



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KEMOTERAPİYE BAĞLI ALOPESİ ALGISI VE YAŞAM
KALİTESİ**

SEBAHAT AKBAL ATEŞ
DOKTORA TEZİ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Nermin OLGUN

İSTANBUL-2011

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Programın seviyesi : Yüksek Lisans () Doktora (X)
Anabilim Dalı : İç Hastalıkları Hemşireliği
Tez Sahibi : Sebahat AKBAL ATEŞ
Tez Başlığı : Kemoterapiye Bağlı Alopesi Algısı ve Yaşam Kalitesi
Sınav Yeri : Marmara Üniversitesi Haydarpaşa Kampüsü
Sınav Tarihi : 28.03.2011

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)

Prof. Dr. Nermin OLGUN

Kurumu

Acıbadem Üniversitesi

İmza

Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)

Prof. Dr. Feray GÖKDOĞAN

Abant İzzet Baysal Üniversitesi

Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR

Marmara Üniversitesi

Doç. Dr. Sezgi ÇINAR

Marmara Üniversitesi

Yrd. Doç. Dr. Ayşe ERGÜN

Marmara Üniversitesi

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü yönetim Kurulu'nun 03/04/2011 tarih ve 24 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Gülden Z. OMURTAG

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

I. BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarımı ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Sebahat AKBAL ATEŞ

II. TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince bilgilerini, desteğini, hoşgörü ve sevgisini esirgemeyen, içten ve yapıcı tarzda yaklaşımı ile motivasyonumu artıran danışmanım ve çok değerli hocam Sayın **Prof. Dr. Nermin Olgun'a**,

Tez çalışmam boyunca desteklerini esirgemeyen arkadaşlarım, **Araş. Gör. Havva Sert, Öğr. Gör. Hicran Yıldız, Yrd. Doç. Dr. Tanju Gürel, Canan Ok ve Fisun Altındağ'a**

Tezimin istatistiklerinin yapılması aşamasında danışmanlığını aldığım Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi **Öğretim Görevlisi Murat Çakar'a**

Acıbadem Kozyatağı Hastanesi, Yeditepe Üniversitesi Hastanesi ve Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kemoterapi Ünitesi ve Onkoloji Servisi **çalışanlarına**,

Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden ve görüşlerini paylaşan tüm **hastalara ve hasta yakınlarına**,

Tez çalışmam süresince desteklerini benden esirgemeyen **eşimin annesine ve babasına**,

Yaşamım boyunca maddi ve manevi destekleri ile her zaman yanımda olduklarını hissettiğim sevgili aileme özellikle de **anneme**,

Desteği, emeği ve sabrıyla her zaman yanımda olan sevgili **eşime**,

Son olarak da hayatıma mutluluk katan, gözbebeğim, biricik **oğluma**

En İçten Duygularımınla Sonsuz Teşekkürlerimi Sunarım

Sebahat Akbal Ateş

III. İÇİNDEKİLER

1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ ve AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	6
4.1. Kanser ve Epidemiyolojisi	6
4.1.1. Kanser	6
4.1.2. Dünyada Kanser	7
4.1.3. Türkiye’de Kanser	9
4.2. Kemoterapi	11
4.3. Kemoterapi ve Yaşam Kalitesi	14
4.3.1. Yaşam Kalitesinin Göstergeleri	15
4.4. Kemoterapi ve Alopesi	17
4.4.1. Alopesinin önlenmesi veya azaltılması için kullanılan yöntemler	21
4.5. Alopesi ve Yaşam Kalitesi	24
4.6. Kemoterapiye Bağlı Alopeside Hemşirelik Bakımı	28
5. GEREÇ ve YÖNTEM	31
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	31
5.2. Araştırmanın Hipotezleri	31
5.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	32
5.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	32
5.5. Veri Toplama Araçları	33
5.5.1. Genel Bilgi Formları	34
5.5.2. Kemoterapiye Bağlı Alopeside Yaşam Kalitesi Ölçeği (KBAYKÖ)	34
5.5.3. Alopesi Yönetim Ölçeği (AYÖ)	35
5.5.4. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	35
5.5.5. Beden İmajı Ölçeği (BİÖ)	36
5.5.6. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	36

III. İÇİNDEKİLER (DEVAMI)

5.6. Veri Toplama Yöntem ve Süreci	37
5.7. Verilerin Değerlendirilmesi	38
5.8. Araştırmanın Etik Yönü	41
5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	41
6. BULGULAR	42
6.1. KBAYKÖ'nin Güvenilirlik ve Geçerliliğine İlişkin Bulgular	42
6.1.1. Ölçeğin geçerlilik bulguları	42
6.1.1.1.Kapsam (İçerik) Geçerliliği	42
6.1.1.2. Yapı Geçerliliği	43
6.1.1.3. Uyum Geçerliliği	47
6.1.2. Ölçeğin güvenilirlik bulguları	48
6.1.2.1. İç tutarlılık	48
6.1.2.2. Test – tekrar test güvenilirliği	55
6.2. Alopesi Yönetim Ölçeği (AYÖ)	55
6.2.1. Dilsel Eşdeğerlilik Karşılaştırılması ve Kapsam Geçerliliği	55
6.2.2. Alopesi Yönetim Ölçeği (AYÖ) İle İlgili Güvenilirlik Çalışmaları	56
6.3. Kemoterapiye Bağlı Alopesili Hastaların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular	61
6.4. Hasta Yakınlarının Alopesiye İlişkin Algılarının Değerlendirilmesi	76
6. 5. Hemşire/ Sağlık Memuru Bilgi Formu ve Alopesi Yönetim Ölçeği Puanlarına Ait Sonuçlar	85
7. TARTIŞMA ve SONUÇ	94
7.1. KBAYKÖ'nin Geçerlilik ve Güvenilirliği	94
7.2. AYÖ'nin Geçerlilik ve Güvenilirliği	100
7.3. Sosyo-demografik Veriler ve Hastalık/Sağlık Özelliklerine Göre Hastaların Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi	103

III. İÇİNDEKİLER (DEVAMI)

7.4. Hasta Yakınlarının Sosyo-Demografik ve Hastalık/Sağlık Özellikleri İle Saç Dökülmesine İlişkin Algıları	113
7.5. Hemşire/Sağlık Memurlarının Sosyo-Demografik ve Hastalık/Sağlık Özelliklerine Göre Alopesi Algıları ve Alopesi Yönetimine İlişkin Tutumları	119
8. KAYNAKLAR	128
9. EKLER	141
10. ÖZGEÇMİŞ	160

IV. KISALTMALAR LİSTESİ

ABVD	Dokсорubisin, Bleomisin, Vinblastin, Dakarbazin
AYÖ	Alopesi Yönetim Ölçeği- Alopecia Management Scale
BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
BIÖ	Beden İmajı Ölçeği
CEF	Siklofosfamid, Epirubicin, 5-Flourouracil
CHOP	Siklofosfamid, Dokсорubisin, Vinkristin, Prednizon
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EORTC	European Organisation for Research and Treatment of Cancer
FACT-G	Functional Assessment of Cancer Therapy-General
KBAYKÖ	Kemoterapiye Bağlı Alopeside Yaşam Kalitesi Ölçeği
KMO	Kaiser Meyer Olkin
RSCL	Rotterdam Symptom Checklist
VAS	Visual Analog Scale- Görsel Analog Skala
WHOQOL BREF	Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği -Kısa Form
5-FU	5-Flourouracil

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1.	Dünyada Kanser Görülme Sıklığı	8
Tablo 2.	Alopesiye Neden olan Kanser İlaçları	19
Tablo 3.	Kemoterapiye Bağlı Alopeside Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin KMO ve Bartlett Testi Sonuçları	43
Tablo 4.	Kemoterapiye Bağlı Alopeside Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutları Tarafından Açıklanan Varyans Oranları	44
Tablo 5.	Kemoterapiye Bağlı Alopeside Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarının Maddelerine İlişkin Faktör Yükleri	45
Tablo 6.	KBAYKÖ Alt Boyut İsimleri ve Madde Numaraları	46
Tablo 7.	Uyum Geçerliliği (Ölçüt Geçerliliği -Eşzaman Geçerliliği) Bulguları	47
Tablo 8.	Kemoterapiye Bağlı Alopeside Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Maddelerinin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	49
Tablo 9.	Kemoterapiye Bağlı Alopeside Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Bütününe İlişkin Madde Analiz İşlemleri	50
Tablo 10.	Kemoterapiye Bağlı Alopeside Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Bütününe İlişkin İç Tutarlılık Katsayıları	51
Tablo 11.	KBAYKÖ'nin Alt Boyutlarındaki Maddelerinin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	52
Tablo 12.	KBAYKÖ'nin Alt Boyutlarına Ait Madde Analizi İşlemleri	53
Tablo 13.	KBAYKÖ'nin Tüm Alt Boyutlarına İlişkin Güvenilirlik Katsayıları	54
Tablo 14.	KBAYKÖ'nin Test Tekrar Test Tekniği Sonuçları(N=70)	55
Tablo 15.	Alopesi Yönetim Ölçeği Türkçe İngilizce Formları Arasındaki Pearson Çarpım Korelasyon Tekniği Sonuçları	56
Tablo 16.	Alopesi Yönetim Ölçeğinin Maddelerinin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	57

TABLULAR LİSTESİ (Devamı)

Tablo 17.	Alopesi Yönetim Ölçeğinin Bütününe İlişkin Madde Analiz İşlemleri	58
Tablo 18.	Alopesi Yönetim Ölçeğinin Bütününe İlişkin İç Tutarlılık Katsayıları	59
Tablo 19.	Alopesi Yönetim Ölçeği Test Tekrar Test Tekniği Sonuçları	60
Tablo 20.	Sosyo-demografik özelliklere İlişkin Frekans ve Yüzde Sonuçları	61
Tablo 21.	Sağlık/Hastalık Durumuna İlişkin Frekans ve Yüzdeler	63
Tablo 22.	KBAYKÖ Betimsel İstatistik Sonuçları	65
Tablo 23.	KBAYKÖ Normalite Testi Sonuçları	66
Tablo 24.	Kemoterapiye Bağlı Alopesi Yaşayan Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Yaşam Kaliteleri	68
Tablo 25.	Kemoterapiye Bağlı Alopesi Yaşayan Hastaların Sağlık/Hastalık Özelliklerine göre KBAYKÖ Puanları	74
Tablo 26.	Örnekleme Oluşturan Hastaların Yakınlarına Ait Frekans ve Yüzde Sonuçları	76
Tablo 27.	Hasta Yakınlarının Sosyo-demografik ve Hastalık/Sağlık Özelliklerine Göre Saç Dökülmesine İlişkin Algıları	79
Tablo 28.	Hasta Yakınlarının Hastalarının Saç Dökülmesi Yaşayıp Yaşamadığına Yönelik Algıları İle Hastaların Saç Dökülmesi Durumlarına İlişkin Algılarının Karşılaştırılması	82
Tablo 29.	Hasta Yakınlarının Hastalarının Saç Dökülmelerine İlişkin Verdikleri Cevaplarla, Hastaların KBAYKÖ, Beck Depresyon Ölçeği ve Beden İmajı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	83
Tablo 30.	Hemşire/ Sağlık Memurlarının Sosyodemografik ve Hastalık/Sağlık İle İlgili Özelliklerinin Frekansları ve % Dağılımları	85

TABLolar LİSTESİ (Devamı)

Tablo 31.	AYÖ Genel Toplam Puanlarına Ait Normalite Testi Sonuçları	88
Tablo 32.	AYÖ Alopesi Algısı Boyutu Toplam Puanlarına Ait Normalite Testi Sonuçları	88
Tablo 33.	AYÖ Alopesi Yönetim Boyutu Toplam Puanlarına Ait Normalite Testi Sonuçları	88
Tablo 34.	Hemşire ve Sağlık Memurlarının Sosyodemografik ve Hastalık/Sağlık İle İlgili Özellikleri, Bu Özellikler İle AYÖ Puanlarının Karşılaştırılması	89
Tablo 35.	AYÖ Alt Boyutlarına Ait Maddelere İlişkin Verilen Cevapların Frekansları ve % Dağılımları	92

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.	2010 yılı Amerika Kansere Bağlı Meydana Gelecek Tahmini Ölüm Oranları	9
Şekil 2.	Ülkemizdeki 8 İlin Kansere İnsidansları	10
Şekil 3.	Türkiye’de Görülen 10 Kansere Türü	11
Şekil 4.	Kemoterapiye bağlı en sık görülen yan etkiler	14
Şekil 5.	Normal Saç Büyümesinin Evreleri	18
Şekil 6.	Kemoterapiye Bağlı Alopesili Hastaların Hissettikleri	26
Şekil 7.	Kemoterapiye Bağlı Alopeside Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutlarına Ait Çizgi Grafiği	44
Şekil 8.	Kemoterapiye Bağlı Alopeside Yaşam Kalitesi Ölçeği Bütününe İlişkin Puan Dağılımı	48
Şekil 9.	Alopesi Yönetim Ölçeği (AYÖ) Bütününe İlişkin Puan Dağılımı	57

1. ÖZET

Kemoterapinin yan etkilerinden biri olan alopesi, hastaların vücut imajını bozmakta, sosyal ve emosyonel durumlarını etkilemekte, utanma duygusunun artmasına bağlı özgüven azalmasına neden olmakta ve sonuçta hastaların yaşamlarını olumsuz şekilde etkilemektedir. Bu çalışma, kemoterapiye bağlı olarak ortaya çıkan alopesinin hastaların yaşam kalitesi üzerindeki etkisini ölçebilecek bir ölçek geliştirmek, böylece yaşam kalitesini etkileyen faktörleri saptamak, hemşire ve hasta yakınlarının alopesiye ilişkin algılarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Veriler bilgi formları, Kemoterapiye Bağlı Alopeside Yaşam Kalitesi Ölçeği (KBAYKÖ), Alopesi Yönetim Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beden İmajı Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. KBAYKÖ'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması kapsam geçerliliği, yapı geçerliliği, ölçüt geçerliliği; Cronbach alpha (0.88), Gutman (0.83) ve Spearman Brown (0.85) güvenilirlik katsayısı, madde analizi ($p<0.001$) ve test tekrar test tekniği ($p<0.001$) yöntemleri kullanılarak yapılmıştır. Alopesi Yönetim Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında ise dil geçerliliği, içerik geçerliliği, Cronbach alpha (0.75), Gutman (0.68) ve Spearman Brown (0.68) güvenilirlik katsayısı, madde analizi ($p<0.001$) ve test tekrar test tekniği ($p<0.001$) yöntemleri kullanılmıştır. Cinsiyet, çalışma durumu, alopesi şiddeti, ilave hastalık ve genel sağlık algısı özelliklerine göre yaşam kalitesi puanlarının farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Hasta yakınlarının alopesiye ilişkin algılarının, cinsiyet ve bilgi alma durumuna göre farklılaştığı tespit edilmiş ve hasta yakınları tarafından saç dökülmesinden olumsuz etkilendiği söylenen hastaların yaşam kalitesi puanlarının düşük olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin Alopesi Yönetim Ölçeği'nden almış oldukları puanlar ile cinsiyet, yaş, hizmet içi eğitim alma durumu ve alopesi deneyimi (aile-çevre) özellikleri arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin yönetim boyutundaki üç madde dışında kalanlara verdikleri cevaplarla fikir birliği içinde oldukları saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kemoterapiye bağlı alopesi, yaşam kalitesi, algı, ölçek geliştirme ve uyarılama

2. SUMMARY

Chemotherapy Induced Alopecia Perception and Quality of Life

Alopecia is one of the side effects of chemotherapy and it disturbs the body images of patients, affects their social and emotional status, causes the reduction in self-confidence related to the increased sense of shame, and totally, affects the patients' life negatively. This study aims were to develop a scale to measure the effects of chemotherapy induced alopecia to the patients' quality of life, to determine the factors which effects quality of life, and to identify the nurses' and patient's relatives' perceptions to the alopecia. Data were collected with informations forms, Chemotherapy Induced Alopecia Quality of Life Scale (KBAYKO), Alopecia Management Scale, Beck Depression Inventory, Body Image Scale, and SF-36 Quality of Life Scale. Validity and reliability studies of KBAYKO were done by using content, construct and criterion validity, Cronbach's alpha (0.88), Guttman (0.83) and Spearman Brown (0.85) reliability coefficients, item analysis ($p < 0.001$) and test-retest methods ($p < 0.001$). In the validity and reliability study of Alopecia Management Scale, the methods: language equivalency/adaptation, content validation, Cronbach alpha (0.75), Gutman (0.68), and Spearman Brown (0.68) reliability coefficients, item analysis ($p < 0.001$), and test-retest technique ($p < 0.001$) were used. It was determined that the quality of life scores show discrepancies according to the gender, employment status, the the severity of alopecia, additional disease, and general health perception. It was also found that, the alopecia related perception of the patient's relatives differentiates with respect to gender and being (obtain) informed. The quality of life scores of the the patients who were deleared to be effected negatively from hair loss by their relatives, were determined as low. A relation was found between the score of nurses taken from Alopecia Management Scale and gender, age, in-service training, and alopecia experience (family-environment) properties. Nurses were found to be in concencus in their answers except the three items related to management.

Keywords: Chemotherapy Induced Alopecia, Quality of Life, Perception, Scale Development and Adaptation

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Kanser, çağımızın önde gelen sağlık sorunlarından biridir ve yüzyılın başlarında ölüme neden olan hastalıklar arasında yedinci ve sekizinci sıralarda yer alırken, bugün dünyanın birçok ülkesinde ve Türkiye'de kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır(<http://www.atonet.org.tr/yeni/index.php?p=804&l=1> Erişim Tarihi: 10 Ocak 2009). Günümüzde kanserin doğası anlaşılmış, tedavide çok önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Kanser tedavisi yöntemleri genel olarak kemoterapi, radyoterapi, cerrahi ve immünoterapi olup, kanser tanısı konan hastaların bireysel özellik ve hastalık durumuna göre bu yöntemlerden bir veya birkaçı tedavide kullanılmaktadır (Amerikan Kanser Birliği 1998).

Kemoterapi, özellikle çoğalan hücrelere karşı seçici öldürücü etkileri olan, doğal veya sentetik kimyasal, biyolojik ajanlar ve hormonlarla yapılan tedavi şeklidir. 1960'lı yıllara kadar kemoterapi palyatif amaçla, bazı klinik bulguların azaltılması ve hastanın yaşamını biraz daha uzatmak amacıyla kullanılmıştır. Ancak 1960'lı yıllardan itibaren hücre kinetiği bilgileri ve kinetik kavramları kemoterapi protokollerinde uygulanmaya başlanılmıştır (Akyol 2004)

Kemoterapi ile hastaların yaşam süresinin uzaması ve daha nitelikli yaşaması amaçlanmaktadır. Ancak kullanılan yöntemle ilgili olarak kemoterapi ile ilgili zorluklar ve toksik etkiler de söz konusudur. Örneğin, kemik iliği baskılanması kemoterapinin en önemli yan etkilerinden biridir ve bunun yol açtığı lökopeni, trombositopeni ve anemi hasta için çok rahatsızlık verici durumlardır. Ayrıca ağrı, yorgunluk, alopesi, bulantı ve kusma, uyku bozuklukları, mukozit, konstipasyon, depresyon ve anksiyete gibi istenmeyen semptomlarda ortaya çıkabilmektedir (Rubeinstein et al 2006, Sura et al 2006, Miller and Massie 2006, Doss 2006, Larsen et al 2003, Gail and Quiett 2007, Mitchell et al 2007). Bu rahatsızlıklar sonucu gelişen duygusal sorunlar kemoterapinin diğer yan etkileridir. Tedavinin yan etkileri ile birlikte kanserin de neden olduğu rahatsızlıklar sonucu hastalar; anksiyete, depresyon, ağrı, cinsel fonksiyon bozukluğu, yorgunluk, benlik kavramında değişme gibi semptomlar yaşamakta, olağan uyum mekanizmaları etkilenmekte, geleceğe

yönelik beklenti ve planları bozulmakta ve dolayısıyla hastaların yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenmektedir (Kızılcı 1999, Larsen et al 2003, Wright et al 2005, Yıldırım ve Gürkan 2007).

Tarih boyunca güzellik, yaş ve cazibe özelliği olarak görülen saç sosyal, politik ve kültürel çevrelerde bir sembol haline gelmiştir. Saç kaybı ise çekicilik, seksüalite ve kişilik kaybı, utanç verici durum, hastalık ve yaşlanma süreci ile özdeşleştirilmiştir (Batchelor 2001).

Saç kaybı nedenleri; genetik yatkınlık, kıl gelişimi bozuklukları, sistemik hastalıklar ve otoimmünite, saçlı deri hastalıkları ve ilaçlardır (Larsen 2003). Saç folikülleri yüksek oranda kan alan bölgelerdir. Vücuda giren herhangi bir ilaç kan yoluyla saç köküne gelir. Eğer ilaç uzun süre alınır ve yoğun bir biçimde saç köküne gelirse tüm saçlar dökülebilir (diffuz alopesi). Saç dökülmesine yol açan ilaçlar; kanser ilaçları, yanlılıkla ya da intihar amacıyla alınan talyum, A vitamini fazla alımı, ağızdan alınan sentetik retinoidler, Heparin, Flucunazole, doğum kontrol haplarıdır (<http://www.hairlife.org/default.asp?id=3> Erişim Tarihi. 8 Mart 2007). Şiddetli saç kaybına neden olan kanser ilaçları; Cyclophosphamide (Cytosan), Daunorubicin (Cerubidine), Doxorubicin (Adriamycin), Vinblastine (Velban), Vincristine (Oncovin) gibi ilaçlardır (Schlesselman 1988).

Sitotoksik ajan alan hastaların %50'sinden daha fazlasında, Vincristine alan lösemili çocukların %42'sinde saç kaybı yaşandığı, alkilleyici ajanların yüksek dozda kullanımıyla birlikte alopesi ortaya çıktığı ve 5FU (hastaların %10'unda), Vincristine ve Siklofosfamid'in diğer ajanlardan daha fazla saç kaybı meydana getirdiği belirtilmektedir. Vincristine ve Bleomycin kullanımından sonraki 2-3 hafta içinde saç kaybı deneyimlendiği rapor edilmiştir. Ani ve yaygın bir saç kaybının yüksek doz ve aralıklı intravenöz terapi ile ortaya çıktığı saptanmıştır (Batchelor 2001).

Kemoterapi alan hastalarda saç kaybının genellikle geçici olduğu, 4-6 hafta içinde saçların tekrar büyüdüğü ifade edilmektedir. Bununla birlikte sorun geçici

olmasına rağmen alopesi yönetiminin önemi üzerinde durulmaktadır (Tran et al 2000). Çünkü yapılan çalışmalarda alopesinin hastaların yaşamını olumsuz yönde etkilediği, özellikle kadın hastaların sosyal ve emosyonel durumlarının etkilendiği ve utanma duygusunun artışına bağlı özgüvenin azaldığı belirlenmiştir (Schmidt et al 2001, Nolte et al 2006).

Kemoterapi alan hastalarda saç kaybının önlenmesine yönelik 1960'lı yıllardan bu yana onkologlar ve onkoloji hemşireleri pek çok strateji geliştirmişlerdir. Kafa derisine turnike uygulamak, folik asit kullanımı, özel saç bakımı, özel araçlar, D3 vitamini analoglarının kullanımı gibi yöntemler geliştirilmiştir (Batchelor 2001, Bleiker et al 2005). Bununla birlikte, kafa derisine soğuk uygulama yapmanın alopesiyi önleyebileceği belirtilmektedir (Forsberg 2001).

Çalışma, kemoterapiye bağlı olarak ortaya çıkan alopesinin, hastaların yaşam kalitesi üzerindeki etkisini ölçebilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek geliştirmek, yaşam kalitesini etkileyen faktörleri saptamak ve hemşireler tarafından hastaların alopesiyi algılama ve yönetme durumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1 Kanser ve Epidemiyolojisi

4.1.1 Kanser

Kanser, çağımızın önde gelen sağlık sorunlarından biridir. Kanserli hastalarda yaşam süresi çok uzun olmadığı için bütün toplumlarda korkulan ve çekinilen bir hastalıktır. Kanser bir organdaki hücrelerin kontrolsüz bir şekilde çoğalmaya başlaması ve tedavi edilmediği takdirde vücutta yayılarak hızlı bir şekilde ölüme sonlanmasıdır (Bilir 2008).

Kanser terimi Yunan Hekim Hipokrat'tan gelmektedir. Organizmanın tedavi edilemeyen yeni yapılanmaları için kanser terimini kullanmıştır. Vücut yüzeyinde büyüyen ve genellikle ülserle olan, kırmızı, sıcak, ağrılı, diğerlerinden farklı karakterde olup daha yavaş büyüyen şişlikler için Hipokrat, "karkinos" ya da "karkinoma" ifadesini kullanmaktadır. Galen (M.S. 2. yüzyıl) ise yengece benzettiği görünümü nedeniyle "kanser" adını vermiştir (http://khup.com/download/1_keyword-history-of-cancer/the-history-of-cancer.pdf Erişim Tarihi: 04.12.2010).

Kanser, kendini belirtileri, prognozu ve sonuçları açısından bir hastadan diğerine çok değişken olan, karmaşık bir hastalıktır. Aynı heterojenlik ve çeşitlilik hücresel ve moleküler düzeyde de kendini gösterir. Kanser, hücrelerin aşırı ve zamansız çoğalmalarına, immün sistemin gözetiminden kaçmalarına ve nihai olarak da uzaktaki dokuları da istila ederek metastazlar oluşturmalarına yol açan metabolik ve davranışsal değişiklikler geçirdikleri, çok basamaklı bir süreçtir (Merlo et al 2006).

Kanserin nedenleri kişisel özellikler ve çevresel faktörler olmak üzere iki grupta ele alınabilmektedir. Kişisel özellikler, ailevi yatkınlık ve genetik faktörlerdir. Kansere neden olan faktörlerin %80 kadarı çevremizde bulunan faktörlerdir. Bunlar; sigara içilmesi, yanlış beslenme davranışları, sanayileşme ve bunun yol açtığı çevre kirliliği ve diğer çevresel faktörlerdir (Bilir 2008).

Günümüzde kanserin doğası anlaşılmış, tedavide çok önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Kanserin tedavi yöntemleri genel olarak kemoterapi, radyoterapi, cerrahi ve immünoterapi olup, kanser tanısı konan hastaların bireysel özellik ve hastalık durumuna göre bu yöntemlerden bir veya birkaçı tedavide kullanılmaktadır (Amerikan Kanser Birliği 1998).

- Kemoterapi: Kemoterapi, özellikle çoğalan hücrelere karşı seçici öldürücü etkileri olan, doğal veya sentetik kimyasal, biyolojik ajanlar ve hormonlarla yapılan tedavi şeklidir (Akyol 2004).
- Radyoterapi: Kanserli hücrelerin tahrip edilmesi için iyonize radyasyonun kullanılmasıdır. Tedavi amaçlı kullanılabildiği gibi palyatif amaçlıda kullanılmaktadır (Ertem ve ark 2009).
- İmmünoterapi: Kanserli hastalara, inaktive kanser hücreleri veya kanser hücresine spesifik proteinlerin enjeksiyonuyla kişinin immün sisteminin aktive edilerek kanser hücrelerini tanınması ve ona karşı savaş açması hedeflenmektedir (Omay 2006).
- Cerrahi Tedavi: Kanserli dokunun ve yayılma olasılığı yüksek olduğu komşu bölgelerin çıkarılmasıdır. Özellikle erken dönemde tanı konan hastalarda cerrahi tedavi çok başarılı olmaktadır. Cerrahi tedavi amaçlı yapılmasının yanı sıra tanı, semptomların ortadan kaldırılması ve rehabilitasyon amaçlı da yapılabilmektedir (DSÖ Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu 2008).

4.1.2. Dünyada Kanser

Dünya Sağlık Örgütü 2007 yılında dünyada yaklaşık 7,9 milyon (tüm ölümlerin % 13'ü) kişinin kanser nedeniyle öldüğünü, bu ölümlerin %72'den daha fazlası düşük veya orta gelirli ülkelerde görüldüğünü ve 2030 yılında 12 milyon kansere bağlı ölüm olacağını tahmin edildiğini bildirmektedir. Akciğer, mide, karaciğer, kolon ve meme kanserlerinin her yıl en çok ölüme neden olan kanser türleri olduğu ve bunların %30'unun önlenabilir kanserler olduğu ifade edilmektedir.

- Akciğer (1.4 milyon ölüm /yıl)
- Mide (866,000 ölüm)

- Karaciğer (653,000 ölüm)
- Kolon (677,000 ölüm)
- Meme (548,000 ölüm).

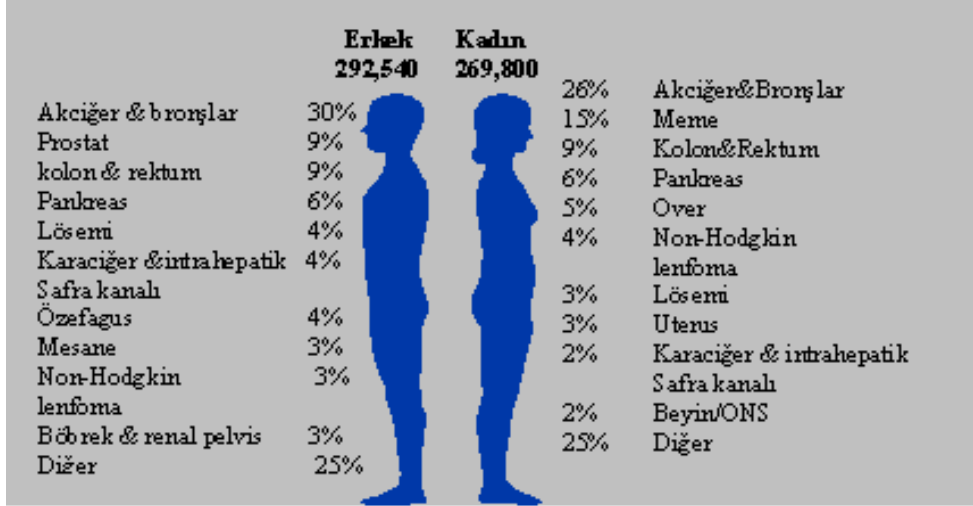
(<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/> Erişim Tarihi: 10 Ocak 2009)

Kanser görülme sıklığı açısından ülkeler arasında belirgin farklılıklar olduğu, günümüzün gelişmiş ülkelerinde kanserin diğer ülkelere göre daha fazla görüldüğü bildirilmektedir. Gelişmiş ülkelerde 100 000 kişilik bir grupta her yıl 300-350 kişide kanser görülürken, gelişmekte olan ülkelerde bu değer 150-200 dolayında olduğu, yani gelişmiş ülkeler ile gelişmekte olan ülkeler arasında kanser görülme sıklığı bakımından 2 kat dolayında farklılık söz konusu olduğu belirtilmektedir. Bu farkın; gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfusun daha fazla olması, kanser hastalığının tanısı bakımından olanakların fazlalığı ve gelişmiş ülkelerde kansere neden olan faktörlerin yaygınlığından dolayı ortaya çıktığı rapor edilmektedir (Bilir 2008).

Tablo 1. Dünyada Kanser Görülme Sıklığı

	Kanser görülme sıklığı (yüzbin nüfusta)	
	Erkek	Kadın
Gelişmiş ülkeler	299.6	208.9
Gelişmekte olan	152.4	122.5
Dünya toplamı	203.5	154.6

Amerika Kanser Birliği'nin 2010 yılında Amerika'da kanser nedeniyle meydana gelecek tahmini ölüm oranları aşağıdaki şekilde gösterilmektedir.



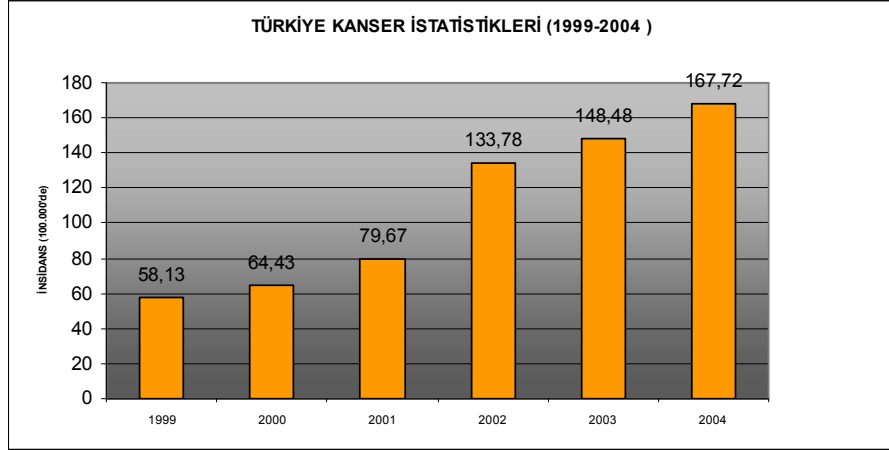
Şekil 1. 2010 yılı Amerika Kansere Bağlı Meydana Gelecek Tahmini Ölüm Oranları

Şekil 1’de her iki cinsiyette de 2010 yılı için beklenen kanser nedeni ölümlerin sayısı gösterilmektedir. Yaklaşık 569.490 Amerikalının kanser nedeniyle öleceği ve bunun günlük 1500 den fazla ölüm demek olduğu ifade edilmektedir. Erkeklerde akciğer ve bronş, prostat ve kolorektum kanserleri ve kadınlarda akciğer ve bronş, meme ve kolorektum kanserleri en sık görülen ölümcül kanserler olmaya devam edeceği ve bu 4 kanser türüne bağlı ölümlerin, toplam kanser ölümlerinin yaklaşık olarak yarısını oluşturacağı belirtilmektedir. Kadınlarda 1987 yılında meme kanserine bağlı ölümler ilk sırada yer alırken, 2010 da Akciğer kanserinin % 26 ile en çok ölüme neden olan kanser türü olacağı ifade edilmektedir (http://www.cancer.org/docroot/PRO/content/PRO_1_1_Cancer_Statistics_2009_Presentation.asp Erişim Tarihi: 11 Haziran 2009, Jemal et al 2010)

4.1.3. Türkiye’de Kanser

Ankara Ticaret Odası'nın, Türk Kanser Araştırma Kurumu ve Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü ile birlikte hazırladığı "Kanser Yüğü 2006" raporunda her yıl Türkiye’de 150 bin kişinin kansere yakalandığı ve 2020 yılında bu rakamın yüzde 50 oranında artacağı bildirilmektedir. Türkiye’de en sık ölüme yol açan kanser türleri ise erkeklerde akciğer, mide, barsak ve mesane kanseri, kadınlarda meme, barsak, mide ve akciğer kanseri olduğu, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de kanser, ölüm nedenleri arasında kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada geldiği, Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2003 yılı verilerine göre ölüm nedeni olarak, kalp krizi, kalp yetmezliği,

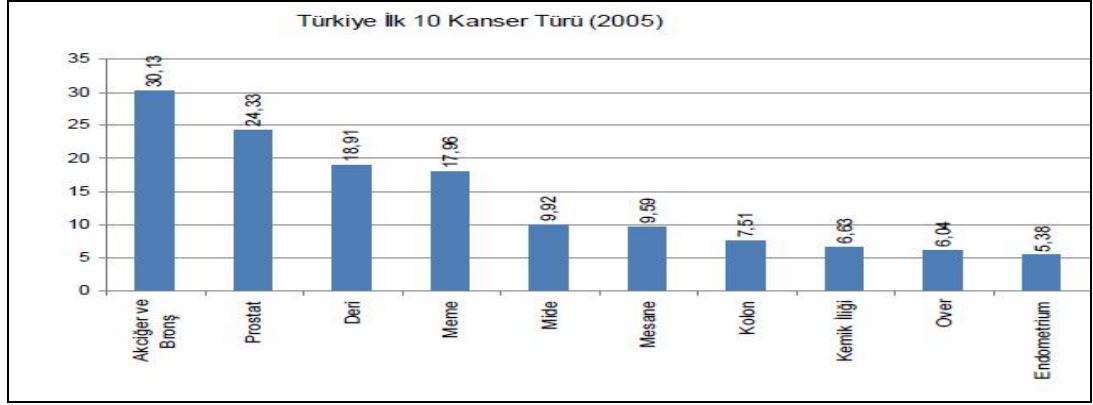
hipertansiyon gibi kardiyovasküler hastalıkların yüzde 42 ile ilk sırada, kanserin ise %12.9 ile ikinci sırada olduğu belirtilmektedir (<http://www.atonet.org.tr/yeni/index.php?p=804&l=1> Erişim Tarihi: 10 Ocak 2009).



Şekil 2. Ülkemizdeki 8 İlin Kanser İnsidansları (1999-2004)

Yukarıdaki grafikte Sağlık Bakanlığı tarafından ülkemizin %20 nüfusunu temsil eden Ankara, İzmir, Antalya, Samsun, Trabzon, Erzurum, Eskişehir ve Edirne illeri baz alınarak (8 il) yıllara göre saptanan kanser insidansları verilmektedir. 8 ilin verileri birleştirildiğinde kanser insidansı yüzbinde olarak kadınlar için 140.75; erkekler için 194.25 toplam 167.72 olarak hesaplanmıştır (<http://www.ketem.org/istatistik.php> Erişim tarihi: 10 Ocak 2009).

TC Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığının “Ulusal Kanser Programı”nda 2005 yılı için akciğer ve bronş, prostat ve deri kanserlerinin Türkiye de en sık görülen kanser türlerinin içinde ilk üç sırayı aldığı belirtilmektedir. Aşağıdaki grafikte Türkiye’de 2005 yılında en sık görülen 10 kanser türü gösterilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı 2009).



Şekil 3. Türkiye’de Görülen 10 Kanser Türü (2005)

4.2 Kemoterapi

Kemoterapi, özellikle çoğalan hücrelere karşı seçici öldürücü etkileri olan, doğal veya sentetik kimyasal, biyolojik ajanlar ve hormonlarla yapılan tedavi şeklidir. 1960’lı yıllara kadar kemoterapi palyatif amaçla, bazı klinik bulguların azaltılması ve hastanın yaşamını biraz daha uzatmak amacıyla kullanılmıştır. Ancak 1960’lı yıllardan itibaren hücre kinetiği bilgileri ve kinetik kavramları kemoterapi protokollerinde uygulanmaya başlanılmıştır (Akyol 2004).

Kemoterapi terimi ilk olarak 1900’lerin başında enfeksiyon hastalıklarının tedavisi için ilaçlar geliştiren ünlü Alman Kimyacı Paul Ehrlich tarafından kullanılmıştır. Hastalıkların tedavisinde kullanılan kimyasalları kemoterapi olarak adlandırmıştır. Kemoterapinin başlangıç dönemi 1940’lı yıllara dayanmaktadır. II. Dünya savaşı sırasında İtalya’nın Bari Limanında bombalanmış bir gemiden mustard gazı dökülmüş ve bu gaza maruz kalanların hem kemik iliği hem de lenf nodlarında hasar meydana geldiği saptanmıştır. Daha sonra ise bu gaz akut lösemilerin tedavisinde kullanılmış ve folik asit antimetabolitinin (5FU) antitümör aktiviteye sahip olduğu saptanmıştır. 1950’lerde tekli ilaç tedavisi olarak kullanılırken 1960’larda kombine kemoterapi kullanılıp geliştirilmiştir. 1980’lerde klinik çalışmalarda daha önceki tedavilere dirençli olan kanserlerin tedavisinde yüksek dozlardaki kemoterapinin etkileri izlenmiştir. Bugün kemoterapi birçok solid tümörün tedavisinde kullanılmakta ve lösemiler ve bazı lenfomalar için primer tedavi olarak kabul görmektedir (DeVita and Chu 2008).

Kemoterapi prensiplerini ve etki mekanizmalarının anlaşılabilmesi için öncelikle hücre siklusunun bilinmesi gerekir. Hücre siklusunun başlıca 5 önemli fazı vardır:

- G0 fazı: Mitoz sonrası hücrelerin dinlendikleri ve hücre bölünmesine aktif olarak katılmadıkları devredir. Bu fazda kemoterapötik ajanların etkisi yok denecek kadar azdır. Normal hücreler zamanlarının çoğunu G0 fazında geçirirler, bir uyarıcının etkisiyle çoğalan hücre haline geçebilirler.
- G1 fazı: Uyarılma sonucunda başlar. Hücre üreme için gerekli olan RNA, enzimler ve diğer proteinler sentez edilir. Hücre bu dönemde kemoterapiye hassastır.
- S fazı: Yeni DNA sentez edilir, hücre bölünmeye hazırlanır. Hücre bu fazı etkileyen ilaçlara hassastır.
- G2 fazı: Mitoz için gerekli protein ve RNA sentezi hızlanır.
- M fazı: Mitoz fazıdır. Dört safhada iki yeni hücre oluşur. Bu iki yeni hücre ya yaşam döngüsüne girer (G1) ya da kemoterapiye dirençli olarak G0 fazında istirahata çekilirler (Akyol 2004).

Kemoterapötik ilaçlar etkilerine göre iki grupta incelenmektedir: hücre siklusuna özgü ilaçlar ve hücre siklusuna özgü olmayan ilaçlar

1- Hücre siklusuna özgü ilaçlar:

- Antimetabolitler: Hücre metabolizmasını ve DNA sentezini bozarak etki ederler. Methotrexate, 5Flourouracil, Cytarabine, Procarbazine, 6 Tyoguanin, 6 Mercaptopurine gibi.
- Bitki alkoloitleri : Mitoz bölünmesinde iplikçiklerin oluşmasını engelleyerek hücre bölünmesini bloke ederler. Vincristine, Vinblastine bu gruptandır.
- Antitümör antibiyotikler: RNA, DNA ve protein sentezini etkilerler. Bleomisin, Acyctinomycin-D, Daunorubisin gibi.

2- Hücre siklusuna özgü olmayan ilaçlar

- Alkilleyici ajanlar: Hücre çekirdeğine, DNA ve RNA sentezine etki ederler. Hızlı çoğalan hücrelerin ölümüne yol açarlar. Nitrojen mustard, Cisplatin, Cyclophosphamide, Procarbazine gibi

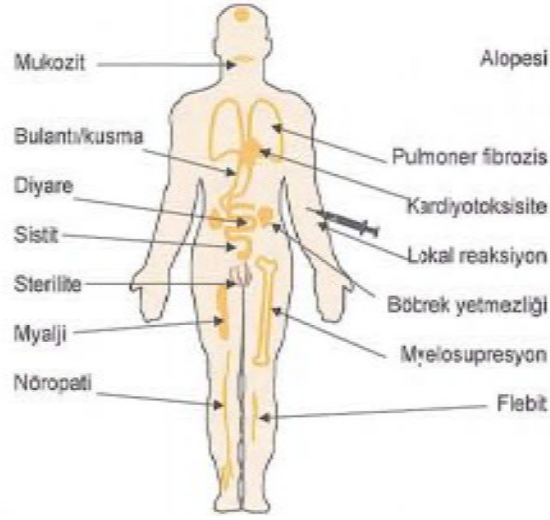
- Hormonlar: Tümör ortamını değiştirerek büyüme ve çoğalmayı engellerler, protein sentezini bloke ederler. Estrojenler, Kortikosteroidler gibi.
- Antibiyotikler: DNA replikasyonunu bozarlar. Adriamisin gibi.

Kemoterapötik ilaçlar kimyasal yapıları ve hücre aktivitesine göre ise 6 sınıfa ayrılmaktadırlar:

- Alkilleyici ajanlar
- Antimetabolitler
- Bitki alkaloidleri
- Antitümör antibiyotikler
- Kortikosteroidler
- Diğer çeşitli yapıda ilaçlar: L-Asparaginase bu grupta yer almaktadır.

Escherichia coli veya Erwinia kültürlerinden elde edilen bir enzimdir. Blastik hücrelerde DNA ve RNA sentezini inhibe eder (Peterson 1998, Akyol 2004).

Bu tedavi yöntemi ile hastaların yaşam süresinin uzaması ve daha nitelikli yaşaması amaçlanmaktadır. Ancak kullanılan yöntemle bağlı olarak tedavi ile ilgili zorluklar ve toksik etkiler de söz konusudur. Kemoterapi uygulaması sırasında kontrol altına alınmak ya da yok edilmek istenen kanser hücrelerinin yanı sıra sağlıklı hücrelerin de etkilenmesinden dolayı birçok yan etki ortaya çıkmaktadır. Örneğin, kemik iliği baskılanması kemoterapinin en önemli yan etkilerinden biridir ve bunun yol açtığı lökopeni, trombositopeni ve anemi hasta için çok rahatsızlık verici durumlardır. Ayrıca ağrı, yorgunluk, alopesi, bulantı ve kusma, uyku bozuklukları, mukozit, konstipasyon, depresyon ve anksiyete gibi istenmeyen semptomlarda ortaya çıkabilmektedir (Griffin et al 1996, Larsen et al 2003, Rubenstein et al 2006, Sura et al 2006, Miller and Massie 2006, Doss 2006, Gail and Quiett 2007, Mitchell et al 2007, Frye 2009).



Şekil 4. Kemoterapiye bağlı en sık görülen yan etkiler (Türker ve Dizdar 2005)

Bu rahatsızlıklar sonucu gelişen duygusal problemler kemoterapinin diğer yan etkileridir. Tedavinin yan etkileri ile birlikte, kanserin de neden olduğu rahatsızlıklar sonucu hastalar; anksiyete, depresyon, ağrı, seksüel fonksiyon bozukluğu, yorgunluk, benlik kavramında değişme gibi semptomlar yaşarlar, olağan uyum mekanizmaları sarsılır, geleceğe yönelik beklenti ve planları bozulur dolayısıyla hastaların yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenir (Kızılcı 1999, Larsen et al 2003, Wright et al 2005, Yıldırım ve Gürkan 2007).

4.3 Kemoterapi ve Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesinin önemi birçok yazıda vurgulanmakla birlikte tanımı konusunda farklı yorumlar mevcuttur. Yaşam kalitesi tanımının hayatın birçok boyutunu içermesi gerektiği konusunda fikir birliği olmakla birlikte, bu boyutların hangileri olması gerektiği halen tartışılan bir konudur.

Yaşam kalitesi kavramı ilk kez Thorndike 1939 tarafından tanımlanmış olup, bireyin kendisini nasıl hissettiği, günlük yaşam aktivitelerini nasıl ve ne yeterlilikte yapabildiğini ifade eden bir kavramdır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) “hedefleri, beklentileri, standartları, endişeleri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve

değer yargıları içinde durumlarını algılama biçimi” olarak tanımlamıştır (http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf Erişim Tarihi: 28. 11. 2010). Yaşam kalitesinin kişinin yaşam koşullarına uyumunda kişisel tatmini etkileyen, hastalığın günlük yaşam üzerindeki fiziksel, mental ve sosyal etkilerine verdiği bireysel yanıtları temsil eden bir kavram olduğu ifade edilmektedir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise bir bireyin, bir grubun bedensel ve ruhsal sağlık algısı olarak tanımlanmaktadır (Yumuk 2001, Eser 2006).

Yaşam kalitesi kavramı, bireyin kendi yaşamının değerlendirilişine dayanan öznel algı, duygu ve bilişsel süreçlerinin bir bütünü olarak tanımlanırken, iyilik durumunun bireysel bir anlatımıdır ve yaşamın çeşitli yönlerine ilişkin öznel doyum ifadelerini kapsar. Yaşam kalitesi günlük yaşamda kullanıldığında, hayatın günlük ihtiyaçlarından ekonomik yaklaşımların yanı sıra; sosyal, psikolojik ve fiziksel boyutlara kadar uzanır (Özyılkan 2004).

4.3.1. Yaşam Kalitesinin Göstergeleri

-Objektif göstergeler: Fiziksel iyilik hali yaşam kalitesinin objektif göstergeleri arasında yer alır. Bireyin hangi durumda olursa olsun, yürüme, koşma, merdiven çıkma, eğilme, doğrulma gibi fiziksel dayanıklılık isteyen aktiviteleri ve günlük yaşam aktivitelerini ve öz bakımını yerine getirebilmesinin yanında bunların yeterli düzeyde olması ve kişinin bu durumdan doyum bulması önemlidir.

-Subjektif Göstergeler: Psikolojik iyilik hali bireyin subjektif yaşam kalitesi göstergelerinin ifadesidir. Bunlar yaşam doyumunu, psikolojik etki ve duygusal iyilik hali olup, yaşam deneyimlerinin subjektif olarak değerlendirilmesi ile elde edilir. Psikolojik göstergeler içinde bireyin kendi yaşamını değerlendirmesi temel etmendir. Bu anlamda yaşam kalitesi kişinin değerlendirdiği öznel bir doyum ya da sonuçtur (Yapıcı 2006).

Yaşam kalitesi değerlendirmesinin önemi hakkında kanıtların artmasıyla birlikte ölçülmesinin zorluğu belirtilmektedir. Kanserli hastaların yaşam kalitesinin ölçülmesinde kullanılan ölçeklerin kanser hastalığına ve hastalara (Örneğin meme kanseri ya da prostat kanserli hastada kullanılmak üzere) özel ölçekler

olabildiği gibi geniş hasta toplulukları için düzenlenmiş genel ölçeklerde olabildiği ifade edilmektedir (Özyılkan 2004).

- Karnofsky İndeksi, 1948 yılında kanser hastalarının hemşirelik bağımlılıklarının ölçütü olarak geliştirildiği, geniş anlamda tedavi etkisini tespit amacıyla ve prognostik belirteç olarak onkoloji ünitelerinde düzenli olarak kullanılmaya devam ettiği rapor edilmektedir.
- Özellikle Avrupa ve Kuzey Amerika kaynaklı çalışmalarda görülen ve birçok dile de tercüme edilerek önerilen, uluslararası onkoloji kliniklerinde kullanılmak üzere EORTC tarafından QLQ-C30 soru – cevap ölçeği geliştirilmiştir. Beş işlemsel birimle ilgili 30 soru içermektedir. (Fiziksel, duygusal, algılama, sosyal). Üç semptom ölçeği (yorgunluk, bulantı-kusma) ve genel iyilik hali için 30 soru vardır. Ek olarak başlıklar arasında kanser ve tedavisinin diğer semptomlarının değerlendirilmesi de vardır. (Dispne, iştah azalması, konstipasyon ve diyare gibi).
- Görsel Analog Skala: Uygulanan testler arasında pratikliği ile tercih edilen en basit form 10 cm uzunluğunda kendini en iyi hissetme ve en kötü hissetme üzerine planlanmış görsel analog değerlendirme ölçeğidir (VAS). Hastadan o anda ölçeğin neresinde olduğunu işaretlemesi veya belirtmesi istenir. Bu metod etkili ve kolay kullanılan bir yöntemdir ve tercih sebebidir (Özyılkan 2004).

Yine RSCL (Rotterdam Symptom Checklist) ve FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy-General) kansere spesifik olarak geliştirilmiş yaşam kalitesi ölçekleridir. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği genel bir ölçek olmakla birlikte kanser hastalarının yaşam kalitelerinin değerlendirilmesinde de kullanılmaktadır (Bottomley 2002).

Blomqvist ve ark.nın yapmış olduğu çalışmada, özellikle ilerlemiş kanser bakımında hastaların yaşam kalitesinin korunması ve yükseltilmesinde kemoterapi seçiminin öneminin giderek arttığı; palyatif kemoterapinin semptomları azaltarak yaşam kalitesini artırırken toksik yan etkileri nedeniyle yaşam kalitesini azalttığı bildirilmektedir (Blomqvist et al 2001). Akciğer kanserlerinde hastaların ve hasta

yakınlarının yaşam kaliteleri ile ilgilenmek sağlık çalışanlarının temel görevi olması gerektiği; multidisipliner ekip çalışması anlayışı ile hasta ve ailesinin yaşam kalitesinin yükseltilmesi için onkolog (radyasyon, cerrahi, medikal), onkoloji hemşiresi, psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, fizyoterapist, tarafından “bütüncül tedavi ve bakım” yaklaşımı ile tedavi ve bakım verilmesinin önemi vurgulanmaktadır (Gültekin ve ark. 2008)

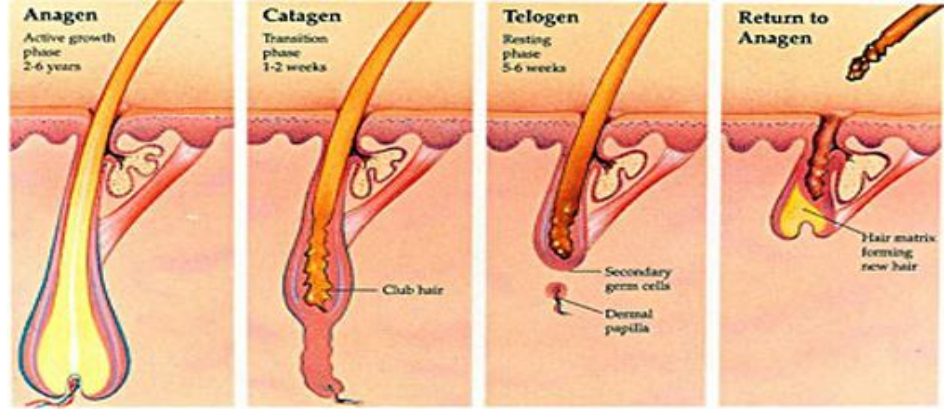
Ayrıca Kızılcı'nın (1999) yapmış olduğu çalışmada kanserden, kanseri yaşayan hasta ile birlikte ailesinin de etkilendiği; hastaların ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini değerlendirmeye yönelik veri toplanması, bakımı planlarken bu verilerden yararlanılması; gerek hastalığın doğasını, gerekse hasta bireylerin özel davranış örüntülerini daha iyi anlayabilmek için kanserli hastaya bakım veren hemşirelere, kanserde yaşam kalitesine ilişkin özel eğitim verilmesi gerektiği belirtilmektedir.

4.4. Kemoterapi ve Alopesi

Tarih boyunca güzellik, yaş ve cazibe özelliği olarak görülen saç sosyal, politik ve kültürel çevrelerde bir sembol haline gelmiştir. Saç kaybı ise çekicilik, cinsellik ve kişilik kaybı, utanç verici durum, hastalık ve yaşlanma süreci ile özdeşleştirilmiştir (Batchelor 2001).

Normal saç büyümesi üç evreden oluşur:

Anagen safha: kılın oluştuğu ve büyüdüğü evredir. Bu safhada kıl deri altındaki aktivite ile aşağıdan yukarı doğru itilerek uzar. Büyüyen saç kıl köküne sıkıca bağlıdır. Anagen süresi 2-6 yıl arasında değişmektedir Anagenin sonunda follikül, programlı hücre ölümü de denilen apoptozis ile birlikte seri morfolojik ve moleküler değişiklikler içine girer. Bu evre Katagen evredir. Telogen safhasında folikül stabildir; çok fazla bir değişim gözlenmez. Çekilerek kolayca çıkabileceği foliküler kanalın üst kısmında yer alır ve eski kıl yeni oluşan kıl tarafından itilerek dışarı atılır (Nielson and Reichel 1995, Oğuz 2001, Yürüker 2005).



Şekil 5. Normal Saç Büyümesinin Evreleri

Normalde, erişkinde günde 50-100 adet istirahat dönemindeki saç tarama, yıkanma veya çekilmeye bağlı olarak dökülür. Bu dökülmeler 2 aya kadar sürebilir ve yılda 3 kez siklik olarak tekrarlar. Saç dökülme süresinin 2 ayı aşması patolojik bir süreç olup, bazı incelemelerin yapılmasını gerektirir (Oğuz 2001).

Saç dökülmelerinin nedenlerini:

- genetik yatkınlık,
- kıl gelişimi bozuklukları,
- sistemik hastalıklar ve otoimmünite,
- saçlı deri hastalıkları,
- ilaçlar oluşturur.

Saç kaybı nedenleri; genetik yatkınlık, kıl gelişimi bozuklukları, sistemik hastalıklar ve otoimmünite, saçlı deri hastalıkları ve ilaçlardır. Saç folikülleri yüksek oranda kan alan bölgelerdir. Vücuda giren herhangi bir ilaç kan yoluyla saç köküne gelir. Eğer ilaç uzun süre alınır ve yoğun bir biçimde saç köküne gelirse tüm saçlar dökülebilir (diffuz alopesi) (Oğuz 2001).

Saç dökülmesine yol açan ilaçlar; kanser ilaçları, yanlılıkla ya da intihar amacıyla alınan talyum, A vitamini fazla alımı, ağızdan alınan sentetik retinoidler, Heparin, Flucunazole, doğum kontrol haplarıdır (<http://www.hairlife.org/default.asp?id=3> Erişim Tarihi. 8 Mart 2007).

Kemoterapiye bağlı sa dökülmelerinde, sa folikülü anagen fazdaki duraksamaya bağlı hasara uğrar. Bir doz kemoterapi ajanı verildiğinde ilacın bir kısmını sa tomurcukları absorbe eder. Bu durum hücrel bölünme ve protein sentezini baskılar veya tamamen durdurur. Eğer hücrel aktivite tamamen durursa sa erken dönemde telogen (dinlenme) safhaya girer. Sa gövdesinde daralma ve saçlarda zayıflama ortaya çıkar. Bu yapısal anormallikler saçların yıkanması ve fırçalanması gibi normal aktiviteler esnasında saçların kendiliğinden kopmasına neden olur (Reeves 2004, Massey 2004, Trüeb 2007, Trüeb 2009).

Sa dökülmesine neden olan kemoterapötikler özellikle antimetabolitler, alkilleyici ajanlar ve antimitotiklerlerdir. Bu tedavileri izleyen ilk 4 haftada diffüz saç kaybı olur. Kıllar çok incelmış olup, kolayca kırılırlar. Tedavi aralıklarının açılması veya tedavinin kesilmesiyle kıl folikülü normal aktivitesine kavuşur. Saçın kalıcı olarak haraplanması söz konusu değildir (Oğuz 2001).

Sa kaybına neden olan kanser ilaçları Tablo 2’de gösterilmiştir (Schlesselman 1988).

Tablo 2 Alopesiye Neden olan Kanser İlaçları

<i>Şiddetli Alopesi</i> Cyclophosphamide (Cytoxan), Daunorubicin (Cerubidine), Doxorubicin (Adriamycin), Vinblastine (Velban), Vincristine (Oncovin)
<i>Orta Dereceli Alopesi</i> Busulfan (Myleran), Etoposide (Vp-16), Flouxuridine (Fudr), Methotrexate (Folex), Mitomycin (Mutamycin)
<i>Hafif Alopesi</i> Bleomycin (Blenoxane), Carmustine, Fluorouracil (5-Fu), Hydroxurea (Hydrea), Melphalan (Alkeran)

Pek çok sitotoksik ajan alopesiye neden olmaktadır. Alopesinin derecesi ve etkisi sitotoksik ajanın dozu, yarılanma ömrü, tek veya başka bir ajanla kombine verilmesi gibi pek çok sebeple farklılık gösterebilmektedir. Bazı sitotoksiklerin

kombine verilmesinin önemli ölçüde saç kaybı meydana getirdiği bildirilmektedir (Hesketh et al 2004).

Sitotoksik ajan alan hastaların %50'sinden daha fazlasında, Vincristine alan lösemili çocukların %42'sinde saç kaybı yaşandığı, alkilleyici ajanların yüksek dozda kullanımıyla birlikte alopesi ortaya çıktığı ve 5FU (hastaların %10'unda), Vincristine ve Siklofosfamid'in diğer ajanlardan daha fazla saç kaybı meydana getirdiği belirtilmektedir. Vincristine ve bleomycin kullanımından sonraki 2-3 hafta içinde saç kaybı deneyimlendiği rapor edilmiştir. Ani ve yaygın bir saç kaybının yüksek doz ve aralıklı intravenöz terapi ile ortaya çıktığı saptanmıştır (Batchelor 2001, Yamamoto 2006).

Doxorubicin (Adriamycin) nin 60-75 mg/m² lik dozlarında hastaların % 80' den fazlasında alopesi görüldüğü ve 21 gün içinde total saç kaybı meydana geldiği rapor edilmektedir. Siklofosfamid ve onkovinin de saç kaybına neden olan ilaçlardan olduğu, siklofosfamide bağlı saç kayıplarının ilacın yüksek dozlarında ortaya çıktığı bildirilmektedir. Methotrexate infüzyonunun ise saçlarda incelme meydana getirirken 5FU nun kaş ve kirpiklerde incelme meydana getirdiği belirtilmektedir (Anderson et al 1981, Welch and Lewis 1990).

Ünsar ve ark. (2007) tarafından yapılan bir çalışmada alopesi, kemoterapi ilaçlarının ve başa uygulanan radyasyon alanının genişliğine ve dozuna bağlı olarak saç, aynı zamanda kaş, kirpik ve tüm vücut kıllarının kaybı olarak tanımlanmıştır. Saç folikülleri hızla büyüyen hücreler içerdiği için, kemoterapotik ilaçlardan 2-4 hafta sonra başladığı ve tedavi bittikten 4-6 hafta sonra tekrar çıktığı ifade edilmektedir. Alopesi, beden bilinci fazlaca gelişmiş hastalarda ciddi psikolojik sorunlara neden olduğu, bunun için gerekirse psikolojik yardım sağlanabileceği belirtilmektedir.

Kemoterapi alan hastalarda saç kaybının önlenmesine yönelik 1960'lı yıllardan bu yana onkologlar ve onkoloji hemşireleri pek çok strateji geliştirmişlerdir. Kafa derisine turnike uygulamak, folik asit kullanımı, özel saç

bakımı, özel araçlar, immünmodülatörlerin yüksek doz α -Tocopherol (Vitamin E) ve Vit D3 analoglarının kullanımı gibi yöntemler geliştirilmiştir (Batchelor 2001, Bleiker et al 2005). Bununla birlikte kafa derisine soğuk uygulama yapmanın alopesiyi önleyebileceği belirtilmektedir (Sullivan and Kossard 1999, Forsberg 2001).

4.4.1. Alopesinin önlenmesi veya azaltılması için kullanılan yöntemler

Kafa Derisine Soğuk Uygulama:

Halen tartışılmakta olan koruyucu bir yaklaşım kafa derisine soğuk uygulamadır. Sitotoksik ilaçların infüzyonu esnasında kafa derisine soğuk uygulama yapmanın alopesinin insidansını ve şiddetini azalttığı belirtilmektedir. Bu yöntemin mantığı, kafa derisindeki yüzeysel damarların konstrüksiyonu sağlanarak kemoterapötik ajanların saç foliküllerindeki bölünen kök hücreleri ile olan temasını azaltmaktır. Bununla birlikte scalp metastazı olabilecek hematolojik malignitelere sahip hastalarda kemoterapi ajanının kanser hücreleri üzerindeki etkisini azaltacağından dolayı tavsiye edilmemektedir. Literatürde özellikle yüksek düzeyde alopesi yapan ajanların kombine verilmesi durumunda bu yöntemin yararlı olduğu rapor edilmektedir. Lemenager ve ark.nın 1997 yılında docetaxel (Taxotere) kullanan hastalarla yapmış oldukları çalışmada kafa derisine soğuk uygulama yönteminin alopesinin önlenmesinde faydalı olduğu belirtilmiştir. Bu yöntemin güvenli olduğu ve hastalarda herhangi bir yan etki ortaya çıkarmadığı ifade edilmiştir. Yaşam kalitesini artırmak için rutin Taxotere kullanımında bu yöntemin uygulanması önerilmiştir (Grevelman and Breed 2005). Bununla birlikte hastalara CAF (Cyclophosphamide, Doxorubicin, 5-fluorouracil) protokolü uygulanan bir çalışmada ise kafa derisine soğuk uygulamanın alopesinin önlenmesinde etkili bir yöntem olmadığı raporlanmıştır. Yine bu çalışmada soğutma yönteminin antrasiklinler kullanıldığında etkili olurken kombine ilaç tedavilerinde efektif olmadığı bildirilmektedir (Tollenaar et al 1994).

Kafa Derisi Turnikeleri:

Bu metod saç kaybını önlemek için 1966 yılından bu yana kullanılmaktadır. Bu yöntemin amacı kemoterapi ilaçlarının saçlara gitmesini önlemektir (Asra ve Sanjay 2009)

- *Tüp Turnikesi:* (Penrose Sıkıştırma) Tüpün orta kısmı başın ön kısmının ortasına yerleştirilir. Kulak arkasında enseye doğru uzatılarak bağlanır. Tüp alın derisini kırıştıracak derecede sıkılmamalıdır. Yüz kaslarının hareketi tüpü gevşetebildiğinden hastadan başını kıvıldatmaması ve konuşmaması istenir.
- *Pnömatik kafa derisi turnikesi:* Pnömatik manşet saç derisinin 1 inç altına yerleştirilir. Alt kenarı kaşların hemen üzerinde kalmalıdır. Manşet kademeli olarak hastanın sistolik basıncının 50 mmHg üstüne şişirilir; manşeti bir saat için 170 mmHg lik bir basınca kadar şişirmek fizyolojik olarak güvenlidir. Bu yöntemin başlıca 2 avantajı alttaki doku üzerinde eşit dağılan bir basınç yaratabilmek ve sinir kompresyonu olasılığının azalmasıdır (Drug Therapy 2007).

Alopesi Yönetiminde Farmakolojik Yöntemler:

Minoksidil: Malign hipertansiyon tedavisinde kullanılan, arterioler dilatasyona yol açan bir ilaçtır. Etki mekanizması tam olarak bilinmemekle birlikte folliküler DNA sentezini stimüle ederek saç follikülü proliferasyonu ve diferansiyasyonu üzerinde etkisi olduğu düşünülmektedir (Duvic et al 1996). Ayrıca Duvic ve ark.nın meme karsinomu nedeniyle kemoterapi almakta olan 22 kadın hastada oluşan alopesinin tedavisinde %2 minoksidil kullandıkları ve minoksidil kullanan grupta maksimal saç dökülmesinin istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha geç gerçekleştiği, çalışmalarında saç dökülmesi ile yeni saç çıkışı arasındaki sürenin daha kısa olduğu bildirilirken; Rodriguez ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada ise doxorubicin verilen hastalardan plasebo grubu ile minoksidil kullanan grup arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır (Asra and Sanjay 2009).

Cyclosporine A immünesupresif bir ligandır. Saç folikülün regresyonunun inhibisyonu ve aktif büyümeyi indüklemeye yoluyla foliküller üzerine etki etmektedir. Cyclophosphamide bağlı saç dökülmelerinde fareler üzerinde yapılan deneylerde etkinliği kanıtlanmıştır. Neonatal ratlarda farklı kemoterapi rejimlerinde saç dökülmesine karşı koruyucu etkisi gözlenmiştir (Hesketh et al 2004).

Foliküller birçok sitokin ve büyüme faktörü tarafından kontrol edilir. *EGF*'ün (*Endotelial Growth Factor*) yüksek doz ARA-C verilen altı ratta saç kaybını önlediği saptanmıştır. Bununla birlikte cyclophosphamide karşı etkisizdir. FGF (Fibroblast Growth Factor) ailesine ait birçok protein alopesi üzerinde etkilidir. FGF1 (Asidik FGF) EGF ile benzer etkilidir. FGF2'nin (Temel FGF) saç matriksinde DNA sentezi üzerinden küçük bir etkisi bulunur. Bu yolla farelerde büyüme döngüsü geciktirilir. FGF7 (Keratinosit Growth Factor) keratinositlerin proliferasyonunu indükler ve neonatal ratlarda cytarabin kaynaklı kaybı önler (Wang et al 2006).

Imuvert: Kemoterapiye bağlı alopesinin önlenmesinde deneysel yaklaşımlardan bir olan Imuvert bakteri kaynaklı bir immunmodulatördür. Hayvan modelleri ve insan çalışmalarında cytarabine ve doxorubicine bağlı alopesiyi azalttığı ve geciktirdiği saptanmıştır. Imuvert'in folikülleri koruyan İnterlökin IL-1 üretimine neden olduğu düşünülmektedir. Periton içi, subkutan veya topikal olarak kullanılabilir (Wyatt et al 2006).

Saç kaybının derecesi ile ilgili sınıflama aşağıda gösterilmiştir. Bu sınıflama alopesiyi önlemeye yönelik uygulanan yöntemin etkinliğini değerlendirmede kullanılmaktadır. Saç kaybı Grade 0-2 arasında ise başarılı, Grade 3-4 arasında ise başarısızdır (Katsimbri et al 2000).

Grade	Saç kaybı oranı %
0	-
1	<%25
2	%25-50 (peruğa gerek yok)
3	%50-75
4	>%75

4.5. Alopesi ve Yaşam Kalitesi

Kemoterapi alan hastalarda saç kaybının genellikle geçici olduğu, 4-6 hafta içinde saçların tekrar büyüdüğü ifade edilmektedir. Bununla birlikte sorun geçici olmasına rağmen alopesi yönetiminin önemi üzerinde durulmaktadır (Tran et al 2000) Çünkü yapılan çalışmalarda alopesinin hastaların yaşamını olumsuz yönde etkilediği, özellikle bayan hastaların sosyal ve emosyonel durumlarının etkilendiği ve utanma duygusunun artışına bağlı özgüvenin azaldığı belirlenmiştir (Schmidt et al. 2001, Nolte et al 2006). Ayrıca Alopesinin hastaların vücut imajını bozduğu ve hastanın gerek ailesi gerekse arkadaşları için sürekli kanseri hatırlatan bir durum olduğu belirtilmektedir (Welch and Lewis 1990, Münstedt et al 1997).

Irmak ve ark (2008) kemoterapi alan birçok hasta için en büyük üzüntü kaynağının saç kaybı olduğunu, her ne kadar, tedaviden sonra saçlar yeniden çıkıyorsa da, geçici bir saç kaybı bile hastalar için büyük bir travma etkisi oluşturduğunu rapor etmektedirler. Hastalar, zihinsel olarak ne kadar hazır olsalar da, çoğu hastanın taraklara gelen ve yastıklara dökülen saç demetlerinden dolayı şok yaşadıklarını, bu nedenle, saç dökülmesi bekleniyorsa, hastaya önceden bir peruk almasının önerilmesi gerektiğini belirtmektedirler.

Kemoterapiye bağlı pek çok yan etkinin tedavisindeki ilerlemelere rağmen alopesi çözümlenmesi güç bir konu olarak kalmıştır. Alopesi anksiyete, depresyon, negatif beden imajı, düşük benlik saygısı ve azalmış iyilik hali ile sonuçlanabilmektedir. Hastalar alopesi korkusundan dolayı tedaviyi reddedebilmektedirler. Bu nedenle alopesinin çözümlenmesinde etkin yeni yaklaşımlara ihtiyaç duyulduğu belirtilmektedir (McGarvey et al 2001, Hesketh et al 2004). Tiernay yapmış olduğu çalışmasında kadınların % 8'inin saç kaybı beklentisi nedeniyle kemoterapiyi reddettiğini bildirmektedir (Lemieux et al 2008).

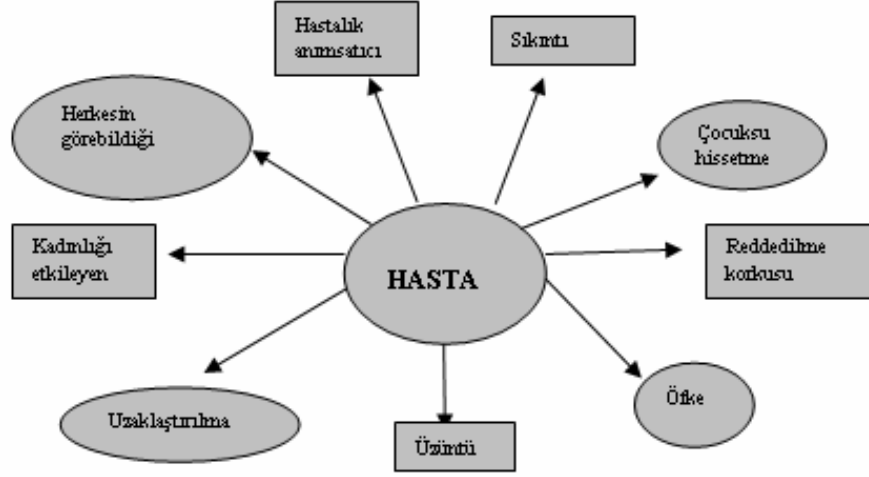
Küçük hücre dışı akciğer kanseri olan hastalarla yapılan bir çalışmada visual analog skala kullanılarak, alopesinin etkileri incelenmiştir. Bu çalışma ile tedavi seçiminde alopesinin etkisi açıkca ortaya konmuştur. Alopesi riski açısından farklı olmakla beraber tedavi etkinliği açısından aynı olan iki farklı ilaç (Pemetredex ve

Docetaxel) çalışmada kullanılmıştır. Pemetredex'in fiyatı Docetaxel'in fiyatından yaklaşık olarak iki kat daha fazlaydı. Pemetredex alan hastalarda alopesi insidansı %5 iken Docetaxel alanlarda %40 idi. Bu çalışmada fiyatın bu kadar farklı olmasına rağmen hastaların alopesi riskinden kaçınmak için Pemetredex'i seçtikleri saptanmıştır. İngiltere de %81'i Fransa da ise %90'ı Pemetredex'i tercih etmişlerdir (Bernard et al 2010).

Saç dökülmesi ile beden imajı ilişkisini araştıran çalışmalar oldukça azdır. Bununla birlikte Boehmke ve Dickerson (2005) meme kanseri tedavisi alan 20 hasta ile görüşmüşler ve sıkıntı yaşadıkları konuları araştırmışlardır. Saç dökülmesinin beden imajı üzerine olumsuz etki yaptığı belirtilirken bu çalışmada ilginç olarak diğer vücut bölgelerindeki kıl kayıplarının da sıkıntı verici bir durum olduğu raporlanmıştır. Örneğin burun içindeki kıl kayıplarının daha fazla müküs sekresyonunun ortaya çıkmasına neden olduğu bu durumda etrafındakiler tarafından soğuk algınlığı veya grip olarak düşünüldüğü, hasta göründüklerinin söylendiği ve işten eve erken gitmelerinin önerildiği bildirilmiştir. Bu hastalar günlük rutinlerine devam etmek istemelerine rağmen sanki hastaymış gibi göründükleri için tedavi edildiklerini ifade etmişlerdir. Baxley ve ark. 1984 kemoterapi tedavisi gören hastaların 20'sinin alopesi yaşadığı toplam 40 hastaya beden imajı ölçeği uygulamışlardır. Sonuçlar saç dökülmesinin beden imajı üzerine olumsuz etki yaptığını göstermektedir (Helms et al 2008).

Penson ve ark (2000) kanser tedavisinde seksüel yaşamı etkileyen fiziksel ve psikososyal sorunların sıklıkla ortaya çıktığını ve bunların; infertilite, yorgunlukla ilişkili empotans ve alopesi olduğunu rapor etmektedirler.

Hansen (2007) çalışmasında kemoterapi nedenli saç dökülmesi yaşayan kadınların tecrübelerini rapor etmektedir. Sonuçlar literatürü desteklemektedir. Saç kaybının, kadınların sosyal ilişkileri ve gündelik hayatları üzerinde önemli bir etkisi olduğu raporlanmaktadır. Saç kaybının kadınlık kaybı (kadınlık, cinsellik ve çekicilik), kanser ciddiyeti ve ölüm ile ilişkilendirildiği bildirilmektedir (Hansen 2007).



Şekil 6. Kemoterapiye Bağlı Alopesili Hastaların Hissettikleri (Dougherty 2007)

Alopesiyle karşı karşıya kalan hastaların hissettikleri şekil 6’da gösterilmektedir. Bu hissedilenler; üzüntü, beden imajında değişim, öfke, diğerleri tarafından reddedilme korkusu ve depresyondur (Dougherty 2007).

Kemoterapi alan dört hasta hissettiklerini şu şekilde ifade etmişlerdir:

“Garip gelebilir ama saçlarımı kaybetmek mastektomiden daha kötüydü. Meme kanseri olduğum tespit edildi ve hastalıklı meme alınmak zorundaydı. Ama saçlarım her zaman sağlıklı ve parlak olmuştur. Saçıma bu stili verebilmek için bir servet harcamıştım. Şimdi başımın üstündeki birkaç demet dışında hepsi gitti. Dürüst olmak gerekirse kemoterapiye hayır demek isterdim. Şu an aynada kendimi tanıyamıyorum” (MacDonald 2007).

“Saçlarımı kaybetmişim gibi peruk aldım ve kendimi mental olarak hazırlamaya çalıştım. Fakat saç kaybının fiziksel gerçekliği karşısında maruz kaldığım duygusal ve pratikteki problemleri tahmin edememiştim. İki hafta boyunca yatak örtümden saç kümelerini toplarken gözyaşları içindeydim. Vücudumun bir parçasını kaybetmiş olduğum hissini yaşıyordum ve bu beni duygusal olarak çok zorladı.” (Batchelor 2001).

Karen Swymer 1980’de, on birinci yaş gününden bir gün önce, sağ kolunda Ewing sarkom teşhisi almış ve hikayesinde şu ifadelere yer vermektedir:

“On bir on üç yaşları arasında iki yıl saçlarım dökülmüştü. Çevrenizdeki kişiler, arkadaşlarınız sizi tanıyor ve seviyor fakat sinemaya ya da markete gittiğimde insanlar bana bakıyordu. Her zaman başımı dik tuttum ama insanlar size farklı olduğunuzu hatırlatıyorlar” (<http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/onkoloji/kiy.pdf>; Erişim Tarihi: 28.11.10).

Over kanseri olan 30 yaşındaki bir kadın ise;

Önce durdu....düşündü, ağlamaya başladı, biraz ağladıktan ve gözlerini sildikten sonra anlatmaya başladı. “ Çok kötüydü o günler, nasıl anlatsam? Sanki bir film şeridi gibi...., ben sanki o filmin içersindeymişim gibi bir şey.....Saçlarım çok uzundu, belime kadar.....Güzeldi, nişanım çok beğenirdi saçlarımı.....Kemoterapiyle birlikte döküleceğini söylediler. Madem dökülecek, ben de kestireyim dedim. O zamanlar Berna Laçın’in saçlarımı beğeniyordum. Kestirmişken onunki gibi kısacık olsun dedim ve kestirdim. Nişanım da yanımdaydı. Sonra gidip bir de peruk alalım dedik. Peruk aldığımız yerdeki adama benim gibi başka kişilerde gelmiş. O biliyordu, ‘ Genelde 19. gün saçlar dökülür’ dedi. Gerçekten de dediği oldu; 1, 2, 3,.....19, tam 19. gün...Allahım hiç unutamam! şöyle ellerimi saçlarıma attım!... tam bir tutam saç elime geliverdi (Yine ağlamaya başladı). O kadar üzuldüm ki! ..tabii daha sonra söyledikleri gibi bütün saçlarım dökülüverdi... şeklinde alopesiye ilişkin duygularını ve yaşadıklarını dile getirmektedir (Reis ve ark 2006).

Bernard ve ark. (2010) yapmış oldukları çalışmada yaşam süresi kısa olanlar için akciğer kanseri tedavi seçiminde yaşam kalitesinin en önemli kriter olduğu vurgulanmaktadır. Alopesi için spesifik bir yaşam kalitesi ölçeği olmadığı ve hafif düzeydeki yan etkilerin ölçülmesinde genel ölçeklerin yeteri kadar hassas olmadığı vurgulanmaktadır. Kemoterapiye bağlı alopesinin yan etkilerinin değerlendirilmesinde uygun ve geçerliliği sağlanmış bir ölçek oluşturulmasının gerekliliği belirtilmektedir (Hesketh et al 2004).

4.6. Kemoterapiye Bağlı Alopeside Hemşirelik Bakımı

Alopesinin önlenmesi 1960'lerden bu yana hemşirelik literatüründe bir odak noktası olmuştur. Mekanik, fiziksel ve biyolojik ölçümler başarının değerlendirilmesinde kullanılmıştır. Önlemenin birincil amacı kemoterapiye bağlı alopesi nedeniyle hastada ortaya çıkan sıkıntının azaltılması olmuştur. Alopesiye yönelik hasta tepkileri, beklenen saç kaybı derecesi, prognozu, bilgi miktarı ve hazırlığın yeterliliği, fiziksel ve psikolojik baş etme mekanizmaları ve saçın kişi için önemine bağlı olabilmektedir. Hemşireler, cilt ve gözlerin korunması, gerekli bilginin verilmesi, öz bakım stratejilerinin öğretilmesi ile hastanın alopesi ile başa çıkmasında önemli rol oynamaktadırlar. Bu müdahalelerle, yıkıcı bir tecrübe yaşayan hastada tekrar iyilik hissi yaratmak amaçlanmaktadır (Batchelor 2001).

Saç kaybının azaltılması için hemşireler kemoterapi alacak veya almakta olan hastalara öz bakım stratejilerini öğretmeleri gerekmektedir;

- Kemoterapi başlamadan önce saçların kısa kestirilmesi,
- Şapka, peruk veya eşarp kullanabilecekleri,
- Saç ve kafa derisini korumak için en az 15 koruma faktörlü güneş kremi kullanmaları,
- Saçın her gün yıkanmaması, haftada 2 ila 4 kez yıkanması,
- Besleyici şampuanlarla saçın yıkanması, saç kremi kullanılması, iyice durulanması ve nazikçe kurulanması,
- Saçın aşırı taranması ve fırçalanmasından kaçınılması gerektiği, geniş dişli taraklar ve yumuşak fırçaların tercih edilmesi,
- Saç boyaları ve perma yaptırmaktan kaçınılması, saçın sıkı toplanmaması,
- Saten yastık kullanılması,
- Elektrikli saç kurutma makinelerinin kullanılmaması veya sıcaklık düzeyinin düşük olarak kullanılması gibi basit önlemler konusunda bilgilendirme yapmaları gerekmektedir.
- Ayrıca aile üyeleriyle beklenen fiziksel değişiklikleri görüşerek hastanın nasıl kabulleneceği konusunda aile üyelerine tavsiyelerde bulunarak manevi destek sağlanmalıdır.

Yan etkilerin yönetilmesine ilişkin hastaların bilgi gereksinimleri olduğu belirtilmektedir ve tedaviden önce hasta ve yakınlarının en kısa sürede bilgilendirilmesi önerilmektedir. Hastaların yazılı ve sözlü olarak saç dökülmesine ilişkin aşağıdaki konularda bilgilendirilmeleri gerekmektedir: Saç dökülmesi nedir, niçin saç kaybı olur, saç kaybı riski, saç dökülmesi nasıl (hızlı ya da zaman içinde) olacak, ne zaman saç kaybı başlar ve biter, saç kaybının derecesi, saç dökülmesi ile ilgili belirtileri veya şikayetleri, saç kaybı en aza nasıl indirilebilir, geriye nasıl çıkacağı, saç dökülmesinden sonra büyüyen saçlardaki değişiklikler, saç dökülmesinin etkisi; psikososyal etkileri, beden imajı ve cinsellik üzerine olası etkileri, benlik kavramı/görünümdeki değişim, saç dökülmesi konusunda ne yapabilirsiniz, saç dökülmesi ile nasıl baş edilebilir, kafa derisi bakımı, ne zaman, nerede ve nasıl peruk satın alınabilir, peruk hakkında bilgi, peruk bakımı, sigorta kapsamına dahil olup olmadığı ve destek için mevcut kaynaklar konusunda bilgilendirme önemlidir (Batchelor 2001).

Peruk hastanın sosyal etkileşimini sürdürebilmesi için önemli bir araçtır. Bu nedenle ücret, kullanım ve seçimi konularında hatta bulunduğu bölgede nereden temin edilebileceği hususlarında hastanın bilgilendirilmesi gerekir. Hastaların saç kaybı ile ilgili aile üyeleri özellikle çocuklarıyla rahat şekilde konuşabilmeye ihtiyaçları vardır. Hemşireler stres yapmadan nasıl bir yaklaşım sergilemeleri gerektiği konusunda hastayı bilgilendirmelidirler (Power and Condon 2008).

Literatürde kemoterapiye bağlı olarak gelişen bulantı, kusma, saç dökülmesi, stomatit, mukozit ve enfeksiyon onkoloji hemşirelerinin sık karşılaştıkları ve çözüm aradıkları problem alanları olarak belirtilmektedir. Yapılan bir çalışmada kanser ve palyatif bakımı birleştiren bir bakım modelinin eş zamanlı uygulandığında semptom kontrolünü sağladığı ve yaşam kalitesini arttırdığı belirtilmektedir (Finlay and Casarett 2009).

Hastalara saç dökülmeleri ile ilgili yardım için yeterli bilgilendirme ve uygun destek sağlanması gerekir. Destek gruplarının kemoterapi yan etkilerinin azaltılmasında önemli rol oynadığı belirtilmektedir (Asra and Sanjay 2009). Son

yıllarda dünyada gittikçe artan bir oranda kendine yardım grupları oluşturma çalışmalarının sürdürüldüğü; ülkemizde bu tür organizasyonlar olmadığı gibi hastaların diğer hastalardan büyük bir oranda "hiç" destek almadıkları ve ortak yaşantılar geçiren bireylerin birbirlerine daha kolay destek olacağı düşünüldüğünde bunun önemli bir eksiklik olduğu vurgulanmaktadır (Özyurt 2007). Amerikan Kanser Birliği'nin bir programı olan "İyi Görün, Daha İyi Hisset" alopesisi olan hastalara özel bir yardım örneğidir. Bu program grup çalışmaları yoluyla hastaların özgüvenini ve yaşam kalitesini artırmayı hedeflemektedir. Alopesili hastalara, saç bakımı, peruk seçimi, peruk alınabilecek yerler, peruk bakımı gibi pek çok konuda bilgilendirme yaparak destek sağlamaktadır ve bu program aracılığıyla 700.000 üzerinde kadına hizmet verildiği belirtilmektedir (<http://lookgoodfeelbetter.org> Erişim Tarihi: 26.01.2011). Ülkemizde de alopesi gibi kemoterapinin yan etkilerine yönelik destek gruplarının oluşturulması ve benzer yaşantılar geçiren bireylerin etkileşim içinde olması sağlanmalıdır.

Hemşirelerin kemoterapi alan hastalarda saç kaybı riskinin ve saçın kişi için ne ifade ettiğinin farkında olmaları önemlidir. Hasta, ailesi ve arkadaşları üzerindeki olası etkileri değerlendirerek hastaların saç dökülmesi konusundaki hazırlığına yardımcı olmalıdırlar. Hemşirenin saç kaybının beden imajı üzerindeki olumsuz etkilerini incelemesi gerekir. Sonuç olarak hemşirelerin bilgi vererek ve özbakım stratejilerini öğreterek saç kaybını en aza indirmesi, saç kaybı sorunu ile hastaların daha iyi baş etmelerini sağlaması gerekmektedir.

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma kemoterapiye bağlı olarak ortaya çıkan alopesinin, hastaların yaşam kalitesi üzerindeki etkisini ölçebilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek geliştirmek, yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek ve hem hemşireler hem de hasta yakınlarının, hastaların yaşadıkları alopesiyi algılama durumlarını ortaya koymak amacıyla metodolojik, kesitsel ve tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırma iki aşamada gerçekleştirilmiş olup;

Birinci aşamada: Kemoterapiye Bağlı Alopeside Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alopesi Yönetim Ölçeği (Alopecia Management Scale)'nin geçerlik-güvenilirliğinin yapılması amacıyla metodolojik model,

İkinci aşamada: Hastaların yaşam kalitelerinin, hasta yakınlarının alopesi ile ilgili görüşlerinin ve hemşire/sağlık memurlarının alopesi ile ilgili algı ve alopesi yönetimine ilişkin görüşlerinin değerlendirmesi amacıyla tanımlayıcı model kullanılmıştır.

5.2. Araştırmanın Hipotezleri

- Kemoterapiye Bağlı Alopesili Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği (KBAYKÖ) hastaların yaşam kalitesi düzeyini ölçebilecek geçerli ve güvenilir bir ölçektir.
- Alopesili hastaların yaşam kalitesi puanları düşüktür.
- Sosyo-demografik özellikler hastaların yaşam kalitesi düzeyini etkiler.
- Sağlık/hastalık ile ilgili değişkenler yaşam kalitesi düzeyini etkiler.
- Hemşirelerin alopesiyi yönetim ve algılama durumlarının saptanmasında Alopesi Yönetim Ölçeği (Alopecia Management Scale) geçerli ve güvenilir bir ölçektir.
- Hasta yakınlarının sosyo-demografik özellikleri ve hastalık ile ilgili değişkenler alopesiyi algılama durumlarını etkiler.
- Hasta yakınlarının alopesiyi algılama durumları ile hastaların yaşam kalitesi, beden imajı ve depresyon düzeyleri arasında fark vardır.

- Hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özellikleri alopesi yönetimini ve algılama durumlarını etkiler.

5. 3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmanın evrenini İstanbul Anadolu Yakasında bulunan, onkoloji servisi ve kemoterapi ünitesi olan hastaneler (Acıbadem Kozyatağı Hastanesi, Yeditepe Üniversitesi Hastanesi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi) oluşturmuştur. Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi de çalışma kapsamına alınmak istenmesine rağmen İl Sağlık Müdürlüğü'nden onay alınamaması nedeniyle çalışmaya dahil edilememiştir. Üç hastanenin de kemoterapi ünitelerine başvuran hasta ve hasta yakınları ve bu hastanelerin kemoterapi üniteleri, kemik iliği transplantasyon üniteleri ve onkoloji servislerinde çalışan hemşire/sağlık memurları araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırma Eylül 2007 –Ağustos 2009 tarihleri arasında yapılmıştır.

5. 4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İstanbul Anadolu Yakası'nda bulunan, onkoloji servisi ve kemoterapi ünitesi olan hastanelere (Acıbadem Kozyatağı Hastanesi, Yeditepe Üniversitesi Hastanesi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi) başvuran hasta, hasta yakını ve çalışan hemşire/sağlık memurları oluşturmuştur.

Araştırmada herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmamıştır. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde araştırmaya dahil olma kriterlerini karşılayan “Kemoterapiye Bağlı Alopeside Yaşam Kalitesi Ölçeği”nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması için araştırmaya katılmayı kabul eden 150 hasta, yaşam kalitesinin değerlendirildiği ikinci aşamada 182 hasta, “Alopesi Yönetim Ölçeği”nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması için 75 hemşire/sağlık memuru ve 49 hasta yakını çalışma grubunu oluşturmuştur.

Araştırmaya Dahil Olma ve Olmama Kriterleri:

Hastalar için;

- Dahil edilme kriterleri:
- Araştırmaya katılmayı kabul etme
 - Kanser tanısı konmuş olma ve kemoterapi tedavisi alıyor olma
 - Kemoterapi tedavisinin ilk kürünü görüşmeden 3 hafta önce almış olma ve ilk kür kemoterapi sonrası saç dökülmesi yaşıyor olma
- Dahil edilmeme kriterleri:
- Araştırmaya katılmayı kabul etmeme
 - Algılama ve iletişim bozukluğu
 - Saç dökülmesinin olmaması

Araştırmaya katılmayı kabul eden ve algılama ve iletişim bozukluğu olmayan hasta yakınları araştırma kapsamına alınmıştır. Ayrıca araştırmaya katılmayı kabul eden, onkoloji servis ve kemoterapi ünitelerinde çalışan hemşire ve sağlık memurları çalışmaya dahil edilmiştir.

5.5. Araştırmanın Veri Toplama Araçları: Veriler, aşağıdaki veri toplama araçları kullanılarak elde edildi.

1. Genel Bilgi Formları,
 - Hastalar için Genel Bilgi Formu (EK 1)
 - Hasta Yakınları İçin Genel Bilgi Formu (EK 2)
 - Hemşire / Sağlık Memurları İçin Genel Bilgi Formu (EK 3)
2. Kemoterapiye Bağlı Alopeside Yaşam Kalitesi Ölçeği (KBAYKÖ), (EK-4),
3. Alopesi Yönetim Ölçeği (EK-5),
4. Beck Depresyon Ölçeği (EK-6),
5. Beden İmajı Ölçeği (EK-7),
6. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK-8)

5.5.1. Genel Bilgi Formları:

Araştırmada kullanılan Genel Bilgi Formları güncel literatür bilgilerinden yararlanarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

Hastalar için hazırlanan genel bilgi formunda; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, meslek, birlikte yaşanan kişiler, ekonomik durum ve sosyal güvenceyi içeren sosyodemografik durumla ilgili sorular (soru: 1., 2., 3., 4., 5., 6., 7., 8., 9., 10.); tanı, hastalık süresi, kullanılan kemoterapi ilaçları, kür sayısı ve kür sıklığını içeren hastalık ve tedavi ile ilgili sorular (soru: 11., 12., 13., 14., 15., 16.); alopesi yaşama durumu, alopesi ile ilgili bilgilendirilme durumu, alopesi ile ilgili daha önceki deneyim ve peruk kullanımını içeren alopesi ile ilgili sorular (soru: 17., 18., 19., 20., 21., 22., 23., 24., 25., 26.) yer almaktadır (EK-1).

Hasta yakınları için hazırlanan genel bilgi formunda: yaş, cinsiyet, meslek, medeni durum, çalışma durumu ve eğitimi içeren tanıtıcı sorular (soru: 1., 2., 3., 4., 5., 6., 7., 8.); alopesiye ilişkin algısını değerlendirmek içinse hastasının alopesi yaşayıp yaşamadığı, bu durumdan hastasının etkilenip etkilenmediği, psikolojik destek gerektirip gerektirmediği, daha önceki kanser ve alopesi ile ilgili deneyimi gibi sorular (soru: 11., 12., 13., 14., 15., 16., 17.) yer almaktadır (EK-2).

Hemşireler/Sağlık Memurları için hazırlanan genel bilgi formunda ise yaş cinsiyet, medeni durum, mezun olunan okul, çalışma süresi, semptom yönetimine ilişkin eğitim durumu ve alopesi ile ilgili deneyimlerini içeren sorular yer almaktadır (EK-3).

5.5.2. Kemoterapiye Bağlı Alopeside Yaşam Kalitesi Ölçeği (KBAYKÖ), (EK-4)

Beşli likert tipinde hazırlanmış 19 soruluk bir ölçektir. Kesinlikle katılıyorum 1, katılıyorum 2, kararsızım 3, katılmıyorum 4 ve kesinlikle katılmıyorum 5 şeklinde puanlanmaktadır. 2, 15, 16, 17. maddeler ise tersinden puanlanmaktadır. Ölçekten alınan düşük puanlar hastaların yaşam kalitesindeki bozulmayı işaret etmektedir. Ölçekten alınacak en yüksek puan 95, en düşük puan 19'dur. Ölçek "Genel Yaşama Olan Yansımaları Boyutu" (9-45 puan), "İç Dünyaya Olumsuz Yansımaları Boyutu"

(6-30 puan) ve “Pozitif Düşünceler Boyutu” (4-20 puan) olmak üzere toplam üç alt boyuttan oluşmaktadır. Araştırmacı tarafından geliştirilen KBAYKÖ'nin bu çalışmada Cronbach alfa katsayısı 0.88'dir

5.5.3 Alopesi Yönetim Ölçeği (AYÖ) (Alopecia Management Scale) (EK-5)

Rendall ve Ream (2005) tarafından Likert tipinde hazırlanmış bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek maddeleri kesinlikle katılıyorum, katılıyorum, kararsızım, katılmıyorum ve kesinlikle katılmıyorum şeklinde cevaplandırılmaktadır. Ölçek toplam 33 maddeden ve üç ana boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar; alopesi algısı, alopesi yönetimi ve kafa derisine soğuk uygulamadır. Üçüncü boyut, dört alt boyuta ayrılmıştır; soğuk uygulama yönetimi, soğuk uygulamanın etkinliği, alopesi ve soğuk uygulama ile ilişkili bilgi verme, soğuk uygulamaya ilişkin hasta deneyimleri ve soğuk uygulamaya karşı hemşirelerin tutumunun etkisi (Rendall and Ream 2005). Bu ölçekte her bir temanın maddelerine verilen cevaplar değerlendirilerek uzlaşi düzeyi belirlenmeye çalışılmış, katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum yanıtlarının %60 veya üzerinde olması uzlaşi olarak tanımlanmıştır. Çalışmada ilk iki boyuta bakılmak istenmesi (alopesi algısı, alopesi yönetimi) ve ülkemizde kafa derisine soğuk uygulama kullanımının az olması nedeniyle ölçek maddelerinin ilk 15'i alınmıştır. Çalışmamızda ölçek, kesinlikle katılıyorum (5), katılıyorum (4), kararsızım (3), katılmıyorum (2) ve kesinlikle katılmıyorum (1) cevaplarına göre puanlanmıştır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 15, en yüksek puan 75'dir. Alopesi Algısı Boyutu'ndan alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 20 iken Alopesi Yönetim Boyutu'ndan alınabilecek en düşük puan 11, en yüksek puan 55'dir.

Birinci Boyut: Alopesi Algısı 1, 3, 4. ve 5. sorular

İkinci Boyut: Alopesi Yönetimi 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15. sorulardan oluşmaktadır. AYÖ'nin bu çalışmadaki Cronbach alfa katsayısı 0.75'dir

5.5.4 Beck Depresyon Ölçeği (EK 6)

1961 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. On beş yaş ve üzerindeki ergen ve yetişkinlere uygulanabilen BDÖ, her birinde 4 seçenek bulunan 21 belirti kategorisini içerir. Bireyden, uygulama günü de dahil olmak üzere, geçirilen son bir hafta içinde kendini nasıl hissettiğini en iyi ifade eden cümleyi seçerek işaretlemesi

istenir. Her maddeye 0 ila 3 arasında puan verilir ve tüm sorulara verilen yanıtların toplanmasıyla depresyon puanı bulunur. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksek oluşu depresyon düzeyi ya da şiddetinin yüksek olduğunu gösterir. Ölçeğin ülkemiz için güvenilirlik ve geçerlik çalışması 1980 yılında Tegin tarafından yapılmıştır. Yapılan iki bağımsız çalışmada ölçeğin kesme puanları 17 ve 21 olarak alınmış, ölçeğin bu puanların üzerindeki olguları depresyon açısından normalden ayırt edebildiği belirlenmiştir (Savaşır ve Şahin 1997, Tegin 1980).

5.5.5. Beden İmajı Ölçeği (BIÖ) (EK 7)

Beden imajı ölçeği 1953 yılında Second ve Jourand tarafından geliştirilmiş (Second and Jourand 1953), 1989 yılında Hovardaoğlu tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılarak Türk toplumuna uyarlanmıştır (Hovardaoğlu 1990). 40 maddeden oluşan ölçekte maddelerin her biri bir organ ya da vücudun bir bölümü (kol, bacak, yüz gibi) ya da bir işlevi (cinsel faaliyet düzeyi gibi) ile ilgilidir. Her bir maddenin puanı 1'den 5'e kadar değişmektedir. Ölçeğin toplam puanı 40 ile 200 arasında değişmekte olup, alınan puanın yüksekliği doyum düzeyinin yüksekliğini göstermektedir (Hovardaoğlu 1990).

5.5.6 SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK 8)

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Ware tarafından 1989 yılında 36 ifade içeren 2 ana başlık ve 8 sağlık kavramını değerlendiren çok başlıklı bir ölçek olarak geliştirilmiştir. Ölçek ile yaşam kalitesi global olarak değerlendirilebildiği gibi, her bir alan ayrı ayrı da değerlendirilebilir. Puanlamada ölçekteki geçen yıl süresince sağlıktaki değişimi sorgulayan "geçen yıl ile kıyasladığımda şimdiki sağlık durumum" diye başlayan ifade dikkate alınmaz. SF-36, her sağlık alanının puanı yükseldikçe sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi artacak şekilde puanlanmıştır (pozitif puanlama). Ölçekteki sağlıkla ilişkili yaşam alanlarının ölçek puanları en düşük puandan en yüksek puana kadar 0 ile 100 arası değişen değerler almaktadır (Ware and Sherbourne 1992). SF-36 1995 yılında Pınar tarafından diyabet hastaları, kardiyoloji hastaları ve böbrek hastalarını içeren kronik hastalıklarda güvenilirlik ve

geçerliliği yapılarak Türk toplumuna uyarlanmıştır (Pınar 1995). SF-36’da yer alan 2 majör sağlık alanı ve 8 sağlık kavramı aşağıda verilmiştir:

Fiziksel Boyut	Mental Boyut
• Fiziksel fonksiyon	• Sosyal fonksiyon
• Fiziksel rol fonksiyon	• Emosyonel rol fonksiyon
• Zindelik/Yorgunluk	• Mental sağlık
• Ağrı	• Zindelik/Yorgunluk
• Genel sağlık algısı	• Genel sağlık algısı

Pınar’ın çalışmasında SF-36’nın diyabetli hastalarında test-retest değeri 0.94, iç tutarlılığında Cronbach Alfa değeri 0.92 olarak bulunmuştur (Pınar 1995). Pınar (2005) tarafından SF- 36’nın Türk kanser hastalarında güvenilirliği ve yapı geçerliliğine bakılmış ve SF-36 Türkçe formunun kanser hastalarında kullanılabilir uygun bir ölçek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Mental Boyut alanına dahil olan alt boyutlar kullanılmıştır.

5.6. Veri Toplama Yöntem ve Süreci

KBAYKÖ’nin geliştirilmesi aşamasında araştırmacı tarafından hasta görüşmeleri, uzman görüşleri ve literatür taraması sonucunda olumlu ve olumsuz ifadeleri içeren 28 ölçek maddesi belirlenmiştir (Welch and Lewis 1990, Batchelor 2001, Schmidt et al. 2001, Fischer et al 2001, Schmidt 2003, Hesketh et al 2004, Lemieux et al 2008, Hansen 2007, Helms et al 2008, Irmak ve ark. 2008, Asra and Sanjay 2009). Oluşturulan taslak ölçek, kapsam geçerliliğinin yapılması için uzman görüşüne yollanmış ve uzman görüşleri doğrultusunda 4 madde ölçekten çıkarılmıştır. Taslak ölçek 20 hastaya uygulanmış ve ifadeler tekrar düzenlendikten sonra 24 soruluk ölçeğin uygulamasına geçilmiştir.

AYÖ’nin dilsel eşdeğerliliği ve kapsam geçerliliğine bakıldıktan sonra 15 soruluk ölçeğin uygulamasına geçilmiştir.

Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Hasta bilgi formundaki bazı veriler hasta dosyaları incelenerek elde edilmiştir.

5.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin girilmesi ve değerlendirilmesi bilgisayar ortamında ve istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır.

Kemoterapiye bağlı alopesi gelişen hastaların yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde ve hemşireler ve hasta yakınlarının, hastaların yaşadıkları alopesiyi algılama durumlarının ortaya konulmasında; sosyo-demografik ve hastalıkla ilgili özellikler yüzdelik sayılar ve ortalamalar şeklinde verilmiştir. Karşılaştırmalı istatistiksel analizlerde ki kare önemlilik testi, t test ve tek yönlü anova varyans analizi kullanılmış; anlamlı çıkan gruplardaki farklılığın belirlenmesi için Scheffe testi, iki sayısal değişken arasındaki ilişki ise Pearson's korelasyon testi ile incelenmiştir. İstatistiksel değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

Güvenilirlik incelemesinde Cronbach alpha (İç Tutarlılık Analizi), Gutman ve Spearman Brown güvenilirlik katsayısı (Yarıya Bölme Yöntemi), madde analizi (madde toplam-item-total correlation, madde kalan-corrected item-total correlation ve madde ayırt edicilik indeksleri) ve test tekrar test tekniği kullanılmıştır. Ölçeğin geçerlik çalışması ise kapsam geçerliliği, yapısal geçerlilik ve ölçüt geçerliliği ile incelenmiştir.

Geçerlilik çalışması kapsamında; Kapsam geçerliliğinde Kapsam Geçerlik Oranı-KGO-(Content Validity Ratio/Index) na bakılmıştır.

Ölçeğin yapı geçerliliğini belirlemek amacıyla faktör analizi yapılmadan önce, dağılımın faktör analizi için yeterli olup olmadığını test etmek için Kaiser Meyer Olkin (KMO) değerine bakılmıştır. KMO test sonucunun faktör analizi yapılabilmesi için 0.50'den büyük olması gerekmektedir. 0.80-0.90 aralığı çok iyi olarak değerlendirilmektedir (Özdamar 2002, Tavşançıl 2002, Şencan 2005, Büyüköztürk 2008). Barlett testi "korelasyon matrisi birim matrise eşittir" hipotezini test etmektedir. Hipotezin reddedilmesi değişkenler arasında korelasyonun 1.00'dan farklı olduğu anlamına gelmekte ve ölçüm yaptığımız değişkenin evren

parametresinde çok değişkenli olduğunu göstermektedir. Bu iki bulgu faktör analizi yapabilmek için araştırmada kullanılan örneklem büyüklüğünün yeterli, verilerin ise uygun olduğunu göstermektedir. (Tavşançıl 2002, Şencan 2005, Büyüköztürk 2008). Çalışmanın ikinci aşamasında, ölçeğin yapı geçerliliğini belirlemek amacıyla faktör analizi uygulanmış ve Varimax Döndürme (Rotation) metodu kullanılmıştır. Bu araştırmada, faktör sayısına her hangi bir sınırlama getirilmemiş ve öz değeri (eigen value) 2.00'dan büyük olan faktörler ölçeğe alınmıştır. Öz değer, hem faktörlerce açıklanan varyansı hesaplamada hem de önemli faktör sayısına karar vermede dikkate alınan bir katsayıdır (Akgül ve Çevik 2003). Davranış bilimlerinde faktör analizi, ölçekte yer alan maddelerin hangi yapı ya da yapıları ölçtüğünü ortaya çıkarmak amacıyla uygulanmaktadır. Bu yapılar ölçeğin faktörleri olarak tanımlanmaktadır (Hovardaoğlu 2000). Faktör yük değeri maddelerin alt boyutlarla olan ilişkisini açıklayan bir katsayıdır. Literatürde faktör örüntüsünün oluşturulmasında 0.30 ile 0.40 arasında değişen faktör yüklerinin alt kesme noktası olarak alınabileceği belirtilmektedir (Akgül ve Çevik 2003). Bu araştırmada alt kesme noktası olarak 0.30 kabul edilmiştir.

Geliştirilen bir ölçme aracının ölçüt-uyum geçerliği için, kavramsal olarak ilgili olduğu düşünölen, önceden geliştirilmiş ve geçerliği saptanmış benzer bir ölçek ile geliştirilen ölçek arasındaki ilişki (korelasyon) hesaplanmaktadır. Çalışmamızda KBAYKÖ ile Beck Depresyon Ölçeği, Beden İmajı Ölçeği ve SF 36 arasındaki ilişki pearson korelasyonu ile değerlendirilmiştir.

Güvenilirlik çalışması öncesinde, puanların normal dağılıma ne kadar uyup uymadığını test etmek için non-parametrik testlerden “Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği Testi” uygulanmıştır.

Madde analizi; madde istatistiklerinin hesaplanması, doğrudan teste konulabilecek maddelerin seçilmesi, düzeltilerek teste konulabilecek maddelerin belirlenmesi ve bu maddeler üzerinde yapılacak düzeltme çalışmalarının ne doğrutuda olacağının saptanması, teste konulması mümkün olmayan maddelerin ayıklanması amacıyla yapılmaktadır (Baykul 2000).

Madde toplam korelasyonu, test maddelerinin alınan puanlar ile testin toplam puanı arasındaki ilişkiyi açıklamaktadır. Madde toplam korelasyonunun pozitif ve yüksek olması, maddelerin benzer davranışları örneklediğini göstermekte ve testin iç tutarlılığının yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Likert tipi derecelendirme ölçeklerinin kullanıldığı bir testte madde toplam korelasyonu, Pearson Momentler korelasyon katsayısı ile hesaplanmaktadır (Tavşancıl 2002). Madde kalan korelasyonu ise ele alınan maddenin kendisi hariç diğer maddelerden elde edilen toplam puanla ilişkisidir. Madde toplamdan elde edilen ilişki katsayısı, madde kalandan elde edilen ilişki katsayısından daha yüksek olacaktır. Madde ayırt edicilik ise; ölçekten alınan toplam puanlara göre, grubu en yüksek puandan en düşük puana doğru sıralandığında uç grupların (üst-grup, alt-grup) her bir maddeye verdikleri puan ortalamalarının karşılaştırılmasıdır. Testin toplam puanlarına göre oluşturulan alt-grup (% 27'lik alt kısım) ile üst grubun (% 27'lik üst kısım) madde ortalamaları arasındaki fark, bağımsız grup t-testi ile karşılaştırılmaktadır (Tavşancıl 2002).

Bir ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı; $.80 \leq \alpha < 1.00$ aralığında ise ölçek yüksek derecede güvenilirdir (Tavşancıl 2002). Bu çalışmada hesaplanan Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.8861'dir. Yarıya bölme yöntemi ile yapılan güvenilirlik incelemelerinde test bir gruba uygulandıktan sonra iki yarıya bölünmekte ve deneklerin testin iki yarısından aldıkları puanlar arasındaki korelasyon hesaplanmaktadır. Hesaplanan korelasyon katsayısı testin yarısının güvenilirliğini göstermektedir. Gutman ve Spearman Brown güvenilirlik katsayıları kullanılmaktadır. Bu yöntemde güvenilirlik katayısının en az 0.70 olması gerektiği belirtilmektedir (Tezbaşaran 1997, Baykul 2000, Gözüm ve Aksayan 2003, Şencan 2005, Büyüköztürk 2008).

Ölçeğin güvenilirlik analizinde test-tekrar test tekniği kullanılmıştır. Bu analiz için hazırlanan ölçek uygulamadan bir süre sonra belirli sayıda kişiye tekrar uygulanmaktadır. Bu süre Tavşancıl (2002) tarafından iki-üç ile dört –altı hafta arasında olabileceği belirtilmektedir. İki test sonucu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığı pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı

tekniki ile bakılmaktadır (Tavşançıl 2002, Gözüm ve Aksayan 2003, Büyüköztürk 2008).

AYÖ'nün güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasında kapsam geçerliliği, Cronbach alpha (İç Tutarlılık Analizi), Gutman ve Spearman Brown güvenilirlik katsayısı (Yarıya Bölme Yöntemi), madde analizi (madde toplam-item-total correlation, madde kalan-corrected item-total correlation ve madde ayırt edicilik indeksleri) ve test tekrar test tekniği kullanılmıştır.

5.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma bilimsel ilkeler ve evrensel etik ilkelere uygun olarak yürütülmüştür. Çalışmaya başlamadan önce Acıbadem Sağlık Grubu (Ek 11), Yeditepe Üniversite Hastanesi(Ek 12) ve Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nden (Ek 13) gerekli izinler ve Marmara Üniversitesi Etik Kurulu'ndan Etik Kurul izni alınmıştır (Ek 14).

Çalışmada gönüllülük ilkesine uygun olarak; çalışma öncesi, çalışma hakkında bilgi verilmiş, gizliliğin ve güvenliğin korunması ilkesi doğrultusunda çalışmaya katılmayı kabul eden bireylere araştırmacının dışında, kendilerinden alınan bireysel bilgilerin başkalarına açıklanmayacağı ya da bu bilgilere başkalarının ulaşmasına izin verilmeyeceği konusunda açıklama yapılmış ve Bilgilendirme Formu (Ek 9) imzalatılarak uygulamaya başlanmıştır. Alopesi Yönetim Ölçeği'nin Türk Toplumuna uyarlanabilmesi için Emma Ream'den yazılı izin alınmıştır (Ek 15) .

5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya katılan 182 hastanın; araştırmaya katılmayı istememe, hastanın kemoterapi almak için tek başına gelmesi veya kemoterapi alırken tek başına olması gibi nedenlerle hasta yakınlarına ulaşmakta zorluk çekilmiş ve örneklem 49 hasta yakını ile sınırlı kalmıştır. Kemoterapi Ünitesi, Kemik İliği Transplantasyon Ünitesi ve Onkoloji Servislerinde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hemşire ve sağlık memurlarına AYÖ uygulanmakla birlikte örneklem 75 kişiyle sınırlı kalmıştır.

6. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda başlıklar halinde verilmiştir.

6.1. KBAYKÖ'nin Güvenilirlik ve Geçerliliğine İlişkin Bulgular

6.1.1 Ölçeğin geçerlilik bulguları

Ölçeğin geçerliliği kapsam geçerliliği, yapısal geçerlilik ve ölçüt geçerliliği ile incelenmiştir.

Ölçeğin geliştirilmesi aşamasında hasta görüşmeleri, uzman görüşleri ve literatür taraması sonucunda olumlu ve olumsuz ifadeleri içeren 28 ölçek maddesi belirlenmiştir (Welch and Lewis 1990, Batchelor 2001, Schmidt et al. 2001, Fischer et al 2001, Hesketh et al 2004, Lemieux et al 2008, Hansen 2007, Helms et al 2008, Irmak ve ark. 2008, Asra and Sanjay 2009).

6.1.1.1. Kapsam (İçerik) Geçerliliği: Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarının ilk aşamasında kapsam geçerliliğine bakılmıştır. Bu bağlamda uzmanların görüşlerine başvurularak ölçekte yer alan maddelerin uygunluk/geçerlilik düzeyleri tespit edilmiştir. Oluşturulan taslak ölçek, kapsam geçerliliğinin yapılması için 9 uzmana gönderilmiştir. Gerekli, gereksiz ve yetersiz şeklinde üçlü likert tipinde dereceleme ölçütü kullanılmıştır. Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde Kapsam Geçerlik Oranı-KGO-(Content Validity Ratio/Index) na bakılmıştır.

$$KGO = \frac{N_e - N/2}{N/2}$$

N_e : İfadenin Gerekli Olduğunu Belirten Uzman Sayısı

N : Toplam Uzman

Uzman Sayısı	Minimum Değer	Uzman Sayısı	Minimum Değer
5	0.99	13	0.54
6	0.99	14	0.51
7	0.99	15	0.49
8	0.78	20	0.42
9	0.75	25	0.37
10	0.62	30	0.33
11	0.59	35	0.31
12	0.56	40+	0.29

Hesaplama kolaylığı açısından, pozitif değerler hakkında karar vermek için $p=0.05$ güven aralığında belirlenen minimum KGO oranları yukarıda gösterilmektedir. Uzman sayısına göre bu oranların altında kalan maddeler ölçekten çıkarılmaktadır (Lawshe 1975).

Buna göre çalışmamızda toplam 9 uzmana gönderilen ölçekteki her bir maddenin KGO oranları hesaplanmış ve geçerlilik oranları 0.75'in altında kalan 4 madde ölçekten çıkarılmıştır. 24 maddeden oluşan taslak ölçek toplam 20 hastaya uygulanmış ve anlaşılamayan ifadeler tekrar düzenlenmiştir. Sonuç olarak toplam 24 maddeden oluşan ölçeğin uygulamasına geçilmiştir.

6.1.1.2. Yapı Geçerliliği: Çalışmanın ikinci aşamasında, ölçeğin yapı geçerliliğini belirlemek amacıyla faktör analizi uygulanmış ve Varimax Döndürme (Rotation) metodu kullanılmıştır. Araştırmada uygulanan faktör analizi sonuçları aşağıdaki tablolarda sunulmuştur.

Tablo 3. Kemoterapiye Bağlı Alopeside Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin KMO ve Bartlett Testi Sonuçları

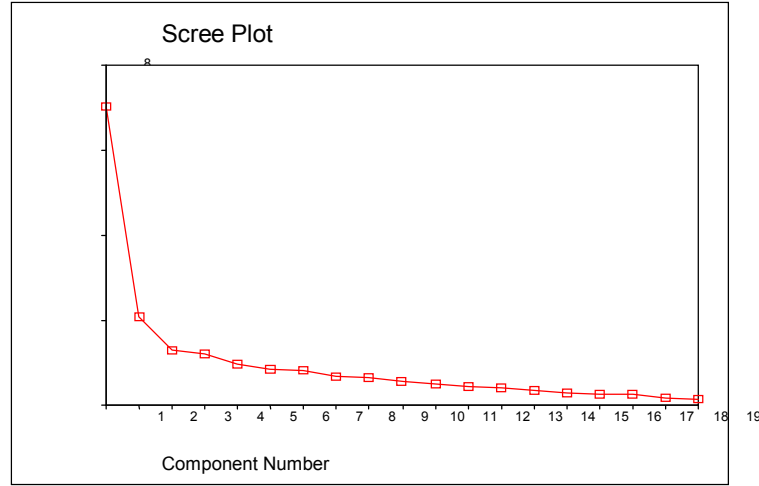
KMO		0.839
Bartlett Testi	X ²	1374.948
	sd	171
	p	0.000

Tablo 3'de Temel Bileşenler Analizinde, Kaiser Meyer Olkin (KMO) değeri 0.839 bulunmuştur. KMO testi, dağılımın faktör analizi için yeterli olup olmadığını test etmektedir ve 0.80-0.90 aralığı çok iyi olarak değerlendirilmektedir. Dolayısıyla bu çalışmadaki KMO değerinin çok iyi düzeyde olduğu söylenebilir.

Barlett testi sonucu 1374.948 ($p<0.05$) olarak tespit edilmiştir. Barlett testi "korelasyon matrisi birim matrise eşittir" hipotezini test etmektedir. Hipotezin reddedilmesi değişkenler arasında korelasyonun 1.00'dan farklı olduğu anlamına gelmekte ve ölçüm yaptığımız değişkenin evren parametresinde çok değişkenli olduğunu göstermektedir. Bu iki bulgu faktör analizi yapabilmek için araştırmada

kullanılan örneklem büyüklüğünün yeterli, verilerin ise uygun olduğunu göstermektedir.

Bu araştırmada, faktör sayısına her hangi bir sınırlama getirilmemiş ve faktör analizi işlemine başlanırken özdeğer 2.00 olarak alınmış ve 3 faktör belirlenmiştir. Şekil 7’de faktör özdeğerlerine ait çizgi grafiği görülmektedir.



Şekil 7. Kemoterapiye Bağlı Alopeside Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutlarına Ait Çizgi Grafiği

Şekil 7’de verilen faktörlere ait özdeğer çizgi grafiği (scree plot) incelendiğinde, üçüncü faktörde bir kırılma noktası görülmekte ve grafikte bu noktadan sonra hızlı bir düşüş gözlenmektedir. Buradan, ölçekteki faktör sayısının üç ile sınırlandırabileceği kararlaştırılmıştır. Tablo 4’de, faktör analizi sonucu elde edilen alt boyutların özdeğerleri ve açıkladıkları varyans miktarları verilmiştir.

Tablo 4. Kemoterapiye Bağlı Alopeside Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutları Tarafından Açıklanan Varyans Oranları

Boyutlar	Özdeğer	Varyans (%)	Yığılmış Varyans (%)
1. Boyut	7.022	36.956	36.956
2. Boyut	2.084	10.969	47.924
3. Boyut	1.307	6.880	54.804

Tablo 4’de görüldüğü gibi, özdeğeri 7.022 olan birinci faktörün açıkladığı varyans oranı % 36.956; özdeğeri 2.084 olan ikinci faktörün açıkladığı varyans oranı ise % 10.969, özdeğeri 1.307 olan üçüncü faktörün açıkladığı varyans oranı ise %6.80 dir. Açıklanan toplam varyans miktarı %54.804 olarak belirlenmiştir. Bu araştırmada elde edilen varyans miktarının ideal düzeyde olduğu söylenebilir.

Aşağıdaki verilen tabloda *KBAYKÖ* maddelerine ilişkin ortak faktör varyansları ve faktör yükleri sunulmuştur.

Tablo 5. Kemoterapiye Bağlı Alopeside Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarının Maddelerine İlişkin Faktör Yükleri

Madde No	Komünalite (Ortak Faktör Varyansı)	Faktör Yükleri		
		1. Boyut	2. Boyut	3. Boyut
M.1	0.250		0.444	
M.2	0.272			0.521
M.3	0.577	0.686		
M.4	0.564	0.646		
M.6	0.765		0.859	
M.7	0.708		0.782	
M.8	0.504		0.588	
M.9	0.695	0.798		
M.10	0.597	0.727		
M.11	0.736	0.834		
M.12	0.526	0.715		
M.14	0.740	0.824		
M.15	0.451		0.530	
M.16	0.500	0.571		
M.17	0.760			0.871
M.18	0.698			0.797
M.19	0.550			0.602
M.20	0.168	0.302		
M.21	0.353		0.496	

Bu araştırmada alt kesme noktası olarak 0.30 kabul edilmiştir. Faktör analizinin ilk sonuçları incelendiğinde, faktör yük değerinin 0.30'ın altında kaldığı ya da her iki faktörde de yüksek yük değerine sahip oldukları gözlenmiştir. Bu kriterler doğrultusunda beş madde (madde 5, madde 13, madde 22, madde 23, madde 24) ölçekten çıkarılarak faktör analizi tekrar edilmiştir. Analiz sonucunda üç boyuttan ve 19 maddeden oluşan *KBAYKÖ* son halini almıştır.

Faktör döndürme sonrasında, ölçeğin birinci alt boyutunun 9 maddeden (madde 3, madde 4, madde 9, madde 10, madde 11, madde 12, madde 14, madde 16, madde 20), ikinci alt boyutunun ise 6 maddeden (madde 1, madde 6, madde 7, madde 8, madde 15, madde 21), üçüncü alt boyutun ise 4 maddeden (madde 2, madde 17, madde 18, madde 19) oluştuğu saptanmıştır.

Tablo 5'de de görüldüğü gibi birinci boyutta yer alan maddelerin faktör yükleri 0.834 ile 0.302 arasında değişirken, ikinci boyutta yer alan maddelerin faktör yükleri ise 0.859 ile 0.496 arasında, üçüncü boyutta yer alan maddelerin faktör yükleri ise 0.871 ile 0.602 arasında değişmektedir. Madde analizine geçilmeden önce, maddelerin içerikleri dikkatte alınarak boyutlar isimlendirilmiştir.

Tablo 6. KBAYKÖ Alt Boyut İsimleri ve Madde Numaraları

Boyut Adı	Madde Numaraları
Birinci Boyut: Genel Yaşama Olan Yansımaları	3, 4, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 20
İkinci Boyut: İç dünyaya olumsuz yansımaları Boyutu	1, 6, 7, 8, 15, 21
Üçüncü Boyut: Pozitif Düşünceler Boyutu	2, 17, 18, 19

6.1.1.3. Uyum Geçerliliği: Uyum geçerliliği eş zamanlı olarak, geliştirilen ölçekten elde edilen puanlarla, belirlenen ölçüt arasındaki korelasyon uyum geçerliliği olarak değerlendirilmektedir. Çalışmada KBAYKÖ ile Beck Depresyon Ölçeği, Beden İmajı Ölçeği ve SF 36 arasındaki ilişki pearson korelasyonu ile değerlendirilmiştir.

Tablo 7. Uyum Geçerliliği (Ölçüt Geçerliliği -Eşzaman Geçerliliği) Bulguları

	KBAYKÖ			
	Genel Yaşama Olan Yansımaları Boyutu	İç Dünyaya Olumsuz Yansımaları Boyutu	Pozitif Düşünceler Boyutu	KBAYKÖ Toplam Puanı
Beck Depresyon Ölçeği	r= -0.438 p= 0.000***	r= -0.480 p= 0.000***	r= -0.301 p= 0.000***	r= -0.521 p= 0.000***
Beden İmajı Doyum Ölçeği	r= 0.410 p= 0.000***	r= 0.334 p= 0.000***	r= 0.260 p= 0.000***	r= 0.437 p= 0.000***
SF-36				
Sosyal Fonksiyon	r= 0.316 p= 0.000***	r= 0.204 p= 0.006**	r= 0.287 p= 0.000***	r= 0.400 p= 0.000***
Genel Bakış Açısı	r= 0.225 p= 0.002**	r= 0.125 p>0.05	r= 0.074 p>0.05	r= 0.200 p= 0.007**
Mental Sağlık	r= 0.270 p= 0.000***	r= 0.218 p= 0.003**	r= 0.219 p= 0.003**	r= 0.300 p= 0.000***
Emosyonel Rol Fonksiyon	r= 0.090 p>0.05	r= 0.206 p= 0.005**	r= 0.239 p= 0.001**	r= 0.200 p= 0.007**
Zindelik	r= 0.250 p= 0.001**	r= 0.292 p= 0.000***	r= 0.194 p= 0.009**	r= 0.312 p= 0.000***
	*p<0.05	**p<0.01	*** p<0.001	

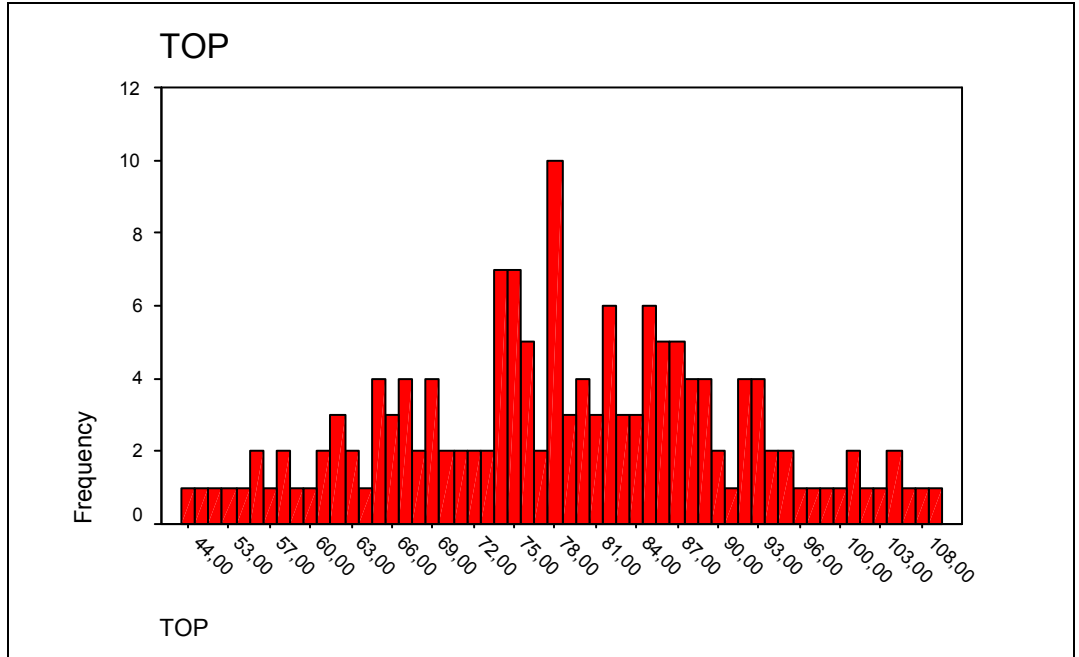
Beden İmajı Ölçeği'nden alınan puanlar ile KBAYKÖ'nin genel puan ve alt boyut puanları arasında pozitif doğrusal bir ilişki olduğu, Beck Depresyon ölçeği ile KBAYKÖ puanları arasında negatif doğrusal bir ilişki olduğu ve SF 36 alt boyutları ile KBAYKÖ puanları arasında pozitif doğrusal bir ilişki olduğu saptanmıştır.

6.1.2. Ölçeğin güvenilirlik bulguları

Çalışmada KBAYKÖ'nin güvenilirliği, Cronbach alpha (İç Tutarlılık Analizi), Gutman ve Spearman Brown güvenilirlik katsayısı (Yarıya Bölme Yöntemi), madde analizi (madde toplam-item total correlation, madde kalan-corrected item total correlation, madde ayırt edicilik indeksleri) ve test tekrar test tekniği ile incelenmiştir.

6.1.2.1. İç tutarlılık:

KBAYKÖ puanların normal dağılıma ne kadar uyup uymadığını test etmek için non-parametrik testlerden bir grupta “Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiği Testi” uygulanmıştır. Bu teste göre anlamlılık düzeyi 0.05'ten yüksek çıktığı durumlarda verilerin normal dağılımdan geldiği şeklindeki sıfır hipotezi kabul edilmektedir. Yapılan analiz sonucunda anlamlılık düzeyi 0.075 olarak tespit edilmiş ve KBAYKÖ'nin normal dağılımdan geldiği hipotezi kabul edilmiştir.



Şekil 8. Kemoterapiye Bağlı Alopeside Yaşam Kalitesi Ölçeği Bütününe İlişkin Puan Dağılımı

Tablo 8. Kemoterapiye Bağlı Alopeside Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Maddelerinin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri (N=150)

Madde No	Ortalama	Standart Sapma
M1	3.7400	1.1726
M2	3.4733	1.2622
M3	3.6533	1.0743
M4	3.5200	1.1912
M6	2.4000	1.3361
M7	2.5333	1.3741
M8	3.6600	1.1163
M9	3.8133	1.1136
M10	3.9533	0.9785
M11	3.9533	0.9365
M12	4.0133	0.8898
M14	3.9467	1.0019
M15	3.7600	0.9531
M16	3.6667	1.0661
M17	3.8200	1.1648
M18	3.8600	1.0683
M19	4.0600	0.8841
M20	3.6533	1.0990
M21	3.0333	1.3180
Toplam	68.5133	12.1245

Tablo 8’de, görüldüğü gibi alopesiye yönelik tutum puanlarının aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir. *KBAYKÖ*’nin aritmetik ortalamalarının toplamı 68.5133; standart sapmalarının toplamı ise 12.12 olarak belirlenmiştir.

Bu çalışmada madde analizi işlemleri olarak; madde toplam (item-total), madde kalan (item-remainder) ve madde ayırt edicilik indeksleri ayrı ayrı hesaplanarak, tablolar halinde sunulmuştur.

Tablo 9. Kemoterapiye Bağlı Alopeside Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Bütününe İlişkin Madde Analiz İşlemleri (N=150)

Madde	Madde Toplam	p	Madde Kalan	p	Madde Ayırtedicilik	p
M.1	0.464	0.000	0.3831	0.000	-5.373	0.000
M.2	0.206	0.011	0.1039	0.000	-1.926	0.000
M.3	0.708	0.000	0.6591	0.000	-8.988	0.000
M.4	0.713	0.000	0.6590	0.000	-10.253	0.000
M.6	0.637	0.000	0.5645	0.000	-9.623	0.000
M.7	0.716	0.000	0.6533	0.000	-10.979	0.000
M.8	0.622	0.000	0.5604	0.000	-7.965	0.000
M.9	0.710	0.000	0.6597	0.000	-7.889	0.000
M.10	0.698	0.000	0.6534	0.000	-9.327	0.000
M.11	0.711	0.000	0.6700	0.000	-8.105	0.000
M.12	0.555	0.000	0.5009	0.000	-5.801	0.000
M.14	0.753	0.000	0.7131	0.000	-8.990	0.000
M.15	0.609	0.000	0.5558	0.000	-8.076	0.000
M.16	0.649	0.000	0.5934	0.000	-7.945	0.000
M.17	0.279	0.001	0.1870	0.000	-4.437	0.000
M.18	0.502	0.000	0.4322	0.000	-7.254	0.000
M.19	0.568	0.000	0.5156	0.000	-7.695	0.000
M.20	0.430	0.000	0.3524	0.000	-4.936	0.000
M.21	0.519	0.000	0.4326	0.000	-6.361	0.000

Tablo 9’da da görüldüğü gibi ölçeğin bütününe ilişkin madde-toplam, madde-kalan ve madde ayırt edicilik özellikleri istatistiksel olarak 0.001 düzeyinde anlamlı sonuçlar vermiştir. Dolayısı ile tüm maddelerin ölçekte kalmasına karar verilmiştir.

Aşağıda verilen tabloda KBAYKÖ’nin toplamına ilişkin iç tutarlılık katsayıları hesaplanmıştır.

Tablo 10. Kemoterapiye Bağlı Alopeside Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Bütününe İlişkin İç Tutarlılık Katsayıları

	r	p*
Cronbach Alfa	0.8861	<0.05
Spearman-Brown	0.8588	<0.05
Guttman	0.8371	<0.05

*0.000 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 10’da, KBAYKÖ bütününe ilişkin iç tutarlılık katsayıları yer almaktadır. Her bir sorunun varyansına dayalı olarak hesaplanan Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.8861’dir. Testin birbirine eşit iki ayrı yarıya ayrılması ile hesaplanan Guttman ve Spearman-Brown iç tutarlılık katsayıları ise 0.8588 ve 0.8371 olarak belirlenmiştir.

Özdamar’a (2002) göre ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı; $.80 \leq \alpha < 1.00$ aralığında ise ölçek yüksek derecede güvenilirdir. Bu sonuçlara göre ölçekteki bütün maddelerin aynı özelliği ölçtüğü söylenebilir, daha açık ifadeyle KBAYKÖ’nün ölçtüğü özellik homojendir ve KBAYKÖ güvenilir bir ölçüm aracıdır.

KBAYKÖ ’nin alt boyutlarına ilişkin madde analizleri yapılmadan önce tüm alt boyutların normal dağılıma uyup uymadığını test etmek için non-parametrik tekniklerden “Bir Grupta Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği Testi” uygulanmış ve tüm alt boyutlara ait verilerin normal dağılımdan geldiği hipotezi kabul edilmiştir (Genel Yaşama Yansımaları Boyutu: $z=.163$; $p>0.05$, İç Dünyaya Olumsuz Yansımaları Boyutu $z=0.964$; $p>0.05$, Pozitif Düşünceler Boyutu: $z=0.131$; $p>0.05$).

Tablo 11. KBAYKÖ'nin Alt Boyutlarındaki Maddelerinin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	Madde No	$\bar{X} \pm SS$
Genel Yaşama Olan Yansımaları	M.3	3.65±1.07
	M.4	3.52±1.19
	M.9	3.81±1.11
	M.10	3.95±0.97
	M.11	3.95±0.93
	M.12	4.01±0.88
	M.14	3.94±1.00
	M.16	3.66±1.06
	M.20	3.65±1.09
	Toplam	34.17±6.83
	İç Dünyaya Olumsuz Yansımaları Boyutu	M.1
M.6		2.40±1.33
M.7		2.53±1.37
M.8		3.66±1.11
M.15		3.76±0.95
M.21		3.03±1.31
Toplam		19.12±5.05
Pozitif Düşünceler Boyutu	M.2	3.47±1.26
	M.17	3.82±1.16
	M.18	3.86±1.06
	M.19	4.06±0.88
	Toplam	15.21±3.16

Tablo 11'de görüldüğü gibi KBAYKÖ'nin *Genel Yaşama Olan Yansımaları* boyutunun aritmetik ortalamalarının toplamı 34.17; standart sapmalarının ortalamasının toplamı ise 6.83, *İç Dünyaya Olumsuz Yansımaları* boyutunun aritmetik ortalamalarının toplamı 19.12; standart sapmalarının ortalamasının toplamı ise 5.05, *Pozitif Düşünceler Boyutu'nun* aritmetik ortalamalarının toplamı 15.21; standart sapmalarının ortalamasının toplamı ise 3.16 olarak belirlenmiştir.

Aşağıda verilen tablolarda KBAYKÖ'nün üç alt boyutuna ait madde analizi işlemleri görülmektedir.

Tablo 12. KBAYKÖ'nin Alt Boyutlarına Ait Madde Analizi İşlemleri (N=150)

	Madde No	Madde Toplam	p	Madde Kalan	p	Madde Ayırtedicilik	P
Genel Yaşama Olan Yansımaları Boyutu	M.3	0.793	0.000	0.7223	0.000	-8.988	0.000
	M.4	0.745	0.000	0.6496	0.000	-10.253	0.000
	M.9	0.806	0.000	0.7353	0.000	-7.889	0.000
	M.10	0.762	0.000	0.6905	0.000	-9.327	0.000
	M.11	0.818	0.000	0.7638	0.000	-8.105	0.000
	M.12	0.666	0.000	0.5834	0.000	-5.801	0.000
	M.14	0.824	0.000	0.7676	0.000	-8.990	0.000
	M.16	0.703	0.000	0.6100	0.000	-7.945	0.000
	M.20	0.473	0.000	0.3345	0.000	-4.936	0.000
İç Dünyaya Olumsuz Yansımaları	M.1	0.548	0.000	0.35	0.000	-5.373	0.000
	M.6	0.803	0.000	0.67	0.000	-9.623	0.000
	M.7	0.826	0.000	0.70	0.000	-10.979	0.000
	M.8	0.703	0.000	0.56	0.000	-7.965	0.000
	M.15	0.638	0.000	0.50	0.000	-8.076	0.000
	M.21	0.612	0.000	0.40	0.000	-6.361	0.000
Pozitif Düşünceler	M.2	0.615	0.000	0.26	0.000	-1.926	0.000
	M.17	0.814	0.000	0.60	0.000	-4.437	0.000
	M.18	0.793	0.000	0.59	0.000	-7.254	0.000
	M.19	0.670	0.000	0.46	0.000	-7.695	0.000

KBAYKÖ'nin Genel Yaşama Olan Yansımaları Boyutunda yer alan maddeler için madde-toplam korelasyonlarının 0.47 ile 0.82 arasında değiştiği; madde-kalan korelasyon katsayılarının ise 0.33 ile 0.76 arasında değiştiği gözlenmiştir. Madde ayırt edicilik katsayılarını gösteren t-değerleri de 4.936 ile 10.253 arasında değişmektedir. İç dünyaya olumsuz yansımaları boyutunda yer alan maddelerin madde-toplam korelasyonları 0.54 ile 0.82 arasında; madde-kalan korelasyon katsayıları ise 0.35 ile 0.70 arasında değişmektedir. Madde ayırt edicilik katsayılarını gösteren t-değerleri de 5.373 ile 10.979 arasında değişmektedir. KBAYKÖ'nin Pozitif Düşünceler Boyutunda yer alan maddelerin madde-toplam korelasyonları 0.61 ile 0.81 arasında; madde-kalan korelasyon katsayıları ise 0.26 ile 0.60 arasında değişmektedir. Madde ayırt edicilik katsayılarını gösteren t-değerleri de 1.926 ile 7.695 arasında değişmektedir.

Buna göre KBAYKÖ'nin alt boyutlarında yer alan maddelerin tamamı istatistiksel açıdan 0.01 düzeyinde anlamlı sonuçlar vermiş ve bu alt boyutlarda kalmalarına karar verilmiştir. Bu bulgudan yola çıkarak KBAYKÖ'nin tüm alt boyutlarındaki maddelerin güvenilirliklerinin yüksek ve aynı amacı ölçmeye yönelik oldukları söylenebilir.

Tablo 13. KBAYKÖ'nin Tüm Alt Boyutlarına İlişkin Güvenilirlik Katsayıları

		r	p*
Genel Yaşama Olan Yansımaları Boyutu	Cronbach Alfa	0.8894	<0.05
	Spearman-Brown	0.8757	<0.05
	Guttman	0.8389	<0.05
İç Dünyaya Olumsuz Yansımaları Boyutu	Cronbach Alfa	0.7794	<0.05
	Spearman-Brown	0.7286	<0.05
	Guttman	0.7086	<0.05
Pozitif Düşünceler Boyutu	Cronbach Alfa	0.6941	<0.05
	Spearman-Brown	0.6780	<0.05
	Guttman	0.6740	<0.05

*0.000 düzeyinde anlamlıdır.

KBAYKÖ'nun Genel Yaşama Olan Yansımaları Boyutunun Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.8894 'dür. Testin birbirine eşit iki ayrı yarıya ayrılması ile hesaplanan Guttman ve Spearman-Brown iç tutarlılık katsayıları ise 0.8757 ve 0.8389 olarak hesaplanmıştır. İç Dünyaya Olumsuz Yansımaları Boyutunun Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.779, Guttman iç tutarlılık katsayısı 0.708; Spearman-Brown iç tutarlılık katsayısı ise 0.708 olarak hesaplanmıştır. Pozitif Düşünceler Boyutunun ise Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.694, Guttman iç tutarlılık katsayısı 0.674; Spearman-Brown iç tutarlılık katsayısı ise 0.678 olarak hesaplanmıştır. Elde edilen sonuçlar KBAYKÖ'nin tüm alt boyutlarının güvenilir olduğunu göstermektedir.

6.1.2.2. Test – tekrar test güvenilirliği:

Tablo 14. KBAYKÖ'nin Test Tekrar Test Tekniği Sonuçları (N=72)

Değişkenler	X	SS	r	p
İlk Uygulama	82.19	12.30	0.88	0.000
İkinci Uygulama	83.08	12.44		

Tabloda görüldüğü gibi ölçeğinin ilk uygulama ile ikinci uygulama puanları arasında yüksek düzeyde ($r= 0.88$) bir ilişki vardır.

6.2. Alopesi Yönetim Ölçeği (AYÖ)

6.2.1. Dilsel Eşdeğerlilik Karşılaştırılması ve Kapsam Geçerliliği:

Alopesi Yönetim Ölçeğinin dil geçerliliği için İngilizceye hakim iki dil uzmanı tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Danışman ve araştırmacı tarafından mevcut iki çeviri ifadeler açısından değerlendirilip tek bir forma indirgenmiştir. Bu form içerdiği ifadelerin anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla sunum formuyla dokuz akademisyen hemşirenin görüşüne sunulmuştur. Uzman görüşleri sonrasında gerekli düzeltmeler yapılmıştır. İki dil uzmanı tarafından geri çevirisi yapılmış, bu iki form değerlendirilerek tek bir forma indirgenmiş ve ölçeği geliştirenlerin onayına

sunulmuştur. Onay alındıktan sonra iyi derecede İngilizce bilen 19 kişiye hem Türkçe hem de İngilizce formu verilmiş aynı gruba iki farklı form uygulamasından elde edilen verilerin analizinde pearson çarpım koreleasyon katsayısı tekniği kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlar tablo 15’ de verilmiştir.

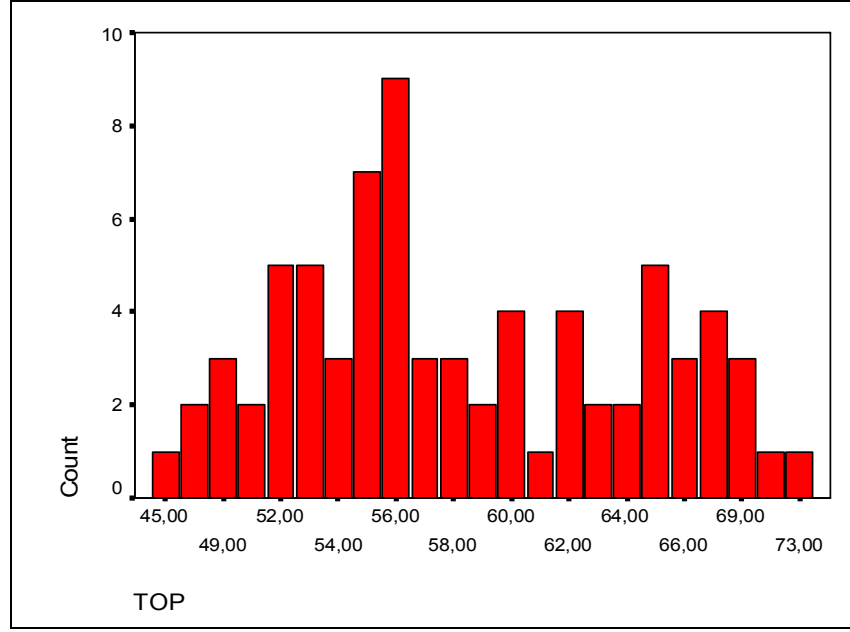
Tablo 15. Alopesi Yönetim Ölçeği Türkçe İngilizce Formları Arasındaki Pearson Çarpım Korelasyon Tekniği Sonuçları (N=19)

Değişkenler	X	SS	r	p
Türkçe Formu	58.47	7.19	0.971	0.000
İngilizce Formu	58.68	7.11		

Tablo 15’de görüldüğü gibi Alopesi Yönetim ölçeğinin İngilizce ve Türkçe formlarından elde edilen puanları arasında yüksek düzeyde pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($r=0.971$; $p< 0.000$). Buna göre Türkçe formundan alınan puanlar yükseldikçe İngilizce formundan alınan puanlarda yükselmektedir. Bu sonuç, Türkçe formunun da İngilizce formu ile aynı şeyi ölçtüğü anlamına gelmektedir.

6.2.2. Alopesi Yönetim Ölçeği (AYÖ) İle İlgili Güvenilirlik Çalışmaları

Alopesi Yönetim ölçeğinin bütününe ilişkin elde edilen puanların normal dağılım özelliği gösterip göstermediğini test etmek için “Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği Testi” uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlar aşağıda sırası ile verilmiştir.



Şekil 9. Alopesi Yönetim Ölçeği (AYÖ) Bütününe İlişkin Puan Dağılımı

Şekil 9’da da görüldüğü gibi AYÖ puanları, normal dağılıma çok yakın dağılım göstermektedir. AYÖ puanların normal dağılıma ne kadar uyup uymadığını test etmek için non-parametrik testlerden bir grupta “Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği Testi” uygulanmıştır. Bu teste göre anlamlılık düzeyi 0.05’ten yüksek çıktığı durumlarda verilerin normal dağılımdan geldiği şeklindeki sıfır hipotezi kabul edilmektedir. Yapılan analiz sonucunda anlamlılık düzeyi 1.152 ($p>0.05$) olarak tespit edilmiş ve AYÖ’nin normal dağılımdan geldiği hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 16. Alopesi Yönetim Ölçeğinin Maddelerinin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri (N=75)

Madde No	X	SS	Madde No	X	SS
M.1	4.293	0.926	M.9	3.333	0.991
M.2	3.906	1.054	M.10	2.960	1.071
M.3	4.213	0.810	M.11	3.763	0.768
M.4	4.613	0.634	M.12	3.786	0.990
M.5	3.706	0.983	M.13	4.320	0.719
M.6	3.973	0.884	M.14	4.280	0.605
M.7	2.800	1.052	M.15	3.986	0.922
M.8	4.320	0.681			
Toplam	X: 58.253		SS: 6.301		

Tablo 16’da görüldüğü gibi kemoterapi ünitesi ve onkoloji servislerinde çalışan hemşire/sağlık memurlarının alopesi yönetimi ve algısı puanlarının aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir. AYÖ’nin aritmetik ortalamalarının ortalaması 58.253; standart sapmalarının ortalaması ise 6.301 olarak belirlenmiştir.

Aşağıda verilen tablolarda AYÖ’nin madde analizi işlemleri görülmektedir. Bu çalışmada madde analizi işlemleri olarak; madde toplam (item-total), madde kalan (item-remainder) ve madde ayırt edicilik indeksleri ayrı ayrı hesaplanarak, tablolar halinde sunulmuştur.

Tablo 17. Alopesi Yönetim Ölçeğinin Bütününe İlişkin Madde Analiz İşlemleri (N=75)

Madde No	Madde Toplam	P	Madde Kalan	P	Madde Ayırtedicilik	P
M.1	0.522	0.000	0.4021	0.000	-4.699	0.000
M.2	0.546	0.011	0.4123	0.000	-6.238	0.000
M.3	0.508	0.000	0.4002	0.000	-4.838	0.000
M.4	0.495	0.000	0.4092	0.000	-3.774	0.004
M.5	0.632	0.000	0.5228	0.000	-7.539	0.000
M.6	0.469	0.000	0.3486	0.000	-4.323	0.000
M.7	0.609	0.000	0.4864	0.000	-4.944	0.000
M.8	0.343	0.003	0.2426	0.000	-2.284	0.028
M.9	0.395	0.000	0.2509	0.000	-3.535	0.001
M.10	0.386	0.001	0.2280	0.000	-3.071	0.004
M.11	0.515	0.000	0.4170	0.000	-3.755	0.001
M.12	0.496	0.000	0.3635	0.000	-4.280	0.000
M.13	0.366	0.001	0.2615	0.000	-4.098	0.000
M.14	0.229	0.044	0.1354	0.000	-2.013	0.048
M.15	0.558	0.000	0.4449	0.000	-5.190	0.000

Tablo 17’de de görüldüğü gibi ölçeğin bütününe ilişkin madde-toplam, madde-kalan ve madde ayırt edicilik özellikleri istatistiksel olarak 0.01 düzeyinde anlamlı sonuçlar vermiştir. Dolayısı ile tüm maddelerin ölçekte kalmasına karar verilmiştir.

Aşağıda verilen tabloda AYÖ'nin toplamına ilişkin iç tutarlılık katsayıları hesaplanmıştır.

Tablo 18. Alopesi Yönetim Ölçeğinin Bütününe İlişkin İç Tutarlılık Katsayıları

	r	p*
Cronbach Alfa	0.7553	<0.05
Spearman-Brown	0.6876	<0.05
Guttman	0.6883	<0.05

*0.000 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 18'de, AYÖ bütününe ilişkin iç tutarlılık katsayıları yer almaktadır. Her bir sorunun varyansına dayalı olarak hesaplanan Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.7553'dır. Testin birbirine eşit iki ayrı yarıya ayrılması ile hesaplanan Guttman ve Spearman-Brown iç tutarlılık katsayıları ise 0.6876 ve 0.6863 olarak belirlenmiştir.

Bu sonuçlara göre ölçekteki bütün maddelerin aynı özelliği ölçtüğü söylenebilir, daha açık ifadeyle AYÖ'nün ölçtüğü özellik homojendir ve AYÖ güvenilir bir ölçüm aracıdır.

Ölçek uyarlama çalışmasında güvenilirlik çalışmasının bir başka boyutunda uyarlanan ölçeğin belli bir aralıkla (2. ile 4 hafta arasında) aynı gruba uygulanması ve arasındaki ilişkiye pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı tekniği ile bakılmasıdır. Bu amaçla 40 kişilik bir gruba 3 hafta ara ile aynı test iki kere uygulanmış ve elde edilen sonuçlar üzerine yapılan istatistiki işlem sonucunda tablo 19'da ki sonuçlar elde edilmiştir.

Tablo 19. Alopesi Yönetim Ölçeği Test Tekrar Test Tekniği Sonuçları (N=40)

Değişkenler	X	SS	r	p
İlk Uygulama	57.27	5.34	0.751	0.000
İkinci Uygulama	55.40	3.76		

Tablo 19’da görüldüğü gibi alopesi Yönetim ölçeğinin ilk uygulaması ile ikinci uygulamasından elde edilen puanları arasında yüksek düzeyde pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($r=0.751$; $p<0.000$). Buna göre ilk uygulamadan alınan puanlar yükseldikçe ikinci uygulamadan alınan puanlarda yükselmektedir. Bu sonuç; ölçeğin zaman karşısında etkilenmediğini zaman geçse bile hep aynı şeyi ölçtüğü göstermektedir.

6.3. Kemoterapiye Bağlı Alopesili Hastaların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmanın örneklem grubunu oluşturan hastalara uygulanan “Hasta Tanılama Formu” ndan elde edilen verilere yer verilmiştir.

6.3.1 Sosyo-demografik özelliklere İlişkin Frekans ve Yüzde Sonuçları

Tablo 20. Sosyo-demografik özelliklere İlişkin Frekans ve Yüzde Sonuçları (N=182)

Sosyodemografik Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	141	77.5
Erkek	41	22.5
Yaş		
18-30 yaş arası	18	9.9
31-40 yaş arası	30	16.5
41-50 yaş arası	46	25.3
51-60 yaş arası	58	31.9
61-70 yaş arası	27	14.8
71-80 yaş arası	3	1.6
Eğitim Durumu		
İlkokul	49	26.9
Ortaokul	22	12.1
Lise	60	33.0
Üniversite	50	27.5
Lisansüstü	1	0.5
Medeni Durum		
Evli	135	74.2
Bekar	18	9.9
Boşanmış	29	15.9
Meslek		
Ev hanımı	74	40.7
Emekli	46	25.3
Yönetici	3	1.6
Gazeteci	2	1.1
Mühendis	5	2.7
Muhasebeci	6	3.3
Derici	1	0.5
Eczacı	1	0.5
Sanatçı	1	0.5
Serbest meslek	9	4.9
Şoför	3	1.6
Öğretmen	6	3.3
İşçi	14	7.7
Bankacı	3	1.6
Avukat	2	1.1
Memur	2	1.1
Öğrenci	4	2.2

Tablo 20. Sosyo-demografik özelliklere İlişkin Frekans ve Yüzde Sonuçları
(Devamı)

Sosyodemografik Özellikler	n	%
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	33	18.1
Çalışmıyor	149	81.9
Ekonomik Durum		
İyi	41	22.5
Orta	132	72.5
Düşük	9	4.9
Sosyal Güvence Durumu		
Sosyal güvencem var	179	98.4
Sosyal güvencem yok	3	1.6
Birlikte Yaşama Durumu		
Eş ile birlikte	33	18.1
Anne-babası ile birlikte	37	20.3
Eş-çocuk ile birlikte	86	47.3
Çocuk ile birlikte	17	9.3
Arkadaşı ile birlikte	1	0.5
Kızı ve torunu ile birlikte	1	0.5
Kardeşi ile birlikte	1	0.5
Yalnız yaşıyor	6	3.3
Hastane		
A	26	14.3
B	119	65.4
C	37	20.3

Tablo 20’de görüldüğü gibi hastaların % 77.5’ni kadınlar, % 31.9’unu 51-60 yaş arasında olanlar ve %33’ünü lise mezunları oluşturmaktadır. Dağılımda en yüksek yüzdeyi % 74.2 ile evli hastalar, %40.7 ile ev hanımları ve %81.9’la çalışmayan hastalar almışlardır. %98.4’ünün sosyal güvencesi olduğu, %47.3’ünün eş ve çocuklarla birlikte yaşarken %3.3’ünün tek başına yaşadığı belirlenmiştir.

6.3.2. Sağlık Hastalık Durumuna İlişkin Özelliklere Ait Frekans ve Yüzde Sonuçları:

Tablo 21. Sağlık/Hastalık Durumuna İlişkin Frekans ve Yüzdeler (N=182)

Sağlık Hastalık Durumuna İlişkin Özellikler	n	%
Kanser Türü		
Akciğer	26	14.3
Lenfoma	16	8.8
Lösemi	3	1.6
Meme	85	46.7
Sarkom	2	1.1
Kolon	23	12.6
Over	3	1.6
Testis	3	1.6
Uterus	5	2.7
Mesane	1	0.5
Prostat	1	0.5
Rektum	3	1.6
Böbreküstü tümörü	1	0.5
Mide	6	3.3
Larenks	1	0.5
Myelom	2	1.1
Karaciğer	1	0.5
Hastalık Süresi		
0-6 ay arası	98	53.8
7 ay ile 1 yıl arası	47	25.8
1 + yıl ile 2 yıl arası	15	8.2
2+ yıl ile 3 yıl arası	7	3.8
3+ yıl üzeri	15	8.2
Kullanılan İlaçlar		
Cisplatin-vepesid	23	12.6
Gemzar-carboplatin	6	3.3
Vinblastine	2	1.1
ARA-C (cytosine arabinoside)	2	1.1
CEF (Siklofosfamid, Epirubicin, 5-Flourouracil)	59	32.4
Epirubicin	3	1.6
Eloxatin-5FU	2	1.1
Taxol	15	8.2
CHOP (siklofosfamid, doksorubisin, vinkristin, prednizon)	1	0.5
Taxotere	13	7.1
Folfox	11	6.0
5-Flourouracil -5FU	3	1.6
Siklofosfamid (Endoksan)	10	5.5
Herceptin	2	1.1
ABVD (doksorubisin, bleomisin, vinblastin, dakarbazin)	6	3.3
Altuzan	5	2.7
Compto (Irinotecan)	4	2.2
Mabthera	8	4.4
Cisplatin	2	1.1
Adriamycin (Doxorubicin)	4	2.2
Corboplatin	1	0.5

Tablo 21. Sağlık/Hastalık Durumuna İlişkin Frekans ve Yüzdeler (Devamı)

Sağlık Hastalık Durumuna İlişkin Özellikler	n	%
Mevcut Kür		
1-5 arası	128	70.3
6-10 arası	39	21.4
11-19 arası	12	6.6
20 ve üstü	3	1.6
Toplam Alınan Kür Sayısı		
1-10 arası uygulama	39	21.4
11-20 arası uygulama	34	18.7
21-30 arası uygulama	107	58.8
31 ve üstü uygulama	2	1.1
Saçların Dökülme Durumu		
Gözle açık görülebilir	129	70.9
Hafif gözle belli belirsiz görülebilir	39	21.4
Gözle görülemez	14	7.7
Saç Dökülmesine İlişkin Bilgi Verilme Durumu		
Evet	165	90.7
Hayır	17	9.3
Bilgi Veren Kişi		
Doktor tarafından	153	84.1
Hemşire tarafından	12	6.6
İlave Hastalık Durumu		
İlave hastalık yok	120	65.9
DM	12	6.6
HT	31	17
Vertigo	1	0.5
Anemi	2	1.1
Triod sorunu	6	3.3
Astım	3	1.6
Sedef	1	0.5
Romatizma	1	0.5
Migren	4	2.2
Behçet	1	0.5
Hastalığın Ailede Olup Olmaması Durumu		
Evet	54	29.7
Hayır	128	70.3
Sağlıklarını Algılama Durumları		
İyi	98	53.8
Orta	76	41.8
Kötü	8	4.4
Yardımcı Araç (Peruk, Başörtü...vb) Kullanımı		
Evet	117	82.97
Hayır	24	17.02
Kemoterapiden Önce Yardımcı Araç Kullanım Durumu		
Evet	34	24.11
Hayır	107	75.88

Hastaların % 46.7'sinin meme kanseri olduğu, % 53.8'inin hastalık süresinin 0-6 ay arasında olduğu, % 32.4'nün CEF (Siklofosamid, Epirubicin, 5-Flourouracil) protokolü aldığı, % 70.3'ünün kemoterapi ilaç/ilaçlarının bir ile beşinci kürünü almış oldukları, % 58.8'nin toplam aldıkları kemoterapi kür sayısının 21-30 arası olduğu saptanmıştır. Tabloda görüldüğü gibi araştırmanın örneklem grubunu oluşturan hastalar saç dökülme düzeylerini; % 70.9'u gözle görülebilir, % 21.4'ü hafif gözle belli belirsiz görülebilir, % 7.7'si gözle görülemeyecek kadar az olarak belirtmişlerdir. Hastaların %90.7 si kemoterapiye bağlı saç dökülmesi ile ilgili olarak bilgi verildi derken, %9.3'ü verilmediğini ve sadece % 6.6'sı hemşire tarafından bilgilendirildiğini ifade etmişlerdir. Hastaların %65.9'u ilave hastalığı olmadığını, %29.7'si aynı hastalık nedeniyle ailede tedavi görenlerin olduğunu, %82.97'si saç dökülmesi nedeniyle peruk, başörtü gibi yardımcı bir araç kullandığını ve yine kemoterapiden önce %24.11'i başörtü kullandıklarını belirtmişlerdir.

6.3.3. Hastaların Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

Hastaların Kemoterapiye Bağlı Alopesi Yaşam Kalitesi Ölçeğine (KBAYKÖ)ait betimsel istatistik sonuçları tablo 22'de gösterilmektedir.

Tablo 22. KBAYKÖ Betimsel İstatistik Sonuçları (N=182)

KBAYKÖ	$\bar{X} \pm SS$	Minimum puan	Maximum puan
Genel Puan	69.15±12.00	36.00	95.00
Genel Yaşama Olan Yansımaları Boyutu	34.57±6.75	14.00	45.00
İç Dünyaya Olumsuz Yansımaları Boyutu	19.47±4.85	8.00	30.00
Pozitif Düşünceler Boyutu	15.09±3.29	4.00	20.00

Hastaların Genel Yaşama Olan Yansımaları Boyutundan aldıkları ortalama puan 34.57 ± 6.75 , İç Dünyaya Olumsuz Yansımaları Boyutundan aldıkları ortalama puan 19.47 ± 4.85 ve Pozitif Düşünceler Boyutundan aldıkları ortalama puan ise 15.09 ± 3.29 'du. Araştırmaya katılan hastaların % 6.5'i genel ortalamanın altında puan alırken; % 93.5'nin genel ortalamanın üstünde puan aldıkları saptanmıştır.

Karşılaştırma işlemlerine geçmeden önce KBAYKÖ puanlarının normal dağılım özelliği sergileyip sergilemediğini test etmek için "Kolmogorov-Smirnov Testi" tekniği uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlar tablo 23'de verilmiştir.

Tablo 23. KBAYKÖ Normalite Testi Sonuçları

Değişken	Kolmogorov Smirnov		
	Değer	d	p
Kemoterapiye Bağlı Alopesi Yaşam Kalitesi Ölçeği	0.31	81	0.351

Tablo 23'de görüldüğü gibi KBAYKÖ puanları normal dağılım özelliği sergilediğinden dolayı yapılan tüm istatistiksel işlemlerde (karşılaştırma ve ilişki testlerinde) parametrik teknikler kullanılmıştır.

6.3.4 Kemoterapiye Bağlı Alopesi Yaşayan Hastaların Sosyo-demografik özelliklerine göre Yaşam Kaliteleri

Tablo 24'de görüldüğü gibi kadın hastaların ortalaması 68.09, erkek hastaların ortalaması ise 72.78'dir. Cinsiyet değişkenine ilişkin olarak yapılan bağımsız grup t-testi sonucunda erkek hastaların KBAYKÖ puanlarının, kadın hastaların puanlarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür ($t=-2.225$; $p<0.02$). Kadın hastaların KBAYKÖ puanları ile erkek hastaların KBAYKÖ Genel Yaşama Yansımaları ve Pozitif Düşünceler boyutlarının puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Yine tablo 24'de görüldüğü gibi kadın hastaların ikinci alt boyut ortalaması 18.82, erkek hastaların ikinci alt boyut ortalaması ise 21.70'dir. Cinsiyet değişkenine ilişkin olarak yapılan bağımsız grup t-testi sonucunda erkek hastaların KBAYKÖ ikinci alt boyut puanlarının, kadın hastaların ikinci alt boyut puanlarından

0.001 düzeyinde daha yüksek olduğu görülmüştür. ($t=3.439$; $p<0.001$). Bu sonuca göre KBAYKÖ ikinci alt boyutu puanları cinsiyete göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.

Çalışan hastaların ortalaması 73.39, çalışmayan hastaların ortalaması ise 68.21'dir. Çalışma durumu değişkenine ilişkin olarak yapılan bağımsız grup t-testi sonucunda çalışan hastaların KBAYKÖ puanlarının, çalışmayan hastaların puanlarından daha yüksek olduğu görülmüştür. ($t=-2.271$; $p<0.05$). Çalışan hastaların Genel Yaşama Olan Yansımaları ve İç Dünyaya Olumsuz Yansımaları Boyutlarının puanları ile çalışmayan hastaların Genel Yaşama Olan Yansımaları ve İç Dünyaya Olumsuz Yansımaları Boyutlarının puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. KBAYKÖ üçüncü alt boyut puanlarının, çalışmayan hastaların üçüncü alt boyut puanlarından daha yüksek olduğu görülmüştür ($t=2.300$; $p<0.05$). Bu sonuca göre KBAYKÖ üçüncü alt boyutu puanları çalışma durumuna göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.

Hastaların eğitim durumları, yaş, medeni durum, ekonomik durum, birlikte yaşama durumu ($X^2=12.046$; $p>0.05$) (tabloda gösterilmemiştir) ve sosyal güvence durumuna göre yaşam kalitesi puanları incelendiğinde KBAYKÖ tüm alt boyutlarından alınan puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 24. Kemoterapiye Bağlı Alopesi Yaşayan Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Yaşam Kaliteleri

Sosyodemografik Özellikler	KBAYKÖ			
	Genel Puan $\bar{X} \pm SS$	Genel Yaşama Olan Yansımaları Boyutu $\bar{X} \pm SS$	İç Dünyaya Olumsuz Yansımaları Boyutu $\bar{X} \pm SS$	Pozitif Düşünceler Boyutu $\bar{X} \pm SS$
Cinsiyet				
Kadın	68.09±11.98	34.27±6.75	18.82±0.41	14.98±3.35
Erkek	72.78±11.51	35.60±6.74	21.70±0.64	15.46±3.09
	t=2.225 p<0.02*	t=1.113 p>0.05	t=3.439 p<0.001**	t=0.817 p>0.05
Yaş				
18-30 yaş arası	69.67±9.26	36.00±5.24	19.00±4.40	14.66±3.32
31-40 yaş arası	69.03±12.44	34.40±7.62	19.30±5.10	15.33±3.05
41-50 yaş arası	68.39±11.99	34.02±6.77	18.86±5.05	15.50±2.87
51-60 yaş arası	71.02±13.05	35.29±6.87	20.50±4.91	15.22±3.66
61-70 yaş arası	67.93±10.27	34.18±6.10	19.29±4.44	14.44±3.40
71-80 yaş arası	53.67±7.57	26.00±6.00	15.33±0.57	12.33±3.21
	F:0.767 p>0.05	F: 0.600 p>0.05	F: 0.496 p>0.05	F: 1.334 p>0.05
Eğitim Durumu				
İlkokul	67.33±9.28	34.34±4.90	18.40±4.81	14.57±2.90
Ortaokul	66.23±11.80	33.099±8.14	18.31±3.78	14.81±2.87
Lise	70.23±12.60	34.61±7.35	20.11±4.96	15.50±3.41
Üniversite	70.88±13.48	35.39±6.97	20.25±5.01	15.23±3.66
*Lisansüstü mezunu olan 1 kişi üniversite grubuna dahil edilmiştir.	F: 1.336 p>0.05	F: 0.618 p>0.05	F: 2.027 p>0.05	F: 0.795 p>0.05
Medeni Durum				
Evli	68.95±11.59	34.45±6.53	19.18±4.86	15.30±3.02
Bekar	69.06±11.71	35.00±6.93	19.88±4.25	14.16±3.97
Boşanmış	70.14±14.27	34.86±7.82	20.58±5.12	14.68±3.96
	F: 0.117 p>0.05	F: 0.081 p>0.05	F: 1.067 p>0.05	F: 1.208 p>0.05

*p<0.05 ** p<0.001

Tablo 24. Kemoterapiye Bağlı Alopesi Yaşayan Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Yaşam Kaliteleri (Devamı)

Sosyodemografik Özellikler	KBAYKÖ			
	Genel Puan $\bar{X} \pm SS$	Genel Yaşama Olan Yansımaları Boyutu $\bar{X} \pm SS$	İç Dünyaya Olumsuz Yansımaları Boyutu $\bar{X} \pm SS$	Pozitif Düşünceler Boyutu $\bar{X} \pm SS$
Çalışma Durumu Çalışıyor Çalışmıyor	73.39±12.55 68.21±11.72 t=-2.271 p<0.02*	36.33±6.92 34.18±6.67 t=1.659 p>0.05	20.78±5.26 19.18±4.72 t=1.72 p>0.05	16.27±2.49 14.83±3.39 t=2.300 p<0.02*
Ekonomik Durum İyi Orta	69.44±13.01 69.06±11.74 t=0.176 p>0.05	34.53±7.72 34.58±6.47 t=-0.043 p>0.05	19.41±5.00 19.49±4.82 t=0.095 p>0.05	15.48±3.23 14.97±3.31 t=0.871 p>0.05
Sosyal Güvence Durumu Sosyal güvencem var Sosyal güvencem yok	69.18±12.06 67.33±10.02 t=0.263 p>0.05	34.62±6.74 31.66±8.38 t=0.751 p>0.05	19.47±4.87 19.66±4.50 t=0.068 p>0.05	15.07±3.31 16.00±1.00 t=0.480 p>0.05
Yakını İle Tedaviye Gelme Durumu Evet Hayır	67.51±13.73 69.75±11.30 t=1.11 p>0.05	34.46±7.67 34.61±6.41 t=0.130 p>0.05	18.91±5.44 19.68±4.62 t=0.944 p>0.05	14.12±3.90 15.45±2.97 t=2.447 p<0.02*

*p<0.05

Tablo 24'de görüldüğü gibi kemoterapi alan hastaların tedavi sırasında yakınları ile birlikte gelen hastaların KBAYKÖ genel puanları ile yakınları ile birlikte gelmeyen hastaların KBAYKÖ genel puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte, kemoterapi alan hastaların tedavi sırasında yakınları ile birlikte gelmeyen hastaların Pozitif Düşünceler boyut puanlarının, tedavi sırasında yakınları ile birlikte gelen hastaların Pozitif Düşünceler boyut puanlarından daha yüksek olduğu görülmüştür ($t=-2.447$; $p<0.05$). Bu sonuca göre KBAYKÖ üçüncü alt boyutu puanları yakını ile gelip gelmeme durumuna göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.

Kemoterapi alan hastaların KBAYKÖ puanları hastaların tedavi gördükleri hastanelere göre istatistiksel olarak farklılık göstermemekle birlikte hastaların KBAYKÖ Genel Yaşama Yansımaları Boyutundan aldıkları puanlar hastaların tedavi gördükleri hastanelere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir ($F=3.81$; $p<0.024$) (Tabloda gösterilmemiştir). Bu farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu test etmek için Scheffe testinden yararlanılmıştır (Tabloda gösterilmemiştir). B Hastanesi'nde tedavi göre hastaların Genel Yaşama Yansımaları boyut puanları, C Hastanesi'nde tedavi gören hastaların Genel Yaşama Yansımaları boyut puanlarından daha yüksektir ($p< 0.05$).

6.3.5 Kemoterapiye Bağlı Alopesi Yaşayan Hastaların Sağlık/Hastalık Durumlarına İlişkin Özelliklerine göre Yaşam Kaliteleri

Tablo 25'de kemoterapi alan hastaların hastalık sürelerine göre KBAYKÖ puanlarının aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri yer almaktadır. Buna göre hastalık süresi 0-6 ay arası olan grubun KBAYKÖ puanları ortalaması 69.07, hastalık süresi yedi ay- bir yıl arası olan grubun KBAYKÖ puanları ortalaması 68.91, hastalık süresi bir yıl-iki yıl arası olan grubun KBAYKÖ puanları ortalaması 69.00, hastalık süresi iki yıl-üç yıl arası olan grubun KBAYKÖ puanları ortalaması 74.57, hastalık süresi üç yıl ve üzeri olan grubun KBAYKÖ puanları ortalaması 68.00 dir. Bu dağılıma göre varyans analizi yapabilmek için “her gruba düşen eleman sayısı “en az 15” olması gerekir” kuralından hareketle, “üç yıl ve üzeri” grubu ile “iki yıl-üç yıl arası” grubu istatistiksel açıdan birleştirilmiş ve “iki yıl ve üzeri” grubu haline dönüştürülmüştür. Elde edilen sonuçlar tablo 25'de verilmiştir.

Hastaların hastalık sürelerine göre yaşam kalitesi puanları incelendiğinde KBAYKÖ tüm alt boyutlarından alınan puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Alınan kür sayısı ile de yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bununla birlikte alınan kür sayısı arttıkça KBAYKÖ puanlarının da arttığı belirlenmiştir.

Hastaların saç dökülmesi durumuna göre yaşam kalitesi puanlarına bakıldığında; gözle açıkça görülebilir şekilde saçları dökülen hasta grubunun KBAYKÖ puanları ortalaması 68.03, saçları hafif (gözle belli belirsiz görülebilir) dökülen hasta grubunun KBAYKÖ puanları ortalaması 70.28, saçları gözle görülmez şekilde dökülen hasta grubunun KBAYKÖ puanları ortalaması 76.29 dur. Kemoterapi alan hastaların saçlarının dökülme durumuna göre KBAYKÖ İç Dünyaya Olumsuz Yansımalar boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir. (F=5.549; p<0.004). Bu farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu test etmek için Scheffe testinden yararlanılmış ve saçları açık bir şekilde dökülen hastaların İç Dünyaya Olumsuz Yansımalar boyut puanları, saçları gözle görülmez şekilde dökülen hastaların İç Dünyaya Olumsuz Yansımalar boyut puanlarından daha düşük olduğu (p<0.005), saçları açık bir şekilde dökülen hastaların İç Dünyaya Olumsuz Yansımalar boyut puanları, saçları hafif şekilde dökülen hastaların İç Dünyaya Olumsuz Yansımalar boyut puanlarından daha düşük olduğu (p<0.05) saptanmıştır.

Saç dökülmesi ile ilgili bilgi verilen hastaların KBAYKÖ genel puanları ve alt boyut puanları ile bilgi verilmeyen hastaların KBAYKÖ genel puanları ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

İlave hastalığı olan ve olmayanların KBAYKÖ Pozitif Düşünceler Boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (**p<0.05**).

Ailesinde kanser öyküsü olan hastaların KBAYKÖ genel puanları ve alt boyut puanları ile kanser öyküsü olmayan hastaların KBAYKÖ genel puanları ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 25’de kemoterapi alan hastaların kendi sağlıklarını algılama durumlarına göre KBAYKÖ puanlarının aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri yer almaktadır. Buna göre kendi sağlık durumunu iyi gören hastaların KBAYKÖ puanları ortalaması 71.18, kendi sağlık durumunu orta gören hastaların KBAYKÖ puanları ortalaması 67.28, kendi sağlık durumunu kötü gören hastaların KBAYKÖ puanları ortalaması 62.00’dır. Kemoterapi alan hastaların KBAYKÖ puanları hastaların kendi sağlık durumlarını algılama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir ($F=3.288$; $p<0.05$). Bu farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu test etmek için Scheffe testinden yararlanılmıştır (Tabloda gösterilmemiştir). Kendi sağlıklarını iyi gören hastaların KBAYKÖ puanları, kendi sağlıklarını orta düzeyde görenlerin hastaların KBAYKÖ puanlarından daha yüksektir ($p<0.05$). Yine kendi sağlıklarını iyi gören hastaların KBAYKÖ puanları, kendi sağlıklarını kötü gören hastaların KBAYKÖ puanlarından daha yüksektir ($p<0.05$). Kemoterapi alan hastaların kendi sağlıklarını algılama durumlarına göre KBAYKÖ alt boyut puanlarına bakıldığında; KBAYKÖ ikinci ve üçüncü alt boyut puanları hastaların kendi sağlıklarını algılama durumuna göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir. KBAYKÖ Genel Yaşama Yansımalar boyut puanları hastaların kendi sağlıklarını algılama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir ($F=6.37$; $p<0.01$). Bu farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu test etmek için Scheffe testinden yararlanılmıştır (Tabloda gösterilmemiştir). Kendi sağlıklarını iyi gören hastaların KBAYKÖ Genel Yaşama Yansımalar boyut puanları, kendi sağlıklarını orta düzeyde görenlerin hastaların Genel Yaşama Yansımalar boyut puanlarından daha yüksektir ($p<0.05$). Yine kendi sağlıklarını iyi gören hastaların Genel Yaşama Yansımalar boyut puanları, kendi sağlıklarını kötü gören hastaların Genel Yaşama Yansımalar boyut puanlarından daha yüksektir ($p<0.05$).

Saç dökülmesi yaşamadan önce yardımcı araç kullanmakta olan hastalar ile kullanmayanların KBAYKÖ genel puanları ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0.05$), saç dökülmesi yaşadıktan sonra yardımcı araç kullanmakta olan hastalar ile kullanmayanların KBAYKÖ genel puanları ve alt boyut puanları arasında da anlamlı bir fark ($p>0.05$) bulunmamıştır.

Tablo 25. Kemoterapiye Bağlı Alopesi Yaşayan Hastaların Sağlık/Hastalık Durumlarına İlişkin Özelliklerine göre KBAYKÖ Puanları

Sağlık/Hastalık Durumlarına İlişkin Özellikler	KBAYKÖ			
	Genel Puan $\bar{X} \pm SS$	Genel Yaşama Olan Yansımaları Boyutu $\bar{X} \pm SS$	İç Dünyaya Olumsuz Yansımaları Boyutu $\bar{X} \pm SS$	Pozitif Düşünceler Boyutu $\bar{X} \pm SS$
Hastalık Süresi 0-6 ay arası 7 ay ile 1 yıl arası 1 + yıl ile 2 yıl arası 2+ yıl ile 3 yıl arası 3+ yıl üzeri	69.07±12.88 68.91±11.01 69.00±10.68 74.57±11.52 68.00±11.35 F: 0.052 p>0.05	34.52±7.10 34.23±6.98 34.06±5.36 38.00±4.20 34.93±6.06 F: 0.353 p>0.05	19.54±4.97 19.89±4.34 18.40±4.68 20.14±5.66 18.53±5.70 F: 0.421 p>0.05	15.01±3.54 14.78±3.12 16.53±2.97 16.42±2.29 14.53±2.44 F: 1.115 p>0.05
Toplam Alınan Kür Sayısı 1-10 arası uygulama 11-20 arası uygulama 21-30 arası ve üstü	65.67±13.00 70.03±12.85 70.12±11.23 F: 2.114 p>0.05	32.58±7.73 34.41±7.86 35.33±5.87 F: 2.430 p>0.05	18.38±5.08 20.41±4.71 19.57±4.78 F: 1.653 p>0.05	14.69±3.54 15.20±2.99 15.20±3.31 F: 0.366 p>0.05
Saçların Dökülme Durumu Gözle açık görülebilir Hafif gözle belli belirsiz görülebilir Gözle görülemez	68.03±12.13 70.28±12.14 76.29±7.53 F: 3.288 p<0.04*	34.13±6.73 35.07±7.13 37.28±5.39 F: 1.521 p>0.05	18.96±4.89 19.79±4.46 23.35±3.83 F: 5.549 p<0.004**	14.93±3.40 15.41±3.29 15.64±2.09 F: 0.516 p>0.05
Saç Dökülmesine İlişkin Bilgi Verilme Durumu Evet Hayır	69.40±12.12 66.71±10.84 t=0.880 p>0.05	34.76±6.77 32.70±6.49 t=1.201 p>0.05	19.58±4.89 18.41±4.40 t=0.951 p>0.05	15.04±3.28 15.58±3.41 t=0.650 p>0.05

*p<0.05

**p<0.01

Tablo 25. Kemoterapiye Bağlı Alopesi Yaşayan Hastaların Sağlık/Hastalık Durumlarına İlişkin Özelliklerine göre KBAYKÖ Puanları (Devamı)

İlave Hastalık Durumu				
Var	67.02±12.35	33.91±6.99	18.70±5.03	14.38±3.54
Yok	70.25±11.72	34.91±6.63	19.87±4.72	15.45±3.10
	t=1.732	t=0.944	t=1.541	t=2.099
	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p<0.05*
Hastalığın Ailede Olup Olmaması Durumu				
Evet	67.20±13.03	33.96±7.14	18.62±5.38	14.61±3.34
Hayır	69.97±11.50	34.83±6.59	19.83±4.58	15.29±3.26
	t=1.423	t=0.796	t=1.53	t=1.28
	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05
Sağlıklarını Algılama Durumları				
İyi				
Orta	71.18±11.52	36.00±6.03	19.94±5.07	15.23±3.16
Kötü	67.28±11.84	33.30±6.91	18.98±4.52	14.98±3.51
	62.00±15.18	29.25±9.25	18.37±5.15	14.37±2.87
	F: 3.870	F: 6.37	F: 1.05	F: 0.318
	p<0.05*	p<0.002**	p>0.05	p>0.05
Yardımcı Araç (Peruk, Başörtü...vb) Kullanımı				
Evet	68.33±11.52	34.56±6.27	28.69±4.83	15.07±3.35
Hayır	66.88±14.20	32.87±8.72	19.37±5.02	14.62±3.43
	t=0.542	t=1.117	t=0.626	t=0.599
	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05
Kemoterapiden Önce Yardımcı Araç Kullanım Durumu				
Evet	66.15±9.38	34.29±6.32	17.73±4.06	14.11±3.36
Hayır	68.70±12.66	34.27±6.90	19.14±5.05	15.28±3.32
	t=1.084	t=0.017	t=1.48	t=1.77
	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05

*p<0.05

**p<0.01

6.4. Örneklemi Oluşturan Hastaların Yakınlarına Ait Verilerin Değerlendirilmesi

6.4.1. Hasta Yakınlarına Ait Frekans ve Yüzde Dağılımları

Tablo 26 . Örneklemi Oluşturan Hastaların Yakınlarına Ait Frekans ve Yüzde Sonuçları (N=49)

Sosyodemografik Özellikler	n	%
Cinsiyet	32	65.3
Kadın	17	34.7
Erkek		
Yaş		
15-30 yaş arası	13	26.5
31-40 yaş arası	11	22.4
41-50 yaş arası	9	18.4
51-60 yaş arası	11	22.4
61-70 yaş arası	5	10.2
Eğitim Durumu		
İlkokul	8	16.3
Ortaokul	4	8.2
Lise	14	28.6
Üniversite	23	46.9
Medeni Durum		
Evli	35	71.4
Bekar	10	20.4
Boşanmış	4	8.2
Yakınlık Derecesi		
Eşi	17	34.7
Anne-babası	4	8.2
Çocuğu	18	36.7
Halası veya dayısı	1	2.0
Komşusu veya arkadaşı	4	8.2
Kardeşi	3	6.1
Diğer	2	4.1
Meslek		
Ev hanımı	11	22.4
Emekli	8	16.3
Sanatçı	1	2.0
Turizmci	1	2.0
Doktor	1	2.0
Avukat	2	4.1
Mühendis	4	8.2
Serbest meslek	10	20.4
Muhasebe	3	6.1
Kaptan	1	2.0
Mimar	1	2.0
Öğrenci	3	6.1
Öğretmen	1	2.0
Memur	1	2.0
İşçi	1	2.0

Tablo 26 . Örnekleme Oluşturan Hastaların Yakınlarına Ait Frekans ve Yüzde Sonuçları (Devamı) (N=49)

Sosyodemografik Özellikler	n	%
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	17	34.7
Çalışmıyor	32	65.3
Çalışmama Nedenleri		
Ev hanımı olduğu için	8	25.0
Emekli olduğu için	14	43.8
Hastamla ilgilendiğim için	6	18.8
İşsizim	4	12.5
Hasta Bakımında Destek Alma Durumu		
Evet	35	71.4
Hayır	14	28.6
Ailede Daha Önce Kemoterapi Nedeniyle Saç Dökülme Öyküsü		
Evet	13	68.4
Hayır	6	31.6
Hastalarının Saç Dökülmesi Yaşayıp Yaşamadığı		
Evet	43	87.8
Hayır	6	12.2
Hastalarının Saç Dökülmesinden Etkilenme Durumu		
Olumsuz etkileniyor (üzülüyor, utanıyor)	30	69.8
Etkilenmedi	10	23.3
Başta kötü etkilenmesine rağmen sonra alıştı	3	7.0
Saç Dökülmesinin Geriye Dönümlü Bir Durum Olup Olmadığı		
Evet	45	91.8
Hayır	4	8.2
Hastalarının Saç Dökülmesine Bakışı (Problem, Eksiklik, Kusur)		
Evet	15	34.9
Hayır	28	65.1
Saç Dökülmesinin Psikolojik Destek Gerektirip Gerektirmediği		
Evet	26	53.1
Hayır	23	46.9
Saç Dökülmesine İlişkin Bilgi Verilip Verilmemesi Durumu		
Evet	42	85.7
Hayır	7	14.3

Tablo 26’da görüldüğü gibi araştırmanın çalışma grubunu oluşturan hastaların yakınlarının % 65.3’ü kadın, % 34.7’si erkektir. % 26.5’i 15-30 yaş arasında, % 22.4’ü 31-40 yaş arasında, % 18.4’ü 41-50 yaş arasında, %22.4’ü 51-60 yaş arasında, %10.2’si de 61-70 yaş arasındadır. Dağılımda en yüksek yüzdeye %26.5 ile 15-30 yaş arası grup sahip iken, en düşük yüzdeye ise %10.2 ile 61-70 yaş grubu sahiptir. %46.6 ile üniversite mezun grup en yüksek yüzdeye sahip iken en düşük yüzdeye %8.2 ile ortaokul mezunu grup sahiptir. Hastaların yakınlarının % 71.4’ü evli,

%22.4'ü ev hanımı ve %65.3'ü da herhangi bir işte çalışmamaktadır. Hastaların 34.7'si eşi ile birlikte tedaviye gelirken, % 8.2'si anne babası ile, % 36.7'si çocuğu ile kemoterapi almaya geldiği belirlenmiştir.

Hasta yakınlarının %71.4'ü hastalarına bakarken destek aldıklarını belirtmişken, % 28.6'sı herhangi bir destek almadıklarını, %22.9'u ise çocuğundan destek aldığını ifade etmiştir. %38.8'inin ailesinde daha önce kanser tanısı alan olduğu ve %44.4'ünün anne-babasının kanser tanısı aldığı belirlenmiştir. %68.4'ü daha önce tanı alan yakınlarının saç dökülmesi yaşadıklarını ifade ederken; mevcut hastalarının % 87.8'i saç dökülmesi problemi yaşarken, %12.2'si herhangi bir saç dökülmesi problemi yaşamadığını belirtmişlerdir. Hasta yakınlarına göre saç dökülmesinin kendi hastalarının %69.8'ini olumsuz etkilerken, %23.3'ünü etkilemediğini, %7'sini ise başta olumsuz etkilemişken daha sonra alıştığını belirtmişlerdir. Hasta yakınlarının %91.8'i saç dökülmesi durumunun geriye dönüşlü bir durum olduğunu düşünürken %8.2'si ise bu durumun geriye dönüşünün olmadığını düşünmektedirler. Hasta yakınlarının %34.9'u hastalarının saç dökülmesini problem olarak gördüğünü ifade ederken, %65.1'i problem olarak görmediğini belirtmişlerdir. Saç dökülmesi nedeniyle psikolojik destek alınması gerekir mi sorusunu %53.1'i gerekir derken %46.9'u gerekmediğini ifade etmişlerdir. Hasta yakınlarının %85.7'sine saç dökülmesi hakkında bilgi verilirken, %14.3'üne bilgi verilmediği belirlenmiştir.

6.4.2. Hasta Yakınlarının Sosyo-Demografik ve Hastalık/Sağlık İle İlgili Özellikleri İle Saç Dökülmesine İlişkin Algılarının Değerlendirilmesi

Tablo 27. Hasta Yakınlarının Sosyo-demografik ve Hastalık/Sağlık Özelliklerine Göre Saç Dökülmesine İlişkin Algıları

Sosyo-Demografik ve Hastalık/Sağlıkla İlgili Özellikler	Saç Dökülmesine İlişkin Algıları								
	Saç Dökülmesinin Psikolojik Destek Gerektirme Durumu		Hastalarının Saç Dökülmesini Problem, Eksiklik veya Kusur Olarak Görme Durumu		Hastalarının Saç Dökülmesinden Nasıl Etkilendiği			Hastalarının Saç Dökülmesi Yaşama Durumu	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Olumsuz Etkilendi	Etkilenmedi	Alıştı	Evet	Hayır
Cinsiyet									
Kadın	12(%24.5)	20 (%40.8)	8 (%18.6)	19 (%44.2)	19 (%44.2)	7 (%16.3)	1 (%2.3)	27(%55.1)	5(%10.2)
Erkek	14 (%28.6)	3 (%6.1)	7 (%16.3)	9(%20.9)	11 (%25.6)	3 (%7.0)	2 (%4.7)	16(%32.7)	1(%2.0)
X² p	8.968	p<0.05	0.882	p>0.05	1.340	p>0.05		0.981	p>0.05
Yaş									
15-30 yaş arası	7(%14.3)	6(%12.2)	3(%7.0)	10(%23.3)	10(%23.3)	3(%7.0)	--	13(%26.5)	--
31-40 yaş arası	7(%14.3)	4(%8.2)	4(%9.3)	4(%9.3)	5(%11.6)	2(%4.7)	1(%2.3)	8(%16.3)	3(%6.1)
41-50 yaş arası	5(%10.2)	4(%8.2)	3(%7.0)	5(%11.6)	6(%14.0)	--	2(%4.7)	8(%16.3)	1(%2.0)
51-60 yaş arası	5(%10.2)	6(%12.2)	4(%9.3)	6(%14.0)	6(%14.0)	4(%9.3)	--	10(%20.4)	1(%2.0)
61-70 yaş arası	2 (%4.1)	3(%6.1)	1(%2.3)	3(%7.0)	3(%7.0)	1(%2.3)	--	4(%8.2)	1(%2.0)
X² p	1.118	p>0.05	0.914	p>0.05	-----	-----		-----	-----

Tablo 27’de görüldüğü gibi hasta yakınlarının cinsiyetleri ile hastalarının saç dökülmesini problem olarak görme durumları, saç dökülmesinden etkilenme durumları ve saç dökülmesi yaşayıp yaşamadıkları sorularına vermiş oldukları cevaplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bununla birlikte cinsiyet ile saç dökülmesinin psikolojik destek gerektirme durumuna ilişkin vermiş oldukları cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (X²: 8.968; p<0.05). Hasta yakınlarının yaşlarına göre verilen cevaplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir

Tablo 27. Hasta Yakınlarının Sosyo-demografik ve Hastalık/Sağlık Özelliklerine Göre Saç Dökülmesine İlişkin Algıları (Devamı)

Sosyo-Demografik ve Hastalık/Sağlıkla İlgili Özellikler	Saç Dökülmesine İlişkin Algıları								
	Saç Dökülmesinin Psikolojik Destek Gerekltirme Durumu		Hastalarının Saç Dökülmesini Problem, Eksiklik veya Kusur Olarak Görme Durumu		Hastalarının Saç Dökülmesinden Nasıl Etkilendiği			Hastalarının Saç Dökülmesi Yaşama Durumu	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Olumsuz Etkilendi	Etkilenmedi	Alıştı	Evet	Hayır
Çalışma Durumu									
Çalışıyor	11(%22.4)	6 (%12.2)	5 (%11.6)	10 (%23.3)	12 (%27.9)	2 (%4.7)	1 (%2.3)	15(%30.6)	2(%4.1)
Çalışmıyor	15 (%30.6)	17 (%34.7)	10 (%23.3)	18(%41.9)	18 (%41.9)	8 (%18.6)	2 (%4.7)	28(%57.1)	4(%8.2)
X² p	1.417	p>0.05	0.024	p>0.05	1.324	p>0.05		0.006	p>0.05
Eğitim Durumu									
İlkokul	3(%6.1)	5(%10.2)	2(%4.7)	4(%9.3)	4 (%9.3)	2(%4.7)	--	6 (%12.2)	2(%4.1)
Ortaokul	2(%4.1)	2(%4.1)	2(%4.7)	2(%4.7)	2(%4.7)	2(%4.7)	--	4 (%8.2)	--
Lise	5(%10.2)	9(%18.4)	4(%9.3)	9(%11.6)	10(%23.3)	2(%4.7)	1(%2.3)	13(%26.5)	1(%2.0)
Üniversite	16(%32.7)	7(%14.3)	7(%16.3)	13(%30.2)	14(%32.6)	4(%9.3)	2(%4.7)	20(%40.8)	3(%6.1)
X² p	5.000	p>0.05	0.506	p>0.05	-----	-----		----	----

Tablo 27’de görüldüğü gibi eğitim durumu ve çalışma durumu ile verilen cevaplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 27. Hasta Yakınlarının Sosyo-demografik ve Hastalık/Sağlık Özelliklerine Göre Saç Dökülmesine İlişkin Algıları (Devamı)

Sosyo-Demografik ve Hastalık/Sağlıkla İlgili Özellikler	Saç Dökülmesine İlişkin Algıları								
	Saç Dökülmesinin Psikolojik Destek Gerektirme Durumu		Hastalarının Saç Dökülmesini Problem, Eksiklik veya Kusur Olarak Görme Durumu		Hastalarının Saç Dökülmesinden Nasıl Etkilendiği			Hastalarının Saç Dökülmesi Yaşama Durumu	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Olumsuz Etkilendi	Etkilenmedi	Alıştı	Evet	Hayır
Medeni Durum									
Evli	19(%38.8)	16 (%32.7)	12	19	21 (%48.8)	7 (%16.3)	3 (%2.3)	31(%63.3)	4(%8.2)
Bekar	6 (%12.2)	4 (%8.2)	(%27.9)	(%44.2)	7 (%16.3)	2 (%4.7)	--	9(%18.4)	1(%2.0)
Boşanmış	1 (%2.0)	3 (%6.1)	3 (%7.0)	6(%14.0)	2(%4.7)	1(%2.3)	--	3(%6.1)	1(%2.0)
			---	3(%7.0)					
X² p	1.479	p>0.05	----	----	----	----	----	0.674	p>0.05
Saç Dökülmesine İlişkin Bilgi Alma Durumu									
Evli	22(%44.9)	20 (%40.8)	14 (%32.6)	25(%58.1)	27 (%44.2)	9 (%16.3)	3 (%2.3)	39(%79.6)	3(%10.2)
Hayır	4 (%8.2)	3 (%6.1)	1 (%2.3)	3(%7.0)	3(%25.6)	1 (%7.0)	--	4(%8.2)	3(%6.1)
X² p	0.055	p>0.05	0.190	p>0.05	----	----	----	7.122	p<0.05

Medeni durum ile verilen cevaplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca tablolarda gösterilmemiş olan hastaya yakınlık derecesi ve daha önceki saç dökülme deneyimi ile de cevaplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Hasta yakınlarının saç dökülmesi ile ilgili bilgi alma durumu ile saç dökülmesinin psikolojik destek gerektirip gerektirmediği, hastalarının saç dökülmesini problem olarak görme durumları ve saç dökülmesinden etkilenme durumlarına vermiş oldukları cevaplar arasında anlamlı bir fark saptanmazken; saç dökülmesi yaşayıp yaşamadıkları sorularına vermiş oldukları cevap arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$)

Tablo 28. Hasta Yakınlarının Hastalarının Saç Dökülmesi Yaşayıp Yaşamadığına Yönelik Algıları İle Hastaların Saç Dökülmesi Durumlarına İlişkin Algılarının Karşılaştırılması

Hasta Yakınının Hastasının Saç Dökülmesi Yaşayıp Yaşamadığı İlişkin Algısı	Hastaların Saç Dökülmesi Durumlarına İlişkin Algıları		
	gözle açıkça görülebilir	hafif (gözle belli belirsiz görülebilir)	gözle görülemez
Evet	37 (%75.5)	4 (%8.2)	2 (%4.1)
Hayır	2 (%4.1)	2 (%4.1)	2 (%4.1)
Toplam	39 (%79.6)	6 (%12.2)	4 (%8.2)
X²	9.431		
p	<0.05		

Hastaların saç dökülmesine ilişkin algıları ile hasta yakınlarının algıları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Araştırma kapsamına saç dökülmesi yaşayan hastalar alınmış olmasına rağmen altı hasta yakını hastasının saç dökülmesi yaşamadığını; gözle açıkça görülebilir düzeyde saç dökülmesi yaşamakta olan iki hastanın yakını hastasının saç dökülmesi yaşamadığını ifade ettiği belirlenmiştir.

6.4.3. Hasta Yakınlarının Saç Dökülmesine İlişkin Algıları İle Hastaların KBAYKÖ, Beck Depresyon Ölçeği ve Beden İmajı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Bu bölümde hasta yakınlarının hastalarının saç dökülmesine ilişkin algıları ile hastalarının KBAYKÖ, Beck Depresyon Ölçeği ve Beden İmajı Ölçek puanlarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

Tablo 29. Hasta Yakınlarının Hastalarının Saç Dökülmelerine İlişkin Verdikleri Cevaplarla, Hastaların KBAYKÖ, Beck Depresyon Ölçeği ve Beden İmajı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

HASTA YAKINI CEVAPLARI	HASTA		
	KBAYKÖ Genel Toplam	BECK Depresyon Ölçeği	Beden İmajı Ölçeği
Hastalarının Saç Dökülmesinden Nasıl Etkilendiği Olumsuz etkiliyor (üzülüyor, utanıyor) (n:30) Etkilemedi (n:13)	65.23±12.66 73.92±13.71 t=0.289 p<0.05	13.27±8.32 9.08±6.33 t=0.827 p>0.05	133.63±32.80 141.46±22.82 t=2.487 p>0.05
Hastalarının Saç Dökülmesini Problem, Eksiklik veya Kusur Olarak Görme Durumu Evet (n:15) Hayır (n:28)	60.93±14.71 71.57±11.31 t=2.644 p<0.05	14.33±7.69 10.75±7.92 t=1.428 p>0.05	123.20±33.93 142.86±25.90 t=2.126 p<0.05
Saç Dökülmesinin Psikolojik Destek Gerektirme Durumu Evet Hayır	65.62±14.01 69.65±13.38 t=1.028 p>0.05	12.50±7.54 11.39±8.04 t=0.498 p>0.05	138.92±28.94 133.43±32.84 t=0.622 p>0.05

Tablo 29’da hasta yakınlarının hastalarının saç dökülmesinden nasıl etkilendiği sorusuna verdikleri cevaplarla, hastaların KBAYKÖ, Beck Depresyon Ölçeği ve Beden İmajı Ölçek puanları karşılaştırılmıştır. Hasta yakınları tarafından saç dökülmesinden etkilendiği ifade edilen hastaların KBAYKÖ genel puanları etkilenmediği ifade edilenlerden daha düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). İstatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte, Beck Depresyon Ölçek puanlarının daha yüksek ve Beden İmajı Ölçeği puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır.

Hasta yakınlarının saç dökülmesini hastanız problem, eksiklik veya kusur olarak görüyor mu sorusuna verdikleri cevaplarla, hastaların KBAYKÖ, Beck Depresyon Ölçeği ve Beden İmajı Ölçek puanlarının karşılaştırılmıştır. Saç dökülmesini problem olarak gördüğü ifade edilen hastalar ile problem olarak görmediği ifade edilen hastaların KBAYKÖ genel toplam ve Beden İmajı Ölçek puanları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Saç dökülmesinin psikolojik destek gerektirip gerektirmediği sorusuna verilen cevaplarla hastaların üç ölçekten de almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

6. 5. Hemşire/ Sağlık Memur Bilgi Formu ve Alopesi Yönetim Ölçeği Puanlarına Ait Sonuçlar

Bu bölümde örnekleme oluşturan hemşire ve sağlık memurlarının sosyodemografik ve hastalık/sağlık ile ilgili özellikleri ve AYÖ'nin puanlarına ilişkin sonuçlara yer verilmiştir.

6.5.1. Örneklemi Oluşturan Hemşirelerin “Hemşire/Sağlık Memuru Tanılama Formundan Elde Edilen Verilere Ait Frekans ve Yüzde Sonuçları

Tablo 30. Hemşire/ Sağlık Memurlarının Sosyodemografik ve Hastalık/Sağlık İle İlgili Özellikleri (N=75)

Sosyodemografik Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	65	86.7
Erkek	10	13.3
Yaş		
19-24 yaş arası	29	38.7
25-29 yaş arası	27	36.0
30-34 yaş arası	13	17.3
35 ve üzeri	6	8.0
Eğitim Durumu		
Lisans Mezunu	47	62.7
Ön Lisans Mezunu	3	4.0
Lise Mezunu	25	33.3
Medeni Durum		
Evli	21	28.0
Bekar	54	72.0
Hastane		
A	19	25.3
B	16	21.3
C	40	53.3
Çalışılan Bölüm		
Kemoterapi Ünitesi	12	16.0
Onkoloji Servisi	50	66.7
Kemik İliği Trans	8	10.7
Onkoloji Hemşiresi	5	6.7
Çalışma Süresi		
0-altı ay arası	25	33.3
Altı ay-bir yıl arası	11	14.7
Bir yıl-üç yıl arası	25	33.3
Üç yıl-beş yıl arası	10	13.3
Beş yıl ve üzeri	4	5.3

Tablo 30. Hemşire/ Sağlık Memurlarının Sosyodemografik ve Hastalık/Sağlık İle İlgili Özellikleri (Devamı)

Sosyodemografik Özellikler	n	%
Hizmet içi Eğitim Alıp Almama Durumu		
Evet	44	58.7
Hayır	31	41.3
Sertifikalı Eğitim Alıp Almama Durumu		
Evet	38	50.7
Hayır	37	49.3
Alınan Sertifikalı Eğitimler		
Kemoterapi Hemşireliği Kursu	10	26.3
Onkoloji Hemşireliği Kursu	28	73.7
Çevresinde/Yakınında Saç Dökülmesi Yaşayıp Yaşamama Durumu		
Evet	24	32.0
Hayır	51	68.0
Saç Dökülmesi Yaşayanların Yakınlık Derecesi		
Annesi	2	2.7
Hastası	7	9.3
Eşim-nişanlım	2	2.7
Kuzenim	2	2.7
Yengem-eniştem	1	1.3
Dayım-amcam	4	5.3
Kendim	1	1.3
Kayınpederim	1	1.3
Komşum	2	2.7
Kardeşim	2	2.7
Bölümünde saç dökülmesine yönelik uygulama yapılıp yapılmaması		
Evet	19	25.3
Hayır	56	74.7
Yapılan Uygulama		
Yardımcı araç kullanımını önerme (peruk,eşarp)	7	36.8
Psikolojik destek	4	21.1
Saçların kestirilmesi	3	15.8
Peruk temini, destek grup toplantıları	5	26.3

Tablo 30’da görüldüğü gibi araştırmanın örneklem grubunu oluşturan hemşire/sağlık memurlarının % 86.7’si kadın, % 53.3’ü de C Hastanesinde çalışmakta ve % 38.7’si 19-24 yaş arasındadır. % 62.7’si lisans mezunu ve % 72’si bekarıdır.

Araştırmaya katılan sağlık görevlilerinin %16'sı kemoterapi ünitesinde çalışırken, %66.7'si onkoloji servisinde, % 10.7'si kemik iliği transplantasyon ünitesinde, %6.7'si de onkoloji hemşiresidir. Çoğunluğunun (%33.3) çalıştıkları servis/bölümde 0 ila 6 aydır çalışıyor oldukları, %13.3'ünün ise beş yıl ve üzerinde çalışmakta oldukları görülmektedir. %58.7'si semptom yönetimi konusunda hizmet içi eğitimi almış iken, %41.3'ü herhangi bir eğitim almamıştır. Tabloda görüldüğü gibi sağlık görevlilerinin %50.7'si kemoterapi yönetimi konusunda eğitim almış iken, %49.3'ü eğitim almamıştır. Sağlık görevlilerinin %32'sinin yakınından birisi veya çevresinden birisi kemoterapi nedeni ile saç dökülmesi yaşamışken, %68'inin çevresinde veya yakınlarında kemoterapiye bağlı saç dökülmesi yaşamamışlardır. Araştırmanın örneklem grubunu oluşturan sağlık memuru ve hemşirelerin %9.3'ü bu soruya hastasının saç dökülmesi yaşadığı şeklinde cevap vermişlerdir.

Hemşire/ sağlık memurlarının %74.7'si kemoterapiye bağlı alopesiye yönelik çalıştıkları bölümde herhangi bir uygulama yapılmadığını ifade ederken, uygulama yapıldığını söyleyenlerin %36.8'i yardımcı araç kullanımını önerdiklerini ifade etmişlerdir.

6.5.2. Alopesi Yönetim Ölçeği (AYÖ) Puanlarına Ait Sonuçlar:

Bu bölümde alopesi Yönetim ölçeği ile hemşire/sağlık personeli bilgi formundaki bazı değişkenler arasındaki karşılaştırmalara ait sonuçlara ve alt boyutlara ait verilen yanıtların % ve frekans dağılımlarına yer verilmiştir.

AYÖ'nin Normalliğinin Test Edilmesi:

Karşılaştırma işlemleri yapılmadan önce AYÖ genel toplam puanlarının normal dağılım özelliği sergileyip sergilemediğini test etmek için "Kolmogorov-Smirnov Testi" tekniği uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlar tablo 31'de verilmiştir.

Tablo 31. AYÖ Genel Toplam Puanlarına Ait Normalite Testi Sonuçları

Değişken		Kolmogorov Smirnov		
Alopesi Yönetim Ölçeği Genel Toplam Puanları		Değer	Sd	p
		1.152	75	0.141

Tablo 31’de görüldüğü gibi AYÖ genel toplam puanları normal dağılım özelliği sergilediğinden dolayı ($p>0.05$ ’den) yapılan tüm istatistiksel işlemlerde (karşılaştırma testlerinde) parametrik teknikler kullanılmıştır. Karşılaştırma işlemleri yapılmadan önce AYÖ Alopesi Algısı Boyutu toplam puanlarının normal dağılım özelliği sergileyip sergilemediğini test etmek için “Kolmogorov-Smirnov Testi” tekniği uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlar tablo 32’de verilmiştir.

Tablo 32. AYÖ Alopesi Algısı Boyutu Toplam Puanlarına Ait Normalite Testi Sonuçları

Değişken			Kolmogorov Smirnov		
Alopesi Yönetim Ölçeği Alopesi Algısı Boyutu			Değer	d	p
			1.29	5	0.07

Tablo 32’de görüldüğü gibi AYÖ Alopesi Algısı Boyutu toplam puanları normal dağılım özelliği sergilediğinden dolayı ($p>0.05$ ’den) yapılan tüm istatistiksel işlemlerde (karşılaştırma testlerinde) parametrik teknikler kullanılmıştır.

Karşılaştırma işlemleri yapılmadan önce AYÖ Alopesi Yönetim Boyutu toplam puanlarının normal dağılım özelliği sergileyip sergilemediğini test etmek için “Kolmogorov-Smirnov Testi” tekniği uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlar tablo 33’de verilmiştir.

Tablo 33. AYÖ Alopesi Yönetim Boyutu Toplam Puanlarına Ait Normalite Testi Sonuçları

Değişken			Kolmogorov Smirnov		
Alopesi Yönetim Ölçeği Alopesi Yönetim Boyutu			Değer	d	p
			1.04	5	0.222

Tablo 33’de görüldüğü gibi AYÖ Alopesi Yönetim Boyutu puanları normal dağılım özelliği sergilediğinden dolayı ($p>0.05$ ’den) yapılan tüm istatistiksel işlemlerde (karşılaştırma testlerinde) parametrik teknikler kullanılmıştır.

Tablo 34. Hemşire ve Sağlık Memurlarının Sosyodemografik ve Hastalık/Sağlık İle İlgili Özellikleri, Bu Özellikler İle AYÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Özellikler	AYÖ		
	Genel Puan $\bar{X} \pm SS$	Alopesi Algısı Boyutu $\bar{X} \pm SS$	Alopesi Yönetimi Boyutu $\bar{X} \pm SS$
Cinsiyet			
Kadın	58.61± 6.47	17.04±2.341	41.56±5.01
Erkek	55.90±4.62	15.40±2.87	40.50±2.75
	t=1.27 p>0.05	t=2.003 p<0.04	t=0.657 p>0.05
Yaş			
19-24 yaş arası (n:29)	57.31±5.54	16.62±2.45	40.68±4.06
25-29 yaş arası(n:27)	60.40±6.53	17.03±2.31	43.37±5.09
30 yaş ve üzeri(n:19)	56.63±6.52	16.84±2.79	39.78±4.60
	F: 2.64 p>0.05	F: 0.195 p>0.05	F: 4.001 p<0.05
Eğitim Durumu			
Lisans Mezunu (n:50)	58.66±6.12	17.12±2.27	41.54±4.73
Lise Mezunu (n:25)	57.44±6.68	16.24±2.77	41.20±4.93
	t=0.788 p>0.05	t=1.46 p>0.05	t=0.289 p>0.05
Medeni Durum			
Evli	58.71±6.83	16.76±2.71	41.95±5.17
Bekar	58.07±6.13	16.85±2.39	41.22±4.64
	t=0.393 p>0.05	t=0.141 p>0.05	t=0.592 p>0.05
Hastane			
A	59.12±6.34	17.00±2.55	42.12±4.52
B	56.31±6.76	16.18±2.40	40.12±5.48
C	58.05±5.72	17.00±2.38	41.05±4.63
	F: 1.156 p>0.05	F: 0.676 p>0.05	F: 1.084 p>0.05

Tablo 34. Hemşire ve Sağlık Memurlarının Sosyodemografik ve Hastalık/Sağlık İle İlgili Özellikleri, Bu Özellikler İle AYÖ Puanlarının Karşılaştırılması (Devamı)

Özellikler	AYÖ		
	Genel Puan $\bar{X} \pm SS$	Alopesi Algısı Boyutu $\bar{X} \pm SS$	Alopesi Yönetimi Boyutu $\bar{X} \pm SS$
Çalışılan Bölüm			
Kemoterapi Ünitesi	56.16±6.14	16.83±2.32	39.33±4.39
Onkoloji Servisi	58.74±6.61	16.66±2.52	42.08±5.00
Kemik İliği Trans	56.75±5.4	16.62±2.72	40.12±4.25
Onkoloji Hemşiresi	60.80±3.70	18.80±1.09	42.00±2.82
	F: 0.961 p>0.05	F: 1.167 p>0.05	F: 1.321 p>0.05
Çalışma Süresi			
0-bir yıl arası (n: 36)	58.69±6.46	16.94±2.46	41.75±5.03
Bir yıl ve üzeri (n:39)	57.84±6.20	16.71±2.50	41.12±4.56
	t=0.580 p>0.05	t=0.395 p>0.05	t=0.561 p>0.05
Hizmet içi Eğitim Alıp Almama Durumu			
Evet	59.43±6.34	17.38±2.05	42.04±4.90
Hayır	56.58±5.94	16.03±2.79	40.54±4.50
	t=1.96 p<0.05*	t=2.41 p<0.01**	t=1.34 p>0.05
Sertifikalı Eğitim Alıp Almama Durumu			
Evet	59.21±5.91	17.00±2.62	42.21±4.27
Hayır	57.27±6.61	16.64±2.32	40.62±5.17
	t=1.34 p>0.05	t=0.614 p>0.05	t=1.452 p>0.05
Çevresinde/Yakınında Saç Dökülmesi Yaşayıp Yaşamama Durumu			
Evet	59.83±5.80	17.62±2.41	42.20±4.29
Hayır	57.50±6.44	16.45±2.42	41.05±4.98
	t=1.50 p>0.05	t=1.958 p<0.05*	t=0.972 p>0.05
Bölümünde saç dökülmesine yönelik uygulama yapıp yapılmaması			
Evet	59.42±6.47	16.73±2.88	42.68±4.38
Hayır	57.85±6.25	16.85±2.33	41.00±4.86
	t=0.93 p>0.05	t=0.182 p>0.05	t=1.336 p>0.05

*p<0.05

**p<0.01

Tablo 34'de görüldüğü gibi bayan hemşire/sağlık memurları AYÖ genel puanları ve Alopesi Yönetim Boyut puanı ortalaması ile erkek hemşire/sağlık memurlarının

AYÖ genel puanları ve Alopesi Yönetim Boyut puanı ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bayanların AYÖ Alopesi Algısı Boyutu puanı ortalaması 17.04, erkeklerin AYÖ Alopesi Algısı Boyutu puan ortalaması ise 15.40'dır ve puanlar arasında anlamlı şekilde farklılık görülmektedir ($t=-2.003$; $p<0.05$).

Araştırmaya katılan hemşire/sağlık memurlarının AYÖ Alopesi Yönetim Boyutu puanları yaşlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir. ($F=4.001$; $p<0.05$). Bu farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu test etmek için Scheffe testinden yararlanılmıştır. Test sonucunda 25-29 yaş arasındaki hemşire/sağlık memurlarının AYÖ Alopesi Yönetim Boyutu puanları, yaşları 30 yaş ve üzerinde olan hemşirelerin AYÖ Alopesi Yönetim Boyutu puanlarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu farklılık $p<0.05$ düzeyinde anlamlıdır.

Tabloda görüldüğü gibi eğitim durumu, medeni durum, çalışılan hastane, çalışma süresi, çalışılan bölüm ve çalışılan bölümde saç dökülmesine yönelik uygulama yapılıp yapılmaması açısından AYÖ genel puan ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 34'de görüldüğü gibi hizmet içi eğitim alan hemşirelerin AYÖ puan genel toplam ortalaması 59.43, hizmet içi eğitim almamış hemşirelerin AYÖ puan ortalaması ise 72.78'dir. Hizmet içi eğitimi alıp almama durumu değişkenine ilişkin olarak yapılan bağımsız grup t-testi sonucunda hizmet içi eğitimi alan hemşirelerin AYÖ genel toplam puanları, hizmet içi eğitimi almayan hemşirelerin puanlarından anlamlı şekilde farklılık göstermektedir ($t=-1.96$; $p<0.05$). Hizmet içi eğitim alan hemşirelerin AYÖ Alopesi Yönetim Boyutu puanları, hizmet içi eğitim almayanların puanlarından farklılık göstermezken; Alopesi Algısı Boyutu puanları, hizmet içi eğitimi almayan hemşirelerin puanlarından anlamlı şekilde farklılık göstermektedir ($t=-2.41$; $p<0.01$). Sertifikalı eğitim alan ve almayanlar arasında AYÖ genel puan ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çevrelerinde/yakınlarında kemoterapiye bağlı saç dökülmesi yaşayan hemşire/sağlık memurlarının AYÖ genel puanları ve Alopesi Yönetim Boyut puanı ile çevrelerinde/yakınlarında kemoterapiye bağlı saç dökülmesi

yaşamayan hemşire/sağlık memurlarının AYÖ genel puanları ve Alopesi Yönetim Boyut puanı arasında anlamlı bir fark bulunmazken; Alopesi Algısı Boyutu puanları arasında anlamlı şekilde farklılık olduğu saptanmıştır($t=-1.958$; $p<0.05$).

Tablo 35. AYÖ Alt Boyutlarına Ait Maddelere İlişkin Verilen Cevapların Frekansları ve % Dağılımları

Madde No	Alopesi Algısı Boyutu	Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum	
		n	%	n	%	n	%
1	Alopesi kemoterapi tedavisinin travmatik bir yan etkisidir	65	86.7	3	4.0	7	9.3
3	Kişiler alopesiyi kanserle ilişkilendirir	65	86.7	6	8.0	4	5.3
4	Alopesinin kişilerin beden imajı ve benlik saygısı üzerinde önemli bir etkisi vardır	71	94.7	3	4.0	1	1.3
5	Hastaların saçlarını kaybetme korkuları kemoterapiyi reddetmelerine neden olabilir	46	61.4	20	26.7	9	12.0
Madde No	Alopesi Yönetimi Boyutu	Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum	
		n	%	n	%	n	%
2	Kemoterapi yan etkilerinin yönetiminde alopesi önemli derecede önceliğe sahiptir	59	78.7	3	4.0	13	17.3
6	Hemşireler alopesi yönetiminde anahtar rolde dirler	57	76.0	12	16.0	6	8.0
7	Öncelik alopesinin önlenmesi olmalıdır	20	26.7	20	26.7	35	46.7
8	Alopesi kontrolüne hasta ailelerinin katılımı önemlidir.	70	93.3	3	4.0	2	2.7
9	Kişilere peruk takacakları zamanı söylemek zordur	39	52.0	15	20.0	21	28.0
10	Alopesi kontrol altına alınabilir.	24	32.0	26	34.7	25	33.3
11	Alopesinin kontrolüne yönelik oldukça az bilgi bulunmaktadır	52	69.3	18	24.0	5	6.7
12	Hastaların saç kaybına alışmalarına yardımcı olmak zordur	56	74.6	7	9.3	12	16.0
13	Kadınların erkeklerden daha fazla alopesi bilgisi ve desteğine ihtiyaçları vardır.	68	90.7	5	6.7	2	2.7
14	Peruklar alopesi kontrolünde yararlı araçlardır	69	92.0	----	----	6	8.0
15	Alopesi kontrolünde lider hastadır.	59	78.7	8	10.7	8	10.7

Alopesi Algısı alt boyutuna ait tüm maddelerde hemşirelerin uzlaşı içinde olduğu (>%60) saptanırken, Alopesi Yönetimi alt boyutlarındaki “öncelik alopesinin önlenmesi olmalıdır” (%26.7), “kişilere peruk takacakları zamanı söylemek zordur” (%52) ve “alopesi kontrol altına alınabilir” (%32) maddelerine vermiş oldukları yanıtlar doğrultusunda uzlaşı içinde olmadıkları belirlenmiştir.

7. TARTIŞMA

Bu bölümde KBAYKÖ ve AYÖ'nün geçerlilik ve güvenilirliği, sosyo-demografik ve hastalık/sağlık özelliklerine göre yaşam kalitesi, hasta yakınlarının sosyodemografik özellikleri ve hastalık/sağlık özelliklerine göre alopesi algıları ve hemşire/sağlık memurlarının sosyo-demografik ve hastalık/sağlık özelliklerine göre alopesi algıları ve alopesi yönetimine ilişkin tutumları bulgulara paralel olarak tartışılmıştır.

7.1. KBAYKÖ'nin Geçerlilik ve Güvenilirliği

7.1.1 KBAYKÖ'nin Geçerliliği

Geçerlilik, bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği doğru ölçebilme derecesinin göstergesidir. Bir ölçek, ölçmeyi amaçladığı bir özelliği başka bir özellikle karıştırmadan doğru olarak ölçebiliyorsa o derece geçerlidir. Ölçtüğü şeyle ilgili olan ve ölçtüğü şeyi tutarlı olarak ölçen bir ölçek geçerlidir (Tavşancıl 2002).

Ölçeğin geçerliliği kapsam geçerliliği, yapısal geçerlilik ve ölçüt geçerliliği ile incelenmiştir.

Kapsam geçerliliği:

İçerik geçerliliği ölçeğin, bütününe ve alt boyutlarının ölçülmek istenen alanı ölçüp ölçmediğini ve ölçülecek alan dışında farklı kavramları barındırıp barındırmadığını değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır. Her bir madde için gerekli, gereksiz ve yararlı ancak yetersiz şekilde derecelendirme yapılarak hazırlanmış uzman değerlendirme formu ile uzman görüşleri alınmakta ve değerlendirilmektedir. Lawshe tekniği kapsam geçerliliğinde sık kullanılan değerlendirme yöntemlerinden biridir (Gözüm ve Aksayan 2003).

Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarının ilk aşamasında kapsam geçerliliğine bakılmıştır. Bu bağlamda uzmanların görüşlerine başvurularak ölçekte

yer alan maddelerin uygunluluk/geçerlilik düzeyleri tespit edilmiştir. Oluşturulan taslak ölçek, kapsam geçerliliğinin yapılması için 9 uzmana gönderilmiştir. Gerekli, gereksiz ve yetersiz şeklinde üçlü likert tipinde dereceleme ölçütü kullanılmıştır. Uzman görüşleri doğrultusunda KGO oranları hesaplanmış ve geçerlilik oranları 0.75'nin altında kalan 4 madde ölçekten çıkarılmıştır. 24 maddeden oluşan taslak ölçek toplam 20 hastaya uygulanmış ve anlaşılmayan ifadeler tekrar düzenlenmiştir.

Yapı Geçerliliği:

Ölçeğin yapı geçerliliğini belirlemek amacıyla faktör analizi yapılmadan önce, dağılımın faktör analizi için yeterli olup olmadığını test etmek için Kaiser Meyer Olkin (KMO) değerine bakılmıştır. KMO test sonucunun faktör analizi yapılabilmesi için 0.50'den büyük olması gerekmektedir. KMO değeri; 0.90-1.00 olduğunda mükemmel, 0.80-0.89 arası olduğunda çok iyi, 0.70-0.79 arasında olduğunda iyi, 0.60-0.69 arasında olduğunda orta, 0.50-0.59 arasında zayıf, 0.50'nin altında olduğunda kabul edilemez olarak değerlendirilmektedir (Özdamar 2002, Şencan 2005, Tavşançıl 2006, Büyüköztürk 2008). Barlett testi "korelasyon matrisi birim matrise eşittir" hipotezini test etmektedir. Hipotezin reddedilmesi değişkenler arasında korelasyonun 1.00'dan farklı olduğu anlamına gelmekte ve ölçüm yaptığımız değişkenin evren parametresinde çok değişkenli olduğunu göstermektedir. Bu iki bulgu faktör analizi yapabilmek için araştırmada kullanılan örneklem büyüklüğünün yeterli, verilerin ise uygun olduğunu göstermektedir (Şencan 2005, Tavşançıl 2006, Büyüköztürk 2008). Bu çalışmada Kaiser Meyer Olkin (KMO) değeri 0.839 bulunmuştur. Dolayısıyla bu çalışmadaki KMO değerinin çok iyi düzeyde olduğu söylenebilir. Barlett testi sonucu da 1374,948 ($p < 0.05$) olarak tespit edilmiştir (Tablo 3).

Çalışmanın ikinci aşamasında, ölçeğin yapı geçerliliğini belirlemek amacıyla faktör analizi uygulanmış ve Varimax Döndürme (Rotation) metodu kullanılmıştır. Bu araştırmada, faktör sayısına her hangi bir sınırlama getirilmemiş ve öz değeri (eigen value) 2.00'dan büyük olan faktörler ölçeğe alınmıştır. Öz değer, hem faktörlerce açıklanan varyansı hesaplamada hem de önemli faktör sayısına karar vermede dikkate alınan bir katsayıdır (Akgül ve Çevik 2003). Bu çalışmada

açıklanan toplam varyans miktarı % 54.804 olarak belirlenmiştir (Tablo 4). Davranış bilimlerinde faktör analizi, ölçekte yer alan maddelerin hangi yapı ya da yapıları ölçtüğünü ortaya çıkarmak amacıyla uygulanmaktadır. Bu yapılar ölçeğin faktörleri olarak tanımlanmaktadır (Hovardaoğlu 2000). Faktör yük değeri maddelerin alt boyutlarla olan ilişkisini açıklayan bir katsayıdır. Faktör analizi, maddelerin birbiriyle korelasyonlarına dayanmakta ve bu korelasyondan yararlanarak faktör yükleri hesaplanmaktadır. Madde seçimi yapılırken faktör analizi sonuçlarına göre ortaya çıkan boyutlar incelenmektedir. Bir maddenin hangi boyuta ait olduğunu belirlemek için o maddeye ait faktör yüküne bakılmaktadır (Hovardaoğlu 2000). Faktör analizi sonucunda, bazı maddeler birden çok faktöre yüksek yük değeri verebilmektedir. Bu tip maddeler “kompleks” maddelerdir. Literatürde faktör örüntüsünün oluşturulmasında 0.30 ile 0.40 arasında değişen faktör yüklerinin alt kesme noktası olarak alınabileceği belirtilmektedir (Akgül ve Çevik 2003). Bu araştırmada alt kesme noktası olarak 0.30 kabul edilmiştir. Faktör analizinin ilk sonuçları incelendiğinde, faktör yük değerinin 0.30’ın altında kaldığı ya da her iki faktörde de yüksek yük değerine sahip oldukları gözlenen beş madde (madde 5, madde 13, madde 22, madde 23, madde 24) ölçekten çıkarılarak faktör analizi tekrar edilmiştir. Birinci boyutta yer alan maddelerin faktör yükleri 0.834 ile 0.302 arasında değişirken, ikinci boyutta yer alan maddelerin faktör yükleri ise 0.859 ile 0.496 arasında, üçüncü boyutta yer alan maddelerin faktör yükleri ise 0.871 ile 0.602 arasında değişmektedir (Tablo 5).

Uyum Geçerliliği

Geliştirilen bir ölçme aracının ölçüt-uyum geçerliği için, kavramsal olarak ilgili olduğu düşünülen, önceden geliştirilmiş ve geçerliği saptanmış benzer bir ölçek ile geliştirilen ölçek arasındaki ilişki (korelasyon) hesaplanmaktadır. Korelasyon katsayısının mutlak değer olarak 0.70 – 1.00 arasında olması yüksek, 0.70 -0.30 arasında olması orta; 0.30-0.00 arasında olması ise düşük düzeyde bir ilişki olarak tanımlanabilir (Büyüköztürk 2008). Çalışmamızda KBAYKÖ ile Beck Depresyon Ölçeği, Beden İmajı Ölçeği ve SF 36 arasındaki ilişki pearson korelasyonu ile değerlendirilmiştir. Beck Depresyon Ölçeği ve KBAYKÖ’nin toplam puanı arasında orta düzeyde, ileri derecede anlamlı negatif doğrusal bir ilişki olduğu ve geçerlilik

katsayılarının -0.52 olduğu; Beden İmajı Ölçeği ile KBAYKÖ'nin toplam puanı arasında pozitif doğrusal, orta düzeyde ve ileri derecede anlamlı bir ilişki olduğu ve geçerlilik katsayılarının 0.43 olduğu; SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları ile KBAYKÖ'nin toplam puanları arasında pozitif doğrusal, orta-düşük düzeyde ve ileri derecede anlamlı ilişki olduğu ve geçerlilik katsayılarının 0.20 ile 0.40 arasında değiştiği saptanmıştır (Tablo 7). Her iki ölçek arasındaki ilişkinin anlamlı fakat düşük düzeyde olmasının nedeni KBAYKÖ'nin SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne oranla daha spesifik bir ölçek olmasıyla açıklanabilir. Araştırmacılar tarafından alopesi için spesifik bir yaşam kalitesi ölçeği olmadığı ve hafif düzeydeki yan etkilerin ölçülmesinde genel ölçeklerin yeteri kadar hassas olmadığı vurgulanmaktadır. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile genel popülasyon için ölçüm sağlanabileceği bununla birlikte alopesinin etkilerine spesifik soruları barındırmadığı ifade edilmektedir (Hesketh et al 2004, Bernard et al 2010)

7.1.2. KBAYKÖ'nin Güvenilirliği

İç Tutarlılık

Güvenilirlik çalışması öncesinde, puanların normal dağılıma ne kadar uyup uymadığını test etmek için non-parametrik testlerden “Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği Testi” uygulanmıştır.

Madde analizi; madde istatistiklerinin hesaplanması, doğrudan teste konulabilecek maddelerin seçilmesi, düzeltilerek teste konulabilecek maddelerin belirlenmesi ve bu maddeler üzerinde yapılacak düzeltme çalışmalarının ne doğrultuda olacağını saptanması, teste konulması mümkün olmayan maddelerin ayıklanması amacıyla yapılmaktadır (Baykul, 2000).

Bu çalışmada madde analizi işlemleri olarak; madde toplam (item-total), madde kalan (item-remainder) ve madde ayırt edicilik indeksleri ayrı ayrı hesaplanmıştır.

Madde toplam korelasyonu, test maddelerinin alınan puanlar ile testin toplam puanı arasındaki ilişkiyi açıklamaktadır. Madde toplam korelasyonunun pozitif ve yüksek olması, maddelerin benzer davranışları örneklediğini göstermekte ve testin iç tutarlılığının yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Likert tipi derecelendirme ölçeklerinin kullanıldığı bir testte madde toplam korelasyonu, Pearson Momentler korelasyon katsayısı ile hesaplanmaktadır (Tavşancıl 2002). Madde korelasyon katsayısı güvenilirlik için 0.20'nin altında olmamalıdır (Gözüm ve Aksayan 2003). Madde kalan korelasyonu ise ele alınan maddenin kendisi hariç diğer maddelerden elde edilen toplam puanla ilişkisidir. Madde toplamdan elde edilen ilişki katsayısı, madde kalandan elde edilen ilişki katsayısından daha yüksek olacaktır. Madde ayırt edicilik ise; ölçekten alınan toplam puanlara göre, grubu en yüksek puandan en düşük puana doğru sıralandığında uç grupların (üst-grup, alt-grup) her bir maddeye verdikleri puan ortalamalarının karşılaştırılmasıdır. Testin toplam puanlarına göre oluşturulan alt-grup (% 27'lik alt kısım) ile üst grubun (% 27'lik üst kısım) madde ortalamaları arasındaki fark, bağımsız grup t-testi ile karşılaştırılmaktadır (Tavşancıl 2002).

Bu çalışmada KBAYKÖ'nin Genel Yaşama Olan Yansımaları Boyutunda yer alan maddeler için madde-toplam korelasyonlarının 0.47 ile 0.82 arasında değiştiği; madde-kalan korelasyon katsayılarının ise 0.33 ile 0.76 arasında değiştiği gözlenmiştir. İç dünyaya olumsuz yansımaları boyutunda yer alan maddelerin madde-toplam korelasyonları 0.54 ile 0.82 arasında; madde-kalan korelasyon katsayıları ise 0.35 ile 0.70 arasında değişmektedir. KBAYKÖ'nin Pozitif Düşünceler Boyutunda yer alan maddelerin madde-toplam korelasyonları 0.61 ile 0.81 arasında; madde-kalan korelasyon katsayıları ise 0.26 ile 0.60 arasında değişmektedir. Buna göre KBAYKÖ'nin alt boyutlarında yer alan maddelerin tamamı istatistiksel açıdan 0.01 düzeyinde anlamlı sonuçlar vermiş ve bu alt boyutlarda kalmalarına karar verilmiştir. Bu bulgudan yola çıkarak KBAYKÖ'nin tüm alt boyutlarındaki maddelerin güvenilirliklerinin yüksek ve aynı amacı ölçmeye yönelik oldukları söylenebilir (Tablo 12).

Bir ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı; $0.80 \leq \alpha < 1.00$ aralığında ise ölçek yüksek derecede güvenilirdir (Tavşancıl 2002). Bu çalışmada hesaplanan Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.8861'dir (Tablo 10).

Yarıya bölme yöntemi ile yapılan güvenilirlik incelemelerinde test bir gruba uygulandıktan sonra iki yarıya bölünmektedir. Olguların testin iki yarısından aldıkları puanlar arasındaki korelasyon hesaplanmaktadır. Hesaplanan korelasyon katsayısı testin yarısının güvenilirliğini göstermektedir. Gutman ve Spearman Brown güvenilirlik katsayıları kullanılmaktadır. Bu yöntemde güvenilirlik katsayısının en az 0.70 olması gerektiği belirtilmektedir (Tezbaşaran 1997, Baykul 2000, Gözüm ve Aksayan 2003, Şencan 2005, Büyüköztürk 2008). Bu çalışmada testin birbirine eşit iki ayrı yarıya ayrılması ile hesaplanan Guttman ve Spearman-Brown iç tutarlılık katsayıları ise 0.8588 ve 0.8371 olarak belirlenmiştir (Tablo 10).

Test –tekrar test

Ölçeğin güvenilirlik analizinde test-tekrar test tekniği kullanılmıştır. Bu analiz için hazırlanan ölçek uygulamadan bir süre sonra belirli sayıda kişiye tekrar uygulanmaktadır. Bu süre Tavşancıl (2002) tarafından iki-üç ile dört –altı hafta arasında olabileceği belirtilmektedir. İki test sonucu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığı pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı tekniği ile bakılmaktadır. Yeni geliştirilmiş ölçekler için korelasyon katsayısının 0.70 olmasının kabul edilebilir olduğu ifade edilmektedir (Gözüm ve Aksayan 2003, Tavşancıl 2006, Büyüköztürk 2008). Bu çalışmada test tekrar test korelasyon katsayısı 0.88 olarak bulunmuştur (Tablo 14).

Kemoterapiye bağlı alopesi yaşayan hastaların yaşam kalitelerinin belirlenmesinde kullanılacak bir ölçek bulunmamasından yola çıkılarak yapılan bu çalışmada KBAYKÖ'nin güvenilir ve geçerli bir araç olduğu saptanmıştır.

7.2 AYÖ'nin Geçerlilik ve Güvenilirliği

7.2.1. Dilsel Eşdeğerliğin Karşılaştırılması ve Kapsam Geçerliliği

Ölçek uyarlama çalışmalarında öncelikle aracı geliştiren araştırmacı ile yazılı iletişim kurularak özgün aracın ülkede kullanılma izni alınmalıdır. Aracın yazıldığı dilin uzmanı iki dil bilimci tarafından birbirlerinden bağımsız olarak Türkçeye çevrilmesi sağlanmalı ve yabancı dili ve ilgili kültürü aynı zamanda Türkçeyi iyi bilen bir başka kişinin Türkçeleştirilen aracı özgün diline çevirmesi sağlanmalıdır. Daha sonraki aşamada Bu çeviri özgün dildeki aslı ile karşılaştırılarak, tam aslına uymayan maddelerin Türkçeleri yeniden gözden geçirilmeli ve düzeltilmelidir. Bu yöntemle Türkçeye uyarlandıktan sonra değişik hemşirelik alanlarından uzmanların görüşlerine sunulması, uzman eleştirileri doğrultusunda maddelerde ufak uyarlamalar yapılması, iyi anlaşılmadığı belirtilenlerin yeniden gözden geçirilmesi gerekmektedir (Erefe 2002) .

İçerik geçerliliği ölçeğin, bütününe ve alt boyutlarının ölçülmek istenen alanı ölçüp ölçmediğini ve ölçülecek alan dışında farklı kavramları barındırıp barındırmadığını değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır. Her bir madde için gerekli, gereksiz ve yararlı ancak yetersiz şekilde derecelendirme yapılarak hazırlanmış uzman değerlendirme formu ile uzman görüşleri alınmakta ve değerlendirilmektedir. Lawshe tekniği kapsam geçerliliğinde sık kullanılan değerlendirme yöntemlerinden biridir (Gözüm ve Aksayan 2003).

Alopesi Yönetim Ölçeği'ni geliştiren araştırmacılardan biri olan Emma Ream'den e-mail yoluyla yazılı izin alınmıştır (Ölçekle ilgili izin isteği ya da diğer konularda Emma Ream ile görüşülmesi gerektiği belirtildiği için bu araştırmacı ile iletişime geçilmiştir). Alopesi Yönetim Ölçeğinin dil geçerliliği için İngilizceye hakim iki dil uzmanı tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Danışman ve araştırmacı tarafından mevcut iki çeviri ifadeler açısından değerlendirilip tek bir forma indirgenmiştir. Bu form içerdiği ifadelerin anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla sunum formuyla dokuz akademisyen hemşirenin görüşüne sunulmuştur. Uzman görüşleri sonrasında gerekli düzeltmeler yapılmıştır. İki dil uzmanı tarafından geri

çevirisi yapılmış, bu iki form değerlendirilerek tek bir forma indirgenmiş ve ölçeği geliştirenlerin onayına sunulmuştur. Onay alındıktan sonra iyi derecede İngilizce bilen 19 kişiye hem Türkçe hem de İngilizce formu verilmiştir. Aynı gruba iki farklı form uygulamasından elde edilen verilerin analizinde pearson çarpım koreleasyon katsayısı tekniği kullanılmıştır. Alopesi Yönetim ölçeğinin İngilizce ve Türkçe formlarından elde edilen puanları arasında yüksek düzeyde pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($r= 0.971$; $p< 0.000$).

7.2.2. Güvenilirlik Çalışmaları

Madde analizi; madde istatistiklerinin hesaplanması, doğrudan teste konulabilecek maddelerin seçilmesi, düzeltilerek teste konulabilecek maddelerin belirlenmesi ve bu maddeler üzerinde yapılacak düzeltme çalışmalarının ne doğrultuda olacağını saptanması, teste konulması mümkün olmayan maddelerin ayıklanması amacıyla yapılmaktadır (Baykul, 2000). Madde toplam korelasyonu, test maddelerinin alınan puanlar ile testin toplam puanı arasındaki ilişkiyi açıklamaktadır. Madde toplam korelasyonunun pozitif ve yüksek olması, maddelerin benzer davranışları örneklediğini göstermekte ve testin iç tutarlılığının yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Likert tipi derecelendirme ölçeklerinin kullanıldığı bir testte madde toplam korelasyonu, Pearson Momentler korelasyon katsayısı ile hesaplanmaktadır (Tavşancıl 2002). Madde korelasyon katsayısı güvenilirlik için 0.20'nin altında olmamalıdır (Gözüm ve Aksayan 2003). Madde kalan korelasyonu ise ele alınan maddenin kendisi hariç diğer maddelerden elde edilen toplam puanla ilişkisidir. Madde toplamdan elde edilen ilişki katsayısı, madde kalandan elde edilen ilişki katsayısından daha yüksek olacaktır. Madde ayırt edicilik ise; ölçekten alınan toplam puanlara göre, grubu en yüksek puandan en düşük puana doğru sıralandığında uç grupların (üst-grup, alt-grup) her bir maddeye verdikleri puan ortalamalarının karşılaştırılmasıdır. Testin toplam puanlarına göre oluşturulan alt-grup (% 27'lik alt kısım) ile üst grubun (% 27'lik üst kısım) madde ortalamaları arasındaki fark, bağımsız grup t-testi ile karşılaştırılmaktadır (Tavşancıl 2002). Ayrıca hem madde-toplam hem de madde kalanda sonuçların istatistiksel açıdan minimum $p<0.05$ düzeyinde anlamlı olması gerektiği ifade edilmektedir (Şencan 2005, Tavşancıl 2002, Büyüköztürk 2008). Ölçeğin bütününe ilişkin madde-toplam, madde-kalan ve madde

ayırt edicilik özellikleri istatistiksel olarak 0.01 düzeyinde anlamlı sonuçlar vermiştir. Dolayısı ile tüm maddelerin ölçekte kalmasına karar verilmiştir (Tablo 17). Bu çalışmada her bir sorunun varyansına dayalı olarak hesaplanan Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.755 bulunmuştur.

Yarıya bölme yöntemi ile yapılan güvenilirlik incelemelerinde test bir gruba uygulandıktan sonra iki yarıya bölünmekte ve deneklerin testin iki yarısından aldıkları puanlar arasındaki korelasyon hesaplanmaktadır. Testin birbirine eşit iki ayrı yarıya ayrılması ile hesaplanan Guttman ve Spearman-Brown iç tutarlılık katsayıları ise 0.6876 ve 0.6863 olarak belirlenmiştir (Tablo 18).

Ölçeğin güvenilirlik analizinde test-tekrar test tekniği kullanılmıştır. Bu analiz için hazırlanan ölçek uygulamadan bir süre sonra belirli sayıda kişiye tekrar uygulanmaktadır. Bu süre Tavşancıl (2002) tarafından iki-üç ile dört –altı hafta arasında olabileceği belirtilmektedir. İki test sonucu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığı pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı tekniği ile bakılmaktadır. Bu çalışmada Alopesi Yönetim ölçeğinin ilk uygulaması ile ikinci uygulamasından elde edilen puanları arasında yüksek düzeyde pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($r= 0.751$; $p< 0.000$). Buna göre ilk uygulamadan alınan puanlar yükseldikçe ikinci uygulamadan alınan puanlarda yükselmektedir (Tablo 19). Bu sonuç; ölçeğin zaman karşısında etkilenmediğini zaman geçse bile hep aynı şeyi ölçtüğü göstermektedir.

Türk toplumunda sağlık çalışanlarının alopesiye ilişkin algılarının belirlenmesinde Alopesi Yönetim Ölçeği'nin güvenilir ve geçerli bir araç olduğu saptanmıştır.

7.3. Sosyo-demografik Veriler ve Hastalık/Sağlık Özelliklerine Göre Hastaların Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi

Yapılan çalışmalarla kemoterapiye bağlı alopesinin hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği, hastaların sosyal ve emosyonel durumlarının etkilendiği ve utanma duygusunun artışına bağlı özgüvenin azaldığı ortaya konmuştur. Alopesinin anksiyete, depresyon, olumsuz beden imajı, düşük benlik saygısı ve azalmış iyilik hali ile sonuçlanabildiği rapor edilmektedir. Alopesi için spesifik bir yaşam kalitesi ölçüğü olmadığı ve hafif düzeydeki yan etkilerin ölçümlenmesinde genel ölçeklerin yeteri kadar hassas olmadığı vurgulanmaktadır. Kemoterapiye bağlı alopesinin yan etkilerinin değerlendirilmesinde uygun ve geçerliliği sağlanmış bir ölçek oluşturulmasının gerekliliği belirtilmektedir (Welch and Lewis 1990, Münstedt et al 1997, Tran et al 2000, McGarvey et al 2001, Batchelor 2001, Schmidt et al. 2001, Hesketh et al 2004, Nolte et al 2006, Lemieux et al 2007, Hansen 2007, Dougherty 2007, Power and Condon 2008, Asra and Sanjay 2009, Bernard et al 2010).

Lyons ve Shelton'ın (2004) yapmış olduğu çalışmada bulantı kusma, terleme ve saç kaybı deneyimleyen hastaların yaşam kalitesi puanlarının oldukça düşük olduğu rapor edilmiştir. Baxley'in (1984) yapmış olduğu çalışmada alopesili ve alopesisi olmayan hastaların beden imajı puanları karşılaştırılmış ve gruplar arasında istatistiksel olarak önemli düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Fobair ve ark.nın (2006) yapmış olduğu çalışmada örnekleme oluşturan 546 meme kanserli hastanın yarısının iki veya daha fazla beden imajı problemi yaşadığı, bunların da mastektomi, alopesi, kilo kaybı veya alımı, partnerlerinin hissettiklerini anlayamamaları ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Saç kaybının cinsel yaşam üzerine etkisi olmamakla birlikte beden imajı üzerinde olumsuz etkisi olduğu belirtilmiştir.

Ferreira ve ark. (2005) alopesinin meme kanserli kadınların yaşam kalitesi ve günlük aktivitelerine olan etkisini değerlendirmek amacıyla yapmış oldukları çalışmada; hastaların % 98.5'i kemoterapiye başladığından beri en az bir yan etki yaşadığı, % 91.4'ü bu yan etkilerden birinin alopesi olduğu ve örneklemin %13'ü alopesi beklentisinden dolayı kemoterapiyi reddettiği rapor edilmiştir. Mümkün olsaydı hangi yan etkiden kaçınılmasını isterdiniz sorusuna % 48'i alopesi olduğunu

ifade etmişlerdir. Hastaların % 55'i kendini depresif hissettiğini ve %45'i bu nedenle ilaç aldığını ifade etmiştir. %12'si saç dökülmesinin kanserden daha kötü olduğunu ifade etmesine rağmen, %90'ı alopesiye neden olmayan daha az etkili bir tedavi yöntemi yerine alopesiye yol açan daha etkili bir tedaviyi tercih etmişlerdir. Bu çalışmada kemoterapiye bağlı saç dökülmesinin yaşam kalitesi üzerinde majör bir etkisi olduğu ortaya konmuştur (Ferreira et al 2005).

Sağlıklı ve meme kanserli kadınların beden imajı puanlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada total beden imajı puanları arasında gruplar arasında önemli bir fark saptanmıştır ($t=3.01$, $p< 0.01$) (Bakth and Najafi 2010). Depresyon ve düşük yaşam kalitesi düzeyi arasındaki ilişkiye pek çok çalışmada işaret edilmiştir (Ganz et al. 2003, Reich et al. 2008) Yaşam kalitesini değerlendirmek için kullanılan testlerde; fiziksel fonksiyon, emosyonel durum, rol performans, uyuma zorluğu, beden imajı, yorgunluk ve genel iyilik hali ile depresyon düzeyi arasında önemli bir ilişki olduğu rapor edilmiştir. Meme kanseri nedeniyle takip edilen hastalarda yüksek depresyon ve anksiyete düzeylerinin, hastalıkla baş etme ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmektedir (Karakoyun ve ark. 2010). Kanser hastalarının hastalıkları ile ilgili koşul ve sınırlılıklardan dolayı kişilerarası ilişkilerde güçlük yaşayabilecekleri, saç dökülmesi ve cilt reaksiyonları gibi bir takım semptomlardan dolayı kendilerini toplumdan izole edebilecekleri belirtilmektedir. Yine saç dökülmesi ve ameliyata bağlı skar oluşumu gibi bazı sorunlardan dolayı beden imajının bozulacağı ve kendini bir kadın olarak değersiz hissedeceği ifade edilmektedir (Kurt Öncü 2008).

Çalışmamızda kadın hastaların KBAYKÖ puanları ile erkek hastaların KBAYKÖ Genel Yaşama Yansımaları ve Pozitif Düşünceler boyutlarının puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte; kadın hastaların KBAYKÖ genel puanları ve İç Dünyaya Olumsuz Yansımaları boyut puanları erkek hastaların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Bu sonuç doğrultusunda kadın hastaların erkek hastalara oranla saç dökülmesi bağlı yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği düşünülebilir (Tablo 24). Kadınlar için saçın, estetik kimlik, cazibe ve çekiciliğin önemli bir parçası olduğu dikkate alındığında bunun beklendik bir sonuç olduğu söylenebilir.

Dubey ve ark.nın (2005) ileri evre küçük hücre dışı akciğer kanseri olan hastalarla yapmış oldukları çalışmada kadınların erkeklere oranla daha fazla alopesi kaygısı yaşadığı ve %11'inin alopesiyi dikkate alarak kemoterapi seçimi yaptıkları rapor edilmiştir. Erkeklerin ise sadece %4'ünün alopesiyi düşünerek kemoterapi seçimi yaptıkları bildirilmiştir. Costa ve Gil (2009), kemoterapi alan kadın hastaların SF- 36 ölçeğinin genel sağlık algısı dışındaki tüm boyutlarından erkeklere oranla daha düşük puanlar aldıklarını rapor etmektedir. Khoo ve ark.nın Görsel Anolog Skala kullanarak yapmış oldukları çalışmada kemoterapi alan kadın hastalar (X=4.6) ve erkek hastaların (X=3.0) alopesi şiddetine ilişkin vermiş oldukları ortalama puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0.008) (Khoo et al 1993). Carelle ve ark. (2002) kadınların erkeklere oranla kusmadan daha fazla saç kaybından rahatsız olduğunu rapor etmektedir. Hastalardan yan etkileri şiddetine göre sıralamaları istenmiş ve kadınlar saç kaybını ikinci sırada gösterirken erkekler tarafından 10. sırada rahatsızlık yaratan bir yan etki olarak işaret edilmiştir. Cinsiyet arasındaki farklılık erkeklerin yaşla bağlantılı saç kaybına sıklıkla maruz kalmalarıyla açıklanabileceği rapor edilmiştir. Genç erkek ve kadınlar arasındaki alopesi deneyimlerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, 40 hastaya beden imajı skalası uygulanmış ve genç erkeklerin kadınlar kadar alopesiden etkilendiği saptanmıştır. Erkek ve kadınlar arasındaki en büyük farklılığın ise kadınların saç, kirpik ve kaş kaybından bahsederken erkeklerin daha geniş vücut yüzeyindeki saç ve kıl kayıplarından bahsetmekte oldukları bildirilmiştir. Bazı erkeklerin saçları olmaksızın daha kırılğan, daha çocuksu ve daha az erkeksi olacakları ile ilgili kaygıları olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada saç kaybına bağlı reaksiyonların ve kaygıların kadın ve erkeklerde aynı olduğu saptanmıştır (Hilton et al 2008).

Bu çalışmada hastaların yaşlarına göre yaşam kalitesi puanları incelendiğinde KBAYKÖ genel ve tüm alt boyutlarından alınan puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte 71-80 yaş arasındakilerin KBAYKÖ genel ve tüm alt boyut puanlarının diğer yaş gruplarına göre düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 24).

Carelle ve ark.nın (2002) yapmış olduğu çalışmada; hastaların yaşlarına göre yaşadıkları kemoterapi yan etkilerinin şiddetine göre sıraladıklarında; 45 yaş altındakilerin saç kaybını dokuzuncu sırada işaret ederken, 45-60 yaş arası olanlar ikinci sırada ve 60 yaş üzerinde olan hastalar birinci sırada olduğunu belirtmişlerdir. Pınar ve ark.nın yapmış olduğu çalışmada Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak kanserli hastaların yaşam kaliteleri değerlendirilmiştir. Bu çalışmada yaş arttıkça kişilerarası iyilik alt boyutu dışındaki tüm boyutlardan alınan puanlar arasında negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır (Pınar ve ark. 2003).

Çalışmada hastaların eğitim durumları, medeni durum, ekonomik durum ve sosyal güvence durumuna göre yaşam kalitesi puanları incelendiğinde KBAYKÖ tüm alt boyutlarından alınan puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 24).

Carelle ve ark.nın (2002) yapmış olduğu çalışmada; medeni durumlarına göre hastaların kemoterapi yan etkilerinden alopesiyi, evli, bekar, tek başına yaşayan ve yalnız yaşamayanların tümü ikinci sırada göstermişlerdir. Ferreira ve ark. (2005) alopesinin meme kanserli kadınların yaşam kalitesi ve günlük aktivitelerine olan etkisini değerlendirmek amacıyla yapmış oldukları çalışmada; bizim çalışmamızdaki sonuçlara paralel olarak hastaların eğitim durumu ve medeni durumlarına göre alopesi kaygısı arasında bir farklılık saptanamamıştır. Dedeli ve ark.nın (2008) kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarını değerlendirmek için yapmış olduğu çalışmada Fonksiyonel Yaşam Ölçeğinden alınan puanlar ile yaş, medeni durum, eğitim ve meslek arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Pınar ve ark.nın yapmış olduğu çalışmada da benzer şekilde ekonomik durum, medeni durum özelliklerine göre ölçeğin tüm alt boyutlarından alınan puan ortalamaları arasında fark bulunamamıştır. Bununla birlikte farklı eğitim düzeylerindeki hastalar arasında yaşam kalitesi toplam puanı ve beslenme kişilerarası iyilik alt boyutları hariç tüm boyutlarda anlamlı farklılık saptanmıştır. Üniversite eğitimi almış hastaların yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Pınar ve ark. 2003). Kızılcı çalışmasında eğitim durumuna göre kemoterapi alan hastaların ve yakınlarının yaşam kalitesi puanlarının farklılaştığı; eğitim düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesi

puanlarının da yükseldiğini rapor etmektedir. Eğitim düzeyi yükseldikçe hem hastaların hem de hasta yakınlarının yaşam kalitesi puanlarının artmasının nedeni olarak da eğitimle birlikte bilinçli baş etme mekanizmalarının geliştirilmesi, maddi olanaklar ve sosyal durumun daha iyi olmasını göstermektedir (Kızılcı 1999). Çalışmamızda da benzer şekilde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamakla birlikte üniversite mezunlarının KBAYKÖ genel puan ve alt boyut puanlarının diğer eğitim düzeylerine göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 24).

Bu çalışmada çalışan hastaların ortalaması 73.39, çalışmayan hastaların ortalaması ise 68.21'dir. KBAYKÖ genel puanlarının ve pozitif düşünceler boyut puanlarının, çalışmayan hastaların puanlarından daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. ($t=-2.271$; $p<0.02$, $t=2.300$; $p<0.023$). Bu sonuç doğrultusunda çalışan hastaların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu söylenebilir.

Gürel Kanarığ'ın (2007) çalışmasında EORTC QLQ C-30 yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak kemoterapi alan hastaların yaşam kaliteleri değerlendirilmiş; çalışan ve çalışmayanların tüm alt boyutlardan aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bazı çalışmalarda ise aktif olarak çalışan hastaların yaşam kalitelerinin çalışmayanlara oranla daha iyi olduğu rapor edilmektedir (Pınar ve ark. 2008)

Hastaların birlikte yaşadığı kişiler ve yalnız yaşama durumuna göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte ($X^2=12.046$; $p>0.05$) (tabloda gösterilmemiştir); ilginç olarak tedavi esnasında yakını ile birlikte olan hastaların olmayan hastalara göre Pozitif Düşünceler boyut puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür ($t=-2.447$; $p<0.015$). Tedaviye yakını ile gelen hastaların yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu söylenebilir ve bu fark bağımlılık durumu ile açıklanabilir (Tablo 24).

Ailesel destek gören kanser hastalarının destek almayan hastalara oranla SF-36 yaşam kalitesi ölçeği fiziksel rol ve bedensel ağrı alanlarından daha yüksek

puanlar aldıkları bildirilmektedir (Üner ve ark 2007). Banning ve ark.nın yapmış oldukları çalışmada umut ve konforun sağlanmasında aile desteğinin önemi vurgulanırken; çalışmaya katılan 30 kadından dördünün eşler ve diğer aile üyelerinden destek görmedikleri rapor edilmiştir (Banning et al 2009). Yeşilbalkan ve ark.nın (2005) yapmış olduğu çalışmada yalnız yaşayanların eş, çocuk veya bakıcı ile yaşarlara göre WHOQOL BREF-TR Yaşam Kalitesi Ölçeği tüm alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının düşük olduğu saptanmıştır.

Hastaların hastalık sürelerine göre yaşam kalitesi puanları incelendiğinde KBAYKÖ tüm alt boyutlarından alınan puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 25).

Pınar ve ark.nın (2008) yapmış olduğu çalışmada jinekolojik kanserlerde hastalık süresinin yaşam kalitesi üzerinde etkili olup olmadığı incelenmiş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Coates (1983) yapmış olduğu bir çalışmada tedavi süresi uzadıkça saç dökülmesinin daha fazla kaygı yarattığı hatta tedavi süresi kısa olanlardan uzun olanların 10 kat daha fazla sıkıntı yaşadıklarını belirlemiştir. Sarı Şıra (2007) çalışmasında ise kemoterapi alan onkoloji hastaları özellikle ilk 6 ay geçtikten sonra hastalığa, tedaviye adaptasyon sürecini de tamamladığı; 6 aydan sonra kazandığı deneyimler, bilgi ile birlikte semptomlarla baş etme yöntemlerini öğrendiği ve önlem alarak tedavi sürecini daha az zararlarla atlatabildiği rapor edilmektedir. Kızılcı (1999) tarafından yaşam kalitesi puanlarının hastalığın ilk 6 ayında yüksek olduğu, ancak 7. aydan sonra düştüğü, 13. aydan sonra fiziksel semptom ve aktiviteler ile tıbbi etkileşim dışında diğer alanlarda tekrar yükseldiği belirtilmektedir. Bu çalışmada genel iyilik, fiziksel semptom ve aktiviteler, tıbbi etkileşim, sosyal ilişkiler ve iş performansı alanlarında, hastalığın ilk 6 ayını yaşayan hastalar ile daha uzun süredir kanseri yaşayan hastaların yaşam kalitesi puanları arasındaki fark istatistiksel olarak da önemli bulunmuştur.

Çalışmada alınan kür sayısı ile yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamakla birlikte kür sayısı arttıkça KBAYKÖ

puanlarında sayısal olarak artma gözlenmiştir, alınan kür sayısı arttıkça, tedaviye uyuma paralel olarak yaşam kalitesinde iyileşme olduğu söylenebilir (Tablo 25).

Bir diğer çalışmada bizim çalışmamızın bulgularının aksine kür sayısı ile yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı fark olduğu; 0-4 kür kemoterapi alan bireylerin yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu, kür sayısı arttıkça yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği belirtilmektedir (Yeter ve Köşgeroğlu 2007). Beser ve Öz'ün (2003) çalışmasında yeni tanı almış hastalardan anksiyetesi olanların yaşam kalitesi alt gruplarından genel iyilik, fiziksel, rol ve emosyonel alandaki semptomları; depresyonu olanların ise fiziksel semptomları daha fazla yaşadıkları; 3.kür kemoterapi sonrasında ise tüm hastaların yaşam kalitesi puanlarının nispeten azalmış olduğu rapor edilmektedir. EORTC QLQ C-30 yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada kemoterapi alan hastaların yaşam kaliteleri değerlendirilmiş; Hastaların yaşam kalitesi puanlarının teşhis konulma zamanlarına göre dağılımına bakıldığında emosyonel durum ($p=0.01$), bilişsel durum ($p=0.01$), solunum güçlüğü ($p=0.02$) ve iştah kaybı ($p=0.03$) puanları arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Yaşam kalitesi alt gruplarından emosyonel durum ($p=0.02$) ve solunum güçlüğü ($p=0.00$) dışındaki veriler ile hastaların kemoterapiyi alma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Gürel Kanarış 2007).

Hastaların saç dökülmesi durumuna göre yaşam kalitesi puanlarına bakıldığında; kemoterapi alan hastaların saçlarının dökülme durumuna göre KBAYKÖ genel puan ve İç Dünyaya Olumsuz Yansımalar boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir ($F=5.549$; $p<0.004$). Saç dökülmesi düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı belirlenmiştir (Tablo 25).

Schmidt ve ark.nın (2001) diffüz alopesili hastalarla yapmış oldukları çalışmada saç dökülmesi gözle açıkça görülebilen hastaların görülemeyen hastalara göre yaşam kalitesi düzeylerinin düşük olduğunu saptamışlardır. Hairdex ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada ölçeğin alt boyutları olan fonksiyonel, emosyonel, özgüven ve stigma boyutlarında saç dökülmesi gözle açıkça görülebilen hastalarla görülemeyen hastaların puanları arasında anlamlı düzeyde farklılık olduğu

saptanmıştır. Alopesi düzeyindeki artışın psikolojik kaygı düzeyini de artırdığı rapor edilmektedir (Del Mastro et al. 2002). Bir başka çalışmada ise alopesi derecesi ile yaşam kalitesi arasında ilişki bulunamadığı belirtilmiştir (Cartwright et al. 2009).

Saç dökülmesi ile ilgili bilgi verilen hastaların KBAYKÖ genel puanları ve alt boyut puanları ile bilgi verilmeyen hastaların KBAYKÖ genel puanları ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 25). Çalışmada örnekleme oluşturan 182 hastanın 17'si saç dökülmesi ile ilgili bilgi almadığını ifade ederken, sadece 12 (%6.6)'sinin hemşireden bilgi aldığını söylemesi oldukça çarpıcı bir bulgudur. Hemşirelerin en önemli rollerinden birinin eğitim olduğu düşünüldüğünde bu veri üzerinde tartışılmasının gerekliliği yadsınamaz.

Sharif ve ark.nın (2010) EORTC-BR23 ölçeği kullanarak yapmış oldukları çalışmada deney grubuna bir aylık bir eğitim verilerek deney ve kontrol grubu arasındaki yaşam kalitesi puanları karşılaştırılmıştır. Verilen eğitimden sonra gruplar arasında istatistiksel olarak önemli fark tespit edilmiştir ($p=0.049$) Deney grubunda semptom ölçek puanlarında azalma saptanırken, kontrol grubunda artış gözlenmiştir. Bir diğer çalışmada yaşam kalitesi alt gruplarından: genel iyilik hali, ekonomik güçlük, fonksiyonel durumlardan; emosyonel ve sosyal durum, semptomlardan; uyuma güçlüğü ve diyare dışındaki veriler ile hastaların eğitim alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Eğitim alan hastaların yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Gürel Kanarış 2007). Lyons ve Shelton'ın (2004) çalışmasında hastaların tamamı hemşirelerden ek eğitim ve danışmanlık istediklerini belirtmişlerdir. Cerrahi ile ilgili yeterli bilgi aldığını düşünmeyen hastaların, aldığını düşünenlere oranla daha depresif oldukları bildirilmektedir.

İlave hastalığı olan ve olmayanların KBAYKÖ Pozitif Düşünceler Boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 25). KBAYKÖ genel ve alt boyutlarından ilave hastalığı olanların aldıkları puanların olmayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 25).

Diyabet artrit gibi ilave sağlık sorunu olan kanser hastalarının olmayanlara göre yaşam kalitelerinin ($r=0.19$, $P <0.05$) daha ktu olduğu rapor edilmektedir (Mellon et al 2006). Kızılıcı (1999), başka sağlık sorunu olan kanser hastalarının genel iyilik hali ve yaşam kalitelerinin düşük olduğunu belirtmektedir. Yaşam kalitesi alt boyutları ile kronik hastalık olma durumunun değerlendirildiği bir başka çalışmada da benzer şekilde kronik hastalığı olan bireylerin hem bedensel hem de ruhsal alandaki yaşam kalitesi puan ortalamalarının anlamlı şekilde düşük olduğu belirlenmiştir (Yeşilbalkan ve ark. 2005).

Ailesinde kanser öyküsü olan hastaların KBAYKÖ genel puanları ve alt boyut puanları ile kanser öyküsü olmayan hastaların KBAYKÖ genel puanları ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 25).

Yeşilbalkan'ın (2005) alışmasında ailesinde kanser öyküsü olan hastaların olmayan hastalara göre global yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca ailesinde kanser öyküsü olan hastaların olmayanlara oranla daha az dispne, yorgunluk, bulantı ve kusma yaşadıkları rapor edilmiştir. Ailede meme kanseri öyküsü olup olmama durumu ile Kısa Semptom Envanteri alt boyutları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Yıldırım 2008).

Kemoterapi alan hastaların KBAYKÖ genel puanları ve Genel Yaşama Yansımaları boyut puanları, hastaların kendi sağlık durumlarını algılama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir. ($F=3.288$; $p<0.05$). Kendi sağlıklarını iyi gören hastaların KBAYKÖ puanları ve Genel Yaşama Yansımaları boyut puanları kendi sağlıklarını orta düzeyde ve ktu gören hastaların KBAYKÖ puanlarından daha yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 25).

Meme kanserli hastaların sağlık durumlarına ilişkin fikirleri ile depresyon düzeyleri arasındaki fark Karakoyun ve ark.nın (2010) yapmış olduğu çalışmada ortaya konmuştur. Hastaların sağlık durumlarını %5'i mkemmел, %14' çok iyi, %62'si iyi, %15'i kabul edilebilir düzeyde ve %4' ktu olarak nitelendirdiği ve %35'inin psikolog desteğine ihtiyaç duyduğu belirtilmiştir.

Saç dökülmesi yaşamadan önce yardımcı araç (peruk, başörtü gibi) kullanmakta olan hastalar ile kullanmayanların, saç dökülmesi yaşadıktan sonra yardımcı araç kullanmakta olan hastalar ile kullanmayanların KBAYKÖ genel puanları ve alt boyut puanları arasında da anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Bununla birlikte saç dökülmesi yaşadıktan sonra yardımcı araç kullanan hastaların KBAYKÖ genel puan ve tüm alt boyutlardaki puanlarının kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 25). Yardımcı araç kullanan hastaların sosyal etkileşimini daha rahat sürdürebildiği göz önünde bulundurulduğunda bunun beklenen bir sonuç olduğu söylenebilir.

Literatürde peruk kullanımının, anksiyete gibi kemoterapi yan etkilerinin azaltılmasına yardımcı olduğu rapor edilmektedir (Batchelor 2001, Power and Condon 2008, Asra and Sanjay 2009). Hastaları şapka, eşarp, bone, peruk gibi yardımcı araç kullanımı konusunda bilgilendirmek ve desteklemek gerektiği belirtilmektedir (Ünsar ve ark. 2007, Lemieux et al 2008). Power ve Condon (2008) yapmış oldukları çalışmada hastaların peruk kullanımının rahatsız edici ve fark edilir olduğunu ifade ettiklerini; perukla ilgili olumsuz duygularına rağmen toplum tarafından kabul görmek için peruk taktıklarını belirtmektedirler.

7.4. Hasta Yakınlarının Sosyo-Demografik ve Hastalık/Sağlık Özellikleri İle Saç Dökülmesine İlişkin Algıları

Hastaların tedaviye ve değişen yaşam tarzına uyumunda, hasta ailelerinin destekleyici yaklaşımlarının önemi göz ardı edilemez. Bu noktadan hareketle hastalar kadar hasta yakınlarının da hastalık ve semptomlara ilişkin algılarının dikkate alınması ve değerlendirilmesi gerekmektedir.

Ateşçi ve ark.nın (2003) yapmış olduğu çalışmada, kanser hastalarının yaklaşık yarısında bildirilen ve genellikle birincil destek grubu ile ilgili olan psikososyal stres etmenlerinin var olduğu, duygusal destek kaynağı olan eş veya çocuklarının hastaları yeterince anlamadıkları, tedavi aşamasında yardımcı olmadıkları saptanmıştır. Bu çalışmada hasta yakınları ile hastalığı ve hastayı anlamaya yönelik yapılacak çalışmaların önemi vurgulanmıştır.

Literatürde hasta yakınlarının algılarına ilişkin yapılmış olan çalışmalar, genellikle hasta yakınının semptom şiddeti algısı ile hastanın semptom şiddeti algısının, yaşam kalitesi düzeylerinin, anksiyete-depresyon durumlarının veya bakım memnuniyetine ilişkin algılarının karşılaştırılmasına yöneliktir. Ağrı, yorgunluk, konstipasyon gibi semptomlara ilişkin yapılan bu tarz çalışma sayısı dikkate alındığında alopesi ile ilgili benzer çalışma sayısının çok az olduğunu söyleyebiliriz. Bu nedenle bu bölümde çalışma sonuçları diğer semptomlara ilişkin yapılan çalışma sonuçları ile karşılaştırılmıştır.

Sturkenboom ve ark.nın (2007) kronik ağrılı hasta ve yakınlarının rahabilitasyona ilişkin görüşlerinin değerlendirildiği çalışmalarında, hastaların sosyal etkileşimi dikkate alındığında rehabilitasyonda ailenin öneminin literatürde belirtildiği; Türk ve Faslı ailelerle yapmış oldukları çalışmada rehabilitasyonunun hastane ortamı ile sınırlı olduğu, ev faaliyetleri ile ilişkili olmadığı; ailelerin rehabilitasyondaki rollerinin farkında olmadığı saptanmıştır.

Larsson ve ark. (2004) hastaların yaşam kalitesine ilişkin algıları ile aile üyelerinin hastalarının yaşam kalitesine ilişkin algılarını karşılaştırmışlardır.

Özellikle ağrı yönetimi, konstipasyon yönetimi, bulantı ve iştah kaybı yönetimini içeren tıbbi ve teknik yeterlilik alt boyutundan hasta ve yakınlarının aldıkları puanlar arasında fark olduğu belirlenmiştir.

Kemoterapi ve radyoterapi alan hastaların yorgunluk semptomlarının değerlendirilmesi için yapılan bir çalışmada hastaların dörtte üçünden fazlası yorgunluk yaşadıklarını belirtirken; hasta yakınlarının % 86 onkologların ise %76'sı hastalarının yorgunluk yaşadığını ifade etmiştir. Bu çalışma sonucunda hasta yakınlarının yorgunluğa ilişkin farkındalığının yüksek olduğu saptanmıştır (Vogelzang et al. 1997).

Bu çalışma da hasta yakınlarının % 65.3'ü kadın, % 34.7'si erkektir. % 26.5'i 15-30 yaş arasında ve yaş ortalaması 43.04 ± 14.29 , % 46,6'sı üniversite mezunu, % 71.4'ü evli, % 22.4'ü ev hanımı ve % 65.3'ü de aktif olarak çalışmamaktadır. Hastaların %34.7'si eşi ile birlikte tedaviye gelirken, % 8.2'si anne babası ile, % 36.7'si çocuğu ile kemoterapi almaya geldiği belirlenmiştir (Tablo 26).

Heyland ve ark.nın (2006) ciddi bir hastalığa sahip olan hastaların ve yakınlarının algılarının değerlendirildiği çalışmalarında; hasta yakınlarının %65'inin kadın, %33.8'inin erkek olduğu, ortalama yaşın 56.5 olarak tespit edildiği, %47.8'i çocuğu iken %44.6'sı eşi olduğu ve %43.8'inin lise mezunu olduğu rapor edilmektedir. Pang ve Suen'in (2008) yoğun bakım ünitesindeki stresörler konusunda hasta ve ailelerinin algılarının karşılaştırıldığı çalışmalarında; hasta yakınlarının ortalama yaşının 41.9, %38'inin kadın, %21'inin hastanın eşi ve %60'ının hastanın çocuğu olduğu saptanmıştır.

Hastaların saç dökülmesi durumuna ilişkin algıları ile hasta yakınlarının hastalarının saç dökülmesi yaşıyıp yaşamadıklarına ilişkin algıları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Araştırma kapsamına saç dökülmesi yaşayan hastalar alınmış olmasına rağmen altı hasta yakını hastasının saç dökülmesi yaşamadığını ifade ettiği, gözle açıkça görülebilir düzeyde saç dökülmesi yaşamakta olan iki hastanın yakını hastasının saç dökülmesi

yaşamadığını ifade ettiği belirlenmiştir (Tablo 28). Bu sonucun her gün görüşen ve nadiren görüşen hasta yakınlarının algıları arasındaki farklılığa bağlı olarak ortaya çıktığı düşünülebilir.

İleri evre kanser hastaları ve yakınlarının kemoterapiye bağlı semptomlara ilişkin algılarının değerlendirildiği çalışmada; saç dökülmesini sıklık, şiddet ve rahatsızlık derecesi açısından değerlendirmeleri istenmiş ve hasta ve yakınlarının vermiş oldukları cevaplar arasındaki ilişki incelenmiştir. Saç dökülmesi şiddetine ilişkin cevaplar arasında orta düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bizim çalışmamızın aksine hasta yakınlarının semptom ve rahatsızlık şiddetine ilişkin verdikleri puanların hastaların verdikleri puanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Lobchuk ve Degner 2002). Benzer şekilde McMillan ve Moody'nin (2003) çalışmasında hasta ve hasta yakınlarının ağrı, dispne ve konstipasyon semptomlarının şiddetine ilişkin algıları değerlendirilmiş; ağrı şiddeti için hastalar 2.89, hasta yakınları 4.22, dispneye 2.89-3.71, konstipasyona ise 3.14-4.22 puan verilmiş ve puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Diğer çalışmada olduğu gibi hasta yakınlarının semptom şiddetine yüksek puan verme eğilimi içinde oldukları belirlenmiştir.

Hasta yakınlarının cinsiyetleri ile hastalarının saç dökülmesini problem olarak görme durumları, saç dökülmesinden etkilenme durumları ve saç dökülmesi yaşayıp yaşamadıkları sorularına vermiş oldukları cevaplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bununla birlikte hasta yakınlarının saç dökülmesi psikolojik destek gerektirir mi? sorusuna verdikleri cevapların dağılımı cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermiştir ($p<0.05$) (Tablo 27). Kadınların %40.8'i psikolojik destek gerektirmez derken, erkeklerin %28.6'sı gerektirdiğini ifade etmiştir. Çalışmamızda eş durumundaki erkek hasta yakını sayısı 10, kadın hasta yakını sayısı ise 7 idi (Tablolarda gösterilmemiştir). Bu sonuç erkek hasta yakınlarının çoğunluğunun eş durumunda olması ve kadın hastaların erkek hastalara oranla saç dökülmesinden daha fazla etkilenmesi ile açıklanabilir.

Meme kanserli hastalar ve eşlerinin olaya uyum sağlama düzeylerinin anlamlı derecede birbirine bağımlı olduğu, birinin uyum problemi varsa genellikle diğerinin de uyum problemi olabileceği belirtilmektedir. Mastektomi sonrası eşlerin de hastalar kadar üzüntü ve sıkıntı yaşamış oldukları ve ruh hallerinin birbirine çok benzer olduğu rapor edilmektedir (Güner 2008).

Kolon ve akciğer kanserli hastaların ve eşlerinin hastalık algısının değerlendirildiği çalışmada hastaların fonksiyonları konusunda hastalar ve eşler arasında güçlü bir fikir birliği olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte hastaların objektif olarak görülebilen semptomları (saç dökülmesi, kilo kaybı gibi) konusunda hasta ve hasta yakınları arasında orta düzeyde bir fikir birliği olduğu ve yine hastaların konstipasyon gibi semptomları ile ilgili de orta düzeyde bir fikir birliği tespit edilmiştir. Gelecekle ilgili kaygılar, yaşanan ağrı düzeyi, hastalıkla baş etme durumları, zamanın ne kadarının hastalığı düşünmeyle geçtiği gibi gözlenemeyen sorunlarla ilgili fikir birliğinin ise düşük düzeyde olduğu saptanmıştır (Clipp and George 1992).

Hall-Lord ve ark.nın (2002) bakım evindeki yaşlı yakınlarının ağrı, fiziksel rahatsızlık ve kaygıya yönelik algılarının değerlendirildiği çalışmalarında; kadın ve erkek katılımcıların algıları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Kadınların ağrının rahatlatılması konusunda daha memnuniyetsiz oldukları saptanmıştır.

Çalışmada medeni durum, yaş, eğitim durumu, çalışma durumu ile verilen cevaplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca tablolarda gösterilmemiş olan hastaya yakınlık derecesi ve daha önceki saç dökülme deneyimi ile de cevaplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 27) .

Hasta yakınlarının saç dökülmesi ile ilgili bilgi alma durumu ile saç dökülmesi yaşayıp yaşamadıkları sorularına vermiş oldukları cevap arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (Tablo 27). Verilen eğitimin

hastalarındaki saç dökülmesine ilişkin hasta yakınlarının farkındalığını artırdığını söyleyebiliriz.

Yan etkilerin tanınmasında ve yan etkilerin en aza indirilmesinde hasta kadar hasta yakınına da eğitim verilmesinin gerekliliği vurgulanmaktadır. Hastalık ve tedavi süresince hastayla ve sağlık profesyonelleriyle iletişim içerisinde olan, yaşanabilecek semptomları ve baş etme yollarını bilen ailelerin, yeni duruma uyum sağlamada ve tedaviyi sürdürmede daha başarılı oldukları belirtilmektedir (Gündoğdu 2004).

Hasta yakınlarının hastalarının saç dökülmesinden nasıl etkilendiği sorusuna verdikleri cevaplarla, hastaların KBAYKÖ, Beck Depresyon Ölçeği ve Beden İmajı Ölçek puanları karşılaştırılmıştır. Hasta yakınları tarafından saç dökülmesinden etkilendiği ifade edilen hastaların KBAYKÖ genel puanları etkilenmediği ifade edilenlerden daha düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). İstatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte, Beck Depresyon Ölçek puanlarının daha yüksek ve Beden İmajı Ölçeği puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 30). Hasta yakınlarının saç dökülmesini hastanız problem, eksiklik veya kusur olarak görüyor mu sorusuna verdikleri cevaplarla, hastaların KBAYKÖ, Beck Depresyon Ölçeği ve Beden İmajı Ölçek puanları karşılaştırılmıştır. Saç dökülmesini problem olarak gördüğü ifade edilen hastalar ile problem olarak görmediği ifade edilen hastaların KBAYKÖ genel toplam ve Beden İmajı Ölçek puanları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yakınları tarafından saç dökülmesini problem olarak gördüğü ifade edilen hastaların KBAYKÖ toplam puan ve Beden İmajı puanlarının daha düşük olduğu, anlamlı bir farklılık saptanamamakla birlikte Beck Depresyon Ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç hastaların alopesiye bağlı olarak yaşadıkları psikososyal sorunların, hasta yakınları tarafından doğru şekilde değerlendirilebildiğini göstermektedir.

Ebeveynlerin kansere bağlı semptomlara ilişkin gözlemlerini ve yorgunlukla ilgili görüşlerini belirlemek amacı ile yapılmış bir çalışmada; ebeveynler

çocuklarının saç dökülmesini çok sık (%48.3); yorgunluk (%49.4), bulantı-kusma (%34.8), kaygı-endişe (%24.7) ve tad değişikliğini (%23.6) orta düzeyde; kabızlık, ishal (%28.1), ağrı (%27.0), uyku güçlüğü (%12.4) ve solunum güçlüğü (%7.9) çok az düzeyde deneyimlediklerini ifade etmişlerdir. Kanserli çocukların tanı ve tedavi süresi ile yaşadıkları semptomlar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Sonuç olarak ebeveynlerin çocuklarındaki kansere bağlı semptomları tanımlayabildikleri rapor edilmiştir (Yılmaz ve ark. 2009).

Clipp ve George (1992) yapmış oldukları çalışmada hastaların %11'i kendilerini çok depresif hissettiklerini söylerken, hasta yakınlarının %46'sı hastalarının çok depresif olduklarını belirtmişlerdir. Depresyon semptomuna ilişkin hasta ve yakınlarının orta düzeyde bir fikir birliği içinde oldukları saptanmıştır.

Hastalara aileleri ve arkadaşları tarafından sağlanan sosyal desteğin kanser hastalarının genel iyilik halini etkileyerek hastalığın seyrinde olumlu sonuçlar meydana getirdiği belirtilmektedir. Fakat genellikle hastalık hakkında deneyimli ve bilgili olmadıklarından sosyal destekleri sınırlı kalabilmektedir. Kemoterapi semptomlarına bağlı hastada ortaya çıkabilecek sorunlara ilişkin hasta yakınlarının bilgilendirilmesi ve farkındalık yaratılması, hastaların tedavi ve hastalığa uyumlarını artıracak ve yaşam kalitelerini iyileştireceği için oldukça önemlidir.

Çalışmamızda hasta yakınlarının alopesiye ilişkin algılarının hastalarinki ile paralellik gösterdiğini söyleyebiliriz. Hasta yakınları için ölçek kullanılmamış, hasta yakınlarının gözlemleri ve ifadeleri dikkate alınmıştır. Bu çalışmanın daha büyük bir örneklem grubuyla yapılması ve hasta yakınlarının, hastalarının alopesi algısına ilişkin görüşlerinin değerlendirilebildiği bir ölçek kullanılması (Kemoterapiye bağlı alopesiye ilişkin hasta yakınlarının algılarının değerlendirildiği bir ölçek bulunmamaktadır) gerektiği inancındayız.

7.5. Hemşire/Sağlık Memurlarının Sosyo-Demografik ve Hastalık/Sağlık Özelliklerine Göre Alopesi Algıları ve Alopesi Yönetimine İlişkin Tutumları

Çalışmamızda hemşire/sağlık memurlarının % 86.7'si kadın, % 38.7'si 19-24 yaş arasında, % 62.7'si lisans Mezunu ve % 72'si bekarıdır. Çoğunluğunun (% 33.3) çalıştıkları servis/bölümde 0 - 6 aydır çalışıyor oldukları, % 13.3'ünün ise beş yıl ve üzerinde çalışmakta oldukları görülmektedir (Tablo 30).

Rental ve Ream'in (2005) çalışmasında hemşirelerin %69'unun 30-39 yaş arasında olduğu ve onkoloji deneyim süresinin 3.1 ile 6 yıl arasında değiştiği saptanmıştır. Hastaların yaşam kalitesine ilişkin hemşire ve hasta algılarının karşılaştırıldığı bir çalışmada; çalışmaya katılan 49 hemşirenin %96.6'sının kadın, %61.3'ünün evli, %20.5'i lisans mezunu ve %26.5'inin yüksek lisans mezunu olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin ortalama yaşı 37.4, kanser hastalarıyla deneyim süresi ise 9.4 yıl olarak belirlenmiştir (Bahrami et al. 2008). Aydın ve Eşer'in (2010) yapmış oldukları çalışmada ise hemşirelerin %57.50'sinin 22-27 yaş aralığında olduğu, %52.50'sini 1-5 yıl arasında çalışanların oluşturduğu, %57.50'sinin bekar ve %52.50'sinin ön lisans mezunu olduğu saptanmıştır.

Alopesi Yönetim Ölçeği'nden alınan puanların cinsiyete göre dağılımına bakıldığında; Alopesi Yönetim boyut puanı ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmazken, Alopesi Algısı boyut puanlarının cinsiyete göre farklılık gösterdiği saptanmıştır. Bayanların AYÖ Alopesi Algısı Boyutu puanı ortalaması 17.04, erkeklerin AYÖ Alopesi Algısı Boyutu puan ortalaması ise 15.40'dır ve puanlar arasında anlamlı şekilde farklılık görülmektedir. ($t=-2.003$; $p<0.05$) (Tablo 34). Bu fark; kadının saça yüklediği anlamın erkeğe göre farklı olması, kadın için saç kaybının kadınlık, cinsellik ve çekicilik kaybı olarak görülmesi gibi nedenlerden dolayı ortaya çıkmış olabilir.

Sağlık çalışanlarının kansere karşı tutumlarının değerlendirildiği bir çalışmada; doktor, hemşire ve radyoloji çalışanları araştırmanın örneklem grubunu oluşturmuş, kanser inanç ölçeği kullanılarak değerlendirme yapılmıştır. Ölçeğin tüm alt boyutlarında kadın katılımcıların erkeklere oranla daha yüksek puan

ortalamalarına sahip olmalarına rağmen iki grubun tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Kearney et al 2003).

Hemşirelerin ölüm üzerine tutumlarının irdelendiği çalışmada; kadınların ölüm ile ilgili duygu ve düşüncelerini açıklıkla dile getirebildikleri, erkeklerin ise bu duygu ve düşüncelerini kontrol altında tutma eğiliminde oldukları bildirilmektedir. Kadınlarda ölüm kaygısının daha fazla olduğu, bunun gerekçesi olarak da ölmek üzere olan bireylerin arzularının yerine getirilmesini istemeleri ve empatik yaklaşımları gösterilmektedir. Empatinin yüksek düzeyi ile ölüm kaygısının yüksek düzeyinin ilişkili olduğu rapor edilmiştir (Khader et al 2010)

Araştırmaya katılan hemşire/sağlık memurlarının AYÖ Alopesi Yönetim Boyutu puanları yaşlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir. (**F=4.001;p<0.05**). Bu farklılığın 25-29 yaş arasındaki hemşire/ sağlık memurlarının AYÖ Alopesi Yönetim Boyutu puanlarının, yaşları 30 yaş ve üzerinde olan hemşire/ sağlık memurlarının AYÖ Alopesi Yönetim Boyutu puanlarından daha yüksek olmasından kaynaklandığı saptanmıştır (Tablo 34).

Eğitim durumu, medeni durum, çalışılan hastane, çalışma süresi, çalışılan bölüm ve çalışılan bölümde saç dökülmesine yönelik uygulama yapılıp yapılmaması açısından AYÖ genel puan ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Aydın ve Eşer'in (2010) çalışmasında sağlık meslek lisesi ve önlisans mezunu hemşirelerin hastalara verdikleri ağrı puanlarının hastalarinkinden düşük olduğu, lisans mezunu hemşireler ile hastaların ağrı puan ortalamaları arasında fark olmadığı; lisans eğitiminin hemşirelerin ağrı değerlendirmesini olumlu yönde etkilediği ifade edilmektedir. Onkoloji servisinde çalışma süresi arttıkça hastalara verilen ağrı puan ortalamalarının azaldığı saptanmıştır. Jinekolojik hastaların yaşam kalitelerinin hemşire ve hastalar tarafından değerlendirildiği bir çalışmada hemşirelerin eğitim düzeyi, çalışma süresi ve onkoloji deneyimi ile bağlantılı fark bulunamamıştır (Zhao et.al 2003).

Hizmet içi eğitimi alan hemşirelerin AYÖ genel toplam puanları ve alopesi algısı boyut puanları hizmet içi eğitimi almayan hemşirelerin puanlarından anlamlı şekilde farklılık göstermektedir ($t=-1.96$; $p<0.05$) (Tablo 34) . Hizmet içi eğitim alanların almayanlara göre puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çevrelerinde/yakınlarında kemoterapiye bağlı saç dökülmesi yaşayan hemşire/sağlık memurlarının alopesi algısı boyutu puanları arasında anlamlı şekilde farklılık olduğu saptanmıştır($t=-1.958$; $p<0.05$) (Tablo 34). Alınan hizmet içi eğitimlerin ve geçmişteki deneyimlerin algıyı etkileyen önemli faktörler olduğu ve duyarlılığı artırdığını söyleyebiliriz.

Aydın ve Eşer'in (2010) alışmasında ağrı konusunda eğitim alan hemşirelerle hastaların ağrı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı; ağrı eğitimi almayan hemşirelerin puan ortalamaları arasında ise anlamlı bir farklılık olduğu belirtilmektedir. Bu araştırmanın sonucunda hemşirelerin ağrı ile ilgili eğitim almalarının değerlendirmelerini olumlu yönde etkilediği saptanmıştır. Khader ve ark.nın (2010) alışmasında onkoloji eğitimi alan ve almayan hemşirelerin kansere karşı tutum, kanser olma korkusu, ümitsizlik ve stigma boyutlarından almış oldukları puan ortalamaları arasında fark bulunamamıştır. Meme Kanseri ve Taramalarına İlişkin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada, ailesinde meme kanseri olan öğrencilerin duyarlılık algıları (10.39 ± 1.94) ailesinde meme kanseri olmayan öğrencilere (8.21 ± 1.96) göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.001$). Bununla birlikte ailesinde meme kanseri olan öğrencilerin önemlilik ve öz-etkililik algıları da ailesinde meme kanseri olmayan öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Kılıç ve ark. 2009).

Alopesi Algısı Boyutuna İlişkin Görüşler

Alopesi kemoterapi tedavisinin travmatik bir yan etkisidir maddesine hemşire ve sağlık memurlarının %86.7'sinin, Kişiler alopesiyi kanserle ilişkilendirir maddesine %86.7'sinin, Alopesinin kişilerin beden imajı ve benlik saygısı üzerinde önemli bir etkisi vardır maddesine %94.7'sinin, Hastaların saçlarını kaybetme korkuları

kemoterapiyi reddetmelerine neden olabilir maddesine %61.4'ünün katıldığı saptanmıştır.

Çalışmamızda Alopesi Algısı Boyutundaki tüm maddeler için hemşire ve sağlık memurlarının fikir birliği içinde olduğu belirlenmiştir.

Randall ve Ream'in (2005) çalışmasında; katılımcıların alopesi algıları ile ilgili maddelere verdikleri cevaplarla yüksek düzeyde fikir birliği gösterdikleri saptanmıştır. Alopesinin vücut imajı ve benlik saygısını etkilediği konusunda da katılımcıların tamamı fikir birliği gösterdiği, %77'si, kişilerin alopesiyle kanseri ilişkilendirdiğini ifade ettikleri belirlenmiştir. Alopesinin kemoterapinin travmatik bir yan etkisi olduğunu, hastaların saçlarının döküleceği korkusuyla tedaviyi reddedebileceklerini hissettiklerini ifade etmişlerdir (n=11, %85). Ayrıca bu çalışmada katılımcılar alopesinin kanser tedavisinin gözle görülür bir işareti olduğunu ve alopesinin hasta üzerindeki etkisini hafife aldıklarını belirttikleri rapor edilmiştir.

Alopesi Yönetimi Boyutuna İlişkin Görüşler

Hemşire ve sağlık memurlarının “Kemoterapi yan etkilerinin yönetiminde alopesi önemli derecede önceliğe sahiptir” (%78.7), “Hemşireler alopesi yönetiminde anahtar roledirler” (%76), “Alopesi kontrolüne hasta ailelerinin katılımı önemlidir” (%93.3), “Alopesinin kontrolüne yönelik oldukça az bilgi bulunmaktadır” (%69.3), “Hastaların saç kaybına alışmalarına yardımcı olmak zordur” (%74.6), “Kadınların erkeklerden daha fazla alopesi bilgisi ve desteğine ihtiyaçları vardır” (%90.7), “Peruklar alopesi kontrolünde yararlı araçlardır” (%92), “Alopesi kontrolünde lider hastadır” (%78.7) maddelerine katıldıklarını ifade ederek fikir birliği içinde oldukları saptanmıştır. Bununla birlikte “öncelik alopesinin önlenmesi olmalıdır” maddesine %26,7'si katılıyorum, %26.7'si karasızım ve %46.7'si katılmıyorum şeklinde cevap vermiştir. “Kişilere peruk takacakları zamanı söylemek zordur” maddesine %52'si katılıyorum şeklinde cevap verirken, “Alopesi kontrol altına alınabilir” maddesine %32'si katıldığını %33.3'ü ise katılmadığını belirtmiştir. Bu üç maddeye ilişkin fikir birliği sağlanamadığı belirlenmiştir.

Randall ve Ream (2005) tarafından katılımcıların alopesi yönetiminde anahtar rol oynadıkları ve kemoterapi yan etkilerinden biri olan alopesinin yönetimine yüksek öncelik verilmesi gerektiği konusunda fikir birliği içinde oldukları belirtilmiştir. Fakat %62 si alopesinin etkili şekilde yönetildiği konusunda kararsız olduklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %54'ü alopesi yönetiminde önlemenin en önemli unsur olduğunu ifade etmişlerdir. Alopesiye adaptasyonda hastaya yardımcı olmanın zor olduğu konusunda grubun kararsız olduğu, %58'i zor olmadığını ifade ettiği bildirilmiştir. Bu çalışmada hemşirelerin bu semptom için kayıtsız kalmadıkları saptanmıştır. Alopesinin duygusal etkilerinin farkında oldukları ve kemoterapinin yan etkilerinin yönetimine yüksek öncelik verdikleri belirlenmiştir. Fakat alopesi yönetimine yüksek öncelik verdikleri konusunda hem fikir olmalarına rağmen, alopesi yönetimi konusundaki çabalarının etkin olup olmadığı konusunda kararsız oldukları saptanmıştır. Çalışmanın yapıldığı zaman klinikte kullanmak için alopesi yönetimi için standart bir protokol olmadığı bildirilmiştir.

Çalışmamızda Rendal ve Ream'in (2005) çalışmasının sonuçlarından farklı olarak, hastaların saç kaybına alışmalarının zor olduğu konusunda hemşireler fikir birliği içerisindeydi. Ayrıca "kişilere peruk takacakları zamanı söylemek zordur", maddesi dışında diğer bulguları bizim bulgularımızla paralellik göstermektedir. Yine benzer şekilde her üç hastanede de alopesiye ilişkin standart bir bakım protokolü yoktu.

"Kişilere peruk takacakları zamanı söylemek zordur" maddesine ilişkin fikir birliği olmamasının gerekçesi; katılımcıların %48'inin bir yıldan daha kısa süredir mevcut bölümünde çalıştığı ve %41.3'ünün hizmet içi eğitim almadığı dikkate alındığında, alopesi toksisitesine sahip kemoterapi ajanlarına ilişkin bilgi düzeyinin yeterli olmaması ile açıklanabilir.

Sağlık profesyonellerinin kanser, kemoterapi ve alopesiye ilişkin algı ve tutumlarının değerlendirildiği çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmaların sonuçları arasındaki farklılıklar göze çarpmaktadır. Rosman (2004) doktorlar ve diğer sağlık

çalışanlarının kemoterapiye bağlı alopesiyi çok fazla dikkate almadıklarını rapor etmektedir. Tıp profesyonellerinin hastanın günlük yaşamı üzerinde büyük bir etkisi olan bu olayı hafife alma eğiliminde olduklarını belirtmektedir. Bu çalışma kemoterapiye bağlı alopesiye özel önem gösterilmesi ve sağlık iletişiminin günlük belirtilere daha fazla odaklanmış olması gerektiğini, alopesinin hangi tedavi ile bağlantısı olduğunun fark edilmesinin önemi üzerinde durmaktadır. Kemoterapi hastalar tarafından zararlı ve yıkıcı bir tedavi olarak görülürse, alopesi müsamaha edilen bir konu ve önemli ölçüde hastanın yaşam kalitesini etkileyen kendilik kaybı olarak algılanacağı, tedavi faydalı ve iyileşme sağlayıcı olarak görülürse, alopesinin ödenmesi gereken bir bedel olarak kabul edileceği belirtilmektedir. Bu nedenle kanser tedavisi ile bağlantılı hasta iletişiminin oldukça önemli olduğu vurgulanmaktadır (Rosman 2004).

Hollandalı bir grup araştırmacı kanser hastaları, hemşire ve doktorların kanser ve kemoterapiye ilişkin algılarını araştırmışlar ve hasta tarafından algılanan saç dökülmesi sorununun hekimi tarafından önemsenmediğini saptamışlardır. Araştırmacılar, uygun hasta bakımının hekim ve hemşirelerin alopesi nedeniyle hastanın yaşadığı sıkıntının farkında olması ile sağlanabileceğini, mevcut durumun ise endişe verici olduğunu rapor etmektedirler. Bu çalışmada 80 meme kanserli hasta, 49 onkolog ve 41 hemşire ile görüşülmüştür. Yan etkilerin yer aldığı 19 maddeden oluşan bir soru formu üzerinde puanlama yapılması istenmiştir. İlk sırayı her üç grup içinde metastaz korkusu alırken, yorgunluk onkolog ve hastalar tarafından ikinci sırada hemşireler tarafından ise üçüncü sırada gösterilmiştir. En çarpıcı uyuşmazlık saç dökülmesinde gözlenmiştir. Saç dökülmesi hastalar tarafından 4., hemşireler tarafından 9., onkologlar tarafından ise 11. sırada gösterilmiştir (Mulders et al 2008).

Kanserli hastaların, baş etme çabalarını desteklemenin sağlık personeli için amaç olması gerektiği vurgulanmaktadır. Ancak, araştırmacılar kanserle başa çıkma yolları konusunda hemşireler arasında bilgisizlik olduğunu, inkar ve benzeri tepkiler için uyumsuzluk nitelendirmesi yaptıkları belirtilmektedir. Kanser hastalarının deneyimledikleri kanser tecrübeleri ile sağlık profesyonellerin bakış açılarındaki farklılığın günlük onkolojik bakımda sorun teşkil edebileceği, personelin negatif

bakış açısının hastaların baş etme çabalarını olumsuz etkileyebileceği bildirilmektedir (Lampic and Sjöden 2000).

Lampic ve Sjöden (2000) tarafından sağlık personelinin, kanser hastalarının psikolojik problemlerini abartma, yaşam kalitesini ise hafife alma eğiliminde olduklarını belirtmektedir. Deneysel çalışmaların kanser hastalarının normal topluma göre daha fazla psikolojik sorun veya daha düşük yaşam kalitesi deneyimi olmadığını göstermesine rağmen onkoloji çalışanlarının bu konularla ilgili olumsuz algılamalarının olduğu ifade edilmektedir. Sağlık çalışanlarının hastanın sosyal çevresinin önemli bir kısmını oluşturduğu düşünüldüğünde bu durumun hastalar için olumsuz sonuçlara yol açabileceği bildirilmektedir.

Parsaie ve ark.nın (2000) yapmış olduğu çalışmada kemoterapi tedavi stresörleri ile ilgili hasta ve hemşire algıları karşılaştırılmıştır. Sitotoksik tedavi gören 50 hasta rasgele örnekleme ile seçilmiş ve Tebriz Üniversitesi onkoloji bölümünde çalışan 21 kayıtlı hemşire ile temasa geçilmiştir. Likert tipi anket kemoterapi tedavisine bağlı yaygın olarak görülen yan etkilerin şiddetini ölçmek için tasarlanmıştır. Hemşireler ve hastalara yan etkilerin yazılı olduğu anket formunu doldurmaları ve yarattığı stres düzeyine göre yan etkileri sıralamaları istenmiş ve en fazla stres yaratan sorunun hastalar için yorgunluk (%66), hemşireler tarafından da alopesi (%62) olarak işaret edildiği saptanmıştır. Psikososyal stresör olarak hemşireler; hastalığın tekrarlayacağı korkusu (%90.5), ölüm korkusu (90.5%), ekonomik problemler (90.5%), hastalar; ekonomik problemler (70%), sosyal aktivite kaybını (66%) göstermişlerdir.

Ağrı, bulantı, iştahsızlık, uyku, konsantrasyon ve ruh hali ile ilişkili belirtilerin yarattığı sıkıntı düzeyi algılarının hemşire ve hastalarda farklılık gösterdiği rapor edilmektedir. Daha önce yapılmış çalışmaların hemşirelerin hastalardaki semptom düzeylerini hafife alma eğilimi içinde olduğunu gösterdiği, yapılan çalışmada ise tersine bir durum ortaya çıktığı, konstipasyon hariç tüm semptomlar için hemşirelerin hastalardan daha yüksek sıkıntı düzeyi puanları verdikleri rapor edilmiştir (Holmes and Eburn 1989).

Çalışmalar hastalar için hemşirelerin sevecen davranışlarının yeterli olmadığı ve hemşire ve hastaların bakım davranışları ile ilişkili her zaman aynı fikirleri paylaşmadıkları belirtilmektedir. Hastaların ihtiyaç ve beklentilerinin hemşireler tarafından daha iyi anlaşılmasının önemi üzerinde durulmaktadır (Rchaidia et al 2009).

Kemoterapi nedeniyle alopesi gelişen hastalarda, anksiyete, negatif beden imajı, benlik saygısında ve yaşam kalitesinde azalma meydana gelmektedir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının alopesinin hasta üzerindeki olumsuz etkilerini tanıyabilmeleri ve uygun şekilde yönetebilmeleri için hizmet içi eğitim programlarının oluşturulması ve alopesiye yönelik standart bakım protokollerinin hazırlanması gerekmektedir.

Sonuç Olarak;

- Kemoterapiye bağlı alopesi yaşayan hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesinde KBAYKÖ'nin güvenilir ve geçerli bir araç olduğu,
- Türk toplumunda sağlık çalışanlarının alopesiye ilişkin algılarının belirlenmesinde Alopesi Yönetim Ölçeği'nin güvenilir ve geçerli bir araç olduğu,
- Cinsiyet, çalışma durumu, alopesi şiddeti, ilave hastalık ve genel sağlık algısının yaşam kalitesini etkileyen özellikler olduğu,
- Hasta yakınlarının alopesiye ilişkin algılarının, cinsiyet ve bilgi alma durumuna göre farklılaştığı,
- Hemşirelerin alopesiye ilişkin algı ve tutumlarının, cinsiyet, yaş, hizmet içi eğitim alma durumu ve alopesi deneyimi (aile-çevre) özellikleri ile ilişkili olduğu ve hemşirelerin ölçek maddelerine vermiş oldukları cevaplarla fikir birliği içinde oldukları saptanmıştır.

Öneriler;

- KBAYKÖ'nin kemoterapi nedenli alopesi yaşayan hastaların yaşam kalitelerini yükseltmek amacıyla, tedavi ve bakımlarının planlanıp düzenlenmesinde yol gösterici olarak kullanılması,
- Daha büyük bir örneklem grubuyla hasta yakınlarının alopesi algılarına ilişkin benzer çalışmaların yapılması,
- AYÖ'nin hemşirelerin alopesiye ilişkin farkındalıklarını artırmak ve ortak bir dil oluşturulabilmesi için kemoterapi üniteleri, kemik iliği transplantasyon üniteleri ve onkoloji servislerinde kullanılması,
- Sağlık çalışanları için hizmet içi eğitim programlarının oluşturulması ve alopesiye yönelik standart bakım protokollerinin hazırlanması önerilmektedir.

8. KAYNAKLAR

- Akgül A, Çevik O. (2003). İstatistiksel Analiz Teknikleri. Emek Ofset Baskı, Ankara. s.104.
- Akyol H. (2004). Kemoterapinin temel ilkeleri. XIII. TPOG Ulusal Pediatrik Kanser Kongresi, Hemşire Programı.
- Amerikan Kanser Birliği (1998). Hemşireler İçin Kanser El Kitabı. 2. Baskı. 4. Akşam Sanat Okulu Matbaası. Ankara
- Anderson J.E., Hunt M.J., Smith I.E. (1981). Prevention of Doxorubicin-Induced Alopecia by Scalp Cooling in Patients With Advanced Breast Cancer. *British Medical Journal*, Volume 282, pp:423-424
- Asra A., Sanjay M. (2009). Alopecia. Medical Care of Cancer Patients. Chapter 63 :602-609
- Ateşçi F.Ç., Oğuzhanoglu N.K., Baltarlı B., Karadağ F., Özdel O., Karagöz N. (2003). Kanser Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar ve İlişkili Etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(2):145-152
- Bahrami M., Parker S., Blackman I. (2008). Patients' Quality Of Life: A Comparison Of Patient And Nurse Perceptions. *Contemporary Nurse* 29: 67–79.
- Bakth S., Najafi S. (2010). Body Image And Sexual Dysfunctions: Comparison Between Breast Cancer Patients And Healthy Women. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 5 1493–1497
- Banning M., Hafeez H., Faisal S., Hassan M., Zafar A. (2009). The Impact of Culture and Sociological and Psychological Issues on Muslim Patients With Breast Cancer in Pakistan. *Cancer Nursing*, Vol. 32, No. 4
- Batchelor D. (2001). Hair And Cancer Chemotherapy – Consequences And Nursing Care: A Literature Study. *European Journal Of Cancer Care*, 10, 147–163,
- Baxley, O. K., Kendrick, E. L., & Brown, H. E. (1984). Alopecia: Effect on Cancer Patients' Body Image. *Cancer Nursing*, 499 – 503. In: Helms R. L., Erin L. O'hea E. L., Corsa M., Body Image Issues In Women With Breast Cancer. *Psychology, Health & Medicine*, May 2008; 13(3): 313 – 325
- Baykul Y.(2000). Eğitimde ve Psikolojide Ölçme: Klâsik Test Teorisi ve Uygulaması, ÖSYM Yayınları, Ankara, s.300

- Bernard M., Brignone M., Adehossi A., Pefoura S., Briquet C., Chouaid C., Tilleul P. (2010). Perception Of Alopecia By Patients Requiring Chemotherapy For Non-Small-Cell Lung Cancer: A Willingness To Pay Study. *Lung*, 3628; 1-5
- Beser N., Öz F. (2003). Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete-Depresyon Düzeyleri Ve Yaşam Kalitesi. *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7 (1)
- Bilir N. (2008). Sigara ve Kanser. 1. Baskı, Klasmat Matbaacılık. Ankara
- Bleiker T.O., Nicolaou N., Traulsen J., Hutchinson P.E. (2005). Atrophic Telogen Effluvium From Cytotoxic Drugs And Arandomized Controlled Trial To Investigate The Possible Protective Effect Of Pretreatment With A Topical Vitamin D3 Analogue In Humans. *British Journal Of Dermatology*, 153, Pp103–112
- Blomqvist M.L., Luoma M.A, Sjöström J., Pluzanska A.P, Sjödin M., Mouridsen H., Østenstad B., Mjaaland I., Ottosson S., Bergh J., Malmström P.O., Blomqvist C. (2001). Timing of Quality of Life (QoL) Assessments as A Source of Error in Oncological Trials. *Journal of Advanced Nursing*, Volume 35, Issue 5, pages 709–716
- Boehmke, M. M., & Dickerson, S. S. (2005). Symptom, Symptom Experiences, And Symptom Distress Encountered By Women With Breast Cancer Undergoing Current Treatment Modalities. *Cancer Nursing*, 28(5), 382 – 389.
- Bottomley A. (2002). The Cancer Patient and Quality of Life. *The Oncologist*, 7:120-125
- Büyüköztürk Ş. (2008). Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı. 9. Baskı Pegem Akademi, Ankara. s.167-182.
- Carelle N., Piotto E., Bellanger A., Germanaud P.D.J., Thuillier A., Khayat, M.D. (2002). Changing Patient Perceptions of the Side Effects of Cancer Chemotherapy. *Cancer*, July 1, Volume 95 / Number 1
- Cartwright T, Endean N., Porter A. (2009). Illness Perceptions, Coping and Quality of Life in Patients with Alopecia: Discussion. *The British Journal of Dermatology*, 160(5):1034–1039

- Clipp E.C., George L.K. (1992). Patients With Cancer and The Spouse Caregivers Perceptions of the Illness Experience. *Cancer*, Volume 69, No. 4, pp:1074-1079
- Costa-Requena G., Gil F. (2009). Quality Of Life In The Chemotherapy Treatment Of Spanish Cancer Patients: A Comparison Of General Population Norms. *Psycho-Oncology*, 18: 1053-1059
- Dedeli Ö., Fadıloğlu Ç., Uslu R. (2008). Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durumları ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 23(3):132-139
- Del Mastro L, Costantini M, Morasso G, Bonci F, Bergaglio M, Banducci S, Viterbori P, Conte P, Rosso R, Venturini M. (2002). Impact Of Two Different Dose-İntensity Chemotherapy Regimens On Psychological Distress In Early Breast Cancer Patients. *Eur J Cancer*, 38(3):359-66.
- DeVita V., Chu E. A (2008). History of Cancer Chemotherapy. *Cancer Res*, 68: (21). November 1
- Doss D.S. (2006). Advances in Oral Therapy in the Treatment of Multiple Myeloma. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 10(4)
- Dougherty L. (2007). Using Nursing Diagnoses In Prevention And Management Of Chemotherapy-Induced Alopecia In The Cancer Patient. *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*, Oct-Dec, Vol. 18 Issue 4, p142-149
- Drug Therapy (2007). The Recognition and Appropriate Management of Cutaneous Reactions to Chemotherapy is An Important Component of Patient Care. *Drugs Ther. Perspect*, Vol 23, No 1
- Dubey S., Brown R.L., Esmond S. L., Bowers B. J., Healy J. M., Schiller J. H. (2005). Patient Preferences in Choosing Chemotherapy Regimens for Advanced Non-Small Cell Lung Cancer. *J Support Oncol*, 3:149–154
- Duvic M, Lemak NA, Valero V, Hymes SR, Farmer KL, Hortobagyi GN (1996). A Randomized Trial Of Minoxidil In Chemoteraphy-Induced Alopecia. *J Am Acad Dermatol*, 35:74-8.
- Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu (2008). Dünya Kanser Raporu. Ed: Boyle P. ve Lyon L.B.

- Erefe İ. (2002). Veri Toplama Araçlarının Niteliği. İçinde: *Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemler*. Ed: Erefe İ. 2. Baskı. Odak Ofset. Ankara. s.169-188.
- Ertem G., Kaklım A., Bulut S., Sevil Ü. (2009). Radyoterapi Alan Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri ve Yaşam Kaliteleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Cilt:2, Sayı 2.
- Eser E. (2006). Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Kavramsal Temelleri ve Ölçümü. *Sağlıkta Birikim*, 1(2):1-8.
- Ferreira S., Marques C., Olivera C., Gervasio H., Campos O. (2005). Living Alopecia: Study On The Impact Of Chemotherapy-Associated Alopecia In Quality Of Life And Daily Activities In Women With Breast Cancer. *Journal of the European Academy of Dermatology & Venereology*, Supplement 2, Vol. 19, p1-411
- Fischer T.W., Schmidt S., Strauss B., Elsner P. (2001). Hairdex: A Tool For Evaluation Of Disease-Specific Quality Of Life In Patients With Hair Diseases *Hautarzt*, 52:219–227,
- Fobair P., Steward L. S., Chang S., D'onofrio C., Banks P., Bloom J. R. (2006). Body Image And Sexual Problems In Young Women With Breast Cancer. *Psycho-Oncology*, 15: 579–594
- Forsberg S.A. (2001). Scalp Cooling Therapy And Cytotoxic Treatment. *Lancet*, Vol 357
- Frye D.K. (2009). Capecitabine-Based Combination Therapy for Breast Cancer: Implications for Nurses. *Oncology Nursing Forum*, Vol. 36, No. 1
- Gail B.J, Quiett K. (2007). Hematologic Effects. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11(1)
- Ganz A. P., Guadagnoli E., Landrum M. B., Lash T. L., Rakowski W., and Silliman R. (2003). Breast Cancer in Older Women: Quality of Life and Psychosocial Adjustment in the 15 Months After Diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, Vol 21, No 21 (November 1): pp: 4027-4033
- Gözüm S, Aksayan S. (2003). Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber II: Psikometrik Özellikler Ve Kültürlerarası Karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 5(1): 3-14.

- Griffin A. M., Butow P.N, Coates A.S., Childs A. M., Ellis P.M., Dunn S.M., Tattersall M.H.N. (1996). On The Receiving End. V: Patient Perceptions Of The Side Effects Of Cancer Chemotherapy In 1993. *Ann Oncol*, 7:189–195.
- Gültekin Z., Pınar G., Pınar T., Kızıltan G., Doğan N., Algier L., Bulut I., Özyılkan Ö. (2008). Akciğer Kanseri Hastalarının Yaşam Kaliteleri ve Sağlık Bakım Hizmet Beklentileri. *Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi*, No:2 Vol:18
- Gündoğdu F. (2004). Etkin Kemoterapi Uygulamaları, Hasta ve Ailesinin Eğitimi. H. Ü. Onkoloji Hastanesi, XIII. TPOG Ulusal Pediatrik Kanser Kongresi, Hemşire Programı
- Güner İ.C. (2008). Meme Kanseri ve Eşlerin Desteği. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 46-49
- Gürel Kanarığ D. (2007). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Erişkin Onkoloji, Hematoloji Kliniklerinde Kemoterapi Uygulanan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Adana (Danışman: Yard. Doç. Dr. G. Öztunç)
- Hall-Lord M.L., Johansson I., Schmidt I., Larsson B.W. (2002). Family Members' Perceptions Of Pain And Distress Related To Analgesics And Psychotropic Drugs, And Quality Of Care Of Elderly Nursing Home Residents. *Health and Social Care in the Community*, 11(3), 262–274
- Helms R. L., Erin L. O'hea E. L., Corsa M.(2008). Body Image Issues In Women With Breast Cancer. *Psychology, Health & Medicine*, 13(3): 313 – 325
- Hesketh P.J., Batchelor D., Golant M., Rhodes N., Yardley D. (2004). Chemotherapy-Induced Alopecia: Psychosocial Impact and Therapeutic Approaches. *Support Care Cancer*, 12:543-549
- Heyland D.K., Dodek P., Rocker G., Groll D., Gafni A., Pichora D., Shortt S., Tranmer J., Lazar N., Kutsogiannis J., Lam M. (2006). What Matters Most In End-Of-Life Care: Perceptions Of Seriously İll Patients And Their Family Members. *CMAJ*, 174(5)
- Hilton S., Hunt K., Emslie C., Salinas M., Ziebland S. (2008). Have Men Been Overlooked? A Comparison Of Young Men And Women's Experiences Of Chemotherapy-Induced Alopecia. *Psycho-Oncology*, 17:577-583

- Holmes S., Eburn E. (1989). Patients' And Nurses' Perceptions Of Distress In Cancer. *Journal Of Advanced Nursing*, 14, 840-846
- Hovardaoğlu S. (1990). Vücut Algısı Ölçeğinin Güvenirlik Ve Geçerlik Çalışması İçinde: Pınar R.: Obezlerde Depresyon, Benlik Saygısı Ve Beden İmaji: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 6 (1): 30-41, 2002.
- Hovardaoğlu S. (2000). Davranış Bilimleri İçin Araştırma Teknikleri, Ve-GA Yayınları, Ankara
- Irmak M. K., Bilgin M. G., Sızlan A (2008). Hasta Gözüyle Kanser. *Kor Hek*, 7(2):167-172
- Jemal A., Siegel R., Xu J., Ward E. (2010). Cancer Statistics. *Cancer J Clin*, 57:43–66
- Karakoyun Celik O., Gorken I., Sahin S., Orcin E., Alanyali H., Kinay M. (2010). Depression and Anxiety Levels In Woman Under Follow-Up For Breast Cancer: Relationship to Coping With Cancer And Quality of Life. *Med Oncol*, 27:108–113
- Katsimbri P, Bamias A, Pavlidis N. (2000). Prevention Of Chemotherapy-Induced Alopecia Using An Efective Scalp Cooling System. *Eur J Cancer Car*, 36:766-771
- Kearney N., Miller M., Paul J., Smith K., Rice A. M. (2003). Oncology Health Care Professionals' Attitudes to Cancer: A Professional Concern. *Annals of Oncology*, Volume14, Issue1 Pp. 57-61
- Khader K.A., Jarrah S.S., Alasad J. (2010). Influence Of Nurses' Characteristics And Education On Their Attitudes Towards Death And Dying: A Review Of Literature. *International Journal of Nursing and Midwifery*, Vol. 2(1), pp. 1-9
- Khoo K.S., Ang P.T. and Lim A.G. (1993). Common Toxicities of Cancer Chemotherapy. *Singapore Med J*, 34, 418-20.
- Kılıç D., Sağlam R., Kara Ö. (2009). Üniversite Öğrencilerinde Meme Kanseri Farkındalığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi* Cilt: 5 Sayı: 4
- Kızılcı S. (1999). Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 3 (2)

- Kurt Öncü H. (2008) Mastektomi Ameliyatı Olmuş Meme Kanserli Kadınların, Mastektomi Sonrası Eş Uyumu İle Yalnızlık Düzeyinin İncelenmesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Samsun, (Danışman: Yard.Doç.Dr. İ. Aydın)
- Lampic C., Sjoden P.O. (2000). Patient and Staff Perceptions of Cancer Patients' Psychological Concerns and Needs. *Acta Oncologica*, Vol. 39, No. 1, pp. 9–22
- Larsen J., Nordström G., Björkstrand B., Ljungman P. & Gardulf R.N. (2003). Symptom Distress, Functional Status And Health-Related Quality Of Life Before High-Dose Chemotherapy With Stem-Cell Transplantation. *European Journal Of Cancer Care*, 12; 71–80,
- Larsson B.W., Larsson G., Carlson S.R. (2004). Advanced Home Care: Patients' Opinions On Quality Compared With Those Of Family Members. *Journal Of Clinical Nursing*, 13, 226–233
- Lawshe, C. H. (1975). A Quantitative Approach to Content Validity. *Personnel Psychology*, 28, 563–575.
- Lemenager M., Lecomte S., Bonnetterre M.E., Bessa E., Dauba J., Bonnetterre J. (1997). Effectiveness Of Cold Cap In The Prevention Of Docetaxel-Induced Alopecia. *Eur 'J Cancer*, Vol. 33, No. 2, pp. 297-300,
- Lemieux J., Maunsell E., Provencher L. (2008). Chemotherapy-Induced Alopecia And Effects On Quality Of Life Among Women With Breast Cancer: A Literature Review. *Psycho-Oncology*, 17: 317–328
- Lobchuk M.M., Degner L.F. (2002) Symptom Experiences: Perceptual Accuracy Between Advanced-Stage Cancer Patients and Family Caregivers in the Home Care Setting. *Journal of Clinical Oncology*, Vol 20, No 16, pp 3495-3507
- Lyons M. A. and Shelton M. M. (2004). Psychosocial Impact Of Cancer In Low-Income Rural/Urban Women: Phase II. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, Vol. 4, no. 2
- MacDonald, P. (2007). Supporting patients with alopecia. *Practice Nurse*, Vol. 33, Issue 9

- Massey S. C. A. (2004). Multicentre Study To Determine The Efficacy And Patient Acceptability Of The Paxman Scalp Cooler To Prevent Hair Loss In Patients Receiving Chemotherapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 8, 121–130
- McGarvey E. L., Baum L. D., Pinkerton R. C., Rogers L. M. (2001). Psychological Sequelae and Alopecia Among Woman With Cancer. *Cancer Practice*, Vol.9 No.6: 283-289
- McMillan S.C., Moody E.L. (2003). Hospice Patient and Caregiver Congruence in Reporting Patients' Symptom Intensity. *Cancer Nurs*, 26(2)
- Mellon S., Northouse L.L., Weiss L.K. (2006). A Population-Based Study of the Quality of Life of Cancer Survivors and Their Family Caregivers. *Cancer Nurs*, 29(2):120-131
- Merlo L.M.F., Pepper J. W., Reid B.J., Maley C. C. (2006). Cancer as An Evolutionary and Ecological Process. *Nature Reviews Cancer*, Vol. 6 Issue 12, p924-935
- Miller K., Massie J.M. (2006). Depression and Anxiety. *The Cancer Journal*, 12 (5),
- Mitchell A.S., Beck S.L. (2007). Edwards L. H., RN, Moore K., Tanner E.L. Putting Evidence Into Practice: Fatigue. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11(1)
- Mulders M., Vingerhoets A., Breed W. (2008). The Impact Of Cancer And Chemotherapy: Perceptual Similarities And Differences Between Cancer Patients, Nurses And Physicians. *European Journal of Oncology Nursing*, 12,97–102
- Münstedt K., Manthey N., Sachsse S., Vahrson H. (1997). Changes In Self-Concept And Body Image During Alopecia Induced Cancer Chemotherapy. *Support Care Cancer*, 5:139-143
- Nielson T., Reichel M. (1995). Alopecia: Diagnosis and Management. *American Family Physician*, Volume 51, Number 6
- Nolte S., Donnelly J., Kelly S., Conley P., Cobb R..A. (2006). Randomized Clinical Trial of a Videotape Intervention for WomenWith Chemotherapy-Induced Alopecia: A Gynecologic Oncology Group Study. *Oncology Nursing Forum* Vol 33, No 2

- Oğuz O. (2001). Saç Dökülmeleri Cilt Hastalıkları ve Yara Bakımı Sempozyumu Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Komisyonu. s. 19-22
- Omay S.B. (2006). Noro-Onkolojide İmmunoterapi. *Türk Nöroşirürji Dergisi*, Cilt: 16, Sayı: 1, 23-24
- Özdamar K. (2002). Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi-1. 4. Baskı. Kaan Kitapevi. İstanbul. s.661-676.
- Özyılkan Ö. (2004). Kanser hastalarında Yaşam Kalitesinin Önemi. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu. İzmir
- Özyurt B.E (2007). Kanser Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyine İlişkin Betimsel Bir Çalışma. *Kriz Dergisi*, 15(1):1-15.
- Pang P.S.K., Suen L.K.P. (2009). Stressors In The Intensive Care Unit: Comparing The Perceptions Of Chinese Patients And Their Family. *Stress and Health*, 25: 151–159
- Parsaie F.A., Golchin M., Asvadi I. (2000). A Comparison of Nurse and Patient Perceptions of Chemotherapy Treatment Stressors. *Cancer Nursing*, Volume 23 - Issue 5 - pp 371-374
- Patrick D.L., Erickson P. (1993) Assessing Health- Related Quality of Life for Clinical Decision-Making. Quality of Life Assesment. Ed: Stuart R, Rachel M. and Rosser M. Kluwer Academic Publisher. Canada- USA
- Peterson J (1998). Chemotherapy. Çev. Ed: Nurgün Platin. Hemşireler İçin Kanser EI Kitabı, 2. Baskı, IV. Akşam Sanat Okulu Matbaası, Ankara.
- Pınar G., Algier L., Çolak M., Ayhan A. (2008). Jinekolojik Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi. *Uluslar arası Hematoloji Onkoloji Dergisi*, No:3 Vol: 18
- Pınar R. (2005). Reliability and Construct Validity of the SF-36 in Turkish Cancer Patients. *Qual Life Res*, 14:259-264
- Pınar R., Salepci T., Afşar F. (2003). Assesment Of Quality Of Life In Turkish Patients With Cancer. *Turkish Journal Of Cancer*, Volume 33 No:2
- Power S., Condon C. (2008). Chemotherapy- Induced Alopecia: A Phenomenological Study. *Cancer Nursing Practice*, 7 (7) : 43-47
- Randall J., Ream E. (2005). Hair Loss With Chemotherapy: At A Loss Over Its Management? *European Journal Of Cancer Care*, 14, 223–231

- Rchaidia L., Caster B.D., Blaeser E., Gastmans C. (2009). Cancer Patients' Perceptions of the Good Nurse: A Literature Review. *Nursing Ethics*, 16 (5)
- Reeves D. M. (2004). Alopecia. *Cancer Symptom Management*. 1. Cilt Sayfa 567.
- Reich M., Lesur A., Perdrizet-Chevallier C. (2008). Depression, Quality Of Life And Breast Cancer: A Review Of The Literature. *Breast Cancer Res Treat*, 110:9–17
- Reis N., oşkun A., Kızılkaya Beji N. (2006). Jinekolojik Kanselerde Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Cilt: 9 Sayı: 2
- Rosman S. (2004). Cancer And Stigma: Experience Of Patients With Chemotherapy- Induced Alopecia. *Patient Education and Counseling*, 52:333–339
- Rubenstein E.B. (2006). New Approaches to Chemotherapy- Induced Nausea and Vomiting: From Neuropharmacology to Clinical Investigations *The Cancer Journal*, 12(5)
- Sarı Şıra F. (2007). Kemoterapi Alan Onkoloji Hastalarında Semptomların Değerlendirilmesi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek lisans Tezi. İstanbul (Danışman: Prof. Dr. N. Olgun)
- Savaşır I., Şahin N. (1997). Bilişsel Davranışçı Terapilerde Sık Kullanılan Ölçekler. Türk Psikologlar Derneği Yayını, Ankara
- Schlesselman S. M. (1988) Helping Your Cancer Patient Cope with Alopecia. *Nursing*, Vol. 18 Issue 12, p43-45
- Schmidt S. (2003). Psychodermatology Female Alopecia: The Mediating Effect Of Attachment Patterns On Changes In Subjective Health Indicators. *British Journal Of Dermatology*, 148: 1205–1211
- Schmidt S., Fischer T.W, Chren M.M., Strauss B.M., Elsner P. (2001). Strategies Of Coping And Quality Of Life In Women With Alopecia. *British Journal of Dermatology*, 144: 1038-1043,
- Second PF, Jourand SM. (1953). The Appraisal Of Body-Cathexis, *J Consult Psychol*, 17:313-317 İçinde: Pınar R. (2002). Obezlerde Depresyon, Benlik Saygısı Ve Beden İmajı: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 6 (1): 30-41

- Sharif F., Abshorshor N., Tahmasebi S., Hazrati M., Zare N., Masoumi-S. (2010). The Effect Of Peerled Education On The Life Quality Of Mastectomy Patients Referred To Breast Cancer-Clinics In Shiraz, Iran 2009. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8:74
- Sturkenboom I., Dekker J., Scheppers E., Van Dongen E., Dekker J. (2007). Healing Care? Rehabilitation Of Female Immigrant Patients With Chronic Pain From A Family Perspective. *Disability And Rehabilitation*, 29(4): 323 – 332
- Sullivan J.R., Kossard S. (1999). Acquired Scalp Alopecia. Part II: A Review. *Australasian Journal of Dermatology*, 40, 61–72
- Sura W., Murphy S.O., Gonzales I. (2006). Level of Fatigue in Women Receiving Dose-Dense Versus Standard Chemotherapy for Breast Cancer:A Pilot Study. *Oncology Nursing Forum*, 33(5)
- Şencan H. (2005). Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik Geçerlilik. Seçkin Yayıncılık, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserele Savaş Dairesi Başkanlığı (2009). Ulusal Kansere Programı Kitabı. Ed: Tuncer M. Bakanlık Yayınları, Ankara
- Tavşancıl E. T. (2002). Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi, Nobel Yayınları, Ankara s.55.
- Tegin B. (1980). Depresyonda Bilişsel Bozukluklar:Beck Modeline Göre Bir İnceleme. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi, İçinde: Pınar R. (2002). Obezlerde Depresyon, Benlik Saygısı ve Beden İmajı: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6 (1): 30-41
- Tezbaşaran A. (1997). Likert Tipi Ölçek Geliştirme Klavuzu. 2. Baskı, Türk Psikologlar Derneği Yayını, Ankara.
- Tollenaar R.A.E.M., Liefers G.J., Repelaer van Driel O.J., Van de Velde C.J.H. (1994). Scalp Cooling has no Place in the Prevention of Alopecia in Adjuvant Chemotherapy for Breast Cancer. *Eur J. Cancer*, Vol. 30A, No. 10, pp: 1448-1453
- Tran D., Sinclair RD., Schwarer AP., Chow CW. (2000). Permanent Alopecia Following Chemotherapy And Bone Marrow Transplantation. *Australasian Journal of Dermatology*, 41, 106-108

- Trüeb R. M. (2007). Chemotherapy-Induced Anagen Effluvium. *Dermatology* 215: 1-2
- Trüeb R. M. (2009). Chemotherapy-Induced Alopecia. *Semin Cutan Med Surg*, 28:11-14
- Türker A., Dizdar Ö. (2005). Kemoterapötikler. *Türk Eczacılar Birliği Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*. Eylül Sayısı
- Üner S., Vaizoğlu S., Çamur D., İpçi A., Kartal M., Kaya E., Semiz H., Şimşek N. (2007). Kanser Hastalarının Yaşam Kalitelerinin SF-36 Ölçeği İle Değerlendirilmesi. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi. Ege Üniversitesi İzmir
- Ünsar S., Fındık Y.Ü., Kurt S., Özcan H. (2007). Kanserli Hastalarda Evde Bakım ve Semptom Kontrolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Cilt:2, Sayı:5.
- Vogelzang NJ, Breitbart W, Cella D, Curt GA, Groopman JE, Horning SJ, Itri LM, Johnson DH, Scherr SL, Portenoy RK. (1997). Patient, caregiver, and oncologist perceptions of cancer-related fatigue: results of a tripart assessment survey. The Fatigue Coalition. *Semin Hematol*, 34(3 Suppl 2):4-12.
- Wang J., Lu Z., Jessie L.S. (2006). Protection Against Chemotherapy-Induced Alopecia *Pharmaceutical Research*, Vol. 23, No. 11
- Welch D., Lewis K (1990). Alopecia and Chemotherapy. *American Journal of Nursing*, May pp:903
- Wright P., Smith A., Booth L., Winterbottom A., Kiely M., Velikova G. and P Selby P. (2005). Psychosocial Difficulties, Deprivation And Cancer: Three Questionnaire Studies Involving 609 Cancer Patients. *British Journal of Cancer*, 93(6), 622 – 626
- Wyatt A. J., Leonard G. D., Sachs D. L. (2006). Cutaneous Reactions to Chemotherapy and Their Management. *Am J Clin Dermatol*, 7(1)
- Yamamoto T. (2006). Bleomycin and The Skin. *British Journal of Dermatology*, 155, pp869–875
- Yapıcı A. (2006). Alkol Bağımlılığında Depresyon ve Anksiyetenin Yetiyitimi ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Uzmanlık Tezi. İstanbul

- Yeşilbalkan Ö. (2005). Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Eğitimin Yorgunluk Düzeyine ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. İzmir (Danışman: Prof. Dr. A. Karadakovan)
- Yeşilbalkan Ö., Akyol A., Çetinkaya Y., Altın T., Ünlü D. (2005). Kemoterapi Tedavisi Alan Hastaların Yaşadıkları Semptomlar ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi, 21 (1) : 13-31
- Yeter K., Köşgeroğlu N. (2007). Kemoterapi Alan Hastaların Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Belirlenmesi. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi. Ege Üniversitesi İzmir
- Yıldırım M. (2008). Meme Cerrahisi Geçirmiş Kadınların Ruhsal Durumları ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri İle İlgili Bir Çalışma. Haliç Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul (Danışman: Yard. Doç. Dr. M. Batmaz)
- Yıldırım S., Gürkan A. (2007). Müziğin, Kemoterapi Yan Etkilerine Ve Kaygı Düzeyine Etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8:37-45
- Yılmaz H.B., Muslu G.K., Taş F., Başbakkal Z., Kantar M. (2009). Çocukların Kansere Bağlı Yaşadıkları Semptomlar ve Yorgunluğa Ebeveyn Bakışı. *Türk Onkoloji Dergisi*, 24(3):122-127
- Yumuk F (2001). Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi . Onkoloji Hemşireliği Hizmetiçi Eğitim Kurs Kitabı. Onbir Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti., İstanbul, s.137-142.
- Yürüker Ö. (2005). Uzun Süreli Saç Dökülmesi Şikayeti Olan Kadın Hastalarda Fototrikogramın Yeri. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Uzmanlık Tezi. İstanbul
- Zhao H, Kanda K, Liu SJ, Mao XY. (2003) Evaluation Of Quality Of Life İn Chinese Patients With Gynaecological Cancer: Assessments By Patients And Nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 9: 40–48

9. EKLER

EK 1. Hasta Bilgi Formu

No:

1. Yaş
2. Cinsiyetiniz Kadın () Erkek ()
3. Eğitim Düzeyiniz :.....
4. Medeni Durumunuz Evli () Bekar () Dul ()
5. Birlikte yaşadığınız kişi/kişiler:.....
6. Mesleğiniz:
7. Şu anda bir iş yerinde çalışma durumunuz Evet () Hayır ()
8. Cevabınız **Hayır** ise nedeni
9. Ekonomik Durumunuz: İyi () Orta () Kötü ()
10. Sosyal Güvenceniz: Var () Yok ()
11. Hastalığı:.....
12. Hastalık Süresi:
13. Kullanılan kemoterapötik ajan/ajanlar (mg/m²):.....
14. İlk kemoterapi kürünün tarihi:.....
15. Kaçınıcı kemoterapi kürü:.....
16. Kür sıklığı:.....
17. Tedaviye başladıktan sonra saç dökülmesi yaşadınız mı? Evet () Hayır ()
18. Cevabınız evet ise saçlarınızın dökülme durumu:
 - a. Gözle açıkça görülebilir
 - b. Hafif (Gözle belli belirsiz görülebilir)
 - c. Gözle görülemez.
19. Size kemoterapiye bağlı saç dökülmeleri ile ilgili bilgi verildi mi? Evet () Hayır ()
20. Cevabınız evet ise kim tarafından verildi?
21. Diğer Hastalıklarınız.....
22. İlave hastalıklar nedeniyle tedavi görüyor musunuz? Evet () Hayır ()
23. Ailenizde bu hastalık nedeniyle tedavi gören oldu mu? Evet () Hayır ()
24. Cevabınız **evet** ise tedaviye bağlı saç dökülmesi yaşadı mı? Evet () Hayır ()
25. Sizce sağlığınız nasıl? İyi () Orta () Kötü ()
26. Bayan hastalar için;
Saç dökülmesinden sonra peruk, başörtü gibi yardımcı araç kullanıyor musunuz?
Evet () Hayır ()
Saç dökülmesinden önce peruk, başörtü gibi yardımcı araç kullanıyor muydunuz?
Evet () Hayır ()

EK 2. Hasta Yakını Bilgi Formu

1. Yaş:.....
2. Cinsiyetiniz Kadın () Erkek ()
3. Yakınlık dereceniz:
4. Eğitim Düzeyiniz :.....
5. Medeni Durumunuz Evli () Bekar () Dul ()
6. Mesleğiniz:
7. Şu anda bir iş yerinde çalışma durumunuz Evet () Hayır ()
8. Cevabınız **Hayır** ise nedeni
9. Hastanıza bakım verme konusunda size destek olan/ olanlar var mı?
Evet () Hayır ()
Yakınlık dereceniz:.....
10. Ailenizde daha önce kanser tanısı alan var mı? Evet () Hayır ()
Yakınlık dereceniz:.....
11. Tedaviye bağlı saç dökülmesi yaşadı mı?
Evet () Hayır ()
12. Hastanız tedaviye bağlı saç dökülmesi yaşıyor mu?
Evet () Hayır ()
13. Cevabınız evet ise saç dökülmesinin hastanızı nasıl etkilediğini düşünüyorsunuz?
.....
14. Saç dökülmesi sizce geriye dönüşlü bir durum mudur?
Evet () Hayır ()
15. Saç dökülmesini hastanız problem, eksiklik veya kusur olarak görüyor mu?
Evet () Hayır ()
16. Sizce saç dökülmesi psikolojik destek almayı gerektirir mi?
Evet () Hayır ()
17. Size tedaviye bağlı saç dökülmesiyle ilgili bilgi verildi mi?
Evet () Hayır ()

EK 3. Hemşire / Sağlık Memuru Bilgi Formu

No:

Tarih:

1. Yaş:.....
2. Cinsiyetiniz Kadın () Erkek ()
3. En son Mezun Olduğunuz Okul:.....
4. Medeni Durumunuz Evli () Bekar () Dul ()
5. Çalıştığınız Bölüm/Servis:.....
6. Ne kadar süredir bu bölümde çalışıyorsunuz?.....
7. Semptom yönetimi konusunda bölümünüzde hizmetiçi eğitim programları düzenleniyor mu? Evet () Hayır ()
8. Kemoterapi yönetimi konusunda sertifikalı eğitim aldınız mı? Evet () Hayır ()
9. Cevabınız evet ise eğitimin adı:.....
10. Ailenizde ve çevrenizde kemoterapi nedeniyle saç dökülmesi yaşayan oldu mu?
Evet () Hayır ()
11. Cevabınız evet ise yakınlık derecesi:.....
12. Bölümünüzde kemoterapiye bağlı saç dökülmesine yönelik yapılan uygulama var mı? Evet () Hayır ()
13. Cevabınız evet ise uygulama nedir?.....

EK 4. Kemoterapiye Bağlı Alopeside Yaşam Kalitesi Ölçeği (KBAYKÖ)

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1. Saçlarımın dökülmesi uyku düzenimi bozuyor.					
2. Saçlarımın dökülmesi günlük işlerimi yapmamı/ iş yaşantımı engellemiyor.					
3. Saçlarımın dökülmesinden dolayı daha önce hoşlandığım aktiviteleri şimdi yapmak istemiyorum.					
4. Saçlarımın dökülmesi sosyal yaşantımı etkiliyor.					
5. Saçlarımı lavabo, tarak ve kanepede görmek moralimi bozuyor.					
6. Saçlarımın dökülmesi beni üzüyor.					
7. Saçlarımın dökülmesi beni kızgın ve hırçın yapıyor.					
8. Saçlarım döküldüğü için evden dışarı çıkmak istemiyorum.					
9. Saçlarımın dökülmesi beni utandırıyor.					
10. Saçlarımın dökülmesi insanlarla iletişim kurmamı olumsuz etkiliyor.					
11. Saçlarımın dökülmesi insanlara karşı daha olumsuz davranmama neden oluyor.					
12. Saçlarımın dökülmesi yüzünden arkadaşlarımla daha az görüşüyorum.					
13. Saçlarımın dökülmesi cinsel yaşamımı olumsuz etkiliyor.					
14. Otobüs, sinema, tiyatro gibi yerlerde saçlarımın görünmesini kendime sorun yapıyorum					
15. Saçlarımdan dolayı kendimi dışlanmış hissetmiyorum.					
16. Saçlarımın dökülmesi hayattaki amaçlarımı gerçekleştirmemi engellemiyor.					
17. Kendimden memnunum.					
18. İnsanların saçlarımla ilgili arkamdan konuştuğunu düşünüyorum.					
19. Saçlarımın dökülmesi dış görünüşümü olumsuz etkiliyor.					

EK 5. Alopesi Yönetim Ölçeği (Alopecia Management Scale)

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Alopesi kemoterapi tedavisinin travmatik bir yan etkisidir.					
2. Kemoterapi yan etkilerinin yönetiminde alopesi önemli derecede önceliğe sahiptir.					
3. Kişiler alopesiyi kanserle ilişkilendirir.					
4. Alopesinin kişilerin beden imajı ve benlik saygısı üzerinde önemli bir etkisi vardır.					
5. Hastaların saçlarını kaybetme korkuları kemoterapiyi reddetmelerine neden olabilir.					
6. Hemşireler alopesi yönetiminde anahtar roledir.					
7. Öncelik alopesinin önlenmesi olmalıdır.					
8. Alopesi kontrolüne hasta ailelerinin katılımı önemlidir.					
9. Kişilere peruk takacakları zamanı söylemek zordur.					
10. Alopesi kontrol altına alınabilir.					
11. Alopesinin kontrolüne yönelik oldukça az bilgi bulunmaktadır					
12. Hastaların saç kaybına alışmalarına yardımcı olmak zordur.					
13. Kadınların erkeklerden daha fazla alopesi bilgisi ve desteğine ihtiyaçları vardır.					
14. Peruklar alopesi kontrolünde yararlı araçlardır.					
15. Alopesi kontrolünde lider hastadır.					

EK 6. Beck Depresyon Ölçeği

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 çeşit seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkate okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (X) işareti koyunuz.

- 1)
 - a. Kendimi üzgün hissetmiyorum
 - b. Kendimi üzgün hissediyorum
 - c. Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum
 - d. Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
- 2)
 - a. Gelecekte umutsuz değilim
 - b. Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum
 - c. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok
 - d. Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek
- 3)
 - a. Kendimi başarısız görmüyorum
 - b. Çevredeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır
 - c. Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığımın olduğunu görüyorum
 - d. Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum
- 4)
 - a. Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum
 - b. Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum
 - c. Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum
 - d. Bana zevk veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı.
- 5)
 - a. Kendimi suçlu hissetmiyorum
 - b. Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor
 - c. Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum
 - d. Kendimi her an için suçlu hissediyorum
- 6)
 - a. Cezalandırıldığımı düşünmüyorum
 - b. Bazı şeyler için cezalandırılabileceğimi hissediyorum
 - c. Cezalandırılmayı bekliyorum
 - d. Cezalandırıldığımı Hissediyorum

- 7) a. Kendimden hoşnudum
b. Kendimden pek hoşnut değilim
c. Kendimden hiç hoşlanmıyorum
d. Kendimden nefret ediyorum
- 8) a. Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum
b. Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum
c. Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum
d. Her kötü olayda kendimi suçluyorum
- 9) a. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok
b. Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum
c. Kendimi öldürebilmeyi isterdim
d. Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm
- 10) a. Her zamankinden fazla ağladığımı sanmıyorum
b. Eskisine göre şu sıralar daha fazla ağlıyorum
c. Şu sıralarda her an ağlıyorum
d. Eskiden ağlayabilirdim ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum
- 11) a. Her zamankinden daha sinirli değilim
b. Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum
c. Çoğu zaman sinirliyim
d. Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum
- 12) a. Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim
b. Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim
c. Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim
d. Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı
- 13) a. Kararlarımı eskisi kadar rahat ve kolay verebiliyorum
b. Şu sıralar kararlarımı vermeyi erteliyorum
c. Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum
d. Artık hiç karar veremiyorum
- 14) a. Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum
b. Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum
c. Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu düşünüyorum.
d. Çok çirkin olduğumu düşünüyorum

- 15) a. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum
b. Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor
c. Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum
d. Hiçbir iş yapamıyorum
- 16) a. Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum
b. Şu sıralar eskisi kadar rahat uyuyamıyorum
c. Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum
d. Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum
- 17) a. Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum
b. Eskisinden daha çabuk yoruluyorum
c. Şu sıralar neredeyse her şey beni yoruyor.
d. Öyle yorgunum ki hiçbir şey yapamıyorum
- 18) a. İştahım eskisinden pek farklı değil
b. İştahım eskisi kadar iyi değil
c. Şu sıralar iştahım epey kötü
d. Artık hiç iştahım yok
- 19) a. Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum
b. Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim
c. Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim
d. Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim
Daha az yemeye çalışarak kilo kaybetmeye çalışıyorum Evet () Hayır ()
- 20) a. Sağlığım beni pek endişelendirmiyor
b. Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var
c. Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
d. Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 21) a. Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken hiçbir şey yok
b. Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum
c. Şu sıralar cinsellikle pek ilgili değilim
d. Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı

EK 7. BEDEN İMAJI ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki sorularda bir vücut özelliğiniz hakkındaki duygularınızı en iyi anlatan ifadenin altına “X” işareti koyunuz. Herhangi bir vücut özelliği genel olarak beğenip beğenmediğinize göre duygularınızı değerlendiriniz.

		<i>Çok Beğeniyorum</i>	<i>Oldukça Beğeniyorum</i>	<i>Kararsızım</i>	<i>Pek Beğenmiyorum</i>	<i>Hiç Beğenmiyorum</i>
1.	Saçlarım	()	()	()	()	()
2.	Yüzüm	()	()	()	()	()
3.	İştahım	()	()	()	()	()
4.	Ellerim	()	()	()	()	()
5.	Vücudumdaki kıl dağılımı	()	()	()	()	()
6.	Burnum	()	()	()	()	()
7.	Fiziksel görünümüm	()	()	()	()	()
8.	İdrar/dışkı düzenim	()	()	()	()	()
9.	Kas kuvvetim	()	()	()	()	()
10.	Belim	()	()	()	()	()
11.	Enerji düzeyim	()	()	()	()	()
12.	Sırtım	()	()	()	()	()
13.	Kulaklarım	()	()	()	()	()
14.	Başım	()	()	()	()	()
15.	Çenem	()	()	()	()	()
16.	Vücut yapım	()	()	()	()	()
17.	Profilim	()	()	()	()	()
18.	Boyum	()	()	()	()	()
19.	Duyularımın keskinliği	()	()	()	()	()
20.	Ağrıya dayanıklılığım	()	()	()	()	()
21.	Omuzlarımın genişliği	()	()	()	()	()
22.	Kollarım	()	()	()	()	()
23.	Göğüslerim	()	()	()	()	()
24.	Gözlerimin şekli	()	()	()	()	()
25.	Sindirim sistemi	()	()	()	()	()
26.	Kalçalarım	()	()	()	()	()
27.	Hastalığa direncim	()	()	()	()	()
28.	Bacaklarım	()	()	()	()	()
29.	Dişlerimin şekli	()	()	()	()	()
30.	Cinsel gücüm	()	()	()	()	()
31.	Ayaklarım	()	()	()	()	()
32.	Uyku düzeni	()	()	()	()	()
33.	Sesim	()	()	()	()	()
34.	Sağlığım	()	()	()	()	()
35.	Cinsel faaliyetlerin	()	()	()	()	()
36.	Dizlerim	()	()	()	()	()
37.	Vücudumun duruş şekli	()	()	()	()	()
38.	Yüzümün şekli	()	()	()	()	()
39.	Kilom	()	()	()	()	()
40.	Cinsel organlarım	()	()	()	()	()

EK 8. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Bu anket sağlığınızdaki görüşlerinizi öğrenmek amacıyla hazırlanmıştır. Her soruyu uygun rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Soruyu nasıl yanıtlayacağınızdan emin olamıyorsanız, verebileceğiniz en uygun yanıtı işaretleyin ve sorunun **sol tarafındaki boşluğa** bir açıklama yapın.

1. Genel olarak sağlığınızdaki

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda, şimdiki sağlığınızdaki genel olarak nasıl buluyor sunuz?

Bir yıl öncesinden çok daha iyi	1
Bir yıl öncesinden biraz daha iyi	2
Hemen hemen aynı	3
Bir yıl öncesinden biraz daha kötü	4
Bir yıl öncesinden çok daha kötü	5

5. Geçen 4 hafta boyunca, işinizde veya diğer rutin işlerinizde ruhsal durumunuzun sonucu olarak (örneğin sınırlı veya stresli), aşağıdaki problemlerin herhangi biriyle karşılaştınız mı? (Evet ya da hayır sütunundaki rakamlardan birini yuvarlak içine alarak yanıtınızı işaretleyiniz)

	Evet	Hayır
a). İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?	1	2
b). İşlerinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?	1	2
c). İş ve aktivitelerinizi her zamankinden daha az dikkatlimi yaptınız?	1	2

6. Geçen 4 hafta boyunca, fiziksel ve ruhsal sağlığınızdaki ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ilişkilerinizi ne dereceye kadar etkiledi? (sadece bir rakamı işaretleyiniz).

Pek etkilemedi	1
Çok az	2
Orta	3
Oldukça	4
Aşırı	5

DUYGULARINIZ

9. Bu sorular **geçen ay boyunca**, kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerinizin nasıl gittiği hakkındadır. Her ifade için, size en uygun gelen seçeneği yuvarlak içine alın.

Geçen ay boyunca	Ne kadar süre					
	Her zaman	Çoğunlukla	Biraz fazla	Bazen	Çok az	Hiç
a). Tam enerjik (zinde) hissettiniz	1	2	3	4	5	6
b). Çok sınırlı biriydiniz	1	2	3	4	5	6
c). Hiç bir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar canınız sıkıydı	1	2	3	4	5	6
d). Sakin ve huzurluydunuz	1	2	3	4	5	6
e). Fazla enerjiniz vardı	1	2	3	4	5	6
f). Moralsız ve kederli hissettiniz	1	2	3	4	5	6
g). Çok yorgun/bitkin hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
h). Hiç mutlu oldunuz mu?	1	2	3	4	5	6
i). Yorgun hissettiniz	1	2	3	4	5	6
j). Sağlığınız akraba veya arkadaş ziyaretleri gibi sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı?	1	2	3	4	5	6

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

- a) Her zaman b) Çoğu zaman c) Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman

GENEL OLARAK SAĞLIĞINIZ

11. Aşağıdaki ifadeler sizi ne kadar doğru veya yanlış olarak tanımlamaktadır?

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Emin değilim	Çoğunlukla Yanlış	Kesinlikle yanlış
a). Diğer insanlardan daha sık hasta oluyor gibiyim					
b). Tanıdığım herhangi biri kadar sağlıklıyım					
c). Sağlığımın daha kötüye gideceğini sanıyorum					
d). Sağlığım mükemmel					

EK 9. Bilgilendirme Formu

Çalışmanın İsmi: Kemoterapiye Bağlı Alopesi Algısı ve Yaşam Kalitesi

Kanser, çağımızın önde gelen sağlık sorunlarından ve tedavisinde kemoterapi, radyoterapi, cerrahi ve immünoterapi kullanılmaktadır. Kemoterapi ile hastaların yaşam süresinin uzaması ve daha nitelikli yaşaması amaçlanmakla birlikte kanama, anemi, ağrı, yorgunluk, alopesi (saç dökülmesi), bulantı ve kusma, uyku bozuklukları, mukozit, konstipasyon, depresyon ve anksiyete gibi pek çok istenmeyen etkiside gözlenebilmektedir. Bu çalışma kemoterapiye bağlı alopesinin fiziksel ve psikososyal parametreler üzerine etkisi konusunda bilgi sağlayacaktır.

Bu çalışma karşılığı sizden ücret talep edilmeyecektir ve araştırmaya katılım gönüllülük ilkesine bağlıdır. Araştırma sadece araştırma ekibi tarafından okunup değerlendirilecektir. Vereceğiniz bilgiler bilimsel bir amaçla kullanılacağı için adınız soyadınız belirtilmeyecektir. Araştırmanın sonucunun doğru olması için soruları samimi ve tarafsız olarak yanıtlamanız uygun olacaktır.

Prof. Dr. Nermin OLGUN Sebahat AKBAL

ONAY FORMU

Kemoterapiye Bağlı Alopesi Algısı ve Yaşam Kalitesi

Yapılacak olan araştırmanın amacı, süresi, uygulanacak yöntemler, yararları, zararları konusunda bilgilendirildim. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Hastanın

Adı-Soyadı:

Tarih:

İmza:

Tanık

Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

EK 10. KBAYKÖ'nin Geliştirilmesinde ve AYÖ'nin Adaptasyonunda Görüşü Alınan Uzmanlar Listesi

Prof. Dr. Fatma ETİ ASLAN

Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi

Prof. Dr. Nermin OLGUN

Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi

Prof. Dr. Rukiye PINAR BÖLÜKTAŞ

Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümü Öğretim Üyesi

Prof. Dr. Sema KUĞUOĞLU

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Emekli Öğretim Üyesi

Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Doç. Dr. Sezgi ÇINAR

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Yrd. Doç. Dr. Gül ÜNSAL BARLAS

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Yrd. Doç. Dr. Sevim ULUPINAR ALICI

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Öğretimi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Yrd. Doç. Dr. Ükke KARABACAK

Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi

EK 11. Acıbadem Sağlık Grubu İzin Yazısı

ACIBADEM

27.06.2007

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEK OKULU
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

Anabilim dalı doktora öğrencilerinizden, Sn. Sebahat Akbal'ın "**Kemoterapiye Bağlı Alopesi Algısı ve Yaşam Kalitesi**" konulu tez çalışmasını kurumumuzda yapması için gerekli müsaade verilmiştir.

Saygılarımla,



Saliha KOÇ
Acıbadem Sağlık Grubu
Hemşirelik Hizmetleri Direktörü

www.acibadem.com.tr

alo acibadem 444 55 44

EK 12. Yeditepe Üniversitesi Hastanesi İzin Yazısı



T.C. Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı Başkanlığı'na;

Sayı: B.30.2.YTÜ.0.70.10.00-001/2501

Tarih: 29.12.2007

İlgi: Başvurunuz

Okulunuz İç Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı öğrencisi Sabahat AKBAL'ın
"Kemoterapiye Bağlı Alopesi Algısı ve Yaşam Kalitesi" konulu doktora tez çalışmasını
hastanemiz onkoloji polikliniğinde yapmasına ilişkin başvurunuz incelenmiş olup uygun
görülmüştür. Gereğini bilgilerinize sunarız.

Elif AKBAL

Hemşirelik Hizmetleri Direktörü

Prof. Dr. Canan AYGUT BİNGÖL

Başhekim

Uygundur.

Dr. YENER KOÇ
Onkoloji Uzmanı
Dip.No:85 AA 108

Yeditepe Üniversitesi Hastanesi
Devlet Yolu Ankara Cad.
No: 102 / 104 34752
Kozyatağı - İSTANBUL
Tel: (0 216) 578 40 00
Fax: (0 216) 469 37 96

Yeditepe Üniversitesi Hastanesi
Bağdat Caddesi Polikliniği
Bağdat Caddesi No. 238 Göztepe
34728 İSTANBUL
Tel: (0 216) 467 88 60 - 65
Fax: (0 216) 467 88 66 -70

Yeditepe Üniversitesi
Göz Hastanesi
Şakir Kesenir Sk. Mecidiye Mah. No:28
Balmumcu-Beşiktaş / İSTANBUL
Tel: (0 212) 211 40 00
Fax: (0 212) 211 25 00

www.yeditepehastanesi.com.tr

infohastane@yeditepe.edu.tr

EK 13. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İzin Yazısı



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ

Sayı : B.30.2.MAR.0.70.10.00/ 967
Konu :

0 6 15 01 2008

MARMARA ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ'NE

İLGİ: 04.12.2007 tarih ve 2524 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınız ile sorulan, Yüksekokulunuz İç Hastalıkları Anabilim Dalı doktora öğrencisi Sebahat AKBAL'ın tez çalışmasını Hastanemiz kliniklerinde yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Mithat ERENUS
Başhekim V.

EK 14. Etik Kurul Onayı

MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ARAŞTIRMA ETİK KURULU

Sayı : B.30.2.MAR.0.02/AEK/ 1207
Konu :

Sayın .Prof.Dr. Nermin OLGUN

14.09.2007

MAR-YÇ-2007-0177 protokol nolu "Kemoterapiye bağlı alopesi algısı ve yaşam kalitesi " isimli projemiz Fakültemiz Araştırma Etik Kurulu tarafından incelenerek onaylanmıştır.

Prof. Dr. Hacer DİRESKENELİ
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Araştırma Etik Kurul Başkanı

EK 15. Ölçeğin Kullanılabilirliği İçin Emma Ream'den Alınan Onay

2007/3/13, Emma K Ream

- Tırnak içindeki metni gizle -

Dear Sebahat,

You are welcome to use the scale and adapt it for use in Turkey.

Regards the tool's scoring, each item within each theme was scored independently. Rather than seeking total scores, data analysis sought to determine patterns of scores within each theme.

Further, analysis sought to determine consensus with statements presented. Consensus was defined as 60% or over of the sample agreeing/strongly agreeing with and given statement.

I hope this answers your questions satisfactorily.

Please do e-mail me back if you have any other queries.

Kind regards, Emma

On Sat, 10 Mar 2007 19:28:47 +0200 SEBAHAT AKBAL

> Dear Ream,

>

> I am a PhD (Nursing) student in Marmara University. I am studying about hair loss with chemotherapy.

I saw your "Alopecia Management Scale". I want to adapt your scale in Turkish culture. If you

> give permission to use it, I will appreciate to you. I also need to

> information how the scale will be scored.

>

>

>

> Sincerely thank you.

>

>


>

>

>

> Sebahat Akbal


EK 16. AYÖ'nin Dil Eşdeğerliliği İçin Ölçeği Geliştirenlerin Onayı

☆ SEBAHAT AKBAL Kime: Emma [ayrıntılar](#) 22 10 2007  [Yanıtla](#) ▼

Dear Ream

First of all I would like to thank you allowing me to use Alopecia Management Scale.
For Turkish language compatibility, the original of the Alopecia Management Scale was translated into Turkish by two experts, and later was translated from Turkish to English by two seperate experts.
If you don't mind can we use just 15 items of your scale in our study, because scalp cooling hasn't use in Turkey.
With letter, I am sending you the Alopecia Management Scale adapted text to our language as an attachment. Could you evaluate the items in the text according to compatability?

Thank you so much for your valuable time.
Yours sincerely.
- Alıntılanan metni göster -

 ALOPECIAMANAGEMENTSCALE.doc
86K [Görüntüle](#) [İndir](#)

☆ Emma K Ream Kime: bana [ayrıntılar](#) 29 10 2007 [Yanıtla](#)

Yes, you can of course use the scale in your study and I wish you luck with your work. Let me know how it goes.
Please remember to reference our work when you refer to our scale.
Kind regards,
Emma

On
Mon, 29 Oct 2007 08:46:26 +0200 SEBAHAT AKBAL wrote:
- Alıntılanan metni göster -
- Alıntılanan metni göster -

[Yanıtla](#) → [Yönlendir](#)

10. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Sebahat	Soyadı	Akbal
Doğum Yeri	Bolu	Doğum Tarihi	05.01.1975
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	25516396614
E-posta	sebahatakbal@gmail.com	Telefon	0533-7647604

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2003
Lisans	Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	1995
Lise	Bolu Atatürk Lisesi	1991

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1	Başhemşire	Özel Hastane	2008-2009
2	Eğitim Hemşiresi	Acıbadem Sağlık Grubu	2005-2007
3	Öğr. Gör	Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık Yüksekokulu	2001-2005
4	Hemşire	Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi	1996-2001

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	İyi	Zayıf	Orta

- Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Yabancı Dil Sınav Notu								
KPDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
	60							

ÜDS: Üniversitelerarası Kurul Yabancı Dil Sınavı

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı		51.9	

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
MS Windows 2000/XP/Vista	İyi
MS Word	İyi
MS Excel	İyi
MS Powerpoint	İyi
SPSS for Windows	İyi