



T.C. SAğLIK BAKANLIğI
SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TEPECİK
EğİTİM VE ARAşTIRMA
HASTANESİ

T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TEPECİK SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

AKCİğER KANSERİ TANILI HASTALARIN YAşAM
KALİTESİ ALGISI-BİR KARMA YÖNTEM
ALIşMASI

Dr. Nur şEN

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İZMİR/2021



T.C. SAğLIK BAKANLIğI
SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TEPECİK
EğİTİM VE ARAşTIRMA
HASTANESİ

T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TEPECİK SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

AKCİğER KANSERİ TANILI HASTALARIN YAşAM
KALİTESİ ALGISI-BİR KARMA YÖNTEM
ALIşMASI

Dr. Nur şEN

Doç. Dr. Yasemin Kılıç ÖZTÜRK

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İZMİR/2021

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tez hazırlama süresince tez çalışmamın başından sonuna kadar her aşamasında desteğini hissettiğim, hoşgörüsü ve tecrübesiyle yanımda olan, bilimsel çalışma hayatına ilk adımımı sayesinde atabildiğim ve çalışmamın heyecanını benimle paylaşan tez danışmanım Doç. Dr. Yasemin Öztürk'e,

Nitel çalışma konusunda ki tecrübesiyle beni destekleyen ve yardımcı olan, değerli bilgilerini paylaşan ve kıymetli vaktini ayıran Dr.Öğr.Üyesi Ebe Ayşegül Dönmez'e,

Uzmanlık eğitimim süresince bilgisinden ve deneyiminden faydalandığım Doç. Dr. Hülya Parıldar'a, Doç. Dr. Umut Gök Balcı'ya, Doç. Dr. Yusuf Adnan Güçlü'ye, Prof. Dr. Haluk Mergen'e, Uzm. Dr. Tevfik Tanju Yılmaz'ın, Uzm. Dr. Bakiye Nurdan Tekgöl'e ve Uzm. Dr. Muhammed Mustafa Uzan'a ,

Çalışma fırsatı bulduğum tüm asistan arkadaşlarıma,

Tüm asistanlık sürecimi eğlenceli hale getiren, hayatımı güzelleştiren ve bana yeni dünyalar açan canım arkadaşlarım Dr. Kübra Nazende Çöl, Dr. Fatma Tezcan Doğru ve Dr. Hayriye Arslan'a,

Bana desteğini hiç bir zaman esirgemeyen ve yanımda olmasından mutluluk duyduğum Serkan Görgen'e,

Hayatımın en büyük şansı olarak ellerine doğduğum, her zaman maddi ve manevi yanımda olan, desteklerini her zaman hissettiğim, yol göstericilerim, hayatımın en değerli varlıkları annem Ayşe Şen'e, babam Sadık Şen'e ve abim Dr. Harun Emre Şen'e,

Teşekkür ederim.

Dr. Nur ŞEN
İzmir

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	ii
KISALTMALAR	vii
TABLO LİSTESİ	viii
ŞEKİL LİSTESİ	ix
ÖZET	x
ABSTRACT	xii

1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
------------------------	---

2. GENEL BİLGİLER	3
-------------------------	---

2.1. AKCİĞER KANSERİ	3
----------------------------	---

2.1.1. Akciğer Kanseri Epidemiyolojisi	3
--	---

2.1.2. Akciğer Kanseri Etyolojisi	3
---	---

2.1.3. Akciğer Kanseri Histolojisi	3
--	---

2.1.4. Akciğer Kanserinde Tanı ve Evreleme	4
--	---

2.1.5. Akciğer Kanserinde Semptom ve Bulgular	6
---	---

2.1.5.1. Primer Tümöre Bağlı Semptomlar	6
---	---

2.1.5.1.1. Öksürük	6
--------------------------	---

2.1.5.1.2. Dispne	6
-------------------------	---

2.1.5.1.3. Hemoptizi	7
----------------------------	---

2.1.5.1.4. Göğüs ağrısı	7
-------------------------------	---

2.1.5.2. Primer Tümör Yayılımına Bağlı Semptomlar	7
---	---

2.1.5.2.1. Pancoast Sendromu	7
------------------------------------	---

2.1.5.2.2. Vena Cava Superior Sendromu	7
--	---

2.1.5.2.3. Ses Kısıklığı ve Disfaji	7
---	---

2.1.5.2.4. Paraneoplastik Sendromlar	8
--	---

2.1.5.3. Semptomlara Bağlı Klinik Etkilenimler	8
--	---

2.1.5.3.1. Egzersiz İntoleransı	8
---------------------------------------	---

2.1.5.3.2. Günlük Yaşam Aktiviteleri	8
--	---

2.1.5.3.3. İskelet Kas Fonksiyon Bozukluğu	9
--	---

2.1.5.3.4. Akciğer Kapasitesinde Azalma.....	9
2.1.6. Akciğer Kanserinde Tedavi.....	9
2.2. YAŞAM KALİTESİ.....	9
2.2.1. Yaşam Kalitesi Bileşenleri	12
2.2.1.1. Psikolojik Sağlık	12
2.2.1.2. Sosyal Alan	12
2.2.1.3. Fiziksel Alan	13
2.2.1.4. Hastalık ve Tedavi ile İlişkili Belirti ya da Bulgular	13
2.2.2. Yaşam kalitesi Göstergeleri	13
2.2.2.1. Cinsiyet	13
2.2.2.2. Yaş	14
2.2.2.3. Medeni Durum	14
2.2.2.4 Eğitim Seviyesi	15
2.2.2.5. Gelir Durumu	15
2.2.2.6. Sağlık Alanı	16
2.2.3. Yaşam Kalitesi Ölçümünde Kullanılan Ölçekler	17
2.2.3.1. Genel Sağlık Ölçekleri	17
2.2.3.2. Hastalığa Spesifik Ölçekler	18
2.2.3.3. Yaşam Kalitesi Zevk ve Memnuniyet Anketi.....	19
2.2.3.4. Avrupa Yaşam Kalitesi (European Quality of Life; EuroQoL) 5 boyutlu 3 seviye (EQ-5D-3L)	19
2.2.3.5. Palyatif Bakımda Yaşam Kalitesi Ölçüm Araçları	21
2.2.4. Aile Hekimliği, Kanser ve Yaşam Kalitesi İlişkisi	22
2.2.5. Psikiyatri, Psikososyal Onkoloji Danışmanlığı ve Yaşam Kalitesi	23
2.2.6. Yaşam Kalitesi ve Biyopsikososyal Yaklaşım.....	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1. ÇALIŞMANIN DESENİ.....	25
3.1.1. Çalışmanın Nicel Boyutu	26
3.1.2. Çalışmanın Nitel Boyutu	27
3.2. ÇALIŞMANIN YERİ	27
3.3. ÇALIŞMANIN ZAMANI.....	27

3.4. ÇALIŞMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ.....	27
3.4.1. Çalışmanın Nicel Boyutuna Yönelik Örneklem.....	27
3.4.2. Çalışmanın Nitel Boyutuna Yönelik Çalışma Grubu	28
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	28
3.5.1. Anket Formu (Ek – 2 ve Ek-3).....	28
3.5.2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu (Ek - 4).....	28
3.6. ÖN UYGULAMA	29
3.7. ÇALIŞMA VERİLERİNİN TOPLANMASI.....	29
3.7.1. Çalışmanın Nicel Boyutuna İlişkin Verilerin Toplanması.....	29
3.7.2. Çalışmanın Nitel Boyutuna İlişkin Veri Toplanması	29
3.7.3. Nitel Verilerin Geçerlik ve Güvenirliği	31
3.8. ÇALIŞMANIN VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	32
3.8.1. Çalışmanın Nicel Boyutuna İlişkin Verilerin Analizi	32
3.8.2. Çalışmanın Nitel Boyutuna İlişkin Verilerin Analizi.....	33
3.9. ÇALIŞMANIN GÜÇLÜKLERİ	34
3.10. ÇALIŞMADA ETİK	34
3.11. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ	35
4. BULGULAR	36
4.1. ÇALIŞMANIN NİCEL BULGULARI	36
4.2. ÇALIŞMANIN NİTEL BULGULARI	42
5. TARTIŞMA	56
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	65
KAYNAKLAR	67
EKLER.....	76
EK 1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	76
EK 2. KİŞİSEL BİLGİ FORMU	77
EK 3. EQ-5D-3L GENEL YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ.....	78

EK 4. YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU	79
EK 5. ETİK KURUL ONAM FORMU	80
EK 6. BİR KARMA YÖNTEM ÇALIŞMASININ ÖZELLİKLERİNİ İNCELEMEK İÇİN KONTROL LİSTESİ	80
ÖZGEÇMİŞ.....	96



KISALTMALAR

ADH	: Antidiüretik Hormon
ASCO	: American Society of Clinical Oncology (Amerikan Klinik Onkoloji Derneği)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ECL	: European Cancer Leagues
EMN	: Elektromanyetik navigasyon bronkoskopi
EQ-5D-3L	: Beş Boyutlu Üç Seviyeli Avrupa Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği
FACIT	: Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (Kronik Hastalıklar Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirilmesi)
FDA	: U.S. Food and Drug Administration (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi)
GLOBOCAN	: Global Cancer Incidence, Mortality and Prevalence (Küresel Kanser İnsidansı, Mortalite ve Prevalans)
HRQOL	: Health-related quality of life (Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi)
KHAK	: Küçük hücreli akciğer kanseri
KOAH	: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
KPET	: Kardiyopulmoner egzersiz testi
MR	: Manyetik rezonans görüntüleme
NHP	: Nottingham Health Profile (Nottingham Sağlık Profili)
QALY	: Quality Adjusted Life Years (Kalite eklenmiş yaşam yılları)
Q-LES-Q	: Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Yaşam Kalitesi zevk ve memnuniyet anketi)
QOL	: Quality of life (Yaşam Kalitesi)
TNM evrelemesi:	T (primer tümörün lokalizasyonu) N (bölgesel lenf nodları) M (uzak metastaz)
VAS	: Vizüel Analog Skala
WHO	: World Health Organization
WHOQOL	: World Health Organization Quality of Life (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi)
6DYT	: 6 Dakika yürüme testi

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Akciğer Kanseri histolojisi çeşitleri	3
Tablo 2. Sekizinci TNM sınıflaması.....	4
Tablo 3. Sekizinci TNM sınıflaması devamı	5
Tablo 4. Sekizinci TNM sınıflaması devamı	5
Tablo 5. Öksürük nedenleri	6
Tablo 6. Palyatif Bakımda Yaşam kalitesi ölçüm araçları.....	22
Tablo 7. Verilerin analizi sonucu oluşturulan tema ve alt temalar	33
Tablo 8. Verilerin analizi sonucu oluşturulan tema ve alt temaların devamı	34
Tablo 9. Katılımcıların radyoterapi ve kemoterapi alma durumları	39
Tablo 10. VAS ve QALY indeks değeri ile Sosyodemografik bağımsız değişkenler arasındaki ilişki.....	40
Tablo 11. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri İle İlgili Nitel Veriler	42
Tablo 12. Yaşam kalitesi oluşturan temalar.....	43
Tablo 13. Yaşam kalitesini bozan unsurlar.....	48
Tablo 14. Yaşam kalitesini arttırmak için yapılanlar.....	52
Tablo 15. Yaşam kalitesini bozan unsurlarla baş etme mekanizmaları	54

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1.	Maslov'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi	16
Şekil 2.	Hastalık ve Yaşam Kalitesi arasındaki etkileşimi gösteren WHO modeli	16
Şekil 3.	EQ-5D indeks skoru	20
Şekil 4.	Kalite eklenmiş yaşam yıllarının (QALY) şematik gösterimi.....	21
Şekil 5.	Holistik Biyopsikososyal Sağlıkta spiritualitenin birlikteliği İçin model .	24
Şekil 6.	Yakınsayan paralel desen	26
Şekil 7.	Modifiye edilmiş yakınsayan paralel desen çalışma diyagramı	30
Şekil 8.	Veri toplama akış şeması.....	31
Şekil 9.	Katılımcıların cinsiyete göre dağılımı	36
Şekil 10.	Katılımcıların medeni duruma göre dağılımı	37
Şekil 11.	Katılımcıların çocuk sahibi olma durumu	37
Şekil 12.	Katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımı.....	38
Şekil 13.	Katılımcıların gelir durumuna göre dağılımı.....	38
Şekil 14.	Katılımcıların tanı süresi	39
Şekil 15.	Yaş değişkeni ile QALY indeks ve VAS skoru arasındaki korelasyon	40

ÖZET

Amaç: Günümüzde tıbbi bakım ve tedavinin amacı sadece yaşam süresini uzatmak değil, tedavinin yanında yaşam kalitesinin de birlikte sağlanması olmalıdır. Tedavinin etkisini değerlendirme, tedavi yöntemini belirleme ve klinik gidişe karar vermede; yaşam kalitesinin sorgulanması önemli bir olgu haline gelmiştir. Kanser, hem hastalığın kendisi hem de uygulanan tedavi yöntemlerinin etkisi nedeniyle, hastaların yaşamlarında ciddi ve yoğun bir sağlık sorunu yaşadığı, hastaların yaşam kalitesinin önemli derecede etkilendiği bir sağlık problemidir. Uygulanan tedavilerin değerlendirilmesinde cevap oranı veya yaşam süresi, tek başına yeterli bir kriter değildir. Bu araştırmada Aile Hekimliği klinisyenleri tarafından yürütülen kapsamlı bir palyatif bakım merkezinde izlenen Akciğer kanseri tanısı almış bireylerin, yaşam kalitesi kavramını nasıl algıladıklarını değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Karma desende olan çalışmanın evrenini T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Merkezinde 20.12.2019 ile 20.08.2020 tarihleri arasında Akciğer Kanseri tanısı ile izlenen, bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu imzalayan, soruları anlayacak ve yanıtlayacak bilişsel yeterlik düzeyine sahip hastalar oluşturmaktadır. Katılımcılara görüşme tekniği 3 aşamada uygulanarak hastalık sürecindeki yaşam kalitesi algıları değerlendirildi. Araştırmanın nicel bölümünde örneklem seçimi yapılmadan tüm evrene ulaşılması hedeflenirken; nitel bölümde maksimum çeşitlilik örnekleme kullanıldı. Buna göre örnekleme alınacak bireyler belirlenirken yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, kemoterapi ve radyoterapi alma durumları, çocuk sahibi olma durumu, gelir durumu ve tanıdan itibaren geçen süre dikkate alındı. Çalışmada ki tüm bireylere EQ-5D-3L genel yaşam kalitesi ölçeği uygulandı. Yarı yapılandırılmış görüşme formu ile yaşam kalitesi algısını tanımlayan ifadeler tekrar etmeye başlayıncaya dek hastalarla yüz yüze görüşmeler sürdürüldü. Araştırmanın nitel kısmı 30 olgu, nicel kısmı ise 80 hasta ile tamamlandı.

Bulgular: Araştırma grubunun yaş ortalaması $62,88 \pm 10,69$ yıl olup çalışma grubunun %86,3'ü ($n=69$) erkekti. Genel yaşam kalitesi değerlendirmesinde Akciğer kanseri tanılı hastaların ortalama EQ-5D indexi ortalaması $0,58 \pm 0,26$, Vizüel Analog Skala (VAS) skoru ortalaması $59,50 \pm 19,89$ idi. Kaliteye uyarlanmış yaşam yılı

(Quality Adjusted Life Years, QALY) indeks ve VAS skorunun; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, tanıdan itibaren geçen süre, kemoterapi alınması ve radyoterapi alınması değişkenleri ile arasında anlamlı ilişkili bulunamadı. VAS skoru çocuk sahibi olanlarda anlamlı yüksekti. QALY indeks değeri gelir durumuna göre anlamlı farklılık göstermekteydi.

Araştırmanın nitel bölümünde ise yaşam kalitesi algısı incelendi ve veriler kodlanarak 13 tema 43 alt tema oluşturuldu. Yaşam kalitesini oluşturan temalar, yaşam kalitesini bozan unsurlar, yaşam kalitesini arttırmak için yapılanlar ve yaşam kalitesini bozan unsurlarla baş etme mekanizmaları başlıklı tablolar içinde; tema, alt tema, kodlar belirtildi ve hasta ifadelerine örnek verilerek ayrıntılı şekilde incelendi. Yaşam kalitesi ölçeklerinde sıklıkla ter almayan yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik sosyal destek alanları, sağlık sistemi ve çalışanlarının etkileri, baş etme mekanizmaları, endişeler ve ekonomik durum gibi boyutların nitel değerlendirmelerde ifade edildiği değerlendirildi.

Sonuç: Akciğer Kanseri hastalarda yaşam kalitesini olumlu ya da olumsuz yönde etkileyen çok sayıda faktör olduğu görülmüştür. Araştırmanın nicel bölümünde EQ-5D-3L genel yaşam kalitesi ölçek puanları ile sosyodemografik özelliklerden; cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, tanıdan itibaren geçen süre, kemoterapi alınması ve radyoterapi alınması değişkenleri arasında anlamlı ilişkili bulunamadı. Fakat çalışmanın nitel bölümünde yaşam kalitesi ile ilgili; hem sosyodemografik özellikleri ve EQ-5D-3L alt boyutlarını kapsayan, hemde farklı temalardan oluşan birçok cevap verilmiştir. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin yaşam kalitesinde kesin etkilerinin olmadığı, yaşam kalitesi ölçeklerinin yaşam kalitesi skorunu belirlemede yetersiz kalabildiği ve yapılan yaşam kalitesi ölçeklerinin subjektif değerlendirmelerden ayrı düşünülmemesi gerektiği görülmektedir. Yaşam kalitesinin hem klinik hem öznel bir çok parametreden etkilenmekte olan dinamik bir ölçüm olduğu düşünülmektedir. Kanser hastalarında yaşam kalitesine bütüncül yaklaşım için fiziksel, ruhsal, sosyal ve manevi yönden etkileyen faktörlerin daha ayrıntılı incelenmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yaşam Kalitesi, Akciğer Kanseri, Biyopsikososyal yaklaşım, Aile Hekimliği

ABSTRACT

Objective: The aim of medical care and treatment should not only be to prolong life time, but also to ensure the quality of it. In evaluating the effect of the treatment, forming the treatment method, and deciding on the clinical course, questioning the life quality became an important issue. Cancer disease is a health problem in which the life quality of patients is significantly affected due to both the disease itself and the effects of the treatment methods applied. The response rate of the treatment and the life expectancy is not an adequate criteria to evaluate the efficiency of treatment modalities. In this study, it is aimed to understand and evaluate the perception of the quality of life concept among the pulmonary cancer patients who are followed up in a comprehensive palliative healthcare center.

Materials and Methods: The study group, which has a mixed design universe, consists of patients who applied to the center with a diagnosis of pulmonary cancer between 20.12.2019 and 20.08.2020, signed the informed consent form, and had the cognitive competence level to understand and answer the questions asked. The participants' perceptions of life quality were evaluated by performing the interviews in three stages. In the quantitative part of the research, it is aimed to reach the whole population by not performing any sample selection. In the qualitative part, it was planned to use maximum diversity sampling. Accordingly, when determining the individuals to be included, age, gender, educational status, marital status, chemotherapy or/and radiotherapy treatment status, having a child, income status, and the time elapsed since diagnosis were taken into account. EQ-5D-3L general life quality scale was applied to all individuals in the study. Face-to-face interviews were performed until the expressions defining the perception of life quality began to repeat with the semi-structured interview form. The qualitative part of the study was completed with 30 cases, and the quantitative part with 80 patients.

Results: The mean age of the study group was $62,88 \pm 10,69$ years, and 86.3% (n = 69) of the study group were males. In the general quality of life evaluation, the mean EQ-5D index of the patient with a pulmonary cancer diagnosis was $0.58 \pm 0,26$, and the mean Visual Analogue Scale (VAS) score was 59.50 ± 19.89 . Quality Adjusted Life Years (QALY) index and VAS score; VAS score was significantly higher in those

with children, which were not statistically significant between gender, age, educational status, marital status, time since diagnosis, chemotherapy, and radiotherapy applicators shown according to the QALY indicator.

In the qualitative part of the study, the perception of life quality was assessed. 13 themes and 43 sub-themes were created by coding the data. Dimensions such as social support areas, the effects of health system and health workers, coping mechanisms, concerns and the economic status that are not frequently included in the quality of life scales, were evaluated to be expressed in qualitative evaluations.

Conclusion: It has been observed that many factors affect the quality of life positively or negatively in patients with pulmonary cancer. In the quantitative part of the study, the sociodemographic characteristics of the EQ-5D-3L general life quality scale; no significant correlation was found between the variables of gender, educational status, marital status, the period since diagnosis, chemotherapy or/and radiotherapy treatment status. However, in the qualitative part of the study, there are many answers given that were covering both sociodemographic characteristics and sub-dimensions of EQ-5D-3L, as well as different themes. It is observed that the sociodemographic characteristics of the patients do not have a definite effect on the life quality. The scales for assessing life quality may be insufficient, and should not be considered separately from subjective evaluations. It is contemplated that the quality of life is a dynamic measurement affected by many parameters, both clinical and personal. In order to approach holistically to the quality of life in cancer patients, factors affecting physical, mental, social and spiritual aspects should be examined in more detail.

Keywords: Quality of Life, Pulmonary Cancer, Biopsychosocial approach, Family Medicine

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü 1946 yılında sağlığı sadece hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil; bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin sağlanması olarak tanımlamış ve ardından “Yaşam Kalitesi” kavramına karşı ilgi belirgin olarak artmaya başlamıştır (1).

Doktorların sadece hastanın yaşam süresini uzatmaya değil, yaşam kalitesine de önem vermesi gerektiği düşüncesi değer kazanmaktadır. “Her bireyin sağlıklı olması, toplumsal, ekonomik ve ruhsal anlamda üretken olması ve daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olması” Dünya sağlık örgütünün (DSÖ)’nün 21. yüzyıl hedefleri içinde yer almaktadır. Psikososyal ve ekonomik olarak insanlara daha iyi şartların sunulması ve devam ettirilmesi için yapılan çalışmalarda yaşam kalitesi kavramına odaklanılmaktadır (2).

Kanser, hastalığın kendi gidişatı, hastalık için uygulanan türlü tedavilerin etkisi sebebiyle hastaların yaşamlarında ciddi ve yoğun bir sağlık sorunu yaşandığı, kişilerin yaşam kalitesinin kötü anlamda etkilendiği bir sağlık sorunudur (3). Kanser hastalığında hastalık ve tedavi sürecinde yaşanabileceklerin yarattığı stresin yanısıra hastalığın adlandırılmasıyla beraber oluşan endişe ve gelecek kaygısı hastaları olumsuz anlamda etkilemektedir (4). Tedavilerin sonuçlarının değerlendirilmesinde yaşam süresi, tek başına yeterli bir ölçüt değildir. Tedavinin amacı hastaların yaşam süresinin uzamasının yanında semptomların düzeltilmesi ile beraber yaşam kalitesindenin de artmasıdır (5).

Kişinin dış dünyaya ilişkin elde ettiği, organize ettiği ve işlediği bilgiler onların dünya hakkında bir takım kuram, varsayım ve fikirlere sahip olmalarını sağlamaktadır. Farklı duyuşal veriler, duyuşal seviyede nörofizyolojik enerji haline girer ve bu noktadan itibaren de algı süreci başlamaktadır. Aynı zamanda davranış ve tutumlarında bunlara göre oluşmasını sağlar. Kişiden kişiye bu algı süreci farklılık göstermektedir (6).

Bireylerin hastalık algısı ve yaşam kalitesi kavramları konusunda bireysel ve kültürel farklılıklar gözlemlendiği de bilinmektedir. Aile hekimleri hastalarını biyopsikososyal boyutuyla değerlendirmekte; hasta merkezli bütüncül bakış açısı, hastalarla sürekli ilişki kurma ve hasta merkezli tedavi çerçevesindeki yaklaşımıyla

yaşam kalitesini yükseltmede son derece önemli bir yere sahiptir. Günümüzde yaşam kalitesini ölçmeye yönelik pek çok ölçek geliştirilmiştir. Ancak son yıllarda yaşam kalitesinin sosyokültürel yapıdan etkilendiği sıkça tartışılmakta ve yaşam kalitesi kavramının nasıl algılandığını açıklamada ve değerlendirmede ölçeklerle yapılan nicel değerlendirmelerin yetersiz kalabileceği vurgulanmaktadır.

Nitel araştırmayı nicel araştırmayı ayıran önemli bir özellik; kişilerin deneyimleri, düşünceleri, algıları ve duyguları gibi sübjektif verileri değerlendirme fırsatı sunmasıdır. Toplum ve insana ait olgu ve olaylar, nitel araştırma formuna; anlaşılma ve keşfedilmeye hazır karmaşık anlamlar olması sebebiyle oldukça uygundur (7). Karma araştırma yöntemi ise nitel ve nicel araştırma yöntemlerinin beraber kullanılması ile oluşmaktadır. Üçüncü bir model olan ‘karma araştırma yöntemi’ ile nitel ve nicel araştırma yöntemi arasında bir köprü kurulmuştur (8). Son yıllarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla planlanan nitel araştırmalara eğilim artmakla birlikte, ülkemiz sosyokültürel koşullarında yaşam kalitesini değerlendirmeye yönelik nitel ve karma araştırmaların kısıtlılığı dikkat çekmektedir. Bu çalışmada ülkemiz koşullarında yaşam kalitesi kavramının nasıl algılandığı, hangi alt boyutlarda değerlendirildiğinin aydınlatılabilmesi açısından, en sık görülen kanser türlerinden akciğer kanseri tanısı alan bireylerin yaşam kalitesinin karma yöntemle analiz edilmesi amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

Kanserlerin doğası gereği nasıl geliştiği, hangi belirtilerle ortaya çıktığı tanı süreci ve uygulanan tedaviler gibi pek çok değişkenin yaşam kalitesini etkileyebileceği düşünülmektedir. Bu bağlamda akciğer kanseriyle ilgili sürecin tanımlanması ihtiyacı bulunmaktadır

2.1. AKCİĞER KANSERİ

2.1.1. Akciğer Kanseri Epidemiyolojisi

Dünya geneline bakıldığında; Küresel Kanser İnsidansı, Mortalite ve Prevalans (Global Cancer Incidence, Mortality and Prevalence; GLOBOCAN) 2012 verilerine göre 2012 yılında dünyada toplam 14,1 milyon yeni kanser vakası tespit edilmiş ve 8,2 milyon kansere bağlı ölüm vakası bildirilmiştir. Dünyada en çok tanı konulan kanserler; akciğer (%13,0), meme (%11,9) ve kolon (%9,7) iken; kanserden ölümlerin en çok akciğer (%19,4) kanserinden dolayı gerçekleştiği görülmüştür (9).

2.1.2. Akciğer Kanseri Etyolojisi

Akciğer kanseri oluşumunda etiyolojik faktörlerin etkisi göz ardı edilemeyecek kadar büyüktür. Akciğer kanseri oluşumunda etkili olduğu bilinen faktörler; sigara, yaş, ırk, cinsiyet, çevresel etmenler, eşlik eden akciğer hastalığı varlığı, mesleksi maruziyet ve diyet (10).

2.1.3. Akciğer Kanseri Histolojisi

Akciğer kanserlerinde histolojik sınıflama Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Akciğer Kanseri histolojisi çeşitleri

SANTRAL YERLEŞİMLİ TÜMÖRLER	Skumöz Hücreli Karsinom
	Küçük Hücreli Akciğer Kanseri (KHAK)
PERİFERAL YERLEŞİMLİ TÜMÖRLER	Adenokarsinom
	Büyük Hücreli Karsinom
	Adenoskumöz Karsinom
ENDOBRONŞİYAL TÜMÖRLER	Karsinoid, Tipik ve Atipik Tümörler

2.1.4. Akciğer Kanseri Tanı ve Evreleme

Akciğer Kanseri tedavisi düzenlemek ve prognoz tayin etmek hastalığın evresine göre planlanmaktadır. TNM evreleme sistemi, uluslararası kabul gören evreleme sistemidir. TNM evreleme sisteminde; primer tümörün büyüklüğü ve yayılımını (T), bölgesel lenf nodu tutulumunu (N), uzak metastaz varlığını ya da yokluğunu (M) belirlemektedir. TNM evreleme sisteminin en çok tercih edilme sebebi; kanser yayılımının anatomik kapsamını gösterdiği için olmuştur (11).

Tablo 2. Sekizinci TNM sınıflaması

Evre IA1	T1a(mi)-T1a	N0	M0
Evre IA2	T1b	N0	M0
IA3	T1c	N0	M0
IB	T2a	N0	M0
IIA	T2b	N0	M0
IIB	T1a-T2b T3	N1 N0	M0
IIIA	T1a-T2b T3 T4	N2 N1 N0-N1	M0
IIIB	T1a-T2b T3-T4	N3 N2	M0
IIIC	T3-T4	N3	M0
IVA	Herhangi bir T	Herhangi bir N	M1a-M1b
IVB	Herhangi bir T	Herhangi bir N	M1c

Tablo 3. Sekizinci TNM sınıflaması devamı

Tx		Tümörün değerlendirilemediği veya malign hücrelerin balgam yada bronşiyal yıkama sıvısında gösterildiği ancak tümörün bronkoskopi veya görüntüleme yöntemleri ile saptanamadığı durumlar
T0		Primer tümör kanıtı yok
Tis		Karsinoma in situ (lepidik patern baskın soliter adenokarsinom (=3cm) veya en geniş yerinde =5 mm invazyon
T1		Normal akciğer veya viseral plevra ile çevrili, en geniş çapı ≤ 3 cm tümör. Bronkoskopik olarak lob bronşunun proksimaline invazyon yoktur. Bronşiyal duvar ile sınırlı nadir yüzeysel tümörlerde lob bronşunun proksimaline invazyon olabilir
	T1a(mi)	Minimal invaziv adenokarsinom
	T1a	Tümörün en geniş çapı ≤ 1 cm
	T1b	Tümörün en geniş çapı > 1 cm, ≤ 2 cm
	T1c	Tümörün en geniş çapı > 2 cm, ≤ 3 cm
T2		Tümörün en geniş çapı > 3 cm, ≤ 5 cm: - Karinaya uzaklığı veya invazyonuna bakılmaksızın ana bronş invazyonu - Viseral plevra invazyonu - Hiler bölgeye uzanan atelektazi veya obstrüktif pnömoni (atelektazi lobar veya total olabilir)
	T2a	Tümör en geniş çapı > 3 cm, ≤ 4 cm
	T2b	Tümör en geniş çapı > 4 cm, ≤ 5 cm
T3		Tümör en geniş çapı > 5 cm, ≤ 7 cm veya aşağıdaki yapılardan birine direkt invazyon: Göğüs duvarı invazyonu (süperior sulkus tümörleri dahil), frenik sinir, parietal perikardium veya aynı lobda farklı nodül(ler)
T4		Tümör en geniş çapı > 7 cm veya aşağıdaki yapılardan birine invazyon: Diyafragma, mediasten, kalp, büyük damarlar, trakea, rekürren laringeal sinir, özofagus, vertebral cisim, karina, aynı taraf akciğer farklı lobda nodül(ler)
Nx		Bölgesel lenf bezleri değerlendirilemedi
N0		Bölgesel lenf nodu metastazı yok
N1		İpsilateral peribronşiyal ve/veya ipsilateral hiler lenf bezlerine ve/veya intrapulmoner lenf bezlerine metastaz veya direkt invazyon

Tablo 4. Sekizinci TNM sınıflaması devamı

N2		İpsilateral mediastinal ve/veya subkarinal lenf bezlerine metastaz
N3		Kontralateral mediastinal, kontralateral hiler, ipsilateral veya kontralateral skalen veya supraklavikuler lenf bezlerine metastaz
M0		Uzak metastaz yok
M1	M1a	Karşı akciğerde ayrı tümör nodül(leri), plevral veya perikardiyal nodüller veya malign plevral veya perikardiyal metastaz. (Paramalign efüzyonlar hariç)
	M1b	Tek ekstratorasik organda tek metastaz (Bölgesel olmayan tek lenf bezi metastazı dahil)
	M1c	Tek veya multipl organda multipl ekstratorasik metastaz

2.1.5. Akciğer Kanseriinde Semptom ve Bulgular

2.1.5.1. Primer Tümöre Bağlı Semptomlar

2.1.5.1.1. Öksürük

Akciğer kanseri tanılı hastalarda öksürüğü oluşturabilecek nedenler Tablo 5’te gösterilmiştir.

Tablo 5. Öksürük nedenleri (12).

Direkt kanserle ilişkili	• Pulmoner parankim tutulumu (primer veya metastatik) • Lenfanjitik karsinomatoz • İntrensek veya ekstresek hava yolu obstrüksiyonu • Plevra tümörü • Plevral efüzyon • Multipl tümör embolisi • Pulmoner lökostaz • Süperior vena kava sendromu
Kanser tedavisi ile ilişkili	• Radyasyon pnömonisi • Kemoterapiye bağlı pulmoner toksisite
Kanserin indirekt etkileriyle	• Pulmoner aspirasyon • Pulmoner emboli
Diğer faktörlere bağlı	• KOAH • Astım • Konjestif kalp yetmezliği • İnterstisyel akciğer hastalığı • Pnömotoraks • Üst solunum yolu infeksiyonu • Bronşektazi • Gastroözofagial reflü • Postnazal akıntı • Diğer tedavilere bağlı

2.1.5.1.2. Dispne

Dispne subjektif bir ifadedir ve “zor, zahmetli ve rahat olmayan nefes” şeklinde tanımlanmaktadır. Dispne akciğer kanseri tanılı bireylerin % 15’inde ilk semptom ve % 65’inde en az bir defa görülen bir semptomdur. Hastaların son dönemlerinde yaklaşık % 90 oranında dispne görülmektedir (12).

2.1.5.1.3. Hemoptizi

Hemoptizi, primer tümör semptomları olan hastaların %35'inde görülmektedir. Hemoptizinin en sık sebebi akut bronşit olmasına rağmen, hemoptizi ile başvuran 40 yaşın üzerindeki hastalarda akciğer kanseri araştırılmalıdır. Genellikle santral yerleşimli skuamöz hücreli akciğer kanserlerinde hemoptizi görülmektedir (13).

2.1.5.1.4. Göğüs ağrısı

Göğüs ağrısı akciğer kanseri tanısı alan hastaların yaklaşık yarısında görülmektedir. Mediasten, plevra veya göğüs duvarından dolayı ağrı kaynaklanabilmektedir. Tümörün plevral yüzeye yayılması sonucunda plöritik göğüs ağrısı meydana gelebilmektedir (13).

2.1.5.2. Primer Tümör Yayılımına Bağlı Semptomlar

2.1.5.2.1. Pancoast Sendromu

Pancoast tümörü ilk kostanın veya periosteumun, bronş pleksusunun alt sinir köklerinin, sempatik zincirin, göğüs apeksinin yakınındaki stellat ganglionun veya subklaviyan damarların yanında yer alan göğüs apeksinin yapılarından herhangi birine invaze olmuş tümör olarak tanımlanmaktadır (13).

2.1.5.2.2. Vena Cava Superior Sendromu

Vena cava superiorun bası altında kalması sonucunda oluşan bu sendromun temel nedeni mediastende bulunan metastazlardır. Semptomları arasında üst ekstremitelerde ödem, göğüste kollateral dolaşım, vena jugulariste dolgunluk, gözlerde hiperemi, üst ekstremitelerde uçlarında, burunda, dudaklarda siyanoz ve nefes darlığı bulunmaktadır (13).

2.1.5.2.3. Ses Kısıklığı ve Disfaji

Akciğer grafisinde nefes darlığı veya yüksek sol hemidiyafram ile birlikte frenik sinir felci ortaya çıkabilmektedir. Laringeal sinir felci nedeniyle ses kısıklığı hastaların %2-18'inde görülmektedir. Plevral efüzyonun da dispne, azalan nefes sesleri ve perküsyona matite şeklinde belirti verebildiği bilinmektedir. Disfajiye neden olabilen sebep ise özofagusun basıya uğramasıdır (13).

2.1.5.2.4. Paraneoplastik Sendromlar

Paraneoplastik sendromlarda endokrin hastalıklar ile ilişkili hiperkalsemi, cushing sendromu, uygunsuz ADH (Adrenodiüretik hormon) sendromu görülebilmektedir. İskelet sistemine ait bulguları çomak parmak ve hipertrofik pulmoner osteoartropati oluşturmakta; nörolojik sistem bulguları arasında nöropatiler, Lambert-Eaton sendromu, limbik ensefalopati bulunmaktadır. Anemi, lökositoz, trombositoz, hiperkoagübilite bozuklukları gibi hematolojik sistemle ilgili bulgular görülebilmektedir (13).

2.1.5.3. Semptomlara Bağlı Klinik Etkilenimler

2.1.5.3.1. Egzersiz İntoleransı

Fonksiyonel egzersiz kapasitesi, kişilerin günlük yaşam aktivitelerindeki aktivite yeterliliğinin temel belirleyicisidir. Kardiyopulmoner egzersiz testi (KPET), egzersiz kapasitesi için altın standarttır. KPET veya saha testleri kullanılarak egzersiz intoleransı ölçülebilmektedir. Ucuz ve kolay uygulanabilir olması sebebiyle saha testleri kliniklerde tercih edilmektedir. Saha testleri arasında en sık kullanılan 6 Dakika Yürüme Testi (6DYT), akciğer kanseri tanılı hastalarda fonksiyonel kapasitenin ölçümünde geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış bir testtir. Bu test akciğer kanseri tanılı bireylerin yaşam süreleri ve postoperatif dönemde oluşabilecek olan komplikasyonlar hakkında bilgi vermektedir (14).

2.1.5.3.2. Günlük Yaşam Aktiviteleri

Akciğer kanseri tanılı bireylerde günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık, yapılan çalışmalarda % 13-49 arası oranlarla ifade edilmiştir. Kişisel hijyen, yürüme-transferler, ev işleri, alışveriş ve taşıma; günlük yaşam aktiviteleri içinde en çok etkilenen unsurlar arasında tanımlanmaktadır (15). Bu yüzden günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi ve günlük yaşam aktivitelerindeki problemlerin ortaya konması akciğer kanseri tanılı bireylerde önem arz etmektedir.

2.1.5.3.3. İskelet Kas Fonksiyon Bozukluğu

Kasın kuvvet veya enduransında olan kayıpları ifade etmek için iskelet kas disfonksiyonu terimi kullanılmaktadır. Ağırlık kaybından dolayı cerrahi yapılmayan Küçük hücreli dışı akciğer kanserlerinde; yorgunluk, ağrı gibi semptomların daha fazla olduğu ve bununla orantılı olarak yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu bir çalışmada gösterilmiştir (16).

2.1.5.3.4. Akciğer Kapasitesinde Azalma

Akciğer kanseri cerrahisinde bir çok yöntem ve cerrahi tipi mevcuttur. Her farklı cerrahi tipi solunum kapasitesini kendine özgü olarak etkilemektedir. Pulmoner rezeksiyonun yapıldığı her cerrahide solunum kapasitesi azalmaktadır. Lobektomi veya pnömonektomi geçiren akciğer kanseri tanılı bireylerde ise cerrahi sonrası 6. ayda yapılan spirometrik ölçümlerde FEV1 değerlerinde % 15 ile % 35 arasında bir düşüş gözlemlenmiştir (17).

2.1.6. Akciğer Kanseri Tedavi

Tedavinin sınıflandırılması şu şekildedir:

- a) Radyoterapi
- b) Kemoterapi
- c) Cerrahi tedavi
- d) Diğer tedavi yöntemleri (Fotodinamik tedavi, immünoterapi ...)

2.2. YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi kavramının felsefi temelleri oldukça eski dönemlere dayanmaktadır. Mutluluk, yaşamın anlamı, yaşamın amacı, iyi yaşam, kendini iyi hissetme, konforlu yaşam, gibi temalar antik zaman filozoflarının söylemlerinde yer almıştır (18).

Platon'un (M.Ö. 427- 347) ideal devlet anlayışını konu alan "Devlet" adlı kitabında hastaların yaşam kaliteleri ile ilgili görüşleri bulunmaktadır. Platon bu eserinde "hayatın kıymeti" ve "yaşamın süresinin uzunluğunun mu yoksa yaşam kalitesinin mi daha önemli olduğu" gibi tıp etiği açısından önemli kavramları da değerlendirmektedir. Platon kronik bir hastalığı olan marangozu örnek vererek ciddi

bir hastalıktan dolayı ızdırıp içinde olan kişinin yaşamaya değmeyen bir hayatı olduğunu belirtmektedir. Platon'a göre marangoz için bir an önce ölüp tüm sıkıntılardan kurtulmak en iyisidir. Çünkü işini yapamayacağı bir hayat onun için anlamsız olacaktır. Doktorların çabalarıyla uzatılmış bu tarz bir yaşam, uzayan bir ölüm sürecine dönüşmektedir. Bu durumda olan bir kişinin tedaviyi reddetmesi ve hastalığı akışına bırakması gerektiğini önermektedir (19).

Yaşam kalitesi kavramını ilk defa Thorndike 1939 yılında kullanmıştır. Thorndike'e göre; sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi yaşam kalitesini tanımlamaktadır (20). Dünya Sağlık Örgütü 1946 yılında sağlığı sadece hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil; bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin sağlanması olarak tanımlamış ve ardından "Yaşam Kalitesi" kavramına karşı ilgi belirgin olarak artmaya başlamıştır (1).

Doktorların sadece hastanın yaşam süresini uzatmaya değil, yaşam kalitesine de önem vermesi gerektiği düşüncesi değer kazanmaktadır. "Her bireyin sağlıklı olması, toplumsal, ekonomik ve ruhsal anlamda üretken olması ve daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olması" Dünya sağlık örgütünün (DSÖ)'nün 21. yüzyıl hedefleri içinde yer almaktadır. Psikososyal ve ekonomik olarak insanlara daha iyi şartların sunulması ve devam ettirilmesi için yapılan çalışmalarda yaşam kalitesi kavramına odaklanılmaktadır (2).

Yaşam kalitesi kavramının anlaşılmasıyla semptomların düzelmesi, ihtiyaç olan bakım ve rehabilitasyonun düzenlenmesi gereksinimi göz önünde bulundurulmaya başlanmıştır. Hastaların subjektif yaşam kalitesi değerlendirmelerinin sonuçları tedavi ve bakımda değişikliklere ve iyileştirmelere neden olmakla beraber, bazı tedavilerin de düşünüldüğü kadar fayda sağlamadığını göstermektedir (21). Sağlık durumunun ve verilen tıbbi hizmetin başarısını değerlendirirken; hastaların algıladıkları sağlık ve yaşam kalitesi düzeyinin, geleneksel hekim merkezli klinik değerlendirmeler kadar önemli olabileceği görülmektedir (22). Hastanın kendi sağlığına dair kararları ve bu kararlara katılımının sağlanması ile hasta ve hekim arasında iş birliğinin güçleneceği ve yaşam kalitesinin yükseltme çalışmalarına büyük katkı sağlayacağı vurgulanmaktadır (23).

Yaşam kalitesi tanımlamaları çoğunlukla kişinin subjektif algısı temelinde olmakla beraber; yaşam kalitesi, objektif ve subjektif boyutta her iki açıdan da

değerlendirilmeye tabi tutulmaktadır. Objektif göstergeler arasında, kişinin her durumda yürüyebilme, merdiven çıkabilme, eğilme ve doğrulma, koşabilme gibi temel fiziksel aktiviteleri; kişisel öz bakımını ve günlük yaşam aktivitelerini destek almadan yapabilmesi yer almaktadır (24). Subjektif değerlendirmeler ise bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığını öznel değerlendirmesi üzerinden yapılmaktadır. Günümüzde yaşam kalitesini değerlendirmeye yönelik hastalığa özgü veya tüm hastalıkları kapsayacak şekilde genel birçok ölçek bulunmaktadır (25).

Günümüzde birçok hastalığın erken tanı, önleme çalışmaları ve etkin tedavi edilmesine bağlı olarak hem yaşam süresi uzamış, hem de bireylerin kronik hastalıkla geçen yaşam sürelerinde artış gözlenmektedir. Kanser hastalığı; hem hastalığın doğası, hem de uygulanan tedavi yöntemleri nedeniyle, hastaların yaşamlarında ciddi bir çok sağlık sorununun yaşandığı, dolayısıyla yaşam kalitesinin önemli derecede etkilendiği bir sürece yol açmaktadır (3). Yeni tedaviler sayesinde kanser hastalarının yaşam süreleri uzamakta ve kanser artık kronik bir hastalık olarak kabul görmektedir. Kanser tedavisinin kendine has zorluğu ve bazen tedavinin sınırlı olmasından dolayı onkoloji hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirilmesine özellikle odaklanılmaktadır (26). Kanser tanısı ile takip edilen bireyler hastalık süreciyle ortaya çıkan semptomlar kadar tedavilerin yan etkileri sonucunda da zorluklar yaşamaktadırlar. Kemoterapi ve radyoterapi ile alopesia, bulantı, ağrı, anoreksiya, kaşeksi, tat değişiklikleri, kusma, dehidratasyon, mukozit, yorgunluk, dispne, kemik iliği süpresyonu, depresyon, anksiyete gibi fiziksel ve emosyonel semptomlar da hastanın hayatına yoğun bir şekilde dahil olmaktadır (27). Bu gibi semptomların bireyin yaşam kalitesini etkileyerek tedavilere uyumu zorlaştırdığı düşünülmektedir. Hatta literatürde akciğer kanseri gibi bazı kanser türlerinde başlangıçtaki yaşam kalitesi puanının sağkalımda en güçlü ve bağımsız prognostik faktör olduğu bildirilmekte, uzun sağkalım beklenmeyen bu hastalarda semptom palyasyonunun yaşam kalitesi ile direk bağlantılı olduğu ve öncelenmesi gerektiği vurgulanmaktadır (28). Bu yüzden yaşam kalitesinin sorgulanması; tedavinin palyatif etkisini ve tedavi ile ilişkili sorunları değerlendirmede, klinik gidişe karar vermede sağlık çalışanları açısından önemli bir kriter haline gelmektedir. Tüm hastaların sağlık hizmetleri ile ilk temas noktası olan, bütüncül ve kapsamlı bakım veren aile hekimlerinin; özellikle kronik hastalığı olan bireyler ve ailelerine yönelik yaşam kalitesini arttırmayı hedefleyen yöntemler palyatif

bakım ve destekleyici yaklaşımlar gibi uygulamalarda aktif rol almaları toplum sağlığının geliştirilmesi açısından önem arz etmektedir (29).

2.2.1. Yaşam kalitesi Bileşenleri

Yaşam kalitesinin; psikolojik sağlık, sosyal işlevsellik, fiziksel durum ve hastalık veya tedavi ile ilişkili belirti ya da bulgular olmak üzere dört temel bileşeni bulunmaktadır (30).

2.2.1.1. Psikolojik sağlık

Psikolojik sağlık alanı üç ana kavram ile tanımlanmaktadır. Bunlardan ilki olumlu duygulardır. Olumlu duygular; bireyin kendi durumundan memnun olması ve benimsemesi, hayattan doyum alması şeklinde tanımlanabilir. Olumsuz duygular arasında suçluluk, ümitsizlik, karamsarlık, öfke, üzüntü, kaygı sayılabilir. Üçüncü kavram ise bilişsel yapılardır. Hastanın düşüncelerini ve yargılarını içermekle beraber; hem hastanın bilişsel işlevleri, hem de düşünsel değerlendirmelerine odaklanır. Hastanın zihinsel işlevleri içinde dikkat, bellek, soyut ve organize düşünme yetileri değerlendirilmektedir. Durumuyla ilgili değerlendirmede ise hastalığı ile ilgili düşünceleri, dış görünümü ya da beden imgesiyle ilgili yargısı, hastalık sonucu oluşan kendilik saygısı değişiklikleri dikkate alınmaktadır. Kişinin psikolojik esenliği ve başka insanlarla arasındaki emosyonel işlevselliği bütün bu kavramların birlikteliğinden oluşmaktadır (30, 31).

2.2.1.2. Sosyal Alan

Sosyal alan hastanın kişilerarası ilişkilerine ve sosyal destek sistemlerine dayanır. Kişilerarası ilişkilerde; arkadaş ve akraba ilişkileri ile diğer insanlara duyduğu yakınlık, ilgi ve sorumluluk değerlendirilmektedir. Sosyal destek ise bireyin sorun çözme noktasında başvurduğu kaynakları kapsamaktadır. Sorunlarının ne kadarını paylaşabildiği, başka insanlara ne ölçüde güven duyabildiği, başkalarından aldığı destek hakkında neler hissettiği ve düşündüğü dikkate alınmaktadır (30, 31).

2.2.1.3. Fiziksel Alan

Bu alanda asıl dikkate alınan kavram fiziksel işlevselliktir. Fiziksel işlevselliği oluşturan ögeler; gündelik işlerini becerebilme yetisi, bireyin hastalıkla birlikte fiziksel hareketliliği, neyi yapıp neyi yapamadığı ve çalışabilme gücüdür. Fiziksel hareketlilik değerlendirilirken; kişinin kendi alışveriş eşyalarını taşıyabilmesi, yardımcı bir alete (baston, tekerlekli sandalye vb.) ihtiyacı, merdiven çıkabilmesi gibi ölçütler göz önüne alınmaktadır. Başkalarının yardımına ne ölçüde muhtaç olduğu, gündelik iş ve gereksinimlerini karşıyalabilme yetisi içinde değerlendirilmektedir. Çalışabilme ise bireyin hastalanmadan önce işinin ne kadarını sürdürebildiği ve maddi olarak ne kadar katkı sağlayabildiğine odaklanmaktadır (30, 31).

2.2.1.4. Hastalık ve Tedavi ile İlişkili Belirti ya da Bulgular

Ağrı, kanser hastalığının kendisi ya da tedavisinin ortaya çıkardığı belirti ve bulgulardan kuşkusuz en iyi bilinmekte olmaktadır. Hastanın hangi seviyede, hangi sıklıkta, hangi durumda ve hangi bölgede ağrı hissettiği ve sonucunda kişinin ne kadar kısıtlandığı yaşam kalitesi açısından önem arz etmektedir. Bireysel duyarlılıklar ve ağrıya dayanıklılık bireyler arası değişkenlik arz etmektedir. Ayrıca hastaların bir çoğunda ortak görülen yorgunluk, uyku düzensizlikleri, iştah düzensizlikleri kanser hastalığının genel sağlık sorunlarından (30, 31).

Kronik hastalıklar kısa vadede fiziksel yeterliliği bozduğu gibi, uzun dönemde de ruhsal işlevselliği etkilemektedirler. Belirtisi olmayan ya da hafif belirtili hastalıklarda yaşam kalitesi normal toplum ile aynı düzeyde bulunmaktadır. Fakat hastalığın şiddeti arttıkça sosyal işlevsellik ve fiziksel işlevsellik ile birlikte hem genel yaşam kalitesi algısı hem de alt alanlar belirgin biçimde bozulmaktadır. Yani hastalığın niteliği genel yaşam kalitesi üzerinde etkili olmaktadır. Kronik hastalıklarda ruhsal durum da yaşam kalitesi için oldukça belirleyicidir (30, 31).

2.2.2. Yaşam kalitesi Göstergeleri

2.2.2.1. Cinsiyet

Cinsiyet ve yaşam kalitesi arasında kuvvetli bir ilişki bulunmaktadır. Geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelerde, öncelikle ekonomik faaliyetler ve eğitim alanında cinsiyet açısından büyük farklılıklar dikkat çekmektedir. Bu ülkelerde yaşayan

kadınların; çalışmayan, çalışmalarına engel olunan, muhafazakâr, ataerkil ve geleneksel aile çevrelerinden gelenlerinde ücretsiz aile işçiliği (ev hanımlığı) yaygın olarak görülmektedir. Kadınların yaşam kaliteleri genellikle eşlerinin iş ve sosyal güvencelerine bağımlı durumdadır. Toplumsal cinsiyet rolü olarak tanımlanan ve toplumların kadının sorumluluğuna bıraktığı; yemek yapma, ev temizliği, çocuk bakımı ve diğer aile üyelerine hizmet gibi işler kadınların yaşam kalitelerini oldukça düşürmektedir. Aynı zamanda bu ülkelerde yaşayan kadınlarda görülen düşük eğitim seviyesi; sosyal, ekonomik, kültürel ve sağlık alanında kadınlar aleyhinde bir farkın oluşmasına da neden olmaktadır (32).

2.2.2.2. Yaş

Çalışmalarda yaşın, yaşam kalitesi açısından önemli bir gösterge olduğunu görülmektedir. Fakat her yaşam kalitesi göstergesi yaş dönemlerinde ölçü olarak ele alınmamaktadır. Örneğin emeklilik yaşlılar için önemli bir yaşam kalitesi göstergesi iken diğer yaş grupları için önem arz etmemektedir. Yapılan çalışmalarda, yaşam kalitesinin her yaş döneminde önemli olduğu vurgulanmakla beraber çoğunlukla yaşlılık dönemi yaşam kalitesi açısından daha çok değerlendirilmektedir. Çünkü genellikle yaşlılık dönemi; yaşam kalitesinde düşüşün en çok görüldüğü zaman dilimidir. Bu zaman diliminde ki sağlık sorunları, bilişsel becerilerde azalma, sosyal hayattan kopma, emeklilik sonrası gelirin azalması, rol ve statü değişikliği, yalnızlık (çocukların bağımsızlaşması, eşin ölümü, anne babanın ölümü vb.), bilişsel ve cinsel fonksiyonların azalması gibi durumlar yaşam kalitesini önemli derecede etkilemektedir (32).

2.2.2.3. Medeni Durum

Yaşam kalitesi bileşenlerinden bir diğeri medeni durumdur. Bekar veya evli olmak toplumlarda kanıksanmış bir durum iken, özellikle gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde dul veya boşanmış olmak kabul görmemekle birlikte düşük yaşam kalitesinin önemli göstergelerindendir. Aynı zamanda toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve kadının namus kavramı ile bütünleştirilmesi nedeniyle dul veya boşanmış kadınların, dul veya boşanmış erkeklere oranla daha fazla dışlandıkları, yoksulluk riskiyle karşı karşıya kaldıkları, sorumluluklarının arttığı ve yaşam kalitelerinin düştüğü

görülmektedir (33). Yapılan birçok çalışmada da dul veya boşanmış olmanın kadınlarda depresyon ve anksiyete riskini yüksek oranda arttırdığı dolayısıyla yaşam kalitelerini düşürdüğü; evli olmanın veya bir eş ile birlikte yaşamının yaşam kalitesini önemli ölçüde arttırdığı görülmektedir. Bu durum, evliliğin veya partnerle yaşamının, bireye bir sosyal destek sistemi sağlamasından, ekonomik açıdan bireye destek olmasından ve yalnızlık durumunu ortadan kaldırmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (32).

2.2.2.4 Eğitim Seviyesi

Eğitim; kişisel gelişimde ve kişinin iş sahibi olması ile sahip olunan işin niteliği üzerinde doğrudan etkilidir. Genel olarak eğitim düzeyi yüksek kişilerin daha iyi ekonomik duruma ve daha donanımlı işe, daha iyi sosyal seçeneklere ve bununla birlikte daha yüksek yaşam kalitesine sahip oldukları görülmüştür. Buna karşın eğitim düzeyi düşük kişilerin işsizlik, kötü çalışma koşulları, maddi yetersizlik, sosyal imkanlardan yararlanamama, yetersiz ve dengesiz beslenme gibi nedenlerle sıklıkla daha düşük yaşam kalitesine sahip oldukları görülmektedir (32).

2.2.2.5. Gelir Durumu

Yaşam kalitesinin evrensel bir hedef olmasının nedeni, Maslow (1970)'un ihtiyaçlar hiyerarşisi ile açıklanabilir. Maslow'un piramidine göre insan gereksinimleri öncelikler göz önünde bulundurularak göre beş başlıkta sıralanmıştır (Şekil 1) :

1. Fiziksel gereksinimler (yiyecek, su, barınma...)
2. Güvenlik gereksinimi (emniyet, korunma, sağlık...)
3. Sosyal gereksinimler (bir topluluğa ait olma hissi, sevgi...)
4. Saygı görme gereksinimi (toplumda sayılma, sosyal statü...)

5. Kişisel ilgileri, fikirleri, idealleri ortaya koyma gereksinimi (kendini geliştirme, kişisel yaşamı zenginleştirme, kişisel hedefleri gerçekleştirme...).

Maslow'un teorisi insan hayatında karşılanması gereken temel ihtiyaçları sıralarken bu ihtiyaçların kantitesi ile birlikte kalitesinin de önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Örneğin, yaşam süresinin uzunluğundan ziyade kalitesi, gelirin iyi olmasından ziyade kişiyi tatmin edip etmemesi vb. hususlar üzerinde durmaktadır.

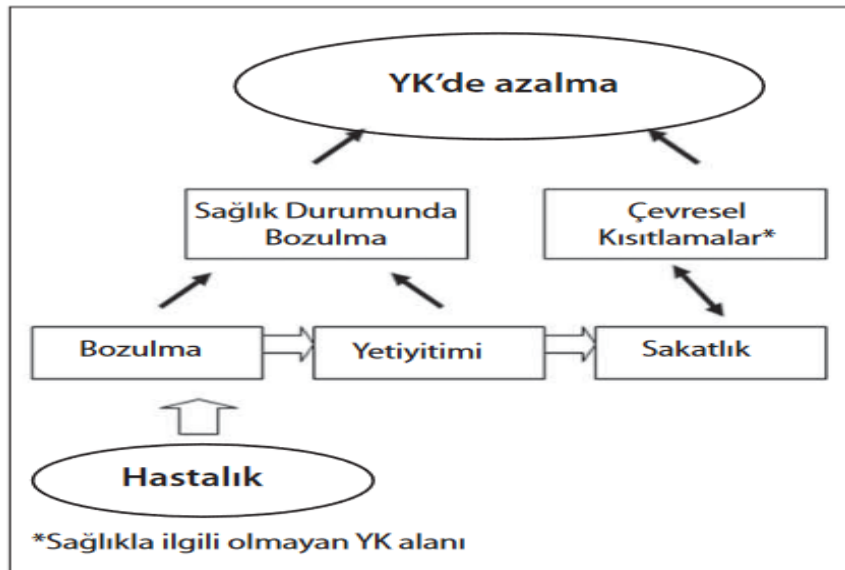
Maslov’a göre yaşam kalitesi, bir bilinçlenme sürecidir ve tüm yaşam süresince ulaşılacak istenen mükemmellik seviyesi olarak görülmektedir (32).



Şekil 1. Maslov'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi (34).

2.2.2.6. Sağlık Alanı

Genel yaşam kalitesi kavramında olduğu gibi, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi konusunda da evrensel tek bir tanım bulunmamaktadır.



Şekil 2. Hastalık ve Yaşam Kalitesi arasındaki etkileşimi gösteren WHO modeli (25).

HRQOL; yaşam kalitesi sağlıklı yaşam, yeterli barınma, istihdam, kişisel ve aile güvenliği, ilişkiler, eğitim ve boş zaman uğraşları gibi küresel yaşam memnuniyetini etkileyen geniş kavramlardan oluşmaktadır. Yaşam kalitesinin bütün boyutlarıyla sağlık ile ilişkili yaşam kalitesinin boyutlarını birbirinden ayırmak mümkün değildir. Örneğin sosyal olanaklar, gelir düzeyi, politik çevre, bireysel inançlar ve çevresel koşullar genel yaşam kalitesinin içinde değerlendirilirken bunları sağlıkla ilgili yaşam kalitesinden ayrı düşünmek mümkün değildir. Zira bu faktörlerin çoğu sağlık problemlerini etkileyen temel sorunları içermektedir. Ancak HRQOL kavramı genel yaşam kalitesi kavramından daha geniştir ve tanım gereği yaşam kalitesinden etkilenen veya kişinin sağlık durumunu doğrudan etkileyebilecek yönlerine daha fazla odaklanmıştır. Bu yönler, hastalık ve tedavinin yan etkileri, tedavi memnuniyeti, fiziksel işlevsellik ve refah, sosyal işlevsellik ve yaşam memnuniyeti ve duygusal refah ve bilişsel işlevler de dahil olmak üzere ruh sağlığı belirtilerini de içermektedir (35).

Neredeyse 30 yıldan uzun bir süredir HRQOL'deki iyileşme, Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA; U.S. Food and Drug Administration) tarafından yeni antikanser ilaçların tam onayının temeli olarak kabul edilen iki potansiyel faydadan biri olmuştur. Daha sonra 2009 yılında FDA, düzenleyici amaçlar için uygun olabilecek yaşam kalitesi önlemlerinin geliştirilmesi ve doğrulanması için özel bir kılavuz yayınlamıştır (36). Güncel olarak ise 2016 yılında FDA yazarları tarafından daha da geliştirilen ilaç etiketleme amaçları için önerilen yaşam kalitesi bileşenleri, hastalıkla ilişkili semptomlar, fiziksel fonksiyon ve hasta tarafından bildirilen advers olayları içermektedir (37).

2.2.3.Yaşam Kalitesi Ölçümünde Kullanılan Ölçekler

2.2.3.1. Genel Sağlık Ölçekleri

Genel sağlık durumu anketleri tıbbi hastalığı olan ve olmayan kişiler tarafından doldurulabilmektedir. Sağlıklı ve hasta popülasyonlar veya farklı yaş grupları gibi çeşitli gruplar arasında karşılaştırma yapmak için bu ölçekler kullanılmaktadır. Sık kullanılan ölçeklere Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile; NHP) ve Kısa Form-36 (SF-36) örnek verilebilir. NHP, kişinin sağlık problemlerini nasıl algıladığı ve bu problemlerin normal günlük aktiviteleri ne düzeyde etkilediğini ölçen

bir genel yaşam kalitesi anketidir. Anket, 38 maddeden oluşur ve sağlık statüsü ile ilgili altı boyutu değerlendirir: Enerji (3 madde), ağrı (8 madde), emosyonel reaksiyonlar (9 madde), uyku (5 madde), sosyal izolasyon (5 madde) ve fiziksel aktivite (8 madde) alt boyutlarından oluşmakta ve evet ya da hayır seçenekleriyle değerlendirilmektedir. Her bir bölümde puanlama 0-100 arası olup; 0 en iyi sağlık durumunu, 100 en kötü sağlık durumunu göstermektedir. Çalışma kapsamında NHP'nin alt skorları ve toplam NHP puanı değerlendirilmiştir. Toplam NHP puanı alt skorların toplamından elde edilmektedir (38).

SF-36 ölçeği, Ware ve arkadaşları tarafından 1988 yılında fiziksel ve mental sağlığı değerlendirmek için geliştirilmiş, 36 maddelik ölçek güvenilir ve geçerli kabul edilmiştir. Hem hasta hem de sağlıklı popülasyonlarda yaygın olarak kullanılmaktadır. Toplamda, sekiz sağlık alt ölçeği (fiziksel işlev, fiziksel rol, bedensel ağrı, genel sağlık, canlılık, sosyal işlevsellik, duygusal rol ve zihinsel sağlık) ve iki bileşen özet puanı (fiziksel ve zihinsel) sunmaktadır. Anket, norm tabanlı puanlama algoritmaları kullanan yerleşik bir protokol aracılığıyla puanlanır. Oluşturulan puanlama protokolü kullanılarak, sekiz alan skoru hesaplanmış ve daha sonra 0 ile 100 arasında değişen fiziksel ve zihinsel ölçeklerinde özetlenmekte, daha yüksek puanlar daha iyi refahı ve daha yüksek işlevselliği temsil etmektedir. Genel popülasyonun her bir bileşen özeti puanı için ortalama 50 ve standart sapması 10'dur. Bu nedenle, genel popülasyonla karşılaştırıldığında 50'nin altındaki bir skorun normun altında olduğu düşünülmektedir (39).

2.2.3.2. Hastalığa Spesifik Ölçekler

Bu ölçekler herhangi bir hastalığı veya tıbbi durumu olan kişilere uygulanabilmektedir. Birçok hastalığı, hastalığın şiddetini veya müdahale türlerini karşılaştırmak için kullanılmaktadır. Hastalık Etki Profili (The Sickness Impact Profile; SIP) ve Kronik Hastalık Terapisinin Fonksiyonel Değerlendirmesi (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy; FACIT) bu testlere örnek oluşturmaktadır (40).

2.2.3.3. Yaşam Kalitesi Zevk ve Memnuniyet Anketi

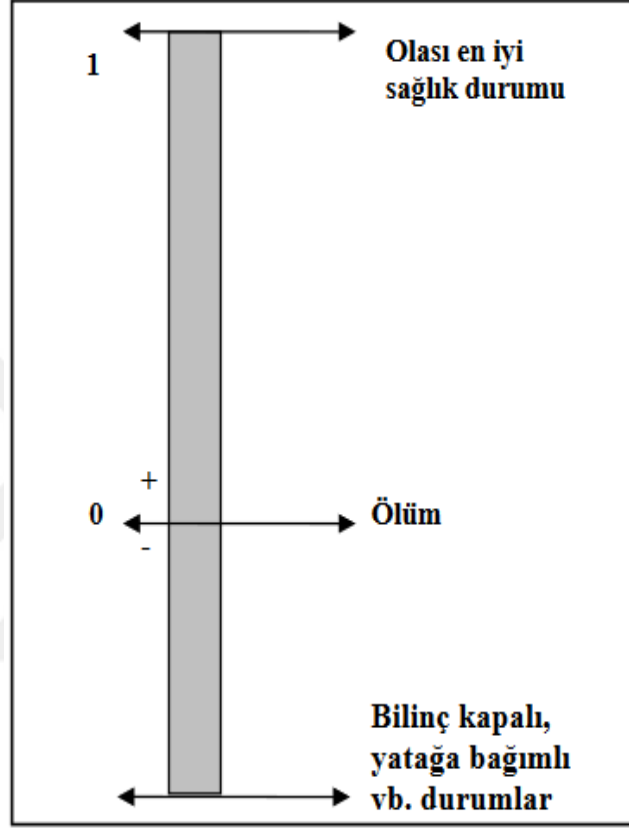
Yaşam Kalitesi Zevk ve Memnuniyet Anketi (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire; Q-LES-Q) psikiyatri araştırmalarında en sık kullanılan ölçeklerdendir. Kısaltılmış versiyon (Q-LES-Q-SF), uzun formun genel aktivite alt ölçeğinden türetilmiştir. Q-LES-Q-SF, bir önceki haftaya ait yaşam memnuniyetini değerlendiren bu anket 16 sorudan oluşmaktadır. Her soru 1 (Çok Kötü) ile 5 (Çok İyi) arasında 5 puanlık bir ölçekte değerlendirilir. Q-LES-Q-SF'nin kısa formu, uzun formun Genel Faaliyetler alt ölçeğiyle aynıdır. Her iki versiyon da bir çok dile çevrilmiş ve psikofarmakoloji ile klinik çalışmalarda en sık kullanılan yaşam kalitesi ölçeklerinin başında gelmektedir (41).

2.2.3.4. Avrupa Yaşam Kalitesi (European Quality of Life; EuroQoL) 5 boyutlu 3 seviye (EQ-5D-3L)

Avrupa Yaşam Kalitesi (European Quality of Life; EuroQoL) yaşam kalitesi seviyesini ölçmede kullanılan genel sağlık değerlendirme ölçütüdür. Batı Avrupa Yaşam Kalitesi Araştırma Topluluğu olan EuroQol grubu tarafından geliştirilmiş ve birçok dile çevrilmiştir. Ölçek EQ-5D indeks ve EQ-VAS olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. EQ-5D VAS (Visual Analogue Scale) ölçek; bireyler yapılan güne ait sağlık algıları hakkında 0 ile 100 arası puan belirttikleri görsel analog ölçek çeşididir. Bu şekilde 0-100 arasında değişen yaşam kalitesi skorları hastalar tarafından belirtilir. EQ-5D index bölümü; hareket, öz-bakım, olağan aktiviteler, ağrı/rahatsızlık ve endişe/depresyon olmak üzere beş kategoriden oluşur. Her bir kategoride verilen cevaplar; problem yok, biraz problem var ve majör problem olmak üzere 3 seçenekten oluşmaktadır. Her boyut için 3 seçenek, toplam 243 olası sağlık durumunu oluşturur. Ölüm ve bilincin kapalı olma durumu da eklendiğinde toplam 245 durum oluşmaktadır. EQ-5D sonuçlarının hesaplanmasında ülkemize özel bir hesaplama algoritması bulunmamaktadır. Belçika, Danimarka, Finlandiya, Almanya, Japonya, Hollanda, Yeni Zelanda, Slovenya, İspanya, İngiltere, Amerika Birleşik Devletleri, Zimbabve ve genel olarak Avrupa için hesaplama algoritmaları hazırlanmıştır (42).

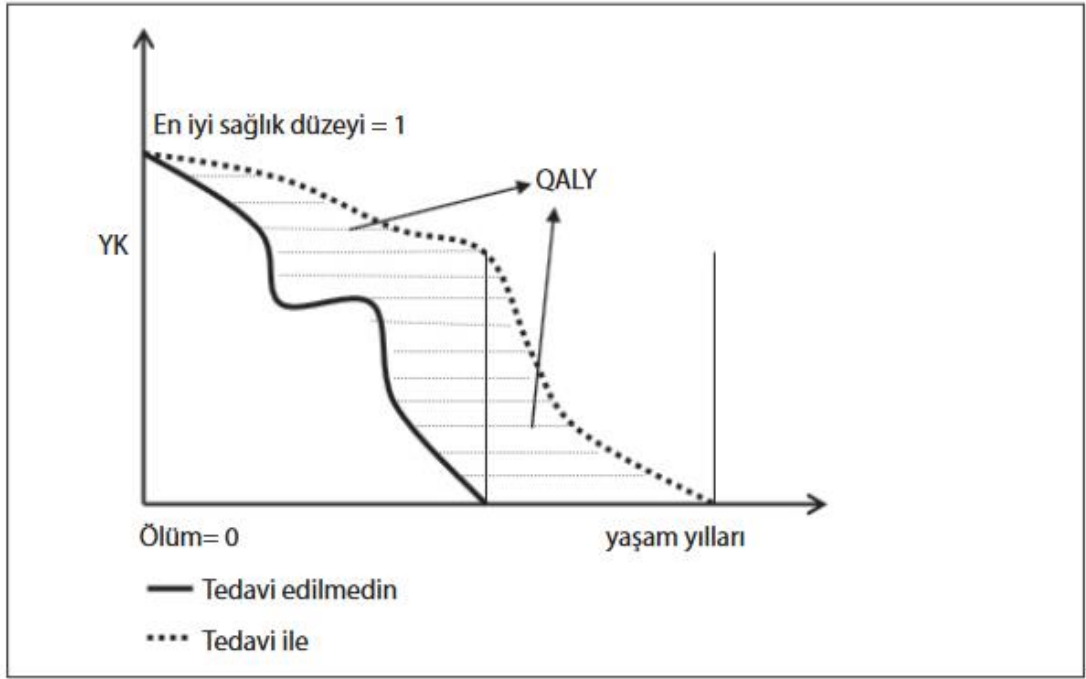
Ölçeğe verilen cevaplara göre bir profil oluşturulur. Her profil bir yararlanım skoruna tekabül eder ve yararlanım skalasından Kalite eklenmiş yaşam yılları (Quality Adjusted Life Years; QALY) değeri hesaplanır. Herhangi bir katılımcının skoru, genel

popülasyonda yapılan sağlık durumu değerlendirme çalışmalarına dayanan matematik algoritmaları geliştirilerek gerçekleştirilmiştir. Skor fonksiyonunda 0 değeri ölümü, 1 değeri kusursuz sağlığı gösterirken negatif değerler bilinç kapalı, yatağa bağımlı olarak yaşamak vb. durumları göstermektedir (Şekil 3) (43).



Şekil 3. EQ-5D indeks skoru (44).

EQ-5D jenerik yaşam kalitesi anketinin Türkçe versiyonunun psikometrik özelliklerinin Türkiye'deki akciğer kanseri hastaları için kliniklerde güvenle kullanılabileceği yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ile ortaya konmuştur (45). Aynı zamanda sağlık ekonomisi alanında, maliyet yararlanım analizlerinde kullanılan ve en önemlisi QALY hesaplamaya olanak tanıyan ölçeklerdendir (Şekil 4) (25).



Şekil 4. Kalite eklenmiş yaşam yıllarının (QALY) şematik gösterimi

2.2.3.5. Palyatif Bakımda Yaşam Kalitesi Ölçüm Araçları

Yaşam kalitesinin palyatif bakım uygulamalarında pek çok boyutuyla değerlendirilmesi gerektiği bildirilmektedir. Çok yönlü değerlendirme yapabilmek adına hasta, bakım veren veya aile bireyleri, sağlık çalışanlarının yaşam kalitesi ve hatta sağlık sistemini değerlendirmeye yönelik Tablo 6'daki ölçekler kullanılmaktadır (106, 107).

Tablo 6. Palyatif Bakımda Yaşam kalitesi ölçüm araçları

Hedef	Amaç	Ölçek
Hasta	Yaşam Kalitesi	EORTC QLQ C30 (Avrupa Kanser Tedavi ve Araştırma Teşkilatı Yaşam Kalitesi Anketi)
		McGill Yaşam Kalitesi Ölçeği
		SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form
		FACIT-Pal (Kronik Hastalık Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirmesi- Palyatif Bakım)
		SEIQoL (Bireysel Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği)
		QUAL-E Yaşam Sonunda Yaşam Kalitesi Anketi
		QODD (Ölmek ve Ölüm Kalitesi Anketi)
		EQ-5D QOL
	Semptom Değerlendirme	ESAS (Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği)
		POS (Palyatif Bakım Sonuç Skalası)
		MSAS (Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeği)
	Performans Değerlendirme	KPS (Karnofsky Performans Ölçeği)
		PPS (Palyatif Performans Ölçeği)
Aile Üyesi / Bakım veren	Yaşam Kalitesi	CQOL-C (Bakım Veren Yaşam Kalitesi İndeksi)
	Yaşam Sonu İhtiyaçlar	Yaşam Sonunda Bakım Verme Anketi
Çalışanlar	Tutum/Motivasyon/Deneyim	PCQN-F (Hemşireler İçin Palyatif Bakım Ölçeği-Fransızca)
Sağlık Sistemi		Yok

2.2.4. Aile Hekimliği, Kanser ve Yaşam Kalitesi İlişkisi

Kanser hastalığının gün geçtikçe dünyada ve ülkemizde sıklığının artmasıyla beraber; kanser tanısıyla takip edilen bireylerin başvuru sıklığına bakıldığında, normal popülasyona göre 2 kat daha fazla aile hekimine müracaat ettikleri bildirilmektedir (46). Belirtilerinde herhangi bir değişiklik ve yahut kötüleşme olması halinde de bunu ilk olarak onkologlardan çok aile hekimlerine söyledikleri rapor edilmiştir (46). Bu bağlamda hastasıyla uzun süreli bir ilişkisi olan aile hekimi, kanserle mücadele içinde olan hastanın yaşam kalitesini arttırmakta oldukça stratejik bir konumdadır. Yalnızca onkolog tarafından izlenen hastalar daha az koruyucu sağlık hizmetleri almakta ve kanser dışı kronik hastalıkların rehberlere uygun takibi konusunda zaman zaman kısıtlılıklar yaşanmakta olduğu tanımlanmıştır (47).

Yaşamı tehdit eden hastalığın getirdiği tüm sorunların bütüncül olarak değerlendirildiği palyatif bakım hizmetleri, çeşitli yönlerden yaşam kalitesini artırıcı analizlere sahiptir. Semptomatik tedavi ve ağrının kesilmesi başta olmak üzere; hasta ve yakınları açısından manevi boyutlarıyla, maliyet açısından kazanımlarıyla ve sağlanan psikososyal boyutlarıyla bireye çeşitli açılardan destek vermektedir (48). Palyatif bakım hizmetleri de dahil olmak üzere sağlık hizmet sunumunun her boyutunda oldukça önemli bir yer üstlenen ve toplumun nabzını en yakından tutabilen, hizmetin sürekliliğinde aktif olarak yer alan aile hekimleri ile birlikte hareket edilmesi gerekliliği açıktır.

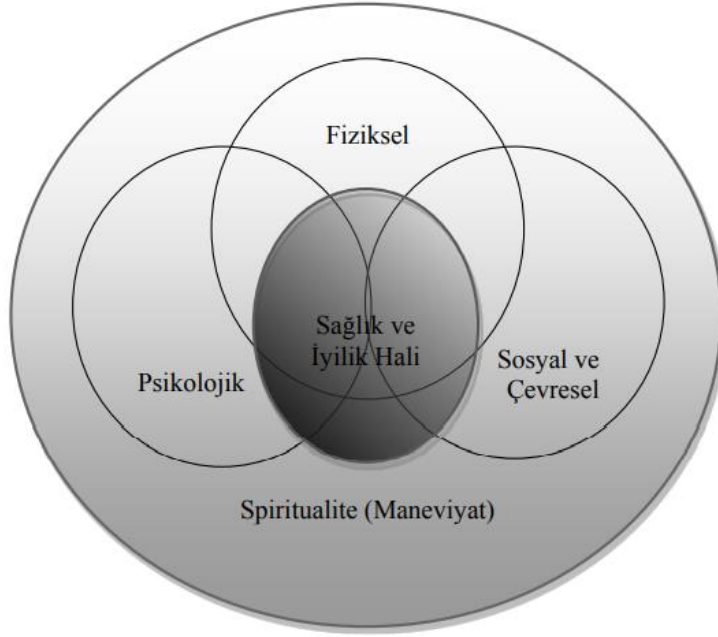
2.2.5. Psiko-onkoloji, Psikososyal Onkoloji Danışmanlığı ve Yaşam Kalitesi

Kanser hastalarında sosyal desteğin artması ruh sağlığının korunması açısından önemlidir (49). Psiko-onkoloji kişinin kanserle beraber değişikliğe uğramış yaşam biçimine uyum göstermesinde yardımcı olmaktadır. Psiko-onkolojinin sağlayacağı en önemli katkı ise kanser hastasının bireysel başa çıkma mekanizmalarının güçlendirilmesidir. Kişinin hastalığından dolayı hayatına dahil olan stresin azaltılması veya ortadan kaldırılmasına yönelik çalışmalarla beraber bireyin hastalıkla başa çıkma stratejileri güçlenmekte ve yaşam kalitesi seviyesi yükselmektedir (50).

Dünya Sağlık Örgütü 2008 yılında yayınladığı raporunda; onkolojik bakımın psikososyal bileşenlerinin ulusal kanser bakımı planının bir parçası olduğunu ve psiko-onkoloji hizmetlerinin kanser tedavisi servisinde uygulanması gerektiğini bildirmektedir. Psikososyal onkoloji kanserden etkilenen bireylerin yaşam kalitesini artırabilecek insani ihtiyaçlarını ele alan bütüncül bir yaklaşımdır. Kanser hastaları ve yakınlarına, tedavi süresince ve daha sonrasında psikososyal onkoloji danışmanlığı hizmeti gerekliliğine dikkat çekilmektedir. Bu hizmet; bireylerin durumları ile ilgili açık ve ücretsiz bilgilendirilmelerini, ihtiyaç ve isteklerine saygı duyulmasını kapsamaktadır. Ayrıca sağlık personeline çeşitli psikososyal değerlendirme araçları, eğitim ve gözetim sağlanmasıyla beraber; hastalar ve yakınlarının psikososyal ihtiyaçlarına yeterli cevap verebilmelerine, iyi iletişimin sürdürülmesine ve tıbbi karar verme sürecinde paylaşıma açık olabilmelerine de yardımcı olacaktır (51).

2.2.6. Yaşam Kalitesi ve Biyopsikososyal Yaklaşım

“Bir hastalık veya tedaviyle bağlantılı olan fiziksel, duygusal ve sosyal öğeleri kapsayan çok boyutlu bir kavram” olan yaşam kalitesi; objektif işlevsellik durumu ve bireysel iyilik durumu hakkında bireyin öznel değerlendirme ve yargılarını kapsayan bir kavram olarak ifade edilmektedir (52). İnsanın öznel algılayışına bağlı olan yaşam kalitesini tam olarak çözümlemek ancak onu bir bütün olarak görmekle mümkün olabilir. Holistik süreç bir bireyin bütün olarak anlaşılmasına yardımcı olur ve bireyin varoluşsal boyutunda bilişsel, duyuşsal ve duygusal tüm boyutlarda aktif rol aldığını kabul etmektedir. Holizme göre bütün, kendini oluşturan parçaların toplamından büyüktür (53). Güncel sağlık yaklaşımları da bütüncül (holistik) bakış açısını temel alan modeller üzerinde çalışmaktadır (Şekil 5).



Şekil 5. Holistik Biyopsikososyal Sağlıkta spiritualitenin birlikteliği için model (54).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÇALIŞMANIN DESENİ

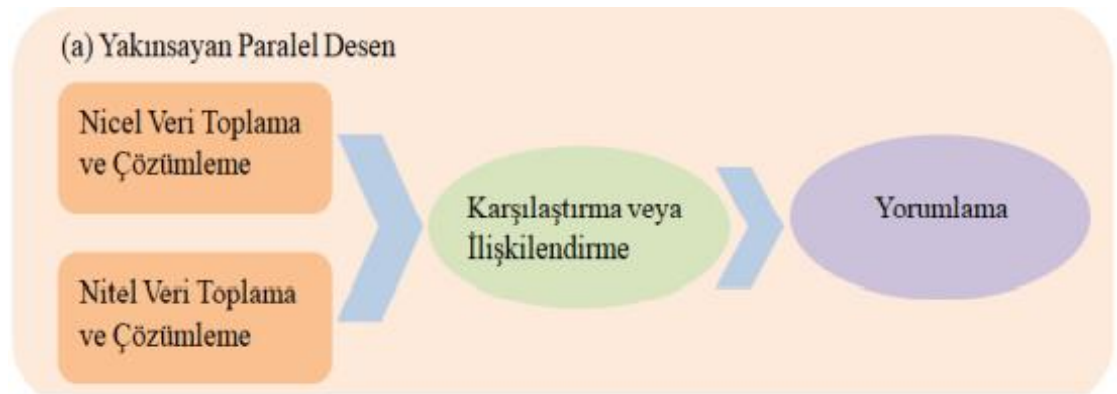
Karma yöntem (mixed research design) araştırması olarak yapılan bu çalışmada, nitel ve nicel araştırma teknikleri beraber kullanılmış; aynı araştırma sorusuna farklı araştırma yöntem ve teknikleri kullanılarak yanıt aranmıştır. Çalışmada nitel ve nicel veri toplama tekniklerinin beraber kullanılması, her iki tekniğin avantajlarını arttırmakta ve dezavantajlarını azaltmaktadır (55, 56). Nicel ve nitel tekniklerin birlikte kullanıldığı karma desen araştırmalarında; teknikler verilerin yorumlanma aşamasına kadar birbirinden bağımsız olarak devam edilebilmektedir (55). Karma yöntem deseninde araştırmacı elde ettiği nicel ve nitel bulgularını birlikte ya da ayrı sunabilmektedir. Çalışma sunumunda nitel veriler ve nicel veriler yorumlanır, temalar ve istatistik sonuçları ile birlikte verilir. Tartışma bölümünde nitel ve nicel sonuçların her ikisi de özetlenerek bütünleştirilip sunulabilmektedir (56). Düşünce ve davranışları değişken olan, biyopsikososyokültürel özelliklere sahip ve manevi değerleri olan insanı tek bir bilim dalının bakış açısıyla anlamak ve açıklamaya çalışmak yeterli olmayacaktır. Karmaşık ve kompleks ilişkiler içerisinde yaşamını sürdüren insanı anlamak için bütüncül bir bakış açısı ile daha kapsamlı veriler sunulabilmektedir (56). Yaşam kalitesinin çok boyutlu yapısı ve kişilerin algılarıyla doğrudan ilişkili olması nedeniyle; bu çalışma nitel ve nicel veriler birlikte sunulacağı karma yöntem araştırması olarak planlanmıştır.

Nitel araştırmalar “gözlem, görüşme ve doküman analizi gibi nitel veri toplama yöntemlerinin kullanıldığı, algıların ve olayların doğal ortamda gerçekçi ve bütüncül bir biçimde ortaya konmasına yönelik nitel bir sürecin izlendiği araştırma” olarak tanımlanmıştır (56). Nitel araştırmalar pozitivistin aksine sübjektivist görüş ön planda tutularak yapılır. Kalıplaşmış kavramlar yerine bireylerin bilgi ve becerilerini öznel yorumlarıyla ne şekilde oluşturdukları ve yorumlarının ayrıntılı şekilde incelenmesi ile gerçekleştirilir (57). Sayısal veriler ve istatistiklerden daha az söz edilirken sözlü ve nitel analizlere daha çok odaklanılır. Nitel araştırmacılar olayların ve ilişkiler örgüsünün dilini kullanır, olayları ilişkiler örgüsü içerisinde inceler. Sorunları içerisinde oluşup geliştiği değerler mekanizmasından soyutlayarak çözümlemez, durumlara baskın olan ilişkiler örgüsünü kendi doğal ortamında

yorumlamaya veya bunların anlamlarını keşfetmeye çalışır (58). Hastalıkların birçok faktör tarafından etkilenmesi, kişilerin sağlık durumunun genetik yatkınlıklarla beraber; hastalıkların gelişimi ve çevreye bağlı faktörlerden de etkilendiğinin görülmesiyle sağlık alanında nitel araştırma yöntemleri önem kazanmaktadır. Son yıllarda bireylerin sağlık hizmetlerinden isteklerinin anlaşılması, riskli sağlık davranışları sebeplerinin araştırılması, yaşam kalitesinin değerlendirilmesi gibi hususlarda niteliksel araştırma türü niceliksel araştırmalar ile beraber ve tamamlayıcı olarak tercih edilmektedir (59).

Bu araştırma sürecinde nicel ve nitel aşamaların eşzamanlı olarak uygulanabildiği yakınsayan paralel desen kullanılmıştır. Şekil 6’da görüldüğü gibi; yakınsayan paralel desen, “araştırmacının, nicel ve nitel aşamaları araştırma sürecinin aynı olan bir aşamasında eş zamanlı olarak uygulamasıyla oluşur. Bu desen yöntemlere eşit öncelik verir, çözümleme sırasında bu aşamaları birbirinden ayrı tutar ve daha sonra genel yorumlama yaparken sonuçları birleştirir” (55).

Akciğer Kanseri tanılı bireyler ile yapılan niceliksel çalışmalar yaşam kalitesini anlama ve arttırmaya yönelik çabalarda yetersiz kalabilmektedir. Niteliksel araştırma yöntemi ile yeni sonuçların saptanması sorunu anlama ve çözüm üretme açısından ek bilgiler sağlamaktadır. Araştırmanın özelliklerini incelemek için Kontrol Listesi (Ek 6) kullanılmıştır (55) .



Şekil 6. Yakınsayan paralel desen (55)

3.1.1. Çalışmanın Nicel Boyutu

Buna göre örnekleme alınacak bireyler belirlenirken tüm evrene ulaşılması hedeflenmiştir. Kişilere yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, kemoterapi ve

radoterapi alma durumları, çocuk sahibi olma durumu, gelir durumu ve tanıdan itibaren geçen süre sorularını içeren sosyodemografik bilgi formu ve EQ-5D-3L genel yaşam kalitesi ölçeği uygulandı.

3.1.2. Çalışmanın Nitel Boyutu

Akciğer kanseri tanılı bireylerin yaşam kalitesi algısını incelemek amacıyla durum çalışması kullanılmıştır. Durum çalışmaları, “nasıl” ve “niçin” sorularını temel alarak, araştırmacının kontrol edemediği bir olgu ya da olayı derinliğine incelenmesine olanak vermektedir (56).

3.2. ÇALIŞMANIN YERİ

Çalışmanın yürütüldüğü Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi, 2013 yılı haziran ayında, “Palyatif Bakım Evde ve Hastanede Çalıştayı” kararları doğrultusunda hizmete başlanmıştır. İzmir ilinde Sağlık Bakanlığı bünyesinde açılmış olan ilk Palyatif Bakım Merkezi olması yanında Türkiye’de Aile Hekimliği Uzmanları sorumluluğunda hizmet veren ilk merkez özelliğini de taşımaktadır. Tescil edilmiş 4’ü tek kişilik, 10’u çift kişilik olmak üzere 14 oda ve 24 yatak kapasitesiyle kapsamlı genel palyatif bakım ünitesi vasfıyla 7 yıl boyunca hizmet sunmaya devam etmiştir.

3.3. ÇALIŞMANIN ZAMANI

T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Merkezinde 20.12.2019-20.08.2020 tarihleri arasında yatarak palyatif bakım hizmeti almış, Akciğer kanser tanılı bilinci açık ve bilişsel fonksiyonları yeterli olan, çalışmaya katılmaya gönüllü onam vermiş 18 yaş ve üstü hastalar oluşturmaktadır.

3.4. ÇALIŞMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

3.4.1. Çalışmanın Nicel Boyutuna Yönelik Örneklem

T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım birimine ilgili tarih aralığında Akciğer Kanseri tanısı ile başvuran, bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu imzalayan, sorulan soruları anlayacak

ve yanıtlayacak bilişsel yeterlik düzeyine sahip 80 katılımcı ile tamamlanmıştır. Araştırmanın nicel bölümünde örneklem seçimi yapılmadan tüm evrene ulaşılması hedeflenmiştir.

3.4.2. Çalışmanın Nitel Boyutuna Yönelik Çalışma Grubu

Araştırmanın nicel bölümüne dahil edilmiş olan bireylerden yapılacak görüşmenin ses kaydı alınmasını onaylayan kısmı, çalışmanın nitel bölümüne de dahil edilmiştir. Araştırmanın tamamlanacağı kişi sayısının; verilerin doygunluk noktasına ulaşması durumunda sonlandırılması planlanmıştır. Bu sebepten ötürü nitel araştırmada çalışma grubu kişi sayısı araştırmanın başında net sayı ile belirtilmeyebilir (56). Çalışma 30 kişi ile yapılan görüşme sonrasında verilerin doygunluğa ulaşması sonucu sona erdirilmiştir.

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma verileri sosyodemografik bilgi formu, EQ-5D-3L genel yaşam kalitesi ölçeği ve yarı yapılandırılmış görüşme formu ile toplanmıştır.

3.5.1. Anket Formu (Ek – 2 ve Ek-3)

Araştırmanın nicel kısmında hastaların tanımlayıcı özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, çocuk sahibi olma), tanıdan itibaren geçen süre, kemoterapi ve radyoterapi alma durumları ve EQ-5D-3L genel yaşam kalitesi anketi bulunmaktadır.

3.5.2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu (Ek - 4)

Çalışmanın nitel bölümü için araştırmacı, danışman eğitici ve nitel çalışma alanında deneyimli bir öğretim üyesi tarafından geniş bir literatür taraması sonrasında yarı yapılandırılmış görüşme formu oluşturulmuştur. Oluşturulan görüşme formu formu araştırmanın amacına uygunluk ve anlaşılabilirlik açısından değerlendirilmek üzere 1 onkoloji uzmanı, palyatif bakım merkezinde görevli 1 hemşire, 1 psikolog, 1 kanser survivorı hasta, 1 göğüs hastalıkları uzmanı, nitel araştırma konusunda deneyimli 1 öğretim üyesi olmak üzere 6 kişiyle ayrı ayrı yüz yüze görüşme yöntemiyle değerlendirilmiş ve iç geçerliliği sağlanmaya çalışılmıştır.

3.6. ÖN UYGULAMA

Anket formunun ve yarı yapılandırılmış görüşme formunun anlaşılır ve uygulanabilir olması amacıyla 3 Akciğer kanseri tanılı birey ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama yapıldıktan sonra anket ve yarı yapılandırılmış görüşme formu son şeklini almıştır. Ayrıca, verilerin iç geçerliliğini arttırmak için toplanan verilerden elde edilen bulguların tutarlılığı kontrol edilmiştir.

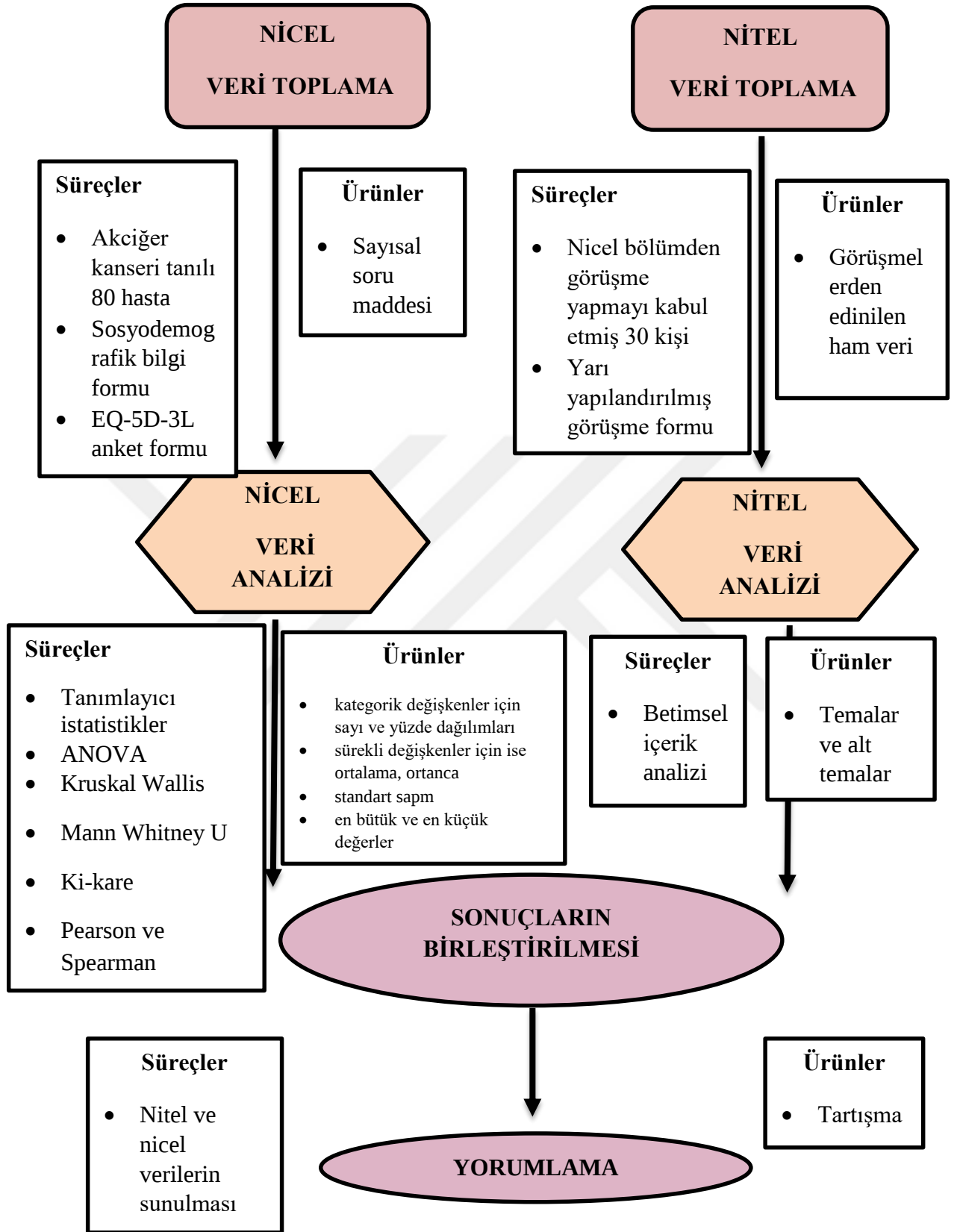
3.7. ÇALIŞMA VERİLERİNİN TOPLANMASI

3.7.1. Çalışmanın Nicel Boyutuna İlişkin Verilerin Toplanması

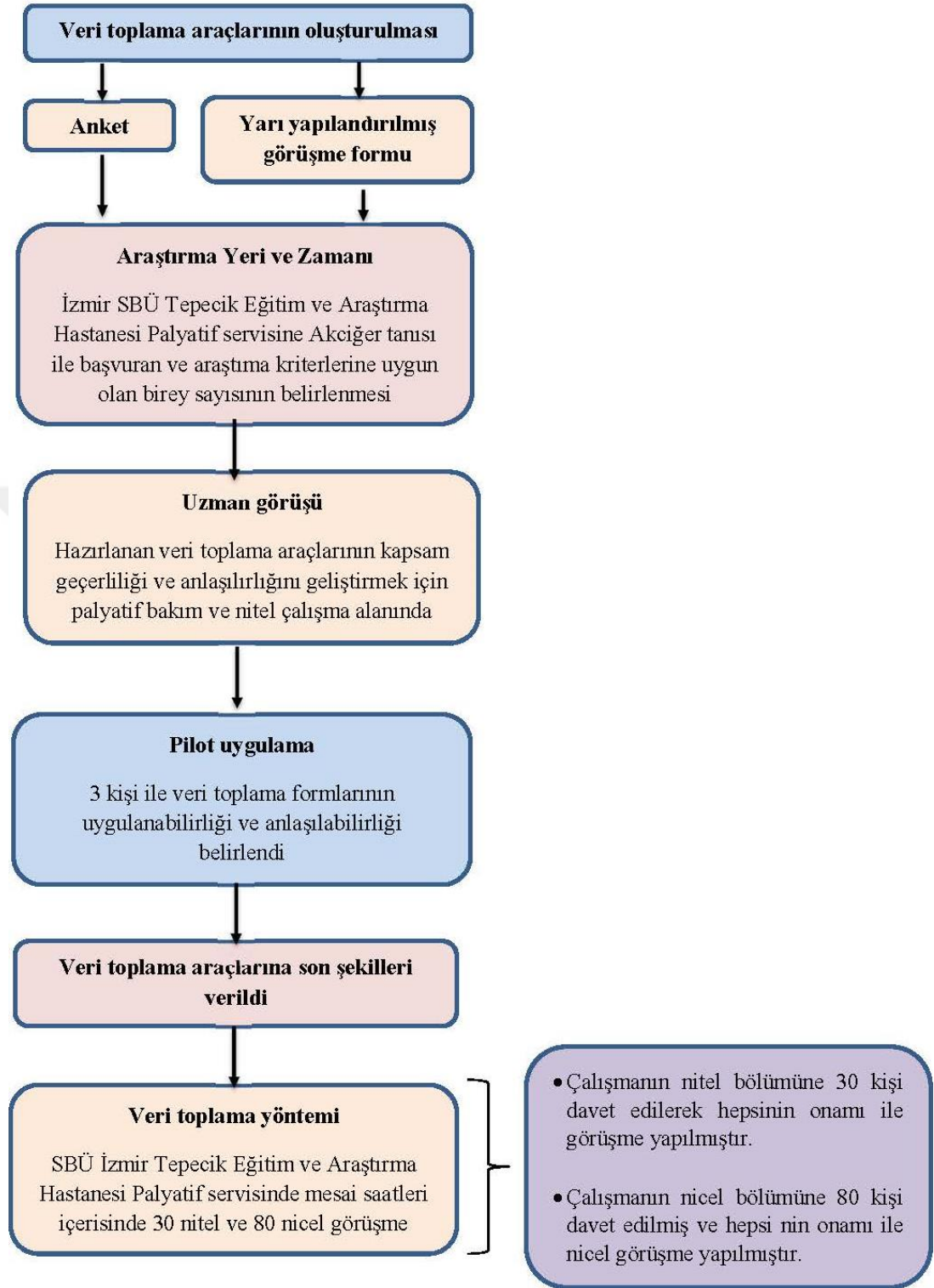
Araştırmanın nicel bölümünde örneklem seçimi yapılmadan tüm evrene ulaşılması hedeflenmiş ve örnekleme alınacak bireyler belirlenirken yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, kemoterapi ve radyoterapi alma durumları, çocuk sahibi olma durumu, gelir durumu ve tanıdan itibaren geçen süre dikkate alınmıştır. Çalışmada ki tüm bireylere EQ-5D-3L genel yaşam kalitesi ölçeği uygulandı. Anket uygulaması yaklaşık 5-10 dakika sürede gerçekleşmiş ve araştırmanın nicel kısmı 80 katılımcı ile tamamlanmıştır.

3.7.2. Çalışmanın Nitel Boyutuna İlişkin Veri Toplanması

Araştırma kapsamında 30 kişi yarı yapılandırılmış soru formu ile yapılan görüşme; araştırmacıya ait ses kayıt cihazı kullanılarak kayıt altına alınmıştır. Görüşmeler hasta odalarında, palyatif bakım merkezi çok amaçlı salonunda ve dinlenme alanlarında birebir yüzyüze görüşme tekniği ile gerçekleştirilmiştir. Her görüşme yaklaşık 20-30 dakika civarı sürmüş ve kesintiye uğramamıştır. Her birey ile yapılan görüşme tek seansta tüm soruların yanıtlanmasıyla tamamlanmıştır.



Şekil 7. Modifiye edilmiş yakınsayan paralel desen çalışma diyagramı



Şekil 8. Veri toplama akış şeması

3.7.3. Nitel Verilerin Geçerlik ve Güvenirliği

Nitel bir çalışmada geçerliğin önemli ölçütleri arasında; toplanan verilerin kelimesi kelimesine ve ayrıntılarıyla rapor düzenlenmesi, araştırmacı tarafından

sonuçlara nasıl ulaşıldığının raporlanması bulunmaktadır (56). Nitel çalışmalarda veri toplama sürecinin dış geçerliği (aktarılabirlik); araştırma süreci ve bu süreçte yapılan işlemlerin ayrıntılı bir şekilde açıklanmasıyla oluşturulmaktadır. Çalışmaların iç geçerliğinin (inandırıcılık) ise uzun süreli görüşme, uzman incelemesi ve katılımcı teyidi ile yapılmaktadır (56). Bu çalışmada da gerçerlik ve güvenilirlik ölçütlerine uyulmuştur. Yapılan görüşme sürelerinin uzun tutulmuş, uzman incelemesi ve katılımcı teyidi ile sağlanmaya çalışılmış; nitel veri toplama sürecinin dış geçerliğini, araştırma sürecinin ve yapılan işlemlerin ayrıntılı bir şekilde betimlenmesi ile sağlanmaya çalışılmıştır. Çalışmanın iç güvenilirliği için ise "tutarlık incelemesi" yapılmıştır. Çalışmanın sonucunda oluşturulan kodlar nitel araştırma konusunda deneyimli iki öğretim üyesi tarafından ayrı ayrı yapılmıştır. Kodlamalar karşılaştırılmış ve tutarlılık durumları değerlendirilmiştir. Çalışma için güvenilirlik formülü kullanılarak güvenilirlik hesaplaması yapılmıştır . Uyuşum yüzdesi (Agreement percentage) “Güvenirlik = Görüş birliği / (Görüş Birliği + Görüş Ayrılığı) x 100” formülü kullanılarak hesaplanmıştır (60). Güvenirlik hesaplamasında %80 oranında uyum yüzdesi önerilmektedir (61). Bu çalışmada araştırmanın güvenilirliği %92,30 olarak hesaplanmıştır. Araştırma sonuçlarının güvenilir olduğu, güvenilirlik hesaplamasına göre görülmektedir.

3.8. ÇALIŞMANIN VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

3.8.1. Çalışmanın Nicel Boyutuna İlişkin Verilerin Analizi

Elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) paket programı kullanılarak analiz edildi. Çalışma grubunun tanımlayıcı bulguları; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde dağılımları, sürekli değişkenler için ise ortalama, ortanca, standart sapma, en büyük ve en küçük değerleri ile verildi. Sayısal değişkenlerle çoklu bağımsız grup karşılaştırmaları için, normal dağılım sağlandığında varyans analizi (ANOVA); normal dağılım sağlanamadığında Kruskal Wallis testi kullanıldı. İki bağımsız grup karşılaştırmaları için normal dağılım sağlandığında t testi; kullanılmadığında Mann Whitney U testi kullanıldı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare analizi kullanıldı. Normal dağılımlı sayısal veriler arasındaki korelasyonlar Pearson ve Spearman test ile analiz edildi. Tüm istatistiksel analiz ve ilişkiler %95 güven aralığında değerlendirildi.

3.8.2. Çalışmanın Nitel Boyutuna İlişkin Verilerin Analizi

Araştırmanın nitel verilerinin analizinde betimsel ve içerik analizi kullanılmıştır. Hastalarla yapılan görüşmeler bir metin halinde eksiksiz bir şekilde döküman haline getirilmiş, bu döküman bağımsız şekilde tek tek araştırmacı tarafından okunmuş ve başlangıç kodları oluşturulmuştur. Başlangıç kodları temalar ve alt temalar altında toparlanmış; analiz ve kodların uygunluğu danışman öğretim üyesi tarafından kontrol edilmiştir. Veriler analiz edilirken gizlilik esasına dayanarak hastalara H1, H2 ,H3...gibi kodlar verilmiştir. Araştırmanın sonuç kısmında kişilerin cümlelerinden doğrudan alıntı cümleler yer almaktadır

Tablo 7. Verilerin analizi sonucu oluşturulan tema ve alt temalar

TEMA	ALT TEMA
Yaşam kalitesini oluşturan temalar	
Sosyal destek	Aile
	Çocuklar
	Eş
	Torun
Bireysel Faktörler	Duygulanım
	Kişilik yapısı
	Fiziksel yeterlilik
	Hedefler
Sağlık alanı	Sağlık kavramı
	Sağlık algısı
	Sağlık çalışanları
	Sağlık sistemi
Ekonomik durum	Maddi varlık
	İş durumu
Sosyal yaşantı	İlişkiler
	Aktif yaşam
	Yaşam alanı
Yaşam kalitesini bozan unsurlar	
Hastalık süreci	Semptomlar
	Tedavi şekli
	Kemoterapi
	Yan etkileri
	Hastane yatışı
	Hastalığın seyri
Endişeler	Geleceğe dair
	Uzak kalmak

Tablo 8. Verilerin analizi sonucu oluşturulan tema ve alt temaların devamı

	Etkileşim
	Kısıtlılık
	Sorun yaşamak
Ekonomik zorluklar	Maddi durum
	Çalışmamak
Bozuk ruh hali	Korkular
	Hastalıkla başlayan olumsuz hisler
Yaşam kalitesini arttırmak için yapılanlar	
Etkinlikler	Hobiler
	Fiziksel aktivite
	Gelirini arttırmak
Ruhsal çaba	Mizahı kullanmak
	Motive olmak
	İbadet etmek
	Aile ile vakit geçirmek
Yaşam kalitesini bozan unsurlarla baş etme mekanizmaları	
Probleme yaklaşım	Emosyonel odaklı
	Düşünsel odaklı
	Çözüm odaklı
Din	Dini ritüel
	İnançlar

3.9. ÇALIŞMANIN GÜÇLÜKLERİ

Araştırmanın veri toplama sürecinde bazı güçlükler yaşanmıştır. Bireyleri sahip olduğu hastalık nedeni ile bir çok ağır semptomlarının olması görüşme esnasında görüşmenin bölünmesine neden olmuştur. Bunlara; konuşmada zorlanma, konuşmaya halin kalmaması, ağrı nedeniyle konsantrasyon güçlüğü ve ilaçlardan dolayı bilişsel durumun dalgalı seyretmesi örnek verilebilir.

3.10. ÇALIŞMADA ETİK

Çalışma için etik kurul onayı S.B.Ü İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi İlaç Dışı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 27.02.2020 tarih ve 2020/3-16 nolu karar ile alındı (Ek-5). Görüşmeye başlamadan önce, araştırmanın amacı ve metodu bilgi verilerek, araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara Ek - 1'de bulunan bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmıştır.

3.11. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi'nde 01.03.2020-20.08.2020 tarihleri arasında yatarak palyatif bakım hizmeti almak

- Akciğer Kanseri tanısı bulunmak
- Bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu imzalayarak araştırmaya katılmayı kabul etmek
- Sorulan soruları anlayacak, yanıtlayacak bilişsel yeterlilik düzeyine sahip olmaktır.

Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri;

- SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi'nde 20.12.2019-20.08.2020 tarihleri arasında yatarak palyatif bakım hizmeti almamış olmak

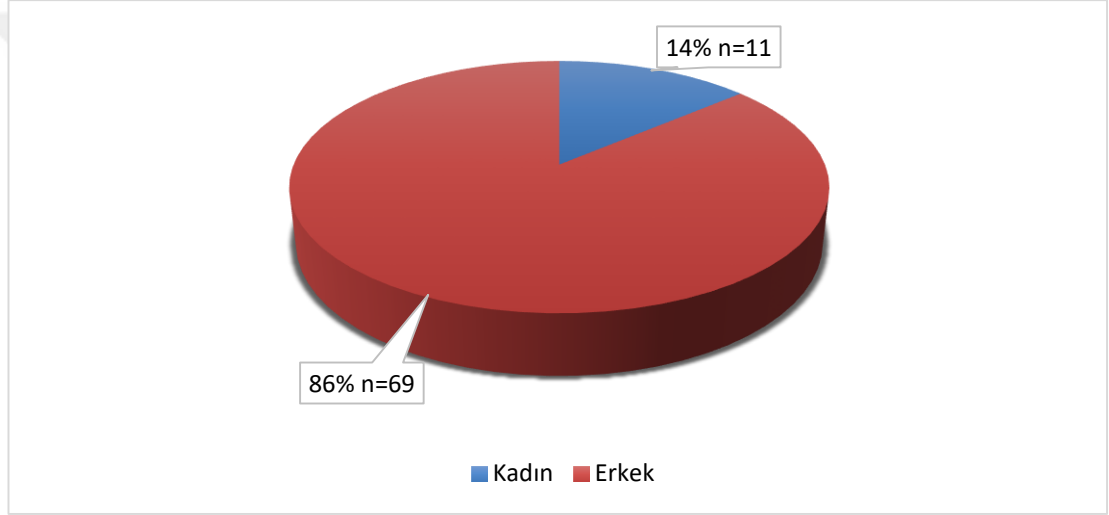
- Akciğer Kanseri tanısı bulunmaması
- Bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu imzalayarak araştırmaya katılmayı kabul etmemek
- Sorulan soruları anlayacak, yanıtlayacak bilişsel yeterlilik düzeyine sahip olmamaktır.

4. BULGULAR

4.1. ÇALIŞMANIN NİCEL BULGULARI

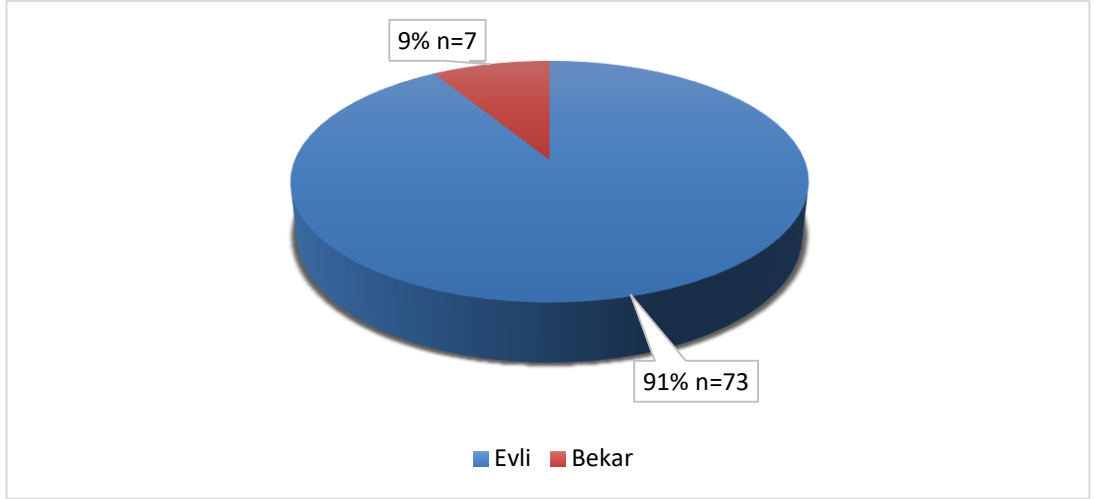
Yaşam kalitesi EQ-5D-3L ölçeği ile değerlendirilmiş olup sosyodemografik verilerle ilişkisi incelenmiştir. Akciğer kanser tanısı ile takip edilen bireylerden 80 kişi araştırmanın nicel bölümüne dahil edildi. Sosyodemografik bulgular ve EQ-5D-3L genel yaşam kalitesi anketine yönelik bulgular nicel bölümde sunulmuştur.

Yaş ortalaması $62,88 \pm 10,69$ yıl (minimum=40, maksimum=89) olan çalışma grubunun %86'sı (n=69) erkektir (Şekil 9).



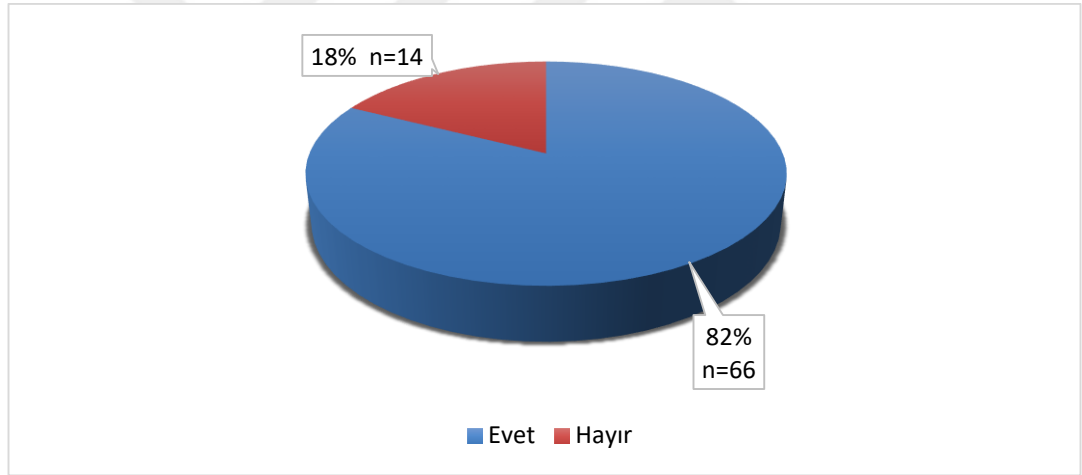
Şekil 9. Katılımcıların cinsiyete göre dağılımı.

Katılımcıların %9'u (n=7) bekar, %91'i (n=73) evli olduğunu belirtmiştir. Katılımcılar arasında kimse boşanmış veya dul olduğunu belirtmemiştir (Şekil 10).



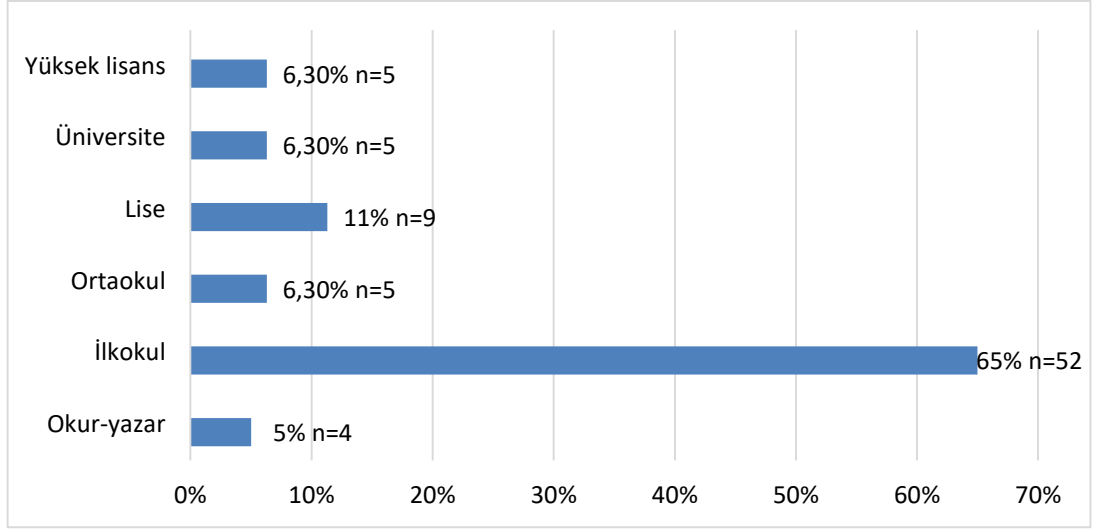
Şekil 10. Katılımcıların medeni duruma göre dağılımı.

Katılımcıların %82'si (n=66) çocuk sahibi olduğunu belirtmiştir (Şekil 11).



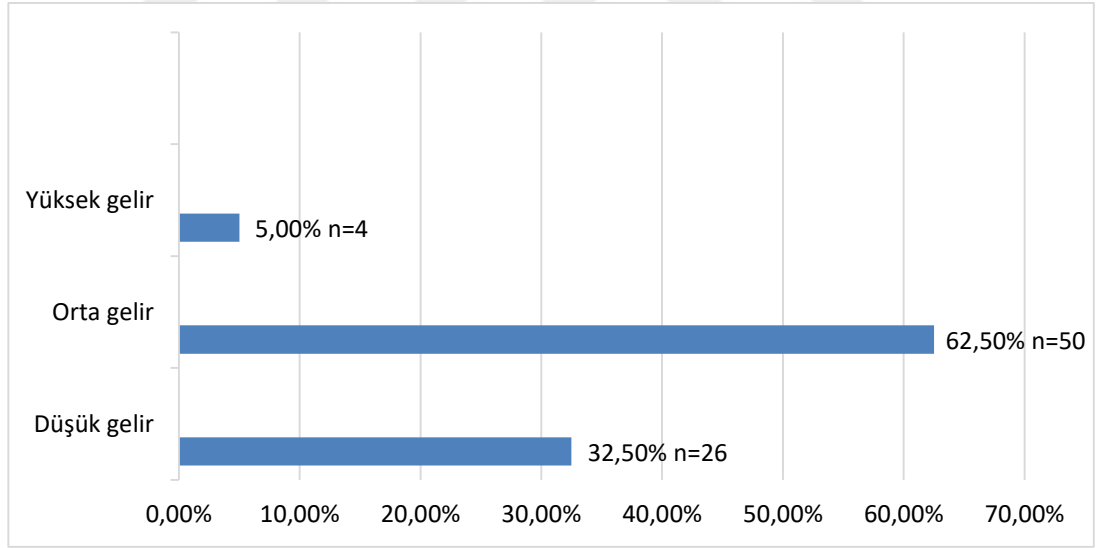
Şekil 11. Katılımcıların çocuk sahibi olma durumu.

Çalışma grubunun %5'i (n=4) sadece okur-yazar, %65'i (n=52) ilkokul, %6,3'ü (n=5) ortaokul, %11'i (n=9) lise, %6,3'ü (n=5) üniversite ve %6,3'ü (n=5) ise yüksek lisans mezunu olduğunu tanımlamıştır (Şekil 12).



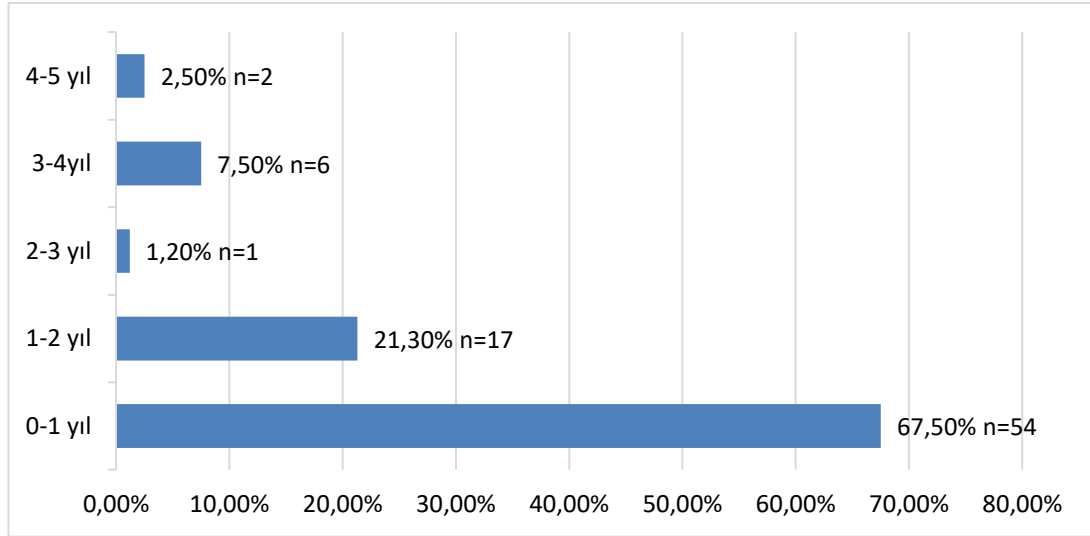
Şekil 12. Katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımı

Katılımcıların gelir durumuna göre dağılımı grubun %32,5'i (n=26) düşük düzey gelir durumu, %62,5'i (n=50) orta düzey gelir durumu ve %1,5'i (n=4) yüksek düzey gelir durumunda olduğunu belirtmiştir (Şekil 13).



Şekil 13. Katılımcıların gelir durumuna göre dağılımı

Çalışma grubu tanı süresini %67,5'ü (n=54) 0-1 yıl arası, %21,3'si (n=17) 1-2 yıl arası, %1,2'si (n=1) 2-3 yıl arası, %7,5'i (n=6) 3-4 yıl arası, , %2,5'i (n=2) 4-5 yıl arası olduğunu belirtmiştir (Şekil 14).



Şekil 14. Katılımcıların tanı süresi

Katılımcıların %70'i (n=42) kemoterapi, %86,7'si (n=52) radyoterapi aldığını tanımlamıştır (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların radyoterapi ve kemoterapi alma durumları

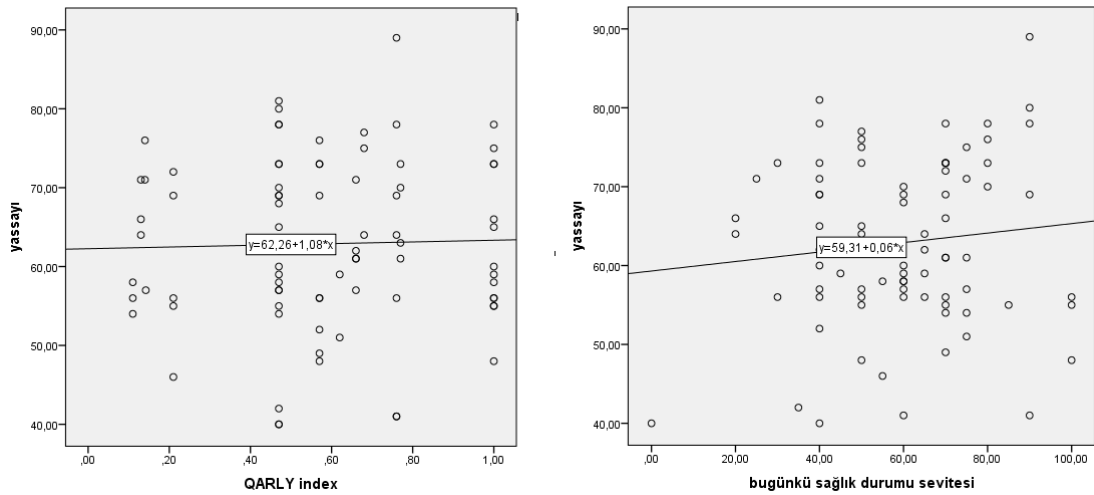
Radyoterapi				
Kemoterapi		Evet	Hayır	Total
	Evet	50	7	57
	Hayır	21	2	23
	Total	71	9	80

Genel yaşam kalitesi değerlendirmesinde Akciğer kanseri tanılı hastaların ortalama EQ-5D indexi ortalaması $0,58 \pm 0,26$, VAS skoru ortalaması $59,50 \pm 19,89$ idi. Toplam 80 hastaya uygulanan ankette QALY indeks ve VAS skoru ile; cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, tanıdan itibaren geçen süre, kemoterapi alınması ve radyoterapi alınması değişkenleri arasında anlamlı ilişkili bulunmadı ($p=0.275$, $p=0.784$, $p=0.564$, $p=0.415$, $p=0.489$, $p=0.096$, $p=0.244$, $p=0.882$, $p=0.771$, $p=0.407$, $p=0.547$, $p=0.067$). Çocuk sahibi olmak ile QALY indeks değeri arasında anlamlı ilişki bulunamazken VAS skoru çocuk sahibi olanlarda anlamlı yüksekti ($p=0.269$, $p<0.001$). Gelir durumu ile VAS skoru arasında anlamlı ilişki bulunamazken QALY indeks değeri gelir durumuna göre anlamlı farklılık göstermekteydi ($p=0.60$, $p=0.021$) (Tablo 10).

Tablo 10. VAS ve QALY indeks değeri ile Sosyodemografik bağımsız değişkenler arasındaki ilişki

	VAS			QALY	
		Ort±SS	P	Ort±SS	p
Cinsiyet	Kadın(n=11)	58,63±17,47	p=0,784	0,54±0,25	p=0,275
	Erkek(n=69)	59,63±20,37		0,58±0,27	
	Okuryazar(n=4)	48,75±10,30		0,56±0,36	
Eğitim	İlkokul(n=52)	62,30±20,51	p=0,415	0,57±0,27	p=0,564
	Ortaokul(n=5)	54,00±15,57		0,67±0,22	
	Lise(n=9)	62,22±11,21		0,68±0,21	
	Üniversite(n=5)	55,00±15,81		0,56±0,32	
	Yüksek lisans/ Doktora(n=5)	44,00±32,09		0,46±0,21	
Medeni Durum	Evli(n=73)	60,89±19,08	p=0,096	0,57±0,27	p=0,489
	Bekar (n=7)	45,00±23,97		0,67±0,24	
Tanıdan itibaren geçen süre	0-12ay(n=54)	60,74±19,16	P=0,882	0,62±0,25	p=0,244
	13-24ay(n=17)	57,05±17,50		0,52±0,31	
	25-36ay(n=1)	70,00		0,47	
	37-48ay(n=6)	50,00±31,78		0,37±0,22	
	49-54ay(n=2)	70,00±28,28		0,52±0,07	
Kemoterapi alma durumu	Evet(n=57)	57,89±20,22	p=0,407	0,59±0,29	p=0,771
	Hayır(n=23)	63,47±18,91		0,55±0,19	
Radyoterapi alma durumu	Evet(n=71)	60,84±19,99	p=0,067	0,58±0,26	p=0,547
	Hayır(n=9)	48,88±16,35		0,54±0,31	
Gelir durumu	Yüksek(n=4)	80,00±18,25	p=0,600	0,94±0,12	p=0,021
	Orta(n=50)	56,70±19,28		0,55±0,25	
	Düşük(n=26)	61,73±19,84		0,57±0,27	
Çocuk sahibi olma durumu	Evet(n=66)	53,25±18,15	p<0,001	0,59±0,27	p=0,269
	Hayır(n=14)	41,78±18,66		0,52±0,21	

Yaş değişkeni ile QALY indeks ve VAS skoru arasında korelasyon yoktu ($p=0.812$ $r=0.027$, $p=0.323$ $r=0.112$) (Şekil 15).



Şekil 15. Yaş değişkeni ile QALY indeks ve VAS skoru arasındaki korelasyon

4.2. ÇALIŞMANIN NİTEL BULGULARI

Tablo 11. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri İle İlgili Nitel Veriler

	Yaş	Cinsiyet	Medeni durum	Eğitim durumu	Gelir düzeyi	Çocuk sahibi olma durumu	Tanı süresi	Kemoterapi alma durumu	Radyoterapi alma durumu	VAS	QALY index
Hasta 1	57	Erkek	Evli	İlkokul	Orta	Evet	0-1 yıl arası	Hayır	Evet	50	0,1421
Hasta 2	65	Erkek	Evli	İlkokul	Düşük	Evet	0-1 yıl arası	Evet	Evet	40	0,4728
Hasta 3	73	Erkek	Evli	İlkokul	Düşük	Evet	0-1 yıl arası	Evet	Evet	70	0,7733
Hasta 4	62	Erkek	Evli	Lise	Orta	Evet	0-1 yıl arası	Evet	Evet	65	0,6607
Hasta 5	71	Erkek	Evli	İlkokul	Orta	Evet	0-1 yıl arası	Hayır	Evet	75	0,6699
Hasta 6	55	Erkek	Evli	İlkokul	Düşük	Evet	0-1 yıl arası	Evet	Evet	100	1
Hasta 7	40	Kadın	Bekar	Yüksek lisans	Orta	Hayır	0-1 yıl arası	Evet	Hayır	40	0,4728
Hasta 8	57	Erkek	Evli	İlkokul	Düşük	Evet	0-1 yıl arası	Evet	Hayır	60	0,4728
Hasta 9	73	Erkek	Evli	İlkokul	Orta	Evet	0-1 yıl arası	Evet	Evet	70	1
Hasta 10	56	Erkek	Evli	İlkokul	Düşük	Evet	0-1 yıl arası	Evet	Evet	50	0,5762
Hasta 11	78	Erkek	Evli	Lise	Orta	Evet	0-1 yıl arası	Hayır	Evet	70	0,4728
Hasta 12	73	Erkek	Evli	İlkokul	Düşük	Hayır	0-1 yıl arası	Hayır	Evet	50	0,5762
Hasta 13	69	Erkek	Evli	İlkokul	Orta	Hayır	0-1 yıl arası	Evet	Evet	40	0,5762
Hasta 14	59	Erkek	Evli	İlkokul	Orta	Evet	1-2 yıl arası	Evet	Evet	45	0,4728
Hasta 15	66	Erkek	Evli	İlkokul	Düşük	Evet	0-1 yıl arası	Evet	Evet	70	1
Hasta 16	71	Erkek	Evli	İlkokul	Orta	Evet	3-4 yıl arası	Evet	Evet	25	0,1328
Hasta 17	78	Erkek	Evli	İlkokul	Düşük	Evet	0-1 yıl arası	Evet	Evet	80	1
Hasta 18	41	Erkek	Bekar	Lise	Orta	Hayır	0-1 yıl arası	Evet	Evet	60	0,7641
Hasta 19	77	Erkek	Evli	İlkokul	Düşük	Evet	0-1 yıl arası	Hayır	Evet	50	0,6897
Hasta 20	60	Kadın	Evli	Okur yazar	Orta	Evet	0-1 yıl arası	Evet	Evet	60	1
Hasta 21	51	Erkek	Evli	İlkokul	Düşük	Evet	1-2 yıl arası	Evet	Evet	75	0,6299
Hasta 22	62	Kadın	Evli	Lise	Orta	Evet	1-2 yıl arası	Evet	Evet	40	0,4728
Hasta 23	58	Erkek	Evli	İlkokul	Orta	Evet	0-1 yıl arası	Hayır	Evet	60	0,4728
Hasta 24	70	Erkek	Evli	İlkokul	Orta	Evet	0-1 yıl arası	Evet	Evet	60	0,7733
Hasta 25	56	Erkek	Evli	İlkokul	Orta	Evet	0-1 yıl arası	Hayır	Evet	100	0,7641
Hasta 26	80	Erkek	Evli	İlkokul	Düşük	Evet	4-5 yıl arası	Hayır	Evet	90	0,4728
Hasta 27	49	Erkek	Evli	Üniversite	Orta	Evet	0-1 yıl arası	Hayır	Evet	70	0,5762
Hasta 28	55	Erkek	Evli	İlkokul	Düşük	Evet	3-4 yıl arası	Evet	Evet	50	0,2155
Hasta 29	40	Erkek	Bekar	Yüksek lisans	Orta	Hayır	3-4 yıl arası	Evet	Evet	0	0,4728
Hasta 30	56	Kadın	Evli	Üniversite	Orta	Evet	1-2 yıl arası	Evet	Hayır	65	0,1131

Çalışmanın nitel bölümünde Akciğer kanseri tanımlı hastaların ortalama EQ-5D indexi ortalaması $0,59 \pm 0,25$, VAS skoru ortalaması $59,33 \pm 20,87$ idi. Katılımcıların %10'u (n=3) bekar, %90'i (n=27) evli olduğunu; %83,3'ü (n=25) çocuk sahibi olduğunu belirtmiştir. Çalışma grubunun %3,3'ü (n=1) sadece okur-yazar, %70'i (n=21) ilkokul, %13,3'ü (n=4) lise , %6,7'si (n=2) üniversite ve %6,7'si (n=2) ise yüksek lisans mezunu olduğunu tanımlamıştır. Katılımcıların gelir durumuna göre dağılımı grubun %40'ı (n=12) düşük düzey gelir durumu, %60'ı (n=18) orta düzey gelir durumunda olduğunu; tanı süresini %73,3'ü (n=22) 0-1 yıl arası, %13,3'ü (n=4) 1-2 yıl arası, %10'u (n=3) 3-4 yıl arası, %3,3'ü (n=1) 4-5 yıl arası olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %70'i (n=21) kemoterapi, %90'ı (n=27) radyoterapi aldığını tanımlamıştır (Tablo 11).

Yaşam kalitesi algısı, araştırmanın nitel bölümünde incelenmiş betimsel ve içerik analizi ile “Yaşam kalitesini oluşturan temalar”, “Yaşam kalitesini bozan unsurlar”, “Yaşam kalitesini arttırmak için yapılanlar” ve “Yaşam kalitesini bozan unsurlarla baş etme mekanizmaları” başlıkları altında temalar ve alt temalara yer verilmiştir. Yaşam kalitesini oluşturan temalar başlığı altında *Sosyal Destek, Bireysel Faktörler, Sağlık Alanı, Ekonomik Durum* ve *Sosyal Yaşantı* olmak üzere 5 tema altında; yaşam kalitesini bozan unsurlar başlığı altında *Hastalık Süreci, Endişeler, Ekonomik Zorluklar* ve *Bozuk Ruh Hali* olmak üzere 4 tema altında; yaşam kalitesini arttırmak için yapılanlar başlığı altında *Etkinlikler* ve *Ruhsal Çaba* olmak üzere 2 tema altında ve yaşam kalitesini bozan unsurlarla baş etme mekanizmaları başlığı altında *Probleme Yaklaşım* ve *Din* olmak üzere 2 tema altında toplanmıştır. Toplamda 13 tema, 43 alt tema oluşturulmuştur. Alt temaları oluşturan kod cümleleri hastaların bizzat cümlesini içermekte olup herhangi bir değişiklik veya düzeltme yapılmamıştır.

Tablo 12. Yaşam kalitesi oluşturan temalar

TEMA	ALT TEMA	KODLAR	n
Sosyal Destek	Aile	Aile sahibi olmak (n=1), aile ile huzurlu olmak (n=4), aile ile beraber yaşamak (n=5), aile ile iyi ilişkiler içinde olmak (n=1), ailede sorun olmaması (n=2), aile ile paylaşım içinde olmak (n=1)	14
	Çocuklar	Çocuk sahibi olmak (n=5), çocukları evlendirmiş olmak (n=1), çocuklarla ilgili bir sorun olmaması (n=2), çocukların ziyarete gelmesi (n=2), çocuklarla muhabbet etmek (n=1), çocukların başarılı olması (n=1)	12
	Eş	Eş sahibi olmak (n=1), eş ile iyi anlaşabilmek (n=2), eşin refakat etmesi (n=2)	5
	Torun	Torun sahibi olmak (n=2)	2
Bireysel Faktörler	Duygulanım	Mutlu olmak (n=3), huzurlu olmak (n=3), neşeli olmak (n=2), moralin yüksek olması (n=1)	9
	Kişilik Yapısı	Ruhun genç olması (n=1), kanaatkar olmak (n=1), saygılı olmak (n=1), dürüstlük (n=1), çok düşünceli olmamak (n=1)	5
	Fiziksel Yeterlilik	Bir işi tek başına halledebilmek (n=1)	1
	Hedefler	Gelecek için plan yapabilmek (n=1)	1
Sağlık Alanı	Sağlık Kavramı	Dengeli beslenmek (n=5), sağlıklı olmak (n=17)	22
	Sağlık Algısı	İştahla yemek yiyebilmek (n=1), ağrısız bir yaşam (n=1)	2
	Sağlık Çalışanları	Sağlık çalışanlarının ilgisi (n=8), doktora ulaşabilmek (n=1), doktorun olumlu cümleleri (n=2)	11
	Sağlık Sistemi	Sağlığa ulaşılabilirlik (n=1)	1
Ekonomik Durum	Maddi Varlık	Maddi yeterlilik (n=14), ev sahibi olmak (n=1)	15
	İş Durumu	Çalışmak (n=5), işle çok meşgul olamamak (n=1)	6
Sosyal Yaşantı	İlişkiler	Komşularla iyi ilişkiler (n=1), komşularla sorun yaşamamak (n=1), dostların ilgi ve alakası (n=1), sevdikleriyle bir arada olmak (n=1), etrafla kötü bir olay yaşamamak (n=2), insanların birbirine karşı sevgisi (n=1), insanların birbirine yardımcı olması (n=1), manevi destek olmaları (n=1)	9
	Aktif Yaşam	Gezebilmek (n=3), diğer sosyal aktiviteler (n=2), üretmek (n=1), seyahat edebilmek (n=1)	7
	Yaşam Alanı	Evinde yaşamak (n=1), doğal ortamda yaşamak (n=1), risksiz bir hayat (n=1), rahat ve konforlu bir yaşam (n=2)	5

Yaşam kalitesini oluşturan etmenler, hastalar ile yapılan derinlemesine görüşmede elde edilen verilerin analizi sonucunda araştırmanın nitel bölümünde incelenmiş olup; “Sosyal Destek”, “Bireysel Faktörler”, “Sağlık Alanı”, “Ekonomik Durum” ve “Sosyal Yaşantı” olmak üzere 5 tema altında toplanmıştır. Birinci tema “Sosyal Destek” olup; “Aile”, “Çocuklar”, “Eş” ve “Torun” şeklinde alt temalardan oluşmuştur. Bu alt temalara ilişkin başlangıç kodları Tablo 12’de verilmiştir. Hastaların bu konudaki bazı ifadeleri şunlardır:

“Yaşamak iyi bir şey. Benim hayatta bir ailem var başka hiçbir şeyim yok. Her şeyim var Allaha şükürler olsun. Tarlam da var. He şeyimde faydası olduğunu düşünüyorum. Mesela ekin ekerim, ailem yardım eder. Ondan sonra bir iki mal var onları güderler. Her şeyim onlar...” (H6, evli, 6 çocuğu var)

“Kendi çalışıp yediğin adama zevk verir. Çolukla çocukla yemek başka... Evde yalnız yemek başka... Ben bu gün evde bir tavuk kessem çocuklarımsız yiyemem (gözleri doldu).. Ailenle oldu mu daha sağlıklı oluyorsun. Bak işte şimdi benim başımda bekliyor (karısını gösteriyor). Daha ötesi yok ki...” (H3, evli, 4 çocuğu var)

“Evimde ailemle huzurlu olursam mutluyumdur. Huzursuzluk varsa yaşam kalitesi olabilir mi? Tabi ki torunlarım... 5 tane torunum var. Göremediğim zaman zorluk yaşıyorum. Bunlar mutlu olmamı sağlıyor.” (H14 , evli, 3 çocuğu ve 5 torunu var)

İkinci tema “Bireysel Faktörler” olup; “Duygulanım”, “Kişilik Yapısı”, “Fiziksel Yeterlilik” ve “Hedefler” şeklinde alt temalardan oluşmuştur. Bu alt temalara ilişkin başlangıç kodları Tablo 12’de verilmiştir. Hastaların bu konudaki bazı ifadeleri şunlardır:

“Yaşam her şey demek. Moralin yüksek olması demek hayatta; yaşam kalitesi yüksek demektir. İnsanın psikoloji çok etkiler.” (H25)

“Mesela adamın parası çoktur ama kanaat yoktur. Sıkıntı olunca da yaşam kalitesi düşer. Ama bazısı da fakirdir. İş kaldı mı ?

Kalırsa kalsın derse kalitesi artıyor. Yani insanın yaratılış şekli ile alakalı biraz. İnsan kanaatkar ise yaşam kalitesi yüksek olur. Kanaatkar olmak ya da olmamakla ilgilidir. Kaliteli yaşamak için gönül, nefis istediğine göre hareket etmemeli ve her şeye karşı kanaatkar olmalı.” (H19)

“Yaşam kalitemin iyi olması varoluşumun daha iyi olması anlamına gelir .Tek başıma yapacağım şeylerin sayısının, sınırını genişleten bir şey.” (H30, işlerini desteksiz yapamıyor)

“Açıkçası 3-5 gün sonrayı düşünmüyorum artık. Yaşam kalitesi benim için amaçlar, planlardır. Eskiden öğle yemeğini bile plan yapardım, kafamda bir heyecan olurdu. Şimdi ise en ufak bir isteğim yok.” (H29, iyileşeceğine dair ümidi yok)

Üçüncü tema “Sağlık Alanı” olup; “Sağlık Kavramı”, “Sağlık Algısı”, “Sağlık Çalışanları” ve “Sağlık Sistemi” şeklinde alt temalardan oluşmuştur. Bu alt temalara ilişkin başlangıç kodları Tablo 12’de verilmiştir. Hastaların bu konudaki bazı ifadeleri şunlardır:

“Evvela sağlıktır. Dengeli beslenmektir. Sağlık oldu mu her şey gelir zaten. Sağlık yerinde olunca ister istemez gideceğin yere bile koşup gidiyorsun. Ama sağlık elden gitti mi her şey elinden kayıp gidiyor. Bu güne kadar başka bir sıkıntım olmadı zaten benim. Her şeyden önce sağlık.” (H8)

“Biraz iştahla da alakalı. İnsanı hayatta tutan besin. Süt mamülleriyle, meyvesiyle ... Gönülün neşeliyse, yaşam bu. Ama ağrı sancı çekiyorsan dünya senin olsa ne yazar. Bak Türkiye demiyorum dünya senin olsa ne yazar.” (H5)

“Her şeye rağmen biz kalitemizi koruyoruz. Hala çok sağlıklı besleniyoruz ve doğal ortamda yaşıyoruz. Hayret ettiğim şey de bu zaten. Her şey bu kadar normalken nasıl oluyor bu hastalık? Hastane yemekleri sağlıksızken bile yemiyorum öyle dikkat ediyorum..” (H11, doğal ürünlerle besleniyor)

“Yoksa ben basit bir hastalıktan yatmadığının farkındayım zaten. Buradaki doktorlarımdan da çok memnunum onlar da moralimi yükseltiyorlar. Mesela sabah soruyor ‘ağrın var mı’ diye... Ben de diyorum biraz var ama ilaçla geçiyor. Doktor da ‘ooo süper’ diyor. Doktorum da benim kötü olmamı istemiyor iyi olmamı istiyor ve seviniyor ben iyi olunca. Tabi ki bunlar da bana çok moral oluyor.” (H11, hastane ortamından memnun)

“50 sene öncesine göre yaşam kalitesi çok arttı. Sağlıkta eskisine göre çok değişti. Ben belli bir yaşa kadar doktor bile görmemiştim şimdi görüyoruz.” (H9)

Dördüncü tema “Ekonomik Durum” olup; “Maddi Varlık” ve “İş Durumu” şeklinde alt temalardan oluşmuştur. Bu alt temalara ilişkin başlangıç kodları Tablo 12’de verilmiştir. Hastaların bu konudaki bazı ifadeleri şunlardır:

“Ben çiftçiyim. Çiftçi bağ kurundan emekliyim, borcum harcum yok. Bana yetiyor. Orta halliyim bana düzenim güzel geliyor. Niye iyi olmayayım ki...” (H1, emekli maaşı alıyor)

“Mutlu olmak demek. Biz çiftçilik yapıyoruz. Arazi ve toprakla uğraşıyoruz. Gidip orda çalışınca aklımıza başka bir iş gelmiyor zaten. Huzurlu şekilde çalışıp dönüyoruz. Ama bu hastalıktan beridir bitti tabi. Araziyi dolaşırsın, çalışırsın bir moralin yükselir. Stres atıyorsun aklına bir şey gelmiyor. Ama hastalık geldi mi para ,mal ,mülk, arazi...Gözün iç bir şey görmüyor. İş oluyor gene ama kendin gezemedikten sonra moralim bozuk oluyor.” (H16, çiftçi)

Beşinci tema “Sosyal Yaşantı” olup; “İlişkiler”, “Aktif Yaşam” ve “Yaşam Alanı” şeklinde alt temalardan oluşmuştur. Bu alt temalara ilişkin başlangıç kodları Tablo 12’de verilmiştir. Hastaların bu konudaki bazı ifadeleri şunlardır:

“Saygı, dürüstlük, insanların birbirine karşı sevgisi yaşam kalitesini arttırır. Mesela Ali amcada gördüğümüz gibi onun refakatçisi

yok. Hepimiz ona yardımcı oluyoruz. Hem onun morali yükseliyor hem bizim... Bana göre onun yaşam kalitesi de artıyor, beni gördükçe onun keyfi de yerine geliyor. Maddiyat olarak paranın yaşam kalitesini arttırdığını düşünmüyorum. Daha çok manevi değerlerin yaşam kalitesi ile alakalı olduğunu düşünüyorum. Mesela bu virüs dönemi. İnsanları para ile eve sokamazsınız. Sağlık Bakanının bir sözü yetiyor ama. Benim görüşüm böyle. Sağlık çalışanlarını saat akşam dokuzda parayla millete alkışlatamazsın. İşte maneviyat insanları birbirine daha çok bağlıyor ve yaşam kalitesini artırıyor.” (H18)

“Komşunla iyi geçinmek lazım ,ailenle iyi geçinmek lazım. Kendi yiyeceğine içeceğine de dikkat etmen lazım. Sağlıklı yaşamak, iyi ilişkiler kurmak. Bu şekilde sıralanması lazım. Yaşam kalitesi budur. En başta da aile ile iyi geçinmek...”(H13, sosyal çevre ile çok vakit geçiriyor)

“Kendi kendimize yetiyoruz. Yağımızı kendimiz yapıyoruz, ürünümüzü kendimiz yetiştiriyoruz. Bunlar bana göre yaşamı zaten kaliteli hale getiren şeyler.” (H26, yediklerini kendi üretiyor)

“Düzgün ve sağlıklı yaşam demek. Hayatta risk olmamalı fazla düşünceli olmamalı. Meşguliyet fazla olmamalı...Düzgün bir yaşam ortamım var ailemde düzensizlik yok. Herşeyim normal. Sağdan soldan gelecek bir kötü etki de yok. Yaşam kalitem iyi düzeyde.” (H17, hafız)

Tablo 13. Yaşam kalitesini bozan unsurlar

TEMA	ALT TEMA	KODLAR	n
Hastalık Süreci	Semptomlar	Hasta hissetmek (n=4), ağrı (n=13), iştahsızlık (n=4), öksürük (n=3), nefes darlığı (n=5), mide bulantısı (n=1), yemek yemede zorluk (n=1), uykusuzluk (n=4), halsizlik (n=6)	41
	Tedavi Şekli	Kemoterapi (n=3), radyoterapi (n=1), serum tedavisi (n=1)	5
	Kemoterapi Yan Etkileri	Ellerin titremesi (n=1), bilişsel yetilerin bozulması (n=3), kusmak (n=1), sinirlilik hali (n=3), kokuya hassasiyet (n=1), saç dökülmesi (n=1)	10
	Hastane Yatışı	Hastane yemekleri (n=2), hastanede kalmak (n=7), refakatçinin olmaması (n=2)	11
	Hastalığın Seyri	Belirsizlik (n=2)	2
Endişeler	Geleceğe Dair	Aileyi geride bırakma korkusu (n=2), çocukların geleceği için endişelenme (n=4), eşini yalnız bırakma korkusu (n=2)	8
	Uzak Kalmak	Torunlarını görememek (n=1), aileden ve evinden uzak kalmak (n=2)	3
	Etkileşim	Memlekete gidememek (n=1), sosyal çevreden uzak kalmak (n=3), kişinin rutininin bozulması (n=1)	5
	Kısıtlılık	Tedaviye gidip gelmek (n=3), destek almak zorunda kalmak (n=1), kendi kişisel işlerini halledememek (n=3), özgürce hareket edememek (n=1)	8
	Sorun Yaşamak	Ailede bir sorun olması (n=2), çocuklarla ilgili sorunlar (n=3)	5
Ekonomik Zorluklar	Maddi Durum	Maddi yetersizlik (n=3), borçlu olmak (n=1)	4
	Çalışamamak	Mesleğini yapamamak (n=1)	1
Bozuk Ruh Hali	Korkular	İyileşememe korkusu (n=2), ölmekten korkmak (n=2), acizlik hissi (n=2), kabullenememek (n=2), karamsarlık (n=1), huzursuzluk (n=2), üzgün olmak (n=1)	12
	Hastalıkla Başlayan Olumsuz Hisler	Hasta olma psikolojisi(n=3), sınırlandırılmış olma hissi(n=1), başkasına yük olma hissi(n=2)	6

Yaşam kalitesini bozan unsurlar araştırmanın nitel bölümünde incelenmiş ve “Hastalık Süreci”, “Endişeler”, “Ekonomik Zorluklar” ve “Bozuk Ruh Hali” olmak üzere 4 tema altında toplanmıştır. Birinci tema “Hastalık Süreci” olup; “Semptomlar”, “Tedavi Şekli”, “Kemoterapi Yan Etkileri”, “Hastane Yatışı” ve “Hastalığın Seyri”

şeklinde alt temalardan oluşmuştur. Bu alt temalara ilişkin başlangıç kodları Tablo 13'te verilmiştir. Hastaların bu konudaki bazı ifadeleri şunlardır:

“En çok ağrı ile baş etmekte sıkıntı yaşadım. Çünkü ağrı başladı mı her şeyi ağrı başlatıyordu. Bütün günümü mahvediyor ve bütün olumsuz düşünceleri etrafınıza toplanıza sebep oluyor. Ve sadece ağrıya odaklanıp ‘ben mahvoldum’ diyebiliyordum. Bütün günümü öldürüyor ve öylece hiç bir şey yapmadan sadece o gün nefes almış oluyordum.” (H30, yoğun ağrısı mevcut)

“Şu dilimin dönmemesi (hastanın dili sola deviye) ve yiyip içemiyorum, yutamıyorum. Yiyip içememek bir problem. En önemlisi insanın boğazıdır. Bu bitti mi her şey bitiyor. Beni başka kötü etkileyen bir şey yok.” (H10, 12. Sinir felci mevcut)

“Ama beni üzen şey bu işte (serumu gösteriyor). Valla ben nefret ediyorum bu serumdan. Lütfen çıkarın ben cidden düzelirim. Öyle bir sevinirim ki çıkartırsanız. 8-10 saat bu serumlarda çekilecek gibi değil... Tuvaletim geliyor sıkışıyorum, ona gidemiyorum. Bunu nasıl yapacağız bilmiyorum...” (H15, uzun süreli damar yolu tedavisi alıyor)

“Kemoterapi yaşam kalitemi çok bozdu. Yan etkileri. Ben kendimi genç hissediyorum, kemoterapi beni böyle sallıyorsa buradaki diğer yaşlıları nasıl etkiliyor diye düşündüm. Ve düşünce hızım çok yavaşladı. Sağlam hücrelerim de öldü bence. Çocuk gibi hatalar yapıyorum. Yanlış hesaba para atıyorum falan. Kafamı karıştırdı. Üzdü, sinir hali oldu. Ağzımdan çıkmayacak kelimeler çıkmaya ve ailemi üzmeye başladım. Sinir, stres yaptı bende, bayağı yıprattı. Şu an tekrar kemoterapi alın deseler açın mezarı beni koyun derim herhalde.” (H18, kemoterapi tedavisi görmüş)

“Yeme içme de bazı zorluklar var onları da atlatabilirsek iyi olacak. Hastanede yemekte zor. Kendi yediğimiz içtiğimiz şeyler değil neticede bunlar.” (H3 , iştahsızlık şikayeti)

“Tabi hastanede kalmak biraz zor. Burada dışarı çıkmak yasak, yürüyemiyoruz.” (H17, uzun süredir hastanede radyoterapi tedavisi alıyor)

“En sevmediğim şey belirsizlik. Sadece net bir şey istiyorum ne kadar yaşayacağım, ne zaman öleceğim. Ona göre yapmak istediğim şeyler var çünkü.” (H11)

İkinci tema “Endişeler” olup; “Geleceğe Dair”, “Uzak Kalmak”, “Etkileşim”, “Kısıtlılık” ve “Sorun Yaşamak” şeklinde alt temalardan oluşmuştur. Bu alt temalara ilişkin başlangıç kodları Tablo 13’te verilmiştir. Hastaların bu konudaki bazı ifadeleri şunlardır:

“..En çok tedirgin olduğum şey çocuklarım. Onlar bir yere gitmeden kaybolursam ne olur onlara diye düşünüyorum. Ben 58 yaşındayım... 58 senedir babamı arıyorum. Çamur da olsa bir heykelde olsa köşemde otursun isterdim. Onlar için endişeleniyorum yani...” (H8, babasını hiç görmemiş)

“En çok zorlandığım şey eşim yalnız kalacak diye üzuldüm. O ne yapar diye düşündüm. Eşim yaşam kalitemi çok arttırırdı. Evlendiğimizden beridir bana hep destek oldu. Destek ile yaşadık hep birbirimize.” (H21, evli, çocukları ölmüş)

“Yaşam kalitem buradan çıkınca daha çok daha güzel olacak. Ailemden uzağım ve burada canım çok sıkılıyor. Evden uzağım..” (H4, refakatçisi yok)

“Normalde yaz olunca biz memlekete giderdik orada gezerdik 2-3 ay serin serin otururduk. Bu hastalıkla o iş sıfırlandı. Bu sene gidemedik. Şimdi arkadaşlar arıyor ‘Ahmet efendi gelsene’ diye. ‘Nereye geleyim oğlum’ diyor.” (H13, sosyal çevre ile çok vakit geçiriyor)

“Günlük aktivitelerimi yapamıyorum, özgürce hareket edemiyorum. Hayattan soğuyorum...” (H7, yoğun ağrısı mevcut)

“Hastalığımla beraber bir çok işi tek başıma yapamadığım destek almak zorunda kaldığım için yaşam kalitem bundan 2 -3 yıl öncesine göre daha kötü. Özgürlük alanım dar...” (H30, işlerini desteksiz yapamıyor)

Üçüncü tema “Ekonomik Zorluklar” olup; “Maddi Durum” ve “Çalışmamak” şeklinde alt temalardan oluşmuştur. Bu alt temalara ilişkin başlangıç kodları Tablo 13’te verilmiştir. Hastaların bu konudaki bazı ifadeleri şunlardır:

“Maddi durum yaşam kalitesini etkileyen bir şeydir. Maddi durumum olmadığı için yaşam kalitemi arttırmak için ne yapabilirim ki?.. Paramın olmaması... Yürüyemiyorsun, işini göremiyorsun. Gücüm çok azaldı. Mesela ben erkek kuaförüyüm ama mesleğimi yapamıyorum. Çünkü kemoterapiden sonra ellerim titremeye başladı ve geçmiyor.” (H14, gelir durumu orta)

“7-8 aydan bu yana eski bir taksimiz var. Buraya gelirken borç parayla gaz alıyorum arabaya. Arkadaşıma diyorum ödeyeceğim. Bazen ödeyemiyorum erteletmeye çalışıyorum. Hep böyle yokluk ve sıkıntıyla geçiyor hayatım.” (H2 , gelir durumu düşük)

“Yaşam kalitem çalışırsam artar. Ama şu an hastanede yatıyorum başka birşey yapmıyorum. Evde çalışırım. Ama kemoterapiden sonra çoğu şeyi bıraktım.” (H6 , çiftçi)

Dördüncü tema “Bozuk Ruh Hali” olup; “Korkular” ve “Hastalıkla Başlayan Olumsuz Hisler” şeklinde alt temalardan oluşmuştur. Bu alt temalara ilişkin başlangıç kodları Tablo 13’te verilmiştir. Hastaların bu konudaki bazı ifadeleri şunlardır:

“Ölecekmiş hissine kapıldım ve geride bırakacaklarımın korkusunu yaşadım. Tabi tedavi aldıkça, hekimlerle görüştüğçe bu korkularım azaldı fakat hala yatağa kafamı koyunca korkularım başlıyor. Yine öleceğim, arkada bırakacaklarım, hastanede uzun süre yatma korkum açığa çıkıyor.” (H30)

“Moral bozduğum şey; yaşamım böyle devam ederse dedim. Bu vaziyette yaşamak başka..” (H5, iyileşememekten korkuyor)

“Bir çaresizlik içinde olmak, ağrılar, sızılar, bir hastalıklı olma düşüncesi benim psikolojimi etkiliyor. En çok zorlayan kabullenmek...”(H7)

Tablo 14. Yaşam kalitesini arttırmak için yapılanlar

TEMA	ALT TEMA	KODLAR	n
Etkinlikler	Hobiler	Gazete okumak (n=1), kitap okumak (n=1), müzik dinlemek (n=1), televizyon izlemek (n=2), manzarayı seyretmek (n=1)	6
	Fiziksel Aktivite	Egzersiz yapmak (n=2), yürüyüş yapmak (n=1)	3
	Gelirini Arttırmak	Çalışmak (n=2), hayat standartlarını yükseltmeye çalışmak (n=1)	3
Ruhsal Çaba	Mizahı Kullanmak	Bol bol espri yapmak (n=1)	1
	Motive Olmak	Hastalığı kabullenmek (n=1), doktora güvenmek (n=3)	4
	İbadet Etmek	Dua etmek (n=1), kuran okumak (n=1), namaz kılmak (n=1)	3
	Aile İle Vakit Geçirmek	Aile ile beraber olmak (n=1), torunlarla görüşmek (n=1)	2

Yaşam kalitesini arttırmak için yapılanlar araştırmanın nitel bölümünde incelenmiş olup “Etkinlikler” ve “Ruhsal Çaba” olmak üzere 2 tema altında toplanmıştır. Birinci tema “Etkinlikler” olup; “Hobiler”, “Fiziksel Aktivite” ve “Gelirini Arttırmak” şeklinde alt temalardan oluşmuştur. Bu alt temalara ilişkin başlangıç kodları Tablo 14’te verilmiştir. Hastaların bu konudaki bazı ifadeleri şunlardır:

“Bunlarla da bir şeyler okuyarak, bol televizyon seyrederek baş etmeye çalışıyorum. Çünkü dayanmak zorundayım. Öbür türlü boşluğa atmak demek olur kendini. Ruhsal hayatını boşluğa bırakmak demek duygusal hayatını da bir yere bırakmak demektir. Sevdiğim insanlar var, vazgeçemeyeceğim şeyler var.” (H11)

“...Bir de benim yaşı 71. Kendi evim de benim. Her gün her sabah 5 dakika benim sporum vardır. Eklemlerimi çalıştırırım. Dirsek omuz. Her sabah çalıştırırım. Sanki çelik yay gibi olurum kendimde bir güç hissediyorum. Ama her sabah yapıyorum 5 dakika ayrılamaz mı? İlla spor futbol sahası oyun sahası mı lazım? Evinde de olur spor. Her gün 5 dakika ayırmak lazım...” (H5)

İkinci tema “Ruhsal Çaba” olup; “Mizahı Kullanmak”, “Motive Olmak”, “İbadet Etmek” ve “Aile İle Vakit Geçirmek” şeklinde alt temalardan oluşmuştur. Bu alt temalara ilişkin başlangıç kodları Tablo 14’te verilmiştir. Hastaların bu konudaki bazı ifadeleri şunlardır:

“Hastalığa üzüldük tabi... Çabuk sinirleniyorum artık. Evvelden öyle değildim. Hatta şaka yapıyorum bana bir litre kan verdiler ‘acaba kanı bozuk birinin kanını mı verdiler’ diye şaka yapıyorum.” (H13, bol bol espri yaptığını belirtiyor)

“Psikolojim iyi. Hayata bir gün geldiysek bir gün de gideceğiz. Bu hayata bakış açımız bu olmalıdır. Hayata hep pozitif bakmalıyız bence... Bir cenaze getirmişler cami hocası; sonra 5 dakika daha sonra bir cenaze getirmişler alkolik. Gülmüş herkes baksana arada 5 dakika var demişler.” (H25)

“Sağlığı kazanmak için uğraşıyoruz işte. Tedavi alıyorum. Önce Allaha sonra doktorlara güvendim ve tedaviyi kabul ettim. Bazıları tedavi almamak için hastaneyi terk eder ben öyle yapmadım. Tedavi olayım, Allah dermanını verir diyerek devam ettim.” (H8, tedavilerine düzenli geliyor)

“Sağlık yerine gelse her şey geri gelir. Onun için sağlığım yerine gelsin diye hastanede kalıyorum gece gündüz. Ama başka yapabileceğim bir şey yok.” (H28, tedavilerine uyum sağlıyor)

“Dua etmek beni rahatlatıyor. Gece açıyorum ellerimi dua ediyorum. Yaşamam hayırlıysa beni yaşat, eğer ölümüm hayırlıysa beni yanına çağır. Ölüm meleğini gönder canımı al... Böyle dua edince ufkum açılıyor ruhum açılıyor sanki. Her şey dua üzerindedir. Çoğu bilmez bunu. Sıkıldın mı Allaha elini aç dua et. Bu kulum bana dua ediyor diye boş çevirmez Allah. Mesela o ağrı sende 100 ise 50 e 30 a 40 a indirir. Ben duayla başa çıkabiliyorum kötü şeylerle..” (H5)

“Torunlarımı çağırırım. Onları görünce bana iyi gelir.” (H23)

“Bundan sonra eşimle çocuğumla beraber oturup şimdiye kadar işini çektiğim şeyleri yemek. Sağlık olursa...” (H3, evli, 4 çocuğu var)

Tablo 15. Yaşam kalitesini bozan unsurlarla baş etme mekanizmaları

TEMA	ALT TEMA	KODLAR	n
Probleme Yaklaşım	Emosyonel Odaklı	Soğukkanlı ve sağduyulu olmaya çalışmak (n=1)	1
	Düşünsel Odaklı	Olumlu düşünme (n=2), hayata pozitif bakmak (n=1), hastalığı başkalarından gizlemek (n=1), kafaya takmamak (n=2), düşünmemeye çalışmak (n=2), boşvermeye çalışmak (n=1), sevdiği insanlar için çabalamak (n=1), şakaya vurma (n=3), kendine başka meşguliyetler bulma (n=1)	14
	Çözüm Odaklı	Sağlıklı beslenmek (n=2), ilaçları düzgün kullanmak (n=1), tedaviye uyum göstermek (n=8), doktorun dediklerini yapmak (n=3)	14
Din	Dini Ritüel	Dua etmek (n=2)	2
	İnançlar	Her varlığın bir sonu olacağına inanmak (n=12), hastalığın Allaha geldiğine inanmak (n=6), hayatın ne zaman sona ereceğini Allahın karar vereceğine inanmak (n=9), hayatı iyi bakılması gereken bir emanet ve hastalığı imtihan olarak görme (n=1), hastalığı bir kader olarak görmek (n=1), dermanın Allaha geleceğine inanmak (n=2)	31

Yaşam kalitesini bozan unsurlarla baş etme mekanizmaları araştırmanın nitel bölümünde incelenmiş olup “Probleme Yaklaşım” ve “Din” olmak üzere 2 tema altında toplanmıştır. Birinci tema “Probleme Yaklaşım” olup “Emosyonel Odaklı”, “Düşünsel Odaklı” ve “Çözüm Odaklı” şeklinde alt temalardan oluşmuştur. Bu alt temalara ilişkin başlangıç kodları Tablo 15’te verilmiştir. Hastaların bu konudaki bazı ifadeleri şunlardır:

“Sağduyulu ve soğukkanlılıkla baş ediyorum. Biraz boş vermeye çalışıyorum. Kızarsam olmaz zaten hastalığıma iyi gelmez bu...”(H15)

“Psikolojimin yerinde olması için kafaya çok takmamaya çalışıyorum. Böylece moralim bozulmuyor. Aklıma bile getirmedim. Neden bu kadar iyiyim bir çok nedeni olabilir. Mizacım böyledir belki.” (H25)

“Evin önünde küçük bitkiler var onlarla uğraşıyorum. Çünkü hastalıktan dolayı tarlaya gidemiyorum. Ben de evin önündeki küçük sebzelerle uğraşıyorum. Onlarla uğraşınca benim de kafam dağılmış oluyor ve hastalığı düşünmemeye başlıyorum.” (H21, çiftçi)

“Yememe içmeme dikkat ediyorum, bana getirilen her şeyi yiyorum. İlaçlarımı düzgün içiyorum. Evvelden yiyemiyordum. Buraya geldiğimden beridir yaklaşık 10 gündür iyi yiyorum. Karnım tahta gibiydi şimdi çok çok iyi baksana...” (H1, tedaviye uyum gösteriyor)

İkinci tema “Din” olup “Dini Ritüel” ve “İnançlar” şeklinde alt temalardan oluşmuştur. Bu alt temalara ilişkin başlangıç kodları Tablo 15’te verilmiştir. Hastaların bu konudaki bazı ifadeleri şunlardır:

“Öğrenince moral sifıra düştü. Ama sonra kendi kendime dedim ‘Allahım her canlıya bir ömür verdi. Belki 90 yaşına gireceksin, belki 98 yaşına gireceksin, belki de bu gece yatıp uyanamayacaksın. Hiç kimsenin garantisi yok. Saati geldi mi ölüm meleği gelir görevini yapar.’ Ben ölümden korkmam. Sarayları olanlar belki korkar bırakıp gitmekten. Ben diyorum insan bir defa doğar bir defa ölür. 10 defa değil...” (H5)

“Moralim hiç bozulmadı. Her varlığın sonu, her yaşayanın bir ömrü vardır. Her canlı ölümü tadacaktır. Eğer ölüm bundansa ben bu hastalıktan dolayı öleceğim. Ama eğer ölümüm başka bir nedenden olacaksa bu hastalık beni öldüremez.” (H17, hafız)

5. TARTIŞMA

Akciğer kanseri tanılı bireylerde yaşam kalitesi algısını incelemek amacı ile karma yöntem kullanılan bu çalışmanın nicel bölümü 80, nitel bölümü 30 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın nitel bölümünün sonucunda hastalara yaşam kalitesinin ne ifade ettiği ile alakalı yaşam kalitesini bozan, yaşam kalitesini arttıran, yaşam kalitesini bozan unsurlarla baş etme mekanizmalarına dair bir çok; subjektif duygu, davranış ve alışkanlık sahibi oldukları görülmüştür. Yaşam kalitesi ile ilgili bu subjektif verilerin ölçeklerde yer almadığı veyahut değerlendirilmediği görülmüştür.

Araştırmanın nitel bölümünde hastalarla yapılan görüşmelerden elde edilen veriler çözümlenip; “*Sosyal destek, Bireysel Faktörler, Sağlık alanı, Ekonomik durum, Sosyal yaşantı, Hastalık süreci, Endişeler, Ekonomik zorluklar, Bozuk ruh hali, Etkinlikler, Ruhsal çaba, Probleme yaklaşım ve Din*” temaları oluşturulmuştur. Bu sonuçlar ülkemizde en sık görülen Akciğer kanseri tanılı bireylerin yaşam kalitesi seviyeleri ve algılarına dair önemli bilgiler ortaya koymasından önemlidir; yaşam kalitesi ile ilgili hizmetlerin geliştirilmesi ve hizmet sunumu açısından faydalı bilgiler sağlayabilir. Tartışma bölümünde elde edilen nitel ve nicel veriler birleştirilerek; Akciğer kanseri tanılı bireylerin sosyodemografik özellikleri, genel yaşam kalitesi skoru ve yaşam kalitesi algılarına dair cevapları tartışılmıştır.

Türkiyede yapılan kanser tanısı olan bireylerin dahil edildiği bir araştırmada bireylerin %52’sini ilkökul ve altı, %15’inin üniversite mezunu eğitim düzeyinde olduğu belirtilmiştir (62). Bu çalışmada ise kişilerin %70 (n=59) ilkökul ve %12,3 (n=10) üniversite mezunu ve yüksek lisans eğitim düzeyinde olduğunu belirlenmiştir. Eğitim düzeyi ve yaşam kalitesinin ilişkili olmadığını gösteren benzer çalışmalar mevcuttur (63-65). Çalışmada eğitim durumları ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak fark görülmemiştir.

Hagelin ve arkadaşlarının çalışmasında terminal dönem kanser hastalarında kadınlarda yaşam kalitesi puanlarının düşük olduğu belirtilmiştir (66). Heydarnejad kemoterapi tedavisi alan kanser tanılı hastaları dahil ettiği bir araştırmada yaşam kalitesi ile yaş, cinsiyet ve medeni durumun yaşam kalitesi ile anlamlı bir ilişkisinin olmadığını raporlamıştır (67). Benzer şekilde Arslan’ın çalışmasında yaşam kalitesi ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirtilmemiştir (68).

Bu çalışmanın nicel bölümünde de cinsiyet, yaş, medeni durum gibi sosyodemografik faktörler ile sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Çalışmada kullanılan EQ-5D-3L yaşam kalitesi ölçeği standardize edilmiş bir ölçek olmasına karşın, son yıllarda yaşam kalitesi ölçümleri hasta gruplarının sosyodemografik özellikleri ile değil, hastaların bireysel tavır ve durumlarına göre değişen subjektif seyri sıklıkla tartışılmaktadır. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin yaşam kaliteleri üzerinde net etkilerinin olmadığı, kişisel özelliklerin de değerlendirmelerde yer alması gerektiği ve standardize ölçeklerin yaşam kalitesini ölçmede yetersiz kalabildiği bildirilmektedir.

İzmir’de yapılan bir çalışmada gelir durumu yüksek olan hastaların yaşam kaliteleri daha yüksek raporlanmışır (63). Benzer şekilde Lenfoma tanısı ile takip edilen bireyler ile yürütülen çalışmada da yaşam kalitesinin değerlendirildiği farklı bir çalışmada da ekonomik zorluk yaşamayanların yaşam kaliteleri daha yüksek bulunmuştur (69). Bu çalışmanın nicel bölümünde QALY index ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Gelir durumu yüksek olan kişilerin QALY index skorları daha yüksek bulunmuştur. Bununla beraber çalışmanın nitel bölümünde de yaşam kalitesini oluşturan, yaşam kalitesini bozan ve yaşam kalitesini arttırmak için yapılanlar kısmında “gelir durum” ile ilgili cevaplar yer almaktadır. Nitel verilerde yer alan “Buraya gelirken borç parayla gaz alıyorum arabaya. Arkadaşıma diyorum ödeyeceğim. Bazen ödeyemiyorum erteletmeye çalışıyorum. “ ve “Mesela ben erkek kuaförüüyüm ama mesleğimi yapamıyorum. Çünkü kemoterapiden sonra ellerim titremeye başladı ve geçmiyor” ifadeleri kanser tanı ve tedavi sürecinde artan masrafları karşılama ve mesleki yaşamın sürdürülmesi konusundaki güçlüklerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebildiğini destekleyen çarpıcı örneklerdir. Düşük gelir düzeyinin kişinin aktif yaşama katılımı, tedavi ve izlem sürecine devamlılığı ve ailenin alabileceği destek ve bakım ihtiyaçlarını karşılayabilmesi gibi pek çok durumu da ilişkili olduğu bilinmektedir. Kanser tanısının hem bireyin çalışma imkanlarını kısıtlaması hem de artan ve değişen ekonomik ihtiyaçları göz önünde bulundurulduğunda; farklı sorunlarla yüzleşen bu hasta grubunun yaşam kalitesini yükseltebilmek için, ekonomik açıdan destekleyen sosyal güvenlik uygulamaları ve yasal düzenlemelere ihtiyaç olduğu dikkat çekmektedir.

Kanser hastalarının birçok farklı nedenden dolayı çeşitli yakınmaları vardır. Akciğer kanseri tanısı ile takip edilen bireylerde öksürük, kilo kaybı, dispne, göğüs ağrısı, hemoptizi, kemik ağrısı, çomak parmak, ses kısıklığı, vena cava superior sendromu, disfaji ve stridor bunlara örnek verilebilir (70). Bu yakınmaların arasında en sık rastlananları yorgunluk ve ağrıdır. Hastaların yaklaşık %80-96'sı yorgunluk ve %86-91'i ağrı yakınmaları olduğunu bildirmiştir (71). Ertem ve ark. çalışmasında hastaların yaşam kalitesinin en çok düşüren semptomların halsizlik ve ağrı olduğu gösterilmiştir (3). Son 40 yılda kanser alanında yapılan çalışmaların değerlendirildiği bir meta analizde kanser tanılı hastaların üçte birinden fazlasında ciddi seviyede olmak üzere %64 oranında ağrı görülme sıklığı raporlanmıştır (72). Rodriguez ve arkadaşlarının palyatif bakım servisinde izlenen hastaların dahil edildiği çalışmada, hastaların %69'unda günlük hayat rutinlerini kısıtlayacak düzeyde ağrı semptomları olduğunu tanımlanmış ve ağrı ile düşük yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişkiyi raporlanmıştır (73). Bu çalışmanın nitel bölümünde de yaşam kalitesini bozan nedenler arasında hastaların yüksek oranda “ağrı” ve “halsizlik” cevapları verdiği görülmektedir. Halsizlik ve ağrı subjektif bir değerlendirme olup aslında çok boyutlu bir semptomdur. Çalışmanın nitel bölümünde yer alan “Çünkü ağrı başladı mı her şeyi ağrı başlatıyordu. Bütün günümü mahvediyor ve bütün olumsuz düşünceleri etrafınıza toplamanıza sebep oluyor” ifadesi ile hastanın ağrısının; fiziksel, bilişsel ve motivasyonel olarak farklı kişisel deneyimlerden etkilenmekte olduğu ve anlık olarak değişim gösterebildiği unutulmamalıdır. Ağrı şikayeti olan bireylerin yaşam kalitesinin artırılması amacıyla kişiler mutlaka periyodik olarak değerlendirilmeli ve uygun tedavi planlanmalıdır.

Aynı zamanda bu çalışmada yaşam kalitesini bozan nedenler arasında “öksürük” ve “nefes darlığı” semptomu da yüksek oranda ifade edilmiştir. Bu semptomların yoğunluğunun çalışmanın Akciğer kanseri tanılı bireylerde yapılması ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Öksürük ve nefes darlığı Akciğer kanserinde en sık görülen semptomlardan olduğu bilinmektedir (70). Tahmasebi ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada tedavi sürecinde, semptom kontrolü ile beraber hastalarının yaşam kalitelerinin tedavi öncesine göre daha iyi olabileceği gösterilmiş ve tedaviye uyumun kolaylaşacağını belirtmişlerdir (74). Bu bağlamda hastalar herhangi bir yakınma

tariflemeseler dahi, periyodik olarak semptom değerlendirmesi yapılmasının yaşam kalitesini olumlu etkileyebileceği düşünölmektedir.

Tokgöz ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada kanser hastalarının %50'sinde tıbbi tedavi gerektirecek seviyede uyku bozukluğu sorunu yaşadığı raporlanmıştır (75). Benzer olarak kanser tanılı hastaların yaşadığı fiziksel ve psikolojik semptomların belirlenmesine yönelik yapılan bir çalışmada tanı ve tedavi aşamasında en sık görölen semptomlardan birinin uykusuzluk olduğu belirtilmiştir (76). Bu çalışmanın nitel bölümünde hastalarla yapılan görüşmede yaşam kalitesini bozan unsurlar arasında “*uykusuzluk*” cevabı dikkat çekmektedir. Hastaların uyku probleminin nedenleri açısından nitel veriler ayrıntılı incelendiğinde semptomların şiddeti, psikolojik etkilenmeler ve belirsizlik algısı gibi pek çok faktör ile ilişkili olabileceği gözlenmektedir. Kanser hastalarının, kansere özgü olarak ifade edilen, hastalığın her evresinde belirsizlik hissi yaşadıkları görölmektedir. “*Acaba kanser miyim?*”, “*iyileşebilecek miyim?*”, “*ne zaman öleceğim?*” gibi sorular ve düşünceler kafalarında oluşabilmektedir.

Belirsizliğin beklenti, umut, hedef, başa çıkma becerisi ve yaşam kalitesi ile de negatif yönde ilişkili olduğu tespit edilmiştir (77). Nitel bölümde ki “*En sevmediğim şey belirsizlik. Sadece net birşey istiyorum ne kadar yaşayacağım, ne zaman öleceğim. Ona göre yapmak istediğim şeyler var çünkü*” ifadesinde de göröldüğü gibi belirsizliğin stres, psikososyal uyum bozuklukları ve negatif duygu durumlarıyla doğrudan ilişkili olduğu bilinmektedir. Katılımcıların hastalık süreciyle ortaya çıkan belirsizlik sebebi ile huzursuz oldukları ve kaygı duydukları görölmektedir. Kanser hastalarının yaşam kalitesinin arttırılmasında psikolojik destek tedavisinin yanısıra hastalığın durumu, seyri, tedavi ve bakım planı, hastalığın evresine göre değişen durum ve ihtiyaçlarla ilgili güncel bilgi verilmesinin belirsizlik duygusunun getireceği olumsuz semptom yükünden koruyacağı düşünölmektedir.

Ravasco ve arkadaşlarının heterojen bir hasta grubunda yaptığı bir çalışmada bireyselleştirilmiş beslenme danışmanlığı kullanımı ile besin alımının düzelmesi, daha yüksek yaşam kalitesi puanları ile anlamlı raporlanmıştır (78). Kanser tanılı bireylerde beslenmenin değerlendirilmesi, bireyin hastalıkla baş etme becerileri ve iyilik hali algılarının güçlendirilmesi yönüyle yaşam kalitesinin artırılması açısından da önemli olabileceği raporlanmıştır (79). Bu çalışmada yaşam kalitesini oluşturan etmenlerde

“yemek yiyebilmek”, yaşam kalitesini bozan unsurlarda “iştahsızlık” ve yaşam kalitesini arttırmak için yapılanlarda “dengeli ve sağlıklı beslenme” cevapları verilmiştir. Düzenli nutrisyonel değerlendirmenin iştahsızlık ve beslenme problemlerinin erken tanı ve tedavisiyle malnutrisyonun etkilerinden hastaları koruyabildiği bilinmektedir.

Kanser varlığında hastalık sürecinden kaynaklanan semptomlar kadar kemoterapi ve radyoterapinin yan etkileri olan ağrı, alopesi, bulantı, anoreksiya, kaşeksi, tat değişiklikleri, kusma, dehidratasyon, mukozit, kemik iliği süpresyonu, depresyon, anksiyete gibi fiziksel ve emosyonel semptomları yoğun bir şekilde yaşamaktadırlar (27, 63). Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede hastalığa ve tedavi yöntemleriyle ilişkili yaşanan semptomlar ve yan etkiler kanser tanılı bireyler için ciddi güçlüklerle sonuçlanmaktadır (80). Cohen ve Leis palyatif bakım alan kanser tanılı hasta grubunda yaşam kalitesinin primer belirleyicilerine yönelik olarak bir değerlendirme gerçekleştirilmiş ve bilişsel fonksiyonelliğin yaşam kalitesini etkilediğini raporlamıştır (81). Benzer olarak bu çalışmada da hastalar, hastalığın etkileri ve tedavilerin ötesinde kemoterapi yan etkilerinin yaşam kaliteleri üzerindeki etkilerine ayrı bir tema oluşturacak sıklıkta vurgu yaptıkları dikkat çekmektedir. “Kemoterapide çok zorlandım. O bana çok koydu.Yemek yiyemedim, halsiz kaldım. Hep kustum.O zaman çok istedim öleyim..” ifadesi ile tedavi yöntemi ile ilişkili yaşanan semptomlar belirtilirken ; “...düşünce hızım çok yavaşladı.Çocuk gibi hatalar yapıyorum. Yanlış hesaba para atıyorum falan. Kafamı karıştırdı. Üzdü,sinir hali oldu. Ağzımdan çıkmayacak kelimeler çıkmaya ve ailemi üzmeye başladım. Sinir ,stres yaptı bende,baya yıprattı. Şu an tekrar kemoterapi alın deseler açın mezarı beni koyun derim herhale..” ifadesinde kemoterapi yan etkilerinin yanısıra özellikle bilişsel yeterliliklerinin kemoterapi sonrası eskiye oranla düşük olduğu ve günlük yaşamlarını ciddi seviyede etkileyecek boyutta sorun yaşandığı görülmektedir. Kemoterapi alan hastalarda tedavinin yan etkilerinin sistematik olarak değerlendirilmesi ve semptom kontrolünün sağlanması hastaların yaşam kalitesinin yükseltilmesine yardımcı olacaktır. Bu bağlamda yaşam kalitesinin hastalığın seyri boyunca farklı etmenlerle değişebildiği dikkat çekmekte; değerlendirmenin klinik durumdan ve tedavi sürecinden bağımsız yapılamayacağı da görülmektedir.

Pınar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yatarak tedavi görmenin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmiştir (82). Benzer bir çalışma yatarak tedavi görmenin yaşam kalitesinin alt gruplarından fiziksel durum, sosyal yaşam, faaliyet durumu ve duygusal durumu kötü etkilediği raporlanmıştır (83). Çalışmanın nitel bölümünde yaşam kalitesini bozan unsurlar arasında “*hastanede kalmak*” cevabının yüksek oranda verildiği görülmüştür. Hastanın kendi sosyal ortamından uzak olması ve beden algısının hastanede kalmakla beraber bozulması yaşam kalitesindeki düşme ile ilişkilendirilmektedir. Bu bağlamda hastaların hastane dışı alanlarda (evde, gündüz bakım merkezlerinde..) palyatif bakım imkanı sunulmasının bireyin hastalık ve hastane süreciyle ilgili olumsuz etkilenmesini azaltabileceği düşünülmektedir.

Beser’in çalışmasında kanser semptomları ve günlük aktivitelerde zorlanma, fonksiyonel yetersizlik, sosyal izolasyon, mesleki ve rol performanslarının olumsuz etkilenmesine yol açabildiği tanımlanmıştır. Bu hasta grubunda tanı ve tedavi süresince kişinin ihtiyaçları, hedefleri ve tercihlerinin bireysel değerlendirmesiyle beraber kısıtlılıklarını azaltma odaklı farklı yaklaşımların yararlı olabileceği görülmektedir (84). Kanser tanılı depresif hastaların, olmayanlara göre daha yüksek mortaliteye sahip oldukları, yaşam kalite düzeyinin ve kanser tedavisine uyumlarının daha düşük olduğu bildirilmiştir. Amerikan Klinik Onkoloji Derneği (ASCO); kanser nedeniyle izlenen hastaların tedavi süresince depresyon belirtileri açısından taranmasını önermektedir (85). Benzer bir çalışma olarak Babaoğlu ve Öz’ün çalışmasında 30 kanser hastası ve ailesi ile yapılan görüşmelerde, hastaların bir takım uyum sorunları yaşadığı ve sosyal gereksinimlerinin karşılanması gerektiği tanımlanmıştır. Duygusal sorun olarak ruhsal sıkıntı, ümitsizlik, bireysel baş etmede etkisizlik, rol performansında değişim, depresif duygulanım yaşanırken; sosyal sorun olarak, günlük işleri sürdürmede yetersizlik, eğlence faaliyetlerinde değişim ve sosyal izolasyon saptanmıştır (86). Yapılan diğer çalışmalarda da benzer biçimde kanser tanısı almanın sosyal yaşama devam edebilmeyi olumsuz etkilediği görülmüştür (87, 88). Bu çalışmada yaşam kalitesini oluşturan öğelerde “*fiziksel yeterlilik*”, “*sosyal yaşantı*”, “*aktif yaşam*” ve “*etkileşim*” içinde olmaya; yaşam kalitesini bozan unsurlarda “*bozuk ruh hali*”, “*kısıtlılık hissi*” ve “*hastalıkla başlayan olumsuz hisler*”e; baş etme mekanizmalarında ise “*düşünsel odaklı olumlu hislere*” yer verilmiştir. Bireylerin kendilerini yetersiz algılamaları, kötü ruh haline sahip olmaları

sürecin algılanış ve değerlendirilmesiyle ilgili olumsuz sonuçları öne çıkarabilir, sosyal izolasyona neden olarak kişilerin yaşam kalitesini sosyal boyutta ciddi oranda etkileyebilmektedir. Olumsuz duygular taşıyan bir bireyin çevresine, ailesine ve tüm yaşama bakışı da farklı olacaktır. Ayrıca hastalığın ve tedavinin yan etkileri nedeniyle yaşadıkları halsizlik yorgunluk ve ağrı gibi diğer semptomların da sosyal faaliyetlerini olumsuz etkileyebildiği bilinmektedir. Birey hayatını bir bütün olarak görmekte ve yaşam kalitesini ona göre algılamaktadır. Buna göre yaşam kalitesini değerlendirirken; sosyal, fiziksel ve duygusal alanların birbirinden ayrı düşünülmemeyeceği ve hastanın bu boyutlardaki algısının değerlendirilmesi gereksinimi dikkat çekmektedir.

Finlandiya’da 2011 yılında yayınlanan bir çalışmada bir akraba ile birlikte yaşamanın yaşam kalitesinde iyileşme sağladığı belirtilmiştir (89). Özyurt’un kanser tanılı bireylerin sosyal destek kaynaklarını incelediği betimsel bir çalışmada; hastaların en fazla desteğine başvurduğu kişinin eşi olduğunu raporlamıştır. Sırayla çocuklar, kardeşler ve komşular, arkadaş ve ya özel bir insan sosyal destek kaynaklarını oluşturmaktadır (90). Bu verilerle paralel olarak bu çalışmanın nicel bölümünde VAS skoru çocuk sahibi olanlarda anlamlı yüksek çıkmış olup; nitel bölümünde yaşam kalitesini oluşturan unsurlar arasında sosyal destek teması altında; “*aile kavramı*”, “*çocuk*”, “*eş*”, “*torun*” yüksek oranda hastalar tarafından cevaplanmıştır. “*Ailenle olmak başka. Aileyle yaşamak başka, tek başına yaşamak başka. Ailenle oldu mu daha sağlıklı oluyorsun. Bak işte şimdi benim başımda bekliyor (karısını gösteriyor). Daha ötesi yok ki...*” ifadesinde de görüldüğü üzere en fazla desteğin aileden alınmasını geleneksel Türk kültürüne uygun olduğu düşünülmektedir. Burada sosyal çevre ile iletişim sosyal destek alma, komşu, arkadaş vurgularının üzerinden de geçmek gerekir. Bu çalışmada yaşam kalitesini oluşturan temalarda “*sosyal yaşantı*” kısmı derinlemesine incelendiğinde “*Arkadaşlarımın yaşadıkları yere gitmek isterdim*”, “*Tatsızlık yok aile içinde ve komşularla*”, “*iyi ilişkiler kurmak lazım...Yaşam kalitesi budur*” ifadelerinden anlaşılabileceği üzere hastalar kişiler arası ilişkilerden, komşulardan ve dostlardan bahsedilmiştir. Bunların sosyal destek kaynaklarını oluşturan kavramlar ile ilişki içinde olduğu görülmüştür. Bu kaynakların hastalar tarafından farkedilmesi ve kullanılabilmesi açısından hastalara sosyal destek alınabilecek durumlar hakkında farkındalık oluşturmak yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyecektir.

Yaşam kalitesi ve boyutları üzerine yapılan araştırmalar din ve maneviyatın, yaşam kalitesini oluşturan bileşenlerden olduğunu göstermektedir (91). İlerlemiş kanseri olgularıyla yapılan birçok çalışmada da manevi durumlar yaşam kalitesinin bir bileşeni olarak raporlanmıştır (92-94). Çalışmalar yaşam kalitesinin, dini ve manevi boyuttan ayrı düşünölemeyeceğini ve insana varoluşsal anlamda bütöncöl olarak bakılmasının gerekliliğini göstermektedir (95). Bu çalışmada da yaşam kalitesini arttırmaya yönelik çabalar ve baş etme mekanizmaları bölümünde “*din*” ve “*maneviyat*” ile ilgili bir çok cevap verilmiştir. Din ve maneviyatın bireyin hastalığı kabullenme biçimine, sağlık davranışlarına, psikolojik durumlara ve bireyin hastalığı kabullenme biçimine, katkısıyla yaşam kalitesi üzerinde etkisi olduğunu söyleyebiliriz.

Anksiyete ile yaşam kalitesi arasında bir çok çalışma mevcuttur. Endişe ve anksiyete çoğu zaman aynı anlamda kullanılabilir ve oysa her ikisi de birbirinden son derece farklı psikolojik durumları ifade etmektedir. Anksiyete tipik olarak endişe içeren duruma yüksek ölçüde zaman harcamayı içerir (96). Endişe ise daha ılımlı ve kontrol edilebilir bir durumdur. Yapılan bir çalışmada endişe düzeyi arttıkça, yaşam kalitesi seviyesinin düştüğü raporlanmıştır (97). Yaşlıların yaşam kalitesine yönelik başka bir çalışmada, endişe halinde olmanın; sağlığın genel algılanışı ve ruh sağlığı alanlarında yaşam kalitesindeki düşmeyle anlamlı ilişkili olduğu saptanmıştır (26). Fakat literatürde çoğu yaşam kalitesi ölçeğinde endişeler başlığının yeterince değerlendirilmediği görölmekte ve yaşam kalitesi çalışmalarının birçoğunda tartışmada yer almamaktadır. Bu çalışmada “*Endişeler*” bir tema olarak görölmekte ve birçok kişi tarafından, bir çok alt tema ile ilgili cevaplarda vurgulandığı dikkat çekmektedir. Endişe durumunun hastalık boyutunda olmasa da yaşam kalitesini düşürdüğü görölmektedir. Risk grubu olarak kabul edilebilecek Akciğer tanılı bireylerle endişelerine yönelik baş etme yöntemlerini güçlendirmek açısından psikolojik ve manevi destek sağlayacak yaklaşımlar geliştirilmesi önem kazanmaktadır.

Avrupa Kanser Ligi (European Cancer Leagues, ECL) 2004’te yayınladığı insan haklarına saygı çerçevesinde kanserli hastaların multidisipliner bir ekibe ulaşabilme hakkına sahip olduğunu belirtmektedir. Sağlık sosyal ve psikolojik hizmetler arasında koordinasyonun sağlanması, ulaşabilecek kaynakların artırılması,

hasta ve aile desteğinin sağlanması ve problemlerin en aza indirilmesi konusunda her sağlık çalışanının sorumlulukları olduğu görüşü mevcuttur (98). Hastaların yaşam kalitesi bileşenleri arasında kritik rol oynayan sağlık çalışanlarının adeta bir köprü görevi gördüğü tespit edilmiştir. Bu çalışmada hastalar yaşam kalitesini oluşturan etmenler arasında “sağlık çalışanları ilgisi” ve baş etme mekanizmalarında “doktorun dediklerine uyma” ve yaşam kalitesini artırma çabaları içinde “doktora güvenme” nin hastayı motive ettiğini belirtmiştir. “Burda tanıştığım doktordan hizmetlisine yaşam kalitemizi arttırdıklarını düşünüyorum...Doktorların iyisin demesi bana güç veriyor” ,” Doktorum da benim kötü olmamı istemiyor iyi olmamı istiyor ve seviniyor ben iyi olunca.Tabi ki bunlar da bana çok moral oluyor..” ifadelerinden anlaşılaacağı üzere sağlık çalışanları yaşam kalitesi bileşenlerinin tümünde etkin rol oynamaktadır. Sağlık çalışanlarının yaşam kalitesi açısından bilinçlendirilmelerinin, yaşam kalitesi bileşenlerine hakim olmalarının ve bu konuda eğitim almalarının hizmet sunulan hastaların yaşam kalitelerini arttıracacağı görölmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Akciğer kanseri tanılı hastalarda yaşam kalitesi algısının değerlendirildiği bu çalışmada;

➤ Akciğer Kanserli hastalarda yaşam kalitesini olumlu ya da olumsuz yönde etkileyen çok sayıda faktör olduğu,

➤ Yaşam kalitesinin araştırmanın nicel bölümünde sosyodemografik özelliklerden ; cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, tanıdan itibaren geçen süre, kemoterapi alınması ve radyoterapi alınması değişkenleri ile arasında anlamlı ilişkili bulunmadığı,

➤ Gelir durumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişkili olduğu,

➤ Yaşam kalitesini oluşturan etmenlerden sosyal destek adı altında aile, çocuk ve torunun; sağlık alanı ve ekonomik durumun en çok yer kapladığı,

➤ Yaşam kalitesini bozan unsurlarda hastalık sürecindeki semptomlardan ağrı, halsizlik, öksürük, nefes darlığı ve beslenememe şikayetinin, kemoterapi yan etkilerinin; hastane yatışının, bozuk ruh halinin ve endişelerin önem arz ettiği,

➤ Yaşam kalitesini arttırmak için birçok etkinlik ve ruhsal çabanın kullanıldığı,

➤ Yaşam kalitesini bozan unsurlarla başa çıkma mekanizmasında ise probleme düşünsel yaklaşımın, din ve maneviyatın hayatında dikkat çeken temalar olduğu, tespit edilmiştir.

Yaşam kalitesinin çok boyutlu değerlendirilmesi gerektiği, sadece sosyodemografik verilerin etkisinin kısıtlı ipucu verdiği, ekonomik durum, aile ve sosyal desteğin yanısıra, hastalığın evresi, uygulanan tedavinin etki ve yan etkileri, semptomlar ve hatta bireyin kişilik yapısı, baş etme becerileri ve inanç sistemlerinin belirleyici olduğu görülmektedir. Hastaların doğal hayatlarının seyrinde palyatif bakım hizmeti almalarının önemi, endişelerle ilgili değerlendirme yapılması gereksinimi, belirsizlik duygusuyla başa çıkabilmeleri için gerekli ve yeterli bilgilendirme yapılmasının önemi, sosyal destek alanları hakkında farkındalığın artırılması başlıkları dikkat çekmektedir. Yaşam kalitesi ölçekleri belirleyici olan bu kavramların değerlendirmede ya da açıklanamada yetersiz kalabilmektedir. Bu

bağlamda, yaşam kalitesinin hem klinik hem öznel bir çok parametreden etkilenmekte olan dinamik bir ölçüm olduğu görülmekte olup; yaşam kalitesi ölçeklerinin subjektif değerlendirmelerden ayrı düşünülmemesine özen gösterilmelidir.

Kanser çeşitleri içinde en sık görülen Akciğer kanseri tanılı hastaların yaşam kalitesini fiziksel, ruhsal, sosyal ve manevi yönden etkileyen faktörlerin bilinmesi ve kişilerle tanı anından itibaren kapsamlı görüşmeler yapılması ve farklı dönemlerde değişen ihtiyaç, beklenti ve yaşam kalitesi parametrelerinin irdelenmesi yaşam kalitesinin arttırılması yönünde katkı sağlayacaktır. Yaşam kalitesi üzerinde etkili olan faktörlerin daha ayrıntılı değerlendirilerek, anlaşılmasına çalışılması bu hastaların sağlıkla ilgili yaşam kalitesini spesifik olarak değerlendirmeye ve iyileştirilmeler yapılmasına katkı sağlayabilir.

Tüm hastaların sağlık hizmetleri ile ilk temas noktası olan, bütüncül ve kapsamlı bakım veren aile hekimlerinin; kanser tanılı bireylerin yaşam kalitesini arttırmayı hedefleyen uygulamalarda aktif rol almaları toplum sağlığının geliştirilmesi açısından önem arz etmektedir .

KAYNAKLAR

1. Conference IH. Constitution of the World Health Organization. 1946. Bulletin of the World Health Organization. 2002;80(12):983.
2. Kickbusch I. The contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion. American journal of public health. 2003;93(3):383-8.
3. Ertem G, Kaklım A, Bulut S. Radyoterapi Alan Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri Ve Yaşam Kaliteleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2009;2:3-11
4. Yaşam Kalitesinin Önemi, 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Bildiri Özet Kitabı, Sağlıkta Yaşam Kalitesi Derneği,(SAYKAD), İzmir Psikiyatri Derneği, İzmir. 2004.
5. Kvale PA, Simoff M, Prakash UB. Palliative care. Chest. 2003;123(1):284-311.
6. Eren E. Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi, Beta Yayıncılık, 12. Baskı, İstanbul. 2010:642.
7. Baltacı A. Nitel araştırma süreci: Nitel bir araştırma nasıl yapılır? Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2019;5(2):368-88.
8. Johnson RB, Onwuegbuzie AJ. Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. Educational researcher. 2004;33(7):14-26.
9. Saatçi E. Dünyada ve Türkiye'de Kanser Epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği-Özel Konular. 2014;5(2):1-8.
10. Müsellim B. Akciğer kanserinin epidemiyolojisi ve etyolojisi. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi. 2007;58:113-8.
11. Goldstraw P, Chansky K, Crowley J, Rami-Porta R, Asamura H, Eberhardt WE, et al. The IASLC lung cancer staging project: proposals for revision of the TNM stage groupings in the forthcoming (eighth) edition of the TNM classification for lung cancer. Journal of Thoracic Oncology. 2016;11(1):39-51.
12. Konsensusu Antakya. Akciğer Kanseri. İstanbul Üniversitesi. 2010:162-165
13. Beckles MA, Spiro SG, Colice GL, Rudd RM. Initial evaluation of the patient with lung cancer: symptoms, signs, laboratory tests, and paraneoplastic syndromes. Chest. 2003;123(1):97-104.

14. Granger CL, McDonald CF, Parry SM, Oliveira CC, Denehy L. Functional capacity, physical activity and muscle strength assessment of individuals with non-small cell lung cancer: a systematic review of instruments and their measurement properties. *BMC cancer*. 2013;13(1):135.
15. Maione P, Perrone F, Gallo C, Manzione L, Piantedosi F, Barbera S, et al. Pretreatment quality of life and functional status assessment significantly predict survival of elderly patients with advanced non-small-cell lung cancer receiving chemotherapy: a prognostic analysis of the multicenter Italian lung cancer in the elderly study *Clin Onco*. 2005;23(28):6865-72.
16. Scott HR, McMillan DC, Brown DJ, Forrest LM, McArdle CS, Milroy R. A prospective study of the impact of weight loss and the systemic inflammatory response on quality of life in patients with inoperable non-small cell lung cancer. *Lung Cancer*. 2003;40(3):295-9.
17. Kobayashi N, Kobayashi K, Kikuchi S, Goto Y, Ichimura H, Endo K, et al. Long-term pulmonary function after surgery for lung cancer. *Interactive cardiovascular and thoracic surgery*. 2017;24(5):727-32.
18. Edisan Z, Kadioğlu F. Yaşam kalitesi kavramının antik dönemdeki öncülleri. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*. 2013;3(3):1-4.
19. Bergdolt K. Das Gewissen der Medizin: Arztische Moral von der Antike bis heute. München: C.H. Beck Verlag; 2009, S. 27-30.
20. Özdemir E. Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 20 yaş ve üzeri evli kadınlarda üriner inkontinansın yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyon üzerine etkisi (Yüksek Lisans Tezi). Eskişehir, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, 2009
21. Haraldstad K, Wahl A, Andenæs R, Andersen JR, Andersen MH, Beisland E, et al. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Quality of Life Research*.(2019) 28:2641–50.
22. Bullinger M, Schmidt S, Petersen C, group D. Assessing quality of life of children with chronic health conditions and disabilities: a European approach. *International Journal of Rehabilitation Research*. 2002;25(3):197-206.
23. Aydemir Ö. Sağlıkta yaşam kalitesinin klinik uygulamalarda kullanımı. *Sağlıkta Birikim Dergisi*. 2006;1:9-13.

24. Yapıcı A. Alkol bağımlılığında depresyon ve anksiyetenin yetiyitimi ve yaşam kalitesine etkisi (Tez). Çukurova: Çukurova Üniversitesi. 2006:18.
25. Müezzinoğlu T. Yaşam kalitesi. Üroonkolji Bülteni. 2005:25-9
26. Arslan S. Kanseri hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2000;6(3):38-40.
27. Pinar G, Algier L, Çolak M, Ayhan A. Jinekolojik Kanseri Hastalarda Yaşam Kalitesi. International Journal of Hematology & Oncology/UHOD: Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi. 2008;18(3):141-9.
28. Fries, J. F., & Singh, G. (1996). The hierarchy of patient outcomes. Quality of Life and Pharmacoeconomics. Clinical Trials. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.1996: 33.
29. Sucaklı MH, Koşar Y. Palyatif bakım ve yaşam kalitesi. Klinik Tıp Aile Hekimliği. 2014;8(3):34-9.
30. Besiroğlu L, Uguz F, Sağlam M, Yılmaz E, Ağargün MY, Askin R. Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi ile ilişkili etkenler/Factors associated with quality of life in obsessive compulsive disorder. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2007;8(1):5.
31. Eser SY, Fidaner H, Fidaner C, Elbi H, Eser E, Göker E. Yaşam kalitesinin ölçülmesi. WHOQOL-100 ve WHOQOL-Bref 3P dergisi. 1999;7(2):5-13.
32. Boylu, A. A., & Öztıp, H. (2013). Tek ebeveynli aileler: Sorunlar ve çözüm önerileri. Sosyoekonomi, 2013;19(19):207.
33. Özar Ş, Yakut-Çakar B. Aile, devlet ve piyasa kısıkacında boşanmış kadınlar. Kültür ve Siyasette Feminist Yaklaşımlar. 2012;16:1-12.
34. Maslow AH. A theory of human motivation. Psychological review. 1943;50(4):370.
35. Müezzinoğlu T. Yaşam kalitesi. Üroonkoloji Bülteni. 2005;1:25-9.
36. Food, U. S. Drug Administration: Guidance for industry: Patient-reported outcome measures—Use in medical product development to support labeling claims. Food and Drug Administration, Center for Drug Evaluation and Research, 2009: 6.

37. Kluetz PG, Papadopoulos EJ, Johnson LL, Donoghue M, Kwitkowski VE, Chen W-H, et al. Focusing on core patient-reported outcomes in cancer clinical trials-response. Clin Cancer Res. 2016;22(22):5618.
38. Hunt SM, McEwen J, McKenna SP. Measuring health status: a new tool for clinicians and epidemiologists. The Journal of the Royal College of General Practitioners. 1985;35(273):185-8.
39. Ware Jr JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. Medical care. 1992;473-83.
40. Bergner M, Bobbitt RA, Carter WB, Gilson BS. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. Medical care. 1981;787-805.
41. Endicott, J., Nee J., Harrison W., & blumenthal, r. Yaşam Kalitesi Keyfi ve Memnuniyeti Anketi: yeni bir önlem. psikofarmakoloji bülteni, 1993;29(2):321-6.
42. Şahin Ş, Toprak S, Ünal E. QALY; Kaliteye Ayarlı Yaşam Yılları [QALY; Quality Adjusted Life Year], Medicine Science 2012;1(4):232-43.
43. Annemans L. Health economics for non-economists: an introduction to the concepts, methods and pitfalls of health economic evaluations. Academia Press; 2011.
44. Süt Kahyaoğlu, H. Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Yaşam Kalitesi: EQ-5D Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Yüksek Lisans Tezi. Edirne,2009.
45. Erbaycu AE, Goksel T, Eser E, Gursul KK, Basarik B, Oz A, et al. The assessment of the effect of changes in lung cancer follow-up period on the quality of life using EQ-5D questionnaire and follow data (AKAYAK-1 multicenter project). Uluslararası hematoloji-onkoloji dergisi 2018;1(28):1-9.
46. Sisler JJ, Brown JB, Stewart M. Family physicians' roles in cancer care. Survey of patients on a provincial cancer registry. Canadian Family Physician. 2004;50(6):889-96.
47. Şahin MK DM. Kanser Hastalarının Aile Hekimliğindeki Takibinde Yaşam Kalitesi. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics . 2014;5(3):104-8.

48. Radbruch L, Payne S, Büche ÜvD, Schmidlin E, Jünger S. Standards und Richtlinien für Hospiz-und Palliativversorgung in Europa: Teil 1. Z Palliativmed. 2011;12(5):216-27.
49. İren Akbiyik D, Soygür H, Karabulut E. Psiko-onkoloji ve aile hekimliğinde ruh sağlığını güçlendirme: Sosyal destek algısı ve psikodrama grup terapisi uygulamaları. Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2012;13(3): 205-209.
50. Osborn RL, Demoncada AC, Feuerstein M. Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: meta-analyses. The International Journal of Psychiatry in Medicine. 2006;36(1):13-34.
51. Dünya Sağlık Örgütü, Uluslararası Kansere Araştırmaları Kurumu, Dünya Kansere Raporu 2008. Lyon.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789283204237_tur_p1-104.pdf
(Erişim Tarihi:05.05.2021).
52. Öksüz E, Malhan S. Sağlığa bağlı yaşam kalitesi kalitemetri. Ankara: Başkent Üniversitesi. 2005:1-222.
53. Kurdak H. Sağlığın Varoluşsal Boyutu ve Yaşam Kalitesi. Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics. 2014;5(3):23-8.
54. Albayrak A, Yıldırım İ, Emine K. Kansere hastalarında yaşam kalitesini etkileyen din ve maneviyat üzerine teorik yaklaşımlar. Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi. 2019;21(40):349-76.
55. Dede Y, Demir S. Karma Yöntem Araştırmaları Tasarımı ve Yürütülmesi. Anı Yayıncılık. 2015:76-110.
56. Yıldırım A. ve Şimşek H. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri (10. Baskı) Ankara: Seçkin Yay,2016.
57. Çepni, S. Araştırma ve proje çalışmalarına giriş. Genişletilmiş 3. baskı, Celepler Matbaacılık, Trabzon.2007:76-112.
58. NEUMAN, W. L. Toplumsal Araştırma Yöntemleri: Nicel ve Nitel Yaklaşımları II. Cilt (5. Basım). İstanbul: Yayın Odası Northouse, age, 2012, 38-43.
59. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N. Hemşirelikte Araştırma: Süreç, Uygulama ve Kritik. İstanbul: Nobel Kitabevi; 2014:131-164 .

60. Altunay E, Gülşin O, Yalçinkaya M. Eğitim kurumlarında mobbing uygulamalarına ilişkin nitel bir araştırma. *Sakarya University Journal of Education*. 2014;4(1):62-80.
61. Bütün, M, Demir, SB, Nitel Araştırma Yöntemleri, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2016, 343.
62. Güner, P., Isikhan, V., Kömürcü, S., İl, S., Öztürk, B., Arpacı, F., & Özet, A. (2006, November). Quality of life and sociodemographic characteristics of patients with cancer in Turkey. In *Oncology nursing forum* .2006;33(6):1171-75.
63. Yeşilbalkan ÖU, Akyol AD, Çetinkaya Y, Altın T, Deniz Ü. Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2005;21(1):13-31.
64. Cella D, Nowinski CJ. Measuring quality of life in chronic illness: the functional assessment of chronic illness therapy measurement system. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2002;12(83):10-7.
65. Nesrin R, Coşkun A, Beji NK. Jinekolojik kanserlerde yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2006;9(2):25-35.
66. Hagelin CL, Seiger Å, Fürst C. Quality of life in terminal care—with special reference to age, gender and marital status. *Supportive Care in Cancer*. 2006;14(4):320-8.
67. Heydarnejad MS, Hassanpour DA, Solati DK. Factors affecting quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. *African health sciences*. 2011;11(2):266-270.
68. Arslan S. Kanserli hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2003;6(3):38-46.
69. Beşer N. Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Yaşam Kalitesi. *Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara* 2001.
70. Erturan S. Hangi Hastalarda Akciğer Kanserinden Şüphelenmeli?. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 8(5), 36-37.
71. Doorenbos AZ, Given CW, Given B, Verbitsky N. Symptom experience in the last year of life among individuals with cancer. *Journal of pain and symptom management*. 2006;32(5):403-12.

72. Van den Beuken-van Everdingen M, De Rijke J, Kessels A, Schouten H, Van Kleef M, Patijn J. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Annals of oncology*. 2007;18(9):1437-49.
73. Rodriguez C, Ji M, Wang H-L, Padhya T, McMillan SC. Cancer pain and quality of life. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 2019;21(2):116-23.
74. Tahmasebi M, Yarandi F, Eftekhari Z, Montazeri A, Namazi H. Quality of life in gynecologic cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2007;8(4):591-2.
75. Tokgöz G, Yaluğ İ, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun K, Aker T. Kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2008;9(2):59-66.
76. Seven M, Akyüz A, Sever N, Dinçer Ş. Kanser Tanısı Alan Hastaların Yaşadığı Fiziksel ve Psikolojik Semptomların Belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2013;12(3):219-24.
77. Öz F. Hastalık yaşantısında belirsizlik. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001;12(1):61-8.
78. Ravasco P, Grillo IM, Camilo M. Cancer wasting and quality of life react to early individualized nutritional counselling! *Clinical Nutrition*. 2007;26(1):7-15.
79. Kutlu R, Çivi S, Börüban M, Demir A. Kanserli hastalarda depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi*. 2011;27(3):149-53.
80. Bektaş HA, Akdemir N. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2006;26(5):488-99.
81. Cohen SR, Leis A. What determines the quality of life of terminally ill cancer patients from their own perspective? *Journal of palliative care*. 2002;18(1):48-58.
82. Pinar R, Salepci T, Afsar F. Assessment of quality of life in Turkish patients with cancer. *Turkish Journal of Cancer*. 2003;33(2):96-101.
83. Öz ZS. Kemoterapi Alan Hematolojik Malignansili Hastalarda Yaşam Kalitesi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul*. 2006.
84. Beser NG, Öz F. Kemoterapi Alan Lenfomali Hastaların Anksiyete-Depresyon Düzeyleri Ve Yaşam Kalitesi. *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2003;7(1):47-58.

85. Andersen BL, DeRubeis RJ, Berman BS, Gruman J, Champion VL, Massie MJ, et al. Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an American Society of Clinical Oncology guideline adaptation. *Journal of Clinical Oncology*. 2014;32(15):1605.
86. Babaoğlu E. Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişki. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2003;5(2):24-33.
87. Bag B. Fatigue related psychosocial problems in cancer patients and their solutions. *Archives Medical Review Journal*. 2012;21(4):253-73.
88. Anar C, Altıparmak O, Ünsal İ, Altıparmak S, Tatar D, Halilçolar H. The effect of chemotherapy on quality of life in patients with lung carcinoma. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2012;54(2):136.
89. Penttinen H, Saarto T, Kellokumpu-Lehtinen P, Blomqvist C, Huovinen R, Kautiainen H, et al. Quality of life and physical performance and activity of breast cancer patients after adjuvant treatments. *Psycho-Oncology*. 2011;20(11):1211-20.
90. Özyurt B. Kanser hastalarının algıladıkları sosyal destek düzeyine ilişkin betimsel bir çalışma. *Kriz Dergisi*. 2007;15(1):1-15.
91. Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, Paulk ME, Lathan CS, Peteet JR, et al. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2007;25(5):555.
92. Wilson KG, Chochinov HM, McPherson CJ, LeMay K, Allard P, Chary S, et al. Suffering with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2007;25(13):1691-7.
93. Whitford HS, Olver IN, Peterson MJ. Spirituality as a core domain in the assessment of quality of life in oncology. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*. 2008;17(11):1121-8.
94. Holzner B, Kemmler G, Cella D, De Paoli C, Meraner V, Kopp M, et al. Normative data for functional assessment of cancer therapy general scale and its

- use for the interpretation of quality of life scores in cancer survivors. *Acta Oncologica*. 2004;43(2):153-60.
95. O'Connell KA, Skevington SM. The relevance of spirituality, religion and personal beliefs to health-related quality of life: Themes from focus groups in Britain. *British journal of health psychology*. 2005;10(3):379-98.
96. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association. 2013:21.
97. Alhan Ö, Aslan S, Karaman K, Yıldırım S, Yıldız Y, Gür Ö. Serebral palsili çocuk sahibi ebeveynlerin yaşam kaliteleri. 33. Ulusal Çocuk Cerrahisi Kongresi.2016:28-31.
98. Boyle P, Autier P, Bartelink H, Baselga J, Boffetta P, Burn J, et al. European Code Against Cancer and scientific justification: third version. *Annals of oncology*. 2003;14(7):973-1005.

EKLER

EK 1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

1. Araştırmanın adı: 'AKCİĞER KANSERLİ HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ ALGISI: BİR KARMA YÖNTEM ARAŞTIRMASI'
 2. Bu bir uzmanlık tezi çalışmasıdır.
 3. Bu çalışma Akciğer kanserli kişilerin yaşam kalitesini nasıl algıladıklarını anlayabilmek amacıyla bireysel ve odak grup görüşmesi tekniği ile aynı zamanda ses kaydı ve yazılı kayıt alınarak yapılacaktır. Elde edilen sonuçlar EQ-5D yaşam kalitesi ölçeği eşliğinde değerlendirilecektir.
 4. Çalışmanın planlanan tamamlanma süresi 10 aydır.
 5. Araştırmaya Akciğer kanseri tanısı almış ve araştırmaya kabul kriterlerini sağlayan kişilerin katılması planlanmaktadır.
 6. Araştırmada girişimsel herhangi bir işlem uygulanmayacaktır.
 7. Araştırmada herhangi bir laboratuvar tetkiki yapılmayacaktır.
 8. Araştırma gönüllü için herhangi bir risk teşkil etmemektedir.
 9. Araştırmanın deneysel kısmı yoktur.
 9. Katılımcılara tazminat(sigorta) sağlanmayacaktır.
 10. Katılımcılara ödeme yapılmayacaktır.
 11. Araştırmaya katılım isteğe bağlıdır. Araştırmaya katılan kişi istediği zaman herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hak kaybetmeksizin araştırmadan çekilebilir.
 12. Araştırmada bilgileriniz gizli tutulacak ve kamuoyuna açıklanmayacaktır.
 12. Araştırma konusuyla ilgili ve gönüllünün araştırmaya katılmaya devam etme isteğini etkileyecek yeni bilgiler elde edildiğinde gönüllü ve ya kanunu temsilcisi bilgilendirilecektir.
 13. Araştırma, kendi haklarınız veya araştırmayla ilgili herhangi bir advers olay hakkında daha fazla bilgi temin edebilmek için Dr.Nur Şen (05307663585) ile temasa geçebilirsiniz.
 14. Gönüllülerden onam vermeyen, soruları anlayacak bilişsel kapasitesi olmayan veya Akciğer ca tanısı almayanların katılımı sona erdirilecektir.
 14. Araştırma Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Merkezinde bulunan Akciğer kanseri tanısı almış kişilerle yapılacaktır
- Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün adı / soyadı / imzası / tarih:

Araştırmacının adı / soyadı / imzası / tarih: Ass. Dr. Nur Şen

EK 2. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

A. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1.Cinsiyetiniz ?

()Kadın ()Erkek

2. Yaşınız?

()

3.Medeni Durumunuz?

()Evli ()Bekar ()Dul

4.Eğitim Durumunuz?

()İlkokul ()Ortaokul ()Lise ()Üniversite ()Yüksek Lisans/Doktora

5.Gelir durumunuz ?

()Düşük ()Orta ()Yüksek

6.çocuğunuz var mı ?

()Evet ()Hayır

7.Akciğer Kanseri tanısı alalı ne kadar zaman geçti?

()0-1 yıl ()1-2 yıl ()2-3 yıl ()3-4 yıl ()4-5 yıl ()5 yıl ve daha fazla

8.Kemoterapi aldınız mı ?

()Evet ()Hayır

9.Radyoterapi aldınız mı ?

()Evet ()Hayır

EK-3. EQ-5D-3L GENEL YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

EQ-5D-3L Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (1990 EuroQol Group EQ-5D-3L)

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/____

Size en çok uyan ifadeye çarpı işareti koyun

A - Hareket

- ☐₁ Yürürken, hiç bir güçlük çekmiyorum
- ☐₂ Yürürken bazı güçlüklerim oluyor
- ☐₃ Yatalağım

B - Öz-bakım

- ☐₁ Kendime bakmakta güçlük çekmiyorum
- ☐₂ Kendi kendime yıkanırken veya giyinirken bazı güçlüklerim oluyor
- ☐₃ Kendi kendime yıkanacak veya giyinebilecek durumda değilim

C - Olağan aktiviteler (İş, ders çalışma, ev işleri, aile içi veya boş zaman faaliyetleri)

- ☐₁ Olağan işlerimi yaparken herhangi bir güçlük çekmiyorum
- ☐₂ Olağan işlerimi yaparken bazı güçlüklerim oluyor
- ☐₃ Olağan işlerimi yapabilecek durumda değilim.

D - Ağrı / rahatsızlık

- ☐₁ Ağrı veya rahatsızlığım yok
- ☐₂ Orta derecede ağrı veya rahatsızlanım var
- ☐₃ Ağrı derecede ağrı veya rahatsızlanım var

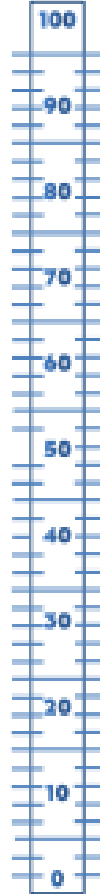
E - Anksiyete/Depresyon

- ☐₁ Endişeli veya moral bozukluğu içinde değilim
- ☐₂ Orta derecede endişeliyim veya moralim bozuk
- ☐₃ Ağrı derecede endişeliyim veya moralim çok bozuk

Bugünkü sağlık durumunuzu bize kolayca belirtmeniz için hemen aşağıya termometreye benzer bir ölçek çizdik. Sağlık durumunuz mükemmel ise 100'ü çok çok kötü ise de 0'ı işaretleyecek şekilde bugünkü sağlık durumunuzun nasıl olduğunu belirtecek şekilde çizgi çizmenizi istiyoruz.

Bugünkü sağlık durumunuza uyan seviyeyi çiztin

Toplam Puan: _____



1990 EuroQol Group EQ-5D™

EK-4. YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

Giriş sorusu:

Şu anda Yaşam kalitesi kelimesi size ne anlam ifade diyor? Size ne gibi faydası olduğunu düşünüyorsunuz?

Anahtar soru:

Şu anda yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?

Yaşam kalitenizi arttırmak için neler yapıyorsunuz?

Bunlar size nasıl hissettiriyor?

Yaşam kalitenizi kötü etkileyen durumlar var mı? Varsa bunlarla nasıl başediyorsunuz?

Hastalığınızın tanısı aldıktan sonra sizi en çok etkileyen ve ya sizi zorlayan durumlar nelerdir?

Bu durumlar yaşam kalitenizi nasıl etkiledi ? En çok zorlandığınız durum hangisi oldu? Nasıl başa çıktınız ?

Soruları bitirme:

Katkılarınız için teşekkür ederim.Sohbetimizi bitirmeden önce söylemek istediğiniz birşey var mı ?

**EK 6. BİR KARMA YÖNTEM ÇALIŞMASININ ÖZELLİKLERİNİ
İNCELEMEK İÇİN KONTROL LİSTESİ**

1	Çalışmanın araştırma konusunu değerlendiriniz	
2	Felsefi ve teorik temellere dikkat ediniz	
3	Araştırmanın amacını belirleyiniz	
4	Araştırmacının nicel veri analizini, nicel veri toplamayı, örneklem seçmeyi içeren bir yol izleyip izlemediğini belirleyiniz.	
5	Araştırmacının nitel veri analizini, nitel veri toplamayı, nitel örneklem seçmeyi içeren nitel bir yol izleyip izlemediğini belirleyiniz	
6	Hem nicel hem de nitel veri toplamak için ortaya konan nedenleri değerlendiriniz.	
7	Çalışmanın amacını açıklamada nicel ve nitel yolların göreceli önceliğini belirleyiniz. Eşit (1) veya eşit olmayan (2) ifadelerini kullanınız	
8	Nicel ve nitel yolların zamanlanması belirleyiniz. Eş zamanlı (1), sıralı (2) veya çok basamaklı bileşim (3) ifadelerini kullanınız.	
9	Nicel ve nitel yolların arasındaki arayüz noktasını belirleyiniz. Yorumlama (1), veri analizi (2), veri toplama (3) veya desen düzeyi (4) ifadelerini kullanınız.	
10	Araştırmacının iki yolu nasıl harmanladığını belirleyiniz. Birleştirme (1), ilişkilendirme (2), iç içe geçirme (3), bir teorik çerçeveye yerleştirme (4) veya bir program – amaç çerçevesinde yerleştirme (5) ifadelerini kullanınız.	
11	Genel karma yöntem desenini belirleyiniz.	
12	Karma yöntem sembol sistemini kullanarak desenin sembollerle gösterimini sağlayınız	
13	Çalışma esnasında gerçekleşen aktivitelerin akışını gösteren bir diyagram çiziniz	