



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**AYAKTAN KEMOTERAPİ ALAN AKCİĞER KANSERLİ
HASTALARIN EVDE BAKIM GEREKSİNİMLERİNE İLİŞKİN
VERİLEN SOLUNUM GEVŞEME EGZERSİZLERİ EĞİTİMİNİN
HASTANIN ÖZ BAKIM GÜCÜNE VE FONKSİYONEL YAŞAM
ÜZERİNE ETKİSİ**

İbrahim Halil GÜNEŞ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman
Doç. Dr. Gülendām KARADAĞ

Gaziantep

2017



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**AYAKTAN KEMOTERAPİ ALAN AKCİĞER KANSERLİ
HASTALARIN EVDE BAKIM GEREKSİNİMLERİNE İLİŞKİN
VERİLEN SOLUNUM GEVŞEME EGZERSİZLERİ EĞİTİMİNİN
HASTANIN ÖZ BAKIM GÜCÜNE VE FONKSİYONEL YAŞAM
ÜZERİNE ETKİSİ**

İbrahim Halil GÜNEŞ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Danışman
Doç. Dr. Gülendamar KARADAĞ

Gaziantep
2017

T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

AYAKTAN KEMOTERAPİ ALAN AKCİĞER KANSERLİ HASTALARIN
EVDE BAKIM GEREKSİNİMLERİNE İLİŞKİN VERİLEN SOLUNUM
GEVŞEME EGZERSİZLERİ EĞİTİMİNİN HASTANIN ÖZ BAKIM GÜCÜNE
VE FONKSİYONEL YAŞAM ÜZERİNE ETKİSİ

İBRAHİM HALİL GÜNEŞ

Tez Savunma Tarihi: 18.07.2017

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı:

Prof. Dr. Mehmet TARAKÇIOĞLU

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Bu tez çalışmasının bir “Yüksek Lisans” derecesi için uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

Doç. Dr. Zeynep GÜNGÖRMÜŞ

Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Gülendamar KARADAĞ

Tez Danışmanı

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

İmzası

Doç. Dr. Gülendamar KARADAĞ

Doç. Dr. Seval KUL

Yrd. Doç. Dr. Müyesser ERDEM

BEYAN

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

18.07.2017

İbrahim Halil GÜNEŞ

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamda bilgi ve deneyimleriyle çalışmama rehberlik eden her türlü yardım ve desteğini esirgemeyen sayın hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Gülendir KARADAĞ'a,

Yüksek lisans eğitimin boyunca akademik olarak iyi bir eğitim almam için bilgi ve tecrübeleriyle katkıda bulunan sayın hocalarıma çalışmamın istatistiksel analizinde yardımlarını esirgemeyen sayın hocam Doç. Dr. Seval KUL'a,

Gaziantep Üniversitesi Onkoloji Hastanesi Ayaktan Kemoterapi ünitesinde çalışan hemşirelere ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara,

Hayatım boyunca maddi ve manevi desteklerini her zaman yanımda hissettiğim değerli ailem ve eşime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İbrahim Halil GÜNEŞ
Gaziantep, Temmuz 2017

İÇİNDEKİLER

sayfa no

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
SİMGE VE KISALTMALAR.....	v
TABLolar LİSTESİ.....	vi
ŞEKİL LİSTESİ	vii
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ	3
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	3
1.2. Araştırmanın Amacı	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Akciğer Kanseri Epidemiyolojisi	6
2.2. Akciğer Kanseri Etiyolojisi.....	6
2.2.1. Sigara	6
2.2.2. Genetik Faktörler	7
2.2.3. Geçirilmiş Akciğer Hastalıkları	7
2.2.4. Hava Kirliliği.....	7
2.2.5. Diyet.....	8
2.2.6. Mesleki Faktörler	8
2.3. Akciğer Kanserinin Belirtileri.....	8
2.3.1. Semptom ve Bulgular.....	8
2.3.1.1.Primer Tümörün Büyümesine Bağlı Semptom ve Bulgular	8
2.3.1.2.Akciğer Kanserinin İntratorasik Yayılımına Bağlı Semptom ve Bulgular	9
2.3.1.3.Paraneoplastik Sendromlara Bağlı Semptom ve Bulgular	9
2.3.1.4.Akciğer Kanserinin Ekstratorasik Yayılımına Bağlı Semptom ve Bulgular	10
2.4. Akciğer Kanseri Histolojik Sınıflandırma.....	10
2.4.1. Küçük Hücreli Akciğer Kanseri	10
2.4.2. Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri.....	11
2.4.2.1.Skuamöz Hücreli Karsinom	11
2.4.2.2.Büyük Hücreli Akciğer Kanseri	11
2.4.2.3.Adenokarsinom	11

2.5. Akciğer Kanseri Evreleme	12
2.5.1. Küçük Hücre Dışı Akciğer Kanseri Evreleme	12
2.6. Akciğer Kanseri Tanı Yöntemleri.....	13
2.6.1. Akciğer Grafisi	13
2.6.2. Balgam Sitolojisi.....	13
2.6.3. Bilgisayarlı Tomografi (BT)	13
2.6.4. Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)	14
2.6.5. Pozitron Emisyon Tomografisi (PET)	14
2.6.6. Bronkoskopi	14
2.6.7. Transtorasik İnce İğne Aspirasyon.....	14
2.7. Akciğer Kanseri Tedavisi	14
2.7.1. Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri Tedavi	14
2.7.1.1.Cerrahi Tedavi.....	15
2.7.1.2.Kemoterapi	15
2.7.1.3.Radyoterapi.....	16
2.7.1.4.Endobronşial Tedavi.....	16
2.7.2. Küçük Hücreli Akciğer Kanseri Tedavi	17
2.8. Akciğer Kanseri Solunum ve Gevşeme Egzersizi Eğitimin Önemi.....	17
2.9. Fonksiyonel Yaşam	18
2.10. Akciğer Kanseri Fonksiyonel Yaşam ve Hemşirenin Rolü	19
2.11. Öz Bakım Gücü	20
2.12. Akciğer Kanseri Öz Bakım Gücü ve Hemşirenin Rolü.....	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1. Araştırmanın Tipi.....	24
3.2. Araştırmanın Hipotezi	24
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	24
3.4. Araştırmanın Evreni	24
3.5. Araştırmanın Örneklemi	25
3.6. Araştırmaya Alınma Kriterleri	25
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	25
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	25
3.9. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	26

3.10. Verilerin Toplanması	26
3.11. Veri Toplama Araçları	27
3.11.1. Anket Formu	27
3.11.2. Fonksiyonel Yaşam Ölçeği FYÖ (kanser hastalarına yönelik).....	28
3.11.3. Öz Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ)	28
3.12. Verilerin Değerlendirilmesi	29
3.13. Süre ve Olanaklar.....	29
4. BULGULAR	30
5. TARTIŞMA.....	41
5.1. Hastaların Sosyo Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması	41
5.2. Hastaların Hastalık Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	41
5.3. Hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeğinin Karşılaştırılması.....	42
5.4. Hastaların Fonksiyonel Yaşam Ölçeğinin Karşılaştırılması	44
6. SONUÇ.....	46
7. KAYNAKLAR	48
8. EKLER.....	55
9. ÖZGEÇMİŞ	77

SİMGE VE KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
cm	: Santimetre
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DNA	: Deoksiribo Nükleik Asit
FYÖ	: Fonksiyonel Yaşam Ölçeği
IASLC	: Uluslar Arası Evreleme Komitesi
KHAK	: Küçük Hücreli Akciğer Kanseri
KHDAK	: Küçük Hücre Dışı Akciğer Kanseri
M	: Metastaz Olma
N	: Bölgesel Lenf Nodu
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
ÖBGÖ	: Öz Bakım Gücü Ölçeği
T	: Tümör
TKİ	: Türkiye Kanseri İstatistiği
YY	: Yüzyıl

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı	30
Tablo 4.2. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı	31
Tablo 4.3. Grupların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	33
Tablo 4.4. Grupların Hastalık Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	35
Tablo 4.5. Hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeğinin Değerlendirilmesi.....	36
Tablo 4.6. Hastaların Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Değerlendirilmesi	37
Tablo 4.7. Öz Bakım Gücü Ölçeğinin Gruplar Arasında ve İçinde Karşılaştırılması	38
Tablo 4.8. Fonksiyonel Yaşam Ölçeğinin Gruplar Arasında ve İçinde Karşılaştırılması	40

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Temel Hemşirelik Sistemleri	23
--	----



ÖZET

AYAKTAN KEMOTERAPİ ALAN AKCİĞER KANSERLİ HASTALARIN EVDE BAKIM GEREKSİNİMLERİNE İLİŞKİN VERİLEN SOLUNUM GEVŞEME EGZERSİZLERİ EĞİTİMİNİN HASTANIN ÖZ BAKIM GÜCÜNE VE FONKSİYONEL YAŞAM ÜZERİNE ETKİSİ

İbrahim Halil GÜNEŞ

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı
Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı
Tez Danışmanı: Doç. Dr. Güldam KARADAĞ

Temmuz 2017, 77 Sayfa

Ayaktan kemoterapi alan akciğer kanserli hastaların evde bakım gereksinimlerine ilişkin verilen solunum gevşeme egzersizleri eğitiminin hastanın öz bakım gücüne ve fonksiyonel yaşamı üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan yarı deneysel bir çalışmadır. Çalışma 15/04/2015-15/09/2016 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi'ne bağlı Onkoloji Hastanesi'nin ayaktan kemoterapi ünitesinde kemoterapi tedavisi alan 60 akciğer kanserli hastayla yapıldı. Araştırmanın örnekleme power analizi ile basit rastgele örneklem yöntemi ile 30 hasta deney grubuna, 30 hasta kontrol grubuna alındı. Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan anket formu, Öz-Bakım Gücü Ölçeği, kanser hastaları için geliştirilen Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ile toplandı. Araştırmada elde edilen verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, Shapiro Wilk testi, Student t testi, eşleştirilmiş t testi ve ki kare testi kullanılmış ve $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Ölçeklerin geçerliğinin test edilmesinde ise Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı hesaplanmıştır. Araştırma kapsamına alınan hastaların %91,7'si erkek, % 15'i küçük hücreli akciğer kanseri, % 83,3'si evre 4 , % 25,0'inde kemik metastazı vardır. Deney grubunda Öz Bakım Gücü Ölçeği ön test puan ortalaması $82,60 \pm 17,87$, son test puan ortalaması $94,13 \pm 16,47$ olup gruplar içerisinde anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Deney grubunda Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ön test puan ortalaması $91,87 \pm 10,66$, son test puan ortalaması $93,23 \pm 11,71$ olup gruplar içerisinde anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$). Akciğer kanserli hastalarda öz bakım ve fonksiyonel yaşam puanlarının yapılan diğer çalışmalara göre düşük olduğu araştırmamızda hastalara verilen solunum gevşeme egzersizi eğitiminin hastanın öz bakım gücünü ve fonksiyonel yaşamını olumlu yönde etkilediği görülmüştür.

Anahtar kelimeler: Akciğer Kanseri, Öz-Bakım Gücü Ölçeği, Fonksiyonel Yaşam Ölçeği, Kemoterapi.

ABSTRACT

THE EFFECTS OF RESPIRATORY RELAXION EXERCISES TRAINING RELATED TO AT HOME CARE REQUIREMENTS OF AMBULATORY TREATED WITH CHEMOTHERAPY LUNG CANCER PATIENTS ON SELF- CARE ABILITY AND FUNCTIONAL LIFE OF THE PATIENT

İbrahim Halil GÜNEŞ

Master Thesis, Department of Nursing

Public Health Nursing Master Program

Thesis Advisor: Assoc. Prof. Dr. Gülelendam KARADAĞ

July 2017, 77 pages

This is a quasi experimental study carried out for the purpose of determining the effects of respiratory relaxation exercises training related to at home care requirements of ambulatory treated with chemotherapy lung cancer patients on self-care ability and functional life of the patient. The study was carried out on 60 lung cancer patients receiving chemotherapy treatment at the ambulatory chemotherapy unit of the Oncology Hospital affiliated to Gaziantep University Şahinbey Research and Application Hospital between 15/04/2015 - 15/ 09/2016. 30 patients were taken into experimental groups and 30 patients into control groups with the power analysis study sample and simple random sampling method. The questionnaire form prepared by researcher by making a literature review, Self-Care Ability Scale, Functional Life Scale developed for cancer patients, gathered study data. Descriptive statistical methods, Shapiro Wilk test, Student t test, paired t test and chi square test were used in the analysis of the data obtained in the study using $p < 0.05$ was considered as statistically significant. The Cronbach alpha internal consistency coefficient is calculated for testing the validity of the scales. 91,7% of the patients included in the study were male, 15% were small cell lung cancer, 83,3% were stage 4, 25,0% had bone metastasis. In the experimental group, Self-Care Ability Scale pre-test score average was 82.60 ± 17.87 and the post test score average was 94.13 ± 16.47 , which was significantly different between the groups ($p < 0.05$). In the experimental group, Functional Life Scale pre-test score average was 91.87 ± 10.66 and the post test score average was 93.23 ± 11.71 and there was no significant difference between the groups ($p > 0.05$). In the research in which we found self-care and functional life scores of lung cancer patients according to other studies are low, it was observed that respiratory relaxation exercises training applied to the patients affected the patients' self-care and functional life positively.

Key words: Lung Cancer, Self-Care Ability Scale, Functional Life Scale, Chemotherapy.

1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Bir hastalığın halk sağlığı açısından önemli olmasını belirleyen en büyük unsur, o hastalığın görülme, sakat bırakma sıklığı ve neden olduğu ölüm oranının fazla olmasıdır. Kanser, çok görülen ve ölüme neden olan bir hastalık olmasından dolayı sağlık sorunlarının içerisinde önemli bir yere sahiptir (1).

Akciğer kanseri solunum sistemi hastalıkları içerisinde en önemlisidir. Dünyada kanser türleri içerisinde en fazla görülen akciğer kanseri 20.yy başında az görülürken; sigara içme alışkanlığındaki artış ve birçok nedene bağlı olarak sıklığı giderek artmıştır (2). Akciğer kanseri gelişiminden %90-%95 oranında sigara sorumludur. Diğer etkili olduğu belirtilen, ırk, yaş, cinsiyet, meslek, hava kirliliği, radyasyon, geçirilmiş akciğer hastalığı sekeli, diyet, genetik ve immünolojik faktörlerin tümü %5-%10 oranında etkilidir (3).

Akciğer kanseri önleneyen bir hastalıktır. 1950 yılından öncesine kadar yapılan olgu-kontrol temelli epidemiyolojik çalışmalarda sigaranın akciğer kanseri ile kuvvetli ilişkisinin olduğu bulunmuştur (4). Akciğer kanserinin oluşumunda rol oynayan diğer önemli bir etken ise asbest ile temastır. Hava ile taşınan küçük partiküllere bölünen bir mineral bileşiği olan asbest, genellikle sigara içenlerde akciğer kanseri riskini arttıran bir karsinojendir. Sigara içen kişilerde asbest ile temas kanser riskini 90 kat artırabilmektedir (2).

Tüm dünyada 2008 yılı verilerine göre akciğer kanser tanısı alan 1,6 milyon kişi olduğu ve bu sayının tüm kanserlerin ise %13'ünü oluşturduğu ifade edilmektedir. 2008 yılında 1,4 milyon kişi kanserden ölmüş ve bu tüm kanserlerin %18'ini akciğer kanseri oluşturmuştur (5) .

Akciğer kanseri %26,0 oranı ile erkeklerde diğer kanser türlerine göre en fazla ölüme neden olmaktadır. Akciğer kanserini %10,7 ile kalın bağırsak (kolorektal) kanseri ve %9,2 ile prostat kanseri takip etmektedir. Akciğer kanseri kadınlarda da %17 ölüm oranıyla en çok görülen kanser türüdür, kadınlar arasında bunu %15 ile meme kanseri %12 ile kalın bağırsak kanseri izlemektedir (6). Tüm akciğer kanseri hastalarının sadece %15'i tanı konulduktan sonra 5 yıl ve üzeri yaşayabilmektedir (7).

Akciğer kanserlerinde prognozun belirlenmesinde en önemli faktörlerden biri tanı evresidir. Beş yıllık sağ kalım evre I tümörlerde %68-82 arasında değişmekte, 1cm'in altındaki tümörlerde bu oran %93'e yükselmektedir (8). Akciğer kanseri olgularının yaklaşık %85'ine evre III ve IV gibi ileri evrelerde tanı konulabilmesinden dolayı tedavi masrafları yüksek olmaktadır. Akciğer kanseri tedavisi için yapılan harcamalar ortalama aylık 6500 dolar civarında iken diğer hastalarda aylık 340 dolardır (9).

Günümüzde her geçen gün erken tanı koymaya yönelik çalışmalar artmış olmasına rağmen, akciğer kanseri halen toplum sağlığını ciddi anlamda tehdit etmektedir. Dünyada akciğer kanserine yönelik olarak ilk hedef olarak insanları akciğer kanserinden korumak için bilinçlendirmek ikinci önemli hedef ise eğer akciğer kanseri geliştirse uygun tedaviyle yaşam sürelerini uzatmaktır (10).

Yapılan çalışmalarda evde bakım alan kanser hastalarının en çok yaşadığı semptom dispne olarak belirlenmiştir. Çoğu zaman kanser hastalarının 3 aydan daha uzun süre dispne problemi yaşadıkları ve bu süre içerisinde sağlık personelinin yeterli yardımı alamadıkları belirlenmiştir. Dispne kanser hastalarının yaşam kalitesinin bozulmasına, sosyal olarak izolasyon yaşamasına ve günlük yaşam aktivitelerini yapamamasına neden olmaktadır (9).

Akciğer kanserli hastaların uzun süre hastanede kalması, öz bakım eksikliği, solunum yetersizliğine bağlı yaşam fonksiyonlarını bağımsız gerçekleştirememesi nedeniyle hastanın fonksiyonel yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Hemşirenin bu durumlarda hastaya daha nitelikli ve etkin bakım verebilmesi için bu alanlardaki yenilikleri takip etmesi ve bunları hasta bakımına dahil etmesi gerekmektedir. Bu yöndeki çalışmalar, hemşirelerin hastaya vereceği bakımın kalitesini arttırmaya yönelik

daha planlı girişimlerde bulunmalarını ve hastanın fonksiyonel yaşam kalitesini arttırmayı sağlayacaktır (11).

Gevşeme egzersizleri; nefes egzersizleri, otojenik eğitim ve kaslarda gevşeme egzersizleri olmak üzere 3'e ayrılmaktadır. Kanseri hastalarında semptom kontrolü için zihinsel süreçleri ve davranışı değiştirmek için yaygın olarak kullanılan, etkili ve ucuz olan bir yöntemdir. Hastaların bu egzersizleri her yerde ve her zaman kendi kontrollerinde yapabiliyor olmaları onların kendi kapasitelerini kullanabilme becerisini geliştirmelerini de sağlamaktadır. Yapılan bazı randomize kontrollü çalışmalarda gevşeme egzersizlerinin birçok yararı olduğu bildirilmiştir (12,13).

Öz bakım; yaşamı, sağlığı ve iyilik durumunun sürdürülmesi için bireyler tarafından başlatılan ve sağlık davranışlarıdır. Kişinin sağlığı için yapılması gerekenlerin başkaları tarafından yapılmasını bekleme ya da isteme yerine kendilerinin de bir şeyler yapmaları, bu konuda gayret göstermeleridir. Öz bakım gücü; sağlığın devamı ve yükseltilmesi ile ilgili kişinin öz bakım performansını belirleyen eylem ve güç öğeleridir (14).

Fonksiyonel durum; biyolojik durum, hastalık ve semptomlarla ilgilidir. Fonksiyonel durum kişinin normal günlük yaşam aktivitelerini, temel gereksinimlerini, günlük rollerini gerçekleştirebilmesi, sağlık ve iyilik durumunu sürdürebilmesini ifade etmektedir. Akciğer kanserli hastaların fonksiyonel durumlarının belirlenmesi, verilecek bakımın hastaya göre planlanması, hastanın ve ailenin tedavi sürecine ve bakıma katılımı sağlayarak, hastanın fonksiyonel yaşamını arttırması nedeniyle bakım kalitesinin yükseltilmesi açısından önemlidir (15,16).

1.2. Araştırmanın Amacı

Ayaktan kemoterapi alan akciğer kanserli hastaların evde bakım gereksinimlerine ilişkin verilen solunum gevşeme egzersizleri eğitiminin hastanın öz bakım gücüne ve fonksiyonel yaşamı üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Akciğer Kanseri Epidemiyolojisi

Akciğer kanseri uzun zamandır dünyada en fazla görülen kanser türleri arasında yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) GLOBOCAN 2012 raporuna göre tüm yeni kanser vakalarının %12,9'u olan 1,8 milyon kişide yeni akciğer kanseri vakası ortaya çıktığı ve bunun %58'inin ise az gelişmiş ülkelerde görüldüğü tahmin edilmektedir (17). Türkiye Kanser İstatistikleri (TKİ) raporuna bakıldığında; 2013 yılında erkeklerde en sık görülen kanser türleri arasında trakea, bronş ve akciğer kanseri ilk sırada yer alırken kadınlarda dördüncü sırada görülmektedir (18). Resmi rakamlara göre ülkemizde her yıl 20.000-25.000 yeni akciğer kanseri hastası tanı almakta ve bu rakamın 30.000-40.000'e kadar ulaşabileceği tahmin edilmektedir (19). Grafik 2'de görüldüğü üzere 2013 yılında erkeklerde yaşa göre standardize edilmiş akciğer kanseri insidansı 59.3/100.000 kadınlarda ise 10/100.000'dir (18).

2.2. Akciğer Kanseri Etiyolojisi

2.2.1. Sigara

Sigara, akciğer kanserinin etiyolojisinde en önemli faktördür. Sigara kullanan kişilerde kullanmayanlara göre akciğer kanseri gelişme riski daha yüksektir. Akciğer kanseri hastalarının yaklaşık olarak %85-%90 sigara kullanmaktadır (20,22). İngiltere'de yapılan bir araştırmada sigara kullanan ve kullanmayan doktorlar arasında bir paket ve üzeri sigara içenlerin akciğer kanserinden ölme olasılığının 12 ile 25 kat arttığı görülmüştür (23). Sigara dumanında 4000- 4500 civarında kimyasal madde bulunur. 60'dan fazlasının kanıtlanmış karsinogen etkisi olduğu bu karsinogenlerin DNA'da hatalı kodlama ve mutasyona neden olduğu bilinmektedir (3,24,25).

Sigara kullanımı, halk sağlığı bakımından önemli sonuçları olan küresel bir problemdir. Dünyada sigara tüketimindeki artış, ev halkı ve ulusal sağlık sistemleri üzerine ciddi yükler getirmektedir. Ülkemizde de sigara kullanma oranı yüksek olup, önemli bir halk

sağlığı problemidir. Türkiye, Avrupa ülkeleri arasında sigara tüketiminde 3. sırada, dünya ülkeleri arasında ise yedinci sıradadır. 2008’de yapılan Küresel Yetişkin Tütün Araştırma sonuçlarına göre, Türkiye genelinde 15 ve üzeri yaştaki kişilerin %31,4’u sigara kullanmaktadır. Erkeklerde sigara kullanım oranı %48, kadınlarda ise %15’dir (26,27).

2.2.2. Genetik Faktörler

Yapılan çalışmalarda ailesinde kanser olanlarda, akciğer kanseri olma riski 2-3 kat artmaktadır. Topu, Ülger ve Numanoğlu’nun 1500 kişilik akciğer kanseri hastası ve 600 hasta yakınının akciğer kanseri gelişiminde genetik yatkınlık olduğu hipotezini desteklemişlerdir (28,29).

Aril hidrokarbon hidroksilaz enzimi sigara dumanında bulunan polisiklik hidrokarbonları aktif karsinojenlere çeviren bir enzimdir. Sigarada bulunan polisiklik aromatik hidrokarbonlar DNA bağlarını parçalar, DNA tamir, apoptoz ve hücre döngüsünü ayarlayan p53 geninde mutasyona neden olur. P53 geni akciğer kanseri hastalarında %50-70 oranında hasarlıdır (25,29).

2.2.3. Geçirilmiş Akciğer Hastalıkları

Pnömoni, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), bronşektazi, tüberküloz, idiyopatik pulmoner fibrozis gibi akciğer kanseri geçiren hastaların skar gelişimi nedeniyle akciğer kanserinin 2-3 kat arttığı belirtilmektedir. Skar nedeniyle oluşan akciğer kanserinde özellikle adenokarsinom tipi görülür. Toraks Derneği Akciğer ve Plevra Maligniteleri Çalışma Grubunun yapmış olduğu araştırmada olguların %0,3 ünde idiyopatik pulmoner fibrozis ve %3’ünde akciğer tüberkülozuna ikincil gelişen fibrotik skar dokusu belirlenmiştir (25,30,31).

2.2.4. Hava Kirliliği

Akciğer kanserlerinin yaklaşık %3-4’ünün asbeste maruz kalmadan kaynaklandığı ön görülmektedir. Hava kirliliği, aktif ve pasif sigara kullanımı, dizel yakıt ile Petro-kimyasal atıklar akciğer kanseri gelişimini tetikleyen önemli çevresel faktörlerdir (11).

2.2.5. Diyet

Diyetin akciğer kanserinde %5-10 oranında etkili olduğu ileri sürülmektedir. Vitamin A ve beta karotenden fakir beslenmenin hayvan modellerinde akciğer kanseri riskini artırdığı gösterilmiştir. Vitamin E, selenyum, zeytinyağı ve yağ asitlerinden (omega 3-6) zengin diyetin akciğer kanserini azalttığı, yeşil çay tüketiminin de koruyucu özelliğinin olduğu bilinmektedir (16,20,25,32).

2.2.6. Mesleki Faktörler

Asbest, mesleki faktörlerden en önemli maddedir. Asbest ile temas, sigara içenlerde akciğer kanseri oluşumunu önemli ölçüde artırır. Türkiye'deki hastaların %1'inde çevresel asbest görülmüştür. Topraktaki uranyumun bozulmasıyla açığa çıkan radon gazı (evlerdeki yapı malzemelerinde) yer ve duvarlardaki boşluklardan, borulardan, elektrik tesisatının olduğu girişlerden girebilir. ABD' deki akciğer kanseri olgularının %5-%6'sının sebebinin radon gazı olduğu belirtilmiştir. Arsenik bulunan suların akciğer kanserinde rol oynadığı, küçük hücreli veya skuamoz hücreli karsinomlara neden olduğu ortaya çıkmıştır (17,25,30).

2.3. Akciğer Kanserinin Belirtileri

2.3.1. Semptom ve Bulgular

Akciğer kanserli bir hastanın tanı aşamasındaki yakınmaları semptomsuzluktan (asemptomatik) semptomlu oluncaya kadar çeşitlilik gösterir. Akciğer kanseri olan hastaların %90'ında genellikle semptom görülür. Genellikle semptom olması ileri dönem hastalığa işaret etmektedir. %10-%15 hastada hiçbir solunumsal problem olmayabilir. Bu kişilerde başka bir nedenle çekilen akciğer grafisinde tesadüfen bir bölgede opasite olabilir. Başka bir grup hastada kilo kaybı halsizlik, iştahsızlık ve ateş gibi nonspesifik belirtiler olabilir. Genellikle 40 yaşın üstünde, sigara içen değişik semptomları olan erkek hastalarda akciğer kanseri olasılığı unutulmamalıdır (33).

2.3.1.1. Primer Tümörün Büyümesine Bağlı Semptom ve Bulgular

Öksürük, özellikle santral yerleşimli tümörlerde fazla rastlanılan bir semptomdur. Yeni ortaya çıkmış olabileceği gibi birçoğu yoğun sigara içicisi olan olgularda kronik bronşit amfizem nedeniyle daha önceden var olan öksürüğün karakter değiştirmesi sağlık çalışanları için uyarıcı olmalıdır. Bu olgularda öksürüğün şiddetinin artması, kanlı balgam veya tedaviye yanıt vermemesi ile birlikte olması akciğer kanserinin belirtisi olabilir. Hastayı hekime yönlendiren en dikkat çekici semptomlardan biri olan hemoptizi, akciğer grafisi normal olan bir olguda tek ipucu olabilir. 40 yaşın üzerindeki hemoptizi semptomu varlığı durumunda olgular akciğer radyografisi ve fiberoptik bronkoskopi ile araştırılmalıdır. Endobronşial tümörün majör atelektaziye neden olması, kitlenin büyüyerek yer kaplaması veya trakea ve bronşlara, ana damarlara ya da kalbe bası yapması, artan plevral perikardiyal sıvı nefes darlığını ortaya çıkarabilir veya var olan nefes darlığını arttırabilir. Hava yollarına tıkanıklık veya bası sonucunda stridor ve inspiratuvar zorluk, segmental amfizem, sınırlandırılmış ronkus, tekrarlayan veya rezolusyonu gecikmiş pnömoniler meydana gelebilir. Pnömoni olduğu zaman tabloya ateş eklenebilir. Neoplastik kitlenin nekrozu sonucu gelişen abse de ateşten sorumlu olabilir (34,35).

2.3.1.2. Akciğer Kanserinin İntratorasik Yayılımına Bağlı Semptom ve Bulgular

Akciğer kanserinin intratorasik yayılımı direkt uzanıma ve lenfatik yayılıma bağlı olarak gelişmektedir. Bu yayılımla birlikte göğüs duvarı, sinirler ve plevra, vasküler yapılar ve toraks içi organlar tutulur. El kaslarında atrofi, ses kısıklığı, kolda güçsüzlük, göğüs ağrısı, plörezi ve buna bağlı nefes darlığı, disfaji gibi bulgular görülmektedir (11,30).

2.3.1.3. Paraneoplastik Sendromlara Bağlı Semptom ve Bulgular

Paraneoplastik sendromlar, tümör hücrelerinin doğrudan invazyon yapmadan kendinden uzak doku ve organlarda immunolojik ve metabolik faktörler aracılığıyla oluşturduğu belirti ve bulgulardır (17,36). Paraneoplastik semptomların şiddeti primer tümörün boyutuyla ilişkili değildir, bazı vakalarda malign hastalığın tanısı konmadan önce de ortaya çıkabilirler. Hastalığın ileri evrelerinde ortaya çıkabilirler ya da rekür rensin ilk belirtisi olabilirler. Birçok vakada tümörün kendisinin aktif biyolojik bir molekül

üretmesine ya da tümöre karşı bir yanıt olarak üretilen antikor gibi moleküllerin üretimine bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (37,38).

2.3.1.4. Akciğer Kanserinin Ekstratorasik Yayılımına Bağlı Semptom ve Bulgular

Hastaların yaklaşık 1/3'ünde ekstratorasik metastaz mevcuttur. En sık vertebralar, pelvis, kostalar ve femur olmak üzere kemikler, karaciğer, beyin, spinal kord, adrenal bezler, intra abdominal lenf düğümleri ve cilde metastaz görülmektedir. Etkilenen bölgeye yönelik çok özel belirtiler ortaya çıkmaktadır (17). Lokal kemik ağrısı, serum kalsiyum, alkalen fosfataz yüksekliği kemik metastazının bulgusu olabilir. İştahsızlık, epigastrik ağrı, sertleşmiş ve sıklıkla nodüler yüzeye sahip karaciğer büyümesi ile birliktedir. Serum transaminaz düzeyleri yükselebilir. Adrenal bezlerde klinik bulgu vermediği için hekim tarafından tanınması zor olmasına rağmen kesin tanıda bilgisayarlı tomografi %40 –% 85 duyarlılığa sahip bir yöntemdir (34).

2.4. Akciğer Kanseri Histolojik Sınıflandırma

Akciğer kanseri, genellikle trakeobronşiyal ağacın farklı kısımlarında yerleşen birçok histolojik alt tipten oluşmakla birlikte temelde Küçük hücre akciğer kanseri (KHAK) ve küçük hücre dışı akciğer kanseri (KHDAK) olmak üzere iki ana grupta incelenmektedir. KHDAK'nin alt tipleri; skuamoz (epidermoid) hücreli karsinom, büyük hücreli ve adenokarsinom akciğer kanseridir (17, 39).

2.4.1. Küçük Hücreli Akciğer Kanseri

Tüm akciğer kanseri olgularının %15-%20 kadarını oluşturan, tüm olgularda sigara ile ilişkili, tanı anında çoğu olgunun ileri evre olduğu akciğer kanseri türüdür. Tümör hücreleri tipik olarak ezilme, çekilme, yığılma artefaktı oluşturan, yüksek mitotik aktivite gösteren ince granüler kromatine sahip, nükleolü belirsiz, yuvarlak ya da fuziform küçük nükleuslu, dar sitoplazmalıdır (40,41).

2.4.2. Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri

Küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK) tüm akciğer kanser tanılarının yaklaşık %80-%85'ini oluşturur. Genellikle, bu tip akciğer kanserlerinin 2/3'ü tanı anında ileri evreye sahip olup prognozu oldukça kötü seyreder. Metastaz çok görülür. Geç evrelerde tedavide, metastazlı olgularda kemoterapi veya radyoterapi, lokal ilerlemiş olgularda ise hastanın kliniğine göre eş zamanlı radyoterapi, kemo-radyoterapi uygulanmaktadır. Tedavide kullanılan güçlü kemoterapi ilaçları ve radyoterapiye bağlı olarak yan etkiler de bu oranda ağır seyretmektedir (19).

2.4.2.1. Skuamöz Hücreli Karsinom

Skuamöz hücreli karsinom küçük hücre dışı akciğer kanserinin %25- %30'unu oluşturmaktadır. Keratinizasyon ve intersellüler olarak köprüleşen malign bir tümör olup santral yerleşimlidir. Santral skuamöz hücreli karsinom lobar tutulum ya da bütün akciğer tutulumu yapabilir. Eğer tümör akciğerin superior sulkusunda yerleşirse pancoast tümörü olarak adlandırılır ve horner sendromuna neden olabilir (37,42,43).

2.4.2.2. Büyük Hücreli Akciğer Kanseri

Dünya Sağlık Örgütü tarafından, skuamöz ve glandüler differansiyasyonu ve küçük hücreli kanser görünümü olmayan andiferansiye tümör olarak tanımlanır. Küçük biyopsilerde bu tanının verilmesi pek önerilmez. Büyük hücreli şeffaf hücreli kanser, nöroendokrin kanser, rabdoid fenotipli, lenfoepitelyoma benzeri kanser, bazaloid kanser büyük hücreli kanser bu grubun tümörleridir (31).

2.4.2.3. Adenokarsinom

Adenokarsinom, akciğer kanserleri içinde gelişmiş ülkelerde ilk sırada izlenen tümör türüdür. Sigara içmeyenlerde ve genç kadın hastalarda ve en çok rastlanan tümör tipidir. Bronkioloalveoler karsinom, stromal, lenfatik ya da plevral invazyon olmaksızın, alveoler yapılar boyunca neoplastik hücrelerin proliferasyonu (lepidik yayılım) ile karakterize akciğer adenokarsinomunun önemli bir sub tipidir. Üç alt grubu mevcuttur: Müsinöz, Nonmüsinöz, Mikst müsinöz ve nonmüsinöz veya intermediate form.

Bronkioloalveoler karsinom son yıllarda tedavi biçimi nedeni ile özellikle önem kazanmıştır (9,26).

2.5. Akciğer Kanserinde Evreleme

2.5.1. Küçük Hücre Dışı Akciğer Kanserinde Evreleme

KHDAK evrelemesi tedavi seçeneklerini ve prognozun belirlenmesi kadar önemlidir (44). Uluslar Arası Akciğer Kanseri Çalışma Birliği (International Association for the Study of Lung Cancer-IASLC) 2009 yılında akciğer kanserinin evrelendirmesinde yedinci T (Primer Tümör) N (bölgesel lenf nodu) M (metastaz) olarak sınıflandırmıştır (30).

Uluslar Arası Akciğer Kanseri Çalışma Birliği 7. TNM Evrelemesine Göre T Faktörü (43).

Tx: Primer tümörün olmaması veya balgam ya da bronş lavajındaki malign, hücreler ile tümör tespit edilirken görüntüleme teknikleri ya da bronkoskopi ile tümörün gösterilememesi.

T0: Primer tümör bulgusu yok.

Tis: in situ karsinom.

T1: En geniş çapı ≤ 3 cm, akciğer veya viseral plevra ile çevrili, bronkoskopik olarak lob bronşundan daha proksimale invazyon göstermeyen tümör. T1a: 2 cm küçük olan T1b: 2 ile 3 cm arasında.

T2: Tümörün aşağıdaki özelliklerinden en az birine sahip olması. $3 \leq T2 \leq 7$ cm $3 \leq T2a \leq 5$ cm T2b: 57 cm ana bronş tutulmuş, fakat ana karinaya uzaklık 2 cm ve üzeri olmalı, viseral plevra invazyonu hiler bölgeye ulaşan fakat tüm akciğeri kapsamayan atelektazi veya obstrüktif pnömoni.

T3: Tümör 7 cm ve üzeri veya tümörün herhangi bir büyüklükte olup aşağıdaki durumlardan birine sahip olması göğüs duvarı (Süperior sulkus tümörleri dahil), mediastinal plevra, parietal perikard gibi yapılardan herhangi birine doğrudan invazyon göstermesi; Karinaya 2 cm' den daha yakın fakat ana bronşu tutmayan tümörler, bütün bir akciğeri kapsayan atelektazi veya obstrüktif pnömoni ile birlikte olan tümör; Tümörle aynı lobda ayrı tümöral nodül veya nodüllerin olması.

T4: Tümörün herhangi bir büyüklükte olup mediasten, , büyük damarlar, kalp, özefagus, vertebral kolon, karina gibi yapılardan herhangi birini invaze etmesi veya tümörle aynı tarafta ancak farklı lobdaki tümöral nodüllerin olması.

2.6. Akciğer Kanseri Tanı Yöntemleri

2.6.1. Akciğer Grafisi

Lateral akciğer ve postero-anterior (PA) grafisi ile ilk değerlendirme yapılmalıdır. İki yönlü akciğer grafisi %80-%85 oranında akciğer kanserinin tespitinde etkili olabilir. Akciğer kanseri lokalizasyonuna (santral ve periferik yerleşimli hücre tipine göre farklı radyolojik bulgularla ortaya çıkar. Nodul, kitle, mediastende ya da hilusta genişleme akciğer kanseri ön tanısını kuvvetlendiren bulgulardır (7,44).

2.6.2. Balgam Sitolojisi

Akciğer kanseri tanısına yönelik duyarlılığı, lezyonun niteliğine ve yerine göre değişmek üzere % 20-%78 arasında değişmektedir. Santral, alt lob yerleşimli ve büyük çaplı tümörlerde tanı oranı daha yüksektir. Öksürük ve hemoptizi şikayeti olan riskli kişilere rutin olarak bakılmalıdır. Balgam örnekleri sabahları alınmalı farklı günlerde 3 kez tekrar edilerek bakılmalıdır. Hasta balgam çıkaramıyorsa, % 15 serum izotonik veya % 20 propilene glicol inhale yoluyla verilerek balgam çıkarmasına yardımcı olunabilir. (45,46).

2.6.3. Bilgisayarlı Tomografi (BT)

Bilgisayarlı tomografi pulmoner nodüllerin lokalizasyonu, dansitesi, kontrastla boyanma paterni ve morfolojisi hakkında detaylı bilgi verebilir. Diffüz kalsifikasyon, yüksek dansite gibi bulgular nodülün benign olduğunu düşündürürken; spiküler uzanımlar olması, kontrast sonrasında 15 HU (Hounsfield Units) üzerinde dansite artışı olması, kavitelere 15 milimetreyi aşan duvar kalınlığı gibi bulgular lezyonun malign olması lehinedir (47).

2.6.4. Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)

Yumuşak dokuları görüntülemeye öncelikli olarak kullanılmaktadır. Özellikle pancoast tümör hücrelerinde vasküler ve brakiyal plexus tutulumunu en iyi gösterebilen tanı yöntemidir (48). Tümör ile göğüs duvarı yağ ve kas dokusu arasındaki artmış kontrast nedeni ile göğüs duvarı invazyonunun yayılımı bilgisayarlı tomografiye göre MR ile daha iyi gösterilir (47).

2.6.5. Pozitron Emisyon Tomografisi (PET)

Pozitron Emisyon Tomografisi (PET), invivo biyolojik, fizyolojik ve patolojik süreçlerin görüntülenmesine dayanan invazif olmayan bir yöntemdir. Akciğer kanserlerinde gerek toraksın ve uygun ise tüm vücudun tomografik görüntülenmesi yapılabilmektedir (34).

2.6.6. Bronkoskopi

Bronskopik işlemlerin birçoğu fiberoptik bronskoplar (FOB) kullanılarak yapılmaktadır (49). Bronşlara ulaşarak akciğerin çeşitli bölgelerinin görüntülenmesi sağlanır. Kanser tanısı, tipi alınan parçanın patoloji laboratuvarında mikroskop altında değerlendirilmesi ile belirlenir (50).

2.6.6. Transtorasik İnce İğne Aspirasyonu

Periferik lezyonların tanısında önemlidir. Akciğer parankiminde yer alan nodül, kitle lezyonlarının yanı sıra konsolidasyon ve plevral lezyonlarda, hatta hiler dolgunluk ve mediastinal lenfadenopatilerin tanısında kullanılmaktadır (46).

2.7. Akciğer Kanseri Tedavisi

2.7.1 Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri Tedavi

Akciğer kanserlerinin yaklaşık %75-85 bu gruptadır. Hastaların birçoğuna ileri evre tanı konduğunda ortalama 5 yıllık yaşam şansı %15 oranındadır (51). Akciğer kanserlerinde

tedavi yöntemi kanserin evresi, histolojik tipi ve hastaların durumuna göre belirlenmektedir (48).

2.7.1.1. Cerrahi Tedavi

Akciğer kanserli hastaların çok az bir kısmı tanı konulduğu anda cerrahi şansına sahip olup, büyük kısmı (%15- %20) inoperabıldır. Evre I ve evre II tümörler akciğer içinde sınırlı olduğundan sadece cerrahi tedavi yapılabilir. Evre IIA II B de standart tedavi cerrahidir. Lobektomi veya pnömonektomi ve mediastinal lenf bezi diseksiyonu yapılması önerilmektedir. Birçok hastada cerrahi tedavi uzun sağ kalım oranlarına eşlik eder. Evre IIIB 'de cerrahi tedavi nadirdir. Tedavi şansı az da olsa en azından kontrol altına almak için hastalara kemoterapi ve radyoterapi uygulanmaktadır. Evre IIIA (N2), IIIB veya IV kanserlerde çoğunlukla yalnızca cerrahi tedavi önerilmemektedir. Çünkü cerrahinin riski çoğu zaman elde edilecek yarardan daha fazladır (28,51,53).

2.7.1.2. Kemoterapi

Kemoterapinin amacı kişinin normal hücrelerine zarar vermeden tümör hücrelerinin büyümesini ve çoğalmasını durdurmak veya yok etmektir. Hastada görülen kemoterapinin olası yan etkileri, ilaçların özelliklerine bağlı olarak değişmekle birlikte sıklıkla, bulantı, kusma, konstipasyon, diyare, iştahsızlık, kemik iliği baskılanması (anemi, lökopeni, trombositopeni), saç dökülmesi, stomatit, yorgunluk, halsizlik, cilt reaksiyonları, emosyonel değişim, nörolojik ve cinsel problemler olarak ortaya çıkmaktadır. Kemoterapi erken evre hastalıkta primer tedaviden sonra nüks riskinin azaltılması, lokal ileri hastalıkta daha kolay opera edilebilmesi için primer tedaviden önce radyoterapi tedavisi ile birlikte verilebilir. İleri evrelerdeki hastalarda ise palyatif amaçlı uygulanabilir Kemoterapi uygulamak için hastaların performans durumları Karnofsky performans skalasına göre % 60 ve daha fazla, Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) performans skalası için de 0 ve I olmalıdır. Tedavi uygulanacak hastalarda renal veya kardiyak sorunların bulunmamasına dikkat edilmelidir (48,54,72).

2.7.1.3 Radyoterapi

Radyoterapi, akciğer kanserlerinde küratif veya palyatif amaçla tek başına veya diğer tedavi yöntemleri ile eşzamanlı kullanılabilen lokal veya bölgesel bir tedavidir. radyoterapi ile lokal kontrol, sağ kalım ve yaşam kalitesinde iyileşme hedeflenmektedir. Primer tedavinin kullanımı dışında küçük hücreli dışı tümörlerde operasyon öncesi veya operasyon sonrasında radyoterapi kullanılabilir. Günümüzde ışın tedavisi uygulamasındaki yeni uygulamalarla (üç yoğunluk ayarlı, boyutlu konformal, stereotaksik radyoterapi vb) radyoterapinin daha az toksisite ve daha küçük bölgelere uygulanabilmesine imkan sağlayabilmektedir (56).

2.7.1.4. Endobronşial Tedavi

Evre IV küçük hücreli olmayan ve yaygın küçük hücreli kanserli hastalarda palyatif tedavi olarak endobronşial tedaviler uygulanmaktadır. Sıklıkla kullanılan endobronşial tedaviler şunlardır: kriyoterapi, brakiterapi, laser (48).

Laser: Tedavisi ilk kez 1970 yılında nefes darlığı semptomlu bronş obstrüksiyonu olan hastaları rahatlatmak amacıyla kullanılmış ve %50'den fazla oranda başarılı olarak bulunmuştur. Laser tedavisi, santral ve endobronşial tümörlerde, radyoterapi ve kemoterapi ile bronş tıkanıklığı giderilememiş ise uygulanır (45,57).

Kriyoterapi: Rijid bronkoskop ile genel anestezi altında uygulanır. Endobronşial lezyon, kriyoprob ile eksi 70 dereceye kadar sıvı nitroz oksit kullanılarak dondurulur. İşlem yaklaşık 10-15 dakika sürer. Bronş duvarı perforasyon tehlikesinin olmaması, kısmi infiltratif tümörlere ve longitidüal eksende yerleşmiş tümörlere de uygulanabilir olması ve radyasyon tehlikesinin olmaması üstün taraflarıdır (45,57)

Brakiterapi: Endobronşial ve ekstrensek obstrüksiyonu olan hastalarda etkilidir. Bu yöntemde, naylon kateter bronkoskop içinden istenilen lokalizasyona gönderilir. Kateterin istenilen uzunluğunda, İridyum 192 yerleştirilir. Tedavide önerilen doz 3000 cGy (rad) dır. Genellikle tedavi 30 dakika uygulanır. Uygun durumlarda sadece brakiterapi ile istenilen sonuç elde edilebilir (45,57).

2.7.2. Küçük Hücreli Akciğer Kanserinde Tedavi

Sınırlı Evre (%30-%40)

- Primer tümör bir hemitoraksta sınırlı, aynı taraf hiler lenfadenopati.
- Aynı veya karşı taraf supraklavikular veya mediastinal lenfadenopati ,
- A tipik hücre içermeyen plevral sıvı

Yaygın Evre (%60-%70)

- Karşı akciğer metastazı
- Karaciğer, kemik, beyin metastazı
- Malign hücre içeren plevral sıvı (33).

Cerrahi rezeksiyon yalnızca metastazı olmayan, sadece soliter pulmoner nodul şeklindeki küçük hücreli akciğer kanseri hastalarında uygulanabilir (43). Sınırlı evre hastalarda, cerrahi tedavi şansı az olmasından dolayı, günümüzde sınırlı evre küçük hücreli akciğer kanserinin tedavisinde, kemoterapi ve radyoterapi ile birlikte uygulanır. Radyoterapi ile birlikte uygulama açısından en uygun kombine kemoterapi protokolü olarak sisplatin / etoposid (PE) önerilmektedir. Yaygın hastalıkta 2 kür Kemoterapi uygulanır. Yanıt alınmışsa 4-6 küre tamamlanır. Yaygın hastalıkta tam yanıt varsa, sınırlı hastalıktaki gibi torasik RT ve koruyucu kranial RT uygulanabilir(34).

2.8. Akciğer Kanserinde Solunum ve Gevşeme Egzersizi Eğitimin Önemi

Solunum fonksiyonunun farkına varmak, hava yoksunluğu ve nefes alamama, nefes darlığı olarak tarif edilirken nefes darlığı, hastaların yaşam kalitesini ve fonksiyonel durumunu olumsuz etkiler. Nefes darlığının algılanma derecesini en çok etkileyen faktörler fiziksel ve fizyolojik faktörlerdir (58). Tümör infiltrasyonunun sebep olduğu bronşial mukozadaki irritan reseptörlerinin stimülasyonuna veya sekresyon artışına bağlı gelişen etkisiz hava yolu temizliği, hastanın fonksiyonel yaşam kalitesini azaltmaktadır. Hemşire, hastayı yakından izlemekte (solunum hızı, balgam miktarı) etkili solunumu sağlayacak girişimlerde bulunarak hastanın tedavisini sürdürmektedir (36).

Gevşeme teknikleri, derin solunum ve öksürük egzersizleri öğretilmelidir. Gevşeme için eller hastanın omzuna konarak aşağıya doğru bastırılması sağlanmalı ya da hastanın kollarını sarkıtması ve omuzlarını döndürmesi gerekmektedir. Büzük dudak solunumu; hasta burundan nefes alır ve ısıklı çalar ya da öper gibi dudaklarını büzerek mümkün olduğu kadar uzun sürede yavaş verecek şekilde nefes egzersizi öğretilmelidir. Diyafragmatik solunum; hasta sırt üstü yatırılıp, dizlerinin altına yastık konulur. Bir el karın üstüne diğer el ise göğüs duvarının ½ üst kısmına yerleştirilip derin nefes alması sağlanır. Karın üstündeki el nefes alma boyunca hareket ediyorsa diyafragmatik solunum gerçekleşmiş olur (60).

Kişide nefes alamama duygusu boğulma hissi yaşatabilir. Bu nedenle çok korku vericidir. Bu semptom sağlık personeli için de korkutucu olabilmektedir. Sağlık personelinin bu korkusu dispnenin tedavi ve bakımını geciktirebilmekte ve ölümü çabuklaştırmaktadır. Ancak dispne tedavisi olan bir semptomdur. Diğer semptomlarda olduğu gibi dispneli hastanın tedavi ve bakımını yapacak sağlık çalışanının bu alanda uzman olması hastanın rahatlığını sağlayarak, hasta ve ailenin korkularını azaltır (42).

2.9. Fonksiyonel Yaşam

Fonksiyonel durum; biyolojik durum, hastalık ve semptomlarla ilişkilidir. Akut ve kronik hastalıklar, yaşlılık, sakatlık, fonksiyonu bozacak ilaç kullanımı gibi durumlarda bireylerin fonksiyonel sağlık durumları kötüleşmekte ve yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmektedir. Fonksiyonel durum kavramının yerine genellikle “sağlık durumu” ve “yaşam kalitesi” gibi tanımlar kullanılmakta ve her bir tanımın sınırları net olarak belirlenememektedir. Fonksiyonel durum, fonksiyonel kapasite ve fonksiyonel performans ile ilişkilidir. Fonksiyonel performans bireyin günlük yaşamındaki etkinliklerini kapsamaktadır. Fonksiyonel durumu normal olarak sürdürebilen birey yaşamına aktif olarak katılabilir. Ancak fonksiyonel durumu yetersiz hale gelen bireyin, günlük yaşam aktivitelerinde belirgin güçlükler yaşaması beklenir ve sonunda yetersizlik ya da sakatlık yaşanabilir (1,15,61).

Fonksiyonel durumda 4 alt boyut vardır.

Fiziksel fonksiyonlar: Banyo, tuvalet, yemek, yürümek, giyinme,

Ruhsal fonksiyonlar: Depresyon, korku, öz bakım, başa çıkma,

Bilişsel fonksiyonlar: Oryantasyon, hafıza, konuşma, dikkat, yargılama, neden sonuç ilişkisi,

Sosyal fonksiyonlar: Sosyal kaynaklar, insanlar arası ilişkiler, toplumsal rol (62).

2.10. Akciğer Kanseri Fonksiyonel Yaşam ve Hemşirenin Rolü

Akciğer kanseri stres yaratan bir hastalık olması, belirtilerinin ağır seyretmesi, tedavisinin uzun sürmesi ve tedavi yan etkileri nedeni ile insan yaşamını olumsuz etkileyen bir kanser türüdür. Akciğer kanserli hastaların fonksiyonel durumu; hastalık belirtileri sonucu ortaya çıkan fiziksel ve psikolojik sorunlar, cerrahi işlemler, kemoterapi, radyoterapi, tanı ve tedavi süresince hastanede kalma ya da sürekli hastaneye gelip gitme nedenleri ile olumsuz etkilenmektedir (1).

Kemoterapi Alan Kanserli Hastaların Fonsiyonel Yaşam Kalitelerindeki Temel Değişiklikler Aşağıdaki Başlıklar Altında Ele Alınabilir.

Kişisel Değişiklikler: Enerji kaybı, depresyon, alopesi, cinsel istek ve fonksiyonların azalması, bulantı, kusma, iştahsızlık, deride döküntüler, hastalığın tekrarlamasından duyulan endişe.

Ailevi Değişiklikler: Evlenme oranında azalma, boşanma oranının artması, doğurganlığın azalması.

Sosyal Değişiklikler: İşe son verilmesi, yeni iş bulma şansının azalması, profesyonel çatışmalar, iş ve sınıf arkadaşları ile yaşanan çatışmalar, sigortanın reddi.

Kişisel Kazançlar: Aile ve arkadaşlar tarafından “şımartılmak”, daha fazla sabır ve hoşgörü, iş hırslı, hayata bakışın değişmesi, dini inançların artması, insanlarla ilişkilerin artması (15,16).

Hemşirelikte, kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesine yönelik yapılan çalışmaların, hastalara verilecek bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin içeriği belirlenmelidir. Hastaların fonksiyonel yeteneği, esenlik ve genel sağlık anlayışını geliştirebilecek tedavi ve bakım programının seçilmesinde, hastaların tedavi ve bakım programına uyumlarının arttırılmasında, hastalığın ve tedavilerin olumsuz etkilerini azaltmaya ve yaşam kalitesini arttırmaya yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanmasında yarar sağlayacağı düşünülmektedir (1,15).

Fonksiyonel Yaşam ve Hemşirelik Girişimleri

- Hastaların dispne ile başa çıkmasına yardımcı olacak, aktivite düzenlenmesi, hedeflerin planlanması, solunum egzersizi. Basit gevşeme, masaj ve panik yönetim stratejileri gibi davranışsal ve bilişsel stratejileri yaşama geçirmede hasta ve ailesine yardımcı olma,
 - Hastaya dispne ve bununla bağlantılı olarak ölüm korkusunu yenmede yardımcı olma,
 - Evdeki çevresel ve psikososyal faktörleri değerlendirme; oksijen kullanımı ve güvenlik önlemleri ile ilgili bilgi verme,
 - Yeni tanı konulduğu dönemde hastalığa, tanıya ve tedaviye uyum sağlama konularında hastalara yardım edilmesi,
 - Hastalığa ve tedaviye bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel ve psikolojik gereksinimlerin saptanması ve karşılanması, semptomlarla baş etme konusunda eğitim verme,
 - Hastanın bir bütün olarak ele alınması ve aile merkezli çalışılması hastanın ve ailenin psikolojik iyilik durumunu arttırmak için, destek grup terapilerine katılmalarının desteklenmesi gereklidir,
 - Güvenli ve destekleyici bir ortamda hastaya korkularını açıklama olanağı sağlama,
 - Birçok hastada görülen, genel durumun hızla kötüleşmesi ve akciğer kanseri tanısına bağlı gelişen travmaya karşı, hastaların tutum almaları hemşire tarafından sağlanır.
- Yukarıda açıklanan hemşirelik girişimleri, solunum nedeni ile hasta ve ailesinin yaşadığı rahatsızlık ve sıkıntı duyularının yönetiminde etkili olabilmektedir (15,16,63,64).

2.11. Öz Bakım Gücü

Orem'in genel hemşirelik kuramının ana kavramlarından biri olan öz bakım herkesin karşılaması gereken temel gereksinim olup etkileşim, iletişim ve kültür yolu ile

öğrenilen bir davranıştır. Kişinin benlik değerine ya da beden imajına katkıda bulunur. Öz bakım bireyin yaşamı, sağlığı ve iyiliğini sürdürmek için sağlık etkinliklerinin yerine getirmesi ya da gerçekleştirilmesi olarak tanımlanmaktadır (65).

Öz bakım gücünün kullanılabilmesi için bireyin sahip olması gereken özellikler şunlardır:

- Bireyin kendine dikkat etme yeteneği,
- Öz-bakım kararlarını verme ve uygulama yeteneği,
- Var olan fiziksel enerjinin kullanımını kontrol etme yeteneği,
- Beden duruşunu kontrol etme yeteneği,
- Karar vermeden önce bilinmesi gereken koşulları öz bakım içinde yargılama yeteneği,
- Teknik bilgi kazanma, uzmana danışma ve uygulama yeteneği,
- Farklı öz-bakım gereksinimlerini karşılarken öncelikleri belirleyebilme yeteneği,
- Öz-bakım eylemlerinin sürekliliğini sağlama yeteneği,

Bu özelliklere sahip kişiler yeterli öz bakım sahip olacak ve başkalarına bağımlı olmayacaktır (66,67).

Öz-Bakım Gereksinimleri 3 Grupta Toplanmaktadır.

Evrensel Öz Bakım Gereksinimleri: Günlük yaşam gereksinimleri ile ilgili temel insan gereksinimleri olup güvenli çevre, beslenme, dinlenme, boşaltım gibi gereksinimleri içermektedir. Yaş, ırk, sosyo-kültürel uyum, gelişim durumu, yaşam biçimi, ailevi faktörler, genetik faktörler, öz-bakım kaynaklarının yeterliliği bu gereksinimleri etkileyen durumlardır. Bireyin bu gereksinimleri karşılandığında ise öz-bakım ve sağlığı olumlu etkilenir. Gereksinimlerin karşılanmadığı durumlar denge bozukluklarına neden olur; sonuçta dengesi bozulan insan da terapatik öz-bakım gereksinimi duyar (68) .

Gelişimsel Öz Bakım Gereksinimleri: Gebelik, doğum, eş kaybı gibi dönemlerdeki öz bakım gereksinimleridir (69).

Sağlıktan Sapmada Öz Bakım Gereksinimleri: Rahatsızlıklar, sakatlık ve hastalık olaylarında karşılaşılan gereksinimleridir. Hastalık durumundaki öz bakım gereksinimleri tıbbi tedavi, tedavinin düzenlenmesi ve uygulanması, hastalık durumuna uyum sağlayabilme, yeni yaşam şekline alışabilme gibi durumları içermektedir (70).

2.12. Akciğer Kanseri Öz Bakım Gücü ve Hemşirenin Rolü

Kronik hastalıklarda tedavi yapılmasının amacı hastayı eski sağlığına kavuşturmak ve ya iyileştirmek değil, bireyin hastalığına ve tedavi programına uyumunu ve işbirliğini sağlamaktır. Böylece birey dengeli ve kaliteli bir yaşama kavuşabilir (71). Son yıllarda hastalığın tedavisinden çok sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi ön plana çıkmıştır. Dolayısıyla hemşirenin sağlık bakımındaki rolü de değişerek daha çok “öz bakım” kavramı üzerinde yoğunlaşmıştır (72).

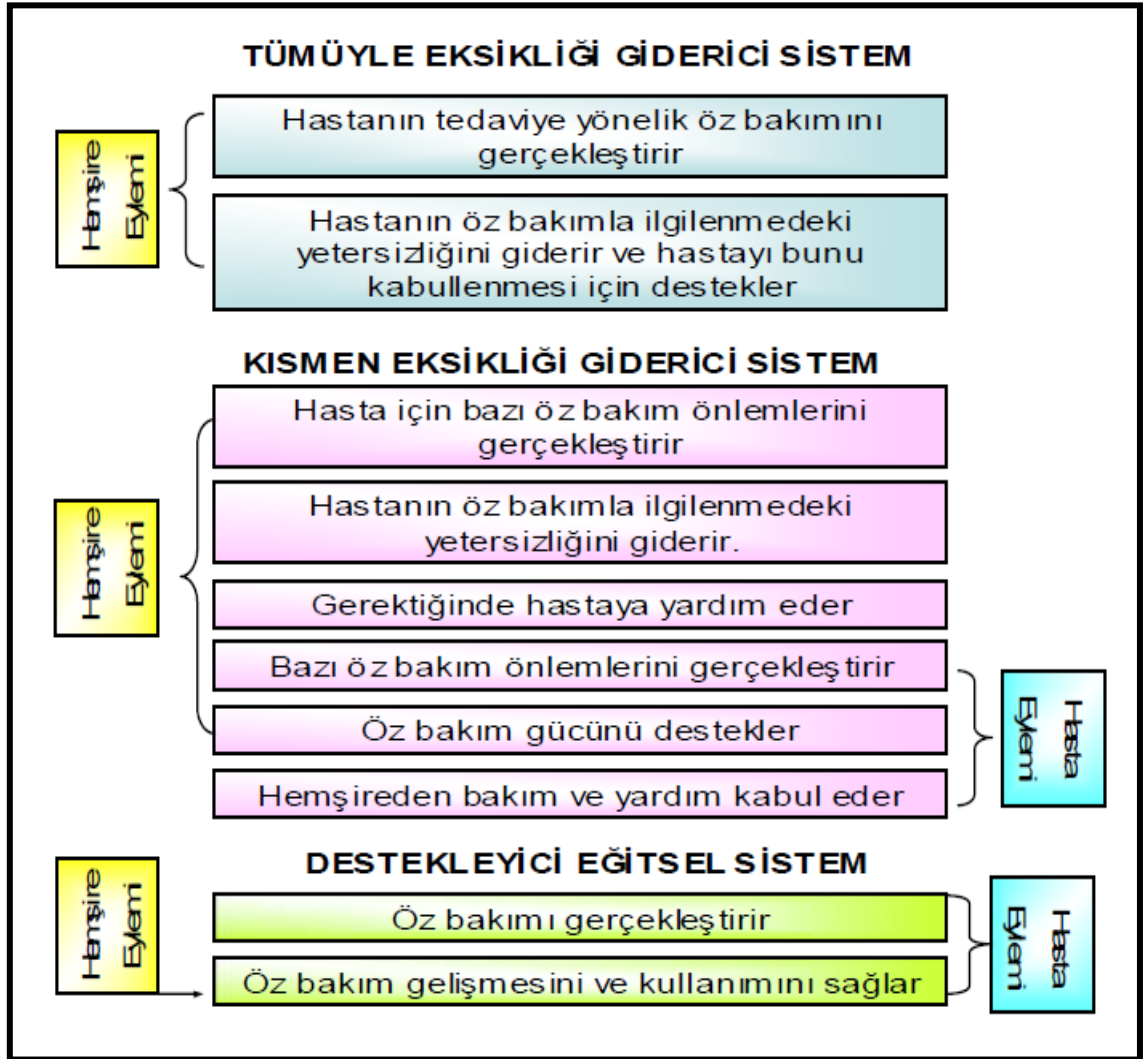
Akciğer kanseri olan hastalara öz bakım ile ilgili eğitim verilmesi son derece önemlidir. Halk sağlığı hemşiresi bu hastalığa sahip bireylere, öz-bakımlarını ve öz bakımlarının sürekliliğini sağlayarak sağlığın korunmasına ve sürdürülmesine destek olur. Hastanın öz bakımını kazanmasında; motive edici faktörler geliştirilerek, optimal sağlık göstergelerine erişimi sağlanmalı; estetik spiritüel paylaşımlar yapılmalı, hasta eğitimi verilmeli, hasta savunuculuğu ile bakım vericiler ve aile desteklenmeli ve vaka yönetimi yöntemi kullanılarak etkili ekip çalışması ile kaliteli bir bakım verilmelidir (42,73).

Orem'in hasta ve sağlam kişilerin öz bakım ihtiyaçlarını karşılamak için geliştirdiği 3 temel hemşirelik kuramı şunlardır:

Tümüyle Eksikliği Giderme: Hasta öz bakımını sağlamak için yetersiz olduğundan, hastanın bakımını tamamen hemşire üstlenmektedir. Hasta öz bakımına katılamamaktadır.

Kısmen Eksikliği Giderme: Hemşire, hastanın yapamadığı öz bakım davranışlarında kısmi yardımda bulunarak hastayı desteklemektedir. Burada hastayla birlikte bakım sağlanır.

Destekleyici Eğitsel: Hasta öz bakımını sağlamada yeterlidir ancak bu aktiviteleri başarabilmesinde hemşirenin eğitici, rehberlik edici, destekleyici rollerine gereksinimi vardır. Hastanın bilgi gereksinimini, öz bakım uygulama yetersizliğini, motivasyon eksikliğini giderir ve hastanın kendi bakımını üstlenmesine, öz güveninin gelişmesine yardımcı olur (73,74).



Şekil 2. Temel Hemşirelik Sistemleri (75)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma ayaktan kemoterapi alan akciğer kanserli hastaların evde bakım gereksinimlerine ilişkin verilen solunum gevşeme egzersizleri eğitiminin hastanın öz bakım gücüne ve fonksiyonel yaşamı üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yarı deneysel olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Hipotezi

H1: Kemoterapi alan akciğer kanserli hastalara verilen solunum gevşeme egzersizleri eğitimi fonksiyonel yaşamı arttırır.

H2: Kemoterapi alan akciğer kanserli hastalara verilen solunum gevşeme egzersizleri eğitimi öz bakım gücünü arttırır.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesine bağlı Onkoloji Hastanesi Kemoterapi Ünitesinde yapıldı. Hastalara uygulanacak ilaçlar, ilaç hazırlama ünitesinde hazırlanıp iki ayrı bölümde uygulanmaktadır. Kemoterapi Ünitesi gündüz 8.00-16.00 saatleri arasında, günde yaklaşık 45 hastaya, 4 hemşire ile hizmet vermektedir.

3.4. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi'ne bağlı Onkoloji Hastanesi'nin Ayaktan Kemoterapi ünitesine akciğer kanseri tanısı ile tedavi olmak üzere gelen hastalar oluşturdu.

3.5. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini ise Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi'ne bağlı Onkoloji Hastanesi'nin Ayaktan Kemoterapi ünitesine 15.04.2015-15.09.2016 tarihleri arasında başvuran, araştırmanın alınma kriterlerine uyan akciğer kanserli hastalar oluşturdu. Öz bakım toplam skoru bakımından gruplar arasında 15 ± 20 birimlik farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunması için her grupta gerekli minimum katılımcı sayısı 29 olarak belirlenmiştir ($\alpha=0,05$, $1-\beta=0,80$).

3.6. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Ayaktan kemoterapi ünitesinde kemoterapi gören akciğer kanseri olan hastalar
- Daha önce en az bir defa kemoterapi alan akciğer kanseri olan hastalar
- Bilinci açık olan
- İletişim kurulabilen
- 18 yaşın üzerinde olan
- Araştırmaya katılmayı gönüllü olan akciğer kanseri olan hastalar alındı.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi'ne bağlı Onkoloji Hastanesi'nin Ayaktan Kemoterapi ünitesine kemoterapi almak için başvuran akciğer kanseri olan hastalarla yapılması, en az bir defa kemoterapi alan, türkçe konuşabilen hastalarla yapılması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturdu.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yürütülebilmesi için Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan yazılı izin (EK-1), Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi'ne bağlı Onkoloji Hastanesi Başhekimliği'nden yazılı izin alındı (EK-2). Hastalara araştırmanın amacı, uygulama yöntemi ve elde edilmesi planlanan sonuçlar hakkında gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra hastalardan yazılı bilgilendirme

onam formu alındı (EK-3). Fonksiyonel Yaşam Ölçeği İçin Dr. Hicran Bektaş'tan (EK-7), öz bakım gücü ölçeği (EK-8) için Dr. Nursen Nahcivan' dan e-mail yoluyla izin alındı. Araştırmanın verileri toplandıktan sonra etik olarak kontrol grubundaki hastalara da solunum gevşeme egzersizi eğitim verildi.

3.9. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımsız değişkenler: Cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek, gelir düzeyi, yaşanılan yer, hastalığın tanısı, süresi, evresi, solunum gevşeme egzersizi eğitimi, hastalık hakkında eğitim alma durumu ve tedaviler bağımsız değişkenlerdir.

Bağımlı değişkenler: Akciğer kanseri hastalarının fonksiyonel yaşam ölçeği, öz bakım gücü ölçeğinin toplam puanları ise bağımlı değişkenlerdir.

3.10. Verilerin Toplanması

Araştırmanın yapıldığı, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi'ne bağlı Onkoloji Hastanesi'nin kemoterapi ünitesinde tedavi gören 8 hastaya ön uygulama yapıldı. Ön uygulama yapıldıktan sonra gerekli düzenlemeler yapılarak anketin son hali oluşturuldu. Araştırmaya gönüllü olarak katılan 60 hasta eğitimden önce eğitim verilen (deney grubu) ve eğitim verilmeyen (kontrol grubu) grup olmak üzere iki gruba ayrıldı. Hastalar sıralı olarak deney ve kontrol gruplarına dahil edildi. İlk alınan hasta deney grubuna dahil edildi. Daha sonra da sırayla kontrol grubu, deney grubu, kontrol grubu şeklinde gruplandırma devam etti ve bu şekilde deney ve kontrol grubu oluşturuldu. Anket formları yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı.

Kontrol ve Deney Grubuna Yapılan İşlemler

Kontrol grubuna herhangi bir girişim yapılmamış ve tedavilerinin ilk gününde anket formu (EK-4), FYÖ (EK-5), ÖBGÖ (EK-6) uygulandı. Kontrol grubu tedavilerine devam etti. Hiçbir eğitim verilmeden FYÖ ve ÖBGÖ en az 5 hafta sonra tekrar dolduruldu. Deney grubundaki hastalara anket formu , FYÖ , ÖBGÖ uygulandı. Daha sonra hastalara solunum gevşeme egzersizi eğitimi verildikten en az 5 hafta sonra tekrar anket formu, FYÖ, ÖBGÖ uygulandı.

Deney Grubuna Yapılan Eğitim

Kemoterapi alan akciğer kanserli hastalara araştırmacı tarafından ayaktan kemoterapi ünitesinde hastanın kemoterapisi bittikten sonra, ayaktan kemoterapi ünitesinde bulunan bir odada girişim materyali olarak solunum gevşeme egzersizleri eğitimine yönelik sunum yapıldı. Hasta eğitimi, her hasta için bir defa yapıldı. Eğitimler hastalara birebir uygulanarak her bir hasta için ortalama 20-25 dakika sürdü. Sunum yapılırken hasta ile birlikte egzersizler yapılarak hastanın tekrarlaması sağlandı. Türk Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi (solunumsal rehabilitasyon) ve Sağlık Bakanlığı'nın Solunum Sistemi Hastalıkları ve Egzersizi kitapçığından yararlanılarak hazırlanan sunum eğitim kitapçığı (EK-9) haline getirilerek hastalara verildi. Hastaların gevşeme egzersizlerini 4 hafta süre ile evlerinde günde iki kez veya en az bir kez uygulamaları söylendi. Hastaların telefon numaraları alınarak uygulama ile ilgili sıkıntılarının olup olmadığı soruldu.

3.11. Veri Toplama Araçları

Araştırma için gerekli verileri toplamak amacıyla aşağıdaki veri toplama araçları kullanılmıştır.

- 1) Bireylerin sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin tıbbi özelliklerini içeren Anket Formu (EK-4)
- 2) Fonksiyonel Yaşam Ölçeği (kanser hastalarına yönelik) (EK-5)
- 3) Öz Bakım Gücü Ölçeği (EK-6)

3.11.1. Anket Formu

Araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak hazırlanan anket formu (1,14,15,65,76); Akciğer tanısı alan hastaların sosyo-demografik özelliklerini içeren 9 (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence vs.) soru ve hastalığa ilişkin özelliklerini değerlendirmeye yönelik (hastalığın tanısı, süresi, evresi, en son kemoterapi, metastaz durumu, kronik hastalık, tedavi vs) 14 soru olmak üzere toplam 23 sorudan oluşmaktadır.

3.11.2. Fonksiyonel Yaşam Ölçeği FYÖ

Kanserli bireylerde fonksiyonel yaşam ölçeği fonksiyonel durumu ve yaşam kalitesini değerlendirmek üzere 1984 yılında Schipper ve arkadaşları tarafından geliştirilen, bütün yetişkin ve kanserli hastalar için uyarlanan, birçok ülkede kendi dillerine çevrilerek kullanılmıştır. Fonksiyonel durumu değerlendirmek için kullanılan yaşam kalitesi ölçeğidir. Fonksiyonel yaşam ölçeği hastalık ve tedavi semptomlarının bireyin yaşamının tüm alanlarına (fonksiyonel yeteneklerine, mental ve fiziksel kapasitesine) etkisini belirlemektir. Ölçek son 2 hafta, geçen ay ya da bugünkü durumla ilgili sorulardan oluşmaktadır. 2006 yılında ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirliği Bektaş ve Akdemir tarafından yapılan ölçeğin Cronbach's alfa güvenilirlik katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur. Yaptığımız çalışmada ise cronbach alfa güvenilirlik katsayısı **0,87** olarak belirlendi. Fonksiyonel yaşam ölçeği 5 alt başlıktan oluşmaktadır:

- a) Fiziksel fonksiyonlar (4.6.7.10.11.13.15.20.22) 9 madde,
- b) Psikolojik fonksiyonlar (1.2.3.9.18.21) 6 madde,
- c) Genel iyilik hali (kansere ilgili güçlükler) (8.12.14) 3 madde,
- d) Sosyal fonksiyonlar (6,19) 2 madde ve

e) Gastrointestinal semptomlar (bulantı) (5,17) 2 madde olmak üzere toplam 22 sorudan oluşmaktadır.

Fonksiyonel Yaşam Ölçeği'ndeki seçenekler olumsuz sorular için 7.6.5.4.3.2.1; olumlu sorular için 1.2.3.4.5.6.7 olarak puanlandırılmıştır. 2, 3,6, 9, 10, 12, 14, 16, 18, 19, 21, 22 numaralı sorular sütunun sağına doğru olumlu, geri kalan 1, 4, 5, 7, 8, 11, 13, 15, 17, 20 numaralı sorular sütunun sağına doğru olumsuz olarak değerlendirilmiştir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 154, en düşük puan 22'dir. Yüksek puanlar fonksiyonel durumun yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir (1,62).

3.11.3. Öz Bakım Gücü Ölçeği

Bireyin kendi kendine bakım verme yeteneği ya da öz-bakım gücünü ölçmek için kullanılan ölçek, Kearney ve Fleicher tarafından (1979) İngilizce olarak 43 madde halinde geliştirilmiş, 35 maddelik kısaltılmış Türkçe formdur. Nahcivan tarafından 1993 yılında Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçek bireylerin öz-bakım eylemleriyle ilgilenme

durumlarını kendi değerlendirmeleri üzerine odaklanmıştır. Her bir ifade, 0'dan 4'e kadar puanlanmıştır. Bireylerin öz bakıma karşı yönelimleri 5'li likert-tipi ölçek üzerinde katılımcıların yanıtlaması ile belirlenir. Yanıt seçeneklerinden, “Beni hiç tanımlamıyor” yanıtına 0 puan, diğerlerine sırasıyla “Beni pek tanımlamıyor ” 1 puan, “Fikrim yok ” 2 puan, “Beni biraz tanımlıyor” 3 puan ve “Beni çok tanımlıyor ”yanıtına 4 puan verilir. Türkçeleştirilen ölçekte 8 madde (3, 6, 9, 13, 19, 22, 26. ve 31. maddeler) negatif olarak değerlendirilir ve puanlama ters döndürülür. Ölçekten alınan en yüksek puan 140 en düşük puan ise 35'tir. Ölçekten alınan puanın yüksekliği bireyin öz-bakım ya da kendi kendine bakma yeteneğinin ve gücünün yüksekliğini gösterir. Ölçeğin sınır/kesme değeri yoktur. 1993 yılında ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirliği Nahcivan tarafından yapılan ölçeğin Cronbach's alfa güvenilirlik katsayısı 0,92 olarak bulunmuştur (77). Yaptığımız çalışmada ise ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı **0,84** olarak belirlendi.

3.12. Verilerin Değerlendirilmesi

Sürekli değişkenlerin normal dağılımına uygunluk kontrolünde Shaphiro Wilk testi kullanıldı. Normal dağılıma sahip değişkenlerin 2 bağımsız grup karşılaştırılmasında Student t testi ve 2 bağımlı grup karşılaştırılmasında eşleştirilmiş t testi kullanıldı. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkilerin test edilmesinde ki-kare testi kullanıldı. İstatistiksel analizler için SPSS for Windows version 24,0 paket programı kullanıldı ve $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.13. Süre ve Olanaklar

Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü etik kurulundan 2015 yılı Mayıs ayında gerekli izinler alındı. Araştırmanın verileri toplandıktan sonra araştırma yüksek lisans tezi olarak sunuldu.

4. BULGULAR

Tablo 4.1’de hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Çalışmaya 60 (30 kontrol, 30 deney) kişi dahil edildi. Katılımcıların yaşları 22-82 aralığındaydı ve ortalama yaş $60,25 \pm 11,46$, hastalığın süresi 2-84 ay aralığında ve ortalaması $13,10 \pm 12,03$ ’dır. Hastaların %91,7’si erkek, %93,3’ü evli, %53,3’ü ilkokul, %15’i lise mezunu ve okuryazar olduğu görüldü. Katılımcıların %41,7’si serbest meslek, %53,3’ü ise SGK’lıdır. % 75’inin aylık geliri 1001-1500 lira arasında, %63,3’ünün ilde yaşadığı, %90’ının evde eşiyle, %6,7’ise çocuklarıyla yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

ÖZELLİKLER		Toplam	
		n (60)	%
Cinsiyet	Kadın	5	8,3
	Erkek	55	91,7
Medeni Durumu	Evli	56	93,3
	Bekar	4	6,7
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	7	11,7
	Okur-yazar	9	15,0
	İlkokul	32	53,3
	Lise	9	15,0
	Üniversite	3	5,0
Meslek	Ev hanımı	5	8,3
	Memur	3	5,0
	İşçi	9	15,0
	Emekli	18	30,0
	Serbest	25	41,7
Sosyal Güvencesi	Bağ-kur	14	23,3
	SSK	32	53,3
	Emekli sandığı	6	10,0
	Yeşil kart	5	8,3
	Özel sigorta	3	5,0
Aylık Gelir	0-500 TL	1	1,7
	501-1000 TL	8	13,3
	1001-1500 TL	45	75,0
	1501 TL ve üzeri	6	10,0
Yaşadığı Yer	İl	38	63,3
	İlçe	16	26,7
	Köy	6	10,0
Evde Birlikte Yaşadığı Kişiler	Yalnız	1	1,7
	Eşimle	54	90,0
	Çocuklarımla	4	6,7
	Diğer	1	1,7

Tablo 4.2’de katılımcıların hastalık özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Hastaların %96,7’si hastalığının akciğer kanseri olduğunu bilmekte olup %83,3’ü evre 4’tür. Hastaların %30’u skuamöz hücreli akciğer karsinomu, %28,3’ü akciğer adenokarsinom, %25’i akciğer karsinomu, %15’i ise küçük hücreli akciğer karsinomudur. %68,3’ünün ailesinde kanser tanısı alan birey olmayıp %31,7’sinde ise vardır. Ailesinde kanser tanısı var olan hastaların %11,7’sinin babası, %8,3’ünün kardeşi kanserdir. Hastaların %61,7’sinin metastazı bulunmamakta, metastazı olan hastaların ise %25’inin kemik metastazı, %8,3’ünün beyin metastazı vardır. Hastaların %31,7’sinin solunum sistemi problemi vardır. Araştırmaya katılan hastaların %98,3’üne kemoterapi, %51,7’sine radyoterapi, %25’ine ise cerrahi operasyon uygulandı. %91,7’si hastalığı hakkında eğitim almadığını, %76,7’si hastalıktan dolayı eşinin yardım ettiğini ifade etmiştir. Hastaların %90’ı ise sigarayı içen fakat bırakandır.

Tablo 4.2. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı

ÖZELLİKLER		Toplam	
		n (60)	%
Hastalığı bilme durumu	Evet	58	96,7
	Hayır	2	3,3
Hastalığın tanısı	Akciğer adeno karsinom	17	28,3
	Küçük hücreli akciğer karsinom	9	15,0
	Skumaöz hücreli akciğer karsinom	18	30,0
	Akciğer karsinom	15	25,0
	Maling mezotelyama	1	1,7
Hastalığın evresi	Evre 1	1	1,7
	Evre 2	3	5,0
	Evre 3	6	10,0
	Evre 4	50	83,3
Ailenizde kanser tanısı alan birisi var mı?	Evet	19	31,7
	Hayır	41	68,3
Yanıtınız evet ise	Anne	3	5,0
	Baba	7	11,7
	Kardeş	5	8,3
	Akraba	4	6,7

Tablo 4.2. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı (devamı)

Metastaz olma durumu	Evet	23	38,3
	Hayır	37	61,7
Metastaz olan organ	Kemik metastazı	15	25,0
	Beyin metastazı	5	8,3
	Böbrek üstü metastazı	2	3,3
	Karaciğer metastazı	1	1,7
*Diyabet	Var	8	13,3
	Yok	52	86,7
*Hipertansiyon	Var	11	18,3
	Yok	49	81,7
*Kalp ve damar hastalıkları	Var	16	26,7
	Yok	44	73,3
*Solunum sistemi hastalığı	Var	19	31,7
	Yok	41	68,3
*Gastrointestinal	Var	1	1,7
	Yok	59	98,3
*Kas iskelet sistemi	Var	2	3,3
	Yok	58	96,7
Kemoterapi alma	Evet	59	98,3
Radyoterapi alma	Evet	31	51,7
Cerrahi operasyon	Evet	15	25,0
Hastalık hakkında eğitim alma durumu	Evet	5	8,3
	Hayır	55	91,7
Bakım vericisi	Eşim	46	76,7
	Çocuklarım	11	18,3
	Annem ve kardeşlerim	2	3,3
	Hiç kimse	1	1,7
Sigara kullanma	Hiç içmeyen	6	10,0
	İçen fakat bırakan	54	90,0

*Yanıtlar birden fazladır.

Tablo 4.3’de deney ve kontrol gruplarının sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılmasında verilmiştir. Deney grubunun yaş ortalaması $60,96 \pm 9,41$, kontrol grubunun $59,53 \pm 13,30$ ’dur. Deney grubu hastalarının ortalama hastalık süresi $13,43 \pm 7,65$, kontrol grubunun $12,77 \pm 15,35$ ay olarak bulundu. Deney grubundaki hastaların %93,3’ü, kontrol grubundaki hastaların %90’ı erkek, deney grubundaki hastaların %93,3’ü, kontrol grubundaki hastaların %93’ü evli, deney grubundaki hastaların %60,0’ı, kontrol grubundaki hastaların %46,7’si ilkokul mezunu deney grubundaki

hastaların %40,0'ı, kontrol grubundaki hastaların %43,3'ü serbest meslek sahibidir. Deney grubundaki hastaların %56,7'si, kontrol grubundaki hastaların %50'si SGK' lı, deney grubundaki hastaların %76,7'sinin, kontrol grubundaki hastaların %73,3'ünün aylık geliri 1001-1500 TL arasında ve deney grubundaki hastaların %60'ı, kontrol grubundaki hastaların %66,7'si ilde yaşamaktadır. Deney grubundaki hastaların %93,3'ü, kontrol grubundaki hastaların %86,7'si eşile birlikte yaşamaktadır. Deney ve kontrol grubundaki hastaların yaş, hastalık süresi, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, sosyal güvenlik kuruluşu, aylık geliri, yaşadığı yer, yaşanan kişi açısından bakıldığında kontrol ve deney grupları arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 4.3. Grupların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

ÖZELLİKLER		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Ki kare	P
		n =30	%	n=30	%		
Cinsiyet	Kadın	2	6,7	3	10,0	0,218	0,640
	Erkek	28	93,3	27	90,0		
Medeni Durum	Evli	28	93,3	28	93,3	0,001	1,000
	Bekar	2	6,7	2	6,7		
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	2	6,7	5	16,7	0,411	0,390
	Okur-yazar	3	10,0	6	20,0		
	İlkokul	18	60,0	14	46,7		
	Lise	6	20,0	3	10,0		
	Üniversite	1	3,3	2	6,7		
Meslek	Ev hanımı	2	6,7	3	10,0	0,907	0,924
	Memur	2	6,7	1	3,3		
	İşçi	4	13,3	5	16,7		
	Emekli	10	33,3	8	26,7		
	Serbest meslek	12	40,0	13	43,3		
Sosyal Güvencesi	Bağ-kur	7	23,3	7	23,3	3,992	0,407
	SSK	17	56,7	15	50,0		
	Emekli sandığı	4	13,3	2	6,7		
	Yeşilkart	2	6,7	3	10,0		
	Özel sigorta	0	0,0	3	10,0		
Aylık gelir	0-500 TL	1	3,3	0	0,0	1,522	0,677
	501-1000 TL	3	10,0	5	16,7		
	1001-1500 TL	23	76,7	22	73,3		
	1501 TL ve üzeri	3	10,0	3	10,0		
Yaşadığı yer	İl	18	60,0	20	66,7	0,355	0,837
	İlçe	9	30,0	7	23,3		
	Köy	3	10,0	3	10,0		
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	1	3,3	0	0,0	3,074	0,380
	Eşimle	28	93,3	26	86,7		
	Çocuklarıyla	1	3,3	3	10,0		
	Diğer	0	0,0	1	3,3		

Tablo 4.4’de grupların hastalık özelliklerinin karşılaştırılması verilmiştir. Deney grubundaki hastaların %96,7’si, kontrol grubundaki hastaların ise %96,7’si hastalığını bilmektedir. Deney grubundaki hastaların %26,7’si akciğer adenokarsinom, %30’u skuamoz hücreli akciğer karsinom, %30’u akciğer karsinom, %10’u küçük hücreli akciğer karsinomdur. Kontrol grubundaki hastaların %30’u akciğer adenokarsinom, %30’u skuamoz hücreli akciğer karsinom, %20’si akciğer karsinom, %20’si küçük hücreli akciğer karsinomdur. Deney grubundaki hastaların %76,7’si evre4, kontrol grubundaki hastaların ise %90’nı evre 4’tür. Deney grubundaki hastaların %63,3’ünün, kontrol grubundaki hastaların ise %73,3’ünün ailesinde kanser tanılı birisi bulunmamaktadır. Deney grubundaki hastaların %13,3’ünün, kontrol grubundaki hastaların ise %10’unun babasında kanser bulunmuştur. Deney grubundaki hastaların %73,3’ünün, kontrol grubundaki hastaların ise %50’sinde metastaz yoktur. Deney grubundaki hastaların %20’sinde, kontrol grubundaki hastaların ise %30’ununda kemik metastazı vardır. Deney grubundaki hastaların %76,7’sinde diyabet, %80’inde hipertansiyon, %70’inde kalp ve damar hastalıkları, %66,7’sinde solunum sistemi hastalıkları, %96,7’sinde gastrointestinal, %93,3’ünde kas iskelet problemi bulunmamaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %96,7’sinde diyabet, %83,3’ünde hipertansiyon, %76,7’sinde kalp ve damar hastalıkları, %70’inde solunum sistemi hastalıkları, %100’ünde gastrointestinal, %100’ünde kas iskelet problemi bulunmamaktadır. Deney grubundaki hastaların %96,7’sine kemoterapi, %40’ına radyoterapi, %20’sine cerrahi tedavi yapılmıştır. Kontrol grubundaki hastaların ise %100’ü kemoterapi, %63,3’ü radyoterapi, %30’una cerrahi tedavi yapılmıştır. Deney grubundaki hastaların %90’ı, kontrol grubundaki hastaların ise %93,3’ü hastalığı konusunda hiç eğitim almadıklarını ifade etmişlerdir. Deney grubundaki hastaların %73,3’üne, kontrol grubundaki hastaların ise %80’ine eşleri tarafından bakılmaktadır. Deney grubundaki hastaların %93,3’ü, kontrol grubundaki hastaların ise %86,7’si sigara içen fakat bırakandır. Deney ve kontrol grupları arasında hastaların diyabet olma durumuna bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Deney ve kontrol grubunda hastaların metastaz bulunma, metastaz yaptığı bölge, hipertansiyon bulunma, kalp damar hastalıkları, solunum sistemi, gastrointestinal problemi, kas iskelet problemi, kemoterapi, radyoterapi, cerrahi operasyon, hastalık konusunda eğitim alma, hastalığından dolayı yardım eden kişi ve sigara kullanma açısından bakıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 4.4. Grupların Hastalık Özelliklerinin Karşılaştırılması

ÖZELLİKLER		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Ki kare	p
		n =30	%	n=30	%		
Hastalığı bilme durumu	Evet	29	96,7	29	96,7	0,000	1,000
	Hayır	1	3,3	1	3,3		
Hastalığın tanısı	Akciğer adenom karsinom	8	26,7	9	30,0	2,659	0,616
	Küçük hücreli akciğer karsinom	3	10,0	6	20,0		
	Skuamöz hücreli akciğer karsinom	9	30,0	9	30,0		
	Akciğer karsinom	9	30,0	6	20,0		
	Maling mezotelyoma	1	3,3	0	0,0		
Hastalığın evresi	Evre1	1	3,3	0	0,0	2,320	0,509
	Evre2	2	6,7	1	3,3		
	Evre3	4	13,3	2	6,7		
	Evre4	23	76,7	27	90,0		
Ailenizde kanser öyküsü	Evet	11	36,7	8	26,7	0,693	0,405
	Hayır	19	63,3	22	73,3		
Yanıtınız evet ise	Anne	2	6,7	1	3,3	0,896	0,925
	Baba	4	13,3	3	10,0		
	Kardeş	3	10,0	2	6,7		
	Akraba	2	6,7	2	6,7		
Metastaz varlığı	Var	8	26,7	15	50,0	3,455	0,063
	Yok	22	73,3	15	50,0		
Metastazın olduğu organ	Kemik metastazı	6	20,0	9	30,0	4,724	0,317
	Beyin metastazı	1	3,3	4	13,3		
	Karaciğer metastazı	0	0,0	1	3,3		
	Böbrek üstü bezi metastazı	1	3,3	1	3,3		
Kronik hastalık varlığı							
Diyabet	Var	7	23,3	1	3,3	5,192	0,023
	Yok	23	76,7	29	96,7		
Hipertansiyon	Var	6	20,0	5	16,7	0,111	0,739
	Yok	24	80,0	25	83,3		
Kalp ve damar hastalıkları	Var	9	30,0	7	23,3	0,341	0,559
	Yok	21	70,0	23	76,7		
Solunum sistemi hastalıkları	Var	10	33,3	9	30,0	0,077	0,781
	Yok	20	66,7	21	70,0		

Tablo 4.4. Grupların Hastalık Özelliklerinin Karşılaştırılması (devamı)

Gastrointestinal	Var	1	3,3	0	0,0	1,017	0,313
	Yok	29	96,7	30	100,0		
Kas iskelet sistemi	Var	2	6,7	0	0,0	2,069	0,150
	yok	28	93,3	30	100		
Kemoterapi	Evet	29	96,7	30	100,0	1,017	0,313
Radyoterapi	Evet	12	40,0	19	63,3	3,270	0,071
Cerrahi tedavi	Evet	6	20,0	9	30,0	0,800	0,371
Hastalık ile ilgili eğitim alma	Hayır	27	90,0	28	93,3	0,218	0,640
Bakım vericisi	Eşim	22	73,3	24	80,0	3,905	0,272
	Çocuklarım	7	23,3	4	13,3		
	Annem ve kardeşlerim	0	0,0	2	6,7		
	Hiç kimse	1	3,3	0	0,0		
Sigara kullanma durumu	Hiç içmeyen	2	6,7	4	13,3	0,741	0,389
	İçen fakat bırakan	28	93,3	26	86,7		

Tablo 4.5’de hastaların öz bakım gücü ölçeği değerlendirildiğinde öz bakım gücü ölçeği ortalaması $81,28 \pm 14,81$ olarak bulundu. Öz bakım gücü ölçeğinin cronbach’s alfa katsayısı 0,84 belirlendi.

Tablo 4.5. Hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeğinin Değerlendirilmesi

	n	Min	Max	Ortalama	Standart Sapma	Cronbach alfa
Öz Bakım Gücü Ölçeği	60	41	108	81,28	14,81	0,842

Tablo 4.6’da hastaların fonksiyonel yaşam ölçeği ve alt ölçekleri değerlendirildiğinde hastaların fonksiyonel yaşam ölçeği ortalaması $88,90 \pm 15,54$ cronbach’s alfa katsayısı 0,87 olarak bulundu. Alt ölçeklerinden fiziksel fonksiyonlar ortalaması $32,17 \pm 7,07$ cronbach’s alfa katsayısı 0,81 olarak bulundu. Psikolojik fonksiyonlar alt ölçeğinin

ortalaması $24,65 \pm 5,72$ cronbach's alfa katsayısı 0,75 olarak bulundu. Genel iyilik hali alt ölçeğinin ortalaması $12,47 \pm 2,87$ cronbach's alfa katsayısı 0,40 olarak bulundu. Sosyal fonksiyonlar ortalaması $12,12 \pm 2,22$ cronbach's alfa katsayısı 0,66 olarak bulundu. Gastrointestinal semptomlar ortalaması $7,50 \pm 2,89$ cronbach's alfa katsayısı 0,78 olarak bulundu.

Tablo 4.6. Hastaların Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Değerlendirilmesi

	n	Min	Max	Ortalama	Standart Sapma	Cronbach alfa
Fonksiyonel Yaşam ölçeği	60	55	136	88,90	15,54	0,874
Fiziksel Fonksiyon	60	19	54	32,17	7,07	0,810
Psikolojik fonksiyonlar	60	10	37	24,65	5,72	0,750
Genel iyilik hali	60	5	19	12,47	2,87	0,405
Sosyal fonksiyonlar	60	5	14	12,12	2,22	0,667
Gastrointestinal semptomlar	60	2	13	7,50	2,89	0,789

Tablo 4.7’de Öz bakım gücü ölçeği gruplar arasında ve içinde karşılaştırıldığında deney grubunda öz bakım gücü ölçeği ön test puan ortalaması $82,6 \pm 17,87$ son test puan ortalaması $94,13 \pm 16,47$ gruplar içinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Kontrol grubunda öz bakım gücü ölçeği ön test puan ortalaması $79,97 \pm 11,12$ son test puan ortalaması $77,00 \pm 10,93$ gruplar içinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Deney grubunda öz bakım gücü ölçeği ön test puan ortalaması $82,6 \pm 17,87$ olup kontrol grubunda öz bakım gücü ölçeği ön test puan ortalaması $79,97 \pm 11,12$ gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Deney grubunda öz bakım gücü ölçeği son test puan ortalaması $94,13 \pm 16,47$ olup kontrol

grubunda öz bakım gücü ölçeği son test puan ortalaması $77,00 \pm 10,93$ gruplar arasında anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$).

Tablo 4.7. Öz Bakım Gücü Ölçeğinin Gruplar Arasında ve İçinde Karşılaştırılması

Değişkenler		Deney (n=30)	Kontrol (n=30)	P gruplar arası
Öz bakım toplam skoru	Önce	$82,6 \pm 17,87$	$79,97 \pm 11,12$	0,496
	Sonra	$94,13 \pm 16,47$	$77,00 \pm 10,93$	0,001*
P gruplar içi		0,001*	0,001*	

Tablo 4.8’de fonksiyonel yaşam ölçeği gruplar arasında ve içinde karşılaştırıldığında deney grubunda fonksiyonel yaşam ölçeği ön test puan ortalaması $91,87 \pm 10,66$ son test puan ortalaması $93,23 \pm 11,71$ gruplar içinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Kontrol grubunda fonksiyonel yaşam ölçeği ön test puan ortalaması $85,93 \pm 18,97$ son test puan ortalaması $85,6 \pm 15,76$ gruplar içinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Deney grubunda fonksiyonel yaşam ölçeği ön test puan ortalaması $91,87 \pm 10,66$ olup kontrol grubunda fonksiyonel yaşam ölçeği ön test puan ortalaması $85,93 \pm 18,97$ gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Deney grubunda fonksiyonel yaşam ölçeği son test puan ortalaması $93,23 \pm 11,71$ olup kontrol grubunda fonksiyonel yaşam ölçeği son test puan ortalaması $85,6 \pm 15,76$ gruplar arasında anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$).

Fonksiyonel yaşam ölçeğinin alt ölçeklerinden fiziksel fonksiyonlar karşılaştırıldığında deney grubunda fiziksel fonksiyonlar ölçeği ön test puan ortalaması $34,07 \pm 4,87$ son test puan ortalaması $34,47 \pm 4,52$ gruplar içinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Kontrol grubunda fiziksel fonksiyonlar ölçeği ön test puan ortalaması $30,27 \pm 8,41$ son test puan ortalaması $31,4 \pm 7,7$ gruplar içinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Deney grubunda fiziksel fonksiyonlar ölçeği ön test puan ortalaması $34,07 \pm 4,87$ olup kontrol grubunda fiziksel fonksiyonlar ölçeği ön test puan ortalaması $30,27 \pm 8,41$ gruplar arasında anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Deney grubunda fiziksel fonksiyonlar ölçeği son test puan ortalaması $34,47 \pm 4,52$ olup kontrol grubunda fiziksel fonksiyonlar ölçeği son test puan ortalaması $31,4 \pm 7,7$ gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Psikolojik fonksiyonlar karşılaştırıldığında deney grubunda psikolojik fonksiyonlar ölçeği ön test puan ortalaması $25,97 \pm 4,03$ son test puan ortalaması $27,63 \pm 3,59$ gruplar içinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Kontrol grubunda psikolojik fonksiyonlar ölçeği ön test puan ortalaması $23,33 \pm 6,84$ son test puan ortalaması $22,33 \pm 5,51$ gruplar içinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Deney grubunda psikolojik fonksiyonlar ölçeği ön test puan ortalaması $25,97 \pm 4,03$ olup kontrol grubunda psikolojik fonksiyonlar ölçeği ön test puan ortalaması $23,33 \pm 6,84$ gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Deney grubunda psikolojik fonksiyonlar ölçeği son test puan ortalaması $27,63 \pm 3,59$ olup kontrol grubunda psikolojik fonksiyonlar ölçeği son test puan ortalaması $22,33 \pm 5,51$ gruplar arasında anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$).

Genel iyilik hali karşılaştırıldığında deney grubunda genel iyilik hali ölçeği ön test puan ortalaması $12,53 \pm 2,6$ son test puan ortalaması $12,53 \pm 2,74$ gruplar içinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Kontrol grubunda genel iyilik hali ölçeği ön test puan ortalaması $12,4 \pm 3,18$ son test puan ortalaması $12,2 \pm 2,91$ gruplar içinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Deney grubunda genel iyilik hali ölçeği ön test puan ortalaması $12,53 \pm 2,6$ olup kontrol grubunda genel iyilik hali ölçeği ön test puan ortalaması $12,4 \pm 3,18$ gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Deney grubunda genel iyilik hali ölçeği son test puan ortalaması $12,53 \pm 2,74$ olup kontrol grubunda genel iyilik hali ölçeği son test puan ortalaması $12,2 \pm 2,91$ gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Sosyal fonksiyonlar karşılaştırıldığında deney grubunda sosyal fonksiyonlar ölçeği ön test puan ortalaması $11,83 \pm 2,35$ son test puan ortalaması $12,03 \pm 2,94$ gruplar içinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Kontrol grubunda sosyal fonksiyonlar ölçeği ön test puan ortalaması $12,4 \pm 2,09$ son test puan ortalaması $11,93 \pm 2,08$ gruplar içinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Deney grubunda sosyal fonksiyonlar ölçeği ön test puan ortalaması $11,83 \pm 2,35$ olup kontrol grubunda sosyal fonksiyonlar ölçeği ön test puan ortalaması $12,4 \pm 2,09$ gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Deney grubunda sosyal fonksiyonlar ölçeği son test puan ortalaması $12,03 \pm 2,94$ olup kontrol grubunda sosyal fonksiyonlar ölçeği son test puan ortalaması $11,93 \pm 2,08$ gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Gastrointestinal semptomlar karşılaştırıldığında deney grubunda gastrointestinal semptomlar ölçeği ön test puan ortalaması $7,47 \pm 2,29$ son test puan ortalaması $6,57 \pm 2,79$ gruplar içinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p < 0,05$). Kontrol grubunda gastrointestinal semptomlar ölçeği ön test puan ortalaması $7,53 \pm 3,43$ son test puan ortalaması $7,73 \pm 3,11$ gruplar içinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p > 0,05$). Deney grubunda gastrointestinal semptomlar ölçeği ön test puan ortalaması $7,47 \pm 2,29$ olup kontrol grubunda genel iyilik hali ölçeği ön test puan ortalaması $7,53 \pm 3,43$ gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p > 0,05$). Deney grubunda gastrointestinal semptomlar ölçeği son test puan ortalaması $6,57 \pm 2,79$ olup kontrol grubunda gastrointestinal semptomlar ölçeği son test puan ortalaması $7,73 \pm 3,11$ gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p > 0,05$).

Tablo 4.8. Fonksiyonel Yaşam Ölçeğinin Gruplar Arasında ve İçinde Karşılaştırılması

Ölçekler		Deney (n=30)	Kontrol (n=30)	P _{gruplar arası}
Fonksiyonel yaşam ölçeği toplam	Önce	91,87 $\pm$ 10,66	85,93 $\pm$ 18,97	0,141
	Sonra	93,23 $\pm$ 11,71	85,6 $\pm$ 15,76	0,038*
	P _{gruplar içi}	0,408	0,709	
Fiziksel fonksiyon	Önce	34,07 $\pm$ 4,87	30,27 $\pm$ 8,41	0,036*
	Sonra	34,47 $\pm$ 4,52	31,4 $\pm$ 7,7	0,065
	P _{gruplar içi}	0,638	0,021*	
Psikolojik fonksiyon	Önce	25,97 $\pm$ 4,03	23,33 $\pm$ 6,84	0,074
	Sonra	27,63 $\pm$ 3,59	22,33 $\pm$ 5,51	0,001*
	P _{gruplar içi}	0,010*	0,010*	
Genel İyilik	Önce	12,53 $\pm$ 2,6	12,4 $\pm$ 3,18	0,859
	Sonra	12,53 $\pm$ 2,74	12,2 $\pm$ 2,91	0,649
	P _{gruplar içi}	1,000	0,405	
Sosyal fonksiyonlar	Önce	11,83 $\pm$ 2,35	12,4 $\pm$ 2,09	0,328
	Sonra	12,03 $\pm$ 2,94	11,93 $\pm$ 2,08	0,880
	P _{gruplar içi}	0,647	0,008*	
Gastrointestinal Semptomlar	Önce	7,47 $\pm$ 2,29	7,53 $\pm$ 3,43	0,930
	Sonra	6,57 $\pm$ 2,79	7,73 $\pm$ 3,11	0,131
	P _{gruplar içi}	0,005*	0,351	

5. TARTIŞMA

5.1. Hastaların Sosyo Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Türkiye Kanser İstatistikleri Kurumunun 2013 verilerine göre akciğer kanserinin 50 yaş üstü ve erkeklerde daha sık görüldüğü belirtilmiştir (30). Çalışmamızda hastaların 22-82 yaşlarında ve ortalama yaş $60,25 \pm 11,46$ olup %91,7' si erkektir. Düzen'in (2016) küçük hücre dışı akciğer kanseri nedeniyle ameliyat olan ve adjuvan kemoterapi alan hastaların yaşam kaliteleri ve sosyal destek düzeylerinin belirlendiği çalışmada, hastaların % 90'ının erkek, %85,7'sinin 50 yaş üstü olduğu (11); Gülgün'ün (2014) akciğer kanserli bireylerde yaşam kalitesi üzerine yaptığı çalışmada, hastaların yaş ortalamasının 59,97 olduğu (2); Öztuna ve arkadaşlarının (2003) akciğer kanserini hangi evrede yakalıyor ve tedavi edilmesi ile ilgili yapılan çalışmada, %96'sı erkek, ortalama yaşının ise 61,3 olduğu belirlenmiştir (55). Aynı şekilde Yücel'in (2010) akciğer kanserli hastalarda öz bakım gücü ile ilgili yaptığı çalışmada hastaların yaş ortalaması 58,0 olup %81,5'inin erkek olduğu (20); Er'in (2015) akciğer kanseri tanısı alan hastalarla yaptığı çalışmada ise hastaların %85'inin erkek olduğu saptandı (17).

Çalışmaya alınan hastaların hastalık süreleri 2-84 ay aralığında ve ortalaması $13,10 \pm 12,03$ dır. Yücel'in (2010) çalışmasında da hastaların hastalık süresi 12 aydır (17). Çalışmamızda hastaların %63,3'ünün ilde yaşadığı ve %90'ı ise eşiyile birlikte yaşamaktadır. Bektaş ve Akdemir'in (2006) kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarını değerlendirdikleri çalışmada ise %65'i ilde, hastaların %92,5'i bakımı ile ilgilenen yakınları olduğu, %86,8'sının eş ve çocukları ile birlikte yaşadıkları tespit edildi (1).

5.2. Hastaların Hastalık Özelliklerinin Karşılaştırılması

Türkiye Kanser İstatistikleri kurumunun 2013 verilerine göre küçük hücre dışı akciğer kanseri %80,3 tür (30) . Çalışmamızda akciğer kanserli hastaların %96,7'si hastalığının akciğer kanseri olduğunu bilmekte olup %83,3'ü 4. Evrede, %85'i küçük hücre dışı akciğer kanseridir. Yaranoğlu'nun yaptığı çalışmada hastaların %83,3'ü hastalığını bilmektedir (16). Altıparmak ve arkadaşlarının (2011) kemoterapi tedavisi alan akciğer

kanserli hastalarda öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ile ilgili yaptığı çalışmada hastaların %66,7'si küçük hücre dışı akciğer kanseri olduğu (14), Er'in yaptığı çalışmada %68,3'ü 4. Evredir, %75'i küçük hücre dışı akciğer kanseridir (17). Aynı şekilde Öztuna ve arkadaşlarının (2003) tedavi öncesi %84,9 küçük hücre dışı akciğer kanseri olduğu belirlendi (78).

Çalışmadaki hastaların %68,3'ünün ailesinde kanser tanısı alan birey yoktur. Gülgün'un (2014) yaptığı çalışmada hastaların %78'nin ailesinde akciğer kanserinin olmadığı (2), çalışmadaki hastaların %38,3'ünün metastazının olmadığı, Yaranoglu'nun yaptığı çalışmada %41,7'sinde metastaz olmadığı görülmüştür (16). Çalışmaya katılan hastaların %98,3'i kemoterapi tedavisi almış olup, Yücel'in yaptığı çalışmada ise %66,7'si kemoterapi tedavisi almıştır (20). Çalışmaya katılan hastaların %90'ı sigarayı içen fakat bırakandır. Düzen'in (2016) yaptığı çalışmada ise %90,7'si sigara kullanmaktadır (11).

Yapılan çalışmalara bakıldığında hastaların hastalık özelliklerine ilişkin verileri karşılaştırdığımızda hastaların küçük hücre dışı akciğer kanseri, sigara kullanma, metastaz olma açısından paralellik gösterdiği; ailesinde kanser olma, hastalığını bilme, kemoterapi ve evresinin paralellik göstermediği görüldü.

5.3 Hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeğinin Karşılaştırılması

Çalışmada hastaların öz bakım gücü ölçeğinden alınan en düşük puan 41, en yüksek puan 108 olup öz bakım gücü ölçeği puan ortalaması $81,28 \pm 14,81$ olarak bulundu. Öz bakım gücü ölçeğinin cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,84 belirlendi.

Deney grubunda eğitim öncesi ÖBGÖ puan ortalaması $82,6 \pm 17,87$ olup solunum gevşeme egzersizi eğitimi verildikten sonra $94,13 \pm 16,4$ olduğu, kontrol grubunda ÖBGÖ ön test puan ortalaması $79,97 \pm 11,22$ olup son test ise $77,00 \pm 10,93$ olarak belirlendi. Deney grubunun eğitim sonrası öz bakım gücü puan ortalamasının yükseldiği, kontrol grubunun ise puan ortalamasının düştüğü görüldü.

Literatürde akciğer kanserli hastaların öz bakım gücünün değerlendirildiği çalışma yeterli sayıda yapılmamıştır. Yücel'in (2010) akciğer kanserli hastaların öz bakım

gücünü belirlediği çalışmada ölçekten alınan en düşük puan 55, en yüksek puan 131 olup öz bakım gücü puan ortalamasının ise $84,56 \pm 15,63$ olduğu (20), Altıparmak ve arkadaşlarının (2011) kemoterapi alan akciğer kanserli hastalarda öz bakım gücü ile yaptıkları çalışmada öz bakım gücü puan ortalaması $117,36 \pm 13,06$ olarak bulundu (14). Üstündağ ve Zengin'in (2008) baş boyun kanseri nedeni ile cerrahi girişim geçiren hastalarda öz bakım gücünün belirlenmesi için yapılan çalışmada en düşük 54, en yüksek puan 134 olup puan ortalaması $97,40 \pm 17,4$ olarak bulundu (79). Çalışmamızda öz bakım gücü puan ortalamasının Yücel'in yaptığı çalışma ile paralellik gösterdiği diğer çalışmaların öz bakım gücü puan ortalamasının daha yüksek olduğu görüldü.

Nahcivan'ın (1993) sağlıklı gençler için öz bakım gücü ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliğinin yapıldığı çalışmada ölçeğin ortalamasını $98,25 \pm 19,28$, cronbach alfasını ise 0,92 olarak bulmuştur (65,76). Nahcivan'ın çalışmasında ölçekten alınan puanın bizim çalışmamızdan yüksek olması çalışmanın sağlıklı gençlerle yapılmasından kaynaklanıyor olabilir.

Gül ve arkadaşlarının (2010) böbrek nakli yapılan hastalarda öz-bakım gücünü belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada ÖBGÖ puan ortalamasının $108,9 \pm 20,1$ olduğu (80), Bakoğlu ve Yetkin'in (2000) hipertansiyonlu hastaların öz bakım gücünü değerlendirdikleri çalışmada $98,9 \pm 20,1$ olarak bulunmuştur. (71). Aynı şekilde İlhan'ın (2011) hemodiyaliz hastalarının öz bakım gücünü etkileyen faktörleri incelediği çalışmada ÖBGÖ puan ortalaması $96,72 \pm 16,11$ olup cronbach alfası 0,81 olarak bulunmuştur (67). Şahan'ın (2010) Kronik böbrek yetmezliği tanısı ile ilgili yapılan çalışmada ÖBGÖ puan ortalaması $89,84 \pm 10,05$ olup cronbach alfası 0.65 olarak bulunmuştur (69). Böbrek nakli, hipertansiyonlu, hemodiyaliz hastalarının öz bakım gücü puan ortalamasının çalışmamızdaki akciğer kanserli hastalardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

Altay ve Avcı'nın (2009) huzurevinde yaşayan yaşlılarda öz bakım gücü ile ilgili yapılan çalışmada ÖBGÖ puan ortalaması $86,40 \pm 18,80$ olarak bulunmuştur (81). Yapılan çalışma ile bizim çalışmamızın paralellik gösterdiği görüldü.

Durmaz' ın (2013) adölesan gebelerde öz bakım eğitiminin öz bakıma etkisi için yaptığı çalışmada eğitim öncesi öz bakım gücü puan ortalaması $83,26 \pm 19,40$ olup eğitim sonrası puan ortalaması $96,15 \pm 15,3$ olarak bulunmuştur. Cronbach alfa ise 0,84 olarak belirlenmiştir (82). Durmaz'ın yaptığı çalışmada eğitim verilen grubun öz bakım gücünün arttığı aynı şekilde bizim çalışmamızda da eğitimin öz bakımı gücünü arttırdığı cronbach alfa değerlerinin aynı olduğu görüldü.

5.4. Hastaların Fonksiyonel Yaşam Ölçeğinin Karşılaştırılması

Akciğer kanseri tanısı alan hastaların fonksiyonel yaşamının değerlendirildiği çalışmamızda hastaların fonksiyonel yaşam ölçeğinden alınabilecek en düşük 55, en yüksek puan 136 olup ortalaması $88,90 \pm 15,54$ olarak bulundu. Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,87 olarak belirlendi. Fonksiyonel yaşam ölçeğinin alt ölçek puanları sırasıyla fiziksel fonksiyonlar $32,17 \pm 7,07$, psikolojik fonksiyonlar $24,65 \pm 5,72$, genel iyilik hali $12,47 \pm 2,87$, sosyal fonksiyonlar $12,12 \pm 2,22$, gastrointestinal semptom $7,50 \pm 2,89$ olarak belirlendi.

Bektaş ve Akdemir'in (2006) kanserli hastaların fonksiyonel durumlarını belirledikleri çalışmada FYÖ puan ortalaması $102,2 \pm 20,3$ olduğu, akciğer kanseri olan hastaların FYÖ puan ortalaması $108,80 \pm 21,4$ olup cronbach alfası 0,89 olarak bulunmuştur. Alt ölçeklerinden alınan puanlar sırasıyla fiziksel fonksiyonlar $40,80 \pm 10,3$, psikolojik fonksiyon $29,30 \pm 8,30$, genel iyilik hali $12,5 \pm 4,38$, sosyal fonksiyonlar $9,70 \pm 3,42$, gastrointestinal semptomları $9,90 \pm 4,80$ olduğu (1), Karaman'ın (2013) kanserli hastalarda algılanan sosyal desteğin fonksiyonel duruma etkisi için yaptığı çalışmada akciğer kanserli hastaların FYÖ puan ortalaması $94,00 \pm 28,53$ olup cronbach alfası 0,86 olarak bulunmuştur. Alt ölçeklerinden alınan puanlar sırasıyla fiziksel fonksiyonlar $32,0 \pm 13,40$, psikolojik fonksiyon $27,0 \pm 9,8$, genel iyilik hali $14,10 \pm 4,76$, sosyal fonksiyonlar $12,9 \pm 2,14$, gastrointestinal semptomları $8,04 \pm 4,3$ olarak bulunmuştur (62). Aynı şekilde Dedeli ve arkadaşlarının (2008) kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarını inceledikleri çalışmada FYÖ toplam puan ortalamasının $92,3 \pm 7,2$ olduğu, alt ölçeklerinden alınan puanlar sırasıyla fiziksel fonksiyonlar $38,0 \pm 7,0$, psikolojik fonksiyon $24,3 \pm 4,4$, genel iyilik hali $13,30 \pm 3,20$ sosyal fonksiyonlar $11,0 \pm 2,0$, gastrointestinal semptomları $5,5 \pm 3,0$ olarak bulunmuştur (83). Yaranoğlu'nun (2012) kemoterapi alan akciğer kanserli hastalarda yorgunluk ve uyku kalitesinin

fonksiyonel durum üzerine etkisini belirlemek için yaptığı çalışmada FYÖ puan ortalaması $103,31 \pm 21,8$ olup cronbach alfası 0,90 olarak bulunmuştur. Alt ölçeklerinden alınan puanlar sırasıyla fiziksel fonksiyonlar $38,9 \pm 9,4$, psikolojik fonksiyon $29,9 \pm 6,1$, genel iyilik hali $14,3 \pm 4,5$ sosyal fonksiyonlar $10,7 \pm 3,3$, gastrointestinal semptomları $8,51 \pm 3,2$ olarak bulunmuştur (16). Yapılan çalışmalara bakıldığında cronbach alfa sayılarının birbirine yakın olduğu, akciğer kanserli hastaların fonksiyonel yaşam ölçeği puan ortalamalarının düşük olduğu; bizim çalışmamızda da puan ortalamasının düşük olduğu görüldü.

Deney grubunda eğitim öncesi fonksiyonel yaşam ölçeği ön test puan ortalaması $91,87 \pm 10,66$ olup solunum gevşeme egzersizi eğitimi verildikten sonra son testin $93,23 \pm 11,71$ olduğu, alt ölçeklerinden psikolojik fonksiyon puan ortalaması $25,97 \pm 4,03$, son test puan $27,6 \pm 3,59$ olarak belirlendi. Eğitim sonrası deney grubunun fonksiyonel yaşam ölçeği ve alt ölçeklerinden psikolojik fonksiyon puan ortalamasının yükseldiği görüldü.

Kontrol grubunun fonksiyonel yaşam ölçeği ön test puan ortalaması $85,93 \pm 18,97$ olup son testin $85,6 \pm 15,76$ olduğu, alt ölçeklerinden psikolojik puan ortalaması $23,33 \pm 6,84$, son test puan $22,33 \pm 5,51$ olarak belirlendi. Eğitim verilmeyen kontrol grubunun fonksiyonel yaşam ölçeği ve alt ölçeklerinden psikolojik fonksiyon puan ortalamasının azaldığı görüldü.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmamızda cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, meslek, sosyal güvenlik kuruluşu, gelir düzeyi, yaşadığı il, evde yaşadığı kişi, hastalığını bilme durumu, hastalığın tanısı, hastalığın evresi, metastaz, başka kronik hastalık olma durumu (diabet hariç $p<0,05$), sigara kullanma durumu dağılımına baktığımızda kontrol ve deney grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı ($p>0.05$).

- Kemoterapi alan akciğer kanserli hastaların öz bakım gücü ölçeği puan ortalamasının $81,28 \pm 14,81$ düşük olduğu;
- Solunum gevşeme egzersizi eğitimi verilen deney grubunun öz bakım gücü ölçeği puan ortalamasının $82,6 \pm 17,87$ 'den, $94,13 \pm 16,47$ ' ye yükseldiği,
- Kemoterapi alan akciğer kanserli hastaların fonksiyonel yaşam ölçeği puan ortalamasının $88,90 \pm 15,54$ düşük olduğu Solunum gevşeme egzersizi eğitimi verilen deney grubunun fonksiyonel yaşam ölçeği puan ortalamasının $91,87 \pm 10,66$ 'den, $93,23 \pm 11,71$ 'e yükseldiği görüldü.

Bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler getirilebilir;

- Kemoterapi tedavisi alan hastalarda kemoterapi semptomlarına yönelik uygun baş etme yöntemlerini ve solunum egzersizleri öğretilerek kişide öz bakım davranışlarının gelişmesi sağlanmalıdır.
- Kemoterapi alan akciğer kanserli hastalarda gelişebilecek semptomlara yönelik öz bakımlarını sürdürememe durumlarında sağlık ekibi üyelerinden, diğer kişilerden destek almaları gerektiği hatırlatılmalıdır.
- Kemoterapi alan akciğer kanserli hastalar fonksiyonel yaşam yönünden desteklenmelidir.

- Kemoterapi alan akciğer kanserli fonksiyonel ve öz bakımın yükseltilmesi için hastaların hastalık ve tedavi hakkında bilgi verilmeli ve düzenli eğitimler planlanmalıdır.
- Çalışmanın daha fazla popülasyonda ve farklı kanser türlerinde yapılması sağlanmalıdır.
- Ülkemizde akciğer kanserli hastalar için öz bakım gücü ve fonksiyonel yaşam üzerine yapılan çalışmalar az olduğundan bu konuda çalışmalar yapılmalıdır.
- Akciğer kanserli hastalara ve yakınlarına eğitim verilerek fonksiyonel yaşamı ve öz bakım gücünün yükseltilmesi sağlanmalıdır.
- Hemşireler akciğer kanserli hastalarda solunum gevşeme egzersizini destekleyici terapatik yöntem olarak uygulayabilirler.

7. KAYNAKLAR

1. Bektaş HA. Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durumlarının Değerlendirilmesi.2005, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 155 sayfa, Ankara,(Prof. Dr. Nuran Akdemir).
2. Gülgün CPD. Akciğer Kanserli Bireylerde Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavi Kullanımı Ve Yaşam Kalitesi. 2014, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 71 sayfa, İstanbul,(Doç.Dr. Hatice Kaya).
3. Alar T,Şahin EM. Akciğer Kanseri: Birinci Basamakta Tanı, Tedavi Ve Korunma. Smyrna Tıp Dergisi 2012; s.68-74.
4. Berber K. Akciğer Kanserli Hastaya Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yükleri Ve Psikolojik Sorunları Arasındaki İlişki. 2014, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 67 sayfa, Erzurum,(Doç. Dr. Ayşe OKANLI).
5. Özsu S.Özlü T. Türkiye’de Akciğer Kanseri Epidemiyolojisi. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi 2013; 1 (3): s.7-11.
6. T.C Sağlık bakanlığı Türkiye kamu hastaneleri kurumu, istatistik analiz ve raporlama daire başkanlığı, rapor bülteni. <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/864b732f6e254f8390668e2af4d7065c.pdf> erişim tarihi 20.06.2017.
7. Aydın A. Topuz E. Akciğer Kanseri Tanı-Tedavi-Takip İstanbul Konsensusu. Nobel Tıp Kitabevi, 2006: p. 3-4. ISBN: 978-975-420-567-1.
8. Topal U. Akciğer Taraması: Radyoloji. Toraks Dergisi 2007; 8(2):115-118.
9. Ece T. Akciğer Kanseri Genel Bakış. Aydın A. Can G. (eds.). Akciğer Kanseri Tedavi ve Bakım İstanbul, 2010; s.1-6. İpomet Matbaacılık.
10. Özdemir T. Basay N. Mutluay N. Bayız H.Berktaş B. Berkoğlu M. Akciğer kanserinde tanı ve tedavi gecikmesi. Solunum Hastalıkları, 2007; 18: s.100-107.
11. Düzen Ö. Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri Nedeniyle Ameliyat Olan Ve Adjuvan Kemoterapi Alan Hastaların Yaşam Kaliteleri Ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi.2016, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 67 Sayfa, İstanbul, (Yrd. Doç.Dr. Sonay Baltacı Göktaş).
12. Demiralp M. Oflaz F. The Effect Of Relaxation Training On Symptoms Of Anxiety And Depression İn Patients With Breast Cancer. TAF Prev Med Bull 2011; 10(2):165-174.

13. Aydın A. Can G. (Eds.). Akciğer Kanseri Palyatif Bakım. 1.baskı Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, Mart 2015; p.35-43.
14. Altıparmak S. Fadiloğlu Ç. Gürsoy ST. Altıparmak O. Kemoterapi Tedavisi Alan Akciğer Kanseri Hastalarında Öz Bakım Gücü Ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. Ege Tıp Dergisi. 2011;50(2): 95-102.
15. Bektaş HA. Akdemir N. Kanseri Hastaların Fonksiyonel Durumlarının Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences. 2006; 26(5): 488-499.
16. Yaranoglu C. Kemoterapi Alan Akciğer Kanseri Hastalarında Yorgunluk Ve Uyku Kalitesinin Fonksiyonel Durum Üzerine Etkisi. 2012, T.C. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 82 Sayfa, Ankara,(Doç. Dr. Sağ. Yb. Belgüzar Kara).
17. Er ZK. Akciğer Kanseri Tanısı Alan Hastalarda Web Destekli Hasta Eğitiminin Semptom Yönetimine Ve Yaşam Kalitesine Etkisi. 2015, Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 82 Sayfa, Antalya, (Prof.Dr. Zeynep ÖZER).
18. Şencan İ. İnce Gn.(eds.). TC Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kanseri İstatistikleri, 2016, Ankara.
19. Gültekin Z, Pınar G, Pınar T, Kızıltan G, Doğan N, Algier T, Et. Al. Akciğer Kanseri Hastalarının Yaşam Kaliteleri Ve Sağlık Bakım Hizmet Beklentileri, Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi 2008; 2(18): 99-106.
20. Yücel SM. Akciğer Kanseri Hastalarında Öz-Bakım Gücü Ve Benlik Saygısı İle Aralarındaki İlişkinin Belirlenmesi. 2010, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 78 Sayfa, Sivas,(Doç. Dr. Şerife Karagözoğlu).
21. Williams MD, Sandler AB. The epidemiology of lung cancer. Cancer Treat Res 2001;105: 31-52.
22. Bozkurt B. Selçuk T. Fırat P.Kalyoncu Af. Artvinli M. 1972-2002 Döneminde Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Akciğer Kanseri Tanısı Konulan Hastaların Histolojik Ve Epidemiyolojik Değerlendirmesi, Toraks Dergisi 2004; 5 (3),148-153.
23. Bilir N. Sigara Ve Kanseri. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 731,2008,Ankara,ISBN: 978-975-590-247-0.
24. Köktürk N. Öztürk C.Kırıçoğlu CE. Sigara ve Akciğer Kanseri, Solunum 2003; 5(3): s.139-145.

25. Müsellim B. Akciğer kanserinin epidemiyolojisi ve etiyolojisi, İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Süreli Tıp Eğitim Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, (2007); 58: 113-118.
26. Göksel T. Yıldız P. Altın S. Akciğer Kanseri. Metintaş M.(Ed.). Türk Toraks Derneği Beyaz Kitap 2010; s.55- 70.
27. Öz A. Akciğer Kanseri Hastalarda İzlem Sürecindeki Değişikliklerin Yaşam Kalitesine Etkisinin European Organization For Research And Treatment Of Cancer (Eortc-C 30) Yaşam Kalitesi Ölçeği Ve İzlem Sonuçları İle Değerlendirilmesi. 2012,Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi,130 Sayfa, Manisa, (Prof. Dr. Pınar ÇELİK).
28. Korkmaz M. Akciğer Kanseri Olan Hastalarda Uygulanan Taburculuk Planlamasının Semptom Kontrolü Ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. 2007, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi,204 Sayfa, İzmir,(Prof. Dr. Çiçek Fadıloğlu).
29. Topu Z. Ülger F. Numanoğlu N. Ailesel Kanseri Hikayesi Ve Akciğer Kanseri. Tüberküloz Ve Toraks Dergisi 2004; 52(2): s.130-136.
30. Yıldızhan A, Candaş FH. Akciğer Kanseri. In: Yücel O; ed. Göğüs Cerrahisi Ders Notları. Ankara, 2012; p.20- 28.
31. Alan BS. 2008-2014 Yıllarında Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri Tanısı Alan Hastalarda Kemoradyoterapi Öncesi Ve Sonrası Elde Edilen Hematolojik Parametrelerin Tedavi Yanıtı İle İlişkisinin Araştırılması. 2016, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı Başkanlığı, Uzmanlık Tezi, 104 Sayfa, Erzurum,(Yrd. Doç. Dr. Burak ERDEMCI).
32. İtil O. Akciğer Kanserlerinin Epidemiyolojisi ve Etyolojisi. In: Haydaroglu A. (Ed), Akciğer Kanseri Tanı Ve Tedavi, Ege Üniversitesi Basımevi, 2000; s.15–34, İzmir.
33. Akkoçlu A. Akciğer Kanserlerinde Tanı, Evreleme Ve Tedavi Öncesi Değerlendirme <http://file.toraks.org.tr/TORAKSFD23NJKL4NJ4H3BG3JH/kisokulu-ppt-pdf/akkoc.pdf> (erişim tarihi 21.06.2017).
34. Akciğer Kanserlerinde Tanı Ve Tedavi Rehberi. Torak Dergisi, Agustos 2006; Ek 2, <http://www.toraks.org.tr/ebook.aspx?book=58149086> (erişim tarihi:20.06.2017).
35. Kvale PA. Lung Cancer. In ACCP Pulmonary Board Review. Continuing Medical Education Course Syllabus, 2002; s.35-50,USA.
36. Altınbaş M. Dikilitaş M. Özkan M. Doğu GG. Er Ö. Küçük Hücreli Akciğer Kanseri Yaklaşım. Türk Onkoloji Dergisi 2007; 22(1): s.44-53.

37. Aydın F. Akciğer Kanseri Tanısı Konmuş Hastaların Ve Bakım Veren Yakınlarının Sigara Bırakmaya İlişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi. 2016, T.C. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Askeri Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığı, Uzmanlık Tezi, 98 Sayfa, Ankara.
38. Spiro SG, Gould MK, Colice GL. American college of chest physicians. initial evaluation of the patient with lung cancer: symptoms, signs, laboratory tests and paraneoplastic syndromes: ACCP evidenced based clinical practice guidelines (2nd edition chest 2007; 132: s.149-160.
39. Collins LG, Haines C, Perkel R, and Enck RE. Lung Cancer: Diagnosis and Management. 2007, American Family Physician. American Family Physician, 75 (1), 56-63.
40. Yener NA, Apa DD. Akciğer Kanseri Morfolojik Tanı Ve Sınıflama, Türk Radyoloji Seminerleri. Trd Sem 2014; 2: s.281-289.
41. Butnor KJ, Beasley MB, Cagle PT, Grunberg ST, Jones K, Kong FM et al. protocols for the examination of the specimens from patients with primary non-small cell carcinoma or carcinoid tumor of the lung. CAP protocols. Thorax-lung. last updated Oct 2013; p.1-18.
42. Ergelen R, Çimşit NÇ. Akciğer Tümörleri. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Anabilim Dalı, s.178-188, İstanbul.
43. Michèle N, De W, Paul E, Van S. Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri İnvaziv Evreleme Ve Yeniden Evreleme. Department Of Thoracic And Vascular Surgery, Antwerp University Hospital, Wilrijkstraat 10, B-2650 Edegem, p.140-144 (Antwerp).
44. Özbaşıoğlu K. Akciğer Kanseri Ve Akciğer Kanseri Kullanan Tümör Markırları. 2013, Erciyes Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı Bitirme Tezi, 59 Sayfa, Kayseri.
45. Kaplan İ. Akciğer Kanseri Ağrının Yaşam Kalitesine Etkisi Ve Baş Etme Yöntemleri. 2010, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 73 Sayfa, İstanbul, (Yrd. Doç. Dr. Hakan KİTAPCI).
46. Aydın G. Akciğer Kanseri Tanı Yöntemleri. 2007, Türkiye de Sık Karşılaşılan Hastalıklar, Sempozyum Dizisi No:58 L, Kasım; s. 141-152.
47. Epöztürk K. Primer Akciğer Kanseri Riski Bulunan Olgularda Otofloresan Bronkoskopinin Erken Tanıdaki Yeri. 2006, T.C. Sağlık Bakanlığı Yedikule Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, 1. Göğüs Hastalıkları Kliniği Şef Dr. Saadetin Çıkrıkçıoğlu, Uzmanlık Tezi. 67 Sayfa, İstanbul.

48. Akkoçlu A. Akciğer Kanseri. http://file.toraks.org.tr/TORAKSFD23NJKL4NJ4H3BG3JH/mesleki-kurslar-2-ppt-pdf/Atilla_Akkoclu.pdf erişim tarihi 20.06.17.
49. Göksel T. Bronskopi. 2007, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, sayfa 8-11, İzmir.
50. Akciğer Kanseri ile Yaşamak, Türk Toraks Derneği.(2013), http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/2422011185058akciğer_kanseri_ile_yasamak.pdf erişim tarihi 15.05.2017.
51. Yaman M. Akciğer Kanseri Tedavi Yaklaşımı.2007, Türkiye de Sık Karşılaşılan Hastalıklar, Sempozyum Dizisi No:58 L Kasım; s. 157-168.
52. Akciğer kanseri hakkında her şey, Türkiye solunum araştırma derneği http://www.solunum.org.tr/TusadData/doc/Akciger_Kanser_Brosur.pdf erişim tarihi 20.05.2017.
53. Kaynak K. Akciğer Kanseri Cerrahi Tedavi. Türkiyede Sık Karşılaşılan Hastalıklar, Sempozyum Dizisi No:58 L Kasım 2007; s. 169-174.
54. Tan M. Şahin ZA. Kemoterapi Alan Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnun Olma Durumlarının İncelenmesi.2009, Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi;12:s. 3.
55. Demir G. Akciğer Kanseri Tedavi Yaklaşımı. Türkiyede Sık Karşılaşılan Hastalıklar, Akciğer Kanseri Güncel Yaklaşım, Sempozyum Dizisi No:58 L Kasım 2007; s. 175-178.
56. Dinçbaş FÖ. Akciğer Kanseri Radyoterapi. Türkiye de Sık Karşılaşılan Hastalıklar, Sempozyum Dizisi No:58, Kasım 2007; s. 179-186
57. Ertürk B. Akciğer Kanseri Hastalarında Malondialdehit (Mda) Ve Total Antioksidan Kapasite (Taok) Düzeyi Ölçümü İle Oksidan-Antioksidan Dengenin Araştırılması.2006, T.C. Sağlık Bakanlığı Süreyyapaşa Göğüs Ve Kalp-Damar Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi,74 Sayfa, İstanbul.
58. Biber Ç.Akciğer Kanseri Nefes Darlığı.S.81-93. http://Www.Solunum.Org.Tr/TusadData/Book/472/1762016115348-08_Bolum_07_Nefes.Pdf erişim tarihi 21.05.2016.
59. Can G. Durna Z. Akciğer Kanseri Hemşirelik Bakımı. İstanbul Üniversitesi, Florance Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, s.94-97.
60. Can G. Kaya N. Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Bakım İstanbul Konsensusu. Nobel Tıp Kitabevleri. 2010; s.191-199. ISBN:978-975-420-775-0.

61. Bektaş HA. Akdemir N. Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durumlarının Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri Journal Of Medical Sciences,2006; 26(5): 488-499.
62. Karaman S. Kanserli Hastalarda Algılanan Sosyal Desteğin Fonksiyonel Duruma Etkisi.2013, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 98 Sayfa, Erzurum,(Doç. Dr. Elanur Yılmaz Karabulutlu).
63. Akyolcu N. Kanserli Hastalarda Dispne ve Hemşirelik Bakımı. Çukurova Üniversitesi, Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2002; 6(1): s.1-8.
64. Deniz Ç. Ayaktan Kemoterapi Alan Hastalar ve Yakınlarında Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi.2011, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, 177 sayfa, Edirne.
65. Nahcivan NÖ. Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması: Öz Bakım Gücü Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması. Hemşirelik Bülteni,1994; cilt 7, sayı 33, s.110-119.
66. Gün Ç. Histerektomili Hastalarda Benlik Saygısının Öz-Bakım Gücüne Etkisi.2011, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 122 Sayfa, İstanbul,(Prof. Dr. Nuran Kömürcü).
67. İlhan F. Hemodiyaliz Hastalarının Öz Bakım Gücünü Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi.2011, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi,87 Sayfa, İstanbul,(Yrd. Doç.Dr. Hatice Yorulmaz).
68. Kepenek B. Sirozlu Hastalarda Öz Bakım Gücü İle Hastalık Algısı Arasındaki İlişki.2014, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 93 Sayfa, İstanbul,(Prof. Dr. Necmiye Sabuncu).
69. Şahan E. Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı İle İzlenen Adölesanlarda Yaşam Kalitesi Ve Özbakım Gücü.2010, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 135 Sayfa, Ankara,(Prof. Dr. Lale Büyükgönenç).
70. Çulha İ. Hemşirelik Eğitiminin Kolostomi Ve İleostomi Açılan Hastalarda Öz-Bakım Gücüne Olan Etkisinin Değerlendirilmesi.2014, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi,115 Sayfa, Eskişehir,(Prof.Dr. Nedime Köşgeroğlu).
71. Bakoğlu E, Yetkin A. Hipertansiyonlu Hastaların Öz bakım Gücünün Değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Yüksek Okul Dergisi 2000; 4: s.41- 49.

72. Kars T.Miyokard İnfarktüsü Sonrası Bireylere Verilen Planlı Eğitimin Öz Bakım Gücüne Etkisi.2004, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi,100 Sayfa, Sivas, (Yrd. Doç.Havva Tel).
73. Yıldız E. Öz-Bakım Gücü Modeline Göre Verilen Bakımın Hipertansiyonlu Hastaların Kan Basıncı Düzeyine Ve Öz-Bakım Gücüne Etkisi.2012, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi,124 Sayfa, Erzurum, (Prof. Dr. Behice Erci).
74. Uzunçakmak T. Ergenlerde Öz Bakım Eğitiminin Öz Bakım Gücüne Etkisi.2012,Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 119 Sayfa, Kayseri, (Yrd. Doç. Dr. Nalan Gördeles Beser).
75. Öztürk C. Karataş H. Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı Ve Posttravmatik Epilepside Hemşirelik Bakımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi;2008; 11(2): s.85-91.
76. Nahcivan NÖ. Sağlıklı Gençlerde “Öz Bakım Gücü” Ve Aile Etkisi.1993, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul(Yrd. Doç.Dr. Nur Tuncel).
77. Nahcivan N.O. (2004). A Turkish Language Equivalence Of The Exercise Of Self-Care Agency Scale. Western Journal Of Nursing Research, 26(7): 813-824.
78. Öztuna F. Özlü T. Bülbül Y. Akciğer Kanseri Hangi Evrede Yakalıyor ve Nasıl Tedavi Ediyoruz. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2003; 51(2): s.152-156.
79. Üstündağ H. Zengin N. Baş Boyun Kanseri Nedeni İle Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008; 11(1): s.63-68.
80. Gül A. Üstündağ H. Zengin N. Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. Genel Tıp Dergisi 2010;20(1): s.7-11.
81. Altay B, Avcı İA. Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Öz Bakım Gücü Ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki. Dicle Tıp Dergisi 2009; 36(4):s.275-282.
82. Durmaz GB. Adölesan Gebelerde Öz Bakım Eğitiminin Öz Bakıma Benlik Saygısına Ve Beden İmajına Etkisi. 2013, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bölümleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi,100 Sayfa, Erzurum,(Doç. Dr. Fatma Güdücü Tüfekci).
83. Dedeli Ö, Fadiloğlu Ç, Uslu R. Kanseri Bireylerin Fonksiyonel Durumları Ve Algıladıkları Sosyal Destegın İncelenmesi. Türk Onkoloji Dergisi,2008; 23: s.132-139.

8. EKLER

Ek-1: Etik Kurul İzin Formu

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ayaktan Kemoterapi Alan Akciğer Kanseri Hastaların Evde Bakım Gereksinimlerine İlişkin Verilen Solunum Gevşeme Egzersizleri Eğitiminin Hastanın Öz Bakım Gücüne Ve Fonksiyonel Yaşam Üzerine Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	118

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi 2. Kat Şehitkamil/Gaziantep
	TELEFON	0342 360 07 53 / 77704
	FAKS	0342 360 39 27
	E-POSTA	gaunetikkurul@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yard. Doç. Dr. Güleendam Karadağ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
Tıbbi cihaz klinik araştırması		☐			
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		☐			
İlaç dışı klinik araştırma		☐			
	Diğer ise belirtiniz				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Ayaktan Kemoterapi Alan Akciğer Kanseri Hastaların Evde Bakım Gereksinimlerine İlişkin Verilen Solunum Gevşeme Egzersizleri Eğitiminin Hastanın Öz Bakım Gücüne Ve Fonksiyonel Yaşam Üzerine Etkisi	
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		118	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama
	SIGORTA	☐	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐	
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐	
	İLAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
	DİĞER:	☐	
	KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2015 /118	Tarih: 06.04.2015
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESAŞI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr.Belgin ALAŞEHİRLİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım *	İmza
Prof. Dr.Belgin ALAŞEHİRLİ	FARMAKOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof. Dr.Ercan SIVASLI	PEDİATRİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof.Dr. Mehmet KESKİN	PEDİATRİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof. Dr.Feridun IŞIK	GÖĞÜS CERRAHI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof. .Dr. İlker SEÇKİNER	ÜROLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Ramazan BAL	FİZYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Bünyamin KISACIK	İÇ HASTALIKLARI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç.Dr.Yasemin ZER	MİKROBİYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç.Dr.Seval KUL	BIYOİSTATİSTİK	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Betül TAŞ	AĞIZ DIŞ ve ÇENE CERRAHİSİ	Gaziantep Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Uzm.Dr. Cahide Elif ORHAN	FARMAKOLOJİ	Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Eyüp ÇELİK	AVUKAT	Gaziantep Barosu	E ☐ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Baha Günhan GÜNGÖRDÜ	İNŞ.MÖH (sivil Üye)	GASKİ	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr.Belgin ALAŞEHİRLİ
İmza:

Eğlen teslim aldım. Gülerenay Karadağ

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

Ek-2: Kurum İzni Formu

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE

GAZİANTEP

Hastaneniz ayaktan kemoterapi ünitesine başvuran akciğer kanserli hastalarla "Ayaktan Kemoterapi Alan Akciğer Kanserli Hastaların Evde Bakım Gereksinimlerine İlişkin Verilen Solunum Gevşeme Egzersizleri Eğitiminin Hastanın Öz Bakım Gücüne ve Fonksiyonel Yaşam Üzerine Etkisi" isimli çalışmamı yapabilmem için gereğini saygılarımla arz ederim.

20.03.2015

Hemşire İbrahim Halil Güneş

Adres: Gaziantep Üniversitesi Onkoloji Hastanesi

Erişkin Onkoloji Servis Hemşiresi

- 27-03-2015 - uygun
Doç. Dr. Mesut ÖZKAYA
Başhekim Yardımcısı

Ek-3: Bilgilendirme Onam Formu

BİLGİLENDİRME GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın.....

“Ayaktan kemoterapi alan akciğer kanserli hastaların evde bakım gereksinimlerine ilişkin verilen solunum gevşeme egzersizleri eğitiminin hastanın öz bakım gücüne ve fonksiyonel yaşam üzerine etkisi” üzerine yapılan bu araştırmaya katılıp katılmama kararı vermeden önce araştırma hakkında ayrıntılı bilgi almanız, bu araştırmanın niçin yapılacağını ve bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları ve riskleri bilmeniz ve bu formda bahsi geçen konuları anlamanız gereklidir. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz doktorunuza sorunuz.

Araştırmaya katılmak ya da katılmamak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu çalışmaya katıldıktan sonra herhangi bir zamanda fikrini değiştirdiğiniz takdirde ilgili doktorunuza bilgi vererek çalışmadan çıkma hakkınız bulunmaktadır. Çalışmaya katılmadığınız veya çalışmadan çıkma kararı verdiğiniz takdirde de bu kararınızdan dolayı herhangi bir zarar görmeyeceğinizden ve tedavinizin bilinen en iyi şekilde ve yöntemlerle yapılmaya devam edileceğinden emin olun.

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır. Kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır. Bu çalışma, akciğer kanserli hastaların solunum gevşeme egzersizine yönelik planlanmış olup, hiçbir yan etkisi yoktur. Bu çalışma tedavinizi aksatmayacak şekilde kemoterapiden sonra 20-25 eğitim verilecek. Çalışma boyunca yapılacak rutin uygulamaların dışında kalan işlemler için sizden herhangi bir ek ücret talep edilmeyecektir; size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmacı
İbrahim Halil GÜNEŞ

Ek-4: Anket Formu

HASTA BİLGİ FORMU

SOSYO DEMOĞRAFİK ÖZELLİKLER

1. Cinsiyetiniz:

- a) Kadın b) Erkek

2. Yaşınız:

3. Medeni Durumunuz:

- a) Evli b) Bekâr

4. Eğitim Durumunuz nedir söyler misiniz?

- a) Okur-yazar değil
b) Okur-yazar
c) İlkokul
d) Lise
f) Üniversite
g) Yüksek lisans ve üzeri

5) Mesleğiniz nedir?

- a) Ev hanımı
b) Memur
c) İşçi
d) Emekli
e) Serbest meslek
f) Diğer (.....)

6) Bağlı olduğunuz herhangi bir Sosyal güvenlik kuruluşu var mı?

- a) Bağ-Kur
b) SSK
c) Emekli Sandığı
d) Yeşil kart
e) Özel (Sigorta)

7) Aylık gelirin ne kadar ?

- a) 0 – 500 TL
b) 501 – 1000 TL

- c) 1001–1500 TL
- d)1500 TL ve üzeri

8)Nerede Yaşıyorsunuz?

- a)İl (.....)
- b) İlçe
- c) Köy

9)Evde Kiminle yaşıyorsunuz?

- a)Yalnız
- b)Eşimle
- c) Çocuklarımla
- d)Diğer(.....)

B) TIBBİ ÖZELLİKLER

10)Hastalığınızın ne olduğunu biliyor musunuz?

- a) EVET
- b)HAYIR

11) Hastalığınızın tanısı :

12) Hastalığınızın süresi:.....

13) Hastalığınızın evresi:

- a) EVRE 1
- b) EVRE 2
- c) EVRE 3
- d) EVRE 4

14) En son kemoterapi ne zaman uygulandı:.....

15)Ailenizde kanser tanısı alan birisi var mı?

- a) EVET
- b) HAYIR

16) Yanıtınız evet ise kim olduğunu belirtiniz?

- a) anne
- b) baba
- c) kardeş
- d) diğer.....

17) Metastazınız var mı ?(diğer organlara)

- a) EVET
- b) HAYIR

18) Yanıtız (17.soruya) evet ise metastazınız hangi bölgede belirtiniz

.....

19) Kronik bir hastalığınız var mı (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Yok
- ☐ Diabetes mellitus (şeker)
- ☐ Hipertansiyon
- ☐ Kalp ve damar hastalıkları
- ☐ Solunum sistemi hastalıkları
- ☐ Gastrointestinal sistem problemleri
- ☐ Kas-iskelet sistemi problemleri
- ☐ Diğer (açıklayınız)

20) Hastalığınız ile ilgili hangi tedavileri gördünüz?

- ☐ Kemoterapi
- ☐ Radyoterapi
- ☐ Cerrahi operasyon
- ☐ Diğer.....

21)Hastalığınız konusunda size hiç eğitim verildi mi?

- a) EVET
- b) HAYIR

22) Hastalığınızdan dolayı evde yapamadığınız işlerde size kim/kimler yardım ediyor?

- ☐ Eşim
- ☐ Çocuklarım
- ☐ Annem ve kardeşlerim
- ☐ Hiç kimse
- ☐ Diğer....

23) Sigara kullanma durumunuz?

- a) Halen İçen
- b) Hiç İçmeyen
- c) İçen Fakat Bırakan

Ek-5: Fonksiyonel Yaşam Ölçeği

FONKSİYONEL YAŞAM ÖLÇEĞİ -KANSER

Lütfen aşağıdaki sorulara son iki hafta içindeki aktivitelerinize ve sağlık durumunuza göre cevap veriniz.

1. Çoğu insan zaman zaman depresyon belirtileri hisseder. Siz bu duyguları ne kadar sıklıkla hissediyorsunuz?

1	2	3	4	5	6	7
Hiçbir zaman						Sürekli

2. Günlük yaşamınızdaki sorunlarınızı kolay çözebiliyor musunuz?

1	2	3	4	5	6	7
İyi değil						Çok iyi

3. Hastalığınız ne kadar sık aklınıza geliyor?

1	2	3	4	5	6	7
Devamlı						Hiçbir zaman

4. Dinlenmeye fırsat bulabiliyor musunuz?

1	2	3	4	5	6	7
Fırsat bulabiliyorum						Hiç fırsat bulamıyorum

5. Bulantı günlük işlerinizi etkiliyor mu?

1	2	3	4	5	6	7
Hiç etkilemiyor						Çok etkiliyor

6. Bugün kendinizi ne kadar iyi hissediyorsunuz?

1	2	3	4	5	6	7
Son derece kötü						Son derece iyi

7. Bugün kendinizi yemek pişirecek / küçük ev işleri yapabilecek kadar yeterli hissediyor musunuz?

1	2	3	4	5	6	7
Çok yeterli						Çok yetersiz

8. Son iki haftada hastalığınız yakınlarınıza zorluk yaşattı mı?

1	2	3	4	5	6	7
Hiç zorluk yaşatmadı						Çok fazla zorluk yaşattı

9. Yasama isteğinizin azaldığını ne sıklıkla hissediyorsunuz?

1	2	3	4	5	6	7
Daima						Hiçbir zaman

10. Son bir ay içinde iş yerinde / evdeki verimliliğinizden memnun musunuz?

1 2 3 4 5 6 7
Hiç memnun değilim Çok memnunuz

11. Bugün kendinizi ne kadar huzursuz hissediyorsunuz?

1 2 3 4 5 6 7
Hiç huzursuz hissetmiyorum Çok huzursuz hissediyorum

12. Size göre, hastalığınız, son iki haftada, en yakınlarınızla ilişkilerinizi ne kadar bozdu?

1 2 3 4 5 6 7
Tamamen bozdu Hiç bozmadı

13. Ağrı ya da rahatsızlıklar günlük aktivitelerinizi ne kadar etkiliyor?

1 2 3 4 5 6 7
Hiç etkilemiyor Çok etkiliyor

14. Son iki haftada hastalığınız size kişisel olarak ne kadar zorluk yaşattı?

1 2 3 4 5 6 7
Çok fazla zorluk yaşattı Hiç zorluk yaşatmadı

15. Ev ile ilgili günlük sorumluluklarınızın ne kadarını tamamlayabiliyorsunuz?

1 2 3 4 5 6 7
Hepsini Hiçbirini

16. Son iki haftada en yakınlarınızı görmeye / onlarla birlikte zaman geçirmeye ne kadar istekliydimiz

1 2 3 4 5 6 7
İsteksizdim Çok istekliydim

17. Son iki haftada kaç kez bulantınız oldu?

1 2 3 4 5 6 7
Hiç olmadı Çok fazla oldu

18. Gelecekte ne kadar korkuyorsunuz?

1 2 3 4 5 6 7
Devamlı korkuyorum Hiç korkmuyorum

19. Son iki haftada arkadaşlarınızı görmeye / onlarla birlikte zaman geçirmeye ne kadar istekliydimiz?

1 2 3 4 5 6 7
İsteksizdim Çok istekliydim

20. Sizce son iki haftada yaşadığınız ağrı ya da rahatsızlıkların ne kadarı hastalığınızla ilgiliydi?

1	2	3	4	5	6	7
Hiçbiri					Hepsi	

21. Size uygulanan tıbbi tedaviye ne kadar güveniyorsunuz?

1	2	3	4	5	6	7
Hiç güvenmiyorum				Çok güveniyorum		

22. Sizce bugün ne kadar iyi görünüyorsunuz?

1	2	3	4	5	6	7
Son derece kötü				Son derece iyi		



Ek-6: Öz Bakım Gücü Ölçeği

AÇIKLAMA: Aşağıda insanların kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 ifade bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse, karar verebilmek için size en yakın gelen şıkkı işaretleyiniz. Duygularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölüme (×) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
1. Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim					
2. Kendimi beğeniyorum.					
3. Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim.					
4. Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman ne yapmam gerektiğini biliyorum					
5. Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyuyorum					
6. Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.					
7. Kendime bakamadığım zaman yardım ararım.					
8. Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.					
9. Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim.					
10. Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.					
11. Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.					
12. Dengeli beslenirim.					

	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
13.Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınıyorum.					
14.Sağlığıma dikkat etmek için daha iyi korunma yollarını araştırıyorum.					
15.Sağlığımın çok daha iyi bir düzeye Ulaşacağına inanıyorum					
16.Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hak ettiğime inanıyorum.					
17.Kararlarımı sonuna kadar uygularım.					
18.Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.					
19.Sağlığımla ilgili kişisel kararlarımı nadiren uygularım.					
20.Kendimle dostum.					
21.Kendime iyi bakarım.					
22.Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.					
23.Düzenli olarak istirahat ederim.					
24.Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.					
25.Yaşam bir zevktir.					
26.Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiriyorum.					
27.Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlerim.					

	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
28.Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.					
29.Sağlıklı kalmam için ne tür yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.					
30.Vücudumun çalışmasıyla ilgili her şeye ilgi duyuyorum.					
31.Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemem ve geçmesini beklerim.					
32.Kendime bakmak için bilgilenmeye Çalışırım.					
33.Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.					
34.Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.					
35.Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.					

Ek-7: Fonksiyonel Yaşam Ölçeği İzin Formu

fonksiyonel yaşam ölçeği kullanabiliyordum



Hicran Bektas <hbaydin@akdeniz.edu.tr>

22.5 (Pzt) , 16:47

Siz



Yanıtla

Sevgili İbrahim,

Fonksiyonel Yaşam Ölçeği'ni çalışmada kullanabilirsin.
Başarılar dilerim.

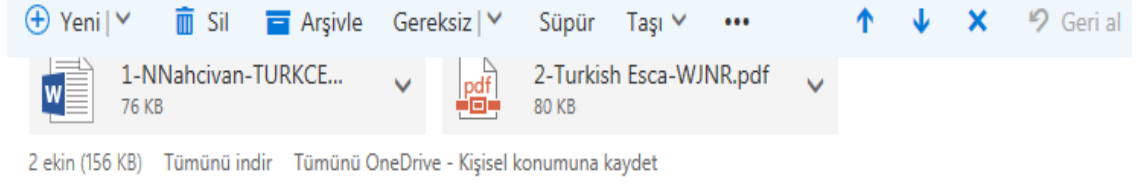
Hicran Bektaş

iPhone'umdan gönderildi

ibrahim güneş <halil_g_2005@hotmail.com> şunları yazdı (17 May 2017 13:07):

Hocam merhaba Gaziantep üniversitesinde yüksek lisans yapıyorum. geçerlilik güvenirlik çalışmasını yapmış olduğunuz fonksiyonel yaşam ölçeği- (kanser)kullanmak için izninizi rica ediyorum.

Ek-8: Öz Bakım Gücü Ölçeği İzin Formu



Merhabalar,

Türkçe Öz-Bakım Gücü Ölçeği'ni araştırmanızda kaynak göstermek suretiyle elbette kullanabilirsiniz. İhtiyacınız olan dokümanlar ekte gönderilmiştir.

Başarı dilekleriyle,

--

Prof. Dr. Nursen NAHCIVAN

İstanbul Üniversitesi/*Istanbul University*

Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi/*Florence Nightingale Nursing Faculty*

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı/*Public Health Nursing Department, Chair*

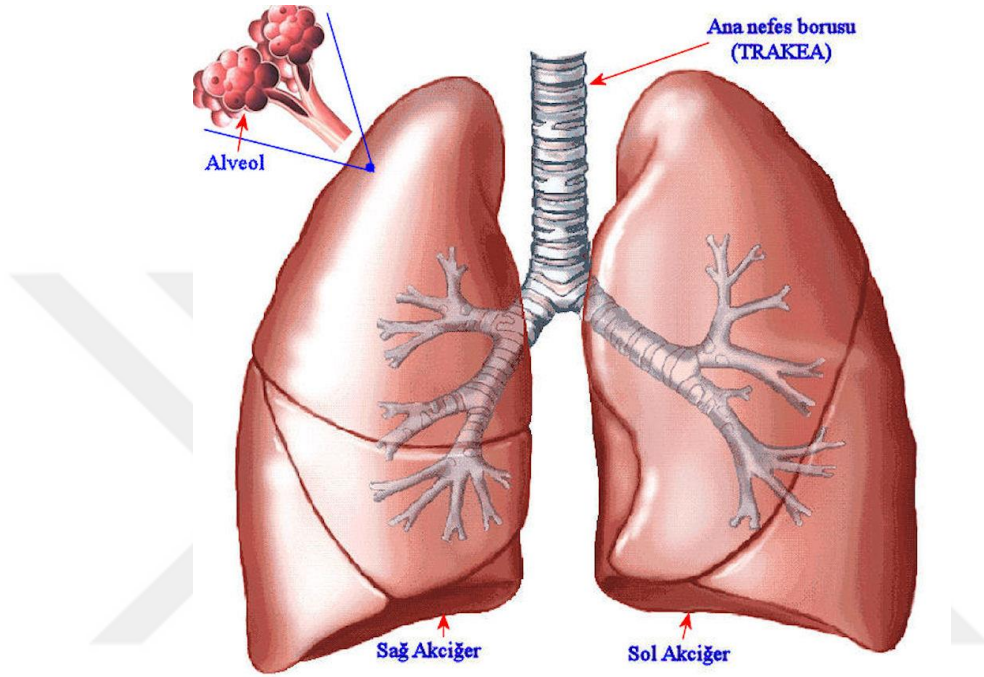
Tel: 0-212-440 0000 (dahili/ex. 27058)

17 Mayıs 2017 13:14 tarihinde İbrahim Güneş <halil_g_2005@hotmail.com> yazdı:

Hocam merhaba Gaziantep üniversitesinde halk sağlığı hemşireliğinde yüksek lisans yapıyorum.geçerlilik güvenirlik çalışmasını yapmış olduğunuz öz bakım gücü ölçeğini kullanmak için izninizi rica ediyorum.

Ek-9. Eğitim Kitapçığı

**AKCİĞER KANSERİ HASTALAR İÇİN SOLUNUM GEVŞEME
EGZERSİZLERİ EĞİTİMİ**



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

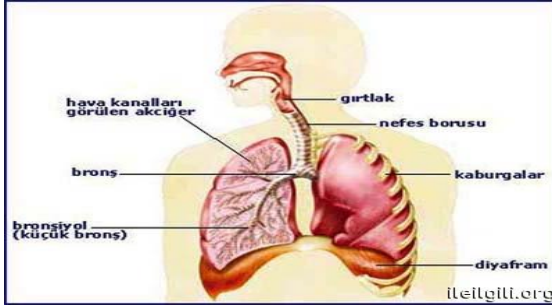
İBRAHİM HALİL GÜNEŞ

GAZİANTEP

2017

AKCİĞERLER

Akciğerleriniz atmosferdeki havadan oksijenin vücudumuza girmesini sağlar. Bunun için, akciğerler ve karın boşluğu arasındaki diyaframı ve kaburgaların arasında bulunan kasları kullanarak nefes alırsınız. Akciğerlerde borular ve küçük hava keseleri bulunmaktadır. Her bir hava kesesinin etrafı kan damarları ile çevrilir. Akciğerlerle vücuda alınan oksijen, bu damarlar aracılığı ile kana geçer. Akciğer hastalığı olan kişilerin, fiziksel aktivite ve solunum egzersizleri yapmaları nefessizlik hissinin azalmasında yardımcı olabilir.



Solunum Egzersizlerinin Yapılmasının Amaçları

- ❖ Diyaframın kuvvetini artırır.
- ❖ Akciğerlerinize daha fazla hava girmesini sağlar.
- ❖ Derine yerleşmiş olan balgamı çıkarmanıza yardımcı olur.
- ❖ Akciğerlerinizin ve göğüs duvarınızın hareketli kalmasını sağlar.
- ❖ Nefes alıp verme sıklığınızı azaltır.
- ❖ Nefes darlığınız olduğu zaman sakinleşmenizi sağlar.

Egzersiz Yaparken, Şu Basamakları Takip Edin

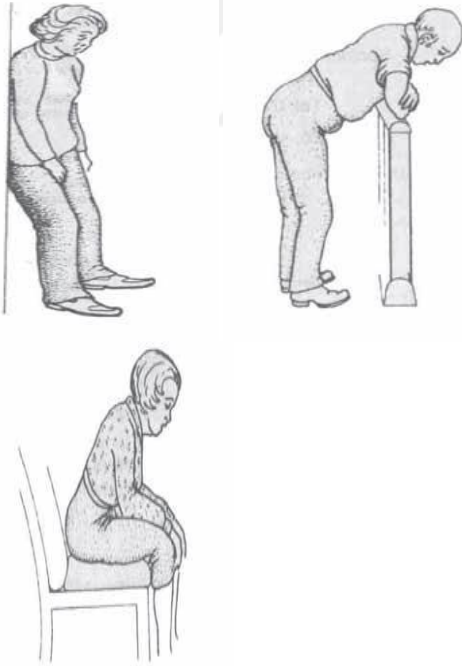
Varsa, öksürerek akciğerlerinizdeki balgamı temizleyin.

Bir kaç dakika rahat ve derin nefes alın. Ardından 3-4 kez derin nefes alın. Nefes aldığınızın iki katı sürede nefesinizi vermeye çalışın. Nefes alırken ve verirken sayı saymanız size yardımcı olabilir. Örneğin, nefes al: 1-2, nefes ver: 1-2-3-4. Nefesinizi tutmamanız gerektiğini unutmayın.

Egzersizlere, asıl egzersizden daha yavaş tempodaki bir hareketle vücudunuzu ısıtarak başlayın. Bunun için uzanma ve germe egzersizlerini seçebilirsiniz **NEFESİ İYİ KULLANMA VE GEVŞEME TEKNİKLERİ**

- ❖ Nefes darlığınız varsa nefesinizi doğru kullanmayı basit birkaç önlemle öğrenebilirsiniz.
- ❖ Amacınız, nefes alma işini kolaylaştırmak ve enerjinizi dikkatli kullanmak olmalıdır. **1. Basamak**

Nefes darlığınızı azaltan pozisyonlar kullanın,



Eğer daha fazla nefes darlığınız varsa ve devam ediyorsa, biraz daha desteklemek gerekebilir. Örnekler:



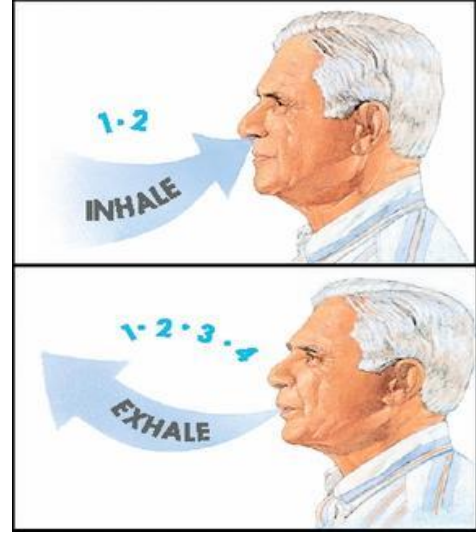
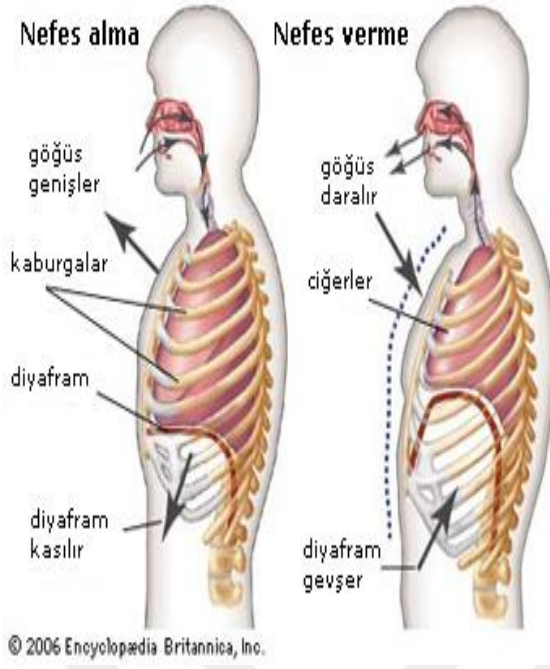
2. Basamak (Nefesin Kontrolü)

Nefes Alma

- Çok derin nefes almayın, böylece nefes alma işiniz kolaylaşacaktır.
- Bir işi yaptığınızda mutlaka dinlenin ve nefesiniz sakinleştikten sonra yeni bir hareketi yapmayı deneyin
- Bunları nefes darlığınız olmasa bile ilke edinin ve uygulayın

Nefes Verme

- Nefes verme sesinizi dinleyin, daha az güç harcama yoluna gidin ve çıkan sesi azaltmaya çalışın
- Ne kadar hızlı nefes alıp verdiğiniz konusunda huzursuz olmayın. Bu noktalara dikkat ettikçe nefesinizi kontrol etmeyi öğreneceksiniz.

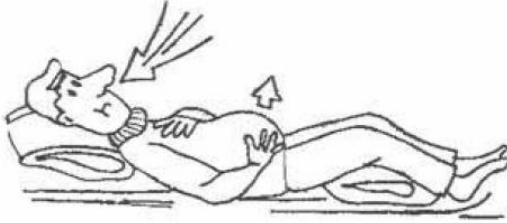
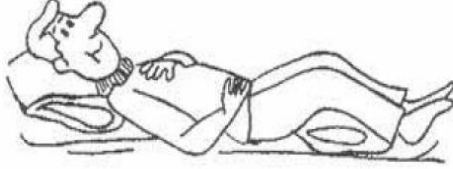


Büzük Dudak Solunumu

- Önce burnunuzdan yavaşça nefes alın
- Islık çalacakmış gibi dudaklarınızı büzün
- Nefesinizi yavaşça ve daha uzun süreli büzülmüş olan dudaklarınızdan boşaltın
- Nefesinizin dışarı çıkması için güç harcamayın
- Nefesiniz kesilene kadar işlemi sürdürün.

Diyafragmatik Solunum

- Kendinize rahat bir pozisyon seçin (bir sandalyede oturun ya da başınızın ve dizlerinizin altına yastık koyun)
- Bir elinizi önde göğüs kafesinizin hemen altına diğer elinizi de göğüs kemiğinin üzerine koyun, nefes alıp verin ve solunum kasının hareketini izleyin
- Yavaş, derin bir nefes alın ve kontrollü olarak verin
- Dinlenin
- 2-3 kez tekrarlayın



Gevşeme Teknikleri

Gevşeme herkesin yapması gereken bir olaydır. Basit hareketleri öğrenerek uygulanabilir.

Başlama Pozisyonu: Başlamak için aşağıdaki pozisyonlardan birini seçin

- Yatar pozisyonda iseniz başınızın ve dizlerinizin altına yastık koyun
- Bir sandalyede oturuyorsanız, beliniz ve dizlerinizin altına yastık koyun
- Bir masada oturuyorsanız, kollarınızın ve başınızın altına yastık koyun
- Normal uyku pozisyonunu seçin

Vücudunuzun Her Bir Bölümü için Aşağıdakileri Uygulayın

- Gerginliğin tersi yönünde hareket edin, ardından hareketi durdurun

- Yeni pozisyonunuzda daha rahat hissettiğinizi göreceksiniz

Omuzlar:

- Omuzlarınızı ayaklarınıza doğru çekin, çekmeyi durdurun ve yeni pozisyonunuzu hissedin

Dirsekler:

- Dirseklerinizi vücudunuzdan yanlara doğru koyun ve yeni pozisyonunuzu hissedin

Eller:

- Parmaklarınızı açın ve gerin. Germeyi durdurun ve yeni pozisyonunuzu

Dizler:

- Dizlerinizi gevşetin

Ayaklar:

- Ayaklarınızı ileriye doğru gerin ve tamamen gevşek olarak bırakın

Sırt ve Baş:

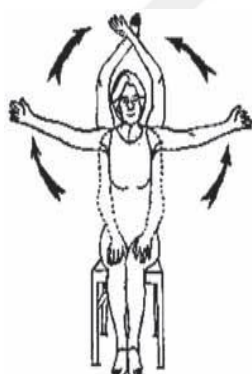
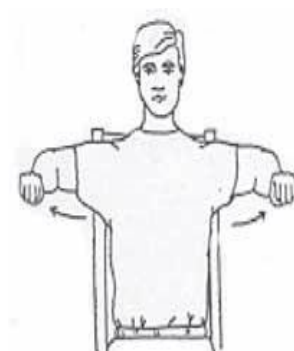
- Sırtınızı ve başınızı, tamamen desteklediğiniz yastığa bırakın

Ağız:

- Ağızınızı kapatın ve çenenizi rahatça aşağıya bırakarak gevşemesini sağlayın

Gözler:

- Gözlerinizi kapatın, göz kapaklarınızın aşağıya rahatça düşmesini sağlayın, kaşlarınızı bile aşağıya serbestçe bırakıp gevşemesini sağlayabilirsiniz.



KAYNAKLAR

1. Solunumsal Rehabilitasyon, Türk Toraks Derneği Pulmoner Rehabilitasyon ve Kronik Hasta Bakımı Çalışma Grubu.(2013), http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/2422011195111_15_solunumsal_rehabilitasyon.pdf. Erişim tarihi 07.08.2017
2. Sağlam M. Güçlü MB. İnce Dİ. Savcı S. Arıkan H. Solunum Sistemi Hastalıkları Ve Egzersiz. 2008, Hacettepe Üniversitesi-Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 730, Ankara, ISBN: 978-975-590-246-3.

9. ÖZGEÇMİŞ

1986 yılında Gaziantep’te doğdu. İlkokul, ortaokul, lise öğrenimini burada tamamladı. 2009 yılında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümünde lisans Eğitimine başladı. Haziran 2013’te Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesine bağlı yetişkin onkoloji servisinde klinik hemşiresi olarak göreve başladı. 3 yıl görev yaptıktan sonra 2016 Haziran ayında çocuk acil de göreve başladı. Halen bu görevini sürdürmektedir. 2014 2. dönemde Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği programında yüksek lisans eğitime başladı.

İbrahim Halil GÜNEŞ

