunlaştırılır, etkinleştirilir ve kullanılır. Gevşeme qigongun temelidir, çünkü gevşeme ile birlikte yalnızca bedendeki qi'nin rahatça akışı sağlanmamakta, aynı zamanda zihin dingin ve uyanık hale getirildiğinden soluma da kendiliğinden düzenli hale gelmektedir. Zihin, qigong alıştırmalarında çok önemlidir. Zihinle dikkati yönlendirerek qi yoğunlaştırılır, dolaştırılır, belirli uzuvlara yönlendirilir ve beslenip güçlendirilir. Çin'de 1989 yılından bu yana tıbbi tedavi yöntemi olarak resmi kabul görmüş ve çoğu üniversitenin de müfredatına alınmıştır. Çin hükümeti tarafından 1996 yılında ise Ulusal Sağlık Planı'nın bir parçası olarak ele alınmıştır.

Tıbbi qi gong şu üç alanda uygulanmaktadır: 1. bedenin sağlık durumunu korumak için fiziksel terapi ve belirli rahatsızlıkların tedavisi 2. stres yönetimi ve gevşeme teknikleri 3. harici Qi Sağaltımı (Çin Terapötik Dokunuşu olarak da adlandırılır) için kullanılmaktadır(Jwing-Ming, 1998).

Tai chi; Tai Chi'nin düşünsel kökleri kadim iki kitaba dayanır: Birincisi kökleri M.Ö.3000'e kadar uzanan Değişimler/Dönüşümler kitabı olarak da bilinen Yi Jing, diğeri ise M.Ö. 5. yüzyıla uzanan Lao Zı'nın Dao (Tao, Yol) hakkında yazdığı Dao Te Çing kitabıdır. Ayrıca Qi Jiguang'ın kitaplarından da faydalandığı yönünde görüşler bulunmaktadır. Tam olarak nasıl başladığı bilinmese de dövüş sanatlarında usta eski bir Daocu keşiş Çang San Feng ile başladığı öne sürülmektedir. Tai Chi'nin başlatıcısı olarak kabul edilen diğeri bir kişi ise dokuzunu nesil Çen ailesinden Çen Vang Ting'dir. Günümüze kadar farklı tarzları ulaştıran olan Tai Chi'de en eski yöntemin Çen tarzı olduğu bilinmektedir. Günümüzdeki diğeri tüm tarzlar Çen ailesi tarafından öğretilen düzeneğe dayanır. Çen ailesi içinde 19. yüzyıla kadar korunan sanat 1820'de aile dışından ilk defa Yang Lu Çan tarafından öğrenilmiş ve halka tanıtılmıştır. Yang Lu Çan'ın kendi birikimi ile yorumladığı kendi adıyla anılan Yang tarzı en

yaygın kullanılan tarzıdır. Yang ailesinden sanatı öğrenen farklı ustalar Wu/Hao, Wu ve Sun stillerini geliştirmişlerdir (Lee ve ark, 2008).

Günümüzde çoğunlukla sağlık, odaklanma ve uzun yaşam amacıyla kullanılan bir terapi olarak uygulanan Tai Chi yumuşak stil savaş sanatı olarak kabul edilir. Tam bir gevşeme veya kaslarda olabildiğince yumuşak olunarak uygulanır ve bu kasların en yüksek gerginlikte kullanıldığı diğer sert savaş sanatlarından ayılır (<https://nccih.nih.gov>, Erişim tarihi:08.10.2015). Tai Chi günümüzde çoğunlukla sağlık ve uzun yaşam amacıyla başvurulan bir spor olarak bilinse de ilk çıkışında yumuşak savaşıma sanatı ve uygulamaları olarak kullanılmaktaydı. Hareketler tümüyle gevşeyerek ve yumuşak tavırla uygulanır ve kasların en gergin halde kullanıldığı diğer mücadele sanatlarından ayrışır. Tai Chi sözü Çin öğretilerinde evren kuramı olarak ortaya çıkar ve yin ile yang imgesi olarak bilinen karşıtlar imgesinin ve felsefesinin de adıdır. Bu öğretilerde sonsuz olanın yolu yumuşaklık, yok olma yolu ise katılık, keskinliktir (Man, 1994).

Farklı stillerde uygulanan Tai Chi'de form olarak bilinen rutin hareket serileri sanılanın aksine sanatı öğrenmenin sadece belli bir kısmını oluşturur. Diğer kısımlar ise silahlı formlar, elle itme çalışması, uygulamalar, nefes ve enerji çalışmaları, hızlı Tai Chi, mücadele setleri ve serbest dövüş çalışmalarıdır (Tsang ve Hui Chan, 2005; Yıldırım, 2014).

Fiziksel egzersiz; Bedeni güçlendirmek meme kanseri hastaları tarafından tercih edilmektedir. Fiziksel egzersizler en çok Çinli kadınlar tarafından tercih edilmektedir. Çinli kadınlar tarafından daha çok tercih edilen belirli fiziksel duruşlar ve beden hareketleri ve hayalle birleştirilen nefes tekniklerini kullanarak bedenin enerji dengesini düzenleyen Çin tıbbının ve savaş sanatlarının bir parçası olan Çin kaynaklı biyoenerjetik egzersizlerini kapsayan Qi Gong %24,4 oranla yapılmaktadır. Vücut ağırlığını kullanarak yapılan bir fitness yöntemi olan Calisthenics %20,4 oranla uygulanmaktadır (Cui ve ark, 2004).

2.2. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavilerle İlgili Yasal Durum

Dünya Sağlık Örgütü' nün 2014-2023 TAT strateji raporunda insanların TAT kullanma nedenleri arasında; primer sağlık kaynağı olması, kültürel ve tarihsel bir etki ve tamamlayıcı terapi olarak yaygın kullanımından bahsedilmiştir. Raporda ayrıca tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin eğitimlerinin planlanması, rehber kitaplar oluşturulması ve araştırmalara teşvik gibi stratejiler bulunmaktadır.

Bitkisel ilaçlarla ilgili ülkemizde yasal durum ise 27 Mayıs 2004 tarihli resmi gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 5179 numaralı "Gıdaların Üretimi, Tüketimi ve Denetlenmesine Dair Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun" ile Türkiye'de süpermarket ve aktarlarda satılan bitkisel ilaçlar artık yalnızca eczanelerde satılmaktadır. Bu preparatların ruhsatlandırılması, Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı'nda Sağlık Bakanlığı (SB)'na devredildi. SB İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü, diğer ilaçlarla ilgili yönetmelik, genelge ve denetimleri bu ilaçlar için de uygulayacaktır. Hükümle denetim, Tarım ve Köy İşleri Bakanlığında Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir (www.saglikplatformu.com/haberler Erişim Tarihi: 16.03.2014). Sağlık Bakanlığı içerisinde Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı kurulmuş ve 2014 yılında geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarına yönelik yönetmelik yayınlamıştır ve bilim komisyonu kurulmuştur.

Dünyada ülkeden ülkeye farklılık göstermekle beraber yasal uygulamalar değişmektedir. Tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı ile TAT sisteminin sağlığa entegrasyonunda ülkelerin coğrafyası, kültürü, tarihi ve eğitimi gibi pek çok nedenden dolayı farklılıklar görülmektedir. Çin, Kore Cumhuriyeti ve Vietnam gibi bazı ülkeler geleneksel tıbbi kendi sağlık sistemlerine tümüyle entegre etmişlerdir (Traditional Medicine, <http://www.who.int>, Erişim Tarihi: 18.05.2015). Afrika ele alındığında, kıtanın kendi içerisinde de bölgesel farklılıklar bulunmaktadır. Burundi ve Angola'da TAT sistemi standart tedavi sistemi içerisinde yer almazken, Benin, Burkina Faso, Etiyopya sağlık sisteminin %80'i geleneksel tedavi sistemine dayanmaktadır. Kamerun'da ise iki sistem beraber kullanılmaktadır. Arjantin'de homeopati eğitimi yaygınlaşmış ve okul sayıları oldukça artmıştır, Kanada'da homeopatinin yaygın kullanılmasına karşın, standardize edilmiş bir sistemleri bulunmamaktadır (WHO, 2001).

2.3. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavilerin Kullanım Sıklığı

Tamamlayıcı ve alternatif tedavi ürünlerinin pek çok formu dünyada kullanılmakta ve ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. Tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanıcılarının yaygın kullandığı formlar arasında vitamin, bitki, besin takviyesi, masaj, meditasyon teknikleri ve çeşitli rahatlama tekniklerini bulunmaktadır. Ruhsal iyileşme ve dua etme de pek çok insan tarafından zihni arındıran ve güçlendiren bir yol olarak görülmektedir (Molasstosis, 2006; Anderson, 2012).

Molasstosis'in 2006'da Avrupa'da yaptığı araştırmada bazı ülkelerdeki TAT yaygınlığı şu şekildedir; İtalya'da %73,1, Çek Cumhuriyeti'nde %58,8, İsviçre'de %48,6, Belçika'da %40, Türkiye'de %37'dir (Molasstosis ve ark, 2006). Ulusal Kanser ve entegre tamamlayıcı tedavi kurumunun (NIH, National Center for Complementary and Integrative Health) 2012 sonuçlarına göre en çok kullanılan yöntemler; doğal ürünler (%17,7), nefes egzersizleri (%10,9), yoga/Tai Chi/Qi gong (%10,1), manipülatif terapiler (%8,4), meditasyon (%8), masaj (%6,9), diyetler (%3), homeopati (%2,2), rahatlama (%2,1) ve hayal etmedir (%1,7). TAT formlarının Avrupa'daki toplumlarda kullanımını ise şu şekilde değişmektedir; %86,7'si Çin tıbbı, %84,8'i takviyeler, %65,5'i fiziksel egzersiz, %16,6'sı destek grupları yer almaktadır (Boon ve ark, 2000). Diğer ülkelerde yapılan etnik çalışmalarda ise, Afrika-Amerikan kadınların spiritual teknikleri (%36), Çinlilerin bitkisel tedavileri (%22), Latinlerin diyetleri (%30) ve spiritual teknikleri (%26) daha fazla kullandıkları bulunmuştur (DiGianni, 2002). Türkiye'de sağlıklı popülasyonda gerçekleştirilen bir çalışmada, paramedikal yöntemlerin (bitkiler, kaplıca ve halk arası tıbbi yöntemler) hastaların %80,2'si tarafından kullanıldığı saptanmıştır (Oğuz, 2000). Tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımının araştırmalarda çoğunlukla kadınlarda, gençlerde, yüksek eğitim düzeyinde, yüksek gelirli, egzersiz yapan, bir topluluğa ya da destek grubuna üye olanlarda daha fazla olduğu bulunmuştur (Boon ve ark, 2000; DiGianni, 2002).

Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri kanser hastalarında oldukça yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Boon'un 2000'de yaptığı araştırmasında, kanserli hastaların %98'sinin TAT'lardan en az bir tanesini kullandığını saptamıştır (Boon, 2000). DiGianni'nin 2002'deki araştırmasında, TAT kullanımını meme kanseri tanısı almadan %11 iken, sonrasında %28'dir (DiGianni, 2002). San Francisco'da yapılan bir başka araştırmada teşhisten yaklaşık 2-4 ay sonra hastaların %72'si, özellikle de ilerlemiş evredeki kanser hastalarının en az bir kez TAT kullandığını tespit edilmiştir (Liao, 2013). Bu hastalar arasında en çok kullanılan TAT yöntemleri arasında geleneksel Çin tıbbı, bitkiler takviyeler, akupunktur, diyetler, masaj ve terapotik egzersizler bulunmaktadır (Cui ve ark, 2004).

Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanım Nedenleri: Tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanan kanser hastaları, kanseri tedavi etme, immun sistemi güçlendirmek, metastazı ve diğer istenmeyen durumları önlemek, tedaviye yardımcı olmak, yaşam kalitesini arttırmak, tıbbi tedaviye yardımcı olmak ve şifa sağlamak amacıyla kullanılmaktadır (Boon ve ark, 2000; Cui ve ark, 2004; Molassiotis ve ark, 2006; Akgül, 2009; Vidal ve ark, 2013). Hastaların büyük bir çoğunluğu TAT kullanımının olumlu etkisini gördüğünü düşünmektedir (Cui ve

ark, 2004; Yıldız, 2006; Akgül, 2009; Vidal ve ark, 2013; Fox ve ark, 2013). Hastaların TAT kullanımını sonucunda düşünceleri sorulduğunda %17,2'si istediği sonucu aldığını, %25,5'si hiçbir yarar görmediğini, %34,1'i daha sonucu almadığını, %23,1'i de tedavi olmadığını ama rahatlama yarattığını belirtmişlerdir (Akgül, 2009).

2.4. Meme Kanseri

Meme kanserinin dünyadaki yaygınlığı giderek artmaktadır. Kadınlarda ilk üç kanser türü dünyada meme, kolon ve akciğer kanseriyken (WHO, 2012), Türkiye'de meme, tiroid ve kolorektal kanser şeklinde olmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2008). Meme kanserinin dünyada ortalama insidansı yüz binde 38-40 iken, Avrupa'da bu oran yüz binde 66-67'dir (WHO 2012). Amerikan Kanser Birliği'nin 2013 verilerine göre, meme kanserinin neden olduğu ölümler dünyada 39,620 kadardır. Amerika'da her sekiz kadından birinin hayatında meme kanseri olacağı öngörülmektedir. Kanser ölümlerinin %30'u önlenabilir durumdadır. 2013 yılında meme kanseri teşhisi konan 2,240 erkek hastanın 410 kadarı meme kanserinden ölmüştür (American Cancer Society, 2013-2014). Yüksek vaka oranlarına rağmen, Batı ülkelerinde meme kanseri tespit edilen kadınların %89'u teşhis ve tedaviyle beraber ancak beş yıl kadar yaşamaktadır (Parkin, 2008).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2010 verilerine göre, ülkemizde ölüm nedenleri sırasında ikinci sırada yer alan kanser hastalığının, 2015 yılından itibaren birinci sıradaki ölüm nedeni olacağı belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2008). Ülkemizde yaygınlığı her geçen gün artarak %40'a ulaşmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2008). TÜİK 2012 verilerine göre kadınlarda en çok görülen kanser türü meme kanseri olup 2004'de meme kanseri oranı %34,7 iken, 2011'de %45,1'e yükselmiştir (TÜİK, 2010)

2.5. Meme Kanserinde Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanımı

Meme kanserinin sık görülmesi ve tedavi sürecindeki başarı oranının düşük olması nedeniyle hastaların alternatif ve destek tedavilere yönelik ilgisi artmıştır. Meme kanseri hastalarının TAT yöntemlerine en çok yönelme sebepleri; %63 ile immün sistemi güçlendirmek, %53'ü yaşam kalitesini yükseltmek, %42,5'i tekrar etmesini önlemek, %37,9'u yaşamını kontrol altında tutabilme duygusunu yaşamak, %37,9'u medikal tedaviyi verimli hale getirmek, %27,9'u kanseri tedavi etmek, %21'i tedavinin yan etkilerinden korunmak, %17,4'ü şuan ki durumunu stabilize etmek, %5'i medikal tedavinin başarısız olması durumunda kompanse etmek için kullandıklarını belirlenmiştir. Bu uygulamaları arkadaş ya

da aile bireylerinden öğrendiklerini söylemektedirler (Boon ve ark, 2000; Molassiotis ve ark 2006; Akgül, 2009; Hunter ve ark 2013).

Tamamlayıcı ve alternatif tedavikullanıcılarının %35,8'i kullandıkları TAT'ı doktorlarına bahsetmekte, %8,4'ü sadece aile hekime söylemekte ve %2,2 sadece uzmanlarına söylemektedirler (Boon, 2000). Doktorun ilgisizliğinden korkmak, negatif yanıt ve doktorun sahadaki yararlı bilgiye ulaşamamaları düşünceleri nedeniyle kullandıkları yöntemleri doktorlarıyla paylaşmamayı tercih etmişlerdir (DiGianni, 2002).

Bir başka çalışmada kanser hastalarının TAT'a yönelik beklentileri; %77 yaşam kalitesini arttırmak, %71 immun sistemi güçlendirmek, %62 yaşam süresini uzatmak şeklindedir. Tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanmalarının temel nedeni %61 fiziksel distres, %21 psikolojik distres şeklindedir (Molassiotis ve ark, 2005). Tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullananların %30,1'i kendi tedavisi için karar vermiş, kullanmayanlarda bu oran %24,4'dür. Standart tedavinin kanseri iyileştireceğini düşünenler TAT kullananlarda %2,6, kullanmayanlarda %2,4'tür. Standart tedavinin kanserin yayılımını önleyeceğini düşünenler TAT kullananlarda %2,8, kullanmayanlarda %3'tür (Boon ve ark, 2000).

Kanser hastalarının genel beklentisinin yaşam kalitelerini arttırmak ve konfora kavuşmak olduğu düşünüldüğünde, konforlarını en çok bozan durumun ağrı olduğu bilinmektedir. Buna yönelik çalışmalarda ağrı kontrolü için yapılan masajların fiziksel ve duygusal açıdan yararlı olduğu bulunmuştur. Ayrıca, destek gruplarında kendini ve korkularını ifade eden metastazlı hastaların kontrol grubuna göre 18 ay daha fazla yaşadığı bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada ise yaşam süresine etkisi olmadığını, psikolojik açıdan ise yarar sağladığı belirtilmektedir (Molassiotis ve ark, 2005).

Kanserin psikolojik etkilerinde ise 480 erken evre meme kanseri hastasında depresyonla arasında bir ilişki bulunmuş, tekrar etme ve cinsel doyumsuzluk korkusunun buna neden olduğu ifade edilmiştir. Aynı çalışmada hastaların %11'i kanser teşhisinden önce TAT kullanmakta ve bu oran teşhis sonrası %28'e yükselmiştir (Molassiotis ve ark, 2005).

2.6. Hemşirelik ve Tamamlayıcı Alternatif Tedaviler

Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullanan hastalara karşı hekim ve hemşirelerin tutum ve yaklaşımlarını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Hemşire ve hekimlerin bu yöntemlerle ilgili bilgi düzeyi, kişisel deneyimleri, hastanın deneyimleri, TAT hakkındaki kişisel felsefeleri ve organizasyonel kültür gibi faktörler hastalara karşı cevap ve tutumlarını etkilemektedir (Wang ve Yates, 2006; Fadlon ve ark, 2008). Hemşirelerin

%34,9'u, hekimlerin ise %18,2'si TAT yöntemlerini düzenli olarak kullandığını ifade etmiştir. Bu yöntemleri kullanan sağlık personelinin de hastalarda TAT kullanımını destekleme davranışı saptanmıştır (Bal, 2009).

Farklı amaçlarla kullanılan pek çok TAT yöntemiyle zaman zaman hemşirelerin karşılaştığı ve hastalara bu konuda önerilerde buldukları görülmektedir. Hemşirelerin kullandıkları TAT yöntemleri sorulduğunda, en çok kullandığı TAT yöntemleri sırasıyla; %46,2 meditasyon, %42,4 bitkisel tedavi, %39,9 akupunktur, %39,9 aromaterapi ve %39,2 dini yöntemdir. Aynı zamanda TAT kullanımı bazı riskleri nedeniyle sağlık personelinin endişelendirmektedir. Bu endişeler; organ yetmezlikleri, ilaç etkileşimleri, sakatlık/ölüm, prognozun ağırlaşması, modern tedaviden uzaklaşma ve yanıltıcı bilgilerdir (Bal, 2009).

Hemşirelerin TAT bilgisinin sorgulandığı bir araştırmada hemşirelerin ancak %33'ü TAT'ı doğru şekilde tanımlayabilmiştir (Mahan, 2013). Shou-Yu ve Patsy'in 2006'daki çalışmasında da kendileri TAT uygulayan hemşirelerin bu konuyla ilgili bilgi almayı daha çok istedikleri saptanmıştır. Meme kanserinde TAT Kullanımına ilişkin uygun eğitimi olmayan hemşirelerin tamamlayıcı ve alternatif tedaviler hakkında öncelikle yeterli bilgiye sahip olması sağlanmalıdır. Böylece hemşireler hastalara uygun danışmanlığı verebilecek, kullanılan destekler konusunda hastalarını yönlendirebileceklerdir (Herdman, 2007).

Literatür incelendiğinde de tamamlayıcı terapilerin, hemşirelik girişimi olarak uygulanabileceği görülmektedir. Bu bağlamda tamamlayıcı terapilerin, kuramsal bilgiye ve bilimsel sorun çözme becerisine sahip, profesyonel hemşirelerin bağımsız hemşirelik rolleri kapsamında olduğu düşünülebilir (Turan ve ark, 2009). Masaj, refleksoloji, aromaterapi gibi uygulamalar hemşirelerin doğrudan uygulamaya dahil edebildiği girişimlerdir. Homeopati, bitkisel tedaviler, beslenme terapileri gibi uygulamalar girişimlere kısmen dahil edilebildiği için ikinci grupta yer almakta ve kolaylıkla girişimlere dahil edilemeyen fakat önerilerde bulunabilecekleri akupunktur da üçüncü grupta yer almaktadır (Cole ve Shanley, 1998).

Hemşirelerin, sağlıklı/hasta birey ve aileleri ile iyi iletişim kurabilen, onların psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlarını iyi gözlemleyebilen, ekip üyeleri olduğu bilinmektedir. Bu bağlamda hemşirelerin, toplumda tamamlayıcı terapilerin kullanımının yaygınlığına ilişkin farkındalıklarının artması ve yapılan bu uygulamalar konusunda birey ve ailesi ile sağlık çalışanları arasında iletişimi sağlamaları önemli ve gereklidir. Bu nedenlerden dolayı tamamlayıcı terapiler ve kullanımına ilişkin bilgiler, hemşirelik müfredatına konmalı, ayrıca hizmet içi eğitim programları kapsamında, tamamlayıcı terapiler konusunda hemşirelerin bilgi birikimleri güncellenmelidir (Turan ve ark, 2009).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, meme kanseri olan kadın hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım durumlarını saptamak amacıyla yapılan tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu araştırmada merkezi İstanbul'da olan ve 2013'de kurulmuş olan 'Kanserle Dans Derneği'nin takipçilerine ulaşılarak yürütülmüştür. Derneğin altı asil, beş yedek yönetim kurulu üyesi vardır. Denetleme kurulunda da üç asil, bir yedek üye bulunmaktadır. Derneğin toplam web sayfasına üye sayısı hasta yakınları ve gönüllüleri ile birlikte 1358 üyedir. Meme kanseri teşhisi almış üye sayısı 513'tür.

Dernek vizyonu; *'Kanser, erken teşhis ve tarama konusunda farkındalık yaratmak ve geleceğin kanser tedavisini hasta merkezli ve odaklı hale getirmek, kanser hastaları ve yakınlarına bu süreçte psikolojik ve sosyal destek sağlamak'* olarak ifade edilmiştir. Toplum kanser hakkında ve erken teşhisi ile ilgili web sitesi ve sosyal medya kanallarını kullanarak bilgilendirmek, tedavi sırasında ve sonrasında tıbbi ve psikolojik destek sağlamak, tedavi sonrası bakımı ile ilgili hastalara rehber olmak ve bu konuda ulusal duyarlılık ve farkındalık oluşturmak, hasta ve yakınları ile sağlık profesyonelleri arasında köprü oluşturmak, tavsiye kararında bültenler ve rehberler hazırlayarak ulusal kanser politikalarının oluşturulmasına katkıda bulunmak, yurt dışında benzer amaçlarla hizmet veren dernek, kurum ve kuruluşlarla bilgi alışverişinde bulunmak ve ortak çalışmalar yapmak derneğin misyonları arasındadır. Dernek; kaynaklı ve araştırmaya dayalı bilgi, yapıcı ve tabana dayalı yaklaşım, pozitif enerji, birebir ilgi ve gönüllülük ilkeleri üzerine kurulmuştur (<http://www.kanserledans.org/home/tr-TR/Default.aspx> Erişim tarihi: 09.09.2015).

3.3. Araştırmanın Zamanı

Araştırma için hazırlanan zaman çizelgesi aşağıda verilmiştir.

3.3.1 Araştırmanın Zaman Planı

Planlananlar	Dönem
Konunun seçimi	Şubat 2014-Ağustos 2014
Literatür tarama	Eylül 2014- Kasım 2014
Veri toplama formunun oluşturulması	Aralık 2014- Ocak 2015
Veri toplama formu için uzman görüşü alınması	Şubat 2015- Mart 2015
Kurum izninin alınması	Ekim 2014-Nisan 2015 (İzin alınmış, daha sonra uzatılmıştır)
Etik kurul izninin alınması	Mart 2015- Mayıs 2015
Ön Uygulama	Mayıs 2015- Haziran 2015
Verilerin Toplanması	Haziran 2015- Eylül 2015
Verilerin Analizi	Eylül 2015-Ekim 2015
Araştırma Raporunun Hazırlanması	Ekim 2015-Aralık 2015
Rapor yazımı ve teslimi	Aralık 2015- Ocak 2016

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini ‘Kanserle Dans Derneği’nde meme kanseri olan üye hastalar oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmemiş, evrene ulaşılmaya çalışılmıştır. Derneğin toplam takipçi sayısı; hasta, hasta yakınları ve gönüllüleri ile birlikte 1358 kişidir. Meme kanseri teşhisi almış üye sayısı ise 513’tür. Evrene gönderilen anket formlarından ancak 437’sine ulaşılabilmektedir. Gönderilen soru formlarını yanıtlayan üyeler araştırmaya dahil edilmiştir.

3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Araştırmaya Kanserle Dans Derneği’ne kayıtlı, meme kanseri teşhisi almış ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmiş tüm meme kanseri tanısı almış hastalar dâhil edilmiştir.

3.6. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Araştırma formlarını doldurmayı kabul etmeyen kadınlar araştırmaya dâhil edilmemiştir. Bu araştırmada veri toplama aracı hazırlanırken eksik doldurulan formların araştırmacıya gönderilmesi engellenmiştir. Bu nedenle eksik formlar çalışmaya dâhil edilmemiştir. Derneğe üye olan hasta yakınları ve gönüllüleri araştırma dışında tutulmuştur.

3.7. Veri Toplama Aracı

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından literatüre göre hazırlanan anket formu ile toplanmıştır. Soru formunda, sosyo-demografik bilgiler ile TAT kullanımı ile ilgili sorular bulunmaktadır. Soru formunda üç bölüm oluşturulmuştur. Birinci bölümde TAT kullanımı ve nedenlerine yönelik 16 soru; ikinci bölümde TAT'a ilişkin istekler/gereksinimlere yönelik dört soru ve üçüncü bölümde tanıtıcı bilgilere yönelik sekiz soru sorulmuştur. Soru formu, açık uçlu 7 soru ve kapalı uçlu 21 soru olmak üzere toplam 28 adet sorudan oluşmaktadır.

Soru formunun anlaşılabilirliği ve kapsam geçerliği için dokuz uzmandan görüş alınmıştır. Bu uzmanlar arasında bir onkoloji uzmanı, üç kadın doğum uzmanı hekim ve kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği alanından beş öğretim üyesi bulunmaktadır. Bu uzmanların verdiği puanlamalar doğrultusunda soru formu Lawshe yöntemi ile değerlendirilmiştir.

$$KGO = \frac{N(\text{Maddeye 'Gerekli' Diyen Uzman Sayısı})}{N/2} - 1$$

Formülüne göre uzman sayısına göre ulaşılmaması gereken minimum oran 0,75 olmalıdır. KGO (Kapsam geçerlilik oranı) 4, 13 ve 19. sorular için 0,77, diğer sorular için ise 1 olarak bulunmuştur (Yurdugül, 2005). Kapsam geçerlilik oranı değeri dokuz uzmana göre α : 0,05 anlamlılık düzeyinde minimum 0,75 olduğu için tüm anket sorularının uygunluğu kabul edilmiştir. Bu nedenle sorularda değişiklik yapılmamıştır.

3.8. Ön uygulama

Soru formu, başka meme kanseri derneklerine üye olan beş ve Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Meme Polikliniği'ne gelen beş meme kanseri hastası olmak üzere toplamda 10 hastada ön uygulama yapılmış ve sonrasında gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Sadece soruların daha iyi anlaşılabilmesi için KGO değeri 0,77 olan 4, 13 ve 19. sorular tekrar gözden geçirilerek daha açık bir biçimde yazılmıştır.

3.9. Verilerin Toplanması

Soru formu 'Kanserle Dans' derneğine kayıtlı, meme kanseri tanısı almış hastalara internet aracılığıyla soru formu uygulanmıştır. Araştırmaya katılanlardan anket öncesi bilgilendirilmiş olur formunu okumaları ve onaylamaları istenmiştir. Soru formu, '*Bilgilendirilmiş olur formunu okudum, anladım ve onaylıyorum*' kutucuğunu işaretlemeyen hastaların bilgileri araştırmacıya ulaşmayacak şekilde tasarlanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastaların anket formunu öz bildirimlerine göre doldurmaları istenmiştir.

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın bağımlı değişkenlerini TAT kullanım durumu oluşturmaktadır. Bağımsız değişkenler ise sosyo-demografik değişkenler (eğitim, yaş, kanser evresi, medeni durum, gelir durumu, meme kanseri teşhis zamanı) oluşturmıştır.

Veriler SPSS 19.0 paket programı ile kodlanarak işlenmiştir. Değerlendirmelerde $p < 0,05$ düzeyi anlamlı olarak kabul edilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, frekans, ortalama, yüzde ve ki-kare testi kullanılmıştır.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma internet üzerinden yapıldığı için tüm meme kanseri kadınları kapsamamakta, aynı şekilde de genele atfedilememektedir. Verilerin yüz yüze yapılmaması nedeniyle soru formunu yanıtlayanlara açıklama yapılamaması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır. Araştırmanın verileri soru formu ile internet üzerinden toplanmıştır. Bu yüzden verilerin güvenilirliği araştırmaya dâhil edilen kadınların verdiği bilgiler ile sınırlıdır.

3.12. Araştırmanın Etiği

Araştırma protokolüne Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından 13.03.2015 tarihinde yapılan yazışmalarla beraber 05.05.2015 tarihinde ön onay verilmiştir, (EK 3). Araştırma protokolüne Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından 10.12.2015 tarihinde son onayı verilmiştir (EK5).

Araştırma kapsamında Kanserle Dans Derneği'nden araştırmanın yapılabilmesi için yazılı izin alınmıştır. (EK 2). Bununla birlikte araştırmaya katılan hastaların soru formuna ulaşabilmeleri için öncelikle olur formunu '*Okudum, anladım ve onaylıyorum*' bölümünü işaretlemeleri istenmiştir. Soru formu formun eksik doldurulması durumunda araştırmacıya ileilmeyecek şekilde tasarlanmıştır.

4. BULGULAR

4.1.Meme Kanseri Olan Kadınların Tanıtıcı Özellikleri

Tablo 1. Meme Kanseri Olan Kadınların Tanıtıcı Bilgileri

Tanıtıcı bilgiler	n	%
Yaş		
20-29	15	3,4
30-39	122	27,9
40-49	205	46,9
50-59	72	16,5
60 yaş ve üzeri	23	5,3
Yaş ortalaması	44,19± 0,41	
Eğitim durumu		
İlkokul	7	1,6
Ortaokul	38	8,7
Lise	94	21,5
Üniversite	240	54,9
Lisansüstü	58	13,3
Gelir durumu		
Gelir giderden az	145	33,2
Gelir gidere denk	219	50,1
Gelir giderden fazla	73	16,7
Medeni durumu		
Bekâr	50	11,5
Evli	320	73,2
Boşanmış	67	15,3
Toplam	437	100,0

Araştırmaya katılan kadınların tanıtıcı bilgilerine göre dağılımları Tablo 1’de gösterilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 44,19±0,41’dir. Kadınların yaş grubu incelendiğinde %46,9’unun 40-49 yaş grubuna, %27,9’unun 30-39 yaş grubuna, %16,5’inin 50-59 yaş grubuna ve %3,4’ünün 20-29 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. Kadınların %54,9’unun üniversite, %21,5’inin lise, %13,3’ünün lisansüstü, %8,7’sinin ortaokul ve %1,6’sının ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. Kadınların %73,2’isi evli, %11,5’i bekâr ve %15,3’ü boşanmıştır. Araştırmaya katılan kadınların gelir durumlarına bakıldığında %50,1’inin gelirinin gidere denk, %33,2’sinin gelirinin giderden az ve %16,7’sinin gelirinin giderden fazla olduğu saptanmıştır.

Tablo 2. Meme Kanseri Olan Kadınların Hastalığın Seyri ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı

Hastalığın seyri ile ilgili özellikler	n	%
Meme kanserinin teşhis edilme zamanı		
1-5 yıl önce	360	82,4
6-10 yıl önce	70	16,0
11-15 yıl önce	7	1,6
Teşhis zamanı ortalaması	3,34±0,11	
Meme Kanserinin teşhis edildiği evre		
Evre 1	114	26,1
Evre 2	165	37,8
Evre 3	108	24,7
Evre 4	50	11,4
Meme kanseri için uygulanan tedaviler		
Cerrahi tedavi	192	43,9
Radyoterapi	139	31,8
Kemoterapi	65	14,9
Hormon tedavisi	41	9,4
Hastalığın şuanadaki durumu		
Kontrol aşamasında	151	34,6
Tedavisi devam ediyor	104	23,7
Tedavi sonrası stabil	64	14,6
Metastazı var	34	7,8
Evre 4	30	6,9
Kanser tekrarladı	20	4,6
Evre 3	18	4,1
Tedavisi bitmiş	10	2,3
Ameliyat sonrası dönem	6	1,4
Toplam	437	100,0

Tablo 2, Meme kanseri olan kadınların hastalığın seyrine ilişkin dağılımları Tablo 2’de sunulmuştur. Kadınlarda meme kanseri ortalama 3,34±0,11 yıl önce teşhis edilmiştir. Katılımcıların %37,8’i Evre 2, %26,1’i Evre 1, %24,7’si Evre 3 ve %11,4’ü Evre 4’tedir. Araştırmaya katılan kadınların %43,9’u cerrahi, %31,8’i radyoterapi, %14,9’u kemoterapi ve %9,4’ü hormon tedavisi görmektedir. Hastaların %34,6’sı kontrol aşamasında, %23,7’si tedavisini sürdürmekte, %14,6’sı tedavisi sonrası stabil durumda, %7,8’i metastaz yaşamakta, %6,9’u evre 4’te , %4,6’sı tekrar kanser tedavisi almakta, %4,1’i evre 3’te, %2,3’ünün tedavisi bitmiş ve %1,4’ü ameliyat sonrası dönemdedir.

4.2. Meme Kanseri Kadınların Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanım Durumları ve Kullanımlarına İlişkin Bilgi ve Düşünceleri

Tablo 3. Meme Kanseri Olan Kadınların TAT Uzmanına Gitme Durumlarına Göre Dağılımları

Teşhis sonrası TAT uzmanına gitme durumu	n	%
Evet	112	25,6
Hayır	325	74,4
TAT uzmanlarına gitme sıklığı (n=112)*		
1-10 kez	68	60,8
11-20 kez	16	14,2
21-30 kez	19	16,9
31 ve üstü	9	8,1
Ortalama gitme sıklığı	11,05±1,00	
TAT uzmanları (n=211)*		
Biyolojik yaklaşımlar	109	51,7
Bilişsel yaklaşımlar	50	23,7
Manipülatif yaklaşımlar	27	12,8
Enerji yaklaşımları	25	11,8
Toplam	211	100,0
Biyolojik yaklaşımlar (n=109)*		
Akupunktur uzmanı	62	56,9
Homeopat	21	19,3
Diyetisyen/beslenme uzmanı	19	17,4
Çin tıbbi uzmanı	7	6,4
Ayurveda terapisti	-	-
Naturopatik	-	-
Aromaterapist	-	-
Toplam	109	100,0
Bilişsel yaklaşımlar (n=50)*		
Meditasyon uzmanı	26	52,0
Sanat terapisti	24	48,0
Toplam	50	100,0
Enerji yaklaşımları (n=25)*		
Reiki uzmanı	13	52,0
Refleksoloji uzmanı	12	48,0
Toplam	25	100,0
Manipülatif yaklaşımlar (n=27)*		
Kayropraktör	15	55,6
Masör	12	44,4
Toplam	27	100,0
Toplam	112	100,0

*Birden fazla uzman kullandığı için n katlanmıştır. Bu nedenle yüzdeler TAT uzmanına verilen toplam cevap üzerinden alınmıştır.

Tablo 3’de araştırmaya katılan kadınların TAT uzmanına gitme durumlarını gösterilmiştir. Katılımcıların %74,4’ü meme kanseri teşhisi konduktan sonra TAT ile uğraşan bir uzmana gitmemiş %25,6’sı ise bir uzmana gitmiştir. Kadınlar başvurulan TAT uzmanları

içerisinde %51,7 oranında biyolojik, %23,7 oranında bilişsel, %12,8 oranında manipülatif ve %11,8 oranında enerji yaklaşımlarını tercih etmiştir. Biyolojik yaklaşımları tercih eden hastaların %56,9'u akupunktur uzmanını, %19,3'ü homeopati, %17,4'ünün diyetisyen/beslenme uzmanını ve %6,4'ünün Çin tıbbı uzmanına başvurduğu görülmüştür. Uzmanlar arasında bilişsel yaklaşımları tercih eden hastaların %52'sinin meditasyon uzmanına ve %48'inin ise sanat terapistine başvurduğu saptanmıştır. Enerji yaklaşımlarını tercih eden hastaların %52'sinin reiki uzmanına, %48'inin ise refleksoloji uzmanına başvurduğu saptanmıştır. Manipülatif yaklaşımları tercih eden hastaların %55,6'sının kayropraktör uzmanına ve %44,4'ünün masöre başvurduğu saptanmıştır. Uzmanlara başvuranlar bu uzmanlara ortalama 11,05±1 kez gitmiştir. Ayurveda terapistine, naturopatik uzmanına ve aromaterapistine giden olmamıştır.

Tablo 4. Meme Kanseri Olan Kadınların TAT Yöntemi Kullanma Durumlarına Göre Dağılımları

Teşhis sonrası TAT yöntemi kullanma durumu	n	%
Evet	213	48,7
Hayır	224	51,3
TAT yöntemlerinin kullanmaya başlama zamanı (n=213)*		
6 aydan kısa	93	43,6
6-12 ay	81	38,0
1-2 yıl	12	5,6
2-4 yıl	18	8,5
4 yıldan fazla	9	4,3
Ortalama teşhis zamanı	10,79±0,85	
Kullanılan TAT yöntemleri (612)*		
Bitkisel	213	34,8
Vitamin/mineraller/takviyeler	150	24,6
Zihin terapileri	141	23,0
Beslenme	108	17,6
Toplam	612	100,0
Bitkisel (n=213)*		
Yeşilçay	53	24,9
Sarımsak	38	17,8
Zencefil	33	15,5
Çörek otu	32	15,0
Ginseng	18	8,5
Ezyak	15	7,0
Ekinezya	13	6,1
Isırgan	11	5,2
Arı poleni	-	-
Toplam	213	100,0
Vitamin/mineraller/takviyeler (n=150)*		
Probiyotikler	39	26,0
Beta karoten	33	22,0
Balık yağı/omega 3	27	18,0
D vitamini	21	14,0
Immun destekleyiciler	15	10,0
C vitamini	9	6,0
E vitamini	6	4,0
Toplam	150	100,0
Zihin terapileri (n=141)*		
Dinsel tedaviler	36	25,5
Nefes egzersizleri	33	23,4
Yoga	24	17,0
Reiki	18	12,7
Meditasyon	15	10,6
Olumlama	12	8,6
Hayal kurma	3	2,2
Hipnoz	-	-
Toplam	141	100,0

Tablo 4. Meme Kanseri Olan Kadınların TAT Yöntemi Kullanma Durumlarına Göre Dağılımları
(Devamı)

Beslenme (n=108)*		
Yağdan fakir diyet (%25 daha az kalorili)	57	52,7
Vejetaryen diyet	36	33,4
Alkali diyet	15	13,9
Toplam	108	100,0
Şuanda TAT yöntemi kullanma durumu		
Evet	120	27,5
Hayır	317	72,5
Şuanda kullanılan TAT yöntemleri* (n=120)*		
Çörek otu ve yağı	18	15,0
Reishi mantarı	12	10,0
Zencefil	12	10,0
Bitkisel karışım	12	10,0
Bal	9	7,5
Refleksoloji	9	7,5
Reiki	9	7,5
Yoga	9	7,5
Enginar	6	5,0
Propolis	6	5,0
Olumlama	6	5,0
Zerdeçal	3	2,5
Iscador (Ökse preparatı)	3	2,5
Hayal kurma	3	2,5
Antioksidan	3	2,5
Toplam	120	100,0

*Birden fazla yöntem kullandığı için n’de farklılıklar olmuştur, ancak yüzdeler belirtilen üzerinden hesaplanmıştır

Meme kanseri olan kadınların TAT yöntemi kullanma durumları Tablo 4’de verilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %51,3’ü TAT kullanmadığını, %48,7’si ise TAT kullandığını ifade etmiştir. Meme kanseri teşhis edildikten sonra TAT kullananlar bu tedavileri ortalama 10,79±0,85 aydır kullanmaktadır. TAT kullananların %43,6’sı 6 aydan kısa süredir, %38’i 6-12 ay arasında, %8,5’i 2-4 yıl arasında ve %5,6’sı 1-2 yıl arasında TAT kullanmaktadır.

Tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanıcılarının %34,8’i bitkisel, %24,6’sı vitamin/mineral/takviyeler, %23’ü zihin terapileri ve %17,6’sı beslenmeye yönelik yöntemleri kullanmıştır. TAT kullanıcılarının hepsi bir bitkisel yöntem kullanmıştır. Tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanıcılarının kullandığı bitkilerin %24,9’unu yeşil çay, %17,8’ini sarımsak, %15,5’ini zencefil, %15’ini çörek otu, %8,5’ini ginseng, %7’sini ezyak, %6,1’ini ekinezya ve %5,2’sini ısırgan oluşturmaktadır. Tamamlayıcı ve alternatif tedavi

kullanıcılarının %52,7'si yağdan fakir diyeti, %33,4'ü vejetaryen diyeti ve %13,9'u alkali diyeti kullanmaktadır. Vitamin/mineral/takviyelerin tercih edilme durumuna bakıldığında, TAT kullanıcılarının %26'sının probiyotikleri, %22'sinin beta karoteni, %18'inin balıkyağı/omega 3'ü, %14'ünün D vitaminini, %10'unun immun destekleyicileri, %46'sının C vitaminini ve %4'ünün E vitaminini kullandıkları bulunmuştur. Zihin terapilerini kullanan TAT kullanıcılarının %25,5'i dinsel tedavileri, %23,4'ü nefes egzersizlerini, %17'si yogayı, %12,7'si reikiyi, %10,6'sı meditasyonu, %8,6'i olumlamayı ve %2,2'i hayal kurmayı kullanmıştır. Yöntemler arasında arı poleni ve hipnoz tercih edilmemiştir.

Katılımcıların %27,5'i şu anda bir TAT yöntemi kullanmaktadır. Şu anda herhangi bir TAT yöntemi kullananların %15'i çörek otu ve yağını, %10'u reishi mantarını, %10'u zencefili, %10'u bitkisel karışımları, %7,5'i balı, %7,5'i refleksolojiyi, %7,5'i reikiyi, %7,5'i yogayı, %5'i enginarı, %5'i propolisi, %5'i hayal kurmayı, %2,5'i zerdeçalı, %2,5'i ıscadoru, %2,5'i hayal kurmayı ve %2,5'i antioksidanı kullanmaktadır.

Tablo 5. Meme Kanseri Olan Kadınların TAT Kullanım Nedenleri, TAT'ın Sonuçları ve Yaşadıkları Sorunlara Göre Dağılımları

TAT kullanım nedenleri (n=213)*	n	%
Semptomları/ rahatsızlıkları önlemek	123	57,7
Metastazı önlemek	45	21,1
İmmun sistemi güçlendirmek	32	15,0
Yaşam kalitesini yükseltmek	13	6,2
Toplam	213	100,0
TAT kullanımı sonrası sonuca ulaşma (n=213)*		
Evet, iyileşmemi sağladı	149	70,0
Sadece psikolojik olarak rahatlattı	47	22,0
Hayır hiç bir yararı olmadı	17	8,0
Toplam	213	100,0
TAT kullanılırken yaşanan sorunlar (n=271)*		
Hiç bir sorun yaşamadım	137	50,5
Pahalıya mal oldu	101	37,3
Tıbbi tedavi ve alternatif tedavi arasında kaldım	18	6,7
Yeterli bilgi alamadım	15	5,5
Toplam	271	100,0

*Birden fazla seçenek işaretlediği için n'de farklılıklar olmuştur, ancak yüzdeler belirtilen n üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 5'de meme kanseri olan kadınlarda TAT kullanım nedenlerine ilişkin bilgiler, sonuçları ve yaşadıkları sorunlar sunulmuştur. Araştırmaya katılan kadınların %57,7'si semptomları/rahatsızlıkları önlemek, %21,1'i metastazı önlemek, %15'i immün sistemi güçlendirmek ve %6,2'si yaşam kalitesini yükseltmek için TAT kullanmışlardır.

Tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımından sonra TAT kullanıcılarının %70'i iyileşmeyi sağladığını, %22'si psikolojik olarak rahatlattığını, %8'i hiçbir yararı olmadığını ifade etmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %50,5'i TAT kullanımını sırasında hiçbir sorun yaşamamıştır. Kadınların %37,3'ü TAT'ın pahalıya mal olduğunu, %6,7'si yeterli bilgi alamadığını ve %5,5'i tıbbi tedavi ile alternatif tedavi arasında kaldığını belirtmiştir.

Tablo 6. Meme Kanseri Olan Kadınların TAT Yöntemlerine İlişkin Bilgi Kaynakları ve Temin Edilen Yerlerinin Dağılımı

TAT bilgi kaynakları (n=213)*	n	%
Aile bireyleri	63	29,6
Kendi mevcut bilgileri	63	29,6
Akrabalar, arkadaşlar, komşular	34	16,0
Gazete, dergi, internet vb. yayın organları	30	14,0
Doktor, hemşire	23	10,8
Toplam	213	100,0
TAT yöntemlerini temin etme yerleri (n=271)*		
Uzmanı	133	49,0
Aktar	120	44,4
Eczane	15	5,4
Market	3	1,2
Toplam	271	100,0

*Birden fazla seçenek işaretlediği için n'de farklılıklar olmuştur, ancak yüzdeler belirtilen n üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 6'da meme kanseri olan kadınların TAT kullanım kaynakları ve temin yerlerinin dağılımı belirtilmiştir. Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerine ilişkin bilgi ve tavsiyeleri kadınların %29,6'sı aile bireylerinden, %29,6'sı kendi bilgilerinden, %16'sı akraba/arkadaş/komşularından, %14'ü gazete, dergi, internet vb. yayın organlarından, %10,8'i sağlık personelinin edinmişlerdir. Kadınların %49'u kullandıkları TAT yöntemlerini uzmanından, %44,4'ü aktardan, %5,4'ü eczaneden ve %1,2'si marketten temin etmiştir.

Tablo 7. Meme Kanseri Olan Kadınların TAT Kullanım Bilgilerini Sağlık Personeli ile Paylaşma Durumlarına Göre Dağılımları

Kullanılan TAT yöntemlerini sağlık personeliyle paylaşma durumu	n	%
Evet	191	43,7
Hayır	246	56,3
Kullanılan TAT yöntemlerini sağlık personeliyle paylaşmama nedeni (n=246)*		
Gerek görmedim	88	35,8
Bilgileri vardı	58	23,7
TAT kullanımına karşılar	36	14,5
Zararsız olduğunu düşünüyorum	27	11,0
Tepkiden korktum	23	9,3
Paylaşmak istemedim	14	5,7
Toplam	246	100,0
Kullanılan TAT yöntemlerini sağlık personeliyle paylaşma durumunda verilen tepkiler (n=191)*		
Yanıt vermedi	82	43,0
Kullandığım yöntemi onaylamadı	57	29,8
Kullandığım yöntemi onayladı	52	27,2
Toplam	191	100,0

*Birden fazla seçenek işaretlediği için n’de farklılıklar olmuştur, ancak yüzdeler belirtilen n üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 7, meme kanseri olan kadınların TAT kullanım bilgilerini sağlık personeli ile paylaşma durumlarını göstermektedir. Meme kanseri olan kadınların %56,3’ü kullandığı TAT yöntemini sağlık personeli ile paylaşmamıştır. Hastaların paylaşmayı %35,8’i gerek görmediğini, %23,7’si sağlık personelinin önceden TAT kullandığına ilişkin bilgisi olduğunu, %14,5’inin sağlık personelinin TAT’a karşı olduğunu düşündüğünü, %11’inin zararsız olduğunu düşündüğünü, %9,3’ünün tepkiden korktuğunu ve %5,7’sinin paylaşmak istemediğini ifade etmişlerdir. Kullandıkları TAT yöntemini sağlık personeli ile paylaşan 191 (%43,7) kadının %43’ü de sağlık personelinin konuyla ilgili yanıt vermediğini, %29,8’i onaylamadığını ve %27,2’si sağlık personelinin onayladığını belirtmiştir (Tablo 7).

Tablo 8. Meme Kanseri Olan Kadınların TAT'a Yönelik Danışmanlık İstek ve Gereksinimlerinin Dağılımı

Sağlık personelinde danışmanlık almayı isteme durumu	n	%
Evet	238	54,5
Hayır	199	45,5
TAT danışmanlığı almak istedikleri sağlık personeli (n=238)*		
Onkoloji uzmanı	146	61,3
Aile hekimi	54	22,7
Hemşire	38	16,0
Danışmanlık almak istediği zaman (n=238)*		
Tedavim sırasında	152	63,9
Tanı konmadan önce	34	14,2
Tedavime başlamadan önce	22	9,2
Tanı konduktan sonra	20	8,4
Sağlıklı iken	10	4,2
TAT danışmanlığında bilgi almak istenilen konular (n=238)*		
Beslenme/ Alkali diyet/ Özel diyetler	65	27,3
TAT kullanım riskleri/ Yan etkiler	31	13,0
Vitamin ve mineraller	24	10
Bitkiler/bitkisel ürünler	23	9,6
Çin tıbbı	22	9,2
Bağışıklığın artırılması	20	8,4
Ayurveda	19	8,0
Tedavi sırasında dikkat edilmesi gerekenler ve öneriler	17	7,1
Kullanım sıklığı/doz	11	4,6
TAT'ların tedaviye etkisi	3	1,2
Biorezonans	3	1,2
Toplam	238	100

*Birden fazla seçenek işaretlediği için n'de farklılıklar olmuştur, ancak yüzdeler belirtilen n üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 8, meme kanseri olan kadınların TAT'a yönelik danışmanlık istek ve gereksinimlerinin dağılımını göstermektedir. Kadınların %54,5'i sağlık personelinde TAT konusunda danışmanlık almak istemektedir. Hastaların %61,3'ü onkoloji uzmanından, %22,7'si aile hekiminden, %16'sı hemşireden danışmanlık almak istemektedir. Hastaların %63,8'i tedavi sırasında, %14,2'si tanı konmadan önce, %9,2'si tedaviye başlamadan önce, %8,4'ü tanı konduktan sonra ve %4,2'si sağlıklı iken danışmanlık almak istediklerini ifade etmişlerdir. Hastaların %27,3'ü beslenme/alkali diyet/özel diyetler, %13'ü TAT kullanım riskleri/yan etkileri, %10'u vitamin ve mineraller, %9,6'sı bitkiler/bitkisel ürünler, %9,2'si Çin tıbbı, %8,4'ü bağışıklığın artırılması, %8'i ayurveda, %7,1'i genel tavsiyeler, %4,6'sı

kullanım sıklığı/dozu, %1,2'si TAT'ın tedaviye etkisi ve %1,2'si biorezonans konusunda danışmanlık almak istediklerini ifade etmişlerdir.

4.3. Meme Kanseri Olan Kadınların TAT Kullanımını Etkileyen Faktörler

Tablo 9. Meme Kanseri Olan Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin TAT Kullanımına Göre Dağılımı

Kadınların Tanıtıcı Özellikleri	TAT yöntemi kullanma durumu				Toplam		X ²	p
	Evet		Hayır		n	%		
Yaş	n	%	n	%			n	%
20-29	6	1,4	9	2,1	15	3,4	4,114	0,391
30-39	61	14,0	61	14,0	122	27,9		
40-49	101	23,1	104	23,8	205	46,9		
50-59	38	8,7	34	7,8	72	16,5		
60 üstü	7	1,6	16	3,7	23	5,3		
Toplam	213	48,7	224	51,3	437	100		
Medeni durum								
Bekar	22	5,0	28	6,4	50	11,4	7,636	0,02
Evli	148	33,9	172	39,4	320	73,2		
Boşanmış	43	9,8	24	5,5	67	15,3		
Toplam	213	48,7	224	51,3	437	100		
Gelir durumu								
Geliri giderden az	65	14,9	80	18,3	145	33,2	7,252	0,027
Geliri gidere denk	102	23,3	117	26,8	219	50,1		
Geliri giderden fazla	46	10,5	27	6,2	73	16,7		
Toplam	213	48,7	437	100	437	100		
Eğitim durumu								
İlkokul	4	0,9	3	0,7	7	1,6	1,797	0,773
Ortaokul	20	4,6	18	4,1	38	8,7		
Lise	41	9,4	53	12,1	94	21,5		
Üniversite	121	27,7	119	27,2	240	54,9		
Lisans üstü	27	6,2	31	7,1	58	13,3		
Toplam	213	48,7	224	51,3	437	100		

Tablo 9'da hastaların tanıtıcı özelliklerinden yaş, medeni durum, gelir durumu ve eğitim ile TAT kullanımı karşılaştırılmıştır. Tablo 9'da görüldüğü gibi TAT kullanımı ile kadınların medeni durum ve gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Yaş ve eğitim ile TAT kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla değişkenler tekrar incelendiğinde, evli olanların (%33,9), boşanmış (%9,8) ve

bekârlara (%5) göre, geliri gidere denk olanların (%23,3) geliri giderden az (%14,9) ve geliri giderden fazla (%10,5) olanlara göre TAT kullanım oranı daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 10. Meme Kanseri Olan Kadınların Hastalığın Seyri ile İlgili Özelliklerinin TAT Kullanımına Göre Dağılımı

Hastalığın Seyri ile İlgili Özellikler	TAT yöntemi kullanma durumu				Toplam		X ²	p
	Evet		Hayır					
Hastalığın evresi	n	%	n	%	n	%		
Evre 1	49	11,2	65	14,9	114	26,1	10,977	0,012
Evre 2	73	16,7	92	21,1	165	37,8		
Evre 3	57	13,0	51	11,7	108	24,7		
Evre 4	34	7,8	16	3,7	50	11,4		
Toplam	213	48,7	224	51,3	437	100,0		
Hastalığın teşhis edilme zamanı							8,964	0,011
1-5 yıl	184	42,1	176	40,3	360	82,4		
6-10 yıl	29	6,6	41	9,4	70	16,0		
11-15 yıl	0	0	7	1,6	7	1,6		
Toplam	213	48,7	224	51,3	437	100,0		
Uygulanan tedaviler							15,132	0,002
Cerrahi	78	17,8	114	26,1	192	43,9		
Radyoterapi	76	17,4	63	14,4	139	31,8		
Kemoterapi	30	6,9	35	8,0	65	14,9		
Hormon	29	6,6	12	2,7	41	9,4		
Toplam	213	48,7	224	51,3	437	100,0		

Hastalığın tanı evresi, hastalığın teşhis edilme zamanı ve uygulanan tedaviler ile TAT kullanımı Tablo 10'da karşılaştırılmıştır. Hastalığın tanı evresi, teşhis edilme zamanı ve uygulanan tedavi değişkenleri ile TAT kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Teşhis zamanı 1-5 yıl arasında olanların (%42,1) ve hastalığı ikinci evrede (%16,7) olanların TAT kullanım oranları diğer gruplara göre yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Cerrahi ve radyoterapi alan hastaların TAT kullanımı diğer tedavi gruplarına göre yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 11. Meme Kanseri Olan Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin TAT Uzmanına Gitme Durumuna Göre Dağılımı

Kadınların Tanıtıcı Özellikleri	TAT uzmanına gitme durumu				Toplam		X ²	p
	Evet		Hayır					
Yaş	n	%	n	%	n	%		
20-29	3	0,7	12	2,7	15	3,4	12,807	0,012
30-39	19	4,3	103	23,6	122	27,9		
40-49	66	15,1	139	31,8	205	46,9		
50-59	16	3,7	56	12,8	72	16,5		
60 üstü	8	1,8	15	3,4	23	5,3		
Toplam	112	25,6	325	74,4	437	100,0		
Medeni durum								
Bekar	16	3,7	34	7,8	50	11,4	1,739	0,419
Evli	77	17,6	243	55,6	320	73,2		
Boşanmış	19	4,3	48	11	67	16,3		
Toplam	112	25,6	325	74,4	437	100,0		
Gelir durumu								
Geliri giderden az	43	9,8	102	23,3	145	33,2	1,851	0,396
Geliri gidere denk	52	11,9	167	38,2	219	50,1		
Geliri giderden fazla	17	3,9	56	12,8	73	16,7		
Toplam	112	25,6	325	74,4	437	100,0		
Eğitim durumu								
İlkokul	4	0,9	3	0,7	7	1,6	9,528	0,049
Ortaokul	14	3,2	24	5,5	38	8,7		
Lise	22	5	72	16,5	94	21,5		
Üniversite	53	12,1	187	42,8	240	54,9		
Lisansüstü	19	4,3	39	8,9	58	13,3		
Toplam	112	25,6	325	74,4	437	100,0		

Tablo 11’de görüldüğü gibi, TAT uzmanına gitme durumu ile kadınların yaş ve eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Gelir ve medeni durum değişkenleri ile TAT kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Yaş grubunu 40-49 (%15,1) aralığında olan ve üniversite mezunu olan kadınların (%12,1) TAT uzmanına gittiği belirlenmiştir ($p<0,05$).

Tablo 12. Meme Kanseri Olan Kadınların Hastalıklarının Seyri ile İlgili Özelliklerinin TAT Uzmanına Gitme Durumuna Göre Dağılımı

Hastalığın Seyri ile İlgili Özellikler	TAT uzmanına gitme durumu				Toplam		X ²	p
	Evet		Hayır					
Hastalığın evresi	n	%	n	%	n	%		
Evre 1	22	5,0	92	21,1	114	26,1	6,292	0,098
Evre 2	40	9,2	125	28,6	165	37,8		
Evre 3	32	7,3	76	17,4	108	24,7		
Evre 4	18	4,1	32	7,3	50	11,4		
Toplam	112	25,6	325	74,4	437	100,0		
Hastalığın teşhis edilme zamanı								
1-5 yıl	88	20,1	272	62,2	360	82,4	5,429	0,066
6-10 yıl	24	5,5	46	10,5	70	16,0		
11-15 yıl	0	0	7	1,6	7	1,6		
Toplam	112	25,6	325	74,4	437	100,0		
Uygulanan tedaviler								
Cerrahi	46	10,5	146	33,4	192	43,9	0,529	0,913
Radyoterapi	37	8,5	102	23,3	139	31,8		
Kemoterapi	18	4,1	47	10,8	65	14,9		
Hormon	11	2,5	30	6,9	41	9,4		
Toplam	112	25,6	325	74,4	437	100,0		

Hastalığın tanı evresi, hastalığın teşhis edilme zamanı ve uygulanan tedavi ile TAT uzmanına gitme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış, bulgular Tablo 12’de sunulmuştur ($p>0,05$).

Tablo 13. Meme Kanseri Olan Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Şu anda TAT Kullanımına Göre Dağılımı

Kadınların Tanıtıcı Özellikleri	Şu anda TAT kullanma durumu				Toplam		X ²	p
	Evet		Hayır					
Yaş	n	%	n	%	n	%		
20-29	0	0	15	3,4	15	3,4	8,200	0,085
30-39	39	8,9	83	19	122	27,9		
40-49	56	12,8	149	34,1	205	46,9		
50-59	21	4,8	51	11,7	72	16,5		
60 üstü	4	0,9	19	4,3	23	5,3		
Toplam	120	27,5	317	72,5	437	100,0		
Medeni durum								
Bekar	8	1,8	42	9,6	50	11,4	13,923	0,001
Evli	82	18,8	238	54,5	320	73,3		
Boşanmış	30	6,9	37	8,5	67	15,3		
Toplam	120	27,5	317	72,5	437	100,0		
Gelir durumu								
Geliri giderden az	39	8,9	106	24,3	145	33,2	6,275	0,043
Geliri gidere denk	69	15,8	150	34,3	219	50,1		
Geliri giderden fazla	12	2,7	61	14,0	73	16,7		
Toplam	120	27,5	317	72,5	437	100,0		
Eğitim durumu								
İlkokul	3	0,7	4	0,9	7	1,6	3,589	0,464
Ortaokul	7	1,6	31	7,1	38	8,7		
Lise	28	6,4	66	15,1	94	21,5		
Üniversite	69	15,8	171	39,1	240	54,9		
Lisansüstü	13	3,0	45	10,3	58	13,3		
Toplam	120	27,5	317	72,5	437	100,0		

Tablo 13’de hastaların tanıtıcı özelliklerinden yaş, medeni durum, gelir durumu ve eğitim ile şu anda TAT kullanma durumu karşılaştırılmıştır. Şu anda TAT kullanma durumu ile yaş, medeni durum ve gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Yaş grubu 40-49(%12,8) arasında olanların, evli olanların (%18,8), geliri gidere denk olanların (%15,8) şu anda TAT kullanımı yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Eğitim durumu ile şu anda TAT kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 14. Meme Kanseri Olan Kadınların Hastalıklarının Seyri ile İlgili Özelliklerinin Şu anda TAT Kullanımına Göre Dağılımı

Hastalığın Seyri ile İlgili Özellikler	TAT uzmanına gitme durumu				Toplam		X ²	p
	Evet		Hayır		n	%		
Hastalığın evresi	n	%	n	%	n	%		
Evre 1	30	6,9	84	19,2	114	26,1	7,859	0,049
Evre 2	41	9,4	124	28,4	165	37,8		
Evre 3	40	9,2	68	15,6	108	24,7		
Evre 4	9	2,1	41	9,4	50	11,4		
Toplam	120	27,5	317	72,5	437	100,0		
Hastalığın teşhis edilme zamanı								
1-5 yıl	105	24,0	255	58,4	360	82,4	4,455	0,108
6-10 yıl	15	3,4	55	12,6	70	16,0		
11-15 yıl	0	0	7	1,6	7	1,6		
Toplam	120	27,5	317	72,5	437	100,0		
Uygulanan tedaviler								
Cerrahi	46	10,5	146	33,4	192	43,9	10,617	0,014
Radyoterapi	44	10,1	95	21,7	139	31,8		
Kemoterapi	12	2,7	53	12,1	65	14,9		
Hormon	18	4,1	23	5,3	41	9,4		
Toplam	120	27,5	317	72,5	437	100,0		

Tablo 14’de görüldüğü gibi hastalığın tanı evresi ve uygulanan tedaviler ile şuanda TAT kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Evre 2 ve evre 3’de olan hastalar TAT uzmanına daha fazla gitmektedir. Cerrahi tedavi, radyoterapi alan hastaların TAT kullanım oranı diğer tedavi gruplarına göre ve ikinci evredeki hastalar diğer evrelerdeki hastalara göre daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Hastalığın teşhis edilme zamanı ile şuanda TAT kullanımını arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

5. TARTIŞMA

5.1. Meme Kanseri Olan Kadınların Tanıtıcı Özellikleri

Bu araştırmada katılımcıların büyük çoğunluğunun(%82,4) meme kanseri teşhisinden itibaren 1-5 yıl geçmiştir. Andersen ve ark (2015)'inin 316 kişi ile Washington'da yaptığı araştırmada %52,9'unun meme kanseri teşhisinin üzerinden 2 yıldan az süre geçtiğini, %46,8'inin ise 2-5 yıl arasında olduğu saptanmıştır. Bauml ve ark (2015)'in çalışmasında hastaların %45,2'si bir yıldan az süre önce teşhis edildiği, %25,3'ünün 1-3 yıl arasında, %29,5'inin 3 yıldan daha fazla süre önce saptandığı bildirilmiştir. Cui ve ark (2004)'in çalışmasında %48,4'ü 48-60 ay, Boon ve ark (2000)'in çalışmasında 34,9 ay arasında teşhis aldığı saptanmıştır. Çalışmaların sonuçları, bu araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Hastaların teşhis zamanlarının benzer olduğu söylenebilir.

Araştırmada kadınların meme kanseri tanısını aldığında en çok (%37,8) evre 2'de olduğu belirlenmiştir. Andersen ve ark (2015)'inin çalışmasında katılımcıların %36,7'sinin evre 2'de olduğu saptanmıştır. Huang ve ark (2015)'nin yaptığı araştırmada da katılımcıların %40,5'i evre 2 olarak saptanmıştır. Kurt ve ark (2013)'larının çalışmasında da %46,9'u evre 2'de bulunmuştur. Yapılan araştırmalarda ve bu araştırmada hastaların çoğunluğu evre 2'de olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların çoğunluğu cerrahi tedavi (%43,9) uygulandığını belirtmiştir. Bauml ve ark (2015)'in araştırmasında hastaların %63,1'i cerrahi tedavi almıştır. Ma ve ark (2011) çalışmasında %55,4'ü cerrahi tedavi almıştır. Çalışmada kemoterapi oranı %14,9 olarak belirlenmiştir, fakat diğer çalışmalarda kemoterapi oranı oldukça yüksek saptanmıştır. Yavuz ve ark (2007)'inin araştırmasında hastaların %80'i, Cui ve ark (2004) çalışmasında %97,3'ü, Ma ve ark (2011)'nin çalışmasında %58,1'i kemoterapi almıştır. Kurt ve ark (2013)'inin çalışmasında hastaların %94,6'sinin kemoterapi aldığı saptanmıştır. Araştırmadaki hastalara, diğer çalışmalara göre daha düşük oranda kemoterapi tedavisi yapılmış olması, tedavilerin hastaların durumuna ve hastalığın evresine göre belirlenmesine bağlı olabilir.

5.2. Meme Kanseri Olan Kadınların Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanım Durumları, Kullanımlarına İlişkin Bilgi ve Düşünceleri

Bu araştırmada kadınların %25,6'sı TAT uzmanına gittiğini belirtmiştir. Andersen ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında kanser hastası kadınların %24,4'ünün, Boon ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında ise %39,4'ünün bir uzmana gittiği saptanmıştır. Sonuçlar araştırma sonucuyla benzer orandadır. Bu araştırmada biyolojik yaklaşımlar içerisinde en çok akupunktur uzmanının (%56,9) kullanıldığı bulunmuştur. Akupunktur uzmanına gitme durumu Cui ve ark (2004)'in çalışmasında %4,9, Molassiotis ve ark (2006)'ının çalışmasında teşhis öncesi %3,9 iken teşhis sonrası gitme durumu %3 olarak saptanmıştır. Akupunktur uzmanına gitme oranı Wang ve ark (2012) çalışmasında %1,2, Boon ve ark (2000) çalışmasında %6,6 olarak belirlenmiştir. Güllüoğlu ve ark (2008)'in çalışmasında %2, Rees ve ark (2000)'in araştırmasında %5 olarak belirlenmiştir. Diğer çalışmalar ile karşılaştırıldığında bu çalışmada akupunktur uzmanına gitme oranı yüksektir. Akupunkturun pek çok alanda etkili olduğu düşünülmesi nedeniyle kullanımının toplumda yaygınlaşması bunun sebebi olabilir.

Çalışmada biyolojik yaklaşımlı TAT uzmanları arasında en az kullanılan uzmanın, Çin tıbbi uzmanının (%6,4) olduğu saptanmıştır. Boon ve ark (2000) ise Çin Tıbbi uzmanı kullanımını %6,6 olarak bildirmiştir. Huang ve ark (2015)'in çalışmasında hastaların %18,3'ünün tedavisi boyunca bir Çin tıbbi uzmanına gittiğini tespit edilmiştir. Cui ve ark (2004)'in çalışmasında Çin tıbbi kullanımı %87 olarak belirlenirken, Fasching ve ark (2007)'in çalışmasında %43 olarak saptanmıştır. Bu çalışma sonuçları Çin tıbbinin sağlık sistemine entegre olduğu bölgelerle karşılaştırıldığında kullanımının az olduğu söylenebilir.

Bu araştırmada bilişsel yaklaşımlar içerisinde en çok meditasyon uzmanının (%52) kullanıldığı saptanmıştır. Molassiotis ark (2006)'in çalışmasında meditasyon kullanımını %3,4 olarak, Vidal ve ark (2013)'in çalışmasında %15,7, Akgül (2009)'ün çalışmasında %9,6 olarak saptanmıştır. Bu araştırmada meditasyon uzmanı gitme oranı yapılan diğer çalışmalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu araştırmada hastaların enerji yaklaşımları uzmanları arasında en çok reiki uzmanına (%52) ve refleksoloji uzmanına gittiği (%48) belirlenmiştir. Boon ve ark (2000)'in çalışmasında refleksoloji uzmanına gitme oranı %5,8 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada bulunan oranlar yapılan diğer çalışmalara göre yüksektir, bunun nedeni araştırmaya katılan kadınların eğitim düzeylerinin yüksek olması ve hastalıkları için yeni tedavi arayışları içinde olmaları ile ilgili olabilir.

Araştırmada hastaların manipülatif yaklaşım uzmanları arasından en çok kayropraktöre (%55,6) ve masaja (%44) gittiği saptanmıştır. Henderson ve Donatelle (2003)'ün araştırmasında manipülatif yaklaşımlar içerisinde masaj kullanımını %19 olarak belirlenirken, Kremser ve ark (2008)'in araştırmasında %41 olarak saptanmıştır. Rees ve ark (2000)'in araştırmasında masaj %14, Patterson ve ark (2002)'in çalışmasında %17, Owens ve ark (2009)'in çalışmasında %27 olarak belirlenmiştir. Araştırma sonucunda kayropraktöre gitme oranının masaj uzmanına gitme durumuna göre yüksek olması ülkemizde yeterince masajın tedavi amacıyla yeterli oranda kullanılmaması nedeni ile ilgili olabilir.

Araştırmada hastaların teşhis sonrası TAT kullanımını %48,7 olarak belirlenmiştir. Huang ve ark (2015)'in çalışmasında hastaların teşhis sonrası %75,2'sinin TAT kullanmaya başladığı ifade edilmiştir. Bauml ve ark (2015)'in çalışmasında %58,5'inin, Cui ve ark (2004)'ünün Çin'de yaptığı çalışmasında ise hastaların %98'inin teşhis sonrası en az bir TAT yöntemini kullandığı saptanmıştır. Tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımının sağlık sistemi içerisinde bulunduğu ülkelerde kullanım daha yaygındır. Wong ve ark (2012)'in çalışmasında hastaların %47,8'i son 6 ay içerisinde TAT kullanmıştır. Mutlu ve ark (2013)'ün Kayseri'de 559 hastayla yaptığı araştırmasında, meme kanseri hastaları arasındaki TAT yaygınlığını teşhis sonrası %69,8 olarak saptamıştır. Hastaların teşhis aldıktan sonra TAT kullanımlarının yaygın olduğu ve diğer araştırmalarla bu sonucun benzer olduğu söylenebilir.

Araştırmada TAT yöntemleri kullananların hepsinin en az bir bitkisel ürün kullandığı ve tüm kadınların %34,8'inin bitkisel ürün tercih ettiği saptanmıştır. Bitkiler içerisinde kullanımı en yüksek bitki yeşilçaydır(%24,9).Yıldız (2006)'in çalışmasında araştırmaya katılan hastaların %34,4'ünün bitki kullanımının olduğu saptanmıştır. Kurt ve ark (2013)'ün çalışmasında TAT kullanıcıların %98,4'ünün, Akgül (2009)'ün araştırmasında %67,5'inin bitkisel tedavi kullandığı saptamıştır. Molassiotis ve ark (2006)'in çalışmasında da en çok tüketilen bitki %17,3 ile yeşilçay olarak bulunmuştur. Bu çalışmada yeşilçayı takiben sarımsağın (%17,8) kullanıldığı tespit edilmiştir. Ma ve ark (2011)'in çalışmasında sarımsak kullanımını %18 saptanmıştır. Andersen ve ark (2015)'inin çalışmasında ise sarımsak %5,4 oranında kullanılmıştır. Araştırmamızda ısırgan kullanımını (%9,7) çok yaygın bulunmamıştır, fakat ülkemizde yapılan diğer araştırmalarda ısırgan kullanımını oldukça yüksektir. Kurt ve ark (2013) %83 ile ısırganı en yüksek tüketilen bitki olarak saptamıştır. Yıldız (2006)'in araştırmasında en çok ısırganın tüketildiği saptanmıştır. Tankişi (2007) tarafından ısırgan kullanımını %9,1 olarak saptanmıştır. Akgül (2009)'ün çalışmasında da hastaların %56,6'sı ısırgan kullanmıştır. Samur ve ark (2001)'in araştırmasında hastaların %87'sinin ısırgan

kullandığı saptanmıştır. Cui ve ark (2004)'ın çalışmasında Çinli kadınlar ise en çok %62,9 ile ginseng tükettiklerini saptamıştır. Araştırma bulgularımız, meme kanseri olan hastaların literatürde belirtildiği gibi bitki kullanımının yaygın bir davranış olduğunu göstermektedir, ancak kullanılan bitkisel ürünlerin kullanım oranları ve yaygınlığının ülkeden ülkeye, hatta ülkenin kendi coğrafi bölgeleri arasında da farklılık göstermektedir. Araştırmamızda ısırgan otunun düşük oranda kullanılması bunun bir göstergesidir. Bitki kullanımında farklı sonuçların alınması, bitkilerin bölgelerde tanınma durumları, coğrafi koşulları ve kültürel faktörler nedeniyle olabilir. Aynı şekilde araştırmalarda farklı bitki karışımlarından oluşan çaylar da ifade edilmiş, fakat içerik belirtilmediği için oran verilememiştir. Ülkemizde bitkilere ulaşımın kolay ve ucuz olması, bitki kullanım yaygınlığı ile ilişkilendirilebilir. Bu çalışmada yeşilçay oranının yüksek bulunması, yeşilçay ile ilgili pek çok araştırmanın yapılması ve yapılan araştırmaların sonuçlarının toplumla paylaşılması ile ilişkilendirilebilir.

Araştırmada yapılan diyet değişiklikleri arasında yağdan fakir diyet ile beslenmenin (%52,7) daha yaygın kullanıldığı saptanmış, hastaların yaklaşık dörtte biri (%17,6) teşhis sonrası diyet değişikliğine gitmiştir. Templeton ve ark (2013)'ın çalışmasında teşhis sonrası yapılan diyet değişiklikleri arasında düşük yağlı beslenme biçimi %60 olarak saptanmıştır. Templeton ve ark (2013) çalışmasında teşhis sonrası meyve/sebze ağırlıklı diyet biçiminde beslenme tarzı %80 olarak belirlenmiştir. Diğer araştırmalarda da diyet değişiklikleri yaygın biçimde kullanılmıştır. Bu araştırmaya katılan kadınların diğer yapılan araştırmalara göre daha az diyet değişikliği yaptığı söylenebilir. Bu durum kültürel farklılıklarla ilişkili olabilir.

Bu araştırmada vitamin ve mineral takviyeleri içerisinde (%24,6) en çok probiyotik kullanımı (%26) ile vitaminler içerisinde en çok D vitamini kullanımının (%14) olduğu belirlenmiştir. Templeton ve ark (2013)'ının çalışmasında vitamin kullanımı %38, Akgül (2009)'ün çalışmasında %31,7, Molassiotis ve ark (2006)'ın çalışmasında ise %49,6 olarak saptanmıştır. Andersen (2015) çalışmasında E vitamini kullanımını %7,8 olarak saptamıştır. Mevcut çalışma sonuçları diğer araştırmalar ile karşılaştırıldığında vitaminlerin az kullanıldığı ve farklı vitaminlerin kullanıldığı söylenebilir. Bunun nedeni hastaların vitamin gereksinimlerini beslenme ile karşılamayı düşünmeleri ve birçok beslenme uzmanının doğal vitaminlerin kullanımını tavsiye etmesi ile ilişkili olabilir.

Araştırmada zihin terapileri (%23) arasında en çok dinsel tedavilerin (%25,5) kullanıldığı saptanmıştır. Danimarka'da yapılan bir araştırmaya göre TAT kullanıcıları kendilerini dini inançları kuvvetli ya da ruhsal gücü yüksek bireyler olarak tanımlamıştır.

Ülke çapındaki bu araştırmada meme kanseri kadınların %53,7'si gücünü dinden aldığını ve bunun meme kanseri sürecine olumlu etkisi olduğunu düşünmektedir (Pedersen ve ark, 2012). Huang ve ark (2015)'in çalışmasında katılımcıların %11,1'i dua etme ve ruhsal rahatlama sağlama yöntemini seçmiştir. Panati ve ark (2015)'in çalışmasında erken evre meme kanseri hastalarının %95'i, Yıldız (2006)'ın araştırmasında %13,3'ü, Akgül (2009)'ün araştırmasında %20'si dua etmeyi tercih etmiştir. Bu çalışmada dinsel tedavilerin yapılan diğer araştırma sonuçlarına göre düşük olduğu söylenebilir. Toplumsal kültürün din ile olan yakın ve yaygın ilişkisine rağmen dinsel tedavilerin diğer ülkelerde yapılan bazı çalışmalara göre düşük olması dikkat çekmektedir.

Bu araştırmada katılımcıların TAT kullanım nedenleri sorgulandığında, en çok semptomları önlemek (%57,7) amacıyla kullanıldığı görülmüştür. Boon ve ark (2000)'ının araştırmasında %77,8, Vidal ve ark (2013)'inin araştırmasında %33, Molassiotis ve ark (2006)'ının araştırmasında %22,6, Akgül (2009)'ün araştırmasında %29,6 oranında semptomları önlemek amacıyla TAT'ın kullanıldığı belirlenmiştir. Boon ve ark (2000)'in çalışmasında %62,6, Cui ve ark (2004)'in çalışmasında %81,5 ve Akgül (2009)'ün çalışmasında %20,6 oranında TAT kullanım nedeni olarak kanseri tedavi etme belirtilmiştir. Bu araştırmada kanseri tedavi etme amacıyla TAT kullanımı saptanmamıştır. Bu durum hastaların TAT algılarında TAT yöntemlerinin etkinliğinin sınırlı olduğunu düşündükleri şeklinde yorumlanabilir.

Tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı sonrasında hastalar TAT'ın iyileşme sağladığını (%70) ve psikolojik olarak rahatlattığını (%22) belirtmişlerdir. Akgül (2009)'ün çalışmasında %17,2'si ve Fox ve ark (2013)'in çalışmasında %90'ı TAT ile istedikleri sonucu aldıklarını ifade etmiştir. Sadece psikolojik rahatlama sağladığını ifade eden katılımcıların oranı %31,4'dür. Akgül (2009)'ün çalışmasında katılımcıların %23,1'i, Yıldız (2006)'ın çalışmasında da katılımcıların %5'i TAT sonrası psikolojik durumlarının daha iyi olduğunu söylemiştir. Vidal ve ark (2013)'in çalışmasında hastaların %68'i TAT yöntemlerini kullandıktan sonra etkili bulduklarını ifade etmişlerdir. Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin psikolojik rahatlama sağlamasının pek çok araştırmada elde edilen yaygın bir sonuç olduğu ve hastaların TAT kullanımından memnun olduğu söylenebilir.

Bu araştırmada katılımcılar TAT konusundaki bilgilerini en çok kendi mevcut bilgilerinden (%29,6) ve aile bireylerinden (%29,6) edindiğini ifade etmiştir. Tamamlayıcı ve alternatif tedavi konusunda bilgi kaynağı olarak ailenin olduğu birçok çalışmada belirtmiştir.

Akgül (2009)'ün çalışmasında %49,3, Yıldız (2006)'ın çalışmasında %42, Hunter ve ark (2013)'in çalışmasında %55,4 ve Molassiotis ve ark (2006)'ın çalışmasında ise %24,4 olarak saptanmıştır. Akgül (2009)'ün çalışmasında hastaların %43,1'i, TAT konusunda kendi bilgilerini kullandığını ifade etmiştir. Araştırmada bilgi kaynağı olarak sağlık personeli kullanımı %10,8 olarak saptanmıştır. Akgül (2006)'ün çalışmasında doktor, hemşire ve sağlık personelinin bilgi kaynağı olarak kullanılması %6,2 iken, Hunter ve ark (2013)'da %32,3, Molassiotis (2006)'da %4,9'dur. Bu araştırmada TAT ile ilgili sağlık personelinin bilgi alma oranı diğer araştırmalara göre düşüktür. Bu durum sağlık personelinin TAT'a ilişkin bilgilerinin yeterli olmaması veya bilgilerini hasta ile paylaşılmamasından kaynaklanabilir.

Araştırmada katılımcılar TAT yöntemlerinin teminini çoğunlukla uzmanından (%49) sağlamaktadır. Yıldız (2006)'ın kanserli hastalarda yaptığı araştırmasında temin yerlerinin %44,4'ü aktar olarak belirtilmiştir. Araştırmada katılımcıların yaşadıkları sorunlar içerisinde, yöntemlerin pahalı olması (%37,3), tıbbi tedavi ve alternatif tedavi arasında kalmaları (%6,7) ve yeterli bilgi alamaması (%5,5) yer almaktadır. Bauml ve ark (2015)'in çalışmasında hastalar TAT bilgisi, sigortanın karşılamaması, tıbbi tedavide bir karşılığının olmaması, iyi bir uzman bulma ve maliyet ile ilgili sorun yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Hastaların TAT yöntemlerinin sağlık hizmetlerine entegre olmaması nedeniyle maliyet ve bilgiye ulaşma konusunda sorun yaşadıkları söylenebilir.

Bu araştırmada katılımcıların yarıdan fazlası (%56,3) kullanılan TAT yöntemlerini sağlık personeliyle paylaşmadığı saptanmıştır. Yıldız (2006)'ın çalışmasında hastaların %33'ü, Boon ve ark (2000)'in çalışmasında da %46,4'ü kullandıkları TAT yöntemini sağlık personeliyle paylaşmamıştır. Mazicioğlu ve ark (2006)'ın çalışmasında hastalarının %90,6'sının TAT yöntemlerini doktoruyla paylaşmadığı saptanmıştır. Sağlık personeliyle yöntemlerin paylaşılmamasının yüksek oranlarda ve yaygın karşılaşılan bir durum olduğu söylenebilir.

Bu araştırmada sağlık personeliyle kullandığı TAT yöntemini paylaşmayan hastalar paylaşmaya gerek görmediğini (%35,8), sağlık personelinin TAT'a karşı olduklarını düşündükleri ve (14,5), kullanılan bu yöntemlerin zararsız olduğunu düşündükleri (%11) belirlenmiştir. Sağlık personelinin hastalarda TAT kullanımına yönelik reaksiyonunu etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır. Sağlık personeli TAT'ların organ yetmezlikleri/toksisite, modern tedaviyi geciktirme, prognozun ağırlaşması, maddi sömürü, sakatlık/ölüm, enfeksiyon/metabolik bozukluklar ve psikolojik yıkım gibi risklerinin olduğunu düşünmektedir. Sağlık personeli TAT yöntemlerinin güvenilirliği, yeterli bilginin

olmaması, faydasız olduğunu düşünmeleri, yan etkilerinden korkma, riskli olduğunu düşünme ve konvansiyonel tedavinin yerine kullanılmasının tehlikeli olduğunu düşünme gibi nedenlerden ötürü TAT'ı önermemektedir (Koçdaş, 2013). Koçdaş (2013)'ın hekim ve hemşirelerle yaptığı araştırmasında hekimlerin %55,9'unun TAT'ı hastalara hiç önermediğini, %44,1'inin ise bazen önerdiğini saptamıştır. Hekimler yöntemler konusunda ise akupunktur, masaj, fitoterapi ve vitamin tedavisinin amacını ve mekanizmasını anladıklarını, ancak hastalara önermediklerini söylemişlerdir. Bulgulara göre, sağlık personelinin TAT'ı riskleri açısından değerlendirdiği için paylaşmaktan çekindikleri söylenebilir. Bu çalışmada sağlık personeliyle paylaşıldığında, sağlık personelinin TAT'a yanıt vermediği (%43) saptanmıştır. Bulgular, sağlık personelinin TAT yöntemleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması nedeniyle açıklama yapmadığını düşündürmektedir. Smith ve Wu (2011)'nin Taiwan'da hemşirelerde yaptığı çalışmasında, hemşirelerin TAT'lar ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıkları ve klinikte karşılaşmamaları nedeniyle hastalara bilgi veremedikleri bulunmuştur. Chu ve ark (2007)'in çalışmasında hemşirelerin %34,1'i yeterli bir kaynaktan doğru bilgiye ulaşamadığı için TAT yöntemlerini uygulayamadığını ifade etmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların sağlık personelinden TAT konusunda danışmanlık almak istedikleri (%54,5) ve en çok onkoloji uzmanından (%61,3), daha az oranda da aile hekimi (%22,7) ve hemşireden (%16) danışmanlık almak istedikleri belirlenmiştir. Templeton ve ark (2013)'in çalışmasında da danışmanlık isteği teşhis öncesi %44 iken, teşhis sonrası %53'e yükselmiştir. Araştırma bulguları, Templeton ve ark (2013)'in bulgusu ile paralel şekilde, hastaların önemli bir bölümünün danışmanlık isteğini ortaya koymaktadır. Bulgular, hastaların danışmanlığı tedavi gördüğü kurumdaki personelden almak istediğine dikkat çekmektedir. Bu çalışmada da hastalar en çok danışmanlığı tedavi sırasında (%63,8) almak istemiştir. Bu bulgu, hastaların tedavi sırasında karşılaşılabileceği sorunlarla ilgili endişeleri ile ilişkili olabilir.

Bu çalışmada hastalar, beslenme, TAT kullanım riskleri ve pek çok TAT yöntemi hakkında danışmanlık almak istediğini belirtmiştir. Templeton ve ark (2013)'in çalışmasında diyet değişiklikleriyle ilgili danışmanlık almak istemişlerdir. King ve ark (2015)'in çalışmasında kanser hastalarının TAT'a yönelik gereksinimleri arasında, tedaviyle beraber kullanımı, etkili olup olmadığı, TAT'a yönelik güvenilir bilgiyi nereden bulabileceği konusunda bilgi almak istediğini ifade etmiştir. Hastaların TAT kullanmalarına rağmen TAT ile ilgili pek çok konuda doğru bilgiye ulaşmakta sorun yaşadıkları söylenebilir. Doğru bilgiye ulaşmada yaşanan sıkıntılar ve yanlış bilginin yaygınlaştırılması sorunlarına dikkat

çeken Türk Tabipler Odası, Tıbbi Onkoloji Derneği, Türk Farmakoloji Derneği, Türkiye Tıp Akademisi ve pek çok derneğin katkısıyla hazırlanan ‘Bitkisel Ürünler ve Sağlık-Bilimsel Çerçeve ve Etik Açısından Yaklaşım (2012)’ raporunda multidisipliner bir yaklaşımla doğru ve bilimsel bilgiyi topluma aktarmada ve bilimsel olmayan kişi ve kurumların topluma mesaj vermelerini engellemeye yardımcı olma konusuna dikkat çekmektedir. Aynı şekilde farklı üniversitelerden geniş bir danışma kurulu oluşturularak bitkisel ürünlerle ilgili döküman hazırlanmasını önermektedir.

5.3. Meme Kanseri Olan Kadınların TAT Kullanımını Etkileyen Faktörler

Bu araştırmada evli olanların (%33,9) ve geliri gidere denk olanların (%23,3) TAT kullanımını daha yüksek bulunmasına rağmen yaş ve eğitim durumunun TAT kullanımını etkilemediği görülmüştür. Huang ve ark (2015)’in çalışmasında ise TAT kullanımını yaş ve medeni durumun etkilediği bulunmuştur. Bauml ve ark (2015) çalışmasında eğitim ve TAT kullanımı arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Bilge (2010)’nin, TAT kullanımı ile medeni durum ve ekonomik durumu karşılaştırdığı çalışmasında, değişkenler arasında bir ilişki saptanmamıştır fakat 50-60 yaş grubunun ve eğitimi yüksek olanların daha fazla oranda TAT yöntemlerine başvurduğu belirlenmiştir. Çalışmamızın bulguları, diğer araştırma verilerinde olduğu gibi bazı sosyodemografik değişkenlerin TAT yöntemi kullanımını etkilediğini göstermektedir.

Bu araştırmada teşhis zamanı 1-5 yıl arasında olanların ve ikinci evrede olanların TAT kullanım oranları (%42,1) daha yüksek bulunmuştur. Bilge (2010)’in çalışmasında erken evre ile TAT kullanımı arasında anlamlı bir ilişki saptanmış bununla birlikte tanıdan bu yana geçen sene arttıkça TAT kullanımının da arttığı saptanmıştır. Bulgular konvansiyel tedaviye ek olarak TAT’a destek duyduklarını göstermektedir.

Çalışmada yaş grubu 40-49 olan ve üniversite mezunlarının TAT uzmanına gitme durumu daha fazla olduğu (%15,1) bulunmuştur. Bu konuda yaşa paralel olarak artan deneyim ve yüksek eğitime sahip bireylerin uzmanlar konusunda bilgi sahibi olduğu ve kullandığı söylenebilir.

Bu araştırmada TAT uzmanına gitme durumunun hastalığın tanı evresi, hastalığın teşhis edilme zamanı, uygulanan tedavi zamanı ve uygulanan tedaviler ile TAT uzmanına gitme durumu arasında istatistiksel olarak bir farklılık bulunmamıştır. Buna göre her evrede, tedavide ve teşhis edilme süresindeki her hastanın sağlık arama davranışıyla uzmanlara başvurduğu söylenebilir.

Yaş grubu 40-49 arasında olanların (%12,8), evli olanların (%18,8), geliri gidere denk olanların (%15,8) ve üniversite mezunu olanların (%15,8) şu anda TAT kullandığı saptanmıştır. Huang ve ark (2015) çalışmasında yaptığı karşılaştırmalarda hastaların medeni durumunda anlamlı farklılık saptamıştır, evli olanların daha çok TAT kullanma davranışı gösterdiğini belirlemişlerdir. Eğitimi yüksek, geliri yeterli, daha genç yaştaki ve evli olan ve dolayısı ile eş ve sosyal desteği daha iyi olan kadınların sağlık arama davranışlarının yüksek olduğu söylenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

'Kanserle Dans Derneği'ne üye olan ve internet üzerinden çalışmaya katılan 437 meme kanseri kadın hastanın TAT kullanımına ilişkin sonuçları şöyledir:

- ✓ Katılımcıların yaş ortalaması $44,19 \pm 0,41$ 'dir. Çoğu üniversite mezunu (%54,9) ve evlidir (%73,2). Kadınların yaklaşık yarısının (%50,1) geliri giderine denktir. Kadınların meme kanseri teşhis yılı ortalaması $3,34 \pm 0,11$ yıl olup ve çoğu ikinci evrededir (%37,8).
- ✓ Katılımcıların büyük çoğunluğu(%74,4) meme kanseri teşhisi konduktan sonra TAT ile uğraşan bir uzmana gitmemiştir. Uzmana başvuranların (%25,6) en sık başvurduğu TAT uzmanları biyolojik yaklaşımda (%51,7) bulunan uzmanlardır.
- ✓ Tamamlayıcı ve alternatif tedavi uzmanına başvuran hastaların biyolojik uzmanlardan akupunktur uzmanına, bilişsel uzmanlardan meditasyon uzmanına, enerji uzmanlarından reiki uzmanına, manipülatif uzmanlardan kayropraktör uzmanına başvurduğu saptanmıştır. Uzmanlara başvurular bu uzmanlara ortalama $11,05 \pm 1,0$ kez gitmiştir.
- ✓ Araştırmaya katılan kadınların yaklaşık yarısı (%48,7) TAT kullandığını ifade etmiştir. Tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanıcıları en çok bitkisel yöntemleri (%34,8) kullanmıştır. Tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanıcıları en çok yeşilçay (%24,9) kullanmakta ve TAT kullanıcıları, beslenme konusunda yağdan fakir diyeti (%52,7) tercih etmiştir. Tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanıcıları vitamin/mineral/takviyeleri arasından en çok probiyotikleri (%26) tercih etmişlerdir. Zihin terapilerini kullanan TAT kullanıcıları en çok dinsel tedavileri (%25,5) kullanmıştır. Katılımcıların yaklaşık dörtte biri (%27,5) şuanda bir TAT yöntemi kullanmaktadır. Katılımcılar şuanda çörek otu ve yağını (%15), reishi mantarını (%10) ve zencefili (%10) TAT kullanmaktadır.
- ✓ Kadınlar TAT yöntemlerini en çok semptomları/rahatsızlıkları önlemek (%57,7) amacıyla kullanmıştır. TAT kullanımından sonra TAT kullanıcılarının %70'i iyileşme sağladığını düşünmektedir. Kadınlar TAT yöntemlerine ilişkin bilgi ve tavsiyeleri en çok kendi mevcut bilgilerinden (%29,6) ve aile bireylerinden (%29,6) edinmiştir. Kadınlar, kullandıkları TAT yöntemlerini en çok uzmanından (%49) temin etmiştir. Araştırmaya katılan kadınların yaklaşık yarısı (%50,5) TAT kullanımı sırasında hiçbir

sorun yaşamamıştır. Yaşanılan sorunlar arasında en çok maliyeti ile ilgili sorunlar yer almaktadır (%37,3).

- ✓ Hastaların %56,3'ü kullandığı TAT yöntemini sağlık personeli ile paylaşmamıştır. Hastaların%35,8'i gerek görmemesi nedeniyle sağlık personeliyle paylaşmadığını ifade etmiştir. Kadınlar kullandıkları TAT yöntemlerini paylaştığında çoğunlukla sağlık personelinin yanıt vermediğini (%43)ifade etmiştir.
- ✓ Kadınların %54,5'i sağlık personelinden TAT konusunda danışmanlık almak istemektedir. Hastalar onkoloji uzmanından (%61,3), aile hekiminden (%22,7) ve hemşireden (%16) danışmanlık almak istemektedir. Hastalar bu danışmanlığı en çok tedavi sırasında almak istemektedirler.
- ✓ Evlilik ve gelir durumunun TAT kullanımını etkilediği bulunmuştur. Teşhis zamanı 1-5 yıl arasında olanların ve ikinci evrede olanların TAT kullanım oranları yüksek bulunmuştur. Yaşları 40-49 arasında olan ve üniversite mezunlarının TAT uzmanına daha fazla gittikleri belirlenmiştir. Hastalığın tanı evresi, teşhis edilme zamanı ve uygulanan tedaviler ile TAT uzmanına gitme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Yaş, evlilik, gelir ve eğitim durumu ile şuanda TAT kullanımını arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda;

- Meme kanseri nedeniyle tedavi alan hastaların TAT kullanım durumlarının ve gereksinimlerinin, hasta ile ilk karşılaşmadan itibaren kapsamlı olarak irdelenmesi, özellikle TAT kullanım oranı yüksek olan grubun belirlenmesi,
- TAT kullanıcısı olan kadınların kullandıkları TAT yöntemlerini sağlık personeli ile rahatça konuşabilecekleri ve paylaşabilecekleri ortam ve fırsatların yaratılması,
- Meme kanseri olan kadınlara tedavi öncesi, sırası ve sonrasında sağlık personeli tarafından TAT kullanımına yönelik yeterli düzeyde danışmanlık verilmesi,
- Sağlık personelinin TAT kullanımını konusunda bilgilendirmek için eğitimlerin düzenlenmesi ve bu eğitimlerin hizmet içi eğitimlerle tüm sağlık personelinin kapsaması
- Hastanelerde, hastaların yeterli ve doğru bilgiye ulaşabilmesi için multidisipliner bir sağlık ekibiyle danışmanlık hizmeti veren birimlerinin kurulması ve bu birimlerde hemşirelerin aktif rol alması,

- Araştırmanın farklı özelliği olan örneklem grupları ve farklı araştırma metodu ile tekrarlanması, TAT'ların etkinliği ya da sağlığı olumsuz etkilediği saptanan alanlara yönelik deneysel çalışmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Adayemi A, Xue F, Michels K.** Green Tea Consumption And Breast Cancer Risk Or Recurrence: A Meta-Analysis. *Breast Cancer Research and Treatment*, 2010, 5, 119-127.
- Ahn W, Yoo J, Huh S, Kim C, Lee J, Nakoong S, Bae S, Lee I.** Protective Effects of Green Tea Extracts (Polyphenon E And EGCG) on Human Cervical Lesions. *Eur J Cancer Prev*, 2003, 12(5), 383-90.
- Akgül E.** Türkiye'nin Farklı İllerindeki Kanser Hastalarında Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanımı, Yüksek Lisans Tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar. 2009.
- Akbulut G, Yalinca R, Ersoy G.** Kanserli Hastaların Tamamlayıcı Tıp Uygulama Durumu ve Psikolojik Destek/rahatlama için Başvurdukları Yöntemler. *Türkiye Klinikleri* 2011; 18(1), 1-8.
- Anderson J, Taylor A.** Use of Complementary Therapies for Cancer Symptom Management: Results of the 2007 National Health Interview Survey. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 2012, 18(3), 235-241.
- Aydın O.** Türkiye'de Alternatif Bir Turizm; Sağlık Turizmi. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 2012, 14 (23), 91-96.
- Aydın B.** Tıbbi Sanat Terapisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2012, 4(1), 69-83.
- Aung S, Chen W.** Clinical Introduction to Medical Acupuncture. *Journal of the Australian Traditional-Medicine Society*, 2007, 13(4), 241-252.
- Aziz Z, Tey N.** Herbal Medicines: Prevalance and Predictors of Use Among Malaysian Adults. *Complement Ther Med*, 2009, 17(1), 44-50.
- Bal B.** Hemşire Ve Hekimlerin Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavilere İlişkin Görüşleri. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara. 2009.
- Barton D, Sooei G, Bauer B, Sloan J, Johnson P, Fiqueras C, Duane S, Mattar B, Liu H, Atherton P, Christensen B, Loprinzi C.** Pilot Study Of Panax Quinquefolius (American Ginseng) To Improve Cancer-Related Fatigue: A Randomized, Double-Blind, Dose-Finding Evaluation: NCCTG Trial N03CA, 2010, 18(2), 179-87.
- Barrett S.** Questionable Cancer Therapies: Essiac. *Quackwatch*, 2011, 6, 11-18.
- Bodeker G, Kronenberg F.** A Public Health Agenda For Traditional, Complementary And Alternative Medicine, *AMJ Public Health*, 2002, 92(10), 1582-91.

- Bauml J, Choksi S, Marilyn M, Eun-Ok I, Li S, Langer C, Ibrahim S, Mao J.** Do Attitudes and Beliefs Regarding Complementary and Alternative Medicine Impact Its Use Among Patients With Cancer? A Cross-Sectional Survey. *Cancer*, 2015, 7, 2431-2438.
- Boon H, Brown B, Gavin A, Kennard A, Stewart M.** Breast Cancer Survivors' Perceptions of Complementary/Alternative Medicine (CAM): Making the Decision to Use or Not to Use. *SAGE* 1999, 9, 639-643.
- Boon H, Stewart M, Kennard M, Gray R, Sawka C, Brown B, McWilliam C, Gavin A, Baron R, Aaron D, Haines-Kamka T.** Use of Complementary/Alternative Medicine by Breast Cancer Survivors in Ontario: Prevalence and Perceptions. *Journal of Clinical Oncology* 2000, 2515-2521.
- Can G, Erol Ö, Aydiner A, Topuz E.** Quality of Life and Complementary and Alternative Medicine Use Among Cancer Patients in Turkey. *Europe J Oncol Nurse* 2009, 87, 23-28.
- Chan P, Tomlinson B.** Antioxidant Effects of Chinese Traditional Medicine: Focus on Trilinolein Isolated from the Chinese Herb Sanchi (*Panax pseudoginseng*). *Clinical Pharmacology* 2013, 40(5), 457-461.
- Chrubasik J, Roufogalis B, Chrubasik S.** Evidence of Effectiveness of Herbal Antiinflammatory Drugs In The Treatment of Painful Osteoarthritis And Chronic Low Back Pain. *Phytother Res*, 2007, 21(7), 675-83.
- Cole A, Shanley E.** Complementary Therapies As A Means of Developing The Scope of Professional Nursing Practice. *Journal of Advanced Nursing*, 1998, 6, 1171–1176.
- Collinge M, William D.** The American Holistic Health Association Complete Guide. *Warner Books*, 1996.
- Coleman P, Quaresma M, Berrino F, Lutz M, Angelis R, Capocaccia R, Baili P, Rachet B, Gatta G, Hakulinen T, Koifman S, Azevedo G, Francishi S, Santaquilani M, Verdecchia A.** Cancer Survival In Five Continents: A Worldwide Population-Based Study (CONCORD). *The Lancet Oncology*, 2008, 9, 730-756.
- Cui Y, Shu X, Gao Y, Wen W, Ruan Z, Jin F, Zheng W.** Use Of Complementary and Alternative Medicine By Chinese Women With Breast Cancer. *Kluwer Academic Publishers*, 2004, 85, 263–270.
- Çetingöz R, Tanriver Y, Ataman Ö.U, Kınay M.** Investigation of Non-medical Treatments of Cancer Patients. *Dokuz Eylül Üniv Tıp Fak. Derg* 2000, 14(3), 245-9.
- DeKeyser F, Cohen B, Wagner N.** Knowledge Levels And Attitudes of Staff Nurses In Israel Towards Complementary and Alternative Medicine. *J Adv Nurs*, 2001, 36(1), 41-48.

- DiGianni L, Garber J, Winer E.** Complementary and Alternative Medicine Use Among Women With Breast Cancer. *J Oncol Prac* 2002, 12(2), 22-27.
- Esther M, Scwartz G, Dreon D, Koo J.** Vitamin D and Breast Cancer Risk: The NHANES I Epidemiologic Follow-up Study, 1971–1975 to 1992. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 1999, 8, 399-406.
- Ergil, Kevin V.** Pocket Atlas of Chinese Medicine. Stuttgart: Thieme 2009, 1(7), 178-184.
- Spaniol S. Art And Mental Illness: Where Is The Link? *The Arts in Psychotherapy* 2001; 28:221-232.
- Ganz P, Desmond K, Leedham B, Rowland J, Meyerowitz B, Belin T.** Quality of Life in Long-Term, Disease-Free Survivors of Breast Cancer: a Follow-up Study. *JNCI J Natl Cancer Inst*, 2002, 94, 39-49.
- Demirezer Ö.** Tedavide Kullanılan Bitkiler FFD Monografıları, Akademisyen Kitapevi, 2010.
- Fox P, Butler M, Coughlan B, Murray M, Boland N, Hanan T, Murphy H, Forrester P, O'Brien M, O'Sullivan N.** Using A Mixed Methods Research Design To Investigate Complementary Alternative Medicine (CAM) Use Among Women With Breast Cancer In Ireland. *European Journal of Oncology Nursing*, 2013, 29, 490-497.
- Fasching, P, Thiel F, Nicolaisen-Murmann K, Rauh C, Engel, J, Lux, M, Bani M.** Association of Complementary Methods With Quality of Life And Life Satisfaction In Patients With Gynecologic And Breast Malignancies. *Supportive Care in Cancer* 2007, 15, 1277–1284.
- Gulluoglu B, Cingi A, Cakir T, Barlas A.** Patients In Northwestern Turkey Prefer Herbs As Complementary Medicine After Breast Cancer Diagnosis. *Breast Cancer* 2008, 3, 269–273.
- Henderson J, Donatelle R.** The Relationship Between Cancer Locus Of Control And Complementary And Alternative Medicine Use By Women Diagnosed With Breast Cancer. *Psycho-Oncology*, 2003, 12, 59–67.
- Herdman E.** Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp ile Hemşirelik. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2007, 4 (2), 2-3.
- Hikino H, Kiso Y, Kato N, Hamada Y, Sankawa U.** Antihepatotoxic Actions of Gingerols and Diaryl Hepatanoids. *J Ethanopharmacol*, 1993, 14, 31–39.
- Hunter D, Oates R, Gawthrop J, Bishop M, Gill S.** Complementary And Alternative Medicine Use and Disclosure Amongst Australian Radiotherapy Patients. *Support Care Cancer* 2014, 22, 1571–1578.

- Hübner J, MuenstedtK, MueckeR, MickeO, StollC, Kleeberg U, BuentzelJ, DennertG, Prott F.** Counseling Cancer Patients on Complementary And Alternative Medicine. *PRIO (Working Group Prevention And Integrative Oncology Of The German Cancer Society* 2013, 189, 613–617.
- Iwasaki M, Mizusawa J, Kasuga Y, Yokoyama S, Onuma H, Nishimura H, Kusama R, Tsugane S.** Green tea Consumption and Breast Cancer Risk In Japanese Women: A Case-Control Study. *Nutr Cancer*, 2014, 66(1), 57-67.
- Jan M.** A History of Indian Medical Literature. Groningen: Egbert Forsten, 1999.
- Jatoi I, Miller A.** Why is Breast-Cancer Mortality Declining?. *Lancet Oncol*, 2003, 4(4), 251-4.
- Jwing-Ming Y.** Chi Kung: Health & Martial Arts, Yang's Martial Arts Association, 1987.
- Karalı Y, Demirkaya M, Sevinir B.** Use Of Complementary And Alternative Medicine In Children With Cancer: Effect On Survival. *Pediatr Hematol Oncol*. 2012; May;29(4). 335-44.
- Kav S, Hanoğlu Z, Algier L.** Türkiyede Kanserli Hastalarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı: Literatür Taraması. *Uluslararası Hemotoloji- Onkoloji Dergisi* 2008, 1, 08-18.
- Khorsihd L, Eşer İ, Çınar Ş, Arslan G.** Kanserli Hastalar Tarafından Kullanılan Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavilerin İncelenmesi. *3.Uluslar arası-10. Ulusal Hemşirelik Kongresi* 7-10 Eylül 2005, İzmir ; 2005. p. 111-115.
- Koçdaş M.**Hekim, Hemşire Ve Hastaların Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavi Konusunda Bilgi, Tutum Ve Davranışları, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, 2013.
- Konuklugil B, Özçelikay G.** The Importance of Ginger (*Zingiber Officinalis*) Throughout The History. *Journal of Ankara University Research Center Ottoman History*, 2004, 16, 173-189.
- Kürkçü E.**DeneySEL Olarak Oluşturulmuş Meme Tümörlerinde Curcumin'in Arginaz Enzim Aktivitesi, Ornitin ve Nitrik Oksit Düzeylerine Etkisi, Yüksek Lisans tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne, 2008.
- Kremser T, Evans A, Moore A, Luxford K, Begbie S, Bensoussan A, Zorbas H.** Use of Complementary Therapies By Australian Women With Breast Cancer. *Breast Journal*, 2008, 17, 387–394.
- Krosch S.** Perceptions and Use of Complementary and Alternative Medicinein American Samoa: A Survey of Health Care Providers. *Hawai Medical Journal* 2010, 69, 2010-2014.

- Kurt H, Keşnek Ö, Çil T, Canataroğlu A.** Meme Kanseri Hastalarında Tamamlayıcı/Alternatif Tedavi Kullanımı. *Türk Onkoloji Dergisi*, 2013,10, 50-55.
- Lai Y, So P, Lo S, Ng E, Poon T, Yao Z.** Rapid Differentiation of Panax Ginseng and Panax Quinquefolius By Matrix-Assisted Laser Desorption/Ionization Mass Spectrometry. *Anal Chim Acta*, 2012, 13(753), 73-81.
- Lakshmi M.** Scientific Basis for Ayurvedic Therapies, CRC Press, Washington, 2003.
- Sarbacker S. Samadhi: The Numinous and Cessative in Indo-Tibetan Yoga, *SUNY Press*, 2005, s. 1-2.
- Lee M, Pittler M, Ernst E.** Effects of Reiki In Clinical Practice: A Systematic Review Of Randomized Clinical Trials. *International Journal of Clinical Practice* 2008, 62 (6): 947–54.
- Liao G, Apaya M, Shyur L.** Herbal Medicine and Acupuncture for Breast Cancer Palliative Care and Adjuvant Therapy. *Hindawi Publishing* 2013, 437, 17-23.
- Liu J, Mok E, Wong T.** Caring In Nursing: Investigating The Meaning of Caring From The Perspective of Cancer Patients In Beijing, China. *Cancer And Palliative Care* 2005, 15, 188–196.
- Ma H, Carpenter C, Sullivan-Halley J, Bernstein L.** The Roles of Herbal Remedies in Survival and Quality of Life Among Long-term Breast Cancer Survivors - Results of a Prospective Study. *BMC Cancer* 2011, 22, 14-19.
- Mahan T, Brinkley K.** Complimentary and Alternative Medicine: Nursing Attitudes and Knowledge. *Elsevier*, 2011, 12(2), 1-12.
- Man C.** Cheng-Tzu's Thirteen Treatises on T'ai Chi Ch'uan. North Atlantic Books, 1994.
- Mazicioğlu M, Serin M, Sahan H.** Attitude of Patients With Gynaecologic Malignancies In Selecting Alternative and Complementary Therapies. *MEJFM*, 2006, 14, 12-15.
- Molassiotis A, Scott J, Kearney N, Pud D, Magri M, Selvekerova S, Bruyns I, Fernandez-Ortega P, Panteli V, Margulies A, Gudmundsdottir G, Milovics L, Ozden G, Platin N, Patiraki E.** Complementary and Alternative Medicine Use In Breast Cancer Patients In Europe. *Support Cancer Care* 2006, 14, 260–267.
- Montazeri A, Sajadian A, Ebrahimi, M, Akbari M.** Depression And The Use of Complementary Medicine Among Breast Cancer Patients. *Supportive Care in Cancer*, 2005, 13, 339–342.
- Moschèn R, Kemmler G, Schweigkofler H, Holzner B, Dünser M. Richter R, Sperner-Unterweger B.** Use of Alternative/Complementary Therapy In Breast Cancer Patients—A Psychological Perspective. *Supportive Care in Cancer*, 2001, 9, 267–274.

- Nemecz G.** Green tea. *US Pharmacist*, 2000, 5, 67-70.
- Owens B.** A Test Of The Self-Help Model and Use of Complementary and Alternative Medicine Among Hispanic Women During Treatment For Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 2007, 34, 42–50.
- Owens B, Dirksen S.** Review And Critique Of The Literature of Complementary and Alternative Therapy Use Among Hispanic/Latino Women With Breast Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 2003, 8, 151–156.
- Owens B, Jackson M, Berndt A.** Complementary Therapy Used By Hispanic Women During Treatment For Breast Cancer. *Journal of Holistic Nursing*, 2009, 27, 167–176.
- Parkin M, Pisani P.** Global Cancer Statistics. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 2008, 49(1), 34-64.
- Patterson R.E, Neuhouser M, Hedderson M, Schwartz S, Standish L, Bowen D, Marshall L.** Types of Alternative Medicine Used By Patients With Breast, Colon, Or Prostate Cancer: Predictors, Motives, And Costs. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 2002, 8, 477–485.
- Pisters K, Newman R, Coldman B, Shin D, Khuri F, Hong W, Glisson B, Lee J.** Phase I Trial of Oral Green Tea Extract in Adult Patients With Solid Tumors. *American Society of Clinical Oncology*, 2001, 3, 1830-1838.
- McPherson K, Steel C, Dixon J.** ABC of Breast Diseases. Breast Cancer-Epidemiology, Risk Factors, And Genetics. *BMJ*, 2000, 9(321), 624-8.
- Prioreschi P.** A history of medicine. Vol. IV, Byzantine and Islamic medicine, Horatius Press, 2004.
- Ramey R, Buell P.** A True History Of Acupuncture. *Focus on Alternative and Complementary Therapies*, 2004, 9(4), 269-273.
- Ramulu P, Rao P.** Total, Insoluble and Soluble Dietary Fiber Contents of Indian Fruits. *Journal of Food Composition and Analysis*, 2003, 16, 677–685.
- Rees R, Feigel I, Vickers A, Zollman C, McGurk R, Smith C.** Prevalence of Complementary Therapy Use By Women With Breast Cancer: A Population-Based Survey. *European Journal of Cancer*, 2000, 36, 1359–1364.
- Richardson S.** Complementary Health And Healing in Nursing Education. *Journal of Holistic Nursing* 2003, 21(1), 20-35.

- Richardson M, Sanders T, Palmer J, Greisinger A, Singletary S.** Complementary/Alternative Medicine Use in a Comprehensive Cancer Center and the Implications for Oncology. *American Society of Clinical Oncology*, 2000, 18(13), 2505-2514.
- Samur M, Bozcuk H, Kara A.** Factors Associated With Utilization Of Nonproven Cancer Therapies In Turkey. *Support Care Cancer*, 2001, 5, 452-458.
- Panati S, Shadid K, Watson K, Adair L, Juneja S, Nguyen K, Shi R, Burton G.** Socioeconomic Factors And The Use of Complimentary And Alternative Therapies In Patients With Early Stage Breast Cancer. *Cancer Research*, 2015, 12, 2-12.
- Sarbacker S.** *Samadhi: The Numinous and Cessative in Indo-Tibetan Yoga*. SUNY Press, 2005, 1-2.
- Satia-Abouta J, Kristal A, Patterson R, Littman A, Stratton K, White E.** Dietary Supplement and Medical Conditions the VITAL study. *Am J Prev Med* 2003, 24(1), 43-51.
- Shou-Yu C, Patsy Y.** Nurses' Responses To People With Cancer Who Use Complementary And Alternative Medicine. *International Journal of Nursing Practice*, 2006, 12, 288-294.
- Shneerson C, Taskila T, Gale N, Greenfield D.** The Effect of Complementary and Alternative Medicine on The Quality Of Life Of Cancer Survivors: A Systematic Review And Meta-Analyses. *Elsevier*, 2013, 21, 417-429.
- Simkin P, O'hara M.** Nonpharmacologic Relief of Pain During Labor: Systematic Reviews of Five Methods. *Am J Obstet Gynecol*, 2002, 186(5), 131-59.
- Siti Z, Tahir A, Faraha A, Fazlin S, Sondib S, Azmanb A, Maimunahb A, Hanizab M, Haslindab M, Zulkarnainb A, Zakiaha I, Zalehab W.** Use of Traditional and Complementary Medicine In Malaysia: A Baseline Study. *Complementary Therapies in Medicine* 2009, 17, 292-299.
- Smith M, Wujastyk D.** *Modern and Global Ayurveda*. Suny Press, 2008.
- Smith G, Shu Chen W.** Nurses' Beliefs, Experiences and Practice Regarding Complementary and Alternative Medicine In Taiwan: A Qualitative Study *Journal of Clinical Nursing*, (2012), 7, 10-8.
- Spaniol, L.** Recovery From Psychiatric Disability: Implications for Rehabilitation Counseling Education. *Rehabilitation Education*, 2001, 15(2), 167-175.
- Şarışen Ö, Çalışkan D.** Fitoterapi: Bitkilerle Tedaviye Dikkat (!). *STED* 2005, 14(8), 20-27.
- Şencan A, Bulam H, Aral M, Özmen S.** Bitkisel İlaç Kullanımının Cerrahi Açıdan Önemi. *Türk Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Dergisi*, 2011, 19(1), 27-35.

- Tankişi D.** Kanserli Hastalarda Hastalığa Bağlı Atıflar Ve Alternatif Tedaviler, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2007.
- Templeton A,** Thürlimann B, Baumann M, Mark M, Stoll S, Schwizer M, Dietrich D, Ruhstaller T. Cross-Sectional Study Of Self-Reported Physical Activity, Eating Habits And Use Of Complementary Medicine In Breast Cancer Survivors. *BMC Cancer* 2013, 13, 153-159.
- Tsang W, Hui-Chan C.** Comparison of Muscle Torque, Balance and Confidence In Older Tai Chi and Healthy Adults. *Med Sci Sports Exerc* 2005, 37, 280-289.
- Turan N, Öztürk A, Kaya N,** Hemşirelikte Yeni Bir Sorumluluk Alanı: Tamamlayıcı Terapi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009, 3(1), 31-37.
- Tuna N.** A'dan Z'ye Masaj (6.Baskı), Nobel Matbaacılık, 2004, Ankara.
- Tugay N.** Doğu ve Melez Kültürlere Ait Masaj Teknikleri. İ. Yüksel (Ed.), Masaj Teknikleri, Alp Yayınevi, 2007, Ankara
- Türkiye Kanser İstatistikleri,** T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ankara. 2014.
- Van der Weg F, Streuli R.** Use of Alternative Medicine By Patients With Cancer İn A Rural Area of Switzerland. *Swiss Medical Weekly*, 2003, 133, 233–240.
- Vickers A, Zollman C.** ABC of Complementary Medicine: Herbal Medicine. *BMJ*, 1999, 16(319), 1050-3.
- Vidal M, Carvalho C, Bispo R.** Use of Complementary and Alternative Medicine in a Sample of Women With Breast Cancer. *SAGE*, 2013, 10, 72-79.
- White A, Ersnt E.** A brief history of acupuncture. Complementary Medicine, Peninsula Medical School, Universities of Exeter and Plymouth, UK, 2004.
- Wang C, Ng S, Ho R, Ziea E, Wong V, Chan C.** The Effect of Qigong Exercise on Immunity and Infections: A Systematic Review of Controlled Trials. *Am J Chin Med*, 2012, 40(6), 1143-56.
- Wu A, Yu M, Tseng C, Hankin J, Pile C.** Green Tea and Risk Of Breast Cancer In Asian Americans. *Int J Cancer*, 2003, 10(4), 574-9.
- Yang J.** Qigong for Health and Martial Arts, YMAA Publication Center, Boston, 1998.
- Yap K, McCready D, Fyles A, Manchul L, Trudeau M, Narod S.** Use Of Alternative Therapy In Postmenopausal Breast Cancer Patients Treated With Tamoxifen After Surgery. *Breast Journal*, 2004, 10, 481–486.

Yavuz M, Özcan A, Kaymakçı Ş, Bildik G, Dıramalı A. Meme Kanseri Hastalarının Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerini Kullanma Durumlarının İncelenmesi. *Türkiye Klinikleri* 2007, 27, 680-686.

Yıldız İ. Kanser Hastalarında Tamamlayıcı-Alternatif Tedavi Kullanımı, Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, 2006.

Yurdagül H. Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliliği için Kapsam Geçerlilik İndekslerinin Kullanımı. *XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi*, s1-6, 28-30 Eylül 2005, Denizli.

Unschuld U. *Medicine In China: A History of Ideas.* Berkeley, California: University of California Press, 1985.

Zhang M, Holman C, Huang J, Xie X. Green tea and The Prevention of Breast Cancer: A Case-Control Study In Southeast China. *Carcinogenesis*, 2007, 28(5), 1074-8.

Zick S, Sen A, Green J, Olatunde S, Boon H. Trial of Essiac to Ascertain Its Effect In Women With Breast Cancer (TEA-BC). *J Altern Complement Med*, 2006, 12(10), 971-80.

WEB 1. http://cancerres.aacrjournals.org/content/75/9_Supplement/P2-12-11.short (Erişim tarihi:08.10.2015).

WEB 2. <https://nccih.nih.gov/health/acupuncture?lang=es>. (Erişim tarihi:08.10.2015).

WEB 3. <https://nccih.nih.gov/health/acupuncture/introduction>(Erişim tarihi: 22.10.2015).

WEB 4. https://nccih.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/Backgrounder_Homeopathy_05-23-2013.pdf. (Erişim tarihi: 08.10.2015).

WEB 5. <http://homeopatidernegi.org/>(Erişim Tarihi: 22.10.2015).

WEB 6. <https://nccih.nih.gov/health/ayurveda>. (Erişim tarihi: 08.10.2015).

WEB 7.

https://nccih.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/Get_The_Facts_Ayurvedic_Medicine_07-16-2013.pdf(Erişim tarihi: 23.10.2015).

WEB 8. <https://nccih.nih.gov/health/naturopathy>. (Erişim tarihi: 08.10.2015).

WEB 9.

<http://www.naturopathic.org/files/Committees/HOD/Position%20Paper%20Docs/Definition%20Naturopathic%20Medicine.pdf>(Erişim tarihi: 23.10.2015).

WEB 10.

<http://www.naturopathic.org/files/Committees/HOD/Position%20Paper%20Docs/Definition%20Naturopathic%20Medicine.pdf>(Erişim tarihi: 05.11.2015).

WEB 11. <https://nccih.nih.gov/health/mindbody>. (Erişim tarihi 22.10.2015)

WEB 12.

<http://www.admt.org.uk/whatis.html>; <http://www.sanatpsikoterapileridernegi.org/dans-ve-hareket-terapisi.html> (Erişim tarihi:05.11.2015).

WEB 13.<https://nccih.nih.gov/health/integrative-health#types>. (Erişim tarihi: 22.10.2015).

WEB 14.<https://nccih.nih.gov/health/echinacea/ataglance.htm>(Erişim tarihi: 08.10.2015).

WEB 15.<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/druginfo/natural/1000.html> (Erişim tarihi: 05.11.2015).

WEB 16.<https://nccih.nih.gov/health/integrative-health#types>. (Erişim tarihi: 22.10.2015).

WEB 17.<http://www.aor.org.uk/>, <http://www.refleksoloji.org/> (Erişim tarihi: 05.11.2015).

WEB 18.<https://nccih.nih.gov/health/taichi>. (Erişim tarihi:08.10.2015).

WEB 19.[www.saglikplatformu.com/haberler /ayrinti.asp?HaberNo=792](http://www.saglikplatformu.com/haberler/ayrinti.asp?HaberNo=792) (Erişim Tarihi: 16.03.2014).

WEB 20.<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/en/> (Erişim Tarihi: 18.05.2015).

EKLER

Ek 1. Soru formu

MEME KANSERİNDE TAMAMLAYICI ALTERNATİF TEDAVİ KULLANIM DURUMLARI

Bu anket, Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı araştırma görevlisi ve yüksek lisans öğrencisi Gözde DEMİRSOY tarafından yüksek lisans tez araştırması olarak yapılacaktır. Anketin amacı, meme kanseri hastalarında tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım durumlarını araştırmaktır. Anketimiz tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı ve nedenleri, istekler/gereksinimler ve tanıtıcı bilgileri içeren üç bölümden oluşmaktadır. Araştırma bilimsel bir nitelik taşıdığından, derlenen kişi ve aile bilgileri gizli tutulacaktır. Sorulara vereceğiniz objektif cevaplarla araştırmaya yapacağınız katkılarınız için teşekkür ederim.

Lütfen soruları tam olarak okuduktan sonra, kendinize en uygun olan cevabı işaretleyiniz.

Gözde DEMİRSOY

* Gerekli

1. BÖLÜM: TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİ KULLANIMI VE NEDENLERİ *

1.soru:Meme kanseri teşhisi konduktan sonra hiç tamamlayıcı/destek ve alternatif tıpla uğraşan birine gittiniz mi?

- Evet
- Hayır (4. soruya geçiniz)

2.soru:Cevabınız evet ise, kime/kimlere gittiniz? Lütfen listeden uygun olanları işaretleyiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

Biyolojik Yaklaşımlar İçin;

- 1. Akupunktur uzmanı
- 2. Çin Tıbbi Uzmanı
- 3. Ayurveda Terapisti (Sinir, besin, sindirim sistemleri üzerine kurulu Hint tıbbi)
- 4. Naturopatik (Fiziksel ve sosyal iyilik halini sağlayan uzman)
- 5. Diyetisyen/Beslenme Uzmanı
- 6. Herbalist/Fitoterapist (Bitki ve bitki özlerinin kullanarak tedavi eden uzman)

- 7. Homeopat (Bitki ve hayvan dokularının seyrelterek ilaç formuna dönüştüren uzman)
- 8. Aromaterapist (Bitkilerde bulunan uçucu yağları kullanarak tedavi eden uzman)

Bilişsel Yaklaşımlar İçin;

- 1. Meditasyon Uzmanı (Ruhsal rahatlama sağlayan uzman)
- 2. Sanat Terapisti (Tedavi sürecinde sanatı kullanarak rahatlama sağlayan uzman)

Enerji Yaklaşımları İçin;

- 1. Refleksoloji Uzmanı (el,ayak ve kulaktaki belirli noktalara özel masaj teknikleriyle uyarı sağlayarak tedavi eden uzman)
- 2. Reiki Uzmanı (Enerji Terapi Uzmanı)

Manipulatif Yaklaşımlar İçin;

- 1. Masör (Masaj Uzmanı)
- 2. Kayropraktör (Omurga manipülasyonu ile Bel/ boyun ve eklem ağrılarını gideren uzmanı)
- Diğer:

3.soru:Şimdiye kadar bu uzmana/uzmanlara kaç kez gittiniz?

4.soru:Meme kanseri teşhisi konduktan sonra hiç kendi kendinize tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullandınız mı?

- 1. Evet
- 2.Hayır (7.soruya geçiniz)

5.soru:Cevabınız evet ise, bu yöntemleri ne kadar süre kullandınız?

6.soru:Hangi tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullandınız? Lütfen aşağıdaki listeden işaretleyiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

Bitkisel

- 1. Sarımsak
- 2. Zencefil
- 3. Ezyak

- 4. Yeşilçay
- 5. Ekinezya
- 6. Çörek Otu
- 7. Ginseng
- 8. Isırgan
- Diğer:

Beslenme

- 1. Yağdan fakir diyet (%25 daha az kalorili)
- 2. Vejeteryan diyet
- 3. Alkali diyet
- Diğer:

Vitamin/Mineraller/Takviyeler

- 1. Probiyotikler
- 2. Balık Yağı/Omega 3
- 3. İmmun(Bağışıklık Ssistemi) Destekleyiciler
- 4. Beta karoten
- 5. C Vitamini
- 6. E Vitamini
- 7. D Vitamini
- 8. seçenek
- Diğer:

Zihin Terapileri

- 1. Meditasyon
- 2. Hipnoz

- 3.Yoga
- 4. Reiki
- 5. Nefes Egzersizleri
- 6.Dinsel Tedaviler
- 7.Hayal Kurma
- 8.Olumlama
- Diğer:

7.soru:Şuanda herhangi bir Tamamlayıcı Alternatif tedavi yöntemi kullanıyor musunuz/uyguluyor musunuz?

- 1.Evet
- 2. Hayır(2. bölüme geçiniz)

8.soru:Cevabınız evet ise, ne/neler kullanıyorsunuz/uyguluyorsunuz? Lütfen belirtiniz.

9.soru:Bu tamamlayıcı ve alternatif tedavileri kullanma nedeniniz/nedenleriniz nelerdir? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

- 1. Semptomları/rahatsızlıkları önlemek
- 2. Kanserin yayılımını önlemek
- 3. Bağışıklık sistemini güçlendirmek
- 4. Kanseri tedavi etmek
- 5. Yaşam kalitesini yükseltmek
- 6.Tekrar etmesini önlemek
- 7.Yaşamını kontrol altında tutabilme duygusunu yaşamak
- 8.Tıbbi tedaviyi verimli hale getirmek
- 9. Tedavinin yan etkilerinden korunmak
- 10.Şuanki durumunu sabitlemek

- 11. Tıbbi tedavinin başarısız olması durumunda, ek tedavi ve destek sağlamak
- Diğer:

10.soru:Bu yöntemlere kim/kimlerin tavsiyesi ile başvurduunuz? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

- 1. Aile bireyleri
- 2. Kendi bilgilerim
- 3. Akrabalar
- 4. Arkadaşlar
- 5. Komşular
- 6. Gazete, dergi, internet vb. yayın organları
- 7.Hemşire
- 8. Doktor
- 9. Onkolog
- 10. Diğer hastalar
- Diğer:

11.soru:Tamamlayıcı ve alternatif tedavileri nereden/kimden temin ediyorsunuz? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

- 1.Uzmanından
- 2. Aktardan
- 3. Marketten
- 4. Eczaneden
- Diğer:

12.soru:Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullandıktan sonra istediğiniz yararı elde ettiniz mi?

- 1. İyileşmemi sağladı

- 2. Kısmen iyileşmemi sağladı
- 3. Hiç bir yararı olmadı
- 4. Sağlığımı bozdu
- 5. Tıbbi tedavinin etkisini azalttı
- 6. Sadece psikolojik olarak rahatlattı
- 7. Hastalığım ilerledi
- Diğer:

13.soru:Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullanırken ne tür sorunlar yaşadınız? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

- 1.Hiç bir sorun yaşamadım
- 2. Pahalıya mal oldu
- 3.Yeterli bilgi alamadım
- 4. Temin etmekte zorlandım
- 5. Tıbbi tedavi ve alternatif tedavi arasında kaldım
- Diğer:

14.soru:Kullandığımız yöntemleri sağlık personeliyle paylaştınız mı?

- 1. Evet
- 2. Hayır (16.soruya geçiniz)

15.soru:Paylaştığınızda nasıl bir tepki ile karşılaştınız?

16.soru:Cevabınız hayır ise, paylaşmama nedeniniz nedir?

2. BÖLÜM: TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİYE İLİŞKİN İSTEKLER/GEREKİNİMLER *

17.soru:Tamamlayıcı ve alternatif tedavilerle ilgili sağlık personeline danışmak/bilgi almak istermisiniz?

- 1. Evet
- 2. Hayır (3. bölüme geçiniz)

18.soru:Cevabınız evet ise, kime danışmak istersiniz?

- 1. Onkolog
- 2. Aile hekimi
- 3. Hemşire
- Diğer:

19.soru:Danışmanlık/Bilgi almak istediğiniz Tamamlayıcı ve alternatif yöntem/yöntemleri nelerdir?

20.soru:Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler konusunda ne zaman danışmanlık almak istermisiniz?

- 1. Tanı konmadan önce
- 2. Tanı konduktan sonra
- 3. Tedavime başlamadan önce
- 4. Tedavim sırasında
- 5. Her zaman
- Diğer:

3. BÖLÜM: TANITICI BİLGİLER *

21.soru:Kaç yaşındasınız?

*

22.soru:Eğitim durumunuz nedir?

- 1.Okur yazar
- 2.İlkokul mezunu
- 3.Ortaokul mezunu
- 4.Lise mezunu
- 5.Üniversite mezunu
- 6. Yüksek öğrenim
- Diğer:

*

23.soru:Şuanki Medeni durumunuz nedir?

- 1.Bekar
- 2. Evli
- 3.Boşanmış
- 4. Dul
- 5. Diğer

*

24.soru:Gelir durumunuz nedir?

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

*

25.soru:Meme kanseriniz ne zaman teşhis edildi? (yıl ve ay giriniz, günü hatırlamıyor iseniz 1 olarak giriniz)

*

26.soru:Meme kanseriniz teşhis edildiğinde hangi aşamadaydı?

- 1. Evre 1
- 2. Evre 2
- 3. Evre 3
- 4. Evre 4

*

27.soru:Meme kanseri için hangi tedavi/tedaviler uygulandı?

- 1. Cerrahi Tedavi
- 2. Radyoterapi
- 3. Kemoterapi
- 4. Hormon Tedavisi
- Diğer:

*

28.soru: Şuanda hastalığınızın bulunduğu aŐama nedir?

Sorularla ilgili anlamadıđınız/yanlıŐ olduđunu dűŐündüđünüz bir alan varsa lűtfen belirtiniz.

AŐađıdaki gönűllű olur formunu okuyup, 'Okudum, anladım ve onaylıyorum' kutucuđunu iŐaretleyiniz. *

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 4)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Meme kanseri hastalarında tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımının yaygın olup olmadığının araştırılmasıdır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için meme kanseri teşhisi almanız ve ‘Kanserle Dans Derneği’ne üye olmanız gerekir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

İnternet sitesinde yayınlanan soru formunu okuyarak öz-bildirim yoluyla bildirim yapmanız istenecektir.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak paylaştığımız öz-bildirimler sizin sorumluluklarınızdır, anket formundaki ilgili tüm soruları yanıtlamanız istenmektedir. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 513’tür.

ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR ?

Bu araştırma için ön görülen toplam süre 12 aydır.

GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR ?

Bu araştırmada yer almanız için ön görülen zamanınız maksimum 15-20 dakikadır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmada sizin için beklenen yararlar; Araştırma sonuçlarına göre, meme kanseri tanısı almış hastalarda TAT yaygınlığı ve hemşirenin danışmanlık/rehber olması gereken bölümler netlik kazanacaktır. Ayrıca, TAT kullanımına ilişkin sorunlar saptanacak ve buna yönelik olarak geliştirilecek çözüm önerilerine katkıda bulunacaktır. Bu konudaki mevcut durumun saptanması ile bilimsel bilgi birikimine de katkıda bulunulacaktır. Türkiye’de meme kanseri hastalarının sıklıkla kullandığı TAT yöntemleri saptanarak, bu konuda daha sonra yapılacak araştırmalara da yol gösterici olacağı düşünülmektedir. Standart tedavi alan meme kanseri

hastaların ek olarak kullandığı yöntemlerin saptanması ve standart tedaviyle çelişen durumların saptanabilmesi için gerekli bilgilerin toplanması gerekmektedir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Bu çalışmaya katılma ile beklenen olası bir risk yoktur.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİLEN İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Araştırma ile sakıncalı bir ilaç/besin yoktur.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan ayrılmayı isteyen ve araştırma sırasında devamsız olanlar araştırmadan çıkarılacaktır.

- Okudum ,Anladım ve Onaylıyorum

Bu araştırmada anket formunu doldurarak gönüllü olmayı kabul ediyorum. *

1. Evet

Gönder

Ek 2. Kanserle Dans Derneği Yönetim Kurulu İzin Yazısı

KANSERLEDANS DERNEĞİ



22/10/2014

Konu: Gözde DEMİRSOY'un yüksek lisans tezi-hk.
KDD -21 / 2014 sayılı yazı

T.C. ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi: 9.10.2014 tarih ve 31966847 sayılı yazınız.

İlgi yazı ile Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Gözde DEMİRSOY'un " Meme Kanseri Olan Kadın Hastaların Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanım Durumları" konulu tez çalışmasını, Kanserle Dans Derneği Üyesi kadınlarla internet yolu ile yapma talebi bulunmaktadır.

Derneğimizce 01-30 Kasım 2014 tarihleri arasında bu araştırmanın internet yoluyla yapılması, görüşülen hastaların mahremiyet konusundaki görüş ve onaylarına da dikkat edilmesi hususıyla uygundur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Dr. Deniz ÖNER

Kanserle Dans Derneği

Yönetim Kurulu Başkanı

Kanserle Dans Derneği

Yazı No: 192/152

Gözetim Durum	
Tarih:	24.10.2014
Sayı:	945
Dosya No:	300

Ek 3. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı Ön Onayı



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Sayı : 56989545/050.04-105
Konu : Çalışmanız hk.

13/03/2015.
AYDIN

Sayın, Doç.Dr. Hilmiye AKSU
ADÜ ASYO/Hemşirelik Bölümü
Doğum ve Kadın Sağ. ve Hast. Hemş. AD

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 12.03.2015 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 3 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof.Dr. Nefati KIYLIOĞLU
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

KARAR : 3

Protokol No : 2015/560
Sorumlu Yürütücü : Doç.Dr. Hilmiye AKSU
ADÜ ASYO/ Hemşirelik Bölümü
Doğum ve Kadın Sağ. ve Hast. Hemş. AD

Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü/ Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr. Hilmiye AKSU'nun "**Meme kanseri olan kadın hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım durumları**" konulu yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde (ÖYP başvurusu bütçe onayının (hizmet sözleşmesinin) dosyaya konulmak üzere gelmesi şartıyla) gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy çokluğuyla (Prof.Dr. Mevlüt TÜRE ve Yrd.Doç.Dr. Buket DEMİRCİ şerh koymuştur.) karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 11.1.'in son bölümünde taahhüt edilen **çalışma bittikten sonra nihai raporun**, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] lerin **gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına** ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir

Adres: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Merkez Kampüsü – Kepez Mevkii- AYDIN
Tel: 256- 225 31 66
Faks : 256-212 31 69
Web : <http://www.site.adu.edu.tr/etikkurulu/goek/> e-posta: goetik@adu.edu.tr



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Sayı : 56989545/050.04-163
Konu : Çalışmanız hk.

08/05/2015
AYDIN

Sayın, Doç.Dr. Hilmiye AKSU
ADÜ ASYO/Hemşirelik Bölümü
Doğum ve Kadın Sağ. ve Hast. Hemş. AD

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 30.04.2015 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 32 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof.Dr. Nefati KIYLIOĞLU
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

KARAR : 32

Protokol No : 2015/560
Sorumlu Yürütücü : Doç.Dr. Hilmiye AKSU
ADÜ ASYO/ Hemşirelik Bölümü
Doğum ve Kadın Sağ. ve Hast. Hemş. AD

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nca 12.03.2015 tarihinde onay verilen; Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü/ Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr. Hilmiye AKSU'nun "**Meme kanseri olan kadın hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım durumları**" başlıklı klinik araştırmasının 08.04.2015 tarihli gelen dilekçesi ve eki görüşüldü.

Dilekçesinde, anketin web üzerinden doldurulacağı, o nedenle bilgilendirilmiş gönüllü olur formu'nun gönüllülerce imzalanamayacağı bildirilmektedir.

Konu hakkında bilgi edinilmiş olup, yapılan değerlendirmede; webteki anketin ön sayfasına "*Anketin sonunda sizden anketi yapacağımıza dair onay alınacaktır. Kişisel bilgileriniz saklı tutulacaktır. Bu durumu onaylıyorsanız ankete devam edebilirsiniz.*" şeklinde ek bilgi konulmalıdır. Ayrıca anketin üzerinden de e-posta adresinin çıkarılması uygun olacaktır.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 11.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] lerin gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Adres: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Merkez Kampüsü – Kepez Mevkii- AYDIN
Tel: 256- 225 31 66
Faks : 256-212 31 69
Web : <http://www.site.adu.edu.tr/etikkurulu/goek/> e-posta: goetik@adu.edu.tr

Ek 4. Bilgilendirilmiş Olur Metni

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Meme kanseri hastalarında tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımının yaygın olup olmadığını araştırmaktır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için meme kanseri teşhisi almanız ve ‘Kanserle Dans Derneği’ne üye olmanız gerekir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

İnternet sitesinde yayınlanan soru formunu okuyarak öz-bildirim yoluyla bildirim yapmanız istenecektir.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak paylaştığınız öz-bildirimler sizin sorumluluklarınızdır, anket formundaki ilgili tüm soruları yanıtlamanız istenmektedir. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 513’dür.

ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR ?

Bu araştırma için öngörülen süre 12 aydır.

GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR ?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen zamanınız maksimum 15-20 dakikadır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmada sizin için beklenen yararlar; Araştırma sonuçlarına göre, meme kanseri tanısı almış hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi yaygınlığı ve hemşirenin danışmanlık/rehber olması gereken bölümler netlik kazanacaktır. Ayrıca, tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımına ilişkin sorunlar saptanacak ve buna yönelik olarak geliştirilecek çözüm önerilerine katkıda bulunacaktır. Bu konudaki mevcut durumun saptanması ile bilimsel bilgi birikimine de katkıda bulunulacaktır. Türkiye’de meme kanseri hastalarının sıklıkla kullandığı tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri saptanarak, bu konuda daha sonra yapılacak araştırmalara da yol gösterici olacağı düşünülmektedir. Standart tedavi alan

meme kanseri hastaların ek olarak kullandığı yöntemlerin saptanması ve standart tedaviyle çelişen durumların saptanabilmesi için gerekli bilgilerin toplanması gerekmektedir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Bu çalışmaya katılma ile beklenen olası bir risk yoktur.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİLEN İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Araştırma ile sakıncalı bir ilaç/besin yoktur.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan ayrılmayı isteyen ve araştırma sırasında devamsız olanlar araştırmadan çıkarılacaktır.

Ek 5. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı Son Onayı



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Sayı : 56989545/050.04-459
Konu : Çalışmanız hk.

11.12.2015.
AYDIN

Sayın, Doç.Dr. Hilmiye AKSU
ADÜ ASYO/Hemşirelik Bölümü
Doğum ve Kadın Sağ. ve Hast. Hemş. AD

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 10.12.2015 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 25 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof.Dr. Nefati KIYLIOĞLU
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

KARAR : 25

Protokol No : 2015/560
Sorumlu Yürütücü : Doç.Dr. Hilmiye AKSU
ADÜ ASYO/ Hemşirelik Bölümü
Doğum ve Kadın Sağ. ve Hast. Hemş. AD

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nca 12.03.2015 tarihinde ÖYP Başvuru onay belgesinin gelmesi şartıyla onay verilen; Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü/ Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr. Hilmiye AKSU'nun "**Meme kanseri olan kadın hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım durumları**" konulu araştırmasının sonuç raporu hakkındaki 01.12.2015 tarihli dilekçesi görüşüldü.

Dilekçesinde çalışmanın tamamlandığı ve sonuç raporunun ekli olduğu görülmüştür.

Ayrıca dilekçesi ekinde, ÖYP başvuru onay belgesinin dosyaya konulduğu görülmüş olup, şart ortadan kaldırılmıştır.

Sonuçta çalışmanın etik kurallar içinde yürütüldüğü ve tamamlandığı, istenen belgelerin tam olduğu anlaşıldı.

Çalışmanın **Etik Kurul Uygunluk Onayını** almasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Adres: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Merkez Kampüsü – Kepez Mevkii- AYDIN
Tel: 256- 225 31 66
Faks : 256-212 31 69
Web : <http://www.site.adu.edu.tr/etikkurulu/goek/>
e-posta: goetik@adu.edu.tr

ÖZGEÇMİŞ

Soyadı, Adı : DEMİRSOY, GÖZDE
Uyruk : T.C.
Doğum yeri ve tarihi : İZMİR,16.08.1988
Telefon :
E-mail : gzdmsry@gmail.com
Yabancı Dil : İngilizce

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet tarihi
Y. Lisans	Adnan Menderes Üniversitesi	
Lisans	Ege Üniversitesi	2010

İŞ DENEYİMİ

Yıl	Yer/Kurum	Ünvan
2013- Çalışıyor	Adnan Menderes Üniversitesi	Araş. Gör.
2010-2012	Mef International School, Space Camp	Hemşire

AKADEMİK YAYINLAR

Aksu H, Balkaya N, Özsoy S, Demirsoy G. Yaygın Kullanılmayan Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Kadınların Bilgi ve Görüşleri. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 2015, 2(1), 59-71.

Demirsoy G, Aksu H. Doğum Korkusunun Nedenleri ve Baş Etme. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 2015, 2(2),36-45.

1. BİLDİRİLER

A) Ulusal Kongrelerde Yapılan Bildiriler

Kongre	Bildiri/Poster	Tarih
Ulusal Doğum Sonrası Bakım Kongresi	'Aile Büyüklerinin Emzirmeye Etkisi'/ Poster Bildiri	20-22 Haziran, 2013
Tamamlayıcı ve Alternatif	Meme kanseri hastalarının ve	24-26 Nisan, 2014

Tıp Uygulamaları Kongresi	tamamlayıcı/alternatif tedavi gereksinimleri/Poster Bildiri	
1.Ulusal Kadın Hastalıkları ve Ana Çocuk Sağlığı Kongresi	Gebelikte Şiddet ve Sağlık Personelinin Yaklaşımı/ Poster Bildiri	18-19 Aralık, 2014
1.Ulusal Kadın Hastalıkları ve Ana Çocuk Sağlığı Kongresi	Ülkemizde Sık Kullanılmayan Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Kadınların Bilgi ve Görüşleri/ Poster Bildiri	18-19 Aralık, 2014