

**AKCİĞER KANSERLİ HASTALARDA
YAŞAM KALİTESİ VE SOSYAL DESTEK**

Nurhan DOĞAN

**İç Hastalıkları Hemşireliği
Anabilimdalı**

**Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Mehtap TAN**

Yüksek Lisans – 2011

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

**AKCİĞER KANSERLİ HASTALARDA
YAŞAM KALİTESİ VE SOSYAL DESTEK**

NURHAN DOĞAN

Tez Yöneticisi

Doç. Dr. Mehtap TAN

**Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM-2011**

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİMDALI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

AKCİĞER KANSERLİ HASTALARDA
YAŞAM KALİTESİ VE SOSYAL DESTEK

Nurhan DOĞAN

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih : 02.11.2011

Tezin Sözlü Savunma Tarihi : 16.11.2011

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Mehtap TAN



Jüri Üyesi : Doç. Dr. Reva BALCI AKPINAR



Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Seher ERGÜNEY



Prof. Dr. İsmail Ceylan

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEŞEKKÜR.....	III
TABLolar DİZİNİ.....	IV
ÖZET.....	V
SUMMARY.....	VII
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Akciğer Kanseri.....	5
2.2. Akciğer Kanseri Patolojisi.....	6
2.3. Etiyolojisi.....	6
2.3.1. Sigara.....	7
2.3.2. Alkol.....	7
2.3.3. Meslek.....	7
2.3.4. Çevre kirliliği.....	8
2.3.5. Akciğer hastalıkları.....	8
2.3.6. Genetik faktörler.....	9
2.3.7. Diyet.....	9
2.4 Akciğer kanseri belirti ve bulgular.....	9
2.4.1. Primer Tümör ile İlişkili Yakınma ve Belirtiler	10
2.4.2.Toraks İçi Ekstrapulmoner Yayılımlara Bağlı Belirtiler	10
2.4.3. Toraks Dışı Sistemik Metastazlarla İlgili Belirtiler	10
2.4.4. Paraneoplastik sendromlar (PS)	11
2.5. Tanı yöntemleri.....	12
2.6. Akciğer kanserinde tedavi	12
2.7. Yaşam kalitesi.....	13
2.7.1. Yaşam kalitesi kavramının tanımı.....	13
2.7.2. Yaşam kalitesinin tarihsel gelişimi.....	14
2.7.3 Yaşam kalitesi boyutları/ alanları.....	15
2.7.4 Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi.....	16

2.7.5 Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi.....	17
2.7.6 Yaşam kalitesini azaltan durumlar.....	17
2.7.7 Yaşam kalitesini artıran durumlar.....	18
2.8. Akciğer kanseri ve yaşam kalitesi	18
2.9. Sosyal destek.....	22
2.10. Akciğer kanseri ve sosyal destek.....	23
3. MATERYAL VE METOD.....	26
3.1.Araştırmanın Tipi.....	26
3.2. Araştırmanın Yeri.....	26
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	26
3.4.Veri Toplama Araçları.....	27
3.4.1. Anket Formu.....	27
3.4.2. Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	27
3.4.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği:	29
3.5. Verilerin Toplanması:	30
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	30
3.7. Araştırmanın Değişkenleri.....	31
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	30
4. BULGULAR.....	32
5. TARTIŞMA.....	42
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	47
KAYNAKLAR.....	49

EKLER

EK I	Anket Formu
EK II	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
EK III	Yaşam Kalitesi Endeksi
EK IV	İzin Belgesi

TEŞEKKÜR

Bu araştırmaya beni yönlendiren ve gösterdiği büyük emek ve desteğinden dolayı öncelikle değerli hocam Sayın **Doç. Dr. Mehtap TAN**'a en içten şükranlarımı sunarım. İstatistiksel analizlerin değerlendirilmesi aşamasında büyük katkıları olan Sayın **Prof. Dr Mahmut ÖZDEVECİOĞLU** ve **Arş. Gör. Selen OFLAZER'e**, Tezimin her aşamasında yanımda olan manevi desteklerinden dolayı sevgili **AİLEME** ve **ARKADAŞLARIMA**, araştırma verilerini topladığım, akciğer kanserli hastalara ve Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi dekanlığı, Tıp Fakültesi Hastaneleri Başhekimliği, Müdürlüğü, M. Kemal DEDEMAN Onkoloji ve Hematoloji Hastanesi tüm çalışanlarına sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 1. Hastalara Ait Tanıtıcı Özelliklerin Dağılımı.....	32
Tablo 2. Hastaların Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları.....	34
Tablo 3. Hastaların Sosyal Destek Puan Ortalamaları.....	35
Tablo 4. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları	36
Tablo 5. Algılanan Sosyal Destek İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki.....	40

ÖZET

Akciğer kanserli hastalarda yaşam kalitesi ve sosyal destek.

Araştırma akciğer kanseri olan hastaların yaşam kaliteleri ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişkiyi ve yaşam kalitelerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini 2011 Şubat-Mayıs tarihleri arasında Erciyes Üniversitesi M. Kemal DEDEMAN Onkoloji ve Hematoloji Hastanesi Ayaktan Kemoterapi Ünitesi ve Onkoloji Servisine başvuran, en az 3 ay önce tanı almış kemoterapi alan akciğer kanserli hastalar oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini ise araştırma kriterlerine uyan ve katılmayı kabul eden toplam 55 hasta oluşturmuştur. Araştırmaya alınma kriterleri; 18 yaş ve üzerinde, en az ilkokul mezunu olmak, görme ve işitme ile ilgili duyu kaybı olmamak, iletişime ve işbirliğine açık olmak ve psikiyatrik bozukluğu olmamaktır.

Verilerin toplanmasında anket formu (sosyo-demografik sorular ve hastalığa ait sorular), yaşam kalitesini değerlendirmek için; Ferrans ve Powers ‘Yaşam Kalitesi Endeksi Kanser Uyarlaması – III (EORTC QLQ-C30)’ ve hastaların algıladıkları sosyal desteği belirlemek için ‘Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların ortalama yaşları 56.43 ± 9.12 olarak bulunmuştur. %47.3’ü 51-60 yaş, %85.5’i erkek, %14.5’i kadın, %60.0’ı ilkokul mezunu olarak saptanmıştır. Hastaların %52.7’sinin emekli olduğu, %92.7’sinin evli olduğu ve %92.7’sinin sosyal güvencesinin olduğu saptanmıştır.

Hastaların yaşam kalitesi ölçeğinin sağlık ve hareketlilik alt boyutuna ait puan ortalaması 19.23 ± 3.67 , sosyal ve ekonomi alt boyutuna ait puan ortalaması 18.26 ± 3.93 ,

psikolojik/dinsel alt boyutuna ait puan ortalaması 20.86 ± 4.83 , aile alt boyutuna ait puan ortalaması 24.25 ± 3.53 ve toplam yaşam kalitesi puan ortalaması 20.15 ± 3.13 olarak bulunmuştur.

Hastaların aileden algıladıkları sosyal destek puan ortalaması 24.65 ± 4.32 , arkadaştan algıladıkları sosyal destek puan ortalaması 15.36 ± 6.39 , özel bir kişiden (hemşire) algıladıkları sosyal destek puan ortalaması 12.07 ± 5.79 ve algılanan toplam destek puan ortalaması 52.09 ± 13.57 'dir.

Hastaların cinsiyet ve yaşa göre tüm yaşam kalitesi alanlarına ait puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$).

Hastaların eğitim durumuna göre yaşam kalitesinin sosyal-ekonomi ve psikolojik-dinsel alt boyut puan ortalaması, medeni duruma göre yaşam kalitesinin sosyal-ekonomi ve aile alt boyutunun puan ortalaması, mesleğe göre yaşam kalitesinin sosyal-ekonomi alt boyut puan ortalaması, sosyal güvenceye göre yaşam kalitesinin sosyal-ekonomi ve aile alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Araştırma sonucunda hastaların algıladıkları toplam sosyal destek ile toplam yaşam kalitesi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = 0.354$, $p < 0.01$).

Aileden algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesinin tüm boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Aileden algılanan sosyal destek arttıkça yaşam kalitesine ait puan ortalamalarının da arttığı tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Anahtar Kelimeler: Akciğer kanseri, yaşam kalitesi, sosyal destek

SUMMARY

Quality of life and social support in patients with lung cancer.

Research with the perceived quality of life of patients with lung cancer and factors influencing the relationship between social support was carried out to determine.

Population of the study between February to May 2011 Erciyes University M. Kemal Dedeman Oncology and Hematology Hospital, Oncology Service and Outpatient Chemotherapy Unit, the applicant for at least 3 months before consisted of patients diagnosed with lung cancer.

Sample of the study and who agreed to participate in the research criteria established a total of 55 patients. Inclusion criteria were at least 18 years old and have graduated from primary school, vision and hearing loss related to the non-sensory, communication and cooperation, is not to psychiatric disorder.

Data collection questionnaire (socio-demographic questions), to assess the quality of life; Ferrans and Powers 'Quality of Life Index Cancer Adaptation - III (EORTC QLQ-C30) and social support for patients to determine their' Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) are used.

The mean age of patients was 56.43 ± 9.12 in the survey. %47.3 51-60 years, %85.5 were male, %14.5 female, %60.0 was in primary school education. %52.7 of the patients' retired, %92.7 is married and %92.7 of social security was found to be cynical.

Patients' quality of life scale, health and mobility, the lower the size of the average of 19.23 ± 3.67 percentage points, the size of the social and economic sub-score of 18.26 ± 3.93 , psychological / religious belonging to the lower size of the average score of 20.86 ± 4.83 ,

family size, the lower the average score of 24.25 ± 3.53 and average total score of quality of life was found 20.15 ± 3.13 .

The average score of perceived social support for families of patients were 24.65 ± 4.32 , mean score of social support are perceived friend 15.36 ± 6.39 , a special person (nurse), they are perceived, and perceived social support mean score of 12.07 ± 5.79 52.09 ± 13.57 total support score is.

Patient gender and age of all areas of quality of life was found to be statistically insignificant difference between the mean scores ($p > 0.05$).

Educational status of patients with social and economic sub-dimension of the quality of life score and the psychological and religious subscale score, marital status and social and economic sub-dimension of quality of life subscale score and the average family, employment and quality of life, social and economic sub-groups average, social security and social and economic sub-dimension of the quality of life scores and lower family size difference between the mean scores were significant ($p < 0.05$).

A recognition of the social support of patients with a total result of the research that has a positive significant relationship was found between the total quality of life ($r = 354$, $p < 0.01$).

Perceived social support from family quality of life of all sizes with a significant association was found between the positive direction. Perceived social support increases, an increase in the mean scores were determined by the quality of life ($p < 0.05$).

Key Words: Lung cancer, quality of life, social support

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser tüm dünyada ölüme neden olan ikinci hastalık olarak görülmektedir.¹⁻³ Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) raporuna göre akciğer kanseri tüm dünyada kanser türleri arasında, erkeklerde en sık ölüme neden olan birinci, kadınlarda ise ikinci kanser türüdür.⁴ Çeşitli ülkelerde erkek/kadın oranı 5'ten 2'ye değişmiştir.⁵

Her yıl yaklaşık 1 milyon kişi akciğer kanserinden ölmektedir. Ortalama yaşam süresi 8 aydır ve 5 yıllık sağ kalım oranı %15'tir. Gelişmiş ülkelerde insidans 71/100 000, gelişmekte olan ülkelerde 14/100 000'tür. Avrupa Birliği ülkelerinde ise 52.5 bulunmuştur. Ülkemizde giderek artan akciğer kanseri insidansı erkeklerde 75.87/100 000, kadınlarda 9.58/100 000' dir. Erkeklerdeki kanserlerin %30'u ve kadınlardaki kanserlerin %5'i akciğer kanseridir. Görülme sıklığı yaşla birlikte artar. Hastaların çoğu 50-70 yaş grubundadır. Ortalama tanı yaşı 60 civarındadır. Ancak %3'ü 40 yaşın altında genç hastalardır. Türkiye'deki olguların yaş ortalaması 58.4' tür.⁵

Kanserin tanı, tedavi ve iyileşme evrelerinin her birinde birey; yaşam tarzının bozulması nedeni ile kayıp duygusu yaşar. Hastalık ve tedavi, gelecek ile ilgili belirsizlikler bireyde anksiyete ve depresyona yol açmaktadır. Hastalık ile baş etmeye çalışan bireyin iş performansı düşmekte, evdeki sorumluluklarını yerine getiremez hale gelmektedir. Bütün bunlar aile içinde uyum güçlüğü, rol kaybı, ekonomik güçlük yaşanmasına yol açmaktadır.^{6,7}

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 1948'de, sağlığı, sadece hastalık ve sakatlığın olmaması durumu olarak değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik olma hali olarak tanımlamasından sonra yaşam kalitesi konusu sağlık bakım uygulamalarında ve

araştırmalarında önem kazanmaya başlamıştır.⁸ Hastalıkların sadece fiziksel boyutunun olmadığı, psikososyal yönünün de olduğunun kabul edilmesi ile yaşam kalitesi lütleri de ele alınmaya başlanmıştır.

Yaşam kalitesi; yaşam koşulları içinde elde edilebilecek kişisel doyumun düzeyini etkileyen hastalıklara ve günlük yaşamın fiziksel, ruhsal ve toplumsal etkilerine verilen kişisel tepkileri gösteren bir kavramdır. İçinde kültür, değer yargıları, kişinin konumu, amaçları bulunur.^{8,9}

Yaşam kalitesi; bireylerin yaşamdan doyum alması, fiziksel ve ekonomik yönden iyi olması, bireyler ile iyi ilişkiler kurması, toplumsal davranışlarda sosyal güç yeterliliğine sahip olması, kendilerini geliştirmeye ve eğlenmeye zaman ayırmasıdır. Yaşam kalitesi objektif ve subjektif göstergelerle değerlendirilmektedir. Subjektif göstergeler bireyin psikolojik durumunu yansıtmakta; emosyonel iyilik hali ve yaşam doyumunu kapsamaktadır. Objektif göstergeler ise fiziksel iyilik hali olarak açıklanmakta; bireyin çalışma durumunu, hastalık semptomlarını, sağlık durumunu ve günlük yaşam aktivitelerini yeterli düzeyde yerine getirmesini kapsamaktadır.¹⁰⁻¹³

Amacı yaşam süresini uzatmak ve yaşam kalitesini arttırmak olan kanser tedavisi, hastanın yaşamının fiziksel, psiko-sosyal ve ekonomik alanlarında zorlayıcı etkilere sahiptir.^{10,14}

Yaşam kalitesi ölçümleri hastanın hastalığına olan tepkisini daha iyi anlamanın yanı sıra hastanın tedaviye uyumunu artırarak, destekleyici bir yaklaşım da sağlamaktadır. Örneğin verilen tedavi yaşam kalitesini dzeltiyorsa bunu fark eden hasta tedavisine daha titizlikle uyacaktır. Tedavi girişimlerinin etkilerini değerlendirmekte de yaşam kalitesi ölçümleri değerli olmaktadır.¹¹

Kanser ve kanser tedavisinin, hasta ve ailesinin yaşam kalitesini nasıl ve hangi alanlarda etkilediğinin bilinmesi ile elde edilecek verilerden yararlanılarak planlanacak bakımın, kanserli hasta ve ailesinin yaşam kalitelerini yükseltmelerine yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Sosyal destek kavramı ilk olarak 1960'lı yıllarda koruyucu sağlık alanında yapılan çalışmalarda incelenmiş, sağlıkla ilişkisi araştırılmış, sosyal desteğin stres ve strese bağlı hastalıklarda, sağlığa olumlu yönde etkileri olduğu saptanmıştır.¹⁵⁻¹⁷

Sosyal destek; stres altındaki ya da güç durumdaki bireye çevresindeki insanlar (eş, aile, arkadaş) tarafından sağlanan maddi ve manevi yardım olarak tanımlanır.¹⁸

Sosyal desteklerin, sevgi, şefkat, benlik saygısı, bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimleri karşılayarak fizik ve ruhsal sağlığı doğrudan olumlu biçimde etkilediği, yaşam güçlükleri ile başa çıkmada kişinin önemli yardımcısı olduğu belirtilmektedir. Kendisini seven, değerli bulan ve gerektiğinde yardım etmekten kaçınmayacak kişilerin varlığını bilmenin, kişiye güven ve mutluluk verdiği, sosyal ilişkileri bozuk ya da yetersiz kişilerin ise ruhsal bir hastalık gelişme riskini artıran anksiyete ve değersizlik duyguları yaşayabileceği belirtilmektedir.^{15,17}

Bu nedenle tedavi görmekte olan akciğer kanserli bireylerin yaşam kalitesi ve algılanan sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi, gerekli önlemlerin alınması, tedavi süreci ve uygun çözüm yolları oluşturulması açısından önemlidir.

Araştırmanın amacı:

Bu çalışma akciğer kanserli hastaların yaşam kalitesi ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişkiyi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanmış ve yapılmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Akciğer Kanseri

Yirminci yüzyılın ilk yarısında nadir bir kanser türü olarak tanımlanan akciğer kanserinin sıklığı 20. yüzyılın ikinci yarısında sigara içme alışkanlığındaki artışa paralel olarak giderek artmış ve erkeklerde prostat kanserinden sonra, kadınlarda meme kanserinden sonra en sık görülen kanser türü olmuştur.^{19,20}

Ayrıca akciğer kanserlerinin büyük bir kısmının geç evrede teşhis edilmesi nedeniyle sağ- kalım oranları oldukça düşüktür. Kanserden ölümlerin erkeklerde %34'ü, kadınlarda %21'i akciğer kanseri nedeniyledir.^{19,21}

Bu hastaların tedavi ve bakımda hasta ve aile merkezli bütüncül yaklaşım esastır ve cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi gibi multidisipliner ekip yaklaşımını gerektiren çok seçenekli tedavi yaklaşımları kullanılmaktadır. Kemoterapi ve radyoterapinin getirdiği olanaklar kanser hastalarının yaşam sürelerini uzatmakta ve her yönü ile hastaların yaşam kalitesini arttırıcı yöntemler araştırılmaktadır.^{19,22}

Akciğer kanserinin yanı sıra uygulanan tedaviler tat değişiklikleri, saç dökülmesi, bulantı, kusma, dehidratasyon, diyare, kabızlık, mukozit, yorgunluk, kemik iliği süpresyonu gibi hastalarının yaşam kalitesini olumsuz etkileyen ve tedaviye uyumunu azaltan pek çok soruna neden olmaktadır.¹⁹

Ülkemizin en önemli sağlık problemlerinden birisi; giderek artan akciğer kanseri insidansı (erkeklerde 75.87/100 000, kadınlarda 9.58/100 000) ve mortalite oranlarıdır. İnsidans hızı 75 yaşından sonra tepe noktaya ulaşmaktadır. Türkiye' de yıllık beklenen yeni olgu sayısı 30239 olarak hesaplanmaktadır.²³ Dünya verileri cinsiyet ayrımı yapılmaksızın

değerlendirildiğinde, akciğer kanserinin yılda %0.5 oranında arttığını bildirmektedir.²⁴ 2000 yılında, dünyada tanı koyulan akciğer kanserli olgu sayısının 1.2 milyon olduğu ve akciğer kanserli olguların tüm kanserli olguların %12.3'ünü oluşturduğu rapor edilmiştir.²⁵

2.2. Akciğer Kanseri Patolojisi

Yeni görüşlere göre tüm akciğer kanserleri tek bir (kök hücre) hücreden oluşmakta, gen düzeyindeki değişikliklerle farklı tipler birbirine dönüşmektedir.²⁶ Patolojik olarak akciğer kanserleri 4 ana gruba ayrılır: ^{19,26}

- Skuamöz hücreli karsinom
- Adenokarsinom
- Büyük hücreli karsinom
- Küçük hücreli karsinom

Hücre tipi hem tedavi ile hem de prognoz ile çok ilişkilidir. Küçük hücreli karsinomlar diğer gruplar ile karşılaştırıldığında belirgin olarak farklı davrandıkları için, klinisyenler akciğer kanserlerini küçük hücreli ve küçük hücreli olmayan akciğer kanserleri olarak iki grupta sınıflandırmaktadırlar.²⁶ Skuamöz hücreli karsinom, adenokarsinom ve büyük hücreli karsinom küçük hücreli olmayan akciğer kanserlerini oluşturur.¹⁹ Akciğer kanserlerinin yaklaşık %75-85'i bu gruptadır. Tüm akciğer kanserlerinin %20-25 kadarı küçük hücreli akciğer kanseridir.^{19,26,27}

2.3. Etiyolojisi

Akciğer kanseri, etiyolojisinde çok sayıda faktörün rol oynadığı bir hastalıktır. Sigara, hava kirliliği gibi çevresel faktörler, mesleki karsinojenler, diyet, viral enfeksiyonlar, geçirilmiş akciğer hastalıkları, genetik ve immünolojik faktörler başlıca etiyolojik faktörlerdir. ^{28,29}

2.3.1. Sigara

Sigara ile akciğer kanseri arasındaki ilişki 1950 ve 1960'lı yıllarda yapılan epidemiyolojik çalışmalarla ortaya konulmuştur.³⁰ Sigara, akciğer kanseri gelişiminden sorumlu en önemli faktördür. Akciğer kanserli hastaların %85-94'ünde, kanser gelişiminden sorumlu etiyolojik faktör sigaradır. Sigara içenlerde içmeyenlere göre akciğer kanseri gelişme riski 24-36 kat daha fazladır.^{28,31} Pasif sigara içiminde ise bu risk %3.5'tir. Çünkü etrafa yayılan sigara dumanında tüm karsinogenler aynen bulunur ve sigara filtresinden de geçmediğinden çok daha yoğundur.^{5,28}

Gelişmiş ülkelerde akciğer kanserinden ölümlerin erkeklerde %92-94'ünün, kadınlarda ise %78-80'inin sigaraya bağlı olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda akciğer kanserli kadınların %17'sinin, erkeklerin ise %94'ünün sigara içtikleri bildirilmiştir.²⁶

Sigara içme süresi, içilen sigara sayısı, içilen sigara tipi ve sigaraya başlama yaşı kanser gelişimini etkiler. Ayrıca sigaranın filtresiz olması ve yoğun katran içermesi de ek faktörlerdir.⁵

2.3.2. Alkol

Alkol kullanımının doğrudan akciğer kanseri ile ilişkisi bilinmemektedir. Akciğer kanserli hastalarda alkol kullanım oranı diğer popülasyona oranla daha yüksektir, bu alkol kullananların genel de sigara da içmeleri ile açıklanabilir.^{30,32}

2.3.3. Meslek

Mesleki maruziyette en önemli madde asbesttir. Amfibol tipi daha büyük risk taşır. Maruziyet yoğunluğu ve süresi de önemlidir. 20 yıl maruziyetten sonra risk artmaktadır. Türkiye'deki hastalarda %1 oranında çevresel asbest maruziyeti saptanmıştır.^{5,19} Havayla

taşınan küçük partiküllere bölünen bir mineral bileşiği olan asbest, havayoluyla taşınan liflerle karşılaşan kişilerde, özellikle de sigara içenlerde, akciğer kanseri riskini artırdığı bilinen bir karsinogenidir. Sigara içen kişilerde asbest ile temas kanser riskini 90 kat arttırmaktadır. Akciğer kanserlerinin %3-4 kadarının asbeste maruz kalınmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.¹⁹ Diğer mesleki karsinogenler ise: ²⁶

- Arsenik
- Alüminyum
- Bis-klorometil eter (BKME)
- Krom
- Hidrokarbonlar (polisiklik aromatik hidrokarbonlar=PAH)
- Mustard gazı
- Nikel
- Radyasyon
- Radon
- Vinil klorid' dir.

2.3.4. Çevre kirliliği

İç ve dış ortam hava kirliliği, çevresel sigara maruziyeti, dizel yakıtların atıkları ile petro-kimyasal atıklar akciğer kanseri gelişiminde rol oynayan en önemli çevresel faktörlerdir.^{28,29,33} Kentlerde yaşayanlarda risk 1.2-2.3 kat daha fazladır.^{5,26}

2.3.5. Akciğer hastalıkları

Akciğerde skar gelişimine yol açabilen tüberküloz, interstisyel akciğer hastalığı, bronşektazi, pnömoni ve abse gibi hastalıklar akciğer kanseri gelişme riskini arttıırırlar. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) varlığında da bu risk yükselmektedir.^{28-30,34}

Kronik obstrüktif akciğer hastalığında, tekrarlayan akciğer inflamasyonu ve akciğerdeki skar dokularında (örneğin tüberküloza bağlı) kanser gelişimi artmaktadır. Tüberküloza bağlı skar mevcudiyeti riski 8 kat artırmaktadır.⁵

2.3.6. Genetik faktörler

Kanserli hastaların birinci derece yakınlarında kanser riski 2-4 kat artmıştır.^{5,28-30,35} Ancak bunun tamamen genetik faktörlere bağlı olmadığı, akrabaların aynı ortamda bulunmasının da etkisi olduğu düşünülmektedir. Eğer birinci dereceden akraba <60 yaş iken tanı aldıysa o zaman bu risk 5 kat artmaktadır.³⁶ Aile öyküsünde akciğer kanseri bulunan kadınlarda risk 5-7 kat artmaktadır. Aile öyküsünde akciğer kanseri bulunmasının yanında sigara içme öyküsü de varsa risk 30 kat artmakta, aile öyküsü olmaksızın sadece sigara öyküsü varsa risk 15 kata kadar artmaktadır.^{35,37}

2.3.7. Diyet

Diyet, akciğer kanseri gelişiminde rol oynayan diğer bir faktördür. Birçok epidemiyolojik çalışmada diyetle sebze alımının akciğer ve diğer kanser risklerini orta derecede düşürdüğü gösterilmiştir. A vitamini ve Beta-karotenden fakir diyet akciğer kanseri riskini artırır. E vitamini ve selenyum kanser gelişme riskini azaltmaktadır.^{26,28,29,38}

2.4 Belirti ve bulgular

Akciğer kanserli hastaların %90'ından fazlası başvuru sırasında yakınma tanımlar. Bir çalışmada akciğer kanserli hastaların sadece %5'inin asemptomatik olduğu, %27'sinin primer tümör ile ilişkili yakınmalar, %27'sinin iştahsızlık ve kilo kaybı gibi nonspesifik sistemik yakınmalar ve %32'sinin ise metastaz düşündüren yakınmalar tanımladığı rapor edilmiştir.³⁹

Akciğer kanseri semptom ölçeği kullanılarak yapılan bir seride hastaların bildirdiği şikayetler kaydedilmiş ve yorgunluk en sık rastlanılan şikayetken, azalmış fiziksel kapasite, öksürük, nefes darlığı, azalmış iştah, kilo kaybı gibi durumlar hastalığın seyri boyunca çoğu hastalarda izlenmiştir.¹⁹

Akciğer kanserli hastalarda saptanan yakınmalar ve bulgular 4 grupta toplanmaktadır.
19,26,28

2.4.1. Primer Tümör ile İlişkili Yakınma ve Belirtiler: Öksürük, nefes darlığı ve hemoptizi en sık saptanan primer tümörle ilişkili yakınmalardır. Tümör hastalarda hava yolu obstrüksiyonuna yol açarak stridor, lokalize ronküs, atelettazi, pnömoni, abse gibi bulgulara neden olabilir. Kuru öksürük (%70), hemoptizi (%40), dispne (%40), wheezing veya stridor (%20), göğüs ağrısı (%50) sıklıkla görülmektedir.^{26,28,39}

2.4.2.Toraks İçi Ekstrapulmoner Yayılımlara Bağlı Belirtiler: Akciğer kanserinin intratorasik yayılımı direkt uzanım ve lenfatik yayılıma bağlı olarak oluşur. Bu yayılım sonucu sinirler, göğüs duvarı ve plevra, vasküler yapılar ve toraks içi organlar tutulur. 8. Servikal, 1. Torakal sinir tutulumunda; ulnar ağrı ve vazomotor bulgular, N.frenikus sinir tutulumu sonucu ses kısıklığı, diyafragma paralizi, Horner Sendromu, kolda güçsüzlük, el kaslarında atrofi, göğüs duvarı ve plevra tutulumu sonucu göğüs ağrısı, plörezi ve buna bağlı nefes darlığı, vasküler yapıların tutulumu sonucu Vena Kava Superior Sendromu, pulmoner stenoz, pulmoner sufl (üfürüm), pulmoner emboli, aritmi, sinüs taşikardisi, atrial fibrilasyon, tamponad (perikard), kalp yetmezliğidir (myokard) ve özafagus tutulumu sonucu disfaji gibi yakınmalar ve bulgular meydana gelebilir.^{26,28,39,40}

2.4.3. Toraks Dışı Sistemik Metastazlarla İlgili Belirtiler: Akciğer kanserli hastaların yaklaşık 1/3'ü başvuru sırasında toraks dışı yayılıma bağlı yakınma ve bulgulara

sahiptir. Uzak metastazların en sık olduğu bölgeler kemikler, karaciğer, beyin, böbreküstü bezleri, deri ve lenf bezleridir.²⁸

Lokalize kemik ağrısı, serum kalsiyum ve alkalen fosfataz yüksekliği kemik metastazını düşündüren bulgulardır. Böbreküstü metastazı düşündürecek spesifik bir yakınma veya bulgu yoktur. Serum transaminaz düzeylerinde yükseklik, epigastrik bölgede hassasiyet ve ağrı, sarılık, iştahsızlık varlığında karaciğer metastazı düşünülmelidir. Beyin metastazı, başvuru sırasında hastaların %10'unda saptanır. Baş ağrısı, bulantı-kusma, kişilik değişiklikleri, fokal nörolojik bulgular, denge kusuru, konfüzyon beyin metastazlı hastalarda saptanan bulgu ve yakınmalardır. Ayrıca cilt-ciltaltı nodülleri, kilo kaybı ve anemi gibi bulgular uzak organ metastazı düşündürecek diğer bulgulardır.^{26,28,39}

2.4.4. Paraneoplastik sendromlar (PS): Bir tümör veya tümörün metastazları ile doğrudan ilgili olmayan, fakat patogenezi açısından tümörün varlığına bağlı olan ve dolayısıyla tümörün çıkarılmasından sonra gerileyebilen belirtilerdir.²⁶ Bu bulgular akciğer kanserli hastaların %10'undan fazlasında görülür. Endokrin sendromlar (%2), nörolojik sendromlar (%1), hematolojik sendromlar (%1-8), dermatolojik sendromlar (%1), iskelet sistemine ait sendromlar ve bunların dışında diğer sendromlar (>%1).²⁶

Akciğer kanseri ile ilişkili paraneoplastik sendromlar, endokrin (hiperkalsemi, uygunsuz ADH salınımı, Cushing Sendromu vb.), nörolojik (Lambert-Eaton Sendromu, ensefalomyelit, nöropati vb.), metabolik (hipoürisemi, Hiperamilazemi vb.), renal (glomerülonefrit, nefrotik sendrom), hematolojik (trombositoz, lökositoz, eozinofili vb.), iskelet (hipertrofik osteoartropati, çomak parmak), kollajen-vasküler (dermatomyozit, vaskülit, SLE, polimiyozit), cild (Sweet Sendromu, Bazex Sendromu, hipertrikoz,

eritrodermi vb.), koagülopati (DIC, tromboflebit vb.), diğer (ateş, kaşeksi vb.) olarak gruplandırılabilir.^{28,39,40}

2.5. Tanı yöntemleri

Pulmoner dansite, solid periferik nod, ateletazi ve infeksiyonu araştırmak amacıyla göğüs filmi çekilir. Göğüs filminde görülmeyen küçük nodülleri belirlemek amacıyla bilgisayarlı tomografi (BT) ile göğüs incelenir. Balgamın sitolojik incelemesi akciğer kanserinde nadir olarak kullanılır. Fiberoptik bronkoskopi trakeabronşiyal ağacı incelemede kullanılır. Bu işlem aynı zamanda şüpheli bölgeden biyopsi alma olanağı da sağlar. Bazı durumlarda özofagal ultrasonla yapılan endoskopi kullanılabilir.

Kanser metastazını belirlemek amacıyla çeşitli tarama yöntemleri kullanılabilir. Bunlar kemik ve abdominal taramalar, pozitron emission tomografi (PET) taraması, manyetik rezonans görüntüleme (MR) ve diğer nörolojik tanı işlemleridir. Mediastinoskopi ya da mediastinotomi, mediastenden lenf nod biyopsi örneği almada kullanılabilir.⁴¹

2.6. Akciğer kanserinde tedavi

Akciğer kanseri tüm dünyada kanser ölümlerinin en büyük nedeni olmaya devam etmektedir ve genel 5 yıllık sağ-kalım oranı sadece %15 'tir. Bunun en büyük nedeni akciğer kanserlerinin büyük kısmının geç evrelerde teşhis edilmesi ve tedavi sonucunun yetersiz olmasıdır. Akciğer kanserinin tanıyı takiben uygun bir şekilde evrelendirilmesi tedavi yönteminin seçilmesi ve prognoz açısından önemlidir. Evreleme ile erken ve geç kalmış olguları birbirinden daha iyi ayırma imkanı ortaya çıkmış ve inoperabl olarak kabul edilen bir çok olguya cerrahi şansı verilmiştir.^{26,42}

Akciğer kanserleri genellikle belirti oluşturmada ileri derecede yayılma özelliğine sahiptirler; bu sebeple erken tanı için etkili tarama programı akciğer kanseri için hayat kurtarıcı olabilmektedir.¹⁹

Akciğer kanserlerinde tedavi yöntemi kanserin histolojik tipi, evresi ve hastaların performans durumlarına göre biçimlendirilmektedir.^{26,42}

Tedavinin sınıflandırılması şu şekildedir:

- Cerrahi Tedavi
- Radyoterapi
- Kemoterapi
- Fotodinamik Tedavi
- İmmünoterapi

2.7. Yaşam Kalitesi

2.7.1. Yaşam kalitesi kavramının tanımı

Yaşam kalitesi kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanır.^{43,44} Yaşam kalitesinin evrensel bir tanımı bulunmamaktadır. İnsan yaşamının iyileştirilmesine ilişkin bir kavram olan yaşam kalitesi, psiko-sosyal ve ekonomik refahın sağlanması ve dengeli bir biçimde sürdürmesine temellenmiştir. Genel anlamda bireysel “iyi oluş” un ifadesi anlamına gelen yaşam kalitesi kavramı; mutluluk, doyum, uyum ve iyi olma hali olarak tanımlanabilir ve yaşamın subjektif bir değerlendirilmesidir. Bu kavram; ekonomi ve coğrafyadan, psikoloji ve sosyolojiye, hemşirelikten diğer tıp dallarına kadar geniş bir yelpazedeki birçok bilim dalı tarafından

kullanılmaktadır. Farklı bilimler yaşam kalitesinin kendi disiplinlerini vurgulayan yönlerine odaklanmışlardır.⁴⁵⁻⁴⁷

Dinamik bir nitelik taşıyan yaşam kalitesi kavramı; çok yönlü olması, sürekli gelişim ve değişim göstermesi, kişiden kişiye değişebilmesi, sosyal, psikolojik, ekonomik ve kültürel faktörlerden etkilenmesi nedeniyle tanımlanması zor bir kavramdır.^{47,48}

2.7.2 Yaşam kalitesinin tarihsel gelişimi

Antik ve orta çağda insanın mükemmellik durumu, en üst düzeyde erdem, en üst düzeyde güzelliklere sahip olma olarak ele alınmıştır.^{41,49}

Akyol⁹ ve Kızılcı'nın¹¹ çalışmalarında da belirtildiği gibi 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. Hastaların mevcut fonksiyonel düzeyine karşın, algılarının değerlendirilmesi ve bunlardan aldığı “doyum” şeklinde de yorumlanan yaşam kalitesi çok boyutlu kavram olup bireyin fiziksel, hastalık yada tedavi ile ilgili hastalık semptomları, psikolojik ve sosyal yönlerine ilişkin yorumlar, değerlendirmeler gerektirmektedir.

Yaşam kalitesi kavramı 1960'lı yıllarda ekonomi ve sosyoloji alanına girmiştir. Ekonomistler tarafından; ulusal üretim; ulusal gelir satın alma gücü olarak ifade edilmiş, sosyologlar tarafından da çalışma ve barınma sosyal durum boyutları ile ele alınmıştır.

1970'li yıllarda psikologlar yaşam doyumu boyutunu gündeme getirmişlerdir.

Bin dokuz yüz yetmişlerden sonra tıp alanına, bin dokuz yüz seksenlerden sonra da hemşirelik alanına girmiştir.^{41,49}

2.7.3 Yaşam kalitesi boyutları/alanları

Yaşam kalitesi birey üzerindeki etkili olan tüm durum ve faktörleri kapsamaktadır. Duruma bağlı olarak yaşam kalitesi; sağlık durumu, emniyet, yetersizlik, anksiyete, depresyon, ilaçlara bağımlılık, entelektüel fonksiyon, seksüel fonksiyon, semptomların hafiflemesi, günlük yaşam aktiviteleri, bireyin yaşamından doyum bulması ve sosyal destek gibi bir veya birden fazla belirti (gösterge) içermektedir.^{46,48}

Yaşam kalitesi objektif göstergeleri fiziksel iyilik hali, fiziksel aktiviteleri yapmada güçlük, fonksiyonel yetersizlik, çalışma durumu, hastalık semptomları ve sağlık durumuyla ilgili konuları kapsar.^{41,47}

Yaşam kalitesinin subjektif göstergeleri ise; psikolojik/duygusal iyilik hali ve yaşam doyumunu ile ilgili konuları kapsar.^{41,47}

Hoes ve Sullivan' a Göre Yaşam Kalitesi Alanları

1. Psikolojik Esenlik: Akıl sağlığı, yaşamdan doyum alma, yararlılık, beden imgesi, anksiyete, oto kontrol, dinlenme ve meşguliyet ile ilgili durumlar, bir işi tamamlama, yaşamın anlamı, mutluluk, sosyal izolasyon, duygusal reaksiyonlar bu alanda değerlendirilir.

2. Fiziksel Esenlik: Fonksiyonel yeterlilik, fiziksel hareket, yaşam aktiviteleri, iştah, yeme, uyku, seks, zindelik, yorgunluk, ağrı, sağlık-hastalık algılaması, sağlıkta değişim ve tedavi ile ilgili durumlar bu alanda değerlendirilir.

3. Sosyal ve Bireysel Esenlik: Bireyin eşi, varsa çocukları ya da ebeveynleri ve yakın arkadaşları ile ilişkileri, sosyal etkinlikleri, başkalarından destek görme, mahremiyet, çevresince benimsenmesi, farklı organizasyonlara katılma, öğrenme durumu, kendini ve yaşamı algılama biçimi, çalışma durumu bu alanda değerlendirilir.

4. Parasal/Maddi Esenlik: Geleceğe ilişkin güven duygusu, barınma durumu, sağlık sigortası, iş güvencesi ve ev durumu bu alanda değerlendirilir.^{41,47}

2.7.4. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi

Temel hedefi bireyin sağlığının korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi olan sağlık personeli bu hedefe ulaşabilmek için sürekli olarak koruyucu önlemler, tanı ve tedavi programları geliştirmek için uğraşmaktadır. Ancak bireyin yaşamının sürdürülmesine yönelik bazı tedavi girişimlerinin, bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği de bilinen bir gerçektir.⁵⁰

Günümüzde sağlık bakımının amacı; yaşamı uzatmak değil; bireyin sorunları ile baş etme ve öz bakım gücünü geliştirmek, bağımsızlığını ve yaşam kalitesini, bilgi ve becerilerini artırmak ve geliştirmektir.⁴⁷

Yaşam kalitesi, çevresini geçici olarak bir hastalık teşhisi ve tedavinin sardığı varlığın bütün yönlerini kapsayan ve o hastalıkla ilgili olarak yaşama standardı, topluluk ve aile hayatı gibi tıbbi konuların ötesine uzanan geniş bir kavramdır. Ayrıca bireyin yaşam kalitesi, eğitim, istihdam ve kişilik gibi bir çok faktörden etkilenmektedir. Bundan dolayı, “sağlıkla ilgili yaşam kalitesi” terimi, son derece kısıtlanmış görünmesine rağmen, hastalığın hemen hemen yaşamın her alanını etkileyebileceği gerçeğini ima etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı; sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve toplumsal yönden tam bir iyi olma hali olarak tanımlamaktadır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi bütüncül olarak yaşam kalitesinin bir alt bileşenidir. Bu yüzden bu iki kavram birbiriyle yakından ilişkilidir.^{8,48}

Yaşama anlam veren değerlerin başında sağlık gelmektedir. Sağlık sektörü ve sağlık hizmetlerinin amacı ise; yaşama anlam katan bu değerlerin korunması ve geliştirilmesidir. Bu

nedenle kişilerin bir hastalık nedeniyle ya da uygulanan tedavi sonrası kendilerini nasıl hissettiklerinin, günlük yaşam aktivitelerini ne derecede yapabildiklerinin değerlendirilmesi gerekir.⁴⁸

2.7.5 Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi

Bireylerin yaşam kalitesi çeşitli ölçekler kullanılarak puanlanır ve değerlendirilir. Bir yaşam kalitesi ölçeğinin sahip olması gereken nitelikler; geçerlik, güvenirlik ve duyarlılıktır.⁴⁷ Bireyin;

- ✓ Fiziksel fonksiyonu
- ✓ Sosyal fonksiyonu
- ✓ Fiziksel rol fonksiyonu
- ✓ Emosyonel fonksiyonu
- ✓ Enerji (Zindelik)/Yorgunluk, ağrı
- ✓ Genel sağlık algısı değerlendirilir.

2.7.6 Yaşam kalitesini azaltan durumlar

Bireylerde yaşam kalitesi;

- ✓ Temel gereksinimlerinin karşılanmaması,
- ✓ Beden imgesinin değişmesi,
- ✓ Özbakım davranışlarının ve günlük yaşam aktivitelerinin yetersizliği,
- ✓ Kronik yorgunluk, bitkinlik,
- ✓ Seksüel fonksiyonlarda bozulma,
- ✓ Gelenek ile ilgili kaygılar,
- ✓ Destek sistemlerindeki yetersizlikler,
- ✓ Akut sağlık sorunları,

- ✓ Kronik sağlık sorunları gibi nedenlerle azalabilir.⁴⁷

2.7.7 Yaşam kalitesini artıran durumlar

Yaşam kalitesinin yükseltilebilmesi için bireyin:

- ✓ Ekonomik ve sosyal güvence içinde olması,
- ✓ Güven içinde yaşaması,
- ✓ Rahatlık ve gereken konfora sahip olması,
- ✓ Anlamlı ve aktif bir yaşantı içinde olması,
- ✓ Yakın çevresiyle olumlu ilişkiler içinde olması,
- ✓ Eğlence ve zevk aldığı aktivitelerin olması,
- ✓ İtibar görmesi,
- ✓ Mahremiyetine değeri verilmesi,
- ✓ Kendini ifade edebilmesi,
- ✓ Fonksiyonel olarak yeterli olması,
- ✓ Özgün birey olarak algılanması,
- ✓ Huzur içinde olması, inanç ve değeriğine saygı gösterilmesi gerekmektedir.⁴⁷

2.8. Akciğer kanseri ve yaşam kalitesi

Kanser tanısının konması ve tedaviye başlanması; birey ve ailenin fiziksel, emosyonel, sosyal ve ekonomik dengelerini bozmakta, yaşamdan doyum almalarını engellemekte ve yaşam kalitesini azaltmaktadır.⁵¹

Kanserli hastalar hastalık sürecinden kaynaklanan semptomlar kadar kemoterapi ve radyoterapinin yan etkileri nedeni ile ağrı, anoreksiya, kaşeksi, tat değerişiklikleri, alopesia, bulantı, kusma, dehidratasyon, mukozit, yorgunluk, dispne, kemik iliği süpresyonu, depresyon, anksiyete gibi fiziksel ve emosyonel semptomları da yoğun bir şekilde

yaşamaktadırlar.^{51,52} Bu gibi semptomlarla ilişkili rahatsızlıkların kanserli hastaların yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkilere neden olduğu ve tedavi önerilerine uyumu zorlaştırdığı saptanmıştır.^{51,53}

Uygulanan tedavilerin değerlendirilmesinde cevap oranı veya yaşam süresi, tek başına yeterli bir kriter değildir. Tedavinin amacı, semptomların giderilmesi ile birlikte yaşam kalitesinde düzelme ve yaşam süresinin uzamasıdır.⁵³ Bu durumda, yaşam kalitesinin sorgulanması, tedavinin palyatif etkisini ya da tedavi ile ilişkili sorunları değerlendirmede ve klinik gidişe karar vermede sağlık çalışanları açısından önemli bir kriter haline gelmiştir.^{51,53}

Bireylerde anksiyete, korku, depresyon, beden imajında değişiklik, aile ve sosyal ilişkilerde bozulmalar görülebilmektedir. İlerlemiş akciğer kanserinde hastalar en sık ağrı, nefes darlığı, öksürük, hemoptizi, iştahsızlık, kilo kaybı, kolay yorulma ve halsizlik, uyku problemleri, sürekli endişe hali veya enerji azlığından şikayet etmektedirler.^{53,54}

Hastalığın sadece fiziksel boyutunun olmadığı, psikososyal yönünün de olduğunun kabul edilmesi ile yaşam kalitesi ölçütleri de ele alınmaya başlanmıştır. Akciğer kanserlerinin fazla görülmesi ve insan yaşamını olumsuz yönde etkilemesi yaşam kalitesi yönünden kaygılar doğurmaktadır. Sağlık ekibinin üyesi olan hemşireler, bireylerin sağlıklarını yeniden kazanmaları ve korumaları için sağlık bakımına yönelik uygulamalar hakkında öğrenmelerine yardım etmektedir.⁸ Diğer sağlık personeline göre hastalar ve aileleriyle daha sık ve sürekli iletişim kurduklarından hasta bakımında anahtar bir role sahiptirler.¹¹

Günümüzde kanserde hemşirelik bakımı hastanın laboratuvar verilerini değerlendirme, kanser cerrahisi sonrası bakım, kemoterapi uygulaması gibi alanlarda yoğunlaşmaktadır.

Bununla birlikte hemşirelerin kanser ve tedavisinin ortaya çıkardığı bulantı, kusma, yorgunluk ve ağrı gibi semptomlar üzerinde durması ve bu semptomlarla baş etme stratejilerini hemşirelik bakımına yansıtmaları da gerekmektedir. Hemşireler, kemoterapi ilaçları, potansiyel yan etkileri ve yan etkileri hafifletecek önlemler konusunda hastaları bilgilendirme sorumluluğu taşımaktadır.⁵⁵

Kanserli bireylerde hastalık, hastanın yaşam şeklini olumsuz etkilemektedir. Sık sık hastanede kalma, geçmeyen ağrı, öz bakım yetersizliği, uzun süre hastanede yatma, tedavinin ilerleyişine göre çeşitli nedenlerle gizliliğin ortadan kalkması nedeni ile hastanın yaşam kalitesi kötü etkilenmektedir. Hemşirenin iyi bir hizmet verebilmesi için bu alanlarda yenilikleri izlemesi ve bunları hasta bakımında kullanması gerekir. Bu şekilde yapılan çalışmalar, yeni tedavi uygulamalarını, tedavinin yan etkilerini, görölme şeklini, sıklığını ve zamanını belirleyip hastaya verilecek bakımın kalitesini arttırmaya yönelik daha planlı bir girişim yapılmasını sağlamaktadır.⁵⁵

Kanserli hasta ile çalışan hemşireler, hasta ve ailesi ile birlikte bakım gereksinimlerini belirleyip hastanın öz-bakım davranışlarını destekleyici bakımı uygulayarak yaşam kalitesini yükseltme yoluna gitmelidir. Kanser tedavisinin yan etkileri ile baş etmede hastalara hastane ve ev ortamında destek sağlanması, baş etme becerilerinin öğretilmesi, onların yaşam kalitesini yükseltmede kullanacağı baş etme becerilerini geliştirmede hemşirenin önemli rolü bulunmaktadır.⁵⁶

Yaşam kalitesi çalışmaları hastanın problemlerinin belirlenmesinde, tedavi önceliklerinin saptanmasında, girişimlerin yönlendirilmesinde, hastalık sürecinin izlenmesinde yarar sağlamaktadır.⁵⁷ Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçümleri bireylerin kendilerini nasıl hissettiklerini, günlük yaşam aktivitelerini nasıl yaptıklarını, hastalık

durumu ve hastalığın tedavisinden nasıl etkilendiklerini, bireyin bakış açısıyla değerlendirme olanağı vermektedir.⁵⁸ Hastaların yaşamlarının yalnızca tıbbi sonuçlarla değerlendirilmesi yeterli değildir. Hastalar, hastalık semptomları ile tıbbi sonuçlardan çok bu semptom ve sonuçların yaşamlarını nasıl etkilediği ile ilgilenmektedirler.⁵⁷ Bu konuda hemşireye hastaya en yakın sağlık elemanı olarak önemli görevler düşmektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi, sürdürülmesi uzun süreli destek ve danışmanlığı gerektirir. Davranışsal değişikliklerin yaşama geçirilerek kalıcı olabilmesi için uzun süreye ihtiyaç vardır. Bu nedenle kanserli hastalara hemşireler tarafından verilen eğitim ve danışmanlık hizmetlerinde süreklilik sağlanmalıdır.¹¹

Hemşirelik bakımı, sağlığın korunması, hastalık tedavisi, tedavi komplikasyonlarının önlenmesini içeren ikincil koruma, rehabilitasyon ve sağlığın yükseltilmesi süreçlerini kapsayan bütün hemşirelik faaliyetlerini içermektedir. Hemşire hastayı bütüncül olarak ele alarak mevcut sağlığı hakkında veri toplayabilir ve bu verileri değerlendirerek bakım stratejisi geliştirebilir. Ayrıca hemşire bakım verirken hastanın bozulan sağlığını değerlendirirken, yaşam kalitesini de değerlendirir. Sağlık hizmetleri felsefesine göre, hastaların yaşam kalitesini değerlendirmede hemşireler anahtar rol oynayan kişilerdir. Hastaların yaşam kalitelerinin yükseltilmesinde hemşireler; ekip işbirliğinde bütüncül yaklaşım içinde hastaların yaşam kalitesini değerlendirmelidirler.⁵⁹

Akyol'un⁵⁹ belirttiği gibi Burchard ve Lewis yaşam kalitesi alanları ve hemşirelik uygulamalarına ilişkin bir model geliştirmişlerdir. Bu modelde yaşam kalitesinin alanları ve hemşirelik süreci arasındaki ilişki başlıca dört basamakta incelenmiştir.

1. Hemşirelik süreci bağımsız değişkenleri,
2. Birleştirici bilişsel değişkenler, 3. Bağımlı sonuç değişkenleri,

4. Dış kaynaklı değişkenler,

Bu hemşirelik süreci uygulamaları yaşam kalitesinin spesifik bölümleri üzerinde doğrudan etkilidir. Örneğin; hastanın vücut hijyeninin sağlanması ve bu konu ile ilgili olarak hemşirelik uygulamalarının yapılması fiziksel iyilik halini etkiler. Modelin ikinci basamağı olan birleştirici bilişsel değişkenler, hemşirelik süreci aktivitelerinin etkisinin ortaya çıkabilmesi, istenen sonuca ulaşılabilmesine yarar. Bu nedenle bilişsel değişkenlerin hemşirelik uygulamalarının yaşam kalitesi üzerinde dolaylı bir etkisi vardır. Örneğin; hastanın kendi kendine bakımını geliştirebilmesi öz bakım becerisini kazanıp kendi bakımını yapabilmesi ile sonuçlanmalıdır. Hasta bireyin hastalığına yönelik olan kişisel kontrolü bakımından memnun olması psikolojik iyilik halini etkiler. Hemşirelik süreci uygulamalarını ve etkilerini yerine getirme; bireyin beden bütünlüğünü sağlamaya yönelik olduğundan yaşam kalitesi üzerinde etkilidir.⁶⁰

Yaşam kalitesi sağlık durumundan bir ölçüde bağımsızdır. Hastanın kendi sağlık durumu ve yaşamının diğer tıp dışı yönleriyle ilgili algılama ve tepki verme şeklini yansıtmaktadır. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin kavramsallaştırılmasındaki bu öznel yapıyı daha iyi anlamak için, hastalığın evre ve derecesinin saptanmasını bir yana bırakarak, hastanın kişisel yaşamında neler hissettiğini anlamaya çalışmak gerekmektedir.

2.9. Sosyal destek

Sosyal destek; bireye yakın çevresi tarafından sağlanan her türlü maddi, manevi yardım olarak tanımlanmaktadır. Sosyal desteklerin, sevgi, şefkat, benlik saygısı, bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimleri karşılayarak fizik ve ruhsal sağlığı doğrudan olumlu biçimde etkilediği, yaşam güçlükleri ile başa çıkmada kişinin önemli yardımcısı olduğu belirtilmektedir. İnsanların yaşamında önemli bir yeri olan, gerektiğinde kişiye duygusal,

maddi ve bilişsel yardım sağlayan tüm kişilerarası ilişkiler, sağlığı korumaya yarayan sosyal destek sistemleri olarak kabul edilmektedir.^{18,56,61}

Sosyal destek kavramı ilk olarak 1960'lı yıllarda koruyucu sağlık alanında yapılan çalışmalarda incelenmiş, sağlıkla ilişkisi araştırılmış, sosyal desteğin stres ve strese bağlı hastalıklarda, sağlığa olumlu yönde etkileri olduğu saptanmıştır.¹⁷

Fadıloğlu'nun⁶² da belirttiği gibi Cob (1976) sosyal desteği, kişiyi sevildiğine, değer ve önem verildiğine ve iletişim ağının bir parçası olduğuna inandıran bir bilgi olarak, Johnson ve Sarason (1979), kişinin güvenebileceği ilişkiler yoluyla sosyal kaynaklardan yararlanabilme derecesi şeklinde, House (1981) ise araçsal (instrumental), duygusal (emotional), bilgisel (informational) ve değer ifade eden (appraisal) destek olmak üzere tanımlamıştır.

2.10. Akciğer kanseri ve sosyal destek

Sosyal destek kavramı, 1970'lerin ortalarında kanserle ilgili çalışmalarda kullanılmaya başlanmış, son yirmi yılda konuyla ilgili önemli bir kavram haline gelmiştir. Sosyal desteğin kanser hastaları için yararlı olduğunu ve aile üyelerinden alınan duygusal destekle kansere karşı fiziksel ve psikolojik uyum derecesi arasında olumlu bir ilişki olduğunu belirten birçok çalışma vardır. Bunun da ötesinde tanı koyma aşamasında verilen sosyal destekle uzun yaşam arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar, sosyal destekle psikolojik uyum arasında nedensel bir ilişki bulunduğunu göstermektedir.⁵⁰

Sosyal destek ile sağlık ilişkisini açıklayan iki model vardır:

1. Temel Etki Modeli: Bu model sosyal destek ile sağlık arasında doğrudan bir ilişki olduğunu ileri sürmektedir. Bu modele göre, sosyal destek fiziksel sağlık ve kendini iyi hissetme üzerinde her koşulda, olumlu etkiye sahiptir. Aynı zamanda temel etki modeli,

sosyal desteğin olmamasının birey üzerinde olumsuz etki yaratabilecek bir durum olduğu görüşünü savunur. Dolayısıyla, sosyal destekten yoksun olma, birey üzerinde kendi başına olumsuz etki yaratabilecek bir durumu oluşturmaktadır.

2. Tampon Modeli: Temel etki modelinin tersine tampon etki modelinde, sosyal desteğin en önemli fonksiyonu, stres verici yaşam olaylarının yarattığı zararları azaltarak ya da dengeleyerek ruh sağlığını korumaktır. Stres yaratıcı durumlar söz konusu olmadığı sürece, sosyal desteğin bulunmamasının sağlık ve kendini iyi hissetme üzerinde olumsuz bir etkisi yoktur. Ancak, yüksek düzeylerde stres yaratıcı durumlarda sosyal destek bireyin uyum sağlamasını ve koşullarla başa çıkmasını kolaylaştırarak stresin zararlı etkilerini azaltan bir tampon görevi yapmaktadır.⁶³

Birçok kanser hastası, arkadaşları ve ailesiyle olan ilişkilerindeki değişiklikler nedeniyle psikososyal sorunlar yaşamaktadır. Sağlık koşullarının giderek bozulduğu, sıkıntıların süreklilik kazandığı ve hastalıkla ilgili kaygı yaratan koşulların arttığı göz önüne alındığında, kişilerin desteğe daha çok gereksinim duyar hale geldiği aşıkardır. Gereksinim duyulan bu destek bireye öncelikle yakın çevresi tarafından sağlanmaktadır. Kanser hastalarının sosyal destek alabileceği kişileri, verdikleri en etkili sosyal destek türüne göre seçtikleri ve bu şekilde verilen sosyal desteğin daha etkili olduğu saptanmıştır. Mesela hastalar, hastalıklarıyla ilgili bilgilendirme ve bakım desteğini sağlık personelinen almayı tercih ederken, ihtiyaç duydukları duygusal desteği ailelerinden almayı tercih etmektedir.⁵⁰

Hemşirelik bakımından; sosyal destek verme bireyin savunmalarını güçlendiren özel bir müdahale olup anksiyeteyi azaltır, bireyin benlik saygısını artırır. Bir tutum olarak destek bireyi kabullenmeyi, aktif dinlemeyi, anlamayı, kabullenici ve paylaşımcı bir

atmosfer oluşturmayı hedefler. Özel bir müdahale olarak destek ise hem kişilerarası ilişki hem de fiziksel bakım boyutunda birey ve ailenin rahatını sağlamayı içerir. ^{17,18} Aile temel bir sosyal gruptur. İnsanoğlu sosyal bir varlık olup toplum içinde yardımlaşma ve işbirliği ile var olabilen ve kendisini gerçekleştiren sosyal bir varlıktır. Hasta ve ailenin stresle başa çıkmasında sosyal destek önemlidir. Hastalar ve desteğe ihtiyacı olanlar kadar, desteği verenlerin kendilerinin de sosyal desteğe ihtiyaç duydukları açıktır. Bu nedenle sosyal desteğin önemi artmaktadır. ^{18,64}

3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, akciğer kanseri olan hastaların yaşam kaliteleri ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişkiyi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmış ve yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmanın verileri Erciyes Üniversitesi M. Dedeman Onkoloji ve Hematoloji Hastaneleri Ayaktan Tedavi Merkezi ve Onkoloji Hastalıkları yataklı kliniklerinde 28.02.2011/16.05.2011 toplanmıştır. M. Dedeman Onkoloji ve Hematoloji Hastanesinin Ayaktan tedavi merkezinde 35 koltuk, 2 yatak bulunmaktadır ve 13 hemşire görev yapmaktadır. M. Dedeman Onkoloji ve Hematoloji Hastanesinin Onkoloji servisinde ise 31 yatak bulunmaktadır ve 11 hemşire çalışmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini 28.02.2011/16.05.2011 tarihleri arasında Erciyes Üniversitesi M. Dedeman Onkoloji ve Hematoloji Hastanesi Ayaktan Kemoterapi Ünitesi ve Onkoloji Servisine başvuran, en az 3 ay önce tanı almış, kemoterapi tedavisi gören akciğer kanserli toplam 66 hasta oluşturmuştur. Araştırmada örneklem yöntemi kullanılmamış, bu tarihler arasında ilgili servislere başvuran hastalardan araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 55 hasta çalışmaya alınmıştır. Hastalardan 6 tanesi araştırmacının bulunduğu zamanlara denk gelmediği için, 5 tanesi ise soruları yanıtlamak istemediği için araştırma kapsamına alınamamıştır.

Araştırmaya alınma kriterleri;

- 18 yaş ve üzerinde, en az ilkokul mezunu olmak,
- Görme ve işitme ile ilgili duyu kaybı olmamak,
- İletişime ve işbirliğine açık olmak,
- Psikiyatrik bozukluğu olmamak.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veriler üç form aracılığıyla toplanmıştır.

- Anket formu (EK I).
- Yaşam kalitesini değerlendirmek için; Ferrans ve Powers ‘Yaşam Kalitesi Endeksi

Kanser Uyarlaması-III’(EORTC QLQ-C30) kullanılmıştır (EK II).

- Algılanan sosyal desteği belirlemek için; Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (MSPSS) kullanılmıştır (EK III).

3.4.1. Anket Formu

Araştırmacı tarafından literatür bilgileri ışığında hazırlanan anket formunda hastaların tanıtıcı özelliklerine (cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek, eğitim durumu, sosyal güvence, hastalık evresi, tipi, alınan kür sayısı ve almış oldukları kemoterapi protokollerini) ilişkin sorular yer almaktadır.^{65,66} Sosyo-demografik özelliklere ait bilgiler hastalardan, hastalığa ait bilgiler ise hasta dosyalarından alınmıştır.

3.4.2. Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QLQ-C30)

Ferrans ve Powers⁶⁵ ‘Yaşam Kalitesi Endeksi Kanser Uyarlaması-III’ ölçeğinin ülkemizde geçerlilik ve güvenirliği 2010 yılında Can ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.⁶⁶

Ferrans ve Powers⁶⁵ tarafından geliştirilen ölçek Yaşam Kalitesi Endeksi- Kanser Uyarlaması-III versiyonu 6 dereceli Likert-tipi maddelere verilen yanıtlarla cevaplanır ve

yaşamın çeşitli alanlarından ‘memnuniyet’ ile, o alanın kişi için ‘önemini’ ölçen her biri 33 madde içeren iki ana bölümden oluşur. 6 dereceli Likert-tipi maddelerle, memnuniyet kısmında ‘çok memnunum’dan ‘hiç memnun değilim’e; ve önem kısmında ise ‘çok önemli’den ‘çok önemsiz’e doğru yanıt verilir. Ayrıca 4 alt grup mevcuttur: sağlık ve hareketlilik, sosyo- ekonomik, psikolojik-inançlar ve aile. Toplam yaşam kalitesi puanı ve alt grup puanları memnuniyet puanlarını önem puanlarına uyarlayarak elde edilir. Ölçekten 0-30 arası puan alınmaktadır. Test yaklaşık 10-15 dakikada yanıtlanabilmektedir.

Can ve ark.⁶⁶ tarafından Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı alt boyutlar için ayrı ayrı hesaplanmış ve .63 ile .85 arasında bulunmuştur. Bu çalışmada elde edilen Cronbach Alfa değeri .64 ile .80 arasında bulunmuştur.

Sağlık ve Hareketlilik Alt Grup Puanı; sağlık, sağlık bakımı, ağrı, enerji (yorgunluk), yardımsız bakımını sürdürme yeterliliği, yaşamı üzerinde kontrolü dilediği kadar uzun yaşama şansı, cinsel yaşamı, ailesel sorumluluklarını yerine getirme yeterliliği, başkaları için yararlılığı ve mutlu bir gelecek şansı başlıklarını içeren on bir sorudan oluşmaktadır.

Aile Alt Grup Puanı; ailenin sağlığı, çocuklar, ailenin mutluluğu, eş, sevgili yada partner, arkadaşlar, ailenin emosyonel desteği, ailesi dışındaki insanların emosyonel desteği, komşular, Allah’ a inancı başlıklarını içeren dokuz sorudan oluşmaktadır.

Sosyal ve Ekonomi Alt Grup Puanı; üzüntüler, iş/işsiz olmak, eğitim, maddi gereksinimler, eğlenceye ilişkin düşünceleri başlıklarını içeren altı sorudan oluşmaktadır.

Psikolojik/Dinsel Alt Grup Puanı; ev, düşünme özgürlüğü, kişisel amaçlara ulaşmak, genel anlamda mutluluğu, genel anlamda yaşama mutluluğu, kişisel görünümü, kendisi başlıklarını içeren yedi sorudan oluşmaktadır.

Sağlık ve Hareketlilik Alt grup Puanı: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 11, 16, 17, 18, 25, 26.

maddelerden oluşur.

Aile Alt Grup Puanı: 8, 9, 10, 12, 14. maddelerden oluşur.

Sosyal ve Ekonomi Alt Grup Puanı: 13, 15, 19, 20, 21, 22, 23, 24. maddelerden oluşur.

Psikolojik/Dinsel Alt Grup Puanı: 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33. maddelerden oluşur.

3.4.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğinin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği ilk olarak 1995 yılında Eker ve Arkar⁶⁷ tarafından yapılmıştır. Fakat bu çalışmaya kadar ülkemizde standardize bir sosyal destek ölçeği olmadığı için, sosyal destek kaynaklarının faktör yapılarının batı kültüründekilere benzer olup olmadıklarını bilmenin mümkün olmadığı düşünülerek 2001 yılında yine Eker ve ark.¹⁸ tarafından geçerlilik ve güvenilirliği tekrarlanmıştır. Her biri 4 maddeden oluşan, desteğin kaynağına ilişkin 3 grubu (aile, arkadaş, özel bir kişi) içeren toplam 12 sorudan oluşmuştur. Her madde 7 aralıklı ölçek kullanılarak derecelendirilmiştir. Özel bir birey olarak örneğin; flört, akraba, komşu, doktor, hemşire gibi kişiler alınmaktadır. Bu çalışmada özel bir kişi olarak “hemşire” alınmıştır. Algılanan sosyal destek toplam puanı ise tüm soruların yanıtlarının toplamından hesaplanmıştır. Bu ölçekten 12 ile 84 arası herhangi bir puan alınabilir. Alınan puan ne kadar yüksekse bireyin aldığı sosyal desteği algılama oranı o derece yüksektir.

Eker ve ark.¹⁸ tarafından Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı alt boyutlar için ayrı ayrı hesaplanmış ve .80 ile .92 arasında bulunmuştur. Bu çalışmada elde edilen Cronbach Alfa değeri .78 ile .86 arasında bulunmuştur.

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler, tedavi amaçlı onkoloji kliniğine ve ayaktan kemoterapi merkezine başvuran ve çalışmaya katılmaya gönüllü hastalarla, yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak anket formu ve ölçekler araştırmacı tarafından bire bir soru tekniği ile yapılmış ve her görüşme yaklaşık olarak 25- 30 dakika da tamamlanmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 16.0 hazır istatistik program paketiyle değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan testler;

- Bireylere ait tanımlayıcı özellikleri incelemek amacıyla yüzdelik dağılım ve ortalama kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu değerlendirilmiş, iki grupta verilerin karşılaştırılmasında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi; *t* testi, ikiden fazla gruplardaki ortalamaların karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

- Hastaların cinsiyet, medeni durum, sosyal güvence varlığı, sosyal destek, hastalık tipi ve kür sayısı ile yaşam kalitesi puan ortalamaları ile arasında fark olup olmadığını belirlemek için bağımsız gruplarda *t* testi,

- Hastaların meslek, eğitim durumu, hastalık evresi ve yaş grupları ortalamalarının karşılaştırılmasında ise ANOVA,

- Hastaların yaşam kalitesi ve algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler: Hastaların sosyo-demografik özellikleri ve hastalığa ilişkin özellikleri bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

Bağımlı Değişken: (EORTC QLQ-C30) yaşam kalitesi ölçeğinden ve çok boyutlu sosyal destek ölçeğinden alınan puanlar bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmada insan olgusunun kullanımı bireylerin bireysel hakların korunmasını gerektirdiğinden “bilgilendirilmiş onam” ilkesi, elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı belirtilerek “gizlilik ve gizliliğin korunması” ilkesi, araştırmaya katılan hastalara, araştırmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları, bilgi vermeyi reddetme ve araştırma konusunda bilgilendirilmeye hakları oldukları belirtilmiş ve araştırmaya katılmada “gönüllülük” ilkesi yerine getirilmiştir. ⁶⁸ Araştırmaya katılacak bireylere, açıklama yapılmış ve bireylerden sözlü izin alınmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 1. Hastalara Ait Tanıtıcı Özelliklerin Dağılımı

TANITICI ÖZELLİKLER	Sayı (N=55)	%
Yaş		
31-40	4	7.3
41-50	8	14.5
51-60	26	47.3
61-70	15	27.3
71≤	2	3.6
Cinsiyet		
Erkek	47	85.5
Kadın	8	14.5
Eğitim Durumu		
İlkokul	33	60.0
Ortaokul	6	10.9
Lise	11	20.0
Yüksek Öğretim	5	9.1
Meslek		
Memur	3	5.5
Serbest Meslek	9	16.4
Ev Hanımı	7	12.7
Emekli	29	52.7
İşsiz	7	12.7

Medeni Durum		
Evli	51	92.7
Dul/Bekar	4	7.3
Sosyal Güvence		
Var	51	92.7
Yok	4	7.3
Alınan Kür Sayısı		
$4 \geq$	28	50.9
$4 <$	27	49.1
Hastalık Evresi		
Evre I-II	3	5.0
Evre III	9	17.0
Evre IV	43	78.0
Hastalık Tipi		
KHAK*	16	29.0
KHDAK**	39	71.0
Kemoterapi Protokolü		
Sisplatin+Etoposid	16	29.0
Sisplatin+Gemsitabin	7	12.0
Sisplatin+Docetoxel	15	27.0
Sisplatin+Vinorelbine	9	17.0
Sisplatin+İrinotecan/Gemzan/Pemetrexed	5	10.0
Erlotinib/Carboplatin+Paclitaxel	3	5.0

*Küçük hücreli akciğer kanseri

**Küçük hücreli dışı akciğer kanseri

Araştırmaya katılan hastaların ortalama yaşları 56.43 ± 9.12 olarak bulunmuştur.

Hastaların %47.3'ü 51-60 yaş grubunda, %85.5'i erkek, %60.0'ı ilköğretim mezunu olarak saptanmıştır. Hastaların %52.7'sinin emekli olduğu belirlenmiştir. Hastaların %92.7'si evli

olup, %92.7'sinin sosyal güvencesi varken %7.3'ünün sosyal güvencesinin olmadığı saptanmıştır.

Hastaların %50.9' unun 4 kür ve daha az (2-4 kür) kemoterapi aldıkları saptanmıştır. Hastaların %78' inin IV evre' de olduğu saptanmıştır. %71' i KHDAK iken %29' u KHAK' dir (Tablo 1).

Tablo 2. Hastalara Ait Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

Yaşam Kalitesi Ölçeği	Alt ve Üst Değerler	X±SD
Sağlık ve Hareketlilik	9-27	19.23±3.67
Sosyal ve Ekonomi	9-27	18.26±3.93
Psikolojik/Dinsel	6-30	20.86±4.83
Aile	12-30	24.25±3.53
Toplam	13-28	20.15±3.13

Hastaların yaşam kalitesi ölçeğinin sağlık ve hareketlilik alt boyut puan ortalaması 19.23±3.67, sosyal ve ekonomi alt boyut puan ortalaması 18.26±3.93, psikolojik/dinsel alt boyut puan ortalaması 20.86±4.83, aile alt boyutu puan ortalaması 24.25±3.53 ve toplam yaşam kalitesi puan ortalaması 20.15±3.13olarak bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 3. Hastaların Aldıkları Sosyal Destek Puan Ortalamaları

Sosyal Destek Ölçeği	Alt ve Üst Değerler	X±SD
Aileden Algılanan Sosyal Destek	8-28	24.65±4.32
Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek	4-24	15.36±6.39
Özel Bir Kişiden Algılanan Sosyal Destek	4-24	12.07±5.79
Algılanan Toplam Sosyal Destek	16-75	52.09±13.57

Hastaların aileden algıladıkları sosyal destek puan ortalaması 24.65±4.32, arkadaştan algıladıkları sosyal destek puan ortalaması 15.36±6.39, özel bir kişiden algıladıkları sosyal destek puan ortalaması 12.07±5.79 ve algılanan toplam destek puan ortalaması 52.09±13.57'dir (Tablo 3).

Tablo 4. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	Sağlık ve Hareketlilik Altgrup Puanı X±SD	Test ve p Değeri	Sosyal ve Ekonomi Alt Grup Puanı X±SD	Test ve p Değeri	Psikolojik/dinsel alt grup puanı X±SD	Test ve p Değeri	Aile alt grubu puanı X±SD	Test ve p Değeri	Toplam Yaşam Kalitesi X±SD	Test ve p Değeri
Yaş											
31-40	4	16.50 ±2.34	F=2.358 p>0.05	15.72 ±2.48	F= 1.207 p>0.05	19.51 ±4.03	F= 1.319 p>0.05	24.57 ±3.05	F= .732 p>0.05	18.20±2.31	F= 1.269 p>0.05
41-50	8	18.82 ±2.93		16.99 ±2.67		17.67 ±3.70		24.02 ±2.88		19.04±1.07	
51-60	26	19.02 ±3.90		18.64 ±3.66		21.27 ±4.53		24.36 ±3.24		20.27±2.83	
61-70	15	20.60 ±3.58		19.31 ±4.42		22.20 ±5.29		24.65 ±3.23		21.26±3.65	
71≤	2	18.68 ±5.52		15.53 ±9.24		20.87 ±9.36		20.15 ±1.18		18.62±8.30	
Cinsiyet											
Erkek	47	19.50±3.56	t =1.349 p>0.05	18.31±4.19	t =.254 p>0.05	21.20±4.41	t =1.263 p>0.05	24.27±3.50	t =.103 p>0.05	20.34±3.19	t =1.055 p>0.05
Kadın	8	17.62±4.19		17.93±1.97		18.88±6.83		24.13±3.90		19.07±2.69	
Eğitim Durumu											
İlkokul	33	18.53±3.79	F=2.358 p>0.05	17.04±3.57	F=5.800 p<0.01	19.78±4.70	F=3.566 p < 0.05	23.70±3.49	F=1.185 p>0.05	19.30±2.89	F=4.609 p<0.01
Ortaokul	6	19.73±1.83		18.09±3.87		23.70±3.63		26.19±2.43		21.14±2.40	
Lise	11	19.34±3.67		19.53±3.54		20.27±4.78		24.16±4.51		20.32±3.22	
Üniversite	5	23.00±2.66		23.66±1.88		25.91±3.08		25.76±1.22		24.23±1.97	
Medeni Durum											
Evli	51	19.15±3.67	t = -.557 p>0.05	18.58±3.81	t = 2.234 p < 0.05	20.93±4.89	t = .397 p>0.05	20.93±4.89	t = .619 p>0.05	20.23±3.15	t = . 621 p>0.05
Dul/Bekar	4	20.22±4.19		14.17±3.50		19.93±4.31		23.20±3.59		19.21±3.15	
Meslek											
Memur	3	18.78±1.83	F=1.140 p>0.05	17.54±1.29	F=4.155 p<0.01	18.71±3.68	F=1.331 p>0.05	25.43±3.86	F=.593 p>0.05	19.27±1.38	F=2.238 p>0.05
S. Meslek	9	17.46±2.93		16.90±3.56		18.97±3.52		23.52±2.73		18.62±2.04	
Ev Hanımı	7	18.21±4.15		18.03±2.11		20.68±4.90		23.85±4.13		19.65±2.32	
Emekli	29	20.14±3.70		19.81±3.80		22.17±5.19		24.78±3.12		21.25±3.35	
İşsiz	7	18.92±4.18		14.11±3.86		18.97±4.30		22.92±5.42		18.45±3.26	

Tablo 4. (devamı)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	Sağlık ve Hareketlilik Alt Grup Puanı X±SD	Test ve p Değeri	Sosyal ve Ekonomi Alt Grup Puanı X±SD	Test ve p Değeri	Psikolojik/Diinsel Alt Grup Puanı X±SD	Test ve p Değeri	Aile Alt Grubu Puanı X±SD	Test ve p Değeri	Toplam Yaşam Kalitesi X±SD	Test ve p Değeri
Sosyal Güvence											
Var Yok	51 4	19.37±3.74 17.34±2.01	$t = 1.069$ $p > 0.05$	18.76±3.56 11.78±2.67	$t = 3.826$ $p < 0.01$	21.13±4.82 17.47±3.95	$t = 1.473$ $p > 0.05$	24.60±3.06 19.82±6.28	$t = 2.763$ $p < 0.01$	20.44±3.00 16.45±2.58	$t = 2.583$ $p > 0.05$
Hastalık Evresi											
Evre I-II Evre III Evre IV	3 9 43	23.58±3.79 19.78±1.93 18.45±3.61	$F = 2.471$ $p > 0.05$	22.28±3.63 17.24±2.86 17.67±3.86	$F = 1.207$ $p > 0.05$	26.83±4.48 20.57±3.30 19.78±5.20	$F = 1.969$ $p > 0.05$	25.65±2.75 24.93±2.28 23.95±3.61	$F = .454$ $p > 0.05$	24.30±3.71 20.22±1.55 19.41±3.17	$F = 2.658$ $p > 0.05$
Hastalık Tipi											
KHAK KHDAK	16 39	19.48±3.45 18.69±3.54	$t = .685$ $p > 0.05$	17.89±3.48 17.77±3.94	$t = .099$ $p > 0.05$	21.47±3.86 19.66±5.46	$t = 1.101$ $p > 0.05$	25.37±3.17 23.63±3.33	$t = 1.609$ $p > 0.05$	20.45±2.17 19.47±3.45	$t = .964$ $p > 0.05$
Kür Sayısı											
4≥ 4<	28 27	19.19±3.35 18.69±3.72	$t = .459$ $p > 0.05$	18.14±4.02 17.43±3.47	$t = .606$ $p > 0.05$	20.02±6.11 20.58±3.43	$t = -.356$ $p > 0.05$	24.46±2.68 23.94±4.04	$t = .491$ $p > 0.05$	19.98±3.27 19.60±19.60	$t = .392$ $p > 0.05$

Hastaların yaş gruplarına göre yaşam kalitesine bakıldığında; toplam yaşam kalitesi ve tüm alt boyutlarına ait ortalama puan en yüksek 61-70 yaş grubundaki hastalarda bulunmakla beraber, hastaların yaşlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$, Tablo 4).

Hastaların cinsiyetlerine göre yaşam kalitesi incelendiğinde; toplam yaşam kalitesi ve tüm alt boyutlarına ait ortalama puan en yüksek erkek hastalara ait olmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Eğitim durumuna göre yaşam kalitesi ortalamalarına baktığımızda en düşük ortalama puanlar ilk öğretim mezunlarına aitken en yüksek puanların üniversite mezunlarına ait olduğu bulunmuştur. Yalnızca yaşam kalitesinin aile alt boyutu puan ortalamasında en yüksek puan (26.19 ± 2.43) orta öğretim mezunlarına aittir. Eğitim durumuna göre; yaşam kalitesi sağlık ve hareketlilik, aile alt boyutlarına ilişkin puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunurken ($p>0.05$), yaşam kalitesinin psikolojik ve dinsel alt boyutu için $p<0.05$ düzeyinde ve sosyal ve ekonomi alt boyutu için $p<0.01$ düzeyinde puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4).

Mesleklerine göre yaşam kalitesine bakıldığında ise toplam yaşam kalitesi ve yaşam kalitesinin alt boyutlarında emekli kişilerin daha yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu saptanmıştır. Sadece yaşam kalitesinin aile alt boyutunda memurların daha yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu görülmüştür. Mesleklere göre yaşam kalitesinin sosyal ve ekonomi alt boyutu için $p<0.01$ düzeyinde puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Medeni duruma göre yaşam kalitesine baktığımızda yaşam kalitesinin sağlık ve hareketlilik alt boyutu ile aile alt boyutu puan ortalaması bekar/dul kişilerde daha fazla

bulunmuştur. Diğer alt boyutlar (sosyal ve ekonomi alt boyutu, psikolojik/dinsel alt boyutu) ve toplam yaşam kalitesi ise evli olan kişilerde daha yüksek bulunmuştur. Medeni duruma göre yaşam kalitesinin sosyal ve ekonomi alt boyutu için $p<0.05$ düzeyinde puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Sosyal güvenceye göre yaşam kalitesi incelendiğinde ise yaşam kalitesinin tüm alt boyutları ve toplam yaşam kalitesi için sosyal güvencesi olanların puan ortalamaları sosyal güvencesi olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Sosyal güvence varlığına göre yaşam kalitesinin sosyal ve ekonomi alt boyut puanı için ve aile alt boyut puanları için $p<0.01$ düzeyinde puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Hastaların hastalık evrelerine göre yaşam kalitesine bakıldığında yaşam kalitesinin tüm alt boyutları ve toplam yaşam kalitesi için evre I-II olan hastaların puan ortalamaları en yüksek bulunmuştur. Hastalık evresine göre yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarına ilişkin puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Hastalık tipine göre yaşam kalitelerine bakıldığında ise KHAK li hastaların yaşam kalitesi tüm alt boyutlar ve toplam yaşam kalitesi puan ortalamalarının KHDAK li hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Hastalık tipine göre yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarına ilişkin puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Alınan kür tedavisi sayısına göre yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarına ve toplam yaşam kalitesine baktığımızda ise 4 ve daha az kür tedavisi alan hastalarında yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Alınan kür sayısına göre yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarına ilişkin puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 5. Algılanan Sosyal Destek İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

Değişkenler	Sağlık ve Hareketlilik	Sosyal ve Ekonomi	Psikolojik/dinsel	Aile	Toplam
Aileden Algılanan Sosyal Destek	.306*	.475**	.378**	.692**	.535**
Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek	.073	.478**	.105	.285*	.263
Özel Bir Kişiden Algılanan Sosyal Destek	.003	.424**	.006	.066	.139
Algılanan Toplam Sosyal Destek	.133	.558**	.172	.383**	.354**

* p<0.05

** p<0.01

Aileden algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesinin sağlık ve hareketlilik alt boyutuna ait puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ($p<0.05$), yaşam kalitesinin diğer alt boyutlarına ait ve toplam puan ortalamaları ile de pozitif yönde ileri derecede anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.01$).

Arkadaştan algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi ölçeğinin sosyal ve ekonomi alt boyutuna ait puan ortalaması ile aile alt boyutuna ait puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $p<0.05$; $p<0.01$).

Özel bir kişiden algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi ölçeğinin sosyal ve ekonomi alt boyutuna ait puan ortalaması ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.01$). Algılanan toplam sosyal destek ile yaşam kalitesinin sosyal ve ekonomi alt boyutu puan ortalaması ile aile alt boyutuna ait puan ortalaması ve toplam yaşam kalitesine ait puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

5. TARTIŞMA

Çalışmada elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılmıştır.

Hastaların yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde toplam yaşam kalitesi puan ortalaması 20.15 ± 3.13 , yaşam kalitesi ölçeğinin sağlık ve hareketlilik alt boyutundan alınan puan ortalamasının 19.23 ± 3.67 , sosyal ve ekonomi alt boyutundan alınan puan ortalamasının 18.26 ± 3.93 , psikolojik/dinsel alt boyutundan alınan puan ortalamasının 20.86 ± 4.83 ve aile alt boyutundan alınan puanlar ortalamasının 24.25 ± 3.53 olduğu tespit edilmiştir. Hastaların yaşam kalitesi ölçeğinden almış oldukları toplam puan ortalaması en düşük 13, en yüksek 28 olarak bulunmuştur. Yaşam kalitesi ölçeğinde; 0 puan; en düşük yaşam kalitesi, 30 puan; en yüksek yaşam kalitesini göstermektedir. Çalışmaya göre hastaların ortalamanın üstünde puan aldıklarını, başka bir deyişle hastaların yaşam kalitesinin iyi olduğunu söyleyebiliriz (Tablo 2).

Bu çalışma bulgusuna benzer olarak Can ve arkadaşlarının⁶⁶ akciğer kanserli hastalar ile yapmış olduğu çalışmanın bulguları da yaşam kalitesi toplam puan ortalaması ortalamanın üzerinde bulunmuştur (23.84 ± 3.24).

Hastaların yaşları ile yaşam kalitesinin tüm alanlarından alınan puanların 61-70 yaş grubunda diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmanın bulguları daha önce yapılan çalışmaların bulgularıyla uyumlu bulunmuştur.^{69,70}

Bulguların bu şekilde olmasını yaşlı bireylerin yaşam deneyimlerine bağlı olarak krizle daha iyi başa çıkabilmesine, yaşlı bireylerin yaşam deneyimleri sonucu negatif psiko-sosyal

tepkilerinin daha az olmasına ve yaşı bireylerin beklentilerinin az olmasına da bağlayabiliriz.

Hastaların cinsiyetleri ile toplam yaşam kalitesi ve yaşam kalitesinin alt boyutlarına ait puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında erkek hastalarda puan ortalamaları yüksek olmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Bu bulgu daha önce yapılan çalışmaların bulguları ile uyumlu bulunmuştur.^{70,71}

Bu bulguların nedeni olarak toplumumuzda kadınların ev içi sorumluluklarının fazla olmasından, hastalık döneminde de bu sorumluluklarının devam etmesinden ve hastalığın getirdiği güçlüklerle karşı daha fazla duygusal reaksiyon göstermelerinden kaynaklanabilir.

Hastaların medeni durumlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları incelendiğinde toplam yaşam kalitesi puan ortalaması evli hastalarda daha yüksek saptanmıştır. Yaşam kalitesinin sosyal ve ekonomi alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark evli hastalarda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Bu çalışmanın bulgusu Akın ve arkadaşlarının⁷² yapmış oldukları çalışmanın bulguları ile uyumlu bulunmuştur.

Yaşam kalitesi puan ortalamalarının evlilerde yüksek bulunmasının nedeni, evli hastaların destek kaynaklarının fazla olması, paylaşma duygusunun verdiği psikolojik rahatlığın yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemesi olabilir.

Hastaların eğitim durumlarına göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında toplam yaşam kalitesi puan ortalaması üniversite mezunu olanlarda diğerlerine göre yüksek olup yaşam kalitesinin sosyal ve ekonomi alt boyutu ($p<0.01$) ile psikolojik/dinsel alt boyutuna ($p<0,05$) ait puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Bu çalışmanın bulguları daha önce yapılan çalışmaların bulguları ile uyumlu bulunmuştur.⁷²⁻⁷⁵

Bu çalışmada üniversite mezunu olan hastalarda yaşam kalitesi toplam puanının yüksek bulunmasının, eğitim seviyesi arttıkça bireylerin sağlığı koruma ve geliştirme ile ilgili daha çok bilgiye sahip olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Eğitim yükseldikçe gelir oranında yükselmesi de buna etken olabilir.

Hastaların sosyal güvencelerine göre yaşam kalitesine ait alt boyutlardan aldıkları ortalama puanların sosyal güvencesi olanlarda daha yüksek olduğu saptanmış ve aradaki fark yaşam kalitesinin sosyal ve ekonomi alt boyutu ve aile alt boyutu için istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Sağlık güvencesi olan hastaların toplam yaşam kalitesi puan ortalamalarının yüksek bulunmasının nedeni, tedavi ve rehabilitasyon süresinin uzun olması nedeniyle tedavi giderleri karşılandığı için hastaların ekonomik yönden desteklenmesinin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği düşünülebilir.

Çalışmamızda mesleklere göre yaşam kalitesi karşılaştırıldığında; emeklilerin yaşam kalitesinin aile alt boyutu hariç tüm alt boyutlarda ve toplam yaşam kalitesinde diğer mesleklere göre en yüksek ortalamalara sahip olduğu tespit edilmiştir.

Emekli hastaların toplam yaşam kalitesi puan ortalamalarının yüksek bulunmasının bir nedeni, emeklilerin evde kendileri için ve aileleriyle diğer insanlara göre daha fazla zaman harcamaları ile diğer bir nedeni ise emeklilerin iş kaygıları olmamasından olabilir.

Hastaların hastalıklarına ait tanıtıcı bilgileriyle yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde hastalığın tipi, evresi ve aldığı kür sayısı ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmakla birlikte evre I-II,

KHAK ve kür sayısı 4 ve aşağıda olan hastaların yaşam kalitesine ait toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmanın bulguları daha önce yapılan çalışma bulguları ile benzer bulunmuştur.⁷²

Kür sayısı 4 ve yukarıda olan hastaların yaşam kalitesi puan ortalamalarının düşük bulunmasının nedeni, uzun süren tedavi, geleceğe dair bilinmezlik ve tedavinin yan etkilerinin hastalar üzerinde olumsuz etkiye yol açması olarak düşünülmektedir.

Evre I-II hastaların toplam yaşam kalitesi puan ortalamalarının yüksek bulunmasının nedenini, ileri evrelerde semptomların daha yoğunlaşması ile açıklayabiliriz.

Algılanan sosyal destek toplam puan ortalaması 52.09 ± 13.57 , hemşireden algılanan sosyal destek puan ortalaması 12.07 ± 5.79 , aileden algılanan sosyal destek puan ortalaması 24.65 ± 4.32 ve arkadaştan algılanan sosyal destek puan ortalamasının ise 15.36 ± 6.39 olduğu bulunmuştur (Tablo 3).

Hastaların algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları incelendiğinde aileden algılanan sosyal destek puan ortalamasının en yüksek olduğu saptanırken, hemşirelerden algılanan sosyal desteğin en düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Başlangıçta aile üyeleri ve arkadaşlardan büyük oranda desteğin geldiği ancak bir zaman sonra bu desteğin azaldığı da göz önüne alındığında hemşirelerin bu destekleyici rolünün önemi daha da artmaktadır.⁷⁶

Hastaların aileden algılanan sosyal destek ve toplam yaşam kalitesi ve yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarına ait puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde aileden algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesinin tüm boyutları arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur. Aile desteği puan ortalaması arttıkça toplam yaşam kalitesi ve yaşam

kalitesinin alt boyutlarına ait puan ortalamaları da artmıştır. Bu çalışmanın sonucu daha önce yapılan çalışmaların sonucuyla benzer bulunmuştur.^{77,78}

Literatürde de, sosyal desteği az olan hastaların genellikle daha fazla işlevsel yetersizlik yaşadığı bildirilmektedir. Sosyal desteği çok az olan veya hiç olmayan kişilerin sağlık durumları üzerindeki olumsuz etki devam ederken, daha güçlü destek sistemleri olan kişilerin bu durumdan daha az etkilendiği veya hiç etkilenmediği belirtilmektedir.⁷⁹

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda;

Araştırma grubundaki hastaların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları değerlendirildiğinde; en yüksek puan ortalamasının aile alt boyutuna, en düşük puan ortalamasının ise sosyal ve ekonomi alt boyutuna ait olduğu saptandı (Tablo 2).

Hastaların sosyal destek ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde en yüksek puan ortalamasının aileden algılanan sosyal destek alt boyutuna, en düşük puan ortalamasının ise özel bir kişiden algılanan sosyal destek alt boyutuna ait olduğu görüldü (Tablo 3).

Hastaların cinsiyet ve yaş gruplarına göre tüm yaşam kalitesi alanlarına ait puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu ($p>0.05$).

Hastaların eğitim durumlarına göre; yaşam kalitesinin sosyal ve ekonomi alt boyut puan ortalaması ve psikolojik ve dinsel alt boyut puan ortalaması ve toplam yaşam kalitesi puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla $p<0.01$, $p<0.05$ ve $p<0.01$)

Medeni duruma göre; yaşam kalitesinin sosyal ve ekonomi alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların mesleklerine göre; yaşam kalitesinin sosyal ve ekonomi alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$).

Sosyal güvencelerine göre yaşam kalitesinin sosyal ve ekonomi alt boyut puan ortalamaları ve aile alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$).

Araştırmada; hastaların aileden algıladıkları sosyal destek ile yaşam kalitesinin tüm alanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırma sonuçları doğrultusunda;

- Akciğer kanserli hastaların yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlere yönelik yapılan çalışmalar sonucunda elde edilen bilgiler doğrultusunda gerekli girişimlerin planlanması ve uygulamaya geçirilmesi,
- Araştırmamızda hemşireden algılanan sosyal destek puanının düşük bulunması nedeniyle bilinçli bir sosyal desteğin sağlanması için hemşirelere hastalık döneminde alınan sosyal desteğin önemi hakkında eğitim verilmesi,
- Hastalara uygulanan tedavi ve bakımın bireylerin yaşam kalitesini nasıl etkileyeceğini değerlendirebilecek ve bunun sonucunda yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik girişimlerde bulunabilecek çalışmaların daha geniş evrenle ve daha uzun sürelerle değerlendirilmesinin yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Sistem Ofset, Ankara: 2004: 243-306.
2. Lawrence M, Stephen J, Maxine A. Current Medical Diagnosis & Treatment. 44 th Ed, United States of America: The McGraw-Hill Companies, Inc, 2005
3. Kanserle Savaş Politikası ve Kanser Verileri (1995- 1999). T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Dairesi Başkanlığı Bakanlık Yayın No: 618, Ankara: 2002.
4. WHO raporu, http://www.who.int/whr/2004/annex/topic/en/annex_2_en.pdf 04 Temmuz 2011
5. Müsellim B. Akciğer Kanserinin Epidemiyolojisi ve Etyolojisi: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri: sempozyum dizisi, Kasım 2007: 58: 113-118
6. Arslan S. Kanserli hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi HYO Derg 2003: 6: 38-47.
7. Reis N. Jinekolojik Kanserlerde Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora tezi, İstanbul. 2003.
8. Fries JF, Singh G. The hierarchy of patient outcomes. In: Spilker B, editor. Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins; 1996: 33-40.
9. Bowling A. Measuring health: a review of quality of life measurement scales. 2nd ed. Buckingham: Open University Press; 1998.

10. Akyol A. Yaşam kalitesi ve yaklaşımları. Ege Üniversitesi HYO Derg 1993: 9: 75-80.
11. Kızılcı S. Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi HYO Derg 1999: 3: 18-26.
12. WHO. Yaşam Kalitesi Tanımı Erişim: (http://www.who.int/mental_health), 4 Temmuz 2011
13. Beser N, Öz F. Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. Cumhuriyet Üniversitesi HYO Derg 2003: 7: 47-58.
14. Yakar T, Baran A. Astımlı hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, İzmir Göğüs Hastanesi Derg 2006; Cilt 20, Sayı 1
15. Sorias O. Sosyal destek kavramı, Ege Üniversitesi. Tıp Fak Derg 1988: 27(1):353-357.
16. Sorias O. Sosyal desteklerin ruhsal sağlığı koruyucu etkisinin depresyonlu ve sağlıklı kontrollerde araştırılması, Ege Üniversitesi Tıp Fak Derg 1988 :27(3):1033-1039.
17. Esmek M. Şizofren Hastaların Bakımından Sorumlu Yakınlarının Sosyal Destek ve Stresle Baş Etme Düzeylerinin Belirlenmesi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2007.
18. Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. Türk Psikiyatri Derg 2001;12(1):17-25.
19. Aydın A, Can G. Akciğer Kanseri Tedavi ve Bakım. İpomet Matbaacılık, İstanbul: 2010.
20. Spiro SG, Porter JC. Lung Cancer-Where Are We Today? Current Advances in Staging and Nonsurgical Treatment. Am J Respir Crit Care Med 2002: 166: 96.

21. Pass HI, Carbone DP, Minna JD, Johnson D.H, Turrisi II A.T. (Eds) Principles and Practice. Lung Cancer (3rd Ed). LWW, Philadelphia, 2005: 3–25.
22. Hoccoğlu Ç, Suroğlu M, Özyağıcı E, et al. Bir eğitim hastanesinde yatarak tedavi gören akciğer kanseri ve lösemi tanısı almış olan bir grup hastanın ruhsal durumları üzerine karşılaştırmalı bir çalışma. Anadolu Tıp Derg 2003; 5; 31–34.
23. Göksel T, Yıldız P, Altın S. Akciğer kanseri. Türk Toraks Derneği Beyaz Kitap 2010; 55- 70
24. Lung and Pleural Malignancies Study Group, Pattern of Lung Cancer in Turkey 1994–1998. Turkish Thoracic Society. Respiration, 2002;69: 207–10.
25. Ginsberg MS, Grewal RK, Heelan RT. Lung cancer. Radiol Clin North Am 2007; 45: 21-43.
26. Süleymanlar G, İliçin G, Biberoğlu K. İç Hastalıkları Cilt 1, 2. Baskı. Güneş Kitabevi, Ankara: 2003;788-803.
27. Hastürk S, Yüksel M. Akciğer Kanseri. Özlem Grafik Matbaacılık, İstanbul: 2000: 29-385.
28. Akciğer ve Plevra Maligniteleri Çalışma Grubu. Akciğer kanseri tanı ve tedavi rehberi. Toraks Derg 2006; 7 (Ek 2): 1-37.
29. Alberg AJ, Samet JM. Epidemiology of lung cancer. Chest 2003; 123: 21-49.
30. Ökten İ. Göğüs Cerrahisi 1. Baskı. Sim Matbaacılık, Ankara: 2003: 1061-1350
31. Akciğer Kanseri Nedir ve Kimler Risk Altındadır, <http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/onkoloji/akciger.htm/> 04. 07. 2011
32. Akciğer kanseri ve alkol, http://www.guzellikhaber.com/guzellik/bira_akciger_kanseri_mi_yapiyor.html. 04 Temmuz 2011

33. Alberg AJ, Brock MV, Samet JM. Epidemiology of lung cancer: looking to the future. *J Clin Oncol* 2005; 23: 75-85.
34. Kreuzer M, Heinrich J, Kreienbrock L, et al. Risk factors for lung cancer among nonsmoking women. *Int J Cancer* 2002; 13.
35. Doğan A. Küçük hücreli dışı akciğer kanserli olgularda radyoterapinin serum vasküler endotelial growth faktör ve periferik kan trombosit düzeyleri üzerine etkisi. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyasyon Onkolojisi, İstanbul, 2006.
36. Cassidy A, Myles JP, Duffy SW, et al. Family history and risk of lung cancer: age-at-diagnosis in cases and firstdegree relatives. *Br J Cancer* 2006; 95(9):1288-1290.
37. Tahara E, Yasui W, Ito H, et al. Recent Progress in Carcinogenesis, Progression and Therapy of Lung Cancer: The 19th Hiroshima Cancer Seminar: The 3rd Three Universities' Consortium International Symposium, November 2009. *Jpn J Clin Oncol* 2010 (Baskıda)
38. Zhuo H, Smith AH, Steinmaus C. Selenium and lung cancer: a quantitative analysis of heterogeneity in the current epidemiological literature. *Cancer Epidemiol Biomarkers* 2004; 13:771-778.
39. Beckles MA, Spiro SG, Colice GL, Rudd RM. Initial evaluation of the patient with lung cancer. Symptoms, signs, laboratory tests, and paraneoplastic syndromes. *Chest* 2003; 123: 97-104.
40. Collins GL, Haines C, Perkel R, et al. Lung cancer: Diagnosis and management. *Am Fam Physician* 2007; 75: 56-63.
41. Karadakovan A, Aslan FE. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Nobel Kitabevi, Ankara: 2010

42. Akciğer Kanseri: Evrelemede Özel Durumlar, http://www.toraks.org.tr/mesleki_gelisim_kursu.php?pid=98&sayfa=14 04 Temmuz 2011
43. Eser E. Sağlıkla İlgili Yaşam kalitesi ölçeklerinin kültürel uyarlaması. Sağlıkta Birikim Derg 2006;1(2):6-8.
44. Carr JA, Gibson B, Robinson PG. Measuring of life is quality of life determined by expectations or experience. BMJ 2001;322:1240-3.
45. Senol Y, Turkay M. Yaşam kalitesi ölçütlerinde taraf tutma: cevap kayması. TSK Koruyucu Sağlık Bülteni 2006;5:82-89.
46. Telatar TG, Özcebe H. Yaşlı nüfus ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi. Türk Geriatri Derg 2004;7(3):163.
47. Akdemir N. Yaşam kalitesi. İn Akdemir N, Birol L, eds. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Vehbi Koç Yayınları. İstanbul: 2003:18-20.
48. Tüzün EH, Eker L. Sağlık değerlendirme ölçütleri ve yaşam kalitesi. Sağlık ve Toplum 2003; 13 (2): 3-8.
49. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, 2.Baskı, Sistem Ofset, Ankara, 2005:629-635
50. Isaksen A, Thuen F, Hanested B. Patients with cancer and their close relatives. Cancer Nurs 2003; 26(1): 68-74.
51. Gültekin Z, Pınar G. Akciğer kanserli hastaların yaşam kaliteleri ve sağlık bakım hizmet beklentileri. Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Derg 2008;18(2).
52. Bektaş HA, Akdemir N. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi. Türkiye Klinik J Med Sci 2006;26: 488-499.

53. Göksel T, Güzelant A. Akciğer kanserinde yaşam kalitesi değerlendirmeleri. In: Hastalık S, Yüksel M; eds. Akciğer kanseri. Bilmedya Grup. İstanbul: 2000: 59-75.
54. Yeşilbalkan ÖU, Akyol AD, Çetinkaya Y, et al. Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi HYO Derg 2005: 21: 13-31.
55. Kapucu S. Kanserli hastada yaşam kalitesi ve hemşirenin rolü. Hacettepe Üniversitesi HYO Derg 2004: 11(2):74-80.
56. Bayramova N, Karadakovan A. Psoriasis'li hastaların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derg 2003;5(1):45-52.
57. Eski S, Fesci H. Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin yaşam kalitelerinin belirlenmesi. Hemar-G Hemşirelikte Araştırma Derg 2002: 14(1):15-28.
58. Başalan F, Özer M. Yaşam doyumu ve yaşam kalitesi kavramlarına bir bakış. Hemşirelik Forumu Derg 2003: 6(4):24-26.
59. Akyol A. Yaşam kalitesinin hemşirelik yönünden önemi, Ege Üniversitesi HYO Derg 1993: 9(3): 71-76.
60. Akyol A. Yaşam kalitesi ve yaklaşımlar, Ege Üniversitesi HYO Derg 1993:9(2):75-80.
61. Tomanbay İ. Sosyal Çalışma Sözlüğü: Toplumbilim, Ruhbilim, Eğitim, Yöntembilim, Nüfusbilim, Hukuk ve Ekonomi Boyutlarıyla. Selvi Yayınevi, Ankara: 1999.
62. Fadılhoğlu Ç. Kanserli hastaya bakım veren aile üyelerinin hastalıkla başa çıkma davranışlarının incelenmesi, Ege Üniversitesi HYO Derg 1996: 12: 1.
63. Cohen S, Wills TA. Stress, social support and the buffering hypothesis. Psychological Bull 1985;98(2):310-357

64. Özgüven E. Ailede İletişim ve Yaşam Yayınları, Ankara, 2001: 1-7.
65. Ferrans C, Powers M. Quality of life index: development and psychometric properties. *Adv Nurs Sci* 8, 1985:15–24.
66. Can G, Durna Z, Aydiner A. The validity and reliability of the Turkish version of the Quality of Life Index [QLI](Cancer version) *Eur J Oncol Nurs* 2010;14: 316-321
67. Eker D, Arkar H. Çokboyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikoloji Derg* 1995;34:45-55.
68. Aksayan S, Emiroğlu N O. Araştırma Tasarımı. Erefe İ,ed.Hemşirelikte Araştırma. İlke Süreç ve Yöntemleri. Odak ofset, İstanbul: 2002: 86-90.
69. Cooley ME, Short TH, Moriarty HJ. Symptom prevalence, distress, and change over time in adults receiving treatment for lung cancer. *Psychooncology* 2003;12 (7), 694–708.
70. Can G, Aydiner A. Development and validation of the Nightingale Symptom Assessment Scale (N-SAS) and predictors of the quality of life of the cancer patients in Turkey *Eur J Oncol Nurs* 2009: 1-9
71. Cooley ME, Short TH, Moriarty HJ. Symptom prevalence, distress, and change over time in adults receiving treatment for lung cancer. *Psychooncology* 2003;12 (7), 694-708.
72. Akin S, Can G, Aydiner A, et al. Quality of life, symptom experience and distress of lung cancer patients undergoing chemotherapy *Eur J Oncol Nurs* 2010:1-10.
73. Can G, Erol Ö, Aydiner A, et al. Quality of life and complementary and alternative medicine use among cancer patients in Turkey. *Eur J Oncol Nurs* 2009;13: 287–294.
74. Turgay AS, Khorshid L, Eser I. Effect of the first chemotherapy course on the quality of life of cancer patients in Turkey. *Cancer Nurs* 2008;31(6): 19-23.

75. Pinar R, Salepci T, Afsar F. Assessment of quality of life in Turkish patients with cancer. Turkish J Cancer 33, 2003;33(2): 96-101.
76. Argon G. Kronik hastalıklara uyum. Kronik hastalıklarda bakım, 2002: 37-44.
77. Hensch I, Bergman B, Gustafsson M, et al. The impact of symptoms, coping capacity, and social support on quality of life experience over time in patients with lung cancer. J Pain Symptom Manag 2007; 34: 370-379.
78. Novotny PJ, Smith DJ, Guse L, et al. A pilot study assessing social support among cancer patients enrolled on clinical trials: a comparison of younger versus older adults. Cancer Manag Res 2010; 2:133-142.
79. Fadiloğlu Ç. Kronik hastalıklarda bakım II. İnertip Tıbbi Yayıncılık& Bilgisayar; İzmir: 2003.

EK - I

ANKET FORMU

1-Cinsiyetiniz: () kadın () erkek

2-Yaşınız.....

3-Eğitim Durumunuz

() İlköğretim () Ortaöğretim () Lise () Yüksek öğretim

4-Medeni Durumunuz

() Evli

()Bekar/ Dul

5-Mesleğiniz

() İşçi

() Memur

() Serbest Meslek

() Ev Hanımı

() Emekli

() Diğer

6-Sosyal Güvenceniz Var mı?

()Evet

()Hayır

7- Hastalık Türü Hangisidir?

()KHAK

()KHDAK

8-Hastalık Evresi Hangisidr?

()Evre I

()Evre II

()Evre III

()Evre IV

9-Alınan Kür Sayısı.....

10-Alınan Kemoterapi Protokolü

()Sisplatin+Etoposid

()Sisplatin+Gemsitabin

()Sisplatin+Docetoxel

()Sisplatin+Vineralbin

()Diğer.....

7, 8, 9 ve 10. Sorular araştırmacı tarafından hasta dosyalarından alınmıştır.

EK - II

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet

3. Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin; annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet

11. Kararlarımı vermede ailem bana yardımcıyı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet

EK III

Ferrans ve Powers

YAŞAM KALİTESİ ENDEKSİ **KANSER UYARLAMASI - III**

Bölüm 1: Lütfen, aşağıdaki her bir madde için yaşamınızın o alanından ne derecede memnun olduğunuzu en iyi açıklayan cevabı seçiniz. Lütfen, cevabınızı yansıtan sayıyı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Doğru yada yanlış cevaplar yoktur.

	Hiç memnun değilim	Orta derecede memnun değilim	Hafif derecede memnun değilim	Hafif derecede memnunun	Orta derecede memnunun	Çok memnunun
NE DERECEDE MEMNUNSUNUZ?						
1. Sağlığınızdan?	1	2	3	4	5	6
2. Aldığınız sağlık hizmetinden?	1	2	3	4	5	6
3. Ağrınızın şiddetinden?	1	2	3	4	5	6
4. Günlük yaşam aktivitelerinizi gerçekleştirmede sahip olduğunuz enerji düzeyinden?	1	2	3	4	5	6
5. Yardım almadan kendinize bakım verme yeterliliğinizden?	1	2	3	4	5	6
6. Yaşamınız üzerinde sahip olduğunuz kontrol düzeyinden?	1	2	3	4	5	6
7. Dilediğiniz kadar uzun yaşama şansınızdan?	1	2	3	4	5	6
8. Ailenizin sağlığından?	1	2	3	4	5	6
9. Çocuklarınızdan?	1	2	3	4	5	6
10. Ailenizin mutluluğundan?	1	2	3	4	5	6
11. Cinsel yaşamınızdan?	1	2	3	4	5	6
12. Eşinizden, sevgilinizden ya da partnerinizden?	1	2	3	4	5	6
13. Arkadaşlarınızdan	1	2	3	4	5	6
14. Ailenizden aldığınız emosyonel destekten?	1	2	3	4	5	6
15. Ailenizin dışındaki insanlardan aldığınız emosyonel destekten?	1	2	3	4	5	6

(Lütfen diğer sayfaya geçiniz)

© Telif hakkı 1984 & 1998 Carol Estwing Ferrans ve Marjorie J. Powers'e ait (İzin almadan kullanmayınız)

NE DERECEDE MEMNUNSUNUZ?

	Hiç memnun değilim	Orta derecede memnun değilim	Hafif derecede memnun değilim	Hafif derecede memnunum	Orta derecede memnunum	Çok memnunum
16. Ailesel sorumlulukları yerine getirme yeterliliğinizden?	1	2	3	4	5	6
17. Başkaları için ne kadar yararlı olduğunuzdan?	1	2	3	4	5	6
18. Yaşamınızdaki kaygıların yoğunluğu?	1	2	3	4	5	6
19. Komşularınızdan?	1	2	3	4	5	6
20. Yaşadığınız evden, apartmandan veya yerden?	1	2	3	4	5	6
21. İşinizden (çalışıyorsa)?	1	2	3	4	5	6
22. İşsiz olmanızdan (eğer işsiz, emekli ya da sakat ise)?	1	2	3	4	5	6
23. Eğitim düzeyinizden?	1	2	3	4	5	6
24. Maddi gereksinimlerinizi ne kadar iyi yönettiğinizden?	1	2	3	4	5	6
25. Eğlenmek için yaptıklarınızdan?	1	2	3	4	5	6
26. Mutlu bir gelecek şansına sahip olduğunuzdan?	1	2	3	4	5	6
27. Düşünme yeterliliğinizden?	1	2	3	4	5	6
28. Tanrıya olan inancınızdan?	1	2	3	4	5	6
29. Kişisel hedeflere ulaşmanızdan?	1	2	3	4	5	6
30. Genel anlamda mutluluğunuzdan?	1	2	3	4	5	6
31. Genel anlamda yaşamınızdan?	1	2	3	4	5	6
32. Kişisel görünümünüzden?	1	2	3	4	5	6
33. Genel anlamda kendinizden?	1	2	3	4	5	6

(Lütfen diğer sayfaya geçiniz)

© Telif hakkı 1984 &1998 Carol Estwing Ferrans ve Marjorie J. Powers'e ait (İzin almadan kullanmayınız)

Bölüm 2: Lütfen aşağıdaki maddelerin her biri için yaşamınızdaki bu bölümün ne derecede önemli olduğunu en iyi açıklayan cevabı seçiniz. Lütfen, cevabınızı yansıtan sayıyı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Doğru yada yanlış cevaplar yoktur.

SİZİN İÇİN NE DERECEDE ÖNEMLİ?	Çok önemsiz	Orta derecede önemsiz	Hafif derecede önemsiz	Hafif derecede önemli	Orta derecede önemli	Çok önemli
1. Sağlığınız?	1	2	3	4	5	6
2. Sağlık bakımınız?	1	2	3	4	5	6
3. Ağrınız olmaması?	1	2	3	4	5	6
4. Günlük yaşam aktivitelerinizi gerçekleştirmek için yeterli enerjiye sahip olmanız?	1	2	3	4	5	6
5. Yardım almadan kendinize bakmanız?	1	2	3	4	5	6
6. Yaşamınız üzerinde kontrol sahibi olmanız?	1	2	3	4	5	6
7. Dilediğiniz kadar uzun yaşamanız?	1	2	3	4	5	6
8. Ailenizin sağlığı?	1	2	3	4	5	6
9. Çocuklarınız?	1	2	3	4	5	6
10. Ailenizin mutluluğu?	1	2	3	4	5	6
11. Cinsel yaşamınız?	1	2	3	4	5	6
12. Eşiniz, sevgiliniz yada partneriniz?	1	2	3	4	5	6
13. Arkadaşlarınız?	1	2	3	4	5	6
14. Ailenizden aldığınız emosyonel destek?	1	2	3	4	5	6
15. Ailenizin dışındaki insanlardan aldığınız emosyonel destek?	1	2	3	4	5	6

(Lütfen diğer sayfaya geçiniz)

© Telif hakkı 1984 &1998 Carol Estwing Ferrans ve Marjorie J. Powers'e ait (İzin almadan kullanmayınız)

SİZİN İÇİN NE DERECEDE ÖNEMLİ?

	Çok önemsiz	Orta derecede önemsiz	Hafif derecede önemsiz	Hafif derecede önemli	Orta derecede önemli	Çok önemli
16. Ailesel sorumlulukları yerine getirmeniz?	1	2	3	4	5	6
17. Başkaları için yararlı olmanız?	1	2	3	4	5	6
18. Herhangi bir üzüntünün olmaması?	1	2	3	4	5	6
19. Komşularınız?	1	2	3	4	5	6
20. Yaşadığınız ev, apartman veya yer?	1	2	3	4	5	6
21. İşiniz (çalışıyorsa)?	1	2	3	4	5	6
22. İş sahibi olmanız (eğer işsiz, emekli ya da sakat ise)?	1	2	3	4	5	6
23. Eğitiminiz?	1	2	3	4	5	6
24. Maddi gereksinimleri karşılayabilmeniz?	1	2	3	4	5	6
25. Eğlenmek için bir şeyler yapmanız?	1	2	3	4	5	6
26. Mutlu bir geleceğe sahip olmanız?	1	2	3	4	5	6
27. İç huzur?	1	2	3	4	5	6
28. Tanrıya inancınız?	1	2	3	4	5	6
29. Kişisel hedeflere ulaşmanız?	1	2	3	4	5	6
30. Genel anlamda mutluluğunuz?	1	2	3	4	5	6
31. Yaşamdan hoşlanmanız?	1	2	3	4	5	6
32. Kişisel görünümünüz?	1	2	3	4	5	6
33. Siz kendiniz için ne kadar önemlisiniz?	1	2	3	4	5	6

(Lütfen diğer sayfaya geçiniz)

© Telif hakkı 1984 &1998 Carol Estwing Ferrans ve Marjorie J. Powers'e ait (İzin almadan kullanmayınız)

EK IV İzin Belgesi

"2010 .6.1/ 11 "SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL KARARI 31.12 .2010

6.1/ 11- Enstitümüz İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Nurhan DOĞAN' ın " Akciğer Kanseri Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek " tez konusu görüşüldü.

İlgilinin tez konusunun etik değerlere uygun olduğu mevcudun oybirliği ile,



Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Başkanı

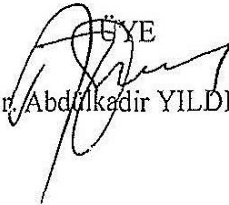


Başkan Yardımcısı
Prof. Dr. Funda BAYINDIR

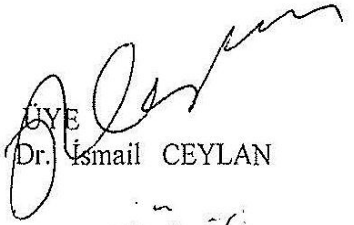


ÜYE
Prof. Dr. Mustafa ATASEVER

ÜYE
(Katılmadı)
Prof. Dr. Zekeriya AKTÜRK



ÜYE
Doç. Dr. Abdülkadir YILDIRIM

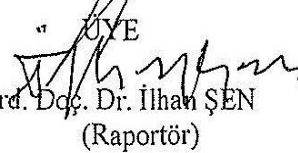


ÜYE
Prof. Dr. İsmail CEYLAN

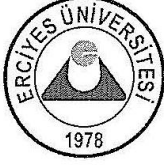


ÜYE
Prof. Dr. H.İnci GÜL

ÜYE
Doç. Dr. Hakan UŞLU



ÜYE
Yrd. Doç. Dr. İlhan ŞEN
(Raportör)



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

24/03/2011

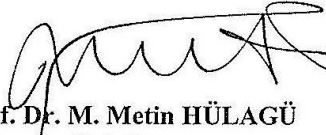
Sayı :B.30.2.ERC.0.70.72.00/500-0541-0305
Konu: Araştırma İzni

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi: 20/01/2011 tarihli ve B.30.2.ATA.0.70.72.00/00-107-001178 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Nurhan DOĞAN'ın "Akciğer Kanseri Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek" konulu tez çalışması ile ilgili ilgi yazınız ekinde gönderilen anketi Üniversitemiz Mehmet Kemal Dedeman Hematoloji-Onkoloji Hastanesi'nde uygulaması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi arz ederim.


Prof. Dr. M. Metin HÜLAGÜ
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

Ba. R. V. 56
W
29.03.2011 760



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

21 MAR 2011

Servisi: Enstitü Müdürlüğü

Sayı : B.30.2.ATA.0.A1.00.01/03/- *1054*

Konu : Bilgi verilmesi

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Anabilim Dalınız Yüksek Lisans öğrencisi Nurhan DOĞAN hakkında Rektörlük Makamı'nın 30.03.2011 tarih ve "006043" sayılı yazısı ile Erciyes Üniversitesi Rektörlüğünün 24.03.2011 tarih ve "500-0541-0305" sayılı yazıları ilişiktir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof. Dr. İsmail CEYLAN
Enstitü Müdürü

EKİ:2 Adet

Dahili TLF : 0-442-231 4885-4886-4887-4891-4894-4895

HARİCİ TLF : 0 442 - 236 09 70

FAX : 0-442 - 236 09 69

E-mail:sagbilenst@atauni.edu.tr

Enstitüler Binası Kat: 1 25240 ERZURUM